

# 農村保健衛生実地調査にみる慢性三疾患 (結核・ハンセン病・精神病) 予防対策上の課題

宇都宮 みのり

## はじめに

明治初期の近代的衛生行政は、1873（明治6）年11月に内務省が設置されることにはじまる。その後、1875（明治8）年6月に衛生事務が内務省の所管となり、1886（明治19）年2月、内務省衛生局に医務課と衛生課（1893年に保健課と改められる）が設置され、さらに1897（明治30）年には防疫課が新設され急性伝染病の克服にあたった。さらに1919（大正8）年12月に調査課が、また1921（大正10年）7月に予防課が設けられて全5課制となる。こうして内務省における衛生行政の基礎が形成された（大霞会 1971a：221-6）。開国以来明治政府の喫緊の課題であった急性伝染病に対して、伝染病予防法（1897 [法36]）に続き、海港検疫法（1899 [法19]）の制定により国内外の防疫体制を整備すると、政府の課題は次第に結核、ハンセン病、精神病などの慢性疾患対策や環境衛生の面に広がっていく。

そして大正期における衛生面での課題は、第1に「社会問題」の解決策としての立法、第2に急性伝染病対策から慢性疾患予防への発展、第3に国民体位向上への関心の高まりによる積極行政へと転換していく（大霞会 1971a：216-7）。内務省にとって「国防」と「生産」の原動力たるべき国民の出生率の低下と死亡率の上昇は最重要課題である。そのために内務省は「保健衛生調査会」（以下、「調査会」とする。）を、1916（大正5）年6月、国民の健康の保持増進に関する統計的・学術的調査研究を行う目的で設置する。調査会で調査すべき事項は、第1「乳児、幼児及学齢児童」、第2「結核」、第3「花柳病」、第4「癩」、第5「精神病」、第6「衣食住」、第7「農村衛生」、第8「統計」である。調査会の活動は、その後の近代化する日本の、慢性疾患の予防対策（結核・癩・寄生虫・精神病等）、母子保健対策、栄養対

策、生活環境整備（下水道・汚物掃除等）、国民体育、疾病保険等、広範囲な問題に取り組み、衛生行政の主要な法令制定又は改正に影響を及ぼした。

「農村保健衛生実地調査」（以下、「農村調査」とする。）は、上記調査会に設置された8つの部会のうち第7部会によって実施された日本初の全国的な規模の保健衛生調査である。調査は、地勢・気象・宗教をはじめ、人口・戸数、生産死産・死亡、妊産育児、住宅の衛生状態・飲料水・食物・飲酒・喫煙、衣服、住民全員の診察・身体検査・糞便検査等を含む広範な内容で、調査班が数か月間駐在して実施している。その結果は、内務省衛生局が調査対象村ごとに冊子にまとめ、そのつど発刊した。さらにそれを集計した『農村保健衛生実地調査成績』を1929（昭和4）年に発刊した。この調査は医師の診断に基づく疾病罹患状況の調査を含んでいる。全国的な疾病率の調査には類がなく、「唯一無二の調査」（内務省衛生局 1929：114）と称される。このような政府主導の大規模な実地調査はその後も行われていない。

筆者はすでに調査会第5部会（精神病）の動向を分析し、精神病（者）対策の議論の特徴を見出した（宇都宮 2014）。本研究では、調査会第7部会（農村衛生）に焦点を当てる。本研究では、大正から昭和初期にかけて実施された農村保健衛生実地調査を分析対象とし、保健衛生調査会設置の背景および目的、同調査会における農村調査部会の位置づけおよび目的、具体的な調査項目および方法を整理し、その上で慢性疾患として認識されていた結核、ハンセン病、精神病に対しどのような政策課題を見出したかを明らかにする。

基礎資料は、行政資料である『農村保健衛生実地調査成績』およびその地方版の『農村保健衛生状態実地調査報告』とする。必要に応じて『保健衛生調査会報告書』

および当時の言説等を用いる。

なお、文中には現代的価値からみると差別的・排除的な用語が多数含まれるが、研究目的から外れないことに留意した上で歴史的表現として用いることにする。

## I. 保健衛生調査会の設置

### I-1. 保健衛生調査会の設置

日本の明治以降の統計は、1873（明治6）年に東京・京都・大阪で戸籍法に基づく死亡調査を試験的に始めたことに端を発する。1876（明治9）年には全国的な死亡調査を実施しており、さらに1880（明治13）年には出産・結婚・死亡および伝染病等の統計収集の方法を定め、1882（明治15）年に内務省衛生局にて全国調査を実施した。これが内務省衛生統計の嚆矢とされる（内務省衛生局 1925：289）。初期のころはまだ脱漏が多く、戸籍調査と数が合わないこともあったが、1892（明治25）年に統計局を設置し、1907（明治40）年には衛生統計の精度は少しずつ進歩した（内務省衛生局 1925：290）。

二階堂保則は、調査会との関係について次のように書いている。

「大正4年2月5日に衛生局から出頭を促された。時の衛生局長中川望以下各課長及び高等官列席で、『近頃高木男爵を始めとして段々論議する人があるによりて、我國民の体位の低下したことは事実であるらしい、就てはそれを統計上証明してもらひたい [下線は引用者による。以下同]』と、私は言下に辞退した、『國民の体位が低下したか昂上したか私には見込みもつきません（… […は引用者による中略、以下同]）、私には体位の低下か否かは判りませんが、今日まで私が調べましたところでは、欧州諸国は出生率減耗の大打撃を被って居るが、一面には死亡率が非常に低下するので、自然増殖率は左までに低まりはしない、併し（…）出生率は其原因によりては極度まで減耗するかも知れない、我帝國の出生率は今現に隆々として昇りつゝある、（…）今は欧米の羨望を受くるまでに昇って居る、（…）なぜ死亡率が上昇しているか、（…）小児の死亡が増加するのと中年者の死亡が甚だ多いのに因るやうに思はれ、殊に中年者の死亡は結核の蔓延に起因するかと考えられます』と申た、すると中川局長は『それだけ知れたのは、立派に端緒を探り当てたのだ、それをさっそく記述して提出せられたい』と命ぜられた。（…）5月7日衛生局長に『本邦人の生死に関する統計的批判の概要』と題して提出した、（…）

7月13日衛生局から出頭するように言われ出てみると中川局長以下関係官庁係官も列席しており、局長から『君の提出した調査書を大臣の閲覧にも供した、これは容易ならぬ重大事であるから尚一層進んでその原因を究め、之に対応する方策をも定めなくてはならぬ』ということになった、それで来年度の一調査会を設けるよう予算を要求しやうと思ふ（…）其後内務省の尽力によりて予算は両院を通過し、大正5年の6月に官制が公布されて保健衛生調査会という一調査機構が出来て私も委員を仰せつけられた」（二階堂 1921a：8-9）

衛生局は調査会設置にあたり、特に国民の体位について客観的に証明するために、二階堂に伺いを立てた。二階堂は1902（明治35）年まで衛生局に勤務し、1910（明治43）年6月からは統計局技師として勤め、1913（大正2）年6月からは内閣統計官に任ぜられていた統計学の専門家である。二階堂は欧州の出生率、死亡率と日本を比較し、小児・中年の死亡率の高さを問題にしている。衛生局長は、その問題の原因追究と方策立案のために調査会を必要としている様子がわかる。衛生局は保健衛生調査の目的について『保健衛生調査ニ就テ』において以下のように整理した。

「我國民ノ健康状態ハ今ヤ大ニ考慮ヲ要スヘキモノアリ各種ノ方面ニ涉リテ学理的ニ仔細ニ調査攻究ヲ尽シ以テ之カ方途ヲ定ムルニ非スムハ終ニ百年ノ大計ヲ愆ルコトナキヲ保セス即チ国民健康ノ状態ヲ更ニ精細ニ調査シ国民ノ健康ヲ毀損スヘキ原因、其ノ制遏除去ニ必要ナル事項、並国民ノ健康保持ト増進トニ必要ナル事項ニ付之カ調査攻究ヲ要スルハ勿論外ニ乳児幼者青年者壯年者ノ死亡率增高ノ原因ヲ調査シテ之カ防遏ノ方策ヲ定ムルノ外国民保健上最モ重要ナル関係ヲ有スル肺結核花柳病癩等ノ予防撲滅飲食物殊ニ栄養物ノ廉償供給方法、都市農村ニ於ケル生活改善ノ研究等ハ孰レモ当然企画セラルヘキ事項ナリト信ス而シテ其ノ調査攻究ハ一ニ統計的調査ニ依リテ実情ヲ開明スルト共ニ之カ原因ノ遡及探求スルニ努メ一ハ学術的調査ニ依リテ学説並先進国ノ施設ノ研究調査シ必要ニ応シ實際ニ就キ調査ヲ為スヲ要スヘシ而シテ之カ為特ニ専門ノ知識ヲ有スル者ヲシテ専ラ之ニ當ラシメ順々追テ着々調査ノ進捗ヲ期セント欲ス」（内務省衛生局 1915）

