

本研究では、バンコク商工会議所経由でアクセス可能な在タイ在留日本人勤務者に限定し調査を行った。「C. 結果」の冒頭で検討したように、アクセスした集団の調査結果は、ある程度母集団を代表していると考ええる。

しかし、バンコク商工会議所に加盟していない日系企業も多く存在しているため、(逆に、タイ資本や外資系企業でも日本人を雇用しているために加盟している企業もある)、結果を在タイ日本人勤務者全体に一般化するには注意を要する。⁵また、現在は、タイ語を学ぶ日本人人口も若者の間で増えているため、タイ語の能力を生かして単身タイに渡航し、タイ企業に現地採用として雇用されている20~30代の日本人も少なくない。

さらに、在タイ在留邦人という大きな括りで見れば、勤務者以外にも、長期出張者、留学生、フリーター、個人貿易商など、性別、職業、滞在目的、滞在期間の特徴において非常に多様な日本人がタイに在住している。特に、最近では、いわゆる「ロングステイ」と言われる、50代~60代の定年退職者も急増している。各集団によって社会属性や生活、行動パターンが大きく異なるため、HIV感染リスクを同定するには集団ごとの別途の調査が必要である。⁶

従って、例えば、「ミヤ ノーイ」における性交渉と、そこからの感染リスクの同定などは、文化的な背景が全く異なる欧米に在留する日本人に対しては一般化することはできないため、本調査結果を、他の海外渡航者、在留邦人へ解釈するには十分注意する必要がある。

他にも特筆する点として、インターネット上の調査では、男性を想定した質問がほとんどであったことや、研究協力者が男性だったこともあり質的調査の参加者は全て男性であった。また、今回の調査では、様々な制限により、日本人が利用する性風俗産業で働くタイ人に対する調査は行わなかった。さらに、過去のHIV検査歴の有無や既往歴が自己評価によるため、記憶に関する偏向なども考えられる。

しかし、質的調査の参加者から、「(暗証番号などの工夫がしてあったため)匿名性が保障されると感じ、比較的正直に回答することができた」「プライバシーや倫理面において、十分に配慮している調査という印象を得た」という意見を多かったのも事実である。また、個人的な私生活に奥深追求した性行動について聞いたインターネット上の調査では、「答えたくない」という選

択肢も用意したが、そのように回答した人の割合はいずれの質問においても3%~5%前後で、最高でも10%以下であった。

従って、総合的に判断した場合、性行動という非常なデリケートなトピックだったにもかかわらず、本研究結果は一定の妥当性や信頼性を確保することができたと考ええる。

B. 結論

本研究で調査した在タイ日本人勤務者においては、タイでの性行動が日本より活発化しており、性交渉におけるコンドームの使用が不十分であるため、潜在的なHIV感染リスクが高いと示唆された。このようなリスク性行動に影響を与える因子としては、カテゴリカル回帰分析の結果、「職業」「業種」「勤務先企業規模」「年齢」「年収」「タイに来て以来の日常生活のストレスの変化」「タイに来て以来の人間関係の変化」「タイに来て以来の活動レベルの変化」「タイに来て以来の飲酒量の変化」「日本で最も多いHIV感染経路に関する正しい知識の有無」「『健康に見える人でも、HIVに感染している』という正しい知識の有無」「HIV以外の性感染症と診断された経験の有無」「現在勤務のタイ事業所におけるHIV/AIDS教育の有無」ということが示唆された。また、NHKの国際放送や現地発の日本語媒体が主なHIV/AIDS情報の入手経路であることがわかったため、現地の日本語媒体による在タイ在留邦人を対象にした正確な情報発信が効果的であると考えられる。

予防介入に関しては、現地の非営利団体などと連携し、在タイ日系企業をベースとした予防教育を検討する必要があると考えられる。実際、勤務先でHIV/AIDSの教育を受けたことがある回答者と受けたことがない回答者では、教育を受けたことがある回答者が、タイでの最後の性交渉においてコンドームの使用率が統計学的に有意に高かった。

同時に、この課題に対して政策資源をどの程度投資するべきかを決定するためには、わが国の一般人口のHIV感染に本調査集団がどの程度寄与しているか、についてさらなる科学的検証が必要である。また、日本と環境が大きく異なる在留邦人の事情を十分理解しより効果的な介入プログラムを立案するためには、今回得られたHIV感染リスクに影響する因子をさらに深く解析するとともに、タイに対するイメージやセクシャリティ等に焦点を置いた文化人類学的研究も必要であると考えられる。

最後に、本研究ではIT技術を利用したインターネット上の調査を調査手法の一つとした。HIV/AIDS調査においては比較的新しい試みであったが、結果的に一定の代表性を確保することが

⁵ 2004年のJETROの調査によると、タイ全体の日系企業はおおよそ6,000社との報告がある。しかし、個人企業なども含まれているため、正確な数は不明である。

⁶ 本研究と同時期に類似した調査目的と方法にて、20歳~40歳の中長期滞在者を対象とした調査をタイとシンガポールで行い、リスクの同定を試みた。結果と概要は添付1)を参照。

できたため、今後に行われる同様の研究において意義があると考えます。

引用文献

1. 法務省大臣官房司法法制部司法法制課 平成15年出入国管理統計年報 出入国管理統計調査.
2. 法務省入国管理局. (2005年). "平成16年における外国人及び日本人の出入国者統計について." Retrieved 3月10日, 2006年, from <http://www.moj.go.jp/PRESS/050328-2/050328-2.html>.
3. R. W. Buckingham, J. M., Y. Bird, E. Meister, N. C. Webb (2005). "Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand." AIDS Care Volume 17(Number 5): 640 - 647
4. 実川渉他 (1992). 海外渡航者のエイズに対する認識と対処行動に関する調査. 厚生省エイズ疫学研究班平成3年度報告書, 厚生省.
5. 宗像恒治 (1993). エイズと売買春レポート, 日本評論社.

