

平成 21 年 3 月 31 日現在

研究種目：基盤研究 (B)	
研究期間：2005～2008	
課題番号：17406021	
研究課題名 (和文)	エイズ遺児のケアに関するソーシャルネットワークと公的セクターの役割に関する研究
研究課題名 (英文)	Social network and role of public sector related to care for AIDS orphans.
研究代表者	松山 章子 (MATSUYAMA AKIKO) 長崎大学・国際連携研究戦略本部・准教授 研究者番号：70404233

研究成果の概要：タイ、タンザニアの事例からエイズ遺児の置かれた経済的、(教育状況などを
含む) 社会的、心理的状況は、従来、途上国の有する大家族制度によるサポートシステムへの
依存だけでは支えきれない状況が明らかになった。遺児の養育者として大きな役割を担う祖父
母の高齢化 (タイでは遺児の成長とともに経済的負担も増加)、大家族、コミュニティー相互扶助
システムの崩壊 (タンザニア)、経済危機などが拍車をかけているようである。

交付額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2005年度	3,200,000	0	3,200,000
2006年度	2,600,000	0	2,600,000
2007年度	2,600,000	780,000	3,380,000
2008年度	2,900,000	870,000	3,770,000
年度			
総計	11,300,000	1,650,000	12,950,000

研究分野：社会医学

科研費の分科・細目：公衆衛生学・健康科学

キーワード：エイズ、エイズ遺児、ソーシャルネットワーク

1. 研究開始当初の背景

エイズによって片親または両親を失った 18 歳未満の遺児は世界で急増しており、2003 年には 1500 万人、2010 年には 2100 万人にのぼると推定されている。これらに対する社会的・経済的・精神的ケアとその支援の重要性は認識されながらも、未だ家族や親戚に負担が集中し、時に地域や NGO を含む市民社会、そして海外援助により支援されているが実情である。この状況は、国の HIV・エイズの流行状況、経済レベル、社会経済状況、伝統

社会や地域の連帯・協力体制などによって異なるが、今後の世界的なエイズ遺児数の急増を考えると、家族・親戚、地域、NGO を含む社会の支援体制、すなわちソーシャルネットワークの拡充とともに、公的セクターによるケアと支援体制の整備が喫緊の課題といえる。特にタイは 2005 年までに 22 万人以上のエイズ遺児を抱えると予測され、アジアでも遺児の多い国である。当初は偏見・差別により家族や親戚だけに負担が集中していたが、次第に地域や NGO を含むソーシャルネッ

トワークが構築され、公的セクターもそのケアと支援への体制を強化しているところである。これまで100%コンドームを含むエイズ対策により新規感染を激減させてきたタイは、HIV・エイズ対策の成功国と呼ばれてきたが、エイズ遺児のソーシャルネットワークのあり方、公的セクターの支援のあり方についても、社会的文化的に類似点が多く、今後エイズ遺児が増えていくと考えられる周辺のマコン流域国に重要な示唆を与えるものと考えられる。また、タンザニアでは、現在労働人口の約10%がHIV陽性で、世界で最もHIV・エイズ流行の深刻な国の一つである。現在約110万人のエイズ遺児がおり、その数は2005年までには200万人に達すると推測されている。この国でも様々な面でNGOを含むソーシャルネットワークがエイズ遺児のケアと支援を行っているが、そのニーズを十分にカバーすることができず、公的セクターの役割が求められている。タンザニアはサブ・サハラ・アフリカの中でも、保健セクター改革、セクタープログラムによる援助強調などが進んでいる国で、エイズ孤児を含めたHIV・エイズ値浅くの動向も周辺の国々に多くの示唆を与えると考えられる。

2. 研究の目的

本研究は、タンザニアとタイの2ヶ国において、エイズで片親または両親を失った遺児のケアと支援に関するソーシャルネットワークを分析し、それによってカバーできない部分に対して公的セクターがいかなる役割を果たすべきかを検討することを目的としている。具体的な目的は以下の3つである。

