



Title	危機の中で編まれる医療的アクターネットワーク： ある青海チベット族家庭の治療法探求をめぐる民族誌
Author(s)	靳，宸
Citation	待兼山論叢．哲学篇．2026，59，p. 35-59
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/104626
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

危機の中で編まれる医療的アクターネットワーク

—ある青海チベット族家庭の治療法探求をめぐる民族誌—

靳 宸

キーワード：アクターネットワーク理論／医療人類学／医療的多元論／チベット医学

一．序論

チベット医学は、二千三百余年の歴史を誇る中国固有にして最も重要な医学体系の一つである。仏教哲学に深く根ざしたそれは、心身と霊性のホリスティックなケアをその理念とする。現代中国、とりわけ青海省で戦略的な現代化が推進されるなか、チベット医学は、民族文化復興の一つの道であると同時に、日増しに広く受け入れられる医療実践となりつつある。しかし、その現代化への大きな一歩は、生物医学の厳格な基準、商業化がもたらしうる真正性への脅威、そして文化的な核の保持という、一連の深刻な課題との直面を不可避なものとしている。時を同じくして中国政府は、青海省を含む少数民族地区において、生物医学主導の基礎医療サービスを強力に推し進める一方、伝統民族医学を体系化・専門化・制度化し、生物医学と連携させることにも注力してきた（靳 2021）。その結果、青海省の医療サービスは生物医学と伝統医学が混在するハイブリッドな性格を強めている。筆者のフィールドワークによれば、一般に認識される「医療サービス」の枠外にも、現地のチベット族コミュニティでは宗教的相互作用を基盤とする非公式な「治療行為」が実践されていることが確認できる。

このような複雑な背景のもと、本稿は以下の問いを立てる。青海省のチベット族患者の受診実践はどのような様相を呈しているのか。その医療決定

はどのような要素に影響されているのか。そしてそれは、現代中国の少数民族地区における「医療的多元論」(medical pluralism)のいかなる変容を映し出しているのか。

これらの問いに答えるため、本研究はアクターネットワーク理論 (Actor-Network Theory, ANT) を分析の核心的枠組みとして採用する。ANT とは、ブリュノ・ラトゥール (Bruno Latour) らによって提唱された理論的視座であり、科学的知識や社会的事実を、あらかじめ存在する実体としてではなく、人間と非人間 (non-human) を含む多様な「アクター」(actors) が、絶え間ない相互作用、交渉、連携を通じて共に「構築」するものとして捉える (Latour 1987)。この視座は医学関連の研究でも広く応用されており、人間と非人間の要素を対称的に並置することで、人々が医療技術やサービスを利用する際に、単に治療を受動的に受け入れているのではなく、技術と人間が相互に形成し合う持続的な過程へと「巻き込まれ」(enrolled) ていることを明らかにする (Prout 1996)。とりわけ、民族医学を含む代替医療の実践を理解する上で、この視点は有効である。ANT は、本質的に象徴的意味を持ち、人間と非人間アクターのネットワークによって構築される新しい「生物社会的な自然」(biosocial nature) モデルの形成を促し (Scott 1998)、それによって複雑な医療実践をより包括的な角度から理解することを可能にするのである。

本稿において ANT の視点は、人間／非人間、科学／伝統といった二元論的対立を超え、患者や家族、医師やラマ僧、そして研究者自身といった人間のみならず、ウイルス、薬物、診断基準、階層的医療システム、さらには宗教儀式や占いの結果といった、同様に能動性を持つ非人間的的存在をも、ネットワークを構成する対等な「アクター」と見なすことを可能にする。これらの多様なアクターの連携、交渉、衝突を追跡することで、受診に至る道のりという動的なネットワークの形成過程を、それを個人の「合理的選択」に単純に帰するのではなく、より鮮明に描き出すことを目指す。

これを踏まえ、本論文は「医療的多元論」という古典的な概念の再検討を

行う。チャールズ・レスリー（Charles Leslie）が、アジア社会における生物医学と伝統医学の並存現象を記述するためにこの理論を先駆的に用いて以来（Baer 2011）、この分野の研究は常に活発であった（Sen and Chakraborty 2017; Cant 2020）。しかしその後の研究は、静的な「体系」の並存という単純な記述を早々に乗り越え、アフリカで見られる「医学的シンクレティズム」（medical syncretism）の実践や（Janzen 1978）、イスラエルで観察される「境界作業」（boundary work）による共存モデルなど（Shuval and Mizrachi 2004）、多元的医療の現実が複雑な交渉と再構築に満ちた動的なプロセスであることを明らかにしてきた。

それに応じて、「医療的多元論」という概念自体への批判も現れた。伝統的なモデルが「独立した医療サブシステム」に注目しすぎるあまり融合現象を軽視し（Baer 2011）、かつグローバルな視野を欠いているという指摘や（Raffaetà et al. 2017）、さらには政治経済学的な観点から、グローバル資本主義の下では異なる体系間の差異は単なる「表象」に過ぎず、真の多元性にはもはや一種の「神話」（myth）であるというラディカルな主張もなされている（Han 2002）。

本稿は、あるチベット族家庭の兄弟二人の事例の ANT 分析を通じて、上述の批判に応答し、多元的医療を静的な「選択肢のメニュー」と見なす伝統的なモデルに挑戦し、それが動的な「実践の過程」であることに注目する。そこでは、多元主義の活力が、並存する「体系」自体ではなく、むしろ多様なアクターが特定の状況下で紡ぎ出す「ネットワーク」そのものにこそ宿ることが明らかにされる。近代化とは、「伝統」が「近代」に一方的に取って代わられる線形のプロセスではなく、抵抗、交渉、取り込み、そして巧みな「縫合」に満ちた持続的な場なのである。オントロジーのレベルから視野を更新するならば、医療的多元論が、患者に無批判に受け入れられる理想の青写真でもなければ、資本主義によってすでに消滅させられた「神話」でもないことを発見し、議論をより開かれ、より想像力豊かな方向へと導くことができるだろう。

本研究は、青海省における民族誌的フィールドワークに基づいている。調査は2024年8月から9月にかけて実施され、主に二つの代表的な地点、すなわちチベット族の文化的雰囲気が濃厚な玉樹チベット族自治州と、省都であり多民族が集う現代都市・西寧に集中した。研究は主に参与観察と半構造化詳細インタビューを組み合わせた方法を採用した。特筆すべきは、本研究において筆者自身が、単なる観察者としてフィールドに存在するだけでなく、時としてアクターネットワークの一部を構成するに至った点である。この再帰性（reflexivity）についても、後の事例分析で検討する。すべてのインタビューは、対象者の同意を得た上で行い、プライバシー保護のために個人情報情報は匿名化処理を施した。

