

【分科会】

「身体ハイブリッド」

【代表者】

山崎吾郎

「身体ハイブリッド」

山崎吾郎(大阪大学)

「からだを強くする薬：ガーナ南部における複数の身体観の共存をめぐる」

浜田明範(一橋大学社会学研究科)

「心と社会を媒介する身体：「ひきこもり」からの洞察」

堀口佐知子(上智大学、5月よりテンプル大学)

「人格を持たない<身体>の行方：臓器の経済的調整をめぐる」

山崎吾郎(大阪大学)

「ウイルスと検査キット：エチオピアの農村でHIVとともに生きる人びとの経験」

西真如(京都大学東南アジア研究所)

「代謝を生きる：動く標的の人類学へ向けて」

モハーチ・ゲルゲイ(慶應義塾大学)

コメンテーター

池田光穂(大阪大学)

身体ハイブリッド

山崎吾郎(大阪大学)

本分科会では、ハイブリッドな現象への注目を共通の出発点として、身体を舞台に展開する複数の秩序の交錯について検討する。

ハイブリッドの概念は、ダナ・ハラウェイやブルーノ・ラトゥール、マリリン・ストラザーンらの仕事を通じて、現在では文化人類学においても広く知られている。そこでは、人間と非人間の関係を問い直しながら、ア prioriな認識の構造を特権的な前提としてきた従来のアプローチに対して、一種の存在論として秩序や価値の問題をとらえなおす試みがなされている。それゆえこの概念は、文化人類学や科学論にとどまらず、哲学、社会学、倫理学などでも用いられ、またその射程は、所有、人格、アイデンティティ、民主制、テクノロジー、動物、自然といった、人間社会に関わる秩序全体のとらえなおしに及んでいる。

身体は、「異なる存在物が入り混じって構成される全体」という意味では、これまでも人格とモノ、自然と文化、社会と個人の接点として、「ハイブリッド」を喚起する古典的な主題であったといえる。しかし現在では、医療技術の普及などを背景に、身体をとりまく外的環境・条件は多様化し、その存在論的な位置づけがにわか揺れ動いている。たとえば、コンピュータ・チップを埋め込まれて科学者によって遠隔操作されるマウスは、ひとつの個体であるにもかかわらず、その知覚・行動の主体を、もはや「自然な身体」に求めることができない。同様に、遺伝子情報の操作や、薬物によるエンハンスメント(能力増強)などに代表される身体への直接的な技術介入の可能性は、「人間性」を問い直す契機をもたらし、自己と他者の境界を曖昧にし、「自然な秩序」の自明性に対する疑いをさまざまな場面で提起している。身体は今日、こうしたドラスティックな秩序の再編において、主要な舞台となっているのである。そしてそれは同時に、身体を語ることがこれまでになく複雑化し、理論的な困難を抱えていることを意味している。

そこで私たちは、身体を再び人類学の主題として豊かに語りはじめるために、ハイブリッドへの着目から、新たな秩序や価値の生成を論じる視座を模索したい。その際に、身体ハイブリッドというテーマを、キメラやロボット、レプリカントといった工学的(あるいはSF的)なイメージや表象と安直に結びつけて理解するのではなく、より広い社会現象との関係へと拡張してとらえる道を選ぶ。というのも、「非人間」に含まれる領域は、一括りに表現するにはあまりに多様であり、またそれぞれに個別の論理を有しているからだ。人間と非人間という枠組みだけでは、身体のおかれた具体的な場面をとらえることは困難である。

身体を取り巻く状況には、科学的な知識やテクノロジーの普及だけでなく、関連するすべての学問的言説、社会制度、文化的価値観、倫理的規範、感情、病い、生殖、老化、さらには環境の変化、進化のプロセス、偶然性といった、あらゆる要素が含まれる。そして、それぞれの領域には、互いに容易には通訳しがたい固有の論理が働いており、身体は、そうした複数の秩序にさらされながらも、常に個体を識別する重要な参照点として、社会的にも学問的にも観察の対象となっている。こうした観点から、ハイブリッドたる身体がいかなる布置のもとに問題化しているのかを、文化人類学の研究課題として提示してみたい。

