

タイ上座仏教寺院と HIV/AIDS を生きる人々

— プラバートナンプ寺院を事例に —

Theravada Buddhist Temple to Take Care of the People Living with HIV/AIDS in Thailand: A Case Study of Phrabatnampu Temple

佐々木 香 澄*

Sasaki Kazumi

櫻 井 義 秀**

Sakurai Yoshihide

This paper will illustrate the case of social support by Wat Phrabatnampu in Lop-Buri province Thailand, from the perspective of social inclusion by the private sector in Thai civil society and the strategic usage of moral practice in Theravada Buddhism.

Since the 1980s Thailand has suffered from the growth of HIV/AIDS patients so that the Ministry of Public Health has been promoting primary health care in various medical areas, however, social support for them is insufficient in terms of treatment as well as patients' living and medical expenses. Therefore, private sectors such as Buddhist temples and patient self-help groups have conducted the practice of care: traditional Thai medical treatment, Buddhist meditation for mental health, and their community's activities for their well-being. Phra Alongkot Dikkapanyo, the abbot of Wat Phrabatnampu, initiated his project in 1991 and has expanded the capacity of accommodations for end-of-life patients in its affiliated medical wards by 500 beds in the 1990s and early 2000s. And now this HIV/AIDS hospice provides the medical care and consultation such as ARV drugs and temporal accommodation for the people living with HIV/AIDS. Phra Alongkot also promoted "the 2000 rai project" which provides schooling, farming land, and nursing center for the bereaved families of AIDS patients.

This case study, which was conducted from 2009 to 2012, suggests the following issues:

1) Social inclusion of HIV/AIDS patients into Thai society is critical to the formation of civil society in Thailand, in addition to other socially excluded people such as foreign workers, Southern Muslims, street children, and ultra poor in regional areas.

2) Temples' emphasizing moral strategy, which had once evoked patients' human rights issues, can not only cure depressed patients inside temples, but also help collect donations from outside people in Thailand. From the value system of folk Thai Buddhism, having HIV/AIDS is believed to be bad karma in patients so that they suffer not only from physical pain but moral pain as well. For this reason their mind could be cured by merit-making in temples, and at the same time receive respect from outsiders for merit-making for patients by telling a strong moral life story. In short, the case of Wat Phrabatnampu, regardless of being based on traditional Theravada Buddhism, could be considered a pioneering example of socially engaged Buddhism.

*認定NPO法人「飛んでけ！車いす」の会

**北海道大学大学院文学研究科

1. 問題の所在

現在、HIV/AIDSは死に至る病でなく、難治性の慢性病と考えられている。1996年に抗レトロウイルス薬（ARV）の多剤併用療法が開発されると、HIV感染者は発症を抑える治療をしながら生活できるようになった。先進国ではAIDSの死亡者が半減した。

他方、途上国においてこの治療法の普及は道半ばと言わざるを得ない。2003年に国連エイズ合同計画と国連人権高等弁務官事務所がHIV/AIDS人権国際ガイドラインを策定して「予防・治療・ケア・支援への普遍的アクセス」をうたい、国際エイズ会議や国際NGOおよび先進国の開発・医療支援があるものの、途上国の人々にとってARVはあまりに高価だった。そのためにタイでは2002年に政府製薬機構がARVのジェネリック製造を開始し、30パーツ医療制度の下で感染者に提供した¹⁾。その結果、治療を受ける患者が数十倍に増えたといわれる [樽井2008: 88-98]。ただし、ARVには耐性ができやすく副作用が出ることもあるために、先進国の製薬会社がより効果の高い新薬を開発・販売している。新薬へのアクセスや患者個人にあった治療計画が医療制度的に保障されなければ、発症後の治療は難しい。タイにおいてAIDSはいまだに死を予測させる病である。

HIV感染者/AIDS患者は、現在でもその病の特徴や治療の難治性、診療拠点へのアクセスという点において社会的排除を受けやすい存在と考えられる。病名を明かして仕事を継続したり、地元の病院で治療を継続したりすることがはばかれる状況がある。本稿では、ホスピスの入所者である（HIV）感染者と（AIDS）患者を一括して患者と

記すが、慢性病を生きる人々という意味でPLWHA（People living with HIV/AIDS）が用いられることもある。

本稿で取りあげるプラバートナンプ寺院はタイのみならず日本でもエイズホスピスとして著名である。同寺の活動については、社会活動・地域開発に従事する開発僧の事例として評価され [Soucanh 1996; 野田2001: 198-201, 浦崎2004: 79-92]、医療者によっても報告されてきた [谷口2006: 14-51; 安田2008: 231-233]。また、最近までスピリチュアルケアの優れた実習先として日本福祉大学や高野山大学で看護や福祉を学ぶ学生を受け入れてきた [安田・大下2007: 141]。

しかしながら、現時点においても同寺がエイズホスピスやスピリチュアルケアの先進事例、上座仏教僧侶の優れた実践例としてのみ紹介されるのであれば、その認識は少し相対化されるべきだろう。タイでもHIV感染者やAIDS患者の多くは、通院できれば家族と共に地域社会で生活可能だし、それがノーマライゼーションのあるべき姿である。

実際に様々な保健医療の施策やコミュニティ・ケアの取り組みが充実してくれば、仏教寺院のホスピスは遠からずその役割を終えるかもしれない²⁾。しかしながら、プラバートナンプ寺院は20年余り続いたエイズ支援の活動から撤退するどころか、さらに施設やプロジェクトを発展させている。そこにどのような社会背景とホスピス運営の方法があるのか。

本稿で問題にしたいのは、①ノーマライゼーションが進行しつつあるタイにあって、なおエイズホスピスに人々がいる社会的文脈と、②プラバートナンプ寺院がホスピス運営においてどのよ

うなケアを維持発展させ、または転換を図っているのか、および③ホスピスが機能しうるタイ上座仏教寺院の文化的・経済的な脈絡である。こうした諸点を念頭に置きながら、寺院の現況報告に加えてホスピス入所者のライフストーリーの分析を通じて、難治性の病と共に死ぬまで生きることにした人々の人生観と生活の再構築プロセスを描くことが本稿の目的である。

2. タイのHIV/AIDS問題と仏教寺院

(1) 保健医療と伝統医療

タイで第一例のAIDS患者が確認されたのは1984年である。政府は治療法がなかったために、まずハイリスク集団（感染経路にいる同性愛者、性産業従事者、薬物中毒者）への措置（検査と予防）を先行させた。そのため、患者に対する道徳的スティグマと感染への恐怖心が一般の人々の間に形成され、現在に至るまで患者が偏見に苦しめられることになる³⁾。確かに感染予防のコンドーム使用キャンペーンやタイ男性による「買春の自粛」（1990年から1993年にかけて買春者がほぼ半減）は功を奏したが、1990年代後半には既に感染した男性を通して恋人や配偶者が感染し、さらに母から子への感染も確認されることになった。この間感染者数は年間10万人ずつ増加し、HIV感染が最も深刻な北タイでは農山村コミュニティに深刻な影響が出た〔小松2001：39-44〕。2010年では53～61万人の患者がおり、これまで年間3万人位の人々が亡くなってきたとされる〔National AIDS Prevention and Alleviation Committee 2010：37〕。人々はどうHIV/AIDSの猛威に対処したのか。

政府は保健省・県衛生局と医療機関・保険診療所を活用して「92-96年次HIV/AIDS予防管理実施計画」「97-01年次HIV/AIDS予防と緩和計画」及び「02-06年次HIV/AIDS予防と緩和計画」「07-11年次HIV/AIDS予防と緩和計画」を実施した⁴⁾。特に、2001年以降にタクシン政権が「30パーツ医療」を核とする保健医療制度改革を進め、ARV治療薬にも適用されるようになり、患者を取り巻く状況は、この20年間で大きく変化した。ただし、2006年以降、HIV/AIDS対策予算は削減されている〔National AIDS Prevention and Alleviation Committee 2010：47-49〕。

また、Thai HGO Coalition on AIDSで中心的役割を果たしたCARE／ラックス・タイ財団等は、1992-2003年まで政府・国際機関・企業とも連携して地域・職場・ハイリスク集団対象のプロジェクトを実施し、リプロダクティブヘルスを含む労働者の安全衛生管理にHIV/AIDS対策を浸透させてきたという〔道信2010：261-282〕。現在は、明らかにタイの保健医療制度に患者が包摂されているのだが、それまでは、患者自身による病める身体や精神的不安への対処が各所で見られた。

