

DEC 06

AIDS epidemic update

HIV/AIDS 最新情報
2006 年末現在

「HIV/AIDS 最新情報（2006 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 2006”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当とします。

“This work was originally published by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in English as AIDS epidemic update in 2006. 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.”



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK



World Health Organization

英語原本出版番号 : UNAIDS/06.29E (English original, December 2006)

日本語版出版番号 : UNAIDS/06.29J (Japanese translation, December 2006)

© Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) 2006

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 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.

この著作に関するあらゆる権利は UNAIDS (国連合同エイズ計画) 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。

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 : special report on HIV/AIDS : December 2006.

“UNAIDS/06.29E”

1. HIV infections – epidemiology. 2. HIV infections—prevention and control. 3. Acquired immunodeficiency syndrome – epidemiology. 4. Acquired immunodeficiency syndrome —prevention and control. 5. Disease outbreaks. I. World Health Organization. II. Title.

ISBN 92 9 173542 6 (NLM classification : WC 503.41)

UNAIDS – 20 avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland

Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 48 35

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

AIDS epidemic update

December 2006



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK



**World Health
Organization**

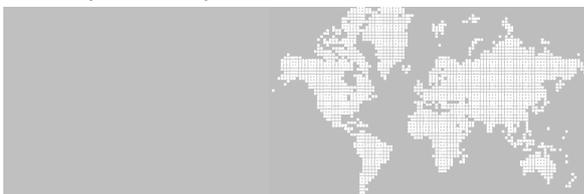
目次

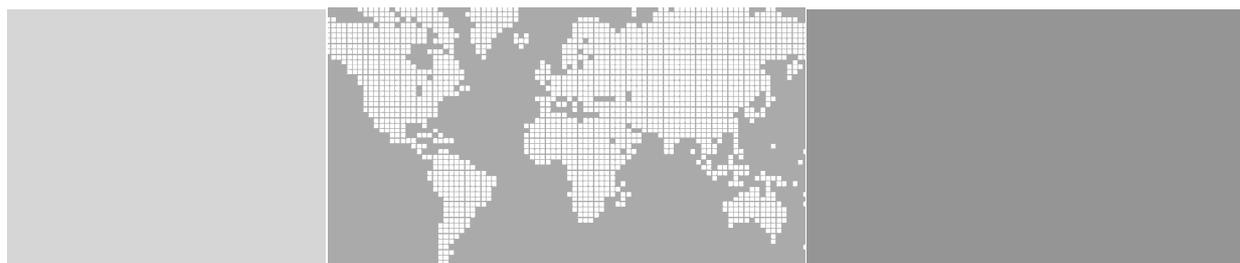
謝辞	
世界の HIV/AIDS 流行状況 (2006 年末現在)	1
序文	3
サハラ以南アフリカ	11
アジア	26
東欧・中央アジア	42
カリブ海沿岸諸国	49
ラテンアメリカ	54
北米及び西・中央ヨーロッパ	60
中東及び北アフリカ	67
オセアニア	70
地図	73
世界の推計総数 (成人・子供)、2006 年末現在	74
HIV 感染者 (成人・子供) 推計総数、2006 年末現在	75
2006 年における新規 HIV 感染者 (成人・子供) 推計総数	76
2006 年における AIDS による死亡者 (成人・子供) 推計総数	77
文献目録	79

謝 辭

The 2006 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) and Hein Marais.

AIDS epidemic update: December 2006





世界の HIV/AIDS 流行状況 2006 年末現在

HIV 感染者数(2006 年末現在)

合計	3,950 万人 (3,410-4,710 万人)
成人	3,720 万人 (3,210-4,450 万人)
女性	1,770 万人 (1,510-2,090 万人)
子供(15 歳未満)	230 万人 (170-350 万人)

2006 年における新規 HIV 感染者数

合計	430 万人 (360-660 万人)
成人	380 万人 (320-570 万人)
子供(15 歳未満)	53 万人 (41-66 万人)

2006 年における AIDS による死亡者数

合計	290 万人 (250-350 万人)
成人	260 万人 (220-300 万人)
子供(15 歳未満)	38 万人 (29-50 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。

HIV/AIDS に関する地域別推計値・特徴 (2004 年および 2006 年)					
		HIV 感染者数 (成人・子供)	新規 HIV 感染者数 (成人・子供)	成人(15-49) 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	2006 年	2,470 万 [2,180-2,770 万]	280 万 [240-320 万]	5.9 [5.2 - 6.7]	210 万 [180-240 万]
	2004 年	2,360 万 [2,090-2,640 万]	260 万 [220-290 万]	6.0 [5.3 - 6.8]	190 万 [170-230 万]
北アフリカ・ 中東	2006 年	46 万 [27-76 万]	68 000 [41 000-220 000]	0.2 [0.1 - 0.3]	36 000 [20 000-60 000]
	2004 年	40 万 [23-65 万]	59 000 [34 000-170 000]	0.2 [0.1 - 0.3]	33 000 [18 000-55 000]
南アジア・ 東南アジア	2006 年	780 万 [520-1,200 万]	86 万 [55-230 万]	0.6 [0.4 -1.0]	59 万 [39-85 万]
	2004 年	720 万 [480-1,120 万]	77 万 [48-210 万]	0.6 [0.4 - 1.0]	51 万 [33-74 万]
東アジア	2006 年	75 万 [46-120 万]	10 万 [56 000 - 30 万]	0.1 [<0.2]	43 000 [26 000-64 000]
	2004 年	62 万 [38-100 万]	9 万 [50 000 - 27 万]	0.1 [<0.2]	33 000 [20 000 - 49 000]
オセアニア	2006 年	81 000 [50 000 - 170 000]	7 100 [3 400 - 54 000]	0.4 [0.2 - 0.9]	4 000 [2 300 - 6 600]
	2004 年	72 000 [44 000 - 150 000]	8 000 [3 900 - 61 000]	0.3 [0.2 - 0.8]	2 900 [1 600 - 4 600]
ラテン アメリカ	2006 年	170 万 [130-250 万]	14 万 [10-41 万]	0.5 [0.4-1.2]	65 000 [51 000-84 000]
	2004 年	150 万 [120-220 万]	13 万 [10-32 万]	0.5 [0.4 - 0.7]	53 000 [41 000-69 000]
カリブ海沿岸	2006 年	25 万 [19-32 万]	27 000 [20 000 - 41 000]	1.2 [0.9 - 1.7]	19 000 [14 000 - 25 000]
	2004 年	24 万 [18-30 万]	25 000 [19 000 - 35 000]	1.1 [0.9 - 1.5]	21 000 [15 000 - 28 000]
東欧・ 中央アジア	2006 年	170 万 [120-260 万]	27 万 [17-82 万]	0.9 [0.6 - 1.4]	84 000 [58 000-120 000]
	2004 年	140 万 [95-210 万]	16 万 [11-47 万]	0.7 [0.5 - 1.1]	48 000 [34 000 - 66 000]
西欧・ 中欧	2006 年	74 万 [58-97 万]	22 000 [18 000 - 33 000]	0.3 [0.2 - 0.4]	12 000 [<15 000]
	2004 年	70 万 [55-92 万]	22 000 [18 000 - 33 000]	0.3 [0.2 - 0.4]	12 000 [<15 000]
北アメリカ	2006 年	140 万 [88-220 万]	43 000 [34 000 - 65 000]	0.8 [0.6 - 1.1]	18 000 [11 000 - 26 000]
	2004 年	120 万 [71-190 万]	43 000 [34 000 - 65 000]	0.7 [0.4 - 1.0]	18 000 [11 000 - 26 000]
合計	2006 年	3,950 万 [3,410-4,710 万]	430 万 [360-660 万]	1.0 [0.9 - 1.2]	290 万 [250-350 万]
	2004 年	3,690 万 [3,190-4,380 万]	390 万 [330-580 万]	1.0 [0.8 - 1.2]	270 万 [230-320 万]



序文

主な世界的・地域別動向

効果的な治療や予防プログラムへのアクセス向上など、ここ数年のエイズ蔓延への世界的な取り組みに有望な進展が見られる。けれども、HIV とともに生きる人々の数は、エイズによる死亡者とともに増加し続けている。2006年にHIV とともに生きる人々の総数は、3,950万人 [3,410万–4,710万人] に達しており、2004年よりも260万人増加した。この数字には、2006年に新たにHIVに感染したと推定される430万人 [360万–660万人] の成人及び児童も含まれており、この新規感染者数も2004年比で約40万人の増加となっている。

世界の多くの地域で、HIV感染は、若者（15–24歳）に特に集中している。2006年に新たにHIVに感染した15歳以上の成人の中で、若者は40%を占めている。

サハラ以南アフリカは、引き続き世界の流行の矢面に立っている。世界でHIV とともに生きる全成人及び児童の3分の2（63%）がサハラ以南アフリカで暮らしており、流行の中心は、アフリカ南部にある（11–25ページを参照）。世界でHIV とともに生きるすべての人々の3分の1（32%）は、アフリカ南部に在住しており、2006年におけるエイズによる全死亡件数の34%がこの地域で発生している。

国家レベルのHIV陽性率の低下が観察されたサハラ以南アフリカの国々もあるが、そのような趨勢は、この地域における流行の全般的な影響を弱めるほど強力であって広範なものとは今のところない（11–25ページを参照）。

2006年のエイズによる全成人及び児童の死亡件数のほぼ4分の3（72%）は、サハラ以南アフリカで発生しており、その件数は、世界総計290万件 [250万–350万件] のうちの210万件 [180万–240万件] に及ぶ。サハラ以南アフリカ全域で暮らすHIVに感染した成人及び児童の数は2,470万人 [2,180万–2,770万人] と推定され、2004年よりも110万人の増加となっている。

この2年間で、HIV とともに生きる人々の数は世界のどの地域でも増加している。最も顕著な増加は、東アジア、東ヨーロッパ及び中央アジアで見られ、これらの地域で2006年にHIV とともに生きる人々の数は2004年比で5分の1（21%）の増加となっている。

女性についての HIV に関する地域別推計値・特徴 (2004 年および 2006 年)

地域	年	成人(15歳以上)女性の HIV 感染者数	成人(15歳以上) HIV 感染者総数に対する女性の割合(%)
サハラ以南アフリカ	2006	1,330 万 [1,150–1,520 万]	59
	2004	1,270 万 [1,100–1,450 万]	59
中東・北アフリカ	2006	200 000 [100 000–370 000]	48
	2004	180 000 [89 000–330 000]	49
南・東南アジア	2006	220 万 [130–360 万]	29
	2004	200 万 [120–330 万]	29
東アジア	2006	210 000 [110 000–370 000]	29
	2004	160 000 [90 000–280 000]	27
オセアニア	2006	36 000 [17 000–90 000]	47
	2004	32 000 [16 000–81 000]	47
ラテンアメリカ	2006	510 000 [350 000–800 000]	31
	2004	450 000 [310 000–670 000]	30
カリブ海沿岸	2006	120 000 [85 000–160 000]	50
	2004	110 000 [80 000–150 000]	50
東欧・中央アジア	2006	510 000 [330 000–810 000]	30
	2004	410 000 [260 000–650 000]	30
西・中欧	2006	210 000 [160 000–300 000]	28
	2004	190 000 [140 000–260 000]	28
北アメリカ	2006	350 000 [190 000–570 000]	26
	2004	300 000 [160 000–510 000]	26
合計	2006	1,770 万 [1,510–2,090 万]	48
	2004	1,650 万 [1,420–1,950 万]	48

成人(15歳以上)女性のHIV感染率(1990年–2006年)

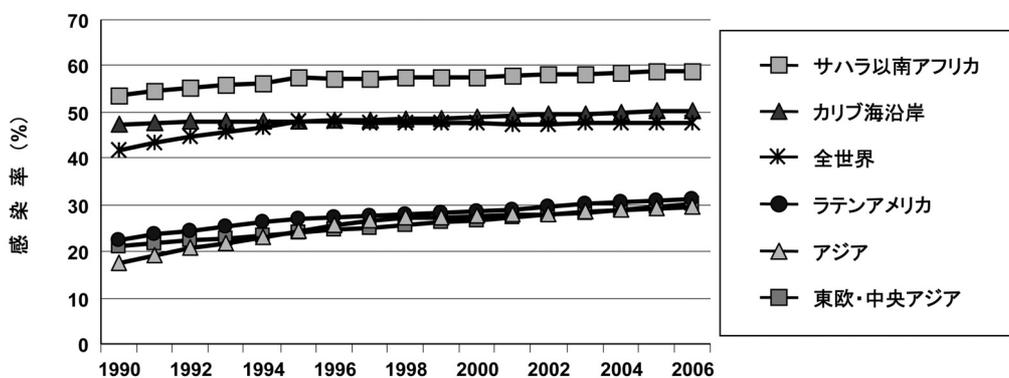


図 1

Source : UNAIDS/WHO, 22 Sept 2006

最近の動向を分析できるデータが有る
11 カ国のうち 8 カ国では、2000/2001 年以降、
若者の HIV 陽性率は、低下している。

東ヨーロッパ及び中央アジアで 2006 年に新たに HIV に感染した成人及び児童の数は、27 万人 [17 万—82 万人] に達しており、これは、2004 年の新規 HIV 感染者数の 16 万人 [11 万—47 万人] と比較してほぼ 70% の増加である。また南アジア及び東南アジアでは、新規 HIV 感染数は、2004 年から 2006 年にかけて 15% 増加しており、中東及び北アフリカでは 12% 増加している。ラテンアメリカ、カリブ海沿岸諸国、北アメリカでは、2006 年の新規感染件数は 2004 年とほぼ同レベルであった。

世界的に、そしてすべての地域で、HIV とともに生きる成人女性（15 歳以上）の数がかつてないほど増加している。2006 年、HIV とともに生きる女性の数は、世界全体で 1,770 万人 [1,510 万—2,090 万人] に達しているが、これは 2004 年と比較して 100 万人の増加である（表 2 を参照）。サハラ以南アフリカでは、HIV と生きる人々の成人男女比は、男性 10 人に対して女性 14 人の割合となっている。全年齢グループで、2006 年にサハラ以南アフリカで HIV とともに生きる人々の 59% は女性であった。また、カリブ海沿岸諸国、中東及び北アフリカ、そしてオセアニアでは、HIV とともに生きる成人のうち 2 人に 1 人近くが女性であった。一方、アジア、東ヨーロッパ及びラテンアメリカの多くの国でも、HIV とともに生きる人々の中で女性が占める割合が増大し続けている。

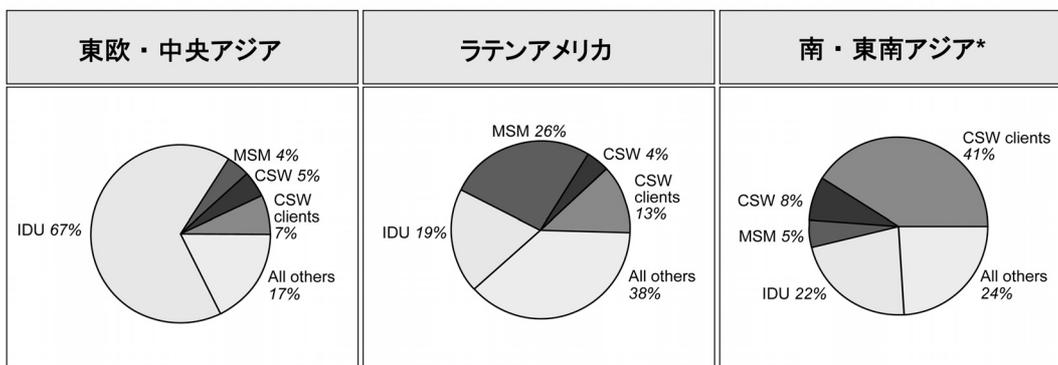
治療及びケアに対するアクセスは、近年になって大幅に向上したが、多くの国で、それは極めて低いレベルの出発点からのことである。それでもなお、そのメリットは劇的である。抗レトロウイルス療法の提供が拡充したために、低—中所得諸国では推定 200 万年分の生命が救われた。サハラ以南アフリカだけでもおよそ 79 万年分の生命が救われており、その圧倒的多数が、抗レトロウイルス療法拡充が実現した過去 2 年に成し遂げられたことである。また、大規模な治療提供がより早期に始まっているラテンアメリカでは、約 83 万 4,000 年分の生命が 2002 年以降救われている。

リスクに焦点を当てる

ハイリスク行動（注射器による薬物使用、無防備な商業的セックス、無防備な男性間のセックスなど）が流行の主要因となっていることは、アジア、東ヨーロッパ、ラテンアメリカにおける流行で特に明らかである（図 2 を参照）。たとえば、東ヨーロッパ及び中央アジアでは、2005 年における HIV 感染の 3 分の 2（67%）が、不衛生な薬物使用向け注射器具の使用に起因するものであった。セックスワーカーとその客の中には注射器により薬物を使用する者もあり、そうした人たちが HIV 感染者の約 12% を占めていた。

商業的セックスと注射器による薬物使用は、南アジア及び東南アジアで広がる HIV 感染の中でも類似の全体的割合を占めている（26—41 ページを参照）。インドを除いて、2005 年に発生した HIV 感染のほぼ 2 件に 1 件（49%）はセックスワーカーとその客の間で発生しており、5 分の 1（22%）以上が、注射器による薬物使用者（以下、IDU）の中で発生していた。また男性間のセックスに起因する感染も小規模だが増え続けている（5%）。対照的にラテンアメリカでは、2005 年の HIV 感染件数の 4 分の 1（26%）

地域別グループ別HIV感染割合(2005年)



IDU: 注射器による薬物使用者
MSM: 男性とセックスする男性
CSW: コマーシャルセックスワーカー

図 2 * インドは、HIV流行の大部分が異性間性的接触によるものであり、この地域の他のリスクグループの傾向を隠してしまうため、分析から除いている。

が男性とセックスをする男性（以下、MSM）で発生しており、19%が IDU で発生している。この地域ではセックスワーカーの HIV 陽性率は比較的低い（54-59 ページを参照）、セックスワーカーとその客が、HIV 感染のほぼ 6 分の 1（17%）を占めている。

これらの地域の国々では、流行が一般国民にも広がっているものの、依然として特定の国民グループにかなり集中している。このことから、最も高い HIV 感染のリスクに曝された国民集団に、予防・治療及びケア戦略を効果的にフォーカスする必要性が浮かび上がる。

最新の地域別情勢

サハラ以南アフリカでは、ほぼ 2,500 万人の人々が HIV とともに生きており、これは、世界で HIV とともに生きる人々の 63%に相当する。近年では、抗レトロウイルス療法に対するアクセスを向上させるために相当な努力が払われている。しかしながら、210 万人 [180 万-240 万人] のアフリカ人が、2006 年エイズにより亡くなり、これは、全世界のエイズによる死亡件数のほぼ 4 分の 3（72%）に相当する。

最も被害が大きいのは、アフリカ南部（11-25 ページを参照のこと）であり、この地域で、成人の HIV 陽性率が低下したのは、ジンバブエのみである。同国における陽性率低下の趨勢は、1990 年代中盤及び終盤にまで遡る行動変容と一部は関連するものと思われる。

一方で、モザンビーク、南アフリカ及びスワジランドでは HIV の流行は拡大し続けている。スワジランドでは、2005 年に HIV とともに生きる成人の割合は、推定で全国民の 3 分の 1（33%）に達しており、これは世界中で最も激しい流行である。数字だけで言えば世界で最も大きな HIV の流行に瀕している国の一つである南アフリカでは、公共の妊産婦診療所を利用する女性の 2005 年における HIV 陽性率が、1999 年に比較し 3 分の 1（35%）も高くなった。若い妊婦間の HIV 感染レベルは横這い化したように思われるが、より年長の女性間では上昇し続けている。流行は大きな影響を及ぼしつつある。25 歳-34 歳

の女性の自然発生的原因による死亡率は、1997年から2004年の間に5倍も上昇し、30歳–44歳の男性においても同様の死亡率が同期間に2倍強も上昇した。これらの上昇をもたらした大きな原因がエイズの流行である（11–25ページを参照のこと）。

アフリカ大陸の南部よりはHIV感染レベルが低い東アフリカでは、HIV陽性率の横這い化あるいは低下という趨勢が全体的に続いているように思われる。**ケニア**や**タンザニア**では妊婦の国家レベルHIV陽性率が低下し、**ルワンダ**でも低下率はそれほど大きくはないが同様の傾向が見られる。しかしながらその他の多くの国で、地域レベルではこれと相反する傾向がしばしば発見されている（18–22ページを参照）。新しい調査で**ウガンダ**が1990年代に成し遂げたエイズ対策の効果が消滅している可能性が示されており、同国の農村部ではHIV陽性率が再び上昇を見せている地域もある。また**ブルンジ**共和国の首都**ブジュンブラ**では、2005年になって妊婦の感染レベルが突如上昇しており、同国で観察された2000年以降の全般的な感染レベル低下傾向が反転した可能性もある。

