



アジア

2006年、アジアで HIV とともに生きる人々の数は、860万人 [600万–1,300万人] と推測され、昨年1年間の新規感染者数は、96万人 [64万–250万人] に達する。また2006年にエイズ関連の疾病により死亡した人の数は、約63万人 [43万–90万人] に達する。抗レトロウイルス療法を受けている人々の数は、2003年から3倍以上に増加しており、2006年6月までに23万5,000人 [18万–29万人] に達すると推定される。この数字は、アジアにおいて抗レトロウイルス療法を必要としている人々の約16%に相当するものである。必要とする人々の50%以上に同療法を提供することに成功しているのは、タイのみである (WHO/UNAIDS, 2006)。

中国

中国では、2005年末時点で HIV とともに生きる人々の数は、65万人 [39万–110万人] と推定される (中国保健省、UNAIDS、WHO、2006 / UNAIDS 2006)。この大国のすべての省で感染事実が判明しているが、感染件数の大多数は、河南省、雲南省、広西チワン族自治地区、新疆ウイグル自治区、広東省で見られ、一方、寧夏省、青海省、チベット自治区は、HIV の感染急増を今日まで免れているように思われる (中国保健省、UNAIDS、WHO、2006)。

都市に広がる前に地方での感染拡大から始まったという珍しいパターン (Zhao et al., 2006) をたどっている中国では、注射器による薬物使用に関連する HIV の流行が、警戒を要する割合に達している。中国で HIV とともに生きる人々の約半数 (44%) が、注射器による薬物使用により感染したものと考えられ (中国保健省、UNAIDS、WHO、2006; Lu et al., 2006)、注射器による薬物使用に起因する HIV 感染のほぼ90%が7つの省 (雲南省、新疆ウイグル自治区、広西チワン族自治地区、広東省、貴州省、四川省、湖南省) で発生している (中国保健省、UNAIDS、WHO、2006)。報告される場所では、半数 (49%) の注射器による薬物使用者 (以下、IDU) が、不衛生な注射器具を使用したことがあるという (中国国家評議会エイズ実行委員会及び中国における国連 HIV/エイズテーマグループ、2004)。したがって、新疆ウイグル自治区、雲南省、四川省などの地域によっては IDU の HIV 陽性率が50%を越えていたとしても驚くべきことではなく (Mingjian et al., 2006; 中国保健省、UNAIDS、WHO、2006; MAP、2005a)、また、IDU 間で HIV 陽性率が急激に上昇したとしても不思議ではない (たとえば、四川省の西南地域では、都市部の IDU の陽性率が2002年から2004年にかけて11%から18%に上昇した) (Zhang et al., 2006)。

2005年の中国における新規 HIV 感染の半数は、無防備なセックスにより発生したものである。

HIV が最も高いリスクに曝された人々から一般の人々に徐々に広がりつつあるなか、
女性の HIV 感染件数が増加しつつある。

1999年、最初の注射針及びシリンジ交換プロジェクトを始めて以来、中国は、18の省で類似のプロジェクトを開始しており、92のプロジェクトが2006年中にも稼働していた。そして、その成果が次第に現れつつある。6カ所の注射針交換サイトで収集されたデータでは、不衛生な注射針の使用率が、プロジェクト開始当初は27-79%に達していたものの、2005年末には、12-56%に低下していた (Wu et al., 2006)。またアウトリーチ活動に基づく湖南省の注射針及びシリンジ交換プロジェクトでは、注射針を共有している IDU の割合は、2003-2005年で43%から23%に低下しており、また、HIV に関して知識がある、あるいはそれを意識している者の割合は、4倍 (21%から80%) に増加していた (Chen et al., 2006)。不幸なことに、ハーム・リダクション・プロジェクトは、州政府やより下位の地方政府レベルで未だ抵抗に遭う場合もある。その結果、中国の対策は、そのタイプ及び質において、地域ごとに大きく異なっている (Qian et al., 2006)。メタドン代替療法を提供するクリニック及び注射針・シリンジ交換所数のより一層の拡張と、HIV に関する基礎知識の普及施策が IDU とそのパートナーを対象に依然として改善される必要がある。たとえば、雲南省の IDU 間におけるある調査では、5人に1人の調査対象者が、注射針を共有することで HIV 感染のリスクが生じることを認識していなかった (Christian et al., 2006)。

また IDU 間の危険な性行動が、彼らの間、さらには、その外へと HIV 感染が広がる可能性を高めてしまっている (Zhao et al., 2006)。国家レベルのサーベイランスデータでは、薬物使用者の11%までもの者が、危険な性行為を行っている (中国保健省、UNAIDS、WHO、2006)。ある調査に参加した性的に活動的な薬物使用者の3分の1以上が、不衛生な注射針を使用していると回答しており、それに対して、同グループの中で、定期的に性交渉をもつ相手とのセックスでコンドームを一貫して使用していると答えた者の割合はわずか4%に過ぎなかった (Liu et al., 2006)。雲南省では、IDU の3分の2 (薬物依存症患者治療センター入所者) が、調査前の1ヵ月間で買春を行った際にコンドームを使用しなかったと述べており、半数以上が、コンドームを買ったことがないと答えていた (Christian et al., 2006)。

多くの男性の薬物使用者が買春行為をし、また、女性薬物使用者の半数までもが、断続的、あるいは頻繁に売春行為に及んでいる (Liu et al., 2006 ; Yang et al., 2005)。四川などの省では、小さいがそれでも相当な割合のセックスワーカーが薬物を注射しており、彼女たちが相手にする客の数は多いが、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の使用頻度は低い (MAP, 2005a ; Map, 2005b)

HIV に関する乏しい知識、そして、高い率で行われる無防備なセックスは、注射器により薬物を使用しないセックスワーカーも、HIV に感染するリスクが高いことを意味している。たとえば、雲南省のインジャン県で調査されたセックスワーカーのうち3人に1人しか、客との性交渉でコンドームを一貫して使用しておらず、また、コンドームを一度も使用したことがないと答えた者の割合も5人に1人であった。また、雲南省で実施されたもう一つの調査では、セックスワーカーの5人に1人が HIV に感染していることが判明している (Wang, Yang et al., 2006)。さらに、暴行による感染の懸念もある。ある調査

では、セックスワーカーの 49%が性的暴力を受けたことがあると答えており、このような暴行の高い発生率と性感染症の存在の間に強い相関関係が確認されている (Choi SY, 2006)。結果的に、セックスワーカー全体の HIV 陽性率は、この 10 年間で大きく上昇し、1994 年の 0.02%から 2004 年には、1%弱 (0.93%) に増加していることが、標識サーベイランスデータで確認されている (中国保健省、UNAIDS、WHO、2006)。

商業的セックスにより HIV に感染するリスクを低減するための適切な介入措置は、特に保健当局や警察及び売春施設のマネージャーなどと連携して行われれば、確実に効果を生み出す。たとえば、100%コンドーム使用プログラムを導入して 3 年後、湖南省のリー県では、自己申告のコンドーム利用率がほぼ 4 倍に高まり (2002 年の 24%から 2005 年の 88%に)、一方で、報告された性感染症の件数が、ほぼ 3 分の 2 も減った (513 件から 192 件に) (Chen Y et al., 2006)。このような成果がより一般的となるためには、法的、政策的、制度運用的環境が、全体として調和する必要がある。

