

## ラテンアメリカ

## 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 (成人・子供)	女性の 感染者数	新規 HIV 感染者数 (成人・子供)	成人 HIV 陽性率 (%)	AIDS による死亡者数 (成人・子供)
2004 年	170 万 [130-220 万]	61 万 [47-79 万]	24 万 [17-43 万]	0.6 [0.5-0.8]	95 000 [73 000-120 000]
2002 年	150 万 [110-200 万]	52 万 [39-69 万]	19 万 [14-32 万]	0.6 [0.4-0.7]	74 000 [58 000-96 000]

グアテマラとホンジュラスのみで国家レベルの HIV 陽性率が 1% を越えている。しかしながらその他の国では、国全体の低い陽性率が特定地域・特定集団における深刻な流行を覆い隠してしまっている。

ラテンアメリカでは、170 万人 (130 万～220 万人) 以上の人々が HIV と共に生きている。2004 年には、約 9 万 5,000 人 (7 万 3,000 人～12 万人) の人々がエイズで死亡し、24 万人 (17 万人～43 万人) が新たに HIV に感染した。15～24 歳の若年層では、2004 年末時点で、女性の 0.5% (0.4～0.9%)、男性の 0.8% (0.6～1.3%) が HIV と共に生きている。

グアテマラとホンジュラスという同地域の 2 つの国では、国家レベルの HIV 陽性率が 1% を越えている。その他の国の国家レベルの陽性率はこれより低いために、特定地域・特定集団における深刻な流行がいくつかの国で進行しているという事実がぼやけてしまっており、とりわけ、ラテンアメリカで HIV と共に生きる人々の 3 分の 1 以上が属するブラジルで、そうした傾向がみられる。

者) の間に広がり、流行形態の多様化が進んだ。現在では、HIV 感染件数の中で異性間のセックスによる感染が占める割合が増えており、特に女性の感染率が高まっている (Marins など、2003 年)。新しいある調査によれば、社会経済的地位が低いことが、サントス及びサンパウロのセックスワーカーの高い陽性率と強い相関を有することが判明している。全体では、セックスワーカーの 7% が HIV 陽性であるが、都市部のスラムで暮らしているセックスワーカーの HIV レベルは 18% に達し、その中でも非識字の女性の陽性率は 23% に達する (Gravato など、2004 年)。国家レベルの妊婦の陽性率は、最近 5 年間にわたり 1% 以下にとどまっているが、地域によっては、かなり高いレベルの陽性率が報告されており、たとえば、産科診療所を定期的に訪れないリオデグランド・ド・スル州の妊婦の陽性率は 3% から 6% となっている。これらの女性のほとんどが非常に低い収入しか

ブラジルにおける流行は広大な国土の全地域に拡散していて、女性への影響が増大するにつれて、その流行形態は一層多様化している。

ブラジルにおける流行は、この広大な国家の全地域に広がっており、流行形態にはいくつかのバリエーションがある。当初は MSM (男性とセックスする男性) 間に広がった流行が、その後、IDU (注射器による薬物使用

なく、教育レベルも低い (UNAIDS/WHO, 2003 年)。ブラジル政府は、全妊婦を招集し、彼女らに抗体検査を実施し、母子間感染を食い止めるためのサービスを提供する他、該当する場合、女性と乳幼児を治療するイニシアチブも創始している。

ブラジルの流行における IDU (注射器による薬物使用) の役割は、過小評価されてはならない。地域によっては、IDU が、エイズ発生件数の少なくとも半数を占めている。いくつかの都市で実施されたハームリダクション (害の緩和) プログラムが、近年における IDU 間の陽性率の急激な低下の要因だとされており、特にサルバドルでは、1996 年の IDU 間の陽性率 50% が、2001 年には 7% まで急落した (ブラジル保健省 STD/AIDS、2001 年)。しかし南部では、IDU は HIV 感

**アンデス山脈地域では、セックスを買う男性・男性とセックスする男性の妻・女性パートナーの間で、HIV 流行が拡大している。**

染のハイリスクグループであり続けている。ポルト・アレグレの IDU 間の陽性率は、64% に達し、またイタジャイーにおける IDU の陽性率も 31% に達しており、より効果的な予防プログラムが必要であることを示唆している (Caiaffa など、2003 年)。

