

## タイ北部における山岳民族のエイズに関する知識と危険行動

オオモリ 大森  
キヌコ 絹子\*

将来におけるエイズ教育とケアプログラム導入目的のために、1996年3月から5月までタイ北部において、年齢17歳から39歳のモン族281人、ミェン族240人、ラー族210人の山岳民族を対象として、エイズ、性感染症（STDs）とコンドームに対する知識、信念、態度、性行動等に関する調査を行った。モン族とミェン族の人々の間では、男女ともに婚前の性行為と既婚男性の妻以外との性行為は文化特性の中で広く許容されていた。ラー族のフリーセックスに対する文化的許容度は低かったが、実際には婚前、婚外の性行為は、モン族の男性の婚外交渉を除いて、他の2グループよりも高かった。3グループとも多くの男性はコンドームについて知っていたが、コンドームを実際使用することに関しては、自然でない、という理由で好まれていなかった。ラー族は3グループの中で最も低学歴で、識字率も低く、家族収入も最も低かった。加えて、ラー族は3グループの中でエイズとSTDの知識が最も低く、危険行動が最も高かった。ミェン族は最も高学歴で、識字率も高く、家族収入も最も高く、エイズとSTDに関する知識も高かったにもかかわらず、性行動はリスクの高いものであった。ラー族とミェン族における山岳民族の低地への移住が増加するとともに、性産業従事者を含めた季節もしくは終身賃金労働者として働く傾向も増えつつある。モン族は、都市への移住労働者の数としては最も少なかった。結果から、特殊な社会文化的背景を考慮した上での山岳民族に対するエイズの啓発と教育をしていく必要性が示唆された。

**Key words** : エイズ, タイ北部, 山岳民族, 危険行動

### I 緒 言

タイのHIV（ヒト免疫不全ウィルス）感染の流行は、同国内で最も急速に進展してきた公衆衛生問題であると同時に、社会経済状態にも少なからず悪影響を及ぼしてきた<sup>1-4)</sup>。1984年に最初のエイズ患者が報告されて後、1998年4月末時点で、86,210人のエイズ患者とタイ国内の成人人口の2.3%にあたる推定80万人のHIV感染者が報告されている<sup>5,6)</sup>。

タイは日本の約1.4倍の国土を有し、人口は約6,000万人である。大きく北部、中部、南部、北東部の4地域に分けられているが、エイズ流行に関しては、タイ総人口のわずか10%に満たない北部6県でタイ全体のエイズ患者の50%を占めている<sup>5,7)</sup>。人口密度の低い北部にエイズ患者が集中

している大きな要因として、タイ北部とミャンマー、ラオスならびに中国南部の国境接地帯であるゴールデン・トライアングル（黄金の三角地帯）を結んだ麻薬（特にヘロインやアヘン）と売買春ルートが、最も危険なHIV感染ルートになっていることが考えられている<sup>8-11)</sup>。

山と渓谷に囲まれたタイ北部の人口は主として、タイ人と約60万人の山岳民族グループによって構成されている<sup>12)</sup>。近年、タイ政府が近代化政策の一環として行った道路の整備や拡張工事により、山岳地帯と低地帯との時間的距離は縮まった。その結果、山岳民族をターゲットにした観光ビジネスによる貨幣経済の流入が盛んになり、自給自足による伝統的な経済システムはおのずと変化していくことになった<sup>13,14)</sup>。また、多くの山岳民族の若者は低地に一時的あるいは半永久的に移住し、性産業や日雇い労働も含めた賃金労働者として働く傾向が顕著になりつつある<sup>9,15,16)</sup>。

タイ政府の国内におけるHIVスクリーニング

\* 金沢大学医学部保健学科  
連絡先：〒920-0942 金沢市小立野5-11-80  
金沢大学医学部保健学科 大森絹子

やエイズ治療の対象はタイ人を中心として実施されてきた。しかし、山岳民族の注射薬物常用者のHIV感染率が約40%であったことや<sup>17)</sup>、タイ北部の置屋や売春宿で働く女性性産業従事者の大半が山岳民族の女性で占められ、HIV感染率が非常に高いことが報告されて後<sup>18~20)</sup>、2~3のNGO(民間団体)が外国やタイ政府の補助金を得て、少数民族グループに対するエイズ予防啓発活動を行うようになった。

