

ジェンダー化された苦悩

——インド村落における不妊の病因論と経験の組織化

松尾 瑞穂

1 はじめに

本稿は、西インド・マハーラーシュトラ州の村落における不妊の病因論を明らかにすることを目的とする。そのうえで、コンタクト・ゾーン（contact zone）としての不妊の病因論が、多様なアクターの力関係や交渉によって揺れ動き、複数の解釈に開かれた「開放系」[奥野 2004] の特徴を持つということを示す。

インド社会における不妊について詳しく論じるにあたって、最初にある詩を紹介したい。バヒナーバーイ・チョウドリー（Bahinābāi Choudhri）は、1880年にインドのデカン高原に広がる農村地域（現、マハーラーシュトラ州）に生まれた女性である。農村で生まれ育ち、非識字であった彼女は、生前は一篇の詩も書き残すことはなかったが、母の詩を覚えていた息子らによって死後に詩集が刊行された [Choudhri 2002]。彼女の詩の多くは、自然や家族、労働、信仰を題材にしたものであり、いうなれば、ごく普通の女性たちが日々送っている生の営みについてのものである。

チョウドリーの詩は、女性の生の営みにおける苦悩や辛さ、喜びや幸せを推し量るうえで、大きな示唆を与えてくれる。それは例えば、次のような詩によく表れているだろう。木の根元にひとりの修道者（サドゥー）が座っている。彼は世俗の人間関係をすべて捨て、神の世界のみに生きる求道者である。その彼の瞑想が、田畑から聞こえてくる、実家への思慕を歌う女性たちの声で遮断されてしまう。世俗を捨てた彼には、実家を懐かしみつつも婚家にとどまり続ける彼女たちのことが理解できない。「私の実家、私の実家、いつもそんな歌ばかり歌って、それなら教えてくれ、実家を離れ、なぜ婚家へ（来たのか）？」と問うサドゥーへの、女性たちからの返答が次の言葉である。

あれ、もうすぐ子どもができますよ
それを畑の土が教えてくれました
私は実家の歌を歌います
もうすぐおなかに娘が宿ります
よく注意してください
私のいうことを聞いてください

娘の実家のために
私は婚家にいるのです¹⁾

この詩からは、子どもは婚姻生活 (*sansār*) の最大の目的であり、かつ必要不可欠なものだとされていると伺い知ることできるだろう。実家／故郷 (*maheri*) を慕うからこそ、生まれてくる娘にそれを与えるために、自分は婚家にとどまるのだ、と歌うこの詩は、不思議な力強さに満ちている。と同時に、女性たちにとっては「母になる」ということ抜きでは、婚姻生活そのものもまるで成立しないかのようでもある。だが、婚姻と子どもとが等価で結びつき、規範としても実践としても強く求められているという状況は、チョウドリーが生きた100年前だけではなく、今日のインド社会にも多かれ少なかれ当てはまる事象である [松尾 2008]。

このことを踏まえたとえ、翻っていうならば、本稿で扱う不妊とは、こうした「母」という強固なジェンダー役割が、パフォーマティブな次元で破綻する (=母になれない) ということを意味している。そして、社会のなかで、ある特定の役割や規範が「自然」で自明なものであればあるほど、その「失敗」は、社会的にも個人的にも、大きな葛藤を引き起こす可能性がある [Inhorn 1994]。

議論を先取りすれば、インド社会において不妊は複数の次元にまたがる「異常事態」として立ち現れる。例えば、不妊女性は、婚姻儀礼や新生児の名づけ儀礼などの豊穰性や吉祥に関わる儀礼から排除される傾向にあるが、このことは社会の再生産を脅かす災いや凶／不吉なものとしての不妊の特徴を示すとともに [Riessman 2000；八木2003]、よりミクロな次元に目を向ければ、個々人の日常世界を脅かす不幸や悲しみ、不安としても経験されるだろう [松尾 2008]。また、不妊を理由とする離婚や複婚のような婚姻関係の再編成は、夫婦の単位を超えたより広範な社会関係のなかで、この問題が顕在化され共有されることを意味している。

不妊のような「異常事態」は、患う個を全体（社会）から浮かび上がらせ、何らかのかたちで有徴化する。それは、既述したように、端的には儀礼や贈与交換のような社会システムからの排除や、離婚や複婚のような婚姻関係の「仕切り直し」として現れる。しかし、そうであるからこそ、社会にはこのような事態に対応し、再び個を全体へと位置づけ直すための装置や機能が存在する²⁾。これら一連の装置とは、不妊の病因論（物語）と、それに基づく対処（実践）ということになるのだが、当然のことながら、それは単一のイデオロムやアクターに限定されるものではない。

後に詳しく論ずるように、人びとは不妊という災い／病を、社会的文脈に応じて多様に解釈し、そして克服しようと多岐にわたる対処法を講じている。このように、不妊をめぐる人びとの間に葛藤や緊張が生み出され、そして何らかの折衝点が模索される過程は、複数のイデオロムや物語が邂逅し、交渉しながら作り出されるコンタクト・ゾーン（接触領域） [Pratt 1992；田中 2007] と捉えることができるだろう。そして本稿では、このコンタクト・ゾーンとしての不妊を考察するにあたって、「苦悩 (suffering)」という概念に着目する。なぜならば、苦悩という個的主観性と社会的構築性の相互作用は、不妊という病

／災いのコンタクト・ゾーンで繰り広げられる、微細な権力の発動や人びとの交渉にわれわれの目を向けさせるからである。本稿では、不妊の病因論を明らかにするとともに、この苦悩に意味付けを与える物語としての病因論が、つねにコンタクト・ゾーンのなかで生成する動態であるということを論じていく。

2 概念の整理

はじめに、本稿で用いる苦悩という概念について簡単に整理しておきたい。医療人類学の先行研究では、病者や患う人の経験の理解において、苦悩という概念が援用されることが多かったが [Kleinman 1992; Kleinman & Kleinman 1997; クラインマン 1996; グッド 2001; フランク 2002; 浮ヶ谷 2004]、これには大きく分けて2つの捉え方がある。

ひとつは、主観主義的な捉え方である。それは、人びとの生を脅かす災厄や不幸、病気という「外在的な事象や状態の総和」よりも、「人が何かを苦しいと感じていること」、すなわち「個人の主観的リアリティとしての苦（不安、不快、難儀など）」という側面を強調する立場である [星野 1990: 68]。苦悩とは、個人が直面する不可避かつ主観的な「感じ (feeling)」なのであり、社会関係や社会構造によって構築される災厄とは、根本的に位相が異なるとされる。星野は、「何も災いがなくとも人は suffer する」[1990: 69]と述べることで、機能主義的な呪術研究で主題となってきた災厄とは異なり、「個のトポス」[渡辺 1990]に焦点を置いた概念として苦悩を提示する。

一方、こうした主観主義的な捉え方に対して、アーサー・クラインマンらは、社会構築主義的な苦悩の概念を提示する。クラインマンは、個人の認識や表現は、その社会が持っている集合的経験の様態 (modes) によって形成され、社会的相互作用が病の経験にも大きく関わることから、苦悩を「社会的経験」であるとする [Kleinman & Kleinman 1997: 2]。苦悩とは、「人間の条件の実存的普遍であると同時に生活の中での実践の一形態であり、したがってそれぞれに個別的な世界の中で多分に文化的に作り込まれていく新たな経験」[Kleinman 1992; cf. フランク 2002: 233]であり、この苦悩の源泉としての、重層的現実からなる「ローカルな道德世界」の理解が、「病者」の経験の理解においては決定的に重要だと主張される [クラインマン 1996]。

こうした主観主義と社会構築主義の違いは、個人の感覚（感情）と社会関係のどちらに足場を置くのかによる違いである。だが、不妊という現象をコンタクト・ゾーンとして捉えていく本稿で注目すべきは、主観性と構築性の二者択一ではなく、苦悩とはまさにこの個と社会の相互作用なのであり、折衝として捉えられる、という点である。

