

以上を概括すれば、農村醫學の要請する農村保健衛生の改善はその對策が實踐に移されることにより相當の効果が期待し得られ、且實踐の社會的條件の備はれるものと、他の農村政策へ技術的基準を示唆し、その發動を俟つて初めて實踐されるものと一定の社會的條件の成熟を俟つて初めて自己を貫徹しうるものとの三種類があると云ひうる。

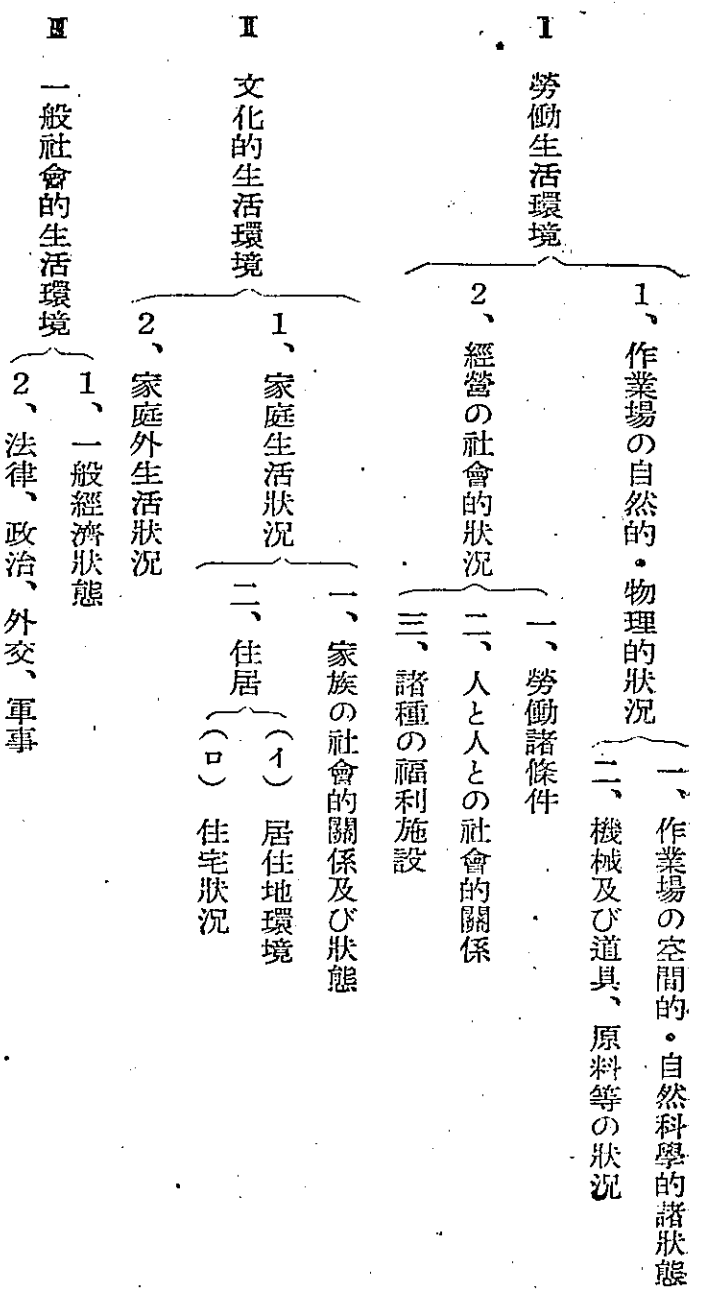
そして普通に保健政策と云はれて居るものは第一のものが最も多いようである。以下に於て、これ等の問題をやゝ具體的に記述してみよう。

第二節 農村保健政策と農民生活の構造

保健政策は極めて廣義に解すれば、健民運動であり、厚生政策である。蓋し國民の凡ての生活は直接、間接に保健衛生状態と關聯して居るからである。併しながら保健政策の對象—従つて又農村醫學の對象—を、限定することは理論的にも實踐的にも在りうべき混亂から自己を守るのに役立つであらう。それにより保健政策の中核を闡明し、他の社會政策との差別及び協同的關聯が明確にされるであらう。その爲には國民生活の構造を分析し、保健政策の機能する場が何處を中心とするかを考究せねばならない。

先づ農民の生活構造を見る前に、都市労働者の生活環境を一覽して考察の基準としたい。これに就ては、労働生産性を研究對象とせる労働科學者が、既に考察して居るので、その一つたる藤林氏の分類を借用しよう。

即ち氏によれば労働者の生活環境諸條件は次の如く分類される。



〔備考〕 (1) 藤林敬三「労働者政策と労働科學」三一頁

(2) 本分類は労働科學の立場より試みられたもので、その意味に於て我々がこれに據るには多少の不都合があるが、他に適當な分類も見當らないので一應の基準としよう。

即ち都市の労働者の場合に於ては、その生活環境は一般的社會的生活を別とすれば、労働生活環境と非労働的な文化的な生活環境とに峻別し得るのである。

従つて労働者のみを對象とする限り、保健政策は労働生活環境を對象とするもの、例へば労働環境衛生、労働條件の改

善、労働年齢の制限等と、文化的な生活環境を對象とせるものに區別される。而して勞務者の家族たる母性、兒童、乳幼児の保健を對象とせるものは、後者に屬するものと云ふべきである。

然るに農村に於ける生活環境は勞働生活環境と文化的な生活環境とが嚴密に差別されてをらず未分化の状態である。もとより農民の主要な労働環境は田畑ではあるけれども、住宅も亦無視し難い労働生活環境である。のみならず、家族労働力を主體とせる我國の農業生産機構に於ては、家族の大部分は労働生活環境の影響を強く受容するのである。

従つて保健政策も又この二つの環境の未分化と密接な連繫を意識の外に置き得ないのである。換言すれば農村保健政策は生産政策の中に溶けこみ、その規準となるべき面が濃厚にならざるを得ないのである。

農村に於て比較的成功して居ると思はるゝ共同炊事や季節保育所（託兒場）は労働負擔の軽減といふ生産的政策の要素が、保健政策的な面より一層強く作用した爲である。

さて保健政策といふものは、それを狹義に解するならば、主として非労働環境たる藤林氏の所謂文化的な生活環境に於て機能すると考へられる。その意味では、農村保健政策は一つの文化政策といへるであらう。實際に於て、制度にも人々の頭脳にも古い時代の殘渣が濃厚に殘存して居り、凡そ現代的文化と云ひうる機關に缺けて居る農村に於ては保健運動は最も基礎的な文化運動の一つである。生活の科學的合理化といふ事が農村保健政策の有力な對象である。

労働生活環境の中、殊に農繁期の労働強化、母性や幼年労働は、農民の保健に決定的な影響を與へては居るが、それに対する保健政策は常に生産政策即ち社會政策の生産的側面に從屬せざるを得ない。即ちこの方面に於ける保健政策は常に生産政策の優位の下に於てのみ、機能するわけである。

然しながら生産政策と雖も、全く保健的な因子を無視し得ないので、保健政策の要請は何時かは貫徹されるであらう。

理論的に考へるならば、生産政策の科學的基礎をなす労働科學の中に、保健的顧慮が抱擲されねばならないのであつて、

その意味に於ては、保健政策の基礎たる農村醫學と労働科學とは互に交錯し、共通の面を生ずるであらう。

以上を要約すれば狹義の農村保健政策は、農村の文化生活的環境を中心として展開さるべき性質のものであるが、廣義の保健政策は社會政策一般の中に自己を溶解しつゝ、自己を貫徹すると言へる。

第三節 農村社會政策と保健政策

農村社會政策が強烈に要請せられて居るのは、農村の現状が社會政策の發動を必要とするような危険な状態に在るからである。而して、現在農村社會政策の中心を爲して居るものは、一は農業生産を維持増強せんとする生産政策にして、他は實に農村保健政策である。農村保健政策が積極的に採用され、遂行されて居るのは農村の人々の體位が低下し、結核が増加し、乳兒死亡が依然高率であるといふ憂ふべき事態が嚴存するといふ條件の他に、保健問題が單に個人の恣意に委せられて置けないといふ事、即ちその生産性が認められたからであらう。その點に於て農村保健政策は社會政策の一環として作用して居るのである。

既に保健政策の社會的性格に就ては繰返へし述べて來た所であるが、この點をもう少し推し進めて考究してみよう。

農業労働力が再生産される爲には、労働により失はれたエネルギーを補償する休養營養等が必要なることは云ふ迄もない。又若し労働力が損傷したならば、之を修復する醫療が必要である。その意味に於て農民の家庭内の個人的消費生活は

