

# 発展途上国におけるHIV/AIDS対策の実証研究 —北部タイにおける政府とNGOとの協働政策を中心に—

中川翔平\*\*・ブイチトルン

## Study on the HIV/AIDS in Developing Country

### Focus on Thai Collaboration Policy among Governmental and NGO Sectors in Northern Thailand

NAKAGAWA Shohei, BUI Chi Trung

#### 1. はじめに

本稿は、北部タイでのHIV/AIDS対策において政府とNGO<sup>1</sup>、PLHIV<sup>2</sup>自助グループ間でどのように協働が実践されているかに関する考察を行った事例研究である。

タイでは、80年代の終わりに北部の中心都市チェンマイでCSWs<sup>3</sup>間におけるHIV陽性率の著しい上昇に反応し、本格的にHIV/AIDS対策を実施することとなった。現在までに、保健省中心による88年の「短期プログラム」、89-91年での「中期プログラム」、マルチセクトラルでトップダウン的な「92-96年次予防と統制AIDS計画」及び全体的アプローチ (holistic approach) での「97-01年次HIV/AIDS予防と緩和計画」と「02-06年次HIV/AIDS予防と緩和計画」が実施されてきた。

特にチェンマイを中心とした北部タイは、売買春を介した感染拡大と感染者の急激な増加からタイにおけるHIV流行の中心地として、政府機関、国際機関、NGO、研究者からの注目を集め、他の地域とは異なる位置づけが行われてきたといえる (Fordham, 2005)。それは、政策面においても、94年に国家AIDS委員会 (National AIDS Committee) 内に北部上部地域での対策を調整する Northern AIDS Coordination Center (NACC) が設置され、より直接的に国家レベルでの政策の影響を受けながら、展開してきたといえる。政府-NGO間の協働での対策に関しては、90年代前半での新規感染の抑制とPLHIVの増加という新たな状況に対応する形で、90年代半ば以降から政府機関、NGO、仏僧、PLHIV自助グループなどがネットワークを構築し、実施してきた。さらに、現在では、地方分権化の促進によって、よりローカルなレベルでこれらの活動主体が参加し、対応を行っている。

そこで本稿の目的は、国家レベルでのHIV/AIDS政策の変化とともに、上述した活動主体が、

\* 本稿は、2007年7月に提出した修士論文「発展途上国におけるHIV/AIDS対策の実証研究—北部タイにおける政府とNGOとの協働政策を中心に—」の一部を加筆・修正したものである。

\*\* 愛知淑徳大学大学院文化創造研究科国際交流専攻修士課程 2007年度秋季修了生

どのように対応システムの中に関わりネットワークを構築してきたか、またネットワークの中でどのような役割を担い対策を実施しているかについて明らかにすることである。

## 2. タイにおける HIV/AIDS 動向と対策

### 2-1. タイにおける HIV/AIDS 動向

84-90年代前半までのタイのHIV/AIDS動向は、疫学データに基づき、陽性率が著しく上昇した特定のハイ・リスクグループ(MSM<sup>4</sup>、IDUs<sup>5</sup>、CSWsと男性客、男性客のパートナーとその子供)を対象とした5段階の波(wave)によって説明がなされている(Weniger et al, 1991)。

第1の波は、84年からのMSM間の流行である。84年にアメリカから帰国後、バンコクの病院で亡くなった同性愛男性に初めてAIDSが発見された。最初の報告から87年までにHIV感染者907人、AIDS発症者8人の報告があり、ゲイ、MSW<sup>6</sup>などのMSMやIDU、または外国人と性的関係をもった者に感染が集中していたことから、タイ社会特に政策決定者内では、HIV/AIDSは一般のタイ国民には拡大しないだろうと楽観視していた。

第2の波は、88年のIDU間の流行である。88年のバンコクでのIDUを対象としたサーベイランスの結果、陽性率が1月の約1%から8月には32%に上昇し、さらに89年の全国13県を対象としたサーベイランスでは、北部の都市チェンマイとチェンライでIDU間の陽性率がそれぞれ13%と61%と急速に拡大していることが明らかになった。

第3の波は、89年のCSWs間での流行である。CSWsのHIV陽性率は、タイ全国で85年5月から89年3月まで1%以下であった。それが89年6月のサーベイランスの結果、他の地域が1-10%に対し、北部の都市チェンマイで44%と著しく上昇していることが明らかになり大きな衝撃を与えた。

第4の波は、90年のSTD<sup>7</sup>クリニックに通院する男性間での流行であり、都市部でのこれらの男性のHIV感染が89年6月の約1.2%から90年6月には4.3%に上昇した。これは、89年の過去一年以内にCSWsと性交経験がある男性のコンドーム使用率は30%以下であったことから、無防備な性行為を介してHIV感染が広がっていくこととなる。

第5の波は、91年のCSWsの男性客のパートナー(妻や恋人)間の流行である。90年の妊産婦クリニックに通院する女性の陽性率が0.21%から91年には0.7%に上昇している。90年代半ばまでに新生児の陽性率は15-23%と推定され、02年までに合計30万人以上が感染、7,500人がAIDSを発症していることが確認されている(Kanshana and Simonds, 2002)。

以上の過程を経て、タイでは短期間で急速な感染者の増加を経験した。年間新規感染報告数は、87年から急激に上昇し91年には約14万人に達した。これを受け、タイ政府は80年代後半から90年代前半の性産業施設での「100%コンドームプログラム」<sup>8</sup>や「メディアプロモーション」<sup>9</sup>による感染予防対策を実施していく。その結果、90年代後半までに新規感染者数の抑制に成功し、03年での新規感染報告数は19,000人(成人陽性率は1.5%)である。

しかし、90年代のタイは、急速な感染者の抑制に成功した反面、PLHIV及びAIDS発症者に対

してどのようにケア・治療を提供するかが課題として明確になった時期でもある。これは、80年代に感染したPLHIVに92年頃からAIDS発症が現れるようになったためである。03年時点で累積46万人がAIDSによって亡くなっており、60万人がPLHIVとして生活している(UNDP, 2004)。くわえて、AIDS孤児の増加も問題になっている。また、感染予防の対象が特定のハイ・リスクグループから一般の社会各層に変化しており介入が困難になっている。90年代前半での新規感染者の80%がCSWsとの性的接触によって発生していたが、90年代後半以降では、夫婦間、カップル間やカジュアルな関係での性的接触が約半数を占めている。軍新兵のコンドーム使用率は、CSWsとの64%に比べ、カジュアル・パートナーは24%であり、カップルでは12.3%と非常に低い状態にある(World Bank, 2001)。さらに、05年の新規感染報告17,000人の内約30%を既婚女性が占めていた(Treerukuarkut, 2006)。これらのことから、男性の感染リスクの認識が非CSWsとの性交に対して低いことが窺える<sup>10</sup>。現在では、若者間のプライベートな関係から流行の拡大が懸念されている。

