

## カリブ海沿岸諸国

## HIV/AIDS に関する推計値・特徴、2002 年末現在および 2004 年末現在

|        | HIV 感染者数<br>(成人・子供) | 女性の<br>感染者数       | 新規 HIV 感染者数<br>(成人・子供)     | 成人 HIV<br>陽性率 (%) | AIDS による死亡者<br>数 (成人・子供)  |
|--------|---------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------|
| 2004 年 | 44 万<br>[27-78 万]   | 21 万<br>[12-38 万] | 53 000<br>[27 000-140 000] | 2.3<br>[1.5-4.1]  | 36 000<br>[24 000-61 000] |
| 2002 年 | 42 万<br>[26-74 万]   | 19 万<br>[11-36 万] | 52 000<br>[26 000-140 000] | 2.3<br>[1.4-4.0]  | 33 000<br>[22 000-57 000] |

カリブ海沿岸諸国は、世界で 2 番目に深刻な影響を受けている地域である。  
エイズは成人(15~44 歳)の死亡原因のトップとなっている。

カリブ海沿岸諸国では 44 万人 (27 万~78 万) の人々が HIV と共に生きており、2004 年の新規感染者は 5 万 3,000 人 (2 万 7,000 人~14 万人) に達する。また同年、エイズで死亡した人々の数は 3 万 6000 人 (2 万 4,000 人~6 万 1,000 人) と推測される。15 歳~24 歳までの若者の間では、女性の 3.1% (1.6~8.3%)、男性の 1.7% (0.9~4.6%) が 2004 年末時点で HIV と共に生きていた。またカリブ共同体(カリコム※)地域では、37 万人 (21 万~71 万) の人々が HIV と共に生きており、この中には、2004 年度の新規感染者 4 万 8,000 人 (2 万 2,000 人~14 万人) も含まれる。昨年度のエイズによる死亡者数は、2 万 9,000 人 (1 万 7,000 人~5 万 4,000 人) に達する。

成人の HIV 陽性率が平均 2.3% に達するカリブ海沿岸諸国は、世界で 2 番目にエイズの影響が深刻な地域である。バハマ、ベリーズ、ガイアナ、ハイチ、トリニダード・トバゴの 5 カ国では、国家レベルの陽性率が 2% を越えている。また南北アメリカ全域においても、女性の HIV 感染率が最も高いのがカリブ海沿岸諸国であり、同地域では 15~44 歳の成人の死亡原因のトップがエイズとなっている (カリブ疫学センター、PAHO、WHO、2004 年)。また 2010 年の出生時平均余命は、エイズがない場合に比べて、ハイチで 10 年、トリニダード・トバ

ゴで 9 年短くなると予測されている (図 13 を参照) (Stanecki、2004 年)。特に観光業が主要産業であるバハマ、バルバドス、バミューダ、ドミニカ共和国、ジャマイカおよびトリニダード・トバゴなどの国々および領域がこの地域で最も深刻な流行を抱えている。さらに、同地域のほとんどの国々では、流行を追跡調査する能力が限られており、直面している現実と必ずしも一致しないデータやシステムに依存せざるをえない状況である。

ラテンアメリカとは異なり、カリブ海沿岸諸国における HIV 感染は、そのほとんどが異性間の性交渉に起因する (今日までエイズ報告件数の約 3 分の 2 がこの感染形態に由来する)。しかし、一方で男性間のセックスも、これを違法とする国があるほど非常に強い偏見の対象となっており、流行の重要な一局面であることには変わりないが、依然として軽視されている (Camara、2004 年)。IDU (注射器による薬物使用) による HIV 感染はまれではあるが、エイズ報告件数の相当部分 (43%) がこの形態による感染であるバミューダ、および 2002 年における全感染件数の半分以上が IDU に由来し、4 分の 1 が異性間感染であるプエルトリコは例外である (カリブ疫学センター 2003 年; UNAIDS、2004 年)。この地域で流行が広がるにつれて、女性の感染者が増加し、女

※カリコム加盟国：アンティグア・バーブーダ、バハマ、バルバドス、ベリーズ、ドミニカ、グレナダ、ガイアナ、ハイチ、ジャマイカ、モンセラト、セントルシア、セント・クリストファー・ネイビス、セントビンセント、グレナディーンズ、スリナム、トリニダード・トバゴ

