

東南アジアにおける衛生事情

曾 田 長 宗

ある一定の地域における衛生状態には、いろいろの問題が含まれている。

まず第1は、その地域に住んでいるものの健康状態で、死亡率、罹患率、平均寿命、体格、体力等の状況を含む。

第2は、その地域住民の健康に影響を及ぼす自然的、社会的生活環境又は条件で、これには気候風土、地勢、動植物繁茂の状況といった自然的環境条件と、人種、職業、産業、教育、風俗習慣、宗教といった文化的、社会的生活条件が含まれる。

第3は、広義には、第2の健康に影響を及ぼす諸条件のうちに包含されようが、特に人為的に健康の維持、増進を目的として設けられた設備、人員、制度等の整備状況があげられる。たとえば、病院、診療所、薬局、産院、保健所、乳児院等の設備、医師、看護婦、助産婦、歯科医師、薬剤師、衛生監視員等の配置、上下水道、汚物処理施設の整備状況、医療保険制度の有無、衛生予算等の状況が、この部類に属する。

ある地域の衛生状態は、おおむねこの3方面から判断されると WHO の衛生行政専門委員会が報告したが、今回「東南アジアにおける衛生事情」という題で、報告するに当たっても、大体この考えに従うのが便利かと思う。ただ、以上のうち、第2に属する事項は、極めて広範にわたり、今日申し述べるには不適當かと思われるので、第1の各国民の健康状態と、第3の健康を維持増進しようとする施設や人員、制度の整備状況を、総括的、概観的に申し述べることにする。用いた資料は、主として WHO 刊行の World Health Situations 第1回および第2回報告書に載っているものであるが、若干他の資料をもってこれを補った。

そこで、東南アジアに住んでいる諸国民の健康状態に入るが、まず Table 1 について説明する。最初に人口動態統計が載っている。この地域は、もちろんまだまだ出生率が高く、死亡率も高いところだが、最近は死亡率がかなり減退してきた。新しい医学、公衆衛生という知識や技術が応用され、死亡率がどんどん下がってきたことから、次の欄に見るように、人口の自然増加率がのびている。これはパーセントで載せてある。日本は1%一寸きっているという程度で、その他の所をみると、ポルトガル領チモールだけが、1%以下になっている。その他はすべて高い自然増加率を示し、ブルネイとか台湾では、特にひじょうに高くなっている。もちろ

ん世界的にみると、アフリカ諸国がさらに幾分高くなっているが、それについて東南アジアの諸国は人口の増加率が、ひじょうに烈しい。これに対して必ずしも産業の発展というものが、期待通りに進まない。そこで出てくるのが例の家族計画である。アジアの多くの国々、インド、パキスタン、セイロン、タイ国、韓国、台湾等において、この家族計画の普及が、国の方針としてもとりあげられているが、これには色々な問題が潜んでいる。東南アジアの開発が思うように進まないというのは、人口の増加率が高いことだけのためだろうか。又、家族計画を国の方針として奨励する方向をとっている国でも、なかなかその実績があがって来ない所が多いが、これは何故だろうか。このような問題が起っている。WHO も始めのうちは、この人口調節問題は、なるべく事業として取り上げたくないというような方針であった。しかし、ほうぼうの人口増加率の比較的高い国々からの要望が高まって来たため、最近では、そういう国で必要とするならば、家族計画の方法、医学的に弊害の少ない手段を、いろいろ研究したり、その知識を広げること、公衆衛生活動の一分野として否定すべきではない、という方針をとってきている。国際的に、日本は戦後の人口増加抑制に成功した国だとみられているが、日本の政府、厚生省としては、人口をおさえるために家族計画を衛生行政の中に入れるという方針は、公式にとっていない。家族計画は、むしろ国民の個人的な判断に委ね、そこから生ずるいろいろな弊害を未然に防止すること、受胎調節の要求が国民の間にあるならば、医学的に最も弊害の少ない方法、知識を普及するという方針をとったわけである。世界、特に東南アジアの各国から、日本は人口の増加を抑制することに成功したといわれるのは、むしろ、くすぐったい気持がするというくらいだ。とにかく、東南アジアの諸国は、この問題をかなり重要視して、日本の経験をいろいろ聞きたがっている状態である。