二. 背景：青海省における多民族共存と構造的制約

この複雑で興味深い治療法探求の事例は、青海省が持つ独特な社会的、経済的、そして政策的環境の中で展開される。第一に、青海は典型的な多民族共存・交流の地である。約600万人の常住人口のうちチベット族が約23.5%を占め、漢族や回族など多くの民族と長期にわたり暮らしてきた。歴史的に見ても、青海では異なる民族集団間の文化変容と経済的相互補完が、緊密な社会的連携を育んできた（Bai et al. 2020）。今回のフィールドワークの二地点は、省内の多様性を象徴している。省都・西寧市は、省全体の政治・経済・交通のハブであり、多民族が混住し漢族が多数を占める、多元的文化交流の最前線である。対照的に、そこから800キロメートル離れた玉樹チベット族自治州は、チベット高原の奥深くに位置し、平均標高は4000メートルを超え、住民の絶対多数をチベット族が占める、濃厚かつ独特な宗教文化の雰囲気に包まれている。

第二に、この社会的景観は、比較的脆弱な経済・自然環境を基盤としている。青海省は経済的に発展途上にあり、一人当たり可処分所得は全国的に見

でも下位で、省内の地域間格差も大きい¹⁾。同時に、高標高・低温・低酸素という自然環境は、リウマチや関節リウマチなどを現地の風土病とする一方、近代化以前の長い歴史においては、この高原を各種の伝染病やウイルスの侵入から守る障壁の役割も果たしてきた。これら一連の経済的・地理的特徴は、本事例を読み解く上で重要な構造的背景をなしている。すなわち、なぜ医療に費やす時間的・金銭的コストが家族にとって核心的な考慮事項となるのか、そして、なぜチベット医学がある種の風土病治療に深い実践の土壤を持ちながらも、新たに侵入するウイルス性疾患への対応力に乏しいのか、という二つの問いへの答えがここにある。

第三に、すべての受診行動は、中国のトップダウン式の医療政策の枠組みの中で行われる。1978年の市場化改革開始以来、中国の医療衛生システムは二つの主要な変革期を経験した。市場化が重視された初期段階を経て、政府が医療資金調達で主導的役割を担うよう調整され、特に予防とプライマリ・ヘルスケアの発展、そして貧困・農村地域への資源傾斜が強調されるようになった。この改革は大きな成果を上げ、中国の医療衛生システムのパフォーマンスを向上させ、過去10年間で全国の95%以上の人口を基本的な医療保障の対象とすることに成功した(Yip and Hsiao 2015)。本事例に深く関わるのが「階層的医療システム(hierarchical medical system, HMS)」である。これは「末端医療機関での初期診療、双方向の紹介・転院」モデルを通じて患者の合理的な受診を促し、資源配分の最適化と医療費抑制を目指すものだ。この政策は、各レベルの公立病院(三級・二級・末端)と共に、国民の受診行動を規範化しようとする一枚の「国家的ネットワーク」を編み上げている。中国国家主席習近平は2021年にこれを「重病者は省を出ず、一般的な病気は市や県で、日常的な疾病は末端で解決する」と要約した(汪

1) 2023年の青海省における住民一人当たり可処分所得は28,587元であり、全国31の省・直轄市の中で28位であった。省内の各地区の中では、西寧市が35,199元で2位、玉樹州が24,044元で6位となっている。『中国統計年鑑-2024』および『青海統計年鑑-2024』)

et al. 2021)。青海省はこの HMS 政策に積極的に応じ、2022 年から 2024 年にかけて、1 億 770 万元の財政資金を投じて末端医療サービスの整備を強化し、末端医療機関が省全体の診療数の 45% を担うまでになっている（青海省人民政府新聞辦公室 2025）。

HMS は医療格差の縮小に貢献していると指摘される一方（Fu et al. 2025）、その効果は都市部住民に顕著で、農村部住民には及んでいないという研究結果もある（Zhou et al. 2021）。そのため HMS が青海省で実際にどう機能しているかは、重要な論点となる。また特筆すべきは、省内すべての末端医療機関が中医学（漢民族医学）とチベット医学のサービスを提供可能で、156 種類の民族薬が国家医療保険の薬品リストに収載されている点である（郭 2025）。これは、現代医療と伝統医学の結合を目指す中国政府の政策的熱意の表れと言えよう。

以上を踏まえると、青海という数世紀にわたる多民族共存の地は、複雑な社会ネットワークの中で医療実践がいかに交渉され、選択され、再構築されていくのかを考察する上で、他に類を見ない格好のフィールドを提供している。青海の人々が治療法を探求するプロセスは、まさにこのような異文化社会、発展途上の経済、特殊な地理的環境、そして強力な国家政策が織りなす複雑な舞台の上で、交渉、妥協、そして創造性に満ちた旅として始まるのである。

三. 事例：危機の中で編まれる医療的アクターネットワーク

この物語の主人公であり、病に苦しむ二人の患者は、あるチベット族の大家族に属する九歳の兄サンベ（Sam-phel）と七歳の弟ロジュ（Blo-gros）である。医者によれば、兄は「子牛のように頑丈」で明るく活発、対する弟は物静かで内気な、少し華奢な少年である。大都市の喧騒や学習塾の緊張感とは無縁の玉樹州で、子供たちの生活はシンプルで喜びに満ちている。二人は毎日連れ立って同じ小学校に通い、放課後は宿題を済ませると、心ゆくまで

外で遊ぶのが日課であった。

筆者とこの家族は、2020年に筆者が玉樹州を訪れた際に偶然出会った。以来、この大家族と親密な関係を保ち、毎年連絡を取り合っては贈り物を交換している。2024年の夏、一族の若いカップルの盛大な結婚式に招かれたこと、そして玉樹のチベット医学の独特な実践をさらに調査することを目的として、筆者は長距離バスに十数時間揺られ、二百人以上の親戚が集うその場所へと駆け付けた。海外で博士号取得を目指す異民族の友人として、筆者は結婚式に華を添えるために歌を披露することまで求められ、これは私たちの友情関係を一層緊密にする象徴的な出来事となった。式の後、筆者は兄弟の家に滞在するよう招かれ、この大家族の広範な人的ネットワークを介して、濃密なフィールドワークを行う機会を得たのである。

1. 慣れ親しんだ軌道：チベット香から密法へ

物語は2024年8月13日に動き出す。その日、家でテレビを見ていたサンペの目に、突然かゆみと赤み、腫れといった不調が現れた。家族が最初にとった行動は、彼らにとって慣れ親しんだ伝統的な癒しの軌道を辿ることであった。大人たちは高価なチベット薬を含む特製の香に火をつけ、彼の目の前で燻した。これは子供の些細な病痛に対する彼らの常套手段である。夜にはただ、「テレビの見すぎ、スマホのやりすぎだよ。おとなしく寝なさい、明日には良くなるから」と言い聞かせるだけだった。

しかし、状況は好転しなかった。サンペの目は炎症を起こし始め、発熱も伴った。父親は彼を近くの個人診療所に連れて行き、普通の風邪と診断され、一般的な総合感冒薬が処方された。サンペは毎日薬を飲んだが、症状の悪化を防ぐのが精一杯で、結膜炎と朝晩の発熱は依然として続いた。

