

「エイズ未亡人」として生きる

— タイ最北部農村におけるHIV感染者の社会的アイデンティティーと生き残り戦略の光と影 —

Living as “AIDS Widows”:

Social Identities of People who Are Affected by HIV/AIDS in Rural Villages of Upper Northern Thailand,
and Their Survival Strategies

中井 仙丈*

NAKAI Senjo

The author conducted ethnographic research from 2003–2004 in suburban village A, about 30 kilometers south-west of Chiang Mai City, where a self help group of people living with HIV/AIDS (PWA) was formed in 1995 in order to support PWA and their families. The group members are predominantly female, and the core members are “AIDS widows”, that is, women who lost their partners from AIDS. With the aid of both local and outside organizations, they successfully renegotiated their identity in a more positive light. Today, they are no longer regarded as feared transmitters of the deadly disease but as socially responsible members of the village community. However, the research also indicates that every AIDS widow in the village is indiscriminately treated as PWA regardless of HIV serostatus. Only AIDS widows who chose to live as PWA, giving up a number of life choices, e.g. certain types of occupation, participation in communal activities, courtship, and child bearing, are accepted as a part of the village community. On the other hand, HIV negative AIDS widows who chose to live as non-PWA are still subject to fear and resentment from other villagers, including PWA and their supporters. They have very few choices but to silently bear alienation, or move out of the village to start a new life elsewhere. Although AIDS widows are unquestionably a symbol of reconciliation and unity of the village, the very identity of AIDS widows reduces all AIDS widows to PWA regardless of HIV serostatus.

1. タイ最北部HIV感染者自助グループの 成功と新たな社会的弱者の出現

HIV感染は1980年代末を境に、タイ最北部¹⁾で爆発的に蔓延した。90年代に入ると、国家医療制度のキャパシティを超えるHIV感染者がエイズを発症するに至った²⁾。当時はHIV感染の効果的な治療法が普及しておらず、更には感染者に対する差別問題も加わり、非常に困難な状況におか

れていた。そうした窮状の中で、感染者たちは自ら生き残りをかけて、相互扶助の運動を組織化していった。

1994年、海外の援助団体やチェンマイを拠点に活動するキリスト教系NGOの支援を受けて、新しい人生の友の会 (ชมรมเพื่อนชีวิตใหม่) と呼ばれる自助グループがチェンマイ市で結成された。このグループは、生薬の生産と配布を感染者に行うとともに、心身のケアに関する情報交換の場として、

* The Japanese Studies Center, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

一時は4,000名を超えるメンバーをかかえるまでに成長した [Tanabe 1999]。後にこのグループは、北部タイを発祥地とする「コミュニティー型」自助グループ運動へと発展し、感染者支援モデルのひとつとなった。

しかし2002年からタイ保健省がエイズ治療用抗ウイルス薬 (ARV) の生産を開始し、感染者の治療が30パーセント健康保険制度 (โครงการประกันสุขภาพถ้วนาน/ตามสิทธิการรักษาทุกโรค) として知られる公的医療制度に組み込まれたのを境に、自助グループは国家から提供されるサービスの受け皿としての性格を強めていった [Del Casino 2001 : 408]。そのため現在活動する自助グループの中には、ARVの普及と服薬コンプライアンス徹底を目的とした郡病院の下部組織として2002年以降に誕生したものも少なくない。

こうした官民の努力により、公的医療制度へのアクセスや組織度の面において、HIV感染者は必ずしも社会的「弱者」とは言い難くなっている。タイ最北部における自助グループ運動の成功は、後発途上国や中進国における感染者支援モデルとして国際的にも高く評価されてきたが、そうした成功の影で援助の枠から排除される新たな「弱者」が生み出されていることを見逃してはならない。クリス・リトルトン [Lyttleton 2000] が90年代後半に行った調査によれば、薬物常用者や未婚女性がコミュニティー型自助グループに参加することは稀であるという。また、ピンセント・デルカジノ [Del Casino 2001 : 418] は社会経済地位の高い感染者にも同様の傾向があることを指摘している。

本稿で取り上げるのは、エイズによって配偶者を失った女性たちである。自助グループの中心的

人物であるはずの未亡人たちが、時として村社会はもちろんのこと、自助グループからも「逸脱者」として見なされることがある。著者が2003年から15ヶ月年にわたり現地調査を行ったチェンマイ県郊外のA村では、1995年に自助グループXが結成され、村落内で感染者とその家族を支援する試みが続けられてきた³⁾。このグループは外部からの支援を巧みに活用し、感染者の経済的自立とともに、非感染者との関係改善に取り組んできた。特に村人から「エイズ未亡人」と呼ばれるエイズによって配偶者を亡くした女性達は、その献身的な努力が高く評価されてきた。しかし彼女達の活躍の影で、HIV抗体検査の結果が陰性にもかかわらず、感染者と見なされる女性達が存在する。そして、その多くがエイズ未亡人なのである。

こうしたエイズ未亡人は、感染者グループに加わり、感染者としての役割を遵守している限りは深刻な差別に晒されることはない。しかしそのためには、職業や結婚、出産といった様々な選択肢を断念しなければならない。また少数ではあるものの、自助グループにも参加せず、非感染者として生きることを選んだエイズ未亡人たちが存在する。しかし村にとどまる限り、感染者や彼女らの支援者までを含む村人の恐れと非難的とならざるをえない。この事例が示唆しているのは、HIV感染者に絡む差別の問題や感染者運動の現状が、感染者／非感染者、差別者／被差別者といった単純な二項対立では捉えきれなくなっていることである。

本稿では、タイ最北部に現れた村コミュニティーを基盤とするHIV感染者自助グループ運動の成功と、そこから排除される新たな「弱者」の形成について論じてゆく。社会学や心理学の分野

において多くの研究がなされてきたスティグマ論の枠組みを用い、エイズ未亡人たちの社会的アイデンティティーと生残り戦略について考察を行い、特にHIVに感染していないエイズ未亡人が直面する問題について議論してゆく。

2. スティグマ論からみたHIV感染者のアイデンティティーと社会的役割

社会的相互作用論は、近代西洋文明の基礎となる主体性を、社会的制約とのせめぎ合い中で形成されるものとして捉え直した。個人は生れ落ちた社会の中で、集団に対する帰属意識やそれに付随する社会的役割を学びながら自己アイデンティティーを発達させてゆく。しかし人間は再帰的な自己認識を行うことが可能であり、社会的役割を甘んじて受け入れるだけではない。他者とのやり取りを戦略的に行うことで、他者の目に映る自己像をコントロールしようとするのである [Denzin 1989: 5]。そのため自己アイデンティティーは、日々絶え間なく行われる他者との交渉の中で形成される。

しかし社会的相互作用論は、自己アイデンティティーを安定し、首尾一貫したものとして描いていない。例えば、自分が望むアイデンティティーと他者の目に映る社会的アイデンティティーとの間に大きな乖離が生じ、それに対して適切に対処できない場合には、葛藤や不安といった精神的苦痛に苛まされるだけでなく、社会生活を送ることすら困難になる。例えば、9/11直後のアメリカ社会において、イスラム教徒やアラブ系住民は深刻なアイデンティティーの危機に直面したことが報告されている。個人の思想や人格にかかわらず、

テロリスト疑惑や差別の対象となり、社会的生活に大きな支障をきたしたという [Kerlikowske 2008]。人間が社会的な存在であるかぎり、複数の異なる役割を同時に使い分け、長いライフコースの中で幾度も起こりうるアイデンティティーの危機に対処してゆかねばならないのだ。