一方、中国の流行において、男性間のセックスが担っている役割に次第に光が当たりつつある。中国における HIV 感染の約 7%が、男性間の安全でないセックスに起因するものであると現在では推定されており (Lu et al., 2006)、新しい調査では、男性とセックスをする男性 (以下、MSM) 間で無防備なセックスが高い確率で行われており、さらに、彼らの中のかなりの割合 (17-41%) の者が女性ともセックスする、あるいは売春する (17%) ことが明らかになっている (Jiang et al., 2006 ; Xu et al., 2006 ; Liu, Wang et al., 2006)。たとえば、江蘇省で実施された調査では、MSM のほぼ半数が、最近 3 ヶ月間で無防備なアナルセックスをしたと答えている。この調査対象者に HIV 陽性者はいなかったが、その他

中国における移住と HIV 感染リスク

大規模な渡り労働あるいは人々の移動が、中国における流行の広がりにも影響を与えている可能性があるのではないかと強い憶測が存在する。男性の渡り労働者がセックスワーカーを利用する確率は高く、そのため、彼ら自身、そして彼らの他の性交渉の相手を HIV や性感染症のリスクに曝すのではないかと仮説が、いたるところで示されている。中国における流行で、渡り労働者が重要な役割を果たしているのではないかと仮説は、渡り労働者の数が非常に多いこと (推定で 1 億 2,000 万-1 億 5,000 万人) と、他所 (特に南アフリカ) での渡り労働者を対象にした調査から得られた渡り労働と HIV の関連の証左、そしていくつかの都市における渡り労働者を対象にした HIV サーベイランスの結果 (Hesketh et al., 2006) に基づくものである。

中国では、このような予測を裏付けるとされる証拠もいくつか存在する。たとえば、四川省の遂寧市と瀘州市では、セックスワーカーの客の大多数は、買春を頻繁にする渡り労働者であり (最近 6 ヶ月間に平均で 11 回)、しかも、彼らは定期的にコンドームを使用しない傾向がある (前回買春した際に使用したと答えた者は、わずか 36%) (Wan and Zhang, 2006)。また、北京、南京及び上海で以前 (2002 年) に行われた調査でも、渡り労働者のうち 10 人に 1 人の割合の者が、買春したことがあると答えている (Wang et al., 2006)。

しかし、一般化は避けるべきである。地域によって、特に非常に多くの渡り労働者がその配偶者とともに移住している地域では、状況は異なるからである。たとえば、浙江省の首都、杭州で行われた中国人労働者及び渡り労働者も含む中国で最初の地域住民を対象にした調査では、HIV 感染の事実はいくつか検知されなかった。このような調査結果にはいくつかの理由が考えられる。中国における渡り労働者の半数は女性であり、彼女たちが買春行為を行う可能性は低い。また、杭州での調査において渡り労働者の 3 人に 1 人がそうしていたように、地域によっては、渡り労働者の大多数が配偶者とともに移動していることなどが理由として挙げられる。また多くの渡り労働者は、不特定多数を相手にしたセックスに対しては比較的保守的で、伝統的な姿勢を維持していると思われる (Hesketh et al., 2006)。

の性感染症の感染率は高かった(7%が梅毒、8%が単純疱疹ヘルペス 2 型に感染していた)(Jiang et al., 2006)。このような性行動が行われている中に一度入り込めば、HIV は急速に広がる。そうした傾向が実際にいくつかの都市で進行している可能性もある。北京では、MSM を対象にした 2 つの調査で、それぞれ 3%と 4.6%という陽性率が検知されている(Choi KH et al., 2006; Ma et al., 2006)。後者の調査(2005 年)に参加した男性の 5 人に 1 人が HIV について耳にしたことが一度もなく、さらに、3 人に 2 人以上が、過去 6 ヶ月間に無防備なセックスをしたと答えている(Ma et al., 2006)。一方、上海でも 2004 - 2005 年に行われた 1 件の調査で、MSM 間の HIV 陽性率が、1.5%という結果が出ている(Choi K et al., 2006)。

*カンボジア、中国、インド、ネパール、パキスタン、タイ、ベトナムなどで、
男性とセックスをする男性間の深刻な流行が明らかになりつつある。*

全体として、2005 年の中国における新規 HIV 感染件数の半数は、無防備なセックスにより発生したものである。HIV が最も高いリスクに曝された人々から一般の人々に徐々に広がりつつあるなか、女性の HIV 感染件数も増加しつつある(中国保健省、UNAIDS、WHO、2006)。2004 年時点で、女性は、報告された HIV 感染件数の 39%をすでに占めていた(そのわずか 2 年前の 25%と比較して)。雲南省のほぼ半数の県で実施された 13 万 8,000 人の妊婦を対象にした HIV 検査結果を最近分析したところ、その 0.3%が HIV 陽性であることが判明したが、県によって、陽性率は、0%から 1.6%までまばらつきがあった(Zhang, Hu, Hesketh et al., 2006)。また、河南、新疆ウイグル自治区の一部地域では、妊婦や、婚前及び臨床 HIV 検査を受けている女性間の HIV 陽性率は 1%以上に達しており(中国保健省、UNAIDS、WHO、2006)、地域によっては、HIV が比較的野放しに広がりつつあることを示唆している。

一方、安徽省、河北省、河南省、湖北省、山西省などで以前に献血や血漿献血を行っていたことがある人々の間での流行も継続しているが(Cohen, 2004)、HIV は、恐れられていたほど急激には、一般の人々の間には拡大していないように思われる(Mastro and Yip, 2006)。(大多数の HIV 感染が献血及び血漿献血に関連する)山西省のある県の村人の間では、2004 年の村人全体の HIV 陽性率は 1.3%であった。しかし、感染は、以前の献血者に集中しているように思われ(彼らの 4.1%が HIV 陽性)、献血を行っていない村人の HIV 陽性率は、わずか 0.1%であった(Wang, Jia et al., 2006)。このような傾向は、いくつかの地方の住民においては、性的関係のネットワークが限定されていることに由来するものだと思われる(Mastro and Yip, 2006)。しかし、安徽省の農村地区のいくつかの村では、異なる状況が見られ、以前に血漿献血を行っていた人々の 15%が HIV に感染していただけでなく、血漿献血を行ったことがまったくない住民の HIV 陽性率も 5%に達していた。後者の大多数は恐らく、HIV 陽性の配偶者、あるいは不特定多数の性交渉相手との無防備なセックスを通じて感染したと思われる(Ji et al., 2006)。2005 年に HIV とともに生きる商業的な献血及び血漿献血を行っていた人々、そして、その血液を輸血された人々の数は、約 6 万 9,000 人に達していた(中国保健省、UNAIDS、WHO、2006)。

近年拡充されてはいるものの、中国の HIV 対策における基本要素には未だ改善の余地がある。HIV に対する意識は非常に低く(レベルによっては政府リーダーにおいても)、またスティグマ(恥辱を受け、汚名を着せられること)も多くの地域で問題となっている(中国保健省、UNAIDS、WHO、2006)。たとえば、雲南省で保健医療に従事する専門家の約 3 人に 1 人(30%)は、HIV 陽性の人を治療しないと答

男性とセックスする男性のHIV陽性率(2003-2005年)