北タイではARVによる治療法が2002年以降に国立病院を拠点とする「総合持続的ケアセンター」によって全国に普及するまで、AIDS患者自身が地域住民組織や保健所・医師の支援を受けて各種健康法を独自に試みる自助組織が形成されたという〔中川・ブイ2008：105-107〕。感染者・病者達は伝統的療法（祈祷、タイ方医療、仏教の瞑想法、タイマッサージ等）で病に対処し、患者同士と支援者のネットワークによるケアのコミュニティを構築した⁵⁾。しかし、北タイに生まれたコミュニティ・ケアの実践は、国家の統治システムである

タイの保健医療制度に包摂されることで徐々にその役割を縮小していくことになったとされる [田辺2008 : 172-179]。

既存の地域や人間関係から忌避されがちな人々が、治病 (cure) の限界にケアで対応していくやり方は、先進国の PLWHA が病院における治療に加えて自助組織を形成する動きとも連動する [小西・鬼塚2004]。とはいえ、患者が主体的であれ、保健医療の恩恵を受けたものであれ、みな PLWHA として暮らせるだけの環境と心構えを持てるわけではない。発症後に自力で、あるいは家族のケアを得ても生存そのものが危うい状態の人々はいる [入江2000]。このような人々への対応として、1990年代に寺院がホスピスを開所していった。

次に仏教寺院によるホスピスの活動を見ていこう。

(2) 仏教寺院ホスピス

浦崎によると、患者への対応として1996年11月僧侶10名を含むセミナーがチェンマイ大学において開催され、97年にはノンタブリー県のスワンケーオ寺院やチュラロンコン大学において僧侶の活動が報告されているという。一例として、1993年2月にチェンマイ市のマイフアイサーイ寺に付設されたスーン・プアン・チウィット (いのちの友センター) では、10名程度の患者を受け入れ、毎日読経を行い、無常・無我の教えの中で肉体はたとえ減びても命の連鎖は終わらないと説き、死への恐怖を和らげている。また、チェンマイ県チャーディーラン寺院内にあるマハーマクット仏教大学では、1997年から若い僧侶たちに在宅感染者や患者の訪問ケアを行わせている [浦崎

2002 : 83]。また、ドーイサケット寺院には1989年から「ドーイサケット未亡人の会」が結成され、夫から感染した女性達のケアが行われ、外部団体からの支援を受けていた [田辺2008]。

このように寺院が PLWHA の心身のケアや遺族の精神的ケアを行いうるのは、患者にはスピリチュアルなケアが求められているという事情もある。ARV 登場以前は、HIV/AIDS は死の病であったし、身体への外形的な徴や衰え、それに対してモラル・サポートが得にくい状況に対してスピリチュアルなサポートをなせるものは僧侶だった。先進国で実践される終末期医療を、期せずして実践していたわけである。また、自己免疫力の増加に精神的な要素が強いことは医学的にも証明されているところである [永田1993 : 168]⁶⁾。

さて、本稿で調査を行ったプラバートナンプ寺院は1992年にホスピスを開所し、2001年で400床 (ベッド数というより収容者数) の規模を有するまでに発展し [浦崎2002 : 83]、その活動は現在まで続いている。プラバートナンプ寺院は医療制度だけでは十分に救えない人々を包摂しているとみなせるが、PLWHA が病と生きる普通の生活者というアイデンティティを示すものであるとするならば、入所行為は逆説的に一般社会からの隔離・排除とつながるとも言える。もちろん、ARV や公的医療が整備される以前は、ホスピスに死の住処としての含意が大であった。しかし、病状の緩和後は在宅での生活支援へシフトさせるのが現代的なホスピスの役割でもある。プラバートナンプ寺院でも患者への対応においてこのような変化は見られるのだろうか。

本論に入る前に、調査の概要と経緯を述べておこう。

(3) 調査の方法

本研究の調査は、櫻井の科学研究費を用いて行われた⁷⁾。具体的な調査は、北海道大学大学院文学研究科修士課程に在籍した佐々木香澄が2009年にプラバートナンプ寺院にボランティアと調査を申し込み、同年8月7日から17日にかけて重症患者のおむつ替え、マッサージ、介助等を行いながら参与観察を行い、翌年の7月16日から8月16日にかけて再びボランティアをしながら、ラジャパーク大学のジュタティップ・スチャリクル講師と共にインタビュー調査を実施した。また、2012年1月25日に、櫻井とクルプラントン・ティラボン北海道大学大学院文学研究科専門研究員が寺院を訪問し、補足調査を行った。

調査対象者は、2009年と2010年では、僧侶2名、ホスピス担当スタッフ（管理者含む）数名、外国人ボランティア2名、ドクター1名、患者9名、訪問者2グループのタイ市民、2012年では寺院スタッフである。調査当時、プラバートナンプ寺院は調査目的のボランティアは認めていなかったが、佐々木が日本のPLWHA支援活動を行っていたことから特別に許可されたものである。

3. エイズホスピスとしての寺院

(1) アロンコット師

プラバートナンプ寺院はロップリー市街地の東方数キロの山裾にある。寺院までは水田を真っ直ぐにつっきる舗装道路がのび、山腹に構えられた堂々たる布薩堂が遠方からも望める。1976年に開基したナムチャン村（カオ・サムヨット区）の寺（マハーニカーイ）であり、アロンコット（僧名）師が1988年に入るまでは小さな寺だったとされ

る。

サラブリーからロップリーにかけて国道一号線沿いに岬々たる岩山が続く。その山頂や山腹に寺院が見え、頭陀行僧（森林僧）が瞑想を行う洞窟もあった。アロンコット師は森林僧としてタイの森を巡礼し瞑想修行を続け、この寺の近くの洞窟で7年間瞑想修行を続けたという。

アロンコット師は、1953年12月9日ラーチャブリー県ポータラム郡で出生した。カセサート大学工学部を卒業した後、オーストラリア国立大学機械工学部で修士号を取得、1984年に文化省に入省していたエリートだった。1990年、35歳で出家。1991年、アロンコット師が病院を訪れた際にエイズ患者に会い、彼らをサポートする人がいない、また、病院スタッフもエイズに対する知識が足りないという問題を重く受け止め、1992年に現在のエイズ患者のためのプロジェクトを開始した。その社会活動に対して数多くの名誉学位が寄贈されており [Winai, Bubpha, Prasert 2002 : 16-17]⁸⁾、海外ではエイズホスピスにおける上座仏教によるスピリチュアルケアの実践例として評価されている。

日本でも終末期医療の病棟で働くチャプレンやビハーラ僧が行うスピリチュアルケアに関して国内外で関心が高まっており [田宮2007]、それゆえにプラバートナンプ寺院に学ぼうとする医療福祉関係者の訪問がひきもきらない。しかし、プラバートナンプ寺院で行われるスピリチュアルケアには独特のものがあるので予め注意を喚起しておきたい。管見によれば、宗教多元主義への配慮が求められる西欧では宗教、宗派・教派の別が重んじられ、患者のスピリチュアルな次元での要請に応えようとする。無宗教・無信仰を自認する患者

が多い日本では、宗教的背景を有する病院の SCW (spiritual case worker) であっても特定宗教への教化は厳に戒められる。患者のスピリチュアリティはケアの従事者とは独立したものと考えられている。

プラバートナンプ寺院の場合は、患者とスタッフという関係はあるのだが、ケアの担い手—受け手の区分が明確ではない。また、スピリチュアリティは患者の自発的探求に任されるというよりも、寺院境内のたずまいや患者自身の寺院内での活動から自生するものでもある。さらに言えば、プラバートナンプ寺院のコミュニティにおいて患者が会得するものでもある。このことを寺院内の施設と入所者の活動を概観することで説明していこう。

(2) 境内の施設

境内の敷地面積は53ライあるという。山門をくぐると道が左右に分かれ、それぞれ両側に施設が連なっている。訪問者は右側の道を歩くが、右手に僧の庫裡程の大きさの男性患者（及び稀に患者の夫婦）の宿舎が並び、左手に「ありのままの死を見つめる」と書かれた講堂がある。その中には AIDS で亡くなった死者のミイラが12体ほど展示してある。入り口を入るとガラスケースに収められた女性のミイラが立像のように置かれ、訪問者に正対する。左横には男性の立像状のミイラ、奥にも同じく男性のミイラが立たせたままガラスケースに収められている。また、子どものミイラ2体も立ち上がった状態でケースにある。これら5体は茶褐色・黄褐色の状態であり、生々しい。その他に、6,7体の横臥した性別不明のミイラがガラスケースに収められて台上に寝かされてお

