



北米及び西・中央ヨーロッパ

これら二つの地域では、抗レトロウイルス療法の延命効果、アメリカにおける毎年の新規 HIV 感染件数の比較的安定した状態、そして 2002 年以降の西ヨーロッパにおける新規 HIV 感染診断件数の増加などの理由により、HIV とともに生きる人々の総数は増加し続けている^(注6)。この地域全体で、2006 年に HIV とともに生きる人々の数は約 210 万人 [150 万–300 万人] に達しており、この 1 年間の新規 HIV 感染者数は、6 万 5,000 人 [5 万 2,000–9 万 8,000 人] に達している。効果的な抗レトロウイルス療法が広く利用可能な状況の中、エイズによる死亡者数は比較的少なく、2006 年には、3 万人 [2 万 4,000–4 万 5,000 人] であった。

(注 6 この分析は主に、報告された HIV 感染診断に基づいている。HIV の流行状況を観察するために年間 HIV 感染診断件数を用いる方法には大きな限界がある。その理由は、診断件数には、何年も前に発生した感染が含まれていたり、また、検査を受けた人との感染状態しか捉えられていないために、全体の発生状況を表す物差しにはならないからである。その結果、報告された HIV 感染件数に基づく HIV の流行トレンドは、HIV 検査の受け入れ状況の変化や、報告パターンの変化などによって歪曲されて表れる可能性がある。この分析では、可能な場合は常に、読者にそのような変化が発生した場合について警告している。)

2005 年に 120 万人 [72 万–200 万人] を数える HIV とともに生きる人々がいるアメリカ合衆国 (USA) よりその数が多いと推定されている国は、世界に他に 7 ヶ国しかない (UNAIDS, 2006)。匿名ベースの HIV 報告を長期間にわたり実施している 35 の州及び地域のデータに基づく、HIV 感染の最も一般的なリスク要因は、依然として男性間の安全でないセックスであり (2001–2004 年までに報告された HIV あるいはエイズ報告件数の 44% を占める)、それに次ぐリスク要因が、異性間性交渉 (全件数の 34%)、そして不衛生な注射器具の使用 (17%) である (米国疾病対策予防センター、2006a) (ただし、これら 35 の州及び地域^(注7)には、カリフォルニア州、イリノイ州、メリーランド州、ペンシルバニア州など、最も多いエイズ発生件数を報告している州が含まれていないことに注意)。

(注 7 2000 年以降、合衆国の以下の 35 の地域は、匿名ベースの HIV 感染報告を法律あるいは規制により義務付けている：アラバマ州、アラスカ州、アリゾナ州、アーカンソー州、コロラド州、フロリダ州、アイダホ州、インディアナ州、アイオワ州、カンザス州、ルイジアナ州、ミシガン州、ミネソタ州、ミシシッピ州、ミズーリ州、ネブラスカ州、ネバダ州、ニュージャージー州、ニューメキシコ州、ニューヨーク州、ノースカロライナ州、ノースダコタ州、オハイオ州、オクラホマ州、サウスカロライナ州、サウスダコタ州、テネシー州、テキサス州、ユタ州、バージニア州、ウエストバージニア州、ウィスコンシン州、ワイオミング州、グアム及び米国バージンアイランド。1997 年 7 月以来、フロリダ州は、新規に診断された場合のみ、匿名ベースの HIV 感染報告を実施してきた。)

HIV あるいはエイズの新規診断件数に女性が占める割合は、1995 年以前の 15% から、2004 年の 27% に

大きく増加した。HIVに感染していると新たに診断された女性の約4分の3が、注射器により薬物を使用した、あるいは商業的なセックスもしくは、他の男性とのセックス (McMahon et al., 2004 ; Valleroy et al., 2004 ; Montgomery et al., 2003) を通して感染した男性パートナーとの無防備なセックスにより感染している (米国疾病対策予防センター、2006b)。一方で、2004年にHIVに感染していると診断された女性のうちで、相当の割合の者(20%)が安全でない注射器による薬物使用でHIVに感染している。