なぜ苦悩という概念が重要なのかは、不妊の特徴とも大きく関わっている。すなわち、不妊とは根源的に自己以外の他者を内包することによって成り立つものであるということだ。当然ながら、「私」1人では不妊は成立しない。それは、未婚者や離婚者、寡婦・やもめといった、婚姻制度の外にある「シングル」にはそもそも不妊が成立しない、ということにも反映されている。たとえ生殖適齢期にあらうとも、どれほどジェンダー規範が強くとも、結婚していなければ「不妊」は起こりえない³⁾。少なくとも、不妊が現象として成

立するためには、夫と妻、さらには不在としてつねに想起され続ける、子どもの存在が不可欠なのである。婚姻制度のなかで、「私たち」の間に生起する「異常事態」としての不妊には、不可避的な共同性が埋め込まれている。したがって、個人の実存に関わる主観性と、そうした感情そのものの社会的構築性との結節点として苦悩を捉える視点は、複数のアクターが関わることで生成するポリティクスや葛藤の交差するコンタクト・ゾーンとして不妊を考察していく際の、有効な立脚点となると思われる。

3 ムルシ地域の概況

3-1 調査地域の特徴

次に、本稿が対象とするムルシ地域の社会的概況を簡単に述べる。ムルシ郡は、インド・マハーラーシュトラ州の主要都市であるムンバイから南西150キロメートルほどに広がるプネー県の農村地域を指す。なかでも役場、バス・スタンド、市場、病院、小・中学校などを有するパウド村は、7つの集落に計2882人（2001年センサス）が居住する、この地域の中心村落である。この地域の主な生業は、豊富な雨量を利用した水稻耕作とサトウキビ栽培であり、また重要な現金収入源として酪農（主に水牛の飼育）も行われている。さらに、プネー市郊外に開発されている工業地帯への交通の便の良さを利用して、若い世代の間では工場労働や出稼ぎ労働も急速に増えつつある。

パウド村には公立の農村病院（RH）と簡易保健所（PHC）、および民間のクリニックが5軒あり、出産や基本的な疾病に関しては、病院や近代医療の治療へのアクセスは比較的確保されている。そのため、若い世代の間では病院出産が一般的であり、パウド村にはもはや産婆（*suin*）は存在していない。だが、より高度な検査や治療が必要な場合や、緊急の際には患者をプネーの病院へ搬送しなければならず、それが手遅れとなることも稀にある⁴⁾。

この地域の社会構造を考えるうえでは、マラーターとバラモンという2つの上位カーストの存在が重要である。17世紀にデカン高原を支配したマラーター王国を担ったマラーターは、人数的には少数の武士・地主のマラーター・デーシュムクと、大多数である農民のマラーター・クンビとに大別されるが、それらを合わせた広義の「マラーター」はこの地域の人口の7割以上を占めている⁵⁾。なかでも、マラーター王国の有力な武将であったマラーター・デーシュムクのD家は、17世紀にこの地域を王国から封土（*watan*）として与えられており、現在でも大地主兼政治家として権力を有している。このD家に代表されるように、マラーターが政治的、経済的な支配カーストであるならば、カースト位階の最上位を占めるバラモンは、数こそ圧倒的に少ないものの、宗教的職能者（司祭）や医師、教師として村のなかで一定の権威を集める存在である。マラーター王国およびイギリス植民地行政下では、村の書記官（*kulkarni*）をバラモンが担っていたこともあり、パウド村の最も古い集落の中心にはバラモン家族が集住する⁶⁾。

マラーターとバラモンは歴史的に潜在的なライバル関係にあるとはいえ、他集団に対しては「マラーター化」[Lomova-Oppokova 1999]、「サンスクリット化」[Srinivas 1987]

という動きのなか、支配カーストとして大きな影響力を与えている。そして、これらのカーストが人口のうえでも、経済、政治的にも他集団に優越しているということは、上位カーストに顕著に見られる男児選好や女性のセクシュアリティをめぐる行動規制、貞操観念、⁷⁾ 浄／不浄が、村落の価値や規範の標準とされることにもつながっている。

3-2 受胎の文化的観念

そもそも、子どもはどのようにできると考えられているのだろうか。ムルシ地域に限らず、インドの民俗生殖理論においては、種（精子）と大地／畑（子宮）という文化的隠喩はよく知られている [Fruzetti 1982 ; Dube 1986 ; Jeffery *et al.* 1989]。農耕者である男性が種を蒔き、女性である大地が作物（子ども）を農耕者に返すという、生殖にまつわる汎インド的な観念は、子どもができないということは、畑（土壌）が肥沃ではない、不毛だという認識を容易に喚起するものともなっている。⁸⁾ ムルシ地域においても、「種（*bij*）」と「畑（*sheti*）」の隠喩は、典型的かつ象徴的な妊娠のイメージを喚起するものである。⁹⁾

また、年配者の間では、白い血である精液と赤い血である経血の結合によって受胎が引き起こされるというイメージが持たれていることもある。タミルナードゥ州で行われるアーディペルック祭において、聖河の濁りが女神の経血として見なされる事例を分析する田中雅一は、ヒンドゥー世界においてケガレと見なされる経血は、同時に人間に繁栄をもたらす豊穰力を持つという、両義性を帯びたものであると論じる [田中 1996]。受胎における経血の重要性は認識されており、少女が初潮を迎えるということは、これによって彼女に一定の生殖能力がある、と社会的に認知される重要な契機となっている。とはいえ、種と畑、赤い血と白い血のような観念的な文化的隠喩が、村の人びとによって明確に言及されることはきわめてまれであり、多くの場合は、男性の精液と女性の経血が受胎には必要不可欠だ、と見なされているにとどまっている。

一方で、子どもというものは、あくまでも婚姻の結果によって生じるものとする社会規範は、より明示的に表出される。結婚前の性交渉は厳しくタブー視されており、特に女性の処女性強く求められている。正式な婚姻関係が性交渉のはじまりであるという考えは、現在でも広く保持されているのである。

特に上位カーストの間では、婚姻前に性経験を持つ女性のことを、（誰かが食べ残した）穢れた食べもの、という意味の「ウシュター（*ušta*）」として侮蔑的に言い表すことがある。このウシュターという言葉は、異カーストとの共食を忌み、浄・不浄の観念を強く持つバラモンにとっては、子どもに向かって「人が食べたものを口にしてはいけません（*ušta kau nakos*）」とか、「それは私が手をつけてしまって汚いから（*ušta zali*），こちらを食べてください」とかいうように、日常的な食事のエチケットやマナーとして使われる言葉である。いかにも「バラモンっぽい」とされるこの言葉は、必ずしもすべてのカーストの間で使われているわけではないが、このような言い回しがされない場合であっても、村のなかでは、初潮を迎えた未婚の少女の行動というものは、厳しい管理や干渉の対象となっている。

しかし、実際には村のなかでも未婚の少女の妊娠が皆無というわけではない。ただ、そ

うした出来事が人びとの間で表面化するようなことがほとんどないのである。筆者が知りうる限りでは、未婚の少女が妊娠した場合には、人工妊娠中絶を受けることが多く、筆者自身も病院で何度かこうした手術に立ち会ってきた。万一、法律で中絶を許可されている妊娠周期をはるかに超えた場合であっても、未婚の少女の場合は非合法の中絶が行われることもある。こうしたことから分かるのは、婚姻と妊娠・出産の間には厳格な順序があり、その攪乱といえる、未婚の女性が性交渉を持ち妊娠、出産するということは、村落における伝統的なジェンダー規範からは決して許されることではないということである。また、結婚してはじめて子どもを持つことができるということは、換言すれば、婚姻制度そのもののなかに子どもの存在が強固に組み込まれている、ということでもある。冒頭に掲げたチョウドリーの詩が、今日でも通用する所以である。

