

人口問題研究所  
研究資料第七一號

# 社會保障と人口構造

昭和二十六年七月二十五日

厚生省・人口問題研究所



は し が き

本輯は人口問題の立場からする社會保障制度に関する調査研究の一部をなすもので黒田技官の執筆によるものである。

昭和二六年七月二五日

人口問題研究所



目次

第一部	社会保障の人口学的効果の分析	三
第一章	家族手當の意義・目的	三
第二章	家族手當の人口学的理論	九
第一節	ビヅアリツヂ卿の見解とフイツシヤ―教授説	一〇
第二節	英國人口委員会の見解	二一
第三節	ビヅアリツヂ卿の見解に対する考察	二七
第三章	家族手當と死亡率（附説―移民の問題）	二九
第二部	人口構造の変化と社会保障	四三
第一章	死亡率に及ぼす影響	四四
第二章	疾病の頻度・労働不能率に及ぼす影響	四七
第三章	滋養・サーヴィスに及ぼす影響	五四

第四章 保健機関の活動サーブイスに及ぼす影響

六

第五章 若手の暗示点閉類

六

社会保障は個人所得の中断・喪失に対して国民的最低限の生活を保障するため、全人口を対象とする国民的政策であり、広義の社会政策である。このような政策的理念は、一方においては厚生福祉國家思想に表現されており、経済学的には国民所得再配分による経済厚生の大化を狙う厚生経済学的思想に対応するものといえよう。またこのような政策は、経済学の歴史と共に古い課題である「貧困」に対し、社会政策の理念の上に立ちつ、これが解決を実現せんとする意図、具体化であるといえるであろう。

社会保障の実現が究局的には国民所得に依存するものであり、また国民所得は国民生産力に依存するものである以上、少くとも社会保障が生産力と阻害するが如きものであつてはならないことは、社会保障の経済的條件であると共に具体的な社会保障制度の内容と規模を制約する条件でなければならぬ。

一國の生産力が、そして国民所得が、労働と資本の所産である以上、労働即ち人口の量と質の問題を離れて、社会保障を論ずることは許されない。このような人口の量的・質的問題は、生産力との関係において、重要な問題を提起すると共に、この問題は社会保障と直接の関係において相互制約関係を有する社会保障の基底的要素であり、重要条件を構成する問題である。

社会保障が、前述の如く、全人口を対象とする国民的政策であり社会政策であることよりして、人口の問題は当然社会保障制度の構想にあつて考慮せられねばならないにか、わが国、未だこの問題点に対しては、一般的に着眼されるに至つていないし、従つてその分析的研究も皆無に近いといつてよいであろう。

社会保障と人口学的現象との関係或はその条件としての問題を研究するにはあり、問題の所在と項目別に大分類するとおぼむね次の如きものである。

(1) 社会保障と人口政策

英國の如き人口の暫的、質的維持に國家的政策が要請されている所においては、社会保障政策は人口政策的色彩が濃厚となつてくる。

(2) 人口学的現象の推移即ち人口動態を含む人口学的構造の変動が社会保障制度にどのような影響を及ぼし、また社会保障制度の構想にあつて、人口学的変動をどうしように振りこむべきか、人口学的構造の変化、例えば老令化構造は(1)後老年金負担を増加せしめ、(2)中年、老年に特徴的な疾患の増大をもたらし、その結果は医療、保健施設の拡充を必要とするであろう。

(3) 社会保障制度の内容規模によつて、その影響や効果はもたらぬ異なるとしても、医療、保健施設の完備、精力な母子福祉サービスの実施は死亡率特に乳幼児死亡率の低下に貢献するのである。日本における死因中結核は最高の比率を占めているが、之凡な結核対策が社会保障の一環として実施され、その結果結核死亡率が著しく低下するならば、一般死亡率も著しい低下を示すであろう。

以上の如き問題の中には尙幾多研究を要する重要な問題が存するが、その点については逐次本研究の中において述べるであろう。

尙本研究においては、社会保障と人口学的現象との関係せる問題を、できるだけ一般的にとりあげ、このような人口学的観点から問題の捉え方を見出すことに力点をおいた。たゞ医療、看護サービス等の人口学的関係は資料の関係から、本國のものを具体的にとりあげた。しかし方法論的には



例えは日本の場合の分析にあつてもなから異なつたものとはならないであろう。  
本研究はむしろこのようない一般的に看過されていゝ意味で特殊な問題についての関心の喚起と問題の撲滅に寄與することを目的としてゐるものであつて、問題の解決策を提示せんとするものではないことを断つておきたい。

## 第一部 社会保障の人口学的効果の分析

### 第一章 家族手当の意義・目的

社会保障政策が人口動態特に出生率に對してどのような影響を與へ効果を有するかの問題を特に家族手当は子女手当を中心として主として理論的に考察してみよう。出生率との關係を論ずる前に家族手当制度の意義・目的について検討しておく必要がある。

現在世界で家族手当制度を採用してゐる國は二五以上は達してゐるのであつて、一九四〇年頃の僅か八ヶ國に比較すれば著しい進展といわねばならない。これは扶養家族数による生活の不平等を是正し、しかもこのような子女数による不均等な支出を補充するのは社会の責任に屬するとの思想の進展によるものであつて、いはば社会保障制度の重要な構成分子の形態をとつてきたのである。もつともこのような近代的な意味における社会保障体系の一翼として形成されるに至つたのはむしろ近年に屈するといひるのであつて、むしろ従来採られてきた家族手当はインフレ期における物

価の上昇に伴う價銀のタイム・ラッグ乃至ギャップを補充する臨時的措置として行はれた傾向が極めて強い。従つて經濟の繁栄期においてはこの制度の導入は困難であつて最も容易な時期は價銀物価に著しいラッグがある場合である。しかしながらかかる場合における家族手当は、扶養家族を有する者の購買力減少を緩和せんとする臨時的な緊急対策であるが故にその存在理由がなくなる時、手当も自然消滅するはずであるが、しかしひとたび実施された家族手当制度はたとえ実施当初の經濟状況が恢復し、安定化しても尚労働力によつてこの制度は保存維持をされる傾向がある。

このような家族手当は民間の産主と被用者との間における闘争の結果であつて、我々の問題としてゐる社會保障的なものとは根本的に性格を異にしてゐる。

家族手当がこのような範疇から脱却して兒童の扶養の責任の一半を社會乃至國家に負はしめて、社會保障制度の構成分子として近代の福利國家の理念の下に展開されるに至つたのはむしろ今次戰後の事に屬するといつて可い。

將に一九四四年のファミリーラゲル・プランにおける國際労働總会における勧告や一九五〇年五月一日國連社會發展会における福利兒童福利宣言と案はこのように思想の進展に拍車をかけ、また確認したものと一へよう。前者において示された家族手当の目的、政策に關係ある部分を示すと次の通りである。社會は被扶養者たる子供の福利を確保することを目的とする一般救濟措置を通じて常に両親に協力しなければならぬ。

一 子女の健全な養育を確保し、大家族の生活維持を援助し及び社會保険を通じて子供のために行はれる措置を社會に普及させるため、現物もしくは現金又はその両者による公の補助制度を設けなけ

ればならない。

三 意図する目的が子供の健全な養育を確保するにあり場合は、補助は照料又は保恤以下の子女の食料、学費給食及び教人の子女がある家族に対する普通の家賃以下の住宅の如き便益の形式をとらなければならぬ。

三 意図する目的が大家族の生活維持を援助し又は現物補助により及び社会保険を通じて子女のために設けられる措置を完全にするにあり場合は、補助は子女手当の形式をとらなければならぬ。