單に消費的でなく又同時に生産的である。然しその場合労働力が一日の休養により回復しうるか否かは労働の強度と消費生活の内容の兩者により決定される。

然し労働の強度といつても、それは個人の體質、性、年齢、疾病の有無、習熟度等により異り、又失はれたエネルギーを補償する消費生活も睡眠、栄養の質、住宅の環境、その他の條件により異なるのである。若し農村の労働力が破壊され、思むべき保健上の（精神文化的なものは暫く措く）問題が起きてゐるとしたらその何れが主たる役割を爲して居るであらうか、その兩方の面の割合はどの位であらうか。

これは當然地方により、階層により、疾病により、性、年齢により差異がある。併し一概に、農業労働が餘りに強度で、非合理であるといふ面をのみ強調することは出来ない。云ふ迄もなく、農家の消費生活は、栄養にしる、住宅にしる、根本は農業生産により得られたる収入により規定される意味に於て農業生産機構の現状は好ましいものと云ひ難い。又農家母性の保健上の無知は彼女達の餘りにも多忙であることや、教育を受くる餘裕のなかつたことが、より根本的な原因であらう。然し反面に於て栄養知識の向上や農閑期に於ける母性の教育等により消費生活を改善することは期待し得ないとは云ひ難い。

その意味に於て農業經營の合理化による農家經濟の安定向上、農業労働の合理化は、農村保健の向上の前提となり、第一義的なものではあるが、そのみを餘り強調することは危険である。保健の問題は單に社會的要因のみにより規定されるものでなく、生物的要因によつても規定されるといふ事は常に忘れてはならない。

農家婦人に早産が多く、その誘因として農業労働が考へらるゝ場合でも、疾病の有無により頻度はまるで違ふのであ

る。したがつて妊婦の検診が普及し、その疾病が早く治療されれば早産は相當に減少しうるのである。故に農業經營、労働の合理化といふ生産政策は農村保健上極めて好ましいことであるが、それを過大評價することには諍意を表し難い。

蓋し生産政策は飽く迄労働生産性の向上が目的であつて、保健向上が目標ではないといふ現實は決して忘れられてはならない。社會醫學の教へる所によれば、厚生度、即ちその収入を基準とせる階層の差は、死亡率や保健状態の悪化に正比例するものではない。乳児死亡率を考察するに、厚生度の向上よりも母乳分泌の有無の方が決定的な役割を演じて居るのである。

即ち農業労働の生産性が向上し農家生活が安定向上するのみでは農民の保健生活が改良されるとは云へないのである。^{〔註〕}

〔註〕 社會政策を論ずる者や經濟學者は、農村の保健問題の解決は農業労働の合理化、農家經濟の安定に在ることを強調し、農村保健政策の根本がそこに在りと唱へる。例へば次の引用の如し。

「斯くして農村保健問題の重大性を叫ばしめる一聯の諸現象は等しく吾國農業經營の零細性、農家經濟の窮乏、裸手の農業労働及び肉體消磨的兼業労働に起因するものであり、従つて已に破壊損耗せられたる労働力の修理回復のみを對象とする治療的保健政策は農村厚生の消極的側面であり、常に損傷せざる新鮮なる労働力を農村に保全培養する積極的側面として、農村厚生政策は、農業經營、農家經濟と直接的にタッチし、農業労働行程に迄浸透せる生産政策を基調とし農村に伏在せる原基的缺陷を剔除去するものたらねばならぬ。即ち農業經營の適正規模化による農家經濟の安定向上、農業労働の生産性昂揚による労働合理化こそ、農村厚生の本義であるといはねばならぬ。」（渡部牧「農村厚生と部落農業團體」厚生問題第二卷八號）

此のような見解は一應正しいのであるが、然し考へ方によつては農村厚生政策を生産政策に解消させる危険がある。適正規模による農家經濟の安定、農業労働の合理化もそこに農村保健政策的な考慮を含まない時は、必ずしも厚生政策となると

は云へない。即ちそれは農村厚生的前提ではあるが、その一部でしかない。

即ち社會政策としての農村生産政策は、即目的には農村保健政策と別個のものであり、それが意識的に農村の保健向上に役立たんとするならば農村保健政策を自己の中にとり入れねばならない。そのことは農村保健政策の面から観れば、農村の保健衛生の向上の爲には、農村生産政策の中に自己を没入し、自己の要求を貫徹しなければならぬと云ふことになる。

例へば農家の適正規模といふ問題にしても、それが段當り收穫の最も多いといふ生産上の要求のみが顧慮されるならば決して農家の保健的向上を促すとは考へられない。否かへつて逆の結果を生むかもしれない。現在乳兒死亡率の最も高い農家は二―三町歩を耕作する中堅農家であるといふ現實は大きい反省を與へる。故にこの場合保健政策的考慮を加へ、過勞を防ぎ母性の活動を制限しようとするような條件を加味することが必要である。

私は此處では社會政策を主として生産政策として論じて來たが、分配政策的な面に於ても同様である。小作料が適正化されても、小作農の収入増加が直ちに保健政策上好ましいものに轉じうるとは云へない。それには矢張り保健政策の參與が條件となるのである。

以上により農村保健政策の相對的獨自性と、他の農村政策との關係が明らかにされたと思ふが、それを兩者の科學的基礎たる農村醫學と農村勞働科學との關係に就てても同様である。勞働科學は本來勞働の生産性を對象とするものであるが、若しその科學に醫學的要請を統一的に抱擁しないならば、夫れはテイラー・システムの如き危険な能率主義に墮し、反つて一國の生産力を毀損するであらう。

今迄述べて來たところは主として生産部面に於ける保健政策と社會政策の關係であるが、保健政策の機能する場合は、寧ろ文化生活環境に在ることは既に述べた如くである。

文化生活―廣義の消費生活は之を大別して生活文化と精神文化に分類しうる。

農村保健政策の働く場は、所謂生活文化を中心とするが、それは精神文化と切り離されたものではない。精神の機能は綜括的にして、自然科學的―物質的なものと精神科學的なものには相對的な區別が在るのみである。その意味に於て、保健政策は他の凡ての文化政策と緊密な連繫を保つてのみ最も効果的でありうるのである。

保健的向上が必要であるといふ自覺は文化的感覺に於て初めて確固たるものとなり得るし、保健思想の向上は一般文化的觀念の上昇によつてのみ可能である。文化的教養の低い農村に於ける保健政策は常に直接的な保健向上を目標とするだけでなく、夫れを介して農村の生活科學的考へ方を培養し、進んで農村文化一般の向上に寄與せねばならない。又そのことなくしては個々の保健的向上さへ望み得ないのである。

文化的空氣が如何に必要であるかは、農家出身の者も都會に住めば僅々半年か一年にして育兒法を覺え、妊婦をいたはるといふ事實が之を證して居る。

その意味に於て健全なる娛樂、愉悅を伴ふ運動、讀書の薦め、凡ての科學教育等健康的な文化を農村に普及する農村文化運動は保健政策の側よりも支持獎勵されねばならない。

文化生活に於ける向上はそれが健全である限り又生産的生活の現状に對する反省を促し、その向上の刺戟となりうるのである。

保健政策に於ては第一に直接農業に従事しない學童乳幼児の全生活及び一般成人の消費生活を直接に捉へると云ふ點、第二に保健に影響する因子が此の文化生活的環境に於ても頗る大きい役割を演じて居ると云ふ意味に於て、この環境内に於ける仕事は極めて多いのである。即ち此處に於ては保健政策は文化政策と協力し、獨自に極めてのびのびと自己の力を發揮しうるのである。

以上述べたところにより、農村政策中に占むる保健政策の地位及びその役割がほぼ闡明されたと思ふ。

そのことは又農村保健政策の科學的基準を研究する農村醫學の輪廓を明らかにし、その意義をも價值つけたことになるであらう。

緒 編

第一編 農村保健衛生の現状

第一章 農村の疾病

第一節 農村的疾患

農村の疾病は醫學的に見た場合には、著しい特殊性を見出し難い。我々が所謂「職業病」と呼ぶような質的に特異な疾病は農業を営む人々の集團には全く見られない。従つて従來「農村の疾病」として注目されてゐたものは、量的に見て農村に頻發する疾患である。そのようなものとして我々が教へられて來たものは、胃腸病、寄生虫疾患、トラコーマ、神経痛及び栄養不良等であつた。併しながら單に量的に都市と比べて農村に多く發生する疾患といふ意味だけでは「農村の疾病」の凡てを盡してゐない。

