

財団法人 人口問題研究会
人口対策委員会

第一第二合同特別委員会速記録
(第2回)

昭和40年8月20日(金曜日)

於 国立教育会館会議室



財団法人 人口問題研究会

お 願 い

本文の後半（４１頁以降）は、東田先生からいただいた資料（その１）及び（その２）を載せてありますが、資料（その１、通し頁４１頁から７１頁まで）については、東田先生の講演の中の本文中または各委員発言による質疑応答の文の中で、資料（その１）の何頁と出て来ましたら、（その１）の資料の各頁の右上または左上のナンバーをめぐって御覧ください。

資料（その２、７３頁から８４頁まで）については講演または質疑応答の中で出て来た数字は、図または表のナンバーとなっておりますから、そのままの該当数字の図及び表を見てください。

日 時 昭和40年8月20日(金曜日)
午後2時から5時まで

場 所 国立教育会館 会議室

出席者 (A. B. C順)

会 長	永 井 享
第一特別委員長	山 中 篤太郎
第一特別委員	本 多 龍 雄
"	美濃口 時次郎
"	岡 崎 文 規
"	館 稔
"	上 田 正 夫
第二特別委員長	寺 尾 琢 磨
第二特別委員	篠 崎 信 男
"	鳥 谷 寅 雄
"	渡 辺 定 夫
幹 事	黒 田 俊 夫
"	藤 原 猛 吉
"	青 木 尙 雄
"	上 西 富 治
"	住 原 克 彦

人口対策委員会

才一 才二合同特別委員会

(議事速記録)

(午後2時6分開会)

○篠崎委員(兼幹事) それでは、時間も参りましたので、これから第一第二合同特別委員会の第2回を開かせていただきたいと思います。

お集まりをいただく先生方はあと3人でございますが、御出席の御通知を受けました先生方はほぼお見えでございますので、これから東田先生の「アジアの公衆衛生」と題しますお話をお聞きするわけでございますが、ちょっとその前に、前回のこの合同特別委員会で申し上げたことにさらにつけ加えたいという館先生からの御希望がございますので、東田先生のお話の前に10分ぐらいお話を願いたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○館委員 この前は最初のお集まりとして、「アジアの人口問題」につきまして、非常に簡単なコメントをさせていただき、お話の種にしたようなわけでございますが、その後また非常に新しいインフォメーションが入ってまいりましたので、御参考までに追加させていただきたいと存じます。

この前の議事録の18ページの最後のパラグラフのセイロンの人口政策に関することでございますが、この前に申し足りなかったことや、最近入りました情報について、一言だけ申し添えたいと存ずるのでございます。

それは、この前に申し上げたように、これまでセイロンの政府は国の政策として、家族計画の普及政策はとっておりませんでした。民間団体の活動を非常に支援してまいりました。そうしてスウェーデン政府ともバイラティラルなアグリーメントによる活動を始めたのが1958年5月22日付でございます。1958年5月22日付のスウェーデン政府とのバイラティラルなアグリーメントで家族計画の活動を開始したわけでございますが、1965年、ことしの去る6月3日付をもって、セイロンの政府は、家族計画の普及を国の人口政策として採用するという事を宣言いたしました。

これで、アジアにおいて、国の政策として家族計画の普及政策をとる国の中にセイロンが加わったことになります。

それから、次に議事録の20ページから21ページにかけての国連の状態について1つだけ追加させていただきたいと存ずるのでございますが、ことしの7月30日に、国連の経済社会理事会で決議をいたしました。その決議はこの前の人口委員会の決議に基づくもので、簡単に申しますならば、国連として人口の分野における活動をさらに強化するということでございます。具体的には、国連や専門機関で、人口政策に関する分野についての仕事にこれまでよりも一そう技術援助を拡大する政府の要求に基づいて技術援助を拡大するという事。もう一つは、この前の人口委員会で、国連の人口に関する長期計画を採択いたしました。この長期計画の実現と拡充をやれ、これにはいろいろの含みがございまして、国連の機構の改革まで含まれておりますので、現在、人口を担当しているポピュレーション・ブランチをポピュレーション・ディビジョンに拡大する。そうして人員の増加もやるというふうな含みも持っております。このために国連としての人口分野の活動、ことに国連としては出生率を緩和することについての分野にまで、従来よりも一そう技術援助の拡大ができる、こういうような状態になってきた、こういうことでございます。

それからもう一つは、これと関連した国際情勢でございますが、最近私のほうに入った情報によりますと、ことしの9月中旬に、ローマ法王がバース・コントロールということばを使っておるのですが、バース・コントロールについてはいよいよプロナウンスメントをやる、こういう情報でございます。これはここ2~3年来、カトリックの態度が世界の注目を引いていたわけでございますが、法王庁としてはまだ何らの態度を決定していなかったわけでございます。そこで、法王庁としては、法王の特別諮問機関まで設けて、その問題を審議してまいりましたので、しばしばパウロ6世が何らかの形でカトリックの態度を表明することが期待されておりましたが、これまでしばしばいろいろな情報がございましたが、9月中旬という日付をあげて、いよいよプロナウンスメントをやるだろうという情報が出たのは今度が初めてだろうという情報でございます。

なお、これはほかの情報でございますが、パチカンでは9月14日から例の枢機卿の会議を開催するということがわかっておりますので、そうなれば、この9月中旬、枢機卿の会議が済んだあとで、おそらく法王としてのカトリックの態度を示されるのではあるまいか、こういうふうと考えられます。このカトリックにおけるこうした態度の変化がアジアにどのような影響を与えるかという問題でございますが、アジアにおきましては、正確な数はわかりませんが、大体1000万を越えるカトリックの信者がアジアにはあると考えてよろしいと思うわけでございますが、こういうところに対する影響は相当大きなものがあると考えられます。

それからこのプロナウンスメントの影響を受けるのはフィリピン、それからいわゆるアメリカの太平洋信託統治地域でございます。もとの南洋群島ですね。この前も申し上げましたとおりに、フィリピンはカトリックの文化に基礎をおいておまして、そのために今日まで人口政策については非常に消極的な態度をとってまいりました。それから、アメリカの太平洋信託諸島は最初ドイツのセツルメントでございましたので、そのためドイツのカトリックが基盤になっております。したがって、現在では人口の94%がカトリックであるといわれておりますが、これが非常に影響を受ける。人口としては小さいのですが、影響を受けることになると思えます。それから、太平洋信託統治地域については、すでに昨年、アメリカの内務省から家族計画についてのアドバイスと、それからデバイスというのですから、おそらく家族計画のいろいろな手段だと思いますが、アドバイスとデバイスを要求があれば、何ときでも供給する用意があるということアメリカの国務省が表明しております。こういうものと、それからパチカンの状態を総合いたしますと、世界的に相当大きな変化が見られるように考えられるのでございます。

この前申し上げたことに、その点だけ追加をさせていただいたわけでございます。

○岡崎委員 セイロンに対するスエーデンの家族計画の援助という、この家族計画というのは受胎調節の指導ですか。それとも、スエーデンだから墮胎のやり方を教えるというのですか。

- 館委員 実際に指導しておりましたのは、受胎調節という概念の範囲に入ると思います。墮胎は教えておりません。
- 岡崎委員 どうもスウェーデンは墮胎の方が多いですね。
- 館委員 あそこは数字はあげられていないですけども、有名ですね。それでアメリカのA I Dに対応して、スウェーデンではS I D Aをつくって海外技術援助をやっているのですが、その中で家族計画が非常に大きな地位を占めております。
- 岡崎委員 スウェーデンでは、日本でやっているようなものでも家族計画というんですか。
- 館委員 少なくともスウェーデンで家族計画という場合には墮胎は含めておりません。
- 岡崎委員 やはりスウェーデンは墮胎が多いから、受胎調節に持っていかうという意欲はあるんですかね。
- 館委員 それは当然でございますし、家族計画の中に墮胎を入れてないことは確かです。墮胎が多いことも事実ですが、この前、東京で国際家族計画会議をやりましたときに、スウェーデンの非常に古い運動の指導者のエリーゼンでしたか、その人の講演の中に、アボーションはファミリー・プランニングの中に入れていないということをはっきり言っておりました。
- 岡崎委員 スウェーデンの法律を見ると、日本の墮胎の法律を対照に医学上の問題はもちろん、経済の問題でも、墮胎をやってよろしいというんですな。
- 篠崎委員 (兼幹事) スウェーデンは家族計画協会というより、性教育協会というところで家族計画を進めているんですね。
- 岡崎委員 それから、ローマ法王庁が9月中旬ごろにバース・コントロールについて何か自分の意見を述べるというんですか。
- 館委員 ここ2~3年来いろいろないきさつがあつて、法王庁がごたごたしておりましたが、この際、法王庁としてははっきりとカトリックの態度を表明すべきだというので……。
- 岡崎委員 法王庁が困っているのはラテン・アメリカじゃないんですか。ラテン・アメリカではこのごろずいぶん墮胎がふえてきた。破門されても

いいからと墮胎をやったり、家族計画、受胎調節をやる者がたくさんふえてきて、信者が減ってきたのが1つの悩みらしいですね。

○館委員 ラテン・アメリカではいろいろなことが起こっておりまして、先生がおっしゃるように、一番問題になっているのは、国の名前をあげて、ここだからいいと思いますけれども、チリなんかではどんどん墮胎をやっていますね。それで、同じカトリックの国でやっている国とやっていない国があるということが非常に大きな問題なのです。これは私の単なる推測ですが、法王庁としては、これがうつっては困るというわけですね。つまりチリのような状態がアルゼンチンとかペルーに影響していつては困るということがあると私は思うのです。

それからもう一つは、先生がおっしゃるように、カトリックのプリンシプルに対する一つのプロテストというか、そういうものがいろいろな形で起こってきた。それがラテン・アメリカの国によって違うわけです。たとえば、その中で一番極端なのはベネゼラで、ベネゼラでは、カトリックは結婚すると離婚を認めないので、民法上の契約に基づいて、教会のほうには結婚として届けなくて、ただ民法上の契約、2年なら2年、3年なら3年という契約をする。別れるときの夫婦の財産上の処理、それから子供の処理をあらかじめ民法上の契約でやっているわけなんです。これが、考え方によってはカトリックに対する一つのプロテストであるということですね。私の聞いている範囲では、ラテン・アメリカで問題になっているのは、チリのような状態がほかのまじめな国にうつると困る、どうしてうつらないようにするが、そのためには法王庁自体がはっきりとした態度を示すべきだ、こういうことと、それから、いまベネゼラについて申し上げましたが、こういう実際上の反撃が起こっているということ、これをどういうふうに裁くかということだと思えます。

○岡崎委員 このごろはローマなんかでも産児制限の集まりがあるらしいですね。

○篠崎委員（兼幹事） この間、ローマでローマ・カトリック医師会の集まりがあったのですが、その集まりはコントラセプションの是非をめくっての集まりで、知り合いがそこに行ったのですが、ローマ法王庁にアピール

したら、返書がきて、何らかの形でローマ法王がこれから世界に向かって何かやろうという弾力性ある態度がとられるのじゃないかという印象が強いんですがね。

○岡崎委員 ぼくの想像では、ローマ法王庁は、パース・コントロールについてある程度緩和した意見をとるけれども、おそらくパース・コントロールをやる以上はその方法をやれということになるのじゃないかと思うんですがね。

○篠崎委員（兼幹事） そういうことになるだろうと思いますね。今度のパウロ6世ははっきりやるのじゃないかと思いますが……。

アジアの公衆衛生

○篠崎委員（兼幹事） それでは、だいぶ時間もたちましたので、これから関西医科大学の東田先生に「アジアの公衆衛生」という題でお話を承りたいと思います。

○東田 ただいま御紹介にあずかりました関西医大の東田でございます。今度、館先生から「アジアの公衆衛生」という表題でお話をしろということがございましたので、若干経過を申し上げて御了解願いたいと思います。

一昨年、日本医学総会におきまして、私が日本民族衛生学会の会長をしておりましたときに、日本医学総会のシンポジウムで何を取り上げるべきか、いろいろ考えた結果、グローバルな観点から公衆衛生の問題を考えなければならぬといたしますと、東南アジアの後進国における公衆衛生の問題をわれわれの問題として考えていく必要があるのじゃないかということになり、「アジアの人口問題」という表題で館先生、曾田先生はじめ、おいでを願ってシンポジウムを持った経過がございます。その際、そのばあい、私の卒直な疑問といたしまして、激しい人口増加の抑制がアジアの経済的なてこ入れのために必要であるということは当然であろうかと思うのでございますけれども、このアジア地域における貧困、飢餓あるいは多産、あるいは多病多死、これを解決するための経済開発であるといいたしますと、一つの問題は、いわゆる人口抑制、出生抑制としての家族計画のあり方が、あの状態の中でどこまで浸透するであろうかということとし

て、これにはかなりきめのこまかい、現状に合ったものを考えなければ浸透しにくいのではないか。そのことは日本の中でもすでに体験されておることであろうと思います。そういうようなことに疑問を持ちましたことが一つ。

それからもう一つは、アジアの人口問題として取り上げる場合に、なお、そのような多分に病的なものも中心として考えていく立場と、アジアの人人が苦しみ悩んでいる問題をもう少し内面的にさらに専門的に、(私どもしろうとですが、)経済的な低水準ないしは低生産性を考えます場合に、人口の質的な問題を取り上げなければならないのではなからうか。こういう疑念がわきましたので、1962年の春に2カ月ばかり視察をいたしました。範囲はフィリピンからパキスタンの領域で、それもごく限られておりますが、いろいろな人に会ったり、またWHOの(先輩)諸氏の御意見を伺ったり、帰りまして、いろいろな文献、著書などを人口問題研究所あるいはアジ研などからもいただきまして、いささか勉強いたしました結果を、日本医学総会で「アジアの人口問題の質的側面」として報告いたしました。ここにその別刷をお渡ししておりますので、御批判下さい。

ここでは医者立場から、与えられた命題に従って「アジアの公衆衛生」を当面している人口問題と関連して、私が感じましたこと、あるいは疑問なりを述べまして、御批判をいただき、また何かの参考にさせていただいたら幸いです。

その前に、お断りしなければなりませんごとは、「アジアの公衆衛生」という御指示ですが、実は東南アジアの一部に限定したものでございまして、またもう一つは、アジアのこういう地域の人々の貧困、飢え、文盲、ことにわれわれが問題にするのは、病気が多くて健康が破壊されているというような問題を、グローバルな社会医学的課題として取り上げてみるこれが私の立場でありますことを御諒解下さい。

たしかにアジアにおきまして人口問題が緊急な課題となっております。一つは、そのような貧しい窮乏の中における著しい人口増加、これがひいては経済開発に及ぼす影響などが問題になっております。また一方、アジアの労働人口問題として、これから発展しなければならない工業に有効な

労働力を確保することが相当重要な課題になりつつあります。あるいはまた60～70%の人口を収容している農村自体の開発を考えなければ、人口の扶養は考えがたいのですけれども、その農村に多数の潜在的な失業がある。そういうことがありますと、勢い、私のとりあげるところの社会医学的な検討もまたこれらのことと切り離しては考えられないのでございます。

そういう意味におきまして、まず私は、東南アジアの住民の置かれておる生活の条件、あるいはその客観的な社会構造をあらかじめつきとめておく必要があるかと思ひます。

資料についてちょっと申し上げますが、(その1)と(その2)になっております。(その1)と申しますのは、日本医学総会で報告したものを、そのまま衣をかえて「人口問題と関連して」という副題をつけたわけでございます。また、それにつけ加えて今日の話の資料として、(その2)をつくりました。(1)の何表、(2)の何表と申し上げますので、御了承願ひます。

(注……資料は本文末尾に添付)

I 緒 言

まず東南アジアの生活条件ということになりますと、あの熱帯地域における自然あるいは気象の条件を考えなければならないと思ひます。これについても詳しくいけばいろいろ特徴があるのですが、端的に申し上げますと、(その2)の初めに気候図が出ておりますが、これでわかりますように、年平均気温は25度から35度という状態の暑熱の地帯である。また、比較的東の地域におきましては、湿度が高く、年中気候差が少ないという条件です。大体人間は熱帯地域に住めば、それなりに適応をいたしまして、それに合う体質になるのでございますけれども、もともと、人間の身体は、1年の四季の変化がありますことが生理的なものとして必要なものと考えられますが、東南アジアの気候が常に暑熱の状態にありますことから、まず鬱熱がおこることを考えられます。暑熱か、人間の生理、ことに労働生活に及ぼす影響は決して無視できないものであらうと思ひます。また非常に特徴的なことは、

モンスーンの激しい雨が伴うところの多雨地域が米作農業の自然的な条件になっているのでございます。また高い湿度の生理に及ぼす影響も考えなければならぬと思いますが、なお、そういう米作農業がまず食生活を規定いたします。これは日本と同様ですが、その面の影響を考えなければならぬと同時に、この暑熱に関連して、寒冷な環境に対する人間の戦い、つまり衣生活あるいは住生活に対する工夫なり、努力がやはり長年の間における人間の文化を高めるための原動力になっていたと考えますと、そのような外部刺激が比較的乏しいとすると、むしろ暑熱と貧しさと関連して、衣生活なり住生活という生活様式に対するとところの工夫、努力についての積極性を欠くような環境にあるのじゃないか。こういう自然環境をわれわれは念頭に置く必要があります。

しかしそれぞれの国、あるいは社会を見てまいりますと、そのような自然的、気象的条件以外にもっと大切なことは、実はアジアの社会的構造の特殊性であると考えられます。いろいろな先輩諸氏の業績もでございます。

Furnival が plural society とよび、Frankel が multi-racial society と称しましたように、一つの国に多数の人種、種族が混在し、ときには共存し、ときには対立しながら、ともに住んでいる。あるいはそこに多数のさまざまな宗教があつて、その支配を受けておる。また、世襲階級制が根強く残つておるのであります。同時にまた、大家族制度がいまなお厳然として人々の生活の中に根をはっている。その中で窮乏と飢餓と文盲あるいは多産・多死という状態があるわけでございます。こういうようなものは長年の植民地支配によって発展が阻害され、生産性の低い農業社会の中でそういうものが漏れられ、かえって強められてきた。そういうことが実は飢餓、窮乏あるいは多産・多死の存在を受け入れる客観的な条件になっていると考えられます。

したがって、これから取り上げる問題は、当然アジアの社会構造の特殊性の中から問題点を探し出さなければならぬのじゃないかと思ひます。そういう意味で、結論に取り出すべき問題でございますけれども、マクロな観察、低開発、経済開発がおくれているという問題から、むしろ長年の歴史の中における文化、経済の後進性、あるいは前近代的な性格、しかもその中における社会的な差別、国内における人々の社会的な差別を頭において取り上げま