チベット香と風邪薬を用いると同時に、両親は親族の極めて重要な一人のアクターを頼った。子供たちの祖父、ガジある。齢七十になる敬虔な僧侶である彼は、現代チベット仏教にとって生きる歴史そのものであり、強靱な信仰の化身であった。「文化大革命」期の仏教弾圧と2010年の玉樹大地震によ

る寺院の倒壊という二つの出来事を経験して、彼の守る仏教の伝統は、イデオロギーと物理空間の両面で二度にわたり壊滅的な打撃を受けた。しかし彼は、驚異的な意志の力で、数少ない仲間と共に二度とも廃墟から寺院の伝統を再建したのである。老境に入り、今は家で暮らすものの、その宗教修行は極めて厳格である。毎日早朝から正午まで自室に籠り、読経と瞑想にふけり、所属するニンマ派の密法を熱心に修練している。

チベット地域には二種類の医僧が存在する。一つは、歴史ある寺院で「大小五明」の体系的な教育²⁾を受けた「正式な」医僧。もう一つが、ガジのような「非公式な」医僧である。彼はまず僧侶となり、後に偶然の機縁から独学でチベット医学を学び始めた。彼の寺院には医学の伝承もなければ、メンパ・タツァンもなく、その知識はすべて、独学で医書を読み解き、長年の密法修行で得た心得に由来する。そのため彼の治療法は、チベット医学の知識と個人の精神修養が深く結びついた産物と言えた。家族にとって、彼が指示する市販薬も重要だが、真に絶大な効果を持つのは、この独特で神秘的な「密法」だと考えられていた。

この「密法」の儀軌 (Kalpa, 密教の儀式の規則・儀法などの意) には定まった手順がある。ガジは常に瓢箪を携帯し、中には浄水が入っている。病人が来ると、彼は詳しく病状を尋ね、患部に向けて瓢箪から浄水を一口含む。同時に密法の神聖な呪文を唱え、その加持された水を患部に力強く噴き

2) 大小五明：別名「十明」。古代インドに起源を持つ仏教の知識体系であり、菩薩が衆生を救済するために習得すべきすべての学問を指す。「大五明」とは五つの深遠な学問分野を指し、チベット医学もその一つで「医方明」(Sowa Rigpa) と呼ばれる。「小五明」は詩学、修辞学、韻律学、演劇学、占星学など、より応用的な五つの日常的学問分野を指す。完備された「大小五明」の教育システムを持つ寺院は、総合的な高等学府であることを意味する。そうした寺院において、チベット医学の伝承を担う分院は「メンパ・タツァン」と呼ばれる。「メンパ」は「医師」を、「タツァン」は「学院」を意味し、合わせて「医学院」となる。「メンパ・タツァン」では、僧侶は長期にわたる体系的な学習を経て、『四部医典』などの核心的な医学典籍を研究し、厳格な試験に合格して初めて医療行為の資格を得る。したがって、「メンパ・タツァン」の存在は、寺院が「正式な」医僧を育成できる制度的保障となる。

かける。この儀軌は、病状に応じて十回、数十回、時には百回以上も繰り返される。さらに彼は、占いや卦を立てて病状の行く末や治療効果を補助的に判断する。その「非公式な」身分と療法の神聖さゆえに、彼が公に医療行為を行うことはない。彼の治療の実践は家族やごく親しい友人に限定され、その親密な関係性自体が治療効果の一部となっていた。

サンペに最初の症状が現れた時、彼は当然のように祖父の元へ連れて行かれ、この儀軌による治療を受けた。ここで特筆すべきは、本事例の患者が未成年であるため、医療決定は法定後見人である両親の代理権によって行われた点である。

しかし、患者サンペは、このような治療を受動的に受けていたわけではない。アクターの一人として、治療ネットワークに能動的に参加していたのである。篤い信仰心を持つチベット族社会で生まれ育った彼が、仏教をどれほど深く理解しているかは定かではない。だが、現地の仏教文化の中で受けた文化化（enculturation）は、彼に密法への強い信頼を植え付けていた。苦い風邪薬を嫌がる腕白な少年は、たとえ 30 分間じっと座っていなければならないにもかかわらず、この密法の治療を喜んで受け入れた。親愛、信仰、そして神秘的な力が融合した治療を来る日も来る日も受けた後、治療が有効かという筆者の質問に対して、彼は「毎回水を噴いてもらおうと、目がずっと楽になって、とても安心するんだ!」と返答した。

宗教儀軌が治療手段となることは、各文化で珍しくない。そして、こうした民間セクターの治療効果は、しばしば患者の主観的な語りを通じてしか現れてこない。例えば中国の「気功」研究では、「気」とは実践者の情動を通じて生成され、その知覚によって想像される感覚的な結果であるとされる（黄 2022）。また、北タイの人類学調査では、人々が理性的には「呪術」を様々に解釈しつつも、その効果を自らの感覚を通じて体験していることが示されている。興味深いことに、生物医学という「現代知識」の介在が、かえってその呪術的な感覚体験を増幅させ、人々の確信を深めることさえあるという（飯田 2015）。

これらの実践は、人類学者クラインマン（Kleinman）の古典的な理論を裏付けている。クラインマンによれば、あらゆるヘルスケア・システムは、大衆（popular）・専門家（professional）・民間（folk）という三つの重なり合うセクターから成る。本事例におけるガジの密法は、家庭内で行われる「大衆セクター」の実践であると同時に、信仰治療師が主導する「民間セクター」にも属する。クラインマンが台湾の研究で示したように、民俗医療が成功する鍵は、治療者と患者が同じ文化的脈絡と宇宙観を共有し、患者が受容可能な「説明モデル」を見出すことにある（Kleinman 1980）。それによって、疾病と信仰は患者の生活経験の中で共存可能となるのだ。

したがって、代替医療がいかなる「エビデンス」によってその有効性を証明しうるのかを問う時、生物医学的な「証拠に基づく」基準を当てはめるだけでは不十分である。これは単なる方法論の問題ではなく、むしろ存在論（オントロジー）の問題——すなわち、異なる医療実践が「創造」する現実そのものが異なるという問題なのである。クリスティン・アン・バリーが指摘するように、身体化され（embodied）、間主観的で（inter-subjective）、標準化された測定が不可能な、人類学的な意味でのエビデンスに注目する必要がある（Barry 2006）。この視座に立つことは、「この治療は有効だ」と短絡的に結論づけるためではない。むしろ、既存の判断基準を一旦保留し、より開かれた心で、こう問い直すためなのである。——特定の苦境に置かれたアクターにとって、一体何が「治療」なのか。そして、ある治療効果が、いかにして特定の物質的＝記号的ネットワークの中で共に「作り出される」のか、と。