り、これらのミイラは全身黒色で局所を布で覆われている。これらのミイラが自然に成ったのか、何らかの処理が施されたのかは不明である。そして、死者の遺骨が納められた白色の布袋が一方の隅に積み上げられている。Memento moriの重みが訪問者を厳粛な気持ちにさせる。

死者をミイラとして展示することについてはタイ国内外でも人権問題として論議されたが、死後の扱いについては HIV/AIDS 予防の啓発のためということで同意があったと聞く⁹⁾。小・中・高校生の研修旅行や一般の訪問客はまずこの建物に通され、遺体の脇に置かれたプロフィールから感染の経緯を知ることができる。タイの寺院の中には悪徳（バーブ）の報いとして患者の重傷化した写真等を掲示し、怖さで予防を啓発するところもあるが、プラバートナンプ寺院における死者の展示には、単純な業（カンマ）観や西欧的な人権の感覚を超えた凄みが感じられる。

講堂を抜けるとビジターへの対応を行う事務所があり、その先にコンビニエンスストアと ATM がある。左手奥が寄付金を受け付ける事務所となっており、寄付者には寄付証明書とアロンコット師の写真及びペンダントが渡される。周囲には寄付者の名前と寄付金額を連ねた板が並べられている。2010年にバンコク大学が5万パーツ、2011年にタイホンダ財団が345万9367パーツ（ガティナ祭）、他タイ系企業が2万パーツの寄付を行ったと記載があった。

右手の山際は寺院の施設、左側には財団のオフィスがある。ロータリーをさらに進むと重症患者のワライラック病棟がある。ワライラックはチュラポーン王女殿下の名にちなんだもので、病棟建設にはシリキット王妃の財団から支援を受け

た。1月25日の調査時点では、収容定員130人に対して実際の入所者は123人、うち重症者は35人との回答だった。

この病棟ではベッドが無造作に並べられており、日中入り口のドアは開き放たれ、犬や猫が入ってくる。結核病棟との境界も曖昧であり、感染症対策や衛生面で疑問が残る造りになってい

る。さらに進むと病院があり、その3,4階に軽症者がいる。ここまでがおおよそ訪問者が眼にする境内内の施設であり、職員や患者を訪問した親族が泊まる宿舎、地域の開発関連の施設等の建物がある。図1でわかるように患者がほぼ全ての用事が足せるコミュニティとなっている。

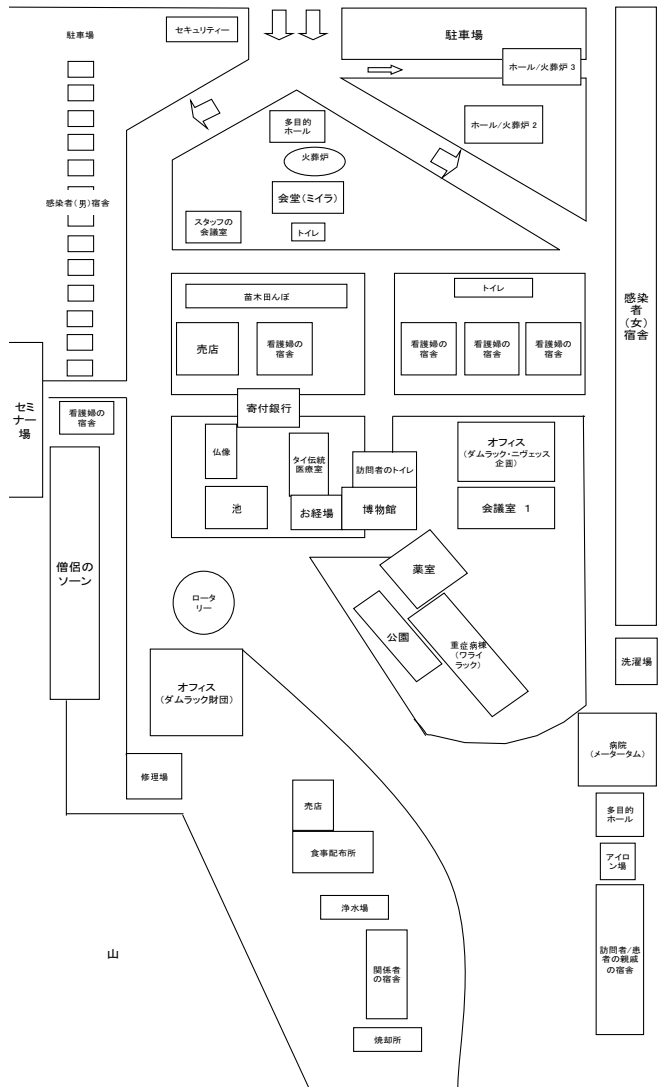


図1：プラバートナンブ寺院内地図

出典：Winai, Bubpha, Prasert 2002; 42

(3) 組織運営

ホスピスの運営についてはアロンコット師が全てを統括するが、具体的には、スタッフ・マネージャーの下にワライラック科（重症病棟）、リハビリ科、アドバイス科、アクティビティ科、住宅科、医療科と6つの科が存在する。各科は看護師・准看護師・ボランティアで構成されており、深刻な人手不足だという。

医師は常駐していない。2009年8月時点では、アメリカのHIV/AIDS支援NGOからインド人とカンボジア人の医師が派遣されていたが、このプロジェクトは成果を得ないまま撤退した。その代わり週末のみバンコクからジュティ医師が滞在し、患者たちの健康管理を行っていた。彼はその健康管理の他に患者たちへの「宗教レクチャー」を行っており、10人ほどの患者がそれを聞きに来て、熱心に質問していた。佐々木が参加した回では、天界での位階を上げるために積徳（タンブン）をするという一般的な話がなされた。ジュティ医師は、佐々木に対して個人的に「患者たちがこの種のセミナーを本当に求めているのかわからない」と不安を語ったが、ある患者は「とてもいいので毎回参加している。知らないことを知れるのでとてもいい」と語っていた。スピリチュアルケアの実践例とも言えよう。

2012年1月時点では、県の病院からボランティアの医師が半日程度訪れて、患者個人々人に対する定期検診（週・月単位で血液検査等検査項目は異なる）を行っている。3名の看護師が寺院内宿舎で生活しており、アロンコット師の奨学金を受けて看護学校を卒業したので4年間のホスピス勤務が義務であるという。ホスピスというわりには医療従事者が少ない。ここではARVによる投薬と重

症者の看護が中心であり、その看護には体調の良い患者とボランティアが従事している。また、収容定員130名に加えて、500～600名の感染者・患者が医療相談や検診、ARVをもらいに訪れており、その中には症状が落ちついたためにホスピスを出て通院するものもいる。スタッフの話では、感染後30年近く生きながらえる人もいるので、症状には個人差があるということである。

ホスピスは開所以来タイ国内外から短期・中長期のボランティアを受け入れてきた。しかし、ボランティアのフランス人医師がプラバートナンブ寺院のホスピスのあり方に批判的な文章[Wery 2005]を公刊して以降、個人的な申込者は受け入れておらず、継続的な支援活動を行っている団体を介したボランティアのみ受け入れている。日本の医学生がフリーで2度ほどボランティアの申し込みをしたが断られている。他方、慶應大学の看護医療学部からは毎年数名ずつコンスタントに受け入れており、日本福祉大学や高野山大学でスピリチュアルケアを学ぶ学生達の視察も受け入れている。医療従事者の評価に敏感になった経緯については、後段の寺院への評価の項で詳しく述べたい。2012年1月時点では、ドイツとオランダから2名のボランティアが入っていた。このオランダ人男性（64歳）は、2006年から毎年3ヶ月ずつ滞在しボランティアを行っている。彼は「15～16年前に自身死に直面する病気になり、仕事もパートナーも全てを失った。死に直面した時、オランダでのエイズプロジェクトへ参加した」という。2011年8月の時点では、毎月約10日ずつ寺院へ来ているという日本人女性ボランティアや、オランダのボランティア団体を通じて来たオランダ人女子学生の計3名がいた。