本分科会でとりあげるのは、薬剤の服用、ひきこもり、臓器移植、HIV/AIDS、糖尿病といった多様なテーマである。それぞれのフィールドにおける民族誌的な記述と、それらの相互比較を視野に入れて、身体ハイブリッドにアプローチする。そして、従来機械的な秩序とともにイメージされがちであったハイブリッドの概念が、今日の人間や社会、自然や文化について広く論じる上でいかなる有効性を持つのかを議論する。

【 身体、病い、医療、テクノロジー、ハイブリッド 】

からだを強くする薬

ガーナ南部における複数の身体観の共存をめぐる

浜田明範(一橋大学社会学研究科)

薬の服用には自覚的な身体感覚が大きな影響が及ぼすという議論がある。例えば、症状が緩和すると薬剤の服用を中止する患者の存在は、いわゆる「非応諾」としてたびたび議論されてきた。当該地域においても、例えばマラリア患者の中に「非応諾」と見なしうる現象は見受けられるし、薬屋で売買される薬剤の約半数が鎮痛剤である。一方で、当該地域では「モジャ・デュル *mogya duru* (血の薬)」と呼ばれる薬剤・薬草・ハーブ加工品が存在する。これは、定期的に服用することによってからだを強くし、病気を避けることができると考えられている薬である。モジャ・デュルの服用に際して重要視されるのは、服用後の身体感覚というよりは「定期的に飲む」という行為そのものであり、その効果はより長期的に達成されると考えられている。

上記の2つの服用のモードを便宜的に「刹那的な服用」と「持続的な服用」と呼ぶならば、刹那的な服用に対応する身体観は「病気であるかどうか」という二者択一的な身体観であり、持続的な服用に対応する身体観は「病気からの遠さ」という連続的な身体観である。この2つの身体観は、どちらも「アポム・ディン *apomu den* (強いからだ)」という言葉で表現される。例えば、発表者は、病気でないという意味ではアポム・ディンであるが、農作業もまともにできないという意味ではアポム・ディンではないとされる。つまり、アポム・ディンには「健康」と翻訳できるような含意と「頑強さ」と翻訳できるような含意の2つがあり、それらは統一されることなく使用されている。

当該地域においてとりわけ特徴的なのは、薬を服用することによってからだを強くし、病気を避けるという発想である。病気を避けるために、例えば水の管理によって蚊の発生を抑えるよりはからだを強くすることが選好され、その手段は体操や運動というよりはモジャ・デュルの服用が選好される。モジャ・デュルを飲むことでからだを強くするという認識の基底に自覚的な身体感覚が無いならば、その認識はどのように維持されているのだろうか。また、そのために用いられる薬はなぜよりによって「“血の”薬」と呼ばれるのだろうか。

先述のように、モジャ・デュルと呼ばれる薬には、薬剤、薬草、ハーブ加工品の3つがある。ところが、これらの薬がからだを強くする過程についての説明は必ずしも一様ではない。ヘルスセンターの職員にとって、モジャ・デュルの重要性は自明である。2004年のガーナの医療施設における死因の第2位は貧血(全体の9.6%、1位はマラリア)である。産前検診を訪れた妊婦には、マルチ・ビタミンや葉酸、フェラス・サルフェイトといった鉄剤が無料で処方され、毎日服用するように指示される。一方で、ハーブ加工品のテレビCMで盛んに表象されているのは、必ずしも直接的に血を増やすということではない。ハーブ加工品は、それを飲むことで食欲が増進し、結果としてからだが強くなると表象されている。このような差異があるにもかかわらず、薬屋では薬剤とハーブ加工品はともにモジャ・デュルという1つのカテゴリーをなすものとして、つまり代替可能なものとして顧客に購入されている。

ここに見られるのは、「血の有無」、「病気の有無」、「からだの強弱」をめぐる曖昧さを孕んだ知識の連合である。ヘルスセンターの職員にとって、モジャ・デュルは血を増加させることによって「健康 *apomu den*」を達成する。しかし、鉄剤の服用は必ずしも劇的に貧血を解消するわけではないために、病者は自覚的な身体感覚としての効果を感じづらく、病気の有無という二者択一的な身体観ともなじまない。むしろそこでの身体観は「頑強さ *apomu den*」という連続的な身体観に近い。一方で、ハーブ加工品は必ずしも直接的に血を増加させるわけではないが、服用することによってからだをより「頑強 *apomu den*」にする。両者は持続的な服用という外形的な類似性を備えており、達成される効果はいつでもアポム・ディンという1つの言葉で表現される。結果、人々はモジャ・デュルという言葉に多くの場面で触れることになり、例えば他の薬と比べて、その重要性についての認識が再生産されやすくなっている。

