

## Contents

目次	1
----	---

### 研究論文

新しいジェンダー・アイデンティティ理論の構築に向けて

—生物・医学とジェンダー学の課題—

中村美亜	3
------	---

帝王切開術（CS）、帝王切開後の経膈出産（VBAC）と戦後台湾の皮肉な産科学史  
（日本語概要 40-41）

傅大為	25
-----	----

### フィールドレポート

大メコン川流域地域 (GMS) における人身取引

高松郷子	43
------	----

タイ北部山岳民族のための性教育（日本語概要 79）

タサニー・シーモンコン	65
-------------	----

日本における出産介助の技術—助産師の技の過去と現在—

成田伸	79
-----	----

### 2006 年度 CGS 活動報告

2006 年度ジェンダー研究センター（CGS）活動報告	89
-----------------------------	----

第 3 回国際ワークショップ

「アジアにおける人間の安全保障とジェンダー：自然科学の視点から」	95
----------------------------------	----

付記	111
----	-----

CGS2007 年度活動予定

執筆者リスト

所員リスト

第 3 号投稿規程

編集後記

<b>Contents</b> -----	<b>1</b>
<b>Research Articles</b>	
Creating a New Gender Identity Theory: Challenges for Biology/Medicine and Gender Studies (English Abstract p.23) Mia NAKAMURA-----	<b>3</b>
CS, VBAC, and the Ironic History of Taiwan' s Obstetrics Daiwie FU-----	<b>25</b>
<b>Field Reports</b>	
Human Trafficking in the Greater Mekong Subregion (English Abstract p.64) Kuniko TAKAMATSU-----	<b>43</b>
Sex Education for the Hill Tribe People of Northern Thailand Tassanee SRIMONGKOL-----	<b>65</b>
Midwifery Skills in Japan: Past and Present (English Abstract p.90) Shin NARITA-----	<b>79</b>
<b>Activity Reports</b>	
ICU Center for Gender Studies (CGS) : 2006 Activity Report -----	<b>89</b>
3rd International Workshop "Human Security and Gender in Asia: Natural Science Perspectives"-----	<b>95</b>
<b>Notes</b> -----	
CGS AY 2007 Activity Schedule	
Author profiles	
Regular Members of CGS	
Journal Regulations for Vol.03	
Postscript from the Editor	
	<b>111</b>

## 新しいジェンダー・アイデンティティ理論の構築に向けて —生物・医学とジェンダー学の課題— 中村美亜

近年の性同一性障害や性差に関する生物・医学的研究は、人間が生まれながらに「男らしさ」や「女らしさ」を身につけていることを裏づけているのだろうか<sup>1</sup>。『ブレンダと呼ばれた少年』は、ジェンダー・アイデンティティ（自分が男である、あるいは女であるといった自己認識、しばしば「性自認」と訳される）が、生物学的に宿命づけられていることを証言しているのだろうか〔コラピント、2005〕<sup>2</sup>。こうした議論は、2006年7月におこなわれたシンポジウム「身体・性差・ジェンダー：生物学とジェンダー学の対話」においても焦点の一つとなったが、ジェンダー・アイデンティティの議論は、生物・医学とジェンダー学の立場が、原因論をめぐって先天的か後天的か、さらには研究姿勢について科学的か政治的かというような対立を示すようになってしまい、実りのある対話には至らなかった<sup>3</sup>。

たしかに生物学や医学の実証的な研究成果は、人文系の学術的成果にくらべて、より“客観的”で“科学的”に見えるかもしれない。しかし、本論が明らかにするように、ジェンダー・アイデンティティ概念の誕生や実体化のプロセスに関して言えば、生物・医学的研究においても、研究の前提やデータの解釈において、研究者をとりまくイデオロギーや研究者自身の価値観が反映されているのは否定し難い事実であり、生物学や医学の方がジェンダー学（本論では、人文社会科学系の諸分野でジェンダーを扱う研究の総称語として用いる）よりも“科学的”で“正しい”とは言い切れない。その一方、近年のジェンダー学において、ジェンダー概念が、当初提起された意味を離れ、もっぱら構築主義的に使用されているという状況が、生物学・医学を専門とする人との対話を困難にしているのも事実である〔日本学術会議、2006a: 62-64〕<sup>4</sup>。

しかし、ジェンダー・アイデンティティに関する生物・医学とジェンダー学にしばしば見られる齟齬は、ジェンダー・アイデンティティという実体についての理解が二分されているというよりは、むしろジェンダー・アイデンティティとは何かという共通認識が欠けていることから生じているものと考えられる。そして、なぜ共通理解がないかといえば、それは、この概念そのものに矛盾が内包されており、機能不全を起こしているにもかかわらず、そのことが明解に指摘されることなく使用され続けているからである。

そこで本論は、ジェンダー・アイデンティティという概念が、生物・医学においてどのように捉えられてきたかを批判的に振り返ることを通じて、ジェンダー・アイデンティティとは何かを問いなおす。そして、生物・医学とジェンダー学が、現在取り組まなければならない課題は何かということを、従来とは異なった観点から提示する。

本論は、決して革新的なことを主張しようとするのではない。しかしながら、ジェンダー・アイデンティティ概念の拠り所となった理論モデルの検討や、性の多様な現実を考慮し直すことで、現在「生物学・医学 vs ジェンダー学」あるいは「科学 vs 政治」と図式化され、必要以上に先鋭化されてしまったジェンダー・アイデンティティ論争を対話へと、さらには新たな課題への協調的取り組みへと導くことができれば幸いと考えている。

### ジェンダー・アイデンティティの一般的理解

次節以降における議論の混乱を避けるために、まず生物・医学とジェンダー学において、ジェンダー・アイデンティティがどのように理解されているのかを確認しておきたい。「ジェンダー・アイデンティティとは何か？」という問いに対する、もっとも素朴かつ真摯な答えは、「自分のことを男と思っているのか、女と思っているのかということ」であろう。性同一性障害のコンテキストでは、人には「体の性別」と「心の性別」があり、ジェンダー・アイデンティティは「心の性別」を指すという言い方もされる。しかし、「心の性別」とは何かというと、それはまったく曖昧なままである<sup>5</sup>。

ここでは、ジェンダー・アイデンティティの生物・医学に関する一般的理解を知る一つの方法として『ジェンダーがわかる』を見てみたい。2002年に朝日新聞社から出版されたこの本では、40人を超える各分野の専門家が、それぞれの立場からジェンダーに関わる問題をわかりやすく解説している<sup>6</sup>。ジェンダー・アイデンティティについての記述は、主に「多様化する性を生きる」と「性差を科学する」という章で見られる。ここでは、生物・医学の専門家によって書かれた3つの文章に着目したい。

精神科医の山内俊雄は「性同一性障害とはなにか」で、セックスとジェンダーを次のように説明している。

つまり、性には生物学的な性別（sex）としての雌雄の区別のほかに、自分が「男（女）である」あるいは「男（女）らしい」と感じる性の自己意識、あるいは自己認知ジェンダー（gender）と呼ばれるものがあるということです。[アエラムック、2002：118-119]

ここでは、生物学的な性別をセックスと、性に関する「自己意識、あるいは自己認知」をジェンダーと定義している。これは、明らかに「自然的・生物学的性差」をセックス、「社会的・文化的性差」をジェンダーとする、現在日本のジェンダー学でもっとも広く使われている定義と異なる[同：4]<sup>7</sup>。性の「自己意識、あるいは自己認知」をジェンダーとする用法は、「社会的・文化的性差」という定義が生まれる以前、20世紀半ばインターセックスに関する研究に見ら

れたものである [Stoller, 1968 ; Money, 1995: 18-19 ; Goldner, 1991; ハラウェイ、2000 : 241-283]。ただし、性に関する「自己意識、あるいは自己認知」は、次の節で見ると、1960年代半ば以降「ジェンダー」ではなく「ジェンダー・アイデンティティ」と呼ばれるのが一般的になった<sup>8</sup>。

山内は「自分が「男（女）である」あるいは「男（女）らしい」と感じる性の自己意識、あるいは自己認知」をジェンダーとしたが、その直後で、一般に考えられている「男らしさ」「女らしさ」は本当に存在するのかと疑問を投げかける。「静か、優しい、おとなしい」であれば女、「荒々しいとか、無骨、攻撃的」であれば男という決めつけはできないだろうと山内は言う [アエラムック、2002 : 121]。では、もしそういう決めつけができないのだとしたら、「男（女）らしい」と感じる自己意識は何をもとになされるのだろうか。生物学的にはどのように決定されるのだろうか。こうした疑問に答えるべく、山内は続けて性同一性障害の原因について、「性ホルモンによって脳の働きが規定された結果として、身体的・精神的性差が生じることが知られて」いる一方、「らしさ」の形成には環境因子や心理因子も関係して」と記している [同：121]。

脳の専門家、新井康允は、「男と女の脳の違い」で脳における性差について解説しているが、その一例として、視床下部の分界条床核の大きさに関する研究を紹介し、ジェンダー・アイデンティティに言及している。

図2 Bの [引用略] 分界条床核 (BNST) [sic.] にも男女差が認められ、男性のほうが大きく、女性のほうが小さいのですが、男性から女性への性転換者 (MtF) では女性と同じく小さく、逆に、女性から男性への性転換者 (FtM) では BNST の大きさは男性のものに近いということが、最近報告されました<sup>9</sup>。

しかし、同性愛男性の BNST は、異性愛男性とは差が認められていません。このことから、BNST は性的指向とは関係なく、ジェンダー・アイデンティティとかなり特異的に関係がある可能性がでてきました。[同：134]

ただし、新井はここでジェンダー・アイデンティティが何かについては全く語っていない。しかし、より問題と思われるのは、(おそらく編集部がつけたであろう) 見出し、「脳の違いがジェンダー・アイデンティティの形成過程にかかわる」である。新井の文では、「関係がある可能性がでてきた」であったのに、タイトルでは「かかわる」となっており、因果関係が断定された格好になっている。

免疫学、性科学を専門とする宇野賀津子は、「遺伝子から性の決定を考える」で遺伝子によって性分化がおこる過程を説明している。外性器に関する性分化について解説を終えたあと、「心の性」について語られる。

このようにいくつかのステップを経て身体の状態は男あるいは女に決まりますが、まだすべては決まったというわけではありません。

「男の心、女の心、母親の体内で決まる心の性」

以前はヒトは心の性は白紙で生まれ、その後、男あるいは女の心をもつようになると考える人が多かったのですが、最近の研究では、ヒトにおいては胎児の段階で心の性もかなりの部分が決まっていると考えられるようになりました。[同：141]

宇野は「心の性」が何であるのか説明はしていない（「ジェンダー・アイデンティティ」をわかりやすく言い換えたものと思われる）が、それは胎児の段階で「かなりの部分」決定されると述べている。引用部分の続きでは、遺伝子の性と外性器が一致しない例をあげながら、性の確定は慎重でなければならないとして論を終えている。

以上、生物・医学の専門家の発言についてまとめるならば、次のようになるだろう。山内は、ジェンダー・アイデンティティ（引用文では「ジェンダー」）を、「自分が「男（女）である」あるいは「男（女）らしい」と感じる性の自己意識、あるいは自己認知」とし、その原因については、生物学的要因も心理的・環境要因の両方が考えられるとした。新井は、ジェンダー・アイデンティティが何かについては明らかにしていないが、BSTc（引用文では「BNST」）とジェンダー・アイデンティティに関係がある可能性がでてきたとした。しかし、見出しは「関係がある」とすでにそれは判明したかのような書き方になっている。宇野は、ヒトは胎児の段階でジェンダー・アイデンティティ（引用文では「心の性」）もかなりの部分が決まると発言した。

このようにみると、新井と宇野にとっては、ジェンダー・アイデンティティは生物学的に自明なものであるかのような印象を受ける。一方、山内は、ジェンダー・アイデンティティを明確に定義し実体化しているようにみえる反面、「らしさ」の尺度について疑問を呈し、生物学的性差の問題だけでは語りえないというニュアンスをほのかに漂わせている。しかしながら、この三人の記述に明らかなのは、近年のジェンダー学研究者の多くが「常識」としている、ジェンダーは、文化的・社会的・歴史的に構築されたものであるという認識が見られないことである。

これに対し、構築主義的立場を強く押し出すジェンダー学研究者のイメージするジェンダー・アイデンティティは、随分違ったものである。『ジェンダーがわかる』では、加藤秀一が構築主義的な見方を次のように説明している。

この意味での構築主義的の潮流を押し進めたM・フーコーは、文化（言説）に先立つかのように見えるセックス（自然・本能としての性）というものは、実は言説の網の内部に、事後的にかたちづくられた観念にすぎないと言いました（『性の歴史』）。さらに、J・バトラーは、「異性愛者である男女」を正常な人間像として構築する言説のシステムを、高次の意味における〈ジェンダー〉としてとらえなおしています（『ジェンダー・トラブル』）。こうして、性をめぐる常識の基盤である「性欲」や「性別」さえもが、実在そのものではなく、歴史的・社会的に構築された観念的カテゴリーとして分析されることになったのです。[同：11-12]

「性別」も歴史・社会的に構築されるものとする、こうした構築主義的な立場では、ジェンダー・アイデンティティも、当然、歴史・社会的な次元に属するものであると見なされ、観念的なカテゴリーとして論じられる。特にバトラーの『ジェンダー・トラブル』における、ジェンダーはパフォーマンスであるという考え方は、ジェンダー学に新しいパラダイムを打ち立てたが、その先鋭的な理論は、わが国では戦略的に用いられることも多く、ジェンダー学を専門としない人には、誤解を受けることがしばしばある [日本学術会議、2006a: 62]<sup>10</sup>。

言い換えるならば、生物・医学研究者は、性差のレベルがどこで現れるにせよ、人間は男女の二つに分けることができるということが大前提に話をする傾向にあるのに対し、ジェンダー学研究者の中には、ジェンダーの生物学的な差異からの独立性を堅持するあまり、生物学的な次元の話回避してしまう傾向がある<sup>11</sup>。それでは、そもそもジェンダー・アイデンティティとは何だと考えられていたのだろうか。

### ジェンダー・アイデンティティ概念の誕生と実体化

この節では、ジェンダー・アイデンティティという概念が誕生した時、それがどういうものと考えられていたか、またその概念がどのように実体化されたかを考察する。

20世紀半ばから後半にかけて、ジェンダー・アイデンティティ概念の誕生と普及に貢献したのは、インターセックスの研究に携わっていたロバート・ストラーとジョン・マネーである [Goldner, 1991; Bullough & Bullough, 1993; Money 1995; ハラウェイ、2000; 高橋、2003]。アメリカ西海岸のカリフォルニア大学ロサンゼルス校で精神科の教授をつとめてい

たストラーは、1963年の国際精神分析学会でジェンダー・アイデンティティに関する発表をおこなったが、その内容は、翌年の学会誌に掲載されている。

ストラーは「ジェンダー・アイデンティティとは、自分がどの性別に属しているかという感覚、すなわち、「私は男だ」あるいは「私は女だ」という認識である」と定義した [Stoller, 1964: 220]。それまでは、特定の性別に属するという自己イメージを明確に表す概念はなかったため、外性器では男女の性別がはっきりしない場合、その人が男である、あるいは女であるということが困難であった。しかし、ジェンダー・アイデンティティという概念を用いると、外性器の形状がどうであろうと、その本人が男だという自己イメージをもっていれば、男と言うことができるようになる。インターセックスの研究者にとって、この概念は汎用性のある重要なものだった。

ストラーはこの論文で、ジェンダー・アイデンティティが次の3つの要因によって生じるのではないかと考えた。(1) 外性器の外観、またそれが受ける刺激といった解剖学的・生理学的なもの、(2) 親や兄弟、仲間の態度が及ぼす影響(男の子とみなして接するか、女の子とみなして接するか)、(3) 生物学的作用 biological force (当人の意識が及ばないところで生ずる駆動エネルギー drive energy)。最初の二点は、それ以前にも言及されることが多かったが、最後の生物学的作用の可能性については、ほとんど論じられることがなかった。ストラーは症例を二つ紹介することで、この新しいアプローチへの注意を喚起した。もちろん、ここではその生物学的作用が何であるかが明らかにされたわけではないが、ストラーは必ず何らかの作用があるはずだと強く主張した。

これに対し、同時期、東海岸のジョン・ホプキンス大学でインターセックスの研究を勢力的におこなっていた心理学者のジョン・マネーは、ストラーとは異なり、ジェンダー・アイデンティティはもっぱら生育環境によって決まると考えた。1973年時点でのマネーの定義は次のようである。

程度に差はあるが、一人の人間が男、女、あるいは曖昧なものとしてもっている個性の統一性、一貫性、持続性。それは特に自己意識や振る舞いにおいて表現される。ジェンダー・アイデンティティはジェンダー・ロール(性役割)の私的体験であり、ジェンダー・ロールは、ジェンダー・アイデンティティの公的表現である。[Money, 1996: 4]

このようにジェンダー・アイデンティティを、ジェンダー・ロールの内的投影であると考えるのがマネーの特徴である<sup>12</sup>。こうした生育環境重視の考え方、つまり、ジェンダー・アイデンティティは生まれた時点では決まっておらず、その後の育て方次第で決まるという説は、当時、



大きな脚光を浴びた。この様子については、『ブレンダと呼ばれた少年』にも詳しく書かれている [コラピント、2005]。

マネー理論に「待った」をかけたのが、有名なミルトン・ダイヤモンドの「人間の性行動の発生についての批判的評価」という論文である [Diamond, 1965]。この論文では、上述のマネー、及びマネーの同僚であるハンブソンらの理論に対して、さまざまな角度から緻密に検証がおこなわれ、マネーらの理論は批判にさらされる。ダイヤモンドは、最後の要約の部分で次のように述べている。

これまで述べてきた証拠や議論を通じて、人間は、誕生前の遺伝子やホルモンによる影響から、生まれる前に男か女になるという指向性を有しているのは明らかである。個人の性行動、したがって性役割は、生まれた時点で中立で、どちらにも傾いていないということはないのである。にもかかわらず、生まれる前の性別傾向はあるパターンへの限界を定める潜在的可能性に過ぎず、そのパターンは個体発生的体験 [訳注：つまり「生育において」] 大きく修正されるものではある。(中略) 人間の性行動は先天的要因と後天的要因が混ぜ合わさった結果なのである。[同：167]

このようにダイヤモンドは、ジェンダー・アイデンティティは生まれてから決定されるとするマネーの説を批判した<sup>13</sup>。

こうして、マネー理論の社会的注目度とは別に、生物・医学の分野ではストラーの提示したジェンダー・アイデンティティの決定要因を求めて、さまざまな研究が繰り広げられることになる。近年有力とされているのは、胎児期でのホルモンの影響であり、また、研究の妥当性ともかく、注目を浴びたのは、脳の分界条床核における差異である [Devor, 1997: 62]。

この脳の研究を推進してきたオランダの D. F. シュワブが、2004 年に「人間の脳における性差：ジェンダー・アイデンティティ、トランスセクシュアリズム、性的指向との関連」という論文を発表し、これまでおこなわれてきた生物学的研究のレビューをおこなっている [Swaab, 2004]。そこでは、染色体異常 (クラインフェルター症候群を含む)、ステロイド合成因子、双子、遺伝的刷り込み、ホルモン、インターセックスなどの実にさまざまな先行研究が紹介され、ジェンダー・アイデンティティや性指向との関連が論じられている。シュワブは、ここでの考察を次のようにまとめている。

遺伝的あるいは他の障害を通して人間を観察するならば、胎児の脳の発達に直接作用するテストステロンが、ジェンダー・アイデンティティや性指向の発達にもっとも重

要なのは明らかである。生まれた後の社会的要因が深く関与することについての信頼できる証拠はない。人間の脳においては、ジェンダー・アイデンティティや性指向に関連すると思われる構造的差異があると報告されている。[同：301]

ここでは次の二つのことに注目したい。一つ目は、シュワブが「ジェンダー・アイデンティティや性指向の発達にもっとも重要」であるとか「ジェンダー・アイデンティティや性指向に関連すると思われる構造的差異」という言い方をしており、あくまで関与の重要性あるいは可能性を示しているのであり、「決定要因となりうる」とは記していないことである<sup>14</sup>。これは、ジェンダー・アイデンティティを体験の問題とするシュワブの定義とも関連があると思われるが、これについては後で詳しく述べる。

もう一つは、社会的要因について、「信頼できる証拠がない」と断定している点であるが、実際には、マネーの「ジョン／ジョアン症例」（日本では「ブレンダ症例」として知られている）が触られている程度であり、これは明らかに問題と思われる。近年、社会的要因のみによってジェンダー・アイデンティティが決まるという極端な説を唱える人はいなくなったが、ジェンダー・アイデンティティの形成に社会的なさまざまな要因が絡むということは、さまざまな研究や臨床例から明らかになっており、それに言及しないで、社会的要因の重要性を示す研究がないと発言するのは、シュワブにバイアスがかかっていると言わざるを得ない<sup>15</sup>。

シュワブが述べているように、ジェンダー・アイデンティティをめぐる生物学的研究は、半世紀にわたり数多く行われてきた。これらの一連の研究を見ていると、ジェンダー・アイデンティティという実体はあたかもどこかに存在しているかのようでもある。しかし、ストラーがジェンダー・アイデンティティという概念を提案したとき、そこに生物学的作用があったのは、あくまで仮説であり、その概念の正当性は「駆動的エネルギー」が明らかになった時にのみ証明されるはずであった。ところが、ジェンダー・アイデンティティ概念は、「駆動的エネルギー」の正体が何か明らかになる前に、繰り返し「そういうものがあるはずだ」と語られることによって（実際には、語られ継がれる過程で「はずだ」が抜け落ち「そういうものがある」となることも多い）、その正当性を帯びてきたと言える。ジュディス・バトラーの言い方をまねるなら、引用され続けられることによって、権威が担保され、実体化されてきたといえる [Butler, 1993]。

そして、この実体化のプロセスに、トランスセクシュアルの政治的発言が大きく関わっていることは、すでに多くの人たちによって指摘された通りである [カリフィア、2005]。要点だけ述べるならば、トランスセクシュアルは、「人には生まれながらにジェンダー・アイデンティティというものがあり、それはどのような方法によっても変わることはない」と言い続けるこ

とによって、主張の正当性を確保し、医療や法の整備を促してきた。生物学的要因を主張し、ジェンダー・アイデンティティの決定は不可逆であることを主張することが、社会の認知を促進させるために有効な手段であったことは事実である<sup>16</sup>。しかし、ジェンダー・アイデンティティが概念モデルとして適切であるかということは、半世紀たった今、改めて検証される必要があるだろう。

### ジェンダー・アイデンティティ概念の前提

ストララーによると、ジェンダー・アイデンティティは、どの性別に属するかという自己の感覚であり認識である。そうした感覚や認識が、外性器の存在によって、また周囲の人からの扱いによって形成されるというのは、誰もが容易に想像できることだろう。これは、言い換えれば、自分はどっちの仲間か、つまり、男の集団に属するのか、女の集団に属するかということである。この意味でのジェンダー・アイデンティティは、男・女という二つの選択肢が社会にあると想定し、どっちの集団に帰属するかを表明するということである。

しかし、そうした感覚や認識が、生物学的作用によって左右されるというのは、どうということなのだろうか。本人の意識が及ばないところで生ずる「駆動エネルギー」はどのように男／女に属するという感覚や意識を持たせることができるのだろうか。言い換えれば、何によって男／女が判定されるのか、男／女の参照点はどこかという問題である。

確認するが、ジェンダー・アイデンティティは、外性器の形状とは独立したものであるというのが前提である。性科学では、性別分けを可能にするものとして、一般に、染色体、性腺、ホルモン、内性器、外性器が挙げられる。インターセックスをはじめとする研究を通じて、こうした5つのレベルで個々に判定された性別は必ずしも一致しないことがわかっており、そうした方法では性別が判定されないためにジェンダー・アイデンティティという概念が提案されたのだった。

そうであるならば、ストララーのいう「駆動エネルギー」は、概念的には、染色体、性腺、ホルモン、内性器、外性器よりも高次に位置するもので、これらの個々のレベルの性別の一致不一致にかかわらず、それらを超えて性別を決定するものと想定されているということになる。つまり、ジェンダー・アイデンティティ概念には、人間には生物学的に決定される男と女があり、一元的な統括システムの中で、必ずどちらかに振り分けられる、そして、それは科学者によって客観的に測定されうるという前提があったのである<sup>17</sup>。言い換えるならば、ジェンダー・アイデンティティ概念は、男女二元論、異性愛主義、単体（monolithic）システム、科学万能主義、普遍性への信頼といった西洋の近代的イデオロギーと、その中で形成された研究者の価値観によって生み出された産物なのだった。

先の2004年論文で、シュワブはジェンダー・アイデンティティを「男性的なものに帰属しているか、女性的なものに帰属しているかという観点から表現される、アイデンティティに関する体験であり、性別に関する解剖学的実体から独立したものである」と定義した〔同：303〕。この定義は、半世紀前のストラーのものとは次の二つの点で異なっている。

一つめは、ジェンダー・アイデンティティは「感覚」「認識」の問題ではなく、「アイデンティティに関する体験」に変わったことである。感覚・認識は、自己内部での即時的なあるいは時間性を問題にしない認知の問題であるのに対し、アイデンティティに関する体験というのは、過去の社会体験を振り返ることによって把握されるもの、あるいはそこでの社会体験を通じて形成された意識のことを指す。言い換えれば、前者が自己内部完結的で超時間的な概念であるのに対し、後者は社会的・歴史的概念である。

二つめは、「どの性に属するか」といったことが、「男性的なもの、あるいは女性的なものへの帰属性」となったことである。ストラーの時には自明と思われた「男であること」「女であること」が、実は定義不能であることが明らかになったからであろう。シュワブは「男性的なもの」「女性的なもの」への「帰属」と言い換えている。しかし、こう言い換えたからといって問題が解決したわけではない。「男性的」「女性的」というのは、何によって決まるのかということは不明のままである。シュワブは、ジェンダー・アイデンティティは「性別に関する解剖学的実体から独立したもの」とわざわざ断っている。私たちの社会通念としての「男性的」「女性的」ではないとするのなら、やはり、ストラーが描いたような男女を究極的に二分する生物学的因子がどこかに存在していることを期待しているとしか考えられない。

このように検討してみると、シュワブのジェンダー・アイデンティティ概念が内包している矛盾が明らかになってくる。つまり、それは社会的・歴史的に形成されるものであると言いつつながら、男女の二項に分類する一元的統括システムによって決定づけられる生物学的次元の話であると言う点である。これは明らかに矛盾だが、この矛盾にどう向き合うかということが、実はジェンダー・アイデンティティを考える上でとても重要なポイントとなる。これについては、最後の節で論じる。

### ジェンダー・アイデンティティ概念の限界

ジェンダー・アイデンティティ概念が提唱された時、たとえインターセックスといえども、医者によって男女のどちらかに判定される客観的な基準がどこかにあるはずだという期待があった<sup>18</sup>。しかし、近年のインターセックスに関するさまざまな研究によって、性のあり方は、生物学的なレベルでも、また社会的なレベルでも、以前想定されていた以上に多様であることが認知されてきた。人間は単純に男女に二分され得ないのである〔Fausto-Sterling, 2000〕。

こうした状況の中で、医者ではなく、インターセックスである本人が、自分の性別を決めていくということも行われるようになってきた [Dreger, 1999; ドレガー, 2004]。この場合、ジェンダー・アイデンティティは、あくまで当事者が自己決定するものであり、生物学者や医者といった他者から判定されるものではない。

また、20 世紀後半、トランスセクシュアルと深く関わる専門家の間で、あるいは、自己を冷静にみつめるトランスセクシュアルの間で、ジェンダー・アイデンティティに対する見方が徐々に変化してきた [中村, 2005: 14-40; 金井, 2006: 248-249]。例えば、1960 年頃には信じられていた「真性トランスセクシュアル」は、実際には、非常に稀にしか存在しないということがわかった<sup>19</sup>。「真性トランスセクシュアル」を自認していた人たちは、実は、医療行為を受けるために、医療者に認めてもらいやすい話をしてきたことが明らかになってきたからである。また、そうした作為がないにしても、人間の過去の体験についての語り、「客観的」でありえないことは理解されるようになってきた。なぜなら語りという行為そのものが、過去におきたことについて一つの解釈を提示する場にすぎないからである [Riessman, 1993; 片桐, 2003]<sup>20</sup>。さらに、「誰もが自分は男である女であるというジェンダー・アイデンティティを持っている」という前提や、「ジェンダー・アイデンティティは一度定まると変化しない」という前提条件も、最近では問題視されるようになってきた [中村, 2005]。

ストラーによるジェンダー・アイデンティティ概念の提唱によって、性差に関するさまざまな生物学的研究がおこなわれ、人間の体に関する新たな発見が数多く報告された。また、トランスセクシュアルの医療制度や法制度の獲得や、一連の人権運動も、この概念に追うところが多かった。男女の究極的な二分を目的にしたこの概念は、半世紀にわたり、それなりの有用性を保っていたのは確かである。しかし、人間の性の実態が、以前に考えられていたよりもはるかに複雑で多様であることが明らかになった現在、つまり、性に関するデフォルトが誤っていたことが明らかになった現在、この概念のもつ理論的モデルをあらためて検討し直す必要があるのではないだろうか。

### 今日的視点から見たジェンダー・アイデンティティ

ここで、改めて今日的視点から見たジェンダー・アイデンティティとは何かを問い直してみたい。以下では、ジェンダーを“身体的差異とは独立した、男女といった性別に関する区分のプロセス、あるいはそのシステム”と定義する。これは、身体に関する性差や男女の区別がすでに存在している現在において、にもかかわらず、伝統的な性別二元論や性役割、強制異性愛主義、近代的なアイデンティティ観、さらには「心 vs 体」というデカルト的二元論に縛ら

れずに、どのようなジェンダーに関するモデルを帰納的に示すことができるかという一つの試みである<sup>21</sup>。

また、アイデンティティに関しては、“自分自身はどういう人間であるかという自己認知”と定義する。社会学者のアンソニー・ギデンズは、「自己というものが、かなりとりとめのないものである以上」、自己のアイデンティティというのも、「哲学者が事物のアイデンティティを語るのと同じように、長期にわたり変化しないものを指すというわけにはいかない」と言っている [Giddens, 1991, p. 52]。自己というのが総称的な概念であるのに対し、自己のアイデンティティというのは、「個人が“自意識”という観点から意識するものである」[同：52]。したがって、自己のアイデンティティは、「個人の行動様式における継続性のあるものとして与えられるのではなく、個人がふだん反射的に行っている活動において、日常的に創造され維持されているものである」と考えられるのである [同：52]。

