

インドネシアイスラーム社会において ムスリムはいかに病気を経験するか —病気経験の〈共同性〉構築についての考察—

嶋田 弘之

1. 心身二元論的立場からの病気論

人類の保健衛生の改善を目指して展開してきた近代医学が、〈医原病〉を生産し逆説的に不健康を増殖させていると述べたのはイヴァン・イリイチである。彼が定義する医原病とは、病気治療の現場で様々な疾患が生産されている現状を表す〈臨床的医原病〉、病気の予防・診断・治療といった身体過程において私たちが増々医学に頼らざるをえない社会環境を表す〈社会的医原病〉、さらには、病気とそれに伴う痛みを根絶しようとする医学的な努力が、それぞれの文化において自律的に育まれてきた治癒と受苦の技術を破壊しつつある事態を表す〈文化的医原病〉といった複合的な意味合いをもつ⁽¹⁾。イリイチが批判の矛先を向ける近代医学とは、早期発見と治療による病気との戦いを使命とし、そこでは、痛みは病気の有無を表す指標である以外において基本的には悪いものなのであって、それは当然のことながら駆逐の対象となる。

イリイチの〈脱病院化〉論はラディカルな論説であるとしても、近代的な諸権威を相対化しようとする思潮を孕むポストモダンな現在において、従来の近代医学的立場とは異なった病気や痛みへのアプローチを宗教伝統内に再発見しようとする言説もある。*Handbook of Religion and Health*は、医学系の研究者たちによる宗教と保健の関係についての研究成果をまとめたものであり、それらの研究を動機づける諸要因のひとつに、「19, 20 世紀に約束されたように、科学と医学は人類の諸問題のすべてを解決できていない。……人生における意味と目的を達成すること、人間関係の質を向上させること、平和と福祉を達成すること、寛容・感謝・赦しなどの人間的な価値を吹き込むことについては、進歩と呼ぶには程遠い状況にある。物質主義、理性、そして科学が、それ自体としては、全くの力不足であることを証明している」ことが挙げられている⁽²⁾。著者によれば、比較的定義しやすい事象としての〈宗教〉は、「信仰、行動、儀礼、そして式典を含む多次的な構築物である……。また、超越者に対する親近感を促すために、あるいは、共同体の中で共に生活する他者への個人的な関係と責任についての理解を培うために考案された信仰・実践・象徴の組織化された体系である」⁽³⁾。次いで、〈宗教的 (religious)〉と近い関係にある用語〈スピリチュアル (spiritual)〉について、その定義の困難さが指摘されている。従

来の試みのひとつとして、楽観主義・幸福感・意味と目的・平和・他者とのつながり、といった心理的な特徴によって同語を定義しようとする論調が見られるが、初めからそうした〈良い〉心性によって定義されたスピリチュアルが、精神的・身体的健康に良好な影響を与えるのは当然なのであり、健康状態とスピリチュアルの因果関係を論じる上では不適切であるとする。結論として、この極めて扱いづらい語を無理に用いる必要はないと述べて、病苦に直面した時に人間が〈なぜ?〉といった問いを発することが自然なのであれば、それは〈実存的〉、あるいは〈心理的〉などの言葉を用いて主題化することができるのではないかと主張する⁽⁴⁾。いずれにしろ、本稿の目的に沿って指摘しておきたい点は、*Handbook*において、宗教的な事柄、もしくはスピリチュアルな事柄は、生理学的に同定可能な身体感覚自体から明確に区別されるものであり、病気経験に対処する際の個人の精神的な働きであることが前提とされている点である。

*Handbook*の著者の一人であるハロルド・コーニグは、*Encyclopedia of Religion*の〈Health and Religion〉の項目執筆者でもあり、同項目においても近代医学的な前提に立って、宗教と保健の関係を論じていることを指摘しておきたい。彼によれば、「宗教と福祉の関係について調査した80%近くの研究は、これらの変数間における一つあるいはそれ以上の良好な関連性を報告している。それは、楽観主義、意味と目的、そして未来への希望について特に当てはまるものである」⁽⁵⁾。精神的疾患と宗教との関係に比較して、身体的疾患とそれとの関係についての研究はそれほど一般的ではないと述べられてはいるものの、免疫機能・血圧・心臓病・ガン・死亡率・身体障害の度合いと宗教の間柄については、より宗教的な人間集団の側に医学的に良好な健康状態が報告されているとする⁽⁶⁾。また、良好な影響ばかりではなく、「宗教信仰と実践は、柔軟性に欠ける思考法や過剰な罪の意識を育み、一部の人間を必要な医療サービスを求める行為から遠ざけてしまう」⁽⁷⁾傾向もあるという。本項目も、宗教を精神活動的に捉え、それと生理的な疾患との関係を考えるという点において*Handbook*と論調を同じくする。

付け加えるならば、宗教研究者であるレベッカ・ノリスも、宗教とは、「痛みと苦しみに意味のある文脈を提供するものであるから、ある宗教的世界観に参入していることは日常生活で生じる苦しみに人々が対処するのを助ける」⁽⁸⁾と述べていることに言及しておきたい。近代医学が非合理的なものとして排除してきた宗教的な事柄を再評価している一方で、病気をあくまで生理学的な現象とし、宗教を観念レベルでの意味づけの機能を果たす事柄として理解している点で、彼女も近代医学的な心身二元論の前提に立っているといえる。

2. 病気経験の構成に関わるものとしての文化・宗教

上述したような心身二元論的前提を相対化し、病気や痛みなどの身体的感覚自体が文化的・宗教的に構成される可能性について検討してきたのは、70年代以降の人文社会学である。文化人類学者の浜本満は、人間は文化的な想像力を介して病気を経験すると主張し、憑依霊を自らの病気の原因だと考えたあるマサイ人女性の例を挙げながら、そのような病気の捉え方が仮に「荒唐無稽なでたらめ」⁽⁹⁾に見えてしまうとすれば、それは科学的に実体化可能な病気という見方が自然化しているためだと考える。だが、病気というものの実態は必ずしもそうではない。例えば、医療技術によって発見されるガン細胞そのものの働きを患者が純粹に経験するということはめっ