ところで、ガーナで貧血が重大な疾病となっている原因は複数ある。遺伝要因である鎌状赤血球や寄生虫であるマラリアやギニアワーム、日々の食生活とともに忘れてはならないのは、クロラムフェニコールの存在である。多くの病原菌に活性を持つ抗生物質クロラムフェニコールは、現在でも刹那的に服用される代表的な薬剤の1つである。しかし、それは1度でも服用すると慢性的な貧血を引き起こすという重大な副作用を持っている。つまり、薬剤の持続的な服用は、少なくとも部分的には薬剤の刹那的な服用によって準備されているのである。

心と社会を媒介する身体

「ひきこもり」からの洞察

堀口佐知子(テンブル大学)

「ひきこもり」は日本において1990年代後半から問題化されてきており、主に男性の若者をめぐる日本特有の社会問題としてメディア上で論じられてきている。発表者は2003年7月から2005年3月まで、またその後は断続的に主に関東において「ひきこもり」支援(当事者及び家族支援)に携わる民間支援機関を中心にフィールド調査を実施してきたが、本発表ではそのフィールド調査や言説分析による知見などをもとに「ひきこもり」と身体との交差点とその示唆するものについて考えることとする。

2003年に「ひきこもり」支援ガイドラインを発表した厚生労働省(2003)によると、「ひきこもり」は「さまざまな要因によって社会的な参加の場面がせばまり、就労や就学などの自宅以外での生活の場が長期にわたって失われている状態」と定義され、統合失調症(幻聴、妄想などの陽性症状、意欲の低下などの陰性症状)などの精神疾患を有さない状態を指すとされている。しかし、実際には、「ひきこもり」の第一人者といわれる精神科医の斎藤環をはじめとさまざまな精神科医、カウンセラー、民間支援従事者、ジャーナリスト等がそれぞれの立場から異なる定義を提示しており、発表者がフィールド調査をしてきた「ひきこもり」民間支援現場や「ひきこもり」当事者自助グループなどにおいても「ひきこもり」のあらゆる現象・意味はさまざまに理解・解釈されてきている。その中には、「心の病」として「ひきこもり」に注目するものもあれば、「就労していない」ことを問題化した理解、物理的に家に「ひきこもる」という、ある種身体的な営みに注目するものなどもある。

こうしたさまざまな見方が錯綜するなかで、「ひきこもり」という言葉からは、家、もしくは自室から身体がひきこもっているという物理的な状態のイメージが発信され、こうした理解が共有されているものの、実際にメディアや支援現場において「ひきこもり」当事者や、家族、支援者等によって「ひきこもり」の問題として注目されることは、「ひきこもる」という行為の延長にある心(精神)の問題や、社会性(とくに家族外における対人関係の有無・就学・就労の有無)の問題である。そして、「ひきこもり」というカテゴリーから理解される身体的な状態像と心理的な問題像・社会性の問題とは重なり合っており、「ひきこもり」はいわば身体を媒介として理解されているとも言えよう。たとえば、「ひきこもり」状態について語り、理解する際に、「ひきこもり」当事者の身体的な意味における行動範囲(「布団から出ることができない」「自宅から出ることができない」「職場・学校に行くことができない」という形で表出するものなど)・他人との距離感(「親密な人間関係を結ぶことができない」など)や身体的な状態(たとえば「昼夜逆転している」「風呂に入らない」など)に関する言及などがなされる。また、身体化(somatization)、すなわち、心にある葛藤が身体的な症状として表出する(「(電車に乗るとパニック発作を起こしてしまう)」「涙がとまらない」「(不安で)手洗いをやめることができない」「食事がのどを通らない」「食べ過ぎてしまう」など)状況としても「ひきこもり」という営みの意味世界は共有されているのである。

本発表ではこうした「ひきこもり」支援現場における、「ひきこもり」をめぐるさまざまな理解や解釈を出発点として「ひきこもり」という営みの媒介としての身体に注目し、考察することで、新たな「ハイブリッド」な身体観を提示していきたい。そのなかで特に洞察を加えていくのは、心(精神)と身体との交差(インターセクション)及びその外にある家族空間・社会空間における身体性の問題やジェンダーとのかかわりである。