しかしながら、これらの少数民族グループは、各々に独自の社会文化、言語、生活習慣をもち、大半は国籍をもたないために、各々の民族グループに合わせたエイズ教育プログラムを実施していくことが緊急課題とされるようになった。そのプログラム企画のための事前調査として、当時タイ北部で国際保健医療活動に携わっていた筆者が、エイズ予防啓発活動にかかわっていたNGOの委託を受けて、タイ北部に居住するモン族、ミエン族、ラー族に対するエイズの知識と性行動に関する比較調査を実施したので報告する。

## II 研究方法

エイズと性感染症(Sexually Transmitted Diseases: STDs)の基礎教育を受けた高卒以上の保健普及員をモン族、ミエン族、ラー族から男女各1人づつ総計6人雇い、調査の目的、方法、インタビューテクニック、調査質問用紙などの説明と聞き取り調査のためのトレーニングを行った。

調査場所は、モン族とラー族はチェンマイ県とし、ミエン族は隣県のパヤオ県を選んだ。これはモン族とラー族はチェンマイ県で、ミエン族はパヤオ県で人口が最も多かったために、調査対象者を得やすいという理由のためであった。調査バイアスを最小限にするために、各民族から地理的条件と村落規模を基準として3村落を抽出した。これらの村落は、舗装された道路を車で3~4時間、そこから山道を四輪駆動車で1.5~2時間の場所にあり、70~100戸の規模である。民族毎に、17歳から39歳の男女を無作為抽出した。対象者の合計は、モン族281人、ミエン族240人、ラー族210人であった。調査時期は、1996年3月から5月までの3カ月間である。

質問用紙は、定型質問と自由回答から構成されたもので、1)社会経済文化的情報、2)エイズの知

識と観念、3)STDの既往と知識と観念、4)性観念と性行動、5)コンドームの使用の5項目に分類した。民族語、タイ語ともに住民の識字率が低かったため、対象者の承諾を得た後、無記名による家庭訪問形式で一問一答の個別面接方式をとり、男性対象者には男性保健普及員が、女性対象者には女性保健普及員が質問していく方法をとった。筆者と保健普及員との間の調査に関するコミュニケーションは、堪能としたタイ語で行われ、各普及員間の情報提供や経過報告などを頻繁に行い、調査の円滑化を図れるよう常に留意した。

データの解析には、SPSS/PC, Version 6.0を用いた。グループ間での統計学的有意差を判明させるため、カテゴリデータの関連度には、 $\chi^2$ 検定を用い、グループ間の平均値の比較には、一元配置分散分析(ANOVA)を用いた。

## III 研究結果

### 1. 社会経済状態

表1は3民族の社会経済指標の比較を簡単に示したものである。ラー族は統計学的有意にモン族よりも低収入、低学歴で識字率も低かったのに対し、ミエン族が最も高収入、高学歴で文盲率も低かった( $p < 0.001$ )。

職業として、モン族とラー族の約90%、ミエン族の約50%が農業に従事していた。モン族とラー族の約8%、ミエン族の約50%が土木や商売などを行っていた。また、ミエン族の約80%、ラー族の62%、モン族の15%は、年齢16歳から45歳の間に最低1度は郷里を離れ、他の北部地域で賃金労働者として働いた経験をもっていた。加えて、ミエン族の17%が季節労働者として最近5年以内に首都バンコクで働いており、12%が海外出稼ぎ労働者として3年から4年の間、台湾、シンガポール、香港などで、土木関係(男女比5:1)や性風俗関係(男女比1:4)の仕事に従事していた。しかし、モン族とラー族には季節労働者と海外出稼ぎ労働者はみられなかった。

宗教は、3民族とも先祖と自然の靈魂を祭祀するアニミズムが最も多かったが、キリスト教はラー族が最も多く、仏教はモン族とミエン族に少数であった。

### 2. エイズの知識と観念

表2に示すように、3民族ともほぼ全員がエイ

表1 3民族の社会経済指標の比較

	モン (n=281)	ミエン (n=240)	ラフー (n=210)
平均年齢(歳)	23.4	25.2	24.2
(年齢範囲)	(14-38)	(15-39)	(15-38)
家族平均月収(バーツ) <sup>1</sup>	2,000	2,300	1,090
(収入範囲)	(170-11,250)	(250-45,700)	(420-5,850)
学校教育(%) <sup>2</sup>			
受けたことがない	44.8	32.5	81.4
小学校1-6	46.7	35.8	15.0
中学校以上	8.5	31.7	3.6
タイ語の読み書きが十分できる(%) <sup>3</sup>	52.7	65.8	7.9
民族語の読み書きが十分できる(%)	79.7	82.9	56.2
宗教(%)			
仏教	3.6	5.4	0.0
キリスト教	13.5	14.6	26.4
アニミズム	79.4	78.8	73.6
その他	3.6	1.3	0.0