四 かかる手当は、両親の所得いかんにかかわらず子女の生活維持費に実質的に野與すべき所定の率表に従つてこれを支拂い、比較的に高い軍令の子女の生活を維持する費用の増加を考慮し、且つ最低限度として社会保険制度の下に、いかなる措置を設けられていないすべての子女に与へられなければならぬ。

こゝでは子女の福利に対する社会と両親の共同責任を宣明し、(1)子女の健全なる養育に、(2)大家族の生活維持援助の目的の下に両親の所得に關係なく実施すべきものであることを説いている。次いで一九五〇年五月には国策社会委員会第六回会議において世界児童権利宣言案を決定した。この案における「原則」中最も重要と思はれる箇所は次の三點に結集している。

一 児童には、児童をしま、健全にして正常なる方法により、又自由と尊厳の状態において、肉体的、智能的、道徳的、精神的ならびに社会的に発達せしめるに必要なる手段を供與すべきである。

三 児童は、社会保障の給付を享ける。児童は、出生前といえども、健全に成長発達すべき権利がある。児童は、適切な栄養と居住と厚生と無料医療施設に対する権利がある。

六 児童はいかなる事情の下にあつても、保護と救済とを受くべき第一着たるべきである。

以上の如く児童の保護と救済は第一義的重要性を有する児童の権利として確立すべきことを要請している。

このような児童に対する社会的、國家的責任の認識に対する動向は、世界における実状の反映でもあるが、未だ必ずしも各國の間に徹底してはいない。とはいも難い。

そこで次に我々は従来に家族手当制度における目的について觀察してみよう。その設置の目的が各國の事情によつて異なることはいうまでもなく、その制度自体の組織、内容も自らかなり著しい相違を有しているが、一般的にみるとこの制度採用の第一義的目的としては、社会政策的、人口政策的、経済政策的の三者があげられる。もつともそれぞれの単一目的をもつて実施されることは割合に少く、以上の三者の組合せられたものを以て目的とすることが多い。特に社会政策的目的に或は人口政策的目的に重点を指向しつつ、同時に他の目的を達成せんとする場合がむしろ通常であろう。しかもこれらの目的は相互に極めて密接な相互関係をもつていゝものである。

それぞれの目的についてかんたんに説明を加えてみよう。

社会政策的目的というのは、賃銀その他の所得を以てしては児童の養育、保護が充分に達せられない場合、この制度によつて児童等らびにその家族の基本的要求を充足しようとすることにある。

児童が貧困の中に、肉体的にも精神的にもその成長が阻害されることは社会的に重要な問題である。

しかも児童は次の世代を担うべき人口であつて、その健全な成長のいかんは一國の發達ならびに福祉に及ぼす影響の重要性は、社会正義の立場からの論議は別としても極めて重大な社会問題であるといふべきであらう。

家族制度採用の動機が人口政策的目的にあることがあつた。この最も典型的なものはフランスにおける制度である。前世紀末から人口減少は苦慮しつゝあつたフランスにおいては、家族手当制度を人口増加奨励促進策として採用したのである。またソ聯邦は第二次大戦中から戦争による人口の損失補填の爲めに顕著な人口増加策としてこの制度を採用している。人口増減の基本的原因が今日の科学を以てしても尚確立されな結論に到達されない現在、家族手当制度による人口減少の防止或は増加促進を可能ならしめる唯一の政策であるかどうかの決定的な結論は下しえないようである。かつまた影響を與へうる可能性ありとしても家族手当の内容、支給方法、他の制度との関係のいかん等によつてその効果は同一であるとはいえないのである。現在までの研究或は統計によれば少くとも影響、効果を全面的に否定することはできないようである。たとへばフランスにおける一部資料においてかゝる手当受給者と非受給者との間における出生率の差異或は平衡基金所屬労働者世帯における多子家族割合の増加傾向等の如きはその一例であらう。この問題については更に次節において觸れるであらう。

次に第三の経済政策上の目的というのは、家族手当制度による国民所得の再分配目的である。しかしこの目的の達成は手当支給の賦課によつて著しく異なつてくるであらう。即ち家族手当が國家の歳入でまかなはれる場合と雇主の負担或は雇主・被用者共同負担によつてまかなはれる場合によ

つてその再分配の效果は異なつてくるであろう。これらの場合少くとも前者は後者よりも再分配效果は著しいといえる。雇主負担の場合には企業に対する圧力増加の結果賃銀体系を圧迫する可能性がある。特に最低賃銀制度が確立されていぬ場合と労働団体の力が雇主階級に対して脆弱である等の場合は賃金自体の實質的引下げを意味するが如き場合もあるであろう。雇主・被用者共同分担の場合においては被用者階級内割における所得再分配効果がみられるが、しかしその效果は國庫負担の場合に比較しうべくもないであろう。

この機能と密接な関係を有するもう一つの經濟目的がある。それはこの手当によつて低収入家族の購買力を補強して一般購買力水準を維持しようとする点であつて、たとへばカナダの家族手当法の如きはこの目的を明白にしている。

家族手当実施の当初においては、前にも述べた如く物價の上昇するインフレーション時代において雇主は家族手当の形態で一部の賃銀引上げを行うことによつて全般的な賃銀引上げをさける手段として使用された。

しかしこのようない部被用者階級にのみ使用されたこの制度も逐次これが普及し、適用対象が拡大され、國家が監督管理するような段階に達すると、従来の家族手当に対する見解即ち賃銀の一部として扶養家族を有する者は補足的給付を支給するという思想から、國家の社會政策的、經濟政策的或は人口政策的な立場に基くものに轉移し、更に兒童の社會に対する權利、社會の義務としての社會保障の体系に編入される段階に達したのである。このことはたとへば一連年令以下の兒童をもつていふことを唯一の條件として支給する一般的家族手当制度 (Universal system) の実施に

表現されている。もつともこのような普遍的な家族手当制度を実施している國は現在のところオーストラリア、カナダ、アイルランド、ニュージーランド、ノールウエー、スエーデン、イギリスの七ヶ國に過ぎないが、社会保障的施策の世界的進展はこの傾向を急速に促進していくことであろう。

## 第三章 家族手当の人口学的理論

家族手当などのような人口学的効果をもつものであるか、もちうるものであるかについては、大體我々は次の二つの主要問題に分けることができるであろう。

- 一、出生に及ぼす影響
- 二、出生数に及ぼす影響
- 三、人口の増に及ぼす影響
- 四、死亡に及ぼす影響
- 五、移民に及ぼす影響

ここでは主として第一の問題に關する理論的研究を行い、第二第三の問題については次章において取り扱うであろう。

家族手当は子女手当が人口の量、質に及ぼす影響に關する理論的分析についての研究は世界的にみても、まだ研究自体についても、理論的分野においてはもちろんなこと統計的、實證的分野においても極めて不十分なものとあつて立論の根據しうる理論、資料は尚極めて僅少である。

僅かに推計学の鼻祖といわれるフィッシャヤ教授 (R. A. Fisher) の生物学理論から分析

し、家族手当の影響、効果に因する理論があるのみで他はすべて常識的推論の域を脱しない。ここでは特にフイツンキヤ教授の理論を一方の支柱として家族手当の出生に及ぼす効果を論じ、ベヅアリツシ卿 (Lord W. Beveridge) の所論と英国王立人口委員会<sup>3)</sup>の見解を中心として検討を加えらる。

