

第5章 農村の動向と厚生行政

農村は、いま激しく揺れ動いている。社会的経済的変動の激しさが現代の特徴であるとすれば、農村もまたその例外ではなく、むしろ見方によれば、農村がかつて長い間生産活動の面でも日常生活のうえでも、比較的停滞的閉鎖的であつただけに、変化の与える衝撃は都会よりもかえつて激しいものがあるといえる。

この農村変動の原動力となつているものは、最近における日本経済の著しい発展であり、立ちおくれていた農村経済は、急速に近代化を図り、適応力を強めることを要請されるに至つた。これを現象面でみると、第二次産業の雇用需要の増大が若年労働力を中心として農業から他産業への労働力の地すべりの移動を招来し、また通勤型態の兼業農家を増加させるに至つた。この結果として、さらには交通やマスコミの発達により、都市と農村の隔たりは物理的にも心理的にも、非常に近いものとなり、潜在的であつた生活環境や生活水準の格差が表面化し、消費生活を中心に農村生活の都市化が盛んになつてきた。しかし、農村における生活が、保健福祉の面でも文化娯楽の面でも劣つており、農業が激しい労働の割には所得の少ない産業であるため、農家生活は特に若い人たちにとつて人気のないものとなり、農家のあととり息子の離村や、農村に残つた青年の結婚難など、新たな社会問題となりつつある。

もちろん、経済社会の発展に伴つて第一次産業から第二次、第三次産業へと就業人口が移動するのは、先進諸国も例外なく経てきた道であり、当然のなりゆきともいえるが、一方では都市の過密化が各種の弊害を生むなど、急激な変化はその過程で各種の摩擦を生じ、農村を出る者にも残る者にも生活上の不安がつきまとつている。すべての国民に健康で文化的な生活を保障することを責務とする厚生行政としては、この現実をじゆうぶんな注意をもつて直視し、適切に対処していかなければならない。以下、転換期にある農村生活の問題点を検討し、厚生行政としていかなる点に力を注ぐべきかを探つてみよう。

第5章 農村の動向と厚生行政

1 労働力の流出

農家戸数と農家人口

戦前におけるわが国の農家戸数と農業就業者は、長期間にわたつて550万戸、就業者1,400万人にほぼ一定していた。このことは、人口の自然増加によつて生ずる過剰労働力人口が、戦前においても、恒常的に流出していたことを意味するが、その流出状態は、周知のように低廉豊富な若年労働力の供給源としての役目を果たしていたので、年齢的には15歳から19歳、移動先の職業では、男子が工業と商業、女子では工業(女工)と家事使用人が多く、低賃金がその特色をなしており、安定的職場を得て、一家をあげて都市に移動するような例はまれであつた。戦後は、敗戦による帰農者と、農地改革の影響もあつて農家戸数も農業従事者も一時的に膨脹したが、食糧事情の緩和とともに昭和25年ごろを境として、再び減少期を迎えるに至り、25年に約3,800万人まで膨脹した農家人口は、35年には3,447万人となつている。この間農家戸数はあまり変動がなく、一家をあげての離村が少ないという点で、人口流出の型が基調としては、戦前と大きな差異がないことを示している(第5-1表参照)。

第5-1表 農家戸数と農家人口の変動

第5—1表 農家戸数と農家人口の変動(全国)

	戸数	増減(△)数	増減(△)率	人口	増減(△)数	増減(△)率
	万戸	万戸	%	万人	万人	%
25年	621.2	—	—	3,800	—	—
30	607.5	△ 13.7	△ 2.2	3,662	△ 138	△ 3.6
35	605.6	△ 1.9	△ 0.3	3,447	△ 215	△ 5.9

資料：農林省「世界農業センサス(25年)」、「臨時農業基本調査(30年)」および「世界農林業センサス(35年)」による。

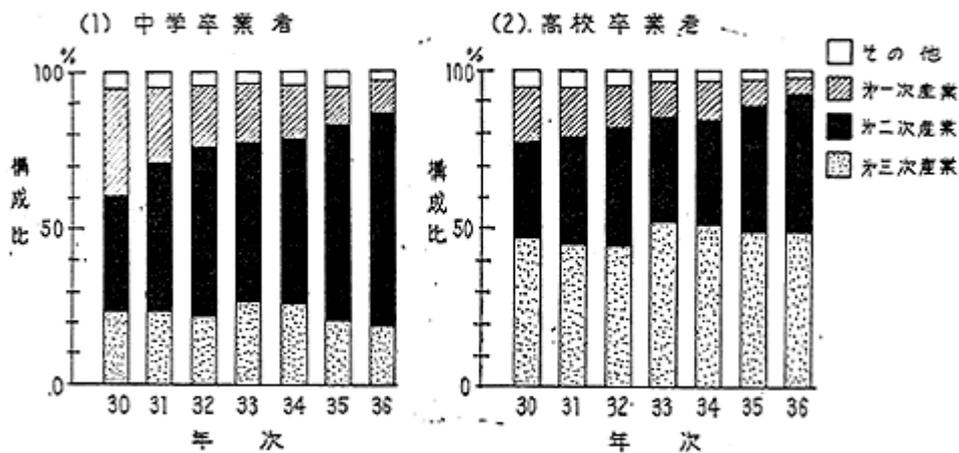
第5章 農村の動向と厚生行政

1 労働力の流出 農業就業者

農業就業者の減少傾向を、最も端的に表わす指標は、新しく学校を卒業する者の産業別就職状況を表わす第5-1図で、第一次産業への就業者は、激減傾向を示している。

第5-1図 新規学卒者の産業分類別就職状況

第5-1図 新規学卒者の産業分類別就職状況



資料：文部省「学校基本調査」による。

さらに、農家世帯員のお他産業への就職状況をみても、昭和34年64万人、35年71万人、36年76万人とこれまた年々の増加テンポを早めつつある。第5-2表にみられるように、36年度には、基本的には、新規学卒者などの若年労働力を中心としながらも、前年と比較して、年齢別には、35歳以上の中年者が、世帯上の地位別では、経営主が著しく増加し、また、農業就業者からの転出が多くなっている点も注目される。学卒者の就業状況とあわせて考えれば、数年来の経済成長に伴う労働市場の拡大により、労働力供給源としての農村においても、進学率の向上もあつて、もはや毎年の若年労働力の供給力は、限度に近づき、さらに第二次、第三次産業が労働力の需要増加率を高めるとすれば、増加分は20歳以上、特に35歳以上の年齢層へと進まざるをえない実情にあるといえよう。

第5-2表 農林漁家世帯員のお他産業への就職者数

第5-2表 農林漁家世帯員の他産業
への就職者数
(単位:100人)

		35年	36年
総	数	7,068	7,615
年齢階級別 (男女計)	19歳以下	4,879	4,873
	20～34	1,888	2,204
	35歳以上	301	538
総	数	7,068	7,615
世帯別 上の地	経営者	283	476
	あ と と り	1,162	1,352
	その他の家族	5,623	5,787

資料:農林省「農林漁家就業動向調査」による。

今後,中高年齢層を中心に,労働力の流動を円滑にし,転出先の職場における安定定着性を高めるためには,たとえば第3章において取り上げている児童手当制度の創設などの施策がきわめて緊要なものとなる。

第5章 農村の動向と厚生行政

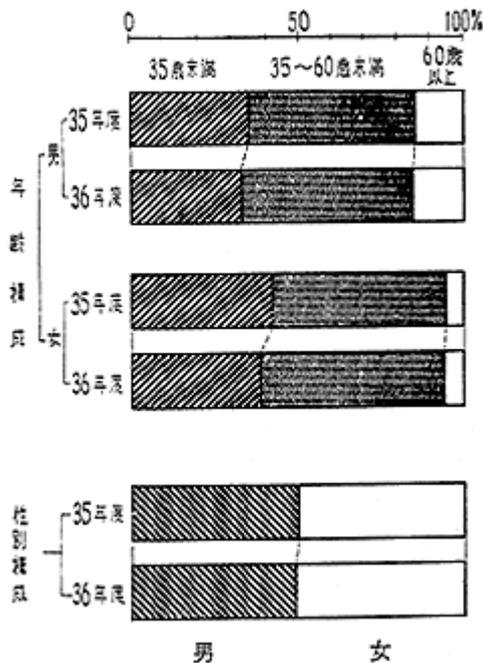
1 労働力の流出

農業労働力の老齡化,女性化

さて,このような労働力の流出傾向は,その裏はらとして,農業労働力の老齡化,女性化をきたすこととなる。第5-2図は,その実情を示すもので世帯主は他に働きに出て,残された家族が飯米確保,その他の農業を営む兼業農家が著しく増加しているのも,最近の大きな特色となつている。このことは,農家の主婦が家事と農作業の二重負担から労働過重となることが多く,母子の健康保持と保育に欠ける児童の保護が緊要な課題とされる背景をなしている。