*抗レトロウイルス療法の延命効果、
アメリカにおける毎年の新規HIV感染件数の比較的安定した状態、
そして、2002年以降の西ヨーロッパにおける
新規HIV感染診断件数の増加などの理由により、
HIVとともに生きる人々の総数は増加し続けている。*

米国におけるHIVまたはエイズ診断件数の大部分を占めるのは、依然として男性であり、2004年にはその割合は73%であった。2004年にHIVに感染していると診断された男性のほぼ3分の2(65%)の感染理由は、他の男性との安全でないセックスであり (米国疾病対策予防センター、2006b)、いくつかの報告書で、この人口集団の中で安全でない性的行動が増加している証拠が示されている (米国疾病対策予防センター、2006c)。

少数人種及びエスニックのような少数民族が、その全人口に対する構成比より高い割合で、HIVの被害を被っている。2001-2004年にエイズと診断された人々の50%はアフリカ系アメリカ人 (合衆国の人口の12%を占めるに過ぎない) であり、20%はラテンアメリカ系アメリカ人 (合衆国の人口に対する占有率14%) であった。新たにHIVに感染した、あるいはエイズを発症したと診断される人の割合は、2004年には、白人男性よりもアフリカ系アメリカ人男性で7倍高くなっている (白人10万対18.7人に対して、アフリカ系アメリカ人10万対131.6人)。また、アフリカ系アメリカ人女性も、白人女性よりもこの割合が21倍高くなっている (10万人に対して3.2人に対して67人) (米国疾病対策予防センター、2006a)。最近実施された1件の研究では、アフリカ系アメリカ人男性の高い収監率 (約12人に1人が

**1981年から2003年の間にAIDSと診断された者の生存率
(2005年6月時点、米国)**

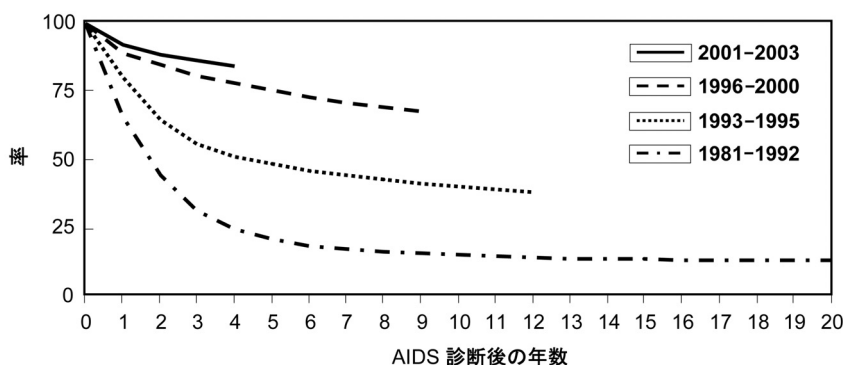


図 1 2

Source: CDC. Twenty-Five Years of HIV/AIDS — United States, 1981–2006. MMWR 2006.

拘置所あるいは刑務所に収監されたことがある) がアフリカ系男性及び女性の人口比に対して高い HIV 感染率と関連している可能性があることを示唆している (Johnson and Raphael, 2006)。

2005 年に HIV あるいはエイズと診断されたアフリカ系アメリカ人男性の約半数 (49%) は、他の男性との無防備なセックスにより HIV に感染し、一方、大多数のアフリカ系アメリカ人女性 (78%) は、無防備な異性間の性交渉により感染している (米国疾病対策予防センター、2006d)。複数の研究が、アフリカ系アメリカ人の男性とセックスをする男性 (以下、MSM) は、HIV 感染リスクが有意に高いことを報告している、アフリカ系アメリカ人の MSM は、他の人種の男性と比べて、危険な性行為をしたと報告している (Harawa et al., 2004 ; Koblin et al., 2006)。こうした調査結果は、その他の要因 (恐らく、その他の性感染症の流行など) が、アフリカ系アメリカ人 MSM の HIV 感染リスクを高めている可能性があることを示唆している。一方で、不衛生な注射器具の使用は、アフリカ系アメリカ人女性では、依然として 2 番目に多い感染理由であり、アフリカ系アメリカ人の男性では、3 番目に多い感染理由である (米国疾病対策予防センター、2006c)。

