

07

AIDS epidemic update

HIV/AIDS 最新情報 2007 年末現在



「HIV/AIDS 最新情報（2007 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, 2007”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, 2007. 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/07.27E/JC1322E (English original, December 2007)

日本語版出版番号 : UNAIDS/07.27J/JC1322J (Japanese translation, December 2007)

© Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) 2007

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 2007.

“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. UNAIDS II. World Health Organization III. Title.

ISBN 978 92 9 173621 8 (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: distribution@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**

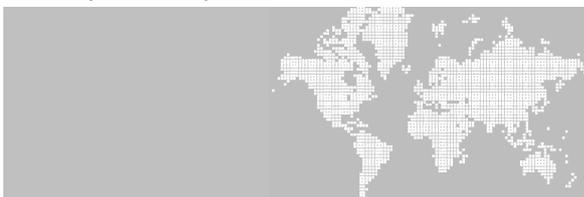
目次

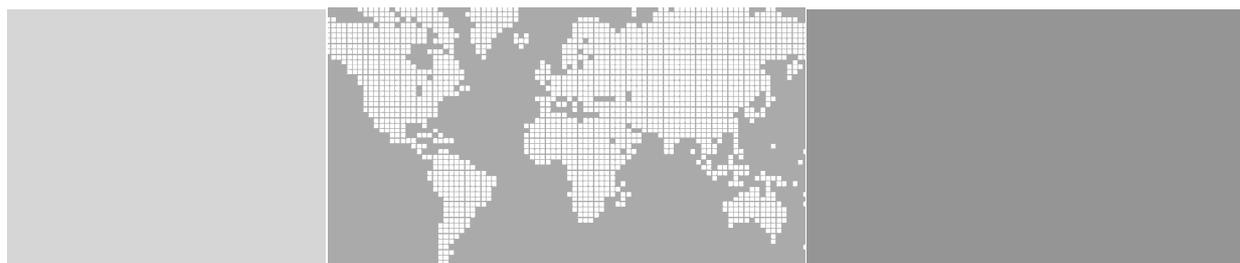
世界の HIV/AIDS 流行状況 (2007 年末現在)	1
世界の概況	2
地域別概況	16
サハラ以南アフリカ	16
アジア	24
東ヨーロッパおよび中央アジア	29
西インド諸島 (カリブ海)	33
ラテンアメリカ	36
北アメリカ、西ヨーロッパおよび中央ヨーロッパ	39
中近東および北アフリカ	42
オセアニア	43
地図	
世界の推計総数 (成人・子供)、2007 年末現在	46
HIV 感染者 (成人・子供) 推計総数、2007 年末現在	47
2007 年における新規 HIV 感染者 (成人・子供) 推計総数	48
2007 年における AIDS による死亡者 (成人・子供) 推計総数	49
文献目録 (BIBLIOGRAPHY)	51

【付録】

プレスリリース	63
ファクトシート (地域ごとの特徴)	67
ファクトシート (HIV 推計の見直し)	71
Q&A	73
HIV/エイズ推定値についての Q&A	81

AIDS epidemic update: December 2007





世界の HIV/AIDS 流行状況 2007 年末現在

HIV 感染者数(2007 年末現在)

合計	3,320 万人 (3,060-3,610 万人)
成人	3,080 万人 (2,820-3,360 万人)
女性	1,540 万人 (1,390-1,660 万人)
子供(15 歳未満)	250 万人 (220-260 万人)

2007 年における新規 HIV 感染者数

合計	250 万人 (180-410 万人)
成人	210 万人 (140-360 万人)
子供(15 歳未満)	42 万人 (35-54 万人)

2007 年における AIDS による死亡者数

合計	210 万人 (190-240 万人)
成人	170 万人 (160-210 万人)
子供(15 歳未満)	33 万人 (31-38 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。



世界の概況

背景

それぞれの国がより広い範囲でデータを集められたことと、これらのデータに適用する HIV の流行の推計方法が進歩したことにより、2007 年、HIV 感染者の推定値に大きな変化が見られた。しかし、HIV の流行が深刻であることや、それが及ぼす影響はほとんど変わらない。2007 年現在、世界の HIV 感染者数は推定 3,320 万人 [3,060 万–3,610 万人] で、2006 年の推定値 3,950 万人 [3,470 万–4,710 万人] から 16%減少した (UNAIDS/WHO, 2006)。大きな理由としては、インドの HIV の流行分析を集中して行ったことが挙げられ、このためにインド国内の HIV 感染者数の推計は大きく下方修正された。インド以外に HIV 感染者の推定値に大きな変化があったのはサハラ以南アフリカである。2006 年と 2007 年の世界の HIV 感染者数の違いの 70%は、アンゴラ、インド、ケニア、モザンビーク、ナイジェリア、ジンバブエの 6 カ国で HIV 感染者の推定数が減ったことによるものである。ケニアとジンバブエの感染者数減少の一因は、新たな HIV 感染が減ったことで、新たな HIV 感染減少の一因は危険な行為が減ったことである。

新たな HIV 感染者数と HIV 関連疾患による死亡者数は、HIV の流行の推計法に適用する数学的モデルを通じて導き出されるため、2007 年の新規 HIV 感染者数と HIV 関連疾患による死亡者数も、以前の調査結果とは大きく異なっている。2006 年に出された推定数と 2007 年の推定数の違いは手法の改良によるところが大きく、HIV の流行自体の変化ではないことを強調しておく。つまり、2007 年と 2006 年の推定値を比較して結論を出すのは適切ではない。ただ、見直した手法を以前のデータにもさかのぼって適用したため、この報告書に載っている過去の感染者数、新規感染者数、死亡者数から、長期的に流行の傾向を評価することは可能である。

世界的なエイズ流行の最新状況を報告する *HIV/AIDS 最新情報* は、1998 年から毎年出版されている。2007 年版は流行の規模や人数に関する最新の動向を伝え、流行の変化の新たな傾向を見いだすものである。本書は UNAIDS と WHO の合同報告書であり、世界的な HIV/AIDS の動向に関する UNAIDS/WHO のワーキンググループによる推計である。STI (性感染症) サーベイランスは、「UNAIDS 推計・モデリング・予測に関する検討グループ」が提供した方法とパラメーターに基づいている。UNAIDS と WHO が 2007 年に 11 地域で実施した一連の HIV 推計に関するワークショップで、各国の分析の専門家が行った作業もこれらの推定値にいかされている。ジュネーブで 2007 年 11 月 14–15 日に、UNAIDS 事務局と WHO が合同でエイズの疫学的推計に関する国際協議を開き、そこで UNAIDS と WHO が用いたプロセスと方法が検討され、承認された。

2007年の方法の改良は、住民調査（population-based survey）を通して HIV 疫学の理解が進んだこと、関連諸国のセンチネル・サーベイランス（sentinel surveillance）の規模が拡大したこと、低・中所得国の未治療の HIV の自然史への理解が進んだために数学的モデルが修正されたことによるものである。用いる方法をこのように調整したことについては、「新たなデータがもたらした前提の転換と推計の改善」でより詳しく説明されている。新たな科学的データや研究、分析ができれば、UNAIDS と WHO は今後も HIV 感染者とエイズによる死亡者の推計を修正していく。

本報告書では、改善した方法で出された 2007 年と 2001 年の HIV の推定数の比較を行っている。2001 年は国連エイズ特別総会が開かれ、初めて世界のエイズ対策の目標設定がなされた年である。同じように分析したデータから、傾向を探るには十分な年数であるといえる。

2007 年の最新状況—重要な所見

毎日、6,800 人が HIV に新たに感染しており、5,700 人がエイズにより死亡している。おもに HIV 予防と治療へのアクセスが十分でないことが原因である。HIV 感染症が公衆衛生上、最も重大な課題であることには変わらない。それでもなお、最新の疫学的分析から以下のような明るい要素もみられる。

- 世界的に、HIV 感染率（HIV に感染した人々の割合）は横ばいである。ただ、人口が増え続けていることに加えて、HIV に感染した人々の寿命が延びているため、HIV 感染者の総数は増えている。
- 一部の国では局地的に感染率が低下している。
- HIV 関連疾患による死亡者数は減少している。これは治療へのアクセスが拡大したことも一因である。
- 世界的に新たに HIV に感染する人の数は減少している。

世界的および地域的な傾向として、HIV の流行状況は以下の 2 つのパターンに分類される。

- サハラ以南アフリカ諸国では、一般人口へ感染が拡大し続けている。とくに南部アフリカではこの傾向が顕著である。
- その他の地域では、最もリスクの高い人口集団に流行が広がっている。これには男性とセックスする男性（以下、MSM）、注射による薬物使用者（以下、IDU）、セックスワーカーとこれらの人々の性行為の相手が含まれる。

サハラ以南アフリカは現在も HIV の影響が最も深刻な地域であり、エイズが死亡原因の第 1 位を占めている。

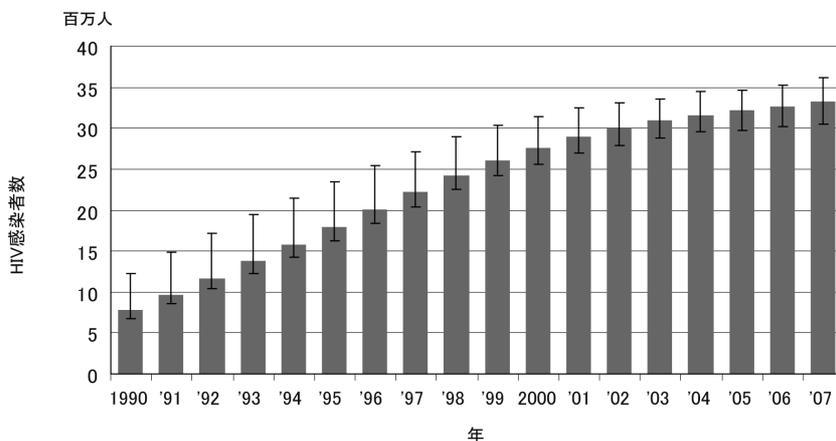
感染率に変化はなく、以前と比較するとゆっくりとではあるが新たな HIV 感染が続いているために、HIV 感染者の推定数はこれまでで最高の 3,320 万人 [3,060 万—3,610 万人] に達した (図 1)。新たな感染の減少と HIV 感染者の死亡により、HIV 感染率は時間とともにゆっくりと低下している。

つまり、HIV 感染が今後も続き、抗 HIV 治療によって HIV 感染者の死亡者数が減れば、感染率は上昇する可能性がある。本書では、新たな感染者数を減らす予防対策と、エイズによる死亡者数を減少させる治療の拡大が HIV 感染率に与える、相反する影響を分析することはできない。

世界的な HIV 感染率—成人 HIV 感染者の人口に占める割合—は、2001 年から横ばいである (図 2)。HIV 感染率が低下している国もあり、2000 年と 2001 年から実施されてきた新たな HIV 感染を減らすための予防対策が実を結んだものといえる。サハラ以南アフリカのほとんどの国では、HIV 感染率は横ばいか低下傾向にある (図 2)。コートジボアール、ケニア、ジンバブエの感染率はこれまでと同じく低下している。東南アジアでは、カンボジア、ミャンマー、タイで HIV 感染率の低下がみられる。

図 1

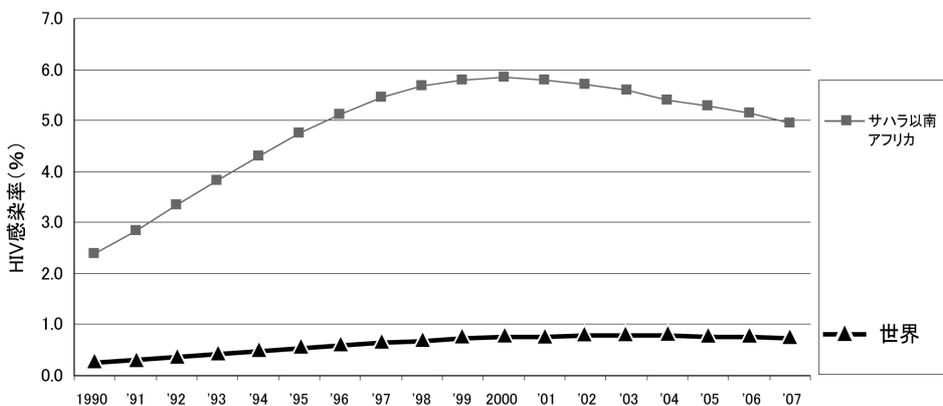
世界の HIV 感染者推計総数
1990年-2007年



この棒は推計値範囲を示す。

図 2

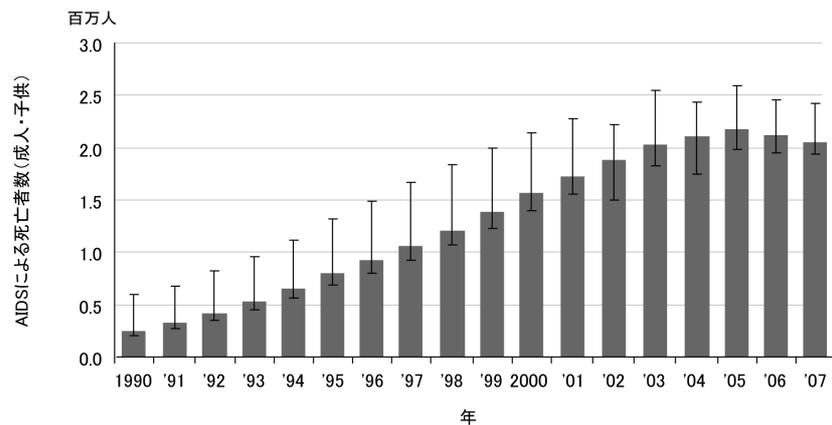
世界およびサハラ以南アフリカの推計 HIV 感染率 (成人 15-49 歳)
1990年-2007年



2007年のエイズによる死亡者数は世界で210万人〔190万-240万人〕(図3)、その76%がサハラ以南アフリカである。過去2年間の死亡者数の減少は、抗HIV治療の拡大によるところが多い。しかし、エイズはまだまだ世界的にみて主要な死亡原因であり、サハラ以南アフリカでは死亡原因の第1位である。このような状況から、治療の提供はとてつもなく難しく、時間のかかる課題であり、サハラ以南アフリカでは十分なインパクトを与えていないことは明らかである。

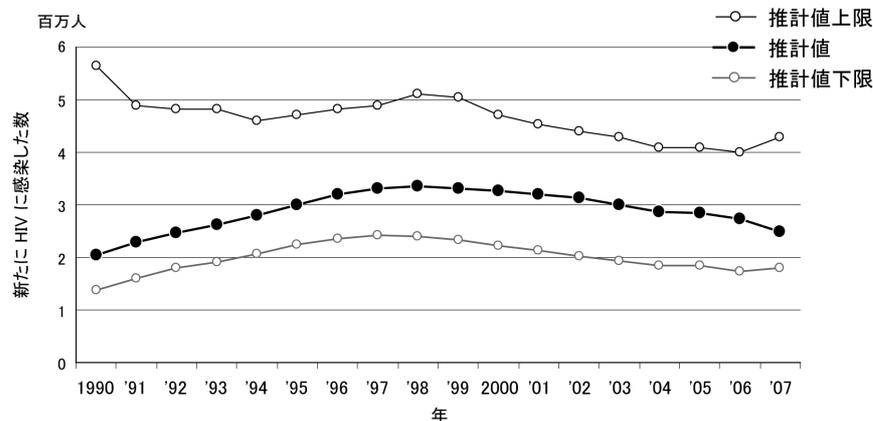
HIV新規感染者数(前年に新たにHIVに感染した人々の数)は、予防対策のパラメーターとなる。新たに感染した人々はHIV感染者数に加算され、時間ともに病状が進行し、死に至るだけでなく、さらなる感染の原因となる。世界的に新規感染は1990年代にピークを迎え(図4)、新たにHIVに感染する人は毎年300万人を超えた。2007年、新たな感染者は250万人〔180万-410万人〕であり、その約3分の2(68%)がサハラ以南アフリカでの感染である。新規感染の低下は、異なる状況下で行動変容につながる予防プログラムの成果であると同時に、疫学的に自然な傾向でもある。

図3

世界のAIDSによる死亡者(成人・子供)推計総数
1990年-2007年

この棒は推計値範囲を示す。

図4

世界の新規HIV感染者推計総数
1990年-2007年

最後は、エイズの流行に関する戦略的な情報の質と種類、およびわれわれが行うプログラムの効果について触れておく。HIV 予防、治療とケア対策に投入される資金が増えたことで一定の成果はあがっているが、流行の動向と傾向の分析は複雑さを増している。本書で行う分析によって、特定の対策やプログラムの効果を明らかにすることはできない。特定の対策やプログラムの効果の分析には、地域での特別な研究が必要であり、HIV 感染率、死亡率、プログラムの効果、HIV 感染による負の影響、子供の疾病と死亡を直接、分析評価することが求められる。

エイズ対策やその他の保健問題のリソースは増え続けている。データ収集と分析のシステムを強化し、データの質を高めてプログラムに戦略的に生かせるシステムの強化が特に求められている。この種のデータ収集につきものの課題や制限はあるものの、世界的なエイズ対策へのリソースのおかげで、世界的な他の多くの疾病の推定値と比較すると、HIV の流行に関しては、情報の質は優れており、理解も進んでいるといえる。

地域ごとの概況

表 1 は地域別のデータを示している。サハラ以南アフリカは現在もエイズの影響が最も深刻な地域である。世界中の成人 HIV 感染者の 3 人に 2 人以上 (68%) と、HIV に感染した子どもの 90% がこの地域に集中しており、エイズによる死亡者数の 4 分の 3 以上 (76%) もこの地域で、抗 HIV 治療のニーズが満たされていないことを示唆している。しかし、HIV 感染率にはかなりの幅があり、2%未満というサヘル地域の国もあれば、南部アフリカのほとんどの国のように 15%を超えている国もある。南部アフリカだけで、2007 年の世界の新たな HIV 感染者数とエイズによる死亡者数のほぼ 3 分の 1 (32%) を占める。

サハラ以南アフリカでは、過去 1 年間に 170 万人 [140 万–240 万人] が新たに HIV に感染した。2001 年の 220 万人 [170 万–270 万人] と比べて減少している。2007 年現在、同地域の HIV 感染者数は 2,250 万人 [2,090 万–2,430 万人] と推定され、この数は 2001 年には 2,090 万人 [1,970 万–2,360 万人] だった。成人 (15–49 歳) の感染率は 2001 年の 5.8% [5.5%–6.6%] から、2007 年は 5.0% [4.6%–5.5%] に低下した。しかしながら、エイズは現在も同地域の唯一最大の死亡原因で (WHO, 2003)、2007 年のエイズによる死亡者数は 160 万人 [150 万–200 万人]。サハラ以南アフリカのエイズ遺児 (注 1) は 1,140 万人 [1,050 万–1,460 万人] と推定される。

サハラ以南アフリカでは 2001 年から 2007 年にかけて、新たな HIV 感染者数は減少している。南アジアと東南アジアでも新たな HIV 感染は減少傾向にあり、2001 年は 450,000 人 [150,000–800,000 人]、2007 年は 150,000 人 [70,000–290,000 人] と推定される。東ヨーロッパでも 2001 年の 230,000 人 [98,000–340,000 人] から、2007 年には 150,000 人 [70,000–290,000 人] と減少している。東ヨーロッパの新たな HIV 感染者数の減少は、ロシア連邦で HIV の流行が減速したことが主な原因である。ロシア連邦は東ヨーロッパで最も HIV の流行が広がっている国であり、1990 年後半からピークを迎える 2001 年まで、新たな感染者数は急激に増加し続けた。ロシア連邦で 1 年間に新たに報告される (推定値ではない) 感染者数は、近年再び増えているが、2000 年頃のように急激には増加していない。

(注 1) 遺児 (0–17 歳) とは、エイズによって両親あるいは片親を亡くした 0–17 歳の子どもの推定数を指す。

表1

HIV / AIDS に関する地域別推計値 (2001 年および 2007 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 感染率(%)	AIDS による死亡者数 (成人・子供)
サハラ以南アフリカ				
2007	2,250 万 [2,090-2,430 万]	170 万 [140-240 万]	5.0% [4.6%-5.5%]	160 万 [150-200 万]
2001	2,090 万 [1,970-2,360 万]	220 万 [170-270 万]	5.8% [5.5%-6.6%]	140 万 [130-190 万]
中近東および北アフリカ				
2007	38 万 [27-50 万]	3.5 万 [1.6-6.5 万]	0.3% [0.2%-0.4%]	2.5 万 [2-3.4 万]
2001	30 万 [22-40 万]	4.1 万 [1.7-5.8 万]	0.3% [0.2%-0.4%]	2.2 万 [1.1-3.9 万]
南アジアおよび東南アジア				
2007	400 万 [330-510 万]	34 万 [18-74 万]	0.3% [0.2%-0.4%]	27 万 [23-38 万]
2001	350 万 [290-450 万]	45 万 [15-80 万]	0.3% [0.2%-0.4%]	17 万 [12-22 万]
東アジアおよび太平洋地域				
2007	80 万 [62-96 万]	9.2 万 [2.1-22 万]	0.1% [<0.2%]	3.2 万 [2.8-4.9 万]
2001	42 万 [35-51 万]	7.7 万 [0.49-13 万]	<0.1% [<0.2%]	1.2 万 [0.82-1.7 万]
オセアニア				
2007	7.5 万 [5.3-12 万]	1.4 万 [1.1-2.6 万]	0.4% [0.3%-0.7%]	1200 [<500-2700]
2001	2.6 万 [1.9-3.9 万]	0.38 万 [0.3-0.56 万]	0.2% [0.1%-0.3%]	<500 [1100]
ラテンアメリカ				
2007	160 万 [140-190 万]	10 万 [4.7-22 万]	0.5% [0.4%-0.6%]	5.8 万 [4.9-9.1 万]
2001	130 万 [120-160 万]	13 万 [5.6-22 万]	0.4% [0.3%-0.5%]	5.1 万 [4.4-10 万]
西インド諸島(カリブ海)				
2007	23 万 [21-27 万]	1.7 万 [1.5-2.3 万]	1.0% [0.9%-1.2%]	1.1 万 [0.98-1.8 万]
2001	19 万 [18-25 万]	2 万 [1.7-2.5 万]	1.0% [0.9%-1.2%]	1.4 万 [1.3-2.1 万]
東ヨーロッパおよび中央アジア				
2007	160 万 [120-210 万]	15 万 [7-29 万]	0.9% [0.7%-1.2%]	5.5 万 [4.2-8.8 万]
2001	63 万 [49-110 万]	23 万 [9.8-34 万]	0.4% [0.3%-0.6%]	0.8 万 [0.55-1.4 万]
西ヨーロッパおよび中央ヨーロッパ				
2007	76 万 [60-110 万]	3.1 万 [1.9-8.6 万]	0.3% [0.2%-0.4%]	1.2 万 [<1.5 万]
2001	62 万 [50-87 万]	3.2 万 [1.9-7.6 万]	0.2% [0.1%-0.3%]	1 万 [<1.5 万]
北アメリカ				
2007	130 万 [48-190 万]	4.6 万 [3.8-6.8 万]	0.6% [0.5%-0.9%]	2.1 万 [1.8-3.1 万]
2001	110 万 [39-160 万]	4.4 万 [4-6.3 万]	0.6% [0.4%-0.8%]	2.1 万 [1.8-3.1 万]
合計				
2007	3,320 万 [3,060-3,610 万]	250 万 [180-410 万]	0.8% [0.7%-0.9%]	210 万 [190-240 万]
2001	2,900 万 [2,690-3,240 万]	320 万 [210-440 万]	0.8% [0.7%-0.9%]	170 万 [160-230 万]

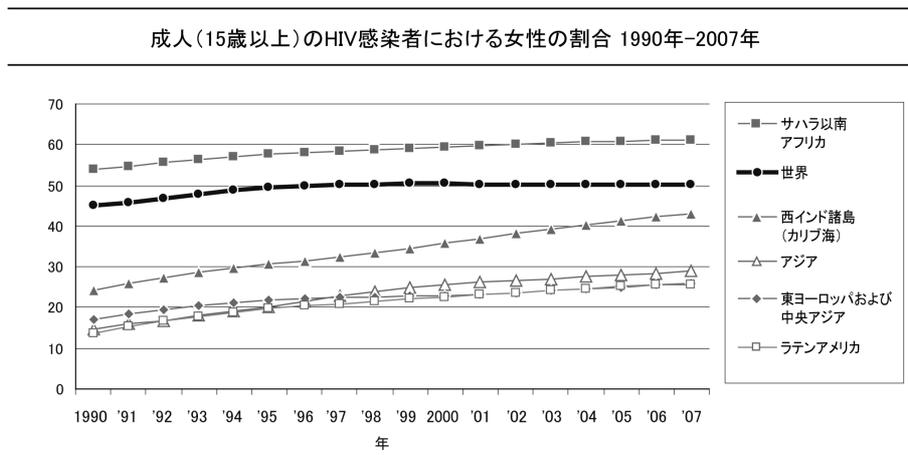
東アジアでは2007年に、92,000人〔21,000–220,000人〕の成人と子どもが新たにHIVに感染したと推定されるが、これは2001年の77,000人〔4,900–130,000人〕から20%増となっている。オセアニアでも新規HIV感染者数は2001年には3,800人〔3,000–5,600人〕だったが、2007年には14,000人〔11,000–26,000人〕と、増加傾向にあると推定される。西インド諸島(カリブ海)、ラテンアメリカ、中近東および北アフリカ、北アメリカ、西ヨーロッパでは、2007年1年間に新たにHIVに感染した人々の数はこれまでとほぼ同じである。

地域別の数字だけを見ていると、HIV感染者数が増加している可能性があるという事実が見えにくくなってしまふ。たとえば、東ヨーロッパでは、2007年のHIV感染者数は2001年の150%である。また、ベトナムやインドネシアなどの国々ではHIV感染率は上昇している。

女性 HIV 感染者

2001年から2007年のあいだに、新たにHIVに感染した男性と女性の推定数にも同様の増加がみられる。世界的には女性と男性の比率には変化がない。2007年、世界でHIVとともに生きている女性の数は1,540万人〔1,390万–1,660万人〕と推定され、2001年の1,380万人〔1,270万–1,520万人〕から160万人の増加である。男性も1,540万人〔1,390万–1,660万人〕で、2001年の1,370万人〔1,260万–1,520万人〕から増加している。2007年現在、サハラ以南アフリカでは、成人のHIV感染者の約61%が女性で、この割合は西インド諸島(カリブ海)では43%(2001年には37%)である(図5)。ラテンアメリカ、アジア、東ヨーロッパでも、注射による薬物使用で感染した男性からパートナーの女性への感染、あるいは彼らの無防備な性の売買や性行為というかたちで、女性の割合は徐々に増加している。東ヨーロッパと中央アジアでは2007年現在、成人のHIV感染者のなかで女性の占める割合は26%(2001年は23%)、アジアでは29%(2001年には26%)に達している。

図 5 2)



2) The global proportion of women versus men who are infected has remained at approximately 50% since the late 1990's. In this graphic of proportional rates, even though the proportion of women versus men has been increasing in each region, in most regions, the overall number of men infected still far outnumbers that of women.

