



サハラ以南アフリカ

2006年、世界全体の HIV 感染者のほぼ 3 分の 2 [63%]、数にして 2,470 万人 [2,180 万–2,770 万人] がサハラ以南のアフリカで生きている。2006 年には推定 280 万人 [240 万–320 万人] の子どもと大人が HIV に新たに感染し、この数はサハラ以南のアフリカ以外の地域を合わせた新規感染者の合計よりも多い。また、サハラ以南のアフリカでエイズにより命を落とした人々の数は 210 万人 [180 万–240 万人] であり、これは世界全体のエイズによる死亡者の 72% を占める。地域全体を見ると、エイズによってもたらされる苦しみを背負っているのは女性である。それは単に女性のほうが男性よりも HIV に感染しやすいということではなく、ほとんどの国で HIV に感染した人々にケアを提供しているのは女性なのである。

*サハラ以南のアフリカでは、女性が男性よりも HIV に感染しやすく、
HIV に感染した人々にケアを提供するのも女性であることが多い。*

サハラ以南のアフリカでも、エイズの流行の勢いが衰えを見せているというエビデンスが見られるものの、流行の傾向には変化のない国がほとんどである。要するに、これは状況が均衡していることを反映している。つまり、新たに HIV に感染する人とエイズによって亡くなる人の数が釣り合っているのである。

サハラ以南のアフリカでは抗 HIV 薬治療（以下、ART）の拡大が目覚ましい。2006 年 6 月の時点で、100 万人 [93 万–115 万人] が ART を受けており、2003 年 12 月以降、その数は 10 倍になった (WHO/UNAIDS、2006)。特に、ボツワナ、ケニア、マラウイ、ナミビア、ルワンダ、南アフリカ共和国、ウガンダ、ザンビアなどの国で、規模拡大への努力が積極的に行われている。

しかしながら、この地域の ART のニーズは非常に大きく、ART を必要としている 430 万 [400 万–540 万人] のうち、ART を受けられるのは 4 分の 1 (23%) にも満たない (WHO/UNAIDS、2006)。

南部アフリカ地域

南部アフリカ地域は現在、世界で最も HIV 感染者が多い地域である。世界中の HIV 感染者の 32% がこの地域に住んでおり、エイズによる死亡者では世界中の合計の 34% を占める。

南部アフリカ地域で、唯一、大人の陽性率が下がった国はジンバブエで、HIV 陽性率だけでなく、感染率も低下した（UNAIDS, 2005）。妊産婦検診医のデータでは、妊婦の HIV 感染率は 2000 年代初頭の 30–32% から、2004 年には 24% となった。首都のハラレでは、妊婦の陽性率は 1996 年に 36% と最も高くなり、2004 年半ばには約 21% にまで下がった（Mahomva et al., 2006; Hargrove et al., 2005; Mugurungi et al., 2005）。しかし、一貫性のないデータもあり、内容に偏向があることから、HIV 陽性率の低下は妊産婦検診医で集められたデータが示すほど大幅なものではない可能性もある（UNAIDS, 2005）。一方、マニカランドの地方部でも性行動に変化があったというエビデンスとともに、HIV 陽性率の低下傾向が見られた（Gregson et al., 2006）。このような陽性率の低下は、さまざまな要素が絡んだ結果だと思われる。これらの要素として、不特定の相手とのセックスが減り、コンドームの使用が増加したこと、そして初めてセックスをする年齢が高くなったことなどが挙げられる（Mahomva et al., 2006; UNAIDS, 2005）。例えば、2001 年から 2003 年までの間にマニカランドでは、不特定の相手と最近セックスをしたと答えたのは 1998 年から 2000 年に調査を行ったときにイエスと答えた男性の数と比較すると、ほぼ半数（49%）に留まった。女性では、不特定の相手とのセックスで常にコンドームを使用すると答えた人の割合は 26% から 37% に増えた。ただ、男性のコンドーム使用に関しては変化がない（Gregson et al., 2006）。エイズへの意識が高まったことや、保健インフラが拡大したこと、エイズによる死亡に対する不安が高まったことなどが絡み合った結果、このような行動変容を促したと言える。加えて、高い死亡率それ自体も HIV 陽性率低下の原因の一つである。

とはいってもやはり、ジンバブエでは大人のほぼ 5 人に 1 人（20.1% [13.3%–27.6%]；UNAIDS, 2006）が HIV とともに生きており、世界で HIV の流行が最も深刻であることには変わりない。ジンバブエの女性の平均余命は現在、世界で最も低い 34 歳、男性では 37 歳となっている（WHO, 2006）。食糧不足、貧困、強制移住、旱魃などにより、何千万人もの人々が生存のための移住を余儀なくされた。このような大きな変化が HIV 感染の傾向にどのような影響をもたらすのかはまだ明らかではないが、おそらくその影響は深刻であると思われる。事実、ジンバブエの経済危機は ART プログラムにすでに深刻な打撃を与えている。

ジンバブエにおける HIV 陽性率の低下は、1990 年代半ばの行動変容とも関連がある。

南アフリカでは 2005 年、550 万人 [490 万–610 万人]（UNAIDS, 2006）が HIV とともに生きており、そのうち、24 万人 [9 万 3 千–50 万人] が 15 歳未満の子どもである（UNAIDS, 2006）^(注2)。全国の妊産婦検診医サーベイランス・システムで集められたデータから、HIV 陽性率はまだ頭打ちにはなっていないことがわかる。（注2 このレポートにおける HIV 感染者数は 2005 年のものである。）

最新のデータは、公立の妊産婦検診医に通う妊婦の HIV 感染レベルが全国的に上昇し続けていることを示している。1999 年には 22.4% であった陽性率は、2005 年には 32% 上昇し、30.2% となっている（図 3 参照）（Department of Health South Africa, 2006）。しかしながら、若者の HIV 陽性率には変化がない。妊婦のサーベイランスから推定される 15–24 歳の妊婦の陽性率は 2000 年以降、変化がなく、15–19 歳の妊婦では 14–16%、20–24 歳では 28–31% となっている（Department of Health South Africa, 2006）。

産科診療所に通う妊婦の年齢別HIV陽性率
(南アフリカ共和国、2000—2005年)

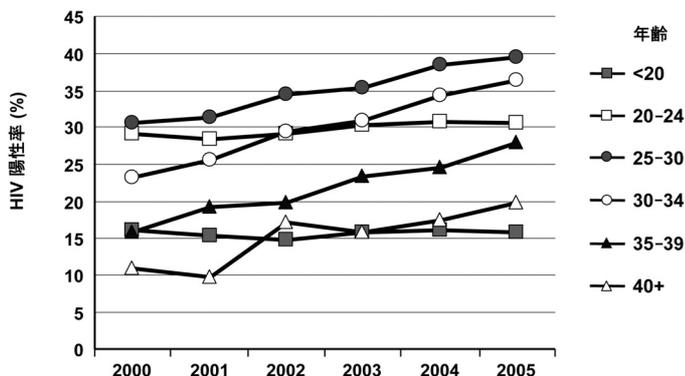


図 3

Source: Department of Health (2006, National HIV and Syphilis Prevalence Survey South Africa; 2003, National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa)