アービン・ゴフマン (Erving Goffman) の *Stigma: notes on the management of a spoiled identity* [1963]⁴⁾によれば、差別を生む差異は「肉体的な醜悪さ (abominations of the body)」、「性格上の欠点 (blemishes of individual character)」、「人種、民族、宗教に関する集団的スティグマ (tribal stigma of race, nation, and religion)」の3種類に大別されるという。こうした社会的に好ましくない差異をもつと見なされた者は、自己アイデンティティーと社会的アイデンティティーの間に深刻な乖離が抱えることによって、さまざまな困難を経験することになる。

スティグマを背負った者にとっては、他者との何気ない接触さえも、好ましからぬ差異が公になる危険性を孕んでいる。また相手側も、過剰な反応を示す彼らに対して違和感を抱くようになる。こうして両者のやり取りには常に緊張と不安が付きまとい、円滑なコミュニケーションが困難になる。こうして一面的にすぎなかった差異が、人格全体を脅かす「スティグマ」に転化されてゆくのである [Tannenbaum 1938: 19; Goffman 1963: 29-30]。

ゴフマンは、スティグマを背負った者がアイデンティティーの安定を図るために、不本意な役割や価値観であっても受け入れざるをえないことを認めていた。しかし、社会的相互作用論に影響を受けていたゴフマンは、彼らが行うアイデンティ

ティーを守る手段にも着目していた。特に、スティグマを背負った者が他者との対面的な接触の際にとる戦略を「スティグマ・マネジメント」と呼んだ。また、差異が自明で隠しきれない場合には、スティグマの影響を最小限に食い止めるために印象管理 (impression management) が講じられることを指摘した [Goffman *ibid.* : 42]。印象管理の例には、外科手術による肉体的欠陥の隠蔽や努力と訓練によって身体的障害を克服するような「技術的矯正」、またはスティグマの源泉となる差異が自らの責任によって生じたものではないことを主張する「精神的矯正」などが含まれる。ゴフマンのスティグマ理論には限界があるものの、その後の差別に関する研究に大きな影響を与えたことは広く知られている。

ゴフマンの研究を批判的に検証したザチェリー・ガソウとジョージ・トレシー [Gussow and Tracy 1968] は、施設に隔離されたハンセン病患者の研究から、集団によるスティグマ・マネジメントの可能性を探った。スティグマを負った患者達が、同様の経験を持つ仲間達との緊密な接触の中で、対抗言説を紡ぎだしてゆく様子を検証している。ガソウとトレシーが指摘したのは、スティグマを背負った者達は、偏見を正当化するような支配的言説を甘受するのではなく、世間に流布する誤解や無関心に抗いながら、社会的アイデンティティーの修正に取り組んでいることである。こうして彼らの研究は、ゴフマンが *Stigma: notes on the management of a spoiled identity* を執筆する際に切り捨てた「何が正常か」を規定する社会的枠組みの書き換えの可能性に光を当てたのだ。

アイデンティティーは規範性を帯びており、行

動の指針となる価値体系や役割が付随している。社会秩序が保たれるには、その構成員が各自の役割を忠実に遂行する必要がある。また、絶え間なく秩序の境界が確認され、維持されなければならない。そのため、役割の曖昧さに対しては特別な注意が払われる。規範からの逸脱は、懲罰や排除という形で社会的制裁を招くこともあれば、ある特定の条件下において社会的に許容されることもある。例えば「病人」は、病人としての役割 (sick role) を演じ続けている間は、健常者が享受する権利を剥奪される代わりに、通常課せられる義務から解放される。つまり医師の診断を受け入れ、医療従事者の指導のもとで治療を受け続ける限り、欠勤や異常な言動といった社会的逸脱は疾患によって引き起こされたものとして許容される [Parsons 1951]。とかく生物医学 (biomedicine) な観点から語られることが多い「病」は、実は社会的な側面を含んでいることがわかる。

HIV感染者の場合も、社会的に感染者として認識されることは必ずしも否定的な帰結のみをもたらすわけではない。「健常者」にとって当然の権利を剥奪される一方で、治療や精神的・経済的支援という感染者としての権利が保障されることも事実なのである。ただしこれは、感染者としての社会的役割を受け入れている限り保障されるのであり、それが遵守されない場合は感染者としての権利を剥奪され、社会的制裁を受けることを意味する。

しかしHIV/AIDS感染者の場合は、スティグマの影響によって、感染原因が感染者自身の過失によるものとして捉えられる傾向があり、治療や病人としての権利が奪われる事例が多数報告されている [Asia Pacific Network of People Living with HIV/

AIDS 2004]。感染者の中には、不当解雇から身を守ったり面目を保つために、支援や治療を拒む者がいるという。彼らは自らの健康を犠牲にしましても、社会的には非感染者として生きようとしているのである [World Bank 2000 : 24-25]。

HIV/AIDSは生物医学の問題として見なされがちであるが、社会的側面も併せ持っており、二つの側面が相互に作用し合い、「感染者」としてのアイデンティティーが形成されてゆくのである。HIV感染の予防はもちろんのこと、AIDSの効果的な治療を実現するには、HIV/AIDSの抱える社会的な側面を理解しなければならないのだ。

3. 調査方法、対象および倫理的な配慮

本研究では、村ぐるみでPWAに対する差別問題に取り組み、大きな成功を収めたことが報告されているチェンマイ市郊外のA村をとりあげる。調査期間は2003年9月から2004年12月までの15ヶ月間で、情報の収集・分析に当たってエスノグラフィーを用いた。エスノグラフィーは、調査される側の世界観に基づき、できる限り自然な状態で社会的行為を観察・記述することによって、その意味理解に努める調査方法である [Agar 1986 : 12]。参与観察とスポット・インタビューを中心にデータ収集を行い、調査の後半からは特定の情報提供者へのインタビュー (informant interview) も追加した。

90年代のタイでハンセン氏病患者に対する差別を研究したピンパワン・プレダーサワット [Pimpawun 1992] によれば、タイの農村社会では患者をあからさまな形で差別することは少ないと指摘している。一般的には、患者不在の際や親し

い者同士の会話の中でのみ、差別は顕在化するという。ピンパワンの調査結果を裏付けるように、予備調査の際に患者や支援者の口からも同様の意見が聞かれた。また、村人にとっては自明であるような言動の意味も、調査地の言語・文化的知識をもたなければ見過ごしてしまうであろう。そのため、長期にわたり調査地にとどまり、現地語や調査地について学び、情報提供者と信頼関係を築くことができるエスノグラフィーは、情報収集の面でも倫理的な面でも、本研究にふさわしい調査法だと考えられる。

まず現地調査に先立ち、2002年から北部タイを中心として、調査地の選定を目的とする予備調査を行った。その際に、自助グループのリーダー、NGO職員、弁護士、研究者や保健省職員などからの助言を基にしなが、感染者グループ、保健所や村長達と話し合いを重ね、調査の可能性を探った。最終的に最も前向きな反応を得ることができたA村を調査地に選んだ。なお本調査は、A村の住人に調査目的を予め明らかにした上で行った。

A村には、2005年時点で約1,600名の住民が居住しており、12の自然村 (หมู่บ้าน) からなる行政村 (人口77,899) に属している。村の労働人口の大半が非正規労働者として、村周辺の果樹園や田畑、建設現場での肉体労働に従事している。村には保健所 (สถานีอนามัย) が置かれ、3名の常駐職員が住民の健康管理を行っていた。国家医療制度の末端組織にあたる保健所は、6村の住民を対象に基礎医療の提供を行っており、「エイズ関連事業 (งานอดคี)」と呼ばれる活動にも1990年半ばから積極的に関与してきた。