アルゼンチンにおける HIV は、ブエノスアイレス、コルドバ、サンタフェ州の都市エリアにほぼ集中しており、HIV 感染の 65% が、ブエノスアイレスとその周辺地域で起こっていると推測される (アルゼンチン保健省、2003 年)。しかし、流行形態は変化している。1980 年代、そして 1990 年代のほぼ全期間を通して、HIV 感染は、そのほとんどが男性の IDU により起こっていた。しかし、主に感染した薬物使用者からその女性パートナーへの、さらに MSM 間の性的感染がより顕著となり、性的感染が報告される全エイズ発生件数の 80% に達すると推測される。一方、妊婦の HIV 陽性率は、2002 年で 0.4% であり、HIV と共に生きる人々の男女比は、1988 年の 15 : 1 から 2002 年の 3 : 1 まで狭まっている。大多数の新規感染は、最も貧しく、教育レベルも低い都市部住民の間で発生していると考えられる (アルゼンチン保健省、2003 年 : de los Angels Pando など、2003 年)。特にブエノスアイレスにおける MSM 間の HIV 陽性率が 14% に達していること、さらにテストの結果陽性と判定された男性の 7 名に 1 名しか、自らが陽性であることに気付いていなかったこと (Avilla など、2004 年) などを鑑みると、アルゼンチンにおける MSM に対する予防努力の欠如は懸念される場所である。一方、すべての報告された HIV 発生件数の約 4 分の 3 が首都のモンテヴィデオまたはその

周辺地域で発生しているウルグアイでは、IDU、またはそのセックスパートナーである HIV と共に生きる人々の数が増えているという憂慮すべき状況がある。HIV 発生件数の少なくとも 4 分の 1 は IDU によるものであり、彼らのほぼ半数が、24 歳以下である (Osimani、2003 年)。モンテヴィデオにおける 2002 年の調査では、IDU のほぼ 10% が HIV に感染していることが明らかになっている。特にモンテヴィデオでは、MSM 間で非常に高い陽性率 (21%) が 1 年前に測定さ

れている (米国国勢調査局 - HIV/エイズ動向調査データベース、2003 年)。

最近まで、アンデス山脈地域の流行は、セックスワーカーとその客、そして MSM の間にその大部分がとどまっていた。しかし、ウイルスがこれらの男性たちの妻やガールフレンドに広がるに連れて、こうした状況に変化が生じ始めている。たとえば、ペルーのリマで実施された最近の調査では、HIV 陽性の妊婦の約 90% がその生涯で 1 ~ 2 名の相手としか性交渉を経験していないことが明らかになっている (Alarcon など、2003 年)。つまりこうした女性たちが HIV に感染するリスクは、ほぼ全面的にその男性パートナーの性行動に依存しているのであり、最も高いリスクに曝されているのは、若い女性である (Johnson など、2003 年)。ペルーの 24 都市で行われた全人口を対象にした調査では、18 歳から 29 歳までの男性の 44% が金銭でセックスを買っていると答えている (さらに、彼らの 45% が、セックスワーカーとの性交渉でコンドームを常用していない)。また回答者の 12% が、他の男性とセックスをしていると回答している (彼らの 68% がこうした性交渉においてコンドームを常用していない)。ペルーの都市部で行われたその他の調査でも、MSM の 87% が女性ともセックスをしていることが明らかになっており、性交渉の相手の性別にかかわらず、コンドーム使用率が非常に低いことが確認された他、梅毒やヘルペスなどの性感染症が高い割合で出現していることも判明している (Guanira など、2004 年)。ペルーの MSM 間で近年検知されている一定して高い HIV 陽性率 (2002 年、イキトスで

は12%、同年リマでは22%)を鑑みれば、HIV感染が広範囲に広がっている可能性は大きい(MAP、2003年)。その他のリサーチは、同地域の他所でも、同様のHIV感染パターンが重要な要因である可能性が高いことを示唆している。2003年末時点で推定11万人(4万7,000人~17万人)のHIVと共に生きる人々を有するベネズエラは、同地域で最も大規模な感染が起きている国である。同国では、HIVは安全でないセックスを通じて、主に男性間で起こっており、これらの男性中、かなりの割合の者が女性ともセックスをしている(ベネズエラ保健省、2003年)。

エクアドルにおける流行に関する情報はほとんどないが、地方及び都市地域における行動調査では、若年でのセックスの開始(ある調査では、高校生の43%が性的に活発であるという結果が出ている)、低いコンドーム使用率(ほぼ半数の学生がコンドームを使用したことがない)などの、HIVの感染拡大を助長するいくつかの要因が示されている。実際、最近行われた2つの調査(2002年及び2003年)で、キトとグアヤキルのMSMのHIV陽性率が、それぞれ12%~14%、21%であることが明らかになっている。それと比べて、女性のセックスワーカー間のHIV陽性率は、2%以下とはるかに低い(エクアドル国家エイズプログラム、2002年)。一方、ボリビアにおける流行は、主にセックスワーカーとその顧客、そしてMSMに集中している。今日までに報告されたHIV感染の大部分が、サンタクルーズ、ラ・パスでのものである(Khalsa、Francis&Mazin、2003年)。公認されたセックスワーカー間のHIV陽性率は、約0.5%と