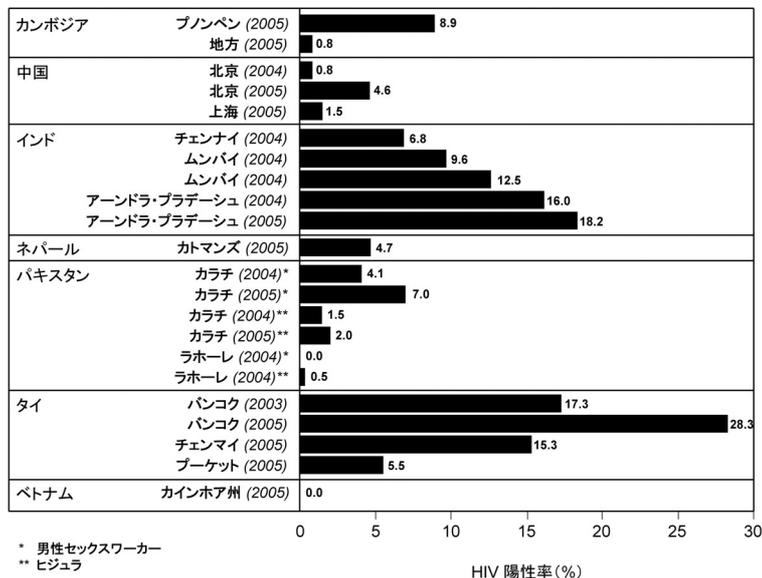


図 5 Sources: [XVI International AIDS Conference abstracts, 2006] - (Cambodia) M.Phaikun, et al. HIV, sexually transmitted infections, related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men; (China) X.Ma, et al. Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men in Beijing; (India) S.Kurita et al. Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai; India. Sravankumar K, Prabhakar P, Myrthi/STI/HIV Study Group. High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India; (Nepal) L.B. Acharya, et al. HIV and STI prevalence among MSM in Kathmandu, Nepal; (Pakistan) A. Altaf, et al. Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan; (Thailand) F. van Griensven, et al. Surveillance of HIV prevalence among populations of men who have sex with men in Thailand, 2003-2005; (Viet Nam) M. Trung Tan, et al. HIV risk behavior and prevalence among MSM in Khanh Hoa province, Viet Nam. National Study of Reproductive Tract and Sexually Transmitted Infections. Survey of High Risk Groups in Lahore and Karachi, 2005. National AIDS Control Program, DFID and FHI. (Pakistan); NACO, 2004; Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). 8th round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh, Hyderabad, APSACS. (India)

えている (Hesketh et al., 2005)。中国が、流行拡大を食い止められるかどうかは、IDU、セックスワーカーとその客の間における HIV 感染防止にどの程度成功するかに関わっている。

インド

世界第 2 位の人口を有するインドでは極めて多様な HIV の流行が進行中であり、流行が横這い化、あるいは弱まっているかのように見える地域がある反面、ある程度のペースで拡大している地域もある。2005 年に HIV とともに生きる人々の数は、約 570 万人 [340 万-940 万人] に達しており、その中の 520 万人が 15-49 歳の成人であった。

中国と同じように、HIV 感染の大多数は、2、3 の地域で発生しているように思われる。インドの場合は、報告されている HIV 感染件数の約 3 分の 2 が、同国の 28 の州中、6 つの州で起こっており、主に、工業地帯の南部と西部、そして、北東の端で起こっている。平均して、これらの州における HIV 陽性率は、インドの他の州より 4-5 倍高くなっている。最も高い陽性率は、ムンバイ - カルナタカ間の回廊地帯、マハラシュトラ州のナーグプル地区、タミールナドゥ州のナマッカル地区、アーンドラブレデシュ州沿岸地域、マニプル州、ナーガランド州 (インド北東部) の一部地域で検知されている (国立エイズ蔓延防止協会、2005a ; 世界銀行、2005)。特に、インド南部では、農村部と都市部の国民双方の感染レベルが類似している傾向がある (世界銀行、2005)。

216 の妊産婦診療所及び 132 の性感染症診療所から 2000-2004 年に集められた HIV に関するデータの

地域別HIV陽性率(インド、2005年)

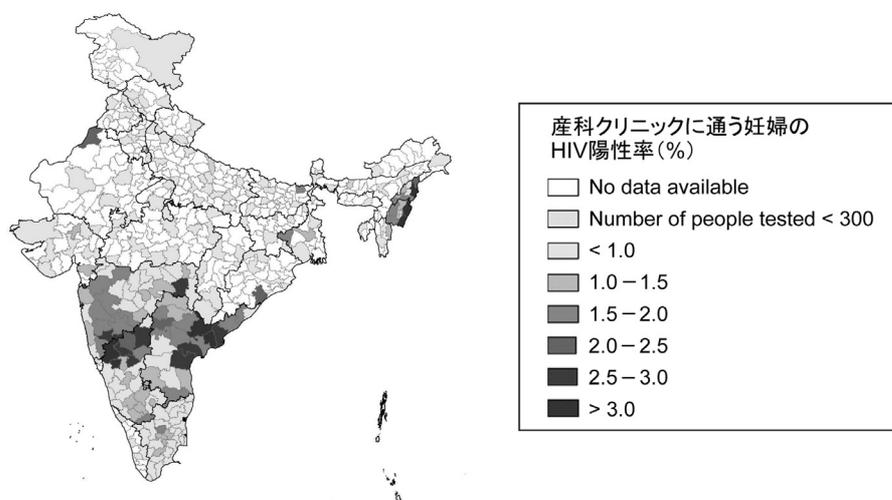


図 6

Source: NACO. Sentinel Surveillance data, ANC sites (2005).

分析では、南部諸州の15-24歳の女性のHIV陽性率は、2000年の1.7%から2004年には1.1%に低下している(Kumar et al., 2006)。また、南部で性感染症診療所を受診した20-29歳までの男性間のHIV感染レベルも低下している(一方、北部諸州では、陽性率が低下しているという証左は存在しない)。この調査報告書の作成者らは、調査で確認されたわけではないものの、こうした傾向が生じた要因として、南インドでは男女のセックスワーカー間でコンドーム使用率が増加し、そのためにHIV感染件数が減ったのではないかと推定している。けれども、集められたデータをさらに詳しく分析してみると、南部におけるHIV陽性率の明らかな低下は、主にタミールナドゥ州でHIV陽性率が低下していることに起因するものであることが判明した(John, 2006)。その他の分析者は、証拠は不十分であるが、南部においてHIV陽性率が低下しているのは、行動変容に起因するものであると主張している(Hallett and Garnett, 2006)。

インドにおけるHIV感染の相当部分が無防備な異性間性交渉により発生している(国立エイズ蔓延防止協会、2005b)。その結果、特に農村地帯で、HIVとともに生きる人々の中で女性が占める割合が増加している(2005年では約38%)。アンドラプラデシュ州、マハラシュトラ州、カルナタカ州では、妊婦のHIV陽性レベルが1%を越えていることが判明している(国立エイズ蔓延防止協会、2004a)。またカルナタカ州では、妊婦の平均HIV陽性率が1.6%に達しているという調査結果が出ており、北部地区では、エイズが死因の主位として報告されている地区もあり、都市部の小区域では、成人の陽性率は1.1%から6.4%までに及んでおり、流行レベルに大きなばらつきがあることを物語っている(Moses et al., 2006)。

