

B.H. 61

2
20

昭和三十五年三月二十五日



人口問題審議会第三十回総会議事速記録

於 茨城県永田町公会館

人口問題審議会第二十回総会議事速記録

昭和三十五年 三月二十五日(金)

於兼業永田町会館(三階会議室)

- 一 開会 午後一時二十五分
- 一 議事

(一) 総会

- 1 開会挨拶及び新委員紹介
- 2 厚生大臣挨拶
- 3 会長及び同代理互選
- 4 部会及び特別委員会委員指名
- 5 審議経過報告
- 6 日本人口の資質に関する意見聴取

(1) 人口の賡の現状と問題点

日本寿命学研究会理事長

渡辺

定氏

(2) 産業衛生の現状及び将来

労働省労働衛生研究所長

山口

義氏

(三) 各部(特別委員)会

各部会(特別委員)長及び同代理互選

出席者 (五十音順)

委員

足立 正

委員

福田 邦三

大志摩 孫四郎

堀田 健男

尾高 邦雄

村瀬 直養

北岡 寿逸

諸井 貫一 (代)

工藤 昭四郎

徳永 久次 (代)

五島 貞次

安田 巖

古屋 芳雄

専門委員

大崎 康

沢田 節蔵

大山 正

永井 亨

尾村 偉久

西島 芳二

加用 信文

野村 兼太郎

館 稔

林 憲海

本多 龍雄



人口問題審議会議事録

昭和三十五年三月二十五日（金）

午後一時二十五分開会

○大崎専門委員　ただいまからオ二十回の人口問題審議会の総会を開催いたします。

まず、今回新しく委員を御委嘱申し上げたわけでございますが、そのうちで前回より引き続き御委嘱申し上げますた委員のほかに、新しく御就任をいただきますた委員の先生を御紹介申し上げます。

尾高先生、北岡先生、五島先生、古屋先生、この四先生でございます。なおそのほかに大山児童局長に専門委員として御就任をいただいたわけでございます。

○大崎専門委員　厚生大臣のごあいさつがございます。

○渡邊厚生大臣代理内務厚生政務次官　本日は渡邊厚生大臣が国会の関係で出席できないので、私が代理をしてごあいさつを申し上げます。

本日ここに人口問題審議会を閉催されるにあたり、親しく各位と一堂に会してごあいさつを申し上げる機会を得ましたことは、私の最も喜びとするところであります。

本審議会は、昭和二十八年十一月に発足して以来、委員各位の熱心なる御討議により数回にわたって貴重な御建議を賜り、政府の人口政策樹立に寄与されることの大なるものがありました。しかるところ、本年一月末をもちまして行政機関取員の委員を除く全委員の任期が満了いたしましたことに相なりましたので、かねて委員就任方をお願い申し上げておりましたところ、御多用中にもかかわらず、御承諾を得まして、本日ここに総会を閉催することができると至りましたことをあらためて御礼申し上げます。

わが国の人口問題は、今大きな歴史的転換期の渦中にあり、生産年令人口の激増、人口構成の老齢化、人口の巨大都市への集中傾向等重大な問題が山積してきているのでありまして、これらの問題を解決することが国民生活の安定、向上をはか

る上に欠くべからざることなのであります。

本審議会改選後初の総会開催にあたりまして、かくも充実した各界有志のお願
ぶれに接しまして、本審議会の今後の御右躍に多大の期待を寄せらるものでありま
す。何とぞ各位におかれましては、本審議会に対し積極的な御協力を賜りますよ
うよろしくお願ひする次第であります。

はなはだ簡単でございますが、一言所懐を述べてごあいさつといたします。

昭和三十五年三月二十五日

厚生大臣 渡 邊 良 夫

会長及び同代理互送

○大崎専門委員 次に会長を互選していただくことになるわけですが、会長が決定するまで仮議長を設けることになっておりますので先例によりまして、厚生事務次官に仮議長をお願い致したいと存じます。

〔安田厚生事務次官仮議長席に着く〕

○安田仮議長 事務次官の安田でございます。今後いろいろお世話になります。どうぞよろしくお願いいたします。

ただいま大崎君からお話がありましたように、会長がきまるまで仮議長の席に着くようにということで、皆様のお許しを得たと存じまして、しばらく努めさせていただきます。

人口問題審議会の会長は審議会の規則によりまして、委員のうちから互選をするということになっておりますが、送る方法につきまして、皆様方御意見がございましたら承りたいと思っております。

○工藤委員 この件につきましては、従来からお世話願っております永井先生に、大

へん御迷惑でございますが、お願いしたらと思ひますが、いかがでございますか。

〔「賛成」と呼ぶ者あり〕

○安田仮議長 今、工藤委員から前会長の永井さんにお願ひしたということ、皆様から御賛成をいただきましたので、それでは永井委員に会長をお願ひいたしましたと思ひます。

〔永井会長議長席に着く〕

○永井会長 ただいま会長の互送をいただきましたので、老齢のことでもあり、御辭退を申し上げるべきは、ありませんことは、重々承知しておりますが、せつかくの御送任でありますから、命のありまする限り、もう一度だけお勤めをいたして皆様方の御推薦に報いたいと思ひます。

なおこの機会に一言申し上げたいことは、今回新任、重任を問わず、全部の委員の方が御就任を御承諾なさいまして、いかに人口問題審議会が重要なものであ

るかを如実に証明したのであります。ただお一人だけ例外があります。それは専門委員のうちから委員に厚生省から御推薦をした人があったのであります。その方は、実は専門委員の中に自分よりも先輩の人がまだおいでになる、それを差しおいて自分が委員になることは、自分としては良心がとがめるからどうしてもならぬと言われる。つまり謙譲の美德を發揮されたようなわけであります。それ以上無理にお推めするわけにも参りませんから、断念をいたしました。なお専門委員として従前通りできるだけ自分の余力をさして働くというお話であります。まことにうるわしい、近ごろ珍しい話である。それだけ申し上げまして、いよいよ議事に入ることになりましたと思ひます。

次に会長代理を互送することになっておりますが、どういふ互送の方法をとつたらしいものでありませんようか。皆様方の御意見を伺いたいと存じます。

○工藤委員 会長代理も審議会令六条によりまして、互送ということになっておりますから、従来御苦勞願っております飯沼さんを送挙の手續を廢してきめたらしい

と思ひますが、いかがでございますでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○永井会長　それでは飯沼委員に会長代理をお願いすることにいたします。

なお飯沼さんは国土総合開発審議会の会長をしております。きょうその総会が一時から開かれておりますので、おいでになりませんけれども、私からこの結果を申し上げることにいたして御了承願ひたいと思ひます。

部会及び特別委員会委員指名

○永井会長　次に部会及び特別委員会の委員を指名することになっておりますが、その方々のお名前を申し上げたいと存じます。幹事の方から一つお名前の御朗読を願ひたいと思ひます。

○太崎専門委員　それでは申し上げます。第一部会所属委員及び専門委員。

飯沼一省 委員

石井英之助

大志摩孫四郎

太田薰

賀川豊彦

北岡寿逸

木村忠二郎

工藤昭四郎

佐藤朝生

沢田節蔵

滝田実

寺尾琢磨

徳永久次

中西実 委員

林惠海

藤林敬三

塚田健男

前田多門

村瀬直養

森田優三

諸井貫一

安田巖

山中篤太郎

稻葉秀三 専門委員

大崎康

大島寛一

岡崎 文規 専門委員
 加用 信文
 館 稔

本多 龍雄 専門委員
 美濃口 時次郎
 三原 信一

第二部会の所属委員及び専門委員を申し上げます。

大 浜 英子 委員
 尾 高 邦雄
 賀 川 豊彦
 木 村 忠二 郎
 古 屋 芳雄
 芥 藤 芥
 武 見 太郎
 寺 尾 琢磨

徳 永 久次 委員
 中 西 実
 浜 口 雄彦
 堀 田 邦三
 堀 田 健男
 前 田 多門
 安 田 巖
 山 高 しげり

山	中	篤太郎	委員
大	崎	康	専門委員
大	島	寛一	"
大	山	正	"
岡	崎	文規	"

次に人口白書に關する特別委員会所属委員及び専門委員を申し上げます。

尾	村	偉久	専門委員
館		稔	"
谷	野	せつ	"
本	多	龍雄	"
三	原	信一	"

北	岡	寿逸	委員
寺	尾	琢磨	"
徳	永	久次	"
中	西	実	"
野	村	兼太郎	"

藤	林	敬三	委員
森	田	優三	"
安	田	巖	"
山	中	篤太郎	"

稻葉 秀三 専門委員

大崎 康

大崎 寛一

大崎 文規

加用 信文 専門委員

館 稔

本多 龍雄

美濃口 時次郎

審議経過報告

○永井会長 次に、審議経過の御報告を企画室長からお願いたします。

○大崎専門委員 それでは人口問題審議会の設立以来の経過を簡単に御報告申し上げます。

すでに御承知のことと存じますが、当審議会は厚生省設置法の二十九条一項の規定に基づきまして、「人口問題に關する重要事項について、関係各大臣の諮問に依りて調査審議し、及び関係各大臣に対し意見を述べること。」を目的といたしまして、昭和二十八年厚生省の付屬機關として設置されたものでございます。

その組織、所掌事務及び委員その他の職員につきましては、厚生省設置法の二十九条を受けまして、人口問題審議会令において定められておりますが、この規定によりまして、二十八年の十一月一日付をもちまして初めて委員及び専任委員の方々が任命され、十一月の十三日に第一回の総会が開かれたわけでありす。

その席上におきまして故下村委員が初代会長に、永井委員が会長代理にそれぞれ選任されましたが、その後下村委員が亡くなり、昭和三十三年の二月に至りまして、永井委員が会長に、飯沼委員が会長代理にそれぞれ選任されたのでございませう。委員につきましては、昭和三十年、三十二年、それから三十五年の一月にそれぞれ任期が満了したわけでもございまして、今回の改選は才三回目の改選にあたるのでございませう。

次に、部会等について申し上げますと、二十九年の一月に開かれました才三回の総会におきまして、人口問題審議会部会及び特別委員会規定が議決されまして、これに基づきまして二つの部会と一つの特別委員会が当審議会に置かれたのであ

ります。

第一部会は人口収容力に関する部会でございます。第二部会は人口調整に関する部会、それから特別委員会と申しますのは、人口白書に関する特別委員会でございます。

それでこの人口問題審議会におきまして、最初に取り上げられましたのは人口の量的調整に関する問題と、人口の収容力に関する問題でございます。これらの問題につきましては、それぞれ担当の部会におきまして慎重な審議が重ねられました結果、二十九年の才四回の総会におきまして人口の量的調整に関する決議がなされて、それから翌三十年八月の才五回総会におきまして人口の収容力に関する決議がそれぞれ採決された次第でございます。三十一年一月の才七回総会におきましては、潜在失業に関する問題が取り上げられまして、それ以後その問題は総会と才一部会におきまして慎重に審議されて、三十三年の二月に開かれました才十三回の総会には、工藤委員を委員長とする起草委員会の作成にかかる潜在失