### 第一節

ベヅアリツシ卿の見解とフイツンキヤ教授説

ベヅアリツシ卿は社会保障計画実現に対する最も基本的な前提条件としてあげている三施策の第一に子女手当を指摘している。そして子女手当制度実施の必要の論據<sup>4)</sup>の<sup>1)</sup>として人口政策をあげている。即ち今日の英国の人口動態の動向よりすれば換言すれば現在の再生産率を継続するときには英国民族は存続しえなくなる。子女手当はある程度出生率を上せしめる作用を有すると共に既に生れている子女に充分の保護を喚へることによつてこの作用は促進されるであろうと。

以上の如くベヅアリツシ卿は出生率の低下、出生児数の減少防止、再生産率の向上が國家政策として必要であるとの観点の下に家族手当ないし子女手当の必要性と可能性をみとめ、次の如くのべている。「子女手当はより多くの子女を欲する両親に、既に生れている者の機会を傷けることなく生むことを可能ならしめることと、更に子女に対する国民的関心に対する導火線として輿論を喚起することによつて出生率を恢復せしめずにはおかない。」<sup>5)</sup>と。

このように人口の量についてはかなり明確に子女手当の効果を肯定的にのべているが、人口の質の向題についてはベヅアリツシ卿は「報告書」においてはせんせん触れず、あらためて「ガルトン説」についての「覚書」(Memorandum prepared in connection with Galton's Lecture



15歳 (1923) において論及している。

この人口の質的側面の問題は、社会政策の決定に際し極めて重要な考察点となる。殊に一般に道徳の思想が流布されていふ際この側面の検討を無視することを許さないであろう。即ち子女手当が社会的経済的根拠に基いていかに望ましい制度であるとしても、これによつて最貧困階級の出生率のみを削減して、人口の質を全般的に低下せしめるという逆淘汰の思想の存在である。

これに対する回答には二箇の見解がある。第一は消極的の見解である。これは子女手当の出生に對する関係を考慮、認識しうる階級の人々への影響を及ぼすのであつてかゝる事を考えもしない人々、即ち出生率に對してはなんらの影響をも與ええないといふにある。即ち現在有する子女手当に出生を希望してはいるが、そのために既に生れている子女の教育、養育上將來に悪影響を及ぼすことを恐れ、差し控へていふような場合にのみ家族を増加せしめる。

第二の見解はフイツンヤー教授の優生学的論據に見出される。極めてかんなに要約すれば子女手当は、人口における現在の民族の悪影響の傾向を是正して民族の質を改善向上せしめる直接的にして必要な方法であるといふにある。ベツアリツヂ卿の見解の基底でもあり、またわが國においても紹介されていないように思はれるので重要な項目に分けて、ベツアリツヂ卿に因襲しつつ、多少詳しく述べてみよう。

(1) 社会階級別出生率の差異

今日の文明諸國における出生率が富裕と貧困、教育程度の高下、一般に言へば社会における繁栄、成功せる階級としからざる階級との間において著しい差異がみられることは殆んど普遍的現象

家といえるであろう。例へば試みはブルティヨンによる研究と日本の厚生省人口問題研究所における調査とを掲げてみよう。

◎ 経済階級別出生率

階級別	ブルティヨン (一八八六一九五)	ブルティヨン (一八八六一九五)	ウイーン (一八九一―一九四)
極貧階級	一〇七・八	一五八・〇	二〇〇
貧困階級	九五・二	一三九・八	一六〇
中流階級	七五・二	一一二・六	一五五
上層中流階級	六五・六	九六・二	一五三
高級階級	五四・四	六一・九	一〇七
最高階級	三五・三	四五・八	七

備考

*Jacques Bertillon, La Repopulation de la France, 1911, P. 102*

- (1) 一五〇から五〇才までの婦人一〇〇〇人についての一年間の出生数にして産子を含む合計数を示す
- (2) ウイーンのみは産子を含まない嫡出子のみの方数を示す
- (3) 出生児にすべて死産の場合を含む

◎

職業別妊娠期間経過後の夫婦出生見数

職業別		一夫婦出生児数
カ	ド	階級
農者	農者	五・一八
一般傭給生	一般傭給生	四・九八
一般傭給生	一般傭給生	四・一〇
一般傭給生	一般傭給生	四・一〇
農村在住傭給生	農村在住傭給生	四・〇六
富裕階級	富裕階級	四・五三
一般中小商工業主	一般中小商工業主	四・一七
換業者	換業者	四・〇四
農村在住商工業主	農村在住商工業主	四・〇〇

備考 「人口問題研究」第一卷七号 六頁。本調査においては貧困階級に属する「カ」ド階級に並びに生活水準の一般的に低いとみなされる「農業者」において出生児数が最も多いことは最低所得層における出生率の高い傾向を示すに足るが尚所得階級が明確でないため、富裕階級と貧困階級との間における差異をばつきりと区別しえない感がある。「富裕階級」が「農業者」に次いで第三位として四・五三の高い出生児を有するのは後述する如きオスボーン (Osborn) 氏の見解にあたるべき傾向を示していると思はれるが、上述の如き所得階級の区別が明確でないため決定的な判断は下しえない。

このような繁栄せる階級の出生率がしからざる階級のそれよりも低いという出生率の顛倒は、更にこれだけの職業階級の間にも、すべまの社会的地位を通じてあらはれてゐる。例えば、専門的自由職業者と賃銀労働者との間においてものみならず、職人と助手、半熟練労働者と不熟練労働者の間にもこのような顛倒せる出生率の差異が散見してゐる。これは現実の事実である。

近代社会においてよりすぐれたサービスを悉揮しうる能力を有する者がより多くの報酬を喚へらる。それによつて自己のみならず子女のためにも、高所得の高い地位と取兼に昇進しうる機会を確保しうる傾向は、明白にみとめられるところである。そしてこのような社会的昇進を實現できぬ階級の出生率は極めて低い。このような傾向についてのフイツシャー教授の説明をベヴアリツツ卿の表裏をもつてすれば、「倒錯せる出生率をもつ」ということは、より低い出生率をもつた階級の昇進を意味する。本朝社会のいづこにおけると同じく、英國において経済的結果と生物学的結果とは喰ひ違つてゐる。更にフイツシャー教授はこのような関係を次の如く要約してゐる。「出生率が社会において人間が生殖しうる支配的要素であるのぎり、生存競争における成功は、倒錯せる出生率をもつ社会においては、人間の努力の失敗である。將來の世代の先祖として送ばれるべき人間のタイプは、彼の居する社会における有用なサービスについて賞讃或は報酬をかちとる可能性の最も少ない人々である。」と。

#### (四) 顛倒せる出生率の原因

上述しらるるような社会階級間における出生率をもちらす原因は何であるか。換言すれば、経済的成功は不妊に低出生率即ち生物学的失敗をもたらすのであるか。それとも不妊に低出生率即ち生物学的

失敗が経済的成功をもたらすのであるか、いづれが原因であり結果であるのか。通説は経済的成功をもつて不姓非低出生率の原因とみなしている。しかるにフイツシャー教授はまさにこの反対の見解をとつているのであつて、冠列出生率自体は全く、高再生産率の層に比較して低再生産率の層の社会的昇進が高いこと換言すれば低再生産率であるための社会的昇進が可能となるという。