第5-2図 農業専従者の性別・年齢別構成

第5-2図 農業専従者の性別・年齢別構成(全国)



資料：農林省「農家経済調査」による。

第5章 農村の動向と厚生行政

1 労働力の流出

農業構造改善施策

今まで述べてきたような農家労働力の他の産業への流出傾向が増大している理由は、農村が不完全就業者としての過剰人口をかかえてきたことにもよるが、根本的には、現在の農業の生産性が他産業に比べて低いことによる。

農業の近代化を図ることによつてその格差を埋める必要があり、政府が、農業基本法を制定し、これをよりどころとして、農業の体質改善施策を推進しているのもこのためである。

その方策として、第一には国民の消費水準の向上によつて起こつた需要食品の変化に応ずるよう畜産物、野菜、果実など、所得弾力性の大きい商品の増産を図る選択的拡大、第二には技術革新による生産性の向上、第三には農業構造の改善と総称される経営規模の拡大、農地の集団化、家畜の導入、機械化などによる経営の近代化が考えられている。そしてその根本にあるものは、農業だけで生活できる自立経営農家の育成であり、主としてそれを対象とした各種の施策であるが、厚生行政としても、農業構造改善施策が順調に進ちよくするよう留意するとともに、特に自立経営規模に至らない零細農家、兼業農家のうち、沈んで低所得階層として固定化するものでないよう配慮するとともに、魅力ある農村生活の確保のため、生活環境の整備に一段の努力を払わなければならない。

第5章 農村の動向と厚生行政

2 農村における保健福祉の諸問題

保健福祉水準向上の緊要性

この章の1において、農業労働力の他産業への地すべりの流出傾向が増大しつつあること、しかも流出する労働力のほとんどが若年労働力であり、最近に至つては、農家の経営主やあととりにまで及んできたことについて指摘してきたが、このことは、要するに、日本の農業が生産性が低いために労働条件のきびしい職業として農村の青年の魅力を失わせ、加えて農村における生活環境施設が都市に比べて整備が遅れているために、農業従事者に自分たちの生活が「健康で文化的」な生活に縁が遠いという感をいだかせているというのであろうか。農業構造改善施策は、自立経営農家の育成を旨としているが、優秀な若年労働力が農村を安住の地として定着するためには、農業そのものの技術的改善進歩とともに、農家生活が、さらには農村の生活環境が一段と改善されることが必要であろう。

一方新産業都市の建設、大都市の地方分散、低開発地域における工業開発など一連の地域開発が現在、急速に進められつつあるため農村のもつ問題も地域により種々異なつてきつつある。保健福祉水準の向上を論ずる場合にも地域の実情に合ったキメのこまかい行政の手が、長期的、計画的視野にたつて差し伸べられることが、今日の農村ほど必要なところはないであろう。

第5章 農村の動向と厚生行政

2 農村における保健福祉の諸問題

消費支出

農家と都市世帯の家計を比べてみると、昭和36年の年間消費支出においては、第5-3表のとおり、農家は都市世帯の93.4%であるが、農家の世帯人員5.62人に対し都市世帯は4.35人と異なっており、世帯人員数を調整した場合には、その格差は80.3と開いてくる。さらに、この消費支出の内訳をみると、消費水準の差以上に消費構造の違いが著しい。たとえば、食料費の格差は、93.3であるが、そのうち米については173.9と農村が非常に高いが、副食品は71.5とはなはだ低いとか、雑費が97.6であるのにそのうちの保健衛生費は76.3、学校教育費は72.2と農家は都市世帯をかなり下回っているなどの事実である。

第5-3表 農家、都市世帯別消費支出とその内訳

第5-3表 農家、都市世帯別消費支出とその内訳(品目分類)
(36年計)

	農家世帯	都市世帯	格差 (都市世帯 =100)
世帯人員数	5.62人	4.35人	129.2
消費支出	386,061円	413,468円	93.4
食料費	167,290	179,326	93.3
住居費	46,449	48,580	95.6
光熱費	18,241	20,693	87.3
被服費	44,698	52,549	85.1
雑費	109,383	112,120	97.6
保健衛生費	17,160	22,479	76.3
学校教育費	10,374	14,370	72.2

(注) 農家は農林省「農家経済調査」の結果で、都市世帯は家計調査の品目分類による全都市世帯の結果であり、家計調査を農家経済調査の分類に合わせてある。

農家の消費水準が近年著しく向上してきた(第5-4表参照)にもかかわらず、その内容には、都市との比較において、なお多くの差違があり、このことが農民の生活水準にどのような影響を与えているのであろうか。まず、健康の状態から探ってみよう。

第5-4表 農家、都市世帯別消費支出の対前年増加率

第5-4表 農家、都市世帯別消費支出
の対前年増加率
(36年平均)

(単位：%)

	名 目		実 質	
	農 家	都市世帯	農 家	都市世帯
消費支出	12.5	9.8	5.4	4.2
食料費	6.9	6.5	0.5	0.4
住居費	28.6	21.8	17.5	14.7
光熱費	13.1	8.4	2.4	4.2
被服費	13.4	15.2	6.1	11.3
雑費	14.2	8.9	8.4	3.9

(注) 農家の結果は農林省「農家経済調査」の結果で、都市世帯は家計調査の用途分類による全都市世帯の結果である。

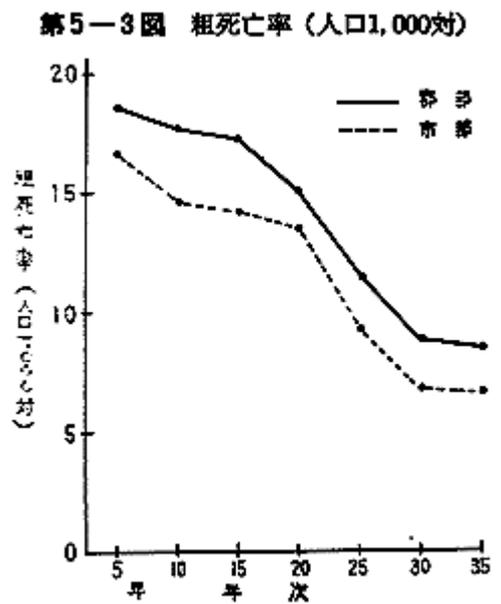
第5章 農村の動向と厚生行政

2 農村における保健福祉の諸問題

死亡率

農村における健康状態は、戦後しだいに改善をみたことは、第5-3図の市部郡部別粗死亡率の推移からも明らかであるが、なお、郡部の方が死亡率が高い。昭和36年の死亡率についても、北海道、宮城、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡など、概して大都市を含む都道府県が低く、石川、滋賀、鳥取、島根、徳島、高知、大分の諸県が高くなっている。六大都市の死亡率は人口1,000対5.6であるのに比べて、他の地域は7.8である。都道府県によつて人口の年齢構成に差があることや、農村が都市に比べ高齢人口の割合が多いことなどをも考慮する必要はあるが依然として都市より農村の方が死亡率が高いといえよう。

第5-3図 粗死亡率



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

さらに、これを就業者の職業別死亡率からみると、第5-5表のとおり、農林漁業従事者の死亡率は、他産業従事者に比べて高い。しかも、他産業従事者にあつては死亡率が低下しているにもかかわらず、農林漁業従事者においては、逆に高くなっている。農林漁業従事者に老人の占める割合がしだいに大きくなっていることを考慮して、年齢構成を同一にした訂正死亡率に換算した数字によれば、第5-4図のとおり第一位は採鉱採石、第二位が運輸次いで農林漁業となつている。しかしながら、昭和29年から31年の平均と35年のそれと比較すると農林漁業は、他の職種が減少傾向にある中で、相かわらず増加している。