調査会設置の目的は、国民の健康が大いに考慮を要すべき状況にあることを背景に、(1)国民健康状態の調査と

表1 保健衛生調査会部会名・主査・委員

第一部	乳児、幼児、学齡児童及青年	(主査：三宅秀、委員：磐瀬雄一他全16人)
第二部	結核	(主査：北島多一、委員：伊丹繁他全7人)
第三部	花柳病	(主査：山根正次、委員：山田弘倫他全5人)
第四部	癩	(主査：山根正次、委員：山田弘倫他全5人)
第五部	精神病	(主査：柳澤保恵、委員：三宅鑛一他全5人)
第六部	衣食住	(主査：高木兼寛、委員：永井潜他全14人)
第七部	農村衛生状態	(主査：渡邊勝三郎、委員：渡邊勝三郎他全7人)
第八部	統計	(主査：柳澤保恵、委員：高野岩三郎他全6人)

出典：保健衛生調査会（1917）『保健衛生調査会第1回報告書』pp. 36-39より筆者作成。

健康を棄損する原因・制遏除去に必要な事項、(2)健康保持増進に必要な事項、(3)乳幼児および青年・壮年の死亡の原因と防遏の方策をたてること、(4)肺結核・花柳病・癩等の予防撲滅、(5)栄養の廉価供給、(6)都市・農村における生活改善のための研究を進めるために、(1)統計的な調査と(2)学術的調査（学説、先進国の施設の実地見学）を行うことにあった。

そして1916（大正5）年5月27日、一木喜徳郎内務大臣は「保健衛生調査会ニ関スル件」を提出、同年6月27日、「保健衛生調査官制」〔勅令172〕が発せられた。第1条は「保健衛生調査会ハ内務大臣ノ監督ニ属シ国民保健ニ関スル事項ヲ調査審議ス」、第2条は「調査会ハ会長1人委員若干人ヲ以テ之ヲ組織ス」とされる。それに従って、二階堂をはじめ、34人が「関係各庁高等官及学識経験アル者」が委員として任命される<sup>1)</sup>。さらに同年7月8日、調査会第1回本会議において一木は以下のように訓示した。

「保健衛生調査会開設ノ初ニ当リマシテ各位ト相会シテ一言致シマスル機会ヲ得マシタコトハ私ノ深く欣幸ト致ス所テアリマス我邦ノ衛生上ノ施設ハ年ト共ニ進歩致シテ居リマスルノニ拘ハラス之ヲ統計ニ徴シマスルト一般ノ死亡率ハ却テ増加ノ傾向ヲ示シテ居リマス就中乳児、幼児、青年者、壮年者ノ死亡率ニ至リマシテハ著シク増加ノ傾向ヲ呈シテ居リマス又結核諸症、花柳病、癩、トラホーム其外精神病ノ如キモノカ国民ノ健康ヲ害シマスルコトカ益々著シクナラムトスルノ有様ヲ呈シテ居リマス加之国民ノ体格カ漸ク低下セムトスルカ如キ有様ノアリマスルコトハ寔ニ軽々シク看過スヘカラサルノ現象デアリマス、就テハ国民ノ衛生ノ実情及ヒ其不良ヲ来シマスル所ノ原因ヲ探求致シテ進テ是カ予防制圧ノ方法ヲ攻究致シ又国民ノ健康保持ニ必要ナル事項ヲ調査致シマシテ諸般衛生上ノ改善ニ資スルト謂フコトハ実ニ目下ノ急務デアルト信スル」(保健衛生調査会 1917：14-6)

調査会は、(1)死亡率の増加（特に乳児、幼児、青年、壮年）、(2)結核病、花柳病、癩病、トラホーム、精神病の国民の健康を害している、(3)国民の体格低下にあった。具体的には国民の出生率向上、疾病対策、体力増強のための政策立案に向けた根拠を得ることにあった。その根拠を客観的で学術的な統計学に基づく調査から得るために、同調査会には二階堂とともに柳澤保恵、高野岩三郎等の統計学の専門家を入れた。

1916（大正5）年7月22日、第3回本会議において各部会に委員が任命され、互選により主査が決定した（保健衛生調査会 1917：16-26）（表1参照）。

#### I-2. 農村調査実施の決定

1916（大正5）年7月22日、第7部「農村衛生」の委員として渡邊勝三郎、宮本叔、矢作榮藏、三宅秀、宮入慶之助、中川望が選ばれる。宮入は、委員に任命されると同時に山梨県の農村の調査を開始する。調査対象村は、二階堂が「衛生局長から場所を選んで視察に行くように」言われ、「不健康村」を選んだとされる（内務省衛生局 1918：1）。そして同年11月2日、宮入はこの調査結果を調査会第7部会会議で報告した<sup>2)</sup>。この報告により今後は「保健衛生調査会の調査」として全国展開することが認められた。この時の宮入の様子を伝える「宮入博士の苦心」というタイトルの新聞記事がある。

「九大衛生学教授宮入慶三郎（ママ）博士が内務省の国民保健衛生調査会の中堅として東奔西走右大事業の完成に苦心しつつある事は既報の如くなるが同博士は如何なる方法に依り国民保健調査をなしつつありや右につき八日東京より帰来せる博士を九大教室に訪えば理論衛生学の境を出でて応用衛生学の域に入る時先ず起るは其応用の場所は何れの処ぞとの問なり府と云い県と云い郡と云い市町村と云う所謂行政区劃なるものは衛生学上の関係共通ならざる地域をを便宜分合したるものなれば事態の解析複雑にして観察には不便也所謂部落なるものは民家自然の集団にして其衛生学上の関

係略共通し居り殊に其民家の数少く互に近く相隣れる時然り（市街地は且く措く）是故に予は予の調査の成績を応用するは部落に於てなり予定し調査着手せり調査の目的は言う迄もなく不健康部落を變じて健康部落となすにあり如何に調査するやは先ず或部落に就き既往及現在の健康状態を見極むるには普通医師が患者を診断するの例に依り部落民既往の健康状態を観察せんには村役場につき其死亡を材料とし戸籍簿、除籍簿、埋葬認許証添附の死亡診断書に依れり而して其死亡を其住宅に結びつけて住宅死亡小票を作り其住宅を其宅地に結びつけて部落死亡表を作り次に既往十年間の徴兵検査の成績に視て合格者不合格者を其住宅に結びつけ其住宅を宅地に結びつけ部落壮丁表を作るにあり斯くて全国の部落につき部落死亡表及部落壮丁表を作為し了りたる時は略不健康部落就中不健康住宅の明示せられたる時にて対改善の工夫は此表より始まり改善施設の効の拳否は亦此表に对照して吟味し得べし現に予は部落民現在の健康状態を観察せんとして次の諸表を作りつつあり

(一)部落寄生虫表 (二)部落結核表 (三)部落トラホーム表 (四)部落花柳病五表 (五)部落精神病患者表 (六)部落癩表 (七)部落法定伝染病患者表 (八)其他主要死因となるべき病に罹りたる者の部落表

最初此等諸表の内何れを先にすべきかにつき当惑したるも力を勞する事少く効を取むる事夥しかるべき辺よりする事を得策とし先ず部落寄生虫表を作為する事とし山梨、静岡、岐阜、大阪、兵庫等に於て目下試みつつあり云々」（福岡日日新聞 1918.4.11）

宮入は調査目的を「言う迄もなく不健康部落を變じて健康部落となす」こととし（宮入 1917：8）、調査方法を(1)健康状態の診察、つまり部落にて既往および現在の健康状態を医師が診断すること、(2)健康状態の観察、つまり村役場で戸籍簿、除籍簿、埋葬認許証付きの死亡診断書の確認および既往10年間の徴兵検査を確認することとしている。

1918（大正7）年7月9日、内務省は宮入の方法で農村衛生状態の実地調査の実施を決定し、同年以降、全国9か所の農村に内務省主導のもと直接内務技師を派遣して実地調査を行い、さらに1921（大正10）年から1928（昭和3）年にかけて内務省指導のもと同一方法を用いて、134か村の実地調査を各地方庁に行わせた（内務省衛生局 1929：1-4）。

