

北アメリカ、西・中ヨーロッパ

HIV/AIDSに関する推計値・特徴、2003年末現在および2005年末現在

	HIV感染者数 (成人・子供)	女性の 感染者数	新規 HIV 感染者数 (成人・子供)	成人 HIV 陽性率 (%)	AIDS による死者数 (成人・子供)
2005年	190万 [130-260万]	49万 [34-67万]	65 000 [35 000-140 000]	0.5 [0.3-0.7]	30 000 [19 000-42 000]
2003年	180万 [130-250万]	45万 [32-62万]	63 000 [34 000-140 000]	0.4 [0.3-0.6]	30 000 [19 000-42 000]

北アメリカ、西・中央ヨーロッパで HIV と共に生きている人々の数は、2005年、190万人 [130万～260万人] に達し、前年の新規感染者数は約6万5,000人であった。抗 HIV 療法が広範に利用可能であるため、エイズによる死亡件数は、約3万件と比較的低いレベルに抑えられている。

全体的に、HIV 感染の主なパターンが変化しつつあるいくつかの国で、予防努力が変化する流行形態に追いついていない。男性間のセックス及びより少数の国では、注射器による薬物使用が HIV 感染の重要な経路であり続けているが、無防備な異性間性交渉で感染する人の数が増加している。

*全体的に、HIV 感染の主なパターンが変化しつつあるいくつかの国で、
予防努力が変化する流行形態に追いついていない。*

アメリカ合衆国 (USA) で HIV と共に生きている人々の推計数は、2002年の85万～95万人という数字から2003年末で初めて100万人を上回った (米国疾病対策予防センター、2004a)。2003年末で米国における HIV 感染件数は104万～120万件と推定されている。感染者数が増加しているのは、HIV と共に生きる人々が、抗 HIV 療法によってより長く生きようになっているためでもあるが、一方で流行の当初10～15年間で達成された予防措置の成功を適応・維持させることに失敗していることもその一因となっている。約3万2,000件の新規 HIV 感染件数が、秘密厳守を原則にした氏名に基づく報告により2003年、33州で記録されており、この数値は、1990年代後半から比較的安定したままである (しかし、この33の報告州の中には、HIV と共に生きている人々の数が最も多いカリフォルニア州とニューヨーク州が含まれていない)。

米国で HIV と共に生きている人々の大多数は、男性とセックスをする男性 (MSM) であり、最新の入手可能なデータによれば男性間のセックスが、2003年度における新規 HIV 感染診断件数の63%を占める支配的な感染形態であり続けている (米国疾病対策予防センター、2004a)。近年では、リスクの高い行動の報告件数が増加しており、そのある部分は明らかに、気晴らしのための薬物使用に関連している。しかしながら、5都市 (ボルティモア、ロサンゼルス、マイアミ、ニューヨーク、サフランシスコ) における新しい調査では、様々なトレンドが明らかになっている。

たとえばサンフランシスコにおける MSM 間の HIV 感染率は、以前推定されていたよりも低いように思われる (以前の公式推定値である2.2%に対して2004～2005年度の調査では1.2%)。しかし、ボルティモアでは、8%の HIV 発生率が、MSM 間で検知されている。調査に参加した男性の40%が HIV 陽性であり、その62%が自らが感染していることに気づいていなかった (米国疾病対策予防センター、2005)。全般的に、米国で HIV と共に生きている人々の4分の1は、自らが感染

していることに気づいていないと考えられている。自らが HIV に感染しているかどうか知らないという傾向は、特にアフリカ系アメリカ人 MSM の間で顕著であり、前述の 5 都市における調査では、HIV 陽性であったアフリカ系アメリカ人 MSM の約 3 分の 2 が、自らが陽性であることに気づいていなかった。

他国と同じように、

米国における流行も、社会的弱者を窮地に追いやっている。

また注射器による薬物使用は、女性の間でも際立った HIV の感染経路であり続けている。2003 年 HIV と共に生きるアメリカ人の約 20%がこの感染経路で感染し、2003 年に新たに HIV に感染していると診断された女性では、その割合は約 25%に達する。アメリカンインディアン及びアラスカ先住民の女性の間では、その割合は、2003 年 33%であった(米国疾病対策予防センター、2004a)。