HIV/AIDSの調査には、倫理的な配慮が最優先

されなければならない、特にPWAやその家族が関与する調査には特別な配慮が必要だと考えた。調査を始めて最初の6ヶ月間は、村の保健所のアシスタントをしながら参与観察とスポット・インタビューのみを行った。その間、村の人々との接触を積極的に行い、村社会になじむことに専念した。感染者の不安や要望の理解に努め、こちらから彼らにアプローチすることは極力控えた。また、北部タイ語しか理解しない年配者と交流するために、村の女性1名をリサーチ・アシスタントとして雇った。

近年改善されたとはいえ、HIV感染者に対する差別は根強く残っており、調査に関与することで悪影響が生じる可能性も排除できない。事実、タイを含むアジア太平洋諸国で行われた広域調査によれば、調査対象となった感染者の40パーセントが守秘義務違反の被害を経験しており、その差別の種類は、不当解雇、治療拒否、軽蔑、村八分、暴力にまで及んでいる [Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS 2004 : 8, 20]。

そのためインタビューの際には、調査の目的、匿名性保持の方法、インタビューの相手の権利や問題が生じた際の対処の仕方などをまとめた情報シートを必ず配布・説明の上、同意を得てから行った。また、エスノグラフィーは固定的な調査スケジュールや情報収集方法をとらないため、調査対象となる人々の個人的な不安や要望に応じて、質問の仕方を変えたりインタビューの時期を調整したりすることで、守秘対策を講じることができる。また、情報提供者や感染者の特定につながるような情報は極力記載しない方針を採るため、本稿に登場する人物名はすべて仮名である。なお本調査は、情報提供者の勧誘方法、アシスタ

ントの選定基準、守秘の方法といった調査に関する倫理的規定を明文化し、在籍していたオーストラリア・マッコーリー大学の倫理委員会 (Macquarie University Ethical Committee) とタイ国国立研究委員会 (สภาวิจัยแห่งชาติ) の許可を得た上で実施した。また、同倫理委員会との申し合わせにより、博士論文提出後5年間は詳細な研究結果の出版を見合わせてきた。

4. タイ最北部におけるHIV感染者運動

生物医学的な見地に立てば、エイズ（後天性免疫不全症候群）はレトロウイルスの一種であるHIV（ヒト免疫不全ウイルス）に感染し、人体の自己免疫システムが次第に侵されてゆくことにより引き起こされる免疫不全症である。現在までのところ、完治ができないため、一生治療が必要となる。当然のことながら、感染のメカニズムの複雑さや治療の困難さという生物医学な側面が感染者の窮状を作り出していることには疑いの余地はない。しかしながら感染者の窮状には社会的な要因が深く関与していることも見逃してはならない。感染者に対する差別と偏見は、生物医学な難題に比べて副次的な問題として考えられがちであった。国連合同エイズ計画 (UNAIDS) によって、偏見 (stigma) と差別 (discrimination) が予防や治療の大きな障害となっていることが取り上げられ、2002-2003年には国際啓発キャンペーン “Live and Let Live” に追随する形で、タイでも国家レベルでこの問題がより具体的に取り上げられるようになった。

A村内でも1995年から、感染経路、コンドームによるHIV感染の防止策、感染に伴う症状といっ

た情報が、パンフレットの配布やワークショップなどを通じて提供されるようになった。タイ国内においてHIV感染は、主に薬物乱用や性交渉を介してタイ社会に広がっていったと考えられている[Wassana 1999; Van Landingham *et al.* 1993]。そのためHIV感染には、犯罪や性道徳の乱れを想起させる負のスティグマが付きまわってきた⁵⁾。80年代から90年代初頭にかけてタイ政府の行ったHIV/AIDSに関する啓蒙・予防活動の中で、同性愛者や薬物乱用者、売春婦は「高リスク」グループと呼ばれ、HIV/AIDSと密接に結び付けられてきた。更には、恐怖を煽るような映像やメッセージが繰り返し用いられた。タイ南部に伝わる影絵芝居ナンタルンの演出家プアン・ブッサラーラットも、そうしたキャンペーンに参加した一人である。プアンは自らが演出した喜劇の中で、登場人物テーンに次のように語らせている。

薬物中毒者や乱れた性道徳をもった連中は、間違いなくHIVに感染するだろう。もしも好きにさせておいたら、他人にうつしてしまい、感染が広がってゆくはずだ。どこかにしっかり閉じ込めておかないといけない。ヌイ [テーンの相手]、知ってるか。今では、タイにはHIVにかかった者が4千万人もいるんだぞ。[cited in Thida 2005: 99 タイ語からの翻訳]

感染者と直接接触する機会が少なかった1980年代から90年代初頭において、タイ全土で繰り返された予防キャンペーンを通じて、HIV/AIDSは道徳面で逸脱した行動によって引き起こされる「社会的逸脱者」の病であるという見方が広まっていった。

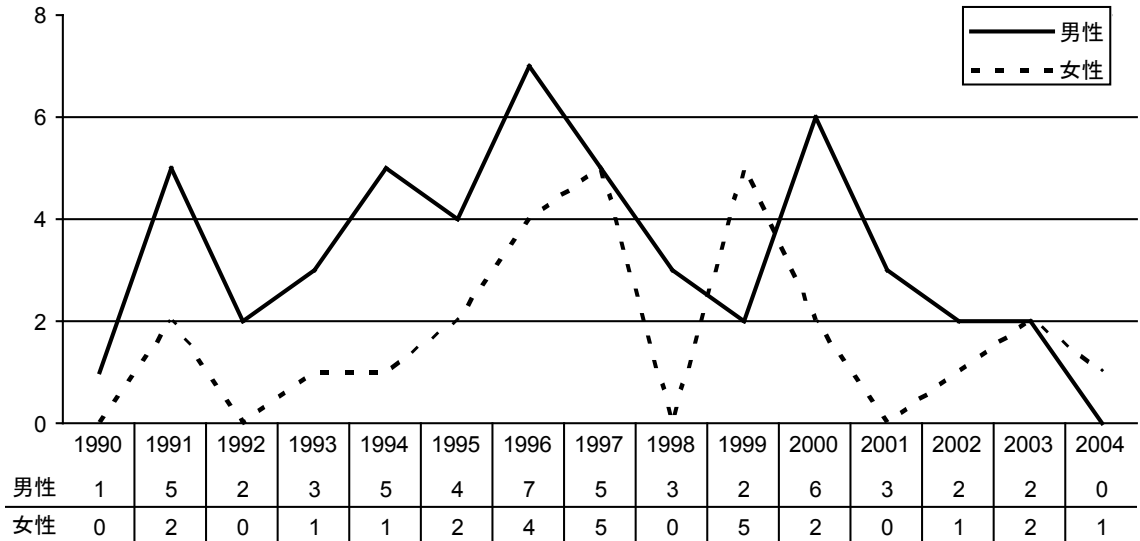
また当初、HIV/AIDSは「急速に死に至る、不治の病」として考えられていた。HIVは感染力は比較的弱いものの、一旦感染すると完治する方法は今のところ見つかっていない。そのため医療従事者の中には、極端な不安と警戒心をいだき、感染者との接触を一切拒む者もいたという[Achara and Wipawee 1992: 40-44]。こうしてHIV感染者は、医療従事者さえも恐れるような病を患った者として考えられるようになった。チャオン・スアセム⁶⁾の例をあげるまでもなく、1980年代から90年代初頭、感染者であることを公にすることは有り得ないことであり、それは社会的な死を意味していた。

80年代のタイ政府は、感染者を特定し、療養所に隔離することで、HIVの更なる蔓延を防ぐことができると考えていた⁷⁾。しかし80年代末期から90年代初頭にかけて行われた広域調査により、感染者数が爆発的に増加していることが明らかとなり、隔離政策は非現実的であることが明白となった[UNAIDS 2004: 28]。