抗レトロウイルス療法の提供によって、エイズによる死亡率は、1990 年から 2003 年にかけて 80% 低下している (Crum et al., 2006)。米国における HIV 治療は次第に効果を高めており、エイズと診断されてから 2 年以上生きる人々の割合は、1993–1995 年の 64% から、1996–2005 年の 85% に増加している (米国疾病対策予防センター、2006a)。少なくとも 300 万年分の生命が、エイズ患者に対する効果的な治療とケアの直接的な結果として救われたことになる (Walensky et al., 2006)。

HIV とともに生きる人々の 4 分の 1 が、自らの感染事実を知らないと推定されており (Glynn and Rhodes, 2005)、このことが、HIV 対策を難しくしている。自らが感染していることを知らない人は、エイズが比較的進行してからでなければ、適切な治療やケアサービスにアクセスする可能性は低く、それが治療の効果を制限することになる。また、こうした人々は、他人に HIV を感染させることを避けるための予防措置をとる確率も低い。自らが HIV に感染していることを知らない個人は、アメリカ合衆国のすべての性交渉による新規 HIV 感染件数の 54–70% に相当する可能性がある (Marks et al., 2006)。

*HIV 新規感染件数あるいは
エイズの新規診断件数に女性が占める割合は、
1995 年以前の 15% から
2004 年の 27% に大きく増加した。*

カナダの最新の HIV データは、新規の HIV 感染を防止し、注射器による薬物使用者 (以下、IDU)、MSM、先住民など、脆弱な立場にある人々に対してサービスを提供するために効果的な戦略を確実に実施する必要があることを際立たせるものとなっている。

カナダでは、2005 年末の HIV とともに生きる人々の数は、5 万 8,000 人 [4 万 8,000–6 万 8,000 人] と推定されており、これは、5 万人 [4 万 1,000–5 万 9,000 人] という 2002 年の推定値と比較すると 16% の増加となっている (Boulos et al., 2006)。また、2005 年の新規 HIV 感染者数は、2,300 人から 4,500 人と推定されている。これらの新規感染者の中に MSM が占める割合は約半分 (46%) であり、彼

らは HIV の被害を最も被っているグループとなっている。また、新規感染の約 14% が、安全でない注射器による薬物使用に起因するものであり（2002 年の 19% という割合からは減少）、37% は無防備な異性間性交渉に起因するものである。また、異性間性交渉を通じて感染したケースの半数弱が、HIV が風土病である国で生まれた人々に発生したものである（Boulos et al., 2006）。女性の HIV 新規感染は若干増加傾向にあり、2002 年の推定 24% に比較して、2005 年には、新規感染件数の 27% を女性が占めていた（Boulos et al., 2006）。また、注目すべきは、カナダでは、HIV に感染している人の 4 人に 1 人が自らの感染事実に気づいていないことである（Boulos et al., 2006）。

カナダの先住民の人々は、その総人口に占める割合と比較すると高い割合で、高い貧困率、薬物濫用、性感染症など多くの社会、経済、行動要因の影響を受けており、また、ヘルスケアサービスへのアクセスあるいは利用が制限されていることとも相まって、HIV 感染に対する脆弱性が増しているように思われる（カナダ公衆保健局、2006）。カナダの HIV の流行において先住民の人々が占める割合は、その全人口に占める割合よりも大きくなっており、先住民全体の HIV 感染率は、非先住民のカナダ人のほぼ 3 倍に達すると推定されている。また、2005 年の新規感染者の中で先住民の人々が占める割合は 9% であった（Boulos et al., 2006）。しかしながら、彼らがカナダの全人口に占める割合はわずか 3.3% に過ぎないのである（カナダ統計局、2001）。

先住民の人々の中での HIV 感染の特徴は、一般の国民のそれとは異なっている。2005 年の推定では、先住民の人々の中での最も一般的な感染形態は注射器による薬物使用であり、全カナダ人におけるその割合が 14% なのに対して、先住民のカナダ人の新規感染件数に占める割合は 53% に達していた。それ以外の先住民カナダ人の人々の中で多い感染理由は、異性間性交渉による HIV 感染（33%）、男性間の性交渉による感染（10%）（Boulos et al., 2006）である。

