

モダニティと無縁の身体

山口 勇 人

△論文要旨▽ 自宅出産と民間療法イトオテルミーの事例をもとに、モダニティと無縁の身体という概念を提示し、日本語の身体論を再考する。現代日本における身体への視線や身体像の現れ方について、自己所有やモダニティの占有という概念を用いて概観し、その状況から日本語でそれとなく逸れていく身体を描き出す。事例としてあげられるのは、自宅出産における死（流産）の語りや民間療法イトオテルミーでの臨床の言葉の在り方であり、これらはいずれも筆者の実践の場でもある。臨床の言葉を「聞き取る」ことについて注意しながら議論を進めることで、新たな身体論の可能性を筆者なりに明らかにしたい。本論中で、NBM（語りに基づく医療）の基本的な問題点に触れ、また死の臨床における「宗教的」な言葉の可能性にも言及する。

△キーワード▽ 身体、医療、近代、出産、臨床

「身体」が宗教学の範疇においてキーワードとして盛んに論じられるようになったのは、ここ二十年ほどのことである。⁽¹⁾ といっても、日本のそれは文化人類学的な視線の、それもオクシデント発の語彙を自らに経由させた身体論が基礎となっている。⁽²⁾ この状況じたいは宗教学の来歴から考えればしごく当然なのだが、今日問題となっているのは、日本語の事例の言葉とそれを分析する研究者の視線・語彙とのズレであろう。身体を論ずると言いながら、輸入品の学術用語や身体表象や身体論モデルに大きく寄り掛かって論を展開していないか。本論中の事例のひとつに自宅出産における死（流産）の語りがあるが、その語りにおいて出現した死・身体・自己の在り方は、まさに日

本語の身体論が抱えてきた基礎的な問題を突き付けてくれる。

筆者のフィールドは二つあり、ひとつは自宅出産を選択した親たち及び、その介助をした助産婦堀尚子^{なおこ}をめぐるグループである。筆者の次男と長女の出産を、自宅で堀に介助してもらったこともあり、このグループとは親密な関わりを持っている。ふたつめは民間療法のイトオテルミーで、筆者は療術師として活動している。本論文では両者から事例を取ることで、筆者の立ち位置は出産介助と治療という実践の場へのコミットメントを開始点として、その相対化・言語化から実践への再帰という往還をしていることになる。本論の終点で神学的なコミットメントの言葉が出てくるのは、こうした事情からである。

一 モダンティイから無縁になる身体のかまえ

自宅出産での流産体験の事例 Nと堀の語り「(胎児に) さよならねー」

二〇〇〇年現在日本国内の出生場所は、産婦人科を標榜する産院・診療所⁽³⁾での出産が九八・八六六％で、産科医療を施さない助産院が〇・九五四％、残りが〇・一八〇％となっている。⁽⁴⁾したがって助産院や自宅での出産を選択する親たち(以下、選択する親たち)は、現代の医療化・病院化⁽⁵⁾する出産に対して、助産院や自宅での出産をわざわざ選択していると言える。筆者も選択する親たちのひとりとして、助産婦の堀尚子と関わっている。堀と選択する親たちは、素朴な自然回帰を叫ぶのではなく、現代医療の恩恵をうまく利用し、意識的に出産の脱医療化を目指した生き方を選択している。例えば産婦人科病院での検査の結果、娩出時の大出血や胎児の先天性疾患などのリスクが高い場合には、産科病院での医療を積極的に受けるが、基本的な姿勢として出産の場所を自分の生活の中に取り戻

し、生老病死を自分のこととして引き受けようと努めているのである。

しかしこの選択は、流産や死産という受け入れがたい出来事に直面したとき、選択する親たちが事態を受容できるかどうか問われる。病院での流産は失敗としてネガティブに位置付けられるが、自宅での流産は同じ失敗なのか。もし失敗だとしたら、それは病院出産を選択しなかった親の責任なのか。その責任感は既成宗教の水子供養などですくいあげられるのか。それとも自助グループなどの分かち合いの作業に救いを見出すのだろうか。この死の受容の問題は、近現代の身体状況（後述）から包括的に考察すべきことであろう。考察の手順として、先に事例を見てから、近現代の身体状況の概観、先行研究の視線の問題へと論を進めて行きたい。

流産をめぐるNと堀の語り

二〇〇三年九月二十日、Wさん宅での「選択する親たち」の集まり。（）内は筆者による補足説明。傍線は筆者による。録音は十九時から二十四時。場所はWさん宅、民家の和室。出席者は、堀に關係する大人九人（男三、女六）、その子どもたち。状況は、宴会で大人たちが酒を飲み、子どもたちは同室で遊んでいる。発言者は左記のとおり。

堀尚子——助産婦。看護学校を卒業後、助産婦資格を取得。大学病院、助産院勤務後、助産婦として独立開業して、現在は自宅出産介助を専門とする。N——女、主婦、子のお産を堀に自宅で介助してもらった。W——男、Nの夫、竹炭焼職人。

N 産むのと死ぬのは、なんかいっしょやもんねえ。

堀 つながってるしね。（中略）

N 「トイレ行こうか」って言うんで、いっしょにトイレ行って、そこであたしが流産して、で、でもそれをね、あの堀先生にこう言って説明したら、あの「それはふつうのことだからね、あの、どうもなかったらそのままにしといていいよ、病院とか行く必要ないよ」って言われたときに、あのー、なんていうの、それもお産だ、お産ていうかね、ひとつの命がもう生まれたんだっていうのと同じ状況なんですよ。私の感覚としてね。(中略)だからそういうふうにして、ね、命があの一絶えたけど、そういうかたちで生まれてきたっていうかねー。

堀 でも、きれいに。

N そうそう、きれいに袋の状態でー、あのー、袋のまんまきれいに、出てきて、やっぱり、ほんとにお産の流れといっしょですよ。なんか陣痛が来てー、腰が痛くなつてー。なんか、あー、なんかもう短時間だったけど、その中でぜんぶ同じ流れがつつうかね。胎盤が出てきて…。

