

西マレーシア農村の保健と医療

滝 沢 英 夫*

Rural Health Conditions in West Malaysia

by

Hideo TAKIZAWA

筆者は京都大学東南アジア研究センターとマラヤ大学経済学部との共同による、マラヤ稲作農村総合調査の一員として、1971年8月から約1カ月半にわたり、三つの調査地を含むクランタン、ケダー、マラッカの三つの州に滞在して調査を行なった。この総合調査の計画のあらましはすでに発表されており、¹⁾ また調査終了後に正式の報告がまとめられる。ここでは西マレーシア農村における保健医療の事情を、持ち帰った資料と現地での経験を中心に述べてみたい。

I 農村保健事業

1970年におこなわれたセンサスによると、西マレーシアの人口は8,801,399である。そのうちで、いわゆる農村人口の占める割合は正確には分からないが、約70%、600万人とみて大きな誤りはなさそうである。²⁾ マレー人、中国人およびインド・パキスタン人などからなる複合民族国家のマレーシアで、農村部の人口のうちマレー人の占める割合は圧倒的に大きい。こうした背景からみると、政府が力を入れている農村保健事業も、農民の健康水準を高めて、生活を豊かにするという点でこの国の農業政策と深い関係をもっているようだ。

マレーシアは1957年の独立以前には、わずかばかりの病院と施薬所などの医療施設だけで、保健施設は全くなかった。独立後、³⁾ WHO と UNICEF の協力により農村保健事業計画 (Rural Health Programme) が軌道にのった。この計画が現在まで一貫して進められている。

* 京都大学医学部

- 1) 川口桂三郎・口羽益生・坪内良博・前田成文、「マラヤ稲作農村総合調査計画——準備調査ならびにマラヤ大学との共同計画に関する報告——」『東南アジア研究』6巻2号, pp. 191-199, 1968.
- 2) 坪内良博「パシルマスから一現地通信」『東南アジア研究』9巻3号, p. 477, 1971.
- 3) 1970年センサスから、人口5,000以下の人口概算は5,806,152で約66.0%に相当する。ケダー州では都市人口20%, ゴム園労働者10%, 農村部人口70%とみている。
- 4) より正確には、この計画はマラヤ連邦の第1次5カ年計画 (総合開発計画 1956-1960) にはじめてとりあげられた。

マレーシアの医療と保健事業は一部の開業医制度を除いて、すべて政府の直轄事業としておこなわれている。まず、農村保健事業の内容をみてみよう。行政組織としては、保健省——医療事業長官(連邦政府)——保健医療局長(州政府)——保健医療医官——農村保健単位と系列化されている。州の中では一つあるいは幾つかの郡が一つの農村保健単位(Rural Health Unit, R. H. U.)を構成している。それを統括しているのが保健医療医官(Medical and Health Officer)である。例えば、クランタン州では五つ、ケダー州では五つ、マラッカ州では三つのR. H. U.があるわけである(表2参照)。

II 農村保健単位 (R. H. U.)

政府はこの農村保健事業計画をたてるにあたり、大都市と自治都市(イポー、マラッカ)を除いた農村人口を約500万人とみこみ、人口50,000に対して一つのR. H. U.をおくことに決めた。一つのR. H. U.は一つの保健所(Main Health Center)と四つの保健支所(Health Subcenter)と20の住居付の助産所(Midwife Clinic cum quarter)からなっている(図1)⁵⁾この計画にしたがえば、保健所と支所はそれぞれ1万人、助産所あるいは助産婦(保健所や支所に所属している)はそれぞれ2,000人の住民を受けもつことになる。1956年から1970年までの間に、この計画がどの程度すすめられたかが表1に示されている。当初の計画では100の保健所、400の保健支所、2,000の住居付助産所を作る予定であった。人口の増加と計画の遅れにより、施設

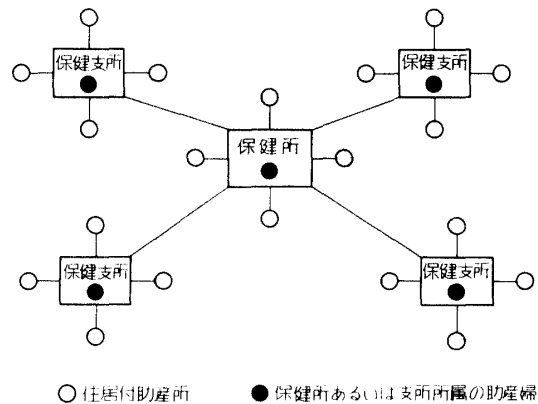


図1 農村保健単位 (R.H.U.)

表1 保健施設建設状況

	保健所総数	保健支所総数	住居付助産所総数
第1次5カ年計画終了時 (1956—1960)	目標の25%		
第2次5カ年計画終了時 (1961—1965)	37	148	625
第1次マレーシア計画終了時 (1966—1970)	44	175	911
第2次マレーシア計画 (1971—1975)	+17	+62	+402

5) タイの衛生行政の機構もこれに似ている。西尾雅七：『タイ国の公衆衛生』『東南アジア研究』2巻1号，p. 87, 1964.

表2 西マレーシアの保健施設 (1971, 3州)

	人口 (1970)	保健所	保健支所	助産所	施薬所	母子保健 センター
クランタン州	680,626	5	22	72	—	1
ケダ州	955,374	5	21	117	6	—
マラッカ州 (自治市を除く)	317,365	3	11	60	—	3

の充足率は1975年末で約60%とみられる。1971年の段階では1 R. H. U. 当り人口14万ほどになる。これは筆者の調査した三つの州にも当てはまる状況である(表2)。こうした施設の整備が遅れている原因は大きくわけて二つ考えられる。資金不足と要員不足である。サバ・サラワクの合併により、第1次マレーシア計画(1966—1970)の資金はかなりの部分が同地域の開発と整備に注ぎこまれたといわれており、それだけ西マレーシアの開発が遅れた。また、要員の不足は開発途上の国では共通の問題であり、マレーシアもその例外ではない。例を医師にとれば、政府関係施設の医師の実人員は758名で、要員1,112名(1970年)に対してその充足率は68%にすぎない。筆者はクアラルンプール滞在中、保健省に人的資源養成部門のマジス氏を訪れた。あいにく同氏は出張中で面会できなかったが、同氏の部屋でみた、壁一面の大きな黒板にびっしり書きこまれた要員充足の年次計画に驚かされた。マラヤ大学医学部は1969年4月にはじめて61名の卒業生を送り出した。政府はこれらの若い医師に、政府機関の施設へ数年間就職を義務付けることを検討しているといわれている。