それでは、自分が男というカテゴリーに属するか、女というカテゴリーに属するかというアイデンティティは、どのように形成されていくか。まず、最初に考えられるのが、身体の形状や発育に関することであろう。外性器がどういう形をしているかという視覚的なことから、胎児期や第二次成長期に脳がどんな作用を受けるか、また体がどのような特徴を帯びるかということまで含まれる。こうした身体におけるさまざまな要素が、ジェンダー・アイデンティティ形成にとっての重要な契機になるだろう。当然、この時点で、自分がどういうタイプの身体的特徴あるいは指向性をもつかということは自覚されるのであり、それによって、自分自身と似た人たちとの仲間意識、そして、その人たちのいるグループに帰属意識をもつようになるだろう。

しかし、帰属意識がどのように形成されるかということ振り返ってみるならば、そうした体験が単に何かとの類似関係によって成り立つものではないということも明らかである。人間の体験というのは非常に主観的なものであり、同じことを体験したとしても、それをどう感じるか、どう考えるか、どのように身体が反応するのかは、人によってまちまちである。どういった対象に対して自分とのアイデンティティを見いだすのか、これは極めて個人的で複雑な思考プロセスである。

加えて、アイデンティティに関する体験は、ある時期に決定され、固定化されるものではない。常に更新が繰り返されている。もちろん、更新の結果、以前からもっていたアイデンティティの意識がより強固になることもあるだろう。この場合は、“結果として”アイデンティティが不変なケースとすることができる。しかし、逆に、更新の結果、以前からもっていたアイデンティティの意識に変化が見られるということもあるのは当然のことであろう。

ジェンダー・アイデンティティは本人が決定するものであるという観点に立ち、以上のことをふまえるならば、ジェンダー・アイデンティティは、次のようなものと言うことができる。

すなわち、身体のような特徴（外見的特徴だけでなく、胎児期での脳への作用や生理や妊娠などによる体験的特徴も含む）が、個々の文化・社会生活を通じて自己のアイデンティティ形成とどのように関わるかということについて得た、きわめて個人的で主観的な解釈であり、更新し続けられるプロセスであると言うことができるだろう。また、このプロセスは、身体からアイデンティティ形成へという一方向でのみ生じるのではなく、アイデンティティから身体的特徴（いわゆる後天的な性差）の形成へも作用する場合もあると考えられ、両方向に複雑に絡み合うものと見なすことができる。

### ジェンダー・アイデンティティの新しい概念モデルへ向け

ここで参考となるのが、ダナ・ハラウェイが紹介している免疫調整理論に関する概念モデルの変遷である [ハラウェイ、2000]。ハラウェイは、ゴールブの『免疫学：ある統合』という教科書に載せられた4つの「免疫のオーケストラ」（免疫調整理論の異なった概念モデルをわかりやすくイラスト化したもの）について次のように論じている。1968年の最初の図では、

G・O・D（神様）がリンパ節の根元の指令位置に立って、T細胞とB細胞とマクロファージから編成されたオーケストラを指揮している。細胞たちは身体のあるところへと行進していき、それぞれに定められたパートを演奏している。[同：395]

ところが、1977年の図になると、こうした一元的な統括システムは崩れていく。

指揮者はもはや一人ではなく、オーケストラはかなりミステリアスな三人のT細胞のサブセットに「リード」され、しかも彼らは全部で十二本の指揮棒—それぞれの指令を伝える細胞表面アイデンティティ・マーカー—を持っている。G・O・Dはといえば、困惑もあらわに頭をかくばかりである。[同：400]

1982年の図では、「神」の存在はさらに背景に追いやられ、個々の細胞やプロンプターが解釈や決定を行うという多面的なモデルに変わっている。かくして、「生体のハーモニーを一人のマエストロがコントロールする」というモデルは、「無数の中心と周辺が入り乱れた、一種のポストモダン混成曲（パスティシュ）」へと変貌をとげるのである。

1960年代にストラーによって考案されたジェンダー・アイデンティティの概念モデルは、神のような「駆動エネルギー」が、身体の性別に関する要素を統括すると見なされていた点において、1968年の免疫調整理論に関する概念モデルと類似している。しかし、上述したように、



人間の性のあり方は、従来考えられていたよりもはるかに多様で、ダイナミックなものである。そうだとすれば、この概念モデルも、1982年の「免疫オーケストラ」に類似した多面的な意思決定・調和モデルによって置き換えられなければならないのではないだろうか。

もちろん、免疫のシステムと性の意識を司る脳のシステムを同列に比較することはできないだろう。しかし、「男女を二分するのだ」という命令を下す「神」的存在の有効性が否定された現在、そうした一元的統括システムによらないジェンダー・アイデンティティの新しい概念モデルを志向していかなくてはならないのは必然である。例えば、身体さまざまな特徴(外見的特徴だけでなく生理や妊娠などの体験的特徴も含む)が、社会生活でのさまざまな体験と結びつきながらジェンダー・アイデンティティを形成していくものだとするならば、そうした心理・社会的体験を脳において形成する何らかの生物学的因子が、ジェンダー・アイデンティティを司る脳の部分にも作用を与えていると考える生物学的な研究も重要になってくるのではないだろうか。

## むすび

最近の日本の状況を見てみると、ジェンダー・アイデンティティという実体はまるでどこかに存在しているかのようである。しかし、ストラーがジェンダー・アイデンティティという概念を提案したとき、そこに生物学的作用があったとしたのは、あくまで仮説であり、その概念の正当性は「駆動的エネルギー」が明らかになった時にのみ証明されるはずであった。ところが、ジェンダー・アイデンティティ概念は、「駆動的エネルギー」の正体が何か明らかになる前に、繰り返し「そういうものがあるはずだ」と語られることによって、その正当性を帯びてきてしまった。

しかし、人間は必ず男女に二分されるという前提に基づくジェンダー・アイデンティティ理論は、性の多様な現実についての理解が深まってきた現在、その有効性を失ってしまっている。ジェンダー・アイデンティティは、先に見た免疫システム同様、神のような存在によって一元的に統括されているものではない。むしろ、さまざまな要因が複雑に絡みあい、さまざまな部分でさまざまな決定がおこなわれ、その集積としてあるアイデンティティが形成され続ける。

今必要なのは、性を探求する各分野の研究者たちが、これまでに得てきた知見を互いに共有し合いながら、ジェンダー・アイデンティティの新しい概念モデル構築に向けて尽力することではないだろうか。シュワブの定義における矛盾が示唆したように、ジェンダー・アイデンティティは、個人の認知に関することでありながら、社会における体験によって形成されるものであり、また、時間的・歴史的な概念でありながらも、体内(特に脳内)物質の作用による



ものである。そうだとすれば、ジェンダー・アイデンティティ理論の構築は、生物・医学とジェンダー学が、それぞれのディシプリンがもつ本質的な違いを乗り越えて共同して取り組んでいかなければならない課題である。

もちろん、これは、生殖能力を基準に自然界のパラダイムを理解することでディシプリンが成立している生物学にとっては、受け入れ難いことであるかもしれない。また、自然科学が、今ある前提に基づき仮説を設定し、それが証明されるまで（あるいは、反証されるまで）実験を積み上げていくことで成果をあげてきたのだとすれば、これまで通り、ストラーやシュワブの延長上で実験を繰り返せばいいということになる。しかし、こうした生物学の前提や、その前提に基づいた実験結果を繰り返し公表することは、ジェンダー・アイデンティティの先天性や二元性、さらには伝統的性役割の妥当性を、社会において実体化していく効果がある。そしてそれによって、辛い思いを強いられる人たちが、インターセックスやトランスジェンダーに限らず、数多く存在しているのは事実である。こうした事実を鑑みるならば、今日、仮説の妥当性が疑われているにもかかわらず、その仮説に固執して研究を続けていくのには問題があるのではないだろうか。

一方、医学あるいは心理学からは、こうした新しいジェンダー・アイデンティティの考え方が、医療的処置や心理的ケアにどのような影響を及ぼすかと問われるかもしれない。この質問に十分に答えることは、本論の射程を超えることであるが、新しいジェンダー・アイデンティティ・モデルにもとづく医療やケアによって、インターセックスや性同一性障害の人たちに対するより適切な対処ができるようになるのは確かだろう。また、新しいモデルは、これまで社会にあまり注目されてこなかった人たち、厳密な意味での性同一性障害ではないが性別違和感に苦しんでいる人たち、あるいは、性役割をめぐる社会的プレッシャーに悩んでいる多くの人たちへのケアも充実させることを可能にするのではないだろうか。さらに、この新しい理論モデルは、旧来の性同一性障害診断基準や、ジェンダー・アイデンティティ尺度（BSRI）などの医学的・心理学的尺度が、ステレオタイプ的な男女の規範を強固に再生産している現状にも一石を投じることになるだろう。それは、結果的に、自分の与えられた性別や性役割に苦しんでいる人たちの心理的ストレスを軽減することにつながるはずである。

“生物・医学とジェンダー学が手をつなぐ”という言い回しは、現時点では、夢物語にしか聞こえないかもしれない。たしかに、両者のパラダイムを接合するということは決して容易なことではない。しかし、インターセックスやトランスジェンダーの問題から、昨今のジェンダー・バッシングに至るまで、ジェンダー・アイデンティティに関して現実が抱える問題群は、これまでの二元論的思考（男 vs 女、心 vs 体、当事者 vs 他者、自然科学 vs 人文社会科学）では捉えられなくなってきている。「夢物語だから」と言って取りかからないのではなく、どうした

らその夢物語が現実化できるかということに創意工夫をもって対処していくことが、現在われわれに課せられた課題ではないだろうか。残念ながら、本論ではその具体的方策にまで立ち入って検討することができなかったが、そうした方策を検討するきっかけになることができたとすれば幸いである。

〔附記〕本論文の一部は、第26回日本性科学学会学術集会におけるシンポジウムで「ジェンダー・アイデンティティの実りある議論のために」として発表された(2006年11月19日仙台)。このシンポジウムでの発表機会を与えてくださった学会長の村口喜代さん、本論考の着想段階で助言をいただいた小山エミさん、沼崎一郎さん、草稿の問題点を指摘してくださった、医者であり音楽学研究者である平井真希子さん、最終段階で大変有益で貴重なコメントをくださった本誌査読委員のお二人、さらに、前著『心に性別はあるのか?』に対するフィードバックをくださった多くの方々に、この場を借りて感謝の意を表したい。また、本論考は、お茶の水女子大学での数度にわたる文献討論会への参加に負っている部分が大きい。お世話してくださっている竹村和子さんにもお礼を申し上げたい。

#### 註

- <sup>1</sup> 世間一般では、性同一性障害や性差に関する研究成果が、「男らしさ」や「女らしさ」の先天性を裏づけているという誤認がかなり流布しているようである。例えば、宮崎哲弥は「性同一性障害者の性自認は、出生時以降変更されることがない。その点では一般的な性自認のあり方と何ら違いはないのだ。」と『週刊文春』に書いている [宮崎哲弥、2006]。
- <sup>2</sup> この本をめぐるわが国での論争については、[小山、2006]。また、ジェンダー化を促す文化システムを問題にした、バトラーの解釈も参照されたい [Butler 2001]。
- <sup>3</sup> 2006年7月8日、日本学術会議主催講演会(東京、日本学術会議講堂)。このシンポジウムの報告は [日本学術会議、2006a] に掲載されている。
- <sup>4</sup> さらに、「ジェンダー・フリー」という和製英語をめぐる、さまざまに「ジェンダー」が定義されなおしていることも、状況をより複雑なものにしている [上野千鶴子他、2006]。
- <sup>5</sup> 筆者は、前著で、そもそも心に性別はあるのかという問題を論じた [中村、2005]。
- <sup>6</sup> 本論がここで考察の対象とするのが専門的な学術書ではないのは、一般的な理解はこうしたガイドブックにおいて広められていると考えるからであり、また、学者や知識人といえども、専門以外に関する知識は、こうした啓蒙書から得られることが多いと考えるからである。また、『ジェンダーがわかる』は、四年前に出版されたものであるが、本論が以下で論じる生物・医学的な研究については、その後大きな進展はないので、考察の対象として妥当であると判断した。
- <sup>7</sup> ただし、現在「ジェンダー」という言葉が意味するものは、実にさまざまである [江原、2006]。
- <sup>8</sup> 日本の医学においては、1990年代半ばまで、ジェンダーは「性の自己意識」を意味する言

葉として使われ続けた。例えば、日本精神神経学会が1997年に発行した「性同一性障害に関する答申と提言」〔性同一性障害に関する特別委員会、1997〕。

<sup>9</sup> 分界条床核は、一般に「BSTc」と表記される。BNST (bed nucleus stria terminalis) は、日本語の「分界条床」に対応する。

<sup>10</sup> 『ジェンダー・トラブル』における「構築主義」については、これまで数多くの批判がなされてきたが、最近日本で出版されたものとしては、[檜垣、2006]。パトラー自身は、後の著作 ([Butler, 1993] など) において、身体との関係について思索を深め、より洗練されたロジックを用いるようになってきている。

<sup>11</sup> 学術とジェンダー委員会の報告書では、両者の立場の違いは「経験科学的方法」と「知識批判的方法」という観点から説明されている [日本学術会議、2006b : 31-34]。

<sup>12</sup> この理論は、マネーの後の著作 *Sexual Signatures* (1975) の翻訳によって日本でも広く受容された [マネー&タッカー、1979]。

<sup>13</sup> ただし、だからといってダイヤモンドがジェンダー・アイデンティティは、生まれる前に決まると言ったわけではないことには注意を払う必要がある。『ブレンダと呼ばれた少年』では、この論文においてダイヤモンドが、ジェンダー・アイデンティティの先天説を唱え、後天説を全面的に否定したかのような書き方がされているが、これは誤りである [コラピント、2005 : 62]。

<sup>14</sup> シュワブは2002年の論文で、前節(新井の引用部分)で取り上げたBSTc(分界条床核)の男女差が、子供の頃には十分認められなかったという報告をおこなっている [Chung et al., 2002]。

<sup>15</sup> 社会的要因の関与に関する研究は、例えば [Bullough & Elias, 1997] にいくつか紹介されている。

<sup>16</sup> 同様な政治的アクティビズムは、同性愛の原因論をめぐっても見られる [Garber, 2000: 268-283]。

<sup>17</sup> 高橋さきのは、この点に関して次のような言い方で批判をおこなっている。「この概念体系は、(一) 強固な性的二型性を前提とした体系であったし、また、(二) sex を、それが何かをとりあえず棚上げしたまま温存し、gender を、sex とは異なるが、sex に対して相対的に決定される何ものかとして指定し、各種の状態を、sex と gender の一致・不一致・距離として記述していくという、いってみれば、濃度の異なる二つのブラックボックス的実体を、互いに相対的な距離を持つものとして便宜的に指定するという、すこぶる機能主義的な方法論によって提出された概念体系でもあった。」 [高橋、2003]

<sup>18</sup> マネーは、『ブレンダと呼ばれる少年』に見られるように、ジェンダー・アイデンティティは養育によって変わりうるという説を唱え、実践したという面が強調されがちであるが、インターセックスの扱いにおいては、染色体の差異を軸とした判定基準を設定していた [Dreger, 1999: 11-12]。

<sup>19</sup> 「真性トランスセクシュアル」というのは、(1) 誕生以来終始一貫して自分があてがわれた性別と反対の性別であると認識し、そのように振る舞う、(2) 異性装をすることにまったく性的興奮が伴わない、(3) 生まれた時にあてがわれた性別と反対の性の人に対して性的関心がまったくない、という条件を満たしたトランスセクシュアルのことである。

<sup>20</sup> ただし、「真性トランスセクシュアル」という言葉が使われなくなった一方、性別違和感を持っている人を「真性」的なものとそれ以外に分けるという試みは、primary/secondary transsexual や core/peripheral gender identity の区別となって、現在に至るまで継続しておこなわれているのは事実である。例えば [Bailey, 2003] では、autogynephilic/homosexual transsexual の差異化がはかられている。また、これらは医学や心理学の分野だけでなく、性同一性障害の当事者間でも、性同一性障害であることの「正統性」を巡ってつねに争われている議論である。

<sup>21</sup> 「心 vs 体」というデカルト的二元論の批判に関しては、[Grosz, 1994] を参照。

## 参考文献

- アエラムック編 (2002) 『ジェンダーがわかる』東京：朝日新聞社。
- 上野千鶴子他 (2006) 『バックラッシュ! : なぜジェンダーフリーは叩かれたのか?』東京：双風社。
- 江原由美子 (2006) 「ジェンダー概念の有効性について」、若桑みどり他編『「ジェンダー」の危機を超える!』青弓社、37-60。
- 金井淑子 (2006) 「トランスジェンダーからの攪乱的問いかけ、ジェンダー概念再考」、若桑みどり他編『「ジェンダー」の危機を超える』東京：青弓社、246-254。
- カリフィア、パトリック (2005) 『セックス・チェンジズ：トランスジェンダーの政治学』(石倉由他訳) 東京：作品社。
- 片桐雅隆 (2003) 『過去と記憶の社会学：自己論からの展開』京都：世界思想社。
- 小山エミ (2006) 『「ブレンダと呼ばれる少年」をめぐるバックラッシュ言説の迷走』、[上野千鶴子他、2006：284-309]。
- コラピント、ジョン (2005) 『ブレンダと呼ばれる少年』(村井智之訳) 東京：扶桑社。
- 性同一性障害に関する特別委員会 (1997) 「性同一性障害に関する答申と提言」(<http://www.netlaputa.ne.jp/~eonw/source/guide.html>)。
- 高橋さきの (2003) 「生命科学とジェンダー」『環』第 12 巻 (<http://homepage2.nifty.com/delphica/archives/sakino01.html>)。
- ドレガー、アリス・ドムラット (2004) 『私たちの仲間—結合双生児と多様な身体の未来』(針間克己訳) 東京：緑風出版。
- 中村美亜 (2005) 『心に性別はあるのか? : 性同一性障害のよりよい理解とケアのために』東京：医療文化社。
- 日本学術会議 (2006a) 『学術の動向』11月号 (<http://www.h4.dion.ne.jp/~jssf/text/doukousp/2006-11.html>)。
- 日本学術会議 (2006b) 『提言：ジェンダー視点が拓く学術と社会の未来』(学術とジェンダー委員会対外報告) (<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t29.pdf>)。
- ハラウェイ、ダナ (2000) 『猿と女とサイボーグ：自然の再発明』(高橋さきの訳) 東京：青土社。
- バトラー、ジュディス (1999) 『ジェンダー・トラブル：フェミニズムとアイデンティティの攪乱』(竹村和子訳) 東京：青土社。
- 檜垣立哉 (2006) 「身体の何が構築されるのか：バトラー的構築主義への一考察」、『現代思想』10月臨時増刊号、108-115。
- マネー、ジョン&タッカー、パトリシア (1969) 『性の署名：問い直される男と女の意味』(朝山新一訳) 京都：人文書院。
- 宮崎哲弥 (2006) 「男と女のあいだには：日常に溶け込みつつある性同一性障害」(ミヤザキ

学習帳 111)、『週刊文春』6月15日号、135。

- Bailey, J. M. (2003). *The Man Who Would Be Queen: The Science and Psychology of Gender Bending and Transsexualism*. Washington DC: Joseph Henry Press.
- Butler, J. (1993). *Bodies That Matter*. New York: Routledge.
- \_\_\_\_\_. (2001). "Doing justice to someone: Sex reassignment and allegories of transsexuality" . *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 7 (4), 621-636. (Reprinted in: Butler, 2004; Stryker & Whittle, 2006.)
- \_\_\_\_\_. (2004). *Undoing Gender*. New York & London: Routledge.
- Bullough, B. & Bullough, V. (1993). *Cross Dressing, Sex, and Gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bullough & Elias, J. (Eds.). (1997). *Gender Blending*. New York: Prometheus Books.
- Chung, W. C. J., De Vries, G. J., & Swaab, D. F. (2002). "Sexual Differentiation of the Bed Nucleus of the Stria Terminalis in Humans May Extend into Adulthood" . *Journal of Neuroscience*, 22(3), 1027-1033 (<http://www.jneurosci.org/cgi/reprint/22/3/1027.pdf>).
- Devor, H. (1997). *FTM: Female-to-male Transsexuals in Society*. Bloomington: Indiana University Press.
- Diamond, M. (1965). "A critical evaluation of the ontogeny of human sexual behavior" . *The Quarterly Review of Biology* 40, 147-175.
- Dreger, A. (Ed.) (1999). *Intersex in the Age of Ethics*. Hagerstown, MD: University Publishing Group.
- Fusto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.
- Garber, M. (2000). *Bisexuality & The Eroticism of Everyday Life*. New York: Routledge. (Originally published in 1995.)
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, CA: Stanford University Press. (邦訳『モダンティと自己アイデンティティ』ハーベスト社、2005。)
- Goldner, V. (1991). "Toward a critical relational theory of gender" . *Psychoanalytic Dialogues*, 1(3), 249-272.
- Grosz, E. (1994). *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Money, J. (1995). *Gendermaps: Social Constructionism, Feminism, and Sexosophical History*. New York: The Continuum Publishing Company.
- Money, J. & Ehrhardt, A. A. (1996). *Man & Woman, Boy & Girl*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.. (Originally published in 1972.)
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Stoller, R. J. (1964). "A contribution to the study of gender identity" . *International Journal*

*of Psychoanalysis*, 45, 220-226.

\_\_\_\_\_. (1968). "Biological substrates of sexual behavior" . In *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House, 3-16. (Reprinted in: Stryker & Whittle, 2006.)

Stryker, S. & Whittle, S. (Ed.). (2006). *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge.

Swaab, D. F. (2004). "Sexual differentiation of the human brain: Relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation". *Gynecological Endocrinology* 19, 301-312.

## **Creating a New Gender Identity Theory: Challenges for Biology/Medicine and Gender Studies**

**Mia NAKAMURA**

In recent years, with the official recognition of Gender Identity Disorder and the publication of John Colapinto's *As Nature Made Him* (2000, translated by T. Murai into Japanese as *Burenda to yobareta shōnen*), the concept of gender identity has come to be taken up in a number of academic fields. However, perspectives on the concept in the fields of biology/medicine and gender studies often conflict and there has been a lack of fruitful debate. Yet, this does not mean so much that the understanding toward the actual state of gender identity is divided but, rather, that there is a lack of common recognition as to what the concept actually is.

Thus, in this paper, I critically examine the traditional conception of gender identity in the fields of biology/medicine in light of a social constructionist gender perspective and thereby question the significance of the concept itself. I then re-evaluate the male-female binary model of gender identity that emerged half a century ago and argue that our challenge is to construct a new theory of gender identity that reflects the reality of gender diversity today. In order to tackle this problem, I emphasize the need for co-operation and collaboration between the fields of biology/medicine and gender studies.





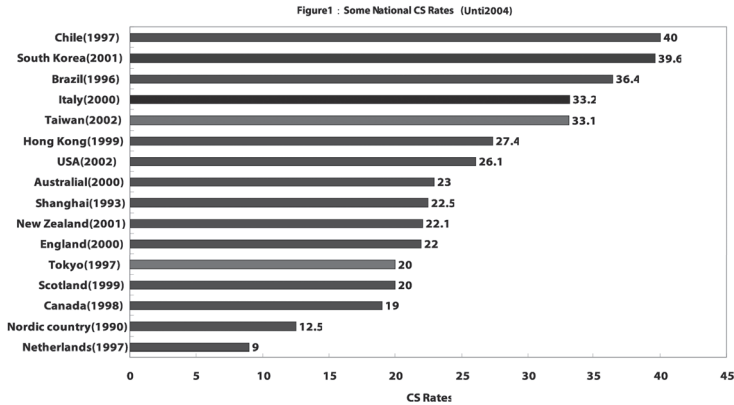
## **CS, VBAC, and the Ironic History of Taiwan' s Obstetrics\*** **Daiwie FU**

### **Introduction**

Since the early nineties of the last century, Taiwan' s national CS (Cesarean Section) rate has been among the highest in the world, well over thirty percent. Many studies of this problem from the perspectives of public health or hospital management have been undertaken, but most of them only problematize non-clinical factors in explaining this high CS rate: e.g., birthing women' s attitudes and the National Health Insurance payment system. The controversial explanation in terms of birthing women and their families' superstitious beliefs in "picking up auspicious days for elective CS" which had previously been criticized has again re-emerged<sup>1</sup>. From the viewpoint of STS (Science, Technology, and Society), this paper intends to problematize instead the clinical factors of Taiwan' s obstetric science, with particular focus on "obstetric practices" and post-war obstetric traditions. One important obstetrics-gynecology (OBGYN hereafter) tradition is usually associated with the name of a renowned gynecologist, Dr. C. T. Hsu, and his OBGYN department in Taipei Municipal Chung-Hsing Hospital (TMCH), which was famous for its gynecological-surgical operations in the 1950s and 60s in treating female patients with cervical cancer. While Dr. Hsu' s tradition very much emphasized a surgery-oriented gynecology in the 50s and 60s, it is interesting to note that his hospital division had a CS rate as low as 16 percent in the 70s and was interested in practising "vagina birth after CS" (VBAC). Hence, the first puzzle: why was it the case that the TMCH gynecology with its strong surgery-oriented tradition should practise an obstetrics in the 70s with a moderate CS plus an interest in VBAC?

On the other hand, the major obstetric institution in post-war Taiwan was the OBGYN department of National Taiwan University Hospital (NTUH), with its conservative reputation for being strict in its indications for all kinds of surgical operations. NTUH was also probably the first major medical institution in Taiwan that had seriously engaged in a series of post-war VBAC. And yet, after the 1970s, both NTUH and TMCH were ready to change their "philosophy" regarding Cesarean Section, by walking away from VBAC and joining in the accelerating trend of rising CS rates in Taiwan. Thus, how should we

understand the historical connections, or even the contradictions, of doctors' practices between an early conservative obstetrics and a later high CS rate performance?.<sup>2</sup>



## I. Medical education, training, and the “re-emergence” of VBAC as a medical-social technology

While it might be rare for research in Taiwan to focus on doctors' practices<sup>3</sup> in contributing to Taiwan' s high CS rate, such detailed studies are easy to access in the relevant US literature. Except in occupational surveys, why does research in Taiwan (by doctors, nurses, people in public health or hospital management) tend to refrain from understanding more of Taiwanese OBGYN doctors' practices and its history? In this section, I will briefly discuss the current issue of Taiwan' s high CS rates since the 1990s from the perspective of OBGYN doctors' medical education, training, and their perception of the “new” VBAC technique. Interviews of some OBGYN doctors also inform us of their medical education, especially their training in surgical operations.

For obstetricians in Taiwan, and surely for those in the U.S., *Williams Obstetrics* is often considered to be the “bible” textbook of this medical discipline. If we casually browse through its more recent editions, such as the 20th edition in 1997 and the 21st edition in 2001, especially the chapter on “Cesarean Delivery” , we shall certainly be impressed by their enthusiasm for the VBAC technique, emphasizing its crucial role in bringing down American CS rates during this period. Impressive also is the way this chapter was written: the research, technique, and current state of VBAC are first discussed in minute

detail, before engaging in the discussion of the CS techniques from which the very title of this chapter comes.

Ironically, perhaps due to the sheer weight of this bible textbook, it was probably not closely read in Taiwan by medical students and used more like a source book. Other textbooks which were considered more concise and straightforward, such as *Current Obstetrics and Gynecology* (Lange), or some Chinese textbooks were more frequently read. Therefore, it is not clear whether this recent “US enthusiasm” for VBAC was ever imported into Taiwan’s OBGYN field. Conversely, if it did get through, then when, how, and to what extent? According to Gu Chikai’s master thesis<sup>4</sup> and his survey of Taiwanese OBGYN doctor’s attitudes toward VBAC, only 25.5% of all 537 OBGYN doctors surveyed considered the technique of VBAC as something to be positively encouraged, whereas 64.7% of some 310 pediatricians surveyed like to recommend VBAC. Some Taiwanese OBGYN doctors<sup>5</sup> believe it is the primary CS rate, not the VBAC, that should be the real focus of attention, since Taiwan’s birth rates in this decade are among the lowest in the world. However, we should pay close attention to the following facts: i) the rising VBAC rate is responsible for bringing down recent CS rates in the US<sup>6</sup>, and ii) the indication of a “prior CS” is the primary factor (about 44%) responsible for upholding Taiwan’s high CS rate.

One of my interviewees, an OBGYN doctor, Dr. Wu, recalls his first encounter with VBAC about seven years ago during his residence period. “All of my college professors and my hospital VS [Visiting Staff] then spoke of only one doctrine: once a cesarean, always a cesarean.” Probably, the experience and history of VBAC were not mentioned or discussed at all in medical colleges in the 1990s. But then Dr. Wu by chance read an English paper about VBAC in which a 97% success rate was reported. This encouraged him and some other young resident doctors to try out VBAC, a technique which at the time they thought to be some kind of “new trend” in the science of obstetrics. This daring move of course was discouraged by all VS in his resident hospitals.

I am not saying that VBAC is a simple medical technique, as there are a number of medical indications (in addition to the emergency preparations necessary should a rare uterus rupture occur). Concerning Taiwan’s recent poor VBAC rate (about 5%), some OBGYN doctors again blame the “female patients and their families” for their mistaken conceptions of VBAC ( “dangerous and painful” vs. the safe and perfect CS). However,

besides blaming patients' misconceptions, doctors might also want to reconsider their poor skills<sup>8</sup> in doctor-patient communications. Some perceptive OBGYN doctors believe this is a crucial missing link in their medical education and skill training: to communicate with and persuade birthing women and their families about VBAC.

From the perspective of STS, we might like to consider a successful VBAC rate in society as an "Actor' s Network" of VBAC technology, in which elements in this network work together to practise VBAC and, as a result, bring down the national CS rate. In the case of VBAC, this is usually a network consisting of clinical indications (enforced rules), adequate hospital preparations, doctors with favorable educational and training backgrounds, the willingness of birthing women<sup>9</sup>, a good social knowledge of the relative risk analyses of NSD (Natural, Spontaneous Delivery), CS, and VBAC respectively and, finally, favorable financial factors in terms of insurance payments and state policies. In short, it is a successful network of three dimensions that should lay the ground for a successful VBAC technology: medical and doctor' s characteristics, patient' s family and social encouragement, financial and policy support.

In considering our interviews and discussions with OBGYN doctors, it is important to "re-frame" the relations among NSD, CS, and VBAC in order to conduct effective risk analyses of these three techniques. First, all three techniques have their respective, comparable risks, mortality and morbidity rates, and indications. The construction of a plan to chart these factors openly and to compare them fairly to the patients and their families is essential. Nowadays for a birthing woman in Taiwan, usually a doctor would begin considering whether she will have an NSD (or even VBAC), and would treat CS as a "last resort" should complications of NSD arise. But, as a last resort, CS is not without its own complications which could sometimes be even more serious.

## **II. Taiwan' s Post-war VBAC, its Decline, and the Coming of a High CS Age**

When contemplating Taiwan' s high CS rate (36% in 2003), instead of pointing to "women' s superstitions" in selecting auspicious dates to give birth, one might wonder whether there are some historical roots in modern Taiwan' s medical history to explain such phenomena. In a way, this is not surprising. Taiwan' s OBGYN in the past has been famous on several accounts, all of them pertaining to surgical operations: D&C, hysterectomy, cervical cancer surgery and Radical Hysterectomy (hereafter, RH) in

particular. And Taiwan women's health activists have long been concerned with some of these "famous," but possibly abused, gynecological operations. Thus, it seems natural to assume that when surgery has been strong in the gynecological tradition, it would surely influence its close ally, Taiwan's obstetrics.