## 2-2. タイにおける HIV/AIDS 対策の変遷

以上のように社会全体に広がっていったHIV/AIDSに対して、タイ政府は、主に疫学データに基づきながら、積極的にHIV/AIDS政策を実施、進展させていった。そこで、本節ではこれまでの政策を3アプローチに分け、その特徴を概説する(Thamarak and UNAIDS, 2001)。

### ① 保健中心・トップダウンアプローチ(85-91年)

最初のアプローチを実施した85-91年は、タイ王国保健省の責任の下、医療・保健問題として扱われた。85年にAIDSを伝染病と認定し、HIV/AIDSに関する調査を開始した。88年からWHOのサポートを受けHIV/AIDS対策ガイドライン<sup>11</sup>に基づき「短期プログラム(Short Term Program)」、89-91年の「中期プログラム(Medium Term Program)」を実施した。

短期プログラムの内容は、主にハイ・リスクグループの調査と予防教育の提供、輸血用血液のスクリーニング、ヘルスワーカーの訓練であった。しかし、89年のサーベイランスでCSWs間でのHIV陽性率の著しい上昇が明らかになり、本格的に対策を実施する必要性が出てきた。そこで、中期プログラムでは短期プログラムを強化する形で実施されたが、国内でのHIV/AIDSの関心を高めるため医療・保健問題から社会問題として位置づけた。

### ② マルチセクター・トップダウンアプローチ(92-96年)

HIV/AIDSの流行が特定のハイ・リスクグループから一般の社会各層へと変化し、それに対応するため実施された政策が「92-96年次HIV/AIDS予防と統制計画(HIV/AIDS Prevention and Control Plan 1992-1996)」である。このアプローチでは、中期プログラムの実施期間中にHIV/AIDSの位置づけが変化したことを受け、マルチセクターな対応を取ることを強調した。91年に政策立案を保健省中心から国家経済社会開発委員会(National Economic and Social Development Board, NESDB)に変更し、第7次国家経済社会開発計画の中に開発問題として

HIV/AIDSを位置づけ実施された。さらに首相が国家AIDS委員会の委員長に就任し、国家AIDS委員会のメンバーとしてタイ政府内の全ての省庁及びNGO、コミュニティーリーダー、仏僧からの代表者が参加する意思決定システムを形成した(Wongkhomthong et al, 1995)。

このアプローチは、90年代中頃からの新規感染抑制に大きく貢献をした。しかし、感染予防に偏向しており、また政策の決定・実施が依然として保健省中心のトップダウンであったこと、市民参加とはいえ一部のNGOの代表のみの参加であったため他の省庁や他セクターとの連携といった面で課題を残した(Thamarak and UNAIDS, 2001)。

### ③ 全体的(holistic)アプローチ(97-06)

97-06年までのHIV/AIDS政策は、これまでの計画から大きなパラダイム転換を行ったといえる。この期間に実施されたのが、「97-01年次HIV/AIDS予防と緩和計画(National Plan for the Prevention and Alleviation of HIV/AIDS 1997-2001)」及び「02-06年次HIV/AIDS予防と緩和計画(National Plan for the Prevention and Alleviation of HIV/AIDS 2002-2006)」である。92-96年次HIV/AIDS予防と統制計画同様に、国家経済社会開発計画(第8次、第9次)の中に位置づけられた。全体的アプローチとは個人-家族-コミュニティーが一体となってボトムアップ型の対策を実施し、HIV/AIDSの影響を緩和することを指している。そこで、コミュニティーを中心にNGO、地域社会、家族、PLHIV自身がHIV/AIDS対策に参加し、仏僧など地域の知を積極的に活用する形での実施を目標としている(ibid, p. 68)。

この政策は、UNAIDS<sup>12</sup>のHIV/AIDS対策のコンセプト<sup>13</sup>に基づいているほか、この時期に経験した経済危機の影響や地方分権化、民営化の推進といった政治経済的な構造の変化、またグローバル化による地域社会への影響に対する反応など様々な要因が影響を与えている。さらに、HIV/AIDS対策予算の削減も行われ、政府による主導的な対策から各レベルで利用できる資源を有効に活用する対策へと転換する必要があった。

そのため、コミュニティー、家族、個人レベルでの能力向上のための制度の構築と経験の蓄積を目標にHIV/AIDS政策に対応するための戦略が打ち出されている。特にコミュニティーに対しては、「伝統的なコミュニティーサポートネットワークの再評価と強化」、「公的、コミュニティー保健施設でのPLHIVへのケアと治療の拡大」が戦略として挙げられている(National AIDS Prevention and Alleviation Committee, 2001)。

このように、タイにおけるHIV/AIDS対策は、国内でのHIV/AIDS流行の変化に対応する形で変遷してきている。では、これまでのHIV/AIDS対策がどのように実施されてきたかに関してチェンマイ県<sup>14</sup>を具体的事例に明らかにする。

## 3. チェンマイ県における HIV/AIDS 対策

### 3-1. HIV/AIDS 対策実施システムの構築

チェンマイ県での HIV/AIDS 対策は、94年に国家 AIDS 委員会内での NACC 設置から始まる。それ以前の HIV/AIDS 対策は、主に保健省の優先機関である第 10 地域感染症対策事務所 (the Office of Disease Prevention and Control Region 10/DPC10)、チェンマイ県保健事務所、郡とタンボン (Tambon: sub-district) 保健センター及び NGO が個別に行っていた。NACC は委員長に保健省副大臣、事務局長に DPC10 所長が就任し、関連する省庁関係者、NGO など様々なセクターが参加した。国家レベルでの対策を北部地域で効率的に実施するため、県、郡、タンボンの各レベルにそれぞれ AIDS 委員会の設置を行った。国家 AIDS 委員会の下、NACC は直接行政機関や NGO、ローカルコミュニティーへ HIV 感染予防に関する予算の分配を行うことが可能であった (Thangphet, 2001)。そこで、NACC は 94-01 年にコミュニティーベースでの予防とケアを強調し、ローカルレベルで活動する NGO への教育活動、HIV/AIDS ボランティアの養成訓練、社会的補助ネットワークの強化として NGO、PLHIV 自助グループのネットワーク化の推進、ヘルスケアネットワークの確立と強化、情報システムの強化と管理を実施していった<sup>15</sup>。