それから、この表には、乳児死亡率と母性死亡率が続いて出ている。これは出生 1,000 に対する 1 才未満の子供の死亡、および出産 1,000 に対する母親の死亡の割合を示すものである。一般的にいうと、欧米諸国に比べてひじょうに高い。しかし出生および生まれて直後の死亡の届出というのが完全ではないので、この数字はどれだけ信用してよいのか疑問である。特に朝鮮は一寸低すぎる。九大名誉教授の水島博士が、朝鮮におられたとき出された報告でも、極度に届出率が悪かった。沖縄もたしか同様であって、前から乳児死亡率が低い。戦前から見られたこういう事情によるものかも知れない。

次に、母性死亡については、西欧諸国では一応、みんな 1 をわっている。東南アジアにも 1 をわっているところが数箇所あるが、これもほんとうにしているのかどうか判らない。この母性死亡は、十分に信頼のおけない数字ではないかと思う。

そのつぎに、いささか資料としては 5, 6 年古いが、平均寿命がのせてある。これは西洋に比べると、もちろんみんな寿命が短い。ここで一番長く出ているのが、日本と琉球である。他はどこでも短い、これも以前に比べると、著しく各国とも死亡率が下がり、寿命が伸びている。

一般には、日本などを見ても判るように、女子の方が男子よりは長命であるのが世界的な常識である。東南アジアで、男子と女子との死亡率を比べると、女子の方がかえって悪い所が、相当多い。特に女子が男子よりも高い死亡率を示すのは、中年である。子供を産み出して、一家の主婦として一番忙しい年間、特に女子の死亡率が男子よりも高くなっている。日本では、以前から女子の死亡率が男子より低かったが、最近はこの差が一層ひろがって来た。ヨーロッパ諸国でも、女子死亡率が男子より低く、従って寿命はより長いが、特にカナダやアメリカ合衆国で、一番この差が大きく出ている。この女子死亡率と男子死亡率の差が、文明の1つの尺度にもなるのではないかとさえ思われる。東南アジアの諸国、殊におくれた国ほど、男子人口の方が圧倒的に多い。これは結局労働力として、女子よりも男子の方が珍重される。逆にいうと、どうしても女子が軽視されていることを示すようである。女子が大切にされるということは、文明の証拠で、生活に余裕が出てくると、だんだん女子の地位があがってくるのではないかとみられる。一般にアジアの諸国は衛生状態が悪いが、特に女子の不良な衛生状態、それが女子の高い死亡率、あるいは罹病率に反映されるのであり、この地域で特に女子衛生が重要であるという根拠にもなるのである。

Table 1 の次の欄からは、各地の衛生状態を示す指標、いわば前に述べた3番目のカテゴリーのいろいろなメディカルおよびヘルス・サービスというところに入る。その前に、Table 2を一応ご覧願いたい。Table 2 は、2つの部分に分かれている。左の方に書いてあるのは、Table 1 と同じような順序で日本からだんだん遠い国々における主な死因である。右の半分には届出疾患で、必ずしも伝染病とは限らない。非伝染性のものも若干含まれている。そのうちで、もっとも数の多いものから第1位、2、3、4、5位と書いてある。中で1位と2位、2位と3位などとの間に一をつけてあるのは、WHO のレポートにこういうものが重要な疾患であるとして書いてあるだけで、必ずしも順位が果して1、2、3位と順序にとってよいかどうか不明のものを、このように示した。これを大ざっぱに見ると、東南アジアには一般に伝染性の疾患というものが多く、成人病といったものが少ない。特に死亡原因としては少ない数字をあげてこういう表を作ろうと思えばできるが、この Table 2 だけについて見れば先ず第一に比較的おくれた地方では、今でもやはりマラリアがなお第1位を占めていることが明らかである。マラリアは、かつて東南アジアの諸国において、どこでも第1位を占める重要な死因であったと思うが、最近はどんどん減ってその地位が下がっている。それにもかかわらず、数カ国においてはまだ第1位を占めている。次に認められるのは、肺炎または気管支炎が多いこと。これは呼吸器系の疾患、特に急性伝染病といったものの代表としてあがってくるので、恐らくは色々な病気を含んでいる雑多なものではないかと考えられる。少なくともマラリアの次には、呼吸器および消化器の急性伝染病が問題となり、これにはウイルス病リケッチア病など、いろいろなものが入っていると思われる。その次には、新生児固有の疾患とか未熟児とかがあげら