【参考文献】

厚生労働省(2003)「10代・20代を中心とした『ひきこもり』をめぐる地域精神保健活動のガイドライン」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/tp0728-1.html> (2009年12月10日)

【「ひきこもり」、身体、身体化、精神、ジェンダー】

人格を持たない<身体>の行方

臓器の経済的調整をめぐって

山崎吾郎(大阪大学)

本発表では、臓器移植医療が、患者の治療行為から経済的な数の調整へとその関心を変えていくときに、身体や生命に関してもいかなる認識の変化が生まれるのかを考える。こうした変化は、「臓器不足」が世界的に問題視されるなかで、提供数を増やす政策が患者を治す医療実践と一体になって正当化されることから生じている。つまり現在では、治療行為それ自体が新たな経済活動の促進と結びつき、両者が表裏一体をなしているのである。こうした経済の仕組みを、ここでは生経済(bioeconomy)と呼んでみたい。

生経済はもともと、生物学的な知識に基づいて作り出される生産物や、その過程で生じる一連の経済活動の総体を指す用語である。たとえば、遺伝子レベルでの農産物や家畜の改良とその商品化、健康増進、代替エネルギーの開発、また、そうした領域の発展を推し進めるために行われる投資、市場の整備、さらには、環境問題や社会福祉といった複雑な問題がそこに含まれる。OECDの国際将来プログラムは、こうした新たな経済領域を、今後30年間の重要な政策課題と位置づけている(OECD 2009)。必ずしも明確な定義とはいえないが、これまで経済活動と直接関わりのなかった対象を経済化し、そこに潜在的な価値を見出していくという共通した関心がみとれる。そしてなにより、生命と経済がこれまでとは別様に結び付けられていく動きを認めることができる。

ここで、生経済のもうひとつの側面を理解するために、ミシェル・フーコーが切り開いた生政治学(biopolitique)の主題を想起する必要があるだろう。現状では、臓器の数を増やすことは、一方で患者の治療を促進し、他方では、他者の身体を傷つけ、あるいは死者を増やすことと結びついている。生経済におけるこうした生命と資源の交錯は、人間とモノの関係を微妙にずらしながら、新たな資本を生産していく。生かす権力が殺す権力と隣り合わせにあるような領域は、フーコーが『言葉と物』で描いた近代のエピステーメ(とりわけ生物学と経済学の交錯)とはまた異なる知の地平なのではないだろうか。

アメリカの医療社会学者レネ・フォックスは、かつて臓器移植医療を贈与の概念を用いて論じたことがある。このとき彼女は、贈与に代表されるような、貨幣を媒介しない取引の方法が、臓器移植に必要な行為の調整方法であると考えていた。そして今日では、アメリカをはじめ世界中で、臓器のやり取りには贈与の原則が応用されている。臓器移植医療には、たしかに与え手(ドナー)と受け手(レシピエント)があり、その意味ではすでに一種の経済を構成している。ただし、それがいかなる経済なのかということをわれわれはほとんど知らない。臓器提供を贈与と呼んでみても、そこで問題となるのは、売買を禁止しなければいけない、生体であれば提供する範囲を限る必要がある、脳死からの提供が匿名でなければならない、といった制度的なルールにすぎない。このルールが実装されて人々の行為をうながすとき、身体をめぐる売買と贈与、匿名性と人格の間にもどのような社会的もしくは経済的な意味の違いが生じるのかを明らかにする必要がある。

本発表では、臓器のやり取りやその配分の方法に着目しながら、経済的に調整された医療行為が、人間の身体にもいかなる価値を見出そうとしているのかを取り上げる。そして、売買や贈与といった古典的なカテゴリーが独自に再編されて臓器の経済の中に組み込まれている様子をとらえてみたい。世界的な「臓器不足」の問題は、贈与の原則を維持しながら提供のインセンティブを作り出すといった、さまざまな経済学的調整を生み出している。そのとき、贈与はもはや人格を前提とした非近代的なモノのやり取りではなく、むしろ今日の生経済を支える不可欠な条件となっている。臓器移植が経済と無縁でないことは明らかであるが、経済行為の調整はけっして一通りではない。生経済の領域においてこうした問題意識を提起することに、現代の人類学的な研究の意義を求めることができるだろう。

【参考文献】

OECD, *The Bioeconomy to 2030: designing a policy agenda*, OECD, 2009.

