

# 戦時にいたる「人的資源」をめぐる問題状態

健兵健民政策登場の背景

桜田百合子

## はじめに

第一次大戦後の資本主義世界の全般的危機にさいし、わが国では危機回避の道を経済の軍事化と海外侵略の方向に求めた。満州事変、日中開戦、総動員体制へと事態は進展するのであるが、このなかで軍部および政府当局は、いよいよそれに見合う兵力・労働力の保持培養の必要にせまられる。

ところが、この「人的資源」<sup>①</sup>の質的確保をめぐるのは、軍発表の「壮丁体位低下」に代表されるように、すでに重大な問題状態に直面していた。したがって、この時にあたり、人口増殖・体位向上（健康増進）を軸にした施策の実施が緊急の課題となり、画期的な一連の保健国策＝健兵健民政策の登場をみるのである。

また、わが国の戦時社会事業は、翼賛体制下に厚生事業と改称され、その基本が「人的資源」の保護育成におかれたように、健兵健民政策の一環内に組み込まれた事業活動を余儀なくされる<sup>②</sup>。

この戦時人的資源問題に対応して展開された保健国策および厚生事業は、戦局とともに破綻、失敗の運命をたどるが、中心的な制度・事業は、戦後、その基本的な性格を変えて、社会保障・公衆衛生・社会福祉のうちに引き継がれてゆく。

わが国の社会保障・社会福祉の本格的な展開は戦後をまたねばならないが、このような制度的な関連、政策史的な位置からして、戦時保健国策＝健兵健民政策の研究は重要な意味をもっていると思われる。

ところで、この研究課題にとり組むとき、不可欠の前提的作業として、第一次大戦以降、総力戦体制にいたる時期の、わが国の「人的資源」をめぐる問題状態を明らかにすることがあげられる。

本稿の課題はこれの分析・考察にあり、以下では、人口問題、母子衛生、結核蔓延、壮丁体位低下、農村保健、都市（工場）保健の各項において概括的な素描を試みてゆきたい。

① 本稿における「人的資源」という用語は、1938年3月発令の国家総動員法第一条「……戦時に際し、国防目的達成の為国の全力を最も有効に發揮せしむるよう人的及物的資源を統制運用する……」（傍点筆者）の意味内容において用いる。

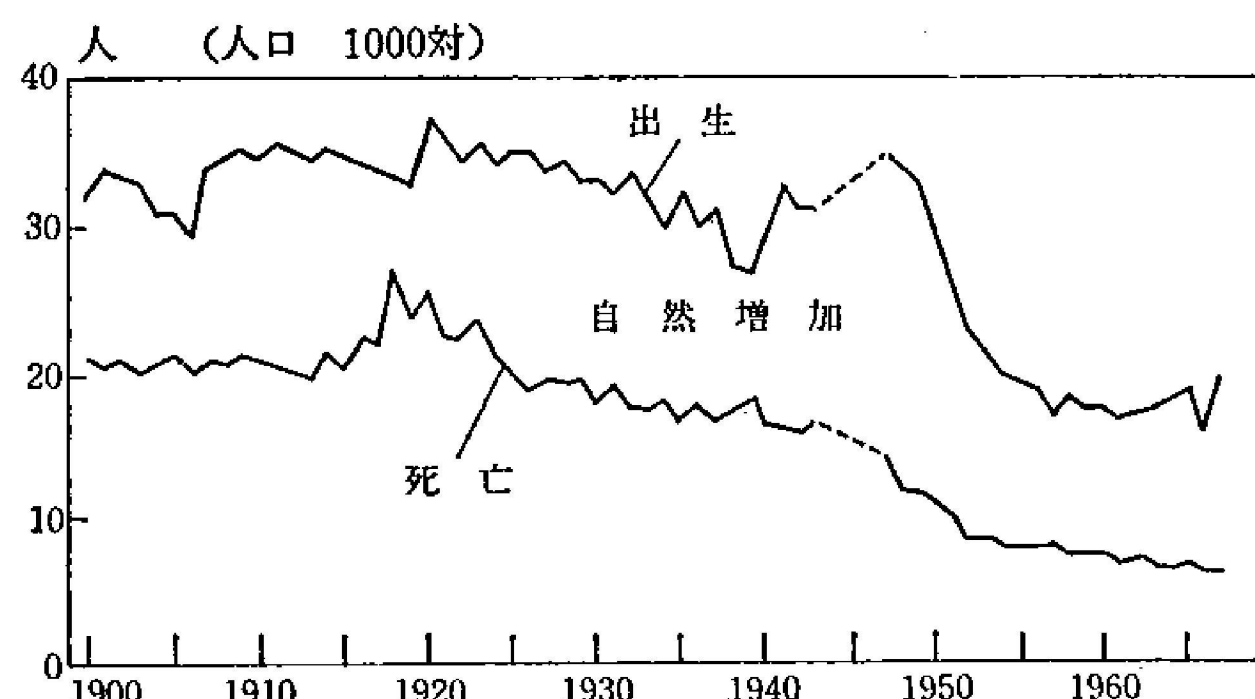
② 吉田久一『昭和社会事業史』ミネルヴァ書房、1971年、第2部。

## I. 人口問題

「人的資源」の量的な指標は人口動態統計によりもとめられよう。わが国の人口は、明治以来、「富国強兵」を旗印にした人口増殖策のもとで増加の一途をたどるが、その内実は、多産多死の型をとり、高い死亡率をさらに上まわる出生率＝自然増加によるものである（1図）。

生産年齢人口の増加は、1920年以降の国勢調査によれば、年平均50万人を数えており、この豊富な追加労働力を背景にして、わが国が独特の資本主義発達を遂げてゆくことについては広く知られ

1図 人口動態の年次推移



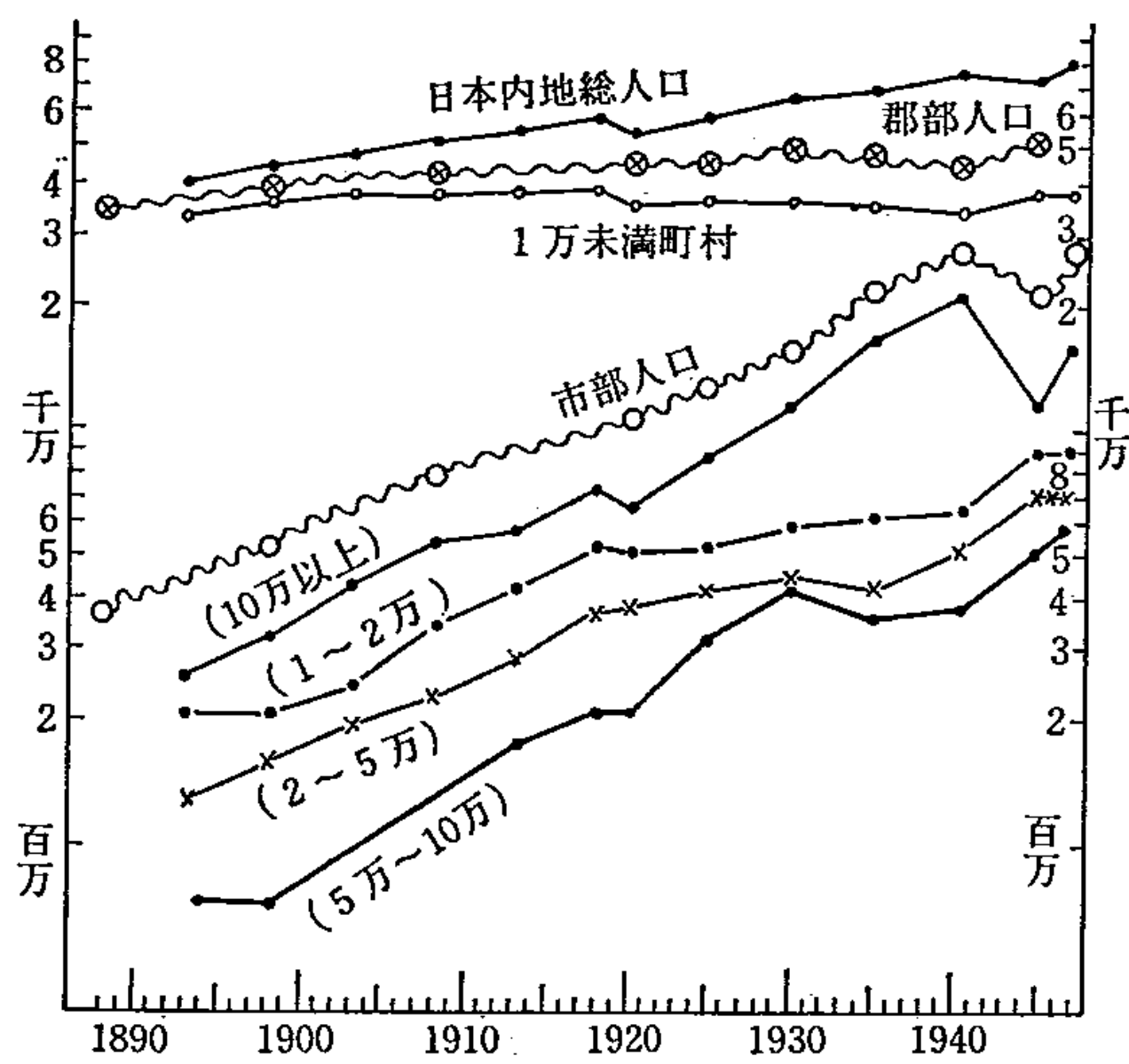
出所：籠山京編『公衆衛生』147頁

ているところである。

この点にかんして、戦時期にいたる人口動態の郡部・市部別の特徴をもとに今少し掘り下げた分析をしておこう。

わが国の市部人口は、明治の産業革命を契機にして漸増してゆくが、とくに第一次大戦前後の重工業化期以降、10万以上の大都市人口が急増する(2図)。しかし、その出生率が郡部に比べて一段と低く(死亡率はほぼ同じ)推移する点より、都市人口増の給源は、郡部からの流入人口にもとめてきたことが明らかになるのである。一方の郡部は、死亡を上まわる高い出生数にもかかわらず、ほぼ一定の人口で推移している(2図)。つまり、

