る。第二に農家の主婦は農繁期は勿論、然らざるも仕事が多いのと文化からとり殘されて居る爲現代の調理法は殆ど知らない。又敢て知らんとする意欲も無い。第三には農家は概して家族が多い爲にとても氣のきいた料理を澤山作ることが出來ない。保守的で因襲に捉はれ易い彼等の食事も昔ながらであることは當然すぎる程當然である。種類少なく一つのものを大食するといふのが彼等の食生活である。從つて偏食に流れ、一度胃腸を障碍した時には中々治癒し難いのである。驚く程大きい釜、腕でかゝへる程の鍋、それが農家の料理を表象して居る。簡單なこと之が農家の主婦には極めて大切である。野菜、魚の煮付けと味噌汁、それに色々の漬物が普通の料理である。

我々は農家の食事の改善に際しても常に「簡單さ」といふ事を念頭におく必要がある。

（四）食品の貯藏と鹽分過多

商品經濟が發達せず自給的色彩の濃い農村の食生活では貯藏といふ事が大きい意味を有つ。彼等の献立を見ると漬物を初め、鹽鮭、筋子、鹽辛、數子、梅干、鹽鰊、身缺鰊のような貯藏に耐へるものが頗る多い。味噌は自家製で殆ど二、三年長きは五、六年經過し鹽分の濃いものが多い。

漬物は彼等の主要な副食物で、鹽漬、糠漬を始め糀や糯等を使用せるもの迄極めて多種多樣である。魚類は殊に鮮魚が手に入り易い所の他は殆ど全部鹽魚を用ひる。鮮魚を購入した場合でも鹽や、味噌で貯藏する場合が多い。蓋し安價な魚を澤山仕入れるからである。

かくの如く貯藏食品を多く食用に供する結果は勢、鹽分攝取量を過大にし、胃腸の分泌液を增加せしめ、消化器疾患の發生率を高くするのみでなく、高血壓の發生、腎臟、心臟の過勞の有力な因子として作用して居る事は想像に難くない。

（五）娯樂と食事

食事は我々の生存に缺くべからざるものたるのみならず、又人生を豐かに樂しくしてゐる力は大きい。都市に於て營てあらゆる娯樂が人々をたのしませた時でさへ、食事の役割は無視出來なかつた。農村には娯樂機關が殆ど無い。殊にラヂオの無いような農家ではさうである。その爲には食事が最も大きなたのしみである。にも拘らず平常は粗食に甘んじて居るから、祭とか、節句とか、運動會とかには思ふ存分飲んで食ひ度いのは自然の理である。祭には女達はたのしげに餅をつき、日頃節約しておいた砂糖をふんだんに使つて、大きな大福餅やォハギを作り、舌鼓を打つのである。男達は下戸でない限り大勢集つて、鷄をつぶし卵を割つて、酒を喰ひ唄ひ樂しむのである。村の運動會や國民學校の運動會にさへ、彼等は酒を持込み、蓆をしいて宴を張り、大いに飲んで喰ふのが習慣である。嫁でも貰ふ家があると大勢の隣人を招き、分不相應の御馳走をするのが田舍のしきたりで、戰時に於ても中々改まらないのである。何か事があると飲み且喰ふのが彼等の一番の娯樂である。農村の文化の向上に關心を有する者はこの事に深く考へさせられるのである。

第四章　農家經濟と醫療費

緒言

本章に於ては農民の保健衞生に深刻な影響を與へる一因子として農家の經濟を分析する積りであるが、そのことは又逆に疾病が農家の經濟に及ぼす反作用をも論ずることにならう。農家經濟といふ言葉は、廣くは農業機構に結び付いた社會經濟の意味にもとれるし、狹義では個々の農家の家計の意味にも解される。

本章に於て私が使用せる場合は多くの場合に家計を意味するが、屢々農村全體の經濟狀況をも指し示す場合もあるので「家計」とか「收入」とかいふ言葉を殊更に避けた事を御斷りして置き度い。

云ふ迄もなく一家の經濟は榮養、住宅、教育、家族の非衞生的な勞働及び生活、醫療費等樣々な因子をより根本から規定する點に於て最も本質的であり、最も重要なものである。併しながら農家の收入も個々の例をとつてみると必ずしもその多少の差異が榮養、住宅その他の因子を一義的に規定する譯ではない。

A農家の方が多少裕福でも、B農家の方が、より良い榮養を攝つて居る場合もあり、C農家はD農家より收入が尠くても、病人が出た場合に早く醫師に診せ金惜しみせぬこともある。又E農家の住宅はF農家より大きいが、實に不潔で採光換氣が惡いといふことは幾らもある。勿論大數的に觀察すれば、概して家計の豐かな者の方が榮養も住宅もその他の因子も優秀なことは明瞭だし、又經濟的の差異が著しく隔け離れて居る場合も同樣である。

然し農村に於ては概して都市に比して貧富の差が少ないし、分離して考察すべき理由もあるので農家經濟といふ因子を一應獨立して取り扱ひ、榮養、住宅、勞働事情、保健思想等の保健に影響を與へる他の因子とは別個に考察したい。[註一][註二]

〔註一〕疾病の治療に必要なる醫療費は主として農家の收入により規定されるが、農村に於ては醫療の配置狀況といふ全然別個なる因子によつても規定される。無醫村に於て急性の疾患に罹り醫師を呼ぶ場合は法外な往診料を用意せねばならず、又不必要なる入院をもせねばならない。即ち醫療費といふ經濟的な因子の考察も單にその費用を捻出しうるかどうかの問題のみには歸着せしめられない點を考慮せねばならず、又廣義の醫療衞生費には醫師へ支拂ふものの外、賣藥費、鍼灸費、加持祈禱費等の複雜な內容も含まれ、この考察のみでも別個の取扱ひを要する。

〔註二〕社會政策學者は經濟的面から保健衞生を大數的にとり扱ひ、經濟生活の向上が最も緊急なことを說くのは勿論正しい。然し單に經濟生活のみが向上しても、それのみでは保健衞生は向上するとは限らない。現實に農村の保健衞生の向上への闘ひに於て强力な武器となる爲には個々の因子の分析が細く行はれ、然る後それが統一されねばならない。その統一の基準となるものは狹義の經濟ではなく、農業の機構であることは云ふ迄もない。

農家經濟といふ因子を保健衞生の見地から見た場合には、家計が醫療機關を充分利用しうる丈の餘裕があるかどうか、その程度は如何、若し餘裕がない時は病人をどうするかといふ問題に歸着する。これ等の點を廣義の醫療費といふ面から分析して行かう。

第一節　農家生活と醫療費

醫療費は色々の因子により支配されるが、大きく分けて次の三つのものに支配される。

即ち一は發病率であり、二は收入の多寡であり、最後のものは醫療機關の配置狀況である。既に「農村の疾病」の所で述べた如く農村の疾病は都市より多い。それにも拘らず醫療費は都市居住者に比して尠い。それは農家の收入が極めて不如意であり、醫療機關に惠まれないからである。事實農村に居る醫師は患者が疾病を永い間放任して居ることや、少し輕快すると治療を中止することを熟知して居る。

收入の多寡は直接に醫療費を規定する。一般に自作、自小作、小作農の順に醫療費が低下して居ることは周知の事實である（副收入の增加はかゝる順位を變化せしめつゝあるが）。第三の醫療機關の配置狀況による影響は都市には見られない因子である。無醫村の場合は有醫村に比し一般に醫療費は少ない。然し一度重篤なる疾患に冒された場合はその家の醫療費の支出は極めて大きなものになる。[註]

〔註〕これ等の點に就ては後にやゝ詳しく述べる積りである。

以上の點から我々は常識的な結論を出しておかう。即ち醫療費は疾病の發生率を決して表現するものではないといふことである。さてこの醫療費は農家の家計費に於て如何なる地位を占めて居るであらうか。

昭和十三年度農林省の「農家經濟調査」報告より家計費の割合を見るに次の如し。

第一生活費（住居費、飲食費、光熱費、被服費、家具什器費）

	圓
自作農	九三五・八〇
自小作農	八五五・九七
小作農	七六五・七二

容內の計家の家農　表一第

	自作農	自小作農	小作農
	%	%	%
住居費	二・九一	一・五九	二・六六
飲食費	四五・四三	四七・三八	五〇・四八
光熱動力費	五・一四	四・七一	四・五三
被服費	一〇・三四	九・五六	一〇・五九
家具什器費	三・四九	二・四七	二・七〇
教育費	二・一五	二・二五	一・九七
修養費	一・一三	一・〇六	〇・九一
交際費	八・四八	七・八三	七・七八
嗜好費	三・三七	三・九〇	三・六六
娯樂費	〇・八四	〇・七七	〇・五二
衞生費	四・四三	六・四八	四・二六
冠婚葬祭費	六・一六	四・六三	三・九七
諸負擔	一・四七	一・一七	〇・八八
負債利子	〇・八一	一・二三	〇・八三
其ノ他	三・七五	三・九七	四・二六