謝辞

本研究におきましては、多くの方々のご支援、ご協力により行うことができました。質問票調査、面接、FGDにおきましては、1,500名を越す在タイ日本人の皆様に参加していただきました。IEにおきましては、ご多忙の中お時間を頂き、医療機関や企業の代表者や担当の皆様から貴重なお話を伺うことができました。その他にもアシスタントとしてお手伝いをしていただいた方を含めて多くの方々にお世話になりました。ここに御礼申し上げます。

また、ご指導とご高配を賜りました東京大学大学院医学系研究科国際保健計画教室の黒岩宙司助教授、タイ国立チュラロンコン大学アジア研究所所長のスパンチャントバニッチ教授に深く感謝の意を表します。

特に、盤谷日本人商工会議所におきましては、名簿の使用、アンケートカードの封入、発送、アンケート協力の手紙等、多大なご協力、ご助言を頂いたことをここに示し、深く感謝申し上げます。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 知的所有権の出願・所得状況（予定を含む）

特になし。

H. 研究発表

1. 学会発表

Ito C, Kuroiwa C, Yanai H. HIV Risks of the Japanese Expatriates in Thailand. Presented at Asian Research Center for Migration, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, January 2006

表1 勤務先の企業従業員数における母集団（名簿群）と回答者集団の比較(1)

回答における選択肢 番号	従業員数	母集団人数 (%)		回答者集団人数 (%)		母集団における回答集団 の%
1	10人以下	224	(3.3)	57	(3.9)	25.4
2	10-29	482	(7.1)	81	(5.6)	16.8
3	30-49	360	(5.3)	65	(4.5)	18.0
4	50-99	547	(8.1)	96	(6.6)	17.5
5	100-299	1,369	(20.2)	244	(16.8)	17.8
6	300-499	763	(11.3)	184	(12.7)	24.1
7	500-999	972	(14.3)	253	(17.4)	26.0
8	1000人以上	2,062	(30.4)	472	(32.5)	22.8
	合計	6,779	(100.0)	1,452	(100.0)	21.4

表2 勤務先の企業従業員数における母集団（名簿群）と回答者集団の比較(2)

	母集団 (n=6,779)	回答者集団 (n=1,452)
平均（選択肢番号）	5.78	5.97
平均標準誤差	0.25	0.54
中央値	6	6
最頻値	8	8
標準偏差	2.068	2.046
分散	4.278	4.186
歪度	-.627	-.847
歪度標準誤差	0.30	0.64

表3 回答者の基本属性

属性	(n=1,452)
性別	
男性	89.3%
女性	10.7%
婚姻状態	
独身	32.3%
既婚	67.7%
別居	1.3%
離婚	0.5%
年齢	平均 40.7 歳 (SD=8.7 歳 Range=20 歳~71 歳)
年収	
1,000 万円以上	26.9% (最頻値)
1ヶ月に自由に使える小遣い 50,000 バーツ (約 15 万円)	29.6% (最頻値)
勤務形態	
駐在 (家族同伴赴任)	24.1%
駐在 (単身赴任)	44.5%
現地採用	29.7%
その他	1.7 %
業種 (上位3回答)	
非自動車関連製造業	34.7%
自動車関連製造業	26.0%
卸売・小売業飲食店	8.7%
職種 (上位3回答)	
管理職	33.4%
会社役員	13.1%
技術職	13.1%
勤務企業の従業員規模	
1,000 名以上の企業に勤務	32.5% (最頻値)
いままでの訪タイ回数 (上位3回答)	
初めて	30.8%
10 回以上	24.4%
2 回目	16.7%
タイ滞在合計年数	
1-2 年	24.4% (最頻値)
同居状況	
一人暮らし	71.8%
同居	28.2%
タイ語能力	
まったく、あるいは殆どできない	13.5%
カタコトならできる	46.3%
日常会話は問題ない	27.0%
仕事でも使える	13.1%
タイの好きなところ (上位3回答・複数回答)	(回答者における)
物価が安い	75.7%
自由	62.1%
繁華街	51.9%

表4 「HIV 感染リスクが高いと考えられる回答者」の基本属性

属性	(n=22)
性別	
男性	81.8%
女性	18.2%
婚姻状態	
独身	22.7%
既婚	72.7%
別居	0%
離婚	4.5%
年齢	39.7 歳 (SD=5.9 歳 Range=29 歳~49 歳)
年収	
500 万円~800 万円未満	31.8% (最頻値)
1 ヶ月に自由に使える小遣い	
2 万バーツ~3 万バーツ未満 (約 6 万円~ 9 万円)	22.7% (最頻値)
勤務形態	
駐在 (家族同伴赴任)	27.3%
駐在 (単身赴任)	40.9%
現地採用	22.7%
その他	9.1%
業種 (上位 3 回答)	
自動車関連製造業	31.8%
金融	22.7%
非自動車関連製造業	13.6%
建設業	13.6%
職種 (上位 3 回答)	
役職	22.7%
管理職	22.7%
事務職	18.2%
勤務企業の従業員規模	
1,000 名以上の企業に勤務	18.2% (最頻値)
50-99 名の企業に勤務	18.2%
いままでの訪タイ回数 (上位 3 回答)	
初めて	25.0%
4 回目	20.0%
10 回以上	20.0%
タイ滞在合計年数	
1-2 年	36.4% (最頻値)
同居状況	
一人暮らし	77.3%
同居	22.7%
タイ語能力	
まったく、あるいは殆どできない	18.2%
カタコトならできる	31.8%
日常会話は問題ない	27.3%
仕事でも使える	22.7%
タイの好きなところ (上位 3 回答・複数回答)	(回答者における)
物価が安い	68.2%
自由	59.1%
繁華街	63.6%

