

「医療人類学にとってナラティブとは何か？」 に寄せて

浜田明範

1

「医療人類学にとってナラティブとは何か？」という問いはあざとい。医療人類学を学んだ者であれば、誰もが一家言持つような問いだからだ。同時に、この問いは、応答者が医療人類学をどのようなものと捉えているのか、あるいは医療人類学のなかのどの位置に立っているのかを表明する機会にもなりうる。この意味で、「医療人類学にとってナラティブとは何か」という問いは、医療人類学についてというよりは医療人類学者について知るために便利な問いである。このことは、本特集に寄稿された各論文の著者だけでなく、コメントを依頼された者にも当てはまる。試されているのは私自身でもある。

本題に入る前に、二点だけ断っておきたい。まず、「医療人類学にとってナラティブとは何か？」という企画が行われることを知った際、私は、「ずいぶんと時代遅れな問題設定だな」と思った。しかし、それから現在（2018年1月）に至るあいだに、主に日本の医療者の方々との対話の機会を得たことによって、この問題設定は時宜を得たものであり、今まさに問わなければならない問題だというふうな考えを改めることになった。この意味で、私は、すでに本特集の企画者や論文の執筆者から充分すぎるほどの学びを得ている。次に、しかしながら、だからこそ、ここで作成するコメントを刺身のツマのようなありきたりの付け合わせとしてではなく、口に入れた者が涙を流すような強烈なワサビのようなものにするべきだと考えた。医療人類学におけるナラティブの位置づけについて検討するための特集が組まれることはそれほど多くないだろうし、多くの読者を得るであろう本特集をより論争的で、読者が議論の広がりを持てるようなものにしたかったからである。そのため、下記のコメントは、一般的で正統的な理解というよりは多分に偏ったものであることを予め断っておきたい。また、執筆者の方々からすれば、反論が許されない場における一方的で不当なコメントだと不快に思われるかもしれない。本誌の編集者の方々が再反論の機会を設けられることを切に願っている。

2

本特集に寄せられた四つの論考についてコメントする前に、この問いが喚起しうる問題の全体的な見取り図を素描しておきたい。私は、医療人類学にとってナラティブとは何かという問いは、大きく分けて三つの微妙に異なる問いに解体することができると考えている。(1) 医療人類学の黎明期にナラティブという概念がこの学問分野に果たした役割は何だったのか。(2) 人類学におけるナラティブの位置づけと医療人類学におけるナラティブの位置づけとの差異は何か。(3) 医療人類学においてナラティブではないものは何か。あるいは、これからの医療人類学においてナラティブが果たしうる役割は何なのか。

順に説明していこう。(1) に答えるためには、医療人類学の学説史的な検討が必要になる。幸いなことに、1980年代以降に医療人類学で盛んに行われることになった「病いの語り illness narrative」に関する研究についての詳細なレビューはすでにある [北中 2016]。北中の正統的な整理に依拠するならば、物質還元主義的な性格を持つ既存の生物医学に対して、患者の主体的な経験を掘り取るためのツールとして病いの語りはその重要性を持ちえたと考えるのが妥当だろう。つまり、医療人類学にとってナラティブとは何かという問いに対する回答は、病気や身体についての医師による独善的な理解から患者の主体性を取り戻すために、患者の主体的な経験を掘り取るためのツールであると理解することができる。このような病いの語りの持っている重要性は、医療人類学にとってだけではなく、(実態としてどうかは別として) 疾病だけでなく病いにも留意することが強調されるようになっている生物医療そのものにとっても妥当すると考えることが、一応できるだろう。

他方で、このように病いの語りによって患者の主体性を回復させるという議論は、人類学一般における物語論と必ずしも整合するものではない。浜本満が指摘するように [浜本 1989]、語り＝物語は、無数の出来事を結びつけることによって全体としてのエピソードの意味を構築していくような営みである。この際、どの出来事とどの出来事が関係のあるものとされ、また、関係のないものとされるのかは、個人の特性によって決まるといよりは、かなりの程度、文化によって規定されている。そうであるならば、語りというのは、患者が自主的に語ったものであるというよりは、文化や社会や政治経済的構造によってそう語るように仕向けられた何かかもしれない。このような文化や社会の影響力に対する気づきは、医療人類学においては、病いについての語りを社会的な苦しみを表現するものとして眺めるという一連の研究を生み出す [e.g. グッド 2001; クラインマン他 2011]。この潮流においては、語りは、患者の主体性の表現というよりは、文化的・社会的に拘束されたものとして、患者の主体性が大幅に減じられた形で理解されることになる。