4 不妊の病因論

それでは、婚姻と子どもとが強固に結びつけられる社会のなかで、不妊はどのように説明されるのだろうか。調査地域では、結婚後1～2年のうちに妊娠することが強く望まれており、それが叶わないような場合は何らかの対処法が取られることになる。¹⁰⁾ 不妊という現象は、人よりも妊娠するのに時間がかかっているとする、単なる「時間の問題」から、誰か特定の人物による呪術や女神の制裁まで様々に解釈されており、当事者の年齢や婚姻年数によっても大きく変容する。以下では、ムルシ地域における不妊の病因論を把握するために、不妊の当事者自身の見解や理解をある程度共通する特徴に分類して記述していきたい。

なお、最初に確認しておくべきことは、不妊の病因論には異なる2種類の軸が設定されるということだ。「何が」原因なのかを説明づける通常の意味での病因論を、ここでは病因論〈Ⅰ〉としておこう。だが、既述したように不妊とはつねに夫婦という2人の間で成立する現象である。このことは、「何が」という通常の意味での病因論〈Ⅰ〉だけでなく、2人のうちのどちらに原因があるのかという、「誰が」という軸をも潜在的に呼び込むことになる。このような「誰に」原因があるのかを問う病因論を、ここでは病因論〈Ⅱ〉と名づけたい。そして、ムルシ地域における不妊の病因論は、この病因論〈Ⅰ〉と〈Ⅱ〉が交差する地点に見出される、とひとまず考えることができるだろう。

4-1 病因論〈Ⅰ〉

はじめに、病因論〈Ⅰ〉を説明する。ムルシ村落で見られる不妊の病因論〈Ⅰ〉は、大きくは「ナチュラリスティックな病因論」¹¹⁾と「パーソナリスティックな病因論」¹²⁾に分けられる[フォスター&アンダーソン 1987]。そのうちの「ナチュラリスティックな病因論」は、さらに「体質／身体特性」と「病気」とに分類できる。

事例1 体質／身体特性によるもの

① 月経不順のため、ブネーの病院に毎月通っています。医師にいわれて、月経不順を治

すホルモン薬を飲んでいます。月経が毎月来るようになったら妊娠すると思います（マラーター・クンビ，25歳，女性）。

- ② 私の身体が「冷たい (*thandi*)」ので，月経がきちんと来ません。そのために，赤ん坊も袋 (*pishvi*) のなかでうまく育たない（マラーター・デーシュムク，36歳，女性）。
- ③ 血圧がとても高くて，ときには200以上まであがります。両親ともに高血圧だったので，これは遺伝です。3度も流産したのはそのためです。私の身体は「熱すぎる (*garām*)」のです（キリスト教徒，42歳，女性）。

以上の語りは，「熱い」「冷たい」といった民俗分類に基づく身体体質や月経の有無，不順といった生理状態が，不妊の原因だと見なされているということを示している。特に3-2節で述べたように，ムルシ地域の村落では，受胎にとって赤い血である経血が精液とともに重要だと考えられているため，月経が定期的に来ないということは不妊を原因づける大きな指標となっている。一方で，こうした「体質／身体特性」と近似的ではあるものの，より近代医療の疾病概念に関係しているものが，「病気」を理由とする不妊である。それは，次に示すような語りによく表われている。

事例2 病気によるもの

- ① これまで，病院で腹腔鏡検査も超音波診断も受けました。プネー市の医者には，私の卵管のうち片方が詰まっているといわれました。まだ手術はしていませんが，これが原因なのだと思います（新仏教徒，27歳，女性）。
- ② 10年以上前に盲腸の手術をしましたが，それが原因なのでしょう？（と，筆者に聞いてくる）（マラーター・クンビ，40歳，女性）。
- ③ 2003年に肝臓硬変症で2ヵ月半もプネーの病院に入院していました。体調を崩して，最初はパウド村の病院で薬をもらっていたのですが，ある日突然血を吐いて，緊急入院をしました。それ以来月経がなくなりました。月経が来ないと妊娠できないから，早く治療を始めたいのです。結婚したときから（月経が）なかったと噂する人たちもいますが，病気のために止まっただけなのです（新仏教徒，26歳，女性）。

1990年代後半以降，ムルシ地域でも不妊を近代医療の領域で対処しようとする医療化の動きが始まっている〔松尾2007〕。今では不妊検査や治療を受けるために，プネーやムンバイのような大都市の病院へ通うという状況は，カーストの上下に関わらずごく普通となっている。そしてそれは，身体特性や病気という「ナチュラリスティックな病因論」には，カーストや宗教という社会集団による差異はほとんど見られないということにも表れている。

一方で，体質や病気を原因として不妊が引き起こされるとする説明以外にも，村では女神，祖霊のような神格や他者の呪い (*karani karane*) によって不妊が生じるとする「パーソナリスティックな病因論」も同時に存在している。この「パーソナリスティックな病

因論」には、女神、祖霊、呪術が大きく関わっているが、まず、村落で最も広く知られる不妊の病因である女神サッティ・アスラ¹³⁾に関する事例を示したい。

事例3 女神によるもの

- ① 私の母方従姉妹も同様に子どもがいません。私たちが幼いころに女神の供物のお下がり (*prasād*) を盗んで食べたため、2人とも子どもができないのだろうか、と思っています。私はこのことはすっかり忘れていましたが、自分の姉が覚えていて教えてくれました (マラーター・クンビ, 60歳, 女性)。
- ② 村の霊媒師のところへ行ったら、私が月経の行動規則を守らなかったから、子どもができないのだといわれました。その霊媒師のところでサッティ・アスラ女神にオッティー・バルネ儀礼をしました。知り合いで同じように儀礼をした人は、すぐに子どもができました。自分はまだ若いので、いずれできるだろうと思っています (クンバル¹⁴⁾, 21歳, 女性)。
- ③ オバに教えられて、マソバ寺院の霊媒師のところへ行ったら、バヤ (*baya*)¹⁵⁾ のせいだといわれました。自分にも女神が憑依することがあるのに、それをないがしろにしている、無視しているのだといわれています (マラーター・クンビ, 30歳, 女性)。

女神サッティ・アスラは、寺院や司祭、縁起譚、神像を持たない民俗神 (*lok devata*) であり、通常は水辺に赤く塗られた石で示される (写真1)。主にマラーター・クンビやクンバル、¹⁶⁾ テーリー、¹⁷⁾ ボイといったヒンドゥーの中・下位カーストの女性によって広く知られており、同じ女性であっても、最上位カーストのバラモンや、キリスト教徒、新仏教徒の間では、女神儀礼はほとんど実践されていない。この病因論の



写真1 女神サッティ・アスラ

場合は、一般的に村の霊媒師が満月と新月の日に憑依儀礼を行い、神々の託宣を得るなかで原因が解明されるという手続きを経る。また、初潮が来たばかりの少女のころは、月経の禁忌についてもそれほど意識的ではないため、自分でも知らないうちに女神に「捕えられる」ことがあるとされており、そのような場合は婚家ではなく、実家の村の女神の祠で儀礼をすることが望ましいとされている。しかし、女神サッティ・アスラによる不妊の場合は、原因は主に当該女性による月経の禁忌の侵犯に求められるため、男性はほとんど関与しないというジェンダーによる非対称性も顕著である。

こうしたヒンドゥーの中・下位カースト女性に特化した不妊の病因論に対して、バラモンやマラーター・デーシュムクのような上位カーストの間で知られているのが、父系家族全体に関わる問題として不妊を捉える病因論である。それは、ヒンドゥーの古典文献 (*vēda*) に由来する病因論であり、不十分な祖先祭祀や大蛇 (*nāg*) 殺しなどの罪によって、家系が断絶する (=子どもに恵まれない) というものだ。この病因論はムルシ地域の