History, of course, is more complicated. Even in Taiwan's post-war gynecology, there were at least two very different traditions: NTUH (National Taiwan University Hospital) and TMCH (Taipei Municipal Chung-Hsing Hospital). Take the primary example, cervical cancer. As my own study has shown<sup>10</sup>, TMCH had been very famous in performing RH to remove the cervical cancer and a big chunk of the patient's body, but NTUH had not resorted to such surgical operations until the 1970s. Thus, only TMCH and its followers, under its OBGYN grand master Dr. Hsu CT, had been really famous in surgical operations. And, in a way, TMCH's gynecological tradition had more or less influenced its obstetric practices. When reflecting upon TMCH's CS rate from 1960 to 1979, research doctors<sup>11</sup> in TMCH concluded that their CS rate over a period of twenty years is simply the highest in Taiwan (overall incidence 13.96%). Various explanations are offered in terms of the low socio-economic status of the patients, fewer obstetrical beds than gynecological beds (30 vs. 50), too many emergency referrals from clinics and so on. But one thing is clear from their explanations: the blame of "women's superstitions" was not used at all; this seems to be a new discourse that emerged in the 1990s.

NTUH, the prestigious medical institution in Taiwan with its "Imperial University" colonial past, has been quite different in the post-war years. First, NTUH was not very interested in advancing its gynecological surgery; rather it treated cervical cancer patients with the radiation method. On the other hand, NTUH received birthing women usually "five to six times" more than the TMCH and had been well known in being very strict in indications<sup>12</sup> for using forceps or surgical knives. Under these historical circumstances, it is really not surprising to find that NTUH had engaged in quite a few VBAC cases (132 trial labors and a 79.5% success rate, 1955-62)<sup>13</sup> in the post-war years. Moreover, with its prestige, its sheer quantity of deliveries, and its near monopoly of college medical education at that time, NTUH's low CS rate<sup>14</sup> (6.2% incidence from 1951 to 1963) and its willingness to try VBAC must have had some effect on Taiwan's OBGYN community at large. In this sense, NTUH was proud to claim that the policy<sup>15</sup>

they adopted concerning delivery following previous CS is “Once a section, not always a section” .

As though in friendly competition with NTUH, in 1983, under the guidance of Hsu CT, TMCH published and analyzed its own record<sup>16</sup> of post-war VBAC cases, albeit with a time lag of almost twenty years! From 1973 to 1982, there were 224 trial labors with a 77.2% success rate within a ten-year period. Compared with NTUH’ s much earlier VBAC record, TMCH’ s record perhaps is not that impressive. But one interesting aspect of this late record is that TMCH should still be practising quite a few VBAC cases at a time when Taiwan’ s overall tendency in delivery was moving fast toward a more favorable stance on Cesarean Section.

Perhaps it is fair to say that Taiwan’ s CS rate was beginning to pick up from the late 60s to 70s, and NTUH’ s own record is very significant in this respect. Let me briefly mention a series of papers concerning NTUH’ s CS rates from the early 50s to the late 70s:

-First, in Chen HY, Lee JC, & Wei PY’ s 1962 paper on post-war VBAC, the policy “Once a section, not always a section” was still proudly announced.

-Secondly, in Chen HY, & Lee TT’ s 1965 paper on NTUH’ s CS rate (6.2%) from 1951 to 63, the paper begins by stating that “Cesarean section today is rather safe” , and “The number of repeat sections has increased year by year even though ‘Once a section, not always a section’ has been the policy of this clinic.”

-Thirdly, three years later, in Lin YF & Chen HY’ s 1968 paper, the CS rate from 1964 to 67 is an increasing 9.8%. The authors wrote “Abandonment of difficult vaginal deliveries, more repeat sections (more than doubled) and more contracted pelvis diagnosed by X-ray pelvimetry are thought to be the main contributing factors to this increase of incidence.” One important result especially concerning this paper is the gradual abandonment of VBAC and more repeated section (from 13% in the first paper to the present rate of 26.4%).

-Fourthly, in Huang LH, & Chen HY’ s 1974 paper, the CS rate is now 11% from 1968 to 1971. The authors proudly begin by stating that “In modern obstetrics cesarean section is accepted as an essential armamentarium. It is now one of the safest operations and has replaced many obstetrical operations such as difficult forceps, internal version even breech extraction...” And in discussing the yet again rising “repeat section” rate from

the 12.98% in the 2nd paper, 26.4% in the 3rd paper to the current 32.2%, the authors wrote<sup>17</sup>:

Repeat section rate has increased from 12.98% in 1951-63 to 32.2% in this study period, showing steady change of the policy from "Once a section, not always a section" to "Once a section, always a section" in this clinic.

Perhaps the year 1974 was a critical moment in the modern history of Taiwan's Cesarean Section, with the new policy announced by NTUH, Taiwan's major obstetric institution, well known in the past for its conservative stance on OBGYN surgical operations. To be sure, concerning Taiwan's foremost gynecological problem, cervical cancer also, NTUH changed its stance even earlier in 1968 from the radiation method to the development of RH.

But why? Why this steady change? What was the understanding in the medical discipline of obstetrics that prompted a senior NTUH obstetric professor like Chen His-Yao to claim: "In modern obstetrics cesarean section is accepted as an essential armamentarium" ? A couple of years later, a corresponding change of "philosophy" is also announced in TMCH's 1980 review paper<sup>18</sup> about their twenty-year series of CS:

There are many factors that contributed to the increasing cesarean section rate ...However the most important thing is that the philosophy of obstetricians has been changing. We are now not only paying attention to the life of the mother but also to the quality of the new life.

Would CS really be good, comparatively speaking, for the quality of both the mother and the new life? As already discussed in section I from a contemporary viewpoint, not only is this claim questionable, but also most likely false. But let's go back to the historical and international contexts of these claims. At least one important contributing factor to this change of philosophy seems to have come from abroad, following the major change of attitude in the US obstetric community from the early 1960s.

In NTUH Prof. Wang Yao-Wen's major article "Vaginal delivery following Cesarean Section" in 1964, the first part is an impressive "review of the literature" which refers to

a total of 68 papers. Since this is the key article in the 1960s about Taiwan' s post-war VBAC, I made a short analysis of the composition of those 68 papers. Three quarters of the papers<sup>19</sup> come from the US! And the remainder is from the British Commonwealth, France and Europe, with none from Japan. Although over half of the papers were published in the 1950s, papers from the 20s, 30s, and 40s constituted 38% of the references. According to Wang' s own account, he cited 21 papers (13 after 1950) for VBAC, but only 9 papers (7 after 1950) for "Once a CS, always a CS". By implication, in the 1960s, Taiwan' s major obstetric institution—the department of OBGYN at NTUH was under heavy influence from the US obstetric community. Therefore, in the next section, let me briefly analyze the various editions of the foremost US obstetrics textbook (or "bible" ), *Williams Obstetrics*, in order to show the important change in attitudes concerning post-war CS.

### **III. *Williams Obstetrics* and its Attitudes toward CS and VBAC**

As I discussed and praised the treatments of CS and VBAC in the 20th (1997) and 21st (2001) edition of the *Williams Obstetrics* at the beginning of section I of this paper, it might seem that this US obstetrics bible textbook stands for a progressive position regarding VBAC throughout. This is not the case. Or perhaps it is difficult to say what stands for a fixed "progressive" position in the post-war obstetrics. In the pre-WWII years, when Prof. J. Whitridge Williams was still writing by himself the well-known *Obstetrics* - for example, the 5th edition published in 1926 - he had something interesting to say concerning the deliveries following CS<sup>20</sup>:

As it is generally believed that the cicatrix following a cesarean section represents a locus minoris resistentiae and may rupture during a subsequent pregnancy, many writers have laid down the dictum "once a cesarean, always a cesarean." ...I do not entirely agree with such teaching. Naturally such a uterus is less efficient than one which has never been incised, and to my mind that fact should be regarded as a potent argument against the use of cesarean section for non-pelvic indications, except in the most pressing condition.



Clearly Williams had reservations about this dictum and he even used this controversy as an argument against the use of CS for non-pelvic indications. But that was 1926, and Professor Williams did not live long enough to read the post-war *Williams Obstetrics*. Take its 12th edition, edited by N. Eastman and L. Hellman, and published in 1961, New York. At a time when Taiwan doctors in NTUH were still calling for VBAC, color pictures were introduced into this edition of the *Williams Obstetrics*, including many gruesome and bloody uterines that were ruptured. Striking colorful pictures may have been a sign that important changes were ahead. There were two statements made there that are particularly relevant to the concerns of this paper.

The first statement is in chapter 34, "Injuries to the Birth Canal" , the only place where delivery subsequent to a Cesarean Section is formally considered. Williams' original optimistic considerations of the "uterine scar" were replaced by the pessimistic attitude that we obstetricians can hardly "shed the slightest information on the integrity of the scar under the stress of labor." It is very interesting to read that medical doctors should admit their ignorance concerning certain techniques and were ready to abandon it. Thus, the authors wrote:

…it is understandable from the discussion above that the attitude generally held in the United States today is that, in most instances, one section indicates this mode of delivery in the following pregnancies.

The second statement is in chapter 44, "Cesarean Section." When discussing the incidence of CS, our authors began with the following statement<sup>22</sup>, which I believe is also a moment of "tremendous shift" in the history of US Cesarean Section:

There was a time when the excellence of an obstetric service was judged by the paucity of cesarean section performed. In the past decade, however, there has been a **tremendous shift** in the viewpoint regarding the validity of this criterion …Furthermore, the idea that a cesarean section converts a healthy gravida into an obstetric cripple has come to be viewed…with increasing skepticism. (bold faces mine)

Now, if we jump from the 12th edition of *Williams Obstetrics* in 1961 to the 15th edition in 1976, a clearer statement<sup>23</sup> concerning doctors' general attitudes toward VBAC is again announced when "delivery subsequent to a Cesarean Section" is discussed, and also when the current concern in the US for "fewer but better babies" was strong and repeated CS supposedly was the best way to avoid all unnecessary risks:

...in case of nonrecurrent cause for cesarean section, the general dictum "once a cesarean, always a cesarean" has been followed by **the majority of obstetricians in this country** but probably by only a minority of obstetricians in several other countries. (bold faces mine)

However, in spite of the enthusiasm for repeated CS and the feeling of "medical majority" , the authors of *Williams Obstetrics* were aware of the fact that this is basically only an American medical phenomenon. Again in the next 16th edition published in 1980, although there were two new authors/editors appointed for this famous textbook, the same feeling of "medical majority" for "once a cesarean, always a cesarean" was repeated and stated<sup>24</sup>, albeit with an essential qualification "The reverse appears to be true in several other countries" .

There was something new however in this 1980 edition. Probably for the first time, it reported a huge "trial of labor" for 526 birthing women selected (thus a high "trial rate" of 83%) from a group of 634 women with one previous low transverse CS. The "success rate" of this trial group is 60%, which is quite good considering the trial rate was very high. But 40% of the trial group labored unsuccessfully and then underwent repeated CS; probably they suffered more than ordinary repeated CS. Realistic costs and risks analyses were subsequently undertaken and evaluated<sup>25</sup> concerning this trial group as well as cases from other studies. This might actually indicate the beginning of a new phase in CS/VBAC cost analysis in the new age of high US medical costs, which might prove to be a new chance for the "return of VBAC" in the US.

By stating their ignorance and emphasizing the risks concerning the nature of "uterine scar" under labor stress, US obstetricians were somehow justified in skipping the VBAC during the 60s and 70s and to follow instead the path of repeated CS. But this does not mean there were no medical problems with this alternative path. For one, the

danger of uterine rupture still remained for repeated CS, albeit perhaps at a slightly lesser extent, since the CS might be performed at an earlier stage or before the onset of labor. Secondly, it is not easy to accurately measure the right timing for performing the repeated CS, for fear of the newborn baby's "iatrogenic" prematurity. Thirdly, there was a fear of "respiratory distress" for the newborn. Various strategies (amniocentesis, or the guidelines from Parkland Memorial Hospital) concerning the "timing problem", with their prospective pro and cons of course, were discussed and analyzed in the later new editions of *Williams Obstetrics*. Naturally, a more detailed analysis which compares these two different obstetric roads to solve problems arising from deliveries subsequent to a CS is necessary.

In closing this section, I believe I have shown how in the 60s and 70s, American obstetricians was embracing the CS technique, and how they were walking away from the VBAC, as symbolized by the three editions of *Williams Obstetrics* from 1961 to 1980. Moreover, since Taiwan's post-war obstetricians were usually under the influence of their American exemplars, as I have indicated from an analysis of the 68 references in Wang Yao-Wen's review article, it comes as no surprise that Taiwan's obstetricians also tended to follow their American counterparts in practice, with a time lag of course. In short, this at least is one important reason which explains the decline of Taiwan's post-war VBAC and the arrival of a high CS age from the 70s to 80s.

One remaining but important question in the Taiwanese context is this: As American obstetricians declared their ignorance regarding the nature of "uterine scar under labor stress" and thereby used it to justify walking away from VBAC, had Taiwan's obstetricians done any real research on it, or were they just copying what American doctors had decided in taking a different road? Further research regarding this issue is required.

## Reference

\*This is a shortened and slightly modified version of the original paper for the conference "Body Knowledge and Gender in Asia" International Workshop 2006, sponsored by the Center for Gender Studies at International Christian University in Tokyo. Many of the original medical papers discussed in this paper were collected by Prof. Wu Chia-Ling, who kindly handed her files of CS to me for this research.

<sup>1</sup>See 吳嘉苓 (2000) and Fu & Wu (2004) for a cogent criticism of this kind of explanation.

From our interviews, we found that most pregnant women were encouraged to select an auspicious day only if she had already had medical indications for CS and a time period for operation was set up. Then an auspicious day would be selected, like a compensation for surgery, within that time period. Also see Lo (2003) for a renewed but problematic attempt to advance this explanation.

<sup>2</sup>The following Figure 1 was prepared by Prof. Wu Chia-Ling, to whom I express my gratitude.

<sup>3</sup>Focusing on the so-called “clinical factors” , see our recent conference paper, Fu & Wu (2004).

<sup>4</sup>古智愷 (2002), master thesis, p.71. A survey on whether NSD is a better mode of delivery for baby’ s health found that pediatricians consider NSD better by a wide margin in comparison with OBGYN doctors: 75.1% vs. 41.4%. See also Gu’ s master thesis (2002), p.70.

<sup>5</sup>According to an interview with Dr. Chan (2004).

<sup>6</sup>See *Williams Obstetrics* (1997, 2001).

<sup>7</sup>This was the common state of affairs gleaned from interviews with Dr. Wu, Dr. Chan, and Dr. Lai.

<sup>8</sup>It is relatively easy to identify missing links in OBGYN doctors’ complaints of the supposed “ignorance and obstinence” of the patiresentation, and persuasion in recommending VBAC to the birthing women. This can be easily found in our interviews.

<sup>9</sup>It is interesting to consider here nurses 蔡秀娟、廖彩言 (1999), who present a different argument for VBAC constructed through the psychology of “motherhood” .

<sup>10</sup>See Fu (2005), *Assembling the New Body*, ch.5, “Dr. C.T. Hsu and the Two Roads of Post-War Gynecological Surgery” . My interview of Dr. Ruen, a close student of Dr.Hsu’ s, also amply confirm the point raised here. In ch. 3 of the same book, I discuss how Taiwan’ s OBGYN doctors were good at D&C in performing an abortion.

<sup>11</sup>See Yang YK, Lin MH, Tsai CL, Chang CC (1980) and similar results also came from Wu J, Tsai SL, Chang CC, Hsu CT (1975), where TMCH’ s CS rates from 1960 to 1975 were collected and discussed.

<sup>12</sup>There is much evidence for this. For example, see my interview with Dr. Wang YW.

<sup>13</sup> A total of 234 deliveries in 201 patients with a previous CS scar over an eight-year period (1955 to 1962) were reviewed. Of these 234 deliveries, 132 were given a trial; thus the “trial rate” is 56.4%. See Wang Yao-Wen, (1964).

<sup>14</sup> See Chen HY, & Lee TT, (1965). We should also note that Japan's post-war CS rate was even lower, with a mere 2.5% CS incidence from 1949 to 1958 in 84 leading hospitals. Thus it is not surprising that NTUH, with a strong colonial tradition under Imperial Japan, had a low post-war CS rate. See Chen HY, & Lee TT, (1965), p.91.

<sup>15</sup> See Chen HY, Lee JC, & Wei PY (1962).

<sup>16</sup> See 黃炳昌、楊麗川、徐千田等 (1983)

<sup>17</sup> p.172.

<sup>18</sup> See Yang YK, Lin MH, Tsai CL, Chang CC (1980), p.151.

<sup>19</sup> Including the two editors of the 11th edition of *Williams Obstetrics*, Nicholson Eastman and Louis Hellman. Wang also included another obstetrics textbook, *Obstetrics*, 11th edition, 1955, Philadelphia, by J.P. Greenhill, who also edited the *Year Book of OBGYN*, 1953.

<sup>20</sup> See p.498. And on p.514 Williams again took up this issue by claiming that this dictum "is an exaggeration." He believed that this dictum is "in part based on the belief that the uterine incision heals by the formation of scar-tissue, and that the newly found connective-tissue stretches and sometimes yields when the uterus becomes distended." Then Williams gives three reasons to explain why this is not so.

<sup>21</sup> All the quotations and citations in this paragraph come from p.985 of the 12th edition.

<sup>22</sup> pp.1182-83 of the 12th edition.

<sup>23</sup> pp.733-34 of the 15th edition.

<sup>24</sup> pp.866-7 of the 16th edition, published in 1980.

<sup>25</sup> See pp.868 of the 16th edition, plus the interesting Fig. 33-7 on the same page.

## Interviews

Prof. Yu YM, 60s, interviewed (by Wu Chia-Ling) Sep., 2004, Institute of National Health.

Prof. Lai MS, interviewed (by Wu Chia-Ling) Sep., 2004, National Taiwan University,  
School of Public Health

Dr. Chan DF, early 40s, interviewed June, 2004, Kaohsiung Medical University Hospital

Dr. Wu KM, late 30s, interviewed June, 2004, Kaohsiung Municipal Maternal-Children  
Hospital

Dr. Lai MD, late 30s, interviewed June, 2004, Kaohsiung Chang-Geng Hospital

Dr. Hsu CM, 40s, interviewed June, 2004, Director of Kaohsiung Chi-Jin Hospital

Dr. Chang DY, 40s, interviewed Feb., 2002, National Taiwan University Hospital

Dr. Ruan CH, 50s, interviewed Nov., 2001, Taipei Medical University Hospital

Dr. Wang YW, 70s, interviewed July, 1998, National Taiwan University Hospital

## A Brief Bibliography

- Chen HY, Lee JC, & Wei PY, (1962). "Labor and Delivery Following Previous Cesarean Section" , *J.F.M.A.*, Vol.61, no.3, pp.259-271.
- Chen HY, & Lee TT, (1965). "Cesarean Section at National Taiwan University Hospital from 1951 through 1963" , *O.G.China*, Vol.4, no.3,4. pp.90-104.
- Fu Daiwie & Wu Chia-Ling, (2004). *Taiwan' s Recent CS Operatons, and its Gender/Medical Politics*, 5th East Asian STS conference, Seoul National Universtiy.
- Huang LH, & Chen HY, (1974). "Cesarean Section at National Taiwan University Hospital— 1968 to 1971" , *O.G.China*, vol.13, no.4, pp.163-174.
- Lawton R. Burns, Stacie E. Geller and Douglas R. Wholey (1995). *The Effect of Physician Factors on the Cesarean Section Decision : Medical Care* Vol. 33, pp365-382.
- Lin YF & Chen HY (1968) "Cesarean Section at the National Taiwan University Hospital— 1964 to 1967" , *O.G.China*, Vol.7, no.2, pp.95-107.
- Lo Joan C. (2003). "Patients' attitudes vs. physicians' determination: implications for Cesarean Section" , *Soc. Sci. Med.*, Vol.5, pp.91-96.
- McClain Carol S. (1990). "The Making of a Medical Tradition: Vaginal Birth After Cesarean", *Soc. Sci. Med.* Vol.31, no.2, pp.203-210.
- Singleton V. (1995) "Networking Construction of Gender and Constructing Gender Networks: Considering Definition of Woman in the British Cervical Screening Programme", in *The Gender-Technology Relation*, eds., by K.Grint & R.Gill, (1995, Taylor&Francis).
- Tsai YW & Hu TW (2002). "National Health Insurance, Physician Financial Incentives, and Primary Cesarean Deliveries in Taiwan." *American Journal of Public Health* Vol.92, No.9, p1514-1517.
- Tussing D. and Wojtowycz M. (1997), "Malpractice, Defensive Medicine, and Obstetric Behavior." *Medical Care* Vol. 35, pp172-191.
- Yang YK, Lin MH, Tsai CL, Chang CC (1980), "Analysis of Indications for Cesarean Section in the Taipei Municipal Chung-Hsing Hospital" , *J.O.G.ROC*, vol.19, no.4, pp.151-159.
- Williams Obstetrics*: (1961, 1976, 1980), 12th edition, 15th edition, and 16 edition.
- Williams Obstetrics*: (1997) 20th Edition, Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Williams Obstetrics*: (2001) 20th Edition, New York: HcGraw-Hill.
- Williams J.Whitridge (1926), *Obstetrics: a text-book for the use of students and practitioners*, 5th edition, New York & London: D.Appleton and Co.
- Wang Yao-Wen, (1964), "Vaginal Delivery Following Cesarean Section" , *O.G.China*, Vol.3, no.1, 2. pp.1-21.
- Wu J, Tsai SL, Chang CC, Hsu CT (1975), "Analysis of Indications for Cesarean Section in the Taipei Municipal Chung-Hsing Hospital", *O.G.China*, Vol.14, no.1, pp.14-19.

(Chinese papers arranged according to the year of publication)

- 王自芳、王雄嶸（1964），801 總醫院近五年來前胎剖腹生產之統計研究，婦產科醫學會雜誌，Vol.3, no.1,2, 頁 22-26.
- 嚴高彬（1980），省立台南醫院 10 年來的剖腹產，J.O.G.ROC, Vol.19, no.4, pp.160-165.
- 黃炳昌、楊麗川、徐千田等（1983），剖腹產後生產方式的分析，J.O.G.ROC, Vol.22, no.3, pp.203-213.
- 蔡秀娟、廖彩言（1999），一位產婦選擇剖腹產後自然生產的經驗過程：榮總護理 Vol. 16, No. 2, p212-218.
- 吳嘉苓，2000，「產科醫學遇上『迷信』婦女？——台灣高剖腹率論述的知識、性別與權力」，《性別政治與主體形構》，何春蕤編，麥田出版社。
- 邱隆茂（2001），剖腹產後陰道生產降低剖腹產率的初步經驗：助產雜誌 Vol. 44, p18-23
- 葉淑杏、張惠人、蘇斌光、陳嘉儀、洪隨華（2002），論病例計酬醫療成本分析—以剖腹產為例：醫務管理期刊 Vol.3, No. 4, p30-40
- 古智愷(Gu, 2002)，醫師與醫院管理者對剖腹產管理指標認知、態度及行為之研究，國立臺灣大學，醫療機構管理研究所碩士論文。
- 吳嘉苓、詹德富、卓福男，（2004）「高剖腹產率？怪罪婦女？」，圓桌座談，第四屆性別與醫療工作坊，高雄醫學大學性別研究所。
- 傅大為（Fu, 2005），《亞細亞的新身體：性別、醫療、與近代台灣》(Assembling the New Body: Gender/Sexuality, Medicine, and Modern Taiwan)，台北：群學出版社。

## 帝王切開術 (CS)、帝王切開後の経膣出産 (VBAC) と戦後台湾の皮肉な産科学史 傅大為

1990年代初頭から、台湾における帝王切開術の割合は30パーセント以上と世界の中でも最も高いものとなっている。この論文は、STS（科学技術社会学）の観点から“産科学実践”と戦後産科学の慣習に目を向けることを目的とする。たとえば、外科手術を多用した初期の婦人科と、70年代の帝王切開（CS）の節制と帝王切開後の経膣出産（VBAC）への関心をむける産科とがあるTMCH（台北中興病院）の仕組みはどのようなものだろうか。

他方、あらゆる種類の外科手術に対して厳格であるという世評を持つNTUH（National Taiwan University Hospital: 台湾国立大学病院）の産婦人科は、戦後帝王切開後の経膣出産に熱心に取り組んだおそらく台湾で最初の主要な医療機関であろう。しかしながら、1970年代以降にはNTHUは、TMCHとともに自らの帝王切開術に対する“哲学”を変え、VBACから離れ、台湾におけるCSの加速的な隆盛へと合流する用意を整えていた。我々はこの歴史的つながりを、あるいは戦後初期の産科学と後の高い帝王切開率という医師の実践の矛盾を理解すべきなのだろうか。更には、50年代から70年代にかけてのVBACへの関心は、多くの議論やそれを復興させようとする人々の努力にもかかわらず、90年代にはほぼなくなってしまったのである。

我々は、VBACの技術のある種の“主体ネットワーク”として、理解することができるだろうか。また、戦後の産科学史の奇妙な歴史を様々な主体ネットワーク（NTHU、TMCH、台湾助産婦協会、アメリカ産科学協会など）のつながりと競合という点から理解できないだろうか。

おそらく、台湾でのCS率が勢いを増し始めたのは1960年代後半から70年代にかけてだろう。だが他の手段と比べても、CSが母と子の両方に十分に配慮しているという主張は、疑わしいどころか、ほとんど誤っているように私には見える。にもかかわらず、主要医療機関がCS賛同に向かって哲学を変化させた重要な要因の一つは、1960年代初頭からのアメリカ産科学会における姿勢の大きな変化からきているように思われる。1960年代から70年代にかけて、アメリカの産科医たちはCS技術を信奉し、VBACから離れていった。そして戦後台湾の産科医たちはアメリカの影響下にあり、多少のタイムラグはあるもののアメリカの産科医に追随する傾向があった。

1990年代には、高CS率に対して対策を立てようと、台湾の国家機関であるDoH（Department of Health）の代表が、産婦人科医とともに台湾の女性保健活動家を招集した。しかし女性保健活動家による非難、産婦人科医による反対のため、見解の一致は得られなかった。



さらに、台湾の医療専門家たちの学術団体・コミュニティである“産婦人科協会”（TAOG）は、当然台湾の高CS率について懸念を表しており、現状を調査し効果的にそれに対処する専門調査会を組織することを望んでいた。しかしながら、1991年から95年にかけてTAOGは、NTUHの体制とそれによって育てられた多くの開業産婦人科医と、1949年以後に中国本土から渡って来たエリート医師たちのグループによるVGH（Veteran General Hospital: ベテランジェネラルホスピタル）との間の内部軋轢による騒然とした年月を経験し、高CS率に関しての手段は一切講じられなかった。1996年にTAOGが安定したとき、彼らはすでに急騰していたCS率に直面せねばならなかったのである。この時TAOG内には“権威の分割”（NTUH対VGH）があり、それはTAOGが、医学的権威としての、統一されたエリート集団によって構成されている学術・医学団体ではないことを示している。そしてTAOG会報（1996年から2003年の73報）には、VBACに関する技術や提携、影響はまったく論じられていない。CSによる出血や難事についての特別研究や、CSにおける新しい技術や進歩が報告されているが、基本的に、高CS率問題の対処のための教育や医療行為の改善における努力と知識が効果的に集結されるTAOGの空気のようなものは、これらの会報では現れていない。

2000年から、望ましいCS率の指針とVBACのクレジットカウントが政府の医院評鑑（HEC: Hospital Evaluation Criteria）に加えられ、病院経営者は、DoHからのクレジットを得るために、あるいは好意的に評価してもらうために、いかにして病院のCS率を下げるかにより注意を払うようになった。DoHの医院評鑑にこれら低CS率とより多くのVBACの例が包含されることが、TAOGの努力に起因したのかどうかについては、今後の研究が期待される。



## 大メコン川流域地域 (GMS) における人身取引 \* 高松郷子

### 1. 背景

近年、人身取引は麻薬や武器の取引および組織犯罪の広がりとともに国境を越えた犯罪として注目されている。米国国務省は人身取引の被害者数は世界で年間約 70 万人、これによる収益は 50 億から 70 億ドル (U.S. Department of State, 2002)、取引の 3 分の 1 は東南アジアで発生し大半の被害者が女性と子どもであると推定している (U.S. Department of State, 2003)。

人身取引については、20 世紀初頭からその根絶を目指して多くの国際条約が制定されてきたが、見解や取り扱いは多様であり、統一されていなかった (中川, 2004)。しかし 2000 年に採択された国連国際組織犯罪条約議定書「国際的な組織犯罪の防止に関する国際連合条約を補足する人、特に女性及び児童の取引の防止、抑止、及び処罰するための議定書」(パレルモ議定書第 3 条)において、人身取引の定義<sup>1</sup>が定められたことにより、それまで混在していた人身取引についての見方を統一する動きが見え、国際的かつ地域的な協力枠組みの強化や、これまで見過ごされてきた被害者の保護の必要性などについて提唱することが可能になった。この条約は現在 149 カ国で採択され (UNODC, 2006)<sup>2</sup>、以後世界の各地・地域で人身取引根絶のための活動が活性化している。

本文は人身取引のうち、大メコン川流域地域 (GMS: Greater Mekong Sub region) と呼ばれるカンボジア、中国雲南省、タイ、ミャンマー、ベトナム、ラオスを含む地域で起こる人身取引の被害の形態、経済格差や国の状態などから来る要因、地域・国内政策の面から捉え、今後の課題としてどのような動きが可能かについて議論するものである。

### 2. 大メコン川流域地域

大メコン川流域地域では、グローバル化によるインパクトから、経済の地域化と消費の増加による国家間の経済格差、都市と農村部での貧困格差が拡大し、出稼ぎや移住が増えた。そして国境を越えた労働が広がるとともに犯罪が増加し、人身取引も増加した (Caouette, 1998)。さらに政情不安から起こる紛争、少数民族に対する人権侵害や暴力、迫害、そして国籍や機会が与えられないことによる慢性的貧困から国外・国内避難民が生まれ、難民も人身取引に巻き込まれる状況が発生している。そしてさらなる問題として国境管理の不備や法執行制

度の脆弱性、汚職、教育や識字率の低さ、情報の欠如などは人身取引を生み出す要因として状況を悪化させている (Panam et al, 2004)。

GMS における人身取引には様々な動きがある。主として経済力の低い国から高い国へ働き口を求めて取引が行われる傾向が見られるが、その一方で、国境を超えることが容易なため、国境を接する国々の間で人の移動が見られる。以下はそのような動きの中で代表的なものを挙げる。

