

第2章

ウガンダ

エイズ対策「成功」国における政策と予防・啓発の果たした役割

吉田栄一

はじめに

本章では、国別の事例としてまずウガンダを取り上げる。ウガンダのエイズは、世界で最初に爆発的な感染流行を経験したことや、世界ではじめて国家元首が、国の安全保障に関わる緊急事態として認識し、そう公言したことで注目されてきた。そして世界中の支援が集中し、治療や予防、そして制度政策の上でも多様な実験が繰り広げられ、その後、最初に感染率が低下したことで世界中の注目を再び集めている。そのような意味で、ケーススタディとしてウガンダにおけるエイズの経験を振り返り、それに対処してきた政策の経緯をここにまとめることの意義はあると思われる。そこで、本章では、まずウガンダにおける初症例報告から、感染拡大とその状況を通して歴史的な背景を概観し、そして次節でこれまでにとられてきたエイズ対策を政策面、医療面、そして経済界の対応から振り返る。その上で、第3節で感染率の減少がどのように説明されてきたか、とりわけエイズの予防・啓発が感染率減少をどのように説明してきたのかを振り返りつつ、なぜ予防・啓発論がその

¹ 筆者がはじめてウガンダ調査に訪れた1996年には、エンテベ空港から首都カンパラ市へ向かうクイーンエリザベスハイウェイの両側に延々と棺桶を製造直売する木工所が連なっていて、強烈なエイズ禍の印象を与える光景であった。

説明に重要な役割を果たすことになったのかを、現代ウガンダ社会のもつ背景にてらして説明することとする¹。

第1節 歴史的背景

ウガンダにおけるエイズは、1970年代前半に「スリム (Slim) 病」として認識され、ビクトリア湖岸の集落では症例が散見されていた。正式には1982年、ウガンダ南西部のラカイ (Rakai) 県の漁村での症例が報告されたのが最初の例である²。

1970年代後半、当時のアミン (Idi Amin) 大統領は軍内部でスリム病の増加をすでに知っていたとされる。アミンはそれをタンザニアに侵攻したウガンダ軍兵たちがタンザニアの現地女性との性交渉によって感染したことを原因とするものと考えたようである。アミン大統領の失脚後、オボテ (Milton Obote) 政権期には着実に感染拡大が進行していたものの、政府での取り組みは遅れ、1985年ようやくエイズ対策事業が開始したところで内戦が激化し、事業が頓挫する (Avert [2004] Malan [2001])。

他方、反オボテ政権の「国民抵抗運動」(National Resistance Movement: NRM) にいたムセベニ (Yoweri Museveni) NRM総指揮官 (現大統領) はスリム病が顕在化しはじめた1980年代前半、その反政府運動の前線であったルウェロ (Luwero) 三角地帯にいた。その前線で、また反政府軍内部でスリム病が少なからず発生していることを知っていたのだ。同時にラジオ報道を通して欧米のエイズについて知っていたが、ムセベニはそれを男性と性行為をもつ男性 (Men who have sex with men: MSM) の問題であると解し、国民抵抗運動の周辺で報告されているスリム病と直接に結びつけては考えていなかったと思われる。そのようなムセベニに直接、ウガンダがエイズ危機に瀕していることを示唆したのはキューバのカストロ (Fidel Castro) 国家評議会議長であった。ムセベニは1986年に政権を掌握した後、新生ウガンダ国軍を構成する目的で、NRM軍の幹部60名をキューバに送ったところ、そのうち18名がHIVに感染しているとキューバ側から告知されたのだ。つまりウガンダはエイズ問題という危機に直面していることをカストロに宣告されたのだった (Malan [2001], UAC [2001; 2003a; 2004b])。

² この初期症例の報告からラカイ県はエイズ研究者に注目され、その後数多くのフィールド調査が実施され世界のエイズ・フィールド研究のメッカとなっている。

エイズ危機とその規模を直感したムセベニ大統領は、大統領就任後、エイズ対策を国家の緊急課題として取り上げた。ウガンダにおける問題の規模とその重篤さを地方で、中央で、また国際社会の場においても語りはじめた。国際社会の援助をもとめる一方で、国内においてもウガンダ自らできる対策として大々的な予防・啓発キャンペーンにも同時に取り組みはじめた（UAC [2003a]）。しかし、HIV感染率は着実に1980年代半ばより増加し1990年代に入り20%（妊産婦の感染率）を超え、1993年頃にはその感染率が29%に達したと推測された。また都市部（カンパラ Kampala 市、ンサンビヤ Nsambya 地区 都市内部の高密度低所得層住宅地区）や、マサカ（Masaka）市の調査では、30%を超える妊婦のHIV感染が確認されるような妊産婦診療所（Ante Natal Clinic：ANC）でのデータが報告された³（Ministry of Health [2003b]）。

ウガンダのHIV感染ルートは、過半数が異性間の性交渉で、それと約15%と見積もられている母子感染を足すと90%以上に達する。その他には血液と血液製剤による感染が2%、注射針などの共有によるものが1%と推測されている。MSMに関してはデータが公表されていない。それはおそらく異性間の性交渉による感染データの一部に含まれていると思われるが、軍内部と刑務所での感染拡大の要因として男性間の性行為は挙げられている。

異性間性交渉のなかで、HIV感染弱者（ヴァルネラブル・グループ）として国家エイズ委員会（Uganda AIDS Commission：UAC）はいくつかのカテゴリーを挙げ

³ 2001年におけるHIV感染率の推測値算出には、ウガンダ国内19カ所の産婦人科をもつ病院と、性感染症専門病院に設置された調査所での検査結果が使用されている。その後、2002年には新たに5カ所の調査地点が設置され、農山漁村のデータをより正確に加味できるようになっている。各地点では血液サンプルが250から600サンプルに達するまで、3カ月に一度、集められる。血液サンプルはまず、梅毒反応のチェックが施された後に、ウガンダウイルス研究所に運ばれHIV抗体が検査される。上記の検査地点の他には、グルのセントメアリー病院が自主的に検査を実施している。ここでは1074の血液サンプルがグルとセントメアリー病院分院のあるバゴ、オビット地区で採取される。マサカ県とセンバブレ県ではウガンダウイルス研究所がコーホート調査を実施している。妊婦、性感染症患者以外の部分については、15歳から24歳を対象に全国規模のNGOである「エイズ情報センター」（AIDS Information Centre）が自発的カウンセリング・検査（Voluntary Counselling and Testing：VCT）を実施している。データ源はカンパラの部分が最大であるが、他地区も網羅する。全国の推計感染率は、現在、首都と地方中核都市のANCデータをもとに算出する方法がとられている。地方を網羅しているものの、地方中核都市の病院にアクセスできる圏域内の妊産婦のデータのみで依拠し、農山漁村の状況が加味されていない。したがって、たぶん都市的な感染トレンドを反映したものにすぎず、実際よりも多く見積もられている可能性が高い（Medical News Today [2004]）。地域統計的にはANCのデータ採取地点がより密に網羅するにしたがって、正確な数字に近づき、数字自体が低下するという状況が確認される。この点から見ると、ウガンダ全国の感染率データについてはより慎重に取り扱う必要があるが、各地ANC地点の数字を診療所アクセス圏域のデータとして個別に扱う限りにおいては大きな問題はないものと考えて良いであろう。