2図 日本の郡市別人口(1888—1947年)



出所：丸山博『公衆衛生』(復刻版) 130頁

一定(4000万人前後)以上の増加人口は市部へ移動していたことになるのである①。

この移動=流入は、15歳以上の生産年齢層でおこなわれている。要するに、郡部農村は次代の労働力を大量に生み、育て、少なくとも小学校教育を受けさせたのち、都市へ送り出していたのである②。このことは、逆に、都市の工業労働力の自己再生産率の低さ=労働力再生産の不調を示しており、この点について「日本の工業は……自己の充用する労働力の再生産を他の産業に転嫁して、その成果だけを利用していただけと見ることは出来たのではないか」との指摘が当時の報告書③のなかにも散見される。

このような農村過剰人口、低廉豊富な労働力給源を背景に、わが国では長らく人口・労働力問題を潜在化させてきたのであるが、この点、欧米諸国では、すでに前世紀末頃より出生率は下りつづけ、少産少死の静止人口型に近づき、人口・労働力問題を顕在化させていた。とくに第一次大戦を総力戦でたたかった西欧各国においては、1表でみられるように、出生率・自然増加率の急低減となり、「人的資源」対策を本格化させてゆくのである④。

わが国の人口問題も第一次大戦を画期として、新たな局面を迎える。すなわち、大戦直後期にかけて未曾有の生活難に見舞われるが、それは人口動態統計の上にも、出生率の減少(人口1000対・1913年34.3→17年33.5, 18年32.7, 19年32.3), 死

1表 欧洲に於ける出生率及び自然増加率

| 国名              | 人 口 千 に 付   |      |      |      |      |         |      |      |      |      |
|-----------------|-------------|------|------|------|------|---------|------|------|------|------|
|                 | 出 生 (死産を除く) |      |      |      |      | 自 然 増 加 |      |      |      |      |
|                 | 1913年       | 1927 | 1930 | 1931 | 1932 | 1913年   | 1927 | 1930 | 1931 | 1932 |
| ドイツ             | 27.5        | 18.4 | 17.5 | 16.0 | 15.1 | 12.4    | 6.4  | 6.5  | 4.7  | 4.3  |
| オーストリア          | 24.1        | 17.8 | 16.8 | 15.8 | 15.2 | 5.7     | 2.9  | 3.3  | 1.9  | 1.3  |
| イギリス及<br>アイルランド | 24.2        | 17.3 | 16.9 | 16.5 | 15.9 | 9.9     | 4.7  | 5.1  | 3.9  | 3.6  |
| フランス            | 18.8        | 18.2 | 18.0 | 17.4 | 17.3 | 1.1     | 1.7  | 2.4  | 1.1  | 1.5  |
| イタリー            | 31.7        | 27.0 | 26.7 | 24.9 | 23.8 | 13.0    | 11.2 | 12.6 | 10.1 | 9.2  |
| 日 本             | 34.3        | 33.4 | 32.4 | 32.1 | 32.9 | 14.2    | 13.7 | 14.2 | 13.2 | 15.2 |

出所：『日本人口問題研究』第二輯, 188頁 日本の数字は厚生省「人口動態統計」(昭和48年版)より



亡率の急増（同・20.0→22.2, 27.3, 23.3）、自然増加率の低落（同・14.2→11.3, 5.5, 9.0）、乳児死亡率の急増（同・152.1→173.2, 188.6, 170.5）などとなって現われた<sup>⑤</sup>。

国民衛生上の問題としては、結核の大蔓延、精神病患者の急増、老大な数のトラホーム患者の発生などがあげられる<sup>⑥</sup>。また、同時に都市の不衛生、貧困と疾病の悪循環の問題がクローズアップされ、さらに労働力の給源、農村の保健問題も明るみに出されるようになる。

かくて、わが国においても人口問題をめぐる論議がにわかに活発化し、折からの米騒動や失業問題とも重なり、「過剰人口論」が脚光を浴びるようになる。産児制限論、移殖民政策、産業立国策に加えて軍事的領土拡張論も登場するが、そのなかで山本宣治を中心とする産児制限運動は、大衆的な支持を受け、一時期全国的な拡がりを見せる。

しかし、政府は、こうした論議や運動をしりぞけ、なお人口増加を促がしつつ、これに見合う食糧をいかに確保するか、に基本方向を求め、1927年、人口食糧問題調査会を設置する<sup>⑦</sup>。

この頃、ようやくわが国の抜群の出生率も低減傾向をみせはじめ、また、食糧の確保は、農業恐慌のもとでその展望を失う。世界恐慌下の人口問題は、失業問題としての性格を強めるのであるが、このような問題展開にたいして、抜本的な解決策はともかく、欧米各国におけるような改良主義的な対応策すら本格化する余地もなく、わが国の人口問題は軍事的膨脹政策のなかに吸収されてゆくのである。

経済の軍事化、大陸侵攻の梶を握る国家指導層においては、人的国力の追加供給量を示す出生率の動向は、とりわけ大きな関心事であった。日中開戦による壮年男子の大量動員が出生率の急落をもたらし、1938—9年の人口自然増加率が10%を割り込むという事態に直面した軍当局は、これをくいとめるべく、兵隊を一時帰省させたという<sup>⑧</sup>。また、軍需生産の拡大が至上命題化する時期に、新小卒者の雇用の増加が頭打ちとなる事態もあらわれる<sup>⑨</sup>。給源の農業人口一定量確保を前提に、これの増大をはかるとすれば、出生数自体の枠を拡げることであり、産業の側からも出生増が必至の要請となるのであった。

こうして、しだいに戦力増強に直結した人口増殖が重要国策となり、戦時人口対策の本格的な検討がはじまるのである。また、人口とともに国民衛生上の緊急課題としてとりあげられるのが、死亡統計中の主座をしめる乳児死亡と結核蔓延の問題であった。

- ① 丸山博『公衆衛生』（復刻版）医療図書出版社、1947年、129—131頁。
- ② 上田貞次郎「我国に於ける都市及び農村の人口」、『日本人口問題研究』第二輯、協定会、1934年。
- ③ 川崎己三郎「最近に於ける工業人口の産業別構成の変動に就て」第二回人口問題全国協議会報告書、1939年。
- ④ 第一次大戦前後の欧米諸国の「人的資源」対策の展開にかんしては、野村・日野『医療経済思想の展開』医療図書出版社、1974年、が参考になる。
- ⑤ 統計数字の出所は厚生省「人口動態統計」昭和48年版による。
- ⑥ 日本社会事業大学救貧制度研究会編『日本の救貧制度』頸草書房、1960年193—194頁。
- ⑦ 毛利子来『現代日本小児保健史』ドメス出版、1972年、160—166頁。
- ⑧ 古屋芳雄「人口問題について」『保健婦活動状況』1942年。
- ⑨ 野村拓『医療政策史』医療図書出版社、1968年、131—132頁。

## Ⅱ 乳児死亡・母子保健

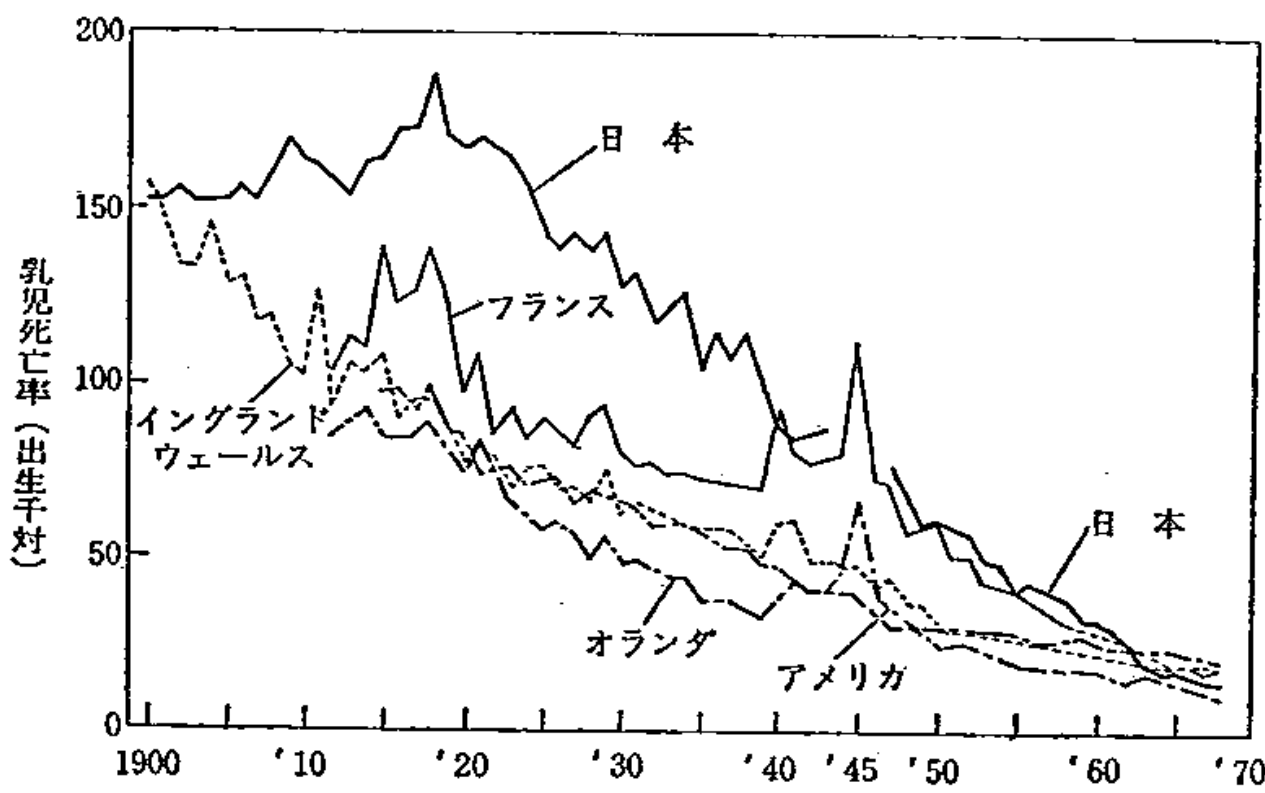
その社会の文化水準、公衆衛生の発達を示すバロメーターともいわれる乳児死亡のもつ意味は、人民の社会生活に深く根をおろしている問題であるとのG・ニューマンの指摘に要約できよう<sup>⑩</sup>。そして、乳児死亡が高率であることは、将来における労働力（および兵力）の枯渇化を示唆しており、社会政策的な関心と施策の実施を促がしてゆくのであった。

