

中一と二が最も大きい力を持つてゐることは諸種の事情より之を推定し得る。

第二表 道府縣別無醫村數

道府縣名	無醫村數	同		道府縣名	無醫村數	同	
		全然醫師ナキ村	出張診療所アル村			全然醫師ナキ村	出張診療所アル村
北青岩宮	一〇七二	四八六	一〇四四	滋賀都府	一五八五	七五七	三二二
北海道	六〇七二	四八六	一〇四四	京都大兵	一五八五	七五七	三二二
秋山福茨	一〇八八	二〇六	九〇七	歌	一五八五	七五七	三二二
栃群千	二九三	一六二	四一八	和奈島	七八七	二七一	〇
東神新富	四二五	〇〇二	八一八	奈島和	七八七	二七一	〇
石福山長	一六七	一九四	四四六	廣山德	二五〇	三三七	一
岐靜愛	三七四	二五	〇六八	香愛高福	二六八	九〇五	八
	一〇三六	三八四	六八三	川島	九八	一三	五
				宮鹿沖	三	五	九
				佐長熊大	四八二	七四〇	八
				香愛高福	二六八	九〇五	八
				山廣山德	二五〇	三三七	一
				和奈島	七八七	二七一	〇
				都府滋	一五八五	七五七	三二二
				計	三	五	九
				島崎	九	二	五
				賀崎本分	一〇	一	四
				川島	一	一	五
				山廣山德	二	三	二
				和奈島	三	一	一
				都府滋	三	一	二

無醫村調（昭和十四年八月現在、厚生省衛生局調査）  
「農村保健年報」昭和十六年版七六頁

昭和十年の調査によれば、こゝにいふ醫師は一〇、六九九名となつてゐるから、當時の郡部の醫師の約半分は所謂舊時代  
醫で、農村の醫師の大部分を占めて居たのであらう。

換言すれば、こゝにいふ近代醫學の素養の少い醫師が農村の保健を支へ、無醫村への轉落を防いで居るのである。  
さて之より無醫村の正體を分析し、その増加が何に由來し、何に支持されてゐるかを見よう。  
先づ無醫村を府縣別にみると別表の如し。

この表によると、先づ第一に氣付く點は山岳、丘陵多く、又汽車の沿線から遠く孤立した地帯の多い縣は無醫村が多い  
ことである。從來から山間僻地に無醫村が多いと言はれてゐるのは一應眞實である。併しこの山間僻地に無醫村が多く見  
られるのは唯單に距離や地帯のみから由來するのではなく、さう云ふ所は經濟條件も概して劣悪であり、文化も遅れてゐる  
と云ふ事を忘れてはならない。

〔註〕 無醫村について社會政策學者間においてさへ山間僻地のためといふことがよくいはれてゐるが、これのみが主たる原因とす  
る意見はいまだ淺薄の域を脱しないといふべきである。山間僻地が多くの場合、經濟的に劣悪であること、かへて加へて保健思  
想をふくめて生活全般にわたる無知のために醫師がよりつかなくなつたといふのが眞理であらう。しかし今日では山間僻地とい  
どもパスの通はぬところはなくなつてゐる。従つて無醫村の原因は山間僻地であるといふことが基となつてゐるといふよりも、  
實に文化に遅れてゐること、つきつめれば農家生活の經濟事情と密接不可分の理由によつてゐるのだ。つまり無醫村の原因とな  
つてゐるところのものは經濟的な無力村となつてゐるところの事情にもとづくのであり、さうした農村にかぎつて農家生活が最  
悪な状態にあり生産經濟はまことに貧弱きはまつてゐる。（川島彌太郎「農村保健婦」一四頁）

併し些細に「無醫村」を観察すると、それは單に山間僻地に在ると許り云へないし、又文化が遅れてゐるからとのみ言

ひ切れないものがある。私は無醫村の対策といふことをも考慮して無醫村を三つの級に分類するのが便宜だと思ふ。第一級のものとは都市近傍に存し、都市の醫療機關を利用しうる無醫村である。

此の如き村は決して少なくなく、例へば秋田市に隣接する農村は五ヶ村あり、全部無醫村である。こういう無醫村は患者が比較的整備されてゐる交通機關を利用し、都市の専門醫を求めて殆ど全部が出向く爲に、假令醫師がその村に居住しても收支が償はないのである。然し斯かる無醫村でも矢張急患や重症で動けない患者が出た場合には、相當難澁する事は云ふ迄もない。

第二級の無醫村は都市や町から可成距り附近に醫師が居らないが、比較的交通が便利でさして醫療には不自由しない村である。第一級のものとは次の第三級無醫村との中間に位するが、勿論その限界は明確でなく、相對的の差があるに過ぎない。第三級のものとは文字通り山間僻地の農村で、屢々自動車道路さへ完備せず、近代的文化に全く恵まれない農漁村である。

さてかゝる無醫村の増加の原因は何處に存するかと云ふに、その根柢は極めて深い。今「農村保健年報」第一輯に記載されてゐる事項を引用しつゝ、此處に考察を加へて行かう。

同年報に於ては無醫村増加の原因として次の五項目を擧げて居る。

一、農村經濟の弱体化、二、地方交通機關の發達、三、醫療の技術的變遷（醫學の進歩）四、醫育制度の缺陷、五、都市及び農村の文化的懸隔（同年報四五七頁以下）。そして、これらの根本的な原因として「我國の醫業制度が營利主義、自由主義にたつ開業醫制度を根幹として樹立されて居ること、國家の政策も亦開業醫制根幹主義からの轉換を未だ容易に斷

行し得ないところ」に求めて居る。今これ等の點を敷衍して説明を加へよう。

第一の農家經濟の弱体化といふ事は現在に於ては醫師の收支が償はない程甚だしくはない。然し今の農業機構では、こういう不安定狀態が永く保證されるとは云へないし、又苦勞して働く程には儲けが左程多くないと云ふことは開業醫をして住み難くしてゐる。

第二の交通機關の發達が、農村の患者をして都市へ通院することを容易ならしめ現地の醫師の収入が減少した事も事實であるが、これは第一級、第二級の無醫村の一部に當嵌る。然し國民健康保險の實施や農家經濟の向上は患者を増加してゐるので、都市近在の農村の他は餘り影響はないようである。

第三の醫療の技術的變遷は極めて重要な原因である。即ち農村に於ては全科をやらざるを得ないので對し醫術は益々専門化し分化して來た爲に、醫師の希望と農村の要求とは背反する傾向が生じて來てゐる。又診斷にも治療にもレントゲンを始め諸々の機械を要求してきて居る事は、少くともサラリーマン化した醫師が農村へ入ることを妨げてゐる。

第四の醫育制度の缺陷として、同年報では「從來の醫育方針が一個の開業醫を養成することに重點が置かれ、如何にして國民醫療を完全に遂行するかについては殆ど考へられてゐなかつたこと」と醫師資格を大學卒業を以て原則となし専門學校を例外として少數の私立に限定した爲に、民度の低い農村への適住性を醫師が失ふに至つたことを述べてゐる。後の點に就ては確かにさういふ事實は認めらるゝが、それは現象的なもので、本質的なものではない。

私の考へでは、我國の一般が社會衛生的なものを輕視し、餘りにも治療に重點を置いた爲に、醫師の教育も治療に偏し従つて醫學を以て大成することは、學問的にも實際的にも治療醫學の途に深く進むこととなり、従つて研究機關も餘裕も

ない農村に優秀な醫師が来ないといふ現實を高く評價したい。

第五の都市と農村の文化的懸隔が餘りにも大きいと云ふ事は最も有力な原因であらう。勿論都市の消費的或は享樂的文化が身に滲みこんだ爲に、さういふ機會のない農村に来るのが嫌になるといふ事は確かにある。併し良い意味での文化さへ之を享有し得ないことが考へられねばならない。正確に云へば都市の文化が高すぎるといふよりは農村の文化が餘りにも低いのである。少くとも第三級の農村に住むことは今の醫師には極めて困難なことである。