特に NGO、PLHIV 自助グループのネットワーク構築に関しては、小規模な NGO や PLHIV 自助グループの育成・支援を通して実施されていった。91年の中期プログラムから HIV/AIDS 政策において、主に教育や情報の普及、ケアの提供者として NGO が位置づけられた。NGO の育成に関しては、95年に HIV/AIDS 活動を行う組織を対象に 7,500 万バーツ (1バーツ=約 3円) が NACC を通して分配された。これは、97年からの分権化の促進を中心に置く第 8 次国家経済社会開発計画実施の準備のためコミュニティーの能力強化の一環として HIV/AIDS 対策予算以外からも NGO に対して重点的に行われた。

さらに、DPC10 が NGO と共同で予防啓発活動の実施や NGO AIDS Project<sup>16</sup> による支援を行った。これにより 90年代前半以降多くの NGO が HIV/AIDS 活動を開始し、また新設団体も増えていった。93年にはネットワーク調整型の Northern NGO Coalition on HIV/AIDS (NNGCA)<sup>17</sup> が設立され、NGO 間でのネットワーク化が促進していった。Mahidol 大学 ASEAN Institute for Health Development の調査では、当時タイ全国で 189 の NGO が HIV/AIDS 関連の活動を行っており、その内北部地域では 47 団体であった (Wongkhomthong et al, 1995)。

一方、北部タイの PLHIV 自助グループ<sup>18</sup> は、80年代後半から 90年代前半の HIV 感染者が急速に増加し始めた時期にチェンマイや周辺の町で自然発生的に形成をスタートさせていた。PLHIV のグループ形成のきっかけは、差別やスティグマ、排除を受けたことである。これは、初期の HIV/AIDS 予防キャンペーンが特定のリスクグループいわゆる同性愛者、CSWs、IDUs などと強調し、AIDS を「根治不可能な病気」というメッセージで、危機意識を喚起する手法を採っていたからである。HIV/AIDS に関する正しい認識が不足していた状況で、このような情報をうけた人々が、偏見を強化し、うわさや誤解を浸透・拡散させていった (Lyttlon, 1996)。特に農村部の医療施設では診療拒否も起こっており、AIDS に対する恐怖が可視化し、さらに

増幅させる効果を持ってしまった。そして、村のようなコミュニティでは、感染した事実が明らかになるとHIV/AIDSの負のイメージが付与され社会的排除の対象となったのである。彼/彼女らの多くは、チェンマイ市での治療を求めるため、また地域社会での社会的暴力から逃れるために、都市に流入し集合したPLHIVであり、HIV/AIDSに関する知識や健康維持についての情報の共有と相互扶助を行う都市コミュニティグループを形成していった(田辺、1999)。都市部以外でも、例えば、89年に夫からHIVに感染したAIDS寡婦によってドーイサケット寺院境内に形成された「Doi Saket Widows」は、地域社会の厳しい差別と排除の中でどのように自分達と子供の健康維持や教育を提供していくかを相談していた(Beyrer, 1998)。この時期に形成されたグループの多くがNAPAC(現AIDS-Net)<sup>19</sup>、CCT/AM<sup>20</sup>などのNGOから支援を受け活動を展開していった。96年に保健省からPLHIV自助グループの支援が開始され、DPC10やNGOは資金、技術支援を通じてグループ化を促していった(Foreman and Laphimon, 2006)。

当時PLHIVの自助グループ育成に関わったNGOによると、PLHIV達と食事をしている際、仲間の葬儀の時に献花する花を栽培したいという意見が出始め、その後も収入の獲得などのニーズが聞かれるようになり、彼らに自分たちのニーズやできることについて考えるように促していった。そこで彼らの話し合いを観察しながら、グループのリーダーを特定し、他の地域でのHIV/AIDS教育活動への参加を勧めていったのである<sup>21</sup>。

当初、彼らのニーズは内向的なものであったが、グループ内での活動を経験し、NGOとの関係を深めるうちに、対外的な活動を行う動機が生まれてきたといえる。特に教育活動の参加は、彼らの中に社会的に認めてほしいという社会的再受容と90年代前半のマス・メディアキャンペーンでの負のイメージを改善するため、適切な治療へのアクセスを目的として自身で活動する動機付けになった。92年には、輸血を通して感染した男性のライフストーリーが出版され、HIV/AIDSとともに生きる個人の生々しい体験が公表された。同様に、NGOの支援を受け、夫から感染した女性がテレビに登場し、HIV/AIDSに関して生じた問題を語り、生の声を発露していった。PLHIV自身がメディアに登場することによって、HIV/AIDSに関する偏見や差別が顕在化し、PLHIVの存在を社会的に認識させることになった(Henry, 1996; Viddhanaphuti, 1999)。これにより、PLHIVが自身の声を上げる環境が整い始めたといえる。

96年にはPLHIV間のネットワーク調整を行うThai Network of People living with HIV/AIDS (TNP+) が設立され、ネットワーク化がさらに進んでいく。DPC10やNGO、自ら運営能力を持ち様々な小グループへの活動支援ができるPLHIV自助グループは、農村部でPLHIVグループ化支援を行い、また隣村間の交流を橋渡ししていった。これらの機関のサポートを受けたPLHIV自助グループの活動は、対外的には予防啓発とアドボカシー活動を、対内的には裁縫や養豚、養魚などの職業訓練や収入向上プログラムを実施している。また、NGOが媒介となってコミュニティ内のメンバーとともに活動やお祭りに参加するなどの活動を行っている。現在では、PLHIV自助グループがコミュニティ組織としてHIV/AIDS以外の活動、例えば、蚊による伝染

病予防の活動としてぼうふらの発生源である水溜りの除去活動や婦人会での委員としてコミュニティ活動の中心的な役割をしているグループ・メンバーも出てきている<sup>22</sup>。初期の PLHIV 自助グループの活動が社会的に多くの社会層に意識の変革を促し、同時に被害を受けた人々というイメージから積極的な活動主体として社会に認められるようになっていく。特に 96 年以降の HIV/AIDS 政策では、PLHIV がケア・治療などサービスの受け手から彼らを主体とした対策立案・実施への参加が強調されるようになった。94 年末時点の北部地域での PLHIV 自助グループは 13 団体であったが、05 年末では 309 団体に増加している (Foreman and Laphimon, 2006)。

