

HIV/AIDS 最新情報

2005年末現在

「HIV/AIDS最新情報(2005年末現在)」の英文原書は国連合同エイズ計画より発表された“AIDS epidemic update, December 2005”です。この日本語翻訳版は財団法人エイズ予防財団により準備されました。翻訳の正確性については、財団法人エイズ予防財団に責任があります。翻訳上の食い違いがある場合は英語原版の内容を正とします。

“This work was originally published by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in English as AIDS epidemic update in 2005. This Japanese translation was arranged by the Japanese Foundation for AIDS Prevention (JFAP). The JFAP is responsible for the accuracy of the translation. In case of any discrepancies, the original language will govern.”



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNAIDS
UNHCR • UNICEF • WFP • UNDP • UNFPA
UNODC • ILO • UNESCO • WHO • WORLD BANK



**World Health
Organization**

英語原本出版番号 : UNAIDS/05.19E (English original, December 2005)

日本語版出版番号 : UNAIDS/05.19J (Japanese translation, December 2005)

© Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) 2004

All rights reserved. Publications jointly produced by UNAIDS and WHO can be obtained from the UNAIDS Information Centre. Requests for permission to reproduce or translate UNAIDS publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should also be addressed to the Information Centre at the address below, or by fax, at +41 22 791 4187, or e-mail: publicationpermissions@unaids.org.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNAIDS or WHO concerning

この著作に関するあらゆる権利はUNAIDS(国連共同エイズ計画)およびWHO(世界保健機関)が保有します。UNAIDS/WHOが協同で出版した著作物はUNAIDS広報センターから入手できます。UNAIDS著作物の複製あるいは翻訳の許可申請は、商業的利用・非商業的利用のどちらの場合でも、UNAIDS広報センター宛てに出してください。Eメールpublicationpermissions@unaids.org あるいはFAX (+41-22-791-4187)でも申請可能です。

この著作物に記載されている地名・情報は、国・領土・地方自治体・地域の法的地位・権限に関して、および、境界線・境界地帯の境界線決定に関して、UNAIDS/WHOのいかなる意見を述べるものではありません。

the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by UNAIDS or WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

UNAIDS and WHO do not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

特定の会社名あるいは製造業者の製品に関する記載は、UNAIDS/WHOがその会社・製品を、本著作物に記載されていない同じ性質を持つ他会社・他製品と比較して、支持・推奨するものではありません。誤りや脱落したものを除いて、特許薬品名は大文字のイニシャルで識別してあります。

UNAIDS/WHOはこの著作物に記載してある情報が、完璧・正確であると保証するわけではありません。またこの著作物に記載してある情報を利用した結果生じうるいかなる損害についても、UNAIDS/WHOは法律上の責任を負いません

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

UNAIDS.

AIDS epidemic update : 2005.

1. HIV infections – epidemiology
2. Acquired immunodeficiency syndrome – epidemiology
3. Disease outbreaks I. Title.

ISBN 92 9 173439 X

(NLM classification : WC 503.41)

UNAIDS - 20 avenue Appia - 1211 Geneva 27 - Switzerland

Telephone: (+41) 22 791 36 66 - Fax: (+41) 22 791 41 87

E-mail: unaids@unaids.org - Internet: <http://www.unaids.org>

AIDS epidemic update

Special Report on HIV Prevention

December 2005



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNAIDS
UNHCR • UNICEF • WFP • UNDP • UNFPA
UNDC • ILO • UNESCO • WHO • WORLD BANK



World Health
Organization

目次

謝辞	
世界の HIV/AIDS 流行状況 (2005 年末現在)	1
序文	2
予防の強化：ユニバーサルアクセスへの道	6
サハラ以南アフリカ	17
アジア	31
東欧・中央アジア	45
カリブ海沿岸	53
ラテンアメリカ	59
北アメリカ、西・中ヨーロッパ	65
中東・北アフリカ	70
オセアニア	74
地図	76
世界の推計総数 (成人・子供)、2005 年末現在	77
HIV 感染者 (成人・子供) 推計総数、2005 年末現在	78
2005 年における新規 HIV 感染者 (成人・子供) 推計総数	79
2005 年における AIDS による死亡者 (成人・子供) 推計総数	80
文献目録	81

謝辭

The 2005 AIDS epidemic update is a report from the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and the World Health Organization (WHO). It includes contributions from the United Nations Children's Fund (UNICEF), the United Nations Population Fund (UNFPA), and Hein Marais.

AIDS epidemic update: December 2005





世界の HIV/AIDS 流行状況 (2005 年末現在)

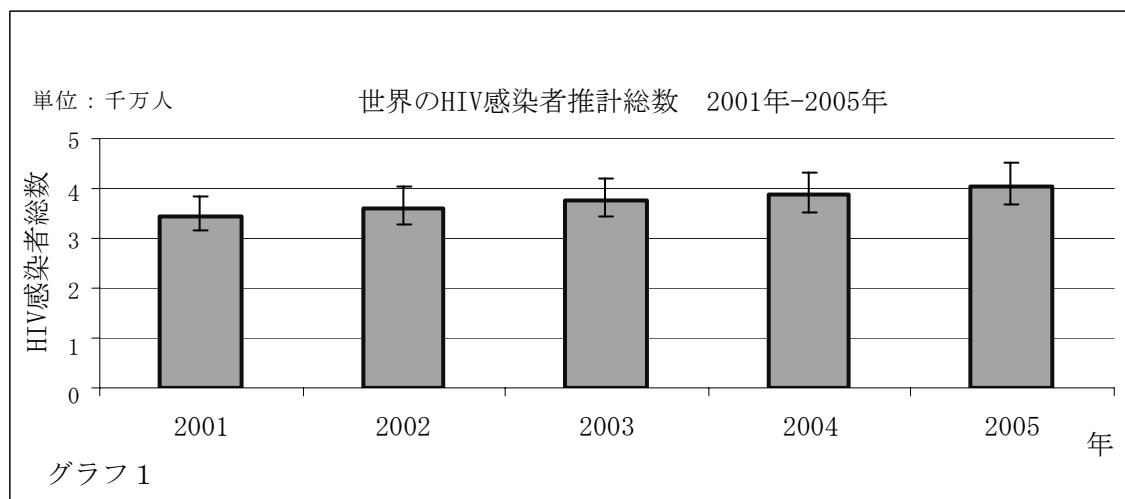
	合計	4,030 万人 (3,670-4,530 万人)
HIV 感染者数 (2005 年末現在)	成人	3,800 万人 (3,450-4,260 万人)
	女性	1,750 万人 (1,620-1,930 万人)
	子供(15 歳未満)	230 万人 (210-280 万人)
2005 年における 新規 HIV 感染者数	合計	490 万人 (430-660 万人)
	成人	420 万人 (360-580 万人)
	子供(15 歳未満)	70 万人 (63-82 万人)
2005 年における AIDS による死亡者数	合計	310 万人 (280-360 万人)
	成人	260 万人 (230-290 万人)
	子供(15 歳未満)	57 万人 (51-67 万人)

推計値の右の () 内の範囲に実際の数値が存在する。推計値・範囲は入手可能な最良のデータを基にして算出された。

序文

1981年に初めてその存在を知らしめて以来、後天性免疫不全症候群（エイズ）は現在までに2,500万人以上の命を奪い、有史以来もっとも破壊的な疾病のひとつとなった。近年、世界の多くの地域で、抗 HIV 薬（ARV）による治療とケアへのアクセスが改善されてきてはいるものの、2005年、エイズによる死亡者は310万人（280万–360万人）にのぼり、その50万人以上（57万人）は子どもである。

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）とともに生きる人々の総数は過去最高のレベルに達し、推計4,030万人（3,670万–4,530万人）となった。2005年にHIVに感染した人は500万人弱である。



それでも、断固として行われた協調介入に HIV が屈したというエビデンスもたくさんある。継続的な努力により、西欧諸国の男性とセックスする男性（MSM）や、ウガンダの若者、タイとカンボジアのセックスワーカーとその客、スペインとブラジルの注射による薬物使用者（IDU）などでは HIV 感染が減少した。少し前に始められた予防プログラムが、ついにケニアとジンバブエ、ハイチの都市部の HIV 陽性率低下をもたらしたという新たなエビデンスもある。

過去 2 年間で HIV 感染者数は、一つの地域を除いて、全世界で増加した。世界で二番目に深刻な影響を受けているカリブ海沿岸地域では、2005年の同地域全体の HIV 陽性率は、2003年と比較して変化がなかった。

サハラ以南のアフリカは現在も HIV の流行がもっとも深刻な地域であり、HIV 感染者数は2,580万人（2,380万–2,890万人）で、2003年に比べ、100万人も増加している。世界の HIV 感染者の3分の2、女性の HIV 感染者の77%がサハラ以南のアフリカに集中している（17-30 ページ参照）。同地域では2005年、約240万人（210万–270万人）が HIV 関連の疾患によって亡くなり、320万人（280万–390万人）が新たに HIV に感染した。

東欧と中央アジア（45-52 ページ参照）及び東アジアでは、流行はますます勢いを増している。東欧と中央アジアでは、HIV 感染者数が160万人となり、その25%は2003年からの増加分である。エイズによる死亡者数は2倍の6万2千人になった。東アジアでは2005年の HIV 感染者数は2003年に比べて20%増え、87万人となった。

HIV 感染者に占める女性の割合も大きくなっている。2005年、全世界で1,750万人（1,620万–1,930万人）の女性が HIV に感染しており、その数は2003年から100万人増加している。このうち、1,350万人（1,250万–1,510万人）はサハラ以南のアフリカに集中している。女性 HIV 感染者の増加は、ほぼ200万人の女性 HIV 感染者を抱える南・東南アジアと、東欧・中央アジアでも顕著である。

HIV/AIDSに関する地域別推計値・特徴 (2003年および2005年)					
		HIV感染者数 (成人・子供)	新規HIV感染者数 (成人・子供)	成人HIV 陽性率(%)	AIDSによる死亡者数 (成人・子供)
サハラ以南 アフリカ	2005年	2,580万 [2,380-2,890万]	320万 [280-390万]	7.2 [6.6 - 8.0]	240万 [210-270万]
	2003年	2,490万 [2,300-2,790万]	300万 [270-370万]	7.3 [6.7 - 8.1]	210万 [190-240万]
北アフリカ・ 中東	2005年	51万 [23-140万]	67 000 [35 000-200 000]	0.2 [0.1 - 0.7]	58 000 [25000-145 000]
	2003年	50万 [20-140万]	62 000 [31 000-200 000]	0.2 [0.1 - 0.7]	55 000 [22 000-140 000]
南アジア・ 東南アジア	2005年	740万 [450-1,100万]	99万 [48-240万]	0.7 [0.4 -1.0]	48万 [29-74万]
	2003年	650万 [400-970万]	84万 [41-200万]	0.6 [0.4 - 0.9]	39万 [24-59万]
東アジア	2005年	87万 [44-140万]	14万 [42 000 - 39万]	0.1 [0.05 - 0.2]	41 000 [20 000-68 000]
	2003年	69万 [35-110万]	10万 [33 000 - 30万]	0.1 [0.04 - 0.1]	22 000 [11 000 - 37 000]
オセアニア	2005年	74 000 [45 000 - 120 000]	8 200 [2 400 - 25 000]	0.5 [0.2 - 0.7]	3 600 [1 700 - 8 200]
	2003年	63 000 [38 000 - 99 000]	8 900 [2 600 - 27 000]	0.4 [0.2 - 0.6]	2000 [910 - 4 900]
ラテン アメリカ	2005年	180万 [140-240万]	20万 [13-36万]	0.6 [0.5-0.8]	66 000 [52 000-86 000]
	2003年	160万 [120-210万]	17万 [12-31万]	0.6 [0.4 - 0.8]	59 000 [46 000-77 000]
カリブ海沿岸	2005年	30万 [20-51万]	30 000 [17 000 - 71 000]	1.6 [1.1 - 2.7]	24 000 [16 000 - 40 000]
	2003年	30万 [20-51万]	29 000 [17 000 - 68 000]	1.6 [1.1 - 2.7]	24 000 [16 000 - 41 000]
東欧・ 中央アジア	2005年	160万 [99-230万]	27万 [14-61万]	0.9 [0.6 - 1.3]	62 000 [39 000-91 000]
	2003年	120万 [74-180万]	27万 [12-68万]	0.7 [0.4 - 1.0]	36 000 [24 000 - 52 000]
西欧・ 中欧	2005年	72万 [57-89万]	22 000 [15 000 - 39 000]	0.3 [0.2 - 0.4]	12 000 <15 000
	2003年	70万 [55-87万]	20 000 [13000 - 37 000]	0.3 [0.2 - 0.4]	12 000 <15 000
北アメリカ	2005年	120万 [65-180万]	43 000 [15 000 - 120 000]	0.7 [0.4 - 1.1]	18 000 [9 000 - 30 000]
	2003年	110万 [57-180万]	43 000 [15 000 - 120 000]	0.7 [0.3 - 1.1]	18 000 [9 000 - 30 000]
合計	2005年	4,030万 [3,670-4,530万]	490万 [430-660万]	1.1 [1.0 - 1.3]	310万 [280-360万]
	2003年	3,750万 [3,400-4,190万]	460万 [400-600万]	1.1 [1.0 - 1.2]	280万 [250-310万]

女性についての HIV に関する地域別推計値・特徴 (2003 年および 2005 年)			
地域	年	成人(15-49 歳) 女性の HIV 感染者数	成人(15-49 歳) HIV 感染者総数に対する女性の割合(%)
サハラ以南アフリカ	2005	1,350 万 [1,250-1,510 万]	57
	2003	1,310 万 [1,210-1,460 万]	57
北アフリカ・中東	2005	220 000 [83 000-660 000]	47
	2003	230 000 [78 000-700 000]	50
南・東南アジア	2005	190 万 [110-280 万]	26
	2003	160 万 [95-240 万]	25
東アジア	2005	160 000 [82 000-260 000]	18
	2003	120 000 [59 000-190 000]	17
オセアニア	2005	39 000 [20 000-62 000]	55
	2003	27 000 [14 000-43 000]	44
ラテンアメリカ	2005	580 000 [420 000-770 000]	32
	2003	510 000 [370 000-680 000]	32
カリブ海沿岸	2005	140 000 [88 000-250 000]	50
	2003	140 000 [87 000-250 000]	50
東欧・中央アジア	2005	440 000 [300 000-620 000]	28
	2003	310 000 [210 000-430 000]	26
西・中欧	2005	190 000 [140 000-240 000]	27
	2003	180 000 [150 000-220 000]	27
北アメリカ	2005	300 000 [150 000-440 000]	25
	2003	270 000 [130 000-400 000]	25
合計	2005	1,750 万 [1,620-1,930 万]	46
	2003	1,650 万 [1,520-1,820 万]	47

新たな成果

HIV の流行は南部アフリカでも猛威を振るい続けている (20-25 ページ参照)。南部アフリカ 6 ヶ国 (ボツワナ、レソト、ナミビア、南アフリカ、スワジランド、ジンバブエ) の妊婦の HIV 感染レベルは 20%以上で、そのなかでもボツワナとスワジランドの妊婦の感染レベルは約 30%である。南アフリカ共和国における HIV の流行は世界でももっとも規模が大きく、その勢いが衰える兆しはない。隣国モザンビークでも、HIV 感染レベルは驚くほど上昇している。ジンバブエでは国全体の HIV 陽性率が低下する兆しはあるものの、妊婦の感染レベルだけは高いままである (2004 年現在 21%)。全体的な感染レベルの低下傾向を持続するにはたいへんな努力が必要である。

今後数年で治療の格差はさらに縮まる兆しはあるが、流行を封じ込めるほどのペースでは進まないだろう。エイズの流行を抑えるには迅速で継続的な HIV 予防が必要だ

アフリカ南部に比べて HIV 陽性率が低いアフリカ東部では、ウガンダで 1990 年代半ばから妊婦の HIV 陽性率が低下しているが、同じ現象が現在、ケニアの都市部でも顕著である。両国とも、おそらく行動変容がこのような傾向に寄与していると考えられる。しかし、これらは例外的なケースであり、その他のアフリカ東部地域は、アフリカ西部・中央部地域と同様、過去数年間で HIV 陽性率の変化はほとんど見られない。

アジアとオセアニアでも、中国、パプア・ニューギニア、ベトナムなどで流行は拡大している（31-44 ページ、74-75 ページ参照）。パキスタンとインドネシアでも、今にも深刻な流行爆発が起こりそうな憂慮すべき兆候がある。アジアでは IDU（注射による薬物使用）と売買春が流行の原動力となっている。危険な行動に的を絞ったプログラムを必要な規模で実施するために十分な取り組みをしている国はほんの一握りである。2005 年、HIV 感染者数が増加した東欧と中央アジアについても同じことが言える。女性、そのなかでも貧困層の女性の HIV 感染がとくに増えている北アメリカにもこれはあてはまる（45-52 ページ、65-69 ページ参照）。

**ユニバーサル・アクセスを達成するためには、
異なったアプローチを調整することが必要となる。**

格差を縮める

過去 10 年間でエイズ対策はかなり拡大し、改良されてきた。しかし、それでもまだその規模やペースは悪化を続ける流行に見合ったものにはなっていない。

過去 2 年間で、抗 HIV 治療へのアクセスは目覚しく改善された。治療を必要とする人がその機会を得られるのは、いまや北米や西欧諸国のような富める国々だけではない。アルゼンチン、ブラジル、チリ、キューバなどの国々では治療カバレッジが 80%を超えている。しかし、このような地域が一部あるものの、南米やカリブ海地域、東欧、アジアの大部分、そしてアフリカ諸国などの最貧国では状況は異なっている。2005 年半ば現在、抗 HIV 治療を受けているのは、アフリカではそれを必要とする人々のせいぜい 10 人に 1 人、アジアでは 7 人に 1 人である。

それでも、低・中所得国の 100 万人以上が抗 HIV 治療のおかげでより長く、より良い生活が送れるようになっているのも事実である。2003 年末からの治療の拡大で、2005 年には 25 万人から 35 万人が死を免れた。2005 年に行われた目覚しい治療拡大の最大効果は、2006 年以降に表れるだろう。

今後数年で治療の格差はさらに縮まる兆しはあるが、流行を封じ込めるほどのペースでは進まないだろう。エイズの流行を抑えるには迅速で継続的な HIV 予防が必要だということはこれまでずっと認識されてきた。HIV 予防、治療、ケアと影響緩和へのユニバーサル・アクセスを達成するために、各国が最大限に協力し合うことを、国際社会は保証しなければならない。

ユニバーサル・アクセスを達成するためには、異なったアプローチを調整することが必要となる。 予防、治療、ケア、影響緩和のゴールは同時に達成されるべきであり、順位付けをして行ったり、それぞれを独立して実施したりすべきではない。各国は人的・制度的資源の強化などのプログラムの実施に焦点を当てる必要がある。また、これらのサービスを最大限に統合するための戦略を開始しなければならない。

これら全てを早急に行わなければならない。しかし、これはより大きい、また長期的なチャレンジの一部に過ぎない。エイズの流行を抑えるには、社会的な不平等や不公正といった流行の背景にある要素にも取り組む必要がある。スティグマや差別、女性差別やその他の人権侵害など、いまだにアクセスの深刻な障害となっているものを克服しなければならない。また、エイズによる孤児や人的・制度的能力の喪失など、エイズによって新たに生み出された不公正も克服しなければならない。これらは並々ならぬ対応を必要とする並々ならぬチャレンジである。

予防の強化： ユニバーサルアクセスへの道

2005年、世界の新規 HIV 感染件数は、約 500 万件、サハラ砂漠以南のアフリカだけで 320 万件にも達した。また同年、エイズ関連疾患で亡くなった人々の数は 300 万人に達し、50 万人（57 万人）以上が子供であった。現在、HIV と共に生きている人々の総数は、4,030 万人となっており、1995 年（1,990 万人）の倍以上になっている。状況が改善している国も増えてはいるが、少数であり、エイズの流行は、それを食い止めようとするグローバルな努力をしのぎ続けている。

HIV に感染する人の数が増えるにつれて、エイズで亡くなる人も増えるというのは、不可避な事実である。低・中所得国家で抗 HIV 療法を受けている人々の数は、2001 年末から 3 倍に増えている。しかしそれでもなお、2005 年中盤時点で必要としている人々の中で同療法を受けている者の割合は、アフリカでは 10 人に 1 人、アジアでは 7 人に 1 人に過ぎない。HIV 感染拡大のらせんサイクルが打破されなければ、抗 HIV 療法及びケアを急速に拡充し維持しようという努力も根底から覆されてしまいかねない。

流行を制するためには、HIV 予防努力は、同時に治療とケアに対するアクセスを拡充する包括的な対応策の一環として、拡充・強化されなければならないという認識が、高まりつつある（国連エイズ合同計画、2005）。グローバル及び国家レベルのコミットメントとこれらの基本的努力が結びついて初めて、世界はユニバーサルアクセス（万人が予防、治療・ケアサービスを平等に利用できる状態）を達成することができ、本当の意味でエイズを制することができるようになるのである。

HIV 予防は効果を発揮している

— しかしより一層の強化が必要

課題はきわめて大きい。世界的には、HIV に感染するリスクに曝されている人々の中で基本的な予防サービスを利用できる人の割合は、5 人に 1 人以下である（国連エイズ合同計画、2004）。また、HIV と共に生きている人々の中で抗体検査を受け、自らが HIV に感染していることを知っているのは、10 人に 1 人のみである。

強い意志や協調努力に支えられた介入であれば、HIV を屈服させることができるという証拠は充分にある。多くの西洋諸国では、多様な環境における持続的な努力が男性とセックスをする男性（MSM）間の、ウガンダでは若者の、タイやカンボジアではセックスワーカーとその客の、スペインとブラジルでは注射器による薬物使用者（IDU）の HIV 発生率の低下を招く一助となってきた。また、しばらく前に創始された予防プログラムが、ケニアやザンビア、さらにはハイチ都市部における HIV 陽性率を現在低下させるのに役立っているという新しい証拠もある。

しかし、予防戦略が規模、強度、長期的なビジョンを欠いている場合もしばしばある。予防介入が、流行を制するために必要な成果を生み出すためには、短期的な視野のプロジェクトを、長期的な計画に基づく戦略に変換する必要がある。

集中的な施策が効果を発揮した場合

数々の調査は、HIV 予防努力は、集中的に（包括的かつ長期的視野に立って）行われた場合に最も効果的であることを示している。たとえば、タンザニアのムベヤ地域で実施された集中的な予防プログラムは、1994年から2000年にかけて、コンドーム使用、性感染症治療件数増加などの効果を生んだ。これらの変化は、同時期に15～24歳の女性におけるHIV陽性率を21%から15%に低下させるという効果を生んだ（Jordan-Harder など、2004）。しかし同国のムワンザ地域では、HIV 予防努力がそれほど集中的ではなく、孤立していたため、同様の効果を生まなかった。実際、同地域におけるHIV陽性率は、1994～1995年の6%から1999～2000年の8%に上昇してしまった（Mwaluko など、2003）。

エイズの流行形態がひとつだけということはない。一国においても、それはきわめて多様な形態を取りうる。したがって、予防戦略は流行の多様性に取り組むものでなければならず、正確な疫学的・行動情報により、エビデンス（証拠）に基づくものでなければならない。

HIVに対する包括的な対応を確実にを行うために、治療と予防努力は、同時に強化されなければならない。

しかしながらすべての状況にとって根本となるのは、規模、強度、一貫性、持続可能性を中核要件として含む包括的な予防戦略である。すべての戦略は、HIV 予防と治療が相互に関連し、双方が同時に促進されるものでなければならないという認識の上に立ったものでなければならない。

すべての HIV 予防努力に適用可能なその他の基本アプローチも存在する。第一には、HIV 予防は、国家政府が流行を抑制する強力な対策の実施において主導力（資源配分も含め）を発揮すべき、古典的な“公共の福祉的”介入であることを認める必要があるということである。

第二には、すべての HIV 予防戦略は、人々を HIV 感染のより大きな危機にさらす貧困、ジェンダー間の不平等、特定の人口集団の疎外などの要因とエイズとの関連性が強まっていることを必ず考慮するようにする必要があるということである。

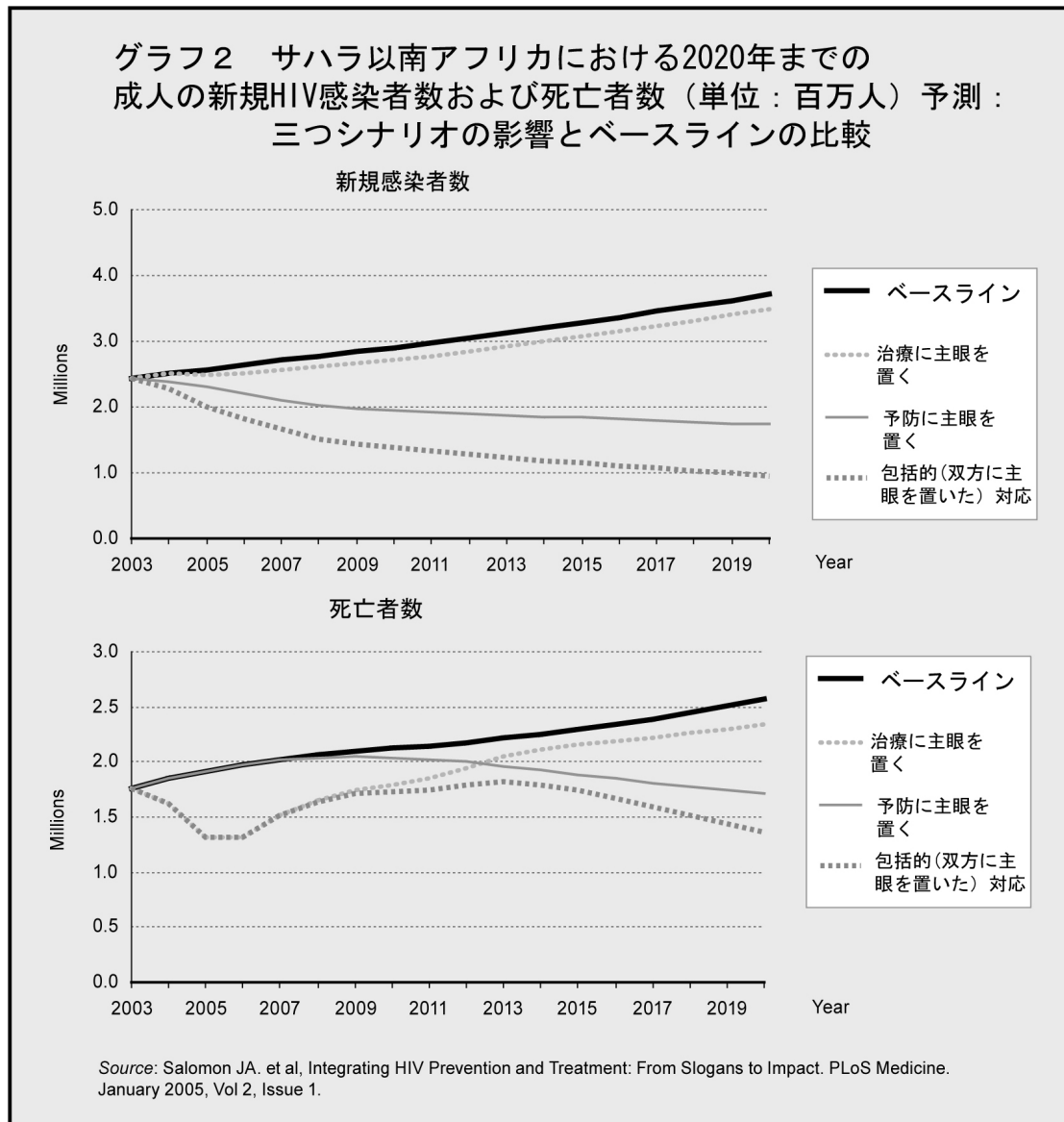
同様に重要なのが、殺ウイルス剤などの新技術の開発及び実施、女性用コンドームなど既存製品の改善などであり、これらは、対応策の選択肢を増やし、包括的な予防戦略の一部を形成すべきものである。また、長期的視野に立ったワクチン開発も必要である。

さらに、すべての予防戦略において取り入れなければならないアプローチは、スティグマ（偏見）と差別の問題に取り組むこと、HIV 感染のリスクが最も高い人々に施策が効果的に到達すること、および HIV と共に生きている人々がエイズに対する対応策により積極的に関わることである。

予防と治療は不可欠なパートナー

HIVに対する包括的な対応を確実にを行うために、治療と予防努力は、同時に強化されなければならない。 様々なシナリオを比較した数学的モデル化によれば、効果的な予防及び治療が協調して拡充されるシナリオでは、防止された新規 HIV 感染及び死亡件数双方の点で、メリットが最も大きくなることが示されている（Salomon など、2005）。その成果は明らかである。

- HIV 治療の成功は、HIV 予防にとってより効果的な環境をつくり上げることができる。
- HIV 治療を手頃なコスト負担で受けられ、持続可能なものとするためには、HIV 予防の強化が必要である。
- エイズ対策の持続的な進歩は、HIV 予防及び治療を同時に強化して初めて実現できる。



サハラ砂漠以南のアフリカでは、包括的な予防と治療の総合対策は、そのような対策が実施されなければ2020年までに起こりうるであろう新規感染件数の55%を防止できる(グラフ2参照。Salomonなど、2005)。

証拠及び経験は、抗HIV療法が急速に利用可能になることが、HIV抗体検査の利用率向上に繋がることを示している。たとえばケニアでは、2000～2004年の間に検査及びカウンセリング利用率が劇的に増加し、一方でブラジルでも利用件数が2001～2003年に3倍以上に増加している(WHO“3 by 5” Progress Report、2005年6月)。ウガンダでも同様の事態が起こっている。利用者不足から閉鎖を余儀なくされた後、ウガンダ・マサカのカウンセリング及び抗体検査クリニックが、同じ病院で抗HIV療法プログラムが始まった2002年に再開された。その数ヶ月後、5,000人以上の人々が自発的にカウンセリング及び検査を受けたが、これは2000年の数字の17倍に匹敵する(Mpiimaなど、2003)。これにより、ヘルスワーカーが人々にその検査結果に応じてHIV予防について教育する機会が与えられた。

治療と強化されたコミュニティーアウトリーチを利用できることが、エイズに対するより開放的な姿勢につながり、それが、スティグマや偏見を打破する一助となる。南ア共和国のカエリチャで抗HIV療法が導入された後に実施された健康調査では、調査対象となったその他の抗HIV療法が導入されていない7カ所と比較して、より高いコンドーム使用率、エイズクラブに進んで参加する姿勢、HIV抗体検査の受容などが見られた(WHO、2003)。

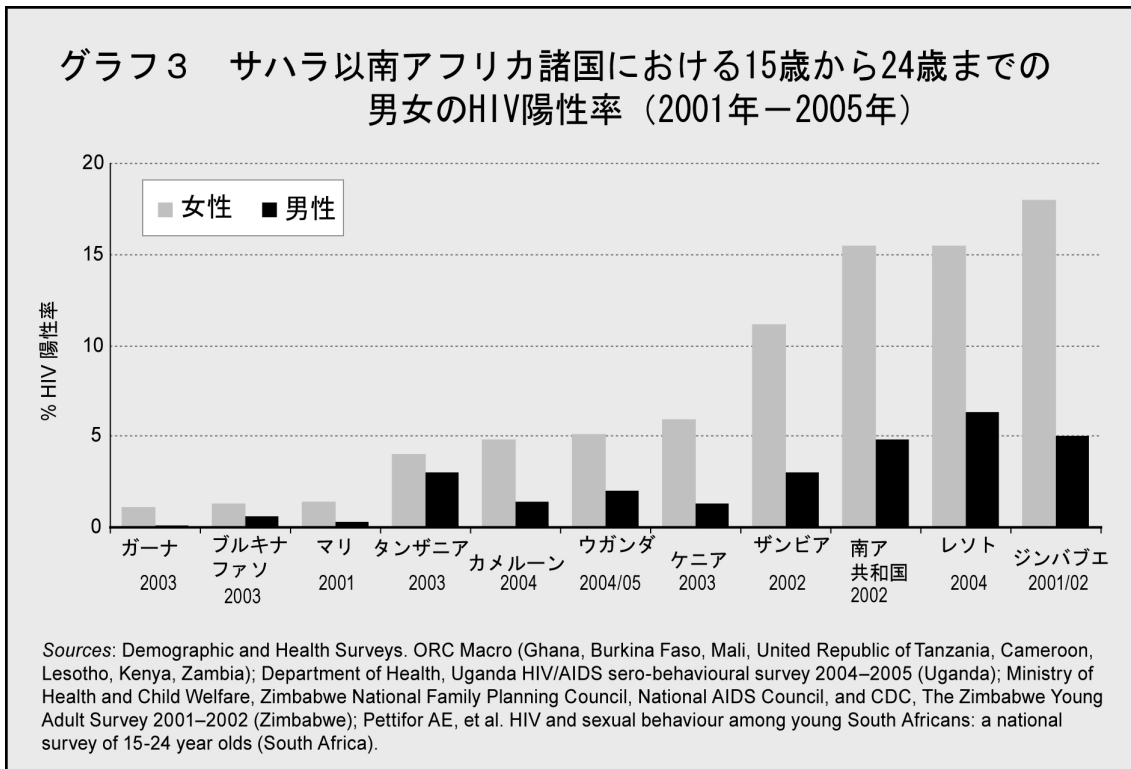
しかし一方で、治療へのアクセスが高まるに連れて、別の課題も浮上してくる。複数の高所得国

で抗 HIV 療法へのアクセスが拡充するに連れて安全でない性行動が増加しているという証拠がある（米国疾病対策予防センター、2002；Stolte など、2004）。変化する予防ニーズ、課題及び機会に関する我々の理解を高めるためのより強力なオペレーショナルリサーチを実施する必要がある。

HIV を具体的状況の中で捉える

効果的であるためには、予防プログラムは、人々が生活している状況に注目しなければならない。

女性及び少女の権利と地位は特別な注目に値する。サハラ砂漠以南のアフリカ及びアジアからヨーロッパ、ラテンアメリカ、太平洋地域まで世界中で、HIV に感染している女性の数は増え続けている。最も高いリスクに曝されているのは、しばしば、収入がほとんど、あるいはまったくない女性たちである。政治的、社会的、文化的、人間的安全性要因も含めた広範な不平等が、女性や少女の状況を悪化させている。



いくつかのアフリカ南部諸国では、HIV と共に生きている全若者の 4 分の 3 以上が女性であり（WHO アフリカ地域事務所、2003；生と生殖に関する健康リサーチユニット及び医療リサーチユニット、2004）、サハラ砂漠以南のアフリカ全体では、15～24 歳の若い女性は、若い男性より HIV 陽性である可能性が少なくとも 3 倍に達する（国連エイズ合同計画、2004）。

多くの国で、結婚をしても、また、貞操を守っていても、女性を HIV 感染から護るのに充分ではない。ハラレ（ジンバブエ）、ダーバン及びソウェト（南ア共和国）の女性では、66%が生涯に付き合ったことがある男性は 1 人である、79%が少なくとも 17 歳（世界の大多数の国の初性体験のおおよその平均年齢）までは性交渉を行わなかったと回答している。しかし、若い女性の 40% が HIV 陽性であった（Meehan など、2004）。多くの女性が、1 人のパートナーに貞操を守っていたにもかかわらず感染したのである。コロンビアでは、妊産婦診療所で HIV 陽性のテスト結果が出た女性の 72%が、1 人の相手と安定的な関係を保っていると述べている。またインドでは、新規感染のかなりの部分が、結婚しているが、（現在または過去に）セックスワーカーを頻繁に利用した夫から感染した既婚女性の間で発生している（アジアの章を参照）。

近いパートナーによるものであれ、見ず知らずの他人によるものであれ、女性や少女に対する性的及びその他の形態の虐待が彼女たちが HIV に感染する可能性を高めることを、証拠が示している。女性や少女に対する高いレベルの性的暴力が、世界中の国々で報告されている。調査では、たとえばバングラデシュ、ブラジル、エチオピア、ナンビア、タイなどの3分の1から2分の1の女性が、自らのパートナーにより身体的及びあるいは性的に暴行を加えられたと述べている (WHO, 2005)。HIV 予防活動を成功させるためには、法改正 (所有権も含む) 及び女性や少女への暴力の問題に取り組み、減少させる女性の権利促進などのその他の努力がともに行われる必要がある (Maman など、2000)。

HIV に対するスティグマ (偏見) とその結果生じる実際のまたは想定上の差別は、効果的な HIV 予防対策にとって恐らく最も大きな障害であると思われる。

また、ジェンダーによる不平等の問題に長期的な影響を与えるためには、HIV 予防努力に男性や少年を関与させることも必要である。男性を関与させることは、彼らが女性及び少女の HIV に対する脆弱性を左右するだけでなく、男らしさやジェンダーについての社会慣習上の規範が、それにより男性が自らの健康をリスクに曝し、自らの身を守るために必要な情報やサービスを拒むような行動に従事することを奨励する場合、彼らの HIV に対する脆弱性を高めるが故に重要である。男性は女性と同様に、伝統的なジェンダー規範に影響されている。男女双方を HIV 感染から護ろうとし、男性が HIV 予防においてより責任のある役割を担うように奨励するためには、こうした問題に取り組み、変えなければならない。ジェンダー規範を身に付けていく社会化という意味で、特別な注意が少年に向けられる必要がある (国連エイズ合同計画、2005)。

また、予防プログラム諸施策が完全に効果を発揮するためには、すべての年齢グループの人々を対象としなければならない。いくつかの国で年長者の間の感染率が上昇する傾向が出現しており、これは、この年齢グループに対する予防努力の大きな欠落を示唆するものである可能性がある。南ア共和国では、34 歳以上の女性の HIV 陽性率の上昇が特に著しく、またボツワナにおいても、同様のパターンが出現しており、15~24 歳までの妊婦では、感染率は 1999 年以来横這い状態であるのに、25 歳以上の妊婦では、1992 年以来陽性率は一定のペースで上昇し、2003 年に測定された際には、43%に達していた。ボツワナの年長者男女の感染レベルは予想以上に高く、45~49 歳で 29%、50 代前半で 21%に達している。

スティグマと差別：効果を弱める要因

HIV に対するスティグマ (偏見) とその結果生じる実際のまたは想定上の差別は、効果的な HIV 予防対策にとって恐らく最も大きな障害であると思われる。 スティグマと差別は、世界的な流行を阻止しようとする努力の効果を弱め、流行のさらなる拡大を後押しする理想的な風土を醸成してしまう。

HIV に対するスティグマは、怖れ、そしてエイズをセックスや疾病、死、さらには、婚前性交渉、婚外性交渉、セックスワーク、男性間のセックス、注射器による薬物使用などの違法であったり、禁じられていたり、またはタブーである場合もある行動と関連付けることから派生する。スティグマは、HIV に関する気付きや知識の不足からも派生する。そのようなスティグマは、特定の人々やグループをスケープゴートにし、彼・彼女らを責め、罰したいという衝動に油を注ぐ。スティグマは、既存の偏見や排除パターンに乗じて、HIV 感染に対してすでにより弱い立場にある人々をさらに弱い立場へ追いやってしまう。また、スティグマを怖れることで、HIV と共に生きている人々は、HIV 予防努力によって重要な指導的役割を果たす意欲を失ってしまう。

スティグマは、他者を直接的に害し、彼らがサービスや権利を享受できなくなるような方法で人々に行動させるよう駆り立てるが、それは、HIV に関連した差別という形態を取る行動である。スティグマは、予防サービスが利用可能になっている場合でさえも、多くの人々がより安全なセックス

HIV と共に生きる人々の予防対策への参加

HIV と共に生きる人々は、HIV 予防推進に貢献しうる有能な人材の宝庫である。流行の始めから、流行予防戦略は、その計画、実施及び評価に HIV と共に生きている人々に有意義な方法で参加してもらうことでより効果的なものとなってきた。ジーパ (GIPA = Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS: HIV/エイズと共に生きる人々の一層積極的な参加) という原則は、HIV/エイズと共に生きる人々が、国家・地域・世界レベルのエイズ対策に、全面的に参加することを保証することによって、対策を推進する政治的・法的・社会的環境の創生を促すことを目的としている。ジーパ原則は 1994 年のパリ・エイズサミットで 42 カ国が合意して、公式に承認されたものである。しかしながら、HIV 予防戦略は、HIV に感染していると診断された人々の特有の予防ニーズの取り込みや、彼らの意義のある参加のための能力構築に失敗してきた。彼らの参加が名ばかりのものに過ぎないレベルにとどまる場合もしばしばであった。しかし効果的な対応をするためには、こうした状況を変えなければならない。

HIV と共に生きる人々にとっての予防の目的は、新たな性感染症に感染することを避け、HIV 関連の疾病の進行を遅らせ、HIV の他者への感染を回避できるように彼らをエンパワーすることである。予防カウンセリング戦略は、HIV 感染に関する知識を高め、より安全なセックスの実践スキルを高める。その他の HIV 予防戦略には、サービスと予防必需品提供の規模拡大、重点化と改善、一方が HIV 陽性で他方が陰性のカップルに対するサービス、人権保護、コミュニティー動員能力の強化、アドボカシー・政策変更、及びコミュニティーアウェアネス (HIV に対する気付き) 支援などが含まれる (国際 HIV/エイズアライアンス、2003)。これらの戦略は個別ではなく、組み合わせられて効果を発揮する。

を実践し、HIV 検査を受け、感染していることをパートナーに打ち明けたり、あるいは治療を求めることを妨げる。たとえばウガンダでは、調査対象となった女性の半数以上、男性の半数弱が、自らが HIV に感染していることを家族のメンバーに打ち明けたくないと答えている (ウガンダ保健省、2005)。また、ケニアのナイロビ、ウガンダのカンパラ及びマサカの若者を対象にした調査では、現実の秘密保持性の欠如、またはその恐れが、経済的に利用しにくいことと同じくらい、自発的検査やカウンセリングサービス利用の阻害要因となっていることが明らかになっている。

