



Title	＜書評＞イヴァン・イリッチ（著）（金子嗣郎訳） 『脱病院化社会：医療の限界』
Author(s)	宮前，良平
Citation	災害と共生. 2022, 6(1), p. 39-44
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/89293
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

イヴァン・イリッチ（著）（金子嗣郎訳）『脱病院化社会——医療の限界』晶文社，1979年1月刊，328頁

宮前良平¹

Ryohei MIYAMAE

本稿はイヴァン・イリッチ著（金子嗣郎訳）『脱病院化社会——医療の限界』の書評である。本書評の中でときおり、評者である私が自らの思索を深めようと試みる箇所が登場する。本来であれば、そのような文章は注に落とし込んだり、十分に思索を深めてから織り込んだりする必要があることは承知の上で、あえて思索の始まりの段階をそのまま掲載してみたい。そういった段落では、いわゆる論文調の文体から離れ、評者は「私」として登場する。

本書評では明確な結論はくさない。それは、医原病という壮大なスケールで考察される本書への評者なりの対話を読者に開くことを意図している。

1. 医療システムによって生じる病理

著者のイヴァン・イリッチ（イリイチとも）は1926年にオーストリアで生まれ、生涯を通して人間が本来自ら行ってきたことが専門化され自律性が奪われていくダイナミズムを描いた思想家である。かれのテーマは教育・交通と変遷し、本書においては医療システムが焦点化された。

本書『脱病院化社会』は、医療システムの成立・発展によって人間の自律が脅かされていくありさまを描き出す。彼の主張は一見シンプルである。われわれ人類は医療制度の拡大を歓迎した。しかし、それによって人間は人間として生きることを失ってしまった。本来は病を治すはずだった医療が社会に透徹することによって、新たな病理が生まれたとイリイチは主張するのである。

「脱病院化」という本書の核となる概念には、語感のみを追うと思わぬ誤読をするおそれがある。脱病院化は、現代では病院という施設から抜け出して現場へ行こうというような脱施設化を意味することがあり、必ずしもネガティブな意味合いとは限らない。実際、コミュニティケアやコミュニティナースといった地域に根ざした医療は今後の日本社会にとってもはや不可欠となっている。しかし、このような現代的な地域医療の拡大は、地域のあらゆるところに医療システムが偏在しているとも言え、本書においてイリイチが主張する脱医療の思想とは正反対

である。脱病院化とは、病院の脱施設化＝偏在化を礼賛する議論ではなく、むしろそのように偏在化しつつある医療システムによって剥奪されてしまったものは何かという点に着目した論考である。ダメ押し的に述べれば、本書の1976年版の原題は『Limits to Medicine』つまり、邦訳版の副題でもある「医療の限界」であり、「脱病院化」は、医療システムの限界を述べるために考案された概念であることが理解されよう。

このように、いたるところまで医療システムに依存した現代社会における問題をイリイチは指摘するのだが、それは単に病院がたくさん建てられたとか医療従事者数が増えたといった表面的なことを指しているわけではない。私たちの生が医療システム抜きにはもはや成り立たなくなっていることをもって、イリイチは医療の偏在を指摘するのである。このようにいたるところにある医療システム—かれは狭義の治療のみに議論を限定しているわけではないので、医療システムというより健康維持システムと表現したほうが正確かもしれない—によって、人間が人間として生きることから疎外されていると論じる。

さて、本書でイリイチは医療の発展による社会病理のことを「医原病」と名付け分析している。この医原病の正しい理解が本書の正しい理解に直結する。医原病とは、読んで字の通り、医療システムが原因となって生じる病的状態のことである。本来であれば病を治し人を癒やすはずの医療が病の原因となっているという逆説にこの概念の魅力がある。とはいえ、医療によって病が生じるとは、ワクチンの副反応によって重篤な後遺症が残るとか、診断基準の引き下げによって障害児が増えたとか、そういったことのみを指しているわけではない。そうではなくイリイチは、医療システムによって人間が人間であるための重要な部分が損なわれてしまったと主張する。つまり、医療によって生じる病とは、最終的には、人間性をむしばむものである。

医原病は臨床的医原病、社会的医原病、文化的医原病と段階的にそして不可逆的に発展する。それぞれについて見ていこう。

¹ 福山市立大学都市経営学部 講師

Lecturer, Faculty of Urban Management, Fukuyama City University

①臨床的医原病：医療によって病が引き起こされるというとき、一般的にイメージされるのがこの臨床的医原病だろう。これはたとえば、診断の間違いなど医師のミスによって生じた病や、薬の副作用のことである。言い換えれば、医者や薬などが無ければ生じなかつただろう病のことである。

