

DOI: 10.55105/2500-2872-2023-1-46-58

## Продолжительность жизни в Японии (XVII – первая половина XX в.)

*А.Н. Мещеряков*

**Аннотация.** Продолжительность жизни является важнейшим показателем состояния общества и качества жизни тех людей, которые живут в нем. Она зависит от множества факторов, влияющих на смертность: питания, физических нагрузок, эпидемических и иных заболеваний, природных, социальных и техногенных катастроф, уровня общественной тревожности, состояния экологии, здравоохранения, гигиены и т. д.

В Японии периода Токугава тело не принадлежало самому человеку. Его предназначением являлось «служение» – сюзерену и родителям. В токугавское время японцам внушали, что только здоровый человек может выполнить свой долг. Забота о здоровье возлагалась на самого человека, система государственного здравоохранения отсутствовала. Несмотря на огромные отличия в природных условиях, стиле жизни, пищевой диете и научно-медицинских представлениях, по продолжительности жизни Япония находилась приблизительно на одном уровне с крупными европейскими странами.

После революции Мэйдзи концепт «служения» не исчезает, но теперь его главным объектом выступает государство в лице императора. Государство предпринимало серьезные усилия для улучшения здравоохранения, но отрицательные последствия модернизации долгое время не позволяли увеличить продолжительность жизни. Ее медленный, но устойчивый рост начинается только со второй половины 1920-х гг. Тем не менее, перед Второй мировой войной по продолжительности жизни Япония существенно отставала от развитых стран Запада. Экспансионистская политика Японии требовала нарастить численность японцев. Поскольку увеличение продолжительности жизни является времязатратной задачей, выбор был сделан в пользу политики увеличения рождаемости.

**Ключевые слова:** Япония, историческая демография, период от сёгуната Токугава до начала Второй мировой войны, продолжительность жизни.

**Автор:** Мещеряков Александр Николаевич, доктор исторических наук, главный научный сотрудник Института классического Востока и античности Высшей школы экономики (105066, Москва, ул. Старая Басманная, 21/4). ORCID: 0000-0001-6004-5743.

**Для цитирования:** Мещеряков А.Н. Продолжительность жизни в Японии (XVII – первая половина XX в.) // Японские исследования. 2023. № 1. С. 46–58. DOI: 10.55105/2500-2872-2023-1-46-58

## Life expectancy in Japan (17<sup>th</sup> – first half of the 20<sup>th</sup> centuries)

*A.N. Meshcheryakov*

**Abstract.** Life expectancy is the most important indicator of the state of society and the quality of life of the people who live in it. It depends on many factors that affect mortality: nutrition, physical activity, epidemic and other diseases, natural, social and anthropogenic disasters, the level of public anxiety, the state of the environment, healthcare, hygiene, etc.

In Japan during the Tokugawa period, the body did not belong to the person himself. His mission was to “serve” – to the overlord and parents. This was possible only if the person was healthy for as long as possible. During the Tokugawa era, the Japanese were taught that only a healthy person could fulfill his duty. Healthcare was entrusted to the person himself, there was no public health system. Despite the huge differences in natural conditions, lifestyle, nutritional diet, scientific and medical ideas, in terms of life expectancy, Japan was approximately on the same level as major European countries.

After the Meiji revolution, the concept of “service” did not disappear, but now the main object of service became the state represented by the emperor. The state made serious efforts in the field of healthcare, but the negative consequences of modernization for a long time did not allow to increase life expectancy. Its slow but steady growth begins only in the second half of the 1920s. However, before the Second World War, Japan lagged significantly behind the developed countries of the West in terms of life expectancy. The expansionist policy of Japan demanded to increase the number of Japanese people. Since increasing life expectancy is a time-consuming task, the choice was made in favor of a policy of increasing the birth rate.

**Keywords:** Japan, historical demography, the period from the Tokugawa shogunate to the outbreak of World War II, life expectancy.

**Author:** Meshcheryakov Alexander Nikolaevich, Dr. of Letters (History), Chief Researcher, Institute of Classical Oriental and Antiquity, Higher School of Economics (Russia, 105066, Moscow, Staraya Basmannaya Str., 21/4). ORCID: 0000-0001-6004-5743.

**For citation:** Meshcheryakov A.N. (2023). Prodolzhitel'nost' zhizni v Yaponii (XVII – pervaya polovina XX v.) [Life expectancy in Japan (17<sup>th</sup> – first half of the 20<sup>th</sup> centuries)]. *Yaponskiye issledovaniya* [Japanese Studies in Russia], 2023, 1, 46–58. (In Russian). DOI: 10.55105/2500-2872-2023-1-46-58

Продолжительность жизни является важнейшим показателем состояния общества и качества жизни тех людей, которые живут в нем. Она зависит от множества факторов, влияющих на смертность: питания, физических нагрузок, эпидемических и иных заболеваний, природных, социальных и техногенных катастроф, уровня общественной тревожности, состояния экологии, здравоохранения, гигиены и т. д. Точный вклад каждого из этих параметров в обеспечение продолжительности жизни возможно определить далеко не всегда, однако охарактеризовать в самом общем виде состояние каждого из указанных параметров представляется более посильной задачей.

Продолжительность жизни человека в «нормальных» условиях обеспечивается состоянием его здоровья, т. е. тела. Для дальнейшего изложения важно определить его принадлежность, ибо она в значительной степени определяет поведенческие модели.