最後に、医療人類学にとって、語りは唯一の研究対象ではない。語りを聞くことそのものに価値を見出す研究や、特定の語りを支える文化的・社会的背景を探求する研究に加えて、疾病や疾患と呼ばれる器質的なものに関する研究も存在している。例えば、江口重幸

は、自身のこれまでの研究関心を振り返りながら、病いの経験と生物学的な基礎疾患の関係を再考することの意義を示している [江口 2016]。あるいは、アネマリー・モルは、疾病が診断されたり治療されたりする場面に注目することにより、医師と患者の見方の対立という枠組みから、医師と患者、それに様々な技術や物が共同で疾病を実行するという枠組みに移行することの重要性を説得的に示している [モル 2016]。これらの議論に基づくならば、医療人類学にとっての病いとは、疾病と相互作用しながら存在している何か、あるいは、疾病と相互包含関係にある何かとして、両者の関係をプロセスに注目しながら解明していく必要のあるものとなるだろう。

以上、医療人類学における病いの位置づけを、(1) 患者の主体性の救済、(2) 文化的・社会的・政治経済的に拘束されているもの、(3) 生物学的な疾病と相互包含関係にあるもの、という三つに分類した。それでは、本特集に掲載されている論文は、それぞれ、語りを上記のうちのどの枠組みで理解しているのだろうか。あるいは、これらの既存の枠組みを超えるような視点が打ちだされているのだろうか。以下に見ていこう。

3

心房細動に対する抗血栓療法を受けている医師と患者について検討している磯野と上田の論文(コメントの対象としている議論の大半は第一著者である磯野による考察であると考えられるので、以下では磯野論文と略す)では、ナラティブには、(1) 出来事同士をつなぐ、(2) 出来事を生み出す、(3) 特定の目的や意図を動機づける、という三つの働きがあることが指摘されたうえで、医師の「ナラティブ」と患者のナラティブにおいて、これらの働きがどのように実現されているのかが分析されている。その上で磯野は、医師の「ナラティブ」は患者に致命的な未来の可能性を予期させるものであるにもかかわらず、現代の予防医学はその可能性を予期することに伴う恐れに対応する方法については何も提供していないという問題点を抱えていることを指摘している。

2節で上述した私自身の枠組みに従ってナラティブの取り扱い方を整理するならば、磯野論文では、医師の「ナラティブ」については文化的・社会的・政治経済的に拘束されるものとして扱っており、患者のナラティブについては患者の主体性(磯野の言葉を用いるならば「ブリコラージュ的な危機管理」(p.136)がそれにあたる)を救済するための材料として用いられている。

磯野論文には、リスク論とナラティブ研究に関するレビューも含まれており、特に後者に関しては、批判点を踏まえたうえでナラティブ研究の意義が擁護されているので、一見すると、医療人類学における正統的なナラティブ研究を継承するもののように見える。しかしながら、私には、磯野論文はいくつかの問題を抱えているように思えるし、また、正統的なナラティブ研究とは言えないように思える(もちろん正統的であるかどうかは本論文の価値とは無関係ではあるが、医療人類学にとってのナラティブの位置づけについて検討する際には、注目する必要がある論点であろう)。

まず、磯野が医師の「ナラティブ」と呼んでいるものは、具体的には、長嶋茂雄という

象徴（磯野は、長嶋茂雄は直喩だと述べているが、直喩と隠喩の関係について混乱しているように思える）が使用されていることや、薬剤の効果として血液が「さらさら」になるという擬態語（磯野は「さらさら」は肯定的なイメージのみを示すと想定しているようだが、必ずしも肯定的なニュアンスを伝達するわけではない。料理などでは、「さらさら」が否定的に用いられることもあるだろう）が使用されているということである。私には、ここで分析の俎上に挙げられているのは医師が用いるイディオム（慣用表現）であってナラティブではないように思える。ナラティブの分析と称するのであれば、イディオムだけでなく、プロットが存在するようないくつかの長い量のナラティブの分析がなされていることが、期待されるのではないだろうか。