ともあれ、ボランティアはワライラック病棟において、重症患者へのマッサージとおむつの交換、食事介助に従事することになる。定員35名の病棟において32,3名の重症患者を2,3名のボランティアと数名のスタッフでケアする。朝から夕方までの重労働である。

2012年1月時点では、スタッフは総勢38名、うち10名が常勤職員であり、残りは日給（100～200バーツ）で雇用される非常勤職員である。兄がアロンコット師を支えてきた関係で採用された若い事務担当職員はノンカーイ県出身であり、アロンコット師から大学への奨学金をもらい、卒業後寺院に勤務している。医療従事者に比べてスタッフの数が多く理由は、このホスピスを含めたアロンコット師の事業や財団を運営するためである。このことは寺院の資金調達から改めて見てみたい。

(4) 活動領域と運営経費

プラバートナンプ寺院が配布している案内によれば、1992年に始まったDhammaraknivet（仏法による施療院）計画の目標は、①タイにおけるAIDSの流行、HIV感染率を減らす、②HIVの感染者とAIDS患者が、タイ社会において従来通り幸せな共同生活をできるようにする、③仁愛的・人道的にAIDS患者を介護する、とある。寺院が多くの訪問者を受け入れるのは、一つに①の啓発活動のためだが、事業資金の布施を得るためでもある。寺院のコミュニティにおいて②を実践し、感染者で自助能力のあるものに対して自活の方途を探るのが、後段で述べる2000ライ計画という村落共同体の形成である。③はホスピスの事業である。

②と③の対象となる人々は次の通りである。① AIDS末期患者、②親戚がいないAIDS第二期患者、③HIVに感染した両親とその子どもの大家族、④ HIVとAIDS前期の子ども、⑤AIDSによって両親が死亡した孤児、⑥AIDSによって子孫が死亡し扶養されない老人、と広範である。寺院とのコンタクトの方法には、本人や家族が事務所に問い合わせる、当事者が突然来所する、およびアロンコット師が講演・説法先で対象者から直接依頼を受けて連れてくる等がある。①から④、⑥の場合は、国民証明書・住居登録証のコピー・血液検査の説明書の提出を求め、④と⑤の子どもには出生届けの提出も義務づける。①から⑥までの対象者へのケア、つまり治療と衣食住が全て無料なので、生活困窮者やヤクザものの来所や末期癌等の重病人が担ぎ込まれる等の問題が生じたことがあり、資格審査の厳格化が図られ、そのための事務作業が生じた。

公表されている運営経費を見てみよう。タイ語の案内（表1）と英語の案内（表2）では支出の額に大きな相違がある。案内を制作した年次が明記されていないために年度の相違とは言えないが、水光熱費・電話代・交通費・雑費では桁が違う。また、事務費と奨学金の項目が英語版にのみある。施設の管理運営と奨学金の支出を明記している方が聞き取り調査からしても実態に即している。なお、施設の維持管理や新設工事関連の費用は含まれていないために、実際の支出はこの数値を上回るだろう。

この寺院の運営には僧侶だけではなく、ロブプリー県知事、ロブプリー県教育委員会、タイ国軍、ロブプリー病院院長等の医療従事者、ロブプリー県僧団長等が相談役として関わっている。県から

表1 タイ語案内の運営経費

収入	パーツ/月
一般の寄付	1,200,000
政府の支援	100,000
計	1,300,000
支出	
食事代	300,000
薬剤代	300,000
給与	350,000
葬儀費	150,000
水光熱費	60,000
電話代	10,000
交通費	30,000
雑費	50,000
計	1,250,000

出典：パンフレット「エイズ：子孫を守るために知るべきこと」

の支援には境内に設けられた地域開発の会議のための建物、政府からの支援は年間100万パーツ程の補助金がある。マネージャーによれば、政府のエイズ関連予算270億パーツ（2009年）に比してこの額は少ないという。しかし、患者達はホスピスに移動してから住所を寺院の境内に移しており、登録医療機関の変更を行えば、県の公立病院において投薬治療を30パーツ医療の範囲内で受けることができる。それが難しい患者達やワライラック病棟の患者へは医薬品を支給せざるを得ない。

寺院の収入を大きく支えているのは一般の人々やタイ国内外の支援団体からの寄付である。訪問団体は週日で2、3団体、週末は多くの団体が研修に訪れる。訪問客はまず「寄付を受け付ける事務所」と書かれた建物に通され、寄付をしてから施設内を見学する仕組みになっている。連休や祝日、仏日は訪問客が増えるので寄付が増える。特にア

表2 英語案内（HP掲載）の運営経費

収入	パーツ/月
記載なし	
事務費	300,000
奨学金	300,000
食事代	500,000
薬剤代	300,000
給与	400,000
葬儀費	100,000
水光熱費	300,000
電話代	60,000
交通費	350,000
雑費	400,000
計	3,010,000

出典：寺院HP URL: <http://www.phrabatnampu.org/brochure/br3L.jpg> 2012/02/11

ロンコット師の説法を聞くことができる日には訪問客が増える。布施者には寄付の証明書、高僧の写真とゴムリストバンド、お守りのネックレスが与えられる。マネージャーは、「訪問客は寺院を見学に来て、その経験をインターネットに書き込む。今やインターネットはもう一つの情報ツールである」と述べる。また、2006年の国王即位60年を記念し、境内から布薩堂へ続く階段を整備し、鐘の飾りの寄付を1億5200万パーツ余り募り、建設余剰金を財団資金とする計画を進めている。

さて、患者達の日常生活はどのようなものか。

(5) ホスピスの変化と患者達の生活

寺院内の施設に入居・入所した患者の数や感染原因に関わる統計（表3～5）によれば、1996年から2001年頃の寺院には極めて多くの患者が訪れ、まさに駆け込み寺の様相を呈していた。女性よりも男性が2倍であることにも注意したい。麻

表3 患者数推移

年	既在院患者数	新規患者数	退院患者数	死亡人数	年度末在院患者数
1996	1,622	589	189	364	1,658
1997	1,355	662	348	351	1,318
1998	1,154	833	253	547	1,187
1999	1,540	941	270	668	1,543
2000	1,772	816	215	558	1,827 (12名不明)
2001	1,523	636	137	427	1,595

出典：Winai, Bubpha, Prasert 2002; 28

表4 患者性別

年	男性	女性	計
1996	1,785	425	2,210
1997	505	157	662
1998	880	234	1,114
1999	1,589	617	2,206
2000	1,817	771	2,588
2001	1,038	557	1,595

出典：Winai, Bubpha, Prasert 2002; 88-93

表5 患者感染原因

年	性交渉	麻薬注射	その他	計
1996	1,839	322	51	2,212
1997	589	69	4	662
1998	968	96	27	1,091
1999	2,090	279	46	2,415
2000	2,248	309	43	2,600
2001	1,211	263	131	1,605

出典：Winai, Bubpha, Prasert 2002; 88-93

薬注射や性産業で感染する男性が多いことは想像に難くないが、社会的な居場所の問題もある。

それにしても、毎年300～500名の人々がこの寺でなくなり、焼かれ、うずたかく積み上げられた骨となった。この時期にプラバートナンプ寺院を視察し、アロンコット師に話を伺って報告した人々〔須田2000；野田20011：87-204；谷口2006〕は、ホスピスの野戦場のような状況を感じつつも社会事業としての革新性を評価したものと筆者は考える。しかし、1996年と1997年にそれぞれ3ヶ月、2000年から5年間ボランティア医師として働いたPaul Yves Wery（フランス人、30代後半から40代はじめの時期に滞在）の手記には、ホスピスへの両義的評価が強く出されている。彼は医師と

して死期の迫った患者の苦痛を減らすことに最大限力を尽くしたものの、数名の死を確認し火葬場への移送を決定する毎日だった。彼は寺院をホスピスとして運営していくシステムに対して大きな疑念を抱いた。すなわち①軽症の患者が重症の患者の世話をする（Weryは奴隷と評する）、②同意を得たとはいえ、死者（子ども含む）がミイラとして展示され、予防教育（訪問者の布施）に活用される、③アロンコット師は事業の維持拡大のために講演他の外の仕事に忙しく、死者の看取りは患者とボランティアに任せている。この医師は裏方の心身共に疲弊する業務を僧侶が行わないことに矛盾を感じた〔Wery 2005：83-90, 104〕。