HIVに感染した女性の大部分は、商業的セックスにより感染した定期的な男性パートナーから感染したものである(Lancet, 2006)。たとえば、ムンバイとプーナ(マハラシュトラ州)では、セックスワーカーのそれぞれ54%と49%がHIVに感染していたという調査結果もあり(NACO, 2005c)、彼女たちが客やそのパートナーにHIVを感染させる可能性は高い。実際、南部の高い陽性率を記録している諸州では、大多数のHIV感染は、セックスワーカーとその客、またはそのセックスパートナーとの間で発

生しているものと思われる (Kumar et al., 2005)。たとえば、カルナタカ州では、最近行われた調査に参加した 1,100 名のセックスワーカーのほぼ 4 分の 1 (23%) が HIV に感染しており、これらの女性の約半数 (47%) が、売春施設で営業していた (Ramesh et al., 2006)。

インドでは、セックスワーカーをターゲットとした HIV 予防措置が実施されている。しかしながらセックスワークに対する法律による取り締まり状況は複雑なものであり、これが、効果的な HIV 予防及び治療の障害となる場合がしばしばある (Dandona et al., 2006b)。さらに、介入措置の大部分が、セックスワーカーの中では少数派に過ぎない、売春施設を拠点とするセックスワーカーをターゲットとしたものになっている。たとえば、ソナガチ地区やコナカタ市では、セックスワーカー自らが運用する予防プログラムがあるが、これらのプログラムは、安全な商業的セックスを奨励しており、HIV 陽性率の低下に寄与している (Kumar, 1998 ; Jana et al., 1998)。こうした経験の上に立ち、セックスワーカーの組織は、初期予防プログラムを西ベンガル州全域に拡大しており、約 50 の地区の約 2 万 8,000 人のセックスワーカーにプログラムを提供している (Roy et al., 2006)。しかしながら、インドのそれ以外の地域では、商業的セックスにおける危険な行為は、依然として一般的である。たとえば、アンドラプラデシュ州では、13 の地域を回って客を取っているセックスワーカーのうち 4 人に 1 人がコンドームを一度も使ったことがなく、使ったり、使わなかったりするという者の割合が 2 人に 1 人であった。さらに路上セックスワーカーの半数以上が、コンドームをまったく、あるいはほとんど使ったことがないと答えている。特筆すべきは、HIV 感染は予防できると知っており、無料のコンドームを利用できる女性は、コンドームを一貫して使い続ける傾向が有意に高いということである (Dandona et al., 2005)。

注射器による薬物使用は、北東部 (特に、マニピュール州、ミゾラム州、ナーガランド州) では HIV 感染の主たるリスク要因であり、チェンナイ、ムンバイ、ニューデリーやその外の都市でも流行の中で次第に大きな役割を占めるようになってきている (MAP, 2005a ; 国立エイズ蔓延防止協会, 2005)。注射に使われる製品には、違法ではない医薬品 (ブプレノルフィン、ペンタゾシン、ジアゼパムなど) も、ヘロインに加えて含まれる。最近のある調査でチェンナイでは、31%の IDU が HIV 感染者であった。(Srikrishnan et al., 2006)。

*インド北東部 (特に、マニピュール州、ミゾラム州及びナーガランド州) では、
汚染された薬物注射器具の使用が HIV 感染の主たる危険要因となっており、
チェンナイ、ムンバイ、ニューデリーなどの都市における流行の中で
次第に大きな役割を占めるようになってきている。*

現在のところ、IDU を対象にした介入措置は、目に見える効果を生むには調和が欠けており、規模も、実施頻度も十分ではない (Basu and Koliwad, 2006)。注射器による薬物使用に起因する深刻な HIV 感染が発生しているインドの諸地域では、ハームリダクション・プログラムをより広範に、充実した形で実施する必要がある。さもなければ、IDU と商業的セックスが相まって、HIV の流行がより拡大する可能性がある。ムンバイの診療所で性感染症の治療を受けに来た男性を対象に実施された最近の調査では、これらの患者の中で薬物を注射する者の HIV 感染率は 12%に達しており。彼らの 80%が最近 (3 ヶ月間)、買春をし、27%が売春をしていたことが判明している (Yu et al., 2006)。2006 年時点で、北東部、西部、ベンガル及びデリーで、複数の注射針交換プログラムが稼働しているが、代替療法を活用したプ

プロジェクトはマニピュール州で始まった1件のみである。

インドにおける流行で男性間のセックスが果たす役割については、ほとんど調査されていない。そのようなデータが収集されている2つの州、チェンナイ州とムンバイ州では、MSM間のHIV陽性率が、それぞれ6.8%、9.6%に達していた(NACO, 2004b)。最近行われた調査では、ムンバイで自発的にカウンセリングと検査を受けたMSM間のHIV陽性率が12%に達していたというデータもあり、アンドレプルナシュ州では、10の診療所で測定されたMSMの陽性率が18%に達していたという報告もある(Kumta et al., 2006; Sravankumar, Prabhakar, Mythri, 性感染症/HIV研究グループ, 2006)。こうしたHIV感染レベルは、同州で行われた2004年のMSM間の標識サーベイランスで検知された16%の陽性率と一致するものである(アンドラプラデシュ州エイズ蔓延防止協会, 2004)。また、地域によっては、MSMのかなりの割合の者が売春も行っており、たとえば、アンドラプラデシュ州で行われた大規模な調査では、男性を相手に売春をする男性の割合は4人に1人に達していた(Dandona et al., 2006a)。MSMグループでは、HIVに関する知識が乏しいことも判明している。たとえば、バンガロールでは、MSMの4人に3人がHIVがどのように感染するかを知らず、彼らの相当部分が、他の男性との無防備なセックスを行っていた(Anthony et al., 2006)。

セックスワーカーとその客、MSMや彼らのその他のセックスパートナーの間で、安全なセックス行為を促進するインドの諸施策の規模と効果が、インドにおけるHIV感染の広がりとの規模と決定づけるであろう(Kang et al., 2005)。北東部諸州及びその他の地域の主要都市では、ハームリダクション・プログラムも同様に重要である。こうした努力に加えて、ヘルスケア従事者も含めインド社会のいたるところで依然として根強いスティグマと闘う努力も求められる(Mahendra et al., 2006)。また、同国でHIV予防及び治療を非常に難しくしている、ジェンダーやその他の不平等を軽減する努力も求められる(Lancet, 2006)。

最も高い国家レベルのHIV感染レベルは、東南アジアで見られる。この地域では、無防備な商業的セックスと男性間のセックスが、安全でない注射器による薬物使用と相まって、ほとんどの国で流行を勢いづかせている。

ベトナムでは、HIV感染が64すべての省、そしてすべての都市で検知されており、流行は拡大を続けている。HIVとともに生きる人々の数も2000年から2倍になり、2005年には、推定で26万人[15万-43万人]に達している。毎年、約4万人の人々が新たにHIVに感染しており(ベトナム保健省, 2005)、これらの人々の圧倒的多数がIDUあるいは、買売春を行う人々である。

ベトナムでは不衛生な注射器具の使用が広く見られ、IDUの5人に1人が、過去3ヵ月で不衛生な注射器具を使用したと推定される調査もある(Longfield et al., 2006)。その結果、IDU間のHIV感染レベルは、1996年の9%から2003年の30%に達し(ベトナム保健省, 2005; Hien et al., 2004)、2005年の調査では、63%(ハノイ)、67%(ハイフォン)といったきわめて高いレベルの感染率が検知された調査もある(Pham et al., 2006; Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006a)。