〔註〕問題を一般的に表現したので、追方が弱いと思ふので、次の一文を引用し少なくとも私の云ふ第三級の無醫村の解決が如何に困難であるかを感じて頂くことにする。小生等の如く無醫村に對して親しく見聞し實地診療にあたれる開業醫は、無醫村は永久に無醫村でしかないことを斷言して憚らないのである。換言すれば斯様な邊鄙な土地に住む方が悪くて醫者の居つかないのに罪はないのである。小生は「無醫村とは醫者の住めない村」であると敢て定義をする。小生の開業周域にも四五ヶ村の無醫村が存在するが、縣衛生課當局は幾度か診療所を設置して醫員を招聘し、之が對策に腐心したのであるが、數ヶ月を出でずして元の木阿彌、無醫村に還元されるのが常であつた。それもその筈で、一例を示せば僅か數軒の隣組の平面積が山、谷を隔て、一里四方もあり、例へば映登や瓦斯は贅澤としても、電氣は勿論ラヂオも聞けず、更に燈火用の石油の配給は圓滑ならず、新聞は翌々日でなければ配達されないため、ハワイ攻撃の如き重大ニュースも三日後で始めて知つた始末である。又至急の藥物、醫療器械の購入もおいそれとは間に合はず往診の如きも馬脊でしかも一軒に半日を費す有様である。こうなると自動車で往診の出来る所や巡回診療の可能な土地は無醫村とは云へないのである。一事が萬事この通りで他の日常生活狀態も推して知るべきで、子供達の通學にも困り家族は都に住むといふ二重生活をしなければならぬのである。云々〔瀧澤太一「無醫村問題」日本臨床結核四ノ五、三〇二頁〕

無醫村の増加を、開業醫制度を根幹とせる我國の醫業制度に根本的原因を求むることは、それ自身正しい事ではあるが

然しその事は現在の農村をそのままにして單に醫療の面のみの改革を行ふことにより無醫村が解消しうるかの如く考ふることは誤りであらう。無醫村の眞の解決には、農村國土計畫をも含む農村機構の改革といふ基本的な線を忘れることは絶対に許されない。

その意味で醫療體制の整備確立と共に、農村自身の改革が無醫村解消への二つの途である。

〔註〕因で一言して置き度いことは、無醫村の對症的な對策としては、農村に診療所を作り、醫師が時折出張するような方法は効果が薄いのみでなく村民の氣持に反して居る。私の考へでは附近の市、町又は他村の醫師に容易に行きうるような病人用自動車又は救急車の設備、それに對應した道路の改修等の方が一層効果があると思はれる。第三級の極度に邊僻の山村では、當分の開現地開業醫を許可することは、色々の障害が考慮されるにしても止むを得ないと思はれる。

## 第二節 無醫村の保健狀態

無醫村といつても先に述べた如く色々の種類があり醫療の恩恵に浴する程度が非常に異なるのである。無醫村といはれるものの中にも醫師の居る村よりかへつて醫療に恵まれてゐる所も決して尠くない。従つて無醫村の人々の保健狀態が如何なる點に於て最も脅威せられてゐるかを見るにしても、少なくとも私が分類した三級に區別してゆかなければならない。そもそも廣汎な地域に全科の醫師が一人や二人居た所で、保健上決定的な役割を演ずることは極めて困難であらう。その意味で醫師がたゞ居るか居ないかは、そう簡單に死亡率の減少となつて現はれるかどうかは疑はしい。

故に無醫村なるが故に被る保健上のマイナスを抽出して之を數量的に表現することは困難である。此處では唯無醫村の

状態をスケッチしてその正しい認識のよすがとしてみたい。

(i) 第一級無醫村の場合

此處では患者は殆ど近傍の都市へ出る。よりよい醫師に診せ度いといふ患者の熱望は一應満たされる。汽車やバスの通じる所はやゝ便利であるが、斯かる便宜に恵まれぬ所では徒歩で又はリヤカーに乗せられて通院する。併し一度急性の疾患や、重篤の疾患の発生した場合或は患者が老人である場合は、高價な往診料を拂つて醫師を迎へるか、急いで入院するかせねばならない。故に生活の苦しい家族や或は醫師に來て貰へない時は非常に難澁するのである。雪國の場合は冬になるといふ農村は一舉に陰慘と悲痛の無醫村に化するのである。然し總じて農村としては醫療に恵まれてゐる方である。

(ii) 第二級無醫村の場合

私はこの級の農村は條件によつては醫師の定住し得る、然もその解消が最も必要な無醫村であると考へて居る。斯かる農村は利用しうる醫師の所迄或は汽車の驛迄數里の距離に在る農村で交通の便は悪い。こゝいふ地方では疾病は輕症の場合、或は耐へ難い疼痛その他の症状がない場合には、我慢するか或は賣藥その他の民間療法で胡魔化することが多い。

私はこの程度の無醫村に時折往診するが、醫者が來たといふ噂が擴がると大概の場合附近から十人や十五人の病人が診察を請ひに續々出てくる。然もその中には必ず急性肺炎とか胃潰瘍とか相當の患者が混つて居る。私が秋田組合病院に勤務してゐた時に腸チブスの豫防注射に行つたT村では、約五十名の患者が私を待つて居た程である。その患者の中にはチフサリー一名、急性肺炎二名、肺結核三名が交つて居たことを記憶してゐる。

こゝいふ農村では、隣町村の醫師へ出るか、さもなければ鐵道を利用して十數里も離れた都市迄醫療を求めに行くのである。

従つて屢々汽車賃の方が藥代より高くつくわけである。小兒の急性傳染性疾患の如きは猛威を振り醫師の手にかゝらぬ中に死亡する者が決して稀でない。

こゝいふ状態であるから、概して村民の保健思想は低く、民間療法や加持祈禱が容易に受け入れられるのは當然である。

(iii) 第三級無醫村の場合

全くの山間の僻地、自動車道路さへ完備せず馬背に跨り數里も往診に出掛けねばならない村が之に屬する。稗を主食とし、薪炭を焼くようなこゝいふ山間は併し全體から見れば決して數多いものではない。こゝいふ山村では、疾病は死を意味する程恐ろしい敵である。こゝいふ所では醫師の手をわずらはさず、死體檢案を受くるものが決して珍らしくないのである。

一體に農村では到る所に見らるゝことであるが、殊にこゝいふ地方の住民達は宿命的な諦念に徹して居り、都市の人々の想像する程暗鬱な感を受けないのである。その他の状態は第二級の無醫村のより一層甚だしいものと思へば大過ない。總じて無醫村に住む人々は、長い間の醫師の居ない生活に慣れて居り、數里の道を歩いて通院することを割合苦にしない。彼等はこゝいふ状態に順應し深い諦めを持つて居るかの如くである。併しこれは程度の問題で、文化に慣れてゐる者から見ればそのように見えるので、彼等には彼等らしい苦惱と憤りがあるのである。村の指導者、教員、巡査等はこの點を痛切に感じてゐるようである。又一度醫療の恩恵に慣れた村民は無醫村になることにより一舉に悲嘆の底におとされる。

極めて概括的に見れば、無醫村には保健上よりみて次のような特色が濃いように思はれる。

(1) 疾病は放任され易い。特に苦痛の少ない慢性の疾患や老人の疾病はさうである。一度診察を受け四、五日分の薬を貰つて来て少し輕快すると後は治療を中止する。その爲に疾病は愈々不治になる。急性の疾患の時、殊に乳幼児の場合は、この爲に手遅れになることは珍らしくない。

(2) 安静を要する疾患は増悪することが多い。往診して貰ふことは多額な支出を要するし困難な事が多いので、自然リヤカーに乗せたり徒歩で通院するために疾病が増悪し易い。消化不良患兒が背に負はれ一時間以上も炎天下を或は暑い汽車の中で揺られることを想像すればこの事は直ぐ理解される。