わが国における乳児（生後一年未満）死亡の動向をみてゆくと、産業資本確立期の明治30年代まではほぼ横ばいであったものが、以降、漸増してゆき、第一次大戦期に急上昇、とくに米騒動の年には空前のピーク（1918年、出生1000対189.7）

となる。その後、上下の変動をくり返しなが  
 ら、ようやく低減方向をたどるが、しかし、農業恐慌  
 期にかけて、年間死亡数およそ30万、死亡総数の  
 なかで老衰死の約三倍という数字からは、いかに  
 抵抗力の弱い乳幼児の生存困難な時期であったか  
 が容易に推察できよう。

以上のような推移をたどるわが国の乳児死亡を  
 欧米各国と比べてみると、3図でみられるよう  
 に、その抜群の高さとともに、フランスを除く各  
 国が明瞭な低下のカーブを描くのたいていして、わ  
 が国ではそれがみとめられない点があげられる。  
 また、この時期は出生後の乳児だけでなく、出生  
 前の胎児の死亡＝死産の割合も高く、およそ出生  
 数の一割、欧米各国の三倍という数字もみられる  
 のである②。

3図 乳児死亡率の年次推移の国際比較



出所：籠山京編『公衆衛生』139頁

欧米各国における乳児死亡低下の内実は、主と  
 して社会経済的に解決可能性の高い一カ月以上児  
 の死亡率の改善によるもので、したがって、生物  
 学的因子の強くはたらく一カ月未満の新生児の死  
 亡改善が残された課題とされていた。しかし、わ  
 が国ではそのような特徴がみとめられず、いぜん  
 として一カ月以上乳児の死亡率も高いままであ  
 った③。そして、これら各国における乳幼児死亡改  
 善の社会的要因としては、医療、公衆衛生、母子  
 保護事業などへの取り組みがあげられている④。

わが国において、それらへの社会的関心と対策  
 がはじまるのは第一次大戦以降である。当時の広  
 範な保健問題に対応して設置された保健衛生調査  
 会をはじめ、地方行政庁や民間団体により、調査  
 がさかんにおこなわれ、乳幼児、母子をめぐる悲  
 惨な実態がつぎつぎと明るみに出されてゆく⑤。

保健衛生調査会の大規模な調査からは、とくに  
 農村の母子をめぐる問題状態が明らかにされ、地  
 方庁の行政調査では、都市の細民地区における母  
 子の不衛生な実態などが報告されている。

民間では、さらに一步深めた調査がおこなわれ  
 ており、乳児死亡をめぐる社会的条件を追求した  
 いくつかの調査では、出産前後の婦人の労働・生  
 活状態が著るしく悪い点に直接・間接的な原因が  
 あるとの結論に達している。

都市の婦人労働急増に着目した暉峻義等の八王  
 子調査(1919年)では、当時の代表的な女子雇用の  
 分野、機業に従事する婦人の乳児死亡率は、その  
 他の婦人に比べてはるかに高く、その死因から  
 は、確かに出産前の母の状態に関係ありと認めら  
 れるもの相当数をつきとめている⑥。また、農村  
 母性を対象にした小宮山新一の調査では、農繁期  
 と乳児死亡の高い相関を裏づけている⑦。

1920年の保健衛生調査会の建議⑧を受けて出さ  
 れた乳幼児保護の施策・事業は、母子衛生にかん  
 する啓蒙、保健指導、相談事業に中心がおかれ、  
 児童相談所、小児保健所、公設産院、乳児院、育  
 児用牛乳配給所などの設置、及び訪問看護婦(保  
 健婦の前身)や巡回産婆の養成・配置であった。

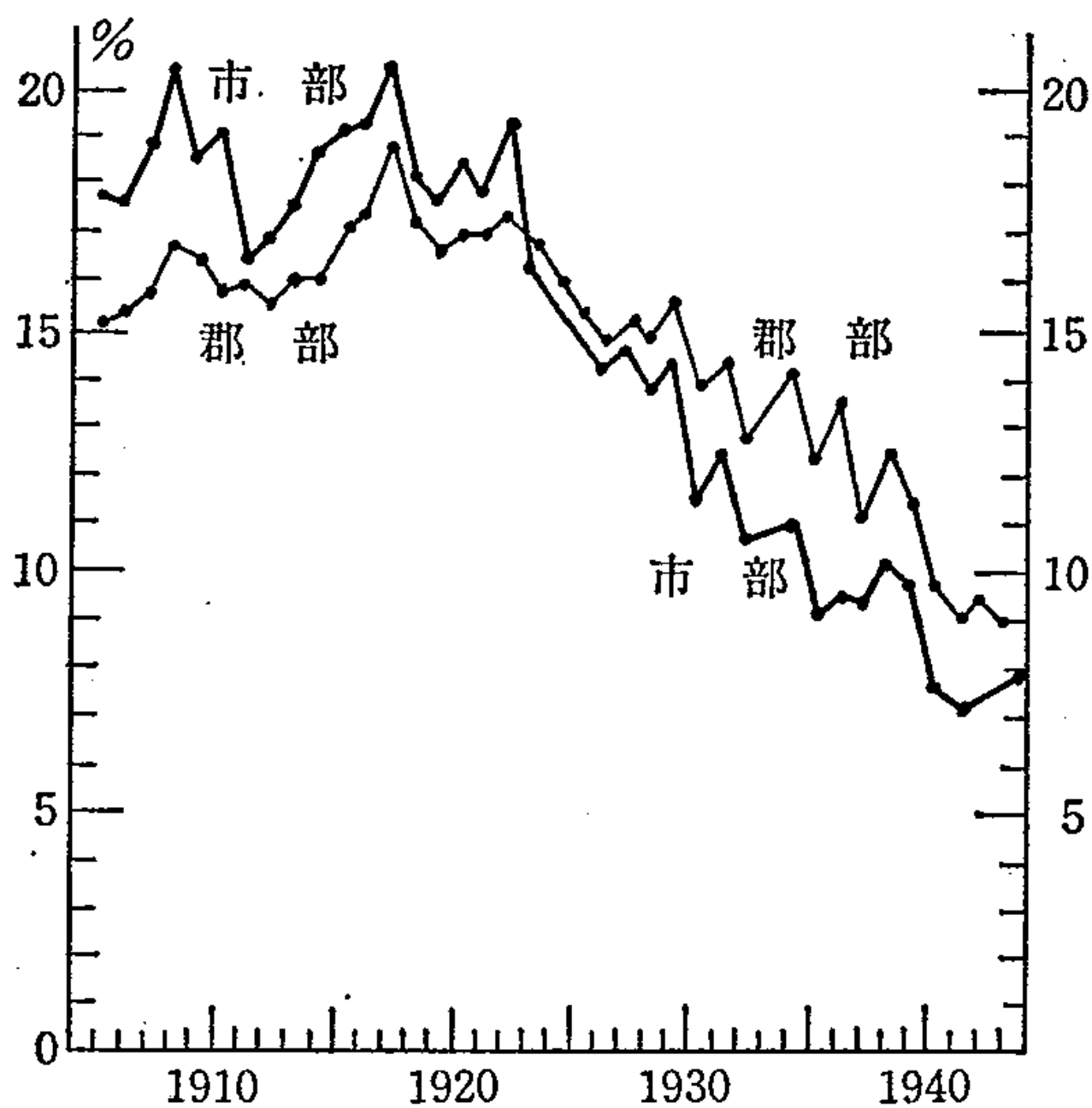
これらの施策・事業は、欧米先進国における経  
 験の翻案であるが、わが国における実施上の特徴  
 をあげると、まず、財政的裏付けのきわめて不充  
 分な点である。それゆえに、例えば小児保健所の  
 設置を地方公共団体に勧奨しても、遅々としてす  
 ずまず、結局、これらの事業活動は、民間の医療  
 機関や団体への依存を強めるのであった。また、  
 わが国の活動方法は、家庭訪問・指導に重点がお  
 かれるのであるが、それは、前提的な生活水準や  
 栄養状態、労働条件などの改善を欠いたうえで  
 「家庭生活の衛生的指導監視」により効果をあげ  
 ようとしたため、現場担当者にとりわけ重い負担  
 となるのであった⑨。

ともあれ、これらの事業活動は、乳児死亡のよ  
 り高い都市部において、折からの社会運動の高揚  
 を背景に、活発に展開される⑩。これと前後し  
 て、わが国の乳児死亡は、ようやく漸減の方向に  
 むかい、とくに人口10万以上の都市部において著  
 しい低下をみせるようになる。

一方の郡部農村は、4図でみられるように、い



4図 市・郡別乳児死亡率(1906—43年)



出所：丸山博『公衆衛生』(復刻版) 131頁

ぜんとして高目に推移してゆき、ついに1923年、都市部の下りカーブと交差、位置を逆転してより高くなる。とくに農業恐慌期には急上昇、農村母子の保健問題があらためて表面化する。これへの対応施策は、都市部で経験ずみの訪問指導事業で、東北更新会、愛育会などによる指定村方式の活動がよく知られている<sup>⑩</sup>。

都市や農村におけるこのような事業活動は、部分的には成果をあげたにしても、全般的、抜本的な改善は望むべくもない。日中開戦期にいたり、生活諸条件の悪化とともに都市部の乳児死亡率も上向きとなり、官庁統計には現われない深刻な実態が各地の調査で明らかにされている<sup>⑪</sup>。

以上のような乳児死亡・母子衛生をめぐる動向のもとでは、学童の体位、小児保健のうえにも暗い影が見えている。

わが国の児童の体位は、大正期以降、漸次向上するが、その問題点としては、アンバランスな身長伸び、とくに比胸囲が伸びず、胸郭の狭い「筋骨薄弱」型の増大傾向があげられる<sup>⑫</sup>。そして、このような問題傾向は、その延長線上の徴兵検査の結果にも現われており、日中開戦を目前にして軍当局の深く憂慮するところとなる。当時の陸軍衛生総監・小泉親彦は壮丁体位低下の実状報告<sup>⑬</sup>のなかで児童の体位にもふれており、わが国の学童の発育状態はドイツ学童のバランスのとれた著しい体位向上とは対照的であり、また植民地下の