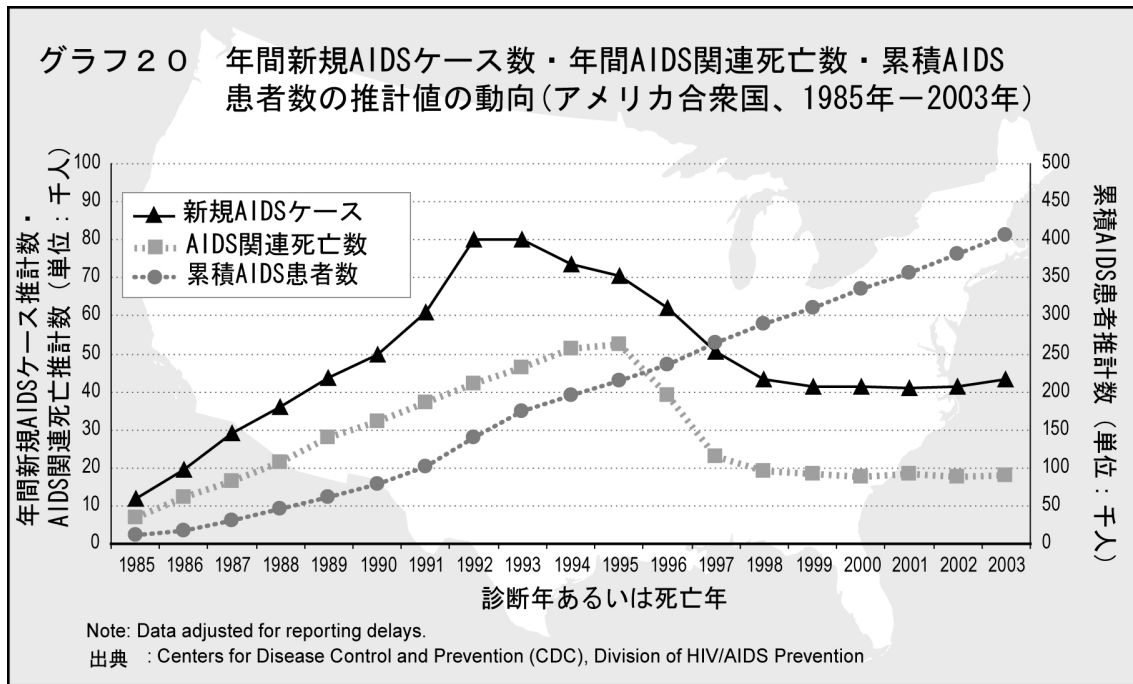
しかしながら、HIV と共に生きている女性の場合、安全でない異性間性交渉が主たる感染形態であり、2003 年にこの感染経路で HIV に感染した女性は 73%と推定される。年間新規感染者における女性の割合は、1990 年代後半に増加し、その後約 25%で変化がない(米国疾病対策予防センター、2004a)。HIV に感染した多くの女性にとって、HIV に感染する主たるリスク要因は、注射器による薬物使用や男性間のセックスなどのしばしば表に出てこない男性パートナーのリスク行動であり続けている(McMahon など、2004 ; Valleroy など、2004 ; Montgomery など、2003)。

他国と同じように、米国における流行も、社会的弱者を窮地に追いやっている。たとえば、ノースカロライナ州における最近の調査では、HIV 陽性の女性の失業率は相当に高く、公的支援を必要としていたり、金銭や贈与物とセックスを交換しているという結果が示されている(Leone など、2005)。

米国における流行の注目を引く特徴のひとつは、HIV 感染がアフリカ系アメリカ人に集中していることである。アメリカ全人口に占める割合はわずか 12.5%であるが、アフリカ系アメリカ人は、2003 年の新規 HIV 発生件数の 48%を占めていた(米国疾病対策予防センター、2004a)。HIV と共に生きるアフリカ系アメリカ人の中では、男性が多数派を占めているが、アフリカ系アメリカ人の女性もその全人口に対する割合からすると不釣り合いなほど多く、HIV に感染している。いくつかの推定によると、アフリカ系アメリカ人の女性は、白人女性に比べて、HIV に感染する可能性が 12 倍以上に達すると言われている。男性とセックスをする若い男性(23~29 歳)の場合、アフリカ系アメリカ人の HIV 陽性率(32%)は、同年齢の白人男性(7%)の 4 倍以上であり、同年齢のラテン系男性(14%)の 2 倍以上であった。また、2003 年にエイズにより亡くなった人々の 2 人に 1 人は、アフリカ系アメリカ人であった(米国疾病対策予防センター、2004a)。