その他のサハラ以南のアフリカと同様、南アフリカでもエイズの流行の影響をより受けているのは女性である。15–24歳の女性は、同じ年齢層の男性より4倍もHIVに感染しやすい。2005年、この年齢層の女性の陽性率が17%であるのに対して、同世代の男性の陽性率は4.4%である(Shisana et al., 2005)。2003年に行われた15–24歳を対象とした全国調査でも同様の感染レベルが見られ、女性の陽性率が15.5%、男性は4.8%だった(Pettifor et al., 2004)。2005年の全国HIV世帯調査では、30–34歳の3人に1人がHIVに感染しているという結果が出たのに対して、30–39歳の男性のHIV感染者は4人に1人。また、50歳以上の男性の感染率が10%以上と高いこともこの調査で明らかになった(Shisana et al., 2005)。

サハラ以南のアフリカのなかでは少し遅れてHIVの流行をみた南アフリカだが、現在はエイズでの死者が増え続けるという段階にきている。最新の公式の死亡者データによれば、南アフリカ全体の(すべての原因による)総死亡者数は1997年から2004年にかけて、316,505人から567,488人と79%までに上昇している(Statistics South Africa, 2006)。1997年から2004年の間に、25–34歳の女性の病死による死亡率は5倍、30–44歳の男性では2倍以上になっている。死亡率の上昇傾向の大きな要因はエイズの流行によるものである(Anderson and Phillips, 2006; Actuarial Society of South Africa, 2005; Medical Research Council, 2005; Bradshaw et al., 2004; Dorrington et al., 2001)。また、死亡者の増加によって平均余命が3つの州(東ケープ州、自由州、クワズールー・ナタル州)で50歳以下になっている(Actuarial Society of South Africa, 2005)。

1997年から2004年の間に、25–34歳の女性の病死による死亡率は5倍、
30–44歳の男性では2倍以上になっている。

しかしながら、南アフリカの多数の人々は、自分にHIV感染のリスクがあると考えていない。2005年の世帯調査のなかで、初めてHIV検査を受けた人のうち13%がHIV陽性だった。それまで、ほとんどの人々がHIV検査を受けることを拒否していた。自分にはHIV感染のリスクがないと思っていたからである。HIV感染がわかった回答者の半数は、自分がHIVに感染するリスクにさらされているとは考えていなかった(Shisana et al., 2005)。南アフリカではおよそ200万人が自分のHIV感染を知らず、感染す

る危険もないと考えている。つまり、他の人に HIV を感染させてしまう可能性があるということに気づいていない。HIV 検査の受検率が上がらないなかで、HIV 感染者は症状が出たときに初めて、自分の感染を知ることになり、ART の恩恵を十分に受けられなくなってしまう。

スワジランドの大人の陽性率は現在、33.4% [21.2%–43.5%] と世界で最も高い。レソトと同様（図 4 参照）、スワジランドでも若い女性の多くが 10 代の後半までセックスをしないようである。ある調査によれば、中等学校的女子生徒のほぼ 3 人に 2 人 (66%) がまだセックスの経験がないと答えている (Buseh, 2004)。しかし、若い女性は性的に活発になったとたんに HIV 感染のリスクが非常に高くなる。妊産婦検診医に通う若い女性 (15–24 歳) の HIV 陽性率は全国平均で 39%、マンジニ州では 43%である (Ministry of Health and Social Welfare Swaziland, 2005)。

大人の HIV 感染率が高いのは、ボツワナ、レソト、そしてナミビア (20%–24%) である。2005 年、ナミビアでは、推定 23 万人 [11 万–36 万人] が HIV とともに生きている。2005 年の成人の HIV 陽性率の全国平均は推定 19.6% [8.6%–31.7%] である (UNAIDS, 2006)。なかでも、北東部のカプリビ (妊婦の陽性率が 43%)、中央部のエロンゴ (HIV 陽性率が 27%)、北部のオシャマ (陽性率が 25%) が最も流行が深刻な地域である (Ministry of Health and Social Service Namibia, 2004)。HIV の母子感染の削減を目的としたプログラムによって、2005 年には 16% の HIV 陽性の妊婦が抗 HIV 薬の予防投与を受けており、これは 2 年前の調査結果ではその割合が 0.1% だったことを考えると大きな進歩である (Ministry of Health and Social Services Namibia, 2005)。

最近の地域住民をベースにした調査およびその他の HIV 感染のデータをみると、ボツワナのエイズ流行のより正確な全体像が見える。ボツワナは現在も陽性率が世界で最も高い国の一つである。妊婦の HIV 陽性率は、2001 年の 36% から 2005 年の 33% とやや低下傾向にある。この傾向は特に 15–24 歳の妊婦に顕著で、流行の勢いが弱まっていることを示唆している。とはいえ、2005 年、29–39 歳の妊婦の少なくとも 40% が HIV に感染しており、30–34 歳ではその割合は 2 人に 1 人である。30–34 歳の年齢層では、HIV 感染レベルの上昇傾向はまだ続いている (Seipone, 2006)。

推計成人 (15 歳以上) 新規感染者数及び AIDS 関連死亡者数と
推計成人 (15–49 歳) 陽性率 (レソト、1990–2005 年)

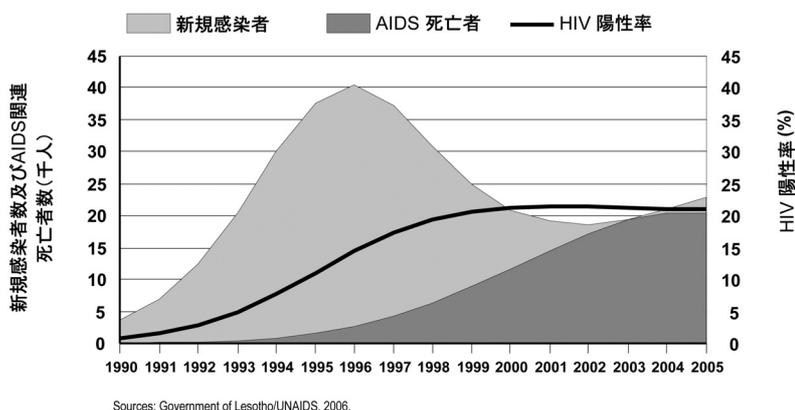


図 4

薬剤全般に耐性を持つ「超」薬剤耐性結核の出現

2005年の初めに、超薬剤耐性結核（Extensively Drug-Resistant Tuberculosis、以下 XDR-TB）が、クワズールー・ナタル州で発見され、南アフリカにおける HIV と結核の死に至る重複感染が注目された。南アフリカの結核患者の 60% が HIV にも感染している。