第5-5表 職業別死亡率の推移

第5-5表 職業別死亡率の推移(人口10万対)

	26~27年 (A)	29~31 (B)	(B) / (A)
就業者総数	675.6	747.7	1.11
農林漁業	817.3	1,201.3	1.47
専門的技術的職業	660.3	536.5	0.81
管理的職業	575.5	532.9	0.92
事務従事者	457.3	406.3	0.89
販売従事者	737.1	651.4	0.88
採鉱採石	787.3	758.4	0.96
運輸	458.1	353.8	0.73
技能工	528.3	511.1	0.97
単純労働者	600.9	607.9	1.01
サービス職業	569.8	390.3	0.68

資料：厚生省統計調査部「職業別人口動態統計特別報告」による。

第5-4図 15歳以上男就業者の職業別訂正死亡率

第5-4図 15歳以上男就業者の職業別訂正死亡率(人口1,000対)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

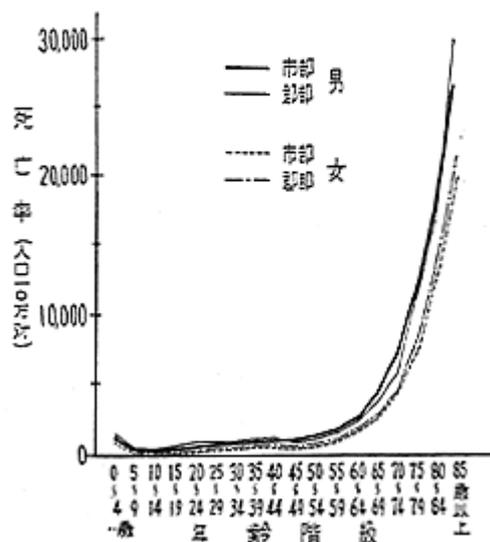
(注) 35年は35年、29年から31年は30年の男の15歳以上就業人口を基準とした。

運輸業や採鉱採石業では、労働安全衛生をいつそう強化することによつても死亡率を改善する余地があるが、農村においては、どこに重点をおけばこれを改善することができるであろうか。

まず性別、市部郡部別、年齢階級別死亡率をみると第5-5図のとおり全体として郡部の方が死亡率が高いが、各年齢階級すべてにおいて高いというわけではなく、男女総数においては、50歳から55歳を境に郡部の方が低くなつており、この傾向はそれ以後の年齢層においてもみられる。ただし、性別によつてみると男にあつては、45歳から49歳が市部と郡部が逆転する境であるのに対して、女子においては70歳から74歳である。このことは、農村の主婦が都市の主婦に比べて、家事と農事の二重の負担のもとで、自身の健康に配慮する余裕が少ないことを物語つているのであろう。中高年齢層の健康が問題となつてきているが、農村においては、農村労働の女性化の傾向にも照らし特に主婦の健康管理にじゅうぶんな配慮がなされるべきである。

第5-5図 性別、市部郡部別および年齢階級別死亡率

第5—5図 性別、市部郡部別および年齢階級別死亡率(人口10万対)(35年)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

次に注目すべき事象として、5歳から9歳、10歳から14歳の学齢児童では、市部、郡部の死亡率は比較的差が少ないにもかかわらず、15歳から19歳までで差が開いてきた。この傾向が20歳台いつぱい続いていることである。健康な農村青少年が、若年労働力として都市に吸収されていつている影響を示している。

第5章 農村の動向と厚生行政

2 農村における保健福祉の諸問題

乳児死亡率

最後に、農村と都市の比較において最も注目されなければならないのは、第5-6表のとおり出生1年未満の乳児の死亡率に現在なお大きな開きがあることである。このことについては、第1章2において母子の健康における地域差の問題として指摘されているとおり、今後農村の死亡率を改善するためには、乳児死亡率の改善にさらに一段と力を注ぐ必要がある。

第5-6表 市部・郡部別乳児死亡率

第5—6表 市部・郡部別乳児死亡率
(出生1,000対)

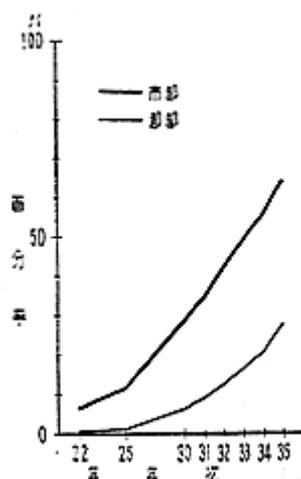
		市	部	郡	部
22	年	70.4		79.5	
25		49.0		65.8	
30		34.5		45.2	
35		26.8		37.3	

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

乳児死亡率改善の推移に関連して、病院、診療所などの医療施設内における出生の割合の推移をみると第5-6図のとおり、毎年上昇しているが、郡部は市部に比べて低い。しかしながらこれは、生活慣習や医療機関の分布、住宅事情などにより左右されるところが大きいと思われるし、増加率は郡部の方が高い。この意味では、母子衛生思想の農村への浸透が徐々に効果を現わしているといえよう。

第5-6図 施設内出生割合

第5-6図 施設内出生割合



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

(注) 施設内は病院、診療所、助産所における出生をさす。

妊産婦乳幼児の保健指導は、原則として保健所において行なわれているが、市町村における活動もかなりの成果を上げつつあることは、今後の母子衛生活動の方向として注目される。このことは、母子衛生の地域組織活動がしだいに活発になつてきたことや、母子健康センターが医療機関に恵まれない農山村に市町村立で設立されるようになったことによるところが大きいと思われる。母子健康センターは、昭和33年以来国庫補助(1/2)のもとにその設置が進められてきたが、36年末現在187か所である。しかしながら、なお設置を必要とする地域は約1,100を数え、今後の飛躍的増設が、特に要望されている。

第5章 農村の動向と厚生行政

2 農村における保健福祉の諸問題

死因

次に死因についてみると、昭和35年における15歳以上就業者の職業別死因順位では、農業従事者においては、脳卒中、がん、心臓の疾患、不慮の事故、老衰の順となつている。

死因について、都市と農村とを比較する資料に乏しいが、都道府県別に死因群別死亡率をみてみると第5-7表のとおり、農村が多い県では、後進国にみられるような伝染性疾患による死亡が多く、六大都市を含む都府県はすべての死因について全国平均を下回っている。農民に対する健康管理とともに、農村における公衆衛生活動の強化とさらに抜本的には、簡易水道、し尿処理施設などの環境衛生施設の急速な設置の必要性が叫ばれるゆえんである。

第5-7表 全国平均以上の死亡率を示す府県

第5-7表 全国平均以上の死亡率を示す府県
(36年)

	A	B	C		A	B	C
北海道				三重	○	○	
青森	○		○	滋賀	○	○	○
岩手	○	○	○	京都		○	
宮城		○		大阪			
秋田		○	○	兵庫			
山形		○	○	奈良	○	○	○
福島	○	○	○	和歌山	○	○	○
茨城	○	○	○	鳥取	○	○	○
栃木	○	○	○	島根	○	○	○
群馬		○	○	岡山	○	○	
埼玉	○	○	○	広島	○	○	
千葉	○	○	○	山口	○	○	
東京				徳島	○	○	○
神奈川				香川		○	○
新潟	○	○	○	愛媛		○	○
富山	○	○	○	高知	○	○	○
石川	○	○	○	福岡			
福井	○	○	○	佐賀	○	○	○
山梨		○		長門	○		○
長野		○		熊本	○	○	○
岐阜	○	○	○	大分	○	○	○
静岡				宮崎	○		○
愛知				鹿児島	○	○	

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計(36年)」による。

(注) Aは細菌感染によるもの。Bは成人病。Cは妊産婦および乳児期の疾患である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第5章 農村の動向と厚生行政

2 農村における保健福祉の諸問題

疾病

農村と都市居住者間における疾病の比較としては、適確な資料に欠けるが、事例調査としては、農協病院と都市病院における診察例から、伝染病、寄生虫病、消化器病が農村に多いことが明らかにされている。

