

ラテンアメリカ

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 による死者数 (成人・子供)
2005 年	180 万 [140-240 万]	58 万 [42-77 万]	20 万 [13-36 万]	0.6 [0.5-0.8]	66 000 [52 000-86 000]
2003 年	160 万 [120-210 万]	51 万 [37-68 万]	17 万 [12-31 万]	0.6 [0.4-0.8]	59 000 [46 000-77 000]

ラテンアメリカで HIV と共に生きている人々の数は推計 180 万人 [140 万～240 万人] に増加した。2005 年のエイズによる死者数は、約 6 万 6,000 人 [5 万 2,000～8 万 6,000 人] に達し、新規感染者数は 20 万人 [13 万～36 万人] に達する。15～24 歳までの若者の 2005 年における陽性率は、女性 0.4% [0.3–0.8%]、男性 0.6% [0.4–1.1%] であった。

主にその人口の大きさ故に、アルゼンチン、ブラジル、コロンビアなどの南米諸国は、この地域における最大の流行の発生地となっている。ブラジルだけで、ラテンアメリカで HIV と共に生きている推定 180 万人の人々の 3 分の 1 以上を占めている。しかし最も高い HIV 陽性率は、ベリーズ、グアテマラ、ホンジュラスなどの比較的小さい国々で検知されており、これらの国では、2003 年末の成人の HIV 陽性率は約 1% かそれ以上であった。

この地域の流行は、安全でないセックス (男性間及び男女間) と

注射器による薬物利用が

様々な形で組み合わさることで勢いを増している。

この地域の流行は、安全でないセックス (男性間及び男女間) と注射器による薬物利用が様々な形で組み合わさることで勢いを増している。その中でも HIV 感染における男性間のセックスの役割は、一般に認められているよりも際立った要因となっている。ほぼすべてのラテンアメリカの国々で、最も高いレベルの HIV 感染が、男性とセックスをする男性 (MSM) 間で検知されている。また 2 番目に高い HIV 感染レベルは、複数の横断的研究を最近まとめたものから、女性セックスワーカーの間で検知されている。MSM 間の HIV 陽性率は地域によって 2% から 28% にまで及び、女性セックスワーカーの陽性率は、0% から 6.3% に達する (Montano など、2005)。男性間のセックスは、アルゼンチン、ボリビア、ブラジル、グアテマラ、ペルーなどの国々のエイズ報告件数の 25～35% を占めるものと推定される。

同地域で他国よりもはるかに規模が大きく人口も多いブラジルでは、同国の全 26 州に浸透した多様な流行が発生している。妊婦の全国レベルの HIV 陽性率は 1% 以下にとどまっているが、新規 HIV 感染者の中に占める女性の割合は増加しており、特に経済的に恵まれない環境で暮らしている女性が、その数に比較して不釣り合いなほど大きい感染リスクに曝されているように思われる (Marnis など、2003)。一方、州によっては、妊婦の陽性率が高いところもあり、たとえば、南部のリオグランデ・ド・スル州のいくつかの場所では、3～6% に達している (国連エイズ合同計画 /WHO、2003)。

若いブラジル人の性行動が変わりつつある証拠があり、たとえば、その開始が低年齢化している。2004年のある調査によれば、より低年齢で、しかもより多くの相手とセックスをする若者の数は増えている。15～24歳の若者の3分の1（36%）以上が15歳の誕生日前にセックスを経験しており（25～39歳の国民ではこの割合は21%）、これまでに10人以上の相手と性交渉をもったことがあると答えた者が20%、前年度に5人以上の相手とセックスをしたと答えた者も7%いた。その一方で、HIVに関する知識は乏しかった。15～24歳までの者の中で、HIVがどのように感染するかを知っていた者の割合は、わずか62%であった。教育レベルが比較的低い若者が、流行について最も知らなかった。一方、最初にセックスをした際にコンドームを使用したと報告している若者の割合は、1986年の10%以下から2003年には60%以上へと増加した（ブラジル保健省、2005）。コンドーム使用の増加傾向は、前述のリスク行動に起因するHIV感染の影響を緩和している可能性もある。また、徴兵新兵間のHIV陽性率は一貫して低かった（2002年には、1998年と同じ0.08%）（ブラジル保健省、2005）。

