農村医学の形成と発展

佐久病院における地域医療活動の実践から

杉山章子

日本医史学雑誌第四十六巻第四号　平成十二年十二月二十日発行
平成十二年一月二十一日受付　平成十二年二月十九日受理

〔要旨〕長野県臼田町の佐久病院は、農民に対する医療活動で名高い。佐久病院の活動は、病院内だけでなく地域の中でも実践されてきた。病院の開設後間もない一九四五年に、医師や看護婦たちは訪問診療を始めている。村における活動の中で、病院のスタッフは、農民の間に多くの潜在疾病があることを発見した。これらの疾病を解明するために、医生態学に基づく農民の生活調査が行われ、潜在疾病は医学的および社会的観点から分析された。その結果、スタッフは疾病に対する治療だけでなく予防の重要性を認識するようになった。疾病を予防するために、病院は村と協力して一九五〇年代に健康管理活動を開始した。健康診断が定期的に実施され、人々の健康に関する意識を高めるために健康教育が推進された。こうした臨床医学にとどまらない佐久病院の医療活動の積み重ねによって、「予防は治療にまさる」ことが証明された。この結果は、社会医学の重要性を示しており、今後の医療活動の方向を示唆するものといえるだろう。

キーワード――農村医学、社会医学、潜在疾病、医生態学、健康管理活動

はじめに

【1】問題の所在

敗戦から現在まで約半世紀の間に、日本社会は大きな変動を経験してきた。連合軍による占領期・高度成長期を経て、今や日本は世界有数の「経済大国」である。この間、医学・医療をめぐる状況もダイナミックに変化した。

疾病構造の中心は、感染症から非感染症へと移り、平均寿命の伸びと少子化によって人口構造は激変した。こうした変化に対応して医療技術はめざましく進歩してきたが、その一方で治療中心の技術の限界も目立つようになった。

戦後初期に多くみられた感染症に対しては、抗生物質や抗結核剤が著明な治癒効果をもたらした。しかし、現在増加しているがん・心臓病・脳血管疾患などには、現在のところ「治癒」を可能にする技術はない。高度医療機器によって診断技術は発達してきたものの、治療技術は、治癒には結びつかない中間型技術にとどまっているのが現状である。[1] このため、治癒の困難な疾病を抱えた患者には、「治療」の枠をこえた幅広いケアが必要となり、医学だけでは対応できない領域が増えている。

また、臓器移植や体外受精、遺伝子操作などを可能にする高度医療技術の発達がもたらした新たな問題も見逃せない。これらの医療技術は、われわれに、これまで当為としてきた人の生死に関する考え方の見直しを鋭く迫っている。生命観、倫理観にかかわる問題だけに、医学以外のさまざまな分野の人々によって議論が展開されており、その中で医学が何をなすべきかが問われているのである。

こうした状況の中で、国民の中にはかつてないほど健康への関心が高まっている。健康保持に関する記事が連日新聞や雑誌に掲載され、「病気にならないため」あるいは「病気を早く発見し治療するため」の情報があふれている。この健康への関心の高まりは、病気への不安の裏返しでもある。誰もが、自らの健康を保つには、かつてのように医師（医学）

だけに委ねるわけにはいかないことに気づきながら、新しい方向を模索している。

医師をはじめとする医療従事者もまた、医学・医療をめぐる状況の変化に直面して、これまでとは異なる取り組みを求められている。多様化・複雑化する医療課題に対応していくためには、身体の内部だけを対象とした科学的生物医学だけでなく社会的視点をもった医学が不可欠である。[2] 本稿では、新しい医学・医療のかたちを考えるために、社会医学としての農村医学が目覚しい展開をみせた一九四〇年代から一九七〇年代に焦点をあて、その発展過程の解明を試みる。

【2】課題と方法

日本における「農村医学」は、戦時体制下、強壮な兵士と銃後を守る質のよい労働力を作りだすための「健民健兵政策」が推進される中で誕生した。徴兵検査で青年男子の体位低下が問題化するにつれ、兵士の重要な供給地である農村の保健が取り上げられるようになり、農民を対象とした医学が必要とされるようになったのである。

時代の要請によって生まれた農村医学は、戦時中の業績を継承しながら、戦後は新たな社会医学として発展をとげることになる。本稿では、戦後農村医学の牽引車となった長野県佐久病院における地域医療活動を検証し、社会医学としての農村医学がどのように形成され発展していったのかを明らかにしたい。

佐久病院は、長野県の東南部人口約一万六千人の臼田町に位置する、農業協同組合立の総合病院である。病院が設置された一九四四年にはわずか二〇床の小規模病院であったが、戦後五十年余りの間に、病床が数千をこえる大病院へと発展した。敗戦後から高度成長期にかけて、日本の大半の病院では生物医学を基に治療中心の医療が展開されたが、佐久病院では、設立当初から一貫して地域に根ざした医療活動が行われてきた。

佐久病院では、病院を訪れ受診する患者を治療するだけでなく、スタッフが地域の中に出向いて住民の生活を調査し、病気を社会的に把握することに努めてきた。病気の原因を社会的に追究・解明する農村医学の成果は、やがて予防活動

につながり、さらには地域住民の健康意識の変革にまで発展していった。これらの活動内容を検討していくと、現在日本の医学・医療が必要としている社会医学の要件が豊富に含まれていることに気づく。

本稿では、農村医学の戦前からの流れを確認した上で、①臨床と統計学的方法を結びつけた医療活動の実践手法、②農村特有の疾病の解明過程、③予防医学を推進する健康管理活動の展開、の三つの点に焦点をあてて、佐久病院における農村医学の形成と発展を検証する。時代を先取りしてきたともいえる佐久病院の活動を解明することによって、現在求められている新しい医学・医療の在り方を考えるための多くの示唆が得られると思われる。

第一章　農村医学の系譜

【1】戦前の農村医学

(1) 農村医学の濫觴

日本で農村医学という言葉が使われるようになったのは、日中戦争後であるといわれている。[3] しかし、それ以前にも農村の保健衛生に関する調査や研究がなかったわけではない。一九一八（大正七）年から一九二八（昭和三）年にかけて、当時の内務省衛生局が企画した「農村保健衛生実地調査」では、内務省による全国九ヶ所の農村についての調査と地方庁による全国一三四村の調査が行われた。調査項目は、人口、出産・死亡など人口動態に関するものから妊産・育児、住民の体格、寄生虫、住民の疾病、食物、飲酒及び喫煙、飲料水、住宅、医療費・買薬費にいたるまで多岐にわたり、その結果を集計した報告書[4]は後の研究の基礎的文献となった。

一九二一（大正十）年に設立され、社会的視点から労働者の健康に関する研究を積み重ねてきた労働科学研究所は、一九三三（昭和八）年に岡山県高月村に農業労働調査所を創設し、農村保健の実態調査に着手した。その後、研究所は、神奈川県成瀬村にも農業労働調査所を設置して広範な調査・研究活動を行った。[5]

（2）保健国策と農村医学

一九三〇年代に入ると、徴兵検査での壮丁の体位低下を防止し健民健兵を作り出すための「保健国策」が強調されるようになる。一九四一（昭和一六）年には「人口政策確立要綱」[6]が打ち出され、農村は、強健な兵士や食糧増産に励む農民といった「人的資源」の供給地として注目されることになった。以後敗戦まで、農村の保健衛生は国策として取り上げられ、農村医学はその国策を遂行するための科学として重視されるようになった。

（3）農村医学の先駆的業績

一九四〇年代に農村医学の基礎を築いた人物として忘れてはならないのは、高橋實と林俊一である。この二人は、実際に診療に携わりながら東北の農村の保健衛生状態を実証的に調査し、優れた業績をあげた。戦争遂行のための国策が推進される時代にあって数々の制約を受けつつも、彼らの著作には農民の健康を真摯に考える医師の視点が貫かれている。

高橋實は、東北帝国大学医学部在学中から社会医学に興味をもち[7]、卒業後は、岩手県志和村の組合病院の診療所で診療のかたわら結核の調査や集団検診を行った。その成果をまとめたのが『東北一純農村の醫學的分析』であり、一九四一年に朝日新聞社から出版されている。高橋は、志和村の経済的状況を概観した上で農村結核について詳細な調査を行い対策を提示した。

とりわけ注目されるのは、科学的な調査によって、村の結核感染実態だけでなくその感染経路についても明確にしたことである。すなわち、結核の処女地帯に、資本主義の発展とともに結核が浸潤してゆく道程を明らかにしたのである。[8]その上で、高橋は医療施設も医師も不足している農村において有効な治療と予防を行うための方法を工夫した。

林俊一は、旧制第一高等学校時代から社会科学に関心をもち、労働運動に参加した後慈恵医大に入学した。大学では農村医療に関する研究会に所属し、長期休暇を利用して農村部の産業組合病院に出かけるなど実践的な活動を行って

いる。[9] 卒業後は、秋田県の組合病院[10]に赴任し、無医村での診療に携わるかたわら農村の実態調査を行った。その報告をまとめた『農村の母性と乳幼児』（朝日新聞社、一九四二年）は、短期間の調査であるため綿密さには欠けているが、母親と乳児の状況を医学的側面から把握するだけでなく、経済状況や栄養・衛生状態と結びつけて考察している点に意義がある。[11]

林はその後無医村となっていた秋田市郊外の村の分院に移り、精力的に往診をこなし農民の生活の中に入り込んで診療を行った。こうした実践活動の中から生まれたのが『農村醫學序説』（伊藤書店、一九四四年）である。その内容は、農村医学の歴史や現状のまとめから農村保健衛生状況の分析、そして農村保健政策にまでおよび幅広い。林は、社会病因を探究することに主眼をおいて農村保健状態の体系的分析を行い、農村医学の確立を目指した。

高橋・林両氏の研究に共通しているのは、病気を社会的に捉える視点である。林は、農村医学を社会医学の一分野であるとして、社会医学を「人間の保健状態を規定する因子には社会的なものと医学的なものとが存することを認め、その両面が時と場所により比重を異にすることを確認し、その上に立って、両面の競合対立及び統一において保健問題を把握しようとするものである」[12]と定義した。

林は、宮本忍の『社会医学』やルネ・サンドの『社会医学の原理』に学びつつ、農村で実践を重ねる中からこのような定義を打ち出した。そして、農村の経済状態や農民の生活実態をふまえて、農村の疾病がいかにして生まれるのかを解明し、治療とともに予防策を講じたのである。「保健国策」という制約による限界は否定できないが、[13] 困難な状況下で農村医学のテーマを明らかにした意義は大きい。

『農村醫學序説』には、農村の保健状況がデータによって詳しく示され、農村の疾病が社会的諸因子によって分析されている。農村保健対策としては、健診・栄養指導・住居改善があげられ、農民の保健衛生思想改善のためには、①教育水準の向上、②保健啓蒙をも含めた地に着いた農村文化活動、③完備した施設と医師・保健婦などのスタッフが必要で

あるとの指摘がある。[14]

さらに、村民自身の努力や自主性が強調されている点などを見ると、後に佐久病院で展開された地域医療活動の要素がほぼ網羅されていることに気づく。戦前の農村医学は、健民健兵政策を推進するためのものとして位置付けられていたが、その方法は、戦後に受け継がれ、新たな発展をみせることになる。