Table 1 Health Situations of South-

Countries	Area (km ²)	Popula- tion (thou- sand)	Vital statistics (1960)				
			Birth rate(‰)	Death rate(‰)	Natural increase (%)	Infant death rate(‰)	Maternal death rate(‰)
1 Japan	369,661	93,418	17.2	7.6	0.96	30.7	1.7
2 Rep. of Korea	96,929	22,974	39.6*	7.5*	3.21*	9.8*	1.7
3 Ryukyu Islands	2,388	889					
4 Hong Kong	1,013	2,981	37.1	6.4	3.07	41.5	0.5
5 Macao	16	250*					
6 China (Taiwan)	35,961	10,792	41.2*	7.2*	3.40*	33.3*	
7 Philippines	299,681	27,792	29.2	7.7	2.15	73.1	2.4
8 Sabah	76,112	454	33.0	9.2	2.38	74.0	
9 Brunei	5,765	83	49.9	11.1	3.86	69.2	
10 Sarawak	123,025	704*	26.8*	6.1*	2.07*	57.0*	
11 Indonesia	1,491,562	84,683	26.3 ⁺	10.2 ⁺	1.65 ⁺	85.1 ⁺	2.3 ⁺
12 Portug. Timor	18,909	516	21.6	13.9	0.77	93.1''	
13 Singapore	362	1,634	37.8	6.2	3.16	34.9	0.4
14 Malaya	131,825	6,698*	42.2*	9.7*	3.25*	66.0*	
15 Thailand	514,000	26,379	34.7	8.4	2.63	49.0	4.2
16 Cambodia	172,511	4,952	29.2	9.9	1.93	146.7	
17 South Viet-Nam	170,806	13,790	31.0	6.6	2.44	34.4	
18 Laos	236,800	2,336					
19 Burma	678,033	21,257	37.3*	17.9*	1.94*	133.8*	4.8*
20 India	3,292,897	408,050	23.6*	9.9*	1.37*	87.9	
21 Ceylon	65,610	9,625*	38.2*	9.1*	2.91*	58.0	3.4*
22 Portug. India	4,194	638	31.3	11.2	2.01	61.1	
23 Nepal	140,798	9,180					
24 Pakistan, West	944,824	38,832	25.9''	11.4''	1.45''	102.2''	0.6''
East		44,994*	20.5*	9.4*	1.11*	72.2*	7.4*
25 Afghanistan	650,000	13,000					

Sources : WHO, *World Health Situation, The First and the Second Reports*, etc.

Note : * Figure for 1959

'' Figure for 1958

+ Median value for the East, Middle and West Java

東南アジアにおける衛生事情

east Asian Countries

Expectancy of life at birth			Number of physicians	Inhabitants per physician	Hospital beds		Government expenditure for health (1960)	
Year of survey	Male	Female			Number	Per 1000 population	In % of the total budget	Per head (yen)
1959	65.2	69.9	105,437	900	890,107*	9.5*	1.8	330
			8,951	2,900	10,031	0.4	1.1	554
1955-57	65.8	72.0	359	2,500	811	0.9		
			1,189	2,900	10,017	3.7	11.3	1,772
			71	2,400	1,981	7.9		
1959-60	61.3	65.6	6,915	1,700	4,445	0.4		
1946-49	48.8	53.4	3,949	7,030	15,575	0.6	6.1	1,098
			40	12,000	1,369	3.0	8.9	1,035
			20	4,400	391	4.7	7.4	5,880
			58	14,000	1,851	2.6	14	1,646
			2,400	41,000	74,948	1.5	5.0	180
			10	52,000	230	0.5	5.9	162
			692	2,400	7,432	4.5	13.6	1,599
			1,098	6,500	27,778	4.1	9.4	1,105
1947-48	48.7	51.9	2,693	10,000	20,490	0.8		149
1958-59	44.2	43.3	231	25,000	4,862	1.0	6.0	556
			489	29,000	20,658	0.1	4.1	456
			49	38,000	1,076	0.5	2.5	52
			2,330	9,600	19,048	0.9		
1941-50	32.5	31.7	77,780	5,800	193,064	0.5	4.6	166
1954	60.3	59.4	2,250	4,600	31,218	0.3	11.7	1,103
			378	1,700	1,264	2.0	6.7	451
			128	72,000	1,139	0.1	4.9	102
					20,901	0.5	0.6	83
			8,496	11,000	4,650	0.1	5.9	38
			461	32,000	1,739	0.1		