2000 年以降の米国における年間推定新規 HIV 感染者数は、4 万人でほぼ安定している(米国疾病対策予防センター、2005)。しかしながら、4 年前に米国政府が設定した新規感染率を半減させるという目標を達成するには、努力の強化が必要である。米国における抗 HIV 療法の導入以降のエイズに関連する死亡件数の急激な減少は、1990 年代後半には落ち着き始め、2000 年以降年間平均 1 万 7,500~1 万 8,500 件となっている(グラフ 20 参照)(米国疾病対策予防センター、2004a)。最近の推計では抗 HIV 療法により、のべで約 200 万年相当の人生が救われたが、アフリカ系アメリカ人はそのような生存期間を延長させる治療の恩恵に平等に浴していないのではないかと思われる(Walensky 等、2005)。

別の最近の研究では、たとえばアフリカ系アメリカ人は、その他の国民グループと比較して抗 HIV 療法を受けている割合が半分であった(McQuillan など、2004)。2003 年、エイズにより死亡したアフリカ系アメリカ人は白人アメリカ人の約 2 倍に達する(米国疾病対策予防センター、2004a)。エイズは、25~54 歳のアフリカ系アメリカ人の男性の死亡原因トップ 3 のひとつであり、



25～34歳のアフリカ系アメリカ人女性では、ナンバーの1の死亡原因であった(米国疾病対策予防センター、2004a)。

カナダでは、2004年末までに5万8,000件のHIV診断件数が報告されているが、流行状況は変化しつつある。過去5年間で年間新規HIV感染数は20%増加している(2000年の2,111件から2004年の2,529件に)。女性が新規感染件数の4分の1を占めるようになっている(1995年の10%以下に比較して)。女性の間では、15～29歳の女性が最も感染のリスクが高く、この年齢集団の女性が、2004年の新規感染件数の42%を占めている(1985～1994年の13%に対して)。こうしたトレンドは、異性間性交渉を原因とするHIV感染件数の割合の増加に対応しており(2004年で30%)、同国の流行において異性間性交渉の増加と流行の成熟化が起こっていることを示している。異性間性交渉を原因とする新規診断件数の4分の1は、サハラ砂漠以南のアフリカ及びカリブ海沿岸諸国などの高陽性率諸国からカナダにやってきた人々の間で起こったものであった(カナダ公衆衛生局、2003)。同時に、注射器による薬物使用も女性におけるHIV感染の主要感染形態であり続けており、2004年の女性新規診断件数の32%を占めていた。全体的に言って、男性間のセックスがカナダの流行における単一の最も有力な要因であり続けており、昨年(2004年)の新規HIV診断件数の45%を占めていた。年間エイズ診断件数は急激に低下したが(1994年の1,776件から2004年の237件に)、新規診断件数の中でアフリカ系や先住民カナダ人が占める割合が増大している。1994年から2004年にかけて、アフリカ系カナダ人の新規診断件数に占める割合は、8.3%から15.5%に増加し、先住民カナダ人では、2.3%から14.8%に増加した(カナダ公衆衛生局、2005)。

西欧では、50万人以上の人々がHIVと共に生きている。

西欧では、50万人以上の人々がHIVと共に生きている。その数は、複数の国でリスクの高い性行動が復活する兆候が見られるにつれて増加し続けている。西欧における最大の変化は、複数の国で新規HIV感染の主な原因として異性間性交渉が出現してきたことである。2004年の2万件以上の新規HIV感染診断件数(データが入手可能でない、イタリア、ノルウェー、スペインは除く)の中、3分の1以上が女性であった。新規感染診断件数の中の相当部分が、主にサハラ砂漠以南のアフリカの国々など深刻な流行を抱える国々出身の人々である(Hamers及びDowns、2004)。