表5「タイにおける最後の性交渉でのコンドーム使用の有無」に影響を与える因子の検討 (n=1,051)

	独立変数	β	p-value
基本属性	性別	0.132	0.178
	婚姻状況	0.083	0.368
	駐在形態	0.063	0.607
	職種	0.236	0.000 ***
	業種	-0.222	0.000 ***
	勤務先企業規模	0.173	0.001 **
	居住状態	-0.074	0.395
	年齢	0.186	0.002 **
	年収	-0.136	0.028 *
	1ヶ月に自由に使えるお金	0.031	0.845
	滞在期間	0.005	0.995
		タイにおいて、何でも相談できる相手の有無	-0.103
渡航前後の変化	タイに来て以来の仕事のストレスの変化	0.067	0.466
	タイに来て以来の日常生活のストレスの変化	-0.158	0.019 *
	タイに来て以来の人間関係の変化	-0.223	0.000 ***
	タイに来て以来の寂しさの変化	-0.098	0.318
	タイに来て以来の日本社会からの疎外感の有無	0.006	0.943
	タイに来て以来の「旅の恥は掻き捨て」と思って行動した経験の有無	0.028	0.738
	タイに来て以来の活動レベルの変化	0.272	0.001 **
	タイに来て以来の開放感の変化	0.085	0.277
	タイに来て以来の「他人の目を気にする」感覚の有無	0.043	0.569
	タイに来て以来の飲酒量の変化	-0.215	0.000 ***
HIV/AIDS に関する知識	タイに来て以来の仕事上の飲酒量の変化	0.004	0.958
	HIV 感染感染経路に関する正しい知識の有無	-0.003	0.968
	日本で最も多い HIV 感染経路に関する正しい知識の有無	0.160	0.030 *
	タイで最も多い HIV 感染経路に関する正しい知識の有無	0.055	0.426
	「健康に見える人でも、HIV に感染している」という正しい知識の有無	0.462	0.000 ***
	HIV 以外の性感染症と診断された経験の有無	-0.129	0.025 *
検査歴・既往歴	B 型肝炎と診断された経験の有無	0.002	0.969
	タイで HIV 検査を受けた有無	-0.032	0.797
	日本で HIV 検査を受けた有無	-0.085	0.200
HIV/AIDS 教育	現在勤務のタイ事業所における HIV/AIDS 教育の有無	-0.231	0.000 ***

β =標準回帰係数

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

R² 乗=0.642

添付1)

第19回日本エイズ学会学術集会

東南アジア諸国における日本人中・長期滞在者の HIV 感染リスクに関する研究（演題番号 047）

伊藤千顕¹、今津里沙²、野内英樹²、黒岩宙司¹

¹ 東京大学大学院 医学系研究科 国際保健計画学教室

² 結核予防会結核研究所

背景：人は国境を越える移動をすると、母国にいる時と比較した場合、社会規範や環境などの変化により、不特定多数との性交渉などの性行動が活発化し、HIV を含む性感染症感染のリスクが上昇すると考えられている。しかしグローバル化による海外へ渡航する日本人がますます増大するなか、海外においての日本人の HIV 感染リスクの同定、および予防対策に必要な科学的調査は数少ない。

目的：本研究は、性行動が活発な若年邦人が多く、なおかつ HIV 蔓延が懸念されている東南アジア3カ国（シンガポール、タイ、インドネシア）において、日本人中・長期滞在者を対象に、危険因子と HIV 感染リスクの同定、および予防対策に寄与する実践的な知見を示し、現在よりも効果的かつ有益な HIV 予防対策の実施に資することを目的としている。

方法：我々は先ず現状分析の一環として、この集団の「リスク」がどのように認識されているのかを、政策関連書や先行研究についての文献調査などを通して質的に分析した。

結果：これまで海外渡航者のリスク行動は個人の非理性的な行動によるものであると考えられていることがわかった。従ってこの集団に対する健康教育方法も論理主義及び個人行動の合理性を仮定した個人主義に基づいていた。しかし我々はリスク認識・行動は社会的に構築され、意味付けをされると考える。従って日本人中・長期滞在者の HIV 感染リスクを調査する際には国際人口移動集団の特殊性やコンテキスト（行動変容に影響を与えると思われる社会的関連資本、現地日本人コミュニティの特徴、渡航先における性産業と男女関係の形態など）に注目する必要がある。現在、我々は上記に記した3カ国における日本人中・長期滞在者を対象に、従来の KAP 調査に加えて、これらの社会的要因に関する質問表調査を行っている。

東南アジア諸国における
日本人中・長期滞在者のHIV感染リスクに関する研究

伊藤千頭^{1,2} 今津里沙^{1,3} 野内英樹¹ 黒岩宙司¹

¹財団法人結核予防会結核研究所

²東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻国際保健計画学教室

³ロンドン大学熱帯医学公衆衛生院

海外渡航・長期滞在日本人数

	海外渡航邦人数* (出国者)	在留邦人登録者数** (永住者を含む3ヶ月以上滞在者)
アジア	8,481,472	21,2378
北米	5,519,652	37,7223
南米	68,420	9,4310
ヨーロッパ	2,374,845	15,8548
その他地域	1,374,201	68,559
合計	17,818,590	91,1018

引用：外務省海外在留邦人数調査統計および国際観光振興会（JNTO）より編集²
* 2000年（出国カード廃止年） **2003年

HIV感染リスク要因

従来のHIV感染リスク要因

渡航先でのHIV/AIDS発生率・有病率・コンドーム使用率等

国際人口移動特有のHIV感染リスク要因

移動の形態 「セックス・ツーリズム」(宗像 1993)

