

# 帝国医療とネイティブ女性

——バースコントロールにみる身体の管理と救済の言説

松尾瑞穂

MATSUO Mizuko

ラウンドスピーカーがなりたてている間に有蓋車から降りて来る人影があった。たちまちのうちに鮮やかな色のテントが張られ、キャンプ用寝台と外科用具がとりだされた……そして有蓋車から生まれも育ちも良く外国で教育をうけたらしい身なりの立派な若い女性たちがぞろぞろ出て来て、続いて同じくらい身なりのいい青年たちが現われた。(中略) やがて一つの噂がマジシャンのコロニーの隅々にまで広まった。「奴らはナスバンディをやっている——断種手術をやっているぞ！」

(サルマン・ラシュディ『真夜中の子供たち』寺門泰彦訳、一九八九年、早川書房)

## 一 はじめに

本稿は、イギリス植民地支配下のインドにおいてネイ

ティブであり女性であるという、二重に対象化された存在であったインド女性にとつての帝国医療というものを今日でも当該社会において観察される事例を通して検討するものである。帝国医療とは「狭義には近代植民地主

義の展開のなかで宗主国が植民地に対して行う公的な医療政策」という定義もあるように(見市 2001: 26)その活動は、効率的な植民地統治・運営という観点からみて、マラリア、コレラなどの伝染病対策や、軍隊内における公衆衛生対策に最も先鋭的に現れていた。また、その担い手は植民地行政政府のような公的な主体が中心であった(Arnold 1993; Harrison 1994; Pati and Harrison 2001)。しかし、帝国医療と一言でいっても、その問題領域は複雑化・多元化しており、決して一枚岩に捉えられるものではない。いまだ緒についたばかりのこの分野に取り組もうとする人類学的研究において求められるのは、帝国医療が人々の生活の諸側面にどのように影響を与えたのか、そしてそれはポスト・コロニアル社会の保健・公衆衛生政策とどのような連続性のもとにあるのか(あるいはないのか)、といった具体的な事例の積み重ねによるこの分析概念の相対化であり、また、個々の文脈における帝国の多様な形態を明らかにしていくことであると思われる。

そこで本稿では、その取り組みの一つとして、帝国医療のジェンダー的側面、すなわちとくに女性を対象にしていたなされた帝国医療というものに注目したい。具体的には、インドにおける生殖の管理(バースコントロール)をめぐる歴史的な経緯と、インド農村社会におけるこの

政策の展開の仕方を取り上げる。バースコントロールとは、子どもを産む、産まない、あるいは何人産むのか、という行為と意思決定に国家が介入するということである。それはまた、どのような子どもが望ましいのか、という出生児の選択に国家が関与することへとつながることから、歴史的にみても優生思想と深く結びついてきた(Hodgson 1991; Soloway 1990; 荻野 1994)。しかし、同時にバースコントロールは、女性にとっても望まない妊娠・出産からの「救済」、ひいては生殖という重荷を背負った性からの「解放」となるという、女性の権利運動との結びつきも強い。バースコントロール運動の先駆者であるマーガレット・サンガー(Margaret Sanger)、マリー・ストープス(Marie Stopes)の例を出すまでもなく、避妊を通じた自らの生殖の管理は、長らく女性自身によっても熱望されていたのである。両者は、ときに互いの言説を利用しつつ切り離し難く結びつき、ときには国家による生殖の「管理」を、女性の「救済」という言説が正当化することもある。このように思想史やフェミニズム研究のなかでバースコントロールが問われてきた一方、人類学では、多産を奨励してきた社会において「小家族」という価値観の受容がどのような社会においてか、家族・親族体系の変容とそこでの葛藤はいかなるものなのか、という視点から研究がなされてきた(Slycos

1971; Tine 1989 ほか)。

開発・近代化の一環として強力に進められているバースコントロールは、国際保健政策のもと家族計画と名を変え、第三世界を席巻しつつある。生殖という身体の実践に直接介入し、価値観の変容を促すバースコントロールのこうした性質は、帝国医療の特徴をよく表しているといえようが、これまでは帝国医療とのかかわりにおいて論じられることはほとんどなかった。本稿ではインドにおけるバースコントロールが時代に応じて異なる主体によって担われてきたことを検討し、それが今日のインド政府が推進する人口抑制政策へとどうつながり、人々の日常生活でどのような意味をもっているのかを明らかにする。

## 二 インドにおけるバースコントロール

### 1. 導入期の帝国医療——白人女性による「救済」

まず、本節ではインドにおける帝国医療の導入過程についてごく簡単に論じよう。イギリスはインド大反乱(セポイの乱)を経た一八五八年にインド統治(改善)法を發布し、インドをヴィクトリア女王統治下の大英帝国の連邦下に置き、実質的な植民地支配を開始した。それ

にともない、インドにも近代的公衆衛生政策が導入されることとなったが、これはイギリスをはじめとするヨーロッパで当時広がりはじめていた公衆衛生 (Public Health) 運動の影響を受けており、細菌学や熱帯医学の誕生とも深い関係にあった。植民地であったインドにおける公衆衛生政策の初期の目的は、第一にインドに居住するイギリス人官吏と軍隊の健康を維持することであり、現地住民への介入は、あくまでもその目的を達成するためにのみ実施されることになった。イギリスのインド統治は、現地社会への「不介入」を基本としており、その原則は公衆衛生政策においても例外ではなかったといわれている。インドにおける公衆衛生は、植民地政府による積極的な普及というよりは、むしろ個々人の自発的な寄付および慈善活動の推奨を通してなされていた (Parand Harrison 2001: 4)。このような慈善活動、すなわち今でいうボランティア活動は、「優れた文化をもつ市民社会の表れ」であるとみなされ、名誉称号の授与などを通して高く評価されていたが、実際はそうすることで、限られた植民地政府の財源を保健・公衆衛生分野へ割り当ててることを避けるという目的もあった (Gadear 1988: 270)。