さらに、農民、ことに東北地方の40歳、50歳台の人々には「農夫症」と呼ばれる一連の症候群が多くみられる。「農村における保健福祉の向上と生活環境の改善に関する基礎的報告(科学技術庁資源調査会報第20号)」によれば、健康と自認している40歳以上の農婦820名のうち、肩こりを訴えるもの64%、夜間ひん尿が54%、腰痛が33%、手足のしびれが30%、息ぎれを特に訴えたものが30%もあり、これら慢性疾患からきていると思われる一連の症候群を「農夫症」と名づけ、その分布を調査しているが、都市よりも農村に、非農家より農家に多く発生していることを指摘している。また、昭和36年10月農林省生活改善課の調査によると健康な農民1,657名中農夫症を訴えるものは38%を占めていたと報告されている。農夫症は、農民の激しい筋肉労働作業、特に農繁期の過重労働、寒冷期作業、栄養の不足、発育期労働などからくる早老現象であるといわれており、耕地整理、農業の機械化による農業の過重労働の軽減とともに、特に食生活改善、栄養指導が強く進められなくてはならない。

また、わが国の農村では、特に16歳以上の就業人口の間に4人に1人の割合でまん延しているこう虫病(十二指腸虫病)がある。こう虫による病害は、著しい貧血をきたすもので、さらにそれに伴う症状として、めまい、どうき、息切れ、過度の疲労となつて現われ、労働力の著しい低下を招くので、これが対策確立が急がれている。

第5章 農村の動向と厚生行政

2 農村における保健福祉の諸問題

栄養と体位

昭和36年度国民栄養調査によると、農家における1人1日平均の食費は105円91銭(消費者世帯は141円8銭)であり、そのうち穀類に支出された金額の占める割合は、農家にあつては、37.5%で、消費者世帯に比べて大きく、副食費の支出割合は逆に小さい(第5-8表参照)。さらに、これを摂取栄養量からながめると、農家世帯は、35年度において若干改善の傾向をみせたにもかかわらず、36年度には、熱量と脂肪と含水炭素、磷を除く他の栄養素はすべて減少し、特にビタミンAの減少が目だつている。

第5-8表 生産者世帯と消費者世帯の1人1日当たり食物

第5-8表 生産者世帯と消費者世帯の1人1日当たり食物
(36年度)

	総食物費	主食費 (穀物)	副食費 (穀物以外 のもの)	うち動物 性食品費	総食物費に 対する穀物 費の割合	総食物費に 対する動物性食 品費の割合
	円	円	円	円	%	%
生産者世帯	105.91	39.68	66.23	23.47	37.5	22.2
消費者世帯	141.08	37.76	103.32	45.62	26.8	32.3

資料：厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」による。

食糧消費の面でも米の摂取量が増えて、いも類、豆類、動物性食品、野菜類は減少し、特に野菜類は不作だつたという原因もあり、その減少が目だつている。したがつて、身体症候も35年度の有症率24.6%から25.4%とふえており、せつかく向上してきた農村の食生活は再び停滞状態に陥つた。

これに対して、都市生活者を中心とする消費者世帯は、この数年栄養摂取量が停滞気味の傾向にあつたのが、36年度は脂肪、カルシウム、ビタミン類に若干の増加が認められるとともに、食糧構成でも動物性食品が順調に伸びている。ただ、栄養不足に起因する身体症候は、35年度の18.6%から19.1%と前年度より増加しているが、生産者世帯に比べれば、絶対値においてはいうまでもなく増加率においても低い。消費者世帯に対する生産者世帯の栄養摂取量の割合は、第5-9表のとおりであるが、35年度においては多少とも農家の方が上回つていたビタミンB1も、36年度においては下回ることとなり、特に動物性たん白質、脂肪、カルシウム、ビタミンAについては従来の両者の摂取量の開きがさらに大きくなつてきていることに特に注意しなければならない。

第5-9表 業態別栄養摂取量の比較

第5-9表 業態別栄養摂取量の比較
(36年度)

	消費者世帯 (a)	生産者世帯 (b)	(a) / (b)
熱量 (Cal)	2,036	2,210	108.5%
たん白質 (g)	70.5	68.6	97.3
動物性たん白質(g)	28.6	20.6	72.0
脂肪 (g)	28.6	22.7	79.4
含水炭素 (g)	374.3	433.3	115.8
カルシウム (mg)	401	382	95.3
ビタミンA (I. U)	1,352	1,089	80.5
ビタミンB ₁ (mg)	1.05	1.03	98.1
ビタミンB ₂ (mg)	0.77	0.69	89.6
ビタミンC (mg)	75	77	102.7

資料：厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」による。

次に食品摂取状況の比較は、第5-10表のとおりであるが、生産者世帯は、消費者世帯に対し、肉類はわずかに35.0%、卵類が55.2%しか摂取していないにもかかわらず、逆にさつまいもは267.4%、大麦は328.8%と多く、農家の食糧構成の貧困なことを物語っている。なお、米の消費量の対前年比は、消費者世帯にあつては98%と減少しているのに生産者世帯では104%と上昇している。農民の生活水準の向上が食生活の面では、とすると米食率の上昇に結びつきやすいことを考えるならば、農村の食生活改善、栄養指導の推進にあたって、栄養指導による巡回などさらに一段の努力工夫が加えられるべきことを物語っているであろう。

第5-10表 業態別食品摂取状況の比較

第5-10表 業態別食品摂取状況の比較
(36年度)

	消費者世帯 (a)	生産者世帯 (b)	(b) / (a)
米	340.5g	399.4g	117.3%
大麦	11.1	36.5	328.8
小麦	74.0	49.2	55.5
さつまいも	8.6	23.0	267.4
じゃがいも	25.1	31.2	124.3
砂糖類	12.6	13.3	105.6
油脂類	7.3	5.6	76.7
みそ	23.2	30.2	130.2
大豆製品	40.3	29.4	73.0
魚介類	78.6	65.9	83.8
肉類	29.6	10.3	35.0
卵類	28.1	15.5	55.2
乳類	44.6	24.0	53.8
緑黄野菜	34.9	46.8	134.1
その他の野菜	108.9	133.1	122.2
かんきつ類	30.2	13.7	45.4
その他の果実	61.4	63.5	103.4

資料：厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」による。

体位は、遺伝、環境、生活様式その他種々の因子の影響を受けるが、特に栄養とは密接な関係をもっている。生産者世帯と消費者世帯の栄養摂取量の種々の差は、体位の面にも現われ、農村の乳幼児の発育が一般に遅れており、成長完成時の体格も概して小さいことは、第1章7において職業別、地域別等からみた体位、体力のところでも述べたとおりである。なお、前年度との比較においては、生産者世帯の女子の体重の低下現象が目ざれるが、この現象が、農業労働力の婦人化の影響を意味するものかどうか今後の推移を注目しなければならない。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向

以上,農村における保健福祉の面について考慮すべき若干の点につき,主として都市との比較において考察してきたが,現在都市における健康水準が農村より高いのは,都市においては病院,診療所や水道,下水道などの生活環境施設,さらには教育施設や道路,通信,住宅などもろもろの社会資本の投下が農村に比べて大きいことに大きな関係があると思われる。

「農村における保健福祉の向上と生活環境の改善に関する基礎的報告」においても,岐阜県および長野県における農村の調査から農村民の健康状態のよい地域の特徴として

- (ア) 簡易水道の設置されていること。
- (イ) 保健婦が配置されていること。
- (ウ) 山羊乳,牛乳の消費量の多いこと。
- (エ) 町村の財政支出中,衛生関係費が多いこと。

を指摘している。へき地について「医者と水とミルクを」といわれているが,一般の農村についても今後の施策の方向を示している。

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向

簡易水道の布設

農村を対象とする水道布設は、主として簡易水道によつてゐるが、昭和36年3月末現在の普及率は20.4%で、都市を中心とする上水道の普及率が72.5%であるのに比べて格段の開きがある。従来ともすると農村においては流水は清浄な水という観念により水道布設に対する関心が低かつたが、近年農村の生活の生活改善、衛生思想の普及さらには、農村主婦の労働軽減の必要性からにわかに要望が強くなつてきた。これに対する国庫補助額の推移は、第5-11表のとおりで、逐年着実に増加はしているが、町村の要望を満たすにはほど遠い現状である。簡易水道の布設は、国庫補助金(補助率1/4)と起債および自己資金とによつて行なわれており、36年度から起債充当率がやや上昇したことは、財政の弱体な市町村における簡易水道の布設に大いに貢献した。