<sup>1</sup> p<0.001, <sup>2</sup> p<0.001, <sup>3</sup> p<0.001

表2 エイズの知識と観念に関する3民族の比較

	モン (n=281) %	ミエン (n=240) %	ラフー (n=210) %
エイズという言葉について聞いたことがある	99.3	98.8	93.6
情報源(複数回答)			
ラジオ <sup>1</sup>	90.4	69.6	23.6
新聞 <sup>2</sup>	22.4	35.8	5.2
ポスター	78.7	78.3	67.1
友人	77.6	77.5	64.3
ヘルス・ワーカー	66.2	61.3	69.3
感染経路(複数回答)			
性的接触	99.3	97.5	93.6
血液接触	87.2	91.3	78.6
母子感染	79.0	82.5	72.1
普段の生活コンタクト	17.4	9.6	36.4
悪霊	7.5	5.0	20.0
外見上元気そうでも感染する	72.6	77.5	64.3

<sup>1</sup> p<0.001, <sup>2</sup> p<0.05

ズという病名を聞いたことがあった。3民族間で有意差があったエイズに関する情報源としては、ラジオ(p<0.001)と新聞(p<0.05)があった。ラジオが情報源である者は、モン族が90.4%で最も高かったのに対し、ミエン族は69.6%、ラフー族は23.6%であった。新聞が情報源である者は、

ミエン族が35.8%と最も高く、モン族は22.4%、ラフー族は5.2%であった。ラフー族の間では、ポスター、友人、ヘルス・ワーカー(保健普及員)を情報源とする者が7割近くを占めていた。

「感染経路は何だと思いか」という質問に対して、3民族とも大半は性的接触、血液接触、母子

表3 性感染症の既往と知識に関する3民族の比較

	モン	ミエン	ラー
性感染症にかかったことがある <sup>1</sup> (%)	(n=281) 7.8	(n=240) 40.8	(n=210) 25.0
男性の性感染症の既往歴者 <sup>2</sup> (%)	(n=143) 12.0	(n=124) 42.7	(n=103) 27.1
女性の性感染症の既往歴者 <sup>3</sup> (%)	(n=138) 3.6	(n=116) 38.8	(n=107) 22.9
性感染症に罹患した時の治療方法 (%)			
葉草を煎じて飲んだ	22.8	19.5	16.2
病院/クリニックを受診 <sup>4</sup>	59.0	39.1	8.2
抗生物質を薬局で買って服用	9.1	33.6	10.8
村の治療師にみてもらった	9.1	9.3	5.4
何も治療しなかった	0.0	0.8	59.4
性感染症は性行為で感染する (%)	84.0 (n=22)	92.9 (n=98)	82.9 (n=52)
性感染症に罹患した時、性行為をした (%)	10.7	22.2	16.2

<sup>1</sup> p<0.001, <sup>2</sup> p<0.05, <sup>3</sup> p<0.05, <sup>4</sup> p<0.001

感染と自由回答した。3民族間での有意差はなかったが、普段の生活コンタクトや悪霊によるものと回答した者もラー族では3割前後にみられた(表2)。また「外見上元気そうでも感染していると思うか」という質問に対して、3民族とも大半の者は、外見上元気そうでも感染すると回答した。

### 3. STDの既往と知識

表3にSTDの既往と知識に関する3民族の比較を示した。STDに罹患したことのある者は3民族中、ミエン族が40.8%で最も高く、ラー族25.0%、モン族が最も少なく7.8%であった(p<0.001)。これを性別で比較しても、3民族のSTD罹患率の順位に変化はみられなかった(p<0.05)。

STDに罹患した時の治療方法として有意差がみられたのは、病院もしくはクリニックの受診で、モン族の受診率が最も高く約60%、ミエン族では約40%、ラー族は8%であった(p<0.001)。病院、クリニックを受診した者では、病名として淋病様疾患が最も多く、次いで陰部クラミジア感染症であった。症状としては尿道口からの膿様分泌物、排尿時の痛み、陰部の痒みや熱感、不快感などがあった。ミエン族の約34%は「抗生物質を独自の判断にて薬局で買って服用した」と答えた者が病院受診の次に高かった。また

ラー族では「何も治療しなかった」と答えた者が約60%で最も高かったが、モン族では0%、ミエン族では0.8%であった。

3民族とも約9割は「STDは性行為で感染する」と回答したが、STDに罹患していた時、性行為をした者はミエン族で22.2%、ラー族で16.2%、モン族で10.7%であった。

