

HIV/AIDS最新情報

2003年末現在

「HIV/AIDS最新情報（2003年末現在）」の英文原書は国連合同エイズ計画より発表された“AIDS epidemic update, December 2003”です。この日本語翻訳版は財団法人エイズ予防財団により準備されました。翻訳の正確性については、財団法人エイズ予防財団に責任があります。翻訳上の食い違いがある場合は、英語原版の内容を正当とします。

“This work was originally published by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in English as AIDS epidemic update in 2003. 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.”



英語原本出版番号 : UNAIDS/03.39E (English original, December 2003)

日本語翻訳版出版番号 : UNAIDS/03.39J (Japanese translation, December 2003)

© Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) 2003

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

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。

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.

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 : 2003.

1. HIV infections – epidemiology
2. Acquired immunodeficiency syndrome – epidemiology
3. Disease outbreaks.

ISBN 92-9173-304-0

(NLM classification : WC 503.41)

UNAIDS - 20 avenue Appia - 1211 Geneva 27 - Switzerland

Telephone: (+41) 22 791 36 66 - Fax: (+41) 22 791 41 87

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

目次

はじめに	1
世界のHIV/AIDS流行状況(2003年末現在)	3
序文	4
サハラ以南アフリカ	7
東ヨーロッパと中央アジア	14
アジア太平洋地域	18
ラテンアメリカおよびカリブ海沿岸地域	23
北アフリカおよび中東	26
高所得国	28
偏見と差別の除去	31
地図	35
2003年末現在のHIV/AIDSに関する推計総数	36
HIV感染者/AIDS患者推計総数(2003年末現在)	37
2003年における新規HIV感染者推計総数	38
2003年におけるHIV/AIDSによる推計死亡者総数	39

はじめに

新たに出された推計値は、HIV/AIDS とともに生きる人々が 増加していることを示している。

国連合同エイズ計画 (UNAIDS) の重要な機能のなかの 2 つは、HIV/AIDS の流行と取り組むことと、世界全体の HIV/AIDS への対応の指針となるような戦略的情報を開発することである。これに従って、UNAIDS 事務局と世界保健機関 (WHO) は、年に一度、HIV/AIDS の流行に関する現在の知識及び理解を映し出す HIV/AIDS 最新情報(AIDS epidemic update)を発行している。

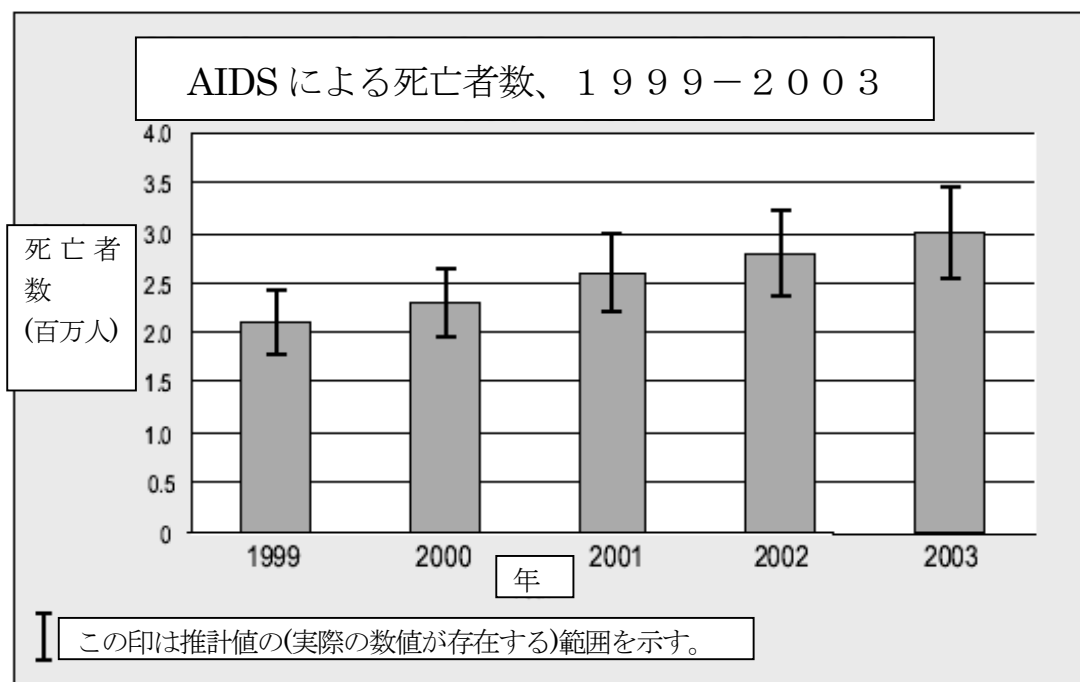
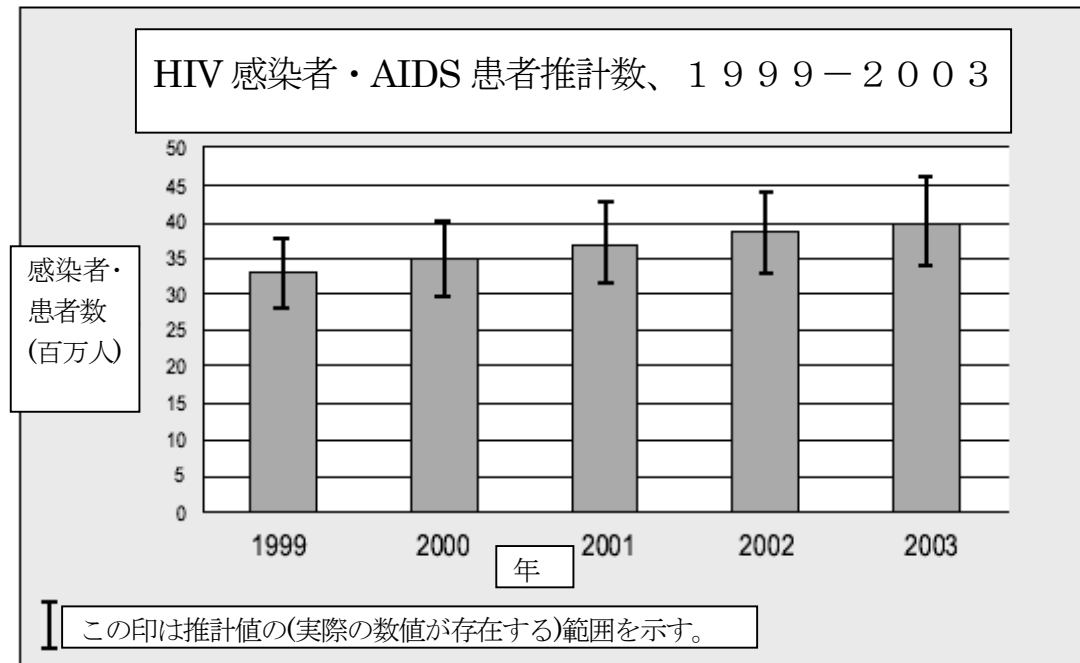
本書に掲載されている UNAIDS と WHO による最新の推計値は、2002 年に発表された推計値よりも低い数字となっている。しかし、HIV/AIDS とともに生きる人々の数が実際に減少したり、HIV/AIDS の流行が衰退したりしているわけではい。より良いデータと理解のおかげで UNAIDS 事務局と WHO はより正確な推計値を出すことができた(2 ページのグラフを参照)。

この報告書は、精度を示すために推計値とともに推計値の範囲も提示している。

過去 1 年間、UNAIDS 事務局は、WHO、フューチャーズ・グループ、米国厚生省疾病管理予防センター(CDC)、ファミリー・ヘルス・インターナショナル、イースト・ウェスト・センターとともに、130 カ国で HIV 関連のデータを収集・検証・判断するためのスキルを強化し、モデリングと評価のための能力構築を行ってきた。同様に、全国世帯調査のようなデータの新たな情報源によって、より精度の高い推計値と HIV/AIDS の流行動向についてのより正しい理解が可能になった (6 ページの囲み記事 ‘HIV 推計値の精度改善’ を参照)。ツールや手法は、「推計値・モデリング・予測に関する UNAIDS リファレンス・グループ」の専門家らによって常に検討され、改良されている。過去 3 年間で、このリファレンス・グループには、研究者や公衆衛生の専門家が世界 23 カ国から集っている。このように継続的な改善がなされていることを考慮に入れると、過去に発表された推計値との比較を行うことは、誤解を招く恐れがある。

この報告書は、精度を示すために推計値とともに推計値の範囲も提示している。本文は推計値に言及しており、グラフには範囲が示してあり、表にはどちらも含まれている。推計値の範囲は、最大限に得られる情報に基づいて、推計値に関する不確定性の程度を反映しており、実際の数値が含まれる境界を明示している。

改良されたツールと手法を過去に適用すると、エイズによる死亡者数とともに、HIV/AIDS と共に生きる人々の数も着実に増加していることがわかる。HIV/AIDS と共に生きる人々の数は、さまざまな地域で増え続けており、最も顕著なのは世界一高い HIV 陽性率を記録している南部アフリカをかかえるサハラ以南のアフリカである。東欧、中央アジアとともに、アジア太平洋地域でも流行の拡大は続いており、HIV/AIDS と共に生きる人々は年々増え続けている。



UNAIDS 事務局と、WHO、そしてこの 2 つの機関のパートナーは、ツールやデータが出され、分析される過程をこれからも改善していく予定である。この作業で重要なことは、地球規模の流行を国レベルで効果的に対応する指標を提示することにより、各国に HIV のデータ収集・検証・モデリングと評価の改善に関する支援をすることである。



HIV/AIDS流行状況最新情報 2003年末現在

HIV感染者/AIDS患者数	合計	4,000万人(3,400-4,600万人)
	成人	3,700万人(3,100-4,300万人)
	15歳未満の小児	250万人(210-290万人)
2003年の新規HIV感染者数	合計	500万人(420-580万人)
	成人	420万人(360-480万人)
	15歳未満の小児	70万人(59-81万人)
2003年のAIDSによる死亡者数	合計	300万人(250-350万人)
	成人	250万人(210-290万人)
	15歳未満の小児	50万人(42-58万人)

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・範囲は現在入手可能な最良のデータを基にして算出したものである。これらの数値は昨年の数値よりもより正確であるが、2004年中期に発表予定の推計値では、より一層の正確性を期する努力を行っている。

序文

世界規模の HIV/AIDS の流行によって、2003 年には、300 万人以上が命を落とし、500 万人が新たに HIV(human immunodeficiency virus: ヒト免疫不全ウイルス)に感染したと推計される。その結果、世界中で HIV/AIDS と共に生きる人々は 4000 万人に上っている。

サハラ以南アフリカではここ数年、ほとんどの地域で HIV 陽性率はおおむね高いレベルで横ばい状態が続いている。これは新たに HIV に感染する人数が高いレベルで持続しており、それがエイズによる死亡者数の高さと釣り合っているためである。アフリカ南部一帯では、一般人口における HIV 陽性率の非常に高い状態が続いている。アフリカ南部以外のサハラ以南アフリカ諸国でも、HIV の流行は足場を固めており、弱まる兆しはない。例外的に東アフリカ数カ国の都市部で前向きな兆候が見られるのをぞいて、この地域の動向は全く安心できるものではない。

サハラ以南アフリカでは HIV の流行は、言い換えれば、猛威を振り続けているのである。このような状況がどれくらい続くかは、予防・治療・ケアプログラムの活力・規模・効果次第である。迅速かつ飛躍的な前進がこれら全ての分野において例外なく必要である。それらを少しでも怠れば、失敗を招くことになる。

世界の対応は、過去 2-3 年において、目覚しく拡大してきた。低・中所得国における HIV/AIDS プログラムへの支出(国内及び国外からの)は 2003 年に再び増加し、これはサハラ以南アフリカ諸国でとくに顕著である。現在、多くの国々で国立エイズ調整機関が運営されており、ますます多くの国々(とくにアフリカ諸国)が、抗 HIV 薬および他のエイズ関連疾病治療薬の国民に対する提供を拡大し始めている。しかしながら、現在のところ、これらの対応は、この地域の HIV 流行の規模にも速さにも見合うものではない。

抗 HIV 治療の提供範囲は、ボツワナ、カメルーン、ナイジェリアおよびウガンダといった国々における近年の努力にもかかわらず、サハラ以南アフリカ全体においては、まだ惨憺たる程小規模な状況のままである。HIV ケアを目的として UNAIDS(the

Joint United Nations Programme for HIV/AIDS : 国連合同エイズ計画)を召集した機関である WHO(世界保健機関)、および、その他のパートナーは、2005 年までに 300 万人が抗 HIV 治療を受けられるように、包括的国際戦略を開発している。この目標を達成するためには、大打撃を受けた国々自体も含めて、全てのリソースおよび政治的コミットメントを飛躍的かつ継続的に拡大する必要がある。この目標を達成するための政策とその実行は、治療アクセスが平等であること、および、貧しく軽んじられてきた社会階層に属する人々(特に女性)に利益をもたらすものであることを保障するものでなければならない。

上述の大きな挑戦課題と平行して、予防プログラムを大規模に促進することが緊急に必要である。より効果的な予防とより広範な治療アクセスの拡大は密接に関係していなければならない。予防対策は HIV の拡大を遅らせ、抗 HIV 治療はエイズの衝撃的影響を緩和するからだ。

HIV/AIDS に関する基礎知識は近年若者の間で高まっているものの、多くの国々で、特に若い女性の間で、まだ低いことが懸念されている。自発的カウンセリングおよび検査サービスがいまだにないところが多すぎる。多大な影響を受けた国々の中で HIV の母子感染予防サービスにアクセスできるのは、妊婦のほんの 1%に過ぎない。このようなサービスやその他の重要な予防サービスの到達範囲を拡大することが、緊急の課題である。同様に重要なことは、コミュニティへの HIV 流行拡大の衝撃的影響を和らげる措置である。驚くべきことに、流行が広範に拡大しているほとんどの国々で、孤児に適切なケアを提供するための広範囲のプログラムがいまだに実施されていないのである。

HIV/AIDS に関する地域別推計値・特徴、2003年末現在

地域	HIV感染者・AIDS患者数	新規HIV感染者数	成人HIV陽性率(%) *	AIDSによる死亡者数
サハラ以南アフリカ	2,500—2,820 万人	300—340 万人	7.5—8.5%	230—240 万人
北アフリカ・中東	47—73 万人	4.3—6.7 万人	0.2—0.4%	3.5—5 万人
南・南東アジア	460—820 万人	61—110 万人	0.4—0.8%	33—59 万人
東アジア・太平洋	70—130 万人	15—27 万人	0.1—0.1%	3.2—5.8 万人
ラテンアメリカ	130—190 万人	12—18 万人	0.5—0.7%	4.9—7 万人
カリブ海沿岸	35—59 万人	4.5—8 万人	1.9—3.1%	3—5 万人
東欧・中央アジア	120—180 万人	18—28 万人	0.5—0.9%	2.3—3.7 万人
西欧	52—68 万人	3—4 万人	0.3—0.3%	2,600—3,400
北アメリカ	79—120 万人	3.6—5.4 万人	0.5—0.7%	1.2—1.8 万人
オーストラリア・ニュージーランド*	1.2—1.8 万人	700—1,000	0.1—0.1%	100 未満
合計	4,000 万人 (3,400—4,600 万人)	500 万人 (420—580 万人)	1.1% (0.9—1.3%)	300 万人 (250—350 万人)

* 成人(15—49 歳)、2003 年人口統計を利用して算出

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・範囲は現在入手可能な最良のデータを基にして算出したものである。これらの数値は昨年の数値よりもより正確であるが、2004 年中期に発表予定の推計値では、より一層の正確性を期する努力を行っている。

新たな流行

サハラ以南アフリカ以外では、中国・インドネシア・パプア・ニューギニア・ベトナム・中央アジア数カ国・バルト海諸国・北アフリカにおいて、最近では流行拡大が続いている。例えば、ベトナムの状況は、注射器による薬物使用がかなり高いレベルで行われているところでは、HIV/AIDS の流行拡大が突然爆発的に起こりえること示している。今ではベトナムは、アジア・東ヨーロッパ・中東・ラテンアメリカ諸国中の多くの国々と同様に、注射器による薬物使用が HIV/AIDS の流行拡大の呼び水となった国の一つとなっている。このような環境においては差別と偏見が、エイズの潮流を変える努力を妨げる障害の中でも大きなものと位置付けられる。(31 ページ参照)。

同じことが男性同士のセックスにもあてはまる。

どこにでも存在していて、汚名を着せられていて、存在を否定させられているという現実、および、南北アメリカ・アジア・北アフリカ・ヨーロッパの多くの地域において流行拡大の特徴であり続けている事実も、注射器による薬物使用の場合と同じである。しかしながら、流行拡大においてこの感染経路が顕著であるというエビデンス(証拠)があっても、HIV 動向調査・研究・予防・ケア・支援活動は、MSM (Men who have Sex with Men: 男性とセックスする男性) を回避することが多い。