Ⅲ R. H. U. の仕事とスタッフ

R. H. U. は次のような仕事をする事になっている。

1. 母子保健衛生
 - (i) 助産婦活動
 - (ii) 学校保健を含む小児保健活動
 - (iii) 公衆衛生と精神衛生
 - (iv) 栄養改善計画
2. 環境衛生
3. 衛生教育
4. 伝染病対策
5. 医療活動——外来診療と巡回診療
6. 施薬活動——定着と巡回
7. 簡単な検査
8. 歯科診療
9. 記録と報告業務

表3 R. H. U. の 要 員 配 置

保 健 所		保 健 支 所	
1. 医 官	1	1. 公衆衛生看護婦	1
2. 歯科医官	1	2. 薬剤士または病院助手	1
3. 公衆衛生監督官	1	3. 書 記	1
4. 公衆衛生看護婦	1	4. 看護助手	2
5. 歯科看護婦	1	5. 助 産 婦	1
6. 書 記	1	6. 公衆衛生監視員	1
7. 病院助手	1	7. 衛生作業員	2
8. 薬 剤 士	1	8. 補 助 婦	2
9. 看護助手	3	9. 運 転 手	1
10. 助 産 婦	1	10. 屋外作業員（日給制）	1
11. 公衆衛生監督員	1		
12. 歯科技工助手	1		
13. 衛生作業員	2		
14. 補 助 婦	2		
15. 歯科補助婦	1		
16. 運転手（日給制）	1		
17. 屋外作業員（日給制）	1		

こうした仕事に従事するスタッフを表3に示した。地域の事情により要員配置に多少の変更がある。また、実際には要員の欠員や研修出張中で不在などがしばしばみられた。これらのスタッフは施設に付属する官舎に居住している。さきに述べたように、一つの R. H. U. には一人の医療保健医官がおり、地区の保健管理事務所で、R. H. U. を統括している。また保健管理事務所は各種の登録業務や海外旅行などのための予防接種・証明書の発行を行なっている。

R. H. U. の活動のうちで目立つものは母子保健衛生と、歯科を含めた医療・施薬活動であろう。筆者は農村をまわって保健所や支所を訪れ、さらにその印象を強くした。図1のように、R. H. U. の末端機構は住居付の助産所である。この点からみても、助産活動を主体とした母子保健活動が R. H. U. の一つの中心をなすことを理解できる。ただ、このように配置された助産婦は、要員配置の表3にみられるように看護助手よりもランクが下で、中学卒業後2年間助産技術を修得しただけである。日本の助産婦のように、看護婦教育終了後さらに1年間助産婦教育を受けた者と異なる。このため、住居付という、折角の地域活動の場も助産という狭い領域に限られてしまうことは惜しいことだ。しかし、要員不足で短期間に多くの実務家を教育し、配置しなければならない発展途上の国としてはそれも止むを得まい。ともあれ、無資格の産婆 (Kampong midwife) にかえて、有資格の助産婦 (Government midwife) を配置していこうとする R. H. U. の組織から、母子保健衛生にかかる政府の意気込みがうかがわれる。さらに、州によっては村の産婆を再教育して不足している助産婦の補いとしている企てもある。

このほか、表2にみられるように、クランタンとマラッカの2州では、母子保健センターが別に作られ、助産婦の教育を兼ねて運営されていた。

R. H. U. の目立った活動の第2は医療である。住民が保健所を Hospital (病院)と呼んでいることで示されるように、開業医の極度に少ない農村部で、保健所が医療 (Medical) と保健 (Health) の両面の活動をしているわけである。診療活動と予防活動は本来表裏一体をなすものであり、その限りではうらやましくさえ思えた。一つの R. H. U. には1人の医師がおり、保健所に配置されている (保健医官-Medical Officer of Health, M. O. H.)。この医師が管下の保健所と支所との外来診療を行なう。そのため、少なくとも週に1回は、保健所や支所に医者がいて、直接患者を診察することになる。その間は病院助手 (Hospital Assistant) が患者の訴えを聞いて、対症療法的に薬を与える。しかし、抗生物質や高価な薬品は医師の処方ゆだねられるため、私の処方できるのはこれこれだけだと、ある病院助手は嘆いていた。テオ・キィ・シン氏 (クバンクリアン保健支所・病院助手) は週間予定表をみせて、次のように説明してくれた。「外来は8時から12時45分までと、午後は2時から4時までやります。患者は1日に、そうですね、80人から100人くらいでしょうか。1週間のうち、日曜日と火曜日の午前中、近くの農村へ巡回診療に出かけます。巡回診療は1カ月に1回決まった場所に出かけて、1カ月かけて地域内を一巡するわけです。土曜日と木曜日にはここで外来をみます。月曜日には保健所から医者がやってきます。伝染病や重い病気の患者は州の病院へ送ります。」歯科医師も同じように、R. H. U. をまわって診療にあたることになっている。歯科医師の不足は医師のそれよりも大で、歯科の看護婦が簡単な処置をしているのが実情のようだ。

開業医不足から、R. H. U. の活動が医療面に多少偏っているとはいえ、本来保健と医療は車の両輪である。地域の保健と医療を一つのセンターに集約して活動することは最も望ましいことである。日本のように、明治以来の開業医制度がすでに定着しているところへ、保健所制度がもちこまれたための混乱と、相互の連絡欠如の結果をみるにつけても、マレーシアの R. H. U. 制度の充実に期待をかけたい。しかし、現実にはなお解決すべき幾つかの問題がある。「保健所や支所内の仕事上のトラブルがみんな私のところへ持ちこまれる。」とある保健医療医官 (Medical Health Officer, M. H. O.) が嘆いていた。保健支所での公衆衛生看護婦を中心とする保健面のスタッフと、病院助手を中心とする医療スタッフとの連携が必ずしもうまくいっていないところもある。タテ割りの行政組織がこうした横のつながりをはばんでいることも一因であろう。しかし、要員不足のため実務家の養成を急ぐので、地域の保健と医療に対する理念を養成の場で充分与えられないことが大きな原因ではなかろうか。