- (1) HIV陽性及び陰性のエイズ遺児の身体、精神、社会、経済面でのニーズを明らかにする。
- (2) 家族、親戚、地域、市民社会のソーシャルネットワークを通じたケアと支援の現状を分析する。
- (3) これらのニーズと実際にソーシャルネットワークを通じて提供できるケアと支援のギャップを分析し、公的セクターの役割について検討する。

3. 研究の方法

(1)タンザニア、(2)タイ、ランパン、(3)タイ、チェンマイにおいてそれぞれの調査体制が異なることから、最終的には総合的観点から比較分析、考察ができることを考慮しつつも、各地域で独自の調査研究デザインを行っており、下記にそれぞれの方法を記載する。

(1) タンザニア

Ifakara Health Research and Development Centre (IHRDC)が実施しているDSS (Demographic Surveillance System) 対象地域 (南部 Morogoro 地域、

Kilombero 及び Ulanga 地区) において、質的及び量的調査手法を組み合わせる横断的調査 (世帯訪問サーベイ) を実施した。まず、半構造的インタビューとフォーカス・グループ・ディスカッションを行い、続いてDSSでエイズ遺児(7~17歳)が特定されている162世帯を含む400世帯を訪問し、アンケートによる聞き取りを行った。

(2) タイ、ランパン

調査実施時期は大別すると2001年5月/2001年11月~2002年3月の第一期と2005年11月~2006年6月の第二期の2回である。第一期は、HIVの親がいる424世帯496人の0~19歳の子どもと養育者を対象に非構造 (自由記載) アンケートと構造的アンケートによる聞き取りを実施、第二期は第一期で対象とした世帯を訪問して、まだ生存している416人の子どもとその養育者に対し同様の手法で調査を実施した。

(3) タイ、チェンマイ

2007年8月から2008年2月にかけて、チェンマイ、サンサイ地区において横断調査を実施した。対象世帯はサンサイ公衆衛生事務所が作成した親 (片親あるいは両親が) HIVに罹っているあるいはエイズで死亡した家族(HIV家族)の6歳から18歳 (実際主な分析対象としたのは10歳以上) の子どもと、同一地域でマッチングした世帯の子ども (非HIV家族)、及びそれぞれのグループの子どもの養育者である。HIV家族数202世帯、非HIV家族198世帯、10歳以上の子ども数は各グループ178人と175人、養育者は各グループ202人と198人であった。データは、アンケートによる聞き取りとインタビュー (ガイドを使用する自由記載) を使って収集した。

4. 研究成果

以下に(1)タンザニアとタイの(2)ランパン、(3)チェンマイ、の3地域のそれぞれの主な調査結果と3地域を比較考察し、提言をまとめる。

(1) タンザニア Kilombero 及び Ulanga 地区におけるエイズ遺児の状況

質的調査 (フォーカス・グループ・ディスカッション: FGD) から得た情報では、エイズ遺児は様々な生活上の困難や限られた社会的ニーズへのアクセスやスティグマなどに直面している。しかし、アンケートによって収集されたデータを量的分析した結果では、エイズ遺児とそうでない子ども (両親がそろっている) には、食料事情 (日に何度食事ができるか)、就学状況、健康状況、医療サービスへのアクセス、HIV・エイズに関する知識という事項において、ほとんどの事項で統計上有意な差は出なかった。統計上有意な差が出たのは、①養育者のタイプ (遺児は遺児でない子どもに比べて、母親あるいは兄

弟が主な保護者となっている割合が高い)、②より多くの遺児が遺児ではない子どもより自分が HIV に感染するリスクがあると思っている、③遺児も、遺児ではない子どもも保護者と親密な関係だと感じているにもかかわらず、遺児のほうに「より幸せではない」と感じている傾向がある、④遺児のほうが遺児でない子どもと比べてコミュニティからの(全般的)支援を受けていると感じている割合が低いことなどである。