生活環境の変化・異文化による過度のディストレス (IOM, 2002)

-家族・友人・恋人との離散による「寂しさ」(Anderson, 2003)

-日本社会・会社・コミュニティからの疎外感

(Whyte and Parish, 1984; Wood et al., 2000)

-社会規範からの開放感・逸脱行動 (Konde-Lule, 1991; Akers, 1985)

薬物使用 (Nemoto, 2002)

冒険心・探求心 (Ito and Chunjitkaruna, 1999)

渡航先に対するイメージ (O' Connel Davidson, 1995)

現地性産業へのアクセス

-経済格差、為替相場

3

研究目的

1. 東南アジアにおける中・長期滞在者のHIV感染リスクの同定
 - ・ コンドーム使用率を含む性行動
 - ・ HIV/AIDSに関する知識・意識
2. 国際移動によって発生する特定危険因子の理解
3. HIV/AIDSに関する情報入手経路の同定

4

調査概要

- 対象者
 - ・ 日本国籍
 - ・ 18歳以上～40歳未満
 - ・ 過去5年間に6ヶ月以上滞在
 - ・ 同意書に同意した個人
- 期間
 - ・ 2005年9月～継続中
- 調査地
 - ・ タイ・バンコク
 - ・ シンガポール
- 横断的研究
 - ・ 機縁法質問票調査
 - 個別にIDを発行しインターネット上で回答
 - 街頭募集での自己記入式
 - タイ： 42名
 - シンガポール：29名
 - 計71名
- ・ フォーカス・グループ・ディスカッション (FGD)
 - タイ： 28名
 - シンガポール：17名
 - 計45名

質問票回答者の基本属性

	タイ (n=42)		シンガポール (n=29)	
平均年齢	30.6歳		32.0歳	
性別				
男性	54.5%	(24)	55.2%	(16)
女性	40.9%	(18)	44.8%	(13)
婚姻状態*				
独身	72.7%	(32)	41.4%	(12)
既婚	22.7%	(10)	58.6%	(17)
職業*				
駐在	11.4%	(5)	55.2%	(16)
現地採用	11.4%	(5)	31.0%	(9)
自営業	13.6%	(6)	0%	(0)
学生	36.4%	(16)	3.4%	(1)
その他	22.8%	(10)	10.2%	(3)
今回の滞在期間 (最頻値) *	3～6ヶ月		24～36ヶ月	
HIV以外の性感染症歴	4.5%	(2)	10.3%	(3)
HIV抗体検査歴	15.9%	(7)	41.4%	(12)

*Mann-Whitney検定 p<0.05

渡航前・後におけるセックスの変化

セックスの回数

	タイ (n=42)		シンガポール (n=29)	
増えた	20.5%	(9)	3.4%	(1)
減った	15.9%	(7)	34.5%	(10)
変わらない	50.0%	(22)	44.8%	(13)

セックスの相手の人数

	タイ (n=42)		シンガポール (n=29)	
増えた	22.7%	(10)	13.8%	(4)
減った	0%	(0)	10.3%	(3)
変わらない	10.3%	(3)	65.5%	(19)

7

相手別コンドームの使用頻度

		タイ (n=42)		シンガポール (n=29)	
配偶者 BF/GF	「はい、常に」	34.1%	(15)	3.4%	(1)
	「時々」「いいえ」	45.3%	(19)	20.7%	(6)
セフレ	「はい、常に」	9.1%	(4)	0.0%	(0)
	「時々」「いいえ」	15.9%	(7)	6.8%	(2)
性産業	「はい、常に」	22.7%	(10)	6.9%	(2)
	「時々」「いいえ」	20.5%	(9)	6.9%	(2)
知らない人	「はい、常に」	22.7%	(10)	3.4%	(1)
	「時々」「いいえ」	20.4%	(9)	6.8%	(2)

知識・心理行動変容・情報入手経路

		タイ (n=42)		シンガポール (n=29)		
HIV/AIDSに関する知識の正答率*		60.6%		54.2%		
渡航後の心理・行動変容						
仕事面でのストレスが増えた		9.5%	(9)	20.7%	(6)	
生活面でのストレスが増えた		16.7%	(7)	20.7%	(6)	
寂しさが増した		35.7%	(15)	41.4%	(12)	
開放感が増した		59.6%	(25)	55.2%	(16)	
最も頻度の高かったHIV/AIDSの情報入手方法**	日本で見たテレビ	16.7%	(31)	日本で見たテレビ	21.1%	(19)
	海外でのインターネット	14.0%	(20)	日本で読んだ雑誌	16.7%	(15)
	海外で見たテレビ	11.8%	(22)	海外で見たテレビ	14.4%	(13)
最も頻度の低かったHIV/AIDSの情報入手方法**	海外の検疫所	0.5%	(1)	海外の検疫所	0.0%	(0)
	日本での検疫所	2.2%	(4)	海外での人づて	2.2%	(2)
	海外で読んだ新聞	3.2%	(6)	日本での検疫所	4.4%	(4)
				日本でのインターネット	4.4%	(4)

