

カジャン・ホスピタル産科の50年
— マレーシアにおける出産の病院化の過程 —

加藤優子*

**A Fifty-year History of the Maternity Ward of Kajang Hospital:
Institutionalization of Child Delivery Practices in Malaysia**

Kato Yuko*

This paper examines the process of institutionalization of child delivery practices in Malaysia for the last fifty years. The main data analyzed are the “Delivery Record Books” of 1957 through 2000 which are found at the Kajang Hospital located approximately 26 km southeast of Kuala Lumpur. A historical analysis of the data indicates considerable differences in delivery practices between three major ethnic groups in Malaysia; in the earlier period Chinese and Indian women were predominant in the Delivery Record Books, while Malay women, evidently preferring to give birth at home with the assistance of *bidan kampung* (traditional midwives), were scarcely represented. These findings imply that Chinese and Indians, many of who had immigrated to Malaya as laborers, had greater access to modern medical care under the maternal and child health policy of the British colonial government because the reproduction of laborers was given high priority during the colonial period. It was only after the 1960s that medical projects such as the construction of midwife clinics were brought into rural areas where the majority of Malays lived. In these clinics, the government midwives started to assist Malay women in their deliveries and advise them to deliver at the nearby hospital if any complications were expected. The government also imposed strict rules to prohibit *bidan kampung* from providing child delivery services. Hence, the number of Malays in the rural areas who gave birth at the Kajang Hospital increased dramatically in the 1960s, especially after the 1970s.

自宅から病院へ—マレーシアの出産をめぐる社会変容—

出産は大きくは人類に普遍的な生理的現象であり、よりミクロには特定コミュニティの文化的要素が色濃く表れる社会的現象でもある。同時に国家の視点からみると、人の生死は当該国

* 京都大学大学院アジア・アフリカ地域研究研究科, Graduate School of Asian and African Area Studies, Kyoto University

2004年4月13日受付, 2004年12月13日受理

家の将来に関わる重大事であり、人口政策や保健医療政策の導入など国家の介入を受けやすい分野でもある [荻野 1994].

マレーシアにおいては、国家の強力な保健医療政策のもとで、過去 30 年間で出産が急速に病院化した。1965 年には約 40%であった病院出産率は、1980 年に 55%，2000 年には 95%に増加した [MOHAR 1980: 48; 2001: 63]。この値は、日本の施設分娩率とほぼ同じである。また乳児死亡率や妊産婦死亡率などの母子保健指標においても著しい低下をみせ、マレーシアの母子保健の水準は世界的にみても高度なレベルに達している [Pathmanathan *et al.* 2003].

従来のマレーシアにおける出産に関する研究は、多くがマレー農村・漁村などを対象とした



図 1 調査地地図

民族誌のなかで描かれ、出産をめぐる慣行や伝統的産婆（ビダン・カンボン *bidan kampung*、マレー語で「村の産婆」の意）、すなわち近代医学の教育を受けず独自に習得した方法で地域の助産に携わってきた伝統的出産介助者 (*traditional birth attendant*) の実践に焦点をあててきた。こうした傾向のゆえに、近代医療の浸透により病院での出産が主流となると、人類学者や社会学者は出産への関心を失っていった。というのは、マレーシアをはじめとする非西洋社会の民族誌的・社会学的研究においては、病院は西洋の医療システムであり、そのシステムにおける出産はすべて均質なものとみなされたからである。

しかしながら一見、普遍的で均質と思われがちな病院出産であっても、それが制度として浸透していく過程や、その受容のされ方は、当該社会の文化や歴史を反映して異なっても不思議ではない。またこの過程を分析することにより、これまでおもに先進諸国でのみ蓄積されてきた出産の医療化・病院化に関する研究と、通時的・共時的に比較可能な資料を提示できるのではないだろうか。

本稿の目的は、マレーシアにおいて出産場所が自宅から病院へ移行してきた過程とその背景を、マレーシアの社会経済的文脈との相関において論じることである。マレーシアにおいて出産が病院化したのはなぜなのだろうか。またその背景として、国家によってどのような母子保健制度が展開されてきたのだろうか。¹⁾

本稿では、クアラルンプール近郊に位置する国立病院（カジャン・ホスピタル）とその周辺地域を対象として、そこにおける出産のあり方の変化を、マレーシアの独立前後から現在までの50年間の時間幅のなかでとらえる。そしてそれらの変化を、対象地域とマレーシアの社会経済的文脈に位置づけて論じる。²⁾

ここでは、マレーシアの主要民族であるマレー人、華人、インド人の3民族間の異同に留意しながら出産の病院化の過程を跡づけていくが、なかでもマレー人優遇政策の対象となったマレー人に分析の主眼をおきたい。なお、以下では、マレー人、華人、インド人という言葉で、それぞれ基本的にマレー系マレーシア人、中華系マレーシア人、インド系マレーシア人を指すことを断っておく。

本研究でカジャンを調査地に選定した主たる理由は次の2つである。第1は、カジャンがマレーシアの変化を映す鏡となりうることである。半島部の平均的な都市であり、マレーシアの政治経済の大きな流れを汲んで変化を遂げてきた。第2に、大都市と農村の中間に位置す

1) 母子保健制度とは、母子の健康の保持増進を図ることを目的として制定される法や規則である。具体的には、妊産婦・乳幼児に対する健康診査・訪問指導の制度、産前産後の休暇制度などがあげられる。

2) マレーシアは、半島部11州と東マレーシア2州の計13州と連邦直轄地（クアラルンプール、プトラジャヤおよびラブアン）から成るが、このうち東マレーシアのサバ・サラワク州は、その地理的・社会的状況から、半島部マレーシアとは異なる医療システムをとっている。そのため本稿では半島部マレーシアのみを分析対象とする。

るため、出産をめぐる伝統的な面と近代的な面の両方を観察しやすい。

本研究では、フィールドでの聞き取りと文献調査をとおして得たデータをおもな分析資料として用いた。³⁾ カジャン・ホスピタルを中心的な調査地とし、産婦や出産経験を有する女性たち、そして産科の医療スタッフや過去に勤務経験のある医師・助産師などを対象に聞き取りを行った。⁴⁾ また文献調査は、クアラルンプール公文書館、保健省 (Ministry of Health)、国立医学研究所 (Institute for Medical Research)、スランゴール州保健局、カジャン・ホスピタル記録部などで行った。

本稿の分析において特に重要な文献資料は、カジャン・ホスピタル所蔵の 1957～2000 年の『出産台帳』である。これは同病院での個々の出産事例に関する事実を記載した帳簿である。台帳からカジャン・ホスピタルの産婦の民族や居住地などの出産記録を標本として抽出し、これを時系列で分析した。『出産台帳』からのデータの収集と利用については、産婦のプライバシーへ配慮し、産婦の名前や居住地の詳細などは記録にとらなかった。また病院側にもこれを条件に台帳を見せてもらった。

本稿の構成は次のとおりである。第 1 章では、調査地カジャンの概要を述べ、カジャン・ホスピタルの歴史を、聞き取りと一次資料をもとに構築する。第 2 章では、カジャン・ホスピタル所蔵の『出産台帳』の分析をとおして、この病院における産婦の属性が、過去 50 年間にわたってどのように変遷してきたのかを明らかにする。第 3 章では、出産が病院化する過程で民族間にみられた異同とその背景を、国家の母子保健政策との相関において論じる。第 4 章では、農村部の出産に対する国家の介入過程を、助産法規の変遷および農村へのクリニック建設に注目することで明らかにする。最後に結論と今後の課題を提示する。

1. 調査地の概要

1.1 ウルランガット郡カジャンの概要

カジャン⁵⁾ は、スランゴール州ウルランガット (Hulu Langat) 郡⁶⁾ の 7 行政村 (ムキム *mukim*) のうちの 1 つであり、郡庁がおかれている。2000 年現在の人口は 86 万 4,451 人である。カジャンには郡人口の 26.6%が居住しており、民族構成は、ブミプトラ (*bumiputera*)⁷⁾

3) フィールド調査は、半島部マレーシア西海岸のスランゴール州ウルランガット郡カジャン (Kajang) で、2000 年 7～8 月と 2001 年 11 月～2002 年 8 月の 2 回、合計 12 ヶ月間にわたって行った。

4) 「保健師助産師看護師法」の改正 (2002 年 3 月施行) により看護職の名称は、保健婦・助産婦・看護婦から保健師・助産師・看護師へと変更された。本稿ではこれに従い新名称を用いる。

5) カジャンは行政村 (ムキム) 名であると同時に、行政村のなかの中心都市の名前でもある。本稿では、単にカジャンという場合はカジャン行政村全体を指し、特に都市部を指し示す必要がある場合は、カジャン中心部と呼ぶ。

6) マレー語でダエラ *daerah*、英語では *district*、州の下位にあたる行政単位。

58.1%、華人 23%、インド人 12.6%、その他 6.4%である [Department of Statistics, Malaysia 2001a: 317]。カジャンは首都クアラルンプールの南東約 26 km に位置し、中心部にはマレー半島西海岸を縦断する高速道路と鉄道が通っている。クアラルンプールまでの所要時間は自動車です約 30 分、鉄道では約 40 分である (図 1 参照)。

カジャンは 19 世紀末から現在までに、2 度の転機を迎えた。第 1 は、1874 年、スランゴール州がイギリスの直接支配下におかれたことである。イギリスは、ウルランガット郡の行政府をカジャン中心部に据えて、錫鉱山とプランテーション開発を推進した [Suriaty 1987: 24]。その結果、中国やインドから多数の労働者が流入し、在来マレー人に加えて、華人、インド人からなる多民族社会が形成された。

居住と就業において 3 民族間には明らかな「棲み分け」がみられた。都市部の商業あるいは鉱山労働に従事する華人、プランテーション労働者のインド人、そして周辺地域の農村 (カンボン *kampung*) で稲作あるいは小農ゴム栽培に従事するマレー人というように、3 民族はそれぞれ分離し、没交渉の社会を形成した [Wilson 1967: 40-43]。植民地マラヤに典型的なこの複合社会 (plural society) は、1957 年のマラヤ連邦の独立後も継承されることになる。

第 2 の転機となったのは、マレー人優遇を前面に打ち出して 1971 年から実施された新経済政策 (New Economic Policy, 1971~90 年) である。⁸⁾ 1975 年、カジャンには工業団地が誘致された。また国立大学であるマレーシア国民大学 (1970 年) やマレーシア農業大学 (1972 年) も建設された [石筒 2000: 51-54]。新経済政策のもとで教育、就業などにおいて優遇的措置を享受することになったマレー人は、農村から都市に流入しはじめた。

さらに 1980 年代には、ルック・イースト政策 (Look East Policy) を受けて工業団地の拡大が計られた。⁹⁾ 国内の労働力不足を補うため、インドネシアやバングラデシュをはじめとする海外から多数の出稼ぎ者が移住し、カジャンに居住するようになった。

上記の変化に伴う人口増加によって、カジャンにはおびただしい数の新興住宅地が建設された。プランテーションは閉鎖あるいは大幅に規模を縮小され、また伝統的マレー村落の周辺には、連棟式のタウンハウスが立ち並ぶようになった。さらに近年に至っては、カジャンはその立地と交通網の発展により、首都圏通勤者のベッドタウンとしての人気も高い。こうして

7) ブミプトラ (マレー語で「土地の子」の意) とは、マレー人とマレー系先住民 (オラン・アスリ *orang asli*) の総称である。

8) 新経済政策は、1969 年のマレー人と華人間の民族対立 (racial riots) を受けて発表された。貧困世帯の除去と社会構造の再編を基本目的とし、その内容は、1) 政府主導の工業化、2) 小都市への工業立地、3) 技術訓練の充実、4) 農業生産の拡大、土地開発の促進、農業多角化などによる農民の生活向上、を盛り込んだものであった [萩原 1989: 214]。