業に關する決議案の提出を見るに至つたのであります。この決議案は總會において数回の審議を見た後に三十三年四月才十六回總會において決議されたわけでございます。

また人口白書の發表につきましては、當審議會に人口白書に關する特別委員会が置かれたことは、先ほど申し上げた通りであります。二十九年の三月と三十一年の六月にそれぞれこの特別委員会が開催されました。しかし、本格的な作業が進められたのは三十三年に入ってからでございます。すなわち二月の才三回特別委員会において野村委員が委員長に選任せられ、以後一年間慎重な検討が続けられました結果、三十四年三月才四回特別委員会において人口白書案が提出され、さらに四月の才五回特別委員会、才六回特別委員会における審議を經まして、六月に附されました才十八回總會において最終的にこの案が承認せられ、梅承知のような人口白書の發表となつたのでございます。

なお現在當審議會において審議中の問題は人口の資質の向上の問題でございます。

す。これにつきましては、三十一年の一月のオセ回総会において取り上げることが決定せられて、以後これらの問題について関係者から意見の聴取や資料の収集などを行なつて今日に至つたわけでございます。

以上が当審議会の大体の経過の大要でございます。

日本人口の資質に關する意見聴取

○永井会長　これから専門家の御意見を伺うわけですが、ちよつと申し上げたいことがあるのであります。

当審議會はこの次に人口の資質の向上に關する問題を取り上げることになっております。そして原案を作成すべく人口問題研究会という財団法人が一昨年未着着手を進めて研究して參つたのであります。いかんせん人口の資質に關する資料がきわめて不備でありまして、それを収集するのに手間取つて、やつと収集整備ができたところであります。これから直ちに人口問題研究会の人口対策委員会

にかけて、その資料に基づいて原案を作成すべく、現に専門委員の舘稔さんがその衝にあたるべく用意をしておるのであります。数ヶ月後にはその成案ができればようから、できましたら審議会の方に差し回して、それを原案にしてやっつけていただきたいのであります。

これは申し上げるまでもないことですが、新しい委員の方もおいででありますから特に申し上げますが、二十八年にこの審議会ができましたときに、内務省当時、政府の諮問機関として人口問題研究会というものがすでにできておつたのであります。しかるに当時厚生省がみずから審議会を作るという議を定めましたので、その箇の調節をはかろうというので、私もその衝にあたりまして、財界の巨頭初め学界、官界、労働界、言論界はもとより各方面を回りまして、委員になることをお願ひして、皆さんの御承諾を得て作り上げたのであります。それ以来研究会との關係を密接にして、研究会自身も政府に建議をいたすであろうが、研究会で原案を作成してもらおう、厚生省の事務当局におまかせするよりも、各界の

権威者を網羅してある人口対策委員会での審議会の原案を作ってもらう方がなお適当であろうというので、自來今日まで六年間その方針で一貫して参つたのであります。今回もそういうような関係上、人口の資質の向上に関する問題も今申し上げたような経過になつておるのであります。

ついでには審議会におきましても今回ともう一回くらい、その専門の方々の御意見を聴取して、そのうちには原案も作成できましようから、それでいよく本審議の方に入つていただきたいと思います。

その次に未たる問題は、人口の地域的、職業的の分布の問題であります。これは割合資料がまとまりやすいのではないかと考えております。すでに人口問題研究所という政府の機関においてその用意もしてありますから、この次には、おそらく来年になりましようが、その問題に取り組みたいと考えております。そうなりますと、一通り議題が済みますから、その上に人口問題の解決に関する総合対策を立てていただければいいか、なものであらうか、こう考えておるような次第で

ごいいます。そこで今日は日本寿命学研究会の理事長をしておられる渡辺定博士
と労働省の労働衛生研究所長をしておられる山口博士のお話を伺いたいと考えて
おります。一つ渡辺さんから御説明を願いたいと思ひます。

日本の人口の質の現在と将来

渡辺 定

渡辺でございます。本日ここで人口の質の現状とその持つ諸問題という問題でお話できることは私にとりましては非常に光栄でございます。しかし何分にもむずかしい問題で、永井会長から二年前に一応調べたらどうかとお話しがかりまして、人口問題研究会で既に一回御報告いたし討論を願ったのでありますが、意に満たない点が沢山残されました。その後いろいろ考えました結果、足りませんけれども今日お耳に入れたいと存じます。まだ未完成のところが多々ございまして、むしろ今日御出席の諸権威者の方々からいろいろ御指示をいただきたいという意味合いでまかり出た次第でございます。

私事を申し上げておそれ入りますが、私は大正七年度東大の医科を出まして、入沢内科に入ったのでありますが、そのころの日本の医学はまるっきりドイツの属国医学でありまして、日本人の血圧はどのくらいであるか、体格がどうであるか、あるいは血

の中の血色素がどうであるかということなどわかりませんので、ドイツの本にこういうふううに書いてあるから、この辺だろこというようなことでやっておったのであつて、実はびっくりいたしましたのであります。そのころ生命保険では、各国、ことにアメリカが健康時におけるそういう問題を被保険者で調べておるのに目をつけまして、私安白生命の医長として入りましたのが、そちらに興味を持った初めのであります。

それから昭和十二、三年ころ私ドイツの医学雑誌を見ましたら、千九百年ころの日本人の死亡率はある年令群ではドイツやフランス、イギリスよりも死亡率がよいのであります。しかるに昭和十三、四年ころになりますと、平均余命でも死亡率でも大きな相違が起つておるといふのを見まして、日本人は過帯にすみ、そのころの日本の医学は世界の水準にありと自負していたに拘らず日本人の寿命の短かいのは、日本民族が体質が弱いからかどうかといふことを考えて、今度は寿命問題に興味を持って、日本人の寿命の動向に関心を持って来たほか日本人の血圧だとか、高齢者の関係だとかをやつて参りました。

戦後になりまして、今度は寿命が急に伸びましたので、私の使命は終わったような気がいたしました。が、まだまだ死亡率は各国に比較して悪いところがあり、平均寿命でも世界何十カ国のうちで男が十七番目、女も十七番目辺であるというほか、今度は老人問題が出て参りましたので、そちらに興味を持って、館所長などのお教えを受け、今日まで来たのであります。それに現在の科学はむかし夢想しなかつたように進歩しましたが、ばらばらであって、まとめる方向が少ない、私はアレキシルカレンの人間未知なるものを愛護してまいりましたことから感化され、その寿命を健康の方からまとめたいと思ひまして、これも館所長の御援助をいただきまして、昭和二十九年七月五日に寿命学研究会というのを発足させたのであります。

今日、人口の素質といいますが、資質といいますが、この字も相当議論があると思ひますが、まず人口の質の考察ということで、質の考察はどういう方向に行なつたらいいかという問題に入りたいと思ひます。従来は優生学的あるいは遺伝学的に日本民族の体質はどうだといふような或意味で狭い意味の人口の質が論ぜられ、年令と性の

關係は前から一緒に論ぜられておりますけれども、その他の点では人口の質は殆んど論ぜられていないのであります。私は一つ今度は人口の健康度というのを日本人の人口の質の問題に取り上げてみたい、こう思って今日その問題どごくどつと簡道をお聞きいただきたいと思います。

実は人口の質の取り上げ方はたくさんございます。文化の方面から取り上げる行き方もあります。しかしこれは非常にむずかしい。それからもっと高所から、人口の目ざす理想像は何であるかというようになるとるを目ざしておいて、日本は現在どの辺に位置するかという見方もあるのであります。

私は実は浅学でございまして、よくわかりませんが、人生終局の目的は「幸福な意義のある健康長寿だ」、こう確信しております。幸福とは何ぞや、意義あるとは何ぞやという問題もがいぶん議論があると思いますが、それはあと回しにして、そういうふうな考えをもちまして、結局すべての人々が「幸福で意義のある健康長寿に達する」とが科学の最後の目標だ、こういうふうな考えをしております。この点も一つお教えを

いただきたいと思ひます。

しかしきようはそういう問題でなくて、健康という問題から入りたい。しからは健康とは何ぞや、これも今の学者はのいりるいろなことを申しますが、簡単に申し上げますと、個人で言えば、生物学的、医学的に申し上げて、生体あるいは人間の生活機能が円滑に調和して発展し、運営されている場合にこれが健康だと思ひます。これが健康度ということになると、非常にいい健康と悪い健康という質の、度合の考察の問題になると存じます。生活機能が円滑に進行して行くということに対して、一番大事なものは適応能力という問題であります。寒いときにかぜをひかないように、からだすぐに体温を整えるというような問題がございます。そこでそれを人口にあてはめますとどういふことになるかといひますと、人口でも同じであります、人口が自分の状態、人口が発展すべき経路に円滑に調和していく状態が健康であり、それがうまくいけば非常にいい健康だというふうに考えてお話し申し上げたいので、背景として理想像に向かつてどういふふうに進んでいくかというふうな考え方はどうかと存

じます。

二七

そこで健康をどういふふうに分けるかということ、この分け方もいろいろ御議論もございましょうが、生物学的といいますが、身体的健康度と精神的健康度を考える。ここまではどなたも議論はないのですが、今一つは社会的健康度ソーシャル・ヘルスというものを、これから大いに考えなければならぬと思います。かように人口のようにソーシャルに動いている集団の健康度というものをもう一度考えたらどうか、これは御承知の通り、WHOの健康憲章でも、人間の健康というものは病氣もしくはからだの弱いことだけではない、完全なフィジカル *Physical*、メンタル *mental*、ソーシャル *social*、ウエルビーイング *well-being* の状態であると定義を下しております。最近の健康の考え方は社会的の方向が入らなければならぬのであります。それも考え合わせて、この三つの考え方でさてどういふふうに考えるかという点、先ほど申し上げました通り、人口を構成する個体の幸福と健康を目ざして調和して発展して進んでゆく行き方に人口の質を捉えたいと存じます。しからば人口の質を左右するものは何か、これを因子に

分析して函解にして一つ考えてみたいと思います。

人口の質の因子分析

$$G = f(H, N, E, B)$$

H = 人口の先天性体質

N = 自然環境

E = 文化、経済状況

B = 人口の健康への努力

$$B = f(P, p, M, m, b)$$

P = 公衆衛生の水準

p = その実践と普及

M = 医学の水準

m = その実践と普及

b = 人口の保健生活行動

人口の質をGといたしまして、函数関係にあると見ていいと思いますが、H、N、

E、Bというファクターを一応考えたのであります。Hは人口の先天性体質という問題であります。Nは自然環境、この中には気候が入り、自然資源なんかも入ってきていいと思います。Eは文化と経済状況、国民の生活水準、それからBは人口集団の健康を増進することへの努力であります。