2005年1月から2006年3月の間に、クワズールー・ナタル州の公立病院で XDR-TB と診断された 53 人のうち、44 人が HIV 検査を受けたが、全員が HIV 陽性と診断されている。死亡率は非常に高く、52 人が初めて痰の検査を行ってから平均 1 ヶ月以内に死亡している。2006年10月初めまでに、XDR-TB はクワズールー州の 33 の医療機関で見つかった（Medical Research Council, WHO, CDC, 2006）。

結核の薬剤耐性は、主に不適切な結核の管理や、標準的な結核治療の投薬に対する患者や臨床医のアドヒアランスが低いこと、質の悪い薬や不適切な薬の供給などが原因である。HIV 感染者は、感染症にかかりやすく、活動性結核の進行が早まることから、特に薬剤耐性の結核にかかりやすい。

XDR-TB の出現は、HIV 感染者の迅速な結核診断と効果的な結核治療を直ちに保障し、薬剤耐性の発生とその広がりを防ぐ必要性を浮き彫りにした。結核菌の培養と薬剤感受性テストへのアクセスを改善し、HIV ケアを提供する医療機関に効果的な感染管理を導入して、結核の広がりを防がなければならない。

しかし、この問題はサハラ以南のアフリカ特有のものではない。2006年3月、WHO と米国疾病対策センター（以下、CDC）は世界 25 の試験機関で培養された結核菌の 2% が超薬剤耐性結核の範疇に入るものであり、超薬剤耐性結核は世界中に存在すると結論付けた（CDC and WHO, 2006）。結核菌の培養と薬剤感受性試験は、資源の乏しい地域では行われていないため、流行の規模が実際にどのくらいのものなのかはまだ明らかではない。

2006年10月9-10日に、WHO は XDR-TB に関する国際的な対策委員会の会議を招集し、入手できるエビデンスを検討、XDR-TB の予防と封じ込めのための緊急行動計画と、患者の疾病管理のための対策を立てた。この会議のなかで、XDR-TB の定義が修正された。^{（注3）}

この会議の前には、ヨハネスブルクで 2006年9月7、8日の両日、南アフリカ医療調査協議会と WHO、CDC が合同で開催した専門家協議が開かれた。そこでは以下の 7 ポイントの行動計画が作られた。

- ・ XDR-TB に関する迅速な調査を実施する
- ・ 試験機関の能力を強化する
- ・ 臨床及び公衆衛生の責任者の技術的な能力の向上を促し、XDR-TB の出現に効果的に対処できるようにする
- ・ 感染管理の予防措置を実施する
- ・ 抗結核薬開発への調査支援を拡大する
- ・ 迅速診断検査の開発のための調査支援を拡大する

（注3 XDR-TB：少なくとも最も効果があるとされる 2 種類の第 1 選択薬、リファンピシン（rifampicin）、イソニアジド（isoniazid）と、フルオロキノロン（fluoroquinolone）、そしてアミカシン（amikacin）、カナマイシン（Kanamycin）、カプレオマイシン（capreomycin）のどれかあるいは複数の注射薬にも耐性がある結核菌。）

妊婦の感染レベルはボツワナ国内でも、南部のグッドホープの 21% から、東部にある人口の多い炭鉱の町セレビ・ピクウェの 47% と、大きな地域差がある。北東部のフランシスタウンとトゥトゥメでは妊婦の陽性率が 40% を超えている（Ministry of Health Botswana, 2006）。驚いたことに、HIV に関する包括的な知識はいまだに乏しいままである。HIV の性感染の予防法を正しく認識し、HIV 感染に関する誤った考えを否定できたのは 15-24 歳の若者の 3 人に 1 人に留まっており、それは彼らが居住する地域の HIV 陽性率を反映するものとなっている（National AIDS Coordinating Agency, Botswana, 2005）。一

方、ボツワナの大人の3人に1人が自分のHIV感染の有無を知っていることから、2003年に導入された、受験者の秘密保持を基本とする、自発的カウンセリングと検査（VCT）が多くの人々の支持を得ていることがわかる。

レソトでは大人のHIV陽性率は近年、横ばい状態が続いているが、大人の4人に1人が感染している（23.2% [21.9%–24.7%]）という、HIV陽性率は依然高い状態が続いている。図2が示すように、他のサハラ以南のアフリカ諸国と同じく、レソトでもHIV陽性率に変化が見られないことが、新規HIV感染率の高さとエイズによる死亡者数が多いという事実を見えなくしてしまっている。流行を抑制するにはまだ多くの問題を解決しなければならない。例えば、不特定の相手とのセックスがまだ一般的に行われ、コンドーム使用はまれである。男性では3分の2、女性では3分の1が、長期間のパートナーとは別の相手と過去1年間にセックスをしたと答えており、そのときにコンドームを使ったと答えたのはその半数以下だった（Ministry of Health and Social Welfare Lesotho and ORC Macro, 2004）。

若者のHIV感染予防対策を強化することも必要である。15–24歳の年齢層の女性の15%、男性の27%が15歳の誕生日を迎える前に性的に活発になっているにもかかわらず、親の40%は10代前半の子どもが学校でコンドームについて学ぶことを望んでいない。2004年の調査では、HIVの性感染を予防する方法を知っており、HIVに関する誤った考えを持っていなかったのは、若い男性では18%、女性では26%に留まった（Ministry of Health and Social Welfare Lesotho and ORC Macro, 2004）。エイズの流行が若い女性に与えた影響は絶大である。18–19歳の女性のHIV陽性率は10%未満だが、22歳の誕生日を迎えたときには陽性率は30%、24歳になったときにはほぼ40%になる。レソトの女性にとって、セックスを遅らせることは明らかにHIV感染を免れることにつながる（NAC and UNAIDS, 2006）。

近年、HIV定点サーベイランス・システムを全国に拡大したアンゴラでは、流行の概要がだんだんと明らかになってきた。大人のHIV陽性率は5%未満と、南部アフリカ諸国のなかでは最も低い。しかし、HIV感染の規模は州ごとに大きく異なる。妊婦の陽性率をとってみても、中央部のビエ州の1%未満から、ナミビアと国境を接するクネネ州の9%まで幅がある（Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, 2005）。このような差異は、1990年代半ばに終結した長期にわたる紛争が原因で、アンゴラ国内でも比較的アクセスしにくい地域があったことを反映している。

アンゴラのエイズの流行の傾向を正確に把握するには時期尚早だが、モザンビークでは2000年以降、HIV感染レベルの大きな上昇が見られる。15–49歳の妊婦のHIV陽性率は2000年の11%から2004年には16%に上昇し（Conselho de Combate Nacional ao HIV/SIDA, 2006）、サハラ以南のアフリカのなかでもこの上昇率は群を抜いている。