村では一般的ではなく、バラモン司祭による占星術やヴェーダ儀礼というサンスクリット的な大伝統と親和性の高い上位カーストに限定されたものである。筆者が知りうる限りでも、これまでナラヤン・ナーグバリ儀礼を実施したのは、パウド村のバラモン夫婦と、地主であるマラーター・デーシュムクの2家族のみである。

事例4 祖霊によるもの



写真2 ナラヤン・ナーグバリ儀礼

パウド村の占星術師に見てもらったところ、(家長にあたる)父親の星座表のなかで金星の位置が悪いといわれました。それで祖先祭祀をする必要があると勧められ、7年くらい前にトランバケーシュワルへ行き、ナラヤン・ナーグバリ儀礼¹⁸⁾(写真2)をしました(マラーター・デーシュムク, 38歳, 男性)。

また、女神や祖霊といったヒンドゥー社会で一般的な宗教的プロットに沿った病因論以外にも、より個別で偶発性が高いものとして、特定の人物によってかけられた「呪術」がある。

事例5 呪術によるもの

- ① 私は夫にとって2人目の妻です。1人目の妻は3年ほど結婚していましたが、離婚して実家に戻ったと聞いています。最初の妻が呪いをかけているから (*karani karane*), 子どもができないのだと思います(マラーター・クンビ, 40歳, 女性)。
- ② 友人のヴァイシャリは何もいっていませんでしたか? 彼女も私も子どもができないのは、彼女の父方オバ (*attya*) が彼女に呪いをかけたとき、たまたま私が遊びに行っていて、その場に居合わせたからじゃないか、と思っています。そのオバはヴァイシャリを自分の息子と結婚させたいと思っていたのに、ヴァイシャリがほかの男性と結婚したからとても怒っていました¹⁹⁾(カサル, 28歳, 女性)。

ここまで示したように、ムルシにおける不妊の病因論〈I〉には「ナチュラリスティックな病因論」として「体質」と「病気」が、「パーソナリスティックな病因論」として「女神」「祖霊」「呪術」が大まかに存在する。

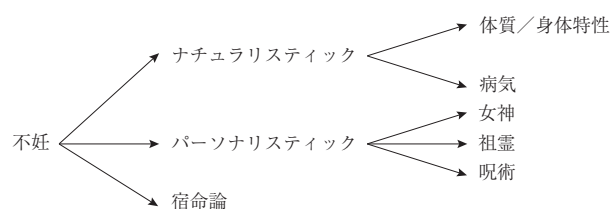


図1 不妊の病因論〈I〉

だが、このような病因論とは大きく異なる位相に位置づけられるのが、「宿命論」としての不妊である(図1)。それは事例6で示すように、むしろ語りえぬものとして現れる。

事例6 運命によるもの

- ① なぜ子どもができないのか、理由を説明することはできません。それには神様も霊媒師も関係ない。ただ、運命にない (*naṣibat nāhi*)、それだけです (マラーター・クンビ, 50代後半, 男性)。
- ② 女神のところで儀礼もしました。医者のところにも通っています。それでも、子どもができるかどうかは、最後は運命 (*naṣibe*) です。私ができることは、努力するだけ、医師と女神のどちらかをより強く信じているというわけではありません (マラーター・デーシュムク, 25歳, 女性)。

インド社会では、生まれたときから、その人の額の上には彼／彼女がたどる運命があらかじめ書き込まれていると一般には信じられている。人びとは、会話中でも額に指で文字を書くような仕草をして、「それは私の運命にない／ある (*mazya naṣibat nāhi/āhe*)」という、ある種の定式化された振る舞いをしばしば行う。生まれたときからすでに書き込まれたものとしての運命には、現在起こっていること、あるいは将来起こりうる出来事に関して、行為者の意思の反映や、変更の余地というものは一切残されていない。したがって、子どもができる、できないとは、究極的には生まれもって額に書き込まれた「運命」によるのだと人びとが見なすとき、「何が原因なのか」という病因論や、それをもとにして何らかの具体的かつ主体的な対処を試みようとする実践というものは、完全に無効化されうるといえるだろう。

とはいっても、人びとが「運命」にすべてを委ね、子どもを得るための試みや努力を放棄しているわけでもない。自分たちができることをしてもなお、子どもがいないことの理由として運命は言及されるのであり、いうなれば、模索の末にたどり着く場所である。そのような点において、運命という文化的イデオロムとは、最終的な納得の装置だと見なすこともできるだろう。この点については、後に改めて論じるつもりである。

このように、不妊という「異常事態」を説明づけるために、最も納得できると思われるものが複数のリソースから選ばとられるのだが、事例3にある「女神の供物のお下がりを食べた」という語りに見られるように、これまでの人生や経験を遡及的に振り返ることによって、改めて「発見」されることも多い。しかし、本節で示した語りは、ムルシ地域における不妊の病因論の大まかな見取り図を把握するためのものであり、当然ながら病因論は一度語られてしまえば、それが将来にわたって固定化されるというわけではない。また、既述したように、必ずしも一元的な病因論がカーストやジェンダーを超えて共有されているというわけでもない。そのことを、次の事例から見よう。

事例7 競われる病因論

マヤはマラーター・クンビの女性 (23歳) である。婚家では義両親と義兄家族との同居という合同家族の居住形態であるが、マヤはほとんど婚家におらず、筆者が何度訪れても村で彼女に会うことはできなかった。

彼女の夫は耳が不自由であり、ほとんど話すことはできない。同居しているマヤの義母

によると、マヤ自身も「頭が鈍く、何かをいいつければやるが自分の考えはない」娘であるという。2人は結婚して3年たつが病院にはまだ行っておらず、これまでは霊媒師などの「神様のところ」へ行っているだけである。近隣に住む霊媒師のところへは満月の日に訪れており、子どもが出来ないのは、マヤが女神バヤ（女神サッティ・アスラの別名）に捕えられたのだと説明されている。これを聞いた義母は、マヤに「おまえが実家のバヤを連れてきた」と文句をいっている。

義母は筆者に向かって、その場にはいない嫁（マヤ）についての不満をぶつけ始めた。そのときに、彼女とマヤの義姉（*jau*）が見せたのが、彼女がこっそり飲んでいるという薬である。わら半紙に包まれた錠剤には何も書かれておらず、それだけでは何の薬なのか判断することはできなかった。しかし、2人はこれが Mala D という避妊薬（経口ピル）だと主張した。

義母は、「あの子は、こんなものを飲んでいたのです。子どもができないのではない、作ろうとしていないのだ」と訴えと、「これを21日周期で飲んでいるのですよ！」と義姉も続けた。マヤ自身は、月経不順を治すためにこの薬を飲んでいると婚家には説明しているという。しかし義母たちは、彼女がこの薬を実家に戻るたびに手に入れているため、「あの子にはそんな知恵がないだろうから」、実家と共謀しているのではないかと疑っている。義母は「この薬を見つけてから、あの子が飲んでいないかどうか、いつも注意して見張っているのです」、「あんなに何も分からないように見えるのに、まさか家族計画をしているなんて！」と語った。息子である夫は、このことについては全く気がついた様子はないという。

その数日後、筆者が婚家から約10キロメートル離れたマヤの実家を訪れると、家には母親しかいなかった。マヤは近所の畑に労働に出ているという。しばらく家で待っていると、マヤと弟が帰ってきた。父親はすでに亡くなっており、この家には現在、母親と17歳の弟、そしてマヤが暮らしている。彼女に直接話を聞くと、婚家の義母たちが避妊薬だと疑っている薬とは、「血液を増やすため」にパウド村の保健所スタッフがくれたものだという。パッケージを見せてもらうと、インドの製薬会社が製造している IROFOL という錠剤であった。のちに筆者が保健所スタッフに確認すると、この錠剤はビタミンが配合された鉄分補給剤であった。マヤは月経不順で、月経が2～3ヵ月に一度しか来ないため、このスタッフが村を検診に回った際に渡したのだという。