アジアにおける最も高い国家レベルの HIV 感染レベルは東南アジアで見られ、この地域では、無防備な商業的セックスと男性間のセックスが、安全でない注射器による薬物使用と相まって、ほとんどの国で流行を持続させている。

複数のベトナムの都市では、危険なセックスと注射器による薬物使用が頻繁に重複して行われている状況が明らかになっている。男性 IDU の相当の者が買春も含め無防備なセックスを行っている（たとえば、ベトナム北部のバクニン省では、40%）（Schumacher et al., 2006）。また、ハノイでも、若い男性渡り労働者（16–26 歳）が注射器による薬物使用とセックスワーク双方を行っているという実態が明らかになっており、渡り労働者における性的な感染リスクと、薬物関連の感染リスク双方を対象にした予防プログラムの必要性が確認されている（Giang et al., 2006）。また、女性セックスワーカーの中のかなりの者が、薬物を注射している。たとえば、ハノイでは、1 件の調査に参加した“中流”女性セックスワーカーの 21%、“下流”女性セックスワーカーの 39%が薬物を注射器により使用しており、その多くが、これも薬物を注射器で使用する“愛人”及び客を相手にしていた（Tran et al., 2005a）。これらの女性の中で“愛人”とのセックスでコンドームを使うと答えているのは、わずか 5%である（Tran et al., 2005b）。このように感染リスクが高い行為を重複して行うことによる結果は、激大になってしまう。ハイフォン（ベトナム最大の港湾都市）では、2004 年、女性セックスワーカー間の HIV 感染レベルは、ホーチミン市の女性セックスワーカーの感染率の 2 倍以上に達していた（12%に対して 30%）。この違いは、ハイフォンでは、薬物を注射するセックスワーカーの割合（29%）が、ホーチミン市における割合（12%）よりも高いことと関連していると思われる（Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006b）。

ベトナムにおける流行の急速な拡大は、ベトナムと中国の国境沿いのランソン省で特に顕著に見られる。IDU を対象にした予防プログラムの結果として、IDU 間の HIV 感染件数は、3 分の 1 に低下し、HIV 陽性率は横這い、あるいは地域によっては低下している。しかし、セックスワーカーの最大 12%、さらに、IDU の性的パートナーの 18%が HIV に感染していることが判ったケースもあり、場所によっては、妊産婦診療所を利用する妊婦の陽性率が、1%の大台を越えたところもある（Hammet, Des Jarlais et al., 2006）。

セックスワーカー間の HIV 感染を減らす戦略には、彼女たちに対するスティグマの軽減、薬物を使用する際の道具共有を止めるよう促すこと、自発的なカウンセリング及び検査を奨めること、それと同じく、コンドーム使用を奨励することを啓発する努力などが含まれるべきである（Tran et al., 2005b）。これらの施策を効果的に実施するためには、より強力な政策あるいは研究環境が整えられる必要がある。特に、HIV 関連政策、法的環境の整備、そして警察による取り締まりへのアプローチ間でより緊密な融合が求められる。また、HIV の知識や啓発についても同様にもっと広める必要がある。現在、HIV について広範な知識を有している若者の割合は半数以下である（国立衛生・疫学研究所及び ORC Macro, 2006）。

ベトナムの現況は、この国の急激に広まった大部分が、無防備な商業的セックスと安全でない注射器による薬物使用の組み合わせに由来するものであり、この分野に焦点を絞った強力な予防施策を実践する必要があることを示唆している。であるが、社会的・経済的に大きな転換途上にある国々では、世の中の行動傾向を時間とともに変えていく責任がある。

カンボジアにおける流行は落ち着き始めた様子であり、その勢いは、1990年代後半から弱まっている。国家及び非政府組織が導入した行動変容施策が、特に性産業で効果を発揮している。2003年、5つの都市（プノンペン、バタンバン、シアヌークビル、シエムリアップ、カンポンチャム）の売春施設を拠点に活動する（直接的）セックスワーカーの96%が、1997年の53%に対して、客の相手をする際にコンドームを一貫して使っていると答えている（Gorbach et al., 2006）。セックスワーカーの男性客も、高い割合で、買春する際に一貫してコンドームを使用していると報告しており、その割合は、集団によって85%以上に達する（Sopheab et al., 2006）。売春施設を拠点として活動するセックスワーカーのHIV陽性率は、1995年の43%から、2003年の21%に低下している（HIV/エイズ、皮膚科学及び性感染症国立センター、2004）。また、売春施設を拠点としない（間接的）セックスワーカーのコンドーム使用率も1997年の30%から、2003年の84%に上昇しており（Gorbach et al., 2006）、HIV陽性率も1998年の20%から2002年の15%に低下している（Lengh et al., 2004）。

このような成果を持続するためには、継続的な努力が求められるであろう。カンボジアの性産業は流動的であり、売春施設（セーフターセックス奨励施策が効果を発揮する傾向がある）外で性を売る女性の数が増えており（Gorbach et al., 2006）、セックスワーカーが仕事を続ける期間も長期化している。そのため、厳しい市場環境で若い同業者との競合に勝とうとして、より年長のセックスワーカーの中には、コンドームを使わない回数が上っている者も考えられる。

一方で、妊産婦診療所を利用する妊婦のHIV陽性率は、1997年から2003年の間にあまり変化していない（2.3%から2.1%に若干低下した程度）。（Phal et al., 2006）。このことは、相当数の女性が、依然として恐らく買春によってHIVに感染した夫やボーイフレンドからHIVに感染していることを示すものである（HIV/エイズ、皮膚科学及び性感染症国立センター、2004；Gorbach et al., 2000）。1998年の3分の1強（37%）と比較して、2003年、カンボジアでHIVとともに生きる人々の約半数（47%）が女性であった。実際に、既婚女性の相当数（41%）が、夫からHIVに感染するのではないかと危惧している（Sopheab et al., 2006）。

売春施設(Direct)と非売春施設(Indirect)の女性セックスワーカーの相手別コンドーム使用率(カンボジア、1997-2003年)

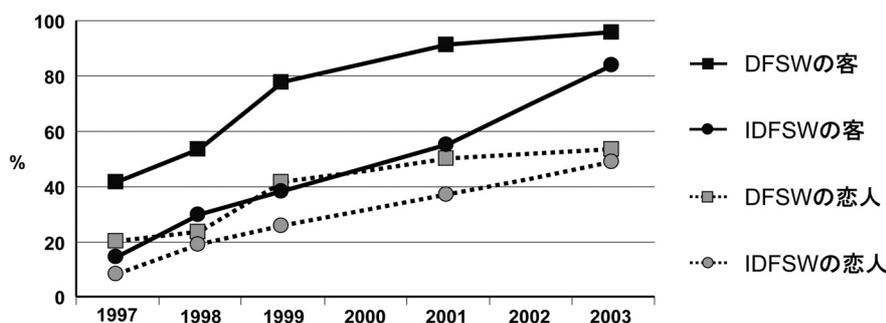


図 7

DFSWS—Direct female sex workers (売春施設の女性セックスワーカー); IDFSWS—Indirect female sex workers (非売春施設の女性セックスワーカー)
Source: National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs, 2004.