HIV とともに生きる 15 歳未満の子ども

2001 年の 150 万人 [130 万–190 万人] から、2007 年には 250 万人 [220 万–260 万人] と、世界的に HIV に感染した子どもの数は増加している。しかし、1 年間に新たに HIV に感染した子どもの数は 2001 年の 460,000 人 [420,000–510,000 人] から、2007 年には 420,000 人 [390,000–470,000 人] と減少している。エイズによって死亡した子どもの数は 2001 年の 330,000 人 [380,000–560,000 人] から、2005 年には 360,000 人 [350,000–540,000 人] と増加しているものの、2007 年には 330,000 人 [310,000–380,000 人] と減少している。HIV に感染した子どもの約 90% がサハラ以南アフリカで生きている。

新たなデータがもたらした仮説の転換と推計の改善

HIV に関する推計を精査していく過程で、「UNAIDS 推計・モデリング・予測に関する検討グループ」の推奨や、最新の科学的進歩（注 2）に基づいて、UNAIDS と WHO は常に推計方法を新たな情報で最新のものにしてきた。加えて、UNAIDS の事務局と WHO はスイス・ジュネーブで 2007 年 11 月 14–15 日に、UNAIDS と WHO が国や地域、世界の HIV 推計を出すのに用いている現在のプロセスと方法を再検討するためのエイズ最新情報に関する国際諮問会議を開いた。

検討グループの推奨に基づいて開発されたツールには、推計と予測に関するパッケージ (Estimation and Projection Package: EPP)、ワークブック (WORKBOOK)、およびスペクトラム (Spectrum) が含まれている。これらのツールを用いて HIV 感染率曲線を描き、エイズによる死亡率が人口統計に与える影響を年齢層別に予測する。得られる結果には、長期的な HIV 感染率、HIV 感染者数、新規感染者数、エイズによる死亡者数、遺児、治療のニーズなどが含まれる。新規感染と死亡は長期の成人感染率から推定される。つまり、新規感染者数と死亡者数は、センチネル・サーベイランスやさまざまな調査、特別の研究をもとに算出されるのである。

HIV サーベイランス体制は過去数年間で規模がかなり拡大し、その質も大きく改善した。これはとくにサハラ以南アフリカとアジアで顕著である。サーベイランスの回数が増え、その地理的・人口的な範囲が広がったため、HIV センチネル・サーベイランスのデータは改善した。例えばインドでは、センチネル・サーベイランスのサイト数が 2006 年に 1,100 以上になり（1998 年には 155 サイト）、現在では最もリスクの高い人口集団を集中的にカバーしている。アンゴラやリベリア、スーダンなどアフリカの一部の国は、以前は限られた HIV 感染率データしかなかったが、最新のセンチネル・サーベイランスではより代表となるデータを得られた。

全国的な住民調査 (national population-based survey) で集められたデータも、HIV/AIDS の推計精度を高めた。センチネル・サーベイランスから算出された HIV 感染率は、流行の傾向に関する貴重な情報を提供する。一方で、国内の人口に基づく調査から得られた HIV 感染率は、無回答やその他のバイアス調整がなされたあと、国の感染率を推定するためのより改善されたデータを提供する。しかし、集中流行期にある国で実施される住民調査では、HIV 感染リスクが

より高い集団が含まれない可能性があり、別途調整を行うべきである。2001年以降、サハラ以南アフリカ、アジア、カリブ海地域の30カ国で住民調査が行われ、HIV感染率が算出されている。結果は表2のとおりである。このような住民調査から得られたHIV感染率は、一般的にセンチネル・サーベイランスで出された推定地よりも低い傾向にある。

本書に掲載されている地域的な推計値、あるいは世界的な推計値に関しては、これらの調査で得られた成人HIV感染率を用いて、調査が行われた年の各国のHIV感染率を調整した。ベナン、カンボジア、中央アフリカ共和国、ハイチ、インド、リベリア、マラウイ、マリ、スワジランドの最新の全国調査では、このような調整の結果、調査から算出された推計値は、2006年のHIV/AIDS最新情報に掲載されている推計値よりも低い数字になっている。

さらに、2007年版の推計ソフトウェアツールであるEPP 2007とスペクトラム3には、新たな前提がいくつか組み込まれた。ひとつには、全国的な住民調査を行っていない広汎流行期にある国々に関するものがある。周産期クリニックを受診した妊婦のHIV感染率と人口に基づく調査のHIV感染率の比較から、都市部でも農村部でも、後者の陽性率は前者の陽性率の約80%になることがわかった(UNAIDS, 2007)。つまり、これまでは農村部の周産期クリニックに通う妊婦の感染率のみが調整されていたが、人口に基づく調査を行っていない広汎流行期の国では、妊婦のHIV感染率は都市部・農村部ともに0.8倍に調整することが望ましいということになる(UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projection, 2006)。

新たな前提の2つめは新規感染と死亡の推定に関するものである。新規感染者数とエイズによる死亡者数は、長期のHIV感染率と抗HIV治療が受けられない状態のHIV感染者の平均余命を組み合わせることで算出し、治療を受けている感染者の平均余命は長く設定している(Stover, 2006)。これまで、治療を受けていないHIV感染者の平均余命は感染から9年と推定(UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projection, 2002)されていたが、現在は平均11年とされている(UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projection, 2006)。HIVサブタイプEが感染の多くを占める国を除き、この数字を全ての国に適用する。サブタイプEが多くを占める国では、感染からの平均余命は現在検討中だが、限定的な研究から9年と推定されている(UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projection, 2006)。これらの新たな推奨事項は長期的な調査研究(Todd et al., 2007; Marston et al., 2007)による情報に基づいている。同じ感染率レベルであれば、感染からの平均余命が長いと新たな感染者数やエイズによる死亡者数は低く算出されることになる。

上述のように、各国の感染率調査の結果を調整したことによる感染率の変化に加えて、サーベイランス・システムの拡大でより代表的なデータを得られたため、HIV感染率を下方修正した国もある。アンゴラ、マダガスカルなどがその例である。加えて、広汎流行期にある国のうち、まだ住民調査を行っていない国のなかには、前述のように、都市部の周産期クリニック受診者から得られたHIV感染率を修正した国もある。これにはアンゴラ、コンゴ、エリトリア、ガンビア、ギニア・ビサウ、モザンビーク、ナミビア、ナイジェリア、ソマリア、スーダンが含まれる。

感染からの平均余命に関する前提の変更により、HIVサブタイプEが感染の大部分を占める国以外の全ての国で、死亡者数と新規感染者数の推定値が下方修正された。これは新たな感染者

数のピークを迎える時期には大きな影響は与えていない。このような変更が HIV 感染者やエイズによる死亡者、新たな HIV 感染者の推計値を改善することにつながった。今回の報告書の推計値はこれまでの報告書で発表されたものと比べて、2007 年の数字だけでなく、それ以前の推定数も低くなっている。従って、最新の推計値を過去に出された報告書の推計値と直接比較することはできない。過去 2 年間のデータを掲載したこれまでの報告書とは違い、今年の報告書では 2001 年と 2007 年の比較を行い、傾向のより良い評価ができるようになっている。2007 年のサーベイランス・データがまだ入手できない国が多いので、2005–2007 年の傾向を推定することは、2000–2007 年の傾向を推定することに比べて精度が低くなる。

最近実施した再検討と調査データに基づくこれらの変更とその他の変更は、抗 HIV 治療を必要としている人々の数の推定にも影響する。しかし、これらは本書では取り上げていない。

HIV サーベイランス・システムにかなりの空白がある国もある。これらの国々では流行の傾向や現状を正しく評価することが難しい。新たなサーベイランス・データや特定調査からの新たなデータがこれらの変更を支持する場合は、UNAIDS と WHO は引き続き HIV/AIDS の推計値を改善していく予定である。

(注 2)

「UNAIDS 推計・モデリング・予測に関する検討グループ」は、HIV/AIDS や疫学、人口統計学および関連分野の主要な研究者から構成されている。この検討グループはさまざまな国で行われた、最新の調査研究の発表済みおよび未発表の結果を検討している。また、HIV 流行の理解に関する進展を検討し、推計値の質と精度を改善する方法を提案している。

表 2

数年にわたり住民調査を実施した国の成人(15-49歳)
HIV感染率

国	住民調査による 感染率 (%) (年)	2002年に 報告された 2001年の HIV感染率	2004年に 報告された 2003年の HIV感染率	2006年に 報告された 2005年の HIV感染率
サハラ以南アフリカ				
ベニン	1.2 (2006)	3.6	1.9	1.8
ボツワナ	25.2 (2004)	38.8	38.0	24.1
ブルキナファソ	1.8 (2003)	6.5	4.2	2.0
ブルンディ	3.6 (2002)	8.3	6.0	3.3
カメルーン	5.5 (2004)	11.8	7.0	5.4
中央アフリ	6.2 (2006)	12.9	13.5	10.7
チャド	3.3 (2005)	3.6	4.8	3.5
コートジボアール	4.7 (2005)	9.7	7.0	7.1
赤道ギニア	3.2 (2004)	3.4	NA	3.2
エチオピア	1.4 (2005)	6.4	4.4	(0.9-3.5)
ガーナ	2.2 (2003)	3.0	3.1	2.3
ギニア	1.5 (2005)	NA	2.8	1.5
ケニア	6.7 (2003)	15.0	6.7	6.1
レソト	23.5 (2004)	31.0	29.3	23.2
マラウイ	11.8 (2004)	15.0	14.2	14.1
マリ	1.3 (2006) 1.7 (2001)*	1.7	1.9	1.7
ニジェール	0.7 (2006) 0.9 (2002)	NA	1.2	1.1
ルワンダ	3.0 (2005)	8.9	5.1	3.1
セネガル	0.7 (2005)	0.5	0.8	0.9
シエラレオ	1.5 (2005)	7.0	NA	1.6
南アフリカ共和国	16.2 (2005) 15.6 (2002)	20.1	20.9	18.8
スワジランド	25.9 (2006-7)	33.4	38.8	33.4
ウガンダ	7.1 (2004-5)	5.0	4.1	6.7
タンザニア	7.0 (2004)	7.8	9.0	6.5
ザンビア	15.6 (2001-2)	21.5	16.5	17.0
ジンバブエ	18.1 (2005-6)	33.7	24.6	20.1
アジア				
カンボジア	0.6 (2005)	2.7	2.6	1.6
インド	0.28 (2005-6)	0.8	0.9	0.9
ラテンアメリカおよび 西インド諸島(カリブ海)				
ドミニカ共和国	1.0 (2002)	2.5	1.7	1.1
ハイチ	2.2 (2005-6)	6.1	5.6	3.8

* includes male 15-59 years.

若者の HIV および性行動の傾向

2001年、*HIV/AIDS*に関するコミットメント宣言は、新たな HIV 感染の予防対策の進捗状況を監視するために、HIV の影響が最も深刻な国の若者（15–24 歳）の HIV 感染率を 2005 年までに 25%下げるという目標を掲げた。HIV 感染率の傾向（と HIV 感染予防の効果）をリアルタイムに判断するには、大規模な人数で長期的な調査をすることが必要である。このような調査を行うことが現実的には不可能なことから、代わりの方法（周産期クリニックを受診する 15–24 歳の女性の HIV 感染率）が提案されている。

コミットメント宣言に掲げた目標の進捗状況を評価するために、世界の HIV/AIDS と性感染症に関するサーベイランスを行う WHO/UNAIDS のワーキンググループは、感染率が 3%を超える国に対して 2006 年および 2007 年の調査への参加を要請した。表 3 に参加した 36 カ国が挙げられている。若者の HIV と性行動の傾向を探ることによって、HIV の流行の動向と傾向をつかむことができる。とくに 15–24 歳の妊婦の HIV 感染は比較的最近起こったものだと考えられるので、成人や他の年齢層の HIV 感染率に比べて死亡や抗 HIV 治療の影響を受けることが少ない。このため、15–24 歳の年齢層の HIV 感染率は、HIV 感染の最新の傾向を反映していると考えられる。

HIV の影響が最も深刻な国々（表 3）で得られた、若者の最近の傾向を分析するのに十分なデータ（3 年分の陽性率に関するデータ）から、周産期クリニックを受診した若い妊婦（15–24 歳）の HIV 陽性率が 2000/2001 年以降、15 カ国中 11 カ国で低下していることがわかった。

表 3

高蔓延国の傾向(15-24歳)の2006年/2007年の分析:
標識動向調査システムによる妊婦のHIV罹患率(2000-2006年)
及び全国動向調査による性行動(1994-2006年)

Country	Analysis in 2006/2007	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*	2006								
Bahamas	2007	▽NS							
Benin**									
Botswana	2007	▽NS	▽≥25%						▲
Burkina Faso	2007	▽NS	▽NS						
Burundi	2006/2007	▽NS	↔						
Cameroon*	2006			▽	▽	▽	▽	▲	▲
Central African Republic**				▲					
Chad*	2006			▽	▲	▲	▽	▲	▽
Congo*	2007								
Côte d'Ivoire	2006	▽≥25%	ID						
Democratic Republic of the Congo*	2006								
Djibouti**									
Ethiopia**									
Gabon**									
Gambia**									
Ghana**									
Haiti**				▲	▲	▽	▲	▲	▲
Kenya	2006	▽≥25%	▽≥25%	↔	▲	▽	▽	▲	▲
Lesotho*	2006			↔	↔				
Liberia**									
Malawi#	2006	▽≥25%	↔	▽	▽	↔	▽	▲	▲
Mozambique†	2006		↔						
Namibia	2007	▽NS	▽NS	▲	↔				
Nigeria*	2007			▽					
Rwanda	2006	▽NS	ND	▲	▽	▲	▲	▲	▽
Sierra Leone*	2007								
South Africa§	2006		↔						
Sudan*	2007								
Swaziland	2007	▽NS	▽NS						
Togo*	2006			▽	↔			▲	
Uganda**				▽				▲	▽
United Republic of Tanzania	2006	↔	▽NS	▽	▽	▲	▲	▽	▽
Zambia¶	2006		↔	↔	↔	▽	▲		
Zimbabwe	2006	▽≥25%	▽NS	▲	▽	▽	▽	▲	▲

Notes: [1] Highlighted cells indicate positive trends in prevalence or behaviour.
Legend: [2] Year of analysis indicates the year in which the analysis was done, and not necessarily the last year of data used in the analysis.
* 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), United Republic of Tanzania (11,8), Zimbabwe (7,6).
** Among 15-19-year-olds, proportion reported having had sex by age 15. Analyses based on DHS, MICS or national surveys conducted between 1995 and 2005.
*** Among 15-24-year-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-year-olds, proportion reporting having used condoms the last time they had sex with a non-regular partner. Analyses based on DHS, MICS or 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 for prevalence analysis.
**ND Data not received for prevalence.
Semi-urban and urban areas were combined in analysis of urban data.
‡ Analysis in Mozambique performed for South, North and Central.
§ No data received in response to WG process; analyses based on data in South Africa surveillance report.
¶ No data received in response to WG process; analyses based on data reported in Zambia 2005 surveillance report. Analysis based on urban and rural data combined.

ケニアでは、都市部、農村部ともに、若い妊婦の HIV 感染率は 25%以上低下している。同じような傾向がコートジボアール、マラウイ、ジンバブエの都市部と、ボツワナの農村部でもみられる。劇的ではない（統計的に顕著ではない）が若い妊婦の感染率の低下がみられたのは、ブルキナファソ、ナミビア、スワジランドの都市部および農村部と、バハマ、ボツワナ、ブルンディ、ルワンダの都市部、タンザニアの農村部である。モザンビーク、南アフリカ共和国、ザンビアでは、若者の HIV 感染レベルの低下はみられない。

35 カ国 9 カ国では、1994 年から 2006 年に行われた全国調査が、若者の性行動の傾向を判断するのに十分な比較データを提供している。そのうちの 2 カ国、ハイチとケニアでは、HIV に感染するリスクが高い性行動が劇的に減少したことがデータから明らかになった。過去 1 年間に不特定の相手と性行為を行ったと回答した若者の割合は、カメルーン、ケニア、ジンバブエで、男女ともに減っている。ハイチとザンビアでは女性が、チャドとマラウイでは男性がそれぞれ減っている。しかし、ルワンダとタンザニアでは、若者の不特定の相手との性行為は男女ともに増加している。

不特定の相手との性行為でのコンドーム使用にも目覚ましい変化が見られた。不特定の相手との最近の性行為でコンドームを使用したと答えた若者は、カメルーン、ハイチ、ケニア、マラウイ、ジンバブエで男女ともに、チャド、ルワンダ、トーゴ、ウガンダでは女性が、ボツワナでは男性で増加している。一方で、タンザニアでは男女とも、チャドとルワンダ、ウガンダでは男性で、不特定の相手との性行為の際のコンドーム使用の割合は低下している。

残念ながら、35 カ国中ほぼ 24 カ国では、若者の HIV 感染率や性行動に関するデータがない、あるいは十分ではなかった。HIV 感染率の非常に高い南部アフリカの数カ国もそのなかに含まれる。

若者の行動が明らかに良い傾向にある国は少数（カメルーン、ケニア、ジンバブエ）だが、6 カ国（ボツワナ、チャド、ハイチ、マラウイ、トーゴ、ザンビア）では、データから有望な変化がみられる。ボツワナ、コートジボアール、ケニア、マラウイ、ジンバブエの 5 カ国で、都市部や農村部の若い妊婦の HIV 感染率が劇的に低下したことからも、HIV の影響が最も深刻な国で予防対策が効果を発揮していると考えられる。



地域別概況

サハラ以南アフリカ

サハラ以南アフリカは現在もエイズの影響が最も深刻な地域である。2007年現在、全世界の HIV 感染者のほぼ 3 分の 2 (68%) が同地域に生きており、エイズによる死亡者数の 4 分の 3 (76%) がこの地域のものである。2007年には170万人〔140万–240万人〕が新たに HIV に感染し、同地域の HIV 感染者数は 2,250 万人〔2,090 万–2,430 万人〕になった。他の地域と異なるのは HIV 感染者の大半が女性 (61%) であるということである。

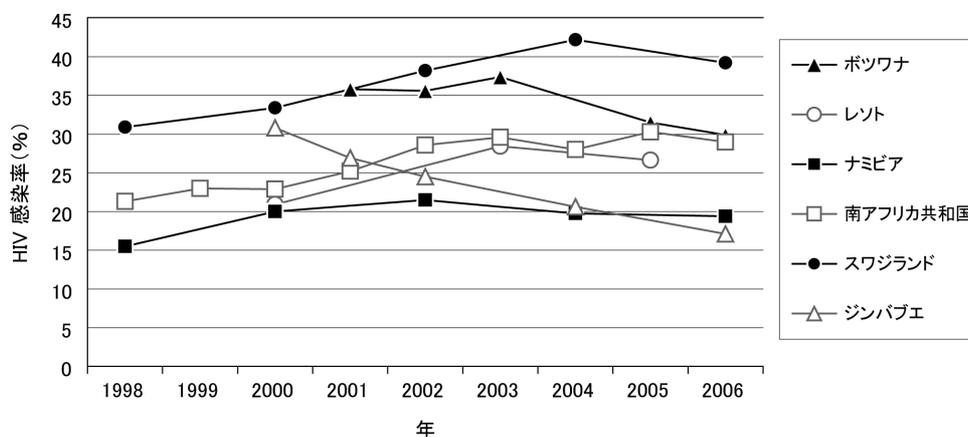
南部アフリカ

サハラ以南アフリカの HIV の流行は多様だが、南部アフリカはその影響が最も深刻な地域である。全世界の HIV 感染者の 35%を抱え、新たな HIV 感染とエイズによる死亡のほぼ 3 分の 1 (32%) がこの地域で起こっている。2005年にはボツワナ、レソト、モザンビーク、ナミビア、南アフリカ、スワジランド、ザンビア、ジンバブエの 8 カ国で、HIV 感染率は 15%を超えていた。ジンバブエでは HIV 感染率に大きな低下がみられるものの、その他の地域では流行は横ばい状態である。しかし、モザンビークの HIV 感染率は以前のサーベイランスで得られたものよりも高くなっていることが、最新の HIV データからわかっている。

ジンバブエでは、周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率が 2002年には 26%、2006年には 18%と過去数年間で大幅に低下した。若い (15–24 歳の) 妊婦の感染率も同時期に 21%から 13%に低下した。周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率が高いのは、鉱山地区 (26%) と営利農場地区 (22%) である (Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe, 2007)。

ジンバブエのサーベイランス・データに見られる感染率の低下は、ほかのいくつかの研究からも見られる (UNAIDS, 2005; Mahomva et al., 2005, Hargrove et al., 2005, Mugurungi et al., 2005, Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe, 2007)。また、男女ともに感染率の低下がマニカランドの農村部でもみられた (Gregson et al., 2006)。これは高い死亡率と行動変容による HIV 感染の減少を反映している (UNAIDS, 2005)。ジンバブエ東部では、男女ともに不特定の相手との性行為を避ける人が増えているというエビデンスがあり、女性ではそのような相手との性行為で常にコンドームを使う割合が 1998–2000 年の 26%から、2001–2003 年には 37%に上昇した。しかしながら男性にはこの傾向はみられない (Gregson et al., 2006)。HIV 感染率の低下は HIV 流行の自

図 6

南部アフリカ諸国の常設地域における周産期クリニックに通う
女性(15-49歳)の平均HIV感染率(1998-2006年)

Sources: Various antenatal clinic surveys.