岐路に立って

世界的にエイズへの対応は新たな段階に来ている。政治的なコミットメントが強化され、草の根レベルの運動がより精力的になっている。財源も増大し、治療プログラムが実施され始め、予防対策も拡大されてきている。

HIVに関する推計値の精度改善

流行が一般人口に拡大している国々の HIV 陽性率の全国推計値は、いくつかの標識となる産科診療所で、受診する妊婦へのサーベイランス（動向調査）システムによって出されたデータに基づいている。UNAIDS および WHO は、各国と緊密に協議を行い、男性と女性の HIV 陽性率の推計値を得る 6 段階の方法を採用し、多くの国々がこの方法を採用して、国の推計値を出すようになっている。

この方法は、妊婦の HIV 陽性率は成人人口(15-49 歳)の陽性率の近似値であるという仮定に基づいている。複数のアフリカ諸国において地方レベルで実施された調査が、この仮定に対するエビデンス（証拠）を提供するものだった。（産科診療所の妊婦の HIV 陽性率を同じコミュニティの成人人口の HIV 陽性率と直接比較した）。

近年アフリカ数カ国は、自発的 HIV 検査を含む、人口に基づく全国調査を行った。この結果は、センチネル・サーベイランス(標識動向調査)システムに基づいて算出された成人の HIV 陽性率の推計値と比較された。ザンビアにおける 2001 年の全国調査のデータと、サーベイランス・システムのデータを比較した結果、都市部・農村部のどちらにおいても、妊婦の HIV 陽性率が成人人口の陽性率とほぼ同じであるという仮定が確認された。

どちらのデータの出所にも長所と短所がある。人口に基づく全国調査は一方で、産科診療所での調査に比べて、一般人口のより広範囲の代表をとらえている（男性と妊娠していない女性の HIV 陽性率についての情報をもたらすこともできる）。さらに産科診療所でのサーベイランスよりも、地方の人口をより広く含むこともできる。他方で、参加するのを拒否したり、不在だったりする回答者がいるため、この調査に基づく HIV 推計値に著しい不確実性が加わることになる（アフリカ諸国で実施された最近の調査においては、非回答率が 24%–42%であった）。非回答者の基本的な特性を把握することができれば、推計値を調整することができる。しかし、それでもまだ重要な盲点が残る。この調査では、不在者および参加を拒否する人と、実際の HIV 陽性率との関連性を調べることができない。結局のところ、人口に基づいた調査は多くの場合、(国によってその程度は違うものの)HIV 陽性率を少なく見積もってしまう傾向にある。

それでは産科診療所のデータに由来する HIV 推計値はどれくらい正確なのだろうか？ この調査方法の前提となる一連の仮定群は、全ての国々や流行の全段階に同等には適用できない可能性がある。さらに、ほとんどの産科診療所のサーベイランス・システムは、地理的に調査範囲が限られているため、国別 HIV 陽性率の推計値の質に大きなばらつきができてしまう。

HIV サーベイランスには絶対的な基準はない。全ての HIV 推計値は、それが全国調査に基づく場合でも、センチネル・サーベイランスのデータに基づく場合でも、厳しく評価される必要がある。産科診療所のデータは、HIV の動向を判断するためには特に有用である。全国調査は流行拡大の全体像を把握する助けになる。3–5 年間隔で行えば、これらの調査はサーベイランス・システムの貴重な構成要素として有益であり、かつ、HIV 陽性率の程度および動向に関する推計値を改善するために役立つ可能性がある。

しかしながら、地球規模の流行拡大の深刻さを考えると、世界の HIV/AIDS への対応の現在の速度と範囲では、必要なものには到底及ばない。エイズとの闘いは岐路に立っている。このまま漸進

的な歩みを続けていくのか。それとも、われわれの知識・資源・コミットメントの全てをエイズとの闘いに向けるのか。どちらを選択すべきなのかは明らかである。

サハラ以南アフリカ

新たな HIV 感染は高いレベルで続いており、
現在、エイズによる死亡率の高さと釣り合いがとれた状態になっている。

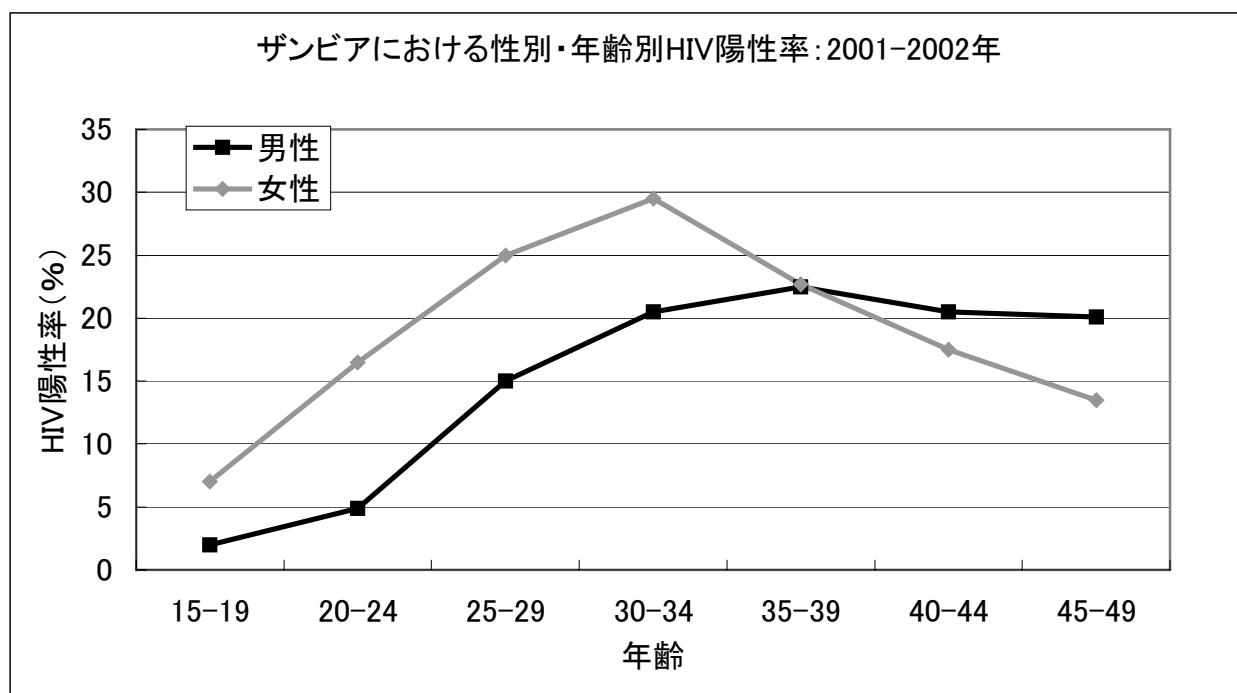
サハラ以南のアフリカは、間違いなく、HIV/AIDS に影響を最も受けた地域である。2003 年、この地域では約 2660 万人が HIV と共に生きており、このなかには昨年新たに感染した 320 万人も含まれている。2003 年、エイズによって約 230 万人が亡くなった。

世界の他の地域の女性にはあてはまらないことだが、アフリカの女性は男性に比べてかなり、少なくとも 1.2 倍は、HIV に感染しやすくなっている。15-24 歳の若者で、この比率が最も高い（グラフ 1 参照）。過去 6 回の全国調査で、この年齢層の女性は同じ年齢層の男性よりも、HIV に感染する可能性が 2.5 倍高いことがわかっている。このような格差が生じる原因はいくつか考えられる。そのなかには、

HIV は一般的に、女性から男性よりも、男性から女性へのほうが感染しやすいという生物学的事実も含まれる。そのうえ、女性のほうが性的活動を始める年齢が低く、女性はより年齢が高いパートナーとセックスをする傾向にある。

HIV 陽性率は、モーリタニアの 1% 未満から、ボツワナとスワジランドのほとんど 40% と、アフリカ全体でかなり幅がある。南部アフリカのほとんどの国では、妊婦の 5 人に 1 人以上が HIV に感染しており、その他のサハラ以南のアフリカでは、産科診療所での HIV 陽性率の中央値¹が 10% を越えている。西・東アフリカの数カ国（とくにセネガルとウガンダ）では、継続的な予防対策によって、

グラフ 1



出典：Zambia Demographic and Health Survey, 2001-2002

(注 1) 陽性率の中央値とは、最小値と最大値の間にある値である。

HIV/AIDSは人間の介入によって抑制できるということが実証され続けているが、同じような介入が南部アフリカでなされるという兆候は、ひいき目に見ても非常に乏しい。

8カ国で行われた産科診療所サイトの動向分析(1997-2002年)では、妊婦のHIV陽性率は、ハボ

アフリカのその他の地域では、予防(及び、徐々に治療とケア)プログラムが強化されてきている。これらが効果的であったとしても、このような努力によってHIV陽性率の低下が表れるには数年かかる可能性がある。現時点では、南部アフリカにおいてはそのような低下のエビデンスはほとんど見られない。しかし、リロングウェ(マラウイ)の産科診療所を受

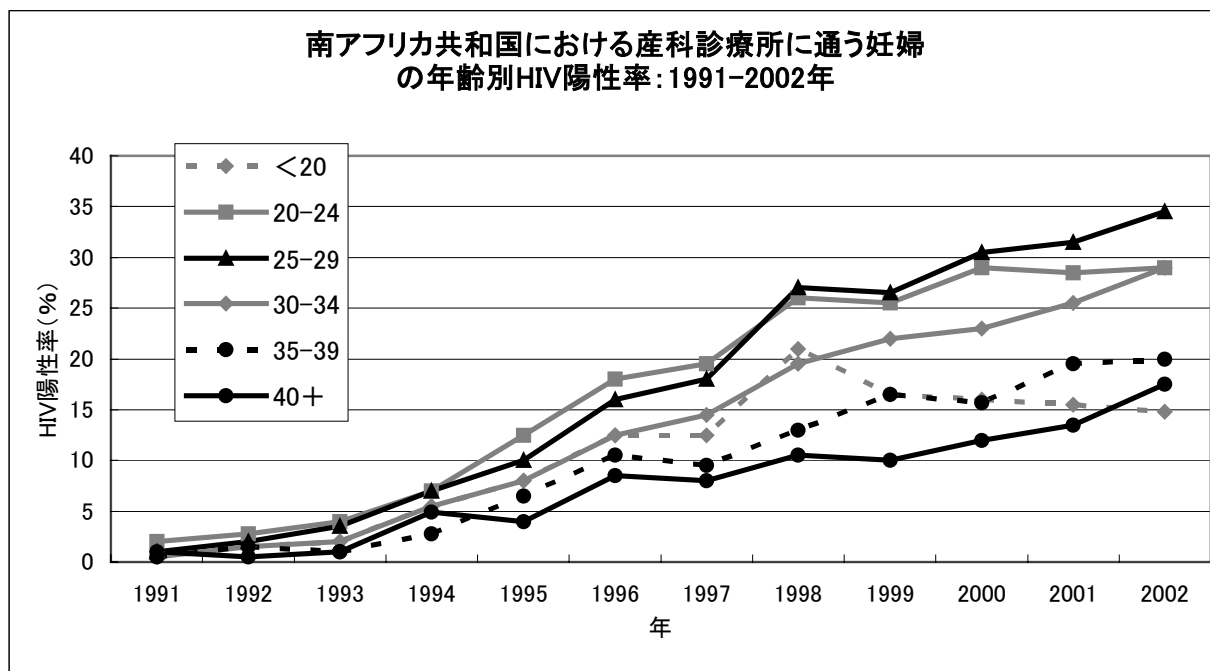
南部アフリカのHIV感染者は世界の約30%を占めている。けれども、この地域の人口は世界の人口の2%未満である。

ロネ(ボツワナ)とマンジニ(スワジランド)ではほぼ40%、ブランタイア(マラウイ)ではほぼ16%、ルサカ(ザンビア)で20%と、横ばい状態が続いている。その大部分が都市部である南アフリカ共和国のガウテン州(ヨハネスブルクが存在する)では、HIV陽性率は30%を越えており、2002年、マプト(モザンビーク)のHIV陽性率の中央値は18%だった。(南部アフリカの農村部の妊婦のHIV陽性率は全般的に見て、都市部の妊婦よりもかなり低い。しかしながら、この地域はアフリカ大陸で最も都会化されており、人口の40%以上が都市部に住んでいる。)

診する妊婦のHIV陽性率は低下の傾向にあり、1996年には若い女性(15-24歳)の陽性率はほぼ23%だったが、2001年には15%に低下している。これが例外的な状況なのか、より安全な性行動と関連があるのかは、これから明らかになるだろう。

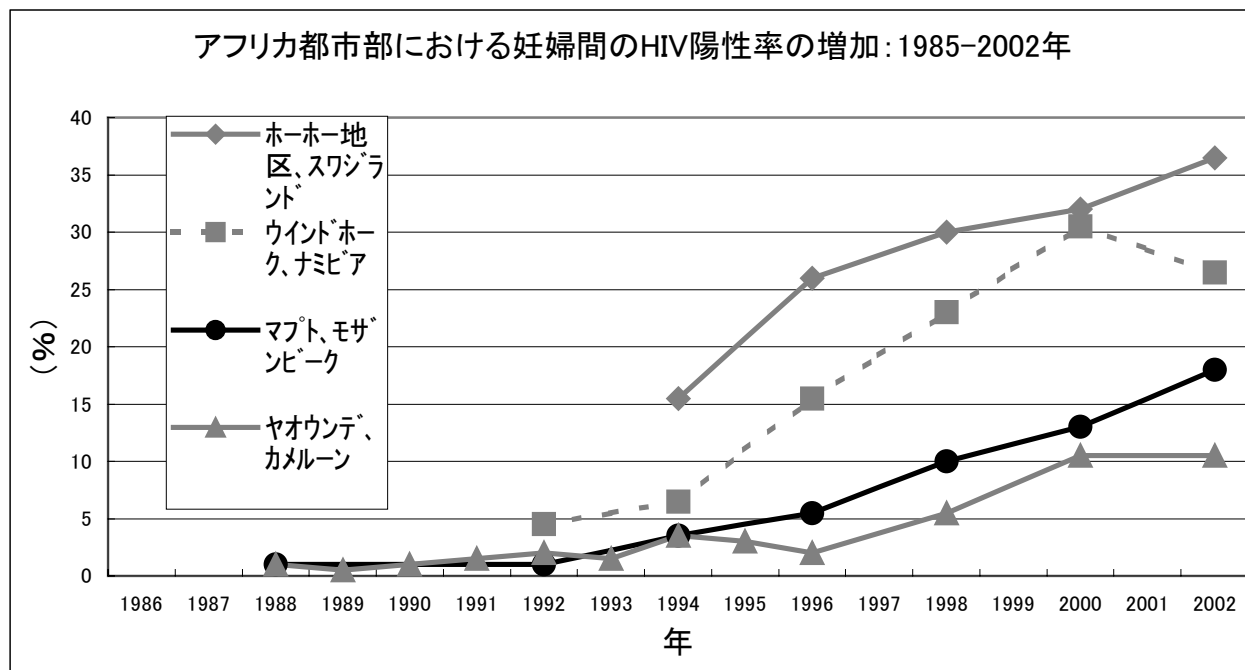
南アフリカ共和国では、2002年のサーベイランス・データが、産科診療所を受診している妊婦のHIV陽性率の平均値が現在もほぼ1998年と同じく高いレベルであることを示している。この平均値は1998年-1999年では22-23%だったが、2000年-2002年には25%とさらに高くなっている。

グラフ2



出典: Department of Health, South Africa

グラフ 3



出典：National AIDS Programmes (partly compiled by the US Census Bureau)