社会的に弱い立場に立たされた人々における HIV 予防

社会の周辺部分に追いやられた人々は、特別な感染リスクに曝されている。このような人々における感染を防止することは、世界の多くの地域で感染率を抑止する際に大きな役割を担う。社会的に弱い立場に立たされた主な人々は、セックスワーカー、注射器による薬物使用者 (IDU)、囚人、そして男性とセックスをする男性 (MSM) である。

インド・カルカッタのソナガチ地区で創始されたようなセックスワーカー・プロジェクトは、集中的な絞ったプログラムの実施により、HIV 感染リスクの低減が可能になることを示した (P.33~34 参照)。より大きな規模では、タイは、その HIV 戦略をリスクの高い商業的セックスの減少に絞ることで新規 HIV 感染件数を 1991 年の 14 万人から 2003 年の 2 万 1,000 人へと減らすことができた (P.40 参照)。それほど劇的ではないが同様の成果も、カンボジア (成人の国家レベルの HIV 陽性率が 1997 年の 3% から 2003 年には 1.9% に減少) とセックスワーカーに対する集中的なプログラムが実施されたセネガル (HIV 陽性率がすでに 10 年にわたって低く横這い化している) で明らかになっている。しかし、個別の成功事例はいくつかあるものの、グローバルなレベルでは、セックスワーカーを予防対策の対象に含める率は低い。たとえば、東地中海沿岸諸国では、HIV 予防プログラムの対象となっているセックスワーカーの割合は、0.5% であった (国連エイズ合同計画など、2004)。

注射器による薬物使用は、インド、インドネシア、イラン、リビア、パキスタン、スペイン、ウクライナ、ウルグアイ及びベトナムなどの非常に多くの国々で流行を広げている。また、セックス

ワーカーとその客、そして IDU のネットワークが重複することで流行にさらに勢いが加わってしまっている国もある。ブラジル及びスペインなどの国々でハームリダクション（害の緩和）プログラムがある程度の成功を収めているという事例もあるが、多くの国々で IDU を対象にした予防プログラムが、持続的な効果を生むのに十分なほど広範なスケールでは実施されていない。IDU 及びその性交渉の相手を対象にしたコンドームの提供及び薬物代替療法などの要素を含む包括的な戦略を緊急にスケールアップする必要がある。

今日、世界では 1,000 万人の人々が刑務所に収監されている。大多数の国々で、収監されている人々の HIV 感染レベルは、一般国民よりも有意に高くなっている。ロシア連邦では、刑務所システムが、そこに収監されている人の数に比較して不釣り合いなほど大きな被害を受けている。同国の刑務所における HIV 陽性率は、一般の国民の間の陽性率よりも少なくとも 4 倍高いと推定されている。またイランでは、収監が HIV 感染の最も大きなリスク要因となっているように思われる。こうした調査結果から、刑務所内における包括的な HIV 対策を導入する必要性が浮かび上がる（東ヨーロッパ・中央アジアの章を参照）。

性感染症と HIV の感染拡大に関する一般に対する情報提供キャンペーンを、 強化すべきである。

ラテンアメリカ、カリブ海沿岸諸国、アジア、中央ヨーロッパ、さらにはおそらくそれほどではないが、東ヨーロッパやアフリカなどの多くの地域における流行で、男性間のセックスが担っている目立った役割については十分に研究されたり、取り組まれたりしていない。世界の大多数の地域で、MSM を対象にした効果的な予防プログラムに情報を提供するために必要な疫学的及び行動データが不足している。実際に存在するデータが示すのは、MSM の感染率が高いレベルに達しているということである。たとえば、タイのバンコク、インドのムンバイでは、最高 17%もの HIV 陽性率が MSM 間で検知されており、さらに、コロンビアのボゴタでも、20%という陽性率が検知されている（Montano など、2005）。MSM が HIV によりきわめて深刻な被害を被っているというデータが存在する場所でさえ、多くの国々で、彼らの予防ニーズは、ほとんど無視されている。

若者、女性や少女、貧困の中で生きている人々、移民労働者、紛争及び紛争後の状況下で生きている人々、難民や国内難民となった人々なども、その特別な弱い立場を考慮し、彼らの予防、治療・ケアの情報・サービスへのアクセスを向上させるスケールアップした介入を必要としている。

性感染症と HIV の拡大

性感染症を予防し、治療することで、HIV 感染のリスクを減らすことができる。このことは、セックスワーカーやその客など、数多くの性交渉の相手を有する可能性が最も高いグループの構成員に特に当てはまる。しかしながら、性感染症の予防と治療は、成功する可能性のある予防戦略の中では、とりわけ、サハラ砂漠以南のアフリカで、十分に活用されていない要素のままである。

梅毒、淋病、クラミジア、トリコモナス症、性器ヘルペスなどのその他の性感染症に感染することで、感染している人と感染していないパートナーとの間の無防備なセックスにより HIV が感染する確率が高まる。たとえば、サハラ砂漠以南のアフリカでは、HSV2 ウイルス（単純ヘルペスタイプ 2）への感染は、HIV 感染と強く関連していると思われる（Auvert など、2001 ; Hayes など、1998 ; McFarland など、1999）。治癒不可能な HSV2 は、生涯にわたって周期的に性器に潰瘍をつくる。ジンバブエやタンザニアにおける調査では、2つのウイルスは互いに相性がよく、各々が、人がどちらか一方のウイルスに感染したり、他方のウイルスを感染させたりする確率を高める（McFarland など、1999 ; Del Mar など、2002）。また、バクテリア性膣炎（出産年齢の女性が発症する一般的な膣炎症）と HIV の関連を示唆する調査もある。南ア共和国で実施された新しいリサーチによれば、バクテリア性膣炎に感染することで、女性が HIV に感染する確率が 2 倍に高まることが示されている（Myer など、2005）。

男性用ラテックス製コンドームは、HIV 及びその他の性感染症を減らす最も効果的な入手可能なテクノロジーである（国連エイズ合同計画/国連人口基金/WHO、2004）。大多数の性器感染症は、コンドームを使用することで予防でき、多くのバクテリア性・性感染症（梅毒、淋病及びクラミジ

ア)なども、抗生物質で容易かつ低コストで治療可能である(国連エイズ合同計画、2004a)。ところが、不幸なことに、サハラ砂漠以南のアフリカのほとんどの地域では、性感染症に関する治療プログラムの実施状況にバラツキがあり、この地域のほとんどの国々は、性感染症の診断及び治療により HIV 感染率を減少させる潜在的な効果の恩恵に浴していない。特に若者は、性感染症についてほとんど知らない傾向がある。自らが感染しているのではないかと疑う人々が治療を受けるのに消極的であることも多く、その理由は、恥ずかしさ、秘密保持の原則が護られないのではないかと懸念、ヘルスケア提供者に非難されたり、道徳的に責められるのではないかと懸念、高額な治療コストなど、様々である。

性感染症と HIV の感染拡大に関する一般に対する情報提供キャンペーンを、強化すべきである。

特に若い人をターゲットにして強化すべきである。性感染症治療クリニックで秘密保持の原則を保証すること、若者にフレンドリーなサービスを促進し、治療拠点数を増やすこと、そして性感染症診断及び治療を家族計画や生と生殖に関する健康サービスと統合することなどの方策の実施が必要である。

子供への重点施策：HIV がない状態で人生を始める

HIV 感染予防策が取られなければ、HIV 陽性の女性の下に生まれてきた子供の約 35%は、HIV に感染することになる。子供たちを感染から護るカギを握るのは、両親の感染を防止することである。母子感染の防止は、第一次予防、治療及びケア、母親とその子供及び家族へのサポートにとってきわめて重要な出発点である。家族計画サービス、母親及び新生児への抗 HIV 薬剤の提供、安全な分娩の選択肢、新生児授乳カウンセリング及び支援などが、母子感染防止プログラムの主要構成要素である。このような包括的なアプローチを実施することで、工業化諸国では、母親から新生児への HIV 感染をほぼ防止している。しかしながら、陽性率が高い国々では、エイズが 5 歳以下の子供の死亡原因となるケースが増加している。アフリカでは、その割合は、1990 年の 2%から 2003 年には、6.5%に上昇した (WHO, 2005a)。

母子感染防止サービスの普及状況は、多くの場所(バルバドス、ボツワナ、タイ、ウクライナ、ウルグアイ、ザンビア)で向上した。しかしながら、サハラ砂漠以南のアフリカの大部分では、母子感染防止サービスの普及は未だはるかに不足しており、2003 年に HIV 陽性率が最も高かったこの地域の 30 のアフリカ諸国では、防止サービスの普及率は約 5%であった。母子感染防止サービス拡充にとっての障害は、不適切な出産前のケアサービス、妊婦自身が、自らが HIV に感染しているかどうかを知らないこと、スティグマと差別などがある(国連エイズ合同計画、2004a)。抗 HIV 療法による予防措置への不十分なアクセスも、主たる懸念事項である。たとえば、南ア共和国では、HIV 陽性であることが判明した約 3 万 3,000 人の妊婦のうち、わずか 1 万 8,857 名しか抗 HIV 療法による予防措置を受けていなかった。ケニア及びモザンビークでも、その割合は同様である。対照的に、ウガンダ、ザンビア、ジンバブエでは、陽性が判明したほぼすべての女性が、抗 HIV 療法による予防措置を受けていると報告されている。

その他、はるかに基本的なハードルも存在する。母子感染防止サービスを提供された女性のかなりの割合の人々が、検査前カウンセリングを受けていない。ガーナ及びタンザニアでは、検査前カウンセリングを受けている女性の割合は、ほぼ半分であり、ナイジェリアでは、4 分の 1、ブルキナファソでは、わずか 18%、ザンビアではわずか 13%であった。目立った例外は、ベニン、ケニア、ルワンダ、南ア共和国、ウガンダ、ジンバブエであり、これらの国々では、母子感染防止サービスを受けた 70%の女性が、検査前カウンセリングも受けていた。さらに、陽性率が高い国々のかなりの数の女性が、HIV が母親から子供に感染する可能性があることを知らなかった。このような知識の不足が、しばしば、保健サービスの提供者がすでに過重労働と時間不足に悩んでいる環境で、カウンセリング業務を困難なものとしている。

子供の新規感染を避けるために、母子感染防止サービスが高い質を保ち全国的に確実に普及するよう、同サービスを拡充するべきである。

万人にアクセスを保証する

近年では、予防、治療、ケアから構成される包括的 HIV 対策が必要であるという国際的なコン

センサスが高まった。政治家の意欲も高まり、市民社会グループによるアドボカシーも高まっている。さらに、エイズ対応策のために利用可能な国際レベル及び国家レベルの財源も大きく増加した。これらの進展により、エイズの被害を受けているすべての国々が予防・治療・ケアへのユニバーサルアクセスに向けてより一層努力を強化し、弾みをつける大きな機会が生まれている。

2005年6月、メンバー国家、共同スポンサーの国連諸機関及び市民社会などから成る国連エイズ合同計画の理事会が、HIV予防、治療、ケアに対するユニバーサルアクセスを達成するという究極の目的を掲げたHIV予防強化のための政策提言書を承認した。この政策提言書には、予防措置の不足を埋めるために活用することができる効果が証明されたプログラムやアクションの概要と、ユニバーサルアクセスを保証するために必要となるであろう12の最も基本的な政策アクションが含まれている（以下の囲み記事参照）。

国連エイズ合同計画の HIV 予防強化政策提言書には、HIV 予防のために不可欠な政策及びプログラムに基づくアクションが詳述されている。

HIV 予防に不可欠な政策行動

1. 人権が促進、擁護及び尊重され、差別を根絶し、スティグマ（偏見）と闘うための方策が取られること。
2. 政府、影響を受けているコミュニティ、非政府組織、信仰に基づく組織、教育セクター、マスコミ、民間及び労働組合などの社会のあらゆるセクションによるリーダーシップを構築し、維持すること。
3. 予防戦略の計画、実施及び評価に HIV と共に生きる人々に参加してもらい、不可欠な予防ニーズに対応すること。
4. 文化的な規範や信念に、それらが予防努力の支援に果たす重要な役割及び、それらが HIV 感染を拡大させる可能性の双方を認識しながら、取り組むこと。
5. 女性及び少女の感染に対する脆弱性を減らすために、男性や少年もその施策の中に参加させつつ、ジェンダー間の平等性を促進し、ジェンダーに基づく規範に取り組むこと。
6. HIV がどのように感染するか、感染をどのように防ぐことができるかについての知識と気付きの普及を促進すること。
7. HIV 予防と性の健康及び生と生殖の健康の結びつきを促進すること。
8. 予防、ケア、治療の連携におけるコミュニティベースの対応の強化を促進すること。
9. 主たる影響を受けている集団及び人々の HIV 予防ニーズに的を絞ったプログラムを促進すること。
10. 全セクターにおいて、特に保健及び教育部門などにおいて、財政的・人的・組織的能力を動員し、強化すること。
11. 効果的で証拠に基づく HIV 予防施策に対する障害を除去し、スティグマや差別と戦い、HIV と共に生きる人々または、HIV 感染に関して弱い立場にある、あるいは、そのリスクが高い人々の諸権利を擁護するための法的枠組みを検討・改革すること。
12. 新しい予防テクノロジーの研究開発、そのためのアドボカシー活動に対して十分な投資が行われるよう保証すること。

HIV 予防のための不可欠なプログラムに基づく行動

1. HIV の性的感染を予防する。
2. HIV の母子感染を予防する。
3. ハームリダクション施策も含め、注射器による薬物使用による HIV 感染を予防する。
4. 血液供給の安全性を保証する。

5. 保健施設における HIV 感染を予防する。
6. 自発的な HIV カウンセリング及び検査に対するアクセスを促進し、同時に、秘密保持と同意の原則を促進する。
7. HIV 予防をエイズ治療サービスに統合する。
8. 若者間の HIV 予防に重点的に取り組む。
9. 個人が自分自身を感染から守れるようにするために HIV 関連の情報と教育を提供する。
10. HIV 関連のスティグマと差別に対峙し、それらを緩和する。
11. ワクチン及び殺ウイルス剤へのアクセス及び使用の準備をする。

国連エイズ合同計画理事会が示したこの見解は、最近表明されたグローバルなレベルでの、政治家によるコミットメントによっても確認されている。2005年にグレンイーグルで開かれたG8サミットにおいても、参加国は、2010年までに必要としているすべての人々にできる限り万人を対象にした治療アクセス提供を達成するという目標を掲げた HIV 予防、治療及びケア総合対策の策定及び実施を約束した。また国連総会 2005年世界サミット結果報告書の中でも、ユニバーサルアクセスに向けての施策拡充というコンセプトが採用されている。

これらの意志表明は、予防対策の強化と、治療及びケア目標の拡充は、ひとつが達成されてからもうひとつの目標に取り組む、あるいはひとつひとつばらばらにではなく、すべてを同時に実現しなければならないという見解を増進させるものである。

効果が証明されている幅広いプログラムやツールの利用可能性を維持することが、ユニバーサルアクセスを保証するためのカギを握る。プログラムは、他国からの“ベストプラクティス”アプローチの採用と共に、国内の経験及び証拠に基づき、選択・実施されるべきである。包括的な HIV 予防プログラムを実施することで、2002年から2010年の間に起こりうる4,500万件の新規感染の中、2,900万件(63%)を防止することができると推計されている(Stoverなど、2002)。総合的 HIV 予防プログラムは、治療及びケアの包括的な提供と併せて実施された場合に、新規 HIV 感染及び死亡を食い止めるという意味で最大の効果を発揮する(Salomonなど、2005)。

エイズは、知的で力強く、そして並外れた対応策を必要とする。うまく調整されていない努力や、部分的な解決策しか提供しない努力は、新規感染件数の有意な減少をもたらさない。このグローバルな流行の拡大を緩慢化させ、食い止めるためには、予防、治療及びケアすべてに対するユニバーサルアクセスが早急に求められる。世界各国がこのような方法で力を合わせて、同時に、かつ積極的に HIV 予防、治療、ケア施策を拡充させれば、流行を封じ込め、縮小させる本当の意味で包括的なエイズに対するアプローチを達成することができるであろう。

新しい予防方法：ユニバーサルアクセスのための革新

女性用コンドーム

避妊に効果的であり、使用者にとっても受け容れやすいものであることが示されているが、女性用コンドームは、そのコストが比較的高いために、国家レベルのプログラムでその潜在的可能性を完全には実現していない。新しいバージョンの Reality[®]女性用コンドームは、合成ニトリル製であり、そのため相当に低価格である。この新しい避妊具は、幅広く受け容れられ、活用される可能性を有している。この新しい避妊具の高い使用率が達成可能であれば、望まれない妊娠や HIV も含む性感染症の予防に相当の効果を発揮するであろうと期待されている。新しい女性用コンドームに加えて、ペッサリーの効果や、子宮頸管を HIV/STI 感染から護るその他の方法を試験するトライアルが進行中であり、2006年にはその結果が出る予定である。

男性の割礼

南ア共和国で行われた最近の調査で、割礼をしている男性の感染の可能性は、割礼をしていない男性よりも少なくとも 60%低いという結果が出た。ただし、男性の割礼を特定の HIV 予防ツールとして奨励できるようになるためには、この有望な調査結果を、ケニアやウガンダで現在進行中の調査により確認しなければならない。もし、効果が確認されれば、男性の割礼は、効果が証明された利用可能な HIV 予防の選択肢を増やすことになるが、ただし、その一方で、それが、正しい一貫したコンドームの使用、行動変容及び自発的検査やカウンセリング利用などの既存の効果的な戦略放棄の原因となってはならない。また、男性の割礼は、男性の HIV 感染リスクをゼロにするものではなく、また、男性の割礼が女性の HIV に感染リスクにどのような効果を有するかは知られていない。また、割礼が現在行われていない文化において、割礼が HIV 感染リスクを減らすものなのか、減らすとすれば、どの程度減らすものであるのかを明らかにするのも、今後の課題である。

殺ウイルス剤

殺ウイルス剤は、女性がコントロールできる予防方法としては最も有望なものである。これは、HIV の流行に大きな影響を持ちうる。現在、HIV 殺ウイルス剤には、フェーズⅢの臨床試験段階を迎えつつある、あるいはすでにその段階にある 4 種類の候補、フェーズⅡの臨床試験段階にある 5 つの候補、フェーズⅠの段階にある 6 つの候補がある。それらには、石けん、酸緩衝剤、海藻から抽出された物質、抗 HIV 化合物などがある。数学的モデル化によれば、60%の効果の殺ウイルス剤でも、HIV 感染に相当の影響を与えることが証明されている。深刻な流行を抱える国々で 20%の女性が常用するだけでも、3 年間で相当数の新規感染が避けられる可能性がある (Rockefeller, 2001)。

暴露前予防投薬

HIV の性的感染、そして恐らくは注射器による感染を予防する暴露前予防投薬 (PrEP) は、予防措置を講じて HIV に曝される可能性のある一方が HIV 陽性で他方が HIV 陰性のカップル、セックスワーカー、MSM、IDU に効果が期待できる方法である。中小規模のフェーズⅡの臨床試験がアトランタ及びサンフランシスコで進行中であり、ボツワナ、ガーナ、そして恐らくタイで大規模なフェーズⅡ/Ⅲの臨床試験が実施中、あるいは計画されている。しかしこれらの研究のいくつかには議論が付きまとっている。主たる論点は、臨床試験前のコミュニティーコンサルテーションとインフォームドコンセントの適切性、当初から感染していると判定された、あるいは調査の途中で感染していると判定された人々に対する HIV 治療への橋渡し、また、タイの場合は、IDU 間の HIV 感染を検証するために企画された調査における清潔な注射針へのアクセス不足であった。2 件 (カンボジア、ナイジェリア) の PrEP 調査がキャンセルされ、もう 1 件 (カメルーン) が延期された。コミュニティー活動家、研究者、スポンサー、その他の人々も参加して行われたシアトルにおけるコンサルテーション、2 つのアフリカ地域、アジア、ジュネーブで国連エイズ合同計画が主導した一連のコンサルテーションは、この有望な研究分野のトライアルの計画における問題の識別に役立った。トライアルは、他に 6 カ所で進んでいる。

ワクチン

HIV を克服するワクチンは、我々にとって最大の期待の星である。しかしワクチン開発は、不十分なリソース、臨床試験と規制側の懸念、知的財産についての問題、そして科学的な意味での困難さなど、きわめて困難な課題を抱えている。現在フェーズⅠの臨床段階にあるワクチン候補が 17、フェーズⅠ/Ⅱの段階にあるワクチンが 4 つ (抗 HIV 細胞媒介性免疫を刺激する可能性のある現在フェーズⅡb の段階にある有望なメルク社のアデノウイルス・ベクターワクチンも含む) ある。またフェーズⅢの段階にあるものはひとつだけである (米国国立衛生研究所/国防総省の ALVAC vCP 1521 カナリアポックスベクター/AIDSVAX プライムブーストワクチンの臨床試験が現在タイで進行中)。グローバル HIV ワクチンエンタープライズは、戦略的科学プランを中心に世界中の科学者、活動家、資金提供者、その他の人々を集結し、世界的な HIV の流行を食い止めるという長年の夢の実現にとって最良の方法である効果的な HIV ワクチンの開発に向けての進展を速めている。

サハラ以南アフリカ

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	2 580万 [2 380-2 890万]	1 350万 [1 250-1 510万]	320万 [280-390万]	7.2 [6.6-8.0]	240万 [210-270万]
2003年	2 490万 [2 300-2 790万]	1 310万 [1 210-1 460万]	300万 [270-370万]	7.3 [6.7-8.1]	210万 [190-240万]

サハラ以南のアフリカの人口は世界の総人口の10%あまりである。それにもかかわらず、世界のHIV感染者の60%以上、2,580万人(2,380万-2,890万人)がこの地域に集中している。2005年、同地域では推定320万人(280万-390万人)が新たにHIVに感染し、240万人(210万-270万人)の成人と子どもがエイズによって命を落とした。15歳から24歳の若者では、女性の4.6%(4.2-5.5%)、男性の1.7(1.3-2.2%)がHIVに感染している。

国全体として成人HIV陽性率が低下する傾向にある国々は、**ケニア、ウガンダ、ジンバブエ**の3ヶ国である(注1)。南部アフリカ諸国では、ジンバブエを除き、流行の勢いが弱まる様子はほとんど見られない。HIV陽性率は、アンゴラを除く、南部アフリカ全域で際立って高いレベルを維持しており、感染が拡大している**モザンビーク**や**スワジランド**など、まだピークに到っていないと思われる国もいくつかある。西部・中部アフリカでは、HIV陽性率の全国平均は南部・東部アフリカ諸国に比べてかなり低いものの、**ブルキナファソ**の都市部(で陽性率が低下していること)を除いては、HIV感染レベルには変化が見られない。

アフリカにおけるエイズの流行を、「アフリカの」流行とひとくくりにしてしまうことが不適切であるのと同じように、陽性率を国レベルでだけ見ていると実状が見えないことがある。例えば、産科に通う妊婦のHIV陽性率は、地域によって大きく異なる国が多い。このような地域差は、流行が多様であることや、流行が状況的な要素に左右されることを浮き彫りにするものでもある。予防や、治療とケア、影響緩和戦略を効果的に実施するためには、これらの要素を考慮に入れなければならない。このような要素のなかで、顕著なのは女性たちの社会的および社会経済的地位である。サハラ以南のアフリカでは女性の感染者が際立って多く、HIVに関する知識も乏しいことが多い。(次の囲み記事を参照)

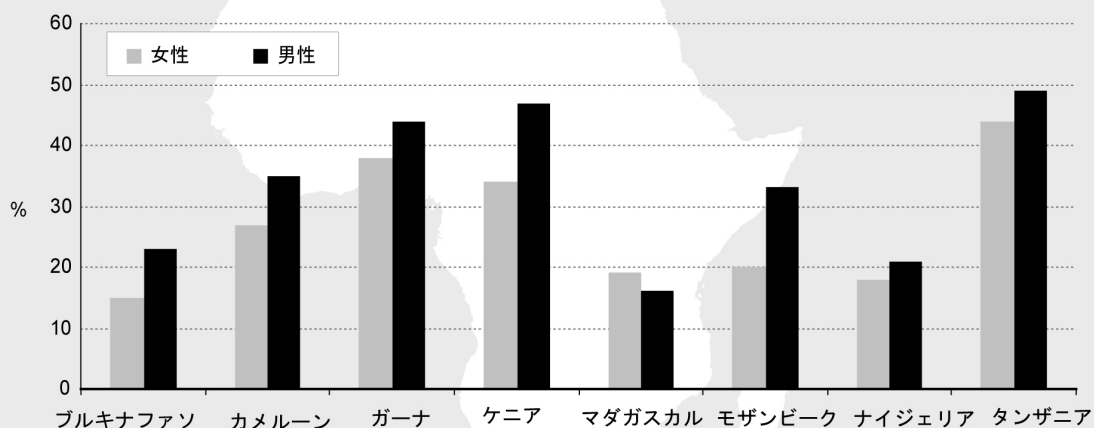
(注1) HIV陽性率は数年前のHIV発生(実際の感染)率を反映しているため、陽性率は過去の流行の傾向を表したものだということを心に留めておかなければならない。(HIV陽性率とは感染した時期を問わず、HIV陽性者の総数を表したものである。一方、発生率とは新たな感染が起こった割合である。)アフリカ東部やアフリカ南部のように、流行が急激に拡大した場合には、陽性率のデータは流行拡大の状況を、曖昧で混乱したかたちで表現してしまう可能性がある。HIV陽性率に変化がないことが必ずしも流行の沈静化を意味するとは、限らないからである。悲しいことだが、新たにHIVに感染する人の数とエイズで亡くなる人の数がほぼ同じである可能性もある。

いまだに乏しい知識

サハラ以南のアフリカの多くでは、HIV 感染経路に関する知識がいまだに乏しい。一般的に男性よりも女性、また都市部よりも地方に住む人々のほうが HIV に関する知識が乏しい。成人の 10 人に 1 人以上が HIV に感染している 10 ヶ国でさえも、このような傾向が見られる（注 2）。2000 年から 2004 年にかけて行われたさまざまな調査から、カメルーン、コートジボアール、ケニア、ナイジェリア、セネガル、ウガンダなどサハラ以南のアフリカ 24 ヶ国で、15-24 歳の若い女性の 3 分の 2 以上は HIV の感染経路について完全な知識を持っていないことが明らかになった。サハラ以南のアフリカ 48 ヶ国のうちの 35 ヶ国からのデータによれば、若い女性に比べて若い男性のほうが平均して 20%、HIV に関して正しい知識を持っていた。教育レベルが大きく影響しているのも事実である（UNICEF, 2004）。ルワンダの若い女性に関して言えば、中等教育以上を受けた者のほうが教育を受けていない者よりも、HIV の主な感染経路についての知識を持つ者は 5 倍も多かった（ルワンダ保健省、2001）。

（注 2） ボツワナ、中央アフリカ共和国、レソト、マラウイ、モザンビーク、ナミビア、南ア共和国、スワジランド、ザンビア、タンザニア

グラフ 4 性行為による HIV 感染を予防するための主な方法*を正確に知っている若者（15-24 歳）の割合、2003 年



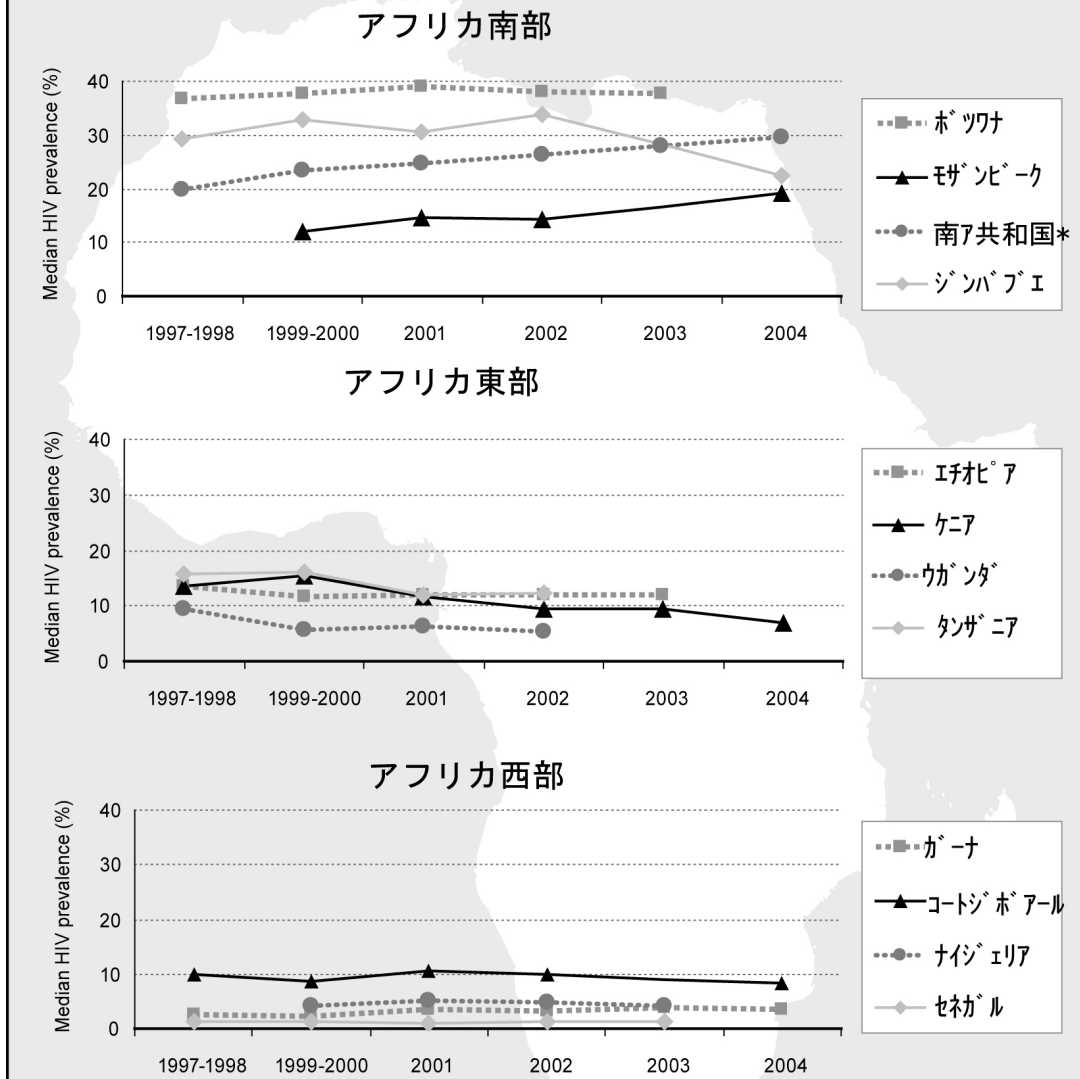
* コンドーム使用、貞節を守る陰性パートナー 1 人だけとセックスする。および、HIV 感染に関する誤った一般認識を拒絶することができて、健康に見える人からも HIV 感染する可能性があることを知っている。

出典 : Demographic and Health Surveys. ORC Macro (Burkina Faso, Cameroon, Ghana, Kenya, Madagascar, Mozambique and Nigeria); Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003-2004, TACAIDS, NBS, and ORC Macro (UR Tanzania)

方法論に関する問題

どれくらいの数の人々が HIV のようなウイルスに感染しているかを、**正確に**測定する現実的な方法はない。科学者が適切なデータを集め、HIV 感染の経路と速度についてのさまざまな仮定を細かく分析し、HIV に感染した人数とエイズで死亡した人の数を推定する数学的なモデルを作る（Ward など、2004）。サハラ以南のアフリカのように、おもに異性間の性感染によってエイズが流行している場合には、最も一般的に使用されるデータは、妊婦の血液が匿名で検査される産科からのサンプルである。当然、データは無防備なセックスを行った女性の HIV 陽性率のみを反映していることになる。よって、かなりの数の 15-24 歳の若い女性が性的にまだ活発でないことを考えると、この人口集団の HIV 陽性率は実際より高く算出される傾向がある。また、このデータは男性や、（次ページへ続く）

グラフ5 産科診療所へ通う妊婦のHIV陽性率(中央値)の変動
(サハラ以南アフリカ、1997/98-2004年)



* data by province
Sources: Ministry of Health (Mozambique); Department of Health (South Africa); Ministry of Health and Child Welfare (Zimbabwe); Ministry of Health (Kenya); Ministry of Health (United Republic of Tanzania); Ghana Health Service (Ghana); Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – GAP – Côte d'Ivoire (Côte d'Ivoire); Conseil National de Lutte Contre le SIDA (Senegal); Adapted from Asamoah-Odei, et al. HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. Lancet, 2004 (Botswana, Ethiopia, Uganda and Nigeria).

出産適齢期以下およびそれ以上の年代の女性、無防備なセックスをしない女性の陽性率の**直接的な**エビデンスは提供していない。サンプルが抽出される産科は都市部か都市周辺部にあることが多いことも、HIV 陽性率が実際より高くなることにつながる。一方、HIV によって受精率が低下することを考えると、妊婦から集めたデータには、HIV に感染しているために妊娠できない、相当数いると思われる女性の数は反映されていない。それでも、他の情報とエビデンスに基づく仮定を基にしてデータを調整することによって、妊婦の陽性率は「**妥当な範囲**」内または「**不確実性の範囲**」内で、正確な推計の根拠を提供している。

HIV 検査を含む世帯調査は、男女およびさまざまな年代の HIV 陽性率に関する全国的なデータを提供し、僻地からもサンプルをとることができる。(次ページへ続く)

しかし、世帯調査も不正確になることがある。例えば、回答者の多くが検査を拒否したり、特定の質問にだけ答えたり、調査時に不在だったりすれば、潜在的な偏向が調査データに持ち込まれることになる。これは近年、アフリカ諸国で行われている世帯調査のなかでよく起こる問題であり、無回答の割合は 8–42%と報告されている。無回答者の特徴がわかれば、推定数を調整することは可能である。しかし、このような調査では通常、不在や参加拒否とそのような人の HIV 感染の有無との関連性は明らかにならない。参加を拒否したり、調査時に不在だったりすることと、その人の HIV 感染の可能性が高いこととに関係がある可能性がある。よって、世帯調査の無回答率が高くなれば、HIV 陽性率が低く見積もられることになってしまう。

これまで述べた方法のどれにも、長所と短所がある。一般的に、産科からのデータは 15–49 歳の年齢層の HIV 感染傾向をはかるのに有効である。一方、全国的な世帯調査は、国全体の陽性率と、若者や男性、地方在住者への HIV の広がりをもたらす重要な情報となる。これら 2 つの情報を組み合わせて考慮すると、さまざまなデータから HIV 感染レベルや陽性率（およびエイズに関連する死亡者数）のより正確な推計値が得られる。しかし、HIV とエイズに関する推計は、それが世帯調査からのものであれ、センチネル・サーベイランスデータからのものであれ、慎重に扱う必要があり、データと想定は継続的に見直す必要がある。本章のデータは 2 つの情報を組み合わせたものである。

アフリカ南部

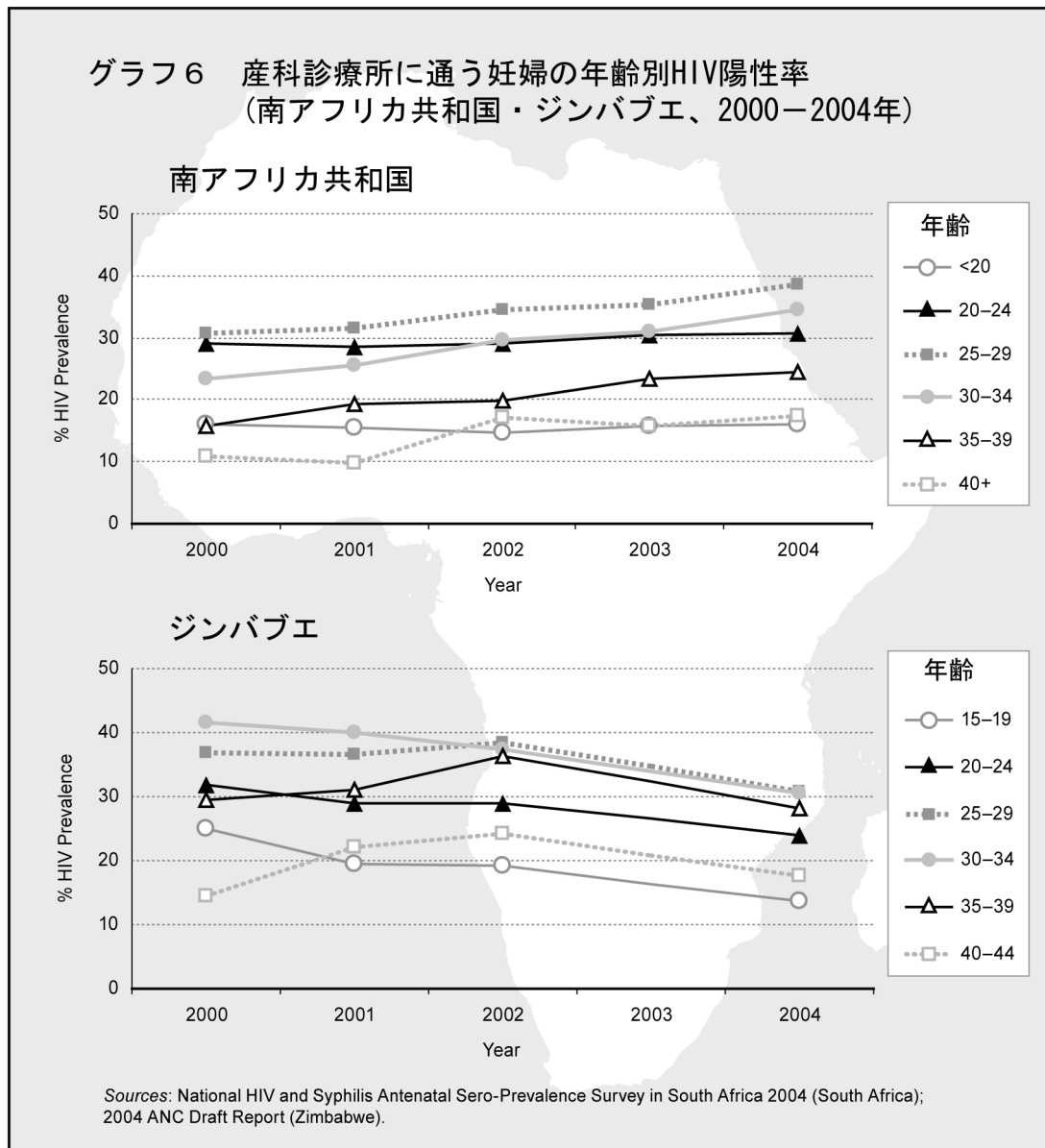
アフリカ南部は現在でも世界的にエイズの流行の中心である。しかし、初めてその流行のひとつが沈静化してきたという兆候が現れている。

それはジンバブエである。新たなエビデンスが、国全体の成人の HIV 陽性率の低下を示している。全国動向調査から得られた最近のデータによれば、妊婦の HIV 陽性率は 2002 年の 26%から 2004 年には 21%に下がっている。その他のデータも、陽性率の低下がすでに 2000 年から始まっていることを示している（ジンバブエ保健および児童福祉省、2004、2005 年）。地域的な調査にお

性的行動の変化が HIV 陽性率の低下に寄与しているようである。

る所見も、国全体のエビデンスを裏付けるものとなっている。ハラレでは、妊娠中あるいは出産後に産科に通う女性の HIV 陽性率は 1999 年の 35%から 2004 年には 21%に低下した。ジンバブエ東部でも、妊婦の陽性率の低下に伴い、一般人口の男女の陽性率も低下していた（Mundandi など、2004）。15–24 歳の若い妊婦の HIV 陽性率も 2000 年から 2004 年のあいだに 29%から 20%と大きく低下し、これは新たな HIV 感染の割合（発生率）が低下していることを示唆している。ハラレの産後の女性と男性工員の HIV 発生率と、地方のマニカランドの HIV 発生率の最近の推計を比較しても、この傾向が確認できる（Hargrove など、2005；Mugurundi など、2005）。

性的行動の変化が HIV 陽性率の低下に寄与しているようである。行きずりの相手とコンドームを使用する割合は男性で 86%、女性で 83%と上昇し、最近の全国的および地域的な調査からのデータも、性行為の相手の数が減っていることを示している（Mahomva、2004）。国内のいくつかの地域では死亡率は横ばい状態で、これも性的行動の変化による HIV 発生率の低下が顕著な陽性率低下につながったという見方を支持するものである。