さて、第7部会の会合は1916（大正5）年11月2日に1回開かれたのみで、翌年は一度も開かれていない。

1918（大正7）年には10月22日に開かれているが、そこでは高野岩三郎が提出した「都市衛生状態調査案」に関する議題<sup>3)</sup>であり、「農村保健衛生実地調査」に関する検討ではない。つまり宮入の調査を公認すること以外、第7部会は活動を行っていない。山梨県のパイロット調査を行う3年前に、宮入は佐賀県三養基郡基里村の調査で小さな巻貝（のちにミヤイリガイ）が日本住血吸虫の中間宿主であることを発見しており、山梨の調査においては風土病であった日本住血吸虫病による死亡の多い村が選定されたとされる（村越 2005：17）。すなわち村越は、農村調査そのものは、宮入が寄生虫病感染予防対策に強い意志が働いたもので、宮入が日本住血吸虫対策や感染防止に貢献する活動を行いたかったからだとする（村越 2005）。確かに上記新聞記事を見ても、「部落寄生虫表」を作ることを優先している。しかし宮入が調査会委員に入り、調査を担当することになったいきさつを伝える二階堂の回想がある。これを読むと必ずしも宮入は寄生虫予防に対する関心だけではなかったようである。宮入は寄生虫もふくめ農村衛生状態全体の改善を志向している。

「此調査会の官制発布の前に、九州大学から宮入博士を起し来つて此委員に挙ぐることになつた当時のことである。…当時容易に動かうともしなかつた宮入博士が、突如一事を掲げ来りて『是を自分に任せて行らせるなら、進んで御手伝しても宜い』と、斯う申出られた、それは、昔二宮尊徳翁が報徳の四大主義、至誠、勤勞、分度、推讓の教を掲げて立ち、躬行実践以て荒村を興して良郷に化せしめ、之が範を示し、流を伝えしめたる、それを衛生の上に実行しやうと謂ふのである、即ち衛生上の不良村に入りて徐ろに調査を為し、既往に遡りて死亡の状況を見、或は壮丁検査の跡に鑑み、現在の各戸各人に就て、或は家屋の、或は飲料水の良否を判し、又健康診断に依りて、若しくは糞便検査に依りて、或は病患を診定し、或は寄生虫の有無を確め、臆ては改むべき要あるものは之を改めしめ、療すべき疾患は之を療し、駆除すべき寄生虫は之を駆除し、衛生上不良の習慣例へば野糞を為すが如きは極力之を阻止し若し個人に又は町村に之を支弁してでも改造を実行し、一村を改め一郷と化し、以て範を示さうといふのであつた、博士は身を以て之に当り、幾度か地方を換へて、其実績を示さば、広く風を為すに至るであらうと信じて居られたやうである。博士の意気は聞く者をして感嘆措く能はざらしめた、私も或る時博士が某々有力者を訪問せられるに同行し

て、其有力者等が博士の論議を大に推奨して止まなかったことを実際に見聞きして知って居る、調査会成るの後、博士が山梨県に於て調査に従事せられたのは其抱負の一端であつたが、併し事情は博士をして当初の意図の如く其全力を注がしむること能はなかつた、博士は其後も引続き寄生虫の為には多大の力を致されてあるやうで、それも大に多とすべきことに相違ないが私は衛生的の尊徳翁を実現するに至らなかつたことを今も尚ほ深く遺憾に思ふている」(二階堂 1921a : 11)

## II. 農村保健衛生実地調査の概要

### II-1. 農村調査の対象村

内務省主導の実地調査は全国11か村で実施された。

そのうち島根県遙堪村<sup>4)</sup>と群馬県郷谷村の記録は1923(大正12)年の関東大震災で焼失したため、残された記録は9か村分である。1918(大正7)年に最初の調査地として静岡県周智郡宇刈村が選出され、技師武崎宗三を主任とし、内務省主導の実地調査が行われた。1919(大正8)年に秋田県富根村、福井県栗田部村、山口県平川村の3か村、1920(大正9)年に奈良県筒井村、愛媛県清水村の2か村、1921(大正10)年に佐賀県佐留志村の1か村で実施された(内務省衛生局 1929 : 1-4)。その後内務省は地方庁に命じて、内務省指導のもと地方調査を1921(大正10)年から1928(昭和3)年にかけて、同一の小票、同一指針及び同一の実施要項により、134か村に実施する(表2参照)。集計・分析はすべて内務省で統一行的に行った(内務省衛生局 1929 : 1-4)。

表2 内務省農村保健衛生実地調査対象村一覧および調査実施年

内務省調査農村名												
実施県	村	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	S2	
秋田県	富根村	○										
静岡県	宇刈村	○										
福井県	栗田部村			○								
奈良県	筒井村		○									
山口県	平川村	○										
愛媛県	清水村		○									
佐賀県	佐留志村			○								
島根県	遙堪村	震災ノ為メ焼失										
群馬県	郷谷村	震災ノ為メ焼失										
地方調査農村名												
地方調査農村名	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	S2		
北海道	白石村			●								
	秩父別村				●							
	島野村					●						
東北区	青森県	野澤村			●							
	市川村					●						
	岩手県	古館村			○							
	宮城県	下伊場野村			●							
	大平村				○							
	白川村					●						
	秋田県	馬川村			●							
	幡野村				○							
	坊澤村					●						
	小出村								○			
	四ッ小屋村								○	○		
	山形県	黒川村										
	田委野村				●							
	楳澤村					●						
	金山村						●					
	常萬村							●				
	大木戸村			○								
	福島県	野尻村				●						
	中野村					●						
	中村						●					
	茨城県	下大野村						●				
	栃木県	部屋村			○							
	田野村								○			
	群馬県	古巻村			●							
	横野村						○					
	埼玉県	持田村			●							
	尾間木村				●							
	毛呂村					●						
	七本木村				○							
	千葉県	山邊村			●							
	鶴巻村				○							
	鎌足村								●			
	東京都	伊興村				○						
	戸倉村								●			
	神奈川県	上中村・山田村			○							
	溝村					○						
北陸区												
新潟県	本田村				●							
	山通村				●							
	桐島村					●						
	田川入村				○							
富山県	布勢村				●							
	百塚村				○							
	下中島村						○					
石川県	中邑知村						●					
福井県	吉野村				○							
	天津村				●							
	野木村					○						
	耳村						●					
	磯部村						●					
	北柚山村							●				
	酒生村								○			
	猪ノ瀬村								○			
	中郷村									○		
東山区												
山梨県	秋田村				●							
	大藤村				○							
	休息村				○							
	山村				○							
	綿塚村				○							
	富士見村						●					
	三穂村				●							
長野県	山口村				●							
	小倉村						●					
	上山田村							●				
岐阜県	鯉川村				○							
	宇留生村				○							
	垂井村							○				
東海区												
静岡県	曾我村				○							
	南上村				●							
	白糸村				○							
	東浅羽村							●				
愛知県	金澤村						●					
三重県	小田村				○							
	矢持村				○							
	木曾崎村						○					
	大賈村				●							
近畿区												
滋賀県	脇ヶ畑村				●							
	安土村				●							
京都府	乙訓村				●							
	上島羽村				●							
大阪府	家島村				○							
	新田村							●				
奈良県	南阿太村							●				
和歌山県	大野村							●				
	王子村								○			
中国区												
鳥取県	上郷村									●		
	大郷村								○			
島根県	三谷村				●							
	四郷村					●						
	大内村					●						
	神原村						●					
	黒松村							●				
	御津村								○			
岡山県	吉岡村				○							
	捷鹿原村				●							
広島県	熊野村							●				
徳島県	南井上村				●							
	寶田村								○			
香川県	飯野村				●							
	多田村				●							
愛媛県	三善村							●				
	高津村							●				
	明神村								○			
	東中島村									○		
高知県	弘岡上ノ村				●							
	富山村							○				
四国区												
徳島県	吉武村				●							
福岡県	立花村							○				
	柳田村							○				
	足白村							○				
	小石原村								●			
	津野村								○			
	串毛村								○			
	安真木村									●		
佐賀県	七浦村							○				
	基里村								●			
長崎県	伊福村				●							
	松原村							●				
	那賀村								●			
熊本県	小田村				●							
	瀬尾村								●			
大分県	糸口村				●							
宮崎県	瓜生野村								●			
	佐志村				●							
鹿児島県	笠利村								●			
	吉利村								●			
	月野村									○		
沖縄県	南風原村											
	喜屋村								○			

注1) ●の調査統計は内務省衛生局(1929)『農村保健衛生実地調査成績』に反映された。  
 注2) 網掛けの村の調査報告書は筆者入手済みのものを指し、III-2の分析に使用した。  
 出典：内務省衛生局(1929)『農村保健衛生実地調査成績』pp. 1-4をもとに筆者作成。