一方で、ブラジルの都市では、IDUがHIV感染の原因となっている割合が低下しているように思われる。この成功は部分的には、ハームリダクションプログラムに帰することができる（詳細は、『HIV/AIDS 最新情報 2004 年度版』を参照のこと）。国家レベルのHIVサーベイランスシステムから得られた公式な推定では、ブラジルにおける推定20万人の注射器による薬物使用者（IDU）の4分の3が現在、不潔なシリンジを使用していない。しかし、IDUが全エイズ発生件数の半数以上を未だ占めている地域もある。また利用可能なデータは、女性セックスワーカーのHIV感染レベルは比較的低いことを示しており、ある大規模調査に参加した約3,000人のセックスワーカーのHIV陽性率は6.1%であった（Chequer, 2005）。

アルゼンチンでは、HIVは主に男性のIDUとその性交渉の相手間、またMSM間で広がった。より多くのHIVに感染した男性から、HIVが妻やガールフレンドに感染するにつれて、この趨勢は次第に変化した。ほとんどの新規感染は、無防備な異性間性交渉の最中に発生しており、HIVに感染する女性の数は増加している。報告されたエイズ発生件数の中での男女比は、1988年の15:1から2004年の3:1に縮まっている。新規感染数では、その比率は2004年に1.5:1となっており、新規感染の中で貧困都市部における発生件数の占める割合が不釣り合いに高くなっている（アルゼンチン保健省、2004）。一方、注射器による薬物使用と男性間セックスも、特にエイズ発生件数の推計80%が発生しているブエノスアイレス、コルドバ、サンタフェ州で、HIVの拡大に勢いを与え続けている。たとえば、ブエノスアイレスでの検査では、IDUの約44%がHIV陽性であり、また様々な調査で、MSM間のHIV陽性率が7～15%になっていることが判明している（Weissenbacher など、2003；Pando など、2003；Segura など、2005、Montano など、2005、Bautista など、2004）。

チリとウルグアイでは、HIV感染の大部分は、都市部に集中している（チリ国家エイズ委員会、2003；ウルグアイ国家エイズプログラム、2005）。ウルグアイにおけるHIV報告件数の約4分の3が首都のモンテビデオ内及び周辺に集中しているのに対して、チリでは、アントファガスタ、サンティアゴ、タラパカ、バルパライソが最も被害が深刻な地域となっている。それに対して、パラグアイでは、HIVが農村部、特にアルゼンチンとブラジル国境沿いに浸透している（パラグアイ国家エイズプログラム、2005）。注射器による薬物使用及び男性間のセックスが、ウルグアイの流行における最も目立った要因となっていると思われ、HIV報告件数の約4分の1がIDU（その多くが25歳以下）であり、HIV診断数の3分の1が男性間のセックスに起因するものであった（Osimani, 2003）。

アンデス山脈地域では、無防備な商業的なセックスと男性間のセックスが主たるHIVの感染経路となっている。しかしながら、より多くの男性からその妻やガールフレンドにHIVが感染するに連れて、HIV感染経路はより多様化しつつある。ボリビアの流行規模は依然として小さく（そのほとんどがラ・パスやサンタクルスなどの都市部に集中している）、主たる要因は商業的セックスと

男性間のセックスにあるように思われる（ボリビア保健省及び PAHO/WHO, 2003 ; Khalsa など、2003）。

妊産婦診療所を利用する女性の HIV 陽性率は、依然として 1% 以下だが、MSM 集団の陽性率はラ・パスでは 15%、サンタクルスではほぼ 24% に達している（Montano など、2005）。またボリビアにおいて男女のストリートチルドレンが HIV に感染しやすい環境に置かれているという事実は、最近まで注目されてこなかった。コチャバンバ市で行われた調査では、調査対象となったストリートで暮らす若者の 3.5% が HIV と共に生きており、その半数が性交渉を通じて感染したことが明らかになっている（Lambert など、2005）。一方、女性セックスワーカーは、全般的に言ってどうか感染を回避しており、たとえば、コチャバンバ、オルロ、タリハでは、2002 年の陽性率は 1%、ラ・パスでは 0.5% であった（同市の保健当局は、セックスワーカーの 70% がコンドームを常用していると推定している）（Carcamo, 2004）。しかしながら、これらの感染レベルは、性感染症診療所に定期検診に訪れる（主に売春施設を拠点に活動する）セックスワーカー間で記録されたものである。ラテンアメリカのその他の地域におけるパターンでは、セックスワーカーの感染リスクは高いことを示している。けれども、現状では、セックスワーカー間で起こりうる HIV の感染拡大を追跡調査した調査はわずかしかなかく、こうしたデータの不足傾向はボリビアだけでなく、ラテンアメリカ全体に当てはまる。