9) ルック・イースト政策は 1981 年に打ち出されたもので、従来の欧米モデルに代えて日本や韓国など東アジアに開発モデルを求めることで、マレーシアの産業、企業の高度化を推進することを目的とした。

1970 年代以降のカジャンでは、植民地時代に形成された民族による経済の分業体制が崩れ、それに伴い地理的な「棲み分け」もみえにくくなった。

このようにカジャンは、イギリス植民地時代に多民族社会としての原型が形成され、特に新経済政策の導入以降、大きな社会経済的变化を遂げながら現在に至っている地域である。

1.2 カジャン・ホスピタルとクリニック

1.2.1 ウルランガット郡の医療システム

2002 年現在、ウルランガット郡には国立病院（カジャン・ホスピタル）1 つと、23 の国立クリニック、158 の私立の医療施設がある。¹⁰⁾

① 国立病院（カジャン・ホスピタル）

カジャン・ホスピタルは、ウルランガット郡で唯一の国立病院で、カジャン中心部に位置する。カジャン・ホスピタルは郡内の保健医療施設を管轄する立場にあり、それぞれのクリニックや医療施設で対応できない症例については、すべてカジャン・ホスピタルに紹介されることになっている。カジャン・ホスピタルでも対処できない場合は、ここから州都あるいは首都の国立病院に搬送される。

カジャン・ホスピタルは内科、外科、整形外科、小児科、産科、婦人科を有し、ベッド数は 306 床である。医療職は、専門医 30 名と一般医 60 名、看護職（准看護師、農村看護師、政府系助産師¹¹⁾を含む）352 名から構成される。¹²⁾

マレーシアには皆保険制度は無い。しかし国立医療施設の利用料は安価に設定されている。入院治療費は、国籍あるいは家族員の職業、病室の等級に基づいて決定される（表 1 参照）。

② 国立クリニック

国立クリニック（以下クリニック）には、保健クリニック、母子保健クリニック、農村クリニックの 3 種類がある。クリニックは入院設備を持たず、外来診療のみを行う。診察料は低廉である。郡内の 23 クリニックの内訳は、保健クリニックが 7、母子保健クリニックが 2、農村クリニックが 14 である。それぞれの役割は次のとおりである。

- 1) 保健クリニック…都市部に人口 1.5～2 万人あたり 1 ヶ所が設置される。数名の医師により、内科的・外科的疾患の外来診療が行われる。また妊婦健診、産後の家庭訪問、家族計画の指導、乳児健診、予防接種などの母子保健サービスも提供している。
- 2) 母子保健クリニック…都市部に設置され、上述した保健クリニックの業務のうち、母子保

10) 2002 年 2 月、ウルランガット郡保健所の医師への聞き取りによる。

11) 政府系助産師とは、2 年間の助産教育を修めたものである。1954 年に養成が開始され、おもに 1960 年代から 70 年代にかけて農村部で自宅出産の介助を行った。代わって 1972 年からは、2 年半の看護・助産教育を修めた農村看護師が登場した [MOHAR 1973/74: 86-87]。これに伴い、政府系助産師の養成は 1990 年までに漸次廃止された [MOHAR 1990: 283]。

12) それぞれの病院職員数は、2001 年 12 月のカジャン・ホスピタル人事名簿による。

表1 カジャン・ホスピタルにおける出産費用（2002年4月現在）

自然分娩の場合

(単位リンギット)

	マレーシア国民			外国人
	国家公務員	国家公務員の退職者	一般人（国家公務員以外）	
1等病室	310	305	380	460
2等病室	160	155	230	340
3等病室	10	10	13	306

出所：カジャン・ホスピタルの料金表をもとに作成。

注1) リンギットの円との交換レートは、2002年調査時において1リンギット＝約32円であった。

2) 表内の料金は、医療技術料とベッド料の合計を表す。諸々の検査費、診察治療費などは含まれていない。

3) 入院期間を、産前0日、産後1日として算出。

健サービスのみを専門に扱っている。

- 3) 農村クリニック…農村部に人口4,000人あたり1カ所設置される。1名ないし2名の政府系助産師あるいは農村看護師が常駐している。母子保健サービスを提供するほか、農村部の住民の第一次的予防治療行為をも担っている。

③ 私立の医療施設

私立の医療施設には3種類ある。入院設備をもつ「病院」と、単科の病院である「産婦人科医院」、そして入院設備をもたない「診療所」である。郡内の158医療施設の内訳は、病院5、産婦人科医院8、診療所145である。

私立の医療施設のうち、出産を扱うのは病院と産婦人科医院である。これらが国立病院と大きく異なる点は、出産料金と医療サービス内容にある。私立病院・産婦人科医院の出産費用は、国立病院の3～100倍である。また、国立病院が陣痛緩和の処置に消極的であるのに対し、私立の施設では積極的に無痛分娩などを取り入れている。さらに私立医療機関の医師のほとんどが専門医で、その医学的知識・技術に対する人々の信頼は厚い。一般的に人々の間では、国立病院が「古く、汚く、職員の対応が粗野」とされるのに対し、私立病院は「新しく、きれいで、職員は親切」といわれている。

1.2.2 カジャン・ホスピタルの歴史¹³⁾

カジャン・ホスピタルは1889年、植民地政府により建設された。1880年代にイギリスはマラヤの主要都市に病院を建設したとされ [Field 1951: 30]、カジャン・ホスピタルもその1つであったと考えられる。

開院時の病院職員は、医療助手 (dresser)、料理人、それに井戸の水汲み人 (タミル語でトティ

13) カジャン・ホスピタルでは2001年、当時のマレーシア国王を招いて展覧会が開催された。その際病院職員によって、カジャン・ホスピタルの簡単な歴史がまとめられ、パネルで展示された。ここでは特に植民地期のカジャン・ホスピタルの様子を知るのにそれらを用いた。

toty と呼ばれる) の各 1 名, 計 3 名であった。¹⁴⁾ また 1910 年におけるベッド数は 20 床で, すでに産科病棟が開設されていたという。そしてベッド数は, 1930 年代までには 160 床に増設されていた [FMSSAR 1931: Appendix 15].

1950 年代の病院の様子を, 当時の医療助手の娘はこう振り返っている。

「1950 年代の初めには, 病院に医師は常駐していなかった。はじめての常駐医はインド人で, 50 年代の後半に来たと思う。その頃この病院を監督していたのはイギリス人医師だった。彼はクアラルンプールの病院で働いていたが, カジャン・ホスピタルと周辺のプランテーションのクリニックを定期的に巡察していた」(2002 年 4 月聞き取り)¹⁵⁾

1968 年頃になると, カジャン・ホスピタルの産科病棟には家族計画プログラムが導入された。この背景としては, 1966 年に家族計画法 (Family Planning Act) が成立し, 出生抑制を目的とした家族計画プログラムが, 病院と都市部のクリニックを中心に導入されたことがある。¹⁶⁾ カジャンは, クアラルンプールやマラッカなどの大都市に続いて, 第 2 段階 (Phase II) の導入地域に指定された [NFPBAR 1968: 10-11].

さらに 1970 年代になると産科病棟では, 周辺地域の伝統的産婆を対象とした再教育講習を開催するようになった。1976 年のカジャン・ホスピタルの年次報告書によると, この年の産科病棟では 3 週間の講習を 3 回開いている。1 回の参加者は 12 人から 15 人だったということから, 当時少なくとも 36 人から 45 人の伝統的産婆が, カジャン近郊に在住していたことになる。講習の内容は, 1 週目は医師と産科看護師長による出産介助の実地演習, 2 週目はクリニック職員の家庭訪問への同行, 3 週目は国家家族計画局 (National Family Planning Board) の看護師長による避妊具の使用法についての講義であった [KHAR 1976: 8].

1976 年にカジャン・ホスピタルのベッド数は 250 に増床され, 産科は 55 床になった [KHAR 1976]. 本稿の 1.1 で述べたように, 新経済政策のもとでカジャン近郊には工業団地や大学が誘致されており, これと並行してカジャン・ホスピタルの拡大が図られたといえる。¹⁷⁾

14) タミル語の *toty* は本来, タミル語で「掘る」を意味するが, 南インドの低カースト労働者の呼称としても用いられた [Yule and Burnell 2000: 936].

15) 53 歳のスリランカ系インド人女性の話による。この女性は 1949 年, カジャン・ホスピタルで生まれた。父親がカジャン・ホスピタルの医療助手をしていたことから, 1972 年に結婚するまで, 病院敷地内の職員用宿舎で育った。なお父親 (1901 年出生) は, 1927 年にマラヤに移住したという。カジャン近郊のゴム・プランテーションで, 医療助手としてイギリス人医師から近代医療の実地訓練を受けた後, 1930 年代からカジャン・ホスピタルに勤務するようになった。

16) 家族計画プログラムでは, 経口避妊薬・避妊具の提供と, ラジオやテレビ, 新聞を通じた家族計画に関する情報提供などが行われた [NFPBAR 1967: 16-17; 1968: 28].

1970年代から80年代の産科病棟の様子について、当時の看護師はこう述べている。

「産科には医師は1人しかいなかった。病院全体で医療専門職の数が不足していたので、普段は内科病棟の看護師として働き、夜勤に入る時だけ産科で出産の介助をしていた。分娩の進行が遅かったり、胎児の心拍が弱くなったりということがあると、すぐさまクアラルンプール産科病院へ搬送していた」（55歳の華人看護師，2002年1月聞き取り）

「以前は、病院での出産費用は無料だった。出産費用を取りはじめたのは1980年代の初めごろだと思う。ちょうどマレーシアの経済状況が悪化したころだった」（40代のマレー人看護師，2002年2月聞き取り）

1984年のカジャン・ホスピタル年次報告書によると、この年、産科に入院した2,775人のうち、16.3%にあたる451人がクアラルンプール産科病院へ搬送されている。搬送理由の41%は「分娩の遅延」で、「未熟児分娩」が14.2%、「胎児仮死」13.1%となっている。同年カジャン・ホスピタルで出産した2,312件のうち、ほとんどが自然分娩で、医療技術を要する「鉗子（かんし）分娩」は12件、「吸引分娩」に至っては3件のみである。¹⁸⁾ 積極的な処置をすることなく、自然に生まれるのを待ち、分娩の進行が遅いと安易に産婦を搬送する傾向があることを、この報告書のなかでは問題視している [KHAR 1984: 26].

1984年、カジャンに最初の産婦人科医院を設立したインド人医師によると、彼は当時、クアラルンプールの私立病院で働きながら開業の機会を模索していたが、カジャン・ホスピタルからクアラルンプールの病院に多くの産婦が搬送されている事実を知り、「カジャンには開業のチャンスがある」と思ったという。

また国立病院で出産費用を課すようになったのは、1982年の料金法 (Fee Act) 制定後のことで、当初は3リンギットであった。¹⁹⁾ それ以前については、「手数料」として入院時に1リンギットが請求されていたという。²⁰⁾

国立病院と比較して出産料金が低いにも関わらず、私立の医療施設で出産する女性は、確実に増加していたようである。カジャン初の私立産婦人科医院では、開院当時の出産費用が700

17) カジャン・ホスピタルの新病棟建設は、「第2次マレーシア・プラン（1971～1975年）」で策定された [Malaysia 1973: 208].