(3) 醫療費負擔は不均衡になる。高い往診料、馬鹿にならぬ汽車賃、それに有醫村なら不必要の入院もせねばならないといふ事情は一度疾患に浸襲されると可成の醫療費を負擔せねばならないことになる。

(4) 保健思想の低位。私の経験では概して無醫村の住民の保健思想は低く、迷信が多い。併し中には反對に保健思想の普及に力を注ぎ相當の効果を擧げて居る所もある。

最後に一言すべきは無醫村として述べたことは程度の差こそあれ、凡ての農村にも共通な特色なのであつて、特に疾病の豫防と云ふ點から見れば僅かの例外を除いて全部等しいと思つて差支へない。

所謂有醫村の中にも、行政區劃が極めて大きい爲に名のみの有醫村も尠くないし、雪の多い東北、北陸等は冬季には醫師が居ても、無醫地帯と同じ所が多いことを忘れてはならない。

### 第三節 農村醫療施設の現状

本節に於ては農村醫療施設（豫防施設は今なほ極めて微弱なものであるから、この中に含めて取扱ふことにする）の普及状況とそれに關聯する農村の保健状況を考察しよう。

先づ農村内部の診療所（收容人員十名未満）は昭和十年現在で一一五〇二であるが、その中閉鎖してゐるものがあるであらうから實際はこれより少いと思はれる。無醫村を除いた約七千五百位の町村に就てあるから一町村當り略一・五位の診療所があることになる。農村に就て云へば先づ一ヶ村に一人の醫師が定住してゐる場合が壓倒的であることは間違ひない。

農村人口二千乃至五千人程に醫師一人であり、然も一里乃至三里程度の廣い範圍を受持たねばならないのである。<sup>〔註〕</sup>

〔註〕この距離は自動車でも備へてあれば大した範圍ではないが、悲しい事には農村の醫師が持つて居るものは多くの場合、自転車か人力車のみである。患者の側から云へば一里以上も歩かねば診療所に着かないし、醫師の側では過勞と無駄な時間で閉口するといふ始末である。

三、四千人程度を一人の醫師が擔當するといふ事がどんなに困難かは、交通の便利な都市でさへ平均して九百人しか擔當してないこと<sup>〔註〕</sup>で明らかである。

〔註〕この事情を明らかにする爲に私の場合を例に擧げよう。私の居る村は人口約五千五百人であるが、此の村を私一人で引受けて居る。夏の患者の多い時は外來平均八十名多き時は百名を越す。往診は遠い所で約一里半であるが村落が放射狀に散在してゐる爲に、七軒も往診に出る時は自転車<sup>〔註〕</sup>で五里以上も走らせねばならない。これ丈の人口だと夜中の急患も稀とは云ひ難い。自己

の負擔を眞面目にやらうとする時は過勞が待つてゐるし、怠れば患者が困るのである。

然も重要なことはこういう農村では、村民の保健が醫師の技術や性質、診療所の設備により甚だしく作用されることである。

一般に農村の醫師は全科をやると思はれてゐるが事實は必ずしも然りとは云ひ難い。産婦人科、外科、耳鼻科等を全然又は殆どやらない醫師も相當ある。又患者も餘り難かしいものは専ら醫を訪れる傾向がある。然し急な場合には、患者の難澁は無醫村の場合と少しも異らない。

又殆ど往診に出ない醫師もそう珍らしくなく、激しい腹痛の場合などには實に氣の毒である。醫師の技術や熱意にしても遺憾ながら充分とは云ひ難く、結核に就ての新しい知見にかけ、消化不良症の食餌療法さへ充分理解してゐない者もなはいとはいへない。

こういう状態であるから、農村の保健状態は醫療の面から見ても極めて不完全で、いきほひその補充を都市に求めることになり、患者は大きい都市へと流れ出る。

こう云ふ要望にこたへるべく要所々々に綜合病院が設置される事が望ましいが、一般的に見てその普及は未だ理想に遠い實情である。この點に於て産業組合所屬の綜合病院の果してゐる役割は實に輝かしく昭和十五年八月現在に於て、綜合的病院は大小合計八九に達し、農民の要望に應へてゐる。<sup>〔註〕</sup>

〔註〕 施設の普及といふ理念に就ては申分がないが、些細に之を見るに經營内容、醫療内容に就ては不充分のものも相當あることは卒直に認めねばならない。

現今に於ける農村の醫療施設としては農村内の開業醫、綜合病院診療所、官公立診療所と綜合病院の他は見るべきものがないが。

然しながら既に述べた如く、農村内の診療所はその組織の限界と缺陷の爲、部分的には農民達の専門醫への憧憬の爲に實際に於ては都市の綜合病院又は開業の専門醫が取扱ふ農村の患者は相當大きな數に達してゐるのである。

この點は農村醫療對策上大きい意義を持つものであつて、單に診療所を設置し、醫師を派遣するといふ形式的な方法に鋭い批判を投げてるものといはねばならない。<sup>〔註〕</sup>

〔註〕 農村によつては醫師が在住するにも拘らず、皮膚病やトラコーマ或はせいぜい感冒や腹痛程度のものしかその醫師にかゝらず大部分の患者が都市へ流れてしまふ所が少くない。これは醫師の技術が重要視されなければならない事を物語ると共に、前章で述べた如く患者の都市崇拜の病的心理も多分に含まれてゐる。村の六割の患者を一人で引受けて居る農村の醫師は何人も居ないと云はれてゐることを反省しなければならぬ。所が斯かる都市への流出は非常に屢々患者に悪影響を與ふる許りでなく、醫師の農村よりの逃避の大きな原因ともなつてゐる。之を喰止めるには農村へもつと優秀な醫師を送り診療所の設備を向上し、レントゲン位備へることが必要である。

次に農村の保健向上、疾病豫防の爲に設立されてゐる保健所に就て簡単に觸れることは本書の義務であらう。

保健所の機構は歐米のヘルスセンターより移植されたもので、その主要機能は保健衛生の指導と疾病の豫防に在りと云はれてゐる。

昭和十二年四月保健所法が公布され、昭和十二年以降十ヶ年間に、本所五百五十ヶ所、支所千百ヶ所が設立される豫定である。昭和十六年三月末日現在に於ける各府縣の普及状況は別表の如くである。

第三表 道府縣及び六大都市に設置されたる保健所數

(昭和十六年三月末日現在)

北海道	青森縣	岩手縣	宮城縣	秋田縣	山形縣	福島縣	群馬縣	栃木縣	茨城縣	埼玉縣	千葉縣	東京府(除東京市)	神奈川縣(除横浜市)	静岡縣	愛知縣(除名古屋市)	山梨縣	長野縣
四	一	二	二	一	二	一	三	四	二	三	三	三	三	三	四	一	二
岐阜縣	新潟縣	富山縣	石川縣	福井縣	滋賀縣	京都府(除京都市)	大阪府(除大阪市)	兵庫縣(除神戸市)	奈良縣	三重縣	和歌山縣	岡山縣	廣島縣	山口縣	鳥取縣	島根縣	香川縣
二	二	四	三	三	二	二	五	五	二	一	二	三	三	三	一	四	一
徳島縣	愛媛縣	高知縣	福岡縣	佐賀縣	長崎縣	大分縣	熊本縣	宮崎縣	鹿児島縣	沖繩縣	東京市	大阪市	神戸市	京都市	横浜市	名古屋市	計
一	三	一	四	二	二	二	二	一	一	一	一	一	二	四	一	五	一三三

佐藤正「國民厚生講義」二〇九頁より作成

此の表の如く現在保健所の數は百三十三ヶ所で全府縣に一乃至五ヶ所である。此は大體に於て將來所謂本所になる所で都市又は地方の中心の町に設置せられ、その擔當區域は大體人口二十萬乃至十二、三萬を標準としてゐる。