## Период Токугава

В период Токугава тело не принадлежало самому человеку. Идея безграничной верности самурая сюзерену («сюзеренизация тела»), необходимость соблюдения сыновнего (дочернего) долга перед родителями, в особенности перед отцом («патернализация тела»), приводили к отчуждению собственного тела, которое предназначалось не для себя, а для служения. Верность сюзерену – это верность конкретному человеку. Его смерть означает прекращение служения. На практике самураи обычно присягали на верность и наследнику бывшего сюзерена, но имели и теоретическую возможность не делать этого. Долг перед родителями тоже имел временные ограничения – их смерть (это не отменяло обязанности чтить память о них). Сын (обычно старший) рано или поздно сам становился отцом, превращаясь в объект заботы и поклонения.

Концепт служения предполагал, что оно должно быть эффективным, а это было возможно только в том случае, если человек был здоров и дееспособен максимально длительное время. При режиме Токугава японцам внушали, что только здоровый человек может выполнить свой долг – как перед сюзереном, так и перед родителями.

Знаменитый мыслитель Кайбара Экикэн (1630–1714) так поучал молодое поколение: «Тело человека появляется благодаря отцу и матери, оно имеет своим истоком Небо и Землю. Человек рождается благодаря Небу и Земле, отцу и матери, а потому и возвращаемое им тело не является его собственностью. Тело, дарованное Небом и Землей, тело, полученное от отца с матерью, следует возвращать с почтением и тщанием, не принося ему вреда. Жизнь должна быть долгой. В этом и заключен сыновний долг перед Небом с Землей, перед отцом с матерью. Если потеряешь тело, то и служить станет нечем. Поскольку внутренности, кожа и тело, волосы достаются нам от родителей, то содержать их в беспорядке и уродовать – сыновняя непочтительность. Какая это непочтительность по отношению к Небу и Земле, отцу и матери: великое предназначение считать делом личным, пить-есть и желать-алкать по своему хотению, портить здоровье и привечать болезни, сокращать дарованные Небом годы и умирать до срока!» [Kaibara 1964, p.24].

Считалось, что благодаря Небу и родителям почти все дети рождаются здоровыми. Однако в дальнейшем забота о сохранении дарованного человеку потенциала здоровья возлагалась на него самого. «Годы жизни, дарованные Небом, обычно длинны. Дарованные Небом годы жизни редко бывают короткими. Однако многие люди, которые рождаются здоровыми, все-таки умирают рано (прожив менее 50 лет) – они растрачивают изначальное *ки* [кит. ци; может быть интерпретировано как запас энергетике. – А. М.], не ведают искусства пестования жизни, утром и вечером вредят изначальному *ки*, днем и ночью растрачивают силы, не берегут данные им с рождением годы... Жизнь человека – [в ведении] не Неба, а самого человека». И если о богатстве молятся буддам и божествам, полагаясь на их волю (которая далеко не всегда благосклонна по отношению к адепту), то заботиться о здоровье – легко, ибо оно зависит только от собственного поведения человека. [Kaibara 1964, с.26–27, 40].

Не подлежит сомнению, что высокая продолжительность жизни воспринималась при режиме Токугава как показатель благополучного состояния общества. Практически все современники славили мирное правление сёгуната. Мыслитель конфуцианского толка Нисикава Дзёкэн (1648–1724) утверждал: вместе с образованием сёгуната население значительно выросло, а продолжительность жизни отдельного человека стала длиннее, поскольку его бытие стало «спокойнее», а питание – лучше [Nishikawa 1988, с. 32–36]. Долголетие японцев противопоставлялось якобы короткой жизни европейцев. Полагали, что почти лишенная мяса пищевая диета японцев способствует желанному долголетию. В Нагасаки имелась торговая фактория Ост-Индской компании, и японцы имели возможность наблюдать за голландцами, которые на территории фактории держали свиней и овец. Японцам казалось, что чрезмерное

потребление голландцами мяса ведет к снижению продолжительности жизни. То же самое они говорили и об айнах. Врач Тэрадзима Рёан (1654–?) писал в 1712 г.: айны «редко доживают до 40–50 лет. Вероятно, это потому, что они едят мясо, но не едят риса» [Щепкин 2022, с.54].

Какой же возраст определялся как долгожительство? В своем трактате о счастливой старости «Поучение в радости» («Раккун») Кайбара Экикэн писал: «Если задумаешься о том, как обстоят дела в мире людей, увидишь, что долгожители наперечёт. Многие покидают этот мир, не дожив и до сорока лет. Смерть в пятьдесят лет не считается ранней. Кончина за шестьдесят – это уже удача. Тех же, кто перевалил за семьдесят, считают редкими счастливцами». [Кайбара, Нисикава 2017, с.91]. В другом месте трактата он отмечал: «Сто лет – долгожительство высшее, восемьдесят – среднее, шестьдесят – малое. Но и до шестидесяти доживают немногие. А уж до семидесяти – и подавно». [Кайбара, Нисикава 2017, с.94]. Нисикава Дзёкэн – поражался своему преклонному возрасту: «В этом году мне минуло 60 лет, и я удивлён своим долгожительством» [Кайбара, Нисикава 2017, с.174].

Источники токугавского времени свидетельствуют, что долгожителями считали людей, достигших 60 лет. В Японии не было принято ежегодно отмечать дни рождения, но празднование 60-летнего юбилея (канрэки) было широко распространено – достижение этого возраста означало, что человек прожил полный шестидесятилетний календарный цикл и вступил в новый.