農村が強兵の増地として認められ、人口政策上から農村保健が新たな注視を集めるようになると共に、農村青年の結核と乳幼児の高率死亡が問題となり、その研究も亦日を追ふて深化しつつある。即ち此處に於ては、單に農村疾病の量のみにならず、質の問題も導入されたのである。

併し一つの職業的集團の疾病の問題にする場合に、その疾病の及ぼす色々の影響、就中勞働力及び文化一般に與へる被害を考慮することが極めて大切である。他面に於て農業生産を中心とする農村生活の特異な社會的環境の如何なる因子が疾病の發生、經過、轉歸を支配して居るかを考察することは、農村疾病の社會性を深く認識するに役立ち、ひいてはその

疾病の豫防を容易にするのである。

農村醫學の對象とする疾病は此のように、その社會病因、經過、轉歸及びその與へる影響の重大性等凡ての面から見て農村に特異な疾病である。私はそれを農村的疾患と呼ぶことにする。然しながら此處で特に注意して置き度いことは我國に於ては疾病の社會醫學的研究が極めて遅れて居る爲に、農村の疾病の研究に於ても眞に「農村的」と考へらるるもの以外に雑多な社會的要因が混入せざるを得ないことである。例へば農村の家計經濟の低位や、醫療施設の不完全な爲に豫後を悪くする疾病は、恰も都市に於ける下層の階層の人々の疾病の經過と同じような經過をとるといふことがありうる譯である。我々は意識すると否とに拘らずいふ疾病をも我々の研究對象として取り扱ふであらう。

次に強調すべきは疾病は、それが色々の社會的因子に規定されるにしても、それは必ず生體の病理的機轉であるから、醫學的・生物學的契機を一瞬も忘れてはならない點である。醫學に素人の者は疾病の社會的面を強調するに急にして、屢屢その醫學的面を等閑視しがちである。此處に農村の疾病研究の困難さがあるので、疾病の社會的面と醫學的面が相互にどの位の比重を有し、如何に作用し合ふかが考察されねばならない。本章に於ては農村の疾病を、農民の保健状態及び文化の表象として、極めて概觀的に採り上げ、餘りにも専門的に互ふことは本書の性質上避ける積りである。

なほ農村に於て特に重要と思はるる農村結核、乳幼児疾患、學童の保健及び農家母性の保健状態に就ては、後章に於て之を問題にしたいと思ふ。

第二節 農村疾病研究の現状

我國の農村は永い間、文化から取り殘されて來た。醫療に於ても同様で今日なほ無醫村問題は何等の解決を見てゐない。このような状態では農村の疾病は、それが醫學の研究對象になる程注目されなかつたのは極めて當然である。

勿論個々の特殊の目的を以て、先驅者達が二三の調査研究を發表してゐる記録は見られる。明治二十三年より三十年に互る石黒軍醫總監の指導された北海道屯田兵村に於ける疾病調査、内務省衛生局が大正十年以降全國八十七箇村で行つた實地調査、倉敷農業労働科學研究所の特殊な實驗的報告等はその代表的なものである。それ等は何れも農村醫學研究の嚆矢として、夫々歴史的意義を持つものであるが、何れも部分的であるか、又は深い綜合的考察に缺けてゐる。併しながらその後、これ等の研究を繼續し、深化したものが極めて尠く、農村疾病の研究は後に述べる結核や乳幼児の特殊の研究の他は全く見るべきものがない。

支那事變を契機として、農村民の體位低下が叫ばれ、それを機として農村の保健衛生状態は再び脚光を浴びるに到つた。殊に我國の人口政策が確立するに到り、農村の乳幼児死亡の高率と農村結核は醫學者の注目を惹き、この方面の業績は續々と生れ出るに到つた。東北帝大熊谷教室の集團檢診、石川縣結核豫防會の有馬氏を中心とする調査成績、高橋實氏の志和村に於ける實地調査、北海道帝大有馬教室の集團檢診を始め、農村結核の研究は、時局の要請に答へて、極めて深化された。

一方乳幼児の檢診も各地方に於て行はれ、乳兒の榮養不良の状態、離乳の遲延、離乳方法の原始的な拙劣等が統計的に闡明された。然しながらその他の疾患に就ては、保健所の擴充、組合病院の普及にも拘らず、極めて杜撰な統計しか出て居らず、結核の新たな蔓延、胃腸病の頻發、高血壓症の夥多、ビタミン缺乏性症状の多きこと等が發表せらるゝに止ま

つて居るのである。

蓋し此等の注目すべき疾患の詳細な説明は、結核や乳幼児の検診に於ける如く、劃一的な検索方法（結核に於けるツベルクリン反應、間接撮影、乳兒検診に於ける體重、榮養方法の問診）がない爲に極めて困難である許りでなく、農民の日常生活を継続的に見て居なくてはその原因も亦視知し得ないからである。

此等の特殊の疾病の研究にとつても又一般に農民の罹病率死亡率等の綜合的の考察に於ても統計のもつ價值は少くない。然しながら現在の統計は、例へば死因統計に見る如く極めて大きな缺陷を有つて居り、我々の研究には殆ど役立つものではない。死因統計から我々の知り得るのは、疾病の種類と、年齢別死因及び職業別死因であるが、一つの職業に於て如何なる年齢に死亡が多いか、一つの職業に於て個々の疾病は如何なる年齢層を斃して居るかといふことさへ知り得ない。沉んや同じ農業でも地方により如何なる死亡率の差が見られるか、稲作地帯と畑作地帯では如何なる差異が認められるか又同じ稲作でも乾田地帯と濕田地帯にはどのような逕庭が見られるか、同じ地帯でも作物により乳兒死亡が異なるか、一毛作と二毛作では死亡率に相違があるか等々は全く知り得ない。

死因統計の如く極めて一般的な統計の他には我々の利用しうる統計はない。死因統計にしても、その基礎となる分類が極めて非醫學的な場合がある。例へば、先天性弱質中に榮養障碍（一年未満のもの）を含める如きは其の價值を半減する。

次に綜合的な病院の死亡統計は、それが集計されれば可成興味があるが、我國の農村では綜合病院に行く患者は極めて偏つてゐることを考慮しなければならぬ。罹病統計は全くといつてよい位見當らない。農村の疾病は必ずしも罹病統計に正確に反映しない。トラコーマ、皮膚疾患は勿論、各科の疾患で放任されたり又は鍼灸治療を受けて居るものは豫想外に

多いことは考慮されねばならない。然し將來國民健康保險組合が普及し、農家經濟が好轉した場合には、その統計は可成り現實に近い數値を示すことと思ふ。

農村の疾病の頻度、死亡割合を單に性別、年齢別に考察するのみでなく、農業勞働、作物の種類、榮養、都市との交流、住宅、その他の文化程度との關聯に於て考究することにより、疾病を規定する諸々の因子の比重が明らかにされ完璧な豫防が期待されるがそれは將來のことである。それ迄は或程度杜撰な一般的研究と特殊の疾病の詳細な追求により、農村の疾病の輪廓が不鮮明ながら次第に明らかにされよう。その爲にも農村保健に携はる醫師の連絡を鞏固にし、共同のテーマを研究題目となし、今迄斷片的に無数の雑誌に發表されて居たものを一つの機關雜誌に纏めたいものである。

以下に述べる農村疾病の研究は、資料の不足と私の體験の淺い爲に極めて素朴であり、幼稚であるが、農村の疾病の社會的性質を或程度迄明らかにし得れば私の希望は達せられる譯である。

第三節 量より見た農村の疾病

常識的には健康地と考へらるゝ農村の住民に疾病が多いことは最早誰でもが知つて居る現實である。併しながら之を數字に示すことは極めて困難であるのみでなく、屢々無意味でさへある。蓋しその數字を得る爲には、或る限られた期間に多數の健康診断をせねば正確な數字が得られないのみならず、他の總ての職業に於て同一規畫の下に同期間に調査が行はれ之を比較せねばならないからである。健康保險等の統計はその性質上眞の農民の保健状態を反映し難い。^{〔註〕}

〔註〕 國民健康保險、病院、診療所、凡ての疾病統計を見る場合に次の點を考慮せねばならぬ。

- (1) 老人の疾病はこれらの統計では少く見られる。
- (2) 輕症の疾病や特殊の疾病(例へば鍼灸に多く通ふ神經痛等)も亦少く見られる。
- (3) 眼科、耳鼻科、皮膚科の疾患はその極く一部分のみが醫療を受けて居る。

このような意味から農民の罹病状態の資料は極めて少ない。今一、二の例を擧げてみよう。大正十年以降内務省指導の下に府縣衛生課が行つた成績によれば、農村住民の現在疾病は一人平均一・五五と云ふ夥しさである。(但し之には齲齒も寄生虫所有者も含まれて居る。之等を除いた有病者は七一・一%である。)