せんと、ややもすれば実効のない考えにおちいるおそれがある。つまりそれは希望的観測になるおそれがある。この点はラングーン大学のミント教授が指摘しておることでありまして、「後進性の問題から目をそらして、低開発の問題にすりかえるということになりますと、後進国においては自動的に適合できない計画になるだろう」ということを言っておられますが、そういう意味で、われわれも非常に困難ですが、ミクロな立場で観察し、その中で問題点を発見する必要がある。たとえば人口増加抑制の問題にしても、むしろ私がこれから主題とするところの健康破壊あるいは生活の苦しみを克服する方法をもミクロな立場からみいださなければならぬという姿勢が要求されるわけでございます。

また一方、見忘れてはならぬことは、現地の人々の意識でございます。それは長年にわたる植民地支配の中で、窮乏が固定され、文盲が固定され、あるいは飢餓、不衛生、不健康な実態が温存され、固定されているという民衆の実感、それから、つまり植民地主義に対する戦い、ナショナリズムとしての抗争という形が生まれております。同時に、国内における社会的差別をなくしていくというような熱望があるわけでございます。したがって、いま申し上げたようなものについても現地において取り上げられるならば、アジアの民衆が日ごろ意識の中に潜在し、持ち続けているものを、すなおに受けとめて取り上げていかなければ、後進国に適合できないようなことになると思うのであります。やや冗長になったと思いますが、私が申し上げたいのは、種族、地域あるいは階層におけるところの格差があるかどうか、あるいは発展をはばんでおる要因は何かということをしてできるだけ探りもとめる必要があるということです。

以上を序言といたしまして、つづいて、東南アジアの人々の健康状態、あるいは生活様式と健康の問題、それを改善するための医療サービスないしは開発計画、保健医療問題ないしは公衆衛生の開発計画における位置づけなどについて、資料に従ってお話したいと思います。項目はこういうふうに羅列してありますが、ままた時間の都合で省くことはあろうかと思ひます。内容は必ずしも一致いたしません、別刷のプリントのほうにも一部は紹介されておると思ひますので、おひまがございましたらお目通し願ひたいと思ひま

す。

II アジアの人口動態と疾病構造

まず、アジアの人口動態。出生と死亡、この人間の生命の変動の基本的な姿を取り上げてまいります、その前に、すでに御承知のように人口統計がこれらの後進国においてはそれを管理するところのシステムの不備、人民の出生あるいは死亡を取りあつかう医師や産婆などの絶対的な欠乏も関連して、人口動態統計に信頼性がないという事情があります。国連におきまして、それを信頼できる国は、アジアでは、わずかに日本と台湾と香港とシンガポールとマラヤ、それにイスラエル程度ですが、それとてもまだ問題がありまして、実際に私が台湾に参りましたときに知りましたのは、乳児死亡が相当逃がっているようだ。したがって、これを是正して、死亡率は補正しなければならないだろうと、台湾の専門家から聞きました。また届け漏れについて、具体的な資料は、(その2)の2枚目の冒頭にごさいます。これはインドの資料ですが、地域によって届け出漏れがかなりある。またそれを裏書きする数字は(その2)の3の左側の表を見ていただくとわかりますように、登録の出生率及び死亡率は、どうも実際値推計の $\frac{1}{2}$ 程度しかない、推計値は62年から始まった第3次5カ年計画に用いている。もう少し詳しい数字になると、第3次5カ年計画で推計した数字よりも、もう少し上回るのじゃないかという報告もあります。登録乳児死亡率は実際値の30%ないし40%のようであります。その下の表の、パキスタンの官庁統計では、出生率20、死亡率が10台になっております。しかし最近出された研究資料によると、出生は50台、死亡率は20という推計値があげられています。したがって、アジアの統計資料をとりあつかうばあいはよほど慎重でなければならぬわけでごさいます。そういうような意味で慎重な考慮をもって選択したものをもって考えてたうえて、先ほどいろいろお話ししましたことが、具体的に示されておるようでごさいます。

さて、激しい人口増加につきまして(その1)の6ページの初めに、セイロンの最近の出生、死亡率の経過を図示しています。出生率は依然として高い水準をつづけているのに、死亡率はマラリア対策の成功、化学療法などの

利用によって低下しておる。その差引として、人口増加率は上昇する。(その2)の2のマドラスの資料もそういうことを裏書きするような数字でございませう。そういうわけで、当然アジアの人口はたしかに激増しています。

そこで、話の順序として、人口増加とその主因である高出生率を中心として、若干地域差、種族差、宗族差、階層格差、出生と関係ある結婚、あるいはその他いろいろな問題にうつりたいと思います。まず(その1)の8ページの上の4表、5表、マラヤに関するトムソンの資料です。マラヤにおきましては御承知のとおりマレー人チャイニーズ、インディアン、その他の種族があり、とくに前の3つの種族が主なものですが、米作農民を主にしたところのマラヤ人の出生率と、ゴム農園ないしはその他の下級労働者が比較的多いインディアンの出生率が高く、都市の第2次・第3次産業人口に比較的比重が高いチャイニーズの出生率が低い。(しかしながら、出生率の種族格差は死亡率の格差と比較して、比較的軽度であります。すなわち全体としてやはり出生率が高い。)さて出生率のこの種族格差は、一体地域差であるか、あるいは職業差であるか、あるいは所得格差であるか、断定できませんけれども、少なくとも農民ないしは下級労働者が多い種族の出生率が高いという形が出ております。

次の8表を見ていただきますと、これはマドラスのヒンズー、回教、インディアン・クリスチャン、それからアングロ・インディアンについての数字ですが、この特異な点は、最も人口の多いヒンズーの出生率が高い。クリスチャンが比較的低いのであります。

それから(その2)の11、カルカッタの年次統計からとりますと、大体の傾向は同じであります。ただ、登録率ですから、実際の率にくらべて、 $\frac{1}{2}$ ぐらいの数字と思われまますが、それなりにヒンズー教徒がやはり高い。生活条件としては、難民の多い回教徒のほうがむしろ生活条件が悪いわけございまして、キリスト教徒は比較的優位にあると考えられます。ヒンズー教徒の出生率が高いということについては、ヒンズー教に特質性を求めるか、あるいは回教徒の生活条件の中に何らかの問題を見出すか、あるいはクリスチャンが低いのか。これは断定を避けなければならぬのであります。インド人の医師に知人があり、その話では、早婚の風習、これは回教にもございま

すが、ヒンズー教ではかなり早いという。その点は(8)にインドの婦人の結婚年齢が出ております。最近はかなり高くなってきておりますが、実質的な結婚生活に入るナプチュアリティの年は大体17才、それぞれ子供ができるのは19才から20才、つまり妊孕力がもっとも旺盛な20才前後での有配偶率が非常に高いということが一つあります。さらにヒンズー教におきましては、子供は天からの授かりものであって、倫理的に絶対視しております。私の知人から、「日本では人工流産という非人道的なことをよく許しているな」と追及せられたのでございますが、そういうようなインド人の人生観も当然考えなければならぬと思ひます。それから、病氣やいろいろな不つごうがない限り、2年ないし3年おきに子供を生んでいるという傾向が出ております。勢い女は40才になるまでに孫ができるようになると、子供を生むことは避けるべきであるという風習が非常に強いようでございます。そういうような事情を考慮に入れて、受胎調節を進めていくということになりますと、つまり、宗教の支配を多分に漏存し、むしろそれに依存しているという社会構造の中で、いかにしてこれを進めていくかということになりますと、かなりの知識、あるいは個人的な経済合理性の観念が生まれてこなければならぬのじゃないかと思ひます。その個人的な経済合理性の観念が生まれるについて、また受胎調節を進めるについて基盤になるそういう意思が、現在、民衆がおかれているような生活、ことに農民の生産性が低くて、家族労働力を多分に要求する、したがって、早婚を歓迎し、また子供を生むこと、多産をいやがらない。そういう状態の中で、どうしてそういう意識が生まれてくるか、さらにまたそういう多産は、高い乳幼児死亡に対する危険の備えとして子供を多く生むという条件もあると考えられるのでございます。したがって、そのような高出生をとりまくところの、文化的な、あるいは生活面における、そして住民の意識の中において縛っておるいろいろな条件を念頭において、しかもなお知識を普及することによって、受胎調節を進めていくということ、かなり強力に行なわれなければならぬと考えられます。

その知識の問題と関連して、(その1)の10ページの7表、8表、これはセイロンの資料ですが、この資料を見ますと、種族差、あるいは地域において差をつかむことは、むずかしいのですが、これを教育普及程度によって

配列し直してみますと、教育普及度が低い種族ほど、出生率が高い傾向をみとめるのでございます。ですから、教育知識を普及することになりました場合には、受胎抑制の可能性も相当あります。現実には受胎調節以上に有効な働きを示しているのが、早婚にたいし、結婚年齢を従来よりもおそくするという、これはすでにマルサス以来、常識であります、実際に、東南アジア出生率低下に効果をあげているようでございます。

さて、もう一つ注目しなければならないことは、これも今度の国際人口学会の報告のある資料を見せてもらいましたが、それから見ますと、(その2)の9に、インドの西ベンガルの婦人の家族類型と妊孕力の資料がございす。もともと、ジョイント・ファミリーがインド農民の基本的な家族形態として重要視されるものでございすが、これが次第に、10表にあるようにシンプル・ファミリー、単純家族への傾向が強まっております。ことに女性においてはそういう傾向が強まっております。ところが単純家族と合同家族の平均児数を比べると、合同家族よりも、むしろ単純家族のほうが平均児数が多い。その関係をいろいろ分析した結果、やはり合同家族のほうはプライバシーの問題で夫婦関係の頻度が少なくなる。逆にいいますと、単純家族になればかえって児数が多くなります。ちょっと数字を訂正していただきますが、単純家族の20才から24才の2行目、2.4となっておりますが、これは3.4でございす。単純家族のほう夫婦関係の回数が多いという形になっております。通念では、合同家族から単純家族への移行はやはり家族型態の近代化の移行でございまして、近代化が進んでいる社会におきましては、それと子供の数が減ってくるということがおおむね並行するような関係にあるわけでございます。ところが、インドのファミリーが置かれている環境におきましては、単純化することによって児数の低下という形であられるということは保証できないわけでありす。むしろベースになりますところの個人生活における経済合理性の追求と申しますか、そういうものが基本的なものではないかと感じます。そういう意味で、この資料はかなり興味があると思つて、引用いたしました。出生率については、まずそれくらいのものでございまして、家族計画そのものについては、館先生はじめ専門の方がおられますが、肝心かなめの出生を抑制したいというところには行き悩んでおるとい

報告がございます。その行き悩んでおるベースに何があるかというミクロな分析が必要じゃなかろうかと、結論的にいえると私は思っております。

次は死亡の問題でございます。この点は、亡くなられたWHOのスタッフさんが書かれている中に、「低開発国の人口と食糧あるいは資本を機械的に並べて考えることによって、往々にしていまなお高い死亡率を引き下げる努力を鈍らせている傾向がある」と言っておりますが、セイロンの死亡率は低下しつつあるという傾向はございますが、それでも世界的な水準からいたしますと、死亡率はまだかなり高いのでございます。

ことに、(その1)の7ページにプロットした資料がございますが、左の上は、出生率と各国の国民1人当たりの所得との関係でございます。国民一人当たり所得でもってその国の国民の大衆の生活水準を推しはかることについてはかなり慎重でなければなりません、経済開発が進んでおるか、進んでおらないかということの一応の目安と考えた場合に、確かに出生率等は、そういう国民一人当たり所得が大きい国ほど、低いという傾向がございます。しかしそれ以上に注目すべきことは、乳児死亡率と標準化死亡率です。これらは国民所得との逆相関は出生率以上に大きい。ことに、アジア地域ですが、国際的な、グローバルな観点から申し上げました場合に、低開発という問題は、高死亡率ときわめて密接な関係があると考えられます。また言いかえますと、これは逆説になりますが、高い死亡率をなお持続しているという客観的な条件そのものが、実は高い出生率を持続させておると考えられるのでございます。したがって、具体的な問題として、たとえばメディカル・サービス、医療サービス、教育知識あるいは近代的な生活への欲求ということに関連する面からすると、出生と死亡は常に並行させて考えなければならない。もちろんその差としての人口増加は重要でしょうが、そのこと自体の変化をいかに考えていくかということになりますと、これはやはり相伴って考えなければならないのではないかと思います。

さて、東南アジア地域における死亡の動向について若干申し上げますと、表の乳児死亡率が高いということは御承知でございますけれども、こういう統計が正確でないという地域におきましては、百分比をとることは有効です。世界各国の15才未満の死亡率の総死亡率に対する百分比をとりますと、東

南アジアの、われわれが対象といたしました地域は、生産年齢未満の死亡は総死亡の半数近くを占めております。つまり生産年齢に達しないで半数以上のものが死んでいる。日本の場合には10%、先進国は10%以下ですが、こうなりますと、子供を生むこともきわめて非生産的な生命の損耗であり、再生産であると考えられるのでございます。そういう意味で、この状態が続くならば、当然受胎調節を推進すべき一つの根拠になるともいえるのでございましょう。しかし、それ以上に幼若な子供の犠牲が大きい。また若い婦人層の死亡率が高い。その点は(その2)の12表の、曾田先生が今度の人口学会でお出しになったものによりますと、年齢別死亡では20才から40才という働き盛りの婦人層におきまして非常に高いのでございます。こういう社会におきましては、幼児と婦人、ことに働き盛りの婦人が犠牲になっているという状態があらわれております。

さて、ではどういう死因が多いかという点でございまして。

まず(その1)の13ページの10表を見てくださいと、各国における主要死因の順位をあげております。もっとも死因分類は必ずしも統一しておりません。国によって若干相違はありますので、その比較は慎重でなければなりません。タイ、ビルマ、セイロンは——御承知のようにセイロンの統計局は東南アジア地域としてはかなり整備しておきまして、いい資料を公表しておりますが、新生児固有の疾患、出生間もないごろの死亡、これは多分に妊婦の後半期の養護が欠けている問題になります。もう1つは出産時及び出産直後のケアがあるかどうかという二つのことが考えられます。産後をめぐる生活諸条件が関連する養護、それから共通して申せませうことは、肺炎、胃腸炎が多い。それからお特徴的なものは、マラリヤの死亡、これはちょうど日本の大正期、昭和の初めにおける姿がここに出ているのでございます。インドにおきましては、若干死亡統計のとり方が違うように感ずるのでございますけれども、病気そのものについては、いわゆる新生児死亡のつかみ方、乳児死亡のつかみ方がどういう形で行なわれているか、疑問を持ちますが、この中に含まれていると考えまして、気管支炎、その中でも特徴的なのは赤痢とかビタミン欠乏症、そういう病名で死ぬ。これはよほどのこととございまして、私がインドの病院を見学しましたとき、従来写真でしか

見なかった典型的な幼児の栄養失調、カエルのようにおなかがふくらんで、目ばかりぎょろつかせて、潰瘍が皮膚にできている典型的な栄養失調、これはビルマでも見ました。しかもそういうものの死亡順位が比較的上にある。これは重大なことだと思います。それから、それに貧血、マラリヤによる死亡が多い。フィリピンにおいては結核の死亡率がまだ高い数字を示しております。そういう主要死因を一くるめにして言えますことは、まず第一に、伝染性の疾患及び寄生虫という感染性疾患、による死亡率が多い。それを百分比で見たものが12ページの5図で、東南アジア地域におきましては感染性のものがなおかなり高い。日本も少ないわけではございませんが、日本よりかなり上まわっています。

次の14ページの上に、国別の相対的な比較として病類別にグラフをとってまいりますと、細菌感染症による死亡と成人病による死亡が対照的な関係になっております。これは申し上げるまでもございせんが、こういう後進国においては伝染性、それから細菌感染による死亡が多いのであります。それに加えて、先ほどから申し上げているような栄養失調、マラリヤや特殊なその地域における病気が多い。

最も特徴的な伝染病として、コレラ及び天然痘、これは先進国においてはすでに解決済みのものですが、(その2)の15を見てみますと、最近の資料ですが、実数はもう少し多いと思いますが、登録数が5万台。若干の変動はあるけれども、数万というのが、毎年続いている。以前とちょっと変わりましたのは、死亡数がやや減ってきている。コレラがインド、パキスタン、タイまたはベトナムなどに多い。東のほうにおきましてはエルトールコレラが多い。インドの場合、たとえばマドラスにおきましては、流行したとき、いかなる対策を講じていたか、という記録も出ておりますが、予防接種は何としても有効であるとわかっているが、その予防接種が行き渡らない。それから天然痘、スモールポックスもしばしば流行しております。予防接種ないしは種痘が有効であるとわかっていながら、なかなか行き渡らない。その知識がないということもあろうけれども、技術者は種痘施行2万人に1人ぐらいの割合であります。それからマドラスのそのときの報告によりますと、初回の種痘、これは1才未満で少なくとも1回はやるのが原則ですが、

初回の種痘は40%以上が1才以上。初回の種痘を受けにくるのはまだいいほうですが、1才以上になってから初回種痘をうけたものが40%。マドラスは州におきまして力を入れているようですが、そういう状態である。したがってなかなか天然痘はなくなる。ことに天然痘のごときは都会の中にはびこっております。これはスラムの中で頻発するというので、もし対策を立てるとすれば、必ずしも地域的に困難でない。ところが、種痘だけではなく、資材の絶対的な不足によって、予防方法がわかっているにもかかわらず、これに手がつけられないと訴えております。伝染病の流行防止の理屈は、比較的簡単でございます、伝染源である病人を社会的に隔離する。予防接種など有効な予防方法があればそれを普及する。これが徹底的なものでありまして、水の問題、糞尿の処理の問題もございしますが、少なくともこの二つは技術的に手をつけやすいのですが、その点にも手が及ばないということが実はいまだに天然痘を流行させ、したがってまた乳幼児の犠牲を多く出している大きな要因だろろうと思っております。なお、結核の死亡率、日本では全国調査をして非常に確かな数字ですが、外国の、特に東南アジアについての確かな数字を得がたいが、昭和28年、日本の第1回実態調査のさいの患者発見率程度の成績が、東南アジアの比較的小さなスケールですが、実態調査からうかがえます。したがって8%ぐらいの患者、開放性が1%、BCG接種は奨励されています。死亡率は(その2)の14の下に伝染性の結核の死亡率がありますが、日本の約倍ないしはそれに近いというのがかたいところではなからうかと思ひます。

それから、死亡の背景にある病人の苦悩というものから考えた場合に、死亡だけでものを考えるのは非常に危険でございます。それで現在、診療所あるいは病院にかかっている患者の病気の種類を調べたのが(その1)の11表です。これはカルカッタの公立診療所の、ある期間の件数を病類別にまとめたものでございますが、患者の約30%はやはり感染性の疾患にかかっている。その中、特徴的なことは全体の10%が赤痢である。しかもその病名をつけられない感染症が10%、それからマラリヤが5%、あるいは原因不明の発熱が約5%、やや注目すべき点は目の疾患数%、白内障、トラホーム、それから消化器系が数%、寄生虫を含んだところの疾患、それから皮膚病が