*カナダの HIV の流行において先住民の人々が占める割合は、
その全人口に占める割合よりも大きくなっており、
先住民の全般的な HIV 感染率は、
非先住民のカナダ人のほぼ 3 倍に達すると推定されている。*

先住民の若者、中でも女性をターゲットにした特別な介入が特に必要である。HIV に感染していると診断された先住民の大多数（33%）は 30 歳よりも若く、カナダ人全体ではその割合は 20% である。バンクーバーで IDU を対象に実施された調査では、注射器により薬物を使用する先住民の若者は、薬物治療プログラム開始時点で非先住民の若者よりも HIV 感染率が 4 倍も高くなっていることが明らかになっている（Miller et al., 2006）。珍しいことに、同調査の先住民の IDU 間ではそのほぼ 3 分の 2 が女性であったが、これは 2005 年 12 月までの先住民の女性の HIV 感染診断件数の 3 分の 2（65%）が、注射器による薬物使用による感染だった理由を理解するのに役立つデータである（カナダ公衆衛生局、2006）。

その他の多くの国々と同様に、収監中の注射器による薬物使用はカナダでも一般的であると思われる。オンタリオ州の収監施設から出所を許された人々に対して実施された最近の調査では、刑務所内では不衛生な注射器具の使用が一般的であり、その傾向は特に国立の刑務所施設に収容されている IDU に見られることが明らかである。国立の施設に収容されていた者で、この調査によって HIV に感染しているこ

とが判明した者の割合は6%であり、感染者の約半数(47%)が服役中に注射器具を共有したと述べている。このような調査結果から、注射針やシリンジサービスクラスを含むハームリダクション・プログラムを刑務所で普及する必要性が再認識されている(Calzavara et al., 2006)。

大西洋を越えた西ヨーロッパ及び中央ヨーロッパでは、2006年にHIVとともに生きる人々の数は約74万[58万-97万人]に達していた。西ヨーロッパの流行パターンやトレンド情報の大部分は、エイズ及びHIV事例報告書によるものである。しかしながら、HIV事例報告システムは、すべての国々、あるいは国内のすべての地域をカバーするものではない。特に、イタリア、ノルウェー、スペインは、2005年の国家レベルのHIVデータが報告されていない(EuroHIV, 2006a)。

西ヨーロッパ・中央ヨーロッパで
異性間性交渉により発生したHIV感染件数の約4分の3が
他国からの移民、あるいは渡り労働者間で発生したものである。
これらの人々に届くように
予防、治療、ケアサービスを調整しなければならない。

西ヨーロッパでは、2005年に診断されたHIV感染の3分の1強(35%)が男性間のセックスに起因しており、一方、異性間感染の割合は半数以上(56%)であった。異性間性交渉により発生したHIV感染件数の約4分の3は、他国からの移民、あるいは域内の渡り労働者間で発生したものであり(EuroHIV, 2006a)、これらの人々に届くように、予防、治療、ケアサービスを調整する必要性が確認されている。

西ヨーロッパでは、新規HIV感染診断件数が1998年から2005年にかけてほぼ2倍になっており、1998年には100万人当たり42件だったものが、2006年には100万人当たり74件に増加している。最大の増加は、HIVが依然として主要な伝染性疾患の脅威である英国で報告されている(英国医療協会、2006)。英国における年間新規HIV感染診断数は2000年から2倍となり、2004年には7,200件を上回り、2005年には7,700件にまで達した(英国保健保護庁、2005)。流行のかなりの部分がロンドンに集中しており、同市では2005年の新規診断件数のほぼ半分(43%)が発生している。しかしながら、新規診断件数はその他の地域でも1999年以来増え続けており、その中には、HIV感染が以前はまれであった地域(東部及び北東部、ウェールズ、ヨークシャーなど)も含まれる(英国保健保護庁、2005)。