90年代半ば頃、A村の住人たちは、肉親を含む身近な者たちの間で、HIV感染が急増していることに気づきだした(表1)。パソン・リマノン[Bhassorn 1996]が93年から94年に、A村があるサンパトーン郡の4つの村で行った調査によると、死亡総数の37.5%がエイズによるものであったという。その当時、タイ最北部の感染者たちがとった対応策は、HIV感染の指標となる特徴を隠蔽することであった。

アチャラワン・イラサングーン・ナ・アユタヤ[Acharawan 2006]は、感染の指標を隠蔽する方法に関する詳細な調査をチェンマイ農村部で行っている。タイにおいて効果的な治療法が普及してい

表 1 A村の年度別新感染者数（チェンマイ県サンパトーン郡病院での検査結果）



なかった90年代においては、しばしば感染者の間で重度の発疹がみられた。タイ政府による啓蒙キャンペーンから、そうした症状がエイズによるものであることを学んだ人々は、症状から感染者であるかどうかを判断していたという（写真1）。そうした感染者の指標が明らかにならぬように、感染者は長袖のシャツを羽織ることで、身体に現

れた症状を覆い隠そうとしたという。しかしタイ農村において長袖を着ることは不自然であり、程なくして村人は長袖シャツが感染の指標であることに気づいたという。

HIV感染による急激な体重の減少、髪質の劣化、肌の黒ずみ等は隠蔽することが困難である。感染が公になってしまった者は、日常生活の様々な場



写真1 1990年代の啓蒙キャンペーンの際に用いられた教材やポスター

面で差別に直面することになった。また自らも、HIV/AIDSを「恥ずべき病」と見なす他者の視線を内面化していくことで、家に引きこもり、外部との交渉を一切断ってしまう者がいたという。

A村に隣接するB村に住むエイズ未亡人スリーも、当初はそうした感染者の一人であった。93年に夫を亡くした際に、自らの感染が判明した。感染を否定しながらも、一人死の恐怖に怯えていたという。それを変えたのが、隣町であるメー・ワーン郡にある自助グループへの参加であった。「新しい人生の友の会」のメンバーであったアンパン・スヤが1995年に立ち上げたこのグループを通じて、スリーは他の感染者と交流することができるようになった。しかし同年、娘が地元の小学校で入学拒否にあったことをきっかけに、地元の未亡人4名と男性1名と共に自助グループを結成した⁸⁾。スリーの家族にとっては非常に不幸な出来事ではあったものの、この事件を境に、感染者に対する差別の問題が注目されるようになり、学校や健康ボランティア、村長、そして外部の支援団体も彼女達の運動に注目するようになった。また政府援助金の受け皿としての役割も果たすようになったグループXは、タンボン自治体(องค์การบริหารส่วนตำบล)との提携も強めていった。

90年代初頭、タイ最北部の感染者たちは効果的な治療が受けられないため、様々な日和見感染症に苦しんでいたと同時に経済的にも困窮していた。93年頃から、HIV感染の治療に効果的な煎じ薬があるとの噂が広がり、多くの感染者がチェンマイ市内にあるオフィスを訪ねるようになった。それが契機となり感染者たちは、薬草や伝統的なヒーリングによる日和見感染症の自己治療を行うと共に、お互いに精神的な扶助を行うようになって

ていった [田辺2003]。

しかし、煎じ薬の配布や販売が薬事法に抵触するというところで、94年には保健省当局から摘発を受け、薬の製造と配布は一時的に停止に追い込まれた。感染者たちはNGOや学者のアドバイスを受けて、新しい人生の友の会を立ち上げると共に、政府と交渉を行い、条件付ではあるものの、煎じ薬の生産と無料配布を再開することに成功した。この会は1995年に発展的分裂を行い、35の支部に分かれてチェンマイ市郊外へと拡散していった。郊外の村々で相次いで結成された自助グループのリーダーの多くが、新しい人生の友の会から巣立っていったのである [Usa *et al.* 2001]⁹⁾。

こうした感染者達の動きと平行して、タイの国家政策にも変化が現れ始めた。保健省とタイ国家経済社会開発事務庁(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ NESDB)による第二次HIV/AIDS予防及び軽減のための国家計画(แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว 1997-2001)の中で、AIDS発症者の治療と緩和療法を全人的(holistic)に進めること、感染者グループの役割を重視することが明記された [World Bank 2000 : 37-39]。2001年末には発症者の治療・ケアを国家保険医療制度の中で行い、保健所と郡病院を拠点としてARVによる治療実施要綱(โครงการพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง NAPHA)が定められ、その後全国的に拡大された。2004年時点において、A村の自助グループのメンバー8名がARVの投与を受けており、村内のAIDSによる死亡者数は激減していった。

A村ではスリーたちの粘りつよい活動の結果、2000年に日本のNPOから支援を取り付けることに成功し、安定した活動の基盤を築くことに成功

した。仏教団体を母体とするこのNPOは、自助グループXの会員たちに業務用ミシンを提供すると共に技術指導を継続的に行っている。その他にも、このNPOは商品の流通と販売も行っている（写真2）¹⁰⁾。こうした外部団体との提携が実を結び、自助グループのメンバーたちは安定した収入が得られるようになった¹¹⁾。更には非感染者もこの仕事に参加するようになり、今やA村は感染者と共存するモデル村となり、タイ全土はもちろん世界中から多くの人々が視察に訪れるようになっている。

自助グループXが結成されるまでA村の感染者たちは、HIV感染を隠蔽しようとする者が多く、孤立を余儀なくされていたという。しかし自助グループに参加することで、感染者達はストレスや日和見感染による症状を緩和することができるようになった。またメンバーのなかには、ガソウとトレーシー [1968] が60年代アメリカのハンセン氏病サナトリウムで出会った「キャリア患者 (career patient)」のように、社会の誤解や無理解に対して異議を申し立てることも可能になった。HIVの「媒介者」や社会的「弱者」というイメージの払拭をめざし、村落内の行事への積極的な参加が行われた。その際に強調されたのは、地縁と

血縁関係が色濃く残る村社会との共生であり、人口の流動化や貨幣経済の進展によって弱体化しつつあった共同体の「復興」であった。90年代半ばにチェンマイ各地で始まったHIV感染者の運動は、感染者間の交流を深めるとともに、自らの社会的アイデンティティを再定義する運動でもあった。

強力なリーダーシップをもつ最北部タイの感染者グループは、村に残る檀家集団 (หมาก) や親族ネットワークを利用し、共存の場を生み出していったことが報告されている [Acharawan 2006 ; 岡部 2008]。その後もタイ最北部において自助グループは増加を続け、2005年には309を数えるまでとなった [Lyttleton *et.al.* 2006]。

感染者が村社会で受け入れられるためには、感染者が自らを「受け入れること」が必要だと繰り返し強調されてきた。事実、親密な村落内の人間関係の中では、感染者の匿名性を保つことは困難であり、症状の悪化に伴い遅かれ早かれ「(感染を) 告白する (เปิดเผยตัวเอง)」ことになる。感染者グループの支援を創立時から続けてきたA村の住職は、視察に訪れたグループを前に、感染者の心構えを次のように語っている。



写真2：自助グループXの活動風景（左）と視察団との会合（右）

皆に「感染者であることを」告白しなさい。そして「自助」グループに参加しなさい。そうすれば、支援を受けることができるようになります。村人もあなたのことを嫌ったりしなくなるでしょう。[2004年5月16日]

効果的な治療法が普及するにつれて、かつてのようなひどい感染症を患うことが少なくなった。そのため、典型的な指標であった肉体的スティグマを隠すことが可能になり、外見で感染者であるかどうかを判断することは困難になっている。それに加えて、患者のプライバシー保護対策が進んだことで、名前を明かすことなく抗体検査を受けられるようになっており、検査結果は患者だけが知りうる情報になった¹²⁾。感染者であるかどうかの判断基準が曖昧さになってきたことで、村人の不安が高まった。そのため、感染者は感染の事実を公にするとともに、期待される役割を遵守することで、村人の不安を解消してやる必要があるようになった。かつては考えられなかった感染者の告白は、村の中で生きてゆくための戦略のひとつとして確立されていった。

