その他

タイにおけるエイズ患者の現状と支援活動の課題

—支援活動の実際と文献レビューより—

AIDS patients in Thailand and the support for them

水 野 真 希 (Maki MIZUNO)

抄 録

目 的

現在、エイズは世界的に流行をみせており、アジアでも蔓延し、その広がりを阻止するための対応は急務である。今回、エイズ感染が著しく蔓延している国の1つであるタイに着目し、エイズ患者の実態を明らかにし、エイズ患者を取り巻く環境と支援活動の現状と課題について探ることを目的とした。

対象と方法

バンコク北西に位置する人口約7万人のロップリー町にあるエイズ患者の支援施設であるワット・プラパート・ナンプーに7日間滞在し、支援の実際と観察をとおして研究者が記録したフィールドノート及び現地の2名の職員と3名のボランティアから同意を得て録音したインタビュー内容と文献レビューやインターネットからの統計資料により分析を試みた。

結 果

タイにおける急激なエイズ拡大の要因として、環境・エイズに関する知識不足・文化風習が相互に大きく関与していた。エイズは今世紀の流行病というだけでなく、生活苦→売春→エイズ感染→生活苦という悪循環が起こっていることが示唆された。また、支援者にとって、常にGIVEの意味をわきまえ、独自の人間として患者をありのままに受け止め、尊重することで、各患者にとって最良のケアを提供することができ、同時に、患者からも同じ癒しを受け取ることができるということが示唆された。

結 論

今回の検討からエイズ感染拡大の要因には、1、環境因子2、エイズに関する知識不足3、文化風習の3つの要因が相互に大きく関与しており、単にHIV早期発見やエイズ治療薬の開発だけでなく、人々が自分の意思で保健行動の変容が可能になるよう、個人・家族・地域社会と密接に関わり、その人の生活環境を把握するとともに、必要な知識を提供し援助、支援することが重要である。また、ボランティアやNGOによる保健活動に加え、専門家によるエイズに関する正しい知識と技術の提供を行っていく必要がある。

1. はじめに

エイズは現在、多くの国々で急速に広がり、性感染

症の広がりを阻止するための対応が急がれている。エイズはHIV(ヒト免疫不全ウイルス)というウイルスの感染によって起こるとされている。このウイルスが人

2006年9月12日受付 2007年5月16日採用

間の体内の免疫をコントロールする細胞を破壊するため、HIVに感染した人の多くがやがて、日和見感染やガンなどさまざまな病気にかかりやすくなる。この状態がエイズであり、その期間、つまりHIVに感染してからエイズを発症するまでの期間は個人差があるものの、平均して10年前後と報告されている。WHO(2006)は2005年、世界のエイズ患者数は約395万人、その内、タイのエイズ患者は58,000人であると発表した。また、世界銀行(1999)は、1996～1997年の1か年でエイズによりタイの平均余命は2歳短縮されたと報告した。タイでのエイズの広がりを阻止するための対応は急務である。そのため、タイでのエイズ感染の現状を明らかにし、感染拡大の要因を探る必要があると考えた。

また、エイズ患者を取り巻く環境と支援活動の現状を明らかにすることは、患者の管理や患者のQOLを考える上で必要である。

本研究の目的は、エイズ感染の広がりを阻止するため、タイでのエイズ患者の現状を明らかにし、感染拡大の要因を導き出すことである。また、患者の管理や患者のQOLを向上させるためには患者を取り巻く環境と支援活動の現状を明らかにし、どのような支援が必要であるのか明らかにすることである。

本論文に記載してあるエイズ患者にはHIV感染者を含んだ意味として記載していく。

II. 研究方法

タイでのエイズ患者の現状を明らかにしエイズ感染の拡大の要因を探ること、また、患者を取り巻く環境と支援の現状を明らかにすることを目的に、WHOが出典しているホームページや文献、National statistical office (NSO)やMinistry of public health (MOPH)が出典しているホームページによる統計資料、日本政府が発行するエイズに関する文献等からの資料により内容分析を行った。