然推移だけによるものではなく、行動変容も一部これに寄与していることが、数学的なモデリングによって示されている (Hallet et al., 2006)。

南アフリカは HIV 感染者数では世界一である。周産期クリニックで行った最新のサーベイランスで得られたデータは、妊婦の HIV 感染率は 2005 年には 30%、2006 年には 26%と低下に転じている可能性があることを示唆している (Department of Health South Africa, 2007)。加えて、若い (15-24 歳の) 妊婦の HIV 感染率の低下から、新たな HIV 感染が減少した可能性が示唆される。西ケープ州では 15%、クワズールー・ナタル州では 39%と、州によって HIV の流行はさまざまである (Department of Health South Africa, 2007)。

新たな住民調査から得られた予備データによると、スワジランドでは、成人 (15-49 歳) のほぼ 4 人に 1 人が HIV に感染している。地域別の HIV 感染率は、周産期クリニックで得られたデータと、住民調査で得られたデータでほとんど違いはない。しかし、男女別の感染レベルには大きな差があり、HIV 感染率は男性が 20%であるのに対して、女性は 31%である (Ministry of Health and Social Welfare Swaziland, 2007; Central Statistical Office Swaziland & Macro International, 2007)。

レソトの HIV 感染率は現在も高く、周産期クリニックを受診した 25-29 歳の妊婦の HIV 感染率は 2005 年には 38%だった (Ministry of Health and Social Welfare Lesotho, 2005)。国内の HIV 感染者の 57%を女性が占めている。若い (15-24 歳) 妊婦の HIV 感染率は 2003 年の 25%から、2005 年には 21%と低下を見せたものの、これは最近の調査のセンチネル・サーベイランスのサイトが増えたことによる変化だと考えられる (Ministry of Health and Social Welfare Lesotho, 2005)。

ナミビアでは、国全体の流行には変化がない。2006 年、周産期クリニックを受診した妊婦の 5 人

に1人(20%)がHIVに感染していた(Ministry of Health and Social Service, 2007)。若い(15-24歳)妊婦のHIV感染率は1990年代半ばから比較的变化がみられないが、30代の妊婦の感染率が高くなっていることを考えると、予防対策を見直す必要がある(Ministry of Health and Social Service, 2007)。

周産期クリニックを受診した妊婦のHIV感染率が近年低下しているのはボツワナで、2001年には36%、2006年には26%である。これは流行がピークに達したために、現在は低下傾向にあることを示唆している。10代の妊婦のHIV感染率が18%(2005年)と高いことも特徴的だが、若い妊婦の感染レベルは近年低下している(Ministry of Health Botswana, 2006)。周産期クリニックを受診した15-19歳の妊婦のHIV感染率は2001年から2006年の間に、25%から18%に下がっている。20-24歳の妊婦でも同時期に39%から29%と低下している(Ministry of Health Botswana, 2006)。

アンゴラの周産期クリニックで集められた最新のHIVデータは、2004年から2005年にかけて、妊婦のHIV感染率に変化がないことを示している。2005年の国の平均HIV感染率は2.5%で、2004年の2.4%と比べてあまり変化はない(Ministrerio da Saude & CDC USA, 2006)。

アンゴラと同じくポルトガル語圏のモザンビークでは、HIVの流行は2000年代初頭に横ばい状態になったが、全国的に再び増加傾向にある。2004年に周産期クリニックを受診した妊婦のHIV感染率は、北部で平均9%と最も低いが、中央部と南部では20%以上と高い。とくに首都のマプトや、ガザ、インヤンバネ、マニッカ、ソファアラなどの州では高く、ソファアラ州では2004年、妊婦の感染率が27%に達した(Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, 2006)。

マラウイではHIVの流行に変化はないが、HIV感染を防ぐような行動変容によって一部地域では減少傾向がみられる(Heaton, Fowler & Palamuleni, 2006)。センチネル・サーベイランス・サイトの妊婦の平均HIV感染率は21世紀に入って以降、15%から17%の間で変化がない(National AIDS Committed Malawi, 2005)。

HIV感染率の低下がほとんどみられないのがザンビアだが、一部の地域では低下がみられる。周産期クリニックで行われた最近のサーベイランスから、都市部の妊婦のHIV感染率は25%と、農村部(12%)の2倍であることがわかった(Ministry of Health, 2005)。これ以前に行われた住民調査でも、都市部23%に対して農村部は11%と同様の結果が出ている(Central Statistical Office Zambia et al., 2003)。都市部の20-24歳の妊婦のHIV感染率は、1994年の30%から2004年には24%と低下しており、同様に15-19歳の妊婦も1994年には20%、2004年には14%と低下している(Ministry of Health Zambia, 2005)。

南部アフリカの島嶼国のHIVの流行の規模は小さい。マダガスカルでは、周産期クリニックを受診した妊婦から集められたデータから推定されたHIV感染率は0.2%である。しかし、サントマリーでは1.1%、ムルンダヴァでは0.8%と高い(Ministere de la Sante et du Planning Familial Madagascar, 2005)。清潔でない注射器による薬物使用がHIVのリスク要因になっているのはモリシャスである。2004年上半年に新たにHIV感染がわかった人のほぼ4分の3が注射による薬物

使用者である (Sulliman & Ameerberg, 2004)。

東アフリカ

東アフリカのほとんどの国々では、成人の HIV 感染率は変化がないか、低下傾向にある。低下傾向が顕著なのはケニアで、行動変容によって HIV 感染は減少している。行動変容のほかに、数年前に HIV に感染した人々の死亡も陽性率の低下の原因となっている。

ウガンダはサハラ以南アフリカ諸国のなかで、成人の HIV 感染率の低下が最初に報告された国だった。しかし、HIV の流行はいまだに深刻で、2004 年から 2005 年にかけて行われた全国調査によれば、感染率は男性 5.0%と比べて女性は 7.5%と高く、また農村部 5.7%に比べて都市部は 10%と高い (Ministry of Health Uganda % ORC Macro, 2006)。

ウガンダでは大きな行動変容によって HIV 感染が抑制されたために、1992 年から HIV 感染率は低下しはじめた (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja & Boerma, 2004)。しかし、2000 年代に入ってから横ばい状態である。2005 年、カンパラと一部の都市で周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率の低下がみられたものの、その他の都市部と農村部のほとんどでは過去 10 年間、HIV 感染率も横ばい状態である (Kirungi et al., 2006; Shafer et al., 2006)。同様に、ウガンダ南部の農村部のコホート調査では、2000 年以降、男女ともに HIV 感染率および新規感染には変化がないというエビデンスがある (Shafer et al., 2006)。ウガンダのように出生率が 6.7% (2006 年の全国保健調査による) と人口が急増しているところでは、HIV 感染率が横ばい状態であるということは、毎年、新たに HIV に感染する人が増えていることを意味している。

HIV の流行に変化がないことは、性的により危険な行為が近年明らかに増えていることと関連している。1995 年、2000 年、2004-5 年、2006 年にそれぞれ行われた全国的な住民調査によると、よりリスクの高い性行為が、成人女性でそれぞれ、12%、14%、15%、16%、成人男性で 29%、28%、37%、36%報告されている (Kurungi et al., 2006; Uganda Bureau of Statistics & Macro International Inc. 2007)。一連の調査で、性行為でのコンドーム使用は、女性で 20%、39%、47%、35%、男性では 35%、59%、53%、57%で、より安全な性行動が十分にとられていないことを示している。1990 年代のように HIV の流行を抑えられるよう、予防対策を見直して実施していくことが急務である。

ケニアの HIV 感染率は 1990 年代半ばの 14%から 2006 年には 5%に低下している (Ministry of Health Kenya, 2005; National AIDS Control Council Kenya, 2007)。ブシア、メルー、ナクル、ティカの都市部で低下傾向はとくに顕著で、周産期クリニックを受診した 15-49 歳の妊婦の HIV 感染率が 1999 年の 28%から 2003 年には 9%、15-24 歳では 1998 年の 29%から 2002 年の 9%と大きく下がった (Hallett et al., 2006)。

タンザニアでも HIV 感染率は低下している。最新の情報によれば、ザンジバル島の周産期クリニック受診者の HIV 陽性率はウングジャで 0.7%、ペンバで 1.4%。一方、大陸部では 2003-2004 年

に周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率は 8.7%と、2001 年–2002 年の 9.6%から低下がみられる (Swai et al., 2006)。大陸部では、HIV に関する全国的な住民調査が 2003–2004 年に行われた結果、成人の HIV 感染率は 7%だと推定されている (Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics & ORC Macro, 2005)。

ブルンジでは、最近実施された周産期クリニックを受診した妊婦の HIV サーベイランスで、1990 年代後半に始まった低下傾向は、2005 年を境にみられなくなったことがわかっている。2005 年にほとんどのサーベイランスサイトで HIV 感染率が上昇したのである (Ministere de la Sante Publique du Burundi, 2005)。

ルワンダでは、2005 年の周産期クリニックサーベイランスの結果、妊婦の HIV 感染率は平均 4.1%で、首都のキガリで 13%と最も高く、都市部では平均 5%、農村部では 2%強であることがわかった。HIV 感染率の低下はルワマガ郡やキガリのギコンド地区で最も顕著で、1998 年と 200 年を比較すると、それぞれ 13%から 4%、14%から 8%とかなり低下している (Ministere de la sante du Rwanda, 2005)。都市部の妊婦の HIV 感染率の低下は 1990 年代にもっとも大きかったが、それ以降変化はみられない。

エチオピアでは、2005 年の国民健康調査によって、成人の HIV 感染率は 1.4%と推定され、ガンベラ、アジスアベバ地域で、それぞれ 6%、4.7%と最も高い (Central Statistical Agency & ORC Macro, 2006)。エチオピアの HIV の流行は 1996 年から 2000 年にかけて都市部で変化がみられず、その後ゆっくりと、とくに首都アジスアベバの一部で感染率の低下がみられた。人口の大半を抱える農村部は、1999–2000 年に HIV 感染率がピークを迎えて以来、大きな変化はみられない (Federal Ministry of Health Ethiopia, 2006)。

エリトリアでは、周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率は、2003 年、2005 年ともに 2.4%である。2005 年、HIV 感染率は都市部で 3%と高い。(これに対して農村部は 0.9%)。高いところでは、南部の港町アッサブの 7.4%、首都アスマラの 4.2%、港町マッサワの 3.3%がある (Ministry of Health Eritrea, 2006)。

ソマリアでは、産科を受診した妊婦の HIV 感染率はベルベラで 2.3%。しかし、紛争のためにセンチネル・サーベイランスに限界がある。

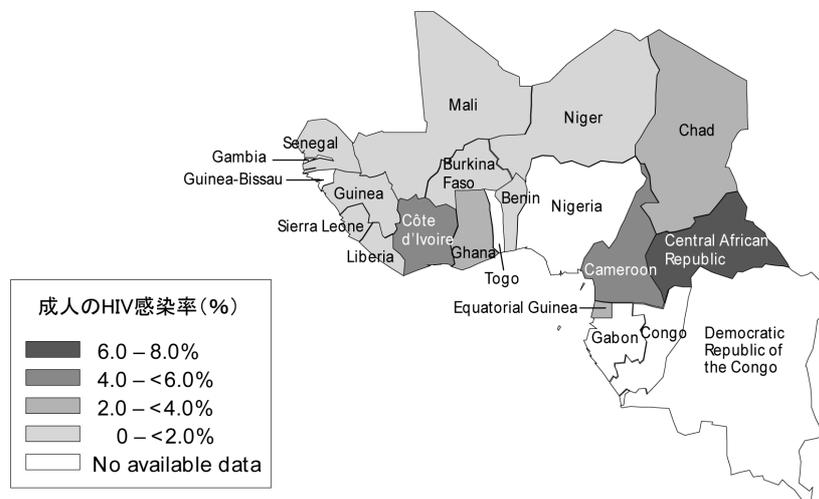
西アフリカおよび中央アフリカ

西アフリカおよび中央アフリカの HIV の流行の規模が比較的小さい国々では、成人の HIV 感染率に変化はない。しかし、コートジボアール、マリ、ブルキナファソの都市部など、HIV 感染率の低下がみられる国が増えている。これらの国やベナンでは、より安全な性行動への移行がみられる。

ナイジェリアは西・中央アフリカのなかで最も HIV の流行が深刻である。周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率に変化はないが、地域や州によって大きな差がある (Utulu & Lawoyin,

図 7

西アフリカおよび中央アフリカ諸国における
全国住民調査によるHIV感染率 2003年-2007年



Sources: (Central African Republic) [1] Institut Centrafricain de la Statistique et des Études Économiques et Sociales; [2] United Nations Population Fund; [3] MEASURE DHS, Macro International Inc. Enquête de sérologie VIH en République Centrafricaine, 2006. (Cameroon) [1] Institut National de la Statistique, Ministère de la Planification de la Programmation du Développement et de l'Aménagement du Territoire; [2] ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé. Cameroun 2004. (Côte d'Ivoire) [1] Project RETRO-CI, Institut National de la Statistique, Ministère de la Lutte contre le Sida; [2] ORC Macro. Enquête sur les Indicateurs du Sida. Côte d'Ivoire 2005. (Chad) [1] Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques; [2] ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé. Tchad 2004. (Equatorial Guinea) Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA, Proyecto Centro de Referencia para el Control de Endemias en Guinea Ecuatorial. Informe Final de la Encuesta de Seroprevalencia del VIH en Guinea Ecuatorial 2004. (Ghana) [1] Ghana Statistical Service; [2] Noguchi Memorial Institute for Medical Research; [3] ORC Macro. Ghana Demographic and Health Survey 2003. (Burkina Faso) [1] Institut National de la Statistique et de la Démographie; [2] ORC Macro. Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé 2003. (Liberia) [1] Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services; [2] Ministry of Health and Social Welfare; [3] National AIDS Control Program; [4] MEASURE DHS, Macro International. Liberia Demographic and Health Survey 2007. (Guinea) [1] Direction Nationale de la Statistique; [2] ORC Macro. Démographique et de Santé Guinée 2005. (Sierra Leone) [1] Nimba Research and Consulting Company; [2] Statistics Sierra Leone; [3] Ministry of Health and Sanitation; [4] National HIV/AIDS Secretariat. National Population Based HIV Seroprevalence Survey of Sierra Leone 2005. (Mali) [1] Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé; [2] Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire; [3] MEASURE DHS. Enquête Démographique et de Santé EDSM-IV, Mali 2006. Rapport Préliminaire. (Benin) [1] Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique; [2] Programme National de Lutte contre le Sida; [3] Demographic and Health Surveys, Macro International, Inc. Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. Rapport Préliminaire. (Niger) [1] Institut National de la Statistique, Ministère de l'Économie et des Finances; [2] Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2006. (Senegal) [1] Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale Centre de Recherche pour le Développement Humain; [2] ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé Sénégal 2005.

2007)。州ごとの妊婦の HIV 感染率をみると、西部のエキティ州では 1.6%、南部のアクワイボム州で 8%、南東部のベヌエ州で 10%と推定されている (Federal Ministry of Health Nigeria, 2006)。

ベナンでは、周産期クリニックを受診した妊婦のセンチネル・サーベイランスから、HIV の流行には変化がないと推定されている。HIV 感染率は 2003 年以降、2%前後である。2006 年の国民健康調査では、成人の HIV 陽性率は 1.2%。男女別でみると、女性の HIV 陽性率は 1.5%と男性 (0.8%) の 2 倍であった (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique & ORC Macro, 2007)。

トーゴも西アフリカのなかで成人の HIV 感染率が高い国の一つである。2006 年、周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率は 4.2%で、感染レベルは低下している。(2003 年には 4.8%、2004 年には 4.6%)。(Ministere de la Sante du Togo, 2007 & 2006)

ブルキナファソでは都市部の HIV 感染率は低下を続けている。都市部で産科を受診した若い妊婦

の HIV 感染率は、2001–2003 年には 2%弱とそれまでの半分になった (Presidence du Faso, 2005; Institut National de la Statistique et de la Demographie & ORC Macro, 2004)。

マリで 2006 年に実施された国民健康調査によって集められた最新データからも、HIV 感染率の低下がみられた。2006 年の成人の HIV 感染率は 1.2%と推定され (Ministere de la Sante du Mali & ORC Macro, 2007)、2001 年に行った同様の調査の結果 (1.7%) よりも低くなっている。(このときには女性 2%、男性が 1.3%だった)。(Cellule de Planification et de Statistique du Ministere de la Sante et al., 2002) ここでも、死亡率が感染率の低下の一因である。2005 年に周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率は 3.4%で、前年と同様の結果となった (Ministere de la Sante du Mali, 2005)。

2000 年から 2006 年に、ガーナで周産期クリニックを受診した妊婦の平均 HIV 感染率は 2.3%から 3.6%である (Ministry of Health Ghana, 2007)。

コートジボアールの成人の HIV 感染率は、最新の国民健康調査から 4.7%と推定されている (Institut National de la Statistique et Ministere de la Lutte contre la Sida Cote d'Ivoire & ORC Macro, 2006)。妊婦の HIV サーベイランスによって、都市部の感染率が 2001 年の 10%から 2005 年には 6.9%に下がったことがわかっている (Ministere de la Sante et de l'Hygiene Publique de la Cote d'Ivoire et al., 2007)。

セネガルの一般人口の HIV 感染率は 2005 年、0.7%であった (Ndiaye & Ayad, 2006)。ただ、HIV の感染経路はほとんどが無防備な売買春であり、例えばジガンシオールでは女性セックスワーカーの HIV 感染率は 30%と高い (Gomes do Espirito Santo & Etheredge, 2005)。

ガンビアでは、妊婦の HIV-1 感染率が 1994 年から 2000 年にかけて 0.7%から 1.0%と高くなっているが、HIV-2 感染率は同時期に 1.0%から 0.8%と低下している (van der Loeff et al., 2003)。

ギニアの HIV 感染率は地域によってさまざまで、2005 年の全国調査によれば、首都コナクリで 2.1%と最も高い (Direction Nationale de la Statistique & ORC Macro, 2006)。

リベリアで 2007 年に実施された国民健康調査の予備データによれば、成人 (15–49 歳) の HIV 感染率は 1.5%で、感染レベルは都市部で 2.5%、地方で 0.8%と幅がある。モンロビア地域で成人の感染率が 2.6%と最も高い (Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services & Macro International, 2007)。

シエラレオネでは 2006 年に実施された第 2 回全国センチネル・サーベイランスから、おもに都市部で周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率が 4.1%を示した。2003 年に行われた同様の調査結果は 3%で、シエラレオネでは HIV の流行が拡大していることが示唆される (Ministry of Health and Sanitation Sierra Leone, 2007)。2005 年の住民調査でから成人の HIV 感染率は 1.5%と推定される (National AIDS Secretariat & Nimba Research Consultancy, 2005)。

チャドでは、2005年の全国的な住民調査の結果、成人の HIV 感染率は 3.3%。HIV の流行はおもに都市部に集中しており、感染率は農村部の 3 倍近い 7% という結果になった (Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Demographiques et Programme National de Lutte Contre le Sida, 2006)。

隣国ニジェールでは HIV 感染率はチャドと比べるとかなり低く、2006 年の国民健康調査では、成人の HIV 感染率は 0.7% と推定された。アダガツとディファ地域でそれぞれ 1.6%、1.7% と HIV 感染率は最も高い (Institut National de la Statistique du Niger & Macro International Inc., 2007)。

カメルーンでは、2004 年に国民健康調査が行われ、HIV 感染率は地域によって差が大きいことがわかった。低いところでは北部で 1.7%、極北部で 2.0%、高いのは首都ヤオンデ (8%)、南西部 (8%)、東部 (8.6%) および北西部 (8.7%) である (Institut National de la Statistique & ORC Macro, 2005)。妊婦のサーベイランスが過去数年間行われていないため、流行の傾向を分析することは難しい。

コンゴ民主共和国の首都キンシャサでは、周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率は、1995 年に 3.8%、2005 年には 4.2% とあまり変化がない。しかし、第 2 の都市ルムンバシやミカライでは、それぞれ 4.7% (1997 年) から 6.6% (2005 年)、0.6% (1999 年) から 2.2% (2005 年) と感染率は高くなっている (Kayembe et al., 2007)。マタディ、キサンガニ、ムバンダカなどの都市でも、周産期クリニックを受診した妊婦の感染率が 6% になるなど感染率は高く、ツィカパでも感染率は 8% である (Programme National de Lutte contre le SIDA, 2005)。

中央アフリカ共和国は、西アフリカおよび中央アフリカ地域のなかで最も高い成人 HIV 感染率を示す国の一つである。2006 年の全国的な住民調査では 6.2% を記録した (Ministere de l'Economie, du Plan et de la Cooperation internationale de la Republique centrafricaine, 2007)。全国的に女性の感染率が男性の感染率の 2 倍 (7.8% に対して 4.3%) で、地域差も大きい。



アジア

アジアで最も HIV 感染率が高いのは東南アジアだが、国ごとに流行の傾向は多様である。カンボジア、ミャンマー、タイでは HIV 感染率は低下傾向がみられるものの、インドネシア、とくにパプア州と、ベトナムでは HIV 感染率は上昇を続けている。インドの HIV 感染者の推定数は過去と比べて減少したものの、HIV の影響は現在も深刻である。2007 年、アジア全体の HIV 感染者数は 490 万人〔370 万–670 万人〕と推定され、このなかには昨年新たに HIV に感染した 44 万人〔21 万–100 万人〕も含まれる。同年のエイズによる死亡者数は 30 万人〔25 万–47 万人〕である。

HIV 感染の報告は中国全土でなされているものの、実際には HIV 感染者は河南省、広東省、広西壮族自治区、新疆自治区、雲南省に集中しているとされる (Ministry of Health China, 2006)。2006 年、中国の HIV 感染の半分弱は、HIV に汚染された注射器具を使って薬物を使用したことによる感染であると推定される。残りの半分は無防備な性行為によるものである (Ministry of Health China, Lu et al., 2006)。

薬物注射が HIV 感染の主な原因である一方で、最近のデータから、主要都市では男性とセックスする男性 (MSM) の HIV 感染が増えており、HIV 感染の 7% が男性間の危険な性行為によるものであることがわかっている (Ku et al., 2006)。MSM の HIV 感染率は上海で 1.5% (Choi et al., 2007)、中国南部で 1.7% (Tao et al., 2004; Zhu et al., 2005)、北京で 4.6% (Choi et al., 2003; Ma et al., 2006)。薬物注射とセックスワークが重複していることが中国における HIV の流行の特徴である。一部地域では、薬物注射をする女性が増えており、そのほぼ半分が売春を行っている。薬物注射をする男性の多くが買春をしており、多くの場合、コンドームを使用していない (Hesketh et al., 2006)。

新しく精度の高い HIV 推計により、2006 年現在、インドの HIV 感染者数は約 250 万人〔200 万–310 万人〕、成人の HIV 感染率は 0.36% であることが明らかになった。HIV 感染者数は過去に比べて減少しているが、HIV の影響がいまだに深刻であることには変わらない。

インドの HIV 感染者数が下方修正されたことは、サーベイランスシステムの拡大・改善と、より厳正で高度な方法が適用されたことに由来する。最近の全国的な住民調査 (2005–2006 年に実施された国民健康調査 3、NFHS-3) の結果を推定プロセスに組み込んだことで、感染者数が大きく修正された。この調査では 10 万人以上が HIV 感染となり、これは HIV に関する項目を組み込んだ初めての全国的な住民調査となった (NFHS-3, 2007)。

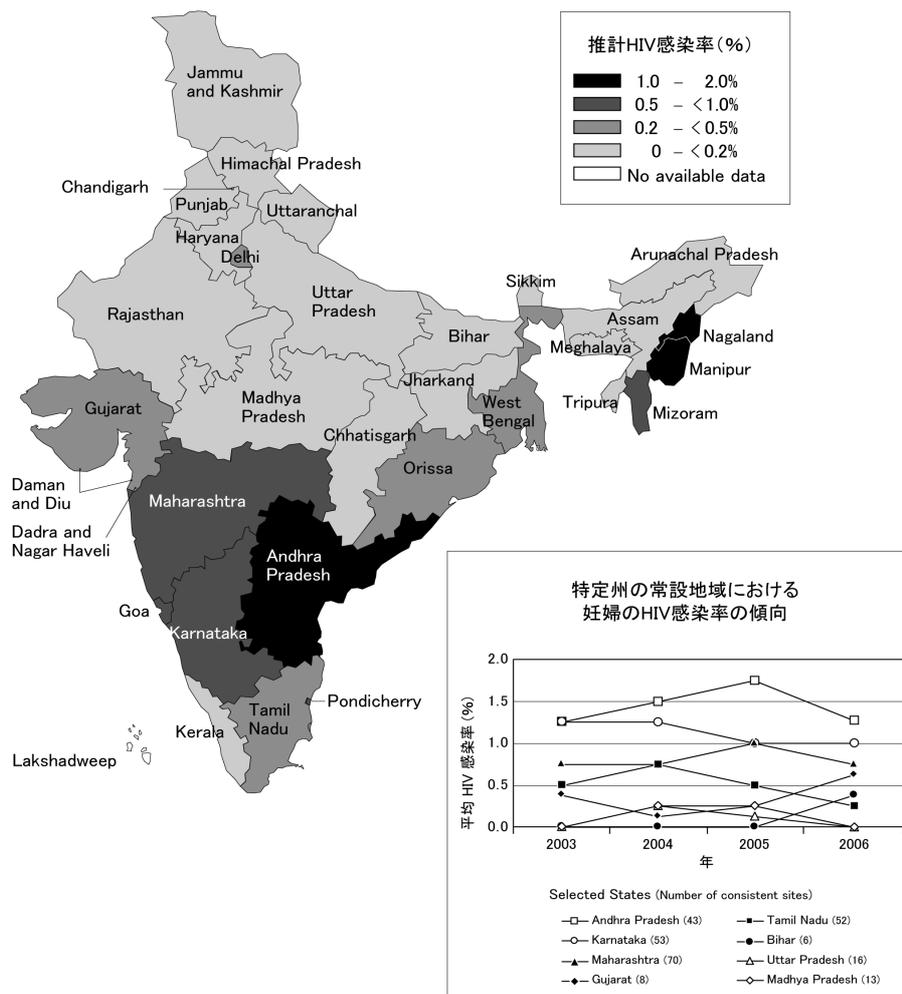
また、インドでは近年、HIV センチネル・サーベイランス・システムが拡大され、サイト数は 1998

年の155カ所から2006年には1,120カ所に増加している。周産期クリニックを受診した妊婦と性感染症科の受診者、HIV感染のリスクの高い人口集団のデータがそれぞれサーベイランスに組み込まれている。

インドにおけるHIVの流行傾向は、州によってさまざまである。国内のHIV感染者の大半を占める南部4州（アンドラ・プラデシュ、カルナタカ、マハラシュトラ、タミール・ナドゥ）でも、HIV感染率には差があり、特定の地区に集中する傾向がある（NACO, 2005a; World Bank, 2005）。最近の全国的な住民調査（NFHS-3, 2007）における成人の感染率は、ウッタル・プラデシュ州で0.07%、タミール・ナドゥ州では0.34%、マハラシュトラ州が0.62%、カルナタカ州で0.69%、アンドラ・プラデシュ州で0.97%、マニプール州で1.13%である。その他の州の感染率は合わせて0.13%であった。2000-2004年のセンチネル・サーベイランスのデータの分析から、南部の州全体のHIV感染率は北部の州の5倍であることがわかっている（Kumar R et al., 2006）。しかし、平均感染率が低い州でも、一部の集団（おもにHIV感染リスクの高い人口集団）に高いHIV感染率が報告されており、現状に安心してしまうことに対して警鐘を鳴らしている。

図 8

州別の推計HIV感染率(成人15-49歳)(インド, 2006年)



Source: National AIDS Control Organization, 2007.