具体的な告白の方法としては、自助グループに参加することがある。グループに加入すると、寺の境内に立てられたパネルに名前が記載される。そして、定期的に寺で行われる活動に参加することで、自らの感染を公にすることになる。つまり、自助グループへの参加は目に見えない感染を可視化する場なのである。そして、感染者が村落内で非感染者と共存してゆくために、ケアを提供する親族や村人との間で新たな役割が形成され、相互に確認される。

その他にも感染者は、幾つかのタブーに抵触し

ないよう心がけることが求められている。例えば、葬式や祭り、宗教的儀式といった行事において、食事の準備は村の女性たちが交代で担当することになっている。しかし、感染者が生肉を扱うことはタブーになっているため、感染者は食事の準備に一切参加しない。こうしたルールは明文化されてはいないが、感染者としての「わきまえ」と見なされている。次の章において、感染者たちに課せられた役割について更に詳しく論じてゆくが、これらは必ずしも生物医学的にみて合理的な理由から派生したわけではなく、感染への恐怖という無定形で、ともすれば感染者の排除に向かいがちな感情を封じ込めるための儀礼的な意味合いが強いのではないだろうか。

5. エイズ未亡人の社会的役割と生き残り戦略

これまでグループXの成功を担ってきたのが、夫をエイズによって亡くしたエイズ未亡人達であった。彼女たちは、90年代初頭から半ばにかけて夫を亡くした後、自助グループに加入し、A村の仏教寺院の境内に設けられた作業所で働いてきた¹³⁾。ここでの作業は、自分たちの存在を顕在化すると同時に、経済的自立を促進してきた。さらには、多くの非感染者を活動にとり込み、様々な公共活動や寺の事業を支援することによって、公共心豊かな村の一員として、また敬虔な仏教徒としてのアイデンティティを確立していった。グループの会長スリーはこれまでHIV/AIDSに関する会議やワークショップにおいて、感染予防の重要性を説くと共に、感染者が想像するような逸脱者ではなく普通の人間であることを訴え続けてきた。自助グループの活動に参加するなかで、感染

者の社会的アイデンティティーは改善され、その役割も次第に規範化されていった。

感染者とその家族に対する差別は緩和されたとはいえ、依然として生活の様々な場面において、感染者は特殊なルールを遵守することが期待されている。感染者がそれらを守らない場合には、村人から驚きや恐怖、怒りの声が発せられることになる。

自助グループのメンバーは加入の際にオリエンテーションを受けることになっており、明文化されていない感染者としての役割について説明を受けることになっている。その一つが食べ物の扱い方である。村の行事の際、村の女性たちが中心となり食事の準備を行うことになっているが、感染者は食べ物を素手で扱うことを戒められており、特に肉類を扱うことはタブーとされている。未亡人メーオは、感染者グループに加入しておらず、こうしたルールの存在を知らなかった。ある村の集会の際に、食事の準備に加わったために、村人から非難されることになったという。

その他にも、葬式、新築祝い、または寺の改修や建て増しといった大掛かりな村の行事の晩には、盛大な宴会が催され、村の内外から多くの人々が集まる。その席では大量の酒が振舞われ、しばしば異性への求愛の場にもなる。そのため、このような場に感染者が出席することは適当でないと思われているため、自助グループのメンバーを宴会で見かけることは稀であった。

感染者間の恋愛は、他のグループの間では別段珍しいことではないが、感染者間の恋愛と性の問題は非常に複雑で、感染者達の間ですら意見の一致をみていない [Lyttleton 2004 : 30]。例えばサンパトーン病院で診断された女性感染者の平均年齢

は26.1歳という若さであり、そこで行われている月例会を通じて、感染者同士の交際が始まったケースもある [San Pa Tong Hospital 2004]。しかしA村では自助グループのメンバー間の恋愛はタブーとされており、村人は感染者間の恋愛を否定的に捉えている。

(1) HIV陰性エイズ未亡人の戦略1

この調査においてA村では、夫をエイズで亡くしたもののHIVに感染していない女性を5名(自助グループXからは3名)特定できた¹⁴⁾。自助グループXのメンバーであるユイは、これまで5回HIV検査を受けてきた。夫の感染に気づいて以来、地元の郡病院とチェンマイ市内にあるタイ赤十字社の診療所で検査を受けてきたが、検査後のカウンセリングでも陰性であるとの説明を受けている。同じく自助グループのメンバーであるプロイはグループXの初期から活動に参加しており、グループの創成期を知る数少ないメンバーの一人である。夫がエイズを発症した後、95年にHIV検査を受けたが陰性であった。最初の検査から3ヶ月後、6ヶ月後、そして1年後にも郡病院で検査を受けたが、結果は陰性であった。彼女はHIV感染者が申し込むことが許されていない農業・農業協同組合銀行から融資を受けており、公的にも非感染者として認められている。この二人はHIVに感染していないメンバーであるが、同僚の感染者をはじめ、村人からは感染者と見なされている。自分がおかれた状況に困惑するプロイは次のように語っている。

郡病院で大変太った女性に出会ったことがありました。夫をエイズで亡くしたそうですが、彼

女の検査結果は陰性だったと聞きました。けれどもその後、彼女はエイズで死んだそうです…友人の話によれば、HIVは体の奥に潜んでいることがあるので、骨髄液を採って検査をしなければならぬそうです。けれども「検査は痛いということなので」恐ろしいです。私の息子は12歳になりましたが、恐ろしくてHIVテストを受けさせることができません… [2004年10月24日]。

自助グループのメンバー達は、彼女たちから陽性反応が出ないのは、HIVが彼女たちの骨髄内に潜伏しているため、骨髄液を検査しなければならぬと考えている。地元の郡病院はそうした噂を否定しているが、一向に噂が無くなる気配はみられない。感染者、住職、保健所スタッフ、村のリーダー、更にはエイズ未亡人自身もこの噂を信じているのである。

かつて差別が激しかった頃、HIV感染は医学的にも社会的にも死を意味していたため、感染者はエイズを発症するまでHIV検査を受けようとはしなかった。そのため、多くのエイズ患者が脳炎にかかり命を落としていった。A村の主婦モットの夫も脳炎を発症し、HIV検査と同時に、脳炎を診断するために骨髄液の生体検査を受けた。村人は脳炎の検査のために行われた骨髄液の採取を、HIV検査として誤解しているようである。

彼女たちを見つめる村人たちの視線は、常に感染の兆しを探している。それはユイがデング熱で2002年に入院した際のエピソードにもよく現れている。彼女が母親から聞かされた話によると、隣人たちは彼女がエイズを発症したのだと噂していたそうだ。それを裏付けるかのように、隣人たち

は、抗ウイルス薬はもう飲んでいるのかと、彼女に退院後尋ねたという。抗体検査の結果がどうであれ、エイズ未亡人は村にとどまる限り、感染者として生きてゆかねばならないのだ。

しかし彼女たちはHIV検査結果が陰性であるため、感染者が受けられる様々な支援から排除されている。例えば感染者は、タンボン自治体を通して労働社会福祉省から毎月500バーツを支給されている。また感染者の子供や孤児にもタンボン自治体から奨学金が支給されると共に、タンボン内の感染者がいる10世帯には、毎年6,000バーツの事業立上げローン¹⁵⁾が与えられる。しかし、検査結果が陰性の彼女たちは、社会的に感染者として認識されてはいるものの、こうした感染者向けの社会サービスを受けることができない。