在満邦人子弟の体位に比べても、内地学童の劣弱ぶりが認められると指摘している。

児童の体位が軍事的に問題視される時期には、小児保健上の問題も表面化する。当時のそれは、いぜんとして栄養不良、不衛生に起因する疫痢、肺炎などの急性伝染病が最大の課題であったが、そのうえに小児結核、トラホーム、近視、くる病などの慢性的な疾病・異常が加わり、重くのしかかってきていた<sup>⑭</sup>。

こうして、戦時人的資源培養上の施策対象は、妊産婦、乳幼児、学童生徒の一連にわたり、乳幼児保護、母子衛生、小児保健にかんする施策の強力な実施、事業活動の推進をせまられていたのである。

- ① 毛利子来『現代日本小児保健史』ドメス出版、1972年、69—70頁。
- ② 呉文総「墮胎論」『国家医学会雑誌』239号、1907年3月、(『日本婦人問題資料集成』第六巻、ドメス出版所収)。
- ③ 毛利子来、前掲書、101—102頁。
- ④ イギリスにおける乳幼児死亡の改善、児童福祉施策の展開に関しては、R. J. クーツ著星野訳『イギリス社会福祉発達史』風媒社、1977年、83—87頁、および129—130頁。
- ⑤ 毛利子来、前掲書、107頁、110—111頁。
- ⑥ 暉峻義等「乳児死亡の社会的原因に関する考察」同『社会衛生学』1927年(前掲資料集成、133—143頁所収)。
- ⑦ 林俊一『農村医学序説』(復刻版)医療図書出版社、1944年、161—162頁。
- ⑧ 毛利子来、前掲書、109—110頁。
- ⑨ 同上 108—109頁。
- ⑩ 同上 122—146頁。
- ⑪ 同上 151—157頁。
- ⑫ 同上 112—113頁、184—185頁。
- ⑬ 同上 115—116頁。
- ⑭ 小泉親彦「国民体力ノ現状ニ就テ」『日本労働運動史料』9巻所収。
- ⑮ 毛利子来、前掲書、116頁。

### Ⅲ 結核蔓延

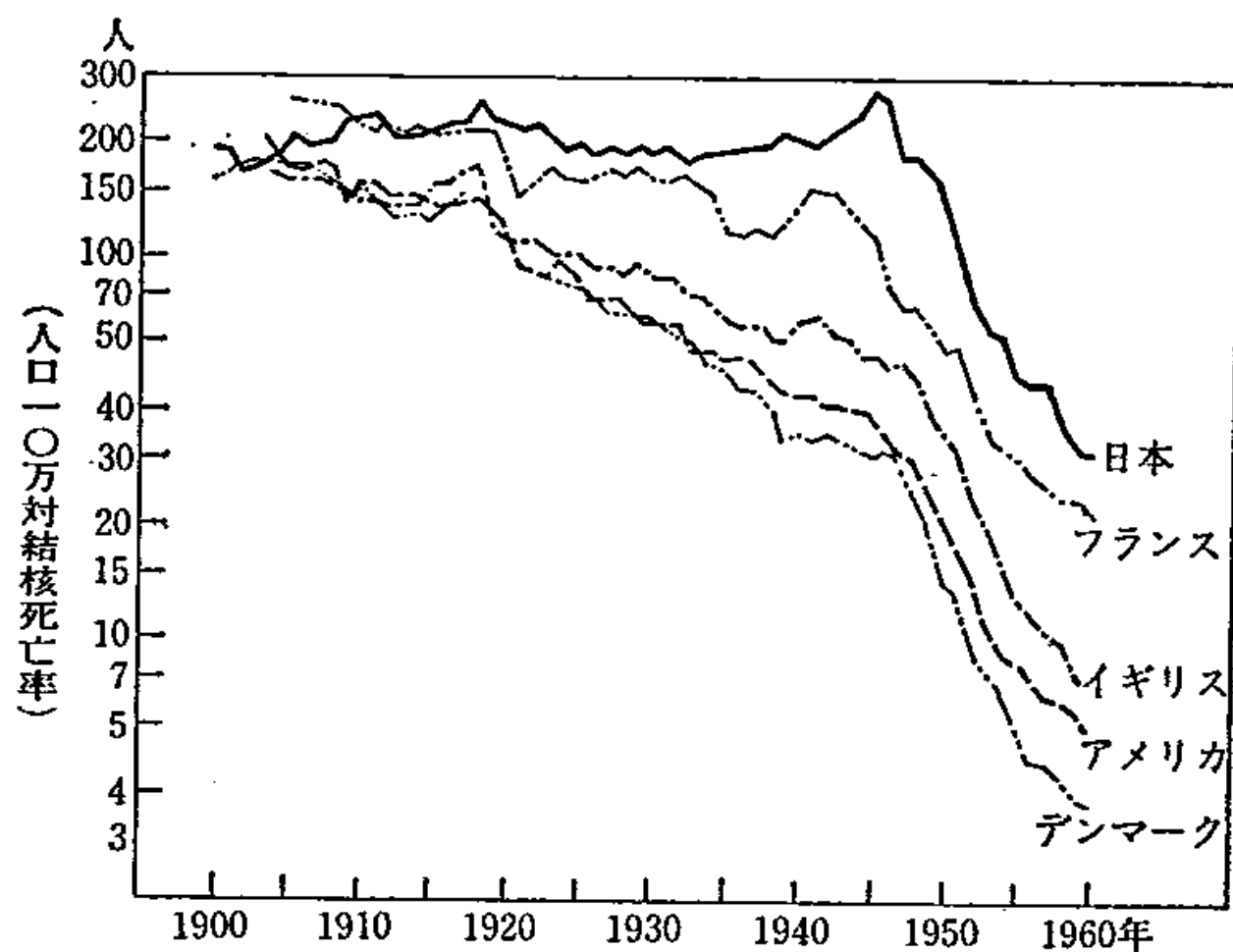
世界各国において産業革命とともに大流行をみる社会病=結核は、わが国においても明治の産業

資本確立期以降、蔓延の一途をたどる。発生源は都市の工場であり、原生的労働関係のもとでくりひろげられる無制限的労働、不衛生、栄養不良などの苛酷な生活条件がその温床であった。

結核にたいする予防、治療技術の未開拓、医療保障の制度を欠く当時において、発見の遅れ、処置の不適切などから、工場の内外へ結核を蔓延させてゆくことになった。石原修の『女工と結核』で周知のように、罹患女工の多くは未治のまま解雇され、やむなく帰郷するのであるが、この帯患帰郷により、新たに農村へ結核を持ち込むことになった。帰村後も治療のあてのない帰郷女工の結核死亡率は、1923—25年実施の社会局調査においても、5～6割という高さであった④。

こうして結核は、都市から農村へ、国民各層のなかへ拡がってゆき、とくに第一次大戦期に急増、「国民病」といわれるほどに猛威をふるう(5図)。

5図 各国の結核死亡率の推移



出所：籠山京編『公衆衛生』167頁

政府の結核対策は、明治期には人間よりも牛の予防を先行させたように、みるべきものはない。大正に入り、工場法施行に先立つ1914年、「肺結核療養所の設置及び国庫補助に関する法律」を公布、これにより、ようやく大都市に貧困患者用の公立療養所設置の道を開く。

第一次大戦期の大流行に直面して、結核予防法を制定(1919年)、汚染した家屋物件の消毒、学校・病院等公衆施設の予防設備、旅館・理髪店等の従業者等に対する健康診断の実施と結核患者の従業禁止などを定める。また地方公共団体にたいし「療養ノ途ナキ」貧困患者等収容のための結核療養所の設置を命じ、これへの命令入所や生活費

補給を規定しているが、その救貧的性格をはじめ、財政的裏付けに乏しく、罰則規定もない点から「目的達成には余りにも不備であった」といわれている②。

民間では、1913年、結核予防協会が設立され、多彩な啓蒙活動を展開、「日本の結核予防の大衆運動化の端緒をなした」と評価されているほどである③。また、結核蔓延の大宗、紡績産業にたいして各方面から療養所建設の勧告が出され、政府にたいしてもこれの設置を命ずるよう、などの建議が出されるのであるが、戦後恐慌のさなかでは、ほとんど無視される④。

1936年の満州事変以降、戦時体制期にかけて、結核死亡率は急角度で上昇する。とりわけ15～25歳の青少年層を蝕む青年期結核の特徴を示し、国民死因中の首座を占めつづけ、まさに亡国病と呼ばれるにふさわしい様相を呈していた。この点、当時の欧米先進国では、結核とのたゞかいは峠を越して、すでに老人性疾患となり、国民衛生上の重要な意義を失っていたのである(2表)⑤。

2表

各国結核死亡の最高率年令期(人口10,000対)

| 国    | 性別   | 年令    | 死亡率  | 年代      |
|------|------|-------|------|---------|
| 日本   | 男女   | 20～24 | 43.7 | 1921～28 |
|      |      | 15～19 | 48.8 |         |
| アメリカ | 男女平均 | 55～74 | 51.3 | 1926    |
| ドイツ  | 〃    | 60～69 | 13.7 | 1929    |
| イギリス | 〃    | 20～24 | 13.3 | 1927    |

出所：栗原操『工場保健衛生』321頁

事態の重大さにあわてた政府は、1933年、保健衛生調査会に結核予防の根本方策を諮問する。翌年出された答申には、結核病床の増設目標12万床(当時の結核死亡数と同数、既設病床は1万余)開放性患者の隔離、結核予防相談所の拡充普及、患者・家族の保護指導、結核発病防止施設の拡充(乳幼児保護所、養護学級、虚弱児施設など)、結核回復者のための保護施設設置、結核予防に関係ある社会施設の拡充(社会保険・救護法の拡充、住宅改善、国民栄養の改善、労働条件の適正化)など当時としては思いきった内容であった⑥。