10%。事実、病院や診療所に行くとき、窓口周辺、廊下あるいは庭に群っている患者は、あちらこちらにふきでものあるいは潰瘍皮膚病をつくりまして、率直にいいまして不潔な患者が多数たむろしているのを目にするのです。皮膚病は実際に非常に多い。

セイロンにおける傾向は(その2)の17に出ておりますが、インドにおける状態よりは改善されておまして、外来患者では、結核を含むところの呼吸器疾患、伝染病及び寄生虫でありますけれども、いろいろ不潔な患者というか、見るにたえない患者が病院の前で目につく。ちょうど私の知り合いが結核専門家でしたが、結核の重症患者が列をなして待っておるような状態をみうけました。

入院患者につきましても、(19)にございますように、大体産科、お産ないしはお産に関連するものですが、この地域の特徴は、まずインドでは、先ほどから申し上げているようなマラリア、コレラ、栄養失調、こういう病気の入院患者が非常に多いのでございます。要約いたしますと、Rudder という人が病気の分類をして、「非文明病」と呼ぶ病気、すなわち、感染症、寄生虫、また昆虫に媒介されるマラリア、フィラリアというものは、文化が進めば減っていくものです。これに栄養障害も含むのですが、そういう「非文明病」が依然としてはびこっているということになるのでございます。しかしここにあげられた数の患者の底辺には医者にもかかれぬ、潜在性あるいはがまん型の患者がそれ以上数多くある。このことを申し上げますのは、実は、労働力の生産性、経済の開発については当然労働力の発揮が必要でございますが、その労働力となるべき民家が、多数に、病気や栄養失調、とくに潜在的な疾患を持っておる。そのような状態で、はたして労働力の発揮が十分できるだろうか、というのが一つの問題です。もう一つは、そういう病いに常に脅やかされ、あるいはそんな状態ではたして個人の経済生活を合理的な形で計画できるだろうか。そういうことを考えてまいりますと、生産性が問題になる場合、その基礎になる労働力がいかにあるかは重大ですが、ここでは「非文明病」前近代的な要素が厳然として存在しています。そのことは同時に人々の中に近代的な生活意識が生れることをはばむことになりましょう。そういう意味で、実は東南アジアにおいては病気の多発をあえて強く取

り上げる必要があると考えます。なお、疾病発生の地域差、階層差、宗族差については、なるほど東南アジア地域、インド、パキスタン、ビルマ、インドネシアもそうでしょうが、そういう地域における多発疾患は、国内自体でも、それぞれの格差をもってあらわれているという点でございます。その資料はすでに出生のところで指摘しました。

(その1)の8、9、10ページ、まず乳児死亡を取り上げますと、マラヤの場合、やはり米作農民を主体にするマラヤ人の乳児死亡率が非常に高い。また農園労働者、家族労働者が非常に多い。インディアンがその次で、チャイニーズがその次であります。こういうような地域格差—私はむしろ階級格差であろうと思います—がそこで何を取り上げていくか、どこに目標をつけていくかということになりますと、もちろんその底辺をいかにてこあげるかということなのでなければ、その施策は有効でない。

また6表のマドラス、11表のカルカッタの登録値の信頼性は分りますが、両者とも、その傾向は一致しております。回教徒では乳児死亡率が高い。インドにおきましては、回教徒は難民が比較的多くいろいろな関係で悪い条件に置かれているそういうことを考え合わせる必要があると思っておりますが、カルカッタの年次報告の中に、「回教徒の人は種族的、宗教的な偏見から、保健婦とか医者の診療の活動を受けつけない」ということが書かれておりますが、貧しさのために受けつけないということを書いております。医療を受ける機会が与えられていない。医療保障、社会保障の問題もありましょうが、医療保障が空白状態である限りは当然こういうことが起こり得るだろうと考えられます。これを単に宗教的な偏見として片づけていいだろうか、慎重でなければならぬと思えます。

セイロンにおける乳児死亡、これは必ずしも明確につかめておりませんので省いておきたいと思えます。

そのほか、農村地における非常に多い病気、たとえばヘモグロビンの80%以下の貧血とか、子供の半数以上が脾臓が大きくなっているという報告が、ばらばら出ておまして、いずれもそれぞれの地域によって、あるいは階層によって問題点があるということでもあります。これをただ一般的に多病多発というだけでは、有効な対策としてもりあげることは困難であろうという事

情も見受けられます。

Ⅲ アジア的生活様式と健康

さて、以上を申しましたような劣悪な条件をつくり出す要因は、当然アジア的な生活様式の関係があるのでございます。その点は、最初に気象の問題を若干触れましたが、たとえばマラリヤにおいては高温多湿が蚊の成長にいいということもございませう。もっと注目すべき点は(その1)の12、これはフィリピンの1960年の全国の世帯調査によりますと、Aの中ほどに、上水、飲用水などは、沼の水、流水、雨水とかの、自然水に30%近く依存している。インドの調査は、Cにありますように川の水などに依存しているのが18% 実は残念ながら日本の僻地におきましてもまたこれに近い状態がありますが水だけではなくて、便所がない。土地が非常に汚染される。汚染された土地からの水を飲んでいる。これが問題でございませう。その具体的な事例はBに出ておりますが、便所を持っていない家庭が45%、つまり野坑Open pitです。インドのある村では581世帯のうち、便所があるのはわずか1軒で、あとは全てOpenfield。それからもう一つは共同便所がある。これはたしか「文芸春秋」にのったと思いますが、インドネシアの中央街の運河に共同便所がかかっているが、箱だけの厠です。こういうふうに使えないということは衛生上きわめて重要であります。インドの第3次5カ年計画におきましても、またタイの保健省におきましても、「少なくとも村に一つの水源をつくる、学校とか工場とかにはぜひ便所をつくらなければならぬ。できれば家庭に一つぐらいはつくらなければならぬ。それができなければ共同便所を一つつくらなければならぬ。」ということのスローガンにしている。またインドの第3次5カ年計画の要綱の中には、「便を貯蔵するということは、肥料として非常に有効であって、今後の方針として大いに考えなければならぬ。」というようなことを、われわれが戦前問題にしたようなことが述べられています。前に述べた伝染病ないしは不潔病流行の背景には、実はそういうようなおくれた生活様式がある点を見のがしてはならない。つまり生活の近代化あるいは意識の近代化と申しましても、そういうような生活条件の中で、近代的な生活様式がどうして生まれるか、あるいはもっと現実的に、医療を要求するような生活意識が生

まれている、ということにつきまして、よほど慎重に考えないといけない。いわゆる Community Development Planning、地域開発計画の動き、とくに最近のナショナリズムの進行につれて、民衆自身が生活水準を高めていこうという動きがでていますが、そういう状態をしらみつぶしにないくそうという考えが出されています。ただ現実には井戸や便所をつくるについての資材や、労力の壁にぶつかって、予定どおりに進まないというのが現状でございます。改善する意識は高まっておりますが、現実には厚い壁がある。

次は国民教育の問題でございます。まず衛生知識などについては考えなければなりません、ちょうどそれを裏書きする資料が(その1)の25ページに出ております。これはインドのある村の資料で、病気の原因と病気の治療について、家族がどう考えているか、その意識が書いてあります。それを見ますと、医者にかかるのが15%、迷信とか神がかっているものが44%、両者混合しておるのが40%、これは1956年、10年の調査ですが、また病気の予防については、60%は宗教的な行事にたよっており、6%は狂信的な方法にたよっている。もちろんアジア宗教の支配と言い切ればそれまでですが、その背後には、医者にかかりたくてもかかれないから、迷信に依存するということがあるのでございます。この点は、日本においても決して無縁でないが、これがかなり広範な形で東南アジア地域に残っています。

それから教育の問題で、26ページにありますように、初等教育あるいは中等教育の教員数が非常に少ないことでわかりますように、教育施設そのものが非常に少ない。ここでとくに申し上げたいことは、(1)の26ページの24表、と(その2)の16表を見ていただくとわかりますように、少年労働に非常に依存していることとございます。中でも(その2)の16を見ますと、農村平地におきましては5才ないし9才が1人の働き手となっている。これは世帯の貧しさ、あるいは農業の低生産性などが関係しますが、それは別といたしまして、こういうふうの子供を働かしておる。これには因果関係もありましょう。学校に行くのはいやだという意識もござりますが、幼少年労働が初等教育の普及をはばんでいると考えます。これもまた人口問題の一つとして取り上げなければならないと考えます。

また、アジアの宗教観と生活様式につきましては皆さん御承知のこととご

ございますが、挿話として申しますと、ヒンズー教は「聖なる牛」を食べないが、牛糞は燃料として非常に珍重しております。ちょうど私がカルカッタの医師会に出席したときに、宴会で「聖なる右手」で手も洗わずにすべて手づかみで食べている。これがお医者さんのすることとして、非常にびっくりしました。こういうような点がかかなり根強く残っているといたしますと、インドの栄養学者は「動物性蛋白質をとることについてあまり積極性を示していない」ということも見のがすことはできない。しかしヒンズー教においては、牛乳や卵をとることは許すのでございます。また最近はかなりずれてきて、ことに町では肉食などをしておりますが、そういうような風習が案外障害となっておるということはございます。

また話は前後いたしますが、栄養の問題と関連して、栄養不足が少年の發育を押えておるという実例が(その1)の22に出ております。これは表の7ですが、日本と西ドイツ、それからフィリピンとインド、大体身長、体重とも日本とかフィリピン、ことにインドの場合にはおくれておる。大人について調べた成績ではあちらは少数でこちらは多数で比較するのは危険ですがとくに女性に比較的格差がでます。しかしインドの場合、北のインドと南のインドとではかなり種族がちがって一般に南のほうが小さいが、一概には申し上げられません。栄養不足が日ごろの労働力の發揮をさまたげている、これは都市労働者の問題でございます。なお、マラヤの資料、インドとマラヤ人とチャイニーズの差が出ております。

IV アジアの医療事情

さて、私どもが一番重要視いたしますことは、このようなアジアの生活様式、ことに前近代的な条件に取りまかれておることが健康を阻害し、近代化への意識をおくらせていると考えるのであって、これは何とか排除するというを基本的に考えなければならぬのであります。しかしながら、さしあたりの問題として、いやそれ以上に基本的に求められているところの社会的なサービスとして、医療の供給ということが重要視されるのでございます。事実その成果として、(その1)の28ページの図8、これはセイロンの最近の10数年間の死因別の変化でございます。これで見ますと、マラリヤ対

策が非常に成功しております。それからチフスなどの感染症や呼吸器などの感染症も前より減ってきている。マラリア対策の成功ということは確かに言えるわけでございます。ただ肺炎の死亡はまだそれほど減っていない。マラリア対策が成功したのは、DDTというきわめて有効な手段をもって、病原体を媒介する蚊を殺すということが非常に成功をおさめたのであります。ところが、いま当面しているのはマラリア患者の医療問題で悩みの種になっております。たとえば、肺炎が減っておりますが、その減り率が比較的低いということはまさにメディカル・サービスを提供しなければ減ってこないということでございます。そういう意味で、どちらかと申しますと、物理的な方法で、あるいは予防の技術を簡単に使えるものなら有効であるけれども、社会的なサービスを提供しなければならないものについては壁にぶつかっている。

その点について、フィリピンに非常に興味のある資料がございます。(その1)の28ページの25表、これは全国統計で地域別に、死亡する前に医者にもてもらったかどうかという統計でございます。もしも、これが事実だとすれば68%が医師にもてもらわずに死んだということでありまして。その中でも乳児死亡が相当大きな比率を示しております。また、このように医者にもてもらわずに死んだものが多い地域ほど乳児死亡率が高くなっております。ということは、医療サービスの絶対的欠乏ということがフィリピンにおいてつかめるのであります。乳児死亡などを考える場合に重要なのは、お産のときに正式の産婆あるいは医者にかかっているかということ、これは右の26表をみていただくとわかるように、全国統計で52%は医者でも看護婦でもない、実はおかあさんとかちょっと手なれた人にもてもらっている。52%というのは、私が先日みてまいりました実は、岩手のある寒村においてもこういう状態でございます。決して日本にとっても無縁ではございませんが、フィリピンでは全国的な現象としてこういう数字がでております。

それから、台湾は日本に次ぎアジアでは医療サービスがかなり普及し、医者の数も多いという傾向がございますが、なお40%近くはおかあさんとか専門でない人にお産を取り上げてもらっている。インドのある村の調査によると、専門のものがいないのです。代用産婆がありますが、代用産婆もおら

ぬという部落の調査がでております。

こういうアジア地域における医療サービスの絶対的な欠乏は、30ページのWHOの統計などによっても、医者、助産婦、あるいは病床の数、中でもインドネシアあるいはビルマ、ベトナムなどは非常に条件が悪いということが見うけられます。それで、この状態をなくする活動がどの程度おこなわれているかということについて、年間の医者の増加を調べてみますと、日本では医師は人口10万対3人の割合の卒業数があります。香港では1.7、台湾で2.2、タイでは0.9です。インドネシアは0.2、現在でもすでに日本の数十分の一という状態でありながら、あらためて医者をつくったり、助産婦をつくったり、看護婦をつくるという活動はまだ低調である。実はここに大きい問題があるのでありまして、いままでのおくれはともかくとして、このおくれを取りもどすための活動がどの程度までおこなわれているかという点が重要であろうと思います。

そこで31ページをごらんいただきたい。アジアの後進国は国民の保健医療にたいする支出が少なく、最近の動きとして、かえって軍備費などに案外多く使われているという状態があり、これは決して軽視してよいことではありません。

V 後進国開発計画と保健医療問題

.....

時間の関係上、要点だけ申し上げたいと思いますが、いわゆる開発計画に関連して、経済的な水準、生活水準の改善向上ということは、何らかの開発計画において進めていく。その手順はすでに申し上げましたように、やはり人口の大多数を占めておる農村の条件をよくすることが第一ではないかと思えます。工業の発達は、なるほど労働人口の生産性向上ないしは近代化にきわめて重要性はあろうと思えますが、人口の収容という問題から考えた場合には、やはり農村開発の活動こそ重要で、しかも健康水準そのものを高めるについても、先ほどから申し上げたいろいろな条件がからんでいるとすれば当然これを総合したプランニングが展開されねばならない。ただ、ここで注意すべき点は、先ほど申し上げたマクロなプランニング以上に、しかも社会的差別をなくしていくというミクロな計画として展開されていかなければな

ければならないということとして、そういう主張もだされています。その際、先ほどから申しております便所とか上水、医者、看護婦などを設けることがここではきわめて重要な開発計画の一環になっております。

それから都市の問題では、ようやく都市人口が増加しつつあります。とは言い条、やはり軽工業を中心としての工業人口がふえておりますが、それは(その1)の11にでております。われわれが重要視いたしますことは、都市の難民街、あるいは貧民街、あるいはスラム、こういう悪疫の巣になっている、多産の問題とも関連するのでございますが、そこでも壁にぶつかっている。これを打開する仕事を逃げておっては解決にならないということでございます。

それから労働者問題は、労働人口のきわめて重要な問題であり、経済開発としての必要な個所ですから少しふれてまいりますと、(その1)の23ページの表18、24ページの資料その他を検討したものでございますが、生産能率は日本の数分の1です。もちろん、第一に生産技術、生産設備自体を問題にしなければならないことは言うまでもございませぬ。労働力の主体的な面から取り上げた場合に、たとえば欠勤あるいは定着ないしは労働意欲などから考えてみると、これは10年前の資料なので少し注意しなければなりません。少なくとも10%前後という高い欠勤率を示しております。しかも、その理由には二つの特徴がございまして、一つはくに帰る、もう一つは病気で休む。郷里に帰るといふのは、かつて日本の紡績にもありまして、近代労働者として成長しないということの問題になったのでありますが、それはともかくとして、出身した農村との結びつきが非常に強いということが欠勤させる。しかも農業で忙しいから休まなければならないということも考えられます。医者から考えて注目されますことは、病気で休むものは25%となっておりますが、帰省の20%は病気でございまして、欠勤理由の30%が病欠である。日本の欠勤の理由において、病気はそれほど大きな数字ではございませぬ。ほかの理由がはるかに多いわけですから。そういうことからいふと、病気による労働力の損壊あるいは潜在的な労働力の阻害ということも注目されます。また栄養の摂取量の不足からくる働く意欲の減退があります。そこで工業化を進めるために、マクロなプランニングを立てた場合に、問題

はどうなるかということをも慎重に検討しなければならないと私は考えます。

なお、工場における労使の問題が近代的労使関係として解決されていないという問題がございますが、この点は専門でございませぬので省きたいと思ひます。

Ⅶ む す び

以上、東南アジアの公衆衛生事情につき、いろいろ申し上げましたが、結論的に申せますことは、たしかに激しい人口増加の問題がございますが、このように前近代的な生活様式をいかにして近代化していくかということが、第一の主眼にならねばならないのではなからうか。しかも、そういうような不利な客観的条件は、二重、三重に関係がからみ合っています。とくに、現在も残っている植民地支配と、社会的な差別があるということをお頭にしておかなければならぬと思ひます。

われわれ医者の方から申しますと、たとえば井戸はろ過設備をしなければならぬ。そのろ過する設備や技術が入っていない。また、Open fieldの便所を土地を汚染しないような便所にかえる。こういう基礎的な設備をつくること。もちろん、栄養の補給、食糧の補給なども考えなければならぬと思ひます。ことに、医療サービスの普及について十分考えなければならぬ。ところが、私が驚いたのは、こういう状態であるにもかかわらず、インド、ビルマ、フィリピンその他の医療担当の諸氏は医療活動欠如の認識が浅いという印象をうけたのであります。どうすれば現地の人々が医療問題の重要性を認識して、もっと積極的にとり上げさせることができるか。もしも国際協力という点で、医療を考えるとすれば、これは外から医療サービスを供与するのじゃなく、それぞれの国のなかから、そういう医療サービスを補強していくような活動をうながし、援助する必要があると思ひます。そうでなければ、年間医師養成数は、人口対日本の10分の1あるいは数分の1の医者もつくりだすこともできないという状況になってしまう。スズメの涙ほどの協力で、はたしてアジア地域の医療あるいは保健の水準を高めるのに役立つか。それはこちら側のモデル作業に終わってしまうのではないか。

そうなつてまいりますと、もう少し視野をひろくもつて考えなければなら

ないことは、現在おかれている貧困なり、窮乏なり、ことに医療サービスの不足、病気が多いこと。また、こういう事情を生みだしている根源である長いあいだの植民地支配のなかで抜けがたい状態になっている前近代的な生活状況、あるいはモノカルチャー農業の問題もそのままにしておいては、開発し近代化するエネルギーはでてこないのじゃないか。したがって、アジアの人々の健康水準を高めるといふ運動は、現在存在する前近代的な鎖を取りのぞくという努力、極端に言えば戦いのなかからもとめねばならない。端的にいいますと、いまなお、国際的には根づよく残っているところの植民地主義との対決、したがって、ナショナリズムの動きを決して見のがしてはならぬのじゃないか。その線に沿った活動が必然的に要求されてくる。もしもそういう活動が原住民の人々のためのものであれば、少なくともそういう形で取り入れざるをえない必然性をもっている。こちらのほうから取捨選択する問題ではありません。もう一つ、国内の問題としては、なおいろいろな社会問題を温存したままで、あるいはそれをなくするという努力をしないで、受胎調節運動や生活改善活動が果たして住民のためのものになるかという反省が必要でしょう。