(2) HIV陰性エイズ未亡人の戦略2

経済的に余裕のある未亡人は、自助グループから距離をおき、あえて非感染者として暮らすことを選ぶ者もいる。例えば40歳台の未亡人モットは、97年に夫を亡くして以来、懐疑的な親族をよそに、一貫して非感染者だと主張してきた。彼女は夫の遺族年金を受けているため、経済的に安定している。そのため自助グループには加わらず、造花を作り収入を得ている。しかし彼女ですらHIV検査の結果に困惑し悩んでいた。

最初のHIV検査から、3ヵ月後、6ヵ月後、そして1年後にも再検査をしました。けれども結果は陰性でした…医者には感染していないので再検査を受ける必要はないと言われました。それ以来8年が経ちましたが、完全には「HIVに感染しているのではないかという」恐れを払拭

できません… [この件について] 医者にききたいのですが、どうやってきいたらよいものか…。
[2004年11月16日]

カップルの片方のみが感染している HIV 不調和性カップルが存在することは、これまで多くの調査で明らかになっている。しかし、この現象は充分には理解されておらず、医療従事者も積極的に村人に説明しようとしない。この件について、保健省の公衆衛生担当者に尋ねてみたところ、これまで感染の恐ろしさと予防の重要性を訴え続けてきた医療従事者にとって、HIV 不調和性の問題はジレンマであるようだ。感染者と性交渉をもったとしても、感染しない可能性があるという事実を強調すれば、HIV 感染予防にとって「逆効果」となる可能性があるという懸念をいっているからだ [2006年10月26日]。

隣村にも感染を免れた未亡人が住んでいる。彼女も村にとどまることを選び、非感染者として生きることを選んだ。夫を亡くした後、他の未亡人と同様、一旦は自助グループに加わったが、稼ぎのよい日雇い労働者として働く事を選んだ。また、彼女は農業・農協協同組合銀行からも融資を受けている。村人の非難をよそに、宴会にも出かけていく。また彼女は、感染者と噂される男性と付き合い合っており、更に村内での評判を悪くしていた。

(3) HIV 陰性エイズ未亡人の戦略 3

HIV に曝露しながらも、幸運にも感染を免れた未亡人達に、かつてある程度の妥当性があった HIV 感染の指標（エイズに伴う日和見感染症、ヘロイン乱用や売春行為）を見出すことはできない。医療従事者の沈黙とあいまって、AIDS 未亡人達

は社会的には感染者として扱われているのである。そのため、感染者としてのアイデンティティーを受け入れない者には、社会的に容認される形で、さまざまな制裁が加えられる。1990年代には、そうした社会的圧力に耐えきれなかった女性達が村を出ていったという。

自助グループ X の男性メンバーであるレオの妻は、そうして村を離れることを選んだ女性の一人である。レオのエイズ発症後、彼女は実家に戻ることを選んだ。彼女がプロイヤユイと異なる点は、検査結果を信じ、非感染者として生きるために、村を出る決心をしたことである。しかし、村人の目には他の村で感染者を増やすことになることと映り、彼女の選択は否定的に受け止められていた。

レオ自身、前妻が感染しているものと信じており、A村に戻ってくるよう何度も説得を試みていた。レオが彼女に語るところによれば、女性は抗体反応が出るまでに数年かかることがあるという。また、たとえ陽性反応が出ても、A村の人々は感染者を受け入れてくれるので心配はいらないとも語っている [2004年11月9日]。しかし彼女は、訪ねて来たレオと会うことを拒み、彼女の姉が代わりに対応していた。

感染から陽性反応が出るまでの期間とは、医学用語で「ウインドウ期間」と呼ばれている。A村の人々の間では、HIV 抗体検査の限界の一例として、頻繁に話題に上がっていた。感染から一定期間中は、血液中の HIV に対する抗体が少なすぎるため、抗体検査では陽性反応がでない。99.8%の感染者が、感染から25日から6ヶ月以内に陽性反応を示すようになる。そのため、ウインドウ期間中の感染者を検出するためには、検査前後に行われるカウンセリングが重要となる。検査前に感

染の恐れがある行為を行ったか、そして、それはいつのことであるのかといった情報を総合することで、抗体反応が出ない感染者がスクリーニングをすり抜けてしまうことを防ごうとしている。しかし、そうした情報が提供されるか否かは、検査を受ける側とカウンセラーの信頼関係によるところが大きく、ウインドウ期間中の感染者が陰性と判断される可能性を完全に排除することはできない。しかし、リオヤ村人たちが考えるような、数年以上にもわたってウインドウ期間が続くというケースはタイでは報告されていない¹⁶⁾。

90年代初期から感染者治療の経験が豊富なサンパトーン郡病院では、他の郡病院に先立ち、血清抗体検査施設が設置された。この病院では、まず血清を抗体検査法の一つであるEIA (enzyme immune assay 酵素免疫測定法) を用い、陽性反応が出た者に対しては再度EIAで追試、再度陽性反応が出た場合は、別の抗体検査PA (particle agglutination 粒子凝集法) を用いて検査を行っている (図1)。この検査方法は、タイ保健省が定めた検査要項に従っており、国際的にも一般的となっている¹⁷⁾ [Association of Medical Technologies

of Thailand 2004]。基本的に偽陽性 (false positive) の確率がわずかに残るものの、改良が施され、現在では陰性判定の精度は100%とされている。

タイでは、夫婦間の性交渉においてHIV感染を防ぐための手段がとられることは稀である。A村保健所の調査によれば、多くの村人が犠牲となった後の2004年でさえ、コンドームを使っている夫婦は2%にすぎないという。そうした事実を踏まえると、エイズ未亡人は感染した夫を通じて、HIVに曝露したことがあると考えるのが妥当である。無論それは、必ずしも感染を意味するものではないにしろ、村人にとってはあり得ないこととして考えられてきた。

憂慮すべきこととしては、エイズ未亡人が感染者との恋愛、更には性交渉に及ぶ場合、自らを感染者と考えていれば、感染の予防を行う可能性が低下することである。そうしたリスクを最小限に抑えるためには、検査の前後に行われるカウンセリングにおいて、医療従事者がHIV不調和性について明確な説明をすべきである [Family Health International 2004: 93]。また、HIV不調和カップルの存在に関する情報を提供することによって、エイズ未亡人に対する社会的圧力を緩和することもできるはずである。それは、医療従事者がHIV感染の診断を行うという重要な役割を果たしており、AIDS未亡人のアイデンティティー形成に重要な役割を果たしているからなのだ。

6. まとめ

タイ最北部における自助グループの運動が大きな成功を収めたことについては疑いの余地はない。特にA村は村ぐるみの努力の結果、1990年代

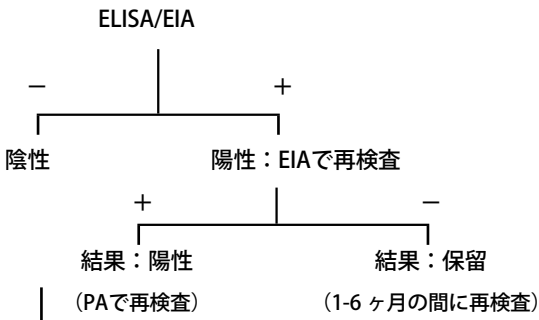


図1 郡病院におけるHIV血清抗体検査プロトコール (非検査者が生後18ヶ月以上の場合)

に起きたような感染者の子弟の入学拒否といった激しい差別は影を潜めるようになった。更には、感染者とその家族の経済的な自立、そして非感染者のAIDS事業への取り込みを図ってきたことで、HIV感染者との共存の場が広がっている。