②社会的医原病：医療の対象が拡大し、ありとあらゆるものが医療化された段階における医原病である。医学によって病気とはなにか、健康とはどういう状態かが定義され、そこから逸脱する人は社会的に承認された医療システムによって病人とされる。また、必要以上の医療が提供され、予防医療や死さえも医療化されることによって、健康なときでさえ医療が必要となる。いわば、あらゆる場面が医療の守備範囲となり、医療以外の選択肢を取ることが社会にとって非合理的とみなされるようにさえる。治療のために病院に閉じ込められ、治療のために医療システムに自らの身体を差し出すことが社会的に妥当となる。このような段階において「患者」はもはや社会のマジョリティとなる。

③文化的医原病：臨床的医原病は医療ケアの結果生じる病であり、社会的医原病は人間が本来的に持ち合わせているはずの、自らの健康を維持し病を治癒する技法を医療制度が奪った段階である。イリイチは、医療制度の透徹によって奪われるのは治癒の技法だけではないと主張する。イリイチは、医療が発達した文化において痛みは取り除かれなければならないものとなったと主張する（pp.103-104）。そうすると、私たちは、痛みや苦しみを取り除くことばかりに執着するようになり、本来有していたはずの、痛苦と上手く付き合う術が失われる。つまり、文化的に培われた受苦の技術（苦痛を受け入れる権利）が医療化によって奪われるのである。スローガンのに言えば、「私たちから苦しみ痛みを奪うな！」というのが、ここでのイリイチの主張である。この段階に至っては、医療は病気を治すことはあれ、人を癒やすことは困難になる（p.126）。文化的医原病は、罹患している状態を感知することさえ困難であるから、そこから抜け出すことは至難である。そのため一種の「世界宗教」（p.161）と化す。

本稿では、上記3つの医原病段階のうち最奥にある文化的医原病に焦点を当てたい。その中でも特に重要と思われる「健康」概念と「自律」概念をイリイチはどのように考えているのかを明らかにすることで、文化的医原病が私たちにとってどのように深刻なのかを理解し、このことを通してイリイチが考え

る人間本来のあり方を捉え直してみたい。

2. イリイチにとって健康とは何か

一般的に考えれば、健康とは痛みや苦しみを抹消し乗り越えた状態のことを指すように思われる。しかし、イリイチの健康概念は、痛みや苦しみとともにある状態のことである。実際に彼は本書の中で「健康であるということは[...]喜びと苦しみの中にあって生命を感じうることを意味している」（p.100、強調評者）と述べている。したがって、苦しみ抜き健康はイリイチの考えでは有り得ない。対して医療は、健康を促進するものというよりも痛みや苦しみを取り除くために存在するものである。その結果、「苦悩する人間の代わりに病気が医療体系の中心におかれ」（p.126）。イリイチが本書の分析対象とする医療とは、端的に言えば、病因を測定し診断しそれを取り除くシステムのことであり、それが達成された状態を一般的には「健康」と呼ぶだろうが、このような状態はイリイチの考えによればむしろ「病」である。

したがって、イリイチの議論にひきつけて言えば、医原病から抜け出し、真の健康に到着するためには痛みや苦しみを取り戻す必要がある。

イリイチが痛みや苦しみを重視するのは、「健康と病気（受苦）は人間を動物から区別する現象である」（p.100）からである。痛みや苦しみは言わば人間の条件である。それゆえ、痛みや苦しみを取り除くことは人間性の収奪なのである。医原病の議論は、医療によって新たな病気になってしまったというしつぱ返しの逆説以上に、医療によって人間が人間であることを奪われてしまうことを問うている。

ここで、痛みによって自己がかたどられるという話は私に幻肢痛の議論を惹起させる。『記憶する体』（伊藤, 2019）で取り上げられている事例によれば、病気によって腕を失ったある人は、義手をつけることで幻肢痛が無くなってしまおうと「腕を忘れる」ように寂しいと語る（pp.141-142）。今はもうない腕が痛みによって存在しているのである。