【2】佐久病院における農村医学

(1) 佐久病院の設立

佐久病院が創設されたのは、敗戦を目前にした一九四四年一月のことである。病院が建設された南佐久地域には、それまで入院設備のある医療機関はなく山間部は開業医もいない無医地区であった。[15] 医療保険も整備されていなかった当時、一般の人は健康を損ねても医師に診てもらう機会はほとんど無く、診察を受けるのは死亡診断書を書いてもらう時だけということも少なくなかった。

病院設立のきっかけは、健民健兵を作るための「保健国策」である。しかし、病院建設を促進したのは、自分たちの組合で病院をもちたいという医療に恵まれない農民たちの切実な思いであった。産業組合南佐久部会では、一九四一年に郡下町村会に呼びかけて病院設立問題の協議を開始した。[16] 準備を重ねて一九四三年には建物が完成したが、太平洋戦争末期の物資不足から開院時の設備は十分とはいえず、当面の診療は内科外来だけで入院の受け付けはできなかった。

(2) 農村医学の形成

一九四六年から約五〇年にわたって院長を務めた若月俊一が着任したのは、開院から約一年二ヶ月後の一九四五年三月のことであった。東大の大槻外科出身の若月は、患者を入院させるために病棟内を整備し、精力的に手術を行った。それまで、手術はおろか、医師の診察ともほとんど無縁であった佐久地域の人々にとって、佐久病院の医療活動は鮮烈

な印象をもって受け止められた。当初は手術に対する恐怖感を抱いていた人々も、外科治療の実績を目の当たりにしてその「威力」に驚き、病院の評判はたちまち広まった。

その後現在にいたるまで、病院は年々大型化・近代化をとげ、現在は千床をこえる大病院となっている。**表1**にみるように、病院は、その時々の先端医療や最新の医療機器をいち早く導入し、施設・設備の拡充をはかってきた。この過程で、日々進展をみせる生物医学の成果を、都会の富裕な住民だけでなく農民にも提供していくことが可能になった。

その一方で、佐久病院ではプライマリ・ケアにも力を入れた。手遅れの患者の実態を追究していくうちに、受診に結びつかない潜在患者が発見され、スタッフが地域に出向いて診療を行う中から農村特有の疾病が明らかにされていったのである。これらの疾病に取り組むためには、既存の西洋医学の機械的適用では不十分であり、次第に独自の農村医学が形成されることになる。佐久病院では、診療活動と並行して農村医学の研究が活発に進められ、一九五二年には若月を会長として第一回日本農村医学会が開催された。

若月は、第一回総会の挨拶で、医療と衛生の問題が特にうち捨てられている農村の環境の中では、病気も特殊な形をとるため、その対策も特殊な形でなされねばならない、と農村医学の必要性を述べ、何よりも医療に恵まれない農民がそれを要求していることが存在基盤であると強調している。そして、農村医学が「学問のための学問」ではなく、あくまで農民の生活をよくし、その生産を増進させ、その生命を守るための学問であり研究でなければならないと主張した。[17]

また、第七回総会での宿題報告「農民の保健に関する調査報告」においては、農村医学が農民の役に立つ『実学』であるとするならば、農村の疾病に対する対策も、治療オンリーというわけにはいかず、当然「予防」的なものも含まねばならない、と述べている。[18]

これらの若月の言葉には、学問のための学問でなく農民のための実践的な学問であること、西洋医学だけでは対応できない日本の農村の現実に立脚した学問であること、単に疾病を治療するだけでなくその原因を克服するための予防を

表 1　病院の施設・設備の拡充

年	施設	治療法・器材	医療活動
1951	伝染病棟 結核病棟		避病院での隔離→科学的治療
1952		器官内麻酔器	外科手術の安全性確保
1953	准看学院		自ら看護婦養成へ
1954	中央手術棟 小海分院		本格的手術 山間部への医療供給
1956		アイソトープ コバルト 60	最新のガン治療を農民に
1957	精神病棟		農村での精神医療の開始
1958	カリエス病棟		脊椎固定術の成功
1960	小諸分院 高等看護学校		地域の要望に対応 農村医療の担い手の教育
1963	長野県農村医学研究所		農村医学の研究推進
1964	成人病センター		専門リハビリの開始
1968	病院新増築 第 2 期工事完成	ベータトロン	最新のガン治療を農民に 大規模多機能病院としての活動
1973	健康管理センター		県下全域の集団健康スクリーニング
1974		放射性治療装置 リニアック	
1977	全国農村保健研修センター		医療従事者の再教育・交流
1978		CTスキャナー 20 チャンネル オートアナライザー	健康スクリーニング検査方法の改善
1980	成人病棟		
1987	救命救急センター 総合手術棟 老人保健施設		救急医療の拠点 最新の設備　広範囲の手術に対応 高齢者ケア　医療と福祉の連携
1988	佐久東洋医学研究所		
1991		最新鋭の MRI	
1994	新人間ドック棟 在宅介護支援センター 訪問看護ステーション		保健・医療・福祉のネットワーク

重視した学問であること、など農村医学の基本理念ともいうべき考えが示されている。

ここには、「保健国策」の制約から解き放たれた新しい医学のかたちがみられる。佐久病院では、このような理念に基づいて実践が積み重ねられ、その中から独自の方法が生まれ、農村医学の体系化が実現したのである。

第二章　農村医学の方法

【1】臨床と統計学的方法の結合

佐久病院における農村医学の業績を検討していくと、多くの論文・報告にマクロとミクロの両方の視点がみられることに気づく。一つの疾病を取り上げる際に、個別具体的な症例の追究と、その疾病を生み出す社会・環境的要因の分析とが組み合わされているのである。こうした方法は、農村医学を社会医学として位置付ける考え方に由来しているが、その原点は、佐久病院赴任前の若月の経験に見出すことができる。

若月は、一九三九年から一九四〇年にかけて、東大分院外科から派遣されて石川県小松市の春木病院に勤務した。戦時体制下の当時、春木病院には、大規模な軍需工場であった小松製作所で怪我をした労働者が次々と運びこまれていた。若月は、労働者が戦争の犠牲となっていく現状に直面して、個々の怪我人を治療するだけでなく系統的な調査を行い、工場災害全体の分析を試みた。

春木病院での調査研究をまとめた論文で、若月は、工場災害を研究する際に必要な互いに補足しあう二つの方法を提示した。[19] 一つは、臨床医が行う個々の事例の観察の総和によるものであり、もう一つは、統計学的方法によるものである。この両者が結びついて初めて工場災害の真の姿が把握され、真の対策と治療法が確立するというわけである。

若月は、搬送されてくる怪我人の治療に携わりながら、より有効な救急処置を施すために力を尽くした。論文には、手及び足の損傷に対する保存療法が具体的に紹介され、腕及び脚の損傷については牽引法に加えて早期歩行の重要性が

示されている。さらに若月は、指骨骨折の処置に使用する指副木を考案するなど臨床面で工夫を重ねた。

こうして個々の事例に対応する一方で、若月は一年間にわたって災害の統計調査を行い、工場災害の解明を試みた。調査結果に基づいて、災害頻度とその程度との関係、未経験及び疲労が受傷傾向性に及ぼす影響、災害の種類と損傷部位との関係、損傷種類と重篤率との関係が分析された。

この調査・研究で注目されるのは、災害原因に関する個人的要素に着目し、受傷傾向性を規定する労働者の経験や精神・身体状況を明らかにしたこと、生産速度の強化による疲労と災害率の関係が追究されたことである。若月は、慢性疲労、潜伏性の慢性疾患、栄養不良に因る影響の大きさを指摘して、災害の責任を早急に労働者個人に帰着させることに疑問を呈し生産強化による疲労の増大が災害につながる危険性について言及した[20]。

一年間の派遣期間を終えて再び東大分院に戻った若月は、現場に行かなければ「怪我」の実態はつかめないし安全や予防策も打ち出せないという考えから、しばしば患者の働いている工場へ出向いて調査を行った[21]。若月は、これらの調査の成果を治療に生かすだけでなく、災害の予防策へと結実させた。運ばれてくる怪我人をただ手当てするのでなく、臨床活動と統計的方法を結びつけ、その原因を探り、災害が起こらないような方策を考える――ここには、若月の医療活動の原型がみられる。

工場災害に取り組む中で実践された臨床的・統計学的方法は、後に農村医学と結びついて新たな展開をとげることになる。

【2】医生態学と社会的病因論

佐久病院に着任してから、若月の診療対象は工場労働者から農民へと変化した。だが、――個々の患者の診療に真摯に取り組みつつ、働く者の生活実態から問題を見出し、患者の所属する集団や社会を分析してその中から病因を探り対

策を考えていく――という医学の方法は基本的に変わらなかった。

若月は、佐久病院で実践された農村医学の方法を疫学（epidemiology）と区別して医生態学（medical ecology）と位置づけた。世界的な視野のもとに日本という国についてのさまざまな段階における環境と健康との関係を分析する疫学に対して、一つの小地域に住む人たちの環境と健康との関係を静的にも動的（時間経過的）にも追究していく医生態学の方法[22]を提示したのである。

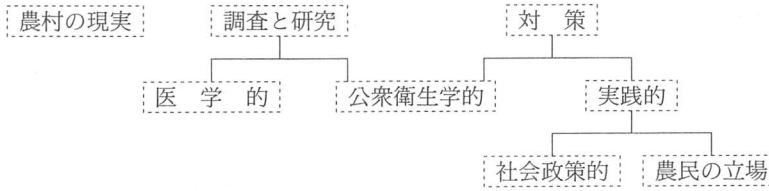
こうした方法は、現在医療人類学の分野でさかんに用いられ、世界各地で研究が進められている。[23] まだ医療人類学が学問として確立されていなかった一九四〇年代後半から一九五〇年代にかけて、日本の農村で医療人類学的方法が実践されていたことは興味深い事実である。

若月は、医生態学の視点から「社会的病因論」によって農村の疾病の分析を試みた。社会的病因は、**表2a**のように農業的因子、農家的因子、農村的因子に大別され、それぞれに起因する農村医学的テーマが示された。ここには、疾病だけでなく農村衛生の問題や生活改善の方法まで含まれ、社会医学としての農村医学の課題が多面的に展開されている。

分析にあたっては、従来の疫学的方法が、疾病の生活環境要因として地域と結びついた静態的因子（自然的なもの）の把握になりやすいことに留意し、動態的因子（食習慣や栄養水準など）をつかむ方法が工夫された。すなわち、単なる地域分布的観察だけでなく、年次的変化等を把握する手法が導入されたのである。若月は、動態的因子を取り上げて農村の生活実態の推移をたどり、表2aを作成した一九六二年から約二〇年後の一九八一年には、**表2b**を作成している。さらに変貌する農村の社会環境指標の共通因子として、非農化ないし兼業化の比率を重視して分析を進めた。[24]

このような方法によって、農村は社会静学的かつ社会動学的、つまり社会構造の形態と社会変化の機能という二面から分析された。[25] そして、農民の環境と健康との関係も静的かつ動的（時間経過的）に解明されていった。その過程で若月は、健康に影響を及ぼす環境因子の中には、直接かつ短期間に現れてくるもの（short acting）と長期間に連続して現れ