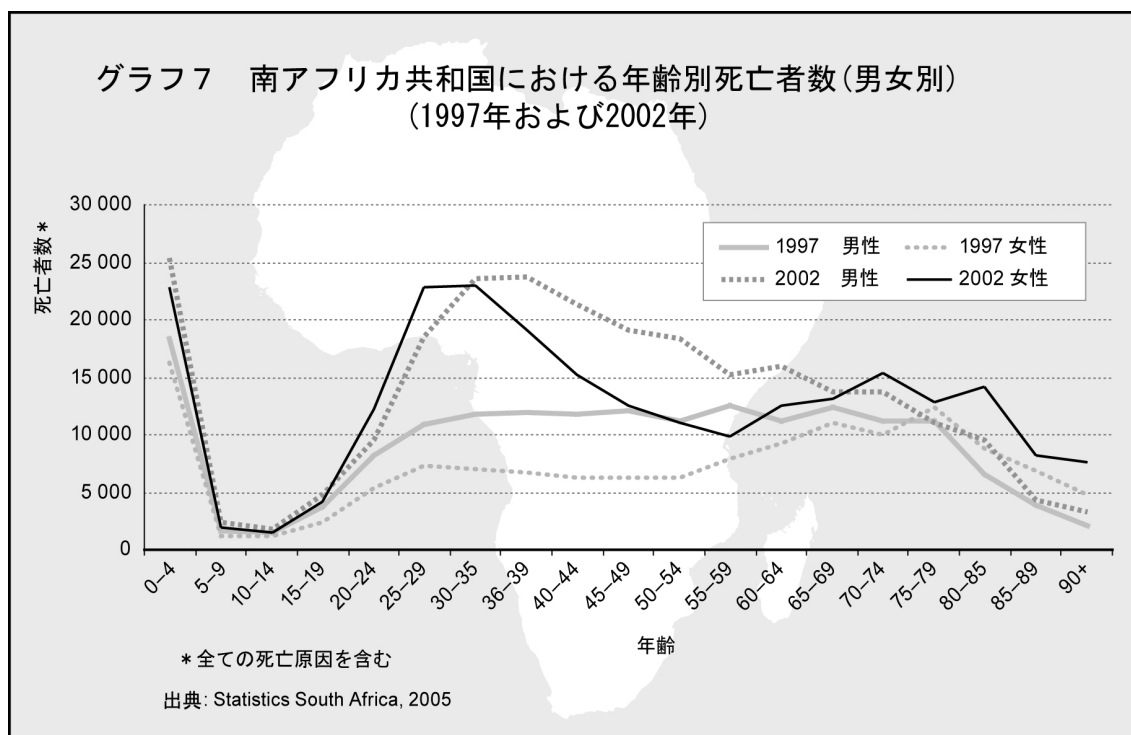
しかし、妊婦の5人に1人がHIV陽性と診断される状況は続いており、相変わらず世界で最も高い感染レベルであることは、予防活動を強化する必要性を浮き彫りにしている。とくに懸念されるのは、2005年に数万人の国民が強制移住させられたが、これによる人口移動、配偶者との別居、生活の不安定によって、現在の沈静化傾向が逆転する可能性があることである（ヒューマンライト・ウォッチ、2005）。

残念ながら、アフリカ南部ではジンバブエを除き、流行が沈静化してきたというエビデンスは見られない。南アフリカ共和国から得られた新たなデータから、産科に通う妊婦のHIV陽性率が2004年に29.5%(28.5-30.5%)と史上最高に達したことが明らかになった（南ア共和国保健省、2005）。陽性率は25-34歳の女性で最も高く、この年齢層の女性の3人に1人以上がHIV陽性者である。20-24歳の女性ではほぼ3分の1がHIVに感染している。国内で最もHIVの影響が深刻なクワズールー・ナタル州では、陽性率は40%に達し、東ケープ州、フリーステイト州、ハウテン州、ンブマランガ州、ノースウエスト州でも27-31%と際立って高い。

このような最新のデータには、南ア共和国の流行の際立った特徴、つまり、急速な流行の拡大が表れている。国全体の成人のHIV陽性率は1990年には1%未満であったにもかかわらず、10年

間で25%と急上昇した。10代後半(15-19歳)の妊婦のHIV陽性率は2000年以降(2000-2004年)15-16%で、20-24歳の妊婦については28-31%である(保健省、2005)。

アフリカ南部の他の地域に比べて流行の時期は遅れているが、南ア共和国では現在、エイズによって非常に多くの人々の命が奪われている。死亡届に関する最近の研究から、15歳以上の人口の死亡者数が1997年から2002年の間に62%も増加していることがわかっており、25-44歳の年齢層では死亡者数は2倍以上になっていた。290万人近くの死亡証明書を調査した結果、全死亡者数の3分の1以上が25-44歳であることがわかった(南ア共和国統計、2005)。グラフ7は死亡者数の年齢分布を表したもののだが、死亡者数の年齢分布はエイズ・モデルによって予測された傾向とほぼ一致しており、死亡原因のほとんどがエイズによるものであると考えられる。



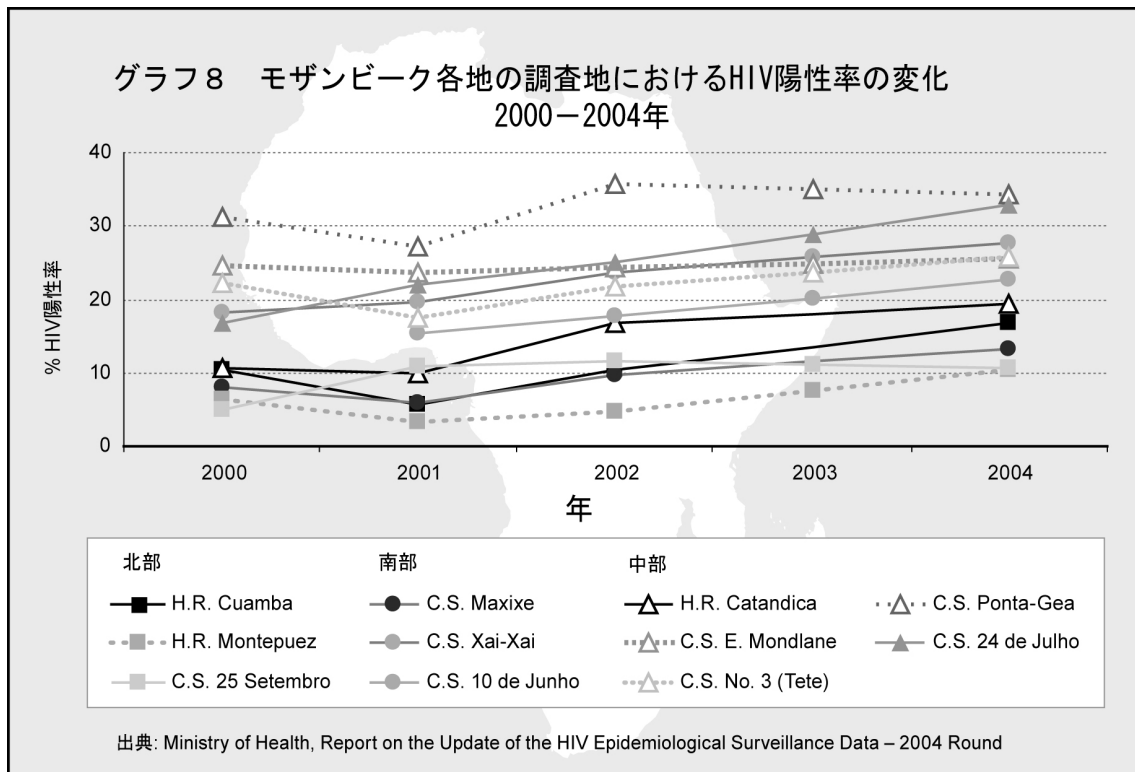
妊婦のHIV陽性率が30%を超えるような非常に高いHIV陽性率が、ボツワナ、レソト、ナミビア、スワジランドで現在も報告されている。陽性率の低下のエビデンスはまだ見られない。スワジランドの流行は衰えないままである。1992年にはほんの4%だった妊婦のHIV陽性率は、2000年の34%から2004年には43%に急上昇した。(スワジランド保健・社会福祉省、2005)。スワジランドでは、妊婦のHIV陽性率に地域的な差異はほとんど見られない(スワジランド保健・社会福祉省、2002)。若い女性がより安全な行動を取り入れているという兆しがわずかにある。たとえば、10代の妊娠は減少傾向にある。しかし、このように流行が広がっていると、女性が無防備なセックスをすればHIVに感染する可能性が非常に高い。2004年、25-29歳の妊婦の56%がHIV陽性である(スワジランド保健・社会福祉省、2004)。スワジランドと同様、レソトでも妊婦のHIV陽性率は横ばいだが、非常に高い。産科に通う妊婦のHIV陽性率(中央値)は27%で、2003年の29%に比べてわずかに低いだけである(レソト保健・社会福祉省、2005)。

国全体のHIV陽性率が横ばい状態であるために、地域的な流行の形態や傾向が見えなくなって

しまう場合がある。これはマラウイのような比較的小さな国にもあてはまる。マラウイの妊婦の陽性率は、中央部の7%弱から南部の33%と非常に幅がある。産科に通う女性の陽性率の全国平均が20%と幅広い状態である一方で、より詳しく傾向を分析してみると懸念となることが2つある。ひとつは地方部の産科における妊婦の陽性が、1999年の12.1%から2003年には14.5%と高くなっていることであり、もうひとつは若い妊婦の陽性率が15-19歳で15%、20-24歳で20%と高いことである（マラウイ保健・人口省、2003）。

モザンビークの流行も南ア共和国と同様、他のアフリカ南部諸国からは時期的に遅れている。しかし、最近のデータによって流行が深刻化していることがわかっており、国内全域でHIV感染レベルは高くなっている。例えば、妊婦のHIV陽性率は2004年の血液動向調査に参加した34の産科のうち23ヶ所で上昇している。全国的な成人のHIV陽性率は2002年から2004年の間に、14%から16%あまりになり、とくにマラウイ、南ア共和国、ジンバブエとの輸送路になっている地域でHIVは急速に広がっている。マラウイ南部と鉄道で結ばれているカイア州の妊婦のHIV陽性率は、2001年の7%から2004年には19%とほぼ3倍になった（保健省、2005）。ジンバブエおよび南ア共和国と国境を接しているガザ州（南ア共和国の工場・農場への出稼ぎ労働者の供給地）や、ジンバブエへの主要輸送ルート上にあるソファアラ州でも感染レベルは高い。全体として、モザンビークでHIV陽性率が最も高く、急激な伸びを見せているのは中央および南部の州で、(加重)平均陽性率は2004年、それぞれ18%超、20%である。北部では陽性率は9%と低めだが、上昇傾向にある（モザンビーク保健省、2005）。

ザンビアのHIV陽性率も高いままである。全国的な15-44歳の妊婦の平均HIV陽性率は1994年から18-20%となっている。1998年から2002年の間に、15-19歳の妊婦の陽性率の上昇がチレンジェ、マテロ、カサマ、カピリ・ムボシ、リビングストーンなどで見られたことは、国のあらゆる地域で新たなHIV感染が顕著に続いていることを示唆している（Monze, 2004）。地方在住者に比べて都市部の住民がHIVに感染する可能性は2倍になっている。感染レベルが高いのは、カブウェ、カピリ・ムボシ、リビングストーン、ンドラなど主要な輸送ルートの都市や町で、2002年、妊婦の22-32%がHIV陽性だった（ザンビアHIV/AIDS委員会、2002）。



アンゴラは現在、長く続いた内戦からの復興途上であり、アフリカ南部諸国のなかでは最も HIV 陽性率が低い国である。最新の HIV 動向調査では、妊婦の HIV 陽性者は推定 2.8%(2.5-3.1%)だった (アンゴラ保健省、2004)。現在では 26 州全ての産科からデータ収集ができるなど HIV 動向調査が拡大しているため、過去の推計との比較は難しい。最近の傾向を最もよく示すと思われるのが、

流行への意識は高まりつつあるものの、

HIV に関する重要な知識の認識はまだ不十分である。

産科を受診している 15-24 歳の HIV 陽性率である。この年齢層の感染は比較的、最近だと考えられるからである。若い妊婦の HIV 陽性率は 7 つの州 (クネネ、クアンド・クバンゴ、ルアンダ、北ルンダ、南ルンデ、ナミベ、ウイゲ) で 3%弱あるいは 3%以上だった。データの長期比較ができるのは首都のルアンダで、陽性率は 1980 年代半ば (1986 年) の 0.3%から 2004 年には 4.4%になっている。ルアンダの女性セックスワーカーの HIV 陽性率が 33%であるという事実から、流行がさらに拡大する可能性があることは明らかである (Grupo Tematico HIV/SIDA, 2002)。より詳しく見てみると、地域的な差異がかなり大きく、最も流行が深刻なのはナミビアと国境にあるクネネ州とクアンド・クバンゴ州である。(ナミビアではアンゴラと国境を接する北部の州で、妊婦の HIV 感染レベルが最も高いことが報告されている。)

ナミビアの妊婦の HIV 陽性率は、北西部の僻地オプウォの 8.5%から、アンゴラ、ボツワナ、ザンビアとの国境にあるカプリヴィ地区のカティマ・ムリロの 42%以上と非常に幅がある。ルーデリッツやスワコプムンド、ウォルビス・ベイ港では、陽性率は 22-28%である。ナミビアでは、ボツワナや南ア共和国、スワジランドの最も深刻な地域と同じくらい、流行の勢いが強いところもある。最近、感染レベルの低下が見られるカトゥトゥラやオシャカティなどでも、妊婦の HIV 陽性率はまだ 20%を超えている。2004 年の産科の調査から得られた HIV 陽性率の全国平均はわずかに低下したものの、流行が落ち着いてきていると言いきることはできない。産科を受診している 15-24 歳の女性の感染レベルが場所によって相反する傾向を示していることも、その証拠である。アンドラ、ニャンガナ、オチワロンゴ、ツメブの若い妊婦の陽性率が大幅に低下している一方で、ナンクドゥ、オシャカティ、ルンドゥ、スワコプムンドなどでは正反対の傾向が見られる (ナミビア保健・社会サービス省、2004)。

ボツワナの流行は安定化傾向にあるようで、妊婦の HIV 陽性率の全国平均は 2001 年以降、35-37%とあまり変化がない。15-24 歳の妊婦の HIV 感染レベルは 1999 年から変化がないものの、25 歳以上の妊婦の陽性率は 1992 年から着実に上昇しており、2003 年には 43%になった。ボツワナで最近行われた世帯調査からの予備データは、ボツワナの流行の規模はかねて示唆されていたよりも小さいのではないかという希望を与えるものだった (ボツワナ・エイズ調整機関、2005)。この調査では 15-49 歳の HIV 陽性者は 25%と推定され、過去に産科のデータから得られた割合 (37%) (UNAIDS, 2004) よりもはるかに低いことがわかった。しかし、この数字の解釈には注意が必要である。というのは、HIV 検査を拒否した参加者が 44%にのぼるなど、無回答率が非常に高いことから、HIV 陽性率が実際より低く見積もられてしまっている可能性があるからだ。また、月齢 18 ヶ月から 4 歳までの子どもの 6%が HIV 陽性で、そのほとんどが母子感染によるものであることもこの調査から明らかになった。45-49 歳の年齢層で 29%、50 代前半で 21%と、年齢の高い男女の感染レベルも予想以上に高かった。HIV に関する知識格差もまだある。回答者の 4 人に 1 人がコンドームを常時使用することで HIV 感染を予防できることを知らなかった。また性感染を予防する 3 つの方法を知っていたのは 13%に過ぎなかった (ボツワナ・エイズ調整機関、2005)。

マダガスカルでは、近年、成人の国全体の HIV 陽性率が急上昇し、2005 年には 1.8% になった (マダガスカル保健省、2005)。流行の原動力は無防備な異性間の性的接触である。流行への意識は高まりつつあるものの、HIV に関する重要な知識の認識はまだ不十分である。2003 年から 2004 年にかけて調査が行われた際、HIV の性感染を防ぐ 2 つの方法とエイズに関する 3 つの誤解を指摘できたのは、5 人に 1 人もいなかった (マダガスカル財務省、2005)。行きずりの相手との前回のセックスでコンドームを使用したと答えた 15-24 歳の若者は男性では 12%、女性では 5% だった (エイズ対策庁、2004)。

モーリシャスとセイシェルは、他のアフリカ南部諸国と比べると、流行の規模ははるかに小さい。しかし、モーリシャスでは IDU に HIV 感染が広がっており、IDU の陽性率は 10-20% ということがわかっている。保健当局によれば、IDU の HIV 感染者は推定 3,000 人である。また、女性セックスワーカーの感染レベルも 3-7% と高い。セイシェルでも小規模な流行が報告されており、1987 年以降の HIV 感染者の報告数は 400 人未満である。ここでは異性間の性行為が主な HIV の感染経路だが、2000 年以降、男性間のセックスによる感染者数も増えている (セイシェル感染症管理局、2005)。ヘロインなどの薬物使用の増加が報告されているため、薬物注射が主な HIV 感染経路の 1 つになるだろうと懸念される。

**深刻なエイズの流行を覆すことができるという希望を与え続けているのが
アフリカ東部の数カ国である。**

アフリカ東部

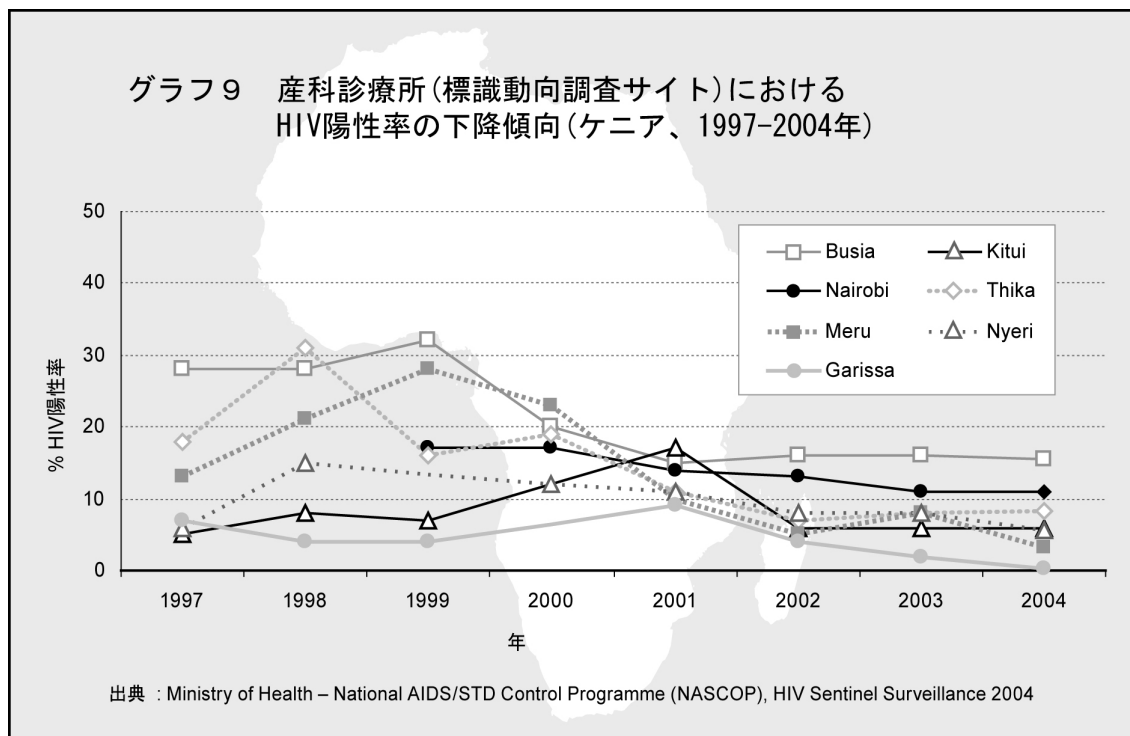
深刻なエイズの流行を覆すことができるという希望を与え続けているのがアフリカ東部の数カ国である。ウガンダでは 1990 年代半ば以降、全国的に妊婦の HIV 陽性率が低下しているが、同じような傾向が現在、ケニアの都市部でも見られるようになってきている。なかには感染レベルの急激な低下が見られるところもいくつかある。両国とも、行動変容がこのような低下傾向に寄与していると思われる。しかし、アフリカ東部のその他の地域では過去数年間、HIV 陽性率はわずかに低下しているか、変化のない状態が続いている。

ウガンダでは、国の HIV 対策の結果、国全体の HIV 陽性率は、ピークとなった 1990 年代初め (15% 超) から徐々に低下している。最近行われた調査とその分析によって、ウガンダの流行に関して明らかになったことがひとつある。それは、行動に関するデータからのもので、予防に再び焦点を当てた対策を行わなければ今までの低下傾向は続かないということである。2004 年から 2005 年にかけて行われた全国世帯調査で、男性は女性に比べて、複数のセックスの相手を持つことがわかった。調査では男性の 29%、女性では 4% が過去 12 ヶ月に 2 人以上の性交渉の相手を持ったと答えた。コンドームの使用はそれほど一般的ではなく、前年に行きずりの相手とセックスをしたと答えた男女のうち、前回のセックスでコンドームを使用したと答えたのは約半数だった。また、HIV に関連するスティグマがまだ存在するというエビデンスもあり、回答者の半数が、家族が HIV に感染した場合、その事実を隠しておくかと答えた (ウガンダ保健省、2005)。

この調査から推定される成人の HIV 陽性率は 7% で、産科の HIV 検査から集められたデータから得られた最新の推計よりも高い。(2003 年、ウガンダ保健省が発表した、産科からの HIV 陽性率は 6.2%。) この世帯調査によれば、30-39 歳の年齢層の 10 人に 1 人が HIV 陽性で、中高年の陽性率は高く、50-59 歳の男性のほぼ 7%、女性では 5% が HIV に感染していると推定されている。都市部では女性の HIV 陽性率 (13%) は男性 (7.3%) の 2 倍になっている。一方で、農村部では、

それぞれ、7.2%、5.6%とあまり差はない。地域によって感染レベルに差があり、西ナイルで3%未満と最も低く、カンパラ・中部地方・北中部地方で9%強と最も高い（ウガンダ保健省、2005）。

このような所見は、現在ラカイで行われている縦断研究でも顕著である。この調査では、16-25歳の性的に活発な女性の3分の2が既婚者だった。



ウガンダで何が起こったのか。

ウガンダ南部のラカイの44集落で行われた、複数年（1994-2003年）にわたる研究の最近からの所見を見ると、ウガンダにおける流行の経過がよりよく理解できる。HIV陽性率は急激に低下した。1994-1995年には20%であった女性の陽性率は、2003年には13%になり、同時期の男性に関しては15%から9%に低下している。一般的にウガンダではこれまで、このような低下は行動変容によるところが大きかった。しかし、ラカイではそのような行動変容が一樣に見られたわけではなく、研究者も禁欲や忠誠というような意識が顕著になったとは認めていない。婚外で複数のパートナーを持つと答えた10代の若者はかなり増えて、2000年の25%から2003年にはほぼ35%になった。しかし、行きずりの相手とのコンドームの使用は以前に比べて当たり前になってきてはいる。これはとくに男性で顕著で、HIV陽性率を下げる一助になったと思われる（Wawerなど、2005）。しかし、ラカイでの陽性率の低下の一番大きな原動力となったのは高い死亡率のようなものである。研究者たちが計算したところによると、1994年から2003年にラカイで見られた6.2%という陽性率の低下のうち、推定5%は死亡率が上昇したことによるものである。

ラカイで見られた傾向がどれだけ、あるいはどの程度、ウガンダの他の地域でも起こっているのかわからない。ラカイに隣接するマサカ地区では、1990年代のHIV発生率の低下は明らかに行動変容によるものだったと考えられている（Mbulaiteyeなど、2002）。しかし、ラカイ（と国内の他の地区）では現在、15歳から24歳の年齢層の男女のHIV発生率が再び上昇しているという兆候がある。このような傾向はHIV予防戦略を再び活性化する必要性を浮き彫りにしている（Wawerなど、2005）。

また、この年齢層の女性の多くが HIV に感染していた。HIV 陽性者の女性の 85%、男性の 90% が既婚あるいは結婚歴があった。女性が結婚しているときに HIV に感染しやすいのは、複数の性交渉の相手を持つ男性のほとんどが既婚者であることから明らかである。(既婚男性で複数の性交渉の相手を持っているのは 45%で、これに対して既婚女性は 5%である。) 一方、少女たちにとっては、禁欲は選択肢にならないことがわかった。14%の女性が初めての性体験は強要されたものだと答えているからである (Wawer など、2005)。

**陽性率の最も劇的な低下が見られたのは、
ケニア都市部の妊婦である。**

ウガンダは治療へのアクセスに関して力強い一歩を踏み出した。2005 年半ば現在、抗 HIV 治療を必要とする人々の約 3 分の 1 が治療を受けている。これは、ボツワナを除けば、サハラ以南のアフリカで最も高いカバレッジである (UNAIDS/WHO、2005)。過去 10 年間に予防や治療とケアに関してすばらしい成果をあげてきたにもかかわらず、ウガンダはまだ流行を克服できていない。最近の調査結果は、抗 HIV 治療が拡大し、流行が成熟してきたことによって生じる問題にも対応できる包括的な予防戦略を、改めて考え直す必要性を浮き彫りにしている。

ケニアにおける流行は 1990 年代後半にピークを迎え、成人の HIV 陽性率は 10%になったが、2003 年には 7%に低下した。都市部の感染レベルは、地方よりも早く 1990 年代半ばにピークとなり、地方の感染レベルも続いて低下したが、都市部に比べてその下がり方は遅い (ケニア保健省、2005)。サハラ以南のアフリカ諸国で、国全体の HIV 感染レベルの低下が継続して見られたのは、過去 20 年以上の間で 2 度目である。**陽性率の最も劇的な低下が見られたのは、ケニア都市部の妊婦である。**とくに、ブシア、メルー、ナクル、ティカでは、1999 年の 28%から 2003 年には 9%に大きく低下した。ガリッサ、カジアド、キシー、キタレ、キトゥイ、ニエリでも陽性率はかなり低下し、首都ナイロビでも妊婦の陽性率は低下している (Baltazar、2005)。

HIV 発生率と陽性率の低下は行動変容による可能性もあるが、エイズの流行の 2 つの「自然の」経過によるものである可能性もある。そのひとつが、流行が成熟するにつれて、多くの人々がエイズに関連して亡くなり、死亡者数が新しい感染者数よりも多くなるという現象である。その結果、HIV 陽性者数が減少 (また、陽性率も低下) する。しかし、新しく HIV に感染する割合が低下しているとは限らない。もうひとつは、新しい流行の初期段階では、HIV は感染する危険の最も高い人々に広がるということである。そのような人々が死亡することによって、その集団は HIV 感染の輪から外れ、HIV 発生率が低下し、陽性率も低くなる。つまり、行動変容は、HIV 発生率と陽性率の低下に影響する、ほんの一つの要素に過ぎないのである。

しかし、ケニアの場合には、最近、多くの国民がより安全な性行動をとるようになったというエビデンスもある。行きずりの相手とのコンドーム使用も増えており、とくに女性では、前回の行きずりの相手とのセックスでコンドームを使用したと答えた者の割合は、1998 年には 15%に過ぎなかったが、2003 年にはほぼ 24% (23.9%) だった。また、2 人以上の性交渉の相手を持っていると答えた男女の割合が、1993 年から 2003 年の間に半分以下になった。若い男女の初交年齢も遅くなる傾向にある (Cheluget など、2004)。また、HIV 以外の性感染症に感染する割合も減少している兆候が見られる。これらはすべて、HIV 情報提供キャンペーン、自主的なカウンセリングと検査プログラム、抗 HIV 治療への漸進的なアクセスが背景にある。しかし、HIV 陽性率の低下は国内の全ての地域で見られるわけではなく、HIV レベルと傾向にはまだかなりばらつきがある。2004 年の産科の陽性率は、バンバ (1.6%)、ガリッサ (0.4%)、カジアド (2%) など低いところでは 2%

以下で、高いところではチュラインボ (14%)、ブシア (16%)、スバ (30%) などがある (Baltazar, 2005)。

最近の世帯調査によると、**タンザニア**では本土の成人の7%が HIV 陽性者である。都市部では HIV 陽性率は平均 11%で、地方部の 2 倍近い数字となっている。HIV 感染はより高い年齢の人口集団で急増しており、30-34 歳の女性で 13%に達している (タンザニア・エイズ委員会、2005)。産科に通う女性の HIV 検査結果 (陽性率) は、カゲラのほぼ 5% (4.8%) から、ムベヤの 15%強 (15.3%) と感染傾向にばらつきがあることを示している (タンザニア保健省、2004)。しかし、現在のレベルに落ち着く前には、妊婦の平均 HIV 陽性率が 20%を超え、36%に達する産科が、10 年前 (1994 年) のムベヤにいくつかあったことも心に留めておく必要がある (Jordan-Harder など、2004)。

妊婦の HIV 陽性率の傾向から、流行全体は比較的、変化のない状態であることがわかる。しかし、タンザニアの若者の低い感染レベルや、世帯調査からわかった、5 年前に比べて多くの人々が安全なセックスを取り入れていることが、HIV 感染の減少につながっている。2002 年以降、ダルエスサラームとムトゥワレ地域では、産科で HIV 陽性と診断される数はわずかに減少しているが、ドドマでは増加している。また、地方部で行われた最近の調査では、既婚男性の 40%が婚外の性交渉を持っていると答えている (Nko S など、2004)。(ムベヤとルワカ地域における予防対策の対照的な結果に関する議論は、HIV/AIDS 最新情報 2004 年版を参照のこと)

ルワンダにおける流行は国全体では近年、変化がないが、地域的な傾向の違いが顕著である。妊婦の HIV 陽性率は、上昇しているところもあり、変化がないところもあり、ギコンドのように低下しているところもある。全体として、都市部の陽性率 (中央値) は 2003 年に 6.4%と、地方部 (2.8%) に比べて約 2 倍である。とくにキガリでは、1998-2003 年に 35 歳以下の妊婦の感染レベルが下がったにもかかわらず、陽性率は最も高い (Kayirangwa, 2004)。国がエイズ・プログラムを拡大したことが、好ましい結果につながった。母子感染の予防サービスを提供しているサイトは過去 1 年間で約 33%増加し、自主的なカウンセリングと検査を提供しているサイトも増え、抗 HIV 治療を受けている陽性者も 2004 年の 8,700 人から、2005 年 6 月現在、13,200 人となり、約 50%も増加した (Binagwaho, 2005)。隣国**ブルンジ**では、これといった傾向は認識できない。ブルンジの妊婦の HIV 陽性率は、キレンバの 2%から首都ブジュンブラ近郊の 13%と、ほとんどのセンチネル・サーベイランス・サイトでばらつきがある (公衆衛生省、2004)。

他の国々と比べて、**エチオピア**の全国平均 HIV 陽性率は推定 4.4%と低いものの (エチオピア保健省、2004)、エイズへの取り組みは多くの難題に直面している。HIV 陽性率はおもに都市部で高く、妊婦の HIV 陽性率は 1990 年代半ばから 12-13%である。人口の 85%が地方部で生活しているエチオピアでは、地方部の成人の陽性率の上昇 (2000 年には 1.9%、2003 年には 2.6%) が懸念となる。事実、都市部よりも地方部のほうが、HIV 陽性者数が増えている (エチオピア保健省、2004)。2004 年、HIV 陽性者数はおよそ 150 万人、孤児の数は 450 万人以上 (エイズによる孤児 50 万人を含む) で、影響を受けた世帯に適切な治療、ケア、支援を提供するという、国としてとてつもない課題に直面している (UNAIDS, 2004)。2003 年、成人の死亡原因の推定 30%がエイズであるエチオピアでは、2005 年半ばまでに、抗 HIV 治療を受けているのは、それを必要としている人々の 10%未満である (UNAIDS/WHO, 2005)。

隣国**エリトリア**の流行についてはほとんど新しい情報は出てきていない。2003 年の HIV 調査では、低いレベル (国全体の成人の HIV 陽性率 2.4%) のまま変化がないことが明らかになっている。しかし、西部の 2%から南東部の 7%と、地域によって感染レベルにはばらつきがある (エリトリア保健省、2004)。

ごく最近まで、**ソマリア**の HIV 感染についてはほとんど知られていなかったが、2004 年に調査

が行われ、HIV 感染レベルはまだ低いものの、HIV は全国に広がっていることが明らかになった。全国的な妊婦の平均陽性率は 0.6% で、最も高いのが首都モガディシユの 0.9%、最も低いのがメルカで HIV 感染がほとんど報告されなかった (WHO、2005)。一方、性感染症の治療を受けた人々の 4% (また、モガディシユのある一つの診療所を受診する女性の 7%) が HIV 陽性と診断されており、流行が地域的に集中していることを示唆している。国を荒廃させた内戦から国を再建しなければならぬため、HIV 予防は優先事項にはならなかったであろうと思われる。HIV に関する知識は非常に乏しく、コンドームの使用もまれである。15-24 歳の若い男性でコンドームを使ったことがあるのは 13% に過ぎず、同年代の女性ではほんの 5% だった (WHO、2005)。

アフリカ西部・中央部

アフリカ西部における流行は規模や勢いの面でさまざまである。アフリカ西部では、これまでエイズの流行は他のサハラ以南のアフリカ地域に比べて深刻ではなかった。アフリカ西部諸国では成人の全国平均 HIV 陽性率は 10% を越えたことはなく、妊婦の陽性率にも大きな変化があったというエビデンスはない。

ナイジェリアは、南ア共和国およびインドについて、世界で 3 番目に HIV 陽性者の多い国で、2003 年末現在、その数は 320 万人から 360 万人と推定されている (UNAIDS、2004)。妊婦の HIV 陽性率 (中央値) は 4% ほどになっている。妊婦の HIV 陽性率は、南西部の 2.3% から北中部の 7% と幅があるものの、1980 年代半ばから調査を行っている産科で変化はない。クロスリバー州だけが唯一の例外で、1993-1994 年には 4% だった陽性率が、2003 年には 12% になり、感染レベルが拡大している (ナイジェリア保健省、2004)。この急激な増加の原因はわかっていない。

コートジボアールでは、都市部の妊婦の HIV 陽性率は 1997 年から 10% 程度、地方部ではその半分程度と、一定している。唯一の際立った変化はセックスワーカーについてである。例えば、アビジャンでは HIV やその他の性感染症の陽性率の低下が見られた。これはおそらく、コンドームの使用が増えたことによるものだろう (Ekta など、2004)。残念なことに、内戦のために HIV に関するデータを新たに集めることができていない。

トーゴの HIV 感染レベル (全国平均陽性率が約 4%) は変化がないが、地域的には非常に差異がある。妊婦の HIV 陽性率は、中央およびカラ地域で 2% 以下と低いが、マリタイム、プラトー、サバナ地域、そして首都のロメでは 7% を超えている (トーゴ保健省、2004)。隣国ガーナの流行は同様に、一定レベルに保たれており、産科における HIV 陽性率は過去 10 年間、2.5% から 4% の間で推移している。その北に位置するブルキナファソでは、2003 年の産科における HIV 陽性率は 2.7% だったが、現在、都市部の若い妊婦 (15 - 24 歳) の陽性率は低下傾向にある。若い妊婦の 2003 年の陽性率は 1.9% で、2001 年 (3.9%) の半分となった (ブルキナファソ大統領府、2005)。首都ワガドゥグーでは、セックスワーカーの HIV 感染レベルが急激に低下し、1994 年には検査を受けた女性の 59% が HIV 陽性だったが、2002 年には 21% になった (Kintin など、2004)。これら非常に励みになる傾向である。

マリとセネガルでも、HIV 感染レベルは現在も低いままで、全国平均陽性率 2% 以下である。(マリ保健省、2004 ; セネガル公衆衛生・予防医学省、2004)。セネガルでは、2002-2003 年に行われた最新の HIV 動向調査でも 3% を超える HIV 陽性率を記録した産科はなかった。しかし、2005 年の人口統計および保健調査では、ギニア・ビサウとの国境沿いの南部の町のジガンショールの成人女性の陽性率が 3.4%、コルダが 2.7% だった (人間開発調査センターと MEASURE DHS+, 2005)。セックスワーカーの陽性率は 10 年間、ほとんど変わらず、ダカールで 21%、ジガンショールで 30%

と高いレベルのままである (Gomes など、2005)。

カメルーンはアフリカ中央部の中で最も流行が深刻な国のひとつで、新しい世帯調査によると2004年の国全体の HIV 陽性率は5.5%である (カメルーン公衆衛生省、2004)。アダマワ、北東、南東の3地域では、女性の陽性率が10%以上に達している。国全体では、25-29歳の女性の10人に1人が HIV 陽性である。コンゴ共和国の HIV 陽性者数は11万人 (あるいはそれ以上) で、HIV 陽性率は地域によって非常に大きな差異がある。インポンドやジャンバラなどでは陽性率は1%を少し超えるぐらいだが、シビティでは、成人の陽性率は10%である (コンゴ共和国保健省、2004)。

サハラ以南のアフリカ諸国における治療とケアの提供拡大の昨年の歩みは、一様ではない。2005年半ば現在、ボツワナとウガンダでは少なくとも抗 HIV 治療を必要とする人々の3人に1人が治療を受けているが、カメルーン、コートジボアール、ケニア、マラウイ、ザンビアではその割合は10-20%である。しかし、ほとんどの地域でニーズは満たされていない。南ア共和国では抗 HIV 治療を必要としている人々の85% (ほぼ90万人) は、2005年半ば現在、まだ治療を受けられていない。エチオピア、ガーナ、レソト、モザンビーク、ナイジェリア、タンザニア、ジンバブエなどの国々でも必要としている人々の90%あるいは90%以上が、まだ治療を受けることができないでいる (UNAIDS/WHO、2005)。

アフリカ南部およびアフリカ東部では、アフリカ中央部の一部地域と同様に、深刻な流行が今度しばらくは続くだろうと思われる。ウガンダや、ごく最近のケニア、ジンバブエで見られた HIV 感染レベルの低下から、必要な HIV 関連の介入を行えば流行の流れを変えられることは確認された。しかしながら、陽性率が高い状況においては、社会の中にヴァルネラビリティ (脆弱性) を生み出してしまふ、社会経済的・社会文化的な根本問題に取り組む努力を行うことも、同様に、重要である。そうすることによって初めて、HIV 感染レベルを低下させることが必要な地域において、感染レベルの低下への取り組みを開始させて、それを達成させることができた場合に、その低い感染レベルを維持することが可能となる。

アジア

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	830万 [540-1 200万]	200万 [130-300万]	110万 [60-250万]	0.4 [0.3-0.6]	52万 [33-78万]
2003年	710万 [460-1 040万]	170万 [110-250万]	94万 [51-210万]	0.4 [0.2-0.5]	42万 [27-62万]

アジアにおける国家レベルの HIV 感染レベルは、特にアフリカなどのその他の大陸に比べれば低い。しかし、多くのアジア諸国はきわめて大きな人口を抱えているため、国家レベルの陽性率が低くても、相当数の人々が HIV と共に生きていることを意味する。最新の推計値によれば、830万 [540～1,200万] の人々 (200万 [130～300万] の成人女性を含む) が、2005年に HIV と共に生きており、この1年間の新規感染者数は、110万 [60～250万] 人に達する。また2005年、エイズにより亡くなった人々の数は約52万 [33～78万] 人に達する。

リスク行動—しばしば—形態以上のリスク行動—がアジアにおける

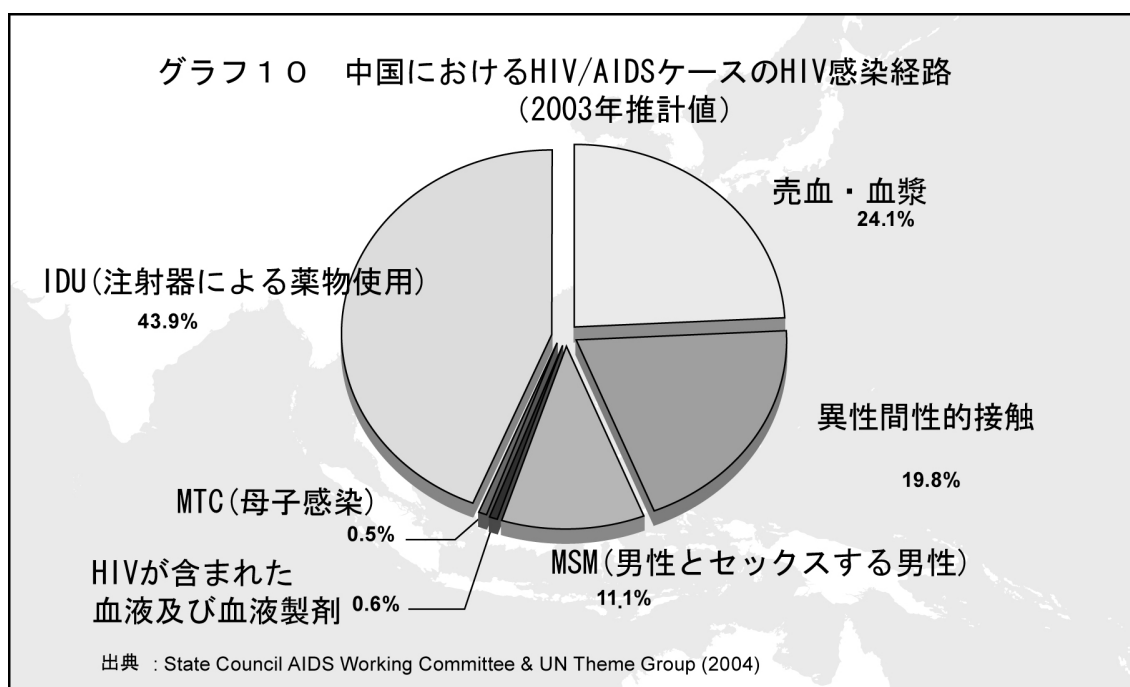
深刻なエイズの流行を持続させている。

リスク行動—しばしば—形態以上のリスク行動—がアジアにおける深刻なエイズの流行を持続させている。アジアにおける多くの流行の中心にあるのは、注射器による薬物使用とそのほとんどが商業的な無防備なセックスの相互作用である。しかしながら、この地域のほぼすべての国で、そのようなリスク行動の組み合わせが存在するという事実が予防戦略に未だほとんど反映されていない。その結果、アジアにおける流行の多くは、今日まで HIV の拡大が抑止されている国々も含め、過渡期状態にある。