堀 まあね、ふつうなら病院に行けって言うんだろうけどねー、だけど状況聞いて、(胎盤や卵膜が子宮内に)残っているような状況ではないだろうし、出血がすごく増えたりお腹が痛かったり、やっぱり何かこう異常徴候があればやっぱり(病院へ)行って、きちんと(子宮に)残ったものを出したほうが、次のねー、お産とか産後、やっぱり産後(が重要)だから。けどほんとにきれいに出了って言うし、ま、問題ないなら、まあ(胎児に)さよならねー。

「モダニティと無縁の身体」の定義、身体への視線

ここでは事例の流産の語りを考察する準備作業として、モダニティ・自己という語彙を用いて一般的な状況を説明し、つづいて「無縁になる」ことの定義づけに移る。近現代の身体への視線について考察するたよりとして、驚

田清一の「プロプリエテとしてのへわたし」⁽⁶⁾や「閉じられた自己所有という病理」を出発点としてみたい。⁽⁷⁾ 鷺田の論の、筆者なりの要約は以下のとおりである。

フランス語のプロプリエテは両義的で、交換可能な「所有」、取り替えのきかない「固有」、さらに形容詞形プロプルで「清潔な」を意味する。交換の可否や性質をめぐるこの多義性は、近代における自己所有の病理と平行して以下のように説明づけられる。

近代の市民社会（後述）においては、契約・私的所有の保全・公平な分配といった観念の制度化が進められ、英語ではプロパー⁽⁸⁾「かくあるべき」わたしと世界の在り様が形作られていった。プロプリエテ（所有・固有）をめぐる、交換の可否の両義性は、その前提である交換の主体かつ対象としての自己と、公平な交換の場とが明確にされたことで、はじめて成立したのである。つまり近代市民社会におけるプロプリエテとしてのへわたしとは、公平な分配の場という理想郷において、神経症的に保ち続けられようとした（＝所有し続けられようとした）固有のへわたし⁽⁹⁾だったと言える。公平中立なところで、誰の干渉も受けないへわたし⁽¹⁰⁾が在り、その身体はへわたし⁽¹¹⁾の所有物である、という完結した制度。そのへわたし⁽¹²⁾肥大化の帰結が、自傷・自殺・過食といった現代における精神病理としての自己所有のオブセッションだとすると、問題の根は「閉じられた自己所有」が可能だという観念だったのではないか。ガブリエル・マルセルが言う身体の逆説、すなわちへわたし⁽¹³⁾や他者の身体を直接的に所有しようとするほど、へわたし⁽¹⁴⁾は所有関係に撞着し、意のままにならなくなってしまう。このような支配関係への撞着は、現代の精神病理にいますます著しい。実はひとの固有性の根拠は、人権や公平といった近代の大きな制度や観念ではなく、へわたし⁽¹⁵⁾を在らしめる呼びかけの中にこそあるのではないか。現代における

「わたし」の回復は、自己や他者とのつながりの言語によって、近代的な所有・固有としての自己をとどめ直し、「わたし」を他者に使い回してもらう中に生まれてくるとも言える。

右記の要約において、「公平な分配の場」や「近代市民社会」といった語を説明無しに用いてしまったので、「モダニティと無縁の身体」概念を提出する前に補足をおきたい。モダニティと自己の有り様について、また公平な分配の場という観念的な時間・空間が成立する前提については、アンソニー・ギデンズの言う「モダニティの出現」の大枠で理解できると筆者は考えている。彼によれば、暦や時刻の標準化は、時間をローカルな場から切り離し空白化し、また目の前にいない他者との関係の発達は、空間をローカルな場から切り離し空白化した。ローカルな時間と空間との切り離しは、列車の時刻表に例示されるような時空間の再結合（どこか知らない空間で、時計時刻にしたがって世界が運行されている、という信念）の前提となり、自己の保持さえもローカルな脈絡から引き離される。ギデンズは以下のように要約する。

モダニティのダイナミズムは、〈時間と空間の分離〉、社会生活を時間空間面で正確に「带状区分」するかたちでの時間と空間の再結合、社会システムの〈脱埋め込み〉（時間空間の分離にともなう諸要因と密接に関連している事象）、および、知識の絶え間ない投入が個人や集団の行為に影響を及ぼすという意味での社会関係の〈再帰的秩序化と再秩序化〉⁽⁸⁾に由来している。

このようなモダニティの出現は、それ以前にローカルな脈絡にあったプロプリエテ（所有・固有）を、より観念的な時空間秩序の中に置き換えて行き、契約による「公平な分配の場」や、固有の「わたし」観を構成していったと言える。このプロプリエテ（かくあるべき世界とわたし）は、二十世紀後半の交通・情報媒体技術の革新によ

ってローカリティが後景に退くにつれて、より強化されていった。その帰結はモダニティによる世界の占有、すなわち絶えまなく生起する「社会関係の〈再帰的秩序化と再秩序化〉」に他ならず、上述の精神病理としての「閉じられた自己」所有のオブセッションという事態を招いている。以上が、鷲田の「プロプリエテとしての〈わたし〉」にのつとった準備作業である。

モダニティ占有からそれとなく身をそらすこと

このようなモダニティ占有の状況で、「モダニティと無縁の身体」という語はどのように理解され、流通し得るだろうか。第一に「無縁」とは、無関係と同義ではない。右記のモダニティ占有は現代日本の特徴でもあり、時計時刻や知識の絶えまない投入から無関係の社会など、いまやあり得ない。そもそも「モダニティと無関係なローカルの世界」という表象は、近現代の視線の所産であらうし、モダニティと無関係の世界に生きる身体といった概念は、本論の扱うところではない。第二に「無縁」の内実について。日本が明治以降、積極的に移入してきた西欧近代の諸制度は、訳語と制度の定着にともなって、ギデンズの言う「知識の絶え間ない投入」そのものとなり、近現代の日本の自己を再帰的に構成してきた。英文法を移入した日本語の文法教育や、太陽暦への国民国家的な変更は、この好例だろう。この自己をめぐる状況から意識的に遠くあり続けようとしたものごとの代表例に、韻文としての教典や祝詞の唱えあげ、陰暦に基づく祭祀の細則への固執が挙げられるだろう。つまり絶え間なく投入される散文の知識は、プロプリエテとしての〈わたし〉を日本語で構成するという独特の近代的な病理を明治以降の日本にもたらしたが、同時に韻文の共有やローカルな手続きへの意識的な固執という反近代化的、もしくは再帰的・意識的な伝統の再構成ももたらしたのである。ここで言う近代的な病理や伝統の再構成とは、散文的なモダニティの