IV 医療保健活動の成果

政府が積極的にすすめるこのような医療保健活動の成果は統計的な数値となって示される(表4, 表5)。一つの国の衛生状態または健康水準の指標としていくつかの指標が用いられているが、訂正死亡率、乳児死亡率および平均寿命を三つの指標として用いることが多い。表5にみられるように10年間に着実な成果をあげていることが分かる。しかし、マレーシアのような複合民族国家では、統計的な数値は平均値であるために、人種差や地域差が消えてしまうことに注意しなければなるまい。例えば1968年の粗死亡率をとると、マレー人8.3(男8.7, 女7.8)、中国人6.6(男7.9, 女5.2)、インド・パキスタン人8.5(男9.7, 女7.1)となる。また、地域差はクランタン州の9.6を最高に、最低のジョホール州の6.5までとかなり開きがある。地域差に人種差を加味して要約すれば、西マレーシアでは東海岸の諸州は人口構成上マレー人が多いことと、医療保健設備や交通網などが整っていないことと相まって、こうした高い値を示すものと思われる。そのため、次に述べる政府の総合開発計画の中でも、この較差是正に重点がおかれていることもうなづかれる。

表4 医療保健活動の成果 (1)

	1958年	1969年
病院入院患者数	277,804	492,891
病院外来患者数	3,737,691	5,705,091
保健所・支所訪問者数	1,494,701	7,260,494
保健婦らの家庭訪問	617,581	1,851,268
自宅出産*	32,247	74,672

* 政府助産婦の介助によるもののみ

表5 医療保健活動の成果 (2)

	1957年	1968年
粗死亡率	12.4	7.6
乳児死亡率	76.0	42.2
妊産婦死亡率	3.2	1.7
平均寿命 { 男	55.8	63.2
女	58.2	66.1
出生率	46.2	35.2

V 第2次マレーシア計画における医療と保健

第2次マレーシア計画（1971—1975）において、政府は医療と保健面で次のような五つの方針をうち出している。

1. これまでと同じように農村保健に力をそそぐ
2. 医療と保健要員の養成計画
3. 病院ベットの増床
4. 国民の環境衛生と栄養状態の改善
5. 家族計画事業の助成

すでに述べたことと重複するので、ここでは最後の家族計画事業について触れる。出生率が依然として高いのにもかかわらず、死亡率が低下したので（表5）、人口の増加はさげられない。このため政府は1965年から開始された第1次マレーシア計画の中で、はじめて家族計画事業を加えた。その方針としては、1985年までに人口の増加率を現在の3%から2%に低下させる。そのためとりあえず、1971年から75年までの5年間に出生率を現在の35‰から32‰に低めようというのである。西マレーシアには家族計画公社（National Family Planning Board）という政府の事業体と、家族計画協会（Family Planning Association）という民間組織がある。前者は無料で後者は有料で、内服薬を主体とした指導を行なっている。場所は助産活動の中心である保健所や支所などが使われているようだ。

VI 公衆衛生キャンペーン

政府は現在次の六つの医療と保健問題に対して、全国的なキャンペーンを行なっている。

1. ヨーズ⁶⁾ (1954), 2. 結核 (1961), 3. フィラリア⁷⁾ (1956), 4. マラリア (1967),
5. らい (1968), 6. 学校保健事業 (1968), 7. 環境衛生と上水道事業。

西マレーシアの届出伝染病その他の動態（入院患者に基づく）は表6にまとめた。これはクアラランプールの医学研究所長のアブバカル氏が東南アジア教育機構熱帯医学・公衆衛生部門とのセミナー（1971、東京・大阪）で報告したものの一部である。⁸⁾ この報告の中で同氏も強

- 6) ヨーズ (Yaws) はフランベシアともいう。スピロフェータの一種が原因で、皮膚・皮下組織・骨などを侵す。接触伝染。ペニシリンが極めて有効。かつてはマレー半島の東海岸、クランタンとトレンガヌの2州を中心に患者が多発した。ペニシリン使用前の患者数は4万とも10万ともいわれている。
- 7) ケダー州のスンガイパタニ (Sungei Patani) に対策センターがおかれている。図2にみられるように、西海岸のムダ川 (Sg. Muda) とメルボック川 (Sg. Merbok) の川口域の沼地に、マレー糸状虫の濃厚汚染地帯がある。ここを中心に対策が進められ、大きな成果を収めている。
- 8) The seminar on the epidemiology, prevention and control of the endemic diseases in Southeast Asia and the Far East. Tokyo-Osaka, July, 1971.

表6 届出伝染病の動態（入院患者に基づく）

	1965	1966	1967	1968	1969
脳炎	52	53	38	17	32
発疹チフス	89	110	67	88	76
ペスト	—	—	—	—	—
天然痘	—	—	—	—	—
結核	14,425	14,461	13,218	13,969	9,313
らい病	837	834	967	987	1,229
ポリオ	359	99	10	236	31
狂犬病	—	—	—	—	—
腸チフス	1,108	881	989	1,042	970
コレラ	—	—	—	20	68
マラリア	9,307	8,432	64,042	20,078	18,973
ヨーズ	11	12	13	11	16
フィラリア	72	87	54	106	1
アメーバ赤痢	1,424	1,366	1,277	1,262	1,134
細菌性赤痢	139	87	98	115	111

（注）入院患者の疾病別の分類集計であるので、この数値が必ずしもその年度の新患者数を意味しない。マラリア以下は届出伝染病ではないが参考のためにのせた。

調しているように、マレーシアで公衆衛生上重要な疾患は、マラリア・結核・寄生虫感染・栄養不良・ビタミンなどの欠乏症・アメーバ赤痢・腸チフス・性病・細菌性赤痢であるという。こうした背景から全国キャンペーンをみると、やはり結核・マラリアの二大疾病と、上水道をはじめとする環境衛生・栄養改善に問題がしばられることが理解できる。

ヨーズとフィラリアについては対策が成功をおさめているので、ここでは他のキャンペーンに対して二、三の説明を加えよう。

結核⁹⁾：1966年の結核罹患率は1.6‰である。R. H. U. で結核と診断されたり、結核の疑いをもたれた患者は州の病院に付属している結核外来や結核病棟に送られる。予防接種の BCG は WHO の勧告により、ツ反をしない、いわゆる直接法で15才以下の子供に接種するよう努力されている。こうして患者が見つけれられ治療されるが、患者自体に病気の自覚が少ないので、その40%が治療を中断してしまうという。どうして治療が続けられないか、日本の場合と同じように患者側の言い分もぜひ聞きたいものだ。