規模を拡大して行われた 2006 年のセンチネル・サーベイランスでは、タミール・ナドゥ州、マハラシュトラ州、カルナタカ州、アンドラ・プラデシュ州の妊婦の HIV 感染率は横ばいか、低下傾向を示している。しかし、セックスワーカー、注射による薬物使用者 (IDU)、MSM の HIV 感染率が高い州もある。HIV に汚染された薬物注射器具が主なリスクであるインド北東部では、HIV 感染はセックスワーカーとその客、そしてそれぞれの性行為の相手の間に広がっている (Kumar et al., 2005)。特定の人口集団に対する予防対策が行われている州、とくにタミール・ナドゥ州や南部のその他の州では、セックスワーカーを対象とした予防対策がある程度の成功を収め、セックスワーカーの HIV 感染率は下がっている。しかし、性産業はさまざまであるために、予防対策は一筋縄ではないことが多い (Char, Piller & Strike, 2003)。

パキスタンでは、IDU の HIV 感染率が上昇している。カラチでのある調査によれば、IDU の HIV 感染率は 2004 年には 1%未満だったが、2005 年には 26%と推定される (Emmanuel, Archibal & Altaf, 2006)。別の調査では IDU の HIV 感染率は、アフガニスタンとの国境の町クエッタでは 24% (Nai Zindagi and Associates, 2006)、ラルカナでは 8% (Abbasi, 2006) に達していることがわかっている。2005 年現在、カラチの女性セックスワーカーの HIV 感染率は 2%、ラホールとラワルピンディでは 1%以下と、HIV 感染リスクの高い他の人口集団の HIV 感染率は低いままである (Ministry of Health Pakistan, 2005; National AIDS Control Program Pakistan, 2005)。

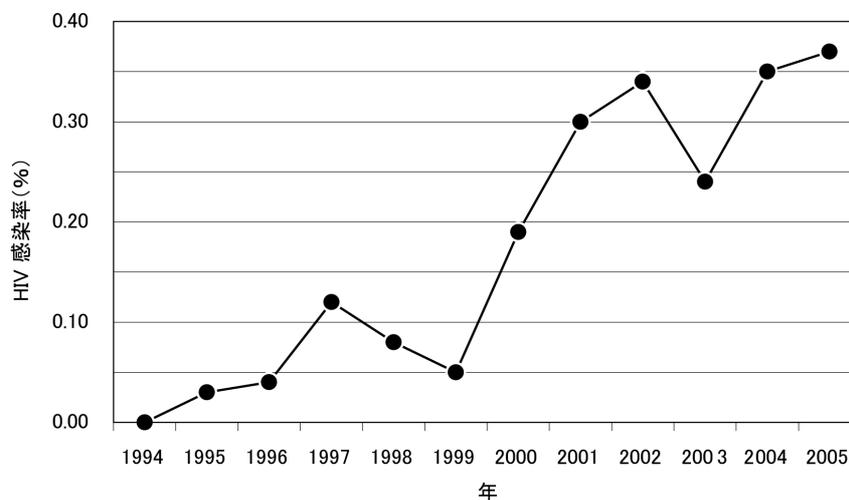
ベトナムの HIV 感染者数は 2000 年から 2005 年にかけて、12 万人から 26 万人と倍以上になった (Ministry of Health Viet Nam, 2005)。HIV 感染の主なリスク要因は、HIV に汚染された注射器具の使用と、不特定の相手あるいはセックスワーカーとの無防備な性行為である (Tuang et al., 2007)。ベトナムの IDU の HIV 感染率は、1996 年の 9%から 2005 年には 34%と急上昇している (Ministry of Health Viet Nam, 2006 & 2005)。流行の拡大とともに、売買春や薬物注射を通して、薬物を使用する男性から女性への感染が増加している。これは周産期クリニックを受診した妊婦の感染率が年々、上昇していることからわかる (図 9)。2006 年、HIV 感染者の約 3 分の 1 が女性であると推定されている (Viet Nam Commission for Population et al., 2006) ただ、ベトナムの HIV 感染の大半は今でも注射による薬物によるものである。

アジアのなかで HIV の流行が急激に拡大しているのはインドネシアである。HIV 感染経路はおもに、HIV に汚染された注射器具の使用と無防備な性行為だが、MSM の間での無防備なセックスも前者 2 つほどではないが多くなっている (Ministry of Health Indonesia & Statistics Indonesia, 2006)。2005 年の調査では、ジャカルタの IDU の HIV 感染率は 40%以上 (WHO & Ministry of Health Indonesia, 2007)、西ジャワではこの割合は 13%だった (Ministry of Health Indonesia, 2006)。2005 年の調査では、バンドン、ジャカルタ、メダンの IDU の約 4 分の 1 が過去 1 年間に無防備な売春をしたと回答している (Ministry of Health Indonesia & Statistics Indonesia, 2006)。

パプアニューギニアと国境を接するパプア州では、無防備な性行為がおもな感染経路で、流行の拡大が深刻である。2006 年に州全体で行われた住民調査では、成人 HIV 感染率は 2.4%で、遠隔地の高地では 3.2%、交通の便の悪い低地では 2.9%に達していることがわかった。15-24 歳の HIV 感染率は 3%と推定される (Ministry of Health Indonesia & Statistics Indonesia, 2007)。

図 9

妊婦のHIV感染率（ベトナム、1994-2005年）



Source: Ministry of Health, Sentinel Surveillance Survey Data.

カンボジアでは、特定の人口集団を対象にした持続的な予防対策が実を結び、HIV の流行は下向きになった。2006 年、HIV 感染率は 15-49 歳の成人で 0.9%と低下した。同年齢層の HIV 感染率は 1998 年のピーク時で 2%だった (National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs, 2007)。

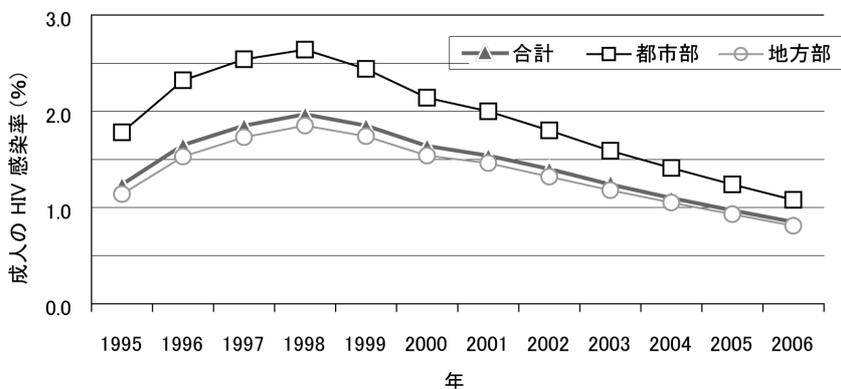
タイでは、新たに HIV に感染する人の数は減り続けているものの、抗 HIV 治療を受ける人が増えたために HIV 感染率の低下は緩やかである。タイの HIV 感染経路の特徴は時間とともに変化していて、現在は HIV 感染リスクの低いと考えられる人々に感染が広がっている。2005 年、新たに HIV に感染した人の 10 人に 4 人以上が女性であり、その多くが危険な買春や薬物注射で感染した夫またはパートナーからの感染であると考えられる (WHO, 2007)。

タイでは、HIV の流行を食い止めることに成功したが、IDU の感染率は過去 15 年間、30-50% と高いままである (WHO, 2007)。同様に、最近のいくつかの調査から、MSM の HIV 感染率が上昇していることがわかっている。たとえばバンコクでは、MSM の感染率は 2003 年には 17%だったが、2005 年には 28%と上昇している (van Griensven, 2006)。

ミャンマーでも、HIV は減少傾向をみせており、周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率は 2000 年の 2.2%から 2006 年には 1.5%に低下している (National AIDS Programme Myanmar, 2006)。平均感染率は低下しているものの、HIV 感染リスクの高い人口集団の感染率が上昇していることが懸念されている (図 11)。

図 10

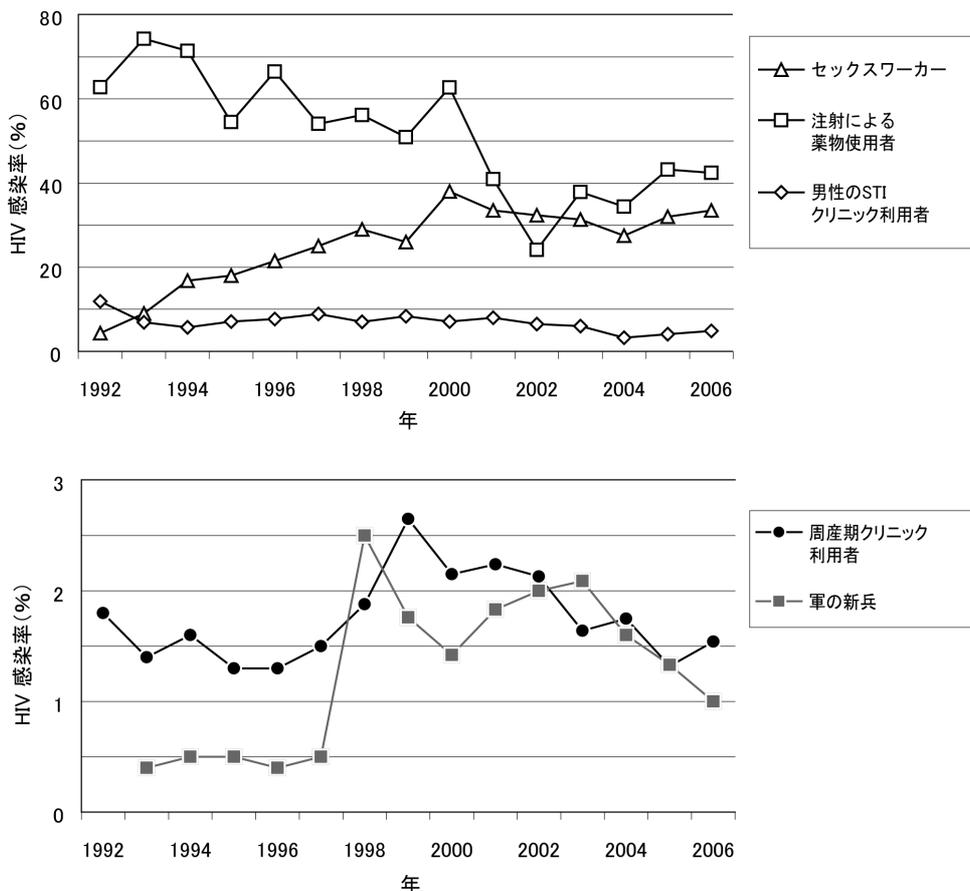
一般人口における HIV 感染率 (カンボジア, 1995-2006年)



Source: National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS).

図 11

各集団の HIV 感染率 (ミャンマー, 1992-2006年)



Source: Progress of HIV Epidemic in Myanmar, International Congress on AIDS in Asia & the Pacific, Colombo, Sri Lanka, August 2007.



東ヨーロッパおよび中央アジア

東ヨーロッパおよび中央アジアでは 2007 年、およそ 15 万人[7 万–29 万人]が新たに HIV に感染したと推定され、累積 HIV 感染者数は 160 万人[120 万–210 万人]となり、2001 年の 63 万人[49 万–110 万人]から 150%増となった。

2006 年に東ヨーロッパおよび中央アジア地域で報告された新たな HIV 感染者の 90%近くが、ロシア連邦(61%)とウクライナ(21%)のものである。また、新規 HIV 感染者の年間報告数はアゼルバイジャン、グルジア、カザフスタン、キルギスタン、モルドバ共和国、タジキスタン、ウズベキスタンといった国々でも増加しており、ウズベキスタンは中央アジア地域でもっとも流行が深刻な国である。東ヨーロッパおよび中央アジアで 2006 年に新たに報告された HIV 感染の感染経路の 3 分の 2 近く(62%)が薬物注射によるもので、3 分の 1 強(37%)が無防備な性行為によるものであった。

ロシア連邦における HIV の流行は、1990 年代のような勢いはないものの、いまだに拡大し続けている。2001 年から 2003 年の間にピーク時の 8 万 7 千人から 3 万 4 千人へと新規 HIV 感染者数は減少したが、それ以降は再び増加に転じている。2006 年に公式に報告された HIV 感染者数は 3 万 9 千人で、ロシア連邦の HIV 感染報告数は累積で 37 万人となった(AIDS Foundation East-West, 2007; EuroHIV, 2007)。これら公式の HIV 感染者報告数は、ロシア連邦の報告システムに直接接点のある人々に限られている。

ロシア連邦では現在でも薬物注射が HIV の主な感染経路である。2006 年に新たに報告された HIV 感染者のうち、感染経路が特定できるものの約 3 分の 2 が薬物注射、3 分の 1 (32%) が無防備な異性間の性行為によるものだった(Ladnaya, 2007)。無防備な異性間の性行為は 1990 年代から徐々に増えており、とくに流行が比較的成熟している地域でこの傾向が見られる。男性間の安全でない性行為による HIV 感染は、2006 年の報告数の 1%未満だった。

全体的に見ると、2006 年に新たに報告された HIV 感染者のほぼ 44%が女性である(Russian Federal AIDS Centre, 2007)。妊婦の HIV 感染率は全国平均で 2005 年、2006 年ともに 0.4%だった(Ladnaya, 2007)。しかし、サンクト・ペテルスブルグやオレンブルグなど一部の地域では 1%を記録している(Lazutkina, 2007; Volkova, 2007)。

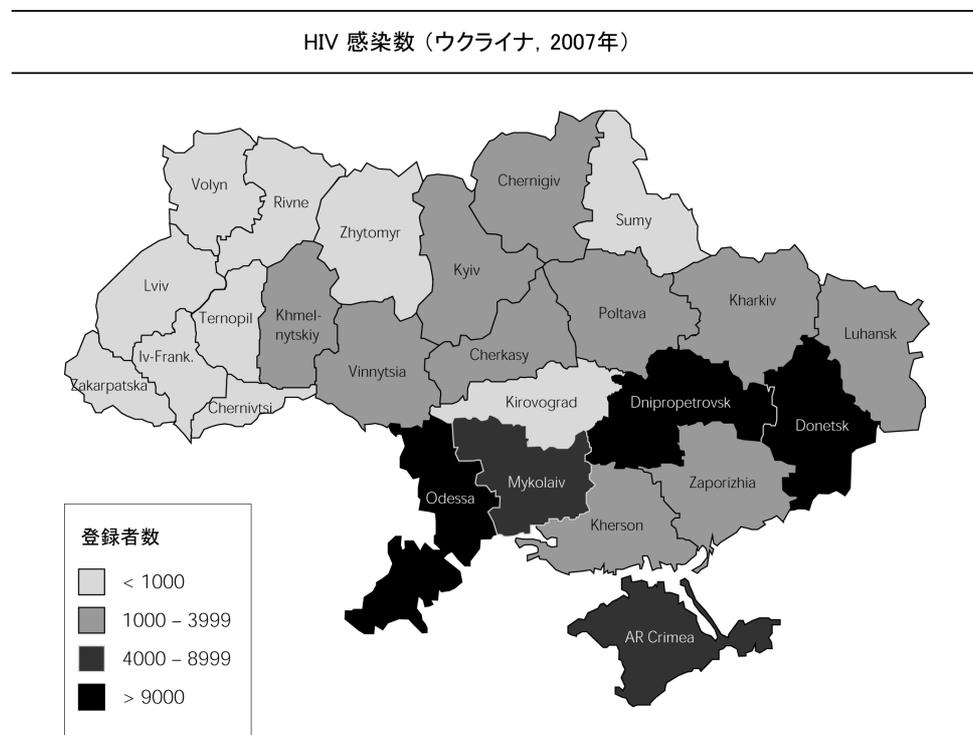
ウクライナでは、2001 年以降、新規 HIV 感染の年間報告数は 2 倍になり、2006 年には 16,094 人、2007 年の上半期だけで 8,700 人を超えた(Ministry of Health of Ukraine, 2007)。

現在でも、ドニプロペトロフスク、ドネツク、ミコライフ、オデッサ、そしてクリミア自治共和国など南東部が HIV の流行が最も深刻な地域である。これらの地域と首都キエフが、ウクライナの HIV 感染者の年間報告数の 70%以上を占めている(Ministry of Health of Ukraine, 2007)。6 都市で 2007 年に行われた HIV サーベイランスで、IDU の HIV 陽性率はルハンシクの 10%からキエフの 13%、そしてクリボイログの 89%とさまざまだった(Ukrainian Institute for Social Research et al., 2007)。セックスワーカーの HIV 感染率もキエフの 4%からドネツクの 24%、ミコライエフの 27%と幅があった(Booth, Kwiatkowski & Brewster, 2006; Ministry of Health of Ukraine, 2007)。

最近の調査で、これまで表面化してこなかった MSM 間の HIV 感染の拡大が明らかになった。4 都市における調査で、MSM の HIV 感染率はキエフで 4%、オデッサで 23%だった。この調査の対象となった男性 HIV 感染者のうち、男性との最近の性行為でコンドームを使用したのは 34%だった(Ukrainian Institute for Social Research et al., 2007)。

ベラルーシでは、2003 年以降、新規感染者の年間報告数は 713 人から 778 人の間でほとんど変化がなく、HIV の流行は沈静化している(EuroHIV, 2007)。新たに報告される HIV 感染は首都ミンスクとその周辺、そしてブレスト州、ヴィテブスク州にほぼ集中している(Ministry of Health

図 12



* Data on number of officially registered cases of HIV infection currently under medical care at the regional level in Ukraine as of 01 July 2007.

Source: Ukrainian AIDS Centre, 2007.

Belarus, 2007)。これらの地域でも HIV 感染は IDU に集中している。IDU の感染率はジュウォピンで 34%、ミンスクで 31%、サリホルスクで 23%、レチツァで 20%、ホメリで 17%となっている(WHO, 2006a)。

モルドバ共和国で年間に報告される新たな HIV 感染者数は 2003 年以降、2 倍以上になり、2006 年には 621 であった(EuroHIV, 2007)。2006 年の新たな HIV 感染者の年間報告数の半分以上(59%)が無防備な性行為によるものである(EuroHIV, 2007)。

コーカサス地域の共和国でも、新たな HIV 感染者の年間報告数は増加している。グルジアでは、今日までに報告された HIV 感染者数 1,156 人のうち、約 60%が過去 3 年間(2003–2006 年)に報告されたものであり、年間報告者数も年々増え続けている(EuroHIV, 2007)。

同じような傾向が流行の規模は小さいがアルメニアにも見られる(EuroHIV, 2007)。新たな HIV 感染者の報告数のほとんどが IDU(その大半が男性)である。IDU の HIV 陽性率は 9%。これに対して、女性セックスワーカーの HIV 感染率は 2%未満だった(Armenian National AIDS Foundation, 2006)。

アゼルバイジャンの HIV 感染者の報告数のほぼ半数(47%)は、2005–2006 年に報告された比較的最近の HIV 感染者である(EuroHIV, 2007)。2006 年までに報告された HIV 感染者のほぼ半数は首都バクーのもので、2003 年には首都の IDU の HIV 感染率は 13%だった(WHO, 2006b)。加えて、女性セックスワーカーの間では、HIV 感染率が 9%と高いだけでなく、他の性感染症の感染率も梅毒とクラミジアがそれぞれ 9%と 63%と高い。彼女たちのコンドーム使用率は明らかに低い(WHO, 2006b)。

ウズベキスタンは現在、中央アジアで最も HIV の流行が深刻な国で、新たに報告される HIV 感染者数は 1999 年から 2003 年の間に 28 人から 1,836 人へと急増した。それ以降、増加は緩やかになり、2006 年には 2,205 人になった(EuroHIV, 2007)。2003 年から 2004 年に行われた調査では、タシケントの IDU の約 3 分の 1(30%)が HIV に感染していた(Sanchez et al., 2006)。

カザフスタンでは、1 年間に新たに報告される HIV 感染者数が 2004 年の 699 人から 2006 年には 1,745 人と増加した(EuroHIV, 2007)。増加の一因として HIV 検査の拡大が考えられる。これには、更正施設での検査や、最もリスクの高い集団および妊婦の検査も含まれる。2006 年、南部の病院内の集団感染で 130 人の子供が感染したと報告されている(AIDS Center of the South-Kazakhstan Oblast, 2007)。テミルタウで行われた 2005 年の調査では、IDU の感染率は 17%だった(Ministry of Health Kazakhstan et al., 2005)。2005 年に行われた 23 市町でのサーベイランスで、IDU に HIV 陽性率は 3%強であることがわかった(Republic Centre for AIDS Prevention and Control, 2005)。

タジキスタンでは、ドゥシャンベとフシャンドの IDU の HIV 感染率が、2005 年の 16% から 2006 年には 24% と上昇した。他に懸念されるのはこの二都市のセックスワーカーの HIV 感染率の急上昇で、同時期に 0.7% から 3.7% になった。(Ministry of Health Tajikistan, 2007)

キルギスタンでも、HIV 感染は IDU に集中している。2006 年、ビシュケクとオシの動向調査では、IDU の感染率は 0.8%、受刑者では 3.5%、女性セックスワーカーでは 1.3%、MSM では 1% であった。(Ministry of Health Kyrgyzstan, 2007)。



西インド諸島（カリブ海）

2007年現在、西インド諸島（カリブ海）全体の成人 HIV 感染率は 1.0%[0.9%–1.2%]と推定される。感染率が最も高いのはドミニカ共和国とハイチで、西インド諸島（カリブ海）全体の HIV 感染者 23 万人[21 万–27 万人]のほぼ 4 分の 3 を占め、そのうちの 1 万 7 千人[1 万 5 千–2 万 3 千人]が 2007 年に新たに HIV に感染した人々である。2007 年のエイズによる死亡者数は推定 1 万 1 千人 [9,800–18,000 人]で、エイズは 25 歳から 44 歳の死亡原因の第 1 位である。

西インド諸島（カリブ海）の HIV 感染経路で最も多いのは性行為であり、セックスワーカーとその客の無防備な性行為が HIV 感染の顕著な要因となっている。女性セックスワーカーの HIV 感染率は、ドミニカ共和国で 3.5%、ジャマイカでは 9%、ガイアナでは 31%である（Gupta et al., 2006; Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social de Republica Dominicana, 2005b; PAHO, 2007; Gebre et al., 2006; Allen et al., 2006）。

安全でない薬物注射も割合としては少ないものの HIV 感染の要因で、バミューダ諸島とプエルトリコでは薬物注射による HIV 感染が広がっている。男性間の安全でない性行為も HIV 感染の顕著な要因だが、スティグマのためにほとんど表に出ることがない。西インド諸島（カリブ海）では MSM に関する調査はほとんど行われていないが、入手できるデータから HIV 感染者報告数の 12%は男性間の安全でない性行為によるものであることが示唆される（Caribbean Commission on Health and Development, 2005; Inciardi, Syvertsen & Surratt, 2005）。

ハイチは現在も西インド諸島（カリブ海）で最も HIV の流行が深刻な国である。周産期クリニックに通う妊婦の HIV 感染率は 1996 年の 5.9%から 2004 年には 3.1%と低下している（Gaillard et al., 2006）。しかし、2006 年の妊婦を対象としたサーベイランスによれば、HIV 陽性率は横ばい状態である（Ministere de la Sante Publique et de la Population, 2007）。全国住民調査から 2005 年の HIV 感染率は 2.2%と推定される（Cayemittes et al., 2006）。HIV 感染率の低下傾向に大きく影響しているのは、首都での新規感染率の低下である。ポルトフランスやその他の都市では、15–44 歳の女性の HIV 感染率が 2000 年から 2005 年にかけて 5.5%から 3%と低下した。疫学的なモデリングから、この低下の原因は死亡者数が増えただけではなく、感染を予防する行動変容によるものであることも示唆されている（Gaillard et al., 2006）。行動調査によれば、1994 年から 2000 年にかけて性行為の相手の平均数は 20%減少し、不特定の相手との性行為でのコンドームの使用率も上

昇している（Cayemittes et al., 2006; Hallet et al., 2006; Gaillard et al., 2006）。

ドミニカ共和国の HIV の流行は沈静化しているようである（図 13）（Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social de Republica Dominicana, 2007）。西インド諸島（カリブ海）の多くの国々と同様、性産業が流行の大きな要因である。ある調査によれば、首都サントドミンゴで地域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の使用率は 12 カ月間で 74% から 94% に上昇した（Kerrigan et al., 2006）。

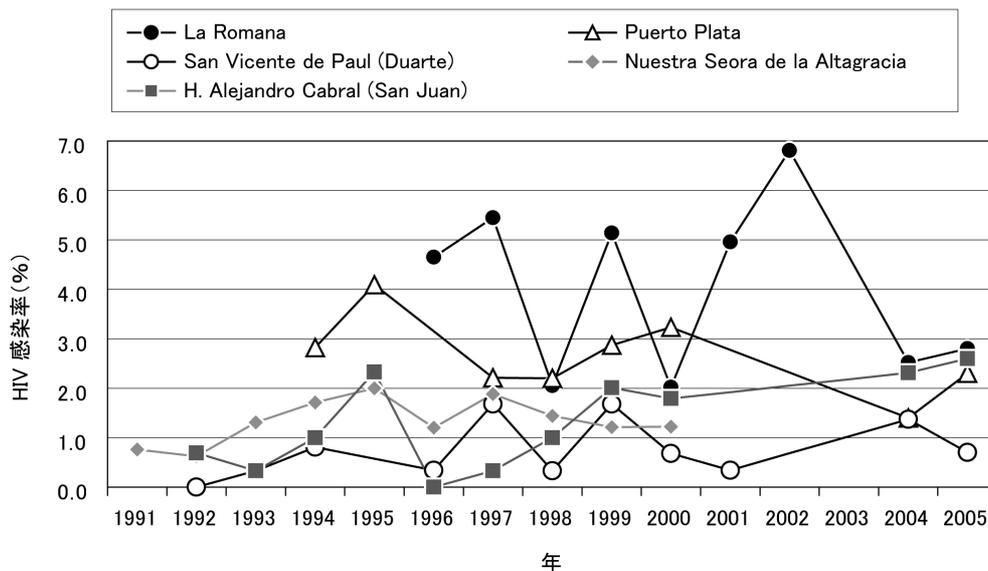
ジャマイカ、バハマ、トリニダード・トバゴの HIV の流行も近年は安定している（Ministry of Health Jamaica, 2007; Ministry of Health The Bahamas, 2006; PAHO & WHO, 2006; Ministry of Health Trinidad and Tobago, 2007）。

バルバドスでは、毎年新たに HIV に感染する人々の数は 1990 年代後半から比較的安定している（Ministry of Health Barbados, 2007）。

ガイアナでは、HIV 感染の原因は主に無防備な性行為である。最新の周産期クリニックでの調査によれば、妊婦の HIV 感染率は 1.6%。これは 2004 年に行った同様の調査で出た 2.3% と比べると低下している。しかし、方法の違いを考えると、二つの結果を比較するには注意が必要である（Ministry of Health Gyuana, 2007）。

図 13

妊婦の HIV 感染率（ドミニカ共和国, 1991-2005年）



Source: Ministry of Health surveillance reports, 1991-2006.