占有からわざと身をそらす努力と言えよう。自宅出産というマイノリティの意識的な選択も、その延長にあると言える。しかし事例中に見出される「無縁」の内実は、このような意識的な選択の状況下でなお、「それとなく現出する、モダニティ占有からの身のそらし」と定義しておきたい。重要な点は、無縁とは意図的な身のそらしではなく、一回的・非意図的に現出する身のそらしということだ。以下では具体的に、「(胎児に) さよならねー」という発話の現れ方と、その取扱いに焦点をあてて、モダニティと無縁の身体について考察しよう。

死を分析する意識のズレについて

事例の語りを分析する過程で、筆者はまず米国の医療人類学や助産学の先行研究を参考にした。自身がコミットする出産の空間を相対化するには有効な手続きだったが、しだいに先行研究が前提とする意識とのズレを見出すに至った。以下、見出されたズレの結果を略述し、モダニティと無縁の身体を見出す視線の在り方について述べたい。

出産観の分類や分析をした先行研究の多くは、米国に見られる。なかでもデイビス・フロイド女史は、米国から始まった世界的な出産の病院化と医療化の現状を調査し、親たちや出産介助者が生きる出産パラダイムを以下のように類型化した。⁽⁹⁾

- ・テクノクラティック (technocratic 硬直化した産科での出産、人間機械論的)、ここでの死は失敗とされる。
- ・ヒューマニスティック (humanistic 人間的出産、心身の有機的関連としての人間)、ここでの死は受容可能な結果とされる。
- ・ホーリスティック (holistic 全人的出産、霊や宇宙などと結んだ宗教的人間理解、超少数派)、ここでの死は次

の階梯への一步とされる。

この分類そのものは、米国やメキシコなどの出産を前提としているので、筆者の調査対象には直接適用できなかった。しかしホーリスティックという範疇の「宗教的人間理解」は、選択する親たちの語りの内容に一見符合し、「超少数派」という語は選択する親たちのマイナーな状況とぴったり合った。この見た目の符号によって、助産婦堀と選択する親たちを「ホーリスティックに含まれる」として分析する志向が筆者にもたらされた。流産をめぐる堀とNの語りは、独自の輪廻観や葬送の手続きと結びつき、ホーリスティックな人間理解に符合した。「産むの死ぬのは、なんかいっしょ」や、「(流産で)ひとつの命がもう生まれたんだ」や、「(胎児に) さよならねー」という発話は、死を生命のサイクルの一時点と位置付けて「さよならねー」と言い切ることで、次の生命の階梯へ進むからである。

しかし流産をめぐる語りを何度も読み、堀やNと話す機会を持つうちに、デイビスフロイドの「死」次の階梯への一步」とモデル化する意識に筆者はズレを感じ始めた。たしかに堀の輪廻観は、「霊や宇宙などと結んだ宗教的人間理解」の類型にあてはまるが、観察者としての対象との関わりかたにおいて、デイビスフロイドと筆者との間にズレを見出し始めたのである。端的に言えば、デイビスフロイドの理念型は一般理論を志向するものであり、筆者の立場は臨床事例の言葉にコミットする側に近い。デイビスフロイドの拠って立つところは助産学会であり、思索の背景に助産学会の運動史を持ち、上述の理念型を提示するという目的意識とともに対象と関わる面があった。「すでにホーリスティックである妊産婦」として分析対象の理念型を提示し、相補医療という中道的な面あてを提出する道具としてこの理念型を用いている。これに対して筆者の立つところは選択する親たちとの往還で

あり、助産(学)を生業とはしていない。目指すところのひとつは、「選択する親たち」が出産を通して生老病死をわがこととする様子を描き出すことであつた。堀とNとの対話からわかることは、Nの出産観・死生観が、堀の発話によつて更新され、N自身の言葉で流産が肯定されたこと。この場面でNは「ホーリスティックになる」のであつて、脱医療の理想像としてNという固定的な自己が同定されるとか、そのような理想像Nが生活しているわけではない。「すでにホーリスティックである妊産婦」と「ホーリスティックになるN」という、身体への視線の違いに注意しなければならないだろう。理念型としてのホーリスティックである身体を提示することと、事例の流産の語りを聞き取る作業との間には、観察という点で断絶がある。モダニティ占有という状況の中でお、それとなく占有から逸れていく身体を見出し、他者と深く関わり合う言葉のやりとりを聞き取るには、右記の断絶を意識しながら、観察者がいったんホーリスティックという理念型をふまえつつ、あえて深く関与する場に立つことが求められるだろう。

語りの空間において更新される身体 (図を参照)

ここではあえて、モダニティと無縁の身体をモデル化して提示する。図ではまず、堀とNが流産の語りの空間を構成している。「(胎児に) さよならねー」という堀の発話が共有され、Nの死生観が堀によつて更新された。堀は伝統的な用語としての輪廻を用いるのだが、その輪廻観は既成宗教の定義を引用しない。Nや語りの参加者たちと共に、Nの流産の意味付けという一回的な発話の文脈で、語りの空間内の輪廻観が構成されている。

ここで観察者が散文のテキストとして発話を切り取って理解しようとする、理念型のワナに陥る。つまりNを固定して「発話主体としてのホーリスティックであるN」とする過ちである。理念型はそれが作られるまでの文脈