### 4. 性観念と性行動

表4に示すように、婚前交渉は許されると答えた者はモン族が最も高かった(男女とも89.3%)。ミエン族とラー族では性差があり、男性の婚前交渉は許されると回答した者は、92.9%と59.3%であったのに対し、女性の婚前交渉は許されると回答した者はミエン族で67.5%、ラー族で34.3%であった。既婚女性の婚前交渉は許されると回答した者は3民族とも5%前後であったが、男性に対してはモン族の約65%、ミエン族の55%、ラー族の9%が許されると回答した。

実際に未婚者で性行為を最近3カ月以内にもった者は、ラー族とミエン族がともに60%前後であったが、モン族は23.1%であった。性行為における男女差の割合が大きかったのはモン族で、男性の41.7%に対し、女性が3.5%であった。また実際に既婚者で夫婦外の性行為を最近3カ月以内にもった者は、3民族とも10%前後でみられた。夫婦外の性行為においてもモン族の男女差が最も

表4 性観念と性行動に対する3民族の比較

	モン (n=281)	ミェン (n=240)	ラフー (n=210)
男性の婚前交渉は許される (%)	89.3	92.9	59.3
女性の婚前交渉は許される (%) <sup>1</sup>	89.3	67.5	34.3
既婚男性の婚外交渉は許される (%) <sup>2</sup>	64.8	55.4	9.3
既婚女性の婚外交渉は許される (%)	5.3	4.6	3.6
未婚者で性行為を最近3カ月以内にもった (%)	(n=117) 23.1	(n=106) 59.4	(n=58) 60.3
男性未婚者で性行為を最近3カ月以内にもった (%)	(n=60) 41.7	(n=72) 63.9	(n=32) 59.4
女性未婚者で性行為を最近3カ月以内にもった (%) <sup>3</sup>	(n=57) 3.5	(n=34) 55.9	(n=26) 65.4
既婚者で夫婦外の性行為を最近3カ月以内にもった (%)	(n=164) 11.7	(n=134) 6.7	(n=152) 7.2
男性既婚者で夫婦外の性行為を最近3カ月以内にもった (%)	(n=83) 20.3	(n=52) 8.1	(n=71) 8.5
女性既婚者で夫婦外の性行為を最近3カ月以内にもった (%)	(n=81) 2.9	(n=82) 5.2	(n=81) 6.2
CSW との性行為を最近3カ月以内にもった (未婚と既婚の全男性対象) (%)	(n=143) 9.6	(n=124) 15.0	(n=103) 12.8
初めての性行為をもった時の平均年齢(年齢範囲)	15.2 (11-24)	15.7 (13-26)	15.4 (13-25)
初回から現在までのセックスパートナーの平均数 <sup>4</sup> (人数の範囲)	4.1 (1-50)	9.3 (1-170)	7.2 (1-150)
最初のセックスパートナー (%) <sup>5</sup>			
配偶者	11.1	0.0	3.6
恋人	59.8	12.6	38.8
友人	0.5	61.8	36.7
CSW/初めて会った人	28.6	25.6	20.9
同じ部族の親が自分の娘を売っているのを見たことがある (%) <sup>6</sup>	0.7	34.6	60.7
同じ部族の女性がCSWとして働いているのを知っている (%) <sup>7</sup>	0.4	57.9	68.6

<sup>1</sup> p<0.001, <sup>2</sup> p<0.05, <sup>3</sup> p<0.05, <sup>4</sup> p<0.001, <sup>5</sup> p<0.001, <sup>6</sup> p<0.001, <sup>7</sup> p<0.001

大きく、男性の20.3%に対し、女性は2.9%であった(表4)。

未婚と既婚の全男性対象者で、性産業従事者(Commercial Sex Workers: CSW)と性行為を最近3カ月以内にもった者は3民族とも10%前後にみられた。初めての性行為をもった時の平均年齢は3民族とも15歳代で、最初のセックスパートナーはCSWもしくは初めて会った通りすがりの人と回答した者が3民族とも20%台でみられた。配偶者や恋人と回答した者はモン族が最も高く70.9%、次いでラフー族の42.4%であった。ミェン族では最初のセックスパートナーに配偶者はなく、恋人が12.6%であった。最初のセックスパートナーとして、友人と答えた者はミェン族の

61.8%で最も高く、次いでラフー族の36.7%、モン族の0.5%であった。山岳民族が意図するところの友人とは、恋人とは違って、恋愛感情をもたない慣れ親しんだ相手の意である。初回から現在までのセックスパートナーの平均数は、ミェン族が有意に高く9.3人、次いでラフー族の7.2人、モン族の4.1人であった(p<0.001)