西インド諸島（カリブ海）の他の国々とは異なり、薬物注射が HIV 感染の主な要因であるのがバミューダ諸島とプエルトリコである。プエルトリコの IDU の HIV 感染率は現在でも非常に高く、10 万人に 26 人という HIV 感染率は北米の 2 倍であり、HIV 感染者の 3 分の 2 以上が男性である（AIDS Action, 2007）。



ラテンアメリカ

ラテンアメリカの HIV の流行は概して安定しており、HIV 感染は現在でも主にセックスワーカーや MSM など最もリスクの高い集団に起こっている。2007 年に新たに HIV に感染した人々の数は推定 10 万人[4 万 7 千–22 万人]で、HIV 感染者数は 160 万人[140 万–190 万人]と推定される。過去 1 年間のエイズによる死亡者数は推定 5 万 8 千人である。

南米のボリビア、チリ、エクアドル、ペルー、そして中米のエルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、メキシコ、ニカラグア、パナマなどでは、男性間の無防備な性行為が HIV 感染の重要な要因となっている。

ブラジルはラテンアメリカの HIV 感染者の 3 分の 1 を抱える国である。2005 年、ブラジルの HIV 感染者数は推定 62 万人[37 万–100 万人]。初期には MSM に感染が集中していたが、時間とともに IDU に、そして徐々に一般人口に感染は広がり、女性の感染者も増加している (Dourade et al., 2007)。女性の HIV 感染は性行為の相手となる男性の行動によるところが大きいと推定される (Silva & Barone, 2006)。ただし、男性間の無防備な性行為が性感染の半分を占めていることには変わらない。ハームリダクション・プログラムや、薬物摂取の方法が吸引にかわったこと、IDU の死亡率などから、IDU の HIV 感染率が低下している都市もある (UNAIDS & WHO, 2006)。

近年、アルゼンチンでは無防備な性行為が主な HIV 感染経路になっている (Cohen, 2006)。2005 年には HIV 感染者の 5 分の 4 が、おもに異性間の無防備な性行為による感染だった (National AIDS Programme Argentina, 2005)。しかし、南米では MSM の間に高い HIV 感染率が認められる国々もある。清潔でない注射器具の使用や薬物注射は、過去には HIV 感染の重要な危険要因だった。2003 年から 2005 年に、首都ブエノスアイレスでは、新たな HIV 感染者のなかで薬物注射による感染が占める割合は 5%にとどまっていると推定される。

ウルグアイでは、HIV 感染は首都モンテビデオに集中しており、エイズ報告数の 4 分の 3 を占めている。他に HIV 感染が集中しているのは、カネロネス、マルドナド、リベラ地区である。おもに異性間の無防備な性行為が HIV 感染報告数のほぼ 3 分の 2 を占めている。加えて、男性間の安全でない性行為と、清潔でない注射器具を用いた薬物注射が HIV 感染の大きな原因である (Montano et al., 2005; National AIDS Program Uruguay, 2007; IDES et al., 2005)。

パラグアイでは、HIV 感染は首都アスンシオン、セントラル県、アルゼンチンとブラジルの国境近くのいくつかの地域に集中している (National AIDS Program Paraguay, 2007)。2005 年末現在、HIV 感染者の大半が男性である。妊婦の HIV 感染率の全国平均は 2005 年現在、0.3%だった (National AIDS Program Paraguay, 2006)。

ボリビア、チリ、コロンビア、エクアドル、ペルーでは、HIV 感染は MSM に集中している (Martinez, Elea, Chiu, 2006; Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA, 2007a,b)。

ペルーの HIV 感染率は低く、特定の人口集団に集中していると推定される。1996 年から 2002 年にかけて行われたいくつかの調査から、MSM の感染率は現在も 18–22%であることがわかっている (Sanchez et al., 2007; Ministerio de Salud de Peru, 2006)。

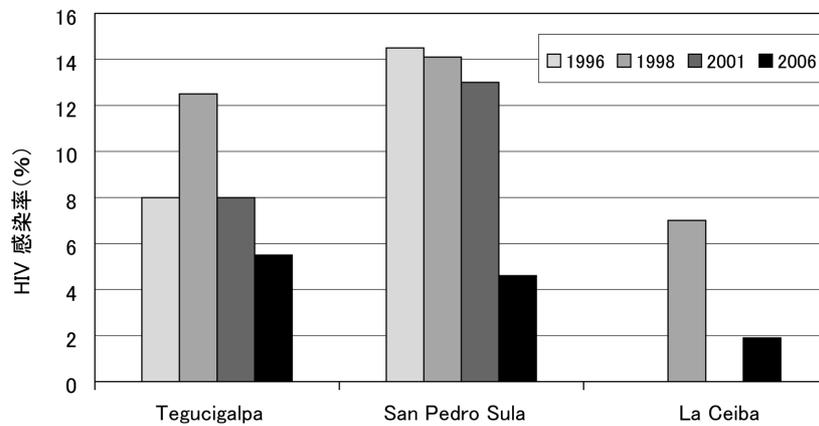
根強いホモフォビア (同性愛嫌悪) を背景に、ベリーズ、コスタリカ、エルサルバドル、グアテマラ、ニカラグア、パナマなどの中米諸国では、MSM の HIV 感染率が高い。成人一般人口の HIV 感染率と比較すると、MSM の陽性率は、ホンジュラスでは 7 倍、グアテマラとパナマでは 10 倍、エルサルバドルでは 22 倍、ニカラグアでは 38 倍も高い (Soto et al., 2007)。

女性セックスワーカーの HIV 感染率も高く、ホンジュラスでは 10%、グアテマラでは 4%、エルサルバドルでは 3%である。しかし、ニカラグアとパナマでは 0.2%と低い (Soto et al., 2007)。

最近の HIV 動向調査から、ホンジュラスの HIV 感染に関する情報が得られた。これによれば、HIV 感染は主に安全でない買春と男性間の無防備な性行為によって起こっていることがわかった (Ministry of Health Honduras, 2006)。しかし、これらの人口集団の HIV 感染率が低下傾向にあることや、コンドームの使用が増えているというエビデンスもある (Secretaria de Salud de Honduras et al., 2007a, b)。2006 年の調査の予備的所見によれば、テグシガルパの MSM の HIV 感染率は 5.7% (2001 年は 8.2%、1998 年は 10%)、サンペドロスラで 9.7% (2001 年は 16%) と低下傾向にある (Secretaria de Salud de Honduras et al., 2007b)。女性セックスワーカーの HIV 感染率の急激な低下もホンジュラスの 3 つの都市で見られる (図 14)。これらの 3 都市の女性セックスワーカーが過去 30 日間にコンドームを使用した割合も高く、テグシガルパとサンペドロスラでは 80%以上、ラセイバデは客に対しては 98%、不特定の性行為の相手に対しては 87%以上だった。このことから、コンドーム使用奨励策とその他の予防対策が成功を収めたことがわかる (Secretaria de Salud Honduras, 2007a)。

図 14

各都市における女性セックスワーカーの HIV 感染率 (ホンジュラス, 1996-2006年)



Source: Secretaria de salud de Honduras et al. (2007). Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales. Agosto. Tegucigalpa, Secretaria de salud de Honduras.



北アメリカ、西ヨーロッパおよび中央ヨーロッパ

北アメリカ、西ヨーロッパおよび中央ヨーロッパでは HIV 感染者数は増加している。抗 HIV 治療(以下、ART) がこの一因であるが、北アメリカの新たな HIV 感染者数が横ばいであることに加えて、西ヨーロッパ地域で 2002 年以降、新たな HIV 感染が増えていることも、感染者数増加の原因である。2007 年、北アメリカ、西ヨーロッパおよび中央ヨーロッパの HIV 感染者数は 210 万人 [110 万–300 万人]と推定され、そのうちの 7 万 8 千人 [1 万 9 千–8 万 6 千人]は過去 1 年間に新たに HIV に感染した人々であるとされる。効果的な抗 HIV 治療へのアクセスが拡大したことにより、エイズによる死者数は比較的少なく、推定 3 万 2 千人 [2 万–8 万 4 千人]である。

アメリカ合衆国は世界で最も HIV 感染者数が多い国の一つである。33 州と 4 つの属領で得られた長期匿名調査のデータによると、2005 年、HIV 感染あるいはエイズと診断された成人と若者のうち 74%が男性であった。2005 年に HIV 感染と診断された人々の半数以上 (56%) が MSM である。不特定の異性との性行為による感染は 3 分の 1 弱 (32%) で、18%が薬物注射によるものとなっている (US Center for Disease Control and Prevention, 2007a)。

アメリカ合衆国では現在も HIV の影響を最も受けているのは人種および民族的なマイノリティ (少数者) である。アフリカ系アメリカ人は全人口の 13%を占める (US Census Bureau, 2006) が、2005 年の新たな HIV 感染者数では 48%を占めている。2004 年、エイズは 25–44 歳のアフリカ系アメリカ人の死因の第 4 位である (Anderson, Mosher & Chandra, 2006; US Center for Disease Control and Prevention, 2006)。ヒスパニック系の人々は人口の 14%だが、新たな HIV 感染者数では 18%を占める (US Center for Disease Control and Prevention, 2007b)。

1990 年代半ばに HIV 感染者数が横ばいになって以来、1990 年代後半から再び HIV 感染者数が増えているのはカナダである。これは主に抗 HIV 治療の普及による。毎年新たに報告される HIV 感染者数には変化がなく、毎年、2,495 人から 2,538 人の間となっている (Public Health Agency of Canada, 2006)。

男性間の無防備な性行為が新たな HIV 感染の大部分を占めている。(2005 年には 45%、2002 年には 42%) (Boulos et al., 2006)

2005年に新たに HIV に感染した人々の推定 37%は、異性間の無防備な性行為によるもので、そのほとんどが、おもにサハラ以南アフリカや西インド諸島（カリブ海）など HIV が大流行している地域出身者である。

異性間の性行為による HIV 感染は、移民や移住労働者に多く、2006年の西ヨーロッパの新たな HIV 感染者数の 42%を占める。新たな HIV 感染者の 3分の1弱（29%）は男性間の安全でない性行為によるもので、薬物注射による感染は 6%である（EuroHIV, 2007）。

スペイン、イタリア、フランスおよびイギリスは現在も西ヨーロッパおよび中央ヨーロッパのなかで HIV 感染が最も広がっている国である。イギリスでは、新規 HIV 感染報告数が、2001年の 4,152人から 2006年には 8,925人と2倍になっている（EuroHIV, 2007）。イギリスで HIV 感染の報告数が増加しているのは、MSM の新規感染者数に変化がないことと、高い HIV 感染率の国々（サハラ以南アフリカとカリブ海地域）で感染した、異性愛者の男性および女性が HIV 感染と診断されることが増えていることに加えて、HIV 検査サービスの拡大により報告の改善が見られたことによる（Health Protection Agency, 2007; Euro HIV, 2007）。

イギリスを除く西ヨーロッパでは、新規 HIV 感染報告数は 1999年から 2005年の間に 7,497人から 19,476人とほぼ3倍になったが、2006年には 16,316人と減少した。報告数の多くを占めるのはフランスである。フランスでは定期報告が 2003年から始まったが 2006年の報告数は 5,750人だった。次いで、ドイツ（2,718人）、ポルトガル（2,162人）となっている。スペインとイタリアでは報告システムがあるのは一部の都市のみである。西ヨーロッパのその他の国々では、2006年に新たに報告された HIV 感染者数は少なく、1,000人を超えたのはオランダのみ（1,017人）だった。（EuroHIV, 2007）

西ヨーロッパ地域の HIV 感染は主に安全でない性行為によるもので、ポルトガルやスペインなどの国々を除いて、汚染された注射器具を用いた薬物注射によるものがこれに続く。異性間の性行為による HIV 感染のほとんどが、HIV 感染率の高い国々出身の人々であり、その半分（50%）が女性である（Euro HIV, 2007）。

西ヨーロッパの HIV 感染には二つの傾向がある。男性間の安全でない性行為による新たな HIV 感染が 1999年から 2006年にかけて 2,538人から 5,016人とほぼ2倍になっている。一方で、薬物注射による新たな HIV 感染は同時期に 661人から 581人と減少している。

中央ヨーロッパ諸国のなかで 2006年の新規 HIV 感染報告数が 100人を超えたのは、ポーランド（750人）、トルコ（290人）、ルーマニア（180人）の3カ国である。そのほかの国々では HIV 感染者数は比較的少なく、HIV の流行が始まってから累積 HIV 感染報告数が 1,000人を超えているのはハンガリー、モンテネグロ、セルビアだけである（Euro HIV, 2007）。

バルト海3国（エストニア、ラトビア、リトアニア）では、薬物注射が主な HIV 感染経路である。これらの国々では HIV 感染者数は横ばい状態である（Hamers, 2006; EuroHIV, 2007）。ただし、エストニアでは HIV 感染率が 100 万人あたり 54 人と高く、ヨーロッパの中で成人の推定 HIV 感染率が 2005 年に 1.3%[0.6%–4.3%]と最も高い（UNAIDS, 2006; Euro HIV, 2007）。



中近東および北アフリカ

一部の国々で進歩が見られるものの、中近東および北アフリカの疫学的動向調査は限られたものとなっている（Obermeyer, 2006）。HIVに関する入手できる情報を用いて推定すると、2007年に新たに HIV に感染した人々は 3 万 5 千人[1 万 6 千–6 万 5 千人]とされ、累積数は 38 万人[27 万–50 万人]とされる。エイズ関連の疾病により 2007 年には 2 万 5 千人[2 万–3 万 4 千人]が命を落としたと推定される。

中近東および北アフリカ地域で報告される HIV 感染者数は現在も少ない。この地域で最も HIV 感染率が高いスーダンを除いて、HIV 感染者のほとんどが都市部の男性である。スーダンでは HIV 感染の最も重要な危険要因は安全でない異性間の性行為である。

無防備な買春がこの地域の HIV 感染の主な要因だが、アフガニスタン、イラン、リビア、チュニジアでは汚染された注射器による薬物注射が主な HIV 感染経路であり、アルジェリアやモロッコ、シリアなどでも薬物注射が HIV 感染の一因となっている。



オセアニア

2007年、オセアニア地域で新たに HIV に感染した人々は推定 1 万 4 千人[1 万 1 千–2 万 6 千人]で、HIV 感染者数は 7 万 5 千人[5 万 3 千–12 万人]と推定される。

オセアニア地域の HIV 感染者の 70%以上を抱えるのがパプア・ニューギニアで、感染は現在も広がり続けている。ただし、その規模は以前に考えられていたよりも小さいと思われる。今日までに報告された HIV 感染者の大半が、人口の 80%が暮らす農村部からのものである。(National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2007)。安全でない異性間の性行為が主な HIV 感染経路だと推定されている。

オーストラリアでは、男性間の無防備な性行為が主な感染経路であることに変わらない(National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2007)。1990年代には予防対策により HIV 感染を抑えることができたが、2000年から2005年には男性間の安全でない性行為が増加したことに伴い、新規 HIV 感染が 41%も増加した(National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2006)。

ニュージーランドでは、国内での主な HIV 感染経路は現在も男性間の安全でない性行為である。しかし、新たな HIV 感染者のなかで異性間の無防備な性行為による感染が増えている。異性間の安全でない性行為による感染の大半は、アジアやサハラ以南アフリカなど国外での感染である(Ministry of Health New Zealand, 2007)。

地図

世界の推計総数（成人・子供）、2007 年末現在

HIV 感染者（成人・子供）推計総数、2007 年末現在

2007 年における新規 HIV 感染者（成人・子供）推計総数

2007 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) 2007 年末現在



HIV 感染者数	3,320 万人 (3,060–3,610 万人)
2007 年の新規 HIV 感染者数	250 万人 (180–410 万人)
2007 年の AIDS による死亡者数	210 万人 (190–240 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 2007 年末現在

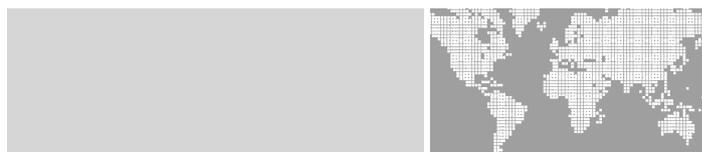


2007 年における 新規 HIV 感染者(成人・子供)推計総数



2007 年における AIDS による死亡者(成人・子供)推計総数





BIBLIOGRAPHY

GLOBAL OVERVIEW

Marston M et al. (2007). Estimating 'net' HIV-related mortality and the importance of background mortality rates. *AIDS* 2007, 21 (suppl 6): S65–S71.

Stover J, Walker N, Grassly NC, Marston M (2006). Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment: updates to the Spectrum projection package. *Sex Transm Inf*, 82 (Suppl. III):iii45–iii50.

Todd J, et al. (2007). Time from HIV seroconversion to death: a collaborative analysis of eight studies in six low and middle-income countries before highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2007, 21 (suppl 6): S55–S63.

UNAIDS (2007). *Comparing adult antenatal-clinic based HIV prevalence with prevalence from national population based surveys in sub-Saharan Africa*. UNAIDS presentation. Accessed 17 November 2007 at http://data.unaids.org/pub/Presentation/2007/survey_anc_2007_en.pdf.

UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling, and Projections (2006). *Improving parameter estimation, projection methods, uncertainty estimation, and epidemic classification. Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling, and Projections, Prague, Czech Republic, 29 Nov—1 Dec*. www.epidem.org/publications.

UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections (2002). Improved methods and assumptions for the estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS*, 16: W1–W16.

UNAIDS/WHO (2006). *AIDS epidemic update: December 2006*. UNAIDS, Geneva 2006. UNAIDS/06.29E. ISBN 92 9 173542 6.

WHO, UNAIDS, UNICEF (2007). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report*. April. Geneva. ISBN 978 92 4 159539 1.

WHO (2003). *The World health report: 2003: shaping the future*. Geneva. ISBN 92 4 156243 9.

SUB-SAHARAN AFRICA

Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM & Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35–40.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction nationale de la Statistique et de l'Informatique/ORC Macro (2002). *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*. June. Calverton.

Central Statistical Agency & ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis Ababa & Calverton.

Central Statistical Office Swaziland, Macro International Inc. (2007). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006-2007: preliminary report*. June. Calverton.

Central Statistical Office Zambia et al. (2003). *Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002*. Calverton.

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2006). *Relatório de actividades por 2005*. Ministério de Saúde. Maputo.

Department of Health South Africa (2007). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2006*. Pretoria.

- Department of Health South Africa (2006). National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2005. Pretoria.
- Direction Nationale de la Statistique, ORC Macro (2006). *Enquête démographique et de santé, Guinée 2005*. Calverton.
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2006). *AIDS in Ethiopia: 6th report*. September. Addis Ababa.
- Federal Ministry of Health Nigeria (2006). *The 2005 national HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria: summary position paper*. April. Abuja.
- 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*, 81:342–4.
- Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–6.
- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1): i1–i8.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Submitted for publication)
- Heaton L, Fowler T, Palamuleni M (2006). The HIV/AIDS epidemic in Malawi – putting the epidemic in context. Abstract CDC0062. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Institut National de la Statistique du Cameroun, ORC Macro (2005). *Enquête démographique et de santé Cameroun 2004*. June. Yaoundé & Calverton.
- Institut National de la Statistique du Niger, Macro International Inc (2007). *Enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples du Niger 2006*. February. Calverton.
- Institut national de la Statistique et de l'Analyse économique & ORC Macro (2007). *Enquête démographique et de santé EDSB-III Bénin 2006—Rapport préliminaire*. Calverton.
- Institut National de la Statistique, des Etudes économiques et démographiques et Programme national de Lutte Contre le Sida (2006). *Rapport de l'enquête nationale de séroprévalence du VIH/SIDA au Tchad 2005*. December. N'Djaména.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie, ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Calverton.
- Institut national de la Statistique et Ministère de la Lutte contre le Sida Côte d'Ivoire, ORC Macro (2006). *Enquête sur les indicateurs du sida, Côte d'Ivoire 2005*. Calverton.
- Kayembe PK et al. (2007). Evolution de la prévalence du VIH en République démocratique du Congo (1985–2005): évidence de plusieurs épidémies à différentes vitesses. In press.
- Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1): i27–31.
- 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 1):136–41.
- Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services/Macro International (2007). *Liberia demographic and health survey 2007: preliminary report*. Monrovia and Calverton.
- Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):i42–7.
- Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération internationale de la République centrafricaine (2007). *Suivi de la situation des enfants et des femmes, MICS-3: Résultats de l'enquête à indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et anémie en RCA 2006*. March. Bangui.
- Ministère de la Santé du Bénin (2006). *Rapport de surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin—Année 2006*. Ministère de la Santé. Cotonou.
- Ministère de la Santé Publique du Burundi (2005). *Bulletin Epidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA en 2005*. Septembre. Bujumbura.
- Ministère de la Santé du Mali (2005). *Rapport: Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes*. November. Bamakó.
- Ministère de la Santé du Mali, ORC Macro (2007). *Enquête démographique et de santé, EDSM-IV: rapport préliminaire*. April. Calverton.
- Ministère de la Santé du Rwanda (2005). *Surveillance de l'infection à VIH par sites sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale*. Kigali, Centre de Traitement et de Recherche sur le SIDA, CDC.

- Ministère de la Santé du Togo (2007). *Rapport annuel des activités du programme national de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles, année 2006*. Lomé.
- Ministère de la Santé du Togo (2006). *Surveillance sentinelle de l'infection au VIH/sida chez les femmes en consultation prénatale au Togo, avril-juin*. Lomé.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire, CDC/RETRO-CI/MEASURE Evaluation, (2007). *Enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2005*. Abidjan.
- Ministère de la Santé et du Planning Familial Madagascar (2005). *Resultats de L'enquete de surveillance biologique du VIH/SIDA et de la syphilis, annee 2005*. Decembre. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Antananarivo.
- Ministério da Saúde, CDC USA (2006). *Relatório Final I-II estudos de seroprevalencia em mulheres grávidas em consultas pré-natal (2004-2005)*. Luanda.
- Ministry of Health and Sanitation. Sierra Leone (2007). *Antenatal HIV and syphilis sentinel surveillance (2006)*. Freetown.
- Ministry of Health and Social Services Namibia, ORC Macro (2007). *2006 Namibian Demographic and Health Survey: Preliminary Tables*. July. Calverton
- Ministry of Health and Social Services. Republic of Namibia. (2007). *Results of the 2006 national sentinel survey among pregnant women*. Windhoek.
- Ministry of Health Botswana (2006). *2006 Botswana Second-Generation HIV/AIDS Surveillance Technical Report*. Gabarone.
- Ministry of Health Eritrea (2006). *Report of the 2005 round of HIV sentinel surveillance survey in ANC attendee women*. March. Asmara.
- Ministry of Health Ghana (2007). *HIV sentinel survey 2006 report*. March. Accra.
- Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. National AIDS and STI Control Programme (NAS COP), Nairobi.
- Ministry of Health Uganda & ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. March. Kampala & Calverton.
- Ministry of Health Zambia (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994-2004*. November. Ministry of Health Zambia. Lusaka.
- Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe (2007). *2006 ANC preliminary report*.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho (2005). *Report of the sentinel HIV/syphilis survey 2005*. September. Maseru.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho & ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Maseru & Calverton, Ministry of Health & Social Welfare and ORC Macro.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2006) *10th Round of the national HIV Serosurveillance in women attending antenatal care, sexually transmitted infections clients and tuberculosis patients*. January. Mbabane.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, Resurgent Infections and Population Change in Africa*. Springer.
- National AIDS Commission Malawi (2005). *HIV and Syphilis Sero-Survey and National HIV Prevalence Estimates Report 2005*. Lilongwe.
- National AIDS Control Council Kenya (2007). *National HIV Prevalence in Kenya*. July. Nairobi.
- National AIDS Secretariat, Nimba Research Consultancy (2005). *National population-based HIV seroprevalence survey of Sierra Leone*. Freetown. Available at http://www.daco-sl.org/encyclopedia/1_gov/1_5/NAS/nas_national_pop_hivsero_survey05.pdf
- Ndiaye S, Ayad M (2006). *Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005*. Calverton, Centre de Recherche pour le Développement humain/ORC Macro.
- Présidence du Faso (2005). *Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS): cadre pour la présentation des rapports pays—période concernée janvier-décembre 2004*. Ouagadougou.
- Programme national de Lutte contre le sida (PNLS) (2005). *Rapport de passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes*. August. Kinshasa, Ministère de la Santé de la République démocratique du Congo.
- Salum A et al. (2003). *Report on the population-based survey to estimate HIV prevalence in Zanzibar*. January. Revolutionary Government of Zanzibar. Ministry of Health and Social Welfare.
- 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.

- Sulliman FT, Ameerberg SAG (2004a). *Mauritius epidemiology network on drug use report: January–June 2004*. Port Louis.
- Swai RO et al. (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania–2003/2004. *BMC Public Health*, 6(91). Apr 10.
- Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics, ORC Macro (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003-04*. Calverton.
- Uganda Bureau of Statistics & Macro International Inc. (2007). *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton.
- Uganda Bureau of Statistics & ORC Macro (2001). *Uganda Demographic and Health Survey 2000-2001*. Calverton.
- UNAIDS (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. November. Geneva.
- Utulu SN, Lawoyin TO (2007). Epidemiological features of HIV infection among pregnant women in Makurdi, Benue State, Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 39(3):397–408.
- van der Loeff MF et al. (2003). Regional differences in HIV trends in the Gambia: results from sentinel surveillance among pregnant women. *AIDS*, 17:1841–46.
- WHO (2005). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients in Central South, Puntland and Somaliland*. A technical report. July. Nairobi.