西及び中央アフリカのより規模の小さい流行におけるトレンドは国により様々である。**ブルキナファソ**、**コートジボアール**及び**ガーナ**の都市部では、HIV陽性率が低下している兆しが見られるが、**マリ**ではHIVの流行が拡大しているように思われる。サハラ以南アフリカの最近の情勢の一つとして、特に**ケニア**、**タンザニア**（また、**ナイジェリア**、**南アフリカ**）などの複数の国で、注射器による薬物使用がHIV流行の潜在的要因として浮上してきた点が挙げられる。

アジアでは、東南アジアの国家レベルのHIV感染レベルが最も高く、同地域では無防備な商業的セックスと無防備な男性間のセックス、さらに、注射器による薬物使用が組み合わさって、HIV感染の最大のリスク要因となっている。**カンボジア**、**中国**、**インド**、**ネパール**、**パキスタン**、**タイ**及び**ベトナム**などの国々で、MSM間のHIV感染の急増が明らかになっている。これらの国の中で、流行に影響する男性間セックスの役割に適切に取り組んでいる国家レベルのエイズプログラムのある国はきわめて少ない。また、**アフガニスタン**、**パキスタン**では、特にIDU間でHIV感染の急増が見られる。この2カ国では、不衛生な注射器具の高い頻度の使用やその他のリスク行動が、HIV流行が広がる大きな原因をもたらしたと言えよう。

インドにおけるHIVの流行は、陽性率レベル、感染のリスク要因、感染パターンなどの点で非常に多様性に富む複数の流行が連なって発生していると言える。同国の南部における流行の中には横這い化あるいは減少傾向にあるものもあるが、それ以外の地域（特に北東部）では、多少ながら拡大している（30–33ページを参照）。**中国**では、当局がエイズ対策を大々的に展開しているが、HIVは最も高いリスクに曝された人々（特にIDUや商業的セックスワーカーやその客）から一般の国民に徐々に広がっており、女性のHIV感染件数が増加している（26–30ページを参照）。

ラテンアメリカの流行は全般的には依然安定しており、特に**ブラジル**は予防及び治療双方に力点を置くことでHIVの流行を食い止めることができる証拠を示している（54–59ページを参照）。南米の大多数の国々では、IDU及びMSM間で、HIV感染の急増が引き続き確認されている。その大部分が社会の裏側に隠れた行動ではあるが、男性間のセックスは**カリブ海沿岸諸国**のHIV報告件数の10分の1までを占めている。この地域では、**ドミニカ共和国**におけるHIV陽性率が横這いになっており、また**ハイチ**の

都市部では低下しているが、双方の国ともに予防施策を強化しなければ、流行が再び拡大する可能性があることを示す局所的な兆しが見えている。

繰り返し調査が行われている大多数の国々では、
若者の性行動にポジティブな傾向が現れている。
世界の HIV 流行の今後の行方は、
多くの観点で、若者の行動いかんと
彼等の行動選択に影響を及ぼす環境要因に主に左右される。

アメリカ合衆国では、少数人種や少数民族に属する人たちが、その全人口に対する構成比と比べて不釣り合いに大きな被害を HIV の流行によって受け続けており、カナダの流行においても先住民の人々が、その全人口比に対する割合からは不釣り合いに大きな被害を受けている（62–64 ページを参照）。合衆国とカナダ、そして西ヨーロッパ及び中央ヨーロッパでは、HIV 感染の主たるリスク要因は、依然として男性間の無防備なセックスである。西ヨーロッパの複数の国では、MSM 間の HIV 陽性率は 10%–20% に及んでおり、この国民グループ間で不特定多数を相手にした無防備なセックスが増加している証拠もある。同時に、西ヨーロッパ及び中央ヨーロッパの異性愛者間のセックスに起因する HIV 感染のほぼ 4 分の 3 が移民あるいは、渡り労働者の間で発生している。この事実は、予防、治療及びケアサービスをこうした国民集団にも到達するように調整する必要性を浮かび上がらせている。

東ヨーロッパ及び中央アジアにおける HIV の流行は比較的歴史が浅く、拡大し続けており、ヨーロッパで最も高い HIV 陽性率を記録しているウクライナでその傾向は最も顕著である（42–48 ページを参照）。これらの地域では、ロシア連邦における拡大する流行、あるいはタジキスタンやウズベキスタンにおけるより小規模であるが拡大中の流行と同様に、不衛生な薬物使用向け注射器具の使用が HIV 感染の主要原因のままである。これらの地域の HIV の流行は、若者に最も大きな影響を与えており、たとえばロシア連邦では、HIV とともに生きる人々の約 80% が 30 歳以下である。また、ロシア連邦及びウクライナでは女性（その多くのが 25 歳以下）が HIV 感染の重荷を背負う率が増えており、2005 年の新規 HIV 感染診断数の 40% を占めている。

ヨーロッパ、カリブ海沿岸諸国、中央アメリカ、中東及び北アフリカなどの多くの国々で、不適切な HIV サーベイランスが依然として阻害要因となっている。そのため、HIV の流行のパターンと動向を正確に把握することが難しくなり、効果的な政策と実施計画が阻害されてしまう。しかし最近ではそうではない国も出現しており、中でもイランではリスクに曝された国民に対するエイズ対策を拡充する中、HIV に関する情報収集体制も改善されている。

HIV と若者の性行動傾向

2001 年、国連の HIV/エイズに関するコミットメント宣言では、新規感染予防施策の進展状況を監視するために、最も被害が大きい国々で、若者の HIV 陽性率を 2005 年までに 25% まで低下させるという目標が掲げられた。HIV 感染のリアルタイムの動向、特に、予防プログラムが HIV 感染に与える影響を確定するためには、通常大多数の人数を対象にした比較的長期間にわたる調査が求められる。しかし、その

ような調査を実施する実際的な難しさに鑑み、妊産婦診療所を利用する 15-24 歳の若い女性の HIV 陽性率を、感染率の代替的な尺度に使用することが提案された。

前述の目標に向けた進捗状況を評価するために、国家レベルの陽性率が 3%を越えている国々が、グローバル HIV/エイズ及び性感染症サーベイランスに関する WHO/UNAIDS ワーキンググループから、この試みに参加するよう要請された。

若者の最近のトレンドを分析するに際し、十分なデータを有する 11 の国のうち 8 カ国で、2000/2001 年以降の HIV 陽性率は低下している(表 3 を参照のこと)^(注 1) ケニアでは、若い妊婦間の HIV 陽性率は、都市部及び農村部双方で 25%以上大きく低下した。同様の低下が、コートジボアール、マラウイ、ジンバブエ、そしてボツワナの農村地域でも明らかになっている。より顕著ではない(有意とは言えない)低下は、ボツワナ都市部、ブルンジ、ルワンダ、タンザニア農村部、ジンバブエで観察されている。また、モザンビーク、南アフリカ、ザンビアでは、若者間の HIV 感染レベルが低下している確証はない。

(注 1 最も被害が深刻な 30 の国のデータが検討されたが、その中の 2 カ国(バハマとタヒチ)以外は、すべて、サハラ以南アフリカの国々であった。HIV トレンドの分析には、2000-2005 年において一定の HIV サーベイランス拠点で収集された少なくとも 2 回の調査によって得られたデータが利用可能であることが要件となる。しかし、最も被害が大きい国々の中で、そのようなデータを有している、あるいは共有していた国は少数派(30 カ国のうち 11 カ国)であった。)

1994 年から 2005 年の期間で同じ国で 2 回以上実施された国家レベルの調査結果を利用して、若者の行動傾向が評価された。ケニアの動向は、人々を HIV 感染のリスクに曝す種類の性行動が時間の経過とともに大きく減ったことを示している。また、ハイチ(男性のみ)、ケニア及びマラウイ(若い男女)、そしてザンビア(女性のみ)では、定期的ではないパートナーとセックスをする若者の割合が減っていた。一方、カメルーン及びウガンダ(女性のみ)ではその割合は増加していた。一方で、定期的ではないパートナーとセックスをする際のコンドーム使用率は、カメルーン、南アフリカ、タンザニア、ウガンダ(若い男女)、マラウイ(若い男性のみ)、ケニア及びザンビア(若い女性のみ)などの調査対象国では上昇していると思われる。特にカメルーンなどの数カ国では、より安全な行動とよりハイリスクな行動への変化の双方が同時に表れており、ハイリスクな性行動をとる若者の割合と、定期的でないパートナーとのセックスでコンドームを使用する割合の双方が上昇している。

残念なことに広範な若者の行動傾向データを提供しうる国は比較的少なく、多くの国は若者の HIV 感染動向データが不十分であったり、まったく持っていない場合もあり、その中にはアフリカ南部で例外的に高い HIV 陽性率を記録しているいくつかの国も含まれている。こうしたことから、HIV サーベイランス活動の拡充を緊急の取り組み課題とする必要性が浮かび上がる。世界の HIV 流行の将来の推移は、多くの点で、若者がとる、あるいはとり続ける行動と、そうした選択に影響を与える環境要因に主に左右される。カリブ海沿岸諸国、サハラ砂漠以南アフリカ、特に東アフリカの一部の地域では、若者の間にポジティブな変化が、最近になって明らかに見られる。

高蔓延国の傾向(15歳-24歳):
 標識動向調査システムによる妊婦のHIV罹患率(2000年-2005年)及び
 全国動向調査による性行動(1994年-2005年)

Country	Prevalence trend*		Age at sexual debut**		Sex with non-regular partner***		Condom use during sex with non-regular partner****	
	Urban	Rural	Females	Males	Females	Males	Females	Males
Angola	ID	ID						
Bahamas	ND	ND						
Botswana	▽NS	▽≥25%						
Burundi#	▽NS	↔						
Cameroon	ID	ID	↔	▽	▲	▲	▲	▲
Central African Republic	ND	ND						
Chad	ID	ID	▽	↔				
Congo	ND	ND						
Côte d'Ivoire	▽≥25%	ID	▽					
Democratic Republic of the Congo	ID	ID						
Djibouti	ND	ND						
Gabon	ND	ND						
Haiti	ND	ND	▲	▲		▽		
Kenya	▽≥25%	▽≥25%	↔	↔	▽	▽	▲	↔
Lesotho	ID	ID						
Malawi#	▽≥25%	↔	▽	▽	▽	▽	↔	▲
Mozambique‡		↔	↔					
Namibia	ID	ID	↔					
Nigeria	ID	ID	↔	↔				
Rwanda	▽NS	ND	↔					
South-Africa§		↔	↔	↔	↔	↔	▲	▲
Swaziland	ND	ND						
Togo	ID	ID						
Uganda	ND	ND	▽		▲	↔	▲	▲
United Republic of Tanzania	↔	▽NS	↔	▽	↔	↔	▲	▲
Zambia¶		↔	↔		▽	↔	▲	↔
Zimbabwe	▽≥25%	▽NS	▽	↔			↔	↔

Note: Highlighted cells indicate positive trends in prevalence or behaviour.

Legend: *Consistent sites used in the analysis of median prevalence by year for a minimum of three years. Significance test based on H₀: slope=0.

Analyses of countries with more than three years of data based on the following number of consistent urban and rural sites: Botswana (10,10), Burundi (3,3), Côte d'Ivoire (9 urban), Kenya (20,13), Malawi(11,8), Mozambique (5 South, 8 Center, 7 North), Rwanda (6 urban), Tanzania (11,8), Zimbabwe (7,6)

** Among 15-19 years olds, proportion reported having had sex by age 15. Analyses based on DHS and South Africa national surveys conducted between 1995 and 2005.

*** Among 15-24 years olds, proportion reported having had sex with a non-regular partner in the last year. In South Africa, the proportion among 15-24 year olds reporting more than one sexual partner in the last 12 months. Analyses based on DHS and South Africa national surveys conducted between 1995 and 2005.

**** Among 15-24 years olds, proportion reporting having used condoms the last time they had sex with a non-regular partner. Analyses based on DHS and South Africa national surveys conducted between 1995 and 2005.

▲ Statistically significant increase

▽ Statistically significant decrease

▽≥25% Statistically significant decrease of more than 25%

▽NS Decrease over time but not statistically significant

↔ No evidence of decrease

ID Insufficient data, i.e. less than three years of data received

ND Data not received

Semi-urban and urban areas were combined in analysis of urban data.

§ No data received in response to UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance process; analyses based on data in South Africa surveillance report.

¶ No data received in response to UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance process; analyses based on data reported in Zambia 2005 surveillance report. Analysis based on urban and rural data combined.

‡ Analysis in Mozambique performed for South, North and Central.

表 3



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)

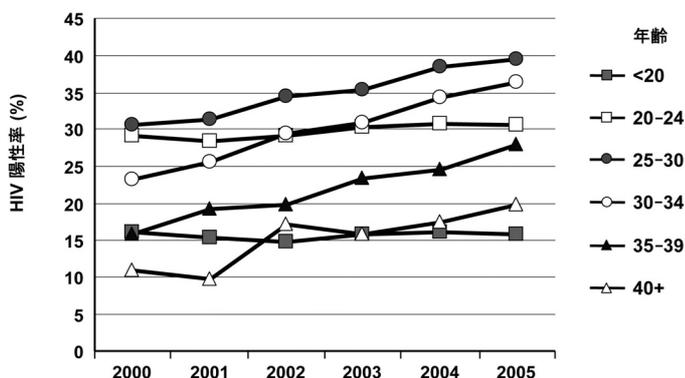


図 3

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)

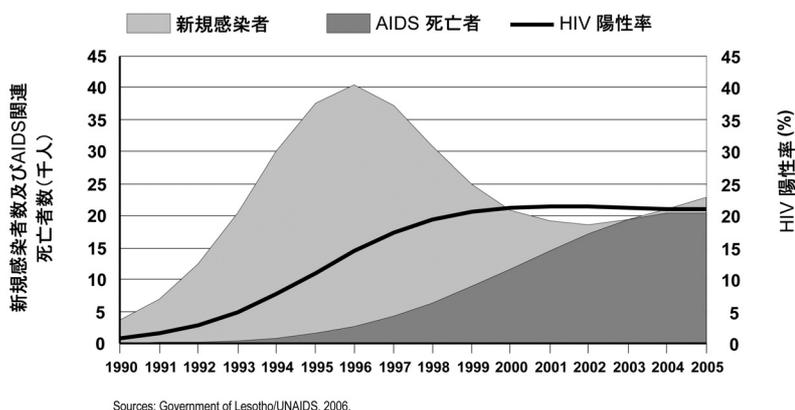


図 4

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ッ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 に関する間違っただけの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。



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 感染の事実はまったく検知されなかった。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ヵ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)

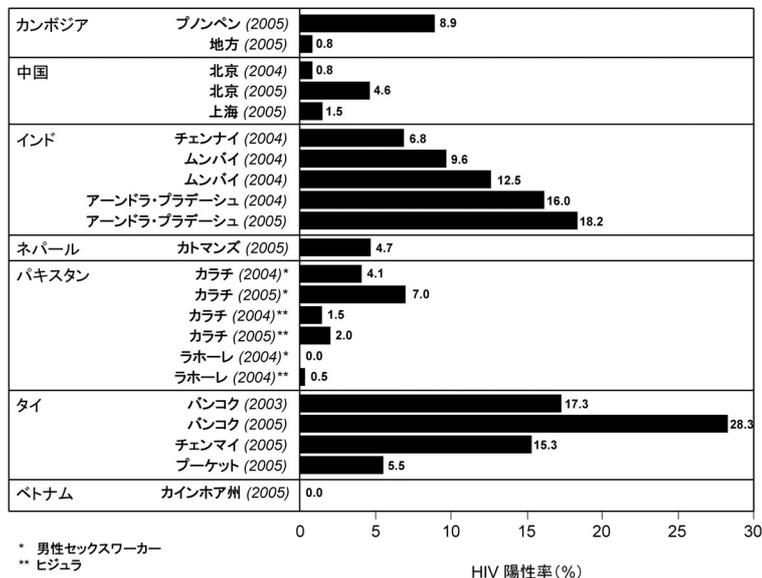


図 5 Sources: [XVI International AIDS Conference abstracts, 2006] - (Cambodia) M.Phaikun, et al. HIV, sexually transmitted infections, related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men; (China) X.Ma, et al. Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men in Beijing; (India) 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)

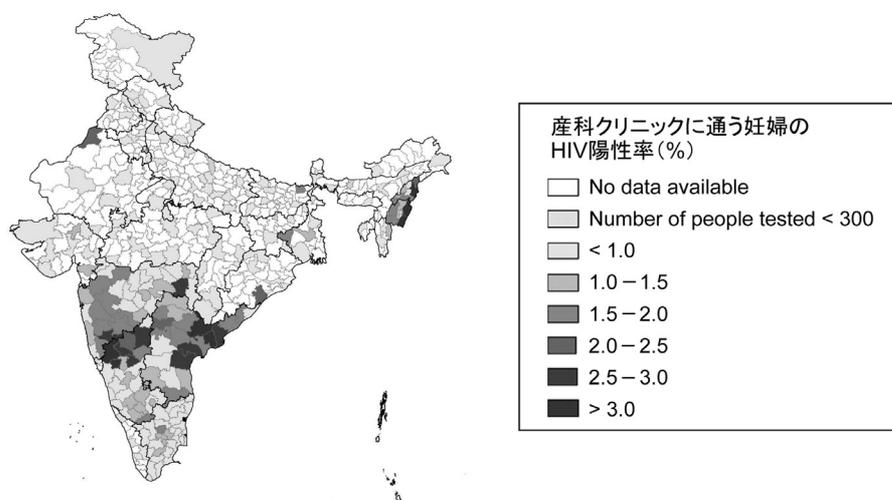


図 6

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と思われる(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感染の広がりや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増え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)

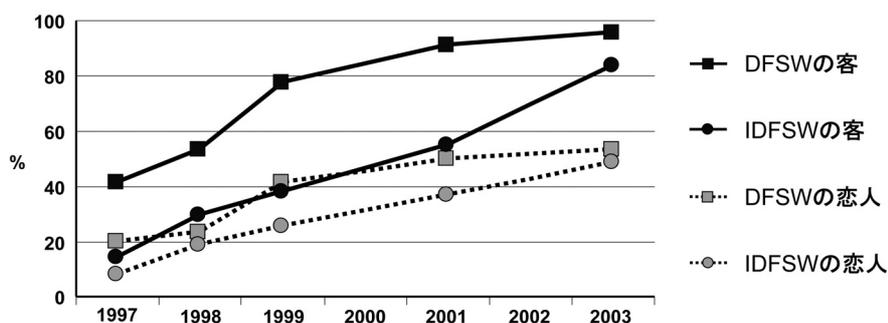


図 7

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)

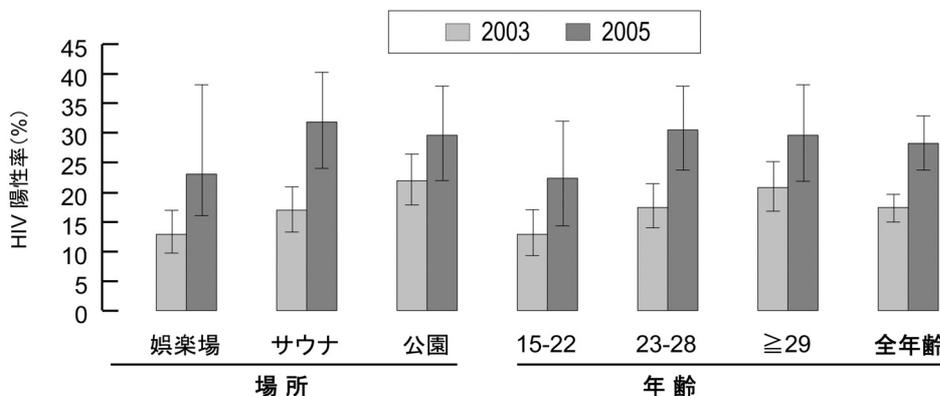


図 8

* 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) の割合はわずかに 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、わずかに 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に半数であり、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のかかなりの割合の者（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年以來診断された 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）。



東欧・中央アジア

2006年、東ヨーロッパと中央アジアで HIV とともに生きている人々の数は、2005年と同様、増加傾向にある。2006年、推定 27 万人 [17 万–82 万人] が新たに HIV に感染し、HIV 感染者数は 170 万人 [120 万–260 万] と、10 年にも満たないのに 20 倍の上昇。新規 HIV 感染率は 2001 年に急増して以来、横ばい状態が続いていたが、2005 年には新規感染者数の 2 年ぶりの増加が報告された (EuroHIV, 2006a)。

新規 HIV 感染者のほぼ 3 分の 1 が 15–24 歳の若者である。その大半はロシア連邦とウクライナで、この 2 カ国の HIV 感染者がこの地域全体の 90% を占める (EuroHIV, 2006a)。(注5)

(注5 この分析は主に HIV の陽性診断の報告をベースにしたものである。HIV 流行のモニターとして、HIV 陽性診断だけを用いるにはかなり限界がある。というのは、この尺度は数年前に感染した数を含めているかもしれないし、HIV 検査を受けた人だけを取り上げて数に入れているかもしれないので、発生総数の報告にはできない。結果として、HIV の感染動向は、HIV 受検者数の変化や、報告形態の変動によってすでにゆがんで報告された HIV 陽性感染数がベースになっている。従って、この分析はこのデータ利用者に、このような事態がすでに起こっているところでは直ちにこのことを念頭におくようにと警告するものである。)

エイズの流行が進むと、HIV 関連疾患が現れ、命を落とす人が増える。ART へのアクセス拡大は遅々として進んでいない。2006 年半ば現在、ART を受けているのは 2 万 4 千人に満たず、ARV を必要とする 19 万人のほんの 13% である (WHO/UNAIDS, 2006)。清潔でない薬物注射器具を使用している人々への ART の提供は特に不十分にしか行われていない。この地域の HIV 感染者数に占める IDU の割合は 3 分の 2 であるにもかかわらず、ART を受けている人々のなかで IDU が占める割合は 4 分の 1 に過ぎない (WHO/UNAIDS, 2006)。このように治療やケアが届く範囲が十分でないことから、東ヨーロッパや中央アジアにおけるエイズによる死亡者数は 2006 年には 8 万 4 千人 [5 万 8 千–12 万人] に上っている。

東ヨーロッパ全体では現在も、清潔でない薬物注射器具の使用が主な HIV 感染経路である。2005 年には、これが HIV 感染経路の報告されたケースの 3 分の 2 (63%) を占めた。しかし、無防備なセックスによる HIV 感染も 2005 年には 37% と増加している (EuroHIV, 2006a)。女性 (その多くが 25 歳以下) が HIV の影響を受けることになり、新たに報告された HIV 感染者数のうち女性が 41% を占めている (EuroHIV, 2006)。

東欧14カ国* の感染経路別新規HIV感染者数(1998-2005年)

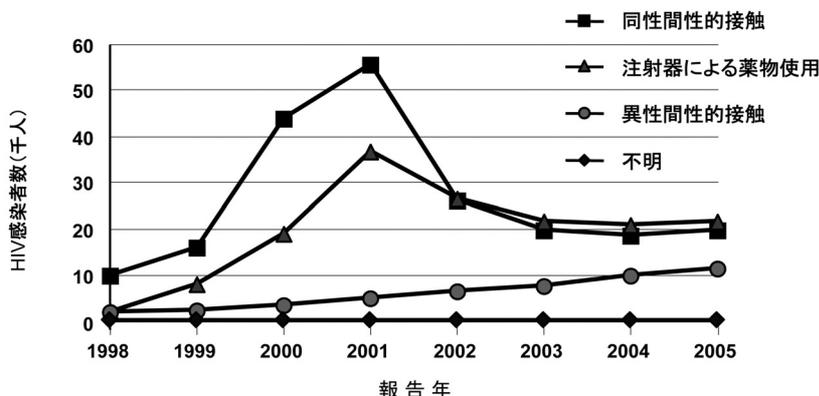


図 9

*アルメニア、アゼルバイジャン、ベラルーシ、グルジア、カザフスタン、キルギス、ラトビア、リトアニア、モルドバ、ロシア、タジキスタン、トルクメニスタン、ウクライナ、ウズベキスタン

Source: EuroHIV, 2006.