プラバートナンプ寺院に人的・経済的資源があ

れば、Wery 医師の苦渋は軽減されたかもしれない。しかし、寺院は多くの HIV/AIDS に苦しむ人々に対応せざるを得なかった。アロンコット師の神格化（僧侶としての高名と靈験）と布施を集める工夫なしにこれまでの事業はなかったろう。

ところで、この状況は2000年代半ばから大きく変化し、定員130名程度の病院・ホスピスに500名を超える人々を収容するような状況ではなくなった。①のサイクルも ARV によって長期化し、数ヶ月サイクルで軽症者が重症化するような事態はなくなった。入所者数も定員程度に抑えられ、投薬や医療アドバイスを求めて外部から通うものが500～600名となっている。②と③は相変わらずだが、患者の生活は格段に向上したといえる。

アロンコット師は日曜日ごとに広場で入所者に60パーツの現金とチョコレートドリンクを一人一人配る。重症患者にはベッドを巡回する。人々はこの時間を心待ちにし、アロンコット師の慈悲に感謝するのである。患者達は「あたたかい」「嬉しい」と異口同音に語る。

患者の多くは携帯電話を持ち、外に住む家族や恋人に連絡をとっており、訪問者との面会もある。もちろん、ここしか居場所のない人々も少なくない。

(6) 2000 ライ計画による社会的包摂

プラバートナンプ寺院は「プロジェクト2」別名「2000 ライ（約320ヘクタール）計画」を行っている。寺院から車で1時間ほど行ったところに大規模な農場を建設し、感染者や貧困者・高齢者といった社会的弱者の包摂を試みた。現在、この中には保育園から高校までの教育機関があり、恵まれない子供たちに教育を提供している。また、寺院内ホスピスで体調は回復したが、「心の問題」

を抱え社会復帰できない人々のために生活の場を提供している。具体的には、住民が自給自足できるよう1ライずつ分け与え家畜を飼育したり、田畑にしたりする。2010年現在、感染者150人と子ども89人がここで生活し、仏法の聴聞・瞑想等を行っている。ここで働くスタッフは、看護師を含む非感染者スタッフが34名である。感染者は庭の手入れ、犬・猫の世話、掃除、高齢者の介護、建設業に携わって1日60パーツを日当としてもらい、専門的な業務では150パーツをもらう。約80人の感染者が何らかの仕事に従事している。

また、「プロジェクト2」には僧侶もいるが、寺院内の僧侶同様、感染後にプラバートナンプ寺院にやってきたものであり、寺院と併せて感染者である僧侶が6名いる。佐々木が「プロジェクト2」を訪れた時に出家をしたばかりという僧侶も見かけた。訪問の前日まで体調を崩して寝込んでいたという。僧侶となるものは健康であることが条件だが、感染の事実とは体調の変化で気づくものが多い。感染の前後で出家することもあるのだろう。

マネージャーが言うには、プラバートナンプ寺院の事業とは「社会で役に立たない、要らないと思われている人たちが集まって、再び用いられるようになるコミュニティである」。HIV/AIDS の感染者・患者たちに与えられたスティグマは強固であり、ケアの受け手として受動的な存在に置かれていた。この寺院では、重症で身体能力が失われるまで誰もがその能力にふさわしい役割を与えられ、そこで自己承認をうることができる。

以下では、寺院コミュニティに生活する人々の語りから、ここでどのような「生き直し」や「自己の価値」を再発見したのかを見ていくことにしたい。

4. HIV/AIDSを生きる人々

(1) グランディットセオリー・アプローチ

本稿ではキャシー・シャーマズのグランディットセオリー・アプローチを参照する¹⁰⁾。彼女は慢性病に苦しむ患者のケースワークを通じて、慢性病を生きる人々の時間感覚を明らかにした。慢性病は通常の病気やケガの治療と違って元通りに治ることはない。病者は身体的・精神的苦痛や障害を抱えながら病気後の人生を送ることになる。痛みや不自由さが現在を苦しみに満ちたものにし、治るという展望のなさが将来を構想することを容易に許さない。病は生活の全局面、全時間に浸透し、健康であった過去からすると病者としての自己アイデンティティは何ら価値のないものになってしまう。慢性病を数年から数十年生きる人々は、健常者の過去・現在・未来の時間感覚とは異なる時間を生きている。すなわち、「一日一日を生きる」ことが現実であり、病を生きる自己という苦難に鍛えられた自己であるという [Charmaz 1997 : 228-256]。

シャーマズが扱った慢性病者と AIDS 患者の違いは、道徳的なスティグマと死を意識せざるを得ない難治性にある。プラバートナンプ寺院のホスピス入所前（病気を認知する前と後）と入所後（短期入所後と長期生活後）のステージごとに、HIV/AIDSに生きる人々の時間感覚・自己アイデンティティがどのように再構築されているのかを見ていきたい。

生きることを再構築するためには当人の心理や環境の様子を考察することが必要である。日本において血友病治療の過程で感染した薬害被害者の生活が丹念に調査されている。この研究では「健

康被害を生きる」視点、日常的な生の再構築の過程とそれを促進する要因が探索された。人々の生を支えたものは、就労、社会参加、他者との親密な関係、および差別的経験の少なさだったという [溝田2010 : 136-142]。薬害被害者は家族・職場・地域という日常性を維持できるが、プラバートナンプ寺院のホスピスに入所したものは日常生活から隔離（もしくは排除）されている。そこにおいて生を再構築する術があるとしたら、どのようにしてか。これらの問いに順次答えていきたい。

(2) 調査対象 AIDS 患者の来歴

インタビュー対象者の経歴を表6にまとめた。佐々木がホスピス内ボランティアで親密な関係が構築できた患者である。

自身の HIV 感染を知り、身体症状が出る前に来所したのが S であり、体調不良や感染症で入所したのが O、A と K である。O は入所後の治療で歩けるほど体調を回復し、「給料はもらっていません。元気じゃない人を助けてあげたい。それが嬉しい」と掃除や配膳を手伝う。A も「自分には生きたいという気持ちがあるから頑張れます」と元気を回復し、「アロンコット師を助けたい。自分たちがやらなければ、外注してお金がかかる。自分ではできることをします」と語る。K は元気になった理由を「死ぬかなと考えたけど、今は生きているから嬉しい」と語った。他の患者は家族に介護を断念され、半身不随の状態で入所している。

S は中国籍だが越境してラフ族女性と結婚し、それで感染した。中国に戻っても差別を受けるのでタイに戻って来所し（少数民族 ID を持つ）、そこでボランティアに来ていた T と知り合う。T はバセドー病を患っているが、大卒者でもあり、あ

表6 調査対象の患者・患者家族

名	性	年齢	出身地	学歴	職歴	感染経路	入所契機と寺院内業務
O	女	25	ロップリー	中学	工場	恋人 HIV	父親の勧めで、1年、介護補助
A	男	54	チョンブリー	*	警察	再婚の妻	TVを見て、発症後8年、警備
B	男	44	*	中学	販売員	性産業	介護困難、半身麻痺、
K	女	27	コーラート	高校	会計	*	感染症、2ヶ月、軽作業
S	男	44	上海(中国人)	*	ガイド他	最初の妻	差別のため Sと一時退所
T	女	29	バンコク	大学	幼稚園教諭	非感染	バセドー病、Sの妻、介護補助
Y	男	58	ロップリー	大学	軍人	性産業	介護困難、歩行不能
U	女	54	*	*	*	最初の夫	半身不随、2年目
N	男	28	ロップリー	中学	*	*	介護困難、半身不随、1ヶ月

出典：調査による *は回答を拒まれた事項

えて感染者と結婚したことに家族や友人はいい顔をしなかった。Tは「他の人は『大卒なのに感染者と結婚してバカ』と言ったりもする。私は他の人の意見は聞かない。聞かなかったことにする。自分の生きる道だから。感染者たちはかわいそうなのに、なぜいじめのようなことをするの」と語る。

AとYは外見上AIDSの症状はないが、家族と一緒に暮らすことがかなわなかったようであり、Aはアロンコット師への帰依により、Yは元軍人らしく不本意な状況に耐えているようであった。Yは15年前献血検査で感染を知った。軍隊での学歴格差による不遇を克服するために仕事を辞めてカセサート大学経済学部に入り53歳で卒業したが、ほどなく発症した。OとKのような若い女性は恋人からの感染であり、それを知って恋人と別れた。Kは家族にメーチー（十戒を守る女性の修行者）になってもらいたいと言われホスピスに入居したが、ホスピス内でダンスを楽しむ恋人を見つけている。