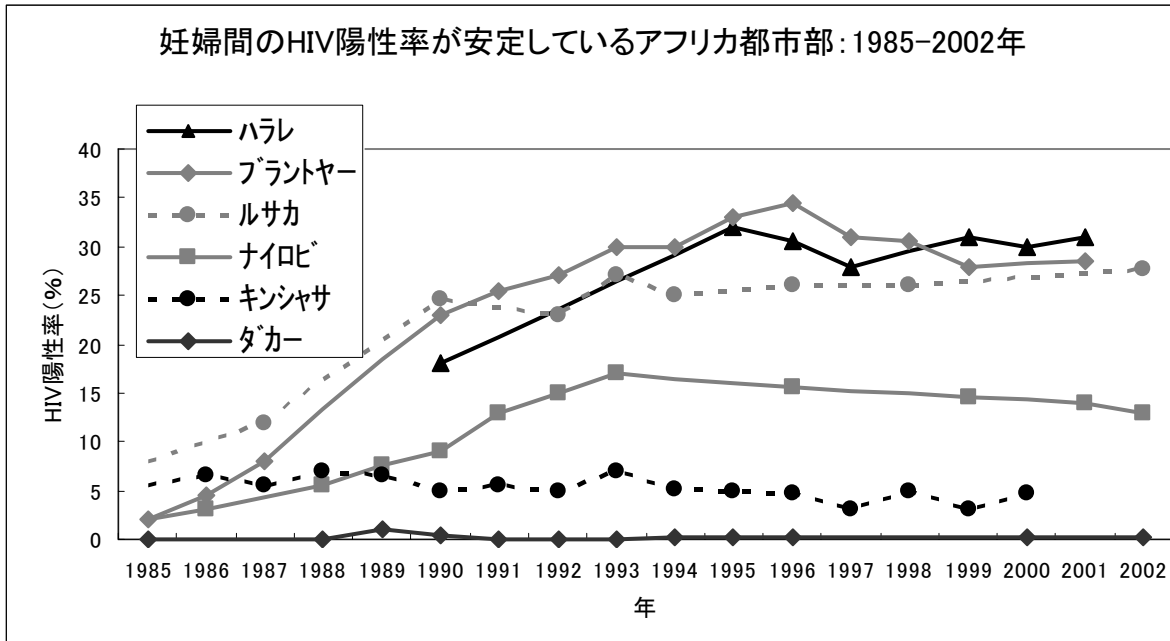
10代の妊婦(15-19歳)の陽性率がわずかに低下したが、20-24歳の妊婦のHIV陽性率が相変わらず高いことと、25-34歳の妊婦の陽性率も上昇していることで、相殺されたかたちとなっている。最も人口の多い州を含む、南アフリカ共和国9州のうち5州で現在、少なくとも妊婦の25%がHIV陽性である。しかし、流行拡大は南ア共和国なかでも地域によって異なる。クワズルーナタル州の産科診療所の妊婦のHIV陽性率はほぼ37%で、最も陽性率の低い西ケープ州の約3倍である。南ア共和国における産科診療所でのサーベイランスに基づく最新の全国調査によれば、2002年末現在、HIVと共に生きている南アフリカ共和国国民は530万人と推定される。南ア共和国の流行拡大は比較的最近のものであることと、現在の動向を考え合わせると、エイズによる死亡者数は少なくとも今後5年間は増加を続けると考えられる。要するに、最悪の事態はこれからやってくる。全国的な抗HIV療法プログラムが早期に実現されれば、流行拡大の衝撃から国を守ることができるだろう。

南ア共和国と隣接する4カ国(ボツワナ、レソト、ナミビア、スワジランド)では、衝撃的な陽性率が見込まれる。HIV陽性率はきわめて高く、横ばいになる兆しもない。2002年、スワジランド国内のHIV

陽性率はボツワナと同じく、ほぼ39%だった。ほんの10年前は4%だった。ボツワナもスワジランドも、15-24歳の若い妊婦のHIV陽性率が低下し始めるような兆しは見られない。ナミビアの産科診療所サイトのHIV陽性率は2002年、23%を越え、レソトの最新データ(2003年に収集)によれば、産科診療所受診者のHIV陽性率の中央値は30%である。

ジンバブエで今年発表された数字は、国内の成人のHIV陽性率は2001年末の34%から25%に低下し、ジンバブエの流行拡大は抑えられつつあると解釈されているが、残念ながら、この見解には根拠がないようだ。新たに出された数字は、かなり高い割合で検査に不備がある産科診療所のデータに依存していた2001年の推計値を、統計に基づいて修正したものである。(加えて、新たなデータが一部の農村地域からも入手でき、最新の国勢調査では、ジンバブエの人口がそれまで考えられていた数よりも少ないことがわかった)。従って、修正された推計値はHIV陽性率が実際に低下したことを示すのではなく、1990年代末期からHIV陽性率が非常に高いレベルで横ばいになっていることを確認するものである。1997年から調査を行っている13ヶ所の産科診療所における動向の評価でも、低下のエビデンスはほとんど見られない。

グラフ 4



出典：National AIDS Programmes (partly by the US Census Bureau)

国の HIV 陽性率が 1990 年代から変化していないザンビアでも、流行拡大が横ばい状態である。2001-2002 年の人口に基づく全国調査では、検査に同意した 15-49 歳のほぼ 16% が HIV 陽性だった。調査結果は 2001 年の産科診療所でのサーベイランスのデータと一致していた。

モザンビークでは、妊婦の HIV 陽性率の中央値は、北部で 8%、中央部で 15%、南部で 17% と幅がある。36 のサイトの産科診療所受診者の HIV 陽性率の中央値は 14% で、マボテ(イニャンバネ州)の産科診療所の受診者の陽性率が 36% と最も高かった。また、最も低い値は 4% で、マヴァゴ(ニアサ州)の妊婦だった。

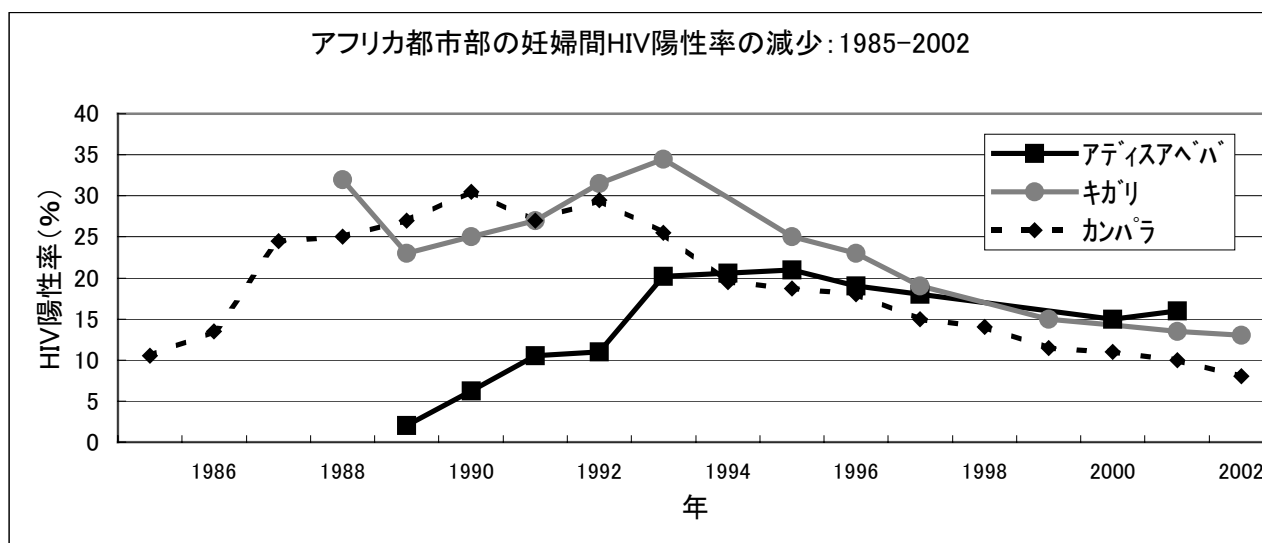
現在のところ、アンゴラは HIV レベルが比較的低いにもかかわらず、懸念の材料が大いにある。ほぼ 40 年にわたる戦争が終わり、大規模な人口移動が起こっている。何百万人もの人々が強制的に追いやられた場所を離れることができるようになり、国内及び国境をまたぐ貿易が再開され、約 45 万人の難民が(その多くは HIV 陽性率の高い近隣諸国から)帰国している。このような状況は、突然の流行爆発

の原因となりえる。2001 年のルワンダのセックスワーカーの調査では 33% が HIV 陽性だったが、5 つの産科診療所で行われた HIV 陽性率調査の予備段階の結果は、HIV 陽性率の中央値は 3% ほどだということを示唆している。アンゴラでは流行の動向を知るための正確な情報がほとんどないが、国としての HIV/AIDS への対応は改善の余地が大いにあることは間違いない。予防活動は極めてまれで、自発的な検査センターはほとんど作られておらず、HIV/AIDS の知識レベルも非常に低い。

東アフリカと中央アフリカの一部では、目立った動きが見られる。ウガンダでは HIV 陽性率は低下し続けており、カンパラでは 2001 年には 8% に低下した。10 年前には都市部の 2 つの産科診療所の妊婦の HIV 陽性率が 30% だったことを考えると、これは目覚ましい快挙である。ウガンダ全土でこのような成果が繰り返され、現在、二桁の陽性率はまれである。

今日まで、少なくとも全国規模では、このような快挙を成し遂げた国はない。しかし、ルワンダの首都キガリでは、産科診療所サイトの HIV 陽性率が 13% に低下している。(1993 年にはほぼ 35%)。

グラフ 5



出典 : National AIDS Programmes (partly by the US Census Bureau)

しかしながら、1994年の大虐殺のあとに、大規模な人口以上が起こったことを考えると、長期にわたる比較を行うには注意を要する。アジスアベバでは、15-24歳の妊婦のHIV陽性率は、ピークとなった1995年の約24%から、2003年には約11%と急激に低下した。エチオピアにおける流行拡大はほとんどアジスアベバに集中している(農村部の妊婦のHIV陽性率は2%未満)ことを考えれば、これは目覚ましい進歩である。エチオピアでは1999年-2000年に、72,000人の新兵がHIV検査を受けた。都市部と農村部の新兵では、HIV陽性率はそれぞれ7.2%と3.8%だった。東アフリカの他の地域では、流行拡大は現状維持を続けている。ケニアの2002年の全国調査では、妊婦の10%がHIV陽性であった。さらに、同じサーベイランス・サイトの動向からは、過去3年間で妊婦のHIV陽性率のわずかな低下が見られるだけである。

キンシャサ(コンゴ民主共和国)の妊婦のHIV陽性率は相変わらず低いレベルである。コンゴ民主共和国政府の管理下にある都市部および農村部のサイトからのより最近のデータは、2003年のHIV陽性率が実際に国内の大部分で5%以下であることを示している。例外はザンビアとの国境にある南東部のカタンガ州で、同州のHIV陽性率は6%である。また、

2003年のサーベイランス活動が遅れている東部も例外だと思われる。

西アフリカでは、多様な流行拡大が起こっている。セネガルが流行の初期の1980年代に、HIV予防と啓発プログラムに大規模な投資を行うと決意したことは、現在も功を奏している(1980年代にはHIV感染率はまだ低かった)。持続的なプログラムによって、1990年以来、妊婦のHIV陽性率は約1%に抑えられており、このレベルを2003年まで維持している。しかし、セックスワーカーのHIV陽性率は過去10年で徐々に上昇している。セックスワーカーの陽性率は、ダカールでの5%(1992年)から14%(2002年)に、カオラックでは8%(1992年)から23%(2002年)に上昇した。人口に基づく調査とその他の調査によれば、サヘル地域の成人のHIV陽性率は、マリでは2%、ガンビア、モーリタニア、ニジェールでは1%以下と比較的低い。ブルキナファソのように、ガーナも安定傾向を示している。ガーナでは、産科診療所に通う妊婦のHIV陽性率の中央値は、1994年から2%から3%強の間で推移している。(2002年、首都アクラではわずかに4%を超えた)。

西アフリカで最も HIV 陽性率が高いコートジボアールの状況はもっと深刻である。国内の一部では妊婦の10人に1人がHIVに感染している。しかし、2002年、アビジャンの妊婦のHIV陽性率は過去10年間で最も低いレベル(7%)に下がった。ナイジェリアにおける最新のサーベイランス・データ(2001年)には、国内の大都市のほうが南部の農村部とされる地域よりも、HIV陽性率が低い(5%未満)という、例外的な状況が示されている。

近年のアフリカにおけるさまざまな進歩にもかかわらず、いくつかの国のサーベイランス・システムの対象は、流行の実際の広がりや動向をつかむデータ

を提供するには少なすぎる。多くの場合、戦争や紛争がその主な原因であり、とくにアンゴラ、コンゴ民主共和国、リベリア、ソマリアなどでは、サーベイランス・データは乏しい。

サハラ以南アフリカ全体で(南部アフリカの一部も)、産科診療所に通う妊婦のHIV陽性率は、非常に高いレベルの南部アフリカをのぞいて、ここ数年同レベルである。この明らかなHIV陽性率の『安定』を、サハラ以南アフリカではHIV/AIDSの流行が転機を迎えていると解釈する研究者もいる。残念なことに、得られるエビデンスはこのような結論の根拠を提供するものではない。

**改善された推計値によればサハラ以南のアフリカで、
HIVと共に生きる人々の数は増え続けている。**

最新のUNAIDSとWHOの推計値は、サハラ以南のアフリカで今年、HIVと共に生きている人々は2002年に発行された推計値よりも少ないことを示している。より良いデータと理解により、UNAIDS事務局とWHOは、2002年に多く見積もられた推計値を訂正し、この地域のより正確な推計値を出すことができた。しかし、サハラ以南のアフリカでHIV/AIDSと共に生きる人々の数は増え続けている。

- 改善・拡大されたサーベイランスから、地方のHIV陽性率が予想されたよりも低いこと、いくつかの国々では地方と都市部の感染レベルの差が考えられていたよりも大きいことが明らかになった。拡大されたHIVサーベイランス・システムと全国調査は、数カ国で地方の僻地から新たなデータを提供した。それらの国々には、ブルンディ、エチオピア、ルワンダ、ザンビアなどが含まれ、これらの国々の国内の陽性率の推計値は低くなった。データ収集・分析におけるこのような進歩は、UNAIDSの主な目的である、流行拡大に対する理解を深めることにつながるだろう。
- 新たな国勢調査のデータに沿って、国連人口部はいくつかの国の推定人口を修正した。このような国々(モザンビーク、コンゴ民主共和国など)では、例え、HIV陽性率の推計値が同じでも、推定人口が少なればHIV/AIDSと共に生きる人々の数も少なくなるとを示唆している。

HIVと共に生きる人々の推計値を大きく下方修正した国のひとつがジンバブエである。今年発表された数字では、ジンバブエの成人のHIV陽性率は25%となっているが、これは2001年末には34%だった。残念なことに、これは実際に陽性率が9%下がったのではない。今年新しく出された数字は、かなりの割合で検査に不備がある産科診療所のデータをもとに出された2001年末の数字を、統計に基づいて訂正したものである。さらに、全国調査からの新たなデータを利用することも可能になった。従って、修正された推計値は前年より低いものの、HIV陽性率の事実上の低下ではない。

過去の数値に、このような修正されたデータと流行拡大に関する理解を適用すれば、陽性率がほぼ同じであっても、ここ数年、サハラ以南アフリカ諸国におけるHIV/AIDSと共に生きる人々の数は増加していることがわかる。以前からの陽性率の上昇と、延命薬である抗HIV薬へ不十分なアクセスのため、エイズによる死亡者数も増加している。

サハラ以南アフリカの多くの国々で見られる、明らかな陽性率の固定化を引き起こす理由は、エイズによる死亡率と HIV 感染率という二つの要素である。エイズによる死亡率が高い(上昇している国もある)ことと、HIV 感染率が継続的に高いことが相互に作用して、HIV 陽性率はほぼ同じレベルに保たれている。例えば、ザンビアでは、国の陽性率は過去 8-10 年間、比較的安定している。この間に、毎年 8 万人近くが新たに HIV に感染したと推定されるため、陽性率が安定しているように見えるのは、エイズによって毎年、同じ数の人々が亡くなっているからである。従って、HIV 陽性率は変わらないように見えても、引き続き多くの人々が毎年、新たに HIV に感染しており、それがエイズによる死亡者数と釣り合っているという事実が隠されている。

従って、我々は、アフリカ諸国の流行の衰退を目標しているのではない。安心することはできない。効果的な介入がなされなければ、流行拡大はこれからもこれらの国々に大惨事をもたらすだろう。

サハラ以南アフリカの流行は変化しており、多様である。つまり、現状と HIV の拡大を防止する介入とともに、その原動力となる要素をよく理解しなければならない。これは、社会経済的及び社会文化的な不平等といった構造的要素が、効果的な対応を妨げている南部アフリカにとくにあてはまるようだ。

HIV/AIDS に関するコミットメント宣言 (2001 年 6 月の HIV/AIDS に関する国連特別総会で合意された) に掲げられた目標の実施に向けた進捗状況を調査している各国の報告によれば、多くの国々が孤児に対する適切な政策を持っておらず、自発的なカウンセリングと検査はお粗末で、母子感染の予防にいたっては、最もエイズの影響を受けた国々の多くでないに等しい。幼児と小さな子どもの HIV 感染を減らす努力に関しては、報告を行ったアフリカ諸国の 70% 以上は、出産期の母親および新生児に対する抗 HIV 薬の予防投薬のためのプログラムをほとんど行っていない。報告を行ったアフリカ諸国の約半数が、HIV/AIDS と共に生きる人々への差別を防ぐ法律を採択していない。性感染症 (HIV 感染の共同因子) の患者の中で、少なくとも 50% が診察・カウンセリング・治療を受けていると報告したのは、全体の 4 分の 1 だった。治療を受けている人々はまだ少ないが (2000 年、抗 HIV 薬にアクセスできたのは 5 万人に過ぎない)、ボツワナ、カメルーン、エリトリア、ナイジェリア、ウガンダといった国々は、官民の両分野で抗 HIV 薬へのアクセスを拡大する努力を本格的に行っている。