MSM 間の HIV 感染トレンドについて利用可能なデータはほとんどない、2000 年にプノンペンで実施された調査では、MSM の 15% が HIV に感染していたという結果が出ていたが、同市で行われた最近の調査では、その率は 8.9% となっている (Phalkun et al., 2006)。バタンバン州及びシエムレアプ州の複数の地方都市では、HIV 陽性率は非常に低く 0.8% であった。しかし、コンドームの使用はまれであり、アナルセックスを行う際にコンドームを使用すると答えた男性の割合はわずか 16% であった (首都では 54%)。売春をする男性間では、性行為をする際に一貫してコンドームを使用している者の割合は 18% に過ぎなかった (Phalkun et al., 2006)。このような行動傾向を考慮すると、HIV がひとたびこれらのネットワークの中に入り込めば、バタンバンやシエムレアプなどの都市では、MSM 間に急速に広がる可能性が高いと言える。

隣国のタイで、2005 年度末現在 HIV とともに生きる成人及び児童の数は、58 万人 [33 万-92 万人] と推定される (UNAIDS, 2006)。年間の新規感染者数は減少し続けており、2005 年の推定 1 万 8,000 人という数は、2004 年よりも 10% 少ないものである。しかしながら、新規 HIV 感染件数の相当割合が、感染のリスクが低いと思われていた人々の間で発生している (Gouws et al., 2006)。2005 年の新規感染件数のほぼ 3 分の 1 が、恐らくその配偶者から感染した既婚女性であったことが、タイ公衆衛生省の調査で判明している。タイ政府は、カップルに対して定期的に HIV 検査を受け、コンドームの使用頻度を高めるように奨励している。また、社会変化により HIV 感染リスクが高まっており、婚前性交渉が、若いタイ人の間ではもはや珍しいことではなくなっているにもかかわらず、性的に活動的な若者の中でコンドームを一貫して使用している者は少数派 (20-30%) に過ぎない (Punpanich et al., 2004)。

一方、タイでは、MSM は依然として高い HIV 感染リスクに曝されている。バンコクでは、MSM の HIV 陽性率が 2003 年の 17% から 2005 年の 28% へと急上昇した。22 歳以下の若者 MSM の間では、同時期に陽性率は 13% から 22% に上昇し、根底に高い HIV 感染率が存在することを示唆している。チェンマイの感染レベルは 15%、プーケットでは 5.5% であった。また男性セックスワーカーの陽性率は、チェ

男性とセックスする男性* の HIV 陽性率 (新参加場所、年齢別)
(バンコク、タイ、2003-2005年)

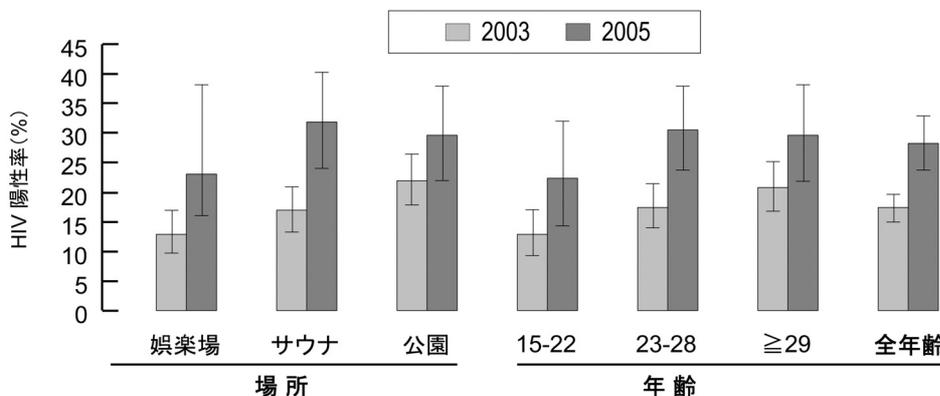


図 8

* 男性セックスワーカーあるいはトランスジェンダーの集まる場でセックスする男性は含まない。
Source: van Griensven F., MMWR, 2006.

ンマイの 11%からプーケットの 14%、バンコクの 19%にまで達しており、商業目的のセックスにおいて一貫してコンドームが使用される割合が低いことを示している。問題となっているのは、MSM の間で、自らの感染状況についての自覚が欠如していることである。HIV 感染が判明した男性の 80%強が抗体検査を一度も受けたことがないか、自らが HIV 陰性であると思っていた (Van Griensven et al., 2006)。全体として、タイにおける新規感染件数の 5 分の 1 (21%) が安全でないセックスをする MSM 間で起こっていると推定されている (Gouws et al., 2006)。MSM のネットワークにおいて性的に危険な行為を減らし、より頻繁に HIV カウンセリングや抗体テストを受けるよう奨励するプログラムが緊急に必要とされている。

*タイでは、新規 HIV 感染件数の相当割合が、
感染リスクが低いと見なされていた人々の間で発生している。
2005 年の新規感染件数のほぼ 3 分の 1 が
恐らくその配偶者から感染した既婚女性であった。*

女性セックスワーカーの HIV 感染率は確認が難しい。調査の中には、売春を行う女性の HIV 感染レベルが比較的低いことを示すものもある。たとえば、国家レベルの HIV 標識サーベイランスでは、売春施設を拠点に活動する女性セックスワーカーの 7.7%、施設を拠点にしない女性セックスワーカーの 4.2%が 2005 年に HIV とともに生きていたことが確認されている (Plipat and Teeraratkul, 2006)。また別の調査では、女性セックスワーカーがコンドームを規則的に使用していないことを示すものもある。バンコク、チェンマイ、メーホンソンで売春行為に従事している女性は、商業的セックスを提供する際に 2 回に 1 回強の割合でしかコンドームを使用していないと答えている。同様に、セックスワーカーと性行為に及ぶ際にコンドームを常に使うと答えた男性の割合は、同国の北部で行われた調査結果で、3 分の 1 以下であった (Buckingham et al., 2005)。

注射器による薬物使用は、タイの多面的な流行の中で、HIV 感染のリスク要因であり続けている。治療診療所に通う IDU の推定 45%が HIV に感染していたことが判明しており (Punpanich et al., 2004)、毎年 3–10%の IDU がタイでは HIV に新規感染すると推定されている (Kawichat et al., 2006)。これは主に、IDU の相当割合の者が、汚染された注射器具を使っているためである (最近の 1 つの調査では、約 35%の IDU が汚染された注射器具を使用していた) (Longfield et al., 2006)。

タイは、セーファーセックス・キャンペーンを再び活性化し、全般的な HIV 予防プログラムが MSM や IDU に、もっと確実に届くようにする必要がある。取りかかりとして、こうした人々における HIV サーベイランス調査を充実させなければならない。性感染症の治療を求めている男性やメタドン代替療法を受けている薬物使用者における HIV 感染を報告している州の数は、この 5 年間で 50%以上も減ったと報告されている (Iamsirithaworn and Detels, 2006)。加えて、IDU に対して包括的なハームリダクション・サービスを提供するアウトリーチプログラムを拡充する緊急の必要性もあり (Kawichai et al., 2006)、また、自発的な HIV カウンセリングや検査に対するアクセシビリティを全国で規模を拡大させる努力も緊急に求められている。