たにないものであり、現実には、その細胞が自らの身体に巣くって勢力を拡大してゆく様子、迫りくる死に対する不安と恐怖、あるいは社会的な差別とそれに伴う孤独、といったイメージのネットワークの中で患者はガンを経験するのだという⁽¹⁰⁾。ガンやエイズといった病気を取り巻く社会的なイメージや隠喩が患者を必要以上に苦しめていることを看破し、病気から文化的なスティグマを取り除いてゆくことの必要を主張したスーザン・ソントグの議論の重要性を肯定しながらも、浜本はその議論の前提に「近代西洋医学の経験主義的病気観」⁽¹¹⁾を捉え、以下のように批判している。

病気に限らず、あらゆる経験が文化的な想像力によって媒介されたものであることを忘れ、あたかも普遍的な病気経験、つまり身体的病気実体という普遍的な対象を、直接ありのままに経験することが可能であるとも言えるような、あまりにもナイーブな見方である。身体のどこかに位置づけることができる病気の本体という対象自体が、その性格上、想像的に経験されるしかない対象である。それはすでにして、ある特殊な文化的想像力の産物なのである。⁽¹²⁾

その文化的に想像的な生き方の粹組みを与えるものとして、宗教が大きな役割を担うことは言うまでもないだろう。歴史上の創始者の言行録、神々や精霊の図像、宗教儀礼や日常における言葉や仕草など、宗教事象にはイメージを喚起するものが満ち溢れている。そうであるとすれば、宗教的なイメージの内部に生きる個人が、それぞれの宗教伝統に特徴的な仕方で病気を経験するのではないかと問うことが可能になる。

3. 間主体的な病気経験の事例

近代医学に立脚すれば、病気は徹底的に個人的な出来事であるといえる。風邪を引くのは私の身体であり、その時点から治療や休息といった行動に移るのも私自身に他ならない。ところが、病気を患うこととは、必ずしも個人的な経験に留まらない間主体的な経験であることを示すいくつかの研究がある。ひとつめに、カトリックの聖地ルルドの傷病者巡礼を研究した寺戸淳子によれば、ルルドは、身体を病む傷病者を中心として、ボランティアスタッフや観光客を巻き込んだ宗教的で関係的な病気経験の世界を構築している。巡礼では、多種多様な病を抱えた人々が車椅子や寝椅子に乗せられて、極めて圧倒的かつ印象深い〈スペクタクル〉を作り出す。苦しむ肉体を公共に晒す傷病者や彼らに無償で奉仕するボランティアは、自らを他者に捧げるキリストの聖体を体現し、奉仕されるがままになる傷病者や彼らの病苦を目の当たりにし圧倒される周囲の人間は、神の恩寵を被る聖母マリアを体現するのだと寺戸は述べる。このような構造の内に〈恩寵の授受〉が成立し、神の恵みが巡礼空間を流通するようになるというのだ⁽¹³⁾。流通の基点は傷病者の病める肉体であるが、巡礼を通じて、人々は個性を超えた関係性の中で病気を経験するようになると言い換えることもできるだろう。結論には以下のような文章がある。

こうして巡礼空間に傷病者の肉体的苦痛が持ち込まれ、近代社会において秘匿を義務づけら

れた肉体的苦痛や死という私事が公の場に出て行ったことで、ルルドには現在、誰にもどうしてもらえない「わたし」の苦しみを、「わたし」一人のものにせず、共に生きる場が作られようとしている。(14)

次に、憑依儀礼を通じて病気を治そうとする事例の分析は、精霊や悪魔と患者が間主体的に病気を経験する事態を明らかにしている。花渕馨也は、コモロ諸島の憑依治療儀礼について、生理学的に還元可能な疾患が宗教信仰を通じて観念レベルで意味付けがなされる、というような従来の災因論の説明の仕方は不十分であるとする。コモロ諸島において、患者は〈精霊の病い〉であると告知される時点から、精霊によって憑依されるようになる一連の過程を通じて、自分自身と精霊という複数の人格を主体として病気を経験するのだという(15)。花渕によれば、「症状とコンテクストを関連づける語り口によって病気そのものが構築され、病気経験のリアリティが獲得される」(16)のである。

加えて、スリランカの悪魔祓いを研究した上田紀行も、共同体儀礼による治療を求める患者の病気を、心身症や神経症といった近代医学的な概念に回収することが果たして可能だろうかと問いかける。病んでいるのは個人であるという近代医学的な見解に対して、悪魔祓いに関わる人々にとって「病んでいるのは患者とそのまわりを取り巻く環境との関係」(17)であると述べ、病気が個体を超えて関係的に経験されるものであることを示す。社会的に孤立した状態にある患者が儀礼を通じて共同体へ再統合され癒やされるという機能論の説明や、常勝の超越者ブッダが病魔を打倒するというコスモロジーが患者に伝達され癒やされるという象徴論の説明は、解釈としては成立しているが充分ではないという(18)。彼が重視するのはイメージだ。

いままでの文化人類学者はコスモロジーのことを宇宙「観」と言い、あたかも人々の宇宙の見方、知識というふうと考えてきた。けれど、それは宇宙に関する知識ではない。コスモロジーを持つというのは、知識を持っているのではなく、宇宙と私が特殊な関係にあるということなのだ。……ブッダのイメージで体内の免疫力が向上し、いきいきしてくる。そして、孤独を病むと悪魔のイメージが呼び起こされてくる。神話的宇宙のイメージはわれわれの身体のエネルギーと不可分に結びついている。そんな神話的宇宙と身体の違いならぬ関係こそがコスモロジーを持つということなのである。(19)

ブッダや悪魔を含むコスモロジーが保持されている共同体に生きる患者は、儀礼を通じて、悪魔がブッダによって駆逐されたり、あるいは滑稽で弱い存在に変じたりするのを経験する。このような空間では、患者が単独で病気を経験するというよりも、その身体に患者自身と悪魔という複数の主体を共存させ、それらの主体間における関係を儀礼を通じて正常化することによって癒やしに到達するのではないかと考えられている。

