

カリブ海沿岸

HIV/AIDSに関する推計値・特徴、2003年末現在および2005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)
2005年	30万 [20-51万]	14万 [88 000-25万]	30 000 [17 000-71 000]	1.6 [1.1-2.7]	24 000 [16 000-40 000]
2003年	30万 [20-51万]	14万 [87 000-25万]	29 000 [17 000-68 000]	1.6 [1.1-2.7]	24 000 [16 000-40 000]

カリブ海沿岸諸国の2005年のエイズによる死亡者数は推定2万4,000人[1万6,000～4万人]に達し、15～44歳までの成人間の主要死亡原因となっている。カリブ海沿岸諸国では、総計で30万人(20～51万人)の人々がHIVとともに生きており、2005年の新規感染者数は3万人[1万7,000～7万1,000人]に達する。カリブ共同体(カリコム)地域では、24万人[15万～45万人]の人々がHIVと共に生きており、同地域における2005年度の新規感染者数は2万5,000人[1万2,000～6万5,000人]に達する。この地域で昨年エイズにより死亡した人々は、2万人[1万3,000～3万6,000人]以上である(*)。

世界で2番目に被害が深刻な地域としてのカリブ海沿岸諸国の情勢故に、流行及び深刻さの程度に国ごとに大きな相違があることが覆い隠されてしまっている。バルバドス、ドミニカ共和国、ジャマイカ及びスリナムでは、国家レベルの成人のHIV陽性率が1%を超えると推定され、一方で、バハマ、ガイアナ、トリニダード・トバコでは2%以上、ハイチでは3%以上となっている。その一方でキューバでは、陽性率は未だ0.2%未満のみである。

流行に対する監視・対応方法で進歩を遂げた国々も2～3あるが、不適切なHIVサーベイランスが最近の疫学的趨勢についての詳細な理解の妨げとなっている国もいくつかある。不幸なことに、このことは、バハマ及びフランス領ガイアナなど妊婦間のHIV感染レベルがすでに危険なレベルに達してしまった国々に当てはまる。このような不備の理由としては、資源の制約があるが、エイズの流行規模を公表する行政監督官側の消極的な姿勢も要因のひとつである可能性がある。

この地域の流行の主たる要因は、異性間の性交渉であり(今日まで報告されている全エイズ発生件数の4分の3以上がこの感染形態であると記録されている)、その中でも、極貧や高い失業率、ジェンダー間の不平等などを背景として商業的セックスが目立った要因となっている。しかしながら、性産業とHIV感染の相互作用についての綿密な調査は、カリブ海沿岸諸国では比較的不足したままである。またさらに不十分なのは、男性間のセックスが多くのカリブ海沿岸諸国で演じている重要な役割についての認知である。男性間のセックスに起因する報告されたHIV感染の全体的な割合は約12%であるが、同性愛嫌悪(ホモフォビア)と同性間の性的関係に汚名を着せる社会文化的なタブーが根強いために、実際の割合はこれより高い可能性がある(Inciardiなど、2005)。

*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、モンセラート、セントルシア、セント・クリストファー・ネヴィス、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・トバコ

