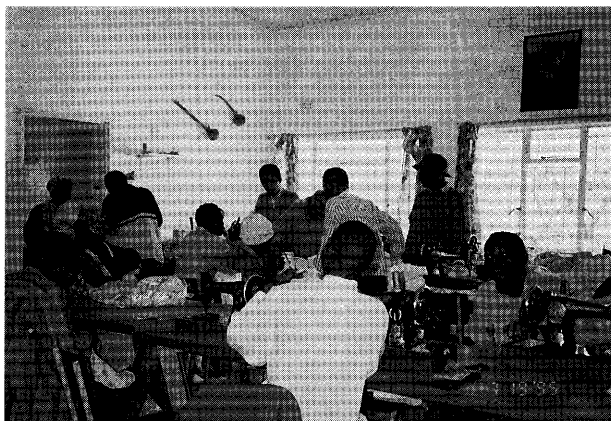


第8章

深刻化の一途をたどる アフリカのエイズ



ジンバブエ・ハラレ郊外にあるエイズ患者厚生施設内の作業場

世界でH I V / エイズの流行が最も猖獗をきわめているのがアフリカである。H I V / エイズは貧困や無知、また公衆衛生や情報伝達の問題がその蔓延を助長している。本章は、深刻化の一途をたどるアフリカのH I V / エイズの状況や政府のエイズ対策への取り組み状況などについて概説する。

1 H I V / エイズとは

H I V / エイズとは

エイズはその感染者の急増において、十四世紀ヨーロッパを震撼させたペスト、第一次大戦後インドを襲ったインフルエンザに匹敵す

る感染症で、今やアフリカ全体に蔓延するという憂慮すべき状態となっている。H I V (Human Immunodeficiency Virus: ヒト免疫不全ウイルス、いわゆるエイズ・ウイルス) は、エイズ (AIDS=Acquired Immune Deficiency Syndrome、後天性免疫不全症候群) を引き起こすウイルスで、体内の感染を防ぐ能力(免疫機能)を破壊するものである。途上国ではH I V 感染者のほとんどすべてが結核などエイズ・ウイルスが引き起こした免疫不全からかかる病氣

により死亡する。HIV感染からエイズ発症までの潜伏期間は、平均で三〜十年で、女性は男性より短いと考えられている(サイ、一九九五、一三ページ/Golber, 1997, p.32)。感染後数年間はエイズの兆候を示さない場合もあるが、性的接触、胎内感染、母乳、さらに血液により、ウイルスを胎児や乳児、他人へ感染させる。

HIVはアメリカでは一九八一年に、アフリカでは八三年に初めて検出された。HIVの起源についてはいろいろ仮説があるが、タンザニア、ウガンダ、ザイルを含む中央アフリカとする説が現在のところ有力である(畝、向野、木船、一九九二)。しかし、グルメク(Mirko D. Grmek)は、アフリカ起源説に疑いをもっており、アメリカのニューヨーク/マイアミとサンフランシスコ/ロサンゼルス の同性愛社会にエイズ・ウイルスが初めて検出されたとしている(Grmek, 1990, pp.1-12)。

エイズの急激な増加は一九八〇年代に起こり、この頃、エイズが初めて免疫不全の新しい病気として認識されるようになった。八二年にアメリカ疾病コントロール・センター(United States Centers for Disease Control)は、この新しい病気をエイズと命名した(Barnett and Blaikie, 1992, p.1)。

エイズ・ウイルスには1型(HIV-1)と2型(HIV-2)がある。世界的に流行し

ているのは、1型である。日本の厚生省はカリニ肺炎やカポジ肉腫など二種類の症状を診断基準にしている（『毎日新聞』一九九四年八月五日付「企画特集 国際エイズ会議」）。一九八六年西アフリカにおいてHIV-2の感染者が検出されたが、感染率はHIV-1より低いことが知られている（Quinn, 1994, pp.10-14）。