マラリア¹⁰⁾：1967年に根絶10年計画がたてられた。一つは媒介蚊の駆除であり、マレーシアの北の州から DDT の散布が開始された。年2回、専門の作業員が家屋の壁に DDT をふき

- 9) クアラルンプールに国立結核センターがあり、ここで計画・立案・指導ならびに技術訓練を行なっている。
- 10) 中央の対策本部、各州の対策センター、各地の現地作業員の系列は R. H. U. とは全く別の組織であるが、現地の作業事務所や倉庫は保健所に同居している。

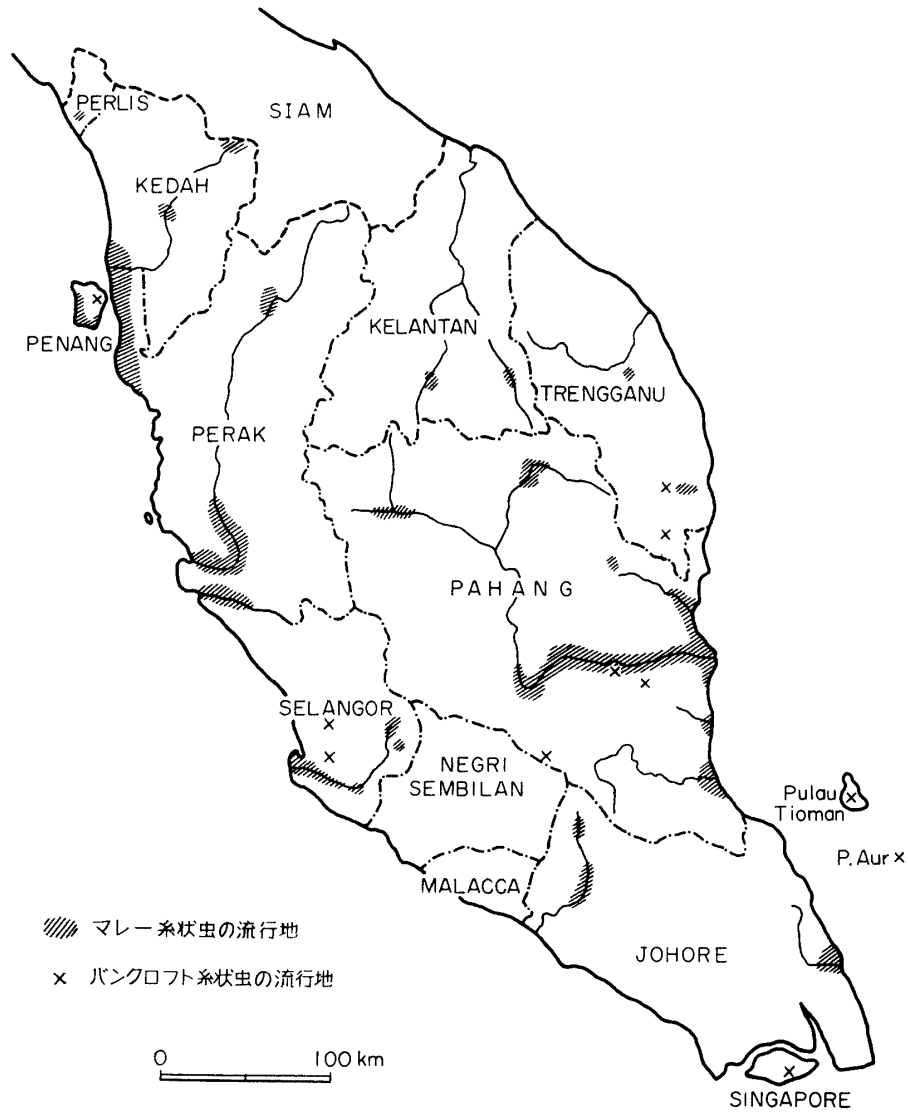


図2 マレーシアのフィラリア糸状虫の分布
(Med. J. Malaya, Vol. XVIII, No. 3, (1964) p. 138 より引用)

つける（計画では同一家屋に4年間計8回）。もう一つは患者対策で、巡回診療の場でもフルエや発熱など、疑いのある患者の血液塗沫検査が必ず行なわれていた。検体は病院検査室か州のマラリア根絶センターに送られる。そこで陽性と判定されると、患者は州の病院に送られて治療される。

らい¹¹⁾：外来治療と中央登録制を中心とした、らい制圧計画は順調に進められている。1970年末の全国の登録患者数は5,670人（うち新患368人）である。療養所はスンガイブロー（スランゴール州）とタンポイ（ジョホール州）の2カ所に統合された。現在約3,000人が入所して

11) スンガイブロー(Sungei Buloh) (スランゴール州) の療養所に対策本部がおかれ、所長が責任者を兼ねている。

いる。患者の比較的多いクランタン州には入院病棟（70床）が付属されている。療養所で患者を治療することは経費がかさむばかりでなく、社会的偏見を助長し、患者の家庭をこわし、治癒した人のリハビリテーションをおくらせる。このため、新患のうちで感染のおそれのある患者は、希望があれば短期間入所させて以後は外来診療に移す。感染のおそれのない患者ははじめから外来で診療する。こうした基本原則に立って、病院・保健所で患者診療ができるように、医療従事者の研修と施設の整備をすすめている。

Ⅶ 農村の印象と二、三の考察

1. 三つの州

筆者は西マレーシアの三つの州をまわった。北東部のクランタン州、北西部のケダー州と西部のマラッカ州である。地理的環境や農村構造の違いについてはそれぞれの報告を参照していただきたい。¹²⁾ここでは公衆衛生面についてのみ触れることにする。ごく大ざっぱに比較するために、三つの州の人口統計をみてみよう（表7—10）。州の人口のうちで、マレー人の占め

表7 人口統計（1968）（1）人口

	クランタン州	ケダー州	マラッカ州
総数	703,482	963,945	428,144
マレー人	644,458	655,279	216,616
中国人	38,837	193,610	168,201
インド・パキスタン人	8,329	90,927	34,677
その他	11,858	24,129	8,659

表8 人口統計（1968）（2）粗死亡率

	クランタン州	ケダー州	マラッカ州
粗死亡率	9.6	8.1	7.5
マレー人	9.7	8.4	7.4
中国人	7.6	6.3	6.9
インド・パキスタン人	9.6	10.2	8.4
その他	7.0	5.7	6.2