このようななか、植民地期のインド女性の健康状態についても、植民地政府というよりは、次にあげる二つの

民間組織が中心的な役割を果たしていた。一つは、一八八六年に初めてインド女性の健康というものに焦点をあてて創設されたダッフアーリン財団 (Lady Dufferin Foundation) である。ヴィクトリア女王の後援を得た当時のダッフアーリン総督夫人が発起・代表人となり、この財団は「バルダー」という女性隔離の習慣によって男性医師の診察が困難なインド女性のために、女性医師 (Lady Doctor) を育成すること、および看護婦、助産婦をはじめとする女性医療者によって医療行為を提供することを目的としていた。そしてすぐに、出産をはじめとするリプロダクティブ・ヘルスの分野へとその活動を特化させていった。ダッフアーリン財団を皮切りに、一九〇三年カーゾン夫人 (Lady Curzon)、一九一四年ウィリントン夫人 (Lady Willington)、一九二〇年チェルムスフォード夫人 (Lady Chelmsford)、そして一九二四年リーディング夫人 (Lady Reading) といったように、行政府である夫の赴任にともなうインドへやってきた上流階級の夫人によって次々に慈善組織が創設され、インド女性への看護師・産婆トレーニングが開始された (Arnold 2000 : 89)。

二つめは、世界各地からやってきたキリスト教ミッションである。インド女性をその対象として活動するミッションは、女性の領域 (zenana) を扱うことから、ゼナ

ナ・メデイカルミッションと呼ばれた。一八八八年までにはイギリスやアメリカからやってきた五〇人以上の女性宣教師 (Lady Missionary Doctor) がインドで医療活動に従事していたといわれている (Gadgar 1998 : 269)。<sup>4)</sup> こうしたミッションの活動を観察した当時の女性旅行家が「ゼナナ・メデイカルミッションは、身体の救済は魂の救済よりも、より明らかにネイティブの心に正義 (righteousness) を創り出すことに気がついている」 (Billington 1895 : 86) といみじくも述べたように、ミッションの活動は、キリスト教的な魂の救済と身体的疾病からの救済という「二重の治癒」を目指したものであった (Arnold 2000 : 88)。

こうした現象は、当時イギリスにおいて進展していた出産の医療化と、女子教育の向上にともなう女性医師の台頭、という植民地本国の政治・社会状況を反映したものであった。バルダーの習慣を守るインド女性は、「男性医師にかかるといふなら死を選び」、このような「惨めな習慣によって助かるはずの女性も死亡している」といった言説がイギリス本国では盛んに喧伝されていたという (Guha 1998)。また、植民地行政府の年次報告書においても「オリエントの習慣のため、インド女性は女性に処置してもらわなければならない」「医療の実践に加えて、ここには女性医師にとって、骨軟化症、妊娠中

毒症、高乳児死亡率に関するリサーチの広大なフィールドが広がっている」(GOI 1922: 116)と述べられているように、インド女性の健康を維持するために必要な存在として、(白人)女性医師の存在が大いに推奨されていたのである。こうしたことから、当時のインド女性に対する帝国医療の適用は、表面的にはその実践は民間組織が主体となっていたが、それも植民地政府の支援と庇護のもとに展開されていたということが明らかである。

## 2. インド社会における運動の萌芽

——エリートによる自社会へのまなざし

このような植民地支配層からの働きかけがある一方で、イギリス統治下のインド国内においても、英語の植民地教育を受けた現地人エリート層の間で、自社会への反省的まなざしとそれにとまなう社会改革運動が育ちつつあった。なかでもとくにイギリス政府、社会改革派、保守派を巻き込んでインド社会に大きな論議を巻き起こしたのが、幼尼婚や寡婦焼死の慣習(サチイ)の禁止、寡婦再婚の許可、女子教育などのインド女性をめぐる問題である。イギリスによって持ち込まれた近代法とヒンドゥー、イスラムなどの宗教にもとづく法という二つのスタンダードが実質的に適用された植民地的状況下で、とくに女性の地位というものが裁判や社会論争の焦点となる

ことが多かった(Kosambi 1995)。英語教育を受け「植民地官僚」としての新たな地位を得た上位カーストの間では、西欧で始まっていたバースコントロール運動の影響を受ける者も登場してきた。

ボンベイ(現ムンバイ)管区のプーナ(現プネー)では、カルベ(R. D. Karve)、カーカレ(U. R. Gokhale)、ガドギル(G. R. Gadgil)などチトパワン・プラーマン(バラムン)出身の男性社会改革者たちが中心となり、一九三〇年に「プーナ・バースコントロール・リーグ」が設立されている<sup>(6)</sup>。なかでも、インドのバースコントロール運動において特異な地位を占めるのが、R・D・カルベである。女子教育と寡婦再婚禁止の撤廃に取り組んだ著名な社会改革者であったマハラシ・カルベを父にもつ彼は、数学者として一九一九年にフランスに留学した際にバースコントロール・リーグの影響を受けたとされている。インドに戻った彼は、一九二三年からボンベイを拠点にして、避妊方法や性教育を普及させるためのマラティ語雑誌「社会の健康」(Samaj Sasthya)を発行し、また「ライト商会」という会社を設立して、そこでドイツ、フランスをはじめとするヨーロッパから輸入した避妊具の販売も行った。数学者であったカルベの思想を一言で表すならば、「徹底した合理主義」であり、彼は、家族計画(Sankhi Nyaman)を実施しなければ、この巨大な

国家はより大きな打撃を受けるだろう、とバースコントロールの有益性を食糧問題の解決と国家の発展から論じていた。こうした見解は、当時ヨーロッパの知識人の間で流行していたマルサス人口学のアプローチを反映したものであった。しかしその一方で、「何人の子どもを、どんな間隔でもつのか、あるいは、おそらくまったくもないということまでを自分で決めることは、誰にも奪うことのできない女性の権利である」(Bapat 1971: 78)とも述べており、女性の地位の向上がバースコントロールには不可欠であると考えていた。そうした点から、カルベの活動は広くは当時のインドにおける女性をめぐる社会改革運動として位置づけられるものである (Kathia 1998)。しかし、ここでカルベが他の社会改革運動家と決定的に異なる点は、彼が女性のセクシャリティを否定せず、女性の性的快楽とそれを目的とする性行為を、(男性の場合と同様に) 自然なものとしなした点にある。雑誌『社会の健康』では、科学者としての視点から体位や性的快楽を含む性交について詳細に論じているが、こうした女性のセクシャリティに対する肯定的な思想は、カルベが属するヴィクトリア朝的性規範のとくに強いインド社会では、まったくといっていいほど受け入れられることがなかった。<sup>17)</sup> 当時インド国内で高まりつつあったバースコントロール運動においては、生殖とはあくまで