以上の三つの事例は、病気を患うという事態に際して、個人が宗教的な〈共同性〉の内部に身を置いていることによって、極めて特徴的な仕方では病気を経験することを示している。生理学的に普遍化されるような疾病が前提的に経験され、それに対して各文化が相対的な解釈論を提供す

るという解釈に留まらない、病気自体が宗教的・文化的仕組みの中で生成されるという事例研究のさらなる可能性を展望しているといえるだろう。本稿では、病気経験における〈共同性〉という点に着眼して、インドネシアのムスリム社会における病気経験のあり方を理解するという最終的な目的のために、人々が暮らす世界に〈共同性〉を生み出そうとする諸契機を考察してみたいと思う。

4. イスラムと近代医療の関係について

ところで、筆者がムスリム社会を研究するに至った経緯として、中世イスラム世界をギリシア医学諸伝統を継承した最も重要な拠点のひとつとする通説に触れたことがあった。宗教と医療の関連性と聞けば、信仰治療や呪医といったキーワードを想起しがちなものであるが、諸宗教の中には、科学医療に通ずるような経験的・合理主義的な医術の追求を促進するような種類の伝統があり、そのひとつがイスラムなのではないか。ここで、イスラムは経験的・合理主義的医術の発展を促す類の宗教である、といった本質論を展開するつもりはないが、フーコー的な〈生権力〉とイスラムの関係性を考察した論考の中には、近代医学のムスリム社会への浸透にイスラム的なるものが一役買っているという主張を見出すこともできる。

エリック・スタインは、インドネシア政府が家族計画の名の下に近代的出産管理技術を農村社会へと普及するのに、政府派遣の公認女性助産師が着用するヴェールが極めて重要なツールとなっていることを明らかにしている。アラブ・イスラム的なものを再評価しようとする動きのある現在のインドネシアでは、出産の現場で、ヴェールを身にまとう公定助産師が助産の権威として伝統的助産婦に取って代わりつつある。そこでは、ヴェールが宗教的な知の権威を体現し、私的な身体への医学技術的介入という恐怖をヴェールが伴う神聖性や道徳性が中和化するという。このようなヴェールのミクロな機能は、〈産児数が減少するとしても、より一層濃密なイスラム教育を子供たちに提供することができる〉といった言説を通じて、出産制限という国家政策をイスラム的共同体理念と合致させようとするマクロな動向の中に位置づけられるのだという⁽²⁰⁾。

現代人の身体・精神生活を様々な形で規定し続ける近代科学医療という知の体系と、イスラムという異種の価値・実践体系の関係は、インドネシア社会においていかなる様相を呈するのか。そこで、筆者が着眼したいのは〈イスラム病院 (Rumah Sakit Islam)〉と呼ばれる一群の医療施設である。インドネシアは近代医療施設を始めとした社会基盤が整備されている国家であり、また、ムスリムが多数派を占める社会ではあるが、隣国マレーシアのようにイスラムを国教と定めているわけではない。1998年のスハルト体制崩壊後も、グローバルな潮流と歩調を合わせて、個人レベルで、あるいは社会レベルで〈イスラムへの回帰〉⁽²¹⁾が起こっていることは事実でありながら、同時に、憲法では宗教の多様性が保障され、必ずしもイスラム化が徹底されているわけでもない。病院はその一例であり、施設内に一歩足を踏み入れれば、それが日本の病院と大差ないことは一目瞭然である。人間の命を扱う病院は宗教を問わず全ての人々に開放されており、対照的に宗教は個人的な事柄だ、という見解を筆者はインドネシア人から伺ったことがある⁽²²⁾。宗教を問わず〈ふつうの〉病院に通うことが一般的であると仮定するならば、あえて〈イ

スラーム) という名を冠した病院が設立される背景とは何か。イスラーム病院を取り巻く現状を掘り下げてゆくことで、インドネシア社会に生きるムスリムと近代医学の関係性について理解を深めることはできないか。

筆者は当初、イスラーム病院設立の背景に〈宗教〉についての理念的相克を想定していた。既述したように、インドネシア共和国はイスラーム国家ではない。〈世俗化〉という言葉で、医療・教育・司法といった社会生活の基礎を成すような諸要素が、宗教とは独立に機構を構成するようになる社会変化と説明するならば、確かにインドネシアは〈世俗的〉な雰囲気を持つ国であるといえる。少なくとも医療に関して言えば、宗教的な根拠を持たない医療関連施設が多く存在することは明白であり、人が病気を患うこと、患者が治療を求めること、治療師が患者の治療を行うことは、基本的に宗教とは無関係な事柄だという考え方が広まっていると推察することもできる。

一方で、イスラームが近代医学的な実践と必ずしも無条件に調和しない部分を内包するのも事実である。死後も適用される肉体の不可侵性や親族以外の男女間の接触に関わる教義規定によって、それぞれ遺体解剖や臓器移植、治療・看護行為といった事柄が問題化されるのは不可避であろう⁽²³⁾。宗教と医学の峻別という近代的な理念についても、イスラーム社会には〈預言者の医術〉と呼ばれる文献群が残されており、預言者がムスリムの生の一環として医療を重視したという観念は広くイスラーム社会で共有されている。また、小杉泰が〈文理融合論〉と呼称するような、宗教教義・実践と近代科学事業を調和的に発展させてゆこうとする思潮がイスラーム世界に存在することも事実だ⁽²⁴⁾。そのような背景を踏まえながら、近代化に伴う〈世俗的〉病院の普及に対して、病気を患うことと治療することをイスラーム的な枠組みから再定義しようとする思想運動の具体的な顕れとして、イスラーム病院の設立を考察することはできないか。つまり、インドネシア社会のイスラーム病院建設の背景に〈宗教とは何か〉という理念的相克を読み取ろうと考えたのである。