*回答者の平均正答率

**複数回答

9

フォーカス・グループ・ディスカッション ～タイ～

	男 (20名)	女 (8名)
HIV/AIDSに対する認識の変化	タイ=エイズというイメージが日本にいたときからあり、タイに来て認識自体はそれほど変化していない。	特にタイに来て、エイズを意識したことはない。(駐在員の妻として来た女性は、自分の夫への感染リスクとして、認識するようにはなった)
自分のHIV感染リスクに対する認識の変化	タイ=エイズというイメージがある故、気をつけるようにしている。その反面、「内」と「外」という感覚が強いので、信用する相手とはタイとはいえ特にエイズを意識したことはない。	自分のリスク行動によって、感染する可能性はないが、男性パートナーから移される心配はある。その反面、パートナーとそのような話はあまりしない。 「気をつけてほしい、と思うくらいですね」
HIV/AIDSに関する情報	現地の日本語メディア(フリーペーパー、風俗誌等)での情報には敏感。	男性にもっと教育してほしい。会社にもっとエイズ教育に参加してほしい。

フォーカス・グループ・ディスカッション
～シンガポール～

	男 (10名)	女 (7名)
HIV/AIDSに対する認識の変化	HIV抗体検査が義務化されていることにより、エイズを日本にいるときより身近に感じる。	特に変わらない。 「HIV抗体検査を受けたことも忘れてた。」
自分のHIV感染リスクに対する認識の変化	日本人コミュニティー・国が狭いため人の目が厳しく「悪いこと」はできないし、比較的職業・地位が安定した邦人が多いため逸脱した行為をするものは少ないのではないか。 ただし、隣国には安い風俗あるので足を伸ばせばすぐに行ける・行っている人は多い。	考えたこともない。 「若い学生さんとか、旅行者の方ならあるかもしれないけど、それにしたって、シンガポールで何ができるっていうの？」
HIV/AIDSに関する情報	何かセンセーショナルなおこったときのみ、自発的に情報を得ようとする。 日常的に日本語に飢えているのでどんな情報であれ目には入る。	特に欲しいとは思わないが、情報が新しく、解りやすい言葉で書いてあり、しかも無料で配信されるなら、目を逸すかもしれない。

考察

- HIV感染リスクの同定
 - 意識の程度にかかわらずコンドーム使用率が低い
 - 「ミヤ・ノイ」の慣習
 - 近隣諸国の性産業へのアクセス
- 国際移動によって発生する特定危険因子の理解
 - 量的な相関関係は認められなかった
- HIV/AIDSに関する情報入手経路の同定
 - 現地日本語メディアの重要性

本研究の限界と今後の課題

- 調査方法が無作為抽出法でないため、回答者の属性に様々な偏向があり、調査結果を一般化することが困難
- 現時点では回答者数が少ないのと、「答えたくない」「無回答」が多いため量的分析に限界
- 移動特有要因とHIV感染リスクの因果関係のメカニズムの解明
- 移動人口に対する効果的なコミュニケーション・チャンネルの特定

13

文献引用

- Akers, R.L. 1985. *Deviant Behavior: A Social Learning Approach*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Anderson, A., Z. Qingsi, X. Hua, and B. Jianfeng. 2003. "China's Floating Population and the Potential for HIV Transmission: A Social-Behavioural Perspective," *AIDS Care* 15(2):177-185.
- International Organization for Migration. 2002. "Labour Migration and HIV/AIDS in Southern Africa"
- Ito, C. Chuntjkaruna, P., 2001. "Overview of Thai Migrant Workers in Japan" in *Thai Migrant Workers in East and Southeast Asia: Conductions in Destination Country, Vol 1*, pp7-64, Asian Research Center for Migration (ARCM), Institute of Asian Studies, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand
- Konde-Lule, J. 1991. "The Effects of Urbanization on the Spread of AIDS in Africa," *African Urban Quarterly* 6(1&2):13-18.
- Whyte, M.K. and W.L. Parish. 1984. *Urban Life in Contemporary China*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Wood, E., K. Chan, J.S. Montaner, M.T. Schechter, M. Tyndall, M.V. O' Shaughnessy, and R.S. Hogg. 2000. "The End of the Line: Has Rapid Transit Contributed to the Spatial Diffusion of HIV in One of Canada's Largest Metropolitan Areas?" *Social Science and Medicine* 51(5):741-748.
- Nemoto, T., Yokota, F., Hanafusa, K., & Wada, K. 2002. HIV-related risk behaviors among Japanese tourists in the Khaosan Road area, Bangkok, Thailand. *ADIS and Behavior*, 6, 245- 253.
- 宗像 恒次編 『エイズと売買春レポート』 1993 日本評論社

14

謝辞

本研究は、厚生労働科学エイズ対策研究石川班「アジア太平洋地域における国際人口移動から見た危機管理としてのHIV等感染症対策に関する研究」(平成15-17年度)とその推進事業(財団法人エイズ予防財団管轄:外国の研究機関等への委託事業)にて実施されました。

アフリカの HIV/AIDS 高蔓延地域と人口移動・文化背景に関する研究

分担研究者

沢崎 康（エイズ予防財団国際協力部主任 現：タイ国在住）

研究要旨

本研究では、世界的に見ても HIV/AIDS の感染者・患者が多い南部アフリカを中心に、エイズの流行の疫学的状況と、人口移動の観点からみた感染拡大の過程とその背景にある文化背景を分析することとした。南部アフリカの多くの国は成人の HIV は数人に一人という高い感染率で、その背景に内戦の終了やアパルトヘイトの終了などの社会的変化や経済的交流の活発化により人口の移動が起き、それに伴って HIV も広がっていたことが考えられる。そうした中でザンビアなどでは、国境地帯を中心にいわゆる「ハイリスク」といわれる人々への介入サービスなど始まっていた。

A. 背景と目的

2003 年末現在の UNAIDS、WHO の発表によると、世界の HIV 感染者は 4000 万人といわれているが、その 3 分の 2 の約 2660 万人がサハラ以南のアフリカに集中している。さらにそのサハラ以南のアフリカの中でも南部アフリカは HIV の感染率が最も高く、成人のほぼ 5 人に 1 人が感染という状況である。その原因のひとつとして、1994 年に南アフリカの アパルトヘイトが終わり、南アフリカを中心とした経済的交流の活発化、人の移動などが原因で HIV 感染も急速に広まったと考えられる。