モダニティと無縁の身体

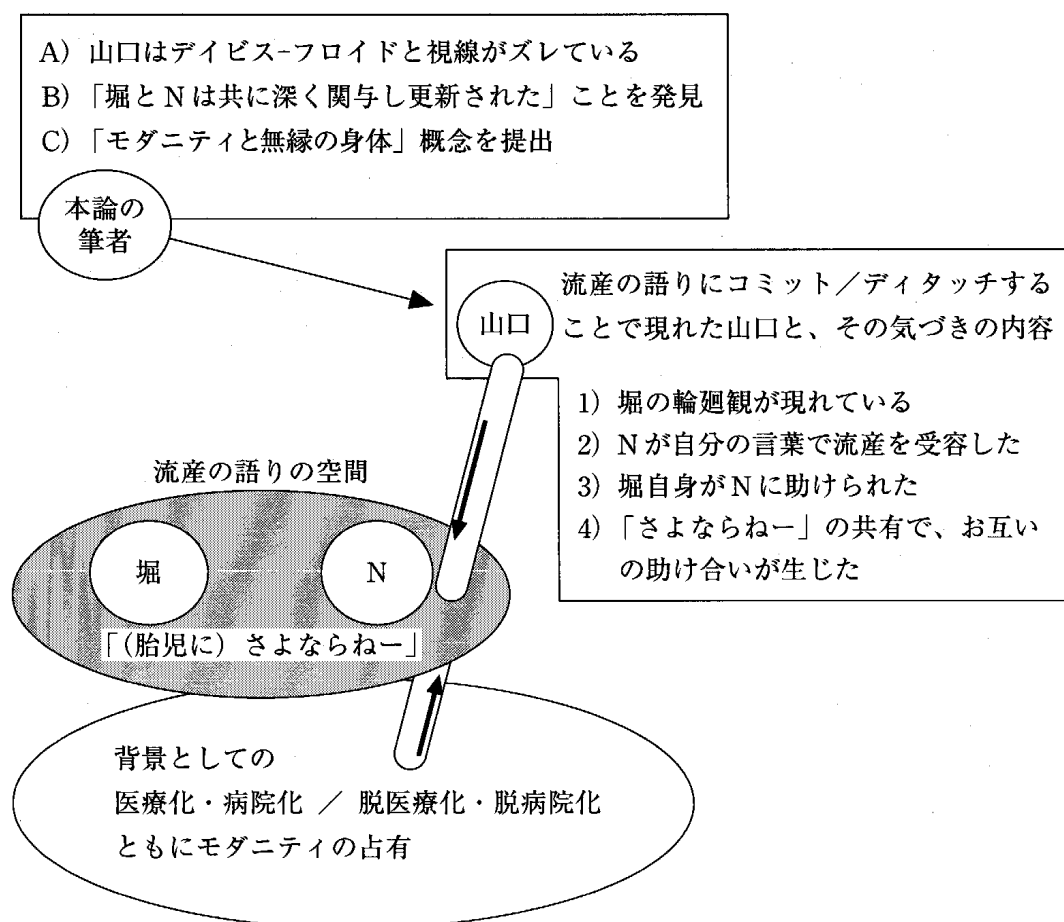


図 モダニティと無縁の身体の発見までのプロセス

を捨象してしまうために、専門家以外には理解しにくく、対象の人々から遠くなってしまう。理念型の提示したいには問題はないのだが、いま、本論で観察者にとって重要なのは、どこか遠くにいる「ホーリスティックであるN」の提示ではなく、「(胎児に) さよならねー」という発話の共有が、現に生きている母親Nにとってどのように働くのかである。たしかに堀やNにとって胎児の死は「次の階梯への第一歩」なのだが、それは閉じたNというプロプリエテについての死ではない。「(胎児に) さよならねー」を共有した身体として、Nと堀は共に深く関与し合い、更新されたのだ。Nの流産すなわち胎児の死は、Nの閉じた自己によって所有され続けるべき事件ではなくなり、したがって病理としての自己所有を助長するような、ネガティブな意味での水子供養やセルフ・ヘルプの活動を

Nは必要としない。

この語りの空間は、モダニティと無縁の身体を現出しているのではないか。つまり散文的なモダニティの占有からそれとなく身をそらしているのではないか。もちろん前提としては、Nにも堀にも、医療化・病院化という知識の絶え間ない投入があり、モダニティの占有は避けられない。この状況では、自宅や助産院での出産は意図的に、脱医療化の実践として選択的に行なわれる。その意図的に創られたローカルな出産の場で、流産というある種の失敗が発生したとき、堀とNは「ホーリスティックである解決」をしたのではない。彼女たちは「(胎児に)さよならねー」を共有した身体となり、モダニティと「無縁」の身体として更新されたのである。そこには、テクノクラティックに死を失敗と捉えたり、ホーリスティックに死を次の階梯への一步として意図的に受け容れようとする身体は無い。

二 医療のことは、日本語で「無縁」になること

NBM (語りに基づく医療) の問題、囲い込む視線

二〇〇四年十月三十日に、東京大学大学院・臨床心理学の主催で、「患者の語りを聴くことの意味 ナラティブ・アプローチの現在」と題するシンポジウムが催され、筆者も参加してきた。基調講演者はトゥリシャ・グリーンハル (ロンドン大学、プライマリ・ケア学) で、イギリスで広範に実践されているNBM (Narrative Based Medicine 語りに基づく医療) の可能性について語られた。医療の現場から、日本におけるNBMの可能性や実践例が提出され、辻内琢也氏⁽¹⁰⁾も近代的医療観との関わり方について発表していた。

筆者は民間療法イトオテルミの療術師だが、このシンポジウムに対しては、一種の違和感を拭えなかった。たしかにNBMは、医療化・病院化を乗り越える実践として、イギリスではすでに従来のEBM (Evidence Based Medicine) 根拠に基づく医療と並立する方法として確立し、臨床例の蓄積を持っている⁽¹¹⁾。しかし東京のシンポジウムを支配していたのは、医師の責務として病気を治しきる、患者の死も受け容れきる、という医師側のある種の囲い込みの視線であった。NBMの導入によって患者の語りを聴き、医師と患者が共に医療化・病院化を相対化できたとしても、その根にある「患者と共に病気を治しきる」という囲い方は、少なくとも筆者の身体観・医療観とは相容れない。前者は患者の心身と医療制度とを改善すべき対象とし、また現代の「死＝失敗」という医療観・死生観を克服すべき対象とするが、後者(筆者)はこれらの意図的な改善や克服とは異なる「それとない身体」の構造を前提としたい。リウマチや末期ガンといった、患者個々人の受け容れ・乗り越えを要請してくる「病氣」に対しては、NBMとはまた違った身体的構え(後述)が求められる、と筆者には思われる。