マヤ自身が不妊の理由をどう思っているのかは、定かではない。しかし、夫との性交渉は姑が義兄家族の家で寝るときだけ、というマヤの話からは、長く婚家を離れているうえに、合同家族が居住する家ではそもそも夫との性交渉自体がきわめて限定的なのではないかと推測することもできる。

マヤに代わって、実家の母親が「婚家では病気になっても病院に連れて行かない。ひどい扱いを受けるから、治療のために帰ってきているのだ」と、娘が実家に居続ける理由を説明してくれた。今後娘を婚家に戻すかどうかは、母親もまだ決めかねているという。

この事例では、避妊薬ではないと主張するマヤ自身の説明よりも、彼女の「計画」によ

って妊娠が阻止されているという見方が婚家ではより強く支持されうるという状況が示されている。錠剤の服用という、おそらく通常はそれほど問題とはならないであろう行為も、「子どもができない」ことを説明する理由として、婚家の成員によって意味の読み換えが行われている。あるいは、嫁の不妊を非難する機会として、マヤが服用している錠剤が利用されているともいえるだろう。

2人の婚姻は、マヤの実家がある村に義母の従姉妹の夫が畑を持っており、それで紹介されたという。だが結婚するまでは「まさか理解が低い (*mahiti kami*) とは思わなかった」と義母が嘆くように、婚家では子どもができる、できない以前に、マヤに対して不満を抱いていたようである。こうした彼女の立場の弱さや彼女を取り巻く社会関係が、不妊の病因論の決定をめぐる交渉に大きく関わっているといえるだろう。

マヤと実家とのつながりについても、義母は大きな不満を抱いている。「あの子は母親にはすべて話している。姑にこんなことをいわれたとか、全部報告しているのです。自分が仕事をしないのを棚に上げて、『姑が文句をいう』というので、『それならば実家に置いておいてください』と、そのまま実家に置いてきたこともある」と義母は筆者に語った。錠剤や避妊の知識の入手先として実家が疑われているのは、嫁であるマヤと実家とのつながりに対して義母が好ましく思っていない、ということも影響を与えているのだろう。また、霊媒師の憑依によって明らかになった、女神バヤの制裁による不妊という病因論でも、問題はすべて実家 (= 婚姻前) に起因するという解釈がなされている。こうしたことが、婚家がマヤの病院治療には積極的ではない要因としても考えられようし、またそれを正当化もするだろう。

他方、マヤの実家にとってはどうだろう。別居状態が長引けば長引くほど、婚家におけるマヤの立場はますます寄る辺のないものになると思われるにも関わらず、彼女が長く実家にとどまり続けることを可能にしているのは、父親のいない実家では彼女自身も貴重な労働力となっているということだ。マヤが農業労働に1日出れば、50～80ルピーが手に入る。弟は80～100ルピー稼ぐため、2人合わせると130ルピー以上の収入となる。そのうえ、水くみや洗濯、炊事も女手があるのとないのとでは大違いである。家長である母親自身の娘への依存度の高さが、社会的スティグマにも関わらず、結果として長い「出戻り」を容認することへもつながっているのではないだろうか。²⁰⁾

また、保健所スタッフのいう「月経不順」や、マヤの話から浮かび上がる夫婦関係というものは、人びとの間では不妊の原因としては前景化されず、根拠の「正当性」を持ちえていない。これは、保健所スタッフは嫁ぎ先の村の担当ではなく、婚家の人びとが直接コンタクトを持ちえないことや、耳が不自由だという夫と「理解が低い」とされる妻が、家のなかで他の成員に対して、相対的に低い立場にあることによるものだろう。

このように、意味の読み換えや脱線、逸脱を繰り返しながら、しかし、ある瞬間、瞬間で何らかの説明や理解が、他を凌駕し優位に立つ背景には、アクター同士の関係性や社会関係が置かれている文脈に大きく依っているのである。

4-2 病因論〈Ⅱ〉

次に、誰が原因なのかを問う病因論〈Ⅱ〉を見ていこう。この責任主体を問題化する病因論〈Ⅱ〉は、インド村落では多くの場合、妻である女性に帰されがちであるということは、不妊が「ジェンダー化された苦悩」であることの大きな理由である。事例7でも、マヤの夫はこの問題系からほぼ排除されており、不妊は夫婦の問題であるというよりも、むしろ義母や義姉、妻であるマヤ、母親といった「女」の問題であるかのようなのである。不妊という現象はたしかに婚姻制度においてのみ成立するとはいえ、それが積極的に明示化されるのは女性の領域においてである。これには、夫婦の間でもセクシュアリティに関わることは口にしないというジェンダー規範も反映されているだろう。夫と不妊についてこれまで話し合ったことはない、という人も村のなかには多い。

このように語りや行為のレベルにおいても、女性の問題としての不妊という観念が広く見られるとはいえ、この病因論〈Ⅱ〉も、どのような文脈でも必ず一元的に決定されるというわけではない。人びとは様々な推測や疑念の間で揺れ動き、葛藤を抱え込むこともある。以下に示す事例8は、70代の女性（指定カースト）が同居している息子の妻について、プネー市出身のソーシャルワーカー（50代、バラモン女性）と語ったやりとりである。パウド村には、村びとが「スラム」と呼ぶバス・スタンド脇の場所があり、そこに3家族がテントを張って暮らしている。彼らはもともと遊牧を生業としていたのだが、30年ほど前にパウド村に定住したという。家族構成は、この姑と息子夫婦の3人であり、姑と息子には学校教育を受けた経験は一切ない。息子の妻である27歳の女性はマハーラーシュトラ州のナーシック出身で、7年生まで教育を受けている。なお、その日は、パウド村にシビル（Civil）と呼ばれる健康診断のキャンプがプネーから来ており、無料で身体検査をしてもらうことができる日であった。

事例8 不妊の嫁をめぐる憶測

姑：誰が女性に会ったら、着ているものを指して「これは1000ルピーのサリーですか？」

とか、「何か病気ですか」などと聞くものか。そうではなくて、「何人子どもがいますか？」だ。みんなそうやって聞いてくる。息子夫婦は（結婚して）4年たつが、子どもができない。月経は毎月、毎月やってくる。どうして妊娠しないのだろう？（*divas ka gele nāhī* ?）

筆者：これまで検査したことはありますか？

姑：した、した。何回したことか。（村の）N医師のところとか、彼女が…。

ソーシャルワーカー（以下、ワーカー）：息子さんは？

姑：ない、ない。（間を置いて）……ええ？！2人に問題があるなんてこと、あるのですか？女性だけでなく？なんといいのかわからないのか…。私たちはちゃんと妊娠して子どもを産んだ。それで生まれてきた自分の息子に何か問題があるなんて思いますか？

ワーカー：どう思うかは問題じゃない。でも、その可能性はある。

姑：そうなのか？そうなのか？（と何度も繰り返す）私の出産にはどんな問題もなかった。

4人子どもを産みました。3人育って、1人は神様のところへ行った。

ワーカー：（話題がずれて）なぜ？

姑：死んだ、死んだ！（*gele, mele!*）。今は、注射もある。天然痘（*devīcha rog*）だって、昔は3本打たなければならなかったけど、今は1本ですよ（と、自分の腕の注射跡を見せる。ワーカーとも自分の注射跡を見せあう）。そういう風に進んでいる。今だったら助かったのかも…。良くなっている。でも、どうして嫁の場合はそうではない？（*kā suneche karnār nāhī ?*）