ている（Basaza and Kaija [2002]）。性行動からみた感染弱者としては二つのグループがある。自らの意思で不特定多数との性交渉を持つ場合、たとえばセックスワーカーや、複数の交渉相手を持つものが一つのグループで、もう一つは、性交渉上の意思決定権のより弱いもの、たとえば、年上との性交渉の機会が多い者や、生活や学業支援を条件に性交渉を持つ場合があるような成年女子、若年女子、若年男子が挙げられている。社会経済的な感染弱者としては生活手段がない国内避難民や難民女性が挙げられ、そのコミュニティでは、日常の食糧や安全の確保のために性交渉を重ねる例が報告されている。また移動距離に比例して感染率が上昇するという観点からは長距離トラック運転手や、ビクトリア湖などの漁師、乗り合いタクシードライバーの他、不定期に単身で移動を繰り返す軍兵、機動隊員が挙げられている。そのほかには、社会慣習や祭祀儀礼が感染の危険性を高めると考えられるものとして割礼を問題視する場合もある。ウガンダで人口の10%が慣習とする割礼の際に、使用刃物が共有されることや儀礼の前後での衛生管理上の問題が指摘され、また儀礼にともなう成人男性化の証拠として儀式後に複数の相手との性交を助長する雰囲気があることが指摘されている。しかし割礼については医学的見地より感染力を弱めるとの実証報告もある（Urassa et al. [1997]）。また割礼を行う民族集団よりもさらに多くの民族集団で寡婦が姻族の兄弟と夜をともにするいわゆる寡婦のクレンジングや寡婦自体を相続する習慣が残っていることを問題視する場合もある。

第2節 エイズ対策

1. 政府の対策

1986年に大統領に就任したムセベニはエイズ対策が「愛国者の責務」と明言して緊急対策に取り組みはじめた。そして同年の世界保健機関（World Health Organization : WHO）総会に出席したルグンダ（Rugunda）厚生大臣は国際社会に対しウガンダにおけるエイズの深刻な状況を訴え、国際社会への協力をもとめるとともに、国家としてのコミットメントを内外に宣言した。これは、国家がエイズ危機を認め世界史上にのこる象徴的なできごとであった。それをうけ、同年中に保健省はWHOグローバルエイズプログラム（Global Aids Programme）の支援のもと、国家エイズ制圧プログラム（National Aids Control Programme : NACP）を開始した。そこで取り組まれたのは、まず輸血の安全確保や、医療施設における安全確保、そし

てエイズ教育と国内での感染情報の開示であった。これは当時の欧米でのエイズ対策のコンセプト、つまり輸血を通じた感染問題や、医療従事者の安全確保の視点にもとづいた内容だった。その後は医療の現場で対症療法的に結核など日和見感染症の治療が続けられ、場当たりの感染者対策が進められた。そして1988年には全国HIV感染調査（National AIDS Surveillance）が各地のANCを結んで始まり、全国の状況を正確に把握しようとする努力がはじまる。

また、1980年代後半からは保健省を中心に、国外ドナー、市民社会から集中する支援のコーディネーションが行われたことから、保健医療プロジェクトがエイズ対策の中心にならざるを得なくなり、それによって保健医療以外の分野での取り組みが遅れることとなった。保健医療以外の分野を包括的にふくむ多角的なマルチ・セクター・アプローチについては1987年より検討に付され、1990年になってようやく国外の専門家を含むかたちで国家エイズ実務協議会（National AIDS Taskforce: NAT）が選任される形となった。それによりエイズ制圧のための総合計画であるマルチ・セクター・プログラム（Multi Sector Programme: MSP）が策定される。MSPでは、まず視点を保健セクターから拡大して、個人のレベル、地域社会、政府、関係機関が相互に協力する責任体制の必要性を強調している。

NATは引き続き1992年に国家エイズ委員会（UAC）を大統領府に設置し、1993年には国家エイズ政策を策定する。UACは1994年にはHIV/AIDS・性感染症の予防にフォーカスを絞って、国家行動計画を策定し、それと同時にマルチ・セクター・アプローチ実施のための諸制度整備に取り組んだ。この時期に展開する多様な制度、政策、ポリシーペーパーは基本的にはUACを基軸に多様な関係分野を同時に巻き込んだ当時の方針の反映であり、そのようなかたちでエピデミックの諸問題に対処する方法を構築したのである。

UACは大統領に任命された諸大臣（エイズ制圧事業に関係する省庁の大臣）をはじめ、関係NGOの代表、民間識者からなり、NACPのモニター、計画、調整の役割をになう。また地方においては各県、郡、教区、村落のそれぞれのレベルで事業調整委員会がおかれ、各地方におけるエイズ専門家やコミュニティ・リーダー、活動家の意見が中央のUACにまで反映されるしくみをとっている。このような地方組織のあり方は、現政権が、反政府運動期に構築したNRMの地方組織の制度基盤を活用するものである⁴（UAC [1993]）。

⁴ 国家エイズ行動計画に関係する省庁は保健省のほか情報省、社会労働省、自治省、ジェンダー社会開発省、防衛省、内務省、教育省、財政経済計画省、公共サービス省、法務省である。

表1 エイズ対策マルチ・セクター・プログラムの目標

目標1	HIV感染拡大を止める 戦略1 HIVの性交渉感染をふせぐ 戦略2 血液と血液製剤による感染をふせぐ 戦略3 母子間の垂直感染をふせぐ
目標2	感染流行の健康への影響、社会経済的影響に対処する 戦略1 全国でのHIV/AIDSの諸影響に対処する 戦略2 HIV/AIDSのコミュニティ・レベルへの影響を軽減する 戦略3 HIV/AIDSと共に生きる人々（PLWHA）へのケアを提供する
目標3	感染流行への対応能力を強化する 戦略1 政策・計画開発の国家レベル、セクターレベルの能力を強化する 戦略2 県、地区レベルの計画実施能力を強化する 戦略3 コミュニティの対処能力を強化する 戦略4 内外の人材、物的資源、財源をみきわめ、動員する
目標4	全国のHIV/AIDS情報センターを設置する 戦略 適正なデータ収集と情報アクセスにより情報需要に対応する
目標5	国家の能力を強化するためにHIV/AIDS研究をすすめる 戦略1 国民のニーズに応える研究 戦略2 研究、モニター、評価の品質管理を確立する 戦略3 エイズ制圧の研究や訓練のキャパシティを強化する 戦略4 ワクチンや治療法の開発について国際社会に協力する

（出所）UAC [1993]

MSPではエイズ制圧を様々なレベルにおいても統一した基準に乗っ取ったプロジェクトを通して進める意味から、中央レベル、県レベル、コミュニティ計画レベル、各組織レベルそして事業の選定のレベルでも共通の5つの目標を設定している（表1）。

このMSP導入によってウガンダでは他の途上国世界に先んじてエイズ対策が確立したといえ、それによって国家レベルからコミュニティのレベルまで、対策が浸透するシステムが確立した。具体的にいえば、中央政府のレベルではエイズ制圧マルチ・セクター事業が導入され、全国的な実施計画が導入されるとともに、予防と制圧の事業導入のための政策概要が策定され、中央や地方、各セクターでの事業調整のシステムが取り込まれた。ついで情報の一括的かつ責任ある管理のためにUACにはエイズ情報データセンター（National AIDS Data and Information Centre：NADIC）が設置された。MSPでは関係するNGOやコミュニティ組織（Community Based Organization：CBO）、宗教関係団体（Faith Based Organization：FBO）支