以下では、イトオテルミの療術師Aさんの「弛む、ゆるす」の語りを出発点として、上記の「NBMとはまた違った身体的構え」について明らかにして行きたい。とりわけ日本語の「ゆるす」が、近代西欧的身体観の制度化によって「弛む」から切断されたこと、すなわち「ゆるす」がこちらの範疇に押し込まれたことの問題が明らかにされる。この「ゆるす」の現状に対し、Aさんの「弛む、ゆるす」の語りにおいては「ゆるす」が身体的症状を指示する語彙として使用され、患者と医療行為とを囲い込まない語彙となった様子に注目しよう。モダニティと無縁の身体を、「NBMとはまた違った身体的構え」にあてて、「病氣や制度を囲い込まない身体になることの可能性」を提示してみたい。

事例 イトオテルミー Aさんの語り

筆者が共に行動しているイトオテルミー療術師Aさん（三八歳、女性）が、自身の臨床体験を二つふり返って筆者と語った内容を、ここで再構成する。語りが得られたのは、二〇〇四年十二月十七日、場所はAさん宅の居間、状況は筆者とAさんのふたりだけで、Aさんの臨床の体験について筆者と語っている。Aさん自身は子育てのトラブルと化学物質過敏症から、長年薬物治療を続けたが、現在はイトオテルミーの療術師として生活し、医療については病院か民間かという単純な対抗図式にこだわらない態度で生活している。

イトオテルミー（以下テルミー）とは、伊藤金逸博士によって一九二九年に発明された療法で、人体に冷温の刺激を与えることで自然治癒力を向上させる。テルミー線と呼ばれる数種類の植物成分からできた線香状のものを、冷温器（万年筆大の銅でできた筒状のもの）の中に入れ、冷温器二本を一セットにして体表（皮膚・血管・リンパ管・神経・筋肉など）を刺激する。伊藤金逸博士の観音信仰と、近代医学の体系と、太陽熱の循環を生命の基本とする思想がひとつになり、独特の身体観・治療観を創っている。対症療法・生体医療をふまえつつも、宇宙の熱循環と心身とを切り離して考えない。病気がかなり進行した患者が病院をいったん離れてテルミーに頼ってくることもあり、療術師はしばしば緊張の強い臨床を体験することになる。

Aさんの一つの臨床体験。Aさんが二〇〇四年十二月に施術をしたBさんは、三十代の既婚女性。お子さんの脾臓病の原因が不明で、民間療法のテルミーをお子さんに試すことにしたが、その際にご自身もAさんに施術してもらった。Bさんは施術中にAさんに身の上話を始め、やがて爪はがしの自傷行為が続いたことや、職場での男女関係のトラブルから自分を責め続けていたこと、抗うつ剤を長い間服用してきたことを打ち明けた。

Aさんと筆者は、この臨床体験について語る機会を得た。Bさんの体の抵抗力が落ちていたこと、自分の女性性を今も責め続けていること、自傷行為という罰の循環から抜けられないことを確認した。Aさんと筆者の語りの再構成を以下にまとめる。

「Bさんが自分を赦すことで、お子さんの治療もうまくいくかもしれない。テルミーの施術によって熱がBさん(13)にうまく入れば、体も心も弛み、自然と語り始める、そして自分のカルマを離し、体の滞りも緩み、冷えが取れて、自分を赦すことに導かれる。それが治るということであり、元の循環に直ることで元気になれる。テルミーの療術師は、自分で患者を治しきるといふ傲慢な態度ではいけない。テルミーの熱をいただくこと、弛んでいて、はじめて施術ができる。」(傍線筆者)

Aさんによれば、治ることの前提には、弛むこと・赦すことがある。これらの語彙が喚起するのは、Aさんにとっては患者の心身と療術師の心身であり、いわゆる心身二元論の区別や医師／患者の区別が明確でない。カルマや冷えといった表象が、弛む・赦すの地平に置かれている。また体の滞りと内面とが、ともに「ゆるす・ゆるむ」という語の対象として同じ文脈の中にある。このAさんの用法は、現代の日本語文法と合わずわかりにくいので、以下で考察してみよう。

現代の日本語では、「ゆるす」と「ゆるむ」に当てられる漢字は明確に区別され、前者は内面的なことがらを対象とする他動詞の「赦す、許す」、後者は心身両面が動作主体となる自動詞の「弛む、緩む」である。語源を詳しくたどることはここでは割愛するが、明らかに「ゆる」が基本にあり、イメージとして弛みが共通している。しかし英語では、赦すは to forgive、気が緩むは to be airhead、体が弛むは to be careless、体が弛むは to relax といったように、

一般動詞とbe動詞の違いがあり、またforgive、careless、relaxの語源は全く異なる。英語の「赦す、許す」という他動詞の行為は、あくまでも内面的なことがらを対象とし、自分の身体を対象とできない。明治初期にキリスト教の罪の観念が日本に移入されたとき、その土台になったのは英米のプロテスタント宣教師たちのことばであったことを考慮すると、近現代の日本語の「ゆるむ・ゆるす」はこの英語のforgiveの他動詞的・内面的用法に侵襲されてきたと考えられるのだが、この検証は稿を改めねばならないだろう。

