

未開発地域における女子有病率

荻野 嶋子

わが国のいわゆる未開発地域は北奥羽（青森，岩手），中央高地（長野，岐阜），四国西南（高知，愛媛），阿蘇九重（大分，熊本），南九州（鹿児島，宮崎）の5地域で，10県におよんでいる。

昭和40年に未開発地域における「人口・労働力の移動と社会開発に関する調査（人口・労働力移動調査）」が，北奥羽（青森，岩手），四国西南（高知，愛媛），南九州（鹿児島，宮崎）の3地域6県について実施されたが，その際に行った配票調査（世帯数6,310，世帯員数15才以上19,271）の結果にもとづいて調査地域住民の健康面（主として女子の有病率）についてその概況をのべる。

1. 対象市町村の概況

未開発地域の全般的特色としての人口の社会的激減，産業の後進性，一般生活環境の悪条件，人口動態の前近代性等については，すでに報告¹⁾されているので，ここではあらためてはのべない。調査の対象とした市町村は次の通りである。

調査地域

(1) 北奥羽

青森県（三戸町，田子町，南部町）

岩手県（宮古市，田老町，新里村，岩泉町）

(2) 四国西南

愛媛県（宇和島市，吉田町，三間町）

高知県（中村市，大方町，三原町）

(3) 南九州

宮崎県（高原町，三股町，高城町）

鹿児島県（末吉町，鹿屋市，串良町）

住民の健康度とくに有病率との関連において必要と思われる若干の地域的特性を指摘すると，世帯主の職業としての農家世帯の割合からみて，宮古市（岩手県）および宇和島市（愛媛県）を除く他の対象市町村はいずれも農村的地域に属するといえる。これを経済地帯区分の分類形式でいえば北奥羽，四国西南の対象地域は一部の都市近郊農村的な地域を除く大部分は山村または農山村的地域となっており，特に岩手県（田老町，新里村，岩泉町），高知県（中村市，大方町，三原町）は山間地を多く含む。これに対して南九州2県は平地農村的性格が強い。

また耕地の利用状況からみると，全般的には畑作が多いが，宮崎県は水田率が比較的高く，青森，愛媛にも水田率の高い地域が散見される。高知は水田率は高くなっているが，山林が多く耕地の割合が低いので水田そのものの面積は大きくはない。生産物での地域的特色としては，青森，愛媛で果樹栽培が農業収入の大半をなす地域を含むこと，岩手で水田率が極度に低く，作付品目が豆，稗，粟等の雑穀を主とし，畜産のやや目立つ地域のあること，南九州で米作の他に養蚕，天菜，たばこ，茶等

1) 厚生省大臣官房企画室，厚生省人口問題研究所：「昭和40年度未開発地域開発の基礎的諸条件に関する調査」昭和41年3月。

表1 調査対象市町村概況

対象市町村		最寄鉄道と市町村役場まで		農家世帯割合 (%)	高進校率 (%)	テレビ普及率 (%)	水道普及率 (%)	農家の兼業化率 (%)
		駅名	距離 (km)					
青森県	三戸町	(三戸)	2.5	42	63	74	13	47
	田子町	(三戸)	13.5	62	33	61	92	76
	南部町	(三戸)	1.0	47	75	82	43	44
岩手県	宮古市	宮古	1.5	15	48	71	79	90
	岩泉町	(浅内)	11.5	41	36	38	15	86
	田老町	(宮古)	25.1	25	49	74	73	95
	新里村	茂市	0.3	36	51	48	23	83
愛媛県	宇和島市	宇和島	0.7	18	56	64	83	64
	吉田町	伊予. 吉田	0.9	48	63	...	88	41
	三間町	伊予. 宮野下	0.3	74	65	...	43	57
高知県	中村市	(土佐佐賀)	31.1	45	59	...	52	78
	大方町	(")	20.7	54	44	...	77	72
	三原町	(")	61.4	80	28	...	24	80
宮崎県	三股町	三股	0.5	70	41	67	29	56
	高城町	(山之口)	...	70	31	58	2	52
	高原町	高原	1.0	72	35	60	65	47
鹿児島県	鹿屋市	鹿屋	1.3	45	57	66	63	45
	串良町	串良	0.8	75	45	56	35	29
	末吉町	末吉	0.3	71	55	46	12	40