また、エイズ患者を取り巻く環境と支援活動の現状を明らかにすることを目的に、バンコク北西に位置する人口約7万人のロップリー町にあるエイズ患者の支援施設であるワット・プラパート・ナンプーに7日間滞在し、支援の実際と観察をとおしてスタッフや患者への同意を得て研究者が記録したフィールドノート及び現地の2名の職員と3名の外国人ボランティアから同意を得て録音した英語でのインタビュー・データーの内容に対し分析を試みた。研究対象者の権利を保護

するために、研究対象者の匿名性と秘密を保持すること、また、研究の動機と目的を英語で説明し同意を口答で得た。

III. 結 果

1. タイにおけるエイズ患者の現状

ここでは主に、前述の文献レビューに基づいて、タイのエイズ患者の実態とその背景について記述した。

1) HIV・エイズ患者の実態

MOPH(2004)の調査による1967～2003年までの死因別割合を見ていくと、図1のようにエイズ患者死亡率は1989年より急激に増加し、1999年には死因第1位となった。2003年HIV感染経路別割合を図2に示した(MOPH, 2004)。エイズ患者との性行為による感染が全体の80%以上と高い数値を示し、薬物注射の回し打ちによる感染は約5%、母子感染は4%前後、HIVに感染した血液の輸血による感染は1%以下であった。

また、新たにエイズに感染した人の割合は、1990年代をピークに減少傾向を見せており、1991年では142,819人の報告があったが、2001年には25,790人にまで減少し、80%以上の減少となった(MOPH, 2002)。性別感染割合は、1995年では男性が女性の4.5倍を示していたが、2001年には1.95倍まで減少していた(MOPH, 2002)。薬物常用者における年度別HIV抗体陽性率は横ばいを示しているが、セックスワーカー(報酬のために性的サービスをする人)では、1995年では33%の陽性率が、2003年には19%にまで減少していた(MOPH, 2002)。

しかし、WHO(2006)の報告によると、2005年の新たな感染者の1/3はエイズ感染者である夫から感染したと思われる既婚女性が占めており、また、22歳以下の若年者と男性の同姓愛者に感染の広がりが見られると報告した。

MOPH(2004)によると、1984～2003年までの地域別エイズ感染率は図3に示すように、北部と中部に多いことが分かる。また、Weniger(1991)によると、1990年における北部のセックスワーカーの44%はエイズに感染していたと報告した。

1990年、北部にあるチェンマイの売春宿における売春料金50バーツ(1990年、約260円)以下の女性のHIV感染率は72.2%、100バーツ(1990年、約520円)以上の女性は16.7%であり、貧しい地域に住んでいる山岳民族の女性ほど値段が下がっていた(松井, 1996)。

図1 タイにおける年代別死因別死亡率 (1967～2003年)

資料：MOPH, Figure 5.7「Mortality Rates due to Major Causes of Death, Thailand, 1967-2003」

図2 HIV感染経路 (2003年)

資料：MOPH, Figure 5「Demonstration of reported AIDS cases by route of transmission, 2003」

2) エイズ患者の背景にあるもの

①環境

MOPH (2004) の調査によると、貧困割合 (1日1ドル以下で生活する人) は、1962～2002年にかけて減少傾向を示しており、2002年では首都バンコクで6.7%、地方では19.7%であった。また、貧困はタイの中でも北部と東北部地方に多く発生していた。北部・東北部では、広大な面積と最大の人口を持ち、多くの世帯が農業を中心として生計を立てていた (NSO, 2000)。教育面に関しては、タイでは、教育機関を就学前教育、初等教育、中等教育、高等教育の4つに分類して