中国

HIV は中国の 48% の県で、また、31 省、自治区及び直轄市のすべてで発生が確認されている。拡大中の流行を抑止するためには、予防努力の強化が必要となる (国家評議会エイズ実行委員会及び国連 HIV/AIDS テーマグループ、2004)。今日までのところ中国における最も深刻な HIV の流行は、特定の国民グループ (注射器による薬物使用者 (IDU)、セックスワーカー、元血漿献血者及びそのパートナー)、また、特定の地域、特に同国の南部及び西部に集中している。HIV 感染の大多数が雲南省、河南省さらには、広西チワン族自治区で見られる。現在のところ最も被害が少ないのが、青海省及びチベット自治区である (国家評議会エイズ実行委員会及び国連 HIV/AIDS テーマグループ、2004)

アジアの他の多くの諸国と同様に、HIV は、IDU のネットワークに定着しており、IDU 間の HIV 陽性率は、1990 年代後半に急速に高まった。その後、陽性率は横ばい状態になったが、いくつかの地域では、高いレベルにとどまったままである。



広東省及び広西チワン族自治区などの南部の行政地域の6都市におけるIDU間の陽性率は、2002年には18～56%に達しており、また、雲南省ではその翌年、20%強のIDUがHIV陽性となっていた(中国国家エイズ性感染症対策予防センター、2003年)。中国は、1400カ所の注射針交換施設、1500以上の薬物治療クリニックを推定で200万人のIDUが暮らしていると目されている(Zunyou, 2005)中国南部及び西部の複数の省に設立する計画を発表している。

**女性セックスワーカーの大多数は、僻地の農村部の出身であり、
教育レベルも低く、HIVについての知識もほとんどもっていない。**

商業的セックスは、中国におけるHIV感染の推定20%という大きな部分を占めており、これは、無防備な異性間接触によるものである(国家評議会エイズ実行委員会及び国連HIV/AIDSテーマグループ、2004)。商業的セックスは、男性とセックスをする男性(MSM)間のHIV感染でも主要な役割を演じており、たとえば南部の深圳市で最近行われた男性セックスワーカーを対象にした調査では、調査対象者の5%がHIV陽性であった。けれども、商業的セックスとIDUが重複して行われている可能性があることが中国における流行の主たる要因となっている可能性が高い。最近の行動調査によれば、女性薬物使用者の少なくとも半数がある時期に商業的なセックスに従事していたという結果が示されている(Yangなど、2005)。四川省では、セックスワーカーの2.5%が注射により薬物を使用すると述べており、ストリートを活動拠点とするセックスワーカーでは、その割合は5%に達する。後者が相手をする客の数は最も多いにもかかわらず、コンドームの使用レベルは最も低い(MAP、2005a)。また四川省では、IDU行動動向調査の対象となった2人に1人の割合の女性が調査の前月、金銭または薬物と引き替えにセックスを提供したと回答している。問題を複雑にしているのは、コンドームなしで売春行為に及ぶ女性IDUの場合、不潔な注射針を使用している可能性も高いという事実である。安全でない注射によりHIVに感染するリスクが最も高い者が、HIVを性的接触により感染させる最も高い可能性を有しており、これは、流行を現在よりはるかに深刻なものにする可能性のある致命的な要因の結びつきである(MAP、2005a)。

女性セックスワーカーの大多数は、僻地の農村部の出身であり、教育レベルも低く、HIVについての知識もほとんどもっていない。行動調査では、多くのセックスワーカーは、自らあるいはその

客に性感染症の症状が見られた後も、無防備なセックスをし続けていることが判明している (Yang など、2005)。こうしたセックスワーカーを HIV やその他の性感染症から護るためには、協調努力が求められる (Zhang など、2004)。ただし、この領域に関しては、進歩の兆しもある。コンドームを常用する習慣の定着は未だ不十分だが、たとえば、広西チワン族自治区でコンドームを常用しているセックスワーカーの数が、2003 年、まったくコンドームを使用しない者の数を上回った (MAP、2005b)。一方、四川省では、2002 年に調査前月にすべての客に対してコンドームを使用したと回答したセックスワーカーは、調査対象者の約半数に過ぎなかった (MAP、2005b)。

中国の一部では、ハイリスク行動を伴うこれらの国民層からより幅広い国民層へ HIV が広がる兆候がある。未婚の若者に対して実施された匿名検査の結果、1%の HIV 陽性率が検知されており、また、薬物使用者やセックスワーカー間に HIV が流行している地域では、妊婦間の陽性率が最高 5%を記録している。雲南省、新疆では、妊婦の HIV 陽性率が、それぞれ 1.3%、1.2%に達していた (中国保健省、国連 HIV/AIDS テーマグループ、2003)

MSM 間の HIV 感染に関するデータはきわめて限られている。これまで行われた数少ない調査では、コンドーム使用率が低いという結果が出ている (たとえば、常德市及び西安市では、男性の 40%がコンドームを使用しておらず、新疆では、33%がコンドームをほとんど、あるいはまったく使っていない)。また、高い HIV 陽性率も確認されている (2001-2003 年の北京における調査では、MSM の 3%が HIV 陽性であった) (Choi など、2003)。中国では、相当数の男性が男性とセックスを行っている。HIV がこの国民層に浸透すれば、より深刻な HIV の流行が発生する可能性がある。

中国は、抗 HIV 療法を必要とする国民全員に無料で同療法を提供すると 2003 年に公約しているが、この公約の実現に向けての進展速度は遅い。2005 年 6 月時点で、抗 HIV 療法がすでに開始されている 28 省及び自治区で薬剤投与を受けている人の数は、約 2 万人だった (中国保健省、2005)。

複数の制約要因が中国におけるより効果的なエイズ対策を阻害している。それらの制約要因には、流行に関する国民一般の意識が不十分なこと、HIV と共に生きる人々に対する偏見 (スティグマ) や差別などが挙げられる。その結果、HIV 検査及びカウンセリングサービスを受ける率は低く、この傾向は、スティグマや差別が減り、統合的な予防、治療及びケアプログラムがより幅広く利用可能になるまでは続くものと思われる。HIV 感染検査プログラムが、インフォームドコンセント、秘密重視、カウンセリングの実施などの原則に基づき行われることがきわめて重要である。

インド

多様な形態の流行が進行中のインドでは、2003 年、510 万人の国民が HIV と共に生きてると推計される (NACO、2004a)。いくつかの州 (タミールナドゥ、アンドラプラデシュ、カルナタカ及びマハラシュトラ) では、HIV 感染の拡大が落ち着いたように見えるが、その他の複数の州の感染リスクが高い国民グループでは、感染は依然拡大している。その結果、全体的な HIV 陽性率は高まり続けている。妊婦の州全体の陽性率は、貧しく人口密度が高いウットラプラデシュ州やビハール州などの北部諸州では依然として非常に低い。しかし、これらの州には、インドの総人口の 4 分の 1 が暮らしており、比較的小幅な HIV 感染率の上昇でも、膨大な数の人が新たにウイルスに感染したことを意味する。

インド西部及び南部の工業化が進んだ 4 つの州 (アンドラプラデシュ、カルナタカ、マハラシュトラ及びタミールナドゥ) 及びマニプル及びナーガランド州の北東部の州では、妊婦の HIV 陽性率が 1%以上に達している (NACO、2004a)。南部では主に無防備なセックスを通して、また北東部では IDU を通して、HIV は都市部以外の地域にも広がっている。カルナタカ及びナーガランドでは、農村地帯の妊婦の 1%以上が、2003 年、テストの結果、HIV 陽性であることが判明した。(現在または過去に) セックスワーカーを頻繁に利用した **夫から感染した既婚女性において、新規感染件数のかなりの部分が、発生している**。商業的なセックスは、(ナーガランド及びタミールナドゥ州の場合、IDU と並んで) インドのほとんどの地域で流行の主たる要因となっている。2003 年の HIV 動向調査によれば、カルナタカの商業的セックスワーカーの 14%及びアンドラプラデシュの 19%が HIV に感染していた (NACO、2004b)。マイソール市 (カルナタカ州) のセックスワーカー

一の26%がHIV陽性であるという最近の調査結果は、客の相手をする際にコンドームを常用している女性の割合がわずか14%に過ぎず、定期的に性交渉をもつパートナーとのセックスにおいてコンドームを一度も使用したことがない女性の割合が91%であるという事実を鑑みれば、驚くことではない(Reza-Paul, 2005)。

夫から感染した既婚女性において、新規感染件数のかなりの部分が、発生している。

カルカッタ(西ベンガル州)のソナーガチ売春地区における有名なセックスワーカーを対象にした施策の成功事例は、セックスワーカーをエンパワーするセーフターセックスプログラムは、HIVの拡大を食い止めることができることを示している。ソナーガチ地区のコンドーム使用率は、85%にまで高まり、商業的セックスワーカー間のHIV陽性率は、2004年には4%以下にまで低下した(2001年には、同率は、11%を上回っていた)。対照的にムンバイでは、商業的セックスの最中にコンドーム使用を奨励する努力も、散発的で断片的なものではそれほど効果がないことが入手可能なデータが示しており、同地区では、女性セックスワーカーのHIV陽性率は、2000年の52%から低下していない(NACO, 2004b)。

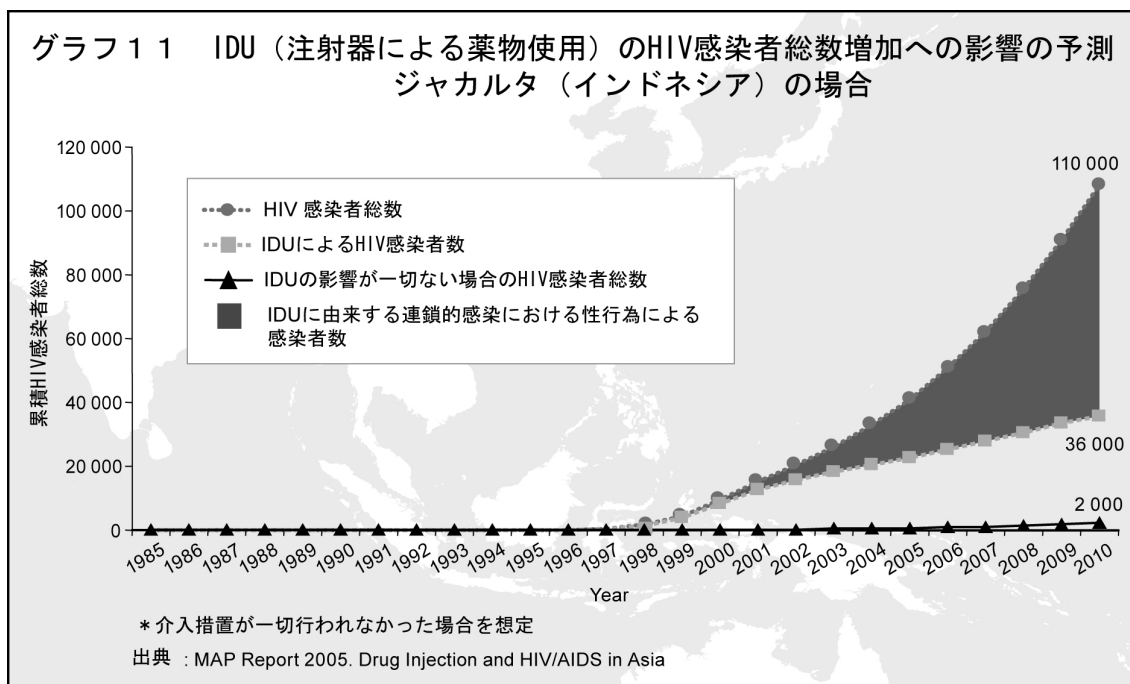
セックスワーカー間のHIVに関する情報または意識は、特にストリートを拠点に働いている者の中で低いように思われる。2001年にインドの様々な地域で行われた調査は、ストリートを拠点に活動しているセックスワーカーの30%がコンドームがHIV感染を防止することを知らず、ハルヤナ州などのいくつかの州では、全セックスワーカー(売春施設及びストリートを拠点として活動する者も含め)の半分弱が、コンドームがHIV感染を防止することを知らなかった。また、セックスワーカーのかかなりの割合の者(全国的には42%)が、その外見から客がHIVに感染しているか判断できると考えていた(MAP, 2005b)。

インド北東部、特に薬物不正取引地帯、いわゆる“ゴールドトライアングル”ゾーン付近のマニプル、ミゾラム及びナーガランド州では、HIV感染は、主にIDUとその性交渉の相手(中には売春、買春行為を行う者もいる)に集中している(Solomonなど、2004)。マニプル州ではセックスワークと注射器による薬物使用の重複傾向が非常に顕著であり、同州では、IDUが主原因となった流行が少なくとも10年間続いている。行動動向調査によれば、約20%の女性のセックスワーカーが薬物注射も行っていると述べている。北東諸州では、約半数のセックスワーカーが注射器による薬物使用を報告している(MAP, 2005a)。

マニプルなどの州では、ハームリダクション施策(注射針及びシリンジ交換及び限定的な薬物代替プログラム)が比較的最近導入されている。同州の最新データ(2003年)では、IDU間のHIV陽性率が24%となっており、これは1998年以降同州のIDU間で検出された最も低いレベルであるが、データ参入基準が異なるために、様々な調査から得られたHIVデータを直接比較するのは困難である(NACO, 2004b)。その他の地域でもIDU間の流行が広がっており、たとえば、ナーガランド州では、2000-2003年のHIV陽性率は14%にも達している(NACO, 2004b)。

さらに注射器による薬物使用はインドの北部州だけに限られるものではない。南部のタミールナドゥ州でもHIV感染率の急激な上昇が見られ、同州では、2001年の25%に対して2003年にはIDUの39%がHIVに感染していた(NACO, 2004b)。チェンナイ市(タミールナドゥ州)で行われた小規模な調査(2003年に実施された標識サーベイランス調査)では、IDUのほぼ3分の2(64%)がHIV陽性であった(MAP, 2004)。これらのIDU(その大部分が男性)は、HIVをその性交渉の相手に感染させる可能性もあり、女性の感染者数も増えている。

インドの多様な流行の中で男性間のセックスがどのような役割を果たしているかは、比較的知られていない。セクシュアリティのこの複雑な次元を対象としたいくつかのインドにおける調査においては、相当数の男性が、その他の男性とセックスをすることが確認されている。チェンナイのスラム地区の住民間で実施されたある調査では、6%の男性が他の男性と性交渉を経験していた。男性とセックスをする男性の約7%がHIV陽性であり、その半数以上が既婚であった(Goなど、2004)。



重大な危機

相当レベルの注射器による薬物使用、商業的セックス及びコンドーム使用の習慣の欠如などにもかかわらず長年にわたって HIV の流行を回避してきた国々がある。しかしながら、一度、HIV が感染のリスクが高い国民集団の中で流行の足がかりを得れば、高リスク集団内、さらにはその外に広範に広がりうる事が複数のアジアの国々で確認されている。

アジアにおける HIV 感染の初期の最も強力な要因は注射器による薬物使用である。IDU 数が比較的少ない場合でも、1 国における HIV の全体的な流行に IDU が果たす役割は大きくなる可能性がある。IDU の大多数は性的に活動的であり、国によっては、彼らのかなりの部分が売春、買春行為を行っている。HIV に感染した IDU はそのため、性的な結びつきのネットワークの中で、感染の“クリティカルマス”（感染が広がるのに十分な数）が達成される手助けをしてしまい、そこから HIV が社会全体に広がっていく可能性が生まれるのである (MAP, 2005a)。そのようなプロセスは、特にインドネシア、ベトナム、そして中国のいくつかの地域などのアジア諸国で進行している。その影響が早期に食い止められなければ、これらの国々では、非常に多くの数の新規 HIV 感染者が発生してしまう可能性がある。インドネシアの首都ジャカルタのデータに基づくグラフ 11 は、当初は小規模であった IDU 間の HIV 流行がどのように広がる可能性があるかを示している。もし、IDU、男性、女性、トランスジェンダーのセックスワーカー及びセックスワーカーの客たちのリスク行動が 2003 年に実施されたサーベイランスで観察されたレベルから変化しなければ、ジャカルタでは、この 10 年で大規模な流行が広がる可能性がある（グラフ中の網がけ部分が、安全でない薬物注射器具の共有及びそこから派生した感染の連鎖に由来する HIV の性的感染を示す。HIV は、薬物を注射しているボーイフレンドから、薬物を使用しない女性に、また、以前に薬物を使用したことがある客から感染したセックスワーカーから別の客に広がる可能性がある。もしその客が薬物を注射する際に常に消毒された注射針を使っていれば、感染の連鎖のほぼ全体が避けられるのである。MAP, 2005a)。

インドネシアは、エイズの流行が急速に深刻化する瀬戸際にある。IDU 間のリスク行動が一般的なため、主に注射器による薬物使用に起因する流行がすでにこの群島国家の遠隔地域にも広がってしまっている。ポンティアナク（ボルネオ島）などの遠隔地の都市の地元 NGO が創始したカウンセリング及び HIV 検査サービスでは、驚くほど高い感染率が検知されており、検査を要求した 70% 以上の人々が、自らが HIV に感染していることを発見している。彼らの 4 分の 3 は、IDU である

と推測される (MAP, 2005a)。一方、ジャカルタのリハビリテーションセンターに入所中の IDU 間では、最高 48%もの HIV 陽性率が検知されている (Riono 及び Jazant, 2004)。これらの IDU のほとんどが若く、比較的高い教育水準を誇っており、家族とともに生活している (Riono 及び Jazant, 2004)。

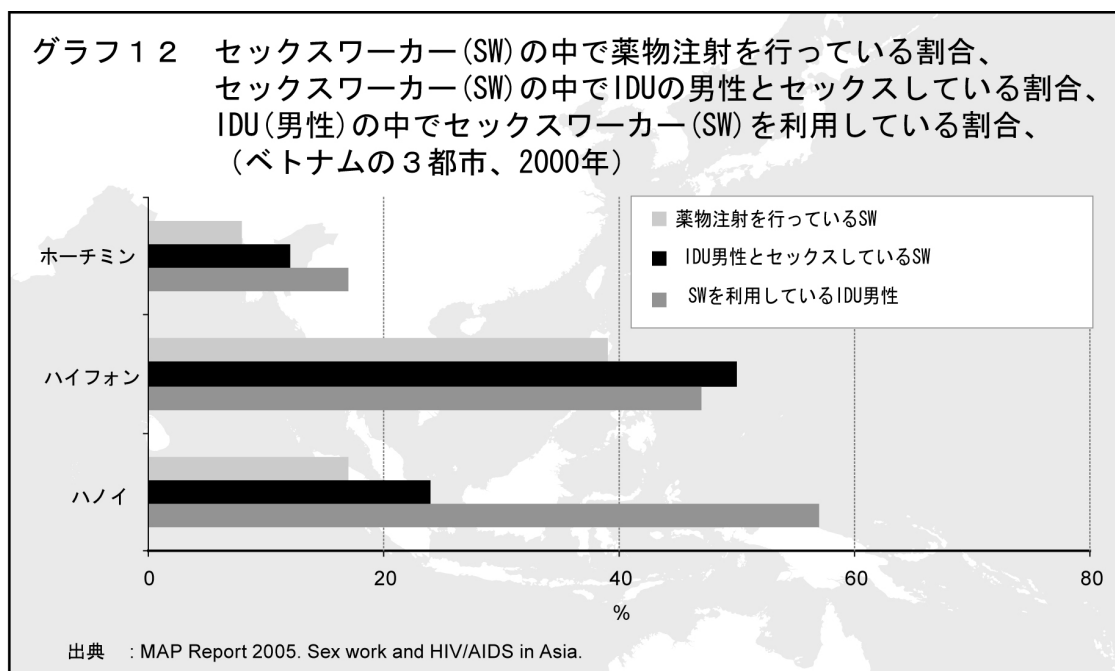
このような趨勢を変えるには、情報提供や意識を喚起するキャンペーン以上の施策が必要である。大多数の IDU は、清潔な注射針の入手方法を知っているのに、ほぼ 10 人中 9 人 (88%) が不潔な注射器具をなお使用している (Pisani, 2003)。ひとつの問題は、IDU の多くが清潔な注射針を携帯することに消極的なことであるが、その理由は、注射針を携帯していると、警察に薬物を注射している (これは犯罪である) 証拠だと見なされるのではないかと怖れるからである。また、IDU の監禁も、インドネシアの流行における目立った特徴のひとつである。たとえばジャカルタでは、1997 年から 2001 年にかけて IDU 間の HIV 陽性率がゼロから 47%に急増している。その結果、首都の過密状態の刑務所で、HIV の感染が 2 年後の 1999 年のゼロから 2002 年に 25%に急増した (MAP, 2005a)。予防及び代替療法サービスへのアクセスは一般的にきわめて限られている。もしインドネシアがその流行拡大を制御しようとするのであれば、法的及び制度環境を、効果的な予防戦略を促進するために改革する必要もあるであろう。

“社会悪” と戦うといった懲罰的なキャンペーンは、IDU やセックスワーカーを アウトリーチプログラムの到達範囲外に追いやってしまう傾向がある。

ジャカルタの IDU の半数以上が性的に活動的であり、5 人に 1 人は買春行為を行っている。しかしながら、これら IDU の約 4 分の 3 が商業的セックスの最中にコンドームを使用していない (保健リサーチセンター及び保健省、2002)。HIV が商業的セックスのネットワーク内に侵入すると、より広範な HIV 感染が起こるのはほぼ確実である。一方、男性セックスワーカー間の注射器による薬物使用率もその他の国民集団よりも高く、これらの男性の多くは、薬物を購入する資金を得るために売春行為を行っている (MAP, 2005a)。また男性セックスワーカーの大部分が女性ともセックスをしている (Riono 及び Jzant, 2004)。一般的にコンドームの使用頻度は、あまり使わないからほとんど使わないというレベルにとどまっている。ジャカルタでは、商業的セックスにおけるコンドーム使用率は 1996 年～2002 年にかけてほとんど変化せず、その後若干上がったものの、2004 年時点で、マッサージパーラーやクラブを拠点に活動しているセックスワーカーの 4 分の 3 が前週に相手をした客に対してまったくコンドームを使用しなかったと答えている。ジャカルタの売春施設地区では、ほぼ 10 年にも及び予防施策が実施されているにもかかわらず、セックスワーカー及びその客ともにコンドームの使用をさらに嫌っている。セックスワーカーの 85%強が前週どの客に対してもコンドームを使用しなかったと述べている (MAP, 2005b)。その理由の一端は、警察がコンドームの所持を売春をしている証拠と考え、女性を逮捕することが依然としてあるからである (MAP, 2005b)。

このような状況では、たとえば、ソロングのセックスワーカーの HIV 陽性率が 2003 年に 17%に達し、またインドネシアの 7 都市のセックスワーカーの平均 42%が 2003 年に淋病とクラミジアのいずれかまたは双方に感染していたとしても不思議ではない (MAP, 2004)。リスクのネットワークがこのように交差することで、特にパプア州などのように複数の性交渉相手を有することが一般的な地域では、HIV は確実により幅広い国民層に広がっていくであろう。同州の 5 つの村の成人のほぼ 1%が、抗体検査で HIV 陽性と判定された (MAP, 2004)。インドネシアは、HIV 予防プログラムを拡大、強化する緊急の必要がある。

注射器による薬物使用とセックスワークがきわめて大規模に重複していることがベトナムにおける深刻な流行の呼び水となっており、同国では、HIV はすでに全 64 省と全市に拡大している。HIV と共に生きている人々の数は 2000 年から倍増し、2005 年には推定 26 万 3,000 人 (21 万 8,000 人～30 万 8,000 人の幅がある) に達している (ベトナム保健省、2005 年)。同国の IDU のほとんどは若く (平均年齢は 25 歳)、不潔な注射針の使用はきわめて一般的であり、IDU の HIV 感染率 40%というレベルは、珍しいことではない (Hien など、2004a)。IDU の約 3 人に 1 人が HIV に感染しており、カントー市、ハイフォン市、ハノイ市、ホーチミン市などでは、HIV 陽性率は



相当高くなっている (ベトナム保健省、2005)。

ホーチミン市の薬物を使用しているセックスワーカーのコンドーム使用率は、薬物を使用していないセックスワーカーの約半分であることが別の調査で示されている (39 ページ囲み記事参照) (MAP, 2004)。反対に、IDU の 50%未満がセックスワーカーに対してコンドームを常用していた (USAID など、2001)。その結果、国家レベルのセックスワーカーの平均 HIV 陽性率は約 16%であり、ハイフォン市、ホーチミン市、ハノイ市、カントー市などの都市では、感染レベルはさらに高くなっている (ベトナム保健省、2005)。さらに、2003 年に行われたホーチミン市の調査では、MSM の HIV 陽性率は 8%に達していた。

特にホーチミン市 (同市は、ベトナムにおける全 HIV 感染件数の約 4 分の 1 を占め、成人間の HIV 陽性率が 2003 年に 1.2%と推定された)、さらに北部沿岸のクアンニン市、ハイフォン市 (同市では、成人の約 1.1%が HIV に感染していると考えられている) では、さらに大規模な流行が差し迫っている可能性が高い (ベトナム保健省、2005 年)。IDU 間の不潔な注射針の使用及びリスクの高い性行為を減らすプログラムが不可欠であり、それと同時にセックスワーカー、その客、そして彼らのその他の性交渉の相手間の HIV の性的感染を減らす戦略も欠かすことができない。**“社会悪” と戦うといった懲罰的なキャンペーンは、IDU やセックスワーカーをアウトリーチプログラムの到達範囲外に追いやってしまう傾向がある。**またそれは、意図せずに、リスクの高い行動を温存させてしまう場合もある (Hien など、2004a)。ベトナムにおける流行は、対策が遅れれば非常に多くの人命が失われかねないレベルに達してしまった。同時に、同国のヘルスケアシステムは、将来的に毎年発生する推定 5,000~1 万件の新規エイズ発症件数に対応する準備も行う必要がある (ベトナム保健省など、2003)。

パキスタンでは、IDU やセックスワーカーの高いレベルのリスク行動とエイズに関する知識不足の組み合わせが HIV の急速な拡大を助長し、新しいデータは、同国は、深刻な HIV 流行の瀬戸際にある可能性があることを示唆している (パキスタン保健省など、2005)。

大規模な流行がカラチの IDU 間ですでに検知されており、2004 年、同市の IDU の 23%が HIV に感染していることが判明している (パキスタン保健省、2005 年)。ほんの 7 ヶ月前に検査を実施した際には、同じコミュニティの HIV 陽性件数はわずか 1 件であった (Altaf など、2004)。このような流行がカラチだけに長期間とどまっている可能性は低い。これらの IDU の多くは、都市から都市へと移動しており (カラチの IDU の 21%がその他の都市でも注射により薬物を使用していた)、彼らの非常に高い割合の者が不潔な注射器具を使用している (カラチの IDU の 48%が調査

前週に不潔な注射器具を使用していた)。ラホールにおけるリスク行動率はさらに高く、IDUの82%が不潔なシリンジを調査前週に使用しており、35%が常にそうしていると答え、51%が調査前年にその他の都市でも注射を行ったと答えている(パキスタン保健省など、2005)。またIDU間のHIVの流行は、パキスタンのシンド州で2004年に報告されており、ラルカナという街では、ほぼ10%のIDUがHIV陽性であった(Shahyなど、2004)。IDU(及びセックスワーカーの)HIVに関する知識はきわめて低いレベルにとどまっている。カラチでは、4分の1のIDUがエイズについて聞いたことがなく、同様に多くの者が不潔な注射器具の使用がHIV感染の原因となることを知らなかった(パキスタン保健省など、2005)。

的を絞った予防プログラムが、ハイリスク行動が交差するネットワーク内外への HIV拡大を食い止めるために緊急に必要とされている。

一方、パキスタンの主要通商都市であるカラチでは、セックスワーカーの5人に1人がコンドームが何であるか分からず、4分の3がコンドームを使用することでHIVを予防できることを知らなかった(実際、彼らの3分の1は、エイズを聞いたこともなかった)。したがって、調査前週すべての客に対してコンドームを使用したと答えた女性セックスワーカーがわずか2%しかいなかったとしても、不思議ではない(MAP, 2005b)。知識不足と低いコンドーム使用率に加えて、IDUとセックスワーカーの高い頻度の性的接触がある。カラチ及びラホールの女性セックスワーカーの20%以上がIDUに売春行為を行っており、性交渉の最中にコンドームが使用される頻度はきわめて低い。またラホールのIDUの約半数が調査前年、定期的なパートナーと性交渉をもっており、3分の1が女性とのセックスに対して金を払い(そのうち11%がコンドームを常用している)、ほぼ4分の1が男性とのセックスに金を払っている(5%がコンドームを常用していた)(パキスタン保健省など、2005)。また、男性セックスワーカーもIDUに対して売春を行い、IDUの20%が調査前年、金を払って肛門性交を行ったと報告している(コンドームを常用しているのは、彼らの3%に過ぎない)。その結果、性感染症の発生率は高く、カラチでは、IDUの18%が梅毒に感染していることが判明しており、その割合は男性セックスワーカーでは36%、ヒジュラと呼ばれるトランスジェンダーの人々では60%に達する(パキスタン保健省など、2005)。

ハイリスク行動の重複の程度を考慮すれば、パキスタンにおけるHIVの流行が今後深刻さを増していく可能性はきわめて高い。**的を絞った予防プログラムが、ハイリスク行動が交差するネットワーク内外へのHIV拡大を食い止めるために緊急に必要とされている。**

マレーシアにも、その流行が突如爆発する可能性のある要素がある。2004年、HIVと共に生きている人々の数は、約5万2,000人に達し、その大多数が若い男性(年齢20~29歳)であり、彼らの4分の3がIDUである(マレーシア保健省及びWHO, 2004, Huang及びHussein, 2004)。注射器による薬物使用とHIVの関連は、マレーシア東部で最も顕著である。ケランタンでは、IDUのHIV陽性率が2002年に41%と推定され、ジョホール、テレンガヌではそれぞれ、31%、28%であった(マレーシア保健省及びWHO, 2004)。より最近では、27のリハビリテーションセンター及び33の刑務所で検査を受けたIDU間の陽性率の低下が観察されているが、この“趨勢”は、薬物使用者やIDUに対して実施された検査件数が大きく増加したためである可能性もある(2000年の検査件数は1万9,500件であったが、2002年には5万350件に増加している)(マレーシア保健省及びWHO, 2004)。

HIV発生事由の中で性的接触が占める割合が増加しており(1995年には7%であったが2002年には17%であった)、このことは、HIVが一般国民の間にも広がっていることを示している。たとえばクアラルンプールの一部地域のセックスワーカーのHIV陽性率は最高10%を記録している(保健省及びWHO, 2004)。その一方で、梅毒や淋病の報告件数が1990年代後半から減少しており、このことは、リスクを伴う性的行為が、懸念されているほどは広がっていないことを示唆するものである可能性もある。

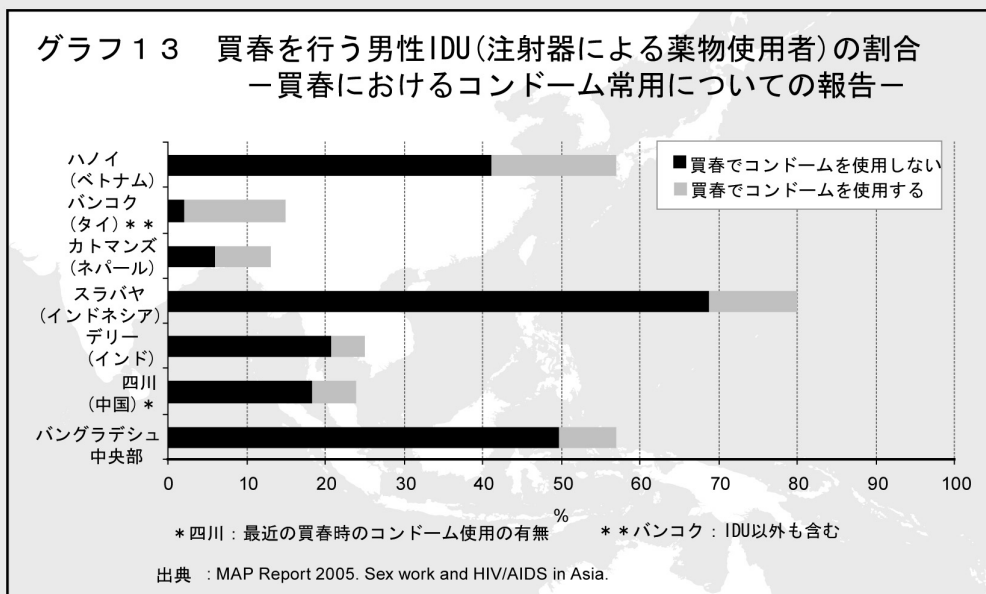
注射器による薬物使用者と売春

異性間の性的交渉による流行は、商業的セックスが一般的であり、その多くが注射器により薬物を使用するセックスワーカーの間で定着している国では、急速に広がる可能性が高い。あるいは、多くの IDU がセックスワーカーとセックスをする場合にも、それは起こりやすい。その他の客が、感染後より多くのセックスワーカーやそのガールフレンド、妻に HIV を感染させ、HIV 感染のネットワークを大きく拡大させてしまうからである。

薬物使用とセックスワークの組み合わせは、しばしば致命的である。ベトナムのホーチミン市で実施されたある調査では、注射器により薬物を使用するセックスワーカーの約半数が HIV に感染しているのに対して、薬物を使用しないセックスワーカーの HIV 感染率はわずか 8% であることが判明している。この調査に参加したセックスワーカーの 38% が IDU であることを鑑みると、同市における問題の大きさは明らかである。さらに、薬物を使用しているセックスワーカーがコンドームを使用する割合は、薬物を使用していない者の約半分であることが、別の大規模調査から明らかにされている。薬物を注射し、(注射器具を消毒しない) ストリートを拠点とするセックスワーカーの場合、注射器による薬物使用を行わないセックスワーカーよりもコンドーム使用率が 6 分の 1 になることも明らかになっている。言葉を換えれば、HIV に最も感染する可能性が高いセックスワーカーは、同時に、コンドームを常用する可能性が最も低い者ということになる。

一般的に、注射による薬物を使用するセックスワーカーの割合が低くても、売春行為を行う女性薬物使用者の割合は高くなる傾向がある。たとえば、中国の四川省では、行動サーベイランス調査の対象となった女性 IDU の 47% が、調査前月に金銭または薬物を対価として売春行為に及んだと回答している。商業的セックスでは、コンドーム使用率はきわめて高い (約 60%) と言われているが、定期的な性交渉との相手では、コンドーム使用率は 17% である。IDU 間で長期間 HIV の流行が続いている隣接する雲南省では、女性 IDU の 21% が売春を行っていた (そして、88% が最も最近相手にした客とのセックスでコンドームを使用したと回答している)。

一方、買春をし、HIV に感染している IDU は、HIV をセックスワーカーに感染させる可能性があり、セックスワーカーは、常にコンドームを使用しなければ、その後 HIV を他の客に感染させる可能性がある。下のグラフ 13 は、タイを除いて、IDU は買春行為ではコンドームの使用を避ける傾向があることを示している。多くの場所で、IDU は、その場限り、あるいは定期的な性交渉をもつ頻度がさらに高く、一般的に、これらの性交渉の中でコンドームが使用される頻度は、商業的セックスの場合よりもさらに低い。たとえば、インドのチェンナイ市では、IDU の 46% が結婚しているか、あるいは同棲していた。このことが、チェンナイ市の妊婦の HIV 陽性率がインドでも最も高い地域の一つになっている理由であろう。



現実を注視する

アジアでは頻繁にセックスワーカーを利用する男性は少数派である。フィリピンの保健施設で1,200名以上の男性を対象に行われた調査では、調査前半年間に買春行為を行ったと述べた男性の割合はわずか6%であり、また、ミャンマーでも、3,500名強の男性のうち、調査前1年間に買春をしたと述べた者の割合は7%であった。一方、タイ中央部では、その割合は16%であった。それでもなお、多くのアジア諸国で十分な数の人々が、また、商業的セックスがこの地域の流行の主たる要因になるのに十分な頻度で売春・買春を行っている。カンボジア及びタイは、1990年代の深刻なHIVの流行がセックスワーク産業に集中した事例である。双方の国ともにその後の予防努力により、流行をどうにか食い止めることができた。2000年初頭では、買春行為を行う男性の数は減り、商業的セックスにおけるコンドーム使用率は高くなった。またセックスワーカーの客のHIV陽性率も大きく減り、セックスワーカー自身、その客、客の妻やその他のガールフレンドや子供がHIVに感染する可能性が大きく減った(MAP, 2004b)。

近年になって予防努力は強化されたが、HIVは、

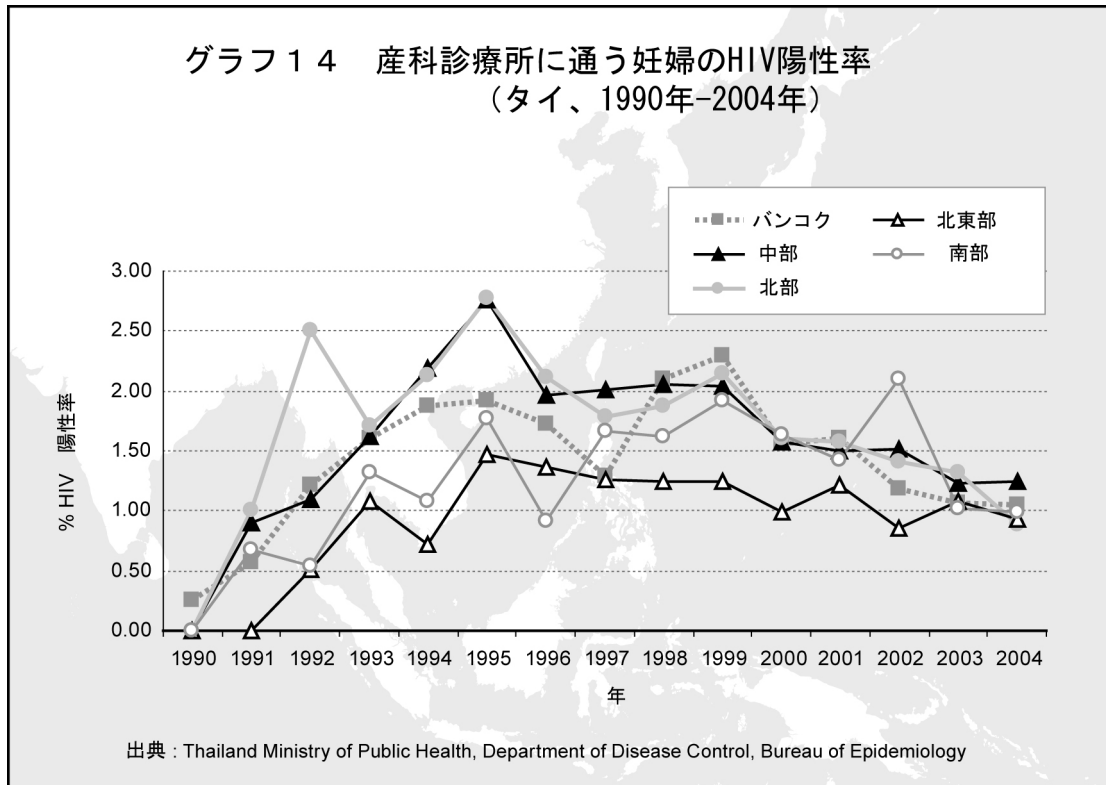
よりリスクが低い人口集団の間で広範に拡大している。

1997年に3%で頂点に達した後、カンボジアにおける成人のHIV陽性率は、2003年に3分の1減り、1.9%になった(HIV/エイズ、皮膚科・性感染症国立センター、2004)。この減少の理由としては、死亡者数が増加したこと及び、最近の推定では、横ばい状態になる前の1994年から1998年にかけてHIV発生率が低下したことが挙げられる。セックスワーカーのHIV感染の状況をさらに詳しく調べてみると、売春施設を拠点とする及び売春施設を拠点としないセックスワーカーの新規感染者数は、1999年から2002年にかけて半減しており、前者のHIV陽性率は1998年の43%から2003年の21%に低減している(Saphonnなど、2005、HIV/エイズ、皮膚科・性感染症国立センター、2004)。行動変化がこれらの発生率トレンドをもたらした一因だろうと推測される(『HIV/AIDS最新情報2004年末』を参照のこと)。これらの変化は持続される必要がある。最近の調査では、買春を行う男性の数が増えていることが示されている。2001年、タクシー運転手、警察官、軍人の約22~26%が、調査前3ヶ月間に買春行為を行ったと述べていたが、その2年後に行われた調査では、その割合が35%へと増加している。幸いなことにコンドームの使用率は非常に高く、客の80%は、2003年の調査前3ヶ月間に商業的セックスの最中にコンドームを常用したと答えており、セックスワーカーについても同様である。セックスワーカーについては、コンドーム使用率は、1990年代後半から一貫して上昇している(HIV/エイズ、皮膚科・性感染症国立センター、2004)。一方、全国レベルの妊婦の新規感染率は、近年になって横這い状態になっているように思われる。しかし、憂慮すべきひとつの異変もある。カンボジア西部(タイ国境沿い)では、妊婦のHIV発生率は大幅に上昇している(1999年から2002年にかけて0.35%から1.48%に上昇)。この地域は、同国でセックスワーカーのHIV発生率が低下していない唯一の地域である(Saphonnなど、2005)。国内移動率が高いことが、この趨勢の原因となっている要因のひとつである可能性がある。

タイは、エイズ対策が成功したケースのひとつとして広く賞賛されている。2003年には、成人の推計HIV陽性率は過去最低レベルの約1.5%まで低下した(国連合同エイズ計画、2004)。

しかしタイにおける流行が終わったわけではまったくない。最も感染リスクが高い人々の感染レベルが一般よりはるかに高いという事実が、今日までの努力を積極的に持続しなければならないことに改めて気づかせてくれる。売春施設を拠点とする女性セックスワーカーの10%強が2003年にHIVに感染しており、治療クリニックを利用しているIDUの45%がHIVに感染していた。