ところが、そもそも社会的昇進には二箇のルートがある。一は能力によるルートであり、他は不姓非低出生率のルートである。階層化された今日の社会において、それぞれ社会階級をそれ以下の社会階級と比較すると、茲にも能れらるようには、不姓率は高い。しかも階層社会における結婚は同じ社会階級内で行はれる傾向が強い。従つて能力によつて社会的に昇進した者は新しいより高い社会階級内で結婚することを希望し、その可能性が大であり、その結果然らざる場合の結婚に比較して不姓率のより高い結婚をすることになる。このようにして文明社会においては、より高い社会階級内における不姓化傾向と能力の結合の進展は、能力を民族から駆逐する結果をもたらす。かつマゲルトン (Galton) はローマ帝國とその文明の衰亡をこのような出生率の顛倒現象によつて説明したのである。

フイツシャー教授は、不姓率の高い階級と社会的昇進の関係、出生率の顛倒の原因の分析から、不姓率当について次のように優生学的結論を導き出したのである。

即ち社会的に経済的に同質のサービスに従事していながら家族教を異にする人々の間において、生活水準が著しく異なつていふという経済制度上の矛盾に對して、フイツシャー教授は、経済的見地からみればかかる社会経済的矛盾は、浪費的であり、不公正であり、道徳を破壊するもので

あり、生物学的見地からみれば低再生産率を助長する遺伝的要因を分凝するといふ有害な影響をもつている。従つて子女手当を実施することは、小家族に伴う経済的利益を中和し、かつその程度において不妊化系統群の社会的昇進を阻止するといふ直接的な優生学的効果をもつている。

これがフイツシャー教授の子女手当に対する優生学的立場からする見解である。

#### (ハ) フイツシャー教授説に対する批判

フイツシャー教授の見解に対しては二箇の批判がある。その一は同教授の命題を積極面と消極面に分けて主として消極的結論に対して批判的態度をとるものである。即ち積極的命題において彼は、社会的階層のいか人を向はず不妊化傾向II小家族傾向の家族的社会的昇進に対する有利な條件が出生率の顛倒を生ぜしめると主張する。そして消極的命題として、この出生率の顛倒原因はそれ以外には見出されない、即ち経済的繁栄、能力、教育といふもの自体はこれらの所有者の低出生率の原因ではないことを主張する。これに対する批判は、(一)現在みられるような社会的階級間の著しい出生率の差が積極的命題に示された單独原因のみで長期にわたり淘汰が行はれてきたとは思はれないこと、(二)英國の出生率は過去七十年間における産児制限の普及によつて著しい影響を受けたこととは否定できない、そしてそれぞれの社会階級において産児制限が行はれて範圍と限度は、富、生活水準、産児制限知識、取得の難易等によつて影響されざるをえないことをあげている。

第二の批判は、フイツシャー教授の使用した英國の出生率に関するデータは一九一一年のセンサスであつて、その後における産児制限の普及による影響が考慮に入れられていないことを指摘

しまゐる。もつとも一九一一年のセンサスと其の後のセンサスにおいては子供はついでそのフォー  
ムが異なつてゐるため、正確な比較を行うことができない。アメリカのカフレリツク、オスボ  
ン氏 (Osburn, Osborn) にも産児制限の普及は出生率における社会階級の差異を縮少  
する徴候のあることを説いて、上述の如き優生学的結論に対する批判の一理由としてゐる。

(三) ベヅアリツヂ卿の批判と見解

以上の如きフイツシャー教授に對する批判に對してベヅアリツヂ卿は、次の如き支持的態度  
をとつてゐる。フイツシャー教授の社会階級間の出生率の差異は、不妊化傾向は小家族の出生率  
の低い者が社会的昇進の道に入る以外に原因がないという消極的命題が、上記の如き批判によつ  
て否定されるとしても、積極的命題に基く「不妊化傾向の者が社会的昇進に選択される結果は、  
民族の承継能力を喪失する傾向がある」ことにはほんらの影響を與ええない。たとえ社会的階級  
間における出生率が、オスボーン氏かゝる如く、産児制限の普及によつて縮小しつゝあるとして  
も、英米のいづれの国においても、このような差異が著しく減少して殆んど差異がみとめられな  
くなつたといふべき證據は存在しないと。

以上の如くベヅアリツヂ卿は、むしろフイツシャー教授の優生学的論據を有力な支柱として、児  
童手当の普及策をとつてゐるようである。最低生活の可能性ならしめるに足るだけの水準の  
児童手当補助金(ベヅアリツヂ卿の言葉をもつてすれば *Subsistence Level* ) における *sur-*  
*viveance grant* ) には社会の最低所得層の大家族と小家族との間の条件の不均衡を調整する  
のみであつて、最低所得層以上の階層においては、いせんとし、小家族に伴う経済的利益の問題は

残る。換言すれば最貧困者以上のすべての階層例えば自由専門職業や高所得者層からの社会的昇進は不姓化傾向に小家族層の人口によつて選択されることとなり。これらの階層の有するすべての社会的能力は著しく破壊されることになる。従つてフイツンヤ理論を具体化しようとするならば、社会のすべての階層における大家族と小家族の間における負担の完全な均衡化を必要とする。このことを別の言葉で表現するならば、すべての社会階級内において、同じ種類の仕事に対して等しい給與の代りに、同じ仕事に対して又等しい生活水準を喚へることとやらねばならない。

このようなフイツンヤの論理に対して又等しい生活水準を喚へることとやらねばならない。この論理の嚴格を徹底を行はなるとても、少くとも彼が前にその「報告書」において提案せる *Substantive Allowance* に対しては補足を必要とすることを認めてゐる。そしてこの補足に対しては二箇の方法を示している。

第一の方法は、職業別ならびに所得別に段階をつけた恩恵手当を支給する制度を實施することである。例へば医学、法律、教育等の如き公共的職業については職業上の考慮を加え、或は家族の階級別所雇いかんにかかわらず、その所得によつて段階をつけたしかも *Substantive Allowance* よりはるか高率の恩恵手当を支給すべきである。この場合の手当の賦課は国庫に於てないで、雇主の単独負担、雇主、被用者の共同負担或は将来の受給者の単独負担等のいづれかを採用すべきである。このような方法をとることによつて、今日の社会において能力上選択された職業における、不姓に小家族の経済的轉換は廢除され、軽減されて、社会の必要とする能力の確保ははかりうることを説いてゐる。

第二の方法としてベヴァリツが卿は、所得税控除制度維持或はその強化をあげてゐる。前述し



及如き專門職業における職業別手当制度や非熟練の低所得階級における *Subsistence Allowance* の制度に加えて、税控除の強化策は、不活性化・低出生率階級の能力承継に対する破壊力を除去しうる最善の手段であつて、かくて一部特殊階級に与められている知的能力はすべての階級に広汎に分散されるに至るであらう。

最低所得階級は除くとしても、すべての各社会階級における兒童中平均知的能力以上の能力を有するものの比率はかなり高いのであつて、その場合大家族に属する有能な兒童は、小家族に属している場合よりも経済的機会は多いことは否定しえないのである。あらゆる職業における之の意味における熟練せる所得階級は、その圍の維持發展上不可欠な能力の担い手であつて、その質と数を極力大きく維持することは最も重要な國家的関心事であらう。

第三にベツアリツヂ脚は、このような民族の資質の改善と教の維持のため手段として兒童手当を使用することに対して予想される反対論について予め説明を加へている。即ちそれは、思想的なものであつて、提案された如きかなり徹底した兒童手当については次の如き非難が予想される。一方においては特に家族の多い出生率の高い貧困階級に於ける高率の手当を支給することは、民主的ではない、換言すれば社会主義的色彩の濃厚な政策ではないかとの持難、他方においては自由を原則とする資本主義的社会においてかか一方的な給付制度を実施することは、個人自由なる生活に干渉する全体主義的施策ではないかとの持難である。

