

キューバにおけるエイズ対策

コイケ ソウイチ
小池 創一*

目的 キューバのエイズ対策の概要、歴史、疫学、検査体制および療養所システムについて明らかにし、他のエイズ問題を抱える開発途上国に対して適応可能であるかについて考察を行うこと。

方法 エイズ療養所への訪問および聞き取り調査（2001年3月23日より31日）ならびに文献調査

調査結果

(1)疫学 キューバの国立リファレルセンターであるペドロ・コウリ研究所における1986年から2001年1月までの累積 HIV 感染者・AIDS 患者数は合計で3,230人、うち男性は2,500人(77.4%)、女性は730人(22.6%)であった。このうちAIDS患者は1,195人、死亡は843人であった。

(2)検査体制 HIV 検査は45ある全国研究所ネットワークにおいて一次検査を行い、ペドロ・コウリ研究所が確定診断を行う。

(3)治療体制 HIV 感染が明らかとなった場合、患者・感染者は療養所に入所するか、デイケアホスピタルに入院することとなる。療養所またはデイケアホスピタルでの評価、教育等の終了後は、地域における外来プログラムに引き継がれるというシステムが構築されている。

(4)キューバのエイズ対策の歴史 キューバにおけるエイズ対策は、1983年にキューバ公衆衛生省が全国エイズ委員会を設置した当時から本格化した。1990年6月までに延べ800万人に検査が実施され、大規模なエイズ検査態勢が敷かれた。1990年からはキューバ国内のすべての郡においてエイズ療養所の建設が始まり、1993年にはエイズ患者の外来治療制度が導入された。

結論 キューバは、エイズの蔓延を防止できた点において成功を収めたといえるが、その成功は既存の保健医療システムに深く根ざしたものであり、かつ、極めて初期の段階に強力な介入を行うことができた点に特徴がある。一方、感染者をエイズ療養所に入所させるなどの取り扱いなど、手法の是非については国際的にも評価が分かれている。このため、キューバのエイズ対策をモデルとして、他のエイズ問題を抱える開発途上国に対してそのままの形で適応可能であるかという点については、更なる研究を待つ必要がある。キューバにおいてこれまでに確立された保健医療システムおよび国際協力の経験やノウハウは、将来キューバが南々協力の拠点となる可能性を示唆するものとして注目される。

Key words : キューバ共和国, エイズ, HIV, エイズ療養所, 保健医療政策

I はじめに

国連合同エイズ計画 (UNAIDS) は、1999年のキューバの HIV 感染者および AIDS 患者を

1,950、死亡数を120と推計している¹⁾。この水準は、人口あたりでみると、他のカリブ海諸国（バハマ、バルバドス、トミニカ共和国、ハイティ共和国、ジャマイカ、トリニダッド・トバゴ共和国）と比較しても最低の値を示しており、患者数、死亡者数の少なさという点においては、キューバのエイズ対策は、大きな成功を収めているといえる。(表1)

* 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
連絡先：〒160-8582 東京都新宿区信濃町35
慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
小池創一

表1 1999年末現在のエイズ患者推計

	People living with HIV/AIDS	Per 100 thousands	AIDS deaths	Per 100 thousands
Global Total	34,300,000	575.6	2,800,000	47.0
Caribbean	360,000	1124.2	30,000	93.7
Bahamas	6,900	2284.8	500	165.6
Barbados	1,800	669.1	130	48.3
Cuba	1,950	17.5	120	1.1
Dominican Republic	130,000	1554.8	4,900	58.6
Haiti	210,000	2595.8	23,000	284.3
Jamaica	9,900	386.6	650	25.4
Trinidad and Tobago	7,800	605.6	530	41.1
Latin America	1,300,000	274.6	48,000	10.1

Source: UNAIDS¹⁾

またキューバを保健医療に関する主要指標で見ると、平均寿命が男性73.5歳、女性77.4歳、5歳までの死亡率が出生1,000あたり8、保健医療支出がGDPに占める割合は6.3%、一人当たり医療費は109ドルで、WHO（世界保健機関）の保健医療システムの総合達成度（Overall Health System Attainment）は40位となっているなど、DAC/国連分類では低中所得国に分類される国としては、良好な値を示している。（表2）²⁾

キューバでは、保健医療サービスを国の重要課題として³⁾、教育とともに国民に無料で提供し、地域における家庭医（Family Doctor）、外来診療所（Polyclinic）、病院が階層構造をなす提供システムを取っている。

医師の養成は高校卒業後6年間の教育課程を経て実施され、医学部卒業後2～3年間、政府が指定する地方における勤務が義務づけられ、その際の勤務地は、医学部卒業時の成績が上位の者から僻地に配属されることを原則とするといったシステムとなっている。