も「非セクシャル」な行為であり、女性の身体は「非セクシャル化された再生産のための身体」であると強調されていた (Anandhi 2000: 144)。これは、ヒンドゥー社会ではとくにバラモンをはじめとする上位カースト層の純潔な「母」としてのインド女性が理想像とされ、あくまでもそれに見合うかたちでバースコントロールを進める必要があったためである。保守派からは、バースコントロールは性的に奔放な西洋女性の行動様式を真似するものであり、インド女性にはふさわしくないという強い反対もあり、またインド独立運動の象徴ともいえるマハトマ・ガンディーのように、夫婦は性的な結びつきよりも精神的な結びつきを重視すべきで、バースコントロールの実施は認めても、それは避妊具の使用などではなく自己管理によつて達成されるべきだ、という精神論を主張する人もいた。そうしたなか、バースコントロールは、性と生殖の自己規制が可能ではない「低カースト・低階層の野放図な(手に負えない)セクシャリティ」へ社会が介入する試みとなつていった (Anandhi 2000: 144)。

マルサス主義にもとづくバースコントロール運動が、下層階級の人口をより積極的に管理・規制することで、社会の浄性(社会の健康)を保とうとする優生思想とながることはよく知られているが、このつながりは今日の第三世界における国際保健政策の母子保健 (Maternal

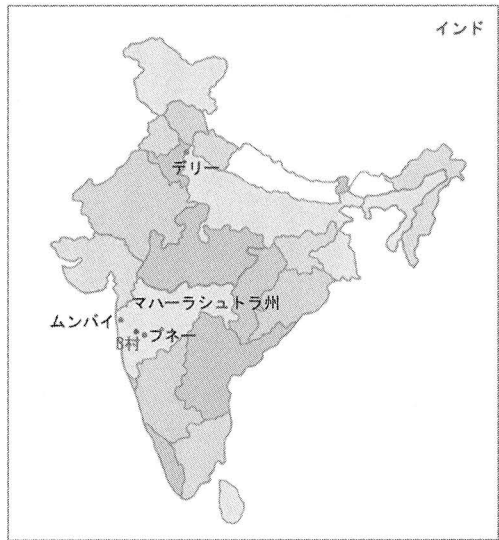
and Child Health' (以下 MCH) にも脈々と受け継がれている。母子保健は、先進国で認められているリプロダクティブ・ライツという、女性が生殖の自己決定権を握るべきであるという思想を第三世界に広げるとともに、より良い子ども(II次世代の国民)を得るためにはまず母親が健康でなければならぬという国民国家の利益、さらには第三世界の人口増加が世界経済の発展にマイナスになるという先進国側の思惑のうえに成立している。その意味で母子保健のもつ政治性は、バースコントロール運動の萌芽期からすでに現れていたといえるだろう。

### 3. 独立以降の家族計画——新しい価値観の創出

一九四七年八月一日に独立を果たしたインド政府は、急激な人口増加に鑑み、一九五二年に世界に先駆けて初めて国家政策として家族計画(Family Planning)<sup>(8)</sup>に取り組むことになった。国家の五か年計画の主要項目に家族計画を掲げたインド政府の試みにもかかわらず、人口増加率を効果的に抑制することができなかった家族計画プログラムが、転換期を迎えるのは一九七〇年代である。

当時のインディラ・ガンディーおよび息子のサンジャイ・ガンディー政権下において、HITTSモデルと呼ばれる、とくに貧困層男性への半強制的な断種政策(俗にいうパイプカット)<sup>(9)</sup>が実施された。ガンディー首相が

言論および行動の自由を規制する「非常事態宣言」を敷いた一九七六年から七七年にかけては、その一年間でこれまでの五年分にあたる約八二六万人が手術を受けたとされる(Karkal 1998)。しかし、その後ガンディー首相率いる国民会議派が選挙で敗北し、政権交代を余儀なくされて以降の政治においては、あからさまな家族計画の実施はタブーとなり、それにともない、避妊手術の対象が男女両性から女性のみへと大きく方向転換することになった(Rao 1994: PE 40)。その主な手段は、①村落における簡易保健施設(Primary Health Center、以下 PHC)での避妊手術の目標達成数の設定(ターゲット・アプローチ)と、保健職員による個別的な勧誘・報奨制度、②ラジオ、テレビ、雑誌等を通じた、「小さな家族は幸せ家族(chota kutumba, sukhi kutumba)」「一人か二人で十分! 家族を計画しよう(One or two, that's enough! Plan your family)」という標語を使った価値観の受容をうながす大衆キャンペーン、である。こうした家族計画の標語は、街を走るトラックの後部や看板、テレビ広告などに登場し目につかない日はないといってもよいほどであり、赤い逆三角形の家族計画マークと併せて全インドに広く普及している。国家主導の家族計画は、一九七〇年代後半の強制的手術という紆余曲折を経て、「小家族による、より良い暮らし」という価値観の自己



地図1

### 三 農村社会における今日の家族計画

これまでみてきたバースコントロールの流れをふまえて、次に本節以降では、西インド・マハラシュトラ州プネー県B村(地図1)を事例とし、この政策が今日の農村社会ではどのように展開されているのかを具体的に述べよう。

マハラシュトラ州はインド国内でも経済的に発展し、経済・保健指標も上位グループに属する比較的先進的な地域である。B村は、州内でもムンバイに次ぐ中心都市であるプネー市から西へ四〇キロほどの距離に位置する、人口約八九〇人(二〇〇一年センサス)の小村である。住民の大半は農業(コメ、アワ、果実の栽培)に従事し、この州の最大カースト集団であるマラータ(*maratha*)<sup>(10)</sup>が人口の七割ほどを占めている。村には医療施設はないため、病気の際には人々は約八キロメートル離れたP村まで行くことになるが、郡庁所在地(*taluka-headquarter*)であるP村には市場や役所、バススタン<sup>d</sup>などがあるため、日常的に往来がある。なお、P村には政府の簡易保健施設であるPHCと、その上位施設にあたる農村病院(*Rural Hospital*、以下RH)が隣り合わ