これ丈の廣區域を擔當するのであれば、現在の、一、二名の醫師、若干の指導員、保健婦の活動が單に表面的な啓蒙運動に止まらざるを得ないのは蓋し止むを得ないであらう。この點を痛感して昨年より模範地區を設定、これに重點を注ぐに到つたことは必然的な行き方であるが、恩恵を被る地域が都市又は町附近の農村に限定されることは避け得ない。

保健所は建設以來なほ日淺く、その眞の活動は今後、體驗が蓄積され消化されて初めて本格的となるものであるから暫くその批判を差控へることにする。唯目下の所は農村の保健生活の指導といふ點に於てもなほ極めて力弱いもので、今後の活動が期待される。最後に現下の緊切な課題たる母性保護、乳幼児(特に初生兒)擁護に大きい役割を演ずる産婆の現狀に就て觸れて置かう。

我國の分娩介助者の八〇%前後は資格を有する産婆であとの二〇%が素人によるものと言はれて居るが、農村に於ては恐らく五〇%程度は醫師又は産婆に非ざる者が分娩を介助してゐることであらう。山間僻地の農村では、全部が全部素人産婆により介助されてゐる所も必ずしも少ないものではあるまい。現に産婆及び醫師に非ざる者の分娩取扱數が全數の殆ど五〇%に達する縣が今なほ若干存在してゐると云ふ。こゝにいふ現狀であれば分娩に因する母體の死亡や新生兒死亡が農村に著しく高率なることは當然の事であらう。

産婆と共に農村の保健厚生に大きい意義をもつてゐる保健婦に就ては別の章で之を述べることとする。

以上により、現今の農村に於ける醫療の狀況を簡單に語つて來たが、それが極めて不完全にして皇國農村確立の要請に

遠く距つてゐることが了解されたことと思ふ。

### 第四節 農村厚生活動の現状

農村の醫療施設の貧困の現況はとりもなほさず村の保健厚生活動の貧困を物語つてゐる。然し農村のそいふ活動が全然行はれてゐない譯ではないので、その標準的な活動を紹介し二三の主要な點に觸れることにする。

支那事變以來國民の保健厚生に對する關心は頓に高まり、政府も之に對應し厚生事業に多くの對策を講じて來た。その結果が國民健康保險法、軍事扶助法初め多くの法令の公布となり全國の都市、農村を一貫し青年の體力管理、乳幼児檢診、續いて妊産婦手帳交付が實施された。

こいふ男子青年（その主要な目的は結核の早期發見である）、乳幼児、妊産婦といふ特殊な國民層の健康管理といふ國家的な仕事は農村に於ても醫師の義務として課せられてゐる。

以上の他に以前からの仕事として學童の検査、種痘、腸チブス等の傳染病の豫防接種が行はれて居り、近時結核豫防の一環として國民學校兒童のB・C・G接種も次第に全國に普及してゐる。なほ近時兵役検査を終了した壯丁の毎月一遍の檢診、兵役検査前のトラコーマの治療等も農村の醫師の仕事に加はりつゝある。大體以上が農村の醫師の病院治療外の最も標準的な保健活動と思はれる。

これ等の仕事は何れも醫師の發意のもとに行はれたものでなく、國家的な要請として命令せられてゐる點は極めて特徴的である。

併しこの程度の仕事さへ農村に於ては充分に完遂されてゐない事は注意されねばならない。強制せられてゐない妊産婦の診断は一般に實施せられず、妊産婦手帖は筆筒の底深くしまひこまれて居る。乳幼児檢診は極めて短時間に形式的に行はれるに過ぎない。體力管理の検査、學童の検査又然りである。

〔註〕 乳幼児検査は特に農村に於て必要であるにも拘らず一町村の二・三百の乳幼児が二・三時間の檢診で片附けられる。その出席率も不良なるのみならず、多くの場合小兒科の知識の不足な醫師が一人で之を行つてゐる現状である。その檢診が如何に粗雑かは、檢診の結果要注意となつたものの極めて少ないといふ成績にも現はれて居る。學童の検査の如き文字通り形式そのものである。

なほ農村厚生上比較的普及され、且つ大きい意義を有つてゐるものは共同炊事と季節保育所である。共同炊事は昭和十三年僅か二一〇ヶ所に於て開設せられしものが、昭和十五年には春季二、〇九二ヶ所、秋季、一一〇九ヶ所合計三、二〇一ヶ所を數へるに到り、榮養知識の普及、母性の疲勞防止、體重減少の防止等幾多の成果を擧げてゐる。（詳細は例へば「農村保健年報」を参照）

第四表 季節保育所開設數

年次	春季		秋季		合計		一施設平均保育兒數
	施設數	保育兒數	施設數	保育兒數	施設數	保育兒數	
昭和十二年	九、三五五	四〇、〇六一	二、〇四八	九、三三〇	一一、三六三	五九、五八五	五・四
昭和十三年	一三、〇九二	七二、二四〇	三、四三六	一〇、三三六	一六、五二八	八七、七四三	五・七
昭和十四年	一六、二二三	八七、一四三	四、三三〇	一三、三三三	二〇、七三三	一三三、一〇三	五・三
昭和十五年	一七、〇〇〇	一〇〇、三三六	五、〇五八	二六、三三三	三三、七六八	一三六、七三〇	五・六

農村保健年報昭和十六年版



又季節保育所に就ては別表に見る如く、共同炊事同様著しい飛躍發展を見てゐる。

季節保育所は、その經營主體の性質にも表はれてゐる如く慈善的色彩の濃いもの多く、農村生活とかけ離れた保育に力を注ぐものと、單なる勞力節約の意味に於ける託兒所との二つの對立した傾向が現はれてゐる如くである。今後農家母性の勞力の節約といふ農家の要求と農家の母性教育、乳幼兒の擁護及び訓練といふ二つのものが統一されて發展することが望まれるのである。

何れにしても、共同炊事、保育所とも現在の實情はなほ不完全な點多く、農家の生活に深く融合してゐないことが多い點は認めねばならない。兩者とも農家の勞力節約といふさしせまつた要求から發展したとは云へ、一面に於て上から半強制的に勸奨され、無暗に數が増へた點もあるので、前表の數字はそのまゝ眞の發展とは言ひ難いのである。<sup>〔註〕</sup>

〔註〕 共同炊事でも物資の特配があるといふので、實際には殆どやりもせず實施したように報告した村もあるし、季節保育所の中にも二、三日ほんの形式的に之を行つたようなものもないわけではない。

〔季節保育所を増やせ〕と仰言つて各方面から重複錯雜したパンフレットや標語や申し合せ事項と共に若干の助成金を頂戴し、それに伴ふ煩瑣な報告書を必ず幾通もく作製させられますけれど、その中にその場限りの間に合せで、然し各々の立場立場を固執したり、誇張したものが澤山あります。そして常に一貫した指導精神がなく、甚だしいのは一課長、一係員の交迭のある度に同年度内或は期間中の一指導會毎にさへ、その方面に變化があると云ふ様な事が珍しくありません。そして例へ開設期間二日、三日といふ様な如何なる保育所でも兎に角數さへ増せば自分達の事業成績になるといふ様な態度が往々にして露骨に見えます。〔根岸早苗「保姆養成に關聯して」「厚生問題」二六ノ三〕かういつたことが妙からざる事を注意すべきである。

以上の如く共同炊事や季節保育所の發展は主として勞力節約といふ農村の内部的要請に支持されて居り、保健厚生の願

慮が稀薄であるが、それにも拘らず可成りの効果を擧げてゐる。然しその成果を餘りにも過大評價することは戒めねばならない。

農村に一般的に行はれてゐる保健厚生活動は以上の程度で、それ丈でも以前よりは若干前進して居ることは認められる。併し總じて各項目の實際的效果は不完全なもの多く、上から命令又は勸奨された仕事か夫々の農村で具體化され、生き生きと行はるゝ爲の條件が備つて居ないことが通弊である。