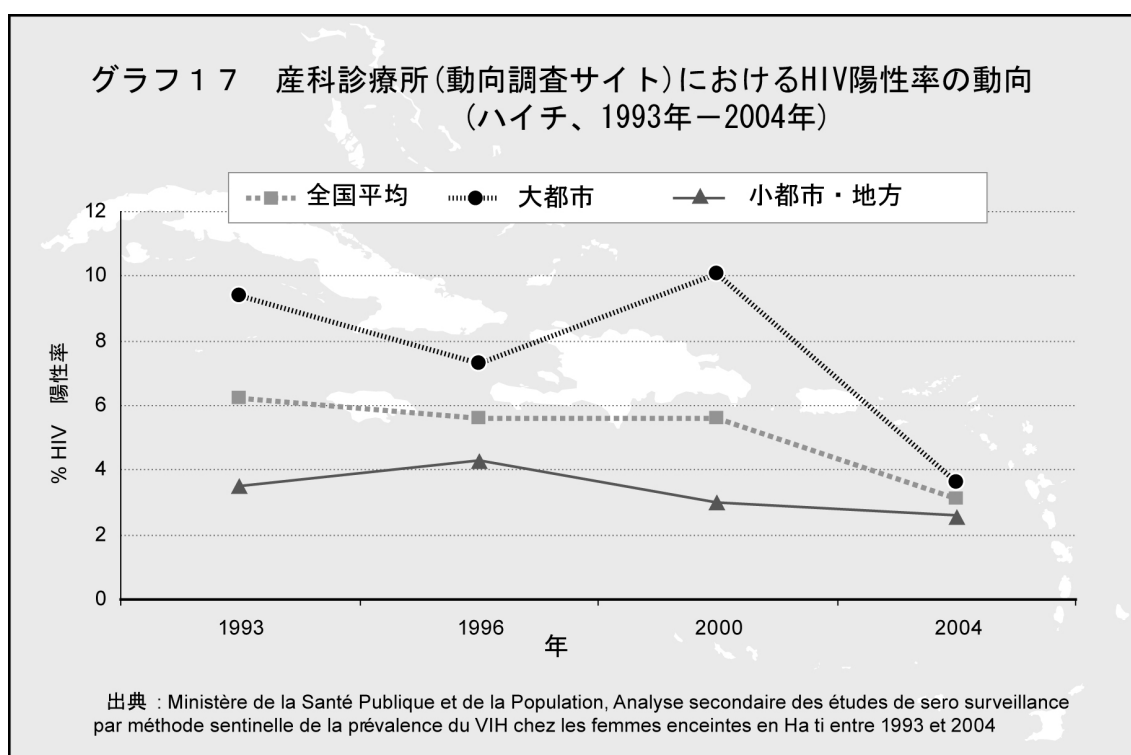
注射器による薬物使用 (IDU) は、現在のところ HIV 感染の原因としては小さなものであるが、バミューダ及びプエルトリコでは、IDU が HIV 感染の主たる原因となっている。

女性の新規感染者数が男性のそれを上回っている。特に若い女性の方が、若い男性よりも HIV に感染する確率が相当に高い。たとえば、トリニダード・トバコでは、15～19 歳の女性の方が、同年代の男性よりも HIV 感染レベルが6 倍も高い (Inciardi など、2005)。以前に行われた調査では、ドミニカ共和国の 24 歳以下の女性の場合ほぼ 2 倍、またジャマイカの 10 代の女性の場合、2.5 倍、同年齢の男性よりも HIV に感染する確率が高いことが示されていた (MAP, 2003)。少女や若い女性の場合、生理学的な理由で感染しやすいことが、そのような男女差の一因とも言えるが、若い女性が年長の男性と付き合うことが比較的一般的に行われているという事実も重要である (年長の男性の場合、年齢を経ている分だけ HIV に感染している確率は高くなる)。国によっては、性的活動が比較的早く始まる場合もあり、調査対象となったバルバドスの 15～29 歳の女性の 4 分の 1 は、15 歳になるまでには性的に活動的になっていたと答えている。また、同じ調査の中で、15～29 歳の男性のほぼ 3 分の 1 が、調査前年に複数の性交渉相手がいたと回答している (カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004)。このような趨勢は、流行に勢いを与える可能性のあるものである。

カリブ海沿岸諸国における最近のいくつかの状況の進展は、

慎重な楽観主義を生む要因にもなっている。

その一方で、カリブ海沿岸諸国における最近のいくつかの状況の進展は、慎重な楽観主義を生む要因にもなっている。世界で最も歴史が長いハイチにおける流行が峠を越えつつある可能性がある。全体的に言って、1993 年から 2003-2004 年まで検査の結果 HIV 陽性であることが判明した妊婦の割合は、半減している (6.2%から 3.1%に)。この趨勢は、都市部で (都市部では、HIV 陽性率は、1993 年の 9.4%から 2003-2004 年の 3.7%に低減している)、また、特に 15～24 歳の若者の間で顕著であり、このことは、HIV 感染の大きな減速が同国の都市で起こっている可能性を示唆するものである (Gaillard など、2004b)。この減速は、ある種の行動の変化に関連しているよう