とはいえ、宗教や医療についての理念的相克といった問題は、一部の知識人に限定された関心事に過ぎない可能性もある。各イスラーム病院の運営に関わる人々、医師業と看護業に携わる人々、さらには、患者としてイスラーム病院を訪れる人々は、理念的相克とは別の次元で、それぞれの多様な動機に支えられてイスラーム病院に関係しているのかもしれない。そうであれば、筆者が第一に取りかからねばならないことは、イスラーム病院を視野に入れながら、インドネシアの人々の医療的実態を把握することに他ならないであろう。それは、インドネシア社会の人々が病気を患い、イスラーム病院で治療を受けるという行為、あるいはイスラーム病院で働くという行為を、より広いコンテキストの中に位置づけてみることである。

5. 病気経験における〈共同性〉について

人間の医療行動についての一般的なイメージに従えば、個人が身体的な異変を感じ取り、病気の正体がある程度理解可能なのであれば、休息や常備薬の摂取といった個人的な処置を行い、症状が重かったり、不明であったりするならば、特定の専門家の治療処置を求めるといった因果関係が想定できるだろう。フォスターとアンダーソンは、このような「自分が病気であると疑うか、または知っている人と、病気から救う資格を持つと当該の文化から認められている個人の間で起

こる形式的な相互作用」⁽²⁵⁾を、あらゆる社会の医療実践の共通点として重視する。この相互関係は、〈癒やされる可能性を有する者〉と〈病気を定義したり、癒やしたりする力を潜在的に有する者〉との関係と言い換えることもできるだろうか。両者の利害関係が一致する時、そこに癒やしと病気によって結びつけられた〈共同性〉が生成する。この〈共同性〉の中心には、実践を保証する何がしかの知の権威といったものが存在するだろう。それは近代科学であるかもしれないし、預言者であるかもしれないし、あるいは治療師の経験則かもしれない。医療多元的な社会において、病気を癒やしたいと望むものは複数の選択肢の中から特定の権威の元へと集まってくるが、これらの権威に対する人々の態度は、フォスターとアンダーソンも指摘するように、両義的なものである。私たちは「彼らが他の人々よりも優れており、能力があり、技術的に熟練してほしい」⁽²⁶⁾と思うが、同時に、「自分たちに力を振るう人々に対して、恐れ、したがって嫌悪、不信の感情を示す」⁽²⁷⁾。だが、曖昧な態度は権威を生み出す側においても同様であり、例えば、治療師が自らの権威を失墜させる危険性がある場合に特定の病気の治療を拒絶するように、権威も人々の態度に対して慎重になることもある。従って、癒やす者と癒やされる者との関係は、特定の社会に固定的であると捉えるよりも、諸要素の動的な結合と分離の運動的帰結として考える方がよいだろう。

ここまでの考察を経て、筆者は、病気についての知の権威を取り巻く〈共同性〉を創出してゆく交渉の過程といったものを、想定している。特定の病気を患うことはいかなることなのか、特定の病気を治癒する力を有するのは誰なのか、といった問いをめぐる交渉の場面や足跡は、インドネシアのどのような言説実践空間に明瞭に見出すことができるだろうか。病院医療や地域保健といった近代科学医療事業、伝統的治療師ドククンに代表される伝統医療活動、ジャムウのような生薬を用いた治療実践などがインドネシア社会の代表的な医療の現場であろう。さらには、地域保健には国家が関与するであろうし、イスラーム指導者の団体は病気と治癒についての教義解釈を提示する。マスメディアが重要な役割を担うことは言うまでもない。病気を患う人々も自助グループのような病気体験を軸とした共同体を形成するだろう。

6. 〈共同性〉を生み出す諸契機

① 言葉と身体で生み出される複数の〈共同性〉

動植物とは異なって、私たち人間は言語を有し、生きてゆく環境や人間自身を言語によって認知し、規定し、操作し、変更してゆく。言い換えれば、言葉を発することによって、生活の中で諸経験を構成し、人間的な経験ならしめているといえる。青木恵理子は、この言葉やイメージを生産するという行為、つまりは〈記号生産〉と人間との関係を、インドネシアのフローレス島の村落を事例として論じている。青木は、国家やマスメディアといった近代的な形態を伴って出現するに至った「身体なき主体による記号生産を中心として生成増殖するシステム」⁽²⁸⁾が、グローバルな規模で人々の生を支配的に規定してゆくような事態を問題化する議論に対して、集落の人々が日常的に興じる〈うわさ話〉を、〈身体なき主体による記号生産〉とは別種の〈身体に動機づけられた記号生産〉として理解する⁽²⁹⁾。身体性の欠如した記号生産の例として、マスメディア経由で氾濫する〈若い美しい女性〉というイメージが挙げられているが⁽³⁰⁾、身体性の欠如とは

すなわち、情報化されたり、文字化されたりすることによって、個々の生きられている身体から遊離し、実体的でないのにも拘わらず、自分の外部に確かに存在すると思われるようになった記号群、と言い換えられよう。身体なき主体による記号生産が〈支配的〉な状態において、人は、そうして氾濫するようになった記号群に合致するように、自らの身体を造り変えてゆこうとする。対照的に、〈うわさ話〉は生き生きとした身体に基づく想像力を介して生産されるものだと青木は述べる⁽³¹⁾。ここで取り上げられている話の内容は、犬に取り憑き狂犬病化させ人間を襲わせる〈ラビエス〉と呼ばれる存在や、人間の首を狩るという謎の〈ニンジャ〉集団などである⁽³²⁾。これらの物語は、「録音され、書き起こされたテキストに置き換えられてしまうものではない……人々の共存性のただなかで、身振り、表情、さまざまな声の調子の織り成し」⁽³³⁾の中から生産されるものである。うわさ話とは、理性的に思考された結果としての言葉であるよりも、感情に動機づけられ、それを共有する他者との連帯感を生み出すものであるという。そこでは、ナショナルリズム的言説の中で生産される〈インドネシア人〉という記号とは異なった種類の〈共同性〉が人々によって生産されているということであろう。