同じ部族の親が自分の娘を売っているのを見たことがあると答えた者は、ラフー族で最も高く60.7%を占め、モン族は最も低く1%にも満たなかった。また同じ部族の女性がCSWとして働いているのを知っていると答えた者も、ラフー族が最も高く約70%、次いでミェン族の約60%に対し、モン族は0.4%であった(p<0.001)。

表5 コンドームの使用に対3民族の比較

	モン (n=281)	ミエン (n=240)	ラー (n=210)
コンドームという名前を聞いたことがある (%)	96.8	98.8	89.3
コンドームの装着方法を知っている (%) <sup>1</sup>	60.9	96.3	47.1
コンドームを使用した経験がある (%)	40.9	40.4	12.9
夫婦でコンドームを使用したことがある (%)	(n=164) 22.1	(n=134) 12.1	(n=152) 0.7

<sup>1</sup> p<0.001

### 5. コンドームの知識と使用状況

3民族ともほぼ全員がコンドームという名前を聞いたことはあったが、コンドームの装着方法をほぼ全員(96.3%)が知っていたのはミエン族だけで、モン族では60.9%、ラー族では47.1%であった(p<0.001)。コンドームを使用した経験のある者は、モン族とミエン族が41%で、ラー族では13%であったが、夫婦間でコンドームを使用した経験のある者は3民族ともに少なく(表5)、コンドームを使用した時のセックスパートナーの大半はCSWであったと回答した。

モン族とミエン族の約9割、ラー族の約7割は、コンドームは妊娠と性感染症を予防するのに効果があることを聞いたことがあった。情報源は友人、医療関係者、ラジオなどであった。性行為をもったことのある女性回答者のほとんどは、「我々の民族間では、伝統的に性行為をリードするのは男性であるから、同じようにコンドームをつけるつけないを決めるのも男性である」というような回答であった。また男性では、「(コンドームは)自然でないから性の快楽をそこなう」、「つけるのがめんどろ」、「夫婦の間や恋人の間で(コンドームを)つける習慣はない。知らない女性(CSWを含めて)には、その時の気分でつける感じ」などと回答する者で占められていた。

### 6. 薬物使用者

モン族とミエン族の女性で薬物の常用者はなかったが、モン族の男性の23.1%とミエン族の男性の21.8%がアヘンもしくはヘロインを常時(1日に3~4回)吸飲または喫煙していた。またラー族では男性の31.1%と女性の8.4%が吸飲または喫煙していた。

モン族で注射による薬物常用者はみられなかつ

たが、ミエン族の男性薬物使用者のうち7人がヘロイン注射を行い、このうちの4人が回し打ちによる注射器と注射針の共同使用者であった。ラー族の女性で注射を使用している者はなかったが、男性薬物常用者のうちの11人がヘロイン注射を併用し、このうちの全員が回し打ちによる注射器と注射針の共同使用を行っていた。注射薬物の回し打ちを行っている者の注射歴は、平均3.6年であった。

## IV 考 察

世界的にも有名なゴールデン・トライアングルの国境接地帯には、さまざまな山岳民族グループが住んでいるが、その中でも本調査対象となったモン族、ミエン族、ラー族の3グループは人口規模の大きい主要グループである。各グループは各々に独自の言語と文化をもってきたが、タイにおける社会経済システムの変化の影響を受けて、民族固有の文化、価値観、行動が急速に変わりつつある<sup>8,14~16</sup>。また高地山岳民族社会の自給自足による伝統的な経済システムは、貨幣を中心とした経済システムへと置換えられつつある。

本調査は、多くの山岳民族が住むタイ北部でHIV感染率が最も高く、また山岳民族の中に、注射薬物常用者やCSWなどのHIV感染のリスク行動をもつ者が多いという事実があるにもかかわらず<sup>17~20</sup>、異なる言語や文化的背景などを理由に、遅れていた山岳民族に対するエイズ予防啓発活動を遂行していくための事前調査として実施したものである。

主要山岳民族グループとされるモン族、ミエン族、ラー族の3グループにおける比較で、社会経済状態、エイズに関わる知識や性行動、ひいて

は HIV 感染のリスク行動においても違いがみられた。

モン族は3グループの中で最も地域移動が少なかった。性観念上では婚前交渉と男性の婚外交渉は許されると回答した者は3グループの中で最も多かったが、実際に未婚者で性行為をもった者は、3グループ中で最も低かった。配偶者や恋人が最初のセックスパートナーと答えた者も多かった。STDに罹患したことのある者も3グループの中で最も少なく、注射による薬物使用者もみられなかった。HIV 感染の基本的概念と予防に関する知識は、まだ十分とは言えないが、HIV 感染に対するリスク行動は他の2グループよりも低かった。