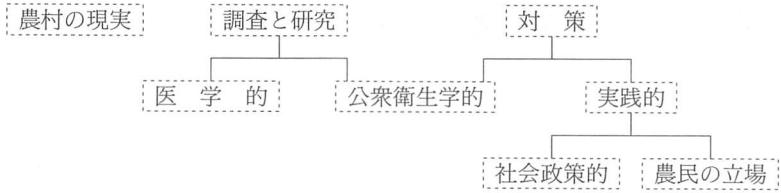
表2a　農村医学的テーマの鳥瞰図（若月）



	社会的病因	農村医学（狭義）	農村衛生	生活改善
農業的因子	農作物・家畜に因るもの	接触皮ふ炎，炭疽放射状菌病，ブルセラ病，豚丹毒	家畜伝染病学及びその予防法	作物学，獣医学との連けい，消毒法
	農耕地（田・畑・山林）の不潔	鉤虫症，水田皮ふ炎（椋鳥住血吸虫）	職業病学，寄生虫病学	鉤虫予防と**虫下し**運動，作業衣の改良
	農作業の過労（特にその「**かがまり仕事**」）	**農繁期病，こう手**，腰痛症，神経痛，日射病，農夫症	農作業に因る疲労とその対策，農作業の合理化	農業技術の改善，機械化，共同化，多角経営化，農民体操
	農機具・家畜の事故	鎌による腱切断創，家畜による骨折，自動耕転機災害	農業外傷学と労働災害法	農機具と家畜の取扱い方，応急手当法
	農薬・肥料に因るもの	ホリドール中毒，水銀や砒素の中毒，石灰窒素の「まけ」	農薬中毒学と劇毒物販売取締	有機りん製剤の危害防止運動，農業の取扱いと救急処置
農家的因子	住居の不衛生（汚い便所，無暖房）	消化器伝染病，トラホーム，冬の**冷え**	住宅・衣服の衛生学，改良便所の考案	住宅（台所，便所）の改善，ストーブ導入
	不合理な栄養（特に白米の大食）	慢性の胃腸病，ビタミン（特にB）欠乏症，カルシウム欠乏	農村栄養学と栄養指導の実際，栄養車	食生活改善運動，共同炊事，強化米，食品貯蔵
	気がね（家長制，共同体的なものに因る）	**気がね病**（特に脳動脈硬化症），農村ノイローゼ	精神身体医学と農村社会心理学	家族会議等による家庭の民主化，リクリェーション
	妊娠・出産及び育児の不衛生	妊娠出産の合併症，乳幼児の高死亡率，子供の発育不良	農村における母性と乳幼児の保護対策	家族計画，若妻会，**季節託児所**，育児指導
	年寄と**おば捨精神**	老人病（脳卒中，胃癌），農民の早老	老人病対策と早老防止	**人間ドック**，老人ホーム，国民年金問題
	低い家計費の中の医療費	**潜在疾病と手遅れ型**	**国民健康保険問題**	**農家経済と医療費，健康貯金運動**
農村的因子	気候・地勢・土壌・野生動物・昆虫	**風土病**（吸虫病，イタイイタイ病，地方甲状腺腫，野兎病）	地方病学，気候医学	風土病の研究とその対策
	部落の迷信・衛生知識の不足	**放ったらかし型**，迷信的民間治療の害	民俗学，衛生知識の普及	習俗・信仰の批判，憑きもの追放
	不衛生な村の環境（上下水道の不備など）	赤痢の集団発生，回虫症のまん延	環境衛生学，水道工学，屎尿，下水，塵介等の汚物処理	簡易水道設置，水の消毒，ハエ・カ・ネズミの退治
	無医村的環境	**潜在疾病**（特に**がまん型**）の多発	無医地区対策と共同保健計画	集団的**健康管理運動**

「日本農村医学会雑誌」10巻2号（1962年）

表2b　今日の農村医学的テーマの鳥瞰図（若月）



	社会的病因	農村医学（狭義）	農村衛生	生活改善
農業的因子	農作物・家畜に因る	接触皮ふ炎，ブルセラ病〔飼料の貯蔵〕→サイロつめこみ病，「農夫肺」	農作物・家畜による疾病傷害とその予防に関する研究 →	研究の結果を農作業の中に生かすような啓蒙宣伝
	農耕地の不潔	〔施設栽培〕→「ハウス病」〔家畜の糞尿処理〕→気管支ぜんそく		
	農業機械の怪我と健康傷害	動力耕転機，コンバイン，脱穀機，カッター，乗用トラクター等の災害，チェンソーに因る「白ろう病」	農業外傷学研究 農業安全運動 ⇨	「農業病」の認定（労働法の適用） 農業労働災害補償制度の確立 → 安全思想の普及
	農薬・肥料に因る	農薬皮ふ炎，有機リン剤・カルバメイト剤による急性中毒，グラモキソン中毒	農薬中毒学研究 ポイズン・センターの設置	
農家的因子	栄養問題	糖分の過剰摂取→動脈硬化，肥満，糖尿病，むし歯 緑黄色野菜の不足→貧血	農家の食事による健康障害の調査とその対策	地域における健康管理方式の確立（とくに巡回による集団健診） ・がんの初期発見 ・高血圧コントロール ⇦地域住民の参加による生活改善運動，とくに農協の「生活運動」と市町村自治体との連携
	家庭破壊的要因（「兼業化」と「非農業化」の進む中で）	〔出稼ぎ〕〔日雇い〕〔内職〕 →いらいら（フラストレーション） →子供の体力低下，「母原病」 →夫婦間のコンフリクト →対老人のファミリー・ケアの欠如	新しい農家の生活による社会心理学的調査とその対策	
農村的因子	共同体的ムードを壊す都会的風潮	若い者の非行化		↑
	「農村公害」的なもの	進出企業に因るもの→「イタイイタイ病」，「水俣病」 農業に因るもの→農薬散布や肥料（チッ素過剰）に因る飲料水や農作物の汚染	「農村公害」調査	厚生省案の ・「保健センター」構想 ・「医療機関の地域化」

資料：「日本農村医学会雑誌」30巻特別号（1981年）

てくるもの（long acting）の二つがあることを見出した。[26] 従来の疫学的方法では長期間にわたる環境因子は把握しにくい。佐久病院では、継続した調査を行うことによって、生活習慣と深いかかわりのあるいわゆる成人病などの疾病と環境因子との関係を明らかにした。これは、静的かつ動的な社会的病因論による独自の医生態学の方法が可能にさせた成果といえるだろう。

佐久病院の医生態学の実践過程で見逃せないのは、それが日常の診療活動としっかり結びついていたことである。疫学や医生態学の追究の中から、ある環境とある病気の間に「相関」関係が出たとしても、こういう環境からこの病気が出るという「因果」関係を常に導き出せるわけではない。数学的に出てきた相関関係は、日常の診療活動から得られる臨床常識を裏書きするものでなければならない[27]と若月は強調する。

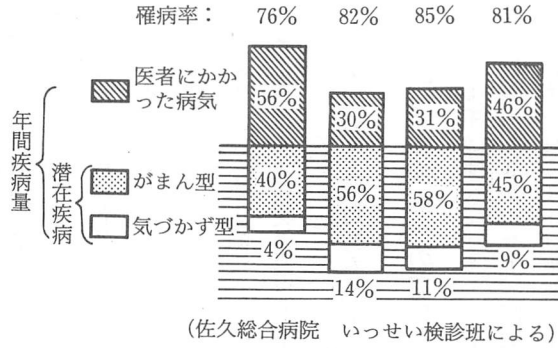
たとえば、胃の病気が多いことと、牛乳を多く飲むということとの間に「相関」があったとしても、牛乳を多く飲んだから胃の病気が多かったという「結論」は臨床常識に反する。胃が悪かったから牛乳を多く飲むようになったというふうに解釈すべきではないかというのである。

このように、臨床的活動で鍛えた視点と、農村の現実を捉えるために工夫された統計学的方法、この二つが結びついたところに佐久病院の農村医学の方法が確立されたのである。

第三章　農村特有の疾病の発見

【1】潜在疾病への着目

佐久病院が設立された一九四四年当時、日本の農村には、農民が気軽に医療機関を受診する環境は存在しなかった。医療機関が少なかった上、医療保険制度の不備による高額な医療費が患者や家族には大きな負担となっていた。また、農村では一般に自らの健康を守るという発想が乏しく、病院に来る患者の中には手遅れのものが少なくなかった。



（佐久総合病院　いっせい検診班による）

図 1　調査部落別にみた年間疾病量の中の潜在疾病（部落は左から順に，東京雑司ヶ谷，秋田三原杉目，長野野辺山，長野下荒）

佐久病院では、農村民の疾病は、医療機関を訪れてくる「患者」について論ずるだけでは不十分だという現実[28]を前にして、早くから巡回検診を行ってきた。しかし、そこでもつかみきれない「潜在疾病」を突き止めるために、病院の検診班はいくつかの地域の部落全体に関する徹底的な調査を実施した。その結果、図1のように潜在疾病の状況が明らかになった。

秋田県や長野県の無医地区では、東京の都市部に比べて潜在疾病が多くみられ年間疾病量の約七割にも達していた。同じ長野県でも佐久病院のある地区では無医地区より潜在疾病が少なかったが、所得の多い世帯に比べて低所得世帯では多くなる傾向がみられた。ここで注目されるのは、調査の際に自覚症状がなく気がつかなかった「気づかず型」と自覚症状がありながら医者にかからない「がまん型」に分けて統計をとっていることである。どの部落においてもがまん型が気づかず型の約四倍以上を占めており、受診抑制要因は単純に医療的なものより社会的なものの方が多いことが示された。[29]

佐久病院では、この結果をふまえて来院患者の治療にあたる一方、積極的に地域に出向いて潜在疾病の実態把握に努め、農村特有の疾病について解明を進めていったのである。

【2】農夫症

（1）農夫症の発見

働く農民、特に中年以降の農民に多発している不定の症候群については、戦時中からその存在が指摘されていた。読売新聞社医療奉公隊に所属して東北の農村を巡回していた熊谷太市博士は、「戦ふ農村をおかす農婦病について」という記事（読売新聞、昭和一八（一九四三）年一一月十六・一七日）の中で、農村の中年主婦に、肩こり、後頭部の圧迫感、胃部および四肢疼痛がみられることを取り上げ、これを「農婦病」と名づけた。

北海道旭川厚生病院長の藤井敬三は、戦時中から戦後にかけて旭川を中心に中・北部北海道の農村を巡回診療する中で同様の症状を確認し、その実態を第一回農村医学会で報告している。[30] また、これらの症状が中年女性だけでなく男性や若者にもみられること、疾病というより「症候群」とみなすべきであることなどの理由から、農婦病というよりは「農夫症」と呼ぶべきであると提唱した。[31]

（2）農夫症の定義の明確化

佐久病院では、長野県でもこうした症状が見られることから、南佐久郡および東京都の農家・非農家を対象に調査を実施し、その結果を多面的に分析する中から農夫症の定義の明確化に努めた。若月ら佐久病院のスタッフは、夜尿、息ぎれ、手足のしびれ、肩こり、腰痛を重要な五大症候として選び、これら臨床以前の症候に潜むファクターを因子分析法を用いて推計学的に分析した。[32] そしてこれらの複雑な症候群を、セリエ（Hans Selye）のストレス学説によって説明した。すなわち、農夫症を、ストレス状態の障害作用が人間の身体の中で長い間継続した結果起こる disease of adaptation に至る潜伏的な症候群として位置づけたのである。[33] さらに佐久病院では、症候相互間の相関関係を計算し、これら一見ばらばらで不安定な症候が、相互に結びついて現れていることを説明した。[34] 若月らは、このことから、農夫症を一つの症候群（symptom complex）として扱って差し支えないと考えた。