② ナショナルな文脈での〈共同性〉構築

国家は特定の共同性を構築しようとするものであり、国民にそのような共同性に合致する身体を作り上げることを要求する場合がある。田辺繁治は、「健康ケアの実践、すなわち人びとが生き生きした生を維持する仕方は、生物医学に基づく近代医療の言説と実践によって大きく影響されると同時に、国家の社会経済的な制度の枠組みのなかで理解しなければならない」⁽³⁴⁾と述べているが、インドネシアの人々の病氣経験の構成過程についても行政の役割を看過することはできない。パノプティコンという比喩を用いて、国家権力による国民的身体の要求が、国家（支配）＋国民（被支配）という構図の中で成立するのみならず、国家権力的な監視の目を国民自身が内面化し、従順な身体を主体的に構築してゆくという近代的状況を論じたのはフーコーであるが⁽³⁵⁾、田辺は「二〇世紀におけるグローバル化の進展にともなって、公衆衛生は新たな段階にさしかかり……従来のコミュニティの枠組みを活用しながらそのなかに自己責任による健康の自己管理の活動を組織化していく。……そこでは、権力作用は拘束的、強制的に働くのではなく、コミュニティの枠組みを活用しながら、断片化した個人による健康の自発的な自己管理へと人びとを導いていく」⁽³⁶⁾と述べており、国家保健事業の人類学的考察が意義を持つことが明らかにされている。

インドネシアに関して言えば、〈ポスヤンドゥ〉という地域保健事業が一部の研究者の関心を引いている。これは〈Pos Pelayanan Terpadu（総合サービスポスト）〉の略称で、1985年に国家政策として決定した保健サービスの会場・組織・活動を指し、その活動内容は人口調整を目的とした母子への家族計画関連サービスや病人への初期治療などである⁽³⁷⁾。先行研究は、旧スハルト政権によって設置されたこのポスヤンドゥの本質を、〈上からの〉・〈強制〉・〈動員〉といった表現を用いることで、官製の地域住民コントロール機構という側面から強調してきた。齊藤綾美はそのような従来の議論を踏まえながら、ポスヤンドゥの活動メンバーたちが一概に受動的とは言えない主体性を発揮している点に注目した⁽³⁸⁾。活動員の中には地域への貢献に喜びを感じてい

る者もあり、「地元意識は、地域に根ざした居住者としての責任感に裏づけられているものであった……地付層と来住者層が構築する新しい住民組織化が試みられており、ポスマンドゥはまさにその一つの具現化であるといえる」⁽³⁹⁾。家族計画に対して消極的な一部の保守的な宗教指導者との折衝において、地域保健の活動員が重要な役回りを務める可能性も大いに考えられ⁽⁴⁰⁾、イスラムと保健の接点としてポスマンドゥは考察の視野に収めておきたい。

③ 科学的に権威付けられる医療

インドネシア政府が国民の健康を管理するための知の基準とは、基本的に近代科学であるといえる。スハルト体制期の中部ジャワに暮らす人々の健康について考察したスティーブ・フェルザッカは、権威主義的なリーダーシップの下に開発を推進してゆく政権が、経済発展に伴って現れる新種の病気群を、国民自らが甘受しなければならない代償（豊かさに伴う〈皮肉〉）として強調した点を指摘している。

近代と開発の保健状況に関するインドネシアナショナリズムの語りにとって、〈西洋病〉の登場は、皮肉がその主な特徴であるような一つの物語のための避雷針である。私がフィールドワークを実施したスハルト体制期に支配的だったこのナショナリズムの語りは、近代的になることに伴う切迫した代償（この場合は、医療経費）を説明し予見するのに用いられた。……スハルトの〈開発〉政治を演出し実行してゆくのに、伝統と近代のカテゴリーは極めて重要であった。……専門家と専門家システムは、スハルト体制において主要な役割を担ったが、彼らは応用生物学と科学医療の観点から、近代の健康について語った。⁽⁴¹⁾

今や少なからずのインドネシア人が罹患するに至った糖尿や高血圧といった慢性的な病気群は、経済発展における不可避的要素として、国民一人ひとりが自覚的に営む〈べき〉生活習慣行動と表裏一体的関係に位置づけられる。糖尿といった病気は、〈アメリカ的〉・〈西洋的〉と表象されるような、反〈インドネシア的〉なライフスタイルの個人的選択の帰結として説明されたのである⁽⁴²⁾。

病院の診察室とは、以上のようなナショナルな言説、さらには、近代性に関わる言説、科学的な言説、そして患者自身の経験に基づく個人的またはローカルな言説が交錯する、患者の病気経験構築の舞台であると言えよう。フェルザッカによれば、現代インドネシア人の多くは、病院・保健所・伝統医療の実践現場・マスメディアといった様々な空間で近代医学的な言説に出逢う。一部の研究者は近代医療の支配下に置かれた〈従順な患者〉たちの行動についての文化的発見などありえないと主張するが、彼は診察室こそが現代インドネシア人の医療文化を把握するのに適した場所であると考え⁽⁴³⁾。診察室において、医師は症状に関して患者の感覚や生活習慣などを聞き出しながら、「患者のコメントを、科学医療的な概念と実践の枠組みにおいて、再び描き出してゆく」⁽⁴⁴⁾。医師は医学的に示すことのできる因果関係に基づいて患者の病気を理解・説明しようとし、患者は日常生活から生まれる諸々の概念や経験がリンクする〈意味のネットワーク〉の中で、自らの病気を人生の物語の一部として咀嚼しようとする。病気に対して異なったアプロ

一ちをもつ両者が、何がしかの合意に達しようとする作業が診察室において行われているのである。

④ 新しい形態のコミュニティやアソシエーション

以上のような指摘から、国家と医学が結託して国民を一方的に支配する構図が想起されがちであるが、実状は必ずしもそうではない。田辺は経済先進諸国を中心にグローバルに普及してきた〈ヘルスプロモーション〉の概念について以下のように述べる。