この四因子で人口の質は定まると存じます。そこで先づ、人口の先天性体質について、若干述べさせて置きます。

人口の先天性体質とこれを左右するもの、体質という言葉も學者によって色々定義が違いますが、私は、先天性体質と獲得性体質にわけ、前者は、遺伝子による体の発育力、抵抗力、適応力をいい、虚弱体質アレルギー体質溢性体質など、あります。後者は生後、環境からうけた影響、予防注射とか栄養、運動、気候とかに、先天性体質が反応して出来上った、体の活動能力、抵抗力、適応力、の総和であると考えられます。つまり現在の体質は先天性の体質と現在までの環境の合作であります。ですから個人の場合は、獲得性体質は、うらをかえせば、その個人の健康度といわれます。しかし人口の健康度という場合は少し趣がちがひましてほうい個人々々の先天性及び獲得性の体質の集まりがどういふ分布をしておるかといふ問題とそれからもう一つ、日本人なら日本人に特異の先天性の体質があるかどうかといふ問題が加わつてその民族の人口の健康度がさまるのではないかと思つてあります。

そこで、先ず日本人の先天性体質に何か特異のものがあるかを考えて見たいのであるが、各人種ごとの文を学問的に正確に定めることはむずかしい、各人種を全然同じ環境において研究することは至難であるからです。従来、日本人は身長、の短かい人種だとか、結核にかかり易い体質、脳出血にかかり易い、動脈硬化病は少いとか抗原熱にかかり難いなどいわれますが何処まで環境の影響があるか分りません。しかし、皮膚の色ばちがうしく人種に体質の相違は存在し得ると思つたものであります。この点は將來もっと研究する可きと存じます。

そこで、それならば、人口の先天性体質を左右するものは何か、第一に突然変異がありますか、実際には稀ななこととあります。

第二は、交配、いいかえれば結婚による自然淘汰であります。日本人の結核は、私は交配による影響は無視出来ないと存じます。私は結核にかかり易い体質があると信ずる一人ですが、結核は若い者を犯す関係上、結婚して子をうむ率はどんくへると存じます。日本の結核死の着減は予防対策のみによるのではないと考えており

ます。奄美大島でも、メキシコのある市でも結核対策なしに結核死が著減した例を見
ております。

第三は年令であります。年令による体質の变化は、人間の普遍的のものであります。
御承知の通り乳幼児は抵抗がまだ弱く胃腸病、肺炎、伝染病での死亡率が高く十
一十二歳で死亡率はどの人種でも最低となり、中年以後に老年性の疾患がまして死亡
率は等比級数的に高くなります。

この年令による体質の傾向は死亡率の高下はあっても世界の各民族に共通のこと
であります。ですから人口の年令構成は大きく見て人口の健康度を左右する。

第四は男女の性の問題であります。えも年令と同様普遍的のもので男女はかかる病
気も死亡率も相当違ふのであります。〇歳で男児は約二割女児より死亡率が高く、四
十歳以上は三―四割女児は男子より死亡率が高い、女子は結核に男子より二―三年若
くて罹り易い、甲状腺や糖尿病は女子に多い等いろいろあります。

それから第五が戦争とか、文化とかいうものが人口の質に關係があるようでありま

す。戦争などがあると、大夫者が死んで、弱い者が残り易いのであります。

以上のようなことで、大体、人口の先天性体質は定まるかと存じます。

人口の質に対する環境

そこで、環境について考えて見ますと、日本のN自然環境は地球の上で温帯に住し、まず恵まれております。Eにつきましても、国民生活水準が如何に人口の健康度に影響があるかは、今日は詳しく申述べませんが著明なものであります。

次いで、B人口の保健に対する努力は、更にD P M の五ファクターに分析しました。

Pは広い意味の公衆衛生ですが広い意味といえますと、衣食住や、環境衛生だけでなく労働衛生あるいは社会保障という健康を保つに必要な要素を集団的に努力するといふ行き方を一応公衆衛生と考えまして、その公衆衛生の人口における学問的の水準といえますか、それがP。小さいわはそれをどう実践して、どう普及していくかということで、この二つがなければ効果はありません。それからMはその人口の医学の水

準、Mはその医学をいかに人口に実践して、普及させるかというファクターがここに大きく出ます。Mはその人口の個々の人々あるいは全体から見た保健生活行動、こういうものの寄り集まりで環境の良否が決定して人口の体質とど人口の質が出来上ります。

そこで公衆衛生について考えて見ますと戦前の日本の公衆衛生は伝染病管理以外は実にプーアであった。それから、Mの医学の水準は相当なものだと自他ともに自慢しておりましたが、Mの実践の方はまことに貧弱であった。今から四十年前私、大学を出てから、外来をみておりましたら、肺病の労働者が来た、そこで君、一週間ばかり少し静養しないかと言いましたら、泣き出しまして、先生、私が工場の労働を一週間休むと首になります、首になると家族七人はすぐさま餓死いたします、先生高くてもいいから菓をくれと言われたのです。若い私は一体医学と普及がなくて何の存在の価値があらうと考えたことがあるのでありますが、そういう貧弱な状態のところ、私が昭和二年にドイツに行ったときにも、ドイツにはそのころ世界に冠たる社会保険のある

のに感激しました。半年ばかりすべてをすて、ドイツの社会保険ばかり見て歩いたことがございます。ちようどそのころ、あとで厚生次官になられた児玉さんを詳しく御
察したことがあるのを記憶しております。その生活状態、保健生活行動は個人々々の健康に直接つながるものであります。が戦前はまことにプーアのもので戦後は少しよくなつたと存じます。

この大切なその保健生活行動の良否は、保健教育とこれをうけて生活態度とし更に生活行動による意志によつてさまると存じます。この考え方は私が、文部省の保健体育審議会の委員をやっています關係上、先年、体育と保健について色々論議されたときに、保健教育の位置づけを致しましたとき考えたものであります。

保健生活行動即ち健康生活の實踐には、何といひましても、中核は保健知識の系統だつた理解であり、更に實踐への意志が加わつて始めてよい健康生活を予期し得るのであります。

Ⅳ 日本の人口の質の實際と問題点

以上で、ごく大体ですが「人口の質」の左右する因子を述べました。次は日本の人口の質が現在どうあるか、どんな推移をとるであろうか、どこに問題点があるかという点で考察してみたいと思います。しかし現在の段階におきましては、精神的健康と社会的健康の方は詳しい統計がございませんが、身体的の方は割合あると思しますので、先ず身体的の健康度について実際にふれたいと存じます。

身体的健康度について

この現在の状態の判断に一番よいのは人口の寿命の質と量の現状とその推移の観察であります。寿命の量的方面の観察は概括的には、平均余命で見られますが、私は好んで、男女別年令階級別死亡率を用います。どの年令層で死亡が多いか少いかよく分りますし、またその推移も分るからであります。質的観察は死亡の原因ご分ります。しかも男女別年令別に見ると効果的であります。日本はこの種の統計は厚生省で、死亡後四ヶ月で主要なことはよく分ります。死亡診断書の死因の診断名がもっとよくなれば、日本の死亡統計は正に世界に誇ってよいものと存じます。死因別の死亡率観察

の欠点は死に至らない病気が分らないことでありますが、世界各国との比較や、今申上げたように迅速に国民の死亡動向が地域別にも分ること、日本人の健康度の現状と推移を知る最もよい方法と私は確信しております。

このほか、疾病統計とか労働統計、体格、体力、栄養統計なども当然、この目的に適うものではありませんが、死亡統計のように詳細にまた時系的にも比較の出来ない欠点があります。先天性体質についても、勿論、正確なものはいわれませんが、ある程度、獲得性体質のまごった形で、死因を通じて明かにし得るかとも存じます。そこで、先ず、平均寿命から申上げます。

平均寿命について

さて、日本の平均寿命は戦前一番長かった昭和十年で、男が四十六・九、女が四十九・六であります。それが戦後は二十近くも伸びたという革命的なことは、今時間がないので申し上げられませんけれども、お手許に差上げました拙著「あなたの寿命革命」という本の四十六ページから五十二ページに大体の寿命革命の様子が書いてございま

すので、ざっとざらんにたゞきたいと思ひます。

ざっとした話ですが四千年前では平均寿命は十七、八年くらいで、ローマ時代が二十二年、十八、十九世紀でも廿三―四年ですが廿世紀に入り、各国とも急にのび現在最長は七〇歳余です。日本は一九三〇年ころから寿命がのび出しましたこともまた死亡率が急に戦後に変わりました。平均寿命の増したのも書いてございます。それからどういふ理由で急に減ったかというようにも六十から六十一ページに書いてあります。どういふ病気が下ったかをごく簡単に申し上げますと、肺炎が下がり、結核、胃腸病が下がり、腸子フスのような伝染病、これは数からいくと大したことはありませんが、急に下がっている。また腎臓炎も下がりました。今日本の人口の質の問題で死因から見れば病気の質の問題になりますのは、脳卒中と胃ガンと心臓病であります。心臓病は五十九歳、六十歳まではむしろ減っておりますが、それ以上のところでふえておる。それと日本として問題になるのは胃潰瘍、これが世界一であります。胃潰瘍の死亡は統計がありますからお目にかけます。そういうようなことで

命の革命的延長がありました。が、さてそれとわれわれは安心していいかどうかという点を年令別で第一表に掲げましたので、ちよつとごらんいただきたいと思ひます。

この表はW.H.O.の報告からとりまして日本人の年令別の死亡率を100として主だった各国の死亡率を指数で比較したものであります。零歳ではフランス、西ドイツが日本よりちよつと思ひ。私がここで人口の質として特に問題にしたいと思ひますのは、一歳から四歳であります。一歳から四歳というところは、あとでも話が出ますが、死亡の原因からいへば、今の医学の普及でどんどん減らし得るものであるにかかわらず、現在ごらんになりますと、日本人の一歳から四歳まで一〇〇人死亡するところをアメリカが二九人、イギリスが二四人、フランスは四六人、西ドイツ四四人、デンマークが三二人、スエーデンが二九人、というふうで、日本は各国のほぼ三倍近く死んでおる点が大きな問題である。これは決して今の医学で減らすことのできないものではない幸い現状でこの年令層の死亡率はどんどん減っておりますが、注目を要します。五歳から九歳も倍以上、十五歳から二十歳あたりも倍のところ、注目すべきこと