又南崎氏が全國七箇村の全住民の調査票より無病息災の健康票を取除き、何等かの疾病あるものを分けてその比を見るに前者は約一割に過ぎない。残り九割の住民は有病者であるといふ結果を得た(南崎雄七「農村の衛生と醫療」五五頁)。

日本勞働科學研究所が昭和十三年より二箇年に亙り神奈川県成瀬村に於て行つた調査に依れば全農村の有病者は六五・五%に達して居るといふ(但しの中には齲齒は含まれないが、寄生虫卵所有者は含まれて居る)。なほ健康者を年齢層によつて見るに、幼少年二八%、青壯年一七%、老年八・四%にして、各年齢層を通じて健康者は男子の方に多いといふ。(日本勞働科學研究所「農村保健状態調査報告」二七頁)

都市に於てはこの種の調査は殆ど見當らず比較すべき資料を私は知らない。唯右の數字及び後に記述する色々の面を綜合して農村の疾病の頻度は著しく大である點だけを結論してもよいと思ふ。

罹病状況は右の如くであるが、いま、更に進んで勞働力消耗の面より農村の疾病を考察すれば、農村の疾病が如何に國家にとつて重大なものが判然とする。

上記成瀬村に於ける調査によれば「検査所見及び自覺症状よりして直ちに安靜加療を要するもの及び検査當時病臥せるものにして其後著者が訪問して病状を確か安靜を要すと認めし者を以て病者とした。次に脚氣及び小兒の臍反射減退せるもの、寄生虫卵保有者にして腹痛その他の自覺症を訴へるもの、または貧血の著明なるもの、四肢痛、腰痛等所謂神經痛を訴へるものに就いては、其後收穫期及び田植時農繁期の勞働に耐へ得るか否かを觀察し、臥床する程でもないが、健康者に伍して勞働し得ないものを一括し輕病者とした。更にこれ等病者及び輕病者に精神病者、低腦、不具者、老齡者、及び産前、産後の者を加へ、これを不健康者とした。不健康者數は男二八四人(二〇・五%)、女三六九人(二五・一%)、計六五三人(二二・九%)となり、約二三%の不健康者がある譯である。」(前掲書二五頁)

この成績に對比せらるゝものとして、同書には、京都府下農村小額生活者中の不健康者は一三%、大阪市の病者三・七%が擧げられて居る。^[註]

[註] 参考として米國で行はれた成績を擧げる。

「マサチューセッツで行つた調査によると、住民の一二%が慢性病(ロイマチス三%、心臓病二%、動脈硬化症一・五%、消化器病〇・七%、眼と耳の疾病〇・六%、腦出血の殘置症〇・六%、結核〇・六%、糖尿病〇・四%、癌〇・三%等)で、そのため人口の六%は仕事に充分に出來ず、〇・六%は全然できなくなる。」(ルネ・サンド「社會醫學の原理」上巻一一六頁)

次に農民の疾病の状況殊に致命的疾患の状況を反映する死亡率を考察しよう。^[註]

[註] 死亡率と罹病率との關係は極めて興味深いが、その關係は國により地方により、又職業により異なる。今二三の研究を引用し参考に供する。ベッテンコーヘル氏は或社會に死者一人あるとそこには一年に三四人の病者があるといふ。米國のヘージャースタウン市に於ける調査では、死亡者一人に就き病者は二・一人、マサチューセッツの調査では死亡一に對して疾病一〇〇となつ

てゐる。又佐藤秀三氏によれば、済生會の統計よりは死者一人に就き六〇・二名、健康保險の統計よりは死者一名に對し九二名の患者があることを報告されて居る。(佐藤秀三「社會と醫療機關」二二—三二頁)

農村に死亡率の高いことは死亡統計が之を立證して居る。昭和十三年に於ては人口千に付市部の死亡一五・三七なるに對し郡部は一八・六〇といふ數字である。但しこの數字は年齢、性別に修正されて居ないので、修正死亡率はその差がもう少し縮小すると考へられる。然し、この數字は市部郡部といふ極めて漠然として居る數字であるから、職業別死亡統計により詳細を見ることとする。

第一表 職業別死亡率

A. 本業者の死亡率

職業	人口	死亡數	人口千=付
總數	28,013,037	501,605	18
農業	14,128,360	325,228	23
水産業	558,314	9,656	17
鑛業	424,464	7,723	18
工業	5,300,248	50,915	10
商業	3,188,002	41,913	13
交通業	1,087,238	10,808	10
公務自由業	1,441,832	18,324	13
ソノ他ノ職業	527,451	15,389	29
家事使用人	655,197	839	1
無職業	751,931	20,810	28

〔備考〕 關森健次「統計に表はれたる我國の職業別死亡率」統計集誌第 577 號
日本勞働科學研究所「婦人勞働に關する文献抄録」より引用

本來ならば最も近く行はれた國勢調査の人口と同年度の死因統計より、職業別死亡率を算出すべきだが、その煩に耐へないので少し資料は舊いが大正九年の成績を掲げる(なほ大正九年以降昭和十三年迄の市部と郡部の死亡率の比は大體一・一一—一・二である)。
關森氏の算出によれば、上表の如く、農業者の死亡率は著しく高い。(但し此處でも、年齢別、性別構成を考慮されてゐない爲に誤差が含まれてゐる。)

B. 從屬者の死亡率

職業	人口	死亡數	人口千=付
總數	27,950,016	920,491	33
農業	12,845,522	498,601	39
水産業	884,288	28,483	32
鑛業	505,666	13,885	27
工業	5,330,698	111,521	21
商業	3,953,593	107,930	27
交通業	1,494,926	27,038	18
公務自由業	1,673,606	32,074	19
ソノ他ノ職業	555,852	38,735	70
家事使用人	19,460	393	20
無職業	686,405	61,781	90

〔備考〕 最後の三者は統計技術上又年齢構成上誤差が餘りにも大きく思はれるので、之を除いて考へると良いと思ふ。

右の表より若干の誤差を考慮に入れても農業者の死亡率が最も高いものたることが窺はれる。
以上により農村住民の保健状態は極めて不良であり、今後の徹底した保健對策が要望される所以を量的に表示した。

第四節 無醫村と死亡率

周知の如く無醫村の多くは農漁村であり、無醫村問題は農村保健との關聯に於て極めて重要視されて來た。その意味で農村の疾病及び死亡を量的に見て來た後で、醫師の有無が死亡率に如何に影響して居るかを一通り概観し、その考察より若干の教訓を得たいと思ふ。

既に昭和八年南崎氏は「農村の衛生と醫療」に於てこの問題を採り上げ、醫師なき町村の人口を二十萬以上、二十萬以下十萬以上、十萬以下の三群に分ち各縣毎に比較し、「例外を除き大體に於ては醫師なき町村の多い府縣に於て、先づ死亡率は高いと云へる」と述べて居られる。併し實地調査農村に於ける成績では、「醫師の無い村でも一般死亡率の低いものがあり、之に反して醫師ある村でも一般死亡率の著しく高いものがあり」明快な判断を下し難いとされて居る。(南崎雄七「前掲書」三三頁以下)

この問題はその後根本氏により再び採り上げられ、岩手縣の有醫村と無醫村に就て昭和十二年より三ヶ年の數字を分析し、少し疑問があるが「乳兒の死亡率は醫者のない方が概して多く醫者のある方が少い、全體の總死亡率の方をとると反對になる。」といふことを報告されてゐる。(根本四郎「岩手縣の無醫村と有醫村の出生と死亡の關係」「東北人口」二六〇頁)

疾病の發生、死亡には諸々の社會的要因があり、醫師一人や二人が之を防ぐことの困難なるは當然であり、その意味で單に有醫村と無醫村の死亡率を比較しても大した意義はない。

殊に兩氏の比較方法は、色々の社會的の差異を無視したものであるから正しい結論の出ないのは當然である。それにも拘らずこういう對比は我々に若干の教訓を與へてくれる。

即ち(一)農村保健の問題は決して單なる醫師の有無の問題には還元されない。それは農業生産をめぐる一つの大きな文化の問題である。(二)單なる治療醫學のみでは農村の保健問題は解決し難い。(三)醫療が作用する力ほどの面に於て最も強く最も効果があるであらうか。

こういう疑問や教訓が右の比較の中から示唆されはしないであらうか。

後に見る如く疾病の發生、經過、轉歸に影響する因子は極めて數多く、醫療的因子も亦その一つを構成するに過ぎない。疾病によつては例へば肺炎の如く醫療施設に俟つ所が極めて大きいものがある。然し又他の疾病は例へば結核の如く他の因子に強力に支配されるものである。