そこで本研究では、南部アフリカのエイズの流行の推移と、人口移動の観点からみた感染拡大の過程とその背景にある文化背景を分析することとした。

B. 研究方法

まず南部アフリカの流行の状況をレビューしたあと、南部アフリカの内陸国で周辺を 7 カ国に囲まれているザンビアを事例にとりあげ、現地調査と文献収集、関係者のインタビューなどを中心に分析を行った。

C. 結果と考察

(1) 南部アフリカの疫学的状況

南アフリカ共和国では、2002 年のサーベイランス・データによると、妊婦の HIV 陽性率 2000 年～2002 年には 25%といわれている。南ア共和国における最新の全国調査によれば、2002 年末現在の HIV 感染者は 530 万人と推定されている。

南ア共和国と隣接するスワジランド、ボツワナの HIV 陽性率は 39%といわれている。ナミビアの産科診療所サイトの HIV 陽性率は 2002 年 23%を越え、レソトの最新データ(2003 年に収集)によれ

ば、産科診療所受診者の HIV 陽性率の中央値は 30%である。

ジンバブエで今年発表された数字は、国内の成人の HIV 陽性率は 2001 年末の 34%から 25%に低下し、ジンバブエの流行拡大は抑えられつつあると解釈されているが、実態はそう単純ではないようである。

モザンビークでは、妊婦の HIV 陽性率の中央値は、北部で 8%、中央部で 15%、南部で 17%と幅がある。36 のサイトの産科診療所受診者の HIV 陽性率の中央値は 14%で、マボテの産科診療所の受診者の陽性率が 36%と最も高い。

アンゴラは 40 年にわたる戦争が終わり、大規模な人口移動が起こっている。何百万人もの人々が強制的に追いやられた場所を離れることができるようになり、国内及び国境をまたぐ貿易が再開され、約 45 万人の難民が(その多くは HIV 陽性率の高い近隣諸国から)帰国している。

このように人口移動と人々の交流は、南部地域のアフリカの流行爆発の原因となっており、その対策が急がれている。

(2) ザンビアの事例

今回ここではザンビアで国境を移動する人々と HIV/AIDS についての対策プロジェクトのモニタリングと評価し調査をする機会を得たので、事例としてザンビアを詳細にとりあげた。

(2) -1 ザンビアの概況

ザンビアは、アフリカ南部の内陸国で、1964 年に独立した国である。国土の面積は 74 万平方キロと日本の約 2 倍で、北はコンゴ共和国に、北東がタンザニアに、東はマラウイ、東南はモザンビーク、南がジンバブエと一部ナミビアに、そして

西がアンゴラに接している。人口は 1000 万人、そのうち首都ルサカに 100 万人住んでおり、また他の人口も北東部のかつての銅産出地のコパベルト地域に多くが住んでおり、広い国土の多くは、人口密度が低い大地が広がっている。かつてこの国では、コンゴ共和国に近いところで銅が取れたが、1970 年代になり銅価格の下落により生産力も落ち、対外債務の増大が増大した。平均国民所得は 290 ドル（約 3 万円）とも言われ、世界でも最貧国のひとつと言われている。

(2) -2 エイズの状況

ザンビアのエイズの概況として、現時点で最新のデータとして、2001-2002 年に行われた人口抽出調査 (Demographic and Health Survey=DHS) がある。それによると、15-49 歳の人口の 15.6% が HIV 感染しており、首都ルサカでは 22.0% と言われている。

また男女別で見ると、女性が 17.8%、男性が 12.9% で、女性の感染率が高く、また都市部で 23.1% 農村部で 10.8% と都市部が農村部の感染率の倍以上である。年代別に見ると、女性のピークは 30 歳代前半で 29.4%、男性は 30 歳代後半で 22.4% である。

感染経路でみると 8-9 割が性行為感染で、そのほとんどが異性間による感染と見られている。残りの 1-2 割が母子感染で、1-2% が輸血や医療事故による感染と言われている。

(2) -3 文化背景

ザンビア保健省が 2001 年に発表した HIV 感染が広まった理由の公式見解などをもとに今回その感染拡大の要因の挙げると以下ようになる。

1. もともと性病が多い (ある都市部での梅毒感染者; 男性の 11.3%、女性の 14.0%)、性産業従事女性の 3 人に 2 人は性病を持っている)
2. 複数の性行為関係 (一夫多妻制の風習も行われている)
3. コンドーム使用率が低いこと。(2001-2 年の調査では、女性 10.3%、男性 19.4%)
4. 男性の割礼率の低さ (周辺国では割礼が多い)
5. 多くの人が貧困と健康状態が低いこと
6. 女性の地位の低さ
7. 都市化と移動率の高さ (43% が都市部に住み、また鉄道と道路が都市部に沿ってつながっており、人口の移動が容易)
8. 性行為開始年齢の低年齢化 (男女とも 16.3-4 歳で性行為を開始)
9. 因習 (重婚が特に農村部で多い。またドライセックスという膣腔を乾かして行う性行為があり、女性器を傷つけている。)

(2) -4 人口移動と HIV/AIDS

ザンビアでは周囲を 7 カ国に囲まれており、ま

た国境を越えての人の行き来も盛んであることから、こうした人口移動と HIV/AIDS に対しエイズ予防介入や対策も行われている。

その中でザンビア 7ヶ所のサイト (南部のジンバブエ国境近くでは、チルンド、リビングストーンとカズングラ、北のコンゴ国境ではカスンバレサ、北東のタンザニア国境のナコンデ、東側のモザンビーク国境ではカテテ、そして国境沿いではないが、交通の要所のカピリ・ムボシ) で、国境を通過する長距離トラック運転手と、その国境の町で性産業に従事する女性 (CSW) を対象に、具体的には