ワーカー：息子にも検査を受けさせたら？

姑：（少し怒ったように）じゃあ、あなたが伝えてくださいよ。自分からはいえない。

ワーカー：だったら、N医師のところだってどこだって連れて行きますよ。今日もせっかくシビルが来ていたのに！

姑：ああ、頭になかった。どうしよう…。パウド村には（シビルは）もう来ないのか？

ワーカー：また来ますよ。そのときは必ず教えます。

（ここで外出から戻ってきた息子の妻が、3人の会話に加わる。）

ワーカー：今日はどうして検査に行かなかったの？

妻：自分の夫がいないのに、1人でどうやって行けるというのですか？以前、N医師のところで検査した。（結果は）良かった。子どもはできる（*hoil*），といわれました。

姑：（急いで）息子も良いですよ。

妻：検査は3ヵ月くらい前に受けました。薬を飲みなさい、それから2人とも検査するといわれました。でも夫は「休みがないのにどうしろというのか」といって行きません。

姑：今度シビルがきたら、仕事を休んで2人で行きなさい、と息子に必ずいいます。

（中略）

妻：医者と神様、両方を同じくらい信じています（*biśvās āhe*）。

姑：医者の方に先にもっと信頼を置きなさい。神様のほうを信頼するって、どういうことだい？悩んでばかりで、ほかのことを心のなかで考えていてはいけない。

妻：自分にどうして子どもがいないのか、理由はわかりません。でも病気（*azār*）ではないと思う。

姑：病気なわけではない。腹が痛い？背中が痛い？そんなことは全くない。月経も順調だ。私にも子どもがいる。この人の母親にも子どもがいる。それでどうしてこの人に子どもができないのか？

ワーカー：母親とは関係はないですよ。

姑：ほら見て、この人はこんなに痩せている。責任を感じて痩せてしまったのだよ。この人の母親はもっと太っていて丈夫だよ。

（妻は黙る）

ワーカー：体型も人それぞれだし、痩せていても、もともとだったら健康には問題ないですよ。

さて、この事例からいえることは、この70代の女性にとっては男性に不妊の原因がありうるということをこれまで想像したこともなく、従って息子にも検査が必要だという認識

は全くなかったということである。これは、ムルシ地域社会で共有される、不妊は女性に帰するというストーリーにぴったりと沿うものである。ところが、ソーシャルワーカーとの会話を通して男性にもその可能性があることを知ると、「2人を検査に行かせる」と決意する。また、嫁に対して、この問題の克服には神ではなく医師に頼るべきであるとの見解を示す。

これは、女性の語りが、都会から来た高カーストのソーシャルワーカーとの間にある力関係によって変化したともいえる。だが最後にはやはり、嫁である女性になぜ子どもができないのか、という問いかけに戻り、嫁の痩せた身体が彼女の母親との違いとして言及されている。この70代の女性は、嫁の母親は子どもを産んだにも関わらず、子どもである嫁には不妊という事態が起こっていることに疑問を呈している、ということから推測できるように、母方からの遺伝的継承というものが、何らかの不都合に際しては想定されているといえるだろう。ソーシャルワーカーによる「母親とは関係ない」という言葉を受けたうえで、母と娘の間にある相違点（痩せた身体と丈夫な身体）を提示することは、彼女なりの折衝点だと見なすことができる。

一方、不妊の責任主体だと見なされている妻は、自分が受けた病院での検査結果が良好であり、医師からも受胎能力に問題がないとされたことを周囲に語ることで、病因論〈Ⅱ〉の展開をはかろうとしているといえるだろう。それに対して義母は、息子に検査を受けさせることで、彼女にとっては「既知」であるところの息子の「正常さ」を証明しようとする。さらに、夫（息子）はむしろ検査を拒否し、病院との関わりを一切持たないことで、不妊の病因論〈Ⅱ〉を不確実なままに据え置き、未来の解釈に開かせると同時に、結果として彼自身が責任主体となることを回避することにもつながっている。

現在はプネーやムンバイまで検査に出かける人が増えているとはいえ、多くの村びとにとっては、地理的、経済的理由から継続的な通院治療はほとんど不可能となっている。また、訪れた病院で、都市のエリート層にあたる医師たちとうまくコミュニケーションを取ることができなかつたり、英語で書かれた検査結果を理解できなかつたりする人も多い。断片的に見聞きする近代医療のイディオムは不確実さに満ちており、女神や祖霊同様に人びとの想像をかきたてる源泉となりえるのである。

だが、近代医療が女神や祖霊、呪術といった病因論と大きく異なるのは、これが男性を「個人」として不妊の病因論〈Ⅱ〉の舞台上に登場させようとする点である。例えば、前節で示したナラヤン・ナーグバリ儀礼に見られるような、祖霊による不妊という場合は、男性は家長として一族の継承に責任を持つが、彼自身の個人的な過失や責任によって不妊がもたらされるわけではない、と考えられている。不妊そのものは祖先祭祀の不手際や不十分さという理由によるのであり、個人は父系リネージのなかに回収されている。だが、精液検査や泌尿器検査の場合は異なる。検査結果はあくまでも「個人」の問題として、女性と同様、男性にも突きつけられることになる。そのことが、「不妊＝女性」の問題だという文化的イディオムと抵触するために、しばしば葛藤を生み出すのである。

事例9 精液検査結果の受け止め方

30代半ばのマラーター・クンビの男性は、結婚して8年目にプネーで精液検査を受けた。最初の検査ではこの男性に問題があると医師にいわれている。検査結果では、精子の運動率の低さが指摘されていた。筆者が男性と村の寺院で会ったときには、「精液検査で自分の精子 (*shukranu*) が少ないといわれて薬を飲んでいましたが、今はやめました。最後は神様の問題だと思いましたが (*shevti ishvar āhe*)、今となっては神も病院にも信頼はありません。とにかくもうすべてにうんざりです」とか「なるようになる、仕方がない」といい、半ば投げやりな様子であった。そうかと思うと、「そうとはっきり決まったわけではない。医者はいいたい60%の割合で、自分に問題があるといっただけ。可能性の問題だけで、本当のところは誰にも分からない」とも語っていた。こうした語りは、男性自身が病院検査による結果をどのように受け止めるべきか、揺れ動いているのだと見なすことができるだろう。

当時、男性はアイロンかけの仕事をしており、村の幹線道路に面した場所に小さな屋台を構えていた。男性は自分の両親と妻の住む母屋ではなく、その屋台で寝泊まりをしていたため、周囲は「半分別居しているようなものだ」と噂をしていた。不妊が原因で妻とうまくいっていない、というのが大方の見解であり、男性自身も筆者にそのように語ったこともある。

それからしばらくたち、筆者が再び訪ねると、男性は不妊をめぐる「自分には自分の、妻には妻の、そして両親には両親の考えがある」という。筆者が具体的にはどういうことかと聞くと、「彼女をそのままにしておいて、もう1人妻を娶るとか。いろいろと方法はある。妻は何を考えているのかは知らないが」と答えた。筆者が驚いて「でも病院では、あなたに原因があるといわれたのではなかったですか？」というと、男性はあれから別の病院でまた検査を受け、その結果は「正常」であったと教えてくれた。男性は、1度目の検査結果は「医師の間違い」だったと語り、妻に問題があるようならば、複婚も考えていると息巻いた。