12) クランタン州の調査地ガロ村については、坪内良博「パシルマスから—現地通信—」『東南アジア研究』9巻3号, pp. 478-482. 同じく、「クランタンの—農村におけるタバコ耕作の導入と社会経済変化」同誌9巻4号, pp. 556-576. を参照。ケダー州の調査地パダンラン村については報告が多いが、棚瀬襄爾「マレーシア調査の現地から—現地通信—」『東南アジア研究』2巻2号, pp. 104-108, 口羽益生・坪内良博・前田成文「マラヤ北西部の稲作農村—農地所有の零細化について—」同誌3巻1号, pp. 26-32, および口羽益生・坪内良博「マラヤ北西部の稲作農村—農業労働について—」同誌5巻1号, pp. 2-22 を参照されたい。最近、口羽益生「水稻作農村パダンラン村—その自然条件と二期作化について」同誌9巻4号, pp. 533-555 がでた。マラッカ州の調査は1971年6月からはじめられたため、まだ報告がでていない。

表9 人口統計(1968) (3) その他の死亡率

	クランタン州	ケダール州	マラッカ州
乳児死亡率	51.4	44.9	44.7
マレー人	52.7	45.3	49.8
中国人	24.4	32.2	35.9
インド・パキスタン人	47.2	66.6	60.2
その他	56.0	35.0	25.2
幼児死亡率	9.49	6.58	3.68
マレー人	9.92	7.45	4.77
中国人	2.55	2.76	2.39
インド・パキスタン人	6.02	7.36	3.16
その他	4.71	7.71	1.46
妊産婦死亡率	2.74	2.60	0.88

表10 人口統計(1968) (4) 出生率

	クランタン州	ケダール州	マラッカ州
出生率	36.7	36.3	34.8
マレー人	37.6	39.3	36.0
中国人	28.7	29.2	31.4
インド・パキスタン人	28.2	32.7	35.4
その他	19.7	23.9	70.6

表11 出産の介助(1970)

	クランタン州	ケダール州*	マラッカ州
政府助産婦か病院助産婦	37.8%	46.6%	約60%
村の産婆	62.2%	58.3%	約40%

* 北ケダールのみの値(1968)

る割合はクランタン91.6%, ケダール68.0%, マラッカ50.6%となり, この人種比が以下にみられるような, いろいろな死亡率に影響を与える大きな要因になっている(表8, 表9)。すでに述べたように, 年々の死亡率の低下により避けがたい人口増加を抑えるため, 政府は家族計画をすすめている。出生率が徐々に低下していることは(表5), 東南アジアでは驚異的なことといわれる。中国系のマレーシア人の出生率はマレー系に比べてさらに低い(表10)。

この三つの州の人口統計にみられる差異の要因は, すでに述べたように, 生活と行政の両面の較差である。ここでは二つの例を指摘するに止める。一つは出産介助者がだれであったかの問題である(表11)。正規の訓練を受けた助産婦が出産を介助する傾向が次第に強くなりつつあ

るが、まだ地域差があることが分かる。アイエルモレ (Ayer Molek) 保健支所 (マラッカ州) では1970年の1年間に出生児総数は917名、そのうち政府の助産婦がとりあげた児は440名、村の産婆304名、病院で出産173名である。66.8%が正規の介助でこれは州の平均をさらに上まわる。しかし、助産は施設や人員だけの問題ではなく、産婦側の介助者の選択にも問題があるかもしれない。

もう一つは、クランタン州の公衆衛生状況を知るために、コタバルにある国立病院の統計をみることにする。表12は1970年の入院患者の主要な10の病気を多い順に並べたものである。比較のために全国 (1968) ののをあわせてのせた。コタバルでは全国に比して、妊娠合併症、マラリア、胃腸炎、精神病、結核がいずれも多い。また、同病院の1970年間死亡は512人であるが、そのうち入院24時間以内では208人、48時間以内では264人と、半数以上が48時間以内で死亡している。統計に関する限り、クランタン州ではよく整理されていた。こうした数値が他の2州では入手できず比較できないのは残念である。

このほか、クランタン州では1969年のコレラの発生 (68例中5例死亡) にみられるような、国境線での防疫の問題をかかえている。マレーシアの穀倉地帯のケダー州は、ジトラ (Jitra) に農村保健訓練センターを持ち、マラヤ大学の医学生をはじめ全国からの医療関係の学生に実習教育の場を与えている。スンガイパター (Sungei Patani) には前述のようにフィラリア制圧センターがあり、世界各国からの来訪者を迎えて、主任のハッサン氏は応接に暇がない。

マラッカ州では自治都市の古都マラッカは医療保健行政も分けられている。港の検疫業務の他に、州に直属する学校保健の専門チームを持っていることが他の州にみられない特色であった。

表12 国立病院入院患者の主な疾患

コタバル (クランタン州) (1970)		全 国 (1968)	
総入院患者	17,219 (100.0%)	総入院患者	492,302 (100.0%)
1. 妊娠合併症	2,369 (13.8%)	1. 事 故	55,556 (11.3%)
2. 事 故	1,593 (9.3%)	2. マラリア	20,078 (4.0%)
3. マラリア	1,399 (8.1%)	3. 妊娠合併症	19,673 (4.0%)
4. 胃腸炎	1,055 (6.1%)	4. 皮膚疾患	17,711 (3.6%)
5. 精神病	936 (5.4%)	5. 胃腸炎	17,626 (3.6%)
6. 結 核	850 (4.9%)	6. 原因不明の発熱	14,478 (2.9%)
7. 心疾患	500 (2.9%)	7. 精 神 病	12,072 (2.5%)
8. 皮膚疾患	500 (2.9%)	8. 心疾患	11,201 (2.3%)
9. 原因不明の発熱	486 (2.8%)	9. 気管支炎	10,950 (2.2%)
10. 気管支炎	470 (2.7%)	10. 結 核	10,797 (2.2%)

2. 三つの村

今回の総合調査の対象となる、三つの村—パダンララン村 (Kg. Padang Lalang, ケダー州), ガロ村 (Kg. Galok, クラントン州), ブキットペゴ村 (Kg. Bukit Pegoh, マラッカ州)—についてはすでに紹介されており、その社会経済構造や農業労働などの調査報告はすでに一部出されているので詳しいことはそちらに譲る。¹³⁾ この三つの村はマレー農民を主体とした稲作農村であり、村の構成規模もそれほど違わない。生活、とくに衣食住と環境衛生の面で、この三つの村にどれだけの差異があるだろうか。¹⁴⁾ 短期間の観察からは比較が充分ではないが、政府がすすめている環境衛生の点から二、三の問題について述べよう。