おり、その内、初等教育 (6～12歳までの6年間) のみが義務教育となっていた (文部省, 1994)。2001年の初等教育に在学する者は86.0%、中等教育に在学する者は55.0%、高等教育に在学する者は25.0%であった (MOPH, 2004)。当時に13～19歳が在学できない理由として、学費を払えないという家庭が44.8%、就学することにより家庭の経済に悪影響を及ぼす恐れがある家庭は23.4%であった (NSO, 2001)。

NSO (2007) の調査によれば、2006年の就業者数は3626万人であり、その中で農業に従事している人は約1526万人で約4割を占めていた。また、平均賃金は月額7,976バーツ (2005年、約27,118円) であったが、農業従事者の毎月の平均収入は3,163バーツ (2005年、約10,754円) であった (NSO, 2007)。賃金については、職種や地域によってかなり格差があると報告されていた。また、タイでは12歳以上の児童の雇用について、国が許可しているため、賃金は大人より安く労働条件も悪い状況であった (日本アジア研究所, 1993)。

売春宿の経営は、MOPH (2006) の調査によれば、2005年で13,838件。セックスワーカーに従事する女性は167,550人、男性は29,904人であり、男性のセックスワーカーが年々増加傾向を示していた。

図3 タイにおける地域別エイズ感染率 (1988～2003年)
資料：MOPH, 「Rates of Reported AIDS Cases by Region, Thailand, 1984-2003」

1992年におけるバンコクの麻薬依存者は人口800万人中、推定5万から10万人が薬物依存であり、その大部分がヘロインの静脈注射であるとの報告であった (Vanichseni&Choopanya, 1994)。WHO (2007) の報告によると、病院に通う薬物常用者の45%がHIV抗体陽性であり、毎年、3～10%の新たな感染者が報告されている。

②エイズに関する知識

避妊の実行に関してユネスコ (2000) の調査では、タイの近代避妊実行率は2001年で79.2%、日本の53%より高い割合であった。MOPH (2000) の調査によれば、1999年における主な避妊方法別割合は、図4に示すとおり、ホルモン注射が35.2%、ピルが38.7%、卵管切開は9.7%、コンドーム使用は10.1%であった。

エイズに関する知識の普及は、都市部では学校や病院、保健施設、NGO、ヘルスボランティア等が役割を担っているが、農村や、スラムで生活をする人々、難民たちに対する知識の提供はボランティアやNGOに頼っているのが現状であった (WHO, 1999)。

③文化、風習

1990年、15～29歳の男性の28%は前年 (1年間) に女性1人以上と性的な接触を持っていた。そのうち、約4.0%が20人以上の女性と性的接触があった。一方、女性では、男性1人もしくは2人以上と性的接触があった人は2%と報告されていた (世界銀行, 1999)。タイ男性の買春習慣について、13歳くらいから売春を始め、

図4 避妊方法別割合 (1994～1997年, 1999年)
資料：NSO, Table23 「Percentage of new family planning acceptors by method. 1994-1997, 1999」

16歳では50%、大学生の90%が売春宿に行った経験があると報告されていた (Jonathan&Daniel, 1998)。

2. タイにおけるエイズ患者支援の現状

1) HIV感染予防に関する政策

1989年頃、NGOと政府は国民のHIV感染予防を促進する働きかけを行った。文献やインターネットからの資料より内容分析を行いここに主な政策を紹介する。

1993年、“100%コンドーム・プログラム”政策により売春宿やマッサージパーラなど性に関するサービスを提供している会社やセックス・ワーカーにコンドーム

ムを無料で配布し、客はその使用が義務づけられた。政府職員や警察、保健医療従事者がコンドーム使用状況を確認しており、これに従わない売春宿は法的に罰せられていた(閉店や経営の自粛、罰金など)。また、マスコミ・職場・学校・ワークショップ・仲間同士の場での啓発教育を促進した(世界銀行, 1999)。

その結果、売春におけるコンドーム使用は、1989年では25%であったものが、2003年には96%に増加した(MOPH, 2004)。1988年には男性によるSTD感染者1000人中250人に対し1995年には25人以下にまで減少していた(世界銀行, 1999)。