Несмотря на достаточно высокие гигиенические навыки населения и большое для своего времени количество действующих врачей, уровень медицинских знаний оставлял желать много лучшего. Высокая детская и материнская смертность, частые случаи голода, инфекционные заболевания не позволяли существенно сократить смертность. В стране не было больниц, общенациональная система здравоохранения, разумеется, отсутствовала. Тем не менее, несмотря на серьезные ограничивающие факторы, продолжительность японской жизни в период Токугава все-таки росла. Общеизвестно, что для крестьян и горожан (за исключением самураев) она выглядела следующим образом: XVII в. – от 25 до 30 лет, XVIII в. – до 35 лет, XIX в. – более 35 лет. Поскольку медицина не демонстрировала сколько-то существенного развития и основывалась на представлениях тысячелетней давности, увеличение продолжительности жизни было обусловлено, прежде всего, ростом качества жизни и улучшением бытовых условий [Kito Hiroshi 2000, с.94].

При рассмотрении продолжительности жизни в Японии того времени мы должны иметь в виду, что существовали значимые отличия – как региональные, так и социальные. Так, у самураев продолжительность жизни была выше, чем у простолюдинов.

По продолжительности жизни токугавская Япония находилась на «нормальном» европейском уровне. Промышленная революция в Европе принесла увеличение городского населения и производства товаров. Однако долгое время она не сопровождалась революцией в продолжительности жизни. Сравнение данных середины XVIII и XIX вв. показывает такую динамику: Англия – 36,9–40 лет; Италия – 32–32 года. Существенно возросла продолжительность жизни только во Франции – с 27,9 до 39,8 лет [Баччи 2010, с.195]. Получается, что по этому показателю, несмотря на огромные отличия в природных условиях, стиле жизни, пищевой диете и научно-медицинских представлениях, Япония находилась приблизительно на одном уровне с крупными европейскими странами.

### Период Мэйдзи

В период Мэйдзи тело сменило своего «хозяина»: оно стало принадлежать прежде всего императору, родине, государству. Забота о родителях играла важную, но подчиненную роль в концепции служения. Иными словами, произошла «национализация» тела. Долг перед

«родиной» или императором не имел никаких временных или социальных ограничений. Император именовался «отцом» всех японцев, в своих указах он обращался к ним как к «младенцам» – вне зависимости от их возраста. Такая система отношений не предполагала смены ролей ни при каких обстоятельствах. После смерти одного императора японец автоматически становился «ребенком» следующего, даже если он был намного старше его. Понятие «родины» тоже не имело временного лимита. Такое служение заканчивалось только со смертью самого человека.

В период Токугава телу японца предписывалось быть здоровым, ибо в противном случае оно не сможет достойным образом служить сюзерену и родителям. При Мэйдзи подданному тоже предписывалось быть здоровым, но теперь главным бенефициаром этого здоровья стало государство, олицетворявшееся в фигуре императора. В 1912 г. профессор Токийского университета Какэи Кацухико в работе «Великий смысл древнего синто» заявил, что «ни один человек, принадлежащий к японскому народу, не может существовать без императора. Поскольку мы получаем свою жизнь от внушающего трепет императора, то, если бы императора не было, мы не смогли бы даже родиться, а японский народ исчез» [Suzuki Sadami 2006, с.61–66]. Этот концепт господствовал в государственном дискурсе вплоть до окончания Второй мировой войны. В брошюре «Путь подданных» («Симмин-но мити», 1941 г.), предназначенной для изучения в школах, констатировалось: «Предназначение твоего тела и твоей души – служить императору. Наши предки точно так же выполняли это предназначение, они передали нам свои жизни, и наши жизни тоже не принадлежат нам, не могут быть нашими. Поэтому наше истинное бытие обнаруживается только в величественной поступи истории, и ты не можешь стать человеком, находясь вне народа, твое «я» не существует вне общего. Всё наше бытие принадлежит императору, служение государству делает бытие истинным... Чашка с едой, одежда на теле – не только твои; время досуга и время сна существуют только потому, что ты связан с государством» [Shinmin, 1941 с.70–71].

Государство рассматривало тело человека как ресурс для обеспечения модернизации – важнейшей задачи, которую поставила перед собой элита. Человеческий ресурс должен быть хорошего качества, т. е. здоров. При учреждении в 1911 г. правительственного фонда «Сайсэйкай» (первое пожертвование в него сделал сам Мэйдзи), целью которого объявлялась забота о здоровье пролетариата, было выпущено заявление, в котором, в частности, говорилось: бедность и болезни трудящихся препятствуют развитию производительных сил страны [Shinmura Taku 2006, с.252]. Проявляя заботу о здоровье японцев, государство заботилось не столько о здоровье каждого японца, сколько о благополучии государственного организма.

Уже в начале периода Мэйдзи правительство предприняло серьезные усилия по оздоровлению нации. Прежде всего они касались внедрения западной медицины и гигиены. Широко пропагандировался «здоровый образ жизни», предполагавший повышение двигательной активности, занятия физкультурой и спортом. В 1876 г. стала проводиться обязательная вакцинация детей против оспы – главной напасти токугавского времени.

В 1874 г. насчитывалось около 23 000 врачей китайской медицины и 5200 – европейской. Один врач приходился более чем на 3000 человек, что было явно недостаточно. Но уже к 1877 г. практически во всех префектурах возникли государственные больницы, при которых обычно существовали и медицинские училища (там обучали исключительно европейской медицине). Открывались медицинские институты и факультеты, в организации которых ведущая роль принадлежала немецким специалистам. Количество частных клиник тоже стремительно росло. Если в 1874 г. их существовало только 52, то всего через восемь лет – уже 626 (правда, обычно это были крошечные лечебницы). Правительственный курс был направлен на внедрение европейской медицины, и число врачей, использовавших западные методики, имело устойчивую тенденцию к росту. К занятиям китайской медициной допускали только людей, овладевших европейской, что в результате привело к сокращению знатоков



китайской медицины. Армия и флот обслуживались исключительно врачами, получившими образование по западным методикам. В прежней Японии отсутствовала хирургия, но теперь она получила распространение – раньше всего в армии, поскольку традиционная медицина не умела бороться с огнестрельными ранениями, не знала она и ампутации конечностей. Прогресс в медицине (впрочем, как и во многих других областях, включая способы убийства) в значительной степени обеспечивался в Японии потребностями в боеспособной армии. Военные врачи на Западе тоже играли огромную роль в развитии медицины.