就中醫師にしろ保姆にしろ人的要素の質と量に於て缺くる點が最も多く又かゝる中心がしつかりして居ないことが致命的である。

これ等の缺陷が如何に矯正せられねばならぬか、又農村厚生が如何にあるべきかについては後章に於て之を採り上げるであらう。

第三編 農村保健政策の現實と理想

## 第一章 農村保健活動に於ける社會的なものと

### 醫學的なもの

#### 緒言

農村の保健状態及びそれを規定する主要な社會病因に就て、私は前編に於て、やゝ詳細に論じて來た。その分析によつて、農村の劣悪な保健状況の由つて來る處が極めて深いもので、いはゞ農村の機構に根源して居り、その解決が極めて困難にして、今後なほ幾多の荆の道を進らねばならない事を痛切に感じたのである。

保健活動の最小にして最低の要請たる醫師が農村に來たがらないこと自體が、農村保健活動の貧困と困難を端的に物語つて居る。

極めて卒直に云へば、眞の意味の保健活動は農村には存在せず、又保健活動の地盤は未だ殆ど整備されてゐないと極言しても良い程である。こう云ふ困難な情勢の中に農村厚生運動が展開されてゐるのである。

従つて農村保健運動はそれを遂行せる主體の苦闘と努力にも拘らず屢々畸形化し、正しい方向から逸脱してゐるのである。農村厚生運動は村民の自覺に基いて、村の内部から強力に發生することは稀にして外部から慈善的に行はれることが多かつた。

農村厚生活動は村の内部で特殊化されず、常に一般性の中に沈潜し、従つて彼等の血となり肉となることが少なかつた。

農村の健民運動の計畫は机上では立てられても、實際には政策的にも醫學的にも樹立されてゐるとは云ひ難い。然しながら農村人口を健全に育成することは焦眉の問題であり、國家の要請である。

その對策の考究と實踐は最も喫急の問題である。以下に於て卒直に生のまゝの私見を述べ批判と教示を仰ぎたく思ふ。本章に於ては、その最も根本的な方法に就て論じてみようと思ふ。

### 第一節 疾病の社會性と生物性

疾病及び人間の精神的、肉體的の健否の考察及び對策は二つの側面を有して居る。

云ふ迄もなく、生物學的な面——人間の場合醫學的と呼んでも良い——と社會的な面である。人間は生物體として、その生物學的法則に支配せられる。即ち自己の両親より一定の遺傳的素質を受け、初生兒より老人に至る各段階に於て、夫々独自の特質を所有する。又温度、光線その他の氣象的條件等の自然に對する一定の反應を有し、獨特の生理的、免疫的屬性を具備して居る。

併しながら、それと同時に一定の社會生活の中に育成され社會より諸々の影響を被り、その影響は個々の知識、活動に止らず精神的、肉體的の機能に迄及ぶのである。

この兩面を備へて居ることは、誰でも理解してゐることであるが、保健衛生の領域に於ては、他の場合より一層深い意味があるのである。何故ならばこの分野に於ては、この二つの側面が常に對立し、競合し、そして統一されねばならないからである。そしてそのことが保健を論ずる人々の頭腦に正しく反映されるか否かが極めて重要な結果を招來するからである。一般に醫師は生物學的の面のみを一方的に眺め、疾病の社會性を無視しがちである。

之に反し社會政策學者や社會事業家は社會的な面に捉はれ生物學的の側面を見落し易い。例へば死産の原因に就て、醫師は、母體の疾患や胎兒の状態にのみ氣を奪はれ、母體にも、胎兒の側にも、異常のない場合には原因不明として之を省みなかつた。所が社會的分析に專念するものは母性の過勞や或はせいせい性病のみを問題にして、そのみを強調するといふ具合である。醫師は結核の研究や治療にあつても、その社會性を考慮せず専ら免疫學的、藥物的なことのみ專念した。住宅研究家は結核の蔓延を住宅の不良と機械的に結び付けて、その改善を強調して居る。

こゝにいふ例は擧げれば、きりがないのである。社會醫學の研究の遅れてゐる我國に於ては——特に農村の現状の全く知られて居ない農村保健問題に於ては、かういふ一面的な理論や對策が横行してゐるのである。

疾病の發生、經過、轉歸の凡てに互り、かういふ社會的な面と生物學的な面が存在して居る。特に社會醫學の對象になるような頻度が高くそれによる死亡や被害の大きい疾病は、この兩面が鮮明なことが多い。

例へば結核の發生に就てみるも、その發生の機轉は、初感染、早期感染、肺癆への移行と醫學的に見て非常に複雑であり、生物體の特種の機轉が明らかにされて居り、又年齢といふ生物的因子も大きい役割を爲してはゐるが、同時にその全經過に互り、榮養、勞働、保健思想等の社會的因子が強く作用してゐるのである。消化不良症に就ても、先天性弱質に於ても常に同じことが云へるのである。

ところで疾病がかういふ楯の兩面を持つてゐるといふ丈では何の意味もない。重要なことは疾病の發生、經過、轉歸より見て、從つて又豫防及び治療から見て、個々の疾病に於て何れの面が重要な役割を現實に果してゐるかといふことの關

明である。即ち個々の疾病の生物學的な面と社會的な面の比重を正しく認識することである。

腸チブス、痘瘡の如き法定傳染病は、感染即發病と見做しても良いから、菌の感染は、營養その他の社會的條件の如何に拘らず發病を惹き起すと考へて良い。従つて最も重要な點は普通ならば感染即發病となるものを感染必ずしも發病とならず、又發病しても輕症で済む豫防接種が決定的の意味をもつ。これは主體と病原菌の特異な生物學的反應を利用したものでその限りに於て、これらの傳染病は生物的な面の比重が壓倒的と云ひうる。

之に反し十二指腸蟲症の如きは、若し糞尿を使用せず凡て金肥で畑作物が生産されるか、或は少くとも便所が改良されゴム靴が普及すれば之を完全に絶滅するか、減少しうるものであるから社會的の面の比重が極めて大きいと云はねばならない。

結核の如きは社會病と云はれてゐるが、菌が到る所に存在し、且つ營養、住宅、休養等の社會的な面が最も良好でもなほ且その發病を抑制し難いものであると共に他面B・C・G接種、その他の治療法も相當な効果があるのだから、兩者の比重はその輕重を論じ難い。このように凡ての疾患は痘瘡と十二指腸蟲症の中間に排列し得るのである。

併しながら上述の記載は現在、然も理想的な條件に於て妥當することであり、兩者の比重は時と場所により變化し流動するものであることを忘れてはならない。

例を擧げて解説すると、今後結核の豫防にB・C・Gよりもつと有效な菌株が発見され、セファランチンの數倍の効果のある藥劑が生れば、結核の生物的比重は一層増加する譯である。

將來のことは云はずとも、スルファピリヂンが発明された爲に肺炎の生物的な面の比重は著しく高まつたのである。

又場所により兩者の比重の異なる例を擧げれば、消化不良症の發生には母性の勞働、教育等が非常に大きい作用を有し、又その轉歸には平常の營養が密接な關係を持つて居る。さういふ因子は特に農村に於て強力に働いてゐるから、農村に於ては都市に於けるよりその疾病の社會的比重が大なりと云ひうる。階層に就ても同様なことが云ひ得る。

即ち一般に醫學の進歩、文化の向上、階層の上昇に従ひ、疾病の社會的面の比重は低くなり、之に反して生物學的比重が増加するのである。

然して社會的環境の差異も亦この兩面の比重に大きい變化を來すものである。

寄生蟲が農村に於て猛威を振ふのは、その生活環境が與つて力あることは説明する迄もない。このように疾病の社會性と生物學性を正しく把握してから農村の疾病を分析し、兩者の影響を理解して行くことは實際の保健活動に於て頗る重要であるし、最も效果的の活動をなし得る所以である。