妊婦のHIV感染レベルは南部と中央で最も高い。特にマプト市、マプト州、ソファラおよびガザで急激に上昇しており、2004年の陽性率は18%から27%となっている。キリマネ（ザンベジア州）の定点サイトとベイラ（ソファラ州）では、2004年、妊産婦ケアを受けている妊婦の3人に1人がHIV陽性だった（National STD and HIV/AIDS Control Programme, 2005）。北部の一部地域では、流行の拡大が他の地域よりも緩やかである。例えば、2004年、ナンプラとニアッサのHIV陽性率はそれぞれ9.2%と11%である。若い妊婦の陽性率が上昇しているという事実は、新たな感染が増えており、国内のエイズ

の流行がさらに拡大する前兆である可能性もある (National Statistical Office and ORC Macro, 2005)。

マラウイの HIV 感染レベルは、2000 年以降、変化がなく、定点サーベイランスサイトの平均 HIV 陽性率は、2001 年から 2005 年の間、15%から 17%となっている (National AIDS Commission Malawi, 2005)。しかし、感染レベルは都市周辺部と都市部の HIV サーベイランスサイトでは、1999 年の 26–27%から、2005 年には 17–20%と低下している (National AIDS Commission Malawi, 2005)。首都のリロングウェでは、妊産婦ケアを受けている女性の HIV 陽性率は 1996 年の 27%というピークを境に、2003 年には 17%まで低下している。しかし、低下傾向は 2005 年には見られず、19%と若干上昇している (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; National AIDS Commission Malawi, 2005)。

行動変容が HIV 陽性率につながった例も見られる。2000 年の調査では、1996 年の調査時に比べて、複数のパートナーを持っていると答えた人の割合は男女とも減少している。2 人以上のパートナーを持っていると答えた 15–24 歳の男性の割合は、28%から 12%と 1996 年の調査時の半分以下になり、女性では 3%から 1%になった。不特定の相手とのセックスでコンドームを使用すると答えた若い女性は、2000 年には 31%と、1996 年の 22%と比べて増加している。しかし、男性のコンドーム使用率は 38%と変化がない。過去 12 ヶ月間セックスをしていないと答えた、女性と男性の割合を 1996 年と 2000 年で比べてみると、女性は 21%から 22%に、男性は 17%から 20%と、変化はわずかである (National Statistical Office and ORC Macro, 2001 and 1997)。加えて、1992 年から 2000 年に倍になった死亡率の上昇が、多くの地域で観られた HIV 陽性率低下の主な要因であると考えられる。

*現在のままの HIV 陽性率で、治療が受けられなければ、
ザンビアの若者がエイズで死亡するリスクは 50%である。*

マラウイは国土の小さい国だが、エイズの流行は地域によって大きく異なる。2004 年の南部における大人の HIV 陽性率は 17.6%と、北部地域の 3 倍もの高さとなっている (National Statistical Office and ORC Macro, 2005)。北部でも流行は拡大しており、HIV 陽性率は 1998 年には 5%だったが、2003 年には地方部で 15%を超えている (Bello, Chipeta, Averle-Grasse, 2006; Ministry of Health and Population Malawi, 2005)。北部で見られるこのような傾向は、ムズズ市とその周辺、それらへの輸送路沿いの地域の経済成長と関連があると思われる (Bello, Chipeta, Averle-Grasse, 2006; Ministry of Health and Population Malawi, 2005)。

他のサハラ以南のアフリカ諸国と同様、マラウイの 15–24 歳の女性の HIV 陽性率は、同年代の男性よりもかなり高い。全国平均では、女性が 9%に対して男性 2%、都市部では女性 13%に対して男性は 1%未満となっている (National Statistical Office and ORC Macro, 2005)。2004 年の調査時には、HIV に関する包括的な知識を持っている若い女性は 4 人に 1 人であり、この割合は男性では 3 人に 1 人を超えている (National Statistical Office and ORC Macro, 2005)。

ザンビアでは、妊産婦検診医に通う女性の HIV 陽性率は 1990 年半ばから変化がなく、15–39 歳の妊婦では 1994 年から 2004 年は 19–20%となっている。しかし、データには地域差があり、流行には局所的な傾向がみられる。15–44 歳の妊婦の HIV 感染レベルが 10%以下のところもある一方で、25%を超え

ているところもある。HIV 陽性率は、カブウェ、リビングストーン、ンドラなど都市部と主要な輸送路沿いで最も高い (Ministry of Health Zambia, 2005)。

都市部の 15-39 歳の妊婦の HIV 感染レベルは 1994 年の 28%から 2004 年の 25%とわずかな低下がみられた。このような低下は、20-24 歳の妊婦で 1994 年の 30%から 2004 年の 24%、および 15-19 歳の妊婦で 1994 年の 20%から 2004 年の 14%と、最も顕著である (Ministry of Health Zambia, 2005)。

しかしながら、地方部では 1994 年から 2004 年にかけて、HIV 陽性率は 11%から 12%に上昇した (Ministry of Health Zambia, 2005)。都市部でも 30-39 歳の妊婦の HIV 陽性率は 1994 年から 2004 年に 24%から 30%とかなり上昇した。モングなど都市部のサーベイランスサイトの一部では、若い妊婦の陽性率は 1994 年から 2003 年の間、28%から 30%と高いままである。一方、地方部のサイトでは、カラバオの 7%から 14%など、感染レベルが同期間に倍になったサイトもある (Sandoy et al., 2006; Ministry of Health Zambia, 2005)。現在の HIV 陽性率が続き、治療を受けられなければ、ザンビアの若者がエイズで死亡するリスクは 50%となる (Ministry of Health Zambia, 2005)。

南部アフリカの島国では、エイズの流行の規模は小さい。マダガスカル大人の HIV 陽性率は 2005 年、1%未満であり、HIV 感染者は推定 4 万 9 千人 [1 万 6 千-11 万人] である。しかし、HIV に関する知識は乏しく、コンドーム使用もまれである。2004-2005 年の調査で、HIV の性感染を防ぐ 2 つの方法を説明できたのは 5 人に 1 人に過ぎなかった。15-24 歳の女性の約 3 人に 1 人 (31%)、男性のほぼ 4 人に 3 人 (72%) が、過去 12 ヶ月間に不特定の相手とセックスをしたと答えており、そのうち、最近のそのような相手とのセックスでコンドームを使用したのは、男性では 10 人に 1 人 (12%)、女性では 20 人に 1 人 (5%) だった (Institut National de la Statistique and ORC Macro, 2005a)。