## II-2. 農村調査の方法

二階堂の記録によると、調査手続きは吏員を当該村に派遣し、一部は、吏員が目撃した所、村吏員等が聴取した所ならびに村役場の書類から写し取った所により、他の一部は実地に人または物について検査した所による(二階堂 1921a: 296)。調査期間は1か月以上で2か月以上になる場合も多かったらしい。第1は戸別訪問で、主として衣食住に関する事項を測定あるいは聴取する。第2は健康診断で、村民一人ひとりを最寄りに設けた健康診断所に集めて体格検査と健康診断を行った。第3は糞便調査で、一定の容器を世帯人数分配布し検査所に持ってこさせ、寄生虫卵の有無及び種類を顕微鏡で検査した。第4は水質調査で、井戸あるいは溪流の飲料水を陽気にくみ取らせ、検査所に持ってこさせて分析する、という方法を採用した(二階堂 1921a: 12)。

住民の疾病農民の有病状況の調査方法は、在住農民に対する悉皆調査である。重病者以外は検査場に來させ医師が診察を行い、重病者は主治医の診断の報告によるが、その診断が疑わしい場合は調査班の医師が往診を行う(内務省衛生局 1929: 114)という大掛かりなものであった。さらに二階堂の記録は当時の様子を再現する。「一方には身長や体重を測る、それを健康診断する、他の一方で収集した糞便に集卵処理を行ふ、それを顕微鏡下に照検する、他の一方では採酌した飲料水に科学的検査を行ふ」など、「雑然粉然」とした有様であるが、村の総代をはじめとして人びとが調査に協力していたらしい。戸別訪問による調査においても「酒は何程費りますか」「先ず一升」「それは1か月に」「はい」などと問答し、調査員は調査票準や調査指針で示している通り遺漏なく調査しようと努め、村民も「大した肩の張らない問答に絶えて嫌悪の風がない、寧ろ歓び迎へて居るものと思はれた」(二階堂 1921a: 19)と、二階堂は希望通りの調査ができたことに満足している。

しかし当時の新聞からは、すべての調査が歓迎されたわけではないこともうかがえる。たとえば「調査員は時々個人の財産収入並に衣食住の状況其他血統関係上私人として秘密とすべき事項迄も深く研究することもあろうが徹頭徹尾秘密を保ち迷惑をかけたり名誉を傷つけるようなことは断じてないから安心して打明け話をしてほしい」(東京日日新聞 1918.7.12)、「保健調査は個人に対するものと各戸に対するものと村を単位とするものとの三つに分れて居るが個人に対しては村民全体の体格検査と糞便検査を行い其結果寄生虫のある者には駆除を行うので各戸に対しては其家の遺伝、家屋の構造採光井戸其他に就いて詳細に調査するのであるが之れ迄の経験に依

ると此方の問に対して十分な答えをせず兎角隠蔽しようとする傾向があるのには全く困る」(大阪朝日新聞 1920.4.20)といったように、家族の秘密、名誉の問題について慎重に調査を進めている。

## II-3. 農村調査の項目

全国調査の項目は大別すると、第1に「総論」(地勢・気象・宗教等)、第2に「人口及戸数」、第3に「生産死産及死亡」、第4に「妊産育児ノ状況」、第5に「住民ノ体格」、第6に「寄生虫・原虫其ノ他地方病」、第7に「住民ノ疾病」、第8に「飲食物」、第9に「飲酒及喫煙」、第10に「飲料水」、第11に「住宅」、第12に「結論」である(内務省衛生局 1929: 4-26)。

第7「住民ノ疾病」の項目は、(1)結論診察シ得タル住民ノ疾病関係、(2)結核ノ蔓延状況、(3)結核患者ト職業トノ関係、(4)花柳病、(5)癩病、(6)精神病、(7)トラホーム、(8)齲齒、(9)最近十年間ニ於ケル伝染病流行ノ状況、(10)其ノ他村特有ノ疾病である。

調査票には、(一)「生産ニ関スル調査票」、(二)「死産ニ関スル調査票」、(三)「死亡原因ニ関スル調査票」、(四)「衣食住ニ関スル調査票」、(五)「家族ニ関スル調査票」、(六)「小児ニ関スル調査票」、(七)「水質ニ関スル調査票」、(八)「駆虫ニ関スル調査票」、(九)「食糧ニ関スル調査票」がある(内務省衛生局 1929: 6-12)。

上記(五)の「家族ニ関スル調査票」は、一人1票の単名票で、調査者氏名、調査年月日、戸主あるいは世帯主の姓名、家族人数、住所のほか、調査対象本人の(1)姓名、(2)体性(男女)、(3)戸主トノ続柄、(4)年齢、(5)職業(家計の主、本人)、(6)体重、(7)体高、(8)身長、(9)胸囲、(10)齲齒(上顎・下顎)、(11)健否、(12)疾病、(13)不具廢疾、(14)既往ノ著シキ疾患、(15)飲酒、(16)喫煙、(17)妊孕回数、(18)死産回数等を記入する欄がある(図1参照)。健否欄には「健・中・弱」を記す簡略なものであるが、疾病の項には「寄生虫病・結核(T.B)・花柳病(V)・癩病(A)・精神病(P)・トラホーム・其他」を記すようになっていた。また、(六)の「小児ニ関スル調査票」においても栄養状態の下には「良・中・不良」に分けて記入させ、さらに「遺伝及素質関係」を記入させることになっている。「遺伝及素質関係」を示す選択肢として、「癩病、精神病、結核」はその対象として挙げられている。さらに酒の量は父母いずれかの、常用又は時々を記入するようになっている(図2参照)。

(五)および(六)の調査指針には、「各種ノ疾病ハ調査シ得タル成績ニ依ルモ結核、癩、精神病ニ付テハ感染経路、遺伝状況等ヲナルヘク詳細ニ調査スルコト」(内務省衛生局 1929: 9)とあり、これら3疾病にのみ特別な注意

農村保健衛生実地調査にみる慢性三疾患（結核・ハンセン病・精神病）予防対策上の課題

(男)

第 4 號 家族ニ關スル調査票 内務省衛生局

調査者氏名 戸田 調助 (十五歳以上用) 大正 10 年 5 月 20 日調査

1	姓 名	服野 虎吉		家族 6 人	住所 佐賀 縣 杵島 郡 佐留志 村 大字 佐留志
2	性 別	男			
3	戸主トノ続納	長男		配偶關係	有 無
4	年 齢	明治 25 年 1 月 25 日 生			歳
5	職 業	農作			
6	體 重	13 貫 520 匁			
7	頭 圍	1 尺 7 寸 2 分		縱徑 17.8 釐	横徑 15.1 釐
8	身 長	5 尺 3 寸 0 分			
9	胸 圍	2 尺 6 寸 5 分		縱徑 18.5 釐	横徑 23.0 釐
10	齶 商	上 顎		下 顎	2
11	疾 病	健		中	弱
12	寄生蟲病	十二指蟲		蛔 蟲	鞭 蟲
	T. B				
	V	微 毒		淋 疾	
	A				
	P				
13	トウホーム				
	其 他	慢性氣管支加答兒			
14	不 具 廢 疾	左眼盲			
15	既 往 ノ 疾 患	腸 結 核			
16	飲 酒	常 用		2 合 時々	合 不 飲
17	喫 煙	喫		不 喫	
18	妊 孕 回 數	回 現 存		人	死 亡
19	死 産 回 數	回		死 産	回

備考

図 1 (第三票) 家族に関する調査票

出典：内務省衛生局 (1929) 『農村保健衛生実地調査成績』杉田印刷、p. 20

事項が記されている。

### III. 調査結果およびその報告

#### III-1. 『農村保健衛生実地調査成績』にみる農村住民の疾病罹患状況

『農村保健衛生実地調査成績』に記載されたのは内務省が直接実施した農村 3 か村と地方調査農村は 68 か村、合計 71 か村分の結果 (内務省衛生局 1929 : 114-5) である。71 か村の農村住民 (男 68,695 人、女 69,767 人、計 138,462 人) に対する診察の結果から以下のことが明らかになった。

農村住民の健康診断を実施した結果、農村住民で異常疾病のない者は村民の約 1 割に過ぎず、9 割は異常があると認められた (内務省衛生局 1931 : 622)。

主な疾病は次のとおりである。第 1 は寄生虫保有で住民の 72.9%、第 2 は口腔及咽頭の疾患 (有齶歯を含む) で 42.1%、第 3 はトラホームで 14.4%、第 4 は耳目の疾患で住民の 5.5% (トラホームを除く) で中でも結膜の疾患が多い、第 5 は呼吸器の疾患で 3.9% で特に結核病が多数、第 6 は消化器の疾患で 2.9% で特に胃腸の疾病、第 7 は皮膚の疾患で 2.6% で湿疹が全皮膚疾患の 4 割を