さて、イリイチは痛みこそが人間を人間たらしめていると論じるわけだが、痛みの性質の中でも特に私秘性に注目している。具体的にかかれは以下のように述べる。「同じ頭痛を悩まないかぎり、誰も『私の痛み』を私が意味するようには理解しない。同じ頭痛を悩むことは、彼が他人であるのだから不可能なことである」（p.108）。痛みはその痛みが当人にとっての痛みである以上、他人に伝達できない。痛

みは個人的なものであり孤独であり、それゆえ他者との断絶である。

しかし逆説的に、イリイチはここに他者とつながる可能性を見出している。「身体的痛みを他人に伝達することは不可能であるにもかかわらず、他人の身体的痛みを知覚することは基本的に人間的なことである[...]われわれが痛みの感覚を共有するという確実性は特別なものであって、われわれが人間性を共有するという確実性より以上のものである」

(p.109) と。私の身体の痛みを他者に伝えることは不可能なはずである。しかし、私たちは他者の痛みを知覚しうることができると思っています。

このような感覚を培うのが文化である。「痛みは、文化によって、言葉、叫び、動作で表現される問題に形づくられ、それらは痛みが体験されるまったくの混乱した孤独の中で分かちあいたいという絶望的試みとして、しばしば認められる」(p.112) とイリイチは言う。痛みは私秘的な現象であり他者と共有不可能なものであるように思えるが、文化によって他者と分かち合う技法が育まれる。痛みは孤独であるが、他者とつながりあう契機を持つ。痛みを取り除いてしまうことこそが真の孤独となるのである。

ここで私は、「痛みの共同体」というようなテーマを思いつく¹。これは、他者の痛みを全くその通りに共感することはできないということは共感可能であるという「共感不可能性の共感」(渥美, 2014)にも通ずるテーマであるように思う。あるいは、伝わるはずのないものが伝わるというふうに抽象化すれば「〈不在〉の写真を見る／撮る」という論考(宮前, 2019)で書いた私の思索の連なりに位置するかもしれない。私たちはそれぞれ、原理的に言えば自分にしか分からない痛みを抱えている。その痛みは、しかしながら、イリイチにしたがえば、他者とつながる回路にもなりうる。

痛みを取り戻すということに価値があるとするなら、災害にも価値があるのかもしれないとも思う。災害はないにこしたことはないのか。しかし、そんな単純な話ではない。災害によって実際に苦しんでいる人がいる以上、災害があったほうが良いとは口が裂けても言えない。それでも、痛みによって共同体ができていくという発想には、どこかポジティブな響きもあり、そのポジティブさを丹念に言葉にしていきたいとも思う。災害はないほうが良いのだけれど、しかし、ないにこしたことはないとは言いきれない微妙な部分にイリイチの議論を発展させる鍵があるように思う。

「ないにこしたことはない」という言葉からの連想で、社会学者である立岩真也の論考「ないにこしたことはない、か・1」(立岩, 2002)を再読した。この論考の主題は障害および障害者であるので、イリイチの議論からは飛躍もあるが、考えるヒントになればと思い読み返した。立岩のしゃべるようにいくつも枝分かれしていく文体に手こずりながら読んでいくと、倫理学者ピーターシンガーの端切れのいい文章が引用されていて目に飛び込む。

動き回るためには車椅子に頼らざるをえない障害者に、奇跡の薬が突然提供されるとする。その薬は、副作用を持たず、また自分の脚を全く自由に使えるようにしてくれるものである。このような場合、障害者の内のいったい何人が、障害のある人生に比べて何ら遜色のないものであるとの理由をあげて、その薬の服用を拒否するだろうか。障害のある人たちは、可能な場合には、障害を克服し治療するための医療を受けようとしているのだが、その際に障害者自身が、障害のない人生を望むことは単なる偏見ではないのだということを示しているのである。(Singer, 1993=1999, p.54)

シンガーは、障害はないほうがいいでしょう、しかし、障害がない社会を望むことは障害者のアイデンティティを否定することにはならないはずだと言う。だって障害者自身も「奇跡の薬」があったら飲むはずだから、と。もちろん、現実には「奇跡の薬」は無いし、障害とともにある世界だけがあるのだから、こういった思考実験は意味を持たないという批判もありうるし、私もシンガーにはそういう批判を差し向けたくなる。しかし、たとえば、「最初から障害のなかった世界」があったらそれはそれでいいのかもしれないとつい思ってしまう自分がある。さらにたとえばシンガーの思考実験に付き合っ、逆に「痛みもなく障害を持つことができる薬」があったら健常者(であるだろうあなた)は飲むかと問うてみたらどうだろうか。飲みたくないと思う人は、「奇跡の薬」を批判する論理を持てるだろうか。