異性愛者の男性・女性間の新規HIV感染診断件数の4分の3は、主にサハラ砂漠以北のアフリカなどの英国出身の人々の間に起こったものである(英国保健保護庁、2006)。確かに、サハラ砂漠以北のアフリカで感染した人々は、現在イギリスでHIVによる被害を最も強く受けている集団になっており、MSMよりも若干大きな被害を被っている。ミッドランド及びイギリス南部で行われた複数の調査からは、スティグマ(恥辱を受け、汚名を着せられること)と差別を受けるのではないかとという恐れから、英国のアフリカ人のかなりの割合の人々がHIV抗体検査を受けるのに二の足を踏んでいる事実が明らかになっている(Elam et al., 2006)。

一方で、新規HIV感染診断数の約3分の1(2005年には2,252件)を占めるMSMでは、HIVやその他の性感染症の感染レベルは依然として高い。MSMの新規HIV感染診断数は2000年から約50%も増

加しており（健康保護庁、2006）、この国民グループをターゲットにした予防施策を見直す必要があることを明らかにしている（Elford et al., 2005）。

また、その他の2つの傾向も注目に値する。HIVに感染した人の約3分の1は、自らが感染していたことを知らなかった（英国医療協会、2006）。そのため彼らは、自らが必要であろう治療やケアを受けておらず、HIVを他者に伝染させる危険もあった。さらにHIVに関する知識が低くなっているようにも思われる。2005年のある調査では、2000年の91%と比較して、全国の回答者の79%が（そして、同国で最も高いHIV陽性率を記録しているロンドン市民では、わずか70%の人々しか）、無防備なセックスを通してHIVに感染する可能性を知らなかった。また、HIVが感染する経路を一つも挙げられなかった人々の割合も、2000年から2005年にかけて6%から8%に増加している（National AIDS Trust, 2006）。

MSMの中の特定の人々を対象にした調査では、西ヨーロッパではHIV陽性率が10–20%に達していることが示されており、また、フランス、スペイン、スイス、英国で行われた複数の調査で、最近、リスクの比較的高いセックスを行ったと答えたMSMの割合が増加している事実が報告されている（Balthasar, Jeannin, Dubois-Arber, 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber, Jeannin, 2006; Dodds et al., 2004）。こうした調査結果は、MSM集団において、HIV予防及び治療プログラムを強化する必要性を浮き彫りにしている（ユーロHIV、2006b）。また、その他の複数の国でも、MSM間でHIV新規感染診断件数が増加していることが示されている。この人口グループのHIV感染件数は、**オランダ**で4分の3（75%）以上、また、**ポルトガル**（68%）、**スイス**（71%）では3分の2強、**ベルギー**でも40%、2001年と比較して2005年に高くなっている。また、いくつかの国では、こうした傾向に伴い性感染症も急激に増加しており、MSMの間でリスクの高い性行動が増加していることを指し示している。たとえば、**オランダ**ではMSM間で梅毒発生件数が2000年–2004年に3倍になっている（Van de Laar et al., 2005）。また、**ドイツ**でもMSMでHIVに感染していると新たに診断された人々は、2001年–2005年で2倍以上に達しており、この人口グループが2005年の新規HIV感染診断数全体の推定で70%を占めるに至っている（Robert Koch Institute, 2005）。2005年、ドイツ全体でHIVとともに生きる人々の数は4万9,000人〔2万9,000人–8万1,000人〕と推定された（UNAIDS, 2006）。一方、スカンジナビア諸国の流行は、全般的に依然小規模であり安定しているが、**スウェーデン**では、2002年以来MSMのHIV感染診断数が増加している（2002年の68件から2005年の97件に）（EuroHIV, 2006a）。