「農村保健年報」昭和 15 年版 115 頁より借用

第二生活費（教育、修繕、交際、嗜好、娯樂、衞生、冠婚、葬祭の各費、諸負擔、負債利子）

自作農	三〇五・八八圓
自小作農	二八四・九二
小作農	二二二・三九

この表によると廣義の醫療費たる所謂「衞生費」は自作、自小作、小作により多少の差があるが、平均全生計費の五・〇六%を占める。即ち金額にして四十四圓程度の支出である。農家の家計は平均して約五四%程度は自給自足であるので現金支出といふ點から見ると、「衞生費」はその一割一分程度に當る。醫療費の有する意義に就ては、次の二點を注意する必要がある。第一は醫療費は農家の他の支出に比して極めて浮動し易く不定なことである。切りつめられた農家の家計に於て衞生費が增大する時は農家の經濟は容易に均衡を失し破綻し易い。農家の負債が疾病によること尠なからざるものがあると云はれるのはこの意味である。

第二は第一の點と表裏をなすものであるが、醫療費負擔の不均衡といふことである。先に示した「衞生費」の數字や割合は「平均値」であり、その眞實の姿を表現して居ないことはよく反省してみなければならない。

この眞實の姿を窺ふべく次の資料を掲げる。

右の二表によるに醫療費の支出は三〇圓以內のものが最も多く全數の七割五分を占めるが一〇〇圓以上の支出をなせるもの一四戶ある事實は注目される。之は極めて當然で、手術を要する疾患や結核の如き長期の療養を要する慢性疾患を出せる家では數百圓の支出は避けられない。矢ヶ崎德藏氏が愛媛縣北宇和郡日吉村及三島村に於て施行せる醫療費支出狀況調査（昭和十三年）に依れば、罹病者一人當最高支出は、日吉村八八〇圓、三島村九七四圓となつて居り、農家經濟に占むる醫療費の役割は輕視し難い。（表は後に掲げる）

以上述べた諸點より我々は如何なる結論を出し得るであらうか。

第二表　醫療費の家計費に對する割合戶別數

醫療費の家計費に對する割合	小作農	自小作農	自作農	合計
一%未滿	九	一二	一一	三二
一%以上	一七	二〇	一七	五四
二%以上	二〇	一七	二一	五八
三%以上	一六	一一	一三	四〇
四%以上	一一	一〇	九	三〇
五%以上	一一	一四	一一	三六
七%以上	一〇	一二	七	二九
一〇%以上	四	三	一〇	一七
一五%以上	二	二	一	五
二〇%以上	一	三	三	七
計	一〇一	一〇四	一〇三	三〇八

第三表　醫療費額別戶數

醫療費額別	自作農	自小作農	小作農	合計
五圓未滿	一四	一八	二一	五三
一〇圓未滿	二五	一八	二一	六四
二〇圓未滿	二三	三〇	二五	七八
三〇圓未滿	一一	一六	一六	四三
四〇圓未滿	六	七	八	二一
五〇圓未滿	八	三	四	一五
六〇圓未滿	三	六	四	一三
七〇圓未滿	一	二	一	四
八〇圓未滿	五	二	一	七
九〇圓未滿	一	一	一	一
一〇〇圓未滿	一	一	一	二
一〇〇圓以上	八	四	二	一四
計	一〇五	一〇七	一〇三	三一五

〔備考〕(1) 昭和八年度「農林省農家經濟調査」による
(2) 佐藤正「主として農村に於る醫療費に就いての考察」
「東京醫事新誌」3167 より借用

農村といはず都市といはず一般に勤勞階級にとつては屢々醫療費は彼等の收入に比して不均衡に高價である。この事は醫療の社會性と醫療制度の營利性の對立的矛盾にして機構的の深さを示して居る。[註]

〔註〕前厚生省保險院施設課長佐藤正氏はこの點に就て次の如き正當な說明を下して居る。「醫療費を醫師側から觀察することは醫療を醫師の診療行爲に對する報酬として觀るのであつて、この意味に於ては現在の醫療費は必ずしも高價とは謂へないのである。が患者側から觀る場合、事情異るものが存する。即ち患者の醫療費負擔能力を標準として考察する場合、現在の醫療費は一般に高價なることが認められてゐる。所謂醫療費の合理化或は妥當化は主としてこの意味に於てである。」「然し乍ら、此處に注意を要することは、開業醫を根幹とする現行醫療制度の下に於ては醫療費は漸次高騰の傾向を有すると謂ふ事である。

斯くの如き醫療費漸騰の必然性は、實に資本主義が醫療組織に齎したる結果にして、現行の開業醫制度に附隨する本質的矛盾缺陷と稱すべきである。即ち資本主義はその資本主義的社會經濟機構の進展に於て、一方醫學の進歩、專門分科の發達に伴ふ醫業の大規模經營を齎し所謂醫業の營利性を發揮せしむると同時に、他方國民大衆の無產化を生じ醫療費の負擔に堪へざる薄資階級を發生せしめ、斯くて此等二つの積極的、消極的因由の必然的歸結として醫療費漸騰の必然性が產み出されたのである。而してこの趨勢は特に農村に於てこそ、その特有なる經濟的、地域的理由に基き最も潤く且つ深く表現されてゐると謂ふことが出來るのである。」（佐藤正「主として農村に於ける醫療費に就ての考察」「東京醫事新誌」三一六七號五〇頁）

第二には上に述べた醫療費の家計中に占むる割合、收入との關係、その負擔の不均衡の現況はそれを裏から見ると、一般の農家に於ては一度重篤なる又は慢性難治の疾患に罹患せる場合は、家計は破綻し、負債を招くか、さもなくば患者を放任又は不充分なる治療を行ふことにより貴重な生命を失はしめ、然らずも勞働力の破壞を招來するかの、何れかの途を歩まねばならない。そして現實にその兩方の途が選ばれてゐるのである。例へば積雪地方農村經濟調査所報告第一一號「農家負債に關する調査」によれば病氣療養のための負債は件數にして第三位の一一・四%、金額に於ては第五位の八・〇五%を占めて居る。

後者に就ての資料は少ないが、鳥取縣警察部の調査によると昭和八、九、十年（十年は四月迄）に於て、同縣の農民にして醫師の治療を受けず死亡したるもの全死亡者の四・九%に當るといふ。即ち

「縣下の開業醫數四百八十六人なるも醫師なき町村六十六ヶ村に及び醫師の分布狀況は極めて不均衡なるが、山村漁地に於ては疾病の大部分は家庭藥たる賣藥を以て療養の方法を講じ、醫師は唯死亡診斷書を受領する爲に已むを得ず最後に至りて形式的に之を迎ふるに過ぎざる狀況のもの多し、農民にして受くべき醫師の治療を受け得ずして死亡したりと認めらるゝ者、次の如く全死亡者の約五%に達するの悲慘なる狀況なり、近時各地產業組合に於て病院の設立を計畫せられ、既に之が設立を見たる地方に在りては地方開業醫の藥價その他に幾分の低落を來したるも農村に於ける醫療の大衆化は最も緊要事なり。」（表ハ略）（黑川泰一「保健政策と產業組合」四二頁より借用）

以上で農家生活、農村の保健に於て醫療費の占むる重要さが可成明かにされたと思ふが、次章に於ては都市と對比して農村の醫機費の持つ特異な點を記述してみよう。

第二節　農村の醫療費の特性

都市と對比して農村の醫療費を分析すると次の三點が特異なことに氣付く。

第一は農家の醫療費は一般に都市居住者に比して少額である。第二に農家の醫療費は、醫療機關の分布狀態の不均衡に

影響されることが頗る大きい。第三に廣義の醫療費の內容を見ると一般に都市に比し、賣藥費加持祈禱費等の割合が多い。

この三つの點は相互に規定し合つて居ゐし、農村にのみ特異とは云へないが、そういふ傾向なり特色が農村に於て強く滲み出てゐるといふ意味で一應獨立して考察を加へてみよう。