注：駅名 () のものは他市町にあるもの。

資料：未開発地域の開発可能性に関する調査（昭39年度）

の生産地域が含まれていることなどが挙げられる。

以上の如き生産品目の差異および専兼業別農家割合、文化的諸指標（表1）などを考え合せてみると、愛媛の対象地域は都市近郊農村的性格が強く、これに反して高知、岩手の対象地域には僻地的性格があり、愛媛とは全く対照的である。

2. 対象世帯の概況

対象世帯を世帯員の就業形態による世帯類型別にみると農家世帯（専業農家、第一種および第二種兼業農家）が圧倒的に多く、特に専業農家の割合が第1位をなす地域がほとんどであり、世帯員の就業する業種も農林漁業が最も多く、またその就業率も高率で、15歳以上の年齢10歳階級別に区分しても、だいたい90%以上を示す。これらの就業形態は、調査地域がいずれも農村的地域に属することを意味し、人口の社会的減少が起りつつある地域であることを示唆する。このことは、調査地域ごとの人口ピラミッドにおける若年労働力部分の陥凹、高い老人人口割合となって如実にあらわれている。

しかし、一面においては強度の人口流出が起っているにもかかわらず、世帯の移住意識²⁾をみると世帯主の90%以上のものに移住の意志がない。多くの面で不利な立地条件下にありながら、対象世帯

2) 前掲 1) 調査報告書第1部第4章「人口移動と問題点(3) (岡崎担当)」参照のこと。

が強い定着意識をもっていることは注目に価する。

3. 世帯における傷病の状況

15歳以上の世帯員について昭和40年10月中に病気のために1日以上日常の業務（通学者の欠席日数も含む）を休んだもの（病休者）について質問し、月間に発生した傷病量を調査した。結果にもとづき世帯における傷病の状況をみると表2のようであった。

病休者のいた世帯は対象世帯の6.86%から16.42%に及び高知が最高、宮崎が最低を示した。これを病休者世帯の一世帯当り病休者数（平均病休者数）でみると2.7人（宮崎）から3.16人（青森）となった。また業務を中止するにいたった傷病者の割合（標準化病休者率）は全世界帯員の12.34%（高知）から6.20%（宮崎）となった。

表2 対象世帯の病休状況

対象地域	百世帯当り病休者世帯数 (世帯数)	病休者世帯の一世帯当り病休者数 (人)	病休者率 (標準化率) (%)	調査世帯数
青 森	8.79	3.16	71.4	1,012
岩 手	10.05	2.82	78.9	1,005
愛 媛	12.49	3.13	101.6	1,137
高 知	16.42	2.73	123.4	1,005
宮 崎	6.86	2.70	62.0	1,020
鹿 児 島	10.43	2.75	94.8	1,131
合 計	10.86	2.88	88.5	6,310

いま3つの指標の相互の関係をみると、病休者世帯割合と病休者率とは全く同じ順位を示すが、それらと平均病休者数とは必ずしもその順位の一貫はみられない。

次に世帯を4つの類型（専業・第一種・第二種兼業農家，非農家）に区分して世帯の傷病の状況をみると（表3），地域差の大きいのは病休者世帯では非農家，平均病休者数では

兼業農家であるが地域的に両者間に一定の規則性は認めがたいようである。しかし農家と非農家を比較すると農家の病休者世帯割合は低率にもかかわらず平均病休者数では非農家を大きく上回っていること，また平均病休者数で兼業農家が専業農家よりばらつきの大きいことなどが本調査地域での特殊な傾向として注目された。