Вместе с тем и традиционная медицина (а ее услуги были намного дешевле) не исчезла окончательно. Привычные методы лечения (массаж, иглоукалывание, прижигания моксой, горячие источники, препараты китайской медицины) продолжали играть существенную роль, хотя люди «передовые» (а их становилось все больше) стали относиться к ним со скепсисом.

Влияние западных гигиенистов привело к пересмотру взглядов на физическую активность. Раньше считалось, что она является атрибутом простолюдинов. Одежда хоть сколько-то высокопоставленного японца была пошита так, что препятствовала любым видам деятельности, кроме церемониального сидения. У императора функция движения вообще отсутствовала – он считался земной проекцией «неподвижной» Полярной звезды. Теперь же, показывая пример своим подданным, Мэйдзи занялся конным спортом. В школьную программу были введены уроки физкультуры. Государство было обеспокоено тем, что японцы физически слабее европейцев, не могут составить им конкуренции в экономическом соревновании и в возможном военном столкновении. Поэтому власти всячески способствовали повышению двигательной активности японцев. Создание публичных городских садов, которые раньше отсутствовали, предоставляло им возможности для моциона, занятий физкультурой и спортом. Первые крупные публичные токийские сады – Уэно и Сиба – были разбиты на территориях, которые раньше принадлежала буддийским храмам. Реформаторы полагали, что не молитвы, а физическая активность позволит японцам поздороветь. Предполагалось, что публичные сады, характеризовавшиеся как «городские легкие», сформируют здоровых и крепких подданных, способных к выполнению великих задач. Впервые в японской истории системная и постоянная забота о здоровье всех японцев стала предметом внимания государства.

Государство старалось оздоровить нацию, но достижению этой цели препятствовало множество факторов.

Взросшая мобильность населения способствовала стремительному распространению инфекционных заболеваний. Мэйдзийская урбанизация существенно отличалась от токугавской. При Токугава города были, главным образом, административными и торговыми центрами, но со второй половины периода Мэйдзи они стали постепенно превращаться и в центры промышленные, что требовало все новых и новых рабочих рук. Получить их можно было только из деревни. Бурный рост городского населения сопровождался ужасными условиями труда и проживания. Введение всеобщего начального образования и всеобщей воинской повинности, то есть концентрация молодых людей в ограниченном школьном и казарменном пространстве, усугубляли положение. Водопровод и канализация по-прежнему почти повсеместно отсутствовали. Человеческие фекалии продолжали употребляться в качестве удобрения. Высокие гигиенические навыки населения никуда не делись, но мыло получает широкое распространение только в первое десятилетие XX в.

Контакты с западным миром имели крайне противоречивые последствия для здоровья японцев. Европейцы привозили с собой не только новые медицинские знания, но и новые болезни. Если раньше среди инфекционных заболеваний наибольшие жертвы вызывала оспа, то теперь настала очередь холеры. Она была занесена из Индии в Европу, а уже оттуда проникла в Японию. Ее жертвами в Европе стали сотни тысяч человек. Японцы тоже пострадали значительно. В некоторые годы (1858, 1877–1879, 1887–1888) число умерших составляло сто с лишним тысяч человек. В то время уже было известно, что источником

холеры является грязная вода. Однако сточные воды струилась по улицам японских городов по открытым канавам.

Сифилис был занесен в Японию еще первой волной европейцев в XVI–XVII вв., но действительно широкое распространение получил только во второй половине XIX в. после открытия портов: иностранные моряки придерживались в Японии того образа жизни, к которому привыкли. Они заражали проституток, а те – своих японских клиентов. Смертность от сифилиса в 1911 г. составляла 9,6 промилле, превышая показатели по брюшному тифу (7,3) и дизентерии (6,6) [Shinmura Taku 2006, с.246–247]. Чтобы предотвратить распространение сифилиса и других венерических заболеваний, солдат и офицеров стали снабжать презервативами ко времени японско-русской войны. Однако публичные дома – основной источник венерических заболеваний – продолжали свое благополучное существование.

Туберкулез встречался и в токугавской Японии, но именно в период Мэйдзи наблюдается его стремительное распространение. И из-за того, что его постоянно заносили с Запада, и из-за бурного роста городов с их теснотой и антисанитарией. Крестьяне, прибывшие в город на заработки, заражались туберкулезом, возвращались домой и заражали односельчан. В то время туберкулез лечить не умели, а высококалорийная белковая диета, которой советовали придерживаться европейские врачи, была в Японии малодоступна – несмотря на пропаганду мясной диеты, потребление мяса «средним» японцем оставалось крайне низким. Наряду с другими легочными заболеваниями, туберкулез устойчиво занимал первое место в качестве причины смертности (такая ситуация сохранялась вплоть до 1950-х гг.).