2. 軌道の逸脱：筆者自身の介入と「アデノウイルス」

四日が経過してもサンペの病状は一向に好転せず、さらに悪いことに、8月18日に弟のロジュにも同様の目の症状が現れた。二人は前後して発病し、病状はほとんど同じだった。彼らの家に滞在していた筆者は日増しに不安を募らせ、これがただの風邪ではないと確信した。そこで、自らの「現代的知

識人」として持ちうるリソースを動員し、インターネットで子供たちの症状を基に情報を収集し始めた。すぐに、ある言葉が目飛び込んできた——「ヒトアデノウイルス」。それこそが、当時中国の多くの地域で猛威を振るい、多数の子供たちを発病させていた元凶であった。

ヒトアデノウイルス（HAdV）は、特に子供たちの間で呼吸器、眼、胃腸などに多様な症状を引き起こすありふれたウイルスだが、特定の型は感染力が強く、集団発生しやすい。そして抗生物質は効かない（朱，毛 2022）。症状と流行の特徴から、彼らが感染したのは HAdV-55 型である可能性が極めて高かった。このウイルス株は新興・再興の呼吸器病原体であり、その最初の株は、2006 年に中国陝西省の集団感染から分離されたものであった（Walsh et al. 2010）。

筆者は自らの判断を子供たちの母親に告げ、専門的な医学知識を、彼らの生活の中で実践できる具体的なアドバイスへと「翻訳」し、次のように語りかけた。「この病気はアデノウイルスといって、普通の風邪ではありません。感染力がとても強いので、ロジュ君はきっと毎日一緒に遊んでいるサンベ君からうつったのでしょうか。二人が熱を出したり、目が赤くなったりしているのは、スマホの見すぎが原因ではなく、このウイルスが引き起こしている症状です。このウイルスには特効薬がなく、基本的には子供自身の力で乗り越えるしかないので、しばらく時間がかかるかもしれません。心の準備が必要です。私たちができるのは、少しでも子供を楽にすること。例えば、毎日熱を測って、時間通りにイブプロフェンを飲ませて熱を下げる。夜に熱がひどくなったら、温かいタオルで額や脇の下を拭いてあげて、たくさん水を飲ませ、体力補給に水に少し塩と砂糖を入れてもいいでしょう。ここ数日は、ヤクの肉や牛乳のような消化に悪いものは避けて、果物や野菜をたくさん食べて、ビタミンを補給してあげてください」³⁾。

3) 筆者が当時参照したオンラインの公衆衛生情報に基づく、アデノウイルス感染症に関する医学的知見の要約は以下の通りである。1. 感染源および伝播経路：主な感染源は有症状および無症状の感染者である。伝播経路は飛沫感染、接触感染、

この介入は、事態の方向性を決定的に変えた。それまで両親はその病名を聞いたことがなく、このような大規模な伝染病への認識を欠いていたからだ。この「無知」は個人の不注意ではなく、深刻な構造的情報非対称性の現れである。研究が示すように、現代社会では、たとえオンラインの健康情報が無料で提供されていても、社会経済的地位の低い人々は情報アクセスに多くの障壁を抱え、「デジタル・デバイド」が健康格差をさらに拡大させる (McCloud et al. 2016)。玉樹のような遠隔地の高原では、住民が日常的に接する情報生態系は、北京や上海といった大都市とは全く異なる。後者の中産階級の親たちが、ソーシャルメディアや育児アプリが提供する密な情報フローの中にいる一方で、この地域の親たちは口コミによる地域の経験や身体の直感に頼ることが多い。eヘルスリテラシー（人々が新しい情報技術を用いて健康を実現する能力）が高い層と低い層との間のギャップは、インターネット利用が複雑化するにつれて拡大し、デジタル健康情報の領域に新たな不平等を生み出している (Neter and Brainin 2012)。

したがって、大都市で常に公衆衛生情報を追う「適格な」親たちとの比較は、それ自体が特定の社会階級の文化的産物を浮き彫りにする。「適格な」親というアイデンティティは、現代中国の都市という文脈において、育児を精緻化されたリスク管理と見なす責任モデルを前提としており、親が情報マネージャーとして常に警戒を怠らないことを要求する。しかし、玉樹の日常

糞口感染が主であり、潜伏期間(平均3～8日)の末期から急性期にかけて感染力が最も強くなる。2. 臨床的特徴: 急性の発症を特徴とし、初期から39℃以上の高熱が反復することが多い。咳嗽、喘鳴を伴うほか、一部の患児では下痢、嘔吐、重度の腹部膨満が見られる。結膜充血や扁桃の滲出物を認める症例もある。3. 臨床経過: 軽症例では通常7～11日で解熱し、諸症状も寛解する。しかし、重症例では高熱が2～4週間持続することもある。4. 治療方針: 本感染症に対する特異的な抗ウイルス薬は存在しない。治療は対症療法、支持療法、免疫調節、および合併症に対する処置が中心となる。5. 在宅管理: 体温をモニタリングし、適宜解熱剤を投与するとともに、物理的クーリングを行う。発熱時には十分な水分および電解質の補給が必須であり、脂質や刺激物の多い食事を避け、ビタミン摂取を励行する。

生活に、このような育児のスク립トは根付いておらず、またそれが育つ情報的土壌もない。ゆえに、この両親の情報経路は単に「断絶」していたのではなく、国の公衆衛生情報が遠隔地まで浸透する際に生じる「構造的な溝」を露呈したのである。このような情報の溝の中に置かれた子供たちは、全国的な流行病に対して客観的により脆弱となる。これは、情報の不均衡な分配が引き起こす、目に見えにくい構造的脆弱性である。

この背景のもと、筆者の「科学知識の普及」(knowledge translation)は、単なる情報伝達以上の意味を帯びた。それは実質的に、構造的な溝を架橋する「知識の翻訳」であった。抽象的な公衆衛生の警告を、彼らの子供の生命に直接関わる、具体的で差し迫った家庭の危機へと「翻訳」することだった。この「翻訳」という行為は、知識の再構築作業であった。抽象的な疫学の論理(感染経路や潜伏期間など)を、家族関係に基づいた具体的な感染の物語(「弟は兄からうつった」)へと転換させ、専門的な医療用語(対症療法や電解質の補給など)を、現地の文化的・生活的条件下(ヤクの肉を避けるなど)で理解・実行可能な具体的な在宅ケアの方策へと変換させた。さらに重要なのは、この翻訳が、家族が元々持っていた「風邪」や「スマホの見すぎ」といった認識の枠組みを、新たな生物医学的説明によって「上書き」し、この危機に全く新しい、警戒すべき意味を与えた点である。

この成功した「翻訳」こそが、「アデノウイルス」という未知の医学名詞に切実な重みを与え、最終的に彼らが事態の深刻さを認識し、決定的な行動を起こす原動力となったのである。フィールドワークにおいて、筆者は単なる観察者ではなく、思いがけない瞬間に家族の医療危機に巻き込まれ、彼らのアクターネットワークにおける予期せぬ変数となった。