表3 地域別，世帯類型別病休状況

対 象 地 域	百世帯当り病休者世帯数 (世帯数)	病休世帯の一世帯当り病休者数 (人)	病休者率 (標準化率) (%)	調査世帯数	百世帯当り病休者世帯数 (世帯数)	病休世帯の一世帯当り病休者数 (人)	病休者率 (標準化率) (%)	調査世帯数
	(1) 専 業 農 家				(2) その他の世帯 (非農家)			
青 森	9.91	3.24	69.5	424	9.39	2.32	81.5	330
岩 手	11.06	3.73	107.7	199	13.94	2.07	130.3	330
愛 媛	12.57	3.74	105.0	549	17.22	1.69	117.2	302
高 知	16.11	3.26	133.0	211	21.11	1.93	163.1	360
宮 崎	5.21	3.54	51.8	461	7.30	1.94	56.8	233
鹿 児 島	9.73	3.39	93.2	586	14.19	1.59	76.2	155
	(3) 第一種兼業農家				(4) 第二種兼業農家			
青 森	5.10	6.00	66.5	196	9.68	2.17	58.5	62
岩 手	7.65	3.00	50.5	340	5.15	4.29	59.5	136
愛 媛	7.02	4.83	95.5	171	7.83	4.56	96.7	115
高 知	13.53	3.29	105.9	207	11.89	3.74	110.9	227
宮 崎	6.99	3.08	68.3	186	11.43	1.94	93.0	140
鹿 児 島	12.22	2.83	101.5	221	7.10	2.75	79.0	169

4. 15歳以上の女子の有病率

15歳以上の女子世帯員で慢性的疾患に罹患³⁾しているものについて調査した。調査全域における女子の有病率は対象女子100人に対して10.17人となり、標準化すると8.4人となる。これを地域別にみると、標準化有病率は高知(12.5%)が最高、ついで鹿児島(10.9%)、愛媛(8.1%)、岩手(7.1%)、青森(6.6%)で宮崎(5.6%)が最低となり、高知、鹿児島の高率が特に目立っている(表4)。

年齢別にみると、最高の高知は35~74歳までの全年齢階級で高率を示し、鹿児島では15~24歳で特異的に高率となっている。これを昭和39年の国民健康調査の有病率と比較すと、鹿児島を除く5地域

表4 年齢別15歳以上の女子の有病率(人口千対)

年齢	調査対象地域						全 国		
	青 森	岩 手	愛 媛	高 知	宮 崎	鹿 児 島	国民健康調査(39年)		
							七大都市	その他の都市	郡 部
15~24	14.42	17.30	17.67	31.25	24.50	59.70	34.52	35.10	19.98
25~34	38.78	46.70	56.14	54.90	26.84	67.60	46.05	53.58	31.61
35~44	49.47	59.56	55.83	105.80	28.12	50.89	105.91	67.45	52.97
45~54	73.57	69.49	112.62	188.23	76.92	150.19	102.09	91.89	81.08
55~64	186.04	170.73	170.37	270.64	83.33	209.18	181.82	134.35	120.48
65~74	170.73	165.46	241.75	374.19	243.47	233.33	194.44	132.20	150.94
75~	166.67	316.67	240.00	348.83	207.54	535.21	250.00	124.44	120.33
計	75.11	85.27	98.00	163.37	67.12	129.32	84.03	72.77	63.84
標準化率	66.03	71.18	81.41	125.48	56.49	109.17	90.05	71.63	58.10