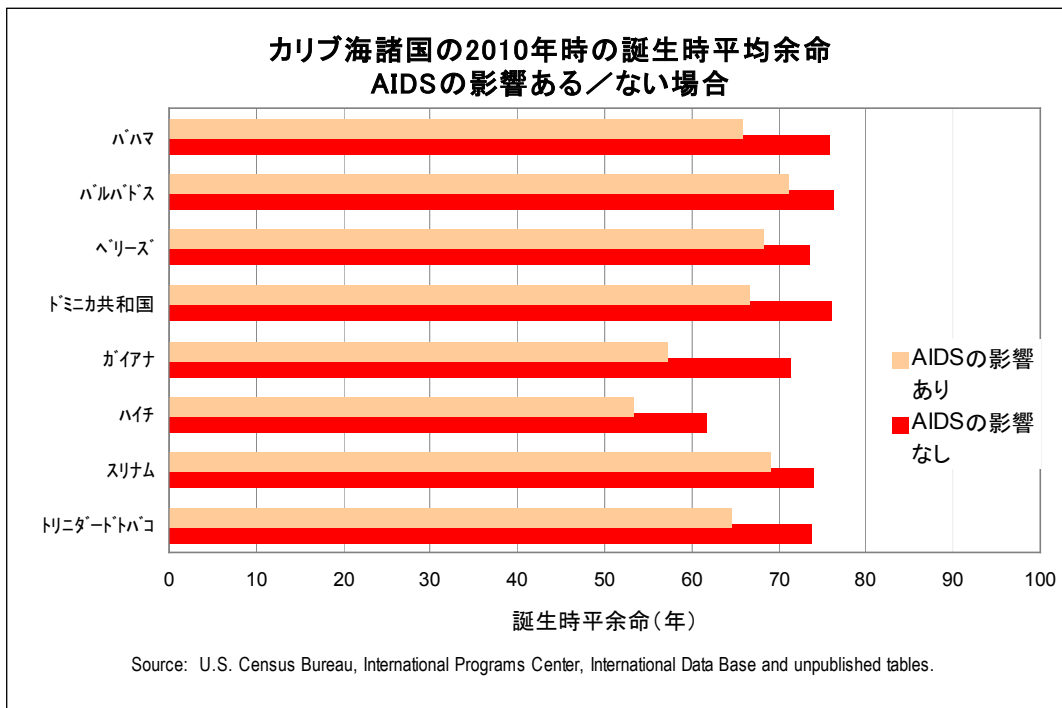


図 10

性の新規 HIV 感染者数は、男性感染者数を上回っている。最近の推定では、この地域で HIV と共に生きる男性と女性の割合はほぼ同数だと考えられている。また 2002 年に実施された人口ベースの調査では、ドミニカ共和国の 24 歳以下の女性は、同年代の男性と比較して HIV に感染している確率が約 2 倍に達するという結果が出ている (MAP、2003 年)。ジャマイカでは、同年齢グループ (10~19 歳) の女性の感染割合が男性の 2.5 倍に達しているが、その理由については、HIV に感染している確率が高い年上の男性と性的関係をもつ少女がいることが一因ではないかと考えられており、この傾向は、その他複数の国でもみられる。

ハイチは、カリブ海沿岸諸国で HIV と共に生きる人々の数が最も多く、その数は、2003 年末で 28 万人 (12~60 万人) に達する (UNAIDS、2004 年)。しかし最新の標識サーベイランス (動向調査) は、HIV 陽性率の低下を示している。最近のデータでは、産科診療所を利用する女性 (15~49 歳) の HIV 陽性率 (中央値) が、1996 年の 4.5% から、2003-2004 年の 2.8% に低下したという

報告もある (公衆衛生省その他の調査結果、2004 年)。また 15~24 歳の妊婦の HIV 陽性率も 3.6% から 2.8% に、全年齢層の妊婦の陽性率と同程度にまで低下したと考えられている。最も若い層の陽性率の低下は、通常は感染率の全体的な低下を示していると思われるが、より年齢が高い層で、陽性率が同程度低下している理由は、簡単には説明できない。ハイチでは、2003-2004 年において援助国からの支援が増大したので、HIV 動向調査データの質が向上した。その結果、最新情報を以前の動向調査で得られた情報と比較するのが難しくなっているという側面も考えられる。いずれにせよ、陽性率データと行動データの趨勢を組み合わせた一層の調査が、ハイチで観察されている HIV 陽性率低下の理由を検証するには必要である。

妊婦を対象にした最新の HIV 動向調査では、ハイチの HIV 陽性率に、地域によって 1.8% から約 7% までのばらつきが生じていることが明らかになっている。貧しく、教育レベルも低い女性は、より豊かな女性と比較して HIV に感染する確率は高い。最

近の行動に関する動向調査によると、ハイチでは非常に高い割合の国民が、特に若年層（調査対象の60%が24歳以下）の国民が、性的に活発であり、無防備なセックスをしていることが示されている。2001年の調査では、若い女性の約半数（そして男性の半数以上）が、18歳の誕生日を迎える前に性行動を開始し、ハイティーン（15～19歳）の都市部の女性の18%に少なくとも1回の妊娠経験があることが明らかになった。一般的なエイズに関する知識は広く普及しているものの、ウィルスに関する誤った考えが、特に女性の間で流布し続けており、予防努力を改良・拡充させる余地が未だ相当残されていることが示されている。