- 世界の人身取引の 3 分の 1 は女性と子ども (20 ~ 22 万 5 千人) であり、東南アジアから取引されている。さらに GMS のセックスワーカーの 30 ~ 35% は 12 ~ 17 歳の子どもである (UNICEF, 2003)。
- 経済力の高いタイが吸引源となり、周辺国のミャンマー、ラオス、カンボジアから性産業だけでなく、メイド、建設作業、農作業、工場労働、漁業労働などの産業の労働力を確保するために、人身取引が行われている (UN, 2004)。
- 経済的困窮、紛争、食料危機などが背景となり主に少数民族の女性がミャンマーからタイ、中国へ売買春目的やメイドとして人身取引される事象が目立っている (Caouette, 2001)。
- ベトナムでは北部から中国への強制結婚、南部からはカンボジアやタイへ売買春目的での人身取引、さらに台湾へは約 7 万人のベトナム人花嫁が送り出されている (Nguyen, 2003)。
- カンボジアからはタイ、中国、シンガポール、マレーシア、インドネシア、台湾、フィリピン、香港へ、偽装結婚、物乞い、農漁業、建設作業、性的搾取目的の人身取引が行われている (Sovankiry et al 2003)。
- ラオスでは経済的困窮からタイへ人身取引されるケースが多いが、一部ではベトナム人と中国人がラオスへ取引されている (U.S. Department of State, 2005)。
- 中国南部では中国人の女性が売買春目的でタイ、マレーシアに人身取引されている。また中国へはベトナム、ロシア、韓国、ミャンマーから売買春、強制結婚、違法養子、強制労働、物乞いの目的で出稼ぎや人身取引が行われている (UNIAP 2005)。
- 出稼ぎ、移民、移住は自発的に行われるが、ほとんどが行った先または途中で犯罪に巻き込まれ、暴力の被害を経験している。実際に何が起きるのかについての情報を事前に入手できない。むしろ部分的または間違った情報や虚偽の誘いに基づいて出稼ぎを決める場合が多い (UNIFEM, 2004)。

GMS は日本にとって重要な地域であり、ODA 抛出額も高い。2006 年 12 月 20 日にはタイ・ムクダハン県とラオス・サバナケット県の国境を流れるメコン川に円借款支援で建設された第

2 メコン国際橋（メコン第2友好橋）が完成した。この橋の完成によりベトナムからラオス、タイを通過してミャンマーまでの1450キロをつなぐ東西経済回廊が陸続きとなり、税関業務と通行管理の簡易化を図った入国管理システムの導入も検討され、地域内での物流や人の流れはさらに活発になると期待されている (Fuji Sankei Business, 2006)。他方、このような開発から起こる負の側面として組織犯罪や国境を越えた密輸などの増加、さらには人身取引においても形態が多様・複雑化が予想されている (国際建設技術協会, 2004)。

### 3. 人身取引の形態

前出の定義でも触れたように人身取引とは、搾取を目的とした人身の取引を指す。経済的に困窮している人々や働き口を求める人々に「うまい話」を持ちかけ目的地まで連れて行き、精神的圧力や強制あるいは暴力・脅しを使い隷属させる。搾取形態としては物乞い、工業、農業、漁業、鉱業における労働、メイドなど家内労働による無報酬または非常に低い賃金で長時間従事させられるもの（多くは監禁、軟禁、食事制限がある）、そして売春、偽装・強制結婚の形から女性や子どもを売春目的で取引するもの、子どもを養子や臓器摘出の目的で取引するものなどがある (GAATW, 2000)。近年では、政府やコミュニティレベルでの啓蒙キャンペーンにより、人身取引の危険に関する情報が少なからず住民に知られるようになっていたため、人身取引仲介者（トラフフィッカー）は対象者を低年齢層化させたり、同年齢の知人や親族を使って誘い出すなど、巧妙性を高めている。村レベルの仲介者は女性や、有力者の妻や親戚が多いため、困窮家庭にとっては困っているときに仕事を世話してくれる存在として感謝されていることも少なくない。しかし被害者にとって見れば人身取引の話は聞いたことがあっても被害が身近に存在し、まさか自分が被害者になるとは思っていない<sup>3</sup>。

仲介者の役割や形態も多様である。はじめに被害者を誘い出す者、国境まで連れて行く者、母親や親戚を演じ、家族で国境を超える形態を装う者、国境の反対側で被害者を受け取る者、そして被害者が逃げないように（暴力や脅しを用い）労働場で管理する者などが、都市と農村の間、または国境を超えて組織的に連携している。これらの連携者たちは逮捕の際に関係がわからないように連絡先を頻繁に変え、定期的に変える人々などのように連携を細分化し、匿名化している。男性が仲介となるケースでは、ホテル、レストラン、商店で働く若い女性をターゲットとし、ボーイフレンドとして信用を得たところで女性を外国での「休暇」に誘い目的地へ到着後、女性のパスポートを取り上げ、売春宿の主人に引き渡すケース、そして子どもの場合は教育を受けさせる、親の代わりに養育する立場として引き取るケース (在京米国大使館, 2004)、結婚を装い親元から離れた後暴力を使った偽装・強制結婚、売春目的に売るケースが報告されている (Caouette, 1998)。

人身取引は、供給した人々が労働を継続すればコストは人を輸送するのみで低く抑えることが可能であるため、不法入国や薬物の密輸と異なり、一度人身を供給すれば長期にわたり利益が生まれ、輸送コストも容易に回収できる。そして働き口を求める人々は常に存在するので供給には苦勞しないことから、人身取引は長期にわたって簡単に利益を上げることができる「パーフェク・ビジネス」と言われている (UNIAP, 2005)。しかし被害者にとっては暴力や低賃金、無報酬、食事制限などから身体・精神に対するダメージ、家族への送金はままならず、利益はほとんど得られないため（現金を持ち帰っても国境管理局の役人により違法に没収されることが多い）、人身取引は“Worst form of migration（最悪な出稼ぎの形）”と言われている (Robertson, 2004)。

以下の表は人身取引における手段・方法と犯罪の内容を整理したものである。これらの被害については前述のパレルモ議定書により批准政府による被害者保護、捜査、訴追、そして国際協力が義務づけられている。

表1 人身取引の手段・方法と犯罪の内容

人身取引の手段・方法	人身取引における犯罪行為
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 借金による拘束</li> <li>• 直接・間接売買</li> <li>• 偽装・強制結婚</li> <li>• 詐欺・欺瞞</li> <li>• 脅迫</li> <li>• 暴力（またはほのめかし）</li> <li>• 移動の制限・拘束</li> <li>• 組織的移送</li> <li>• 薬物乱用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 誘拐</li> <li>• 旅券偽造、取り上げ</li> <li>• 賄賂</li> <li>• 暴力</li> <li>• 性暴力・性的搾取</li> <li>• 児童労働、売買</li> <li>• 権威の乱用（賄賂、圧力、加害者を処罰しない、見逃す）</li> <li>• 強制、隷属労働、売買春</li> <li>• その他の違法売買・契約</li> <li>• 違法養子、強制・偽造結婚</li> <li>• 臓器摘出または身体の切断</li> </ul>

#### 4. 人身取引の被害

人身取引ではどのような人々が被害に遭っているのだろうか。従来の支援活動では、男性が人身取引の被害者となっている点にはあまり焦点が当てられて来ていない。男性の人身取引被害は農作業や漁業、建設作業などの場でおこなわれる劣悪な労働や低賃金・無報酬での強制労働や暴力が主な搾取形態である (UNIAP, 2005)。これまで女性と子どもに焦点が当てられてきたのは女性と子どもがあらゆる形態でのジェンダー差別が要因となり、より劣悪な環境と労働条件に追い込まれやすく、搾取度が高いにもかかわらず、対応が追いついていないからであった (LSCW, 2005)。しかし近年では、男女ともに教育機会が限られ犯罪や人権の知識・情報にアクセスすることが困難な立場にいる者、収入が限られ家族の生活向上のために出稼ぎに出る必要のある者がターゲットとなりやすいことが指摘され、貧困層、低所得層、農村住民、スラム住民、また国籍や居住権のない少数民族、情報の限られた環境にいる出稼ぎ者や難民キャンプ生活者、そして暴力や離婚・家庭の崩壊などで親元から逃げ出した少年・少女などが操作されやすくつけ込まれやすい状態にあり被害者となっていることが指摘され、国際機関などで取り上げられるようになってきている (UNIFEM & UNIAP 2001)。今後男性を含めた人身取引被害者サポートの動きはさらに必要性が高まり、強化していくことが予測される。

被害者にとっては保護され出身地に送還されても、社会復帰が非常に困難であるため、再び人身取引されることが多くある。地域においては被害者への差別防止や理解促進のための活動がおこなわれているが、依然として被害者への差別と排他的扱いは根強く存在する。特に被害者が売買春に携わった場合、周囲からの差別は大きい。またいくつかの国では被害者が送還されると政府の更正施設への入所が義務付けられ犯罪者のように扱われるため、故郷に帰ることがより困難となっている。そうした状況から自分だけではなく、家族へ差別が及ぶのを恐れて故郷に帰らないことを自主的に選択する被害者もいる (UNIFEM, 2004)。家族への仕送りを試みるがお金が届かないことも多々あり、たとえ現金を持ち帰ったとしても金額が少ないため、蔑まれ差別的な扱いを受ける被害者が多い (Caouette, 2001)。地域に戻っても仕事がなく、家族の中に居場所がないため、再び人身取引の被害に遭いやすい状況を作ることになる。また新たに被害者を誘い出す仲介者として、さらには海外で「ママさん」として自国から来た年下の女性たちを管理・虐待し搾取を継続させ、被害と犯罪拡大の担い手となる者も多い (女性の人権カマラード, 1998)。コミュニティにおいて被害者への理解を促し、職を作り出し、斡旋するなど、被害者の社会復帰を促すことは、将来の犯罪の悪循環を防ぐためにも、また後述の犯罪ネットワークの情報を得るという面においても非常に重要である。

人身取引の被害者は取引の過程で受ける暴力や脅しにより精神的にも身体的にも傷つき、多くが犯罪の被害者や生命・身体の危機に直面した人々が体験する PTSD (心的外傷後ストレ

ス障害)を経験している。PTSDは臨床的な症状であり、被害直後から中長期まで身体・精神的だけでなく、社会生活のあらゆる面で影響を及ぼすため、専門家による注意深いケアが必要とされる。被害者の心の傷をそれ以上深くしないよう、特に事件直後に被害者と接する警察官や検察官、弁護士などには注意を促す必要がある。しかし現在おこなわれているケアは被害者の一時的な救援と保護や送還への対応であり、被害者の心のケア、長期的支援、そして法的対応やその後のコミュニティーでのサポートでは多大な遅れが見られる(National Federation of Women's Institutes, 2004, November)。

被害者は加害者と同じコミュニティーで生活していることが多い。法執行機能が低く、加害者の有罪率が低いいため、加害者には処罰はなされず、または処罰されても短期間で地域に戻り通常の生活をしている。被害者及びその家族は加害者のみならず親戚、仲間たちからもハラメントや脅しを受け、自分や家族の安否を気にしながら常に恐怖を体験する状況に置かれ、誰にも相談できず孤立している(Bangkok Post, 2006, February 13)。このため、被害者は加害者につけこまれやすい状況が再生産されている(女性の人権カマラード, 1998)。加害者の処罰体系を整備し、被害者と家族への差別を無くし、さらに被害者同士のネットワークを作り被害者が安心して生活できるためのサポートが必要とされている。

本文では、人身取引による個人レベルを超えた社会への影響については扱わないが、人身取引の社会への影響は人口・労働力の流出、組織犯罪の増加、教育機会の不均衡、人権侵害、精神・身体的健康への悪影響、政府機能や能力の低下などから、個人と社会の様々な側面において負の影響をもたらし、最終的には社会・経済の全体において公正な発展が妨げられることが指摘されている(US Department of State, 2005)。

## 5 人身取引の主な要因

### 5-1 国内外への出稼ぎ

GMSの各国では、人口の大半が貧困層であり、土地を所有せず、農村地帯で技術や教育を必要としない単純労働に従事している(ASEAN, 2005)。家族の生計を立てるためには多少の苦勞があってもMigration(移民、出稼ぎ)に頼らざるを得ない状態にある。近年経済的に発展している国では首都や国境を超えた都市では日雇い作業などの仕事は見つけることができるため、出稼ぎは身近な話となっており故郷を離れ出稼ぎに行くことへの抵抗感がない。

例えばベトナムでは、1995年～99年までの5年間に国内で出稼ぎや仕事のために移動をした人は男女合わせて435万人以上であった(内52%が25歳以下)。特にホーチミンとハノイ周辺では工業・商業・サービス業(繊維、衣料、靴、食品加工)の重労働作業員として



若い女性が求められ、これが現在でも女性の出稼ぎ者を呼ぶ吸引力となっている。(Nguyen, 2005) しかし出稼ぎをする女性たちの多くは仕事の話を受けたときには仕事の種類や内容、賃金、場所について詳細を知らされることはなく、到着後、雇用主から虐待や性暴力を受け、借金を背負わされ長時間・強制労働により搾取される状況が報告されている。このようなケースの中には多くの人身取引の被害が存在する。(D’Cunha 2005a) 自分の受けた仕事の話がどこまで本当かを確認するすべがなく、出稼ぎに出ることへの抵抗感がない、そして人口の大半が単純労働を求めている状況は、人身取引の被害を生み出す温床であると言える。

### 5-2 タイにおけるプルファクター

GMS には各国間に経済成長、賃金、失業率、教育などの格差が存在し、それらが国境を超えた出稼ぎ者を引き付ける要因（プルファクター）となっている（以下の GMS における経済・社会指標比較を参照）。

表 2 GMS における社会・経済指標<sup>5</sup>

	一人当たりの GDP	最低賃金 <sup>6</sup>	失業率	GDP 成長率	人口 (1000 人)	都市人口	1 ドル以下 貧困人口	2 ドル以下 貧困人口	識字率*	第 5 学年 就学率*
カンボジア	US\$358	US\$45/month	0.8%	7.7%	13,872	19%	34.1%	77.7%	73.6%	61%
タイ	US\$2,537	THB133-169/day (=US\$ 3.37-4.29)	1.5%	5.5%	64,994	31%	<2.0%	32.5%	92.6%	94%
ミャンマー	US\$166	-	-	5.0%	56,003	30%	-	-	89.7%	65%
ベトナム	US\$554	VND290000/ month (=US\$18.2)	5.6%	7.7%	83,156	26%	17.7%	63.7%	90.3%	87%
ラオス	US\$423	Kip93600/month (=US\$9.6)	-	5.5%	5,904	21%	26.3%	73.2%	68.7%	64%
雲南省 <sup>7</sup>	US\$627	-	4%	8.6% <sup>8</sup>	43,331	26%	6.6%	-	84.5%	87.5% <sup>9</sup>

タイでは、えび養殖やゴム園などでの労働条件が厳しく、タイ人が好まない労働であるため、国内での労働力確保が困難となっている。このためこれらの労働が受け皿となり外国人不法就労者のプルファクター (Pull Factor) となっている。現在タイ国内にいる不法労働者は 200 万

人に達し、このうち国境を接するミャンマー、ラオス、カンボジアからの不法労働者は120万人とする試算がある(バンコク日本人商工会議所,2004)。

タイでは、増え続ける不法労働者の摘発や取締りが強化される一方で、一定期間の就労を認める暫定労働許可を与える措置も始まっている。タイ政府は2001年から不法労働者の登録制度を開始し、その結果、568,249人が労働許可(ワークパーミット)を受け取った。そのうちミャンマー人は8割以上(451,255人)を占めている。さらに投資委員会(BOI: Board of Investment)は外国人による安い労働力を利用する政策を打ち出し企業に優遇措置を与え始め、特にミャンマー人の出稼ぎ労働者が多いことで知られるミャンマー国境ターク県メーソット郡などへの企業誘致を奨励している。メーソットでは、食品加工工場、缶詰工場、果樹園(126万ヘクタール)、衣料工場が150~200存在し、大きな衣料工場では一工場当たり2,000~3,000人の労働者を雇用している(Asia Pacific Forum on Women, 2001)。メーソットにおける一日のタイ人の最低賃金は135バーツであるが、移民の場合は70~80バーツである(Arnold, 2004)。ここでの労働力の中心は国境を超えタイへ入国した賃金が安いミャンマー人であり、このようにメーソットでの仕事を求めメーソットへ入国したミャンマー人の数は約10万人と推定されている。メーソットの本来の人口が3万人であることを考えればその人数がどれだけ多いかが容易に想像できる(Yimprasert and Hveem, 2005)。

アジアにおける衣料産業の発達は、中国、ベトナム、インドネシア、カンボジア、タイで見られるがタイには1980年代、台湾などから安い人件費を求めて多くの衣料工場が移ってきた。そのような工場では現在でも若い女性が労働力となり、労働者の80パーセントは10代後半から20代半ばの女性、しかも出稼ぎ者である(Ascoly and Zeldenrust, 2003)。そしてそのような職場でも低賃金、長時間、かつ雇用者からのハラスメントや性暴力が多々報告されている。Boonmongkon et al (2003)は、若い女性による安い労働力を必要とする産業、常に仕事を求めている人口、またそれらに輪をかけるように打ち出された国境周辺での産業促進政策が、人身取引を起こす要因となっていることを指摘している。

### 5-3 ミャンマーにおけるブッシュファクター

ミャンマーでは軍事政権による強制労働、徴税、物品徴収、攻撃、強制退去、暴力、強姦が頻繁に起こっている。例えば1996年に行われたシャン州では、軍によるシャン族を中心とした強制退去と虐殺が行われ、30万人が家と土地を失う事件があった。このため1997年から2002年の間に毎年8,000~15,000人の難民が流出し、現在でもミャンマーの少数民族を中心とする約14万人がタイ国境のキャンプで保護されているが、これらの迫害を阻止するための周辺国からの働きかけはほとんどない(Shan Women's Action Network, 2003)。このた

め、少数民族によるミャンマー軍事政権に対抗する武装勢力が蜂起し、国境沿いでの紛争がしばしば発生している。そのような紛争の度にタイとミャンマーの国境は封鎖されている。長期の封鎖の例としては、2002年5～10月までの封鎖があるが (WHO, 2004)、この封鎖により国境を越えた経済活動も停止されるため、この5カ月の封鎖期間に出た損害の額はミャンマーでは70億バーツ (約202億円)、タイでは50億バーツ (約144億円)<sup>10</sup> と言われている (Panam et al 2004)。経済活動の停止により、困窮している人々はさらに貧しくなり難民や出稼ぎ者が増加する。国内の政情不安定の上に国境封鎖が拍車をかけ、第2のプッシュファクター (押し出す要因) となる。そして国境を越えればそのような出稼ぎ者を待っている工場群がプルファクター (引き込む要因) として存在するため、国境をはさんで二つの力が難民や出稼ぎ者を生産する相乗効果を作り出している。

国連高等弁務官事務所 (UNHCR) は難民、とくに難民の女性と子どもが人身取引の危機に陥りやすい状況にあること、また人身取引の被害者は1951年条約と1967年の議定書における定義により「迫害的状況から自国政府による保護を受けることができない場合」に相当するため、被害者が難民として保護の対象となることを指摘している (UNHCR, 2005)。

しかし、実際には難民として認定されることは極めて難しく、保護のサービスもほとんど届いていないのが現状である。難民や出稼ぎ者は移住先で国籍や在留資格を持っていないため、身分が保証されていない。卒業はもとより就学機会、国内移動の資格、運転免許証、パスポート、土地所有権などを有することもできない。このため教育を受け、収入の良い仕事に就くことが困難となる。出稼ぎ先・移住先に滞り、子どもがその国で生まれると法的には在留資格や国籍取得が可能であるが、登録の方法が数十種類もあり、明らかにされていないため、何世代にもわたり国籍のないまま生活し、常に警察や入国管理から摘発されたり、嫌がらせを受けることを恐れながら生活する状況に置かれている。(UNIAP, 2005)

難民や少数民族として隣国での生活を選んだとしても情報や現金収入が少なく、コミュニティや権威から嫌がらせを受ける劣悪な環境では安定は得られない。ユネスコは、移住先で国籍や在留・その他の資格がないことが人身取引へのリスクを高める大きな要因であるとし、少数民族や難民にとってその状況が数世代に渡って続いていることを指摘している。ユネスコは少数民族を対象とし、特にミャンマーからの少数民族の多い北タイ地域にて、タイの市民権を得るための手続きと情報の支援を行う活動を実施している (UNESCO, 2001)。また難民だけでなく、人身取引の被害者が海外で出産した子どもは、被害者の国での国籍を取得できない状況にあることから、子どもたちがどの国においても教育を受けられず、永住権を得られない状況、および差別や偏見があるため、彼らにも同様のリスクが広がっていることが指摘されている (タイ日移住ネットワーク, 2006)。

#### 5-4 社会・ジェンダー要因

D' Cunha は、女性は家族を支えるために出稼ぎや売春が容認され、期待され、貧困地域での女性の役目として固定化し、女性を人身取引に追い込む要因となっていると指摘する(2005b)。出稼ぎには出ないとしても、食い扶持を減らすため、女子は低年齢で結婚させて外に出してしまうことも見られる(Panam, et al., 2004)。人身取引の過程で暴力を受け、賃金や食事をもらえなくても「良い娘」として出稼ぎを続け、売買春に携わったことで帰郷後も被害者は差別の中で暮らしているが(VAWCC, 2006)、コミュニティーの中での救済措置は希少である。対照的にGMS地域の多くの国では、貧しい家の男子には仏教寺院に預けるという救済措置が存在する。お寺では、住む場所と食物が与えられるので出稼ぎには出なくても済む。読み書きも教えてもらうことができる。女子にはこのようなシステムはない。

売買春をして帰ってきた女性もその「罪」を清めるため寺院へ寄付をするが、多額の寄付をしてもコミュニティーでの偏見と差別はなくなる。お金のあるうちはまだ良いが、お金がなくなると寄り付く人々もいなくなり、仕事もないため、帰国した女性たちは孤立しアルコールや心の障害、不安、悩みを抱えながら生活している。彼女たちからの寄付は寺院で生活している男子を助け寺院やコミュニティー活動を支えている。女性の売春が男子の寺院の生活や教育、コミュニティーを支えるというアンバランスな扶助関係が作り出されている。このジェンダー間の格差や役割認識の違いは人身取引の被害に女性が多く、被害者となりながら保護を受けられず、差別の対象となる背景を作り出している<sup>1)</sup>。

家庭では、親の離婚、再婚、愛人問題などから子どもが十分なケアを受けられないことが問題とされている。義理の親、連れ子たちが同居する状況で男性家族に性暴力を受け、それから逃れるために家出し、または生活の支えがないために売買春に巻き込まれ、さらには国外へ人身取引されるケースが報告されている(D' Cunha, 2005a)。本文では言及しないが、海外への人身取引ですでに国内で売買春に関わる女性が取引されるケースも報告されていることから、国内での売買春および人身取引について把握、さらに売買春への携わる女性・子どもの環境やルートを把握することは重要である。

#### 5-5 売買春と人身取引の関係

それでは性的搾取と関与する人身取引はどれくらいの規模で起こっているのだろうか。国際移住機関(IOM)はタイで出稼ぎをしている1187人のミャンマー出身者を対象にしたNGOの調査から、タイでは約157,000人が人身取引の被害者となり、そのうち68,000人が売買春目的に取引されていると推測している(IOM, 2005)。売買春を目的とした移民と性的搾取を目的とした人身取引(セックス・トラフィッキング)は定義の上でも、介入方法においても内

容が整理されておらず問題となっている。この点について D' Cunha(2005b, 124) は以下のように述べている。

「セックスワーク」という言葉は売春行為を自由意志で行っているという視点に立っており、自律性と自己裁量があり、かつ意識的で理性的な個人の行動、権利、そして選択の行使が可能という立場に立っている。そのためそれ自体は犯罪ではなく、他の職業と同様に労働法の適応をするべきだと説く立場に立っている。[しかしこれではそのほか強制的に行われている売買春に関しても自由意志で行っているという見方が先行する可能性があるので]「自由意志で行う売春」と「強制的に行われる売春」、そして成人が行う売春と子どもの行う売春は区別されるべきである。

「セックス・トラフィッキング」は、人権侵害だと見られてはいるものの、依然として移民の過程の一部だと見られる傾向が強く、[その原因は]制限が多く柔軟性のない移民政策が原因だとする[背景に見えない強制力があることは無視されている]と思われる。

さらに人身取引は明白な力や強制がないと人権侵害だとは認められない。このため女性が、[追い込まれるように]誘発されたことや、vulnerability(つけ込まれやすい)状況にあった、また心理的に圧力をかけられるなど、どのような文脈で女性の同意が得られたかについては、人身取引の定義からは割愛されている。(中略)

多くの場合“Migration for sex work(セックスワークをするための出稼ぎ)”と“sex trafficking (性的搾取のための人身取引)”は混用されている。したがって、性的搾取のための人身取引が軽視され、売買春と人身取引のつながりを断絶してしまっている。そして多くの女性たちは生活のために売春することを余儀なくされている[状況にある]ことが無視されている。(筆者による補足、下線と和訳)

D' Cunha は上記の売買春に携わっている女性と子どもたちの多くは生き延びるための手段として売春することを選びその延長として性的搾取のために人身取引されていることから、その選択は主体的な選択ではないことを指摘し、また売買春の過程で強姦、薬物の投与や暴力や変態行為、無報酬や低賃金の労働をさせられている点からも、売買春が人身取引の定義と合致すると述べている。または「男性はコントロールできない性欲を持ち、その性欲を満たすために売春婦が存在し、その売春婦を供給しつづける必要がある」という認識が容認され助長されていることが問題であり、その需要を減らす対策が必要だと説いている (D' Cunha 2005b)。現在、性的搾取のための人身取引については、その形態が人身取引の形態として強調されたため、そのほかの形態の人身取引被害に目が向かなくなっていると非難する声もあるが、D' Cunha

の指摘はそのような声の中で無視されがちな被害認定の部分で、被害者が売買春の環境に追い込まれた環境的要因、ジェンダー格差による要因などを見る視点が欠けていることを指摘し、さらに男性側の需要削減の必要性を指摘する重要なものである。

## 5-6 法執行制度の脆弱性

法執行では各国において人身取引に関する犯罪の定義が整理されていないため、被害者の取り扱いと犯罪に関する正確な情報の入手が困難になっており、被害者は警察から正当な扱いや保護がなされていない（日本弁護士会,2005）。被害者は国内移動または国境を越えて移動することに最初は同意している場合があり、不法入国罪に問われることがあるが、最終的には搾取に遭い、人身取引の被害者と認定されるべきところを、多くの被害者が不法出入国の罪で罰せられたり、人身取引の被害者として適切な保護を受けていない状態となっている（在日アメリカ大使館,2004）。被害を犯罪者として扱わないためには、被害者から被害の状況に関する詳細な情報が必要となり、そのような情報を確認する作業も困難であるが、被害者は薬物などで意識のない状態で移動させられている場合や、幼いため認識力が明確でないなど、多大な暴力を受けたため意識的に思い出したくないなど、詳細な被害の記録を取れないことが障害となっている。このような状況を改善するため近年では、被害者の同意の有無を犯罪の立証に問わないようにする動きもでてきている（国立女性教育会館,2006）。被害の認定を迅速に行い、より多くの被害者を保護するためには、今後このような動きを拡大させる必要がある。

GMSにおいては、人身取引の仲介者が地域の有力者や警察、または政治関係者であることが多く、各国では人身取引禁止法が整備されていない、または成立過程にあるため、加害者にとっては訴えられること、ましてや罰せられることは稀である。被害者は加害者からの報復を恐れ、ほとんど通報しないため、加害者は犯罪を犯しやすく非常に有利な状況となっている（Iselin, 2003）。現在、人身取引の大半は被害者の通報に頼っているため、通報率が低いことは加害者が司法システムの網にかからないことになる（国立女性教育会館,2006）。このような状況への対策としてカンボジア警察は、国民へ人身取引の通報を促すキャンペーンを行った。これにより1995～1999年までの間に保護された人身取引・性的搾取の被害者は379件であったが、キャンペーンの行われた2000年10月から2005年7月までには2,728人の人身取引・性的搾取の被害者が警察により保護され、キャンペーン以前より7倍以上の増加となり、住民へ通報を促し、法執行制度を強化したことがより多くの被害者の保護において効果を発揮した成功例と言える（UNICEF, 2006）。同様に、GMS地域には警察官、司法執行、国境警備関係者を対象にした研修が行われ始め今後このような動きはさらに広がっていくと思われる。



## 6 GMS における政府、NGO、国際機関の取り組み

GMS では、1990 年代初めから人身取引の問題が指摘され、2000 年前後から人身取引の広域及び、国レベルのプロジェクトが国際機関や二国間援助機関、NGO により実施されている。これらの動きから、地域において最大の人身取引の受入国になっているタイでは近年、政府によりカンボジア、ラオスとそれぞれ協定書 (MOU) を結び、人身取引被害者の送還、連携などに関する取り決めを設定した。このような二カ国間合意が交わされたこと、人身取引への取り組みの必要性が各国で認識され始めたことから、さらに地域的な動きを包括する連携の枠組みとして 2004 年には GMS6 カ国が大臣級の合意を締結し、地域的に人身取引の撲滅に協力を開始するという進展 (Coordinated Mekong Ministerial Initiatives against Trafficking) が見られている (UNIAP, 2004)。

その他、地域的な協力の枠組み作りとしては 1999 年バンコク宣言 (IMPP, 1999)、2000 年マニラで行われた Asian Regional Initiative Against Trafficking (ARIAT, 2000)、2001 年 12 月横浜の第 2 回子どもの商業的性的搾取に反対する世界会議、2002 年 4 月「アジアとヨーロッパ間の移民の流れマネージメントに関する閣僚会議」(ASEM, 2002)、2002 年と 2003 年に行われたバリ・プロセス「不法移民・人身取引及び関連する国境を越える犯罪に対する地域協力の枠組み」(外務省, 2005) が発表され、さらに 2004 年インドネシア、メダンで採択されたメダン宣言 (Asia ACTs, 2004) により人身取引を撲滅するための取り組みや連携が参加国により合意されている。

これに対し日本では、人身取引受入国としての取り組みの遅れが批判されていたが、2004 年 4 月「人身取引対策関係省庁連絡会議」を設置し関係省庁における情報共有、人身取引被害者の保護に関して関係機関と連携協力を開始した。国際的には ODA 援助や人間の安全保障基金における支援協力が開始され (内閣官房, 2004)、2006 年 5 月にはタイと日本の間で人身取引の捜査や被害者保護を強化する「日タイ共同タスクフォース」が設置されている (Polaris, 2006)。人身取引は国境を超えた犯罪であるので、このような動きを一過性のものにしなためにも、今後日本をはじめ、各国のさらなる連携が重要となる。

## 7 今後の課題

人身取引を根絶するためには、送出国における経済社会的な地域開発や認識の強化を進め、人身取引に対する啓蒙普及活動やシェルターを始めとする政府のさまざまな取組み、法整備、警察への訓練、NGO とのネットワークの強化など、総合的な支援と連携が必要である。以下は本文において述べられた様々な活動、地域協定、被害者インタビューから今後必要とされる活動課題をリスト化したものである。