このように、キューバでは保健医療サービス全体のシステムがある程度確立していることがエイズ対策の成功の背景にあったと考えられるが、エイズ対策の一環としてHIV感染者のスクリーニング検査を大規模に実施し、感染者をエイズ療養所に隔離したとされる点は、その方法論の是非について大きな議論を呼んだ⁴⁾。

表2 米国、日本およびキューバの主な保健医療指標

	U.S.	Japan	Cuba	Year
Total Population (in 1,000)*	276,218	126,505	11,160	1999
Probability of dying under 5 (per 1,000 male)*	8	5	10	1999
Probability of dying under 5 (per 1,000 female)*	8	5	8	
Life Expectancy at birth (male)*	73.8	77.6	73.5	1999
Life Expectancy at birth (female)*	79.7	84.3	77.4	
Total Expenditure on Health as % of GDP**	13.7	7.1	6.3	1997
Total Expenditure in international dollars**	3,724	2,373	109	
Overall Health system attainment (rank)***	15	1	40	1997

Source: World Health Organization

The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance より引用

* p156 Annex Table 2, ** p192 Annex Table 8, *** p196 Annex Table 9

本稿では、キューバにおけるエイズ対策のうち、検査と医療のシステムを中心に実地調査および文献調査を行い、キューバのエイズ対策の実態を明らかにするとともに、キューバのモデルが他のエイズ問題を抱える開発途上国に対して適応可能であるか考察する。

Ⅱ 研究方法

筆者らは、2001年3月23日から31日にかけてキューバの首都ハバナに滞在し、国内のエイズ検査における国立リファレールセンターであるペドロ・コウリ研究所、ハバナ地域の医学校、エイズ療養所、家庭医オフィス、保健医療関連 NGO などを訪問し、資料収集および関係者への聞き取り調査を実施した（スペイン語—英語通訳）。これらに加え、キューバにおけるエイズ対策に関する文献調査を行った。

Ⅲ. 研究結果

Molinert らは、キューバのエイズ対策は、

- HIV 感染者および AIDS 患者の疫学的サーベイランスシステムの確立
- リスクグループの確定
- 輸血および血液製剤の安全性の確立
- 感染者および患者の早期診断と治療
- 感染者との接触のあった者に対する疫学的調査の実施
- 妊婦への HIV 検査の実施による垂直感染のリスクの防止
- HIV 感染者への性接触による感染防止のための健康教育
- 検査方法の確立

を主要な短期目標とし、これまでこれらの総合的な対策の成功によりエイズ患者の拡大を最小限にとどめることに成功したと述べている⁵⁾。

以下、これらのキューバにおけるエイズ対策のうち、疫学、検査体制、治療システム、対策の歴史に焦点をあてて論ずることとしたい。

1. キューバにおけるエイズの疫学

1986年から2001年1月までに、ペドロ・コウリ研究所では累計で3,230人の HIV 感染者・AIDS 患者を診断した。うち AIDS 患者は1,195人、死亡が843人であった。

HIV 感染者のうち、2,500人（77.4%）が男性で730人（22.6%）が女性である。感染地は2,971人（92.0%）が国内であった。感染経路はほとんどが性的接触で、同性/両性愛感染によるものが1,979人（61.3%）、異性間接触によるものが1,229人（38.0%）であった。その他の原因（輸血等）はわずかであった（表3）。

表3 HIV 感染地および感染経路
1986年-2001年1月11日

		Number	%
Site of Acquisition	Cuba	2,971	92.0%
	Rest of America	48	1.5%
	Africa	178	5.5%
	Europe	13	0.4%
	Unknown	20	0.6%
Mode of Transmission	Homo/Bisexual	1,979	61.3%
	Heterosexual	1,229	38.0%
	Blood Recipient	10	0.3%
	Hemophiliac	2	0.1%
	Occupational	2	0.1%
	Perinatal	8	0.2%
		3,230	100.0%