第 19 號 小兒ニ關スル調査票 内務省衛生局

調査者氏名 内務 正一 (零歳以下十五歳適用) 大正 8 年 6 月 23 日調査

1	姓 名	江川 七 子		家族 5 人	住所 山口 縣 吉敷 郡 平川 村 大字 平井
2	身 分	公 生		私 生	
3	生 年 月 日	大正 2 年 11 月 1 日 生		歳	9 月
4	養 育 ノ 場 所	生 家		里 子 育 兒 院	
5	職 業	酒 賣 油 販 賣 業			
6	頭 圍	1 尺 7 寸 2 分		縱徑 17.1 釐	横徑 13.95 釐
7	齶 牙	上 顎		下 顎	2
8	體 重	4 貫 210 匁			
9	身 長	3 尺 0 寸 5 分			
10	胸 圍	縱徑 11.0 釐		横徑 16.5 釐	周圍 1 尺 6 寸 5 分
11	乳 兒 別 養 育 方 法	生 1 月 後	同 2 月 後	同 3 月 後	同 4 月 後
	母 乳				
	牛 乳				
	乳 粉				
	其 他				
12	離 乳 期	生 後 2 年 5 月			
13	既 往 ノ 著 シ キ 疾 患	百日咳			
14	父 母 ノ 職 業	父ノ職業		酒 賣 油 販 賣 業	母ノ職業
15	兩 親 ノ 生 活 程 度	上		中	下
16	實 父 母 ノ 年 齡	父	年	母	年
17	榮 養 狀 態	良		中	不 良
18	胎 産、早 産	胎 産		早 産	月
19	疾 病	寄生蟲病		十二指蟲	蛔 蟲
	病 名			鞭 蟲	東 洋 毛 蟻
20	遺 傳 及 養 育 關 係	A	B	S	T
		母 常 用 合 時々 合 無 不 明		母 常 用 合 時々 合 無 不 明	

備考

図 2 (第四票) 小児に関する調査票

出典：同左

占める、第 8 は循環器の疾患で住民の 2.3% で頸部淋巴腺肥大が大多数、次に心臓弁膜病が多い、第 9 は畸形及不具廢疾で、住民の 1.5% を占め、特に盲人聾啞が多数を占める、第 10 は全身病及体質異常で住民の 1.4% を占め、特に高度の貧血、リウマチ、脚気、腺病質等がある、第 11 は神経系の疾患で住民の 1.2% で主に神経痛半身不随、脳貧血等がある。そのほかに泌尿器及生殖器疾患 0.7%、花柳病 0.4%、地方病 0.4%、腫瘍 0.3%、外傷性疾患 0.2%、精神病 0.2%、急性伝染病 0.2%、癩 0.04% と続く。疾病総数は 214,137 病であり、統計上農村住民一人につき 1 疾病以上を有することになる (内務省衛生局 1931 : 622-3)。

調査は 1 か月から 3 か月と長期に及んだものの、疾病罹患の観点からは短期間なので急性疾病の疾病率は不確定と言わざるを得ないが、「慢性ノ疾病ハ大体ニ於テ本調査ニヨル疾病率ヲ以テ農村住民ノ有病率ヲ知り得ヘント信ス」 (内務省衛生局 1929 : 117) として、慢性疾病の罹患状況を以下のように報告した。

#### (1) 結核患者

まず結核患者は、138,462 人中 796 人が罹患しており、そのうち 646 人が肺結核と判明した。また年齢別に結核

表3 農村保健衛生実地調査疾患別罹患状況

(検査人員 138,462人)

疾患名	人員(人)	検査人員に対する 各疾病の千分比 (%)
結核性疾患	796	5.7
花柳病	615	4.4
癩	58	0.4
トラホーム	19,948	144.1
精神病	270	1.9
寄生虫	100,994	729.4
地方病	602	4.3
急性伝染病	260	1.9
呼吸器ノ疾患	5,376	38.8
口腔及咽頭ノ疾患	58,279	420.9
消化器ノ疾患	3,944	28.5
神経系ノ疾患	1,694	12.2
耳目ノ疾患	7,630	55.1
全身病及異常体質	1,923	13.9
腫瘍	366	2.6
循環器ノ疾患	3,082	22.3
泌尿器及生殖器ノ疾患	998	7.2
皮膚ノ疾患	3,619	26.1
運動器ノ疾患	794	5.7
畸形及不具廢疾	2,113	15.3
外傷性ノ疾患	339	2.4
不明ノ疾患	427	3.1

出典：内務省衛生局(1929)『農村保健衛生実地調査成績』、p. 115をもとに筆者作成。

患者を見ると15歳以上35歳以下の青年期の者に多く、殊に5歳から15歳迄および20歳から45歳迄の者においては特に女性の方が男性よりも患者率が多い。また、肺結核患者の職業は農業、牧畜、養蚕業が74.6%を占めている(内務省衛生局 1929: 117-21)。

(2) 癩病患者

次に癩病については、138,462人中58人の有病者が存在した。58人とはあまりにも少数過ぎるが、報告書ではその理由を「本邦ノ癩患者ハ既ニ癩療養所へ収容サレオルモノ少ナカラサルト又浮浪徘徊ノ徒多数存スルヲ以テ農村民家ニアルモノハ比較的少シ」と分析する。あまりにも少数であるためこの数字から全国の癩患者数を推定はできないとしながらも、本調査によるものは15歳以上であり、男性37人、女性21人である。また年齢別にみると、21歳以下が4人、20歳以上55歳以下が45人、55歳以上が9人と壮年者が最も多いことがわかった(内務省衛生局 1929: 121)。

(3) 精神病患者

そして精神病は、138,462人中270人が罹患しており、

表4 結核病罹患状況

(検査人員 138,462人)

年齢	検査人員(人)		結核患者数(人)		検査人員に対する 疾病の千分比 (%)	
	男	女	男	女	男	女
0歳以上5歳未満	9,909	9,800	6	8	6.1	8.2
5歳以上15歳未満	17,924	6,966	50	71	27.9	41.8
15歳以上20歳未満	5,708	5,532	59	53	103.4	55.8
20歳以上45歳未満	19,887	21,225	149	205	74.9	96.6
45歳以上	15,207	16,189	82	113	53.9	69.8
計	68,695	69,767	346	450	50.4	64.5

出典：同左、pp. 117-120をもとに筆者作成。

表5 癩病罹患状況

(検査人員 138,462人)

年齢	癩病患者数(人)	性別	癩病患者数(人)
20歳以下(ママ)	4	男性	37
20歳以上55歳以下	45	女性	21
55歳以上	9	計	58
計	58		

出典：同左、p. 121をもとに筆者作成。

表6 精神病罹患状況

(検査人員 138,462人)

年齢	精神病患者数(人)		計(人)
	男性	女性	
精神病	59	69	128
白痴	48	48	96
低能	25	21	46
計	132	138	270

出典：同左、p. 121をもとに筆者作成。

その罹患率が0.2%となることがわかった。この調査では、精神病に「白痴」と「低脳」を含んでいる。「白痴」と「低脳」をのぞくと、128名(男59人、女69人)であり、精神病の罹患率が0.1%弱に相当する。報告書では、128人の多くは「自宅監置ノ者ニシテ当村ニ在住ノ者ナル故他ニ入院、保護等ヲ加ヘラレ在村セサル者アル」ために実際数はさらに多くなるだろうと推測しているが、「精神病ノ如キ慢性永年ノ経過ヲトルモノニアリテハ1カ年間ノ患者数モ二三カ月間ノ短期ニ於ケル調査モ大体ニ於テ同シ」であろうとして、精神病の発症率の算出の根拠として妥当とする。日本全体の精神病患者数として統計上計上されていた1917(昭和2)年の62,367人をもとに、本調査による農村精神病罹患率1%として、農村人口を3,600万人であるなら、農村における精神病は約3万6千人と計算した。残りの約2万6千余人が市町にいとみることができる。『報告書』ではこの数字を以



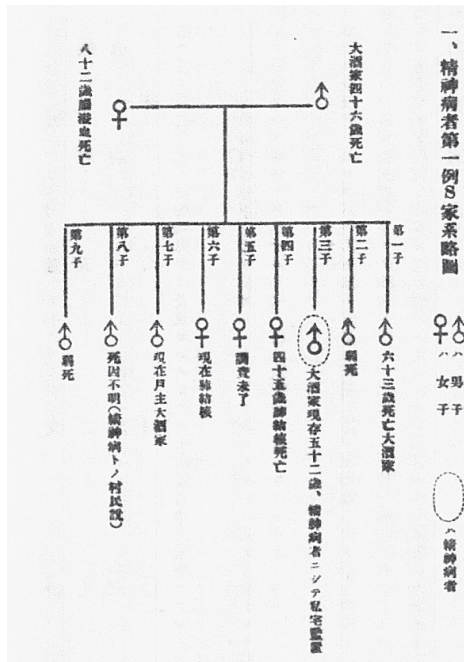


図3 山口県吉敷郡平川村第1例S家系略図

出典：内務省衛生局編（1921）『山口県吉敷郡平川村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査報告』内務省衛生局（近代デジタルライブラリー蔵）p. 176。