前者についてはベツアリツヂ脚は、社会階級間の出生率の差異は富有階級とプロレタリア階級との間にのみ存するのではなく、全社会階級を通じて段階を追うてその差異は普遍的に分布存在

している。例えは煉瓦屋はその雇用されている労働者よりも、農民は農業労働者よりも、これら出生率は低い。従つてすべての社会階級における不妊化(1)、小家族(2)、低出生率の増進を、かかる制度によつて除去することは、「純粹の機會の平等と能力に対する公正な機會」(3)を確保するものであつて、これこそまさに民主主義的施策ではないかと説く。

後者については、このような制度はなんら個人の自由には干渉するものでなく、反だ社会は自己の民族についての関心を当然もつべきであること、そして罷僞者の選拔或は子女の養育については個々の市民の自由に干渉すべきでないし、またしようとするものでもない。そして最も必要なことは「經濟制度というものは、もはや、社会により貢獻する人々よりは、貢獻しない人々の養育に恩恵を與へるが如きものではあつてはならない」(4)。そして「英國の偉大な自由國民は、最善の民族資質 (Hereds) を保持し、彼等の過去にふさはしい榮榮をもつように現在努力すべきである」(5)と結んでゐる。

更にベヴアリツテ卿の見解について注意すべき点は、他の箇所で見ても、英國が將來に於いても今日の人口を維持するにためには、より大家族の形態への移行が必要であるが、そのためには何よりもまづその前提條件として、かかる大家族の國家的必要性に対する認識についての輿論の變化の重要性である。そして次に第三の段階に移るべき手段は、大家族の不利を除去すべき經濟的、社会的諸手段が実践上の不可欠の條件である。これら諸手段中、最も明白なものは、人々の手当、それは政府の實施してゐる如き姑息的なものでなく、最低生活を保持する以上の充分なものでなければならぬ。

以上がバザアリツ千柳の子々手当に対する結論である。

### 第三節 英国人口委員会の見解

英国の人口委員会 (Royal Committee on Population) が五ヶ年間の長期にわたる調査研究の成果を一九四八年六月「報告書」として公表した。この委員会にはそれぞれ重要な科学的側面から援助を賜える科学委員会として、統計委員会 (委員長は Sir Alexander M. Carr-Saunders)、経済委員会 (委員長は Professor Sir Hubert Henderson)、生物・医学委員会 (委員長は Sir George H. R. S. Paul) の三者があつて、国際的にも著名なそれぞれの科学者が参加していることはこの報告書をしてすぐれた価値あるものとしている。

本報告書は英国の人口構造を歴史的に極め々綿密にその分析を行い、その結果によつてとらるべき公共政策を勧告している。前項までにおいて論じた子女手当と出生率の問題は、本報告書においては子女手当をも含めた広い意味の家族福祉計画として対策を述べられているが故に必然たる子女手当のみの問題として分離することはできないが、その意図するところならびに影響についての考察には支障はないものと思われる。

まづ英国人口構造に対する分析の結論を要約すると次の如くである。

(1) 人口増加の停滞

過去二五〇年間に七〇〇万から四九〇〇万に増大した英国の人口もその増加の内容を分析してみると十九世紀中葉以降特に廿世紀において出生率は着しく低下し、人口の純増加は極端に緩慢

化するに至った。例えば一八七一年から一九一一年までの各十年間毎における自然増加は四〇〇  
力以上であつたが、一九三一年から一九四一年までの十年間においては僅かに一〇〇万を以てすぎ  
なかつた。このような減退は一方において死亡率が著しく低下したにも関わらず生じたもので  
あつて、いかに出生率が低下したかを明確に示している。

## (2) 出生率低下の原因

英国の人口が十九世紀中葉以降、出生率が著しく低下した原因については、委員会は、人口の再  
生産力自体が必ずしも低下したとはいえない。直接的原因是に一夫婦あたりの出生数（家族の平均の  
大きさ）の減退となつてあらはれてゐる。例えばヴィクトリア王朝中葉頃の夫婦は平均五・五人  
をのし、六人の出生児をもつてゐたが、一九二九年は僅かに一・九二九年における夫婦の出生児は平均  
二・二人と推定され、約六〇％の低下を示している。それではこのような家族の規模が縮小する  
に至つた原因はなんであるか。委員会はこれについては、前記フイツィンジャー教授説の批判にあら  
はれた如き産児制限の普及を以て主原因であり、そしておそらく同一の原因としてゐる。  
そしてこのような産児制限の傾向は一八八〇年代に現はれ、既に七〇年の歴史をもつてゐる。

## (3) 産児制限の普及—家族規模縮小の原因

これは何故このような産児制限が普及し家族の大きさが平均二・二人という小家族制をもた  
せるのであるか。一言にしていえば、それは資本主義社会の発展、社会的進歩が、大家族制、  
「統制」される出生率を以て社会約昇進上著しく不利な条件、障碍たらしめたことと、科挙特  
に医学の進歩による避妊手段の安全と改善が、家族制限の普及実現を招来したのである。（以上の

点細目については註(6)のフイザリス人口委員報告書第二章六一九、六二〇、六二一節参照)

#### (4) 年令構成

與體的に英國の人口構成がどのように變化してきたかを示してみよう。まづ勤勞年令人口のその他の人口に対する比率は一八九一年から一九四七年に至る間に著しく増加した。これは英國の生活水準の上昇における重要な要因であつて、今後三〇年間に於けるこの人口比率の低下はこのような機能を着しく阻害するであろう。

六五才以上の老令人口は一八七一年から一九四七年の間に四倍に、比率においては四・八%から一〇・四%に激増している。これは社会的に被扶養人口の激増を示すものである。

一五才未満の児童人口は一九一一年の一三六〇万から一九四七年の一〇四〇万に減少した。平均家族の大きさの縮小傾向は児童人口の減少をもたらすであろう。

#### (5) 委員会の分析の結論

人口構造の推移變化特に増加率や年令分布における諸變化の動向に對して、國民的利害の観点から人口の將來の趨勢に影響を與えるための手段をとることの必要、即ち人口政策の必要性を特に次の如き英國人口の將來に對する立場から力説している。「産兒制限が一般的に承認される以前の如き社会においては、その社会成員がその人口を置換するに足る充分な大きさの家族をもつて細いありと考へる場合のみに繁栄することができ、また將來なかく生残することができ、<sup>の</sup>もし長期にわたつて両親が人口を置換するにあまりにも過火な家族をもつならば、その社会は漸次弱体化の途を辿らねばならぬことを承認することにはなるであろう。我々の研究が我々に確

信せしめるところは、家族の大きさの推移が社会の前途と状況やもろもろの政策との間にもつて  
 いる関係が特別に緊密不可分なものと云うことである。<sup>(4)</sup>  
 以上の如く、英国の国家的存続を可能ならしめるためには少くとも、家族の大きさが人口置換を  
 満すに足るだけのものでなければならぬことと国家的要請として認め、これが対策として、家族  
 福祉政策の拡充を提案してゐる。

これは要するに特に家族の大きさを異にするもの間における種々の実質的不平等を緩和、解消  
 せしめ、出生の増加に基因する両親の負担を均等なものならしめようとする政策である。しかもこ  
 のような政策は、社会的平等と社会的福祉の二箇の原理によつて正当な根據を與へられるという。  
 その対策としては物心の両面からのものがある。