モーリシャスでは、注射による薬物使用者 (以下、IDU)、特にセックスワークに従事する IDU の予防を強化する必要がある (Dewing et al., 2006)。現在のところエイズの流行の規模が小さいモーリシャスの IDU の間では、清潔でない注射器具を使用することが HIV 感染の主なリスクである。2004 年上半期に HIV 陽性と診断された人々の 4 分の 3 は IDU である (Sulliman and Ameerberg, 2004)。清潔でない注射器具の使用は一般的で、2004 年に調査が行われたときには、IDU の 80%が過去 3 ヶ月に注射針の共用を行ったと答えている。HIV 検査を受けることに同意した IDU のうち、4%が HIV 陽性だった。セックスワーカーの大部分 (75%) が、薬物注射をしていると答えており、コンドームの使用はまれである。過去 3 ヶ月で一貫してコンドームを使ったと答えたのは 32%に過ぎない。HIV 検査を受けたセックスワーカーのうち、13%が HIV 陽性だった (Sulliman, Ameerberg, Dhannoo, 2004)。

東アフリカ地域

東アフリカの HIV 陽性率は、横ばいか低下傾向が続いている。1990 年代に感染率が低下したウガンダでは、全体として流行の傾向には変化がない。2005 年、大人の HIV 陽性は 6.7% [5.7%-7.6%] だが、女性の陽性率 (8%近く) が男性 (5%) に比べてかなり高くなっている (UNAIDS, 2006; Ministry of Health Uganda and ORC Macro, 2006)。2005 年、ウガンダの HIV 感染者数はほぼ 100 万人 [85 万-120 万人] である (UNAIDS, 2006)。地域的に見ると、HIV 陽性率は西ナイル地域で最も低く、カ

ンパラ、中央部と北中部で（8%と）最も高い（Ministry of Health Uganda and ORC Macro, 2006）。

ウガンダのエイズの流行には地域差がある。カンパラおよびその他のサーベイランスサイトでは 1990 年代初めから 2000 年代初めにかけて、行動変容（禁欲と不特定の相手とのセックス時にコンドーム使用など）とエイズによる死亡率の上昇のなかで、妊婦の HIV 陽性率が急激に低下した（Kirungi et al., 2006）。しかし現在は一部の地方部で HIV 感染が増えているというエビデンスが顕著である。25 の村で行われた調査で集められたデータによれば、陽性率は 2000 年には男性で 5.6%、女性では 6.9%だったが、2004 年には男性で 6.5%、女性で 8.8%になっている。2002 年には、この研究の対象となった妊産婦検診医のサーベイランスサイトの半数で、同じような傾向が見つかっている（Shafer et al., 2006）。ARV の大規模な普及（と治療を受けている人々の寿命が延びたこと）だけでは、HIV 感染の増加は説明できない。治療の普及は 2004 年に始まったばかりだが、HIV 陽性率の上昇はそれより数年前の 2000 年ごろに始まっている。地方部での調査で、40-49 歳というより年齢が高い男女の新規感染が 2000 年以降、増加していることがわかった。男性では新規感染の割合が 1990-1994 年のピーク時よりも高い。2004-2005 年の全国 HIV 世帯調査でも、中年層の HIV 感染レベルが高いことが報告されている（Ministry of Health Uganda and ORC Macro, 2006）。行動変容は現在進行中なのかもしれない。例えば、地方部の調査では、過去 1 ヶ月間に 2 人以上の不特定の相手とセックスをしたと答えた 40 歳以上の男性の割合は、2000-2004 年で増加している（Shafer et al., 2006）。

紛争と HIV リスク

ウガンダでの調査結果は、国内避難民や難民は定住的な環境にいる人々よりも HIV に感染しやすいという、これまで広く認識されてきた仮説に疑問を投げかけるものとなった。ウガンダ北部のアチョリランドは、推定 200 万人の国内避難民の居住地である。この地域の HIV 陽性率は 8%と高い（Ministry of Health Uganda and ORC Macro, 2006）。しかし、グル、キトグムおよびペダー地区の妊婦の調査では、避難民キャンプの外に住んでいる女性のほうが、キャンプに住む避難民の女性よりも HIV 感染のリスクが高いという結果が出た。これはおそらく、一部のキャンプに居住する女性に関して、移動が制限されること、保健や予防サービスへのアクセスが高くなることが原因であると推定される（Fabiani et al., 2006）。最近、8 カ国の国内避難民に関する HIV 文献のレビューが行われたが、紛争が HIV 感染に拍車をかけるという科学的根拠は見つからなかった（Spiegel and Harroff-Tavel, 2006）。

HIV 陽性者の高いマラリア感染率

ウガンダでマラリアの治療を受けている大人の HIV 感染率が非常に高いことが明らかになった。併発症を伴わない熱帯性マラリアで、公立の医療機関を受診する大人の 30%以上が HIV にも感染していた。マラリアの臨床治療を受けている大人のうち、HIV 感染者はそうでない人の 3 倍の数である。この調査結果は、HIV 陽性者はマラリアにかかることが多く、かかれば重篤になるという、サハラ以南のアフリカのいたるところで明らか傾向とも呼応するものである。この事実は、併発症を伴わない熱帯性マラリアに感染した大人のための、新たな VCT の必要性を示唆している。

このような傾向を確認するにはさらなる調査が必要だが、1990 年代にウガンダがエイズとの闘いで得たものが徐々に蝕まれている可能性も否定できない。これを裏付けるのが、全国的に行われた行動調査で

ある。2004–2005 年の全国 HIV 世帯調査によれば、コンドームを常に使用していないこと（最近、不特定の相手とセックスをしたときにコンドームを使ったと答えた 15–49 歳の男女は約半数だった）、過去 1 年間に 1 人以上の性行為の相手とセックスをしたと答えた男性とセックスする男性（以下、MSM）の数が増えていることなどが明らかになっている。

希望が持てるのは、地方部のトロロでの最近の調査結果で、2 年間治療を受けている HIV 陽性者は HIV を感染させるリスクが少ないことが明らかになったことである。これはウイルス量が大幅に低下すること、無防備なセックスをすることが少ないことが要因と考えられる（Bunnell et al., 2006）。

ケニアの HIV 陽性者数は 130 万人 [110 万–150 万人] で、妊婦の HIV 陽性率が低下したという科学的根拠はあるものの、ケニアは現在も深刻なエイズの流行と闘っている（Cheluguet, Marum, Stover, 2006; WHO, 2005a; Baltazar, 2005）。大人の HIV 陽性率は 1990 年代後半の 10%から 2003 年には約 7%になり（Ministry of Health Kenya, 2005）、2005 年には 6%強 [5.2–7.0%]（UNAIDS, 2006）になっている。妊産婦検診医サーベイランスサイトの多くで、妊婦の感染レベルも急激に下がっている。これらのサイトのうち、HIV 陽性率は 1998 年の 25%から 2004 年の 8%になっているところがあり、2001 年の 15%から 2004 年には 4.3%になっているところもある（Cheluguet, Marum, Stover, 2006）。