第5-11表 簡易水道国庫補助額

第5-11表 簡易水道国庫補助額
(単位：100万円)

	32年	33	34	35	36	37	
補助金	金額	1,000	1,096	1,156	1,282	1,365	1,547
	指数	100	110	116	128	137	155
起債	金額	2,000	2,100	2,500	2,700	3,500	3,700
	指数	100	105	125	135	175	185

厚生省環境衛生局調べ

簡易水道布設の対象とならない小規模の地区の飲料水の確保については、かねてから強い要望があつたが、37年度より、新たに飲料水供給施設(50人以上100人未満の給水人口)として、国庫は4/10を補助することとなつた。37年度国庫補助額は2,000万円であるが、へき地における強い要望もあり、今後の事業推進が切望されている。なお、農村においても水需要が増大するとともに未給水地区の水道布設の要望が高いことにかんがみ、緊急にこの普及率を引上げるための検討がなされている。

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向

清掃施設の整備

農村においては、最近の化学肥料の普及と衛生思想の向上に伴い、し尿処理の問題が表面化してきたため、し尿処理施設設置の要望が強くなつてきている。さらに、ごみについても、農村生活の向上につれ、その排出量が増大してきており、ごみ処理の行きづまりをきたしている。この実情に対処するため、し尿処理、ごみ処理を緊急に行なう必要がある農村地域については、都市と同様に、し尿処理施設、ごみ処理施設の整備を行なう必要がある。なお、農村における家畜の飼料の増加、特に多頭羽数飼育に伴い、獣畜の排出するふん尿など汚物の衛生的処理についても適切な措置を検討しなければならない。

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向

医療機関の整備

医師および医療機関の分布状況については、第5-12表のとおり、工業県と農業県との間には相当の格差がある。昭和35年4月、「医療機関整備計画」を樹立し、農村など病床不足地区に対しては、そこに建設する公的医療機関の整備費についてその1/3を国庫補助して必要最少限の病床数の確保に努めてきたが、医師の確保とともに、さらに強力かつ積極的な措置が必要であろう。

第5-12表 医師・歯科医師および医療機関の分布(人口万対)

第5—12表 医師・歯科医師および医療機関の分布(人口万対)
(36年末)

	医師数	歯科 医師数	病床数	一般診 療所数	歯科診 療所数
農業県総数	8.9	2.7	74.5	5.2	2.3
青森	8.3	2.4	82.3	4.3	2.1
岩手	9.3	1.8	78.7	4.9	1.5
秋田	7.5	2.4	65.4	4.4	2.0
茨城	7.6	3.0	57.9	4.7	2.4
千葉	10.1	3.8	80.1	5.4	3.0
鳥取	12.8	3.2	77.2	6.2	2.9
島根	9.5	2.7	66.1	7.4	2.5
高知	10.1	3.0	103.7	6.1	2.6
宮崎	7.7	2.4	79.2	4.3	2.0
鹿児島	8.4	2.1	70.1	5.4	1.8
工業県総数	13.5	4.7	79.3	7.8	3.7
東京	15.0	6.4	79.8	9.4	5.0
神奈川	10.9	4.1	72.9	6.6	3.2
愛知	10.7	3.4	70.4	5.6	2.6
京都	17.1	4.1	96.4	9.2	3.5
大阪	14.3	4.4	79.5	8.0	3.5
兵庫	12.3	3.7	71.6	7.6	3.1
福岡	13.2	3.9	91.8	6.5	3.1

厚生省医務局調べ

(注) 「医療施設調査」および「医師・歯科医師・薬剤師調査」により作成した。

「昭和35年度における公的病院の経営実態調査」によればほとんど農村に開設されていると思われる全国厚生農業協同組合連合会(厚生連)立の病院は定員に対し、医師65.5%、看護婦89.6%と職員の充足率が非常に悪く、したがって職員1人当たりの取扱患者数はきわめて高くなっている。

国民健康保険においても、被保険者の健康保持増進のため直営診療施設を設けており、農村における医療の普及に欠くことのできない存在になっている。36年4月31日現在町村に設置されている施設数は2,903である。しかしながら医師が確保できないため休廃止している施設が35年度の調査によれば808か所あり、

厚生白書(昭和37年度版)

農村における医師の確保の困難さを物語っている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向

国民健康保険の給付率の引上げ

国民健康保険制度は、被用者保険たる健康保険制度と並んで、地域保険として国民皆保険の体制を支える2大支柱の一つをなすものであり、その発足のころは主として農山漁村を対象とする地域住民のための医療保険制度として機能していたが国民皆保険の現在においては、当時と比べて、はるかに大規模で複雑な性格をもつものとして発展してきている。したがって国民健康保険制度の問題は、単に、農村の事情、農村の問題のみを背景として理解することは困難であるが、本制度の農村における医療保障として占める役割の大きさにかんがみ、ここで国民健康保険の現在の問題点と対策にふれておきたい。

現在国民健康保険最大の問題点は、いうまでもなく健康保険などの被用者保険に比べてその水準が低いことにある。国民健康保険においては、往診、歯科補てつ、入院の際の給食、寝具の給付を制限している市町村がまだ若干あること、助産費、葬祭費の支給額が被用者保険に比べて少額であること、保育手当金の支給などの給付がほとんど行なわれていないことがその例としてあげられるが、なかんづく問題とされなければならないのは医療給付の給付率である。すなわち、国民健康保険の医療給付の給付率は、大都市を除き大部分の市町村が5割(世帯主の結核、精神病については7割)となっており、健康保険の被保険者本人10割、被扶養者5割給付と隔たりがある。

給付率が低いということは、いかえれば被保険者が医療給付を受ける場合に自ら負担しなければならない一部負担金の金額が多いということであるが、この一部負担金は、特に低所得者にとつては大きな負担であり、それが障害となつて受診が抑制されている事実が顕著である。第5-13表は保険料調定額段階別の受診率を示したものであるが、保険料調定額階層分布はおおむね所得階層分布を表わすものとみてよいから5割給付を行なっている保険者の場合には、所得の低い階層の受診率が所得のより高い階層の受診率に比べて低い状態にあり、5割をこえる給付を行なっている保険者の場合にはその階層別受診率が平準化している傾向があるということがいえる。以上のような現状をみると、被用者保険との給付内容の均衡をはかる意味においても、所得階層別の受診のアンバランスを是正し、すべての被保険者にひとしく必要な医療を提供する意味においても、国民健康保険の給付率の引上げがぜひとも必要と考えられるのである。

第5-13表 1世帯当たり保険料調定額段階別の受診率等の状況

第5—13表 1世帯当たり保険料調定額段階別の受診率等の状況

(36年9月)

1世帯当たり保険料調定額	被 保 険 者		受 診 件 数		受 診 率	
	実 数	構 成 比	実 数	構 成 比		
		%		%	%	
五割給付 保険者	総 数	38,001,328	100.00	8,268,825	100.00	21.76
	2,000円未満	5,631,650	14.82	1,203,950	14.56	21.38
	2,000～5,000円	18,353,905	48.30	3,707,925	44.84	20.20
	5,000～10,000	11,085,845	29.17	2,513,475	30.77	22.67
	10,000円以上	2,929,928	7.71	843,475	10.20	28.79
五保 割 以 上 給 付者	総 数	7,670,148	100.00	1,992,850	100.00	25.98
	2,000円未満	1,654,563	21.57	449,125	22.54	27.14
	2,000～5,000円	3,806,252	49.62	946,675	47.50	24.87
	5,000～10,000	1,474,785	19.23	371,150	18.62	25.17
	10,000円以上	734,548	9.58	225,900	11.34	30.75

資料：厚生省保険局「医療給付実態調査」による。

このような見地から、厚生省では現在、昭和38年から5年間で、国民健康保険の全被保険者、全疾病7割給付を実現させる計画について検討している。この計画のあらまは、まず、38年10月から世帯主の全疾病について7割給付を実施し、さらに40年度から3年間で全被保険者、全疾病7割給付を実施しようというものである。