HIV/エイズの統計

エイズに関する統計は、その調査の困難性から、データの信憑性や完全性を欠いている。HIV感染者とエイズの件数の推定には、各国の監視システム（Sentinel Surveillance Systems）から上がってくるものやその他あらゆる利用可能なデータが使用される。特にアフリカでは、HIVから結核やマラリアにかかり死亡するケースが少なくないが、この場合死因はエイズと報告されないことが多い。監視システムは、監視地域のクリニックで梅毒や淋病など性感染症（Sexual Transmitted Diseases: STD）の治療にくる女性や出産前の健康診断に来る妊婦の血液検査を行い、HIV感染データを収集している。

エイズ・ウイルスの検査をすべての人について行うことは、費用もかかり、多くの社会ではプライバシーの侵害と考えられるので、調査は困難である。最近マレーシアではイスラム教徒が婚姻前にエイズ検査の義務を法制化する動きがあるが、このような例は中国、

レバノンなど少数である (The Herald, 1995)。したがって感染率に関する情報は、国の総人口を代表するに十分なサンプルではなく、特定の人口グループに限定されざるを得ない。しばしば、これらサンプルは、HIV感染率のリスクが高い売春婦やドラッグの常習者であることが多い。しかし、これらテストの結果はHIV感染速度の指標や、最も影響を受けやすい人口グループの情報を提供しているので有用である。

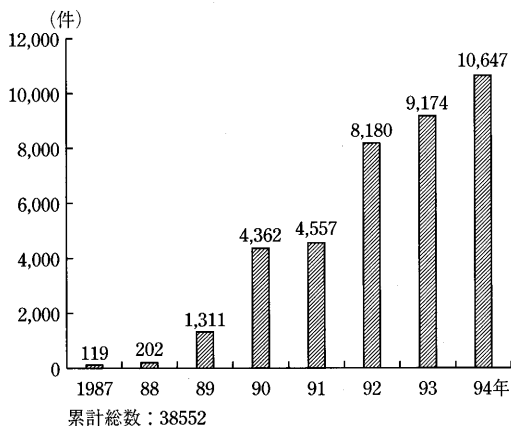
2 HIV/エイズの急増

サハラ以南アフリカの
HIV感染者は一九九
七年で二〇八〇万人
国連のエイズ・プログラム (UNAIDS) の推計によると、一九九
七年世界のHIV感染者は三〇六〇万人、サハラ以南アフリカの
感染者は二〇八〇万人で、世界の三分の二を占め、世界に占める
人口比率では一〇%にも満たないアフリカに集中している。その

うち三八〇万人は十五歳未満の子供である。UNAIDSは成人(十五歳以上人口)のHIV感染率について、九七年に世界全体が一%、北アフリカが〇・六%と推計しているが

(Golber, 1997, p.28)、サハラ以南アフリカでは十五〜四九歳の人口の七%がHIV感染者で、その割合は世界の他地域の数倍にもぼる高さであると報告している。WHO（世界保健機構）九七年報告によると、ボツワナとジンバブエで感染率が高く、両国の感染率は成人人口の二五%に達しているようである。エイズ予防・治療での国別格差も拡大しており、ウガンダは感染抑制に成功しているが、ボツワナは予想を上回る感染率となっている（『日本経済新聞』一九九八年六月二四日付夕刊「エイズ感染 アフリカで増大 WHO報告国別格差鮮明に」）。ボツワナ厚生省が発表した妊婦の産前検査における各

図24 ジンバブエのエイズ患者報告件数（1987～94年）



(出所) SASAIDS, 1995.

地区のクリニックでのHIV感染率は、九六年にフランシスタウンとクウェネン(Kwene)が四三%と非常に高く、首都ハボローネは三二%、最低は南部の二二%である。これには標本数が示されておらず正確性に問題があるが、ジンバブエの季刊誌 *SAFAIDS News* は、九二年の同様の調査と比べ急増している状況を報告している(SAFAIDS, 1997, p.9)。

さらにエイズ患者は、ジンバブエでは、八五年にエイズ患者が初めて報告されて以降、九四年六月末までに累積三万八五五二人(図24)、さらに九五年末までには累積十五万人に膨れ上がるとみられており、エイズの猛威は当分とどまることを知らないようである。