表2 HIV/AIDSに関する国家戦略概要

<p>2005～06年までに感染率を25%削減する</p> <p>個人や世帯、コミュニティへの健康状態による社会経済的な影響を減らす</p> <p>予防やケア、ARV供与への協力に力点を置いて感染流行への対応能力を強化する</p> <p>HIV/AIDS対策事業の評価を実施し、応用可能な成功例を探求する</p> <p>青年の性行動対策に重点をおく</p> <p>世帯の貧困削減を中心に効果的な戦略をねる</p> <p>HIV/AIDSと共に生きる人々（PLWHA）へのサポートを増加させる</p> <p>エイズ遺児やエイズ患者の親をもつ若年層へのケア・サポートを増加させる</p> <p>セックスワーカーとその顧客、長距離ドライバー、ホステスなどを動員する</p> <p>継続的な対策を実現する法令の下、男女間の平等と公平を推進する</p> <p>すべての関係者の協力関係をきずき、コミュニティ・レベルでの行動をふやす</p> <p>各々の事業に関し、国によるオーナーシップと能力を強化する</p> <p>母子感染を削減する</p> <p>研究を強化する</p> <p>国家の対応規模を拡大する</p>
--

(出所) UAC [2004a]

援にも取り組みはじめた。支援は伝統療法施術者や、クランリーダーといった伝統的な制度や組織をも巻き込み、包括的なプログラムを形成する過程が確認される。さらには国際機関や援助国の支援をNACPの各事業予算確保に動員するようになった。結果、ジドブジン（AZT）や、ケムロン（Kemron）⁵などの治療が提供しはじめられ、ワクチン実験の準備が進んだとされている。

その後、MSPは1994年7月には性感染症プロジェクト（Sexually Transmitted Infection Programme: STIP）を開始、性交渉によるHIV感染の予防促進と、ケア・サポートの事業にかかわる制度の整備に取り組んだ。STIPでは全国400のNGOやCBOを通して啓発事業や、コンドームの普及調査（社会マーケティング）、医薬品アクセスの改善をはかり、それを通して各NGOなどの性感染症プロジェクト管理能力の改善につとめている。また同時にコミュニティでのケアや、家庭でのケアの支援、カウンセリングの支援を提供し、日和見感染症、特に結核の治療薬を提供、その投薬の管理のトレーニングを提供している。これによって、MSPとやらんで予防とケア・サポートの二つのアプローチの方向付けが得られた。2000年12月にSTIPは

⁵ 低用量経口インターフェロン。カポジ肉腫の治療等に用いられるが、効果を否定する説も多い。ケニア医学研究所と日本の製薬メーカーなどの協力でつくられた。

表3 支援組織による活動分野
 (各活動に参加する団体が全エイズ支援組織数に占める割合)

活 動 分 野	各活動に参加する組織数の割合(%)
コミュニティでの予防・啓発	68.8
カウンセリング	58.8
コンドームの普及	29.8
在宅ケア支援	28.4
所得向上	25.7
PLWHA治療	23.5
ピア教育	22.9
HIV検査	18.5
VCT	14.3
食糧配布	14.2
社会心理的サポート	12.8
性感染症の管理	12.8
青少年活動支援	12.4
エイズ遺児、エイズ患者の親を持つ児童の支援	11.9
施設でのケア支援	11.9
生活手段確保のための研修	11.8

(出所) AMERIF [2001]

終了しており、その後、事業評価によって事業の地方委譲の必要性や、NGO、他の機関のさらなる協力の必要性が確認された。また、計画と実施、モニタリングの間に生じているギャップや物資の調達と配布の際に生じている問題も指摘された。

MSPとSTIPの実施中、1993年頃からANCデータはHIV感染率の減少を記録しはじめた。これはウガンダ政府によっても1995年に正式に認められた(Avert [2004])。これを受けて1990年代の後半、政府はエイズ感染拡大の阻止を実現可能な目標として再定義し、政策を見直す必要性に迫られることとなった。そこで1997年には感染率が減少に転じてから初めての政策である「HIV/AIDSに関する国家戦略概要」(National Strategic Framework for HIV/AIDS)が定められ、エイズに関する緊急対策はより長期的な政策へと転換した(表2)。これによって具体的な感染の削減目標が明示され、予防・啓発とケア・サポートの2点に焦点が絞られた。また、対策事業の対象となる層を絞り込み、事業効率を高めるための配慮がはかられたと

表4 組織分類による活動範囲

	アドバイ ス活動	アドボカ シー	キャパシ ティ・ビル ディング	事業調整	支援国と の関係	ケア・サ ポート	政 策	予防・ 啓発	研 究	合 計 (延べ数)
CBO		10	22		1	115	1	131	1	281
中央政府			4			18		18	2	42
地方行政府	4	8	11	14	2	101	4	106	3	253
国連機関	3	4	7	2	2	7	2	6	1	34
国連以外の国際機関		5	9			12	2	11		39
国際NGO		12	25	3	4	71	3	67	5	190
FBO	1	5	21	1		85		97	1	211
国内NGO	2	13	36	2		86	2	109	3	253
地方第3セクター	1	9	8	1	1	49		50	5	124
民間企業						5		5		10
不明			1						1	2
合計	11	66	144	23	10	549	14	600	22	1439

(出所) AMERIF [2001]

いえる。

つぎに、全国でエイズ対策に従事している団体組織の活動分野や地理的分布からその状況を見よう。2001年時点で、ウガンダ全国でエイズ関係のプロジェクトに携わっている団体は712ある。地域毎にみると、90団体のカンパラ県や38の団体が事業を行うムバレ (Mbale) のようなプロジェクトの実験場となっている地域の一方では、1事業だけのユンベ (Yumbe) 県、2事業のントウンガモ (Ntungamo) 県、3事業のナカピリピリ (Nakapiripirit) 県、カヌング (Kanungu) 県までであるが、全国各県、網羅されている。

団体毎の事業数で比較すると海外援助機関の支援を得ているCBOが最も多く、それにウガンダ国内のNGOと、ウガンダの地方行政府の事業が続いている。活動分野別にみると、予防・啓発に関わる組織が600と最も多く、CBOの約半数が予防・啓発に従事し、地方行政府の約4割が、またウガンダ国内NGOの4割がそれぞれ予防・啓発に従事している。次に多いケア・サポートについては、115のCBO、101の地方行政府、86の国内NGOが関わる。またそれと殆ど同じ数の組織がキャパシティ・ビルディングに関わっている。CBOはコミュニティで日々必要とされている活動に関わっており、中央での政策や研究のような分野への関与は限られる (表3、表4)。

2. 医療における対策

(1) 伝統療法施術者

ウガンダには人口200～400人に1人の割合で、伝統療法施術者がいるとされている。人口の都市化率が12%であり、農村居住が一般的なウガンダ人にとっては近代的な医療施設へのアクセスは困難である。またそれがアクセス可能な距離に存在しても経済的にアクセスできない人口が多いことから、伝統療法施術者は広く需要を網羅する重要な存在である。それは日和見感染症の治療法が確立され、今日の抗レトロウイルス薬療法（Antiretroviral therapy：ART）と母子感染予防に至る前段階の1970年代から継続してエイズ治療の中心的存在であったと言える（THETA [2004]）。

このような重要性を追認する形で1998年には国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS：UNAIDS）と共同臨床研究センター（Joint Clinical Research Centre）により薬草療法に対する治療実験が実施されている。この実験を通し薬草療法はヘルペス・ウイルス感染症や、悪性咳症について西洋医学にもとづいた治療よりも改善の例が確認されているし、継続的な食欲消失についても効果が確認された。伝統療法施術者が多くのウガンダ人にとってコミュニティ医療（プライマリー医療）の中心となっていることは、施術者の60%がコンドーム普及に携わっており、82%がHIVカウンセリングを実施していることから確認できる。そのような重要性はウガンダ政府によっても確認されることとなり、保健省はその国家エイズ行動計画を通して支援している。