【臓器移植、人格、潜在性、贈与、生経済】

ウイルスと検査キット エチオピアの農村でHIVとともに生きる人びとの経験

西真如(京都大学東南アジア研究所)

ウイルスと共に生きるということは、人びとにとってどのような経験なのだろうか。この問いは、当のウイルスに関する技術や知識が、人びとにいかなる行為を予期させ、可能にするかという問題と切り離して考えることができないだろう。

1990年代以降、アフリカ諸国の農村で生活する多くの人びとが直面してきた「過剰な死」(島田2007)の経験は、グローバルな感染症対策の展開のもとで、HIVに感染した身体をめぐるローカルな政治の経験へと変容をとげてきたように見える。HIV/AIDS対策は、さまざまな知識や制度を動員した「包括的な」取り組みとして実施されるが、そのプロジェクトにおいて中核的な役割を果たす技術のひとつに、HIV検査をあげることができる。検査によって人びとは、ウイルスに感染した身体と、そうではない身体との区別を知る。アフリカの農村では近年、無償で提供されるHIVスクリーニング検査キットの普及が著しい。この簡易検査キットは、高価な医療設備や高度な訓練を受けた技術者の配置を必要とせず、人びとは病院や保健所のないところでも、感染の可能性をその場で確認することができる。つまりHIV簡易検査キットは、あらゆる場所で「疫学的な他者」をつくりだす道具なのである。

ここで問題となるのは、簡易検査キットが示す結果(HIV陽性か、あるいは陰性か)を人びとがどう解釈し、他者とのあいだにいかなる倫理的な関係を求めようとするかであろう。この問いに対する答えのひとつは、HIV陽性者の運動というかたちで提示されてきた。グエンは、HIV治療を求める人びとの諸活動が、グローバルおよびローカルなレベルで新たな結びつきをつくりだしてきたことを強調する。陽性者であるという「生物学的事実」を共有する人びとが、治療ニーズにもとづいて結びつくことを通して、「治療シチズンシップ therapeutic citizenship」という新しい種類の公共性が形成されたのである(Nguyen 2005)。ただしこの視点は、ウイルスに感染した者と感染していない者とのあいだにどのような関係が可能なのかという問いに、じゅうぶんな答えを与えていない。地域社会においてHIVに感染した者は、健康への脅威として排除される場合がある一方で、感染していない者との間に親密な関係を持って生活している例も少なくない。アフリカ諸国では、多数のHIV不一致カップル(一方がHIVに感染しており、他方が感染していないカップル)が生活していることが知られている(Bunnell 2005)。

本報告では、エチオピアの南部諸民族州グラゲ県で生活する人びとの経験をもとに、HIV簡易検査キットの普及が、ウイルスに感染した者と感染していない者との関係を、どのように変容させてきたかを検討する。グラゲの人びとは、男女のあいだで感染する性感染症としてのHIV/AIDSを、結婚や出産といった、社会の再生産にかかわる問題として捉え、地域の長老、保健師、学校教員といった人たちが中心となって、HIV検査を推進する運動を展開してきた。彼らは当初、結婚を控えた男女を主要なターゲットとすることで、効果的にHIV感染を予防できると考えた。つまりウイルスに感染した者と感染していない者との結婚を未然に防ぐことで、ウイルスの蔓延を防ぐことができると考えたのである。しかし、このもくろみの実現しないことはすぐに明白になった。未婚者の感染の報告が減少する一方で、既婚者の感染が増え続けたからである。

こうしてグラゲの村では、いちどは疫学的な他者とされた人たち、すなわちHIVに感染した人たちを、もういちど日常生活の中に迎え入れることが求められるようになった。村で暮らす不一致カップルの中には、不一致の事実を知りながら共同生活を継続することを希望する者も少なくない。また陽性者の中には、HIV治療を受けながら出産や育児をおこなうことを希望する者も増えている。地域の保健師たちは、こうした選択を積極的に支援しようとしている。検査運動が始まったとき、グラゲ県の人びとの希望は、HIVのない社会をつくることであっただろうが、HIV検査を実際に経験した人びとはむしろ、ウイルスに感染した者と感染していない者との、互いの不一致を前提としながら共存できる可能性に、目を向けつつあるように思われる。