健康増進の概念は、近年における各国の疾病構造の変化、つまり感染症から非感染症あるいは慢性疾患への移行を強く反映するものである。このような疾病構造の変化は「健康」概念を大きく転換させ、これまでの早期発見・早期治療によって達成される健康から、感染・発病以前から取り組み構築すべき対象としての健康が政策的に強調され（た）。……それは健康維持と増進に重心をシフトさせることによって、近代医療とその専門家の一元支配から脱却し、医療を社会・経済的に構築する方向性をもつものである。⁽⁴⁵⁾〔（ ）内、嶋田〕

田辺の議論の舞台であるタイでは、保健をめぐる新しい動向の中で、病院や保健所といったナショナルな枠組みの中で機能してきた機構に依存的になるのではなく、市民団体やNGOといった新しい形のコミュニティ形態が活用されるべきだと主張されているという⁽⁴⁶⁾。「生そのものの価値を中心にしながら共同性を構築し、あるいは社会の他の制度や権力関係と連携したり交渉したりするところに成立する集団」⁽⁴⁷⁾の一例として、エイズ患者たちによる自助グループが挙げられている。

タイでは1980年代末から90年代初頭にかけてHIVの感染者数が爆発的に増加した。政府は感染防止キャンペーンに乗り出すことになるが、〈不治の病〉エイズという記号の生産は、一部の感染者を絶望による自殺へと追い込むことにもなった⁽⁴⁸⁾。〈不治の病〉を抱え絶望するという事態は、自分の力ではコントロール不可能な〈他者性〉を孕む病気を生きることであると想像され、また家族や地域社会からの差別によって、自らが社会的な〈他者〉として生きるという経験、と換言することもできるだろう。そのような状況の中から、90年代に入り、感染者同士が相互扶助的なネットワークを形成する動きが生まれた。治療や日々の健康ケアに関する注意点、副作用や代替医療に関する知識、タイの伝統的生薬の製造法、経験や感情の共有、さらには保健省や医療施設との連携、など多岐に渡る知識と実践を共有しようとする社会集団である⁽⁴⁹⁾。田辺は、このようなネットワークを通じて「他人へのケアに努めるなかでむしろ自分の健康を保てるようになった」⁽⁵⁰⁾というあるメンバーの見解を紹介しているが、自助ネットワークの形成によって、患う人が別の患う人という〈他者〉と共同行為をなす過程で、HIVという〈他者〉を受容することが可能になることを示している⁽⁵¹⁾。感染防止キャンペーンを通じて生産されるHIVに関わる言説と、自助グループ内での共同行為を通じて自ら形成してゆくHIV経験との間には重大な差異があることが推察される。

⑤ 伝統医療

北タイのチェンマイを基点とする上述の自助グループは、HIV感染者たちに伝統的生薬を頒布する事業を始めた自称〈民間治療師〉の活動が発端となって形成されたものであった⁽⁵²⁾。近代医療の限界や政府によるHIV対策の限界を感じ取った患者たちが伝統医療を活用したという事実は、インドネシアの医療文化を考察する本研究にも参考になるものである。インドネシア社会における伝統医療の代名詞と言えば、生薬〈ジャムウ (Jamu)〉と伝統的治療師〈ドゥクン (Dukun)〉である。ジョグジャカルタ滞在時の筆者自身の見聞に従う限り、専門の女性調合師が路上でジャムウを処方・販売するといった就業形態は明らかな減少傾向にある。一方で、現在では特に、製薬会社での製造を経て、粉末やカプセルのジャムウが人々に広く利用されている。この生薬群が〈インドネシアの〉土着的生薬として認知されるようになったきっかけが、1948年に出版された王家出身の医学者による『インドネシア本来の薬』であったという事実を考慮すれば⁽⁵³⁾、伝統生薬の医療化という流れを国家と近代医学との関連から考察してゆくことも可能であろう。

近代的な医師と対置される伝統的治療師として認知されているドゥクンは、インドネシアを構成する諸文化圏にそれぞれ特徴をもった伝統医として存在し、複数の技能を兼ね備えたジェネラリスト的性格をもった人物もいれば、専門性を特徴とする人物もいる。マッサージ・助産・接骨・毒虫治療・割礼・呪術などが数ある専門例の一部である⁽⁵⁴⁾。インドネシア社会にも、コモロ諸島やスリランカでの事例として挙げたような、精霊や悪魔といった存在によって引き起こされると考えられている病気がある。〈サキット・ポロン (Sakit Polong)〉と呼ばれる病気がそれであり、この病気に苦しむ患者を治癒することができるのは、吉田正紀が調査した北スマトラ地域の場合、近代医学の専門家ではなくドゥクンであると考えられているという⁽⁵⁵⁾。ここではドゥクン治療の詳細には立ち入らないが、彼らがいかにして治療師としての権威を確立するかについて推測させるような記述を吉田の著作から抜粋しておく。

瞑想 (semadi) や断食 (siyam) も治療能力とジャワ伝統的知識を獲得するための強力な実践行為であることを強調する。治療者になるには、食物摂取、睡眠、性的関係の忌避ないし節制の実践 (tirakat) を行わなければならない。ジャワ人はこのような苦難を経験することによって、霊的な力 (prihatin) を獲得できると考えている。⁽⁵⁶⁾

……しばしば彼の特異な治癒的能力について語る。呪文を唱えながら香をたき、遠くにいる患者に会うことなく治療する、特別の能力があると自慢する。また精霊がどこに住み、どのように人々に危害を加えるか、彼らの世界について説明する。例えば、ある時家から帰ると、家の戸が音もなく開いたという神秘的な話をする。それは彼の患者に彼の治癒力を信じさせる狙いがあるように思われる。⁽⁵⁷⁾

無論、特定の病気の治療をドゥクンに依頼する患者であっても、常時ドゥクンを利用するわけではない。自宅にある常備薬や家族のマッサージによって病気を改善させようとする場合もあるだろうし、近代医療施設に足を向ける場合もあるだろう。病気の種類によって、あるいは経験して