しかし、過去 2-3 年で、政治的な支援の高まりやより強力な政策策定、財源の増加、エイズの社会への影響を緩和する動きなども見られる。流行拡大を打倒しようとするなら、このような機運を維持していかなければならない。

東ヨーロッパと中央アジア

バルト海沿岸諸国、ロシア連邦、ウクライナで HIV 陽性率は上昇を続けている。
中央アジアでは、流行拡大が急速に進行している。

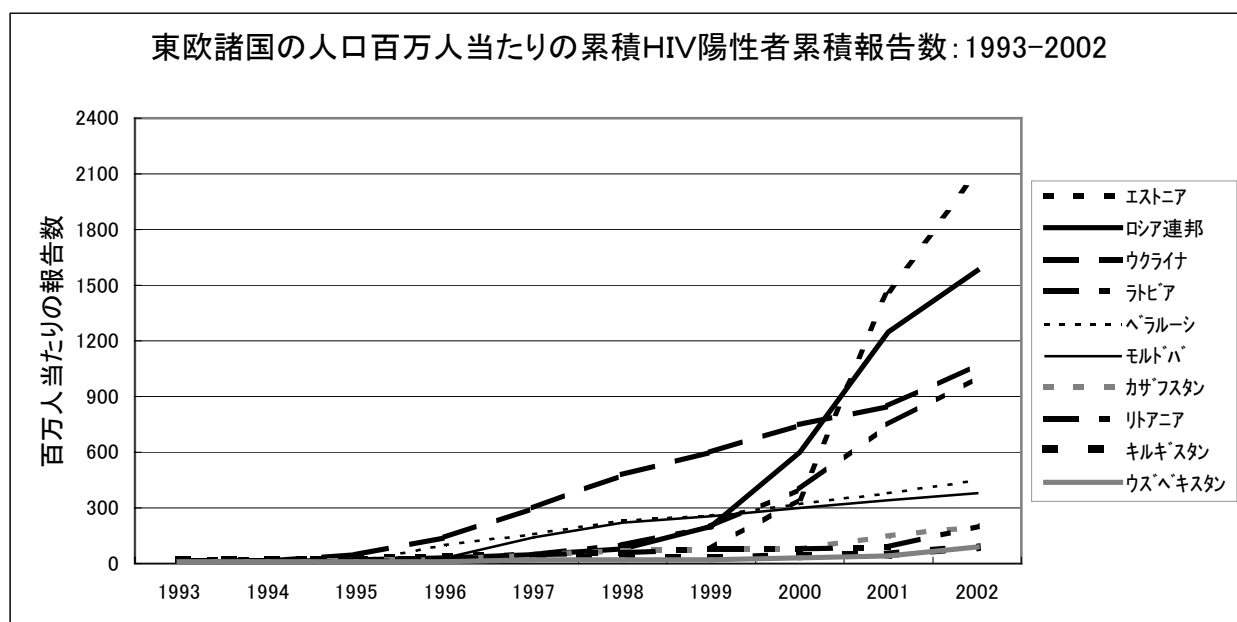
東ヨーロッパと中央アジアにおける HIV/AIDS の流行拡大は衰える兆しがない。2003 年、約 23 万人が新たに HIV に感染し、HIV と共に生きる人々は 150 万人になった。エイズは昨年、約 3 万人の命を奪っている。

最も被害が大きいのは、ロシア連邦とウクライナ、バルト海沿岸諸国（エストニア、ラトビア、リトアニア）だが、HIV はベラルーシ、カザフスタンにも広がっており、最近では、カザフスタンとウズベキスタンでの流行が顕著である（グラフ 6 参照）。ロシア連邦では現在、約 100 万人の人々（15-49 歳）

が HIV と共に生きてると推定される。（しかしながら、推計値には 60 万人から 150 万人という幅がある）。

このような流行拡大を後押ししているのは、薬物注射、安全でないセックスなど若者の間で広く行われている危険な行動である。非常に多数の若者が、定期的に、あるいは断続的に薬物注射を行っており、旧ソ連諸国の薬物使用者の HIV 陽性率を高める原因となっている。東ヨーロッパと中央アジアにおけるコンドームの使用率は、HIV 感染リスクがより高い若者も含めて若者の間で、一般的に低い。

グラフ 6



出典：National AIDS Programmes (2002). HIV/AIDS surveillance in Europe. End-of-year report. Data compiled by the European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS.

ロシア連邦で行われたある調査によれば、いきずりの相手とのセックスでコンドームを使用する若者(16-20歳)は半分に満たなかった。常にコンドームを使うと答えたセックスワーカーの割合は、50%になることはめったになく、注射器による薬物使用者の間では、常にコンドームを使用すると答えたのは20%未満だった。

地域では全体の80%を超えるHIV陽性者が30歳未満である。30歳未満の陽性者の割合が、全体の30%程度である西ヨーロッパや米国の状況とは、対照的である。

この地域で最も流行拡大が深刻なロシア連邦では、HIV陽性率は引き続き上昇している。2002年末ま

流行を後押ししているのは、危険な行動が高いレベルで続いていることであり、とくに若者の間の薬物注射と、それほどではないにしろ、危険なセックスである。

この地域の国々で比較的新しい現象である薬物注射は、急激な社会変化と、拡大する不平等、国境を越えた麻薬の不法取引網が形成されるなかで根付いていった。いくつかの推定値によれば、注射器による薬物使用者数はロシア連邦だけで300万人ほど、ウクライナでは60万人を超え、カザフスタンでは20万人以下であるとされる。(エストニアとラトビアでは、成人人口の約1%が薬物注射を行っていると推定され、これに対してカザフスタンではその割合は2%に届いている可能性がある)。薬物使用者のほとんどは男性で、多くが若者である。調査によれば、サンクトペテルブルグでは薬物使用者の30%が19歳未満であることがわかっており、ウクライナでは薬物使用者の20%がまだ10代だった。モスクワの15-18歳の若者を対象に行われた調査によれば、男性の12%が薬物注射を行っていた。東ヨーロッパと中央アジアでは、全体で、注射器による薬物使用者の最大25%が20歳未満の若者であると推定される。薬物注射器具の使い回しなど、汚れた器具の使用は一般的である。例えばモルドバでは、注射器による薬物使用者の約80%が注射器具を使い回している(他の使用者を信頼していると主張する場合が多いため)。また、モスクワでは、過去1ヶ月で薬物使用者の75%が注射器具を使い回していることがわかった。

この地域では、HIV感染報告数においては、若者が圧倒的に多い。ウクライナでは、HIVと診断された人々の25%が20歳未満であり、ベラルーシではその60%が15-24歳で、カザフスタンとキルギスタンではHIV陽性者の70%以上が30歳未満である。ロシア連邦では、HIV感染の80%が30歳未満の若者の薬物使用によるものである。全体として、この

で、HIVと診断された人々の累積数は22万9,000人である。そのほぼ4分の1(50,400人)が2002年に新たにHIVと診断されており、流行拡大が恐ろしい速度で広がっていることを示唆している。その上に、HIV感染者報告数は、実際の感染者数(HIVと共に生きる人々の数)よりも、著しく少ないであろうことは、ほぼ確実である。

このようなHIV感染のほとんどは、薬物注射の際に汚染された器具を使用することによって起こり、若者が流行の打撃をもろに受けている。しかし、最近、別の際立った感染経路が、明らかになってきた。新たにHIVと診断される女性の、全体に占める割合が増加しており、1年前には24%だったが、2002年には33%になった。その結果、HIVの母子感染が急増している。この現象は流行がここ数年で確固たるものになっている、カーニングラード(西部)とクラスノダール(南西部)などの地域でもっとも顕著である。これは、HIVの性感染がより優勢になってきている地域で、流行の新たな段階が始まったことを示唆している。注射器による薬物使用者のほとんどが若く、性的に活発なため、新たな感染の多くが性感染を通じて起こっている。(注射器による薬物使用者、あるいは、HIVに感染した彼らのパートナーが危険なセックスをするときに感染が起こることが多い)。

ロシアにおける流行は着実に拡大しているが、まだ初期段階である。

HIV感染は89の行政地域のうち88地域で報告されているが、その程度は地域によってさまざまである。ニジニノブゴロド地域などでは、介入によって局所的な流行は安定してきている。しかし、少なくとも9つの地域では、流行の広がりには深刻で、HIVはさらに11地域で足場を固めている。

このような流行の構図から、若者の脆弱性を軽減し、彼らが薬物注射と危険な性行動を減らすことができるようなより強力な総合的な対応へのニーズが浮き彫りになる。つまり、予防ツールとサービスへ

2002年にはこの数は5倍以上になっている。リトアニアは2つの異なるタイプの流行に直面しているようだ。ひとつは、ロシアのカリーニングラードに隣接する地域における、主に注射器による薬物使用者の間の流行で、もうひとつはビルニュスの男性とセックスする男性の間の流行である。

この地域で最もHIVの流行爆発が新しいのは中央アジアである。この地域では、HIV感染者報告数が1995年の88人から、2002年には5,458人と急増している。これは主に、カザフスタン、キルギス

**男性とセックスする男性や、より高い感染リスクにさらされている集団の間で、
隠れた流行が広がっているのではないかという懸念がある。**

のアクセスとともに、情報へのアクセスを拡大することである。ハーム・リダクション（害の緩和）は、このような総合的な対応の礎石であり、さしあたって高いHIV感染リスクに直面している薬物使用者の若者のニーズと取り組むために、早急にこれを拡大すべきである。これらの若者の性的パートナーである女性、男性とセックスする男性、セックスワークに従事する若い女性や男性にも、とくに注意を払うべきである。母子感染の予防は、新たな緊急の優先事項である。しかし、HIVと共に生きる人々の治療とケアへのニーズの高まりも、これ以上見過ごすことはできない。

上述と同様なことが、ウクライナ（2002年末の公式の累積HIV感染診断数は52,000人を超える）、ベラルーシ（4,700人）、モルドバ（1,700人）にもあてはまる。これら3カ国は全て、流行の歴史が比較的長い。HIV感染の大多数は薬物注射を行う若者（とその性的パートナー）に起こっているが、それ以外にも流行が広がりつつあるという兆候がある。

バルト海沿岸諸国では、HIV感染の数はまだ少ないが、流行はただならぬ速さで広がっている。ラトビアでは2002年には2,300人と、HIVと診断された数が1999年の5倍になっている。エストニアでは、ほんの4年前には新規HIV感染の報告数は12だったが、2002年には899人が新たにHIVと診断された。リトアニアも同じような道をたどっている。2001年に報告された新規感染者は72人だったが、

タン、ウズベキスタンで感染者報告数が急増したためである。キルギスタンで報告されたケースの大多数は、近隣諸国への麻薬の輸送経路になっているオシュ地域に集中している。中央アジアの5カ国がロシア連邦とヨーロッパへの麻薬密輸の主要ルートになっていることを考えると、感染の大半が注射器による薬物使用と関連があることは、驚くべきことではない。実際、アルコールよりヘロインのほうが価格が安いところもある。この地域全体で、経済からはじき出されている弱い立場の若者がとくに最もひどい被害を受けている。カザフスタンでは、HIVに感染していると診断された人々の4分の3が失業者である。

このような流行は非常に最近のもので、予防努力が注射器による薬物使用者やセックスワーカーなど現在最も影響を受けている人々に向けられ、若者の予防活動が支援されるならば、食い止めることができるものである。時には、献血時のHIVスクリーニング検査といった、もっと初歩的な予防措置も必要である。タジキスタンでは、2002年に献血した人々の40%がHIVの検査をされなかったと報告している。

さらに西を見ていくと、ポーランドでは1990年代半ばから新規HIV感染報告数は安定しており（年間ほぼ500-600）、チェコ共和国、ハンガリー、スロベニアでも1990年代末から同じような状態になっている。

しかし、南東ヨーロッパの一部（とりわけ紛争や難しい転換期から脱した国々）では、注射器による薬物使用と危険な性行動が増加しているようであり、予防措置が速やかにとられない限り、HIVが爆発的に広がる恐れがある。

現在のデータは、HIV検査を受けた人々のみに基づくもので、影響を受けている可能性のある集団が全て検査を受けているわけではない。ゆえに、データは、HIV検査プログラムに参加した人々あるいは集団（主に注射器による薬物使用者）の状況を反映している。この地域全体で厳しく汚名を着せられている男性とセックスする男性の間で、隠れた流行が広がっているのではないかという懸念がある。中央アジアでは、男性とセックスする男性の大きなネットワークがあることがわかっており、ベラルーシ、ウクライナ、リトアニアの急激な流行は少なくとも男性とセックスする男性にも広がっていると考えられ、クロアチアとスロベニアの初期段階の流行も同じような構図をたどっているようだ。ロシア連邦とウクライナにおける性行動に関する以前の調査では、1990年代前半に予防しないセックスの度合いが高いことがわかった。一方、ロシア連邦で2000年に行われた調査は、男性とセックスする男性のコミュ

ニティではハイリスクな行動が続いていることが示された。

東ヨーロッパと中央アジアの国々はHIV/AIDSに真剣に取り組みは始めている。いまや、流行拡大は、独立国家共同体の国家首脳・政府首脳会議の主役である。また、ベラルーシ、カザフスタン、ルーマニア、ウクライナでは、HIV/AIDSと共に生きる人々やその他の市民社会団体が発言権を得て、政府とパートナーシップを形成している。ロシア連邦では、新しいHIV/AIDSに関する諮問委員会が、初めて政府とHIV/AIDS感染者の組織をひとつにした。このような最近の進捗状況を支えているのは、HIV/AIDSに関する国際的支援が、一層強化されてきたことである。このような支援は2001年末から6倍も増加している。（世界エイズ・結核・マラリア対策基金（GFATM）、世界銀行、二カ国間ドナーなどの結果でもある）。現在の課題は、この地域全体のHIV感染者・AIDS患者(PLWHA: People Living With HIV/AIDS)150万人に治療とケアを提供することである。しかし、これは、リソース管理やモニタリングと評価のための技術支援を提供するという高まりつつあるニーズと平行して進められなければならない。

アジア太平洋地域

最近まで HIV がほとんど、あるいは、まったく存在しなかった地域や国々に、
流行拡大が進行しつつある。そこには、
中国・インドネシア・ベトナム（15 億人の人々が暮らす）も含まれる。

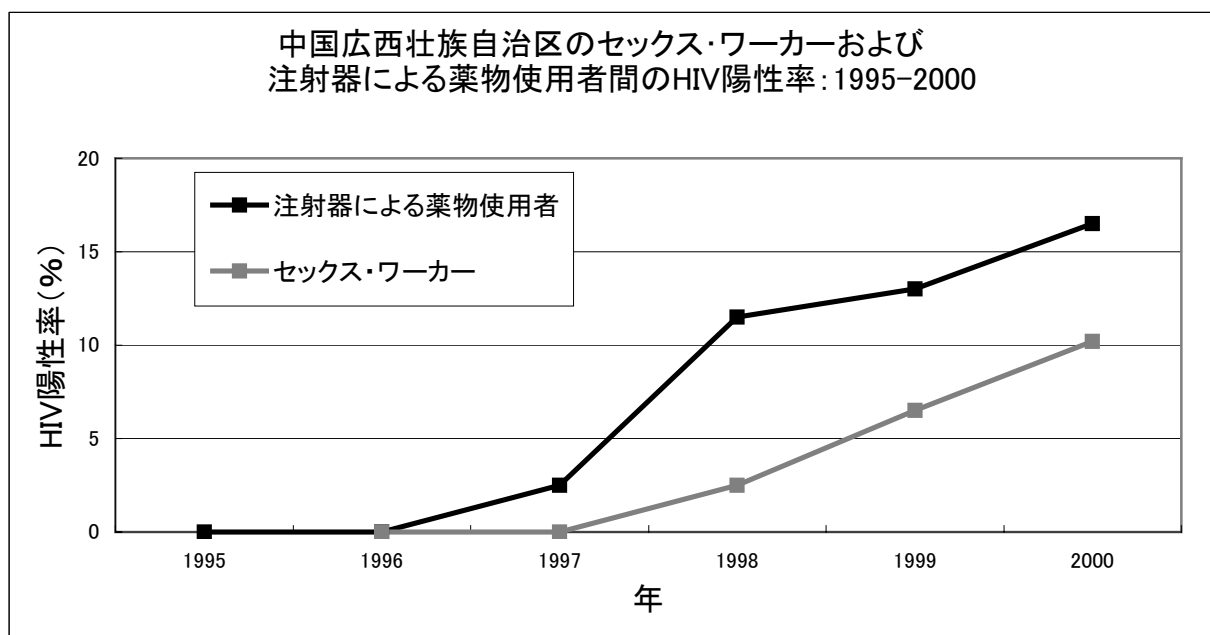
2003 年、アジア太平洋地域では、100 万人以上の
人々が新たに HIV に感染し、現在、この地域
で HIV と共に生きる人々の数は、推定で 740 万
人に達している。また、2003 年におけるこの地
域におけるエイズによる死亡者数は、推定で 50
万人に及ぶ。

