

アフリカにおける HIV/AIDSの現状

西村 由実子

1 1997年末のHIV/AIDS統計の衝撃

1997年末の国連エイズ計画の発表は、アフリカ関係者を非常に落胆させるものだった。サブサハラ・アフリカ(以下、アフリカ)におけるHIV/AIDS(以下、エイズ)の状況が「思っていた以上に悪い」ことが明らかになったからである。発表の特徴は、国ごとのサーベイランスを強化し、より精密になったデータから算出したことである。その結果、それまで比較的感染率が低いとされていた南部アフリカ地域における非常に高い感染率が明らかになった。これまでは、早くからエイズ流行を経験している、西アフリカから中央アフリカを通して東アフリカへとつながる地域が「エイズベルト」と呼ばれていたが、いまやエイズは大陸全体を覆う形となった。

一言に、アフリカのエイズと言っても、地域による違いがある。まず、西アフリカと東アフリカでは、流行っているHIVのタイプがちがう。また、感染率についても、ひとつの国の中で、都市か農村か、幹線道路に近いか遠いか等によってちがいがあ。上述の発表で、高い感染率が明らかにな

った南部アフリカでは、例えば、ボツワナの都市部で43%(1997年)、ジンバブエのハラレ32%(95年)、ベイトブリッジで59%(96年)が陽性であったと報告されている。これらは、妊産婦を対象とした検査の結果である。農村部でも、南アフリカの国境の移動労働者の町では、7割の妊産婦が陽性であったと報告された。

一方で西アフリカは、この地域のエイズ流行の中心地とされるコートジボアールのアビジャンでは妊産婦の感染率が10~15%と報告されているが、全体としては、感染率10%以下という、東・南部アフリカと比べると比較的低いレベルで安定化している。しかし、1億1800万の人口を抱えるナイジェリアの実情が把握されていないなどの不確定要素もあり、これらの国におけるエイズ対策の強化が必要とされている。

東アフリカは、最も早い時期からエイズ流行に苦しんできた。この地域の都市における感染率は15~25%に及ぶ。しかし、早くから積極的に対策に取り組んできたウガンダでは、1997年に、特に若い世代の間で新規のHIV感染率が減少に転じ、唯一の明るいニュースを提供している。行動学的研究によれば、この感染率の減少の原因は、より

地域別HIV/AIDS統計および特徴（1997年12月）

地 域	HIV/AIDSと共に 生きる人々の総数	成人感染率 ¹⁾ (%)	孤児 ²⁾ 総数	女性の割合 (%)	主な感染経路 (成人)
サブサハラアフリカ	20,800,000	7.4	7,800,000	50	異性
南・東南アジア	6,000,000	0.6	220,000	25	異性
ラテンアメリカ	1,300,000	0.5	91,000	19	同性, IDU ³⁾ , 異性
北アメリカ	860,000	0.6	70,000	20	同性, IDU, 異性
西ヨーロッパ	530,000	0.3	8,700	20	異性, IDU
東アジア・太平洋	440,000	0.05	1,900	11	IDU, 異性, 同性
北アフリカ・中近東	210,000	0.13	14,200	20	IDU, 異性
東欧・中央アジア	150,000	0.07	30	25	IDU, 同性
オーストラリア・ ニュージーランド	12,000	0.1	300	5	同性, IDU
全 体	30,600,000	1.0	8,200,000	41	

(注) 1) 15～49歳人口のうちHIVに感染している人々の割合。

2) 15歳になるまでに母親が両親をエイズでなくしたHIV抗体検査陰性の子供。

3) 静脈注射麻薬常用者 (Injecting Drug Users)。

(出所) “Regional HIV/AIDS Statistics and Features, December 1997” *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, UNAIDS, December 1997, p. 3, より筆者作成。

安全な性行動(性行為を始める時期を遅らせ、パートナーの数を減らし、コンドームを使う)が若者の間で受け入れられ始めているからだということである。

2 アフリカのエイズの特徴

アフリカのエイズの特徴として、まずあげられるのは、HIV感染者数の圧倒的な多さである。上述の発表の世界地域別特徴を表として示した。1997年12月現在、世界のHIV/AIDSと共に生きる人々(PWH/A=People living with HIV/AIDS; HIVに感染している人々とAIDSを発症している人々)は3060万人であるが、そのうちアフリカは2080万人であり、世界全体の約68%を占める。これは、平均してこの地域の成人(15～49歳)の7.4%がHIVに感染しているという割合である。他の地域の平均成人感染率がすべて1%未満であることと比べると、7.4%という割合はけた違いに高く、アフリカのエ

イズの深刻さを物語っている。働き盛りで、社会において最も生産的な世代が病気になったり死亡することの負担は、この年代に依存しているその他の年代に及ぶ。その負担としては、治療に必要な費用や人材の増加と、死亡に伴う労働力とその人がもっていた知識や経験の喪失がある。

このようなエイズの負担は、個人、家族、地域社会、国家等、さまざまなレベルで経験される。エイズのマクロな経済的影響として、経済発展を担う都市の熟練労働力の減少と、さまざまな出費による投資の減少により、経済成長が困難になることが考えられる。また、世帯レベルでは、収入の減少と支出の増加が同時に起こり、それらの影響は、エイズ患者がいる世帯だけでなく、孤児を世話する世帯などにまで波及する。