内面化をうながし、現在では女性の自主的参加による家族計画の運営が望まれている。つまり、ここではもはやバースコントロールを通じた女性の「救済」という大義名分を実施主体である政府が前面に出すのではなく、経済的・倫理的な理由によって女性が自ら望むかたちで、さらについてしまえば彼女自身が望んでいると思わせるようなかたちで生殖の管理が行われるようになるのである。



せに建っており、PHCに属する保健職員が手術を受ける人を連れてきて、RHに属する医師らがその手術を行うという役割分担がみられる。<sup>1)</sup>

### 1. 家族計画の種類と選択肢

現在B村の住民がPHCを通して選択できる家族計画には、避妊 (contraception) と避妊手術 (sterilization) がある。避妊方法としては①IUD (コッパーI)、②経口ピル、③コンドームがあり、避妊手術としては①卵管結紮手術 (tubectomy)、②腹腔鏡手術 (laparoscopy)、③精管切除 (vasectomy) の各三種類がある。女性を対象とした卵管結紮手術は、開腹手術のため、基本的に七日間の入院が必要であり、毎週水曜日にRHの医師によりキャンプが実施されている。腹腔鏡手術も同様に女性を対象としているが、こちらのほうは同日に退院が可能であり、毎月二回ブネー市から医師が機器とともに来院して、施術する。両手術ともに一五〇ルピー (約四〇〇円) がインド政府より支給されている。男性向けの精管切除手術は、女性の手術に比べてたいへん簡単で、手術自体は一〇分で終了し、三〇分もたてば帰ることができるほどである。また五〇〇ルピー (約一二五〇円) という支給金にもかかわらず、希望者はほとんどいない。したがって、P村のPHCでも定期的なキャンプは開催されて

いない。

一人めの出産が終わった女性には、政府の保健機構の末端職員である補助助産婦 (Auxiliary Nurse Midwife、以下ANM)<sup>2)</sup> は避妊具を用いて出産間隔を空けることを強く勧めている。B村においても、二〇代前半などの比較的若い世代の女性や、まだ将来に子どもが欲しいと考えているようなカップルは、女性が経口ピルを服用している場合もある。しかし、経口ピルは毎日かさず服用しなければならぬという煩わしさと、コンドームは男性の使用意思に依存しているという不確実性のために、最も確実な家族計画の手段として、インド政府の対策は避妊手術が中心となっている。<sup>3)</sup> では、次にどのように避妊手術が実施されているのかをみていこう。

「事例1」P村のRHにおける卵管結紮手術の様子 (二〇〇五年三月)

(1) 手術の前日……夕方四時頃、患者の受付 (手術を受ける患者の名前・年齢、夫の名前・年齢、住所、夫婦の教育レベル、職業、収入、子どもの数と年齢、中絶経験の有無、これまでの避妊具使用の有無を記す) をすませ、血圧、尿ヘモグロビン、血糖値の検査を行う。ついで、手術準備として腹部陰毛を剃って処理しておく。この日は近隣の村から七人の女性が集まった。みな、義姉妹 (Janabai)



写真1 RHにおける卵管結紮手術の様子

や近隣・親族の年配女性 (*katan*) などに付き添ってもらっている。その夜からそのまま病院に泊まることになる。

(2) 手術当日……朝一〇時頃に、ペニシリンの注射、および手術の約三〇分前に局部麻酔を注射する。サリールを脱ぎ、全員が緑色の手術着に着替える。看護師二人が大きな釜にお湯を沸かしつづけ、手術室に器具が並べられ

る。一一時前に手術が開始され、順番に二人ずつ待合室の寝台に寝かされ、自分の番が来るのを待つ。手術室では医師とインターン医師一人、看護師二人が働き、外で雑用係 (ピオン) が二人、患者の誘導と運搬を行う。患者は寝台に乗ると、両腕を頭の下に組まれ、臍の下に注射を受ける。目だけ布で隠される。医者がメスで開腹し、慣れた動作で卵管を上につまみ出す。大きなピンセットで糸を操り、卵管をきつく縛り、縛った先端部を切除する。その後卵管を腹部に戻し、縫合作業を行う。その間意識があるのか、うなり声をあげて怖がる女性に「声を出さないように」「あれ、何を怖がっているの」と看護師が声をかける。

(3) 手術後……すべての手術過程が終了すると、雑用係がぐったりして動けない女性を抱えて廊下に連れて行き、敷物の上に寝かす。手術を受けたばかりの女性が一列に寝かされ、みな、うなり声をあげている。医者は休む間もなく、すぐに二人めの手術に取り掛かる。手術は一人二五分ほどで終了し、午後三時までには、計七名全員の手術が終了した。

## 2. 主要なエージェントとしてのANM

ANMは、P村のPHCから毎月八日にB村を訪問し、母子保健と予防接種を行っている。一人のANMが約三

から四村を担当し、男性の保健職員 (Multi Purpose Worker、以下MPW) とペアになって村を訪れることが多い。それ以外にも定期的に村を訪れ、経口ピルやコンドームの配布、さらに出産後の母親へ避妊手術の勧告を行う。彼女たちがしばしば部外者であることや、未婚である場合などは、当該社会に受け入れられることが難しいということもあるが、B村を担当するANMは一七年この地域で働いているベテランであり、村内でも「シスター・マダム」として信頼されている。また、P村のPHCで働くほかのANMもみな既婚の中年女性であり、社会的な受け入れ度は高いようである。彼女たちは、村内で誰が妊娠しているか、出産したか、子どもは何人いるか、という情報を把握しており、こうしたANMが、家族計画の推進における末端レベルでの最も主要なエージェントとして機能しているといえよう。

【事例2】ANMとS・B (二三歳) の会話 (二〇〇四年一二月)

S・Bは二歳半の娘と生後一か月になる息子の二児の母親である。農民カーストであるマラータ・クンビ (kumbi) で、自作農として一・五エーカー (約六〇アール) の土地を持つ夫と子ども四人暮らしをしている。夫の両親は村内に住んでいるが、農地の管理と農作業の