MSM に対する予防活動や

HIV 診断及び治療サービスを拡張することが不可欠である。

セックスワーカー間での予防努力を維持することが必要である一方で、**MSM に対する予防活動や HIV 診断及び治療サービスを拡張することが不可欠である。** MSM は社会的偏見（スティグマ）や差別を受け続けている。男性間のセックスは、**エクアドル**の感染拡大においても目立った要素となっているように思われ、同国では、2001 年以来、新規 HIV 感染報告数が倍増し、2004 年には 573 件に達した（エクアドル保健省、2005）。報告された HIV 発生件数の 3 分の 2 以上が男性であり、キト（ピチンチャ州）とグアヤキル（グアヤス州）では、MSM の HIV 陽性率がそれぞれ 17% と 23% に達していることが判明している。女性セックスワーカー間の陽性率は低かった（2% 以下）（エクアドル保健省、2005）。HIV に感染している女性の多くは、男性とのセックスで HIV に感染した夫または定期的に性交渉をもつ相手から感染したと思われる。

コロンビアでは、HIV は当初ほとんど男性に感染し、今日まで国の保健当局に報告されたエイズ発生件数の 83% は男性の感染事例である。この地域の他の複数の国と同じように、HIV 感染は MSM グループで記録され（ボゴタでは最高 20%）、コロンビアにおける女性セックスワーカーの陽性率（たとえば、ボゴタでは 2001-2002 年に 0.8%）を上回っている（Montano など、2005 ; Khalsa など、2003、Mejía など、2002）。しかしながら、MSM の大部分が女性との性的関係を維持している。その結果、流行のパターンが変化し、特にカリブ海沿岸地域及び同国の北東部で女性感染件数が増加している。そのほとんどが、男性及びまたは女性と安全でないセックスをした結果感染した夫またはボーイフレンドから HIV に感染したと思われる。したがって、HIV の母子感染予防を目的としたプロジェクトで HIV 陽性の検査結果が出た女性のうち 72% が 1 人の男性と安定的な関係にあり、90% が自らを“主婦”と称していた（García など、2005）。

コロンビアでは、HIV 感染が相当広がっている兆候が最近出ており、若者（15~24 歳）及び妊婦の HIV 陽性率は、サンタンデル及びバジェの 1.2~1.3% からアトランティコの 2.4% に達している（Pietro など、2004）。ジェンダー間の不平等が広がっていることに加えて、長期化する内戦によって引き起こされた強制的移住が、女性が HIV に感染するリスクを高めている（García, 2005）。一方、同国では国家的イニシアチブとして HIV の母子感染減少に積極的に取り組んでおり、これが、そのエイズプログラムの最も強力な構成要素となっている。ある調査によれば、この措置により分娩前後の HIV 感染が 40% から 4% 以下に減ったという（García R など、2005）。

ペルーにおける妊婦の全国的な HIV 感染レベルは低いままである（最新の入手可能なデータでは、2002年に0.2%）（ペルー保健省、2004）。しかしながら、MSM間ではそれよりはるかに高い HIV 陽性率が記録されており、2002年の調査では、アレキパ、イキトス、プカルパ、スジャーナなどの都市では、6～12%、リマでは23%もの高い陽性率が検知されている（ペルー保健省、2005）。最初の2つの都市を除くすべての都市で、2000年以降、感染レベルは上昇している。MSMの大部分（都市部の調査では、4分の3以上）が女性とも性交渉をもつために、その妻やガールフレンドが HIV に感染する可能性は高い（Guanira など、2004）。商業的なセックスももうひとつの顕著な要因である。24の都市地域における18～29歳の男性のほぼ半数（44%）が買春を行ったことがあると述べており、コンドーム使用は、一般的に言って一定していない。