### 1. 国境を越えた協力

- 二国間協定（MOU）の締結の推進
- 各種のガイドライン、研修マニュアルなどの共有
- グッドプラクティスなどの情報共有
- 共通のデータベースの構築

### 2. 政策レベルの対応

- 政策レベルでの政府の対応の強化、体制の整備
- 加害者の取り締まり及び処罰の強化
- 被害者支援のための法律整備、売買春被害者の法的保護強化
- 司法改革や法執行能力の向上、司法関係者の研修
- 情報・統計の整備（被害件数の把握、被害のインディケータの改善など）
- 出稼ぎ者・移民の保護、権利・生活の保障
- 外国人労働者の実態把握調査
- 少数民族などの権利保障対策（ID、滞在許可証の発行など）
- 海外における出稼ぎ労働者の保護・支援の強化

### 3. コミュニティーレベルでの対応

- 被害者社会復帰の支援、シェルターの増設及びサービスの質・量の向上
- 既存のコミュニティー開発、教育や保健プログラムへの人身取引対策の統合
- リスクグループの収入向上・支出削減への支援
- 人身取引関連で活動している NGO への支援強化
- 被害者差別の撤廃やジェンダー意識改革
- 少数民族や外国人労働者への差別・搾取禁止キャンペーン
- 外国人労働者受入側（工場、農場の経営者など）の理解促進

人身取引は国の経済成長や成熟とともに一定のサイクルを経て貧困の国へと移っていくため、一つの地域で減少したとしても、次々と対象国や地域を変えて拡大し、法執行制度の弱い地域、貧困層を狙い発生する。例えばタイでは、1980年代後半ころに被害が集中していたが、その被害はタイ人ではなくタイにおける少数民族へ対象が移り、地域的にもカンボジア、ラオス、ミャンマーなどの国境や周辺地域へ移り、現在ではタイが人身取引の受入国となっている。



これらの動きと被害が被害を生む悪循環のサイクルを捉え、法的枠組みが整っていない国や地域での啓蒙活動が必要とされる。

被害者への差別は厳しく被害者の社会復帰は困難であり若年層に被害を拡散させている状況があるが、被害者へのサポートは遅れを取っている。今後、被害者からの情報収集と被害者を囲む犯罪ネットワークの把握を強化し、被害者が人身取引に巻き込まれる環境的、社会的、さらにジェンダーにおける要因を詳細に捉えることにより、地域の共通課題として、ASEAN や地域協定のような地域的枠組みの場においても早急に対応策を講じていくことが必要とされている。

## 註

\* この論文は国際協力機構 (JICA) アジア地域支援事務所 (タイ) においてまとめられた「地域共通の開発課題への対応 ASEAN 地域における人身取引対策：大メコン川流域地域 (GMS) を中心として」2006年4月 (田中由美子シニア・リージョナル・アドバイザー、高松郷子在外専門調整員作成) から内容を編集・追加したものである。

<sup>1</sup> 「国際組織犯罪条約を補足する人、とくに女性および子どもの不正取引の防止、禁止および処罰のための議定書」(国際組織犯罪補足議定書) 和訳：平野裕二

<http://homepage2.nifty.com/childrights/international/trafficking/definition.htm>

「搾取を目的として人を徴集、輸送、移動、隠匿または受領することであって、脅迫または力の使用もしくはその他の形態の威迫の使用、誘拐、詐欺、欺罔、権力の濫用もしくは権利侵害を受けやすい立場の利用、または他人を管理支配する立場にある者の同意を得ることを目的とした金銭もしくは利益の授受によるものを意味する。搾取には、少なくとも、他人の売春の搾取その他の形態の性的搾取、強制労働もしくは強制的役務、奴隷制もしくは奴隷制類似の慣行、隷属または臓器摘出が含まれる。」(2000年採択、2003年発行、日本2002年署名)。

<sup>2</sup> UNDOC 2006 12月現在のデータによる。その他日本は2002年に署名している。

<sup>3</sup> 著者による被害者インタビューから(2004年12月、2005年1月)。家にいてもやることがない、お金も食べ物もないので出稼ぎに行くと親や兄弟からプレッシャーがかけられている。同年代の知り合いもそうしてお金を稼いだというので、自分も少しはお金が稼げるのではないかと思ひ仕事の話に乗っていくなど、女性・女子には教育が低く、文字も多くは読めないためこのような話に騙されやすい。

<sup>4</sup> PTSDの症状例はショック、怒り、否定、不信、罪悪感、否定的な自己イメージ・自尊心の低下、敵対心、責め、体重減少、食欲低下、無力感、依存、社会や人生へのゆがんだ見方などである (Mawby & Walklate, 1994)。

<sup>5</sup> ASEAN (2005)、識字率と第5学年就学率は UNDP (2005)

<sup>6</sup> ILO Minimum Wages Database (ドル換算は2006年2月22日のレート)

<sup>7</sup> “A Project Overview in Yunnan Province, China, ILO-IPEC Mekong Sub-Regional Project to Combat Trafficking in Children and Women” より抜粋 (データは2002年)

<sup>8</sup> 中国雲南省電子政務

<http://www.yNGOV.cn/yunnan,china/73466068433108992/20050725/511053.html>

<sup>9</sup> 中等教育就学率

<sup>10</sup> 2002年10月におけるバーツ換算レートによる1 Baht は約 2.89 円

<http://www.bbl.co.th/Bangkok+Bank/Web+Services/Rates/FX+Rates.htm>

<sup>11</sup> チェンマイ大学ノンフォーマル教育学科ドゥーシット教授への筆者によるインタビューから (2005年12月)。

### 参考文献<和文>

- 外務省 「バリ・プロセス作業部会の開催について」 (2005) 平成 17 年 6 月 23 日 [http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/17/rls\\_0623b.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/17/rls_0623b.html)
- 国立女性教育会館 (2005) 「アジア・太平洋地域の人身取引問題と日本の国際貢献—女性のエンパワメントの視点から—」大沢真理座長 2005-2006 年科研費調査研究
- 国立女性教育会館 (2006) 「人身取引問題に関する国際シンポジウム 人身取引の根絶に向けて」報告書 2006 年 2 月 25 日
- 国立国会図書館 (2005 年 6 月 21 日) 「日本における人身取引対策の現状と課題」調査と情報第 485 号 [www.ndl.go.jp/jp/data/publication/issue/0485.pdf](http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/issue/0485.pdf)
- 国際建設技術協会 (2004 年 11 月) 「メコン地域のインフラ分野における今後の支援のあり方 (提言)」 [http://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/inter/kokusai/mekon/pdf/mekong\\_j.pdf](http://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/inter/kokusai/mekon/pdf/mekong_j.pdf)
- 在京米国大使館 (2004) 「人身売買報告書 (抜粋)」 <http://japan.usembassy.gov/j/p/tpj-j20041019-50.html>
- 女性の人権カマラード (1998) 『タイからのたよりスナック「ママ」殺人事件のその後』現代書館
- 人身売買禁止ネットワーク JNATIP (Japan Network Against Trafficking in Persons) 日本政府「人身取引対策行動計画」(2004 年 12 月 7 日)のうち、「III-4. 人身取引被害者の保護」に関する分析と課題 (2005 年 6 月 20 日) <http://www.jnatip.org/bunseki.html>
- タイ日移住ネットワーク SEPOM (2006) 活動説明パンフレット
- 内閣官房 人身取引対策行動計画 (2004) 平成 16 年 1 月 7 日 <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/jinsin/kettei/041207keikaku.html>
- 中川かおり (2004 年 5 月) 「人身取引に関する国際条約と我が国の法制の現状 (総論)」外国の立法 220
- 日本弁護士会 両性の平等に関する委員会 (2005) 「人身売買受入大国ニッポンの責任」～被害者保護支援の施設と被害者保護～日本弁護士会両性の平等に関する委員会 シンポジウム基調報告書 2005 年 3 月 19 日
- バンコク日本人商工会議所 (2004) 「タイ国経済概況 2004/2005 年版」
- Fuji Sankei Business (2006 年 12 月 21 日) 「第 2 メコン国際橋が完成 東西回廊結ぶ 通関など課題」 <http://www.business-i.jp/news/world-page/news/200612210033a.nwc>
- Polaris Project, (2006) トラフィッキング (人身売買) に立ち向かう [http://www.polarisproject.jp/polarisproject.jp/trafficking\\_p3/traffmovt.htm](http://www.polarisproject.jp/polarisproject.jp/trafficking_p3/traffmovt.htm)

参考文献<英文>

- Arnold, D. (2004, September). *Situation of Burmese Migrant Workers in Mae Sot, Working Papers Series No. 71*, City University of Hong Kong
- Ascoly, N. and Zeldenrust, I. (2003, December) *East and Southeast Asia Regional Labor Research Report*
- Asia Against Child Trafficking (Asia ACTs) (2004) *Medan Declaration To Combat Trafficking Of Children For Sexual Purposes In Southeast Asia*
- Asia Europe Meeting (ASEM) (2002) *Ministerial Conference on Cooperation for the Management of Migratory Flows between Europe and Asia* [http://europa.eu.int/comm/external\\_relations/asem/min\\_other\\_meeting/mig.htm](http://europa.eu.int/comm/external_relations/asem/min_other_meeting/mig.htm)
- Asian Regional Initiative Against Trafficking (ARIAT) (2000, March) *Regional Action Plan Against Trafficking In Persons, Especially Women And Children*, 29 - 31 March 2000, Manila, Philippines
- Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) (2005) *Statistical Yearbook*
- Bangkok Post (2006) *Righting Wrongs - Despite having terminal cancer, Urairat Soimee is devoting the last days of her life to preventing Other women from being forced into prostitution*, *Outlook*, (Monday February 13, 2006), Bangkok, Thailand.
- Boonmongkon, P., Guest, P., Marddent, A., and Sanders, S. (2003) *From Trafficking to Sex Work: Burmese Migrants in Thailand, Living on the Edge Cross Border Mobility and Sexual Exploitation in the Greater Southeast Asia Sub-Region*, Center for Population Studies Gadjah Mada University
- Caouette, T. M. (1998) *Needs Assessment on Cross-border Trafficking in Women and Children – the Mekong Sub-region- Prepared for the UN Working Group on Trafficking in the Mekong Sub-region*, Bangkok
- Caouette, T. M. (2001) *Small dreams beyond reach the Lives of Migrant Children and Youth along the Borders of China, Myanmar, and Thailand*, A Participation Action Research (PAR) Project of Save the Children (UK)
- Chaturvedi, S. (1998, November) *The Youth Career Development Programme, Making a Difference to Children and Youth in Thailand at Risk of Exploitation*, UNICEF Office for Thailand, Bangkok, Thailand
- D' Cunha, J. (2005 a) *Claim & Celebrate Women Migrants' Human Rights through CEDAW, the Case of Women Migrant Workers*, A UNIFEM Briefing Paper
- D' Cunha, J. (2005 b) *Thailand Trafficking and Prostitution from Gender and Human Rights Perspective, the Thai Experience, A Comparative Study of Women Trafficked in the Migration Process, Patterns, Profiles and Health Consequences of Sexual Exploitation in Five Countries (Indonesia, the Philippines, Thailand, Venezuela and the United States)* pp124-160
- Global Alliance Against Trafficking in Women (GAATW). (2000). *Human Rights and Trafficking in Persons: A Handbook*

- Huguet, J. W. and Punpuing, S. (2005) *International Migration in Thailand*, International Office for Migration, Regional Office Bangkok, Thailand
- International Migration Policy Programme (IMPP). (1999). *The Way Forward, The International Migration Policy and Law Courses For Asia And The Pacific*, 22-27 November, Summary Report, Bangkok, Thailand
- Iselin, B. (2003) *The Mekong Experience: Legal and Law Enforcement Responses, Trafficking in Persons: Theory and Practice in Regional and International Cooperation*, 19-21 November 2003-11-12 Bogotá, D.C., Colombia
- Legal Support and Children and Women (LSCW), (2005, January) *Gender Analysis of the Patterns of Human Trafficking into and through Koh Kong Province*
- Mawby, R.I. and Walklate, S. (1994) *Critical Victimology International Perspective*, Sage Publications, London, UK
- National Federation of Women' s Institutes, (2004, November) *Response to the Home Office Consultation: Paying the Price* <http://www.womens-institute.co.uk/campaigns/paytheprice.shtml>
- Nguyen, A.D. (2003) *Cross-Border Migration and Sexuality in Vietnam: Reality and Policy Responses, Living on the Edge Cross Border Mobility and Sexual Exploitation in the Greater Southeast Asia Sub-Region*, Center for Population Studies Gadjah Mada University
- Nguyen, A.D., (2005) *Internal Migration: Opportunities and Challenges for the Renovations and Development in Viet Nam*, Social Development Programme Viet Nam-Asia Pacific Economic Centre, Hanoi, Viet Nam
- Panam, A., Caouette, T., Mar, K., Zaw, K., Punpuing, S. (2004, July). *Thai Migrant Policy and Problems, Migrant Domestic Workers: From Burma to Thailand*, Institute of Population and Social Research, Bangkok, Thailand
- Robertson, P. S. Jr., (2004, July) *Piercing through the Gloom: the Nexus of Migrant Networks, Empowerment and National Treatment to Combat Human Trafficking*, former Program Manager, United Nations Inter-Agency Project on Human Trafficking in the Greater Mekong Sub-region (UNIAP), UNIAP-UNESCO-UNDP Parallel Conference on Trafficking, Migration, Minorities and HIV/AIDS, UNESCO, Bangkok, Thailand
- Royal Thai Government, (2001, December) *The Result of Registration of Alien Workers*, <http://www.apwld.org/public/pub0105.htm>
- Shan Women' s Action Network. (2003, September) *Shan Refugees: Dispelling the Myths*.
- Sovankiry, K., Savan, L., and Naroeun, T. (2003) *The Trafficking of Cambodian Women and Children, Living on the Edge Cross Border Mobility and Sexual Exploitation in the Greater Southeast Asia Sub-Region*, Center for Population Studies Gadjah Mada University

- United Nations (UN) (2004) *Thailand Country Paper, Senior Officials Meeting 1, July 28-30 2004, Coordinated Mekong Ministerial Initiative against Trafficking (COMMIT), Bangkok, Thailand*
- United Nations Development Programme (UNDP) (2005) *Human and income poverty: developing countries, Human Development Report*
- UNESCAP, UNIAP, UNICEF. (2001) *ASIA-PACIFIC ANSWERS: Good practices in combating commercial sexual exploitation of children and youth*
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2001) *GIS-Linked Social Sentinel Surveillance Project* <http://www.unescobkk.org/index.php?id=1820>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2006) *Law Enforcement against Sexual Exploitation and Trafficking of Children and Women, (LEASETC) activity summary, Phnom Penh, Cambodia*
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2003, April) *Towards a region fit for children: an atlas for the 6th East Asia and Pacific Ministerial Consultation, Bali, Indonesia*
- United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) (2004) *Gendered Vulnerabilities, Discrimination and Abuse throughout the Migration, A Briefing Kit, UNIFEM Regional Programme on Empowering Women Migrant Workers in Asia, Bangkok, Thailand*
- United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) East and South East Asia Regional Office and United Nations Inter Agency Project on Human Trafficking in the Mekong Sub-region (UNIAP), (2001) *Trafficking in Persons A Gender and Rights Perspective, Bangkok, Thailand*
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2005) *Activities of the UNHCR in the Area of International Migration and Development, Fourth Coordination Meeting On International Migration, 13 October 2005*
- United Nations Inter Agency Project on Human Trafficking in the Greater Mekong Sub-Region (UNIAP), (2005) *Overview of trafficking, Partnership against trafficking, Bangkok, Thailand* [http://www.no-traffickingorg/content/Country\\_Pages\\_China/overview\\_china.htm](http://www.no-traffickingorg/content/Country_Pages_China/overview_china.htm)
- United Nations Inter-Agency Project on Human Trafficking in the Mekong Sub region (UNIAP), (2004) *Coordinated Mekong Ministerial Initiative against Trafficking in the Greater Mekong Sub-region: Senior Officials and Ministerial Meetings (Proceedings), 27-29 October 2004, Yangon, Myanmar*
- USA Human Trafficking Map* (2005) <http://www.2500aday.com/traffic/zusamap.html>
- U.S. Department of State, (2002-2005) "Trafficking in Persons Report"
- Violence Against Women and Children in Cambodia (VAWCC). (2006, January) *Sex Work on the Street: Living with Violence, Phnom Penh, Cambodia.*

World Health Organization (WHO) (2004, July) *Emergency Response and Preparedness Country Emergency Situational Profiles: Thailand – July 2004*"

Yimprasert, J. and Hveem, P. (2005, January) *Part II, the Exploitation of Burmese Migrant Workers in Mae Sot, Thailand, The Race to the Bottom, Exploitation of Workers in the Global Garment Industry*, Norwegian Church Aid, Occasional Paper Series

## **Human Trafficking in the Greater Mekong Subregion** **Kuniko TAKAMATSU**

The US Department of State estimates that every year, across international borders, over 700,000 people become victims of human trafficking, the modern form of slavery. An exacerbating number of human trafficking cases occur in the Greater Mekong Sub region (GMS), which consists of Cambodia, Lao PDR, Myanmar, Thailand, the Yunnan province of China, and Viet Nam. Economic globalization has widened the disparities among nations as well as between urban and rural areas in the GMS countries, operating as a push factor for internal and cross-border migrants. At the same time, recurrent persecution and violence against ethnic minorities serve as an additional push factor for a large number of internal and cross-border refugees. Denied access to opportunities, refugees, migrant workers and their children face an aggravated cycle of poverty - they remain poor or become even poorer - and they become increasingly vulnerable to crimes and human trafficking. Moreover, around the national border areas of the GMS countries, industrialized zones are created by government policies encouraging industries to establish factories with reduced tax rates; a pull factor drawing internal and cross-border migrants for unskilled labor.

Boy children in poor families can be adopted by Buddhist temples in the community and given food, shelter and opportunities for study. As for girl children in poor families, if they are not sold into the sex industry, they are given away for marriage at an early age and/or they must voluntarily or involuntarily migrate for cash work. They are “expected” to work to support their families, often bearing conditions that involve violence, rape, trafficking and/or prostitution, and yet to keep sending money home as their duty. The tolerance towards women’s rights violations and the strong expectations on women to support their families are extreme forms of gender discrimination and a major risk factor for women becoming victims of human trafficking.

D’ Cunha (2005,124) points out that the idea of “sex work” conceptualizes prostitution as work that provides autonomy, self-determination and a conscious choice, building on the distinctions between free and forced prostitution, as well as between adult and child prostitution. Sex trafficking is defined as a human rights violation, only in so far as palpable force and coercion are used in the course of movement, and within

the institution into which women are trafficked. In this view, the context of consent, including inducement, vulnerability, and other more subtle pressures, has been excluded from the definition of trafficking.

In the GMS, there has been a remarkable number of regional cooperation frameworks, statements, adaptation, and dialogue by governments as well as international and non-governmental organizations to take action against human trafficking. However, reducing the number of human trafficking cases in one region or one village does not eliminate the problem. Human trafficking continues to move to countries and regions with weak law enforcement systems and where vulnerability exists. In order to stamp out the problem at its roots, it is crucial to further strengthen the regional cooperation framework and increase efforts to provide more support and protection for victims, gather information on the criminal networks, and to implement integrated policies that fully take into account social, economical, political and gender-related factors in the environments where human trafficking cases occur.



## **Sex Education for the Hill Tribe People of Northern Thailand Tassanee SRIMONGKOL**

### **Introduction**

There are 991,122 tribal people who live in 3,743 villages in 20 provinces in the North and West of Thailand. These people have been heavily targeted for research and development by government agencies since 1960. In 1977 Thailand officially released a National Reproductive Health Policy statement that “all Thai citizens at all ages must have good reproductive health throughout their entire lives.” This policy supports health development programs for Thai people including hill tribe people. In general, the health of the tribal population is not as good as other Thai people due to marriage at an early age and adolescent pregnancy. These groups find it difficult to access family planning services because of cultural barriers.

Most of the tribal women are uneducated. They do not know about breast cancer and cervical screening. Socio-cultural factors affect their beliefs and behavior. Most of the decision-making depends on men, such as the use of contraceptives, these factors have lead them to poor health and unprotected sex practices.

### **Background of the Hill Tribe People in Thailand:**

Hill tribe people refers to the ethnic groups who lives in the highlands and close to the borders of Myanmar and Lao PDR in the northern part of Thailand. There are many subgroups which have different social and cultural beliefs to the lowland peoples. These tribes are:

### **KAREN**

The majority of the Karen people live in Burma, and yet they also form by far the largest of the major tribes of northern Thailand. There are as many as 280,000 Karen living in Thailand. They can be found living both in the mountains and on the plains, most of them in the provinces of Chiang Mai, Mae Hong Sorn, Chiang Rai, but also in central Thailand. They live in bamboo houses raised on stilts, beneath which live their domestic animals, pigs, chickens and buffalos. The mountain-dwelling Karen practice swidden agriculture, and the plains-dwellers, for the most part, cultivate irrigated paddy fields. The Karen people are very peaceful and cooperative, and like the other hill tribes, have the highest veneration for their ancestors and living elders. Karen are traditionally

animist, but about 25% of the Karens living in Thailand have been converted to Christianity by Western missionaries.

### **HMONG or MEO**

The Hmong are divided into two sub-groups, White and Blue, and are found in the mountainous regions of China, Viet Nam, Laos and Thailand. In Thailand, there are probably about 60,000 Hmong people settled in villages throughout a wide area of the north, with perhaps another 50,000 refugees from Laos living in camps located near the northeastern border of the country. This ethnic group originates from western China. For a long time, the Hmong have supported themselves by the cultivation of the opium poppy. Most of the Hmong people are turning from opium growing, and are now seeking to market their exquisite needlework in order to supplement their income. The Hmong are strict animists, whose shamans use dramatic methods to contact the spirits. So far there have been few converts to Christianity or Buddhism.

### **LAHU**

Lahu people are to be found in the mountains of China, Myanmar (Burma), Laos and northern Thailand. There are approximately 25000 Lahu now living in Thailand. There are four tribes within the Lahu: Black, Red, Yellow and She-Leh. Lahu villages are mostly at high altitude in the northern provinces of Chiang Mai, Chiang Rai and Mae Hong Sorn. They originate from south west China. Their practice of slash-and-burn agriculture does not provide them with even the basic essentials of life, let alone the enrichment to be found in education for their children, adequate medical care, and the simple amenities of modern life. The Lahu are animist and believe in one spirit that has control over all the others. About 30% of the Lahu have been converted to Christianity and have abandoned their way of life. The Lahu are independent people and love entertainment and the easy life. They obviously pride themselves on their skills in hunting and trapping.

### **AKHA**

Akha people are to be found in the mountains of China, Laos, Myanmar (Burma) and northern Thailand. There are approximately 20000 Akha living in Thailand's northern provinces of Chiang Rai and Chiang Mai at high altitudes. This tribe originates from Tibet. Every Akha village is distinguished by its carved wooden gates, presided over

by guardian spirits. They live in raised houses on low stilts, with a large porch leading into a square living area with a stove at the back. The roof is steeply pitched. They live on marginal land and find it difficult to eke out a living through their slash-and-burn method of agriculture. In order to supplement their income, many Akha are now selling handicrafts, employing the traditional skills used in making their own clothing and cultural items. The Akha are deeply superstitious, their religion prescribing exactly how each action should be performed. This tribe is the poorest of the hill tribes, but well known for their extraordinary costumes and exotic appearance.

## **YAO**

The Yao are to be found in China, Vietnam, Laos and Thailand. In Thailand there are approximately 55,000 Yao in widely scattered villages in the provinces of Phayao, Nan and Chiang Rai, and perhaps another 10,000 or so refugees from Laos, living in refugee camps along the border.

The Yao originate in southern China, and are the only hill tribe to have a written language. Yao villages are mostly found on low hills, and their houses built usually of wooden planks on a dirt road. Their economy for several generations has been based quite largely on the cultivation and marketing of opium, although opium addiction is relatively rare among them. With the present drive to stamp out the cultivation of the opium poppy in Thailand, the Yao find it necessary to seek other means of livelihood. The Yao have a written religion based on medieval Chinese Taoism, although in recent years there have been many converts to Christianity and Buddhism. They are very peaceful and friendly, priding themselves on cleanliness and honor, and are called the "businessmen" among the hill tribes.

## **LISU**

Lisu are to be found in the mountains of China, Myanmar (Burma) and northern Thailand. There are approximately 21,000 Lisu living in Thailand's northern provinces of Chaing Mai, Mae Hong Sorn and Chiang Rai. They originate in eastern Tibet. For many generations the main means of livelihood for many of the Lisu people has been the cultivation of the opium poppy. Some of these people have given up poppy growing, and are now seeking to supplement their income through the sale of skillfully produced crafts. A few Lisu people have been converted to Christianity by Western missionaries.

The Lisu believe strongly in the spirit world, and their shamans are used to divine the causes and cures of all problems and sickness. These hill tribe people are perhaps the best looking of all the tribes, and they like to think of themselves a little bit above their other hill tribe neighbors.

### **PALONG**

There are but a few Palong villages in Thailand, all of them in the northern part of Chiang Mai province along the border to Myanmar (Burma). In general, the Palongs can be found in Burma's eastern Shan state. At present, the population is about 60,000. They belong to the Mon-Khmer branch of the Austro-Asiatic linguistic family. Their main livelihood is the cultivation of Tanatep, a large leaf to wrap Burmese cigars. Formerly animist, most Palongs have converted to Buddhism.

### **THINS**

This ethnic group has lived in Thailand for a long time, according to available reports. There are about 28,000 Thins living in northern Thailand. Most of their villages can be found in Nan province. The Thins practice swidden agriculture. They grow glutinous rice, the staple rice of the northern Thai people. Thins are animists. Some of them have become Buddhists, especially in the villages near the Thai lowlands. These people are monogamous. After marriage, residence is initially in the house of the wife's parents. After the birth of several children, the couple normally move to a new dwelling.

### **LAWA**

The Lawa are not really rated as hill tribes. It seems that they have inhabited Thailand since at least the eighth century and they were certainly here already when the Thais arrived. They believe that they migrated from Cambodia, but some archaeologists think their origins lie in Micronesia, perhaps more than 2000 years ago. With such a long cohabitation with the Thais, most Lawa villages are indistinguishable from Thai settlements and most Lawa speak Thai as their first language. However, on the Bo Luang plateau between Hot and Mae Sariang and the southern part of Mae Hong Sorn province, about 14,000 Lawa still live their traditional lives. Their economy is based on subsistence agriculture, with rice grown on terraces according to a sophisticated rotation system. The Lawa are animist, but many of them have adopted Buddhism.

## **KHAMU**

The Khamu are one of the small tribal groups, living along the Thai-Laotian border of Nan province. At the present there are about 7,000 people of this tribe living in northern Thailand. They originate from Laos, mainly of Luang Prabang and Xieng Khoung districts. They first migrated for labor and worked either in the teak forests or in similarly isolated employment. They live now in small villages located on mountain slopes and survive on subsistence agriculture supplemented by hunting, fishing and trading. The Khamu practice an animistic religion. In their native homeland Khamu shamans are considered to be excellent magico-religious practitioners and often participate in Laotian ceremonies. This tribe traces their descent patrilineally and traditionally adhere to the custom of patrilocal residence.

## **MLABRI**

This tribe is known by the Thais as "Phi Tong Luang", which means "spirits of the yellow leaves". There are only a few Mlabri still living in Thailand, just about 100 people. They can be found in the provinces of Nan and Phrae. The Mlabri originate from Laos. These people are fragmented into extremely small, highly nomadic, family bands. They used to rely almost exclusively on hunting and gathering. Custom does not allow them to own rice fields but they can work as laborers in the fields such as the Thais. Mlabri practice patrilineal descent. The basic unit of their social organization is the band, consisting of three to a dozen members. They move their campsites every week depending on the availability of their natural food supply.

## **PADUANG**

The Paduang hill tribe are better known to the world as the tribe of the long neck women. The Paduang women wear huge brass rings around their necks. This tribe is not an individual tribe but a sub-group of the Karen hill tribes. The famous Paduang or giraffe women hill tribe is located near Ban Nam Phiang Din, in the Mae Hong Son province of Northern Thailand, just at the border of Myanmar (Burma). Of the 7,000 members of the Palong hill tribe in Burma, about 300 fled to Thailand, about twenty years ago, to escape the Burmese repression. With the help of the Thai government, they set up the Paduang (Palong) refugee-village in a small valley of Mae Hong Son province.

Nowadays, the small refugee village of the long-necked Paduang hill tribe is completely geared towards visitors and tourists and is seemingly on every tour agency' s day-trip list. The long-necked Paduang have become the most popular tourist attraction of all the hill tribes in Thailand.

The women of the Padaung hill tribe wear heavy brass ornaments around their neck and limbs. These ornaments look like separate rings but are really a continuous coil of brass that can weigh anywhere from five to twenty-two kilograms and measure up to 30 meter in length. The quantity of visual rings (in reality, the length of the brass coil) is increased every year, according to the age of the woman.

Young Paduang girls start wearing rings from the age of six, adding one or two more coil-turns (or visual rings) yearly, until the age of about 16. Once fastened, the rings are for life, to remove the full coil of brass would cause the collapse or even fracture of the woman's neck.

#### **Populations of Hill Tribes in Thailand :**

<b>Tribes</b>	<b>Village</b>	<b>Household</b>	<b>Population</b>	<b>%</b>
Karen	2,130	70,982	353,574	35.67
Hmong	266	15,704	126,300	12.74
Yao	195	9,501	48,357	4.88
Akha	276	9,740	56,616	5.71
Lahu	446	15,388	85,485	8.66
Lisu	161	5,652	33,365	3.33
Lawa	71	3,322	17,637	1.78
Thin	151	7,058	38,823	3.92
Khamu	47	2,516	13,674	1.38
Mabi	3	24	125	0.01
Pa Long	4	290	1,626	0.16
Tong Su	4	53	257	0.03
Tai Lue	17	1,344	6,472	0.65
Haw	71	3,456	21,579	2.18
Dai	72	4,547	20,068	2.02
Others	48	1,632	9,086	0.92
<b>Total</b>	<b>4,841</b>	<b>187,150</b>	<b>991,122</b>	<b>100.00</b>

#### **Health Problems of Hill Tribes in Northern Thailand**

Poor Access to Information and Services

Low Practices of Family Planning

Malnutrition  
HIV/AIDS  
Personal Hygiene  
Gender  
Mental Health

### **Hill Tribe Women and Girls**

Thailand's hill tribes are the only minorities in Thailand subjected to discriminatory policies based explicitly on ethnicity. At least half of the hill tribe population are denied Thai citizenship. Even those born in Thailand are not citizens, and their children are stateless. Non-citizens cannot register births or marriages, are denied opportunities for education and work, cannot access Thailand's "universal" health care plan, and are restricted in their freedom of movement. For hill tribe women, the situation exacerbates the already limited opportunities available to them due to gender norms in their communities and the isolation of rural life in highland villages.