表3 「農夫症」得点法

肩こり 腰痛 手足のしびれ 夜間多尿 息ぎれ 不眠 めまい（たちくらみ） 腹はり	8症候のおのおのについて この1ヵ月間に， いつもある　……2点 ときどきある……1点 なし　……0点
合計点数	0～2点→農夫症（－） 3～6点→農夫症（±） 7点以上→農夫症（＋）

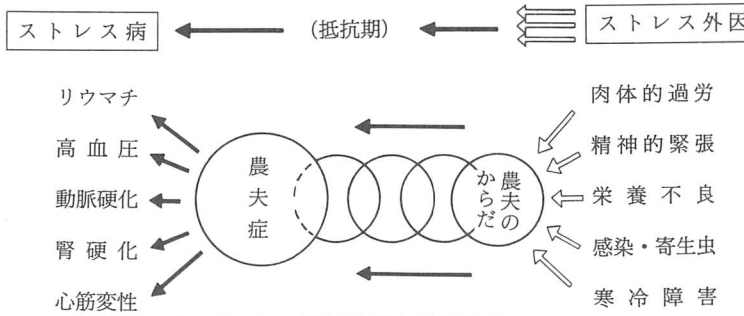
（3）健康状態を判定する指標としての農夫症

若月らの研究によって、漠然としていた農夫症の概念は次第に明確になり、「病気以前の病気」として疾病の早期発見や農村の環境衛生・生活改善に役立てられることになった。日本農村医学会では、農夫症に関する活発な議論が毎回行われ、全国各地の農村で調査・研究が展開された。若月らは、さらに研究を進めて、非特異的で雑多なこの症候群を正しく量的に把握するために、表3のような得点法を考案した。農夫症の得点化によって、「ストレス病」との関係はより具体的に解明されるようになった。

また、農夫症とストレス病との関係だけでなく、図2のように農夫症を生み出すストレス外因との関係も追究された。ここに挙げられた肉体的疲労、精神的緊張、栄養不良、感染・寄生虫、寒冷障害などは、農民の生活に広く実在するものであり、疾病の予防のためにはこれらを除去しなくてはならない。佐久病院では、臨床実践とともに健康のための生活改善運動を推進していったが、農夫症はその活動に大きく寄与した。

地域医療活動に携わった病院の健康管理部では、農夫症の得点と所得、耕地面積、乳卵摂取量、入浴回数など生活要因との関係を調査した。その結果農夫症が農業外所得の多い農家ほど少なく、耕地面積や水田面積の多い農家ほど多いことが判明し、兼業農家では、他産業に勤めることになった男性の農夫症が減少しているのに対して農業を任された主婦の方は増加していることも明らかになった[35]。

このように農夫症は、個々の農民の健康を判定する指標であると同時に、部落や村といった地域集団の健康状態を測



出所：若月俊一『農村医学』勁草書房，p. 68, 1971

図2　「ストレス外因」，「ストレス病」と「農夫症」との関連の想定（若月）

定する指標の役割を果たしたのである。若月が繰り返すように、農夫症は単一疾患（clinical entity）ではない。疾病の前段階を示すpreclinical categoryであり、集団の健康を把握するためのsocial categoryなのである。

佐久病院の医療活動の中で、農夫症は、自らの健康を顧みることなく働き続ける農民に対して、健康への自覚を促す一手段として活用された。実践の学問としての農村医学の追究が、雑多な症候群を有効な社会医学の概念にまで練り上げることを可能にしたといえよう。

【3】こう手

（1）農繁期病と慣習的処置

若月らは、農村の疾病の社会的病因を農業・農家・農村の三つの因子に分類した（表1）が、農業的因子として最も多くみられるものは、農作業の過労であろう。日本の農業は「手作り農業」が一般的である。農民たちは、農繁期には激しい手仕事による労働を余儀なくされ、過労が健康障害につながることが少なくない。

佐久地方では、農繁期に田植えや稲刈りの後で、過労のために手首の背部が腫れる病気のことを「こう手」と呼び、これに罹ったら異性の子供に木綿糸で腫れた手首を結んでもらえば治るという迷信的風習がある。この症状が農民に現れる頻度は高く、重症の場合は腱断裂を招くこともある。しかし、農繁期がすぎると徐々に改善していくことが多いため、本格的に治療する農民は少なかった。放置するか、お

まじないなど民間療法に頼る例が多数を占めていたのである。[36]

(2) 職業病としての「こう手」

若月ら佐久病院のスタッフは、煙草の包装に携わる女工や指物師など手仕事を職業とする労働者が過労によって漿液性腱鞘炎を起こす例を挙げ、「こう手」もこの種の腱鞘の災害であり、職業病とみなすべきではないかと考えた。そして、それまで医学の対象として取り上げられてこなかった生活上の「障害」を臨床的に追究するとともにアンケート調査を行って、その発生過程や罹患状況の社会的解明を試みた。

研究を始めるにあたって、スタッフがまず目を通したのは、獣医学の文献にみられる馬の腱炎や腱鞘炎に関する研究であった。最も脚力を使うことを強いられる家畜の馬では、脚の腱炎や腱鞘炎が頻発しており、獣医学では、この過労性腱炎を「腱繊維の一部の断裂」に続発する一種の反応で、生理的自然治癒の前過程ともみなすべき「無菌性・反応性の炎症」であると説明している。

佐久病院ではこの病理組織学的見解を参考にしながら研究を進めた。外来患者の臨床例を検討する一方、犬を使った動物実験を実施した結果、いわゆる「こう手」障害の本態は、腱・腱鞘ならびに腱周囲組織の急性漿液性炎症であることが証明された。[37] 佐久病院では、臨床例の研究にとどまらず「こう手」がどのように農民を苦しめその作業能力を低下させているかを調べるために、実態調査を行った。調査は、南佐久郡の住民を対象にアンケートと戸別訪問によって実施された。その結果、発生時期や罹患部位から、この症状が農繁期の過激な手労働の結果起こるものであること、全耕作民の二割以上に既往がみられ、一度罹患すると反復する傾向があることが明らかになった。この研究によって、農民の日常生活の中に埋没していた健康障害は、職業病として浮き彫りにされた。競走馬や引き馬の災害疾病が農民に見出されたことは、正に牛馬のごとく働いている農民の労働実態を反映したものであったといえよう。

（3）実態調査と社会的側面

佐久病院では、さらに実態解明を進めるために、「こう手」と農家の階層との関係を調査した。農業だけで生活することができ、余り多くの雇人を使わず家族の労働力にだけ頼っている農家を「中農」とし、農業だけでは生活が困難なために絶えず他に職を持とうとしているか又はすでに持っている農家を「貧農」と規定して「こう手」の発生率を調べたところ、有意差は認められなかった。この結論に対しては、中農の定義に疑問が呈され、若月はすぐに自己批判をしている。[38] 農業以外の職を持っていない貧農の存在、農家の中の潜在失業的なものを調査票から摑み出すことができなかったことへの反省を率直に述べたのである。

若月らは、この反省をふまえ、階層区分法に代えて水田耕作反別区分による罹患率を出し、分析を進めた。そして、所有水田面積の多い農家の罹患率の高さが目立つ一方、所有水田が二～四反という「貧農」に相当高率の「こう手」が発生していることを示したのである。このように、社会科学的分析方法に工夫を加えることによって、職業病としての「こう手」の実体はより深く追究されていった。

【4】「冷え」と「冷え症」

（1）「寒冷障害」の医学的解明

佐久病院のスタッフは、医療活動を進める中で中年の農民、特に農家の主婦から「冷え」や「冷え症」[39]についての訴えが多いことに着目し、従来の西洋医学ではふれられることのなかった「寒冷障害」の医学的解明に取り組んだ。この問題は、農家の住居構造や暖房状況と深いかかわりがあることから、社会的病因のうち、とりわけ農家的因子との関連が追究された。

研究[40]は、十分な暖房設備のない住居で長く厳しい冬を過ごさなくてはならない農民の身体に、寒冷がどのような影響

を及ぼしているのか、その実態調査から始まった。まず農村及び都市の住民を対象としたアンケート調査によって、皮膚温度の測定から「冷え症」が農村の女性に多くみられ、「冷え」感は現実に皮膚温度の低下を伴っていること、肩こり・腰痛・手足のしびれ・夜尿などいわゆる農夫症症候群を併せ持っていることが確認された。次に、動物及び人体に対する寒冷曝露実験が行われ、寒冷がセリエの学説によるストレスとして生体に適応反応的変化を起こすことが認められた。

さらに、農家の住居の室温、暖房の実態を調査し、農家の台所や居間の温度が戸外のそれとほとんど変わらず、冬季間平均して摂氏二度位であることが明らかになった。冬の間、農民たちは、暖房のない寒い住居で絶え間ないストレスにさらされていたわけである。

若月ら佐久病院のスタッフは、臨床例の検討、動物実験、調査を積み重ねる中から、長期間摂氏二度前後の室内で暮らしている農民たちに寒冷障害が継続的にみられることを確認し、それが「冷え症」に発展し、寒冷ストレスに加えて過労・栄養不良など他のストレス因子が重なって高血圧・動脈硬化・リウマチなどセリエの示したいわゆる適応の疾病(disease of adaptation)を引き起こすと考えた。

(2) 暖房と「寒冷障害」に関する実態調査

農民の日常的訴えと見過ごされがちな「冷え」「冷え症」は、このように臨床的に解明された。佐久病院の農村医学は、ここでとどまることなく社会的問題への取り組みへと進んでいった。「冷え」「冷え症」の治療や予防に何よりも重要な住環境の改善——暖かい住居の実現に向けて動きだしたのである。

当時、農林省の促進する「生活改善」事業によって、農家にはいろりの代わりに「改良かまど」が設置されるようになっていた。この事業は、いろりをなくしすす煙が出ないようにして農家を明るくすることを目的に実施された。改良かまどは燃料費がいろりの三分の一と安いこともあって、全国に普及した。しかし、暖房の役割も果たしていたいろりがなくなったことによって、農家の室温は下がり、特に寒い台所で過ごすことの多い主婦の冷えは深刻になった。つま

り、生活改善事業によって健康が損なわれる結果となってしまったのである。

真の生活改善のためには暖房が必要であると考えた若月は、暖房が身体に及ぼす影響に関するフィールドワークを開始した。八千穂村の佐口部落にある一五戸の農家に実験的に煙突のついた北海道式の石炭ストーブを入れ、健康や生活の調査を行ったのである。一九六二年から三年間続けられたこの実験によって、暖房は高血圧を改善し、肩こり・腰痛・手足のしびれ・夜尿などの「農夫症」の症状を減少させることが明らかになった。[41]

「冷え」「冷え症」の研究は、臨床面だけでなく生活環境面からも追究され総合的に進められた。こうした社会医学としての農村医学の方法が実践された結果、治療だけでなく生活を改善し、疾病を予防する道筋が示されたのである。

【5】「近代化」と新たな問題

高度成長期に入ると、農村にも「近代化」の波が押し寄せ、疾病構造にも変化が見られるようになった。動力農機具の使用による外傷が増加し、農薬の多用は深刻な健康障害を引き起こした。これまでの疾病に加えて新たな問題が加わり、農村医療のテーマは拡大し複雑化していった。