次に、磯野論文には、出来事という言葉の指示対象に混乱が見られるように思う。磯野は、ナラティブが出来事を生み出すという、自らの提示したナラティブの働きの実例として、「患者の未来に危機的な出来事としての心原性脳梗塞を作り出し、それによって患者の意図の変容を狙う」と述べている（p.131）。言うまでもなく、ここで出来事として言及されている事態はまだ起きていないことなので、本当にそれが「作り出」されているのかどうかは現時点では誰も確認することができない。また、心原性脳梗塞が起きるかどうかは医師がどのようなイディオムを用いるのかとは独立した事象であると通常考えられる（もちろん医師の言葉が予言の自己成就のように未来に何らかの結果を与えることもあり得るだろうが、少なくとも磯野論文ではそのことを示すエビデンスも、そのような事態が起きうる経路も述べられておらず、また、少なくとも医師の意図としては磯野が「作り出す」と述べている出来事が起きないために発言しているはずである）ので、いかなる意味でも、医師の「ナラティブ」がそのような出来事を作り出すとは考えられない。ここで作り出されているのは、特定の出来事が起きうる危険性についての認知でしかないが、磯野は、この認知を出来事と呼んでいるのではなく、「心原性脳梗塞」そのものを出来事と呼んでいる。このような混同は、磯野自身がレビューしているナラティブ研究やリスク論の文脈を踏まえるならば、決して些末な問題とは言えない。

私は、予防医学の限界を指摘する磯野論文の結論については、ある程度の説得力があると思う。しかし、リスク論とナラティブ研究を有機的に結びつけるような思考を展開するところまで至っていない点には読者としては不満が残る。更なる思考を展開するためには、ナラティブや出来事概念の規定をリスク論と関連させながら、より厳格に行う必要があるのではないか。

4

HIV陽性者によって書かれた本と著者によるゲイを自認するHIV陽性者の語りの内容を分析した新ヶ江論文は、後述する浮ヶ谷論文と同じように、語りが特定の論理に回収されることに警鐘を鳴らしている。新ヶ江にとって、それは、HIV陽性者の語りやHIVを予防することの重要性を強調する生政治の論理に回収されることを意味する。新ヶ江にとって、これが問題となるのは、HIVを予防することによって新たなHIV陽性者が生ま

れることを防ぐ試みが、他ならぬ HIV 陽性者自身のアイデンティティを否定することにつながるからである。

新ヶ江論文では、ナラティヴは、必ずしも主体性を回復するものではなく、様々な論理に回収されうるものとして提示されている。ナラティヴが真空のなかで自由に紡がれるものではなく、様々な文化的制約（お望みならば自然と文化の異種混交的な制約と呼んでもいいが）が存在していることを認識することが重要である。同時に、語りの丁寧な読解によって析出された、生政治の論理とは一線を画した古橋の「エイズ以降の愛のあり方」は、単に生物医学の論理の外側を指し示すだけでなく、生政治とは異なる社会性のあり方を提示するものであり、それは理論的に重要なだけでなく、感動的ですからある。また、著者自身のインタビューの成果もこの主題に関する貴重な知見を付け加えるものになっている。

とはいえ、新ヶ江論文にもいくつかの疑問を付さざるを得ない。まず、新ヶ江は生政治には抵抗しなければならないという前提を自明視しているようだが、その理由については明らかにしていない。しかし、HIV 感染症を予防するという取り組みそのものを批判することは私には困難なように思える。また、近年の社会的なものをめぐる議論の潮目の変化を見ても分かるように、あるいは生物学的市民権をめぐる議論 [ヒース他 2004; ローズ 2014] からも分かるように、生政治を単なる権力の一形態として批判するだけでなく、そこに連帯の契機を見出すことも可能であるはずだ。

この点は、新ヶ江論文のより根本的な問題点へとつながる。私には、新ヶ江が、生政治を批判しようとするあまり、例えば長谷川博史の語りを、HIV 陽性者としてのそれに縮減してしまっているように思える。換言するならば、長谷川は HIV 陽性者であると同時に、ゲイでもあり、新宿二丁目に出入りしている人でもある。そうであるならば、HIV 予防を啓発していくことに葛藤がみられないのも当然である。つまり、HIV を予防することによって新たな HIV 陽性者を予防することは、必ずしも当人のアイデンティティを否定することにはつながらないのではないか。新ヶ江は、自らが批判するのと同じ、特定の論理への還元を自ら行ってしまっていないか。生政治の論理へと回収されない HIV 陽性者の経験が重要であるとの指摘には共感するが、HIV 陽性者としての経験とは異なる経験がありうることや、HIV 陽性者とは異なる立場からの連帯の可能性についても検討する余地があるのではないか。