伝統療法施術者の側でも治験の実績を通して、サービス機関としての立場を確立しようとする動きが見られ、1992年には「近代療法とともにエイズと闘う伝統療法プロジェクト」（Traditional and modern health practitioners together against AIDS and other diseases：THETA）が共同ではじまっている。そこでは国境なき医師団（Médecins Sans Frontières：MSF）をはじめ多くの国際機関からの支援が集まっており、薬草の効果が探求されている。THETAでは500人を対象にした調査の結果、治験が確認され、薬草療法の効果が日和見感染症の症状改善に貢献していることが明らかになっている。現在は、ウガンダエイズ支援機構（The Aids Support Organization：TASO）、ウガンダ科学技術評議会（Uganda Science Council）、ロックフェラー財団、MSFスイスからの支援を得ている。また伝統療法と女性の立場からは伝統療法女性エイズ予防プロジェクト（Traditional Healers, Women and

Aids Prevention : THEWA) がある。

(2) ART

ウガンダ政府、保健省によると、そのエイズ・性感染症プログラムのなかに位置づけられているART計画では、ARTを2007年までに10万人の患者に供与することが目標に掲げられている。現時点でARTを必要としているエイズ発症者は12万人と推計される。2003年12月時点でARTにアクセスできているのは1万7000人で、そのうち約80%が費用を自己負担している (Garbus and Marseille [2003] Ministry of Health [2003a])。ARTの実施が許可された施設は全国に33あり、そのうち27施設 (国立ムラゴ Mulago 病院、中央病院、国立の地域中央病院、主要な私立病院) がすでにARTを実施している。予定では2004年末までに56のすべての地方県でARTが供与される予定である。

ウガンダにおけるART実施の中心は共同臨床研究センターとマイルドメイ (Mildmay) 病院であり、その双方で約9000人に対し実施している。その他にもウガンダ中央銀行 (Bank of Uganda) やナイルブルーワリー (Nile Brewery) といった職場単位でも供与されている。外国人や高所得層を対象としている6カ所の民間診療所でも国の計画とは別にARTが実施されている。他にはマサカ市でエイズ健康財団、アルア (Arua) でMSFフランス、フォートポータル (Fort Portal) でドイツ技術協力公社 (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit : GTZ) が保健省と協力して無料でARTを施している。世銀の協力により2004年末までには大量の抗レトロウイルス薬 (Antiretroviral drug : ARV) が輸入されることになっているが、これは主として妊婦と子どもの治療に使用される。その際、薬価の90%は政府負担となり本人は10%、月額約1万ウガンダ・シリング (約600円) の負担となる予定である。2003年末時点では、ARTの薬価はインド製のジェネリック薬で28~60米ドル (薬剤の組み合わせ方によりコストが異なる)、非ジェネリックのブランド薬だと86~560ドルである。

(3) 母子感染予防

2003年末時点でウガンダ国内の感染者約110万人の約半数53万1000人は女性で、ほとんどが出産可能年齢の女性である (Bwalatum [2003])。出産時の新生児感染が異性間性交渉に次いで大きな感染ルート (15%) となっていることから、母親新生児間の感染を防ぐことが喫緊の課題となっている (Garbus and Marseille [2003])。

2000年より保健省は母子感染予防事業をカンパラ、アルア、グル（Gulu）の3地区で実施している。そこでは妊婦とそのパートナーにARV（主としてネビラピン）が提供されるとともにカウンセリングやケアを受ける。

母子感染予防のための治療は2003年末時点で31県71ヵ所のANCで供与されており、今後、予定では22施設での供与開始が見込まれる。2003年末までに6366人のHIV陽性の妊産婦がネビラピン投薬を受けている。ただし、妊産婦の間では血液検査に対する偏見と恐怖心が急激に拡大しており、妊産婦診療を受けることへの心理的抵抗からクリニックにアクセスしない可能性が高まっているとみられることもできる。

3．経済界の対応

ウガンダのビジネス界においては、政府に比してエイズ問題の認識が遅れ、職場空間での対策は南アフリカなどに比べても大幅に遅れをとってきた。エイズ対策に取り組む民間企業連合である「HIV/AIDSに関するグローバル・ビジネス・コアリション」（Global Business Coalition on HIV/AIDS：GBC）にはサブサハラ・アフリカの企業としては南アフリカから10社、ケニアから5社、モザンビーク、ボツワナから各1社が参加しているが、ウガンダ企業の参加はない。ウガンダでは企業経済化の規模が周辺国に比べても小さく、商工業界においても大企業の数ケニア・南アフリカに比較して格段に少ないことから、エイズ対策を講じるほどの企業体力を持ち合わせていないという見方もできる。

エイズ対策の遅れてきたウガンダ経済界のなかでは、先駆的なモデルを呈していると思われるのがウガンダ・スタンダード・チャータード銀行（Uganda Standard Chartered Bank：USCB）の対応である。その対応はまず職員採用時の血液検査実施にはじまる（1992～98年）。1993～95年の間に、6名の職員がHIV感染が原因で死亡する。USCBは1998年までは採用時に血液検査を課すという、ネガティブかつ差別的な対応をとってきたが、1999年からは方針を一新し、HIV/AIDSと共に働く職場を目指すこととなる。職場におけるHIV/AIDSについての内規を制定し、(1)無差別、匿名性の確保、(2)HIV/AIDSの拡大を最小限にする、(3)その影響をモニターする、(4)職域のHIV/AIDSを管理する、(5)雇用の責任を果たす、(6)教育啓発に取り組む、という方針を明示した。その後、職場での自発的カウンセリング・検査（Voluntary Counselling and Testing：VCT）を導入し、2000年にはHIV/AIDSと共に生きる人々（People living with HIV/AIDS：PLWHA）に重点をおいたと思われる「生き抜こう」（AIDS Survival）キャンペーンを開始、ARVを支給し始めた。

表5 職場におけるエイズ対応のガイドライン

ジェンダー・労働省	ウガンダ経営者評議会
コンドームの配布奨励 非差別 自分の意志でのHIV感染の告知 HIV検査の提供とVCTの促進 匿名性の確保 研修教育事業 職場での感染拡大リスクの最小化	職場問題としてHIV/AIDSを認める HIV/AIDSを職場で語る 差別と偏見の徹底排除 匿名性の確保 感染者の新規雇用と継続雇用

(出所) Katorogo [2003]

USCBIは職場におけるエイズの問題が明確になるにつれ、医療費・退職金・葬儀費が増加し、病欠日数の増加、職員単位あたり収益の減少、新規採用時のコストや新規採用者への研修コストの増加、生産性と職場モラルの低下を経験したことを報告している。USCBIは南アフリカ系多国籍企業のウガンダ法人であり、そのエイズ対策にはUSCBIの南アフリカでの経験がいかされている。

また1999年には2つの運輸関係労働組合（運輸労働者連合とウガンダ鉄道労働者組合）が合同エイズプログラムを開始、HIV感染弱者である長距離トラック運転手、トラック助手、セックスワーカー、ドライブイン・モータール経営者、主要幹線沿線コミュニティ代表者を対象に事業をはじめている。他方、2001年5月にはHIV/AIDSに関するウガンダ財界評議会（Uganda Business Council on HIV/AIDS）が設置され、そこで職場での教育啓発とケア・サポートの提供を大企業、中小企業に促す運動が開始された。