は四十歳から五十歳代で、これは先だつて朝日新聞にもちよつと書きましたけれども、イギリス、アメリカ、フランスが日本より死亡率が悪くなつてゐる。まづここで追いついたといひますか、向こうが待つてくれたといひますか、私も予想をしなかつたのですがうれしいことと存じます。

これはアメリカ、イギリスは結局は心臓死がひどく影響しております。フランス国民は大酒飲みでありますので、肝硬変が多く、日本の三倍くらいになつてゐるせいも大きく影響しております。それから六十歳辺になりますと、日本とアメリカ、イギリスは大体同じであります。しかしアメリカは黒人が一緒に入つておりますので、四五%減らせばアメリカの白人が出て参るものと御承知いただきたいと存じます。セ。辺でも、オランダは三割ばかりまだ低い。おもしろいのは八十五歳以上になりますと、だんだん各国と同じになる人間の寿命の限度に近づくたのかと存じます。女の方は省きますけれども、各国全部日本よりも死亡率がいいのであります。男子が死亡状況のよくないのは性来の體質も大いに関係しますがストレスの問題、文明病の問題とか、

いろいろのことが考えられます。

第一回は第一表を日本人の死亡率を一直線の横線にいたしまして、それに各国のを書いたものです。フランス、アメリカ、イギリスが超過している点、女が若いところで日本よりよい点がごらんになれるかと思ひます。

○日本人の年齢階級別の死因

そこでその次の第二表をごらんくださいたいと思ひます。先ほど申し上げました一歳から四歳があんなに日本人の死亡率が高いのはどういふわけだろう、というやうな問題に入ってくるわけでございますが、この表は年齢別に死因の百分比を示したもので、ちよつと複雑のようであります。じつと見てみるとおもしろい表であります。ここでは五位までしか出ておりませんが、十位まで出したものも持っております。

ごらんになるとわかりますが、一歳から四歳の死因は不慮の事故、胃腸炎、赤痢、肺炎という死因で大体半分以上を占めておりますが、これは今の日本の公衆衛生の発展と生活の向上で、いろいろの壁はありますが、もつと下がり得ると思ひます。また

だんだん下っております。それからずっとづらんになると、日本はだんだん欧米のまねをしてきたと思われるのは、男子では不慮の事故が一歳から十九歳まで死因の一位を占めております。しかしさすがに二十歳から二十四歳は自殺になっております。アメリカなどですと三十七、八歳まで不慮の事故が一番多いのであります。しかしだんだん日本もそりなると思えます。女の方はさすがに不慮の事故は少なく、若いところは心臓、腎臓が多い。それから血液の病気が少し多い。次に三十五、六歳は相変わらず結核がいばっております。男の方は中年後脳卒中が三分の一、四分の一を占めておりますが、最近変わって参りましたのは、四十五歳から四十九歳にかけてがんが第一位になったこととあります。そして脳卒中が二位になった。

さて五十歳、六十歳になりますと、男女とも第一位は脳卒中で日本人の死亡率が下がるかどうかということは、老衰性の疾患、卒中、がん、ことに胃がん、心臓病というような病気が現代の医学の普及でどこまで減るかということが、この死亡率を下げることの影響してくる。こういうふうには日本人には脳溢血が多い、理由が色々の説はあ

りますが、医学的に非難のない原因が分っていないことは、将来の日本医学の大きな問題
ごあります。その次のページに移りたいと思います。

○各国民と日本人の死因別死亡率の比較

第三表では代表年令で各国との比較がしてあります。これは先ほどごらんになった
通り、おじいさんやおばあさんが多いのにいきなり割ったのではないのであります。ご
代表年令をとってやっております。もっとこまかいのはお手許に差上げた寿命学研究
会の年報に詳しくございますから、興味のある方はそちらをごらんいたださいと思
います。

これは昭和三十年のものであります。結核は二十歳から二十四歳では、アメリカ
は日本の二十分の一、オランダに至っては百分の一の死亡率であります。つまり日本
で百人死ぬところを向うは一人しか死なない。しかし五十五歳から五十九歳はさすが
に外国もぐっと近づいております。

肺炎、気管支炎は一歳から四歳は、日本は各国より三倍ぐらい多い。ところが五十

五歳から五十九歳になりますと、だいたい近づくほかに、おもしろいのはイギリスが日本の五倍になっております。これは私非常に興味を持って、実は公衆衛生の方の説明を待っておりますが、イギリス人というのは気管支炎カタル、肺炎で死ぬのが非常に多いのであります。それと一緒に肺のがんが四抜けて多い。日本人は胃腸病で死ぬのが多い。胃潰瘍とか胃がんが世界一であるというような結果でございます。またイギリスがああいう文明国であるにかかわらず相当多い。

胃腸病はここにあるように各国とも非常に大きな開きがあります。

それから胃潰瘍も五十五歳から五十九歳を取り出しますと、五倍から三倍に近い。脳卒中、これも五十五歳から五十九歳を取り出すと、各国は日本の三分の一であります。

それからがんは五十五歳から五十九歳をとると、全体としましては、イギリスが肺がんが多いので、多い。胃がんにつきましては、全年令で、人口も同じ訂正死亡率で瀬木博士がやったのでありますが、ごらんのように日本人が第一位のほか西独がけし多

いのであります。

心臓病は日本人は少ない。これは確かに日本人が少ないのか、あるいは診断によるかという問題もよく出ますけれども、やはり現段階においては少ないとお思いいなっていると思います。おもしろいのは非常にアメリカが多いということです。

腎臓病は、やはり日本が多いと見ていいと思います。

肝硬変はごらんの通り、フランスが三倍以上となっております。

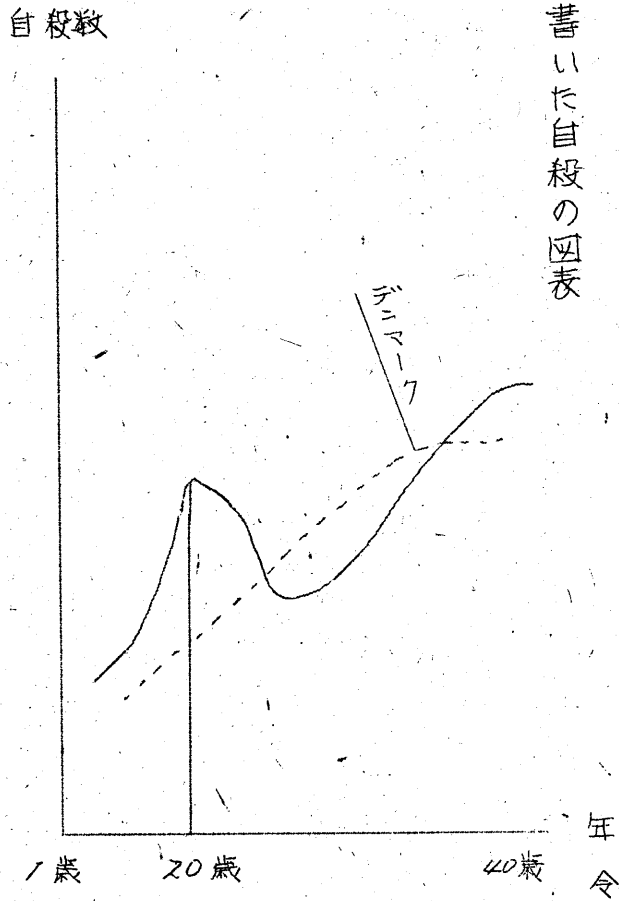
それから糖尿病というような内分泌、ホルモンの方の病気はごらんの通り、日本は少なめのところにあります。

自殺は表でごらんのとおり、二十歳〜二十四歳は甚だしく高く七〇歳以上も相当高い、何れも世界一であります。不慮の事故は、自動車事故も寄せますと、やはりアメリカカが多うございます。

他殺というのは自殺に関連して見ておく必要があるのですが、アメリカが多

いのは、ニゲログが、自殺するかわりに相手を自殺させるといような他殺が多いから
だと言われております。

黒板に書いた自殺の図表



それから自殺は、二十歳をとりますと、日本はこれくらいで、四十歳くらいで世界
一になります。それから戦前と比べますと、年寄りの方はやや減っております。この
辺は一度戦争で下がりました、昭和三十年になりました、若い十五歳から二十歳くら

いはえらい勢いでふえたのであります。そのころ私もひどく心配いたしました。毒命学研究会で各方面の自殺に関係ある三十人くらい権威者にお集まり願って、議論した覚えがあります。ここに自殺の論文がありますが、十冊しか持って参りませんでしたので、特に御興味のある方は、あとでおっしゃっていただきたいと思います。

戦争中及び戦争直後は少なかったのが、三十年ごろひどくふえ、三十一年、三十二年で少し横ばい、三十三、四年にかけまして二〇%前後下がりまして、だいぶ戦前に近くなってきたと安心をしております。

さてここで二、三の私の平素からの疑問を申し上げます。私の人口の質の将来の第一の疑問は、日本で将来外国のようにリューマチがふえるかどうかということ、これはなかなか重大問題であります。御承知の通り、アメリカ辺では女子の四十五歳くらいの病気で多いのはリューマチでして慢性の関節炎でことに手の指がやられます。

老人ホームなんかにおいてになると、老婦人が変形した指で造花などをしておるのを見ます。この病気がふえるかふえないかということは大さな問題であります。これ

は各文明国でもどんどんふえております。ドイツはとも三十五歳から四十五歳くらいの間に一九三五年から一九四八年頃までに五八%くらいふえてる記録もあります。伊東の伊藤病院長などもふだんリウマチの統計をとって推移がみたいと言っておりますが、実は統計のとり方がむずかしいので、考えております。関東逓信病院の佐々博士なども、最近ふえてきたようだとおられます。そういうようなことで、これがまず第一の大きな問題であります。

それから心臓の動脈硬化がふえるかどうかということ。現在まだしっかりしたこと、は申し上げられませんけれども、日本人の動脈硬化は割合に少ないのでありますが、近頃はやりの「人間ドック」に入る人の中には、相当多くいわゆる社用族にふえる傾向があるのでないかともいわれております。

御承知の通り動脈硬化は二種類ございまして、割合に大きい方の動脈硬化、これはアメリカ人、イギリス人に多いようであります。これはまだしっかり申し上げられませんが、動物性の脂肪を食べ過ぎる民族に多いのではないかという程度で今のところ