東アフリカでは、エイズの流行は減退あるいは安定傾向が続いている。

*しかし、ウガンダでは 1990 年代にエイズとの闘いで得たものが
徐々に失われているのではないかと考えられる。*

このような傾向がなぜ見られるかについては、さまざまな要素が絡んでいて複雑である。2000 年以降、ケニアでは予防対策に力を入れてきた。セックスをする年齢を遅らせる人が増え、コンドーム使用率も上昇し、複数の性行為の相手を持つ人々の割合が減っているという科学的な確証がある。しかし、新たな HIV 感染は 1990 年代半ばにすでにピークを迎えており、これは予防プログラムを拡大する前である。つまり、HIV 陽性率の低下が過去数年に最も顕著だったことを考えると、その他の要素—エイズによる死亡率の上昇や、最もリスクの高い集団の HIV 感染が飽和状態になったこと—などの関連が示唆される（Cheluguet, Marum, Stover, 2006）。近年報告されている行動変容が、このような陽性率の低下傾向の維持につながることを望みたい。しかし、新たに懸念されるのは、ケニアのエイズの流行の要因として IDU が登場したことである。例えば、モンバサの IDU の HIV 陽性率は 2004 年の調査で 50%（Ndetei, 2004、ナイロビでの調査では 53%だった（Odek-Ogunde, 2004））。

タンザニアでは、2005 年末現在、約 140 万人 [130 万–160 万人] の大人と子どもが HIV とともに生きており、世界でエイズの流行の影響が最も深刻な国の一つとなっている。ここでも HIV 感染レベルは、1995 年から 2004 年の間に 8.1%から 6.5%へと（Somi et al., 2006）、ダルエスサラームの妊婦では 1995 年から 2003 年の間に 14%から 11%へと（Urassa et al., 2006）、それぞれ減少し、わずかな低下傾向が見られる。ムベヤとイリングは国内で最も流行が深刻な地域であり、2004 年、HIV 感染レベルはいくつかの都市部で 15–19%となっている（Swai et al., 2006; National Bureau of Statistics Tanzania and ORC Macro, 2005）。

一方、地方部の妊産婦検診医サーベイランスサイトでは2004年、ムベヤ地区のイレンボとイガンバでそれぞれ8%と11%と、高いHIV陽性率が見られる(Swai et al., 2006)。全人口の4分の3が住んでいる地方部の新たなHIV感染者数は、2010年までに都市部の2倍になると予測されている。これは、予防および治療とケアへの十分なリソースを地方部にも確保する必要性を示唆するものである(Somi et al., 2006)。

東アフリカで注射による薬物使用が広がっているという兆候があり(McCurdy et al., 2005)、これがタンザニアのエイズの流行にも大きく影響している。タンザニアのIDUのHIV陽性率はまだ明らかになっていない。ダルエスサラームのIDUの3人に1人が清潔でない注射器具を使用しているということが、小規模な調査の結果からわかった。女性のIDUの多くがセックスワーカーである。特に危険なのは「フラッシュブラッド」(他の国では「バックローディング」として知られている)と呼ばれるもので、ヘロインを注射したあとに血液を注射器の中に戻し、仲間に渡すというものである。ダルエスサラームのIDUの女性セックスワーカーに共通しているのは、薬物を買えない仲間と「ハイ」をシェアするというものであり、この方法はHIV感染のリスクが非常に高い(McCurdy et al., 2005b)。

注射による薬物使用は、エイズ流行の規模が小さいザンジバルの特徴でもある。妊産婦検診医に通う妊婦のHIV陽性率は2005年、0.9%である。しかし、最近の調査でIDUの3人に1人がHIVに感染していることがわかった。ほぼ半数(46%)のIDUが清潔でない注射器具を使用していると報告されている。加えて、IDUの5人に1人が梅毒に感染しており、安全でない注射と性行為がIDUの間で広がっていることを示唆している(Dahama et al., 2006)。

ルワンダのエイズの流行は2000年以降、変化がないが、首都のキガリではHIV陽性率は依然高く、2003年、妊婦のほぼ13%がHIV陽性だった。ルワンダは近年、都市部に比べて妊婦のHIV有病率が3%以下と低い地方部にHIVサーベイランスを拡大し、改良されたHIV推定法を導入した(Kayirangwa et al., 2006)。このため、比較できるのは以前からあったサイトのデータのみとなる。都市部では、特に1998-2003年に妊婦のHIV陽性率の低下が見られる。キガリではこの期間に16%強から13%になり、そのほかの2都市では9.5%から5.8%に低下した。このような低下傾向は最近、減速しているようである。一方、地方部では、HIV陽性率に変化がなく、1998-2003年で2.1%から2.8%と非常に低いレベルに留まっている(Kayirangwa et al., 2006)。最新の人口保健調査の予備段階の結果から、都市部のHIV感染レベルは7.3%で、地方部の2.2%に比べて3倍であるということが明らかになった。キガリの陽性率がやはり高く、他と比べて2-3倍である(Institut National de la Statistique et al., 2005)。

2005年、隣国ブルンジのHIV陽性率は3%強[2.7%-3.8%]で、HIV感染者数はおよそ15万人である。感染傾向には地域差がある。ブジュンブラとその他の都市部の15-24歳の妊婦のHIV陽性率は、2000-2004年で13%から9%に低下した(Ministere de la Sante Publique Burundi, 2005)。しかし、最近の定点サーベイランスの結果から、ブジュンブラの妊産婦検診医に通う女性のHIV感染率が、2004年の12.6%から2005年には18%と急上昇したことが明らかになった。15-24歳の妊婦では同期間に8.6%から15.5%とほぼ倍になっている。2004-2005年には地方の妊婦の陽性率も上昇した(Ministere de la Sante Publique Burundi, 2005)。

妊産婦検診医で集められた HIV データに基づいて出された、2005 年のエチオピアの大人の HIV 陽性率は、HIV 感染レベルでは地方部（1.9%）に比べて、都市部（10.5%）は 5 倍も高い。アジスアベバなど都市部の妊産婦検診医に通う妊婦で、特に 1997–1998 年に HIV 陽性率の穏やかな低下が見られた（Federal Ministry of Health, 2006）。しかし、陽性率はアジスアベバ全体（1990 年代から 14–16%）やその他の都市部（同時期に 11–13%）では高いままである（HLADIK et al., 2006）。全人口の 80% が住んでいる地方部では、妊産婦検診医に通う女性の陽性率は、2000 年には 1.9%、2003 年には 2.6%、2005 年には 2.2%と上昇している（Hladik et al., 2006; Federal Ministry of Health Ethiopia, 2004; Federal Ministry of Health Ethiopia, 2006）。

妊婦が妊産婦検診医に通うことがまれなエチオピアでは、そこで集められた HIV データだけでは疫学的な傾向をつかみきれない。1 万 3 千人の男女が対象となった、2005 年の人口保健調査によって、より明確なエチオピアのエイズの流行の傾向がつかめる。この調査によれば、2005 年、大人（15–49 歳）の HIV 陽性率は 1.4%であり、女性の陽性率は男性の 2 倍になっている。感染レベルは都市部が大人で 5.5%と、地方部の 0.7%より高くなっている（Central Statistical Agency and ORC Macro, 2006）。^{（注4）}