患者の身体をめぐる使われる生体医療の「ゆるす、ゆるむ」は、明らかにAさんの用法と異なる。他動詞の「ゆるす」は、ターミナルケアの現場で頻出する内面の語彙であり、「自分の過去のあやまちを赦し受け入れる」といった使われ方ができるが、「体の冷えとして現れたカルマを赦す・弛める」と言うことはできない。こういった散文では、英語・日本語を問わず他動詞の指示対象が明確で、現代の「ゆるす」は対象を内面に限定する。しかしAさんの「ゆるす」は冷えやカルマという体の状態を指し得る。

自動詞の「ゆるむ」は、現代日本の文法教育に従えば、「気が緩む」「筋肉の緊張が弛む」といったように個々の動作主体（主語）⁽¹⁵⁾がゆるむのであって、Aさんのように病氣治しの前提条件として「ゆるんでいる」という状態だけを言うのは、意味を成さない。動作主体を持たない発話として、「ゆるんでいる」と語を置くだけでは、医療行為を開始できない。つまり「医師と患者の心身がゆるむ」といったように、現代の医療と文法はゆるむものの主語を要求する。もしAさんの「ゆるむ」に主語をあてるとすれば、治療者・患者の心身を含んだ熱循環の環境がゆるむ、ということになるだろうか。「弛んでいて、はじめて施術ができる」という発言は、散文の形式ではあるが、施術の臨床の状況を意識した独特の遂行的発言と考えられる。

二つめの臨床体験。Aさんが昨年十二月に施術をしたCさんは、三十代の既婚女性。Aさんとは自宅出産のつながりで、助産婦は同じ人。お子さんの成長について悩み、ご自身も慢性疲労が続き、体の緊張がとれない。お子さんの体質改善のために、自然育児のサークルで活動して、積極的に民間療法を渡り歩いている。施術当日は母・妹・娘さんといっしょに四人でAさんを訪れた。Aさんとの語りを以下に再構成する。

「Cさんは自分でなんとかしよう、なんとかできるというのが強すぎるんだけど、なかなか手放せない。『なかなか待てないのよね』とCさんに言ったら、Cさんが大泣きしてしまった。自然育児や民間療法も大切なんだけど、まず信頼すること。」(傍線筆者)

ここで「自分でなんとかしよう」は、「手放す」と反対の言葉として挙げられている。「なんとかしよう」とする対象は、直接的にはお子さんや自分の病気だが、Aさんの語りに現れているのはCさんの自己そのものである。本論中の語彙では「囲い込み」「自分でなんとかしよう」であり、強迫的なプロプリエテとしての自己所有に通ずるだろう。Cさんは病院での医療のメリットをふまえてなお、意図的に民間療法を渡り歩いている。つまり先述の「意図的にモダニティから身を離そうとする行為」のひとつである。これに対してAさんの生命観・医療観は、「手放す」「待つ」「信頼する」地平にあり、病院か民間療法かという対抗図式から離れてしまっている。病気を治しきるという自己から離れ、「元の循環に直ることで元気になる」と手放す地平にいる。「なかなか待てないのよね」の発話によってCさんが大泣きした理由は、お子さんや自分の病気をなんとかしようとあせっている気持ち言葉をしてくれた喜びがあり、またテルミー施術によって心身が弛んでいたことで、語りやすく、泣きやすくなっていたこともある。つまりCさんの自己が、Aさんとともにゆるみ、いじくられ、大泣きに至ったのである。A

さんの「なかなか待てないのよねー」は、堀の「さよならねー」に通ずる発話であり、囲い込みを強迫してくる医療化／脱医療化のモーメント（＝プロプリエテとしての自己）から、Cさんは身をそらしたのだと言えよう。

NBMの問題とAさんの治ること

ここではAさんの語りと、NBMの物語り観念との違いについて整理し、Aさんの「ゆるす・ゆるむ」の身体観・医療観の特徴を明らかにしておこう。Aさんの語りは、一見現代医療を無視した前近代的な響きがあるが、彼女は日本で法学士までを取得した人で、カルマや冷え、熱が入るといふ表現をあえて選択している。熱移動という現象では、皮膚は不良導体で、実際にはテルミーの熱が体の中に移入することはないのだが、テルミーの施術を受けた患者の感覚をことばにすると「熱が入る」となる。Aさんは現代の病理学・生理学の基本を学んだうえで、なお患者の言葉やテルミー界の語彙を用いている。つまりAさんの語彙の選択基準は、EBM（根拠に基づく医療）をふまえた上でNBM（語りに基づく医療）的であり、患者の物語りを共有するという点ではNBMの実践と言える。

NBMという方法は、多くの医師たちの臨床での無力感と責任感を原動力として、EBMの画一的な身体処理に対抗する形で世に出てきた。⁽¹⁶⁾ 臨床の現場ではEBMとNBMは本来矛盾するものではないはずなのだが、医療化が進行する過程で、患者の人格をいちいち問わない医療制度と、身体を画一的に処理する誤ったEBMとが結び付けられてしまった悲しい歴史がある。NBMの本来の目標は、医師と患者が物語りを共有していくことで脱医療化が志向されること、また病気が治り医療制度が改善されることであって、これじたいは素晴らしい試みと言える。

しかしAさんの語りと東京のシンポジウムで提起されていたNBM（以下シンポのNBM）の根本的な違いは、こ

の「病気が治り、医療制度が改善される」ことへの基本的な姿勢である。医療技術が進歩することじたいは、感染症・伝染病の根絶や人間的な治療の達成といった成果をもたらすので素晴らしいのだが、行き過ぎた技術依存や対症療法中心の医療には「待つ、手放す」ということがない。体の冷えやカルマを赦すという感覚もない。シンポのNB Mでは、死を受け入れる努力という改善の志向が残り、死を「ひとつの命の完結Ⅱ次の命へのつながり」と見ることは宗教家の仕事として棚上げされる。死がもはや医療の失敗とは見なされない地平に移動してはいるのだが、いぜんとして自己の問題は医療技術の範疇とは別の場を設けて、「医療と死生観」という囲い込みの落とし所に置かれる。シンポのNB Mの改善の志向は、病気を治しきる・死を受け入れてみせるという、どうしても強迫的なプロプリエテとしての自己所有に通じてしまう。そこでは治療とは、ただ待つ／ただ見ているという志向と相反する行為実践として求められる。NB Mの物語り共有も、ただ聴いているということではなく、誤ったEB Mへの解決の努力を背負って、積極的に患者から聞くのである。これがAさんとの違いである。