この事例は、自分に問題があるという精液検査の結果が出たときには、「仕方がない、なるようになれ」と積極的な対処策をとろうとはしなかった男性が、再び検査を受けることで「正常」との結果を得た途端、複婚を含めた新たな可能性を模索し始める事例である。ここでは、事例7のマヤの場合とは異なり、男性に問題があるとされた場合は、夫婦がたとえ不仲になったとしても、妻が実家に戻るのではなく、男性が自分の家に寄り付かなくなるという形態がとられている。夫婦2人が検査を受け、夫に問題があるとされた場合、妻を批判する根拠は表面的には失われる。これは、「精液検査」という医療化された結果が、社会のジェンダー規範にも関わらず、夫婦間および家族内の力関係にも大きく影響を与えるということが示されている。だが、検査結果の変化や専門家である医師の所見の変化など、複数の要因が競合するなかで、時間の経過とともに病因論をめぐる語りも変化し、新たな物語へと組み替えられていく可能性はつねに開かれているのである。

5 苦悩と病因論の多元性

前章で示された病因論の特徴としては、病因が語られる文脈や時間軸、語る主体やそれを取り巻く社会関係によって変化する非決定性や、同時に複数の病因が併存する多元性が挙げられよう。それでは、不妊という日常世界における苦悩は、こうした病因論の特徴とどのように関わっているのだろうか。

ボルネオ島カリス社会の災因論について論じる奥野克己は、ある幼児の病気から死にいたる5日間の過程を分析し、死をめぐる新たな物語が人びとの間で付け加えられ、災因が遷移していく状況を描いている〔奥野 2004〕。カリス社会においては、「病気や死などの災厄の背後に、それを一元的に規定する超越的な審級は存在しない」のであり、災厄の原因を規定するのは「対面的な場面における『人の語りの力』なのだ」とする〔奥野 2004：84〕。そして、こうした災因の多元性や非決定性は、つねにカリス社会における「不可視の世界への到達不可能性」〔奥野 2004：84〕と対になっているという。不可視の世界を知りえないからこそ、病因論は多元的であり、また病因論を決定できないということは、目で見て知覚できない「不可視の世界への恐怖や不気味さを補給する源泉」となる〔奥野 2004：88〕。

だが、本稿の問題関心に即していえば、ムルシ村落において見出される不妊の病因論の多元性は、「不可視の世界への恐怖や不気味さ」というよりは、むしろ生活世界のなかで日々人びとが経験する、関係性や共同性に基づく苦悩に起因していると思えることが可能である。人びとにとっては、精霊や呪術の結果であるところの不妊という状態が、苦悩であり恐怖なのであって、女神や祖霊そのものが恐怖の対象となっているわけではない。それらは、不妊という「異常事態」にプロットを与え、彼らにとって理解でき、語ることのできる物語へと転換を促す装置なのである。人びとにとってより重要なことは、自らの苦悩をいかに生き、いかに克服するのかということだ。

不妊が社会的に有徴化されているからこそ、病因論〈Ⅱ〉の存在は、婚家や村落社会での生きづらさを助長し、苦悩を創出する。苦悩は普遍的に存在するものではなく、日々の営みのなかで不断に作られ、経験されるものである。不妊の病因論が持つ、未来に向かって開かれ、更新されていく可能性に満ちた「開放系」の特徴というのは、この苦悩との関わりにおいてこそ意味を持つ。病因論は、不妊という苦悩が「何によるのか」、そして「誰のせいか」という疑問に答えるものであるがゆえ、物語化されることで社会のなかに苦悩の着地点／折衝点を提供するという役割を持つ。これは現前する苦悩をいかにうまく飼い慣らすことができるのか、というレベルでの対処法である。

一方で、苦悩の源泉である不妊状態を克服することで、苦悩そのものを超克しようとする希求性も、当然ながら強く存在する。このレベルでの対処法には、病因論ではなく、病因論と対になっている治療実践が相当する。病因論とは、いふなればある因果関係を説明づける「知識」である。そして治療実践は、その知識に基づいて行われる「技術」である。

たとえば、女神サッティ・アスラに捕まることによって引き起こされた不妊、という病

因論は、宗教的職能者である霊媒師による憑依儀礼や、満月と新月の日に行われる女神への奉納儀礼、7人の少女（*kumari*）への食事供与という対処法とセットになっている。祖霊による不妊の場合では、トランバケーシュワルというマハーラーシュトラ北西部の巡礼地における3日間の葬送儀礼（ナラヤン・ナーグバリ儀礼）が求められる。病因論は、「何が（what）」、「誰が（who）」という原因を提示することで、その後に続く「どうしたらいいのか（how）」という具体的技法をも指示する知識なのである。

病因論が多能的であり、非決定的であるということは、人びとが利用できる「技術」も同様に複数存在し、選択肢がより多く開かれているということを意味している。このことは、苦悩の解決に有利に働くと同時に、まさに不妊が苦悩であるからこそ、新たな知識と技術が次々と要請されているともいえるだろう。病因論が推移し続け、物語が紡ぎだされる限り、人びとは最終的な宣告を先送りし続けることができるのである。

他方で、たしかに病因論ではあっても、対処法とは明確に結びついていないものが、「運命」というイデオムである。誕生時にすでに決められたものとしての運命には、現在および未来の出来事に対して、行為者の意思や努力による変更の余地は残されていない。人びとによって経験される苦悩を説明し、解釈し、そして解決するという一連の物語は、宿命論には当てはまらない。子どもがいないことは運命だ、と人びとが語るとき、「運命」という病因論は、自らの苦悩状態を納得させ受容させる最終的な文化的装置として働いている。そして、人間には操作不可能な次元へと原因を棚上げすることによって、宿命論は責任主体を個人に帰する病因論〈Ⅱ〉を、究極的には無効化するといえるだろう。

6 おわりに

本稿では、インド村落社会における不妊という「異常事態」をめぐる、複数のイデオムや物語が邂逅し、アクター間で交渉が繰り返されるコンタクト・ゾーンとして不妊を論じてきた。異なる病因論が同時に併存するなかで、ある特定の病因が「正当性」を獲得したり、時間的経過とともに病因論が推移したりする過程は、夫婦の力関係、親族や村のなかの社会関係、ジェンダー規範のような要因に大きく依拠している。また、人びとに判断材料を提供する複数の判断装置（近代医療の検査や霊媒師の憑依儀礼、バラモン司祭による占星術など）が、当事者によって取捨選択しながら利用されることで、病因論も変遷していくのである。本稿では病因論のみに焦点を当てたが、より実践志向型の技術である対処法（儀礼や病院治療など）との関わりのなかで、再び病因論そのものも大きく作りかえられていくことも考えられる。こうした知識と技術の相互的な往復によって、不妊という接触領域は成り立っている。

「開放系」の特徴を持つ病因論は、個と個、個と集団、個と社会とが会合うだけではなく、近代医療の論理とジェンダー規範や個人化と集団化の圧力、複数の知識と技術の交錯として捉えられる。そこでは、社会によって作られる苦悩とともに、人びとが抱く苦悩の克服への希望も交錯するのである。

追記

本稿は、マハーラーシュトラ州プネー県ムルシ郡において2003年7月～2005年8月、2006年2～3月、2007年2～3月にかけて実施した現地調査で得られたデータに基づくものである。調査に際しては、松下国際財団アジアスカラーシップ（2003年～2005年）、科学研究費補助金（特別研究員奨励費）（2006年～2008年）の助成を受けた。記して感謝したい。