隣国のミャンマーでは、流行が下火になりつつあるのではないかとと思われる初期の兆候が見えている (Wiwat, Brown, Calleja-Garua, 2005)。妊婦間の HIV 感染レベルは低下しており (2000 年の 2.2% から 2005 年の 1.3% に低下) (国家エイズプログラム・ミャンマー, 2005)、その他の性感染症の治療を求める男性の HIV 感染率も低下している (2001 年の 8% から 2005 年の 4% に) (国家エイズプログラム・ミャンマー, 2005)。しかしながら、同国では深刻な流行が発生しており、2005 年末で HIV とともに生きる人の数は、36 万人 [20 万-57 万人] と推定されており、国家レベルの成人 HIV 陽性率は、約 1.3% に達している。また、2005 年の若者 (15-24 歳) の HIV 陽性率が 2.2% に達していることが深刻な憂慮の一因となっている (国家エイズプログラム・ミャンマー, 2005)。また、セックスワーカーや IDU など最も高い感染リスクに曝されている人々の HIV 感染レベルも高い。全国的には、IDU の約 43%、セックスワーカーのほぼ 3 人に 1 人 (32%) が 2005 年に HIV とともに生きていた (この割合は、2000 年以降ほとんど変わっていない) (国家エイズプログラム・ミャンマー, 2005)。7 つのタウンシップにおける都市部と農村部で行われた調査では、性的に活動的だと答えた若者 (15-24 歳) の割合はわずか 16% であり、男性で調査前年セックスワーカーと性交渉をもったと答えた若者の割合は、わずか 3% であった。セックスワーカーとの性交渉で、一貫してコンドームを使用すると答えた男性の割合は、若者では 60%、年長の男性では 50% であった (Thwe et al., 2005)。一方で、行政からの非公式な支援を受けて活動している非政府組織が、IDU に対して HIV 予防サービスを提供するパイロットプログラムを創始した。2005 年、1 万 1,000 名以上の IDU がそのような施策の恩恵を受けたと考えられている (国家エイズプログラム・ミャンマー, 2005)。

パキスタンでは、IDU 間の高い感染レベルが、男性及び女性のセックスワーカーなどの他の国民グループにも広がりうる状況が出ている。ラカナでは、IDU の 8% が 2005 年、HIV に感染していた (Abbasi, 2006)。また、大多数の IDU が既婚、あるいは性的に活動的であるファイサラバード、ラホール、サルゴダ、シアールコトでは、少なくとも 6% が HIV に感染していた (Nai Zindagi, 2006)。さらにカラチでは、2005 年のある調査に参加した IDU の 26% が HIV に感染していることが判明した (Emmanuel, Archibald, Altaf, 2006)。HIV に感染している IDU は、一つの共通のリスク要因をもっている。それは、彼らが不衛生な注射器具を使用しているということである。効果的なハームリダクションの最も基本的な要素も欠落しているのである。たとえば、カラチ、ラワルピンディーで実施された調査に参加した IDU の場合、HIV が不潔な注射針を使用することで感染する可能性があることを知っていた者の割合はわずか半数であり、彼らの多くが調査前 1 ヶ月間に不衛生な注射器具を使用していた (Abbas, 2006)。

また、商業的なセックスにおけるコンドーム使用率も依然として低い。カラチ及びラワルピンディーで、調査前月にコンドームを一貫して使用したと答えた者の割合は、女性セックスワーカーで 5 人に 1 人弱、彼女たちの客の男性で 20 人に 1 人であった (Abbas, 2006)。これより以前にカラチで実施された調査では、コンドームが何だか分からなかったセックスワーカーの割合も 4 人に 1 人に達していた (パキスタン保健省、DfID、ファミリー・ヘルス・インターナショナル, 2005)。さらに、2005 年に行われたある調査では、カラチで男性セックスワーカーと去勢された男性 (ヒジュラ) のセックスワーカー間の性的ネットワークの中で、HIV 感染が発生していることが確認された。この調査では、男性セックスワーカーの 7%、ヒジュラの 2% が HIV に感染していることが確認されている (Altaf et al., 2006)。またカラチで行われた別の調査では、男性セックスワーカーの 4%、ヒジュラの 2% が HIV 陽性であった。その他の性感染症の発生レベルが非常に高いことが、性的に危険な行為が広がっていることを示唆してい

る。後者の調査では、男性セックスワーカーの23%が梅毒を、36%が淋病に罹患していることが明らかになっており、ヒジュラでは、62%が梅毒を、29%が淋病に罹患していた。実際、男性と前回セックスをした際にコンドームを使用したと答えた者の割合は、男性セックスワーカーではわずか4%、ヒジュラでは1%にも満たなかった。もう一つ注目しなければならないのは、男性セックスワーカーの4人に1人が女性との売春あるいは買春行為に及んでいると答えていることである（パキスタン保健省、DfID、ファミリー・ヘルス・インターナショナル、2005）。こうした人々の性的なネットワーク内、あるいはその外にHIV感染がさらに広がるのを食い止めるために、このようなハイリスクな行動に対処しなければならない。

隣国のアフガニスタンにもHIVが入り込んだという証拠があり、同国では、HIVの急速な拡大に有利な条件が存在する。アフガニスタンで出はじめた流行は、注射器による薬物使用と、安全でない商業的セックスの組み合わせを主要因とする可能性が高い。カブールで最近行われた1件の調査では、IDUの4%がHIVに感染していることが判明している。この調査に参加したIDUのほぼ3分の1（31%）の者が、汚染された注射器具を使用したと答えている。また半数以上（54%）の者が収監されたことがあり、彼らの3分の1（32%）が刑務所内で薬物を注射器で使用したと答えている。これらのIDUのかんりの割合の者（全員男性）が、その他のハイリスクな行為を行っており、3分の1（32%）が男性あるいは少年とセックスをし、また、3分の2以上（69%）が買春を行っていた（Todd et al., 2006a）。最低限、HIVに関する基礎知識を早急に充実させなければならない。不潔なシリンジを使用することがHIVの高い感染リスクを伴うこと、あるいは、コンドームが感染を防止できることを知っていたIDUの割合は、約半数に過ぎなかった（Todd et al., 2006b）。

インドネシアでは、推定で14万5,000–17万人いると言われるIDU間で高いレベルのHIV感染率が検知されており（Pisani, 2006）、同国でより大規模なHIVの流行が発生する可能性を示唆している。2005年、同国でHIVとともに生きる成人の数は約17万人〔10万–29万人〕であった（UNAIDS, 2006）。1998年まで、首都のジャカルタで治療を求めるIDU間でHIV感染は検知されていなかった（Pisani, 2006）。しかし2002年初頭では、ジャカルタのリハビリテーションセンターで調査されたIDUの40%以上が検査の結果、HIV陽性であることが判明し、その後、ポンティアナク（ボルネオ）では、これよりもさらに高い感染レベルが報告されている（Riono and Jazant, 2004 ; Map, 2005a）。最近のデータでは、西ジャワのIDUの13%がHIV陽性であることが示されている（インドネシア保健省、2006）。