Uはムスリムの女性であるが半身不随のため礼

拝もできない。神もこの症状ゆえ許してくれるだろうという。初婚の夫から感染させられ、知らないまま再婚した。「私が感染していると知っていれば、二回目の結婚はしなかった。自分の中にエイズを持ったまま死んでいったのに」と後悔の念を語った。Nは半身麻痺になったばかりで治療により帰る望みを捨てていない。「来週には家に帰る」「すぐに家に帰る。子どもに会いたい」と言い、動く右手を使って重症患者の介護の手伝いや軽作業を怠らない。彼の他にも、「私はもう元気だから働きます。バンコクにあるスーパーで働くことが決まっている。子どもと一緒に住める」と語る女性患者がいた。

この寺院は重症者にとってはホスピスだが、感染者や軽症者は症状が安定すれば退去すべき施設である。それが現実に可能かどうかは稼働能力と家族のケアを受けられるかどうかにかかっている。選択は本人に任される。調査対象者はここに中長期間留まった人々だが、HIV/AIDSの感染や発症前後と入所前の心境はどうであったのか。

(3) HIV/AIDSの感染や発症前後と入所前の心境

一言でいえば混乱である。どの患者たちも過去の話をするときには楽しそうに、幸せそうに話す。「洋服を作る工場で働いた。友達がたくさん職場にいたので楽しかった」[O]。「ラーチャダムヌンでデモを見るのが好き、楽しかった。デモはしないけど、見るだけ」[B]。「あなたは夜遊びしますか？私はよく遊びました」[K]。しかし、献血や事故の血液検査で感染に気づいたり、突然現れた症状に当惑したりする。適切な治療を受けられなければ、病は不可逆的に進行し、人生の終着点に向かう時間を生きていることに気づかせられる。

人は悲惨さや災難に遭ったとき、災禍に何らかの意味付与をすることがある。苦難を受けるものが他ならぬ私であるのはなぜか。仮に災禍に宗教的意味等なく、単なる偶然であったとしても、薬害AIDSの場合には医療行政や製薬会社への正当な怒りや苦悩への道徳的意義が一般社会から認められる。しかし、一般的なHIV/AIDSには不品行のスティグマがまだ根強い。男性であれば性産業での感染、未婚女性が感染すればそれは婚前関係を示すことになる。既婚者が配偶者から感染させられた場合は不運となるが、離婚・再婚を繰り返せば発症までにさらに配偶者に感染させることになる。Aのような熱心な仏教徒には道徳的苦痛が伴うし、Yのような努力家で社会的地位もあった(入所前にこの寺院へ寄付もしている)ものには人生へのうらみが残るだろう。

このような人生の意義付けへの混乱に拍車をかけるのが、人生の運不運は徳の多寡によるという上座仏教の通俗的な積徳観である。異性との親密性を断ち切った僧の中には、HIV/AIDSを悪徳の

結果と説法するものも少なくなかった。もはや、そのような言説は公然化されないが、感染者・患者には負い目がある。普通の病者のように権利としての医療を主張できず、恩恵としてのケアを受け例が多い。家族や地域から離れてしまったものには疎外感も強い。普通に病院へ通い、入院できない。患者達が道徳的劣位の感覚や差別されたという疎外感をどのように解消しながら、自己の尊厳を再認できるようになるのか、次のプロセスを見ていこう。

(4) 入所後の精神的・身体的安定

まず言えることは、プラバートナム寺院がシェルターの役割を果たしていることである。「ここにいると全員が感染者だから安心感がある。寺院の外にいると家の外に出られない。寺院の外へ出て行きたいかという迷っている。外からは自分を受け入れる気持ちがあるかわからないから不安」[A]。彼は病状が安定した今も寺院に残っている。それは「精神的問題(彼の心の問題)を解決してくれるから」で、医師が行う宗教レクチャーにも毎回参加する。

半身麻痺のYや顔に斑点がでているKは外見から「病気」が分かってしまうために退所しにくい。Yは元気であるのにこの寺院に滞在し続ける理由として「自分の問題はエイズではなく、身体が動かないこと」としている。Yには毎週弟やその家族が見舞いに来て家族との結びつきも強いように見える。家族による介護も可能だが、AIDS患者としての眼差しをむけられ、差別されることに彼のプライドは堪えられないのかもしれない。

Kは「エイズを差別しますか？—ここへボランティアに来る人にもエイズを差別する人はい

る。それは患者同士でもあります」と佐々木に言い、「日本で一緒に活動している人に HIV に感染している人もいます。私は差別していません」との返答に安堵の表情を浮かべた。

確かに患者同士の差別も存在する。膿んだ傷がたくさんある新来の重症患者に対して「彼女はカンマがひどいのであなっている。彼女の病気はうつるから近づかない方がいい。手袋を必ず着けてから触るように」とわざわざ忠告してくれる患者もいた。AIDS の日和見感染症や併発した病気は患者により差がある。それをカンマの差であると第一義的には認識しているようだった。他方で、日和見感染があっても半身不随でもカンマが深いとみなされない患者がいる。次項で詳しく述べるが、それは患者の日頃の行動や態度からみて徳を積んでいるとみなされているかどうかに関係している。

また、病院に一度入院した後来所した新来の女性患者（28歳）は、「病院では医師も看護師も AIDS の私には近寄りたがらない。かまってもらえなかった」と語った。はなから差別の対象となる世間から来所した患者達は、隠れて悩む生活から解放され、精神的ストレスがなくなった分、体調の好転が見られたのだろう。とりわけ、外見上 AIDS と分かる患者達にとって、ホスピス内はそのままのよい空間として心地よいところかもしれない。

しかし、差別的視線から解放されても、道徳的劣位の感覚を払拭するためには、主体的な自己アイデンティティの構築が必要である。身体的・精神的苦悩を低減するに留まらない、生の意義を再構築する営みがあってこそ、HIV/AIDS を生きることになる。

(5) 積徳行と自尊心の回復

寺院内で患者が担う役割は二つある。一つは、寺院内での警備や売店の売り子や掃除をしたり、重症病棟で寝たきり患者の世話や食事介助をしたりといった仕事であり、もう一つは訪問者に自分の経験を語ることである。症状の軽いものは作務を担い、寝たきりの人であってもベッドまで来た訪問者に対して語ることはできる。

ホスピス内では衣食住・治療費が無料になるが、それに甘えずに身体が動くうちは少しでも寺院や患者のために働く。むしろ、患者であっても病人を看護する、布施ができるということを寺院で学習するのである。前述した Wery 医師は患者に逝く患者を看取らせることの残酷さや人手不足解消の窮余の策を見たわけだが、ホスピスをサンガの看護人戒の脈絡から考えれば理解可能である。律蔵によれば、釈迦はサンガにおいて腹痛で糞尿にまみれた比丘を見て看護人の有無を問うた。病んだ比丘は自分が他の比丘に対してお返しを何もできないので一人していると答えた。そこで釈迦はこの病者の看護は仏を供養することに等しく、大きな利益があると語ったとされる¹¹⁾。仏教に基づく福祉の原点である [杉田・藤田2004: 22]。病者達は仏教徒としてのロールモデルを内面化している。

A はアロンコット師を尊敬し、少しでも役に立ちたいと願う。O や N も手当のあるなし関係なく、自分の身体が動かせる範囲で手伝えることを探す。前に病状の程度で徳のあるなし／悪徳の程度がはかれるという点にふれたが、このような奉仕の態度は積徳行とみなされ、症状が重い人でも尊敬されるのである。また、連日訪れる訪問者に対して煩わしいという思いより、自分の話を聞いて

てもらいHIV/AIDSを一般の人に理解してもらいたいという患者が多い。彼・彼女達は寺院に来るまで自らの苦悩や境遇を語るができなかった。HIV/AIDSは隠すべき事柄であり、明かせばよくて同情か、場合によっては差別的処遇をうけた。ところが、ホスピス内ではHIV/AIDSが何であるかを経験している語り部として一般の人に対して説明でき、半ば同情半ば敬意をもって遇される。社会的地位のあるもの、有名人とも話し合える。寺院の内部では患者の道徳的劣位が解消される。