以上、いささかおこがましい発言をいたしました、時間も参りましたのでこれで終わりたいと存じます。ご批判をいたたければけっこうだと思います。

○篠崎委員（兼幹事） どうもありがとうございました。まだ少し時間がございしますので、何かございましたらどうぞ……………。

○岡崎委員（その1）の11ページに9表として Sex Ratio というのがありますね。これによると、ビルマ、セイロン、インド、パキスタン、これは男のほうが多いというわけですね。1.5 というのは男よりも女のほうが多いということを示しているんですね。

○東田 そうです。これはそういうとり方をしております。

○岡崎委員 アメリカとかイギリス、日本もふくめて逆になっておりますね。これは出生の性比を同じだと仮定すれば、こういう地域では女の死ぬ割合が多いということになりますね。それはなぜかということ、逆に女の死ぬ割合が、文明国と同じように女のほうが少ないと仮定すれば、今度は出生

の性比がそういう地域では男の子がよけい生まれる。日本では100対105ぐらいが100対110という割合になっていなければならない。出生の性比がこの地域ではより高いのか、それはどうでしょう。

- 東 田 出生の性比については、やはり男子のほうが高い傾向になっているように思います。
- 岡崎委員 どうしてでしょう。たいていは100対110ということになっているのですか。
- 東 田 登録値ですから。
- 岡崎委員 男の子が生まれたらとどけて、女の子が生まれたらとどけないというのですか。
- 東 田 その届け出が非常におくれるのです。これは私の推測ですので断定できませんが、女子の場合にはうやむやにすましてしまう。男子の場合にはうやむやにすませずに、一応出生して死亡するという措置をとる、これは推測ですが。
- 岡崎委員 そうだとすれば、女のほうが男よりよけいということはないんですね。
- 東 田 女の死亡率のほうが高いのです。
- 岡崎委員 それはどうしてですか。
- 東 田 それは青年期の女性の死亡が多いからです。
- 岡崎委員 それはどういうわけですか。
- 東 田 まず第一には女は医者にかかれない。男は比較的にかかる。女は悪くならないとかかれない。これは日本でもそうでございます。生活条件もわるいのですが、医者にかかるのが手おくれになるのが多いと思われまます。それから病気にかかりやすい原因として、婦人の妊娠と出産をめぐるまじりの死亡、産褥熱などがまだ多いのです。それが20才から40才で死亡率がピークを示す原因になっていると私は解釈しております。したがって、女の20才から40才の死亡率が高いということには、まず第一に妊娠に関係がある。これにはもちろん、妊娠と出産をめぐる保護がととのっていないためです。それから一般的には女性、ことに家庭の働きざかりの年齢層の場合、これは説明を省きましたが、(その2)の20にある

のは、これはインドの資料だったと思います。貧しい世帯ほど医療費に支払う費用が非常に少なく、死亡率が非常に高いということを示している。医療保障制度は、公立病院は一応無料でみてくれます。しかし、健康保険は大きな工場か役人しかございません。開業医には選択がございまして、健康保険でみてもらえないということもございまして、それで、医者にかかるとは金がかかるというベースがあるので、勢い女性のほうが社会的地位が低いということと関連して、病気が重くならぬとかかれない。したがって、死亡率が高くなる。私はこの2つの要因をおもなものとして考えております。

○岡崎委員 もう一つ、(その1)の2に「アジア諸国の人口・人口動態率」と書いてありますね。これの東南アジアの死亡率、これは「世界統計年鑑」を写してこられたのですか。

○東田 そうです。

○岡崎委員 館さんのペーパーで見ればもっと高い。24とか出ていますが、それがこちらでは8とか9、これはあまりにもひどいのじゃないかと思えますけれどもね。

○館委員 出ております数字は政府の公表の数字なのです。それから、このまえ私がお目につけたのは国連で補正した数字です。

○岡崎委員 補正したというのは標準化したものじゃないのでしょうか。

○館委員 標準化ではありませんで、非常に変なものについてはアジャストされているということです。

○岡崎委員 日本のものを見ると、東南アジアでも案外死亡率が低い。しかし、ほんとうはそうじゃないというので、死亡率をだされているのだらうと思いますが、標準化するのにはいろいろあると思いますが、これも写してこられたのですか。

○東田 これは向こうにあったのか、私がつくったのかちょっと忘れましたが……………。

○館委員 この前わたくしがおたづねしたところでは、先生の教室でなされた標準化ですね。

○東田 これは間接法だったと思います。

○岡崎委員 どういうやり方でやったのですか。

○館委員 間接法で、たしか日本の1960年の人口を標準人口にとっておや

りになったのだらうと思います。これは先生の教室です。

○岡崎委員　しかし7.5が25.5なんという数字になりますかね。

○美濃口委員　これは死亡とか出生はほとんど届けないのじゃないですか。もともとの数が— おくれた国には自分の年も知らない人がたくさんおりますからね。おそらく届けないのじゃないですか。だから統計上低いのだ。こういう統計はほとんど信頼できないと思うんですがね。

○東田　インドの数字は、ほかのものについても既存の資料で人口統計から年齢をだして日本の数字を基礎にして比をだして、それから計算したものと記憶しておりますが、ベースになる数字がたしかであるかどうかによって、試みにクルードよりは高くなるということであって、数字そのものはやはり問題でございます。

○岡崎委員　結局クルードでは割に低いけれども、実際は衛生状態が悪くてもっと高いのだということを示そうと思って出したのでしょう。

○東田　そうです。なお、登録死亡率以外にエスティメートされた死亡率もありまして、それは登録死亡率より高い。官庁報告にでていいる死亡率は登録値ですから信頼できない。

○岡崎委員　年齢別にだしたら信頼がおけますか。年齢別にだすか何かしなければ標準化できないのじゃないですか。

○館委員　それで間接法を使われたのです。つまり、向こうの年齢別死亡率を使わないですむように間接法でやったわけです。

○岡崎委員　日本のような年齢構成だったらどうか、こういうことですか。

○館委員　日本の死亡率を使って間接法でやっているのです。間接法を使えばその国の死亡率を使わないですみますから。

○岡崎委員　日本では80才とかありますが、初めからこれは50才ぐらいのところしかないのでしょうか。

○館委員　年齢構成は、向こうは60才以上は相対的には少ないのですが……。

○岡崎委員　そうすると、標準化すると、それ自体にも問題があるんだね。

○館委員　それはありますけれども、年齢構造の差異を一応除去してみれば……。

- 寺尾委員 さっき女の死亡率が高いという説明の一つの理由に館さんから伺ったのか、篠崎さんから伺ったのか、向こうの女は男の医者にかからぬからだとか……。
- 館委員 あれはちょっと別の意味なのです。私も篠崎君も言ったのですが、それはとくにIUDをセットしてもらったりするときに……。
- 篠崎委員（兼幹事） 普通の病気のことではなくて、IUDをセットする場合にちゅうちょするんですね。
- 岡崎委員 それから家族計画、これは見込みがありますか。
- 東田 私、そのほうについてはよく聞いてきましたが、非常に熱心に行っております。事実、都市ではポンペーで聞きましたが、中産階級ではそれを実行して効果をあげている。肝心のルーラルのほうでもやろうという意欲はでております。先ほどだいぶ意識が低いと申しましたが、ところによってかなり高まっております。しかし、それをうけとめる知識がない。具体的にいえばコンドームを使うとか、そういう具体的方法までいかない。そこに壁があるのです。
- 岡崎委員 政府当局は大いに産児制限をやりたいという意思をもっておっても、国民大衆がいったいどういうふうにと受けてるかということですね。それで、ストーンというのは国連からインドに送ったのかね。
- 館委員 あれはアメリカの財団が派遣したのです。
- 岡崎委員 そのときはインドでも大いに指導してもらおうとして来てもらったのだらうと思いますが、ある人間は、われわれはアメリカにたいしてパンの援助をもとめたらストーンを送ってきた。(笑い) そういう問題はないですか。
- 東田 私も実はそういう問題を伺っております。子どもを生むことについて、子どもは自然に生まれるのだ、それよりも食べるようにしなければならぬという考え方ですね。自動車の運転手なんかも言っておりました。一つは受胎調節がむずかしいということもあるのですが、どうもその辺のピントが合っていないようです。
- 美濃口委員 その点では、いま進んだ国とおくれた国を比べてみますと、たとえば日本の徳川時代、明治の初めはそんな時代でしたね。資本主義の中でも、一般には貧乏人の子たくさんということが通用しているわけです。

ね。やはり階級別の差があります。それから農村と都市の差はどこでもあるのです。これはおくれた国でも共通点があるのではないのでしょうか。これはどこの国でも共通にある印象ですね。おくれた国でも例外じゃないんじゃないか。やっぱり中産階級の国は子どもが多い。とくにドイツでは、昔は上層階級は子どもが少なかった。それは階級別の差がでておりますから。5つか6つで働かせるから、むしろ子どもがいるほうが利益になる。そういう状態のところ子どもを制限するといっても、これは食うなという事になってしまいます。だから、そういう状態をなくして子どもを生みたくないという意味をつくること、それがなくてやってみてもだめでしょう。

○ 東 田 やはり本能的な性欲なり、夫婦関係というものは理屈では割り切れぬものでございまして、それしか楽しみがないというところで、それを他動的に抑制するということになりますと、よほど強固な意志がないと困難な感じがいたしますね。

○美濃口委員 意識をつくることですね。意識がなければいくら持っていてもやらないんですから。

○篠崎委員（兼幹事） 農村地区の電化事業はどのくらい普及しておりますか。

○ 東 田 私も農村の奥のほうまで入ろうと思って入れなかったのですけれども、やはり電気を入れることはなかなかむずかしい。生活の改善ということとはなかなかそう簡単にはできないようですね。しかし光がないと、どうしても清潔になれないし、そういう状態があるようです。

○篠崎委員（兼幹事） 実は10年くらい前でしたが、セイロンの人がきていろいろディスカッションして、日本でやったデータを示したなかに、日本の電気の状態を示してあったのですが、あとから向こうの厚生大臣あたりの方だと思いますが、えらい方が手紙をよこして、とにかく具体的に家族計画運動は農村の電化事業から始めなければならないということに気がついた。とにかく厚生省がこういう手紙をくれたので、びっくりして読んだことがあるのです。それで、最近は何の程度まで農村地区が電化しているか、もしもデータがあったらと思いましたがけれども……。

○ 東 田 これは私も同じ考えでございますが、ちょっと資料がございま

せんから……。

○館委員 いまの問題で非常に重要なのは、電化も電化ですけれども、ケロシンというか、灯油がもう一つ前の問題なんですね。セイロンでは少なくともインドより非常にいい状態になっています。それは電気プラス・ケロシンなんです。

○東田 セイロンはその点はかなりその地域に及んでおりますね。

○美濃口委員 こういう病気のほかに大きな飢きんがあるとかなりたくさん死ぬんですね。日本でもヨーロッパでも、飢きんと疫病によって、人口が少しふえたと思うとがたんと減ってしまうというのが後進国の人口の型なんですね。ソ連の革命のときには何百万という人が飢きんで死んだ。この間は中共でもそうですね。そういう飢きんの死亡は相当大きいと思うのですが、お聞きになりませんでしたか。

○東田 私は聞いておりませんが、マドラスのチャンドラセカールさんがだしておられる資料によると、これは婦人の数ですが、そういうドラステックな動きがありまして、作用しているのじゃなからうかという推測ができるのがございます。しかし、こまかいことはわずかな期間じゃなかなか……。

○寺尾委員 数字を一つ伺います。(その1)の5ページの「アジア諸国の社会経済事情」の中に産業別人口の割合というのがあるが、ビルマは第3次産業の割合が63%というのはいいんですか。

○館委員 この数字はまちがっていないのです。ビルマの数字は都市だけに限られているので、この数字そのものについてはまちがいないと思うのです。私もこの数字は記憶しております。

○東田 こういうことを注意せずにどうも恐縮です。

○渡辺委員 (その1)の25ページの22表を簡単にご説明いただけるとありがたいのですが……。

○東田 これはちょっと説明いたしました、インドのボンベーの北東にあたる村の調査で、これで見ますと、581世帯調べたなかで44%が宗教的なもの、あるいは迷信によっている。理屈にかなった合理的な原因を考えているものは15%にすぎない。そういうあれなのです。迷信的な原

因を考えているのは44%、それをミックスしているのが41%、こういう数字です。

その下は治療の方法です。予防の方法について合理的と思われるような答えをしたものが34%、それからおはらいをすとか、そういうような宗教的な手段で治療したり予防したりするという回答、これに類するものが60%。60数%のものが合理的でない考え方で狂信的に治療とか予防とかをやろうとしております。

- 渡辺委員 ここで“Stoic”というのはどういう意味ですか。
- 東田 ちょっとわからないのですが。(後記 禁欲主義?)
- 渡辺委員 これはだれが調べたのですか。
- 東田 これはシールという人が調べたのです。ここに原本がございます。
- 渡辺委員 次に、20表のなかの「有給」が19%というのは、どういうふうに解釈したらいいんですか。
- 東田 これはアジ研の「インドの労働事情」をそのまま引用させていただいたのですが、この工場は比較的大きな工場でございますから、やはり有給休暇の制度があるのじゃないかと思えます。
- 渡辺委員 20ページのは非常におもしろいですね。こういうのを見たいと思っていたのですが、例の身長と体重のでどころですな。およそでけっこうですが、インドのどういうところでどういうふうにやったのか、もしでどころがわかりましたら、あとで伺ってもけっこうです。
- 東田 インドのものは年次報告書と、それからSealeの実態調査がございますので、それから数年間というようなものを考えたりしてこれはかなり推測が入っておりますが、大体この線で合うのじゃないか。フィリピンについては、岐阜の平田研究所の資料をお借りしたので……。
- 渡辺委員 たとえば、日本のは非常にいいのですが、フェデラル・リパブリックなんかはどこですか。
- 東田 これは「学童の成長の促進現象」のモノグラフがありまして、それから引用したわけです。

- 渡辺委員 セイロンには相当長くいらっしゃいましたか。
- 京 田 セイロンは8日ほどです。初めに行って、また帰りにもう一べん寄りました。
- 渡辺委員 私は前から疑問に思っているのですが、糖尿病の死亡率が図ぬけて高いものがでておりますが、これはほんとうなのかどうか。いいかげんじゃないかと思うんですが、前から手紙をだして聞こう聞こうと思っていたんですがね。
- 京 田 わかりません。
- 山中委員 ついでに私も一つ。(その1)の27ページ、これは48年から59年、そのおのおのの計数は、一番高かったものを100にしたあれなんですね。ですから48年が一番高かったのが三つあるわけですか。ここからスタートとしているのが3本ありますね。
- 京 田 これを100にして、これをかいたものだけを写してだしております。
- 山中委員 その年以内に100になっているのは何の病気ですか。
- 京 田 これはガンでございます。
- 山中委員 そのすぐそばの長い点線は……。
- 京 田 テタヌスですね。
- 山中委員 その年の実数がおのおの病名のおしまいに書いてあるわけですね。それで見ると、マラリヤとチフスが下がったわけですね。
- 京 田 ええ、下がっております。マラリヤは蚊が媒介するから蚊を撲滅すればいい。チフスも食生活が改善されればいいわけです。ところが肺結核はいつそういう病気になったかわからないので、予防するという面では非常にむずかしいわけです。
- 山中委員 マラリヤみたいに安上がりで本人の意思いかんで早く減らせるものと、そうでないものがあるような感じが、しろうと考えですが、するのですが……。
- 京 田 つまり、メディカル・サービスが入らなければ……。マラリヤチフスなどは非文明病ですが、肺炎やインフルエンザの死亡はかなり文明化しておっても残っていますね。

○山中委員　そういうふうに文明、非文明とかいうことで見られると思いますが、篠崎さんの質問のあった電気の利用、つまり人間の生活の中でコミナルに考えなければならない、コミナルに考えると、割合に安上がりに改善される場合と、頭の改革をしなればうまくいかないもの、宗教は後者に属すると思います。社会が進歩すると、DDTがいい例だと思いますが、案外安上がりに多年にわたってどうにもできなかった病氣と戦える。そういうものが個人の力と社会の力であまり金をかけずにできるようなものももっとあると、そういう面の解決がその出生率の問題なんかに影響しないわけですね。つまり衛生状態というか、公衆衛生の問題ですね。

○京田　確かにそうですね。たとえば清潔な水を使うことは、乳児死亡とか一般のいろいろな病気の発生を少なくするわけです。それから、早く解決が見つかる方法は予防接種ですね。どんどんやっていくのです。したがって、たとえば天然痘などの予防は、空気感染といいますか、感染そのものがむずかしいけれども、予防接種が非常に有効ですので、コレラもそうです。それには水の問題とかが関連しますが、そういう技術を入れるようなルートがないのが問題です。

○山中委員　それは個人を離れて、政府なら政府がそういうことを考えるということで、いろいろなことを全部やらなければだめですね。

ところで、さっきケロシンと電気ということが出ましたが、どういうことですか。それは動力じゃなくて灯火の問題ですか。

○館委員　それはこういうことなんです。これはインドの例なのですが、電気を供給しようと思うと、灯火用だけの発電はできないんですね。そうすると、ある一定の工場に送電することを中心にして、その残りを農村に配るわけですね。というのは、電気は貯めておけない。使ってしまったらいけない。つまり大量消費の目的物がなければ、低開発国では新しいところに発電設備がつかれない。そこでどういう方法をとったかという、灯油ですね。つまり、農村の生活に光が必要だということがわかってきているので、そういう工業生産設備もなくして発電設備が設けられないようなところには灯油を使うように指導奨励しているわけです。それで灯油が及んできたのです。いまでもたくさんございますが、農村の夜の灯火は月のあかり

なのです。それでヒンズーのお祭は満月の晩なのです。というのは光があるからです。それについては人口のほうにも問題がありまして、最初イギリスは、農村にはあかりがないから月の光があるときだったらかけ込めるからというので、国勢調査を満月の夜にやった。ところがその火がたまたまヒンズーのお祭りだったので、ワーワー騒いでいるときに国勢調査をやるわけにはいかぬというので、サンライズのときに調べることになったのです。月の光は非常に重要なものだったのです。それから少し進歩してきて何を使ったかという、お灯明なんですね。これじゃなんともしかたがないものですから、それで灯油を指導したわけです。それで幾らかよくなった村では、このごろは灯油を使って、つまり引き合うようになって電気がくるのを待っている、こういう状態ですね。