WHOは、今後もHIV感染者は増えつづけ、二〇〇〇年までに世界全体では三〇〇〇万〜四〇〇〇万人、アフリカでは一九九四年の二倍以上の二〇〇〇万人以上、アジアでは現在の四倍の一〇〇〇万人になる見込みであると警告している。そしてアフリカではエイズ・ウイルス感染者の少なくとも八〇〇万人が死亡すると推計している(Quinn, 1994, p.1)。

なぜアフリカでHIV
感染率が高いか

アフリカでのエイズの拡大は、根源には貧困、劣悪な衛生環境や健康状態、さらには割礼、一夫多妻制など文化的要因などに関連があるといわれている(Caldwell, P., 1994)。アフリカではまた、

淋病や梅毒などのSTD（性感染症）患者が多く、HIV感染を容易にしている。政府はエイズの予防と避妊にコンドームを奨励しているが、使用率は多くの国で5%以下にすぎない（第7章参照）。ジンバブエでは、最近、女性用コンドームが開発されたが、利用者が増えるであろうか（SAFAIDS, 1997, p.1）。飲食店、デイスコで、また買春により、多くのセックス・パートナーを得、エイズに無防備な性行動の結果HIVに感染し、妻にも感染させるというケースが多い（Goliver, 1997, pp.29-30）。単身出稼ぎ労働者や高額の婚資のために結婚が困難な男性が買春などでHIVに感染するケースも多いようである。

アフリカにおける

エイズの伝搬経路

エイズの伝搬経路については諸説あるが、ここではゴリバーとクインの説を紹介する。ゴリバーは「アフリカで最初のエイズは、コンゴ政府の報告によるものである。一九八〇年代初めにビクトリア湖付近で検出され、その後エイズは南部や東アフリカへ急速に広がったが、西アフリカへの伝播は緩やかであった」と述べている（Goliver, 1997, p.30）。一方クインは、「アフリカのHIVは、なんらかの風土病がある地域からそれらで汚染されていない地域へ徐々に広がっていった。六〇年代以降アフリカにおける爆発的な人口増加に伴って、HIVは人口過疎地域から人口稠密地域に伝搬し、増加していったとみられている」と述べている（Quinn,

1994, p.2)。

アフリカのHIV/AIDSは、売春婦など性産業に従事する者やその客から最も多く検出されるが、その後徐々に最もコントロールが困難な一般の人々に感染していく。HIV/AIDSは、最初、都市地域の居住者に広がり、徐々に農村地域の居住者へも伝播していった(Goliver, 1997, p.30)。HIV伝搬における移動仮説は、都市と農村におけるHIV感染者の著しい差からも推測される。一九八〇年代のルワンダとウガンダでは、キガリやカンパラなどの都市と農村の間に、一〇倍もの感染率の格差があることが報告されている(Quinn, 1994)。ケニアの国家エイズ/STD計画は、九五年の成人のHIV感染率の都市・農村格差は二倍以上であると報告している(Goliver, 1997, pp.30-31)。

さらにHIVが伝搬する経路として、幹線道路が深くかかわっていることが知られている。トラック運転手、軍人や売春婦は、幹線道路を使ってさまざまな地域へ移動するのを常としているが、彼らもHIVの伝搬に相当の影響を与えている。南アでは、急速な鉱業の発展に伴い、農村から多数の出稼ぎ労働者を受け入れている。鉱業都市に形成された性産業は、HIV感染の温床となり、さらには都市農村間に性産業の地理的ネットワークが形成される例もある(Quinn, 1994)。

3 アフリカ諸国のエイズ

男女年齢別の エイズ件数

アフリカにおけるエイズの最大の特徴は、主に異性間の性行為による感染であるため、感染者が男女ほぼ同数であることである。一方、アメリカの感染者は、男性の同性愛者、ドラッグ常用者などで圧倒的に男性である

(畝、向野、木船、一九九二)。国連報告で

は、世界の成人男性のHIV感染者は、成人女性に比べ、一・五倍多く、地域別には、東欧一〇倍、北アメリカ八・五倍、オセアニア七倍、西ヨーロッパ五倍、ラテンアメリカ四倍、東南アジア二倍といずれも男性が上回るが、アフリカについては、男女同数と推計している (UN, 1994a, p.10) (表20)。国際家族計画連盟会長のフレッド・

表20 成人のエイズ・ウイルス感染者の地域別性別比(1992年1月)

地域	性別比 (男性/女性)
東ヨーロッパ	10
北アメリカ	8.5
オセアニア	7
西ヨーロッパ	5
南東地中海地域	5
北東アジア	5
ラテンアメリカ	4
東南アジア	2
カリブ海地域	1.5
サハラ以南アフリカ	1
世界	1.5

(出所) UN, 1994a, p.10.