ロシア連邦とウクライナが東欧と中央アジアの HIV 感染の 90% を占め、
主な感染経路は清潔でない薬物注射器具の使用である。

ロシア連邦における HIV 感染は拡大している。2005 年には 35,500 人以上が新たに HIV に感染したと報告され、2006 年上半期の報告数は 13,500 人弱で、エイズの流行が始まって以来、報告された感染者数の合計は 35 万人近くになった (AIDS Foundation East West, 2006)。しかし、このような公式報告数は、ロシアの HIV 報告システムに直接接触のあった人々だけが対象である。2005 年末現在、実際の感染者数は 94 万人 (56 万-160 万人) と推定される (UNADIS, 2006)。その多くが若者であり、ロシア連邦の HIV 感染者の 80% が 15-30 歳である (Federal Service for Surveillance on Consumer Protection and Human Well-Being, 2006)。

公式の HIV 感染報告数はエイズ流行の実際の規模を知るのには不十分だが、顕著な傾向を知ることはできる。ロシア連邦における HIV の新規感染者数は、1990 年代後半に急増し、2001 年には 8 万 7 千人とピークを迎え、その後 2003-2005 年には 3 万 3 千人-3 万 6 千人と減少している (EuroHIV, 2006a)。2001 年に報告数が減った理由として挙げられるのは、IDU や獄中者など HIV 感染リスクの高い人口集団の受検数が減ったことである。2000-2004 年に、IDU の HIV 受検率は 51%、獄中者では 30% 減少した (Federal AIDS Center, 2005)。IDU の場合、受検数の低下は、社会および医療サービスにアクセスできる IDU コミュニティの HIV 感染が飽和状態になり、HIV 検査を受けていない IDU の数が減ったことを反映している。(一度 HIV 陽性と診断された IDU は二度と検査を受けない)。加えて、IDU の数自体が減ったようであり、2002 年と比較すると、2003 年に報告された IDU の数は 17% 少ない (Ministry of Health and Social Development, 2004)。つまり、新たに HIV 陽性と診断される IDU と獄中者の数が減り、結果的に HIV 感染者数も減少したのである。

同時に、一度も検査を受けたことがない、あるいは過去に陰性だった IDU のルーチン検査の結果から、2001 年以降、IDU の HIV 感染がかなり減っていることがわかる (Pokrovskiy, 2006)。これは清潔でない薬物注射器具を使う人々の HIV 感染が、2000 年を境に飽和状態になったこと、つまり、少なくとも HIV 感染が IDU に拡大した地域の HIV 感染が飽和状態になっていることを示唆している。その結果、

報告された HIV 感染者数も大きく減少した。このようなことから、ロシアの HIV 感染傾向は徐々に変化してきている。2001–2005 年に HIV 感染が報告された IDU の数は、4 万 8 千人から 1 万人と 5 分の 1 になった。つまり、新たに報告される HIV 感染者のうち、清潔でない注射器具を使って HIV に感染した IDU の割合も（2000 年の 90% から 2005 年には 66% と）減っているのである（Federal Research and Methodological Center for AIDS Prevention and Control, 2005）。

*ロシアでは HIV 感染が最も広がっているのは若者であり、
HIV 感染者の約 80% が 15–30 歳の年齢層である。*

一方、無防備なセックスによって HIV に感染する人の割合が増えている。2005 年に報告された新規 HIV 感染者数の 40% 以上が女性であり、過去最高となった（Pokrovskiy, 2006）。このなかで清潔でない薬物注射器の使用によって HIV に感染した人は少ない。しかし、そのほとんどが薬物使用者のパートナーとの無防備なセックスによって感染したと考えられる。このような HIV の広がり方は、最も早い時期に HIV の流行を経験した地域（カリニングラード州、クラスノダルスキー地区、ニジニ・ノヴゴロド州など）で顕著である。例えば、サンクトペテルスブルグの妊婦の HIV 陽性率は、1999 年の 0.02% から 2002 年には 1.25% へと上昇した（Khaldeeva et al., 2002）。有効な予防対策を、特に IDU とその性的パートナー、そしてセックスワーカーとその客に拡大しなければ、ロシア連邦の HIV 感染は拡大を続けるだろう。

1990 年代の HIV 感染の爆発的な増加は、IDU の大きなネットワークのなかで感染が拡大し、そこからその性行為の相手に感染が広がったことによる。その後、HIV 感染の広がりには減速したように見える。しかし、HIV 陽性率が再び上昇する可能性はある。第一に、多くの地域で、IDU の HIV 感染はまだ飽和状態に達しておらず、そのような地域では HIV 感染率が上昇する危険がある。第二に、HIV が無防備なセックスによって一般人口に広がり、新たな感染が今後再びピークを迎える可能性がある（Pokrovskiy, 2006）。しかし、有効なプログラムを最もヴァルネラブルな人口集団に対して実施し、彼らの HIV 感染を防ぐことによって、このような結末は避けることができる。ロシア連邦にはそれを行う余地がまだ残っている。1999–2002 年の新規 HIV 感染者数の増加以降、新たに HIV 陽性と診断される妊婦の数にはほとんど変化がない。つまり、IDU から一般人口への HIV 感染の拡大は、まだ予測されたほど大きくないのである（Pokrovskiy, 2006）。

現在のところ、ロシア連邦では清潔でない薬物注射器具の使用が主なリスク要因である。ソビエト連邦の解体に伴う社会経済的要因（若者の高い失業率、薬物取引、インフォーマルな経済の成長など）が、ロシア連邦の薬物注射の蔓延を後押ししている（Rhodes et al., 2006）。サンクトペテルスブルグでの調査では、IDU のほぼ 3 分の 2（62%）が失業者あるいは不完全雇用者である（Kozlov et al., 2006）。

地域によってそのリスク行動が異なるため、IDU の HIV 陽性率には非常に差がある。さまざまな調査から、HIV 陽性率はヴォルゴグラードの 3%（Rhodes et al., 2006）やバルナウルの 3.5%–9% から、モスクワの 12%–14%（Rhodes et al., 2006）、サンクトペテルスブルグの 30%（Koshkina et al., 2003）、そしてビイスクの 70%（Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology, 2005）まで、陽性率には大きな幅がある。このような調査において HIV 陽性と診断された IDU の 3 分の 2 が、それまで自分の HIV 感染を知らなかった（Rhodes et al., 2006）。最近では、サンクトペテルスブルグの IDU の

HIV 感染率は 5% であり、その大半 (79%) が清潔でない注射器具の使用によるものである (Kozlov et al., 2006)。ロシア連邦の一部の都市では、ハームリダクション・プロジェクトが行われているが、効果を上げるにはその数は少なく、規模も小さい。

一方、モスクワの IDU の 8%、ヴォルゴグラードの IDU の 20% が淋病に感染しているという事実は、IDU の多くが無防備なセックスをしていることを示唆している (Rhodes et al., 2006)。サンクトペテルスブルグなど一部の都市では、IDU とセックスワークは強い関連がある。女性 IDU の 3 人に 1 人が金銭や薬物のためにセックスワークをすると報告されている (Kozlov et al., 2006)。またサンクトペテルスブルグのセックスワーカーの HIV 陽性率は非常に高く (48%)、これはセックスワーカーの多くが薬物注射をしており、清潔でない注射器具を使っているからだと推察される (Smolskaya et al., 2005)。ヴォルゴグラードスカヤ州、アルタイスキー地区 (Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology, 2005b) およびエカテリンブルグ (Smolskaya et al., 2004) のセックスワーカーの HIV 陽性率も 14% - 16% と高い。セックスワーカーが独立して仕事をするサンクトペテルスブルグとは違い、モスクワではセックスワークは組織的に行われており、薬物使用は厳しく禁止されている。このため、モスクワのセックスワーカーのうち、IDU は 5% 未満で (Smolskaya et al., 2004)、その HIV 陽性率も 3% と低い (AIDS Infoshare, 2005)。

国別、年度別 新規に診断された HIV 感染者数 (100 万対)、HIV 感染者数合計
(東欧及び中央アジア、1998-2005年)

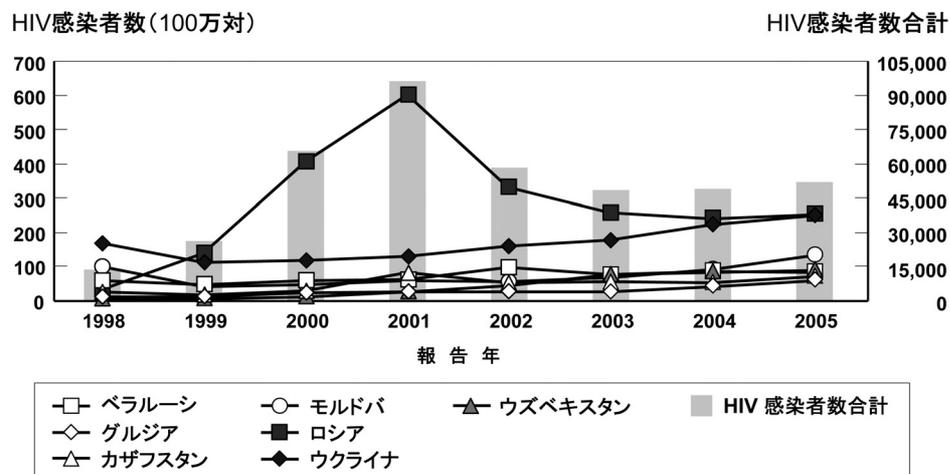


図 10

Source: EuroHIV, 2006.

IDU とセックスワーカーが拘留されたり、投獄されたりする可能性が高いことを考えると、ロシアの刑務所で報告される HIV 感染者数が 1999 年の 7,500 人から 2005 年には 3 万 2 千人と急増しているのは驚くべきことではない (Ministry of Health and Social Development, 2006)。モスクワの IDU を対象にした最近の調査では、拘置された IDU の HIV 感染リスクが高いことが明らかになった (Rhodes et al., 2006)。清潔な針と注射器を刑務所内で提供することが、広範囲の予防プログラムの一部となっている国もある。残念なことに、この地域では、違法薬物の使用に対してこのようなハームリダクションに対する公衆衛生のアプローチよりも、伝統的な法律による取締りといったアプローチが行われている。

この地域の他の国々と同様、ロシアでも MSM の HIV 感染に対する対策は不十分である。トムスクとエカテリンブルグで 2003 年に行われた調査では、MSM の HIV 陽性率は前述の 2 都市でそれぞれ 0% と 4.8% だった。しかし、彼らの 60% が男性との最近のセックスでコンドームを使用しなかったと答えている (Smolskaya et al., 2004)。最近のインターネットによる調査によれば、MSM の 12% が、特定あるいは不特定の相手と、金銭あるいは物と引きかえにセックスをしたと答えている (Population Service International, 2006)。薬物注射が広く行われ、HIV の性感染が増えている状況で、このように安全でない行動が広がれば、MSM の感染が拡大するのは間違いない (EuroHIV, 2006b)。ロシア連邦において 2004 年、MSM の HIV 陽性率は 0.4% で、2002 年の 0.2% と比べて高くなっている (EuroHIV, 2006b)。

ウクライナにおけるエイズの流行も拡大を続けている。2000 年から新規 HIV 感染者数の年間報告数は 2 倍以上になり、2005 年の 13,786 人を加えて、これまでの累積報告者数は 9 万 7 千人を超えた (Ministry of Health Ukraine, 2006a)。この報告数は政府の施設で検査されたものだけであることを考えると、2005 年末現在、HIV 感染者は実際にはかなり多く、37 万 7 千人 [25 万–68 万人] と推定される。大人の HIV 陽性率は 2005 年、1.5% [0.8%–4.3%] である (Ministry of Health Ukraine et al., 2006b)。

ウクライナにおける HIV 感染は、現在も主に最もリスクの高い人口集団に集中している。IDU、セックスワーカー、MSM の HIV 陽性率は常に 5% を超えているが、都市部の妊婦の HIV 陽性率は 1% 未満である (Ministry of Health Ukraine et al., 2006b)。薬物使用歴のない人々の性行為による HIV 感染が増えている (Grund J-P et al., 2005) もの、清潔でない薬物注射器具の使用が現在も HIV 感染の主なリスク要因で (Ministry of Health Ukraine et al., 2006b)、2006 年上半期に報告された新規 HIV 感染者の 45% 以上が IDU である (Ministry of Health Ukraine et al., 2006b)。新たに報告される HIV 感染者に占める IDU の割合は減っている (2001 年上半期は約 60%) が、IDU の間での HIV 感染の拡大が衰えているというエビデンスはない。2006 年上半期、HIV 陽性と報告された IDU の数は 2003 年に比べて 34% 増加している (Ministry of Health Ukraine et al., 2006b)。

IDU の HIV 陽性率は、スムイの 10% からミコライエフの 66% 以上と非常に高い (Ministry of Health Ukraine, 2006b)。首都キエフでは IDU のほぼ 49% が HIV 陽性と診断されている (Ministry of Health Ukraine, 2006b)。ドネツクとオデッサという HIV 陽性率が高い地域で、性行為によって新たに HIV に感染した人々の半分以上 (55–60%) は、HIV 陽性の IDU との無防備なセックスによる感染であるという報告もある (Scherbinska et al., 2006)。

ロシアとウクライナでは、
これまで見えなかった *MSM* の HIV 感染の広がりが明らかになりつつある。

セックスワークはウクライナにおけるエイズ流行の重要な要因である。2005 年に行われた HIV 定点サーベイランスでは、キエフの女性セックスワーカーの 8% が HIV 陽性と診断されている。その他の都市でも HIV 陽性率はかなり高く、ポルトバ、オデッサ、ルツク、ドネツクでは少なくとも 4 人に 1 人 (25–29%) が、ミコライエフでは 3 人に 1 人 (32%) が HIV 陽性と診断されている (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a)。

ウクライナは、HIV 感染がいかに迅速に、最もリスクの高い人口集団から一般人口へ広がりを示す顕著な例である。新規 HIV 感染者における、異性間の性行為による HIV 感染の割合は 1993–2003 年

の14%から、2006年上半期には35%と増加している (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a)。2006年上半期に新たに報告された8,058人のうち、41%が女性で、そのほとんどが産年齢である (Ukrainian AIDS Centre, 2006)。ウクライナの妊婦のHIV陽性率は現在、ヨーロッパで最も高く、2006年半ば現在、0.31%となっており、1995年の0.002%から大幅に上昇している (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a)。2006年半ば現在、HIV感染が最も深刻なウクライナの5つの都市 (チェルニヒフ、ドネツク、オデッサ、ニプロピトローフスク、ミコライエフ) の妊婦のHIV陽性率は0.8%を超えている (Ukrainian AIDS Centre, 2006)。HIV陽性の母親から生まれる子どもの数も増加しており、2006年上半期には1,320人になった (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a)。にもかかわらず、ウクライナではHIVの母子感染予防に関して目覚ましい進歩があった。2005年末までには、HIV陽性の妊婦の90%以上が母子感染予防のための抗HIV薬の予防投与を受けている。この結果、2001年以降、28%から8%と母子感染は3分の1になった (Ministry of Health Ukraine, 2006a; Ministry of Health Ukraine, 2006b)。しかし、妊産婦検診医にアクセスしない妊婦のHIV感染の有無の診断と予防、および新生児のHIV感染の有無をタイムリーに適切に行うことが課題である。

ウクライナのエイズの流行にはさらに二つの特徴がある。薬物注射に関連してHIV感染が広がっている国々と同様に、HIVが刑務所で広がっている。ウクライナの刑務所では、2006年半ば現在、4,300人を超える獄中者がHIV陽性と報告されており (State Department for the Execution of Punishment, 2006)、そのうち2006年上半期に新たにHIV陽性と診断された獄中者は1,530人である (Ukrainian AIDS Centre, 2006)。刑務所に収容されている獄中者のHIV陽性率は2003年の9%から2006年半ばの14%と高くなっている (Ukrainian AIDS Centre, 2006)。

注射器による薬物使用者、セックスワーカー、
男性とセックスする男性のHIV陽性率(中央アジア、2005年)

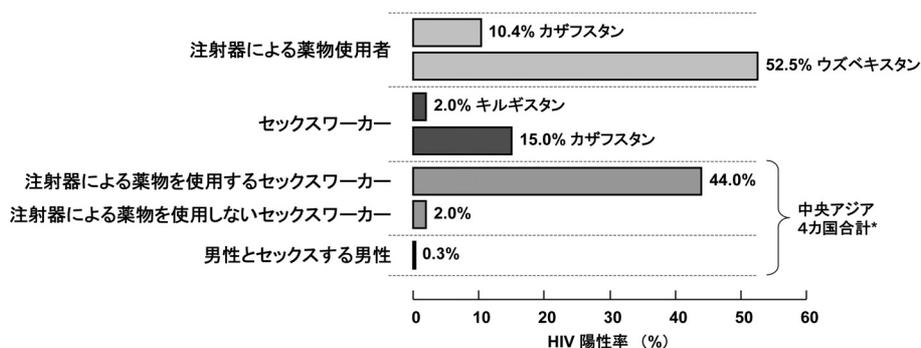


図 11

* カザフスタン、キルギスタン、タジキスタン、ウズベキスタン

Source: [XVI International AIDS Conference abstract] CDC Central Asia offices (Almaty & Tashkent), National and City HIV/AIDS centers

男性間のセックスがウクライナのエイズ流行に及ぼす影響は小さい。同性間の性行為を犯罪とみなす法律は1991年に撤廃されたが、MSMがウクライナの社会のなかで差別や偏見にさらされている状況は現在も変わらない。MSMに関する定点サーベイランスの数は少ないものの、調査の結果からオデッサとミコライエフのMSMのHIV陽性率はそれぞれ28%と9%であることが明らかになっている (Ministry of Health Ukraine, 2006a)。獄中者およびMSMのHIVに関する知識と予防行動を強化する対策を改善・拡大しなければならない。

規模としては小さいが、東欧と中央アジアの他の国々にもHIV感染は広がっている。2001年以降、新たなHIV感染者数が2倍以上になったのはグルジア (2001年には100万人に20人で、2005年には54人)