ここで注意しておきたいのは、Aさんは何もしないで差し控えているのではなく、テルミーの施術行為はしているということである。いま問題とされているのは、患者への眼差しと治ることの意味である。Aさんの言葉「Bさんが自分を赦すことで、お子さんの治療もうまくいくかもしれない」をシンポのNB Mの視線で位置付けるならば、それはNB Mにおける語りのプロット（筋）のひとつに過ぎず、語りは医療行為そのものとはみなされない。またBさんの治癒例は、EB Mで説明がつかないために、心理神経免疫学の体系に還元されることになるだろう。すなわち心理的效果が身体的症状の改善を起因したという、囲い込みの説明である。同じことがAさんの体系では、「Bさんが弛みカルマを赦し放つことで結果的に母子相互反応が生じ、お子さんが治る」ことになる。赦す相

手は前世からのカルマ・今世でのトラウマ・体のしこりや冷えであり、それは同時にBさんが敵対する人間だった
りするのだが、Aさんの医療観の中ではそれらが現代医療をふまえての弛み・赦しであることが重要だろう。たんに反EBM的で反近代を素朴にかかげるような靈的治療の世界とは全く異なる。筆者は終末期医療の奇跡的な治癒
例をテルミーの世界で見聞きすることもあり、このような身体の出現の地平に病氣治しの可能性を見出しつつあ
る。

三 結論 モダニティと無縁の身体の可能性

Aさんの語りとNB Mの志向との比較をもとに、日本語でモダニティと無縁の身体となることを考察してみた。
「NB Mとはまた違った身体的構え」は、「日本語で、病氣や医療制度を囲い込まない身体になること」と同義で
あると、筆者は考えている。その知見を深めるには、身体観の違いの比較作業といった遠い対象のモデル化より
も、治ることをめぐる言葉の使用のありかたの違いに着目する必要があるだろう。言いかえれば、医療の臨床で
は、「EBMからNB Mへ」という輸入概念の礼讃よりも、医師や患者が使用している語彙や発話の、臨床におけ
る再帰的捉え直しが求められる。

NB Mじたいには医療の改善という重要な役割があり、筆者はこれを批判するものではない。NB Mを日本語世
界でどのように咀嚼するか、つまりAさんの「ゆるんでいる」といった発話を、医師や患者といったNB Mの実践
者が共有できるかどうか、NB Mの土着化の成否がかかっていると筆者は考えている。この仮説については、今
後の検証が必要であり、NB Mの実践例や筆者のテルミーの臨床記録の収集作業が必要だろう。

筆者はプロテスタントの世界で生まれ育ったこともあって、自身のキリスト教の身体観・医療観の考察や、テルミー療術師としての臨床での身体観・医療観の捉え直しが、臨床で得られた言葉の分析から行なわれる。本論文で考察された「ゆるむ、ゆるす」を例にとれば、「ゆるす」は既成宗教のキリスト教では内面的な罪の赦しに限定されるが、これがAさんの臨床体験のように、体のしこりや冷えに、つまり病氣治しに直接関わってくる。

神学的な言葉でこの事態を説明するならば、キリストの「汝の敵をゆるせ」という難題と、Aさんの「ゆるす」が同じ地平に現れることになる。つまり患者と施術者が、熱循環のあるべき姿に直り、体の冷えや滞りを解き、強迫的なプロプリエテとしての自己所有からいったん、それとなく解かれるとき、敵であった病氣や受容できない自己が消失し、受容としての救いが立ち現れる。ここではキリストが行なった病氣治しの奇跡と「汝の敵をゆるす」ことが同じ文脈で成就する。「ゆるす」という言葉は指示対象を形式的には持っているが、そのゆるしの発話が行為遂行として求めているのは、ゆるんでいる状態の成就、すなわちテルミーの語彙で言えば「太陽熱循環の受容・自分と世界の受容」である。

このような神学的言葉の入り込む余地は、「病氣を治しきる、死を受容しきる」という囲い込みの視線にはあり得ないだろう。つまり「患者と共に病氣や死を受容しきる」という医師の視線の前提には、受容すべき対象と受容する自己が明確に在り、堀の「さよならねー」やAさんの「ゆるす」の発話のように自己の在る位置が大きく動かされるということがない。同様の問題はキリスト教の死の臨床にも見られる。神学の一部を切り取ってきただけの慰めの言葉、「キリストはあなたを天国に救ってくださいます」という文句が、死の臨床で無力になっている現状は、近代の自己や医療化の問題や既成宗教の問題を端的に示している。ここではその各論には立ち入らないが、現

実に求められているのは、近代・自己・臨床といった問題群とつきつめて向かい合うことである。

冒頭で、オクシデント批判と宗教学の来歴について触れた。本論は日本語の身体論の基礎を論じたものだが、日本の宗教学における「身体」の在り方論議に一石を投じられたら幸いである。本論では考察の途上でモダニティ占有の相対化を通過し、日本語の臨床事例にもう一度深く参与すると、その地平からしか立ち上がって来ない母親Nの身体や療術師Aの治療実践が現れた。実のところNと堀の対話やAの治療は明確な主語（発話主体）をもたず、彼女たちがそれとなくモダニティと無縁になった契機は、意識的・主体的な脱病院化の試みの背後に、あらかじめ胚胎あるいは通奏していたと見るべきかもしれない。この無縁の身体への気づきと、その言語化の作業は、旧くから提示されてきた「人間の学としての宗教学」⁽¹⁷⁾に接近することにつながり得ないだろうか。

本論で扱えなかった今後の課題として、現代のセラピー文化⁽¹⁸⁾という状況における一時的な言葉のすり替え、商業化した宗教的言説の流布という現状と照らし合わせて、モダニティと無縁の身体の差異化ができるのか、考察せねばならないだろう。

注

(1) 日本の臓器移植を事例に、近年の宗教学と身体論の諸問題をまとめた論文として、William R. LaFleur, "Body," in *Critical terms for religious studies*, ed. by Mark C. Taylor (Chicago, The University of Chicago Press, 1998), pp. 36-54.