とどまっております。しかるに日本人は、その方の動脈硬化は少ないのですが、それよりももっと細い血管が細動脈といわれて、いる部分が硬化する傾向にあるのではなからうかと思っております。脳溢血になるのは、細動脈が硬化するために起こるのであります。細動脈が収縮したり硬化すると高血圧が起ります。もっとも両者の関係はまだハッキリしない点もあります。そこで日本人の高血圧は多いのか少ないのかという問題がその次に来ておりますが、日本には血圧については統計がございませう。それは毎年行う国民の栄養調査の際の血圧調査の結果全部の国民の血圧の平均の概況がわかっておりますが、アメリカではいい統計がありません。ただ一つマスターの調査があります。それと比べると、各年令で五十歳頃までは平均では同じですが、云がりが日本人のは非常に多い。五十五歳以上になると日本人は高くなりまして、高血圧は今や日本においては大きな問題になりつつあります。

○日本人の高血圧の死亡率の今昔

ごく簡単に第四表で一六〇以上の血圧の者が、現在日本人三十歳以上の人口の中で

約六百万人近くおられます。これは日本は人口がわかっておられますのと、年令階級別の血圧の分布が分っておりますので掛算をやったわけです。現在二〇〇以上の血圧のものも九十万人近くおられます。国民の向パーセントが高血圧であるかということとは、日本の人口の質の改善ということに胃癌と一緒に相当大きな問題があります。

そこで興味があるのは、プリントの第四表をござらん願いたいと思います。Aは戦前の大正十年より昭和五年までの生命保険に高血圧で謝絶された人五千人についての死亡率、Bは日本生命が戦後約二年間延人員二万人以上についての死亡率を調べたものであります。戦前四十歳から四十九歳までのもので血圧一六〇から一七九ミリの高血圧者は人口十万人で死亡率が三千六十人、五十歳から五十九歳のもものが三千七百八十人。戦後は四十歳から四十九歳の一六一から一八〇が六百三人、五十歳から五十九歳が千六十九人ということになっております。

一八〇ミリから一九九ミリの四十歳から四十九歳のもものは戦前で四千六百四十人、五十歳から五十九歳が五千二百七十人。戦後は一八一から二〇〇の四十歳から四十九

歳のものが千三百五十六人、五十歳から五十九歳が千八百八十四人ということになつております。

二〇〇ミリ以上の高血圧者は四十歳から四十九歳までのものが戦前で人口十万人対六千八百八十人、死亡五十歳から五十九歳までのものが七千七百三十人、戦後は四十歳から四十九歳までのものが三千四百四十八人、五十九歳までのものが二千四百九十三人となつております。著しい死亡率の低下を示しています。観察した年数が戦前は五年半の調査、戦後は二年余の調査で戦後は短かいので高血圧の死亡率の性質から見て戦前戦後の死亡率の比較の場合には戦前のもものは五割、八割をして較べるのが安全だと思ひます。それでも二―三倍戦前が高いことが分ります。

しかし、これは保険に入るくらいの知識階級あるいは生活程度のものであります。もう一つ千葉大の福田教授の調べたものを見ますと、これは公衆衛生に関心を持たない農村の方の死亡率なのですが、半分には減りませんで二、三割の減り方を示しております。従つて生活程度がひどく影響するのではないかと思つております。私は先般

日本人について色々な主要な死因をみんな省いて、「その他の死因」という種々雑多の死因の死亡率の推移を計算して見ましたが、これがやはり、伝染病などと殆んど同じように著しく死亡率が下がっているのを見ました。

これはちょっと医学の進歩と普及だけでは説明できない。文化状態、衣食住がよくなって健康生活の普及が大きくひびくと思います。日本という国はラジオの宣伝、それから無学文盲がおりませんので、健康生活の普及が割合に早いのではないかと思えます。

そこで、環境と体質とでどちらが寿命に大きな関係があるのかが問題点として出て来ます。今から四十年くらい前にピアソンというイギリスのこの方面の偉い学者が、寿命と環境との関係をこんな風に述べております。「人間は生れながらにして五〇%もしくは七五%は寿命がきまっておる。あとの五〇%ないし二五%が環境の良否できまる」と言っているのですが、現在までの統計で見ますと人間の寿命は環境がよくなると思ひにくくなるということは争えないので、はっきりした数字はお示しできないの

ですがピアソンのいったことは大きな割引をしてよいと存じます。

国立精神衛生研究所の岡田博士からも伺ったのですが、同じ双児で、分裂症の遺伝関係のある人でも、片方だけになって、片方はならないということもある。環境の影響、ということをもっともっと研究すべきではなからうかと言っておられました。そういうこともし必要であると思ひますのでつけ加えさせていただきます。わけてあります。

○日本人と脳卒中

なお先ほどちよつと一言申し上げましたが、なぜ日本人に脳溢血が多いのか、これはもう約二十五年も三十年も前に學術振興会ぞわざわざ小委員会を設け、数回研究しましたが結論が出ない。米の偏食だという人もありますが証拠がない。アメリカでは高血圧に米を食わせると下がるともいわれております。そこで最近水の中の珪酸の割合が日本は多いとか硫酸イオン、対炭酸イオンの割合が高いためだとか言われておりますが、まだ認められておりません。国民生活が大きく影響することはたしかであります。また人種的の相違もありましょう。これらはもっと学会でハッキリさめるべきだ

と思います。

○胃がんについて

もう一つ、胃癌のことをつけ加えさせていただきたいと思います。東北の瀬木教授、平山博士など統計的方面から熱心に研究されており、瀬木博士はアイスランドに胃癌が多いというので行ってみると、米を食わないで魚ばかり食べておった。やはりどうもきめ手がない。平山博士は、水に豆鉛の多いところに多いとかまでアメリカへ行きまして各州の牛乳を飲む飲まないを調べてみたら牛乳をうんと飲んでいるところは胃癌が少ないというような報告もされておりますがまだまとまっておられません。ただ私ここで申し上げて公衆衛生の方面で研究を願いたいのは、世界の癌は減りつつあるということであり、ふえているのは日本と千リーだけであります。これは私が見ただってサンフランシスコの公衆衛生のある部長にお会いしたとき、癌は生活状態がよくなれば、減るのではないかということぞちよっと議論したのですが、とにかく減っております。

そのことは、第三回の「寿命学研究会年報」の二十五ページの十二表に瀬木教授の統計で明かですが、ごらんくださいと思います。これはなかなかおもしろい統計であります。瀬木君の力作になるものであります。一九五二年と一九五三年の胃癌の死亡率に対する一九五四年と一九五五年増減の百分比をごらんになりますと、日本は男で一・九%ふえておりますけれども、カナダでは七・四%減っております。アメリカも白人は七・四、イスラエルが一・八、二、西ドイツが三・八、オーストラリアが一・五、フィンランドが一・五、ノルウェーが一・六、これは人口が少ないから割引をいたさなければなりません、いずれにしても減っております。これは何を物語っておりますか。伝染病なら簡単に説明ができますが、胃癌はまだ原因がわかっていない。向うでかかって減るのを待っておりますわけではないのですが、とにかくだんだん減るのではないかという疑問をまず投げかけまして、日本の重大問題の人口の質の問題として胃癌問題に触れにわけであります。

以上まだまだいろいろお話し申し上げればあると思いますが、死亡及び死因別を通

じました外国との比較並びに推移のごく大体を申し上げたのであります。

次に死んだことばかり申さないで、疾病統計はどうかということですが、疾病統計というものは、最近各国が一生懸命になり出しましたが、まだ国際委員会などで議論されておりますがまだまとのためのお話する段階には至っていないと申し上げた方がいいと思います。疾病統計のとり方が違っておりまして、ある統計では二日、ある統計では七日以上寝ておるのをとったりしております。また、これは日本人の罹病統計で見ますと、昭和二十五、六年の日本人の疾病の率と最近の率を比べてみますと、最近の方がふえている。それはほんとうにふえたのかと申しますと、そうではない場合もある。調査方法の相違や調査員が上手になつたことが大きく関係してあります。また健康保険の疾病にかかる率は着しく高く二倍半以上になつておるような状況であります。そういうわけで疾病統計で人口の質を学問的に論ずるのはまだ無理であります。

それから伝染病統計は日本は非常にいいのがありまして、ここごちよつとおもしろ

い図をござらんいただきます。日本の衛生統計は、医者の死亡診断書さえよければ世界で有数だと思っております。天気予報というのは気象台から常に出しますが、日本でも死亡から見た天気予報あるいは伝染病罹患率から見た天気予報が必要であると思っております。

一つの例を申し上げます。それは百日咳についてであります。この百日咳さくらい子供に無様な病気はありません。子供が苦しがつて母の側に寄ってくるこの四（第二四）は十年間毎週一番高かったカーブと一番低かったカーブを基準にして週毎の罹病状況をプロットしたのですが、これなど一種の百日咳の天気予報表であります。ことしの罹患率は最近十年間の一番低いところよりは下がっております。多分本年は百日咳は少ないのではないかと存じます。

とにかく、こういうことをやることにまで今、日本の衛生統計ではできるようになっておきたいと思ひます。また脳溢血でも毎月々々年令別、男女別で死亡がふえたか減ったかがわかります。

それからもう一つお目につけたのは、第三回で赤痢は逆になって、最近十年間、毎週の統計は一番上をはってあります。これは本年の警戒報のではないかといえるのではないかと思います。こういうやり方も人口の興の面からもある意味でできるといふことをお目につけたわけであります。

そのほか死亡に至らないで大きな問題は、日本では近視であります。それから寄生虫、これがまだまだ日本では多い。疾病統計は、今日は時間がありませんのでごく簡単に許しをいただきます。

○日本人の身長

その次は日本人の体格と栄養という問題であります。一体、背が高い方がいいのか悪いのか、これは潜水艇に乗るには低い方がいいというわけで、価値判断からいうと何がいいかわかりませんが、人間というのはよくできておりました、頷が悪ければ足の長さが短かくして内臓の入っている胴はできるだけ發育させるようにできています。しかし日本人の身長は最近どんどん伸びておることは、第五表をざらんになっていた

だきたいと思ひます。明治三十五年くらいから比較いたしますと、第五表のようによい
児では八センチも伸びております。昭和十一年から十四年は、日本人が戦前で一番身
長と体格がよくなったときであります。それから二十三年には栄養が悪く着しく低い
のですが、三十年になるとまた伸びております。もうこの辺でとまるかと思ひました
ら、三十三年になるとまだ伸びております。しかし各国の中ではまだまだ低い方であ
ります。これが低いかどうかといふことは人種の問題が起りますが、下の六表ごら
んになっていただきたいと思ひます。これは戦前石原博士のやつたものですが、日本
人と二世とアメリカ人を比べたものです。たとえば十五歳のところをごろんになりま
すと、日本人が一五二・七、二世が一六〇・〇、アメリカ人が一五九・二というよう
に、この辺では二世の方がアメリカ人よりはいいくらいであります。だからこれだけ
ごろんになりますと、日本人も栄養さえよければアメリカ人と同じになるということ
になるのですが、これはこの表の見方が悪いので、日本人の二世は十四、五歳までは
栄養がいいとアメリカ人と同じように伸びますけれども、少し後丘になりますとアメ