Some hill tribe women are forced to leave the villages due to such circumstances as financial hardship or loss of farmland, their lack of legal status leaves them in a kind of limbo and makes them vulnerable. Many end up relying on the promises of smugglers or traffickers.

### **Sex Education for the Hill Tribes :**

There are few studies of sex and birth issues regarding the hill tribe people in Thailand, although there are many projects on reproductive health implemented by GOs and NGOs :

**1. A Royal Project case study of the adoption of family planning by traditional hill-tribe communities:** This research was conducted in 2 Lahu and 2 Hmong villages and found that the social and economic conditions in these four villages are more or less the same as their traditional ways of living. One significant difference that has contributed to the adoption of family planning is in village leadership. Since 1982, volunteer community health workers have promoted family planning in the villages. However, only about half of the fertile women have been practising family planning. None of the men are sterilized.

There are four main factors contributing to the low rate of family planning. The first is the cultural factor in that the concept of having children is considered to guarantee that there will be children to take care of them when they are getting old and carry out the funeral ceremony when they die. Lahu consider that having a daughter is more favorable than a son because she will bring in a husband to help her family to work after marriage. The Meo regard that only the son can pass down their lineages, take care of their parents and carry out the funeral ceremony as well as make sacrifices to their ancestor spirits. The more sons they have the higher social and economic security they have. The second is the economic factor in that both Lahu and Meo regard labor as the main resource in agriculture. The third is the social factor concerned with the importance of their lineage and kinship relationships. Particularly, the Meo regard that having a bigger clan not only gains economic security but also social status. Easy divorce is a special factor of the Lahu that causes dislike of family planning. Lastly is the factor arising from the service and practice of family planning. Most of the villagers do not clearly understand about family planning but believe in rumor. There are some limitations of family planning such as the need to be on schedule. Some of them do not pay much attention and are concerned with their agricultural and ceremonial activities. Sterilization also requires a long time for recuperation which is not suitable to an agricultural society that always needs hard work. Besides, to receive the family planning services they have to pay for the services and transportation which is quite expensive for some of the hill tribe people.

The impact of the low adoption rate of family planning is the relatively high number of children compared to other age groups. This brings a big burden to them in bringing up their children. Only a few students who finish their compulsory education in the village continue their higher education. Furthermore, there is not enough cultivatable land or employment to support these children.

As a result of changes in social and economic conditions, the hill tribe people are changing their attitude toward the number of children per family. Lahu have their ways of thinking, concentrating on their present spiritual happiness rather than thinking about their livelihood in the future. They are open to change so long as it is not against their traditional concepts of religious spirits. There is some potential that Lahu will have only two children without regard to sex. As for Meo, they still believe in materialism



with regard to their present livelihood and life after death. Therefore, Meo need to have sons to make sacrifices to their ancestor spirits and to continue their clans. The new generation Meo family needs to have two sons and one daughter.

**2. A cross-sectional survey on the family planning practices of Hmong hill tribe couples in Phopphra district, Tak province.** This research found that 65.6 percent of Hmong hilltribe couples in which the wives aged under 20 years had children. And their attitude toward contraceptive use by the husband and the encouragement from the couples' parents to have children was correlated to childbearing. The encouragement to have children from the couples' parents was one factor which determined whether a couple had or didn't have children. The attitude of the husband and wife groups towards having or not-having children can be predicted as 67.81 and 68.75 percent respectively. Groups receiving high encouragement to have children from the couples' parents had a tendency to have children. Research results suggest for Hmong hill tribe couples in which the wives are aged under 20 years, the couples' parents and the husbands should become involved and participate in family planning activities.

**3. A socio-economic study of highland people who have migrated to work and study in Chiang Mai city.** The study focuses on six highland ethnic groups namely Akha, Hmong, Lahu, Mien, Karen and Lisu. From a survey of 5,220 people, which comprises around 60 – 70 percent of the total highland migrant population in Chiang Mai city, it is found that most people belong to the 11 – 30 year-old age group. Most of them are either students or workers. Different occupational patterns among ethnic groups can be found. For example, many Akha are traders or producers of handicrafts, which are sold at the Night Bazaar in Chiang Mai city. Mien are found selling soybean milk in varied markets. Besides, they are silver- and gold smiths. Hmong set up small factories to produce handicrafts and souvenirs. Lisu sell souvenirs and work in the service sector. Lahu and Karen tend to work at gas stations and other places. Highland migrants live in dormitories, rented accommodation and their own houses. Those who have permanent jobs tend to build their own houses and live near their relatives or people from the same group, creating new communities.

From the study, it is clear that highland development which stresses cash-crop cultivation, formal education and pressure from state forest conservation policies which have expanded the protected forest areas onto villagers' settlements and farm land, all have significant impact on urban migration.

**4. A Study of Hmong Gender and Health Status:** This research was an exploratory research which aimed to study the gender roles that may affect health in different age groups. It found that gender related to the people's health and the way they took care of themselves since the first year of age, due to social and cultural factors. Girls were trained to do housework while boys were expected to be leaders and were spoiled but their health such as malnutrition was poorer than girls. It was assumed that at the beginning of their life, girls had better growth and development than boys did and boys also had more activities than girls. Both boys and girls were at risk of contracting STDs, particularly young boys because of unsafe sexual practices. The socio-cultural beliefs of Hmong tribe formed the adolescent lifestyle which affected their health. 23.6% of young boys drank alcohol while 3.8 % drank every day. Only 3.2% of young girls drank and not regularly. Boys had more diseases than girls; 11.1% and 1.6% respectively, most diseases were peptic ulcers due to anxiety. 6.4% of boys had sexual relations with prostitutes, while 3.1% of girls had sexual relations with their lovers. Of most women in the age group between 15-44 years of age, 51% were uneducated. 68.2% had their first baby when they were under 20 years of age. 60.5% have more than 3 children. 78.3% used contraceptives and half of this group used the injected type. The health practices of the women were not so good because they were not concerned about health and avoided meeting health personnel. Socio-cultural factors affect their beliefs and behavior. Most of the decision-making depends on men such as occupation, income, family expenditure. Sometimes couples would consider things together like the number of children they should have, use of contraceptives but it is the man who makes the final decision. Men had high-risk factors, particularly knowledge of health and malpractice in health, never concerned with their health by decreasing risk factors and receiving check-ups.

**5. A Study of the HIV (AIDS) Knowledge of Hill tribe people :**The result of this research revealed that the Palong and Akha have little knowledge about AIDS in comparison to other ethnic groups. Some issues were misunderstood such as mosquito is not AIDS carrier and having contraceptive pills cannot reduce the risk of contracting AIDS. In view of the attitude towards AIDS, almost all the issues were agreed upon except 4 issues such as AIDS are now not a serious disease, separating the patients outside villages, sexual activity with teenage girls were safe and AIDS were made by ghosts. According to AIDS risk behavior, most of the hill tribes did not use condoms during sexual activity and never checked their blood for AIDS. Most of the hill tribes suggested that training courses are needed before blood checking. As a result of data analysis, it was found that sex, ages and marital status have correlation with the opinion that having contraceptive pills cannot reduce the AIDS risk. In addition, AIDS patients were offended by communities and had shorter lives. The above-mentioned attitude was correlated with factors such as age, marital status and annual income. In the case of AIDS risk behavior, sexual activity with condoms was correlated with the factors of sex, age, marital status and annual income.

Based on the data sampled from the target population, it is worthwhile to suggest that the Pa-Long and Akha urgently need more information about AIDS and AIDS risk behavior. Furthermore, various training programs and workshops should be continuously rendered to hill tribes for AIDS prevention.

**6. A study on the mental health status of hill tribe people in Thailand:** This study conducted by Mental Health Department of the Thai Ministry of Public Health in 2000, found that most of the hill tribe people have poor mental health. The main causes of their mental health problems come from low standards of living, poor social security and social relationship as well as social discrimination.

**7. A survey on Akha Health by the Highland Health Development Center, Ministry of Public Health** in 2006. This survey found that only 65.3% Akha couples use contraceptives for family planning and 83.6% of pregnant women had delivered at hospitals while only 29.7% had pap smear screens for cervical cancer.

## References

- Mongkol Chandrabamrung and others. *Traditional societies and the adoption of family planning : case study of the hill tribe communities under the Royal Project*. Chiang Mai: Hill Tribe Research institute, Ministry of Labor and Social welfare, 1999.
- Montri Nammongkul. *A survey on mental health status of hill tribe people in Thailand*. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2000.
- Nittaya Sanglek. *Facts and finding of hill tribe health*. Lampang: Highland Health Development Center. Ministry of Public Health, 2006.
- Prasit Leepreecha and others. *A socio-economic study of highland people who have migrated to work and study in Chiang Mai City*. Chiang Mai: Social Research Institute, Chiang Mai University, 2004.
- Rungrasmee Sriwongpan. *Factors Affecting childbearing of Hmong hill tribes couples in which the wife' s aged under 20 years in Phop Phra District, Tak Province*. Lampang: Hill Tribe Family Planning Center, 1999.
- Surin Khanarbsak ,Tassanee Srimongkol , et al. *A Baseline Survey on Knowledge, Attitude and Risk Behavior of Hill Tribe People Concerning With HIV/AIDS in Chiang Mai Province*. Chiang Mai : The Planned Parenthood Association of Thailand, 2005.

## タイ北部山岳民族のための性教育 タサニー・シーモンコン

タイの西と北にある 20 の地方には、3,743 の村があり、991,122 人の山岳部族民が存在している。これらの人々は、1960 年から政府組織による調査と研究の対象の中心となってきた。1977 年にはタイで、公式に、全国的な性と生殖に関する健康（リプロダクティブ・ヘルス）についての声明が出された。それは「タイのすべての国民は、生涯において性と生殖に関する健康を保たなければならない」という内容であるが、この声明は、山岳部族を含むタイ国民の健康増進計画を推進するのである。

通常、山岳民族はその早い年齢の結婚と妊娠のため、それ以外のタイ国民と比較して、健康でないことが多く、大きな問題となっている。その文化は、大きく異なるために、家族計画指導が山岳民族にまで到達するのは困難である。彼らの文化は、彼らの信条と行動に影響を及ぼしているのである。避妊具の使用などについての、多くの決定は男性によってなされる。これらの要因は、無防備な性行動につながり、彼らの健康を侵しているのである。



## 日本における出産介助の技術—助産師の技の過去と現在— 成田 伸

### 1. はじめに

日本人女性の出産が静かであることは、世界的に有名である。助産師が活躍する先進国においても薬剤を用いた無痛分娩は盛んであり、一方で日本では無痛分娩が可能な環境下であつても使用を希望しない産婦が多い。薬剤での鎮痛をせず、それでも叫ばない静かな出産、痛みを乗り越えて産んだことに満足している状況は、日本人産婦と日本人助産師の相互作用の中で起こっていると考えている。静かで満足いく出産がどのような助産師の技に支えられているのかを、解き明かして行ければと思っている。

### 2. 日本における出産場所の変遷と助産師の役割

日本では明治32年(1899年)に産婆規則が発令され、「産婆」(Midwife)という分娩介助を業とする専門職が生まれた。第二次世界大戦後の保健婦助産婦看護婦法(以下保助看法と略)の成立により、「産婆」は「助産婦」(Nurse-Midwife)に名称が変わり、平成13年に法改正により「助産師」に変わった(本稿では助産師で統一)。産婆は助産師単独の教育(ダイレクトエントリー)であったが、保助看法成立後は、看護師教育終了後に助産師教育を受けるように変わっている。

発展途上国では、非専門家ですら自らの出産体験等に基づいて出産を介助する伝統的分娩立会い者(Traditional Birth Attendant : TBAと略)が未だに多い。産婆規則成立後の産婆は原則として専門的な教育を受けておりTBAではない。現代の私たちは、産婆をTBAのような「非医療的」「非科学的」な存在と考えやすい。しかし、白井<sup>1</sup>は、昭和初期(1930年代)の産婆は西洋医学を学び、「座産を寝た姿で出産する仰臥位にすること、出産の前に診察を受ける習慣をつけること、人々に衛生観念をもたせること」を行なっており、既に医療の専門職であったと述べている。

産婆が広めた仰臥位での分娩介助では、会陰の裂傷を予防するための高度な技術である「会陰保護」(図1)が必要であった。「会陰保護」では介助者の右手を会陰部に当て、会陰の過度の伸展を予防し、左手を児頭に当て、娩出のスピードや回旋をコントロールする。海外では助産師が会陰裂傷を縫合できる場合が多いが、日本では認められていないため、会陰裂傷なく分娩することは、助産師が産科医の助けなく分娩を介助するためには必須の技であった。この「会陰保護」については江戸時代に既に記載されているという<sup>2</sup>。児の娩出の際の介助については欧米のテキスト<sup>3</sup>にも記載されているが、どちらかというといふと児頭と児の肩の娩出をコントロー

ルする意味合いが強い。これらのテキストの翻訳や技術の紹介も行なわれているが、日本国内では主流となっていない。

第二次世界大戦直後保助看法が成立した頃の日本の出産は、産婦宅に助産師が出張し介助するものであった。しかし病院・診療所の医療施設内で産科医が主となって介助する形態へと急速に変化し、1950年代から60年代に自宅出産と病院・診療所での出産は交差し、その後は病院・診療所での産科医の管理下での出産が主要を占めるように変化した<sup>4</sup>。助産師が産科医の存在なく出産を介助する助産所での出産は全体の1%に減少している。

日本の場合、出産の場が医療施設内に急速に変化していった時に、助産師も同時に医療施設内へと働く場を移動した。そして、助産師が経過を観察し実際の分娩介助も行なうが、それは表に出ず（出生証明書には産科医の名前が記入された）、産科医が主導権を握る状況が作り上げられた。その結果として、一方で周産期死亡が激減し母子の安全は確かに高まったが、出産に対する医療介入が急速に進み、非人間的な環境の中での出産となっていた。

私が助産師として働き始めた1980年代は、陣痛誘発剤を用いた計画分娩が最高潮に達していた時期で、医療スタッフの多いウィークデイの日中に「計画的に」分娩を調整することが、最も安全な出産を保証すると信じられていた。年間2,000件を越える分娩の多くが計画分娩であり、出産予定前日に入院、朝から分娩台上でモニター（分娩監視装置）を着けて点滴で陣痛を調整、経産婦は昼食時、初産婦は夕方に出産のラッシュを迎えていた。しかし同時に、陣痛をうまく誘発できなかった産婦は、数日この過程を繰り返し、疲労困憊し、帝王切開になっていた。助産師は、点滴やモニターの管理と、分娩介助や帝王切開の補助に多忙であり、陣痛室で陣痛を乗り越えている産婦に対するケアは全く手薄であった。しかも家族の付き添いはなく、産婦はたった一人でこの長い時間をじっと耐えていた。我慢の限界に達して、分娩台上でパニックになる産婦をよくみかけた。逆に分娩台上での会陰保護の技術は重視され、会陰保護技術こそ助産師の技と教えられた時代であった。

しかし、このような非人間的な分娩に対して、少なくない助産師が疑問を持ち、また産む側の一部の産婦も疑問を持ち始め、より人間的な出産への関心が高まっていった。この疑問に対する答えは、海外からやってきた。クラウス&ケネルの「母と子の絆」<sup>5</sup>、ミッシェル・オダンの「バースリボン」、ジャネット・バラスカスの「ニューアクティブバース」<sup>6</sup>、WHOの母乳育児の12か条<sup>7</sup>等、多数の図書が翻訳され、その概念がときに急速に、ときに時間をかけて徐々に取り入れられた。特にわずかに残っていた助産所での取り込みは素早く、助産所での取り組みを病院で働く助産婦が取り入れるという流れができた。分娩台上での母子接触・早期授乳からカンガルーケア、出産直後からの母子同室へ、陣痛中の自由な体位から側臥位や四つんばいでの児娩出、そして水中出産や畳敷きの部屋での「産み綱」を使った出産へ、夫の



出産時の立会いから子どもを含む家族の付き添いへと変化した。助産婦の実践も変わった。間歇的に観察し分娩を介助する助産婦から、産婦に寄り添い持続的に観察・ケアする助産婦に変わってきた。ここ 30 年近くの間に出産風景は本当に様変わりしたといえる。

この変化の中で助産師の技の焦点も変化してきた。まだ多くの出産は、分娩台上での仰臥位に近い体位であるため、会陰保護の技の威力がまったくなくなったわけではない。しかし、側臥位や四つんばいのお産では、会陰保護はほとんど必要ではない。逆に、助産の実践の中でも持続的に付き添っている間の助産師のケア技術に重きが置かれるようになってきている。

日本人女性の出産では「障子の棧が見えなくなるほど」痛くないと産まれないと古くから言われてきた。陣痛の痛みで静かに耐えることがよいことという価値観が母から娘に伝承されてきた。パニックになった大騒ぎのお産は嫌われ、そのような出産の終了後に産婦は「騒いでしまって恥ずかしい」と発言する。日本人産婦は産痛を含む分娩経過中の出来事を「頑張っって陣痛を乗り越える」ことに対して大きな価値を置いている。欧米では産婦のコントロール感が重視されている。しかし、日本人産婦の「頑張っって乗り越える感覚」は自分の我慢・忍耐や努力で乗り越えることに価値を置く感覚であり、産婦自身が無痛分娩の実施も含む分娩状況全体をコントロールすることに価値を置く欧米の「コントロール感」とは異なっている。

また出産が自然であることに価値を置くため、薬物を使う痛みの緩和を嫌う傾向が強い。その結果、欧米のような薬物を用いた無痛分娩の方向には進まなかった。しかし産痛は同じように感じており、その産痛を乗り越える際に重要なのが、付き添う助産師のケアの技であると思う。

それでは日本人助産師はどのような支援を提供しているのか。日本においても分娩時の家族の付き添いは増加しており、私が助産師として働き始めた頃の陣痛室で産婦が孤独に産痛に耐えるという風景は少なくなっている。しかし、夫や実母が付き添っていても腰臀部をマッサージするのは助産師の仕事であることが多い。家族が行なうマッサージは産婦の状況とかがみ合わない時があり、強すぎたり弱すぎたりする。産痛を乗り越えることに意識を集中しようとしている産婦にはそれが不快なものとして感じられることがあり、夫を思わず叱り付けてしまう場面に遭遇することがある。助産師のマッサージは産婦の産痛の強さに応じて強弱があり、産婦の呼吸のリズムを整える機能を持っている。そのため産婦は助産師の専門職ならではのつぼを得たマッサージを好むと思われる。

また、分娩経過中に不快なのは産痛だけではない。足のだるさ、眠れないこと、先行きの見えない不安が付きまとい、分娩経過が予想外に長くなると思わず弱音を吐いてしまう。最近の助産師の実践では、辛さを取り眠れるような支援として、入浴を勧めたり、足浴したり、気分転換を兼ねたアロマセラピーをしたり、体位を変えて分娩進行を促したりと、多様な方法が

取り入れられてきている。また、くじけそうな産婦と家族を励まし、1回毎の陣痛を乗り越えたことを褒め、先の見通しを与える説明をし、と絶え間なく言葉かけを行なっている。

産婦は、自分の力で陣痛の痛みを乗り越え、無事な出産に至ることに大きな満足を感じる。助産師は頑張る産婦を支え、産婦が満足できたことに、ケアの満足を感じる。日本人産婦の「頑張って陣痛を乗り越える」ことに対する価値観とそのような産婦を付き添って心身を支えることで支援する日本人助産師の技がかみ合っている。日本の静かな出産は、頑張る産婦と支援する助産師の共同作業の結果ともいえよう。これが現代の助産師の出産介助の技術といえる。

実はさらに進んだエキスパート助産師の技がある。それを分析した研究を次章で紹介する。

### 3. 現代のエキスパート助産師の実践の分析

本研究<sup>8</sup>は2001年に熟練助産師3名、助産学研究者3名、看護情報学研究者1名からなる研究チームで実施されたもので、エキスパート助産師のどちらかという「目に見えにくい」技を可視化しようとした試みである。分析のための資料として、チーム内の熟練助産師が取り扱った分娩のビデオ画像を用い、ディスカッションを重ね作り上げた。

分析の結果、4つのスキルと2つの機能の存在が示唆された。4つのスキルとは、(1) 見守る (Standing by or Watching) (図2)、(2) 触れる (Touching) (図3)、(3) ささやく (Whispering) (図4)、(4) 承認する (Approving or Reassuring) (図5、6) であり、2つの機能とは、(1) 情報収集 (Information Gathering)、(2) 産婦の支援 (Support for pregnant woman) であった。図内にそれぞれのスキルの定義と図があらわしている状況の説明を記した。また、4つのスキルそれぞれが「情報収集」と「産婦の支援」という2つの機能を持つ可能性を持つことが明らかになった。4つのスキルと2つの機能の関係性を表1に示した。このスキルであげた「触れる」は先に紹介した助産師のマッサージを含むものであるが、それよりもさらに静かな行為であり、助産師の手が軽く触れている状況に近い。

表1 4つのスキルと各スキルが持つ機能

スキル	情報収集	産婦の支援
見守る	観察 (非侵襲のデータ収集)	見守られているという安心感を与える
触れる	触診 (低侵襲のデータ収集)	人肌が触れることで安心感を与える
ささやく	ささやくことに対する反応データの収集	落ち着かせる
承認する	対象の意向とその表現のチェック	尊重されることからくる自信と安心感

また分析の際には、これら4つのスキルは同時に起こることがあること、また「見守る」は他のスキルが存在すると他のスキルに集合されてしまう可能性が示唆された。今回の分析は、

見えにくいスキルを明文化することを目的としたため、産婦や家族に見えやすいスキルは、今回の分析に含まれない。すなわち、今回の分析は、助産師が用いる全てのスキルを網羅したものではないことを前提としている。

これらのスキルはいずれも、助産師の動きが小さく、音も静かである。助産師はあたかも何もしていないように見える。この、何もしていないように見える中で、エキスパート助産師は、産婦の状態を観察し、同時に産婦を落ち着かせ、産婦の陣痛の乗り越え方に賞賛を与え、励まし、エンパワメントしていると、我々は考えている。

#### 4. まとめ

自宅出産を介助した助産師が、「私は何もしていませんでした。産婦が好きなように動き、自分の好きな体位を取り、出産の場を決めました」と言うのを聞いたことがある。私はその助産師に対して、「何もしていないのではない。あなたは妊娠中からその女性と夫に関わり、深い信頼関係を作り上げた。出産の場であなたは『いいんだよ、それでいいんだよ』という無言のメッセージを送っていたと思う。信頼できるあなたの存在があって始めて、産婦は自由にのびのびと出産できたと思う」と言った。先の研究で「目に見えにくい」技に焦点を当てた動機となっている。

メイヤロフ<sup>9</sup>はケアの本質を「ケアの相手が成長するのをたすけること」としている。先にエキスパート助産師の「目に見えにくい」技が産婦を励ましエンパワメントしている可能性について紹介した。このエンパワメントするケアの技術は、メイヤロフの述べたケアの本質と同じものではないかと思う。

2003年に雑誌「看護」において「外国人看護職が語る心に響く日本の看護」という特集があった。その中で王<sup>10</sup>は「常に相手の気持ちを配慮しながらケアをするのが、日本の看護のすばらしいところ」と述べている。また朱<sup>11</sup>も日本の臨床で働く中で、日本人の性格特徴を表す「優しく行き届いた看護」を学んだと述べている。洪<sup>12</sup>は「日本のナースは海外のどの地域の看護職よりも、その献身的な優しい心がけを身に着けて実践している」と述べている。彼らの主張に共通するのは、日本人看護職が「献身的」にケアすること、そしてそれが日本社会という文化の中で育まれたものではないかというものであった。

今回私が現代の助産師の出産介助の技として紹介したことは、日本文化に根付いた「献身的なケア」の一つであると思う。この「献身」があるからこそ、産婦と助産師の共同作業は成り立っている。日本人助産師のこの技を、今後もさらに分析していきたいと思っている。

## 引用文献

- 1) 白井千晶：施設化以前の自宅分娩と現代の自宅分娩の連続性と非連続性. 助産婦, 54(3) : 33-36, 2000.
- 2) 千村哲朗：会陰切開—そのはじまりと変遷. ペリネイタルケア増刊号, 78, 11-18, 1988.
- 3) Bennett, V.R., & Brown, L.K. : Myles Textbook for Midwives. Twelfth Edi., 1993.
- 4) 母子衛生研究会：母子保健の主なる統計. 平成 17 年度版, 2005.
- 5) Klaus, M.H., Kennel, J.H. 著 / 竹内徹, 柏木哲夫訳：母と子のきずな. 医学書院, 1979.
- 6) Balaskas, J. : New Active Birth. Thonpsons, 1989.
- 7) 戸田律子訳：WHO の 59 ケ条—お産のケア実践ガイド, 農文協, 1997.
- 8) 村上睦子, 中根直子, 赤山美智代, 水流聡子, 成田伸, 坂梨薫, 齋藤いずみ：助産婦が行なうモニタリングケアおよびサポートケアの構造化と助産婦の臨床能力の明文化の試み. 平成 12 年度助産学会委託研究報告書, 2001.
- 9) メイヤロフ (田村真他訳)：ケアの本質 - 生きることの意味. ゆみる出版, 1998.
- 10) 王麗華：高齢社会を支える日本の看護. 看護, 55(1) : 40-41, 2003.
- 11) 朱香群：実践だけでなく、「心」も身に着けたい. 看護, 55(1) : 42-43, 2003.
- 12) 洪麗信：21 世紀の新しい取り組みと、より高度な教育に向けて. 看護, 55(1) : 38-39, 2003.

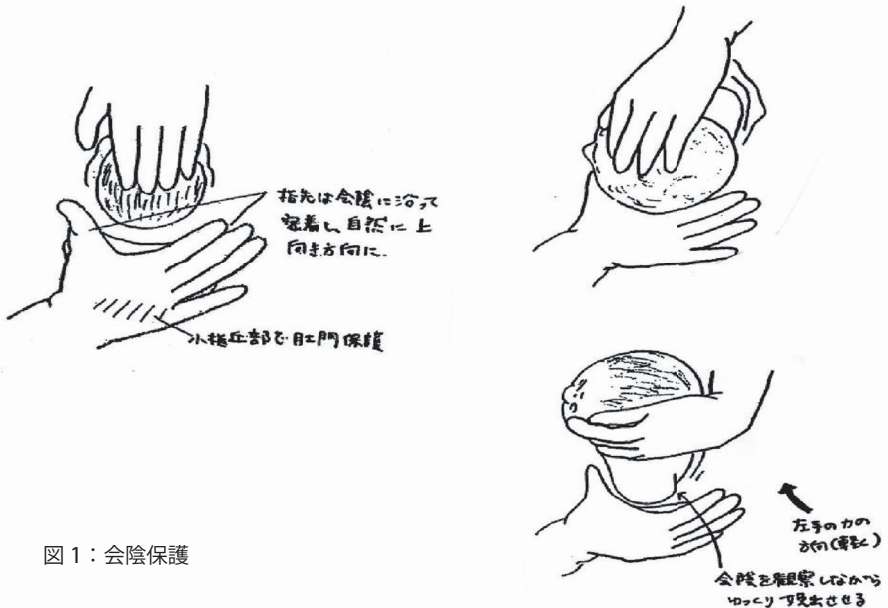


図 1：会陰保護



図 2：見守る





図4：ささやく



図5：承認する1

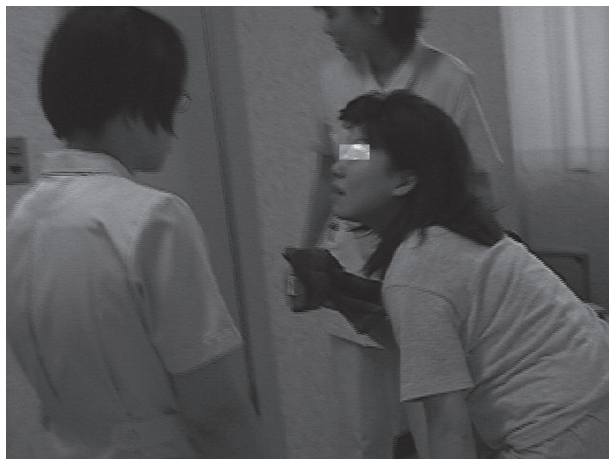


図6：承認する2

## **Midwifery Skills in Japan: Past and Present Shin NARITA**

It is well known around the world that women in Japan are quiet when they give birth. Through this opportunity I would like to clear up the question of what kind of skills there are in midwifery to support this kind of quiet and fulfilling form of childbirth. In Japan, midwifery was renamed from 'samba' to 'jo-sampu' or 'jo-sanshi,' but as a profession it is over 100 years old, and has been a field of medical specialization since the days of the 'samba.'

One Japanese midwifery skill is perineal protection. It is necessary in cases where women give birth in a supine position. The midwife applies sufficient pressure to the perineum with the palm of the hand and controls the expansion of the area, thereby preventing perineal lacerations.

However, since childbearing in Japan has undergone many changes and there is now less importance attached to perineum protection, new techniques have emerged in midwifery. These include care provided by the midwife throughout the delivery, such as the provision of physical comfort through massage or shiatsu, and of emotional care through consolation and encouragement. It can be said that a quiet delivery in Japan is the result of the joint co-operation between the efforts of the mother and the support of the midwife. These are the support techniques of modern midwives. An even more skilled midwife possesses advanced care-giving skills which are not easily perceptible to the naked eye.

I think the modern midwife's techniques of assisting childbirth, which I present here, are a kind of 'devoted care' that has taken root in Japanese culture. It is this 'devotion' which enables the co-operation between mother and midwife. I truly hope I will be able to introduce these Japanese midwifery skills to people in other countries.