表5 世帯類型別15歳以上女子の標準化有病率ならびに女子の有病率指数

世帯類型	青 森	岩 手	愛 媛	高 知	宮 崎	鹿 児 島
(イ) 有 病 率 (人口千人対)						
総 数	66.03	71.18	81.41	125.48	56.49	109.17
農 家	61.09	70.63	82.42	120.15	56.00	112.65
専業農家	74.10	87.75	77.76	123.84	47.87	102.91
第一種兼業農家	69.39	63.76	90.92	81.76	34.33	145.88
第二種兼業農家	47.31	59.47	94.85	151.55	124.85	106.02
その他の世帯(非農家)	47.95	85.98	74.87	138.22	61.52	86.04
(ロ) 有 病 率 指 数 (男子有病率をそれぞれ100とする)						
総 数	99.5	88.8	84.6	80.9	81.1	116.4
農 家	110.7	95.2	86.0	97.7	78.1	126.5
専業農家	113.0	101.1	71.5	125.8	69.6	119.1
第一種兼業農家	110.0	86.0	124.2	83.3	50.0	134.2
第二種兼業農家	71.3	102.7	105.4	89.1	131.4	183.5
その他の世帯(非農家)	62.4	80.9	72.5	58.6	99.4	106.2

3) 本調査は医師の検診、面接等にはよらず、自覚にもとづく本人の記載によるものである。従って潜在疾病や、過剰な病覚意識などのための記載もれや、過剰な記入のあることも考えられるが、公衆衛生学的地区活動や、行政的な各種の調査(例えば結核、成人病、妊産婦検診、健康調査、栄養調査など)により、住民の疾病に対する自覚にもかなりの信頼性がもたれることを考え、記載の事実をそのまま集計した。

において若齢層（15～24歳）で「七大都市」、「全国その他の都市」より低率を示し、特に北奥羽2県および愛媛等ではその傾向が著しく、全国最低率の郡部よりも低率を示している。これに対して高率群では鹿児島が15～34歳で全国調査のいずれよりも高率となっている。このような状況は未開発地域からの労働力流出と全く無関係ではない筈で、注目されねばならない点であろう。

次に有病率を世帯類型別の標準化有病率で比較すると表5(イ)のようになる。農業生産性の比較的高い青森、愛媛、鹿児島では農家が高率となり、その他の地域では非農家で高率である。また専業別にみると、全般的に兼業農家の女子が高い有病率を示すが、東北2県のみは専業農家のほうが高率となっている。

女子の有病率を男子と比較すると（表5(ロ)）鹿児島ではすべての世帯類型について女子が高率で、特に第二種兼業農家においては男子の1.8倍にも達している。このほか青森、高知の専業農家、愛媛、宮崎の兼業農家で女子有病率の高率が目立っている。

以上でみたように、それぞれの地域での有病率の高低は単なる自然環境的立地条件や医療施設の程度以外の要因にも関係していることがうかがわれる。こころみに有病と関係があるとおもわれる若干の事項について対比してみると表6の如くである。

全般的にみると15歳以上人口中に占める65歳以上人口割合の高低ばかりでなく、15～59歳のいわゆる生産年齢人口保有の高率、出稼ぎ者割合や15～19歳人口中に占める在学者割合の低率、女の世帯主割合などが互に関係し合って有病率を低下させる要因として働くことが考えられる。ただ東北専業農家では青森で水田率が割合に高く、果樹栽培が行われ、岩手で水田が極度にすくなく生産品目も雑穀が主となっていることも女子の労働条件や農家収入とも関連して青森の低有病率と無関係ではないであろう。これと同様のことは愛媛と高知との間にもみられる。すなわち青森と愛媛は共に果樹栽培地域があり、岩手と高知は山村的地域を含んでいる。

しかし、青森と愛媛の対比では愛媛は青森に比して有病率は高い。これについては愛媛のような都市近接農村においては農業経営の機械化、生活面での都会化等による消費構造面からの特殊なひずみの影響が指摘されてよいであろう。

宮崎と鹿児島県の専業農家の場合、労働力や老人人口には大きな差はないのに有病率では宮崎は最低群、鹿児島は高率群となっている。これは宮崎では米作に依存する農家の多いのに対し、鹿児島では少ない保有労働力による畑作地帯での精農主義的多角経営の行われていることが反映したものとみることができるのではあるまいか。