Source: Ministry of Public Health, Republic of Cuba

郡別にみた HIV 感染者、AIDS 患者の1986年から1999年までの平均罹患率（図1）は、ハバナなどの都市部で高く地方ほど低い傾向を示していた。

日和見感染は、カリニ肺炎（21.1%）、結核（14.3%）、トキソプラズマ症（13.1%）が多かった（表4）。

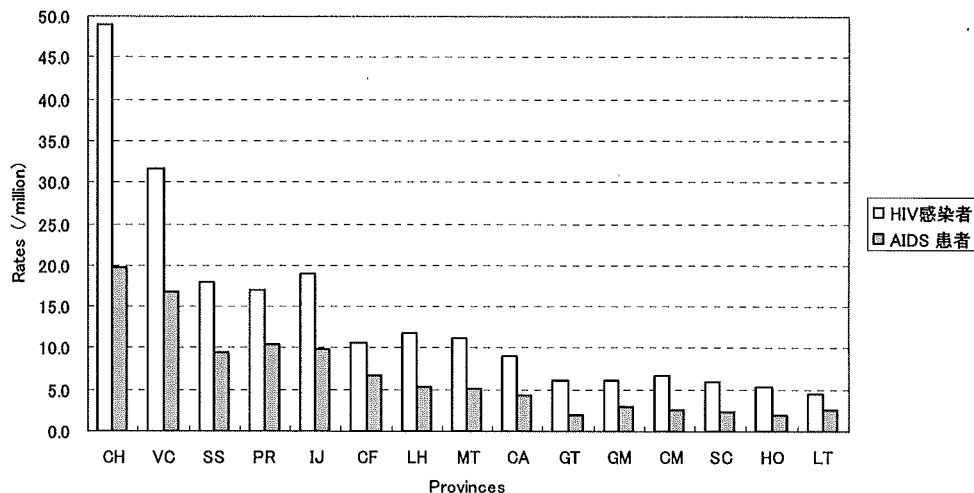
2. 検査体制の現状⁶⁾

献血者（年間40万人～50万人）、性感染症（STD）患者、妊婦、入院患者、HIV 感染者との性的接触があった者、服役囚、軍人、1975年以降の国外旅行者または外国人と頻回の接触のある者、有症状者、キューバへの留学生、および長期滞在者が HIV 検査の対象となる。一次検査は45ある全国研究所ネットワークが担当する。

一次検査では、まず ELISA 試験を行い、陽性反応を示した検体に対して、同一検体を用いて2回目の ELISA 試験を実施する。この試験にも陽性となった場合に、その検体は国立リファレールセンターであるペドロ・コウリ研究所に送付される。

同センターでは、テスト方法を変えて3回目の ELISA 試験を行うとともに、Western Blot 法（p24 および p41 バンドを検出）による検査を行う。ここで再度陽性となった場合には、再度検体

図1 郡別の HIV 感染者, AIDS 患者の罹患率 (1986年~1999年平均)



	CH	VC	SS	PR	IJ	CF	LH	MT	CA	GT	GM	CM	SC	HO	LT
HIV 感染者	49.0	31.7	17.9	16.9	18.9	10.6	11.8	11.3	9.1	6.2	6.2	6.8	5.9	5.3	4.6
AIDS 患者	19.8	16.8	9.5	10.5	9.8	6.8	5.3	5.2	4.4	2.0	3.0	2.6	2.4	2.0	2.6

略称 : CH: Ciudad de la Habana VC: Villa Clara SS: Sancta Spiritus PR: Pinar del Rio IJ: Isla de la Juventud CF: Cienfuegos LH: La Habana MT: Matanzas CA: Ciego de Avila GT: Guantanamo GM: Granma CM: Camaguey SC: Santiago de Cuba HO: Holguin LT: Las Tunas

Source: Ministry of Public Health, Republic of Cuba

表4 エイズ患者の日和見感染症
1986年-2001年 1月11日

	患者数	割合
Pneumocystis Carinii Pneumonia	178	21.1%
Tuberculosis	121	14.3%
CNS Toxoplasmosis	111	13.1%
Cryptosporidiosis	62	7.3%
HIV Wasting Disease	57	6.7%
Cryptococcosis	54	6.4%
Esophageal Candida	53	6.2%
Micobacterial Disease	22	2.6%
Histoplasmosis	17	2.0%
Non-Hodgkin Lymphoma	13	1.5%
Kaposi's Sarcoma	13	1.5%

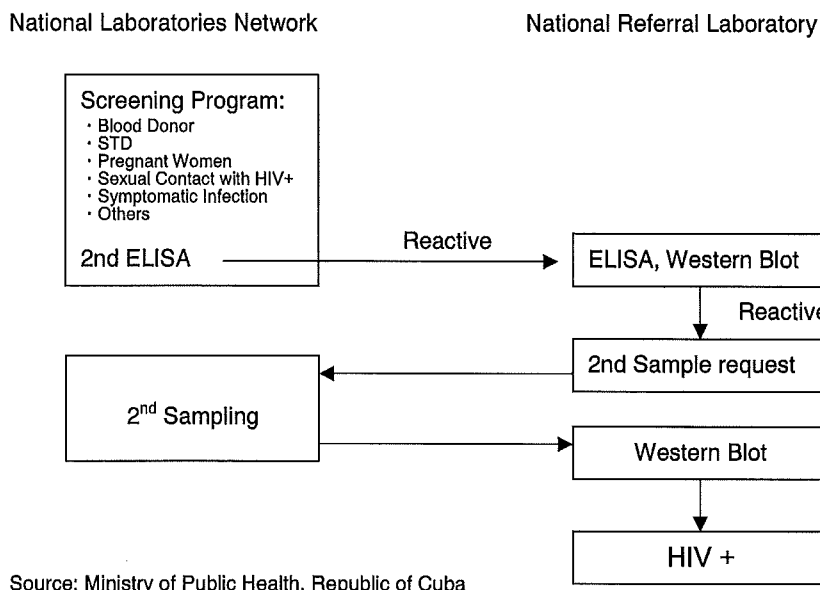
Source: Ministry of Public Health, Republic of Cuba