○篠崎委員（兼幹事） 実はもう予定の時間を超過いたしましたので……。

○縮委員 ちょっと一つ伺いたいのですが、一つは、さっき山中先生がおっしゃったようにアジアの死亡率の下がり方を見ていると、ずいぶん急速度以下がっているのです。つまり安上りのものが下がっているわけで、いまの状態から言った場合の死亡率の見通しなのですが、きょうお話を伺ったように、たいへん衛生状態が悪い。そういうことになれば、安上りの死亡率が下がってしまえば、あとは横ばいですね。へたしていまのインドのように食糧がなくなってくれば、死亡率が高まる可能性もあるのだ。こういうふうに見てよろしいでしょうか、現状を前提として考えれば。

○東田 結論的にはいまおっしゃったとおりだと思います。と申しますのは、これから医療がいままでと違ってかなり技術的に進歩してきますから、死亡だけ見るのは危険だということです。つまり殺さずにおくということができるようになりました。やはり病気がどうであるかということを見ても必ず見ておかなければならない。それが死亡として出てくる。しかし時期がずれてくるわけですね。それで技術的には死亡と同時にモビリティをとる必要がある。それから病気の構造がだんだん変わってくるし、そうなるくと、いままでのような統計、たとえば乳児死亡だけでいいのか、もう少し幼児まで見る必要はないか。いま日本で取り上げているのは、乳児死亡というより幼児死亡を見ておるのですが、乳児死亡は割にしっかりつかめ

るけれども、幼児は割合にむずかしい。そういう意味で取り上げるインデックスとして、技術なり疾病構造が変わるにつれてもう少し見直す必要がある。そこから先生がおっしゃるような結論が出てくるように思います。

○館委員 それからも一つ、公衆衛生の中でファミリー・プランニングを公衆衛生にのせて持っていく。そのかわりに公衆衛生のほうで、先ほど先生から御指摘があったようないろいろな社会的なストラクチュアやハーミング・システムを公衆衛生の力で徐々に変えて、モチベーションをやるようなことになっているわけなのですが、それについての可能性とか、それが公衆衛生の中でやれるのかどうかということについて、もしお考えがありましたら伺いたいと思うのです、たいへんむずかしい問題ですけれども。

○東田 なかなかむずかしい問題ですが、やはり病人をなおす、病気の発生を押えるということ、これは技術的なものとのつながりが強いものでございまして、そういう意味で公衆衛生の技術が入り込む余地は多分にあると思います。ただ病気の構造が、先ほど申し上げたような社会的な関係が非常に強い条件がある限りは、そういう技術が入り込む余地が非常に狭くなってくる。したがって、社会的条件が整備されてくればくほど、そういう技術はかえって入りやすい。しかしそれが悪ければ悪いほど技術が入りにくい。公衆衛生の技術を導入する場合に、見通しとしては十分それで進まねばなりませんし、健康を守る技術そのものを入れなければナンセンスだと思います。見通しとしては、先生がおっしゃるように、その方法を取り入れなければならない。ただ、壁が厚いか薄いかという問題が残るだろう、こう感じております。

○館委員 それを出生率に持ってきたら、よけいたいへんなことになるわけですね。

○東田 病気は物質的な感染する経路があって起こるのですが、子供ができるということは、申すまでもありませんが、性欲本能というか、夫婦生活の中から生まれるものですから、それに外部から立ち入るのはちょっとむずかしいですね。

○館委員 ただその問題について、いまいろいろな極端論がございしますが、

公衆衛生の考え方自体を変えて、そこまでいくようなことは、特に衛生教育面をつくってやろうという意見が国際的には非常に強くなってきています。と申しますのは、これは私の推測ですが、いろいろな問題があります。たとえば家族計画の問題を外国の人間がやるというようなことは、ナショナルリズムの抵抗を非常に受けるわけですね。ところが公衆衛生の中に入れて持っていけば、向うがのむわけですね。ですからそこに非常に微妙な問題があるんですね。それに対して公衆衛生自体も考え直さなければいけないわけですね。それを公衆衛生のどこと結びつけるかということなのですが、いま問題になっているのは、MCHの公衆衛生協会、そういうことだと思っております。どうも釈迦に説法でたいへん申しわけないのですが……。

○篠崎委員（兼幹事） それでは、ここら辺で打ち切りたいと思います。

東田先生、きょうは長いこと、どうもありがとうございました。

それでは、きょうの特別委員会はこれで終わらせていただきます。

午後5時閉会

（以 上）

ア ジ ア の 公 衆 衛 生

—— 人 口 問 題 と 関 連 し て ——

(その 1)

東 田 敏 夫

(関 西 医 大)

Tab. 1 世界、各地域の人口密度と人口動態

大陸および地域	人口 年史推計 (100万) 1959	人口密度 1959	出生率 (人口千対) 1955~59	死亡率 (人口千対) 1955~59	年増加率 (%) 1950~59
	世界合計	2,907	22	36	19
アフリカ	237	8	46	27	1.9
アメリカ	398	9	34	14	2.1
北アメリカ	196	9	25	9	1.8
中央アメリカ	65	24	45	18	2.7
南アメリカ	137	8	42	19	2.3
アジア	1,632	60	42	23	1.8
西南アジア	74	13	46	21	2.5
南中央アジア	546	107	44	26	1.8
東南アジア	208	46	44	23	2.1
東アジア	794	68	39	21	1.8
ヨーロッパ	423	85	19	10	0.8
北および西ヨーロッパ	141	63	18	11	0.7
中央ヨーロッパ	137	135	19	10	0.8
南ヨーロッパ	145	86	21	10	0.9
オセアニア	16.1	2	25	9	2.4
ソヴィエト社会主義 共和国連邦	211	9	25	8	1.7

世界人口年鑑 1960

Tab. 2

アジア諸国の人口・人口動態率

	人口 (1960)	年間平均 人口増加率	人口密度	出生率	死亡率	標準化 死亡率	自然増加率	乳児死亡率	妊産婦 死亡率	出生時の 平均寿命(男)
日本	93,200	1.0	252	'59 17.6	7.5	7.8	10.1	33.7	1.7	66
韓国	24,665	2.0	250	'59 39.6	7.5	9.0	31.1	9.8×	1.7	
台湾	10,612	3.6	295	'60 39.5	6.9	10.4	22.6	30.5		55
フィリピン	27,500	3.8	92	'60 29.2	7.7	11.0	21.5	73.1	2.4	44×
ホンコン	2,981	'61 4.1		'60 37.1	6.4		30.7	41.5	0.50	
シンガポール	'59 1,634	4.6	'60 2,813	'59 37.8	6.2	9.6	31.6	34.9	0.4	
タイ	25,520	4.0	50	'59 35.6	8.5	13.2	27.1	47.1	0.6	40×
マラヤ	'61 6,909	3.0	53	'60 40.9	9.7	12.9	31.2	68.9		59
インドネシア	97,085	2.2	'61 51	'59 26.3~38.1	9.8~14.8		1.65~23.3	71.4~85.8	0.9~3.1	
ビルマ	20,662	1.0	30	'59 37.3	7.9	25.5	19.4	133.8	4.8	34×
セイロン	9,896	2.7	151	'59 36.9	9.1	14.7	27.8	58.0	3.4	54×
インド	43,2567	1.9	136	'51 21.9 '61 27.9	9.2 12.2	24.4×	12.7 15.7	86.7		35×
パキスタン	9,2727	1.9	98	'58 25.9 '59 20.5	11.4 9.4		14.5 11.1	102.2 72.2	0.6 7.4	35×
中華人民共和国	'57 65,6630	2.3	67	34	11		23			54×
アメリカ合衆国	180,670	1.7	19	'59 24.1	9.4	6.8	14.6	26.4	0.4	'59 67
イングランド ウエールズ	45,862	0.5	303	'60 17.2	11.5	6.6	5.7	21.8		68
フィンランド	4,449	1.0	13	'60 18.4	8.9	8.4	9.5	21.0	0.7	
ソ連	'59 210,500		10	'59 25.0	7.6	6.6	12.4	40.6		'57~58 64

資料：世界統計年鑑 1961

WHO Report

× 信用出来ない

Tab.3

アジア諸国の社会経済事情

	総人口	経済活動 人口率	産業別人口の割合%			1人当り 国民所得\$	国民純生 産中農兼 業生産の 比 率	従 属 人口指数	少 年 人口指数 (0~14才)	文 盲 率	
			才1次	才2次	才3次					男	女
日 本	'61 94,285	'61 48.3	'61 32.3	28.3	38.4	'59 339.0	'60 15	'59 55.8	47.1		
フィリッピン	'60 27,500	'59 39.4	'59 59.0	14.1	23.0	" 202.0	'60 34	'60 94.8	89.5	'58 22.0	27.9
タ イ	" 25,520	'56 51.0	'54 88.0	2.6	9.2	" 104.0	'60 36	'60 80.3	76.0	'56 24.6	47.7
マラヤ連邦	" 6,909	'57 34.5	'57 55.5	12.6	27.3	" 199.5		'57 87.2	82.1	'57 34.1	73.5
ビルマ	" 20,662	'57 36.1	'53 12.4	24.6	63.0	" 49.8	'60 49	'54 62.3	60.2	'54 16.6	66.7
セイロン	" 9,896	'53 36.8	'46 59.3	11.5	21.2	" 120.1		'55 74.1	70.8	'53 19.5	47.3
インド	" 432,567	'51 39.5	'51 70.6	11.1	18.3	" 66.8	'59 48	'51 69.6	63.5	'51 75.1	92.1
パキスタン	" 92,727	'54-6 31.7	'54-6 64.7	13.0	20.5	" 52.5				'51 74.7	88.3
アメリカ合衆国	" 180,670	'59 40.7	'50 12.2	34.5	53.3	" 2,305.3	'58 5	'60 66.8	52.3		
連 合 王 国	" 52,539	'51 46.2	'51 5.1	49.1	45.4	" 1,073.6	'60 4	'59 53.5	35.7		
イタリヤ	" 49,361	'60 43.4	'60 29.5	37.1	32.1	" 509.1	'60 17	'51 52.8	40.2		
ス イ ス	" 5,429	'50 45.9	'50 16.5	46.6	36.1	" 1,365.4		'59 51.8	36.4		

資 料： 世界農業基礎統計 1962

世界人口年鑑 1960

× 15才以上

ILO「労働統計年鑑 1961」 (国際統計要覧 1962より引用)

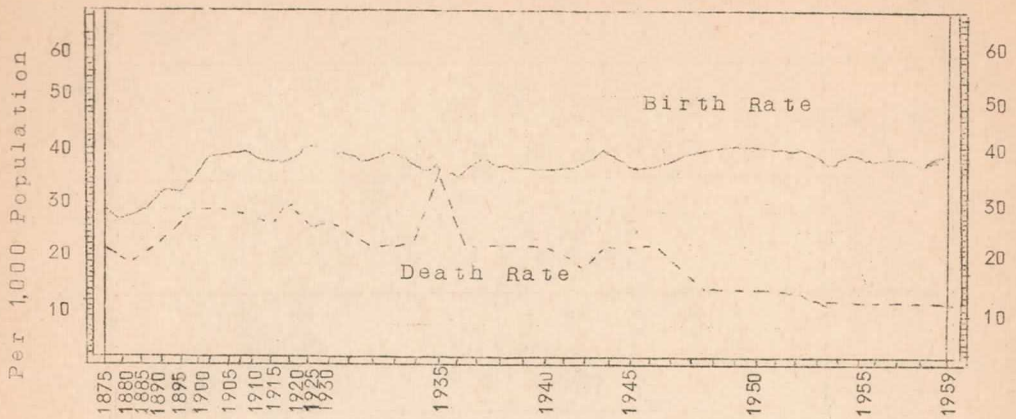


Fig. 1 Trends of Birth Rate and Death Rate in Ceylon.

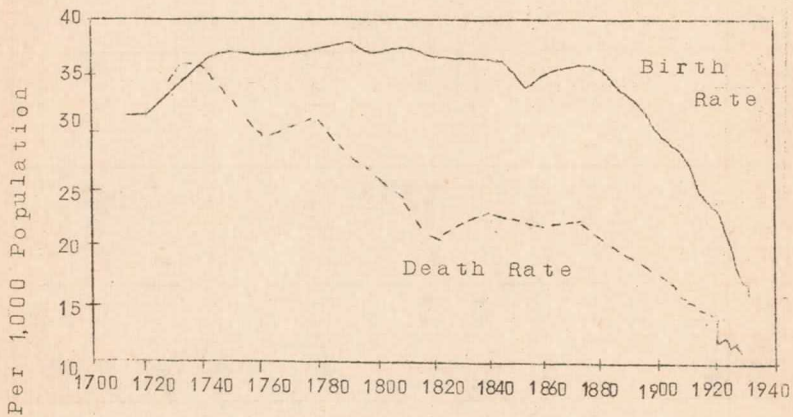
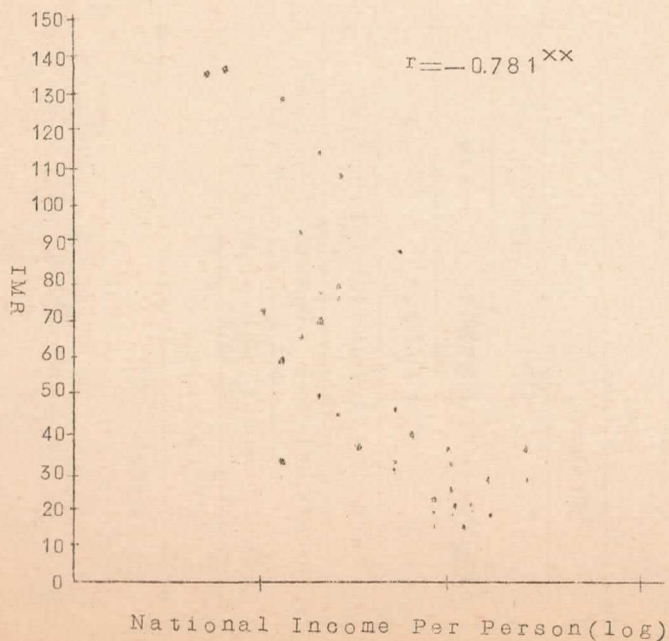
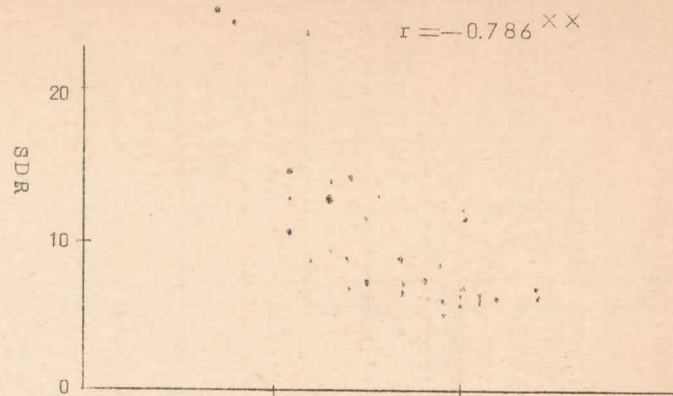
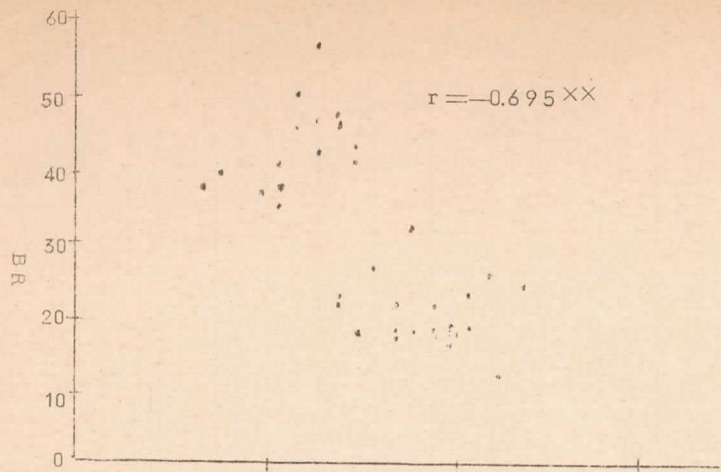


Fig. 2 Trends of Birth Rate and Death Rate in England and Wales.



- 47 -

- Asian Countries
 - Other Countries
- BR: Birth Rates.
 SDR: Standard Death Rates.
 IMR: Infant Mortality Rates.

Fig. 3 Correlation between National Income per Person and Birth Rates, Standard Death Rates or Infant Mortality Rates of Countries in the World.

Tab.4 Birth Rate, Death Rate and Child Mortality in
Federation of Malaya 1960.

	Total	Malasians	Chinese	Indians	Others
Estimated Mid- Year Population	6,909,000 (100%)	3,460,956 (50.1)	2,552,276 (36.9)	772,880 (11.2)	122,897 (1.8)
Birth Rate	40.9	43.3	37.5	43.4	30.3
Death Rate	9.5	11.2	7.6	8.7	4.8
Rate of Natural Increase	31.4	32.1	29.9	34.7	25.5
Infant Mortality Rate	69	87	42	65	
Mortality Rate of Child(1-4 Years)	34	45	21	28	

Tab.5 Percent of Main Occupation Groups of Male
Race Community in Malaya (1947)

		Malasians	Chinese	Indians
Fisher		6.3%	3.0%	0.2%
Agriculture	Rice planters	45.5	5.8	0.4
	Rubber growers	18.8	20.0	36.4
	Others	7.8	16.0	0.4
Manufacturing and Construction		3.8	15.1	8.1
Commercial and financial occup		2.8	16.5	10.0
Entertainment, Personal services		1.2	6.1	7.1
Clerks etc.		1.1	3.5	2.7
Total		100.0	100.0	100.0

< Datin Lady Thompson >

Tab.6 Births, Deaths and Infant deaths with Rates
registered among Principal Communities

Madras 1957

	Population	Birth rate	Death rate	Infant death rate
Hindus	1,155,722	5 3.7	2 6.8	1 3 3.9
Muslims	140,319	3 9.5	2 7.1	2 1 2.7
Indian—Christians	95,387	3 4.7	1 8.7	1 2 5.6
Anglo—Indians	13,247	1 6.7	1 3.9	1 4 4.8
Total	* 1,416,056	3 9.4	2 0.9	1 3 9.8

* Including other communities

Annual Report of The Health Officer for 1957

Tab.7 セイロンの人種別出生力，乳児死亡率と教育普及度

(1946)

人 種	出 生 力	乳児死亡率	5~24才人口の在学率
低 地 シンハラ カンデイ・シンハラ	0.55 0.67	124	54.3 % 32.1
セイロン・タミール インド・タミール	0.51 0.78	130	43.5 15.8
セイロン・ムーア インド・ムーア	0.62 0.76	143	37.2 9.7
マ レ イ	0.65	113	53.0
バ ー ガ ー	0.47	76	63.0

Tab.8 セイロンの種族別教育普及度と出生力

(1946)

	5才~24才人口 在 学 者 率		婦人出生力
	男	女	
インド・ムーア	4.7	2.6	0.76
インド・タミール	15.8	13.5	0.78
カンデイ・シンハラ	32.1	27.3	0.67
セイロン・ムーア	37.2	30.8	0.62
セイロン・タミール	43.5	39.6	0.51
マ レ イ	53.4	51.1	0.65
低 地 シンハラ	54.3	57.4	0.55
バーガーとユーラシア	63.0	60.0	0.47

$$\text{出生力} = \frac{0 \sim 4 \text{ 才人口}}{\text{女子 } 15 \sim 54 \text{ 才人口}} \text{ (Sar Kar)}$$

Tab.9

Sex Ratio

A. by Country

Country	Sex ratio (1956-61)
Japan	0.965
Korea	1.007
China(Taiwan)	1.149
Philippines	1.015
Singapore	1.117
Thailand	0.995
Federation of Malaya	1.065
Burma	1.040
Ceylon	1.115
India	1.063
Pakistan	1.108
China(mainland)	1.075
United States	0.971
England and Wales	0.938
Finland	0.925
Union of Soviet Socialist	0.940

B. by Age in China
(Mainland) (1953)

Age	Sex Ratio
0	1.049
1 ~ 2	1.062
3 ~ 6	1.100
7 ~ 13	1.158
14 ~ 17	1.137
18 ~ 35	1.115
36 ~ 55	1.068
Over 56	0.867

by Chandrasekar

C. Sex Ratio by Religion and
Sects, India

Religion and Sects	Sex Ratio
Caste Hindu.....	0.953
Scheduled Caste...	0.904
Harizans	1.000
Tribal Community (Bhils)	1.059
Total	1.023

Dungahpur Community,
Razaithan 1956

Report by S.C. Seal & others.