2003年末時点で推定2万2,000人（1万1,000～4万1,000人）の人々がHIVと共に生きているジャマイカでは、カリブ海沿岸諸国でハイチに次ぎ2番目に多い年間エイズ報告数及び死亡者数を記録している（UNAIDS、2004年）。同地域の少数の島々では、抗HIV療法へのアクセスを拡大することで、流行を食い止める努力を強化しているのに対して、ジャマイカでは、1999年以来毎年、少なくとも900件のエイズ発生件数が報告されている。また、同時期において毎年590名～690名の生命が奪われており、これらの数字は、わずか4年前の2

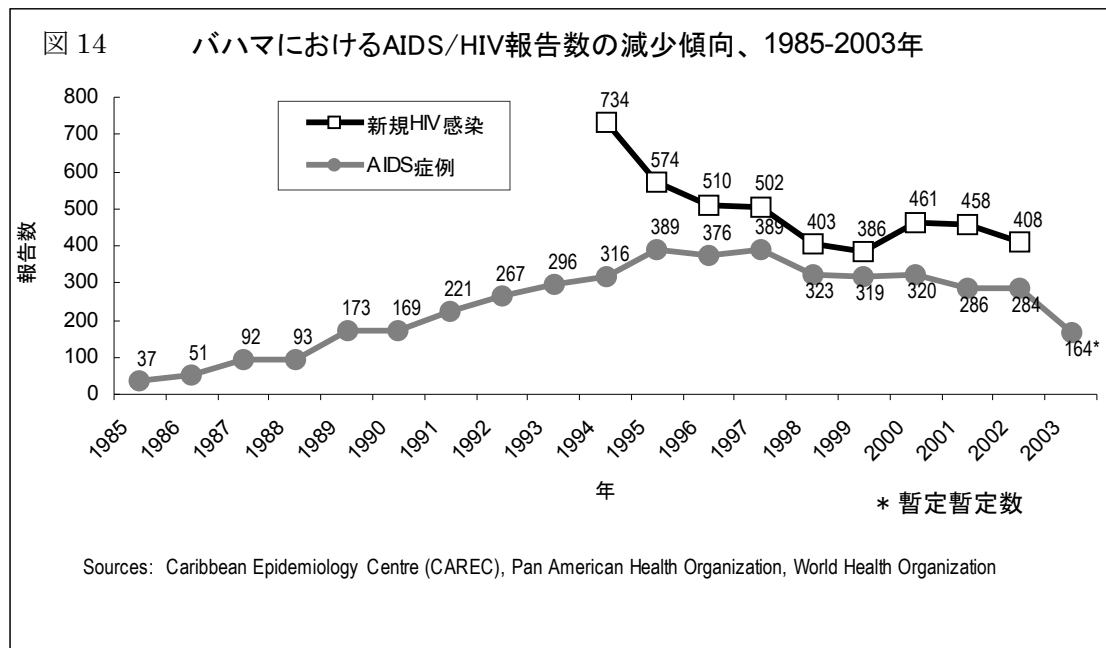
**観光産業に経済を依存している数カ国は、この地域で最も深刻な影響を受けている国として数えられている。**

倍以上に相当する（カリブ疫学センター、2004年）。最新のHIV動向調査では、HIVの流行も減退していないことが明らかになっている。産科診療所を利用する女性のHIV陽性率は、2002年には全国レベルで1.4%に達しており、またセント・ジャームズ行政区、キングストンおよびセント・アンドリュー行政区では各々2.7%と1.9%に達していた。2002年度に性感染症診療所の患者間で見られた高いHIV陽性率は、以前から警告されていた無防備なセックスが広範囲で行われていることを確認するものとも考えられ、これらの診療所を利用した男性の約8%、女性の約5%がHIV陽性であった（ジャマイカ保健省、2003年）。

また1990年代後半に、青少年を対象に行われた稀少な調査において、前年に性感染症の症状があったと報告した者は9%強に達しており、無防備なセックスが行われていることを明らかに示している（Norman & Uche、2002年）。こうしたパターンが大幅に変わったという証拠は今日に至るまで存在しない。

一方、バハマとバルバドスでは、1990年代後半以降のより強力な予防努力が、HIV感染レベルを低下させたという証拠がある。2003年末時点で5,000人の人々がHIVと共に生きていると推定されるバハマでは（図14参照）、妊婦のHIV陽性率が、1993年の4.8%、1996年の3.6%から2002年の最新のHIV動向調査の3%まで低下していることが明らかになった。HIV陽性率の同様の低下は、性感染症診療所の患者間でも観察されている（バハマ公衆衛生局、2004年）。年間のエイズ発生報告件数の減少（2000年の320件から2003年の164件）およびエイズによる死亡件数の減少（2000年の272件から2003年の185件）は、抗HIV療法が21世紀になって広がったこと、および着実な陽性率の一定の低下をおそらく反映したものである（カリブ疫学センター、PAHO、WHO、2003年）。