いる症状の段階によって、治療を求める行動は異なってくるのだ⁽⁵⁸⁾。

1997年、スマトラ島の都市メダンで社会的にドクンとして認知されていた男が、10年以上に渡り数十人の女性を殺害していたという報道がなされた⁽⁵⁹⁾。有名雑誌の記事によれば、インドネシア社会でのドクンに対する一般的イメージは、邪術との関連性や非近代性といったイメージに基づいて、必ずしも良好ではないようだ。大都市ジャカルタのビルの一室で開業し、携帯電話やインターネットを介して事業宣伝を行うドクンも増えているようだが、彼らの元に通う患者たちはその事実を周囲の人間には公然と語ることは少ないという⁽⁶⁰⁾。たとえあるドクンがムスリムを自認しようとも、彼や彼女が生きる伝統は、ジャワやスマトラといった土着島嶼的文化との連続性を連想させるものである。つまり、一部の伝統医療は、〈正統性〉を自認するようなイスラーム運動と持続的な緊張関係に置かれることが容易に想像されるだろう。

⑥ インドネシアウラマー協議会による病気関連言説

最後に、インドネシア人ムスリムの医療行動を規定するのに決定的に重要な役割を担うと思われるインドネシアウラマー協議会 (Majelis Ulama Indonesia; MUI) のファトワについて若干触れておきたい。2005年の7月、協議会はドクンの活動をハラームと断定するファトワを発表した。

1. ドクンによる活動と予言行為の実践のあらゆる形態は法的にハラームである。
2. ドクンによる活動と予言行為の実践を、いかなる形であっても出版することは法的にハラームである。
3. すべてのドクンによる活動と予言行為を用いたり、信じたりすることは法的にハラームである。⁽⁶¹⁾

このファトワの発表は、ドクンによる諸活動がマスメディアを通じて増々インドネシア社会に浸透しつつあり、彼らの活動がイスラーム最大の罪悪である〈シリック (syirik)〉、つまり唯一神に並置されるような別種の神を信仰する行為であると協議会によって判断されたことに由来する。同ファトワの序文において、発表の目的はタウヒードの純粋性を堅持し、インドネシアのムスリム社会を多神教文化から保護することであると述べられている。

現時点で筆者はドクンに関するウラマー協議会の言動についてこれ以上の情報を得ることはできないが、ムスリムの医療行動を考察する上で関連資料の収集が重要であることは認識している。ファトワは現実には法的拘束力のない勸告であり、また、中絶問題とMUIファトワの関係性について論じたモハマド・ナシルとアスナウィによれば、特定のファトワの発表が協議される段階で、「中絶に関するイスラーム倫理と法の諸概念は、ウラマーたちが人間の生命が危機に瀕している特定の状況に直面する時、改めてネゴシエーションの対象になる」⁽⁶²⁾。つまり、ファトワは、聖典に準拠した教義文言が一方向的に現実問題に適用されるというよりも、社会に暮らししている人々の日常的現実との関係の中で構築されてゆく産物であるということである。

加えて、HIV拡大防止についてのファトワにおいて、「HIV/AIDSの原因のうちの80-90%が婚

外性交渉であるという時、最も効果的にHIV/AIDSの拡大を防止する手段とは、その原因自体、つまり婚性交渉を無くすることである」⁽⁶³⁾と記述されているのを考慮すれば、エイズという病気を取り巻いて、イスラームの教義、国家、近代科学にそれぞれ準拠した複数の言説が交錯する言論空間が形成されていることも推察できる。先に引用したフェルザッカの著作にも、〈西洋病〉の蔓延についての言説の広がりの中で、〈断食〉の重要性がイスラーム的な観点から強調されてきた事実が指摘されている⁽⁶⁴⁾。すなわち、〈欧米化〉と名付けられるような固有文化的な危機に際して、保健的効果が医学的に保証されるようなイスラームの実践が個人の健康維持法として奨励されているということである。

7. 結語

以上、インドネシア社会に存在する複数の主体が、多様な言説と実践を通して、医療に関わる知の権威を取り巻く〈共同性〉を構築しようとする状況を大雑把に考察してきた。それは、イスラームの教義、グローバリズム、近代医学、ナショナリズム、ジャワの伝統、個人の日常的経験などを背景知として、特定の病気を患うこととはいかなることなのか、誰がその病気を癒やすことができるのかといった問題に取り組みながら、人間の病気経験に作用するような〈共同性〉を形成しようとする言動が複雑に交錯する社会状況である。本稿で概観してきた諸要素が、イスラーム病院における患者・医師・看護師・その他の職員たちの言葉と行為に影響を及ぼしているのではないか。イスラーム病院に関わる人々の医療行動を詳細に考察するという目的に沿って、筆者はインドネシア社会の医療文化の実態を調査してゆくことから始めたい。

註

- (1) Ivan Illich, *Limits to medicine: Medical Nemesis*, Harmondsworth; New York, Penguin, 1977.
- (2) Harold G. Koenig, Dana E. King and Verna Benner Carson, *Handbook of Religion and Health*, Oxford; New York, Oxford University Press, 2012, p. 5.
- (3) *Ibid.*, p. 45.
- (4) *Ibid.*, pp. 38-42.
- (5) Lindsay Jones, *Encyclopedia of Religion*, Detroit, Macmillan Reference USA, Thomson Gale, 2005, p. 3875.
- (6) *Ibid.*, p. 3876.
- (7) *Ibid.*, p. 3876.
- (8) Rebecca S. Norris, "The Paradox of Healing Pain," *Religion*, 39:1, 2009, p. 27.
- (9) 浜本満「病気と文化的想像力」, 『教育と医学』, 49:8, 2001年, 699頁。
- (10) *Ibid.*, 701頁。
- (11) *Ibid.*, 703頁。
- (12) *Ibid.*, 703頁。
- (13) 寺戸淳子『ルルド傷病者巡礼の世界』, 知泉書館, 2006年, 43-55, 119-132, 459-465, 470-479