戦時色を強めるなかで、答申にもられた諸施策の実現可能性はきわめて乏しい。結核除隊者用の

療養所は1935年にできるが、民間のそれは、すすまず、1937年の「十年計画で四万床」という政府の目標数字が限度であった。政府がとくに力を入れたのは「結核予防国民運動」で、1936年「画期的な予算十万円」を獲得した内務省は、皇室（当時皇室からも結核の犠牲者が出た）を先導にした一大キャンペーンを展開する<sup>⑦</sup>。しかし、実効のあがるはずもなく、日中開戦の翌年には結核死亡者数15万人、推定患者数は150万、国民50人に1人、10戸に1人という数字がみられる。

産業結核は、日中開戦前後の軍需増産体制下に急増、また、その中心が従来の紡績女工から重工業部門へ、軍需工場の青少年工へ移ってゆく<sup>⑧</sup>。農村結核も大きく拡がり、この期に北陸三県の結核死亡率は、東京・大阪を追い抜き、全国最高となる<sup>⑨</sup>。

こうして、結核という魔手は「人的資源」の給源へ大きく延ばされてゆき、軍要員確保のうえでも徴兵検査時における結核性病類の急増となる<sup>⑩</sup>。肺結核が軍陣医療に登場するのは大正末期以降であるが、その蔓延ぶりは、欧米各国の陸軍のなかで、もっとも成績の悪いフランスに比べても、肺結核で約二倍、胸膜炎では四倍であった<sup>⑪</sup>。

以上のような問題状態のもとで、わが国の結核対策はいよいよ重大課題となり、総力戦体制下の緊急国策としてとりあげられてゆくのである。

- ① 南俊治『日本労働衛生史』日本産業衛生協会、1970年、102頁。
- ② 島村喜久治「日本の結核」籠山京編『公衆衛生』至誠堂、1974年、170—174頁、および社会事業大学救貧制度研究会編『日本の救貧制度』頸草書房、1960年、194—196頁。
- ③ 小松良夫「結核予防会の啓蒙宣伝活動」『医学史研究』3号、1961年、104頁。
- ④ 南俊治、前掲書、103—105頁。
- ⑤ 栗原操『工場保健衛生』東洋書館、1943年、321頁。
- ⑥ 丸山博『公衆衛生』復刻版、医療図書出版社、1972年、108—115頁。
- ⑦ 島村喜久治、前掲論文175—176頁および『厚生省二十年史』1960年、187頁。
- ⑧ 南俊治、前掲書、185—186頁、および栗原操、前掲書、359—361頁。

⑨ 島村喜久治、前掲論文、172—173頁によれば、1937年の人口10万対の結核死亡率は、石川県344、東京238、全国平均203であり、東北地方はやや遅れて高くなる（同年の山形県129、秋田県139）。

⑩ 『陸軍省統計年報』昭和9年、および12年版には、徴兵検査時に発見された疾病・異常が合格種別に表示されている。そのうち、結核と密接な関係ありと思われる気管支・肺・胸膜の慢性病という区分があり、これの両年を比べると、その激増ぶりがみてとれる。その被検者千人中の数字をあげておくと、第一乙種0.24→1.66（1.80→8.64）、第二乙種11.66→20.45（45.97→91.02）、丙種20.46→24.91（91.79→153.01）。（ ）内は各種別の病類合計1000.0中に占める割合の推移を示す数字である。

⑪ 川上武『現代日本医療史』頸草書房、1965年、469頁。

#### Ⅳ 壮丁体位の低下

戦時人的資源の根幹、壮丁の体位（健康）低下が一大問題化する発端は、日中開戦を目前にした1936年6月1日の閣議であった。席上、寺内陸相は軍部を代表して、徴兵検査における壮丁の体位が近年著しく低下の傾向にあり（3表）、とくに農村子弟の健康状態は予想以上に悪く、今日において速やかにその対策を講じなければ将来憂慮すべき事態を招くであろうと発言。またこの席上では、乳幼児死亡率や学童体位、工場労働者の健康問題などもとりあげられ、国防上の観点から、重要国策としてこれらの問題にとり組むべきであると論議された<sup>①</sup>。

閣議の直後、陸軍省医務局は、壮丁体位の低下

3表

受検壮丁体格検査成績表（1000人中）

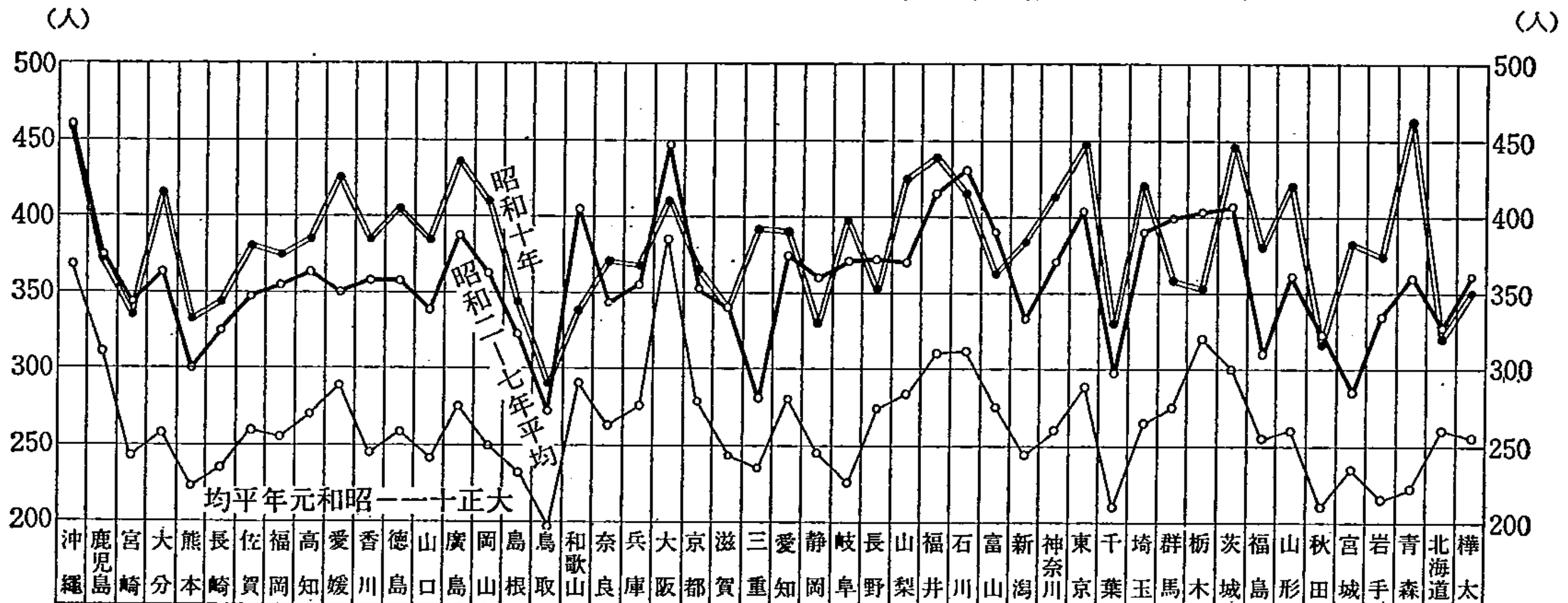
| 年次    | 甲種   | 第一乙種 | 第二乙種 | 丙種   | 丁種  | 戊種 |
|-------|------|------|------|------|-----|----|
| 1916年 | 372人 | 154人 | 183人 | 228人 | 54人 | 9人 |
| 1921年 | 368  | 147  | 232  | 207  | 42  | 4  |
| 1926年 | 357  | 135  | 241  | 230  | 38  | 2  |
| 1930年 | 293  | 116  | 205  | 315  | 69  | 2  |
| 1935年 | 297  | 116  | 205  | 318  | 63  | 1  |

出所：昭和10年徴兵事務摘要



6 図

府県別壮丁丙丁種該当者人員比例表（被検者 1000人中）



にかんする声明<sup>②</sup>を公表，広く天下の耳目を震撼させる。その問題状態については，軍声明の当事者，小泉親彦（軍医総監ならびに陸軍医務局長，のちに厚生大臣となり健兵健民政策の名実とも推進者）の筆になる「国民体力ノ現状ニ就テ」<sup>③</sup>において詳述されている。

それによれば，まず「壮丁ノ体格ハ累年劣弱ニ趨キ，徴集免除ニナリマス所謂不合格者ハ大正ノ末期ニハ壮丁1,000人ニ付250人デアリマシタガ，昭和6・7年頃ニハ350人トナリ，昭和10年ニハ400人ニ達シマシテ，2・3ノ府県デハ450人ヲ超過シテ居リマス」とあり，したがって，このまま推移すれば数年後には国民の過半が丙丁種の体位劣弱者になるであろうと警告を発している。そして，府県別の不合格者数の推移を示す6図を掲げている。およそ，東京・大阪のような都市の工場地域に不合格者が多出しているのであるが，6図で注目を要する点は，東北・九州・北陸などの代表的な農村地帯における不合格者の急増である。これは，「人的資源」の給源，農村子弟の体位(健康)低下を裏づけており，軍当局のもっとも憂慮するところであった。なお，比較的合格率の高い地域は，千葉，静岡のような臨海の間接地帯，および湖沼周辺の村落であると分析している。また，不合格者を職業階層別に分析してゆき，最悪の学生（5～6割）につづいて職工・店員（4割前後），俸給生活者・農業（3～4割），漁業・鉱業（2～3割）となり，都市的な職業分野において高い不合格者を検出している（後掲7表参照）。

不合格理由の第一にあげられるのは筋骨薄弱であり，この他では結核性疾患の累増，近視などの視力障害の増加が目立っている。筋骨薄弱とは発育不良の総称で，体格的には胸囲の狭いものが多い。この狭胸者は概して，強度の持久的身体作業能力において劣るので，当時の筋力・耐久力中心の兵力適性からみれば，不適當であったのである。なお，この筋骨薄弱は医学・公衆衛生の発達・普及に伴い，欧米各国では逐年，減少してゆくが，当時のわが国では増加の一途をみせていたのである<sup>④</sup>。