ハイチの流行は峠を越えたのか？

ハイチの妊婦の HIV 陽性率は、1990 年中盤から総体的に低下したが、同国の都市部及び農村部の趨勢は、顕著な相違を見せている。1993 年から 2003-2004 年までの比較データを有する 5 カ所の標識拠点（同国の各地に分散している）から得られたデータでは、都市部の女性では、HIV 陽性率が 9% から 3.7% に急激に低下したことが明らかになっている。一方、さらに 9 カ所の拠点から得られた 1996 年と 2003-2004 年との比較データでは、都市部の女性で 8% から 4% へと HIV 陽性率が大きく低下していることが示されている（Gaillard など、2004b）。このことは、都市部の HIV 陽性率が、1990 年代中盤にピークを迎え、その後次第に低下していることを示している。しかしながら、半都市及び農村部の女性では、変化は、これよりはるかに明らかでない。これらの地域の女性に関する比較可能なデータを有する 5 つの拠点における HIV 陽性率は、1993 年と比較して、2003~2004 年の方が若干低いに過ぎない（3.5% に対して 2.6%）。

これらのトレンドをどのように説明したらよいのだろうか？ ひとつには、ハイチ国民の相当の割合の人々が性行動を変えたと報告している。たとえば、1994 年時点と比較すると 2000 年には、ほぼ倍の男女がセックスを控えていると述べている（以前の 7% 弱に対して 11%）。さらに、より多くの人々が、パートナーをひとりに限定していると述べている（1994 年の男性 37%、女性 20% に対して 2000 年には、男性 45%、女性 32%）。

一方で HIV 感染のより大きなリスクの前兆となるような行動変化の証拠もある。たとえば、若いハイチ人はより若い年代で性的に活動的になりつつある。初体験の平均年齢は、1994 年には男性 19.8 歳、女性 18.3 歳であったが、その 6 年後、男性 18.2 歳、女性 17.5 歳に早まっていた（Gaillard など、2004b）。それに対応して、一度もセックスをしたことがないと述べている 15~19 歳の国民の割合は、この年齢集団の女性で 66%、男性で 48% に減少している（1994 年のそれぞれ 71%、53% と比較して）（Gaillard など、2004b）。また、若いハイチ国民（15~24 歳）間のコンドーム使用も減っている。2003 年には、若いハイチ女性（15~24 歳）のわずか 28% が、最近セックスをした際にコンドームを使用したと答え、同年齢の男性の場合、その割合は 37% であった。年長のハイチ国民の方が、HIV 感染を避けるためにより慎重な予防措置を講じているのかもしれない。HIV 陽性率の低下は、24 歳以上の女性でより顕著になっているように見える。

しかしながら、エイズによる死亡が、感染レベルの観察された低下の相当部分を占める可能性は高い。エイズによる死亡が HIV 陽性率の低下を促進しているとするならば、農村地域で見られる比較的小幅な感染レベルの低下は、同地域における HIV 発生率は依然として高いことを示している可能性もある。その場合、エイズが大勢の人々の死因となり、HIV と共に生きている人々の数を安定化あるいは若干減少させつつ、一方で、相当数の人々が HIV に感染しているということも考えられる。さらに、近年における社会政治的な混乱が HIV のより速い拡大を可能にする状況（難民化、社会的不安定及び生活不安など）を引き起こしている可能性もある。したがって、強力で持続的な HIV 予防プログラムなしに、都市部で観察された HIV 陽性率の低下が継続したり、農村部へも拡大するという保証はない。そのような努力は、妊婦の HIV 陽性率に大きなばらつきがある（場所によって 1.8% から約 7% まで）（保健及びハイチ国民省など、2004）という事実を考慮する必要がある。