**中央アメリカでは概して、流行は主要都市部に集中しているのだが、  
HIV感染数は増加し続けている。**

非常に低い、同国の保健当局は、非公認のセックスワーカー間の感染率は、はるかに高いと考えている。これが事実であるとするならば、成人男性の7%から8%がセックスワーカーを頻繁に利用していると言われている同国においては、懸念材料となる。MSM間のHIV陽性率は、3~5%と推定されている(ボリビア国家エイズプログラム、2004年)。コロンビアにおける流行に関しては、情報がほとんど利用できない。最近のデータによれば、ボゴタの女性セックスワーカー間のHIV陽性率は低い(2001~2002年にかけて

0.7%)だが、MSM間の陽性率は非常に高い(2000年に18%)という結果が出ている(Khalsa、Francis&Mazin、2003)。

流行が依然として大規模な都市部に相当程度集中している中央アメリカでは、HIV感染者数は、いくつかの国(エルサルバドル、ニカラグア、パナマなど)で1990年代後半から増加しているが、HIV陽性率が依然として最も高いのは、グアテマラとホンジュラスである。感染者数では男性が女性を圧倒していて、その比は多くの国で3:1である。

最も深刻な影響を受けているホンジュラスでは、成人の陽性率がほぼ2%に達しており、このことは、6万3,000人(3万5,000人~11万人)の人々が、2003年末時点でHIVと共に生きているということ意味する(UNAIDS、2004年)。ホンジュラスでは、エイズ関連の疾病が、死因の第2位になっていると推定されている。同国における流行は広範囲に広がっており、地域(スーラ渓谷地域など)によっては幅広い住民層に広がり、またセックスワーカーやMSM、他の弱い立場に置かれた人々の集団の間に集中して現れているところもある。2001年には、MSM間の調査により、HIV陽性率13%という結果が報告されている。またそれ以前に行われた調査では、囚人の一部のHIV陽性率が7%、またガリフナ系住民では8.4%に達するという結果もある。(ホンジュラス保健省、2004年)。

この地域では、HIVは、そのほとんどがセックスを通して拡大しており、最も高いレベルのHIV感染が、MSM及び女性セックスワーカー間で見られる。後者においては、HIV陽性率はニカラグア及びパナマの約1%か

ら、ホンジュラスやエルサルバドルの10%以上まで、大きな相違が見られる。ほとんどの中央アメリカ諸国では、ストリートで働くセックスワーカーのHIV陽性率は、売春施設、バー、ホテルなどで働く同業者の2倍に達している(各国保健省、2003年;MAP報告書、2003年)。グアテマラでは、売春施設で働くセックスワーカーとストリートで働くセックスワーカーのHIV陽性率は、それぞれ3.6%と15%になっている。またホンジュラスにおいても同様のHIV陽性率(各々4%と14%)が確認されている(ホンジュラス保健省、