頁。

- (14) Ibid. , 472 頁。
- (15) 花渕馨也『精霊の子供——コモロ諸島における憑依の民族誌』, 春風社, 2005 年, 212-215 頁。
- (16) Ibid. , 213 頁。
- (17) 上田紀行『スリランカの悪魔祓い』, 講談社, 2010 年, 118 頁。
- (18) Ibid. , 158-168 頁。
- (19) Ibid. , 282 頁。
- (20) Eric Stein, “Midwives, Islamic morality and village biopower in post-Suharto Indonesia,” *Body & Society*, 13:3, 2007, pp. 55-77.
- (21) 現代インドネシアの実状をイスラームという観点から解説した著作としては, 見市健の『インドネシア——イスラーム主義のゆくえ』(平凡社, 2004 年) が分かり易い。
- (22) 筆者は, 2013 年 5 月 25 日(金)に東京大学本郷キャンパスの一室で開催された〈インドネシア人留学生座談会〉に同席する機会を得た。インドネシア人の宗教生活についての理解を深めることを目的として, 母国もしくは日本での留学生たちの宗教生活の実態について活発なディスカッションが行われた。宗教と病院の関係についてのこの見解は, 座談会での一部の留学生の発言に基づく。
- (23) 大塚和夫ほか編『岩波イスラーム辞典』(岩波書店, 2002 年) を参照。「ムハンマドの時代に広まっていた民間医療の痕跡がみられる。そこでは治療というよりはむしろ予防に重点が置かれ, もちろん宗教的理由で解剖や医療行為としての飲酒などは禁じられた」(107 頁), 「肉体の不可侵性は死後にも有効で, 遺体を傷つけることは禁じられている。しかし, その一方で生命を維持するための医学的行為は認められており, 医学的な(および司法的な)遺体解剖は認められている。遺体からの臓器などの移植も認められつつある」(566 頁) と解説がある。
- (24) 小杉泰「イスラーム世界における文理融合論——「宗教と科学」の関係をめぐる考察」, 『イスラーム世界研究』, 1:2, 2007 年, 123-147 頁。
- (25) ジョージ・M・フォスター, バーバラ・G・アンダーソン『医療人類学』, 中川米造監訳, リポート, 1987 年, 126 頁。
- (26) Ibid. , 141 頁。
- (27) Ibid. , 141 頁。
- (28) 青木恵理子「狂犬病, ニンジャ, 予防ワクチン——インドネシア・フローレス島における身体的想像力と近代システム」, 『龍谷大学国際社会文化研究所紀要』 第 7 号, 2005 年, 270 頁。
- (29) Ibid. , 278 頁。
- (30) Ibid. , 277 頁。
- (31) Ibid. , 277-278 頁。
- (32) Ibid. , 272-276 頁。
- (33) Ibid. , 278 頁。
- (34) 田辺繁治『ケアのコミュニティ——北タイのエイズ自助グループが切り開くもの』, 岩波書店, 2008 年, 26 頁。
- (35) ミシェル・フーコー『知への意志』, 渡辺守章訳, 新潮社, 1986 年。
- (36) 田辺繁治, 前掲書, 30-31 頁。

- (37) 齊藤綾美『インドネシアの地域保健活動と「開発の時代」——カンボンの女性に関するフィールドワーク』, 御茶の水書房, 2009年, 3-10頁。
- (38) Ibid., 17-25頁。
- (39) Ibid., 201頁。
- (40) Ibid., 158頁。
- (41) Steve Ferzacca, *Healing the Modern in a Central Javanese City*, Durham, N.C., Carolina Academic Press, 2001, p. 67.
- (42) Ibid., pp. 40-45.
- (43) Ibid., pp. 69-70.
- (44) Ibid., p. 73.
- (45) 田辺繁治, 前掲書, 107頁。
- (46) Ibid., 108頁。
- (47) Ibid., 5頁。
- (48) Ibid., 66頁。
- (49) Ibid., 69-73頁。
- (50) Ibid., 67頁。
- (51) Ibid., 68頁。
- (52) Ibid., 45頁。
- (53) 高橋澄子『ジャムウ——インドネシアの伝統的治療薬』, 平河出版社, 1988年, 18-19頁。
- (54) 吉田正紀『民俗医療の人類学 東南アジアの医療システム』, 古今書院, 2000年, 80-87頁。
- (55) Ibid., 131-132頁。
- (56) Ibid., 116頁。
- (57) Ibid., 121頁。
- (58) Ibid., 128-129, 143頁。
- (59) 鈴木岩弓『インドネシアにおける呪医の活動——メダン市の事例から』, Center for Interdisciplinary Research Tohoku University, 2002年, 1頁。
- (60) PT Tempo Inti Media Tbk., “Klenik Dalam Kemasan Moderen,” *Tempo*, 30:16, 2001, pp. 63-66, 69, 72-74, 76.
- (61) Majelis Ulama Indonesia, *Himpunan Fatwa MUI sejak 1975*, Jakarta, Sekretariat Majelis Ulama Indonesia, 2011, p. 86.
- (62) Mohamad A. Nasir, Asnawi, “The Majelis Ulama’s Fatwa on Abortion in Contemporary Indonesia,” in *The Muslim World*, 101:1, 2011, p. 34.
- (63) Majelis Ulama Indonesia, op. cit., p. 352.
- (64) Steve Ferzacca, op. cit., pp. 58-65.

How do people experience illness in the Indonesian Muslim community? : The Constructions of *Communality* in Relation to the Experience of Illness

Hiroyuki SHIMADA

Humanity constructs experiences using words and this is also the case in terms of illness. Modern medical words define our illnesses as diseases, which substantially form themselves within the closed precinct of our bodies and not beyond. Modern minds have seemed to accept the definition. Yet, some anthropological analyses are ready to prove otherwise: we experience illness at the very junction of words, images and social relations. Herein lies the significance of *communality*. In every society, potential healers strive to prove their potency by displaying their knowledge of illnesses while potential patients critically weigh whose treatment is worth paying for. Within this dynamic negotiation of determining what is ailing and who is to aid, religion, nation, science, tradition and life history may play important roles; hence the formation of *being sick in the same way* or the *communality* of the experience of illness. For the purpose of understanding the relationship between Islam and health-related behavior in contemporary Indonesia, this article examines the discursive endeavors by multiple agencies to create *communalities* that inform an individual's experience of illness within a community.