抗 HIV 療法へのアクセスが顕著に改善されたところでは、

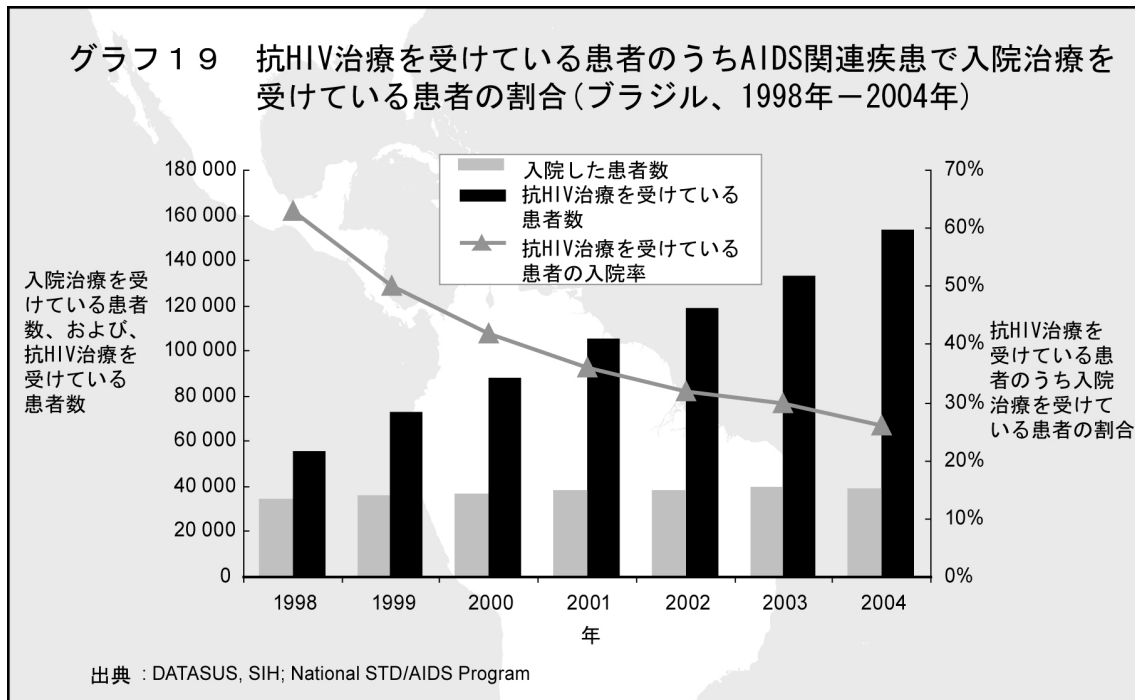
エイズによる死亡率が減少しているようである。

中央アメリカにおける HIV は、最も弱い立場の集団と、また多くの国で、幅広い国民層の双方に拡大している。HIV は主に無防備なセックス（男女間及び男性間）で広がっている。包括的な HIV サーベイランス情報は不完全なままであるが、入手可能なデータは、流行が主要都市部と交通路内及びその周辺に主に集中していることを示しているが、重要な例外もある。

この小区域で HIV と共に生きる人々の約3分の1を抱えているホンジュラスで、HIV は多様な形態で、確実に浸透している。国家レベルの成人 HIV 陽性率は、2%をちょうど下回るレベルだが、エイズは、ホンジュラスの女性の最大の死亡原因であり、同国における入院及び死亡件数全体の2番目に大きい原因であると考えられている（国連エイズ計画/WHO、2004）。1999年時点ですでに、妊婦の HIV 陽性率（中央値）は、都市部の2.9%から一部農村部の3.6%に達しており、これらの数値は、流行が比較的成熟し、より幅広い国民層に広がっていることを示唆している。しかしながら、商業的セックスと男性間のセックスが、流行の主たる要因であり続けている。テグシガルパの女性セックスワーカー間では、平均8～9%の HIV 陽性率が2001年に検知されており、また、サン・ペドロ・スーラでも、13%の陽性率が検知されている。主要都市部の MSM 間では、2002年に12%が HIV と共に生きていることが明かされている（国連エイズ合同計画/WHO、2004、ホンジュラス保健省、2003）。そのような調査結果は、その他の性感染症の高い発生率とともに、ホンジュラスでは、流行拡大が続くのに都合のよい条件があることを示唆している。

中央アメリカ地域のその他の国の流行もまた商業的セックス及び男性間のセックスとの関連性が強い。セックスワーカーの HIV 感染レベルには大きなバラツキがあるが、ストリートを拠点に活動しており、それ故に HIV 予防サービスの到達がより困難な者たちの間で一貫して高くなっている。たとえば、サン・サルバドル及びプエルト・デ・アカジュトラ（エルサルバドル）では、ストリートを拠点とするセックスワーカーの16%が HIV 陽性であることが判明している（エルサルバドル公衆保健及び社会支援省、2003）。決まった性交渉の相手間のコンドーム使用率は低い傾向があるため、セックスワーカーの男性客から、HIV がその妻やガールフレンドへ感染する可能性が高い。同じことが男性とも女性ともセックスをする男性にも当てはまる。チナンデガ（ニカラグア）におけるある調査が示しているように、女性にとっては、貞操を守ることは、感染から自らを護ることにほとんどならない。ここでは、既婚女性のほうが、セックスワーカーよりも、HIV に感染している可能性が2倍も高い（国連エイズ計画/WHO、2004）。

グアテマラにおける流行は、規模の点でホンジュラスに匹敵するものだが、HIV に関するデータ収集があまりにも断片的なために、最近の趨勢の信頼できる評価ができない。入手可能な情報は、HIV の流行状況に地域ごとにバラツキがあることを示しており、山岳地域の被害が恐らく最も小さい。ほとんどの HIV 感染が都市部及び国を横切る交通路及び通商路沿いで起きている。