我々が無醫村問題を口にする場合には常にこの點を頭に入れて置く必要があるので、單に死亡率との關係を見るのは大

きい意味がないのである。私は「無醫村と死亡率」といふ一項を設けたのはそれ自身に意義があるからでなく、これを端緒とする考察が必要と認めただからである。

第五節 農村に多い疾病

農村に多い疾病といふ場合に二つの考慮が拂はれてゐる。第一に絶對數に於て多く見られる疾病でこれは農民の生命を脅かし、勞働力を消耗するものである。第二に都市に比して頻發する疾病で、その發生が特異であるもので、従つて此處では單なる量のみでなく質も考慮されてゐる。この二つの條件が揃つて居るから集團を對象とする社會醫學の對象になりうる譯である。年齢群より見れば乳幼兒に多い疾患は、急性氣管枝炎、氣管枝肺炎、クルップ性肺炎等の呼吸器疾患、急性消化不良症、急性腸炎、營養失調症、麻疹、百日咳等の小兒傳染病であり、この點何等農村に特殊のものはない。唯營養失調症が都市に比し著しく多く従つて消化不良症の重症のものが多い。

學齡期で注目されるものは小兒傳染病、寄生虫病(殊に蛔虫症)、ビタミン缺乏症及び皮膚科疾患(濕疹、白癬、膿疹、毛虱)である。この他にトラコマ、結膜炎がこの時期より激増する。

青春期で激増するのは、第一に結核であるのは當然だが、この頃より慢性の胃腸疾患が多くなる。壯年期には慢性胃腸病最も多く、血管性、腎性高血壓症は既にこの時期から目立つて来る。又神経痛、ロイマチス性疾患もそろそろ多くなる。老年期には動脈硬化症、萎縮腎と共に心臟機能不全が多いのは當然であり、ロイマチス、神経痛は著しく多い。

都市に比して農村に多い疾病は、小兒科疾患では營養失調症と消化不良症及び急性腸炎、内科的疾患では高血壓症(血管

性及び腎性)、心臓病、胃腸疾患、寄生虫病、關節リウマチス、神経痛等であらう。外科疾患では外傷性に化膿性創傷が頗る多い。耳鼻科疾患も都市に比し決して尠くないが比較すべき材料が不足である。唯この領域の疾患は殆ど放任され手術を受くる者は極めて少ない。

眼科疾患では周知の如くトラコーマが壓倒的に多いが、結膜炎、涙囊炎等も輕視出来ぬ。

産婦人科疾患では子宮位置異常、婦人性器の下垂が多いといはれ、又重症の妊娠中毒症が多いと推定されるが、全村の検査が行ひ難い爲に不明の點を残して居る。

今全村民を對象として行はれた検査成績として、上記の内務省衛生課の成績と成瀬村との成績を科別に見てみよう。(但

第二表 科別に見た農村疾患
全國七十一箇村

科別	疾病數	總疾病百=付
内科疾患	一六、四七五	二八・〇%
外科疾患	七、二五三	一二・三
耳鼻咽喉科疾患	七、四九九	一二・八
眼科疾患	二六、三一七	四四・八
産婦人科疾患	五〇五	〇・九
精神病	二七〇	〇・五
不明疾患	四二七	〇・七
計	五八、七四六	一〇〇・〇

成瀬村

科別	疾病數	被檢者百=付
内科疾患	六九五	二八・〇%
眼科疾患	一、〇八一	四三・六
耳鼻疾患	五四〇	二二・〇
皮膚疾患	九八	八・八
寄生虫卵所有者	八八一	三五・五
梅毒(ワ氏反)	八六	三・九
眼疾患ト寄生虫卵合併者	三九九	一六・〇

し衛生課の検査中内科疾患とあるものには寄生虫卵所有者を含ます)

以下に於て此等農村に頻發する疾患に就て、甚だ不充分ではあるが、社會病的に考察してみたいと思ふが、その前に農村の疾病を規定する社會病因を概観してみよう。

第六節 農村疾病の諸因子

一般に疾病の發生、經過、轉歸は患者の内的素因と外的因子の兩面により規定されるが、社會醫學的には醫學的・生物學的側面と社會的側面とに分けてその相互作用を併せ考へるのが便利でもあり至當でもある。

農村の疾病を強く規定する主要因子として、次の七つを擧げうる。

- (1) 農民の農業勞働及び作業環境
- (2) 住居及び一般に生活環境及び生活狀態
- (3) 農民の營養即ち食生活
- (4) 農民の家計殊に醫療費
- (5) 農民の保健衛生思想
- (6) 都市との交流及びその齎す影響
- (7) 醫療施設及び活動の狀況

現實には一つの疾病に就ても、これらの因子が凡て作用するであらうが、疾病により特に一つの因子に強力に規定され

るものがある。此等の社會的因子に就ては別に詳細に分析するので、此處ではどういふ疾病がどういふ因子に多く影響されるかを覗いてみるに止める。

(一) 農業労働及び作業環境に強く支配される疾病

重筋労働たる農業労働、然もその長時間の繼續は蓄積疲勞を惹起し、凡ての疾病の發生、經過に悪影響を與へるが、直接的の影響を被るは運動器たる關節、筋肉及びそれを支配する神經である。即ち疾患としては關節リウマチス、神經痛、畸形性關節炎、特發性の腰痛及び肩凝り等である。^{〔註〕}

〔註〕 古來から傳へられてゐる名稱には農業労働の激しさを反映し、又それを支柱として存續してゐるものがある。

「肩びき」といふのは肩凝り、肩胛部の疼痛の總稱だが高血壓、リウマチス、更年期障害、脚氣等に由來するもの以外に直接労働に由來する「肩所性過勞」が含まれてゐる。秋田地方では腰痛就中畸形性關節症を「きくら腰」と呼んでゐる。「かくらん」は炎天下の日射病を指してゐることは周知のことであらう。

なほ頗る大なるエネルギーの消耗を補ふべく大量の米を食する結果見らるゝ胃腸疾患も、この因子の作用を強烈に受け、過勞の結果が高血壓症の一つの有力な成因たるは争はれない。心臟肥大は勿論、凡ての心臟疾患もこの因子の作用を端的に受けて居る。

次に作業環境に直接影響される疾病の第一に擧ぐべきは十二指腸蟲症である。濕田では特に「冷え」が大きい役割を演ずるが、その影響は矢張り、リウマチス、神經痛に於て最も大であらう。果樹栽培の盛んな地帯は幼兒の消化不良症、腸炎が多いといはれる。

除草の際の「つき眼」(屢々角膜損傷)、及び發汗による結膜炎、稲刈の際の左小指の切傷は一種の職業病であらう。一

般に田畑の作業中に足趾の刺傷及び裂傷は極めて數多く見られるが、それに化膿菌、稀に破傷風菌が感染して重篤な疾患を誘致して居る。作業環境が不潔なことは皮膚疾患の發生に役立つてゐる。炎天下の作業に伴ふ日射病、寒冷期の屋外作業に因する感冒、肺炎等も見逃し難い。

慢性の疾患殊に結核患者の農繁期労働は經濟、營養その他の因子と共に見逃し難い役割を演じてゐることを忘れてはならない。

(二) 住居及び家庭内因子に作用される疾病

住居の影響は潜在的である。病人が發生した場合には換氣、採光が極めて重要となる。家庭的因子が最も強烈に作用するのは傳染性疾患である。農村の結核の家族内感染の割合が大きなことは有名である。小兒傳染病も亦屢々一家族の小兒全部を浸襲する。トラコーマでさへ家族内感染が最も多く、一家族に三人以上の患者がある場合が多く、爲に極めて幼少な者から本病に罹患する。

然しこれ等の場合、住居及びその附屬物の如何より以上に彼等の衛生的無知が大きい役割を演じてゐると見なければならぬ。雪國に於ては家屋の建築が極めて重要で防寒に不向きな家では感冒、肺炎等に脅かされるし、日光の入りぬ場合には佝僂病、カリエスが發生し易い。東北地方では爐が農家の唯一の暖房装置であるが、生木をくべる上に煙突がないので、呼吸器粘膜や結膜を刺戟して、その疾患の發生を助長してゐる。

一般に農家の住宅内の臺所、居間殊に寢間は極めて不潔で、それが直接、間接に彼等の衛生觀念の發達を阻害して居る。又作業場の設備なく、土間で脱穀、糶摺りを行ふ所では、不潔な綿工場の如くで、一度結核性疾患が浸入した場合には危