18) 吸引分娩の器械がカジャン・ホスピタルに入ったのは1970年代の後半で、その他の器機（新生児の心拍監視装置など）については1980年代後半から1990年代にかけて導入された。

19) 1980年代に3人の子を病院出産した女性によると、出産費用は、1980年代終わり頃に10リンギットに値上がりしたという。

20) 1970年代に3人の子どもをカジャン・ホスピタルで出産した華人女性からの聞き取りによる。

リングットであったにもかかわらず、1985 年には 438 人の産婦がここで出産している。²¹⁾ さらに華人女性の間では、この産婦人科医院の開業前からクアラルンプールの病院で出産する女性もいた。²²⁾

1990 年代になるとカジャン・ホスピタルの産科病棟には大きな変化があった。1991 年、産科専門医が常勤するようになり、高度な医療技術を要する出産が可能になった。出産前に何らかの問題兆候がある場合は、帝王切開をするようになったため、他病院への搬送はほとんどなくなった。また新生児が仮死状態で生まれても、蘇生できるような医療設備と技術を備えるようになり、病院での新生児死亡もほとんどなくなった。

産科病棟内の医療スタッフ数およびその内訳も変化した。1984 年から 2002 年までの各医療専門職数の推移をみると、わずか 15 年の間に、病院内の出産介助者が、助産師から看護師へと変化したことがわかる (表 2 参照)。また医師数の増加は、医師による出産の管理化を連想させる。

では地域住民からみたカジャン・ホスピタルのイメージはどのようなものだったのだろうか。近年までカジャン・ホスピタルは極めて評判の悪い病院であった。地域住民からの聞き取りによると、主たる理由は 2 つあったようである。1 つは医療設備と技術に対する不満・不信感である。交通事故など迅速かつ的確な処置を要する場合に、救急車でカジャン・ホスピタルへ運ばれることは、「死へのパスポートを手にしたようなもの」とみなされていた。もう 1 つは医療スタッフの接遇の悪さだった。1990 年代前半までの産科病棟では、助産師が母親を「大

表 2 カジャン・ホスピタル産科病棟における医療専門職数の推移

	産科ベッド数 (床)	産科専門医	医師	看護師 ¹⁾	助産師 ²⁾	農村看護師 ³⁾	合計
1984 年	55	0	1	9	19	0	29
1990 年	55	0	1	14	19	0	34
2002 年	76	2	6	37	1	18	64

出所：KHAR [1984; 1990] および 2002 年フィールド調査をもとに作成。

注 1) 産科病棟で働く看護師は、すべて助産師資格を有する。

2) 助産師は、2 年間の教育過程を修了した政府系助産師を指す。

3) 農村看護師が病院で働くことができるようになったのは 1997 年以降のことである (それ以前はクリニックのみの配属であった)。

21) 438 人の産婦の民族の内訳は、マレー人 178 人 (41%)、華人 210 人 (48%)、インド人 49 人 (11%)、その他 1 人 (0.2%) であった (A 医院所蔵、1985 年出産台帳による)。インド人医師によると、この病院で出産したマレー人は、そのほとんどがマレーシア国民大学の職員かその家族であったという。

22) 「わたしたち華人は、私立の産婦人科を選ぶ人が多い。お金を持っている人が多いし、自分たちの言葉に対する嗜好もある。カジャン・ホスピタルは政府の病院なのでマレー語が使われる。わたしの母親はスムニー (Semenyih, ウランガット郡内の一行政村) に住んでいたが、叔母の勧めで、クアラルンプールの中華産科病院でわたしと弟 2 人を出産した。わたし自身はカジャンの華人開業医のところへ出産した」(32 歳華人女性、2002 年 7 月聞き取り)

声で叱りとばしていた」ようで、「怒鳴られて嫌な思いをするよりは、お金を払ってでも私立病院に行ったほうがまし」と私立病院を選ぶ人も多かったという。

カジャン・ホスピタルは2000年に増改築されて、全体のベッド数は306床となった。産科については、1等病室をもつ新病棟が建設され、ベッド数は76に増床された。新病棟は最新の医療器機を備え、さらにその隣の建物には新生児集中治療室が設置されるなど、新生児・小児医療の充実も図られた。また医療者の接遇についてもこの10年間で改善がみられた。最近では「ベンツで乗り着けてカジャン・ホスピタルで出産する」と言われるほどになっている。

このようにカジャン・ホスピタルの産科は、カジャンひいては半島部マレーシアの社会経済的状況を反映しながらいくつかの段階を経て変化を遂げてきた。カジャン・ホスピタルは、イギリス植民地政府によって19世紀末に建設されたが、ベッド数の変化からわかるように、1970年代半ばまでは極めて規模の小さな病院であった。1970年代に新経済政策を受けて、カジャン・ホスピタルではベッド数の増床や医療機器の導入などハード面で病院の拡張がなされた。しかしながら、医療を扱う人材と医療技術の不足は1980年代まで続いた。1990年代以降になると、産科専門医の確保などソフト面においても病院機能の拡充が図られ、カジャン・ホスピタルでも高度医療が実施されるようになった。

一方でカジャン・ホスピタルの外に目を向けると、1980年代以降はカジャン近郊に私立の医療機関が建設されるようになり、女性の出産場所の選択肢が増加した。そのなかで出産場所としての病院は、その評判や、提供される医療サービスなどに大きく影響を受けて選択されるものであったのである。

2. カジャン・ホスピタルの『出産台帳』（1957～2000年）から

2.1 『出産台帳』について

病院での出産を把握するのに極めて有益な情報源が出産台帳である。カジャン・ホスピタルには、マラヤ連邦の独立年である1957年から調査時の2002年現在までの出産台帳が保存されている。出産台帳は、カジャン・ホスピタルに限らず、出産を扱うすべての病院で保存が義務づけられている。²³⁾

台帳の記載内容は、出産年月日と時刻、産婦および配偶者の氏名、産婦の身分証明書番号・民族・年齢・妊娠回数・住所、出産様式、創部の縫合の有無、出産介助者の氏名、新生児の身長・体重・性別、出生証明書の発行番号などである。1985年以降は、先述したものに加えて、産婦の職業、出産時の妊娠週数、妊婦健診を受けたクリニックの名前、配偶者の氏名・民族・

23) これは、台帳の記載内容に基づいて発行される出生証明書が、市民権との関わりが深い重要書類であり、紛失による再発行の際に必要であるためと考えられる。

職業、産婦および配偶者の国籍なども記入されるようになっていく。

出産台帳からはマレーシアの社会状況を垣間みることができる。たとえば、1950年代から70年代初めまでの出産台帳は英語で記入されている。イギリスによって植民地時代に導入された記録方法が、独立後のマレーシアの病院でそのまま踏襲されていたことがわかる。ところが1975年ごろを境に台帳の記載はマレー語へと変化している。これは1970年代以降のマレー人優遇政策の一環として、マレー語教育が推進された結果であると考えられる。看護教育においてもマレー語使用を推進する動きがあった [MOHAR 1971/72]。また1985年以降の記載項目の増加を反映して、出産台帳の大きさも変化した。それまではA4判のノート見開き2ページにわたって記載されていたのだが、1985年ごろから51×35cmという大判の台帳が用いられるようになっていく。この台帳は、全国の国立病院で使用されており、国立病院における出産が画一化していることがうかがえる。

出産台帳には産婦の「民族」が記されている。ただし、これはマレーシアの公的な（人口センサスに定義されている）民族分類とは必ずしも一致していない。²⁴⁾ 台帳を記載した看護師・助産師の、その時々判断に基づいて分類されている。ここでは出産台帳のなかの「民族」をそのまま分析の指標として用いた。

本稿で分析対象としたのは、1958年以降、約5年毎の出産台帳、計9年間分である。²⁵⁾ 出産台帳からのサンプリングの方法としては、出産順で産婦の名の横にふられている台帳の番号をもとに、母数の10分の1に相当するサンプルの抽出を行った。選定した台帳9年間分の出産数の合計は、2万5,744件であり、そのうち2,531件を抽出した。

2.2 カジャン・ホスピタル産婦の民族別比較

2.2.1 病院出産数とウルランガット郡人口の動態

カジャン・ホスピタルにおける合計出産数は、1958年から2000年まで年々増加している（図2参照）。これをウルランガット郡の人口推移（図3参照）と比較してみると、郡の人口増加と連動する形でカジャン・ホスピタルの出産数が増加していることがわかる。これは人口が増えたため病院出産の件数も増えたということなのであろうか。マレーシアは複合社会として名高い。主要民族の間で病院出産に関する違いはみられないのであろうか。この点を出産台帳に基づいて解明してみたい。

24) たとえばマレー系先住民のオラン・アスリについていえば、台帳のなかで「マレー人」とされていることもあれば、「その他」に分類されていることもある。またシク教徒についても、「インド人」に分類されることもある。「その他」とされていることもある。公的な人口センサスでは、オラン・アスリはブミプトラ、シク教徒はインド人にそれぞれ分類されている。さらに東マレーシアのサバ・サラワク州の住民にいたっては、「サバ人 Sabahan」「サラワク人 Sarawakian」と、出身州をそのまま「民族」にされている。

25) カジャン・ホスピタルに所蔵されている出産台帳（1957～2002年現在）のうち、1958年以降の台帳を分析対象としたのは、1957年の出産台帳には産婦の民族分類がなされていないためである。この理由は不明である。

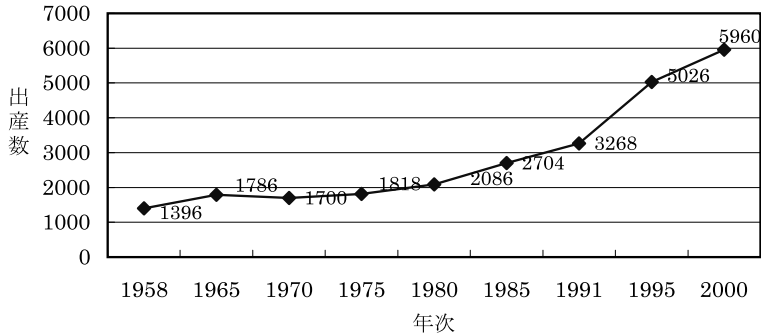


図2 カジャン・ホスピタルにおける出産数の年次推移
出所：カジャン・ホスピタル『出産台帳』より作成。

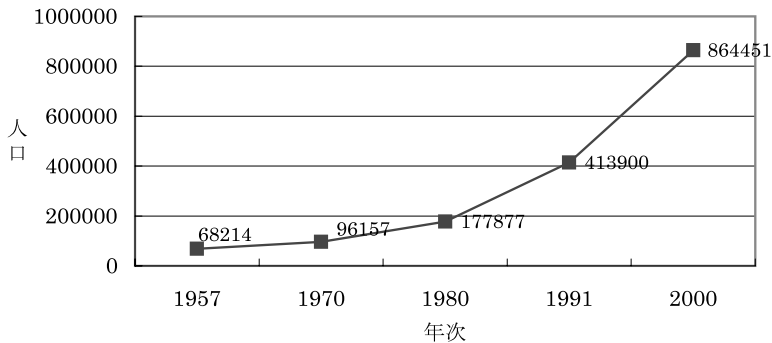


図3 ウルランガット郡における人口の年次推移

出所：Department of Statistics, Federation of Malaya [1958]; Department of Statistics, Malaysia [1972; 1987; 1995; 2001a] より作成。

そこで以下では、病院出産数の増加の背景を考察するために、産婦の属性の1つである「民族」を分析指標とし、マレー人の出産形態の変化に分析の主眼をおきながら、比較の視点として華人、インド人の動向についてもみていくことにする。なお「その他」に分類される民族については、母数が少ないため、ここでは比較検討の対象とはしない。

2.2.2 産婦の民族別割合にみる歴史の変遷

カジャン・ホスピタルの産婦の民族別割合は、マレー人の割合が1958年以降、増加の一途をたどる一方で、華人・インド人割合は減少している。また1985年以降は、「その他」の割合が増加していることもみてとれる(図4参照)²⁶⁾。これをウルランガット郡の民族別人口割

26) 「その他」の民族および国籍の詳細な内訳は不明である。しかし産科病棟の看護師によると、「その他」の多くは、海外(おもにインドネシア)からの出稼ぎ労働者およびその家族であるという。「その他」の割合が増加しはじめたのは、新経済政策以降のカジャン近郊への外国人労働者の流入とも、ちょうど时期的に重なっている。