に思われる。エイズによる死亡が重要な要因であることは、ほぼ明らかである（ボックス内参照）。また、地方では、陽性率の減少は、はるかに穏やかである。それでもなおハイチの HIV と共に生きる人々の数は、カリブ海沿岸諸国で最も多く（2004 年に 17 万 3,000 人、Gaillard など、2004a）、HIV 予防措置の強化が同国では、不可欠である。

ハイチとイスパニョーラ島を共有しているドミニカ共和国でも、エイズ対策の結果ある程度の効果が出ているように思われる。妊婦の HIV 陽性率は 1990 年代後半から低下し続けており、妊婦の

全体的 HIV 陽性率が、2004 年の標識サーベイランスで計測された 1.4%でほぼ安定している。しかしながら、いくつかの場所（サンフアン・デ・ラ・マグアナなど）では、妊産婦診療所における HIV 陽性率は 2.7%であった（ドミニカ共和国公衆衛生及び社会サービス省、2005a, 国連エイズ合同計画/WHO, 2004）。首都のサント・ドミンゴでは、2004 年、主要妊産婦診療所における妊婦の HIV 陽性率は 1.3%であり、1995 年の 2%以上という数字からは大きな変化を見せている（ドミニカ共和国公衆衛生及び社会サービス省、2005a, 国連エイズ合同計画/WHO, 2004）。しかしながら、妊婦の HIV 陽性率は、国のその他の地域では相当高く、たとえば西部のサンフアンでは 2.3%、東部のラ・ロマーニャでは 2.5%に達している。また、bateye（砂糖キビ工場で働く主にハイチ人労働者の貧しいコミュニティ）の中には、男性の陽性率 5.5%、女性の陽性率 4.7%が検知されたところもある。

サント・ドミンゴのセックスワーカー間で検知された 3~4%という低い HIV 感染レベルは、この社会階層の人々に対してコンドームの常用などのより安全な行動を奨励した努力が恐らく反映されたものである。首都での調査では、セックスワーカーの 87%が最近売春をした際にコンドームを使用したと報告しており、76%が商業的セックスの最中にコンドームを常用していると答えている（ドミニカ共和国保健省、2005b）。他のカリブ海沿岸諸国同様、ドミニカ共和国における HIV の流行においても男性間のセックスは、重要な役割を担っているが、その役割は適切に認識されていない。MSM を対象にした 3 都市（プエルト・プラタ、サマーナ及びサント・ドミンゴ）における最近の調査では、調査対象者の 11%が HIV に感染していた（Toro-Alfonso 及び Varas-Diaz、2004）。また別の調査でも、MSM の約 3 分の 1 が最近半年間で女性とも性交渉をもったと答えており、その半年間にコンドームを使用したと述べたのは、その半数に過ぎなかった。

バハマにおいても HIV 感染レベルは低下しており、HIV 予防施策を改善したことが、この趨勢を生み出す一助となっている可能性があることを示している。新たに報告された HIV 感染件数は、2000 年の 409 件から 2003 年の 275 件に減っており（32%の減少）、妊婦を対象に計測された HIV 陽性率も同様の減少傾向を示している（1993 年の 4.8%から 2002 年の 3%へ）。また性感染症クリニックの患者間の HIV 感染レベルも低下している（カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004；バハマ公衆衛生省、2004）。コミュニティレベルのエイズの臨床管理と治療の向上が、HIV の母子感染を劇的に減らした。またそれは、同国におけるエイズを原因とする年間死亡件数減少の要因になっている可能性もある（2000 年の 272 件から 2003 年の 185 件に）（カリブ海沿岸諸国疫学センター、PAHO、WHO、2003）。2003 年、HIV に感染している人の少なくとも 30%がコミュニティレベルで適切な臨床管理を受けていたと推測される。