В период модернизации новый толчок получила бери-бери (алиментарный полиневрит, яп. каккэ) – разновидность цинги, вызванная недостатком витамина B1 (тиамина). Эта болезнь была в Европе практически неизвестна, но в Японии она часто приводила и к смертельному исходу. Тиамин содержится в рисовой шелухе. «Белый» (шлифованный) рис в период Токугава являлся продуктом престижного потребления, его потребляли, в основном, самураи, аристократы и состоятельные горожане, поэтому раньше от этой болезни мало страдали деревенские жители. Поскольку больше всего самураев сосредотачивалось в Эдо, эту болезнь часто называли «болезнью жителей Эдо» (эдо-но ямаи). Однако теперь белый рис и бери-бери получили распространение во всех сферах общества, привлекательность армии для призывников заключалась, в частности, в том, что основу армейской диеты составлял рис. На Западе дефицит тиамин восполнялся за счет хлеба, мяса и молока, но в Японии эти продукты имели ограниченное распространение. Широкое употребление в пищу таких продуктов, как сырая рыба (некоторые ее виды), моллюски и чай, которые препятствуют усвоению тиамин, усугубляли ситуацию. Но об этом тогда еще никто не знал.

Отец Владимир из русской православной миссии в Токио полагал, что «умственные способности и переимчивость японцев замечательны и что в науках они пойдут далеко. Но развитию русской школы... мешает теперь болезнь какке, свирепствующая между воспитанниками. Это страшная болезнь: начиная с оконечностей ног, опухоль и омертвление тела постепенно доходят до желудка и сердца, и человек во цвете лет умирает... Так умер недавно один ученик нашей миссионерской школы, сын японского камергера» [Крестовский 2002, с.490].

Отец Николай (Касаткин) был весьма обеспокоен, что бери-бери терзала учеников его православной семинарии в Токио. В 1895 г. он записывал в своем дневнике: «В Семинарии больных вдвое прибавилось... О. Роман пришел и говорит, что все вправду больны – этой ужасною японскую болезнью, продуктом питания болотным растением – «какке»; двое, и притом лучшие ученики младшего класса, Нонака и Момосе – так серьезно, что им прикладывают лед к груди, чтобы отогнать водянку. Кроме учеников, большая половина прислуги, живущей на дворе Семинарии, больна «какке». В нынешнем году эта болезнь особенно свирепствует в городе. Велел опять в рис примешивать третью часть пшеницы;

ученикам не нравится, не вкусно, но это единственное противоядие болотной болезни» [Дневники святого Николая 2004, т. 3, с.363].

В 1878 г. количество военных, больных каккэ, составляло треть личного состава. За время японско-русской войны болезнь унесла жизнь 5700 военнослужащих (при общих боевых потерях приблизительно в 70 тысяч человек). На флоте, где господствовали английские порядки и матросы питались по-европейски, ситуация была намного лучше. Армейские медики в результате догадались, что в рацион солдата должен обязательно входить и необрушенный рис (гэммай). Только после этого открытия болезнь стала отступать.

В 1874 г. был введен институт дипломированных акушеров, что благотворно сказалось на материнской смертности при родах. Об этом говорят данные по мужской и женской продолжительности жизни: в конце XIX – начале XX в. женщины впервые в истории стали жить немного дольше мужчин – свидетельство того, что материнская смертность перестала оказывать значительное влияние на продолжительность жизни. Однако младенческая и детская смертность оставалась по-прежнему высокой. При этом младенческая смертность в городах, где современное медицинское обслуживание внедрялось быстрее, оставалась более высокой, чем в деревне, вплоть до 1928 г. [Shimizu Katsuyoshi 1978, с.59–60]. До этого времени отрицательные стороны городской среды обитания перевешивали плюсы современной медицины. В этом отношении Япония вписывается в общемировую закономерность: на первых этапах индустриализации детская смертность в европейских городах не только превышает деревенскую, но и имеет тенденцию к абсолютному увеличению. Эта тенденция переламинается там только на рубеже XIX и XX вв. [Баччи 2010, с.214–215].

Правительство предпринимало серьезные усилия по повышению «качества» населения. В понятие «качество» входила как забота о физическом состоянии японцев, так и о формировании у них новой картины мира, которая соответствовала бы «современным» условиям. Прежде всего это касается воспитания патриотизма и верности императору. В дискурсе того времени обсуждение способов достижения этой цели занимает огромное место. Но если в воспитании патриотизма были достигнуты быстрые успехи, то со здоровьем нации дело обстояло сложнее. Бурные перемены резко меняли среду социального обитания. Они вызывали чувство растерянности, стрессы, неврозы, психические расстройства, преждевременные смерти, самоубийства.

Подводя промежуточные итоги модернизации, знаменитый писатель Нацумэ Сосэки в произнесенной им в 1911 г. речи утверждал: «Мы, японцы, были вынуждены за десять лет сделать то, на что западные люди, с их выдающимся интеллектом и выдающейся физической силой, сделали за сто лет. И только естественно и неизбежно, что мы становимся невротиками, хотя мы и можем гордиться плодами нашего прогресса» [Hirakawa 2005, p.269].

Результаты усилий по оздоровлению нации оказались весьма ограниченными. Точно так же, как в Европе на первых этапах модернизации, чисто медицинские достижения не могли долгое время переселить ее отрицательные последствия. [Баччи 2010, с.211–212]. В 1873 г. японский показатель смертности составлял 19,6 промилле, а в 1912 г. – 19,9. Средний возраст умерших снижался. В 1886 г. он составлял более 38 лет, а в 1916 – только около 32 [Eisei 1939, с.58–59]. В этом году министр внутренних дел Японии с некоторой растерянностью и даже обидой заявлял: медицинское обслуживание в нашей стране улучшается год от года, но, вопреки ожиданиям, детская и взрослая смертность растут, а туберкулез, венерические заболевания, трахома и психические болезни наносят огромный ущерб здоровью японцев [Takano Iwazaro 1916, с.1–2]. Эти неприятные факты воспринимались особенно болезненно, поскольку в европейских странах, на которые равнялась Япония, в это время смертность неуклонно снижалась.