ために小屋を構えてそこに住んでいる。長女が生まれてからしばらくは、ANMに勧められて経口ピルを服用していた。

ANM 「二人めが生まれたのだから、もう手術が必要よ。男の子が生まれたのだから、いいでしょう」

S・B 「でも、長く入院してられない。その間、誰が家の世話をするの」

ANM 「ライト (腹腔鏡手術) だったら、その日うちに家に帰れるから問題ないじゃない。金曜日 に医師がブネーから来るから、そのとき病院にいらつしやい」

S・B 「でもライトはオペレーションの後に問題があると聞いた。それに手術中に停電になったらどうする? え、どうしようもない」

ANM 「そんなことは心配しないで大丈夫。痛くないし、すぐ終わる。その日のうちにお金もらえるから。それに妊娠するかどうかという、心配 (tension) もなくなる」

農村部では人々は、古くから普及している卵管結紮手術を「タケ」(take:縫うこと)、比較的新しい手法である腹腔鏡手術を「ライト」(light:電気)と呼んで区別

している。P村のPHCにこの「ライト」が導入されたのは、約九年前である。村の女性の間では、聞き慣れ親しんだ卵管結紮手術への信頼が高く、腹腔鏡手術は不確実性が高いと認識されている。村でも、腹腔鏡手術後に腹部の痛みやだるさを感じたという女性たちの訴えや、そうした噂を耳にすることが多い。これは、腹腔鏡手術の導入期に、この機器の使用に未熟な医師やインターン医師なども手術を行っており、それにもなう失敗がしばしば生じていた、ということや、停電が多いこの地域で精密機械を使って行う手術に対する不安の念に由来している。B村から近いP村に医療施設がそろっており、村人は普段から比較的近代医療との接触が高いとはいえ、二度の出産も自宅でしたS・Bにとつては、手術を受けることは大きな決断であったはずだ。しかし、結局彼女は、ANMの勧めるとおり、二週間後にP村のRHで腹腔鏡手術を受けた。その理由として、これ以上の子どもは経済的に負担になること、そのかわりに二人の子どもに教育をきちんと受けさせ、手をかける必要があることを語っている。だが、「シスター・マダム(ANM)は手術を受ければ五〇〇ルピーもらえると聞いたのに、もらえなかった」と筆者に不満を打ち明けているように、ANMの勧誘では金銭的な動機も積極的に利用されているようである。というのは、PHCにはその管轄する地

域における「手術達成目標数」が毎年設定されており、インド政府は過去のターゲット・アプローチへの反省から、家族福祉においては目標数の達成だけにこだわるものではないという姿勢を示しているが、達成したPHCへの表彰や政府への報告制度などを通して現在でも職員の間ではこの目標を達成することが望ましいという意識は根強いからである。したがって、年度末が近づくと二月から三月にかけては、手術の勧告にもよりいつそう熱が入るといえる。また、一年で最も手術が多い時期は、一月から一月のディワリ(灯明祭)が終わり、農閑期に入った頃であるという。同様に農閑期であるにもかかわらず、吉祥日(*muhurats*)が多くあり、結婚式が年間を通して最も多い四月から五月には、手術希望者は減る傾向にある。このように、避妊手術は政府の末端職員であり、各家庭の状況をよく把握しているANMらの活動に支えられ、かつ実際的には季節・農期・家の都合に左右されながら、人々の判断と都合に応じて実施されているということがいえるだろう。

## 四 ジェンダーと身体の政治

### 1. 誰が手術を受けるのか？

ここでは、これまでみてきたように国家が推進する上からのバースコントロールではなく、家族計画が圧倒的に女性によって担われているという点について、それがどのような文脈のうえで成り立っているのかを、ローカルな生活世界のなかでのジェンダー間の合意と交渉に注目して考察する。家族計画の方法のなかでも、男性への精管切除手術が最も簡単で後遺症も少ないとされているが、希望する男性はほとんど皆無であるという状況は前述したとおりである。その理由について、保健職員は次のように語っている。

「事例3」 ANMによる男性が避妊手術を受けない理由の説明（二〇〇五年四月）

本当に確実なバースコントロールのためには、男性の手術がいちばん必要。でも男性の間では、避妊手術を受けると性交時の楽しみ（気持ち良さ）が減るといふ考えが根強い。それに子どもを作ることができないとなると、男らしさ（*manliness*）が欠如すると思われるから受

けたがらない。

このように、避妊手術が男性性との関係で捉えられることは、よく言われていることである。もともと戦士階級であるマラータは、家父長制的な規範がとくに強く、村の男性の間では子どものいない男性のことを「種なし」と呼び見下したり、妻に「優しすぎる」とされる男性は女々しいと言われたりする<sup>(15)</sup>。反対に、己の性的強さや婚外交渉の豊富さを男らしさの象徴として誇示する傾向もあり、避妊手術はそうした精力を減少させるという怖れも根強い。避妊具を使用したり、避妊手術を受けたりすることは「男らしくない」こととみなされているのである。また、インディラ・ガンディー首相時代に警察、村長、教師を動員して行われた半強制的手術の思い出として、「子どもの頃、警察がやってきて男たちを引っぱっていった」「嫌がった人たちは山に逃げて隠れた」といった記憶が共有されており、それだけ自らが手術を受けることに対しては慎重である。それに対して、村の女性たちによる男性が手術を受けない理由は、男性性の剝奪とのかかわりよりは、むしろ生活上のより実面的な面から説明されることが多い。例えば、日々の生活を暮らしていくためには男性の労働が不可欠であり、男性に何か問題があればそれは一家全体の生活にかかわるとい

家族の生存戦略として説明される。そのために、女性も男性が手術を受けることをよしとせず、自分が引き受けることを「自発的に」決めたと言語する人も多い。

「事例4」B村の女性による男性が避妊手術を受けない理由の説明（二〇〇四年一月）

筆者「この村で手術（operation）を受けた男性はいま  
すか？」

女性1「あそこのDさんが受けた、でも男性は普通は  
受けない」

女性2「Dさんはお金がほしかった。あとAさんは政  
府に連れていかれた」

筆者「どうして男性は手術を受けないのですか？」

女性1「男は畑で仕事をしなければならぬ、力仕事  
ばかりだ。手術を受けてもし体調が悪くなつて  
寝込んだりしたら、いったいどうやって食べて  
いける？ 体力が減つて仕事ができなくなつた  
らどうする？」