（注4 エチオピアの妊産婦検診医で集められた HIV データに基づいたものと、この大人の男女を対象にした集団調査で出されたものとの「差」はエチオピアの妊産婦検診サービスに地域によるばらつきがあることから来ること、また、2つの調査システムからくる「差」によるものと思われる。

妊産婦ケアを受けた女性の HIV 感染率–3.5%–は、妊産婦検診医で集められた推定 HIV 発生率と同じであるとするのは、特別な意味がない（Central Statistical Agency and ORC Macro, 2006）。）

エリトリアの最新データは、エイズの流行に変化がないことを示唆している。妊産婦ケアを必要とする女性の 2.4%が HIV 陽性であった。これは 2001 年と 2003 年の 2.8%と 2.4%という陽性率とほぼ同じである。陽性率はアッサブ（南部）の 7%、アッシア（中央部）の 6%、シエブ（中央部）の 0%と地域差がある（Ministry of Health Eritrea, 2006）。

ソマリアに関しては新たな HIV データがない。2004 年の定点サーベイランス調査では、妊婦の感染レベルは比較的 low、0.9%だった。一部の妊産婦検診医では、1999 年に比べて HIV 陽性率がかなり高くなっている。例えば、ハルゲイシャでは 0.7%から 1.6%に、ベルベラでは 0%から 2.3%に上昇している（WHO, 2005a）。HIV 感染に関する知識は乏しくコンドーム使用は非常にまれである。ある調査によれば、15–24 歳の男女の 85%が一度もコンドームを使ったことがないと答えている（WHO, 2005b）。

西アフリカおよび中央アフリカ地域

現在も、西アフリカでは大人の HIV 陽性率は、他のサハラ以南のアフリカ諸国と比べてかなり低い。コートジボアールだけが 4%と目立って高いが、その他の数カ国、特にサヘル地域では 2%以下と低い。ブルキナファソのワガドゥグやコートジボアールのアビジャン、トーゴのロメなど数都市の妊婦の HIV 陽性率が上昇しているものの、東アフリカ諸国と同様、HIV 感染傾向には変化がない（WHO, 2005）。

インドと南アフリカに次いで HIV 感染者が多いのはナイジェリアで、2005 年、290 万人 [170 万–420 万人] が HIV とともに生きている（UNAIDS, 2006）。2005 年に新たに HIV に感染した大人は約 30

万人。前回の定点サーベイランスの結果に、現在の妊婦の HIV 陽性率を出すために用いた改良された仮定法を適用すると、ナイジェリアの妊婦の 2005 年の HIV 陽性率に変化はないものの、ほぼ 12 州でその陽性率は 5%を超えていることがわかる。エイズの流行の程度は州によって大きく異なり、北中部のベヌエ州では 10%、南部のアクワイボムでは 8%と高く、南西部のエキテ州、オヨ州、北西部のジガワ州では 2%と低い。一部の州では、都市部の妊婦よりも地方部の妊婦の陽性率のほうが高いが、その逆の州もある。このような異なった流行のパターンを解明するには、さらなる調査が必要である (Federal Ministry of Health Nigeria, 2006)。

セネガルの大人の HIV 陽性率は 1%弱 [0.4%-1.5%] (UNAIDS, 2006) だが、南部のジガンシヨールとコルダ地域では大人の陽性率がその 2 倍 (それぞれ 2.2%と 2%) である (Centre de recherché pour le Developpement Humain et MEASURE DHS+, 2005)。セネガルのエイズの流行の中心は現在もセックスワーカーであり、ジガンシヨールのセックスワーカーの HIV 陽性率は 30%と高い。セックスワーカーからその客へ、そして一般人口に HIV 感染が広がる危険がある (Gomes do Espirito Santo and Etheredge, 2005)。

調査によって、セネガルの HIV の流行に関して、これまで知られていなかった一面が明らかになった。それは男性間のセックスが HIV 感染のリスク要因であるという事実である。5 つの都市 (ダカール、カオラック、ンブール、サンルイ、ティエス) で行われた調査によれば、MSM の HIV 陽性率は 22%であり、彼らのほとんど (94%) が女性ともセックスをすると答えている (Wade et al., 2005)。MSM が、一般的には感染リスクの低い女性の HIV 感染の橋渡し役となる可能性がある。過去 1 ヶ月に男性あるいは女性とのセックスでコンドームを使ったと答えた男性は約半数に留まった (Wade et al., 2005)。

ブルキナファソ、コートジボアール、ガーナの都市部では
HIV 陽性率の低下が見られるが、
マリでは HIV の流行は拡大を続けている。

マリでは、過去数年は変化が見られなかったが、現在、エイズの流行は拡大している。2002-2005 年の定点サーベイランスのデータを比較すると、妊婦の HIV 陽性率は、2002 年には 3.3%、2003 年および 2005 年には 4.1%と上昇している。同様に 15-19 歳の妊婦でも、HIV 感染レベルは 2002 年の 2.5%から 2005 年には 3.4%と高くなっている。性的に活発になってからの年数が長く、感染にさらされやすいため、年齢が高くなるほど感染レベルも高くなる傾向にある。全体として、HIV 陽性率はセグー地域で最も高く、2005 年の妊婦の HIV 陽性率は 5.1%である。これは広大な国のなかで局所的に深刻な流行が続いていることを示唆している (Ministere de la Sante Mali, 2005)。

ギニアはサハラ以南のアフリカのなかで、最もエイズの流行の規模が小さい国の一つである。2005 年の大人の HIV 陽性率は約 1.5% [1.2%-1.8%] で、HIV 感染者数は 8 万 5 千人 [6 万 9 千-10 万人] である。最近の全国世帯調査では、都市部での HIV 感染レベルが最も高く、首都コナクリでは大人の HIV 陽性率が 2%を超えていることが明らかになった (Direction Nationale de la Statistique Guinee and ORC Macro, 2006)。

内戦によって HIV サーベイランスと予防対策が妨げられているコートジボアールでは、新たな HIV データの結果待ちである。手に入る HIV データから推定される 2005 年の大人の HIV 陽性率は少なくとも 4% で、変化はないがエイズの流行は深刻であることを示唆している (UNAIDS, 2006)。トーゴの HIV データからも、マラタイム、プラトー、サワネス地域と首都のロメで最も陽性率が高く、深刻な流行が続いていることがわかる (WHO, 2005)。同地域で妊産婦検診医に通う女性の少なくとも 7% が HIV 陽性である (WHO, 2005; Ministere de la Sante Togo, 2004)。大人の HIV 陽性率は 3.2% [1.9%-4.7%] であり、約 11 万人 [6 万 5 千-16 万人] が HIV とともに生きている (UNAIDS, 2006)。