この地域の大多数の国では、国家レベルの成人
HIV 陽性率は、未だ 1% 以下であるが、この数字
は、誤解を招く恐れがある。なぜなら、この地域
のいくつかの国々は国土も広大であり、人口も多
いため、全国レベルの総計では、州や省レベルの
流行の深刻な実態がぼやけてしまうからである。
たとえば、インドの国レベルの成人 HIV 陽性率
は、1% 以下だが、5つの州では成人の陽性率が
1% 以上に達していると推定される。さらに、い
くつかの国では、深刻な HIV 感染増加の可能性
があることを警告する兆候も増えつつある。現状

では感染レベルが低い国々でさえも、突如、流行
が広がる可能性があるほど、注射器による薬物使
用やセックスワークが広がっている地域もある。

たとえば、中国では、IDU（注射器による薬物
使用者）間の HIV 陽性率が高いことが判明して
いる地域もあり、新疆地区では、35~80%、広東省
では、20%に達している。また、1990年代に安全でない
献血（供血）が横行したため、深刻な HIV の流行が
悪影響を及ぼしているコミュニティもある。入手可
能な証拠からは、IDU が増加しており（高い割合の
IDU が汚染された針とシリンジを使用している）、セッ
クスワーカー（性産業従事者）及び MSM（男性
とセックスする男性）などの弱い立場に置かれて
いる集団内でのコンドーム使用率が低いことが
示されている。つまり、中国では、国家レベルの
HIV 陽性率が低い故に、

グラフ 7



出典：Sentinel surveillance reports, National Center for HIV/AIDS Surveillance

特定地域（雲南省、新疆地区、広西地区、四川省、河南省及び広東省）では深刻な流行が長年にわたり続いていること、さらにその他の地域でも、感染が広がる条件が整いつつあるという事実がぼやけてしまっているのである。流行は、31の省（自治地区やその他の地方行政区も含む）に広がりつつあり、HIV/AIDSの発生報告件数は、近年になって大きく増加している。

警告している。

タイをはじめとするこの地域の他の多くの国々と異なり、この地域では珍しいことに、カンボジアの流行では IDU がほとんど目立ってこなかった。そのためか、同国では IDU による HIV 感染防止対策が立ち遅れた感があり、こうした状況を改めないと、同国の流行が再び勢いを得る可能性がある。注射器による薬物使用は、ウィルスが、他の IDU に、さらには彼らの性交渉の相手

これらの新たに発生している流行の大部分が IDU(注射器による薬物使用)を要因とするものであり、さらに商業的セックスを通じて、HIV 感染が広がっている。

カンボジア、ミャンマー、タイのアジア3カ国は、すでに全国的な深刻な流行と闘わなければならない状況に直面している。ミャンマーの初期予防努力が、都市部の15～24歳の国民間で報告されている1～2%の HIV 陽性率に歯止めをかけられるかどうかは、未だ見守らなければならないが、カンボジアにおける国レベルの成人間 HIV 陽性率は、流行を食い止めようとする強力な努力のおかげで、1997年以來、約3%で横這い状態にある。特に売春施設で働くセックスワーカー間の陽性率が、1998年の43%から2002年の29%に大きく減少し、また都市部の警察官の陽性率も同様に大きく低下している、こうした成果は、主に、同国の政府や非政府組織が支援し、コンドーム使用キャンペーンが活発に展開されたおかげである。カンボジアの保健省は、最近、こうした対策を講じなければ、HIVの感染は現在の3倍に増えていただろうと推測している。

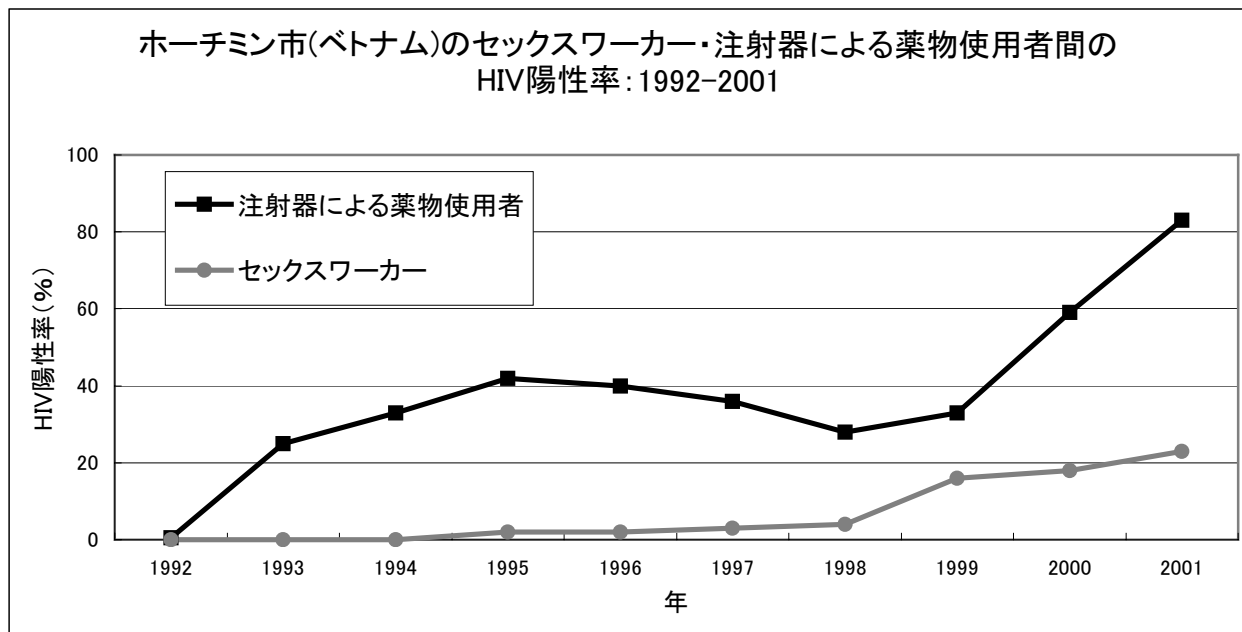
とその子供たちなどにも広まってしまうため、感染の主たる形態になりうる可能性がある。

最近まで、感染拡大を免れてきたベトナムだが、深刻な流行の可能性に直面している（グラフ8を参照）。最近の推定では、国レベルの陽性率は、1%を下回るとされているが、IDU間での感染急増はすでに発生している。公式の推定では、汚染された注射器具の使用のために、ベトナムの HIV 感染の65%が薬物使用者の間で起こっている。2002年の標識サーベイランス（動向調査）では、大多数の省の IDU の20%以上の者が HIV 陽性であることが判明した。また、HIV がその他の弱い立場の人々の集団に拡大しつつある兆候がすでに示されている。たとえば、カント及びホーチミン市のセックスワーカーの HIV 陽性率は、それぞれ11%と24%であった。また、多くのセックスワーカーが、注射により薬物を使用していると考えられているが、感染の急速な広がりが性交渉により起こっている証拠も強まっている。さらに、こうした動向は南部に限られたものではなく、2002年におけるセックスワーカー間の HIV 陽性率は、ハノイで15%、ハイフォンで8%に達している。

一方、タイでは、100%のコンドーム使用を働き掛けるプログラムが功を奏して、1990年代には広範囲に及んだ流行を抑制しており、2002年の国レベルの HIV 陽性率は、2%前後となっている。また、同国では21歳の新規徴集兵間の陽性率が、2002年には1%以下まで低下した（1990年代中頃の4%から）。カンボジア及びタイの両国では、商業目的のセックスでのコンドーム使用の増加、さらには、セックスワーカーのサービスを求める男性数の減少という2つの大きな変化により、こうした効果が導かれた。しかし分析の結果、配偶者間の HIV 感染が新規感染のより顕著な要因となりつつあることが示されており、弱い立場に置かれている集団だけをターゲットとして対策を講じるだけでは不十分であることを

ベトナムは、緊急性の高い二重の課題に直面している。HIV 予防プログラムを導入することで、注射器による薬物使用を原因とした HIV 感染の拡大を抑えることができ、その結果、IDU だけではなく、その性交渉の相手や、女性の薬物使用者の場合は、彼女らの子供たちを護ることにつながる。また同国は、セックスワーカーを通じたより幅広い国民層への異性間感染爆発の可能性を未然に防止するために迅速に行動しなければならない。

グラフ 8



出典：Sentinel surveillance reports, National AIDS Bureau, Ministry of Public Health, 1992-2001

調査によれば、都市部ではかなり高い割合の男性が、金銭でセックスを買っている。ベトナム社会の自由化が継続し、農村地域から都市部への人口移動が盛んになるに従って、この割合はさらに上がる可能性がある。

すでにより深刻な流行に見舞われているミャンマーでは、待ったなしの対応が迫られている。IDU 及び商業的セックスが、同国における HIV 感染の大多数を占めており、季節労働者（特に宝石採掘労働者と森林伐採労働者）が、より幅広い国民層にウィルスが広まる主たる経路を担っている。UNAIDS（国連共同エイズ計画）は、今後3年間にわたり HIV の流行と取り組むための特別財源の確保を支援したが、同国の上手く機能しなくなっている公衆衛生システムの大掛りな改善も求められている。今日までのところ、断片的な活動しか行われておらず、商業的セックスと IDU による感染を食い止めようとするならば、関係諸機関の一致協力した国レベルの対応が、絶対に必要な優先課題となっている。

一方インドネシアでも、注意を促す兆候が減ってはいない。コンドームの使用を社会全体に宣伝し、エイズに対する意識を高める運動が、1990年代後半より展開されたが、コンドームの使用率は、商業的セックスにおいてさえも低いままであ

る。セックスワーカーの元を頻繁に訪れる 700～1000 万人のインドネシア男性の 10%以下しか、コンドームを定期的には使用していないと推測される。また 2002 年に、有料のセックスサービスでコンドームを常に使用していると述べているジャカルタのセックスワーカーの割合は、ほぼ同じくらい少ない。その結果、驚くなかれ、セックスワーカーの HIV 陽性率は、リアウなどの工業地域はもちろん、カリマンタンやパプアなどの農業地帯においても、上昇の一途を辿っている。

しかしインドネシアにおける流行の主たる要因は、注射器による薬物使用である。3つの主要都市では、IDU の 90%以上が不潔な注射器具を使用していることが判明しており、中の1つの都市では、70%もの者が、セックスワーカーと無防備なセックスをしたと報告している。また、IDU は、定期的に逮捕され、服役するが、刑務所は、危険な行為が当たり前に行われる環境である。その他の弱い立場に置かれている人々や、より幅広い層の人々への HIV の急速な感染の可能性はかなり高い。

インドネシアのパプア州(旧イリアンジャヤ州)は、パプア・ニューギニア国と島を占有している。島のインドネシア側も、パプア・ニューギニア側もセックスワーカー間の HIV 陽性率が高い。

この地域は、インドネシア内でもセックスワーカー間の HIV 陽性率が最も高いと思われ、ソロンという町では、セックスワーカーの HIV 陽性率が 2002 年には 17%に達している。一方、国境を越えたパプア・ニューギニア国側では、常時コンドームを使用していると報告している女性セックスワーカーの割合は、わずか 15%に止まっており、セックスワーカーの HIV 陽性率は、17%にも達している。実際、パプア・ニューギニアは、太平洋地域で、最も高い報告された HIV 感染率を記録しており、ポート・モレスビーの産科診療所に通う妊婦の陽性率は、約 1%と推測される。パプア・ニューギニアは、1989 年以降、国家レベルの HIV/AIDS 政策を策定しているが、こうした最近の動向は、予防努力を強化する差し迫った必要性を提示している。

南アジアにおける HIV/AIDS 流行拡大においては、インドの状況が依然として最重要な役割を果たしている。同国の 2002 年末現在の推計感染者総数は 382-458 万人であり、2003 年の新規感染者推計数は、少なくとも 30 万人である。深刻

を示す十分な証拠は未だ存在せず、ましてやインド全体としては、そのような証拠は存在しない。

隣国のバングラデシュやネパールでは、全国レベルの HIV 陽性率は 1%以下にとどまっているが、国民の中にリスクの高い行動を取る層がかなり広がっており、より大規模な流行が勃発するのは時間の問題と言ってもよいほどである。ネパールの首都、カトマンドゥでは、HIV の流行は、IDU 及びセックスワーカーを中心としており、そのほとんどが若者である。IDU 間では、近年、最高で 68%の HIV 陽性率が検出されており、セックスワーカー間では、陽性率は約 17%であった。

ネパールのエイズに対する取り組みの対象は、若者が中心となっている。調査によれば、同国の若者の HIV/AIDS に関する知識レベルは一定の基準を満たすものであるが、それでもなお HIV に感染しやすい状況に置かれている。性行動は若年齢から始まり（ネパールのティーンエイジャーのおよそ 5 人に 1 人は、15 歳になるまでにセックスを経験する）、コンドームの使用率は非常に低い。最近行われた小規模な調査では、男性間のセ

**カンボジアやタイなど、流行がすでに長く続いている国においては、
現在、ハイリスク行動を取る人々からその性交渉の相手に HIV が相当拡大している。**

な流行拡大が複数の州で進行中である。一マハラシュトラ州・タミール・ナドゥ州（都市によってはセックスワーカー間の HIV 陽性率が 50%以上という調査結果もある）およびマニプル州（IDU 間の HIV 陽性率が 60%~75%に及ぶ）などの州を含む。インドの国立エイズ統制機構（NACO）によれば、HIV/AIDS は、弱い立場に置かれた人々、または都市部に限定されているわけではなく、次第に農業地域やより幅広い国民層に広がっている。アンドラ・プラデシュ、カルナタカ、マハラシュトラ及びナーガランドなどの州では、妊娠の HIV 陽性率が 1%を越えており、グジャラート州、ゴア州では、ハイリスク行動を取る国民の HIV 陽性率が 5%以上（ただし妊婦の陽性率は 1%以下）になっている。憂慮されることに、広大で人口も多いインド北部内陸地方のウッタル・プラデシュなどの州の HIV をめぐる状況に関しては十分に知られておらず、現状の HIV サーベイランスでは、流行の実態は部分的にしか見えてこない。その他の地域では、マハラシュトラ州とタミール・ナドゥ州で、予防努力が一定の成果を生みつつあると思われる事例も見られるが、個々の州で流行が抑制されつつあること

ックスも、特にカトマンドゥでは比較的広く行われていることが判明している。男性同士の間、さらにはこれらの男性とその女性パートナー間では、安全でないセックスが標準的である。

現状では、（弱い立場に置かれている人々の間でさえも）HIV は目立った存在ではないものの、バングラデシュも同様の大きな課題を抱えている。同国の人口の約半数は、15 歳以下であり、安全でない注射器による薬物使用や、盛んな性産業、安全でない輸血行為などのリスクのある行動が広く行われている。そしてこうした危険な行動を取る人々は重複しており、たとえば、多くのセックスワーカーは、注射器により薬物を使用し、IDU はセックスワーカーの元を頻繁に訪れる。また、調査の中には、IDU がしばしば売血を行うことを示すものもある。一方で、コンドームの使用はほとんど見られない。バングラデシュの中央部では、90%以上のセックスワーカーがコンドームを使用していない。また同国のその他の地域でも、調査対象となったセックスワーカーのほぼ全員が、少なくとも時折は、コンドームを使用せずにセックスをすると回答している。

一方、IDU の 90%以上が汚染された注射器具を使用している。さらに、エイズに関する知識も乏しく、若者の約 65%、既婚女性の 20%以下、既婚男性の 33%しかエイズについて聞いたことがないと答えている。こうした状況の結果として、HIV 感染が急速に広がる可能性が非常に高くなっている。最新の動向調査では、バングラデシュ中央部の IDU の最多で 4%が、HIV 陽性であることが判明しており、昨年実施された動向調査の結果である約 1%から上昇している。

バングラデシュ、ネパール双方ともに、HIV の流行が手に追えない状況になるのを防止する絶対のチャンスをもっている。バングラデシュは、非政府組織の全国的なネットワークの努力も生かす組織化された国家レベルのエイズ戦略をすでに制定しているが、病院におけるより包括的な

血液スクリーニングなど、いくつかの基本的な対策が未だ必要な状況である。

一方、パキスタンにおいては、利用可能な少数の HIV 動向調査の結果、IDU 及びセックスワーカーの HIV 陽性率は、中央値 0%で依然として低い（0%から 11.5%までに及ぶ）ことが示されている。しかし、推定で 300 万人に及ぶパキスタンのヘロイン使用者は、1990 年代後半より、注射器を使用し始めている。クエッタで行われた薬物使用者を対象にした調査では、IDU の 55%が不潔な注射器具を使用しており、およそ同じ割合の者が、セックスワーカーとセックスをしていることが判明している。しかしわずか 4%の者しか、コンドームを使ったことがなく、エイズについて聞いたことがある薬物使用者の割合もわずか 16%に過ぎない。