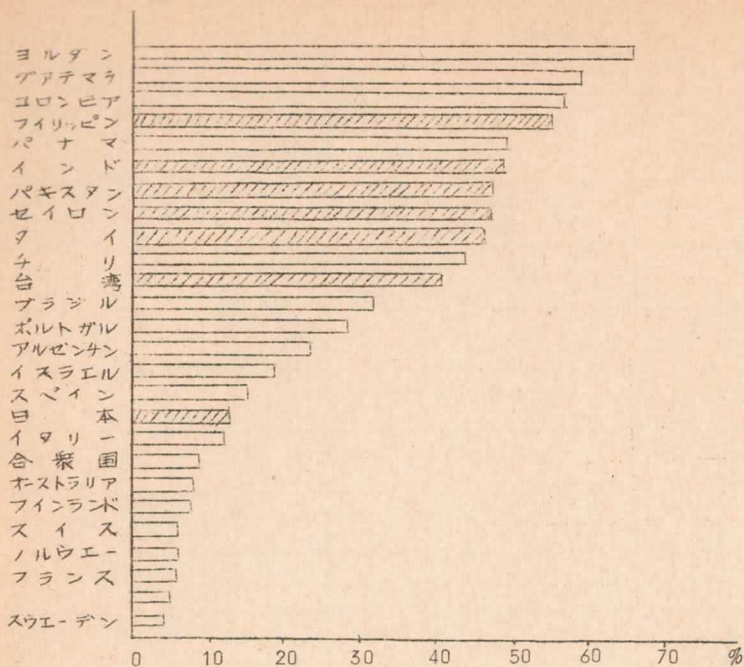


Fig. 4 各国の15才未満死亡数の総死亡に対する百分比

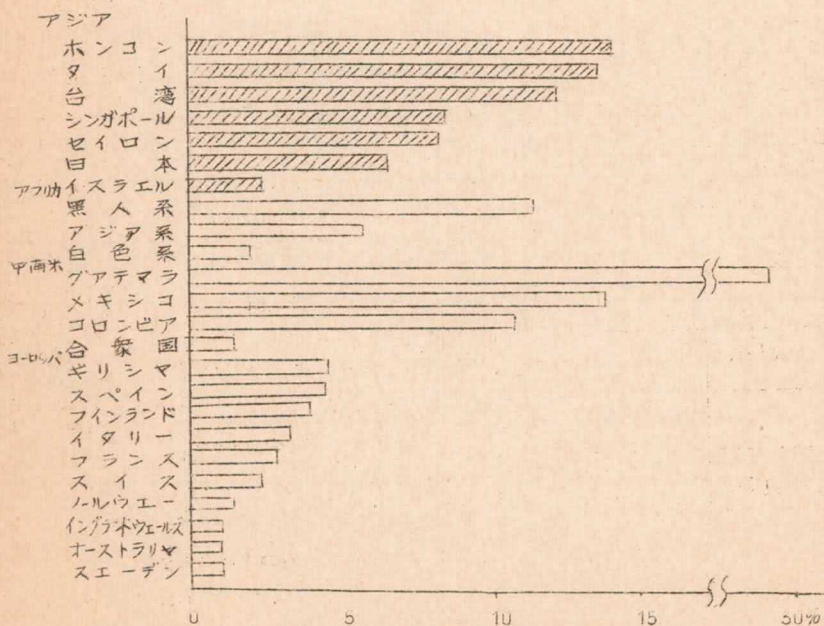


Fig. 5 各国の伝染病、寄生虫病死亡の全死亡に対する百分比

Tab. 10

アジア各国の主要死因順位

順位	日 本 1960	フィリッピン 1960	タ イ 1960	ビ ル マ 1958~'60	セイロン 1957~'59	イ ン ド 1959
1	中 枢 神 経 系 の 血 管 損 傷	肺 炎	新生児固有の疾患	新生児固有の疾患	新生児固有の疾患	気 管 支 炎
2	悪性新生物	全 結 核	胃 腸 炎	肺炎・インフルエンザ	肺炎・インフルエンザ	赤 痢
3	心臓の疾患	胃 腸 炎	呼吸器結核	中 枢 神 経 系 の 血 管 損 傷	心臓の疾患	ビタミン欠乏症 および栄養失調
4	老 衰	気 管 支 炎	肺 炎	心臓の疾患	胃 腸 炎	貧 血
5	肺炎・気管支炎	脚 気	マ ラ リ ヤ	全 結 核	不慮の事故	気管支炎をのぞく 呼吸器疾患
6	不慮の事故	心臓の疾患	心臓の疾患	不慮の事故	貧 血	胃腸病およびその 他の消化器疾患
7	全 結 核	悪性新生物	不慮の事故	胃 腸 炎	全 結 核	マ ラ リ ヤ
8	自殺および自傷	不慮の事故	妊婦,分娩および 産褥の合併症	マ ラ リ ヤ	悪性新生物	悪性新生物
9	胃 腸 炎	破 傷 風	赤 痢	悪性新生物	妊娠,分娩および 産褥の合併症	全 結 核
10	新生児固有の疾患	インフルエンザ	腸チフス・パラチフス	赤 痢	中 枢 神 経 系 の 血 管 損 傷	レ プ ラ

資料: Summary of Vital and Health Statistics, South East Asia Region

(人口動態統計 昭和35年)

WHO Report

Health Services of Thailand, 1961

Vital and Health Statistics, Philippines, 1960

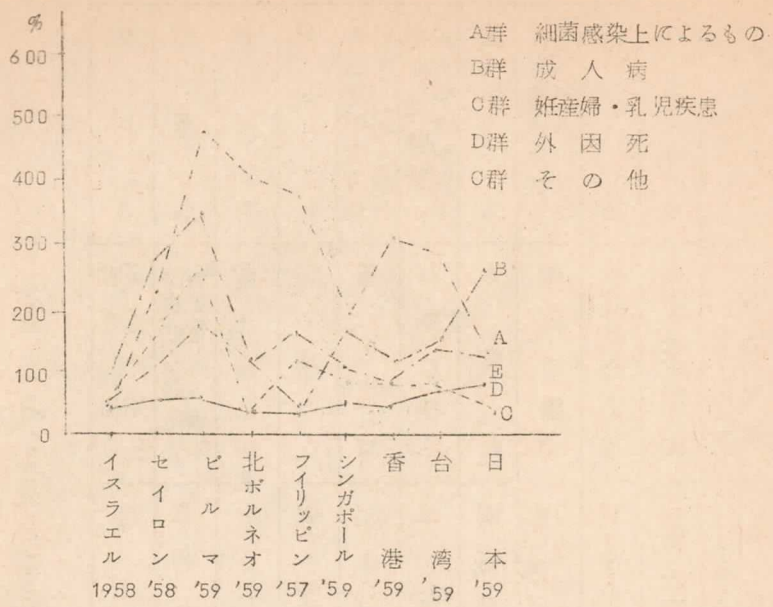


Fig. 6 アジア諸国の主要死因死亡率(人口 10 万対)

Tab.11 Diseases of Outpatient at Dispensaries in Calcutta (1957)

Names of Diseases	Number	Percentage
Dysentery(and Enteric fever)	33,164	10.2
Gonorrhoea	2,799	0.9
Kola-Azar	154	0.0
Leprosy	68	0.0
Malaria and spleen diseases	15,800	4.9
Pneumonia	2,376	0.7
Pyrexia of uncertain origin	15,666	4.8
Rheumatic fever and rheumatism	4,129	1.3

(Continued)

Names of Diseases	Number	Percentage
Smallpox	40	0.0
Syphilis (primary and Secondary)	2,386	0.7
Tubercle	12,569	0.8
All other infective diseases including Influenza and Dengue	16,087	5.0
Infectious Diseases Total	95,238	29.3
Anaemia	4,704	0.1
Diabetes	231	0.1
Diseases of the nervous system	1,738	0.5
New Growth	85	0.0
All other general diseases	12,703	3.9
Diseases of the eye	27,615	8.5
Diseases of the ear	15,777	4.9
Diseases of the nose	2,415	0.7
Diseases of the circulatory system including Berl Berl Beri	1,832	0.6
All diseases of the respiratory sys- tem except pneumonia and tubercle	26,882	8.3
Dyspepsia	14,219	4.4
Diarrhoea	25,521	7.9
Diseases of the liver	3,868	1.2

(1)(Continued)

Names of Diseases	Number	Percentage
Diseases of the digestive system including worms	26,187	8.1
Inflammation suppuration of lymph glands	4,776	1.5
Goitre	7	0.0
Diseases of the urinary system (Bright's diseases)	1,100	0.3
Hydrocele	45	0.0
Other diseases of the generative system	7,504	2.3
Diseases of the connected tissue and organs of locomotion	3,943	1.2
Ulcers and diseases of the skin	31,739	9.8
All other local diseases	2,901	0.9
Injuries (general and local)	13,828	4.3
Total	324,870	100.0

Tab.12 Sources of Water Supply and Types of Toilet in Philippines and India
 A. Sources of Water Supply of Dwelling Units (%), Philippines: 1960

(The Number of Surveyed Dwelling Unit : 4344678)

Total	Piped water	Artesian well	Force pump	Open well	Spring	Rain water	Lake or stream	Not Reported
100.00	20.90	6.07	2.36	3.12	13.37	11.23	3.86	4.00

28.46

B. Types of Toilet Facilities of Dwelling Units (%)

Total	Flush	Antipolo	Open pit	Public toilet	None	Not Reported
100.00	8.44	9.42	34.70	2.44	45.38	0.001

C. Sources of Water Supply, India: 1956

Total	Open Well	Ponds & Lakes	River	Others
100.0	91.4	1.2	10.1	5.7

The Number of Surveyed Families : 581

D. Methods of Disposal

Total Number	Latrine	Open Field
581	1	580

Tab. 13

国民 1 人 1 日 当 り 食 糧

国	年	総カロリー	動物性の 百分比	蛋白質 (グラム)
日 本	1959	2,210	8	68
台 湾	'59	2,310	12	57
フィリッピン	'58	2,100	9	51
セイロン	'60	2,150	4	47
イ ン ド	'58/59	1,980	6	53
パキスタン	'57/-59	1,970	8	46
連 合 王 国	'59/60	3,290	39	87
ス イ ス	'59/60	2,980	35	85
フィンランド	'58/60	3,120	38	95

世界統計年鑑 1961

Tab.14 Consumption of Protein Foods, Federation Malaya 1957-1958

Consumption per head per month in families of income less than \$150 p.m

	<u>Meat</u> OZ	<u>Poultry</u> OZ	<u>Fish</u> OZ	<u>Eggs</u> NO	<u>Milk</u> PT
Malays Rural	4.56	3.48	60.77	1.63	0.95
Urban	5.92	0.53	90.50	1.70	1.18
Chinese Rural	28.34	11.23	56.07	3.34	1.94
Urban	22.31	7.80	70.30	4.36	2.06
Indians Rural	6.50	6.29	31.51	1.42	4.06
Urban	6.71	4.73	58.81	1.37	3.36

(Report of the National Household Budget Survey, Department of Statistics)

- 60 -

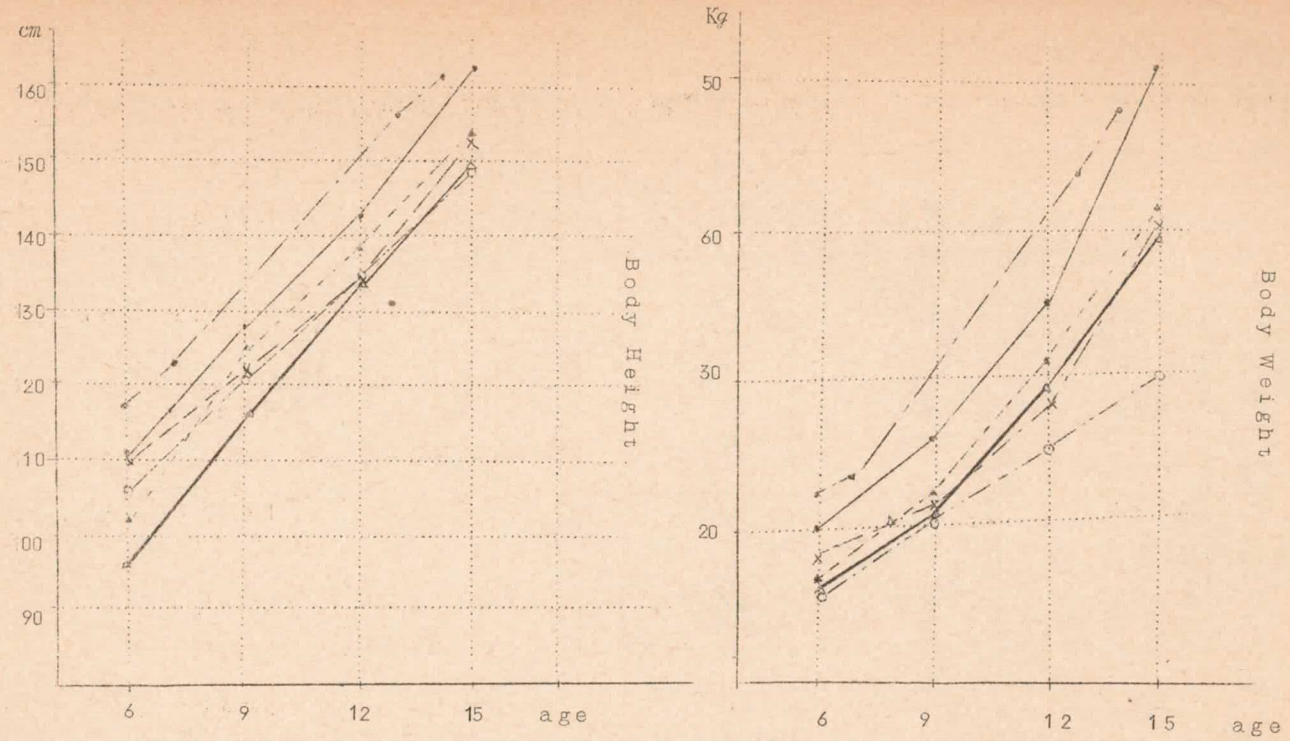


Fig.7 Physical Growth of Children by Country(Male)

- Federal Republic of Germany
- Japan
- ×—× Philippine
- ▲—▲ India, Dabra
- ◇—◇ Dungarpur
- Madras

Tab. 15 各国における農業生産及び従事人口の
比率と従事人口 1人当りの生産高

	1人当り 国民純生産 1958	国民純生産 中農業生産 の比率 1952~'54	職業人口中 農業従事人 口の比率 1952~'54	農業従事人 口 1人当り 生産高 \$
アメリカ合衆国	2,075.0\$	5%	14%	1,756
カナダ	1,755.1	12	16	3,616
イギリス	1,069.1	5	5	2,314
イタリア	492.9	25	30	973
日本	254.1	23	40	296
フィリピン	122.8	43	59	227
セイロン	121.8	53	53	331
タイ	96.8	48	88	104
韓国	70	38	80	88.7
パキスタン	53.4	59	65	153
インド	66.6	48	71	114

資料：国連国際統計年鑑 (1961)

国際農業 " (1960)

Tab. 16 都市人口の総人口に対する割合 (年次推移)

	総 数	男	女
ビルマ* 1921	9.8%	11.5%	8.0%
'31	10.4	12.1	8.6
セイロン '21	12.9	13.9	11.8
'31 b E	13.2	14.0	12.2
'46	15.4	16.8	13.7
'53 C	15.3	16.5	14.0
'56 E	17.6
インド* '21 d	10.2	10.8	9.5
'31 d	11.1	11.8	10.3
'41 d	12.8	13.6	11.9
'51 e	17.3	18.1	16.5
'61 i	17.8

* Localities of 5000 or more inhabitants

Tab. 17 インドの都市労働者の出身地と失業事情 1956

		4 巨大都市		他の大都市	
		雇用者	失業者	雇用者	失業者
同都市出身者		31.4%	38.5%	59.2%	58.5%
移住者		68.6	61.5	40.8	41.5
移住者 内訳	同じ州の農村地域出	11.4	7.4	18.6	13.6
	同じ州の都市地域出	3.2	2.3	6.1	4.2
	他の州の農村地域出	25.5	9.7	5.1	2.6
	他の州の都市地域出	4.9	3.5	1.1	1.8
	パキスタン	21.9	38.4	9.0	18.7
	その他	1.7	0.2	0.9	0.6

W. Malenbaum 「インドにおける都市失業」

Tab. 18 紡績工場従業員1人当りの受け持ち機械台数

国名	紡機スピンドル数	織機台数
アメリカ	1,500 ~ 2,100	60 (自動)
日本	1,600 ~ 2,000	30~40 (自動) 14~15 (普通)
イギリス	800	6 (普通)
インド	380	2 (普通)

(ボンベイ紡織経営者協会)

Tab. 19 製造工業における欠勤率(%) インド

産業	1955	1956
綿紡績業		
ボンベイ	8.2	8.3
アーメダバード	6.8	6.5
ショラプール	18.0	18.4
マドラス	6.6	6.2
マズライ	12.2	13.0
コインバトール	9.9	11.4
カンプール	12.8	11.1
毛紡績業		
カンプール	10.6	7.3
ダリワール	5.0	5.2
機械器具業		
ボンベイ	15.6	14.6
西ベルガル	12.8	12.5
電話	12.1	12.9
交通	7.2	8.1
鉄鋼	11.4	11.6
セメント	11.7	12.2
マツチ	10.6	10.1
皮革	10.1	11.2

Mamaria & Joshi .