このように、DPC10 や NGO、PLHIV 自助グループの活動によってローカルレベルでの PLHIV 自助グループの育成も進んでいった。彼らのグループ形成及び活動の場となったのが地域の病院、保健センターや寺院であったことから、彼らをサポートする NGO とコミュニティリーダー間での関係性が深くなっていったといえる。これら各グループ間のネットワーク化が進みコミュニティレベルでの HIV/AIDS 活動へのインセンティブが加えられていった (Viddahanaphuti, 1999)。

### 3-2. 協働での対策の実践

97 年には新憲法が公布し、地方分権化が促進され、HIV/AIDS 対策の立案・実施メカニズムもその影響を受けている。02 年に NACC が解散し、各県 AIDS 委員会が HIV/AIDS 対策調整機関となった<sup>23</sup>。そのため、国家 AIDS 委員会から縦の指示系統がなくなり、各レベルでの水平な協力関係によって行うことが可能となった。保健関係機関に関しては、現在の HIV/AIDS 対策は地方レベルでの DPC10 から各県保健事務所が中心となって行っている。さらに、HIV/AIDS 対策予算に関しては、全体的な低下とともに、予防とケアの両方を対象として担当していることから保健省に集中していた予算が他の省庁でも対策が行えるように分散している (Thamarak and UNAIDS, 2001; UNDP, 2004)。

このような状況下で、現在のチェンマイ県での HIV/AIDS 対策は、予防の面では若年層、MSM、移住労働者を対象とし、ケア・治療の面ではケアへのアクセスの促進とその制度の確立、AIDS 発症者への治療の提供としている<sup>24</sup>。実際の活動は、郡、タンボンレベルの保健センター職員や NGO が実施している。それらの活動に対して、DPC10 がケアの分野に、チェンマイ県保健事務所が予防の分野に、それぞれ資金や情報の提供を行っている。そのため、各 NGO は、行政機関、UNICEF<sup>25</sup>、GFATM<sup>26</sup> などの国際機関へプロジェクト対象や内容によって申請先を別けて行っている。例えば、チェンマイ県感染者ネットワーク委員会<sup>27</sup>では、県保健事務所や UNICEF から活動資金を受け、サンパトーン、ドイロー、メーテー、チェンラオの 4 郡で小学生を対象に HIV/AIDS に関する教育活動を実施している<sup>28</sup>。

PLHIV へのケアの提供・サポートに関しては保健センター、病院、NGO が協力して行ってい

る。90年代後半からタイ国内でHAART<sup>29</sup>の利用が可能となっており<sup>30</sup>、それに関わる事業が多くなっている。HIVは亜種や薬剤耐性ウィルスが発生する可能性があるため、ARV薬は服用する時間だけではなく睡眠時間や食事に関しても厳密な用法に沿って使用しなければならない。そのため服用者のアドヒアランス（服用の一貫性）をチェックする必要がある。さらに、ARV薬には様々な副作用があることから、それらの軽減や他の薬剤への切り替え等を行う必要がある。これらPLHIVへのアドヒアランスチェックやサポートをNGO、PLHIV自助グループが行っている。サンパトーン郡の例では、郡感染者ネットワーク委員会<sup>31</sup>が郡内のPLHIV 360人に対して、数チームに別かれて、ARVの服用の説明やアドヒアランスチェックの家庭訪問をしている。このグループは、仮事務所や集会場を保健センターや寺院内に設置し、各コミュニティーでの活動を行っている。その他にも、県や郡から資金を得て、PLHIVへの生活保護の提供・サポート<sup>32</sup>や新規感染者が発見された場合の家庭訪問を保健センターや病院と連携して実施している。

ローカルレベルで活動するNGOが学校などで教育活動やPLHIVへのケアの提供を行う理由として、郡より下位レベルでの行政機関が対策の実施に人員を動員できないという点と行政機関や国際機関から活動資金や技術支援、情報提供を受けているため、それらの影響を受けざるを得ない点が挙げられる<sup>33</sup>。前者は、タンボンレベルでは対策の実施に関する専門知識が乏しく、また関心が低いといった点から、NGOが働きかけて対応をしている状態にあるといえる。後者に関しては、特にローカルレベルでのNGOはその活動を実施する能力や必要な資金、情報、技術を外部の他機関に依存せざるを得ないためである。

以下では、タンボンレベルで対策がどのように実施されているかについてサンカムペーン郡タンボン・オンタイ<sup>34</sup>を具体的事例に述べていく。

### 3-3. ローカルレベルでの HIV/AIDS 対策に関する一事例

現在、タンボン・オンタイでのHIV/AIDS対策は、基礎保健ボランティア<sup>35</sup>をベースとしたボランティアグループを中心に行われている。

90年代のHIV/AIDS対策は、96年まで各村に立てられている電柱のスピーカーでの予防メッセージの放送のみであった。PLHIVに対しては、健康診断と診療、生活保護用に毎月500パーツの提供と治療が必要な者にサンカムペーン郡立病院までの送迎の他、保健省の政策に従って96年頃から保健センターが中心となってPLHIV自助グループの形成が行われていた。

HIV/AIDS対策が、住民の手で行われるようになったきっかけは03年にRaks Thai 財団<sup>36</sup>が基礎保健ボランティア育成を目的としてこの地区で活動を開始したことである。この育成プログラムによって、06年9月現在140名が保健省に登録しており、コミュニティーでのHIV/AIDS対策の担い手として活動している。基礎保健ボランティアがグループを組織し、コミュニティーの他の構成員にHIV/AIDS対策の実施を促すことによって、タンボンAIDS委員会の活動が

活発化していった。

このグループの運営委員は、行政関係者6名、ボランティア4名で構成されている。活動資金は約9万バーツで、内訳としては保健省が各村に基礎保健ボランティア活動のために提供している年間約1万バーツとオンタイでの保健関連予算約8万バーツに基づいている。活動は、各村で10軒あたり1名ずつボランティアを輩出し、保健センターをベースとしてコミュニティーの構成員へ基礎保健に関する情報やサポートを提供している<sup>37</sup>。