このような経済界の動きを後押しする形で2002年にジェンダー省から「職場におけるエイズ対策のガイドライン」が提示され、コンドームの配布、無差別、HIV感染の有無、HIV検査アクセス、VCTの促進、匿名性の確保、研修教育事業、職場での感染拡大リスクの最小化、という共通の目標が提示された。その後、2003年5月にはビジネスセクターとエイズについてフォーカスした初めての会議である「労働の場におけるエイズに関する官民協力」会議が実施され、経営者団体であるウガンダ経営者連合会（Federation of Uganda Employers : FUE）の方からも職場におけるHIV/AIDSについてのガイドラインが提案された（表5）。

また、国家エイズ委員会（UAC）は、経営者評議会が一部の大企業しかカバー

表6 UACの設置した民間セクター自主調整機関への参加組織

運輸関係労働組合連合
東アフリカアメリカ商工会議所
インフォーマルセクター代表者
ウガンダ経営者連合会
ウガンダ労組連合
ウガンダ農業者協会
民間セクター財団
ウガンダ商議所
ウガンダ私立職業訓練校
ウガンダ医療関係者協会
ウガンダ投資庁
HIV/AIDSに関するウガンダ財界評議会

(出所) UAC [2003b]

していないことから財界に広く働きかけ、そのもとに民間セクター自主調整機関 (Private Sector Self Coordinating Entity) を設置した。そこは財界、労働界の代表団体がビジネスとエイズの問題について広く意見交換する場となっており、先述の経営者評議会よりもずっと幅広い団体の参加によって構成されている (表6)。

4 . 国際社会の対応 エイズ対策の実験場

世界に先んじて感染が爆発的に拡大したウガンダはエイズ対策事業の実験の場となった。その事業規模はこれまで拡大の一途にあり、また先進国で生まれた関心を途上国において実験し、解決する場を提供してきたと言える。援助組織がウガンダへ注目し、支援事業を展開した背景には、1980年代後半以後、長期安定政権にあり国際社会の支援を柔軟に受け入れる政治体制があった。その受け入れ態勢を世界で最初に構築したのがムセベニ大統領で、その体制を象徴的に証明したのが1986年WHO総会での緊急支援要請であった。このような体制は、他のアフリカ諸国とは全く異なる。支援の受け入れ態勢が整えられたことにより国際社会や市民社会は事業を内政問題など気にせずに行うことができる基盤ができた。また、多様な宗教的バックグラウンドをもつ国際的なFBOの参入も問題なく受け入れている。また、1986年以後の経済成長にともない社会インフラへの投資整備も進んでいることから、事業を軌道に乗せる要件はある程度整っている。したがって、実験的な対策事業でも成功例あ

表7 ウガンダにおける国際社会のエイズ対策拠出（2001年）

	拠出額(米ドル)	(%)
予防・啓発	8289175	19
ケア・サポート	12160415	28
VCT	5075696	12
キャパシティ・ビルディング	7159089	16
青少年対策	2931636	7
所得向上	366512	1
研 究	5325274	12
アドボカシー	595943	1
遺児・エイズ患者の親を持つ児童の対策	1805051	4
合 計	43708792	(100)

(出所) AMERIF [2001]

表8 ウガンダにおけるエイズ対策協力機関の拠出額

	拠出額	(%)
米国国際開発庁	15028000	34
ジョンズ・ホプキンス大学	3250000	7
EU	3223200	7
世界銀行	3000000	7
米国疾病管理・予防センター(CDC)	2163175	5
イタリア国際ボランティア(AVSI)	2048624	5
英国国際開発援助省	1972000	5
ベルギー国際協力局	1221011	3
国連合同エイズ計画(UNAIDS)	1290540	3
英国医学評議会(MRC/UVRI)	1499438	3
世界保健機関(WHO)	1044000	2
その他	7968804	19
合 計	43708792	(100)

(注) 百万ドル以上拠出の機関のみ。

(出所) AMERIF [2001]

るいはプロトタイプの例を提供する場となりえた。支援団体にとってはウガンダ以外の場所にエイズ対策事業を拡大するためにも、事業が「成功」する証明が必要ではなくである。さらにウガンダは東アフリカおよび大湖地方において地理的に重要な位置にあり、英米の対アフリカ外交の観点からは対スーダン、対コンゴ・ルワンダ対策上の場所であり、英米のアフリカ対策の拠点であったケニア政府との関係が悪化した1990年代においてはケニアにかわって地政学的に重要な役割を果たしてきていた。そのような外交的役割をしめるウガンダへの国際社会や市民社会のエイズ対策強化は説明が容易であろう。

そのほか、ウガンダの場合、異性間性交渉が主要な感染ルートであることから、自国において注射薬物使用者（Injecting drug user：IDU）やMSMの感染対策が中心になることにくらべて、英米などの支援国政府はその支援のための財政支出に関する合意を広く取り付けることができようし、保守層を支持者や支援者の一部に含むような民間団体、FBOにおいても拋出の意思決定が得られやすかったという見方もできる（表7、表8）。

第3節 感染率の減少と予防・啓発の役割

1. 感染率減少の説明

ウガンダでのHIV感染率の減少を妊産婦診療所などで採取されたサンプルデータで見ると、1990年から1993年にかけてのカンパラ市ンサンビヤ地区、1991年、1992年のカンパラ市ルバガ（Rubaga）地区、1992年のバララ（Mbarara）市、1993年のグル（Gulu）で25%を超えている。カンパラは人口120万の大都市で、後の2市は地方中核都市である。ピーク時でも感染率が低かったのはマタニ（Matany）、パリサ（Pallisa）、モヨ（Moyo）、アルアの地方都市データであった。その後、25%を超していたンサンビヤ地区では2001年に、ルバガ地区は2002年に10%をきったが、バララ市は2002年で10.8%、グルでは11.8%と地方中核都市の減少率が著しい。このような都市部での感染率の激変に対して、もともと感染率が低く記録されていた地方中心町では、たとえばアルアで1993年4.4%が2002年5.2%と増加し、モヨでは5%が4.3%、ルワラ（Lwala）では5.3%が4.4%へとほとんど停滞しており、減少傾向は大都市の現象と考えることもできる（表9）。

このような感染率の推移については、死亡数が爆発的に増加して、感染源が縮小

表9 HIV感染率(%) (ANCデータ)

	調査地	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
大都市	ンサンビヤ	24.5	25.0	27.8	29.5	26.6	21.8	16.8	15.4	14.6	13.4	12.3	11.8	9.5	8.5	
	ルバガ			27.4	29.4	24.4	16.5	20.2	15.1	14.8	14.2	10.5	10.7	10.4	8.1	
地方都市	バララ	21.8	23.8	24.3	30.2	18.1	17.3	16.6	15.0	14.5	10.9	11.3	10.0	10.6	10.8	
	ジンジャ	24.9	15.8	22.0	19.8	16.7	16.3	13.2	14.8	11.0	10.5	10.8	8.3	7.4	5.0	
	トロロ		4.1	12.8	13.2	11.3	10.2	2.4	8.2	9.5	20.5	4.5	4.7	7.0	6.3	
	ムバレ	3.8	11.0	12.1	14.8	8.7	10.2	7.8	8.4	6.9	6.3	5.7	5.5	5.6	5.9	
	キレンベ					7.0	16.7	11.1	10.4	8.5		7.5	4.2	2.1	4.2	
	ソロティ					9.1		8.7	7.7	5.3	7.7	5.0	5.0	5.0	4.6	
	ホイマ								12.7	9.0	5.4	3.5		5.3	4.6	
	アルア					4.4						5.2	5.2	4.8	5.2	
	バリサ				7.6	5.0	1.2				3.2	2.6	3.2	3.8	3.7	
	マタニ					2.8	7.6		2.0	1.6	1.3	0.9	1.9	1.7	0.7	
	カガジ										10.3	11.5	11.0	10.5	7.4	6.4
	ムトレレ		4.1	5.8		4.2		3.6	2.6		2.5	2.3	2.1	4.1	1.5	
	モヨ					5.0		3.1			3.2	5.2	2.7	2.7	4.3	
	グル					27.1	21.9	14.7	14.3	16.3	12.8	12.3	13.1	11.3	11.9	
	マシンディ														4.7	
	ルワラ					5.3		8.7	7.7						7.9	4.4
ネビ															1.3	
アパール														5.3	7.6	