とモルドバ共和国（55 人から 127 人）、4 倍になったのが**ウズベキスタン**（22 人から 83 人）である（EuroHIV, 2006a）。

中央アジアでも最もエイズの流行が深刻なのは**ウズベキスタン**である。ウズベキスタンは薬物取引の主要ルート上に位置しており（Godihho et al., 2005）、HIV 感染者の報告数は 2001 年から 2005 年に 2,198 人と 2 倍になっている（EuroHIV, 2006a）。2005 年、HIV 感染者は推定 3 万 1 千人 [1 万 5 千—9 万 9 千人]（UNAIDS, 2006）。首都のタシュケントに感染が集中しており、感染の拡大の主な要因は IDU の感染者数が増加していることである。IDU の感染者数は 2001 年には 447 人だったが 2005 年には 1,140 人になった（EuroHIV, 2006a; Todd et al., 2005; WHO, 2005）。タシュケントで行われた調査では、IDU の 30%（そのほとんどが失業者）が HIV 陽性と診断されている。IDU のコンドーム使用率の低さが報告されているが、これは IDU のパートナーに HIV の性感染の危険があること（Sanchez et al., 2006）と、HIV 感染が今後も拡大する可能性があることを浮き彫りにしている。

カザフスタンでは、多数の IDU（推定 10 万人）（Ministry of Health Kazakhstan et al., 2004）の間で、そして彼らからの HIV 感染の広がりを抑えるために、あらゆる方面での対策が求められている。テミルタウで行われた調査に参加した 200 人の IDU の 17%が HIV 陽性と診断され（Ministry of Health Kazakhstan et al., 2005）、2005 年にカザフスタン全土で新たに報告された HIV 感染者のなかで IDU が占める割合は 3分の2以上（68%）である。（2004年には 699 人のうち 3分の2だった）（EuroHIV, 2006a）。刑務所内の HIV 感染者数は 1,200 人と推定されている（WHO, 2005）。

キルギスタンと**タジキスタン**では HIV 感染の広がりはいずれも小さい。これらの国でも新たに報告される HIV 感染者のほとんどが IDU である。**タジキスタン**では、公式に報告された IDU の HIV 感染者数は 2001 年から 4 倍になっている。（2001 年には 31 人、2005 年には 142 人）。2 都市の定点サーベイランスの結果、HIV 陽性率は IDU ではほぼ 16%、獄中者では 6%だった（Ministry of Health Tajikistan, 2006）。**タジキスタン**と違い、**キルギスタン**の HIV 感染の広がり、2001 年以降、年間の新規 HIV 感染者の報告数は 130—170 人と現在まで変化が見られない。トルクメニスタンでは、HIV 感染者数の報告はほとんどなく、HIV 感染のパターンや傾向はほとんどわかっていない（EuroHIV, 2006a）。

ベラルーシでも、新たに報告される HIV 感染者数は年間 710—780 人と、近年、あまり変化がない。最近報告された感染経路で最も多いのは、清潔な薬物注射器具を使わなかったために HIV に感染した IDU との無防備な性交渉である（WHO, 2005）。IDU の HIV 感染レベルは、ジロビンで 34%、首都ミンスクで 30%と高い。HIV 感染の多くがミンスクと南部のホメリ地域に集中している。

2001 年以降、薬物取引の主要ルート上に位置するウズベキスタンでは、HIV 感染者の報告数が倍以上になり、タジキスタンではその数は 4 倍になった。

2002 年と比べて、2005 年の新規 HIV 感染者の報告数が 2 倍以上になったのは**モルドバ共和国**である。（2002 年には 209 人、2005 年には 533 人）。新たな HIV 感染のうち、無防備な性行為によるものが約半数を占める（EuroHIV, 2006a）。**グルジア**でも新規 HIV 感染者数の増加が見られる。2005 年の報告者数 242 人は、2002 年に比べると倍以上である（EuroHIV, 2006a）。感染経路が分かっているケースでは、清潔でない薬物注射器具による感染が最も多い。（WHO, 2005）。**アルメニア**でも同様の傾向が見られ、IDU の多くはロシア連邦やウクライナで HIV に感染したことがわかっている。2005 年に報告された HIV 感染者のうち約半数が首都のエレバンに集中している（WHO, 2005）。



カリブ海沿岸諸国

カリブ海沿岸諸国で HIV とともに生きる 25 万人 [19 万～32 万人] の人々の約 4 分の 3 が、イスパニョーラ島の 2 つの国、**ドミニカ共和国**と**ハイチ**にいる。しかし、地域全体でも国家レベルの HIV 陽性率は高く、**バルバドス**、**ドミニカ共和国**及び**ジャマイカ**で 1%～2%、**パハマ**、**ハイチ**及び**トリニダードトバゴ**で 2%～4%に達している。陽性率が 0.1%未満の**キューバ**のみが例外である。2006 年におけるカリブ海沿岸諸国全体の新規 HIV 感染者数は、2 万 7,000 人 [2 万～4 万 1,000 人] と推定される。ドミニカ共和国では HIV 感染レベルが横這いとなり、またハイチの都市部では低下しているが、より局所化した流行傾向が出現しており、両国ともに、流行が再燃する可能性に備える必要があることを示唆している。

抗レトロウイルス療法に対するアクセスが広がった恩恵を受けて、複数の国で流行を食い止める取り組みが始まっており、この傾向は、**パハマ**、**バルバドス**、**キューバ**及び**ジャマイカ**で特に顕著である (WHO/UNAIDS、2006)。しかしながら、2006 年カリブ海沿岸諸国でエイズのために亡くなった人の数は、1 万 9,000 人 [1 万 4,000～2 万 5,000 人] に達しており、成人 (15～44 歳) の主な死亡要因の一つとなっている。

カリブ海沿岸諸国の異性間感染を主体とした流行は、ジェンダー間の激しい不平等が存在する状況下で発生しており、地元民及び外国人客にサービスを提供して興隆する性産業が流行に勢いを与えている。この地域で見られる全般的に同性愛嫌悪 (ホモフォビア) 的な社会環境において、男性間のセックスは表に出てこない現象ではあるが、小規模でも重要な要因であり、男性間の安全でないセックスがこの地域の HIV 報告件数の約 10 分の 1 を占めていると考えられている (カリブ海沿岸諸国保健及び開発委員会、2005 ; Inciardi, Syvertsen, Surratt、2005)。

ハイチの最新 HIV データによれば、国家レベルの成人の HIV 陽性率は 2.2%に達しており、最も陽性率が高い地域は、ニッペス (3.8%)、南県 (2.9%)、北県 (2.6%) となっている (Institut Haitien de l'Enfance 及び ORC Marco、2006)。ハイチの首都であるポルトープランス及びその他の都市部では、妊婦の HIV 陽性率が 1993 年から 2004 年の間に 9.4%から 3.3%に、3 分の 2 までに低下した。しかしこの趨勢は、農村地域あるいは若い妊婦 (24 歳以下) の間では明らかではない。

特に、バハマ、バルバドス、キューバ、ジャマイカで顕著だが、
抗レトロウイルス療法に対するアクセスが広がったことで、
流行の防止に関して進歩を示している国もある。

陽性率の低下傾向は、調査でも明らかになっている前向きな行動変容をもたらした可能性が最も高く、ポルトープランスで調査された女性セックスワーカーのほぼ全員（98%）が、最近売春をした際にコンドームを使用したと答えている。また、一般の人々の間では、不特定多数の相手との性交渉でコンドームを使う人や、1990年代半ばに比べて、今世紀になってから禁欲的な生活態度や貞節を重んじる人々が増えている。しかし、HIVの発生件数は1990年頃にすでに低下し始めており、これは行動変容が観察される前のことである。したがって、死亡者の増加と血液の安全性が向上したことが、HIV陽性率の低下に貢献している可能性がある。たとえば、ポルトープランスの献血者のHIV陽性率は、1980年に6~7%でピークに達し、その後の10年間で大幅に低下して、2004年には1.8%になった。加えて、周回的な人口移動（人々が都市地域に移住し、その後、病状が深刻化した後に家庭での療養を求めて農村部に戻る）も、ポルトープランスなどの都市部で見られる陽性率の低下傾向の一因となっている可能性がある（Gaillard et al., 2006）。

ハイチにおける流行が悪化する兆しも見えている。すでに述べたように、郡・農村部の妊婦のHIV陽性率が低下したという確証はない。実際、郡・農村部ではコンドームの使用は依然として頻繁ではなく、前回不特定多数の相手とセックスをした際にコンドームを使用したと答えた郡・農村部に住む女性の割合は、わずか16%、男性の場合は31%であった（Institut Haitien de l'Enfance and ORC Marco, 2006）。特に感染の危機に立たされているのは、農村部で暮らす貧しい女性であり、彼女らの場合、男性に経済的に依存していることが、HIV感染の主要なリスク要因の一つとなっていることが明らかである（Louis et al., 2006）。さらに、性的に活動的な若いハイチ国民の数も増えており、彼らは若年令時で性的に活動的になっているが、不特定多数を相手にした性交渉でコンドームを使う者は少数派である（Gaillard et al., 2006）。前回不特定多数の相手と性交渉をもった際にコンドームを使用した、性的に活動的な若い女性（15~24歳）の割合は、わずか4人に1人（約28%）に過ぎなかった、また、同年代の性的に活動的な男性の場合も、その割合は、10人に4人（約42%）に過ぎなかった（Institut Haitien de l'Enfance and ORC Marco, 2006）。ハイチ中央県のセルカラソースでは、学校を卒業した性的に活動的な若者（14~25歳）の5人に1人がコンドームが何であるかを知らず、また、2人に1人はコンドームが何であるかを知っていたが、定期的に使用していなかった（Westerbs et al., 2006）。HIVプログラムは、全地域の若者には到達していないようである。新しいデータでは、ハイチの西県、ニッペス及び北県では、若い女性の2005年のHIV感染率が4.2%に達していたことが示されている（男性の陽性率2%の2倍）（ハイチ公衆衛生・人口省、2006）。

一方で、世界でも最も貧しい国の一つであるにも関わらず、ハイチは、たとえゆっくりとしたペースでも、抗レトロウイルス療法を必要としている人々に提供するために着実な歩みを続けており、これは、主に非政府組織によるパイオニア的な働きの成果である（Cohen, 2006a）。抗レトロウイルス療法の普及率は未だ比較的低く、治療を必要とする人の約12%が、2005年に同療法を受けていた（WHO/UNAIDS, 2006）。けれども、その効果は目に見えて肯定的なものである。ポルトープランスで抗レトロウイルス療法を受けているエイズ患者の中で、成人の87%、児童の98%が、1年後も生存していた。治療を受けな

ければ、彼らの70%は、12ヵ月以内に亡くなっていただろう (Severe et al., 2005)。

ドミニカ共和国では、妊婦の HIV 陽性率は全般的に安定化しており、2005年の国家レベルの成人の陽性率は1.1% [0.9~1.3%] と推定される (UNAIDS 2006: ドミニカ共和国公衆衛生・社会支援省、2005a)。同国の流行状況は、相当程度までセックスワーカーとその客の間の HIV 感染を主要因としており、その数10万人と推定される同国の女性セックスワーカーの HIV 陽性率は、地域によって2.5%から12%以上までに及ぶ (Cohen, 2006b)。ドミニカ共和国の流行においては、売春ツアーの演じる役割が大きくなっているが (これはカリブ海沿岸のその他の国々でも同様)、それでも地元民男性が、同国の性産業の主たる顧客層を構成している (Cohen, 2006b)。1990年代半ばに始まった HIV 陽性率の低下は、首都のサントドミンゴの妊産婦診療所でも顕著になっており、これは恐らく、同市でより安全な商業的セックスを奨励する施策を実施した反映である (ドミニカ共和国公衆衛生・社会支援省、2005b)。たとえば、12ヵ月で、サントドミンゴで行われたコミュニティ連帯予防プロジェクトに参加したセックスワーカーのコンドーム使用率は、75%から94%に上昇した (Kerrigan et al., 2006)。

*カリブ諸国では表に出ない行動だが、
男性間のセックスは、同地域の報告された HIV 発生件数の
約10分の1を占める可能性がある。*

最も高い感染レベルは、bateye (主にハイチから来たサトウキビ農場労働者を収容するバラック) で検知されている (ドミニカ共和国公衆衛生・社会支援省、2005a)。bateye によっては、40~44歳の男性における陽性率が12%に達していることが明らかになっている (Cohen et al., 2006b)。bateye の約4分の1で、政府が運営するヘルスケア診療所がサービスを提供しているが、これらのコミュニティは社会的に弱い立場にあり、また、言語の壁や官僚主義的な対応から、サービスが利用できない場合もしばしばある (Cohen, 2006)。

HIV 予防と治療双方を強調するバランスの取れたアプローチを採用したバルバドスでは、勇気づけられる結果が生まれている。若い妊婦の HIV 感染レベルは、2000年代前半に低下している (2000年の1.1%から2003年の0.6%に)。 (Kumar and Singh, 2004)。やはり、2001年に抗レトロウイルス療法が導入されたことで、1990年代後半からエイズによる死亡率が、1997~1999年にかけて10万人 (16歳以上) に対して34.2人から、2003~2005年にかけては10万人に対して17.2人へと大きく減少した。しかしながら、エイズは依然として成人の早すぎる死の主たる原因となっており、その理由としては、人々が依然として病が重篤になった後しか治療を求めようとしないからである (Kilaru et al., 2006)。1994年から2004年までの間に HIV に感染していると診断された女性の、保健ケアサービス活用状況を評価するための研究では、自らの HIV 感染を知った後でも治療やケアのために HIV クリニックを一度も訪れたことがない者の割合は、3分の1以上 (37%) に達していた。その結果、これらの女性の死亡率は高くなっている (Kumar et al., 2006)。

バハマでも、若い妊婦の HIV 陽性率は、1996年の3.6%から2002年の3%に低下しており、その他の性感染症の治療を求める人々の HIV 感染レベルも低下している。バハマは、HIV の母子感染件数を減らすことに成功しており、また抗レトロウイルス療法の提供によってエイズによる年間死亡件数も減少し

ている（カリブ海沿岸諸国保健及び開発委員会、2005；バハマ公衆衛生局、2004）。

HIV 予防と治療双方を強調する

*バランスの取れたアプローチを採用したバルバドスでは、
勇気づけられる結果が生まれている。*

ガイアナでは、2006 年半ばまでに、必要とする半数以上の人々に抗レトロウイルスプログラムが提供されているが（WHO/UNAIDS、2006）、それでもなお、同国で最近見られるエイズによる死亡件数の増加傾向を反転させるには至っていないようである。2005 年、このカリブ海沿岸諸国で 2 番目に貧しい国では、エイズは、依然として、25～34 歳の国民の主たる死亡原因の一つとなっている（ガイアナ HIV/エイズ大統領委員会、2006）。HIV は、最もリスクに曝された国民層から一般の国民層に拡大しているように思われ、2005 年の成人の HIV 陽性率は、2.4% [1.0%～4.9%] と推定される。一方で、商業的セックスを通じた HIV 感染が、最も重要な感染リスク要因であることに変わりはない。例外的に高い HIV 感染レベルが依然として女性セックスワーカーの間で検知されており、その率は、たとえばジョージタウンでは 31%に達している（Allen et al., 2006）。また、性感染症クリニックを訪れた人々の陽性率として 17%という数値も 2005 年に記録されており、安全でないセックスが依然として広く行われていることを示唆している。ガイアナの流行において男性間のセックスが演じている役割を突きとめる調査では、デメラーマハイカ地域（東北部）の男性とセックスをする男性（以下、MSM）の HIV 感染率が 21%に達していたことが明らかになっている（ガイアナ大統領 HIV/エイズ委員会、2006）。スリナムの新しい HIV データはほとんど利用可能ではなく、同国では、国家レベルの成人の 2005 年の HIV 陽性率は、1.9% [1.1%～3.1%] と推定されている（UNAIDS、2006）。

ジャマイカの国家レベルの HIV 感染率は横這化したように思われ、2005 年には 1.5% [0.8%～2.4%] と推定されている（UNAIDS、2006）。けれども、セントジェームス教区及びウェストモアランド教区の 2005 年の妊婦の HIV 陽性率は約 2%に達しており、性感染症クリニックを利用する人々の HIV 陽性率も高く、キングストン、セントアンドリュース、セントジェームス教区では、5%を越えている（ジャマイカ保健省、2006）。ジャマイカでの HIV の流行は、異性間の性交渉が主要因であり、中でもセックスワーカーが占める役割が顕著である。最近行われたある調査では、女性セックスワーカーの HIV 陽性率がほぼ 9%に達しており、同調査では、クラックコカインを使用し、路上で誘導された、低収入で年とった女性の感染リスクが最も高いことも判明している（Gebre et al., 2006）。クラックコカインの使用は、トリニダードトバゴの女性の HIV 感染においても主たるリスク要因である。クラック使用者の 5 人に 1 人が、女性薬物使用者リハビリテーションセンターで行われた調査で、HIV に感染していたことが判明している（Reid, 2006）。

この地域では圧倒的に小規模な流行しか起こっていない**キューバ**では、国家レベルの成人の HIV 陽性率及び、性感染症治療を求める人々の 2005 年の HIV 陽性率はともに、0.1%以下 [＜0.2%] であった（UNAIDS、2006；キューバ保健省、2006）。全体として、HIV に感染していると診断された人の約 80%が男性であり、男性間の安全でないセックスが HIV 感染の主たるリスク要因である（キューバ保健省、2006）。流行を阻止しようという集中的な施策にもかかわらず、HIV に感染していると診断された人々の数は 1996 年以降増加している。一方で、2001 年に国産抗レトロウイルス薬剤が導入されて以来、年間

のエイズによる死亡率は72%までに低下し、日和見感染症発症率も76%までに低下した。また、エイズと診断された以降の平均生存期間も、1年をわずかに上回る期間から5年へと延伸している (Perez et al., 2006)。

同地域のその他の国々とは対照的に、バミューダ及びプエルトリコの比較的小規模な流行においては、注射器による薬物使用が最も重要なリスク要因となっている。プエルトリコの注射器による薬物使用者（以下、IDU）間では、きわめて高いHIV感染率が検知されている。バヤモンのIDUにおけるHIV発生率は3.4%であり、彼らの20~25%の者がHIVに感染していた (Deren et al., 2004)。刑務所で注射器による薬物使用が行われる状態が一般的であり、収監されたIDUの53%が、刑務所で注射器により薬物を使用したと答えている (Kang et al., 2005)。プエルトリコでは、収監施設も含め、効果的な害の緩和施策を早急に実施する必要がある。



ラテンアメリカ

ラテンアメリカでは、国によっては HIV 流行パターンが変化しているものの、この地域全体では流行は横這い傾向にあり、2006 年の新規 HIV 感染件数は約 14 万件 [10 万–41 万件]、エイズによる死亡者数は、6 万 5,000 人 [5 万 1,000–8 万 4,000 人] となっている。推定 170 万人 [130 万–250 万人] のラテンアメリカで HIV とともに生きる人々の 3 分の 2 は、アルゼンチン、ブラジル、コロンビア、メキシコという 4 つの最も大きい国に在住している。しかし推定 HIV 陽性率が最も高いのは、中央アメリカの小さな国々であり、2005 年の陽性率は、エルサルバドル、グアテマラ、パナマでは 1% を多少下回るレベル、ホンジュラスでは 1.5%、ベリーズでは 2.5% となっている (UNAIDS, 2006)。

南アメリカにおける HIV 感染の急拡大は、
IDU (注射器による薬物使用者) と
MSM (男性とセックスをする男性) 間で発生している。

HIV 感染は、ラテンアメリカの大部分に共通である、広範に見られる貧困及び渡り労働、大都市部以外の地域での流行傾向についての情報不足、そしてはびこる同性愛嫌悪 (ホモフォビア) などの要因から成る状況下で発生している。特に、ラテンアメリカの流行の多くで男性間の無防備なセックスが果たしている役割は、公の場で否定され、HIV 対処戦略においても無視される傾向があり、この傾向は、特に中央アメリカ及び、南アメリカのアンデス山脈地域で顕著である (Cohen, 2006a)。男性間の無防備なセックスは、アルゼンチン、ボリビア、ブラジル、グアテマラ、ペルーなどの国々で報告されたエイズ発生件数の 25–35% をも占める (Montaro et al., 2005)。さらに、HIV に感染した人々は、ヘルスケア従事者からさえも、スティグマ (恥辱を受け、汚名を着せられること) や差別を受ける (Cohen, 2006)。一方、女性セックスワーカーの HIV 感染レベルには地域によって大きな開きがある、たとえば、チリやベネズエラなどの南アメリカ諸国では、HIV 陽性率は極めて低い (Bautista et al., 2006)、アルゼンチンの都市部では、2.8%、6.3% という陽性率が検知されており (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006; Pando et al., 2006)、ブラジルの複数の地域で、セックスワーカー間の陽性率が 6% に達しているケースも報告されている (Okie, 2006; Trevisol and da Silva, 2005)。

ラテンアメリカで最も多い人口を抱えるブラジルでは、62 万人 [37 万–100 万人] の人々が HIV とともに生きており、この数は、ラテンアメリカで HIV とともに生きる人々の 3 分の 1 に相当する (UNAIDS,