手近にある『陸軍省統計年報』昭和9年，12年版から，徴兵被検者（第一・第二乙・丙種）の病類分布の状態を示す表をみても，各種とも病類全体の半数前後を筋骨薄弱で占めている。両年を比べてみると，とりわけ第一乙種における筋骨薄弱の激増（被検者1,000人対65.64→115.06）が目立ち，また胸郭変形（同，0.61→9.69），気管支・肺・胸膜の慢性症（同，0.24→1.66）の増加も明瞭に認められるのである。

小泉はさらに，合格者＝在営兵の体力，作業能力についても検討をすすめ，この点，甲種合格者に限ってみても憂うべき事態が明白にされている。全般的な活動力をみる心肺係数の優位者は，全体の18%，一気に全身総力を発揮する百米疾走では，35%が劣等者，その他の全身筋力・握力・投擲力などをみても大多数が中等度以下であり，当時のイギリス・フランスの軍隊成績に比べても，格段の劣位であった（ただし持久力にかんしては優れていた）。



ところで、徴兵合格者は、入隊後、体力向上のための猛訓練を受け、それに応じた栄養補給もあり、当時の軍隊食を隊外の一般に比べれば、質量ともに充実していた。その結果、入営後において約2キログラムの体重増加をみるのであるが、除隊二年後には、もとに戻ってしまう。また胸囲・腹囲も入隊後増加するが、除隊後には入営時以下に減少、罹患率も高くなるとある。このような小泉の分析からは、軍隊外の国民生活における全般的な窮乏化、その再生産条件の劣悪ぶりが読みとれるのである。

准戦時下の人的国力のいまひとつの柱は、軍需増産・生産力向上の担い手＝労働力であるが、こちらの方も日中開戦、大量動員による熟練工不足、補充労働者の採用難など、量質両面にわたる問題状態が表面化していた。

日中事変直後の1937年9月、暉峻義等（当時日本労働科学研究所長）は、全国の主要工場を訪問、労働力の需給状態を調査した。その報告<sup>⑤</sup>によれば、事変後、多くの工場では深刻な労働力不足をきたしており、とりわけ補充労働力の採用難は深刻で、30—50%の不合格者を出し、その多くが体位劣弱、体質不良、筋肉薄弱である。これはとくに重筋作業的分野の労働力不足となっており、そこで各工場では、やむなく採用時の身体検査規定や採用標準を引き下げ<sup>⑥</sup>、非常時局下の労働力不足に対応していると報じている。そして、このような事態にたいして暉峻は「如何に残存労働力の有している質と現下の軍需工業特に重工業の要求している労働力の質との間に大なる相違があるかという事を示」しており、「生産力の増大の必要の時局下に於て生産力の低下をすら考えなくてはならぬ理由が存する」と指摘している。

新規投入労働力にかんする日本労働科学研究所のいまひとつの調査(1937—8年)では、京浜地帯の軍需工業の職工募集において、東北地方からの大量応募者のなかに多数の蝕まれた肉体の所有者が含まれていたことが明らかにされている<sup>⑦</sup>。つまり、人的資源の給源＝農村の保健問題、健康低下がここにも暗い影をおとしていたのである。

以上でみてきたように、総力戦体制の出発点において人的戦力の二本柱に赤信号が点滅しており、軍部当局者をして緊急保健国策の実施を促迫

させてゆくことになるのである。

- 注① 丸山博『公衆衛生』（復刻版）医療図書出版社、124頁。
- ② 『日本科学技術史大系』 25巻、第一法規出版、174頁。
- ③ 労働運動史料委員会編『日本労働運動史料』 9巻、335—354頁所収。
- ④ 吉田章信『日本人の体力』藤井書店、1939年、78—92頁。
- ⑤ 暉峻義等「非常時局下における労働力の現状について」『労働科学研究』15—2、1938年2月。
- ⑥ 某大造船工場では「事変と共に職工採用の合格標準を下記の如く低下した。年令18—40才の範囲を16—45才に拡大した。体格を甲乙丙丁の四種に分ち、その甲乙を合格とし、丙丁は不合格としていたのであるが、丙の一部を乙に繰り入れて採用することとした。即ち身長、体重、胸囲の比に於いて僅少なる不足はこれを採用することとし、又、視力は従前裸眼0.6以上を以て合格としたのを0.5に低下し、且つ、一眼0.4であっても他眼0.7以上のもの、並に眼鏡によりて補正して0.6以上の視力を有するもの（従来は眼鏡を使用するものを不合格とした）又、従来色盲、色弱をすべて不合格としたものを、色弱はこれを合格とす。又、身長五尺一寸以上を合格としていたものを、四尺九寸に下げ、体重これに相当するものを合格とした。疾病についても（中略）、身体の一部欠損又は運動障碍の軽度のものにして作業差支なきものはすべてこれを合格とすることに改めた」（暉峻、上掲論文）とあり、その他の主要各工場もほぼ同様の採用基準の引き下げをおこなっている。
- ⑦ 石川湊「時局下における東北地方労働力需給の一般的考察」人口問題研究会発行『人口問題』三巻三号、1940年12月。

## V 農村の保健・医療

人的資源の給源、農村の保健問題が明るみに出されるのは、第1次大戦後に活発におこなわれた実地調査からである。保健衛生調査会の決議にもとづき1921年以降、各府県衛生課が実施した大規模な調査には、従来、健康地と考えられてきた農村の“楽観すべからざる”事態が報告されてい

る。すなわち、農村住民1人平均の現有疾病は、1.55という高い数字で、約八割の住民が寄生虫に感染しており、飲料に適さない水が約三割もある。児童及び青年の体格（身長・体重・胸囲）では、都市部よりも劣るものがあり、乳児死亡率が全国平均より著しく高いなどである①。

その後も農村の保健状態は向上の方向にむかうことなく、農業恐慌に見舞われ、健兵健民的要請が強まるなかで、憂慮すべき事態がいつそう進行してゆくのであった。

まず、母子衛生・学童保健をめぐる改善がすすまず、その端的な指標、乳児死亡率は農業恐慌期をさかいに都市部よりも高くなる（4図）。妊産婦の流・死産率も高く、農繁期にはとくに増加するが、その背後には医師・助産婦の手をかりず、産前・産後の休養もとれない農家生活がある②。乳児死亡の主な原因、先天性弱質、下痢腸炎、肺炎をみても、農村婦人の過労、栄養不良、育児の手間・知識の不足、社会施設の不足などとの関係を見逃がすことはできない③。また、乳幼児、学童には栄養不良、慢性消化不良症が多く、トラホーム・寄生虫の罹患率はとりわけ高い。これらの疾病・異常は、農村児童の発育不良・虚弱体質の

原因となり、体位においても、都市の学童に比べて劣勢、とくに女子において著しいとの分析もみられる④。

さらに農村への結核蔓延である。当時の農村結核は、とくに青年期結核の特徴を明瞭にしており、初感染発病率・死亡率ともに著しく高く、青年男女の身体を急速に蝕んでゆくのであった⑤。

これらの延長線上に徴兵検査における農村壮丁の体位低下、不合格者の急増がおかれる。6図からみても、代表的な農村県において、従来の高い合格率から、不合格者の続出となり、軍部当局をして、世上に警鐘を乱打させ、健民健兵政策の緊急実施を迫らせた一大事態の進行である。

つぎに、このような農村の不衛生状態、健康低下の社会的背景をたしかめておくと、大戦後の全般的窮乏化→疾病の増大→医療費の重圧があげられる。とくに1930年の農業恐慌期には、農家経済が、壊滅的な打撃を受け、負債も巨額に達するが、このなかには不時の現金支出となる医療費がかなりの重みで含まれていた⑥。

当時の農家医療費（保健衛生費）の実態を、その他の階層と比べてみると、4表でみられるように、全体にきわめて少額、都市の俸給生活者や工

4表 医療費に関する調査

| 調査対象           | 1世帯当り年額 | 1人当り年額 | 調査者                              | 調査名           |
|----------------|---------|--------|----------------------------------|---------------|
| 農業従事者          | —       | 3.91円  | 衛生局（大正10年乃至大正13年の間に於ける23ヶ町村に付調査） | 農村保健衛生実地調査成績  |
|                | 22.86円  | 4.22   | 社会局（昭和8年愛知県管内43ヶ町村に付調査）          | 農村更生計画書       |
|                | 24.36   | 4.86   | 社会局（昭和6年乃至昭和9年の農家約300世帯に付調査）     | 農林省農家経済調査     |
| 工場鉱山其<br>他の従事者 | 14.28   | 3.97   | 京都市役所（大正13年1ヶ月分に付調査）             | 京都市電気局現業員生活調査 |
|                | 17.16   | 4.29   | 石炭鉱業労働事業調査会（大正14年4.5.6月に付調査）     | 炭鉱夫家計調査       |
|                | 30.24   | 7.43   | 協調会（自大正10年6月1年分に付調査至大正11年5月）     | 協調会の生計調査      |
|                | 37.68   | 7.80   | 社会局（大正12年2.3月に付調査）               | 職工生計調査        |
|                | 38.76   | 9.23   | 内閣統計局（自昭和7年9月1ヶ年分至昭和8年8月に付調査）    | 内閣統計局家計調査     |
|                | 35.16   | 8.35   | 同（自昭和8年9月1ヶ年分至昭和9年8月に付調査）        | 同上            |
| 俸給生活者          | 41.52   | 9.77   | 協調会（自大正10年6月1ヶ年分至大正11年5月に付調査）    | 協調会家計調査       |
|                | —       | 9.90   | 警察共済組合（自大正12年度至昭和7年度実績）          | 警察共済組合事業年報    |
|                | 44.88   | 11.58  | 内閣統計局（自昭和6年9月1ヶ年分至昭和7年8月に付調査）    | 内閣統計局家計調査     |
|                | 39.96   | 10.09  | 同（自昭和7年9月1ヶ年分至昭和8年8月に付調査）        | 同上            |



|               |                |              |                                   |          |
|---------------|----------------|--------------|-----------------------------------|----------|
|               | 44.04          | 11.29        | 同 (自昭和8年9月 1ヶ年分<br>至昭和9年8月 調査)    | 同上       |
| 不良住宅<br>地居住者  | 12.69          | 3.05         | 同潤会(自昭和7年6月 6ヶ月に<br>至昭和7年11月 付調査) | 同潤会生計調査  |
| 健康保険の<br>被保険者 | 政府管掌分組<br>合管掌分 | 8.26<br>9.34 | 社会局(昭和8年度の実績)                     | 健康保険事業年報 |