(2) 文化人類学、宗教研究、近代といったキーワードで、現代日本の宗教学と人類学の関係やオクシデント世界との関わりをまとめた論文として、関一敏「報告1 文化人類学的宗教研究の系譜学」(『宗教と社会』第十一号、「宗教と社会」学会、二〇〇五年)、一二九―一二三三頁。また第六十三回学術大会のシンポジウムを振り返って、日本の宗教研究における日本人研究者の身の置きどころ(ポジショナリティ)を前面に問うた寄稿として、関一敏「日本の宗教的伝統についての宗教学的的研究」によせて「

『宗教研究』第三四三号、日本宗教学会、二〇〇五年）、二二七―二三三頁。

(3) 「産婦人科を標榜する産院・診療所」は、この論文で病院と呼ぶ場所。つまり産科医師がいて、医療行為を行えるところ。

(4) 平成十四年看護統計資料集、日本看護協会出版会、二〇〇二年、二六―二七頁。

(5) 出産の医療化・病院化の定義にあたっては下記の四点が重要である。①出産は病気ではない。原則として助産婦が介助する。この理解の法的な事例は、母子保健法（昭和四十年法律第一四一号）第一三号に定める妊婦一般健康審査受診票の位置付けであろう。国民健康保険の対象は投薬や切開術といった医療行為であるが、妊娠・出産は原則として対象ではない。通常の妊婦検診は原則自費負担だが、地方自治体ごとに妊婦一般健康審査受診票（検診補助券）が妊婦に支給される。この背景にある妊娠・出産理解は、「出産は病気ではないが、異常な出産を早期発見するため、妊婦検診の費用を援助する」というものである。②しかし二〇〇〇年現在の日本では九八・八六％が病院出産、つまり投薬や切開術が可能な環境での出産であり、大出血などの予期的不安をあらかじめ軽減する志向が一般化している。助産婦と医師のどちらが安全かという選択や思考からは遠いところで、医療行為を前提とした情報、親となる人々に流通している。これを出産の医療化と呼べるだろう。③出産は病気ではないので、病院や医師に心身をゆだねることが難しい。病院が用意するマタニティ講座や立ち会い出産ビデオなどの工程、マタニティ雑誌などによって、親たちがしだいに心身を病院にゆだねることが多い。この現象を出産の病院化と呼ぶことは可能だろう。④助産婦が出産の医療化を進めたという議論もある。仰臥位（仰向け）産は明治時代の産婆教育が流通させた方法であり、妊婦が体位の変化によって「産まさせられる」身体となったのは彼女たちの功罪である。妊産婦の心持ちの変化に、出産の医療化の端緒を見出し得る。

(6) わたし、という表記は、鷲田清一説の要約文内での「自己」を示す。

(7) 鷲田清一「所有と固有」（大庭健・鷲田清一編『所有のエチカ』ナカニシヤ出版、二〇〇〇年）。

(8) アンソニー・ギデンス（松尾精文・小幡正敏訳）『近代とはいかなる時代か？——モダニティの帰結』而立書房、一九九三年、三〇―三二頁。原著は Anthony Giddens, *The Consequences of Modernity*, Polity Press, 1990.

(9) Robbie Davis-Floyd, "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth," in *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2001), pp. S5-S23.

(10) 心療内科医師、医学博士。業績は早稲田大学人間総合研究センターのサイトを参照。

(11) 詳しうて、T. Greenhalgh and B. Hurwitz, *Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, 1998.

- (12) イトオテルミーは医師法の医療行為ではない。治療を「施術」・「療術行為」と呼ぶ。
- (13) Aさんは、輪廻やカルマを意識的・実体的に語る。Bさんのトラブルや抗うつ剤の長期服用は、「今世で着いたカルマ」であり、お子さんの脾臓病と関連して語られる。
- (14) 冷えの観念は、近代の温度測定への還元とは全く異なり、循環の滞りを指している。肝臓が冷えていると言えば、肝臓の働きが滞っていることを指す。イトオテルミーの場合、命の根源は太陽熱の循環であり、この熱循環が損なわれた場合に「病気になる」。
- (15) 金谷武洋によれば、日本語に「主語」の観念を持ち込むことじたいが問題である。金谷武洋『日本語に主語はいらない——百年の誤謬を正す』講談社選書メチエ、二〇〇二年。金谷によれば、主語＋述語の構文論は、印欧語から得られたものであり、日本語に適応しない。これを日本語文法に持ち込んだことが、現代の日本語教育の混乱を起こした。主語は正しくは動作の主体を示す「主格補語」である。施術者がたんに「ゆるんでいる」と言わずに「患者の身体が弛んでいる」と言うことで、施術者を含む病氣治しの空間が断ち切れ、患者という対象を観察する自己が前面に出てしまうのである。この日本語と医療の空間については、別の論文で述べたい。
- (16) NBMの端緒は、アーサー・クラインマンをはじめとする医師たちによる臨床経験の言語化だった。好例は、クラインマン（江口重幸・上野豪志・五木田紳訳）『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房、一九九六年、vii—viii頁。原著はArthur Kleinman, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, Inc., 1988.
- (17) 日本語と宗教学、文化現象としての宗教、人間の学といったテーマで参照すべき文献として、田丸徳善『宗教学の歴史と課題』山本書店、一九八七年、一五九—一七一頁。
- (18) セラピー文化の定義・歴史については、島蘭進「セラピー文化のゆくえ」（田邊信太郎・島蘭進編『つながりの中の癒し——セラピー文化の展開』専修大学出版局、二〇〇二年）参照。島蘭の定義では、「心理学的な知識に基づく治癒や自己解放の理論に基づき、他者の癒しや精神的指導を行おうとするセラピスト（心理療家、臨床心理家）をあるべき人格のモデルとする文化」（同書三頁）である。