險の上なき状態である。

(三) 農民の食生活に強く規定される疾病

農民がその主要栄養を主食物たる米、麥等に仰いでゐることは周知の事實である。副食物は驚く程尠く就中動物性蛋白質に於て然りである。その結果、極めて多量の米麥を攝取しなければ各種の栄養素の補給は極めて困難である。

殊に農繁期に重筋労働を行ふ場合は平常の二倍量を食べねば仕事が出来ないから胃腸の負擔は極めて大きい。蛋白質少く炭水化物を多く攝取する場合は過量の鹽分を要するは生理的な欲求であるから、農民の副食物が鹽分含量の多きは當然である。鹽分の多いのはその他に食品を長期間貯蔵する爲にも必要なのである。この主食物の過量攝取と鹽分の過剰が農民の食餌の二大特色である。

この結果は消化器疾患、就中胃疾患を著しく頻發せしめて居る。農民の胃腸疾患でも、殊に胃疾患が壓倒的に多いことは食事の量の重要性を考へさせる。

次にはビタミン缺乏症が注目される。幼児、學童期を通じてビタミンAの不足はかの「栄養不良」を惹き起こして居り(勿論乳兒時代の栄養失調が後をひいて居ることは認めねばならぬ)、ビタミンBの不足が脚氣や神經炎を多發せしめて居る。ビタミンCは豊富に攝取しうるわけであるが、調理の関係で時には不足する。ビタミンDは日光照射の少ない雪國に於ては乳幼兒に充分供給されぬ爲に佝僂病性病變を惹起して居る。成人では問題にならない。

然しビタミン缺乏は動物性蛋白質攝取と表裏一體の関係にある。即ちA・Dは動物性食品を攝ることにより補はれるしBは米を澤山とることにより多く要求されるのである。

従つて動物性蛋白質の不足が農村の栄養の中心問題であると考へて良い。

(四) その他の因子

農民の家計經濟殊に現金の不足は疾病を放任せしめ、重篤にせしむる點で直接的影響を與へるが、住宅、栄養、被服等凡ての因子を通し、間接的に疾病の發生、經過、轉歸に深刻な作用を與へることは云ふ迄もない。

農民の保健衛生思想の低位も凡ての疾病に影響を與へるが、就中乳幼兒疾患、妊産婦の疾病及び結核等に於て最も甚だしいようである。都市との交流により最も直接的に規定されるものは云ふ迄もなく結核であるが、性病もこれに類似した經過を辿つて居る。都市との交流により保健思想の向上は多少見られるが、このプラスの面はマイナスの面を補ふには餘りにも僅少である。

目下の所醫療施設の影響が疾病の發生を抑制する力は全く弱い。豫防的活動が全くないと云ふのみでなく他の因子の作用が餘りにも強烈なのである。疾病の經過豫後に及ぼす力は夫々の疾病により異なるが相當なものとして見てよいであらう。

以上極めて杜撰に社會病因を概観したが、これは次の「社會病因より見た疾病」への準備で、詳細な點は後章に譲る。

第七節 社會病因より見た農民の疾病

(一) 消化器疾患

消化器疾患は國民病と云はれてゐる。今その發生の頻度を外國と比較するに、米國のヘジャースタウン市に於ける消化器疾患は千人に就き僅か九六・五なるに對し、東京市電氣局の調査(大正十年)では従業員千人につき五三七、又昭和元

年、二年の健康保険の統計の平均では、被保険者千人につき五七五となつてゐる。(佐藤秀三「社會と醫療機關」九一―一八頁) 即ち米國の約六倍も多く、消化器疾患が発生して居る。この原因は米食を中心とする我國民の食生活に在るは明らかである。さうだとすると蛋白質少く、ビタミンの殆どない白米を専ら攝取し、動物蛋白の少ない食餌に慣れて居る農村の人々に消化器疾患が最も頻發するであらうことは容易に想像しうる。

昭和十三年の死因統計より算出すれば、消化器疾患にて死亡せる者の全國總數は實に二十萬五千五百五名に上り、その内農業關係の者は實に十一萬三百四十名にして總數の五三・七%を占めて居る。今二歳未満の下痢及び腸炎を除くと、夫々一四六、六四〇人、及び七八、七五九名になり矢張り五三・七%の割合となる。今農業人口を全國民の四割と見ても實に多い數字で、農業者には胃腸病の多いといふことを端的に示して居る。

農村に於ける胃腸疾患は各年齢層に互り、乳幼児は勿論青・壯・老年にも少なくない。過ぐる一ケ年に脇本村の診療所を訪れた内科の新患約千二百名中、三分の一が胃腸疾患である。個々の胃腸疾患にて特に農村に多發するものはなく、嘔吐、潰瘍、カタル等何れも略一定の割合で多く見られる。朝鮮の農村で極めて數多く見られたといふ「滯症」の如きは本邦の農村では必ずしも多くなく、唯軽度の胃擴張が見られるに過ぎない。

最も高い頻度で見られるものは胃の過酸症、慢性胃炎、胃潰瘍、急性胃腸カタル、急性大腸カタル、軽度の擴張を伴ふ胃アトニー、便秘等で何處にでも頻發する疾患である。

即ち農村の消化器疾患は質に於て特異といふよりも量に於て特色がある。

かく農村に胃腸疾患が頻發する原因の第一に擧ぐべきは米麥等の主食物の大量の攝取である。これは一面に於ては彼等の多くが、動物性蛋白、脂肪その他の豊富な動物性食品を充分攝取する經濟的餘裕がない爲に、専らその營養を主食物の大量攝取に仰いでゐるためであるが、他面農業労働が極めて大きなエネルギーの消耗を伴ふ重筋労働たることを忘れてはならない。即ち耕起、整地作業を始め農繁期労働の消費するカロリーは五〇〇〇乃至六〇〇〇と計算され、輕筋労働の二倍乃至三倍に達して居る。従つて農繁期には平常の二倍乃至三倍ものカロリーを攝取せねばならないが、それを専ら主食物に仰いでゐるのであるから、過食に陥らざるを得ない。私が秋田の農村で調査した所によると、農閑期には一日三合五勺程度の米を食べてゐる成人男子は、馬耕、代掻きには一日四回で一升、田植、除草でも約八合の米を攝つて居た。それ丈の量を攝らねば直ぐ空腹になり、労働に耐へないと云ふ。

然も注意すべきは農繁期には炊事は多忙の爲め一層簡易化され、朝夕は味噌汁、漬物に飯、晝は焼いたにぎり飯を一家全部が食へるといふのが普通である。

一般に中以下の農家では、動物性食品の攝取は極めて少く、地方により多少の差異が認めらるゝが獸肉、生魚は一月に一通あれば上の方である。多くは正月、盆や御祝ひでもない動物性蛋白は殆ど攝つてゐない。

蔬菜も専ら自給自足であるから、中以下の農家では種類も限定され、自己の栽培した狭い範圍のものに限られ易い。こゝういふ状態は特に純稲作地帯に於て甚しいようである。

麥、粟、稗、馬鈴薯等を主食とする地方は多く山間地帯で、そゝういふ地帯の農民の疾病に就ては殆ど報告がないようである。然し矢張り消化器病が多いようである。稀に見られる調査(例へば工藤祐三「岩手稗食地方の營養に就て」「東北人口」三〇九頁)も信憑しうる程科學的のものは稀である。

次に副食物の共通の特色は鹽分含量の多きことである。農民に於ける如く植物性成品を多く攝取するものは、動物性食品を多く食する者に比しより多く鹽類を要求するのは生理的に見ても當然のことである。^{〔註〕}

〔註〕 フンゲに依ると植物性食品を多く攝取するときは、その中に多量に存在せるカリウム鹽は血液中に入り硫酸カリウムとなり、食鹽と反應し鹽化カリウム及び硫酸ナトリウムとなり、腎臓より排泄せられるといふ。

故に食鹽の補給不十分なる時はカリウムとナトリウムの平衡を失ひ、食慾減退、細胞は生活力を失ひ遂に體重が減少する。

又少量の副食物で大量の飯を食ふには食慾を刺激し、消化液の分泌を旺盛にする食鹽が絶対に必要であるから、勢ひ、鹽分は過多になり易い。又その激しい労働から見ても——特に夏期炎天下の労働——發汗に伴ひ食鹽が排泄されることが多いので、當然その補給として多量の食鹽が要求されるのである。

更に農村では商業が發達せずその食品は自給自足のものが多く、永い間貯蔵する必要があるので、味噌、漬物、鹽びきその他に見られる如く、自然味が濃厚にならざるを得ないのである。