飲料水：生活に欠くことができないのが飲料水である。ケダー州のパダンララン村は国道沿いに水道がひかれている。1コの蛇口は周辺の家々にまでその恩恵を及ぼしている。マラッカ州のブキットペゴ村は、近くの国道沿いにはすでに水道がひかれているのに、村は国道から田をへだてた集落であるため、直接には水道水を利用することができない。そのため、クラントン州のガロ村と同じように井戸水を利用している。これらの井戸水の水質検査はできなかったが、濁りのないきれいな水であった。井戸水は必ず沸して飲む。

水浴：井戸端で水を浴びるブキットペゴ村とガロ村に比べて、パダンララン村では事情が異なる。「これが井戸ですか」と驚きの声をあげた古井戸があった。井戸というよりは庭の古池である。かつてはこの水か天水が飲料水であった。水は濁り水草が浮いている。その水を水浴に使っている。そうでなければ、村の中央を流れる？アロールジャングス川の濁水に飛びこむことになる。マレー半島の川は飛行機からみる限りどれも濁っている。上流から流れ込む土砂のせいだろうか。パシルマス（クラントン州）でクラントン川の渡しを利用して対岸にわたった。渡し場では女は水浴やら洗濯、子供たちは泳いでいた。すこし上流には廁がある。サロン一枚で水の中にもぐり、ついでに髪の毛も洗う。歯ブラシもみかけた。汗を流して肌を清潔に保つ生活の知恵に感心しながらも、私は衛生問題としては寒心にたえなかった。

便所：R. H. U. では便所作りが積極的にすすめられている。たしかに便所はあまり見あたらぬ。半数以上の農家はないだろうか。家の周辺のヤブの中で用を足すらしい。便所がないというのは正確ではなく、ヤブの中には囲いのない排泄用の穴があるのだという意見¹⁴⁾もある。

R. H. U. ではモデル地区を作って、環境整備をやっていた。農村部でも比較的家が密集しているところ、例えばポンドック (Pondok) (寄宿宗教塾、小さな小屋が集まっている) などがモデル地区に選ばれており、クラントン州では筆者も連れていかれた。井戸と便所、そして

13) パダンララン村には隣接するアロールジャングス (Alor Junggus) に施薬所 (dispensary) がある。病院助手1名が常在して、簡単な診療と与薬を行なっている。施薬所は保健支所の変形とみるべきだが、設立の歴史はずっと古く独立前のような。ガロ村は4マイル離れたところにカンコン (Kan Kong) の保健支所がある。またブキットペゴ村から4マイル離れたところのアイエルモレに保健支所がある。

14) 東京農大奉仕会, 海外活動, 東南アジア編2, T. U. A. A. V. S. No. 6 (1971).

台所からの下水の排水溝をつくることである。糞尿を肥料としない点は日本や中国の農村と違う点だ。イスラムの教えによるらしいが、隣りの仏教国タイでも使用していないといわれる。宗教だけの問題ではなさそうである。

村民の健康状態：今回は三つの村の村民を対象とした健康調査はできなかった。マラッカの調査地に近いアイエルモレの保健支所で1970年1年間の巡回診療の成績から、ありふれた病気を探してみると、表13のようになる。1970年の新患2,726名の約90%はマレー人だという。神経痛などの痛みを訴える病気が約4割、その他風邪ひき、皮膚病、寄生虫の順になっている。¹⁵⁾ どの家にも常備薬といわれるような薬はなに一つない。病気になるとどうするのだろうか。じっと家で寝ているのか。まちの漢方薬の店にはしるか、保健所の外来へいくか。それよりさきに Bomoh と呼ばれる民間きとう師——ちょっと心得のある隣のおばさんのこともあるが——を呼んでくる。保健所の与薬は対症的であり、病院の外来は混雑をきわめているのであまりいかないし、それに遠すぎる。しかし、薬の効きめはよく知っているようだ。結局、状況に応じて、あれこれ試みるのが、最も実情に近いだろう。ときに手遅れになることもあるが、ときには寝ているだけで治ってしまう病気もある。

表13 巡回診療の主な病気（1970, アイエルモレ保健支所）

	総 数	(%)
1. 神 経 系 の 疾 患	1,161	42.6
2. 上 気 道 疾 患	438	16.1
3. 皮 膚 疾 患	243	8.9
4. 寄 生 虫 疾 患	235	8.6
5. じ ん ま し ん そ の 他	161	5.9
∴	∴	∴
総 数	2,726	(100.0%)

子供たちの健康状態：大人たちの代りに、年齢的にも比較しやすい小学校の生徒を対象に二つの検査をやってみた。一つは大人により近い高学年（6年生を主に）を選んで、環境衛生の一つの指標である糞便中の寄生虫卵検査である。もう一つは2年生を対象に身体計測（身長・体重・胸囲）を行なった。マレーシアでは学校保健がやっと緒についたばかりである。「小学生の身体計測も入学時と卒業時にできれば上々である」とある校長は話していた。全国一率の学籍簿に相当する大きなカードが2枚あり、学業成績の記入らんの他、身体計測（身長・体重）と身体検査の所見らんも一応そろっている。2年生を選んだ理由は、できれば入学時と今

15) 前掲、口羽・坪内『東南アジア研究』5巻1号、p.5でアロールジャングスで多い病気として、皮膚病、呼吸器疾患、眼病、胃腸病をあげている。

回の計測とを比較して一年間の発育状態をも知ろうとしたからである。(後に述べる理由で、結局は入学時と比較できなかったが。)

小学生の寄生虫保有状態：表14は検査成績をまとめたものである。6年生を主としたが、学校によっては他の学年も加えている。陽性率は少なくとも1種類の虫卵の保有率を示し、他はそれぞれ塗沫法での陽性率である。少なくともこの値かそれ以上と理解していただきたい。三つの州の違いをどうみるかはこの結果からはなんともいえない。チエト校では4年から6年までを一緒にしたこと、アロールジャングス校では検体の未提出者が多かったこと、塗沫標本の作成は筆者の方法で現地の長期調査班員の方に協力を願ったが、ケダーの場合にはアロールスター病院の検査技師の助けをかりた(作り方が多少異なる)、などの理由でこの結果を単純に比較できない。いずれにしても高い寄生虫保有率は確かである。アロールジャングスの中華小学校(文華学校国民型華文小学校)は校長の司徒麟氏の積極的な協力により、数が少ないが一応比較のために検査した。この成績から農村部における中国人とマレー人の生活の違い、環境衛生の違い、生活改善の意欲の違いなどを知る一つの手がかりがつかめそうだ。