を採取する。この検体に対する Western Blot 法の結果によって HIV ウイルス感染の診断を確定する (図2)。

妊婦, 入院患者, STD 患者, 献血者については, 採血時にルーチンで HIV 感染の有無を検査するとされる。検査への同意が求められれば検査を拒否することは可能であるが, この場合には, HIV 感染の危険性に関するカウンセリングが実施される。

妊婦が HIV 感染者と診断された場合, 専門家によるカウンセリングが行われる。現在では垂直感染を防止する目的での中絶は行われていないとされているが, かつては, キューバの妊婦は妊娠12週までに全員 HIV の検査を受け, 陽性が判明した場合に中絶を行っていた⁷⁾とされ, このことは, 特に欧米諸国から強い反発を招いた。現在でも, 妊娠中絶自体は違法とはされていないため, 垂直感染防止のための中絶がまったく行われていないかどうかについては検証することは困難である。

図2 HIV 感染診断フロー



ペドロ・コウリ研究所は検査の精度管理も行っている。テストキットをスウェーデンやロシアなどに送付して、おおむね良好な結果が得られているとされる。

Western Blot 法での判定が境界域となったため判定が留保された場合など、診断が確定しない場合には、地域において保健医療スタッフのカウンセリングを受け、診断が確定するまでその観察下におかれる。献血者、旅行産業に従事する者などは繰り返し検査を受けることになる。国外旅行者については帰国するたびに検査を受ける。その他 HIV 陽性者との性的接触があった個人については3か月ごとに検査を受ける。これらの検査については外国人旅行者と外交官については義務が課せられていない。感染が明らかとなったキューバへの留学生および長期滞在者については本国へ帰国させられる。

スクリーニングプログラムの実施にあたっては、1985年、1986年に初期費用として300万ドル、1987年に100万ドル、1988年に40万ドル、1989年に30万ドルの費用が施設整備、試薬その他消耗品に費やされた。1989年には、年間約200万件の検査が実施された⁶⁾。

3. エイズ患者治療の現状

HIV 感染が明らかとなった場合に、その者は

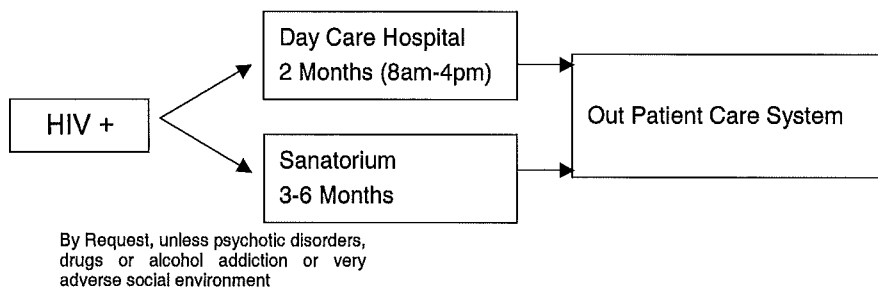
療養所またはデイケアホスピタルにおいて評価・治療を受けることになる。大部分は療養所に入所（週末の外泊は可能である）するが、デイケアホスピタルを利用する者もある。精神疾患、薬物・アルコール中毒、感染を拡大させる可能性のある者であることが判明した場合には療養所に入所となる。

療養所では24時間、デイケアホスピタルでは午前8時より午後4時までの間、専門家の管理下で治療、疫学調査、精神神経学的な評価、カウンセリングおよび健康教育などが行われる。これらのプログラムを終了すると、地域における外来治療プログラム（Out-Patient Care System）の管理下におかれることとなる。療養所、デイケアホスピタルのプログラム期間は、それぞれ平均3～6か月、2か月である（図3）。多くの新規患者は外来治療を希望している。これは家族を中心とした地域社会の結びつきが強いためである⁷⁾とされる。