- (1) 性感染症治療サービスの実施
- (2) 行動変容のための啓発活動
- (3) コンドーム使用の促進

をおこなっているプロジェクトがある。

ザンビアの首都ルサカの南 140 キロほど行ったザンベジ川をはさんでジンバブエとの国境の町のチルンドという街では、一日に 70-100 台のトラックが通過する。実際には通関に時間がかかり約 60 台のトラックが 1-2 日足止めされるという。そこで国境の町では両外相のほかに、こうしたトラック運転手の休憩場所を相手に、売春が行われており、チルンドでは約 250-300 名の生産業従事者 (CSW) がいると言われている。ここでの HIV 感染率はザンビアの平均を大きく上回っている。

そこで、この地域の CSW とその顧客である長距離トラック運転手などに、性感染症治療薬の提供やコンドームの使用の普及、行動変容の取り組みなどがなされている。

D. 考察

この現場も含めこうした取り組みのモニタリングを行い評価をすると次のようであった。

(1) CSW や長距離トラック運転手などに対するサービスはコミュニティーに根ざした日ごらの活動や信頼関係がなければできないこと

(2) その評価は、行ったサービスのみならず、長期的な視点での評価が必要なこと。たとえばその地域での感染率の減少や、コンドームの使用率の上昇、人々のエイズ予防の知識の上昇など、介入の効果が期待されている。

またこうした国境地帯での「売春」といっても、多くの女性は定期的にやってくる「夫」という捕らえ方もでき、人々の社会的状況やそれに合った生活スタイルという視点でみると、必ずしも我々が言う「性風俗産業」ともとらえられないともいえる。

E. 結論

最終的にはこれらの人々が経済的な困難を脱し、特に女性が自立した生活基盤が確保されてこ

そそうした状況はなくなると思われる。しかしそうした経済的発展の過程で人口の移動が活発になり、HIV 感染拡大のリスクが伴ってくるのが避けて通れない課題である。特にこうしたアフリカ南部の HIV 高蔓延地域では人々への積極的な予防への働きかけが今後も継続し強化されることが望まれる。

F. 健康危険情報

特になし。

F. 知的所有権の出願・取得状況

特になし。

G. 研究発表

1. 学会発表

島尾忠雄、丸井英二、鎌倉光宏、石川信克、沢崎康、橋本幹雄：HIV 感染症に関する研究 - 世界の AIDS の流行格差の要因の分析 第 17 回日本エイズ学会 (演題 066)、2003 年 11 月、神戸

危機管理政策の社会的要因に関する研究

分担研究者

野内英樹（結核予防会結核研究所研究部主任研究員 現：研究部リサーチフェロー）

研究協力者

今津里沙（結核予防会結核研究所 リサーチフェロー）

研究要旨

西欧諸国やアジア太平洋地域における先進国のエイズ、結核等感染症の移民対策をふまえた危機管理政策に関する研究の第一歩として、シンガポールにおける HIV 感染症と数章急性呼吸器症候群（以下 SARS）対策を質的に分析した。シンガポールは国をあげて衛生状態の維持向上に務めており、東南アジア諸国の中では感染症の罹患率は低いといえる。しかし、政策内容も感染症によって大きく違ってくる。もちろん、感染症の疫学的、医学的も政策に左右してくる。しかし、それ以前に、感染症対策はあくまで政治のひとつであるということ、我々は忘れてはならない。従って政策にはその国独特の政治経済的、また社会、文化的な背景も関わってくる。本研究では、シンガポールにおける感染症対策を質的に分析することによって、それを左右する社会的な要因について研究を行った。

A. 研究目的

感染症流行は確実にグローバル化している。1970年代半ばから始まった HIV 感染症流行に関しては、2002 年末には 4,200 万人の HIV 感染者（生存 AIDS 患者を含む）が報告されている。また、近年アジアを中心に流行した SARS や、現在も流行拡大が懸念されている鳥インフルエンザなども驚くべき速さで感染が広がっていった。このような状況に鑑みて感染症対策には少なくともある程度の地域、国際協力が必須であると言える。従って他国や他地域における独自の感染症に対する理解を把握することは重要であると考えられる。

シンガポールは国をあげて衛生状態の維持向上に努めており、その徹底した感染症対策は研究の対象に値するものと思われる。本研究ではシンガポールにおける HIV 感染症対策と重症急性呼吸器症候群（以下 SARS）対策を質的に分析することによって、感染症対策を左右する社会的な要因について調査することを目的とした。感染症政策を単純にレビューするだけでなく、質的に分析することによって、ある特定の社会における感染症の政治経済的、そして社会的な意味を浮き彫りにし、感染症および感染症政策に対してより理解を深めることができたと思われる。また、そうすることによって、シンガポールにおける感染症対策の多諸国への応用性の適切な検討が可能とな

り、地域、そして国際協力をより円滑にする努力に貢献できたと考える。

B. 研究方法

方法としては両感染症に関する政策関連文書などのテキスト・データを収集し、政策のレビューを行い、政策の構造的な実態について検討した。しかし、シンガポールでは、政策に関する報告書や備忘録は一般に公表されていない。このような事情もあり、シンガポール政府の HIV 感染症や SARS に対する方針や政策方向が伺われることから、以下の資料を選び分析した。

- “State of Health Report”
- “Annual Report”
- “Communicable Disease Surveillance Report”
- “Press Releases”