もしも仮にテクノロジーが進み、防災が完璧になり、社会から災害が無くなったとしよう。そういった社会において、少なくとも確実に失われるのは、災害を契機に生まれた人と人とのつながりである²。

最近、私が取り組んでいる「集合的トラウマ」(Erikson, 1976=2021)の議論も参考になるかもしれ

ない。『Everything in its Path』の中でカイ・エリクソンは、コミュニティの破壊や共同性（コミュニティ）の喪失によって集合的なトラウマが生じると論じているわけだが、この議論をひっくり返せば、トラウマが生じている範囲に何かしらの共同性、いわばつながりがあったというふうにも捉えられる。実際にエリクソンはトラウマの定義を拡大していく中で、災害で苦しむ多くの人との連帯を見出そうとしている。そしてこの連帯は、半ば自嘲的に言われることもある「傷の舐めあい」というようなものでは決してなく、イリイチの言う「文化」のような人間の尊厳を守るものであるように思う。

3. イリイチにおける自律とはなにか

イリイチは本書の中で、脱病院化社会においてわれわれが取り戻すものとして、健康を挙げているのではない。いや、もちろん言葉上は健康を挙げているのだが、健康そのものを取り戻そうとしているのではないと読むべきだろう。イリイチは、健康や痛みを取り戻すことで、人間の自律を取り戻すことを主張しているのである。

イリイチにおける自律概念は少し注意して読み取ったほうがよさそうである。すでに述べたように、イリイチは健康や病についての自律を医療制度から取り戻すべきであると主張する。しかしながら、彼の主張する自律は、一流のアスリートが自らの肉体にするように、身体のすべてをコントロールし、自由自在に動かすというような発想とは若干異なるように思われる。たしかにイリイチは、本書を通して、生命が他律的に管理されることへの批判を展開している。しかし、医療システムによる他律的な生命の管理への対抗策として、単純に、自律的な生命の管理を持ち出しているわけではない。

ここで注目したいのが 38 頁から 39 頁にかけて（社会的）医原病の説明として述べられている「苦悩、悲しみ、治癒が患者の外側のものにな」（pp.38-39）というフレーズである。同様の記述は以下にも見られる。「それ（文化的医原病【評者注】）は個人が現実と直面し、自己の価値を表現し、避けがたくもしばしば癒やしえない痛み、損傷、老衰、死を受け入れる能力を駄目にしてしまうのである」（p.99）。つまり、医原病という社会病理が文化的医原病へと進行すると、痛み、損傷、老衰、死を自らに引き受けができなくなってしまうとイリイチは言う。

では、苦悩や悲しみ、痛み、損傷、老衰、死が自

らの内にある状態とはどういう状態であろうか。それらを自らが完全にコントロールするということではないように思われる。そもそもそれらを完全にコントロールしてしまおうという発想こそが医療システムの礼賛につながったのではなかったか。であるならば、完全にはコントロールできないものがそれでもなお私の内にあると感じられる状態をイリイチは自律と呼んでいるのではないだろうか。これら苦悩や悲しみ、痛みは、私たちにとって避けがたくどうにもならないものである。これらが不意に襲ってくるかもしれないという他者性を引き受けることこそがイリイチの言う自律なのではないだろうか。

自律と他律のパラドキシカルな関係は、防災の分野において能動性と受動性の関係として議論されてきたことでもある。たとえば、近年脚光を浴びている「防災スイッチ」（竹之内ほか、2020 など）は、住民が避難のタイミングを自ら決めるという点に注目すれば、自分の身を自分で守る能動的な防災となるだろう。しかし、その実、避難のタイミングを予め決め、災害時には自らの判断を介在させずそれに従うという点に目を向ければ、受動性こそが防災スイッチの鍵を握っているとも考えられる。また、矢守（2019）は、避難における能動—受動パラダイムでは把握しきれない事例をいくつも紹介し、大澤真幸の理論をもとに、能動性と受動性の関係を次のように述べる。「主体性や能動性の極点には、むしろそれとは正反対に自らの意志を超えた何かに操られているかのような従属性や受動性が介在している（裏返せば、高度の受動性の背後には、同じその人物の高度の能動性が隠れている）」（p.6）。能動性を突き詰めた先には、受動性がある。ここにイリイチが主張するような、自律性の極点にある他律性への着目を読み取ることができるだろう。

