

## 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」の視点を心がけました。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、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の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)につながらないでしょう。

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。

第 3 回国際ワークショップ 2006 コーディネーター 加藤恵津子

## プログラム

10月6日(金)

### 基調講演「〈身体知〉・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。戦前の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示した。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となる。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・帝王切開後の経膣出産・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（帝王切開後の経膣出産）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：その重要性と課題」****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免除した。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・ナラバン (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・利用者をエンパワー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 などとミクロ化し、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、我々は何をするべきか。

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) 我々はどう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 led 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 learning.

**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)