(1) 農業外傷

佐久病院が開院した当時、農村では鋤や鍬や牛を使った農業が一般的であり、農業外傷は、鎌や押切のような手道具や足踏み脱穀機などによる小さな怪我が多かった。ところが、動力耕耘機が普及するに従って、怪我は大規模化し重症のものが目立つようになってきた。

一九六四年の調査[42]によると、その夏に耕耘機の怪我だけで一一件もあったという。ハンドルで胸を打つ肋骨骨折、露出したベルトによる怪我、路上での交通事故などが多発した。これらの外傷は、従来の鎌や押切の傷のように単純ではなく、損傷が骨にまで及んで治療が長引く例が少なくない。また、動力耕耘機では、足の損傷に土が入って破傷風とな

る例も珍しくなかった。

佐久病院では、こうした農業外傷について、来院患者を治療するだけでなく、農業労働災害として調査を始めた。若月らは、外来カルテから農業労働災害を選び出して一三年間の統計をとり分析を試みた。[43] 災害の原因としては、農機具に因るものが最も多く、動力農機具の普及につれて災害の増加が認められた。月別分布では、農繁期に受傷が多く、微軽症の場合は放置され医療の対象になりにくいことも指摘された。

見逃せないのは、農業労働災害に関する統計報告が非常に少なく、実態が潜在化していたという事実である。若月はその理由として、農業の場合一定の職場や工場の中で生じる他産業の労働災害と違ってデータが集めにくいこと、農民には工場労働者を対象にした労働災害補償のような制度がなく医療費の点から受診が抑制されてしまうこと、受診が遅れて手遅れになったケースでは、怪我ではなく膿瘍や敗血症など疾病として扱われてしまうことなどを挙げている。[44]

佐久病院では、潜在疾病としての農業災害の実態を明らかにしただけでなく、その予防に必要な医療保障制度の不備をも問題にした。労働災害補償制度を農民にも適用すべきであると主張する全国農協青年部と足並みをそろえて国に働きかけ、その結果、不十分な形ではあったが、農業労働者の労災保険「特別加入」が実現した。これは、疾病を社会的に捉える佐久病院の活動が、制度改革にまで影響を与えた一例である。

(2) 農薬による健康障害

① 農薬使用の拡大と健康障害

佐久病院では、戦後一〇年以上経過した一九五七年頃から農薬中毒の患者が目立つようになった。一九六四～一九六六年までの中毒臨床例は三一を数え、内六例が全身的な農薬中毒、二一例は局所的な皮膚障害、四例は眼障害であった。[45] これらの人々は、仕事に支障をきたすほどの症状が出現したことから治療を受けているが、現実には軽症であるために受診に至らない人も数多くみられた。また、潜在性中毒期には顕著な症状があらわれないために、農民が農薬の害に気

づくのが遅れてしまうこともしばしばであった。

戦前の日本においても農薬は使用されていたが、植物の抽出成分や無機化合物が主であった。第二次大戦中の毒ガス開発によって農薬の合成技術は著しく進歩し、戦後欧米諸国では有機塩素化合物が続々と作られた。それらが日本に輸入されたために、戦後の日本農業における農薬使用は、戦前と比べて量的にも質的にも大きな変化をとげた。現在、日本の単一耕地面積当たりの農薬使用量は世界第一位であり、国際的な農薬の実験国とまでいわれている。[46] 農薬の使用によって、農産物の生産は著しく増加したが、一方でそれを使用する農民の健康は大きく損なわれることになったのである。

② 健康カレンダーによる実態調査

佐久病院では、農薬による健康障害を正確に把握するために、「農薬使用者健康カレンダー」を作り、実態調査を行った。[47] これは、農民に農薬使用の有無、使用時の症状発見の有無を毎日記入してもらうもので、一九六五年六～九月の調査では、多少なりとも農薬中毒症状を呈した人の比率は男二三・六パーセント、女二一・五パーセントであった。ここで見逃せないのは、農民の約半数が、既に何らかの病気に罹っていたことである。つまり、もともと健康状態の悪い人々が、農薬の害を受けてさらに深刻な健康障害を被る結果となっていたわけである。慢性中毒の場合、症状がストレートに現れないので、他の疾病に隠れて因果関係が曖昧になってしまう例も多くみられた。

こうしたきめ細かな分析は、農村の生活に入り込み、一人ひとりの農民と対峙しつつ実践されてきた佐久病院の医療活動から生み出されたものである。届け出た重症者だけを計上した官庁の統計からは実態は見えてこない。[48] 若月は、『農民は苦しくてもガマンするのが習慣だ。「一日以上、仕事を休まなければならなかった」というような場合でも、医者にかからないですましてしまうことが、三分の一もあるという事実を、私たちはしっかり見きわめなければなるまい。農村医学のむずかしさは、この辺からはじまるのだ』[49] と強調する。この認識が基礎にあることが、佐久病院の農村医学を

確かなものにしているといえよう。

③　農薬問題の社会的側面

農薬の使用が個々の農民の健康に及ぼす影響を調べるだけでなく、佐久病院では、農薬問題の社会的側面の解明にも努めた。前院長で、長年農薬問題に取り組んできた松島松翠は、戦後の化学工業の発達とともに生産者が農薬大量使用を余儀なくされたこと、農薬が食糧生産増大や農業の省力化に果たす役割を無視できないこと、農薬を使用する生産者だけでなく、農薬が残留した食物を摂取する消費者にも害が及ぶこと、土壌や水・空気など環境全体を汚染し生態系のバランスを壊しかねないことなどを指摘した。[50] 農薬問題への対応は、こうした幅広い社会的視野のもとで進められたのである。

佐久病院では、調査・研究によって明らかになった農薬の害を一方的に主張することはしなかった。農薬を使用しなければ生活していけない農民の立場を考え、農民をそのような状態に追い込んでいる農業のあり方を問題にした。この本質を突いた取り組みを粘り強く続けた結果、農民の理解と支持を得ることができたのである。

こうした病院の活動は、徐々に地域の中に浸透していき、農協や町でも農薬や化学肥料に頼らない農業を目指す動きが出てきた。一九七八年には、臼田町が堆肥製産センターを建設して町内の生ごみを堆肥化して希望農家に配布する事業を開始した。農協では、一九八〇年に農薬の空中散布を中止し、有機農法、無農薬栽培の農作物の出荷を始めた。

これらの動きが佐久病院の医療活動と結びついて、一九八〇年には、農協、病院、町の三者による「臼田町実践的有機農業を考える会」（一九八二年に臼田町有機農業研究協議会と改称）が誕生した。協議会は、農業用化学物質による健康障害や自然環境破壊、農産物の質の低下、地力・生産力の低下などに関する研究から、無農薬栽培の実験研究、無農薬野菜の栽培と販売、そして消費者を含めた関係者による「安全で健康な食生活文化」確立のための意見交換まで幅広い活動を繰り広げている。

個々の中毒患者の治療から始まった農薬問題への取り組みは、実態調査や医学研究を経て、地域における実践活動にまで発展していった。注目すべきは、生産者である農民だけでなく、消費者である地域住民の生活にまで変化が生じたことである。各家庭の生ごみは町によって収集され堆肥となる。それを農協が各農家に有機質肥料として分配し、農家が栽培した安全な作物が住民のもとに届けられる。[51] このサイクルの中で、農業や地域の食のあり方が見直され、農民・地域住民の健康に対する意識も変わっていったのである。

第四章　地域医療活動の展開

【1】出張診療の開始

(1) 潜在疾病の発見

佐久病院における農村医学の研究は、医療活動の実践と結びついたかたちで展開された。既に述べたように、佐久病院では、開院間もない一九四五年から出張診療を開始している。病院のスタッフが、忙しい業務の間をぬって地域に出向いたきっかけは、手遅れ患者があまりにも多いという現実であった。放っておけないほど悪化してから来院する患者の背後には、医療機関につながらないまま放置されている数々の疾病が存在していた。それらを早期発見し治療するために調査・研究が行われ、生物医学的な面だけでなく社会医学的側面から多くの潜在疾病が解明された。

(2) 健康教育活動

農村の疾病の早期発見と治療が進むにつれてクローズアップされてきたのは、予防の重要性であった。若月ら佐久病院のスタッフは、農民の中に根強く存在する我慢と無理の精神が病気の発見を遅らせ潜在疾病を増やしていることを重視した。そして、農民たちが自らの健康に関する自覚を高めることを目指して、幅広い教育活動を繰り広げたのである。巡回診療の際には、健康についてわかりやすく説明する「衛生講話」や、従業員組合の劇団部による医療や保健を題材

にした演劇の上演などを実施し、農民が無理なく健康に関する認識を深めることができるように工夫がこらされた。

こうした活動の中で若月らが伝えようとしたことは、医療や保健・衛生の知識だけではなかった。佐久病院の医療活動の目指すところは、農民の中にある健康犠牲の精神を変えていくこと、つまり農民の意識改革にあったのである。身体を泣かして生計のやりくりをする――思えばこういう生活こそ私たちの祖先が長い間くりかえしてきた、いや、くりかえさざるをえなかった忍従の歴史ではなかったか[52]――という問いかけは、農民だけでなく長時間労働を余儀なくされている都市の労働者にも共通する「健康犠牲の精神」を鋭く指摘している。

【2】八千穂村全村健康管理

(1) 健康管理活動の開始

スタッフの自発的活動として始まった出張診療は、次第に病院の業務として活動体制が整備されていった。一九五二年には、定期出張診療班が成立し、年間計画のもとで住民参加による定期的集団検診を実施するようになった。一九五九年には、佐久病院は佐久地域にある八千穂村と力を合わせて「村ぐるみの健康管理」を開始した。

当時八千穂村では、村長を中心として国民健康保険医療費の窓口徴収に反対する運動を展開していた。受診時に自己負担分を支払わなくてはならなくなると、盆暮れにしか現金収入のない農民は医療を受けにくくなるとして、村長は県に何度も陳情を繰り返したが、結局国の方針を覆すことはできず窓口徴収が実施されることになった。

この一件をきっかけとして、村では早期発見・予防活動に取り組むことになった。村長は、村民に対して「私共は、今までは病気になった人を何とかしようとして、窓口徴収の反対運動をしてきたが、それよりも病人をつくらないように佐久病院の援助をうけて、村をあげて、この健康を守る運動をやろうじゃないか」と呼びかけたのである。[53]

（2）健康管理活動の展開

健康管理活動は、「予防は治療にまさる」という考えに基づいて、住民の生活改善をも含む幅広い活動として展開された。潜在疾病を早期に発見するための健康診断と、衛生知識や健康意欲の向上を目指す健康教育が健康管理の二本柱として位置づけられ、双方に関する調査・研究が活発に行われた。