IDU間のHIV感染を減らすためのハームリダクション・プログラムの効果は、いくつかの国で明らかになっている。たとえば、**ポルトガル**ではIDU間のHIV感染診断件数は、2001年と比較して、2005年にはほぼ3分の1（31%）減少している（1,247件から857件に）（EuroHIV, 2006a）。また、**スペイン**では、ハームリダクション・プログラムにより、注射器による薬物の使用や汚染された注射針やシリンジの使用が減少し、IDU間のHIV感染件数の減少に結びついている。たとえば同国のバルセロナでは、IDU間のHIV陽性率が1995年の44%から2001–2003年の21%に半減しており、セビリアでも同じく半減している（44%から22%に）。双方の都市ともに、長期間にわたってハームリダクション・プログラムを提供している。対照的に、そのようなプログラムが1990年後半になってやっと導入されたマドリッドでは、IDU間のHIV陽性率は横這い状態のままである（1995年の37%から2001–2003年の35%に）（de la Fuente et al., 2006）。IDU間のHIV感染件数の急激な減少は**オランダ**でも見られ、2002年には174件であった新規感染診断数が、2005年には29件に減っている。同国の注射器による薬物使用に起因す

る HIV 流行の中心地であるアムステルダム⁸の薬物使用者の間でも、不衛生な注射針の使用及び HIV 発生率の減少傾向が持続している。アムステルダムにおける薬物使用者間の HIV 感染のほとんどは、現在では無防備な異性間性交渉の際に発生しており、ハームリダクション・プログラムと同時に、セーファーセックスの奨励にも特別な注意が払われなければならないことを示している (Lindenburg et al., 2006)。

複数の研究で、西ヨーロッパの MSM の HIV 陽性率が 10–20% に達していることが判明しており、複数の国で、比較的高い無防備なセックスがこの人口集団で増加している証拠もある。

中央ヨーロッパにおける流行は、ヨーロッパのその他の地域と比較すれば、依然小規模なままである。2005 年 100 件以上の新規 HIV 感染診断数を報告した国は、ポーランド (新規 HIV 感染診断者数 652 人)、トルコ (332 人)、ルーマニア (205 人)、セルビア・モンテネグロ^(注8) (112 人)、ハンガリー (110 人) (EuroHIV, 2006a) の 4 カ国のみである。流行パターンは国によって大きく異なっており、アルバニア、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ブルガリア、ルーマニア、トルコなどでは、無防備な異性間の性交渉が主な感染形態となっており、クロアチア、チェコ共和国、ハンガリー、スロベニアなどでは、安全でない男性同性間のセックスが主な感染形態となっており、また、ポーランドの流行においては、不衛生な薬物使用向け注射器具の使用が、HIV 感染の主要なリスク要因となっている (EuroHIV, 2006a ; Rosinska, 2006)。

(注 8 このレポートを編纂した時点では、これらの統計は、以前はセルビア・モンテネグロとして知られた国家の統計データから採られていた。しかし、印刷時点では、この国は、セルビア共和国とモンテネグロ共和国に分離している (<http://www.un.org/Depts/Catographic/map/profile/serbia.pdf> を参照のこと)。

バルト海沿岸諸国では、今世紀初頭より HIV 感染診断件数が突如上昇し始めたが、現在ではその傾向は弱まり、HIV の流行はよりゆっくりとしたペースで拡大している。ラトビアでは新規 HIV 感染診断件数が徐々に減少している (同期間に 542 件から 299 件に) (エストニア保健保護監督省、2006 ; EuroHIV, 2006a)。リトアニアでは、最近 3 年間で、年間 110–135 件の新規 HIV 感染が診断されている (EuroHIV, 2006a)。ラトビアで 2005 年に HIV とともに生きる人々の数は、約 1 万人 [6,100–1 万 7,000 人] と推定されており、リトアニアでは 3,300 人 [1,600–1 万人] と推定されている (UNAIDS, 2006)。エストニアで報告された新規の HIV 感染件数も減少している (2002 年の 899 件から 2005 年の 621 件に)。しかしながら、2005 年のエストニアにおける国家レベルの HIV 陽性率は 1.3% [0.6%–4.3%] と推定されており、全ヨーロッパの中で (ウクライナ) に続き 2 番目に高い率になっている。エストニアでは、流行が始まってから、総数で 5,000 件の HIV 感染が報告されており、2005 年に HIV とともに生きている人々の実数は 2 倍となっている (4,800 人–3 万 2,000 人の幅を伴う 1 万人) (エストニア保健保護監督省、2006 ; UNAIDS, 2006)。