第三の點に就ては之を「農家醫療費の內容」として次章に取り扱ひ、前二者のみを分析する。

農家の醫療費は一般に都市居住者の夫れに比し僅少なる事は周知の事であるが、今その程度を見る爲に一、二の資料を擧げてみよう。

次の表は社會局に於て纏められたものである。

第四表　農村及び都市居住者の醫療費

種別	種別	一世帶當平均醫療費	一人當平均醫療費	調査者	摘要
農村居住者	醫師居住町村	圓 —	圓 四・一四	衞生局	農村保健衞生實地調査成績（大正十年乃至大正十三年の間に於て二十三ヶ町村に付調査）
	醫師なき町村	—	三・六〇		
	平均		三・九一		
	一般	二二・六八	四・二二	社會局	經濟更生計畫書に據る（昭和八年愛知縣管內四三ヶ町村に付調査）
	小作農	一八・三三	二・九〇		
都會地居住者	自小作農	二四・五七	三・九三	社會局	農家經濟調査（農林省）原票に據る（自昭和六年至同九年四ヶ年間一府縣六戶乃至九戶に付調査）
	自作農	三〇・二三	四・七七		
	平均	二四・三六	三・八六		
俸給生活者	官吏	三九・八三	一〇・二九	內閣統計局	家計調査（自昭和六年九月至昭和九年八月、四ヶ年平均）
	教職員	四五・二四	一六・二〇		
	銀行會社員	四二・四六	一一・二〇		
	平均	四一・八九	一一・〇五		
	一般	四一・五二	九・七七	協調會	生計調査（自大正十年六月至大正十一年五月、一ヶ年）
	警部補、巡査及消防手	—	一〇・一三	警察共濟組合	警察共濟組合事業年報（自大正十二年度至昭和九年度平均）
勞働者	一般	三六・四〇	八・九一	內閣統計局	家計調査（自昭和六年九月至昭和九年八月、四ヶ年平均）
	同	三七・五九	七・八一	社會局	職工生計調査（大正十二年二月分及三月分）
	健康保險被保險者	政府組合 —	八・三八 一〇・一九	社會局	昭和九年度
醫師の所得より見たる醫療費	一般	—	三・二六	社會局	名古屋稅務監督局管內（昭和三年分）
	同	—	三・五〇	京都市醫師會	京都市在住醫師に付調査（自昭和四年至同八年平均）

黑川泰一「前揭書」一八頁より借用

この「總括表」に表出されて居る資料は概して古いが現在に於ても事態は餘り異らない。國民健康保險が充分效果的に使用されて居る農村では事態は若干異るが、現實に國保が充分利用されて居る所は必ずしも多くないので上表は今猶通用し得ると思はれる。

本表を見るに、農村居住者は都市に比して著しく醫療費支出が尠い。一世帶に就ても都市の居住者より著しく尠いが一人當りにしてみると、この差が一層鮮明になる。即ち小作農では都市俸給生活者の三分の一以下であり、自作農でさへ半分に達してない。

この原因としては既に述べた如く、農家の現金收入の尠い事、利用すべき醫療機關に惠まれぬことが擧げられるが、その他に農村の文化水準の低いことも見逃し得ない。〔註〕

〔註〕致命的疾患でないものは多く放任される。トラコーマ、慢性中耳炎、蓄膿症等は勿論、多少苦痛のある程度の內科的疾患さへ放任される。吾々から見れば良くも我慢してゐると思はれる疾患も愈々となる迄放置する。彼等の中には醫師を訪れるのを不名譽と考へてゐるものさへ尠くない。無醫村の場合は勿論、醫師が居り、國民保險に加入してゐる場合でさへそうである。文化の低度、保健衞生思想の缺除も亦醫療費を節約する有力な原因である。之は農民に永い間培はれた節約の精神の惡い面である。

農民丈に就て見れば小作、自小作、自作の順に醫療支出が少いが、最近では勞賃收入の增加につれ寧ろ兼業農家の方が專業農家より醫療費の支出が增大せる傾向があり、簡單に考へる譯に行かないようである。

次に醫療機關の分布による醫療費負擔の不均衡は社會政策上より見て輕視し難い。

上表では無醫村の支出は醫師居住町村より少く表出されて居るが、かゝる平均値は餘り重要でない。何故ならば一般に無醫村は山間部や僻地に多く、その經濟も豐かでない場合多く、從つて右の差異は醫療機關が利用し難い爲もあらうが、又農家收入の差をも示して居るであらうから。從つて次のような統計も見られるのである。この統計は數が少ないので前のものと對比出來ないが無醫村の方がかへつて醫療費支出が多いことも屢々あるといふ事の證明にはなるのである。

第五表　無醫村及び有醫村に於ける醫藥費並に賣藥費の示例

		醫藥費 村民一人當	賣藥費 村民一人當
有醫村	島根縣M村	一・六五圓	一・〇八圓
	愛媛縣T村	四・五七	〇・八四
	福井縣N村	三・七五	一・四五
	東京府T村	〇・九三	〇・六五
無醫村	鹿兒島縣K村	二・五一	〇・一七
	愛知縣K村	三・九三	〇・七八
	福島縣N村	二・二八	一・三五
	石川縣O村	八・三一	一・四二

（佐藤正「國民厚生講筵」二四七頁、年度不明）

農村の疾病の所でも述べた如く無醫村必ずしも疾病の發生多きわけでもないのだから、醫療費も個々の農村により多少があるのは當然である。唯我々が確信を以て云へる事は無醫村に於ては醫療費負擔の不均衡が一層著明に現はれるといふ事である。重篤な急患に往診を頼む場合は、極めて高價な往診料を拂はねばならないし、通院する時にも交通費は馬鹿に

ならない。又屢々左程重要ならずとも入院しなくてはならない事がある。〔註〕

〔註〕解り易い爲に具體的な例を擧げてみる。私の村の隣村は無醫村であるが峠を經て孤立して居る農村である。一番近いK村の醫師迄一里乃至一里半あるが、夜間往診を頼むと十五圓の金が必要であり、二里許りへだてたK町の醫師を頼むと二十圓の往診料を用意せねばならない。然しこの兩者の醫師は自動車を持つて居ない爲峠を越しての夜間往診は極めて困難であるのでF町といふ約四里許り距てたやゝ大きい町から醫師を迎へなければならない事が多い。すると三十圓の現金が必要である。同村の患者は專門醫にかゝる爲に屢々秋田市に出るが、一里以上歩いた上自動車に約三十分、汽車に約一時間乘らねばならない。交通費は一回で一圓八十錢かゝるのである。蛔虫の爲に激烈な腹痛があるような場合でも醫師の居ない悲しさでわざわざ秋田の病院に入院する事が稀ではないのである。

無醫村では輕症の疾患は殆ど放任しがちであるにも拘らず、一度重篤な疾患や苦痛ある疾病に侵襲された場合には莫大な醫療費を支出せねばならないのである。

以上により農村の醫療費がその中に含んで居る深刻な樣相が一通り明らかにされたと思ふ。

第三節　農家醫療費の內容

さて今迄は醫療費を一つの抽象的なる全體として考察して來たが、本節に於てはその內容を分析する。それにより同一金額の醫療費もそれが疾病治療の目的に役立つ價値を異にし、特に農村に於ては無駄な支出が多いことを明らかにしようと思ふ。

次表は農林省の農家經濟調査の原票により社會局が作成したもので、昭和六年より九年に至る四ケ年間の成績である。

第六表　農家經濟調査の結果に依る醫療費內容

種別	小作農 一戶當	小作農 一人當	自小作農 一戶當	自小作農 一人當	自作農 一戶當	自作農 一人當	平均 一戶當	平均 一人當
	圓	圓	圓	圓	圓	圓	圓	圓
醫師に支拂ひたる額	一〇・八六	一・七三	一五・二七	二・四四	一八・八八	二・九八	一四・九九	二・三八
齒科醫師に支拂ひたる額	・七七	・一二	一・三六	・二三	一・七八	・二八	一・三〇	・二一
賣藥購入に要する額	四・一二	・六五	四・六〇	・七四	四・一三	・六五	四・二八	・六八
滋養品購入に要する額	・八六	・一四	一・一四	・二〇	一・八三	・二九	一・三一	・二一
醫療用器具材料購入費	・三一	・〇五	・三六	・〇六	・五四	・〇九	・四〇	・〇六
看護婦及び附添人に要したる額	・〇二	—	・一六	・〇三	・一〇八	・一七	・四一	・〇六
按摩鍼灸マッサージ等に要したる額	・四五	・〇七	・四〇	・〇六	・三〇	・〇五	・三九	・〇六
保健を目的とする湯治費	・四九	・〇八	・五四	・〇八	・九七	・一五	・五七	・一一
其の他	・四五	・〇七	・六四	・一〇	・七三	・一一	・六一	・〇九
計	一八・三三	二・九〇	二四・五七	三・九三	三〇・三三	四・七七	二四・三六	五・八六
支出總額	九〇三・五二	一四二・九二	九六四・六三	一五六・〇〇	九九一・六六	一五七・三一	九五三・〇三	一五二・〇〇
內家計費	四七二・〇一	七四・六六	五六四・六九	九一・三三	六一九・〇二	九八・二〇	五五一・四九	八七・九六
保健衞生費	三三・九九	三・七九	二九・〇八	四・七〇	三四・二四	五・四四	二九・〇七	四・六四