合（図5参照）と比較してみよう。

1958年にカジャン・ホスピタルの産婦の民族構成割合は、マレー人12%、華人49%、インド人38%であった。1957年の郡人口の民族割合は、マレー人40%、華人43%、インド人16%であったので、郡の民族割合に対して、カジャン・ホスピタルで出産したマレー人の割合がごく少ないことがわかる。

同様に1970年についてみると、カジャン・ホスピタルにおける産婦の民族別割合が、マレー人27%、華人43%、インド人30%であるのに対して、郡人口は、マレー人41%、華人41%、インド人18%となっている。やはりマレー人の割合が少ないことがわかる。

1970～80年になってようやく、カジャン・ホスピタルの産婦の民族別割合は、郡人口の割

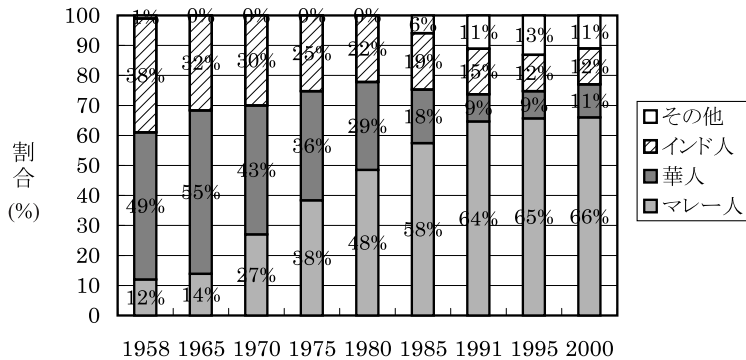


図4 カジャン・ホスピタル出産数の民族別割合の推移
出所：カジャン・ホスピタル『出産台帳』より作成。

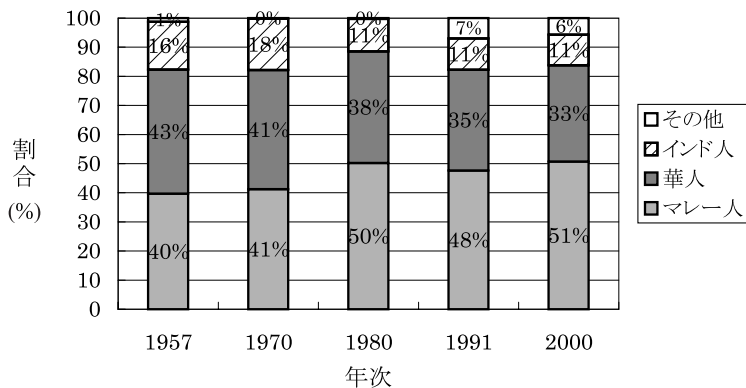


図5 ウランガット郡における民族別人口割合の推移

出所：Department of Statistics, Federation of Malaya [1958]; Department of Statistics, Malaysia [1972; 1987; 1995; 2001a] より作成。

合とほぼ一致してきたことがみてとれる。

では1958年から1970年にかけて、マレー人のカジャン・ホスピタルでの出産割合が低かったのはなぜなのだろうか。そこで限られたデータではあるが、1968年と1972年の2時点における、各民族の出産形態を横断的に比較してみたい。

1968年のウルランガット郡においては、華人・インド人産婦の90%が病院で出産していた[MDSAR 1972: 127, 135]。これに対して、マレー人の病院出産の割合は29%に過ぎなかった(図6参照)。またマレー人の自宅出産のうち、その半数以上が、伝統的産婆などの近代医療に基づく訓練経験をもたない者による介助であった。これが1972年になると、マレー人の病院出産の割合は45%に増加し、また自宅で出産した場合でも、伝統的産婆ではなく、政府系助産師の介助する割合が増加している。

これらのことから、華人、インド人が早期から病院で出産していたのに対し、マレー人は自宅で出産する傾向があったことがわかる。そして自宅出産の介助者は、伝統的産婆から政府系助産師へ変化したといえる。

なお1991年以降においては、カジャン・ホスピタルで出産するマレー人産婦の割合が、郡のマレー人口の割合を上回っている(図4, 図5参照)。これはマレー人の割合の増加というよりは、むしろカジャン・ホスピタルにおける華人の出産割合の著しい減少を反映している。スランゴール州においては、すでに1990年には州内における出産の90%以上が病院出産であったことから[MOHAR (Family Health) 1990]、カジャン・ホスピタルにおける華人の割合の減少には、華人の出生率の低下、あるいはカジャン・ホスピタル以外の病院利用の増加という2つの要因が推測される。

まず華人の出生率についてみてみよう。1990年における華人の出生数の割合は、郡全体の出生数の27% (2,816人)であった[Department of Statistics, Malaysia 1992]。これに対して1991年のカジャン・ホスピタルにおける華人の出産割合は9% (308人)にとどまっている。

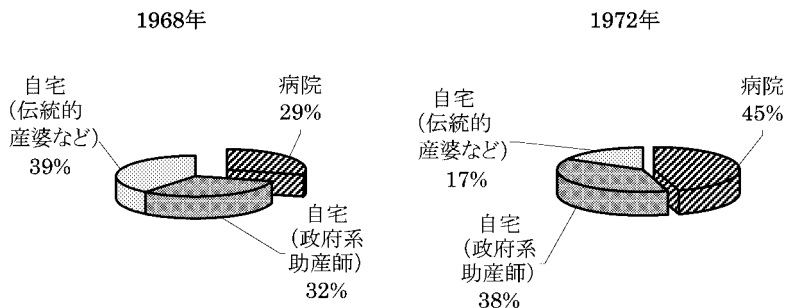


図6 ウルランガット郡におけるマレー人の出産場所・介助者の推移 (1968年と1972年)
出所：MDSAR [1972] より作成。

このことから、多くの華人がカジャン・ホスピタル以外の病院で出産し、結果的にカジャン・ホスピタルにおける華人の割合が減少する一方で、他の医療施設を利用する華人が著しく増加したことが考えられる。²⁷⁾

ここでカジャン・ホスピタルにおける出産数の増加倍率とウルランガット郡内人口の増加倍率を、民族別に比較してみよう(図 7 参照)。なおインド人に関しては、郡の人口増加とほぼ並行して、カジャン・ホスピタルにおける出産数も増加している。マレー人、華人と比較して出産行動をめぐる顕著な傾向がみえにくいところから、以下の議論ではインド人については省略する。

華人については、1958 年以降、郡人口が増加する一方で、カジャン・ホスピタルでの出産数は減少し続けている。先述したように、これは他の病院利用の増加を反映している。しかし

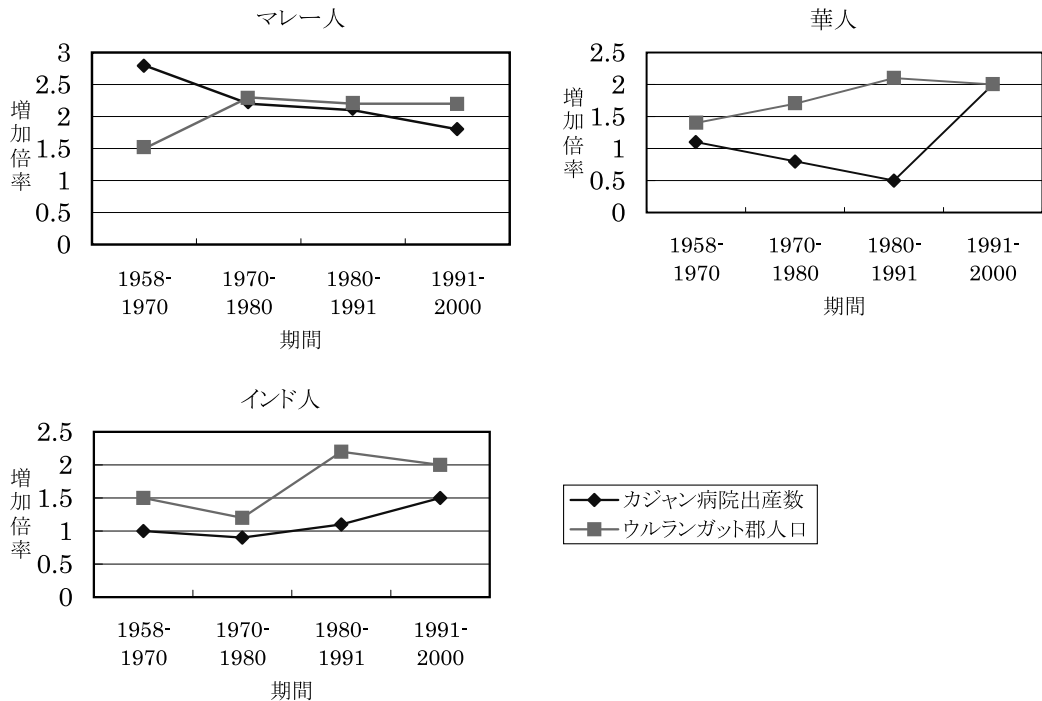


図 7 カジャン・ホスピタルの出産数およびウルランガット郡人口の増加倍率の民族別比較

出所：カジャン・ホスピタル『出産台帳』および Department of Statistics, Federation of Malaya [1958]; Department of Statistics, Malaysia [1972; 1987; 1995; 2001a] より作成。

注 1) 増加倍率が 1 の場合は、期間中に人数の増減がないことを示す。

2) 1958-1970 年のウルランガット郡人口の増加倍率の算定には、1957 年の人口センサスを用いた。

27) 注 22) にあるように、華人産婦は、華人医師の産婦人科医院を出産場所として好む傾向がある。カジャン中心部の華人医師の産婦人科医院では、産婦の 75.5%が華人であった (B 医院所蔵, 2000 年出産台帳による)。

1991年から2000年の間に、カジャン・ホスピタルにおける出産数は増加傾向に転じていることがみてとれる。この理由として、華人の産婦・看護師から聞き取った内容を集約すると、次の3点になる。第1に、1991年以降カジャン・ホスピタルに産科専門医が常勤するようになり、産婦の病院への信頼度が増したこと、第2に、1990年代の終わりの経済危機を受けて、これまで私立の医療機関を利用していた産婦が、出産料金の安価な国立病院に戻ってきたこと、第3に、2000年の産科新病棟の開設により、カジャン・ホスピタルでも十分な医療サービスが受けられるようになったこと、である。

一方でマレー人については、1958年から1970年にかけての郡人口が1.5倍に増加しているのに対して、カジャン・ホスピタルでの出産数は2.8倍になっている。この期間に、病院出産する人の割合が急激に増加したといえる。ではこの背景には何があったのだろうか。

1960年代のマレー農村は政府主導の農村開発期にあたり、村へのクリニック建設が急速に進められた。特に1960年から65年にかけて、半島部マレーシアにおけるクリニック数は急増した。なかでも助産師クリニックの建設数は、わずか5年間で600にも達している(図8参照)。このようにマレー人の病院出産が増加した時期は、農村におけるクリニック建設の拡大期とちょうど重なっている。このことからマレー人の出産場所は、クリニックを介して自宅から病院へと移行した可能性が考えられるのではないだろうか。

この仮説はカジャン・ホスピタルにおけるマレー人産婦の居住地の変遷からも裏付けることができる(図9参照)。すなわち、農村にクリニックが建設された1958年から65年の間にマレー農村からの出産が急激に増え、以後75年まで増加し続けている。ちなみに1958年におけるマレー人産婦の居住地は、約40%が幹線道路沿い、約30%が政府機関の宿舎であった。つまり1958年においては、交通の便の良さといった地理的条件ないしは、近代医療に対する