2006)。ブラジルでは予防と治療の強化が功を奏し、この5-6年にわたり HIV の流行は安定化している (Okie, 2006)。学校での性教育とエイズ予防、コンドームの使用奨励、ハームリダクションや HIV 検査などを協働して実施した結果、成人の国家レベルの HIV 陽性率は、2000 年以降約 0.5% で横這い化している。また、1998 年から 2005 年の間では、性的に活動的な若者の割合がほとんど変化していないが、コンドームの使用率は劇的に高まり、15-24 歳の男女の間で使用率は、3 分の 1 以上高まった (Berquo, 2005)。また、同じ期間で、全年齢のブラジル人のコンドームの使用率も、約 50% 上昇している (Berquo, 2005)。

注射器による薬物使用を原因とする HIV 感染は、特に流行の歴史が比較的古い都市も含め、複数の都市で減少しており、不衛生な注射器具の使用を止める傾向も一般化している。2004 年に行われた 1 件の大規模調査では、不衛生な注射器具あるいはシリンジを使用しない注射器による薬物使用者 (以下、IDU) の割合は、4 分の 3 以上に達していた (Okie, 2006)。IDU 間で HIV 感染率が低下していることは、ハームリダクション・プログラム及び薬物使用習慣の変化 (特に、“クラック” コカインの吸引あるいは吸煙が増加)、薬物使用者の死亡件数にも関連しているように思われる (Fonseca et al., 2006)。

こうした成果にかかわらず、IDU 間の HIV 感染レベルは依然として高い。ブラジルの南部では IDU 間の流行が下火になっているとは思えない (Hacker et al., 2006)。一方で、バイア州、リオグランデ・ド・スル州及びサンパウロ州で実施された横断調査では、IDU の 37% が HIV に感染しており、こうした感染レベルは、収監及び、その他の男性との無防備なセックスと強い相関性を有していることが明らかになっている (Caiaffa et al., 2006)。後者の調査では、IDU の 4 分の 1 以上の者 (26%) が、明らかに薬物使用のための資金を稼ぐ手段として、他の男性と無防備なセックスをしたと報告している。このような調査結果によって、薬物使用者における性的なリスク行動と薬物に関連したリスク行動双方に取り組む必要性が確認されている (Ferreira et al., 2006)。さらに、クラックの使用と HIV 感染の間に強い相関関係があることも、ポルトアルグレなどの複数の都市で明らかになっている (同市では、クラック使用者の 27% の感染が判明している) (Pechansky et al., 2006)。

ブラジルでは、男性間の無防備なセックスは依然として HIV 感染の大きな要因となっており、性的接触に起因する HIV 感染のほぼ半数を占めている。HIV が最も高いリスクに曝された人々から、その他のより感染リスクの低い人々へと拡大するに連れて、女性の感染事例も増加しつつある。2003 年、南ブラジルの 27 の地方自治体で実施された妊婦を対象にした調査では、0.5% の HIV 陽性率が報告されており (Cardoso et al., 2005)、近年では、エイズ発症者のうち女性が占める割合も増加しつつある。国民の中でも比較的貧しい人々が最も感染の危機に曝されており、低い社会経済層に属する、教育レベルが十分でない人々の HIV 感染率が増加していることが報告されている (Cardoso et al., 2005; Fonseca et al., 2003)。

ブラジルの成人の 3 人に 1 人は、HIV 検査を受けたことがあると推測され (その大多数は、25-39 歳の女性) (Paiva, Pupo, Barboza, 2006)、HIV に感染したブラジル人の約 3 人に 1 人は、自らの HIV 感染状況を知っていると推定される (Okie, 2006)。抗レトロウイルス療法の提供に関しては、世界でも最も広範な層に提供されており、有効な成果を出している。国家レベルの HIV 母子感染率は、1997 年の 16% から 2002 年の 4% へと大きく低下した (Dourado et al., 2006)。エイズによる死亡率は、1996 年か

ら 2002 年にかけて 50%も低下しており、エイズ関連の入院も、同期間で 80%減少した (Okie, 2006)。

アルゼンチンでは、2005 年の国家レベルの成人の HIV 陽性率は、0.6% [0.3%–1.9%] と推定された。推定 13 万人 [8 万–22 万人] の HIV とともに生きる人々の大多数は、ブエノスアイレス、コルドバ、サンタフェ州にいる。様々な調査では、IDU の最大 44% (Vignoles et al., 2006)、男性とセックスをする男性 (以下、MSM) の 7%–15% (Montano et al., 2005)、女性セックスワーカーの 6% (Montano et al., 2005 ; Bautista et al., 2006) が、HIV に感染しているという結果が出ている。また、いくつかの都市の刑務所では、4 人に 1 人 (28%) もの被収容者が HIV 陽性であることが判明している (アルゼンチン保健省、2004)。

ブラジルでは、予防と治療双方に力点を置く施策が功を奏し、
HIV の流行を食い止めている。

様々な要因が組み合わさって (流行の成熟化や 2001 年の経済危機など)、近年では、無防備なセックスが HIV 感染の主要形態となっている (Cohen, 2006b)。無防備な性交渉 (主に異性間) が、2005 年の新規 HIV 感染診断件数の約 5 分の 4 を占めている。全報告 HIV 感染件数の中で、男性の数が女性の数を未だ上回っているが、新規 HIV 感染診断者数の男女比は、1998 年の 15 : 1 から、1.3 : 1 まで縮まっている (国家エイズプログラム、2005 : アルゼンチン保健省、2004)。

注射器による薬物使用は、特に、多くの IDU がより安価でグレードの低いコカインペーストの吸引に薬物使用形態を切り替えた 2001 年以降、全体的に減少しているように思われる。たとえば、ブエノスアイレスでは、2003 年から 2005 年の新規感染者数の中で IDU が占める割合は、わずか 5%に過ぎなかった (Cohen, 2006b)。しかし、注射器による薬物使用とエイズ及び死を関連付けるスティグマ (恥辱を受け、汚名を着せられること) により、IDU が地下に潜行してしまっていることを示すサインもある。依然として薬物を注射器で使用している薬物使用者は、一人でそのような行為に及んでいる傾向があり、以前に見られた IDU のネットワークは、崩壊したように思われる。さらに、アルゼンチンでは、全般的なエイズの死亡率は、1996 年以降低下し始めたが、IDU ではこうした傾向は観察されておらず、近年でも数多くの IDU がエイズにより死亡している。このことは、IDU が国が提供する抗レトロウイルス療法の恩恵に十分に浴していないことを示唆している (Rossi et al., 2006)。

ウルグアイにおいて 2005 年末で HIV とともに生きる人々の数は、約 9,600 人 [4,600–3 万人] に達していた (UNAIDS, 2006)。同国では、無防備なセックス (大部分が異性間) が、HIV 感染の主要経路である (ウルグアイ国家エイズプログラム、2006)。しかしながら、流行が集中している首都のモンテビデオの特定のグループ間での感染レベルは高く、MSM では 22% (Montano et al., 2005)、IDU では 19%、注射器を使用しない薬物使用者では 10% (Vignoles et al., 2006) という結果が報告されている。女性セックスワーカーの感染レベルは低いように思われ、様々な調査では、彼女たちの HIV 感染率は、0.3%–1.3%となっている (Montano et al., 2005, Bautista et al., 2006)。また、抗レトロウイルス療法を必要としている人々の少なくとも半数は、2006 年中盤時点で、同療法を受けていた (WHO/UNAIDS, 2006)。パラグアイの流行も同様の規模にあり、2005 年末で HIV とともに生きる人々の数は、約 1 万 3,000 人

[6,200–4万1,000人]であった (UNAIDS, 2006)。男性が HIV 感染者の多数派を占めており (74%)、不衛生な注射器具の使用及び男性間のセックスが HIV 感染の主要形態である (パラグアイ国家エイズプログラム、2006)。

チリにおける小規模な流行においても、特に男性間の無防備なセックスが、HIV 感染の主要リスク要因となっており、同国で 2005 年末時点で HIV とともに生きる人の数は、2万8,000人 [1万7,000–5万6,000人] であった (UNAIDS, 2006)。HIV に感染している女性の数も増加しており、彼女たちの多くが、その他の男性との無防備なセックスにより HIV に感染した男性パートナーから感染している。

ペルーでは、HIV は MSM に主に影響を与えているように思われる。MSM 間の HIV 陽性率は高く、イキトス及びその周辺地域では、10%に達しており (Cohen, 2006c)、その他の 6 都市では平均 14%にも達していた (Lama et al., 2006)。特にリマでは、MSM の HIV 陽性率が 23%にも達していた (Montano et al., 2005 ; ペルー保健省、2005)。MSM の危険な性行動は一般的である。いくつかの港湾都市では、3分の2以上の男性が、最近、無防備なセックスに及んだと報告している (Konda et al., 2006)。また、調査された際には、ほぼ半数 (47%) の MSM が女性ともセックスをすると答えているが、女性の HIV 陽性率は非常に低いレベルに留まっており、約 0.2%である (Cohen, 2006d)。

*中央アメリカにおける流行は複雑で、拡大しており、
いくつかの国ではラテンアメリカの中でも陽性率が最も高くなっている。
商業的セックスと男性間のセックスが、
HIV 感染の主たるリスク要因となっている。*

その他のアンデス地域の国々でも男性間のセックスが流行における HIV 感染の主たるリスク要因になっており、ボリビアのサンタクルーズでは MSM の HIV 陽性率が 24%に達し、また、エクアドルのグアヤキルで 28%、キトで 15%、コロンビアのボゴタで 20%の MSM 間の HIV 陽性率が検知されている (Montano et al., 2005)。これらの 3 カ国ではいずれも、女性セックスワーカーの HIV 陽性率が 4%を越えておらず、いくつかの都市では、1%以下となっている (Montano et al., 2005 ; Khalsa et al., 2003, Mejía et al., 2002)。しかし、コロンビアのバランキヤで 2005 年に実施された 120 人のセックスワーカーを対象にした調査では、3.3%の HIV 陽性率が検知されており、これは同国で今日まで検知された中で最も高い陽性率である。ボゴタで行われた 2002 年の調査では、セックスワーカーの陽性率は、0.7%であった。また、ボゴタで 2003 年に IDU を対象に行われた調査では、陽性率は 1%であった。コロンビア全体で、妊婦を対象にした標識サーベイランス調査での HIV 陽性率は、2005 年に 0.65%となっており、1999 年の 0.24%から上昇している。新規 HIV 感染者数の中で多数派を占めているのは依然として男性であるが、男女比率は、1990 年代初頭のほぼ 10 : 1 から 2003–2005 年には、2–3 : 1 に狭まっている (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006)。ベネズエラで HIV とともに生きる 11 万人 [5万4,000–35万人] の人々の中でも、男性は依然として多数派であり、同国では、本日まで報告された HIV 感染の大多数が、男性間の無防備なセックスにより発生している (ベネズエラ保健省、2005)。

不完全ではあるが、利用可能な HIV サーベイランスデータによれば、**中央アメリカ**における流行は複雑で拡大しており、いくつかの国の陽性率は、ラテンアメリカの中でも際立っていることを示しており、商業的セックスと男性間のセックスが HIV 感染の主たるリスク要因となっている。また、HIV 感染がより一般の人々に広がっている証拠もあり、特に、通商経路や、同地域でカリブ海に面する地域でその傾向が見られる。**ベリーズ**、**コスタリカ**、**エルサルバドル**、**グアテマラ**、**ニカラグア**、**パナマ**などの**中央アメリカ**の多くの国々では、MSM 間の HIV 感染の流行が表面化していない。たとえば、**ニカラグア**では、MSM の HIV 陽性率が 7.6%に達していることが判明しており（梅毒の感染率は 11%）、また**エルサルバドル**でも MSM の HIV 陽性率が 15%に達していたという調査結果が出ている。双方の国とともに、MSM の 5 人に 1 人が、最近 6 ヶ月間で女性相手にもセックスをしたと報告している (Soto et al., 2006)。**グアテマラ**では、MSM 間の HIV 陽性率が 12%に達することが判明しており、彼らの半数が自らを異性愛者あるいはバイセクシュアルであると見なしていた（グアテマラ公衆衛生保健及び社会支援省、2003；Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003）。したがって、これらの男性の女性パートナーの多くは、彼らから HIV に感染する危険がある。

中央アメリカの他の複数の国々と同様に、**グアテマラ**の首都以外、あるいは、同国の人口のほぼ半数を占める原住民（主にマヤ人）の人々の間の HIV 流行状況は、あまり知られていない。利用可能なデータは、原住民の間でも HIV 感染が広がっていることを示唆しているが、必ずしもラディノー（アメリカンインディアンとスペイン人の混血）の人々より高いわけではない。2003 年に実施された妊婦を対象にした標識サーベイランス調査では、ラディノーの女性の HIV 陽性率よりもマヤ人の女性の HIV 陽性率が若干低いという結果が出ている（Hernandez and Aguilar, 2004）。また、2004 年に保健省に報告された HIV 感染件数及びエイズ発症件数においては、ラディノーの人々の割合が全件数の 74%、マヤ人の人々の割合は、22%であったが、2005 年の調査では、ラディノーの人々の割合が 69%、マヤ人の人々の割合が 28%となっていた（Garcia, 2005）。しかしながら、グアテマラの 22 の県の中で 8 つの県では、マヤ人が HIV 感染者数及びエイズ発症者数の中で多数派となっており、全国のすべての県でマヤ人の HIV 感染が検知されている。マヤ人の集団がすでに、深刻な貧困と高い妊産婦の死亡率に瀕し、ヘルスケアサービスにもほとんどアクセスできていない状況であることを考慮すれば、これは非常に憂慮すべき状態であると言える（計画及びプログラム策定大統領事務局、グアテマラ、2006）。こうした懸念をさらに強めるのが、ケツアルテナンゴの結核患者（その 4 分の 3 がマヤ人）における HIV 感染レベルが 1995 年から 2002 年にかけて 3 倍になった（4.2%から 12%へ）という調査結果である（Cohen, 2006b）。

ホンジュラスでは、流行状況は、少数派民族であるガリフナと呼ばれる西アフリカからの奴隷の子孫であるアフリカ系ホンジュラス人の間で、特に深刻だと思われる。ガリフナ人のコミュニティーで行われた調査では、HIV 陽性率 8–14%が検知されている（ホンジュラス保健省、1998）。一方で、ホンジュラスでは、HIV 感染は、幅広く広がっている。感染レベルが最も高いのは、MSM（2005 年に実施されたある調査では HIV 陽性率 13%）、女性セックスワーカー（最高で 11%の HIV 感染率）（ホンジュラス保健省、2003a；ホンジュラス保健省、2003b, Ghee et al., 2006）、そして、収監者（HIV 陽性率 8%）（Cohen, 2006e）である。しかし、流行は女性の間にも次第に広がっており、2004 年に記録された HIV 感染件数の半分弱（47%）を女性が占めるに至っている。妊産婦診療所における国家レベルの HIV 陽性率は、2004 年で 1.4%であるが、バエ・デ・スーラでは、3–4%にも達している（ホンジュラス保健省、2006）。2005 年末の時点でホンジュラスで HIV とともに生きる人々の数は、6 万 3,000 人 [3 万 5,000–9 万 9,000 人]

と推定される。

ほとんどのラテンアメリカの国々では、
無防備な男性間のセックスが
中心的な役割を果たしている。

国家レベルの成人の HIV 陽性率は、推定で 0.3% [0.2%–0.7%] と低いものの、メキシコは人口規模が大きいために、2005 年に HIV とともに生きる人々の数は 18 万人 [9 万 9,000–44 万人] に達している (UNAIDS, 2006 ; Bravo-Gracia, Magis-Rodriguez, Saavedra, 2006)。メキシコの流行は、主に MSM、セックスワーカーとその客、そして IDU に集中している。男性間のセックスは、今日まで記録されている HIV 感染件数の半数以上(57%)を占めると考えられている (Bravo-Gracia, Magis-Rodriguez, Saavedra, 2006a)。がしかし、女性が HIV に感染するリスクが増加している兆しもある (Magis-Rodriguez et al., 2004)。ティファナの IDU の HIV 陽性率が 4%に達しているという調査結果もあり (Magis-Rodriguez et al., 2005)、セックスワークと注射器による薬物使用が広がっているアメリカ合衆国との国境沿いの複数の都市で、HIV 感染率上昇の兆しが見えている。ティファナとベラクルスでは、2003 年の調査で、女性セックスワーカーの 6%が HIV に感染していることが判明している (Magis et al., 2006a)。一方、ティファナとシウダーファレスで 2004 年–2006 年に実施されたある調査では、女性セックスワーカーの HIV 陽性率が 6%に達していることが発見されており、IDUの間では、陽性率は 16%に達していた (Patterson et al., 2006)。また高い陽性率は、男性セックスワーカー間でも検知されており、たとえば、2005 年の調査では、モンテレーで 25% (Gayet et al., 2006a)、グアダハラハラ及びメキシコシティで 20% (Magis et al., 2006b) という値が検知されている。モンテレーで行われた男性の長距離トラック運転手を対象にした調査では、0.7%が HIV に感染していた (国家レベルの成人の HIV 陽性率の 2 倍に相当)。彼らの 4 分の 1 以上の者が、調査前年に買春を行っており、6 人に 1 人が、コンドームを一度も使用したことがなかった (Gayet et al., 2006b)。また同国の農村地帯でも相当規模の HIV の流行が起こっている証拠があり、この場合、人々の移動 (メキシコとアメリカ合衆国間の人々の移動も含む) が、明らかに寄与要因となっている (Cohen, 2006f)。



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)**

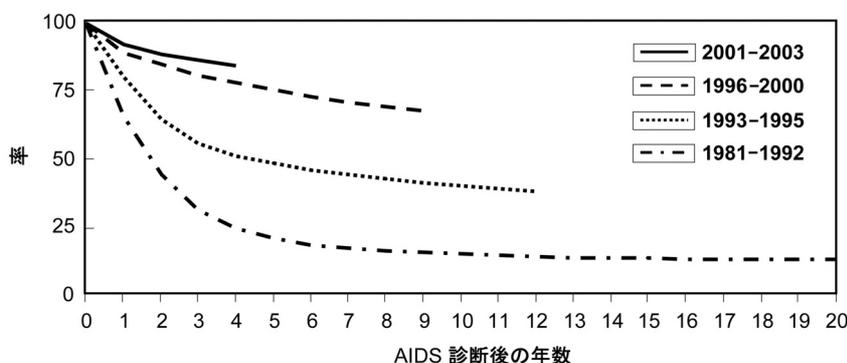


図 1 2

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の中の特定的な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、セーフタ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、比較的リスクの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)。



中東及び北アフリカ

この地域のエイズの流行は多様である。2006年のこの地域における HIV 新規感染者数は、6万8,000人 [4万1,000–22万人] に達しており、この地域で HIV とともに生きる人々の総数は、46万人 [27万–76万人] に達している。過去1年間でこの地域でエイズにより死亡した人の数は、約3万6,000人 [2万–6万人] に達する。報告された HIV 感染の大多数が男性に起こっているが、女性感染者数も増加している (UNAIDS, 2006)。

バラツキのある（そして、多くの場所で、不十分な）HIV サーベイランスシステムが、この地域の多くの国々における、特に注射器による薬物使用者（以下、IDU）、セックスワーカー、男性とセックスをする男性（以下、MSM）など、最も感染リスクが高い人々の間の流行のパターンと動向の正確な把握を困難にしている。しかし、いくつかの国（アルジェリア、イラン、リビア及びモロッコ）では、データ収集体制が改善されつつあり、局所的な HIV 流行がこの地域全体に存在することが判明しており、スーダンでは全般的な流行が持続していることが明らかになっている。

この地域の多くの国々では、
不十分な HIV サーベイランスシステムが、
特に IDU、セックスワーカー、MSM など最も感染リスクが高い人々の間の
流行のパターンと動向の正確な把握を困難にしている。

スーダンは、この地域で圧倒的に大規模なエイズの流行を抱える国である。2005年の成人の HIV 陽性率は 1.6% [0.8%–2.7%] であり、約 35 万人 [17 万–58 万人] の人々が HIV とともに生きていた。たとえば、ホワイトナイル州で妊産婦ケアを求めている女性の間の HIV 陽性率は 2% に達していることが判明している（スーダン保健省、2006）。20 年以上に及ぶ戦争が終了し、以前に難民・流民化した国民の生活が次第に正常化するに伴い、HIV 感染が加速化し広がるのではないかとこの恐れがある。たとえば、ウガンダとの国境沿いの南部のイエイでは、元難民であった成人の HIV 陽性率が 4.4% もの高さに達していることが判明している（Kaiser et al., 2006）。南部では自発的なカウンセリングや検査の奨励などのより多くの予防施策が現在行われており（たとえば、ジュバにおいて）、また、わずかな抗レトロウイルス療法提供施設も現在では稼働している。

しかし、流行は南部に限られてはいない（スーダン保健省、2005）。たとえば、2005 年に実施されたあ

る調査では、ハルツーム州の警察官の HIV 感染率が 1%に達しているという結果が出ている。また、HIV に関する知識はきわめて乏しく、コンドームで HIV 感染が予防できることを知っていた男性の割合はわずか 2%であった (Abdelwahab, 2006)。さらに、もう一つの調査によれば男性間の安全でないセックスも、ハルツーム州における流行の要因の一つになっているようであり、この調査では男性とセックスをする男性 (以下、MSM) の HIV 陽性率が 9.3%に達していた。この調査に参加したほぼすべての男性が、1人以上の性交渉の相手がいると述べており、3分の2が売春もしたことがあると述べている。その一方で、半数強の者が無防備なアナルセックスによって HIV に感染する危険性について無自覚であり、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 3%であった (Elrashied,2006)。