В начале периода Мэйдзи продолжительность жизни несколько снизилась [Hayami Akira 1993, с.145]. Потом она стала постепенно расти и составила в 1891 г. 42,8 года у мужчин



и 44,3 года у женщин. Запад во второй половине XIX в. осуществил колоссальный рывок за счет улучшения качества жизни, развития медицины и успехов в распространении гигиенических знаний и к началу XX в. в крупнейших европейских странах продолжительность жизни демонстрировала быстрые темпы роста – к 1910 г. превысила 50 лет или же приблизилась к нему. Низкая продолжительность средней японской жизни объясняется прежде всего высокой смертностью в возрастной группе от 0 до 30 лет, которая не только не сокращалась, но даже увеличивалась. Особенно это касается детской и подростковой смертности [Takano Iwazaro 1916, с.109]. Однако в пожилых группах населения мы наблюдаем, что количество стариков в Японии было больше, чем в большинстве европейских стран. В 1916 г. доля людей в возрасте от 60 до 70 лет составляла в Японии 57 промилле, в Германии – 50, а в Англии 47. Аналогичные показатели для лиц старше 70 лет были таковы: 30,9, 28 и 27 промилле [Takano Iwazaro 1916, с. 36]. Японские старики родились еще до революции, они росли и набирались сил, когда «модернизация» еще не успела принести своих «плодов».

После революции Мэйдзи Япония достигла значительных успехов в экономике, управлении и образовании и заслужила уважение западных держав. За счет военных побед она заняла в начале XX в. заметное место на международной арене. Благодаря росту коэффициента брачности в стране происходила «демографическая революция» [Мещеряков 2021], и японцев стало много больше прежнего, но «средний» японец стал чаще болеть и умирать раньше, то есть качество жизни стало фактически хуже. Хотя проблема массового голода, нередко случавшегося при режиме Токугава, была, в общем и целом, решена, для «простого» японца цена «модернизации» все равно оказалась огромной. Объясняя причины высокой рождаемости японцев, биолог Миядзима Микиносукэ (1872–1944) сетовал: мы просто вынуждены рожать много под прессом крайне высокой смертности – точно так же, как рыбы мечут огромное количество икринок, большинству из которых суждено погибнуть [Miyajima Mikinosuke 1928, с. 5].

### Довоенная Япония

После «пикового» 1920 г. рождаемость начала понемногу снижаться. В то же время медленный рост продолжительности жизни был приостановлен в результате эпидемии «испанки» (унесла около 450 тысяч жизней) и катастрофического землетрясения 1923 г. (около 100 тысяч жертв). В результате этих напастей продолжительность жизни упала даже несколько ниже уровня 1891 г. Однако усилия в области здравоохранения и улучшение бытовых условий все равно стали приносить результаты: устойчивый рост продолжительности жизни начался во второй половине 1920-х гг. В это время наблюдается и некоторое понижение младенческой смертности. Она изменялась так: 1900 г. – 155 промилле, 1910г. – 161,2, 1920 г. – 165,7, 1930 г. – 124,1.

#### Динамика продолжительности жизни (1891–1936)

Годы обследования	Мужчины	Женщины
1891–1898	42,8	44,3
1899–1903	43,97	44,85
1909–1913	44,25	44,73
1921–1925	42,06	43,20
1926–1930	44,82	46,54
1935–1936	46,92	49,63

Тем не менее, ситуация была далека от идеальной. Несмотря на некоторые успехи в здравоохранении, инфекционные заболевания продолжали терзать японцев. Особенно актуальна была борьба с туберкулезом, которым было поражено 18–20% населения. В 1938 г. в Японии от туберкулеза умерло 148 тысяч человек – самый высокий показатель в «цивилизованном» мире. Потребность в больничных койках для туберкулезных больных оценивалась в 120–130 тысяч, на деле же их существовало только 10 тысяч [Shimomura Kainan 1936, с. 41]. Огромное влияние на эпидемиологическую ситуацию оказывал жилищный фактор – множество японцев проживали в отвратительных бытовых условиях. Один из героев замечательного романа Кага Отохико – «Столица в огне» (яп. «Эйэн-но Мияко») – так характеризует рабочий квартал Токио середины 1930-х гг: «Ужасно! Гнездо нищеты, рассадник болезней. Летом здесь черным-черно от комаров и мух, отсюда – болезни и отравления. Трахома, туберкулез, тиф, краснуха – полный набор. Когда здесь учреждали социальный центр, многие полагали, что если привить людям представления о гигиене, то с болезнями можно будет справиться. Но когда люди живут в такой тесноте, туберкулеза и трахомы не избежать» (перевод С.А.Родина) [Кага Отохико 2020, с.180].

Многие японцы по-прежнему страдали от сифилиса и других венерических заболеваний, которые приводили к бесплодию и выкидышам. Японцы лечились, но о ликвидации публичных домов – основного рассадника этих болезней – речи не было, поскольку это пошло бы вразрез с привычным стилем поведения.