ここで、見過ごされがちな非人間的アクター——「ウイルス」——に注目すべきである。歴史的に、チベット高原はその独特な地理的環境ゆえに、多くの大規模な流行病からある程度守られてきた。しかし、現代の交通ネットワークは、HAdV-55のような「新しい」ウイルスに高原への扉を開いてしまった。中国国内で発見され、世界的に見ても再興の新興病原体であるこの

ウイルスは、これに一度も遭遇したことのないこの家族、ひいてはコミュニティ全体にとって、紛れもなく未知の侵入者であった。ウイルスは現代の交通機関を「利用」し、免疫系が未熟な子供たちを宿主として「選び」、そして「狡猾にも」風邪や炎症と酷似した症状を引き起こすことで、自らを「隠蔽」し「繁殖」させた。

この光景は、歴史家アルフレッド・W・クロスビーが提唱した「ヴァージン・ソイル・エピデミック」（未伝播地流行）という概念が、ミクロなレベルで再現されたかのようである。この理論は、新たな伝染病が未接触の集団に持ち込まれた際の壊滅的な結果を記述している（Crosby 2004）。現代のチベット地域でこの概念を用いるには慎重を要するが、ANTの視座から「ウイルス」自体をアクターと見なすことで、我々は明確に次のことを理解できる。すなわち、チベット地域が現代中国という巨大なネットワークに統合される時、彼らが直面するのは、まさに HAdV-55 のような未知のアクターとの遭遇なのである。リンダ・ナッシュが促すように、現代の研究は伝統的な「ヴァージン・ソイル」の物語から脱却し、むしろ微生物といった非人間的要素を能動的な存在として、物語の中に批判的に組み込むべきなのである（Nash 2014）。

3. 膨張と安定：危機におけるアクターネットワーク

両親は直ちに兄弟を連れて地元で最も大きい玉樹州人民病院へ行き、二人ともアデノウイルスと診断された。一週間の治療の後、8月25日に、サンベは頑健な体格のおかげですぐに回復したが、体の弱い弟ロジュの病状は急変し、アレルギー性紫斑病（ヘノッホ・シェーンライン紫斑病、HSP）を発症した。HSPは4歳から10歳の子供によく見られる血管のアレルギー性疾患で、アジア系の集団での発症率が欧米やアフリカ系の集団よりも高い。原因は未だ不明で、感染、免疫異常、遺伝などが関与している可能性があり、子供の再発率も高いことが指摘されている（袁、金 2013）。発病時、ロジュの四肢と臀部には痛々しい紫斑が現れ、病院の医師は、慎重に治療しなければ

生涯にわたる再発性のアレルギーに発展する可能性もあると警告した。

ロジュの病状を治療するため、彼の両親は大きな不安と不信のなかで、必死の「リスクヘッジ」を開始した。一方では現代生物医学の治療計画に従い、もう一方ではあらゆる社会関係を動員し、一族のネットワーク内で同時に四人の異なるチベット医に処方箋を求めたのである。これらの医師は、「チベット・西洋医学結合」の教育を受けた、中国の管理制度下で「民族医学」の医師免許を取得し、『中華人民共和国中医薬条例』に合致する正規の従事医師であった（孟 et al. 2015）。筆者もまた、師事するタール寺の高名なチベット医の師匠⁴⁾を彼らに推薦した。チベット医たちの見立ては、ロジュの体内で「ルン・チーパ・ペーケン」の三要素が失調しており、特に「チーパ」（胆・火）の不均衡による毒素と火熱の邪気を取り除く必要があるという点で概ね一致していた。同時に、失調した「ペーケン」（涎・水）の機能を調和させ、体液循環の改善や代謝異常の是正も必要だとされた⁵⁾。様々な薬が処方されるなか、両親はそれら全ての診断と処方箋を比較対照し、「共通性」を探し出すという戦略をとった。そして、全医師が推奨する薬のみを慎重に選び取り、他の「リスクがある」と見なした薬は採用しなかった。

4) 前注したように、この師匠は体系的な伝統教育（「メンパ・タツァン」式）を受けた「正式な」医僧である。

5) ここでのチベット医の診断・治療原則は、チベット医学の病理学・生理学の核心をなす「三因理論」に根差している。本理論によれば、人体は「ルン（風）」「チーパ（胆）」「ペーケン（涎）」という三つの根源的なエネルギー（あるいは要素）から構成され、この三者の動的な均衡こそが健康の鍵であり、一旦その均衡が崩れる（いずれかの要素が過剰または衰弱する）と、様々な疾病が引き起こされるとされる。ルン（rlung）：「風」と訳され、運動・循環・呼吸を司るエネルギー。神経系や精神活動、血液循環などと密接に関わる。チーパ（mkhris pa）：「胆」または「火」と訳され、熱エネルギーと新陳代謝を司る要素。ペーケン（bad kan）：「涎」または「土・水」と訳され、身体の構造、体液、安定性を司る要素。したがって、チベット医学における診断と治療の根本目標は、脈診や問診などを通じて三元のいずれかに失調が生じているかを判断し、薬草、食事、生活指導といった方法を用いて、再び均衡状態へと回復させることにある。

この一連の行動は、人類学の「治療法の探求プロセス」(health seeking process) 理論で説明できる。患者が病気の脅威度——すなわち「危険性」と「障害をもたらす可能性」——をどう評価するかから始まり、その認識が次の行動を決定する。また、治療法の探求は孤立した個人的行為ではない。家族や親友といった「パーソナル・ネットワーク」(personal set) は、過程のあらゆる段階で重要な役割を果たし、助けを求める方向性や健康への信念に影響を与える。最終的に、専門家との相互作用において、医師と患者の関係の質もまた、患者の主体的選択に深く影響されるのである (Chrisman 1977)。

広範囲の紫斑という視覚的衝撃と、「生涯にわたる再発」というリスクに直面し、ロジュの治療法探求は、より複雑なネットワークのアセンブリッジへと向かった。母親が言ったように、「万全を期す」ため、さらに困難な医療の旅が始まったのだ。母親は仕事を休み、ロジュを連れて十数時間バスに乗り西寧へ向かった。まず全国最大級の公立チベット病院である青海省チベット病院を、次いで青海省婦幼保健院を訪れた。後者は省内トップクラスの三級甲等病院であり、HMS における上位医療機関である。当初彼らが西寧行きを躊躇した理由は、病状の深刻さへの認識不足、時間や費用の制約、そして上位病院への「紹介状」が必要という制度的障壁があった。これは、人々が医療を避ける理由を「必要性の認識」「アクセス障壁」「選択肢としての評価」に分類した先行研究とも一致する (Taber et al. 2015)。