特にイラン及びリビアなどの複数の国では、IDU 間の高い HIV 陽性率が記録されている。しかしながら、注射器による薬物使用はこの地域のその他の多くの国々でも発生しており、不衛生な注射器具の使用も一般的であるように思われる。様々な研究により、アルジェリアでは IDU の 10 人のうち 4 人、エジプトとモロッコでは 10 人のうち 5 人、レバノンでは 10 人のうち 6 人が、不衛生なシリンジを使ったことがあることが判明している。

イランでは、IDU が数多く存在することを鑑みると (同国の保健・医療教育省によれば 13 万 7,000 人も存在する) (Gheiratmand et al., 2006)、IDU 間で高い HIV 感染レベルが検知されていることは大きな懸念事項である。イランの首都のテヘランで最近実施された調査に参加した IDU のほぼ 4 人に 1 人 (23%) が HIV に感染していることが判明した (Zamani et al., 2006)。またこれより前に、やはりテヘランで実施されたセンターで薬物治療を受けている者の HIV 感染率も 15%に達していた (Zamani et al., 2005)。双方のケースともに、刑務所で不衛生な注射器具を使用したことが感染に到った主要因であり、刑務所やその他の収監施設におけるハームリダクション・プログラムの必要性を浮き彫りにしている (Day et al., 2006)。マルブダシュトでは IDU の 85%が刑務所で薬物を使用したと答えており、19%が不衛生な注射器具を刑務所で使ったと述べている (Day et al., 2006)。イラン当局も、刑務所はリスクの高い環境であることを認識しており、コンドームや代替療法が提供されている拘置施設もある。一方で別の調査によれば、社会グループごとに注射器を使う行動パターンが変容することも明らかになっており (その社会経済的な地位によって不衛生なシリンジを使用している IDU の割合は、30%から 100%にまで変化する)、ハームリダクション及びその他の HIV プログラムをそれぞれに合わせて適切に調整する必要があるだろう。

イランでは—またこの地域のどこの国でも—IDU も含み、相当の若者が性的に活動的である。テヘランで治療を求めている IDU の大多数が性的に活動的であるが、2005 年のある調査に参加した IDU の中で、セックス中にコンドームを使用したことがあると答えた者の割合はわずか半数に過ぎなかった (Zamani, 2005)。より広範な国民層では、ある調査に参加した 15–18 歳の男性の若者の約 28%が性的に活動的であることが明らかになっている。しかし、彼らの半数がコンドームを見たことすらなく、コンドームを使用することで性感染症が予防できることを知っていた者は、半数以下であった (Mohammadi et al., 2006)。また、テヘランの高校生を対象に調査を実施したところ、回答者の 3 分の 1 の者が蚊から HIV に感染することがあると考えており、また 5 分の 1 の者が公共のスイミングプールで HIV に感染することもあると考えていた (Tavoosi et al., 2004)。そのような広範に見られる無知と、予防的行動の欠如のために、若者は HIV 感染の大きなリスクに曝されている。

イランは近年になって HIV 対策をかなり拡充した。清潔なシリンジ配布及びメタドン代替療法プロジェクトが稼働しており、現在では公共の診療施設が、無料の HIV カウンセリング、検査及び治療を提供している。一方、収監者の間で 18% という HIV 陽性率が検知されている (Sammud, 2005) リビアは、HIV の流行を食い止めるために、リビアの国に合った対策の確立に向けて探り続けながら拡充する必要がある。

この地域の流行では、無防備なセックス（商業的セックスと男性間のセックス）も、その他の主たる感染要因である。アルジェリア (Fares et al., 2004)、モロッコ (モロッコ保健省、2005) 及びスーダン (スーダン連邦保健省、2002) のサイダ及びタマンラセットの女性セックスワーカーでは、それぞれ 9%–10%、2.2% 及び 4.4% の HIV 感染レベルが検知されている。実際、アルジェリアとモロッコでは、無防備なセックスが、報告された HIV 感染の大多数を占めており、HIV とともに生きる人々の中で女性が占める割合も増加している (モロッコ保健省、2005)。アルジェリア南部のいくつかの妊産婦診療所では、妊婦の 1% 以上が HIV 陽性という結果も出ている (Institut de Formation Paramédicale de Parnet, 2004)。サウジアラビアでは、報告された HIV 感染件数のほぼ半数 (46%) が無防備なセックスに起因するものである。同国では、すべての HIV 感染件数の 3 分の 2 (67%) が、ジェッダ、リヤド、ダンマンの 3 都市で報告されている (Al-Mazrou et al., 2005)。

中東及び北アフリカの複数の国では、最も高いリスクに曝されている人々をターゲットにした効果的な HIV 予防プログラムを講じることで、より広範かつ深刻な HIV の流行を防止できる可能性が未だある。また、この地域における抗レトロウイルス療法提供の進展は緩慢であり、2005 年度末で同療法を受けている人々の数はわずか 4,000 名と推定されている (2003 年末の 1,000 名と比較して)。この地域では、約 7 万 5,000 名の人々が抗レトロウイルス療法を必要していると推定されている (WHO/UNAIDS, 2006)。



オセアニア

オセアニアで 2006 年、新たに HIV に感染した人は推定 7,100 人 [3,400-54,000 人] で、HIV とともに生きる人々は推定 81,000 人 [50,000-170,000 人] となった。その 4 分の 1 がパプア・ニューギニアの人々であり、ここでは HIV 感染は深刻であり、また拡大を続けている (UNAIDS, 2006)。

2005 年、パプア・ニューギニアの大人の HIV 陽性率は 1.8% [0.9%-4.4%] で、15 歳以上の HIV 感染者数は 57,000 人 [31,000-140,000 人]。都市部での陽性率は 3.5% であると推定される (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006)。1990 年代後半に HIV 感染は急激に広がり、現在も衰える気配はない。2002 年以降、毎年少なくとも 2,000 人の新規感染者が報告されている。

*HIV 感染の更なる広がりを促すであろう多くのリスク要因があるなかで、
予防対策を早急に強化しなければ、
パプア・ニューギニアの HIV 感染は今後も増加を続けるだろう。*

都市部でも地方部でも性感染症の感染率が高いこと、セックスの低年齢化、複数の相手との同時進行の性的関係が一般的であること、取引としてのセックスが多いこと、コンドーム使用率が非常に低いこと、女性への身体的・性的暴力がはびこっていることなどが、今後さらに HIV 感染が広がる可能性を示唆している。地方部と都市周辺部で行われたある調査によれば、聞き取り調査をした女性の 55% が金銭や物との交換としてセックスをしたことがあると答えており、男性の 36% が買春をしたことがあると回答している。加えて、男性とセックスをすることもあると答えた男性は 12% であった (Asian Development Bank, 2006)。一方、首都ポートモレスビーの調査で、コンドームを使うと答えたのは若い男性では約 4 分の 1 (24%)、若い女性では 8 分の 1 (13%) に留まっている (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006)。若い女性がとくに犠牲者になりやすく、15-29 歳の年齢層では、女性の HIV 感染レベルは男性に比べて 2 倍になっている (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006)。

パプア・ニューギニアの HIV データからは懸念されることが多いものの、うまくターゲットを絞った予防対策を早急に拡大・維持することができれば、まだ流行の拡大を食い止められるということも示唆している。優先的に行うべきことのひとつが、セックスワーカーとその客、そしてそのパートナーの感染予防である。ポートモレスビーの女性セックスワーカーの HIV 感染率は 14% (National AIDS Council

Secretariat Papua New Guinea, 2006)。東部ハイランド州のゴロカとカインントウのセックスワーカーの4分の3(74%)が、何らかの性感染症にかかっており、淋病の感染率は5分の1(21%)、梅毒の感染率は4分の1(24%)である。2つの都市で検査を受けた200人のセックスワーカーのうち、HIV陽性と診断された者はいなかったが、いったんHIVがそのようなセックスのネットワークの中に入ってしまうと、急速に広がることは間違いない。効果的で適切な予防プログラムを直ちに導入することが、セックスワーカーとその客をHIVから守ることにつながる(Gare et al., 2005)。

パプア・ニューギニアでエイズ対策を拡大するのは非常に難しい。約800という数多くの文化・言語集団の存在と地理的な難しさ、HIVに関する差別と偏見、低い識字率と雇用率、医療制度の負担増大が障害となっているからである。HIVの母子感染予防を目的としたプロジェクトが国内の6つの病院に導入されたが、2005年、抗HIV薬の予防投与を受けているHIV陽性の妊婦は3%にも満たない(National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006)。現在、HIVによる脅威は広く認識されているものの、今後、サーベイランスシステムの一層の強化と、予防プログラムをよりのめを絞ったものにし、地方部へ拡大することが求められる。

オーストラリアのHIV感染傾向は、現在も男性間の安全でないセックスが中心で、過去10年間の新規HIV感染者数の3分の2を占める。新規HIV感染のピークは1980年代後半と1990年代前半で、毎年1,000人の報告があったが、2000年以降、その数は500-600人と減少した。しかし、新規感染者の報告数は2004年には899人、2005年には945人と、近年、再び増加している(National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2006)。男性間の安全でないセックスが復活してきたことが、このような新規HIV感染の主なリスク要因である。シドニーとメルボルンで行われた最近の調査では、最近HIVに感染したMSMの大半は、複数の相手と無防備なセックスをする割合が高いと報告されている。彼らの間でセックスの際に遊びで薬物を使用する行為も広がっている(Volk et al., 2006)。1999年から2003年の間に淋病の報告数は10倍になり(Fairley, Hocking and Medland, 2005)、シドニーで男性間の無防備なセックスが急増していることがわかる(Prestage et al., 2005)。このようなことから、1980年代および1990年代に行われた予防対策が効果を失っていることがうかがえる。

オーストラリアの先住民族のHIV感染傾向は上記とはパターンが異なり、この集団では清潔でない薬物注射器具の使用が主な感染経路で、2000-2004年の先住民の新規感染者の5人に1人がこれによってHIVに感染している。(オーストラリア全体では、この割合は12人に1人)(National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2005)。先住民の女性のHIV感染リスクはとくに高く、先住民でない女性に比べて18倍、先住民でない男性と比べても3倍以上、HIVに感染しやすい(Wright et al., 2005)。

エイズと診断された人々の生存率が長くなった要因としてARTの改善が大きい。エイズと診断された人々の平均生存期間は、1995年には17ヵ月だったが2001年には45ヵ月になっている。2004年には、HIV感染者の半数以上(53%)がARTを受けている(National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2005)。

ニュージーランドでは2005年、新たにHIVに感染した人々は215人と、1985年に検査が開始されて以

来、最高となった (Ministry of Health New Zealand, 2006a)。これは MSM の HIV 感染が増加したことが一因であり、そのほとんど (90%以上) が、北島のオークランド地域に集中している (Ministry of Health New Zealand, 2006b)。2005 年に報告された新規感染者のうち、男性間の安全でないセックスがその半数以上 (51%) を占め、異性間の性行為によるものが 3 分の 1 強 (37%) を占める。異性間の性行為では、大半 (約 90%) がニュージーランド国外での感染である (Ministry of Health New Zealand, 2006b)。一方、ART の進歩により、エイズによる死者は 1996–1997 年の年間 30 人から、2005 年には年間 10 人になった (Ministry of Health New Zealand, 2006a)。

オセアニアのその他の国や地域では、HIV 検査が開始されて以来、HIV 感染者が 300 人以上報告されたところはない (Secretariat of the Pacific Community, 2005)。しかし、HIV の流行につながるリスク要因はこれらの国や地域でも広がっている。例えば、フィジーやキリバス、バヌアツで、HIV 感染の予防法を知っており、HIV に関する誤った考えを持っていないのは、HIV 感染のリスクがあると考えられる人々のうち、4 人に 1 人に過ぎない。また、サモア、ソロモン諸島、バヌアツでは、過去 12 ヶ月の間に買春をしたと答えた若い男性は 9%だが、このような性行為でコンドームを常に使うと答えたのはその 10 人に 1 人に留まっている。若い男性の 12%が不特定の相手とのセックスにコンドームを使い、5 人に 1 人 (22%) が男性とセックスしたことがあると報告されている (Cliffe, Wang, Sullivan, 2006)。

地図

世界の推計総数（成人・子供）、2006 年末現在

HIV 感染者（成人・子供）推計総数、2006 年末現在

2006 年における新規 HIV 感染者（成人・子供）推計総数

2006 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) 2006 年末現在



HIV 感染者数	3,950 万人 (3,410-4,710 万人)
2006 年の新規 HIV 感染者数	430 万人 (360-660 万人)
2006 年の AIDS による死亡者数	290 万人 (250-350 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 2006 年末現在

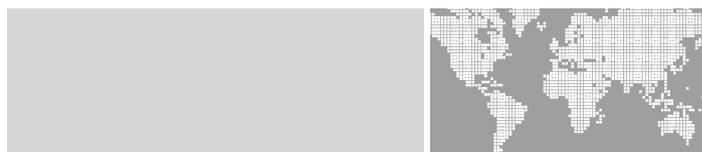


2006 年における 新規 HIV 感染者(成人・子供)推計総数



2006 年における AIDS による死亡者(成人・子供)推計総数





BIBLIOGRAPHY

SUB-SAHARAN AFRICA

- Actuarial Society of South Africa (2005). *ASSA 2003 AIDS and demographic model*. Cape Town, Actuarial Society of South Africa.
- Adjei AA et al. (2006). Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*, 55:593–597.
- Akwara PA et al. (2005). *An in-depth analysis of HIV prevalence in Ghana: further analysis of Demographic and Health Survey data*. April. Calverton, ORC Macro.
- Alary M et al. (2002). Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 16(3):463–70.
- Anderson BA, Phillips HE (2006). *Adult mortality (age 15–64) based on death notification data in South Africa: 1997–2004*. Report No. 03–09–05. Pretoria, Statistics South Africa.
- Baltazar G (2005). *HIV sentinel surveillance 2004*. Slide presentation. June. Ministry of Health Kenya.
- Bello GA, Chipeta J, Aberle-Grasse J (2006). Assessment of trends in biological and behavioural surveillance data: is there any evidence of declining HIV prevalence or incidence in Malawi? *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i9–i13.
- Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*; 94(4): 278–279.
- Bunnell R et al. (2006). Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after two years of antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. Abstract MOAC0204. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Buseh AG (2004). Patterns of sexual behaviour among secondary school students in Swaziland, southern Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 6(4):355–367.
- CDC and WHO (2006). Emergence of *Mycobacterium tuberculosis* with extensive resistance to second-line drugs - worldwide, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2006, 55:301–305.
- Central Statistical Agency and ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005: final report*. Addis Ababa and Calverton, Central Statistical Agency and ORC Macro.
- Central Statistical Office et al. (2004). *Zambia Sexual Behaviour Survey 2003*. Lusaka and North Carolina, Central Statistical Office and MEASURE Evaluation.
- Central Statistical Office et al. (1999). *Zambia Sexual Behaviour Survey 1998*. Lusaka and North Carolina, Central Statistical Office and MEASURE Evaluation.
- Centre de recherche pour le développement humain et MEASURE DHS+ (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: rapport préliminaire*. Dakar and Calverton, CRDH, MEASURE DHS+.
- Cheluget B, Marum L, Stover J (2006). Evidence for population-level declines in adult HIV prevalence in Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2006). *Relatorio de actividades por 2005*. Maputo, Ministerio da Saude do Mocambique.

- Dahoma M et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis B and C and syphilis infection in substance users in Zanzibar. Abstract WEAX0104. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Department of Health South Africa (2006). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2005*. Pretoria, Department of Health South Africa.
- Dewing S et al. (2006). Review of injection drug use in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(2)121–137.
- Direction Nationale de la Statistique Guinée and ORC Macro (2006). *Enquête démographique et de santé, Guinée 2005*. Calverton, Direction Nationale de la Statistique Guinée and ORC Macro.
- Dorrington R et al. (2001). *The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa*. September. Medical Research Council. Available at <http://www.mrc.ac.za/bod/>
- Fabiani M et al. (2006). HIV-1 prevalence in the conflict-affected region of northern Uganda. Abstract C15. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2006). *AIDS in Ethiopia, 6th edition*. September. Addis Ababa, Federal Ministry of Health.
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2004). *AIDS in Ethiopia: 5th edition*. June. Addis Ababa, Federal Ministry of Health, Disease Prevention and Control Department.
- Federal Ministry of Health Nigeria (2006). *2005 National HIV/syphilis seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics: technical report*. April. Abuja, Federal Ministry of Health.
- Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro (2004). *Ghana Demographic and Health Survey 2003*. Calverton, Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, and ORC Macro.
- Gomes do Espirito Santo ME, 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.
- Gouws et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl iii):iii51–iii55.
- Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–666.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Submitted for publication).
- Hladik W et al. (2006). HIV/AIDS in Ethiopia—where is the epidemic heading? *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Institut National de la Statistique et al. (2005). *Rwanda Demographic and Health Survey 2005, preliminary report*. Octobre. Kigali et Calverton, Ministère des Finances et de la Planification and MEASURE DHS.
- Institut National de la Statistique and ORC Macro (2005a). *Enquête démographique et de santé, Madagascar 2003–2004: rapport de synthèse*. Calverton, Institut National de la Statistique and ORC Macro.
- Institut National de la Statistique and ORC Macro (2005b). *Enquête Démographique et de santé Cameroun 2004*. Juin. Yaoundé and Calverton, Institut National de la Statistique and ORC Macro.
- Institut National de la Statistique et de la démographie and ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Calverton, Institut National de la Statistique et ORC Macro.
- Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (2005). *Relatorio de UNGASS 2006*. Luanda, Republica de Angola.
- Kanya MR et al. (2006). Effect of HIV-1 infection on antimalarial treatment outcomes in Uganda: a population-based study. *Journal of Infectious Diseases*, 193:9–15.
- Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. I): i27–i31.
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. I):136–141.
- Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- McCurdy SA et al. (2005a). The emerging heroin epidemic in Dar es Salaam, Tanzania: youth hangouts, maghetto and injecting practices. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S65–76.
- McCurdy SA et al. (2005b). New injecting practice increases HIV risk among drug users in Tanzania. *British Medical Journal*, 331:778.

- Medical Research Council, WHO, CDC (2006). *Report of an expert consultation on drug-resistant tuberculosis, Johannesburg, 7–8 September*. Available at <http://www.who.int/tb/kg1/en/index.html>
- Medical Research Council (2005). *South African national burden of disease study 2000*. Medical Research Council. Cape Town. Available at: <http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm>
- Ministère de la Santé et de la Population République du Congo (2005). *Prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles au Congo: une enquête anonyme non corrélée (2005)*. Brazzaville, Ministère de la Santé et de la population.
- Ministère de la Santé Bénin (2006). *Rapport de la surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin année 2005*. Avril.
- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale Sénégal (2005). *Sénégal enquête démographique et de santé 2005 rapport préliminaire*. Juillet. Dakar et Calverton, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale et MEASURE DHS+ ORC Macro.
- Ministère de la Santé Mali (2005). *Rapport: surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes*. Novembre. Bamako, Ministère de la Santé Mali.
- Ministère de la Santé Publique Burundi (2005). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2004*. Août./Septembre. Bujumbura, Ministère de la Santé Publique Burundi.
- Ministère de la Santé Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Février. Lomé, Ministère de la Santé Togo.
- Ministry of Health and Population Malawi (2005). *HIV and syphilis sero survey and national HIV prevalence estimates report*. Lilongwe, Ministry of Health and Population Malawi.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2005). *Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Namibia Country Report 2005*. December. Windhoek, Ministry of Health and Social Services Namibia.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Windhoek, Ministry of Health and Social Services Namibia.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho and ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Maseru and Calverton, Ministry of Health and Social Welfare and ORC Macro.
- 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. Mbabane, Ministry of Health and Social Welfare Swaziland.
- Ministry of Health Botswana (2006). *2005 Botswana second generation HIV/AIDS surveillance: Technical report*. Gaborone, Ministry of Health Botswana.
- Ministry of Health Eritrea (2006). *Results from the 2005 round of HIV sentinel surveillance in pregnant women*. Asmara, Ministry of Health Eritrea.
- Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. National AIDS and STI Control Programme (NASCO). Nairobi, Ministry of Health Kenya.
- Ministry of Health Uganda and ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. March. Kampala and Calverton, Ministry of Health and ORC Macro.
- Ministry of Health Zambia (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994–2004*. November. Lusaka, Ministry of Health Zambia.
- 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. (2006). No difference in HIV incidence and sexual behaviour between out-migrants and residents in rural Manicaland, Zimbabwe. *Tropical Medicine and International Health*, 11(5):705–711.
- NAC and UNAIDS (2006). *Lesotho 2005 UNGASS country report: status of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS, January 2003–December 2005*. Maseru, Government of Lesotho.
- National AIDS Commission Malawi (2005). *HIV and syphilis sero-survey and national HIV prevalence estimates report 2005*.
- National AIDS Coordinating Agency Botswana (2005). *Botswana AIDS impact survey II: popular report*. March. Gaborone, Republic of Botswana.
- National AIDS/STI Control Programme (2006). *HIV sentinel survey report 2005*. Accra, Ghana Health Service.
- National Bureau of Statistics Tanzania and ORC Macro (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003–04*. Calverton.
- National Statistical Office and ORC Macro (2005). *Malawi Demographic and Health Survey 2004*. Calverton, National Statistical Office and ORC Macro.