1985年以来、BMA(バンコク首都圏行政府保健局)と多くのNGOが、薬物常用者を対象とした更生プログラムを実施した(WHO, 1999)。バンコクにある17ヶ所の麻薬中毒クリニックでの治療、技術訓練、仕事探しの手伝い、仲間内の相互教育グループによる定期的カウンセリング、保健職員の巡回プログラム(治療を受けに来ない人々に対して家庭訪問を行う)などを行っていた(WHO, 1999)。

その他にも、使用済み注射器具を滅菌するための消毒薬の使用法に関する指導や滅菌された注射器の配布などを行っていた。

その結果、薬物注射打ち回しによるHIV感染者は、1995年、6.4%であったが2003年では4.9%に減少した(MOPH, 2004)。

2) HIVとエイズに関わる治療

世界銀行(1999)の調査では、1996年、エイズは早期に発見し治療すれば1,740ドル(約20万円)で330日寿命を延ばすことができると推計していた。これはタイの平均家庭(5人家族で両親共働き)の年収の30~50%に相当する。エイズの全治療に要する費用は、年間8000ドル(約88万円)であった(日本アジア経済研究所, 1993)。この治療は、広範囲にわたる慎重な検査と高度な訓練を受けた熟達した専門医によって、設備の整った病院で行われる必要があると言われているが、タイではそのような病院は少なかった(日本アジア経済研究所, 1993)。政府は無料の抗ウイルス治療を母子感染防止のためのHIV陽性妊婦と国家的に承認された臨床効果実験の被験者のみに限定して実施しており、その他の患者は治療費の一部を負担しているのが現状であった(世界銀行, 1999)。

また、治療に当たる医師や病床数は、世界銀行の調査によれば、1990~1998年の8年間を平均すると、人口千人あたり医師数0.4人、病床数は2.0人であった(日

本では医師数は1.8人、病床数は16.2人)。また、都市や郡には病院が設置されているが、村落レベルでは、病院や保健センターはほとんど設置されてなかった(世界銀行, 2000)。

3) エイズ患者支援施設での現状

ここでは、実際エイズ支援施設を訪れ、そのスタッフやボランティアから得られた情報と文献により内容分析を行った。

(1) ワット・プラパート・ナンプーの設立の概要と実態

この寺院は、創設者であり僧侶のアランコット氏が、1992年にエイズ患者支援を目的に建設した。看護師長の語りによれば、氏が35歳の時、仏門に入りこのプラパート・ナンプーにやってきた。彼は、エイズ患者がたった一人で孤独に亡くなる姿を目の当たりにし、エイズ患者支援を目的としてこの施設の創始を決心した。施設運営は全て海外ならびに国内からの寄付金で成り立ち、当時、国内でもエイズ患者受け入れ施設としては最大級のものであった(山梨医科大学海外医学交流研究会, 2000)。

私達が訪ねた時には、ワット・プラパート・ナンプーにはエイズ患者が135名入院していた。うち寺院内の病院に入院している患者は約50名、重症化していない患者は敷地内にあるバンガローで生活していた。入院患者以外に、この時点で予約をしている患者は約1万人いるそうだ。したがって、入院患者の多くは病状が悪化した末期患者が優先されていた。毎日3~5人の患者が亡くなり、そのうち、その分の患者が入院してきた。患者の男女比はほぼ半分、多くは思春期から青年前期の若者であり家族が不在、または見捨てられた人が多かった。

そこに携わる医療、看護従事者は、医師1名(デンマークのボランティア)、正看護師2名、無資格者を含む看護師約18名が24時間体制で医療・看護に従事していた。その他、事務スタッフ、ボランティア、カウンセラーが働いていた。労働体制は日勤(8~16時)8名、準夜勤(16時~0時)4名、新夜勤(0時~8時)4~5名。看護従事者は月収3000バーツ(2000年、約9000円)、無資格者の月収はさらに低い。また、医師はボランティアのため無給であった(富山医科薬科大学国際医療研究会, 2000)。