リカ人より低いのでありますので、日本人はやはり少し低目の入種ではなからうか。
次は日本人は栄養が足りないという点にふれたいと存じます。胃潰瘍の死亡率の多いのはそのせいではないかという外国学者もおりますが、それは省きまして、各国との比較は「あなたの寿命革命」という私の書きました本の百二十七ページと百二十八ページに図表を書いておきました。これはFAOの調べたものですが日本人は魚肉類の攝取が少なく蛋白質が少ない。一日のとる熱量も少ないことが分ります。

日本人の寿命は最近急にのびましたがまだくのび方がわるいわけです。

今回ここへ参ります前に各研究所の所長さんに一体何をしているのだということを聞いて歩きました。そのときの国立栄養所の御議論でしたが、ぜひ国民栄養で、国民の質の問題ごさのたいのは主食をどうするかという問題である。パンを多くするか、米どいくかという大きな問題が残っておるといふようなお話がございましたが、この辺で一つお許しをいただいて、最後のメンタルの方であります。

II 精神的健康度

これも今日は短かいお話しでお許しをいただきたいのですが、お手元のプリントには日本人の精神状態はどうか精神機能と水準の推移並びに活用というのが人口の質としては考えなければならぬ。精神機能が昔と今とで水準がどう違っているか、それをどう活用していくかを、研究することはこれは言うべくしてなかなか行なわれないのですが、課題として大きくあります。これは私あまり勉強しませんからわかりませんが、戦争前にイギリス人どやったのがございます。日本では田中寛一さんが十二三歳の各国の児童をテストして日本民族は優秀だといったものですが、先ほども申しましたように日本人はそのころ早熟なものではないかどうか、の問題も将来大きな問題です。メンタル・テストの問題は非常にむずかしい。

また日本人の精神障害は外国に対して少ないという話がありますけれども、岡田博士などの意見によりますと、精神病はほとんど同じだ。ヒドノエローゼになり方がまじ少ないのではないか。たとえば名古屋でせんだって台風があったから気違いがよほど出るかと思つたが、割合に出なかつたという話があります。これも将来の問題で、

この辺はこれからおやりになる問題だと思えます。

自殺については先ほど申しましたように日本の青少年の自殺は世界一であることはもっと研究が必要であります。

Ⅲ 社会的健康度

最後に一番むずかしい社会的健康の方面であります。ごく簡単に申しますと、健康度というのは結局ソシアル・ニードに適合できるかどうかの質でさまるのではないかとソシアル・ニードはその時代々々に出てくる、これに対して日本人口がいかにかアジマストしていくかで健康であるか健康でないかがさまる。そのときに社会不安とソシアル・テンションが起こるような行き方が不健康であります。この問題で日本はどうだというような問題は、皆さんの方が詳しいので省きまして、それを直すものとしては、国家がやる仕事としては何と申しまして、ソシヤマル・セキエリテイとソシアル・アシスタンスとパブリック・サービス、この三つがエレメントのような問題であります。そこでごく簡単に一九四〇年と一九四九年と一九五八年に世界各国が人口の社会的

施策に対してどんな努力をしているかと申しますと、老廃遺族保険を実施している国は年代順にそれぞれ三十三ヶ国、四十四ヶ国、五十八ヶ国とふえております。医療保険は二十四、三十六、五十九となつております。これは完全でないのも入ります。失業保険は割りにふえておりませんが、二十一、二十二、二十六国であります。一番悪いと思われるのが家族扶養の問題ですが、七、二十七、三十八、労働障害というのはいくつからやっております五十七、五十七、七十七というわけで、今は世界の趨勢が何らかの社会保障に手をつけなければならぬ時代になって来た。世界の文化がその段階に達したということの考え方でみると、現在入十カ国が大なり小なり何かは手をつけ出した。アフリカでも医療保険が一つできました。おもしろいのは全国的な医療保険のないのがアメリカです。これは非常に皮肉といえれば皮肉ですが、ちよつとおもしろいと思います。

どうしてもこのソシアル・ヘルスに必要なことは基礎研究がもう少しできなければいけない。たとえば家族の問題をとりあげても日本の家族問題の権威者の小山博士は

どうしても日本でやりたいと思うことは、社会階層の推移の研究、どういふ職業に従事してゐる階層がどう違つてくるか、これは日本のように今急激に社会情勢の変わつておるときにはやらなければならぬ問題であります。ことに大きな問題は家族の度貌であります。戦争後家族制度の崩壊というときに当たつて急速に日本は欧米化した。考え方になつておるので、もう少し真相をキマツクしなければならぬのではないかと。一昨年以來でしたか、家族問題研究会というのが一月に一回ずつなかなか有益に活躍しておりますがあの程度ではどうかと思うというよふな話でありました。

IV 結語

それでは最後に結語を申し上げさせていだきたいと思ひます。一体日本の研究機関の活動をごく簡単にいってどんなものかということを考えてみますと、私は人口問題研究所の御活動に大いに敬意を払つて、これは世界にも高く買われておると思ひますけれども、人口の質の問題の研究が弱いのではないかと。これは昭和十三年ごろでしたか館所長に抗議したことがあるのです。戸田先生の人口問題を見ると、人口問題は

生れることと死ぬことばかりやってあって、死因はちっともやらないではないか、と申しましたら、館さんがすぐ研究所にお歸りになって、その晩から徹夜で日本の死因の問題を計算されて一冊の本としてお出しになった。それが今でも役にたっている昭五年から十三年までの死因の報告であります。今申しました生物学的あるいは社会学的の方をまだまだやっていただきたい。それはあとに申し上げることと連関するのがあります。

第二は、人口の質の改善への総合研究所がほしいのであります。どうしてもできないければ、人口問題研究所でやっていただければけっこうだと存じます。

日本の研究所にはオーケストラにたとえればバイオリン、ドラム、クラリネットなどみんな上手な方が一ぱい揃っておるけれども、人口の質の改善というオーケストラのコンダクターがいらないのではないか。「人間未知なるもの」の着者アレキシスカレルが現代科学は細分すぎる総合するコンダクターが何よりも必要だ、一国に少数でも必要である。三十歳頃からは委員会などにも出ないで、専心的にすべての楽譜が読

ので、インダクトのできる人を養う必要があるというようなことを言っているのを今
思い出しましたが、これなどおもしろい言葉だと思ふのです。日本にもそういう人を
養成する必要があるのではなからうか。私、こういうことに興味を持ちましたのは五
十五歳ごろで、その後少し心がけてみますと、こんなつまらないお手許に差し上げま
した寿命と老人問題の本を書くにも、自分の学問が足りなくて苦勞ばかりしてろくな
ものができないのでありまして、私は将来はそういう総合的の知識のある人々の養成
が日本にも必要ではないかと思ふのであります。

それからどうしても健康長寿の博物館がほしい。御承知の通り赤十字本社に衛生博
物館がございしますが、完全とはいわれません。あそこへ夏休みなど地方の生徒がよく
見学に行っておりますが、もっと完備したものがほしいのです。学生や生徒だけにな
く社会の人々も行って役に立つものがあつて、然るべきと存じます。

それから私、ほしいものばかり並べますが、今の医学は横断面医学であります。こ
れからの時代は縦の医学、即ち同じ人々の群を長期に観察して、どういう生活の人

或はどういう体質の人がどんな病気になるかを調べることが必要ではないか。最近平山君の手紙では、米国では約百万人集団について七万人の訓練された調査員が長年にわたって観察しこういうときに心臓病になった或は気違いになったというように縦に観察する方向に医学が進むべきだと思えます。デマーク大学ではバツシー博士が中心になりました。五年間に二百万ドルの費用で各学者が毎週集まって老化現象の研究をしておりますが、これもその一つの方角だと思えます。

日本の保健教育も人口の質の問題をもう少し根本的に考えてもいいのではないか。こういうことをここで申し上げると叱られるかも知れませんが、二千万の学童の健康を預かる文部省に医者が何人あるか、二人しかいない。課長もいない。それでは十分ではないか。

それから保健行政の反省、これは私これから勉強させていただかなければなりませんので他日に省かせていただきます。

以上、お聞きの通りまことに難ばくなもので取入るわけでありまして、長い間の御

清聴を感謝する次第であります。どうもありがとうございました。

労働衛生の現状と将来

山口 正義

私、労働衛生研究所の山口でございます。

労働衛生の現状と将来という題で、審議会に出る話をするようにとの御用命を受け、たのぞいでございますが、ただいま渡辺先生から非常に精細なお話ございました。あとも、私のようなものが非常に雑はくなお話をおし上げるのは大へんに恐縮に存じますが、私は昭和十三年に厚生省ができましたときに厚生省に入りまして、終戦まで労働衛生行政をやっております。終戦後公衆衛生局の方へ移りまして公衆衛生の仕事をやっております。二年半前に労働省に労働衛生研究所ができました。そちらの方の仕事を引き受けるようにということ、一昨年厚生省をおひきいたたいて、ただいまはそちらの方で仕事をしておるわけでありませう。

研究所々長と申しましたも、決して学でございませぬので、自分でなかなか急激に変わつて参ります。先ほど渡辺先生からコンタクトの話を伺いましたが、労働衛生の研究といふものは衛生と言つても單に医学だけの研究では済まないの、物理、化学、鉱物、工学といふようないろいろな分野の研究が総合されて行なわれなければならぬ研究でございませぬが、私は今研究所におりまして、各専門家のやつております研究の旗振りをしておるだけでございます。

今日労働衛生の現状について申し上げるといふわけですが、その資料も渡辺先生のように印刷して皆さんにお配りするようなことまではできませんので、こまかい数字を申し上げることはお許しをいただきまして、ごく概略を申し上げてみたいと思ひます。

日本の労働衛生は御承知のように明治時代は鐵道産業の女子労働者の結核問題が一番大きな問題として取り上げられておつたのであります。江戸時代からの鐵山におけるよろけ病、(現在のけい肺病)或はその他の衛生問題も議論されておつたのであり

ますけれども、明治時代はやはり繊維産業における女工の結核というのが一番大きな問題で、それが現在労働基準法の前身である工場法が生まれる動機になったといつて差しつかえないと思うのでございます。明治の末期に工場法が制定されて大正五年からそれが施行になつておるのですが、その後支那事変を契機として日本の重工業がどんどん盛んになつて参り、オニ次世界大戦に突入して、日本の工業がもつぱらいわゆる軽工業から重工業、機械工業、化学工業の方へ移りました。従つて労働衛生の問題も大分様子が變つて参りました。やはり結核の問題の大きな問題ではありましたが、けれども、明治時代と違つて、むしろ当時の軍需工場に働く若い男子労働者の結核が大きくなり上げられるようになりました。それが終戦と同時に日本の産業が一時はつたりと火の消えたようになつて、従つて労働衛生の問題も、そういう大きな元がないのでございますから、大した問題ではなかつたのでございますが、しかしまた終戦後だんだん国内の産業が勃興するに従つて、いろんな衛生上の問題が起つてきておるわけでありませう。