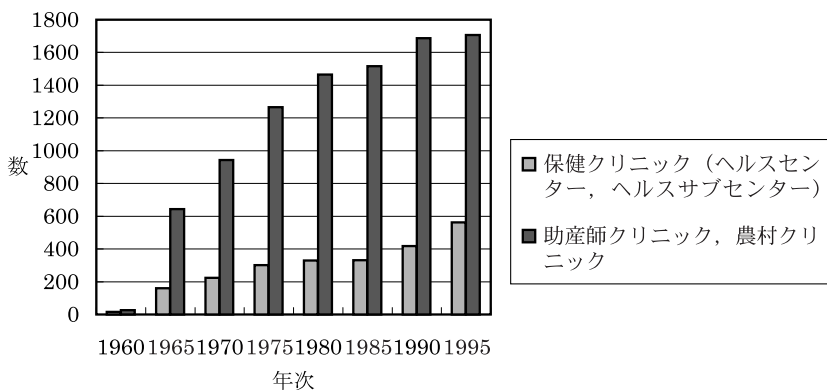


図8 国立クリニック数の推移 (半島部マレーシア)

出所：MOHAR [1980]; Malaysia [1981; 1986] ほかより作成。

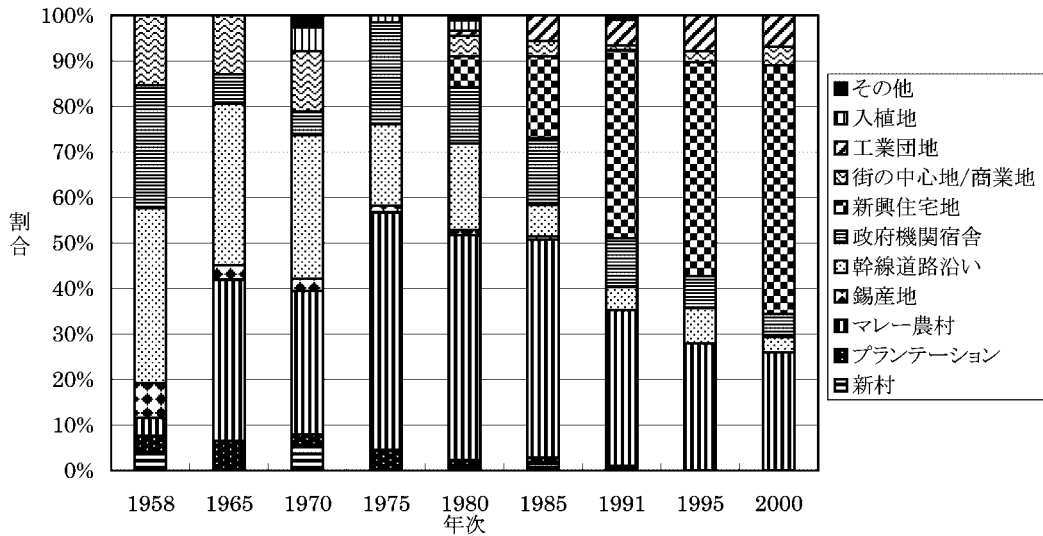


図 9 カジャン・ホスピタル，マレー人産婦の居住地の変遷

出所：カジャン・ホスピタル『出産台帳』より作成。
 注）抽出したサンプルの居住地を百分比で示した。

認知度の高さが、病院を出産場所を選択した要因と推測される。植民地期から都市的な職業につき、都市に暮らすマレー人が存在していたことが知られているが [永田 2000: 121]，マレー人の出産の病院化は、まさにこのような人々から始まったのである。そして 1980 年代以降は、農村部に居住し続けるマレー人に加えて、開発によって都市近郊のタマン (*taman*) と呼ばれる新興住宅地に居住するようになったマレー人も、病院（カジャン・ホスピタル）で出産しているといえる。

出産台帳の分析をとおして明らかになったことは、出産の病院化という半島部マレーシアに均一の現象をみたときに、民族によってその起こり方と起こりはじめた時期に異同があったということである。華人、インド人が早期から病院で出産していたのに対し、マレー人は農村の自宅で出産する傾向があった。しかし 1960 年代以降は、農村部に居住するマレー人も病院で出産するようになった。

このように出産の病院化において民族間で違いが表れたのはなぜなのだろうか。その背景を、国家による母子保健への介入、すなわち母子保健制度の展開過程に注目しながら次章で明らかにしたい。

3. 出産の病院化における民族間の異同一母子保健制度との関わりを中心に一

3.1 イギリス植民地時代—労働者偏重の医療システム—

イギリス植民地時代の保健医療サービスは、都市部の病院に重点を置いたものであった。マラヤ連合州にはじめて病院ができたのは1878年のことであった。²⁸⁾ その目的は、第1に植民者であるヨーロッパ人、第2に植民地経済と直接の関わりをもつインド人・華人労働者たちを対象にした健康管理にあった [Manderson 1996: 15-16, 34-36].

インド人労働者の多いプランテーションでは、労働法 (Labour Code) により、労働者への医療と初等教育の供給が、経営者の管理責任として規定されていた。そのため規模の大きいプランテーションは、農園内に病院 (Estate Hospital) を所有していた [FMAR 1952: 2; Gullick 1998: 161-162].

他方、華人が多くを占めていた鉱山労働者についても、労働法が適用されたが、鉱山業に対しては医療施設の設置が義務づけられなかった [Manderson 1996: 82]. しかしながら、鉱山業、商業により富を蓄積した華人が、自ら資金を拠出し合って中華病院 (Chinese Hospital) と呼ばれるコミュニティ・ホスピタルを建設した [FMSAR 1934: 24; FMAR 1949: 19; Manderson 1996: 21-22, 66]. この病院の医師や看護師の大部分は、華人によって構成されていた [Ooi 1991: 168-169].

法律や施設面以外で重要なことは、インド人、華人ともにマラヤの移民人口であったことである。故郷では独自の出産慣行や儀礼、伝統的出産介助者のもとで行われていたに違いない出産を、故郷におけるそれらと同じように移住地で実践することは不可能であった。このような状況は、インド人と華人による近代の出産施設の受容を促進するものであったと考えられる。

これに対して、マレー人は大部分が農村部に居住し、固有の出産慣行に基づき伝統的産婆の介添えによって出産をしていた。また都市から比較的遠い地域に居住していたため、都市部の病院を中心に展開される近代医療に接する機会が限られていた。さらにマレー人の多くは「見知らぬ空間に閉じ込められる」(入院する) ことに恐怖を抱き、またムスリム (イスラーム教徒) であることから、病院で非ムスリムに世話をされたり、食事を与えられたりすることへの抵抗感も強かった [FMAR 1949: 21-22; Field 1951; Gullick 1987: 259-260].

母子保健についてみると、植民地政府は20世紀初頭以降、マラヤにおいて民族に別なくみられる高い乳児死亡率に関心を払うようになった。²⁹⁾ その理由の1つは、もともと人口希薄で

28) ベラ州のタイピン、続いてクアラルンプールに設立された [Manderson 1996: 15]. ただしこれ以前であっても、17世紀以降は、商館つきのヨーロッパ人医師が派遣されていた。彼らの任務はヨーロッパ人の治療にあったが、アジアの一部エリート層に対しても治療を行うことがあった [大木 2002: 107-110].

あったマラヤにおいて、労働力増強を重要課題とした政府が、成人労働者を中国・インド本国から連れて来るよりも、現地で「再生産」するほうが経済的であることに気がついたためである [Manderson 1998].

たとえばインド人労働者については、一家でプランテーション農園のなかの「長屋」(lines)で生活し、両親のみならずその子どもたちも、幼い頃からプランテーション労働に従事することが多かった [Jain 1970]. そのため植民地政府にとっては、労働者の再生産の支援が、次世代の労働力確保につながるという実感を得やすかった。1920年代には労働法によって、プランテーションの女性労働者は、産前産後にそれぞれ 1 ヶ月間の出産休暇を取ることが保障された。また出産 6 ヶ月前の労働実績を基準として、産休中の手当金が支払われるようになった。ペラ州のプランテーションの例では、生後 3 ヶ月の時点で乳児が生存していれば、母親に 5 ドルのボーナスが支払われた [Manderson 1996: 138-139].

華人女性に関しては、先述したコミュニティ・ホスピタルでの出産が多かったようである。1937年のクアラルンプール中華産科病院 (Chinese Maternity Hospital, Kuala Lumpur) では、3,983 件の華人産婦による出産が報告されている。同年のスランゴール州全体における政府系病院での出産数が 1,774 件であったことから [FMSARSEPPS 1937: 13], 多数の華人女性が、コミュニティ・ホスピタルを出産場所として利用していたことがわかる。

マレー人女性については、村の自宅で出産するのが普通であった [Manderson 1998: 32-33]. 農村で出産するマレー人に対しては、早くは 1910 年代や 20 年代に、ヨーロッパ人看護師やイギリス赤十字、その他ボランティア団体などが農村を訪問し、新生児の予防接種や、栄養・授乳指導を行っている [FMSAR 1933: 24; Manderson 1998: 37-39].³⁰⁾ 産後については、警察署に届けられた出生記録をもとに、家庭訪問が行われた。³¹⁾ また植民地政府は、農村における出産の介助者として、マレー人女性の助産師を養成しようとしたが、これは成功しなかった。マレー人社会では、伝統的産婆が高い地位にあったためである [Manderson 1998: 30].

上述のように、植民地時代の医療システムは、経済効率の観点から労働者の健康管理を重視したものであった。母子保健に関しても同様に、労働者の再生産を促進する政策が展開されたといえる。健康管理が雇用主の義務とされたインド人女性と、都市部に居住し、コミュニティ・ホスピタルへのアクセスも容易であった華人女性の間には、植民地時代から徐々に近代

29) 乳児の死因は、未熟児、けいれん（破傷風を含む）などであった。都市部では劣悪な衛生環境、農村部では医療サービスの欠如が、その誘因としてあげられた [Manderson 1996: 202-206].

30) 植民地期の年次報告書のなかでは、マレー人の住居の不適切さ、特に「狭い、暗い、不潔」といったことや、食物禁忌などの出産慣行が、マレー人の高い乳児・妊産婦死亡率の原因と結びつけられ、批判の対象とされている [FMSAR 1937: 83].

31) 出生および死亡の登録が義務づけられたのは、海峽植民地（シンガポール、マラッカ、ペナン）では 19 世紀末、その他の州では 1920 年代であった [Leete 1996: 192-193].

医療の浸透が始まっていた。しかしマレー人については、植民地経済を直接支える部門の労働者にはならなかったため、政府から保健医療に関する大々的な介入を受けることはなかった。

3.2 第二次世界大戦後から1960年代にかけて一農村開発のなかの母子保健一

農村における保健医療が省みられるようになったのは、1950年代になってからのことである。1952年のマラヤ連邦医療局の年次報告書に、はじめて農村保健 (Rural Health) の項目が登場した。ここには以下のように記されている。

「マラヤの保健医療サービスにおいては、民族や職種によって違いがあってはならない。マレー人、華人、インド人が一共同体の構成員として、等しくこれを享受しなければならない。過去においては、都市と農村では提供される保健サービスに大きな偏りがあった。(中略) 農村保健はこれまで取り残されてきた」 [FMAR 1952: 16-17]

この理念に基づいて1954年には、農村保健計画 (Rural Health Scheme) が策定された。これは人口2,000人に対して助産師クリニック、1万人に対してヘルスサブセンター、そして5万人に対してヘルスセンターの設置を目指すものであった。助産師クリニックには宿舎が併設され、自宅出産の介助者として、政府系助産師が1人ずつ派遣された。またヘルスサブセンターには助産師、准看護師、薬剤師、衛生検査員が、ヘルスセンターにはこの4専門職に加えて医師、歯科医師、保健師長、保健師がそれぞれ配属された。農村保健計画のなかでは、ヘルスセンターがヘルスサブセンターを、ヘルスサブセンターが助産師クリニックをそれぞれ管轄することから、「3層 (three-tier) システム」と呼ばれた [FMAR 1954: 18]。

このように農村保健に関心が向けられるようになった時代背景としては、次の2つの事柄があげられるであろう。第1に共産主義ゲリラに対する「新村計画」、第2にマラヤ連邦の独立 (1957年) に向けての動きである。