表14 糞便の虫卵検査成績

	対象	検査数	陽性率	蛔虫卵	鞭虫卵	鉤虫卵	
チエト校*	(クランタン州)	130	127	(%) 85.0	(%) 78.7	(%) 37.0	(%) 35.4
アロールジャングス校	(ケダー州)	80	49	65.3	42.9	49.0	8.2
中華小学校**	(ケダー州)	36	33	42.4	21.2	21.2	12.1
ブルヌー校とトロックマス校	(マラッカ州)	118	102	77.5	65.7	42.2	2.9

* 4年生から6年生までを対象。

** 5年生と6年生を対象。

小学生の体位：胸囲のみは持参したメジャーを用いて筆者自身で測定した。男子は上半身裸にしたが、女子は着衣のままである。計測しながら、子供たちの皮膚の状態を観察しようとしたからである。¹⁶⁾ 身体と体重は学校あるいは保健所の計器を利用し、看護婦が協力してくれた。身長はインチで、体重はポンドで記入されたものをそれぞれ cm. と kg. に換算した。計器は検定されておらず、計測結果を相互に比較するのはむずかしいと考えるほど粗末な計器も含ま

16) 予想以上に肌がきれいであり、サラッとしていた。時季的な関係もあるが、多湿の沖縄の学童に比べても皮膚病は少なかった。中央マラッカの R. H. U. の年報から、学校保健の身体検査の成績をみると次のようである。1970年の小学生の検査総数は 23,510 人で、そのうち、要治療の疾患は皮膚病(疥癬 1,363人、きず 3,994人、その他 92人)、有熱 33人、感冒 51人、咳 34人、目の病気 65人、耳の病気 21人、貧血 559人、寄生虫 129人、毛ジラミ 1,777人。

表15 小学生の体位（2年生）

		クランタン州		ケダ州		マラッカ州		日本 (1970)
		チエト校*	クバンクリ アン校	アロールジ ヤングス校	中華校	プルヌー校	トロックマ ス校	
総数	男	32	56	49	10	23	20	—
	女	22	46	53	14	32	30	—
身長 (cm)	男	117.6	117.4	122.1	123.7	115.7	118.9	120.2
	女	116.1	116.3	118.6	120.9	116.5	117.6	119.3
体重 (kg)	男	19.1	19.4	20.0	20.5	18.7	19.4	22.4
	女	20.2	18.9	18.3	19.3	18.1	18.2	21.8
胸囲 (cm)	男	—	55.9	55.9	56.1	55.8	55.9	59.2
	女	—	56.5	54.8	55.1	55.3	55.1	57.6

* 学校の資料を利用した。

れている。そのため大体の傾向を知るに止めた。「日本の子供に比べて、少し小さくて、少しやせているなあ」という印象を数値がややはっきり示したものと思う。¹⁷⁾しかしこれは健康度・元気のよさとはあまり関係がなさそうだ。近頃の日本の子供は太り過ぎの傾向にあるから。

生まれたときは：それでは生まれたときはどうだろうか。コタバル（クランタン州）の母子保健センターとジトラ（農村保健教育センター、ケダ州）で、最近生まれた第一子と第二子を受差別に抜き出してもらった。その結果は前者は男児33名、女児30名（第一子29名、第二子34名）であり、後者は男児24名、女児24名（第一子20名、第二子28名）であった。なお記載もれと未熟児は除いた。生下時の体重と身長は表16に示した。コタバルは市街地で、マレー系のほか中国系・インド系の母親も混じている。ジトラは農村部で主として母親はマレー系である。母親の年齢は表17にまとめた。市街地と農村部、母親の人種差などにより、日本の平均と単純

表16 新生児の体位

		コタバル (クランタン州)	ジトラ (ケダ州)	日本 (1970)
		体重 (kg)	男 3.4 女 3.1	男 3.2 女 2.9
身長 (cm)	男 52.6 女 48.3	男 49.0 女 47.8	男 50.2 女 49.7	

17) インドネシアで、主として成人の体位と体力の調査をした戸田らの報告 (*Kobe J. Med. Sci.* 16, pp. 157-175, 1970) によると、日本人に比べて、体位はすべての点で、体力はほとんどの点で劣っているという。しかし、熱帯の環境からすればインドネシア人の体位のほうが熱帯に適しており、体力の測定法にも問題があるという。

表17 母 親 の 年 齢

	コタバル (クランタン州)	ジトラ (ケダー州)
15 — 19 (才)	24	15
20 — 24	28	19
25 — 29	7	13
30 —	3	0
記 載 な し	1	1

に比較できないが、生まれたときはさして変わらず、その後の成長に差異があるように思える。母乳や離乳食の問題、その後の成長期の栄養問題など興味がひかれる。

食べ物と栄養：パシルマスに滞在中、東京農大の藤本君らが付近の農家に止宿して調査活動¹⁸⁾をしているのを知った。彼らに頼んで毎日の献立と一家の消費量を調べてもらい、これから栄養分析の手がかりを得ようとした。ところが、止宿人の払いが良すぎたためか（彼らは1日 M\$3 を食費として支払っていた）あるいは来客を大いに歓待するマレー人気質によるものか、一家の食事内容がぐっと良くなり、日常の食事とあまり比較できないと聞かされがっかりした。それと買い物は一山いくらで、目方はわからない。そこで現地調査の方々からの報告をもとに少しく考察してみた(表18)。

主食はなんといっても米であり、カロリーのほとんどはこれによっている。米も食えない家庭はないそうだ。米は精白されており、ビタミン B₁ 不足は I. M. R. の栄養部門の主要なテーマになっている。それについての論文も多い。¹⁹⁾ B₁ 強化米に関する論文もでてい

表18 食 べ 物 と 栄 養

1. 糖 質	{ 米 → 精白米 砂 糖 → ティー	主食 来客のときやコーヒーショップで
2. 蛋 白 質	{ 魚 肉 牛肉, トリ肉, 山羊肉他 卵 豆 類	比較的よく食べる (クランタン) 祝宴や来客のとき, 断食月など 自家消費 あまり食べない
3. 油	椰子油	カロリー源?, 食品保存?
4. ビタミン類	{ 水溶性ビタミン { 野菜 果物 脂溶性ビタミン	割合に種類が少ない バナナ・ドリアン・ランブータン・ ドック・ジャンプー・パパイヤなど
5. 香 辛 料		食欲増進, 食品保存?