タイにおける予防努力が減退しているか、あるいはその有効性や妥当性が弱まっていることを示唆する兆候もいくつかある。買春行為を行うと申告している北部のタイ男性間では、コンドームを毎回使うと述べている者の割合は55%に過ぎない(Lertpiriyasuwatなど、2003)。同一地域の若年男性では、コンドーム使用率はさらに低く、常にコンドームを使うと述べている買春行為を行うこれら若年男性の割合は3分の1以下である。4都市における別の調査(バンコク及びチェンマイ



を含む) では、セックスワーカーがコンドームを使用する頻度は、全回数の51%に過ぎず、それもほとんどが外国人を相手にするときだけということであった。これは2000年にバンコクで報告された素晴らしい96%という数字と比べると大きな差がある。タイ人の客の場合、約4人に1人の割合でしかコンドームを使うことはなかった(Buckingham 及び Meister, 2003; UNDP, 2004)。

タイにとっての現在の課題は、予防戦略を再び活発化し、流行の現在の変化に適応させることである。そのためには、商業的セックスのパターンが変化した状況におけるセーフセックスキャンペーンの刷新が求められる。同国ではマッサージパーラーなどの“間接的な”セックスサービス施設の大きな増加がある(マッサージパーラーは、1998年の8000軒から2003年には1万2,200軒に増加した)。バンコクだけでも、3万4,000人の女性がそのような非売春施設的环境で2003年に売春を行っていた。100%コンドームプログラムアプローチを用いて、この形態のセックスワークを規制することは難しく、セックスワーカー自身の知恵と潜在的連帯性を利用するアウトリーチプログラムの方がこのような人々にアクセスするにはより適している(UNDP, 2004)。

タイにおける流行は、10年前と比較しさらに多様化している。セックスワーカーの男性客がその妻やガールフレンドに感染させ、その結果、年間新規HIV感染件数の半数がコンドームの使用傾向が非常に低い婚内あるいは決まった相手との関係の中で発生している(タイHIV/AIDSワーキンググループ予測, 2001)。一般的に言って、より多くの若いタイ人、特に女性が婚前交渉を行っている。彼らの間でも、コンドームの使用が常に行われているわけではなく、性的に活動的な若い人々の中でコンドームを常用している人の割合は、わずか20%~30%に過ぎない。(Punpanich など, 2004; UNDP, 2004)。

男性間のセックスも、一般的に見過ごされているタイにおける流行の一局面である。バンコクにおける最近のある研究では、MSMの中の17%がHIV陽性であり、彼らのほぼ4分の1が、調査前6ヶ月間に女性とも性交渉をもっていた(Van Griensven など, 2005)。

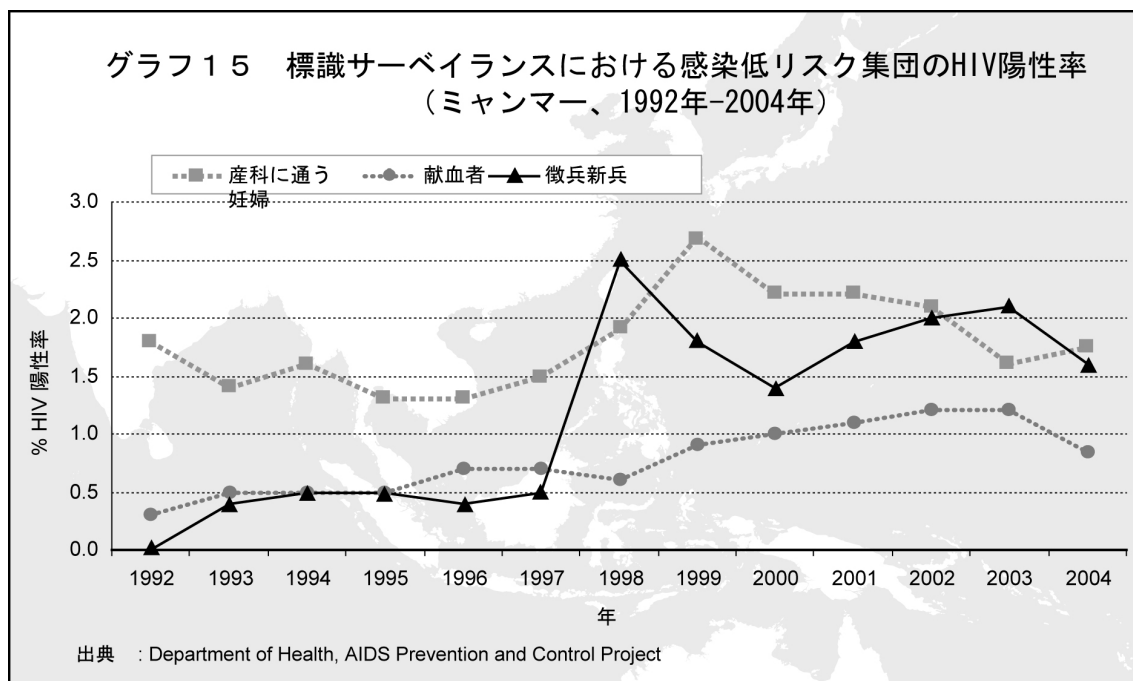
さらに、タイにおける流行で軽視されている側面が、IDUが演じる役割である。IDUとセックスワーカー間のHIV感染の状況を比較してみると、2つのトレンドが浮かび上がる。HIVに感染しているセックスワーカーの割合は、1995年以降大きく減少した。しかしIDU間では、それとは逆の現象が発生しているのである。IDUのHIV陽性率は、同国のすべての地域で上昇し、北部地区では61%にも達しており(2000年)、バンコク、中央部及び南部でも2003年、45%以上となっている(Poshyachinda, 2005)。この10年間に発生した5件に1件の新規HIV感染が安全でない注

射器による薬物使用に起因するものと推測されている（タイ HIV/AIDS ワーキンググループ予測、2001）。しかし、タイにおける予防施策でこの領域に焦点を当てているのは、ごく一部分である。

インドネシアで見られるように、刑務所への収監がタイの IDU 間でも HIV 感染の大きなリスク要因となっているように思われる。同国北部では、IDU の4分の1以上（27%）が、薬物売買及び使用を止めさせようとする政府による特別施策実施前にすでに収監経験があると述べている（MAP, 2005a）。収監された経験のない IDU では、HIV 陽性率は 20%であった。しかし収監され、刑務所内で注射器により薬物を使用したと答えている者の HIV 陽性率は、49%であった。これらのデータは、多くの IDU が刑務所内で HIV に感染した可能性が高いことを示している。別のタイにおける調査では、刑務所に送られる前の警察の拘置施設における不潔な注射針の使用が HIV 感染の可能性を2倍に高めていたことも示されている（Buavirat A など、2003）。

1990年代にカンボジアやタイが HIV の感染拡大を防止するための戦略を計画し導入しつつあった最中に、別の深刻な流行が隣国のミャンマーで始まりつつあった。同国では、予防努力が限定的であったため、HIV が最初は最もリスクが高いグループに、そしてその後彼らの外に簡単に拡大してしまう結果となった。その結果、ミャンマーは、この地域で最も深刻なエイズの流行を抱える国となり、妊婦の HIV 陽性率が 2004 年には 1.8%に達したと推定されている（ミャンマー保健省、2004）。HIV と共に生きる女性の多くにとって主たる HIV 関連のリスクは、注射器による薬物使用や売春により HIV に感染した夫やボーイフレンドとの無防備なセックスであった。セックスワーカー間の常に高い HIV 陽性率がミャンマーにおける流行を悪化させている。検査を実施したところ、セックスワーカーの4人に1人（27%）が HIV 陽性であることが 2004 年に判明しており、セックスワーカーの陽性率は、1997 年以降 25%を下回ったことはない。非常に高い HIV 陽性レベルが IDU の間でも見つかっており、2004 年には、ラショウの IDU の 60%が HIV 陽性と判定されており、ミチナーでは 47%、同国の主要都市であるヤンゴンとマンダレーでもそれぞれ 25%、30%を記録している。2004 年度の国全体の IDU 間の HIV 陽性率は 34%となっており、2001 年からは低下している（ミャンマー保健省、2004 年及び 2005 年）。

近年になって予防努力は強化されたが、HIV は、よりリスクが低い人口集団の間で広範に拡大している。（29 のうち）8カ所の標識サーベイランス拠点における妊婦の HIV 陽性率は 3%を超えており、また、その他の性感染症の治療を求める男性の HIV 陽性率は、2003 年、多くの施設で 5%を上回っている。また、ヤンゴン及びマンダレーでは、軍隊新規加入者の各々 1.4%、1.8%が HIV



に感染していることが判明している（ミャンマー保健省、2004年）。若い男性の中の相当の割合の者が買春を頻繁に行っているが、商業的セックスにおけるコンドーム使用率に関する国レベルのデータはない。現在利用可能な限定的な行動に関する情報からは、不鮮明な状況しか浮かび上がってこないが、2001年に始まった100%コンドームプログラム（2004年までに58の町で導入されたとされている）がある程度は浸透している可能性もある（Thwe, 2004）。しかし、アジア地域全体でも最も深刻なものにすでになってしまっているエイズの流行にミャンマーが対処しようとするならば、はるかに強力な予防施策（IDUのための包括的プログラムも含め）が求められるであろう。

2004年、妊産婦診療所を利用する女性の国家レベルのHIV陽性率の中央値は、1.5%であった（バゴーの0%からムセの5%まで）。ほとんどの都市部で陽性率は過去5年間きわめて一定しているが、15～19歳までの若者の間では明らかな減少が見られる。軍隊への新規加入者のHIV感染率は、1998年以来1.4%及び2.5%の間になっていたが、2004年初頭には1.6%を記録していた（ミャンマー保健省、2004年）。

アジア地域の国々は、大規模かつ包括的な予防サービスを最もそれを必要とする人々に対して提供することを選択した国々の事例に留意する必要がある。

アジアのほとんどの国が大規模な流行を食い止める機会を有している。国家レベルの成人HIV陽性率が1%を大きく下回るバングラデシュでは、流行の初期の段階でHIV予防プログラムを創始している。的を絞った予防努力が功を奏したこともあり、女性セックスワーカーのHIV陽性率は低いままであり（異なる複数の標識サーベイ拠点で0.2～1.5%）、その他の性感染症の陽性率も1999年の30%から2002年の10%に低下した（バングラデシュ保健及び家族福祉省、2004）。しかし、よりスピードの速いHIV感染を予防しようとするのであれば、これらのイニシアチブの質を向上させ、対象範囲を拡大する必要がある。バングラデシュのセックスワーカーは、南アジアの他のどの国よりも高い顧客回転率を記録しており、商業的セックスにおけるコンドームの常用は稀である（地域によって、0～12%のセックスワーカーが、新規客に対してコンドームを使用すると答えている）。さらに、リスクの高い注射器による薬物使用が、IDU間のHIV感染レベルを2000～2001年から2002～2003年にかけて1.7%から4%へと上昇させた。3地域の少なくとも約半数のIDUが最近薬物を注射した際に不潔な器具を使ったと述べていることを考慮すれば、これらのHIV感染トレンドは継続するものと思われる。実際に、同国首都、ダッカのある地域では、2003～2004年の調査でIDUの9%がHIV陽性であることが判明した（同市のIDU全体の陽性率は4%）（保健家族福祉省、2004年）。IDUの多く（地域によっては5人に1人）が買春を行い、買春を行う者の間では10人に1人未満の者しか、調査前年の商業的セックスの最中にコンドームを常用していなかった（保健及び家族福祉省、2004年）。

一方、フィリピンの国家レベルの成人HIV陽性率は、リスクが高い人々の間でも低いままである（Mateoなど、2004）。しかしながら、商業的セックスにおけるコンドームの使用が減多に行われず（特に売春施設を拠点としないセックスワーカー間で）性感染症の陽性率が上がり続け、ある地域では、IDU間の不潔な注射針の使用率が高いことが明らかになっていることから（セブ市では77%）、この趨勢が変化するかもしれない兆候もある（Mateoなど、2004；Wiなど、2002；フィリピン保健省、2003）。性感染症を日常的にスクリーニングする強力なシステムや、セックスワーカーのためのその他のHIV予防サービスが、セックスワーカー間のHIV感染を低く抑える一助となってきた可能性がある（MAP, 2005b）。しかしながら、同国の対応策には、複数のギャップが残存している。たとえば、エイズに関する情報及び教育施策を強化する必要があり、2003年に実施された大規模調査では、回答者の90%以上が、HIV陽性の人と一緒に食事をすることでHIVに感染すると未だ考えていることが判明している。

ラオス人民民主共和国でも同様の状況が明らかであり、HIV 発生件数の約3分の2が2つの地域で発生している（首都のビエンチャンとサワンナケート）。全国的な HIV 陽性率は依然として低いですが、2～3の危険な兆候も見られる。性的なサービスも提供する場所で働いている女性の間での淋病陽性率は高く（13～14%）、ビエンチャン及びサワンナケートでは、女性の約1%が HIV 陽性であった(Phimphachanh 及び Sayabounthavong, 2004)。最近行われたある調査によれば、ビエンチャンでは、若い男性が近年、より性的に活動的になっている。彼らの約60%が2004年前半に2人以上の女性のパートナーを、約10%が1人以上の男性パートナーを、さらに30%以上が少なくとも1回、買春を行っている(Toole など, 2005)。MSM の大多数は女性ともセックスをしている。これらの調査結果は、性感染症の治療サービス向上も含む包括的な HIV 予防戦略の必要性を示している。

日本では、年間 HIV 感染報告数が1994～1995年から倍増しており、2004年には、今日までで最も高い780件に達した。この趨勢の大部分は、MSM 間の感染増大に起因するものである。2004年、男性間のセックスが新規 HIV 感染報告数の60%を占めていた。また、その年の総報告数の約3分1が30歳未満の若者の感染であり、若い男女における性行動の活発化および安全でないセックスの増加についての以前に発表された報告と一致するように思われる(Ono-Kihara など, 2001, Nemoto, 2004)

対応の遅れは許されない

アジア地域の国々は、大規模かつ包括的な予防サービスを最もそれを必要とする人々に対して提供することを選択した国々の事例に留意する必要がある。これらのすべての場合で、プログラムは、最も多数の新規感染を引き起こしている行動や状況に焦点を当てたものとなっていた。つまり、セックスワーカー（男女）とその客が HIV の感染から自らの身を守る方法を知り、客たちがコンドームを容易に入手し、しかも、彼らがコンドームを常用するよう求められる環境づくりが必要だということである。セックスワーカーも高い質の性感染症サービスを定期的にご利用できるようにする必要がある。IDU も、ハームリダクションや薬物中毒治療サービスを利用しやすくし、また、プログラムは、注射による薬物使用と商業的セックスの結びつきの問題に取り組まなければならない。さらに、政治的・法的・制度的環境が、最もリスクに曝されている人に対する適切な HIV 予防サービスの提供を支援しなければならない。

エイズの流行状況は、初期の HIV の感染をなんとか食い止めた国も含め、複数のアジア諸国で現在変化しつつある。初期の流行を食い止めた国、たとえばカンボジアやタイは、変化する流行状況により積極的に取り組む必要がある。そのためには、感染リスクが高く、これまで多くの国々の対応策の中で主な対象とされてこなかった集団（IDU、売春施設を拠点としない者も含むセックスワーカー、MSM など）における HIV 感染防止効果のあるプログラムを企画し、実施することが求められる。

インドネシアとパキスタンにとっては、時間が非常に重要である。両国ともに、深刻な HIV の流行を避けようと思えば、緊急にその対応を強化する必要がある。一方で、流行が長期間続いているその他の国では、非常に多くの感染者に治療とケアを提供するというさらなる課題も存在する。2005年、アジアで抗 HIV 療法を必要としている人の数は、世界で2番目に多い110万人と推定されている。治療提供は、2004年初頭よりもかなり拡充し、2005年中盤時点では、5万5,000人から15万5,000人へとほぼ3倍となった。この治療拡大の大部分は、タイ（抗 HIV 薬を必要とする人々の半数以上が得ている）と中国における強力な施策に起因するものである。しかし、治療を必要としている約85%の人々は、2005年中旬時点で未だ治療を受けておらず、きわめて大きな課題が未解決のまま残されていることになる（国連エイズ行動計画/WHO, 2005）。

東欧・中央アジア

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による死亡者数 (成人・子供)
2005年	160万 [99-230万]	44万 [30-62万]	27万 [14-61万]	0.9 [0.6-1.3]	62 000 [39 000-91 000]
2003年	120万 [74-180万]	31万 [21-43万]	27万 [120 000-680 000]	0.7 [0.4-1.0]	36 000 [24 000-52 000]

東欧と中央アジアの流行は拡大を続けており、かつてないほど広い地域に大きな影響を与えている。2005年、この地域のHIV感染者数は推定160万人（99万–230万人）で、その数は10年足らずでほぼ20倍になっている。2005年にエイズによって命を奪われた人々は、2003年のほぼ2倍の62,000人（39,000–91,000千人）、昨年1年間に新たにHIVに感染した人の数はおよそ27万人（14万–61万人）である。また、HIV感染者の大部分が若者であり、2000年から2004年の間に報告された感染者のうち、75%が30歳未満の若者だった。ちなみに西欧諸国ではこの割合は33%である。（Euro HIV, 2005）

流行の傾向が変化してきている国がいくつかある。新たにHIV陽性と診断される人々のなかで、性行為による感染が増加している。2004年に報告された感染者数のうち、無防備なセックスによる感染が占める割合は、**カザフスタン**と**ウクライナ**では30%以上、**ベラルーシ**と**モルドバ共和国**では45%以上だった（Euro HIV, 2005）。女性の感染も増えており、その多くが薬物注射でHIVに感染した男性パートナーからの感染だった。

HIV感染者のほとんどは**ロシア連邦**と**ウクライナ**に集中している。ウクライナでは年々、新たにHIV感染する人々の数が増加しており、ロシアはヨーロッパのなかで最もエイズの流行が深刻な国となっている。いまや、この2つの国における流行は、予防および治療とケアへの大きなチャレンジになっている。

HIVはトルクメニスタンを除く旧ソ連の国々に集中している。トルクメニスタンではHIVの流行に関する情報がほとんどない。中央アジアやコーカサス地方の国々は流行の初期にあると思われる。また、危険な行為が広く行われている南東ヨーロッパでは、予防対策を強化しないかぎり、流行がその勢いを強める可能性がある。

ロシア連邦

2004年末現在、**ロシア連邦**で公式に報告されたHIV感染者数は約30万人である（ロシア連邦エイズ・センター、2005；Euro HIV, 2005）。しかし、実際の数はずっと多く、2003年末現在のHIV感染者数は86万人（42万–140万人）と推計される（UNAIDS, 2004）。2001年から2003年にかけて、新規感染者登録数は激減した（『HIV/AIDS最新情報2004年末現在』を参照）が、2004

年になって34,000人近くの感染者が報告され、それまでの減少傾向に終止符が打たれた(Euro HIV, 2005)。しかし、過去に見られた報告数の減少は流行の現実の衰えを反映したものではないらしい。HIV 検査方針の変更によって、IDU や受刑者などリスクの高い行為を行う人口集団の検査受検数が減少したのである (Pokrovsky, 2005)。

若者が新たな HIV 感染の矢面に立っている。 毎年、新たな HIV 感染者の4分の3を15歳から29歳の年齢層が占めている (Pokrovskiy, 2005 ; Euro HIV, 2005 ; Field, 2004)。ロシアにおける流行の中心は IDU の若者である。2004 年末現在、国内で公式に報告されている IDU の数は34万人であるが、実際の数はこの4倍から10倍だと考えられている (消費者の権利と福祉に関するロ

若者が新たな HIV 感染の矢面に立っている。

シア連邦サービス, 2005 ; UNODC, 2005)。ロシアでは流行の初期から2004年月上旬の時点で報告された累積感染者の80%以上が IDU である (ロシア連邦エイズ・センター, 2004)。安全でない薬物注射による感染がまだ大部分を占めている。IDU の30-40%が、HIV 感染の可能性を高める行為である、清潔でない注射針や注射器の使用を行っている。その結果、IDU に HIV 感染が広がっている地域がまだいくつか報告されている。サンクトペテルブルクで最近行われた2つの調査では、IDU の30%以上が HIV 陽性だった (Verevochkin など, 2005)。また、チェルノフツイとベリキー・ノブゴロドという2つの地方都市では、IDU の陽性率はそれぞれ12%と15%と報告されている (Smolskaya など, 2005)。チェルノフツイでは73%の IDU が他人の使った注射針や注射器を使いまわす (Smolskaya など, 2005) など、危険な行為が非常に多いことを考えれば、これらの数字はとくに驚くべきものではない。

これらと著しい対照をなすのが、2003年から2004年にかけて北西部のプスコフと北東部のトムスクで行われた、ハームリダクション・プログラムの結果報告である。1998年に始まったプスコフのプログラムの利用者は市内の IDU の約80%で、トムスクのプログラムは最近始まったばかりということもあり、利用率は10%ほどである。プスコフとトムスクでハームリダクション・プログラムを利用している IDU のうち、調査の前月に清潔でない注射器を使用したのはそれぞれ、わずか6%と8%だった。これに対して、プログラムを利用していない IDU では、プスコフで19%、トムスクで30%と、ハームリダクション・プログラムのないノブゴロドの31%とおなじくらい高い。プログラムの利用者ではコンドームの使用率も高く、最近のセックスでコンドームを使ったプログラム利用者の割合は、プスコフで43% (非利用者では28%)、トムスクでは58% (同30%) である。プスコフとトムスクの IDU の HIV 感染レベルは、ノブゴロドの14.7%に比べると、それぞれ0.3%、2.1%と大幅に低い (Eroshina など, 2005a)。同様の所見が、ロシア連邦の15都市で行われているハームリダクション・プログラムのアセスメントに共通して見られる。1つの例外を除いて、清潔でない注射器を使用している IDU の割合はプログラムの非利用者より利用者のほうが低く、その差が非常に大きいところもある。

受刑者の予防イニシアチブを導入しようという動きはあるものの、ロシアの刑務所内の HIV 陽性率は極端に高い。受刑者の HIV 陽性率は一般人口の少なくとも4倍である。(ロシア法務省更正局およびロシア連邦エイズ・センター, 2004)。モスクワの少年院の収容受刑者、ホームレス、一時収容所に収容されている女性を対象とした最近の研究では、少女の半数以上、一時収容所の女性の3分の2、ホームレス女性の4分の3が性感染症に感染していた。HIV の陽性率は、男性収容者で2.9%、女性収容者では4%、ホームレスの女性では1.8%だった。HIV 陽性者のほとんどが、無防備な売買春あるいは薬物注射で感染したと思われる。

このような人口集団の HIV 陽性率は一般人口に比べて 30 倍から 120 倍も高く、モスクワの IDU の陽性率 (6%) と比べても大幅に低くはない。(Shakarishvili など、2005)。2004 年から始まった薬物政策の改革で、ロシアの薬物関連法にも変化が見られる。(以前の法律では、禁止薬物を少量所持していただいても実刑判決が下りることもあった)。3 万 2 千人以上の違反者が釈放されたり、減刑されたりしたことが、刑務所や留置所での HIV 感染の減少につながっている。

一方で流行は拡大している。IDU の多くは性的に活発である。HIV に感染すれば、その多くが安全なセックスをしないため、行きずりの相手や決まったパートナーに感染させてしまう可能性がある。トリアッティおよびニズニイ・ノブゴロドでの調査では、男性 IDU の 80%以上が、調査前月のセックスでコンドームを常時使用していなかったという結果が出た (Lowndes など、2002 ; Filatov および Suharsky、2002 ; Rhodes など、2004)。チェルノフツイとベリスキー・ノブゴロドでは、性的に活発な IDU のほぼ半数が、行きずりの相手とのセックスでコンドームを使用していなかった (Smolskaya など、2005)。結果として性感染が増加し、2001 年には報告された HIV 感染のなかで性感染が占める割合は 6%だったが、2004 年には 25%になった (消費者の権利保護と福祉に関するロシア連邦サービス、2005)。女性の HIV 感染も増加している。ロシアの HIV 感染者の大部分は男性だが、累積感染者報告数の 38%は女性であり、これはかつてない高い割合である。妊婦の HIV 感染レベルも 1998 年の 0.01%以下から 2003 年には 0.11%になった。

流行の初期段階には感染が IDU に集中していたが、

現在ではセックスワーカーとその客に広がっている。

そのほかにもいくつかの要素が、異性間の性行為による感染の増加に寄与している。そのほとんどが社会経済的な変化から生じたもので、性産業の拡大やインフォーマル経済にかなりの数の移動労働者 (その大部分が女性) が出現したこと、仕事を求めて移動する女性の増加などが挙げられる。流行が女性に広がっていく傾向は若者にも顕著である。2004 年に報告された新たな感染者のうち、10 代後半 (15 歳から 20 歳) の女性が占める割合は同年代の男性に比べて大きかった。このなかには薬物注射による感染もあり、女性の IDU は過去 10 年間で急増している。それでも、女性の感染経路の多くは HIV 陽性男性との無防備なセックスによるものである (消費者の権利保護と福祉に関するロシア連邦サービス、2005)。**流行の初期段階には感染が IDU に集中していたが、現在ではセックスワーカーとその客に広がっている。**また、IDU の行きずりの相手や決まったセックスの相手 (IDU ではない) にも広がっている。

このように流行が新たな段階を迎えているのは、カーリーニングラード、クラスノダルスキー・クライ、ニズニイ・ノブゴロド、トベリなど、早い時期に HIV 感染が報告された都市である。しかし、モスクワやノブゴロド、オレンブルグ、ロストフ、ヴォルゴグラードといった都市や、チェチェン共和国、イングーシ、カバルディノ・バルカルスクといった比較的、流行の歴史が浅いところでも、このような傾向が見られる。このような都市では、2004 年に新たに報告された HIV 感染者の半数以上が、無防備なセックスによる感染だった (消費者の権利保護と福祉に関するロシア連邦サービス、2005)。近年、セーフ・セックス・キャンペーンが増えてきてはいる。しかし、若者を対象にしてモスクワで行われた調査は、このようなキャンペーンを数と規模の両面でもっと拡大しなければ成果が生まれにくいことを示唆している。この調査では、性的行動の変化が見られないばかりか、20 代の若者のコンドーム使用がわずかに減少したことが明らかになった (FOCUS-MEDIA 公衆衛生および社会開発財団、2005)。

一方、HIV 陽性の母親から生まれる子どもの数も増加しており、母子感染の予防が優先事項となっている。HIV 陽性の妊婦数は過去 6 年間で激増し、HIV 陽性の母親から生まれた子どもの数は現在 13,000 人となった（ロシア連邦エイズ・センター、2005）。HIV 陽性の母親とその子どもは、医療者をはじめ社会から差別を受けていることが、最近の調査で明らかになっている（ヒューマン・ライト・ウォッチ、2005 年）。

IDU やそのセックスの相手、またセックスワーカーとその客に、有効な予防対策を拡大しなければ、ロシア連邦の流行は今後も拡大を続けるだろう。HIV と薬物注射に複合的に取り組む包括的な対応を、とくに若者向けに行うことが急務である。薬物使用の予防、薬物治療サービス、ハームリダクション・プログラム（注射針交換、代替治療、コンドームなど）といった薬物に関連するサービスは、このような対応の核となる。薬物使用者が多いにもかかわらず、いまだ薬物使用者の HIV 感染が少ない地域にも、このような対策を実施すべきである。これまで報告された HIV 感染者の半数以上が集中している 10 の地域を越えて、予想通り、流行の勢いは強くなっている。

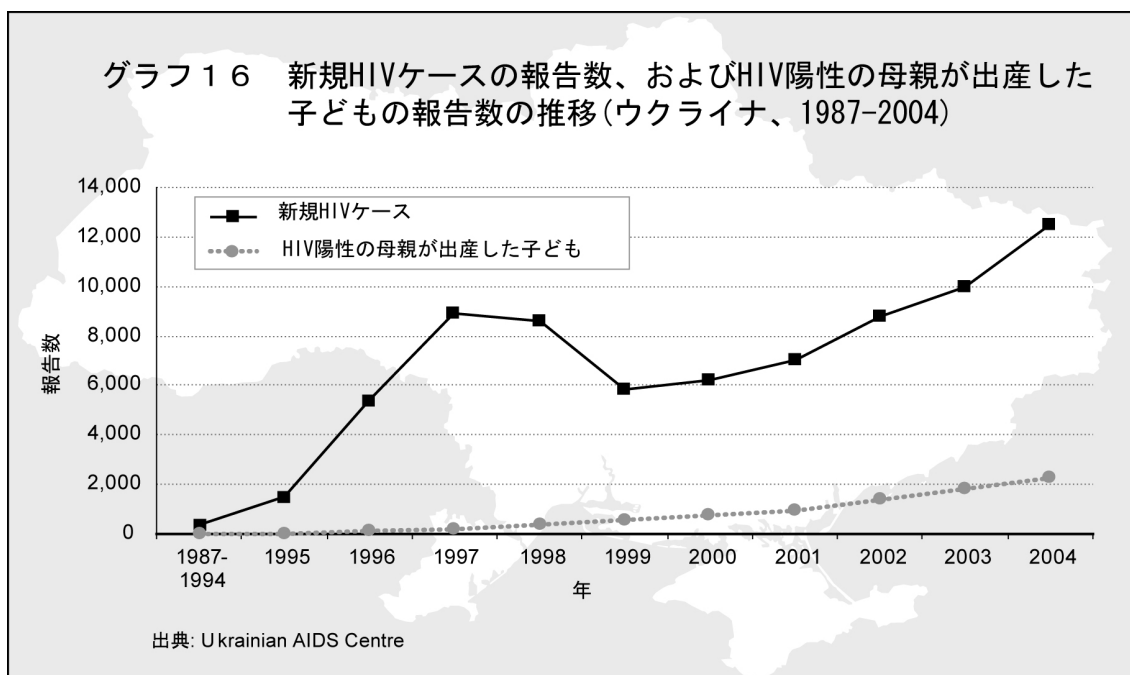
かくれんぼ

ロシアの流行は 1990 年代の社会経済的および社会政治的な激動に端を発しており、驚くべき数の IDU が HIV 感染の流行の原動力となった。そして、IDU のほとんどが失業中の若者だった。これまでに報告されている HIV 感染者の 80%以上が IDU で、その大部分が長期にわたる薬物使用者である。薬物注射を短期間試してやめる者もいれば、薬物依存に陥ってしまう者もいる。例えば、トリアッティ市で調査に参加した IDU の薬物使用年数は、5 年以上が半数、3 年から 5 年が 4 分の 1 だった（Rhodes など、2004a）。統計によっても異なるが、ロシア国民の少なくとも 1%、おそらく実際には 2%ほどが薬物注射を行っており、その割合は 30 歳未満の男性で 5-8%くらいだと推定される（Molotilov、2003）。

1990 年代後半からロシアの薬物注射は、自家製薬物の注射から、ヘロイン粉末の注射に移行してきた。しかし、集団で薬物注射を行う行為、つまり注射器具を何度も利用するという行為は続いている。「フロント・ローディング」、「バック・ローディング」と呼ばれる、薬物を注射器から別の注射器に移す行為も続いている（Rhodes など、2004a）。これらの行為は、HIV 感染の可能性を飛躍的に高めるものである。

注射針や注射器に簡単にアクセスできれば、HIV 感染する可能性が低くなるのは、世界中で十分にエビデンスのある事実である（Rhodes など、2004a ; Des Jarlais など、2002 ; Gibson など、2001）。前述のトリアッティ市での調査では、薬局で注射器具を購入している IDU は、友人や他の IDU から注射器具を手に入れている IDU に比べて、清潔でない注射針や注射器を使用したり、使用させたりする割合が 12 倍も低いことがわかっている（Rhodes など、2004a）。近年、国内で注射器交換プロジェクトが増えているが、流行の勢いに追いつくほどの数のプロジェクトは行われていない。薬局で注射器具を購入するのは合法であるにもかかわらず、多くの IDU が清潔でない注射器具を使用し続けている。警察の活動方針が、清潔でない注射器の使用の助長に結びついている。5 つの都市で行われた調査では、注射器交換プログラムを利用する IDU の 40%が、警察とのめごとを避けるために注射器を携帯しないと答えている。世界中の調査をみても、警察の存在が表に出れば出るほど IDU は注射器具を持ち歩かなくなる傾向にあることは明らかである。注射針交換プログラムを利用する者も少なくなり、危険な注射行為が増加することになる（Aitken など、2002 ; Grund、2001）。実際、トリアッティ市では、薬物使用で逮捕されたことのある IDU は一度も逮捕歴がない IDU と比較すると、清潔でない注射器を使用する割合が高くなっている。このようなことから、IDU への注射器配布をさらに拡大する必要があるのは明らかである。また同時にコミュニティ・ベースの薬物治療と薬物使用予防サービスへのアクセスの拡大も行うべきである。これらの実施には、長期的に HIV 予防の環境を整備できるような、警察機関と公衆衛生機関との革新的なパートナーシップの構築が必要となる（Rhodes など、2004a）。

グラフ 16 新規HIVケースの報告数、およびHIV陽性の母親が出産した子どもの報告数の推移(ウクライナ、1987-2004)



例えば、タタルスタン共和国、イワノヴォ州、ペルミ州、チュメニ州などで HIV 感染者数が急増している（消費者の権利保護と福祉に関するロシア連邦サービス、2005）。これ以上の広がりを防ぐためにもタイムリーな予防対策が必要である。

より効果的な予防プログラムが必要であると同時に、社会的に無視されている人口集団も含めて、国内の HIV 感染者への治療とケアサービスを確実に行わなければならない。この方面の歩みは遅い。2005 年半ばまでに、抗 HIV 治療を必要とする人のうち、それを受けることができているのは 10%未満（ほんの 4,000 人から 6,500 人）である（UNAIDS/WHO、2005）。

流行の深刻化に従って対策を拡大していかなければならないという認識を、ロシア政府も徐々に高めてきているようである。ハームリダクション・プログラム（その大半が最も流行が深刻な 10 地域を対象としたもの）と薬物治療の拡大には、かなりの国際的な基金が用意されている。しかし、薬物使用者の健康と社会的な安定を強化し、抗 HIV 治療のアドヒアランスを高めるメタドン代替療法はまだ違法で、ハームリダクション・プログラムはほとんど存在しない。それでも、2004 年に始まった薬物政策の改革は一步前進だといえるだろう。エイズへの国内予算の支出も増加し、治療とケアをより多くの人に提供するために追加資金が割り当てられている。HIV 感染者も含めて、さまざまな関係者を総動員するためには、より強力な国としてのリーダーシップとエイズ対策の調整が必要である。

ウクライナ

ウクライナは、成人の HIV 陽性率が推計 1.4%と、現在でもヨーロッパで最も流行が深刻な国である。安全でない薬物注射と無防備なセックスに煽られて、流行はいまだ衰えを見せない。新たに報告される HIV 感染者数は増加し続けており、2004 年には 12,400 人を超えた。これは 2003 年の約 1 万人の 25%増、2000 年の報告数の 2 倍である（ウクライナ・エイズセンター、2005a; Euro HIV, 2005）。しかも、この数字は実際の数をかかなり下回っていると推定される。なぜなら、報告される数字は公式な検査機関で検査を受けた人のみを対象としているからである。

HIV 感染者数の 3 分の 2 が南部および東部ウクライナの 10 地域から報告されている。しかし、他の地域にも流行は急速に拡大しており、新たに感染者数が急増したのはそれまであまり影響を受けていないとされていたウクライナの中央部だった。タイムリーで有効な予防対策が大きな規模で

導入されなければ、これらの都市はもちろん、その他の地域でも流行が急速に拡大する危険がある。

薬物使用が広く行われているため、薬物注射は現在でもウクライナにおける流行の大きな要因である。IDU の新たな HIV 感染は引き続き増えている（ウクライナ・エイズセンター、2005）。IDU のほとんどが若い男性だが、2004 年に報告された HIV 感染者のうち 23% は女性だった。最も流行が深刻な 8 地域で行われた調査によれば、IDU の HIV 陽性率はオデッサで 58%、シンフェロポリで 59% である（ウクライナ・エイズセンター、2005b）。現在でも IDU の間では危険な行為が広く行われている。最近の全国調査から、清潔でない注射器具の使用や無防備なセックスをしない IDU は 20% に過ぎないことがわかった（ウクライナ保健省、2005）。より安全な行為を行っているのは、ハームリダクション・プログラムの利用者である。コンドームを常用し、かつ清潔でない注射器を使用しないと答えたのは、プログラム利用者では 24% で、非利用者の 16% と比べて高い（ウクライナ保健省、2005）。ハームリダクション・プログラムは現在、HIV 陽性率の高い数都市で行われている。しかし、これらのプログラムのカバレッジはいまだに低い。推定 56 万人の IDU のうち、10% しかハームリダクション・プログラムを利用できていない（Balakireva など、2003）。IDU を対象とした代替治療のパイロットプログラムが行われているものの、カバレッジは限られている。

受刑者や MSM など脆弱な人口集団に届くような努力がさらに必要である。

流行にさらに弾みをつけるのは、IDU と売買春を両方向うことである。オデッサでは、薬物注射をしているセックスワーカーの 67% が HIV 陽性だった。ドネツク、ルツク、ポルトヴァ、シンフェロポリでは、この割合は 35% から 50% である。オデッサとドネツクの薬物注射をしない女性セックスワーカーの HIV 陽性率は 17% と低い（ウクライナ・エイズセンター、2005b）。性行為によって新たに HIV に感染した人の割合は 1999 年から 2003 年には 14% だったが、2004 年には 32% を超えた（ウクライナ・エイズセンター、2005b）。その多くが、薬物注射で HIV に感染したと思われる相手とのセックスによって感染したと思われる。しかし、薬物注射をしたことのない相手とのセックスによって HIV に感染する人の割合も増えてきている（Grund J-P など、2005）。これは、ウクライナの流行が一般人口にも広がっており、女性の感染が増加していることを示している。2004 年に報告された新たな感染者のなかで女性の占める割合は 42% である（ウクライナ・エイズセンター、2005a）。結果として、HIV 陽性の母親から生まれる子どもの数も増加し、グラフ 16 に示すようにその数は 2004 年に 2,200 人を超えた（ウクライナ・エイズセンター、2005a）。しかし、母子感染予防に関しては進展が見られる。ウクライナにおける HIV の母子感染の可能性は 2001 年の 28% から、2003 年には 10% と低下が見られ、東欧諸国で最も低くなっている（ウクライナ保健省、2005）。

受刑者や MSM など脆弱な人口集団に届くような努力がさらに必要である。 2004 年末現在、国内の刑務所の受刑者のうち約 12,700 人が HIV 陽性と診断されている。そのうち、3,500 人がまだ服役中である。最近の調査によれば、受刑者の HIV に関する知識は乏しく、HIV 感染の予防方法を知っていたのは 39% に過ぎなかった。しかし、刑務所における予防プログラムを利用できた者では、67% が予防法に関する知識があった（ウクライナ保健省、2005 年）。MSM の間の流行は、受刑者に比べてさらに表に出ないため、2004 年に男性間の性行為で感染したと報告されたのはほんの 9 件だった。実際には、MSM の HIV 陽性率は非常に高い可能性がある。MSM を対象としたはじめてのセンチネル・サーベイランスによれば、オデッサで検査を受けた MSM の 25 人中 7 人、ミコライブで 22 人中 2 人が HIV 陽性だった（ウクライナ・エイズセンター、2005b）。MSM はエイズに関する知識や意識も低く、危険な行為が一般的である。国内 7 都市で行われた調査では、前回の男性とのセックスでコンドームを使用したと答えた男性は全体の 55% だった（ウクライナ保健省、2005）。受刑者と MSM 向けの予防活動を強化し、拡大する必要がある。

パイロットプログラムによってより安全な行動が行われるようになった地域もある。しかし、その数は少なく、規模も小さいため、流行の大きさの前では風前の灯に過ぎない。HIV、薬物注射、性的な危険行為という三者に総合的に取り組むために、国として大規模な対策を行わなければエイズの流行は拡大し続けるだろう。

治療へのアクセスの拡大

より多くのより強力な予防プログラムが必要であると同時に、急増する HIV 感染者、とくに脆弱な人口集団に治療とケアを提供していくことも急務である。ウクライナで抗 HIV 治療を必要としているのは1万7千人を超えると推定されている (WHO、2005年)。世界エイズ・結核・マalaria対策基金の支援によって、ウクライナ国内の抗 HIV 治療へのアクセスは急速に拡大している。2004年9月以降の1年間で2,400人以上の患者が治療を受け、6ヶ月後の生存率は90%だった。このようなプログラムの拡大が急務である。2005年の7ヶ月間で、国内のエイズによる死亡者は1,138人で、この数はこれまでのエイズによる死亡者総数の5分の1にあたる (ウクライナ・エイズセンター、2005a)。治療費を負担できるかどうか重要な問題となるが、ウクライナの抗 HIV 薬 (最初の組み合わせ) はヨーロッパでもっとも安く、患者1人当たり年間260USドルである。抗 HIV 薬の価格を低く保てるかどうかによって、国内で治療が継続し、アクセスが拡大できるかどうかが決まる。

バルト海諸国でも流行は拡大を続けているが、2000年代初期に比べるとそのペースは遅くなってきている。現在までに報告された HIV 感染者の総数は少ない。それにもかかわらず、バルト諸国で最も流行が深刻なエストニアでは、感染者数が2001年末から2004年のあいだに2倍の4,442人となった。1999年まで年間報告数は10数件に留まっていたが、2004年になってその数は743と急増している。女性の感染者数も増えており、2004年に報告された HIV 感染者数のなかで女性が占める割合は33%だった (Euro HIV, 2005; エストニア健康保護視察団、2005)。ラトビアでも HIV 感染者数は急増しており、2005年半ば現在の感染者数は1999年の6倍になった (2005年が3,169人、1999年が492人)。しかし、ラトビアでは流行のペースは衰える兆しがあり、新たな感染者数は2001年から一貫して減少傾向にある。2004年には新たな感染者の36%を女性が占めるなど、女性の感染は増えている。また、30歳未満の若者に感染が集中しており、なかでも際立っているのは HIV 陽性者の16%が10代 (15歳~19歳) の若者だということである (エイズ予防センター、2005)。2002年1年間で、新たに報告された感染者数が5倍に増えたリトアニアでは、流行はいくらか小康状態になったようだ。昨年の新規報告数は135件で、その大半が薬物注射による感染だった (リトアニア・エイズセンター、2005)。