まづ精神的、思想的準備のものとしては、両親をして希望するだけの子供を持つという慣習を普  
 及せしめるような公共政策の必要性が主張される。このような多子女家族の奨励に対しては、過去数  
 十年間にわたつて家族の大きさが人口置換に不足する状態を指摘してきたため、輿論の反対が強い  
 であらうと思はれるし、また戦時における諸政策―例へば完全雇用、食糧配給制度、価格統制や補  
 助金、家族手当等―は子供をもつことの不利を著しく減殺した事實は、多子女家族賛成とまでい  
 へなくとも少くとも極端な小家族に反対の傾向を促進するに役立ちつたと思はれる。

第三の具体的対策の基本方針としては次のものをあげてゐる。

(1) 一九三八年以降は、おいてみられてきた家族の相対的経済的地位の改善を維持するを以て更に一  
 層の財政的援助を與へること

(四) 財政資金から両親に支給される補助金の形態での援助は、すべての階級及び所得水準の両親に對する平等の援助の原理に基いて行はれねばならないこと。

(五) 租税負担は、馬所得階級ならびに上層中流所得階級において加重されていることは、これらの階級の出生の増加を妨げる弊害であるため、租税の軽減をはかること。

このような基本方針の下に、現行家族手当法における手当率の引きあげ、手当に對する税の免除、子女に對する税控除額の改正等を提案している。

以上のほか家族サーヴィス、健康サーヴィス、住宅政策等極めて広汎な家族福祉政策、即ち家族は世帯を中心とした福祉政策の活力な展開を主張している。しかもこの委員会にかかる政策の基調を社会的公平と人口の維持に、おいては注目すべき立場であろう。

以上の如き委員会の見解を、ベツアリツギ脚の之れと多少比較して考察してみよう。基本的な線に、おいては兩者はおほむね一致しているようであるが、多少とも相異している点をあげてみよう。

(一) 委員会は子女手当或は家族手当のみを重点におかず、家族福祉政策として広汎な範疇を考慮している。従つて子女手当のみで家族の大きさを増進せしめるかどうかが、なり疑問にしているように思はれる。しかし子女の負担の軽減と平等化をはからんとする点においては、兩者とも同一である。

(二) 人口増加停滞は家族規模縮小によつてもたらされたものであるとする点においては、兩者同じであるが、家族規模縮小の原因については、委員会は、産児制限を「主要にして唯一なる要因」とみなしているのに対し、ベツアリツギ脚は必ずしも産児制限を家族規模縮小の原因とみることには對しては反對しないようであるが、産児制限の普及によつて社会階級間の差異の縮小が著しく進行して消

減するといふようは思解には反対している。大家族と小家族の負担の均衡をはかる政策をとる点において両者同様であるが、ベヅアリツヂ脚においては小家族形態をむしろ主要因が産児制限であることに力点を置いて対策を考えないで、むしろフイツシヤ教授の優生学的な論據を支柱としているようである。

最後に註記しておくべきことは人口委員会においても、社会階級間の差別出生力の存在することから並淘汰の危険について触れている点である。即ち各社会群の間では高所得群が低所得群よりも出生児数は少く、各社会群の内部においては教育のある智識層の家族がしからざる家族よりも出生児数は多い。このような出生率の相違の存在は、並淘汰によつて國民の智能の平均水準を低下せしめるのではないか。この問題は最も重要なものであつて政府は徹底的に研究する必要があることを指摘している。

以上の人口委員会の立場、見解を我々の問題として見る。家族手当の人口学的効果の観点から反考してみるとならば、家族規模の拡大による人口の維持のためには汎な家族福祉計画へ住宅計画まで含めた一を主張しているとはいへ、その提案の内容をみると三箇の基本方針のうち第一及び第二の両親に対する財政的援助、すべての階級及び所得層の両親に対する平等の援助は子女負担の公正と軽減を主体とするものである。更に八箇の具体的提案中七箇は子女手当に關聯したもので残りの一箇は出生前の手当に關するものであるがこれらもたゞ意味で子女手当に含まれるもので、すべて子女手当に關する提案であるといえるであらう。このように委員会の提案も實質上殆んどすべて子女手当に關したものであることを反指するとき、子女手当ないし家族手当が出生率に反ぼす効果を全面



的に肯定し、理論的立場を採用してゐるといえるであらう。

### 第三節

#### ベツアリツヂ脚の見解に対する考察

以上フイツシヤ教授の理論的見解をかなり詳細に述べたが、次にベツアリツヂ脚自身の見解を要約すると共にその見解に対し多少の批判を加へてみよう。

ベツアリツヂ脚はフイツシヤ教授の子女手当の出生に及ぼす優生学的効果の肯定論を一方において支柱としながらも、かなり独自の見解を展開し、その可能性と必要性を次の如く説いている。

(1) 子女手当の直接的効果は少い、子女手当という経済的報酬のみによつて顕著な出生の増加を期待することは困難である。反ばより以上の子女の増加を希望しながらも既存の子女の保育、教育、その他将来についての負担の点から、躊躇してゐる人々に対し、子女増加の機会と意欲を興えるであらう。

(2) 人口維持のために平均家族の大きさを増加せしめるためには、子女手当と平行して大家族の圍家的必要性に対する認識を強化して、輿論をかかふる方向に志向せしめる変化が根本的に重要である。かかる場合において始めて大家族の不利を除去するに、経済的、社会的、諸手段、反とえばここでは子女手当の如きが不可欠な現実的補完条件となつてくるのである。

(3) 以上の如き大家族と小家族の間に於ける経済的不平等の消滅に効果的ならしめるためには、まづ子女手当は生活維持に必要かつ充分なものでなければならぬ。第二には女性保護のための包括的な医療サービスを無料で行う制度の実施である。第三の手段は住宅政策である。衛生、規模、校

備において將來の世代を育成するに足るべき合理的な住宅の建設は、極めて困難であるが、重要な政策問題である。

以上の如きベヴァリツ予卿の基本的思想について多少反省を加へてみよう。

第一はベヴァリツ予卿の上述の如き見解とその有名な一九四二年の「報告書」における見解との間にかなりの相違が見出されることである。即ち「報告書」においては *subsistence level* の手当支給を主張しているのに対し、前者においてはこのような水準よりはるかに高い手当支給とすべての所得層特に中流階級ならびに上層階級における家族手当の平等支給を主張している点において極めて積極的となり、人口の絶対数と社会の中核となるべき價値にすぐれた中流層の維持のために重点を指向している。

第二はこのような極めて広汎な家族手当制度の嚮化は国庫負担のみならず、社会的負担を著しく大ならしめるおそれが大である。

第三には逆淘汰をさけるために中流以上の階層に対する子女手当の平等支給は、今次戦後における英國の如き階級的同隔の著しく縮小せる社会においては輿論の反対が少いとも思はれるが、日本の如き低所得層が国民の過半数を占めるような社会では第二と共に輿論の難力を反対が予想される。第四に家族手当の如き制度は、その國の家族制度と償報制度を考慮に入れて考察すべきものである。つて一般的に適用は必ずしも妥当ではない。

いづれにしてもそれだけの國の社会経済構造と民族的・社会的制度との関係において充分な検討が行はれるべきものであると同時にその國の人口学的形相の充分な分析が前提されねばならない。

またベヴアリツや脚かその主張の強力な支柱として、フイソシヤト教授の優生学的結論は注目すべきものではあるが、このような結論は更に広汎にして歸察を統計的実證を經ない限り、全面的な肯定を受けることは困難であらう。