Table 2 Health Situations of Southeast

Countries	Year of survey	Main causes of Death			
		1	2	3	4
1 Japan	1959	Cerebral apoplexy	Malignant neoplasm	Cardiac disease	Pneumonia & Bronchitis
2 Rep. of Korea	1960	Gastroenteritis	Pneumonia	Tuberculosis	Influenza
3 Ryukyu Islands	1960	Cardiac disease	Senility et al.	Cerebral apoplexy	Malignant neoplasm
4 Hong Kong	1960	Pneumonia	Tuberculosis	Malignant neoplasm	New-born disease
5 Macao					
6 China (Taiwan)	1959	Pneumonia	Gastroenteritis	Cerebral apoplexy	Pulmonary tuberculosis
7 Philippines	1960	Pneumonia	Tuberculosis	Gastroenteritis	Bronchitis
8 Sabah	1960	Pneumonia	Malaria	Gastroenteritis	Tuberculosis
9 Brunei	1961	Immature	Gastroenteritis	Cardio-vascular disease	Pneumonia
10 Sarawak	1959	Tuberculosis	Pneumonia	Gastroenteritis	Cardiac disease
11 Indonesia	1960	Smallpox —	Typhoid —	Dysentery	Diphtheria
12 Portug. Timor	1960	Malaria	Pneumonia	Gastroenteritis	
13 Singapore	1960	Malignant neoplasm	New-born disease	Pneumonia	Tuberculosis
14 Malaya	1959	Cerebral apoplexy	Disease of digestive system	Violence	New-born disease
15 Thailand	1959	Tuberculosis	Gastroenteritis	Pneumonia	Malaria
16 Cambodia	1960	Tuberculosis	Senility et al.	Disease of digestive system	Syphilis
17 South Viet-Nam	1960	New-born disease	Accident	Tuberculosis	Gastroenteritis
18 Laos	1960	Malaria	Pneumonia & Bronchitis	Tuberculosis	Typhoid & Paratyphoid
19 Burma	1959	New-born disease	Pneumonia	Anemia	Tuberculosis
20 India	1959	Bronchitis	Dysentery	Avitaminosis et al.	Anemia
21 Ceylon	1960	New-born disease	Infective-parasitic disease	Avitaminosis et al.	Pneumonia
22 Portug. India	1960	Senility et al.	Cardiac disease	Cerebral apoplexy	Pneumonia
23 Nepal		Malaria			
24 Pakistan, West	1959	Pneumonia	Tuberculosis	Typhoid	Malaria
East	1959	Malaria	Cholera	Dysentery	Accident
25 Afghanistan					

Sources : WHO, *World Health Situation, The First and the Second Reports*, etc.