2004年末現在、6,200人が HIV 陽性と診断されているベラルーシと、2,300人が HIV 陽性と診断されているモルドバでは、流行の勢いは衰えていない。ベラルーシでは、性感染がさらに増え、2004年の新たな HIV 感染者数の半数を占めている (ベラルーシ厚生省、2005a)。IDU も強力な要因で、最近の調査によれば、IDU の HIV 陽性率はソリゴルスクで26%、ミンスクで31%、ジロビンで34%である (ベラルーシ厚生省、2005b)。他のバルト海諸国と同様、新たな HIV 感染の4分の3以上が30歳以下の若者である。ハイリスクな行為が一般的に行われているという調査結果があり、若い IDU の30%が清潔でない注射器を使用し、50%が他人の使用した注射器を使い回している (ベラルーシ厚生省、2005b)。モルドバ共和国では感染者に占める IDU の割合は、2001年から2004年にかけて78%から42%と低下している。2004年に新たに報告された HIV 感染者のうち半数以上 (55%) が異性間の性的接触によるものである。さまざまな社会的ネットワークに HIV 感染が広がっているという兆候もある。例えば、首都キシナウでのセンチネル・サーベイランス調査では、セックスワーカーのほぼ5%、MSM の2%弱が HIV 陽性だった (WHO ヨーロッパ事務局およびパストゥール研究所、2003)。

中央アジアの共和国のなかでは、**ウズベキスタン**の流行の進行がもっとも激しい。1999年に報告された HIV 感染者数は 28 人に過ぎなかったが、昨年は 2,016 人で累積数は 5,600 人となった (Euro HIV, 2005)。薬物注射が流行の原動力となっており、首都タシケントと周辺地区がその中心である。流行を後押ししているのは薬物注射と売買春の両方を行うことである。最近の調査では、タシケントの女性セックスワーカーの HIV 陽性率は 10%で、薬物を手に入れるために売春をする女性の 28%が HIV に感染していた (Todd など、2005)。**カザフスタン**の流行も薬物注射をする若者に集中している。そのなかには売買春をしている者もいる。2004 年末までに報告された HIV 感染者数は 4,700 人で、4 年前の 3 倍以上になった (Euro HIV, 2005)。この流れを変えるには、HIV に関する知識を高めたり、IDU の危険な行為を減らすように促したりする対策を行う必要がある。センチネル・サーベイランス調査では、HIV の主な感染経路を知っている IDU は半数にも満たず、注射器の使い回しをするものは 60%にのぼった。推定 20 万人の IDU と、もちろんその他の人口集団が HIV に感染するのを予防するためのプログラムはほとんどない (カザフスタン・エイズセンター、2005)。性的に危険な行為も広く行われている。最近のセックスでコンドームを使用したと答えた IDU の割合は 53%で、セックスワーカーの梅毒陽性率は 25%である。男性間のセックスがどれくらい行われているのかは不明だが、アルマトイ市の MSM はコンドームを常用しない傾向が見られ、ほぼ 3 分の 1 (32%) が挿入行為のあるセックスでコンドームを一度も使ったことがないと答えた (カザフスタン・エイズセンター、2005)。**キルギスタン**では、他の国々と比べて流行はそれほど劇的ではなく、2000 年から毎年、約 150 人の HIV 感染が報告されている。**タジキスタン**では、これまでの HIV 感染者数の半数以上が 2004 年に報告されている。これは検査数が増えたことによるものだと思われる。(Euro HIV, 2005)

コーカサス地方の**アルメニア**と**アゼルバイジャン**では HIV 感染レベルは低く、比較的安定している。しかし、どちらの場合も HIV 感染が突然増える可能性がないとはいえない。アゼルバイジャンの首都バクーでの調査から、IDU と通りに立つセックスワーカーの HIV 陽性率がかかなり高いことがわかっている (WHO ヨーロッパ事務局、2004)。アルメニアでは最近まで安全でないセックスによる感染が主な感染経路だった。しかし、2004 年には薬物注射の広がりを背景に、新たに報告された感染者の 3 分の 2 が薬物注射による感染となり、感染経路に明らかな変化が見られた (Euro HIV, 2005)。

南東ヨーロッパでは新規 HIV 感染者報告数は少数ではあるが、薬物注射および感染の可能性が高い性行動が見られる国もあり、一旦ウイルスが侵入の足がかりを固めれば、急激に HIV 感染拡大が進行する可能性がある。この地域では、**ルーマニア**が最も深刻な影響を受けている。ルーマニアの最近の新規感染は、異性間の性的接触である (Euro HIV, 2005)。

概して、東欧と中央アジアでは、現在得られる HIV に関するデータは、HIV 検査プログラムに参加できる人々の状況のみを反映している。つまり、当局や検査サービスと接触のない人口集団でどれくらい HIV が広がっているかはよくわかっていない。例えば、男性間の安全でないセックスについてはまだ憶測の域を出ない。差別とスティグマにさらされている MSM についての調査はほとんど行われていないからである。手元にある調査結果からは、無防備なセックスが高いレベルで行われており、かなり多くの MSM が女性とも性的関係を持っていることがわかっている (WHO ヨーロッパ事務局、2004)。

2005 年半ばまでの 12 ヶ月間で、抗 HIV 治療を受けている人々の数は 11,000 人から 20,000 人と約 2 倍になった。しかし、治療が必要な人々の数には到底及ばず、とくにロシア連邦とウクライナで状況は深刻である。

カリブ海沿岸

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による死亡者数 (成人・子供)
2005年	30万 [20-51万]	14万 [88 000-25万]	30 000 [17 000-71 000]	1.6 [1.1-2.7]	24 000 [16 000-40 000]
2003年	30万 [20-51万]	14万 [87 000-25万]	29 000 [17 000-68 000]	1.6 [1.1-2.7]	24 000 [16 000-40 000]

カリブ海沿岸諸国の2005年のエイズによる死亡者数は推定2万4,000人[1万6,000～4万人]に達し、15～44歳までの成人間の主要死亡原因となっている。カリブ海沿岸諸国では、総計で30万人(20～51万人)の人々がHIVとともに生きており、2005年の新規感染者数は3万人[1万7,000～7万1,000人]に達する。カリブ共同体(カリコム)地域では、24万人[15万～45万人]の人々がHIVと共に生きており、同地域における2005年度の新規感染者数は2万5,000人[1万2,000～6万5,000人]に達する。この地域で昨年エイズにより死亡した人々は、2万人[1万3,000～3万6,000人]以上である(*)。

世界で2番目に被害が深刻な地域としてのカリブ海沿岸諸国の情勢故に、流行及び深刻さの程度に国ごとに大きな相違があることが覆い隠されてしまっている。バルバドス、ドミニカ共和国、ジャマイカ及びスリナムでは、国家レベルの成人のHIV陽性率が1%を超えると推定され、一方で、バハマ、ガイアナ、トリニダード・トバコでは2%以上、ハイチでは3%以上となっている。その一方でキューバでは、陽性率は未だ0.2%未満のみである。

流行に対する監視・対応方法で進歩を遂げた国々も2～3あるが、不適切なHIVサーベイランスが最近の疫学的趨勢についての詳細な理解の妨げとなっている国もいくつかある。不幸なことに、このことは、バハマ及びフランス領ガイアナなど妊婦間のHIV感染レベルがすでに危険なレベルに達してしまった国々に当てはまる。このような不備の理由としては、資源の制約があるが、エイズの流行規模を公表する行政監督官側の消極的な姿勢も要因のひとつである可能性がある。

この地域の流行の主たる要因は、異性間の性交渉であり(今日まで報告されている全エイズ発生件数の4分の3以上がこの感染形態であると記録されている)、その中でも、極貧や高い失業率、ジェンダー間の不平等などを背景として商業的セックスが目立った要因となっている。しかしながら、性産業とHIV感染の相互作用についての綿密な調査は、カリブ海沿岸諸国では比較的不足したままである。またさらに不十分なのは、男性間のセックスが多くのカリブ海沿岸諸国で演じている重要な役割についての認知である。男性間のセックスに起因する報告されたHIV感染の全体的な割合は約12%であるが、同性愛嫌悪(ホモフォビア)と同性間の性的関係に汚名を着せる社会文化的なタブーが根強いために、実際の割合はこれより高い可能性がある(Inciardiなど、2005)。

*カリコム加盟国: アンティグア・バーブーダ、バハマ、バルバドス、ベリーズ、ドミニカ、グレナダ、ガイアナ、ハイチ、ジャマイカ、モンセラート、セントルシア、セント・クリストファー・ネヴィス、セントビンセント、グレナディーンズ、スリナム、トリニダード・トバコ

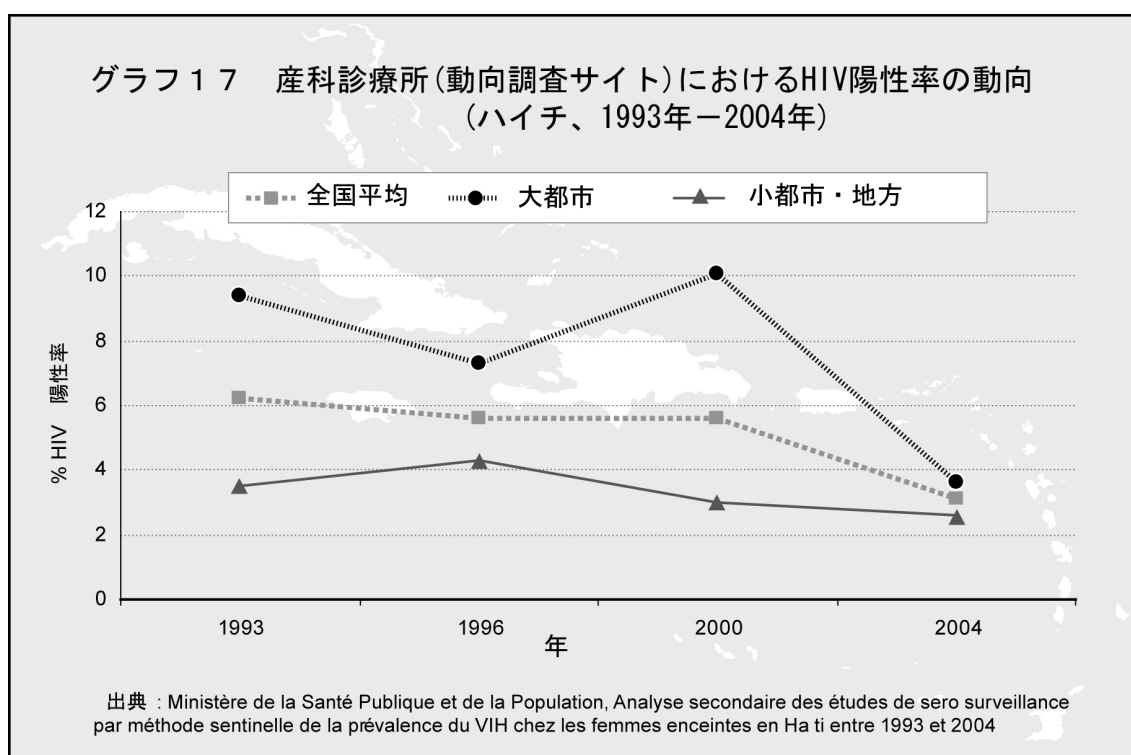
注射器による薬物使用 (IDU) は、現在のところ HIV 感染の原因としては小さなものであるが、バミューダ及びプエルトリコでは、IDU が HIV 感染の主たる原因となっている。

女性の新規感染者数が男性のそれを上回っている。特に若い女性の方が、若い男性よりも HIV に感染する確率が相当に高い。たとえば、トリニダード・トバコでは、15～19 歳の女性の方が、同年代の男性よりも HIV 感染レベルが6 倍も高い (Inciardi など、2005)。以前に行われた調査では、ドミニカ共和国の 24 歳以下の女性の場合ほぼ 2 倍、またジャマイカの 10 代の女性の場合、2.5 倍、同年齢の男性よりも HIV に感染する確率が高いことが示されていた (MAP, 2003)。少女や若い女性の場合、生理学的な理由で感染しやすいことが、そのような男女差の一因とも言えるが、若い女性が年長の男性と付き合うことが比較的一般的に行われているという事実も重要である (年長の男性の場合、年齢を経ている分だけ HIV に感染している確率は高くなる)。国によっては、性的活動が比較的早く始まる場合もあり、調査対象となったバルバドスの 15～29 歳の女性の 4 分の 1 は、15 歳になるまでには性的に活動的になっていたと答えている。また、同じ調査の中で、15～29 歳の男性のほぼ 3 分の 1 が、調査前年に複数の性交渉相手がいたと回答している (カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004)。このような趨勢は、流行に勢いを与える可能性のあるものである。

カリブ海沿岸諸国における最近のいくつかの状況の進展は、

慎重な楽観主義を生む要因にもなっている。

その一方で、カリブ海沿岸諸国における最近のいくつかの状況の進展は、慎重な楽観主義を生む要因にもなっている。世界で最も歴史が長いハイチにおける流行が峠を越えつつある可能性があるのである。全体的に言って、1993 年から 2003-2004 年まで検査の結果 HIV 陽性であることが判明した妊婦の割合は、半減している (6.2%から 3.1%に)。この趨勢は、都市部で (都市部では、HIV 陽性率は、1993 年の 9.4%から 2003-2004 年の 3.7%に低減している)、また、特に 15～24 歳の若者の間で顕著であり、このことは、HIV 感染の大きな減速が同国の都市で起こっている可能性を示唆するものである (Gaillard など、2004b)。この減速は、ある種の行動の変化に関連しているよう



ハイチの流行は峠を越えたのか？

ハイチの妊婦の HIV 陽性率は、1990 年中盤から総体的に低下したが、同国の都市部及び農村部の趨勢は、顕著な相違を見せている。1993 年から 2003-2004 年までの比較データを有する 5 カ所の標識拠点（同国の各地に分散している）から得られたデータでは、都市部の女性では、HIV 陽性率が 9%から 3.7%に急激に低下したことが明らかになっている。一方、さらに 9 カ所の拠点から得られた 1996 年と 2003-2004 年との比較データでは、都市部の女性で 8%から 4%へと HIV 陽性率が大きく低下していることが示されている（Gaillard など、2004b）。このことは、都市部の HIV 陽性率が、1990 年代中盤にピークを迎え、その後次第に低下していることを示している。しかしながら、半都市及び農村部の女性では、変化は、これよりはるかに明らかでない。これらの地域の女性に関する比較可能なデータを有する 5 つの拠点における HIV 陽性率は、1993 年と比較して、2003~2004 年の方が若干低いに過ぎない（3.5%に対して 2.6%）。

これらのトレンドをどのように説明したらよいのだろうか？ ひとつには、ハイチ国民の相当の割合の人々が性行動を変えたと報告している。たとえば、1994 年時点と比較すると 2000 年には、ほぼ倍の男女がセックスを控えていると述べている（以前の 7%弱に対して 11%）。さらに、より多くの人々が、パートナーをひとりに限定していると述べている（1994 年の男性 37%、女性 20%に対して 2000 年には、男性 45%、女性 32%）。

一方で HIV 感染のより大きなリスクの前兆となるような行動変化の証拠もある。たとえば、若いハイチ人はより若い年代で性的に活動的になりつつある。初体験の平均年齢は、1994 年には男性 19.8 歳、女性 18.3 歳であったが、その 6 年後、男性 18.2 歳、女性 17.5 歳に早まっていた（Gaillard など、2004b）。それに対応して、一度もセックスをしたことがないと述べている 15~19 歳の国民の割合は、この年齢集団の女性で 66%、男性で 48%に減少している（1994 年のそれぞれ 71%、53%と比較して）（Gaillard など、2004b）。また、若いハイチ国民（15~24 歳）間のコンドーム使用も減っている。2003 年には、若いハイチ女性（15~24 歳）のわずか 28%が、最近セックスをした際にコンドームを使用したと答え、同年齢の男性の場合、その割合は 37%であった。年長のハイチ国民の方が、HIV 感染を避けるためにより慎重な予防措置を講じているのかもしれない。HIV 陽性率の低下は、24 歳以上の女性でより顕著になっているように見える。

しかしながら、エイズによる死亡が、感染レベルの観察された低下の相当部分を占める可能性は高い。エイズによる死亡が HIV 陽性率の低下を促進しているとするならば、農村地域で見られる比較的小幅な感染レベルの低下は、同地域における HIV 発生率は依然として高いことを示している可能性もある。その場合、エイズが大勢の人々の死因となり、HIV と共に生きている人々の数を安定化あるいは若干減少させつつ、一方で、相当数の人々が HIV に感染しているということも考えられる。さらに、近年における社会政治的な混乱が HIV のより速い拡大を可能にする状況（難民化、社会的不安定及び生活不安など）を引き起こしている可能性もある。したがって、強力で持続的な HIV 予防プログラムなしに、都市部で観察された HIV 陽性率の低下が継続したり、農村部へも拡大するという保証はない。そのような努力は、妊婦の HIV 陽性率に大きなばらつきがある（場所によって 1.8%から約 7%まで）（保健及びハイチ国民省など、2004）という事実を考慮する必要がある。

に思われる。エイズによる死亡が重要な要因であることは、ほぼ明らかである（ボックス内参照）。また、地方では、陽性率の減少は、はるかに穏やかである。それでもなおハイチの HIV と共に生きる人々の数は、カリブ海沿岸諸国で最も多く（2004 年に 17 万 3,000 人、Gaillard など、2004a）、HIV 予防措置の強化が同国では、不可欠である。

ハイチとイスパニョーラ島を共有しているドミニカ共和国でも、エイズ対策の結果ある程度の効果が出ているように思われる。妊婦の HIV 陽性率は 1990 年代後半から低下し続けており、妊婦の

全体的 HIV 陽性率が、2004 年の標識サーベイランスで計測された 1.4%でほぼ安定している。しかしながら、いくつかの場所（サンフアン・デ・ラ・マグアナなど）では、妊産婦診療所における HIV 陽性率は 2.7%であった（ドミニカ共和国公衆衛生及び社会サービス省、2005a, 国連エイズ合同計画/WHO, 2004）。首都のサント・ドミンゴでは、2004 年、主要妊産婦診療所における妊婦の HIV 陽性率は 1.3%であり、1995 年の 2%以上という数字からは大きな変化を見せている（ドミニカ共和国公衆衛生及び社会サービス省、2005a, 国連エイズ合同計画/WHO, 2004）。しかしながら、妊婦の HIV 陽性率は、国のその他の地域では相当高く、たとえば西部のサンフアンでは 2.3%、東部のラ・ロマーニャでは 2.5%に達している。また、bateye（砂糖キビ工場で働く主にハイチ人労働者の貧しいコミュニティ）の中には、男性の陽性率 5.5%、女性の陽性率 4.7%が検知されたところもある。

サント・ドミンゴのセックスワーカー間で検知された 3~4%という低い HIV 感染レベルは、この社会階層の人々に対してコンドームの常用などのより安全な行動を奨励した努力が恐らく反映されたものである。首都での調査では、セックスワーカーの 87%が最近売春をした際にコンドームを使用したと報告しており、76%が商業的セックスの最中にコンドームを常用していると答えている（ドミニカ共和国保健省、2005b）。他のカリブ海沿岸諸国同様、ドミニカ共和国における HIV の流行においても男性間のセックスは、重要な役割を担っているが、その役割は適切に認識されていない。MSM を対象にした 3 都市（プエルト・プラタ、サマーナ及びサント・ドミンゴ）における最近の調査では、調査対象者の 11%が HIV に感染していた（Toro-Alfonso 及び Varas-Diaz、2004）。また別の調査でも、MSM の約 3 分の 1 が最近半年間で女性とも性交渉をもったと答えており、その半年間にコンドームを使用したと述べたのは、その半数に過ぎなかった。

バハマにおいても HIV 感染レベルは低下しており、HIV 予防施策を改善したことが、この趨勢を生み出す一助となっている可能性があることを示している。新たに報告された HIV 感染件数は、2000 年の 409 件から 2003 年の 275 件に減っており（32%の減少）、妊婦を対象に計測された HIV 陽性率も同様の減少傾向を示している（1993 年の 4.8%から 2002 年の 3%へ）。また性感染症クリニックの患者間の HIV 感染レベルも低下している（カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004；バハマ公衆衛生省、2004）。コミュニティレベルのエイズの臨床管理と治療の向上が、HIV の母子感染を劇的に減らした。またそれは、同国におけるエイズを原因とする年間死亡件数減少の要因になっている可能性もある（2000 年の 272 件から 2003 年の 185 件に）（カリブ海沿岸諸国疫学センター、PAHO、WHO、2003）。2003 年、HIV に感染している人の少なくとも 30%がコミュニティレベルで適切な臨床管理を受けていたと推測される。

バルバドスにおける比較的小規模な流行に立ち向かうための取り組み強化も、成果を生んでいるように思われる。1999 年から 2003 年にかけて妊婦における新規 HIV 診断件数が半減し（陽性率は 0.7%から 0.3%に減少）（Kumar 及び Singh、2004）、また自発的なカウンセリングや検査サービス利用の拡張、予防のための抗 HIV 薬の提供などが、HIV の母子間感染を減らした（St John など、2003）。また抗 HIV 療法へのアクセスが拡充されたことで、1998 年から 2003 年にかけてエイズによる死亡件数が半減し、これは、2000 年から 2002 年にかけてバミューダでも見られたトレンドである（カリブ海沿岸諸国疫学センター、2004；カリブ海沿岸諸国疫学センター、PAHO、WHO、2003）。

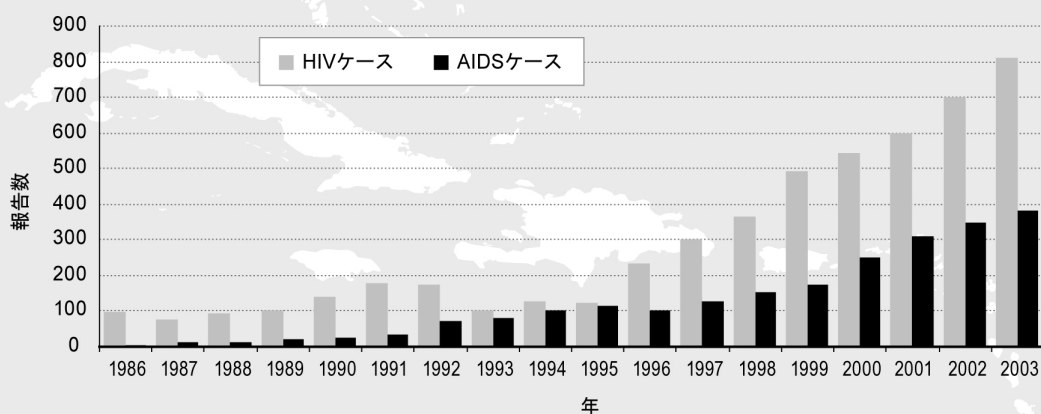
ジャマイカでは、ほとんどの HIV 感染が都市部で起こっており、キングストン、セント・アンドリュース、セント・ジェームスなどの行政区が最も大きな被害を受けている。妊婦の HIV 陽性率は、1990 年代中盤から 1~2%にとどまっているが、最近実施された妊産婦診療所での HIV サーベイランス調査では、地域（たとえば、セント・アン及び、セント・ジェームスなどの行政区）によっては陽性率が若干低下しつつある可能性もある（ジャマイカ保健省、2004）。ジャマイカ国民の大部分が HIV 感染から自らを護るために予防措置を講じている兆候がある。過去 10 年間に行われた調査の中で、約 4 分の 3 の男性が、その場限りの性交渉の相手との最近の性交渉でコンドーム

ムを使用したと述べている。また、同じ行動を報告した女性の割合も、1992年から2000年にかけてほぼ倍増している（カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004）。ジャマイカのように、無防備な異性間の性交渉が、トリニダード・トバゴにおける流行の主要因であるが、同国では、全国レベルの成人のHIV陽性率が2003年に3%をわずかに上回った。トバゴで出産した女性に関する最近発表された調査では、彼女たちのHIV陽性率は、2.6%であり、25歳以下の者では、陽性率は3.8%であった。また、きわめて大きな割合の女性が、性感染症であるHSV2にも感染しており、アフリカでの調査が示しているように、これは、HIV感染のリスクを大きく高める要因である（Dukeなど、2004；Weisなど、2001）

ガイアナとスリナムでは深刻な流行が発生している。ガイアナの全国レベルのHIV陽性率は、2003年末で2.5%と推定されており、エイズが、25～44歳までの人々の主要死亡要因となっている（国連エイズ合同計画/WHO、2004）。過去10年における公的に報告されたHIV発生件数の急速な増加は、流行が深刻化していることを示しており、性感染症診療所に通っている男女間で記録されたHIV陽性率も高くなっている（2002年、男性で15%、女性で12%）（カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004）。しかしながら、HIVに関する情報は、同国の都市部以外では限られており、流行の実際の程度を測定するのは困難である。

2003年末時点における成人スリナム国民のHIV陽性率は2%弱であった。新規HIV感染登録件数は、1990年代半ばから3倍に増加（1996年の104件から2003年の371件）しているが、このトレンドの大部分は、恐らく、検査件数の増加によるものと思われる。MSM間で検知された高いレベルのHIV感染（2005年の調査では7%）は、男性間のセックスが、スリナムにおける流行の特徴となっていることを示唆しており、以前に行われた調査では、MSMの約3分の1は、女性とも性的関係をもっていることが示されている（CAREC/PAHO、2005b、Del Pradoなど、1998）。MSM間のHIVに関する知識は高いと思われる（約80%の男性が感染から自らを護る方法を少なくとも3つは知っていた）。70%の男性が商業的セックスの最中にコンドームを常用していると述べているが、別の調査では、男性セックスワーカーの3人に1人以上がHIV陽性であるという結果も出ている（CAREC/PAHO、2005a及び2005b）。女性セックスワーカーにおいてもHIV陽性率がきわめて高いという事実を鑑みても（2005年の調査によれば21%）、商業的セックスがスリナムにおける流行で中心的な役割を果たしている可能性は高い（CAREC/PAHO、2005b）。

グラフ18 HIVケースおよびAIDSケースの報告数(キューバ、1986年－2003年)*



* 2002年、2003年およびおおよび報告がなかった年については、2003年末現在の累積報告数から推計

出典：Caribbean Technical Expert Group (2004). Strengthening the Caribbean regional response to the HIV/AIDS epidemic: Report of the Caribbean Technical Expert Group on HIV Prevention and Gender. Draft working document. October. Jamaica

キューバにおける流行は、カリブ海沿岸諸国では、他国よりはるかに小規模なものであり、成人の HIV 陽性率は、0.1%以下と推定されている（カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004）。しかしながら、新規 HIV 感染件数は増加しており、キューバにおける予防対策は、所得格差の拡大や性産業の発展なども含む HIV の感染拡大にとっては好都合な条件に追いついていないように思われる（Camara など、2003 ; Inciardi など、2005）。一方、キューバにおける母子感染予防プログラムはきわめて高い効果を保っている。すべての妊婦は HIV 検査を受け、陽性の結果が出た者は抗 HIV 薬を受け取っている。この政策及び全体的に低い感染率の結果、2004 年までに HIV に感染した状態で誕生した新生児は、20 人に満たない（Susman 2003、カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004）。さらに、抗 HIV 療法への万人を対象にした無料サービスが、エイズ発症件数や死亡率を低く抑えている。

もし、カリブ海沿岸諸国で効果的な予防戦略を実現し、維持しようとするれば、HIV 及び行動サーベイランスの改善は不可欠である。特に欠如しているのは、セックスワーカーや MSM などの国民の中でもリスクに曝されている人々の行動パターンやトレンド、さらには、そうした行動が HIV 感染の中でどのような特徴を有しているかに関する信頼性の高い最新情報である。十分な質の HIV サーベイランスデータが継続的に不足していることが、潜在的に効果的な HIV 予防プログラム策定の障害となり、また、この地域ではきわめて格差のある抗 HIV 療法導入の効果の阻害要因となっている。キューバでは、万人が抗 HIV 療法にアクセスできており、また、バハマやバルバドスでも治療の普及率は比較的高いが、カリブ海沿岸諸国で最も深刻な被害を受けている 3 つの国における治療へのアクセス状況は不十分なものである。トリニダード・トバゴでは 2005 年 9 月時点で抗 HIV 療法を必要としている人々の約 3 分の 1 が同療法を受けており、ハイチでは 12%、ドミニカ共和国では、わずか 10% の人しか同療法を受けていない（PAHO, 2005）。

ラテンアメリカ

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	180 万 [140-240 万]	58 万 [42-77 万]	20 万 [13-36 万]	0.6 [0.5-0.8]	66 000 [52 000-86 000]
2003 年	160 万 [120-210 万]	51 万 [37-68 万]	17 万 [12-31 万]	0.6 [0.4-0.8]	59 000 [46 000-77 000]

ラテンアメリカで HIV と共に生きている人々の数は推計 180 万人 [140 万～240 万人] に増加した。2005 年のエイズによる死者数は、約 6 万 6,000 人 [5 万 2,000～8 万 6,000 人] に達し、新規感染者数は 20 万人 [13 万～36 万人] に達する。15～24 歳までの若者の 2005 年における陽性率は、女性 0.4% [0.3–0.8%]、男性 0.6% [0.4–1.1%] であった。

主にその人口の大きさ故に、アルゼンチン、ブラジル、コロンビアなどの南米諸国は、この地域における最大の流行の発生地となっている。ブラジルだけで、ラテンアメリカで HIV と共に生きている推定 180 万人の人々の 3 分の 1 以上を占めている。しかし最も高い HIV 陽性率は、ベリーズ、グアテマラ、ホンジュラスなどの比較的小さい国々で検知されており、これらの国では、2003 年末の成人の HIV 陽性率は約 1% かそれ以上であった。

この地域の流行は、安全でないセックス (男性間及び男女間) と

注射器による薬物利用が

様々な形で組み合わさることで勢いを増している。

この地域の流行は、安全でないセックス (男性間及び男女間) と注射器による薬物利用が様々な形で組み合わさることで勢いを増している。その中でも HIV 感染における男性間のセックスの役割は、一般に認められているよりも際立った要因となっている。ほぼすべてのラテンアメリカの国々で、最も高いレベルの HIV 感染が、男性とセックスをする男性 (MSM) 間で検知されている。また 2 番目に高い HIV 感染レベルは、複数の横断的研究を最近まとめたものから、女性セックスワーカーの間で検知されている。MSM 間の HIV 陽性率は地域によって 2% から 28% にまで及び、女性セックスワーカーの陽性率は、0% から 6.3% に達する (Montano など、2005)。男性間のセックスは、アルゼンチン、ボリビア、ブラジル、グアテマラ、ペルーなどの国々のエイズ報告件数の 25～35% を占めるものと推定される。

同地域で他国よりもはるかに規模が大きく人口も多いブラジルでは、同国の全 26 州に浸透した多様な流行が発生している。妊婦の全国レベルの HIV 陽性率は 1% 以下にとどまっているが、新規 HIV 感染者の中に占める女性の割合は増加しており、特に経済的に恵まれない環境で暮らしている女性が、その数に比較して不釣り合いなほど大きい感染リスクに曝されているように思われる (Marnis など、2003)。一方、州によっては、妊婦の陽性率が高いところもあり、たとえば、南部のリオグランデ・ド・スル州のいくつかの場所では、3～6% に達している (国連エイズ合同計画 /WHO、2003)。

若いブラジル人の性行動が変わりつつある証拠があり、たとえば、その開始が低年齢化している。2004年のある調査によれば、より低年齢で、しかもより多くの相手とセックスをする若者の数は増えている。15～24歳の若者の3分の1（36%）以上が15歳の誕生日前にセックスを経験しており（25～39歳の国民ではこの割合は21%）、これまでに10人以上の相手と性交渉をもったことがあると答えた者が20%、前年度に5人以上の相手とセックスをしたと答えた者も7%いた。その一方で、HIVに関する知識は乏しかった。15～24歳までの者の中で、HIVがどのように感染するかを知っていた者の割合は、わずか62%であった。教育レベルが比較的低い若者が、流行について最も知らなかった。一方、最初にセックスをした際にコンドームを使用したと報告している若者の割合は、1986年の10%以下から2003年には60%以上へと増加した（ブラジル保健省、2005）。コンドーム使用の増加傾向は、前述のリスク行動に起因するHIV感染の影響を緩和している可能性もある。また、徴兵新兵間のHIV陽性率は一貫して低かった（2002年には、1998年と同じ0.08%）（ブラジル保健省、2005）。

一方で、ブラジルの都市では、IDUがHIV感染の原因となっている割合が低下しているように思われる。この成功は部分的には、ハームリダクションプログラムに帰することができる（詳細は、『HIV/AIDS最新情報2004年度版』を参照のこと）。国家レベルのHIVサーベイランスシステムから得られた公式な推定では、ブラジルにおける推定20万人の注射器による薬物使用者（IDU）の4分の3が現在、不潔なシリンジを使用していない。しかし、IDUが全エイズ発生件数の半数以上を未だ占めている地域もある。また利用可能なデータは、女性セックスワーカーのHIV感染レベルは比較的低いことを示しており、ある大規模調査に参加した約3,000人のセックスワーカーのHIV陽性率は6.1%であった（Chequer, 2005）。

アルゼンチンでは、HIVは主に男性のIDUとその性交渉の相手間、またMSM間で広がった。より多くのHIVに感染した男性から、HIVが妻やガールフレンドに感染するにつれて、この趨勢は次第に変化した。ほとんどの新規感染は、無防備な異性間性交渉の最中に発生しており、HIVに感染する女性の数は増加している。報告されたエイズ発生件数の中での男女比は、1988年の15:1から2004年の3:1に縮まっている。新規感染数では、その比率は2004年に1.5:1となっており、新規感染の中で貧困都市部における発生件数の占める割合が不釣り合いに高くなっている（アルゼンチン保健省、2004）。一方、注射器による薬物使用と男性間セックスも、特にエイズ発生件数の推計80%が発生しているブエノスアイレス、コルドバ、サンタフェ州で、HIVの拡大に勢いを与え続けている。たとえば、ブエノスアイレスでの検査では、IDUの約44%がHIV陽性であり、また様々な調査で、MSM間のHIV陽性率が7～15%になっていることが判明している（Weissenbacherなど、2003；Pandoなど、2003；Seguraなど、2005、Montanoなど、2005、Bautistaなど、2004）。

チリとウルグアイでは、HIV感染の大部分は、都市部に集中している（チリ国家エイズ委員会、2003；ウルグアイ国家エイズプログラム、2005）。ウルグアイにおけるHIV報告件数の約4分の3が首都のモンテビデオ内及び周辺に集中しているのに対して、チリでは、アントファガスタ、サンティアゴ、タラパカ、バルパライソが最も被害が深刻な地域となっている。それに対して、パラグアイでは、HIVが農村部、特にアルゼンチンとブラジル国境沿いに浸透している（パラグアイ国家エイズプログラム、2005）。注射器による薬物使用及び男性間のセックスが、ウルグアイの流行における最も目立った要因となっていると思われ、HIV報告件数の約4分の1がIDU（その多くが25歳以下）であり、HIV診断数の3分の1が男性間のセックスに起因するものであった（Osimani, 2003）。

アンデス山脈地域では、無防備な商業的なセックスと男性間のセックスが主たるHIVの感染経路となっている。しかしながら、より多くの男性からその妻やガールフレンドにHIVが感染するに連れて、HIV感染経路はより多様化しつつある。ボリビアの流行規模は依然として小さく（そのほとんどがラ・パスやサンタクルスなどの都市部に集中している）、主たる要因は商業的セックスと

男性間のセックスにあるように思われる（ボリビア保健省及び PAHO/WHO, 2003 ; Khalsa など、2003）。

妊産婦診療所を利用する女性の HIV 陽性率は、依然として 1% 以下だが、MSM 集団の陽性率はラ・パスでは 15%、サンタクルスではほぼ 24% に達している（Montano など、2005）。またボリビアにおいて男女のストリートチルドレンが HIV に感染しやすい環境に置かれているという事実は、最近まで注目されてこなかった。コチャバンバ市で行われた調査では、調査対象となったストリートで暮らす若者の 3.5% が HIV と共に生きており、その半数が性交渉を通じて感染したことが明らかになっている（Lambert など、2005）。一方、女性セックスワーカーは、全般的に言ってどうか感染を回避しており、たとえば、コチャバンバ、オルロ、タリハでは、2002 年の陽性率は 1%、ラ・パスでは 0.5% であった（同市の保健当局は、セックスワーカーの 70% がコンドームを常用していると推定している）（Carcamo, 2004）。しかしながら、これらの感染レベルは、性感染症診療所に定期検診に訪れる（主に売春施設を拠点に活動する）セックスワーカー間で記録されたものである。ラテンアメリカのその他の地域におけるパターンでは、セックスワーカーの感染リスクは高いことを示している。けれども、現状では、セックスワーカー間で起こりうる HIV の感染拡大を追跡調査した調査はわずかしかなかく、こうしたデータの不足傾向はボリビアだけでなく、ラテンアメリカ全体に当てはまる。

MSM に対する予防活動や

HIV 診断及び治療サービスを拡張することが不可欠である。

セックスワーカー間での予防努力を維持することが必要である一方で、**MSM に対する予防活動や HIV 診断及び治療サービスを拡張することが不可欠である。** MSM は社会的偏見（スティグマ）や差別を受け続けている。男性間のセックスは、**エクアドル**の感染拡大においても目立った要素となっているように思われ、同国では、2001 年以来、新規 HIV 感染報告数が倍増し、2004 年には 573 件に達した（エクアドル保健省、2005）。報告された HIV 発生件数の 3 分の 2 以上が男性であり、キト（ピチンチャ州）とグアヤキル（グアヤス州）では、MSM の HIV 陽性率がそれぞれ 17% と 23% に達していることが判明している。女性セックスワーカー間の陽性率は低かった（2% 以下）（エクアドル保健省、2005）。HIV に感染している女性の多くは、男性とのセックスで HIV に感染した夫または定期的に性交渉をもつ相手から感染したと思われる。

コロンビアでは、HIV は当初ほとんど男性に感染し、今日まで国の保健当局に報告されたエイズ発生件数の 83% は男性の感染事例である。この地域の他の複数の国と同じように、HIV 感染は MSM グループで記録され（ボゴタでは最高 20%）、コロンビアにおける女性セックスワーカーの陽性率（たとえば、ボゴタでは 2001-2002 年に 0.8%）を上回っている（Montano など、2005 ; Khalsa など、2003、Mejía など、2002）。しかしながら、MSM の大部分が女性との性的関係を維持している。その結果、流行のパターンが変化し、特にカリブ海沿岸地域及び同国の北東部で女性感染件数が増加している。そのほとんどが、男性及びまたは女性と安全でないセックスをした結果感染した夫またはボーイフレンドから HIV に感染したと思われる。したがって、HIV の母子感染予防を目的としたプロジェクトで HIV 陽性の検査結果が出た女性のうち 72% が 1 人の男性と安定的な関係にあり、90% が自らを“主婦”と称していた（García など、2005）。

コロンビアでは、HIV 感染が相当広がっている兆候が最近出ており、若者（15~24 歳）及び妊婦の HIV 陽性率は、サンタンデル及びバジェの 1.2~1.3% からアトランティコの 2.4% に達している（Pietro など、2004）。ジェンダー間の不平等が広がっていることに加えて、長期化する内戦によって引き起こされた強制的移住が、女性が HIV に感染するリスクを高めている（García, 2005）。一方、同国では国家的イニシアチブとして HIV の母子感染減少に積極的に取り組んでおり、これが、そのエイズプログラムの最も強力な構成要素となっている。ある調査によれば、この措置により分娩前後の HIV 感染が 40% から 4% 以下に減ったという（García R など、2005）。

ペルーにおける妊婦の全国的な HIV 感染レベルは低いままである（最新の入手可能なデータでは、2002年に0.2%）（ペルー保健省、2004）。しかしながら、MSM間ではそれよりはるかに高い HIV 陽性率が記録されており、2002年の調査では、アレキパ、イキトス、プカルパ、スジャーナなどの都市では、6～12%、リマでは23%もの高い陽性率が検知されている（ペルー保健省、2005）。最初の2つの都市を除くすべての都市で、2000年以降、感染レベルは上昇している。MSMの大部分（都市部の調査では、4分の3以上）が女性とも性交渉をもつために、その妻やガールフレンドが HIV に感染する可能性は高い（Guanira など、2004）。商業的なセックスももうひとつの顕著な要因である。24の都市地域における18～29歳の男性のほぼ半数（44%）が買春を行ったことがあると述べており、コンドーム使用は、一般的に言って一定していない。