唯注意すべきは私が疾病の生物的面といつた場合でも、それは純粹に生物的なわけでない點である。即ち生物的な面の比重を壓倒的になし得るものでも、その活動の主體たる醫師或は醫療施設が與へられて居るか否か、既に社會的なものである。だから生物的な或は醫學的な面といふも、それはより廣い意味では矢張り、社會的なものを媒介して居るのである。

實踐的な保健活動に於ては生物學的な醫學的活動と社會衛生的な活動とが夫々疾病の生物的な面及び社會的面に對應しこの兩者の統一として實際の活動がなされねばならないのである。

## 第二節 保健活動に於ける社會性と醫學性の統一

疾病—一般に保健状態—に社會的な面と醫學的な面が存するとすれば、これを對象とする保健活動にも當然二つの面が存することは理の當然である。

現に保健活動或は健民運動を主要な内容とする厚生活動には生活安定、最低生活の確保が基本的なるものとして包括されて居るのである。即ち保健活動の重要な面として社會的なものが認められて居るのである。

然しながら保健活動が一つの厚生活動として認められて居ること、即ちその社會性が認識されて居るとは云ふものの、兩者は抽象的な關聯に於て結び付けられて居るに過ぎず、保健活動の全領域に於て、社會的なものと醫學的なものが統一に理解されて居るとは云ひ難い。理解し易いように最も最小の單位たる村の保健活動を例にとることとする。

消化不良症といふ乳幼児死亡の最大原因たる疾病の發生を分析すると、離乳期前後の食餌過誤が一番多い原因になつて居る。この食餌過誤を、かくも多く惹き起す事實を更に分析すると、母親の育児知識の貧困、母親が農業労働に多忙な爲る育児を放任せざるを得ないこと、乳幼児の保護の任に當る祖母の無知等が挙げられる。更に消化不良症の豫後といふ點から觀察すると、平常の榮養、診察を受ける時期、醫師の指示を守るかどうか、離乳方法等の因子が問題になる。これらの因子を更に追求すれば、前と同様の原因が明らかにされる。

今その對策を考究すれば、醫學の面では育児知識の普及、夏季の下痢の場合には早く診斷を受くるよう勧めること、乳幼児検診等が有力である。然しながら現在の農業労働事情では母性の多忙は不可避であり、農繁期には育児は放任されざ

るを得ない。その結果乳児の授乳回数は減少し、榮養は低下し、僅かの食餌過誤でも重症消化不良になり易い。祖母や兒童に迄育児知識を與へることは事實上困難であるから母性をして育児に専念しうるような労働組織が望ましい。こういう社會的面の對策が根本である。勿論季節保育所を完備することにより或程度この缺點を補ひうる。

併しこの季節保育所或は進んで恒久的の保育所に於て、全村の然も幼児のみでなく乳児迄收容するには優秀な保姆が十數名必要である。自己の村からそれ丈の保姆を出すには、農家婦人の教育が全般的に高くならねばならない。即ち教育といふ社會的な因子が入つて来る。即ち農村の消化不良症といふ疾病—然もこの疾病は醫學的な面より減少することが比較的容易なのである—を撲滅するには單に醫學的の面のみの活動では困難である。

この例では社會的な面が非常に困難な障礙に突き當つて居るので、その解決は中々困難である。それで、保健活動に於て直接に問題になる社會的な面を他の例により示してみよう。

農村結核は周知の如く、都市方面より搬入せられ、家族感染の形式で蔓延することが多い。それで醫學的には、集團檢診をして患者を發見するか、歸郷者に特に注意して患者を見出すことが必要である。或は學童の如きはツベルクリン反應により初感染者を發見し之を擁護することも効果的であらう。

然し一度要治療者を發見した場合にも之を患者の恣意に委せては充分の治療を行ふことは困難である。その場合、患者が開放性結核の場合には適當の方法で隔離すると共に、家族の全部の檢診が望ましい。それ丈の仕事をやりに遂げるには特に結核豫防會の如きを作り、階層を上、中、下に分けて適當の援助を行ふ必要がある。又それ位のことをしなければ農村結核は撲滅し難い。

斯くの如き活動は結核の社會的面の正しい認識により始めて可能であり、結核の醫學的面と社會的の面が統一的に理解され、それぞれの面に於ける保健活動が行はれることを意味する。

實際の所乳幼児検診妊婦の診断といふような所謂豫防的醫學の一つの活動にしても、醫師の頭腦の中に社會的なもの認識が缺けて居ては充分の活動が出来るものではない。

妊婦の検診の場合にも、妊娠腎だから或は浮腫があるから唯休養しろといつても効果が薄い。その地方の習慣を知り、要すれば保健婦をして夫や姑を説得する所まで行かねば効が少ない。こゝにいふ醫學的なものと、社會的な面の統一を基調とした活動は、それが完全に遂行される爲には、醫師の個々の指導から、保健施設又は活動に到る迄一貫して、この理解に立つ組織が必要である。この點に就ては後に觸れることにする。

最後に本節の主張と關聯して、所謂「豫防醫學」の内容を批判的に見て行かう。

豫防醫學といふ言葉は近頃の流行語で誰でもが口にするが極めて漠然としてゐる。然し厚生省の豫防局といふ場合の豫防或は保健所の指導理念としての豫防といふ事を考へてみると、現在の醫學の力で疾病を豫防する爲それに関する學問を豫防醫學といふので、社會衛生的なものをも含むが、その色彩は餘り濃厚ではない。

即ち厚生省の豫防局の分課たる防疫、豫防、優生の各課がそれを端的に表示して居る。「豫防」といふ中には豫防注射、保健思想の普及、榮養、被服、住宅の改善、集團検診、健康相談が含まれる。

勿論豫防醫學が我國に於て最も缺けて居り、それが充分に發達し、實踐されたならば相當の効果を擧げうることは期待出来る。然しながらこの豫防醫學はその内容を見ても明らかな如く主としてその根據を衛生學、細菌學或は臨牀醫學の成

果に求めて居り、その社會性が極めて稀薄である。保健所の理論的指導機關たる厚生科學研究所の内容を見るとこの點が鮮明で、労働科學研究所とは對蹠的である。

既に繰り返へし述べた如く、我國の國民の體位が劣悪になつたのは保健活動の醫學的の面も不充分ではあつたが、社會的の面がより多く不完全であつたからである。

農村結核をかくも恐るべき勢で蔓延せしめたものは、都市の工場に於ける劣悪な作業環境や労働力の酷使のため結核になつた者が、處女地の農村へ菌を振りまいたからである。

改良便所が農村に普及し難いのは、農家の窮乏と人肥の絶えざる需要である。

先天性弱質兒の多いのは、農村に於ては母性が過重な労働に従事せざるを得ないといふ事が大きな原因である。さういふ例は幾らでも擧げうる。

その意味で、豫防醫學が進歩し實踐されれば、疾病が著しく減少するといふような樂觀的な見解には組ることが出来ない。勿論豫防醫學的活動は、國民健康増進の一翼として分業的に一つの分野を擔當するもので、今の日本の現状ではもつともつと盛んにならねばならない。

然しながら、個人衛生學を基礎とした所謂豫防醫學は理論的にも實際的にも現状のまゝで良いかどうかを考察する必要がある。

保健活動に於ける社會的の面は、自分達の領域外のことだと之を無視しても良いであらうか。勿論或種の傳染病の如く豫防注射が凡てといつてよい位効果があり、又防疫活動が最も重要な役割を演ずるものもあるから、さういふものは、狹