ここで再び私は立岩真也の議論を思い出す。かれの主著である『私的所有論』（2013）の中で、だれかにとっての他者であるということによって自己は存立するというようなことを（私的所有論や自己決定論への論駁によって）述べている。そしてそこで言う他者とは、端的に言えば、コントロール不可能なものである。上に述べた幻肢痛のいつ襲ってくるかわからない痛みや、障害によって思うように動かない身体、人生において突然やってくる苦しみ—これらは現代社会では予め取り除いておくことが望ましいとされる—がそれである。

健康であることを望むことによって、医療システムが発展し社会全体に透徹した。しかしながらその

ことによって私たちが本来持っていた痛みや苦しみに対応する術は失われつつある。自らの身体にまつわることは、病気や健康だけでなく、死に関することまで、医療システムへと外部化されてしまった。この医原病的状況下で真に問題なのは、それに対処する人間の自律が失われてしまったことである。そして、その自律とは、専門的な医療システムを自らの身体に輸入し、病を自身で管理するというものではなく、自らではままたまらないものとともにある技術のことを指すのだと考えられよう。

4. 医原病から援原病へ

医原病とは、医療システムの発展、透徹によって病理が生じた状態のことであった。そして、ここで言う病理とは、身体的な病理のみならず、人間が本来持ち合わせていたはずの受苦の技術を損ない、それゆえに痛みによる人間性の涵養や、他者との連帯が上手くいかなくなることをも含んでいる。さらに、イリイチの考えを突き詰めていくと、自律の極点には自らのコントロールの及ばないような他者性があるという考えが得られた。痛みや苦しみとは、そのような他者性の一つの現われである。

不意に襲ってくる痛みや苦しみを予測し、予め防衛策を練り、安心して暮らしていけるようにする。この考え方のもと医療システムは発展した。同様の理念は防災も共有していると考えられる。災害という不意に襲ってくるものを事前に測定できるようにし(e.g., 台風の進路予測、緊急地震速報システムなど)、災害の影響が大きくなると判断された場所には堤防など大規模な建造物が建てられ、いつ災害が襲っても安心して暮らせるようなレジリエントな社会が目指されている。医療が原因となって生じる病を「医原病」と呼ぶなら、防災および災害後の支援が原因となって生じる病を「援原病」³と称することも可能だろう。

そう考えれば、痛みを消すことが目的の支援が行き届いた社会によって失われるのは、前述した痛みの共同体のような、被災者と被災者のつながり、あるいは被災地と被災地のつながりであるように思う。

イリイチは本書の第4章において、「反生産性」をキーワードとし、医療システムの発展によって医療の価値が使用価値から交換価値へと移り変わったことを述べている。つまり、近代化にともない、私たちの社会は医療によって人を癒やすという価値が損なわれ、その代わりに、市場での価値(e.g., 利益率)ばかりが求められていくのである。そして、こうい

った状況が閾値を超えたとき、大いなる報復(ネメシス)が起きると予言する。防災が行き届いた社会もまた、市場化された使用価値ばかりに目が向けられるようなら盛大なしっぺ返しがやってくるかもしれない。

一点、本書の主張に関して留意しておく点がある。それは、イリイチがどの立場から脱病院化を主張しているのかという点である。イリイチが自らのポジショニングにほとんど言及せずにいることこそ、本書の最大の問題であると考えられる。本書評中でも紹介した痛みを取り戻そうという主張は、イリイチ自身の健康な健常者という立ち位置からなされている。取り除かねば生きていけないほどの苛烈な痛みを持たない立場としてイリイチは脱病院化を主張している点については、実際に苦しみを抱える当事者からの反論があつてしかるべきだろう。

最後に、援原病における研究者の役割を考えておきたい。それは、研究者が医原病における医者役割から離れるような仕方ではなければならない。例えば、被災した痛みや傷を取り除き、抹消することを研究者の役割としてはならない。そうではなく、被災地と被災地を媒介し被災による連帯を育てていくことが援原病から離れて、復興に向かっていく際の研究者の担うべき役割となるだろう。語られなかったということは、そこに何もなかったことを必ずしも意味しない。「語られなかった」ということがそこにはあったのである。