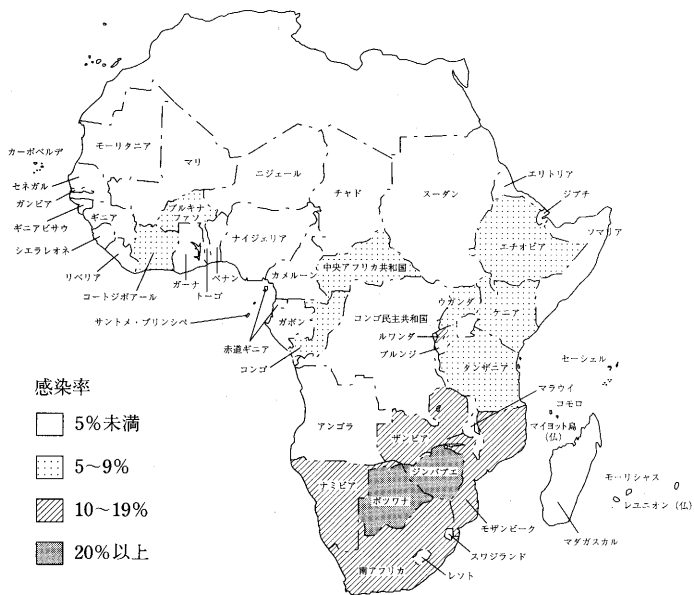
サイは、アフリカの成人のHIV感染者の男女比は、当初は一对一であったが、最近では一对一・五となり、女性の増加が著しいことを報告している（サイ、一九九五、十二ページ）。エイズ患者は性活動が活発な十五〜五〇歳に最も多い傾向がある。ジンバブエの一九九四年の男女年齢別のエイズ報告件数をみるとエイズ患者は男女ともに二〇〜三九歳の青年の年齢階級に集中し、十五〜二九歳の若年層は女子が男子より多く、逆に三〇歳以上は男子が女子より多くなっている（SAFAIDS, 1995）。

アフリカ諸国の国別

HIV/エイズ件数

サハラ以南アフリカ諸国は、文化的にも、宗教の面でも一様でなく、したがってHIV感染率も国により異なっている。HIV感染率の統計は、前述のとおりそれぞれ限られた地域や人口グループにおける調査に基づくものであり、したがって国全体の感染率として一般化することには注意を要する。アメリカ・センサス局人口部の国際プログラム・センター（International Program Center, Population Division, US Bureau of the Census）は、HIV/エイズ管理データから各国のHIV感染率を報告している。図25は同センサス局より報告された一九九七年サハラ以南アフリカ諸国の国別HIV感染率である。世界のエイズ件数の半分以上を占め、HIV感染率が高い地域が、ルワンダからジンバブエ、ボツワナ、南アフリカを結ぶ地帯に

図25 サハラ以南アフリカ諸国のエイズ・ウイルス感染率 (1997年)



(出所) Goliber, 1997.