18) 東京農大奉仕会海外活動東南アジア編 T. U. A. A. V. S. No. 6 (1971), pp. 33-38.

19) Simpson I. A., "Studies in vitamin B₁," *I. M. R. Bulletin* (1931), p. 10; *ibid* (1934) p. 24; Simpson I. A., "The distribution of thiamin and riboflavin in rice grains and thiamine in parboiled rice," *Cereal Chem.* (1951) 28, pp. 259-270.

る。²⁰⁾ それにもかからず、脚気などの典型的な B₁ 欠乏症状の少ないのはなぜだろうか(表19)。潜在的な B₁ 不足が、マレー農民の活力低下の一因であると説く人もいる。定量的に検査しない限りなんともいえない。²¹⁾

朝はほとんど米のみ(ケダ州ではバナナの天ぷら(chuchor)とティーだけで済ませることも多い。農繁期には米を食べるが。)副食は昼に作り、その残りを夜に食べるという。副食の調味にも椰子の実や椰子油がよく使われる。これは熱帯地でのカロリー源の一つと考えられる。と同時に、食品保存としての生活の知恵とも考えられないだろうか。しかし、椰子油は動物性脂肪と同じく不飽和の脂肪酸の含有が極度に少ないため、他の植物油に比べて好ましくないとの指摘もある。²²⁾ しかし、自家用や安価に入手できる(ヤシの実1個20—25¢)ヤシ油を他の植物油にかえることはむずかしいことだろう。

表19 栄養不良の報告(コタバル国立病院, 1970)

	入 院	外 来
脚 気	6	33
貧 血	359	12,561
ビタミンA欠乏症	16	973
栄養不良による皮膚病	1	1,145
総 数	382	14,713

表20 マレー世帯食料消費調査(1人1日当りの摂取量)

	一日必要量 (大人)	稲作農民 (1950) (%)	パリ地区 (1958) (%)	官吏世帯 (1962) (%)	トロックダ ト地区 (1969) (%)
カ ロ リ ー	2,500	1,630(65)	1,812(72)	2,556(>100)	(87)
蛋 白 質 (g)	55	47(85)	49(90)	70(>100)	(100)
ビ タ ミ ン A (I.U.)	2,500	1,084(40)	1,998(80)	1,620(65)	(53)
ビ タ ミ ン B ₁ (mg)	1.0	0.6(60)	0.56(56)	0.79(79)	(56)
ビ タ ミ ン B ₂ (mg)	1.4	0.4(29)	0.40(29)	0.85(60)	(43)
ニコチン酸 (mg)	16.5	8.6(52)	9.2(55)	13(80)	(81)
ビ タ ミ ン C (mg)	30	29(100)	34(>100)	37(>100)	(>100)
鉄 (mg)	10	12(>100)	7(70)	15(>100)	(87)
カルシウム (mg)	450	550(>100)	570(>100)	466(>100)	(74)
脂 肪 (g)	—	—	—	62	—

注：() %は一日必要量に対する割合。

- 20) *A report on the effect of the consumption of enriched rice on the haemoglobin levels of South Indian labourers employed on rubber estates in Selangor.* I. M. R. Medical Report (1956). p. 16.
- 21) クアラルンプールの医学研究所(I. M. R.)の栄養部門で、これまでマレーシアで行なわれた栄養調査の成績をまとめたものが表20である。調査方法など詳しいことが分からないが参考のためにのせた。
- 22) Chong, Y. H., "Food and Nutrition in Malaysia," *I. M. R. Bulletin*, No. 14 (1969) p. 5.

ビタミン類の中では、果物から比較的良好に得られるCを除いて、A₁・B₁・B₂の欠乏が注目されている。

表19にみられるように、鉱質の中では鉄分不足による貧血が大きな問題である。これは鉄分の摂取量ばかりでなくマラリアの流行、鉤虫などの寄生虫、それに多産傾向と生活全体の問題であろう。

栄養に関しては回教徒の断食月のことがあるが(1971年は11月である)、調査時期とずれていて調査できなかったのだからここでは触れない。

Ⅷ ま と め

今回はマレーシア農村の保健医療について、農村保健事業の制度と内容、政府の方針など、主として行政の姿勢を中心にまとめた。この調査を土台に、今後、自然環境と健康、生活環境と健康の問題についてマレーシア農村の実態調査をすすめてゆきたい。調査は単なる資料収集の作業ではなく、それが具体的に対象の村民の生活にはねかえって行くような形をとりたいたいものだ。それにはくり返しが必要である。例えば、モデルの小学校を選んで子供たちの調査と指導を行なって、一つの成果を子供たちの上に作り上げる。しかし、生活改善がどんなに困難なものかは日本の例をひくまでもない。生活改善の直接的な作用よりは他の因子が強く働いて、戦後の日本農村の構造が大きく変わったことはわれわれの経験したところである。マレーシアの農村をみて、私はそんな感慨にとらわれた。いまの生活を大きくかえないで、一つの目標に近づける。それは統計からみたマレーシアの姿のようだ。最少の努力で著明な改善、ということは少なくとも保健医療の面ではいえそうだ。しかし、次の段階、生活の“いわゆる近代化”に好むと好まざるとに関わらず入らなければ得られない成果を得るためにはどうするか。大事なものを失って得た生活の近代化がどんなものであるか、われわれ日本人には苦い経験がある。マレーシアの人々が自然環境をそこなわず、しかも生活を豊かにして行く道を探しだして、ゆっくりと着実に歩いていくことを願わずにはいられない。

参 考 文 献

- Ministry of Health, *Organization of Rural Health Services in Malaya*. (WHO/UNICEF assisted) Government Press (1971), *Official Year Book Malaysia 1965*.
Government Press (1971), *Second Malaysia Plan 1971-1975*.
Department of Statistics, *Vital Statistics West Malaysia 1968*.
Chong Y. H., "Food and Nutrition in Malaysia," *I. M. R. Bulletin*, No. 14 (1969).