1948年、主として中国系住民で構成されたマラヤ共産党が反英武力闘争を開始し、植民地政府は非常事態を宣言した (1948~60年)。政府は、ゲリラへの資金および食料補給路の遮断を目的として、プランテーションの外縁地域などに存在し共産主義支持者の多い不法居住地区の住民を、「新村」に強制移住させた。「新村」では電気、水道、学校、クリニックなどのインフラストラクチャーがあらかじめ整えられていた。1950年から52年にかけて57万人が480の「新村」に移住したが、その86%は華人であった。農村保健の理念を発表した1952年の時点で、植民地政府の想定していた農村 (village) は、マレー農村 (Malay village) だけでなく、「新村」 (New Village) も含まれていた [FMAR 1952: 16-17]。

第2の背景として、この時期のマラヤでは、独立への準備が進められ、マレー人の生活基盤の拡充が図られていたことがあげられる。1946年にはダト・オンにより、マレー人の政治

組織である統一マレー人国民組織 (United Malays National Organization, 以下 UMNO) が結成され、マレー人の特権を擁護する運動を展開した。さらに 1955 年にははじめての総選挙も行われ、まさにマレー人主体の国家作りにより乗り出したところであった。独立に際して、マレー人の知識層や政治家が抱いていた懸念は、華人が急激に人口比を伸ばしていることであった。経済を華人に支配されているマレー人にとっては、数のうえでも華人がマレー人を凌駕すれば、もはやマラヤはマレー人の国ではなくなるとの危惧を抱いていた。1940 年代終わり頃から政治家の演説や政府刊行物のなかで、マレー人の栄養状態や近代医療へのアクセスが華人よりも悪いこと、死亡数が出生数を上回っていることなどが取り上げられるようになっていく [Harper 1999: 229-233]。半島部マレーシアにおける民族別の合計出生率と乳児・妊産婦死亡率の推移をみてみると、³²⁾ 1950 年代にはマレー人の合計出生率が、華人、インド人と比較して低いのにに対し、逆に乳児・妊産婦死亡率においては最も高率を示していることがわかる (図 10 参照)。マレー人の合計出生率が低かった原因としては、第 1 にマレー人の離婚率が高かったこと、第 2 にマレー人の授乳が比較的長期間で、これに伴う無排卵期間の延長があったこと、の 2 点が考えられる [Leete 1996]。

また UMNO の創始者ダト・オンの妻が、「伝統を死なすとも、子どもの生命は守ろう」(Let the custom die, but not the child) と提唱して、マレー人を対象とした保健医療サービスの向上を訴える動きもあった [Harper 1999: 71]。これは、マレー人の格言「子どもを死なすとも、伝統の命は守ろう」(Let the child die, but not the custom) を転用したものである。

このように UMNO やマラヤ連邦政府が、母子保健を中心とした農村保健に関心を払うようになった背景には、マラヤの主権者としてのマレー人が、自分たちの人口比を増やす必要性に駆られていたことがあげられる。また母子保健は「結果が見えやすい」保健医療分野の 1 つであり、UMNO を中心とした新体制へのマレー人支持率を向上させる効果も期待できたのではないだろうか。

農村保健計画の具現化策として、ハード面ではクリニックの建設、ソフト面では医師・看護師・助産師など医療専門職の養成と登録が進められた。³³⁾

クリニック建設は、開発基本計画であるマレーシア・プラン (Malaysia Plan) のなかで策定され、1960 年代に入ると、政府主導の農村開発とあいまって急速に進められた。半島部マレーシアにおけるクリニック数の推移については、図 8 でみたとおりである。このクリニッ

32) 合計出生率とは、15 歳から 49 歳までの女子の年齢別出生率を合計したもの。1 人の女子が、仮にその年次の年齢別出生率で一生涯の間に生む、としたときの平均子ども数を表わす。

33) 英領マラヤのシンガポールに現地人養成のための医学校 (1921 年、エドワード 7 世医学校と改名) が設立されたのは 1905 年であった [Danaraj 1988: 1]。看護師、助産師については、戦前は州の管轄下でおもに病院で養成されていたが [FMAR 1950: 22]、1946 年、ペナンにはじめての看護学校が設立された [FMAR 1949: 23]。

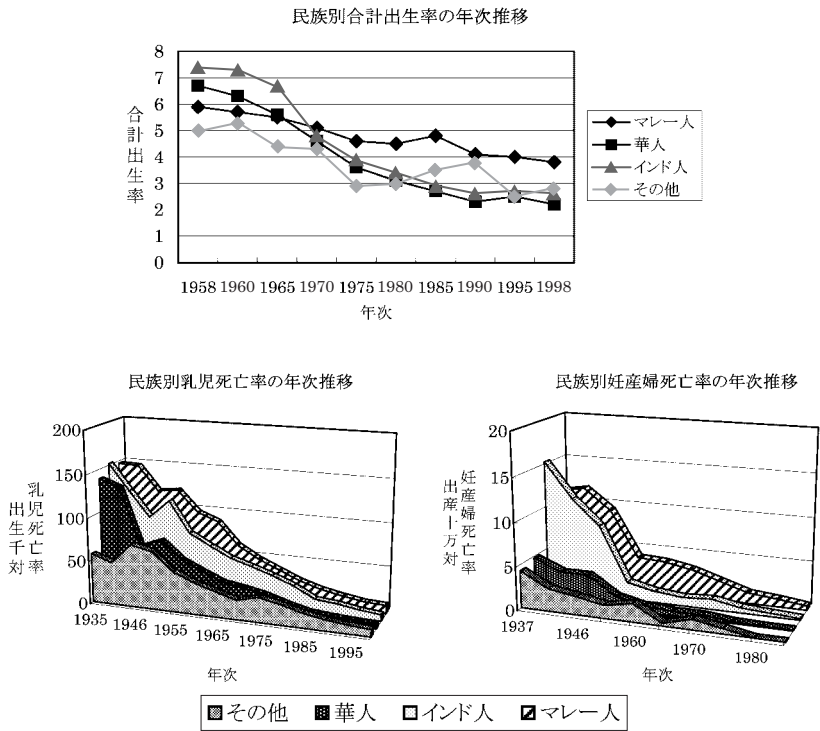


図 10 民族別の合計出生率、乳児・妊産婦死亡率の年次推移（半島部マレーシア）

出所：Department of Statistics, Malaysia [1991; 2001b] より作成。

- 注 1) 1970 年以降のインド人は、スリランカ人を含む。
- 2) 1991 年以降のマレー人は「ブミブトラ」を指す。

クの設置は、農村部に居住するマレー人が、はじめて日常的に近代医療に接触する機会となった。また、1950 年代から 60 年代にかけての農村保健の最優先事項が母子保健サービスの拡充であったことも、1971 年までの農村保健従事者の 70%以上が母子保健の専門家であったことからうかがえる [MOHAR 1971/72: 79]。

3.3 新経済政策以降一病院機能の拡充、農村保健の変化、人口増加政策一

1971 年から実施された新経済政策を受けて、マレー人は都市部に流入するようになった。就業あるいは高等教育の機会を得て、農村から都市に移住したマレー人女性も少なくなかった [Ackerman 1984; Ong 1987; Jamilah 1992]。都市人口の増加に対応して、1970 年代半ばにはマレーシアの多くの主要都市で、国立病院の新設あるいは拡張計画が実施された。第 1 章で述べたカジャン・ホスピタルの拡張も、この計画の一環として実施された。

また都市部で病院機能の拡大が図られる一方で、1954 年に導入された農村保健計画に修正が加えられた [Malaysia 1973: 208]。すなわち従来の「3 層システム」に代えて、1972 年に「2

層システム」が導入された。「2 層システム」では、ヘルスセンターとヘルスサブセンターが統合されて保健クリニックとなった。さらに助産師クリニックは、農村クリニック（クリニック・デサ *klirik desa*）に格上げされた。農村クリニックでは、従来の自宅出産の介助を中心とした母子保健サービスだけでなく、初歩的な治療行為、小児保健、予防接種、栄養教育および健康教育などのさまざまな保健医療サービスを提供することが目標とされた。農村クリニックは、連邦土地開発庁（Federal Land Development Authority, 以下 FELDA）の入植地における保健医療サービスの必要性から考案されたが [MOHAR 1971/72: 76]、その重点項目を母子保健から、医療行為全般に拡大することにより、農村保健の全体的な底上げを図ったといえる。³⁴⁾

母子保健制度に関してもう 1 つ重要なのは、1984 年に発表された新人口政策 (New Population Policy) である。これは 2100 年までに、国の人口を当時の約 5 倍の 7,000 万人に増加させようとするものである。³⁵⁾ 具体的には「5 人子政策」を打ち出し、勤労女性への出産休暇・給付を第 3 子から第 5 子にまで拡大した。また税制を改革し、子どもに対する控除額を大きくした。この政策は、華人やインド人の後を追うかのように生じたマレー人の出生率低下傾向に、一定の歯止めをかける効果をもたらした [平戸 1989; Leete 1996: 176-177]。その結果、マレー人の出生率は 3 民族のなかでもっとも高レベルを維持し (図 10 の民族別合計出生率の年次推移を参照)、一部マレー系インドネシア人の流入・帰化とあいまって、国内の民族構成のうちマレー人の割合を着実に伸長させているのである。

このように、イギリス植民地時代からの母子保健制度の流れを概観すると、マラヤ/マレーシアの社会経済的状况を反映して、その内容も変化を遂げてきたことがわかる。なかでも政府によって近代医療が導入される過程は民族によって大きく異なり、これが出産の病院化における民族間の相違をもたらしたといえる。

華人とインド人が、イギリス植民地政府の保健医療政策によって、早期から病院出産していたのはすでに述べたとおりである。これに対して、農村部に居住するマレー人は自宅でお産する傾向があった。この理由は、1 つは農村部における保健医療の整備が遅れたためであるが、もう 1 つはマレー人が、村落社会のなかで伝統的産婆を有していたためでもある。19 世紀末以降の移民であった華人、インド人女性が伝統的産婆をもたなかったのに対して、マレー人の伝統的産婆は専門性が高く、人々の信頼も厚かった。そこで次章では、マレー人の伝統的産婆が制度によって出産の場から排斥され、周縁化されていった過程を論じる。

34) FELDA は土地無しあるいは土地保有の少ないマレー人農民に対する、政府開発地への入植事業を行う機関。FELDA 設立の経緯などについては、堀井 [1998]などを参照。

35) マレーシアにおける最初の人口政策は、1966 年に出生力と人口増加率の抑制を目的として導入された。このような出生抑制から奨励への方針転換は、発展途上国の人口政策としてはきわめて珍しい [平戸 1989: 193]。

4. 産婆職をめぐる制度の変遷

4.1 伝統的産婆の排斥の過程

本節では産婆職をめぐる法規・制度の変遷をたどることにより、伝統的産婆の排斥の過程を明らかにする。

植民地政府は、1905年から母子保健プログラムを導入して、マレー人女性への助産訓練を開始した。同時に既存の伝統的産婆に対しても実地訓練を行った。彼女らを西洋的な医療施設の仲介者とする事で、近代医療の浸透を図ろうとしたのである [Manderson 1996: 207].

イギリスは1920年代から30年代ごろには、産婆職を次の3つのカテゴリーに分類して登録を義務づけた [Manderson 1996: 209].

- 1) A 級：病院における1年間の正式な助産教育の後に、英語で実地訓練を受け、試験に合格したもの（学位に相当）。
- 2) B 級：6ヵ月から9ヵ月間、マレー語で実地訓練を受け、試験に合格したもの。
- 3) C 級：法の施行時、すでに1年以上定期的に産婆業に従事していたもの（政府の定める養成講習を受けた後、B 級に昇格される）。

ここでは教育訓練の期間や言語によって産婆職の分類がなされている。また伝統的産婆については講習を受けさえすれば、政府からの認定を受けた「助産師」になることができた。

産婆職の募集は、おもにマレー人女性と、一部の華人女性を対象に行われた。政府がマレー人女性を産婆訓練の対象としたのは、マレー人女性が、異なる民族の出産介助者を受け入れなかったこと、また非マレー人女性の間でも、マレー人のピダン（産婆）は人気が高かったことによる [Manderson 1996: 208]. しかし募集に対する反応は鈍く、また訓練や仕事を途中で投げ出すものも多かったため、政府の認定する助産師数は非常に少なかった。マレー人女性は依然として伝統的産婆の介助により出産したため、政府はピダンに対する講習を続行せざるを得なかった [Manderson 1996: 209-211].