筆者が訪問調査を行ったのは、14ある郡に各1か所ずつ整備されているエイズ療養所のうち、ハバナ行政区の療養所である。

ハバナ市街から車で1時間弱のところに位置する療養所は、畑と民家が散在する地域に位置している。療養所の定員は約300人である。敷地内への入り口に塀や門といった敷地外と隔離するよう

図3 HIV感染者への医療提供システム



Source: Ministry of Public Health, Republic of Cuba

なものはない構造となっている。

敷地内には、管理棟、医療スタッフのための事務所、重症患者のための経過観察棟、リネン棟などが配置されている。

訪問を許可された療養室のうち、1室は比較的重症な20代と思われる女性の居室、もう1室は、現在症状が現れていない30代の男性の居室であった。居室の内部まで入ることを許可された部屋は、2室のみであったが、外観上は、訪問した居室と他の居室との構造上の差異を認めなかった。

両療養室ともテレビを備え付けた居室の両側に、ベッドルームが1室ずつ配置され、シャワー、トイレ、台所が備えられていた。重症者の部屋には、看護スタッフが付き添っていた。ベッドルームは8畳ないし10畳程度、居室も10畳から20畳程度の広さである。水は井戸水を使用、電気は各部屋に通っており、テレビ、冷蔵庫が備え付けられていた。家族の面会については特に制限は設けられていない。部屋は概して清潔に保たれており、シーツ交換なども定期的に行われているとのことである。敷地内のリネン棟を訪れた際にも、洗濯機が作動していた。

重症患者の経過観察室には、40代の男性患者が入所していた。経過観察室に隣接してスタッフの詰所があり、スタッフへの聞き取り調査では、薬剤や医療器材については、特に不足を感じることはないとのことであった。末期患者について麻薬の使用による疼痛管理を含め、十分なケアが行われているとの説明であった。

治療にあたっては、AZT (Zidovudine) + 3TC (Lamivudine) + INV (Indinavir), D4t (Stavudine)

+ 3TC + INV, D4t + DDI (Didanosine) + INV, AZT + DDI + INV の4プロトコルが用いられている。これらの製剤については、キューバ国内において生産され、Efavirenz および Nelfinavir についても国内生産の準備が進められている。CDC のガイドラインを準用しているが、国内向けのガイドラインも作成中であるとの説明であった。

医療費については、他の保健医療サービス同様、全額公費負担で行われる。

この他、敷地内には作業療法と退所後の就労支援を目的とした訓練施設を兼ねた簡単な工場が設けられていた。工場内では段ボール箱の組立作業といった単純作業から、土産物の工芸品の作成や裁縫など、さまざまな作業が行われており、施設見学者を対象とすると思われる直売店が設けられていた。

調査時点では、敷地内に、新しい居室が数棟建築中であった。これらは1986年当時から使われている療養施設の更新を目的として、鉄筋コンクリート製の2階建てで4組の入所が可能となっていた。各部屋にはトイレ、シャワー台所が備え付けられていた。

4. キューバのエイズ対策の歴史

キューバにおけるエイズ対策は、1983年にキューバ公衆衛生省が、全国エイズ委員会を設置した当時から本格化した。同委員会は、血液および血液製剤の輸入を禁止し、血液および血液製剤の国内自給体制を整備した。また、各病院・保健所における臨床症状に基づくエイズ診断体制（カポジ肉腫、カリニ肺炎、リンパ節腫脹）の整備を開始した⁸⁾。

1986年には、1976年以降にエイズ患者が発生していることが知られている地域に旅行しているすべての者に対するスクリーニングテストが開始された⁶⁾。

公衆衛生省は1987年に、1989年までに15歳以上のすべての人がエイズ検査を受けるべきであるとの布告を行い、1990年6月までに延べ800万人の検査を実施⁹⁾するなど、大規模なエイズ検査態勢を敷いた。

キューバでのエイズ患者の第一例はモザンビーク共和国で感染し帰国した兵士であった。このため、エイズ患者の治療はハバナ地区にある陸軍施設において行われた。その後、文民患者の増加と男性同性間感染によるエイズ患者の増大により、1987年に、治療センターの所管は陸軍から公衆衛生省に移管されるに至った。

1990年からはキューバ国内のすべての郡(Province)における療養所の建設が始まり、1993年にはHIV感染者の外来治療制度が導入された。

HIV感染者を療養所に入所させるといった手法への評価は、強制的に隔離するものであるとして、人権の観点から批判する^{4,10~14)}ものがある一方、患者数の増加に対しての明白な効果、および療養所内での医療・ケアの質の観点から高く評価する^{15,16)}するものに分かれている。