出所：長瀬恒蔵『傷病統計論』1935年，178頁より（前田信雄，注⑥論文 208頁所収）

5表 医師等の分布 (1935年度末現在)

| 区 別        | 区 師     |             | 歯 科 医 師 |             | 薬 剤 師  |             |
|------------|---------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|
|            | 員 数     | 人口1万に<br>つき | 員 数     | 人口1万に<br>つき | 員 数    | 人口1万に<br>つき |
| 人口10万人以上の市 | 15,916人 | 10人         | 6,638人  | 4人          | 8,558人 | 5人          |
| 同 5万人 "    | 3,144   | 10          | 1,305   | 4           | 1,284  | 4           |
| 同 2万人以上の市村 | 3,577   | 10          | 1,547   | 4           | 1,326  | 4           |
| 都会隣接町村     | 1,742   | 4           | 497     | 1           | 400    | 1           |
| 普通農村       | 14,500  | 5           | 4,642   | 1           | 2,946  | 1           |
| 漁 村        | 1,894   | 5           | 660     | 2           | 414    | 1           |
| 山 村        | 1,323   | 4           | 261     | 1           | 116    | 0.3         |
| 計          | 42,096  | 6           | 15,550  | 2           | 15,044 | 2           |

出所：内務省衛生局調査

場鉦山従事者の約半額，不良住宅地（スラム街）の居住者に次ぐ低い水準である。これ以外の特徴としては，医療機関の不均衡な分布状態から影響を受けること大，また売薬や加持祈祷に要する費用の占める割合が高い点などである⑦。

自由開業医制下の農村の医療機関は，窮乏化，医療費重圧の進行するなかでは，経営困難，都市移転，無医村化の事態を招いてゆく。全国的には，5表でみられるように，医師等の都市集中となるのであるが，その反面で無医村は増加の一途をたどり，1934年には全国の町村の約3割に達している⑧。

かくて，農村の住民は，有病率の高さにもかかわらず，一般に受療の機会に恵まれない。とくに山間部等においては「医師の診療を必要とする疾病中僅かにその一割位が現実に医療を得ている」というような状態であった。また農民が医者に診てもらおうときは，やむをえず「死亡診断書を書いてもらおうとき」ともいわれていた⑨。それゆえにまた，農村の疾病はつねに重症化の危険を伴い，死亡率が都市よりも高く，その差は恐慌時以降さらに拡大する。こうして医療費重圧と無医村の増加は，農村住民の健康悪化に拍車をかけてゆくこ

とになった。

以上のような問題の深刻化にたいして，政府は，一連の救農政策のなかに保健医療も含めてとりあげ，皇室下賜金をもとにした時局匡救医療事業や三菱財閥の寄付による農村医療施設基金の発足となる。しかし，これらの慈恵策や一時しのぎの事業では，未曾有の窮乏化と疾病増の悪循環にあえぐ農民の状態を大きく変えることはできず，まさに「焼石に水」であった⑩。

一方，農民たちの手による農村への医療普及—社会化の運動は，明治以来とり組まれてきたが，この時期，産業組合を基盤にした医療利用組合—組合病院設立の運動が全国各地に広がってゆく⑪。これは，産業組合が医療事業を経営することにより医療機関を確保し，共済制度を設けることで医療費重圧の危険を分散，負担の軽減をはかるうとするものであった。しかし現実の運動展開では，前者に重点がおかれ，また，産業組合の性格上，その多くは自作農中心の農村に拡がり，しだいに市部を中心とする広区域組合，連合会組織による病院経営の普及となった⑫。

その後，産業組合の国策協力化とともに，この医療事業は，政府当局に着目され，「上からの創

設」という形の転換を遂げてゆく<sup>⑧</sup>。そして、健兵健民政策の一翼を担い登場する国民健康保険の発足時には、国民健康保険組合の設立・経営を既存の産業組合医療事業で代行・認可してゆくことになる。

1938年創設の国民健康保険は、当時の世界にもまれな、わが国独特の農民疾病保険であるが、その仕組みは、組合の任意設立、これへの任意加入制をとり、医療から見離されている多数の貧農層や無医村への抜本策を欠いたままの発足であった<sup>⑨</sup>。また、加入者が療養の給付を受けるには、毎月の保険料のほかかなりの自己負担（3～5割）を要した。したがって制度の発足後も罹病率の高い割には受診率が上がり<sup>⑩</sup>、社会保険としては不徹底きわまる内容であった。

こうして、農民の自主的な運動として出発した産業組合の医療事業は、時とともに戦時保健国策の一環内に変容してゆき、それゆえにまた不徹底な限界を破れず、農村の医療問題はあとに残されてゆくのであった。

① 内務省衛生局「農村保健衛生実地調査成績」1929年発表、『日本婦人問題資料集成』六巻所収、149—153頁。および林俊一『農村医学序説』（復刻版）医療図書出版社、1944年、38頁。

② 林俊一、前掲書、139—155頁。

③ 同上 165—178頁。なお、当時の農村社会施設設置状況については社会局調査報告「農漁山村ニ於ケル生活困窮概況」秘（承前）のなかに府県別の表がある。保健関連施設として「助産又は医療施設」の項があるが、内訳は秋田1、栃木4、群馬7、長野3、愛知1、京都4、奈良5、広島17で、全国的に僅少である。（社会事業史研究会『社会事業史研究』第4号、1976年、163—164頁所収）。

④ 林俊一、前掲書、209—227頁。

⑤ 同上 92—97頁。

⑥ 積雪地方農家経済研究所が1933—4年にかけて実施した「農家負債に関する調査」によれば、病気療養のための負債は件数にして第三位の11.4%、金額では五位の8.05%であった。（前田信雄「国民健康保険制度成立前史」東北大学経済学部『研究年報・経済学』1962年225—227頁）。

⑦ 林俊一、前掲書 311—319頁。

⑧ 菅谷章『日本医療政策史』日本評論社、1977年、191頁。

⑨ 同上 189頁。

⑩ 川上武『現代日本医療史』頸草書房、1965年413—414頁。

⑪ 前田信雄、前掲論文、233—235頁。

⑫ 国民健康保険発足直前の1937年末において、医療事業を経営する産業組合は、合計1491、市部中心の広区域組織である連合会の所属組合経営によるものが大多数を占めており、地域別にみれば全国市町村の約2割に及ぶ。その組合員は中農、自作農中心に70万、家族を含めれば、350万がこれらの医療機関、組合病院を利用していたとみられている。（菅谷章、前掲書、195頁）

⑬ 前田信雄、前掲論文、235—237頁

⑭ 任意加入制をとることにより、保険料拠出能力のない貧農層および無医地区住民は制度外におかれ、一方の地主や富農層には保険料負担回避の道を残していた。このような国民健康保険法創設の最大のねらいを前田信雄氏は前掲論文のなかで、「中農を中心とする互助的医療保険の確立にあった」（238頁）と考察している。

⑮ 菅谷章、前掲書、202頁。

## VI 都市（工場）の保健

わが国で都市部に労働者世帯の定着がすすむのは、第一次大戦前後の重工業化期以降であり、その生活状態については、大戦後の一連の社会調査のなかで明らかにされている。これらのうち、高野岩三郎指導の「月島調査」は、当時の代表的な労働者集住地区における労働者生活をトータルに把えており、保健衛生状態にも照明をあてている<sup>①</sup>。

これによれば、都市の労働者地区は、人口移動が激しく、出産率は低い。罹病・死亡率が高く、死因の第一は結核で、青少年層を蝕み、乳児死亡も全国平均を大きく上まわる。不衛生で過密狭小の居住環境からは、慢性疾患や伝染病が多発、児童や年少工の健康に暗影を投げ、体位低下も認められている。こうして都市の労働者家族は、罹病率が高いにもかかわらず、エンゲル系数50%もの家計にあっては、保健衛生費が切りつめられ、受



療の機会は乏しい。それゆえに同地区の医師数は僅少、「大都会は医師過剰に悩みつつ尚、貧窮労働階級の診療が充分に行き届かず」<sup>②</sup>の状態におかれていた。

第一次大戦後の「合理化」、労働衛生への関心から出発する労働科学研究においても、当時の労働力の消費と再生産のバランスの崩れを明白にした業績が数多い。代表的な暉峻義等（倉敷労働科学研究所初代所長、1921年設立）は、原生的な労働関係下における女子・年少労働のもたらす諸結果を生理学的に追求し、労働保護、労働条件改善への科学的な根拠を提出してゆく<sup>③</sup>。また、同労研所員の八木高次は、学校生徒と労働者（ともに女子）の思春期前後における身体発育の比較研究をおこなう。その結果、当時の入職年齢12歳時点では、両者間の差はほとんどないが、その後しだいに労働者の発育が低下することをつきとめ、「賃金のために発育活動の発揚を犠牲にする」と指摘している<sup>④</sup>。

これらの調査研究は、都市の工業労働力の全般的な磨耗化、労働者階級の世帯的・世代的な再生産の不調をめぐる実態と問題の所在を明らかにしており、何らかの社会的対応を促がすことにも役立った。かくて、戦後の労働運動の高揚を背景にして、工場法をはじめとする労働保護の分野で若干の改善をみる<sup>⑤</sup>。しかし、戦後恐慌の頻発するなかで推進される産業「合理化」は、わが国の場合、「労働強度の増進」を特質にしており、大量失業、実質賃金の低下を伴う内容ですすめられ

る<sup>⑥</sup>。このような事態の進行の結果として、労働者階級の労働と生活、保健をめぐる諸条件は、基本的に悪化してゆくのである。

工場法の実施以来、ようやく普及の方向をたどる産業医局の状態を農商務省の調査(1919年実施)でみると、全国の21,042工場のうち、診療所および病室の設備を有するものは、約1%の225工場にすぎない<sup>⑦</sup>。その後、健康保険の登場により、産業医局は経費節減、医局の縮小化が企てられる。1930年の社会局調査では、工場数・労働者数とも増加しているにもかかわらず、医局総数は横ばいの状態であった<sup>⑧</sup>。失費視された産業医局が労働力保全上の大きな役割を担い、重要視されるようになるのは、健兵健民政策下の工場保健においてである。