自助グループの一員として日々働き続けるAIDS未亡人たちは、村落社会との共存のシンボルであり、他地域のHIV感染者にとって希望の源となってきた。彼女達は、自らの社会的役割を果たすことで、村人の信頼を勝ち得てきた。しかしながらそれは、宴会への参加、食事の準備、恋愛、子供といった、いくつかの重要な選択肢を断念するという、大きな代償の上に築かれている。

夫をAIDSによって失ったという属性をもつエイズ未亡人は、感染者と非感染者の境界線上に位置するあいまいな存在なのである。そのため彼女達が健常者として生きようとすることは、境界を侵犯する危険で非道徳的な行為として非難を招くことになる。そのため、村人や感染者同士の接触から、自分たちに課せられた社会的役割を学んだ未亡人達の中には、検査結果が陰性であるにもかかわらず、感染者の役割を受け入れる者も現れた。つまりエイズ未亡人は、検査結果にかかわらず、社会的には感染者として生きることを期待されているのである。そして、「社会的な感染者」としての自己アイデンティティーを受け入れ、これまで先駆者が築いてきたAIDS事業の安定と継続に貢献しているのである。

こうした状況が形成された背景には、HIV不調和性についての説明が積極的に行われてこなかったことがあげられる。医療従事者や感染者にとって、非感染のエイズ未亡人は、過去20年にわたり築き上げてきた感染予防運動や自助グループ運動

の現状維持にとって不都合な存在である。更には、抗体検査に関する技術限界、タイ医療機関において実施されるようになった患者のプライバシー保護、そして村社会で非公的に築かれてきた感染者監視制度にからむ村人の態度とも密接に関連しながら、すべてのエイズ未亡人を感染者として扱うことを許容してきたのだ。

無論、エイズ未亡人は期待される社会的役割をあえて拒否することも可能である。しかし、ゴフマンの研究が予見したとおり、非感染者として生きることを選んだ未亡人は、村にとどまり無理解や冷笑に耐えるか、別の村に移り住み新たな人生に向けて再出発するしかない。

今までのところ、彼女達を支援する者は、村の中にも外にも見当たらない。HIV不調和性という現象について理解しているはずの医療従事者たちの沈黙も、彼女達の置かれた立場を一層絶望的なものにしている。もちろん医療従事者であっても、患者のプライバシー保護対策が強化されたことで、感染者を特定することは困難になっている。

更には、エイズ未亡人の窮状はA村だけに限ったことではなく、近隣の村でも観察されている。90年代にチェンマイ市郊外で調査を行ったレイチェル・サフマン [Safman 1999] も、エイズ未亡人を取り巻く同様の状況について指摘している。

皮肉なことに、HIV感染者に対する差別を解消するための努力の中から生まれたHIV感染者の社会的役割は、感染者が村落社会で生きてゆくことを促進するとともに、不平等な社会関係をも生み出している。「ある属性をもったグループが、様々なサービスから排除され、社会的周縁部に追いやられている」[Parker and Aggleton 2003; Aggleton

2000：9] という点において、HIVに感染していないエイズ未亡人達は、依然差別の対象であり続けている。

注

- 1) 本稿ではチェンマイ、チェンライ、ランブーン、ランパーン、パヤオ、そしてメーホンソンの6県を指す。
- 2) 2000年時点でのタイ国内にある病院のベッド数は10万にすぎず、同年の新規エイズ発症者数だけでも54,963名、累計では358,071名にのぼっていた [Wiwat 2001：5]。
- 3) 2005年時で41名（男性14名、女性27名）が登録していた。
- 4) 邦訳：『スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ』 [石黒毅訳 せりか書房 2001]
- 5) 1989年7月に全国規模の感染状況調査が行われた。その結果、チェンマイの売春宿においてHIV感染の蔓延が判明した。中には44%の売春婦が感染している所も確認されている [World Bank 2000：5]。当初HIV感染は、同性愛の男性、ヘロイン常用者、売春婦／夫、又はその顧客といった、特定の「高リスク」グループに限られる病気だと考えられていたが、その後の調査が示唆するように、90年代前半において、すでに特定の層に限られたものではなくなっている。
- 6) 病院側が感染の事実を洩らしたことで、チャオンは職と住居を失い、自らの家族からも拒絶されることになった。しかし彼はNGOの支援のもとで、HIV/AIDSが高リスク・グループに特有な病であるという誤った社会認識を改めることに大きな役割を果たした。
- 7) いくつかの県において「エイズ療養所」建設の構想が持ち上がったが、地元や国家経済社会開発委員会の反対により頓挫した [Nakai 2006：80]。「エイズ寺」として知られるロプブリ県にあるプラパート・ナムブ寺は、現在もHIVに感染した孤児や無縁者を収容している [Acharawan 2006：170]。
- 8) スリーの娘は、郡の教育委員会の介入によってA村の小学校に入学したものの、最終的に転校せざるを得なかった。
- 9) 2006年前期の時点で、タイ感染者の全国団体である Thai Network of People Living with HIV/AIDS (TNP+) には920の感染者グループが登録されている。
- 10) 最北部タイにおけるHIV感染者による自助グループ

の構成員や支援団体、そして資金の流れを見れば、感染者による自助グループは、活動の拠点を農村におきながら、様々な支援を外部から取り入れ、生き残りを目指す組織といえる。レイチェル・サフマン [Safman 1999：4-5] は、こうした自助グループの成功を、外部団体との「共同作業」によって達成されたと評している。

- 11) 2006年時点で、月々2,000-3,000バーツの収入が得られていた。
- 12) HIV感染者に対する差別が社会問題になるにつれて、医療の現場におけるプライバシーの問題がクローズアップされるようになった。90年代半ばから、郡病院や保健所に対しても、感染者の情報の扱い方をより慎重にするよう指導がなされるようになった。その結果、毎年多くの村人が参加して行われるHIV/AIDSに関するワークショップの際に公表していた村ごとの感染者数も公表されなくなった。
- 13) 現在、自助グループは寺を離れ、かつて村の倉庫があった場所に作業所を移し活動を続けている。
- 14) HIV不調和カップル (sero-discordant couple) と呼ばれ、そのメカニズムの解明がワクチン開発につながるのではないかと注目を浴びている。いくつかの研究によれば、サハラ砂漠以南のアフリカの地域では16-20%、タイにおいてもHIV感染者をパートナーにもつ男性の26%がHIV不調和であるという [Family Health International 2004：93；Wimon *et al.* 1998]。チェンマイで行われた調査によれば、男性から女性へのHIV感染率は46%であるという報告もある [Tippavan *et al.* 1997：1767]。また、タイ北部にあるランパーン県には、「ランバン・コホート」として知られるエイズ未亡人約100名が研究の対象となっている [宮澤 2008：230]。
- 15) このローンは、次年度に35%を返還することが義務付けられている。
- 16) 豪シドニー赤十字社血液銀行は、感染から13-17年を過ぎても発症せず、病状の進行が非常に遅いという感染者の存在を確認している。又、そのうち2名は血液中のHIV量が非常に少なく、通常の検査では検出できないという [DeNoon 1998]。
- 17) 生後18ヶ月以下の幼児には、抗原・抗体検査であるp24が、又、判定が困難な場合には更に感度が高いPCRが用いられることもあるという。

引用文献

[タイ語文献]

- ธิดา โมสิกรัตน์ (Thida Mosikkarat) 2005 การเขียนคำประพันธ์และสื่อพื้นบ้านเพื่อการประชาสัมพันธ์ (Writing Verse and Folk Media for Public Relations), in การเขียนเพื่อการประชาสัมพันธ์ (Public Relations Writing), edited by บุษบา สุธีธร และ อภิษฐา อุชูธรรม (Busaba Suthithon and Aphichaya Yunaitam), Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press, pp.69-100.
- โรงพยาบาลสันป่าตอง (San Pa Tong Hospital) 2004 *The Profile of the Hospital*, available at <http://61.19.145.134/webaids/sanpatong/test.html>, accessed on May 13, 2006.
- 2004 *Statistics of PLWHAs*, available at http://61.19.145.134/webaids/sanpatong/aids_occ.htm, accessed on May 13, 2006.
- สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย (Association of Medical Technologists of Thailand) 2004 *คู่มือไขปัญหาของคนที่ควรรู้เรื่องเชื้อ HIV ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (The Manual of HIV in Medical Science Laboratory)*.
- อัจฉรา ภาคิยะวิชิตน์ วิกาวดี เกียรติยศสุนทรณ์ (Achara Patikavaiwat and Wipawee Keyatiyotnusrorn) 1992 งานบำบัดรักษา : จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและครอบครัว (Treating diseases from Hospital to Community and Family) *วารสารเศรษฐกิจและสังคม (Journal of Economics and Society)*, 29 (6) : 40-51.