ラテンアメリカおよびカリブ海沿岸地域

**国レベルの HIV 陽性率が 12 ヶ国で 1 %以上に達し、
そのすべてがカリブ海沿岸地域の国々となっている。**

ラテンアメリカおよびカリブ海沿岸地域では、200 万人以上の人々が現在 HIV と共に生きており、この中には昨年度新たに HIV に感染したと推測される 20 万人の人々が含まれている。また昨年 1 年間で、少なくとも 10 万人の人々がエイズにより死亡しており、これは地域単位の死亡者数としては、サハラ砂漠以南アフリカ、アジアに次いで多くなっている。

同地域では、HIV/AIDS に対する防備がうまく行われているが、12 ヶ国で国レベルの HIV 陽性率が 1 %以上に達しており、この 12 ヶ国すべてがカリブ海沿岸地域の国々となっている。最新の国家レベルの推定によれば、妊婦間の HIV 陽性率は、バハマ、ベリーズ、ドミニカ共和国、ギニア、トリニダード・トバコ、ハイチの 6 カ国では 2 %以上に達している。それとは対比的に、同地域のその他の大多数の国々では、特定地域・特定人口集団においてのみ流行が発生している。特に、南米ではその傾向が顕著であり、たとえばブラジル（同地域の国々の中では圧倒的に人口が多い）に、同地域で HIV と共に生きる人々の大多数が集中している。

って起こっていると思われる。カリブ海沿岸諸国では、異性間の感染（多くの場合、これは、商業目的の性行為と関連している）が際立っているが、ハイチでは、さらに幅広い層の人々間での深刻な流行が持続している。例外的なのは、プエルトリコであり、同国では IDU が流行の主たる原因になっていると思われる。

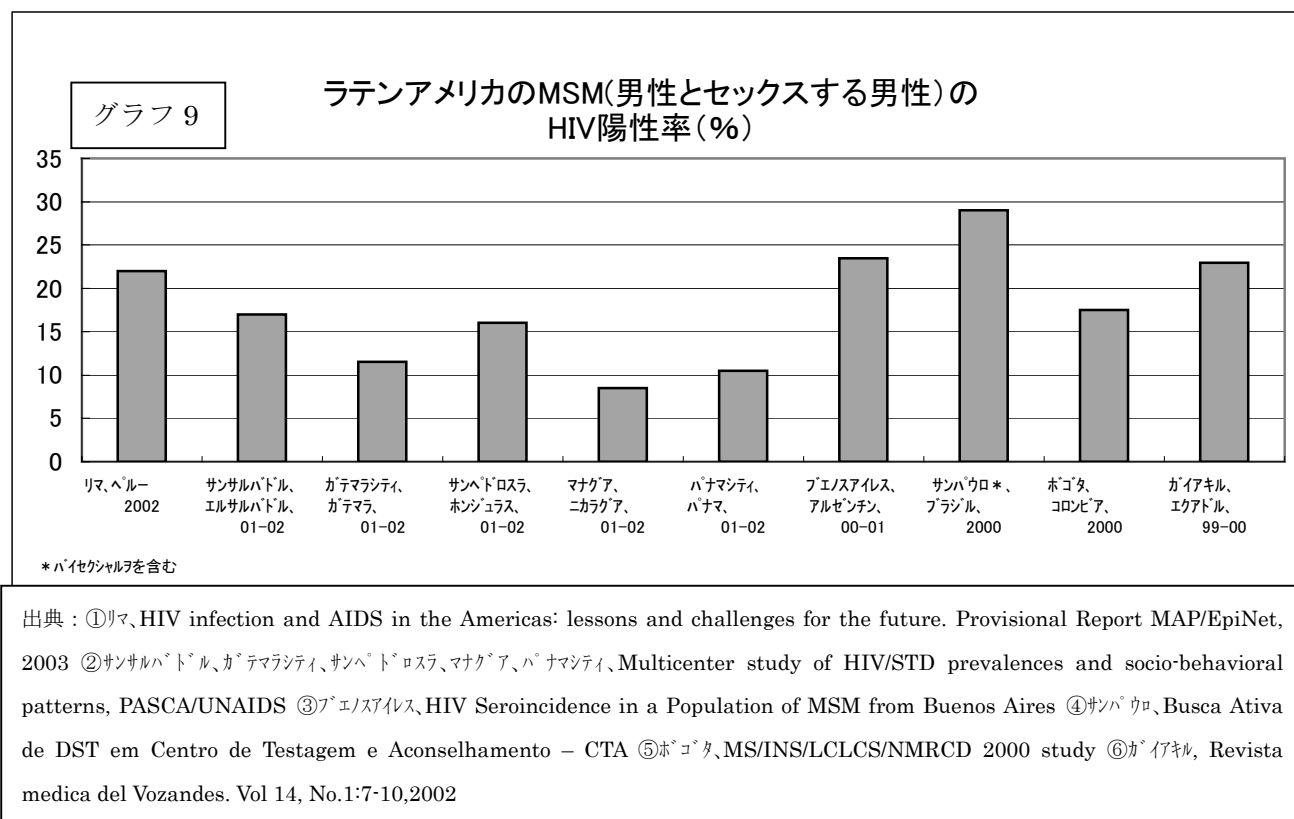
同地域における最も深刻な流行は、イスパニョーラ島の 2 つの国、ハイチ共和国とドミニカ共和国で発生している。地域全体でも最低の保健及びその他の発展指標にあえぐハイチの苦難は、エイズによりさらに深刻化している。推定で年間 3 万人の国民の生命を奪い、約 20 万人の子供たちを孤児にしている。ハイチの国レベルでの陽性率は、1980 年代後半から 5～6 %であり続けている。このように国単位の HIV 陽性率が明白な横這い状態に抑えられている要因は明らかではないが、注目しなければならないのは、HIV 陽性率が地域によって大きく異なることが標識サーベイランス（動向調査）で示されているということである（北西地域では 13%に達しているのに対して、ドミニカ共和国との国境沿いの南部地域では 2～

**男性間のセックスは、ラテンアメリカの流行において
重要な要素だが、軽視されている。**

また同地域では特徴的な疫学的パターンが観察されている。すべての主たる感染形態がほとんどの国で同時に存在しており、若年での性行為の開始、複数の相手との無防備なセックス、不潔な薬物注射器の使用などのリスクの高い行動も相当レベルに達している。南アメリカ諸国の大半で、HIV は主に IDU（注射器による薬物使用）または、男性間のセックス（その後、他のセックスパートナーへの異性間感染も伴う）により感染拡大している。一方、中央アメリカにおいては、HIV 感染の大半が性感染（異性間及び男性間の）によ

3 %に止まっている）。ハイチでは、主に異性間の性的交渉が感染経路となっているが、人口の約 60%が 24 歳以下であることを考えると、流行がさらに広がる可能性は充分にある。HIV/AIDS に関する知識は比較的豊富であるにも関わらず（この傾向は、女性より男性の方が強いが）、若年層のコンドーム使用率は非常に低い。

さらに東に位置するドミニカ共和国では、近年の予防対策によって、首都サント・ドミンゴにおける 15～24 歳までの国民間における HIV 陽性率の横這い化に成功したように思われる。



1995年には3%にまで達していた首都在住の同じ年齢集団の妊婦における HIV 陽性率は、1%以下まで低下した。コンドームの使用が増加し、セックス相手の数が減ったことが要因だと思われる。しかしその他の都市では、状況は異なっており、女性セックスワーカー（性産業従事者）の間での HIV 陽性率が最高で12%にも達しており、予防対策を拡大及び持続する必要性が明らかになっている。さらに、MSM（男性とセックスする男性）における HIV 感染のパターンについてはほとんど分かっていないが、これは、同国の HIV/AIDS の流行において重要な一面である可能性がある。

中央アメリカでは、国レベルの陽性率が、ガテマラ、ホンジュラス、パナマなどの国々で約1%となっている。HIV 陽性率に関する国際調査による新しいデータでは、セックスワーカー間の HIV 陽性率は、ニカラグアの1%以下から、パナマの2%、エルサルバドルの4%、ガテマラの5%、そして、ホンジュラスの10%以上まで国ごとに大きな差異が見られる。これらの国々では、MSM 間の HIV 陽性率が総じて高いことが判明しており、ニカラグアの9%からエルサルバドルの18%（グラフ9を参照のこと）までに及ぶ。こうした

事実が明らかになったことにより、セックスワーカー及びMSM間での流行に対してより多くの資源を投入し、対策を強化する必要性が浮かび上がっている。

コロンビア及びペルーでは、HIV の拡大は、MSM 間において最も顕著である。ボゴタでは、この人口グループにおける HIV 陽性率が18%に達していることが最近報告されており、また、コンドーム常時使用率が非常に低いことも同市における別個の調査により判明している。特に注意しなければならないのは、男性とセックスする男性から、彼らの女性パートナー及び子供たちへの HIV 感染の可能性が非常に大きいことである。ペルーにおける調査は、この懸念を裏付けるものとなっている。リマ市では MSM 間の HIV 陽性率が22%（1998年の18%から上昇）に達しており、調査対象の男性中、10名に1名の割合で他の男性と性的交渉があると答え、（さらに、これらの調査対象者の10名のうちほぼ9名が、女性ともセックスすると答えている）。コンドームの常時使用は非常に稀な例外のようであり、その傾向は異性間の性的交渉において特に顕著である。

ブラジルにおける流行は、主要中核都市から小規模な地方都市にほぼ全国的に拡大しているが、

産科診療所に通っている妊婦の陽性率の中央値は、1%以下となっており、この数値は過去5年間ほとんど変動していない。これは、弱い立場に置かれている集団内でのハームリダクション及びその他の予防対策の拡充（さらに、HIVに感染している人々を治療する積極的かつ効果的なプログラム）など、1990年代以降に実施されてきた予防対策が功を奏した証だとも言える。しかし、ブラジルは、こうした成功に安住していることはできない。たとえば、リオグランデ・ド・スールでは、公的保健システムを利用することが稀な女性の間での HIV 陽性率は、3～6%に達してい

同地域における対応策は、特に最も深刻な影響を受けている国々において、この1年間で強化された。同地域では、抗 HIV 療法が必要な患者の中で実際に療法を受けている患者の割合には、大きなばらつきがある。ある国では25%以下にとどまっているが、他の国では75%以上に達している。同地域全体では、抗 HIV 療法を必要としている患者の約半数に、同療法が提供されていると推測される。しかし、バハマ、バルバドス、ホンデュラスなどの国々では、いくつかの小区域内のイニシアチブが抗 HIV 療法を利用できる見込みを高めている。HIV/AIDS 対策に関する国家予算を増

**多くの国々でエイズ対策が最近になって強化されているが、
同地域で所々に発生している経済的・社会的不安が
これらの対策に悪影響を与える可能性もある。**

る。このデータから、深刻な流行が進行しているが、権利を奪われた人々のコミュニティーではそのことに気付いていないのではないかと懸念が生じている。同国の保健省は、出産前のケアを提供してくれる診療所を定期的に利用しない妊婦を集め、検査を実施し、（必要があれば）治療をする方策を導入した。

流行は、IDU や男性間の性行為などの、隠れているが、広範囲に存在している現実と各国が折り合いをつけるまで、抑制されることはないだろう。このような行為を差別し、かつ否認すれば、この地域で進行している水面下の流行に油を注ぐだけである。現在欠如しているのは、HIV/AIDS 対策に関する情報提供をより効果的に行い、弱い立場の人々の集団に関する情報である。またより優れた疫学的及び行動的サーベイランスデータは、エイズをめぐるより強力な社会的・政治的努力の集結と共に、流行の現実により即した対応策の強化を可能にする。

額した国々もある。また、中央アメリカ及びカリブ海沿岸地域の国々では、エイズ関連の外的資源が3年前との比較でほぼ4倍にまで増えている。さらに、（ラテンアメリカの）水平的技術協力計画グループ及び汎カリブエイズ対策パートナーシップなどの下に集結したものも含め、様々な協力関係（パートナーシップ）も強化されている。

しかし偏見と差別が依然として最も大きな障壁となっている。たとえば、UNAIDS が支援する SIDALAC（ラテンアメリカ及びカリブ海沿岸諸国のための地域エイズ・イニシアチブ）プロジェクトが実施したエイズ対策に費やされた国家支出に関する最近の分析では、最も弱い立場の人口グループ（MSM やセックスワーカーなど）に対する予防及びケア活動に対して投入される資金が、HIV 流行拡大におけるこうしたグループが有する重要性に、未だ釣り合っていないことが示されている。この不釣り合いのパターンにおいては、差別が主たる原因のように思われる。

北アフリカおよび中東

この地域における HIV 陽性率は未だ非常に低いが、例外的にスーダン南部およびその他のいくつかの国では最近、注射器による薬物使用者の間で感染が急増している。

最近の推定によれば、北アフリカおよび中東地域では、昨年1年間で5万5000人が HIV に感染し、HIV/AIDS と共に生きる人の総数が60万人に達するとされており、これは、この地域は全世界的な HIV の流行を回避しているという認識を裏付けるものではない。また、エイズによる新たな死亡者数は、2003年には4万5,000人に達している。この地域において HIV 感染者数が大幅に増加する可能性がある。

この地域で現在、他国と比較しはるかに深刻な影響を受けている国は、スーダン、特にその南部であり、ここでは主に異性愛者間の流行が進んでいる。入手可能なデータでは、同国における全国レベルの成人の HIV 陽性率は2%以上となっているが、紛争が流行のサーベイランス（動向調査）及び効果の期待される対応策の実施の障害となっている。最後に行われたサーベイランスからのデータでは、妊婦間の HIV 陽性率は、ハルツーム（スーダンの首都）と比較し、スーダン南部では6～8倍高くなっている。

この地域の大多数の国々では、HIV 流行の拡大は初期段階にあると思われるが、いくつかの国ではサーベイランス・データが不足しているため、特定の人口集団（MSM＝男性とセックスする男性や IDU＝注射器による薬物使用者）の間で深刻な感染拡大が起きていても見過ごされている可能性もある。

また HIV に感染した人々が国家間を大規模で移動していると思われる。たとえば、チュニジアで HIV に感染していると公式に報告された人々の半数以上が、抗 HIV 療法と薬物中毒治療の双方、または、いずれかを求めてリビアから国境を越えてきた

人々だと考えられている（チュニジアは、今世紀初頭から万人を対象にした無料の抗 HIV 療法を提供している）。

この地域の流行は、輸血や献血など多様なルートを通じて広がる恐れがある。万人に通じる予防措置や血液スクリーニングが保健・医療環境における感染のリスクを大きく減じてはいるが、血液及び血液製剤を通じた HIV 感染が潜在的に大きな危険を有する国もある。

同じく懸念されるのが、特にバーレーン、リビア、イランにおける IDU 間での HIV 感染の増加であり、この形態に関連した HIV 感染は、アルジェリア、エジプト、クウェート、モロッコ、オマーン、チュニジアでも報告されている。イランで発生している HIV 感染の大部分は、IDU に関連したもののようであり、同国の刑務所内での HIV 感染が深刻なレベルに達していると報告されている。イランの10の刑務所における IDU 間の HIV 陽性率は、63%にも達している。イランには、20万人の IDU がいる可能性があり、そのほとんどが男性であると推測されている。以前にイランで行われた調査では、IDU の約半数が既婚者であり、その中の3分の1が婚外性交渉を持っていると報告されていることから、異性間の二次感染の可能性も考えられる。一方リビアでは今日まで、成人間の HIV の流行は、IDU によってもたらされており、判明している HIV 感染全体の90%が IDU の間で起こっている。リビアのある薬物依存症治療施設では、過去3年間の新規施設利用患者全体の49%が HIV 陽性であることが判明している。

特にセックスワーカー（性産業従事者）や MSM などのその他のいくつかの弱い立場の集団も、同地域における HIV 感染の高まるリスクに直面している。たとえばイエメンでは、セックスワーカーの7%が HIV 陽性であると示す報告もある。地域全体で、セックスワーカーが置かれている現実を検証するために、より綿密な調査が必要とされている。特に街路で活動するセックスワーカーの置かれている状況が、まず、セックスワーカーおよび利用者において、次に、利用者の配偶者や子供において、HIV の拡大にどのような役割を演じている可能性があるかを検証する必要がある。

一方この地域の MSM 間の HIV 感染については、ほとんど何も分かっていないが、情報不足は、男性間のセックスに対する偏見に由来する部分が大い。

行動データが不足している。弱い立場に置かれている人々の集団及び、季節労働者、難民、強制退去者、交通ルート労働者、旅行者及び若者全般など、HIV 感染拡大の次ぎのフェーズに巻き込まれる可能性のある人々の集団をターゲットとした効果的な予防対策が地域全体で早急に必要である。しかし現状では、コンドームの使用を奨励するプロモーション活動などの基本的な活動でさえ、この地域では行われていない。ただし、同地域では公式には否定することが一般的だと思われるパターンにも例外が現れており、これは奨励すべきことである。たとえば、アルジェリア、イラン、レバノン、モロッコでは、より強力な予防対策を開発しており、また IDU に関連する流行を認知し、それに取り組む意欲を示していると思われる国々（特にイランとリビア）もある。