Tab. 20 パンガロール，H機器工場従業員の欠勤，帰省理由

欠 勤 理 由			帰 省 理 由		
帰	省	37%	家人に会うため		35%
有	給	19	宗教上の法事，視察		22
病	院	25	病	気	18
そ	の	他	手	伝	い
		19	そ	の	他
					9
計		100	計		100

「インドの労働事情」より

Tab. 21 都市労働者の所得別，栄養摂取量

Madras, India (1959)

			織 工 ¹⁾	工場労働者	掃除夫 ⁵⁾
所	50RP 以下	総カロリー Cal	1,818	1,892 ²⁾	
		動物性蛋白質 gr	5.0	3.7	
得	50RP 100RP	総カロリー Cal	2,008	2,386 ³⁾	1,971 ⁴⁾
		動物性蛋白質 gr	4.7	9.8	16.7
(月)	100RP 以上	総カロリー Cal	2,008	2,102	1,938
		動物性蛋白質 gr	9.5	7.5	13.1
					2,034
					8.4

1) Weavers : Madras and Chingleput

2) Beedy Factory

3) Cycle Factory

4) Sugar Factory

5) Chingleput

Report on the Health Condition in Madras State

(1961)

Tab.22 Family Outlook on Diseases Dunderpur
Community, India

A. On Cause of Disease

	Rational	Deistic	Mixed	Total
Number	85	258X	238	581
Percentage	14.6%	44.4	41.0	100.0

X including a case of " Other Supernatural "

B. On Prevention and Cure of Disease

family	Family Outlook				
	Rational	Religious	Fatalistic	Stoic	Total
Number	197	346	35	3	581
Percentage	33.9%	59.6	6.0	0.5	100.0

Report by S:C. Seale 1956

Tab. 23

初等及中等教育
教員数(人口千対)
1959~'60

国名	人数
日本	7.5
韓国	3.5
台湾	5.2
フィリッピン	4.3
タイ	5.7
マラヤ	6.8
インドネシア	2.8
ビルマ	2.2
インド	3.0
パキスタン	2.1
イギリス	6.7
フィンランド	9.6

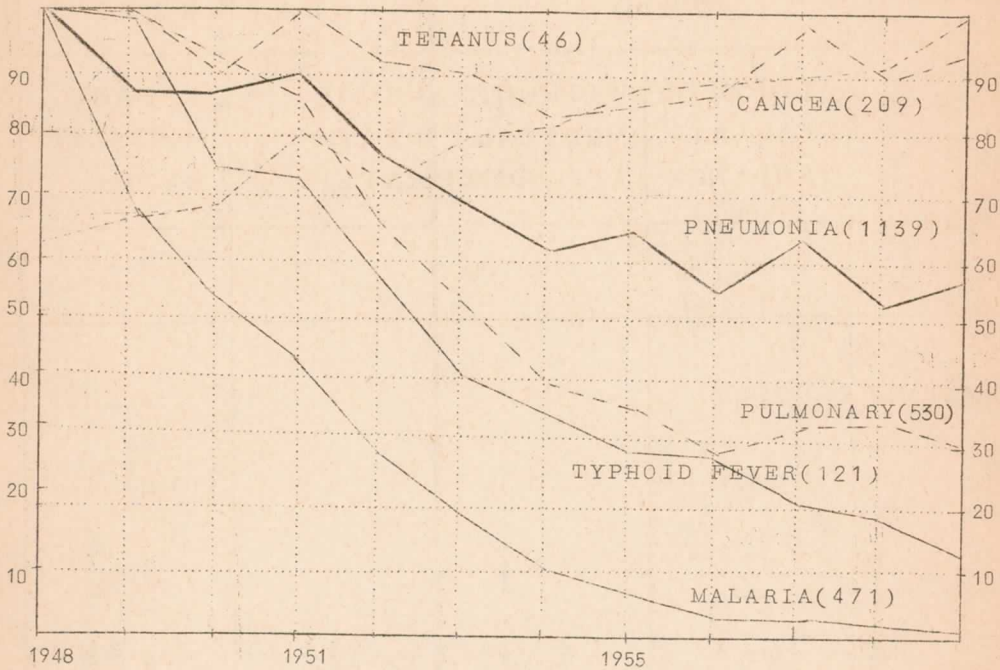
Tab. 24

エカフエ地域における少年労働
(男児10~14才総人口に対する
労働人口の割合)

	労働人口の% (10~14才)	年次
日本	5.2	1950
台湾	23.1	'40
フィリッピン	20.6	'56
セイロン	14.1	'46
インド	40.6	'54
アメリカ合衆国	2.5	'50
フランス	8.5	'46

(「アジアの人口構造」より)

Fig. 8 CEYLON MORTALITY INDICES FOR SELECTED DISEASES
1948-1959 PERCENTAGE



Mortality Rates for diseases as percentages of Peak rates between 1948 and 1959 (Given per million of Popn: in brackets); e.g.. Typhoid Fever in 1953 was 40.5% of Peak rate of 121 in 1948

(Report of the Registrar-General of Ceylon on Vital Statistics for 1959)

Tab. 25

MORTALITY BY MEDICAL ATTENDANCE:
BY REGION: PHILIPPINES: 1960

	DEATH		DEATH RATE	
	WITH MEDI- -CAL AT- TENDANCE	WITHOUT MEDICAL ATTENDANCE	CRUDE DEATH RATE	INFANT MORTALITY RATE
TOTAL	3 1.9 %	6 8.1 %	7.7	7 3.1
REGION I	3 4.9	6 5.1	8.5	6 5.1
II	1 6.0	8 4.0	1 1.0	1 0 1.6
III	5 2.6	4 7.4	8.1	6 4.9
IV	1 8.4	8 1.6	9.2	6 5.8
V	2 4.1	7 5.9	7.6	8 8.8
VI	1 9.6	8 0.4	9.3	8 3.2
VII	2 2.8	7 7.2	3.7	8 9.1
VIII	2 7.9	7 2.1	5.1	6 7.8

Tab.26

BIRTH STATISTICS

PHILIPPINES 1960

a. MORTALITY RATE

Infant Mortality Rate	73.1
Neonatal Mortality Rate	35.0
Maternal Mortality Rate	2.4

c. ATTENDANTS
at Deliveries

Physician	17.7
Nurses	7.3
Midwives	18.8
Others	52.2

b. PLACE OF BIRTH

Hospital	16.6%
Homes	83.4%

Tab.27 Attendance at Deliveries Taiwan 1960

Total	Health Center Staff	Private Midwives	Hospital	At Home by Doctor	Mother or Others
100%	12.3%	37.2%	9.9%	1.9%	38.6%

Tab.28 アジア地域における医師数，助産婦数及び病床数

国	率					
	医 師		助 産 婦		病 床	
日 本	1960	11.0	1960	5.6	1960	73.5
韓 国	'60	3.2	'60	1.8	'59	1.5
台 湾	'60	6.4	'60	1.7	'56	5.2
フ ィ リ ッ ピ ン	'60	1.4	'60	0.7	'58	15.7
ホ ン コ ン	'60	3.1	'60	5.7	'60	24.2
シ ン ガ ポ ー ル	'60	3.9	'58	1.8	'60	41.3
南 ベ ト ナ ム	'60	0.3	'58	0.4	'60	1.5
タ イ	'60	1.3	'60	2.0	'57	9.8
マ ラ ヤ 連 邦	'60	1.4			'60	43.0
イ ン ド ネ シ ヤ	'60	0.2	'59	0.2	'59	4.5
ビ ル マ	'58	0.5	'58	0.3	'60	5.1
セ イ ロ ン	'58	2.1	'58	2.6	'59	34.5
イ ン ド	'56	2.0	'57	0.8	'59	2.2
パ キ ス タ ン	'60	1.4			'60	5.0
イ ン グ ラ ン ド ウ エ ー ル ズ	'58	14.4	'58	3.7	'56	135.7
ス イ ス	'60	13.4	'60	3.0	'57	107.2
フ ィ ン ラ ン ド	'58	5.9	'58	4.0	'58	84.1
ソ 連	'59	32.7	'59	9.8	'59	73.4

資料 WHO

世界統計年鑑 1961 P607~P610

世界人口年鑑 1960 P89

(国際統計要覧より引用) 国連統計局「統計年鑑 1961年」

P157~158

Annual Epidemiological and Vital Statistics 1958

(厚生の指標, 昭和37年, 才9巻, 才10号引用)

Tab. 29

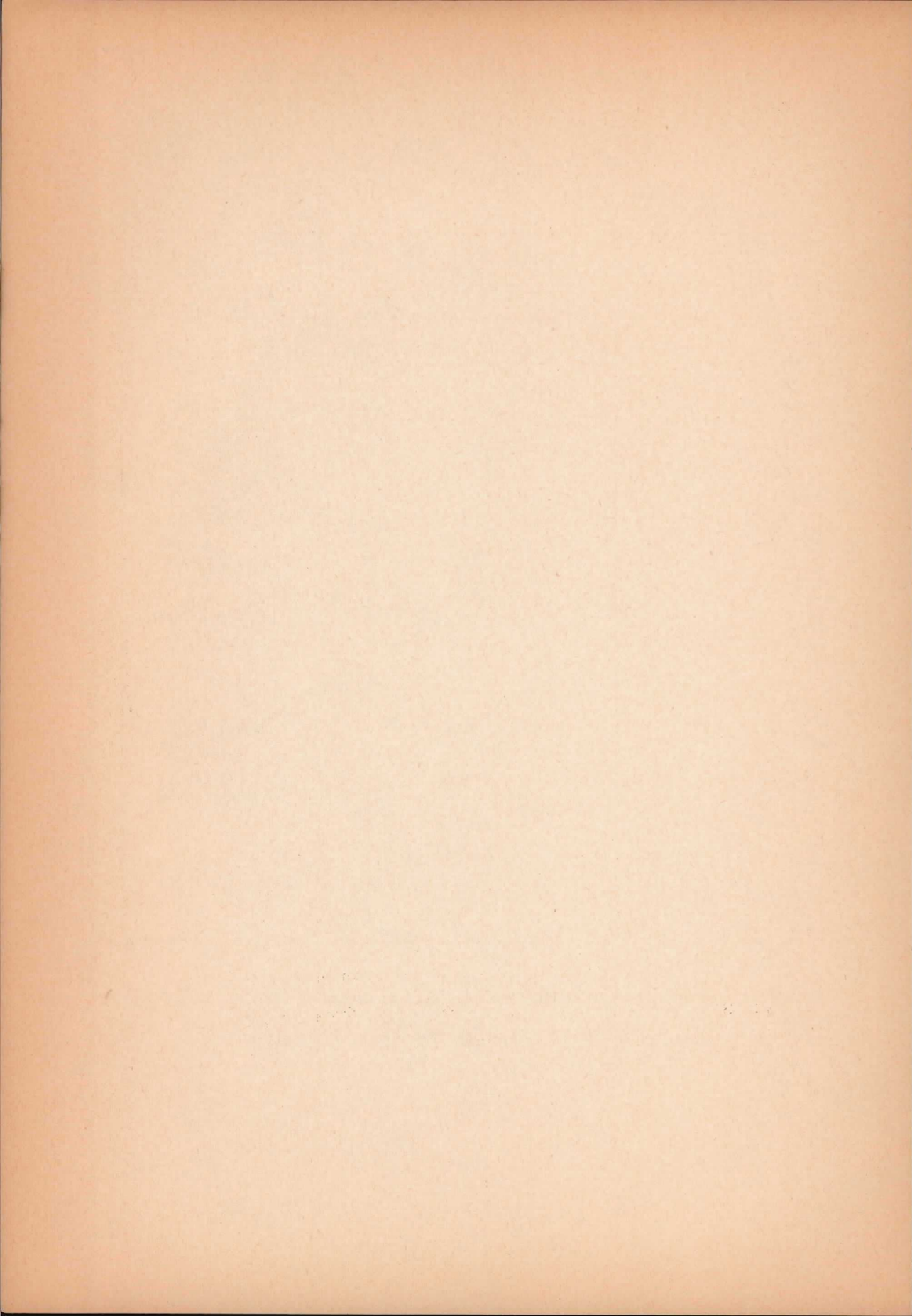
各国政府の保健衛生費

1959~'60

	総支出に対する割合 (%)	国民1人当り支出 (円換算)
日 本	10.3	1,760
フィリピン	7.6	951
ホンコン	11.3	2,000
シンガポール	13.6	3,756
タイ	9.0	398**
マラヤ	6.6	771**
インドネシア	1.8	55*
セイロン	8.7	1,190
インド	4.6	160
イングランドウェールズ	13.1	14,112
スイス	8.1	8,079

WHO: Report on World Health Situation II

U N: Statistical year Book *1960 **1961



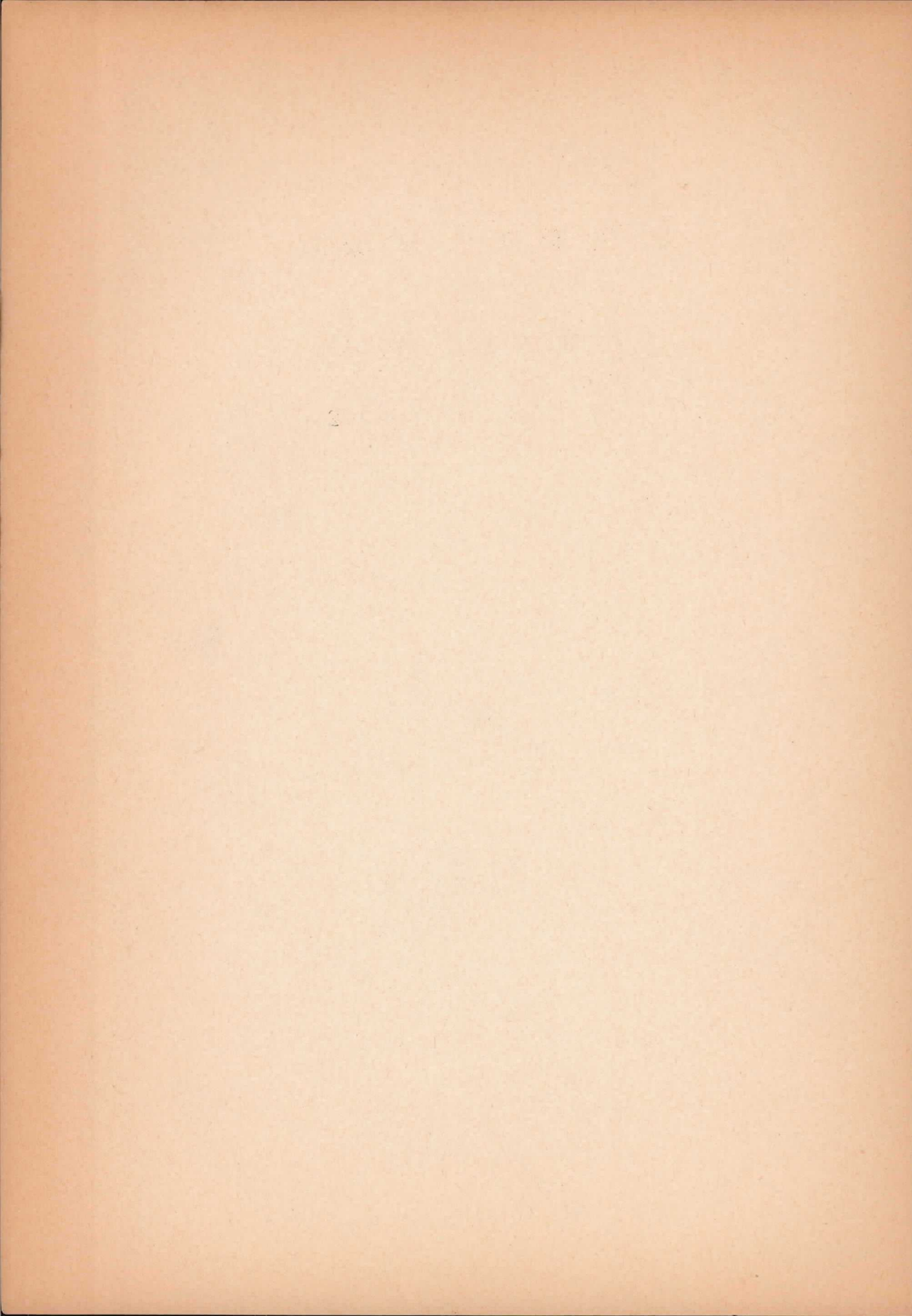
ア ジ ア の 公 衆 衛 生

— 人 口 問 題 と 関 連 し て —

附 図 表 (その 2)

東 田 敏 夫

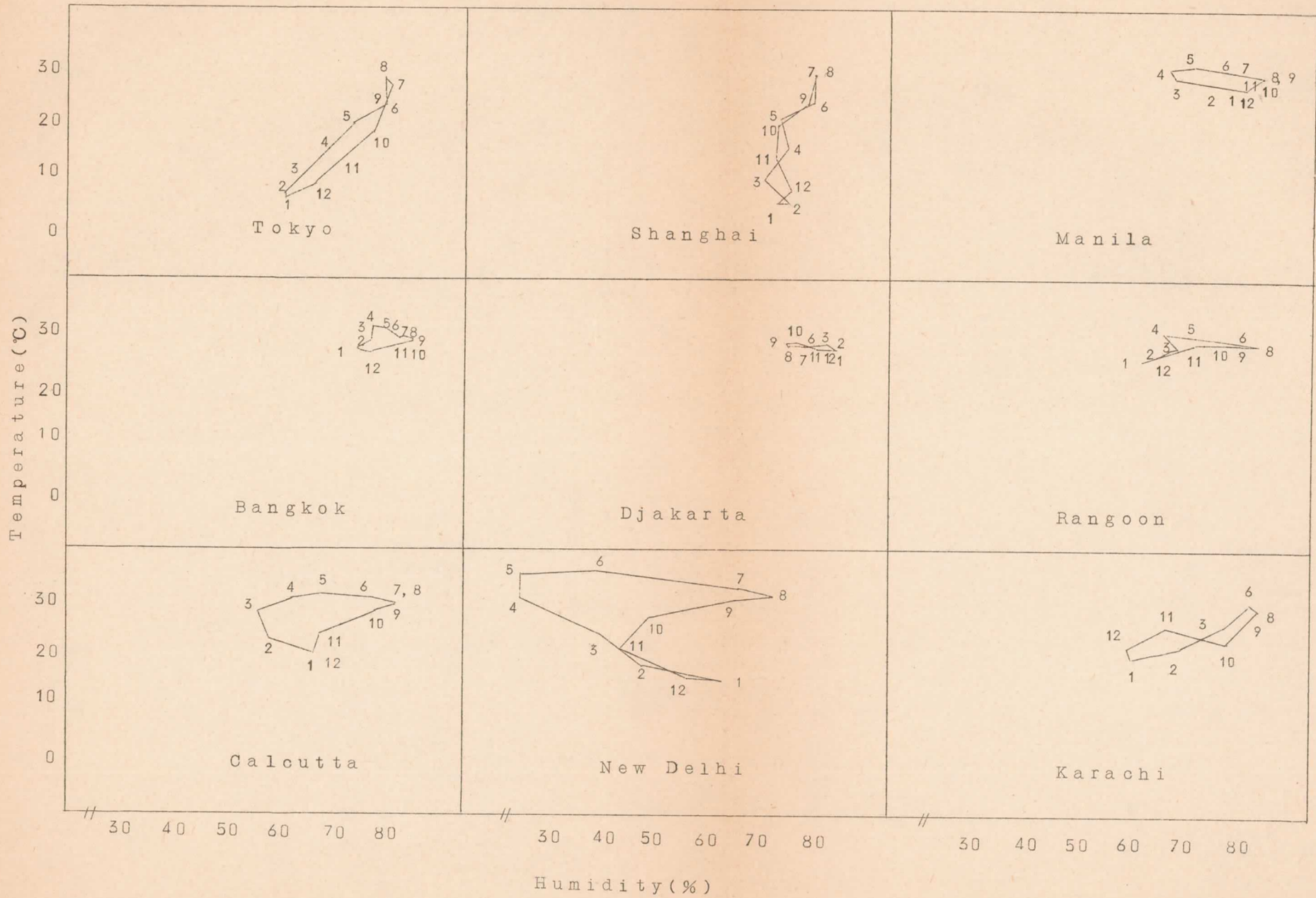
(関 西 医 大)