義の豫防醫學で充分である。然し大部分の疾病は社會的な面を多少なりと備へてゐるから、單に「豫防醫學」の活動のみでは効果が上らない。其種の疾病の豫防には他の面との協同が必要である。然し事、疾病又は保健に關する以上醫學の専門知識なしには、その原因を詳細に究明し難い。即ち社會醫學的に闡明し、その原因の豫防を醫學の側より要請せねばならない。即ち生産、消費凡ての生活部面に於て國民の精神的、肉體的又生理的、病理的の現象を分析し、その解決方法を闡明せねばならない。工場の作業が眞に能率的なる爲には如何なる條件が必要かを労働生理、労働衛生的に究明することは廣い意味の豫防醫學である。農村に多い先天性弱質の内容を分析し、それを遺傳的に子宮内生活と母體の疾病又は労働との關係に於て、或は分娩後の養護状態を觀察しその眞因をつき止めることも大きな豫防醫學の領域である。その場合社會的な面を見落したなら如何なる成果も舉らないであらう。以上は理論の部面に於けるものだが、實際に於ても事態は異なる。

本來豫防的活動は、それが國民生活に喰ひ入る爲には、社會的部面の考慮なしには効果が舉るであらうか。

特に封建的な遺物が制度にも頭腦にも濃厚に残存して居る我國の農村の保健指導に於ては單なる醫學的な豫防活動は、多くの成果を期待し得ないであらう。

これを要するに、眞の豫防的保健活動は社會醫學的理解の上に始めて可能であり、このことは保健状態が醫學的にも社會的にもその規定因子を有してゐることに對應するものであるからである。

### 第三節 農村保健活動の特異性

疾病や保健には社會的な面が存するとすれば農村に於ては、その社會性が農村的なものとして認識されねばならない。とは必然的である。農村の保健活動が美しく結實する爲には農村の特殊性に應じたものとして具體化されねばならない。

凡ての農村保健活動は、農村的に具體化されねばならないのは、社會政策が農村政策として具體化されてゐるのと何等異なるものではない。さて然らば農村保健活動の特異な内容は如何なる點に之を求むべきであらうか。

私見によれば、この場合四つの大きな特殊性を鮮り認めて、それに對應した活動と組織が考慮されねばならない。

その四つとは第一に農業の特質、第二には農村文化の歴史的性格、第三に都市との交流、第四に醫療施設の現状である。これらのものは實際には内面的の交渉を有し、一つのものの側面であるが便宜上分類して考察してみよう。

吾國の農業は低稚の労働技術を以てする集約的、多角的の零細經營であり、労働の主體は家族成員である。従て家庭生活と生産活動とは充分に分化せず、家族全員の保健に密接の關係ある母性や、發育期の少年や、過重の負擔には耐へ難い老人迄が多少なりと生産活動に従事して居る。それ故に農村の保健活動は生産活動と内面的の繋りを有して居り、従て又保健活動の主體は生産團體と密接なる聯繫を必要とする。これが第一の特色である。<sup>〔註〕</sup>

〔註〕 農村の榮養對策が主として農繁期の共同炊事として現はれ、又農村住宅の改善が農作業や家畜の存在を無視して行ひ難きこと、或は母性保護が主として農家の主婦の労働負擔の減少といふ形態で行はれること、乳幼児死亡の低下さへ母性の保護なしには充分の効を挙げ難いこと等多くの保健對策は又同時に生産活動を合理化する對策と結び付いて居る。戸別訪問による又は健康相談による保健指導は農村に於ては全保健活動の一部でしかない。

勿論市に於ても、勤勞者への保健對策と家族のものへの對策とは區分せらるゝので兩者の間には本質的の差異がないようである。然し農家に於ては生産の場は消費の場であり、生産活動の經營主體は同時に消費主體であること、及び生産活動に従事す



家族成員の割合が著く高い點は生産的面に於る保健対策の重要性を大ならしむると共に保健活動が生産團體と緊密の連繫なしに困難なことを物語つてゐる。

第二に我國の農業の特殊性に基礎づけられた農村文化の水準或は歴史的性格の認識に立脚した保健活動が遂行されねばならない。この農村文化は衣、食、住等の所謂生活文化より知的、精神的のものに到る凡てを含んでゐる。

農家の經濟事情、生活慣習、知的水準に適應した保健指導が爲されてゐるとは云ひ難い現状である。都市の研究と體驗の成果がそのまま農村に適用されてはゐないであらうか。疾病の農村的な面が正しく評價されてゐるであらうか。

一例を挙げれば、乳幼兒の保健対策として早期離乳が勸奨され、國民食の一部として離乳期の献立が作成されて居る。然し現在の農村母性の多忙と、育児知識の低さでは七ヶ月はおろか九ヶ月からの離乳準備も多くの困難と危険が包藏されて居る。

又妊婦に理想的の休養を勧めても、それが農家の現實の要求と餘りに隔け離れた場合には、反つて逆効果を齎すに過ぎない。

第三の都市との交流といふ面は非常に複雑な内容をもつて居るが、保健上注目すべきは次の二つの事項である。

第一は農家の青壯年が夥しい數で都市又は出稼に出る場合には農業の擔當者は婦人と老幼に限られ、その結果特に母性の勞働強化は不可避となり色々憂ふべき保健の悪化が招來される。この場合の対策はもとより、ひとり保健に関するもののみでないが、保健上の考慮が拂はねばならない。

次は都市への勞働力の流出に伴ふ結核歸郷者の問題である。都市より農村への結核搬入が農村結核蔓延の主導線である

からその対策は慎重でなくてはならない。

最後に農村の保健運動は、醫療施設の貧困といふ條件に打克つて遂行されねばならない現況に在り、當分の間は大した變化は期待出来ない。故に廣義の保健活動を強力に遂行すると共に附近の醫療機關を有効に利用し、自己の保健活動に醫師を引き入れねばならない。又保健婦、産婆達を有効に役立たせるべくつとめねばならないし、農村特有の保健組織の擴大強化に力を致さねばならない。

以上の四項目を詳細に具體的な姿で捉へることは農村の保健運動が眞に農村的となる所以と信ずる。

以上述べた所は農村一般に妥當するもので、地方により、村により、又部落に於て保健活動が具體化することが望ましいのである。そして斯く保健活動が具體化されることは、保健を規定する社會的因子が正しく評價され、醫學的な面と統一的に理解されることにより可能となるのである。

農村醫學の任務は、この事を明瞭に教へ、保健活動の擔當者に農村保健活動の眞諦に觸れしめその方針を具體的に示すに在りとも云へるのである。

以下の章に於ては農村保健運動に就てやゝ詳しく説明し、その現在と將來に關する私見を率直に述べてみたいと思ふ。

## 第二章 農村健民運動と保健施設

## 緒言

健民運動が強調されねばならないのは、國民の精神的、肉體的な健康が危殆に瀕して居るばかりでなく、國民の保健をもちや單なる個人の恣意に委ねて置けないからである。國民の保健が個人の自由に委せられたのは、古い自由主義の時代であり、現代は國民各個の保健は國家が要請し、國家が庇護すると共に國民の義務である。農民は食糧増産の直接の擔當者として、又兵力、勞働力の供給者とし、更に民族力の根源としてその役割が高く評價されて居る今日、その保健指導と擁護は特に緊急な問題である。特に既に述べ來つた如く、農村人口の健康状態は頗る憂慮すべき情況に在り、このまゝ放置せんか、近き將來に於て危殆に瀕する虞があるに於ては一層そうである。

然しながら農村の健民運動は、その必要が叫ばれ、その理念が美しい言葉で語られる割に、期待される展開を示して居るとは云ひ難い。

農村の健民運動の理念を語る美麗な言辭も、それを裏付ける具體的な對策を缺いては、かへつて空虚な響きを與へるに過ぎない。

その意味に於て本章に於ては農村健民運動を眞に有效ならしむる諸條件を吟味し、希望する事項を赤裸々に語つてみ

たいと思ふ。

## 第一節 農村健民運動の特異性

農村に於ける健民運動も基本的には一般的健民運動と同一の目標を持つものたるは云ふ迄もない。健民運動の主要目標は、人により多少見解を異にするであらうが、皇國民族精神の涵養、結婚及び出産の奨励、心身鍊成、母性保護、乳幼児死亡の低減、結核、性病の撲滅等に在ることは一般に認められて居る。