ミェン族は3グループの中で最も高収入と高学歴で、国内外で出稼ぎ労働者として働いた経験をもつ者が多かった。歴史文化的背景の中で、中国からタイ北部へ南下してきたと言われるミェン族は、今でも中国語を理解できる者が多い。本調査でも、成人の12% (男7%; 女5%) が最近5年以内に台湾、シンガポール、香港などの中国圏で外国人労働者として土木や性風俗関係の仕事に従事し、得た収入のほとんどを郷里に持帰っていた。そのためミェン族のグループ内において、家族メンバーの出稼ぎ労働の有無によって大きな収入格差があった。エイズに関する正しい知識をもっている者は、他の2グループよりも多かったにもかかわらず、不特定多数との性行為を行う者やSTDの既往歴をもった者が、3グループの中で最も多かった。またミェン族は、ほぼ全員コンドームの使用方法を知っていたが、実際使ったことのある者は少なかった。

ラフ族は他の2グループに比べて、最も低収入、低学歴で識字率も低かった。STD 既往歴のある者が多かったが、罹患した時の未治療者も多かった。HIV 感染の基本的概念と予防に対する知識が不十分であったにもかかわらず、HIV 感染に対するリスク行動は他の2グループよりも高かった。特に貧しさのために娘を売って現金収入を得るといふ風潮は強く、親に売られた娘のほとんどはCSWとして働いていた。また回し打ちによる注射薬物常用者も他のグループよりも高かった。

同じような地理的環境に住む3民族であったが、

HIV 感染に対するリスク行動には民族間で大きな違いがあり、各民族に合わせたプログラムを遂行していくことが、より効果的なエイズ予防活動につながっていくことが、本調査よりわかった。

ミェン族とラフ族では、特に男女ともSTDの既往歴をもった者が多く、自己治療や未治療者も多かった。STD 罹患は HIV 感染のリスクを高めることがすでに周知されており<sup>21-25)</sup>、コミュニケーション戦略を使った正しいエイズとSTD感染と予防の知識を強化していくことがまず重要である。そのためには、同じ言語や文化を理解し、山岳地帯を巡回できる同民族の保健普及員を教育訓練し、育成していくことが大切となる。また、識字率が低いことから特にラフ族では、明確で具体的な情報伝達のために、シンプルでたやすく理解できる教材を作成する必要がある。その際には、「貧困から逃れるための手段として、現金を得るために娘を売却してもよい」という、最も深刻な風潮をもつ親へのグループカウンセリングを取入れた教育活動を忍耐強く行っていくことも大切である。

性感染症に罹ったようでも、そのまま放置して何も治療しなかったと回答したラフ族の場合は、経済的理由と無知が大きいと考えられる。また、自己判断と経験で、抗生物質を薬局で買って服用する者が多かったミェン族では、STDを軽い病気と安易に考えて、楽観視している傾向があるように思われる。CSWとして働いた経験者が多く、また複数の性的パートナーをもっている者が多いラフ族とミェン族に対しては、特に、STDコントロール対策を緊急に整備する必要がある。コスト効果を最大限に生かした方策として、各村の住民を訪問できる保健普及員に、STDに関する基礎的な知識、診断技術と治療能力を習得させて、村単位でのSTDコントロールを目的としたヘルスサービスを実践していくことが重要であろう。それとともに、山岳民族が訪問しやすいような場所に何ヵ所かのSTDクリニックを設け、安価な治療費で早期に治療できる体制を構築していくことも必要であろう。

HIVとSTD感染を最も安全に確実に予防していく手段として、コンドーム使用の徹底が最良の方法である。3グループのほぼ全員が、コンドームという名前を聞いたことはあったが、ミェン族

を除いて実際に使い方を知っている者は少なかった。またコンドームの使い方を知っていると言えたミェン族でさえ、使用頻度は非常に少なかった。タイ政府が「コンドーム100%作戦」と題して、全国キャンペーンで成功したコンドーム政策<sup>26)</sup>は、本調査対象となった山岳民族には成功したとは言い難いようである。コンドームソーシャルマーケティングの技術を家族計画やSTD予防の最も効果的な手法として積極的に取り入れていくことは<sup>27,28)</sup>、コンドーム使用をもっと身近なものにしていくためにも必要であろう。そのためには、各民族の性観念や性行動に合わせたアウトリーチ教育活動を村単位で積極的かつ継続的に推進していかねばならない。その際には、3グループともに一様にみられたコンドーム使用の決定権をもつ男性へのグループアプローチを行い、模型によるコンドーム挿入の実演と練習も合わせて、その場で割安料金で質のよいコンドームを配布できるようにしていくことも必要であろう。