様々な先行研究が調査地域としているエイズ遺児の子どもの割合が高い地域と異なり、本調査地域では、未だエイズ遺児の割合が2%以下である。そのため、エイズ遺児のほとんどは大家族システムの中で養育されており、問題は統計上有意な形で示されないが、遺児がいる家庭は、地域の中で、SES(社会経済的地位)が低い層に属する傾向があることも無視できない。近年益々顕著になる貧困化の中で、上記のようなリスク認識、情緒的満足度、コミュニティのサポートへの満足度の差異は今後拡大する可能性がある。また、他の調査研究や本研究の質的データ(FGD)から総合的に考察すると、エイズ遺児の栄養状態の悪化、遺児にとって必須の食料調達など生存のための労働による就学の機会の喪失、遺児(特に女兒)に対するレイプの発生などが、現在アフリカの社会が経験している大家族制やコミュニティ内の相互扶助システムの崩壊と相まって切実な問題となるであろうことが示唆される。

(2) タイ、ランパン

2000/2003年に HIV に感染した親を持つ子供496名とその養育者を対象にした調査及び2005/2006年の追跡調査(413名)の結果、追跡できたエイズ遺児の割合が27%から45%へ増加した。この5年の間に、遺児の養育者として祖父母以外の養育者の保護下にいたものも増えた。何らかの公的/私的支援を受けた子どもの割合は45.6%から62.3%へ増加した。

2000年、2006年ともに両親ともに生存している場合あるいは母親のみが生存している場合、子どもの養育者の平均年齢は若く(30代が中心)、両親ともに亡くなっているあるいは父親だけが生存している場合は、養育者の平均年齢は高齢である(60歳以上が最も多い)ことから、父親がなくなり母親が生きている場合は母親が子どもの養育者である場合が多いが、母親が亡くなると例え父親が生きても祖父母が養育者となるケースが多いことを示唆している。これはタイの子どものケア(養育)に母方の家族が深く関わるが父親のそれはさほど関わらない状況と合致している。またこれをさらに「誰が実際に財政的に支えているか」というデータを見ると、両親ともに生きている場合、最も割

合が高かったのが「母親」(2000年60.4%、2006年44.4%)、父親が亡くなっている場合、最も割合が高いのは「母親」(2000年75.0%、2006年72.9%)、両親ともに亡くなっている場合及び母親が亡くなっている場合は、最も割合が高いのが「母方の祖父母」であり、それぞれ2000年46.3%(2006年42.3%)、2000年43.9%(2006年42.1%)であった。

さらにこの経済状況の詳細を見てみると、世帯の経済状況を①収入ゼロ、②2999バーツまで、③3000バーツ以上のカテゴリーに分けると、2000年には祖父母以外の人も同居している場合は、最も多かった(67.9%)のが③、2番目に多かった(30.8%)が②、祖父母のみと同居している場合最も多かった(53.3%)のが②、2番目に多かった(43.8%)が③であった。一方2006年には、祖父母以外の人も同居している場合最も多かった(51.1%)のが②、次(42.2%)が③、祖父母のみ同居している場合、最も多かった(55.9%)のが②、次(26.6%)が①となった。全体的に経済状況が悪化していることと、特に祖父母が主な養育者となっている場合、収入が全くない人が激増していることが大きな特徴といえる。さらに、生活費(支出)をみると、2000年に比べて相対的に2006年のほうが増加している。全年齢層で支出が増加していることから、子どもが成長して様々なニーズを満たすため生活費、教育費などが上昇していること以外にも、タイ経済全体として支出が増加していることを反映していると思われる。子どもの成長に伴い支出が増える一方、養育者として重要な役割を果たしている祖父母は高齢化が進み、収入は減るというジレンマがある。

2000年と比べると何からの(私的、公的)支援を受けている人の割合は増えているが、ほとんどの養育者がスカラシップ(教育費)と生活費が問題であると回答している。

スティグマに関しては、統計上有意な差は見られなかった。質的データ(ソーシャルワーカーや患者とその家族へのインタビュー)からも、タイにおいては現在 HIV 陽性者、エイズ患者に対する治療(ARV)プログラムの整備が進んだことにより、偏見(スティグマ)や人々の差別的態度などが緩和している印象がある。ただし、未だ、子どもが HIV に罹っていることを本人に告げることが出来ない親からの相談を受けるケースがソーシャルワーカーから報告されており、大人が治療を受けることで仕事を継続できることなどから偏見、差別を乗り越えることが出来るようになった状況と、子どものケースとは違いがある可能性もある。昔に比べれば減ったとはいえ、一概に HIV に対する差別、偏見が「問題ではない」結論づけるのは難しい。また、下記に述べるチェンマイの状況からも、