女性2「女は仕事をしていないからいいが、男が入院  
でもしたら一家が暮らしていけない。だから女  
が手術を受けたほうがいいのだ」

## 2. 家族計画について語り、実践するということ

B村に限らず、現在のインド農村社会で家族計画について語ることは、「恥ずかしいこと」とは認識されておらず、人々は自らの経験について躊躇なく語り、また、誰がどの手術を受けたかということもよく知られている。これは、性や生殖に関することがらを大つびらに語ることを避けるインド社会では、きわめてめずらしいことであるといえる。それは、家族計画が完全に「非セクシャル」化されており、労働、教育などと同様に、より良い暮らしを達成するための一つの生活手段とみなされているからである。家族計画を実践する動機としては、農地が限られている、お金がない、継がせる財産がない、教育にお金がかかる、などの経済的理由がほとんどであるが、たとえ経済的に余裕があつたとしても多くの子どもは持ちたくない、と皆口をそろえて言う。「子どもが多いと、きちんと家族生活を送ることができない。うるさくて、それぞれに目が届かない」、あるいは「そんな子どもを持つて、いったいどうする？」と。手術に来る女性の大多数は、二二歳から三〇歳くらいまでの若い世代であり、最後に子どもが生まれてから一年以内に手術を受ける人が多く、なかには出産直後にそのまま手術を受けることもまれではない。これは、出産時に医師らが「もう一人いるのだから、これで最後にして手術を受け

なさい」と勧めるからである。また、これまでにまったく避妊具を使用したことがなく、その結果として妊娠、中絶を経験したばかりの人もいる。若い世代であれば、現在では子どもは二人もいれば「十分すぎる」くらいだと思われており、「子どもはもう二人いるから」という理由で、中絶を選ぶ人は多い。教育を受けた人や若い世代ほど、適切な数の子どもを産み育てることが望ましいという価値観をよく受け入れており、それが家庭を切り盛りする妻としての自分の役割でもあるとみなしている。だが、避妊具の適切な使用法や情報、または月経、排卵という自らの生殖サイクルについての知識はまったく教えられないままに、すなわち、セクシャリティにかかわる部分は切り捨てられたままに、家族計画が避妊手術に偏重している現在では、望ましい数の出産が終わった後の女性の身体は、そのまま中絶手術や避妊手術へと直行することになる。しかし、一方で夫婦に男児がない場合は、男児が生まれるまでは手術を受けないのが普通である。家父長制社会においては、男児の出産がなによりも重視されており、夫や婚家の意向次第ではこれが家族計画のイデオロギーよりも優先されることがある。

〔事例5〕家族計画の選択とその主体（二〇〇四年一月）

R・Tは出産のためにP村の病院へ来ていた。R・Tにはもう三人の娘がいて、これが四度目の出産である。すでに産道が開いているため出産は比較的簡単であったが、医師も出産に立ち会った筆者も「これでまた女兒だったらどうしよう？」と、ひそかに心配していた。彼女は病室に入って一時間半後に男児を産んだ。そのとき病室に思わず安堵のため息があがった。「男の子ですよ、おめでとう！」と医師が言い、病室に呼ばれた義母（*szabolc*）は孫を見て、手を合わせて頭をたれた。医師が「もう四人も子どもがいるのだから、避妊手術を受けなさい。なんなら今すぐする？」と聞くと、まだ診察台に寝ているR・Tにかわり、すかさず義母が「まだまだ、この子が一歳になるまで手術はしないでくれ」と答えた。「じゃあ、せめてコップTを入れる？」と医師が聞くと「ああ、それがいい」と賛成した。

ここまでみてきたように、インド農村社会において、子どもを産むという行為は、改めて指摘するまでもなく、きわめて「公的な」行為であり、いつ、どんな家族計画を実施するのかという選択は、状況に応じて、とくに直接的には家族の意思と干渉を受けながら行われているというのが現状である。そのなかで、最後に、家族には相談せず一人で手術を受けに来たという女性の事例を紹介

したい。

〔事例6〕一人で手術を決めた例(二〇〇四年一月)

二五歳のS・Rは、二〇〇四年一月の腹腔鏡手術キヤンプにやってきた二人のうちの一人である。すでに六歳、三歳、三か月の三人の息子をもつ彼女は、次は娘が二人ほしいという夫と義理の両親の要求を「冗談じゃない」と思い、誰にも知らせずに一人で手術を受けにやってきた。ラジャスターンから移住してきた一家は、装飾品を扱う屋店をP村で経営しており、ラジャスターンでは息子を三人と娘を二人もつことが理想的だとされているという。S・R「今日は夫が仕事でブネーに行っている。ライトだと今日の夕方には帰れると聞いたから夫には気がつかれないと思う。家の人は自分が手術を受けてきていることを誰も知らない」。それを聞いた手術を待っているほかの女性たちは、信じられないというように「あれ、まあ」「すごい」と驚いた。

ここで同席していた女性たちの反応には、二種類の驚きが隠されていると思われる。一つは、今どき三人も息子がいるうえに、さらに娘をほしがるという大家族に対してであり、もう一つは夫の許可を得ずに手術を受けたことというS・Rの行動力に対してである。たしかに彼

女の行動は例外的ではあるが、そもそもバースコントロールが用いてきた女性の「救済」という言説に照らし合わせてみると、まさに望まぬ生殖からの解放としては模範例ともいえるべきものであり、驚くにはあたらないかもしれない。しかし、ここには高みからインド女性の「救済」を論じる帝国医療の媒介者は見あたらず、「自分の身は自分で守る」式の実践があるのみである。

## 五 おわりに

以上、これまで論じてきたことを簡単にまとめよう。まず、植民地支配側の総督夫人や女性医師ら、ヨーロッパ女性によって始められたインド女性の「救済」とは、結果として、植民地政府が介入することのできないネイティブ女性の領域へ、植民地権力が浸透していくことをうながすことへつながっていた。ここで現れる「女のこととは女」、あるいは「女という共感」という構図は、現在の女性運動においてもしばしば指摘される、先進国と途上国の間に横たわる権力構造とも類似のものである。また、二〇世紀初めに男性の社会改革者らによって進められたバースコントロールは、どの階層のセクシャリティを管理するのか、という社会的選別を通して、より良