アジアの公衆衛生 — 人口問題と関連して — (東田)

附 図 表 (その2)

1. The climate of Asia (Climatogram)



2. Vital Statistics of Madras

Year	Birth Rate	Death Rate	Infant Mortality Rate	Maternal Mortality Rate
1951	41.11	29.31	166.57	2.50
1952	42.28	29.03	163.82	2.40
1953	35.20	28.37	180.28	2.78
1954	37.12	20.78	136.24	2.47
1955	—	—	—	—
1956	39.59	19.90	145.24	2.18
1957	39.35	20.91	139.71	2.08
1958	39.65	20.34	144.60	1.95
1959	33.24	15.88	129.17	1.93
1960	32.88	15.27	121.60	1.58
1961	41.61	18.71	115.79	1.15
1962	42.47	16.15	115.10	1.12

S. Chandrasekhar 1965

3. Reliability of Registered Birth Rate and Death Rate

— India —

	Birth Rate	Death Rate	Natural Increase	Infant Mortality Rate
Registered (1957)	21.1	10.8	19.3	99.4
(1958)	21.5	11.2	20.3	100.2
Estimated (1956-'60) (III 5 year plan)	40.7	21.6	19.1	♂ 142.3 ♀ 127.9

4. Estimated Vital Rates of Pakistan

	East Pakistan		West Pakistan	
	Birth Rate	Death Rate	Birth Rate	Death Rate
1962	55	20	49	19
1963	56	19	52	19

(Karol J. Krotki)

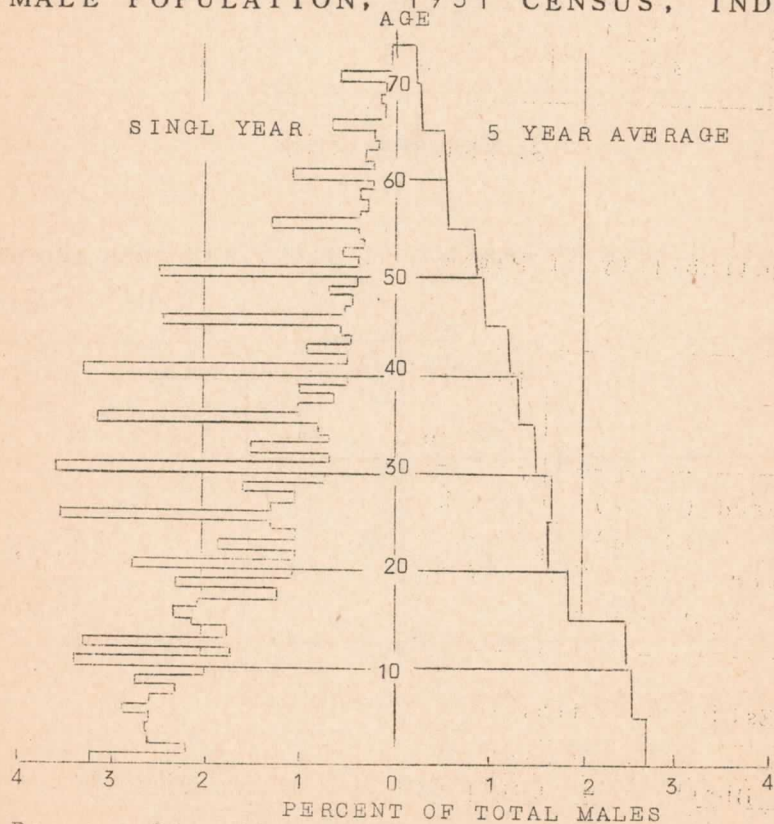
5. The percentage of omissions of births and deaths

1954~56

— India —

		Births	Deaths
Andhra	1954	5.5%	2.8%
Assam	"	34.1	40.5
Bombay	"	1.1	0.4
Punjab	"	0.8	0.7
Travancore-Cochin	1955	8.9	6.7
Madras	1956	4.3	2.1
Uttar Pradesh	"	1.1	2.1
Himachal Pradesh	"	17.0	5.3

6. MALE POPULATION, 1951 CENSUS, INDIA



Percent Distribution of Male Population by Single Years and Five Year Averages, India Census of 1951 (A.J.COALE AND E.M.HOOVER)

7. 女子既婚率(15~24才)

国	調査年	既婚率
ビルマ	1954	49.7%
台湾	'40	59.1
マラヤ	'57	53.3
ホンコン	'36	48.3
インド	'51	79.8
日本	'60	15.8
パキスタン	'51	65.9
フィリピン	'56	32.7
シンガポール	'57	41.4
タイ	'56	32.7
ベトナム	'59	52.7

世界人口年鑑(1960)

8. The Average Age at Marriage (Female)

—India—

1891 12.5

1951 15.6

The Average Age of Nuptiality

1941—'51 17

The Average Age at First Birth

1941—'51 18—19

(S.N. Agarwale)

The Average Age at Marriage (Female)

(Davis, 1931)

Brahmans 14.4

Tains 13.8

Marathas 12.5

Harijans 12.0

9. 西ベンガル婦人の家族類型と妊孕力

*	平均児数		週平均性交回数			
	単純家族	合同家族	20 ~ 24才		30 ~ 34才	
			単純家族	合同家族	単純家族	合同家族
Hindu Brahmins	4.66	3.82	2.1	2.1	1.3	1.0
Hindu Satchash & Ghosh	4.17	3.89	2.4	2.8	0.9	0.9
Other Hindu	3.79	3.02	2.7	2.3	2.6	2.0
Sheikh Muslims	5.00	4.29	2.6	2.1	2.1	1.5
Non-Sheikh Muslims	3.33	2.46	4.0	2.6	3.2	2.8
Muslim Fishermen	2.33	1.98	3.2	2.8	3.4	1.8

(Mori, Nag 1960~'61)

10. 合同家族についての世論(インド)

態度	グジュラト		ボンベイ	
	男	女	男	女
合同家族に賛成	49.6%	10.6%	38.2%	20%
合同家族に反対	42.3	78.7	42.4	68
中間形態を是とするもの	8.1	10.6	19.4	12

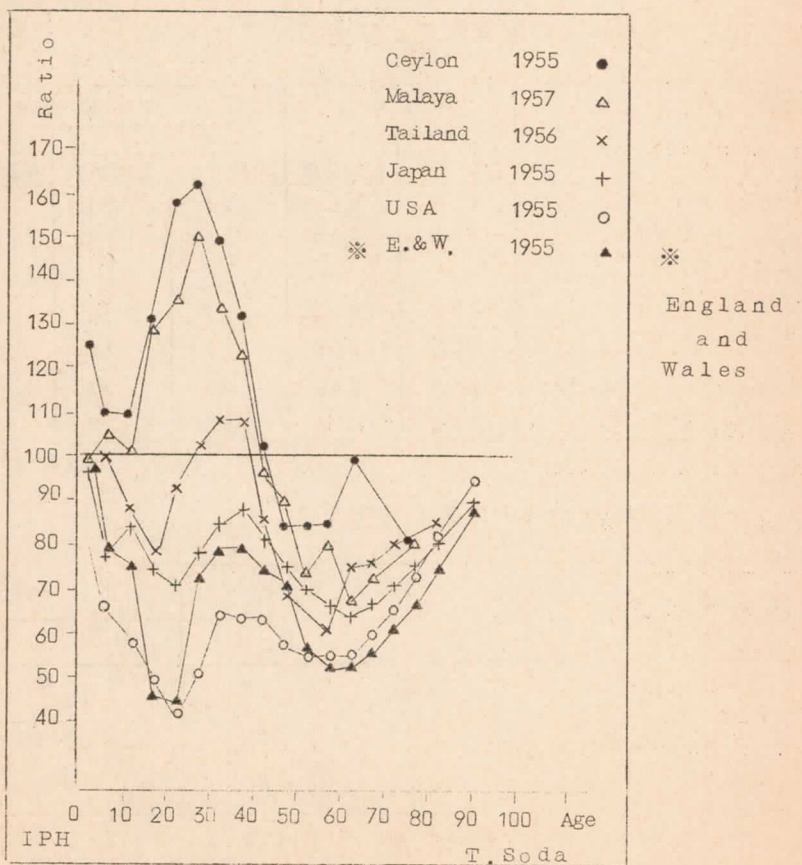
K.M. Kapadia: Marriage and Family in India, 1955

11. カルカッタ 宗派別人口動態統計 (1956~'57)

	人 口	登録出生率 (人口千対)	登録死亡率 (人口千対)	登録乳児 死亡率 (出生千対)	登録結核 死亡率 (人口10万対)
ヒンズー教徒	2,265,766	29.9	13.0	153.7	6.7
回 教 徒	314,370	14.2	21.4	425.9	13.5
キリスト教徒	76,452	10.1	7.7	119.1	5.9
そ の 他	41,960	12.4			
計	2,698,548	27.2	13.4	137.3	9.3

(出所) Report of the Health Officer of Calcutta(1956~57)

12. Female/Male Sex Ratio, Death Rate by Age



13. Life Table Figures

Countries	Year of survey	e_0		$1/e_0$		1_{50}	
		Male	Female	Male	Female	Male	Female
Cambodia	1958-59	44.2	43.3	22.6	23.1		
Ceylon	1954	60.3	59.4	16.6	16.8	0.761	0.739
Taiwan	1959-60	61.3	65.6	16.3	15.2	0.801	0.832
Cyprus	1948-50	63.6	68.8	15.7	14.5	0.791	0.851
India	1941-50	32.5	31.7	30.8	31.6	0.483	0.459
Israel	1960	70.7	73.5	14.2	13.6	0.905	0.921
Japan	1959	65.2	69.9	15.3	14.4	0.846	0.879
Malaya	1956-58	55.8	58.2	17.9	17.2	0.707	0.706
Philippines	1946-49	48.8	53.4	20.5	18.7	0.570	0.623
Ryukyu	1955-57	65.8	72.0	15.2	13.9	0.830	0.871
Thailand	1947-48	48.7	51.9	20.5	14.3	0.569	0.614
Turkey	1950-51	46.0	50.4	21.7	19.8	0.552	0.620
Canada	1955-57	67.6	72.9	14.8	13.7	0.870	0.913
U.S.A.	1959	66.5	73.0	15.0	13.7	0.861	0.913
France	1960	67.2	73.8	14.9	13.6	0.873	0.920
Netherlands	1953-55	71.0	73.9	14.1	13.5	0.908	0.931
Sweden	1959	71.7	75.2	13.9	13.3	0.913	0.943
England & Wales	1960	68.3	74.1	14.6	13.5	0.900	0.931
Australia	1953-55	67.1	72.8	14.9	13.7	0.876	0.916

India 1961 42 37

(G.B.Saxem)

(T.Soda)

14. DEATH RATES PER 100000 POPULATION (1953)

	All infective and parasitic diseases (B1~B17)	Tuberculosis (B1, B2)	Malignant neoplasms (B18)	Vascular lesions affecting central nervous system (B22)	Heart diseases (B26, B27)	Hypertension (B28, B29)
China : Taiwan	63.5	37.6	44.1	60.7	32.5	2.2
Hong Kong	70.6	49.1	75.1	45.3	44.5	11.4
Israel, Jewish population	9.4	4.6	108.4	75.5	170.6	10.6
Japan	31.1	24.1	105.3	171.1	64.8	18.2
Singapore	49.7	37.6	74.0	36.1	49.5	12.9
Ceylon (1961)	57.6	15.0	21.6	10.1	53.5	6.4

15. QUARANTINABLE DISEASES

NUMBER OF REPORTED CASES AND REGISTERED DEATH
IN 1963 AND 1964

CHOLERA		1963	1964	SMALL POX		1963	1964
Burma-Birmanie	C	3,019	922	Afghanistan	C	571	168
	D	783	172		D	1	-
Cambodia-Cambodge	C	79	^{3r} 150	Burma-Birmanie	C	193	23
	D	17	^r 23		D	21	1
Hong Kong	ET	115	³ 34	Ceylon-Ceylan	C	1	-
	D	4	4	India-Inde:	C	60,971	3,248
India-Inde:	C	51,082	52,960		D	19,452	9,118
	D	18,298	17,015	Indonesia-Indonésie	C	7,971	+
Indonesia-Indonésie	ET	471	*326	Iran	C	1	² 12
	D	70	*69	Nepal-Népal	C	779	+
Japan-Japon	ET	³ 1	³ 2		D	261	+
	D	-	1	Pakistan	C	5,779	896
Korea, Republic of	ET	415	11		D	3,122	166
Corée, République de	D	38	1	Yemen-Yémen	C	5	5
Macau-Macao	ET	38	1		D	1	-
	D	6	-				
Malaysia-Malaisie:				TYPHUS		1963	1964
Pakistan	C	4,098	2,018	Afghanistan	C	39	1
	D	2,305	1,141		D	9	-
Philippines	ET	3,953	+	Bahrain-Bahreïn	S	-	1
	D	446	+	Ceylon-Ceylan	R	^r 24	^r 27
Thailand-Thaïlande	ET	2,204	^r 958	Cyprus-Chypre	T	-	1
	D	159	30		D	-	-
Viet Nam, Republic of	ET	-	20,007	Hong Kong	S	1	-
Viet-Nam, République du	D	-	845		D	-	-
				Israel-Israël	M	71	56
PLAGUE		1963	1964		D	1	-
Burma-Birmanie	C	34	-	Japan-Japon	C	37	19
	D	16	-		D	-	-
India-Inde:	C	205	109	Korea, Republic of	C	-	14
	D	24	15	Corée, République de	D	-	1
Iran	C	26	-	Malaysia-Malaisie:			
	D	14	-	Saudi Arabia	C	1	-
Viet Nam, Republic of	C	115	297	Arabie Saoudite	D	-	-
Viet-Nam, République du	D	17	49	Turkey-Turquie	C	1	2
					D	-	-
				Yemen-Yémen	C	121	-
					D	35	-

16. 幼少年における労働人口の割合 —インドマイソール州人口— (男子)

年 令	I (農村高地)	II (農村高地)	III (農村平地)	IV (市外地)	V (ベンガロ-市)
5 ~ 9	2.9 %	6.7 %	11.3 %	3.2 %	0.6 %
10 ~ 14	40.8	48.9	57.3	23.3	17.9

「アジアの人口構造」より引用

Govt. of India and United Nations

1952

17. Total Number of treated cases (1960)

Out-patient	Ceylon	Percentage
1. Conditions affecting the Respiratory System including T.B. (001-008,241,470-475,490-502)		19.68
2. Specific Diseases (V.D. and Yawa) (020-029,030-035,073)		0.03
3. Fevers including Influenza (040,107,110-117,480-483,788.8)		15.12
4. Infectious Diseases (048,055,056,085,086,087,089)		0.48
5. Conditions affecting Intestinal Tract including Worm Infestations (123-126,128-130,571-1 part 784-785)		26.65
6. Nutritional Deficiencies (280-286)		9.50
7. Disease of the Eye, Ear, Nose, Mouth and Throat (370-379,390-398,510,530-538)		5.31
8. Skin Ailments (135,690-698,700-716)		4.91
9. Pregnancy and complications (640-649)		1.16
10. Filariasis (127)		0.06
11. Injuries (N800-N999)		5.05
12. Others		12.05
		100.00

Administration Report of the Director of
Health Service for Ceylon, 1960

Total 22,880.926

18. No. of primary vaccination by age, Madras (1959)

Age group.	Number of successful primary vaccination.	
(1)	(2)	
Under 1 year	477,476	} 41.3%
1 year and under 5 years	289,489	
5 years and under 10 years	40,364	
10 years and above	6,052	
Total	813,381	

19. 入院患者の主な病類 (頻度順位)

順位	セイロン	インド	
		West Bengal	Rajasthan
1	産科	産科	産科
2	インフルエンザ	赤痢	泌尿器病
3	胃腸病	泌尿器病	消化器病
4	回虫症	胃腸炎	マラリア
5	急性気管支炎	外的原因	貧血
6	生身病 アレルギー 内分	白内障	四肢骨
7	貧血	コレラ	赤痢
8	皮膚病	チフス	流産
9	泌尿器病	消化器病	白内障
10	裂傷	中毒	裂傷
11	肺炎	四肢骨折	皮膚病
12	ビタミン欠乏症	流産	眼病
13	鉤虫症	貧血	皮膚損傷
14	慢性気管支炎	結核	チフス
15	表皮損傷	シフテリア	胃腸炎
16	筋肉ロイマ	慢性気管支炎	新生児溶血
17	胃・十二指腸病	精神神経病	肺炎
18	筋骨格病	皮膚病	結核
19	呼吸器病	頭部外傷	腸閉塞
20	赤痢	腸閉塞	日射病

Summary of Vital and Health Statistics of South East Asia, 1962

20. Distribution of per capita medical expenditure according to the different levels of total expenditure.

Mean annual per capita expenditure	Average annual per capita medical expenditure	Percentage of medical expenditure to total expenditure
87.5	0.12	0.14
125.0	0.20	0.16
175.0	0.28	0.16
225.0	0.64	0.28
270.0	2.13	0.77

S.C. Seal & Others: Report on the Short General Health Survey of the Dungapur Community Development Block, Rajasthan, India, 1956 p.47