## 2006 年度ジェンダー研究センター (CGS) 活動報告

### 2006 年度ジェンダー研究センター (CGS) 活動報告

#### ■春学期

##### CGS 春学期読書会

- 1、『カミングアウト』  
著者：尾辻かな子 他  
日時：4月24日～（毎週月曜日）
- 2、『脱アイデンティティ』  
編者：上野千鶴子  
日時：4月13日～（毎週木曜日）
- 3、『セックスの発明』  
著者：トマス・ラカー  
日時：4月24日～（毎週金曜日）

5月8日（火）

##### PGSS + CGS オープンレクチャー

公開講座：トランスジェンダーをめぐるセクシュアリティ

講師：三橋順子（女装家／性社会史研究者）

場所：国際基督教大学本館 213

5月23日（火）

尾辻かな子講演会－「虹色」の社会を目指して

講師：尾辻かな子（大阪府議）

場所：国際基督教大学ティッフェンドルファー記念館東館（旧D館）

共催：ICU ジェンダー研究センター，21世紀 COE プログラム，C-Week，Sumposion

#### ■秋学期

9月8日（金）

尾辻かな子講演会－「虹色」の社会を目指して

全文を WEB にて公開

9月12日（火）～ CGS 秋学期読書会

- 1、『フェミニズムはみんなのもの』  
著者：ベル・フックス  
日時：9月12日～（毎週火曜日）
- 2、「フェミニスト神学」  
『いま、聖書をよむ－ジェンダーによる偏見と原理主義の克服を目指して』  
をはじめとする、フェミニスト神学についての理解を深める書籍  
日時：9月13日～（毎週水曜日）
- 3、「ジェンダー、セクシュアリティ理論アラカルト」  
ジュディス・バトラー、アドリエンヌ・リッチ、ドゥルシラ・コーネルの論文をアラカルトで  
期間：9月14日～（毎週木曜日）

9月22日(金)

石田法子講演会「ジェンダーの視点から改憲を検証する」

講師：石田法子(弁護士・大阪弁護士9条の会代表世話人、大阪女性9条の会代表呼びかけ人)

場所：国際基督教大学 本館315号室

共催：国際基督教大学ジェンダー研究センター、21世紀COEプログラム

9月29日(金)

「後悔しない就職、しませんか? —正規社員と非正規社員の現状と課題—」

講師：伊藤みどり・藤井豊味(女性ユニオン東京)

場所：国際基督教大学 本館315号室

共催：学生サービス部就職相談グループ、国際基督教大学ジェンダー研究センター、21世紀COEプログラム

10月6日(金)～8日(日)

第3回国際ワークショップ2006

「アジアにおける人間の安全保障とジェンダー：自然科学の視点から

～アジアにおける〈身体の知〉とジェンダー～」

場所：国際基督教大学

共催：国際基督教大学ジェンダー研究センター、21世紀COEプログラム

後援：俱進会、UBCHEA、三鷹市

10月6日(金)

IWS2006 関連プログラム「〈身体の知〉とパフォーマンス」

ドキュメンタリー映画の上映、パフォーマンス

第一部：ドキュメンタリー「Dear Tari」監督山上千恵子

第二部：パフォーマンス「恐れはどこにある」イトー・タリ

場所：ディッフェンドルフアー記念館西棟(新D館)1F多目的ホール

12月11日(月)～CGS冬学期読書会

1、『知への意思 性の歴史I』

著者：ミッシェル・フーコー

日時：12月11日～(毎週月曜日)

2、『クローゼットの認識論 セクシュアリティの20世紀』

著者：イブ・コゾフスキーセジウィック

日時：12月12日～(毎週火曜日)

3、『レスビアン』という生き方—キリスト教の異性愛主義を問う—

著者：堀江有里

日時：12月13日～(毎週水曜日)

1月18日(木)

テレル・カーヴァー講演会「Gendering Peace & Security: The "Man" Question」

講師：テレル・カーヴァー (イギリス・ブリストル大学政治学教授/専修大学客員教授)

場所：国際基督教大学本館265

2月2日(金)

教会の「聖」性を考える ―レズビアン視点からみる「キリスト教批判」の可能性

講師：堀江有里

場所：国際基督教大学本館 215

共催：キリスト教と文化研究所 (ICC)・ジェンダー研究センター (CGS)

注

1.CGS 公式ウェブサイト「CGS Online」の情報更新は随時行っている。

## AY 2006 Activity Report, ICU Center for Gender Studies (CGS)

### Spring Term

CGS Spring Term Reading Groups

1. *Kamingu auto* (Coming Out)

Author: Kanako OTSUJI et al.

Time: Every Monday, from April 24

2. *Datsu aidentitii* (Baring Identity)

Editor: Chizuko UENO

Dates: Every Thursday, from April 13

3. *Sekkusu no hatsumei* (The Invention of Sex)

Author: Thomas LAQUEUR

Dates: Every Friday, from April 14

Tuesday, May 8

PGSS and CGS Open Lecture: Transgender and Sexuality

Lecturer: Junko MITSUHASHI (transvestite, historian of sexuality)

Place: Room 213, Main building, International Christian University

Tuesday May 23

Kanako Otsuji Lecture: Towards a Society that Celebrates Diversity

Lecturer: Kanako OTSUJI (Osaka prefectural assembly member)

Place: East Wing, Diffendorfer Memorial Hall, International Christian University

Co-hosts: ICU CGS, 21st Century COE Program, C-Week, Sumposion

### Autumn Term

Friday, September 8

Kanako Otsuji Lecture: Towards a Society that Celebrates Diversity

Full transcript released online

CGS Autumn Term Reading Groups

1. *Feminizumu wa minna no mono* (Feminism is for Everybody - Passionate Politics)

Author: Bell HOOKS

Dates: Every Tuesday, from September 12

2. Feminist Theology

Texts to further the understanding of feminist theology, including the article "Striving to overcome the fundamentalism and prejudice toward gender in reading the bible today"

Dates: Every Wednesday, from September 13

2. Gender and Sexuality Theory 'A la carte'

Selections from Judith Butler, Adrienne Rich, and Druscilla Cornell

Dates: Every Thursday, from September 14

Friday, September 22

Noriko Ishida Lecture: "Constitutional Amendment from the Perspective of Gender"

Lecturer: Noriko ISHIDA (lawyer, facilitator for Osaka Lawyers Article 9 Society, Osaka Women Article 9 Society representative)

Place: Room 315, Main building, International Christian University

Co-hosts: ICU CGS, 21st century COE Program

Friday, September 29

"A Career You Won' t Regret: Understanding Standard and Non-standard Employment"

Lecturers: Midori ITO and Toyomi FUJII (Women' s Union Tokyo)

Place: Room 315, Main building, International Christian University

Co-hosts: ICU Student Services Employment Advisory Group, ICU CGS, 21st Century COE Program

Friday, October 6 – Sunday October 8

Third CGS International Workshop (IWS 2006)

"Gender and Human Security in Asia: Natural Science Perspectives -Body Knowledge and Gender in Asia"

Place: International Christian University

Co-hosts: ICU CGS, 21st century COE Program

Sponsors: Gushinkai, UBCHEA, Mitaka City Ward

Friday, October 6

IWS 2006 program component: "Body knowledge" and Performance

Documentary film screening: "Dear Tari" (Directed by Chieko YAMAGAMI)

Performance: "Where is the Fear?" (Performed by Tari ITO)

Place: Multipurpose Hall, 1st floor, West Wing, Diffendorfer Memorial Hall, International Christian University

Monday, December 11

CGS Winter Term Reading Groups

1. *A History of Sexuality: An Introduction*

Author: Michel FOUCAULT

Time: Every Monday, from December 11

2. *Epistemology of the Closet*

Author: Eve Kosofsky SEDGWICK

Time: Every Tuesday, from December 12

3. *Lesbian to iu ikikata* (Questioning Heterosexuality in the Church from a Lesbian Perspective)

Author: Yuri HORIE

Time: Every Wednesday, from December 13

Thursday, January 18

Terrell Carver Lecture: Gendering Peace & Security: The 'Man' Question  
Lecturer: Terrell CARVER (Professor of Politics at the University of  
Bristole, UK, Visiting Professor at Senshu University)

Co-hosts: 21st Century COE Program, ICU CGS

Place: Room 265, Main building, International Christian University

Friday, February 2

Yuri Horie Lecture: Questioning the Church and its 'Sacredness' :  
Criticism against the Church from a Lesbian Perspective

Lecturer: Yuri HORIE (pastor, the representative of the Ecumenical  
Community for Queer Activism)

Co-hosts: Institute for the Study of Christianity and Culture, ICU CGS

Place: Room 215, Main building, International Christian University

## アジアにおける人間の安全保障とジェンダー：自然科学の視点から —アジアにおける〈身体の知〉とジェンダー— 2006年10月6日(金)－8日(日)

ジェンダー研究センター (CGS) では、2006 年秋、日本と近隣アジア五カ国からゲストをお招きして「アジアにおける人間の安全保障とジェンダー」を考える第三回国際ワークショップを開催しました。サブテーマは「アジアにおける〈身体の知〉とジェンダー」です。過去二回のワークショップが、それぞれ「社会科学」(2004 年)、「人文科学」(2005 年)の視点から企画されたのに続き、今回は「自然科学」の視点が心がけました。といっても、西洋近代に発する自然科学的視点を無批判に前提とするものではありません。逆に、アジア各地においてそれが、出産や妊娠・避妊などをめぐって、他の知識や技術とどのように葛藤・共存しているかを論じ合う場としました。

自然科学は通常、自然界に普遍的な法則を発見しようとする学問分野と考えられており、「アジア」という地域性や「ジェンダー」という社会的構築物と結び付けられることはほとんどありません。しかし見方を 180 度転換し、「アジアにおけるジェンダー」という地盤から自然科学を見るならば、そこには西洋近代に端を発し、また男性中心に構築されてきた知の体系としての特殊性が浮かび上がります。よってこのワークショップで「自然科学」という時、それは批判の対象として括弧 (「」) 付けされたものです。

議論の切り口を「身体の〈知〉」としたのは、身体が、世界中のどこに住む人々も持ち、もっとも身近に「知っている」ものでありながら、近代科学の結晶たる医学による治療・研究の対象であるという点で、ローカルな〈知〉とグローバルな〈知〉がせめぎあい、葛藤・共存する最たる場と言えるからです。またジェンダーというもう一つの切り口を加えるならば、とりわけ「性と生殖にまつわる〈知〉」の部分が重要性を帯びてきます。

今回お招きしたのは、台湾、ベトナム、タイ、マレーシア、インド、そして日本の、性教育コンサルタント、助産師、助産学研究者、医療人類学者、医療社会学者、科学史・科学哲学者といった、実践家から理論家までを幅広く含む〈身体の知〉の専門家の方々です。これら発表者に加え、医師を始め学外から多くの方が議論に参加するためにご来場下さり、昨年と同量作成した資料集は一日目で足りなくなるという盛況ぶりでした。

三日間のプログラムの一日目は、「基調講演」と「日本の現状報告」を兼ねた柘植あづみ氏 (明治学院大学) の講演で幕を開けました。午後には「私の国における〈身体の知〉・科学・ジェンダー」として、台湾、ベトナム、タイ、マレーシア、インドからのゲストによる報告が行われました。フォーカスは、発表者の専門によりリプロダクティブ・ライツ運動 (台湾)、植民地支配と西洋医学の導入 (ベトナム)、女性の地位と医学知識の分配における不平等 (タイ)、薬草学 (マレーシア)、宇宙観 (インド) など多岐にわたりましたが、いずれの報告も、二日目の各人のテーマ別発表をより深く理解するために非常に役立つものでした。

これらのセッションの間には、レズビアンとして自身の身体感を芸術的に表現するイトー・タリ氏のパフォーマンス「恐れはどこにある」の上演、またイトー氏を追ったドキュメンタリーフィルム「Dear Tari」(山上千恵子監督) の上映、およびイトー氏と山上氏を囲んだトーク・セッションが行われました。

二日目には三つのテーマ別セッションが行われました。第一セッションは「出産の技術」、第二セッションは「性と出産の教育」、第三セッションは「医療・薬学・ジェンダー」。各セッションとも、前半は海外 (二名)・日本 (一名) のゲストによる発表、後半は参加者全員によるフリー・ディスカッションでした。ここでも発表者の個性によって、統計を使った社会学的な発表から、人形などの性教育の教材を使ったプレゼンテーションまで、バラエティ

に富んだ内容を楽しみました。

三日目の総括のセッションでは、前日に「もっと話し合いたいトピック」として参加者に書き出してもらったものから CGS 所員がいくつかを選び、参加者に大きく三つの疑問を呈しました。すなわち (1)「近代生殖技術は、出産を、人間同士の直のつながりから切り離してしまうが、このことは特にアジアにおいてどのような意味を持つのか」、(2)「アジアの〈身体知〉や技術はどのように、またどのようなものとして今後研究・記録・紹介されていくべきか」、(3)「女性の、体験に基づく〈身体知〉は今後どのように、またどのようなものとして伝達・記録・出版されていくべきか」というものです。結論を出すというよりも、今後の「課題」として参加者全員でこれらの問いを認識・共有しました。

三日間の発表と活発なディスカッションを通して浮かび上がったのは、西洋型の近代医療の設備をより多く持つ国と持たない国の差、また一国の中での地域差はあっても、西洋型近代医療はアジア各地の女性と男性に、恩恵と困惑の両方をもたらしているということでした。台湾の男性にとって近代的な不妊治療は、家父長制からくるプライドとの葛藤を生み、タイ高地少数民族への家族計画の教育は、農作業や、先祖を祭る風習との葛藤を生みます。日本における妊娠・出産・臓器移植をめぐる医療技術は、身体の主である人間、特に女性自身に疎外感を与えかねません。このような状況下で、たとえば日本発の助産術は、ベトナムや日本において、女性が自分の身体への主体性を取り戻す上でどのように有益なのか。また、インドでの同性愛者を含む多様な人々への性教育、日本での男性への性教育といったチャレンジングな試みは、どのような形で近代医学の知識を活用する時に成功するのか。異なる国の、異なる専門分野を持つ、普段出会うことのない人々が一同に会することで、異なるトピック間に新たな関連性が生まれる様には、参加者の誰もが目を見張り、またそれを楽しみました。

また今年は、真の意味での「ワークショップ」、つまり参加者全員による共同作業をするために、ゲスト発表者の数を最小限にし、発表と同じ長さの時間を参加者全員によるディスカッションにあてました。場所も、発表は会議室で、それに続くディスカッションはソファのある明るいうらウンジでお茶を囲んで行いました。このアレンジメントは同時通訳の機材の面で不自由はありましたが、参加者の交流という点では利があったのではないかと思います。

過去二回のワークショップに引き続き、今回もまたアジア各地のジェンダー関連専門家ネットワーク作りの場が提供できたことは、私共の大きな喜びでした。しかし総括セッションでも話題になりましたが、「アジア」という「くくり」がどれほど、またはどのような場合に有効か、ということは常に問い続けられねばなりません。このワークショップ・シリーズは、ジェンダー研究における欧米中心的な〈知〉の体系に批判的であろうと、便宜上「アジア」というくくりを選びました。しかしこのシリーズは決して「アジアという実体があるはずだ」とか、「アジアに共通する思想があるはずだ」という単純な仮説の検証（まして「日本がその探求のリーダーになるべきだ」などという態度）につながるべきではないでしょう。

来年度には第四回国際ワークショップとして、過去三回の会合の参加者の中からゲストをお招きし、これまでの成果の統合から何が生まれるかを見る、総括のイベントを開催する予定です。社会・人文・自然科学的視座を統合するのに加え、「アジア」というくくりを批判的に導入することは、一体どのような実りを生むのか（あるいは生まないのか）。多くの方からご関心をお寄せいただけることを願いながら、チャレンジングな問いを、CGS は発し続けたいと思います。



## プログラム 10月6日(金)

### 基調講演「〈身体の知〉・医学・ジェンダー： 疎外と管理を超えるために」

柘植あづみ (明治学院大学)

医学知識・技術によって自己の身体から疎外され、管理されるという経験は、男性よりも女性の方に、より頻繁に、よりいびつで、より「正当性」を帯びて生じる可能性がある。明治期以降の日本の人口政策がその好例である。戦前的人口増強のための中絶・避妊の禁止、戦中・戦後の優生思想に基づく法による「子供の質」の管理、現代の少子化対策としての不妊治療の奨励など、孕む存在としての女性は常に国家政策の管理下にある。また戦後、女性の出産場所が自宅から病院へ移ったのも、国家の保健医療政策や医療専門職集団の政治的働きかけと無縁ではない。

このような変化の中で、女性は自らの妊娠・出産にまつわる検査・治療に関して「自己決定」をしてきたが、それは常に、既存の非対称的なジェンダー関係の文脈の中にある。胎児への超音波検査でも不妊治療でも、女性は選択肢を与えられる間もなく医師から処置を施され、厳しく管理され、夫よりも責任を負わされる。こうして女性は医療を通して、自分の身体から疎外される。

医療による女性の管理と疎外を乗り越えるために、医療関係者は、医学的な身体モデルは理想に過ぎないことを知り、利用者に伝えるべきである。さらに、女性が国境や地域を越えて経験を伝え合い、その共通性を探していくならば、目に見えている問題よりも大きな問題点が見つかるだろう。

### 各国報告 「私の国における〈身体の知〉・科学・ジェンダー」

#### 台湾から

報告者：チャリン・ウ (台湾大学) & ダイウェ・フ (台湾新竹清華大学)

リプロダクティブ・ライツに関する台湾の現状と問題点は以下の通りである。1) フェミニストが、男児出産優先のための中絶を批判するとき、その矛先はアジア文化の家父長制にあるが、西洋が開発したその技術自体も政治的に中立な立場にはない。2) 中絶の権利のための法改正に関し、宗教関連グループとフェミニストの主張は二極に別れ対立している。3) 2004年、政府は代理出産を管理する予定であるとした。しかし、どのように商業化を防ぐかなどの課題が残されている。4) 出産の過度の医療化に対し、近年、政府機関の femocrats、助産師、フェミニスト活動家、消費者グループが協力し新しい出産の形の普及に努めており、産科医もそれに応えざるをえない状況に置かれている。

#### マレーシアから

報告：バヒヤ D.Hj.A.H. & フズィア K.H.B. (マレーシア・ケバンサーン大学)

マレー半島の民間療法は、その薬草名や治療名だけではなく、実際の医療自体もジェンダーに考慮したものである。民間信仰や伝統的治療は現在、科学的な研究や説明と密接に結びつき、その医薬品に信頼性を与えられている。このような戦略により、マレー半島土着の知恵についての社会・文化的ディスコースが、保健医療の促進と健康的な生活の維持のために、ますます活用されることになろう。特に Biofeld という、薬草を使用した薬のブランドは、国家土地開発省 (FELD、地方と農業分野の近代化を目的とした政府組織) に属している FELD ハーバルコーポレーションが奨励している。

## ベトナムから

### 報告：ティ・ハン・ファン（ベトナム助産師協会）

ベトナムにおけるジェンダーのステレオタイプや価値観は、ここ数十年ほとんど変わらないにもかかわらず、女性が日常で担う仕事の内容は、近年劇的に変化している。このような状況に翻弄され、あらゆる期待にこたえようとするのが、若い世代のベトナム女性にとって新たなストレスとなる。ジェンダー問題が特に顕著なのは、雇用と経済状況、教育、少数民族の文化、リプロダクティブ・ヘルスを含む健康問題、HIV/AIDS、ドメスティック・バイオレンス、政治的意思決定への参与といった側面である。

## タイから

### 報告者：タサニー・シーモンコン（高地リサーチ・開発機構）

タイの公共医療サービスは分散的であったが、2001年、政府は全国的な保健計画を導入した。これについては、国家レベルでの成果測定では良い結果が出たが、依然として北部地方、東北地方、最南端地方の僻地における課題が残っている。このような地域に住む人々は、少数民族、移民、難民、障害者など、社会から周縁化された弱者である場合が多く、特に子供や女性は、人身売買やHIVやエイズの被害に非常に弱いのである。このような人々の性や出産に関する健康状態が悪いのは、貧困の原因でもあり結果でもある。

## インドから

### 報告者：ジャヴィタ・ナラン（ジェンダー・セクシュアリティ教育コンサルタント）

インドの伝統哲学アーユルヴェーダでは、それぞれの個人を個別の生活環境を持ち、独自の頭脳と身体を構成する唯一の存在であると捉える。アーユルヴェーダで利用される薬では、身体と心と気のバランスがキーワードとなる。アーユルヴェーダ的診断では、治療で使われる薬の成分は、必ず一つの薬草でなければならないと厳格に決められており、近年ハーブを用いた製剤が作られた。ハーブを用いた製剤には副作用がないので、逆症療法（アロパシー療法）としても用いられることが可能である。

10月7日（土）

## ワークショップ(1)：出産の技術

### 「ベトナムにおける分娩の手法と技術」

#### ティ・ハン・ファン（ベトナム助産師協会）

かつてベトナムの出産は、産婆（親戚や村や地域の中の経験豊かな高齢女性）のもと自宅で行われていた。フランスの占領下にあった18世紀に、出産の技術を含む西洋医学がベトナムにもたらされると、国立の助産師（フランス語でSagefemme）学校が設立された。第二次大戦後には病院での分娩も進んだ。だが近年、分娩への過剰な医療介入に対する不満や、妊婦の精神的サポートへの要望などから、伝統的方法と西洋医学を結びつけるエキスパートである助産師への注目が高まっている。

### 「日本における出産介助の技術—助産婦の技の過去と現在」

#### 成田伸（自治医科大学）

日本では「産婆」は「助産婦」「助産師」と名称は変わったが、専門職として100年以上の歴史があり、産婆の時代から既に医療の専門職であった。近年、「会陰保護」などの伝統的技術の重要性が薄くなると、新しい助産師の技が生み出されてきた。それは分娩経過中のマッサージや指圧等の身体的な安楽ケア、慰めや励まし等の情緒的ケアである。日本の静

かな出産は、頑張る産婦と支援する助産婦の共同作業の結果ともいえよう。またさらに熟練した助産婦は、より目に見えにくい高度なケア技術を有している。これらは日本文化に根付いた「献身的なケア」と言える。

### 「戦後の台湾における帝王切開・帝王切開後の経膈出産・出産時の女性の身体」

ダイウェ・フ (台湾新竹清華大学)

1990年代の初めから、台湾の帝王切開率は世界で一番高く、30%をはるかに上回る。これには一筋縄ではいかない歴史的背景がある。戦後台湾の主な産科施設は、国立台湾大学病院 (NTUH) の産婦人科病棟で、おそらく戦後初めて台湾でVBAC (帝王切開後の経膈出産) を扱った大規模施設である。しかし1970年代以降、NTHUはその帝王切開に対する哲学を変更し、VBACから離れて、西洋で流行している帝王切開を促進し、その率を上げることに加担した。50年代から70年代にかけてのVBACへの興味は、台湾のフェミニストや女性の健康の活動家や出産する女性自身の議論にも関わらず、90年代には失われてしまったのである。

### ワークショップ (2): 性と出産の教育

#### 「タイ北部における山岳民族の性と生殖についての教育」

タサニー・シーモンコン (高地リサーチ・開発機関)

タイの西と北の20の地方に住む山岳民族は、1960年から政府組織による調査と研究の対象の中心となってきた。1977年に全国的な性と生殖に関する健康 (リプロダクティブ・ヘルス) についての声明が出されると、山岳部族においても健康増進計画が推進された。山岳民族はその早い年齢の結婚と妊娠のため、それ以外のタイ国民と比較して健康でないことが多い。またその独特の文化ゆえに、家族計画指導が山岳民族にまで到達するのは困難である。彼らの文化は、彼らの信条と行動に影響を及ぼしているのに加え、避妊具の使用などについての多くの決定は男性によってなされる。これらの要因は、無防備な性行動につながり、彼らの健康を侵しているのである。

#### 「日本における男子への性教育: その重要性和課題」

村瀬幸浩 (「人間と性」教育研究協議会)

わが国の性教育は長い間、主として女子を対象に行われ、男子の性は教育の対象とはされず放置されていた。だが男女共生時代、社会を生きるには男子への性教育こそ重要である。男子の不安や悩み、個人差に配慮しながら、性的欲求に焦点を当てて考えさせる、女子の性についても学ばせるといった工夫が必要である。今日、若者の間のデートレイブを始め「性と暴力」は社会問題として新たにとり上げられ始めている。もちろん男子への性教育は「暴力の防止」だけが目的ではなく、どのようにしたら男子もまた自らの性・相手の性を肯定的に受け入れて、柔らかな関係を作っていけるか、ということが問われねばならない。

#### 「インドにおける性と出産教育のワークショップ」

ジャヴィータ・ナラン (ジェンダー/性コンサルタント・教育者)

セクシュアリティと身体についての教育は、学生、スラムや一時的な保護施設にいる子供、性風俗産業の女性やその子供、貧困層の女性、男性同士の性交渉者といったターゲットに応じて工夫されねばならない。内容は、身体のパーツや思春期の身体についての情報、ジェンダーとセクシュアリティに関する俗説、ジェンダーとセックスの違い、子供への性的虐待とその身体的・精神的影響、HIV・エイズ、出産と母性保護など。相互作用型、内観型、参加型などの訓練法があり、例えばゲーム、瞑想、人形劇、ロールプレイ、ケーススタディ、

グループワーク、ディスカッション、ヒット作やドキュメンタリーなどの映画上映、パズルやクイズ、文章や日記の執筆、体験的現場訪問などを行う。

### ワークショップ(3)：医療・薬学・ジェンダー

#### 「男性不妊症、生殖補助技術 (ART)、ジェンダー・ポリティクス」

チャリン・ウ (台湾大学)

1950年代、女性と出産を同一視するイデオロギーは、不妊症の検査と治療から男性を除外した。しかし夫以外の精子による非配偶者間人工授精 (AID) が盛んになり、1980年代にその施行がピークに達すると、これが家父長制的な価値観に対抗する一助となった。だが同時にそれは、男児の産み分けを目的とするものになっていった。それは生物学的な父性を格下げすることと、男児の選別で男性優位を強化することを同時に行なったのである。さらに異性愛と妊娠を分離するという ART の性質から、独身女性とレスビアンたちが自分の子どもを持つために ART を用いるようになった。このように ART の多層的な意味と多様な利用法、セックス/ジェンダー体系の複雑性を見ることにより、ART とセックス/ジェンダー体系のダイナミックな関係を真に明らかにできる。

#### 「男性と女性の総合的健康におけるマレーシアの薬草の役割」

ミーナクシ・ナラパン (マレーシア・ケバンサン大学；ラシラ・ラムリによる代理発表)

合成製剤や遺伝子技術などの科学的進歩にもかかわらず、我々は依然として、治療法と治療薬を求めて自然に立ち返っている。マレーシアの熱帯雨林は超生物多様性地域であり、自然産物科学・医療と薬草産業により、癌、糖尿病、男女の性の健康全般、乾癬などの症状に効果があるとされる植物の研究が進んでいる。この営みは、ローカルとグローバルなマーケットの発達を促し、人々の治療の選択肢を増やし、ローカルな知識の実践者・利用者をエンパワメントすることにつながり得る。

#### 「医療におけるジェンダーの問題をどう捉えるか」

武藤香織 (信州大学)

医療におけるジェンダー問題を考える際、以下の二点に留意すべきである。まず、人体の一部を保存・加工する技術の向上によって、私たちの取り扱うべき試料が受精卵・組織・ヒトクローン・DNA などとマイクロ化し、問題が見えにくくなり、ジェンダーや生命倫理をめぐる問題も少なくなってきたような錯覚を生んでいること。二つ目は、男性と異なる社会的・経済的地位にある女性は、生体間臓器移植、ALS の呼吸器装着をめぐる問題、介護殺人などについての議論において日陰的存在になりがちだということである。

10月8日 (日)

### ワークショップ(4)：総括とディスカッション

二日間を通して浮かび上がった重要なトピックを、司会の加藤 (CGS) がまとめ、今後我々が考えるべき課題として、以下の主要四点を提示し、参加者の議論を促した。

- (1) 現代の生殖技術は、出産を、〈身体の知〉から、また人間同士 (男性と女性、妊婦と介助人) の親密な関係から切り離している。このことは (A) 特にアジアという文脈でどのような意味を持つのか。(B) そもそもここで「アジア」というくくりは意義を持つのか。(C) もしあるなら、どのような点でか。

参加者からは以下の議論があった。

- 我々が「アジア」という概念を「非西欧」としてしか知覚できない状況が残念。これを変えられないか。(柘植)
- 「アジア」に地理的な境界線を引くのは難しい。一案としては、日本やイギリスの植民地支配といった歴史に基づく地域別議論をすること。(フ)
- テーマ別 (ラムリ)、社会的 (ウ) 境界線を引くのも良い。

- (2) アジアの〈身体の知〉と技術は (A) どのように研究され、記録され、公表され、グローバルに紹介されるべきか。現代の生殖 / 医療技術への「代替物」と考えてよいか。(B) そもそもここで「アジア」というくくりは意義を持つのか。(C) もしあるなら、どのような点でか。
- (3) 女性の、経験に基づく〈身体の知〉は (A) どのように研究され、伝達され、記録され、公表されるべきか。現代の生殖 / 医療技術への「代替物」と考えてよいか。(B) ここでいう女性とは「女性一般」か、「アジアの女性」か。どのような枠組みがもっとも意義があるか。(C) (一般・またはアジアの) 男性の、経験に根ざした〈身体の知〉について、我々は何をすべきか。

参加者からは以下の議論があった：

- 〈身体の知〉には、助産師や医師のものも含む。いずれにしてもジェンダーに留意すべきだ (ファン他)。
  - 〈身体の知〉は、「身体についての知識」と「身体が持つ知識」の二つを意味し得る。後者についても論じるべきだ。また、より多くの人類学者や歴史学者を、この「自然科学的な」領域の議論に巻き込むべきだ。(フ)
  - 男性と、妊娠しない女性も〈身体の知〉を持っているのに、議論から排除されている。この人々も巻き込むべきだ。(成田)
- (4) 我々はどのようにネットワーク作りをしていったらよいか。このワークショップ・シリーズでは「アジア」というくくりを便宜上使っているが、このことに意義はあるか。

参加者からは以下の議論があった：

- 「アジア」というくくりは、ネットワーク作りには役に立つ。このワークショップを通して、諸地域の根底に類似性を見ることができた。(ナラン)

**International Workshop 2006**  
**Human Security and Gender in Asia: Natural Science Perspectives**  
**Body Knowledge and Gender in Asia**  
**October 6-8, 2006**

CGS held its third international workshop, "Body Knowledge and Gender in Asia," from October 6 to 8, 2006. This year we examined human security and gender in Asia from the perspective of "natural science" , following the past two workshop series on social science (2004) and humanities (2005) perspectives. We, however, did not use the word "natural science" uncritically; on the contrary, our aim was to discuss natural science and local knowledge/techniques of human reproduction in Asia in terms of their conflict and coexistence.

As natural science deals with the universal laws of the natural world, it does not at first seem to be relevant to such social constructions as "gender" or "Asian" locality. If, however, we look conversely from "gender in Asia" at natural science, the latter's idiosyncrasy as a modern, Western, male-oriented knowledge system becomes apparent. Therefore, the term "natural science" should be put in parentheses as an object of critique.

Our particular focus in this workshop was on "body knowledge" . The body is an object familiar to anybody in the world, but, at the same time, it is the locale where such personal/local knowledge and scientific/medical knowledge conflict and coexist most dramatically. In addition, the angle of "gender" led us to a more specific interest in the knowledge of sex and reproduction.

We invited a diverse range of specialists on body knowledge, from practitioners to theoreticians, such as sex educators, midwives, researchers of midwifery, medical anthropologists and sociologists, historians and philosophers of science. In addition to these presenters, many people from outside the campus, including medical doctors, participated in the discussions. Indeed, it was our joy to find that we ran out of bounded handouts on the first day.