（黑川泰一「保健政策と產業組合」二十一頁より借用）

右によると賣藥に要せし支出は醫師に支拂ひたる額の約三分の一を占めて居り、殊に小作農に於ては賣藥費の割合が高い。この事は小作農が醫師の診療を受けず賣藥により多く賴つて居ると考へて大過ないであらう。

〔註〕「賣藥」といふ項目には新藥や產業組合家庭藥は殆んど含まれて居らず、その大部分は富山の行商人が持參して來るものと考へて良い。この賣藥自身の效果よりも大事なのはその使用法である。醫學的知識が皆無といつて良い農村の人々の中には熱さへあれば風邪のとんぷくを飲み、胃が痛めば「熊の胃」を飲むのは當然である。これは不經濟である許りでなく屢々有害でさへある。私の經驗では半分以上が賣藥の飲み方を誤まつて居る。時には幼兒に大人の分量の風邪のとんぷくを服用させたり、大腸カタルに風邪藥を飲ませたりする。我々が日常遭遇するのは、風邪のとんぷくを單味で澤山服用する爲に猛烈な急性胃カタルを起すことである。こういふ點も考慮に入れねばならない。

然し此の表からは我々は、農村の醫療費支出の眞實の生々しい姿を汲みとる事が出來ない。我々が希望する表は、寧ろ農村に於て多數に存在する醫療類似行爲を行へるものへの支出の程度をも示すものでなくてはならない。

この要求に應ずる調査として、矢ヶ崎德藏氏が愛媛縣北宇和郡日吉村及三島村に於て施行せる成績を掲げよう。

第七表　日吉村及び三島村の醫療費支出狀況

村名		日吉村	三島村
醫師		14136.51	19897.25
接骨師		43.86	203.10
賣藥		2247.67	4345.84
鍼灸按摩		162.20	380.15
電氣治療		234.00	286.50
加持祈禱		392.30	272.80
其の他		1457.34	665.00
合計		18673.82	26505.64
罹病者一人當	最高	880.00	974.00
	最低	0.18	0.05
	平均	30.30	25.53
罹病者ありし世帶當り		82.99	57.17
調査全世帶に付一世帶當り		62.45	51.87
調査全員に付一人當り		14.13	10.23

〔備考〕(1) 本表は矢ヶ崎德藏「農村の醫療費支出狀況」昭和15年度「公衆衞生」より作成
(2) 原著では各村に就て部落別に記載されて居るが本稿では部落は省略した
(3) 開業醫が日吉村に三人、三島村に一人居住せることを附記して置く

これによれば全醫療費の約七割乃至七割五分が醫師に支拂はれるもので、殘りが雜多な方面に使用される。その中五%前後の金額は鍼灸、按摩、電氣治療及び加持祈禱に使消されて居る現實は極めて興味深い。

注意すべきは此の如き數字は醫師の居住せる地の調査である點で、無醫村に於ては賣藥費始め類醫療行爲者へ支拂ふ金額の割合は更に多いといふ點である。私一個の經驗では無醫村にはこのような醫療類似行爲者が多く、概して住民は迷信的である。鍼師と稱しても可成りの程度の醫療行爲を行ふものがあり、月の收入三四百圓に及ぶものもある。

因でにこれら類醫療行爲者の現狀及びそれの利用狀況を述べておかう。接骨師は農民の間に可成りの信用があり、骨關節の疾患、外傷だと先づ接骨師を訪れる。醫師が居てさへさうである。彼等は屢々結核性關節炎、關節リューマチス、骨髓炎等をいぢくつて失敗して居ることは注意しなくてはならない。鍼や灸は多く神經痛リューマチスの患者により支持される。併し農村殊に奥地には可成りいかゞはしい鍼灸師が居り、農民が痛いといふ身體の部面全部に鍼や灸を無數に立てゝ居る者がある。電氣治療や加持祈禱は一層甚だしい。之は全く農民の無知と「信仰深さ」を背景に存在して居る。加持祈禱を行ふものには色々の邪教があるが、それと共に法華教や天理教の如き宗派も大きい役割を果して居る。何れも醫療に惠まれぬ農村の人々が多く利用して居り、老人と婦人が多いことは周知である。

以上述べた所により、農村の人々は、さなきだに多からぬ醫療費の支出を屢々極めて効果の薄い、否時には有害なる方面に使消して居り、この事は醫療機關に惠まれぬ農村程甚だしい事が了解されたことと思ふ。

結び

以上農村の醫療費のもつ色々なる面及びその意義を一通り明らかにして來た。そして農村の人々の保健狀態はこの醫療費といふ面から見ても極めて不滿足なる狀況に置かれて居る事を知つた。醫療費の問題は勿論直接には農家の經濟の問題であるが、醫療施設に惠まれぬ農村に於ては、又同時に醫療機關の配置の問題と密接な連繫を有して居る事を忘れてはならない。

農民が自己の疾病を治療する充分の資力と機關を有することは、健康農村建設の一つの條件たるは云ふ迄もない。專業農家にして充分なる醫療費負擔に耐へる經營規模を所有耕作せしむる事が基本的な課題であるが、醫療費といふ面からのみ問題の解決を計る時は醫療費の適正化——治療費の切り下げと負擔の不均衡の是正——が必要であらう。

そしてこの醫療費の適正化は社會保險によつてのみ、此れを果し得る事は論ずるまでもない。既に國民健康保險組合の設置は此處數年來目ざましい躍進を遂げ、昭和十八年度を以て一應全國の町村に普及せらるゝことになつて居る。この制度が眞に效果的且つ合理的に利用された曉には農家の醫療費負擔は著しく輕減せらるゝものと思はれる。

然しながらこの制度が單に設立せられたのみで醫療費の問題が解決せられたと見るのは、現實を知らざる者の誘りを免れないであらう。蓋し社會保險自身は被診療者の組織であり、診療者側の全き協力なしには充全の機能を果し得ないからである。特に營利を目標とする開業醫制度を基幹とする我國の醫療制度に於ては屢々國民健康保險が有效に利用されない憾みがあるのである。

然し國民健康保險が諸般の情勢を參照しつゝ次第に改良せられて行く中には次第に理想に近きものが構成せられ、醫療機關の適正配給と相俟ち農村の醫療費の適正化をも含めて、農村保健に大きい貢獻をなすであらう。

第五章　農民の保健衞生思想

緒言

多少なりと農民に接觸した者は、彼等の保健衞生思想が極めて低く、殆ど無智に近い事を良く知つて居る。ほんの二週間や一ヶ月農村の調査や診療に來た都會の醫師や醫學生でさへ農民の無智を口にする程、それは餘りにも程度の強いものである。

併し翻つて、然らばこの無智に等しい農民達の保健衞生思想を如何にして啓蒙し、如何にして向上せしむべきかと云ふ立場に據つて、指導者達の意見を聞くときは、正直の所私は失望を禁じ得ないのである。そもそも保健衞生思想の驚くべき低さといふ事は農民達の一般的な無智の一つの表はれに過ぎないのである。

更に適切に云ふならば、それは農民達の全人間性の一つの面でしかない。保健思想の低いといふ事は、彼等の生活の非科學性、恐るべき因襲と迷信、偏狹な部落根性、獨立心の缺亡、封建的な農奴的卑屈等の一聯の農民の惡しき面と強く繫り大地に深く根を張つた大木のように、彼等の生活に滲み込んで居るのである。

云ふ迄もなく農村のそのような「古く朽ちたるもの」は、次第に崩壞し初めて居る。とは云へ、それはなほ殘存せる堅き基盤の上に牢固として自己の生命を永らへて居るのである。從つて保健思想向上への戰ひは單に保健の面からのみ遂行

されるのでは極めて微力であり、この大敵を放逐するに充分な力を有しない。生産活動と緊密に結合せる生活向上運動の一環として自己の總力を發揮してのみ充分效果的であり得るであらう。