5. 農婦（夫）症的症状自覚者

調査世帯について世帯主の妻（または主婦）を対象とした農婦症的症状自覚者の割合は表7のように1種以上の症状を自覚している女子（症状有自覚者）は対象者の約半数に及び、青森44.0%、岩手53.1%、愛媛59.7%、高知63.7%、宮崎42.1%、鹿児島43.2%で高知が最も高く、愛媛がこれにつき、宮崎が最低率を示している。これは世帯類型別に分けてもだいたいにおいて高低の順位に変化はない。さらにこれを女子の有病率と比較すると症状有自覚者の率は有病率よりもはるかに高率ではあるが、順位の分布は概ね類似している。

農婦症的症状を3種以上自覚するいわば強度の症状有自覚者でもその率は有病率よりなおはるかに高いことが注目される。また、強度の症状有自覚者の高低順位は愛媛が最高率、次ぎが鹿児島となつて高知を上回り（表7（ ）内）、1種以上の症状有自覚者の場合とは、やや異った分布をみせていることは興味ぶかい。

表6 有病率と若干の指標

指 標	青森	岩手	愛媛	高知	宮崎	鹿児島
総 数						
15歳以上人口中に占める65歳以上人口割合(%)	11.6	11.9	14.4	15.8	10.6	11.1
1戸当り生産年齢(15~59歳)人口(除中・高在学者)(男女計)(人)	2.72	2.61	2.30	1.97	2.07	2.00
男子(生産年齢人口)就業者に対する出稼ぎ経験者割合(%)	18.5	20.5	4.0	14.7	7.7	12.4
15~19歳人口中に占める在学者割合(%)	49.6	34.8	78.0	74.8	63.6	63.3
10世帯当り高校在学者数(人)	1.6	0.6	3.0	1.6	1.1	1.0
女の世帯主割合(%)	8.3	8.9	10.7	13.4	13.9	14.8
女子の有病率(標準化)(%)	66.03	71.18	81.41	125.48	56.49	109.17
専 業 農 家						
15歳以上人口中に占める65歳以上人口割合(%)	13.9	19.2	16.2	21.8	13.0	15.3
1戸当り生産年齢(15~59歳)人口(除中・高在学者)(男女計)(人)	2.90	2.47	2.48	1.84	2.12	1.83
男子(生産年齢人口)就業者に対する出稼ぎ経験者割合(%)	4.7	5.8	3.1	13.1	4.0	10.9
15~19歳人口中に占める在学者割合(%)	45.9	58.8	81.6	68.6	57.0	57.8
10世帯当り高校在学者数(人)	1.6	0.7	3.9	1.6	0.8	0.8
女の世帯主割合(%)	6.4	5.5	6.2	7.1	15.0	11.9
女子の有病率(標準化)(%)	74.10	87.75	77.76	123.84	47.87	102.91
第 一 種 兼 業						
15歳以上人口中に占める65歳以上人口割合(%)	10.0	12.9	12.1	15.9	8.5	7.0
1戸当り生産年齢(15~59歳)人口(除中・高在学者)(男女計)(人)	3.59	3.17	2.84	2.24	2.37	2.18
男子(生産年齢人口)就業者に対する出稼ぎ経験者割合(%)	30.8	15.0	4.6	22.7	12.7	18.0
15~19歳人口中に占める在学者割合(%)	34.2	26.1	62.1	75.0	52.9	62.7
10世帯当り高校在学者数(人)	1.1	0.6	2.6	2.0	0.9	1.4
女の世帯主割合(%)	3.1	5.3	6.4	7.7	11.3	16.7
女子の有病率(標準化)(%)	69.39	63.76	90.92	81.76	34.33	145.88
第 二 種 兼 業						
15歳以上人口中に占める65歳以上人口割合(%)	11.7	6.8	12.9	13.9	7.4	7.5
1戸当り生産年齢(15~59歳)人口(除中・高在学者)(男女計)(人)	2.54	2.93	2.43	2.19	2.02	2.04
男子(生産年齢人口)就業者に対する出稼ぎ経験者割合(%)	45.9	45.8	4.0	17.5	13.0	11.0
15~19歳人口中に占める在学者割合(%)	48.4	21.7	80.4	72.6	66.3	59.3
10世帯当り高校在学者数(人)	1.1	0.2	3.0	1.9	1.4	1.4
女の世帯主割合(%)	6.5	8.1	10.4	12.3	7.9	11.2
女子の有病率(標準化)(%)	47.61	59.47	94.85	151.55	124.85	106.02
そ の 他 の 世 帯						
15歳以上人口中に占める65歳以上人口割合(%)	8.7	6.7	12.1	12.1	9.0	4.5
1戸当り生産年齢(15~59歳)人口(除中・高在学者)(男女計)(人)	2.10	1.97	1.64	1.63	1.70	1.77
男子(生産年齢人口)就業者に対する出稼ぎ経験者割合(%)	22.2	23.9	5.3	5.8	7.0	9.4
15~19歳人口中に占める在学者割合(%)	68.8	43.8	79.5	82.1	82.0	85.7
10世帯当り高校在学者数(人)	1.8	0.5	1.5	1.2	1.5	1.1
女の世帯主割合(%)	14.2	15.2	21.2	20.8	17.6	24.5
女子の有病率(標準化)(%)	47.95	85.98	74.87	138.22	61.52	86.04