隣国ベニンは、トーゴに比べてエイズの流行の規模は小さく、2005 年、HIV 感染者数は約 8 万 7 千人 [5 万 7 千-12 万人]、HIV 陽性率は 1.8% [1.2%-2.5%] である (UNAIDS, 2005)。1990 年代半ばに HIV データを集められた、都市部の定点サーベイランスサイトは限られているが、2000 年以降、HIV 陽性率は低下傾向にあり、2001 年の 4% から 2005 年は 2% に低下した。同時に、アトランティックとモノ地区の都市部及び地方部で妊産婦検診医に通う妊婦に、3% から 5% という高い HIV 感染レベルが見られた。しかし、全般的に、ベニンのエイズの流行には変化がなく、妊産婦検診医に通う女性の HIV 有病率は 2003 年から 1.8% から 2.2% となっている (Ministere de la Sante Benin, 2006) (Alary et al., 2002)。

隣のガーナでは、2005 年の大人の HIV 陽性率は 2.3% [1.9%-2.6%] と推定される (UNAIDS, 2006)。全般的にエイズの流行は減退傾向にあるという兆しがある。2003 年に 3.6% とピークだった妊産婦検診医に通う妊婦の HIV 感染レベルは、2003 年には 3.1%、2005 年には 2.7% と低下を続けている (National AIDS/STI Control Programme, 2006)。2003 年の全国調査では、多くのサハラ以南のアフリカ諸国とは異なり、ガーナの陽性率の都市部 (2.3%) と地方部 (2.0%) の差はほとんどなかった。(Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro, 2004)。同時に、妊婦の HIV 陽性率は北部の 1.2% から東部の 4.7% と、HIV 感染レベルには地域差が見られる (National AIDS/STI Control Programme, 2006)。

ガーナでは、HIV 感染は年齢のより高い層、特に 35-39 歳の女性と 40-44 歳の男性に多くなっている (Akwara et al., 2005)。しかし、妊婦で最も HIV 陽性率が高いのは 25-34 歳の年齢層である (National AIDS/STI Control Programme, 2006)。他の多くの国と同じように、ガーナの女性にとっても結婚が大きなリスク要因のようである。一方、男性では移動性が大きな要因となっている (Akwara et al., 2005)。既婚女性は未婚女性に比べて、ほぼ 3 倍も HIV に感染しやすい (Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro, 2004)。

ンサワンとアクラにある 3 つの刑務所で行われた調査では、調査に参加した収容者と看守の、それぞれ 19% と 8.5% という高い HIV 陽性率が明らかになった。この調査ではサンプル数が少ないため、HIV 陽性率が高めに出た可能性はあるものの、調査結果からこれらの刑務所で HIV が広がっていることがわかる。全体として、男性収容者の 3 人に 1 人が刑務所の内外で男性とセックスしたと答えており、薬物注射をしたと答えた者も少数いた。刑務所での HIV 感染の要因の一つに刺青も考えられる。刑務所内の HIV 陽性者の多くが収容後に HIV に感染している。その多くが収容されてから約 10 年経っているが、エイズの症状がある者はひとりもいなかった。つまり、これは HIV 感染が比較的最近であることを示唆している (Adjei et al., 2006)。

ガーナの北に位置するブルキナファソでも HIV 陽性率の低下が見られ、2% [1.5%-2.5%と変化がない (UNAIDS, 2006)。都市部で妊産婦検診医に通う 15-24 歳の女性の HIV 陽性率は、2001-2003 年に 2%以下に下がった。全国調査のデータでも、自分と性行為の相手の HIV 感染を予防する人が増えていることが明らかになっている (Presidence du Faso, 2005; Institut National de la Statistique et de la Demographie and ORC Macro, 2004)。国の南部と西部 (2003 年に大人の HIV 陽性率が 3.7%だったポニ州も含む) が、東部地域と比べてよりエイズの流行の影響を受けている (Institut National de la Statistique et de la Demographie and ORC Macro, 2004)。

人口密度の低いチャドでは、最近の全国 HIV 調査で大人の HIV 陽性率が 3.3%であることが明らかになった。HIV 陽性率は、最も大きな 5 つの都市と町で 6%を超え、首都のンジャメナでは 8%である。HIV 感染予防の強化が求められる。最近のセックスでコンドームを使用したと答えた男女は 10 人に 1 人未満 (8%) で、金銭を得るためにセックスをしたことがあると答えたのは男性で 4%、女性で 2%だった。そのうち、コンドームを使ったと答えたのは約半分に過ぎなかった。HIV に関する基礎的な知識は乏しい。HIV の性感染を防ぐ方法を知っており、HIV に関する間違った考えを否定したのは 4 人に 1 人だった (Republique du Tchad, 2005)。

中央アフリカのほとんどの国では、HIV データが整備されていないために、傾向を明らかにすることは難しいが、カメルーンと中央アフリカ共和国が、エイズの流行の影響を最も受けている国と言える。中央アフリカ共和国では 2005 年、大人 (15-49 歳) の HIV 陽性率はほぼ 11% [4.5%-17.2%]、カメルーンでは 5% [4.9%-5.9%] を超えている (UNAIDS, 2006)。カメルーンの感染レベルは北西部と東部でも最も高く (9%)、北部で最も低い (2%以下) (Institut National de la Statistique et de la Demographie and ORC Macro, 2005b)。2005 年に行われた人口保健調査によれば、15-49 歳の女性の陽性率 (6.8%) は、男性 (4.1%) に比べてほぼ 2 倍になっている。調査から、エイズに関する意識は高いものの、HIV に関する知識は乏しいことがわかっている。女性の 3 分の 1 が、HIV の性感染を予防する方法を知らなかった (Institut National de la Statistique and ORC Macro, 2004)。

コンゴ民主共和国では 2005 年、HIV 感染者数は 100 万人 [56 万-150 万人] で、そのうち 14 歳以下の子どもは 10 万人と推定されている (UNAIDS, 2006)。しかし、国内のほとんどの地域で HIV サーベイランスデータが入手できていない。その西に位置する、コンゴ民主共和国と比べて国土面積が小さく人口も少ないコンゴ共和国では、2005 年の HIV 感染者数は 12 万人 [7 万 5 千-16 万人] と推定される (UNAIDS, 2006)。同年、妊産婦検診医に通う女性の 4.9%が HIV 陽性であった。ジャンバラの 2%から、シビティの 9%、ガンボマの 10%と妊婦の陽性率には大きな地域差がある。首都のブラザビルでは、妊産婦検診医での受診者の 4%が HIV 陽性と診断されている (Ministere de la Sante et de la Population Republique du Congo, 2005)。

要するに、サハラ以南のアフリカにおける HIV 感染の傾向は多様である。東および西アフリカ諸国の多くではエイズの流行は減退、変化のない状態だが、流行が拡大している国も一部見られる。南部アフリカではジンバブエだけに HIV 陽性率の大幅な低下が見られるものの、南アフリカなど他の国々では流行は衰える気配を見せていない。