ところで、現状において、国民健康保険の給付内容が被用者保険に比べて劣っているのは、いうまでもなく国民健康保険の被保険者に低所得者が多く、その保険料負担能力が低いため、財政基盤がぜい弱であることがその最も基本的な理由である。国民健康保険の被保険者の所得が今後どのような推移を示すかについては、もとより断定しがたいものがあるが、本章の1で述べたような最近の労働力の移動傾向による農村の変ぼうが象徴するように、変革期にある地域社会の今後の動向の中にあつて、地域社会の国保財政の負担能力の変動に応じて、住民の健康を真に守るに足る国保制度を維持していくことは、国に課せられた大きな責務であることはいうまでもなく、国が強力かつ積極的に財政的援助を行なう必要はますます高いものとならざるをえないのであつて、前述の給付改善5か年計画の実施にあつては、特に国の財政措置が一段と強化される必要が痛感されるのである。

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向

保健婦活動

農村民の健康状態の良好な地域における特徴として、保健婦が配置されていることを指摘している調査例については、さきに述べたとおりであるが、保健婦は、公衆衛生活動の第一線を受け持つており、その活動範囲は広く、またその職場も保健所、市町村のみならず、開拓農村、学校、事業場などにまで及んでいる。昭和35年末における就業保健婦数は、1万3,010人であるが、その42.3%にあたる5,570人が保健所に43.8%にあたる5,720人が市町村(国民健康保険を含む。以下同じ。)に就職している。保健所保健婦は、保健所の中核的存在として、健康相談、衛生教育、集団検診、家庭訪問のほか、各種の調査活動に従事するなど多彩な活動を行なっている。ことに保健医療サービスに恵まれない特定の農山村地区に対しては駐在所を設けて保健婦を常駐し、地区住民の健康の保護に万全を期している県もある。また、市町村保健婦は、市町村職員中唯一の衛生専門の技術職員である場合が多く、前述の諸業務のほか、各種予防接種の計画と実施、農村住民に対する健康相談など、地域社会の衛生活動の実践者としての実績は高く評価されている。ことに農村においては、ただでさえ不足がちな保健サービスの補助者としての声価は高く、保健婦設置の要望はきわめて強い。

保健婦活動の中心である家庭訪問の状況を36年度の保健所運営報告によつてみると、保健所では、家庭訪問の60.9%が結核に充当され、そのほかでは乳児に対する家庭訪問9.1%、未熟児に対する訪問5.7%となつていて、その重点が結核に置かれている。一方、市町村では、結核に対する訪問は2.18%にすぎず、乳児に対する訪問23.3%、成人病11.5%その他の訪問18.8%が主たる訪問対象となつており、両者が連絡を図りつつ地域地域の特殊性に応じた活動を行なっている。

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向

保健所活動の強化

医療機関の分布が低く、環境衛生施設の整備も遅れている農村にあつて、住民に対する公衆衛生活動は特に強く進められなくてはならない。農村を管轄区域とする保健所に課せられた責務は、はなはだ重い。昭和36年度より、従来の保健所を、都市(U型)、農山漁村(R型)、中間(UR型)、人口希薄な地域(L型)、特別(S型)と分け、それぞれ地域の特殊性に応じた活動体制を整備することとなつた。36年4月現在型別、人口別の保健所数は、第5-14表のとおりである。

第5-14表 型別、人口別の保健所数

第5-14表 型別、人口別の保健所数
(36年4月1日現在)

	総数	U	UR	R	L	S
総数	795	188	80	415	92	15
25.0万人以上	42	28	14	—	—	•
17.5 ~ 25.0 万人	98	44	39	15	—	•
12.5 ~ 17.5	145	51	27	67	—	•
7.5 ~ 12.5	282	48	—	218	16	•
3.0 ~ 7.5	213	17	—	119	77	•
3.0万人未満	15	•	•	•	•	15

厚生省公衆衛生局調べ

(注) 活動中の保健所は793で、2保健所が建設中である。

農山漁村の保健所(R型)の業務運営方針の大綱は、第5-15表のとおりであり、都市型(U型)と比較すれば、その特色が明瞭となろう。

第5-15表 U型、R型業務運営方針の比較表

第5—15表 U型, R型業務運営方針の比較表

	U型	R型
健康	① 健康相談(栄養指導を含む,以下同じ。)の実施は,なるべく管内の医療機関および団体などの活動に譲るようにすること。 ② 対象は中小企業および低所得階層に重点をおく	① 健康相談は,所外健康相談を強化すること。 ② 健康相談の実施に当たっては,農山漁村に特有な疾病をじゆうぶん考慮に入れて行なうこと。 ③ 療育相談,精神衛生相談などを定期的に行なう
相談	② 療育相談,精神衛生相談などの健康相談を強化すること。	こと。
集団検診	① 集団検診の実施はなるべく管内の医療機関および団体などの活動に譲るようにすること。 ② 対象は,中小企業および低所得階層に重点をおくこと。	① 地区の医療機関および団体などの状況により,集団検診実施の分担を行なうこと。 ② 農山漁村に特有な疾病の対策をじゆうぶん考慮に入れた多角的な集団検診を実施すること。
公衆衛生 看護活動	① 一般の地区公衆衛生看護活動は,保健所が主体となること。 ② 対象は,中小企業および低所得階層に重点をおくこと。	① 市町村,国民健康保険施設などとの共同計画に基づいて地区活動を行なうこと。 ② 状況により,保健所保健婦の駐在制を実施すること。
環境衛生 ならびに監視 および指導	① 公衆衛生関係の営業施設,給食施設などの監視指導を強化すること。 ② 公害および住居衛生についての対策を強化すること。	① 簡易水道および農山漁村に特殊な衛生害虫駆除についての対策を強化すること。 ② 観光地についてはU型に準じて行なうこと。
試験検査	食品衛生および環境衛生業務の科学化を図るための設備および人員を強化すること。 人口50万を単位とするブロックごとに試験検査設備の集中的な強化を図ること。	第一線試験検査設備としての標準化を図ること。
地区 に対する 組織活動 指導	都市に集中している医療,福祉,産業,文化などの社会資源との連繫を強化するように指導すること。	① 市町村または部落単位の地区組織活動の推進につとめること。 ② 農山漁村に特殊な社会資源との連繫を強化するよう指導すること。

なお,保健所においては,現在管内地域住民の保健水準の向上のため市町村に対し「共同保健計画」の作成を指導,援助している。この共同保健計画は,公衆衛生と医療の両分野を総合的に考え,その地区に最も適した計画をたてるわけであるが,この計画作成ならびに実施については,住民の理解と参加を必要とし,地区組織活動の強化が要請されている。

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向

保健福祉地区組織の育成

「健康で住みよい社会を建設する」自主的な地区組織活動は、昭和24年、25年ごろに、伝染病特に赤痢や日本脳炎に悩まされた農山村の人々が、そのおもな媒介体であるかやはえを撲滅し、快適な生活環境を建設するため「かとはえのいない生活」の実践運動を起こしたことに端を発し、しだいに母子衛生家族計画、栄養改善、寄生虫や結核の予防、さらには児童の健全育成、老人福祉など地域住民の保健衛生から社会福祉の分野に至るまで広く地域の福祉の向上のための活動にまで広められてきた。このような動きに刺激され、34年5月に財団法人保健福祉地区組織育成中央協議会の結成をみた。同協議会は保健福祉地区組織活動に関する指導者の養成、市区町村活動指導その他の指導資料の配布、映画やスライドによる啓蒙宣伝などの広報活動を行なつてき、その活動の成果は顕著なものがある。厚生省としても、この活動の重要性にかんがみ、その助長を図る措置として、同協議会の事業活動費に対し34年度2,800万円、35年度と36年度にそれぞれ2,716万円、37年度2,688万円の補助を行ない、その育成強化を図っている。

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向 保育体制の強化

農村においては、昭和28年以来国庫補助(1/3)により、季節保育所が設置されてきたが、農業労働の合理化、有畜、果樹など多角経営の普及により、しだいに季節による繁閑の差が少なくなるとともに、農村における婦人労働の増加に伴い、要保育児童増加の傾向が顕著となり、常設保育所設置の要望もはなはだ強くなってきた。今後の農村における保育対策は、季節保育所の増設とともに、常設保育所の設置についてもさらに推進しなければならない。さらに、保育計画外の要保育児童や要保育学童の保護指導と一般児童の余暇善用をはかるなど農村における児童福祉活動の拠点として児童館の設置についても都市と同様その普及に力をつくす必要がある。