注

- 1) マラーティー語から筆者が試訳した。
- 2) これは、長島のいう「実際にすでに発生したか、あるいは理論的に想定しうる災いを受けた状態（マイナスの状態）をいかに元に戻すか（ゼロにするか）についての理論と行動」[長島 1987：1]としての災因論とさきわめて近いものである。人類学ではこれまで、特に呪術研究のなかで災因論という語彙が用いられてきたが、医療人類学では病気の文脈のなかで、病因論という語彙が採用されてきた。しかし、「病因論あるいは災因論」[池田 2001：24]というように、ほぼ同義語として併記されることもあり、ここでは両者を厳密に区別はしない。むしろ、災因論は病因論を包括するより広義の概念として捉えることができるだろう。
- 3) 当然ながら、その場合は「未婚者」「ひとりもの」といった異なるカテゴリーがその人物に付与されることになる。
- 4) 農村病院以外には夜間に常駐する医師が村にはいないため、筆者の滞在中にもプネーの病院へ搬送するまでに死亡するということが2度生じている。
- 5) デーシウムクと儀礼的・経済的なサービスを与えあう互酬的關係にあったテーリー（油絞りカースト）やマリ（園芸カースト）なども、しばしば自らをマラーターとして位置づけることもあり、マラーターはさきわめて複合的な社会カテゴリーである [Karve 1953]。しかし、マラーター・カースト内部ではデーシウムクとクンビの間には明確な区別があり、通常婚姻は行われない。
- 6) 紙幅の関係で詳しく述べることはできないが、18世紀前半以降のマラーター王国は、チットパーヴァン・バラモンであった宰相が王家よりも実権を握って首都をプネーに置いたため、マハーラーシュトラ州のなかでも、プネーは歴史的にバラモンの支配力が特に強い地域である。
- 7) プネー県の特許合計出生率は2.4（2004年）であり、インド平均2.9よりも低い。男児尊重と1980年代以降の家族計画の普及による子ども数の減少に関しては、松尾 [2005] 参照。
- 8) 男性の場合は、不妊との関わりは女性に比べると圧倒的に低い。ムルシ地域村落では無精子症や乏精子症などの男性側の造成機能障害は、ほとんど知られていない。
- 9) もちろん、これはあくまでも文化的な隠喩であり、実際には村びとの間であっても、女兒と男児の性別の違いを説明する際に、染色体XとYの結合といった「科学的」説明が用いられることもある。特に近年ではメディアを通じて、こうした情報を得ることが多い。
- 10) 本稿では、ムルシ郡内19村に居住する60組の「子どもがいない夫婦」を調査対象としている。ちなみにムルシ郡最大の村落であるパウド村（2882人）には、2004年の調査時で14組の不妊夫婦が居住していた。
- 11) ナチュラリスティックな医療体系とは、体液理論や熱／冷という身体のバランス、体質、自然環境の変化といった非人格的な要素によって病の原因が説明される医療体系のことをいう。
- 12) パーソナリスティックな医療体系とは、神のような超自然的存在、非人間的存在（祖先、死霊など）、人間などの人格的な存在によって病が引き起こされるとする医療体系をいう。
- 13) 水田や池、川など水辺に棲むとされる7姉妹の女神であり、月経中にも関わらず女神の祠に近づいた女性を捕まえて不妊にすると考えられている。ここでは、ヒンドゥー社会のなかで強固な規範として働いている、月経の禁忌を侵犯したことによる制裁として、不妊が引き起こされると見なされている。

- 14) 主に壺作りを生業とする。
- 15) 女神サッティ・アスラの別名。ほかに「モウリヤー」とも呼ばれることがある。
- 16) 伝統的に油絞りを生業とするが、現在ではほとんどが農業に従事している。
- 17) 主に漁労を生業とする。
- 18) マハーラーシュトラ州ナーシック県トランパケーシュワルという巡礼地においてバラモン司祭によって執り行われる3日間にわたる祖先祭祀儀礼である。
- 19) 別名「バングルワラー」とも呼ばれ、装飾品のうち特にガラスの腕輪の製造、販売を主な生業とする。
- 20) 両親がすでに死去していたり、両親と同居する兄夫婦が家の中心となっていたりするような場合には、女性が実家に戻るのには難しい場合が多い。もはや戻れるような場所がない、ということは、不妊女性にとっての大きなプレッシャーともなる。

参考文献

- 池田光穂 2001 『実践の医療人類学——中央アメリカ・ヘルスケアシステムにおける医療の地政学的展開』世界思想社。
- 浮ヶ谷幸代 2004 『病気だけど病気ではない——糖尿病とともに生きる生活世界』誠信書房。
- 奥野克己 2004 『「精霊の仕業」と「人の仕業」——ボルネオ島カリス社会における災い解釈と対処法』春風社。
- クラインマン、アーサー 1996 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』（江口重幸他訳）誠信書房。
- グッド、J. バイロン 2001 『医療・合理性・経験——バイロン・グッドの医療人類学講義』（江口重幸他訳）誠信書房。
- 田中雅一 1996 「女神の水・女神の血——スリランカと南インドの聖河信仰」福井勝義編『水の原風景——自然と心をつなぐもの』TOTO 出版, pp. 114-133。
- 2007 「コンタクト・ゾーンの文化人類学へ——『帝国のまなざし』を読む」『Contact Zone』1: 31-43。
- 長島信弘 1987 『死と病いの民族誌——ケニア・テソ族の災因論』岩波書店。
- 星野 晋 1990 「「病気」というカテゴリーをめぐって——suffering 論序説」波平恵美子編『病むことの文化——医療人類学のフロンティア』海鳴社, pp. 67-91。
- フランク、アーサー 2002 『傷ついた物語の語り手——身体・病い・倫理』（鈴木智之訳）ゆみる出版。
- フォスター、G. M. & B. G. アンダーソン 1987 『医療人類学』（中川米造監訳）リプロポート。
- 松尾瑞穂 2005 「一人か二人、それで十分！」——マハーラーシュトラ農村社会における家族計画の実践『マハーラーシュトラ』11: 1-30。
- 2007 「インドにおける生殖医療技術と不妊の医療化——マハーラーシュトラ・ブネーの医師の言説から」『南アジア研究』19: 30-59。
- 2008 『インド農村社会における不妊経験の人類学的研究』総合研究大学院大学博士学位論文。
- 八木祐子 2003 「北インド農村における身体とジェンダー規範」小谷汪之編『現代南アジア5 社会・文化・ジェンダー』東京大学出版会, pp. 277-293。
- 渡辺公三 1990 「森と器——治療者はどのようにして治療者となるか（クバ王国）」波平恵美子編『病むことの文化——医療人類学のフロンティア』海鳴社, pp. 2-35。

Choudhri, Snehalata 2002 *Bahinābāi Choudhri: Ek Chintna*. Pune: Continental Prakashan.

Dube, Leela 1986 Seed and Earth: The Symbolism of Biological Reproduction and Sexual Relations of Production. In Leela Dube, Eleanor Leacock & Shirley Ardener eds., *Visibility and Power: Essays on Women in Society and Development*. New Delhi and New York: Oxford

- University Press, pp. 22-53.
- Fruzetti, Lina 1982 *The Gift of a Virgin ; Women, Marriage, and Ritual in a Bengali Society*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Inhorn, Marcia 1994 *Quest for Conception : Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Jeffery, Patricia, Roger Jeffery & Andrew Lyon 1989 *Labour Pains and Labour Power : Women and Childbearing in India*. London and New Jersey: Zed Books.
- Karve, Irawati 1953 *Kinship Organization in India*. Poona: Deccan College Monograph Series 11.
- Kleinman, Arthur 1992 Local Worlds of Suffering: An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience. *Qualitative Health Research* 2: 127-134.
- & Joan Kleinman 1997 The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times. In Arthur Kleinman, Veena Das & Margaret Lock eds., *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press, pp. 1-23.
- Lomova-Oppokova 1999 Maratha: The Role of Kinship Relations in the Social and Political Life of Maharashtra. In Ellena Glushkova & Rajendra Vora eds., *Home, Family and Kinship in Maharashtra*. New Delhi: Oxford University Press, pp. 185-198.
- Pratt, Mary Louise 1992 *Imperial Eyes : Travel Writing and Transculturation*. London and New York: Routledge.
- Riessman, Catherine 2000 Stigma and Everyday Resistance Practices: Childless Women in South India. *Gender and Society* 14 (1) : 111-135.
- Srinivas, M. N. 1987 *The Dominant Caste and Other Essays*. New Delhi: Oxford University Press.