### 第三章 家族手当と死亡率（附註一移民の問題）

家族手当制度そのものが、児童の成育する物質的環境を改善し、智的・肉体的の完全な成長を目的とするものである限りにおいては、児童の死亡率の低下に及ぼす影響は否定できまいであらう。また保健・衛生・母子福祉サーヴィスを含む広汎な社会保障政策の強力な推進は、家族手当制度とまゝつて著しい死亡率の低下をもたらしうることは、例えば戦後における日本の死亡率の顕著な低下が、占領軍当局の厳重な保健・衛生政策の指導、医薬品の供給にあつたことを思へば容易に首肯しうるであらう。

手当の支給がどのようによ死亡率に影響を及ぼすかについては支給される者としからざる者との二群間の死亡率の比較を行はなければはつきりしない。多少資料が古いが、フランスにおける「平衡基金制度」（雇用主が団体を結成して基金を構成し被用者に各種の手当を支給する一種の共同資金制度）に包括されている労働者としからざる労働者の死産と乳児死亡率の差異に割合顕著に表現されている。まづ死産についてみると次の通りである。

#### ○ 一〇〇人当り死産率表<sup>20)</sup>

年次

基金所屬労働者(A)

一般(B)

B/A

一九二六年	一・九七	三・八四	一九五%
一九二七年	二・〇六	三・七六	一八二%
一九二八年	二・〇九	三・七七	一八〇%

年次

基金所屬労働者(A)

一般(B)

B/A

一九二六年	六・〇〇	九・七〇	一六一%
一九二七年	六・九五	八・三〇	一二六%
一九二八年	七・一四	九・一〇	一二七%

○ 幼児死亡率

一九二六年	四・〇一%
一九二七年	三・六六%
一九二八年	三・六三%

以上三表に示した如くそれぞれ手当制度の効果を示しているものと思はれるが、基金は手当支給以外に附帯事業として医療相談、栄養相談、育児相談、巡回看護婦の派遣、定期診断等の予防衛生的活動を行つていたことが、死亡率、死亡率の低下に著しい貢献をつくしたのであることも充分に推測しうるであらう。殊にこのような附帯事業は今日いわれるところの社会保障施策に含まれるものであつて、当時よりはるかに制度的に、科学的に整備、改善され保障的の制度が死亡率に及ぼす影響は極めて大なるものであらう。

乳幼児死亡率或は一般死亡率の低下が社会保障制度の實施のみによつて可能であるとは極言できないにしても、体系的な整備せる充分なこのような制度が死亡率の低下に及ぼす重要因子であることは否定できないであらう。世界でもつとも完備し、制度的にも社会保険と公共扶助との区分を揚棄して實質的に統合した体系的な社会保障制度といはれるニュージーランドや社会保障の祖国といわれるスエーデンの乳幼児死亡率、一般死亡率を一流文明諸国のそれと比較すればこのような事情の一端を窺ふことができるであらう。また平均寿命においてもニュージーランドは各國に比し最も高く男六五才、女六八年（一九三四—三八年調査）で同時期の日本の男四六、九二年、女四九、六三年に比し著しい差がみられることも以上の如き理由に基くところ大であらうと思われる。23)

○ 主要國乳幼児死亡率比較表

國名	一九三二—三五	一九三六—四〇	一九四一—四五	一九四六	一九四七	一九四八	一九四九
ニュージーランド	三九	四二	三八	三二	三〇	二七	三〇
アメリカ	五九	五二	四一	三四	三二	三二	三一
カナダ	七五	六四	五五	四七	四五	四二	三一
フランス	七三	七一	八一	六七	六六	五一	
英國	六五	五九	五三	四三	四三	三六	三四
オランダ	四五	三七	五〇	三九	三四	二九	
スエーデン	五〇	四二	三一	二六	二五	二三	
スイス	四八	四五	四〇	三九	三九	三六	
日本	一八	一七	一六	一	七六	六一	六二

備考

(1) *Population Index*, July, 1950, Vol. 16 No. 3 Pp. 255-266  
 (Office of Population Research, Princeton University,  
 and Population Association of America)

(2) 日本の一九四八、四九年は厚生大臣官房統計調査部「人口動態統計毎月概数解説 昭和二十五年年計分」による。尚日本の一九五〇年の乳児死亡率の暫定数は五九・八である。

(3) 死亡率は生産<sup>レイバ</sup>一〇〇。人に對する乳児死亡率である。

(4) 一九四九年は暫定数である。

主要国 死亡率 比較表

国 別	一九三一―三五	一九三六―四〇	一九四一―四五	一九四六	一九四七	一九四八	一九四九
ニ ユ ー ジ ー ラ ン ド	八・六	九・八	一〇・五	一〇・一	九・七	九・四	九・三
ア メ リ カ	一〇・九	一・〇	一〇・六	一〇・〇	一〇・一	九・九	九・七
カ ナ ダ	九・八	九・八	九・八	九・四	九・四	九・三	九・一
フ ラ ン ス	一五・七	一五・九	一七・四	一三・三	一三・〇	一三・二	一三・六
英 国	一二・三	一二・六	一二・〇	一一・七	一一・一	一〇・九	一一・七
オ ラ ン ダ	八・九	八・九	一一・三	八・五	八・一	七・四	八・一

ス エ ー デン	ス イ ス	日 本
一・一・六	一・一・八	一七・六
一・一・七	一・一・六	一七・三
一〇・六	一・一・三	一八・九
一〇・五	一・一・三	一七・六
一〇・八	一・一・三	一四・八
九・八	一〇・八	一二・〇
九・九	一〇・六	一一・五

備考

(1) 前表と同じ資料による。  
 (2) 一九四九年は暫定数である。且し日本のものは確定数であり、一九五〇年の暫定数は一〇・九%である。

(3) 人口一〇〇〇〇に對する死亡数を示したものである。

しかしここで考慮せねばならぬことは、死亡率の低下に限度のあることである。終戦後顕著な低下を示した日本の死亡率は世界的水準のものであつて、社会保障的諸施策や家族手当制度の拡充によつてこれ以上に顕著な低下を予想することは不可能であろう。

ただ問題は死亡率の若しく高い木南系後諸国における今後の低下とこれに基く人口膨脹の可能性の問題と、死亡率の世界的水準にある文明諸国における一部階級例へば極貧階級や貧民窟における死亡率の問題として残されることである。

後者の問題は、國民的最低限の生活と保健・衛生・医療の社会化ないしは全國民への浸透を實現せんとする社会保障によつて水準死亡率に惹着くことであろう。

前者の問題は直接我々の当面の問題に直接かゝらないが改に省略する。<sup>25)</sup>  
 上述の如く社会保障的諸施策が死亡率に及ぼす影響の問題はかなり明瞭にみとめうるのであつて

出生率に及ぼす影響の問題程の複雑性は存しないといえるであろう。

### 附 註

家族手当及び社会保障制度兼一徹と移民の問題については、みんなに触れておこう。この問題は特に今後において研究されるべきものであり、されねばならないものであるが、ただここでは問題の所在に触れる程度にとどめておきたい。有史的事実として、我々は手当制度の存在の有無が移民に影響を與へたフランスとベルギー間の事例をあげねばならない。一九二一年、二二年頃においてフランスは家族手当制度を整備しつつあつたのであるが、ベルギーにおいては極めて不完全なものであつたため、ベルギーの労働者は陸続としてフランスに移住したのである。そのためフランスにおいては外国人労働者に対して手当を支給すべきか否かの問題が眞剣に討議されたのであつた。このような状態を招くときは国際協定の如きが必要とされるに至るのである。

