

# ウガンダにおける エイズ感染の地域差

吉田 栄一

## はじめに ■■

HIV感染の拡大について地域的な特徴を見ると、先進国では大都市に事例が集中している。それは、大都市では薬物が入手しやすく、また多様でかつ自由な性的接触の機会にあふれているからと理解されてきた。それに比べると、アフリカの場合は感染の地域的特徴を一言で説明することができない。ウガンダでは感染拡大の初期、1970年代から80年代にかけては非都市部の農山漁村（以下、便宜的に農村と称す）に発症例が集中していたが、次第に都市に移り、そこを経由してさらに広範の地方都市や農村、あるいは国境を越えた地域へ広がるという空間伝播の様相を見せてきた。地域レベルでのデータが広範囲にわたって、また時系列で確保されているわけではないのでその趨勢を読み取ることは難しいが、農村→都市→その他の地域へという基本的な図式は共通している。これはHIV感染の拡大が大都市に集中するIDU（薬物静脈注射乱用者）とMSM（男性と性交渉をもつ男性）人口の性的接触の機会に比例するという先進国の背景に比べてアフリカの事例が異なることを示している。

サブサハラ・アフリカの中でもとりわけ感染率の高かったウガンダが、他のアフリカ諸国に比べてより自由な性接触の機会が多いとは簡単に説明できない。通常、大都市の方が、独身・単身者が多く、性の商品化が進みやすい環境にあることは各地で共通している。しかしウガンダの都市化率は14%で、サブサハラ・アフリカ諸国で最も都市化の進んでいない農村中心の国家だということからすると、都市的な性行動と薬物依存という観点でエイズ拡大の背景を考察するのは難しい。ウガンダにおけるHIV感染は、初期には非都市部を中心に拡大したのだ。

本稿では、このような農村から拡大したウガンダのHIVエイズにどのような地域的な背景があるのか、特に性行動の性差の観点から検討してみる。

## 1 エイズ拡大の社会的背景 ■■

ウガンダでエイズがほかの地域や国に先駆けて、急速にまた広範に拡大した理由についてはすでに多くの議論がある。それらによるとHIV感染がコンゴ、ウガンダを含む大湖地方において、他のどの地域よりも早く拡大していたという点と、そのような場所において感染の防御策となるコンドーム

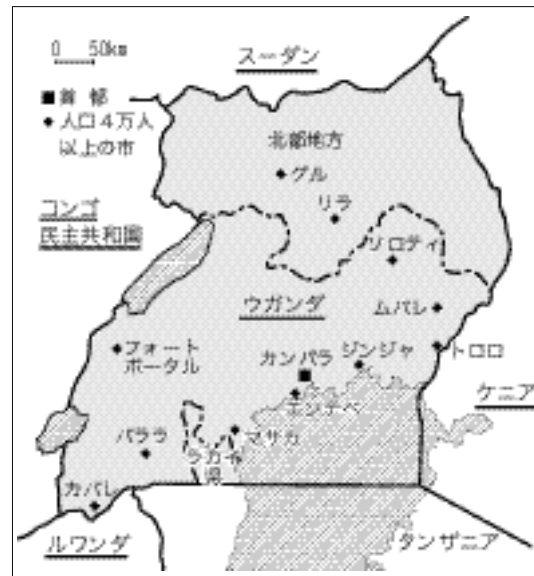
ムの普及と装着率がきわめて低かったという二つの事実が現時点では最大の要因とされる。そして二つの要因をさらに悪化させた地域的な事情として、性行動や民族的慣習、宗教的背景、ジェンダー一間のパワーの問題、貧困、内政不安などが挙げられる。たとえば、社会慣習や祭祀儀礼のなかでは、割礼を問題視する場合がある。ウガンダで人口の10%が慣習とする男子割礼において、刃物が共有されるために他人の血液が傷口に入りやすい等の問題が指摘されており、また割礼にともなう成人の証しとして儀式後に複数の相手との性交を助長する慣習があることが指摘されている。また割礼よりも広範に存在する慣習として、寡婦が姻族の兄弟と夜をともにする、いわゆる寡婦相続の習慣を問題視する場合もある。

とりわけ、性交渉に関するジェンダー一間の意思決定権の問題や、ジェンダー一間の貧困格差、内政不安地域における弱者としての女性などの問題は、異性間性交渉が主な感染ルートとされているなかでは重要なファクターとして考えられねばならない。つまり基本的な避妊具流通の問題のほかにも、金銭やモノ、権限を代償とする性交渉が多様かつ活発に行われること、初性交年齢が低いこと、金銭的あるいは物質的な依存関係が介在するために、受動的な立場のものが避妊具装着を要求しにくいこと、低品質の避妊具の普及、あるいは避妊具の誤使用、感染の直接的な理由（ハイリスク行動）についての誤解などが感染要因として挙げられる。