英国で2000年以降、HIV新規感染診断件数が倍増した(2000年の3,499件から2004年の7,258件)のには複数の理由がある。検査件数の増加がその理由のひとつであり、また、2000年にHIV診断の報告が臨床医師に義務付けられ、その結果、公式に記録された感染件数が増加した(EuroHIV, 2005)。しかしながら、増加のほとんどは、異性間のHIV感染件数の急激な増加であり、その大部分(約80%)が、陽性率の高い国々で感染したものである。2004年に診断された4,000件の異性間のHIV感染件数の大部分がサハラ砂漠以南のアフリカで発生したものである(EuroHIV, 2005; Dougan など, 2005)。女性に対する被害が特に大きい。たとえば、ロンドン以外では、性病科クリニックにおける以前には検知されなかった女性のHIV感染が2003年、11%に達していた(英国HIV及び性感染症サーベイランス協力グループ, 2004)。これらの新規に診断されたHIV感染のパターンは、主な取り組み課題となっている。

また英国内でHIVに感染した異性愛者の人々のHIV診断件数も1999年から2003年にかけて倍増している(158件から341件に)。その他の性感染症の診断件数もまた増加し続けている。2003年にはイングランド、ウェールズ、北アイルランドにおける梅毒診断件数は、2002年と比較して男性では28%、女性では32%高くなっていた(英国HIV及び性感染症サーベイランス協力グループ, 2004; Dougan など, 2005)。

一方で、かつては主たる感染形態であった男性間のセックスは、英国の新規HIV感染件数のおよそ4分の1を依然として占めている(2004年には1,900件)。1998年から2004年にかけての調査では、ロンドンで不特定多数の男性を相手に安全でないセックスをした男性の割合は、1998年から2001年にかけて急増した(6.7%から15.2%に)ことが示されている(Elford など, 2005a)。別のロンドンにおける調査では、より年長のMSM間のHIV発生率の上昇が検知されているが、若いMSMでは、そのような傾向は見られていない(Elford など, 2005b)。ブライトン、ロンドン、マンチェスターで行われた最近のコミュニティ調査では、MSMの9~14%がHIVと共に生きていることが明らかになり、検査の結果HIV陽性であることが判明した少なくとも3人に1人が自らの感染に気づいていなかった(Dodds など, 2005)。MSMを対象にした予防活動は、これらの調査結果を考慮する必要がある。特に、予防活動は、HIV感染状況、社会経済状況及び社会文化アイデンティティーなど対象グループの多様なリスク特徴を反映したものである必要がある(Elford など, 2004)。さらに、MSMの中でHIVに感染しているが、その感染に気づいていなかった者の比率が高いこと(最近の調査では20%以上)を考えると、感染した男性の中でより大きな割合の人々に対する診断及び治療イニシアチブの強化も必要である。

2002年以降、西欧において男性間のセックスに起因する年間HIV新規感染件数は、若干減少している(5,453件から2004年の5,075件に)。しかしながら、ベルギー、デンマーク、ポルトガル、スイスでは若干の、そしてドイツでは、相当の増加が記録されている(EuroHIV, 2005)。ドイツでは、MSMの新規HIV感染件数が、2001年から2004年にかけてほぼ倍増しており(530件から982件に)、2004年に2,058件を数えた全HIV新規感染件数の安定増加の主たる原因となっている(同件数は、2001年の1,425件に対して44%の増加となっている)。この趨勢は、抗体検査が幅広く利用可能になった1990年代後半以降に検査受件数が増加した後、安定化したため、新規感染件数の純増を反映したものであることはほぼ確実である。ドイツでは、男性間のセックスが以前よりも年間新規HIV感染件数の中で占める割合が高まっており、2001年の37%に対して49%となっている(Robert Koch Institut, 2005、EuroHIV, 2005)。

同様の、しかしより局地的な流行のトレンドが他所で明白になっており、ハイリスクな性行動の復活を反映して、いくつかの西欧の大都市で性的感染による流行が継続している。たとえば、イタリア・ローマの性感染症診療所における縦断法による調査の結果、新規HIV感染の劇的な増加が明らかになった。2000~2003年にかけての累積発生件数は、1984~1995年の累積件数の2倍に及び、1996~1999年のそれよりもはるかに多い(Giuliani など, 2005)。スペインのバルセロナでも、梅毒やその他の性感染症(STI)の流行が復活しており、これは、MSM間のハイリスク行