以上の如く纖維成分多く、消化率の不良な穀物、蔬菜を大量攝取し、又過剰な鹽分を用ひざるを得ないから、胃腸の消化液はより多く分泌され、その運動も昂進せざるを得ず、容易に機能障害や粘膜の炎症を起し、此處に胃腸病が頻發するのである。

その上に農家の主婦は營養學的知識は全くといつてよい位乏しく、屢々不適の食品を食し、又農民にとつては飲食が最も大きい生活の楽しみである爲に、冠婚葬祭の時は勿論、何か事があると暴飲、暴食し勝ちの爲に、屢々胃腸障害を惹き起して居る。

その他色々の因子が作用し軽度の機能障害が増悪し、色々の器質的變化を誘發し既に二十代、三十代から慢性の胃疾患に悩むものは想像以上に多い。消化器疾患は幼兒の重症腸炎、癰腫、潰瘍の他蟲様突起炎、肝臓、膽道、脾臓疾患等可成り重症のものが多く、何といつてもその發生頻度の高い點が、労働力消耗、農家經濟の上から見て重視されねばならない。

(一) 心臓疾患

激しい重筋作業に従事する農民に心臓疾患が多いのは容易に想像しうる所であるが、實際にその頻度も低くないのである。昭和十三年の死因統計に心臓疾患による死亡と記載されて居るものから算出すると、全國の死亡總數四七、四六一名中農業關係のものは二二、八三八名即ち總數の四八・一％に當る。^{〔註〕}

〔註〕 この數字は心膜炎、急性心内膜炎、心臓瓣膜障害、心筋の疾患、冠狀動脈の疾患及び狭心症、その他の心臓の疾患の諸項目のみの合計で喘息、肺血管等の項目にも心臓疾患は含まれて居ると思はれるのでその絶對數はもっと多いと考へてよい。

一般に心臓疾患は腎臓疾患、脈管系の疾患と共に老人に多く發生する。従つて社會醫學の立場から見て、これ等の疾患は餘り大きい意義がないのでなからうか？ この點に就ての評価に關してルネ・サンドは興味ある記載をして居るから少し長い引用してみよう。

「心臓血管及び腎臓の慢性疾患は腦出血、栓塞症、血栓症をも包含して、その約二五％は傳染的原因により、他は身體の正常な又は早過ぎる消耗によるのである。アメリカに於ては心臓症による死亡は男子では二十五歳以上、女子では四十五歳以上の年齢に増加してゐる。イギリスでは四十五歳以下では減少し、それ以上では増加してゐるが、心臓、血管、腎臓等の慢性疾患による死亡の三分の二は六十五歳以上に生じてゐる。」

それ故にこれらの疾患の増加は單に平均壽命の延長によるものである。もしこれらの疾患が或る國に於て、死亡の主原因となるならば、これらが老年に發生する限り、これは衛生學の勝利である。然しこの事と過勞、微毒、急性關節リウマチス又は慢性中毒等による心臟、血管、腎臟等の早過ぎる罹患とは全く別問題である。」(ルネ・サンド「社會醫學の原理」邦譯上卷二〇八頁)

農業人口のみの心臟疾患の年齢別分類がないので、我國全體の數字を見るに、四十九歳迄に全心臟病による死亡の三六・五%、五九歳迄に五五%といふ成績で、四五%は六十歳以上の死亡である。この數字はルネ・サンドの記述と比較して見るとき「餘りにも早過ぎる罹患」が相當多いことを端的に示して居る。

我々農村に於て日常診療に従事するものには、農民に心臟疾患が豫想外に多いこと、然も可成り若い者に比較的に見られることに氣付いて居る。今農村の心臟疾患を簡單に分析する前に昭和十三年の死因統計により農業關係者には如何なる心臟疾患による死亡が多いかを鳥瞰して置かう。

第三表 死因より見た
農村の心臟疾患

農業ノ總數ニ對スル比	農 業		慢性心内膜炎及び心臟瓣膜障礙	心筋ノ疾患	冠狀動脈疾患及び狭心症	ソノ他	計
	總數	農 業					
四一・一%	八八八	三六五	五二・八%	一、六一四	二、一五八	五、七九八	八三・八%
五二・八%	六一八	二四、七四四	五〇・四%	三、二八八	六、〇三九	一一、八八四	四七、四六一
四九・一%	三、二八八	一、六一四	四九・一%	三、二八八	六、〇三九	一一、八八四	四七、四六一
三五・七%	六、〇三九	一一、八八四	三五・七%	三、二八八	六、〇三九	一一、八八四	四七、四六一
四八・一%	四八・一%	四八・一%	四八・一%	四八・一%	四八・一%	四八・一%	四八・一%

「備考」心臟疾患は診斷の困難なる者多く、從て死因統計より多くの結論を出すは極めて危険なるも、限定せられた範圍で参考に

査し度いと思ふ。なほ「慢性心内膜炎」といふ診斷名は、極めて不正確で心臟瓣膜障礙、又は再發性心内膜炎中に包含すべきものと思ふ。

右表に見る如く急性心内膜炎及び心臟瓣膜障礙による死亡が特に農村に多く見らるゝは、後述の如く、農村に急性關節リウマチスの多きこと及び激しい勞働が心臟瓣膜障礙をして容易に代償不全に陥らしむる結果である。心筋の疾患は急性關節リウマチスを始め諸種の傳染病により誘致されるが、又血管性、腎性高血壓症に由來するものが尠くない。

冠狀動脈の疾患及び狭心症が比較的少なく表出されて居るが、之はこれ等の疾患が農村に比較的少ないのではなく、恐らく他の病名に置き換へられて居る結果に過ぎないと思はれる。例へば喘息といふ死亡診斷名は農村に於ては五〇・九%みられ、この數字は總數九六四八の五三%に當る。農村に動脈硬化、高血壓が多いのであるから本疾患も決して稀ではない。心臓炎がやや少ないのは農村には結核が都市に比し少なく、結核性心臓炎の少なきに依るのではないかと推定される。私共の經驗によると農村に多き心臟疾患は、比較的若年の者では心臟瓣膜障礙、老年では動脈硬化、高血壓症に因する心臟機能不全が最も多いように思はれる。農村に心臟疾患多きは第一に農業勞働の強度に由來する心臟の過勞、第二には心臟疾患を惹起する原病たる急性關節リウマチス及び高血壓症が頻發する爲である。

過勞が心臟の肥大及び擴張を誘致し、屢々心臟機能不全の原因となることは報告されて居るが、その充分詳細なる研究は殆ど知られて居ない。特に繼續せる過勞の累積が心筋に如何なる變化を與へるかは充分闡明されて居ない。

農民達は高血壓症、脚氣、その他の疾患があつても猶且農作業を繼續する爲に、心臟の病的な肥大擴張が多く、レントゲン寫眞に見るも、一般に心臟は左方のみならず右方も肥大してゐる。中年過ぎたものでは鬱血肝と思はるゝ肝臓肥大は

非常に多く、一、三指横徑肝臓を堅く觸るゝのが普通である。多尿も同様非常に多い。早すぎる老衰が農民の心臓に現はれてゐると見るのは私だけであらうか。

(三) 高血壓症(血管性及び腎性)

嘗ては一般に肉體労働者より精神労働者に本症が多いと信ぜられて居た。然しながら醫療の大衆化が進んだ今日、肉體労働者に於ける高血壓症は、精神労働者のそれに於けるより決して尠くないことが分明して來た。

高血壓症は腎性のものも含めて「老人病」又は「使ひ古し病」である。従つて早老者の多い激しい肉體労働者に多いのは

第四表

農村に於ける高血壓症發生頻度(雄勝)

年 度	患者總數		高血壓症總數ニ對スル高血壓症ノ比	性 別	
	女	男		女	男
昭和十四年	一九六一	九七七	二二・五	九八四	四六〇
昭和十五年	一九四二	九四七	二二・〇	九九五	四二八
昭和十六年	一九八四	一〇二〇	一九・七	九六四	三九一
合 計	五八八七	二九四四	二一・七	二九四三	一二七九

血壓程度による高血壓發現比率

血 壓 程 度	總數	%	性別總數及び比		
			界	女	男
輕度高血壓症(151~170)	471	36.8	241	230	51.2
中等度高血壓症(171~200)	424	33.2	189	235	44.6
高度高血壓症(201以上)	384	30.0	153	229	44.7
計	1279	100.0	585	694	45.7

容易に推定しうるのである。又實際に重筋作業を行ひ、慢性の過勞に陥つて居る農民―特に東北人―には本症が極めて高い頻度で見られるのである。

例へば橋本、赤塚兩氏は二〇才以上の患者の十一%に於て高血壓(一六五耗水銀柱)を認めたと、秋田縣脇本村の診察所では十五%(著者)又秋田縣の湯澤の組合病院では、内科患者總數の實に二一・七%(但し水銀柱一五〇耗以上の者―河田信時氏)に於て高血壓症を認めて居る。