ASIA

- 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.
- Achakzai M, Kassi M, Kasi PM (2007). Seroprevalences and co-infections of HIV, hepatitis C virus and hepatitis B virus in injecting drug users in Quetta, Pakistan. *Tropical Doctor*, 37(1):43–5.
- Char A, Piller A, Shirke S (2003). HIV/AIDS intervention among women working in bars and lodges in Thane district of Maharashtra, India. Abstract 1168. 2nd International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. 13–16 July. Paris.
- Choi K et al. (2003) Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361(9375):2125–6.
- Choi KH et al. (2007). The influence of social and sexual networks in the spread of HIV and syphilis among men who have sex with men in Shanghai, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(1):77–84.
- 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.
- Hesketh T et al. (2006). Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy. Abstract CDD0591. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- 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 & Family Welfare.
- 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.
- Lu F et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing? Abstract MOPE0462. 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.
- Ministry of Health China (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 Indonesia, Statistics Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Jakarta.
- Ministry of Health Indonesia, Statistics Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Jakarta.
- Ministry of Health Pakistan (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high risk groups in Lahore and Karachi, March–August 2004*. Islamabad.

- 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.
- Ministry of Health Viet Nam (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi.
- Nai Zindagi and Associates (2006). *Baseline study on HIV and STIs risks among IDUs in Lahore, Sargodha, Faisalabad and Sialkot*, June–July. Islamabad.
- NACO (2005a). An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India. New Delhi. http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- NACO, Ministry of Health and Family Welfare. <http://www.nacoonline.org>
- National AIDS Control Program Pakistan (2005). Pilot study under the HIV/AIDS surveillance project. March. Islamabad.
- National AIDS Programme Myanmar (2007). *Sentinel Survey Data for March–April 2006*. Yangon.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates*. Phnom Penh.
- NFHS-3 (2007). National Family Health Survey 3, India. Available at <http://www.nfhsindia.org/chapters.html>. Accessed 19 October 2007.
- Tao X et al. (2004) Survey of related high risk behaviors of MSM in Shenzhen city. *Modern Preventive Medicine*, 31:247–8.
- Tuang NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin of the WHO*, 85(1):35–41.
- 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):844–8. August 11.
- Viet Nam Commission for Population et al. (2006). *HIV/AIDS in Viet Nam*. Hanoi, Ministry of Health, Population Reference Bureau.
- WHO (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. March. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia. <http://www.searo.who.int/hiv-aids>
- WHO, Ministry of Health Indonesia (2007). *Review of the health sector response to HIV and AIDS in Indonesia, 2007*. Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_REVIEW_HIV_AIDS_Indonesia_2007.PDF
- World Bank (2005). *AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. August. Washington.
- Zhu TF et al. (2005). High risk populations and HIV-1 infection in China. *Cell Research*, 15(11-12):852–7.

EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA

- AIDS Center of the South-Kazakhstan Oblast (2007). Presentation to the national meeting on universal access to ART treatment and testing services. 3–4 September. Astana.
- AIDS Foundation East-West (2007). *Officially registered HIV cases by region of the Russian Federation—1 January 1987 through 30 June 2007*. Moscow. Available at <http://www.afew.org/english/statistics/HIVinRFregions.htm>
- Armenian National AIDS Foundation (2006). *Results of biological and behavioural HIV surveillance in the Republic of Armenia, 2002 and 2005*. Yerevan.
- Booth RE, Kwiatkowski CF, Brewster JT (2006). Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. *AIDS*, 20(17):2217–2223.
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No. 75*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- Ladnaya NN (2007). The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. Presentation to “Mapping the AIDS Pandemic” meeting, 30 June. Moscow.
- Lazutkina I (2007). *Vertical transmission and medical-social support to women and children born to HIV-positive mothers in Orenburg oblast. Presentation to regional monitoring and evaluation workshop*. 5–7 June. Regional Centre for Preventing and Combating AIDS and Infectious Diseases. Orenburg.
- Ministry of Health Belarus (2007). HIV epidemic situation in the Republic of Belarus in 2006. *Information Bulletin*, 24. Minsk.
- 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 Kyrgyzstan (2007). *Report of the Republican AIDS Centre for 2006*. Bishkek.
- Ministry of Health Tajikistan (2007). Situation on HIV epidemic in the Republic of Tajikistan, according to the results of sentinel survey for 2006. Presentation to National Conference. 21–22 May. Dushanbe. Available at <http://www.caftar.com/clientzone/aids/> (in Russian).
- Ministry of Health of Ukraine (2007). *HIV-infection in Ukraine: information bulletin no. 27*. Kiev. Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, L.V. Gromashevskogo.
- Republican Centre for AIDS Prevention and Control (2005). *Sentinel surveillance for HIV in Kazakhstan*. Almaty.
- Russian Federal AIDS Centre (2007). *Officially registered HIV cases in Russian Federation: 1 January 1987—31 December 2006*. 14 February. Moscow, AIDS Foundation East West.
- 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.
- Ukrainian Institute for Social Research (2007). Linked surveillance Among IDU and MSM, 3rd National Conference on Monitoring and Evaluation in Ukraine, September. Ukrainian Institute for Social Research named after O Yaremenko, Ukrainian AIDS Centre, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine.
- Volkova GV (2007). *Trends of the HIV epidemic in St. Petersburg*. Presentation to Regional Monitoring and Evaluation Workshop. 18–20 April. Saint Petersburg, City AIDS Center.
- WHO (2006a). *Belarus—HIV/AIDS country profile*. Available at http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_5
- WHO (2006b). *Republic of Moldova—HIV/AIDS country profile*. Available at http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_34

CARIBBEAN

- AIDS Action (2007). *State facts: HIV/AIDS in Puerto Rico*. Washington.
- Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):96–101.
- 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*. 3–6 July. Saint Lucia. Available at <http://www.cpc-paho.org/publications/publication.aspx?id=59>
- Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS–IV: Haïti 2005–2006*. July. Pétion ville and Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance, ORC Macro.
- 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 the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Abstract CDC0313. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Gupta S et al. (2006). Comparison of three methods to detect recent HIV-1 infection in specimens collected cross-sectionally in a cohort of female sex workers in the Dominican Republic. Abstract MOPE0439. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1–i8.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.
- 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.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population (2007). Etude de serosurveillance par methode sentinelle de la prevalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2006/2007. July. Port-au-Prince.
- Ministry of Health The Bahamas (2006). Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Country Report. April. Nassau.
- Ministry of Health Barbados (2007). *The 2006 epidemiological overview of HIV in Barbados*. Working draft. July. Bridgetown.
- Ministry of Health Guyana (2007). *Guyana HIV antenatal care seroprevalence survey, 2006*. Georgetown.

Ministry of Health Jamaica (2007). *HIV and AIDS in Jamaica National Strategic Plan 2007–2012*. July. Kingston, National HIV/STI Programme, Ministry of Health.

Ministry of Health Trinidad and Tobago (2007). *HIV/AIDS morbidity and mortality report*, Quarter 1 Report. 22 May.

PAHO (2007). *AIDS in the Americas: the evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC.

PAHO, WHO (2006). Assessment report for the evaluation of national services for the prevention of mother to child transmission of HIV and syphilis, 2000–2005. Washington, DC.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2007). *Resultados Preliminares de las Estimaciones de VIH/SIDA Nacionales de la República Dominicana 2006*. June. Santo Domingo.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2005b). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. January. Santo Domingo.

LATIN AMERICA

Cohen J (2006). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.

Dourado I et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):25–32.

IDES, et al. (2005). *HIV, HBV, HCV prevalence related to sexual behavior and drug use in 200 injecting drug users in Montevideo, Uruguay*. Ministry of Health. Montevideo.

Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena Infectología*, 23(4):321–329.

Ministerio de Salud del Perú (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y el Control*. Lima.

Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA (2007a). *Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso UNGASS sobre el VIH/sida*. La Paz.

Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA (2007b). *Plan para Alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Tratamiento del VIH/Sida en Bolivia 2006–2010*. La Paz.

Ministry of Health Honduras (2006). *Honduras: follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Tegucigalpa.

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 Program Argentina (2005). *Epidemiological surveillance report*. December. Buenos Aires.

National AIDS Program Paraguay (2007). *Epidemiological surveillance report*. February. Asunción.

National AIDS Program Paraguay (2006). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on women after delivery*. Asunción.

National AIDS Program Uruguay (2007). *Epidemiological surveillance report February*. Montevideo.

Sanchez J et al. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 44(5):578–585.

Secretaria de salud de Honduras et al. (2007a). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales, Agosto*. Tegucigalpa.

Secretaria de salud de Honduras et al. (2007b). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Julio*. Tegucigalpa.

Silva ACM, Barone AA (2006). Risk factors for HIV infection among patients infected with hepatitis C virus. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):482–488.

Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infection/HIV and risk behaviours in vulnerable populations in five Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Ahead of print.

UNAIDS, WHO (2006). *AIDS epidemic update*. Geneva.

NORTH AMERICA, WESTERN AND CENTRAL EUROPE

Anderson JE, Mosher WD, Chandra A (2006). Percentage of persons aged 22–44 years at increased risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection, by race/ethnicity and education – National Survey of Family Growth, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(46):1255.

Boulos D et al. (2006) *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005*.

Canadian Communicable Disease Report, 32:165–174.

EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 76*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire. Available at <http://www.eurohiv.org>.

Hamers FF (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(11).

Health Protection Agency (2007). HIV and AIDS in the United Kingdom update: data to the end of March 2007. Health Protection Report, 1(17).

Public Health Agency of Canada (2006). *HIV and AIDS in Canada: surveillance report to June 30, 2006*. Ottawa. Available at: www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance.

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

US Centers for Disease Control and Prevention (2007a). *HIV/AIDS surveillance report: cases of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2005*. Vol. 17. Revised June 2007. Atlanta.

US Centers for Disease Control and Prevention (2007b). HIV/AIDS among blacks—Florida, 1999–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56:69–73.

US Centers for Disease Control and Prevention (2006). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55 (14):1–17.

MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA

Obermeyer CM (2006). HIV in the Middle East. *British Medical Journal*, 333:851–854.

OCEANIA

Ministry of Health New Zealand (2007). *AIDS—New Zealand*. Issue 59. Auckland. Available at <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/aids-nz-issue59>

National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea (2007). *The 2007 consensus report on the HIV epidemic in Papua New Guinea*. Port Moresby.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007). *Australian HIV Surveillance Report*, 23(1). January.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2006). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2006*. Sydney.

Prestage G et al. (2006). Trends in unprotected anal intercourse among Sydney gay men. Abstract WEPE0721. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

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 80 countries worldwide.

付 録



プレスリリース

世界の HIV 感染率は横ばい エイズは世界の主要な死亡原因のひとつ、アフリカでは依然、死亡原因のトップ

サーベイランスの改善がエイズの流行に関する理解を深め、推計を大きく見直す結果になった

【ジュネーブ 2007年11月21日】

新たなデータは、世界全体の HIV 感染率 — 全人口に占める HIV 感染者の割合 — が横ばいになっていること、そして新規感染は、HIV 対策の成果もあって、減少していることを示している。しかし、2007年には、世界の HIV 感染者数は3,320万人（3,060万～3,610万人）、年間の新規 HIV 感染者数は250万人（180万～410万人）、エイズによる死亡者は210万人（190万～240万人）と推計されている。

サハラ以南アフリカでの新規感染者数は170万人（140万～240万人）で、2001年以降、大きく減少している。しかし、この地域は依然として最も流行が深刻な地域である。サハラ以南アフリカの HIV 感染者数は2,250万人（2,090万～2,430万人）で、世界全体の68%を占めている。地域内の8カ国で世界の新規感染者とエイズによる死亡者のほぼ3分の1を占めている。

国連エイズ特別総会のコミットメント宣言が採択された2001年以降、東ヨーロッパおよび中央アジア（旧ソ連・東欧）地域の HIV 感染者数は63万人（49万～110万人）から2007年の160万人（120万～210万人）と150%以上の増加になっている。アジアではベトナムの HIV 感染者数が2000年から2005年の間に2倍に増え、インドネシアは最も急速に流行が拡大している国となっている。

これらの推計は国連合同エイズ計画（UNAIDS）と世界保健機関（WHO）が本日発表した報告書（「HIV/AIDS 最新情報（2007年末現在）」）で明らかにされている。

推計方法には改良が重ねられている

疫学的データと分析が改善、充実されたことにより、新たな報告書は世界の流行に関してこれまでより正確に把握できるようになった。こうした新しいデータと方法論の進歩が、これまでの予測の大幅な見直しにつながるようになった。

世界全体の HIV 感染率 — 全人口に占める HIV 感染者の割合 — は横ばいになっているものの、感染者の総数は増えている。これには新規に感染する人に加えて、感染した人が長く生きていけるようになったこともある。

世界の新規感染者数 — 年間の新たな HIV 感染者数 — は1990年代末に300万人超（240万人～

510万人)でピークに達し、2007年には250万人(180万~410万人)、一日平均6,800人以上と推計される。これは流行の自然推移を示すと同時に HIV 感染予防の努力の結果でもある。

エイズ関連疾患による死亡者数は、抗 HIV 薬の延命効果もあって、過去2年間、減少している。しかし、エイズは世界全体でも依然として主要な死亡原因の一つであり、アフリカでは最大の死亡原因となっている。

「これらの改善されたデータによって、私たちはエイズの流行をより明確に把握できるようになった。現状は試練ではあるが、同時にチャンスでもある」として UNAIDS のピーター・ピオット事務局長は次のように語っている。「疑いもなく、私たちは対策の効果を目にしようとしている。新たな感染と死亡は減少しつつあり、HIV 感染率は横ばいになろうとしている。それでも毎日6,800人以上が新たに HIV に感染し、5,700人以上がエイズで死亡している。私たちは世界全体でエイズの流行による打撃を大幅に減らしていくために、より一層の努力を続けなければならない。」

推計の見直し

UNAIDS、WHO、および推計・モデル化・予測に関する検討グループは最近、2001年以降の方法論と調査システムに関し、大幅な見直しを行った。今年の報告書の流行推計には、各国データの収集・分析方法が改善され、同時に流行の自然推移と HIV 感染の分布に関する理解が深まったことが反映されている。この情報は、各国がそれぞれの流行の現状を把握し、より効果的な対策をとるうえで大きな助けになるだろう。

UNAIDS と WHO にはますます多くの国からより充実した情報が寄せられている。過去数年の間に、サハラ以南アフリカやアジアを中心に数多くの国で、HIV サーベイランスの充実強化がはかられ、新たに正確な調査が実施されて、HIV 感染率についてこれまでよりも明瞭な情報が得られるようになった。加えて、アフリカを中心にした30カ国で全国的な地域住民調査が実施された。こうした調査の結果は、似たような流行を抱えながら、同種の調査を行っていない国に対しても、見直しに必要な情報を与えてくれる。治療を受けていない HIV 感染者の予後に関する知見が深まったことも、新たな推定には役立っている。

最新推計では世界の HIV 感染者数は3,320万人(3,060万~3,610万人)に対し、2006年の推計では3,950万人(2,450万~4,710万人)だった。ただし、2007年報告書では、改善された推計方法で過去のデータの見直しも行っており、それによると2006年は3,270万人(3,020万~3,530万人)となる。今回の感染者数減少の最大の理由は、集中的な流行の再検討に伴うインドの推計の見直しにある。インドの修正推計と、サハラ以南アフリカ5カ国(アンゴラ、ケニア、モザンビーク、ナイジェリア、ジンバブエ)における推計の重要な修正とを併せて、2006年推計と比べて減少した分の70%を占める。

「信頼のおける公衆衛生データは効果的な HIV/エイズ対策の不可欠な基盤である」と WHO のケビン・デ・クック HIV/エイズ部長はいう。「新たな推計は、過去の推計に比べれば質が高いが、私たちは、保健に関する戦略的な情報をすべての国で多面的に得るために、これからも努力を続けなければならない。」

「HIV の流行を把握するために UNAIDS と WHO が使用しているデータは近年、非常に多様かつ良質

になってきている」とジョンズホプキンス大学ブルンバーグ公衆衛生大学院のロン・ブルックメイヤー教授（医療統計）兼公衆衛生修士プログラム代表は話す。「にもかかわらず、さらに基本的なデータの内容を高めていく必要がある。各国のリスクにさらされやすい人口層における流行をより適切に追跡するために、サーベイランスシステムを拡充する必要がある。」

UNAIDS と WHO が先日開催した疫学推計に関する国際諮問会議で、独立した検証委員会の議長も務めたブルックメイヤー教授は「より正確な推計と傾向の把握は、最終的に予防プログラムの設計と評価の改善をもたらすことになる」と付け加えた。

UNAIDS と WHO は、研究成果や各国の新しいサーベイランスデータを得て、さらに方法論の改善をはかっていく。

進展は見られるが、なすべきことはもっとある

エイズの流行に最も深刻な打撃を受けている15カ国のうち11カ国で、周産期クリニックを訪れる若い妊婦（15～24歳）の HIV 感染率は、2000/2001年以来下がっている。また、予備的な調査のデータでは、数多くの国（ボツワナ、カメルーン、チャド、ハイチ、ケニア、マラウイ、トーゴ、ザンビア、ジンバブエ）で、ハイリスク行動に対する前向きな変化が若者の間で現れていることが示されている。こうした傾向は、最も深刻な国のうち数カ国で予防の努力の効果が表れつつあることを示すものだ。

サハラ以南アフリカ諸国では、治療の拡大と HIV 予防の努力がいくつかの国で成果をもたらしている。ただしアフリカでは、必要な治療が提供されていないので、エイズの死亡率は依然として高い。コートジボアール、ケニア、ジンバブエでは、全国規模で感染率の下降傾向が見られる。サハラ以南アフリカだけでなく、新規 HIV 感染の減少は南・東南アジアでも見られる。とくにカンボジア、ミャンマー、タイが顕著である。

一方で、いくつかの国では、減少傾向からの反転が見られており、HIV 感染予防の努力にもう一度、力を入れ直す必要がある。ブルンジは1990年代末から減少傾向を示していたが、2005年以降は続かず、ほとんどのサーベイランス地点で HIV 感染率が高くなり始めている。タイでは流行を拡大から縮小へと転じることができたが、男性とセックスをする男性の間での HIV 感染率は上昇している。また、薬物注射使用者の HIV 感染率はこの15年間、30%から50%と高いままだ。

UNAIDS と WHO の担当者は、HIV 予防、治療、ケア、サポートというサービスへの普遍的アクセスの実現に向けて、いま直ちに行動すること、および資金の増額をはかることの必要性は、新たな推計によって何ら変わるものではない、と指摘している。

問合せ先

Sophie Barton-Knott | UNAIDS Geneva | +41 22 791 1967 | bartonknotts@unaid.org



ファクトシート

Nov

07

地域ごとの特徴 – HIV/AIDS 最新情報 2007年

世界の概観

- 世界的に見ると、HIV 感染率 – 全人口に占める感染者の割合 – は横ばいになったように思われる。しかし HIV 感染者の総数は、2001年の2,900万人（2,690万～3,240万人）から、2007年には3,320万人（3,060万～3,610万人）へと増加している。
- 2007年には約250万人（180万～410万人）が新たに HIV に感染し、210万人（190万～240万人）がエイズ関連疾患で死亡している。

サハラ以南アフリカ

- サハラ以南アフリカは、現在も最もエイズの影響を受けている地域である。2007年には約170万人（140万～240万人）が新たに HIV に感染し、HIV 感染者数は2,250万人（2,090万～2,430万人）と見られた。この地域は、他の地域と異なり、HIV 感染者の過半数（61%）が女性である。
 - 全世界の HIV 感染者の3分の2余り（68%）がこの地域に住んでおり、2007年のエイズ関連疾病による死亡の4分の3以上（76%）がこの地域で起きている。
 - この地域内では南部アフリカが最も影響を受けており、2005年の南部アフリカ8カ国（ボツワナ、レソト、モザンビーク、ナミビア、南アフリカ共和国、スワジランド、ザンビア、ジンバブウェ）の HIV 感染率は15%を超えている。
 - 南アフリカ共和国は世界で最も HIV 感染者の多い国だが、他の南部アフリカ諸国、東アフリカおよび西アフリカ諸国のエイズの影響を受けている国々と同じく、成人の HIV 感染率は横ばいしないし低下し始めている。低下の傾向はケニアおよびジンバブウェで顕著になっている。またコートジボワール、マリ、ブルキナ・ファソでも低下の兆しが見られる。これらの国々では、HIV 感染予防につながる行動変容も見られる。

アジア

- 2007年のアジアの HIV 感染者は490万人（370万～670万人）、この一年間に新たに44万人（21万～100万人）が感染し、エイズ関連疾患で30万人（25万～47万人）が死亡したと推計される。
 - 2007年の新規感染者数は、2001年に比べ20%近く増加している。
 - 地域内では東南アジアの HIV 感染率が最も高い。国により流行傾向に違いがあり、ミャンマー、タイ、カンボジアでは低下しつつあるが、インドネシア、ベトナムでは増加が著しい。
 - インドの HIV 感染率はかつて推定されていたよりも低かったが、流行はきわめて多くの人に影響を与えている（2006年の感染者新推計250万人（200万～310万人））。

西インド諸島（カリブ海）

- 2007年の西インド諸島（カリブ海）の HIV 感染率は1%と推計され、依然としてサハラ以南アフリカに次いで高い。2007年の HIV 感染者は23万人（21万～27万人）、エイズ関連疾患による死亡者は1万1千人（9,800千～1万8千人）、年間の新規感染者は1万7千人（1万5千～2万3千人）と見られる。
 - － この地域では、ドミニカ共和国およびハイチの HIV 感染率が最も高く、両国にこの地域の HIV 感染者の4分の3が集中している。
 - － しかしハイチでは近年、データによると、HIV 感染リスクの高い性行動が著しく減少している。
 - － エイズは、西インド諸島（カリブ海）の25歳から44歳までの年齢層の最大の死因の一つである。

東ヨーロッパおよび中央アジア

- 東ヨーロッパおよび中央アジアでは、2007年の新規感染者は15万人（7万～29万人）で、HIV 感染者は160万人（120万～210万人）に増加、エイズ関連疾患による死亡者は5万5千人（4万2千～8万8千人）と推計される。
 - － この地域で新たに報告される HIV 感染の90%近くがロシア連邦（66%）とウクライナ（21%）だが、他の国々でも新規感染報告は増えている。ウズベキスタンは現在中央アジアで最も感染者の多い国となっている。
 - － この地域での HIV 感染の多くは、薬物の静脈注射によるものである。

ラテンアメリカ

- ラテンアメリカの HIV 感染率はおおむね横ばいである。2007年の新規感染者は推計10万人（4万7千～22万人）で、HIV 感染者総数は160万人（140万～190万人）、年間にエイズ関連疾患で5万8千人（4万9千～9万1千人）が死亡したと見られる。
 - － この地域での HIV 感染の多くは、セックス・ワーカーとMSM（男性とセックスする男性）を含む感染にさらされる危険の高い人々の中で起きている。
 - － 男性間の予防措置を取らない性行為による HIV 感染が多い。（ボリビア、チリ、エクアドル、エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、メキシコ、ニカラグア、パナマ）
 - － この地域に広がるスティグマと差別が、HIV 予防・治療・ケア・サポートへの普遍的アクセス達成への大きな障害となっている。
 - － ラテンアメリカでの適切なサーベイランスに、もっと資金を投じる必要がある。

北アメリカ、西ヨーロッパおよび中央ヨーロッパ

- 2007年の北アメリカ、西ヨーロッパおよび中央ヨーロッパの HIV 感染者は210万人（110万～300万人）、新規感染者は7万8千人（1万9千～8万6千人）、エイズ関連疾患による死亡者は3万2千人（2万人～8万4千人）と推計される。
 - － HIV 新規感染の報告は西ヨーロッパでは2002年以来増え続けており、また北アメリカでも

減ってはいない。

- － この地域では、効果的な抗 HIV 療法に多くの感染者がアクセスしており、エイズ関連疾患による死亡は比較的少ない。

中近東および北アフリカ

- 2007年に新たに3万5千人（1万6千～6万5千人）が HIV に感染し、この地域の HIV 感染者は38万人（27万～50万人）となり、エイズ関連疾患で2万5千人（2万～3万4千人）が死亡したと推定される。
 - － この地域のデータはごく限られており、サーベイランスおよびデータ収集を進める必要がある。
 - － HIV 感染は男性と都市部に集中している。この地域で最も HIV 感染率の高いスーダン¹は例外で、安全でない異性間性行為が最大のリスク要因となっている。
 - － この地域全体で、予防措置を取らないセックス・ワークは無視できない要因だが、多くの国で薬物の静脈注射が主要な感染ルートとなっている。

オセアニア

- 2007年にオセアニアでは新たに1万4千人（1万1千～2万6千人）が HIV 感染し、HIV 感染者は7万5千人（5万3千～12万人）、エイズ関連疾患で1,200人（500以下～2,700）が死亡したと推定される。
 - － この地域の HIV 感染者の70%以上がパプア・ニューギニアであり、かつて予想されたよりもいっくら弱まったものの、流行はさらに拡大している。
 - － オーストラリアとニュージーランドでは、主として予防措置を取らない男性間のセックスによって、HIV 感染が続いている。

問合せ先

Sophie Barton-Knott | UNAIDS Geneva | +41 22 791 1967 | bartonknotts@unaids.org



ファクトシート

Nov

07

HIV 推計の見直し

概要

「HIV/AIDS 最新情報（2007年末現在）」で公表されたように、WHO と UNAIDS は HIV 感染者数の推計値を見直し、2006年の3,950万人 [3,410–4,710万人] から2007年は3,320万人 [3,060–3,610万人] へと下方修正した。見直しの理由はおもに、**方法論の改善、各国のサーベイランスの前進、そして推計に用いられる主要な疫学的前提の変更**にある。