また、ホスピスが積徳の場として認知されていることは感染者や患者に限らない。副看護師の男性（24歳）は肝臓を患っており、自分も療養しながら、徳を積むべく仕事をしている。ボランティアの女性（30代）は借金取りに追われているようで、この寺院で隠れるように生活をしながら、また自分の行いを正すかのように徳を積んでいた。既に述べたTもバセドウ病を患い、積徳行（タンブン）のためにここでボランティアをした。

(6) 福田としての患者・寺院

寺院や僧侶が在家の布施・供養の対象であることはいままでもない。一般の人々がアロンコット師のような高僧の元を訪れ、説法を聞き、聖水を頂くことは徳を積むことに他ならない。その上、自分達の想像のつかない苦しみを味わいながら死を待つ（と認識される）人々に接して、仏の加護を願い、布施を行うことも積徳行となる。

「占い師によくないことを言われたのでタンブンしに来ました」[訪問客・30代・女性]。正直な発言であるが、HIV/AIDSと生きる人々は布施のしがいがある人たちと認識されている。また、「こ

こには困っている人がたくさんいるので、寄付をしに来ました」[訪問客・男性]という語りも頻繁に聞かれる。

女性の訪問客で夕食時に寺院を訪れ、寝たきりの患者のところへ食事を運んだり、食事介助をしたりする人もいる。看護人としての徳を積んだのである。訪問客の中には、モデルや俳優、歌手といった有名人も含まれており、ことさら患者に寄り添い、証拠写真を撮るものもいる。経済力や政治力、あるいはパブリシティを有する人たちは徳の力によって威信を得ようとするのかもしれない。

多くの訪問客たちの目的は、患者の支援というよりは積徳行であり、その意味ではエイズホスピスというよりも寺院なのである。プラバートナンブ寺院では、仏像よりも患者が積徳行為の対象であり、福田そのものとなっている。感染者・患者の僧侶がいる以上、そういつて差し支えはないだろう。寺院は福田としての患者と布施者としての在家を媒介する存在であり、三者の協働によってプラバートナンブ寺院は財政的基盤を確保している。アロンコット師や寺院スタッフが、どの程度意識的にミイラの展示や患者の語り部の活用を考えているのかは分からないが、彼等の本意はホスピスやプロジェクト2の維持継続にあり、そのことは入所者も理解しているのではないだろうか。

5. 結論

1990年代に深刻化したタイのHIV/AIDS問題は、ARVの新薬開発と保健医療制度の充実によって状況が改善され、死の病から難治性の慢性病に向き合って生きる人々の問題に変わってきた。1992年

にエイズホスピスを創始したプラバートナンプ寺院は、死者の看取りから病を生きる人々のケアへ事業の中心を変えつつある。

プラバートナンプ寺院に入所する HIV 感染者と AIDS 患者は、家族やコミュニティでの介護や医療福祉のケアだけでは癒されない人々だった。感染や発症により身体的・精神的・道徳的・社会関係論的な苦痛に苛まれていたが、ホスピスに入所後、投薬や看護を得て症状が回復し、病を隠すことなく生活できることで精神的安堵を得た。さらに、就労の場が与えられ、手伝いが奨励される寺院の暗黙のルールによって、患者は面倒をみてもらうだけの人から可能な範囲で自分の面倒をみる人になり、より重篤な患者の看護を通して積徳行為もできるようになった。人生の理不尽さや道徳的な劣等感に心が乱れた人々も、医師や僧侶の講話、仏教行事を通して「今を生きる」ことに意義を認め、報恩を口にする人々も出てくる。

このような入所者の人生観や生活の再構築が可能になったのは、このホスピスが上座仏教の道徳律を核とした僧侶と病者のコミュニティという性格を濃密に保持しているからである。シャーマズが論じた病院や自宅で療養する慢性病患者と本研究で解釈されたプラバートナンプ寺院の患者達の時間感覚や人生観の差異を示せば、表7のようになる。シャーマズが理論化した現在に過去と未来が収斂する「1日1日を生きる」という慢性病者の時間感覚は、ホスピスの患者にも見られた。健常者のように未来に希望を持てるために生きる力がわいて元気になるわけではない。現在の生に対する研ぎ澄まされた意識の力によって、自分たちは生きるに値する生を生きているという自尊心が回復されたのである。シャーマズが調査した病者

表7 慢性病患者と HIV 感染者 AIDS 患者

	慢性病患者 (シャーマズ)	HIV 感染者 AIDS 患者 (佐々木・櫻井)
社会的空間	自宅・病院	寺院内ホスピス
ケアの制度	医学・医療	サンガ・看護人戒
鍵概念	時間	積徳行為
再構築されたもの	自己の回復	自尊心の回復
時間感覚	1日1日慢性病 を生きる	1日1日 HIV/ AIDS を生きる

は病院や自宅の病床において数年の歳月をかけてそうした境地に達したが、本調査のホスピス患者たちはより短期間に「AIDS を生きる」ロールモデルを取得しているように思われる。それを可能にしたのが積徳行為のコミュニティであるというのが著者たちの結論である。

また、積徳行為を行うケアのコミュニティは寺院として認識されるために、在家信者である市民に開かれている。寺院はエイズ予防や治療、及び患者達の支援に関心を持つ善意の市民や各種団体を訪問客として受け入れており、多額の寄付や布施によってホスピスの運営費とプロジェクト2の経費が賄われている。訪問者は HIV/AIDS への認識を新たにするだけではなく、徳を積むこともできるのである。

福田としてのホスピスには患者の語りと患者の姿（ミイラ）がある。生者の語りはよいとしても、死者に語らせることまで必要なのか。少なからぬ人々が死者の尊厳やプライバシーを犯す人権上無視し得ぬ問題としてミイラ展示を捉えるかもしれない。しかしながら、当初 HIV/AIDS 予防の啓蒙普及や学習展示の素材であったミイラは、今や仏

教的ケアを実践するコミュニティのシンボルとなっているように思われる。カトリックや正教における聖人の遺骸を聖遺物として崇拝する慣習、あるいは衆生の救済と即身成仏を念じて入定した僧侶のミイラ（山形県湯殿山中蓮寺等）を拝む感覚に似たものがあるのではないか。もちろん、プラバートナンプ寺院の死者達は聖人でも即身仏でもないが、人間が死すべきものであり、近親者との別離から逃れられざるものであることを思い起こさせるという意味で宗教的なシンボルになりえている。

プラバートナンプ寺院のエイズホスピスはタイにおけるHIV/AIDSのケアやホスピスの典型例ではないし、ここで実践されているケアを他所で応用することも難しい。それにもかかわらず、この寺院の実践には医療と社会・文化との関係を考察する上で多くの学ぶところがある。

註

- 1) 2001年にタックシン政権により始められた「30パーツ医療」は全国民の95%をカバーする画期的な医療保障制度であり、2006年以降クーデター政権により無償医療となったが、登録した医療機関に受診が限定される、医療機関によっては適用される薬剤が異なる等の問題が指摘された。むしろID無登録者・外国人は適用外である [牧田2008: 251]。
- 2) 1970年代から80年代にかけて地域開発に従事した僧侶達はその役割を終えて、宗教的領域に戻っていったことが開発僧の研究であとづけられている [櫻井2008; ピニット2009]。
- 3) 1989～2006年の間のHIV感染主な感染経路は、①輸血、②産婦人科にかかる妊婦、③薬物注射使用者、④STIクリニック通院の男性患者、⑤売春宿で働く女性の商業的セックスワーカー、⑥非公式な女性の商業的セックスワーカー、⑦軍入隊または軍徴兵者の7つが挙げられる [The Ministry of Public Health Thailand 2008: 154-158]。
- 4) 計画は保健省のトップダウン方式から多方面の関係者を動員するマルチセクトラル方式 (PLWHAによる自助グループ等を含む)、そして、個人一家族コミュニティが一体となってHIV/AIDSの影響を緩和する包括型の対策に変化したとされる [中川・ブイ2008: 104]。
- 5) 人類学者の田辺は主体的に病を生きる患者達の自己統治とグループ形成の方法に着目した。田辺によれば、自助組織の類型として、①自らの経営組織をもち、さまざまな小グループの活動を支援できる自助グループ、②郡レベルの国立病院等の地域の病院や各行政村の保健所等、政府の医療機関に支援される小グループ、③個別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さまざまな村や地域社会に基盤をおく組織、例えば、仏教寺院、保健ボランティア、民間医療師、青年グループ、主婦グループ等に支援され1996年頃から発生した自助グループがある。
- 6) 脳と免疫系が共通の情報伝達機構を持っていることから、心理・社会的ストレスによって細菌やウイルスに対する感染抵抗性が低下することや生活変化に伴うストレス、適切ではない対処行動や感情の障害された状態によって、好中球の貪食能、リンパ球反応性、NK活性化が抑制されるとしており、発癌や癌の進行、アレルギーや自己免疫疾患の発症促進等を引き起こすとしている。これからも、医療現場における心理・社会的側面にも配慮した総合的アプローチ、また、スピリチュアルケアの重要性が明らかになっている。
- 7) 櫻井の日本学術振興会科学研究費基盤研究B (2)「宗教の社会貢献活動に関わる比較文化・社会学的研究2008-10」と基盤研究B (海外調査)「ポストグローバル時代の東アジアにおける社会階層分化と宗教変動2011-13」、および鈴木規之代表の「2006年クーデター以降の東北タイのプラチャーコム (住民組織)と市民社会形成2008-10」(櫻井は分担研究者)。
- 8) 1997年タンマサート大学福祉社会学部名誉博士号、1999年ソクラーナカリン大学看護学部名誉博士号、2001年ラムカムヘーン大学哲学部名誉博士号、2002年マハーマクット仏教大学社会学・人類学部名誉博士号、ラムカムヘーン大学教育部名誉博士号、2004年テーブサトリ・ラチャバット大学教育部名誉博士号、マハーマクット仏教大学仏教学部名誉博士号。
- 9) 「プラバートナンプ寺院にミイラ展示の中止を要請」、Khaosod, Sep. 10, 2009「エイズ伝染者権利保護機関お