第5章 農村の動向と厚生行政

3 農村における厚生行政の方向

保健福祉計画

「保健福祉地区組織活動総合計画」や「共同保健計画」が小地域,市町村,保健所管内地区と下からの積み重ねによつて着々と作成され,実施に移されていることは,特に農村のような保健福祉水準の低い地域にとつて,はなはだよろこばしいことである。農村地域と都市や工業地域との地域格差が問題とされ,均衡のある国土の総合開発の見地から各種の地域開発が強く進められてきているが,ややもすると産業開発に偏重し,住民全体の保健福祉の向上に思いがいたされていない傾きがあり,たとえば,工場が誘致されても公害の発生や地域社会との反目など好ましくない事態が発生している場合も多い。長期的な見通しのもとに,計画的なまちづくりが,市町村,都道府県を通じて行なわれることが必要であり,国においても農村など低開発地域における保健福祉の現状と問題点を適確には握し,その格差の是正を地域開発の推進にあたつて誤りなく指導し,そのための施策を強力に進めることが,現在の緊要務であろう。

第5章 農村の動向と厚生行政

4 へき地の実情

国民一般の生活が著しく向上しつつあるにもかかわらず交通や自然的条件に恵まれず、経済の発展に取り残されているへき地については、マスコミなどを通じてその生活水準の低さと、そこに生きる人々の苦しみを伝えられている。厚生省では、へき地における住民の生活実態を明らかにするとともに、厚生行政に対する地元民の要望などをきき、今後におけるへき地対策の基本的指針とするために、昭和37年4月および5月に北海道、青森、岩手、山形、福井、高知、熊本、宮崎の各県から各1町村を選び、保健福祉水準調査を実施した。

もちろん、初めての試みでもあり、なお、検討を要する項目も少なくないが、以下この調査に基づいて、へき地の実情を概観しよう。

第5章 農村の動向と厚生行政

4 へき地の実情

へき地町村の概況

調査対象とした八つの町村は、いずれも当該道県内では代表的なへき地の一つと考えられており、交通条件に恵まれないばかりでなく、地域も大半が数百平方キロメートルに及ぶ広大な面積の中に、少数の住民が点在している。しかも、面積の大半は山林によつて占められており、田畑などの耕地は、いずれも数%にすぎない。当然ながら、住民の生業は、農林、漁業など第一次産業就業者で占められており、したがつて、所得水準や保護率も地域調査などから推測できるように、全国的水準からみると、かなり低い。このような事情から、町村は財政的にも保健福祉施策まではなかなか手がまわらないため、保健福祉水準にはかなりの立ちおくれがみられる。たとえば後述するように医療機関、水道、保育所などの施設に対する住民の要望には相当強いものがあるにもかかわらず、整備運営の面で財政的な壁につき当たり、要望にこたえることができないということなどはその例である。したがつて、保健福祉水準の向上のためには、保健福祉諸機関たとえば、保健所あるいは福祉事務所など地域における保健福祉活動機関から強力な援助を求めることが必要であるが、実際には、これらの機関までの距離が多くの場合70Kmから80Kmの遠隔地にあるため、援助を求めにくいといった事情がある。このような点からへき地における保健福祉の水準向上のためには、一般的施策以外により強力な特別の施策を講じていく必要が認められる。

第5章 農村の動向と厚生行政

4 へき地の実情 所得と保護率

世帯調査の対象となつた部落における所得階級別世帯分布は、第5-16表のとおりであり地域によつてかなり差があるが、年収20万円から30万円の間には多くの世帯が分布している。かりに5人家族で年収25万円とすれば、月額2万円強で5人世帯として1人あたりは約4,000円、これを全国都市勤労者世帯の1人あたり約8,000円、農家世帯の1人あたり約6,000円と比べると、かなり低いことがわかる。しかも同表で明らかのように、同一地域内の格差も大きいので、生活保護を受ける世帯も多く、町村全体で見ると被保護率は、全国平均1.7%の2倍に当たる3.5%以上の町村が5、全国平均程度が2、その他1となつている。

第5-16表 現金収入階級別世帯数および保護率

第5—16表 現金収入階級別世帯数および保護率

	北海道 (羅臼町)	青森 (六ヶ所 村)	岩手 (田野畑 村)	山形 (西川町)	福井 (越廼村)	高知 (橋原村)	熊本 (蘇陽町)	宮崎 (椎葉村)	
総 数 (世帯)	95	95	118	94	108	75	99	151	
年間収入階級別世帯数	10万円未満	1	1	14	5	3	10	5	14
	10 ~ 14 万円	3	10	22	15	5	29	7	26
	15 ~ 19	4	11	13	24	14	13	6	36
	20 ~ 24	8	7	21	15	26	7	19	28
	25 ~ 39	29	30	25	21	44	10	25	30
	40万円以上	50	36	17	14	16	6	37	17
不 詳	—	—	1	—	—	—	—	—	
保 護 率(%)	2.3	4.3	4.5	1.6	1.6	4.7	3.8	3.8	

資料：厚生省企画室「保健福祉水準調査報告」による。

(注) 世帯調査は、100世帯前後の部落を選んで実施した。

第5章 農村の動向と厚生行政

4 へき地の実情

健康と栄養

健康状態についてみると申告が過少のきらいがあるが、それでも調査日前の1週間になんらかの傷病にかかった者が、人口1,000人当たり最高が高知の300人から最低青森の81人と高い。傷病の種類では、季節的な関係があつて、急性鼻咽頭炎(かぜひき)が最も多いが、これに次いで、栄養の不均衡や、過重労働に原因すると思われる高血圧、消化器系疾患、心臓病、神経痛、神経炎などが多いのが目だち、また性別では、いずれの地区においても女性の方が相当高いり患率を示しており、家業と家事に追われる主婦の労働過重をしのばせるものがある。当日の健康相談を受けた者は合計822人(歯科を含む。)、このうちなんらかの傷病を有した者または発見された者は735人、健康な者は87人であつた。傷病の総件数は902件(歯科130件を含む。)、性別にみると男42.4%、女57.6%で女子の患者が多かつた。全地域を通じて最も多かつた疾病を列記してみると、次のとおりである。

高血圧症 144件(16.0%)

胃および十二指腸の疾患 70件(7.8%)

腰痛、肩こり、その他骨および運動器の疾患 45件(5.0%)

神経痛および神経炎 37件(4.1%)

関節炎およびリウマチ 35件(3.9%)

次いで症状群として、農夫症的症候を有する者32件(3.5%)などである。これら疾患の原因を考えると、概して早老ともいうべき壮年層の老人性疾患が多く目だち、栄養摂取の不均衡からくる疾病、労働過重などがかなり大きく影響していることがみとめられる。

次に健康相談の結果による指導区分の割合を全地域を通じてみると、治療を要する者が受診者のほぼ半数に近い事示しているが、地域的には福井県より以南の調査地域が東北、北海道の調査地域より比較的要治療者が少ない。地域的条件や冬期の積雪などの気象的条件からくる交通不便なことが治療を困難にしている原因でもあり、へき地における配置売薬の使用は1世帯年間3,000円に達するものが少なくなく、このことを裏書きしている。

栄養の摂取も概して不良で、特に自家生産物に頼る傾向が強く、たん白質、脂肪、ビタミン類などが不じゅうぶんであり、地域によつては、学童の体位が一年近く遅れているのが目だつている。これは低所得による購買力の不足によるほか、交通条件などによつて購入の機会と種類がきわめて限定される事情も大きく影響している。特に、冬期には、魚肉類の供給がまったく途絶する地域もあり、また、せつかく生産する乳卵を商品として販売し現金収入を得る必要があるため、栄養源として自家消費できないなど環境の悪さと貧しさが食生活の改善を阻止している実情にある。

第5章 農村の動向と厚生行政

4 へき地の実情

飲料水

日常生活の基本となる飲料水の取得方法は、第5-17表でわかるように、流水、その他の非衛生的方法によるものが予想以上に多く、伝染病の発生など保健衛生上の弊害が憂慮される実情である。逆に、簡易水道の布設を機に、台所改善などの生活改善と電気洗たく機の普及による主婦の労働軽減が進められている地区もあり、へき地対策における基幹としての簡易水道ないし飲料水供給施設普及の重要性を示している。