昨年との違いのほぼ70%は、**インド**（修正のほぼ半分はインドー国による）および**ナイジェリア、モザンビーク、ジンバブエ、ケニア、アンゴラ**等、サハラ以南アフリカの諸国における感染率の低下による。

「HIV/AIDS 最新情報（2007年末現在）」におけるほとんどの推計は、昨年版よりも低いが、同様のことはそれ以前の年についても言える。

方法論の見直し

2007年に WHO と UNAIDS は、2001年以来の HIV/AIDS に関する推計方法について、きわめて包括的な再検討を行った。それは、最新の科学的成果に基づいて HIV 推計を改良する継続的なプロセスの一部として、「UNAIDS 推計・モデリング・予測に関する検討グループ」の勧告を受けて実施された。

さらに UNAIDS と WHO は、2007年11月14–15日に「**エイズ推計に関する国際諮問会議**」を開催した。これには全世界から30名以上の専門家を招き、UNAIDS と WHO が HIV 推計に用いている手続き、方法、ツールについて検討した。

諮問会議は、UNAIDS と WHO による2007年の推計が入手できる最適なデータと方法論に基づいていることを認め、いくつかの勧告を行った。勧告は UNAIDS のウェブサイトに掲載されている。

サーベイランスにおける前進

ここ数年、**サハラ以南アフリカとアジア**のいくつかの国は、**HIV サーベイランスシステム**の改良と拡大をはかり、新しくてより正確な研究を行ってきた。これらの新たなデータは、地球規模のエイズ流行の理解を深めるために使われた。

- いくつかの国では、数の上でも地理的にも調査地点の拡張によって、改善がはかられた^(注1)。
- さらにアフリカその他の30カ国では、全国を代表する形で地域住民調査が実施された^(注2)。
- 新たな情報によって、そうした調査がまだ行われていないが同様の流行状況にある他の国のデータ修正も行われた。

主要な疫学的前提の変更

さらに、UNAIDS と WHO が使用している推計ソフトの2007年版に、いくつかの新しい前提が組み込まれた。

- 一般人口の感染率の算出に際して、妊産婦クリニックのデータを利用する方法が修正調整された。

全国的な地域住民調査が行われていない国では、クリニックに来る妊婦のデータは0.8を掛けて下方に調整した。これまでは、農村部のクリニックから得られた感染率だけが調整されていた。

- 治療を受けていない感染者の平均生存年数は、9年から11年に変更された。

この平均生存年数の延長によって、新規感染者数とエイズによる死亡者数は下方修正された。

体系的検討

これまでに挙げた変更のすべてが、HIV 感染者、エイズによる死亡者、新規感染者の数、そして抗 HIV 治療を必要とする人の数について、推計を改善する結果につながった。

UNAIDS と WHO は、専門家と各国の提携機関と協力して、HIV 推計に使用する方法の体系的検討を継続し、最新の科学的エビデンスと研究を反映した確実な推計を行っていく。

(注1) 「HIV/AIDS 最新情報 (2007年末現在)」世界の概観に記載されている推計見直しに関する説明を参照。例えばインドの調査地点は1998年には155であったが、2006年には1,120に増大している。

(注2) 同上、表2に、地域住民調査をしたサハラ以南アフリカ28、アジア2、西インド諸島(カリブ海)2、計30カ国が挙げられている。

問合せ先

Sophie Barton-Knott | UNAIDS Geneva | +41 22 791 1967 | bartonknotts@unaids.org



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA

UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK

Q & A

Nov

07

2007年 世界の HIV/AIDS 流行状況

感染率

1. 世界で何人の人々が現在 HIV とともに生きています、推定しているか？

HIV とともに生きています世界の成人人口のパーセンテージ（HIV 感染率）は、横ばい化しており、サハラ以南アフリカでは低下している。

しかしながら、世界で HIV 感染者の実数は増加し続けている。2007年には、世界全体で3,320万人 [3,060万人～3,610万人] の人々が HIV とともに生きており、2001年の2,900万人 [2,690万人～3,240万人] より増加している。

HIV 感染者の最新の推定値は、昨年公表された3,950万人 [3,410万～4,710万人] から630万人の減少である。この減少は、2007年6月に発表されたインドの改訂推定値を勘案したものである。

2. 下方修正にあたり、HIV 感染者が630万人も減少した要因は？

630万人の減少は、サーベイランス、データ収集、方法論の改善および拡充に負うところが大きく、UNAIDS と WHO は、その恩恵の元で、世界的なエイズの流行についてより詳細で正確な全体像を提示することができた。

昨年度公表数字との差異の約70%は、インド（この減少幅の約半分はインドにおける感染率の減少に起因するもの）およびナイジェリア、モザンビーク、ジンバブエ、ケニア、アンゴラなどいくつかのサハラ以南アフリカ諸国における HIV 感染率の低下に起因するものである。

下方修正幅の残りの30%は、数多くのサハラ以南アフリカでほとんど発生したものである。HIV 感染発生件数（新規 HIV 感染数）の減少も要因のひとつであるが、これは、現在のところ数量化することは難しい。

住民調査から得られた情報が、すべての国での数値の修正を行うために利用された。しかしながら、特にジンバブエ、コートジボアール、ケニアなどのいくつかの国では、HIV 感染率の低下は、統計的な修正ではなく、実際の低下にほとんど依拠するものである。

3. より一層の修正を予想しているか？

アジアおよびサハラ以南アフリカで将来実施される住民調査結果は、世界的な感染率予測に小さな影響しか及ぼさないだろうと予測される。これは、最も大きく、被害が最も深刻な国々は、これらの調査をすでに実施しているか、していないにしても、類似の流行を抱えた国々の国家レベルの調査から得られた情報に基づき、その推定値をすでに調整しているためである。

方法論の改善、各国からの情報の質の向上などに基づき、我々は、世界的な HIV の流行について可能な限り最も正確な全体像を提示していると自信を抱いている。

前進しながら、UNAIDS と WHO は、データをさらに完全なものとし、方法論を改善すべくパートナーと協働し続けていく意向である。

4. 流行の横ばい化は、エイズの拡大を食い止められていることを意味するのか？

違う。感染率が15%を越えるボツワナのような国は、感染率が受け容れがたいほど高いレベルで横ばい化している流行の一例であり、同国ではエイズ対策が十分に行われていないことが明確に示されている。

さらに、流行が横ばい化したとしても、多くの人々が新たに感染し、それに等しい数の人々が亡くなっているという状況が見えなくなってしまうだけという場合もありうる。こうした状況は、サハラ以南アフリカの多くの国々で発生している。

また、感染率が横ばいあるいは低下したとしても、継続する新規感染が、一国における HIV 感染者の推定数に寄与する。

この状況は抗 HIV 治療を受けている人々の数が増えていることに起因する場合もありうる。なぜなら、抗 HIV 治療を受けている人々は、ウイルスを他人に伝染させる確率が低いために新規感染数の低下につながる可能性があるからである。

5. サハラ以南アフリカにおける感染率の低下は、予防プログラムが功を奏していることを示すものか？

我々は、9カ国の若者の HIV 感染率が低下していることを示唆するデータを有している^(注1)。こうした傾向は、5カ国^(注2)の都市部および／あるいは地方部における若い妊婦の HIV 感染率が大幅に低下している証左とも合わせ、HIV 予防対策が、被害が最も深刻な複数の国々で効果を発揮している可能性があることを示唆している。

HIV 感染率の横ばい化および減少は、以下のようなその他の新しい情勢を指し示している可能性もある。

(注1) ボツワナ、カメルーン、チャド、ケニア、ハイチ、マラウイ、トーゴ、ザンビアおよびジンバブエ

(注2) ボツワナ、コートジボワール、ケニア、マラウイおよびジンバブエ

- 新規 HIV 感染率を上回るエイズ関連の死亡率
- HIV とともに生きる多くの人々が、流行の影響を特に受けている場所を去っている

新規感染

6. 2007年、何人が HIV に新たに感染したか？

世界的な HIV 発生件数（新規感染件数）は、2001年の320万人 [210万人～450万人] から2007年には250万人 [180万人～410万人] に減少した。

いくつかのモデルは、HIV 新規感染は、1990年代後半にアフリカでピークを迎えたことを示している。しかしながら、広汎流行期や集中流行期にある地域では、この全般的な減少が最も高いリスクに曝されている人々の間では新規感染が増加しているという事実を覆い隠してしまう危険性がある。

7. 新規感染件数の減少はどこで発生しているか？

HIV 新規感染件数の減少が最も著しいのは、サハラ以南アフリカであり、2001年の220万人 [170万人～270万人] に対して、総計170万人 [140万人～240万人] の人々がこの1年間で HIV に新たに感染した。

2001年から2007年にかけて、サハラ以南アフリカで新規感染数が減少しただけでなく、南アジアおよび東南アジアでも、年間 HIV 新規感染数の推定値が明らかに減少している。

8. 新規感染件数は、全地域で減少しているか？

新規感染数は、全地域では減少していない。東アジアでは、2001年から2007年にかけて、新規感染件数がほぼ20%増加しており、オセアニアでも同時期、新規感染件数の増加が見られる。また、西インド諸島（カリブ海）、ラテンアメリカ、中近東および北アフリカ、北アメリカおよびヨーロッパでは、2001年以来、新規感染件数はほぼ同程度となっている。

9. この新規感染件数推定値をどのように得たのか？

HIV 発生件数（年間新規感染件数）は、国民を対象に直接計測されたものではない。HIV に感染した人の平均生存期間についての仮説と感染率の経時的変化に関する情報に基づいて算定されたものである。新しい研究^(注3)によって、この平均生存期間は、以前に想定されていたものよりも長いこと（9年ではなく11年間）が示された。

(注3) コホート調査（アルファ・ネットワーク）

したがって、2006年に UNAIDS と WHO が公表した予測と今年の報告書の差異は、以下の要因に起因するものである。

- 世界的な HIV 感染率推定値の低下
- HIV 感染者の平均生存期間の長期化

エイズによる死亡

10. 2007年のエイズによる死亡者数は？

エイズは、依然として世界の主要な死因であり、サハラ以南アフリカでは死亡原因の第一位となっている。

世界全体では、エイズによる年間死亡者数は、2007年に210万人 [190万人～240万人] へと最近になって若干減少した。サハラ以南アフリカは依然最も被害が深刻な地域であり、同地域では、160万件 [150万～200万件] のエイズによる死亡件数が発生している。

今年の死亡件数の推定値と昨年発表された推定値の差異は、主に以下の3要因に起因するものである。

- 世界的な HIV 感染率推定値の低下
- HIV 感染者の平均生存期間の長期化
- 各国における治療プログラムの影響(2006年末時点で200万人以上の人々が抗 HIV 療法を受けている)

11. エイズによる死亡率の推定値の減少の要因は何か？

エイズによる死亡率がやや減少した1つの大きな要因は、治療を受ける人々の数が増加していることである。2006年末時点で、低 - 中所得諸国で200万人以上の人々が抗 HIV 療法を受けている。

修正

12. 今年の推定値は、なぜ2006年の推定値よりも低いのか？

HIV/AIDS 最新情報2006年版と2007年版の HIV 感染者の推計数に差異が生じているのは、主に、推定値算定方法が改善されたためである。各国が実施しているサーベイランス調査の質が向上したこと、また、専門家パネルが承認した主要な疫学的前提の変化などが、推定値の算定に用いられた。

13. なぜ方法論が変わったのか？

UNAIDS と WHO は、HIV 予防および治療方法の向上のために流行の把握方法の継続的改善に全力を注いでいる。この目的を達成するために、また、新しい情報が利用可能になるに伴い、UNAIDS および WHO は、推定値・モデル化・予測に関する UNAIDS レファランスグループの推奨に基づき推定値算定方法を定期的に更新している。

2007年、同グループの推奨に従い、UNAIDS と WHO は、2001年以来最も包括的な HIV およびエイズ推定値の総点検を実施した。

14. サーベイランスでは何が変わったのか？

UNAIDS および WHO は、より多くの多数の国々から得られた質のよい情報を対象に作業を進めている。最近数年間で、多くの国々、特にサハラ以南アフリカとアジアの国々がその HIV サーベイランスシステムを改善および拡充し、以前の調査よりもより正確な HIV 感染率に関する情報を提供する新しい、より精度の高い調査を実施している。

国によっては、サイトの実数およびその地理的なカバー範囲双方の意味で、センチネル・サーベイランスサイトを増やすことで改善が図られている。さらに、ほとんどがアフリカの約30カ国が、全国レベルの住民調査も実施している。

住民調査から得られる新しい情報は、そうした調査を実施した国々の推定値の改訂を可能にするだけでなく、そうした調査を実施していない類似の流行を抱えるその他の国々の推定値を調整する際にも、よりの確な情報を提供してくれる。

15. どのような新しい疫学的前提が設定されたか？

HIV の影響を推定するために利用されたソフトウェアは、以下の2つの主要な新たな疫学的前提を組み入れるために修正された。

- 国民全体の HIV 感染率の算定に役立つために、周産期クリニックで収集されたデータが現在では異なる方法で活用されている。以前とは異なり、住民調査から得られた情報に基づく修正係数が、都市部のサイトから得られたデータにも適用されている（以前は、地方のサイトでしか利用されていなかった）。
- 治療を受けない HIV 感染者の推定平均生存年数が9年から11年に延長された

方法論

16. どのような方法論が使われたか？

UNAIDS と WHO は、各種の住民調査、HIV 疫学に関する諸前提などとともにサーベイランスデー

タを用いて流行を分析するためのソフトウェアを使用した。さらに、UNAIDS と WHO は、そのデータを分析するためにこれらのツールの活用法についての研修を各国の専門家に対して実施した。

これらの方法およびツールは、推定値・モデル化・予測に関する UNAIDS リファレンスグループにより開発されたものである。これらの推奨される方法は、科学専門誌に発表されたものであり、UNAIDS およびリファレンスグループのウェブサイト (<http://www.epidem.org/>) で入手することができる。

17. 方法論にさらに変更を加える予定か？

UNAIDS および WHO は、HIV を予防、治療する方法を向上させるために流行に関する理解を恒常的に改善することに全力を挙げて取り組んでいる。UNAIDS および WHO は、調査研究および各国のサーベイランスデータから得られる新しいデータが利用可能になるに伴い、その方法論の更新を継続して行う予定である。

18. ジュネーブで行われた HIV 推定値算定方法論についての協議結果はどのようなものであったか？

2007年11月14日～15日まで、UNAIDS と WHO は、国、地域、グローバルレベルの HIV 推定値を算定するために UNAIDS と WHO が使用しているプロセス、方法論、ツールを検証する目的で30人以上の専門家を世界中から集め、HIV 推定値についての国際協議会を開催した。

協議会は、UNAIDS/WHO の2007年の推定値は、入手可能な最良のデータと方法論に基づくものであることを承認し、以下をはじめとする数多くの提言を行った。

- 方法論の策定や推定値の算定に直接関わる事のない専門家の参加を仰ぎつつ、推定プロセスおよび方法論の独立した科学的評価が定期的に行われるべきである。
- 各国は、より質の高いデータを収集するよう奨励されるべきであり、またより多くの支援を受けるべきである。データは、センチネル・サーベイランス・サイト、住民調査など、慎重に考慮された様々なソースから収集されるべきであり、最もリスクの高い人々に対するサーベイランスも強化されなければならない。
- 各国の疫学専門家、市民社会、政府代表者など広範な当事者を巻き込む研修を実施した上で、各国が自分たちの行うべきこととして責任をもって実施することが、HIV サーベイランスおよびデータ収集の主たる要点であり続けるべきである。
- サーベイランスは、国内の HIV プログラムの設計、実施および評価の不可欠な要素であるべきである。UNAIDS および WHO は、サーベイランスデータを分析する協力各国の能力向上を支援すべきである。
- エイズによる死亡率や、治療資源の質および普及率などの諸特徴を評価するための特別な研究が求められる可能性がある。
- UNAIDS と WHO は、世界エイズデーに間に合うように2007年11月21日に『HIV/AIDS 最新情報(2007年末現在)』を発表する。UNAIDS および WHO は、HIV に関する推定値算定に利用される方法を系統的に検討するために専門家および協力各国と引き続き作業を進め、最新の科学的工

ビデンスおよびリサーチを確実に反映するようにする。

修正の影響

19. 推定値の正確性についてどの程度自信があるか？

改善した方法論および各国が利用可能にしてくれたより質の高い情報に基づき、我々は、世界的なエイズの流行についての可能な限り最も正確な全体像を示していると自信を有している。

前進しながら、UNAIDS と WHO は、データをさらに完全なものとし、方法論を改善すべくパートナーと協働し続けていく意向である。

20. UNAIDS と WHO は、2001年から数多くのプログラムの実施を強く提言してきた — 推定値が今回改訂されたことによって、これらの提言の妥当性に問題が生じるか？

問題は生じない。UNAIDS と WHO は、必要に応じて、各国への特定の指導を検討し、更新し続けていく意向であるが、基本的な提言は依然として変わっていない。

各国はそれぞれの国における流行の把握方法を引き続き改善し、セックスワーク、薬物使用、男性間のセックスなど、しばしば扱いに注意を要する課題にうまく対処しなければならない。

また、すべての国々は、保健システムおよびコミュニティが必要とする人々全員に包括的な HIV 予防、治療、ケアおよびサポートを提供しうる態勢を確実に整えられるよう努力しなければならない。

21. 資金提供者は今回の推定値改訂にどのように反応すると思うか？

UNAIDS と WHO は、今回の推定値改訂が、流行に関してより質の高い情報を提供するための大切な一歩と捉えられるべきであり、エイズ対策に十分な資金を提供することは、世界的な優先事項であり続けなければならないということを伝えるために、資金提供者と緊密に協働する意向である。

22. UNAIDS は、資金を調達し、エイズに関する意識を高めるために流行を過大評価していると批判する者もいるが、今回、推定値を改訂することになったことは、そうした批判が正しいことを証明することか？

UNAIDS と WHO は、世界的なエイズの流行を評価するために使用されるアプローチおよびツールを常に公開してきており、世界に包括的で効果的かつ持続可能な対策を講じるよう働き掛けてきた。我々はアドボカシーのためにデータを誇張したりしていないし、これらのデータが政治的あるいは資金調達課題に影響を受けているということもない。

資源ニーズ

23. これらの推定値改訂は、9月に発表されたUNAIDSの資源ニーズ概算にも影響を与えるか？

エイズ対策のため予測される財政ニーズは、今年度、幾分減り、今後さらに減る可能性もある。

資源ニーズ評価が9月に発表されて以来、各国が利用可能としたHIV感染率に関する追加的情報に基づき、我々は、抗HIV治療を必要としている人々の推定値を引き下げ、流行が以前に予測されたようには急速に拡大していないという結論に達した。

将来の必要資源は、治療を必要としている人々の予測値の修正だけに依拠するものではない。第一選択枝療法、第二選択枝療法の選択の余地を最も望まし形にすること、いつ療法を始めるかについての推奨などの技術的な問題も、重要な役割を演じることになるだろう。

24. UNAIDSは、当初、資源ニーズ分析を策定していた際に、数値の改訂があるであろうことを承知していたか？ そうであれば、なぜ、それを考慮に入れなかったのか？

資源ニーズ報告書を作成中に、UNAIDSは、インドおよびサハラ以南アフリカの5カ国で流行推定値の大きな引き下げがあることに気付いていた。そのため、資源ニーズについての推定値は、それに伴い下方修正された。

しかし、最終的な疫学的推定値は、資源ニーズ評価が公表された後に初めて利用可能になったのであり、すべての改訂された疫学的推定値が、当初の算定に反映されたわけではない。しかしながら、今回の推定値改訂は、資源ニーズ算定の前提に使われた推定値の幅を大きく変えるものではない。

25. 資源ニーズ評価の改訂版を公表する予定か？

「HIV/AIDS最新情報（2007年末現在）」のすべての情報を組み入れた、資源ニーズ評価の最新版は現在制作中である。



HIV／エイズ推定値についての Q & A

Nov

07

『HIV/AIDS 最新情報（2007年末現在）』の推定値について理解する

パート 1：データ

1. UNAIDS（国連合同エイズ計画）と WHO（世界保健機関）は、HIV 感染率の推定値をどのようなデータに基づいて算定しているのか？

HIV 感染者数、新規感染者数やエイズ死亡者数の正確な数はわからない。たとえば、世界中で HIV 感染者数を 100% 正確に算定するには、世界中のすべての人々に毎年 HIV 検査を受けてもらう必要があるが、これは実際には不可能なことであり、倫理的な問題を呈するものでもある。しかし、これらの数値をその他のデータソースを活用して推定することは可能である。

UNAIDS/WHO の推定値は、すべての適切かつ利用可能なデータに基づくものであり、これには、周産期クリニックを利用する妊婦に対して行われた調査結果、住民調査（世帯レベルで実施されたもの）、HIV 感染リスクが比較的高い人々を対象にしたセンチネル・サーベイランス調査、ケース報告、死亡出生登録システム（公式の出生および死亡届記録）、またその他のサーベイランス情報などが含まれている。

また、広汎流行期にある国々（高レベル – 一般成人人口の HIV 感染率が 1% 以上で、感染の大部分が異性間性交渉で発生している）と、集中流行期にある国々（低レベル – 流行が HIV 感染リスクの高い人々のグループに集中している）とでは異なるデータセットが用いられている。

広汎流行期にある国々では、HIV 感染率の推定値は、周産期クリニックの定点を利用する妊婦から収集されたサーベイランスに主に基づくものである。当該データは、年間ベースで収集され、現在のところ諸傾向を評価する際の我々の主たる基準となっている。また利用可能であれば、HIV 検査も含む住民調査（実施頻度ははるかに低い）が、周産期クリニックのデータに基づく推定値の精度を上げるために用いられている。

一方、低流行期あるいは集中流行期にある国々では、HIV に関する推定値は、注射による薬物使用者、セックスワーカー、男性とセックスをする男性（MSM）など HIV 感染リスクが比較的高い重要な住民グループに対する調査に基づいている。

また、集中流行期にある国々では、推定値の精度を上げる一助として利用することができる他のデータがある場合もある。たとえば、自主的な検査・カウンセリングプログラムが普及しているアルゼンチンやブラジルなどの国々では、数値推定プロセスにケース報告を加えることができ、推定値をより正確なものにすることができる。

各国のサーベイランスから得られるデータの質が向上し、また、モデル化の方法論が着実に向上することで、UNAIDS/WHO がより正確な推定を行うことが可能になりつつある。

2. 広汎流行期における HIV 感染率を推定するに際して周産期クリニックにおける調査や世帯調査にはそれぞれどのような利点と弱点があるのか？

これらの方法にはそれぞれ利点と弱点がある。一般的に言って、周産期クリニックを利用する妊婦に基づく推定値は、15歳～49歳までの住民における HIV 感染率の時間的推移の優れた指標を提供してくれる。

HIV の被害が深刻な国々のほとんどで、相当の割合の女性が周産期クリニックが提供するサービスを利用可能であることが、調査により明らかになっている。可能な場合は、周産期クリニックデータが、住民調査で得られた HIV 感染率データと地域レベルで比較されてきた。データの正しさを確認するそのような作業を実施した結果、周産期クリニックで行われるセンチネルサーベイランスは、地域社会の15歳～49歳の成人（男女合わせて）の HIV 感染率の妥当な推定値を提供してくれるということが明らかになった。しかしながら、周産期クリニックにおけるサーベイランスは、公共の保健サービスを利用する妊婦のみをサンプルにするものであり、妊娠していない、あるいは性的に活動的であるが、公共のクリニックを利用しない女性が除外されているという点で限界を有するものである。最も重要な限界は、定点となる周産期クリニックの選択に関わる場合が多い。一般的に言って、定点となっているクリニックを対象に実施される年に一度の数週間の調査期間中、必要最低のサンプルサイズを満たすために、妊婦の数が比較的多いクリニックが調査対象に選ばれる。そのようなクリニックは、都市部にある確率が高く、そのため、クリニックのサンプルが対象とすべき全地域を網羅していない場合がしばしばある。各国は、国内サーベイランスの拡充に努力するとともに、僻地のクリニックの割合を増やそうとしているが、大抵の場合、そうしたクリニックが調査対象に含まれる割合は、その実数よりも少なくなっている。

それに対して、全国レベルの住民調査は、国家レベルの感染率と、一国における HIV の蔓延について重要な情報を明らかにしてくれる。これらの調査は、概ね、すべての地域を等しく網羅しており、住民全体および、都市/地方別、男女別、年齢グループ別、地域別など様々な下位集団ごとの推定値も提供してくれる。しかしながら、住民調査は、その性質上、特定のハイリスクグループ（例：新しく入国した移民向け滞在施設で暮らしている人々、軍の新兵など）を除外しており、そのため、HIV 感染率を過小に推定してしまう可能性がある。また、不在による調査無回答や、これらの調査への参加拒否も、HIV 感染率推定値に偏りを生じさせる。ただし、現在のリサーチでは、ほとんどの場合、これらの偏りは比較的小さいものであることが示唆されている。

住民調査は、特に、生物学的検査が含まれる場合、コスト負担が大きく、複雑な作業となるため、調査の間隔は長くならざるをえない。HIV 検査を伴う国家レベルの調査を1回以上実施した国は、2000年以降数カ国しかない。

これらのことを考え合わせると、様々なデータを用いることで、HIV 感染率とエイズが人口に与えている影響についてのより正確な予測を生み出すことができるということになる。HIV とエイズの推定値（世帯調査、あるいはセンチネル・サーベイランス・データから得られたものであっても）は、慎重に評価する必要があり、データおよび前提を継続的に検討する必要がある。