(出所) Ministry of Health [2003b]

したからという考えや、エピデミック収束による自然消滅過程であると主張する疫学研究グループがいる (Garbus and Marseille [2003])。他方では、政府や国際社会、市民社会のエイズ対策が何らかの効果をもたらしたという対策効果論がこれまでの感染率減少に卓越する見方である。ここでは疫学での議論は最小限にとどめ、後者の対策効果論を中心に議論したい⁶。

これまでの対策効果論では、予防・啓発の効果、コンドーム普及の効果、ARTや母子感染予防対策について論じられている。そのほかには、個別具体的な対策の評価からは離れた制度の整備奏功論や国際社会、市民社会の支援体制奏功論、そして政府のコミットメントなどの制度論からの議論もある。とりわけ、政治的コミッ

⁶ また、そのほかに興味深い説としては、性活動人口が発症や死亡の例を身近なものとして経験することで、疾病に対する恐怖心を自己同一化し、学習したのだという主張がある。それによって性行動の変化が生じたとするのである。

トメント論ではムセベニ大統領が自ら問題に対応する姿勢を国民の前で明らかにした点を評価し、セックスワーカーや軍兵だけではない自らの問題、隣人の問題として語り、コミットメントを明らかにしたことによって、国民一人一人がオープンにエイズについて話題にできるような雰囲気を作ったことで予防・啓発の場面に限らず効果を奏したと評価されている。そのほかにも政府の対策とともに、キリスト教、イスラム教双方の教会組織や、ローカルコミュニティ、開発運動、市民社会を含む地域社会全体の組織が連動して取り組んだという地域連動論などが主要なものとしてあげられている（Avert [2004]、Laconte [2003]、Kiirya [1998]）。

2. 予防・啓発のモデル国化の背景

ウガンダのエイズ予防・啓発の中心はABCアプローチと称される。ABCとは「禁欲」し（Abstinence）、一人のパートナーとの関係を保ち（Being Faithful）、「コンドーム」（Condom）を使用することである。ムセベニ大統領は内外でエイズに関する発言の機会たびに、ABCDを繰り返してきた。つまりAとBとCをまもらなければDie（死）というスローガンを喧伝してきたのである。このウガンダにおけるABC政策は1990年代を通し世界的に注目されてきた。というのは1993年以後の感染率低下の理由は、根本的に特定できていないにもかかわらず、ウガンダ政府の積極的な予防・啓発政策への取り組みにあったと主張されているからである。ウガンダにおけるエイズ対策の中心は、その初期においても今日においても予防・啓発にあったわけではない。当初の対策事業は欧米での対策のコンセプトを踏襲し、血液の安全確保、医療の現場での安全確保から始まっている。その後も、ウガンダ政府によって対策の確固たる指針がたてられることもなく、国際社会の支援の拡大と多角化にひきずられる形で、保健医療、予防・啓発、生活支援、エイズ遺児対策などへとひろがっている。

その後、今日にいたるまで対策の中心はケア・サポートと予防・啓発を中心とする包括的事業であり、これまで常に多角的であった。予算配分からみても予防・啓発がその中心にあるわけではない。しかし、世界的なウガンダのエイズに対する注目は、大規模感染国で唯一、感染率が低下していることにあり、それに対する明確な理由が証明される前に予防・啓発奏功論が一人歩きしたのだと考えられる。

現時点での調査研究の成果からすると、予防・啓発が感染率低下に恐らく貢献したであろうと思われるのは初性交年齢の上昇や、性交渉相手数の減少、コンドーム普及数の増加つまり、性行動上の多少の変化である。たしかに、都市部の若年

層（15歳から17歳）では男女ともに初体験年齢が上昇しており、性交渉の相手数が減少している。しかしその他の15歳から49歳の性活動人口（Sexually Active Population）の大半においてはそのような行動変容はおきていない⁷（Bessinger et al. [2003]、Singh et al. [2003]）。

コンドームの配布数は増加しているが、性交ごとの使用率はパラレルには伸長しておらず、配布と使用の間に何らかの妨げる要因が介在している。使用率が着実に増加したのはセックスワーカーや、その潜在顧客である長距離移動者であり、確かにこれらの間ではHIV/AIDSの感染経路や理由に関する知識が浸透してきている。そもそもウガンダにおいてコンドームの効果の議論は圧倒的に保守的思想に引きずられている。キリスト教関係者のなかでもとりわけ保守層では、コンドームは感染弱者に残された手段に過ぎないという見方が卓越しており、そのような感染弱者はすなわち、性行動を変えられない人たちという意味でネガティブに捉えられている。コンドーム非肯定派のなかには、ウガンダでの使用率はアフリカ平均と差がなく、コンドーム配布事業開始後もこれは変化なく、感染弱者グループでも91%は未使用で、使用率上昇は婚外関係や不特定の増加の反映にすぎず、10%の確率で感染を防ぐことができず（ただし、これは誤使用による失敗を含む）完璧な防御策とは言えないとの主張もある。また、子供を持つとする夫婦間では使えず、また村落や貧困層、若年層にとってはアクセスの問題もある。そもそも誤使用などによる失敗を考えると、感染を遅らすだけで完全に防ぐわけではないし、コンドーム使用の強調は感染の危険性から焦点をずらしてしまうことも挙げられている。またコンドーム使用率の高い南アフリカ、ボツワナなどの国の感染率は高いことも指摘されている。

3. 政治化された予防・啓発論の言説

先述のように、感染率低下の要因を予防・啓発の成功に関係づけて喧伝したのはムセベニ大統領自身であった。その発想は、現在のようにARTや母子感染予防の確立されていなかった1980年代半ばから、ある程度の数量のコンドームの普及と治療法が確立された今日に至るまで一貫している。その中心にあるのは道徳主義と禁欲主義で、それゆえ大統領自身はコンドームの配布普及に関しても否定的な発言を

⁷ 若年層の行動変化は予防・啓発が学校を通して浸透しやすい、彼らがほかの年齢層にくらべ情報アクセスのよい環境にあったことがある。これについては地域ごとの就学状況と性行動変容を検討する必要がある。

繰り返している。コンドームに関する発言については、数量的な普及が確立されるまでの段階ならば、使用の節約をうながす意味で、禁欲主義を主張するということも考えられる。しかし、普及配布数が確保でき、輸入数量が国内需要数を上回るようになった今日においてもその言説は変わっていない。