【参考文献】

- Bunnell, R. E. et al. 2005. Living with discordance: knowledge, challenges, and prevention strategies of HIV-discordant couples in Uganda. *AIDS Care* 17 (8): 999-1012.
- Nguyen, Vinh-Kim. 2005. Antiretroviral globalism, biopolitics, and therapeutic citizenship. In *Global assemblage: technology, politics, and ethics as anthropological problems*, eds. Aihwa Ong, Stephen J. Collier and Geoffrey C. Bowker, 124-144. Malden: Blackwell Publishing.
- 島田周平 2007 『アフリカ 可能性を生きる農民』 京都大学出版会

代謝を生きる

動く標的の人類学へ向けて

モハーチ・ゲルゲイ(慶應義塾大学)

ローカル・ノーレッジの相対化を追い求める人類学は、従来から、フィールドで絡み合う複数の秩序を描き出す学問として展開してきた。しかし近年、市場やメディアのグローバルな空間への関心が高まるとともに、知識形成のプロセスをめぐる質的・経験的研究の焦点は、村や島を模範とした「現地」から、工場や実験室等の「現場」へと移っている傾向がある。そこで当然、こうしたグローバル(全体)と現場(部分)という次元の異なる知識がいかに関係しているか、という問題が浮上してくる。本発表では、代謝を取り巻く政策課題や科学研究を中心に、人類学の古典的なテーマである「身体」が、この疑問に鮮明な光を投げ掛けることを示したい。

糖尿病の場合、あるときには生命科学を核に、日本人を世界のほかの民族(あるいは人種)から切り離す「日本の遺伝子」のような人工物が、またあるときには、男女の分業にもとづく「サラリーマン」の姿が、健康増進の対象として呼び起こされる。では、分子生物学の現場と、普遍とされる疫学的な知識のこうした異なる存在物は、いったいどのように、糖尿病というカテゴリーを、同じ身体状態として見いだすのか。あえて言えば見いだすことができるのか。

この問いに答えるため、本発表では、健康診断と大学研究所という、2つの異なる現場での実践を描写しながら、慢性病の社会不安と遺伝子組換えの対象を結びつける、代謝という媒体(mediator)を追いかけてみる。病院や保健所を訪れる際に患者が頻りに指摘されるように、血糖値のバランスを保つても、生活のバランスを整えることが出来なければ治療が非常に困難である。ここで言う生体と生活とは、両方とも糖尿病(治療)の効果を生きるという経験を示すのである。何が局所の意味を表し、何が全体の秩序を組み立てるのかは、代謝を生きるという実践をとおしてからこそはじめて樹立される。それは、全体と部分の関係を考える上でも示唆的であり、文化人類学の核心に切り込む糸口となるであろう。

まず、病院で行う健康診断の際に、異なる文化的価値観に従う男と女、日本人とアジア人などのリスクの分類は、生物医学の論理を語らせる。一方で会社員が対象者になりやすい臨床試験の制度は、世界のほかの国と違う形で「サラリーマン」(つまり男性)を生活習慣病のリスクファクターとして位置づけ、他方で、そこで計量化された生活様式の比較研究から、日本人の病態が欧米化されつつあるという傾向が見えてくる。同時に、健康診断で高血糖値と診断される病気の事実は、大学の研究所で、アディポネクチンというホルモンを標的とした遺伝薬理学(pharmacogenetics)研究の手順に取り込まれる上で、改めてジェンダーや人種の相違を確定していく。但し忘れてはいけないことは、こうした男女差と民族差の干渉は常にグローバルな空間で生じるということである。従って、ここで簡単に紹介する製薬市場と健康増進の2つの例は、日本における糖尿病研究の、差異化という効果を示している。

薬物を代謝すると同様に、外と内の秩序が、互いの関係に沿って配置されていくのである。すなわち、糖尿病の診断だけでなく、メタボリックシンドロームをはじめ生活習慣病のリスクが広く認識される今日の日本において、「代謝を生きる」ことは、社会ないしは身体の至る所にまでさまざまな制度(生体)と経験(知識)を結びつける、ハイブリッドな現象である。もし、ここで取り上げる糖尿病の事例のように、われわれの日常をあらゆる人工物をとおして構成している知識が、普遍でも局所でもなく、その間を行き来するものであるとすれば、ここで見えてくる「動く標的」は、民族誌的現在の静止画像を描き続けた人類学の方法を問い直す機会を与えるのではないだろうか。これは、ハイブリッドな現象を追いかけるもうひとつの目的である。

【身体、糖尿病、サラリーマン、ハイブリッド、日本】