数々の障壁を乗り越え、8月28日になると、ついに西寧の先進的な病院に辿り着いた彼らを、新たな挑戦が待ち受けていた。医師がロジュにCT検査を求めた時、両親は「CTは重病人がやるものだ。こんな小さい子に撮らせるなんて、怖い」と、強い恐怖と疎外感を覚えたのである。

研究が示すように、代替医療の利用者は必ずしも生物医学に敵対的なわけではない。彼らが代替医療を選ぶのは、それが自らの価値観や信仰、生命観により合致していると感じるからである (Astin 1998)。代替医療が患者の全体性や世界との繋がりを脅かさず、参加型の体験を通じてエンパワーメン

トの感覚を与えるのに対し（Kaptchuk and Eisenberg 1998）、生物医学はしばしばその逆である。CT という冷たい機械を前にした時、抽象的だった現代医学の論理が具現化し、仏教の世界観の中で調和していたはずの身体が、純粋な生理学的器官へと分裂されてしまう。しばしば過小評価または無視されがちな、CT スキャン検査が引き起こす心理的ストレスは（Heyer et al. 2015）、この家族にとって紛れもない苦境となった。CT の科学的原理も、紫斑病の病理学的解釈も理解できないまま、効率重視で人間的配慮に欠けがちな公立病院という場で、身体を解体する現代医学の論理は、彼らの生活世界に一貫して流れる仏教的世界観と激しく衝突した。

この最も混乱した瞬間に、彼らは筆者——彼らを研究する「部外者」——にさえ助けを求めてきた。母親は切々と問いかけた。「ジンちゃん、君は博士課程の学生で、チベット医学も現代医学も分かっている、うちで一番学がある…。ここで西洋薬を使ったり、注射をしたり、CT を撮ったりすべきだと思うかい？ 子供があまりにも可哀そうだ！ それに私たちは、西洋医学は体に害の方が大きいとずっと思っている。どうしてもこの治療を子供に受けさせたくないんだ。」

突如として医療決定を下しうる最高権威の地位に置かれた筆者は、その暗黙の責任と結果を前に、明確な返答をためらった。その膠着状態を破り、崩壊寸前のネットワークを再び安定させたのは、予期せぬアクターであった。——遠く玉樹にいる祖父ガジが、孫のために占いで卦を立てたのである。その結果はこうだった。「やはり西寧の大病院へ行くべきだ。そこでの治療が最良の効果をもたらすだろう」。この最も神聖で伝統的な経路からもたらされた「神託」が、最終的に両親に現代生物医学を受け入れる決意を固めさせた。それはまるで一本の碇のように、矛盾と衝突に満ちたネットワークを、ひとまず安定へと導いたのである。

では、なぜ筆者は彼らの問いに答えられず、占いが最終的な合意形成の手段となりえたのか。この「占い」への依存の背後には、深い認知人類学的な基盤がある。パスカル・ボイヤールが指摘するように、多くの小規模社会で

は、重要な集团的決定に占いが必要とされる。筆者が答えをためらったのは、当時の危機的状況において、内部の人間（筆者も含む）からのいかなる助言も、個人的な意図や利害を伴うものと見なされかねなかったからだ。しかし、占いはこの点を巧みに回避する。ポイヤーによれば、人々が占いを信頼するのは、占い師を神聖な情報の「作者」ではなく「伝達者」と見なすからである。したがって、その結果は、あらゆる参加者の私心を超えた、より客観的で公正なものとして解釈される。まさにこの非個人的な「客観性」こそが、占いの判断を参加者全員にとっての「焦点」(focal point) たらしめる。皆が進んで同意する「神託」を前に、不安に苛まれた家族は、最小限の感情的摩擦で迅速に合意に達し、次の集団行動を効率的に調整することができたのである (Boyer 2020)。

幸い、8月28日から9月8日まで、一週間以上の治療を経てロジュは回復し、この家族の治療法の探求の旅もついに終わりを告げた。全過程を振り返れば、それはウイルス、チベット香、両親、ガジ翁さんの密法と占い、インターネット、個人診療所、二つの都市の大病院、冷たいCT装置、多くのチベット医、そして——予期せぬ変数としての——筆者自身が、共に編み上げた混沌のネットワークであった。

この過程をラトゥールが言った「既成 (Ready-made)」の記述へと単純化するならば、そこにはただ現代医学の勝利という筋骨きだけが残るだろう。しかし、このネットワークにおけるすべてのアクターの軌跡を記録して初めて、「発病」から「治癒」へと至る「実践としての科学」のありのままの姿が浮かび上がる。一見単純な医療決定（例えばCT検査）が、まさしくこの社会的、技術的、人間的要素が織りなす喧騒のネットワークの中で、いかに困難を伴って「作り出されて」いるのか。そして、研究者である筆者の「予期せぬ」介入は、このネットワークの中でいかなる役割を果たしたのか。これは、次章で論じるべき、より深層の問いを提起している。

四. 考察

七歳のロジュと九歳のサンベ兄弟がアデノウイルスに感染した後、彼らの両親は非公式な医僧、個人診療所、地域の病院、そして公立チベット病院の間で、あらゆる可能性を網羅する治療法探求の旅を繰り返した。筆者本人でさえも、その選択に影響を及ぼす偶然の要因の一つとなった。一見矛盾する選択肢の間で、彼らはある時は神聖な宗教儀式を信頼し、またある時は合理的な生物医学を受け入れた。国家が推奨する科学的指針に従うこともあれば、実践の中で主流の医療規範に挑戦することもあった。ウイルスに遭遇し、インターネットを利用し、親族に、そして外部の人間である人類学者にも助けを求めた。彼らは決して治療を受動的に受け入れたのではなく、その深層で作用する政策という沈黙のアクターに影響されつつも、主体的に行動していたのである。チベット族の患者は、このように複雑で矛盾に満ちた医療の風景の中を、自らの選択、実践、そして信念を羅針盤として航海していく。

まず見て取れるのは、このネットワークにおける重要なアクターとして、HMSが個人の「選択」に境界と軌道を画定すると同時に、興味深いパラドックスをもたらした点である。資源を最適化し患者を末端医療機関に留めることを目的としたこのトップダウン型の制度設計は、玉樹のような遠隔地では二重の結果をもたらす。一方では受診の流れを規範化しようとするが、他方では、公式な末端医療の質が民衆の信頼と需要を満たせない時、この「堰き止め」がかえって地域的で非公式な医療ネットワークの重要性と正当性を強化しうるのだ。「重病は県を出ず」という政策指針と末端医療の現実とのギャップこそが、ガジのような民間セクターに広範な生存空間を提供し、結果として、より多元的で国家の計画から「逸脱」する実践を生み出すことになったのである。

次に本事例は、生物医学が国家の支持を受け、中国で覇権に近い地位を占めていながらも、その権威が地域の現場実践においては一枚岩ではなく、常

に挑戦され、交渉され、再構築される対象であることを明確に示している。兄弟の事例で、家族が最終的に生物医学を全面的に受け入れる決定的な後押しとなったのは、科学のネットワークではなく、宗教のネットワーク——ガジの占いの結果——であった。ここでは、グローバルで標準化された技術体系である生物医学が、ローカルな生活世界で通用するために、最も土着的で神聖な知識体系によって発行された「通行許可証」を必要としたのである。