所属する南部および東アフリカ諸国である。ジンバブエ、ボツワナの感染率は世界最高であり、南アフリカも一〇%以上と高い。整備された道路、交通網による移動の便宜が感染の拡大を容易にしている。ナミビア、スワジランド、モザンビークは一〇〜十九%と高いが、マダガスカルは観光業に力を入れ性産業も盛んであるが一%未満とアフリカの標準よりかなり低い。ザンビアやマラウイは十代後半の青年が高い感染率をもつ。ザンビアでHIVが急速に広がったのは、銅産業ベルト地帯からルサカへ、さらに下って南のリビングストンにいたる鉄道沿線上の狭い地域に人口が集中していることによる。ウガンダではHIV感染者がアフリカでも早い時期からみられたが、前述したように最近では政府の予防対策が功を奏し減少している。ケニア、タンザニアとエチオピアでは九〇年代後半のHIV感染率は五〜九%であるが、今後拡大が予測されている (Goliver, 1997, pp.31-32)。

中部アフリカではHIV感染率は低いが、数年内に広がる恐れがある。コンゴ民主共和国はモブツ前大統領の政権期に交通網を含むインフラ部門が破壊されたことにより、都市・農村の往来が制限されHIVの拡大を免れている。しかし、軍隊の移動が、国境を越えHIVの拡大に影響しているようである。同様に、内戦や難民の移動が、ルワンダ、ブルンジや南スーダンのHIV感染者を増加させるであろう。コンゴ共和国、中央アフリカ、

ガボンとカメルーンはSTD感染率がアフリカで最も高い地域で、HIV感染率は、現在では5%以上であるが、今後急増することが予測されている (Goliver, 1997, p.32)。

西アフリカ諸国は、前述のとおり感染力が比較的弱いHIV-2型の感染者が多いことでも知られているが、HIV感染率はコートジボアール、ブルキナファソとトーゴを除き5%以下と低い。コートジボアールを含む三国では感染率が高いが、国内や他の西アフリカ諸国から首都アビジャンへ向かう多数の男性単身労働者の移動が感染率と関連があるようである。ナイジェリアの感染率は5%以下と低い、HIV感染者は一九七〇年にすでに二二〇万人おり、南アに次ぐ数である (Goliver, 1997, p.32)。

4 エイズの人口、社会への影響

アフリカの多くの国でエイズはすでに主要死因の一つとなり、まだエイズが少ない国でも早晚同様の状況になることが予測されている。特に、アフリカ諸国で、短期的にも、長期的にも、エイズの人口への影響は明白であり、エイズによる死亡率の上昇が将来の人口

増加、年齢構造や家族構成にも影響を及ぼすと推測されている。HIV／エイズの蔓延は、公衆衛生関係の専門家にとって重要な関心事となっているだけでなく、社会経済に及ぼす影響も無視できないものとなっている。エイズは、主に十五〜五〇歳の年齢層に多く、労働力への影響、とりわけ熟練労働者の喪失、孤児の増加、また保健衛生および介護の負担の増加など社会経済的にも深刻な影響が出ている (UN and WHO, 1991 / Goliver, 1997, p.32 / 早瀬、一九九五)。

国連人口部では、一九九二年より人口推計にエイズの影響を取り入れている。アフリカで、エイズの影響が考慮された国は、サハラ以南アフリカの十五カ国——ベナン、ブルキナファソ、ブルンジ、中央アフリカ共和国、コンゴ、コートジボアール、ケニア、マラウイ、モザンビーク、ルワンダ、タンザニア、ウガンダ、ザイール、ザンビアとジンバブエ——である。国連人口部は十五カ国平均のHIV感染率を四・五%と推定し、さらに各国の状況により一%から十五%の感染率に分け、WHOのエイズ地球プログラム (Global Programme on AIDS) で作成された九〇年の十五歳以上人口を基礎人口として、人口推計に適用している (UN, 1994a, p.1)。

サハラ以南アフリカにおけるエイズの出生、死亡、人口増加への影響を推計した結果に

よると、出生率への影響はそれほど大きくないが、死亡への影響が大きい。サハラ以南アフリカ十五カ国の平均寿命は、一九七五〜八〇年には四七・七年であったが、二〇〇〇〜二〇〇五年にはエイズの影響がある場合に五一・二年、エイズの影響がない場合には五七・七年で、エイズがない場合より六・五年も短命となる(UN, 1994a, p.33)。また、二〇〇五年までの上記十五カ国の人口推計は、エイズの影響がある場合でも、人口は八〇年の一億三八四〇万人から二〇〇五年に二億九七九〇万人と二倍以上に増加するが、エイズの影響がない場合に比べ一・二四〇万人(四%)減少してゐる(UN, 1994a, p.13)。