3. 住民調査は、周産期クリニックにおける調査より正確か？

あらゆる疾病において、クリニックベースのサンプルよりも、住民を対象にした適切なサンプルのほうが、疾病の存在率のより精度の高い推定値を提供してくれる。住民調査は、特に若者、男性、地方住民などの全国レベルの感染率および HIV の蔓延について重要な情報を明らかにしてくれる。調査回答率が良好な場合（例：75%以上）、HIV 感染レベルが異なる可能性のある住民の大部分が除外されるという系統的な偏りが存在しない限り、あらゆる情報源（サーベイランス、住民調査および利用可能であれば、死亡率調査）から得られるデータを勘案した国民レベルの推定値は、世帯調査の結果と近似となるはずである。

4. センチネル・サーベイランスとケース報告のどちらがより正確なデータか？

ケース報告は一般的に言って、HIV 感染者数を相当に過小評価する傾向がある。ケース報告に依拠している大多数の国々は、その他のグループをしばしば外して、特定のリスクに曝されたグループについてのデータ収集に的を絞っている。ケース報告では、注射による薬物使用者が重点的に対象となる傾向がよく見られるが、収集されたデータは、政府関連機関と接触している（たとえば、逮捕された、あるいは薬物治療クリニックを利用している、など）薬物使用者における動向のみを反映している場合がしばしばある。

しかしながら、自主的な検査・カウンセリングプログラムが普及している国々（アルゼンチンやブラジルなど）では、ケース報告を活用して、より精度の高い推定値を算定することも可能である。とは言え、ケース報告は、最近感染し、そのために感染症状を一切呈していない HIV 感染者を対象にしている可能性は低い。これらの理由のため、ケース報告は、HIV 感染者数の下限値を示すことができるのみである。

一方、リスクに曝されたグループを対象にしたセンチネル・サーベイランスに基づく場合、これらのグループの HIV 感染率を過大評価してしまう可能性もある。その理由は、そのようなサーベイランスは、場合によっては、HIV 感染リスクが最も高い個人の HIV 感染率を検知するからである。たとえば、セックスワーカーあるいはその顧客を対象に実施されるセンチネル・サーベイランスは、性感染症クリニックで治療を求める人々に的を絞ったものである場合が多いが、そうした人たちは、自明のことながら、無防備なセックスを行った人々である。しかしながら、セーフセックスを実践しているその他のセックスワーカーやその客などは、性感染症の治療のためにこれらのクリニックを利用する傾向はなく、一般的に、これらのサーベイランスの対象にならない場合が多い。

パート 2：データから推定値に

5. HIV/エイズに関する最終的な推定値はどのようにして得られているのか？

UNAIDS および WHO は、各国と密接な協議を重ね、男性、女性双方の HIV 感染率の推定値を得るための 6 ステップの方法を採用している。国家レベルの推定値を算定するためにこの方法を採用する国々の数は増えている。

広汎流行期（高レベル – 一般成人人口の HIV 感染率が 1%以上で、感染の大部分が異性間性交渉で発生している）と、集中流行期（低レベル – HIV 感染リスクの高い行動を行う人々のグループに集中している）とでは異なるアプローチが用いられている。

2007年3月以降、UNAIDS および WHO は、11の地域でワークショップを開催し、本報告書における国家レベルの推定値を算定するために使われるツールや方法論について、HIV 感染率の推定値算定の任を負っている150以上の国の人材/技術担当者向け研修を実施した。また、UNAIDS および WHO は、HIV 感染率の推定値算定に関する合意形成のための国別ミーティングにも複数参加している。これらの方法は、測定方法の標準化および国家間比較、地域ごとの総計と推定を可能にするものである。

6ステップの方法論および世界各国、UNAIDS および WHO の著名な科学者たちが発表した幅広い種類の論文などの抜粋参考データは、図 A および図 B を参照のこと。

6. 新しい推定値は、以前の推定値と比較することが可能か？

最新の推定値は、以前に発表した推定値と直接比較することはできない。また、今後 UNAIDS/WHO が発表する推定値とも、これらの最新の推定値は直接的に比較されるべきではない。なぜか？ その理由は、推定値を算定するために用いられる前提、方法論、データが、流行に関する知識が継続的に向上する結果として次第に変化しているからである。最新の推定値を、以前の推定値と比較してしまうと、誤った結論を生み出してしまう恐れがある。

端的に言えば、最新の推定値（今年および最近数年のもの）は、改善された方法および以前の推定値よりも多くのデータに基づいているために、それ以前に発表された推定値よりもより正確で信頼できるものになるであろうということである。このような警告は、グローバルな疾病の予測を扱う際には、珍しいことではない。

7. なぜ、UNAIDS と WHO は、年齢グループ幅を変更したのか？

HIV とともに生きる成人（および新たに感染した成人およびエイズによる死亡）数の新しい推定値は、最早15歳～49歳の年齢グループに属する人々に限定されるものではない。従来、UNAIDS および WHO は、特に HIV 感染率推定値の国家間比較を可能にするために推定値の算定対象をこの年齢グループに限定してきた。しかしながら、HIV およびエイズ症例報告の年齢分布、地域研究および国レベルの住民調査の年齢分布に示されているように、HIV 感染者の相当の割合が50歳以上であるということが明らかになっている。したがって、UNAIDS および WHO は、15歳以上の成人全員に対して、HIV 感染者数（成人）、新規感染者数、エイズによる死亡数の推定値を現在示すこととした。さらに、国家間比較を引き続き可能にするために、15歳～49歳の成人の HIV 感染率の推定値も継続して提供している。UNAIDS および WHO は、15歳以下の子供の傾向も推定している。

8. なぜ、UNAIDS および WHO は、HIV およびエイズの推定値の幅を公表しているのか？

幅は、推定値に関する不確実性の程度を反映するものであり、実際の数がその中に収まる範囲を明確にするものである。

以前の UNAIDS/WHO 報告書では、我々は推定値を点で報告してきた（たとえば、X 国の HIV 感染率を 12.5% と特定するように）。その上で、これらの推定値を生み出したデータの質に応じて、点として表した推定値の前後に不確実性の幅を公表してきた。このような措置を取ったのは、すべての推定値には、あるレベルの不確実性が伴うからである。

データの質は国ごとに異なるために、我々の推定値につきまとう不確実性の幅も、国によって広がったり、狭まったりする。また、推定値を点として示すことで、不確実性の幅を表示していたとしても、正確であるかのような誤った印象を抱かせてしまった可能性もある。

統計手法の向上、データ精度の向上、また新しい推定ツールなどを用いることで、HIV とエイズ推定値につきまとう不確実性の程度をより高い精度で理解することが可能になりつつある。これは、推定値の精度を向上させ、適切な幅を設定する進行中のプロセスの一部を成すものであり、こうした努力はすべて、国家レベル、地域レベルでの効果的な HIV/エイズ対策の計画およびプログラム策定にとっては不可欠なものである。

UNAIDS および WHO は、HIV 感染者数、新規感染者数、あるいはエイズによる死亡者数が、報告された幅の中に収まることに自信をもっている。

9. UNAIDS と WHO が、現在の推定値はより正確なものであると主張するのであれば、国によっては推定値の幅が非常に大きいのはなぜか？

幅は、特定の国の HIV 推定値をめぐる不確実性の程度を反映したものである。したがって、それぞれの国で利用可能な HIV に関するデータの質によって、幅は変わってくる。

次の 4 つの要因が、HIV に関する推定値をめぐる幅の程度を決定する。

- (i) HIV 感染率レベル – HIV 感染率が比較的高い場合、幅は比較的小さくなる傾向がある。たとえば、ザンビアで HIV とともに生きる成人の最も精度の高い推定値をめぐる幅の範囲は、その幅がはるかに広いジブチなどの感染率が比較的低い国と比較すれば小さい。
- (ii) データの質 – よりよい質のデータを有している国々は、質が劣るデータを有している国々よりもこの幅が小さい。アジアおよび太平洋地域の幅は比較的広いが、これは、重要な住民集団（注射による薬物使用者、セックスワーカーおよび男性とセックスをする男性など）の HIV サーベイランスがその地域のほとんどの国で比較的貧弱であり、より大きな不確実性につながっているという事実を反映するものである。一方、一般的に言って、サハラ以南アフリカでは、HIV データの収集および解釈方法が最近になって改善されたため、幅が狭くなっている。

国家レベルの住民調査が実施されている諸国は、そのような調査が実施されていない国々よりも推定値を巡る幅は一般に狭い。大抵の場合、国民全体および男女別、都市・地方別、異

なる地域別など特定の下位集団を通常より網羅している国家レベルの HIV 感染調査が行われることで、HIV 推定値にまつわる不確実性レベルは低下する。

- (iii) 推定値に至るまでの段階あるいは前提の数については、段階や前提の数が多くなればなるほど、不確実性の幅は、(各々の段階ごとに不確実性が加わるために) 広くなる可能性が高まる。たとえば、成人の HIV 感染率をめぐる幅は、HIV の母子感染確率についての付加的データを必要とする児童の HIV 感染件数の推定値をめぐる幅よりも小さくなる可能性がある。後者は、妊婦の感染率、HIV 母子感染確率、HIV に感染した児童の推定生存時間に基づいて算定される。したがって、これらの推定値には、成人の感染率単独の場合よりも、より大きな不確実性がつきまとうことになる。
- (iv) 流行タイプ (広汎流行期あるいは低流行期/集中流行期) – 推定値の幅は、広汎流行期にある国々よりも、低流行期あるいは集中流行期にある国々のほうが広い傾向があるが、その理由は、低流行期あるいは集中流行期では、HIV 感染リスクが比較的高いグループに属する人々の数と、これらのグループにおける HIV 感染率双方を推定する必要があるからである。

10. UNAIDS および WHO は、毎年、エイズで死亡する人々の数の推定値にどの程度自信をもっているか？

成人のエイズ死亡率の推定値は、HIV に感染した成人および子供の推定数、HIV に感染した成人および子供の HIV 感染から死亡までの生存期間についての推定値など複数の前提およびその他のデータに基づくものである。

行政の登録システムが、エイズによる死亡率の推定値を得るための最も精度の高い情報源である。しかしながら、広汎流行期にあるほとんどの国々では、行政登録の普及率があまりにも低いために、エイズ死亡率についての有用な情報を提供できない状態にある。ただし、国によっては、エイズが原因の死亡率レベルを推定する際に参考になる人口調査や各種調査から得られる成人死亡率についての地域レベルの人口統計サーベイランス、あるいは一般的情報を有している場合もある。

低流行期あるいは集中流行期にある国々における死亡率の予測は、さらに難しくなる。リスクに曝されたグループの中には、異なる背景の死亡事由を有するグループも存在する (たとえば、注射による薬物使用者は、致命的な薬物の過剰服用、その他の生命を脅かす危険などに曝されやすい)。これらのことすべてが、死亡率のパターンに相当の影響を及ぼす。残念なことに、死亡率やリスク行動の変化に関する国別データが利用可能な場合はほとんどない。しかしながら、低流行期および集中流行期にある国々の中には、死因までも含む、よく機能している死亡届制度を有しているところもある。

11. 国家レベルの HIV 推定値を改善するために、何がなされているのか？

国家レベルの住民調査などの新たな異なるデータが利用可能になることで、より正確な推定値の算定、流行の動向についてのより精度の高い理解も可能となりつつある。

重要なことに、1997年に最初の UNAIDS/WHO 国別推定値が算定されて以来、国家レベルのエイズ

プログラムの役割は大きく変化した。当初、各国は、暫定的な推定値についてコメントすることを要求された。その後、彼らの関与の程度が大きく増大した。

たとえば、最近5～6年で、UNAIDS および WHO は、テクニカルパートナー（イースト・ウエスト・センター、ファミリー・ヘルス・インターナショナル、ザ・フューチャーズ・グループ、米国内務調査局、および米国疾病管理予防センター）などとともに、150以上の国々の疫学研究者が HIV 推定値算定プロセスの研修を受講する一連の地域研修ワークショップを実施した。

そのような努力の結果、国家プログラムや、国家統計局およびその他の政府および学術機関などが推定値の算定に以前に比べてはるかに強く関与するようになった。追加的なデータや、地元の知識を応用することで、より質の高い推定値が得られるようになった。

UNAIDS および WHO は、データ収集を向上させるために各国、パートナー組織および専門家と引き続き作業を進めている。これらの努力の結果、政府機関、非政府機関およびその他の機関が流行の状況を把握し、予防およびケア対策の効果をモニタリングする際に役立つ、可能な限り最良の推定値が確実に利用可能となるであろう。

パート 3：新しい推定値の解釈について

12. HIV の流行は減速しているのか？

流行は世界レベルでは、減速していると言うことはできるが、すべての国で、新規 HIV 感染者数が低下しているわけではない。世界的に言って、HIV 発生率（以前は感染していなかった人々におけるパーセントとしての年間新規 HIV 感染者数）は、1990年代後半にピークを打ち、その後安定化したと考えられている。しかしながら、HIV 感染者数は、人口増加、さらに最近では、抗 HIV 治療の延命効果のために増加し続けている。

13. 流行は、サハラ以南アフリカでピークに達したのか？

サハラ以南アフリカ（南部アフリカの一部も含む）のほとんどの地域全体で、周産期クリニックを利用する妊婦の HIV 感染率は、近年横ばいで推移しており（ただし、南部アフリカでは感染率は非常に高い）、国によっては、感染率が低下している国もある。最近6年間の UNAIDS 事務局長と WHO の分析は、この地域の流行は全般的にはピークに達し、HIV 感染率が低下している証左が見られることを示している。

しかしながら、この地域の総体的な HIV 感染率が最近5年間で低下したとはいえ、HIV に感染した人々の実数は、人口増加により増え続けている。この地域で HIV 感染者数は、1980年代、1990年代に劇的に増加し、減速したとはいえ、2007年でも未だ増え続けている。このより緩慢な増加は、1990年代後半に新規感染がピークを迎え、エイズで死亡する人々の年間数が増加した結果として起こったものである。

13.1 サハラ以南アフリカの国々における HIV 感染率の安定化の原因として考えられるのは？

同地域の多くの国々で観察されている感染率の安定化の原因となっているのは、エイズ死亡率と HIV 新規感染率という2つの要因である。高い、あるいは国によっては上昇しているエイズ死亡率と、この死亡率を相殺する引き続き高い HIV 発生率が、一見、感染率が横ばい化しているように見える原因である。毎年、新たに感染した人々の数がエイズによる死亡者数とほぼ等しい国々では、感染率は横ばい化するであろう。そのため、HIV 感染率が安定化したように思われるが、それは、持続的に高い年間新規 HIV 感染者数と、同等に高いエイズによる死亡者数の実態を隠すものである。

各国で感染率が低下しているのは、エイズによる死亡者数が高く、新規感染者数が減少しているからであり、これは、行動変容に関連する可能性がある。

一方で、抗 HIV 治療の普及率が高まるにつれて、HIV に感染した人々の寿命が延びるために、感染率のレベルが上がる可能性もある。

13.2 “アフリカ的な” エイズの流行というようなものはない。

典型的な“アフリカ的な”エイズの流行というようなものはないということに留意することは重要である。5～6カ国では、成人の HIV 感染率は2%以下であるが、その他の数カ国では、20%を越えるという場合もある。感染率のこうした極端な差異は、地域の違いに対応するものである。南部アフリカの8カ国（ボツワナ、レソト、モザンビーク、ナミビア、南アフリカ、スワジランド、ザンビア、ジンバブエ）では、感染率は、15%以上に達している。一方で、西部アフリカでは、HIV 感染率ははるかに低く、感染率が10%を越える国はひとつもなく、ほとんどの国々で感染率は、1～5%である。一方、中央および東部アフリカの国々の成人の感染率は、この2つのグループの中間に位置するものである。

東部および中央アフリカでは流行が比較的早く始まり、南部アフリカの国々ではそれよりかなり遅れて始まるなど、この地域の国々は、流行の時系列の推移の点でも異なっている。ウガンダは、1990年代初頭に成人の HIV 感染率がピークを迎えた例である。

14. HIV に感染した女性の割合は世界的に増加しているのか？

増加していない。この点についての推定値は、最近5～6年間ほぼ同じままである。UNAIDS/WHO は、15歳以上の成人の HIV 感染者の約半数は、女性であると推定している。しかしながら、世界的には、女性の HIV 感染者数は増加している。これは、HIV 感染者の総数が増加しているからである。女性の HIV 感染者の圧倒的多数がサハラ以南アフリカにいる。サハラ以南アフリカでは、若い男性よりも若い女性のほうが HIV に感染する確率をはるかに高く、その割合は3対1である。

サハラ以南アフリカに HIV に感染した子供が集中していることも、この地域で HIV に感染してい

る成人の約60%が女性であり、アフリカの女性は、世界のその他の地域よりも子供の数が多いことを反映するものである。割合から言って女性の HIV 感染者のアフリカ以上に多い地域は他にない。しかしながら、西インド諸島（カリブ海）の女性も、成人の HIV 感染者のほぼ半数を占めるに至っている。

15. HIV に新たに感染する若者は増えているか？

UNAIDS は、世界中の HIV 新規感染者数の約半数は、子供および25歳以下の若者であると推定している。

その他の情報源

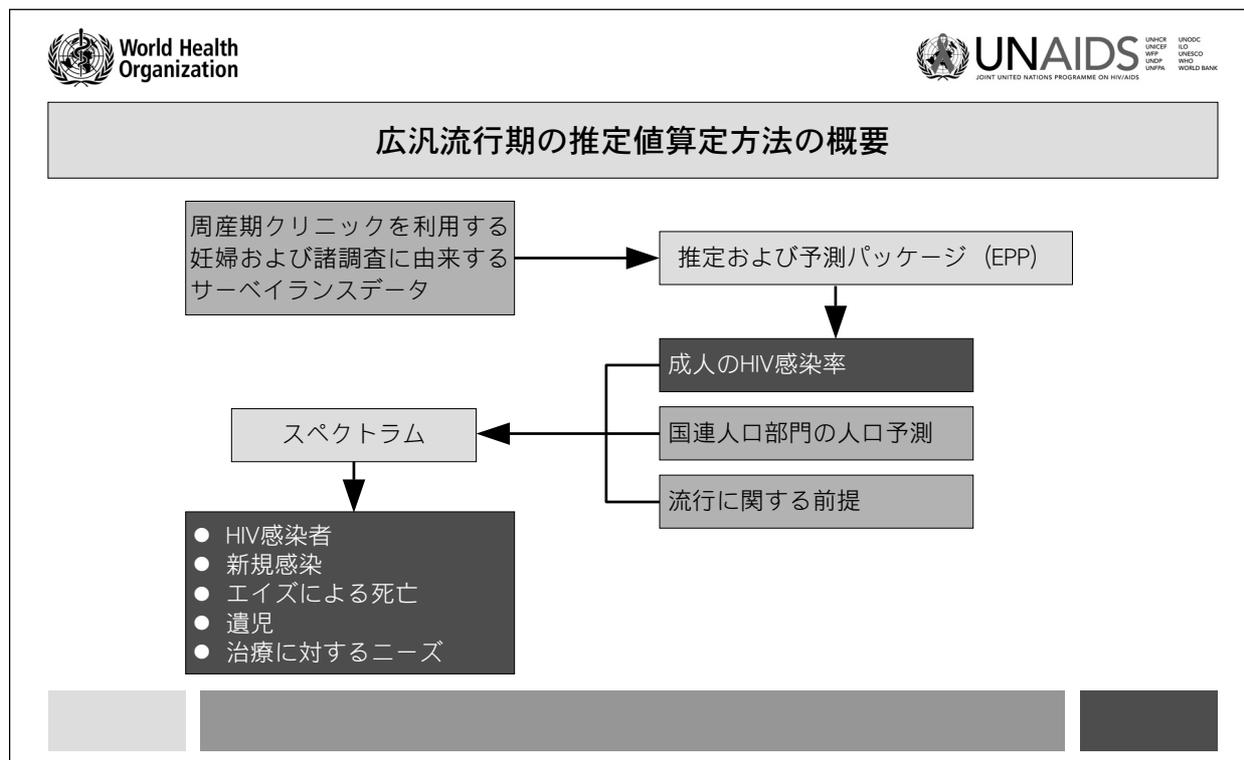
推定値を算定するために用いられるプロセスの技術的説明と、HIV の特質についてのより一層の説明については、以下を参照のこと。

Walker N, Grassly NC, Garnett GP, Stanecki KA, Ghys PD (2004) Estimating the global burden of HIV/AIDS: What do we really know about the HIV pandemic? *Lancet* 2004;336, 26 June, 2004.

方法論、ソフトウェア、データの品質、幅の算定などについての詳しい説明については、学術誌 *Sexually Transmitted Infections* 2004年7月第2週号で発表された7編の記事シリーズを参照のこと。記事は、ウェブサイト www.Sti.bmjjournal.com から無料でダウンロードできる

また UNAIDS 推定値算定・モデル化・予測リファレンス・グループに関するより詳しい情報は、www.epidem.org を参照のこと。

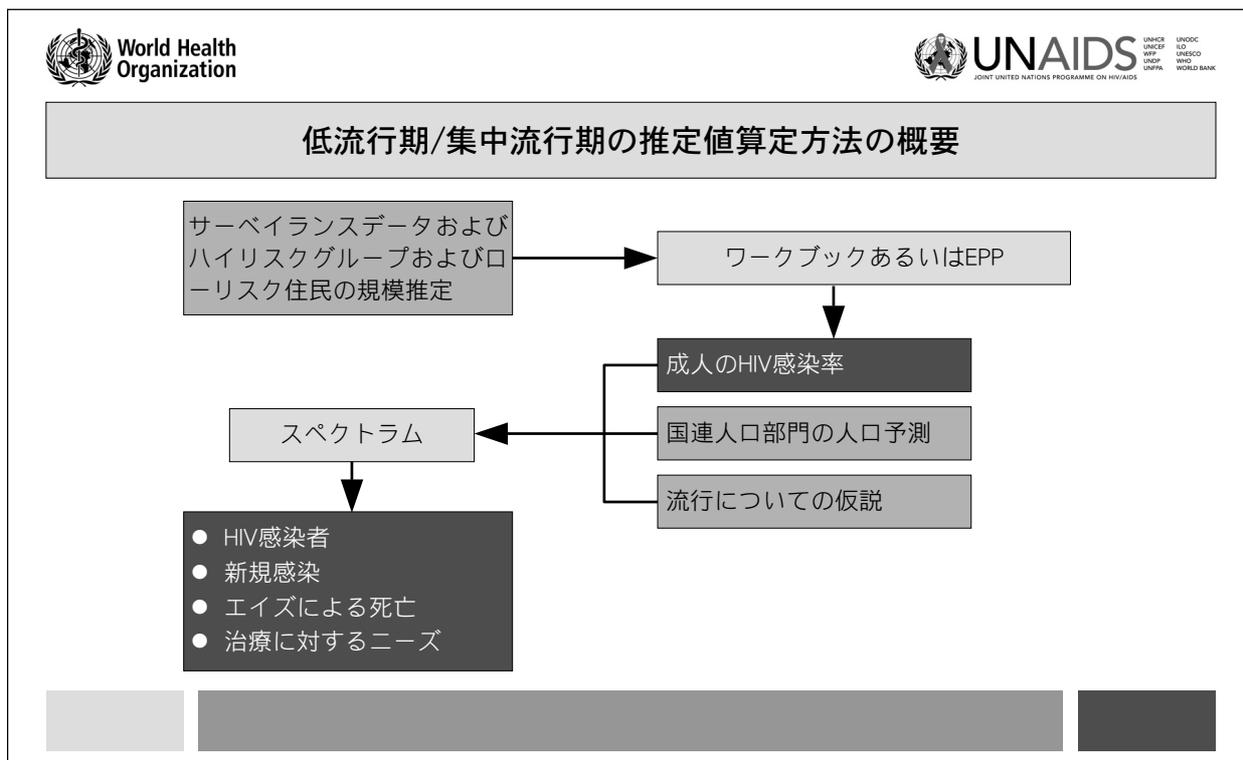
図 A



以下が、広汎流行期にある国々に対して用いられる 6 ステップのプロセスである。

- ステップ1…周産期クリニックを利用する妊婦の HIV 検査を施された血液サンプルから収集されたすべての利用可能なサーベイランスデータと住民を対象にした諸調査から収集された HIV 感染率についての調査結果が…
- ステップ2…専門的なソフトウェアプログラム（“推定および予測パッケージ” と称する）に入力される。このプログラムを用いることで…
- ステップ3…成人の HIV 感染率の時系列の変化を描く曲線が得られる。この成人感染率の曲線は…
- ステップ4…国連人口部門から得られた人口予測や抗 HIV 療法の普及率、また…
- ステップ5…様々な疫学的な前提（出生率、男女比、HIV 感染後の生存期間）などとともに…
- ステップ6…感染した成人および子供の数、新規感染数、死亡数、遺児および治療のニーズなどを計算する“スペクトラム”ソフトウェアプログラムに入力される。

図 B



低流行期あるいは集中流行期にある国々については、予測は次のプロセスを経て得られる。

ステップ1…サーベイランス・データがハイリスクな住民（セックスワーカー、男性とセックスをする男性および注射による薬物使用者）から収集される。こうした住民の規模について、および、比較的低いが相当なリスクに曝されている人々（たとえば、セックスワーカーやその客、注射による薬物使用者のパートナーなど）の規模について推定が行われる。その情報が…

ステップ2…スプレッドシートモデルに入力され…

ステップ3…成人のHIV感染率の時系列の変化を描く曲線が得られる。この成人感染率の曲線は…

ステップ4…国連人口部門から得られた人口予測や抗HIV療法の普及率、また…

ステップ5…様々な疫学的な前提（出生率、男女比、HIV感染後の生存期間など）とともに

ステップ6…感染した成人および子供の数、新規感染数、死亡数および治療のニーズなどを計算する“スペクトラム”ソフトウェアプログラムに入力される。

「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。2007 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。

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 2007

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>

本書の製作にあたり、社会疫学的 HIV 研究に関する国連合同エイズ計画共同センター（京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野内）にご協力いただきました。



UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

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

www.unaids.org