## 2 感染率の推移と地域差

ウガンダのHIV感染率は、妊産婦データによると、大都市で30%を超えていた1992年をピークに減少しており、2004年には全国平均で6%になっている。高い感染率を記録した首都カンパラ市内

ウガンダ



2 地区では8%台にまで減少した。

地域別の感染率の推移をみると、ピーク時の1992年には、カンパラ（人口120万）で29%台に達し、バララ（人口69万、西部ウガンダの中心都市）では30%を超えていた。またグル（人口113万、北部ウガンダの中心都市）では93年に27%を超え、92年はデータが欠如しているが、恐らく32~33%の高感染率であったと推測される。その後感染率はカンパラでは2002年に8%台に低下するなど継続的に減少している。また、二つの地方中心都市のうちバララでは97年に15%台に減少した後は10%台で5年間推移している。一方、グルでは97年に16%台になり、その後は12%前後で推移していて、カンパラ、バララに比較するとその減少は緩慢である。

その他の地方都市では、多くの調査地でデータが欠如しており継続的な傾向を把握しにくい。データが時系列でつながっているトロロ（人口4.2万）、ムバレ（人口7万）でやはり1992年をピークとして、

その後、2002年にかけて感染率が半減しており、全国的感染の減少傾向が推測できる。地方で減少傾向にないのはアルア(人口46万)などの北部の町で、そこでは9293年以降も停滞しており、微増している期間もある。すなわち、大都市では共通して感染の減少傾向が確認できるが、地方都市になると、その傾向はあまり際だつものではなくなり、都市によっては感染率が減少しない地域があるということになる。

### 3 性行動の地域差

それでは、感染拡大の要因とされるような性行動のパターンにどのような地域差があるのか。表1に示すように、ウガンダの未婚・非婚女性のうち2人以上の性交渉相手を持っているのは、年代別でみると、20歳代前半が最高で78%であるが、未婚・非婚男性は20歳代を通して20%台であり、30歳代でも16.7%、40歳代でも10.7%である。既

婚者の場合は、男女ともに複数のパートナーを持つ率は低く、男性の20歳代後半から30歳代が3%台であるほかは僅少である。これを居住地でみると、未婚の都市男性は18%が2人以上の性交渉相手を持ち、農村男性の場合は92%がそうである。一方、都市女性は3%が複数の相手を持っているにすぎない。既婚の場合はその数字は減少し、都市男性で3.6%、農村男性で2.1%、女性の場合は都市も農村も0.1%である。このような数字からすると、都市男性の方が自由な性交渉の機会は圧倒的に多いことがわかる。同レベルの数の女性が複数を経験相手を持つと回答していない以上、そのような男性の相手となる女性が持つ性交渉の平均パートナー数は非常に大きくなり感染症のリスクが高まる。また女性で複数の相手を持つのは20歳代前半の未婚・非婚女性が78%で突出しているということは、その交渉相手としてあらゆる

表1 配偶者・同居人をのぞく定期的な性交渉の相手数

(% 上・既婚者, 下・未婚者)

年齢階層別	女性			男性		
	なし	1人	2人以上	なし	1人	2人以上
15~19	97.0	2.9	0.1	77.0	23.0	0.0
	77.8	20.5	1.7	77.8	17.2	4.8
20~24	97.0	2.9	0.1	85.7	13.2	1.1
	53.0	44.8	7.8	49.0	30.8	20.2
25~29	97.2	2.8	0.0	81.4	15.2	3.4
	65.4	31.9	2.7	43.7	35.5	20.8
30~39	97.9	2.0	0.1	89.0	8.0	3.0
	69.9	27.4	2.7	61.0	22.3	16.7
40~49	98.0	1.6	0.3	93.2	6.2	0.6
	80.8	17.2	2.0	60.3	29.0	10.7
50~54	—	—	—	93.9	3.4	2.7
	—	—	—	—	—	—
(居住地) 都市	97.1	2.8	0.1	80.9	15.5	3.6
	64.6	32.4	3.0	49.6	32.2	18.0
農村	97.5	2.4	0.1	89.0	8.9	2.1
	74.2	24.0	1.7	70.0	20.8	9.2
中央部	95.7	4.3	0.0	83.9	12.0	4.1
	66.2	30.4	3.2	53.7	29.0	17.4
東部	97.8	1.9	0.2	87.5	9.9	2.6
	69.3	29.5	1.2	66.8	24.7	8.2
北部	97.2	2.6	0.2	92.5	7.2	0.2
	82.1	16.3	1.6	73.5	21.6	4.9
西部	99.1	0.8	0.0	89.8	8.9	1.4
	77.3	21.7	1.0	83.4	12.0	4.6
合計	97.4	2.4	0.1	88.0	9.7	2.3
	71.9	26.0	2.0	65.4	23.4	11.2

(出所) Uganda Aids Commission, STD/HIV/AIDS Surveillance Report, Ministry of Health, Uganda, 2003, Kampala.