表7 農婦症的症状有自覚者の割合(%)

世帯類型	青森	岩手	愛媛	高知	宮崎	鹿児島
総数	44.0 (13.2)	53.1 (17.5)	59.7 (28.3)	63.7 (17.6)	42.1 (6.9)	43.2 (23.6)
専業農家	45.5 (11.4)	57.3 (19.2)	62.7 (23.9)	77.3 (22.3)	46.9 (7.5)	40.6 (23.4)
第一種兼業農家	53.6 (11.4)	58.2 (14.1)	64.3 (32.8)	50.2 (16.5)	45.2 (6.0)	49.8 (23.9)
第二種兼業農家	40.3 (20.1)	56.6 (5.3)	60.0 (34.8)	67.4 (16.3)	50.0 (5.6)	37.3 (9.7)
その他の世帯(非農家)	37.0 (15.4)	43.9 (26.7)	51.7 (31.5)	61.1 (15.5)	25.3 (6.7)	50.3 (36.0)

注 () 内数字は農婦症的症状を3種以上自覚するものの割合。

6. 健康づくりに対する女子の意識

女子の健康阻害の様相は、以上の如くに、むしろ地域の特徴ともいべきものがあらわれているように思われる。

これらの事情の1つの反映として、世帯主の妻(又は主婦)の健康維持向上に対する意識をみると次のようである。

すなわち、①病院や医者を増やす、②国でやってくれる健康診断の回数をふやす、③栄養や保健について国がもっとよく指導する、④収入が今より多くなる、⑤今より労働が軽くなるの5項目のうちから最も希望するもの1つを選ばせた結果が表8(イ、ロ)である。

これによると、どの地域でも経済的要望(収入が今より多くなる)が最も高い割合を示し、最高率の高知(45%)について宮崎(42.9%)、愛媛(37.1%)、鹿児島(34.6%)、岩手(32.2%)で最低は青森(25.6%)となっている。経済的要望の強まる要因はいろいろであり、また地域的にも同じでないことは想像にかたくないが、概して経済的貧困の程度と関係しているという印象をうける。

健康管理に必要な条件である医療施設に対する要求は北奥羽の2県では他の地域にくらべて圧倒的に高く、この地域における施設不足のあらわれとみられる。

過重な労働の軽減を訴えているのは愛媛(21.8%)が第1位で鹿児島(18.6%)、高知(15.5%)、青森(12.2%)、岩手(7.1%)、宮崎(6.0%)となり、専業農家世帯の多い地域で高い傾向がある。