而して農民の保健思想の無智に等しい低さの程度を究明し、その由つて來る根底を衝くことはこの農村文化運動の一つの前提となるであらうし、又一個の社會病因の探究として極めて大切なものであらう。

本章に於ては農民の保健思想を二三の重要な面に於て捉へ、數量的に表現し難い本問題の理解の爲に多くの例證を擧げて說明する方法を採つて行く積りである。なほ本書の性質上詳細な追求は別の機會に讓らねばならないことを御斷りして置き度い。

第一節　農民の教育程度

我國の農村の人々の教育程度がどの位であるかを示す資料はない。同じ農村でも大都市近在の農村と山間僻地のそれとは大分差があるであらう。川上輝夫氏が東京府下西多摩郡小宮村で調査した成績によると農家の母性の六三・三八％は尋卒、二八・七六％は高小卒で、中等學校以上の卒業者が三・四二％といふ割合で尋常科をも終了してないものが僅か四名となつて居る。（川上輝夫「小宮村に於ける母性の醫學的諸問題」「厚生問題」昭和十七年八月）

所が私が秋田縣男鹿半島の一寒村で調査した成績によれば尋卒三五％、高小卒八・六％、中等學校以上の卒業者は二・一％に過ぎず、實に全數の三九％は全くの無學で一一％が尋常科中途退學といふ準無學者であつた。

東北と關東では既にこのような著しい差異が見られることは注目されねばならない。

以上は農家の主婦であり、保健に極めて深い關係をもつ農家母性の教育程度の一面を窺つたに過ぎないが、一般に小學校卒業のみで、直ちに實社會に放り出され、激しい農作業に從事する者が壓倒的多數であることは周知の如くである。現今に於ても國民學校を終へ、上級學校へ行く者は寥々たるものだし、女子に於ては女子青年學校へ通ふものも一割內外に過ぎないと思はれる。

こうして最低の過程を了へた者が、凡そ文化の機關に惠まれず、因襲と無力の孤立した家庭の中に閉ぢこめられ、自らもその零圍氣に浸り込んで文化への意欲を全く失つてしまうのが農村の現實の姿態なのである。保健衞生の如く多少とも科學的な知識を彼女達が殆んど身に具へて居ないとして、それは極めて當然である。彼等の知識の程度では國民食を理解することさへ、餘りにも難かしい仕事なのである。その上最も悲しむべきことには彼等がさういふ知識を知らうとする意欲さへ充分持ち合はせないことである。特に農家の婦人の場合、多忙な農業勞働の他に大家族の炊事や洗濯、諸々の細かい家事に追はれて育兒にさへ手が廻らないのである。

さういふ狀況では育事に關する新聞の記事や雜誌を讀むことは勿論、ラヂオさへ聽く餘裕もなければ、さういふ氣持さへ起らないのである。女が本を讀むなどといふ事は全く餘計なことだといふ零圍氣に若い人達も全く溺れてゐるのである。もつと適切に云へば、農家の多忙と傳統が若い人達の頭腦と意欲をさへ全く痲痺せしめて居るのだ。

我々が農家の人々の教育程度といふ場合には、單に高等科を出て居るとか、青年學校へ行つたとかいふ事が大切なのでなく、自己の生活を反省しそれを改革して行く丈の知識と意欲が與へられて居るかどうかが問題なのである。その意味では今の義務教育は別として、青年學校も亦極めて無力たることは悲しい現實である。

第二節　農村の知性

一口に農村といつても東北の農村と關西の農村では可成りに文化水準が異る。又大都市附近と山間僻地では著しい差がある。併し乍ら一般的に見て現在に於ては自然的村落としての農村は存在せず多少なりとも都會的性格を備へてゐる。それにも拘らず我國の如何なる農村にも農村特有の文化と心性が深く大地に根を張つて殘つて居る事は明かな現實である。

正直の所我々の如く科學的な教育を受けて來た者が農村の內部に住ひ、彼等の內面的生活に接觸した場合に、何か表現し難い驚きととまどひを抑へることが出來ないのである。そういふ感情は農村を知らない爲に生じてくるといふよりは寧ろ知れば知る程湧き上つて來るものなのである。

それは農民達の極めて原始的な論理以前の心性である。一般に農民が非科學的であると謂はれて居る場合には、生活の凡ゆる部面が都市に比べて秩序立てられず、不合理に滿ちて居るといふ意味でしかない。然し私の云はんとする所は、衣、食、住といふ日常生活が所謂「科學的でない」と云ふような意味でなく、農民に傳承され、固持されて居る精神作用が極めて幼稚な發達段階にあるといふことである。

我國の市民生活自身が極めて非科學的であることは多くの人々に指摘されて居るが、それとは發達の段階を異にする水準の低さである。私は農民の保健思想の低さを一個の社會病因として重要視する場合に、このような深い精神發達の歷史的段階の低さを省みて主張して居るのである。それは單に經濟が向上するとか、榮養の知識の普及とかいふ丈では改變し難い程深いものである。それは原始的な生產方法、過激な勞働、餘裕のない生活といふ古くから一貫して貫かれた、我國の農民生活が農民に齎したもので多分に非近代的な心性である。[註]

〔註〕農村社會學者は農民的心性に就て語つて居る。然しそれは農民の心性が農村的環境に於て培はれたと云ふに止り、我國の農村の歷史的後進性を捨象して居る爲に、その分析は常識の範圍に止り、日本の農民の非科學性を充分に說明し難い。例へば次の記述を見よ。「然し上述の如く農民はその間接經驗に於ては、都會人に遠く及ばず、その知見視野は狹小である。從て農民はその直接の經驗以外に屬する間接經驗の範圍內に於ては誤れる意見、偏見、迷信等によつて誤られ易い。然し他方農民の直接經驗は豐富にして根柢深きが故に、都會大衆の間に於ては容易に追隨せられる如き、誤れる不充分な意見や宣傳に迷はされないといふこともある。農民の經驗は事實に對する直接の接觸から生ずる以上、一度正當にして十分なりとせらるるや、何等それ以上の變更、修正を要せず、從て彼等の態度信念にはより多くの安定と堅固さとがある。都會人は之に反して數多の不充分な間接經驗知識に累せられて、その態度、意見、信念が不安定にして、間斷なき變化を必要としてゐる。」（井森陸平著「農村の社會と生活」二三二頁）

私が「理論以前」の心性といふのは、全く抽象作用に缺け概念の構成が見られないと云ふ意味でなく、寧ろ論理的なものと、非論理的なものが矛盾なく融合し、全體として事物を分析綜合する力が不足して居る狀態を指すのである。

別の言葉で謂へば、信仰的神秘的な要素或は極めて感情に强く捉へられた表象が分析されることなしにそのまゝ概念の位置に迄高められることを意味する。從て彼等の思考は思惟の一般的過程を辿つて構成されることなく、旣成の概念或は知覺と容易に結合し、その意味で信仰的、因襲的である。こういふ論理以前の心性は知識人と稱する人々の裡にも、今なほ自己の生命を永らへてゐるが、それは生活の不合理な面と對應して極く一部に殘存して居るに過ぎない。都市に於ける生活はそういふ論理前的な思考を淘汰すべく働いて居るのであつて、都市の人々が虛僞な概念を得たにしても、それは分

析すべき素材としての表象が不完全か、さもなくば概念構成の方法に缺陷がある場合が多く、思考自身は思考として働いて居るのである。

農村に於てもかういふ論理前的思考が全く彼等を支配してゐるとは言ひ難いが、そういふ要素が多分に殘存して居ることは爭はれない。[註]

〔註〕レギ、ブルュルはその極めて勝れた著書の中で次の如く述べてゐる。

「論理以前の心性は本質的に綜合的である。それを構成する綜合は、論理的思考が行ふものと異つて、先行的分析――それの結果は限定された概念の中に記錄される――を含んで居ないと私は云ひたい。換言すると諸表象の聯關は其處では一般に、表象そのものを以て與へられてゐる。綜合はそこでは原始的に見える。そして我々が知覺の研究で述べたように、それは殆んど常に未分解的で、又分解不可能なものである。かくして同じ理由から原始人の心は多くの場合に經驗に非滲透的で矛盾に無感覺となるのである。集團表象はそこに個別的に現はるゝことはない。それはそこでは先づ分析を受けて次いで論理的順序に排列されることはない。それは常に既成知覺、既成概念、既成聯繫――或は既成判斷といつても殆んどよい――に結ばれて居る。