然し此等の目標を實現する具體的な活動になると都市と農村では、可成著しい差異が見られる。この事は活動が、より具體的になればなる丈一層顯著になる。以下極めて簡単にその主要な差異を述べてみよう。

第一に農村健民運動は生産活動と非常に緊密に結合して居ることである。そのことは農家に於ては、家庭と職業が未分化であり、従つて農業生産には家族構成員の多くが參與するといふ事情のみでなく、實に農業生産それ自身から派生する凡ての性質により支持せられて居る。母性の激しい農業勞働、農繁期の保健に及ぼす様々な影響、農業生産に對應せる住宅、食物の自給的性格等々を考へれば、容易に理解されるであらう。この事は農村健民運動が、生産團體の参加なくして、強力に遂行し難いことを示して居る。

第二に我國の農村が置かれて來た一般的文化水準の低さを正しく認識しなければならない。農村が民族力の源泉であるといふことと、文化水準が低いと云ふこととは一應別個の問題である。文化水準の低いことは單に都市の浮薄な自由主義的な文化から開放されて居ると云ふ長所では決して償はれない。

昨今では都市との交流につれ、文化の悪しき面のみが農村に流入して居る傾向さへ見られる。その文化の低さは健民運動の意義の理解を妨げ、それに協力することを妨害して居る。従つて農村に於ける健民運動は、啓蒙の形より誘導の形を協力を求める代りに屢々命令を與へねばならない現状である。

第三に保健活動の主體が脆弱なことである。醫師を始め、保健婦、産婆、保母等の技術者が質量共に不足して居るのみでなく、村の指導者にも抱負と熱意の不足せるものが多い。この點は農村保健活動に於ける致命的な缺陷であらう。以上の三點は農村健民運動の特異性であると共に、その運動を極めて困難にし棘多きものたらしめて居るものである。併しながら我國の農村の特色として、若し献身的にして、有能なる指導者を得た場合には、豫想以上の効果を擧げうるのであるから、有能にして眞摯な醫師と健民運動に理解ある指導者の錬成を第一に心掛けねばならない。

## 第二節 無醫村解消方策

既に述べた如く無醫村問題のよつて来る所は極めて深く、その解決は頗る困難である。政府に於ても無醫村の解消には可成の努力を拂つて來たが、その結果は實を結ぶことなく、今日に到つてゐる。

即ち昭和九年には三菱の寄附を中心とし之に若干の補助を加へ、殊に必要と認める無醫村に診療所を設置した。その後昭和十二年には道府縣をして診療所を設置せしめ、國庫より補助をなすことに決定、全國七百五十ヶ所に診療所を設立する計畫を樹立し、既に相當數を設立した。然しながら、一方に於て農村醫師の都市への集中及び老齡醫師の死亡の爲と他方に於て切角建設した診療所に勤務する醫師の不足の爲無醫村は激増して居る現状である。

次いで昭和十六年四月一日厚生省令を以て「公醫依託養成規則」を公布し、若干名が昭和十七年に任地に集立つたのである。

なほ日本醫藥團は、その使命とする醫療の普及問題を解決すべく、地方綜合病院と共に診療所の充實に努力しつつあるが、その成果は將來のことに屬する。

これらの政府の對策に對し、醫療組合は、中樞的綜合病院より派生する診療所を設け、無醫村解消に努力し、その數は昭和十五年度末に七十七に達し充實せる醫師と相俟ち相當の効果を擧げて來た。

然しながら、このような努力にも拘らず、醫師の拂底と都市集中のために、醫師分布の地域的不均衡は是正されることなく、無醫村は依然漸増の趨勢にあるのである。

無醫村漸増の眞因が極めて深い社會的な根底を有することは、今更論ずる迄もないが、今本問題を醫療制度の面より考究してその解決の條件を分析してみたいと思ふ。

第一に無醫村を數多く發生せしめたのは、我國の醫療制度が開業醫制を根幹として來たからである。經濟的、文化的に生活し易い都市に醫師が集中するのは必然的である。

従つて將來に於て無醫村を減少するためには、一方に於て開業醫を制限すると共に、公立の病院診療所を増加しそれと同時に保健所等の所謂豫防醫學の實踐に挺身する醫師を數多く養成することが緊要である。それは將來の醫師の社會的役割が單に患者を治療するに止らず廣汎な健民運動の指導者たるものであることと照應し新らしい醫療制度を樹立することを意味する。

第二にそれと對應し、醫師をして眞に國民保健の指導者たる誇りと自覺を有せしめ、その活動に必要な識見と技術を與へる醫育の刷新が必要である。その爲には醫師の生活をその勞苦多き活動に似合しき高さに安定せしむると共に國民の保健指導の高き地位をも解放することが必要である。又醫育の刷新は先づ指導者の頭のきり替へ、鍊成から始め、醫學生の講座には人口政策、醫學史、心理學等の醫學と關聯深きものは勿論文化科學的素養を高める努力がなされねばならぬ。

以上は十年先を考慮した一般的な方策であるが、緊急を要する無醫村解消の爲には、公醫依託養成の大擴張が効果があるであらう。然しこの場合公醫として無醫村に活動する若き多分にロマンチックな醫師の優遇を忘れることのないようにしないと、將來有爲な醫師を集めることが困難となるであらう。<sup>〔註〕</sup>

〔註〕先に述べた道府縣立の診療所が醫師なき診療所と化するもの多き原因の一として醫師の活動に理解なき規定が與つて居ることとは見逃がせない。患者のためののみを考へ、往診料を餘りにも安くするが如きは醫師の官僚化を招來する。醫師は技術家でありその技術と活動によつて成績に相當な差異があるから、その待遇にも活動に應じた振幅が必要である。

然しながら戦争の眞最中の現在無醫村の解消と云ふ至難な仕事を爲し遂げるには、都市の醫師を徵用して農村に配置する以外は方法がないと云つても良い。

勿論日本醫師會が昭和十八年度に採り上げた無醫村診療實施要綱の如く、短期間の無醫村出張診療や醫學生の夏季診療奉仕の如き應急的對策も、若しそれが理想的に實施されるならば若干の効果を擧げうるかも知れない。然しかゝる應急策はその意圖の如何に拘らず、無醫村解消には、餘りに懸け離れて居り、村民の期待に副ひ得ないことは、過去の經驗によりみるも明らかである。

要するに無醫村の解消は、醫療制度の根本的革新と農村國土計畫の完成なしには解決が至難であり、その爲に残されてゐることは「斷」の一字に盡きるのであらう。

### 第三節 農村健民運動と農業會

本節に於ては農業會に統合される以前の産業組合が果して來た農村保健運動の役割を鳥瞰し、それを繼承し發展せしむべき農業會の活動への期待を述べる積りである。

産業組合の保健活動は、農村の内部より萌え出た醫療組合運動を中心として開花したもので、先づ醫療組合の發達とその果して來た役割を見て行かねばならない。

醫療利用組合はその草創期には専ら醫療の地理的普及と醫療負擔の軽減を目標として設立されたが、その後更に醫療内容の質的向上を目指して發展して來た。

その發達の歴史は他の成書に譲り、目覺ましい發達を遂げた昭和十五年末の施設の状態を見ると、廣區域組合二十、町村組合二十三、聯合會四十の施設する病院數七十三、分院十八、診療所七十七、出張診療所二十五、病床數、普通病床四千五百七十四、傳染病床三百二十、合計四千八百九十四となつてゐる（農村保健年報昭和十六年版）。この數字は三年前のものであるが、戦時下の不利な條件の中にもなほ續いて著しい發展を遂げて來て居る。

醫療組合の功績に就て黒川氏は次の六點を擧げて居る。即ち（一）醫療の營利性排棄、（二）醫療の地理的普及（三）醫療の社會的普及（四）醫療の質的向上（五）豫防醫學の實踐（六）産業組合大衆化の促進である。農村の困難なる社會