病院は1年前に建てられたもので、外見的には清潔感があった。しかし、病院内は、仕切りのない大部屋に、丸坊主にされオムツだけをまとった患者が男女区別無くベッドに寝かされていた。満床であふれた患者

は、廊下にベッドを置き寝かされていた。患者は顔面蒼白で咳き込み、すすけたように黒ずんだ患部は枯れ枝のようにか細く、多くの患者は肌が露出している部分に、エイズの合併症の一つであるカポジ肉腫の黒い斑点が生々しく見えていた。死んでいるかのように、全く動かない人や目が虚ろな人もいた。

(2) エイズ患者への支援状況

病院管理者は、ボランティアに対する方針について「患者のケアは、一般の人と同様に、患者の望むこと、自分たちのできることは何でも行ってよろしい」と語った。ボランティアは、疼痛のある患者に対しては、蒸し器で温めたガーゼで包んだ葉草を、患者の要望に合わせて患部に押し当てながらマッサージを施していた。その他にも、食事、飲水、清拭、排泄に関する援助を行っていた。

この病院では薬を買う資金がなく、苦痛緩和の方法として院内で栽培している葉草を用いた温熱湿布をしているのが現状であった。このようなケアによって、次第に患者の苦痛な表情がほころぶ顔になっていった。

看護師はオムツ交換、配膳、治療の補助(点滴や薬の管理など)、施設見学者の案内役、問診、死後の処置を主に行っていた。婦長は出会う患者みんなに声を掛け、温かい笑顔を振りまいていた。

ここで働く職員の一人は「私はこの仕事に人生を捧げています。患者のために与えられる全てを与えたい、それが私の喜びです」と言いながら、患者の看取りに日々を送っていた。また、ボランティアの一人は、自分のケアに関わる気持ちとして患者に与えているわけではなく与えられる、感謝の姿勢で接しているのだと話した。支援者と患者の関係は、お互いがお互いの健康を気遣い、相手を喜ばそう、相手の苦痛を取り除こうとする思いやりの精神を持っているように研究者は感じた。「私は良い人間ではない。患者が良い人間なのだ」と言った。

IV. 考 察

以上の結果を踏まえ、エイズ拡大に関する要因の抽出と支援の有り方について考察する。

エイズ拡大の要因について、図5に示す環境、エイズに関する知識、文化・風習の3つの要因から考察する。

第一の要因は環境である。貧困・労働・生活苦などが考えられるのだが、貧困により生活の安定が乏しく、家を離れ都市部へ出稼ぎに行くことによって、都会の

エイズ患者と接触を容易にしていることも要因の一つではないかと考える。タイの東北、北部地方は農業が中心で、貧困の発生は高い傾向にある。そのため、田舎から都市部へ出稼ぎに行く人も多く、また、女性にとって高額の収入が得られやすい売春産業へと転職する女性も多いことが推測される。したがって、売春が容認されている風習もあいまって、性行為感染によるHIV感染の割合が非常に高くなっていると考えられる。

また、国はエイズ患者に対する治療・療養を目的とした病院、施設の設置を賄えきれない経済状態であると考えられる。そのため、民間人が経営する私的な施設に大多数の患者の受け入れをゆだねていると推察される。

第二の要因はエイズに関する知識不足である。エイズの正しい予防方法や病気の経過に関する知識の普及を一部NGOやボランティアに委ねていることもあり、全ての人々への知識の普及には限界があり、また、一部誤った認識で伝わることも要因と考えられる。

売春の際に、コンドームの使用が増加した反面、図4に示されるように1999年時点でも性行為の際には、依然、避妊にホルモン注射やピルの使用が圧倒的に多いことから、売春宿でのコンドーム使用を促すだけでは、エイズの蔓延を防ぐことはできないと考える。若年者や既婚女性にエイズの遷延が新たな問題として浮上してきたことから、個々の生活に合わせた支援が必要であると考えられる。