アメリカ・センサス局(U.S. Census Bureau)の推計によると、二〇一〇年にはサハラ以南アフリカで子供の十六%にあたる四〇〇〇万人が親をエイズで失い、孤児になるとしてゐる(Goliver, 1997, p.33)。

現在HIV感染率がボツワナとともに世界一高いジンバブエでは、人々の関心も高く、マスコミもエイズに関するニュースを日々報道している。ジンバブエの新聞からエイズに関する記事を拾ってみよう。「エイズが経済を脅かしている」(『ビジネスヘラルド』一九九五年五月十一日付)、「エイズ患者の急増に病院スタッフが悲鳴」(『ヘラルド』一九九五年六月十二日付)、「エイズ感染者の職場での差別に悩む」(『サンデー・メール』一九九五年六月十六日付)、「エ

エイズ死亡による保険金が生命保険金の五一%を占める」〔「ヘラルド」一九五年六月二三日付〕、「エイズで保護者を失った孤児救済政策を求む」〔「サンデー・メール」一九五年七月二三日付〕。これらからエイズ問題が社会問題としていかに広がりを見せているかがうかがわれる（早瀬、一九九五）。

5 各国政府のエイズ対策への取組みとその問題

アフリカ諸国は、HIV/エイズの急速な拡大を阻止するために、一九八〇年代中頃よりWHOなどの国際機関の莫大な援助を受けて国家エイズ抑制プログラム（National AIDS Control Programs: NACPs）を作成し、さまざまな対策に取り組みはじめた。例えばジンバブエでは、エイズの急増とその問題の重要性から、政府は八七年に国立エイズ予防・抑制計画を策定、九〇年にエイズ協会を設立した。医療ケアはもとより、エイズ教育、エイズ予防のための家族計画などコミュニティーと連携し、さまざまな活動を行っている。国の施設のみならずキリスト教のボランティア団体など各種NGOが中心となり、HIV/エ

エイズの人々のための厚生施設や親をエイズで亡くした孤児施設が設立された。そこでは、心身ともに前向きに生きることを目標として、経済的自立を助けるための作業場（簡単な縫製作業など）、診療所、食堂や保育所などが設置されている（早瀬、一九九五）。

このような政府、自治体、NGOの努力にもかかわらず、エイズの猛威を阻止できない背景としてさまざまな問題が考えられる。第一に、アフリカ各国政府の保健省のエイズ対策のための努力も、行政機関のインフラが不十分であることや熟練のヘルスワーカーやマネジメントのための人材不足により、十分機能し得ない結果となっていること、第二に、各国政府は国家エイズ抑制プログラムを実行し、モニタリングとその評価も行っているが、これらは国際機関からの技術協力や外国からの援助なしには十分に実施することも困難な状態であること、第三に、エイズの進行を抑えるさまざまな薬品は最低でも一人当たり年一万五〇〇米ドル必要であるが、アフリカ諸国は大部分が、すべての保健部門の経費として一人当たり一〇米ドル以下で資金不足であること、保健衛生の専門家が一九九〇年代後半にエイズ・ワクチンの開発を試みているが、その利用にはまだ少なくとも五年から十年の歳月が必要と推測されている。また、将来ワクチンができたとしても、アフリカの膨大なHIV/エイズ患者に予防接種をする体制の問題もある。第四に、一般の人々の

エイズに対する無知や誤まった認識によって、HIV感染者ばかりでなく、予防のために働く個人や組織がさまざまな差別、偏見や中傷にさらされ、活動に支障をきたすことがある、などである (Cohen, Zewdie, Mohondwa and Tarantola, 1994, pp.1-17/Goliver, 1997, p.34)。

政府やヘルスワーカーは、あらゆるマスメディア、教育、カウンセラーの健康相談サービスタッチを通じて、HIV/エイズの正しい知識を人々に伝達し、HIV感染を予防するため、安全な性行動(コンドームの使用)、STDの予防と治療、性的関係のあるパートナーの数を減らすことなど、粘り強く説得していかねばならない (Goliver, 1997, p.34)。