エイズ遺児が抱える差別、偏見、情緒的問題は慎重に考察する必要がある。

(3) タイ、チェンマイ Sanai 地区

調査対象となった HIV 家族の子どもは 178 人と非 HIV 家族の子ども 175 人であった。HIV 家族の子どもの養育者は母親か父親のどちらかが 37.1%、母方の祖父母が 27.4%、父方の祖父母が 18.9%、叔父あるいは叔母が 11.9%であった。

このような状況を反映してか、HIV 家族の子ども達は「困ったことがあるとき、ストレスを感じる時誰に最初に相談しますか」という問いへの回答は、非 HIV 家族の 64.5%が母親と回答したのに比べて、最も多かった(38.5%)が祖父母、ついで友達(20.7%)、母親(20.1%)であった。

精神的・心理的状況に関しては、HIV 家族の子どもと非家族の子どもとでは depression を測定するスケールでは、18.7%の HIV 家族の子どものほうが割合が高い(非 HIV 家族の子どもは 12.0%)が、統計上有意差はなかった(P 値、0.17)。過去 2 ヶ月に自殺の衝動あるいはリスク行動があったかどうかに関しては、3つの指標のうち1つでも該当すると回答した割合では、HIV 家族の子どもほうが非家族の子どもより統計上有意に多かった(P 値 0.01)。

HIV に関する知識では、HIV 家族及び非家族の子どもと、それぞれの養育者において、どれも統計上有意な差がある項目はなかった。しかし、9つの質問項目のうち、「蚊が HIV 感染源である」、「HIV 感染者と一緒に食事をすると HIV が感染する」というような誤解が特に子ども(蚊: HIV 家族 34.5%、非家族 36.6%、食事: HIV 家族 39.5%、非家族 41.7%)の間でかなりの割合を示しており、このような誤った知識が偏見助長に繋がる可能性を示唆している。また、性的交渉を経験(13歳から18歳)と回答した数は8人(男子7人、女子1人)と少なくはあるものの(under-reporting の可能性は高い)、その中身をみると、特に男子の場合最初の性交渉年齢では13歳が3人、14歳が3人と、タイにおける他の調査研究が示す性交渉開始の年齢の低下という結果と類似の傾向を示している。また特にそのうちの1人(男性)は、過去3ヶ月に4人のパートナーと性交渉があるにもかかわらず、コンドームは使用していないと回答している。

HIV 家族の子どもが HIV に関わるスティグマ(差別、偏見)を経験したと回答した割合(置き去りにされているような感情、悪口をいわれた、身体的屈辱のうちどれか一つも該当する)は、10.3%であった。

養育者の生活の質(QOL)に関しては、身体的な状態、心理的な状態、社会的関係、環境の4分野において、環境を除く全てにおい

て、HIV 家族の養育者ほうが、非家族の養育者より統計上有意に状況が悪かった。

多変量解析を行った結果、子どもの自殺への衝動やリスク行動は、HIV 家族か非 HIV 家族かに関わらず「HIV に対する知識」が低いほど高まることがわかった(P 値=0.04)。養育者の生活の質(QOL)に影響を与えている変数は、「収入の低さ」(P 値=0.00)、「過去に何らかの団体から(経済的)支援を受けたことがある」(P 値=0.011)、「HIV を隠す(HIV の親がそのことを子どもに話すべきではないと思う)」(P 値=0.005)であった。