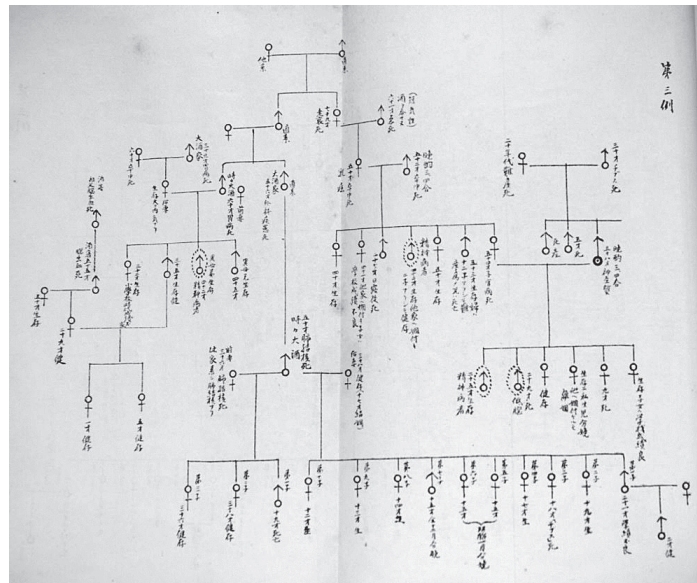


図4 新潟県北蒲原郡本田村第3例

出典：新潟県衛生課編（1922）『農村保健衛生状態実地調査報告 北蒲原郡本田村古志郡山通村 第2輯』（新潟県立図書館蔵）p. 116と117の間の頁。

て「大体ニ於テ精神病者ハ農村ヨリ都会ニ多シト見テ之ノ数字ハ著シキ相違ナカルヘシ」と分析する。

ちなみに、「白痴」は96人（男48人、女48人）、「低脳」46人（男25人、女21人）であった。この調査結果から精神病は女子に多く、「白痴」は男女同数、「低脳」は男にやや多い。「低脳」「白痴」等をいれると日本の精神病および精神異常者は相当多数に上ると報告した（内務省衛生局 1929：121）。

### III-2. 地方庁による「農村保健衛生状態実地調査」の調査分析

各村の調査結果の報告書をもとに、さらに3疾病に対する調査項目を検討する。筆者が入手できている報告書は29か村分（表2の注2参照）である。これらの調査項目・調査結果・考察の仕方を整理すると、内務省指導のもと一斉に行われた調査であるが、「結核、癩、精神病ニ付テハ感染経路、遺伝状況等ヲナルヘク詳細ニ調査スル」という指針（内務省衛生局 1929：9）に基づく「詳細」な調査の仕方が各疾病で異なることがわかった。

調査項目および結果から、結核については病名・年齢別有病数・死亡者数・職業別有病数の他、家族の罹患者との関係・村外活動の有無・住環境（採光、向き、手拭の数など）・飲料水・衣服等、様々な項目を明記した調査票に基づき調査していた。予防上の関心は感染経路である。

癩病については留意事項にあるような「詳細」な項目はない。地方における調査項目および報告はまちまちであった。病者の存在の有無を報告するにとどまる村がほとんどであるが、現在の生活場所や監置状況を記載する村（平川村、秩父別村）がある。居場所以外には関心が薄く、遺伝性や感染経路についての調査もない。

精神病についても統一した「詳細」な調査基準はなかったが、人数・性別・病名および生活状況・法的監置か否かについて調査していた。年齢には関心が薄く、むしろ遺伝性と外因性（飲酒等）との関係を詳細に調査している。これまでに筆者が収集した家系図は13例（平川村、本田村、山通村など）である。山口県平川村の事例は3世代までさかのぼり、精神病患者本人との関係性が図式化され、さらに「大酒豪」「死因不明（精神病トノ村民説）」「私宅監置」などの言葉で細かく補足されている（図3）。新潟県本田村の事例では、6世代にまで遡り、病歴・死因等が記載されている（図4）。新潟県山通村の事例でも4世代・5世代前の「精神病」の既往歴が記載されている。このような詳細な家系図を作成しているのは精神病患者に対する調査だけである。

## IV. 考察

### IV-1. 農村保健衛生実調査の影響

第7部会による農村調査の結果は、前述した寄生虫予

防法定に寄与することになる。1924（大正13）年2月21日、湛増庸一は内務大臣若槻禮次郎に対し「農村保健衛生関係ヲ有ス而シテ強健ナル国民ノ体格ハ農村ニ於テ保持増進セラルルモノ」であるが、「我カ国ノ農村ニ於ケル衛生施設ノ不備ト農民ノ経済的窮迫ノ為ニ農村居住者一般ノ健康状態ハ近時誠ニ寒心ニ堪ヘサル」ものであり、これは「実ニ国家社会ノ重大問題」であるので、速やかに適当な方策を講ずべきとするものである。それに対し、同年3月3日、「農村保健衛生ニ関スル質問ニ対スル答弁書」に、調査会を設置し農村衛生に関する部会を設け、農村衛生を改善する目的で1918（大正7）年7月9日同会連合主査会の決議に基づいて農村調査を実施した結果、「農村衛生上注意スヘキ事項ト認ムヘキハ農村住民人体寄生虫蔓延ノ著シキコト、各種疾病ノ多キコト、農村住民体格ノ優良ナラサルコト、農村飲料水ノ不良ナルコト、医療機関ノ不備ナルコト、乳児死亡ノ多キコト、農村住宅ノ不衛生的ナルコト、農村住民保健知識ノ特ニ欠乏セルコト」等が明らかになった。特にその蔓延が明らかな「人体寄生虫ノ駆除」、「不良ナル飲料水ノ改善」について中央及び地方財政の許す範囲において速やかに方策を確立し実行すると回答した（公文書1924.3.3）。

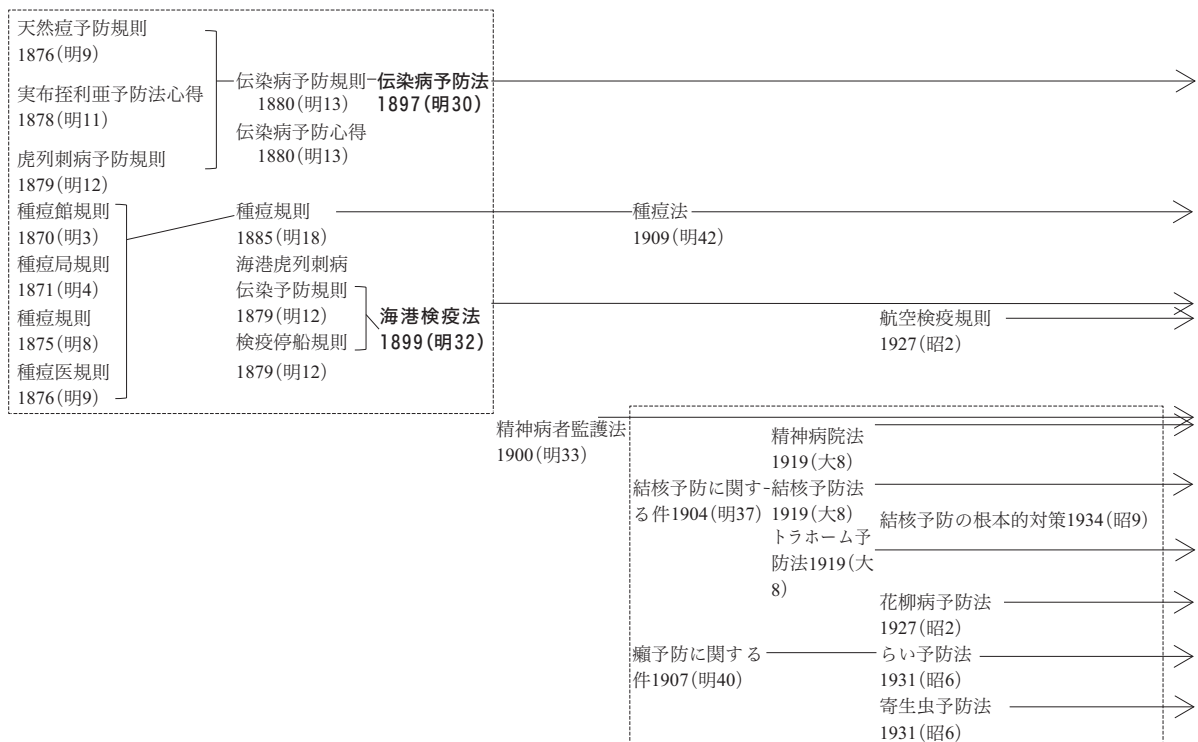
その後、1930（昭和5）年3月8日の調査会の決議に

より「農村衛生改善ニ関スル特別委員会」が設置された。農村調査結果によって急務とされたのは(1)農村飲料水の改善、(2)農村便所の改善、(3)農村人体寄生虫病及地方病予防、(4)農村民衛生思想啓発である（保健衛生調査会 1931：14）。特に国民の6割弱を占める農村住民の中の約9割が寄生虫を保有していることを背景に、寄生虫病予防法（1931〔法59〕）が成立する。