現在のHIV/AIDSに関する活動は、主にHAARTの提供、使用の説明とチェック、HIV/AIDS予防啓発活動、CSWsへのコンドームの配布を行っている。

HIV/AIDS予防啓発活動では、地域の小学校で高学年を対象にセミナーを開催し、成長による男女の身体の変化、性、HIVの感染経路、どのような男女関係が理想的かについて、絵を描いたり発表したりと参加型教育活動やHIV感染者の血液を使用した抗体検査法を体験し、PLHIVとともに遊戯や会話などの交流を通じた差別緩和プログラムを実施している。

その他の活動として、PLHIVとその家族への支援を目的に05年から基金を設立、運営している。これは、コミュニティーでの寄付金、タンボン自治体とRaks Thai財団からの資金提供を基に現在18万バーツが用意されており、PLHIVを含む社会的弱者への救済、AIDS孤児への奨学金提供を行っている<sup>38</sup>。

タンボン・オンタイでのHIV/AIDS対策は、ボランティアグループを中心に行政と村民が協力して活動を実施しているといえる。ボランティアは、保健センターで補助を行いながら、日常的に住民と接しており、コミュニティーで必要な活動が汲み上げられるようになっている。

また、タンボンAIDS委員会は行政、住民、PLHIVから構成されており、2ヶ月に1度会合を持ち、意見交換や必要な活動の提言が行われている。そこでの決定を受け、ボランティアグループがプロジェクトの予算をメンバーの行政職員を通してタンボンの保健関連予算から使用の調整し、実施している。その他、タンボン役場やNGOからも特に予防啓発に関するプロジェクトの要請があり、それらから資金を受けて活動を行っている。

しかし、このボランティアグループの06年度の予算はタンボンの予算約1,100万バーツの内約1%弱の約8万バーツと非常に低く、活動に制約がある。これは、タンボン自治体がインフラ整備などに集中してしまい、その他の社会問題への対応ができない状況にあるためである。このような状況下で、ボランティアグループは上位の行政機関である郡役場やRaks Thai財団などのNGOへプロジェクト申請し対応している。

#### 4. 考察

前節では、チェンマイ県でのHIV/AIDS対策におけるネットワーク構築過程と実際のHIV/AIDS活動について具体的な事例を挙げ説明を行った。ここでは、このネットワークがど

のような特徴をもっているかに関して考察を行う。

まず、チェンマイ県におけるHIV/AIDS対策でのネットワーク化は、明確な政策的意図をもって実施されたことを指摘しなければならない。

80年代後半から90年代前半では、疫学動向の変化により、特定のハイ・リスクグループ間でのHIV陽性率の変化に対応し、明確にターゲット化することが可能であった。これは、中期プログラムの実施期間中、チェンマイにおけるCSWs 間でのHIV陽性率の上昇によりHIV/AIDSの位置づけが医療・保健問題から社会問題へ転換し、また北部地域での流行拡大の抑制からも重点的に行われたといえる。その効果は、性産業施設での100%コンドームプロモーションやマス・メディアプロモーションによって結果として現れた。このような対策は、HIV/AIDS流行の初期段階においては有効といえる。

しかし、90年代前半から感染がリスクグループ間から一般の社会各層に広がり、くわえて、PLHIVへのケア・治療の提供の問題や以前の対策での負の影響が顕在化し、対応が困難になっていった。そこで、国家AIDS委員会はより広範で多面的に対策を実施するためNACCを通じてNGO、PLHIV自助グループの組織化を実施してきた。それらの過程でNGO間、PLHIV自助グループ間でそれぞれのネットワーク化を図り、その結果として中央—地方—ローカルコミュニティー（現在は、中央—県—ローカルコミュニティー）間と行政—NGO間を繋ぐネットワークが構築できたといえる。

NGOにとっては、この政策によりHIV/AIDS対策の意思決定過程に参加することが可能となった。また、多くの小規模なNGOは、ネットワークを活かし、活動を活発化させた。PLHIV自助グループは、偏見、差別の撤廃や自身の健康に関する問題を表出させ、活動する機会を得ることが可能となった。特に全体的アプローチは、活動の場としてコミュニティーを強調し、ローカルレベルでの予防啓発やケアの提供が重要視されていることから、NGO、PLHIV自助グループのプレゼンスが高まっているといえる。

他方、全体的アプローチは、行政にとって責任を個人、家族、コミュニティーに分散させ、3-3節で指摘したように、NGOに対して資金、技術支援と情報提供を通して影響力を行使する効率的で新たな「統治」の手法として実施しているといえる(Del Casino Jr., 2003)。この点に関しては、多くの負担がNGO、コミュニティー、PLHIV自助グループに掛かっており、また行政からの影響を受けざるを得ない面から、この両者の関係は「主従」関係として成り立っていると考えられる。

しかし、3-4節でのケースのようにローカルレベルでは、行政と住民によって組織された基礎保健ボランティアグループが保健センターをベースに地域に密着した形でHIV/AIDS活動を展開している。このような活動は、外部NGOの介入から促されたものではあるが、全体的アプローチへの転換により、HIV/AIDS対策の意思決定がローカルレベルで可能になったことによって起こったものといえる。そして、このグループは、予算の制限がある場合、上位の行

政機関やNGOにプロジェクト申請し対策を実施している。問題解決といった点から、ローカルレベルで活動するグループにとっては、活動資金や情報を得るための手段として、行政機関や国際機関を利用しているともいえる。

さらに、現在では潜在的なリスクグループである一般の社会層を対象に予防啓発活動を実施し感染の予防、PLHIVへのケア・治療を提供することは、行政のみでは不可能である。そこでは、個別のケースに対応可能なNGOが行うアウトリーチな、様々な対象への、活動を通して得たローカルな情報と経験が必要になっている (Fordham, 2005)。

つまり、行政機関、NGO、PLHIV自助グループは、すでに他セクター間、セクター内でネットワークとして繋がっている以上、そのネットワークを利用して、相互に影響を行使しながら、その都度対立と協調を行い、問題の解決へ向けて、政策・対策を協働で実施しているといえる。

## 5. 結びにかえて

本稿は、90年代半ばからの北部タイ、特にチェンマイ県においてHIV/AIDS対策がどのように協働で実施されてきたかに関して、疫学動向の変化、HIV/AIDS政策の変遷を基に、保健行政機関、NGO、PLHIV自助グループ、基礎保健ボランティアの各主体内及び全体の間でのネットワーク化を中心に明らかにしてきた。特に92年以降のアプローチは、リスクグループの多様化とAIDS発症者の急増に対応する必要性から様々な活動主体がHIV/AIDS対策に参加する環境や機会を獲得しローカルな場で活動を実践している。このような対策が、現在の新規感染者の抑制とPLHIVへのケアの提供を可能にしていると考えられる。