い子どもを次世代に残すことが社会の「救済」へとつながるといふ、優生思想と強く結びついていた。そこでは女性の身体は非セクシャルなものとして扱われ、その理念からはみ出す怖れがある低階層の、制御できないセクシャリティに対する対抗手段としてバースコントロールが進められてきた。そして、植民地期のこうした母子保健政策をそのまま踏襲したかたちで、かつより強圧的に進められた独立後の家族計画においては、一九六〇年代のIUDを中心としたアプローチ、七〇年代の半強制的手術政策を経て、現在では表面上では上からの「救済」ではなく、女性自らが主体的に「救済」を望むようにながすという価値観の転換が行われてきた。つまり、男性がコンドームなどの避妊具を使用せず、精管切除手術もほとんど行われていない今日では、バースコントロールの実践は女性の「自己責任」となり、生活レベルにあわせた適切な数の子どもを産み育てることが、女性に求められている。しかし、人々の生活世界に視線を移してみると、避妊手術を引き受けるインド女性自身にとっての「救済」とは、帝国医療が家父長制と共犯関係にある社会においては、女性たちが実践する一つの生存戦略としても立ち現れる。というのは、本稿でみてきたように、時代および文脈に応じて帝国医療の担い手は変化している、生殖を担う女性の身体というのが、きわめて公

的な、ある種のオープン・スペースとして存在しつづけていることに変わりはないからである。そこでは、手術を自分で決めて来たと言べる多くの女性が実際は夫や婚家の意向に左右されつつ、その社会的な関係性のなかで自らの立場を確立し、操作していく交渉の道具として、避妊手術が使われることがある。また、前節でみたS・Rのように、自分の望む以上の子どもを産むことを求められる文脈においては、避妊手術を自らの身体に施すことが彼女の抵抗となり、新しい医療技術がそれを可能ともする。国家による人々の身体への暴力的な介入というバースコントロールのもつ権力性は明らかであるが、帝国医療が従来の家父長制的社会構造の強化に寄与している一方で、経験的生活のある局面においては、女性に選択の幅と自由を与えているという、今日のインド社会の帝国医療をとりまくねじれた構造とそこでの女性の選択実践というものも無視できない。「男らしさ」にこだわりの避妊手術を受けたがらない男性に比べて、ときには迷いつつ、ときには何の疑問もなく手術を受ける女性を、帝国医療と家父長制の従属者としてみるだけではなく、彼女たちの生存戦略や男女の身体に対する傾向性の違いといったものにも注目してゆく必要があるだろう。本稿で示すことができたのはその一端でしかないが、人類学的手法と視点をを用いて、帝国医療という、今日まで続く

きわめて現代的な現象を多角的に捉えていくための足掛かりとしたい。

## 註

(1) 本稿では紙面の都合上詳しく取り上げることができないが、フェミニズム運動の一環であったはずのバースコントロールが、その普及過程において、科学としての装いを求め、勃興するヨーロッパ・ナショナリズムが取り込んだ優生学・優生思想に近づいていったことは、荻野(1994)に詳しい。

(2) したがって、インドにおいて公衆衛生の中心をなしていたのは、コレラ、天然痘などの伝染病やマラリアなどの熱帯病と、当地に駐屯している兵士の三分の二が独身という状況下における梅毒などの性感染症への対応であった。一八五九年に任命された「インドの軍隊の衛生状態に関する王立委員会」は、本国と比較して三倍以上も高いインド駐屯軍の死亡率を指摘し、その原因を不十分な下水処理や排水施設、水の供給、そして風通しの悪い密集した兵舎というインフラ面に求めた(Harrison 1994: 61)。そのため、「一般的衛生事業としては駐屯地の整備とコレラや天然痘に対する予防接種を行い、性感染症対策としては一八六八年に売春宿の規制と売春婦に対する強制的検診を義務づける、接触伝染病令(The Contagious Diseases Act)を施行した。

(3) パルダールとは、「カーテン」を示すウルドゥー語起源の語であり、転じて女性隔離の習慣を意味する。

(4) これは当時存在した女性医師のうち、じつにその三分の二にあたる人数がインドで医療活動に従事していたことになるという(Qadeer 1998: 269)。そしてその数は、一九二〇年代後半には一五〇人に増加している(Arnold 2000: 88)。帝国の植民地で医療経験を積むことが、イギリス本国では依然として周縁的位置しか与えられていなかった女性医師が職と経験を得る最短の道であった。彼女たちは、本国では不可能であろう高い地位と権限、治療経験を植民地で得ることができたのである。

(5) そのため、とくに批判をあびたのがインド社会において伝統的に助産に携わってきた産婆(*daai*)であり、かなり早い段階から、これらの組織において、産婆に対する近代的な助産トレーニングが開始されている。そしてそれはインド政府の母子保健政策のなかにも、「伝統的産婆」の周縁的かつ末端的活用、というかたちで取り入れられていくことになった(松尾 2003)。

(6) インドでは一九二九年にマドラス(現在のチェンナイ)で新マルサス・リーグ(the Madras neo-Malthusian League)が設立されたのが最初だとされている。とくにヨーロッパでの運動に影響を受けたエリート層を中心に、マルサス人口学にもとづいた人口管理の必要性が説かれてきた(Anandhi 2000)。ちなみに、プーナでバースコントロール・リーグに参加したゴーカーレ、ガドギルらの本業は弁護士、裁判官、医師などであった。

(7) とくに性規範の強いバラモン社会からは完全に追放されたカルベは、大学教授の職も追われ、社会的に孤立せざるをえなかった。唯一の協力者であった妻が死去した際には、遺体を担ぐ人もおらず、自ら手押し車に乗せて火葬場

へ運び、茶毘に付したという。父であり、社会改革者として女子教育、寡婦再婚問題に取り組んだマハラシ・カルベが、独立後インド政府の民間人に対する最高名誉勲章であるバーラタ・ラトナ (Bharat Ratna) を受けたのはきわめて対照的である。

(8) それ以前から使用されていたバースコントロールという用語ではなく、インド政府は母子保健の強調を目的として家族計画という語を採用した。さらに、インディラ・ガンディー政権交代後の一九七七年には、強制的なこれまでの家族計画のイメージを避けるため、母子保健を重視したより包括的な意味合いをもつ家族福祉 (Family Welfare) へと名称を変更している。

(9) H I T T S モデルとは「Health department oriented, Incentive based, Target-oriented, Time-bound and Sterilization-focused programme」すなわち保健省主導、報奨金のインセンティブ、ターゲット達成志向型、期間限定、避妊手術中心のプロジエクトのことを指す。