かくしてこの心性は神秘的であるといふことそのことのために、同じく論理前的である。（ブルュル「未開社會の思惟」邦譯一〇八頁）

氏は未開民族に就てこのように述べて居るのであるが、この言葉は、中世的な暗黑の中に存した者、精神發達の低遲の段階にそのまゝ或は多少訂正して用ひられる。

農民の保健衞生思想の二三の例に於て之を示してみよう。秋田地方では乳幼兒の痙攣、眼球の異常運動、口唇の紫藍色等の症狀を「虫ッ」と呼んで居る。乳幼兒がこのような虫ッを起すことを彼等は非常に恐れる。彼等はこういふ虫ッを起すには、一つの原因となる疾病が存し、一定の病理的機轉により發生した症狀だといふ事を理解しないものが多い。假令何かの疾病があると考へても、腹の中に何か神秘的な虫が居ると同時に考へる。虫ッといふ症候が一つの症狀群で、一つの疾病でないと云ふ事を信じないものが多い。

私は農民達が重症な患兒に冷水を浴せたり、腹の諸所を強く壓迫したり、鼻から管を入れて虫を引き出さうとしたりする光景を再三見て居る。中年の母親達は虫を追ひ出す注射をせがむし、之は消化不良症といふ病氣であると教へても、虫下しの藥を與れるよう何度も頭を下げる父親も居る。さういふ症狀の場合多くの親達は醫師の藥丈では不安で、雜貨屋で賣つて居る虫下しの秘傳藥をも服用せしめて居るのである。こういふ見解が疾病を自然的原因によつて發生したものと考へず、その原因を神秘的な超自然的なものに歸する極めて原始的又は中世的なものたる事は容易に了解されるであらう。[註]

〔註〕「さて彼より昔の祖先達が何代となく信じてきたところによれば、諸君の脇腹がきりきり痛んだり、また何處なりとひどく痛むことがあれば、それは骨の髓に巢喰ふ虫の仕業なので、あれが諸君を嚙るのであつて、その虫を退治するには小刀とか鏃とか何かほかの金物を痛い處に突きたて、さて呪文を唱へながら、その虫を刄のさきに雖しだすことだけであつた。」（アンリーンバウア「中世紀の人々」邦譯二四頁）實によく類似して居ることよ！

注射やレントゲンに對する彼等の考へ方も極めて興味深い。醫療に惠まれて居ない農民達は、疼痛のないものは疾病と考へない傾向があるが、昔は醫師を呼ぶのはこの耐へ難い腹痛が一番多かつた。その激痛が注射一本で輕快することは一つの驚異であつた。そこに注射に對する一種の神秘的な畏敬が生れ、近頃では如何なる疾病にも注射してくれと云ふ者が多い。注射が如何なる理由で、如何なる場合に爲さるべきかといふ事は彼等には分らない。唯注射は良く效くといふ信仰しかない。

乳兒が少し咳をすると咳を止める注射をして與れ、下痢を注射で止めてくれといふ具合である。注射をしないと不親切なような口をきく彼等である。注射と內服藥の兩方を與へた場合、彼等の既成概念は必ず注射が效いたと信ぜしむるのである。レントゲンに對する信仰も熱烈である。レントゲン寫眞による診斷法やその限界などはどうでも良い。レントゲンで診斷して貰へばもう病氣がすつかり解ると思ひこんで居る。從つて診斷が困難な疾病だと直ぐレントゲン、甚しい場合はどうも頭が痛むからレントゲンで診てくれといふ風になる。彼等の感情や習慣に適合した概念は、既成概念として何時迄も固執される。

食物を充分攝るといふ事は激しい農業勞働には絕對に必要なことである。その爲に如何なる疾病でも榮養を攝る事が絕對に必要だといふ既成の觀念が强く彼等に滲みこんで居る。消化不良症といふ、極めて頻發する乳幼兒の疾患の治療に當つてこの根强い既成概念がどの位障碍をなして居るかは農村の醫師でなければとても理解出來ないであらう。

飢餓療法はおろか授乳の規律化、はては食物の選擇に於ても常に醫師の指導が守られないのは、泣くとうるさいとか、調理が面倒とかいふ以上に「食べねば弱る」といふ信念が累してゐる。その爲にどの位多くの消化不良症の患兒が不幸な轉歸をとつたか分らないほどである。

私は二、三の例を擧げて、農民達の論理前的な心性を說明して來た。彼等の思考が非科學的であるといふ表現を使用する方が妥當であるかもしれないが、單に非科學的だといふ表現はその段階の程度を適確に示し難いと思はれたのでこういふ表現を用ひたのである。

こういふ論理前の心性の他に、非科學的と思はるゝ凡ての特色が彼等の知性に附き纏つて居ることは云ふ迄もない。事物を固定的に考へる偏狹な悟性の優位、奇妙な推論、身勝手な獨斷、更に反省の全き缺乏、凡て科學的ならざる性質は彼等の特性を形成して居る。從つて日常生活に科學的なものを採り入れない許りか、之を拒否する傾向さへ濃厚に殘してゐるのである。

人工榮養兒でも米の粉で育つと信じて居る彼等、分娩迄働くとお產が輕いと腹の底から信じてゐる主婦達、腹痛でさへあれば直ぐ「盲腸だ」と夜中でも醫師を起す人々、粥しか食べさせてゐないと云ひながら梨を皮のまゝ平氣で與へてゐる母親、數へ上げればきりがない。然し最も我々を寂しく思はせるものは、彼等が進んで生活を合理化し、或は何物かを學ばうとする意欲が全くといふ位見當らない事である。殊に若い人々にも進取的な氣持が少ない事は、我々を悲しませ憤らせるのである。

命令や「指導」に慣れきつてゐる彼等である。私は保健活動をも含めて、農村の文化運動は先づ彼等の自主的精神の涵養といふ根本精神が底を貫いてゐなければ效果が少ないことを痛感してゐる。

第三節　民間療法と魔法醫學

農村の人々は永い間醫療の恩惠から見離されて來た。現代の醫學の恩惠を蒙れない者は、永い間に集積された素朴な經驗的の醫學知識卽ち民間療法に賴らざるを得なかつた。又農民の無智と迷信により支持され存續せられた魔法的醫學が彼等の生命を左右する場合も尠くなかつた。現在農村に於て民間療法と稱しうるものは、接骨師、鍼師、灸を立てる業者、それに賣藥及藥草の服用等を擧げることが出來る。その他に分娩介助に携る「素人產婆」をも加へて良い。

最も廣く行き亙つて居るものは賣藥の服用である。賣藥といふもその大部分は越中富山の行商人が置いて行く例の賣藥である。私が秋田の一農村で調査した所によれば、約九三%の家が之を常備し、その利用は約五〇%で相當の役割を果してゐる。最も多く使用するものは風邪藥、腹痛藥、驅蟲藥であるが、その他のものも相當使用される。賣藥で注意すべきは無醫村や醫療に惠まれぬ所では、過度に賣藥に賴らざるを得ないこと、醫學的の無知の爲にその使用が間違ひだらけなことである。その爲に反つて病勢を惡化させることが稀でない。接骨師はどの農村にも居る譯でなく、寧ろ醫師の居住せる町に多いが、運動器疾患には中々人氣がある。それは我國の整形外科の分化發達の遲れたこと、外科醫が農村に尠いこと等と密接な關係がある。接骨師は屢々骨、關節結核、骨髓炎、關節リューマチス等を勝手に治療して之を增惡せしむる事が多い。

鍼や灸は農村に頻發するリューマチス性疾患、神經痛、肩凝り、腰痛等を地盤として存續してゐる。私の一農村の調査では全戸數の夫々七・五%、二〇%の割合で利用者があつた。

然し農村の鍼や灸を業とする者には相當に亂暴なものが多く、私の知つてゐる例の如きは、胃潰瘍で背痛のある患者の兩側の背柱側に約三十の灸を立てた者さへあつた。素人產婆は無產婆村のみならず、產婆の居る村でも澤山見られ、可成りの數の分娩を介助して居る。中には免許のある產婆より技術が巧いといふものもあるが、一般に醫學的知識は皆無に近く消毒觀念に乏しい。

分娩介助のみならず、姙婦の指導、新生兒の擁護の知識に缺けて居り、產褥熱、初生兒の死亡等に少なからぬ關係があるものと推定される。

魔法醫學を代表するものは邪教、二三の宗派—例へば天理教、法華宗など—巫子、「物知り」寺、等數多い。此等は疾病の原因を超自然的なものに歸し、神樣や妖魔の仕業とする迷信、或は誤れる信心深さを地盤として居る。從つて疾病を治す手段は呪文、祈禱、護符或は特別の水を頂くとか、神樣の御告をうかがうとか云ふ程度のものである。