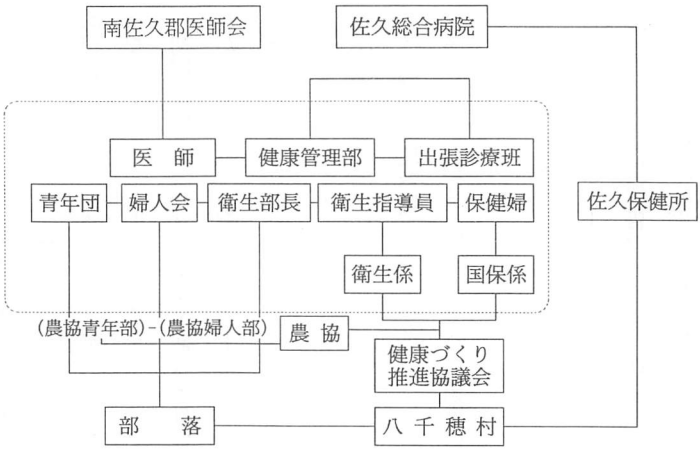
年一回の検診は、秋の収穫が終わる一一月下旬から翌年の一～二月上旬頃まで、週四～五回の割合で実施された。検診班には、病院の医師、保健婦、看護婦、検査技師、栄養士、事務員と村の役場事務員、保健婦、衛生指導員、婦人会員などが参加し、毎日各部落を回って集団検診を行った。

初期の検診内容は、検便・検尿・身体検査、血圧測定、診察といった簡単なものであった。注目すべきは、医学的検査だけでなく、受診者の健康上の悩みを聞く健康相談のコーナーが設けられていたことである。また、検診終了後は、部落ごとに結果報告会が実施され、各個人に結果を知らせるとともに、部落や村全体の傾向についての説明、主な疾病の解説が行われた。さらに、病院の劇団部やコーラス部、映画班による寸劇や映画・スライド上映によるわかりやすい健康教育も試みられた。

（3）健康管理活動を担う人々

健康管理活動は、図3のような組織によって運営された。一見してわかるように、ここには、行政機関である村、医療機関である病院、開業医を中心とした医師会、農協、住民と地域の関係機関が網羅されている。これらの諸機関が委員会や会議を開催し、相互に連絡をとりながら活動が進められていった。

この地域のネットワークの中で見逃せないのは、衛生指導員の存在である。衛生指導員は、住民の中から選ばれ、検診の広報や結果報告会の準備、病害虫の駆除などの仕事を通じて健康管理活動に参加する。また、住民と役場のパイプ役となって住民の声を活動に反映させたり、保健婦の補助的役割を担うこともあった。八千穂村では、健康管理活動に



出所：八千穂村『村ぐるみの健康管理25年』1985.

図 3　健康管理の組織と運営図

住民の代表として衛生指導員が活躍することによって、受身でない自主的な取り組みが展開された。長年健康を犠牲にしながら生活してきた農民の意識改革と生活改善、新しい地域づくりといった健康管理活動の基本理念を実現するためには、村や病院からの一方的な「指導」では限界がある。衛生指導員は、住民参加の医療活動の重要な担い手となったのである。

(4) 調査・研究と社会的活動

日々の活動は、健康手帳と健康台帳によって記録された。村民全員のもつ健康手帳には、検診結果や家族歴・生活環境が記入され、村役場と病院には、村全体の健康状況を経年的に把握できるように健康台帳が備えられた。個人健康台帳の他に、家族の健康状況や家庭の生活環境などが記録される世帯健康台帳、部落としての環境や地理的条件、営農規模などがわかる部落健康台帳の三種類があり、それぞれ五年間の経過が一枚でわかるような書式になっていた。

病院の付属施設として日本農村医学研究所ができると、これらのデータの収集・整理・分析が系統的に行われるようになった。研究所は、検診のデータ処理だけでなく、予防に必要な調査・研究を行い、その成果は次の活動に生かされた。検診によって明らかになった疾病には早期治療が施され、その疾病を生み出す社会的要因の除去と環境の改善が図られた。

これらの試みを実現させるために、組織、人材、方法が独自に編み出され、地道な実践が続けられた。衛生知識を広

めるための教育活動、寒さの害から体を守るためのストーブ暖房の普及、農作業で疲れた体をほぐす農民体操の導入、不衛生な住環境の改善など、活動は多岐に及んだ。健康管理活動は、医生態学の優れた実践であると同時に、医療の枠を超えた社会活動という側面ももっていたといえるだろう。

(5) 活動の成果と問題点

健康管理活動は、結果が目に見えてわかる外科手術などとは異なり、短期間で効果が現れるものではない。しかし、五年一〇年と活動を継続していくうちに地域の健康状態が次第に明確になり、健康管理活動の成果も徐々にデータとして確認できるようになってきた。検診開始後は年々潜在疾病が減少し、五年後には検診を受けている人ほど手遅れにならないという結果がみられ、暖房や農民体操によって健康状態が改善された事例が報告されている。[54] 活動開始後一〇年経った時点では、村の国民健康保険の一人あたりの医療費の低下がはっきりと確認できるようになった。図4のグラフが示すように、八千穂村村民一人当たりの医療費は、全国、長野県、南佐久郡（八千穂村を除く）のどこよりも低い。[55]「予防は治療にまさる」ことが、明確にデータによって証明されたのである。

ただ、農民の健康意識については、顕著な変化がみられたわけではない。健康管理一〇年を機に実施された調査では、他町村に比べて、疾病の内容や栄養に関する医学的知識は増えたものの健康意識はほとんど変わりないことがわかり、意識改革の難しさを浮き彫りにした。[56]

【3】健康管理センターの設立

(1) 健康管理活動の拡大

八千穂村の全村健康管理の成果が広く知られるようになると、長野県内の農協組織から八千穂村のような予防活動を全県の農民に拡大してほしいという要望が出されるようになった。一九七〇年に全国農協中央会が打ち出した「生活基

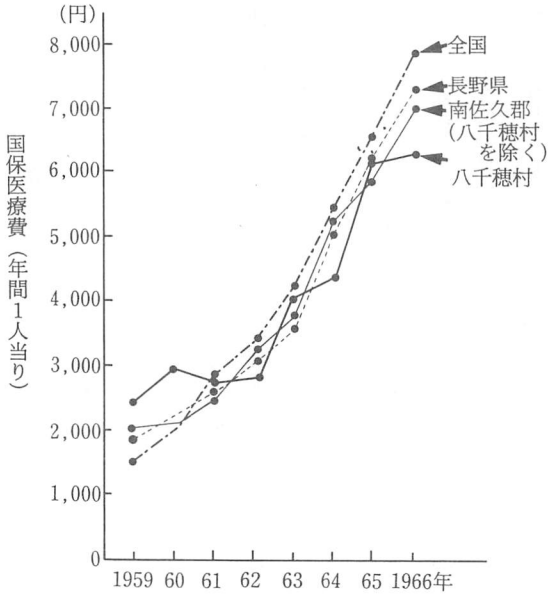


図 4　国保医療費（年間一人当り）の年次推移（歯科を除く）．出所：図3と同じ

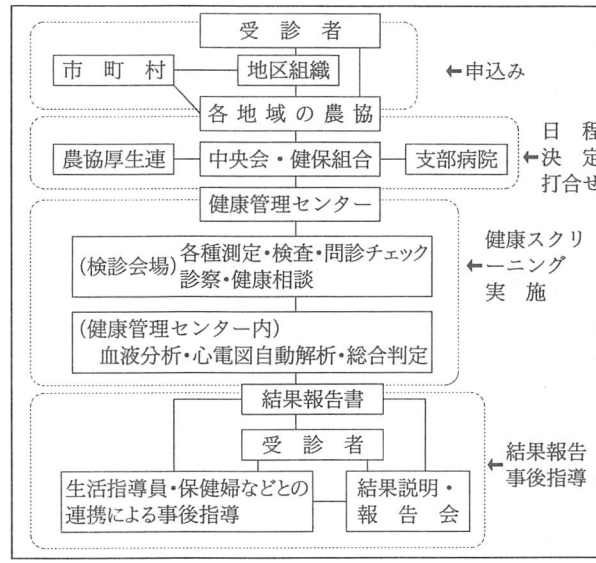
本構想」には、健康の維持増進と老人の福祉向上が課題として取り上げられ、予防に力を入れた健康管理活動を実施するための体制作りが進められた。[57] こうした動きの中で、一九七三年、佐久病院の敷地内に長野県厚生連・健康管理センターが誕生した。

(2) 集団健康スクリーニングの展開

健康管理センターは、県下の厚生連病院に設置された支部や長野県農協中央会など関連機関と連携をとりながら運営されている。その業務は、検診活動、地域保健活動、調査・研究活動と大きく三つに大別される。検診活動には、集団健康スクリーニングのような巡回検診と病院内で行う人間ドックなどの施設検診がある。集団健康スクリーニングは、十数名のスタッフから成る「巡回検診隊」が県内各地を回って検診を行うもので、図5のような手順で実施されている。

集団健康スクリーニングには、他の集団健康診断にはないいくつかの特徴がみられる。まず注目されるのは、どの地域の住民でも自分の居住地の近くで受診できるように、巡回検診車が直接現地へ赴いて検診を行っていることである。このスクリーニングによって、交通が不便で医療機関へのアクセスが困難な地域の人々も近くの農協や公民館で健康チェックができるようになった。

次に、事前に行われる自覚症状の問診と事後の健康相談で、一人ひとりの健康意識の高まりと生活全般の自己管理を



出所：『農民・地域住民とともに―長野県厚生連の健康管理運動』p. 22.

図 5　集団健康スクリーニングの手順

促し、治療が必要な場合は地域の医療機関へつなげる努力がなされていることが挙げられる。問診、医師の診察、保健婦による健康相談は、いずれの場面でも受診者とスタッフのコミュニケーションの時間が十分にとられており、受診者は個別にアドバイスを受けることができる。後日、全体の結果が出ると、要望に応じて結果報告会が開かれ、個人に対する報告だけでなく、検診隊スタッフと地域の担当者の連携による地域全体の健康管理に関する協議も行われている。

また、集団健康スクリーニングがきっかけとなって、地域ぐるみの健康管理活動が積極的に展開されていることも見逃せない。各地で広がる活動は、住民の自主的グループ活動、地域の担当者のネットワーク形成、農協の生産部会や生活班の活動、一人暮らしのお年よりへの声かけ運動や給食サービス、農薬の安全使用や有機農業への取り組みなど多彩で幅広い。健康管理センターはまさに「健康の仕掛け人」[58]の役割を果たしてきたといえるだろう。

(3) 健康管理活動の普及と定着

健康管理センターによって全県規模の集団健康スクリーニングが展開される一方で、センター支部の各病院でも、さまざまな健康管理活動が実施された。佐久病院では、施設内検診として、住民が利用しやすいように低料金・短時間で

受診できる一泊二日の「簡易人間ドック」を考案し、一九五九年から事業を始めた。さらに一九七〇年からは、多忙な農村の女性向けに日帰りドックも開始された。

また、院外での地域保健予防活動もその対象を年々拡大しつつある。現在取り組まれている事業は、中高年齢者検診、骨密度検診、事業所特殊検診など対象を特化した検診、町村やJAと連携して実施しているさまざまな健康教育事業、ホームヘルパー養成講座やJA暮らしの助け合い組織への支援などの高齢者対策、学童健康管理や親子ふれあい塾などの母子保健対策と幅広い。

これらの活動を通して、病院の健康管理部と地域の諸機関との連携が深まるだけでなく、関係機関相互のネットワーク作りも進んでいる。また、病院の主催する地域保健関連のセミナー受講修了者が同窓会を結成して、住民自身による健康管理活動を行っていることは特筆に値する。ここには、健康管理とは、上から管理されるのではなく、自らが健康を自己管理することであるという若月のことば[59]を具体化していく動きがみられる。