### 付記

本稿のインタビュー部分に関しては、中川の修士論文プロジェクトとして06年4月20日から9月20日までの5ヶ月間、チェンマイ県を調査地としたフィールドワークによるものである。インタビュー対象は、DPC10、チェンマイ県保健事務所の行政機関2機関とサンパトーン郡感染者ネットワーク委員会、タンボン・オンタイ保健センターボランティアグループ、チェンマイ感染者ネットワーク委員会、AIDS-Net、CCT/AM、XXCA、Raks Thai 財団のNGO7団体の合計11名に行った。主たる質問項目として、①他セクターとの協働で行っている活動に関して、②他のセクターとの関係、③協働で行う対策について、それぞれのセクターがどのような役割を持っているか、④他のセクターと協働で行うことをどのように考えているか、⑤協働で行うことの意味や必要性はどのようなものか、⑥現在の活動についてどのような問題点があるか、に関する資料が収集された。

最後に、調査期間中様々なご配慮をいただいたタイ王国国立チェンマイ大学社会科学部長 Seksin Srivatananukulkit 准教授、同副学部長 Kosum Saichan 准教授、そしてフィールドワー

クでのアドバイザーを担当していただいたChiraluck Chongsatitmun准教授に対して深謝を申し上げる。

## 注

- <sup>1</sup> 本稿では組織の規模、運営能力に関わらず、また地域社会組織(Community-Based Organization/CBO)を含めた非政府組織(Non-Governmental Organization)を NGO と表記する。
- <sup>2</sup> People Living with HIV の略。HIV 感染者を指す。
- <sup>3</sup> Commercial Sex Worker(s)の略。商業的に性的サービスを提供する人を指す。
- <sup>4</sup> Men who have Sex with Men の略で、男性と sex する男性を指す。特定の性的志向に関わりなく、疫学上の HIV 感染経路別での分類のために使用されるグループ。
- <sup>5</sup> Injected Drug User(s)の略。注射薬物使用者を指す。
- <sup>6</sup> Male Sex Worker(s)の略。
- <sup>7</sup> Sexually Transmitted Disease の略。
- <sup>8</sup> 80年代後半から、タイ政府が直接性産業施設に介入した対策である。これは CSWs と男性客を重点的に性産業施設、娯楽施設、保健センターや村のヘルスポストで無料のコンドームを配布し、使用を促した。
- <sup>9</sup> HIV/AIDS 予防に関するパンフレットやポスター配布、掲示とテレビ、ラジオ番組の間に1分間のCMを毎時間放送することによって実施された
- <sup>10</sup> CSWs と非 CSWs でのコンドーム使用のギャップは、80年代後半から90年代前半に実施されたマス・メディアキャンペーンや100%コンドームプロモーションによる負の影響と指摘できる。例えば、道信は、100%コンドームプロモーションはCSWs とその男性客に重点的に実施されたため、コンドームに「快楽の性のためのもの」、「病気の伝染を予防するだけのもの」という否定的な表象を付与し、夫婦や恋人など性産業以外の男女関係におけるコンドームの普及を妨げる重要な問題を残した、と指摘している(道信、2001:90)。
- <sup>11</sup> WHO 内に AIDS 対策部門として設立された WHO-Global Program on AIDS(WHO-GPA)によって作成されたサーベイランス、予防、HIV/AIDS 調査に関するガイドライン。主に、HIV/AIDS 流行傾向の把握と感染予防、AIDS 発症者へのケア・治療の提供が中心であったといえる。ガイドラインでは、サーベイランスでのハイ・リスクグループの特定、性的接触による感染予防、輸血用血液及び血液製剤のスクリーニング検査、医療現場での注射器具の殺菌・消毒、HIV 感染者の管理の改善、AIDS に関する調査、モニタリングの実施など対策内容を明確にしていた。
- <sup>12</sup> The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS(国連エイズ合同計画)の略。
- <sup>13</sup> Singhal and Rogers によると、UNAIDS では、1) 政府の政策、2) 社会経済的地位、3) 文化、4) ジェンダー関係、5) スピリチュアリティ、をフレームワークに社会文化的側面から HIV/AIDS 対策を提唱している。90年代前半の WHO-GPA 主導のアプローチは、合理的選択モデルと健康信念モデルでの、世界共通の、普遍的な、前提を基に立案されていた。それは、予防啓発を行うことによってリスクを認識し、行動変容につながることを想定していた。しかし、多くの途上国の経験からリスクを認識した場合であっても回避行動が取れない社会層の存在が明らかになった。特に、HIV 感染が社会的弱者に集中しているのは、社会経済的、文化的な面から構造的に影響を受けているため、リスク回避を取ることが困難な状況に置かれているからである。そのため、コミュニティーベース、人間主体のアプローチにより、対象とする人々がコミュニティーを中心として、その社会で受容されやすい感染予防・啓発活動、ケアや治療の提供を行うとともに、コミュニティーの能力を強化しながら、ローカルレベルでの意思決定機関を設置し、村民や専門家、宗教関係者、コミュニティーリーダーが参加して意思決定を行うことを期待している(Singhal and Rogers, 2003:206)。
- <sup>14</sup> チェンマイ県は、首都バンコクから北方 750km の地点に位置し、22 郡と 2 支郡、204 タンボン、1,881 村、1,630,769 人(男性 803,319 人、女性 827,450 人)によって構成されている。その内、山岳民族は 13.9%を占めている他、79,733 人が法的マイノリティーとして生活している (Chiang Mai Province Official Site, [http://www.chiangmai.go.th/] より 04 年度の統計データから構成)。  
チェンマイ県での HIV/AIDS 動向に関しては、88-05 年の累計 AIDS 発症者は 21,202 人である。その 58.5%を労働者が占めている。北部地域での HIV 感染者及び AIDS 発症者は、タイ全体の約 40%を占めており、チェンマイ県はその内 20%を占めている。感染経路は性的接触による感染が 90%以上で、母子感染が 5.9%、薬物使用での注射器共有による感染は 2.4%である。感染者は主に 20 代から 50 代までの年齢層に集中しており、最も高いのは 30-34 歳の層である。男性が全感染者の約 60%を占めており、この年齢層の多くが 20 代前半に CSWs を通して感染したものと考えられる。チェンマイ県での日和見感染症は、カリニ肺炎が 4,575 件、結核が 4,322 件、マルネツフィ型ペニシリウム症が 2,007 件、カンジダ症が 772 件となっている(チェンマイ県保健センターでの紙資料より構成)。