- National Statistical Office and ORC Macro (2001). *Malawi Demographic and Health Survey 2000, Malawi final report*. Calverton, National Statistical Office and ORC Macro.
- National Statistical Office and ORC Macro (1997). *Malawi Demographic and Health Survey 1996, Malawi final report*. Calverton, National Statistical Office and ORC Macro.
- National STD and HIV/AIDS Control Programme (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data—2004 round*. Maputo, Ministry of Health.
- Ndetei D (2004). *Study on the assessment of the linkages between drug abuse, injecting drug abuse and HIV/AIDS in Kenya: a rapid situation assessment 2004*. Nairobi, United Nations Office on Drugs and Crime.
- Njogu P et al. (2006). HIV infection in Dadaab refugee camps. Abstract THPE0506. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Odek-Ogunde M (2004). *World Health Organization phase II drug injecting study: behavioural and seroprevalence (HIV, HBV, HCV) survey among injecting drug users in Nairobi*. Nairobi, WHO.
- Pettifor AE et al. (2004). *HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15–24-year-olds*. April. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Présidence du Faso (2005). *Suivi de la déclaration d’engagement sur le VIH/SIDAA (UNGASS): cadre pour la présentation des reports pays—période concernée janvier–décembre 2004*. Ouagadougou.
- République du Tchad (2005). *Enquête Démographique et de Santé au Tchad, 2004*. N’Djamena et Calverton, INSEED et Macro International.
- Sandoy IF et al. (2006). Antenatal clinic-based HIV prevalence in Zambia: declining trends but sharp local contrasts in young women. *Tropical Medicine and International Health*, 11(6):917–28.
- Seipone KMD (2006). *Trends of HIV Prevalence in Botswana*. Gaborone, Department of HIV/AIDS Prevention and Care, Ministry of Health.
- Shafer LA et al. (2006). HIV prevalence and incidence are no longer falling in Uganda – a case for renewed prevention efforts: evidence from a rural population cohort 1989–2005, and from ANC surveillance. Abstract C10. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Shisana O et al. (2005). *South African national HIV prevalence, HIV incidence, behaviour and communication survey*. Pretoria, Human Sciences Research Council. Available at http://www.hsrc.ac.za/media/2005/11/20051130_1.html
- Somi GR et al. (2006). Estimating and projecting HIV prevalence and AIDS deaths in Tanzania using antenatal surveillance data. *BMC Public Health*, 3(6).
- Spiegel P, Harroff-Tavel H (2006). HIV and internally displaced persons: a review of the evidence. Abstract CDE0390. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Statistics South Africa (2006). *Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004: findings from death notification*. Pretoria, Statistics South Africa.
- Sulliman F, Ameerberg SAG (2004). *Mauritius epidemiology network on drug use report: January–June 2004*. Port Louis.
- Sulliman F, Ameerberg SAG, Dhannoo MI (2004). *Rapid situation assessment*. Port Louis.
- Swai R. et al. (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania–2003/2004. *BMC Public Health*, 6(91).
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- UNAIDS (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. November. Geneva, UNAIDS.
- Urassa W et al. (2006). Evidence of a substantial decline in prevalence of HIV-1 infection among pregnant women: data from 1995 to 2003 in Dar es Salaam, Tanzania. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(3):272–8.
- Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19:2133–2140.
- Weiser SD et al. (2006). Routine HIV testing in Botswana: A population-based study on attitudes, practices and human rights concerns. *PLoS Medicine*, 3(7):e261.
- WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries*, June 2006. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.
- WHO (2006). *World Health Report*. WHO, Geneva.

WHO (2005). *HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African region-2005 update*. Harare, WHO Regional Office for Africa.

WHO (2005a). *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 in Central South, Puntland Somaliland: a technical report*. July. Geneva, WHO.

WHO (2005b). *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. Geneva, WHO.

ASIA

Abbas SS (2006). Knowledge of HIV/AIDS and perception of self risk among high risk groups and its correlation with their risky behaviours: A study in two major cities of Pakistan. Abstract CDC1836. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Abbasi B (2006). HIV outbreak among injecting drug users in Larkana, Pakistan: serious threat of a generalized epidemic. Abstract CDC0274. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Altaf A et al. (2006). Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan. Abstract CDC0439. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). *8th round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh*. Hyderabad, Andhra Pradesh State AIDS Control Society.

Anthony J et al. (2006). Men who have sex with men in southern India: typologies, behaviour and implications for preventive interventions. Abstract CDD0331. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Basu JK, Koliwad V (2006). High risk behaviour among injecting drug users in Mumbai, India—time to scale up interventions. Abstract CDD0615. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Buckingham R et al. (2005). Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care*, 17(5):640–7.

Chawarski MC et al. (2006). Heroin dependence and HIV infection in Malaysia. *Drug Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1): S39–42.

Chen X, Yi Z et al. (2006). Effectiveness of a 100% condom use programme in China's Hunan province. Abstract MOPE0599. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Chen Y et al. (2006). Outreach-based needle and syringe exchange among injection drug users in China's Hunan province. Abstract TUPE0564. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

China State Council AIDS Working Committee Office and UN Theme Group on HIV/AIDS in China (2004). A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China. December.

Choi K et al. (2006). Social and sexual network characteristics are associated with HIV risk among men who have sex with men (MSM) in Shanghai, China. Abstract TUPE0470. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Choi KH et al. (2006). Lack of HIV testing and awareness of HIV infection among men who have sex with men, Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 18(1): 33–43.

Choi SY (2006a). Violence against sex workers in China and its association with STD infection. Abstract CDD0173. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Christian J et al. (2006). Risk behaviour among intravenous drug users and improved programming in Yunnan province, China. Abstract MOPE0479. XVI International AIDS conference. 13–18 August. Toronto.

Cohen J (2004). HIV/AIDS in China: an unsafe practice turned blood donors into victims. *Science*, 304:1438–1439.

Dandona R et al. (2006a). How much attention is needed towards men who sell sex to men for HIV prevention in India? *BMC Public Health*, 6:31.

Dandona R et al. (2006b). Demography and sex work characteristics of female sex workers in India. *BMC International Health and Human Rights*, 6(1):5.

Dandona R et al. (2005). High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *BMC Public Health*, 5:87.

Deb A, Detels R (2006). Prevalence of HIV/STIs and related risk behaviours among migrant and local male factory workers in Kolkata, India. Abstract CDC0121. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Department of Health Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March–April 2004. Yangon, Department of Health Myanmar.

- Department of Health Philippines (2005). *Consensus report on HIV and AIDS epidemiology 2005*. Manila, Department of Health Philippines.
- 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*. Manila, Department of Health Philippines.
- Emmanuel F, Archibald C, Altaf A (2006). What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: A risk factor analysis. Abstract MOPE0524. XVI International AIDS conference. 13–18 August. Toronto.
- Giang LM et al. (2006). HIV risks among young male migrants using heroin in Hanoi, Viet Nam. Abstract WEAD0204. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.
- Gorbach PM et al. (2000) Sexual bridging by Cambodian men. *Sexually transmitted Diseases*, 27:320–326.
- Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii51–55.
- Hallett TB, Garnett GP (2006). Has global HIV peaked? (correspondence). *Lancet*, 368:116–117. Available at <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689976/fulltext>
- Hammett TM et al. (2006). Addressing a generalized HIV epidemic on the Viet Nam–China border. Abstract CDC0819. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Huang M, Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):1001–09.
- Hesketh T et al. (2006). HIV and syphilis in migrant workers in eastern China. *Sexually Transmitted Infections*, 82(1):11–4.
- Hesketh T et al. (2005a). HIV knowledge and risk behaviour of female sex workers in Yunnan Province, China: potential as bridging groups to the general population. *AIDS Care*, 17(8):958–66.
- Hesketh T, Duo L et al. (2005b). Attitudes to HIV and HIV testing in high prevalence areas of China: informing the introduction of voluntary counselling and testing programmes. *Sexually Transmitted Infections*, 81:108–112.
- Hien NT et al. (2004). *Risk factors for HIV seropositivity among young heroin injecting drug users in Quang Ninh province, Viet Nam*. Submitted for publication, cited in Hien NT et al. (2004a). HIV/AIDS epidemics in Viet Nam: evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):137–154.
- Iamsirithaworn S, Detels R (2006). Evaluation of HIV sentinel sero-surveillance system in Thailand, 2005. Abstract TUPE0326. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Jana S et al. (1998). STD/HIV intervention with sex workers in West Bengal, India. *AIDS*, 12(Suppl. B):S101–S108.
- Ji G et al. (2006). Correlates of HIV infection among former blood/plasma donors in rural China. *AIDS*, 20(4):585–91.
- Jiang J et al. (2006). High prevalence of sexually transmitted diseases among men who have sex with men in Jiangsu Province, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2): 118–23.
- John TJ (2006). HIV prevalence in young adults in south India (correspondence). *Lancet*, 368:113–114. Available at <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689927/fulltext>
- Kang H et al. (2005). *HIV/AIDS in south Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Washington and Winnipeg, World Bank and University of Manitoba.
- Kawichai S et al. (2006). HIV voluntary counseling and testing and HIV incidence in male injecting drug users in northern Thailand: evidence of an urgent need for HIV prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(2): 186–93.
- Kumar R et al. (2006). Trends in HIV-1 in young adults in south India from 2000 to 2004: a prevalence study. *Lancet*, 367(9517): 1164–72.
- Kumar R et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) background papers—burden of disease in India. September. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.
- Kumar S (1998). Model for sexual health found in India's West Bengal. *Lancet*, 351:46.
- Kumta S et al. (2006). Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India. Abstract WEPE0736. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Lancet (2006). India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 367:1876. June 10.

- Lengh HB (2004). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia: 2002*. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STD, Phnom Penh.
- Li X, Li D et al. (2006). HIV and syphilis infection among men who have sex with men in Beijing, China: potential for rapid HIV transmission. Abstract CDC0093. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Liu H et al. (2006). Drug users: potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–117.
- Liu H, Wang N et al. (2006). HIV prevalence and the risk behaviours among MSM in Beijing, China. Abstract CDC1698. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Longfield K et al. (2006). Trends in needle-sharing among intravenous drug users in China, Thailand and Viet Nam. Abstract THPE0730. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Lu F et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: increasing or decreasing? Abstract MOPE0462. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Lurie M et al. (1997). Migrancy and HIV/STDs in South Africa—a rural perspective. *South African Medical Journal*, 87(7): 908–9.
- Lurie M et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2):149–56.
- Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006a). HIV prevalence and risk behaviours among injecting drug users in Ho Chi Minh City, Hai Phong and Hanoi, Viet Nam. Abstract TUPE0521. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006b). HIV prevalence and risk behaviours among female sex workers in Hai Phong and Ho Chi Minh City, Viet Nam. Abstract CDC0320. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Ma X et al. (2006). Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) in Beijing. Abstract MOPE0526. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Mahendra VS et al. (2006). How prevalent is AIDS-related stigma among health-care workers? Developing and testing a stigma index in Indian hospitals. Abstract TUPE0729. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Mastro TD, Yip R (2006). The legacy of unhygienic plasma collection in China. *AIDS*, 20:1451–1452.
- Mateo RJ et al. (2003). HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):43–52.
- Mills E et al. (2005). The HIV/AIDS epidemic in Cambodia. *Lancet Infectious Diseases*, 5(10):596–7.
- Mingjian N et al. (2006). HIV/AIDS prevalence and behaviour in drug users and pregnant women in Kashgar Prefecture: case report. *Harm Reduction Journal*, 3:7.
- Ministry of Health China, UNAIDS, WHO (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministry of Health China, UNAIDS, WHO.
- Ministry of Health Indonesia (2006). *HIV/AIDS surveillance report*. Jakarta, Ministry of Health.
- Ministry of Health Malaysia and WHO (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004: Malaysia*. Kuala Lumpur, Ministry of Health and WHO.
- 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*. Karachi, Ministry of Health, Department for International Development, Family Health International.
- Ministry of Health Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva, Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva, Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: face the facts—a comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Geneva, Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Moses S et al. (2006). Prevalence and determinants of HIV infection in rural India: an expanding, heterogeneous rural epidemic. Abstract MOPE0730. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Nai Zindagi (2006). *The lethal overdose: injecting drug use and HIV/AIDS*. May. Islamabad, Nai Zindagi. Available at www.naizindagi.com

- National AIDS Commission Indonesia (2006). Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005.
- National AIDS Control Organization (2005a). *An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India*. New Delhi, National AIDS Control Organization. Available at http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- National AIDS Control Organization (2005b). *Facts and figures: an overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India*. New Delhi, National AIDS Control Organization. Available at http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- National AIDS Control Organization (2005c). *Statewise HIV prevalence. Facts and figures (1998–2004)*. Available at http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm
- National AIDS Control Organization (2004a). *Annual report 2002–2003, 2003–2004*. Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.
- National AIDS Control Organization (2004b). Observed HIV prevalence levels state-wise: 1998–2004. Available at http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm
- National AIDS Programme Myanmar (2005). *HIV sentinel surveillance 2005*. Yangon, National AIDS Programme Myanmar.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2004). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2003: results, trends and estimates*. December. Phnom Penh, National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD.
- National Drug Agency (2005). *Annual Report*. Kuala Lumpur, National Drug Agency.
- National Epidemiology Center (2006). *HIV and AIDS registry: monthly update*. June. Manila, Department of Health. Available at <http://www.doh.gov.ph/NEC/HIV.htm>
- National Institute of Hygiene and Epidemiology and ORC Macro (2006). *Viet Nam population and AIDS indicator survey 2005*. Hanoi and Calverton, General Statistical Office and ORC Macro.
- Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):27–42.
- Nhurod P, Bollen L et al. (2006). High HIV prevalence among street-based sex workers in Bangkok, Thailand. Abstract MOPE0355. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- 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, cited in Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):27–42.
- Phal S et al. (2006). Low rate of known HIV status among pregnant women in Cambodia. Abstract CDD1376. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Phalkun M et al. (2006). HIV, sexually transmitted infections and related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men. CDC0618. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Pham P et al. (2006). Sexually transmitted infection surveillance linked with HIV sentinel surveillance in Hai Phong City, Viet Nam. Abstract CDC0182. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Pisani E (2006). Estimating the number of drug injectors in Indonesia. *International Journal of Drug Policy*, 17:35–40.
- Pisani E et al. (2003). Sexual behavior among injection drug users in three Indonesian cities carries a high potential for HIV spread to noninjectors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4):403–6.
- Plipat T, Teeraratkul A (2006). National HIV incidence surveillance using BED capture immunoassay among pregnant women. Abstract CDC0356. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):119–136.
- Qian HZ et al. (2006). Injection drug use and HIV/AIDS in China: review of current situation, prevention and policy implications. *Harm Reduction Journal*, 3:4.
- Ramesh B et al. (2006). Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka. Abstract WEAC0305. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Riono P, Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):78–90.
- Roy G et al. (2006) The importance of sex worker's organization in increasing coverage in the state of West Bengal, India. Abstract CDC1065. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

- Schumacher CM et al. (2006). High-risk sexual behaviour among injection drug users in northern Viet Nam. Abstract CDD0588. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Shimada K et al. (2006). How to respond to gay/MSM infection in Japan: local governments need help. Abstract CFF0715. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Sopheab H et al. (2006). HIV-related risk behaviours in Cambodia and effects of mobility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(1):81–86.
- Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri STI/HIV Study Group (2006). High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India. Abstract MOPE0582. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Srikrishnan AK et al. (2006). Incidence and prevalence of HIV and co-infections among injecting drug users in Chennai, India—cause for concern. Abstract MOPE0441. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Statistics Indonesia and Ministry of Health Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Statistics Indonesia and Ministry of Health.
- Thwe M et al. (2005). *Behavioural Surveillance Survey 2003, General Population and Youth*. February. Ministry of Health, Department of Health, National AIDS Control Programme.
- Todd S et al. (2006a). Prevalence of HIV, viral hepatitis, syphilis and risk behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Abstract TUAC0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Todd S et al. (2006b). HIV knowledge and risk-reduction behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Abstract TUAC0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Tran TN et al. (2005a). Drug use among female sex workers in Hanoi, Viet Nam. *Addiction*, 100(5):619–25.
- Tran TN et al. (2005b). HIV infection and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Viet Nam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):581–6.
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–848. August 11.
- Wan S, Zhang J (2006). Research on HIV/AIDS-related behaviours of 986 clients of sex workers in Sichuan province, China. Abstract WEAX0401. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Wang B et al. (2006). HIV-related risk and history of sexually transmitted disease among male migrants who patronize commercial sex in China. Abstract MOAC0305. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Wang, Li et al. (2006). HIV-related risk behaviors and history of sexually transmitted diseases among male migrants who patronize commercial sex in China. Abstract MOAC0305. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Wang N, Jia W et al. (2006). HIV infection was not evidently extended to the general population in communities with former plasma and blood donors in Shanxi province, China. Abstract CDC0011. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Wang N, Yang Z et al. (2006). HIV infection and other sexually transmitted infections among female sex workers in a mining township in Yunnan. Abstract TUPE0297. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- WHO/UNAIDS (2006b). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle-income countries, June 2005*. Fact sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD prevalence in selected sites in the Philippines*. Manila, Department of Health and Family Health International.
- Wiwat P, Brown T, Calleja-Garcia JM (2005). Report from the Technical Working Group on HIV/AIDS Projection and Demographic Impact Analysis in Myanmar. September. Yangon.
- World Bank (2005). *AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. August. Washington, World Bank.
- Wu Z, Pang L et al. (2006). Needle-exchange programmes in China. Abstract CDC0905. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Xu H, Zhang B et al. (2006). HIV epidemic status and behavioural surveillance among MSM in China. Abstract WEAC0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- 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.

Yu M et al. (2006). Sexual risk behaviour of injection drug users attending STI clinics in Mumbai, India. Abstract CDD0594. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Zhang Y, Hu S, Hesketh T (2006). HIV prevalence in China not as high as predicted: evidence from antenatal testing in Yunnan province. Abstract CDC0389. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Zhang L et al. (2006). Continued spread of HIV among injecting drug users in southern Sichuan province, China. Abstract MOPE0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Zhao M et al. (2006). HIV sexual risk behaviors among injection drug users in Shanghai. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S43–7.

EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA

AIDS Foundation East West (2006). *Officially registered HIV cases in the Russian Federation: 1 January 1987 through 30 June 2006*. Moscow, AIDS Foundation East West.

AIDS Infoshare (2005). *HIV/STI/Hepatitis B risk among commercial sex workers—survey report*. Moscow, AIDS Infoshare.

de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6):537–42.

EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005*, No. 73. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005*, No. 72. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

Federal AIDS Center (2005). *HIV Infection: Information Bulletin No. 27*. Moscow, Ministry of Health and Social Development.

Federal Research and Methodological Center for AIDS Prevention and Control (2005). *Report to the consultation on universal access to HIV prevention, treatment, care and support for the population of the Russian Federation*. December 15–16. Moscow.

Federal Service for Surveillance on Consumer Protection and Human Well-Being (2006). *Country report of the Russian Federation on the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: reporting period January–December 2005*. Moscow, Ministry of Health and Social Development.

Godinho J et al. (2005). *Reversing the tide: priorities for HIV/AIDS prevention in Central Asia*. Washington, World Bank.

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.). Kyiv, Ukrainian AIDS Centre.

Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in seven urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(5):526–36.

Khaldeeva N et al. (2002). HIV-1 seroprevalence rates in women and relinquishment of infants to the state of St Petersburg, Russian, 2002. *Lancet*, 362:1981–1982.

Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*, 20(5):731–9.

Koshkina et al. (2003). Population and crises. *HIV Demographics*, Vol 1, Moscow, Max-press.

Kozlov AP et al. (2006). HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 20:901–906.

Ministry of Health and Social Development (2006). *Country Report of the Russian Federation on the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Moscow, UNAIDS and UNDP.

Ministry of Health and Social Development (2004). *Socially related diseases in 2003: statistical report*. Moscow, Ministry of Health and Social Development.

Ministry of Health Kazakhstan et al. (2005). *Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan*. Almaty (in Russian).

Ministry of Health Tajikistan (2006). *Conference launch of sentinel surveillance data in two pilot cities (Dushanbe, Khodjent)*. June. Dushanbe, Ministry of Health.

Ministry of Health Ukraine (2006a). *Ukraine: National report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS—Reporting period January 2003–December 2005*. Kyiv, Ministry of Health.

Ministry of Health Ukraine (2006b). Unpublished data. October. Kyiv.