バルバドスにおける比較的小規模な流行に立ち向かうための取り組み強化も、成果を生んでいるように思われる。1999 年から 2003 年にかけて妊婦における新規 HIV 診断件数が半減し（陽性率は 0.7%から 0.3%に減少）（Kumar 及び Singh、2004）、また自発的なカウンセリングや検査サービス利用の拡張、予防のための抗 HIV 薬の提供などが、HIV の母子間感染を減らした（St John など、2003）。また抗 HIV 療法へのアクセスが拡充されたことで、1998 年から 2003 年にかけてエイズによる死亡件数が半減し、これは、2000 年から 2002 年にかけてバミューダでも見られたトレンドである（カリブ海沿岸諸国疫学センター、2004；カリブ海沿岸諸国疫学センター、PAHO、WHO、2003）。

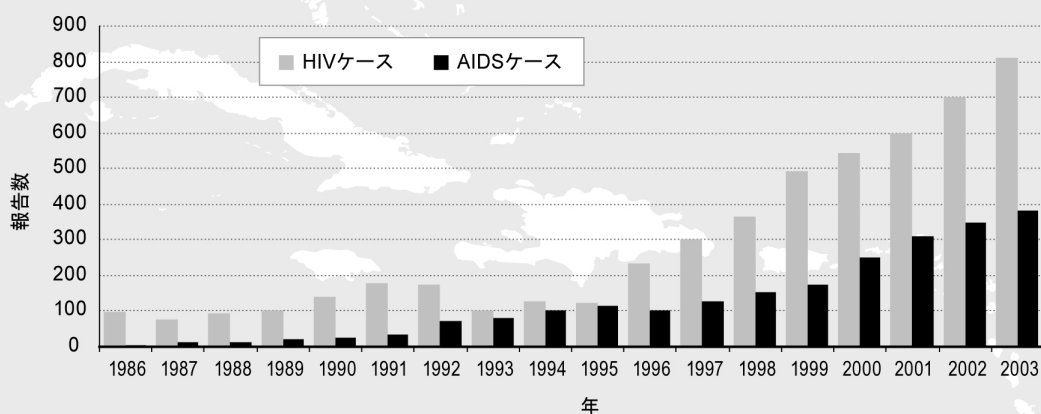
ジャマイカでは、ほとんどの HIV 感染が都市部で起こっており、キングストン、セント・アンドリュース、セント・ジェームスなどの行政区が最も大きな被害を受けている。妊婦の HIV 陽性率は、1990 年代中盤から 1~2%にとどまっているが、最近実施された妊産婦診療所での HIV サーベイランス調査では、地域（たとえば、セント・アン及び、セント・ジェームスなどの行政区）によっては陽性率が若干低下しつつある可能性もある（ジャマイカ保健省、2004）。ジャマイカ国民の大部分が HIV 感染から自らを護るために予防措置を講じている兆候がある。過去 10 年間に行われた調査の中で、約 4 分の 3 の男性が、その場限りの性交渉の相手との最近の性交渉でコンドーム

ムを使用したと述べている。また、同じ行動を報告した女性の割合も、1992年から2000年にかけてほぼ倍増している（カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004）。ジャマイカのように、無防備な異性間の性交渉が、トリニダード・トバゴにおける流行の主要因であるが、同国では、全国レベルの成人のHIV陽性率が2003年に3%をわずかに上回った。トバゴで出産した女性に関する最近発表された調査では、彼女たちのHIV陽性率は、2.6%であり、25歳以下の者では、陽性率は3.8%であった。また、きわめて大きな割合の女性が、性感染症であるHSV2にも感染しており、アフリカでの調査が示しているように、これは、HIV感染のリスクを大きく高める要因である（Dukeなど、2004；Weisなど、2001）

ガイアナとスリナムでは深刻な流行が発生している。ガイアナの全国レベルのHIV陽性率は、2003年末で2.5%と推定されており、エイズが、25～44歳までの人々の主要死亡要因となっている（国連エイズ合同計画/WHO、2004）。過去10年における公的に報告されたHIV発生件数の急速な増加は、流行が深刻化していることを示しており、性感染症診療所に通っている男女間で記録されたHIV陽性率も高くなっている（2002年、男性で15%、女性で12%）（カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004）。しかしながら、HIVに関する情報は、同国の都市部以外では限られており、流行の実際の程度を測定するのは困難である。