さらにこれを世帯型別にみると、高知の兼業世帯が29.4%で対象地域全世帯類型中の最高率となっている。これは耕地が山峡のいわゆる段々畝式の狭小な田畑で機械化の遅れた地域を含むことに加え、労働力の社会的減少が女子に過激な労働をしいていることを示すものであろう。また愛媛では専業および第一種・第二種兼業農家のいずれもおしなべて労働の軽減を要求しているが、この地域でいわゆる強度の農婦症的症状の自覚者が最高率を示していることと思えば、現実に過重な労働負担の課せられていることが察せられる。

表8(イ) 健康づくりに対する世帯主の妻(又は主婦)の意識(%)

意識	青森	岩手	愛媛	高知	宮崎	鹿児島
1. 病院や医者を増やす	25.1	25.8	6.9	6.8	11.9	8.6
2. 国でやってくれる健康診断の回数を増やす	15.8	17.2	18.4	23.9	17.8	21.6
3. 栄養や保健について国がもっとよく指導する	18.6	15.6	15.0	7.9	20.0	15.2
4. 収入が今より多くなる	25.6	32.2	37.1	45.0	42.9	34.6
5. 今より労働が軽くなる	12.2	7.1	21.8	15.5	6.0	18.6
不詳	2.7	2.1	0.7	1.0	1.4	1.4

表 8 (ロ) 世帯類型別にみた世帯主の妻（又は主婦）の意識（％）

意 識	専業	第一種兼業	第二種兼業	その他の世帯	専業	第一種兼業	第二種兼業	その他の世帯
		青	森			岩	手	
1. 病院や医師を増やす	20.8	20.9	24.2	27.3	27.6	15.9	19.9	31.2
2. 国でやってくれる健康診断の回数をふやす	13.2	12.8	12.9	21.5	14.6	14.4	25.7	18.2
3. 栄養や保健について国がもっとよく指導する	24.3	15.8	17.7	13.0	12.6	24.7	16.9	7.6
4. 収入が今より多くなる	24.5	32.1	33.9	21.5	29.6	33.5	36.0	30.9
5. 今より労働が軽くなる	15.8	15.8	4.8	6.7	14.1	9.1	1.5	3.0
	愛	媛			高	知		
1. 病院や医師を増やす	5.5	8.8	10.4	7.3	7.6	5.3	7.5	6.7
2. 国でやってくれる健康診断の回数をふやす	16.9	17.5	20.0	20.9	19.9	23.7	29.5	22.8
3. 栄養や保健について国がもっとよく指導する	15.1	12.9	13.0	16.9	5.7	9.7	11.0	6.1
4. 収入が今より多くなる	35.7	39.8	34.8	39.1	37.0	43.5	41.0	53.1
5. 今より労働が軽くなる	26.6	20.5	20.9	14.2	29.4	15.5	10.1	10.8
	宮	崎			鹿	児	島	
1. 病院や医師を増やす	9.8	18.8	12.9	9.9	10.9	6.3	4.7	7.1
2. 国でやってくれる健康診断の回数をふやす	24.7	14.5	9.3	12.0	24.7	14.5	13.0	21.9
3. 栄養や保健について国がもっとよく指導する	19.1	19.7	33.6	16.7	12.8	18.6	18.3	16.1
4. 収入が今より多くなる	36.1	36.2	40.7	54.1	31.2	38.0	40.2	36.1
5. 今より労働が軽くなる	5.9	10.2	3.6	4.3	19.1	18.1	21.9	13.5

健康保持向上に直接関係のある健康管理（国でやってくれる検診の回数を増やす）と保健栄養の知識の向上（栄養や保健について国がもっとよく指導する）については前者がどちらかといえば受身的な性格の強いものに対して後者はむしろ自主的な傾向といえることができる。したがってこれら両者に対する要求度の割合は、健康の保持向上に対する積極性の度合いをある程度あらわすとみられよう。