よびエイズネットワーク27機関が、エイズ患者権利侵害を阻止するようにプラバートナンプ寺院付設博物館における人権侵害を告発」Office of the National Human Rights Commission of Thailand, News Sep. 9, 2009

10) グラウンデッド・セオリーとは、アメリカの社会学者バーニー・グレイザーとアンセルム・ストラウスによって開発された質的調査法である〔グレイザー、ストラウス1996〕。定性的なデータに内在する論理を抽出するために、収集されたインタビュー・事例を分類し、コードをふり、コード間の関係から理論的概念（カテゴリー間の関係）を構築する。シャーマズは調査法の手続き的な厳格さよりもアプローチ（視座）を重視し、必ずしも調査対象者のナラティブごとにコードやカテゴリーの詳細な図解をしているわ

けではない〔シャーマズ2008〕。

- 11) 「比丘達よ、汝等若し相互に看護せずば誰か汝等を看護せん。比丘達よ、我に侍せんと思ふ者は病者を看護せよ。」（律蔵三大品一、二六病比丘と看病比丘）〔高楠順次郎・渡辺海旭 都監 1970 律蔵3-528〕「若し我れを供養せんと欲するあらば、當に病人を供養すべし。」（四分律、巻第41）〔岩野真雄編輯 國譯一切經印度撰述部 律蔵3-197〕

付記

調査対象の方々のご協力と本誌編集委員長・匿名の査読者の先生方によるご指導に心から御礼申し上げます。

文献

【日本語文献】

- 入江詩子 2000 「北部タイにおける HIV/AIDS 当事者および家族の現状と福祉課題」『長崎ウエスレヤン短期大学紀要』24：87-101.
- 岩野真雄編輯 1973 『國譯一切經印度撰述部 律蔵3』大東出版社.
- 浦崎雅代 2002 「多様化する開発僧の行方— HIV/エイズ・ケアに関わる開発僧の出現を事例として」『宗教と社会』8：79-92.
- グレイザー、バーニー・G.、ストラウス、アンセルム・L. 1996 『データ対話型理論の発見—調査からいかに理論をうみだすか』新曜社.
- 小松隆一 2001 「アジアでのエイズ予防と行動学研究—タイの事例を中心として」『日本エイズ学会誌』3：39-44.
- 小西加保留・鬼塚哲郎 2004 「サポートグループのあり方を考える」『日本エイズ学会誌』6：67-72.
- 櫻井義秀 2008 『東北タイの開発僧—宗教と社会貢献』梓出版社.
- シャーマズ、キャシー 2008 『グラウンデッド・セオリーの構築—社会構成主義からの挑戦』抱井直子・末田清子監訳、ナカニシヤ出版.
- 杉田暉道・藤原壽則 2004 『今なぜ仏教医学か』思文閣出版.
- 須田修 2000 『老病死の寺』川辺書林.
- 高楠順次郎・渡辺海旭 都監 1970 『大正新脩大藏經 律蔵3』大蔵出版.
- 田辺繁治 2008 『ケアのコミュニティ』岩波書店.
- 谷口恭 2006 『今そこにある タイのエイズ 日本のエイズ』文芸社.
- 田宮仁 2007 『「ビハーラ」の提唱と展開』学文社.
- 樽井正義 2008 「予防、治療、ケア、支援への普遍的アクセス—国際社会の目標と日本の役割」『日本エイズ学会誌』8(2)：88-98.
- 中川翔平・プイチトルン 2008 「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 との共同政策を中心に」『愛知淑徳大学論集』8：101-115.
- 永田頌史 1993 「ストレスによる免疫能の変化と脳・免疫連関」『JOUHE (産業医科大学雑誌)』15-2：161-171.
- 野田真里 2001 「第7章 タイ近代化・都市化における新仏教運動と開発僧/尼僧」、西川潤・野田真里編 『仏教・開発・NGO タイ開発僧に学ぶ共生の智慧』新評論：169-236.
- ピニット・ラーパターノン 2009 「『開発僧』と社会変容—東北タイの事例研究」林行夫編 『<境界>の実践宗教—大陸部東南アジア地域と宗教のトポロジー』京都大学学術出版会：307-358.
- 牧田満知子 2008 「揺らぎの中の福祉国家戦略—福祉国家形成過程におけるタイの医療保障政策の分析—」『兵庫大学論

集】13：243-256.

- 溝田友里 2010「第7章 薬害HIV経験からいまままでに得たもの」井上洋士・伊藤美樹子・山崎喜比古編2010『健康被害を生きる—薬害HIVサバイバーとその家族の20年』勁草書房：115-133.
- 道信良子 2010「グローバル企業による公衆衛生」櫻井義秀・道信良子編『現代タイの社会的排除：教育、医療、社会参加の機会を求めて』梓出版：261-282.
- 安田裕子・大下大圓 2007「スピリチュアルケア教育の取り組み=学部生を対象としたタイのエイズホスピス研修の意義」『ホスピスケアと在宅ケア』15（2）：141.
- 安田裕子 2008「海外事情 ワット・パバナプエイズホスピスにみるタイの死生観と終末期ケア」『緩和ケア』18-3：231-233.

[外国語文献]

- AVERT 2012 HIV & AIDS in Thailand, AVERT <http://www.avert.org/> 2012, 2, 15.
- Charmaz, Kathy 1997 *Good Days, Bad Days The Self in Chronic Illness and Time*, Rutgers University Press.
- Soucanh Phavady 1996 'Psychosocial Factors Affecting the Coping Behavior of People Living with HIV/AIDS at Prabat Nampu Temple, Lopburi, THAILAND' MA. Thesis, Health Care Management, Mahidol University.
- The Ministry of Public Health Thailand 2008 'Thailand Health Profile 2005-2007,' The Ministry of Public Health.
- National AIDS Prevention and Alleviation Committee 2009 *UNGASS COUNTRY PROGRESS REPORT THAILAND*, 15-38, UNAIDS, <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand/> 2012, 2, 15.
- Wery, Paul Yves 2005 'Chronicle of a Thai Hospice: Secret door to the mystery of Thai culture,' http://www.stylite.net/MMB/livres/originalfileschronicles/Chronicle_en.pdf 2012, 2, 15.
- USAID 2012 HIV/AIDS health profile, USAID website <http://www.usaid.gov/> 2012, 2, 15.
- Winai Sommit, Bubpha Tipsapakun, Prasert Ruennakarn 2002 *Khwamsamret naikarn patibatpharakit khong wat: Suksa chapho koranii Wat phrabatnamphu amphomueang changwat lophburi*, Samnakngan kanakammakan kansuksa haengchat Samnaknayok-ratthamontri, Khrongkan pattana kanchadkansuksa Samnakngan kanakammakan kansuksa haengchat Bangkok.