#### IV-2. 保健衛生調査会による慢性三疾病対策への影響

結核については既に、1908（明治41）年のローベルト・コッホ（Robert Koch）の来日以来、白十字会や日本結核予防協会が創設され、予防事業が開始されていた。1914（大正3）年には貧困者を対象に公立結核療養所の設置が促進され、1919（大正8）年、結核予防法（1919〔法26〕）が制定、本格的な結核予防対策が始められる。ハンセン病については、民間の救済事業が先行し、1907（明治40）年に浮浪患者を対象にした「癩予防ニ関スル件」（1907〔法11〕）が成立、1931（昭和6）年には全患者を対象にした癩予防法（1931〔法58〕）に改正され、国立療養所の設置、医療費も公費負担となった。精神病については、1900（明治33）年の精神病者監護法（1900〔法38〕）制定後、監護義務者による監護政策から1919（大正8）年に精神病院法（1919〔法25〕）が成立し、医療対策へと進展、国庫補助による精

表7 明治から大正期における衛生関連法



出典：大震会（1971b）『内務省史 第4巻』pp. 751-901を参考に筆者作成。

神病院の普及が目指される（村上 2013a、2013b）。その他の疾患については花柳病予防法（1927 [法48]）、寄生虫予防法（1931 [法59]）が制定されている。また、調査会は結核予防の根本的対策（1934）の提言にも関与している（表7）。さらに、農村保健衛生実地調査の統計及び報告を担当した内務技手南崎雄七は、1928（昭和3）年には国際連盟の主催でジュネーブで催されたヨーロッパ諸国の農村衛生会議に参加し、ヨーロッパ各国の農村衛生の実情視察をする。その結果や同会議の勧告はのちの保健所法制定の参考資料ともなっていた（大霞会 1971a：328-9）。

## V. 結論

本論では大正期に保健衛生調査会が実施した農村保健衛生実地調査を手掛かりに、特に慢性三疾患（結核、ハンセン病、精神病）の政策上の課題をその背景とともに明らかにした。

日清・日露戦争後の急速な産業推進を背景に、内務省にとって「国防」と「生産」の原動力たるべき国民の保健増進は最重要課題であった。「人口資源」確保のために、慢性疾患対策は、国民の出生率向上・体力増強とともに、政策上の課題として浮上する。保健衛生調査会は統計学的調査研究のために1916（大正5）年に設置され、その第7部会で農村保健衛生実地調査を実施することになる。

農村保健衛生実地調査は、1918（大正7）年から1928（昭和3）年にかけて実施された全国的な大規模調査である。慢性疾患として認識されていた結核病、ハンセン病、精神病については「詳細に調査すること」という特別枠で留意事項が掲げられていた。

結核については病名・年齢別有病数、死亡者数、職業別有病数の他、家族の罹患者との関係、村外活動の有無、住環境（採光、向き、手拭の数など）飲料水、衣服等を明記した調査票に基づき調査していた。調査の結果、結核患者は15歳以上35歳以下の青年期の者に多く、殊に5歳から15歳迄および20歳から45歳迄の者においては特に女性の方が男性よりも患者率が多い。死亡率・出生率に直接関連する結核の予防上の関心は感染経路の確認、つまりは感染予防にあった。

ハンセン病については留意事項にあるような「詳細」な項目はない。地方における調査項目および報告はまちまちであった。人数、性別、年齢だけ記載している村もあり、現在の生活場所や監置状況を記載した村もあったが、多くは病者の存在の有無を報告していた。遺伝性、感染経路などについての調査はなく、関心の薄さがあら

われる。検査対象者13万余人中ハンセン病と診断されたのは全国で58人（0.04%）にとどまる。当時すでに隔離政策が始まっていたことを考えると療養所に収容されていたか、あるいは村に残ることができず寺社等にいたかの検証が必要である。ハンセン病の予防対策上の関心は人数と居場所の確認、そして隔離による予防にあった。

精神病についても統一した「詳細」な調査基準はなかったが、人数、性別、病名および生活状況、監置状況、法的監置か否かについて調査し報告していた。年齢に関心が薄いのは長期に及ぶ病気、不治の病という認識があったからであろう。年齢よりもむしろ遺伝性、外因性（飲酒等）との関係を詳細に調査している。数世代前に遡る詳細な家系図を作成しているのは精神病者調査だけであった。精神病予防対策上の関心は遺伝との関係性を明らかにすることによる発生そのものの予防にあった。

調査は、結核に関しては感染経路と衛生環境の把握、ハンセン病に関しては居場所の特定、精神病に関しては発生原因の解明に取り組んでいた。調査の後、癩予防に関する件（1907）が癩予防法（1931）に改正され、1919年には結核予防法、精神病院法が制定した。ハンセン病は強制隔離政策へ、結核病は強制をとまなわない治療収容政策へ、精神病は非監置もしくは必要に応じた監置政策へと展開していく。衛生行政が単なる対症療法的な防疫対策から、健康改善・増進を意図した積極的行政へと移行する中で、慢性三疾患対策は三様に分岐していくが、その出発点を保健衛生調査会の農村保健衛生実地調査にみることができた。

## 追記

本研究はJSPS 科研費24530749、25380818の助成を受けたものである。

## 注

- 1) 1916（大正5）年6月26日「内務統計官二階堂保則外34名保健衛生調査会委員並同幹事被仰付ノ件」（公文書 1916.6.26）によると、34人は以下のとおりである。二階堂保則（内務統計官）・渡邊勝三郎（内務地方局長）・中川望（内務衛生局長）・山田準次郎（内務省参事官）・野田忠廣（内務技師）・西崎弘太郎（薬学博士）・内野仙一・石津利作・山田弘倫（陸軍一等軍医正医学博士）・栗本庸勝（警視庁衛生部長）・石黒忠憲（正3位勲1等功3級男爵）・高木兼寛（正3位勲1等医学博士男爵）・森林太郎（正3位勲1等功3級医学博士・文学博士）・三宅秀（正4位勲2等医学博士）・柳澤保恵（従3位勲4等伯爵）・宮入慶之助（従4位勲3等医学博士）・北島多一（従4位勲4等医学博士）・山根正次（正5位勲4等）・高野岩三郎（正5位勲4等法学博士）・横手千代之助（正5位勲4等医学博士）・林春雄（正5位勲5等同）・稲葉良太郎（正5位勲5等功5級同）・磐瀬雄一（従5位勲5等同）・永井潜（従5位同）・宮本叔（従5位勲3等）・矢作榮藏

(正5位勲5等法学博士)・三宅鑛一(正6位医学博士)・光田健輔(従6位)・芳我石雄(正7位医学博士)・富士川游(医学博士・文学博士)・伊丹繁(医学博士)・佐伯矩(同)・唐澤光徳(医学博士)・瀬川昌世。

2) 出席者は前述した委員の全員と幹事の長岡隆一郎である。「調査研究地ハ山梨県甲府盆地、西山梨郡山城村住吉村ト定めメ観察ノ第1着手トシテ既往10年間ニ於ケル死亡者ノ死因ヲ調査スル為村役場ニ就キ戸籍ト埋葬認許証ヲ抜萃シ且ツ現在症調査ノ一手段トシテ糞便検査ヲ行ヒタルニ其成績ハ猶未タ十分観察シ得サルモ最モ多キハ鞭虫、次は回虫、次は十二指腸虫、次は東洋毛椽線虫ト住血吸虫ナルカ第1ニ地方病タル住血吸虫ヲ予防撲滅シ次ニ十二指腸中モ亦予防ノ方法ヲ講スル必要アリト認ム回虫、鞭虫ノ如キモ之ヲ放任シテ可ナルヤ否ヤ研究スヘキ問題ナルヘシ」(保健衛生調査会 1917: 113)