エイズ療養所政策を3つの段階に分けて論じた報告⁶⁾によると、キューバにおけるエイズ第1例が発生した1986年当初の約3か月間における第1期においては、患者は地域から完全に隔離され、療養所から離れることは禁じられた。この場合でも外部からの訪問は許されていた。それに引き続く1986年からの第2期においては、患者は3か月間に18時間の外泊が4回認められた。しかし、この場合には療養所からの付き添いが必要とされた。1989年からの第3期においては、付き添いが不要となり、また外泊の頻度が増えた。

Ⅳ 考 察

1. データの正確性についての考察

キューバの保健医療統計に関する各種統計が良好な値を示していることについて、データの信憑性を疑問視する研究もあった¹⁷⁾が、近年ではキューバの保健医療関連のデータの妥当性について

論じる文献はみられていない¹⁸⁾。

データの正確性に関して、キューバが公式にHIV感染者の存在を認めたのは1987年4月であり¹⁹⁾、その陽性率を0.02%と推計しているが、1980年に新たに米国に到着した難民990人を無作為抽出した血液検査結果からは2.02%^{20,21)}と大きな開きがあること、エイズ検査に用いられたmicro-ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay法) に関してはその妥当性が証明されていないことから、その信頼性に疑問を投げかけた報告がある²²⁾。

これに対し、難民への血液検査に基づく研究では、用いられた陽性反応の基準が当時用いられていた一般的基準と異なる点、キューバからの難民には刑務所に収監されていた者や男性同性愛者の比率が高いなどの点を指摘し、難民集団がキューバの代表的な人口を代表していないことなどを理由にして、政府の発表した数値はおそらく正確なものであろうと結論づけている報告もある²³⁾。

極めて強固な中央集権制度を取っている点や、階層化された保健医療システムの構造などから考えても、データが100%正確であることは保証できないにしても、おおむね現状を正確に表しているものと推定されている。

2. キューバモデルは他の国に適応可能か?

キューバがエイズのコントロールに一定の成果をあげた背景には、キューバ固有の要因が密接に関わっており、その施策のみが成功の要因とは言えず、したがって、エイズ対策の一部分のみを取り出してその手法をそのままエイズ問題を抱えている他の開発途上国に適用しようとしても、同様の成功が保証されるものではない。

第1に、キューバのエイズ対策は、流行の極めて初期の段階で強力な介入を行ったため、患者数が極めて少なく、その少ない患者を対象として確立されたシステムである点に留意が必要である。また、療養所での生活水準が国内水準と比較して高いものであった場合、一般医療に比して、エイズ分野に医療資源が優先的に配分されている点を考えると、すでにある程度以上エイズの蔓延した地域においてキューバと同様のシステムを確立し、有効に機能させることは費用的にも簡単ではないものと考えられる。

さらに、感染はしていても発症していない者を

地域で管理することを前提にした制度は、患者が増えるに従って、施設内に滞留することでシステム全体が脆弱になる可能性もある点にも留意が必要であろう。

つまり、エイズ患者の発生が極めて低く抑えられているからこそ、大規模なスクリーニング検査を行って患者・感染者を掘り起こしても対処が可能なのであって、例えばこの制度を、既に罹患率の高い地域にそのまま持ち込むことは、費用面から、患者のスムーズな流れの面からも制度が機能するかは疑問であるといえる。

第2に、強固な保健医療に関する制度が既に存在していたという点に留意が必要である。キューバの既存の家庭医網を通じての保健医療制度は患者の発見、フォローアップ、疫学調査、健康教育、高度な医療機関への無制限なアクセスを防ぐゲートキーパーといった機能を果たしており、これらの既存のシステムが療養所制度と検査体制がスムーズに機能する上で軽視することはできない。

第3に、キューバの取った方法の倫理的側面への考慮の必要がある。療養所への入所と妊婦の検査という手法は、他の開発途上国へ適応する場合には非常に大きな問題となる可能性がある。特に援助を実施する側に中絶問題に関して非常に敏感に反応する世論があった場合、これらを無視することはできない。

エイズ療養所での治療について、それを「隔離」という名称を用いるかどうかは別としても、HIV感染者を一か所に集める手法には変わりがない以上、患者に対する差別や偏見に関する対応が重要と考えられる。一般住民に対する健康教育をはじめとした普及啓発活動と組み合わせた対応が必要である。

キューバという社会の特殊性に鑑みると、外界との極めて限定され、かつ、監視下におかれた接触のみに限定されているという問題があるにせよ、隔離することによって差別から守っている側面に着目している報告²⁴⁾も存在するが、この場合にも地域に戻ることを考えた場合や地域に残される家族に対しての差別の問題なども併せて評価する必要がある。