大統領の予防・啓発の主張は、軍内部に向けられたものに始まり、その後は自ら築いた地方の国民抵抗運動（NRM）組織を訪ねあるく地方遊説の場において繰り返された。また、国際社会の場では、国際エイズ会議や、WHO世界保健総会などの場でも禁欲と道徳を繰り返した。それによって、ウガンダのエイズは多角的な対策の成果ではなく、禁欲と道徳に基づくものであるという印象をあたえ続けているのである。これによって、ムセベニ大統領は、国際社会においてエイズ対策の予防・啓発モデル、つまりウガンダ・モデルの伝道者としての地位を確立することになった。

エイズ対策予算の配分から見ると、予防・啓発事業はすでにARTと母子感染予防の供与を中心とする治療、ケア・サポート事業に中心を取って代わられている。予防・啓発事業が開始されて10年以上が経過しており、一定の評価が得られた都市部の若年層以外の部分においてはその効果は限定的であるという理解が専門家や援助関係者の間に浸透しつつある。にもかかわらず、大統領が頑ななまでに禁欲と道徳を主張することの意味は何か。それは禁欲と貞操、道徳に訴えることで、アミンによる恐怖政治やオボテ独裁政権を通して、独立後、宗教や地方、民族集団で分断されてきた国民全体を一つの価値観に統一することができるのではないかという心情が反映されているのではないだろうか。禁欲と道徳に訴え、コンドームの使用の必要性を抑えるという方針はウガンダのイスラム教コミュニティにおいても受け入れられているものである。国民の1割をエイズで亡くしてしまったウガンダにおいて、国民共通の立ち向かうべき課題が明確になった今日、予防・啓発を通して共通の価値観が社会に形成されることの意義を見通したとも考えられよう。これまでの内戦期においては地域的な民族集団の分断のなかに、イスラム教とキリスト教という属性が影響を及ぼしている側面もあった。アミン恐怖政治でのエスニック・クレンジングには非イスラム教徒色の中央政治からの排除が濃厚であったし、現にその言説は反キリスト教で一杯であった。イスラム教徒は全人口にしめる割合は低いものの、公的セクター以外では都市部の経済界、商業界では影響力が強い。そのような社会において統一的な国民の価値観を形成したいという安定化への意図が、予防・啓発モデルの言説に見えるのである。

主要参考文献

< 日本語文献 >

- Hands [2003] 『外務省委託調査報告書 平成14年度 HIV/AIDS予防ケアの基礎となるVCT活動のアフリカにおける現状調査と今後の我が国の支援に関する提言』特定非営利法人 HANDS。
[http://www.hands.or.jp/pagesj/08_publicity_pdf/2002Annual%20report.pdf]

< 外国語文献 >

- Abdul-Majeed, A. B. [2001] “Imam, too, can help combat AIDS,” *New Straight Times*, 8, September, 2001.
[<http://www.ikim.gov.my/bm/media/2001-nst/ar01-nst18.htm>]
- AMERIF (African Medical and Research Foundation) [2001] *Inventory of Agencies with HIV/AIDS Activities and HIV/AIDS Interventions in Uganda 2001*, Kampala : AMERIF-Uganda.
[http://www.aidsuganda.org/pdf/hiv_agencies_inventory.pdf]
- Asiimwe, D. and R. Kibombo et al. [2003] *Focus Group Discussion on Social Cultural Factors Impacting on HIV/AIDS in Uganda : Final Report*, Kampala : Makerere Institute of Social Research.
[http://www.aidsuganda.org/pdf/social_cultural_factors.pdf]
- Asiimwe-Okiror, G. et al. [1997] “Change in Sexual Behaviour and Decline in HIV Infection among Young Pregnant Women in Urban Uganda,” *AIDS*, vol.11.
- Avert [2004] *HIV & AIDS in Uganda*. [<http://www.avert.org/aidsuganda.htm>]
- Bankole, A. et al. [2004] *Risk and Protection : Youth and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, New York : The Alan Guttmacher Institute.
[<http://www.guttmacher.org/pubs/riskandprotection.pdf>]
- Basaza, R. and D. Kaija [2002] “The Impact of HIV/AIDS on Children : Lights and Shadows in the ‘Successful Case’ of Uganda,” in G. Cornia ed., *AIDS, Public Policy and Child Well-Being*.
[<http://www.unicef-icdc.org/research/ESP/aids/chapter2.pdf>]
- Bessinger, R. et al. [2003] *Sexual Behaviour, HIV, and Fertility Trends : A Comparative Analysis of Six Countries : Phase I of the ABC Study*, Washington D.C. : United States Agency for International Development.
[<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/sr-03-21b.pdf>]
- Bwalatum, Moses [2003] *Prevention of Mother to Child Transmission of HIV/AIDS-PMTCT*

- Programme*, Kampala : Ministry of Health.
 [http://www.aidsuganda.org/pdf/PMTCT_Programme_Article.pdf]
- Chandani, Y. and M. Muwonge [2003] *Logistics and Procurement Decisions, Issues for Consideration for Introducing and Expanding Access to ARVs in Uganda*, Kampala : Ministry of Health.
 [http://www.aidsuganda.org/pdf/ART%20_Logistics_Subcommittee_Briefing_Paper.pdf]
- Coutinho, A. [2003] *A Situation Analysis of HIV/AIDS in Uganda and the Role of VCT*, Speech at the 1st Annual General Meeting of the Aids Information Centre, 21, February, 2003, Kampala.
 [http://www.aidsuganda.org/pdf/role_of_VCT.pdf]
- Fabiani, M. et al. [2001] "Trend in HIV-1 Prevalence in an Antenatal Clinic in North Uganda and Adjusted Rates for the General Female Population," *AIDS*, vol.15.
- Garbus, L. and E. Marseille [2003] *HIV/AIDS in Uganda*, San Francisco : Country AIDS Policy Analysis Project, AIDS Policy Research Center, University of California.
 [<http://ari.ucsf.edu/ARI/policy/profiles/Uganda.pdf>]
- Government of Uganda et al. [2000] *National Strategic Framework for HIV/AIDS Activities in Uganda : 2000/1–2005/6*, Kampala : Uganda AIDS Commission.
 [http://www.aidsuganda.org/pdf/Annex_6_TWG_6_Report.pdf]
- Hunter, S. and J. Williamson [2000] *Children on the Brink : Executive Summary : Updated Estimates & Recommendations for Intervention*, Washington : United States Agency for International Development.
 [http://www.dec.org/pdf_docs/pnacj284.pdf]
- Katabira, E. T. and M. R. Kamya [2003] *National Antiretroviral Treatment and Care Guidelines for Adults and Children*, Kampala : Ministry of Health.
 [http://www.aidsuganda.org/pdf/ARV_Clinical_Guidelines_Final_draft.pdf]
- Katabira, E. T. et al. [2003] *National Guidelines for Implementation of Antiretroviral Therapy*, Kampala : Ministry of Health.
- Kelly, R. et al. [1999] "Age of Male Circumcision and Risk of Prevalent HIV Infection in Rural Uganda," *AIDS*, vol.13.
- Kiirya, S. [1998] *HIV/AIDS in Uganda : A Comprehensive Analysis of the Epidemic and the Response*, Kampala : Uganda AIDS Commission Secretariat.
 [http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_en.php?ID=2553_201&ID2=DO_TOPIC]
- Kilian, A. H. D. et al. [1999] "Reductions in Risk Behaviour Provide the Most Consistent Explanation for Declining HIV-1 Prevalence in Uganda," *AIDS*, vol.13.
- Loconte, J. [2003] *The White House Initiative to Combat AIDS : Learning from Uganda*, Executive Summary Backgrounder 1692, Washington D.C. : Heritage Foundation.
 [<http://www.heritage.org/Research/Africa/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=49485>]