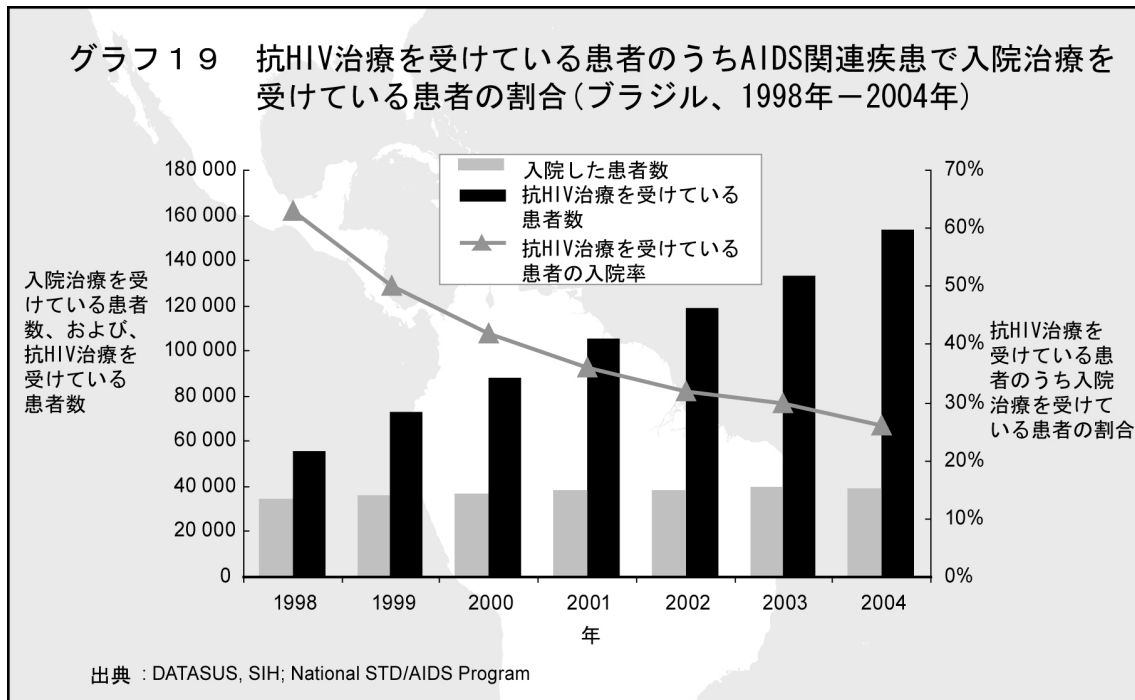
抗 HIV 療法へのアクセスが顕著に改善されたところでは、 エイズによる死亡率が減少しているようである。

中央アメリカにおける HIV は、最も弱い立場の集団と、また多くの国で、幅広い国民層の双方に拡大している。HIV は主に無防備なセックス（男女間及び男性間）で広がっている。包括的な HIV サーベイランス情報は不完全なままであるが、入手可能なデータは、流行が主要都市部と交通路内及びその周辺に主に集中していることを示しているが、重要な例外もある。

この小区域で HIV と共に生きる人々の約3分の1を抱えているホンジュラスで、HIV は多様な形態で、確実に浸透している。国家レベルの成人 HIV 陽性率は、2%をちょうど下回るレベルだが、エイズは、ホンジュラスの女性の最大の死亡原因であり、同国における入院及び死亡件数全体の2番目に大きい原因であると考えられている（国連エイズ計画/WHO、2004）。1999年時点ですでに、妊婦の HIV 陽性率（中央値）は、都市部の2.9%から一部農村部の3.6%に達しており、これらの数値は、流行が比較的成熟し、より幅広い国民層に広がっていることを示唆している。しかしながら、商業的セックスと男性間のセックスが、流行の主たる要因であり続けている。テグシガルパの女性セックスワーカー間では、平均8～9%の HIV 陽性率が2001年に検知されており、また、サン・ペドロ・スーラでも、13%の陽性率が検知されている。主要都市部の MSM 間では、2002年に12%が HIV と共に生きていることが明かされている（国連エイズ合同計画/WHO、2004、ホンジュラス保健省、2003）。そのような調査結果は、その他の性感染症の高い発生率とともに、ホンジュラスでは、流行拡大が続くのに都合のよい条件があることを示唆している。

中央アメリカ地域のその他の国の流行もまた商業的セックス及び男性間のセックスとの関連性が強い。セックスワーカーの HIV 感染レベルには大きなバラツキがあるが、ストリートを拠点に活動しており、それ故に HIV 予防サービスの到達がより困難な者たちの間で一貫して高くなっている。たとえば、サン・サルバドル及びプエルト・デ・アカジュトラ（エルサルバドル）では、ストリートを拠点とするセックスワーカーの16%が HIV 陽性であることが判明している（エルサルバドル公衆保健及び社会支援省、2003）。決まった性交渉の相手間のコンドーム使用率は低い傾向があるため、セックスワーカーの男性客から、HIV がその妻やガールフレンドへ感染する可能性が高い。同じことが男性とも女性ともセックスをする男性にも当てはまる。チナンデガ（ニカラグア）におけるある調査が示しているように、女性にとっては、貞操を守るとは、感染から自らを護ることにはほとんどならない。ここでは、既婚女性のほうが、セックスワーカーよりも、HIV に感染している可能性が2倍も高い（国連エイズ計画/WHO、2004）。

グアテマラにおける流行は、規模の点でホンジュラスに匹敵するものだが、HIV に関するデータ収集があまりにも断続的なために、最近の趨勢の信頼できる評価ができない。入手可能な情報は、HIV の流行状況に地域ごとにバラツキがあることを示しており、山岳地域の被害が恐らく最も小さい。ほとんどの HIV 感染が都市部及び国を横切る交通路及び通商路沿いで起きている。



いくつかの性感染症診療所における HIV サーベイランス調査では、HIV 感染事例は見つかっていないが、その他では、最高9%の陽性率が検知されている(たとえば、イザバルにおいて)。妊婦の HIV 陽性率は、ほぼ0%から1%超(レタルウレウ及びサン・マルコス)までバラツキがある(国連エイズ合同計画/WHO、2004、グアテマラ公衆衛生及び社会支援省、2003)。同国でも、セックスワークが主要な役割を演じているように思われる、ストリートを拠点に活動する女性セックスワーカーでは最高15%の HIV 陽性率が記録されている。しかし、男性間のセックスも、一般に想定されている以上に大きな要因である可能性がある(グアテマラ公衆衛生及び社会支援省、2003)。グアテマラシティでは、ほぼ12%の HIV 陽性率が MSM 間で検知されており、それら MSM の5人に1人は、女性とも定期的に性的関係を有している(国連エイズ合同計画/WHO、2004)。

男性間のセックスは、エルサルバドル、ニカラグア及びパナマの比較的小規模な流行においても際立っており、この3国ではそれぞれ18%、9%、11%の HIV 陽性率が MSM の間で検知されている。コスタリカでは、男性間のセックスが同国の流行における主要因であることは明らかであり、MSM は、全エイズ報告件数の3分の2以上を占めている(国連エイズ合同計画/WHO、2004; 各国保健省、2003)。

メキシコにおける国家レベルの成人の HIV 陽性率は、1%を大きく下回ったままであるが、その流行状況は、この大きな国全体で様々なパターンを見せている。公的に報告されたエイズ発症件数のほぼ90%が無防備なセックスに起因するものであり、その約半数が男性間のセックスによるものである(CENSIDA、2003)。2003年末時点で HIV と共に生きている成人数は16万人と推定されており、その3分の2が男性とのセックスで感染したと考えられている男性である(国連エイズ合同計画、2004; Magis-Rodríguez など、2002)。一方、無防備なセックスは、(バイセクシュアルの)男性パートナーとの性交渉を通じて HIV に感染した女性の数が増加するにつれて顕著になってきた HIV の異性間感染の兆候が増えている原因でもある(Magis など、2002)。メキシコの流行において注射器による薬物使用が果たしている役割は見極めが難しいが、注射器による薬物使用との関連がアメリカ合衆国国境沿いの都市で観察されている(Minichiello など、2002; Magis-Rodríguez など1997)。

メキシコの流行において移民が果たしている役割については、何度も推測の対象になっているが、

確定的な結論は未だ導き出されていない。ある最近の調査によれば、国外に移民した男性は、移民をしていない男性よりも前年度に平均約2倍の多くの性交渉の相手を有していた(Magis-Rodríguez Cなど、2004)。同時に、国外への移民の場合、コンドームの使用頻度が、相当地に高いことも判明している(Magis-Rodríguez Cなど、2004)。とは言っても、メキシコのいくつかの地方におけるより高いエイズ発生件数は、HIV感染と米国への移民との関連の可能性を示唆している(Magis-Rodríguez Cなど、2004)。

ラテンアメリカにおける抗 HIV 療法へのアクセスはかなり拡大しているが、この領域におけるブラジルの功績はユニークであり続けている。必要としている国民全員に抗 HIV 薬剤を提供するというブラジルの政策のもと、HIV感染が進行した人々は、同国の国家保健システム経由で抗 HIV 薬を入手することができる。抗 HIV 療法を受けているブラジル人の数は増加し続けており、2005年9月には約17万人に達している。抗 HIV 療法を受けている患者の服薬遵守(アドヒアランス)率は、75%と推定されている。治療の普及は、アルゼンチン、チリ、キューバ、メキシコ、ウルグアイ、ベネズエラなどでも進んでいる(PAHO、2005)が、治療提供条件はブラジルほど患者にとって好ましいものではない。コスタリカとパナマのように、抗 HIV 療法へのアクセスが顕著に改善されたところでは、エイズによる死亡率が減少しているようである。しかしその他の地域、特に中央アメリカの貧しい国々や南米のアンデス山脈地域では、治療拡充の進展は緩慢である。たとえば、2004年、エクアドルで抗 HIV 療法を受けている人の数は、1,000人に満たず(エクアドル保健省、2004)、また、エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア及びパラグアイでも、抗 HIV 療法の導入施策は引き続き立ち遅れている(PAHO、2005)。

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)。

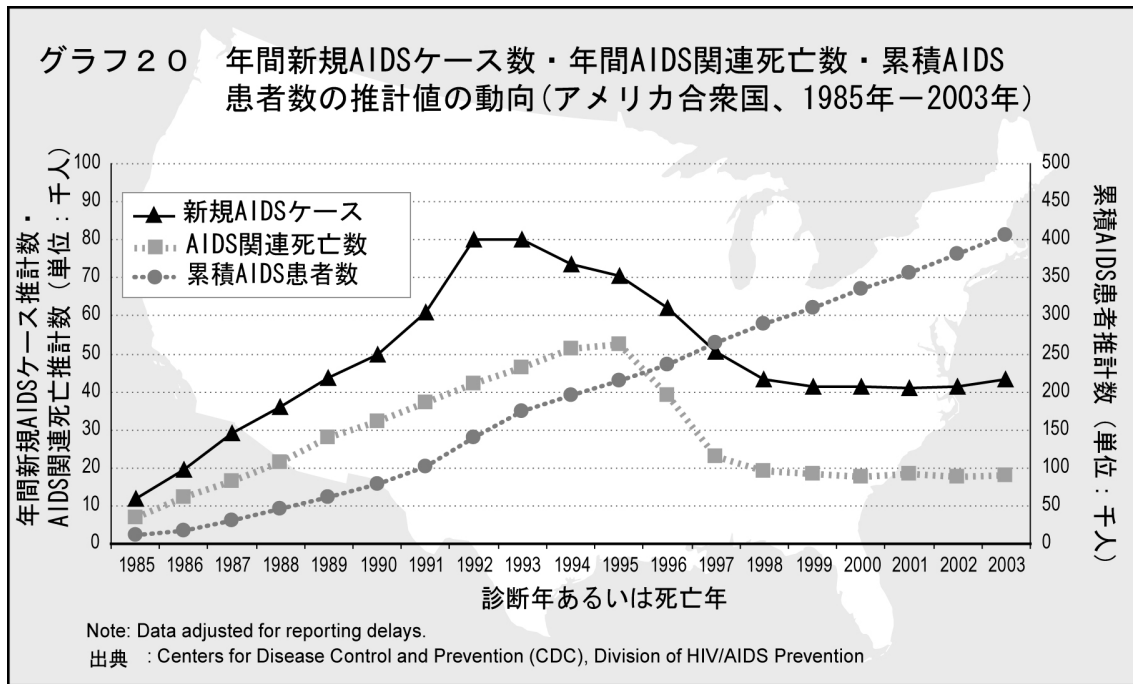
しかしながら、HIV と共に生きている女性の場合、安全でない異性間性交渉が主たる感染形態であり、2003 年にこの感染経路で HIV に感染した女性は 73%と推定される。年間新規感染者における女性の割合は、1990 年代後半に増加し、その後約 25%で変化がない(米国疾病対策予防センター、2004a)。HIV に感染した多くの女性にとって、HIV に感染する主たるリスク要因は、注射器による薬物使用や男性間のセックスなどのしばしば表に出てこない男性パートナーのリスク行動であり続けている(McMahon など、2004 ; Valleroy など、2004 ; Montgomery など、2003)。

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り、**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。

中東・北アフリカ

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	51万 [23-140万]	22万 [8 3000-66万]	67 000 [35 000-200 000]	0.2 [0.1-0.7]	58 000 [25 000-145 000]
2003年	50万 [20-140万]	23万 [78 000-70万]	62 000 [31 000-200 000]	0.2 [0.1-0.7]	55 000 [22 000-140 000]

中東・北アフリカにおけるエイズの拡大は継続しており、最新の推計では、2005年の新規 HIV 感染者数は、6万7,000人 [3万5,000～20万人] に達する。この地域では、約51万人 [23万～140万人] の人々が HIV と共に生きている。また、推定5万8,000人 [2万5,000～14万5,000人] の成人及び子供が、2005年エイズ関連疾患のために亡くなった。

この地域では、HIV 動向調査が弱い、より包括的な情報が入手可能な国もある（アルジェリア、リビア、モロッコ、ソマリア、スーダン）。入手可能な証拠からは、**アルジェリア、リビア、モロッコ、ソマリア**などの国々で HIV 感染が拡大している趨勢が示されている（特に若年集団に）。この地域における HIV 感染の主たる形態は、無防備な性交渉であるが、注射器による薬物使用も次第に重要な要因になりつつある（イラン及びリビアの2カ国においては、これが支配的な感染形態になっている）。また汚染された血液製品、輸血または、医療機関における感染防止方策の欠如は一般的に減少しているが、国によっては依然、問題であり続けている。汚染された血液に起因する全エイズ報告件数の割合は、1993年の12%から2003年の0.4%に減った（WHO/EMRO, 2005）。

スーダンを除いて、国家レベルの HIV 陽性率は、この地域のすべての国で低い。しかしながら、流行の大部分は、特定地域及びセックスワーカーとその客、注射器による薬物使用者（IDU）及び男性とセックスをする男性（MSM）などの特定のハイリスク集団に集中している。

この地域で他よりもはるかに被害が深刻なのは**スーダン**であり、同国の南部では、最も高い感染拡大状況が検知されている。また、HIV が北部でも拡大している可能性を示唆する最近の兆候もある。HIV の母子感染予防のためのパイロットプロジェクトの一環として、ハルツームで HIV 検査を受けることに同意してくれた少数の女性の間では、陽性率は1%を若干下回るレベル（0.8%）であった。首都の性感染症診療所に通っている女性の間では、2%強が2004年に陽性であったが、一方で、大学生や南部・北部諸州で国内難民となった人々においても1%の HIV 陽性率が検知されている（スーダン保健省、2005；スーダン国家エイズ防止プログラム、2004c 及び 2004b）。内戦と強制的な移住の長い歴史を有する国では、国内難民となった人々がより高い HIV 感染の可能性に直面することもある。たとえば、ハルツームで2004年に妊産婦ケアを求めている難民の妊婦間では、他の女性の陽性率が0.3%以下であったのに比較し、1.6%の HIV 陽性率が検知された（スーダン保健省、2005）。

スーダンにおける予防努力は、近年になって強化されてはいるが、最近行われた行動調査では、エイズについて聞いたことがある妊婦の割合はわずか4分の3にとどまっており、また、調査対象となった女性の5分の1が、HIV 陽性者と食事を共にすることで HIV に感染する可能性があると考えていることが判明している。コンドーム使用で HIV 感染を防止することができることを知っていた者は、わずか5%であり、女性の3分の2以上がコンドームを見たこともなければ、それについて聞いたこともなかった（スーダン国家エイズ防止プログラム、2004a）。特別に感染リスクが高い人々（セックスワーカーなど）の間でも、HIV に関する知識は乏しく、予防的行動は稀である。調査によれば、セックスワーカーの半数以上（55%）がコンドームを見たこともなければ聞いたこともないと答えており、コンドームで HIV 感染を予防できることを知っていたのは、20%未満（17%）であった。これら女性セックスワーカーの HIV 陽性率は、4.4%であった（スーダン国家エイズ防止プログラム、2004b）。HIV に関する知識と行動についての同様の不足が国内難民となった人々の間でも見られた（スーダン国家エイズ防止プログラム、2004c）。

この地域のその他のほとんど国々では、HIV サーベイランスデータが不十分であるが、状況が改善していると思われる国々もある。その一例がサウジアラビアである。同国の首都リヤドで実施された調査では、HIV 感染の約半数が、異性間性交渉で発生していたことが示されている。HIV に感染した女性の大多数が結婚しており、その夫から感染した。また男性のほとんどは買春により感染した（Abdulrahman など、2004）。男性間のセックス及び注射器による薬物使用は、感染原因の中では少数派であるが、この調査における感染のかかなりの割合（26%）が、流行初期の汚染された血液または血液製品の輸血に起因するものであった。同国における流行の全体的規模は明らかではないが、HIV と共に生きている人々の数は、1,000 人強から 8,000 人以上と推定される。

エジプトの公式データは、主に無防備なセックスを主要因とする流行を示しており、その中でも異性間性交渉が、感染形態が明らかになっている場合、HIV 発生件数の約2分の1を占めており、男性間のセックスが5分の1を占めていた。注射器による薬物使用は、HIV 発生件数のわずか2%を占める感染形態であった。しかしながら、調査担当者らは、カイロの注射器による薬物使用者（IDU）間で危険な行動が高いレベルに達していることを発見しており、たとえば、調査の対象となった IDU の半数以上が、調査前月、不潔な注射器具を使用したと述べている（Elshimi, Warner-Smith 及び Aon, 2004）。

モロッコで妊産婦診療所に通う女性の HIV 陽性率は依然として非常に低いものの、1999 年から 2003 年にかけて倍増しており、0.13%に達していた。一方、セックスワーカーや囚人の間では、陽性率はそれぞれ 2.3%、0.8%と相当に高い（モロッコ保健省、2003-2004）。無防備な性交渉（ほとんどが異性間）が流行の主要因であり、男性間及び注射器による薬物使用に関連した検知された HIV 発生件数の割合は小さい。同国の保健当局は、2003 年に HIV と共に生きていた人々の数を 1 万 3,000～1 万 6,000 人と推定しており、その中の半数以上が大カサブランカ地区、スス・マサ・ダラ地区、マラケシュ・テンシフト・アルハウズ地区に集中している。

アルジェリアの 2004 年における新規 HIV 感染件数は、前年の 2 倍となった（266 件）。これは、同国のこれまで小規模であった流行が急激な拡大を見せる前触れである可能性もあるが、同国における流行状況に関する調査は不十分なままである。2004 年末までに下された 1,721 件の公式 HIV 診断件数のほぼ4分の3についての感染形態も知られておらず、感染ルートを特定するのが困難である（アルジェリア保健省、2005）。しかしながら、大多数の感染が異性間性交渉により発生しているようであり、商業的セックスが、特に他所よりも HIV 陽性率ははるかに高い南部で顕著な要因になっている。今日までに記録された最も高い感染レベルは、セックスワーカー間に見られたものであり、北部のオランで 1.7%、南部のタマンラセットでは 9%にも達しており、後者では、2000 年に検知された 2%から陽性率が急速に上昇している（Institut de formation paramédicale de Parnet, 2004; Fares など、2004）。タマンラセットでは、セックスワーカーに加えて、軍人や移民などが特に HIV に感染しやすいと思われる。

チュニジアにおける流行は、比較的安定しているが、感染の可能性が高い状況の増加も確認されており、状況が変化する可能性もある。セックスワークが増加していると思われ、非常に限定的ではあるが、IDU もまた広がろうとしている。特に若者の HIV に関する知識が充分ではなく、コンドーム利用率も限られており、このような趨勢は、若者を HIV に感染するリスクに曝すものである。

対照的にリビアでは、注射器による薬物使用が流行の主要因となっており、そのため近年、若い男性の HIV 感染が急増している。1998 年のベンガジ子供病院における院内感染の発生以降、リビアは、2000 年初頭までに若者の感染がほぼ 10 倍に増加したと報告している。2004 年末までに報告されたほぼ 1 万件の HIV 発生件数の 80%までもが今世紀になってから報告されたものであり、これら感染の大部分が、注射器による薬物使用の結果と思われる。リビアにおける注射器による薬物使用の程度は測定困難だが、そのほとんどが、首都のトリポリ内及びその周辺に集中していると思われ、主に使われている薬物はヘロインである。同国の国家エイズプログラムは、2003 年末に 2 万 3,000 人以上の人々が HIV と共に生きていたと推測しており、IDU、そして彼らの性交渉の相手を護ることにともなる HIV 予防施策を実施するための適切な努力が行われなければ、感染者数が増加し続ける可能性がある。リビアの国家エイズプログラムは、意識向上や流行の今後の広がりに関する知識の増大努力を強化しているが、大きな課題も残っている。偏見（スティグマ）や否認が広がっていると言われている。ハイリスクグループに的を絞ったアプローチを取った HIV 予防プログラムをさらに開発し、拡充する緊急の必要がある。

地域全体で、特にセックスワーク及び男性間のセックスの役割を含む、

HIV 感染パターンについての量的にも質的にも

充実した綿密な情報が求められていることは明らかである。

1990 年代後半から同様の、しかしより大きな困難に直面しているイランでは、増加する IDU 人口に対して部分的なハームリダクション政策を導入してきた。HIV は IDU 間で感染を拡大しており、2003 年には IDU 間の感染者数は、20 万人と推測され、感染はさらに拡大すると予測される (Jenkins 及び Robalino, 2003)。テヘランの公共薬物治療センターのユーザー間で実施された 1 件の新しい調査では、HIV と注射器による薬物使用、収監そして同国における性習慣の密接な関係が示されている。IDU の大部分は若く (平均年齢は 25 歳)、その 4 分の 3 がヘロインを注射している。不潔な注射器具を使用したことがある者の約 40%は、刑務所でも同じようにしていた (Zamani など、2005)。明らかに、収監は、HIV 感染のリスク行動に関連していると思われるが、いくつかの推定によれば、イランにおける総囚人数のおよそ半数は、薬物関連の罪で拘置または有罪判決を受けた者であるということを鑑みると、これは困った事実である。この調査結果から、特に収監されている IDU 向けに効果が確認されている予防プログラムを拡充する必要性が強く認識される (Zamani など、2005)。また、イランが HIV の流行を抑えようというのであれば、刑務所以外でも、包括的なハームリダクションプログラムを拡充しなければならない。前述のテヘランにおける調査に参加した IDU の大多数が性的にも活動的であり、多くの者が買春または売春を行い、コンドームを使ったことがある性的にも活動的な IDU の割合がわずか 53%であるという事実を鑑みれば、緊急に対策を講じる必要は明らかである (Zamani など、2005)。より以前に行われた調査では、IDU の約半数が結婚しており、3 分の 1 が婚外性交渉を持っていることが判明しており (国連エイズ合同計画/WHO、2004)、そのため、IDU からそのセックスパートナーへの HIV 感染の可能性が明らかに存在することが示唆されている (Zamani など、2005)。不完全なものではあるが、利用可能な証拠は、セックスワーカーにおけるコンドーム使用率が低いことも、セックスワーカーとその客を感染の危機に曝していることを示している。

この地域のその他の国々における HIV の流行についてはほとんど知られていない。ヨルダンでは、約 600～1,000 人の人々が HIV と共に生きてると推測され、成人の HIV 陽性率はきわめて低いと思われる（約 0.02%）。感染の約半数は、無防備なセックスに起因するものであるが、若者を対象にした包括的な調査では、その場限りのセックスは比較的稀であり、非夫婦間セックスを行う者の間のコンドーム使用率もある程度高い（40%）ことが判明している。また、イエメンでは、HIV 感染は商業的セックスと関連していると考えられ、バーレーン、クウェート、オマーンでは、注射器による薬物使用がより顕著な感染形態のように思われる。

地域全体で、特にセックスワーク及び男性間のセックスの役割を含む HIV 感染パターンについての量的にも質的にも充実した綿密な情報が求められていることは明らかである。セックスワーク、男性間のセックス双方について収集されている情報は乏しく、このことは、明らかにされていないリスク行動または状況で、HIV 感染が拡大している可能性があることを示唆している。たとえば、この地域のいくつかの国では、不適切なサーベイランスデータと男性間のセックスに関する社会文化的なタブーが根強いために、男性間のセックスが HIV 感染の一形態である事実が覆い隠されている可能性もある。また、刑務所における HIV 感染についてもほとんど知られていないが、入手可能なデータは、そうした環境における高いリスクの存在を示唆している。リビアのトリポリの刑務所では 18% の HIV 陽性率が報告されており、2002 年にはスーダンで 2%、2003 年には、モロッコで約 1% が報告されている（Sammud、2005；モロッコ保健省、2005）。

この地域では、HIV 予防プログラムとサービスは、短期的・限定的な、存在したり、しなかったりの状態である。エイズに関する知識は一般的に貧しく、最も感染リスクが高い国民に対してきへ、予防施策が乏しい。中東及び北アフリカでは、より効果的な HIV 予防戦略を導入するために、多大な努力が明らかに必要である。

オセアニア

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による死亡者数 (成人・子供)
2005年	74 000 [45 000-120 000]	39 000 [20 000-62 000]	8 200 [2 400-25 000]	0.5 [0.2-0.7]	3 600 [1 700-8 200]
2003年	63 000 [38 000-99 000]	27 000 [14 000-43 000]	8 900 [2 600-27 000]	0.4 [0.2-0.6]	2 000 [910-4 900]

オセアニア地域の HIV 感染者は推計 74,000 人 (45,000–120,000 人) である。2005 年のエイズによる死亡者は 4,000 人弱 (10,000 人以下) で、新たに HIV に感染した人は 8,200 人 (2,400–25,000 人) であるとみられている。2005 年、15 歳から 24 歳の若者のうち、女性の 1.2% (0.6–2.4%)、男性の 0.4% (0.2–0.8%) が HIV と共に生きていと推計される。

現在、ニウエやトケラウを除き、オセアニアの全ての国や地域で HIV 感染は報告されている。流行はほとんどの地域でまだ初期段階だが、予防対策を強化する必要がある。

2004 年末、太平洋諸島の 21 の国と地域で報告された 11,200 人の HIV 感染者のうち、90%以上が、現在エイズの流行が猛威を振るっているパプア・ニューギニアに集中している。パプア・ニューギニアでは 1997 年以降、HIV と診断される人の数が毎年、ほぼ 30%ずつ増加しており、2004 年末現在、HIV 累積診断数はおよそ 10,000 人である。実際の感染者数はその 5 倍の可能性もある (パプア・ニューギニア国立エイズ協議会およびパプア・ニューギニア保健省、2004)。HIV 動向調査によれば、2003 年、産科に通う妊婦の陽性率をみると、ゴロカでは 2002 年の 0.9%から 2%と上昇し、ラエでは 2.5%、首都ポートモレスビーでは 1.4%だった。2004 年にポートモレスビーで性感染症科を受診した人々のうち、HIV 陽性と診断されたのは 20%、マウントハーゲンでは 6%だった。HIV に関するデータは、2001 年に最初の動向調査が始まったときよりもかなり改善されたが、HIV 動向調査の多くは都市部でしか実施されてこなかった。このため、国内 20 州のうちの多くからは妊婦の HIV 陽性率に関する情報が得られていない。

入手可能な情報から明らかなのは、おもに売買春と行きずりのセックスによる異性間の性行為が感染経路になっていることである (パプア・ニューギニア国立エイズ協議会事務局および保健省、2004)。10 代後半を対象とした調査によると、この年齢層の性的活動はかなり活発で、アルコールや薬物使用の割合も高い。若者は HIV/AIDS に関する知識をいくらか持っているものの、予防情報やサービスへのアクセスがほとんどない。性感染症の感染レベルが非常に高いことも、性的に危険な行為が広がっていることの表れである。ダルで行われた調査から明らかになった性感染症の陽性率は、梅毒が 19%、クラミジアが 18%、淋病が 9%で、ラエと同じかそれ以上であった (パプア・ニューギニア国立エイズ協議会、2004)。(この調査は、任意で参加を募って集めた比較的少ない人数を対象として実施したので、結果に偏りがある可能性があることを留意すべきである。)

流行の悪化を防ぐために、HIV 予防プログラムを拡大する必要がある。また、大規模な人口移動や、極度の貧困、女性に対する性暴力が多いことからわかる男女の不平等など、背景にある要因と取り組んでいく必要がある（パプア・ニューギニア国立エイズ協議会、2004）。

オーストラリアはオセアニアで流行の歴史がもっとも古い国である。1995年から2000年のあいだに、年間新規 HIV 陽性診断件数は約 25%減少したが、2004年には再び増加して 820 人になり、2004年の HIV 感染者数は 14,800 人と推計される。かなりの人々（31%）が 2003年に陽性と診断されており、危険な行為が復活していることを反映している。オーストラリアの HIV 感染の多くは今でも男性間のセックスによるものであり、流行が始まって以来、男性間のセックスによる感染者は報告数全体の 68%を占めている。しかし、異性間の性行為による HIV 感染者数も増加しており、1996年以前には全体の 7%に過ぎなかったが、2004年には新規感染報告の 23%以上を占めるようになった。この結果、女性の感染者数も増加した。ニュー・サウスウェールズでは 2003年から 2004年の間に、新たに HIV 陽性と診断された女性の数は 2 倍になった。2000年から 2004年のあいだに、異性間の性行為で HIV に感染した人々のうち、半数以上が陽性率の高い国の出身者（33%）か、陽性率が高い国のパートナーを持つ人（27%）だった（HIV 疫学および臨床研究センター、2005）。

先住民族と非先住民族とのあいだで、HIV 陽性と診断される割合に大きな違いはないことが最近報告された。どちらの場合もその割合は 2000 年以降、わずかに増加傾向にある。しかし、違うのは主な感染経路である。先住民族では、HIV 感染の約 4 分の 3 が男性間および異性間の性行為によるもので、薬物注射による感染は 20%である。これに対して、非先住民族の薬物注射による感染は 3%に過ぎない。先住民族の女性 HIV 感染者の 3 分の 1 が、安全でない薬物注射を行ったことによって HIV に感染した（HIV 疫学および臨床研究センター、2005）。

オーストラリアでは抗 HIV 治療へのアクセスが広く保障されており、HIV 感染者の半数以上が治療を受けている。この結果、エイズと診断されてからの平均寿命は、1995年以前には 17 ヶ月だったが、2001年には 45 ヶ月になった（HIV 疫学および臨床研究センター、2005）。

ニュージーランドの流行は比較的、小規模である。しかし、近年、新規報告数が 2 倍になり、1999年には 80 人未満だったが、2004年には 157 人になった。男性間のセックスによる感染が新たな感染の約半数を占めている。また、オーストラリアと同様、2004年に異性間のセックスで感染した人々の 90%以上が、国外での感染だった（保健省、2005）。エイズによる死亡者数は 1990 年半ばから減少を続けており、これはおもに抗 HIV 治療へのアクセスの拡大によるものである。1990年にエイズと診断された 68 人のうち、4 年後に生存していたのは 7%に過ぎなかったが、2000年にエイズと診断された 22 人のうち、2004年末に生存していたのは 77%だった。これは北米や西欧諸国で見られる現象と同様のものである。

HIV 感染レベルは、その他のオセアニア地域では非常に低く、報告された感染者数が 150 人を越えているのは、ニューカレドニア（246 人）、グアム（173 人）、フランス領ポリネシア（220 人）、フィジー（171 人）のみである（太平洋共同体事務局(SPC)、2005）。これらのデータは限られた HIV 動向調査を基にしている。

太平洋諸島のなかにも性感染症の高い感染レベルが報告されている地域があるのを考えると、現状に甘んじていられる国や地域はひとつもない。バヌアツの首都ポートヴィラでは、妊婦の性感染症の陽性率が、淋病で 6%、梅毒で 13%、クラミジアが 20%だった。サモアではさらに深刻で、首都アピアで産科に通う妊婦の 43%が少なくともひとつの性感染症に感染していた。2003年に行われた調査によると、東チモールのディリでは、セックスワーカーの 4 分の 1 が淋病および（あるいは）クラミジアに感染しており、60%がヘルペスウイルス（HSV2）に感染していることがわかった。タクシー運転手と MSM では、29%が HSV2 に感染していた（ピサニおよびディリ・STI 調査チーム、2004）。

地図

世界の推計総数、2005年末現在
HIV感染者(成人・子供)推計総数、2005年末現在
2005年における新規HIV感染者(成人・子供)推計総数
2005年におけるAIDSによる死亡者(成人・子供)推計総数

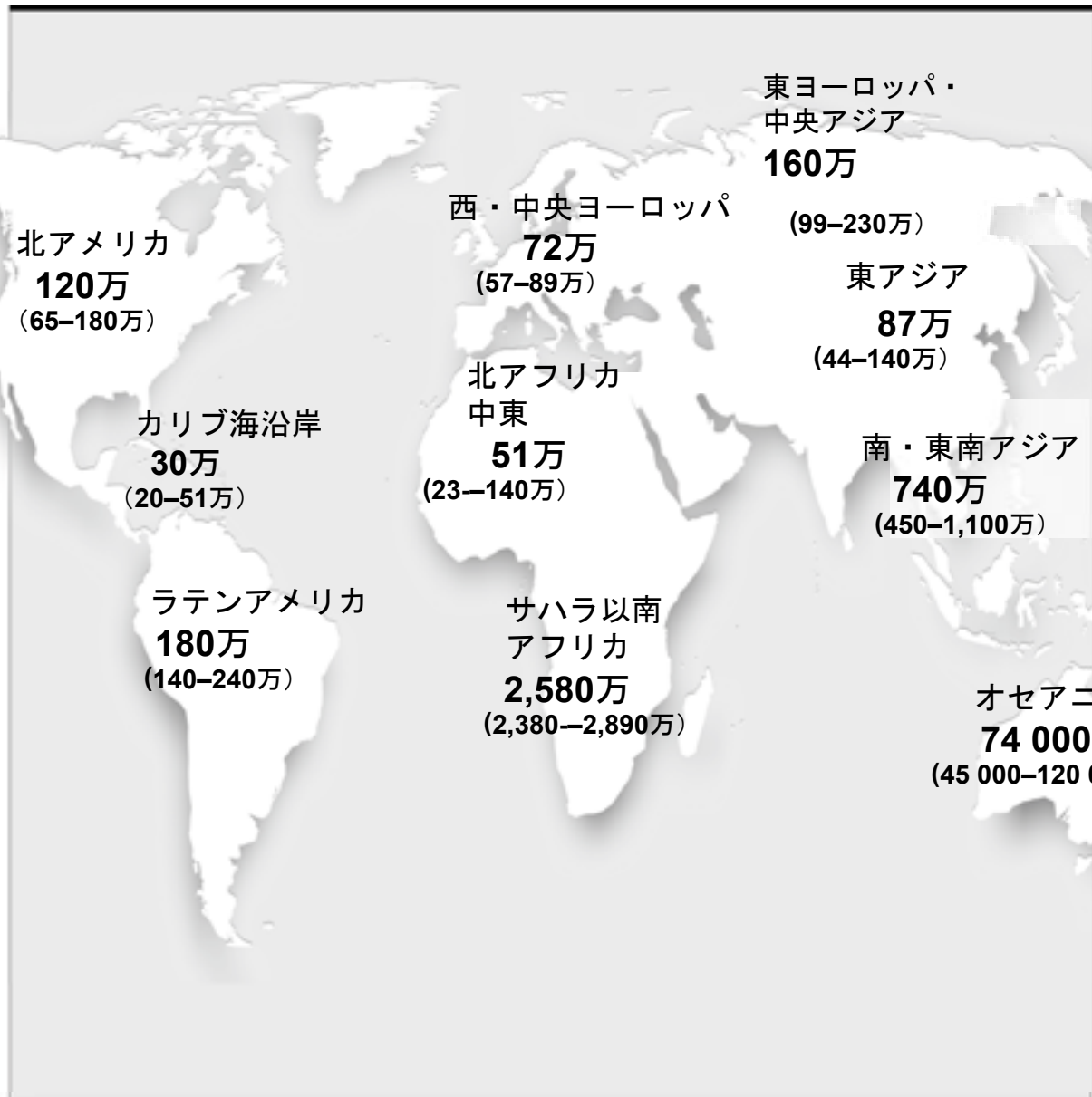
世界の推計総数（成人・子供） 2005年末現在



HIV感染者数	4,030万人 (3,670–4,530万人)
2005年の新規HIV感染者数	490万人 (430–660万人)
2005年のAIDSによる死亡者数.....	310万人 (280–360万人)

推計値の右側の（ ）内の範囲に実際の数値が存在する。
推計値・範囲は入手可能な最良の情報を基にして算出されている。

HIV感染者(成人・子供)推計総数 2005年末現在



合計: 4,030 (3,670-4,530) 万人



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNAIDS
UNHCR · UNICEF · WFP · UNDP · UNFPA
UNGODC · ILO · UNESCO · WHO · WORLD BANK

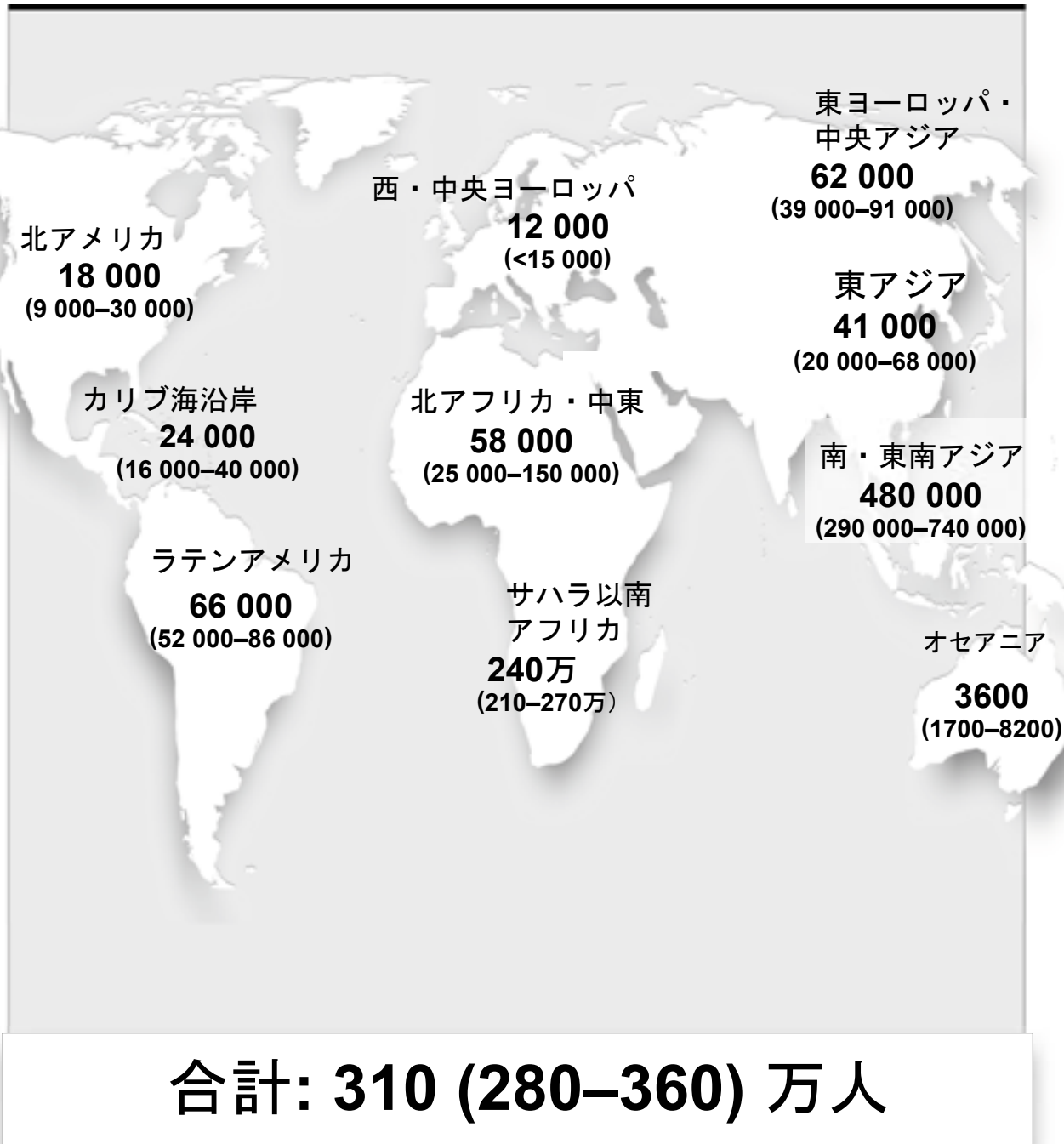


World Health
Organization

2005年における 新規HIV感染者(成人・子供)推計総数



2005年における AIDSによる死亡者(成人・子供)推計総数



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNAIDS
UNHCR · UNICEF · WFP · UNDP · UNFPA
UNGC · ILO · UNESCO · WHO · WORLD BANK



World Health
Organization

BIBLIOGRAPHY

INTENSIFYING PREVENTION

- Auvert B et al. (2001). Male circumcision and HIV infection in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15(Supplement 4): S31-S40
- H□ lake-island communities in Mwanza region, Tanzania. International Conference on AIDS, 12;109
- International HIV/AIDS Alliance (2003) Positive Prevention: Prevention strategies for people living with HIV/AIDS. Brighton.
- Jordan-Harder B. et al.,(2004) Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18(2):287-294.
- Salomon JA, Hogan DR, Stover J, et al., (2005) Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact. *PLoS Med* 2: e16
- Maman S et al. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 50:459–78
- McFarland W et al. (1999). Prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection among male Zimbabwean factory workers. *Journal of Infectious Diseases*, 180(5):1459-65, cited in Pisani (2003).
- Meehan A et al.(2004). Prevalence and risk factors for HIV in Zimbabwean and South African women. XV International AIDS Conference. Abstract MoPeC3468 Bangkok. 11–16 July.
- Montano et al. (2005) Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America JAIDS 40:1
- Ministry of Health Uganda (2005). Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004-05: Preliminary Report. Ministry of Health. Kampala
- Mpiima et al., (2003). *Increased demand for VCT services driven by introduction of HAART in Masaka District, Uganda*. Poster presentation to the Second IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris, 13–17 July, cited in UNAIDS (2004a).
- Mwaluko G et al., (2003) Trends in HIV and sexual behaviour in a longitudinal study in a rural population in Tanzania 1994–2000. *AIDS*, 17(18):2645-2651.
- Myer L et al. (2005). Bacterial vaginosis and susceptibility to HIV infection in South African women: a nested case-control study. *Journal of Infectious Diseases*, 192
- Population Council Horizons Program (2001) HIV voluntary counselling and testing among youth ages 14 to 21. Washington DC.
- Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). *National Survey of HIV and Sexual Behaviour among Young South Africans*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Salomon JA, Hogan DR, Stover J, Stanecki KA, Walker N, et al. (2005) Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact. *PLoS Med* 2: e16
- Stolte IG et al (2002) *A summary report from Amsterdam: increase in sexually transmitted diseases and risky sexual behaviour among homosexual men in relation to the introduction of new anti-HIV drugs*. *Euro Surveill* 2002;7(2):19–22
- Walker N et al. (2004) Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *Lancet* 363: 2180–2185
- UNAIDS (2004) *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva.
- UNAIDS (2004a) *AIDS epidemic update 2004*. Geneva
- UNAIDS (2005) *Intensifying HIV Prevention Policy Position Paper*. Geneva.
- UNAIDS, UNFPA, WHO (2004) *Position Statement on condoms and HIV prevention*, Geneva.
- USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and Policy Project. Coverage of Selected Services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003, Washington DC, Policy Project, 2004
- WHO (2003) *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa: case study*. Geneva.
- WHO (2005) *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva.
- WHO (2005a) *World Health Report 2005*. Geneva.