3) 1916(大正5)年7月22日、第3回本会議において高野岩三郎は、第7部会で実施する調査では、「工場の衛生状態」も含めることを提議している。これに柳澤保恵は賛成、高木兼寛は工場衛生は工場法実施により農商務省において調査すべきことなので必要ないと反対。結果高野案は否決された(保健衛生調査会 1917: 34)。高野岩三郎は、1918(大正7)年10月22日に保健衛生調査会第7部会に以下の「都市衛生状態実地調査案」を提出する。「都市衛生状態ニ関シ左記ノ計画ニ従ヒ実地調査ヲ試ムント欲ス一、調査目的物及事項 多数ノ熟練職工家族の団衆スル地域ヲ選ヒ、(1)其ノ住居状態、(2)家系状態、(3)小児ノ健康状態、(4)既往ニ於ケル生産死産及疾病ノ状態等、一、調査地 本所区柳島横川町、一、調査期間 成ルヘク長期間、一、調査方法 調査地ニ調査所ヲ設ケ専任ノ調査員ヲ配置シ小学校、警察署、区役所、医師、工場主、労働者等ノ援助ヲ求メ統計材料其ノ他確実ナル材料ヲ調製収集ス、一、小学校職員其ノ他俸給生活者ニ於テハ類似ノ形式ニヨリ別ニ調査ヲ初ムル目的ニテ研究スルコト」(保健衛生調査会 1920: 69-70)。さらに同日、実地調査地が月島に変更された。周知のようにいわゆる「月島調査」は1918(大正7)年11月から1919(大正8)年ないし1920(大正9)年秋まで実施された。高野は月島調査を、ある実践的意図をもって企画したがそれは宮入慶之助の伝統を踏まえたものと言える。

4) この遙堪村に関しては、二階堂の論文の中にはその記録が残っている(二階堂 1921c: 351-62)。

#### 引用・参考文献一覧

宇都宮みのり(2014)「保健衛生調査会における『精神病者』対策の検討過程分析」『社会福祉学』55(1), 23-35.

大阪朝日新聞(1920.4.20)「四国の代表的村落として清水村の保健調査一同村が選定された理由—久保内務属談」, 神戸大学附属図書館新聞記事文庫.

香川県警察部衛生課(1923)『香川県綾歌郡飯野村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査報告書』.

鹿児島県衛生課(1923)『鹿児島県薩摩郡佐志村に於ける農村保健衛生状態実地調査報告』.

鹿児島県衛生課(1926)『鹿児島県日置郡吉利村に於ける農村保健衛生状態実地調査報告』.

京都府警察部衛生課(1923)『保健衛生調査書』.

警視庁衛生部(1925)『東京府西多摩郡戸倉村ニ於ケル農村保健衛生実地調査報告』.

公文書(1916.6.26)「内務統計官二階堂保則外三十四名保健衛生調査会委員並同幹事被仰付ノ件」(国立公文書館デジタルアーカイブ蔵: リール番号021700).

公文書(1924.3.3)「衆議院議員湛増庸一提出農村保健衛生ニ関スル質問ニ対スル答弁書」内務省閣衛第15号「農村保健衛生ニ関スル答弁ノ件」(国立公文書館デジタルアーカイブ蔵: リール番号043200).

滋賀県警察部衛生課(1913)『滋賀県栗太郡大寶村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査書』.

滋賀県警察部衛生課(1913)『賀懸犬上郡脇ヶ畑村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査書』.

滋賀県警察部衛生課(1914)『滋賀県蒲生郡安土村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査書』.

清水勝嘉(1990)『解説 農村保健衛生実地調査』不二出版.

清水勝嘉(1991)『昭和戦前期日本公衆衛生史』不二出版.

清水洋(1979)「保健衛生調査会をめぐる」『医学史研究』52.

関谷耕一(1970)「高野岩三郎と月島調査」生活古典叢書第6巻『月島調査』光生館.

大霞会(1971a)『内務省史 第3巻』地方財務協会.

大霞会(1971b)『内務省史 第4巻』地方財務協会.

暉峻義等, 三浦豊彦対談(1962)「労働と暉峻義等(第2回)」『労働の科学』17(6), 36-45.

東京日日新聞(1918.7.12)氏原防疫官談「農村生活を詳密に知る為め特殊疾病の治療もすれば個人の秘密事項も調べる—国民保健調査の実行方法として—先ず愛知, 静岡, 埼玉三県に」, 神戸大学附属図書館新聞記事文庫.

徳島県衛生課編(1924)『徳島県名東郡南井上村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査報告』.

富山県警察部(1922)『富山県氷見郡布勢村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査書』.

内務省衛生局(1915)『保健衛生調査ニ就テ』一成社.

内務省衛生局(1918)『山梨県ニ於ケル農村保健衛生調査報告』.

内務省衛生局(1921)『山口県吉敷郡平川村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査報告』.

内務省衛生局(1922a)『秋田県山本郡富根村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査報告』.

内務省衛生局(1922b)『愛媛県越智郡清水村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査報告』.

内務省衛生局(1923)『佐賀県杵島郡佐留志村ニ於ケル農村保健衛生状態調査報告』.

内務省衛生局(1925)『医制五拾年史』倭文社.

内務省衛生局(1929)『農村保健衛生実地調査成績』杉田屋印刷所.

内務省衛生局(1931)『農村衛生状態に就テ』杉田屋印刷所.

中川清(1981)「内務省衛生局『山梨県に於ける農村保健衛生調査報告』」『新潟大学商学論集』, 201-11.

長崎県衛生課編(1925)『長崎県東彼杵郡松原村ニ於ケル農村保健衛生実地調査報告』.

新潟県衛生課(1922)『農村保健衛生状態実地調査報告: 北蒲原郡本田村古志郡山通村 第2輯』.

新潟県衛生課(1923)『三島郡桐島村農村保健衛生状態実地調査報告』.

二階堂保則(1921a)「農村の保健衛生実地調査に就テ」『統計集誌』488, 7-22.

二階堂保則(1921b)「農村の保健衛生実地調査に就テ(二)」『統計集誌』489, 1-15.

二階堂保則(1921c)「農村の保健衛生実地調査に就テ(三)(完)」『統計集誌』490, 1-12.

北海道警察部衛生課(1926)『雨竜郡秩父別村ニ於ケル農村保健衛生実地調査報告』.

- 福井県警察部衛生部（1922）『福井県警察部吉田郡吉野村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査書』。
- 福井県警察部衛生課（1924）『丹生郡天津村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査書』。
- 福井県警察部衛生部（1925）『福井県三方郡耳村保健衛生実地調査報告』。
- 福井県警察部衛生部（1926）『福井県坂井郡磯部村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査報告』。
- 福井県警察部衛生課編（1931）『福井県敦賀郡中郷村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査報告』。
- 福岡日日新聞（1918.4.11）「保健調査」，神戸大学附属図書館新聞記事文庫。
- 保健衛生調査会（1917）『保健衛生調査会第1回報告書』東京製本。
- 保健衛生調査会（1920）『保健衛生調査会第4回報告書』一成社印刷。
- 保健衛生調査会（1931）『保健衛生調査会第15回報告書』一成社印刷。
- 三浦豊彦（1979）「労働衛生学史序説（第25部）一大原社会問題研究所創立前後一」『労働科学』55(3)，125-39。
- 三浦豊彦（1979）「労働衛生学史序説（第27部）一保健衛生調査会の農村保健衛生調査，女工哀史，炭鉱夫哀史一」『労働科学』55(6)，299-315。
- 宮入慶之助（1917）「如何なる調査にも必ず相当の方法を要す。」（1917.10.11 警察部長会議における講演記録），内務省衛生局（1918）『山梨県ニ於ケル農村保健衛生調査報告』，1-11。
- 村上貴美子（2013a）「『癩予防ニ関スル法律』の制定要因に関する考察」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』16(2)，39-47。
- 村上貴美子（2013b）「結核予防法の成立要因に関する考察」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』17(1)，27-36。
- 村越一哲（2005）「農村保健衛生実地調査の計画過程：部会と各部聯合主査会の役割を中心として」『駿河台大学文化情報学部紀要』12(1)，13-26。
- 山上雅子・豊川裕之（1978）「農村保健衛生実地調査の追跡研究」『民族衛生』44(3)，125-37。
- 山梨県衛生課編（1924）『北巨摩郡秋田村・東八代郡富士見村・東山梨郡大藤村農村保健衛生実地調査報告』。
- 和歌山県編（1928）『和歌山県那賀郡王子村ニ於ケル農村保健衛生状態実地調査報告』。

## The Characteristics of the Dealing with Three Major Epidemics (Tuberculosis, Hansen's Disease and Mental Illness) in the Rural Health Hygiene Field Survey

UTSUNOMIYA Minori

The purpose of this study is to understand the characteristics of the national government's policy on the persons with three major epidemics in the early twentieth century. Three major epidemics: Tuberculosis, Hansen's disease and Mental Illness in the Rural Health Hygiene Field Survey from 1918 to 1928 by the Health and Hygiene Investigation (Hoken Eisei Chōsa-kai) are particularly important for the comparative study.

1) Tuberculosis; Understanding of infection routes and hygienic environments, 2) Hansen's Disease; Specification of locations, 3) Mental Illness; Recording of patient numbers and identification of the causes. The Public Health Officials in 1920s switched their policy from epidemic control to health promotion. But they excluded these three chronic diseases and set the specific policy goal.