При общем росте продолжительности жизни смертность молодых мужчин в возрасте от 20 до 35 лет имела тенденцию к увеличению [Senso to jinko 1942, с.33]. Детская смертность оставалась очень высокой – в 2–3 раза выше, чем в передовых европейских странах и США. На рубеже XIX и XX веков по этому показателю Япония «смотрелась» вполне удовлетворительно: в 1900 г. детская смертность (до одного года) составляла в Японии 15,5%, в Англии – 15,4%, а в Германии 22,6%. Однако западные страны успели за это время сделать гигантский рывок. В 1938 г. в Англии и Германии детская смертность упала до 5,2 и 6,0%, а в Японии она сократилась только до 11,44%. В этом году в Японии умерло 220 тысяч детей в возрасте до одного года. До десятилетнего возраста не доживала четверть детей.

Атмосферу того времени хорошо демонстрирует такой пассаж из романа Каппа Сэноо «Мальчик по прозвищу “Эйч”»: «Это был долгожданный ребенок, и родители назвали его “Хадзимэ”, что означает “Начало”. Тем не менее [отец ребенка. – А. М.] Морио зарегистрировал его не сразу, а лишь по прошествии шести дней, последовав совету акушерки, объяснившей, что мальчики рождаются более слабыми, чем девочки, и надо, мол, еще посмотреть, выживет он или нет. Если подать уведомление о рождении ребенка, а он, к примеру, возьмет да и помрет, придется подавать новое уведомление – о его смерти. Чтобы избежать ненужной канители, обычно поступают так: ждут несколько дней и, если оказывается, что ребеночек жив и здоров, идут оформлять бумаги» (перевод Т. Редько-Добровольской) [Каппа Сэноо 2016, с. 34].

Наиболее распространенными причинами младенческой и детской смертности являлись пренатальная дистрофия, желудочно-кишечные расстройства и легочные заболевания [Senso to jinko 1942, с.110–111]. Первое место в этом печальном списке именно пренатальной дистрофии свидетельствует о крайне неудовлетворительном и несбалансированном питании матерей.

Плохо питались не только японские матери, но и все японцы. Голод был побежден, но основу пищевой диеты составлял рис. За последние десятилетия, прошедшие со времени революции Мэйдзи, годовое потребление риса рядовым японцем значительно увеличилось: со 126 литров оно выросло до 200 [Kiyomizu Shizubumi 1929, с.254]. Однако

по молоку этот показатель составлял всего 2,9 сё (1 сё=1,804 л), а по мясу 622 моммэ (1 моммэ = 3,75 г), то есть менее двух с половиной килограммов в год. Потребление морепродуктов с начала XX в. до середины 1930-х гг. увеличилось минимум в три раза (до 22–27 кг в год на человека), значительно (в 3–4 раза) опережая потребление в Европе и Америке [Попов 1936, с. 302] Однако данные по пренатальной дистрофии свидетельствуют, что этого было явно недостаточно для обеспечения сбалансированной диеты.

В конце 1930-х гг. Япония существенно отставала по продолжительности жизни от развитых стран Запада. В Японии она не достигала 50 лет, а в Англии и Германии она уже превышала 60 лет.

В 1941 г. была принята программа по увеличению численности населения – для того, чтобы японцев стало достаточно много для осуществления гегемонии в Восточной Азии. Планировалось, что к 1961 г. японцев станет 100 миллионов (на момент принятия программы их насчитывалось 73 миллиона). Главный упор в программе делался на увеличение рождаемости, а не на росте продолжительности жизни. Японкам предлагалось сосредоточиться не на производственной, а на репродуктивной функции, увеличению количества детей – не меньше пяти на семью (в реальности составляло 4,15). Программа упоминала и о необходимости более калорийного питания и улучшения жилищных условий, но с существенной оговоркой: главной целью является все-таки «формирование здорового и неприхотливого образа жизни». Все исследования показывали, что у состоятельных японцев регистрируются гораздо лучшие показатели как по детской смертности, так и по продолжительности жизни. Но на улучшение этих показателей у всей нации ушли бы годы, а срок ожидания нового японца составлял всего девять месяцев. В это время Япония сделала выбор в пользу количества, а не качества.

### Заключение

Япония потерпела жестокое поражение во Второй мировой войне, что привело к тотальному пересмотру прежних базовых ценностей. Был взят курс на экономическое развитие и повышение уровня жизни. Что до демографической политики, то она заключалась в понижении рождаемости. В результате предпринятых мер продолжительность жизни стала быстро расти. Численность японцев достигла 100 миллионов в 1967 г., но это явилось не следствием высокой рождаемости, а результатом роста продолжительности жизни. Сразу после войны, в 1947 г. продолжительность жизни составляла 50 лет (мужчины) и 54 года (женщины). Уже в 1957 г., эти показатели выросли до 64 и 68 лет, а в 1967 г. они подскочили уже до 69 и 74 лет. В настоящее время Япония относится к странам с наиболее низкой рождаемостью (1,4 ребенка на одну женщину) и с наиболее высокой продолжительностью жизни (81 год для мужчин и 87 для женщин).

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Баччи Массимо Ливи.* Демографическая история Европы. Санкт-Петербург: Alexandria. 2010
- Дневники святого Николая Японского.* Санкт-Петербург: Гиперион. Т.3. 2004.
- Кага Отохико.* Столица в огне / под общей редакцией А.Н. Мещерякова. Перевод А.П. Беляева, А.В. Костыркина, А.Н. Мещерякова, С.А. Родина, Е.Б. Сахаровой, Е.С. Тарасовой, М.В.Торопыгиной. Санкт-Петербург: Гиперион. Т. 3. 2020.