HIV感染のリスクが高いとされる注射薬物常用者もラフ族とミェン族にみられた。特に、ラフ族は他の山岳民族に比べ注射薬物常用者によるHIV感染が最も高い民族との報告があることから<sup>29,30)</sup>、リスク行動をもつ人々への医療（治療とリハビリテーション）ならびに相談、指導体制の確立と整備が国策としての緊急課題である。また、注射器具用消毒剤の支給制度の確立も必要となる。

山岳民族の間に広がるエイズ流行は、病気そのものだけを単純に考えることはできない。その背景にある社会経済システムの急激な変化による多くの問題が社会現象として起こってきている。貨幣経済システムの弊害として起こってきた貧困は、親が娘を売る行為、若い女性がCSWとして働く現象、不法と知りながらも麻薬売買をする行為など、HIVやSTD感染の広がりにより多くの悪影響を与えている。このような中で効果的なエイズ戦略を遂行していくためには、保健、医療、福祉を統合させた政府とNGOなどが一体となった多面性と包括性をもたせたアプローチを長期展望で行いながら、HIVやSTD感染率を減少させていく取り組みをしていくことが重要と思われる。

## V 結 語

山岳民族を対象としたエイズ啓発活動を遂行していくために、タイ北部の主要山岳民族グループであるモン族、ミェン族、ラフ族に対して、エイズとSTDの知識、リスク行動、コンドームの使用に関する調査を行った。結果より3グループ間で社会経済状態、エイズに関わる知識や観念、HIVとSTD感染の危険行動においても違いがみられた。3グループともにHIVとSTD感染のリスクをもっていたが、特にラフ族とミェン族に対するエイズ啓発活動は緊急を要するものであった。これにはエイズとSTD感染の予防に関する教育、コンドーム普及の促進、STDコントロール対策の構築が重点課題として含まれるべきである。

本調査にご協力いただきました対象者の方々、現地との関係各位の方々から感謝いたします。本研究は山岳民族の啓発活動に関わるNGOの委託を受けて、エイズプログラムの事前調査の一環として、タイ保健省の補助金を得て行ったものである。

(受付 '98.11.18)  
(採用 '99. 3.15)

## 文 献

- 1) National Statistical Office. Report of the 1988 Household Socioeconomic Survey, Whole Kingdom. Bangkok: NSO, Office of the Prime Minister, 1988.
- 2) National Statistical Office. Report of the Labor Force Survey Whole Kingdom (Round 3). Bangkok: NSO, Office of the Prime Minister, 1989.
- 3) World Bank. World Development Report. Washington: The World Bank, 1992.
- 4) Omori K. Assessment of the effectiveness of a PWHIV Support Program in northern Thailand. Mahidol Univ J 1996; 3: 5-10.
- 5) Ministry of Public Health. Weekly Epidemiological Surveillance Report, Division of Epidemiology. 1998; 29 (4): April 30.
- 6) UNAIDS. The status and trends of the global HIV/AIDS pandemic. Geneva: UNAIDS, 1998.
- 7) Natpratan C. Epidemiology of HIV infection in northern Thailand. Chiang Mai: CDC, Ministry of Public Health, 1993.
- 8) Kammerer CA, and Symonds PV. AIDS in Asia: Hilltribes endangered at Thailand's periphery. Cultural Survival Quarterly. 1992; 16 (3): 23-25.