報道発表は保健省ホームページから研究者のメールアドレスに送信されてくるものであり、他の報告書はシンガポール国立図書館および保健省の管下にある公的機関の Health Promotion Board 内にある、情報センターにて入手した。また、SARS に関しては政府が運営している SARS 情報サイト (<http://www.sars.gov.sg/>) や、個人的関係を通じて得た政府広報なども参考にした。次に、政策関係者と半構成的インタビュー（Semi-Structured Interview）を行い、それらを書き起こしたものと、上に挙げたテキスト・データを、ディスコース・アナリシスを活用し、質的に分析した。インタビュー対象者はいずれも政府レベルでの政策関係者（00 名）であったが、倫理的な考慮から全員、匿名とした。

ディスコース・アナリシスとはカルチャー研究のイギリス学派から開発された、主にテキスト・データを質的に分析する方法である^{1,2,3}。公衆衛生学分野にディスコース・アナリシスが紹介されたのは90年代前半と比較的最近の事だが、西ヨーロッパ諸国、オーストラリア並びに途上国で、特に保健教育政策分野における研究者の間で注目を浴びている^{4,5}。

C. 研究結果

まず、先に述べた政策報告書等のテキスト・データを分析してみた結果、HIV感染症対策とSARS対策には二つの共通点があることが、明らかになった。一つ目には、HIV感染症、SARS、とともに、個別の対策委員会が政府レベルにおいて設置されており、感染症対策において、政府は非常に強固な中央集権体制をとっていることである。HIV感染症に関してはエイズ・タスク・フォースが、SARSにはSARSタスク・フォースという閣僚委員会が設置されており、それらは疫学、医学、公衆衛生学分野等からの専門家によって構成されている。

2つ目には、感染症対策が法的なバックアップによって強化されていることである。

感染症対策を強化する法律の例として、感染症に関する法令と出入国に関する法令を挙げられる。感染症に関する法令は保健省と環境省によって摘要され、その法に基づいて届出制度、情報収集制度、対人規制などが定められている。出入国に関する法令に沿っては、例えば、シンガポール政府は2000年3月から永住許可証や雇用許可証、配偶者許可証などを申請する外国人で、同国に6ヶ月以上の滞在を予定しているものに対しHIV感染検査並びに胸部レントゲン検査の結果を記載した健康診断書の提出を義務付けている。結核またはHIVに感染している事が判明した場合、許可証は発給されず、また今後の入国も許可しない、という厳しい処置をとっている。

しかし、両感染症政策をより詳しく分析してみると、構造的な共通点は見られるものの、政策内容的には大きく異なっていることが伺われた。その違いとは、シンガポール政府の対応の性質にあった。言い換えれば、SARS流行の際には、シンガポール政府は積極的な介入を果たし、また、「SARS最前線」において先頭をきって対処している姿勢をアピールしていたのに対して、HIV感染症においてはその存在を最小限でしか表していないということである。

なぜここまで政府の対応が違ってくるのか、政策関連文書等のテキスト・データ並びに半構成的インタビューを書き起こしたデータをさらに質的に分析した結果、シンガポールの政府のSARS対策とHIV対策の違いは、誰が影響されるか、と

いう政府の認識によって大きく左右されていたことが判明した。

例えばSARS関連文書にはSARSに影響される者は「シンガポール国民」、「我々」等と表現されていることが多い。また、SARS政策に関する文面には「戦前」、「戦略」、「敵」、「兵士」などの戦争用語が頻繁に使われているのが目立つ(BOX 1 参照)。戦争は国家危機である。従ってSARSを戦争に例えることによって、年齢や性別を問わず、誰もが影響される問題であることを強調する意図が伺われる。予防教育の内容も、「シンガポール国民として果たすべき義務」や、「皆、協力しあって、SARSを制圧しよう」などと、シンガポール国民を対象に呼びかけているものが多い。このようなデータから、シンガポール政府は、SARSはシンガポール社会、シンガポール国に対する脅威であると認識したからこそ、全国民に使命感や義務感を生じさせ、協力を請っていたことが示唆された。

しかしHIV感染症対策に関する文面からは、HIV感染症はシンガポール社会に対する脅威だと表現されていた事例が発見できていない。さらに、インタビューした政策関係者の中には、HIV感染症はシンガポールにとっては問題ではない、とはっきりと宣言する者もいた(BOX 2 参照)。また、SARS対策には政府と国民との協力体制が必要であると強調されていたのに比べ、HIV感染症は政府が指揮をとり、国を挙げて取り組むべき問題ではなく、むしろ個人問題だと認識されていることが伺われる文面もあった。

D. 考察

SARS流行と比較してHIV感染症蔓延の方が圧倒的に疾病負担は大きく、人口や経済を含めた長期的な社会全体に対する負担も大きいはずであるからである。それでは、なぜHIV感染症対策ではSARS対策であったようなシンガポール政府の積極的な活動が見られないのだろうか。もちろん、SARS関連コロナウイルスは感染率が高く、潜伏期間が短かったため、短期間に感染者数が急増倍し、またそれが各メディアによって大々的に報道されたが、HIVは感染率が低く、潜伏期間が長いため実際のHIV感染およびAIDSの広がりはいずれも表面化しないことが、一つの理由として挙げられる。しかし、もう一つの理由として次のことが推測される。SARS感染のリスクのある者は医師や看護師、付き添い人、家族などと社会における「どこにでもいる一般人」であった。しかも、SARS患者は「SARSに対する戦争において最前線で戦っている勇者」として取り上げられることが多かった。それに比べ、HIV感染者またはAIDS患者はいずれも同性愛者、あるいは複数交際相手がいる者など、「自らの意思によって」「規律正しいシンガポール社会」から逸脱したと者と見られることが多い。