農村では難治の結核患者や精神病者殊に迷信深い老人や婦人が、かゝる魔法醫學にすがりつくことが多い。一例を擧げてみよう。

發狂した人や永病ひする人が原因をきゝに行くと、エダコ（巫女のこと）は矢張り、色々なことをやつて八百萬の神の名を呼んで、八百萬の神を下してその神の意見をきくといふのです。そのときエダコは、やれ發狂人は以前に人に憎惡されてゐた爲だとか、又は何々神のたゝりだとか、又は色々な動物を殺した祟りだとか、何んだかんだとその原因を言ふのです。そしてこのたゝりものを祓ひのけねばならぬとかと申します。そして祓ひのけには矢張りエダコから祓つて貰ふのです。又病氣では何々の神がさわつてゐるとか、矢張り發狂の場合と同樣なことを言つたり、又は何の方向の醫者の藥を飲めとか指示してくれるのです。（吉田三郎「男鹿寒風山麓農民手記」一〇九頁）

最後に農民の間に言ひ傳へられ、その幾らかが現に實行されてゐる所謂迷信を例示しよう。

次のものは東北更新會調査のもので秋田縣に於て可成普遍的に見らるるものである。

精進日には醫者にかけるな。

卒倒した者には神符を湯水に浸して飲ましめよ。

熱冷しには便所に浸した大根を食べさせよ。

熱冷しには便所の蛆を燒いて食べさせよ。
眼疾は神佛にあげた水で洗へ。
トラホームには墓の石塔の溜り水をつけよ。
雪眼には鼠の糞を人の乳で煉つてつけよ。
腹痛患者には團扇の黑燒を飲ませよ。
止血には袂の埃をつけよ。
創には尿をつけよ。

以上の非科學的な治療や習慣は醫療の普及した所では影を潛め、又若い世代には稀にしか見られなくなつたが、注意すべきはかゝるものが存續しうる地盤がなほ農村には根絶し難い點で、かゝる無知や信仰が新しい迷ひを以て今なほ彼等の心の裡に潛める事を忘れてはならない。

（秋田縣「綜合鄕土研究」八三九頁より）

第四節　家長的家族と主婦の地位

こういふ題目を本章の中に包含させるのは些か奇妙に見えるかもしれないが、保健衞生に最も關係の深い主婦＝嫁の保健思想も家長的家族制の中に在つて如何に抑壓されねばならないかと云ふ事を觀察する爲に敢て本章に繰り入れたものである。

周知の如く我國の農村に於ては都市に比して、夫婦家族が尠く、家長的家族が支配的である。それは我國の農家の零細經營に於ては、次男、三男が農村内に於て分家して一家を構へることが困難な爲、農村に留るは父祖の家を繼ぐ長男が多い爲である。

今比較的若年の嫁に就て見ると、その家族は自分の夫、兩親、弟妹、時には夫の祖父母迄相當多數の家族人員たることが多い。因襲的な家長制家族の場合、嫁の位置は極めて窮屈であり、その發言權は極度に少ない。

嫁は家事の中心になるものではあるが、姑や小姑達により常に牽制され、自己の裁量には限度がある。從つて保健思想に於ても姑と異る意見を有して居ても、自己の考へを貫徹することは極めて困難である。姑と嫁が屢々如何に融和し難いかといふ事は、農村の離婚率が極めて高いことが之を端的に示して居る。[註]

〔註〕「此等の事實を見ると、日本の農村地方には家長的家族の形態を備へるもの多く、傭給又は賃銀勞働者の多い都市にはそれが少いと斷定し得る。偖て然らば此等兩地方に於ける離婚率は如何にあらはれて居るかと云ふに、一九二九年及び一九三〇年に於ては、農村の多い日本海沿岸地方及び東北地方の人口千に對する離婚率は一・一〇乃至一・三〇位であり、東京及大阪の夫は〇・六乃至〇・七となつて居る。此事實は明らかに日本に於いては、家長的家族の多い所に離婚多く、此種の家族の少い所に離婚少く、日本の離婚率が大體に於て家長的家族の形態の消長に比例して居ることを示すものである」（戸田貞三「家族と婚姻」一五四頁）

農家の母性保護又は乳幼兒死亡低減といふ點より見てこの家長性家族は少なからぬマイナスの役割を演じてゐる。姙婦の脚氣、姙娠腎は屢々放任される。姑達の意見に從へば、姙婦が肢の腫れるのは當り前なことで決して病氣ではないのである。嫁は姑の言葉に逆ひ得ず勞働を續けざるを得ない。育兒について多少の知識を持つ嫁も、農繁期には愛兒を姑の自由に委ねざるを得ないが、姑は孫可愛さに屢々不消化物を與へる。それに抗議が出來ない嫁である。

「切角先生に榮養方法を敎はり、近頃やつと肥えて來たのに、又ばゝが梨を食べさせて下痢してしまつた」と曉く嫁ゝ少くない。

長い慢性疾患で作業を休むと、直ぐ非難される嫁である。或る慢性小腸炎に起因せる脚氣の婦人が、偶然その家の兒が發病し、そこへ往診に行く私に懇願した。「姑はそれ位の病氣で、あれ丈醫者にかゝつて未だ治らないのか、僞病でも使つて怠けてゐるんだろ、と云ふんです、どうか本當に病氣だと知らせて下さい」と。

結核患者は一番慘めである。入院しても、もう大分永びいたから退院しろ、癒つたようだから田へ出ろと云ふ具合で增惡することが珍らしくない。

農村に於ける嫁達はかゝる環境にもまれて、自らもそれに馴化され、何時しか姑の保健思想に迄自己を低めてしまふのである。

第五節　都市への憧憬と保健

辛苦の多い樂しみの少い農村の人が都市の華美な面に憧れ、畏敬に近い氣持を持つたとしても不思議はない。戰時下の現在は別として都會に出れば美味の食物があり、華美な呉服が陳列され、樂しい映畫が見られるのである。醫療に就ても豪華なレントゲン、綺麗な手術室、專門科名を連ねた醫師、お偉い醫學博士がいくらでも居るのである。農民達が都市を憧れ、一種の畏敬の念を抱いたとしても無理はない。こういふ都市への憧憬は彼等の場合屢々一定の限度を越へ、驚く程の飛躍をするのである。都市に近い農村、都市への交通の便利な農村の患者のみでなく遠い農村の患者迄が何んでもかんでも都市へ通院するといふ現象は、假令農村の醫療機關が不備であるとしても極めて病的である。

かういふ現象は、自己の村に醫師が居る場合、或は極く近い町に醫療機關がある時でさへ、非常に頻繁に見られるのである。

云ふ迄もなく、こういふ現象を發生せしむる大きい原因が醫療の面にも存在する。農村の醫師は、多くの場合全科をやらねばならないとしても、そこにも自ら得意、不得意がある。自分の專門外の科の疾患で、少し面倒なものは專門醫に送らねばならない。又多くの場合診療設備は不充分でレントゲンも太陽燈さへないものがある。何より悪い事は醫師の技術が都市の醫師に劣り、村民の信用が不充分なことが多いことである。從つて都會へ患者が走るのも無理はない。

然しかういふ悪條件を考慮してもなほ農村の人々の心理は病的と云へる。極めて診斷の容易な疾病、然も輕症な疾病、又は安靜を要する疾病、傳染性疾患、こういふもの迄凡ての疾患の患者が都市へ出たがるのである。二三の例を擧げて見よう。

私が秋田組合病院の內科に居た時通院して居た某は、麻痺性の脚氣患者であつた。彼は男鹿半島のG村の者だが、G村から秋田迄來るには一里近くの峠を越して、K村に出てそこよりバスで約三十分、F驛に着き、そこより約一時間汽車に搖られて秋田へ着くのである。私はK村の醫師へ行つて治療して貰ふことを勸めたが肯ぜず、とうとう一月間通院し續けた。

こういふ例は決して尠くない。私の診療所の在る脇本村は秋田迄汽車で約一時間十五分かゝる所である。今夏も重症の消化不良患兒で私の所にかゝつて居たが、思ふように輕快せずとて、夏の暑い盛り、汽車で一時間半も秋田へ通院し、治

癒の見込ある者が三人も死亡した。

一月後には死亡するような腸結核患者、犬吠樣の咳をする喉頭ヂフテリー患者、絶對安靜を要する心臟疾患のもの―さう云つた重症な患者が長い道中をして都市迄通ふのである。かう云つた病的な心理が、患者自身に悪い結果を齎すことは勿論、農村の醫師にどんなに不快な屈辱感を與へるか容易に想像されるところである。少しでも良心的で學問的な醫師は口を揃へてこの事を憤慨もし、嘆きもするのである。