5

心理療法の実践者でもある皆藤章の論考は、心理療法は「来談者が人生の過程を発見的に歩むのを援助すること」という河合隼雄による言明について、自らの経験や様々なテキストから引いた事例に基づいて解説したものである。心理療法におけるナラティヴが近代的世界観とはまったく異なるものであり、また、心理療法は、聴き手が積極的に介入するものというよりは、受動的な態度が必要とされることが指摘されている。この意味で、皆藤の論考は、基本的には、私がこのコメントの 2 節で整理したナラティヴの位置づけの最

初のもの（1）に分類することができるだろう。

おそらく、皆藤の論考が本特集に含まれることになった背景には、人類学の外側でのナラティブの取り扱い方と比較することで、医療人類学におけるナラティブの位置づけの特徴を照射しようという企画者の意図があったのだと思う。皆藤がアーサー・クラインマンの翻訳 [クラインマン 2011] を手掛けていることも、本特集の寄稿者として適任だと考えられた理由のひとつであろう。そのうえで、皆藤の論考へのコメントを記す前に、予め断っておきたいのは、私自身が皆藤のコメンテーターとして、あるいは読者として、必ずしも適切ではないということであり、端的に、力不足であるということである。というのも、私は皆藤の実践者としての経験やそれに根差した言葉に敬意を払ってはいるものの、それでも、私のいわゆる「分析的な読解」では、皆藤の論考の細部までを完全に理解することはできなかったからである。どういうことか。

まず、皆藤の論考は、本人が、公認心理師の資格化がすすめられているときに「心理療法についての自身の考えを明確にしておくことは、意味あることでもあると考えている」と述べているように、人類学者に向けてというよりは心理療法の実践者に向けて書かれたものであり、何か特定の主張を説得するために書かれた文章というよりは、あるべき心理療法のあり方について書かれた手引書、あるいは皆藤の信じるものについて書かれた信仰告白とでも言えるようなものである。

おそらく、このようなスタイルの文章が書かれたことと、著者がナラティブを「近代科学的世界観」に対抗するものとして提示していることは無関係ではない。この態度は本稿にも貫かれており、つまり、この論考はナラティブについてのナラティブという形式を持つメタローグになっている。周知のように、ナラティブは論理構造や言葉の定義が曖昧なことが多く、詩的な表現や連想が用いられる。しかし、私には、そのような詩的な表現や連想のいくつかが適切なものとは思えず、それが最後まで気になってしまった。

一例を挙げると、著者はナラティブの「温度」に言及しているが、私には、「温度」がナラティブのどのような性質を表現しているのか、理解できなかった。温度は、高い—低いという二極を持つ直線上に位置づけられる特徴を持った指標である。であるならば、ナラティブにもより温度の高いナラティブとより温度の低いナラティブがあることになるが、どのようなナラティブがより温度が高いものであり、それをどのように計測することができるのか、最後まで読んでも私には理解できなかった。例えば、「手触り」のように、直線的な指標を持たないルートメタファーを用いることもできたはずだが、そうではなく「温度」という比喩を用いるメリットは果たしてどこにあるのだろうか。

あるいは、皆藤は、西洋近代的な自我を嫌うあまり、様々な東洋思想を十把一絡げにして語っている。人類学者であれば、異なる思想の伝統の一部を抜き出してきて、共通点を見出し、それをもって西洋に対抗するというような議論を展開することはないだろう（ましてや、親鸞自身が道教を否定してはいなかったか）。しかも、それらを自らの実践する心理療法を正当化するために用いているのだから、これは我田引水と言われても文句の言えない論理展開になってはいないか（同様のことは、166頁に引用されている河合の文にも当てはまる）。

最後に、皆藤の論考からは、心理療法がうまくいかなかった夥しい経験があることが伺える（心理療法は、こういうものではないああいうものではないという否定の言明は、そのような経験に基づいていると思われる）のだが、それらの失敗例については明示的に語られず、理想的な心理療法のあり方のみが繰り返し取り上げられている。そのため、私はこう思うというタイプの「宣言」が多数なされるいっぽうで、その根拠については十分に議論されていない印象を読者に与えるものになっている。私が先に、皆藤の論考は信仰告白的だと述べた理由もここにある。