- 9) Kunstadter P, and Kunstadter S. Population movements and environmental changes in the hills of northern Thailand in. G. Wijeyewardene and EC. Chapman (Eds) *Patterns and Illusions. Thai History and Thought*. Singapore: Institute for Southeast Asian Studies, 1992.
  - 10) Mirante ET. Silent epidemic. Ethnic minorities are at risk in Burma's hidden AIDS epidemic. *Cultural Survival Quarterly* 1992; 16 (3): 19-22.
  - 11) Stimont G. Drug injecting and the spread of HIV infection in southeast Asia in. L. Sherr, et al. (Eds) *The Impacts of AIDS. Psychological and Social Aspects of HIV Infection*. Reading, UK: Harwood Academic, 1996.
  - 12) Tribal Research Institute. *Tribal Population Summary in Thailand*. Chiang Mai: Chiang Mai University, 1990.
  - 13) Lewis P, Lewis E. *Peoples of the Golden Triangle*. London: Thames and Hudson, 1984.
  - 14) Kunstadter P. Cultural factors related to transmission and control of HIV infection. Highland minorities of northern Thailand. Workshop on Sociocultural Dimensions of HIV/AIDS Control and Care in Thailand, 1994; January.
  - 15) Kunstadter P, Sabhasri S, Aksornkoae S, et al. Impacts of economic development and population change on Thailand's forests. *Resource Management and Optimization* 1989; 7 (1-4): 169-188.
  - 16) Kammerer CA, Hutheasing OK, Maneeprasert R, et al. Vulnerability to HIV infection among three hilltribes in northern Thailand. Qualitative anthropological issues. 5th international conference on Thai Studies, SOAS, London, 1993.
  - 17) Ministry of Public Health. *Statistical Report. Northern Drug Dependence Treatment Center, Department of Medical Services*, 1992.
  - 18) Siraprasasiri T, Thanprasertsuk S, Rodklay A, et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiang Mai, Thailand. *AIDS* 1991; 5: 579-582.
  - 19) Celentano DD, Akarasewi P, Sussman L, et al. HIV-1 infection among lower class commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS* 1994; 8: 533-537.
  - 20) Jirakun A, Vickery L, Brown K, et al. Risk factors to HIV infection among ethnic minorities in northern Thailand. Chiang Mai: Health Project for Tribal People, 1994.
  - 21) Judson FN. Sexually transmitted diseases. gonorrhea. *Medical Clinics of North America* 1990; 74: 1353-1366.
  - 22) Grimes DA. Death due to sexually transmitted diseases. the forgotten component of reproductive mortality. *J American Medical Association* 1986; 255: 1727-1729.
  - 23) Berezin N. HIV and other sexually transmitted diseases in. J. Mann, et al. (Eds) *AIDS in the World*. Cambridge: Harvard University Press, 1992; 174-179.
  - 24) Hook EW, Marra CM. Acquired syphilis in adults. *The New England Journal of Medicine* 1992; 326: 1060-1069.
  - 25) Laga M. Human immunodeficiency virus infection prevention. the need for complementary sexually transmitted disease control in M. Laga, et al. (Eds) *Reproductive Tract Infections. Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*. New York: Plenum Press, 1992; 131-144.
  - 26) Rojanapithayakorn W, Hanenberg R. The 100% condom program in Thailand. *AIDS* 1996; 10: 1-7.
  - 27) Perla G. Developing contraceptive social marketing strategy in Indonesia. the Dualima experience. SOMARC Occasional Papers No. 9 The Futures Group, Washington D.C. 1990.
  - 28) Manoff R. *Social Marketing*. New York: Praeger, 1985; 34-217.
  - 29) NDTC (Northern Drug Dependence Treatment Center). *Statistical Report. Department of Medical Services, Mae Rim*, 1992.
  - 30) NDTC. *Statistical Report. Department of Medical Services, Mae Rim*, 1993.
-

## KNOWLEDGE ABOUT AIDS AND RISK BEHAVIORS AMONG HILL TRIBES IN NORTHERN THAILAND

Kinuko OMORI\*

**Key words:** AIDS, Northern Thailand, Hill tribes, Risk behavior

Two hundred eighty-one Hmong, 240 Mien, and 210 Lahu hill tribe people (ages between 17–39) in northern Thailand were interviewed from March to May 1996 about their knowledge, beliefs, attitudes regarding AIDS, STDs and condoms, and sexual behavior, to guide future tribal AIDS education and care programs. Premarital sex for both men and women and extramarital sex for men seems to be still culturally permissive and wide-spread among the Hmong and Mien people. The Lahu reported lower cultural acceptance, but this group had higher levels of premarital and extramarital sex than the other two groups, excepting extramarital sex for Hmong men. Many men among the three groups knew about condoms, but they do not like to wear condoms because, “it is not natural.” Lahu people had the least education, were the least literate, and had the least family income. In addition, Lahu had the lowest level of knowledge of AIDS and STDs and they seem to have the most risky behaviors among the three groups. On the other hand, although Mien people had the highest education, were the most literate, had the most family income, and had the highest level of knowledge of AIDS and STDs, they seem to have high risk sexual behavior, also. There were increasing numbers of hill tribe people migrating to the cities and becoming involved to a greater degree in seasonal or permanent wage labor, including the commercial sex industry among Lahu and Mien groups. Hmong seem to have the lowest number of workers migrating to the cities. The results indicate the need to inform and educate tribal people about AIDS in a socio-cultural specific context.

---

\* Department of Health Sciences, School of Medicine, Kanazawa University