妊婦へのエイズ検査は任意であり、中絶についても自由意志で行われているから問題がないとする議論についても、本人の真の意思の確認が非常

に困難な場合もありうる点に留意が必要である。

以上、キューバの成功は、その整備された保健医療システムの上に、非常に初期から強力な介入がパッケージとして行われた点に留意すれば、必ずしも他国にそのまま移転可能なシステムではないだろう。特に、療養所システムと、妊婦への手法に関しては様々な価値観との衝突が予想される点であり、十分な留意が必要であることを述べた。

3. 我が国の将来の関与方法について

キューバは、顕著な政治的民主化措置および経済自由化がみられない²⁵⁾とされるため、政府開発援助に関して“開発途上国における民主化の促進、市場志向型経済導入の努力ならびに基本的人権および自由の保障状況に十分に注意を払う”との政府開発援助大綱²⁶⁾の原則に則り、ある程度限定的にならざるを得ない場合もあるだろう。したがって、以下は、今後キューバを取り巻く環境が変わった場合も含めての考察である。

キューバは、これまでも医療分野の第3国へ医療分野の人材派遣と、外国からの患者の受け入れの実績がある。例えば1980年の段階でキューバ人の医師のうち13%が海外で勤務し、派遣先の国の医師に占めるキューバ人医師の割合が半数を超えるに至る国がある²⁷⁾など、非常に盛んに行われ、海外への協力の実績が豊富である。また、1980年よりキューバへ外国人患者をHealth Tourismと称して受け入れ、欧米諸国での医療に比較して非常に安い価格で高度の医療を提供するシステムも確立し、1991年だけで2,000人以上の患者を受け入れている²⁸⁾など、患者の受け入れについてもノウハウが蓄積されていると考えられる。さらに、現時点ではキューバがエイズ患者、感染者とも低いレベルにあることを含めて考えると、わが国がエイズ分野に関する援助を行う場合には、キューバ国民を直接的な対象とするだけでなく、蓄積されたノウハウをキューバを拠点として他の開発途上国に波及させる、いわゆる南々協力の拠点としての機能強化についても焦点を当てた手法が重要な選択肢となることが考えられる。先に述べたような課題についての考慮は必要であるが、キューバがすでに有している国際協力および国内における保健医療システムの運営のノウハウと経験を南々協力の拠点として更に発展させることができれば、より効率的で効果的な援助につながるものと

考えられる。

V 結 語

以上、キューバにおけるエイズ対策について、疫学、検査体制、療養所システムについて明らかにするとともに、その歴史を踏まえ、我が国の将来の関与方法についても若干の考察を加え検討した。

キューバにおける制度は、エイズの蔓延を防止した点においては非常に成功を取めたといえるが、初期からの対策実施、およびそれを可能にした既存の制度があったことを無視できない。また、その手法の是非については評価が分かれるものがあり、そのままの形で他国へのモデルを当てはめることには慎重になる必要があるが、必要な修正を加えた上で、すでにキューバにおいて確立された方法論との融合を行うことで、効果的で効率的な国際協力の可能性が示唆された。

本論文は、筆者が国際協力事業団の派遣海外長期研修生として奨学金を受け、米国ハーバード大学公衆衛生大学院の公衆衛生修士課程在籍中に、Field Study: Public Health in Cuba プログラムに参加して得た知見を基に、日本帰国後にまとめられたものである。

Field Study にあたっては、同大学院人口・国際保健学部の Richard A. Cash 上級講師にご指導を頂いた。本論文の作成にあたっては、キューバ共和国 Santiago de Las Vegas Sanatorium の Dr. José Joanes Fiol に貴重な資料をご提供頂いた。また、慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室の近藤健文教授、島田直樹講師にご指導を頂いた。

ここに深く謝意を表する

(受付 2002. 1. 7)
(採用 2002. 9. 19)