- <sup>15</sup> DPC10 でのインタビューより。
- <sup>16</sup> NGOAIDS Project は、年間予算 2,000 万バーツで NGO 対象に資金援助を行った。NGO からプロジェクトの申請を受け、認可したものに技術的、理論的、財政的支援とモニタリングを実施するもので、年間約 150 のプロジェクトに資金を提供していた。現在も NGOAIDS Project を継続しているが、予算が 500 万バーツに低下し、資金提供を受けている団体も 150 団体から 80 団体と縮小している。
- <sup>17</sup> NNCA は、90 年代前半に AIDSNGO と呼ばれる NGO の数が増加していったことに対応して、それらの活動の調整を円滑にする目的で設立された団体である。現在、加盟している NGO は 80 団体で、それらの NGO への情報提供やミーティングの設置などの活動を行っている。運営資金は、加盟 NGO からの提供と政府の助成金、国際機関の支援によって運営されている。加盟団体との活動の調整を行い、NGO セクターとして政府や地方自治体へのロビー活動や啓発活動なども行っている。
- <sup>18</sup> 田辺によると、PLHIV 自助グループは以下の 4 つのカテゴリーに別けることができる。(1) 自らの経営能力を持ち、様々な小グループへ活動の支援ができるグループ、(2) 郡立病院など地域の病院や各村の保健センターなど、政府の医療機関に支援される小グループ、(3) 個別の NGO の支援を受けて村や地域社会に発生した小グループ、(4) 様々な村や地域社会に基盤を住民組織、がある(田辺、1999:124)。
- <sup>19</sup> Thai-Australia Northern AIDS Prevention and Care(NAPAC)は、93 年にオーストラリア政府の援助の下、実施されたプロジェクトから生まれた団体である。97 年のプロジェクト終了に伴い AIDS Network Development Foundation (AIDSNET)に名称を変更し、北部、北東部での HIV/AIDS に関する活動を行っている。予算に関しては、外国政府機関、国際機関から資金援助を受けている。詳しくは Synergos Institute (2002)を参照こと。
- <sup>20</sup> The Church of Christ in Thailand AIDS Ministry(CCT/AM)は、19 世紀からタイで活動を行っているプロテスタント系キリスト教団体を母体とする組織である。91 年に AIDS Ministry を設立、93 年から PLHIV や AIDS 発症者に対するホームケアの提供を開始している。
- <sup>21</sup> CCT/AM スタッフとのインタビューより。
- <sup>22</sup> 同上。
- <sup>23</sup> チェンマイ県での AIDS 委員会は、県知事が委員長、県保健事務所長が事務局長に就任し、5 分野の下部委員会(Publication Community、Health Care Service Community、Education Community、Research Development Community、Community Development Community)を設置し、それらに関わる行政関係者、NGO が参加している。各下部委員会では、3-4 ヶ月に 1 度ミーティングを開き、現状や必要な対策に関する議論を行っている。また、毎年 10 月に全体会議を開催し、その年のプログラム評価や次年度の対策に関する報告書を作成している。
- <sup>24</sup> チェンマイ県保健事務所での紙資料より。
- <sup>25</sup> The United Nations Children's Fund(国連児童基金)の略。
- <sup>26</sup> Global fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria(世界エイズ・結核・マラリア対策基金)の略。
- <sup>27</sup> チェンマイ県 22 郡・2 支郡で活動する 76PLHIV 自助グループから構成されている組織である。
- <sup>28</sup> チェンマイ県感染者ネットワーク委員会職員とのインタビューから。
- <sup>29</sup> Highly Active Antiretroviral Therapy(高活性の抗ウイルス薬剤治療)の略。三種以上の抗ウイルス薬(Antiretroviral drug/ARV)を併用して服用する。俗に言うカクテル療法である。
- <sup>30</sup> タイでは、02 年に ARV 薬の提供と国民皆保険が利用可能となり、05 年には 30 パーツ医療制度内に適用された。ARV 薬によって HIV の進行を抑え、また AIDS 発症後も回復が可能となったことから、利用拡大は医療関係者、NGO、PLHIV から大きな関心を集めている。現在タイでは、AZT、Didanosine(ddI)、Zalcitab-ine(ddC)、Stavudine(d4T)、Lamivudine(3TC)、Nevirapine(NVP)、Efavirenz(EFV)を選択できる。これらの薬剤を組み合わせ、2 種、3 種併用(HAART)を提供している。主に、2 種の場合、AZT+ddI か AZT+ddC、3 種では、d4T+3TC+NVP、AZT+3TC+NVP (AZT/3TC 混合剤+NVP)、AZT+3TC+EFV (AZT/3TC 混合剤+EFV)、AZT+ddI-Ec+EFV、d4T+3TC+EFV、d4T+3TC+EFV、ddI-Ec+3TC+EFV がある。dI-Ec とは、腸溶性の Did-anosine のことである。3 種混合剤では GPO-Vir® (d4T+3TC+NVP) がある。GP O-Vir®に関しては、1 瓶 60 錠入りで、朝晩決められた時間に 1 錠ずつ服用する。
- <sup>31</sup> サンパトーン郡内で活動していた団体が集まり 95 年に設立された組織である。
- <sup>32</sup> 現在は PLHIV のみ対象ではなく、障害者を含めた社会的弱者全般に提供されている。提供額は、対象者の事情に応じて、毎月 500-1,000 バーツが支給されている。
- <sup>33</sup> NNCA スタッフ、チェンマイ感染者ネットワーク委員会スタッフとのインタビューから。その他 Chay-Nemeth (1998:67)、Safman(2001:212-224)を参照。
- <sup>34</sup> 人口約 5,000 人、11 村(最も大きな村で約 700 人、最も小さな村で約 200 人)で構成されている。オンタイでの 06 年度予算は約 1,100 万バーツであり、財源は約 800 万バーツが税収、約 300 万バーツが内務省からの助成金である。HIV/AIDS の状況は、初めて感染者が発見されたのは 94 年であり、現在は 16 人(累積 36 人)、男女比は 6 : 4 である。
- <sup>35</sup> 基礎保健ボランティアは、村ごとに選ばれ、1-2 週間の訓練を受けた後、村民に向けて必須医薬品の処方