こういふ農民的心性が農村保健に與へる眼に見えざる影響も決して小さくない事を忘れてはならない。

第六節　農村の醫師と農民

專門學校又は大學を出て、農村内部に生活し、農民達と日常接觸するものは二三の例外を除けば醫師のみである。從つて良きにつけ、悪しきにつけ醫師は農村に於ける文化の尖兵である。因襲的な農民達ではあるが、事生命に關する丈に醫學の影響は他の如何なる文化よりも急速に浸透するのである。

私自身農民の内部に來て、如何に醫師の役割が重大なるかを痛感し、又自分一個の微力をも痛切に感じて居るのである。

保健衛生に就ての醫師の發言が有力な事は云ふ迄もない。消化不良兒の母親には育兒、榮養法を語り、結核患者には結核の正しい概念を與へる。小兒傳染病患者の親に隔離の要を說き、蛔蟲患者にはその感染源を聞かせる。そう云ふ細かい注意が積り重なれば、どれ位彼等の知識が向上するかわからない。

所が現實には、こういふ點は極めて不充分であり、屢々農民の素朴さを逆用する。

どんな疾患にでも注射を行ひ、農民達を「注射狂」にした大きい原因は一つには高利貸的醫者の責任に歸せられる。相も變らぬ結核への恐怖は患者を誘引する爲に結核の診斷を附けぬ醫師にも罪がある。結核知識の向上は全國の醫師が之に努めたならば、思ひの外急速に達成せらるゝであらう。

醫師が進んで、保健思想の向上を通じ、生活の合理化、科學的な物の考へ方に迄執拗な力を致すならばその效果は一層大きいであらう。

結核患者には家の住み方、空氣や光の有難さを敎へ、胃腸病の者には飲食の合理化、榮養の攝り方を語り、皮膚病患者には清潔の觀念を深めることがやがては生活の合理化の意欲を起こさせるのである。

私には醫師のこういふ些細な注意が農民達に與へる大きい影響が良く解る。一年に數回の講習會、パンフレットの普及形式的の乳兒檢査、そういふ斷片的な試みも決して無駄とは云へないが、求める時に與へる一つ一つの敎示をもつと大きく評價しなくてはならない。

醫師の居る村、醫療機關の整備して居る所の人々が保健思想が高いといふ現實はこういふ醫師の見えざる敎示の結果でもあるのだ。今の日本の醫師には、こういふ點に缺けるものがあること、豫防といふ事を治療と切り離す我國の傾向、醫學敎育の問題――その他の保健問題に、こういふ反省が暗示を投げかけはしないであらうか。

結　び

私は農民の保健衛生思想の程度、性質を分析し、それを規定する因子に就て若干の考察をして來た。こういふ問題は、

極めて範圍が廣く、その分析も中々困難であり、本節で採り上げた程度では頗る不充分な事は著者自身良く知つて居る。然し以上の粗雜な分析を通じて我々が結論しうる事は、彼等の保健衞生思想の低いのは、農家の極めて低遲な生活水準と深い繋りを有し、それは現代の進歩した生活や科學から觀たならば、時代を異にする位遲れてゐるといふ現實である。それが何故支持せられ、殘存してゐるかといふ研究は、農村の機構の分析によつてのみ解決されるが、それは我々の課題に關係はあるとしても一應別の仕事であらう。だが農民達の名譽の爲に是非一言して置き度いのは、私が今迄述べて來た狀態は、最も農村的な事實を抽出して記載したことである。

實際には一つ一つの農村により、又農村の內部でも個人により、もつと保健思想が高い所や人は澤山在るのである。唯都市と對比して農村の保健思想を分析すれば、その特異な性質として敍上の如きことが强調されるのである。

保健衞生思想に就て言へば、農村は常に都市に劣り、その向上は都市よりの文化の移入と相俟つて初めて可能であつたといふ事は大切なことである。今迄の所保健思想の高まつてゐる農村は、都市との交通の便な所、醫療施設の普及してゐる所で、一般的に見て兼業農家の方が專業農家より程度が高く、又年齡の若い程進んで居ることは當然のことながら注目される。從來迄は農村の內部に保健思想が高まる條件が具備されて居らず、その向上が專ら都市よりの移入によつたことは我々が深く反省しなければならない點であらう。

さて此のように幼稚な農村の保健思想は如何にして向上しうるであらうか。先にも述べた如く保健思想は一つの獨立した思惟の働きでないから、文化一般の向上と比例して向上するものである。故に農村文化の健全な發達が望ましい。

單に保健衞生上の個々の知識を與へるのみでは、それが吸收され難いのみでなく、效果が薄いのは論ずる迄もない。そういふ活動も文化運動の一翼としては大切であるが、それのみでは所期の效果を收め難いのである。

第一に教育水準の向上が必要である。女子青年學校の義務制その內容の擴大整備、農業の職業教育の確立等は直接間接に良い效果を上げるであらう。

第二には保健啓蒙をも含めた、地に着いた農村文化活動が相當有效であらう。この爲には從來の講演會、紙芝居の如きものの他映畫、演劇の强力な宣傳活動が必要である。

第三に保健、醫療の面からの强力な働きかけが缺けてはならない。もつと完備せる施設と醫師、保健婦を農村に送らねばならない。最後に最も重要な點は、農家生活の經濟上の向上と生產方法の合理化であることは云ふ迄もないことである。

第六章　農村醫療施設の現狀

緒言

我々は現在の農村に於ける社會病因として、農業勞働、住居、榮養、家計の經濟、保健衞生思想を採り上げ、それを一通り解說して來た。それらの因子が疾病の發生、經過及び轉歸に與へる影響は極めて大きいものがあるが、それにも劣らず重要視すべきは、醫療施設、保健活動等の醫學的因子である。現在の日本の農村に於ては、醫師が居るか否かが大問題なのであつて、本來の意味に於る醫療施設の良否を論ずる段階に迄立到つて居ない。農村に於ける醫療施設は、簡單な診療所又は開業醫の醫院に限られて居るので、豫防醫學の立場から見れば皆無に等しい。このような現實を背景にして、私が本章に於て述べることは、結局無醫村問題に止り、他の點はそれに附隨するに過ぎないことは蓋し止むを得ぬ次第である。

無醫村の問題が喧く論議され、ジャーナリズムの寵兒のような感がした頃からもう大分年月が經つてしまつた。そして政府始め產業組合その他の努力にも拘らず、無醫村が漸增の趨勢にあるといふ現實の中に、本問題の深い基底と解決の困難さが讀みとれるのである。

又戰爭と共に設立された日本醫療團の主要な任務が、結核撲滅と共に、本問題に据えられてゐることも、無醫村の解消が國民保健上最低にして不可缺の要請たることを物語つてゐる。

無醫村に就ては多くの人々がその窮狀を報じその對策を語つた。今又それを繰りかへさうとは思はぬが、農村の現地に居り、無醫村にも屢々出掛け、その實狀を知つてゐる私が、社會病因論の一環として本問題を論ずることは必ずしも屋上屋を重ねることになるまいと信じる。なほ無醫村といふ言葉は、農村が醫療施設に惠まれぬことの最も典型的な表象として理解すべきで、農民保健といふ點から見るならば有醫村も極めて近い狀況なることを忘れてはならない。

第一節　無醫村とその現狀

無醫村の數は昭和十四年八月現在で三、五九八ヶ村に達し、我國の全町村の約三分の一に達してゐる。この尨大な數字は我國の農村の文化的暗黑を如實に表象してゐるが、更に注目すべきは無醫村增加の趨勢であらう。次の數字はこの事を端的に表現してゐる。

第一表　無醫村の年次的增加

大正十二年	一、九六〇町村
昭和二年六月	二、九〇九
同五年三月	三、二三一
同九年三月	三、四二七
同十一年五月	三、二四三
同十三年十二月	三、三六一
同十四年五月	三、六五五

「農村保健年報」第一輯昭和十五年四五二頁

かゝる無醫村の增加は、醫師の側より見るに次の三つの要素に區別しうる。第一は都市に於て醫學を修めた若い醫師が農村へ入ることを忌避する現象であり、第二は農村に於て開業して居た醫師（學校出）が農村より都市へ移出したことである。第三には文部省令によらない醫學校出や試驗により醫師免許證を得た所謂「舊時代醫」が次第に死亡減少したことである。この