サーベイランス制度が改善されている国もあり、
積極的な予防対策の事例も増加しつつあるが、
否認と偏見が、HIV の拡大にとってうってつけの環境を形成している。

エジプトは、MSM の集団内における HIV 感染を調査した数少ない国のひとつであるが、その結果によれば、同グループ内の HIV 陽性率は、21 世紀初頭時点で約 1%であったと思われる。また MSM に起因するエイズ発症件数の割合は、2000 年に 21%であったと報告されている。またモロッコにおける HIV 感染の検証結果からも、男性間の性的接触による感染は過去 10 年間における HIV 感染累積件数の 7%以上を占めることが判明している。

状況を改善するための方策がこの地域の大部分で実施されているものの、最新のサーベイランスや

エイズの流行拡大の歴史を紐解けば、HIV がより広範に広がる前に足がかりを得るのはこれらの集団においてであることを示す証拠は多数ある。この地域の国々が直面している課題の一部は、弱い立場に立たされている集団にしばしば向けられる偏見や非難を除去し、HIV の流行に対するより幅広い人々の知識と理解を深めることである。より高いリスクに曝されている人口集団に対して注意を向けることを妨げる社会的・文化的障壁があまりにも大き過ぎるために、予防対策の政治的コストが公衆衛生上の利益を凌駕すると認知されてしまうのである。

高所得国

抗 HIV 療法が幅広く利用できるようになったおかげで、
エイズによる死亡者数は減少し続けている。

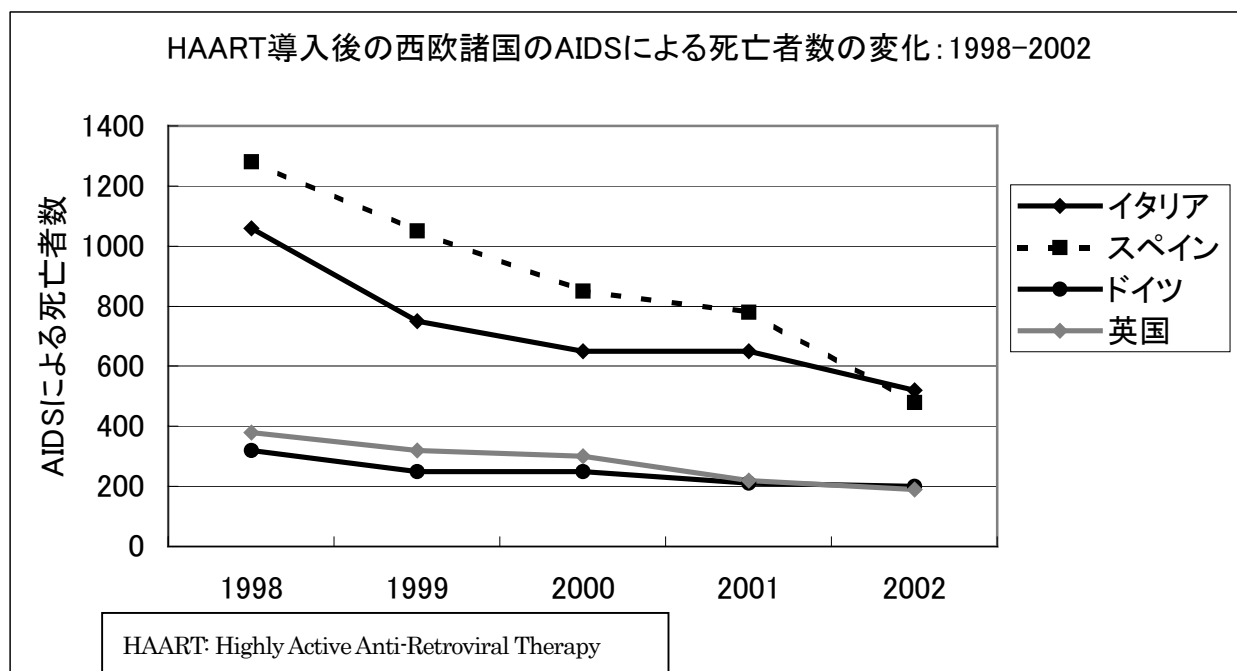
主に抗 HIV 療法が幅広く利用できるようになったおかげで、高所得国地域で HIV と共に生きる人々の総数は、増え続けている。高所得国では、160 万人の人々が HIV と共に生きており、この中には 2003 年に新たに感染した 8 万人の人々が含まれている。昨年 1 年間で、約 1 万 8,000 人の人々がエイズにより死亡している。グラフ 10 で示されているように、西欧諸国も含め高所得国地域の年間エイズ死亡者数は、抗 HIV 療法が幅広く利用できるようになったおかげで減少し続けている。

一方で、いくつかの高所得国における予防活動が、HIV の拡大において、起こっている変化に追いついていないという証拠も、次第に明らかになっている。

そのような予防活動の不十分な点は、HIV が移民や難民などの社会的弱者の集団に入り込んだ場合に最も顕著に現れている。

アメリカ合衆国では、年間の新規感染件数の約半数がアフリカ系アメリカ人（同国の人口の 12% を占める）で起きており、中でもアフリカ系アメリカ人の女性の新規感染が増加している（全体では、新規感染の約 3 分の 1 が異性間性的接触によるものと推測されている）。女性の多くは、ハイリスクな行動を取っているわけではないが、男性のパートナーとの安全でないセックスにより HIV に感染している。その男性パートナーのかなり高い割合の者が男性とセックスをし、あるいは、薬物を注射器により使用している。

グラフ 10



出典：HIV/AIDS surveillance in Europe (2002). End-of-year report. Data compiled by the European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.

米国疾病管理予防センター(CDC)は、11の州のデータを分析した最近の調査により、HIV陽性のアフリカ系アメリカ人の男性の34%が、男女双方とセックスをすると回答していることを明らかにした。しかしHIV陽性のアフリカ系女性の中で、そのパートナーが男性とセックスをしていることを知っている者の割合はごく限られたものであった。そのようなバイセクシュアル的なリスク行動がパートナーに隠れて行われるのは、主に同性愛に対する偏見に根差しているように思われる。しかし、その代償は大きく、エイズはいまや25～34歳のアフリカ系アメリカ人女性間の主たる死亡原因となっている。また、米国疾病管理予防センターによれば、都市部の若いHIV陽性のアフリカ系アメリカ人のMSM(男性とセックスする男性)の約90%が、自らがHIV陽性であることに気付いていないという。また米国全体で見ても、85万～95万人のHIV/AIDSと共に生きている人々の少なくとも4分の1が、自らがHIV陽性であることに気付いていないという。

男性間のセックスは、高所得国のほとんどで流行の重要な側面であり続けている。ドイツ、ギリシャ、オランダでは、これが最も一般的なHIV感染形態となっており、アメリカ合衆国(2002年)及びオーストラリア(2001年)でも、MSMは新規HIV感染者のそれぞれ42%、86%を占めている。一方、その他の性感染症がオーストラリア、日本、西ヨーロッパ、アメリカ合衆国で再び増加していることから、MSMも含めた特に若い人々の間でのハイリスクな性行動が復活していることが示されている。1990

グランド及びウェールズでは、性感染症クリニックにおける淋病の診断件数が、1995～2000年の間に102%増加し、特に10代後半(16-19歳)の若者間の淋病感染が最も顕著に増加している。さらにオーストラリアにおいても、成人(15～39歳)間の淋病発生率が1997年以来最高に達していると報告されている。また淋病発生報告件数は、オランダ、スウェーデン、スイスにおいても増加している。こうした事実は、現行の予防活動が、若い世代に対しては功を奏していないことを示しているように思われる。

日本におけるHIV感染報告数は、確実に増加している。年間の新規HIV感染報告件数は、2001年及び2002年には、1990年代の2倍の600件以上に達している。こうしたHIV感染の増加に伴い、同時期におけるその他の性感染症の発生件数も増加しており、女性間のクラミジアの発生率は1995年以来、50%以上増加している。また、日本の若者たちの間で性行動が広がっているという証拠もある(これは、19歳になるまでにセックスを体験する若者の割合が増加していることに反映されている)。

HIV感染ケースの報告を行っている西ヨーロッパ諸国では、異性間の感染がHIV感染の最も一般的な形態である可能性がある。しかし、同地域で2002年に報告された新規HIV感染件数の増加の相当部分が、HIV陽性率が高い国等の、他地域で感染したと考えられる人々によって相当数占められている。こうした事例の大多数は英国(2002年のHIV感染診断件数が1998年から倍増)、ドイツ(昨年度の

近年における継続傾向のひとつだが、
その他の性感染症の発生率が増加しているという証拠がさらに増えており、
これは、HIV感染の新たな増加の前触れの可能性もある。

年代に特にMSMの間でHIV感染の防止に顕著な成功を収めた予防プログラムに対する関心が、多くの高所得国で低下しているように思われる。

フランス、アイルランド、オランダ、英国では、MSM間の梅毒感染が急増していると報告されており、たとえばオランダでは2002年のMSM間の新規梅毒感染件数が182%も増加している。またイン

HIV感染件数が1997年以来初めて増加)で記録されている。英国では、異性間性的接触によるHIV感染件数の70%が、流行が一般国民全体に浸透している国々に滞在中にHIVに感染した人々により占められている。またオランダ、ノルウェー、スウェーデンでも、明らかに他国でHIVに感染したケースが、新たにHIV陽性と診断された人々の中で相当の割合を占めていた。

HIV/AIDSの影響を受けているすべての人々に届くように、予防・治療・ケアプログラムを調整することが重要である。特に、言語・文化の違い或いは移民であることなどから、サービスに対するアクセスが制限されている可能性のある人々に届くように、予防・治療・ケアプログラムを調整することは非常に重要である。

一方、注射器による薬物使用が HIV の流行において演じている役割は、高所得国では国ごとに様々である。アメリカ合衆国及びカナダでは、新規 HIV 感染件数の約 25%が注射器による薬物使用に起因するものだが、オーストラリアでは、注射器による薬物使用は、新たに HIV 陽性診断件数の 10%以下に止まっている。またヨーロッパでは、2002 年に行

われた新たな HIV 感染診断の 10%を若干上回る割合が注射器による薬物使用に起因するものになっている。しかしながら、ポルトガルでは、2002 年の新規 HIV 感染総数のほぼ半数が注射器による薬物使用によるものである（しかし同国では、異性間及び MSM 間双方の性的接触による HIV 感染も大きく増加している）。こうした感染パターンが明らかになったことで、刑務所に収容されている者及び社会的に弱い立場にあるマイノリティー集団に属している者も含めて、IDU(注射器による薬物使用者)に到達しうる予防（及び治療）プログラムの必要性が浮かび上がってくる。たとえばカナダでは、先住民族集団に属する人々の、IDU 人口に占める割合が、全人口に占める割合よりも、不釣り合いに大きくなっている。

偏見と差別の除去

偏見と差別は、HIV/AIDS の世界的な流行の抑制努力を妨害し、さらに、より一層の流行にうってつけの風土を醸成してしまう。これらは相互補完的に、新たな感染の防止、適切なケア・支援及び治療の提供、そして HIV/AIDS の衝撃の緩和などにとって最も大きな障壁の一つを形成している。

偏見と差別は、人々に自らが HIV に感染しているかどうかを知ることを恐れさせ、予防に悪影響を与える。また、HIV 感染を認めたと解釈される可能性があるために、予防措置（セックスの最中にコンドームの使用を主張するなどの）を講じる人々の意欲を失わせたりする。

偏見と差別はまた、予防努力を妨げるような過った安全感覚をつくり上げることもある。偏見と差別は、既存の差別や社会的排除のパターンの上につくり上げられる。HIV/AIDS を『よそ者』と認知される人々の集団と関連づけることで、人々は、自分達自身には感染の危険はないといった幻想を抱くようになる。その結果、(安全でないセックスなどの) 危険な行為をいつまでも続けることが助長される可能性もある。なぜなら異なる行動を取ると、自分が HIV に感染しているのではないかと他人に疑われてしまうと人々は考えるからだ。

また差別されることに対する恐れは、人々にエイズ治療を受けることを躊躇させる。また、予防の要である自発的カウンセリング・検査サービス、さらには、治療及びケアプログラムを受けることを人々が躊躇するようになる可能性もある。さらに、HIV と共に生きる人々が孤立し、HIV/AIDS の衝撃を緩

和することができるケアや支援サービスを受けられない状態に追いやられる場合もある。

ケアや支援を求めた場合でさえも、HIV に感染した人々は、偏見と差別の苛酷な影響を経験する場合がある。最近の調査が示すように、ケアやカウンセリングを求めた人々が、本来であればその手助けとなるべきサービス自体を受けることを拒まれることもありうるのだ。

たとえば、ナイジェリア 4 州の約 1,000 名の医師、看護師、助産婦間で 2002 年に実施された調査から、懸念を抱かざるを得ない結果が明らかになった。調査に参加した医師あるいは看護師の 10 名のうち 1 名が、HIV 感染者/AIDS 患者に対するケアを拒否したこと、あるいは、HIV 感染者/AIDS 患者が病院内に入ることを拒絶したことを認めた。また、ほぼ 40% の人々が、HIV 陽性であることが外見に現れると考えており、20% が HIV/AIDS と共に生きる人々は、不道德な行動を取ったのだから、自業自得であると感じていた。ウイルスに対する知識不足が (HIV と共に生きる人々に対する侮辱的な姿勢としばしばあいまって)、差別を助長する一つの要素となっているようであった。もう一つの要因は、予防器具の不足により医師や看護師が、感染の可能性に曝されていることに対して不安を抱いていることである。さらに、HIV 感染者/AIDS 患者を治療する薬剤がないことに対するフラストレーション (患者はそれ故に死ぬ “運命にある” と見なされる) も要素の一つであるように思われる。

冷たい仕打ち

私の里子のマイケルは 8 歳だが、生まれた時から HIV 陽性であり、生後 8 か月でエイズと診断された。私は彼をイングランド南西部の小さな村にある我々の家族の家に連れて行った。最初は、地元の学校との関係は大変うまく行き、マイケルも学校で元気になっていた。マイケルの病気について知っているのは、校長とマイケルの世話を専門に見てくれるクラスアシスタントだけだった。ところが誰かが秘密を漏らし、ある親にマイケルがエイズだと話してしまった。もちろんその親は、他のすべての親にそのことを話した。その結果、大きなパニックが起こり、人々の態度も敵対的となり、我々はその地区から引越さざるをえなくなった。危険はマイケルと彼の家族、つまり我々に向けられた。理性を失った群集による支配は危険だ。HIV に関する無知故に、人々は恐れるのである。そして恐怖を抱く人々は、理性的には行動しない。我々は再び家から追い出されるかもしれない。

国立エイズトラストに対する “デビー” の証言、英国、2002 年

何が偏見や差別に油を注ぐか？

偏見は人の価値を低下させ、信用を傷つけ、恥辱と不安定さを生む。エイズという文脈では、誰もがリスクに曝されているという事実から目を逸らすために、偏見と差別は、ある種の人々（または集団）をスケープゴートとし、彼らを責め、罰したいという衝動に油を注ぐ場合もありうる。偏見は既存の先入観や排除パターンと結び付いて、HIV/AIDS に対してすでにより弱い立場にあるであろう人々をさらに弱い立場へと追いやる。偏見は、HIV/AIDS をセックス、疾病及び死、さらには、婚前及び婚外性交渉、セックスワーク、男性間のセックス、注射器による薬物使用などの違法行為、禁止行為やタブーと関連付けることから派生する。

偏見は、先ずそれ自体として害を及ぼす（なぜなら、それは、HIV と共に生きる人々の恥や罪の意識、さらには孤立につながる可能性があるから）。また、他者に直接的な害を与え、他者がサービスまたは権利を享受することを拒み、HIV に関連した差別という形を取る行動に人々を走らせるという意味でも害悪である。そのような不当な扱いは、人権侵害に等しいものでありうる。

その他の地域での調査でも、そのような態度や行動は一般的なものであることが示されている。フィリピンで HIV/AIDS と共に生きる人々を対象に行われた最近の調査では、回答者のほぼ 50%が、医療施設で働く人々から差別された経験があると答えている。またタイでは、回答者の 11%が、HIV 陽性であるために医療を拒絶されたことがあり、さらに 9%が治療を遅らされたと答えている。さらにインドでも、HIV/AIDS と共に生きる人々の約 70%が差別を経験したことがあり、差別を受ける場所として最も一般的なのは、家族内及び医療施設であると、国際労働機構 (ILO) の調査に対して回答している。インドでは、このような差別を受けた経験から HIV/AIDS と共に生きる人々の社会参加が促進されており、いくつかの NGO や、HIV 陽性者のネットワークが、地域の病院における差別を減らすために活動している。HIV/AIDS と共に生きる人々の多く