わが国社会保険の嚆矢、健康保険は、1927年の発足時に「健康保険ストライキ」をもって迎えられたように、いくつかの重大な問題点をもっていた。それは、事業主賠償責任を一応確立していた労働災害がこれに含まれたこと。疾病・労働災害のより多い小・零細企業の労働者、臨時工は適用除外され、一方の大企業では、事業主が自由に管理運営できる健康保険組合の設立を認めたこと。保険料負担の実質的過大。保険による療養給付範囲の狭さ。健康保険組合の管理運営へ労働者の参加を認めない点などである。これらの問題点にたいし、労働運動の側は、抜本的な統一要求を掲げ、対抗するのであるが、しかし、政府案を変更するまでには至らない<sup>⑨</sup>。

6表 工場・鉱山傷害件数・災害率

|       | 工 場             |              | 鉱 山             |              |
|-------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
|       | 罹 災 者 数         | 1,000 人当り災害率 | 罹 災 者 数         | 1,000 人当り災害率 |
|       | 死亡 計            | 死亡 計         | 死亡 計            | 死亡 計         |
| 1931年 | 284 人<br>352 百人 | 0.17 21.69   | 716 人<br>790 百人 | 3.19 351.09  |
| 1935  | 532 698         | 0.23 30.68   | 1,171 733       | 4.10 256.60  |
| 1937  | 681 1,015       | 0.25 36.90   | 1,057 793       | 2.80 209.90  |
| 1938  | 834 1,182       | 0.27 37.64   | 1,394 851       | 3.06 187.16  |
| 1939  | 888 1,210       | 0.26 34.81   | 1,536 954       | 2.96 183.76  |
| 1941  | 880 1,344       | 0.23 35.74   | 1,603 1,018     | 3.05 193.75  |

出所：「労働統計調査月報」第9巻9号66～68頁より（森喜一『日本労働者階級状態史』517頁所収）

ともあれ、健康保険は、労働力の保全・回復を目ざし、資本の一定の譲歩を伴い、仕組まれるのであるが、わが国の場合は、以上の問題点からして、譲歩的な内容に乏しく、したがって労働力保全上の実効をきわめて微弱にしかあげえない性格のものであった。

満州事変以降の准戦時＝軍需増産体制のもとで都市の工場労働者をはじめ、勤労諸階層の生活と労働、保健をめぐる諸条件はいっそう悪化する。

工場法は、不十分ながらも年少者・女子の保護、就業制限を定めていたが、軍需景気の抬頭により「非常時」に名をかりた違反が多くなり、工場法

自体の改善も停滞する<sup>⑩</sup>。成年男子労働者には、満州事変以降、無制限的な時間延長となり、とくに軍需産業部門においては、肉体磨滅的な過重労働を伴った。そして、これらの結果、疾病、とくに結核、および労働災害の激増を招き(6表)、新規入職者、青少年工の犠牲を多くしてゆくのであった<sup>⑩</sup>。

さらに、この頃、都市部に増加の商業使用人、サービス業、公務関係などの給料生活者の保健問題が表面化する。これら勤労各層の体位・健康状態は、壮丁検査の結果からも、その他の職業分野に比べて明らかに見劣りしていた。

7表

都鄙別職業別丙丁種該当者百分比

(1935年度)

|       | 農 業  | 漁 業  | 鉱 業  | 職 工  | 店 員  | 俸 給 生 活 者 | 学 生  | そ の 他 | 計    |
|-------|------|------|------|------|------|-----------|------|-------|------|
| 東 京   | 35.3 | 34.6 | 28.6 | 45.6 | 44.4 | 40.7      | 57.4 | 24.4  | 43.0 |
| 大 阪   | 32.3 | 28.3 | —    | 41.0 | 41.3 | 36.8      | 59.6 | 46.1  | 41.0 |
| 北 海 道 | 31.0 | 22.6 | 29.0 | 36.9 | 37.0 | 53.9      | 56.0 | 33.7  | 34.6 |
| 東 北   | 36.9 | 30.0 | 30.7 | 42.6 | 42.8 | 35.6      | 53.0 | 43.7  | 39.1 |
| 北 陸   | 37.4 | 30.3 | 26.2 | 41.7 | 39.0 | 32.6      | 52.1 | 43.6  | 39.1 |
| 四 国   | 37.1 | 34.5 | 36.6 | 42.4 | 44.6 | 33.5      | 52.5 | 44.0  | 40.3 |
| 九 州   | 38.4 | 20.8 | 30.5 | 37.0 | 40.5 | 31.3      | 49.7 | 40.3  | 37.0 |

出所：小泉親彦「国民体力ノ現状ニ就テ」(『日本労働運動史料』9巻341頁所収)

1935年度の徴兵検査結果を職業階層別にまとめた7表をみても、最悪の学生につづくグループのなかに、「職工」とともに「店員」「俸給生活者」が並んでいる。かくて、都市的な職業分野に働くこれら勤労層の体位・健康低下が健兵健民の見地から問題視され、1939年、かれらを対象にした職員健康保険の緊急制定となるのである<sup>⑩</sup>。

以上でみてきたように、都市における工場労働者、勤労諸階層の体位・健康をめぐることは、総力戦体制への出発点において、すでに重大な問題局面を迎えていたのである。

つぎに、都市部に滞留・累積する被救恤的窮民層にたいする救済施策の概略をみておこう。

大戦以降の構造的な貧困化に対応して救貧対策の転換をせまられ、登場する救護法(1929年公布、31年実施)は、公的扶助義務をかかげ、給付の一

種として医療扶助も設けたが、実施上では、種々のきびしい制限を伴っていた<sup>⑩</sup>。これ以外では恩賜財団済生会などによる医療社会事業、結核予防法などの特別立法による医療扶助が個々ばらばらにおかれていた。

増加する軍人遺家族の生活難にたいしては、軍事救護法が改正され、また、貧困母子世帯の困窮にたいする母子保護法は、1937年制定される。いずれも医療扶助を給付の一種にしているが、その基準は低く、貧弱な内容であった<sup>⑩</sup>。

したがって、貧困と疾病の悪循環にとりわけ苦しめられる都市の窮民層は、いぜんとして受療の機会から見放されており、前述の農村の貧農層と同様の問題状態のもとにおかれていたのである。

⑩ 関谷耕一解説『月島調査』光生館、生活古典



- 叢書6巻所収。
- ② 大林宗嗣「国民健康保険法案について」『大原社会問題研究所雑誌』1号, 1936年, 4頁。
  - ③ 暉峻義等『社会衛生学』岩波全書, 1935年, 85—88頁。
  - ④ 野村拓『医学と人権』三省堂, 1969年, 156—157頁。
  - ⑤ 南俊治『日本労働衛生史』日本産業衛生協会, 1960年, 129—154頁。
  - ⑥ 風早八十二『日本社会政策史』青木文庫, (下) 418—426頁。および森喜一『日本労働者階級状態史』三一書房, 1961年, 468—474頁。
  - ⑦ 南俊治, 前掲書, 98頁。
  - ⑧ 同上 164—165頁。
  - ⑨ 川上武『現代日本医療史』頸草書房, 1965年, 459頁, なお, わが国健康保険法の制定経過, 制度論的な問題点については佐口卓『日本社会保険制度史』頸草書房, 1977年, 三章・四章に詳述されている。
  - ⑩ 風早八十二, 前掲書, (上) 281頁。
  - ⑪ 同上 (下) 423, 430—462頁, および森喜一, 前掲書, 515—519頁。
  - ⑫ 菅谷章『日本医療政策史』日本評論社, 1977年, 209頁。
  - ⑬ 日本社会事業大学救貧制度研究会編『日本の救貧制度』頸草書房, 1960年, 223—258頁。
  - ⑭ 菅谷章, 前掲書, 214—216頁, なお, 『日本婦人問題資料集成』第六巻, ドメス出版, 1978年には母子保護法の制定経過, 社会的背景にかんする資料が集大成されている。

## おわりに

これまで, 第一次大戦以降わが国で顕在化する人口・労働力問題は, 准戦時期にかけてどのような社会的対応を引き出してきたのか, とくに国の施策対応を中心に照明をあててきた。それは, これにつづく戦時保健国策を考察するうえで欠かせないからであるが, 本稿を閉じるにあたり, この点, 簡単なまとめをしておきたい。

資本主義諸国では, 一般に, 独占資本期にいたり, 労働力の再生産をめぐる不調, 国民的規模での健康・体力低下の問題が表面化する。そして, 人口・労働力(兵力)の保全にかんする資本と国家

の問題対応は, その巨大な生産力と階級対立の発展を主要な背景・契機にして, 経済的譲歩を伴う改良主義的な政策を広範に採用, 実施してゆくのである。

ところが, わが国の場合, 以上でみてきたように, こうした一般的展開とは著るしく異なる特徴がみとめられる。すなわち, 問題の発現にたいしては, それをめぐる基本的対抗力の発展を抑えて問題の矮小化・潜在化をはかり, 施策の展開では, その基本を慈恵策と上からの教化, 共同体的な相互扶助においた。しかし, このような対応は, それ自体, 資本の論理にもとづく近代的な改良政策との間に基本的な矛盾を内包せざるをえない性格のものであった。(このような政策主体の対応特徴を規定する基礎構造と階級関係の特質にかんする本格的な分析・考察は, 本稿の主題ではないので省略させていただく) こうして, わが国では, 窮乏化—健康破壊の社会問題にたいして, 前近代的な性格を色濃くした貧弱な弥縫策で対応してゆき, したがって, 問題状態の改善・緩和化はほとんど望めず, 先進列強諸国におけるような社会的改良の実を引き出す余地をなくした展開であったといえよう。

このような事態の進行は, 基本矛盾のいっそうの集積, 問題自体の拡大深化となり, かくて, 総力戦体制下の「人的資源」確保の要請において, 危機的な様相をもって顕在化するにいたるのであった。この時点において, 軍部主導の保健国策—健兵健民政策の応急実施となるが, その展開と破綻の結末については, 稿を改めて考察してゆきたい。