複数の調査では、大多数のIDUが、不衛生な注射器具の使用や、無防備なセックスを頻繁に複数のパートナーを相手に行っているなどのハイリスクな行為を報告している（Pisani など、2003）。デンパサール、メダン、バンドゥン及びジャカルタのIDUの21–31%が、いつも不衛生な注射針を使用していると報告していた。その一方で、コンドームの使用はまれであり、メダン、ジャカルタ、及びデンパサールのIDUの中で最近セックスをした際にコンドームを使用したと答えた者は、わずか14–27%であった（Statistics Indonesia, 2006 ; インドネシア保健省、2006）。インドネシアの刑務所でも、危険な行動は一般的であり、2005年に西ジャワの被収監者におけるHIV陽性率は13%、ジャカルタでは18%、バンテンでは36%に達していた（インドネシア保健省、2006）。

アフガニスタン及びパキスタンの最も高い感染リスクに
曝されている人口集団の中で HIV 感染が急激に拡大しており、
広範に見られるリスク行動が、HIV の流行が将来さらに拡大する余地を生み出している。

アジアにおけるその他の複数地域での流行と同じように、注射器による薬物使用とセックスワークのネットワークは、インドネシアでも重なっている。IDU の 4 分の 1 (ジャカルタ、メダン及びバンドゥン) からほぼ半数 (スラバヤ) の者が、調査前年、無防備な買春を行っていた (Statistics Indonesia, 2006 ; インドネシア保健省、2006)。予防施策を講じなければ、こうしたつながりは、HIV のより幅広い国民層へ急速な拡大を促進する可能性がある。インドネシアの地域によっては、セックスワーカーの中の相当の割合の者が HIV に感染しており、その感染率は、ジョグジャカルタ、リアウで 6%、ジャンビで 7%、西ジャワで 8% を記録している (Statistics Indonesia, 2006 ; インドネシア保健省、2006)。場所によっては、セックスワークにおけるコンドームの使用状況が改善している可能性もある。16 の都市で 2005 年に調査対象となったセックスワーカーの約 60% が、最も最近、客の相手をする際にコンドームを使用したと答えている (Statistics Indonesia, 2006 ; インドネシア保健省、2006)。一方、ジャカルタでは、マッサージパーラ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、また売春施設を拠点に活動している者の 85% が、調査前 1 週間に客の相手をする際にコンドームを使用しなかったと答えている (MAP, 2005b)。

不規則に広がる半島の端に位置するパプアでは、HIV は一般住民の間に着実に根を下ろしてしまっている。5-6 の村で、成人のほぼ 1% が HIV とともに生きていることが検知されている (MAP, 2004)。注射器による薬物使用が広がっていないパプアでの局所的な流行の主たる要因は無防備な売春行為であり、この地域の文化的な特徴で、若い男性 (15-24 歳) の 10-15% もの者が、買春を行っている。1990 年代後半、ほとんどの都市部で、商業的なセックスワーカーの HIV 陽性率は、1-2% であった。しかし、2004 年になると、陽性率は、ティミカで 9%、ナビレで 14%、メラウケで 15%、ソロンで 16% にまで上昇している (国家エイズ委員会インドネシア、2006)。

2005 年にマレーシアでは、HIV とともに生きる人々の数が推定で 6 万 9,000 人 [3 万 3,000-22 万人] に達しているが、HIV 感染の最も一般的なリスク要因は、薬物使用のための汚染された注射器具の使用である (この経路の HIV 感染が 2002 年の感染件数の 4 分の 3 を占めており、その大多数が 20-40 歳までの男性であった) (UNAIDS、2006)。一方、妊娠期間中のケアを求める妊婦の間の HIV 陽性率は依然としてきわめて低いままである (2002 年に 0.04%)。一方で、クランタン州、トレンガヌ州の IDU の感染レベルは、それぞれ 41% と 31% に達していることが判明している (マレーシア保健省及び WHO、2004)。さらに最近では、ムアールの薬物治療施設に入ったヘロイン使用者の 5 人に 1 人 (19%) が HIV 陽性であるという結果も出ている (Chawarski et al., 2006)。

マレーシアにおける最新の HIV データは限られたものであるが、利用可能なデータからは、小規模だが、HIV 新規感染者比率は上昇していることが示されており (2002 年では 7 年前の 7% から 17%)、これは、安全でないセックスに起因するものであり、その多くが現在あるいはかつての薬物使用者とそのセックスパートナー及びセックスワーカー間で発生したものである (マレーシア保健省及び WHO、2004 ; Huang and Hussein, 2004)。その他の東南アジアの国々の当局と同じように、マレーシアの当局も薬物

使用者を取り締まることで、事態に対応しようとしており、2004年だけでも約3万9,000人の薬物使用者が逮捕され、その大多数が、ヘロイン使用者であった（国家薬物局、2005）。こうした厳しい取り締まりと HIV に関して増大する懸念の双方、あるいはいずれかが薬物使用の傾向にどのような影響を与えるのかは明らかではない。しかしながら、ムアールでの調査で、相当の割合の薬物使用者が、ヘロインを注射で使用するのではなく、吸引する方法を選んでいること、あるいは、不衛生な注射針の使用を止めていることが判明したことは注目に値する（Chawarski et al., 2006）。一方で、ブプレノルフィン及びメタドン維持療法の利用可能性が民間で現在拡大しており、公共の HIV 診療所でも活用できないか評価の対象となっている（Chawarski et al., 2006）。HIV 予防施策（保健省の権限範囲）と薬物からの更生及び治療施策（内務省の権限事項）のコーディネーションをより円滑にすることが、状況改善につながると思われる（Chawarski et al., 2006）。

HIV が主に無防備なセックスを通して広がっている（国立疫学センター、2006）フィリピンでは、国家レベルの成人 HIV 陽性率は、0.1%を下回っている（UNAIDS, 2006）。1984年以来診断された HIV 感染の約3分の1は、海外から戻ってきたフィリピン人労働者に発生したものであった（そのほとんどが船員あるいは家事支援労働者）（国立疫学センター、2006）。1990年代初頭から始まったセックスワーカーに対する性感染症検査及び治療施策やその他の予防施策によって、商業的セックスを通じての HIV の拡大も食い止められている可能性がある（Mateo et al., 2003）。2002年以降継続的に行われているサーベイランスによれば、セックスワーカーの HIV 感染率は1%以下にとどまっている（フィリピン保健省、2005）。また、MSM 間でも1%以上の HIV 陽性率は未だ検知されていない（フィリピン保健省、2005）。けれども、この状況が続くという保証はない。商業的セックスにおいて、コンドームが必ず使われているわけではない（2002年に調査した際には、調査前週にすべての客に対してコンドームを使用したと答えたセックスワーカーはわずか6%であった）（MAP, 2005b）。また地域によっては（セブ市など）、IDU 間の不衛生な注射器具の使用も一般的である（Wi et al., 2002 ; Mateo et al., 2003 ; フィリピン保健省、2003）。そのような情勢下で、若いフィリピン人の間では流行に対する明らかに独りよがりな考えが広がっており（14-20歳までの若者の5人に3人が自分たちは HIV に感染するはずがないと考えている）、このことが、懸念の種となっている。

2005年、日本で HIV とともに生きる成人及び児童の数は、約1万7,000人 [1万人-2万9,000人] に達していた。HIV 感染者数の増加は、MSM の間で見られ、MSM は同国の年間 HIV 報告感染者数の少なくとも60%を占めている（Shimada et al., 2006）。2004年には、約780件の新規感染が報告されており、前年の640件から増加しており、1990年代中盤に報告された件数の2倍に達している（Nemoto, 2004）。