第三に文化、風習からくる性に関するおおらかさが考えられる。売春に対する社会の容認する姿勢である。男性の買春習慣や貧困による女性の労働場所としても売春は大きく関与しており、売春は多くの人々の日常生活に密接に関わっていると考えられる。STDやエイズ感染の流行に売春が大きく関与しており、そのこ

図5 エイズ遷延の要因

とがタイでのエイズの流行を促進させたと考えられる。

以上のことから、エイズは今世紀の流行病というだけでなく、生活苦→売春→エイズ感染→生活苦という悪循環が起こっていると考えられる。したがって、経済、教育、風習など生活を取り巻く諸条件の改善が必要となろう。このため、様々な政府機関、国際機関、医療機関、NGOや企業などが連携を取り包括的にエイズ問題に取り組む必要がある。また、ボランティアやNGOによる保健活動に加え、専門職によるリプロダクティブヘルス・ライツの視点で支援を拡大していく必要がある。

次に、患者と向き合うことの意味について、現地の職員は業務として支援を提供しているのではなく、一人の人間として患者と接しているため、自分らしさを大切にして独自性を持った支援を提供している。常に『GIVE』の意味をわきまえることによって、患者の発する言葉だけで、その気持ちを理解するのではなく、表情や動作など患者の様子からあふれてくるようなものを、支援者は全身で気づく努力をすることが求められる。Benner & Wrubel (2000/1999) は、「患者とその生活にとって病気がいかなる意味を持っているかを理解することは癒しの一形態である。そうした理解に支えられることによって、患者は病気に伴う疎外感・自己理解の喪失感・社会的一体感の喪失を克服できる」と述べている。支援者は知識だけを深めるのではなく、患者の苦しみに誠実に耳を傾け、その人が、本当に直面している立場（あるがままの事実）に立って支援することが大切である。

ここで働いている職員、ボランティアには疲労の顔はなく、患者と接することで元気と喜びをもらっていた。つまり、ここに「TAKE」の意味があるのではないかと考える。患者に施す気遣いや感謝をただ与える（GIVE）だけでなく、自分も相手から同じような癒しを受け取る（TAKE）という相互作用が患者と支援者に働いていると考える。Travelbee (1974/1994) は、「各個人が、相互作用の中で、他人を一人の人間として知覚する時にのみ、関係は可能なのである」と述べている。タイのHIV患者における支援者の関わりは、支援者対患者というよりも、独自の人間として知覚しあい、関係を結ぶことによって、相手を知りたい、相手のために自分ができることは何でもしたいという気持ちを導き出すことだと映った。

また、薬草による温熱湿布とマッサージのケアによる苦痛の緩和という支援は、身体的苦痛の緩和と精

神的苦痛の緩和が密接に関わっていた。身体的苦痛の緩和に伝統的植物療法と接触というマッサージにより、苦痛でゆがんだ表情が和らいでいく過程の中で、看護の原点があると考ええる。マッサージは、患者との触れ合いにより患者の孤独感、痛みからの恐怖や不安をわずかでも軽減するためにも効果があると考ええる。Travelbee (1974/1994) は、「身体的痛みが身体の一部に局在化できるとしても、実際には、その全体としての人間が苦しみをうけるのであって、身体の部分だけがそうなのではない」と述べている。つまり、心身二元論で痛みをとらえることなく、社会的要素も加え、全人的に患者の苦痛をとらえることが必要である。

V. 結 論

タイでのエイズ患者の現状を明らかにするため、文献やインターネットより感染拡大の要因を導き出した。また、患者を取り巻く環境と支援活動の現状を明らかにするため、タイのエイズ支援施設を訪れ、支援の実際と観察をとおして研究者が記録したフィールドノート及び現地の2名の職員と3名の外国人ボランティアからのインタビュー・データーの内容に対して分析を試みた。