2003年末時点における成人スリナム国民のHIV陽性率は2%弱であった。新規HIV感染登録件数は、1990年代半ばから3倍に増加（1996年の104件から2003年の371件）しているが、このトレンドの大部分は、恐らく、検査件数の増加によるものと思われる。MSM間で検知された高いレベルのHIV感染（2005年の調査では7%）は、男性間のセックスが、スリナムにおける流行の特徴となっていることを示唆しており、以前に行われた調査では、MSMの約3分の1は、女性とも性的関係をもっていることが示されている（CAREC/PAHO、2005b、Del Pradoなど、1998）。MSM間のHIVに関する知識は高いと思われる（約80%の男性が感染から自らを護る方法を少なくとも3つは知っていた）。70%の男性が商業的セックスの最中にコンドームを常用していると述べているが、別の調査では、男性セックスワーカーの3人に1人以上がHIV陽性であるという結果も出ている（CAREC/PAHO、2005a及び2005b）。女性セックスワーカーにおいてもHIV陽性率がきわめて高いという事実を鑑みても（2005年の調査によれば21%）、商業的セックスがスリナムにおける流行で中心的な役割を果たしている可能性は高い（CAREC/PAHO、2005b）。

グラフ18 HIVケースおよびAIDSケースの報告数(キューバ、1986年－2003年)*



* 2002年、2003年およびおおよび報告がなかった年については、2003年末現在の累積報告数から推計

出典：Caribbean Technical Expert Group (2004). Strengthening the Caribbean regional response to the HIV/AIDS epidemic: Report of the Caribbean Technical Expert Group on HIV Prevention and Gender. Draft working document. October. Jamaica

キューバにおける流行は、カリブ海沿岸諸国では、他国よりはるかに小規模なものであり、成人の HIV 陽性率は、0.1%以下と推定されている（カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004）。しかしながら、新規 HIV 感染件数は増加しており、キューバにおける予防対策は、所得格差の拡大や性産業の発展なども含む HIV の感染拡大にとっては好都合な条件に追いついていないように思われる（Camara など、2003 ; Inciardi など、2005）。一方、キューバにおける母子感染予防プログラムはきわめて高い効果を保っている。すべての妊婦は HIV 検査を受け、陽性の結果が出た者は抗 HIV 薬を受け取っている。この政策及び全体的に低い感染率の結果、2004 年までに HIV に感染した状態で誕生した新生児は、20 人に満たない（Susman 2003、カリブ海沿岸諸国テクニカルエキスパートグループ、2004）。さらに、抗 HIV 療法への万人を対象にした無料サービスが、エイズ発症件数や死亡率を低く抑えている。

もし、カリブ海沿岸諸国で効果的な予防戦略を実現し、維持しようとするならば、HIV 及び行動サーベイランスの改善は不可欠である。特に欠如しているのは、セックスワーカーや MSM などの国民の中でもリスクに曝されている人々の行動パターンやトレンド、さらには、そうした行動が HIV 感染の中でどのような特徴を有しているかに関する信頼性の高い最新情報である。十分な質の HIV サーベイランスデータが継続的に不足していることが、潜在的に効果的な HIV 予防プログラム策定の障害となり、また、この地域ではきわめて格差のある抗 HIV 療法導入の効果の阻害要因となっている。キューバでは、万人が抗 HIV 療法にアクセスできており、また、バハマやバルバドスでも治療の普及率は比較的高いが、カリブ海沿岸諸国で最も深刻な被害を受けている 3 つの国における治療へのアクセス状況は不十分なものである。トリニダード・トバゴでは 2005 年 9 月時点で抗 HIV 療法を必要としている人々の約 3 分の 1 が同療法を受けており、ハイチでは 12%、ドミニカ共和国では、わずか 10% の人しか同療法を受けていない（PAHO, 2005）。