(4) 調査・研究活動の発展

地域の実態の正確な把握は、健康管理活動を進める上で欠かせない大前提である。健康管理部及び健康管理センターでは、農村医学研究所などと連携してさまざまな農村医学的調査・研究活動を行っている。テーマは、脳血管障害や心臓病患者の追跡調査、糖尿病の保健指導、食生活や農村婦人の生活実態調査、農薬問題調査など個別の疾病に関するものから全村を対象にした調査まで多岐にわたる。

調査・研究は、佐久病院や健康管理センターの職員だけでなく、地域の衛生指導員、保健婦、医師会など多くの人々の協力を得て推進されている。その目的は、農村地域の現状把握と分析を次の活動に生かすことにあり、あくまでも実践的である。現在は、一定の地域を対象にした取り組みが中心となっているが、今後は集団健康スクリーニングによって蓄積されている膨大なデータを駆使した全県レベルの疫学的研究の進展が期待される。

むすび

【1】佐久病院における農村医学の形成・発展過程

佐久病院における農村医学は、狭義の医学の枠を超えた社会的広がりの中で展開された。診断・治療だけでなく、アフターケアや予防にも力を注ぎ、研究の成果を常に日常の医療活動に結びつけるという農村医学のあり方は、人々が健康な生活を送るために医学・医療はどうあるべきか、何ができるのかという問いに多くのヒントを与えてくれる。

終わりに、佐久病院の農村医学の特徴とその発展を可能にさせた要因についてまとめておきたい。

(1) 臨床と統計学的方法の結合

佐久病院の農村医学は、個別の事例に丁寧に対応する臨床活動と疾病を社会的に把握するための統計的調査との組み合わせによって展開された。個を見る眼と集団を見る眼の複眼で農村の疾病を解明し、治療・予防方法を編み出していったのである。

一般に、臨床研究と疫学研究は別々の専門家によって担われることが多い。しかし、佐久病院では、マクロの疫学でない医生態学の方法をとったために、両者の結合が可能になったと思われる。限定されたフィールドにおいて徹底的に環境と健康との関係を追究するという方法が有効に機能した結果、多くの潜在疾病が掘り起こされ住民の健康実態が明らかになっていった。

留意すべきは、潜在していた疾病を社会的に明らかにしただけでなく、見出された数々の症例を病理論で裏付け、精緻で明確な概念にまで練磨したことである。地道な日々の診療と社会的な調査に加えて、独自の視点から病理学的研究を重ねた結果、農夫症は症候群としてこう手は漿液性炎症として位置づけられた。ここに社会医学としての佐久病院の農村医学の真髄があるといってよいだろう。臨床医学的解明を伴っていたからこそ有効な治療方法や予防策が打ち出せ

たことを見逃してはならない。

(2) 疾病の社会的・文化的解明

疾病は、人々の住む社会やそこで育まれてきた文化との関連の中で捉えてこそその実体が明らかになる。佐久病院では、科学の名のもとに疾病を普遍化一般化しがちな生物医学を無条件に受け入れることなく、佐久地域の農村・農民・農業の中で人々がどのような健康障害を抱えているのかを子細に検討した。

佐久病院のスタッフは、来院する患者を診断し治療するだけでなく、地域の中に出向いて潜在疾病を発見し、そこに農村の健康問題を見出した。その結果、農夫症やこう手といった農村特有の疾病が解明され、一見胆石とみなされた病状が実は回虫の塊であったこと[60]、暖房の不十分な住居が寒冷障害をもたらしストレス病の誘因となること、気兼ねの多い農家の嫁の生活が慢性の便秘の原因になっていること[61]など、生物医学の教科書には記載されていない事例が次々と明らかになった。

こうして疾病が社会的・文化的文脈で捉えられると、それに対する対応策も拡大する。すなわち、単に治療を施すだけでなく、生活や環境を改善して疾病を予防する方法が具体的に示されたのである。

(3) 実践と結びついた学問

若月をはじめとする佐久病院のスタッフは、農村医学を学問のための学問ではなく、農民のニーズに基づいた農民のための学問であると規定している。彼らの目的は、個人の業績としての論文作成ではなく、農民の生命や生活を守り健康保持に資することにあった。従って、研究は日常の医療活動と結びついたかたちで進められた。病院での診療や地域の中に入って行う検診など実践活動の中から見出された農民のニーズと解決すべき問題の数々は、生物医学と社会医学の両面から追究された。そして得られた成果は個々の臨床や地域での医療活動にフィードバックされた。このように佐久病院における農村医学は、医学研究と医療活動が有機的に結びついて展開されていったのである。

佐久病院の農村医学に関しては、その社会的側面が強調されることが多い。しかし、病院の活動を検討していくと生物医学が有効に活用されていることに気づく。若月はたったひとりの外科医として赴任し、それまで医療と無縁だった人々を次々と治療してめざましい成果をあげた。戦後初期の農村は、外科医が住民に「治癒効果」を印象づけるうってつけの舞台であったといえよう。それまで盲腸で死亡していた人がことごとく元気になり、脊椎カリエスで寝たきりの人生を送っていた人が元の生活に戻る姿を見て、農民たちは、医学に対して驚異の念とともに絶大なる信頼を寄せるようになったのである。病院では、最新の医療機器や医療技術を次々と取り入れ、可能な限り負担の少ないかたちで農民たちに提供した。ここで示された鮮烈な「治癒効果」は病院の活動を支える基盤作りに大いに役立ったと思われる。

佐久病院の医療活動の舞台となった八千穂村では、村ぐるみの健康管理活動が行われ、疾病の早期発見や予防を目指して村の生活・環境の改善が試みられた。既にみたように、この活動によって村民の健康が増進されただけでなく、医療費も減少して「予防は治療にまさる」ことが示された。これは、医学研究と医療活動が結びついた実践の学問のもたらした成果といえよう。

そして、この生活や環境に目を向けた活動は、住民一人ひとりの健康に対する意識改革をも射程に入れていたことを忘れてはならない。佐久病院の医療活動は、診療や検診だけでなく、健康教育が並行して行われ、衛生知識と健康意欲の向上を目指した取り組みが展開された。八千穂村の例に見られたように、意識改革は短期間で実現可能なものではない。[62] しかし、地域社会や人々の生活と結びついて実践された農村医学が、疾病を狭く病理学的に捉えて「治す」だけでなく、社会的病因を除去し個々の生活を見直すことの重要性を提示した意義は大きい。

（4）農村医学の担い手の拡大

佐久病院における農村医学を特徴づけ、発展を支えた要因として見逃せないのは、その担い手の幅の広さである。従来の生物医学の研究では、病院や研究室の中で医師を中心とする医療スタッフが研究に取り組むというスタイルが一般

的であった。

これに対して佐久病院では、町や村、農協、保健所、福祉施設など地域の諸機関と協力しながら調査・研究を進め、地域の住民にも積極的な参加を呼びかけた。社会医学として実践の学問としての農村医学は、専門家が独占するのではなく地域の中で多くの関係者や関係機関とともに作り出されたのである。

医生態学の方法を用いて地域の健康問題に取り組むためには、関係する諸機関との連携と住民の協力が不可欠となる。農村医学は、多くの幅広い担い手に支えられていたからこそ、緻密な実態調査が行われ病気・病人を個別・集団の両面から捉えることが可能になった。研究の成果は、健康教育の中でわかりやすく住民に伝えられ、その過程で農民・地域住民の健康に対する意識も少しずつ変化していったのである。

(5) プライマリ・ケアの推進

現代医学は、その過度な専門分化の結果、疾病中心の継続性の乏しい医療の隆盛を招いた。こうした傾向への反省から、一九七〇年代頃から全人的継続的な包括医療としてのプライマリ・ケアの重要性が強調されるようになった。一九七八年には、WHOとユニセフの共催による国際会議で、「健康はヒトの基本的権利で、健康の最高レベルの達成は、世界的な社会目標であり、これには保健関係者のみならず、他の社会・経済的分野の人々の活動が不可欠である」という宣言（アルマ・アタ宣言）が採択された。

佐久病院で、アルマ・アタ宣言の出る二〇年以上前から、プライマリ・ケアの実践が行われてきたことは注目に値する。プライマリ・ケアは、医師が中心となって行う初期治療、日常生活指導、健康教育、慢性病患者や障害者への指導などのプライマリ・メディカルケア（primary medical care）と、こうしたメディカルケアを達成するために、人々の健康を改善、保護、増進させるのに必要な要素を地域レベルで統合する手段としてのプライマリ・ヘルスケア（primary health care）に大別される。佐久病院では、この両方について早くから取り組みが見られた。

地域に出向く出張診療によって初期治療が施され、健康管理活動の中では健康教育だけでなく生活環境の改善が試みられ、健康意識の確立が目標とされた。定期的な健康診査による早期発見・早期治療に加えて、健康的な生活習慣による健康増進と発病予防が企図されたのである。こうしたプライマリ・ケアの推進は、佐久病院における農村医学を特徴づける最も大きな要素といえよう。

【2】変動する社会と医学・医療のあり方

(1) 社会的視点の必要性

感染症が大きな問題となっていた戦後初期、医学・医療の課題の中心は、疾病を解明し効果的な治療法を見出すことにあった。占領国であるアメリカから最新の医療技術が移入され、流行していた感染症は次々に「克服」された。最新の設備を整えた病院は「疾病を治す場所」として医学の成果が示される中心舞台となった。

しかし、戦後半世紀以上が経過し、状況は大きく変化した。私たちは、現在、多くの完治しない疾病や慢性化長期化する疾病と向き合うことを余儀なくされている。脳血管障害を抱えリハビリを続けながら療養している人、痴呆によって精神的に不安定な高齢者、人工透析や糖尿病によって生活が制限されている人、こうした人々の抱えるさまざまな問題に応えていくには、従来の生物医学の枠を超えた社会的な対応が不可欠である。

また、臓器移植、体外受精、終末期医療などの分野では、高度に発達した医療技術を人間がどう使いこなすのか難しい選択を迫られる場面が少なくない。ここでも狭義の医学だけで対応するには限界がみられる。

人口の高齢化が急速に進み、高度な医療技術が次々に開発されている現在、社会的な視点を抜きに医学・医療を考えることはできないといってもよいだろう。

(2) 農村医学が示す医学のあり方

本稿で取り上げた佐久病院における農村医学の形成・発展過程は、医学の社会的役割を占める格好のモデルといえよう。農村を舞台に展開されているが、その内容を検討していくと、農村だけに限定されない普遍的な問題が含まれていることに気づく。「健康犠牲」の精神は、農民に最も顕著に現れていたが、都市労働者をも含む国民に共通する問題であった。佐久病院では、国民の中でも最も健康を損ないやすい環境にあった農民の健康問題に取り組み、人間が健康な生活を送るために医学は何をなすべきか、何ができるのかを根本から問いつづけた。

臨床と統計学的方法を結びつけ病気・病人を個と集団と両面からトータルに捉えること、疾病を診察室の中で診断するのではなく地域の生活の中で解明すること、医学研究と医療活動が相即不離の関係を保って実践されること、医師や医療従事者だけでなく多くの関係者が協力して調査・研究に取り組むこと、そして地域ぐるみでプライマリ・ケアを推進すること、これら佐久病院で展開された農村医学のスタイルは、高齢者・慢性患者の療養、末期患者のケア、生命倫理の問題など現在日本の医学・医療が直面する問題に多くの示唆を与えてくれる。