[日本語文献]

- 岡部真由美 2008 『社会のため』に生きる僧侶たち：北タイ・チェンマイ県D寺のある僧侶を事例として 『タイ研究』第8号、19-34頁。
- 田辺繁治 2003 『生き方の人類学』講談社。
- 宮澤正顕、河原佐智代、金成安慶、武田英里、坂本真由美、阿部弘之、木下さおり、湯浅貴恵、梶原栄二、馬野奈津子 2008 「レトロウイルス感染と宿主因子：エイズ制圧を目指して」 『近畿大学医学雑誌』第33巻3号、209-238頁。

[英語文献]

- Acharawan Isarangkura Na Ayuthaya 2006 *Buddhist Management of the HIV/AIDS-Associated Stigma*, Unpublished Ph.D. thesis.
- Agar, Michael 1986 *Speaking of Ethnography*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Aggleton, Peter 2000 *Comparative Analysis: Research Studies from India and Uganda: HIV and AIDS-Related Discrimination, Stigmatization and Denial*, Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+) 2004 *AIDS Discrimination in Asia*, n.a.
- Bhassorn Limanonda 1996 *Understanding Sexual Subcultures for AIDS Prevention: Case Studies in Rural Communities in Sanpatong District, Chiang Mai Province*, Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, Bangkok: Chulalongkorn University.
- Del Casino, Vincent J. 2001 Healthier Geographies: Mediating the Gaps between the Needs of People Living with HIV and AIDS and Health Care in Chiang Mai, Thailand, *The Professional Geographies*, 53 (3) : 407-421.
- DeNoon, Daniel J. 1998 AIDS Vaccines: Sydney Cohort: Strong CTL, but Hints of Slow Disease, in *AIDS WEEKLY Plus*, December 28, 1998, available at <http://www.aegis.com/pubs/aidswlky/1998/AW981214.html>, accessed on May 5, 2006.
- Denzin, Norman K. 1989 *The Research Act Third edition*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Family Health International 2004 *VCT Toolkit: HIV Voluntary Counselling and Testing: A Reference Guide for Counsellors and Trainers*, Arlington, VA: Family Health International.
- Glaser, Barney G. and Anselm L Strauss 1967 *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, NY: Aldine de Gruyter.
- Goffman, Erving 1963 *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gussow, Zachary and George S. Tracy 1968 Status, Ideology, and Adaptation to Stigmatized Illness: A Study of Leprosy, *Human Organisation*, 27(4) : 316-325.
- Kerlikowske, R. Gil 2008 Safe at home?: Policing the U.S. hometown in a post 9/11 environment, *Crime, Law and Social Change*, 50(1-2) : 47-58.
- Lyttleton, Chris 2004 Fleeing the Fire: Transformation and Gendered Belonging in Thai HIV/AIDS Support Groups, *Medical Anthropology*, 23(1) : 1-40.
- 2000 *Endangered Relations: Negotiating Sex and AIDS in Thailand*, Bangkok: White Lotus Press.

- Lyttleton, Chris, Allan Beesey, and Melee Sitthikriengkrai 2006 *Expanding Community through ARV Provision in Thailand*, United Nations Research Institute for Social Development.
- Nakai, Senjo 2006 *AIDS Rumours: The Shadows of Expert Knowledge*, Unpublished Ph.D. thesis.
- Parker, Richard and Peter Aggleton 2003 HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action, *Social Science and Medicine*, 57 : 13-24.
- Parsons, Talcott 1951 *The Social System*, IL: The Free Press.
- Pimpawun Predaswat 1992 *Khi Thut, "The Disease of Social Loathing": An Anthropology of the Stigma of Leprosy in Rural Northeast Thailand*, Unpublished Ph.D. diss. University of California, San Francisco.
- Safman, Rachel M. 1999 Community Organization in Response to Self-Perceived Needs: The Experience of AIDS-Affected Communities in Northern Thailand, *Paper presented at Seventh International Thai Studies Conference, Amsterdam*, July 4-8, 1999.
- Tanabe, Shigeharu 1999 Suffering and Negotiation: Spirit-Mediumship and HIV/AIDS Self-Help Groups in Northern Thailand, *Tai Culture*, 4 (1) : 93-115.
- Tannenbaum, Frank 1938 *Crime and the Community*, NY: Columbia University Press.
- Tippavan Nagachinta, Ann Duerr, Vinai Suriyanon, Niwes Nantachit, Sungwal Ruggao, Chanane Wanapirak, Jatupol Srisomboon, Nuonchuen Kamtorn, Sodsai Tovanabutra, Yuttana Munde, Yupadee Yutrabut, Rassamee Kaewvichit, Kittipong Rungruenthanakit, Melanie de Boer, Antika Tansuhaj, Lisa Flowers, Chirasak Khamboonruang, David D. Celentano and Kenrad E. Nelson 1997 Risk Factors for HIV-1 Transmission from HIV-seropositive Male Blood Donors to Their Regular Female Partners in Northern Thailand, *AIDS*, 11 (14) : 1765-1772.
- UNAIDS 2004 *Report on the Global AIDS Epidemic*, Geneva: UNAIDS.
- Usa Duongsa et al. 2001 *Study Report on Development of and Lessons Learned from Positive People's Groups and Network (the case of the Upper North, Thailand)*.
- VanLandingham, Mark, and Nancy Grandjean, Somboon Suprasert and Werasit Sittitai 1997 Dimensions of AIDS Knowledge and Risky Sexual Practices: A Study of Northern Thai Males, *Archives of Sexual Behavior*, 26 (3): 269-293.
- Wassana Im-em 1999 Changing Partner Relations in the Era of AIDS' in Upper North Thailand, in *Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV/AIDS Infection in Predominantly Heterosexual epidemics in Third World Countries*, edited by John Caldwell, Pat Caldwell, John Anarfi, Kofi Awusabo-Asare, James Ntozi, I. O. Orubuloye, Jeff Marck, Wendy Cosford, Rachel Colombo and Elaine Hollings, pp. 157-170.
- Wimon Siriwasin, Nathan Shaffer, Anuyat Roongpisuthipong, Prapas Bhiraueus, Pratharn Chinayon, Chantapong Wasi, Sunee Singhanati, Tawee Chotpitayasunondh, Sanay Chearskul, Waranee Pokapanichwong, Philip Mock, Bruce G. Weniger, Timothy D. Mastro 1998 HIV Prevalence, Risk, and Partner Serodiscordance among Pregnant Women in Bangkok, *Journal of the American Medical Association*, 280: 49-54.
- Wiwat Peerapatanapokin 2001 HIV/AIDS Projection in Thailand: Method and Result AIDS Knowledge and Progress, *Paper presented at Eighth AIDS National Seminar*, Bangkok, July 11-13, 2001.
- World Bank 2000 *Thailand Social Monitor 'Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future*, Bangkok: World Bank.