又昭和十三年の死因統計に依れば、腦出血、腦栓塞及び血栓にて死亡せる總數二二六、八六一名中農業人口のものは六四、七七三名即ち五一%を占めて居り、年齢別構成を考慮に入るも決して少ないとは思はれない。

今秋田縣湯澤町の組合病院(患者の多くが農民である)たる雄勝中央病院に於て、昭和十四年より三年間に互り河田信時氏が調査した成績を掲げて一、二の考察を加へてみよう。(第四表―前頁)

〔註〕本調査は昭和十七年五月に秋田縣組合病院學術集會に於て發表せられたものである。

右表を分析して第一に感ずる點は、高血壓症の發現頻度が驚く程高い點である。但しこの數字中には急性絲絨體腎炎や色々の疾病に基く萎縮腎も若干含まれて居るので、持續的高血壓症と云ふ意味からは多少割引して考へねばならない。併しそれにしても非常に高い發生頻度であることは間違ひない事實である。

〔註〕秋田縣は全國でも腦溢血が最も多い縣であることも考慮に入れねばならないので、この數字から直ちに農民に高血壓症が最も多いとは云ひ得ないが、少なくとも高血壓症の最も多い職業の一つであるとは云へるであらう。

次に注目すべきは婦人に高血壓症殊に高度高血壓症が多い點である。佐々藤平氏によれば、「腎性高血壓症は女子に却

つて多いが、純粹の高血壓病は男子に多い。男子一一八二人に對し女子五四〇人（二・二對一）之を各男女患者總數に比較せば、男子は全人員の一三・八％、女子は一〇・〇％となる。而して男子の全高血壓中其五五％が高血壓病にて、残りの四五％が腎性高血壓（高血壓病以外のすべての高血壓）であるに對し、女子にては正反對、即ち四五％が高血壓病にて五五％が腎性高血壓病である。（佐々藤平「腎臟血疾患之病理及び療法」五二二頁）

佐々博士の記載に對比して前表を見るに、女子の高血壓症が著しく多く、その原因の究明に一つの暗示を與へる。農村の婦人に高血壓症の多きは、農家婦人が男子に劣らぬ農業労働を營み、又大家族の主婦として極めて過度に心身を消耗して居ること、及び妊娠中の不攝生から妊娠腎及び妊娠血管性高血壓症より不治性の慢性腎炎及び高血壓病が數多く發生せることを示して居る。後者は又農村の婦人に萎縮腎多く、高度の血壓亢進を見ることの多い有力な原因である。

農村には一般に高度高血壓即ち腎硬化症が多きは前表に明らかであるが、之は農業労働、過食を中心とせる凡ての不攝生の結果である。

以上により極めて粗雑な分析であるが、農村に高血壓症が數多く發生し、然も不攝生の爲極めて早期より急速に増悪せる事實が明らかになつたと思ふ。次に農民に高血壓症の頻發する原因を探究してみよう。

高血壓症の原因として、内因と外因を區別し、内因により重きを置くは近時の醫學者の傾向である。フィツ氏の如きは血管性の高血壓症の統計的研究に於て、「本症は内因のみによりて起るものにて、外因は關係なし、外因は唯内因に由り起りし血壓亢進の愁訴を誘起するに過ぎぬ。」と迄極言してゐる。

然しながら内因と外因とを絶對的に切り離して純粹に遺傳的な内因のみを過重評價することは多くの疑問を残すことに

なる。

〔註〕遺傳と環境の因子との關係は、今なほ充分に闡明されて居るとは言ひ難い。然しサンドが記載して居る次の章句は充分味はふべきであらう。「傳染と中毒、食物、疲勞或は感情によりその機能に變化が起るとその分泌が今度は生殖質に作用する。生殖質は昔信じられてゐた様に、それを内包する有機體の變化に無關係のものではない。」（ルネ・サンド「社會醫學の原理」邦譯上巻一九八頁）

當面社會病因として我々が問題とするのは外因であつて高血壓症の發生、經過、豫後に大きな影響を與へる因子である。

佐々氏によれば「外因として重要なものは、過食、飲酒、煙草亂用、慢性鉛中毒、微毒、恐らく他の傳染病、モルヒネ中毒等である。」（前掲書五二三頁）

右の中、鉛中毒、モルヒネ中毒はその原因が極めて明瞭ではあるが、一般的には意味が尠い。

農村に高血壓症の多いのは過食、過飲が最も重要でその他の因子の有する意義は少ない。但し私は佐々氏が指摘して居ない因子として是非過勞を挙げたいと思ふ。

農民の激しい肉體労働に伴ふ物質代謝の結果産出される排泄物が血管壁に働き、その攣縮、硬化を促すと考へるのは、必ずしも誤つてゐないと信ずる。なほ激しい筋作業が、過食の大きい原因を爲すは云ふ迄もない。

過食に就ては以前は専ら肉類即ち動物性蛋白質の過食のみが重要視されたが、近時凡ての蛋白質の害が唱へられて居る。若しその説が正しいとすれば、肉體労働者が最も多くの蛋白質を攝取するから、動脈硬化症に罹る危険も大きいわけである。

〔註〕 從來の研究に依れば、重筋労働者の蛋白攝取量は著しく大である。栄養素配分の割合から見て、蛋白質が餘り大抵でない食物を攝つてゐても、攝取する食物の全量が大い爲に蛋白質も亦多く攝取される。

蛋白質以外の栄養素特に脂肪と鹽分が高血壓症に悪影響を與へることは一部の學者に認められて居るが、その詳細はなほ不明である。

過飲就中酒の過飲も亦外因の一として考へられて居るが、その評價は人により一定しない。高血壓症の外因に就てはなほ幾多の不明の點を残して居るが、私は農村に於ては過勞、過食、過飲が外因として最も大きな役割を果して居ると信じて居る。

以上は主として血管性の高血壓症の外因に就ての記述であるが、發生の原因は別として、一度發生した腎性の高血壓に對しても同様に極めて悪影響を及ぼす因子たることは疑ひない。

一般に農民に於ては一度罹患した高血壓症も色々な原因の爲に不注意に扱はれ、食事上の攝生は勿論、労働も平常通り行はれ易い爲に、容易に病状は増悪し、比較的若年の中に腦溢血、心臟機能不全等で倒れるものが多いのである。

(四) 運動器の疾患

農作業は既に述べた如く、極めて重筋的なる労働で、農民達は常に關節、筋等の運動器を酷使して居り、又冬季には戶外労働は勿論、製繩、製席等の作業も常に寒冷に曝されつつ營まれ、早春の苗代作業その他は又濕氣と寒冷中に行はれる爲にロイマチス性の關節、筋、神經の疾患が豫想以上に多いのである。

又農作業は田植、除草、稻刈を初めとして、前屈姿勢をとるものが極めて多く、爲に器質的、機能的變化を伴ふ腰痛が

非常に屢々發生する。

我々農村に居住する醫師は定型的な慢性關節リウマチス、神經痛とはやゝ趣を異にし、明確な診断を下し難い様々の筋痛、關節痛を経験して居る。

〔註〕 これ等の疼痛は假性ロイマチスと呼ばれる色々な傳染性疾患に續發するものではなく、又新陳代謝、内分泌の障害から來たものでもなく、激しい労働により齎らされた如くである。

農村に於ける「ロイマチス」や「神經痛」は農作業に於て最も酷使する腰部、下肢、右上肢、肩胛部に於て最も高い頻度で見られる。

然も此等の非定型又は定型的の疼痛は冬季に於けるよりも、農繁期に於て最も屢々見られることは過勞を他に於ては、その原因の説明が不可能である。

我々はこゝにいふ運動器の疾患は、當面やはり廣義の關節ロイマチス、筋肉ロイマチスとして取り扱つて行かうと思ふ。

(i) 急性關節ロイマチス

昭和十三年の死因統計に依れば、本症による死亡数は全國で六一四名、その中農業關係者は、三二四名にて約五二・八%を占める。然しながら本症の大部分は心臟の合併症即ち急性心内膜炎、心筋炎、心臟瓣膜障りで死亡するのだから、心臟病の項で記載したやうに、毎年老大な數の者が本症及びその續發症で死亡して居るわけである。のみならず本症は大人に於ては約三五%再發し、又心臟瓣膜障りを残すこと多く、他面全治せず慢性症に移行するものも尠くなく、労働力を消耗する點では見逃し難い。