痛み温存法(金菱, 2013)や文化的トラウマを考える上でのアートの役割(大門, 2022)、アートとしてのレジリエンス(宮前, 印刷中)にそういった脱援原病のためのヒントがあるように思う。そのためにまずは傷つきがあったということを残すという実践が必要である⁴。それは、苦しみを伴う実践かもしれないが、孤独な実践ではないはずである。

注

- 1) 「痛みの共同体」という言葉は、本稿のもととなった読書会の後に送られた佐々木美和さん(大阪大学大学院 人間科学研究科附属未来共創センター特任助教)によるメールにあり、印象に残っていたフレーズである。佐々木さんの思索の連なりとして表現されたフレーズであると考えため、注に書き残しておく。
- 2) 災害を契機にしたつながりについて宗教社会学の観点から「共感縁」の議論がある(稲場, 2011)。稲場(2012)は、地縁・社縁・血縁が失われた現代日本の無縁社会において、災害時の苦難にある人びとへの共

感をもとにした共感縁に注目している。

- 3) 援原病とは、「災害救援・復興支援システムが整えば整うほどかえって被災者は救われないことがあるという逆説」(援原病研究会, 2022) に注目し、援助にこそ病の原因があるのではないかということを指す言葉である。また、援原病に関する研究は科学研究費補助金基盤研究 (A)「災害対応システムと『援原病』に関する共創的研究」(2021 年—2025 年 課題番号 21H04405 代表 渥美公秀) の交付を受けて実施している。
- 4) 傷について渡部 (2021) は、哲学者ハンナ・アーレントの議論も踏まえつつ、放射線の得体の知れなさ、そしてそれゆえに他者との対話の足場が不在のまま分断がなされたことを〈倫理的な傷〉と呼んでいる。さらにそうした〈倫理的な傷〉が「科学的に安全」という科学的な事実によって沈黙を強要されていることを鋭く指摘する。かれの論考(渡部, 2019; 2021) は、福島市民としての自らの経験に基づいた一種のオートエスノグラフィとして書かれており、論考自体が傷を残すということの極めて重要な実践でもある。

参考文献

- 渥美公秀 (2014). 災害ボランティア 新しい社会へのグループ・ダイナミックス 弘文堂
- 大門大朗 (2022). <書評> Ron Eyerman (著)「Is This America?: Katrina as cultural trauma」. 災害と共生, 5 (2), 25-30.
- 援原病研究会 (2022). 援原病研究会について.
<https://sites.google.com/view/engene-lab/%E3%83%9B%E3%83%BC%E3%83%A0>
(2022 年 7 月 7 日)
- Erikson, K. (1976). Everything in Its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood. New York: Simon & Schuster.
- 宮前良平・大門大朗・高原耕平 (訳) (2021). そこにすべてがあった バッファロー・クリーク洪水と集合的トラウマの社会学 夕書房
- 稲場圭信 (2011). 利他主義と宗教 弘文堂
- 稲場圭信 (2012). 日本人の利他性と「無自覚の宗教性」中央公論 5 月号, 40-47.
- 伊藤亜紗 (2019). 記憶する体 春秋社
- 金菱清 (2013). 震災メメントモリ——「痛み温存」としての記録筆記法と死者をむすぶ回路. 震災学, 3, 176-189.
- 宮前良平 (2019). 〈不在〉の写真を見る／撮る. 災害と共生, 3 (1), 25-38.

宮前良平 (印刷中). 書評 四川大地震から学ぶ 復興のなかのコミュニティと「中国式レジリエンスの構築」. 中国 21.

Singer, P. (1993). Practical Ethics, 2nd Edition. Cambridge: Cambridge University Press.

山内友三郎・塚崎智監訳 (監訳). 実践の倫理 新版 昭和堂

竹之内健介・矢守克也・千葉龍一・松田哲裕・泉谷依那 (2020). 地域における防災スイッチの構築—宝塚市川面地区における実践を通じて—. 災害情報, 18, 47-58.

立岩真也 (2002). ないにこしたことはない、か・1 石川准・倉本智明 (編)『障害学の主張』明石書店

立岩真也 (2013). 私的所有論 第2版 生活書院

渡部純 (2019). 危機において思考することに意味はあるのか?——原発事故で引き裂かれた私——. 現象学と社会科学, 2, 3-18.

渡部純 (2021). 失われた宝を名づけること. 現代思想, 49 (3), 156-167.

矢守克也. (2019). 能動的・受動的・中動的に逃げる. 災害と共生, 3 (1), 1-10.