(10) 集団としてのマラータは、ラージプートから派生したと信じられている九六家からなる戦士・貴族階級のデシュムク (*deshmukh*) と、大多数の農民階級のクンビ (*kunbi*) に大きく分けられる。クンビはカースト上昇運動を経てマラータとみなされるようになったため、両者の間にはハイパガミー関係があり通婚は忌避されている。社会的には両者は異なるジャーティ (*Jati*) と人々には考えられているが、政治においては「マラータ」という一つの集団としてカースト政治の基盤ともなっている。ちなみに、二〇〇五年現在、マハラシュトラ州の州首相・副首相ともに主要ポストはマラータが占めている。

(11) ポリオ、三種混合など新生児の予防接種や家族計画に特化した P H C の職員は自らが村におもむき、通常の疾病や手術も行う一般病院としての R H の職員は患者がやってくるのを待つ、という違いがある。また、R H はマハラシュトラ州政府、P H C はブネー県 (*zilla parishad*) の管轄下にある。

(12) A N M は保健省の末端職員であり、一八か月間の母子保健、家族計画、環境衛生、栄養学、感染症などのトレーニングを受けて認定される。

(13) マハラシュトラ州における家族計画手法のなかで、その四分の三が女性を対象とした避妊手術に偏っている。また、筆者が行った B 村女性の聞き取りにおいても五〇代

以下の既婚女性の大多数が避妊手術済みであった。

(14) 例えばこんなことがあった。P 村で五兄弟が拡大家族として一緒に住む比較的裕福な J 家の妻のうちの一人が、二人の男性と時期をずらして婚外関係を結び、しまいは男と失踪するという事件が起こった。数か月の後、夫が妻を迎えに行き、妻は殴られるでもなくそのまま J 家に戻るといふ結末をみた。それを筆者に語ってくれた男性は「男として信じられないことだ。もしかして夫のほうに何か性的欠落があるのかもしれない」と、夫の行動を男性性の欠如に結びつけて考えていた。

(15) 反対にブネーでの手術キャンペーン施設に、自慰行為に罪悪感があるため止めたいという一七歳の少年から、手術をしたら性的欲求はなくなるか、という問い合わせの電話がかかってきたことがある (二〇〇四年二月)。また、精管切除手術によって性感症にかからなくなると広く信じられており、都市部においても精管切除手術をめぐる神話

は根強。

参考文献

- 荻野美穂 (1994) 『生殖の政治学：ソシオリズムとソニス・コントロール』山川出版社。
- 松尾瑞穂 (2003) 「出産の近代化政策における「伝統的」産婆——ソニルの「ロバート・ニンス」をめぐっての価値と実践」『民族學研究』68 (1):65-84。
- 見市雅俊 (2001) 「病気の医療の世界史：開港期病と帝國医療をめぐって」見市雅俊・斎藤修・脇村孝平・飯島義編『疾病・開港・帝國医療：ソニムにたもひる病気の医療の歴史』東京大学出版会、3-44。
- Anandhi S. (2000) Reproductive Bodies and Regulated Sexuality: Birth control debates in early 20<sup>th</sup> century Tamilnadu, in John, Mary E. and Nair, Janaki, eds. *A Question of Silence? The Sexual Economies of Modern India*. New Delhi: Kali for women, pp.139-66.
- Arnold, David (1993) *Colonizing the Body: state medicine and epidemic disease in nineteenth-century India*, Berkeley: University of California Press.
- (2000) *Science, Technology and Medicine in Colonial India*. London: Cambridge University Press.
- Bapat, Divakar (1971) *Upekshit Drushka* (neglected visionary), Mumbai: Abhinav Prakashan (Marathi).
- Billington, Mary Frances (1895) *Women in India*, London: Chapman and Hall.
- GOI (Government of India) (1922) *Annual Report of the Health Commissioner with the GOI 1920*, Calcutta.

- Guha, Supriya (1998) "From Dias to Doctors: The Medicalisation of Childbirth in Colonial India in Under-standing", *Women's health issues*, SNDT Churchgate: Kali (ネオン・ソニ文化館) (E-Library) [http://www.gen dwaar.gen.in/Pregnancy%20\\_%20Motherhood/PM7.htm](http://www.gen dwaar.gen.in/Pregnancy%20_%20Motherhood/PM7.htm) (2005.7.30)
- Harrison, Mark (1994) *Public Health in British India, Anglo-Indian Preventive Medicine 1859-1914*, London: Cambridge University Press.
- Hodgson, Dennis (1991) "The Ideological Origins of the Population Association of America", *Population and Development Review* 17 (1), pp. 1-34.
- Karkal, Malini (1998) Population Control: State Sponsored Violence Against Women. Paper presented at CEHAT, *International Conference on Preventing Violence, Caring for Survivors: Role of health profession and services in violence*, Nov. 28-30, Mumbai. pp. 88-94.
- Kosambi, Meera (1995) "Gender reform and competing state controls over women: The Rakhmabai case (1884-1888)", *Contributions to Indian Sociology* 29 (1 & 2), pp. 265-290.
- Pati, Biswamoy and Harrison, Mark (2001) Introduction, in Pati and Harrison, eds. *Health, Medicine and Empire: Perspectives on Colonial India*, London: Orient Longman, pp. 1-36.
- Qadeer, Imarna (1998) "Our historical legacy in MCH Programs", in M. Krishnaraj, R. M. Sudarshan and A. Sharif, eds., *Gender, Population and Development*, New

- Delhi: Oxford University Press, pp. 267-290.
- Rao, Mohan (1994) "An Imagined Reality: Malthusianism, Neo-Malthusianism and Population Myth", *Economic and Political Weekly* (January 29): PE 40-52.
- Soloway, Richard A. (1990) *Demography and Degeneration: Eugenics and the Declining Birthrate in Twentieth-Century Britain*, Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Stycos, Mayone J. (1971) *Ideology, faith, and family planning in Latin America: studies in public and private opinion on fertility control*, New York: McGraw-Hill.
- Tine, Gammeltoft (1999) *Women's bodies, women's worries: health and family planning in a Vietnamese rural community*, Richmond: Curzon Press.

(ま)おみずほ／総合研究大学院大学)