SUB-SAHARAN AFRICA

- Asamoah-Odei E and Calleja T (2004). HIV prevalence trends in sub-Saharan Africa: an analysis of 5 years' ANC data. Slide presentation to the 'Evidence and causes of declines in HIV prevalence and incidence in countries with generalised epidemics' workshop. Harare, Zimbabwe, 15-17 November. Sponsored by UNAIDS, WHO, CDC and UNICEF.
- Baltazar G (2005). *HIV sentinel surveillance 2004*. Slide presentation. June. Ministry of Health Kenya.
- Binagwaho A et al. (2005). *Epidemiological developments regarding HIV/AIDS in Rwanda: 2005*. Briefing paper. CNLS, TRAC, UNAIDS. Kigali.
- Centre de recherche pour le Développement Humain et MEASURE DHS+ (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: Rapport Préliminaire*. CRDH, MEASURE DHS+. Dakar, Calverton.
- Cheluguet B, Marum L, and Stover J (2004). *Evidence of declining HIV prevalence and risk behaviour in Kenya*. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.

Cowan FM et al. (2005). *Evidence of a decline in incidence of HIV infection among young people in rural Zimbabwe*. Abstract MP-022. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.

Department of Health, South Africa (2005). *National HIV and syphilis antenatal sero-prevalence survey in South Africa 2004*. Department of Health. Pretoria.

Direction Générale de la Lutte contre le SIDA et al. (2005). *Enquête Nationale ANC Madagascar*. Direction Générale de la Lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé et Laboratoire National de Référence VIH/SIDA. Antananarivo.

Ekra A et al. (2004). Evidence for changes in sexual behaviour and HIV incidence in Cote d'Ivoire. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.

Federal Ministry of Health Ethiopia (2004). *AIDS in Ethiopia: 5th report*. June. Federal Ministry of Health, Disease Prevention and Control Department. Addis Ababa.

Federal Ministry of Health Nigeria (2004). 2003 National HIV sero-prevalence sentinel survey: Technical Report. Federal Ministry of Health. Abuja.

Gomes do Espirito Santo ME and Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342-344.

Grupo tematico VIH/SIDA Angola (2002). A luta a epidemia de VIH/SIDA como uma prioridade nacional. Presentacao 11 Dezembro. Ministerio da saude do Angola, UNAIDS. Luanda.

Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Submitted for publication)

Human Rights Watch (2005). *Clear the filth: Mass evictions and demolitions in Zimbabwe*. Briefing paper. September. Human Rights Watch. New York. Available at <http://www.hrw.org/background/africa/zimbabwe0905/>

Jordan-Harder B et al. (2004). Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18(2):287-294.

Kayirangwa E and Hanson J (2004). *Recent trends in HIV prevalence in Rwanda*. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.

Kintin FD et al. (2004). *Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses due sexe et leurs partenaires masculins a Ouagadougou, Burkina Faso*. Novembre. Conseil national de lutte contre le sida et les IST, CIDA, CCSID. Ouagadougou.

Mahomva A (2004). Trends in HIV prevalence and incidence and sexual behaviour. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.

Mbulaitye SM et al. (2002). Declining HIV-1 incidence and associated prevalence over 10 years in a rural population in south-west Uganda: a cohort study. *The Lancet*, 360. July 6.

Ministère de l'économie, des finances et du budget (2005). *Enquete Demographique et de Santé Madagascar 2003-2004*. Février. Institut National de la Statistique, ORC Macro. Antananarivo, Claverton, USA.

Ministère de la santé publique Burundi (2004). *Bulletin epidemiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2003*. Octobre. Ministère de la santé publique. Bujumbura.

Ministère de la santé publique Cameroon (2004). *EDSC-III 2004 Résultats Préliminaires*. Octobre. Institut national de la statistique, Ministère de la Santé publique, ORC Macro. Yaounde, Claverton, USA.

Ministère de la santé Mali (2004). *Surveillance epidemiologique du VIH au Mali de 1985 a 2004*. Ministère de la santé. Bamako.

Ministère de la santé et de la prévention médicale Senegal (2004). *Sénégal enquête démographique et de santé 2005 rapport préliminaire*. Juillet. Ministère de la santé et de la prevention médicale, Centre de Recherche pour le Développement Humain. MEASURE DHS+ ORC Macro. Dakar, Calverton U.S.A.

Ministère de la santé République du Congo (2004). *Evaluation de la séroprévalence des infections a VIH Rapport d'analyse provisoire*. Ministère de la Santé. Brazzaville.

Ministère de la santé Rwanda (2001). *Enquete demographique et de sante (EDSR-II)*. Septembre. Office national de la population, ORC Macro. Kigali, Calverton U.S.A.

Ministère de la santé Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Février. Ministère de la santé. Lomé.

Ministerio da saude do Angola (2004). Relatório preliminar do estudo de seroprevalência de VIH, sífilis e hepatite B, mulheres grávidas em consulta prenatal. Ministerio da saude. Luanda.

Ministry for Health and Child Welfare Zimbabwe, 2004 & 2005, forthcoming

Ministry of Health Eritrea (2004). HIV prevention impact in Eritrea: Results from the 2003 Round of HIV Sentinel Surveillance. Ministry of Health. Asmara.

Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. National AIDS and STI Control Programme (NAS COP), Ministry of Health. Nairobi.

Ministry of Health Mozambique (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data: 2004 round*. August. Ministry of Health. Maputo.

Ministry of Health Uganda (2005). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004-05: Preliminary Report*. Ministry of Health. Kampala.

- Ministry of Health Uganda (2003). *STD/HIV/AIDS surveillance report*. June. Ministry of Health. Kampala.
- Ministry of Health United Republic of Tanzania (2004). *Surveillance of HIV and Syphilis among Antenatal Clinic Enrollees 2003-2004*. Dar es Salaam.
- Ministry of Health and Population Malawi (2003). *HIV sentinel surveillance report 2003*. November. Lilongwe. Ministry of Health and Population.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Ministry of Health and Social Services. Windhoek.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho. (2005). *Report of the Sentinel HIV/Syphilis Survey 2005*. September. STI/HIV and AIDS Directorate, Ministry of Health & Social Welfare. Maseru.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho (2003). *2003 HIV sentinel survey report*. October. Ministry of Health and Social Welfare Lesotho. Maseru.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2005). *9th round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report*. March. Ministry of Health & Social Welfare Swaziland. Mbabane.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2002). *8th HIV sentinel serosurveillance report*. December. Ministry of Health & Social Welfare Swaziland. Mbabane.
- Monze M (2004). Evidence for declines in HIV incidence: Zambia. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, Resurgent Infections and Population Change in Africa*. Springer.
- Mundandi C et al. (2005). Sexual behaviour change, spatial mobility and stabilisation of the HIV epidemic in eastern Zimbabwe. Poster Exhibit 3495. 12 July. XV International AIDS Conference, Bangkok.
- National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2005). *Botswana AIDS Impact Survey II: Popular Report*. March. Republic of Botswana. Gaborone.
- National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2003). *Botswana 2003 second generation HIV/AIDS surveillance: Technical report*. December. Gaborone.
- National HIV/AIDS Council Zambia (2002). *ANC Sentinel surveillance of HIV/AIDS trends in Zambia, 1994-2002*. National HIV/AIDS Council, Sida, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Tropical Diseases Research Center. Lusaka.
- Nko S et al. (2004). Secretive females or swaggering males? An assessment of the quality of sexual partnership reporting in rural Tanzania. *Social Science & Medicine*, 59:299-310.
- Statistics SA (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997-2003*. Statistics SA. Pretoria.
- Reproductive Health Research Unit (2004). *HIV and Sexual Behaviour Among Young South Africans: A National Survey of 15-24 Year Olds*. April. Reproductive Health Research Unit, Johannesburg.
- Presidence du Faso (2005). Suivi de la declaration d'engagement sur le VIH/SIDAA (UNGASS): Cadre pour la presentation des reports pays—periode concernee Janvier-December 2004. Mars. Ouagadoudou.
- Seychelles Communicable Disease Control Unit (2005). *Epidemiological Bulletin Seychelles*. Ministry of Health, WHO. Victoria.
- Statistics SA (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997-2003*. Statistics SA. Pretoria.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva.
- UNAIDS/WHO (2004b). *2004 AIDS epidemic update*. Geneva.
- UNAIDS/WHO (2005). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on '3 by 5'*. UNAIDS/WHO. Geneva.
- UNICEF (2004). *Girls, HIV/AIDS and Education*. December. UNICEF. New York. Available at http://www.unicef.org/publications/index_25047.html
- Ward H, Walker N, and Ghys PD (2004). Methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections. *Sexually Transmitted Infections*, 80(Supplement 1). August.
- Wawer M et al. (2005). *Declines in HIV prevalence in Uganda: Not as simple as ABC*. Abstract 27 LB, 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, February 22-25, 2005. Boston U.S.A.
- WHO (2005). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients*. July. WHO. Somalia.

ASIA

-
- Altaf A et al. (2004). *Harm reduction among injection drug users in Karachi, Pakistan*. Paper presented at the XVth International HIV/AIDS Conference. July. Bangkok.
- Basu I et al. (2004). HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36(3):845-852.
- Buavirat A et al. (2003). Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study. *British Medical Journal*, 326(7384): 308.
- Buckingham R and Meister E (2003). Condom utilization among female sex workers in Thailand: Assessing the value of the health belief model. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(4):18-23.

- Center for Health Research & Ministry of Health (2002). *A study of injecting drug use behaviour in three cities: Surabaya, Jakarta and Bandung*. University of Indonesia.
- China Ministry of Health and UN Theme Group on HIV/AIDS (2003). *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China (2004)*. UN Theme Group on HIV/AIDS in China. Beijing.
- Choi KH et al. (2003). Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361:2125-26.
- Department of Health Myanmar (2005). Sentinel surveillance data for March-April 2004. AIDS Prevention and Control Project. Yangon.
- Department of Health Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March-April 2004. AIDS Prevention and Control Project. Yangon.
- Department of Health Philippines (2003). *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: The 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. Department of Health. Manila.
- Go VF et al. (2004). High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(3):314-319.
- Hien NT et al. (2004a). HIV/AIDS epidemics in Vietnam: Evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):137-154.
- Hien NT et al. (2004b). *Risk factors for HIV seropositivity among young heroin injecting drug users in Quang Ninh province, Viet Nam*. Submitted for publication.
- Huang M and Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):1001-09.
- Kaufman J and Jing J (2002). China and AIDS—the time to act is now. *Science*, 296:2339-40.
- Lertpiriyasuwat C et al. (2003). A survey of sexual risk behavior for HIV infection in Nakhonsawan, Thailand, 2001. *AIDS*, 17(13): 1969-76.
- Mateo RJ et al. (2003). *HIV/AIDS in the Philippines*. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):43-52.
- Ministry of Health and Family Welfare Bangladesh (2004). *HIV in Bangladesh: The present scenario*. November. Ministry of Health and Family Welfare. Dhaka.
- Ministry of Health Malaysia and WHO (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—Epidemiology in 2004: Malaysia*. Ministry of Health & WHO. Kuala Lumpur.
- Ministry of Health Pakistan, DfID, Family Health International (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high-risk groups in Lahore and Karachi, 2005*. Ministry of Health, Department for International Development, Family Health International. Karachi.
- Ministry of Health Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005-2010*. General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health. Hanoi.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Geneva.
- NACO (2004a). *Annual Report 2002-2003, 2003-2004*. Ministry of Health and Family Welfare. Delhi.
- NACO (2004b). *State-wise HIV prevalence (1998-2003)*. Ministry of Health and Family Welfare. Delhi.
- National Center for AIDS/STD Prevention and Control China (2003). *Information on HIV/AIDS prevention and control*. Beijing.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (NCHADS) (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: Trends Results, and Estimates*. Phnom Penh.
- Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: Summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):27-42.
- Ono-Kihara M et al. (2001). Sexual practices and the risk for HIV/STDs infection of youth in Japan. *Journal of the Japan Medical Association*, 126(9):1157-1160.
- Phimphachanh C and Sayabounthavong K (2004). The HIV/AIDS/STI situation in Lao People's Democratic Republic. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A): 91-99.
- Pisani E. (2003) *The Epidemiology of HIV at the Start of the 21st Century: Reviewing the Evidence*. Working Paper (September). UNICEF. New York.
- Poshyachinda V (2005). *Review of Thailand's situation: Drugs and HIV. Slide presentation*. June. Institute for Health Research, Chulalongkorn University. Bangkok.
- Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: Yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):119-136.
- Reza-Paul SRP et al. (2005). *An integrated behavioral and biological study among female sex workers in Mysore, India*. Abstract no. MP-106. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Disease Research, 10-13 July. Amsterdam.
- Riono P and Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):78-90.

- Saphonn V et al. (2005). Trends of HIV-1 seroincidence among HIV-1 sentinel surveillance groups in Cambodia, 1999-2002. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):587-592.
- Shah SA, Altaf A, Mujeeb SA, and Memon A (2004). An outbreak of HIV infection among injection drug users in a small town in Pakistan: potential for national implications. *International Journal of STD & AIDS*, 15(3):209-210.
- Solomon S et al. (2004). A review of the HIV epidemic in India. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):155-169.
- State Council AIDS Working Committee & UN Theme Group on HIV/AIDS (2004). *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China (2004)*. December. State Council AIDS Working Committee Office and the UN Theme Group on HIV/AIDS in China. Beijing.
- Thai Working Group on HIV/AIDS Projections (2001). *HIV/AIDS projections for Thailand: 2000-2020*. March. Bangkok.
- Thwe M (2004). HIV/AIDS education and prevention in Myanmar. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):170-177.
- Toole M et al. (2005). *Study of young men's sexual behaviour: Vientiane, Lao People's Democratic Republic, August-November*. Burnet Institute.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva.
- UNDP (2004). *Thailand's response to HIV/AIDS: progress and challenges*. Bangkok.
- Van Griensven F et al. (2005). Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 19(5):521-526.
- Viet Nam Ministry of Labour Invalids and Social Affairs (2001). *Report results of the survey on high risk factors of drug abuse among groups of female prostitutes in Vietnam*. UNDCP.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD Prevalence in Selected Sites in the Philippines*. Manila, Department of Health and Family Health International.
- Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: A systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270-280. May.
- Zhang K-L et al. (2004). Epidemiology of HIV and sexually transmitted infections in China. *Sexual Health*, 16:39-46.
- Zunyou W (2005). *Nationwide Scaling-up Harm Reduction – A Case Study from China*. Paper presented at 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific. 2 July. Kobe.

EASTERN EUROPE

- WHO EURO et al. (2004). *Preliminary results of the 2nd generation surveillance and prevalence of HIV in Moldova in 2003*. WHO EURO, Pasteur Institute in St. Petersburg, National Scientific-Practical Centre for Preventive Medicine. Republic of Moldova
- Aids Prevention Centre Latvia (2005). Statistics fact sheets. Riga. Available at <http://aids.gov.lv/?sadala=146>.
- Aitken C et al. (2002). The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street. *International Journal of Drug Policy*, 13:189-198
- Armenian National AIDS Center (2005). HIV/AIDS epidemic in the Republic of Armenia. Fact sheet. Yerevan. Available at <http://www.arm aids.am>.
- Balakireva O et al. (2003). *The Prospects for Development of HIV Prevention Programmes among Injecting Drug Users*. UNICEF, UNAIDS, Social Monitoring Centre. Kiev.
- Binagwaho A et al. (2005). *Epidemiological developments regarding HIV/AIDS in Rwanda: 2005*. Briefing paper. CNLS, TRAC, UNAIDS. Kigali.
- Blumenthal R et al. (1997). Impact of law enforcement on syringe exchange programmes: a look at Oakland and San Francisco. *Medical Anthropology*, 18:61-64.
- Bobrik A et al. (2005). Prison Health in Russia: The Larger Picture. *Journal of Public Health Policy*, 26:30-59.
- Booth RE et al. (2004). Predictors of Self-Reported HIV Infection Among Drug Injectors in Ukraine. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(1):82-88.
- Des Jarlais DC et al., (2002). HIV risk behaviour among participants of syringe exchange programmes in central/eastern Europe and Russia. *International Journal of Drug Policy*, 13:165-170.
- Eroshina K et al. (2005a). Cohort study on the effectiveness of Russian needle exchange programs. Handbook of the 16th Conference on the reduction of drug related harm. March. Belfast, Northern Ireland.
- EuroHIV (2005). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2004*, No. 71. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.
- Federal Service of the Russian Federation in Consumer Rights Protection and Human Welfare, 2005
- Field MG (2004). HIV and AIDS in the Former Soviet Bloc. *New England Journal of Medicine*, 315:117-120.
- Filatov A and Suharsky D (2002). Peculiarities of HIV infection among intravenous drug users in Mirninsk district, Yakut area. 4th European AIDS Conference, Vilnius, Lithuania.
- FOCUS-MEDIA Public Health and Social Development Foundation (2005). *Telephone survey carried out among Moscow residents aged 15-29 to investigate knowledge and beliefs and about HIV/AIDS and attitudes toward safe sex*. March. Moscow.
- Gibson DR, Flynn NM, and Perales D (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV sero-conversion among injecting drug users. *AIDS*, 15:1329-1341.

- Grund, J-P et al. (2005). *QUO VADIS? Role of Injecting Drug Users in the Development of the Epidemic of HIV-Infection in Ukraine* (Rus.). Ukrainian AIDS Centre. Kiev.
- Grund J-P et al. (2001). Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants. Presented at the 12th International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm. New Delhi.
- Health Protection Inspectorate Estonia (2005). HIV infections in Estonia fact sheet. Tallinn. Available at www.tervisekaitse.ee.
- Human Rights Watch (2005). Positively abandoned: Stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia. July. Human Rights Watch. New York. Available at <http://hrw.org/reports/2005/russia0605/>
- Kazakhstan AIDS Center, 2005
- Lithuanian AIDS Center (2005). Fact sheets. Vilnius. Available at <http://old.aids.lt>
- Lowndes, C. M. et al. (2002). *Female injection drug users who practice sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behaviour*. XIV International AIDS Conference. Abstract MoPeC3501. Barcelona.
- Ministry of Health Belarus (2005a). *HIV epidemic situation in the Republic of Belarus*. January. Ministry of Health. Minsk.
- Ministry of Health Belarus (2005b). *Modern methods of HIV sentinel surveillance in the Republic of Belarus: Report on the results of studies*. Ministry of Health. Minsk.
- Ministry of Health of Ukraine (2005). *Ukraine: National Report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS - Reporting Period: 2003-2004*
- Molotilov V et al. (2003). Rapid increase in HIV rates—Orel Oblast, Russian Federation, 1999-2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52:657-660.
- Pokrovskiy V, Federal AIDS Centre (2005). HIV/AIDS in Russia. Presentation to HIV/AIDS in the Russian Federation and Ukraine workshop, Geneva. January.
- Republican AIDS Centre (2004). *Results of 2003 Sentinel Epidemiological Surveillance for HIV among Sex Workers in Kazakhstan*. Almaty, Republican AIDS Centre.
- Republican AIDS Centre (2001). *Behavioural Survey among Injecting Drug Users in Nine Cities of Kazakhstan*. Almaty, Republican AIDS Centre.
- Rhodes T and Simic M (2005). Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331:220-223.
- Rhodes T et al. (2004a). Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation. *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*, 35(3):293-300.
- Rhodes T et al. (2004b). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15:1-16.
- Russian Federal AIDS Centre (2005).
- Shakarishvili A et al. (2005). Sex work, drug use, HIV infection and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *The Lancet*, 366:57-60.
- Shabolts AV, Verebochikin SV, Hoffman I, Raider R, Perbyu TZ, Kozlov, AP. (2004). 'Organisatsiya kogornogo issledovaniya I otsenka zarazhennosti I zarazhaemosti VICH sredi in'ektsionnikh narkopotrebiteli vSankt-Peterburge. [Cohort research and assessment of HIV infection rate and susceptibility to HIV infection among IDUs in St Petersburg]. *Russkii Zhurnal 'VICH/SPID I rodstvennie problemi'*. [Russian Journal: HIV/AIDS & related problems], 8(1): 20-28.
- Smolenskaya TT et. al. (2005). Sentinel Surveillance among Population Groups with Risk Behavior in North-West Russia. Personal communication.
- Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Abstract MP-025. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.
- Ukrainian AIDS Centre (2005a). HIV infection in Ukraine. *Information Bulletin*, 24. Kiev.
- Ukrainian AIDS Centre (2005b); *Epidemiological Surveillance of HIV-infection and Sexually-Transmitted Infections – as a Component of the System of Second Generation Epidemiological Surveillance of HIV-infection in Ukraine (Ukr.)*.
- UNODC (2005). *Illicit Drug Trends in the Russian Federation 2004*. UNODC Regional Office for Russia and Belarus. Moscow.
- UNAIDS/WHO (2005). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on '3 by 5'*. UNAIDS/WHO. Geneva.
- UN Resident Coordinator Office & Ministry of Foreign Affairs (2005). Millennium Development Goals in Kazakhstan—MDG 6: Combat HIV/AIDS and tuberculosis. Astana.
- USAID and Centers for Disease Control (1998). *HIV/AIDS strategy in Russia, 1998-2000*. USAID. Washington.
- Verebochkin SV et al. (2005). High prevalence of HIV infection among IDUs: No significant changes. *Russkii Zhurnal. SPID, Rak I obshchestvennoe zdorov'ye*, 9 (2). Presented at the 14th International Conference on AIDS, Cancer and Public Health. 23-27 May. St. Petersburg.
- World Health Organization (2005); WHO/Europe, Ukraine: estimations of treatment needs. http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20050419_1 .

CARIBBEAN

- Camara B and Zaidi I (2005). The future of the HIV/AIDS epidemic in the Caribbean. *CAREC Surveillance Report Supplement 1* (June).
- Camara B et al. (2003). The Caribbean HIV/AIDS epidemic epidemiological status / success stories: A summary. *CAREC Surveillance Report*, 23.
- CAREC/PAHO and Maxi Linder Foundation (2005a). *An HIV seroprevalence and behavioral study among commercial sex workers (CSW) in Suriname*. CAREC/PAHO. Paramaribo.
- CAREC/PAHO and Maxi Linder Foundation (2005b). *An HIV seroprevalence and behavioral study among men who have sex with men (MSM) in Suriname*. CAREC/PAHO. Paramaribo.
- Caribbean Epidemiology Centre, PAHO, WHO (2003). *Success stories in the fight against HIV/AIDS in the Caribbean—An update*. Port of Spain, CAREC. December.
- Caribbean Technical Expert Group (2004). *Strengthening the Caribbean Regional Response to the HIV Epidemic: Report of the Caribbean Technical Expert Group Meeting on HIV Prevention and Gender*. Drafting working document. 28-29 October. Jamaica.
- Del Prado R. et al. (1998). *AIDS and Behavior Change. A population survey, A KAPB survey and an HIV seroprevalence study in Paramaribo, Suriname*. Paramaribo.
- Department of Public Health The Bahamas (2004). *HIV Surveillance 1992-2003*. Nassau, Department of Public Health.
- Duke V et al. (2004). Seroprevalence of HIV, HSV-1 and HSV-2 among women in Tobago: A cord blood-based survey. *CAREC Surveillance Report*, 24(3). November
- Gaillard EM et al. (2004a). *Le VIH/SIDA en Haïti: Une raison d'espérer*. December. Policy Project.
- Gaillard EM et al. (2004b). Evidence for changes in sexual behavior and HIV incidence in Haiti. Slide presentation. 15-17 November. UNAIDS/WHO/UNICEF. Harare.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, and Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Supplement 1):S9-S25.
- Kumar A and Singh B (2004). Impact of the AIDS Prevention Program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. XV International AIDS Conference. Abstract ThPeC2782. Bangkok. 11-16 July.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population Haïti et al. (2004). *Etude de sero surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti 2003/2004*. Port-au-prince, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Juillet.
- Ministry of Health Jamaica (2004). *Jamaica HIV Sentinel Surveillance Serosurvey Report, 2004*. Division of Health Promotion and Protection, Ministry of Health. Jamaica.
- Monitoring the AIDS Pandemic (2003). *HIV infection and AIDS in the America*. MAP. Havana.
- PAHO (2005). Care fact sheets. Pan American Health Organization. Washington DC, USA.
- Palmer CJ et al. (2002). HIV Prevalence in a Gold Mining Camp in the Amazon Region, Guyana. *Emerging Infectious Diseases*, 8(3). March. Available at <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol8no3/01-0261.htm>.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005a). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. Marzo. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI/CONECTA. Santo Domingo.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005b). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica. Santo Domingo.
- St John MA et al., (2003). Efficacy of Nevirapine Administration on Mother-to-Child Transmission of HIV using a modified HIVNET 012 regimen. *West Indian Medical Journal*, 51 (Suppl 3):1-87.
- Susman E (2003). US could learn from Cuban AIDS policy. *AIDS*, 17:N7-8.
- Toro-Alfonso j and Varas- Diaz N (2004). *Vulnerabilidad y Riesgo de los HSH en la República Dominicana 2004*. FHI/ CONECTA. Santo Domingo.
- UNAIDS/WHO (2004). *AIDS epidemic update – December 2004*. UNAIDS/WHO. Geneva.
- Weiss HA et al. (2001). The epidemiology of HSV-2 infection in four urban African populations *AIDS*, (15)Supp 4:S97-108.

LATIN AMERICA

- Bautista CT et al. (2004). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:498-504.
- Carcamo C (2004). Informe de la consultaría sobre vigilancia epidemiológica a Bolivia. Briefing document. La Paz.
- CENSIDA (2003). Data from the National AIDS Cases Registry in Mexico. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Mexico City; cited in Magis-Rodriguez (2004).

- Chequer P (2005). Apresentação (Oral presentation to the IAS Rio Pathogenesis conference). *Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano I - No. 01-26 de 2004 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2004*. Marco. Ministerio da Saude do Brasil. Brasília.
- García R (2005). Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/Sida: Campaña mundial, prioridad nacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(8). (en prensa).
- García R et al. (2005). Reduction of mother-to-child transmission of HIV in Colombia: Two years of national experience, 2003-2005. Submitted for publication, July.
- Guanira J et al. (2004). Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6162. Bangkok. 11-16 July.
- Khalsa JH, Francis H, and Mazin R (2003). Bloodborne and Sexually Transmitted Infections in Drug Abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S331-7.
- Lambert M-L et al. (2005). Street youths are the only high-risk group for HIV in a low-prevalence South American country. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(4):240-242.
- Magis C et al. (2000). *La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas*. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Serie Ángulos del SIDA. México City.
- Magis-Rodríguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: An overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Supplement 4):S215-S226.
- Magis-Rodríguez C et al. (2002). People living with HIV estimate in Mexico. XIV International AIDS Conference. Abstract C10846. Barcelona. 7-12 July.
- Magis-Rodríguez C et al. (1997). Estudio sobre prácticas de riesgo de infección por VIH/SIDA en inyectores de drogas de la Cd. De Tijuana. *BC Revista Salud Fronteriza*, 2:31-14
- Marins JRP et al. (2003). Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17(11):1675-1682.
- Mejía A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogota, Colombia, 2002. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6251. Bangkok. 11-16 July.
- Minichielloa SN, Uribe CMP, Anaya L, and Bertozzia S (2002). The Mexican HIV/AIDS Surveillance System: 1986-2001. *AIDS*, 16(suppl 3):S13-17.
- Ministerio de Salud de Argentina (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Ministerio de Salud. Octubre. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de Ecuador (2005). *Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Ecuador*. Junio. Quito.
- Ministerio de salud de Peru (2005). *Sentinel surveillance report*. Ministerio de salud de Peru, Directorate of Epidemiology. Lima
- Ministerio de salud de Peru (2004). *Redes de intercambio sexual en la dinámica de transmisión poblacional del VIH según niveles de la epidemia*. Ministerio de salud. Lima.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de ITS/SIDA. Asociación "Entre Amigos", San Salvador, El Salvador (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en El Salvador*.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA (OASIS) Asociación de Salud Integral (ASI) Ciudad de Guatemala, Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala (EMC)*
- Ministry of Health & PAHO/WHO Bolivia (2003). *Document on the characterization of the HIV/AIDS epidemic in Bolivia*. Unpublished.
- Ministerio da Saude do Brasil (2005). *Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano I - No. 01-26 de 2004 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2004*. Marco. Ministerio da Saude. Brasília.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57-64.
- National AIDS Commission Chile (2003). *Epidemiological Surveillance Report, December 2003*. CONASIDA. Santiago
- National AIDS Program Paraguay (2005). *Epidemiological Surveillance Report*. April. Ministry of Health. Asunción.
- National AIDS Program Uruguay (2005). *Epidemiological Surveillance Report*. April. Ministry of Health. Montevideo.
- Osimani ML (2003). The Challenge of Implementation of Preventive Programs in a Developing Country: Experiences, Situations and Perspectives in Uruguay. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S422-6.
- PAHO (2005). Care fact sheets. Pan American Health Organization. Washington DC, USA.
- Pando de los A et al. (2003). HIV immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men from Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *International Journal of Epidemiology*, 32:735-740.
- Prieto F, Osorio A, and De Neira M (2004). Prevalencia de VIH en Población General Colombia 2003: VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003-2004. Primera Fase. *Información Quincenal Epidemiológica Nacional (Colombia)*, 9(23-24):362-376.
- Prieto F (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. *Información Quincenal Epidemiológica Nacional (Colombia)*, 8(22):355-366. Bogota.
- Secretaria de Salud de Honduras (2003). Estudio Multicéntrico Centroamericano de prevalencia de HIV/ITS y Comportamientos en Poblaciones específicas en Honduras. Enero. Departamento ITS/VIH/SIDA. Tegucigalpa.

- Segura M et al. (2005). *Cohort of Men who have Sex with Men: recruitment, retention and seroincidence of HIV and other sexually-transmitted infections*. Poster presentation to the IAS Pathogenesis conference 2005. Rio de Janeiro, Julio 2005.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. UNAIDS. Geneva
- UNAIDS/WHO (2004). *Epidemiological Fact Sheet: Various (2004 update)*. UNAIDS/WHO. Geneva. Available at <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en/>
- UNAIDS/WHO (2003). *AIDS epidemic update 2003*. Geneva, UNAIDS/WHO.
- Weissenbacher M et al. (2003). AIDS National Center of Reference, Argentina. High Seroprevalence of Bloodborne Viruses among Street – Recruited Injection Drug Users from Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5): S348-52

NORTH AMERICA, WESTERN AND CENTRAL EUROPE

- British Medical Association (2005). Sexually transmitted infections (STI): An update. Fact sheet. January. Available at <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/STIupd05~UK>.
- De la Fuente L et al. (2003). Lessons from the history of the human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clinical Infectious Diseases*, 37(suppl 5):S410-5.
- Dodds JP (2005). *HIV prevalence and sexual behaviour in community samples of men who have sex with men in Brighton, Manchester and London*. Abstract no. MP-100. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.
- Dougan S et al. (2005). HIV infections acquired through heterosexual intercourse in the United Kingdom: findings from national surveillance. *British Medical Journal*, 330:1304-1305. 4 June.
- Elford J et al. (2005a). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Abstract no. MP-096. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.
- Elford J et al. (2005b). *Does the recent increase in new HIV diagnoses among men who have sex with men in the United Kingdom reflect a rise in HIV incidence?*. Abstract no. MP-039. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.
- Elford J et al. (2004). Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sexually Transmitted Infections*, 80:451-454.
- EuroHIV (2005). *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004* (No 71). Insitut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.
- Gambotti L and the acute hepatitis C collaborating group (2005). Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004. *Eurosurveillance*, 10(4-6), Apr-June.
- Giuliani M et al. (2005). Increased HIV incidence among men who have sex with men in Rome. *AIDS*, 19(13):1429-1431.
- Glynn M, Rhodes P (2005). *Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003*. Abstract No. 595. National HIV Prevention Conference. June. Atlanta, USA.
- Hamers FF and Downs AM (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364:83-94.
- Leone P et al. (2005). HIV transmission among black women – North Carolina, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(4):89-94. 4 February. Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5404a2.htm>.
- Lot F et al. (2004). Preliminary results from the new HIV surveillance system in France. *Eurosurveillance*, 9(4).
- McKnight CA (2005). Update: Syringe exchange programs, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(27):673-676. 15 July. Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5427a1.htm>.
- McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. XV International AIDS Conference. Abstract TuOrD1220. Bangkok. 11-16 July
- McQuillan G, Kottiri B, and Kruszon-Moran D (2005). The Prevalence of HIV in the United States Household Population: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1988-2002. Abstract 166LB. 12th International Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 22-25 February. Boston, USA.
- Mazick A et al. (2005). Hepatitis A outbreak among MSM linked to casual sex and gay saunas in Copenhagen, Denmark. *Eurosurveillance*, 10(4-6), Apr-June.
- Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829-837.
- Murphy G et al. (2004). HIV incidence appears constant in men who have sex with men despite widespread use of effective antiretroviral therapy. *AIDS*, 18(2):265-272.
- National AIDS Centre (2005). *HIV and AIDS in Poland: From the beginning of the epidemic in 1985 till the end of 2004*. Slide presentation. Warsaw.
- Prabhu R et al. (2004). The bisexual bridge revisited: sexual risk behaviour among men who have sex with men and women, San Francisco, 1998-2003. *AIDS*, 18(11):1604-1606.
- Public Health Agency of Canada (2005). *HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to December 31, 2004*. Surveillance and Risk Assessment Division, Public Health Agency of Canada. Ottawa. Available at <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac1204/index.html>
- Robert Koch Institut (2005). HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht I/2005. *Epidemiologisches Bulletin*, 30. September. Available at <http://www.rki.de/>

- UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2004). *Focus on Prevention. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003*. November. Health Protection Agency Centre for Infections. London.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2005). HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men—five U.S. cities, June 2004–April 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(24):597-601.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2004a). *HIV/AIDS Surveillance Report*, 15. Centres for Disease Control and Prevention. Atlanta, U.S.A. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm>
- US Centers for Disease Control and Prevention (2004b). HIV/AIDS Among African Americans. Fact Sheet. US centres for Disease Control and Prevention. Atlanta, U.S.A. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/afam.htm>
- Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15- to 29-year-old men who have sex with men in 7 US cities. XV International AIDS Conference. Abstract ThOrC1367. Bangkok. 11-16 July
- Vall Mayns M et al. (2004). Outbreaks of infectious syphilis and other STIs in men who have sex with men in Barcelona, 2002-2003. *Eurosurveillance*, 9(4):60.
- Van de Laar M and Op de Coul ELM (2004). Increase in STIs in the Netherlands slowed in 2003. *Eurosurveillance*, 9(4).
- Walensky RP et al. (2005). 2 Million years of lives saved: The survival benefits of AIDS therapy in the United States. Abstract 143LB. Presented at the 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 22-25 February. Boston, MA, USA.

MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA

- Abdulrahman A et al. (2004). Mode of transmission of HIV-1 in Saudi Arabia. *AIDS*, 18(10):1478-1480.
- El-Rahman A (2004). Risky behaviours for HIV/AIDS infection among a sample of homosexuals in Cairo city, Egypt. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6146. Bangkok. 11-16 July.
- Fares E et al. (2004). Epidemiological surveillance of HIV/AIDS in Algeria, North Africa, based on the sentinel sero-surveillance survey. XV International AIDS Conference. Abstract C10572. Bangkok. 11-16 July.
- Institut de Formation Paramédicale de Parnet (2004). Rapport de la réunion d'évaluation a mis-parcours de l'enquête de sero-surveillance du VIH. 9 Juin.
- Jenkins C and Robalino D (2003). *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The cost of Inaction*. World Bank. Washington.
- Ministry of Health Sudan (2005). *Annual report*. Sudan National HIV/AIDS Surveillance Unit. Khartoum.
- Razzaghi E et al. (1999). *Rapid Situation Assessment of Drug Abuse in Iran*. Ministry of Health and United Nations International Drug Control Program. Tehran; cited in Zamani S et al. (2005).
- Sammud A (2005). *HIV in Libya*. August. Ministry of Health. Tripoli.
- Sudan National AIDS Control Program (2004a). *Antenatal situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- Sudan National AIDS Control Program (2004b). *Sex sellers situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- Sudan National AIDS Control Program (2004c). *Internally Displaced People situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- Sudan National AIDS Control Program (2004d). *University Students situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- UNAIDS/WHO (2004). *AIDS epidemic update December 2004*. Geneva
- WHO/EMRO (2005). *Progress Report on HIV/AIDS and '3 by 5'*. July. WHO, . Cairo.
- Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709-716.

OCEANIA

- Ministry of Health New Zealand (2005). *AIDS-New Zealand* (Issue 55). February.
- National AIDS Council & National Department of Health PNG (2004). *The report of the 2004 national consensus workshop of Papua New Guinea*. Port Moresby.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual Surveillance Report 2005*. National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Sydney. Available at <http://www.med.unsw.edu.au/nchechr>.
- Pisani E and Dili STI survey team (2004). *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action*. Family Health International. Dili, East Timor.
- Secretariat of the Pacific Community, AIDS Section (2005). *Spread of HIV in the Pacific region—1984 to 2004*. Briefing paper. June.
- Sullivan EA et al. (2004). HIV, Hepatitis B and other sexually transmitted infections and associated risk behaviours in Pacific-island seafarers, Kiribati. XV International AIDS Conference. Abstract ThP2C735. Bangkok. 11-16 July.

UNAIDS/WHO推計値に関する解説

本文書中に記載されているUNAIDS/WHO推計値は、世界各国のHIV流行拡大に関する最新の入手可能な情報に基づいています。しかしながらこの情報は暫定的なものです。UNAIDS/WHOは、各国の国家エイズプログラムおよび調査研究機関の専門家と協同して、流行拡大に関する新たな知識が入手され次第、より改善された推計値算出方法を用いて、定期的に推計値を改訂・更新しています。このような状況と今後の知識・算出方法等の進歩を鑑みれば現時点での推計値は、過去の推計値、および、今後発表される推計値と単純に比較できるものではありません。

グラフ・表に使用されている推計値・データは、端数を繰り上げた数値を利用しています。しかしながら、率(パーセント)・地域合計を算定する際は、端数を繰り上げない数値で計算しています。したがって、全世界合計値と、各地域合計値の総計との間に若干の食い違いがあります。

UNAIDS/WHOは、各国・協力機関・専門家と今後も情報資料収集のために協働を続けていきます。この協働の目的は、可能な限り最良の推計値を公表することです。この推計値は、各国政府・NGO・その他の団体および個人が、流行拡大の現状を把握する際に、および予防・ケアに関する多大な努力の効果を評価する際に有用なものです。

「HIV/AIDS 最新情報 (AIDS epidemic update)」年報は、世界の HIV/AIDS 流行拡大の最新の進行状況の報告です。2005 年版は地図・地域概要とともに、流行拡大の影響の範囲と人的犠牲の程度に関する最新の評価を提供し、流行拡大の展開状況の新しい様々な傾向を探究しています。さらに HIV 予防 についての特別考察を特徴としています。

エイズ予防情報ネット (<http://api-net.jfap.or.jp/>) の予防関連資料室

コーナーから、この日本語版をダウンロードできます。

©財団法人エイズ予防財団 2005

日本語版と英語原版との間に翻訳内容上の食い違いがある場合は、英語原版の内容を正当とします。また日本語版の利用により生じうるいかなる損害についても、財団法人エイズ予防財団は責任を一切負いません。

非商業的利用に限り、この日本語版は自由に使用(一部および全部)できます。その際は出典 (UNAIDS/WHO) を明記してください。また、日本語版を使用したものの1部を、見本として、当財団まで送付してください。

財団法人エイズ予防財団

国際協力部

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-23-11 寺山/パシフィックビル 4 階
電話: 03-3592-1181 ファックス: 03-3592-1182 <http://www.jfap.or.jp>

www.unaids.org

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org — Internet: <http://www.unaids.org>