が、どのように、いつ、誰に対して自らが HIV に感染していることを告知するかを選べない状態に置かれている。最近の調査では、インドで 29%、インドネシアで 38%、タイで 40%以上の HIV/AIDS と共に生きる人々が、自身が同意していないのに、HIV 感染を他人に明かされたと回答している。多くの場合、検査結果は、伴侶または家族メンバー以外の人々とも共有されており、あるタイの調査では回答者 9 人中 1 人の割合で、HIV 感染が政府の役人に知らされたと回答している。この種のプライバシー権の侵害は、HIV に感染しているかどうかを人々が知る妨げとなり、HIV/AIDS 対策の効果を弱め、その結果、個人が知らないうちに他人に HIV を感染させてしまい、公衆衛生上も脅威となる。

HIV/AIDS に関連する偏見、差別と人権侵害の緊密な関係を鑑みれば、多角的な介入が必要である。

苦い経験

偏見や差別の根深さを甘く見てはいけない。2003 年、インドのケララ州で、2 人の孤児が学校から追放され、さらにその他の学校への転入も拒否されてしまった。その理由は？ 2 人が HIV 陽性だったからである。こうした事態に対応して、2 人の孤児とその祖父は、ガンジー主義の伝統に則り、州知事・事務所の前でハンガーストライキを実施し、教育を受ける権利を主張した。州知事は、寛大さを示して、州立学校が 2 人の入学を許可するよう命令した。しかし、PTA 会合を経て、その学校の生徒たちは、州政府のこの決定に抗議して授業のボイコットで応酬した。圧力に屈する形で、州政府は 2 人に在宅で学校教育を受けるよう命令し、その他の子供たちとの社会的な接触を事実上禁じてしまった。

インドの大統領、保健大臣、地域のエイズ担当部局、エイズ活動家などが、この人口が多い国を支配している恐れや誤った考えを払拭すべく、コミュニティーに訴え、コミュニティーと共に活動した。しかし、この騒動が起こって約 6 か月が経った 2003 年末になっても、2 人の子供たちは、自宅で学校の授業を受け、試験を受けることを強制されている。政府高官による訴えにかかわらず、コミュニティーは断固として、2 人の孤児を拘束し、追い詰めたままなのである。

偏見を防ぎ、差別が発生した際にはそれを問題として取り上げ、さらに人権侵害を監視し、正すための行動が取られなければならない。明らかに、政治的・社会的リーダーからコミュニティーの構成員、さらにはエンターテナーまで、あらゆる人々が偏見と差別と闘うために役割を演じなければならない。

現在では、偏見、差別、人権侵害の循環に油を注ぐ拒絶や無知、恐怖などに取り組み、成功を収めているイニシアチブも次第に増えつつある。HIV/AIDS 関連の偏見や差別を抑制する最も強力な努力の中には、HIV/AIDS と共に生きている人々自身、あるいは、その影響を受けている人々自身が主導するものもある。世界中で、彼らは組織や運動を形成し、HIV に立ち向かう行動を結集し、それぞれの国の指導者たちに HIV に強い決意をもって立ち向かうよう圧力をかける大衆運動さえもつくり上げている。そうした事例は、ザンビアにおけるリーダーシップ研修のためのプログラムから、ベラルーシの『ポジティブ・ムーブメント』が組織する新聞及びテレビ番組におけるメディア及びアドボカシー活動まで数多い。たとえば、ザンビアで実施されているコミュニティー中心のアプローチでは、ルンダジ地区の首長たちが自ら率先して HIV テストを受けることで、コミュニティーの構成員らも彼らの後に

アリティ及び HIV/AIDS を取り囲む秘密主義や無知を突破する助けとなっている。このプロジェクトは、HIV/AIDS に関する正確な情報と匿名でのカウンセリングを提供している。スタッフは、年間約 5,000 件の電話相談を扱い、その中の 3分の2が 18 歳～35 歳までの人々からの相談であり、さらに 20% が女性からの相談である。電話相談は、エジプト全土、さらには、アラビア語圏の他国からも寄せられる。またこの活動は、メッセージを早期に伝達するのも役立つ。さらに南アフリカで放送されているテレビ番組『タルカラニ・セサミ (南ア版セサミストリート)』では、カミという名前の HIV 陽性のマペット (人形) が登場し、彼女が友だちと HIV/AIDS について話し合う。こうしたキャラクターを番組内に設けた目的は、主に 3～6 歳までの子供の視聴者に、エイズに関連した偏見や差別の問題を知らしめ、人々がそうした問題に挑む、または対処しうる方法を示すことにある。

雇用前の HIV テストを要求したり、HIV 陽性の労働者に対する医療手当てを減額または廃止したり、さらには彼らを解雇するなどして HIV/AIDS に関連する負担を他人に転嫁することを好む企業も未だに存在するが、職場における予防及びケアプログラムを実施する事業体の数は増えつつある。ブラジル

誰が構うものか？

効果的なケア、予防及び治療を利用しやすくすることが、偏見、差別及び人権侵害の循環を打破するために最も重要なことだ。

治療が受けられないところでは、自らが HIV に感染しているか否かを個人が知ることに対するインセンティブはほとんどないだろう。ましてや、HIV 陽性であることが判明すれば、拒絶や差別を受けるのであれば、なおさらである。治療を利用できる機会が増えることは、個人が HIV に感染しているか否かを知る上で最も強力なインセンティブのひとつとなる。そして、個人がより長期に、生産的な人生を歩むことができるという展望が開けることで、コミュニティーも HIV と共に生きる人々との関わり方を再検討するようになり、希望が生まれ、偏見の引きがねとなる不安も和らいでいく。

WHO (世界保健機関) と UNAIDS (国連合同エイズ計画) は、2005 年末までに最も必要とされている地域で 300 万人の人々に抗 HIV 療法の提供を開始する大胆なイニシアチブを先導している。さらに、国家レベルで包括的な予防及びケア施策を創始する国も増えつつある。こうしたイニシアチブは、HIV/AIDS の流行を取り囲む疑念や秘密主義の覆いを取り除く一助となりうるだろう。

続くよう働き掛けることに成功した。さらに彼らは、成年及び未成年の女性を差別し、その結果、彼女たちを感染に対して弱い立場に追いやる未亡人に不利な相続制度やその他の慣習に対抗する法令を定めるなど、一歩踏み込んだ活動も展開している。

エジプトの HIV/AIDS ホットラインは、セクシュ

のフォルクスワーゲン社などの企業は、労働者に抗 HIV 療法及びその他のエイズ関連の治療を提供している。すでに 5～6 年の運用実績を有する同社のエイズケアプログラムは、予防教育、コンドームの無料配布、カウンセリング及び支援、さらに抗 HIV 療法及び治療へのアクセスなどを提供している。

約束を守る

2001年6月に開催された国連 HIV/AIDS 特別総会において起草された『HIV/AIDS に関するコミットメント宣言』の中で、加盟国は以下の条文に同意している：

……2003年までに適宜、HIV/AIDS と共に生きる人々や社会的弱者集団の構成員に対するあらゆる形態の差別を撤廃し、そのあらゆる人権と基本的自由の完全な享受を確保すること、特に、そのプライバシーと秘密性を尊重しながら、教育、相続、雇用、ヘルスケア、社会・保健サービス、予防、支援、治療、情報および法的保護などに対するこれらの人々のアクセスを確保することを目的とした法規およびその他の措置を制定、強化あるいは執行するとともに、HIV/AIDS に関連する偏見と社会的排除と闘う戦略を策定すること（第58条）。

また、HIV/AIDS と共に生きる労働者が個人情報を秘匿する権利の保証、強制的な検査及び HIV に感染した労働者の解雇禁止などの差別対策も採用している。同社は、2～3年で入院患者数が急減したこと、さらに治療及びケアコストを大きく削減することができたと報告している。このような職場における諸施策により、HIV に関連した偏見や差別と闘い、成功を収めることもできるのだ。

一方、フィリピンの HIV/AIDS 防止及び予防法は、HIV/AIDS と共に生きる人々を守るための強力な条項を有する法律が、HIV 関連の差別との闘いにおいていかに有効な手段となりうるかを示す事例である。このような法律に基づく支援政策環境は、より効果的に偏見、差別、人権侵害と取り組むコミュニティのエンパワーメントの一助となりうる。

HIV/AIDS に関連した偏見及び差別は、様々な場面において同時に対処する場合にのみ少なくすることができる。

- コミュニティー内部においては、メディアを基盤とする対策を世論に向けることで、HIV/AIDS と共に生きる人々の環境を向上させることができる。
- 職場、病院及びクリニック、礼拝所、教育施設などの場においては、公正な政策と教育プログラムにより、偏見、差別、人権侵害に立ち向かうことができる。
- 裁判所においては、HIV/AIDS と共に生きる人々の人権を促進し、保護するために人々が法的権利及び義務を訴えることができる。

偏見や差別に法で対抗する

法律は、偏見や差別と闘う際に強力な道具となりうる。たとえば、ベネズエラのエイズに対抗する市民アクション（Acción Ciudadana Contra el Sida）は、1980年代後半から、HIV/AIDS と共に生きる人々に対する人権侵害と闘ってきた。同団体は、無料の法律相談を提供し、訴訟にも関わり、雇用、医療、社会サービスにおける差別に関する法的訴えを扱っている。同団体は、ベネズエラの社会保障制度の中で制定された治療及びケアプログラムの適用範囲を拡大する手助けをし、また、同国の国防省を相手どって起された歴史的にも重要な訴訟において、4人の軍人の原告が抗 HIV 療法及びその他の治療、匿名でのケア及び年金を獲得する支援を行った。この国防省を相手どった訴訟における判決は、すべての軍人の仕事、プライバシー、非差別、尊厳と“心理的及び経済的配慮”、ヘルスケアなどに関する諸権利の前例となるものであった。また 1999年7月、同国最高裁は、同国保健省に対して、HIV/AIDS と共に生きるすべてのベネズエラ在住者に対して抗 HIV 療法、日和見感染症に対する治療、診断のための検査を無料で提供するよう命令を下した。

地図

2003年末現在のHIV/AIDSに関する推計総数
HIV感染者/AIDS患者推計総数(2003年末現在)
2003年における新規HIV感染者推計総数
2003年におけるHIV/AIDSによる推計死亡者総数

2003年末現在の HIV/AIDSに関する推計総数



HIV感染者/AIDS患者数..... 4,000万人(3,400-4,600万)
2003年の新規HIV感染者数..... 500万人(420-580万)
2003年のHIV/AIDSによる死亡者数...300万人(250-350万)

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・範囲は現在入手可能な最良のデータを基にして算出したものである。これらの数値は昨年の数値よりもより正確であるが、2004年中期に発表予定の推計値では、より一層の正確性を期する努力を行っている。

HIV感染者/AIDS患者推計総数 2003年末現在

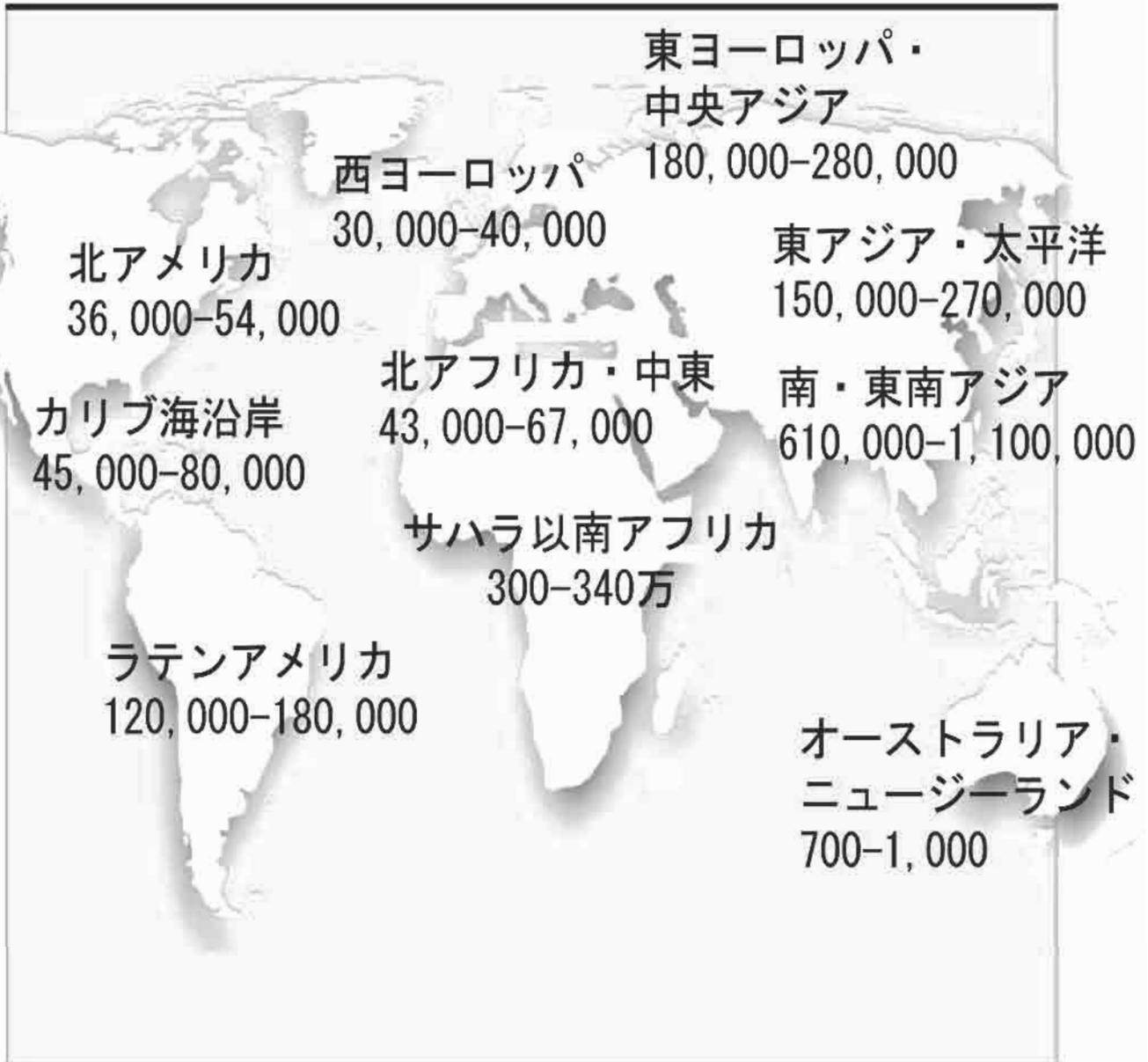


World Health
Organization



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNAIDS
UNICEF-WFP-LINDP-UNFPA-UNODC
ILO-UNESCO-WHO-WORLD BANK

2003年における 新規HIV感染者推計総数



合計：420-580万

2003年における HIV/AIDSによる推計死亡者総数



NOTES

UNAIDS/WHO推計値に関する解説

本文書中に記載されているUNAIDS/WHO推計値は、世界各国のHIV流行拡大に関する最新の入手可能な情報に基づいています。しかしながらこの情報は暫定的なものです。UNAIDS/WHOは、各国の国家エイズプログラムおよび調査研究機関の専門家と協同して、流行拡大に関する新たな知識が入手され次第、より改善された推計値算出方法を用いて、定期的に推計値を改訂・更新しています。このような状況と今後の知識・算出方法等の進歩を鑑みれば現時点での推計値は、過去の推計値、および、今後発表される推計値と単純に比較できるものではありません。

グラフ・表に使用されている推計値・データは、端数を繰り上げた数値を利用しています。しかしながら、率(パーセント)・地域合計を算定する際は、端数を繰り上げない数値で計算しています。したがって、全世界合計値と、各地域合計値の総計との間に若干の食い違いがあります。

UNAIDS/WHOは、各国・協力機関・専門家と今後も情報資料収集のために協働を続けていきます。この協働の目的は、可能な限り最良の推計値を公表することです。この推計値は、各国政府・NGO・その他の団体および個人が、流行拡大の現状を把握する際に、および予防・ケアに関する多大な努力の効果を評価する際に有用なものです。

「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。2003 年版は地区・地域概要とともに、流行拡大の影響の範囲と人的犠牲の程度に関する最新の評価を提供し、流行拡大の展開状況の新しい様々な傾向を探究しています。さらに偏見と差別(stigma and discrimination)についての特別考察を特徴としています。

エイズ予防情報ネット(<http://api-net.jfap.or.jp/>)の予防関連資料室
コーナーから、この日本語版をダウンロードできます。

©財団法人エイズ予防財団 2003

「HIV/AIDS 最新情報(2003 年末現在)」は UNAIDS/WHO が発表した「AIDS epidemic update-December 2003」の日本語版です。UNAIDS 広報センターから財団法人エイズ予防財団が、「いかなるスポンサー・広告もつけない」という条件により、日本語版の翻訳・無料配布の許可を得ました。

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。

財団法人エイズ予防財団

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-23-11 寺山パシフィックビル 4 階

電話:03-3592-1181 ファックス:03-3592-1182

<http://www.jfap.or.jp>