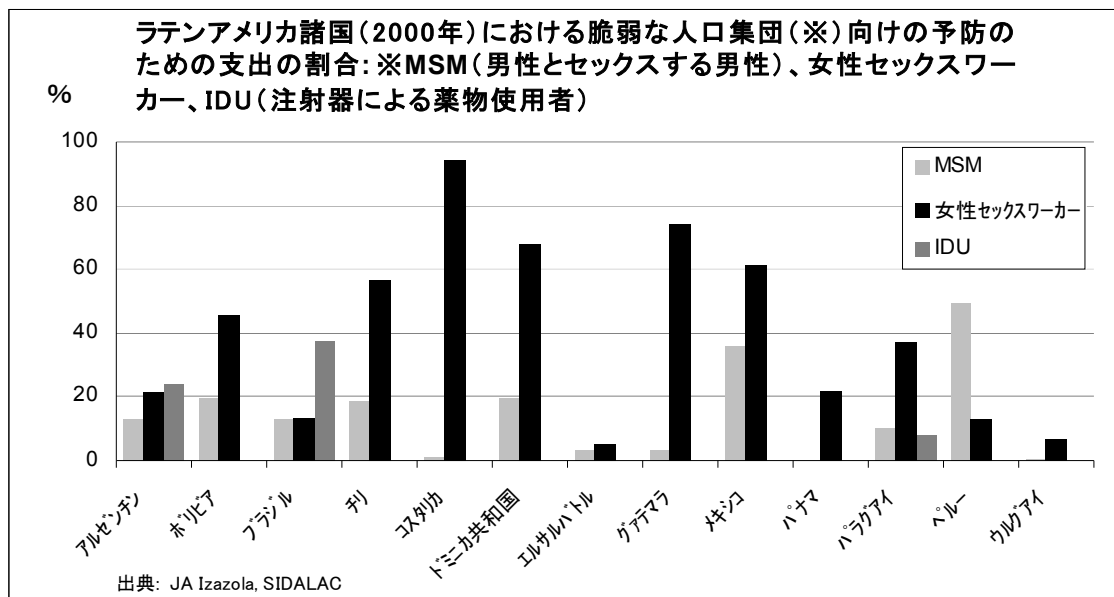


図 23

2003年;グアテマラ公衆衛生省及び社会援護省、2003年)。エルサルバドルでは、16%ものHIV陽性率が、(サンサルバドル及びプエルト・デ・アカジュトラの)ストリートで働くセックスワーカーで観察されている(エルサルバドル公衆衛生省及び社会援護省、2003年)。また囚人にHIV検査が実施されたいくつかのケースでも、高い陽性率(たとえば、ホンジュラスで1990年代後半に行われた調査では7%)が発見されていることも注目に値する。

男性間のセックスは、この地域全体の流行の主要な要因であるが、コスタリカの場合、特にその傾向が顕著である。同国では、1998年~2002年に報告されたエイズ発生件数の半分以上がMSM間で起こったものであり、この中のかかなりの割合の者が女性ともセックスをしている(コスタリカ保健省、2003年)。

#### 予防対策支出における優先項目と、流行の特徴との間に いまだに整合性がない国々もある。

パナマ及びニカラグアのHIV感染の約3分の1は、男性間の無防備なセックスが原因で起こったものであり、MSMを対象にパナマで2002年度に実施された調査では、彼らの約11%がHIVに感染していた(ニカラグア保健省、2004年;パナマ保健省、2004年)。一方で、様々な調査によって、MSMグループのHIV陽性率が他国でも一様に高いことが示されており、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、パナマの9~13%から、エルサ

ルバドルのほぼ18%までに上る。これら中央アメリカ各国では、MSMの中のかかなりの割合の者たちが女性のセックスパートナーを有すると報告している(各国の保健省、2003年)。したがってバイセクシュアルな性行動が、HIVがより広範な国民に広がる重要な媒介となっているものと思われる。同様に、セックスワーカーの客である男性の妻や彼らと定期的に性交渉をもつ女性も、たとえセックスパートナーを1人しか持たなくても、より高いHIV感染のリスクに曝されていることになる。

この地域の北に位置するメキシコでは、成人の国家レベルのHIV陽性率は、1%以下にとどまっているが、地域によって顕著な差異が見られる。バハカリフォルニア、連邦区、キンタナロー、ユカタン半島諸州などでは、陽性率は0.5%前後であるが、イダルゴ、サ

ン・ルイス・ポトシ、サカテカス州などでは、陽性率はそれよりかなり低く平均0.1%である(Bravo-Garcia & Magis, 2004年)。ここ数年間で、IDU間でははるかに高いHIV陽性率が検知されており(最高6%)、MSMにおいても最高15%の陽性率が検知されている。メキシコのエイズ報告記録によれば、全体的にはHIVの異性間感染が近年においては増えている。IDUや男性間のセックス(メキシコでは広範に行われていることが実証されて

いる) などのハイリスクな行動がどの程度、同国の HIV 感染拡大に関与しているかを確定するのは難しい (Minichielloa など、2002)。

しかし、ラテンアメリカの流行形態に相当のバリエーションがあることを見にくくしているのは、共通した問題のあるパターンである。いくつかの国では、予防予算の優先順位付けと、その国の流行の主たる疫学的特徴の間に依然としてミスマッチが見られる。ほとんどの国々は、その予防予算の大部分をセックスワーカーのためのプログラムに向けており、男性間のセックスが地域全体で流行の主たる要因であるという事実が、予防予算に反映されていない – ただし、ペルーは顕著な例外である。この不一致は中央アメリカで最も顕著である。一方、流行において IDU が特に目立つ国々の中では、アルゼンチンとブラジルのみが、予防予算をそうした傾向に応じて優先的に配分していると思われる (図 23

参照)。疫学的及びその他の適切なデータを、各国の実情に応じた HIV 予防プログラムづくりに現在よりはるかに有効に役立てることはできるはずである。

治療においては、ブラジルが、開発途上国の指針であり続けている。同国は、国民健康保険システムを通じて、すべての HIV と共に生きる人々が必要なときに抗 HIV 薬を利用できる体制を維持し続けている。その結果、エイズ患者の生存期間は劇的に長期化している。1995 年にエイズと診断された人々の生存期間 (中央値) は、たった 18 ヶ月だったが、1996 年に診断されたひとびとでは 5 年弱 (58 ヶ月) であると試算した最近の研究もある (Marins など、2003 年)。またエイズの発件数やエイズによる死亡率は、抗 HIV 療法へのアクセスが拡大した後、アルゼンチン、コスタリカ、パナマなどのその他の国でも低下している。