第2の特徴は、主な感染経路が異性間性交渉であることから、女性の感染者の割合が多いことである。女性の感染者が多いと、社会に与える負担

がより大きくなる。母子感染とエイズ孤児の増加をもたらすからだ。母子感染は、母親の胎内、出産時、授乳時におきる。先進国では、出産前後の一定期間母親に薬を投与すること、母乳でなく人工乳を与えることで、母子感染を防ぐ効果をあげている。しかし、薬に係る費用、人工乳を使う場合に利用する水による下痢症の増加等を考慮すると、この方法がアフリカで広く一般に普及するのは難しい。また、母子感染はしなかったものの、母親がエイズで亡くなり孤児になってしまう子どもの問題がアフリカでは非常に大きくなっている。その数は、1997年12月現在で、780万人にのぼるといわれ、世界全体のエイズ孤児の95%をアフリカが占めている。

15歳から49歳という生産年齢人口と5歳未満幼児における死亡率が増加することの影響がはっきりと表れる指標は、5歳未満死亡率と平均寿命である。例えばケニアでは、1995年の5歳未満死亡率は、1000人当り115であったが、2005年には、エイズの影響で120～125まで増えると予測されている。平均寿命については、さまざまな数字が出されているが、エイズの影響をうけている15カ国の平均で、エイズの影響がないと仮定した場合、2005年は57.7歳と予測されていたが、エイズの影響で51.2歳になるとされている。これらの指標が意味するのは、独立以降の努力によって改善されてきた保健状況がエイズによって逆戻りしてしまうことである。

以上、アフリカにおけるエイズの特徴について概観した。成人感染率7.4%というアフリカにおいては、エイズを売春婦などの特定グループの問題としてではなく、家族、地域社会、国家といった社会全体の問題としてとらえなければならないといえるだろう。

3 エイズ流行の原因と対策

筆者が、西ケニアでエイズ予防教育に携わった際、「エイズは、どこから来たのか」「なぜ、今、アフリカなのか」という質問が、人々からよく出された。これに対して同行していたケニア人の保健士は、「それは今はわからない」と答えた上で、スワヒリ語の次のような諺を引用した。「家に蛇が入ってきたらどうするか。どこからきたのかと呑気に穴を探しに行くだろうか。いや、その前に、まず、目の前の蛇を退治するだろう」。彼は、エイズを、差し迫った緊急事態ととらえて、即時的な対処が必要であることを訴えていたのである。

しかし、ここでは、なぜアフリカでエイズが流行したかという問いに対するいくつかの説明を紹介する。対策をたてるには、原因を知ることが必要だからである。

まず、アフリカではもともと性感染症を患う人が多くいたが、十分な治療がなされていなかったことが、爆発的流行の一つの促進要因ではないか、と言われている。性器腫瘍があると、一回の性交渉でウィルスに感染する可能性が普通の場合より非常に高くなる。また、性感染症を患う人々は、複数の性パートナーをもつなどウィルスにさらされる機会が高い行動パターンを持つことが多い。現在、エイズ対策は、性感染症治療対策と併せて行なうことが重要であると認識されており、実際に効果をあげた事例がある。さらに、HIVのサブタイプに注目し、アフリカで流行っているタイプの感染力が、他の地域のタイプより強いのではないかと、とする研究もある。

次に、複数のパートナーをもつこと、性交渉をはじめめる年齢が若いこと、コンドームを使わないことなどの性行動パターンを、アフリカでエイズ

流行を促進させた要因として考える行動学的立場がある。この場合、HIV感染の可能性が高い行動を変えるような教育が対策の課題になっている。さらに、買売春が頻繁に起こるのは、都市化や労働移動によって夫婦が長期離れ離れになる状況のためであるとして社会構造を問題にする視点がある。この視点からは、貧困対策や女性の地位の向上がエイズ対策として重要視される。

さらに、エイズ流行を防げなかった一要因として、政治的なコミットメントが遅れたことを、挙げるべきであろう。1980年半ばのエイズ流行の初期に、多くのアフリカ諸国で「エイズは外国の病気」として、その存在が否定された。これは、政治指導者たちが、観光客減少を危惧しただけでなく、エイズに最初に付された「男性同性愛者の病気」というイメージが宗教指導者たちに敬遠されたことによる。そのような中でウガンダは、大統領自らが指揮をとり、国家をあげてエイズ対策に取り組んできた。97年に新規感染率が減ったアフリカ唯一の国がウガンダであったことは、この分野における政治的なコミットメントがいかに重要であるかを示しているといえる。

今後、アフリカにおけるエイズの対策において必要なことは、性感染症を含めた保健対策、教育と貧困対策が、政府の強い支援のもと行なわれる

ことである。

む す び

国連エイズ計画の報告をもとに、アフリカのエイズの特徴について述べてきた。示された数字だけが独り歩きして、アフリカについての悲観的イメージが増幅されるようなことがあってはならない。大切なのは、感染率として表わされた数字をどう減らすかにとどまらず、生活全体の中で、エイズが人々にどのように経験されているかを理解し、そこに伴う痛みを減らすことである。HIVに感染してからAIDSを発症するまで2～5年の潜在期間があるというエイズの特徴上、現在、起きている感染が、痛みとして人々に経験されるのは数年後である。少なくとも、これから10数年、アフリカの人々は、エイズと共に生きていかなければならないのである。

〔付記〕 本稿で言及した国連エイズ計画UNAIDSの報告、および各国の詳細なエイズ状況については、次のホームページ参照。

<<http://www.unaids.org/>>の[facts sheets]

(にしむら・ゆみこ／神戸大学文学研究科修了)