1954年になると、助産師登録規則 (Registration of Midwives Ordinance) が成立した。ここでは産婆職は次の2つに分類されている [FMAR 1954: 4].

- 1) I 類：看護師資格を有する助産師。3年半の看護教育の後、実地訓練を含む1年間の助産教育を受けたもの。
- 2) II 類：2年間の助産教育を受け、准看護師に相当するもの。

この法が従来のもとは異なるのは、既存の産婆を分類のなかに取り込んでいない点と、看護師の分類に基づいて産婆職を規定している点、特に看護師資格を有する助産師 (nurse-midwife) のカテゴリーを新たに設けたことである。つまり助産師は、助産技術だけでなく、看護師と同程度の近代医学の技術・知識をも兼ね備えることが必要とされた。

続いて 1966 年には、助産師法 (Midwives Act) が成立した。これは 1954 年の助産師登録規則をもとに、国内における助産業務全般と、その従事者について体系的に規定した法である。助産師法のもとで助産師委員会 (Midwives Board) が設置され、助産師の養成や登録などを管轄するようになった。さらにこの法では、助産師委員会の認定を受けていないものが、緊急事態を除いて助産行為に及んだ場合として、2,000 ドル以下の罰金か、1 年を超えない懲役が課せられることになった [The Midwives Act 1966]。ここではじめて、伝統的産婆の出産介助が「違法」であると明文化された。

助産師法によって「違法」とされた伝統的産婆は、「正統」とされた政府系助産師の増加に伴い、その存在と活動において完全に駆逐されてしまうかのようにみえた。しかし 1971 年には、伝統的産婆をめぐる政府の方針の転換があった。すなわち助産師法が一部改正され、伝統的産婆は、助産師委員会のもとで登録可能になったのである。この登録期間は 1971 年から 72 年の 1 年間で、「訓練を受けていない産婆」(untrained midwives) あるいはビダン・カンポンとして登録された。この期間中に登録した伝統的産婆は 3,624 名で、彼女らには国が認定する助産師であることを示すバッジが配布され、出産前後の介助に携わることが許された [MOHAR 1980: 51-52]。

このような制度が導入された背景としては、政府系助産師が利用可能になったにも関わらず、依然として伝統的産婆を好んで利用する女性が多かったことがあげられる [Chen 1975; Abdul Halin 1983]。また地域の社会と文化、しきたりに根づいて人々からの信頼も大きかった伝統的産婆を、政府系助産師が不足している地域における代替介助者として登用し、さらに 1966 年に導入された家族計画プログラム普及のための当面の担い手として動員することで [NFPBAR 1968: 26; MOHAR 1980: 51-52]、出産の管理化・医療化を推し進めようとしたと考えられる。

登録した産婆には、病院あるいは保健センターで開催される 3 週間の再教育コースを受講することが義務づけられた。ビダンの再教育については第 1 章で述べたとおりである。また登録した伝統的産婆の業務は、政府系助産師の補助や産後のマッサージのみに限定された [Chen 1976; Laderman 1983: 105]。つまりこの法の改正によって、伝統的産婆の数は把握され、その業務内容において政府から大きな介入を受けることになった。

伝統的産婆に与えられた登録の機会は 1971 年から 72 年の 1 度限りで、以後は死亡あるいは助産活動の休止などで、その数は減少の一途をたどった。2000 年における伝統的産婆数はゼロとされており、マレーシアには伝統的産婆は存在しないことになっている (図 11 参照)。³⁶⁾

36) 2002 年 5 月、助産師委員会への聞き取りによる。

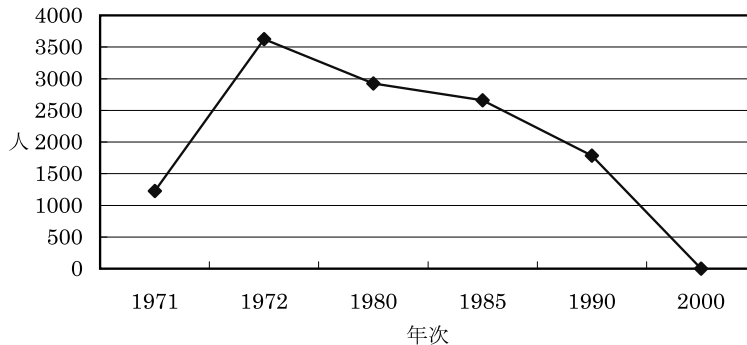


図 11 伝統的産婆の登録数の推移

出所：MOHAR [1971/72; 1980; 1985; 1990] および 2002 年フィールド調査をもとに作成。

4.2 政府系助産師と農村クリニック

1960 年代に入り、農村には助産師クリニックが急速に建設された。このクリニックには、近代医療の訓練を受けた政府系助産師が 1 人ずつ派遣された。農村部のマレー人は助産師をとおして、近代医療に基づく出産に出会うことになった。またクリニック開設後の農村においては、出産の介助者として、伝統的産婆と政府系助産師の両者が並存することとなった。

マレー人の伝統的産婆の多くは、閉経年齢に達した、出産経験を有する女性であった [Chen 1976: 93]。彼女らの出産をめぐる知識・技術の体系は、実践をとおして祖母・母から娘・孫の世代へと伝達された [Laderman 1983: 115-119]。伝統的産婆は、出産を介助するだけでなく、胎盤の埋葬や産後の母体マッサージ、臍の緒が落ちるまでの新生児の世話、女兒の割礼など、実に多様な出産サービスを提供した [Chen 1978]。³⁷⁾ また母児を悪霊から守るための儀礼を行うこともできた。マレー人社会のなかでは、伝統的産婆は特別な魔力 (witchcraft) を備えた存在として、呪医 (ボモ *bomoh*) と並んで人々の尊敬を集めていた [Karim 1984: 159]。

一方、政府系助産師については、1954 年の助産師登録規則の制定後から本格的な養成が開始された [FMAR 1954: 4]。近代医学に基づく助産術を学び、政府によって「正統な」助産師とされて農村部のクリニックに派遣されたものの多くは、若い未婚のマレー人女性であった [Chen 1978: 201; Abdul Halin 1992: 363]。

出産における両者の役割を決定的に分けたのは、前述した 1966 年の助産師法の制定である。この法によって伝統的産婆による出産介助は「違法」とされ、伝統的産婆は単独で出産に立ち会うことが禁止された。一方で政府系助産師は、「正統な」出産介助者として、出生証明書の

37) ビダン・カンポンによる出産サービスの内容については、Chen [1975], Laderman [1983], Hillier [2003: 68-69] などに詳しい。

発行を含めて村における出産の全責任を負うことになった。1970 年代のマレー農村における自宅出産の様子をみると、伝統的産婆と政府系助産師の出産における立場の相違が明確に表れている（写真 1 参照）。

では農村のクリニックに派遣された政府系助産師にとって、村での出産介助は一体どのような経験だったのだろうか。³⁸⁾

「1970 年代のスランゴール州には、1 人の政府系助産師に対して、5 人か 6 人の伝統的産婆がいた。彼女らとは、友好的な関係を保つように心掛けた。産婦が病院を嫌がる場合は、説得を頼むこともあった。彼女らは村のなかに住んでいるので、人々からの信頼も厚かった。産婦の〔病院行きの〕説得といえ、村長や警察官にお願いすることもあった」（60 代マレー人の元政府系助産師、2002 年 7 月聞き取り）

政府系助産師は、初産と 6 人目以上の出産は危険率が高いため、病院出産の適用となることを助産教育のなかで繰り返し学んでいた。そのため政府系助産師が自宅で介助するのは、2 人目から 5 人目の子の出産に限られていた。また、たとえ 2 人目から 5 人目の出産であって



写真 1 伝統的産婆と政府系助産師

1970 年代のマレー農村における自宅出産の様子。向かって右端が政府系助産師、左端が伝統的産婆。実際に出産の介助をしているのは若い政府系助産師で、年輩の伝統的産婆は付添いのみを行っている（出所：Chen [1981: 133]）。

38) 伝統的産婆で、過去に実際に出産介助をしていたものについては、現在では希少な存在となっているため、今回のフィールド調査では聞き取りを行うことができなかった。

も、政府系助産師は、1人で難産の介助をすることを恐れて、問題兆候があるとすぐさま、病院で出産するよう産婦と家族を説得していたようである。この説得は、政府系助産師への聞取りにもあるように、村長や警察官など村の有力者を巻き込んで行われた。実際、産婦が村のクリニックから病院へ紹介・搬送になることは多かった [Abdul Halin 1992: 362].

このようにして、自宅出産の介助を目的として派遣された政府系助産師は、過酷な労働条件や1人で出産の全責任を負わなければならない重圧感から、むしろ病院での出産を奨励することとなった。

最後に出産料金について若干の考察を加えておく。1959年から1972年までに7人の子を伝統的産婆の介助によって出産したマレー人女性によると、伝統的産婆に支払った出産料金は15～20リンギットであった。³⁹⁾ これは、産後の母体マッサージや、臍の緒が落ちるまでの約1週間の新生児の世話料、そして産前・産後の儀礼の料金を含んでいた。一方で政府系助産師による出産介助は、政府の保健医療サービスであるため、第1章で述べたとおり1982年の料金法制定以前は無料であった。しかし出産に政府系助産師を利用した場合でも、マレー人女性については、出産前後の多様な出産サービスを受けるために伝統的産婆を利用するのが普通であった。⁴⁰⁾ つまり、経済的負担を軽減するために政府の母子保健サービスを利用したとは必ずしもいえない。むしろ政府系助産師を利用したのは、彼女らが近代医療に基づく安全で近代的な医療サービスを提供し、「正統な」出産介助者であると政府によって認定されていたためであろう。⁴¹⁾ このように、従来伝統的産婆によって実践されていた妊娠・出産・産後の一連のつながりをもった出産ケアは、政府系助産師の登場によって、出産介助そのものと出産前後の慣行・儀礼の実践に二分されることとなった。そして政府系助産師に一任された出産については、先述した理由から病院化が進行した。このように、自宅出産の介助を目的としてクリニックに派遣された政府系助産師は、むしろ農村部の出産の病院化における媒介者となったのである。

出産体験をめぐる連続性と不連続性—将来の研究課題—

本稿では、カジャン・ホスピタルの『出産台帳』の分析をとおして、出産が国家の政策に

39) 伝統的産婆への謝礼については、地域あるいは産婦家族の経済力などに応じて幅があったようである。1971年のクランタン州における坪内 [1995: 82] の調査では、ビダン・カンポンは1回の出産につき1～4リンギットの謝礼を受け取り、さらに断食明けには白米1ガンタン (*gantang* 1ガンタン=4.546リットル)、あるいはこれに相当する額の現金1.2リンギットを贈られていた。

40) この傾向は、病院での出産が主流となった現在でも継続している。

41) Chen [1978] は、自宅で出産した女性への聞取り調査をとおして、伝統的産婆ないし政府系助産師を出産の介助者として選定した理由を明らかにした。その結果、政府系助産師を選定した主な理由は、「サービスが近代的で、安全」「助産師と知り合いだった」「政府の指導・法律に従った」「助産師が近くに住んでいた」の4点であった。

よって規定され、病院化される過程を、カジャン地域ひいてはマレーシアの社会経済的文脈に位置づけて明らかにした。その結果、半島部マレーシアにおいては、出産場所は自宅から病院へ移行し、また出産の介助者は、伝統的産婆から政府系助産師へ、その後病院の医療専門職へと変化したことが明らかになった。