6

浦河ひがし町診療所のナイトケアで行われている「音楽の時間」を対象とする浮ヶ谷論文では、まず、ナラティヴを研究する際に（1）医学の論理に基づいて読み換えられる、（2）ナラティヴの持っている不確実性や流動性がそぎ落とされる、（3）語り手と聴き手の相互行為性が捨象される、という危険性があることが指摘される。浮ヶ谷は、この危険性を回避するために、（a）非言語的＝語りではないものであるパフォーマンスに注目しながら、（b）それを言語と非言語という分類を越えた「生」の軌跡として捉えると述べる。これにより、ナラティヴの不確実性や相互依存性に焦点を当てることが可能になるという。

浮ヶ谷論文の素晴らしさは、第4章の記述に現れている。浮ヶ谷自身が強調するように、「音楽の時間」が行われる場における参与観察を通じて、「音楽の時間」に参加するメンバーの日常生活と「音楽の時間」がいかに関係しているのかを記述していく部分は、人類学的な民族誌の良質な部分を体現している。聴き手の構えを問題化している点と合わせ、とりわけ、インタビューに過剰に頼りすぎる傾向のある医療系の諸分野における質的研究に対し、浮ヶ谷の記述は大きな批判性を持つと思われる。

また、インタビューやパフォーマンスの個別性や具体性を強調する浮ヶ谷の議論は、語りの相互依存性や流動性を強調しながら、生物医学の言説に取り込まれ得ない患者の主体性の救済を目指しているものであり、私自身がこのコメントで整理した医療人類学におけるナラティヴの意義のうち、ひとつ目のポイントを引き継ぎ、それを更に拡張するものであり、この点もナラティヴ研究に対する大きな貢献であろう。

しかし、そうと明示されていないがおそらくは人類学者というよりは他分野でナラティヴ研究を行う者に対する批評的介入を試みていることを差し引いたとしても、浮ヶ谷論文には看過できない問題がいくつかあるように思える。以下、一人の人類学者として、筆者が特に重要だと考える三点に絞って問題提起を行っておきたい。

まず、浮ヶ谷は、ティム・インゴルドを参照しながら二元論や分類のすべてが悪しきものであるかのように論じているが、私にはこの主張が論旨の一貫性を保てるほどに説得力があるものとは思えない。例えば、浮ヶ谷は「「生きている」ということは意図せずとも線を描くこと」（p.192）だと述べ、「音楽の時間」は、「メンバーにとって「生きていること」を実感するかけがえのない時間となっている」（p.193）と主張しているが、このよう

な専門家＝浮ヶ谷による断定は、彼女自身がナラティブ研究の問題点として指摘している専門家によるナラティブの整除と同じ構造を持ってはいないか（そもそも、「かけがえのない時間」と「かえのきく時間」を分類することなしにこのような文章を書くことなどできないのではないか）。私は、ナラティブやパフォーマンスの個別性や具体性を重視する浮ヶ谷の立場に共感を覚えるが、同時に、人間が何らかの分類を行いながら生きているということや、それが文化的に拘束されているものであることを完全に否定することは難しいように思える。分類とそこから逃れるものの両方を射程に入れることこそは、ナラティブ研究においても求められてきたこと [グッド 2001] であるが、分類を全否定することは、ナラティブ研究においては端的に後退でしかないように思える。

次に、浮ヶ谷は生の軌跡を「言語と非言語という分類を超えた」もの (p.189) であると述べているが、なぜそのように言えるのかはこの論文を読むだけでは判然としにくい。例えば、浮ヶ谷は生の軌跡を聴き取ることでできる何かとして扱っている (p.205) のだが、これは「言語と非言語をとという分類を超え」ていることと矛盾しないだろうか。別の角度から述べるならば、そもそも、インゴルドの線についての議論から発展した生の軌跡なるものを、参与観察やインタビューによってたどることなどできるのだろうか。私には、インタビューに参与観察を付け加えれば、自動的にナラティブではなく生の軌跡にアプローチできるようになるとは思えないし、インゴルドも同じように考えるだろう。生の軌跡にアプローチするためには、方法論や記述の戦略のより抜本的な洗練が、より明示的に行われる必要があるだろう。あるいは、生の軌跡を具体的な事例としてはアプローチできないものとして仮設する可能性も検討すべきだろう。