Asian Countries

5	Year of survey	Frequency of reported disease				
		1	2	3	4	5
Accident	1960	Tuberculosis	Influenza	Dysentery	Measles	Trachoma
Cerebral apoplexy	1960	Measles	Whooping cough	Typhoid	Japanese encephalitis	Syphilis
Pneumonia & Bronchitis						
Cerebral apoplexy	1960	Tuberculosis	Syphilis	Malaria	Typhoid	Measles
Malignant neoplasm	1958	Diphtheria —	Malaria —	Tuberculosis —	Leprosy —	Venereal disease
Beriberi	1960	Bronchitis	Gastroenteritis	Influenza	Tuberculosis	Pneumonia
Bronchitis	1960	Malaria	Frambesia	Measles	Tuberculosis	Whooping cough
Tuberculosis	1961	Influenza	Tuberculosis	Varicella	Malaria	Measles
Cerebral apoplexy	1959	Pneumonia	Tuberculosis	Leprosy	Poliomyelitis anterior acute	Malaria
Infectious hepatitis	1961	Smallpox —	Typhoid	Dysentery	Diphtheria	Infectious hepatitis
	1960	Frambesia	Tuberculosis	Leprosy	Whooping cough	
Gastroenteritis	1960	Tuberculosis	Diphtheria	Poliomyelitis anterior acute	Typhoid	Leprosy
Disease of respiratory system	1959	Tuberculosis —	Malaria —	Dysentery & Diarrhea —	Frambesia —	Venereal disease
New-born disease	1959	Smallpox —	Cholera —	Cerebrospinal meningitis —	Typhoid	
Avitaminosis et al.	1960	Frambesia	Syphilis	Trachoma	Leprosy	
Pneumonia	1960	Malaria	Tuberculosis	Trachoma	Whooping cough	Measles
	1960	Malaria	Frambesia	Tuberculosis	Whooping cough	Trachoma
Cardiac disease	1959	Leprosy —	Syphilis —	Pest —	Cholera	
Other respiratory disease	1960	Trachoma	Malaria	Tuberculosis	Typhoid	Whooping cough
Gastroenteritis	1960	Tuberculosis	Varicella	Typhoid	Dysentery	Infectious hepatitis
Gastroenteritis	1960	Malaria	Filariasis	Tuberculosis	Measles	Whooping cough
		Malaria —	Smallpox —	Typhoid —	Dysentery —	Cholera
Accident	1960	Cholera	Smallpox	Whooping cough		
Pneumonia	1959	Malaria	Tuberculosis	Cholera	Smallpox	Cerebrospinal meningitis

れ、これは早期乳児の死亡で厳密に検査すれば、多くは伝染病であるとみてよいだろう。次に結核が方々の国で第1位を占めてきている。これはいわゆる慢性伝染病の代表と見てよからう。その次に、子どもが言うとおかしいかもわからないが、日本だとかマラヤなど割合に文明の進んでいる所では、中枢神経系の血管損傷あるいは心臓疾患といったようなものが第1位に出てきている。こういう国がだんだん今後は増えて行くと思うが、まだまだ急性慢性の伝染病に悩まされている国が、東南アジアにはひじょうに多いことが認められる。中には、まだマラリアさえ死因の第1位からつき落していない国さえみられる。

届出疾患の方をみると、これも同じようなことであるが、マラリアが相当出ている。その他、肺炎や結核も多発しているが、ここにみられるのはインフルエンザであり、所によってはフランスベジアがかなりでている。これが本当にそれほど多いかどうかは疑問であるけれども、フランスベジアとか癩とかトラコーマというようなものが、多数届出られている国が認められる。

東南アジアにおける色々な病気の流行状況について、もっと細かいことをみなければならないが、大ざっぱには以上のような姿となっている。

Table 1 にもどって、医療サービスあるいは医療施設の整備具合を示す数字を見よう。最初に医師の数、その人口に対する割合をみると、日本が900人に1人、他の国をひきはなしているが、他の国では人口に対する医師の数が非常に足りない。その一番ひどいのはネパールで、医師が人口70,000人に1人。その他、40,000～50,000人に医師が1人といった国が少なくない。病院のベッドも、日本は人口1,000人について10床たらずのところまできているが、1床にも達しない国が東南アジア地域では、ほとんど半数を占めている。