このような出産の病院化の過程には、民族間で相違があった。すなわちイギリス植民地時代に労働者として移入した華人・インド人が、比較的早期から病院で出産していたのに対し、在来マレー人については、自宅で伝統的産婆を呼んで出産する傾向があったということである。この背景には以下のことが存在する。

まず華人・インド人に関しては、すでに植民地時代から保健医療環境が整備されていたことがあげられる。華人については、植民地早期に建設されたコミュニティ・ホスピタルおよび1948年から60年の非常事態宣言下での「新村」への移住、またインド人に関しては、プランテーション労働者を対象とした健康管理により、近代医療へのアクセスが早期から確立されていた。

一方、マレー人の多くが居住する農村部において、保健医療サービスが供給されるようになったのは、独立後の1960年代になってからである。農村部に建設されたクリニックは、マレー人の出産の病院化を推し進める役割を果たした。また同時期に、産婆職を規定する制度が確立され、マレー人の伝統的産婆の介助による出産は、その後減少の一途をたどることになった。つまり、マレーシアにおける過去50年間の出産をみたとき、その場所・介助者において最も急激な変化を経験したのは、農村部のマレー人であった。

本稿では、出産の病院化の過程をマレーシアの社会経済的文脈に位置づけ、出産が近代的医療制度のなかに取り込まれる過程を通時的に論じた。今後は、出産をめぐる制度が実際にどのように人々に活用され、実践されているのかを検討していきたい。

2002年のマレー農村における筆者の予備的調査によると、マレーシアにおいては、出産場所が病院に移行した現在も、出産をめぐる実践が非常に多様であることが明らかになっている。一例をあげると、マレー人は胎盤を子どものキョウダイと考えているため、産後は胎盤を病院から持ち帰り、儀礼を行って埋葬する。また産後は、伝統的産婆を自宅に呼んで母体マッサージを受ける。このことは、「生む」瞬間だけに目を向けると確かに出産は病院化されたといえるが、出産をめぐる一連の過程をみた場合、その出産観あるいは身体観については過去からの連続性を保っていることを示唆している。

そこで今後の課題であるが、出産の多様な実践とその歴史の変遷、近代医療に対する受容と葛藤の過程、これに伴う生殖観・出産観の変容などをマレー村落社会の文脈に位置づけて理解したいと考えている。生む側にある女性たちが、本稿で述べてきた国家の制度的介入を受けて、実際にどのように出産を体験してきたのか／しているのかを、農村社会ひいてはマレーシ

アの社会経済的変容の文脈のなかで捉えることにより、国家と個人の間の重層的・相互規定的な関わりの過程を明らかにできるであろう。

謝 辞

本稿のもととなったフィールド調査は、国際交流基金アジアセンターの「次世代リーダーフェローシップ」により可能となった。深謝する。また執筆にあたって、多くの方々にお世話になった。カジャン・ホスピタル院長の Dr. Patimah Amin は、筆者の調査に対して、常に寛大なご理解をくださった。カジャン・ホスピタルの産婦の方々は、筆者が出産に立ち会うことを快諾し、陣痛や産後の疲労のなかにあるにも関わらず、聞取りに応じてくださった。その他フィールドで出会ったすべての方々の温かいご協力に心から感謝の意を捧げる。マレーシア国民大学の Sharifah Zaleha Syed Hassan 教授には、マレーシア留学中に公私にわたって多大なご支援をいただいた。坪内良博教授（甲南女子大学）には、データのサンプリングや分析方法についてご教示いただいた。京都大学の加藤剛教授、五十嵐忠孝助教授および速水洋子助教授には、フィールドでの調査中から、論文の構想・執筆の各段階において濃やかなご指導をいただいた。心より感謝申し上げます。

引用文献

年次報告書⁴²⁾

FMAR

Federation of Malaya, Annual Report of the Medical Department for the year 1948-1960

FMSAR

Federated Malay States, Annual Report of the Medical Department 1930, 1932-1937

FMSARSEPPS

Federated Malay States, Annual Report on the Social and Economic Progress of the People of Selangor for the year 1932-1939

FMSAR

Federated Malay States, Selangor Administration Report for the year 1931

KHAR

Kajang Hospital, Annual Report 1976-2000

MDSAR

Medical Department of Selangor, Annual Report of Medical Department 1966/67, 1969-1973, 1978, 1980, 1984

MOHAR

Ministry of Health, Annual Report 1971/72, 1973/74, 1980-2001

Ministry of Health, Annual Report of Family Health 1989-2000

MUAR

Malayan Union, Annual Report of the Medical Department for the year 1946-1947

NFPBAR

42) 文頭の太文字は、本文中で用いた略語を示す。なお本文中で引用した年次報告書については、出版年ではなく、報告書の年次を示していることに注意。

National Family Planning Board, Annual Report 1967, 1968

統計書

Department of Statistics, Federation of Malaya. 1958. *Population Census of the Federation of Malaya 1957, Report No.1, Distribution of Population by Race and Sex for States, Districts, Mukims, Municipalities, Town Boards, Local Council, etc., etc.*

Department of Statistics, Malaysia. 1972. *Population and Housing Census of Malaysia for the year 1970, Community Groups.*

_____. 1987. *Population and Housing Census of Malaysia for the year 1980, Population Report for Mukims.*

_____. 1991. *Vital Statistics Time Series, Peninsular Malaysia 1911-1985.*

_____. 1992. *Vital Statistics West Malaysia 1990.*

_____. 1995. *Population and Housing Census of Malaysia for the year 1991, Population Report for Mukim.*

_____. 2001a. *Population and Housing Census of Malaysia for the year 2000, Population Distribution by Local Authority Areas and Mukims.*

_____. 2001b. *Vital Statistics Time Series, Malaysia 1963-1998.*

法律・法令関係

The Midwives Act, 1966. Act of Parliament Passed during the year 1966 (No.54)

The Midwives Act, 1966 (Revised-1990). Laws of Malaysia (Act 436)

書籍・論文

Abdul Halin Hamid. 1983. *Culture and Health Innovations: A Study of Persistence in the Use of 'Bidan Kampung' in Rural Malaysia.* Unpublished Ph.D. thesis, Cornell University.

_____. 1992. Midwifery Services in Rural Malaysia: Some Notes on the Delivery System and Associated Problems. In King, V. T. and Nazaruddin Mohd. Jali, eds., *Issues in Rural Development in Malaysia.* Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka, pp.351-367.

Ackerman, S. 1984. Impact of Industrialization on the Social Role of Rural Malay Women. In Hing, A. Y., Nik Safiah Karim and Rokiah Talib eds., *Women in Malaysia.* Petaling Jaya: Pelanduk Publications, pp.40-60.

Chen, P. C. Y. 1975. *Midwifery Services in a Rural Malay Community.* Unpublished D.M. thesis, University of Malaya.

_____. 1976. An Assessment of the Training of the Traditional Birth Attendant of Rural Malaysia, *Medical Journal of Malaysia* 31 (2): 93-98.

_____. 1978. Reasons Underlying the Maternal Choice of Midwives in Rural Malaysia, *Medical Journal of Malaysia* 32 (3): 200-205.

_____. 1981. Traditional and Modern Medicine in Malaysia, *Social Science and Medicine* 15A: 127-136.

Danaraj, T.J. 1988. *Medical Education in Malaysia: Development and Problems.* Petaling Jaya: Pelanduk Publications.

Field, J.W. 1951. The Growth and Diffusion of Western Medicine. In Various Authors, *The Institute for Medical Research 1900-1950.* Kuala Lumpur: Government Press, pp.27-36.

- Gullick, J.M. 1987. *Malay Society in the Late Nineteenth Century: The Beginnings of Change*. New York: Oxford University Press.
- _____. 1998. *A History of Selangor 1766-1939*. Kuala Lumpur: Falcon Press.
- 萩原宜之. 1989. 『マレーシア政治論：複合社会の政治力学』弘文堂.
- Harper, T.N. 1999. *The End of Empire and the Making of Malaya*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hillier, D. 2003. *Childbirth in the Global Village: Implications for midwifery education and practice*. London: Routledge.
- 平戸幹夫. 1989. 「ブミプトラ政策の新展開と7千万人口構想：その目的と問題点」堀井健三編『マレーシアの社会再編と種族問題：ブミプトラ政策20年の帰結』アジア経済研究所, 193-214.
- 堀井健三. 1998. 『マレーシア村落社会とブミプトラ政策』論創社.
- 石筒 覚. 2000. 「クランバレーにおける工業開発戦略と外資系企業の進出」生田真人・松澤俊雄編『アジアの大都市3 クアラルンプル・シンガポール』日本評論社, 39-62.
- Jain, R.V. 1970. *South Indians on the Plantation Frontier in Malaya*. New Heaven and London: Yale University Press.
- Jamilah Ariffin. 1992. *Women and Development in Malaysia*. Kuala Lumpur: Pelanduk Publications.
- Karim, W.J. 1984. Malay Midwives and Witches, *Social Science and Medicine* 18 (2): 159-166.
- Laderman, C. 1983. *Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*. Berkeley: University of California Press.
- Leete, R. 1996. *Malaysia's Demographic Transition: Rapid Development, Culture, and Politics*. Kuala Lumpur: Oxford University Press.
- Malaysia. 1973. *Mid-term Review of the Second Malaysia Plan 1971-1975*. Kuala Lumpur: Government Press.
- _____. 1981. *Fourth Malaysia Plan 1981-1985*. Kuala Lumpur: Government Printer.
- _____. 1986. *Fifth Malaysia Plan 1986-1990*. Kuala Lumpur: Government Printer.
- Manderson, L. 1996. *Sickness and the State: Health and Illness in Colonial Malaya, 1870-1940*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 1998. Shaping Reproduction: Maternity in Early Twentieth-century Malaya. In Ram, K. and Jolly, M., eds., *Maternities and Modernities: Colonial and Postcolonial Experiences in Asia and the Pacific*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 26-49.
- 永田淳嗣. 2000. 「クアラルンプルにおけるマレー人の居住の場とマレーシア社会」生田真人・松澤俊雄編『アジアの大都市3 クアラルンプル・シンガポール』日本評論社, 121-143.
- 萩野美穂. 1994. 『生殖の政治学：フェミニズムとバースコントロール』山川出版社.
- 大木 昌. 2002. 『病と癒しの文化史：東南アジアの医療と世界観』山川出版社.
- Ong, A. 1987. *Spirits of Resistance and Capitalist Discipline: Factory Women in Malaysia*. Albany: State University of New York Press.
- Ooi, G.L. 1991. British Colonial Health Care Development and the Persistence of Ethnic Medicine in Peninsular Malaysia and Singapore, *Southeast Asian Studies* 29 (2): 158-177.
- Pathmanathan, I., Liljestrand, J., Martins, J.O., Rajapaksa, L.C., Lissner, C., Silva, A., Selvaraju, S. and Singh, P.J. 2003. *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Human Development Network: Health, Nutrition, and Population Series. Washington D.C.: The World Bank.
- Suriaty Md. Arof. 1987. *Proses Pembandaran dan Perubahan Gunatanah di Bandar Kajang, Selangor: 1970-1987*. (The Process of Urbanization and Change of Land Use in Kajang Town, Selangor:

- 1970-1987.) Unpublished Bachelor Degree Training, submitted to University Kebangsaan Malaysia.
- 坪内良博. 1995. 『マレー農村の 20 年』京都大学学術出版会.
- Wilson, P.J. 1967. *A Malay Village and Malaysia: Social Values and Rural Development*. New Haven: Human Relations Area Files Press.
- Yule, C.H. and Burnell, A.C. 2000. *Hobson-Jobson: A Glossary of Colloquial Anglo-Indian Words and Phrases, and of Kindred Terms, Etymological, Historical, Geographical and Discursive (2000 edition)*. New Delhi: Munshiram Manoharlal Publishers.