第5-17表 飲料水の種類別世帯数

第5-17表 飲料水の種類別世帯数

	北海道 (羅白町)	青森 (六ヶ所 村)	岩手 (田野畑 村)	山形 (西川町)	福井 (越廼村)	高知 (橋原村)	熊本 (蘇陽町)	宮崎 (椎葉村)
総数	95	95	113	94	108	75	99	151
水道	—	—	—	1	100	33	27	—
供給施設	—	—	11	—	—	—	—	46
井戸	1	89	49	12	—	2	52	—
流水、その他	94	6	53	81	8	40	20	105

資料：厚生省企画室「保健福祉水準調査報告」による。

第5章 農村の動向と厚生行政

4 へき地の実情

出産時の状況と乳児死亡

へき地における保健水準の低さを示すものとして、出産場所と介助者の状況をみると、第5-18表のとおりである。すなわち、へき地においてはまだかなりの無資格者介助による分べんがみられ、特に東北地方に多い。その陰には、助産婦を頼むわずか数千円の費用に困る貧しさがあり、さらには、専門家の手を要する難産を恥として妊娠中は食物を制限し、小さな胎児を楽に生むことを求めてきた因習のなごりなどがかくされている。そのうえ、出産前後の休養もじゅうぶんでなく、不足がちな栄養と過重な労働が重なり母体はもちろん乳児に対する影響も大きく、乳児死亡は全国平均と比べてかなり高く、中には3倍近い率を示す部落も2か所ほどみられる。

第5-18表 お産の場所別出産者数

第5-18表 お産の場所別出産者数

	北海道 (羅白町)	青森 (六ヶ所 村)	岩手 (田野畑 村)	山形 (西川町)	福井 (越前町)	高知 (橋原村)	熊本 (蘇陽町)	宮崎 (椎葉村)
総数	6	23	11	14	18	8	13	19
病院、診療所	3	4	2	5	2	—	2	1
助産所	—	—	—	—	—	—	—	—
自宅 その 他	1	—	1	—	—	3	1	13
{ 医師にきて { もらった	1	2	2	6	15	2	10	1
{ 助産婦にきて { もらった	—	—	—	—	—	—	—	—
{ その他	3	17	6	3	1	3	—	4

資料：厚生省企画室「保健福祉水準調査報告」による。

第5章 農村の動向と厚生行政

4 へき地の実情

現地の要望事項

町村当局の要望事項のおもなものは、生活環境施設としての簡易水道(水源の確保方策を含む。),し尿処理施設,ごみ焼却施設などの整備補助の強化,運営上の赤字補てんを含めた国保直営診療所の整備と巡回診療用車船の整備補助,保育所や母子健康センター(分べん設備と母子保健指導サービス機能をもつ施設)の整備補助などで,ほかに保健所機構の強化,学校給食の実施,心配ごと相談所の整備補助などもあげられている。全体を通じ,へき地に対しては一般の施策と区別して,補助率なり基準の緩和なりを考慮してほしいという要望が強いが,基盤となる財政負担力の弱さからみてうなずけるものが多い。

座談会においては,地元民の代表から行政の各部門について切実な要望が数多く提出されたが,大きく分類すると,保健医療関係(特に診療所の開設,保健婦の駐在確保,国保の赤字問題の解決,家庭配置薬の保険給付取り入れなど),生活環境施設関係(簡易水道などの給水施設,し尿浄化そう,ごみ焼却施設などの整備補助),生活改善関係(特に多目的集会所の整備,栄養士の派遣など),社会福祉施設関係(特に保育所などの児童福祉施設の整備),教育関係(学校給食補助の増額による実施,育英制度の拡充,通学用バスおよび道路の整備),生活保護関係(実施基準の緩和)などである。いずれも具体的な事例をあげているが,このほか従来 of 行政における画一性を重視するあまりに融通性を欠く点,各省各部局間のセクト主義により,重複と空白を生ずる点などを追求する声もあつた。

第5章 農村の動向と厚生行政

4 へき地の実情

へき地対策の現状と対策

従来から厚生省では、へき地に対し、へき地診療所、へき地保育所、あるいは飲料水供給施設などの整備を通じて、へき地の保健福祉の向上につとめてきているが(第5-19表、第5-20表および第5-21表参照)、今後さらに次のような諸種の施策が強化されなければならない。

第5-19表 へき地診療所の実績

第5-19表 へき地診療所の実績

	診療所整備費		診療所運営費		巡回診療車(船)整備費	
	設置数	補助額	施設数	補助額	設置数	補助額
		千円		千円		千円
31年	32	7,247	—	—	—	—
32	30	22,721	18	1,947	—	—
33	27	17,037	43	5,667	—	—
34	35	16,069	71	16,764	—	—
35	36	27,091	103	24,624	—	—
36	36	22,970	129	43,599	27	18,092
37	41	32,691	237	59,209	27	22,977

厚生省医務局調べ

- (注) 1. 補助額は、決算額(37年度は見込額)である。
 2. 巡回診療車(船)の整備内訳は、36年度巡回診療車24台、巡回診療船1隻、歯科診療車2台、37年度巡回診療車23台、巡回診療船2隻および歯科診療車2台である。

第5-20表 へき地保育所

第5-20表 へき地保育所

	設置数	補助額
		千円
36年	340	33,960
37	685	49,577

厚生省児童局調べ

(注) 運営費補助である。

第5-21表 飲料水供給施設

第5—21表 飲料水供給施設

	設置数	給水人口	補助額
37年	52	4,038	20,000 千円

厚生省環境衛生局調べ

第一は、保健福祉などの水準向上のため、保健福祉活動の強化を図ることである。そのためには、第一線行政機関の機能を充実するとともに、これに機動力を付与し、保健、環境衛生および栄養改善のための巡回相談指導活動、検診活動などを強力に推進していく必要がある。

第二に、へき地の医療機関網を整備することである。特に地理的条件を考慮して巡回診療および患者輸送のための車船の整備充実を図るとともに、一方、医療担当者の確保を図るために、研究調査費、あるいは赴任手当を支給し、待遇の改善を行なうことが必要である。また、これとあわせて地域母子衛生水準の向上を図るために、妊産婦、乳幼児の健康相談、栄養指導、受胎調節などの指導を行なう母子健康センターの増設を推進していく必要がある。

第三は、水道の普及を推進することである。へき地においては、流水、天水などの利用が盛んであるが、衛生上はもちろん、生活の合理化を図るためには、水道の普及をいつそう推進する必要がある。そのためには、へき地の世帯分布の実情から給水人口100人以下を対象とする飲料水供給施設の設置を強く推進しなければならない。

第四は、へき地住民の保健福祉に関する各種の相談、講習会、集会、娯楽、保育など生活の各般の便宜に供し、保健福祉の増進を図るため「保健福祉館」といつた施設の整備を図ることである。この施設の目的は、地域の保健福祉を向上するためには、公の一方的な助成のみではとうていその効果を期待することはできないのであつて、地域住民の中から盛り上がる積極的組織活動が一体となつて、初めてその効果が期待できるものであるのにかんがみ、(ア) 地域住民の組織的活動の拠点とすること、(イ) 余暇利用の増加傾向に対し、へき地の住民は、地理的、あるいは経済的理由から、これをじゆうぶん利用しえない事情にあるので、文化教養娯楽施設として利用させること、(ウ) 保健福祉活動の拠点として、各種保健福祉相談、検診、予防接種などの実施に際して使用することなどである。

第五は、へき地保育所の増設を図る必要があることである。特に、へき地における児童は、地形的に事故発生の危険も大きく、また農林漁業などの労働の特殊性から児童の保育に欠けるおそれ大きい。したがつて保育所の設置を推進し、児童を保護することが何よりも必要である。

以上は、厚生行政の立場からみた、今度推進すべきおもなる施策の内容であらうが、へき地における保健福祉水準の停滞は、経済力、所得水準の低さ、あるいは交通条件などの特殊要因の制約に基づくところも少なくない。したがつてへき地に対しては、上述した施策を今後推進することはもとより不可欠であるが、同時に国として、交通条件(道路、通信施設など)の整備、産業振興による住民の所得水準の上昇を図るなどの施策を行なつていく必要があることはいうまでもないことである。