バルバドスにおける流行はより小規模であるが、ここでもHIV陽性率の低下が観察されており、妊婦間の新規HIV診断件数は、1999年の0.7%から2003年の0.3%まで大幅に減少した（Kumar & Singh、2004年）。また、自発的カウンセリングや検査サービスが拡充し、予防的抗HIV薬の処方が始まって以来、HIVの母子感染も減った。母子感染率は、2000年9月から2002年12月までで69%減少している（St Johnなど、2003年）。さらに、HIVと共に生きる人々に対して2001年に抗HIV療法が開始されたことにより、バルバドスのエイズによる死亡率は低下した。年間のエイズによる死亡者数は、1998年の114人から2003年の



50人に減少し、また同時期に日和見感染症の治療で入院した患者の数も42%減少した。さらにバミューダでは、エイズの発生件数が2000年から2002年までの間に約半数（19件から11件）に減少した（カリブ疫学センター、2004年；CAREC、PAHO、WHO、2003年）。

2003年末で2.5%に達していたと推測されるガイアナにおけるHIV陽性率は、同地域で2番目に高い率である。1990年代の中盤以降、HIV報告件数は急激に増えていた。同国の保健省によれば、公式なHIV報告件数は、HIVと共に生きている人々の実数の3分の1にも満たない可能性があるという。一方で、HIV感染者（その大多数が20歳から34歳）の5分の1以下の人々しか、自

休むというシフトで働いている。感染者である坑夫たちが、HIVを実家にいる定期的なパートナーや炭坑近くの一時的な性交渉の相手に感染させる危険性は相当高いと思われる（Palmerなど、2002年）。

イスパニョーラ島をハイチと共有するドミニカ共和国も、依然として深刻な流行に直面しており、妊婦間のHIV陽性率は、国家レベルで2%を越えている。しかし同国の首都のサント・ドミンゴでは、最近の発生率の指標と見なされる場合も多い15～24歳の妊婦のHIV陽性率が1995年の約3%から2003年には1%以下まで低下している（UNAIDS、2004年）。これは、人々にセーフセックスを行うよう奨励することを主眼とした予防努力に依るものと考

**バハマとバルバドスでは、より強力な予防努力が、  
HIV感染レベルを低下させたという証拠がある。**

らがHIV陽性であることに気付いていなかった。感染のほとんどは、異性間の性交渉で起こっている（ガイアナ保健省、2004）。同国のアマゾン地域の坑夫の陽性率に関する最近のある調査では、6.5%という例外的に高い陽性率が報告されている。坑夫たちは、全員若い男性であり、6～8週間連続して勤務し、沿岸付近の家に戻って、2週間

えられる。しかし、同じトレンドは、同国の他所では明らかではない。特に懸念されるのが、砂糖キビ農園労働者間に認められた例外的に高いHIV陽性率（4.9%）である（MAP報告、2003年）。

キューバは1980年代にHIV感染者を予防策の一環として隔離したこともあり、同

地域では例外的に低い HIV 陽性率を誇る国である。しかしキューバはそのような隔離政策をその後放棄した。一方で、抗 HIV 療法に対する全国民的なアクセスが保証されていることから、エイズ発生件数及び死亡率は非常に低くなっている。その一方で、規模としては依然小さいものの、同国の HIV 流行は確実に拡大している。新規 HIV 感染の報告件数は、1990 年代後半以降急増しており、1995 年から 2000 年までの年間新規報告件数はほぼ 5 倍に増加している。しかし、キューバの流行の規模は、カリブ海沿岸諸国の大部分と比較して依然として小さい。ほとんどの HIV 感染は、男性間のセックスが原因で起こっている（カリブ疫学センター、2003 年）。

ほとんどのカリブ海沿岸諸国では、高い質の HIV 動向調査データが不足しており、それが、効果的な予防プログラムを企画・運営する際の妨げとなり、さらには、抗 HIV 療法に対するアクセスを拡張する努力の障害となっていることはほぼ明らかである。しかし、この地域の国々が流行を抑制しようとするのであれば、技術的課題だけではなく、社会的課題についても、真っ向から取り組む必要がある。広く見られる同性愛に対する偏見が MSM を、HIV から自らを守るために必要な情報・サービス・保護から遠ざけてしまっている。その結果、HIV 流行が拡大する理想的な環境が作りだされている。また男女間の社会的・経済的地位の不平等も、強まる偏見、誤解、及び社会からの否認などの中で、流行を拡大させる大きな要因となっている。