最後にメディカルあるいはヘルス・サービスのために政府が使っている金額が、WHOの調べに基づいて載せてある。一番最後の欄をみると、これは人口1人について1年間に政府が費している費用、これを公定の貨幣価値で換算し円で表わしたものである。これを見ると、残念なことに日本はめっぽう少ない。次に、東南アジアではもともと貧乏な国が多いが、そのけなしの金の中からメディカルおよびヘルス・サービスのためどれだけ費用を費しているかということをもであらわした数字をみると、日本がほとんど最低である。韓国とパキスタン、特に東パキスタンだけが、日本よりも低い率を示している。もちろん厚生省の予算のうち、社会保険や生活保護など広義の社会保障費を入れると、これの約5倍位になる。しかし、今日衛生予算といわれているものだけをとるとこんな状態で、東南アジア諸国に医学協力をするの、援助するのということが、何だか恥ずかしい気がしてくる。もちろん、日本では今までに設備や施設の蓄積があるので、以上の数字だけで日本の公衆衛生活動が低調だとはいえない。また日本が国内において切りつめた耐乏生活を続けながら、できるだけ他の諸国にいろいろ協力することも結構だが、そこにも限度がある。国内の保健衛生費の増額をも期したい。

ここで、東南アジアの諸国が今どういう点で一番困っているかをWHOに報告していること

について述べたい。全体を通じて医学、公衆衛生万端がみんなおこなわれている。あれもこれも一度にやらなければならない。環境衛生のことであろうと、母子衛生のことであろうと、栄養改善のことであろうと、伝染性疾患の予防であろうと、すべてを併せてやらなければならない。しかも各国は、今までの植民時代から脱け出して、彼等自身の独立した政府をもつようになったので、自分達の責任において生活健康を、向上させてゆかねばならない。いろいろ大きな衛生計画を、中央政府が立てている。東南アジアの諸国は、マラヤのように連邦制をとっているところもあるが、そうでない国でも多くは地方分権的であって、中央政府は主として研究や、監督、指導をうけもち、実際の医療活動あるいは保健活動は、日本でいうと県にあたる、プロビンスとかステイトとかいうようなところにやらせている。それを更にサブ・ディストリクトに分けて、ヘルス・デパートメントを作り、最末端は日本のヘルス・センター(保健所)よりも、もう少し小さい位のユニットの施設を作る。その他専門の施設として結核相談所や、母子健康クリニックというようなものを作ろうと計画している。国立あるいは公立の病院、医療施設を増設し、研究所や学校をも作りたいと計画している。何と云っても、医師やその他のパラ・メディカルな職員が足りないから、これをどうやって補ってゆくかがひじょうに大きい課題となっている。日本からの協力や援助にしても、医療、予防保健活動、衛生行政、あるいは研究、教育等あらゆる場面に、すぐこれに従事する手伝いを求めているが、同時にそういう仕事を自国のスタッフで進めてゆきたい、そういう人間を自国人の間から作ることに力をつくしたい、そのためにいろいろと外国からの協力を求めている。これはむしろ WHO に対する東南アジア各国の要望というべきものと考えられるが、今後日本の医学あるいは衛生関係者が、むこうに援助、協力する場合、十分考えて頂きたい点である。こちらが利用するというのではなく、むこうからほんとうに要望されていることに協力してゆくことが必要だと考える。ここにおられる先生方も大学関係の方々が多いと思うが、教育という点で協力することが極めて大切だと、卒直に申したい。

座 長： 西 尾 雅 七

曾田長宗博士は、現在厚生省公衆衛生院の院長として公衆衛生の分野に働く医師、保健婦、衛生技術者等の教育にも当たられている方であるが、終戦までは台湾総督府衛生課長として、台湾全島の衛生行政を管掌される一方、台北帝国大学の兼任教授として熱帯病研究所と医学部衛生学教室において、研究と教育にあたっておられた。終戦後は厚生省統計調査部の部長として、わが国の衛生統計の近代化にひじょうな努力を払われ、次いで厚生省医務局長となられて医療行政の掌に当たられた後、公衆衛生院に次長として転出され、昨年院長にご昇任になられた。ご経歴からお判りいただけると思うが、わが国の公衆衛生の分野における研究者として、また指導者として名実ともに第一人者である。「東南アジアにおける衛生事情」というひじょうに大きな問題について、極めて短い時間で、ひじょうにまとまったお話を伺えて、ありがたく思う。