(4) タンザニア、タイ(ランパン)、タイ(チェンマイ)の調査結果の比較と総合的な考察

アフリカとタイの状況は大きく異なるため単純な比較はできない。しかし、アフリカやタイで伝統的に機能していた大家族やコミュニティの相互扶助システムは、近代化や経済不況、圧倒的な貧困の前で必ずしも昔のような役割を果たしていないのが現状かもしれない。それは特にタンザニアで見られるようにアフリカで顕著な傾向があるかもしれないが、本調査だけで結論づけるのは難しい。また、タイのように HIV 感染率が低下し始め、且つ政府の保険も含む保健医療サービスがアフリカに比べ格段に整備されているような国では、公的な HIV 患者の治療が無料で可能となり、母子感染に関する対策も実施され、そのような環境改善に伴い、本調査結果からは HIV・エイズに関する差別と偏見は大きく減少している可能性も示唆される。一方で、このような改善が成人に与える影響と HIV 家族の一員として生きる子どもへの影響は同じものかどうかは未だ疑問がある。

今後遺児が抱える特有の問題の詳細をさらに明らかにするための、子どもに対する調査の困難さを認識した上での研究デザインを精査し、より課題を深く洞察していく必要があると思われる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計1件)

Tsuciya, N., Pathipvanich, P., Yasuda, T., Mukoyama, Y., Rojanawiwat, A., Matsuyabayashi, T., Saeng-arroon, S., Auwanit, W., Matsuyama, A., Sawanpanyalert, P., Ariyoshi, K.
“Demographic, socio-economic, behavioral and clinical factors

predicting virologic failure with generic fixed-dose combination antiretroviral therapy before universal health insurance coverage in northern Thailand”. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health 40(1), 71-82, 2009, (査読有)

〔学会発表〕(計2件)

(1) 依田 健志、“タイ中央部におけるエイズ遺児のケアシステムとサポート体制 (ポスター発表)”、第49回日本熱帯医学大会・第23回日本国際保健医療学会学術大会合同大会2008年、2008年10月25-26日、東京都 国立国際医療センター

(2) Takeshi Yoda, “Comparative study about take care systems of AIDS orphans and vulnerable children in Thailand and Tanzania (poster presentation)”, Joint International Tropical Medicine Meeting 2008, October 13-14, 2008, Imperial Queen’s park hotel, Bangkok, Thailand

6. 研究組織

(1) 研究代表者

①平成17年度

國井 修 (Kunii Osamu)
長崎大学・熱帯医学研究所・教授
研究者番号：30265243

②平成17～19年度

徳永 瑞子 (Tokunaga Mizuko)
長崎大学・医学部・教授
研究者番号：10363475

③平成19年度

門司 和彦 (Moji Kazuhiko)
長崎大学・熱帯医学研究所・教授
研究者番号：80166321

④平成19～20年度

松山 章子 (Matsuyama Akiko)
長崎大学・国際連携研究戦略本部・准教授
研究者番号：70404233

(2) 研究分担者

①平成17年度

有吉 紅也 (Ariyoshi Koya)
国立感染症研究所・エイズ研究センター・主任研究員
研究者番号：30311400

徳永 瑞子 (Tokunaga Mizuko)
長崎大学・医学部・教授
研究者番号：10363475

門司 和彦 (Moji Kazuhiko)
長崎大学・熱帯医学研究所・教授
研究者番号：80166321

②平成17～19年度

有吉 紅也 (Ariyoshi Koya)
長崎大学・熱帯医学研究所・教授
研究者番号：30311400

門司 和彦 (Moji Kazuhiko)
長崎大学・熱帯医学研究所・教授
研究者番号：80166321

松山 章子 (Matsuyama Akiko)
長崎大学・国際連携研究戦略本部・助教授
研究者番号：70404233

③平成19年度

有吉 紅也 (Ariyoshi Koya)
長崎大学・熱帯医学研究所・教授
研究者番号：30311400

松山 章子 (Matsuyama Akiko)
長崎大学・国際連携研究戦略本部・助教授
研究者番号：70404233

④平成19～20年度

有吉 紅也 (Ariyoshi Koya)
長崎大学・熱帯医学研究所・教授
研究者番号：30311400

溝田 勉 (Mizota Tsutomu)
長崎大学・熱帯医学研究所・教授
研究者番号：60229721

依田 健志 (Yoda Takeshi)
長崎大学・熱帯医学研究所・助教
研究者番号：40457528

(3) 連携研究者

—