そして偶然にも、「部外者」である筆者、人類学者もまた、この「通行許可証」を発行するもう一人の重要なアクターとなった。

これは古典的な人類学的反省を促す。すなわち、純粋で干渉を受けない「フィールド」は果たして存在するのか。リンダ・フィンレイの定義によれば、再帰性とは、研究者が自らの背景や主体性が研究プロセスと結果にどう影響するかを批判的に吟味し、研究が研究者と参加者の「共同産物」であることを認める態度を要求する（Finlay 2002; 2017）。この視座に立てば、筆者の介入は、研究者が永遠にその研究フィールドの一部であることを反論の余地なく証明している。透明な記録者ではなく、「博士課程学生」という現代知識の象徴資本（symbolic capital）を持ち、影響を及ぼした一つのノードであった。

具体的に、筆者の介入は実質的に一種の「文化の仲介者」（cultural broker）の役割を果たした。第一に、「アデノウイルス」というグローバルな医学概念を、インターネットを通じて彼らが理解できる家庭の危機の原因へと「翻訳」し、慣習的な治療の流れを打ち破った。第二に、自らのソーシャル・キャピタルを動員し、彼らをチベット医の師匠に紹介した。最後に、人間的な信頼に基づいた立場で、彼らが生物医学を選択する決定に対し、「現代科学」陣営からの外部的な承認を与えた。筆者の存在が、この治療法探求のネットワークをより一層混成的なものにしたが、それこそがグローバルな情報フローと地域的な知識体系が衝突し融合するミクロなプロセスを、まさしく模擬的に示したのである。最終的に、この介入の「偶然性」——それが政治的任務でも経済的動機でもなかったこと——こそが、アク

ターネットワークの根本的な特徴、すなわちその構成が偶然性と不確定性に満ちていることを、はっきりと示している。

伝統的な「医療的多元論」の概念は、患者を「医療のスーパーマーケット」で合理的な「選択」を行う消費者として描きがちである。しかしこの概念は、専門家の視点に偏り、権力や政治経済構造の問題を軽視しているといった理由で、かねてより批判されてきた。多元化とは、異なる医学的伝統が互いに理念や実践を借用し合い、患者がより差異化された戦略を取る動的な状況を意味する (Müller et al. 2022)。本稿の事例は、この再考の思潮に倅さすものであり、近代化の過程における、より複雑で創造的な医学的融合のプロセスを明らかにしている。すなわち、患者とその家族は、固定された医療体系を「選択」しているのではない。むしろ、人間であれ非人間であれ、科学的であれ神聖であれ、あらゆる可能なアクターと積極的に、時には混沌としながら相互作用し、最終的に自らの苦境に応答しうる、個人化された癒しのネットワークを「編み上げている」のである。

アンメアリー・モルは存在論のレベルから、医療実践においては、一つの身体、一つの病気に対し、複数の異なる「身体」が生まれうることを、そしてそれらが調整や包摂を通じて共存可能であることを指摘している。医療実践における存在論が多様な変種の混合体でありうることを受け入れれば、より豊かで強靱な医療実践を支援できる (Mol 2002)。この哲学的観念は、本稿が目指す方向性と一致する。医療における「多重性」(multiplicity) への深い理解を通じて、将来、医療の「多元主義」(pluralism) について、より想像力豊かな考察を行うことができるだろう。それは、壮大な理論で人間の行動を理解しようとする時、常に、生き生きと変化し、偶然性に満ちた具体的な状況に対して、最大限の謙虚さと畏敬の念を保たねばならないことを思い起こさせる。この混沌としたネットワークが最終的に癒しへと至ったのは、まさしくそれが、あらゆる予期せぬ可能性に扉を開き、最終的にそのすべてを創造的に編み込んだからに他ならない。

[参考文献]

- Astin, John A. "Why Patients Use Alternative Medicine: Results of a National Study" *JAMA* 279 (19) 1998 p. 1548.
- Baer, Hans A. "Medical Pluralism: An Evolving and Contested Concept in Medical Anthropology" *A Companion to Medical Anthropology* edited by Merrill Singer and Pamela I. Erickson (Wiley) 2011.
- Bai, Mu, Xin Sui, Changli Zhou, et al. "The Challenge of Cross-Cultural Care Encounters: Perspective of Imported Nurses in Lhasa, Tibet" *BioMed Research International* 2020 (1) 2020 p. 3159178.
- Barry, Christine Ann. "The Role of Evidence in Alternative Medicine: Contrasting Biomedical and Anthropological Approaches" *Social Science & Medicine* 62 (11) 2006 pp. 2646–57.
- Boyer, Pascal. "Why Divination? Evolved Psychology and Strategic Interaction in the Production of Truth" *Current Anthropology* 61 (1) 2020 pp. 100–123.
- Cant, Sarah. "Medical Pluralism, Mainstream Marginality or Subaltern Therapeutics? Globalisation and the Integration of 'Asian' Medicines and Biomedicine in the UK" *Society and Culture in South Asia* 6 (1) 2020 pp. 31–51.
- Chrisman, Noel J. "The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness" *Culture, Medicine and Psychiatry* 1 (4) 1977 pp. 351–77.
- Crosby, Alfred W. *Ecological Imperialism: The Biological Expansion of Europe, 900-1900* (Cambridge University Press) 2004.
- Finlay, Linda. "'Outing' the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity" *Qualitative Health Research* 12 (4) 2002 pp. 531–45.
- Finlay, Linda. "Championing 'Reflexivities'" *Qualitative Psychology* 4 (2) 2017 p. 120.
- Fu, Liping, Ruizhen Wang, and Yu Dong. "The Impact of the Hierarchical Medical System on Medical Resource Allocation in China" *Scientific Reports* 15 (1) 2025 p. 7561.
- Han, Gil-Soo. "The Myth of Medical Pluralism: A Critical Realist Perspective" *Sociological Research Online* 6 (4) 2002 pp. 65–80.
- Heyer, Christoph M., Johannes Thüring, Stefan P. Lemburg, et al. "Anxiety of Patients Undergoing CT Imaging—An Underestimated Problem?" *Academic Radiology* 22 (1) 2015 pp. 105–12.
- Janzen, John M. *The Quest for Therapy in Lower Zaire* (University of California Press) 1978.
- Kaptchuk, Ted J., and David M. Eisenberg. "The Persuasive Appeal of Alternative Medicine" *Annals of Internal Medicine* 129 (12) 1998 pp. 1061–65.
- Kleinman, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the*

- Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry* (Univ of California Press) 1980.
- Latour, Bruno. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society* (Harvard University Press) 1987.
- McCloud, Rachel F., Cassandra A. Okechukwu, Glorian Sorensen, and K. Viswanath. “Beyond Access: Barriers to Internet Health Information Seeking among the Urban Poor” *Journal of the American Medical Informatics Association* 23 (6) 2016 pp. 1053–59.
- Mol, Annemarie. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice* (Duke University Press) 2002.
- Müller, Manuela R., Francisco Ortega, and Angel Martínez-Hernández. “The Woman Who Chose the Terreiro. Lay Care and Medical Landscapes in Mental Health Care in Rio de Janeiro” *Anthropology & Medicine* 29 (4) 2022 pp. 351–66.
- Nash, Linda. “Beyond Virgin Soils: Disease as Environmental History” *The Oxford handbook of environmental history* (Oxford University Press) 2014.
- Neter, Efrat, and Esther Brainin. “eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information” *Journal of Medical Internet Research* 14 (1) 2012 p. e19.
- Prout, Alan. “Actor-network Theory, Technology and Medical Sociology: An Illustrative Analysis of the Metered Dose Inhaler” *Sociology of Health & Illness* 18 (2) 1996 pp. 198–219.
- Raffaetà, Roberta, Kristine Krause, Giulia Zanini, and Gabriele Alex. “Medical Pluralism Reloaded” *L’Uomo Società Tradizione Sviluppo* 42 (1) 2017 pp. 95–124.
- Scott, Anne L. “The Symbolizing Body and the Metaphysics of Alternative Medicine” *Body & Society* 4 (3) 1998 pp. 21–37.
- Sen, Saikat, and Raja Chakraborty. “Revival, Modernization and Integration of Indian Traditional Herbal Medicine in Clinical Practice: Importance, Challenges and Future” *Journal of Traditional and Complementary Medicine* 7 (2) 2017 pp. 234–44.
- Shuval, Judith T., and Nissim Mizrahi. “Changing Boundaries: Modes of Coexistence of Alternative and Biomedicine” *Qualitative Health Research* 14 (5) 2004 pp. 675–90.
- Taber, Jennifer M., Bryan Leyva, and Alexander Persoskie. “Why Do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data” *Journal of General Internal Medicine* 30 (3) 2015 pp. 290–97.
- Walsh, Michael P., Jason Seto, Morris S. Jones, James Chodosh, Wenbo Xu, and Donald Seto. “Computational Analysis Identifies Human Adenovirus Type 55 as a Re-Emergent Acute Respiratory Disease Pathogen” *Journal of Clinical Microbiology* 48 (3) 2010 pp. 991–93.

- Yip, Winnie, and William C. Hsiao. "What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms?" *Health Systems & Reform* 1 (1) 2015 pp. 52–61.
- Zhou, Zhongliang, Yaxin Zhao, Chi Shen, Sha Lai, Rashed Nawaz, and Jianmin Gao. "Evaluating the Effect of Hierarchical Medical System on Health Seeking Behavior: A Difference-in-Differences Analysis in China" *Social Science & Medicine* 268 2021 p. 113372.
- 孟庆跃、杨洪伟、陈文、孙强、刘晓云『转型中的中国卫生体系』（世界卫生组织亚太卫生体系和政策观察）2015。
- 朱贞、毛乃颖「人腺病毒感染的病原学研究现状」*传染病信息* 35 (3) 2022年。
- 中国国家统计局『中国统计年鉴-2024』（中国统计出版社）2024年11月。
- 汪晓东、张炜、赵梦阳「为中华民族伟大复兴打下坚实健康基础——习近平总书记关于健康中国重要论述综述」*人民日报* 2021年8月8日。
- 袁芳、金燕樑「儿童过敏性紫癜研究进展」*临床儿科杂志* 31 (3) 2013 pp. 287–90。
- 郭靓「青海省促进中(藏)医药传承创新发展」*青海日报* 2025年1月2日。
- 青海省人民政府新闻办公室『青海举行基层卫生健康事业发展情况新闻发布会』2025年2月28日。(http://www.scio.gov.cn/xwfb/dfxwfb/gssfbh/qh_13854/202503/t20250303_886091.html 2025年9月7日閲覧。)
- 青海省统计局『青海统计年鉴-2024』（中国统计出版社）2024年12月。
- 靳宸『藏医药地方性知识的话语变迁与当代实践』（中央民族大学修士論文）2021年。
- 飯田淳子「＜特集論文＞呪術の効果と感覚的経験--北タイの農村・病院・学校における語りと実践」*コンタクト・ゾーン* 7 2015 pp. 192–210。
- 黄信者「『氣』はどのように感じられるのか 上海での氣功実践を事例に」*文化人類学* 86 (4) 2022 pp. 598–616。

[謝辞]

フィールドワークにご協力いただいたサンペ君、ロジュ君ならびにご家族の皆様にも深く感謝する。本稿は、JST 次世代研究者挑戦的研究プログラム JPMJSP2138 と JSPS 科研費 JP25KJ1803 の助成を受けた。本稿の日本語表現の校閲にあたり、Gemini Pro (Google DeepMind) を利用した。最終的な内容の責任は著者にある。

(大学院博士後期課程学生、日本学術振興会特別研究員DC2)

SUMMARY

Weaving a Medical Actor-Network in Crisis: An Ethnography on the Health-Seeking of a Tibetan Family in Qinghai

Chen JIN

This paper ethnographically describes and analyzes a medical crisis faced by a Tibetan family in contemporary Qinghai Province, China, to re-examine the concept of “medical pluralism.” In China’s ethnic minority regions today, state-led biomedicine, institutionalized traditional Tibetan medicine, and local folk therapies coexist in a complex arrangement. How do people navigate their health-seeking process and make medical decisions in such a context? This paper addresses this question by Actor-Network Theory (ANT).

The research is based on fieldwork conducted in the summer of 2024 with a Tibetan family whose two sons contracted adenovirus. Their practice was a dynamic “weaving of a healing network” unfolded in crisis. This network enrolled not only human actors — such as patients, family, doctors and anthropologist — but also a diverse range of non-human actors on equal footing: the virus, the internet, state healthcare policies, the grandfather’s esoteric Buddhist rites and “divination,” and even the hospital’s CT scanner.

The analysis reveals three key points. First, it shows that the Hierarchical Medical System, designed to increase the reliability of local primary care, paradoxically strengthened people’s reliance on unofficial folk therapies. Second, it highlights how biomedical authority is negotiated within a local context, especially when it had to obtain a “pass” issued in the form of an “oracle” from a traditional divination. Third, the paper reflexively examines the researcher’s own intervention, which functioned as an act of “knowledge translation” and decisively altered the network’s trajectory. In conclusion, this paper challenges the static model of medical pluralism. It proposes to reframe it as a dynamic “network” that is constantly generated, transformed, and reassembled by heterogeneous human and non-human actors incorporating contingency in specific situations. This perspective offers a more nuanced understanding of how “healing” is achieved in our complex contemporary world.