- Кайбара Экиэн*. Поучение в радости. Нисикава Дзёкэн. Мешок премудростей горожанину в помощь / перевод А.Н.Мещерякова. Санкт-Петербург: Гиперион. 2017.
- Крестовский Всеволод*. В дальних водах и странах. Москва: Центрполиграф. 2002.
- Мещеряков А.Н.* Демографический взрыв в Японии периода Мэйдзи // Японские исследования. № 1. 2021. С. 80–100.
- Сэноо Каппа*. Мальчик по прозвищу «Эйч» / перевод Т.И. Редько-Добровольской. Санкт-Петербург: Гиперион. 2016.
- Щепкин В.В.* Айны глазами японцев: неизвестная коллекция В.В.Григорьева. Санкт-Петербург: Арка. 2022.

## REFERENCES

- Bacci, M.L. (2010). *Demograficheskaya istoriya Evropy* [Demographic History of Europe]. Saint Petersburg: Alexandria. (In Russian).
- Dnevniky svyatogo Nikolaya Yaponskogo*. (2004). [Diary of the Saint Nikolai of Japan]. Saint Petersburg: Giperion. (In Russian).
- Kaga, Otohiko. (2020). *Stolica v ogne* [The Capital in Flames]. Ed. by A.N. Meshcheryakov. Translated by A.P. Belyaev, A.V. Kostyrkin, A.N. Meshcheryakov, S.A. Rodin, E.B. Saharova, E.S. Tarasova, M.V. Toropygina. Saint Petersburg: Giperion. (In Russian).
- Kaibara, Ekiken. (2017). *Kaibara Ekiken. Pouchenie v radosti. Nishikava Joken. Meshok premudrostei gorozhaninu v pomoshch'* [Kaibara Ekiken. Rakkun. Nishikawa Joken. Chonin bukuro]. Translated by A.N. Meshcheryakov. Saint Petersburg: Giperion. (In Russian).
- Krestovskii, V. (2002). *V dal'nikh vodakh i stranakh* [In Distant Waters and Lands]. Moscow: Tsentrpoligraf. (In Russian).
- Meshcheryakov, A.N. (2021). *Demograficheskii vzryv v Yaponii perioda Meiji* [Population explosion in Meiji Japan]. *Japanese Studies in Russia*, 1, 80–100. (In Russian).
- Senoo, Kappa. (2016). *Mal'chik po prozvizhchu «Eich»* [Shonen H]. Translated by T.I. Red'ko-Dobrovol'skaya. Saint Peterburg: Giperion. (In Russian).
- Shechepkin, V.V. (2022). *Ainy glazami yapontsev: neizvestnaya kolleksiya V.V. Grigor'eva* [Ainu in the Eyes of the Japanese: Unknown Collection of V.V. Grigor'ev]. *Saint Peterburg: Arka*. (In Russian).

\* \* \*

- Eisei nenpo*. (1939). [Medical Yearbook]. Tokyo: Koseisho jinkokyoku. (In Japanese).
- Hayami, Akira. (1993). *Jinkoshi* [Demography]. In *Nihon Tsushi* (General History of Japan), Vol. 1. Tokyo: Iwanami. (In Japanese).
- Hirakawa, Sukehiro. (2005). Japan's Love-Hate Relationship With the West. Folkestone: Global Oriental.
- Kaibara, Ekiken. (1964). *Yojokun, wazoku dojikun* [Instruction in Health and Instruction in Upbringing Children in Japanese Manner]. Tokyo: Iwanami. (In Japanese).
- Kito, Hiroshi. (2000). *Jinko kara yomu nihon no rekishi* [Japanese History From the Standpoint of Demography]. Tokyo: Kodansha. (In Japanese).
- Kiyomizu, Shizubumi. (1929). *Jinko mondai no kenkyū* [Research of Demographic Problems]. Tokyo: Bunkeisha. (In Japanese).
- Miyajima, Mikinosuke. (1928). *Jinko mondai to eiyo* [Demographic Problems and Nutrition]. Tokyo: Shokuyo kenkyukai. (In Japanese).
- Nishikawa, Joken. (1988). *Nihon suido ko. Suido kaiben. Kai tsusho ko* [On Japanese Waters and Lands. Explanation of Waters and Lands. On Chinese and Barbaric Trade]. Tokyo: Iwanami. (In Japanese).
- Senso to jinko mondai*. (1942) [War and Demographic Problems]. Tokyo: Kokusaku kenkyujo. (In Japanese).



- Shimizu, Katsuyoshi. (1978). *Showa shoki no koshu eisei ni tsuite* [On Public Hygiene in the Beginning of the Showa Era]. *Minzoku eisei*, 2. (In Japanese).
- Shimomura, Kainan. (1936). *Jinko ichioku* [One Hundred Million of Population]. Tokyo, Daiichi shobo. (In Japanese).
- Shinmin no michi*. (1941). [The Way of Subjects]. Tokyo: Kyogakushoku. (In Japanese).
- Shinmura, Taku. (2006). *Nihon iryo shi* [History of Medicine in Japan]. Tokyo: Yoshikawa kobunkan. (In Japanese).
- Suzuki, Sadami. (2006). Kokka-o soshiki suru shiso, kokka-o koeru shiso. Shintai, chi, seimei [The Ideas Forming the Country, the Ideas Surpassing the Country. Body, Blood, Life]. In Kioka Nobuo and Suzuki Sadami (eds.), *Gijutsu to shintai* [Technology and Body] (pp. 61–66). Tokyo: Minerubo. (In Japanese).
- Takano, Iwazaro. (1916). *Honkoku jinko no genjo oyobi shorai* [Present and Future of Population of This Country]. Tokyo: Tsuzoku daigaku. (In Japanese).

---

Поступила в редакцию: 15.12.2022

Принята к публикации: 27.02.2023

Received: 15 December 2022

Accepted: 27 February 2023