今回の検討からエイズ感染拡大の要因には、1. 環境因子、2. エイズに関する知識不足、3. 文化風習の3つの要因が相互に大きく関与し生活苦→売春→エイズ感染→生活苦という悪循環が起こっていることが示唆された。また、支援活動については単にHIV早期発見やエイズ治療薬の開発だけでなく、人々が自分の意思で保健行動の変容が可能になるように、個人、家族、地域社会と密接に関わりその人の生活環境を把握するとともに、必要な知識を提供し、援助・支援することの必要性が明らかとなった。ボランティアやNGOによる保健活動に加え、専門家によるエイズに関する正しい知識と技術の提供を行っていくことが重要である。支援者にとって常にGIVEの意味をわきまえ、独自の人間として患者をありのままに受け止め、尊重することで、各患者にとって最良のケアを提供できると同時に、患者からも同じような癒しを受け取るという相互作用が働いていることが示唆された。

ここで報告した現状は、タイのエイズ蔓延における背景の一部分にすぎず、文献や1回の現地視察などでは判断しにくい部分も数多く存在し一般化はできない。これを機会に、今後もこの課題に取り組みたい。

謝 辞

本調査の実施にあたりご協力を頂きました現地の患者様、職員の皆様に心より感謝いたします。また、本稿をまとめるにあたっては、富山大学母性看護学の永山くに子教授に貴重なご指導を頂き厚く御礼申し上げます。

本稿の一部は、国際看護研究会第4回学術集会及び第2回富山医科薬科大学看護学術集会で発表したものに加筆したものである。

文 献

- Benner. P. & Wrubel. J. (1989)／難波卓志訳(1999). 現象学的人間論と看護, 11, 東京: 医学書院.
- Jonathan Mann & Daniel Tarantola編(1998)／山崎修道, 木村正博監訳(1998). エイズ・パンデミック世界的流行の構造と予防戦略, 40-43, 東京: 財団法人日本学会事務センター.
- Joyce Travelbee (1974)／長谷川浩, 藤枝知子訳(1994). 人間対人間の看護, 64-65, 173, 東京: 医学書院.
- 松井やより(1996). 女たちがつくるアジア, 40-43, 東京: 岩波新書.
- 文部省(1994). アジア, アフリカ, オセアニア教育, 62-69, 東京: 文部省.
- MOPH (Ministry of public health) <http://eng.moph.go.th>

[2007-05-11]

- 日本アジア経済研究所(1993). タイの経済発展とインフォーマル・セクター, 30-45, 78-79, 千葉: アジア経済研究所.
- NSO (国家統計局) <http://www.nso.go.th/gender/table/etab28.htm> [2007-05-10].
- 世界銀行(1999)／喜多悦子, 西川潤訳(1999). 経済開発とエイズ, 22, 64, 173, 東京: 東洋経済新報社.
- 世界銀行(2000). 世界開発指標, 135, 東京: 世界銀行.
- 富山医科薬科大学国際医療研究会編(2000). 2000年タイ・スタディーツアー報告書, 39-58, 富山: 富山医科薬科大学国際医療研究会.
- UNESCO <http://www.unescobkk.org> [2007-5-12]
- Vanichseni S & Choopanya K. (1994). First seroprevalence survey of intravenous drug users in Bangkok Thailand, Thai AIDS Journal, 4.
- Weniger B.G (1991). The epidemiology of HIV/AIDS policy in Thailand, AIDS (5), S71-85.
- WHO／財団法人エイズ予防財団監訳(1999). エイズ・その実像, 89-95, 東京: 財団法人笹川記念保健協力財団.
- WHO <http://www.who.int> [2007-5-12]
- 山梨医科大学海外医学交流研究会編(2000). 研究活動報告書, 60, 山梨: 山梨医科大学海外医学交流研究会.