いくつかの性感染症診療所における HIV サーベイランス調査では、HIV 感染事例は見つかっていないが、その他では、最高 9% の陽性率が検知されている (たとえば、イザバルにおいて)。妊婦の HIV 陽性率は、ほぼ 0% から 1% 超 (レタルウレウ及びサン・マルコス) までバラツキがある (国連エイズ合同計画/WHO、2004、グアテマラ公衆衛生及び社会支援省、2003)。同国でも、セックスワークが主要な役割を演じているように思われる、ストリートを拠点に活動する女性セックスワーカーでは最高 15% の HIV 陽性率が記録されている。しかし、男性間のセックスも、一般に想定されている以上に大きな要因である可能性がある (グアテマラ公衆衛生及び社会支援省、2003)。グアテマラシティでは、ほぼ 12% の HIV 陽性率が MSM 間で検知されており、それら MSM の 5 人に 1 人は、女性とも定期的に性的関係を有している (国連エイズ合同計画/WHO、2004)。

男性間のセックスは、エルサルバドル、ニカラグア及びパナマの比較的小規模な流行においても際立っており、この 3 国ではそれぞれ 18%、9%、11% の HIV 陽性率が MSM の間で検知されている。コスタリカでは、男性間のセックスが同国の流行における主要因であることは明らかであり、MSM は、全エイズ報告件数の 3 分の 2 以上を占めている (国連エイズ合同計画/WHO、2004 ; 各国保健省、2003)。

メキシコにおける国家レベルの成人の HIV 陽性率は、1% を大きく下回ったままであるが、その流行状況は、この大きな国全体で様々なパターンを見せている。公的に報告されたエイズ発症件数のほぼ 90% が無防備なセックスに起因するものであり、その約半数が男性間のセックスによるものである (CENSIDA、2003)。2003 年末時点で HIV と共に生きている成人数は 16 万人と推定されており、その 3 分の 2 が男性とのセックスで感染したと考えられている男性である (国連エイズ合同計画、2004 ; Magis-Rodríguez など、2002)。一方、無防備なセックスは、(バイセクシュアルの) 男性パートナーとの性交渉を通じて HIV に感染した女性の数が増加するにつれて顕著になってきた HIV の異性間感染の兆候が増えている原因でもある (Magis など、2002)。メキシコの流行において注射器による薬物使用が果たしている役割は見極めが難しいが、注射器による薬物使用との関連がアメリカ合衆国国境沿いの都市で観察されている (Minichiello など、2002 ; Magis-Rodríguez など 1997)。

メキシコの流行において移民が果たしている役割については、何度も推測の対象になっているが、

確定的な結論は未だ導き出されていない。ある最近の調査によれば、国外に移民した男性は、移民をしていない男性よりも前年度に平均約2倍の多くの性交渉の相手を有していた(Magis-Rodríguez C など、2004)。同時に、国外への移民の場合、コンドームの使用頻度が、相当地に高いことも判明している(Magis-Rodríguez C など、2004)。とは言っても、メキシコのいくつかの地方におけるより高いエイズ発生件数は、HIV 感染と米国への移民との関連の可能性を示唆している(Magis-Rodríguez C など、2004)。

ラテンアメリカにおける抗 HIV 療法へのアクセスはかなり拡大しているが、この領域におけるブラジルの功績はユニークであり続けている。必要としている国民全員に抗 HIV 薬剤を提供するというブラジルの政策のもと、HIV 感染が進行した人々は、同国の国家保健システム経由で抗 HIV 薬を入手することができる。抗 HIV 療法を受けているブラジル人の数は増加し続けており、2005年9月には約17万人に達している。抗 HIV 療法を受けている患者の服薬遵守(アドヒアランス)率は、75%と推定されている。治療の普及は、アルゼンチン、チリ、キューバ、メキシコ、ウルグアイ、ベネズエラなどでも進んでいる(PAHO、2005)が、治療提供条件はブラジルほど患者にとって好ましいものではない。コスタリカとパナマのように、抗 HIV 療法へのアクセスが顕著に改善されたところでは、エイズによる死亡率が減少しているようである。しかしその他の地域、特に中央アメリカの貧しい国々や南米のアンデス山脈地域では、治療拡充の進展は緩慢である。たとえば、2004年、エクアドルで抗 HIV 療法を受けている人の数は、1,000人に満たず(エクアドル保健省、2004)、また、エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア及びパラグアイでも、抗 HIV 療法の導入施策は引き続き立ち遅れている(PAHO、2005)。