これによると高知、愛媛、鹿児島などの高有病率の地域では、いずれも受身的傾向が著明であるのに対して、宮崎、青森などの低有病率のところでは積極的な自主的傾向が看取される。特に有病率の最低な宮崎では農家における兼業度のすすむにつれて第一種兼業農家、第二種兼業農家の順に自主的傾向が強くなっている。

7. おわりに

最近における国民生活の変貌、とくに農村におけるそれらには目をみはらせるものがあり、これが農村民の健康に及ぼすさまざまな影響については多くの研究がなされている。たとえば交通手段の近代化による都市と農村との距離的接近、教育程度の上昇、農業技術の近代化による生産性の上昇、着実な兼業化による農家の収入の増大などは、住民の衛生、保健、栄養に関する知識の向上をもたらし、これが生活環境の改善については人口の資質改善に大きな効果を現わしている。しかし、その反面では生活意識だけの模倣的都会化の精神面におよぼす影響、農業の近代化や家庭電化生活などがかえって労働量とくに女子の労働量の増加を結果するという現象があらわれ、これが農機具、農薬などと共に新たな健康阻害要因となりつつあることが多くの農村医学研究者により報告されている。

本未開発地域調査においても上述のような都会化の影響を推測させる例がある。たとえば、高知は対象地域に市を含みながら、人口資質的な面では、有病率や農婦症の症状自覚率などにおいて高率を示して悪条件下にあることをあらわし、また過重な労働の負担を訴えている。また愛媛では、生産性

が高く経済的にも優位を保ちながら、有病者および強度の農婦症的症状自覚者がいちじるしく多く、健康保持に対する意識調査で強い経済的要望を示している。これは、この地域にみられる農業経営の近代化にともなう経費の支出、生活様式や生活意識の都会化による消費面の増大などが必然的に経済的収支の不均衡を招き、さらにそれを補うための過剰な労働が付加されていることを示すものであろう。青森と同じく果樹栽培地である愛媛が、立地条件的にも農業収入的にも、また医療施設面でも、青森よりは一段と優位な条件にありながらはるかに高い健康障害度を示すことはこの間の事情を裏付けるものといえよう。

しかし産業開発のおくれが経済的貧困の要因となっていること、およびそのために過重な労働をよきなくされていることは北奥羽、四国西南実地調査においても明かに認められ、これが健康阻害の重大な原因であることもみのがせない事実である。

最後に付言しておきたいのは、健康の保持向上についての自主的積極性の度合いが健康阻害の程度と密接に関係している事例を観察したことである。これは今後の人口資質向上対策への示唆を含むように思われる。

Female Morbidity Rates in the Underdeveloped Areas

Shimako OGINO

The Institute of Population Problems conducted in 1965 "A Survey on Migration of Population and Labor Force Relating with Social Development" taking rural communities selected from three different underdeveloped areas, of Japan i. e., the northern part of Ōu (Aomori and Iwate), the southern part of Kyūshū (Kagoshima and Miyazaki), and the south-western part of Shikoku (Kōchi and Ehime). This survey adopted householder method with 6,310 households holding 19,271 individuals of 15 years and above. Participating in this survey, the author was in charge of morbidity study of the inhabitants concerned, in particular, of the females. The main findings are as follows:

1. The highest morbidity rate of female of 15 years and over (Computed from self-statement data of subjective symptom) was found in Kōchi, and in turn Kagoshima, Ehime, Iwate, Aomori and the lowest was in Miyazaki. In regard to age-specific morbidity, specially high rates were found in age groups 35~44, 45~54 and 55~64 of Kōchi, and in age group 15~24 of Kagoshima.

2. Comparing the morbidity rate of female with male, under the classification of households into (a) full-time farming, (b) part-time farming (mainly farming), (c) part-time farming (mainly other jobs), and (d) non-farming, it is noticeable that in Kagoshima female rate is higher than male one in each household category, including (c) in which it reaches as high as 1.8 times of male rate. In addition, households (a) in Aomori and Kōchi, (b) and (c) in Ehime and Miyazaki show remarkably high rates of female morbidity.