そこで労働衛生問題を云々いたします場合に、先づ労働条件とか、あるいは労働環境に直接伴つて、それが原因になつて起つてくるいわゆる職業性の疾患の問題、即ち、狭い意味に考へた労働衛生の問題があると思ひます。さらに広い意味の労働者の保健衛生問題ということになると、單にさういふ職業性の疾患だけになしに日常の家庭生活をもひつくるための生活に基づいて起つてくるいろんな保健衛生の問題を考へていかなければならないと思つてあります。

先ほとから渡辺先生がいろいろお話になりました日本人の漬の問題の中に労働衛生を考へなければならぬというお話がございました。これは広い意味の場合もございませうし、狭い意味を考へなければならぬ問題もあるかと思つてございませう。それで現状と申しましても、状況を見わしますのには、やはりいろんな調査に基づいての統計の資料といふことが一番いい手がかりになると思つてございませう。それには現在疾病によつては相当詳しく調査のできたものもございませうし、疾病によつてはまだ詳しい調査のできていないものもあります。そこで便宜上ごく大ざっぱに分けて

労働者の健康状態、それは一般的な疾患を対象としての調査の資料あるいは統計の資料に基づいて一つの面はお話し申し上げたいと思います。

もう一つは先ほどから申し上げましたいわゆる労働条件、労働環境にプロパーな疾病、いわゆる職業性の疾患という問題についてのいろいろな調査の成績をかいつまんて申し上げまして、現在日本の産業労働者の健康状態はどうなっておるかということをお聞きしたいと思っております。

第一の一般の疾患につきましては資料としましては、労働者の疾病による休業状況を調べ、それをどういふふうになつておるかということを表わすのと、もう一つは労働基準法によつて規定されております定期の健康診断を実施して、それによつて出勤して休んでおるものがどういふ健康状態であるからということを表わすのがもう一つの点だと思つております。

それで疾病による休業の状況を詳しく調べたいというので、労働者では全国の工場、事業場について精密な調査をやりたいという意向を持っておるのでございます。その

ために昨年の七月とそれから十二月から一月にかけて二回にわたって予備調査をしたのであります。その予備調査の成績を元にして、本調査をやりたいといふことで三十五年度計画したのであります。残念ながらそれは予算上認められません。一応見送りになりました。来年はぜひやりたいという計画を持つておるのであります。それを昨年の七月に実施いたしました予備調査の成績を簡単に御紹介申し上げます。おきたいと思ひます。

それは予備調査でございますので、全体の工場、事業場のうちで二六八六事業場を抜き出したのでございます。そのうちわけは鉱業が一五三、卸売、小売業が六七、金融保険業が五四、運輸通信業が一四七、製造業、これがいわゆる工場でございます。が、それが二二六五というようになっております。これらについて一ヶ月間にわたって休業状況を調べ、どういう疾病などの程度休業してあるかといふことを調べたのでございます。但しこれは七月の状況でございますので季節的な影響がございますから、これを全般を類推するのは不合理だと思ひます。十二月から一月にかけて完済しまし

たのは現在集計中で、来月あたりその成績がまとまると思ひますが、その二つを合
わせますと、大体夏と冬の状況がわかるのではないかと思ひますし、さら下詳しいこ
とは全国的に本調査をやりました際にはつきり出て参りますので、それに基づいて今
後の労働者の疾病対策をどういつに考えていくかといつ一つの足がかりになると
考へるわけでありませう。

予備調査の状況では、休業延日数は所定労働延日数の七、二回をございます。こ
れはいろいろな原因での休業延日数をございますか、そのうちで疾病による延日数は、
所定労働延日数の二、二七をございます。これを件数から考へた場合と日数から考
へた場合に疾病の種類によつて少し変わつてくるわけでありませう。

件数の方から申しますと、疾病休業全体を一〇〇と致しますと、感冒性の疾患が二六、五
名、胃腸疾患が二一名、その他の疾患が一六、八名、神経系及び感覚器の疾患が六、六
名、呼吸器の疾患が六、一名といふように、感冒とか胃腸疾患といふのが二割五分あ
るいは二割を両方合わせて半分近くになつておりまして、呼吸器の結核によるのは件

数としては六%に過ぎないのでございます。

しかしこれを休業総日数の方から考えてみますと、呼吸器の結核によるものが約四分の一で、二四・四%を占めております。その次が胃腸疾患で一七・三%、次が感冒性の疾患で一〇%、その他の疾患が七・一%、神経系が六・六%、そのほかごまかい疾患があるわけですが、只今申し上げましたように数から申しますれば感冒とか胃腸疾患が多いのでございますが、労働能力に及ぼす影響から申しますれば、やはり呼吸器の結核が一番多いのでございます。これは亦二次世界大戦中、私が労働衛生行政の仕事をやつておりました時代から、やはり同じことが言われておったわけでありまして、最近結核対策が進んで参りましたので、結核の占める割合は少なくなつてきておりますけれども、労働者の休業日数の上から申しますと、まだ依然として呼吸器の結核が王座を占めておるといふ状況でございます。

次は出勤しておる労働者について健康診断を実施しておるわけでありましたが、一昨年即ち昭和三十三年度の健康診断では受診者が約六百六十万人でございしますが、この

うち出勤していて病氣を持つてゐるものの割合が一〇・五名という状況でございます。そのうちで結核の発見率は二・八名でございます。これを二年前の三十一年では全疾病の発見率が一・二名、結核の発見率が二・九名、更に二年前の二十九年では全疾病の発見率が一四名、結核の発見率が三名というようなことでございます。この状況から見ますと、二十九年、三十一年、三十三年と二年置きの統計から見ますと、最近少し状況がよくなつてきておるといふことがいえるのではないかとこのふうには考へられるわけでございます。

次は、労働環境或は労働条件と直接因果関係のある職業病についての状況でございますが、御承知のように珪石の粉塵によつて起こつてくるけい肺病、最近労働衛生上の大きな問題となり、これが労働者の補償とからんで社会的にも労働行政上にも、単に衛生上だけの問題ではなくて非常に大きな社会問題になつておるのであります。けい肺特別保護法というのが数年前にござまして、現在またその改正案が現在の国会に提案されておるわけでございます。このけい肺の問題は、先ほどもちよつと申し

ましたように江戸時代から佐渡の金山あるいはそのほかの鉱山において、いわゆるよろけ病として考えられておったのでございますが、その後の研究でだんだんその原因がはつきりわかつて参りました。遊離けい酸を吸入することによつて起る特殊の病氣である。但し、一たん吸入して病変が現われましますと、それがなかなか治る方向には向きにくい。軽い場合には、その取場から離れば疾病の症状は停止状態になりますし、さらにある程度症状が進みますと、今度は取場を離れても症状がとんとん進んでいくという病氣でございます。粉じんを吸入して起るじん肺症はほかにもございます。石綿の粉末を吸入して起る石綿肺というのがありますが、この石綿肺、けい肺の場合、特に性質が悪うございます。なぜけい石の粉じん、あるいは石綿の粉じんだけがさういう悪い症状を起すのか、炭の粉、鉄の粉などはさういう状態が起らないのに、珪石や石綿のときだけなぜ悪い症状が起るのかという点について、まだすつかり解明されていない部分が相当たくさんございます。私の研究所においてもその点をいろいろ研究いたしておるわけでございますけれども、昔か

らの病気でございませうが、日本においてどの程度これがあるかというようなことについては、精細な統計がなかつたのをごさいます。しかし、けい肺特別保護法がござり事業主の責任において、病状の程度によつて毎年あるいは三年に一回けい肺の特別診断をしなければならぬことになつたのですが、才一回の健康診断だけは事業主にまかせないで国みずからかやるといふことが、けい肺特別保護法の附則でござりまつておりますので、昭和三十一年から三十二年にかけて三年一回国が責任をもつて健康診断をなつたのをごさいます。その成績で大體現在の日本のけい肺の状況を知り得るわけでございます。

対象となりました事業場が一、三、九、八、一、と、そこを働いておる労働者の数が三、三、九、四、五、と、これを三年間にわたつて健康診断をしたわけでございます。三十年度には七万一千人、三十一年度には二十一万、三十二年度に残りの五万八千人を調べたわけでございます。これは厚生省が昭和二十八年と三十三年の二回にわたつて実施いたしました結核の実態調査と同じように、中央を最後にまとめるという非常に精度の高い健康診断のやり

方をいたしました。各工場を突進いたしました健康診断については、健康診断をするやり方によつては、必ずしも信頼できない場合もあるのですが、けい肺の健康診断の結果は相当精密に行なわれておりますので、十分信頼できるデータだといふふうに考へていいと思つております。

その成績によりますと、三十三万一千人のうちの約一割強、一一・四三名が症状を保持していたわけでございます。

業種によつていろいろ違いますが土石鋳業が二三・三名、その次が船舶製造業の二二・九八名、陶磁器製造業の一九・三名、金属工業の一九・一四名、石切り業の一九・一三名というような状況でございます。但しけい肺の診断は症状の一度から四度というふうに分けてございますが、実際に治療を要するのは四度であります。この四度のものは全体の四・四名でございますから、数としましてはそうたくさんはございません。それにしても、これだけのものが、これはもうほとんど望みがないと言われる程度にまで進んであるものであります。その前のものも比べて、もしこのまま放置す

ればとんどん悪化していく心配があるというふうなものをおひつくるため、先ほど申し上げましたような一割一分のものかけい肺の症状を呈しておるといふ状況でございます。これが職業病のうちの一つの大きな問題であるけい肺についてでございます。

そのほかの職業病、いわゆる中毒を主とした職業病の状況につきましては、これも従来全国的な統計はあまりはつきりしたのがなかつたのでございますが、数年前から労働者がそのような職業病の予防に関心を強く抱いて、まず実態がどうなつておるかということと各事業主の方で調べてもらつて、それに相当したいるんな対策を立てていくというふうにしたわけでございます。実施をいたしましたのが昭和三十一年から三十二年、三十三年というふうな三年にわたつて、職業病を特別な対象とした特殊健康診断を全国的に実施しておるわけでございます。