最後に、浮ヶ谷論文はナラティブ研究の問題点を乗り越えるためにパフォーマンスに注目するという構成をとっているように見える。しかし、ナラティブ研究の問題点は、あくまでもナラティブに注目するなかで乗り越えられるべきではないだろうか（そうでないならば、パフォーマンスに注目せずにナラティブについて研究することができなくなってしまう）。本論で得られた知見をもう一度ナラティブ研究の枠組みのなかに戻し、ナラティブ研究の問題点をあくまでもナラティブに注目するなかで乗り越えるための戦略として、明示的に提示されるべきだったと、私は考える。

7

本特集に集められた論文についての検討を経由して、改めて、医療人類学におけるナラティブの位置づけについて考えるならば、やはり、生物学的還元主義への批判への基盤としてナラティブを取り扱う際には、相当の注意が必要とされるように思われる。著者たちが繰り返し指摘しているように、ナラティブはそれ自体、特定の論理に回収される可能性がある。その危険性は指摘しすぎることはない。しかし、例えばクラインマンの『病いの語り』[1996] に典型的に現れているように、人類学者もまたこの危険性からはじめから逃れているわけではない [グッド 2001]。人々のナラティブを自らの論理に回収しないようにするためには、それなりに周到な用意や検討が必要とされるはずであ

る。私には、この必要性を満たすための理論的な展開を行う余地はまだ残されているように思える。

このような検討は、また、医療人類学という政治においてナラティヴが果たしうる役割についても再考を促すものになるだろう。他の多くの人文社会系の諸学と同様、医療人類学においても、病いの語りへの注目は、生物学的な言葉だけが私たちの人生や生命や身体について特権的に語ることが許されていることに対抗するという政治的な意味を持っていた。この背景には、科学的な発想と権力が一体化しているという認識があった。しかし、ただ科学的な言語を相対化していればよかった幸せな時代はすでに終わっているのではないか。私たちは、科学を相対化する方法がすでに保守的なイデオロギーに領有され排外主義や差別主義に活用されていることや、親学や三歳児神話といった似非科学的言説に取り込まれていることをすでに知っている。このような状況にあっては、単に科学的言説を相対化していればそれで事足りるのではなく、科学決定論を否定しながらも、同時に、特定の思想的な立場から発せられる非科学的な言説にも対抗していく必要がある。

ナラティヴは重要である。だが、それはすべての立場や思想を許容することを意味するわけではない。この、単純だが維持するのが極めて難しい立場をどのように理論的に正当化できるのか。医療人類学におけるナラティヴ研究の可能性は、その先にこそあるのではないだろうか。

<参考文献>

- 江口重幸 2016 「文化と病いの経験」 鈴木晃仁・北中淳子編『精神医学の歴史と人類学』東京大学出版会、pp.134-160。
- 北中淳子 2016 「精神医学による主体化——精神療法とバイオロジーの人類学」 鈴木晃仁・北中淳子編『精神医学の歴史と人類学』東京大学出版会、pp.161-193。
- クラインマン、アーサー 1996 (1988) 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』江口重幸・五木田紳・上野豪志訳、誠信書房。
- 2011 (2006) 『八つの人生の物語——不確かで危険に満ちた時代を道徳的に生きるということ』、皆藤章監修、高橋洋訳、誠信書房。
- クラインマン、アーサー、ジョン・クラインマン、ヴィーナ・ダス、ポール・ファーマー、マーガレット・ローク、E・ヴァレンタイン・ダニエル&タラル・アサド 2011 (1997) 『他者の苦しみへの責任——ソーシャル・サファリングを知る』坂川雅子訳、みすず書房。
- グッド、バイロン J. 2001 (1993) 『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・五木田紳・下地明友・大月康義・三脇康夫訳、誠信書房。
- 浜本満 1989 「フィールドにおいて「わからない」ということ」『季刊人類学』20(3): 34-51。
- ヒース、デボラ、レイナ・ラップ&カレン・スー・タウシグ 2004 (2004) 「ジェネティック・シチズンシップとは何か」仙波由加里訳『現代思想』32(14): 173-189。

- モル、アネマリー 2016 (2002) 『多としての身体——医療実践における存在論』 浜田明
範・田口陽子訳、水声社。
- ローズ、ニコラス 2014 (2007) 『生そのものの政治学——二十一世紀の生物医学、権
力、主体性』 檜垣立哉監訳、小倉拓哉・佐古仁志・山崎吾郎訳、法政大学出版局。