- Ministry of Health Ukraine et al. (2006a). *HIV-infection in Ukraine: information Bulletin No. 26*. August. Kyiv, Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, L.V. Gromashevskogo Institute of Epidemiology, Central Sanitary Epidemiological Station of the Ministry of Health of Ukraine.
- Ministry of Health Ukraine et al. (2006b). *Report on the National Consensus Estimates on HIV and AIDS in Ukraine as of end of 2005*. June. Kyiv, Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, WHO, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, UNAIDS.
- Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology (2005a). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in the north-west of the Russian Federation*. Saint Petersburg.
- Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology (2005b). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in Volgogradskaya Oblast*. Saint Petersburg.
- Pokrovskiy V (2006). *The HIV/AIDS epidemic in Russia: trends, lessons and key challenges and opportunities for scaling up the response*. Slide presentation to XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Population Services International (2006). *Understanding risk profiles: results of an internet-based survey on sexual health among men who have sex with men in the Russian Federation*. March. Geneva, Population Services International Research Division.
- Rhodes T et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study. *Addiction*, 101(2):252–66.
- Sanchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003–2004. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S15–22.
- Scherbinska A et al. (2006). HIV infection in Ukraine: a review of epidemiological data. Abstract CDC0398. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Shaboltas AV et al. (2006). HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(5):657–63.
- Smolskaya T et al. (2005). Sentinel Sero-epidemiological and behavioural surveillance among female sex workers, St Petersburg, Russian Federation, 2003. St Petersburg, St Petersburg Pasteur Institute.
- Smolskaya T et al. (2004). HIV sentinel surveillance in high-risk groups in Azerbaijan, Republic of Moldova and the Russian Federation. WHO EUR:03/5057956, cited in EuroHIV (2005). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004, No. 71. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- State Department for the Execution of Punishment (2006). Unpublished data. October. Kyiv.
- 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 (2006). Unpublished data. October. Kyiv.
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11–9.
- WHO (2005). HIV/AIDS country profiles for the WHO European region. Available at http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20051114_1
- WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle-income countries, June 2006*. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

CARIBBEAN

- Allen CF et al. (2006). STI service use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):1–6.
- Caribbean Commission on Health and Development (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26th Meeting of the CARICOM Heads of Government: overview*. July 3–6. Saint Lucia. Available at <http://www.cpc-paho.org/publications/publication.aspx?id=59>
- Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468–469.
- Cohen, J (2006b). A sour taste on the sugar plantations. *Science*, 313:473–475.
- Department of Public Health The Bahamas (2004). HIV Surveillance 1992–2003. Nassau, Department of Public Health The Bahamas.

- Deren S et al. (2004). HIV incidence among high-risk Puerto Rican drug users: a comparison of East Harlem, New York, and Bayamon, Puerto Rico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36(5):1067–1074.
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Gebre Y et al. (2006). Tracking the course of HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Abstract CDC0313. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS (2006). *Status of the national response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: for the reporting period of January 2003 to December 2005*. Georgetown, Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.
- Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. Juillet. Pétiion ville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro
- Kang SY et al. (2005). HIV transmission behaviours in jail/prison among Puerto Rican drug injectors in New York and Puerto Rico. *AIDS Behaviour*, 9(3):377–386.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120–125.
- Kilaru K et al. (2006). Changing HIV mortality rate and causes of death among persons with HIV infection before and after the introduction of HAART in Barbados. Abstract TUPE0170. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Kumar A et al. (2006). Uptake of the health-care services and the health status of the HIV-infected women diagnosed from the antenatal HIV screening in Barbados, 1994–2004. Abstract WEPE0245. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Kumar A, Singh AB (2004). Impact of the AIDS prevention program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. Abstract ThPeC7282. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok.
- Louis C et al. (2006). Poverty and risk of HIV infection in central Haiti. Abstract CDD0011. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Ministerio de Salud de Cuba (2006). *Informe de Cuba en virtud e lo establecido en la resolución 60/224 titulada 'preparativos y organización de la reunión de 2006 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones: aplicación de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA'*. Marzo. Havana, Ministerio de Salud de Cuba.
- Ministry of Health Jamaica (2006). *Facts and figures: HIV/AIDS Epidemic Update 2005*. Kingston, Ministry of Health Jamaica.
- Ministry of Public Health and Population Haiti (2006). *UNGASS report: Haiti 2005*. January.
- Perez J et al. (2006). HIV infection and access to antiretrovirals in Cuba. Abstract CDB1132. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Reid SD (2006). Poor educational attainment and sexually transmitted infections associated with positive HIV serostatus among female in-patient substance abusers in Trinidad and Tobago. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S81–84.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominica (2005a). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Santo Domingo, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominica (2005b). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. Marzo. Santo Domingo, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI/CONECTA.
- Severe P et al. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *The New England Journal of Medicine*, 353(22):2325–2334.
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- Westerbs MJ et al. (2006). Barriers to the systematic use of condoms by sexually active youth in Central Haiti. Abstract CDC0692. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2006*. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

LATIN AMERICA

- Bautista CT et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4):311–6.
- Berquo E (2005). *Comportamento sexual e percepções da população Brasileira sobre o HIV/AIDS* [apresentação]. Brasília, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Bravo-García E, Magis-Rodriguez C, Saavedra J (2006). New estimates in Mexico: more than 180 000 people living with HIV. Abstract CDC0411. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Caiiffa WT et al. (2006). The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AjUDE-Brasil I and II Projects. *Cadernos de Saude Publica*, 22(4):771–82.
- Cardoso AJC et al. (2005). Sexual behaviour and HIV infection among pregnant women receiving prenatal care: an information system for HIV epidemiological surveillance in Brazil in 2005. (In press).
- Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468–469.
- Cohen J (2006b). Up in smoke: Epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.
- Cohen J (2006c). A new nexus for HIV/AIDS research. *Science*, 313:488–490.
- Cohen J (2006d). Struggling to deliver on promises and assess HIV's spread. *Science*, 313: 480–481.
- Cohen J (2006e). Why so high? A knotty story. *Science*, 313:481–482.
- Cohen J (2006f). Land of extremes: Prevention and care range from bold to bleak. *Science*, 313:477–478.
- Dourado I et al. (2006). AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl.).
- Ferreira AD et al. (2006). Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):849–60.
- Fonseca ME et al. (2006). Os programas de reducao de danos ao uso de drogas no Brasil: caacterizacao preliminar de 45 programas. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):761–770.
- Fonseca MGP et al. (2003). Distribucao social da AIDS no Brasil, Segundo participacao no mercado de trabalho, ocupacao e status socio-economico dos casos de 1987–1998. *Cadernos de Saude Publica*, 19(5):1351–1363.
- García J (2005). Casos notificados de SIDA y VIH según etnia y departamento de residencia Años 2004–2005. Guatemala City, Ministry of Public Health.
- Gayet C et al. (2006a). Men who sell sex—a bridge population between men and women in Mexico: HIV prevalence, sexual practices and condom use; results from a biological and behavioral surveillance. Abstract CDC0324. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Gayet C et al. (2006b). HIV prevalence and sexual behaviour among male long distance truck drivers: results from a biological and behavioural surveillance in Monterrey, Nuevo Leon, Mexico. Abstract CDC0321. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Ghee AE et al. (2006). Socio-behavioural patterns among Central American female sex workers and relationships to HIV and other sexually transmitted infections. Abstract MOPE0362. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Hacker MA et al. (2006). Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):751–60.
- Hernandez B, Aguilar S (2004). *Informe Final: Proyecto Para El Fortalecimiento Del Sistema Nacional De Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA En Guatemala*. Guatemala City, Ministry of Public Health Guatemala.
- Khalsa JH et al. (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.
- Konda KA et al. (2006). Condom use by partner type among men who have sex with men in low-income, urban, coastal Peru. Abstract CDD0355. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Lama JR et al. (2006). Sexual behaviour and sexually transmitted infections among HIV-1 infected MSM in Peru. Abstract WEPE0298. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Leukefeld CG et al. (2005). Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S77–87.

- Magis C et al. (2006a). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among female sex workers in two cities: Veracruz and Tijuana, Mexico. Abstract CDC0412. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Magis C et al. (2006b). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico City, Mexico. Abstract CDC0336. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Magis-Rodriguez C et al. (2005). HIV prevalence and correlates of receptive needle sharing among injection drug users in the Mexican-U.S. border city of Tijuana. *Psychoactive Drugs*, 37(3):333–339.
- Magis-Rodriguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 4):S215–S226.
- Mejia A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogotá, Colombia, 2002. Abstract WePeC6251. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok 2004.
- Ministerio de Salud de Argentina (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Octubre. Buenos Aires, Ministerio de Salud de Argentina.
- Ministerio de Salud de Peru (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de Salud de Peru, Directorate of Epidemiology.
- Ministerio de Salud de Venezuela (2005). *Declaracion de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA UNGASS 2001: Informe del gobierno de la Republica Bolivariana de Venezuela, Periodo 2003–2005*. Caracas.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala (EMC)*. Ciudad de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.
- Ministry of Health Honduras (2006). *Honduras: Follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Tegucigalpa, Ministry of Health Honduras.
- 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 Programme (2005). *Epidemiological surveillance report*. December. Buenos Aires.
- National AIDS Programme Paraguay (2006). *Epidemiological surveillance report*. March. Asunción.
- National AIDS Programme Uruguay (2006). *Epidemiological surveillance report*. June. Montevideo.
- Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977–1981.
- ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia (2006). *Infeccion por VIH y SIDA en Colombia, Estado del arte. 2000–2005*. Mayo. Bogota, ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Paiva V, Pupo LR, Barboza R (2006). The right to prevention and challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl.).
- Pando MA et al. (2006). Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections among female commercial sex workers in Argentina. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 74(2):233–238.
- Patterson TL et al. (2006). High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers associated with injection drug use in two Mexico–U.S. border cities. Abstract TUPE0283. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Pechansky F et al. (2006). HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S109–13.
- Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala (2006). *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala II Informe de Avances*. Guatemala City, Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala. Available at <http://www.segeplan.gob.gt/docs/MetasMilenio/index.htm>
- Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) (2003). *Central American multi-site HIV/STI prevalence and behaviour study*. Guatemala, Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA). Available at http://www.pasca.org/english/estudio_eng.htm
- Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):741–750.
- Secretaria de Salud de Honduras et al. (2003a). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en Hombres que tienen sexo con Hombres en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.

- Secretaria de Salud de Honduras et al. (2003b). *Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.
- Secretaria de Salud de Honduras (1998). Departamento de ITS/VIH/SIDA, USAID, PASCA, CDC, OPS. Honduras, Estudio Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Población Garífuna. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.
- Soto RJ et al. (2006). Sentinel surveillance of STI/HIV and risk behaviour in vulnerable populations in five Central American countries: final results from the Estudio Multicentrico (EMC). Abstract MOPE0334. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Trevisol FS, da Silva MV (2005). HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 9(6):500–505.
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- Vignoles M et al. (2006). HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(4).
- WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle-income countries, June 2006*. Fact sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

NORTH AMERICA, WESTERN AND CENTRAL EUROPE

- Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber E (2005). *VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04*. Bull BAG, Nr.48: 891–895.
- Boulos D et al. (2006). Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005. Canada Communicable Disease Report 2006, 32(15). Available at <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/dr3215e.html>. A summary is available at http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2006/20060731-hiv-vih_e.html
- British Medical Association (2006). Sexually transmitted infections (STI) update. March. British Medical Association. Available at <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/stiup06>
- Calzavara L et al. (2006). Prison needle exchange programs needed in Canada: Results of the Ontario HIV and hepatitis C (HCV) remand study. Abstract MOPE0969. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Crum NF et al. (2006). Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected patients. Analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41:194–200.
- de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6):537–42
- Dodds JP et al. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:236–240.
- Elam G et al. (2006). Barriers to voluntary confidential HIV testing among African men and women in England: results from the Mayisha II community-based survey of sexual attitudes and lifestyles among Africans in England. HIV Medicines, 7(Suppl. 1):7 (Abstract O28). 12th Annual Conference of the British HIV Association. 29 March–1 April. Brighton.
- Elford J et al. (2005). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Abstract MP-096. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10–13 July. Amsterdam.
- EuroHIV (2006a). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005, No 73. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Available at <http://www.eurohiv.org/>
- EuroHIV (2006b). HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2005, No 72. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Available at <http://www.eurohiv.org/>
- Glynn M, Rhodes P (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. In: Programs and abstracts of the 2005 National HIV Prevention Conference (Atlanta). Abstract 545. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2005:85.
- Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in seven urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(5):526–36.
- Health Protection Agency United Kingdom (2006). HIV/Sexually transmitted infections (STIs). *Communicable Disease Report Weekly*, 16(30). July 27.

- Health Protection Agency United Kingdom (2005). *Mapping the issues: HIV and other sexually transmitted infections in the UK—2005*. London, The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Available at http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/contents.htm
- Health Protection Inspectorate Estonia (2006). HIV infections in Estonia. 1988–2005. Available at <http://www.tervisekaitse.ee/tkuus.php?msgid=3466>
- Holtgrave DR (2006). Causes of the decline in AIDS deaths, United States, 1995–2002: prevention, treatment or both? *International Journal of STD and AIDS*, 16(12):777–781.
- Johnson RC, Raphael S (2006). *The effects of male incarceration dynamics on AIDS infection rates among African-American women and men*. National Poverty Center Working Paper Series 06–22. June. National Poverty Center. Available at http://www.npc.umich.edu/publications/working_papers
- Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*, 20(5):731–9.
- Lindenburg CEA et al. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20:1771–1775.
- Marks G et al. (2006). Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*, 20(10):1447–1450.
- McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. Abstract TuOrD1220. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok.
- Miller CL et al. (2006). Elevated rates of HIV infection among young Aboriginal injection drug users in a Canadian setting. *Harm Reduction Journal*, 3(9).
- 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.
- Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35–43.
- National AIDS Trust (2006). Public attitudes towards HIV: research study conducted for the National AIDS Trust. March. London, National AIDS Trust. Available at <http://www.nat.org.uk/document/119>
- Public Health Agency of Canada (2006). *HIV/AIDS among Aboriginal peoples in Canada: a continuing concern—HIV/AIDS epi update August 2006*. Ottawa, Public Health Agency of Canada. Available at <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-06/index.html>
- Robert Koch Institut (2005). Stand und Entwicklung der HIV-epidemie in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 47. 25 November. Available at <http://www.rki.de/>
- Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance*, 11(4):94–97. Available at <http://www.eurosurveillance.org/em/v11n04/1104-226.asp>
- Statistics Canada (2001). *Population by Aboriginal group, 2001 Census, Canada, provinces and territories*. Ottawa, Statistics Canada.
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006a). Twenty-five years of HIV/AIDS—United States, 1981–2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(21):588–605. 2 June.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006b). *A Glance at the HIV/AIDS epidemic*. April. Atlanta, Centres for Disease Control and Prevention. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/At-A-Glance.htm>
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006c). *A glance at HIV/AIDS among men who have sex with men*. January. Atlanta, Centres for Disease Control and Prevention. Available at http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/msm_glance.htm
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006d). *HIV/AIDS among African Americans*. Fact Sheet. February. Atlanta, US Centers for Disease Control and Prevention.
- 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 seven US cities. Abstract ThOrC1367. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok.
- Van de Laar MJW et al. (2005). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2004*. November. Centre for Infectious Diseases Epidemiology.
- Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11–9.

MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA

- Abdelwahab O (2006). Prevalence, knowledge of AIDS and HIV risk-related sexual behaviour among police personnel in Khartoum State, Sudan 2005. Abstract CDC0792. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Afshar P (2005). *From the assessment to the implementation of services available for drug abuse and HIV/AIDS prevention and care in the prison setting: the experience of Iran*. Paper presented at the Regional Workshop on HIV in the Prison Setting in the Middle East and North Africa. November. Cairo.
- Al-Mazrou YY et al. (2005). HIV/AIDS epidemic features and trends in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 25(2):100:104.
- Asouab F (2005). *Evaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectée et injectable et à problème au Maroc*. Presented in: 3^{ème} Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona.
- Day C et al. (2006). Patterns of drug use among a sample of drug users and injecting drug users attending a general practice in Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:2.
- Elrashied S (2006). Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviours of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan, 2005. Abstract TUPE0509. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Elshimi, Warner-Smith, Aon. *HIV Risk-Behavior of Problem Drug Users in Greater Cairo*. UNAIDS/UNODC, 2004.
- Fares G et al. (2004). *Rapport sur l'enquête nationale de sero-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en Algérie en 2004*. Décembre. Ministère de la Santé de la population et de la réforme hospitalière. Alger.
- Federal Ministry of Health Sudan (2002). *Situation analysis: behavioral and epidemiological surveys and response analysis*. November. Khartoum, Sudan National AIDS Control Program.
- Gheiratmand R et al. (2006). Uncertainty on the number of HIV/AIDS patients: our experience in Iran. *Sexually Transmitted Infections*, 81:279–282.
Available at <http://sextrans.bmjournals.com/cgi/content/full/81/3/279-a>
- Institut de Formation Paramédicale de Parnet (2004). *Rapport de la réunion d'évaluation a mis-parcours de l'enquête de sero-surveillance du VIH*. Juin.
- Kaiser R et al. (2006). HIV, syphilis, herpes simplex virus 2, and behavioral surveillance among conflict-affected populations in Yei and Rumbek, southern Sudan. *AIDS*, (20):937–947.
- Khoury J, Aaraj E (2005). *VIH/SIDA—usage de drogues injectables et actions de réduction de risques innovantes au Liban*. Presented in: 3^{ème} Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona.
- Mimouni B, Remaoun N (2005). Etude du lien potentiel entre l'usage problématique de drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005. Presented in : 3^{ème} Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona. Ministry of Higher Education Algeria.
- Ministère de la Santé Maroc (2005). *Bulletin épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles*. Rabat, Ministère de la Santé Maroc.
- Ministry of Health Sudan (2006). *2005 ANC sentinel sites results*. Khartoum.
- Ministry of Health Sudan (2005). *Annual report*. Sudan National HIV/AIDS Surveillance Unit. Khartoum.
- Mohammadi MR et al. (2006). Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Iran. *International Family Planning Perspectives*, 32(1):35–44.
- Razzaghi EM et al. (2006). Profiles of risk: a qualitative study of injecting drug users in Tehran, Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:12.
- Sammud A (2005). *HIV in Libya*. August. Tripoli, Ministry of Health.
- Tavoosi A et al. (2004). Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*, 4:17.
- UNAIDS (2006). *Notes on the HIV and AIDS epidemic in the Middle East and North Africa*. Working document. July. Cairo, UNAIDS Regional Support Team.
- WHO/UNAIDS (2006). Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2006. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.
- Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based injecting drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3):342–346.

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

Asian Development Bank (2006). *Proposed Asian Development Fund Grant in Papua New Guinea: HIV/AIDS Prevention and Control in Rural Development Enclaves Project*. Available at www.adb.org/Documents/RRPs/PNG/39033-PNG-RRP.pdf

Cliffe S, Wang YA, Sullivan E (2006). *Second generation surveillance surveys of HIV, other STIs and risk behaviours in six Pacific island countries: Fiji, Kiribati, Samoa, Solomon Islands, Tonga, Vanuatu*. Manila, WHO Regional Office for the Pacific.

Fairley CK, Hocking JS, Medland N (2005). Epidemic syphilis among homosexually active men in Sydney. *Medical Journal of Australia*, 183(4):179–183.

Gare JT et al. (2005). High prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in the eastern highlands province of Papua New Guinea: correlates and recommendations. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(8):466–73.

Ministry of Health New Zealand (2006a). *Sexually transmitted infections in New Zealand: Annual Surveillance Report 2005*. April. Auckland, Ministry of Health.

Ministry of Health New Zealand (2006b). *AIDS-New Zealand*. February (Issue 57). Auckland, Ministry of Health.

National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea (2006). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: January 2004–December 2005*. Port Moresby, National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2006). *Australian HIV Surveillance Report*. Vol 22 No 2. April. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Available at <http://web.med.unsw.edu.au/ncher/>

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2005*. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research.

Prestage G et al. (2005). How has the sexual behaviour of gay men changed since the onset of AIDS: 1986–2003. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(6):530–535.

Secretariat of the Pacific Community, AIDS Section (2005). *Spread of HIV in the Pacific region—1984 to 2004*. Briefing paper. June.

UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.

Volk JE et al. (2006). Risk factors for HIV seroconversion in homosexual men in Australia. *Sexual Health*, 3(1):45–51.

Wright M et al. (2005). Fulfilling prophecy? Sexually transmitted infections and HIV in Indigenous people in Western Australia. *Medical Journal of Australia*, 183(3):124–128.

UNAIDS, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, brings together the efforts and resources of ten UN system organizations to the global AIDS response. Cosponsors include UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO and the World Bank. Based in Geneva, the UNAIDS secretariat works on the ground in more than 75 countries worldwide.

「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。2006 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/>)の世界・日本の状況コーナーから、この日本語版をダウンロードできます(予定)。

©財団法人エイズ予防財団 2006

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

〒101-0061 東京都千代田区三崎町 1-3-12 水道橋ビル 5 階
電話：03-5259-1811 ファックス：03-5259-1812 <http://www.jfap.or.jp>



UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 41 87

www.unaids.org