動が増加しているためである。たとえば、ある外来 STI 診療所では、2002～2003 年の感染性梅毒の診断件数は、1993～1997 年に比較して、5 倍の増加が記録されている (Vall Mayans など、2004)。男性間のセックスは、**デンマーク、フランス、オランダ**でも流行の主たる要因であり続けている。フランスでは、2003 年と 2004 年、新規 HIV 感染件数の約 20%が MSM におけるものであり、そのうち 58%が最近の感染であった (Lot など、2004、EuroHIV、2005)。オランダでは、男性間の無防備なセックスが 2003 年、2004 年における新規 HIV 感染診断数の 40%以上を占めていた。サーベイランスデータは、2000 年以降、無防備な性交渉が復活していることを示唆している。さらに、2003 年、MSM 間における淋病、クラミジア、梅毒感染の 5 分の 1 は、すでに HIV に感染している男性に起きたものであった (Van de Laar 及び Op de Coul、2004 ; EuroHIV、2005)。MSM に対するセーフセックスプログラムを強化する緊急な必要性が、複数の国で満たされないままの状態である。

スペインでは、メタドン代替療法及び注射針交換プロジェクトが導入されて以来、IDU 間の HIV 診断件数は、1990 年代に大きく減少した。しかし、2001 年、カタロニアの IDU 間で高い HIV 陽性率が検知され、注射器による薬物使用は、同国北東部及びバレアレス諸島で特に広がったままである (De la Fuente、2003)。IDU 間の新規 HIV 感染件数は、**ポルトガル**でも急減し (2000 年の 2,400 件から 2004 年の 1,000 件に)、2004 年では新規 HIV 感染件数の 3 分の 1 強を占めるに過ぎなくなっている (2002 年にはこの割合はほぼ 2 分の 1 であった) (EuroHIV、2005)。IDU を対象にしたプログラムの成功を維持することに加えて、注射器による薬物使用がその流行の主たる要因である国々にとっての課題は、感染した IDU からその性的パートナーへの HIV 感染を食い止めることである (EuroHIV、2005)。

英国と同様に、その他の西欧地域における最も顕著な最近のトレンドは、安全でない異性間性交渉を原因とする新規 HIV 感染件数が一定して増加傾向にあること、そして HIV 発生件数において女性が占める割合が増加していることである。**ベルギー、デンマーク、フランス、ドイツ、及びスウェーデン**では、異性間性交渉を原因とする HIV 感染の少なくとも 3 分の 1 が、恐らく特にサハラ砂漠以南のアフリカなどの海外での感染事例である。大多数の HIV に感染した移民は自らが感染していることに気づかず、その多くは女性である。たとえば、2003 年、**フランス**で異性間性交渉を原因とするものとされた HIV 診断件数の中で、69%が移民のものであり、そのほぼ 3 分の 2 (65%) が女性であった (Lot など、2004)。2004 年の HIV データのある 18 の西欧諸国で、女性は、新規診断件数の 35%を占めており、2000 年の 29%から増加している (EuroHIV、2005)。西欧における予防、治療及びケア戦略は、移民及び女性により効果的に到達するように改められなければならない。

中央ヨーロッパでは、流行は阻止され、小規模にとどまっておき、**ポーランド**と**トルコ**が、年間新規 HIV 診断数の半分以上を占める。ポーランドでは、2001 年以来新規感染件数は毎年、次第に増加しており、2004 年には 656 件に達している (EuroHIV、2005)。ポーランドにおいて長い間主要感染要因であった注射器による薬物使用は、現在新規感染の 3 分の 1 以下となり、異性間・男性間双方の無防備なセックスに取って代わられている。ポーランドでは現在、HIV と共に生きる人々の 20%以上を女性が占めている (国家エイズセンター、2005)。中央ヨーロッパでは全体的に言って、2004 年に感染形態が判別されたケースの約半数が無防備な異性間の性交渉を原因とするものである。**チェコ共和国、ハンガリー、スロベニア及びスロバキア共和国**などの 5～6 カ国でのみ、男性間のセックスが主たる HIV 感染形態であると思われる。

西ヨーロッパと北アメリカは、依然として、抗 HIV 療法を必要としている大多数の人々がこの療法を受けることができる世界で唯一の地域である。その結果、1990 年代、エイズによる死亡件数は激減した。西欧では、この傾向は持続しており、エイズによる死亡件数は、2000 年の 3,905 件から 2004 年の 2,252 件へと 42%も急激に減少している (EuroHIV、2005)。(それとは対照的に、抗 HIV 療法の普及が限定されている東ヨーロッパでは、エイズによる死亡件数が 2000 年から 3 倍に増加している ; EuroHIV、2005)。

この地域における主要課題は、予防努力を強化し、それを、変化する流行パターンに適応させていくことである。