や出産・死亡届け、保健医療関係の基礎的情報の提供を行っている。彼らの多くが、訓練期間中に HIV/AIDS に関する教育を受けており、村民に感染リスクの説明、コンドームの使用法と分配など HIV/AIDS 感染予防の情報を提供することができ、また村内の PLHIV へのケアや家庭訪問をおこなっている。

- <sup>36</sup> Raks Thai 財団 は、97年にタイでの法人格を取得し、設立された NGO である。もとは 79年から CARE Thailand として様々な開発に関わるプロジェクトを実施していた。HIV/AIDS 活動を開始したのは 96年からである。対象地域は、北部、北東部、南部、中部沿岸地域で HIV/AIDS 活動を行っている。
- <sup>37</sup> オンタイ基礎保健ボランティアグループスタッフとのインタビューから。
- <sup>38</sup> この基金は、寄付金 3 万バーツ、Raks Thai 財団から 1 万バーツ、タンボン自治体から 1 万バーツの 5 万バーツを元金に設立された。この元金を銀行に貯蓄し、現在基金は 18 万バーツである。利子を支援活動にしており、最近では年間 3 万バーツを提供している。同時に、継続して基礎保健ボランティアがコミュニティで寄付金を集めている。

### 引用文献

- 田辺繁治 1999 「自己統治の技法—北タイのエイズ自助グループ—」『上智アジア学』17:119-145。
- 2005 「コミュニティ再考—実践と統治の視点から—」『社会人類学年報』31:1-29。
- 道信良子 2001 「性規範の変容と HIV 感染リスク—北タイ女性工場労働者の事例から—」『ジェンダー研究』4:79-94。
- Beyrer, Chris 1998 *War in the Blood: Sex, Politics and AIDS in Southeast Asia*. Bangkok: White lotus, London & New York: Zed Books Ltd.
- Chay-Nemeth, Constance C. 1998 *An Archaeology of Thai public discourse of HIV/AIDS and Thai national AIDS plan, 1997-2001: The role of Thai Buddhist monks in the spheres*. Ph. D. thesis, Purdue University.
- Del Casino Jr., V. J. 2006 “NGOs and the Re-Organization of Community Development: Mediating the Flows of People Living with HIV and AIDS.” Adrian C. Sleigh, Chee Heng Leng, Brenda S.A. Yeoh, Phua Kai Hong and Rachel Safman(ed.) *Population Dynamics and Infectious Diseases in Asia*. London and Singapore: World Scientific Publishers, pp.159-186.
- Fordham, Graham 2005 *A New Look at Thai Aids: Perspectives from the Margin*. New York, Oxford: Bergham Books.
- Foreman, Martin and Laphimon, Monruedee 2006 *Positive People's Groups: The story of people living with HIV mobilizing to improve their lives in Upper Northern Thailand*. Brighton: International AIDS Alliance.
- Henry, Kathleen 1996 “HIV/AIDS Policy Lessons: Learning from Thailand.” *AIDSCAP* 3(3) [<http://www.FHI.org/en/HIV/AIDS/pub/Archive/articles/AIDScaptions/volume3no3/LearnFromThailand.html>].
- Kanshana, Siripon and Simonds, R. J. 2002 “National program for preventing mother-child HIV transmission in Thailand: successful implementation and lessons learned.” *AIDS* 16 (7): 953-959.
- Lyttlon, Chris 1996 “Messages of Distinction: The HIV/AIDS Media Campaign in Thailand.” *Medical Anthropology* 16: 363-389.
- Mann, Jonathan M., Tarantola, Daniel J. M., Netter, Thomas W. 1992 *AIDS in the world*. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press.
- National AIDS Prevention and Alleviation Committee 2001 *National Plan for the Prevention and Alleviation of HIV/AIDS in Thailand 2002-2006*. Special Subcommittee on the Preparation of the National Plan for the Prevention and Alleviation of the AIDS Problem, 2002-2006. Bangkok: AIDS Division, Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Bangkok: Thammada Press Co., Ltd.
- Phoolcharoen, Wiput, Kunanusont, Chaiyos, Pitisuttihum, Punnee, Bharmarapavati, Nath 2004 “HIV/AIDS in Thailand.” Yichen Lu and Max Essex (ed.) *AIDS in Asia*. New York: Springer Science +Business, pp.3-34.
- Rose, Nikolas and Miller, Peter 1992 “Political Power Beyond the State: Problematics of Government.” *British Journal of Sociology* 43(2): 173-205.
- Safman, Rachel M. 2001 *Community Mobilization in response to AIDS in Rural Northern Thailand*. Ph. D. thesis,

Cornell University.

Singhal, Arvind and Rogers, Everett M. 2003 *Combating AIDS: Communication Strategy in Action*. New Delhi: Sage Publication.

Synergos Institute 2002 *National Directory of Civil Society Resource Organizations: Thailand Series on Foundation Building In Southeast Asia 2002*. New York: The Synergos Institute, [<http://www.synergos.org/knowledge/02/thailandcsrodirectory.pdf>].

Thamarak, Kampisit and UNAIDS 2001 *Integration of AIDS into national developing planning: the case of Thailand*. Nonthaburi: Petchrung Press.

Thangphet, Sopon 2001 *The Impact of HIV/AIDS on Community-based Resource Management: A Case Study of an Indigenous Irrigation System in Northern Thailand*. Overseas Development Group, the School of Development Studies, University of East Anglia.

Treerutkuarkul, Apiradee 2006 *Married women a high-risk group*. Bangkok Post, 9 September 2006.

UNDP 2004 *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges*. Bangkok: United Nations Development Programme.

Viddhanaphuti, Chayan 1999 *A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care*. UNESCO/UNAIDS Research Project Thailand's Experience Country Report. Studies and Reports, Special series, Issue No.6. Cultural Policies for Development Unit. Paris: United Nations Education, Scientific and Cultural Organization.

Weniger, Bruce, G., Limpakarnjanarat, Khanchit, Ungchusak, Kumnua et al 1991 "The epidemiology of HIV/AIDS in Thailand." *AIDS* 5(suppl 2): s71-s81.

Wongkhomthong, Som-arch, Kaime-Atterhog, Wanjiku, Ono, Kishio 1995 *AIDS in the developing world: a case study of Thailand*. Bangkok: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University.

World Bank 2001 *Thailand Social Monitor V*. Bangkok: World Bank.