る年齢階層の男性が集中していることになる。

次に、性交渉の際のHIV感染予防の認識レベルを示す代替データとしてコンドームの装着率をみよう。表2のように装着率は配偶者・同居のパートナーとの間では各年齢階層を通して低率である。同居者の場合は、最高でも10代後半の9.2%で、50歳代では0%である。非同居の相手とすると、20歳代前半では71%が装着し、20歳代後半から30歳代を通して60%以上が装着している。40歳代になると36.5%にまで減少する。

これを地域ごとにみると、都市男性は80.7%が非同居の相手に装着しており、農村男性の50.2%を大きく上回る。同居人の場合は都市・農村にかかわらずやはり低率で前者が7.9%、後者が3.3%となっている。地域ごとに見ると同居人に対する低装着率に変わりはないが、北部では0.2%とほとんど無装着である。非同居の相手でも北部では39%しか使用しておらず、これは都市部を含むウガンダ中央部諸県の68.4%に比べ大きな差がでている。

サブサハラ・アフリカ諸国におけるコンドーム装着率については世界的にみてもきわめて低く、配偶者と同居パートナーに対する装着は1%以下という国がサブサハラに25カ国ある。ウガンダの都市男性と農村男性の非同居パートナーに対する装着率を比較すると、その問題はまず流通に起因することが大きいと考えられる。とりわけ北部地方で装着率が低いのは、その流通をさらに困難にする内戦状態が18年間継続していることの影響が要因の一つとして考えられる。また都市における装着の習慣も低く、そのような習慣をもたない層が人口移動の中心になっていることが、感染の空間的拡大を阻止できない要因の一つになっている。

以上の性行動に関するデータからすると、最も感染のリスクが高いのは20歳代人口であり、女性

表2 コンドーム常用率 (男性)

(%)

年 齢	配偶者・同居人	非同居の相手
15～19	9.2	51.5
20～24	5.8	71.0
25～29	3.5	60.7
30～39	4.2	63.6
40～49	3.1	36.5
50～54	0.0	—
(居住地)		
都 市	7.9	80.7
農 村	3.3	50.2
中央部	6.2	68.4
東 部	5.8	48.8
北 部	0.2	39.1
西 部	1.8	53.5
合 計	3.9	58.9

(出所) 表1に同じ。

では未婚の20歳代前半、男性では未婚の20歳代のリスクが高く、また、未婚男性の60%以上がコンドームを使っていないことからすると、未婚の20歳代から40歳代の男性のリスクが高いことになり、さらには、それらとの交渉が集中すると思われる20歳代前半の未婚女性のリスクがもっとも高いことになる。それに加えコンドーム装着の地域指標からすると、農村の20歳代前半の女性が最も弱い立場にある。

#### むすびにかえて ■■■ 農村女性と内政不安

異性間性交渉のなかで、HIV感染弱者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た。性行動からみた感染リスクの高いものとして、自らの意志で不特定多数との性交渉を持つケース、たとえばセックスワーカーや、複数の交渉相手をもつ者が一つのグループで、もう一つは、性交渉上の意志決定権のより弱い者、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、若年男子である。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。

慢性的な貧困状態にある農村の女性は、男性に金銭的な依存状況にあるばかりでなく、女性の就学を妨げる労働や偏見から、エイズやその予防、性感染症やコンドームについての情報にアクセスし、それを正確に認識することを阻まれる状況におかれてきた。さらにウガンダの農村は1960年代のコンゴ東部動乱の時点から難民の流入が常態化し、70年代以後のウガンダ内戦、ウガンダ・タンザニア戦争、80年代以後のコンゴ内戦、90年代のルワンダ内戦と、常に難民と国内避難民を各地に受け入れてきた。つまりそこではあらゆる年齢階層の女性がそれぞれの過去において、もっとも性的搾取の対象となりやすい時期に内戦や難民受け入れ、国内避難民生活を経験してきていることになる。このような継続的な貧困と内政不安が展開

する地域空間で、絶対的な貧困下にある女性がサバイバル手段として異性に頼らざるを得ず、そこであらゆる性的搾取が繰り広げられてきたことが、エイズ拡大の理由の一つであろう。その中心がまずエイズ感染が拡大したラカイ地方や北部のウガンダ農村にあったのではないだろうか。

とりわけ高い感染率を示した北部のグルやその後も感染率が低下しないアルア、モヨと言った地域は18年間続く内戦の被災地であり、国内避難民や軍兵が集散する場所である。そのような空間でエイズがより深刻に拡大した背景には、農村女性が性をさまざまな機会に生存手段として利用するしかない立場に置かれてきたこと、そしてそれらを放置してきた体制の問題が存在する。就学年齢を過ぎて収入の機会がない若年の農村女性が、その生存手段として性的関係に依存せざるを得ない状況が続く限りにおいて、またそのようなジェンダー一間の格差を利用する側の行動が地域社会で問題視されない限りにおいて、ウガンダのエイズは根本的に解決できないのであろう。

(よしだ えいいち / アジア経済研究所地域研究センター)