- Malan, R. [2001] *Far More at Stake than a Denialist Conspiracy*.
[<http://www.virusmyth.net/aids/>]
- Mbulaiteye, S. M. et al. [2002] “Declining HIV-1 Incidence and Associated Prevalence over 10 years in a Rural Population in South-west Uganda: A Cohort Study,” *The Lancet*, vol.360. Medical News Today [2004] *Global HIV Prevalence Dramatically Overstated*, 22, June 2004.
[<http://www.medicalnewstoday.com/>]
- Médecins Sans Frontières [2004] *Untangling the Web of Price Reductions : A Pricing Guide for the Purchase of ARVs for Developing Countries*, Geneva : Médecins Sans Frontières.
[http://www.accessmed-msf.org/documents/untangling_4_thapril2003.pdf]
- Meekers, D. and R. V. Rossem [2004] *Explaining Inconsistencies between Data on Condom Use and Condom Sales*, Chapel Hill : MEASURE Evaluation.
[<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/wp-04-78.pdf>]
- Mildmay [2004] *The Mildmay Centre Uganda : Background Information*, Kampala : Mildmay Centre.
- Ministry of Health [2003a] *Antiretroviral Treatment Policy for Uganda*, Kampala : Ministry of Health, the Republic of Uganda.
[<http://hivinsite.ucsf.edu/doc/cr09-ug-ARVpolicy.doc>]
- Ministry of Health [2003b] *STD/HIV/AIDS Surveillance Report*, Kampala : STD/AIDS Control Programme, Ministry of Health, Republic of Uganda.
[<http://www.health.go.ug/docs/hiv0603.pdf>]
- Morgan D. et al. [1997] “An HIV-1 Natural History Cohort and Survival Times in Rural Uganda,” *AIDS*, vol.11.
[1998] “Early Manifestation (pre-AIDS) of HIV-1 Infection in Uganda,” *AIDS*, vol.12.
[2002] “HIV-1 Infection in Rural Africa : Is There a Difference in Median Time to AIDS and Survival Compared with that in Industrialized Countries?” *AIDS*, vol.16.
- Najjumba, M. I. et al. [2003] “Risk Perception and Condom Use in Uganda,” *African Population Studies*, 18-1.
[<http://www.uaps.org/journal/journal18v1/risk.pdf>]
- Parkhurst, J.O. [2002] “The Ugandan Success Story? Evidence and Claims of HIV-1 Prevention,” *Lancet*, vol.360.
- Population Council [2003] *Succession Planning in Uganda : Early Outreach for AIDS-Affected Children and Their Families*, Washington : Population Council.
[<http://www.popcouncil.org/horizons>]
- Quinn, Thomas [2001] “Viral Load and Transmission in Uganda,” *AIDS*, vol.15, supplement 1.
- Ross, Will [2004] *Uganda’s HIV Success Questioned*, 21, September 2004, BBC News UK edition.
[<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/Africa/3677570.stm>]
- Saifuddin, Ahmed [2001] “HIV Incidence and Sexually Transmitted Disease Prevalence Associated with Condom Use : A Population Study in Rakai, Uganda,” *AIDS*, vol.15.
- Schwartzlander, B. [1999] “Country-Specific Estimates and Models of HIV and AIDS: Methods

- and Limitations,” *AIDS*, vol.13.
- Singh, S. et al. [2003] *A, B and C in Uganda : The Role of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline*, Occasional Report no.9, New York : the Alan Guttmacher Institute.
[[http : //www.agi-usa.org/pubs/exs_abc03.pdf](http://www.agi-usa.org/pubs/exs_abc03.pdf)]
- THETA (Traditional and Modern Health Practitioners Together Against AIDS and Other Diseases) [2004] *THETA TODAY 1992–2004*, Kampala : THETA.
- UAC (Uganda Aids Commission) [1993] *The Multi–Sectoral Approach to AIDS Control in Uganda : Executive Summary*, Kampala : Uganda AIDS Commission Secretariat.
[2000a] *Annual Report 2000*, Kampala : Uganda AIDS Commission Secretariat.
[[http : //www.aidsuganda.org/pdf/uac_annual_report_2000.pdf](http://www.aidsuganda.org/pdf/uac_annual_report_2000.pdf)]
[2000b] *Scaling–Up the HIV/AIDS and Orphans Response to Accelerate Poverty Reduction in Uganda : 2000/1–2005/6*, Kampala : Uganda AIDS Commission Secretariat.
[[http : //hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_en.php?ID=2548_201&ID2=DO_TOPIC](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_en.php?ID=2548_201&ID2=DO_TOPIC)]
[2001] *Twenty years of HIV/AIDS in the World : Evolution of the Epidemic and Response in Uganda*, Kampala : Uganda AIDS Commission Secretariat.
[[http : //www.aidsuganda.org/pdf/20_yrs_of_hiv.pdf](http://www.aidsuganda.org/pdf/20_yrs_of_hiv.pdf)]
[2003a] *.....And Banana Trees Provided the Shade : The Story of AIDS in Uganda*. Kampala : Uganda AIDS Commission Secretariat.
[2003b] *Country Response*, Kampala : Uganda Aids Commission Secretariat.
[[http : //www.aidsuganda.org/response/prog_reports/private_sector.htm](http://www.aidsuganda.org/response/prog_reports/private_sector.htm)]
[2003 c] *The HIV/AIDS Epidemic : Prevalence and Impact*, Kampala : Uganda AIDS Commission Secretariat.
[[http : //www.aidsuganda.org/pdf/situation_analysis.pdf](http://www.aidsuganda.org/pdf/situation_analysis.pdf)]
[2004a] *The Revised National Strategic Framework for HIV/AIDS Activities in Uganda : 2003 /04–2005/06*, Kampala : Uganda AIDS Commission Secretariat.
[[http : //www.aidsuganda.org/pdf/Revised_National_Strategic_Framework_for_HIV_2003-06.pdf](http://www.aidsuganda.org/pdf/Revised_National_Strategic_Framework_for_HIV_2003-06.pdf)]
[2004b] *The Story of AIDS in Uganda : ...And Banana Trees Provided the Shade*. Kampala : Uganda AIDS Commission Secretariat.
- UNAIDS and World Health Organization [2004] *AIDS Epidemic Update*, Washington D.C. : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
[[http : //www.unaids.org/wad2004/EPI_1204_pdf_en/EpiUpdate04_en.pdf](http://www.unaids.org/wad2004/EPI_1204_pdf_en/EpiUpdate04_en.pdf)]
- Urassa, M. et al. [1997] “Male Circumcision and Susceptibility to HIV Infection among Men in Tanzania,” *AIDS*, vol.11.
- USAID ed. [2002] *Children on the Brink 2002 : A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies*, Washington.
[[http : //www.unicef.org/publications/files/pub_children_on_the_brink_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/pub_children_on_the_brink_en.pdf)]
- Weiss, H. A. et al. [2000] “Male Circumcision and Risk of HIV Infection in Sub-Saharan Africa : A Systematic Review and Meta-Analysis,” *AIDS*, vol.14.

Zaba, B. et al. [2000] “Monitoring the AIDS Epidemic Using HIV Prevalence Data among Young Women Attending Antenatal Clinics : Prospects and Problems,” *AIDS*, vol.14.

(主要参考文献中のウェブサイトは2004年11月末時点でアクセス確認している。)