留意すべきは、佐久病院では、農村医学を社会医学のひとつとして位置づけたが、生物医学と社会医学を対立項とするのではなく、生物医学の成果を有効に活用し取り入れたことである。個々の臨床研究では病理学の理論が追究され、集団の調査・研究では社会科学的方法が用いられた。生物医学と社会医学は、ひとつの医学の別々の側面を表したものである。医学の社会性が増大しつつある現在、佐久病院での医学のあり方は、双方が別々の方向に進むのではなく、有機的に結びつくことの重要性を示唆しているといえよう。

(3) 佐久病院の医療活動にみる医療のあり方

農村医学の一翼をにないその形成発展とともに拡大してきた佐久病院の医療活動からは、医療の今後のあり方を示すいくつかの方向性が見出せる。

病気を見つけて攻撃するだけではなく、病気を生み出す生活・環境を調査し改善すること、患者を病院で待って治療するだけではなく、地域に出向いて予防やアフターケアに取り組むこと、医療の現場で常に医療従事者がイニシアチブをとるのではなく、患者自身の健康意識を喚起しその自己決定権を尊重すること。

これらは、高齢社会を迎えて包括医療の必要性が叫ばれる現在、医療に携わるものがふまえておくべき重要な視点であると思われる。

註

（1）川上武・小坂富美子『現代医療史序説』一五頁、勁草書房、東京、一九九二

（2）トーマス・マキューン著、酒井シヅ他訳『病気の起源』訳者まえがき、朝倉書店、東京、一九九三

（3）林俊一『農村医学講話』一三頁、伊藤書店、東京、一九四九

（4）内務省『農村保健衛生実地調査成績』、東京、一九二九

（5）労働科学研究所の実績は、『農業労働調査報告』『労働科学』に詳しく掲載されている。

（6）同要綱は、人口の永遠の発展性を確保して、増殖力及び資質において他国を凌駕するようにして、高度国防国家における兵力及び労力の必要を確保するとともに、東亜諸民族に対する指導力を確保するためその適正な配置をなすことを目標として、人口増加策としては出生増加及び死亡減少の諸方策を掲げ、更に資質増強の方策をのべている（厚生省『医制八十年史』五〇～五一頁、東京、一九五五）。

（7）高橋は、社会医学研究会の活動を理由に検挙され、一旦退学を余儀なくされるが、後に復学して東北大学熊谷岱蔵の教室に入った（医学史研究会・川上武編『医療社会化の道標』三二四頁～三二八頁、勁草書房、東京、一九六九）。

（8）医学史研究会・川上武編『医療社会化の道標』三二八頁、勁草書房、東京、一九六九

（9）同前、三五二頁

（10）秋田県では、一九三一年に医療組合運動が始まり、東京医療利用組合とともに全国の運動に大きな影響を与えた（海野金一

郎『飛驒の夜明け』一〇頁、農山漁村文化協会、東京、一九八〇）。

（11）高橋由紀「林俊一『農村の母性と乳幼児』解説」二頁、『農村の母性と乳幼児／乳児死亡の実態』久山社、東京、一九九七

（12）林俊一『農村医学講話』一三頁、伊藤書店、東京、一九四九

（13）林は、農業労働と保健に関する部分で、食糧増産と人的資源＝健兵の培養という皇国農村の二つの目標達成のために農業労働の生産性向上を強調し、機械化の必要を説いている（林俊一『農村医学序説』二五九頁、伊藤書店、東京、一九四四）。

（14）林俊一『農村医学序説』三三八～三三九頁、伊藤書店、東京、一九四四

（15）一九四〇年の国勢調査によると、南佐久郡には、三町二〇カ村があり、人口七万八一一一人、医師二三人、歯科医師一五人、無医村は一三カ所であった。

（16）長野県厚生農業協同組合連合会『長野県厚生連三十年史』二九頁、長野、一九八四

（17）若月俊一「会長挨拶」『日本農村医学会雑誌』一巻一号、六頁、一九五二

（18）若月俊一「農民の保健に関する調査研究」『日本農村医学会雑誌』八巻四号、三六四～四一六頁、一九六〇

（19）若月俊一「某工場に於ける災害の統計的並びに臨床的研究」上『民族衛生』一〇巻五号、三〇九～三三五頁、一九四二

（20）同前

（21）この成果は、若月俊一『作業災害と救急處置』東洋書館、東京、一九四三、に詳述されている。

（22）若月俊一「農村環境の農民の寿命及び健康に及ぼす影響について」全国共済農業協同組合連合会『農村の健康シリーズ』第九号、一～二九頁、一九六三

（23）アン・マッケロイ、パトリシア・タウンゼント著、丸井英二監訳『医療人類学』には、原題 Medical Anthropology in Ecological Perspective が示すように、医療生態学（Medical Ecology）の視点からの研究が収められている。

（24）若月俊一「農村の疾病をいかに把握すべきか」『厚生の指標』一〇巻一〇号、一〇～一六頁、一九六三

（25）若月俊一「農村医学の方法」『日本農村医学会雑誌』一〇巻二号、五三～六三頁、一九六二

（26）若月俊一「農村環境の農民の寿命及び健康に及ぼす影響について」全国共済農業協同組合連合会『農村の健康シリーズ』九号、一～二九頁、一九六三

(27) 同前
(28) 若月俊一「農村の疾病をいかに把握すべきか」『厚生の指標』一〇巻一〇号、一〇～一六頁、一九六三
(29) 同前
(30) 藤井敬三他「所謂「農夫病（症）」の臨床的調査」『日本農村医学会雑誌』一巻一号、一〇頁、一九五二
(31) 藤井敬三他「農夫症調査（第二報）」『日本農村医学会雑誌』三巻二・三号、五～九頁、一九五五
(32) 因子分析の結果、「農夫症」には相互に独立した二つの共通因子（神経循環因子と筋骨格因子）が含まれていることが報告された。後に若月は、この二因子をそれぞれ老化因子と疲労因子と名づけ、農夫症が老化と疲労に相関していることを検証した（若月俊一「農夫症とは」『日本農村医学会雑誌』五巻二号、一四～三六頁、一九五五）。
(33) 若月俊一他「「農夫症」に対する発言」『日本農村医学会雑誌』五巻二号、一四～三六頁、一九五五
(34) 若月俊一「農夫症とは」『日本農村医学会雑誌』一七巻三号、八五～九三頁、一九六九
(35) 若月俊一「農繁期病としての手指腱及び腱鞘の漿液性炎症について」『臨床外科』一〇巻一号、三九～四九頁、一九五五
(36) 同前
(37) 同前
(38) 若月俊一「「農村医学的テーマ」との取り組み―「こうで」研究についての自己批判」『日本農村医学会雑誌』三巻二・三号、一～四頁、一九五五
(39) 若月は、寒冷にさらされて起こる体の障害を「冷え」といい、これが体質となって寒くなくても冷えるように感じるのを「冷え症」と区別し、季節の如何や全身的か局所的かを問わず冷えを訴える者を一応すべて「冷え症」として論じている（若月俊一「農民の「冷え」と「冷え症」」『労働の科学』一八巻一〇号、一九六三）。
(40) 若月俊一他「「冷え」の研究（第一報）（第二報）」『日本農村医学会雑誌』六巻三号、三一～七九頁、一九五八
(41) 若月俊一「農民の「冷え」と「冷え症」」『労働の科学』一八巻一〇号、二〇～二九頁、一九六三
(42) 若月俊一「農村の健康管理をめぐる諸問題」『農業協同組合』一二巻七号、一三～三七頁、一九六六
(43) 若月俊一他「農業従事者の災害の統計」『災害医学』三巻四号、二二五～二三一頁、一九六〇

(44) 若月俊一「農業労働災害の実態」『農業協同組合』一〇巻五号、七六～九一頁、一九六四
(45) 若月俊一「農薬の恐ろしさ1」『科学朝日』二六巻一〇号、一〇一～一〇五頁、一九六六
(46) 松島松翠『農村医療の現場から』二～三頁、勁草書房、東京、一九九五
(47) 若月俊一「農薬の恐ろしさ1」『科学朝日』二六巻一〇号、一〇一～一〇五頁、一九六六
(48) 若月俊一「農薬の恐ろしさ2」『科学朝日』二六巻一一号、一〇二～一〇七頁、一九六六
(49) 若月俊一「農薬の恐ろしさ1」『科学朝日』二六巻一〇号、一〇一～一〇五頁、一九六六
(50) 松島松翠『農村医療の現場から』三八～四〇頁、勁草書房、東京、一九九五
(51) 臼田町の生ごみの堆肥化事業は、環境経済学の分野でも、良質な堆肥作りが生ごみの収集量そのものを減らした例として注目され取り上げられている（多辺田政弘『コモンズの経済学』一八三～一八七頁、学陽書房、東京、一九九〇）。
(52) 若月俊一「これからの農村医療」『従組ニュース』第一八号、一九六三年三月二五日
(53) 八千穂村『八千穂村健康管理5年のあゆみ』長野、一九六四
(54) 同前
(55) 八千穂村『村ぐるみの健康管理二十五年』一六六頁、長野、一九八五年
(56) 松島松翠「八千穂村健康管理とその意義」『佐久病院　第二号』一六八～二〇五頁、長野、一九七五
(57) 全国農協中央会『農協生活読本』七～二四頁、家の光協会、東京、一九七三
(58) 長野県厚生連健康管理センター『集団健康スクリーニングの歩み　第5集』一三七頁、長野、一九八四
(59) 長野県厚生連健康管理センター『集団健康スクリーニングの歩み　第2集』四頁、長野、一九七八
(60) 若月俊一『農村医学』一二頁、勁草書房、東京、一九七一
(61) 若月俊一『村で病気とたたかう』九九頁、一一二頁、岩波書店、東京、一九七一
(62) 独自の健康管理活動を行っている各地の町村の住民意識に関する最近の調査では、八千穂村の住民の医療や福祉に関する意識が他の町村より高く、ここ数年住民自身による自発的な活動が活発になってきたことが紹介されている。健康管理事業開始後約四〇年を経て、やっと住民意識が変わり始めたわけである（『医療労働』第四〇九号、一二六頁、一九九九）。

The Development of Rural Medicine :
Medical Activities of Saku Hospital

by Akiko SUGIYAMA

Saku Hospital in Usuda-machi of Nagano Prefecture is famous for its medical activities for rural people. The activities of Saku Hospital were practiced not only in the hospital but also in the local community. Immediately after the establishment of the hospital, in 1945, doctors and nurses visited patients in their homes. In the medical activities at the village, the hospital staff discovered a lot of latent diseases among the rural people.

To clarify these diseases, the staff surveyed the life of the villagers based on medical ecology, as well as the medical treatment. Latent diseases were analyzed from a medical and social viewpoint. As a result, the staff came to recognize the importance of the prevention of disease, as well as medical treatment.

To prevent diseases, the hospital started health promotion activities in the 1950s, cooperating with the administration of the villages. Medical examinations were carried out periodically and health education was promoted to improve the consciousness of the people regarding health.

Medical activities of Saku Hospital, which were not limited to clinical medicine, proved "prevention is superior to treatment." This conclusion teaches us the importance of social medicine as well as that of biomedicine and indicates the way of future medical activities.