文 献

- 1) UNAIDS. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic June 2000. Annex 2. HIV/AIDS Estimates and data, end 1999., 119-135. Geneva Switzerland 2000.
- 2) World Health Organization. The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization Geneva, 2000; 196-199
- 3) Boffey Philip. Health Care as a Human Right A Cuban Perspective. Science 1978; 200: 1246-1250
- 4) Pérez-Stable Eliseo. Cuba's Response to the HIV Epidemic. American Journal of Public Health 1991; 81(5): 563-567
- 5) Molinert Héctor, Enrique García, Rodolfo Cruz. Prevalence of Infection with Human Immunodeficiency Virus in Cuba. PAHO Bulletin 1989; 23 (1-2): 62-67
- 6) Granich Reuben, Bradly Jacobs, Jonathan Mermin, et al. Cuba's Natinal AIDS Program. The First Decade. Western Jourml of Medicine. 1995; 163(2): 139-144
- 7) Waitzkin Howard, Karen Wald, Romina Kee, et al. Primary Care in Cuba: Low—and High Technology Developments Pertinent to Family Medicine. The Journal of Family Practice 1997; 45(3): 250-258
- 8) Avila J, Pérez R, Pena Torres J, Joanes Fiol, et al. HIV control in Cuba. Biomed & Pharmacother 1996; 50: 216-219
- 9) Feinsilver Julie. Healing the Masses, Cuban Health Politics at Home and Abroad. Berkeley: University of California Press, 1993; 82-85
- 10) Bayer R, Heaton C. Controlling AIDS in Cuba: the logic of quarantine. New Enghnd Journal of Medicine 1989; 320: 1022-1024
- 11) Feldstein Donald. Cuba Is not a Healthy Democracy. Social Work 1991; 36(1): 95-96
- 12) Burr Chandler. Assessing Cuba's approach to contain AIDS and HIV. The Lancet. 1997; 350: 647
- 13) Hemmes Michael; Cuba. Its health care system may offer lessons (positive and negative) for U. S. policy makers. Hospitals & Health Networks. 1994; 68(9): 52-54
- 14) Kreiger Nancy. Solidarity and AIDS: Introduction. International Journal of Health Services. 1991; 21(3): 505-511
- 15) Scheper-Hughes Nancy. AIDS, public Health, and human rights in Cuba. The Lancet 1993; 342: 965-7
- 16) Veeken Hans. Cuba: plenty of care, few condoms, no corruption. BMJ 1995; 311: 935-937
- 17) Eberstadt N. Did Fidel fudge the figures?. Caribbean Review. 1986; 15(2): 5
- 18) Helena Hansen, Nora Groce. From Quarantine to Condoms: Shifting Policies and Problems of HIV Control in Cuba, Medical Anthropology 2001; 19: 259-292
- 19) Miami Herald, April 19, 1987, p22A
- 20) Gordon Antonio. HIV Infection in Cuba, JAMA, 1987; 258(23): 3387
- 21) De Medina M, Fletcher MA, Valledor MA, et al. Serological evidence for HIV infection in Cuban immigrants in 1980. The Lancet 1987; 2: 166
- 22) Gordon Antonio, Reinaldo Paya. Controlling AIDS in Cuba. New Enghand Journal of Medicine 1989; 321(12): 829
- 23) Heaton Cheryl, Ronald Mayer. To the editor. New

- England Journal of Medicine. 1989; 321(12): 830
- 24) Santana Sarah, Liliy Faas, Karen Wald. Human Immunodeficiency Virus in Cuba: The Public Health Response of a Third World Country. International Journal of Health Service 1991; 21(3): 511-537
- 25) 外務省. 各国・地域情報 中南米 キューバ共和国 基礎データ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/cuba/data.html>, Cited May 28, 2001
- 26) 閣議決定. 政府開発援助大綱. 平成4年6月30日
- 27) Grundy P, Peter Budetti. The Distribution and Supply of Cuban Medical Personnel in Third World Countries. American Journal of Public Health 1980; 70(7): 717-719
- 28) Feinsilver. Healing the Masses Cuban Health politics at Home and Abroad. Medical Diplomacy. Berkeley: University of California Press, 1993; 156-195

ASSESSMENT OF THE CUBAN APPROACH TO AIDS AND HIV

Soichi KOIKE*

Key words : Republic of Cuba, AIDS, HIV, AIDS sanatorium, health policy

Objective The objective of this study was to assess the Cuban AIDS policy model and its possible application to other developing countries through epidemiological analyses.

Method The author conducted a field study in Cuba from March 23 to 31, 2001, and reviewed related articles.

Results (1) The National Referral Center of Cuba, the Pedro Couri Institute, detected 3,230 HIV positive patients between 1986 and January 2001. Among them, 2,500 were male and 730 were female.

(2) 45 institutions are responsible for the preliminary screening and the Pedro Couri Institute finalizes the diagnosis.

(3) Diagnosed patients are admitted to a sanatorium for AIDS patients or a day care hospital free of charge.

(4) The Ministry of Health in Cuba set up a national committee on AIDS in 1983, and had screened eight million people by June 1990, all provinces in Cuba started building AIDS sanatoriums. From 1993, day care hospitals started treating patients.

Conclusions Cuba has succeeded in controlling the HIV/AIDS epidemic. Its success relies on the existing health care system and intervention at early stages. Due to the debates on the sanatorium policy and the screening of pregnant mothers, direct application of the Cuban model to other countries requires careful consideration at this stage.

* Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University