The three-day program opened with a keynote speech by Ms. Azumi Tsuge (Meiji-gakuin University), in which she reported on medicine and gender in contemporary Japan. In the evening, national reports on body knowledge, science and gender were given by invitees from Taiwan, Vietnam, Thailand, Malaysia and India. The focus varied according to the specialization of each presenter: reproductive rights (Taiwan), colonialism and the introduction of Western medicine (Vietnam), gender inequality in the distribution of medical knowledge (Thailand), herbal medicine (Malaysia), and philosophy of the universe surrounding the body (India). Each report contributed greatly to our understanding of the presentations on the second day.

Between the sessions, there was a performance, "Where is the fear?," by Tari Ito, a body performer who artistically expresses the sensations of her body as a lesbian, a film screening of "Dear Tari" , a documentary of Ito shot by Chieko Yamagami, and a talk session between the two artists and the audience.

On the second day, thematic sessions were held on "Technique and Technology of Birth" , "Education on Sex and Birth" , and "Medicine, Pharmacology and Gender" .



Each session consisted of two parts: presentations by three invited speakers (two from overseas, one from Japan), and free discussion by all participants. Each presentation, from statistical reports to a model class of sex education using puppets, reflected the career and personality of the speakers.

In the final review session on the third day, CGS staff offered three major questions taken from submissions by the participants on the previous day as topics for further discussion. They were: (1) What implications does modern reproductive technology, which separates childbirth from human-to-human relationships, have in the Asian context? (2) How should Asian knowledge and technique surrounding the body be studied, recorded and introduced across regions? (3) How should Women's experience-based body knowledge be transmitted, recorded and published? Instead of trying to reach any definite conclusions, the participants shared these questions as "challenges for the future" .

From the active presentations and discussions over the three days, emerged the realization that modern Western medicine has brought both blessings and confusion to women and men across Asia, even if some countries or regions are more equipped with modern technology than others. Modern infertility treatment causes conflicts with Taiwanese men's patriarchy-based pride, while family-planning education can conflict with Thai highland minority people's agricultural activities and customs of ancestor worship. Medical technology pertaining to pregnancy, childbirth or organ transplants gives rise to feelings of exclusion for the subjects of the body, that is humans, especially women. Under such circumstances, how, for example, is Japan-born midwifery useful for women to regain personal control over their bodies in Vietnam or in Japan? Or how should we use modern medical knowledge to assist us in the challenging task of providing sex education for homosexuals in India or boys in Japan? In this workshop, specialists in different fields from different countries enjoyed getting together with those whom they would never have met otherwise, discovering new connections between topics.

This year, CGS especially strived to make the event a "real" workshop, with the collaboration of all participants, by reducing the number of guest presenters and allowing the same length of time for free discussion as for presentations. To provide a relaxed atmosphere in the discussion sessions, we led participants from a boardroom to a bright lounge provided with tea. Although this arrangement caused some technical inconvenience for the simultaneous interpreters, it effectively increased interaction among the participants.

It was our great pleasure to offer, following the past two years, an opportunity to network gender specialists across Asia. As discussed in the final session, however, we must continue to question the extent to which, and the cases in which, the category of "Asia" may be effective. This workshop series adopted the category of "Asia" in order to critique the Western-centric knowledge system of gender studies. But the series should not lead to the verification of such naïve hypotheses as "There should be a definite entity of Asia" or "There should be common theories across Asia" (not to mention "Japan should be the leader in pursuing such theories" ).

Next year we will hold the fourth, final international workshop in this series. There, we will attempt to integrate all the past results, by inviting participants from the previous workshops. What fruits will (or won't) we have by not only integrating

social science, humanities, and natural science perspectives but also by critically introducing the category of “Asia” ? CGS will continue to pursue such challenging issues and hopes to engage the interest and participation of many more people.

**Etsuko KATO**  
**Third International Workshop 2006 Coordinator**

## **Program**

**October 6 (Fri)**

**Keynote Lecture: “Body Knowledge, Medicine and Gender: Regaining Control Over the Body”**

**Azumi TSUGE (Meiji-gakuin University)**

Through medical knowledge and technology, women are subjected to exclusion from, and control over, their bodies more often, in more distorted ways, and more “legitimately” than men. As population policies since the Meiji period (1868-1912) attest, women as subjects of pregnancy have always been under the control of governmental policies: the ban on abortion and contraception before World War II to increase the population, the “quality control of children” during and after the war by eugenic acts, and the encouragement of sterility treatment today as a measure against the declining birth rate. The change of birth place from home to hospital is also not unrelated to national health policies and political actions by medical specialists.

Amidst such changes, women have been making decisions about their pregnancy and delivery “of their own free will” . This was, however, always situated in the context of asymmetrical gender relations. May it be ultrasound testing of the fetus or sterility treatment, without choice, women are treated and controlled by doctors, and bear more responsibility than their male partners do. Thus, medicine can deny women control over their own bodies.

To overcome the control and exclusion of women by medicine, medical professionals should know and tell their clients that the body model in medical textbooks is only an ideal. Furthermore, women’ s mutual communication of their experiences across regional and national borders and the pursuit of commonality will lead to the discovery of larger-scale problems than what we see now.

**Report Session: “Body Knowledge, Science and Gender in My Country”  
On Taiwan**

**Chia-Ling WU (National Taiwan University) & Daiwie FU**  
**(National Tsing Hua University)**

Current issues surrounding reproductive rights in Taiwan are as follows. 1) When feminists criticize the use of ultrasound or amniocentesis for sex-selective abortion to serve the preference for sons, they criticize the Asian culture of patriarchy. Yet the Western-invented technology itself is not politically neutral. 2) Abortion



rights have undergone heated debate in recent years. Religious groups and feminists have polarized the direction of legal reform. 3) Following the result of a consensus conference in 2004, the government plans to regulate surrogate motherhood, but measures to avoid its commercialization remain unsettled. 4) Against the over-medicalization of childbirth, femocrats in government agencies, midwives, feminist activists, and consumer groups have formed an informal alliance in recent years to promote new practices in childbirth; obstetricians are now finally facing the pressure to respond.

### **On Malaysia**

**Bahiyah Dato' Abdul HAMID & Fuziah Kartini Hassan BASRI  
(Universiti Kebangsaan Malaysia)**

Malay folk medicine in Malaysia has always been a gender-conscious medical system as reflected, not only in the naming of herbs and remedies, but also in its practices. Folk beliefs and traditional remedies are now intertwined with scientific research and explanations in order to create credible health care products. Such a strategy augurs well with socio-cultural discourses of indigenous Malay wisdom in promoting health care and sustaining healthy living. Biofeld, for example, is a herbal medicine brand under the patronage of FELDA Herbal Corporation Sdn. Bhd., a subsidiary of FELDA (Federal Land Development Authority, a government body aimed at modernizing the rural and agricultural sector in Malaysia).

### **On Vietnam**

**Thi Hanh PHAN (Vietnam Association of Midwives)**

Gender stereotypes and gender values in Vietnam have changed little from earlier decades, although what women do as part of their daily tasks has changed dramatically in recent years. Juggling these multiple, and sometimes contradictory, expectations, has created new stresses for the younger generation of Vietnamese women. The areas in which gender issues are especially at stake are: employment and economic situations, education, ethnic minority cultures, health problems including reproductive health, HIV/AIDS, domestic violence, political participation and decision making.

### **On Thailand**

**Tassanee SRIMONGKOL (Highland Research & Development Institute)**

Although Thailand's public medical services had been dispersed, the government introduced a nation-wide health plan in 2001. The plan showed some positive results in a national survey. Yet problems still remain in such peripheral areas as northern, north-eastern, and the southern-end areas. Most people who live in these areas belong to peripheral social groups such as ethnic minorities, migrants, refugees, or handicapped people. Especially children and women are vulnerable to trafficking and HIV/AIDS. Poor reproductive health among them is both a cause and a consequence of poverty.

## **On India**

**Javita NARANG (Consultant and Trainer in Gender and Sexuality)**

Ayurveda views each individual as a unique body-mind constitution with an exclusive set of life circumstances. In Ayurvedic medicine, the keyword is balance, between body, mind and spirit. Regarding the herbal component of Ayurveda, treatment following a strictly Ayurvedic diagnosis requires the use of single herbs. Several companies have recognized the need to bring Ayurvedic herbs into the western world and made them broadly available to a majority of people. Herbal formulations are neutral in potency and can therefore serve as a complementary modality to allopathic medicine.

**Oct 7 (Sat)**

### **Workshop (I): Technique and Technology of Birth**

#### **“Technique and Technology of Birth in Viet Nam”**

**Thi Hanh PHAN (Vietnam Association of Midwives)**

In the old times, all births took place at home under the supervision of traditional birth attendants, who were usually elderly relatives or experienced old women in the village or the community. In the 18th century, when Western medicine was brought into Vietnam by the French colonizers together with the new technology of birth, national midwifery (*sagefemme* in French) schools were established. After World War II, childbirth in hospitals increased. In recent years, however, midwives, who bridge traditional techniques and Western medicine, are drawing increasing attention due to women’s dissatisfaction with excessive medical intervention in delivery and their desire for psychological support.

#### **“Techniques of Assisting Childbirth in Japan: Past and Present of Midwifery Techniques”**

**Shin NARITA (Jichi Medical University)**

In Japan, the name for midwife was changed from ‘samba’ to ‘jo-sampu’ or ‘jo-sanshi,’ but as a profession it has a history of over 100 years and was already a field of medical specialization since the days of the ‘samba’ . With the decreasing importance of perineum protection, new techniques have emerged in midwifery. These include providing physical comfort through massage or shiatsu, and emotional care through consolation and encouragement. An even more skilled midwife possesses advanced care-giving techniques which are not immediately perceptible to the naked eye. This is a kind of ‘devoted care’ that has taken root in Japanese culture.

### **“CS, VBAC, and the Ironic Past of Post-War Obstetrics in Taiwan”**

**Daiwie FU (National Tsing-Hua University)**

Since the early 90s of the last century, Taiwan’s national CS (Cesarean Section) rate has been among the highest in the world, well over 30%. Behind this phenomenon lies a tangled history of medical practices in Taiwan. The major obstetric institution in postwar Taiwan was National Taiwan University Hospital (NTUH), probably the first major medical institution in Taiwan that had engaged in postwar VBAC (vagina birth after CS). After the 1970s, however, NTUH changed its “philosophy”, walking away from VBAC and joining in the accelerating trend of CS in Taiwan. Moreover, while there was interest in VBAC in the 50s to 70s, the interest had mostly disappeared in the 90s despite much discussion and efforts to revive it by many feminists, women’s health activists, and birthing women themselves.

### **Workshop (II): Sex Education**

#### **“Sex Education for the Hill Tribe People of Northern Thailand”**

**Tassanee SRIMONGKOL (Highland Research & Development Inst.)**

Tribal people in 20 provinces in the North and West of Thailand have been heavily targeted for research and development by government agencies since 1960. In 1977 Thailand officially released a National Reproductive Health Policy statement “All Thai citizens at all ages must have good reproductive health throughout their entire lives.” Yet, in general the health of the tribal population is not as good as Thai people in general, due to marriage at an early age and adolescent pregnancy. Cultural barriers make it difficult for these groups to access family planning services. Social and cultural factors affect their beliefs and behavior. Most decision-making depends on men, such as the use of contraceptives, these factors have lead them to poor health and unprotected sex practices.

#### **“Sex Education for Boys in Japan - Issues and Significance”**

**Yukihiro MURASE (The Council for Education and Study on Human Sexuality)**

Sex education in Japan has long been an issue aimed at girls. However, it is vital to provide sex education for boys in this age when men and women no longer lead separate lives and live cooperatively together in society. In sex education for boys it is important to be sensitive to each boy’s fears, worries and diversity. It is also important to allow them to think about their own sexual desires and urges, and to learn about girls’ sexuality. Today, ‘sexuality and violence’ is becoming a social issue; particularly the problem of date rape among young people is now being taken up. Of course, the goal of sex education for boys is not simply to stop violence, but also so that boys can have a positive understanding and acceptance of their partners’ sexuality and create harmonious relationships.

**“Workshop on Sex Education in India”**

**Javita NARANG (Consultant and Trainer in Gender and Sexuality)**

Sexuality and body education must be sensitively arranged according to different target groups such as students, children from slum and resettlement colonies, commercial sex workers and their children, women in distress, and men having sex with men (MSM). Key issues covered include: information about body parts; puberty; myths related to gender and sexuality; the difference between gender and sex; child sexual abuse and its impact on body mind and sexuality; HIV/AIDS; child birth and safe motherhood. Various interactive, introspective and participatory methodologies and training materials are used such as: games and self-introspective exercises; puppetry; role plays; case studies; group work and discussions; film screenings—both mainstream and documentaries; puzzles and quizzes; writing articles and personal diaries; and field visits to enhance experiential leaning.

**Workshop (III): Medicine, Pharmacology and Gender**

**“Male Infertility, Assisted Reproductive Technologies (ART) and Gender Politics in Taiwan”**

**Chia-Ling WU (National Taiwan University)**

In the 1950s, the reproductive ideologies that equated women with procreation exempted men from male infertility examination and treatment. The increasing use of AID (artificial insemination by donors’ semen) which reached its peak in the 1980s, however, challenged some of the patriarchal values. Yet, it actually had a double-edged impact on society: disregarding the importance of biological fatherhood and reinforcing male supremacy through selecting boys at the same time. Furthermore, the characteristics of the ARTs that separate heterosexuality from procreation have led single women and lesbians to use the ARTs to have their own children. By thus seeing the multiple meanings and diverse use of the ARTs, as well as the complexity of the sex/gender system, could we fully reveal the dynamic interactions between the ARTs and the sex/gender system.

**“Role of Malaysian Medical Plants in Male-Female Overall Health”**

**Nallappan MEENAKSHII (Universiti Kebangsaan Malaysia)**

Despite the advancement of science in the development of synthetic drugs or genetically engineered antibodies for certain diseases, man still turns to Nature to find novel and exotic therapeutic compounds for mainstream medicine. The Malaysian rainforest is one of the mega biodiversities in the world, and natural products sciences, medicine, and the growing herbal industry in Malaysia have been investigating the therapeutic efficacies of its plants for clinical conditions such as cancer, diabetes, overall male and female sexual health and psoriasis. Such practices can develop a local and global market, give people choices in terms of preventive or curative medical treatment, and acknowledge indigenous knowledge so as to empower its practitioners and users.

## **“How Should We Consider Gender Issues in Medicine?”**

**Kaori MUTO (Shinshu University)**

In considering gender issues in medicine, two points require special attention. First, problems are becoming less visible due to the “micronization” of material issues. As technology progresses we need to discuss such “small and invisible” things as inseminated eggs, tissues, human clones or DNA, all of which lead us to wrongly think that we have less problems in gender issues or life ethics than before. Second, women's position, which is different from that of men socially or economically, or in the sphere of care-giving or receiving, tends to be “in the shadow” in medical discussions such as living organ transplantation, respiratory devices for ALS patients, or the killing of caretakers by caregivers.

### **October 8 (Sun)**

#### **Workshop (IV): Review & Discussion**

**Etsuko KATO (chair, CGS) summarized the significant topics that emerged over the past two days and offered the following questions for further discussion.**

(1) Modern reproductive technology separates childbirth from body knowledge and human-to-human relationships (between man and woman, or birthing woman and helpers). (A) What does this mean especially in the Asian context? (B) Or is the category “Asia” itself meaningful? (C) If so, in what way?

Some of the discussions that followed:

-I regret that we only recognize “Asia” as “non-West” . Can’ t we change this situation? (Tsuge)

-It is difficult to draw geographic boundaries of “Asia” . One alternative is to have historical- and regional-based discussions in terms of the imperialistic effects of Japan, Britain, etc. (Fu)

-Thematic (Ramli) and social (Wu) boundaries are also possible.

(2) If there are Asia-specific techniques and body knowledge, (A) How should they be explored, recorded, published, or introduced globally? Can we consider them as “alternatives” to modern reproductive/medical technology? (B) Or is the category “Asia” itself meaningful? (C) If so, in what way?

(3) If there is women’ s experience-based body knowledge, (A) How should it be explored, transmitted, recorded, or published? Can we consider it as an “alternative” to modern reproductive/medical technology? (B) Are we talking about “women in general” , or “women in Asia” ? What is the most meaningful framework?

(C) What should we do with the men’ s ( “in general” or “in Asia” ) experience-based body knowledge of men ( “in general” or “in Asia” )??

Some of the discussions that followed:

-Body knowledge includes that of midwives and doctors. We must be sensitive to

gender in every way (Phan and others).

- "Body knowledge" can mean both "knowledge about our body" and "what our body knows". We should discuss the latter as well. Also we need more anthropologists and historians involved in this "natural science" area. (Fu)
- Men, and women who do not experience pregnancy, have body knowledge but are excluded from discussions. We should include them. (Narita)

(4) How should "we" network? This workshop series adopt the category of "Asia" for convenience; is there any significance in doing so?

Some of the discussions that followed:

- "Asia" could be useful in networking. We were able to find underlying similarities across regions through this workshop. (Narang)

## CGS2007 年度活動予定

### 国際ワークショップ 2007

日時：2007年6月22日～6月23日

場所：国際基督教大学

### 講演会

2007年11月ICU祭での開催を予定

場所：国際基督教大学

## CGS Activity Schedule, AY 2007

### International Workshop2007

Dates: June 22-23,2007

Place: International Christian University

### Lecture

Symposium at ICU Festival

Dates: November, 2007(tentative)

Place: ICU Festival





## 執筆者紹介 Author profiles

中村美亜  
東京藝術大学・助手  
セクソロジー、ジェンダー研究、音楽学  
Mia NAKAMURA  
Tokyo National University of Fine Art & Music  
Sexology, Gender Studies, Musicology

傅大為  
台湾新竹清華大学  
科学史・科学哲学  
Daiwie FU  
Institute of History, National Tsing-Hua University  
History and Philosophy of Science

高松郷子  
国立女性教育会館研究国際室  
被害者学  
Kuniko TAKAMATSU  
National Women's Education Center  
Victimology

タサニー・シーモンコン  
高地リサーチ・開発機構  
リプロダクティブヘルス  
Tassanee SRIMONGKOL  
The Highland Research and Development Institute  
Reproductive Health

成田 伸  
自治医科大学、看護学部  
助産術の調査と教育  
Shin NARITA  
Jichi Medical University, School of Nursing  
Research and Education of Midwifery

**国際基督教大学ジェンダー研究センター所員**  
**Regular Members of the Center for Gender Studies, ICU**

Jean-Pierre M. BESIAT  
 ジャンーピエール・ベシア  
 運営委員  
 Steering Committee Member  
 Division of Languages  
 Linguistics/Teaching of French as a Foreign Language/CALL

Hidenori FUJITA  
 藤田英典  
 Division of Education  
 Sociology of Education/ Comparative Education/ Gender and Education

Junko HIBIYA  
 日比谷 潤子  
 Division of Languages  
 Language Variation and Change, Language Contact and Change, Phonology and  
 Phonetics

Richiko IKEDA  
 池田 理知子  
 Division of International Studies  
 Communication

Natsumi IKOMA  
 生駒夏美  
 運営委員  
 Steering Committee Member  
 Division of Humanities  
 Contemporary English Literature, Representation of the Body in British and Japanese  
 Literature

Aki ITO  
 伊藤 亜紀  
 Storia dell'arte italiana, Storia del costume italiano  
 Division of Humanities

Insung JUNG  
 鄭 仁星  
 Educational Technology and Communications  
 Division of Education

Takehiko KAMITO  
上遠 岳彦  
Division of Natural Sciences  
Biology

Etsuko KATO  
加藤恵津子  
運営委員  
Steering Committee Member  
Division of International Studies  
Cultural Anthropology/ Gender Studies

Takashi KIBE  
木部 尚志  
Division of Social Sciences  
Normative Political Theory, Positive Political Theory, Philosophy of Social Science

Hideaki KIKUCHI  
菊池 秀明  
Division of Social Sciences  
The Social History of China in the 17-19th Century

Tzvetana I. KRISTEVA  
ツベタナ・I・クリステワ  
Division of Humanities  
Japanese Literature

Mark LANGAGER  
マーク・ランガガー  
Division of Education  
Comparative Education, International Education

Shaun MALARNEY  
ショウン・マラーニー  
Division of International Studies  
Cultural Anthropology

Yumiko MIKANAGI  
御巫由美子  
運営委員  
Steering Committee Member  
Division of Social Sciences  
Gender and International Relations

Kei NASU

那須 敬

Division of Social Sciences

History of Religion, Culture and Politics in Early Modern England

Nana OISHI

大石 奈々

Division of Social Sciences

Labor Migration, Globalization, Gender

Toshiaki SASAO

笹尾 敏明

Division of Education

Psychology

Norie TAKAZAWA

高澤 紀恵

Division of Social Sciences

Social History of Early Modern Europe

Kazuko TANAKA

田中かず子

CGS センター長

CGS Director

Division of International Studies

Sociology/ Gender studies/ Gender Stratification/ Care Work

Jacqueline WASILEWSKI

ジャクリーヌ・ワシレウスキー

運営委員

Steering Committee Member

Division of International Studies

Intercultural Relations and Communication/ Multicultural Coping and Adaptation/

Multicultural Problem Solving

**ICU ジェンダー研究所ジャーナル**  
「ジェンダー&セクシュアリティ」

**第3号投稿規定**

2006年12月現在

1) ジャーナル概要

「ジェンダー&セクシュアリティ」は、国際基督教大学ジェンダー研究所が年一回発行するジェンダー・セクシュアリティ研究分野の学術誌である。研究部門では、ジェンダー・セクシュアリティ研究における実証的研究や理論的考察に関する論文を掲載する。フィールド部門では、活動家によるケーススタディ、組織・国内・国際レベルにおけるジェンダー関連活動に関する報告を掲載する。

2) 第3巻発行日： 2007年12月

3) 第3巻論文投稿締切： 2007年9月29日(土)当日消印有効

4) 原稿提出先： 国際基督教大学ジェンダー研究センター編集委員会

郵送： 〒181-8585 東京都三鷹市大沢3-10-2 ERB301

電子メール： cgs@icu.ac.jp

5) 応募要綱

a) 原稿提出

- ・本誌に投稿される原稿は、全文あるいは主要部分において、未発表であり、他誌へ投稿されていないものとする。
- ・原稿は、電子ファイルと印刷コピー両方を提出するものとする。
- ・電子ファイルは、MSWord等の一般的な文書作成ソフトで作成し、電子メールに添付して提出すること。
- ・印刷コピーは、A4用紙にダブルスペース・片面印刷したものを3部提出すること。
- ・添付ファイルおよび印刷コピーのテキストは完全に一致しなくてはならない。
- ・原稿投稿後、原稿に修正を加えた場合、修正原稿は電子メールに添付して提出すること。
- ・使用言語は日本語または英語に限る。

b) 原稿

- ・原稿(研究およびフィールド部門)は、図表、図版、参考文献および注なども含めて16000~20000字の長さで、*Publication Manual of the American Psychological Association*(2001年発行第5版)のスタイルで執筆すること。
- ・姓名・所属・住所・電話およびファックス番号は別紙による表紙に記載すること。審査過程における匿名性を守るため、原稿の他の部分では執筆者氏名は一切伏せること。
- ・タイトルは最長40字とする。簡潔明瞭で、主要なトピックを抑えたものであることが望ましい。
- ・500字の要旨およびキーワードを5つ以内、別紙にて添付すること。
- ・前掲の規定にそわない原稿は、改訂を求めて返却される。
- ・本誌が国際的に発表される学術誌であることを踏まえたうえで原稿を執筆すること。

c) 図表および図版

- ・図表は別紙で添付すること。本文内に取り込まないこと。
- ・図版は直接印刷に耐える画質のものを添付すること。
- ・本文中における図表・図版のおおよその位置を原稿上に示すこと。

#### 6) 校正

校正用原稿が執筆者に送付された場合、校正のうえ、提出期限内に返送すること。

#### 7) 審査過程

投稿原稿は編集委員会が指名する3人の審査者によって審査される。審査では独自性、学術性、論旨の明快さ、重要性および主題のジェンダー・セクシュアリティ研究に対する貢献度が考慮される。原稿の改稿が求められる場合、審査意見および編集コメントが執筆者に伝えられる。投稿の受理・不受理の最終判断は編集委員会が下すものとする。

#### 8) 著作権

投稿を受理された論文の著作権は、他の取り決めが特別になされない限り国際基督教大学ジェンダー研究センター編集委員会が保有するものとする。自己の論文および資料の複製権および使用権に関して、執筆者に対する制限は一切なされないものとする。

#### 9) リプリント

個々の論文のリプリントをジェンダー研究所に注文することができる。掲載された執筆者には3冊（複数執筆者がいる場合は5冊まで）の該当誌が送られる。

#### 10) 注文

購読の申し込みは [cgs@icu.ac.jp](mailto:cgs@icu.ac.jp) まで。

当規定は改定されることがある。

## **The Journal of the Center for Gender Studies, ICU**

### ***Gender and Sexuality***

### **Journal Regulations for Vol.03**

as of December, 2006

#### 1) About the Journal

*Gender and Sexuality* is published annually by the Center for Gender Studies at the International Christian University in Japan, focusing entirely on research and practice in Gender and Sexuality studies. The Research section features well-documented articles on the practical aspects of research as well as applied theory in gender & sexuality studies. The Field Reports section includes practitioner-based case studies and articles concerning the design and development of gender-related activities and applications at institutional, national and international levels.

2) Date of Publication for the second issue: December, 2007

3) Application deadline for the second issue: September 29 (Sat), 2007

4) Send to: The Editorial Board of the Center for Gender Studies,  
ERB 301, International Christian University  
3-10-2 Osawa Mitaka-shi, Tokyo, 181-8585 Japan  
cgs@icu.ac.jp

#### 5) Guidelines for Contributors:

##### a) Manuscript Submission

- Submission of a manuscript to this journal is understood to imply that it, or substantial parts of it, have not been published, accepted for publication, or submitted for consideration elsewhere.
- Manuscripts should be submitted both electronically and in paper copy.
- Electronic submissions should be sent as e-mail attachments using a standard word processing program, such as MS WORD.
- Three paper copies of the manuscript should be submitted on A4 paper with double spacing, using one side only.
- The text on e-mail attachments must match the manuscript precisely.
- The accepted paper should be submitted in final form as an e-mail attachment.
- Papers will be accepted in English or Japanese.

##### b) Manuscript Preparation

- Manuscripts (for both the Research Articles and the Field Reports sections) should be between 5,000 words and 7,000 words in length (including tables, figures, references, footnotes and pictures) and must conform to the style of the *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed., 2001).
- The name(s), affiliation(s), address(es), and phone and fax number(s) should appear on a separate cover page. To ensure anonymity in the review process, the name(s) of the author(s) should not appear elsewhere in the manuscript.
- The title should be short (12 words maximum), informative and contain the major

keywords.

- An abstract of 100-150 words and up to 5 keywords should be typed on a separate page.
- Manuscripts that do not conform to these specifications shall be returned.
- Contributors should bear in mind that they are addressing an international audience.

#### c) Tables and Figures

- Tables must be typed out on separate sheets and not included as part of the text.
  - Figures submitted must be of high enough standard for direct reproduction.
- The approximate position of tables and figures should be indicated in the manuscript.

#### 6) Proofs

Page proofs are sent to the designated author. They must be checked carefully and returned within a specified period of time.

#### 7) Review Process

Submissions are refereed by three individuals identified by the Editorial Board. A manuscript is judged on the basis of originality, scholarship, clarity of discourse, and significance, as well as the degree to which the subject matter contributes to the field of gender and sexuality studies. Referees' notes and editorial comments are usually communicated to the author when revision is requested. The Editorial Board retains final authority in accepting or rejecting manuscripts.

#### 8) Copyright

Papers accepted become the copyright of the Editorial Board of the Center for Gender Studies, unless otherwise specifically agreed. No restrictions will be placed on the personal freedom of authors to copy or to use, in subsequent work, material contained in their papers.

#### 9) Reprints

Reprints of an individual article may be ordered from the Center for Gender Studies. Three complimentary copies of the issue will be mailed to each author (up to five for multiple authors).

#### 10) Order

To subscribe to the journal, please send an e-mail to: [cgs@icu.ac.jp](mailto:cgs@icu.ac.jp)

\*These regulations may be further changed or modified.



**編集後記**  
**生駒夏美**

第二号がようやく完成しました。今回は、第3回国際ワークショップの成果論文の他、ご投稿いただいた論文からも掲載することができました。生命科学とジェンダーをめぐる最先端の話題からセクシュアリティ論まで、進取の気象に富む号となったのではないのでしょうか。編集作業としては、二号目とあって少しずつ回り始めましたが、まだまだ手探り状態といった感じですが、当誌をお読みくださる多くの方、査読にご協力くださった方々、それから執筆者の皆様、また編集作業に昼夜力を注いでくださったCGSの助手・副手を初めとする学生の方々に、心より御礼申し上げます。皆様のご支援なくしては、当誌は存在しえないと感じております。研究者、アクティビストの別なく、気鋭の論文を募集しております。今後ともご支援、ご教示賜りますよう、よろしくお願い致します。

**Postscript from the Editor**  
**Natsumi IKOMA**

At long last, we have managed to complete the second edition of our journal! This time we were able to include a number of papers that were submitted in addition to the proceedings of our third international workshop. We hoped to create a highly open-minded publication covering a wide range of topics from sexuality theory to current issues concerning the natural sciences and gender. From an editorial viewpoint, we feel that we are gradually starting to find our way with this second edition, but there is still a considerable amount of trial and error involved. This journal certainly could not exist without the co-operation and support of many people. We wish to express our sincere gratitude and appreciation to our readers, editorial reviewers and to the writers themselves, as well as the CGS staff and students who have worked day and night in compiling and editing the journal. Once again, we are calling for up-and-coming, dynamic papers from either researchers or activists. We look forward to your continued feedback and support.

*Gender and Sexuality*

The Journal of the Center for Gender Studies, International Christian University

Printed and published on December 31, 2006

Editor	International Christian University Center for Gender Studies Editorial Committee
Publisher	International Christian University Center for Gender Studies ERB301 3-10-2 Osawa, Mitaka city, Tokyo 181-8585 JAPAN Tel& Fax +81-422-33-3448 cgs@icu.ac.jp <a href="http://subsite.icu.ac.jp/cgs/">http://subsite.icu.ac.jp/cgs/</a>
Printing	Mainichi Shinbun Tokyo Center Co.,Tokyo Tel + 81-3-3212-0479

Copyright in Japan, 2005  
by the Center for Gender Studies, all rights reserved.

国際基督教大学ジェンダー研究センター ジャーナル

『ジェンダー&セクシュアリティ』

2006年12月31日印刷・発行

編集 発行	国際基督教大学ジェンダー研究センター編集委員会 国際基督教大学ジェンダー研究センター 〒181-8585 東京都三鷹市大沢 3-10-2 ERB301 Tel& Fax 0422-33-3448 cgs@icu.ac.jp <a href="http://subsite.icu.ac.jp/cgs/">http://subsite.icu.ac.jp/cgs/</a>
印刷	(株)毎日新聞東京センター Tel 03-3212-0479

著作権は論文執筆者および当研究センターに所属し、  
著作権法上の例外を除き、許可のない転載はできません。