ところで、いわゆる中毒を中心としての職業性疾患にかがる可能性のある労働者数がかれくらいあるかということをお労働者で調べておるわけでございますが、約二年ほど前の調査でございますから少し古い調査でございますが、事業場として約五万五千

労働者の数として約五十万という数字が出ております。これは業種としてたとえば鉛を使う、ベンジンを使う、水銀を使うというよかなものに分けて十六の業種を指定しておるわけですが、しかしこの五十万という数字の中には、先ほどのけい肺の対象者が正確に入っておりませんし、またその後いろいろ調査してみまして、この五十万の数は非常に内輪であつて、実際にはもつともつと多い労働者が危険にさらされておるといふこと、そいなければならぬと思ふのであります。

一応五十万人あるといわれたうちで、特殊健康診断をやつた人間がどれくらいあるかといふと、三十一年では約十万、三十三年ではふえてきて十八万といふふうになつております。それにいたしましても五十万人が内輪であるのに、さらにそのうちの僅か二十万人程度しか健康診断を受けておらないといふわけでありまして、まだもつと精細にやればいろんな数字が違つてくるだろうと考へるのであります。

その結果からみますと、年によつて多少の差はございますが、やはり一番多いのが、いわゆるベンゼン中毒を起す危険性のあるところで働いていて、血液にい

ろんな症状が出ておるのが多い。調べたうちの四分の一の労働者にさういう変化が出てきておる。その次が鉛を取り扱うもの、あるいは非常に激しい騒音を発しておつて健康を害しておるものかあるというのが割合に多いのでございます。全体として調べたうちで約一三%のものがさういふ職業性の疾患の病状を呈しておるといふ状況であつたのでございます。

それで職業病につきましては先ほど申しましたようにけい肺の問題は古くからの問題でございますし、また鉛中毒の問題にしても、あるいは水銀中毒の問題にしても、ベンゼン中毒にしても昔から問題にされておるのでありますか、なかなかそれがあると断れないという状況でございます。それに加えて最近では放射能の物質を取り扱う産業がふえておりますので、その影響を考へなければなりませんし、また化学工業いたしましたしても、最近の化学工業の発達に伴つて戦争前には考へていなかったような新しい物質が出て参りまして、それによるいろんな影響が出てきておりまして、これかわれわれのところ環境の調査なり、あるいは原因の調査というふうなことで問題

を持ち込まれるのであります。

それで労働者の保健衛生を向上させ、労働によつて起こつてくる疾患あるいは労働者の疾病を予防し、こうして負を下げないようには、現在法律的には労働基準法がございまして、それに基づいての労働安全衛生規則によつて衛生基準がきめられて、環境の整備を義務づけられており、あるいは人的な問題としては衛生管理者が衛生管理なり、衛生指導をしていくという連前になっております。先ほど申しました一般の健康診断あるいは職業病を対象としての特殊健康診断を実施することになつておるのでございます。しかしながら私も実際にその産業労働者の衛生問題、賃の問題を考えます場合に、労働基準法の対象になつておる工場の中でも比較的大きな規模の工場では衛生管理が割合によく行なわれております。一般の疾病対策にしても、あるいは職業病対策にしても割合行き届いておるのであります。しかしながらそれが中の企業になりますと、一般の疾病対策にしても、職業病管理にしても非常に手が抜けしております。先ほどの休業状況の調査、昨年七月に行なわれましたのを規模

別に調べてみますと、五十人以上の工場についてだけ調べてあるのでありますが、五十人から百人までが一番率が高く、工場の規模がだんだん大きくなるに従つて疾病による休業率が減つてきておるといふ状況でございます。五十人以上でさうでございます。一五十人以下であれば、さらに状況が悪くなると思ひます。

さらに昨年問題になりましたベン、ベン中毒これはヘップサンダルの製造に際して、ゴム糊を使うのですが、そのゴム糊の溶媒にベンゼンを使っておつたのですが、それによつて犠牲者が出たのであります。あの問題にいたしましたも、これは労働基準法の対象になつていない家内労働、家族が労働しておるようなものがございます。また日本の産業の非常に大きな分野を占めておる農業労働者については、基準法の対象になるのはごく一部であつて、家族としての労働者に対してはさういふ手が伸びていないのであります。結核の問題にいたしましても、大規模の工場なり、銀行、会社等においてば、もう結核の問題はあまり騒がれないで済むような状態になつておりますが、

そのしわ寄せが中小企業の方に押し寄せていつておる。職業病についても同じことがいえるのであります。

而も我が国の工場は規模別に見れば労働者数一〇〇〇未満の工場数が全体の九八・七名であります。

われわれが事業場から問題を持ち込まれて環境改善をやつていくという際に、専門的な立場から環境改善の指導をやりましても、それに経費を要する。従つておいそれと施設を改善することができない。危険にさらされたままに放置されるというふうな状態が少なくないのであります。これからの労働衛生の問題は、やはり中小企業に重点を置いて行政もしなければなりません。研究もしなければならぬと思つておるのであります。私どもの研究所でもできるだけ現実即ち即ちして、コストのかからないよう環境衛生対策をやるためには一番とれがいいのかということを頭に入れて研究しているのをごさいます。

いろいろ問題がたくさんあるのをございですが、だいぶ時間もたつておりますので、ごく大ざっぱに概要だけ御報告申しまして、いずれ別に資料をお届けするようになしたいと思っております。

(拍

子)



○永井会長 御質疑がありますれば、山口さんはいらつしやるそうですからどうぞ――
―それでは別に御質疑がございませぬければ、先ほど渡辺さんから御書面で御
質疑をして下されば喜んで書面で御回答するということでありますから、もしも
そういう御希望の方がおいででしたら審議会の方に出して下されば、渡辺さんの
方へ連絡をして、また書面でお答えをするようにいたしたいと思ひます。
それでは時間も尙もなく切れますから総会はこれで閉会いたします。

部長及び代理並びに特別委員長及び代理の指名

○永井会長 続いて才一部、才二部の部会の部長及び部長代理、それから人口白
書に関する特別委員会の委員長及び委員長代理の方をどういう工合にして互選を
行ないますか、この席で一つかたをつけたいと思ひます。

○堀田委員 才一部会も才二部会も特別委員会も大体所属の委員の方は前回と同様で
ありますから、前回通りに委員長及び代理を御指名していただいたらいかがですか。

○永井会長　それで御異議はございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○永井会長　それでは前回通りになさして、私からお名前だけ申し上げます。

水一郞会長　藤林委員　代理　寺尾委員

水二郞会長　福田委員　代理　木村委員

人口白書に
関する特別
委員長　野村委員　代理　森田委員

「こうお願いしまして、互送のあつたものとしてとりはからって御異存はございま

せんか。

せんか。

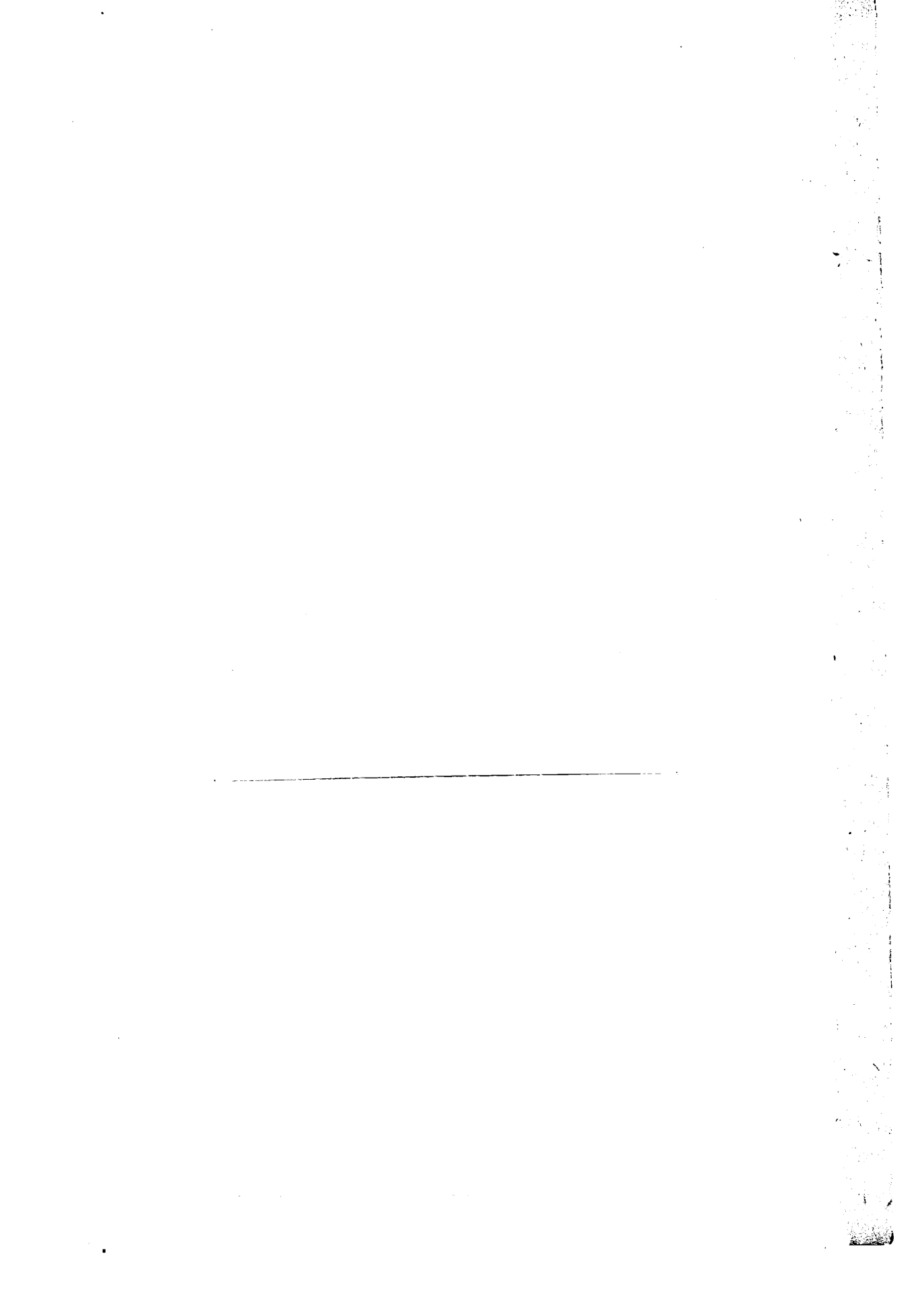
〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○永井会長　それではそういうことにいたします。どうも長い時間ありがとうございました。

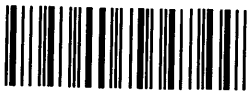
ました。

これで閉会といたします。

午後三時四十六分散会



国立社会保障・人口問題研究所



1 0 3 8 1 6