このような家族手当のみの移民との関係は極めて例外的なものであるけれども、今日では一國の社会保障制度を他國との間にその移民について相互に適用、継続を行つて制度の國際的連関を可能にし、國際的に民族のいかんとを問はず平等生活保障を行はんとする協定が不十分なものであるとはいえず、一部諸國の間に実現するに至つたことは注目し得る事實である。

現在このような社会保障の國際的協定を行つてゐる國はもっぱら歐洲諸國間特にフランスを中心とするものが多いが、大体次の如き諸國間で行はれてゐる。

- (1) フランスと協定せる諸國

対イタリ

一九四八年三月三十一日協定



対ポーランド

一九四八年六月九日協定

対英 国

一九四八年六月十一日

対ザール

一九四九年二月二十五日

西ドイツフランス占領地対ザール

一九四九年五月十八日

対チェコスロヴァキア

一九四九年七月一日

対スイス

一九四九年七月九日

対スイス

一九四九年七月九日

対サン・マリノ

一九四九年七月十三日

対ルクセンブルグ

一九四九年十一月十二日

対ユーゴスラヴィア

一九五〇年一月五日

対オランダ

一九五〇年一月七日

対北アイルランド

一九五〇年一月二十八日

(2) イタリア対ベルギー

一九四八年五月一日

(3) ポーランド対チェコスロヴァキア

一九四八年十月一日

(4) スイス対イタリア

一九四九年四月四日

(5) チェコスロヴァキア対ブルガリア

一九四九年十月一日

右の如く現在惣域的に相互に緊接な関係にある歐洲諸国間のみ行はれては来ているにすぎないが、  
將來世界の諸国間に行はれる可能性も充分考えられる。人口密度を異にする各門間における移民

問題を通じて世界の人口の調整が行れるためには尚前途極めて遠遠の感があるが、しかしこの問題への解決の一步の前途であると共に他方において次のような重要な機能をもつものとして特記すべきであらう。

即ちこれは生活保障という人類の理想を國家の領域を越つて國際間に拡大して、この面に關する限り一つの共同社会を構成するものであつて、一國家を起した共同社会の連帯責任を実現するもので、世界平和の促進の一翼を担うものといひうるであらう。

社会保障費用の國際

尙社会保障の國際的協定における、  
的分担、社会保障的影響についてはフランス國立人口問題研究所長アルフレッド・ソービー氏（*Alfred Savary*）の「國際移民問題の一考察」においてかんざんであるが論ぜられており、このような問題の分析について本誌研究の行はれていない今日問題の提議として注目すべきであらう。<sup>27)</sup>

註(1) フランスのリヨンの地域別平衡基金（労働者總數二二、三七、五八一人で一四二の基金から構成されている）が一九二六年から二八年に至る三年の取組について報告したところによると

(1) 子供の絶対數の増加

一九二六年の四一、〇六七人から一九二八年の五二、五〇九人と約二七%の増加を示している、一九二四年から二六年における増加率は一九%。

(2) 子供數別世帯における多子女家族の割合増加

(ハ)

年	一子	二子	三子	四子	五子以上
一九二六年	54.66%	27.09%	10.95%	4.71%	2.59%
一九二七年	54.83%	26.51%	11.09%	4.80%	2.77%
一九二八年	53.36%	27.39%	11.35%	4.92%	2.98%

四次基金所雇労働者の高出生率

一九二六年 4.07%  
 一九二七年 4.54%  
 一九二八年 4.49%

これに対してフランス全体の出生率は

一九二六年 1.88%  
 一九二七年 1.81%  
 一九二八年 1.82%

てのようである。出生率の出生率統計の年齢構成が異なっているので正確な比較は行いえないが、かなり感応にあることは認められる。へ長沼弘毅著「家族手当の実際問題」二四七―二四九頁参照

(ニ)

R. A. フィッシャー教授は最初ロンドン近郊の Rothamsted 農事試験場の技師としての農学者であつたが、ついでロンドン大学優生学教授を歴任し現在ケンブリッジ大学教授である。特に推計学の分野における功績は極めて大きい。ここでは同教授が一九三〇年

に公刊せる "The Genetical Theory of Natural Selection" (Clarendon Press, Oxford, 1930) におよび展開した思想を基にして翌年十一月新聞紙上に (Printed in the Family Endowment Chronicle, November 1931) および添表した論文 "The Biological Effects of Family Allowances" における考え方をビヴァリツギ氏の見解の分析と共に述べた。尚フイツミヤー教授の資料が入手し難いのでビヴァリツギ氏の著書 "Children's Allowances and the Race" ("The Pillars of Security", by Sir W. H. Beveridge, 1943 中に収録されている。同書一六四一〜一六五頁) に依った。

(3) Royal Committee on Population, June 1955 厚生省人口問題研究會 研究資料第百一十号「イギリス人口委員会報告書」(昭和二十四年九月一日) 参照

(4) ビヴァリツギ卿は、社会保障計画は収入の維持によつて窮乏よりの自由を獲得するため  
 の計画であるが、その実現のためには他の社会政策や経済政策と集大成して実施する必要  
 があるとし、特にその基本的なものとして (1) 子女手当 (2) 広汎な保健・福祉体系、(3) 雇用  
 の維持の三者をあげている。Beveridge Report, Chapter VI 参照

(5) 子女手当制度の必要なる論據としてビヴァリツギ氏は次の三つをあげている。  
 (1) 最低生活保障政策において賃銀のみでは、家族の規模を異にする世帯に対して保障が  
 行はれ難い。窮乏の原因は所得能力の中絶又は喪失以外に大家族であることによつても  
 生ずることを過去における調査は示している。

口 所得喪失：中斷の場合の給付と勤勞中の所得との間にかなりの差を設けておくことは勤勞意欲の刺激上において必要であるのみならず、雇用維持のための一條件としての労働の可動性の点から必要である。そのための方策としては勤勞中も所得中斷・喪失中も子女手当を支給することである。(Beveridge Report, Chapter V 参照)

- (6) Beveridge Report, paragraph 413.
- (7) 参照のこと
- (8) "The Pillars of Security" by Sir W. H. Beveridge, 1943. P. 166.
- (9) "The Genetical Theory of Natural Selection" by R. A. Fisher, 1930 P. 227
- (10) Francis Galton (1822-1911) 及 Charles Robert Darwin (1809-1882) の著作であつて、メーソンの理論の実證的基礎を統計的数量的把握によつて築き入つてゐる。生物統計学 優生学の先驅者であつた。
- (11) Frederick Osborn: Preface to Eugenics, 1940. P. P. 133-4 "Pillars of Security" P. 170 参照。
- (12) 前掲書 一七四頁。
- (13) " " 一七五頁
- (14) " " " "
- (15) George Notions on Small? : The Observer, 11th April, 1943 前掲書 一七九

一八〇頁添換。

(16) 「イギリス人口委員会」報告書、邦訳、人口問題研究所、研究資料第五一号、昭和二十四年九月一日、七一―八頁

前掲書三六頁

〃 三六一―三七頁

〃 二六一―二七頁

〃 二六一―二七頁

(20) 長沼弘藏著、家族手続の実際問題、昭和廿二年四月、二五〇頁

前掲書二五〇頁

〃 二五一頁

(23) 昭和二十三年、昭和二十四年の事実に基く人口問題研究所の簡略生命表（人口問題研究資料第五四号、昭和二十四年）によると男子五六歳、女子五九歳で第六回生命表に比較して、男子において約九歳、女子において約十年の寿命の延長である。

(24) 曰本の死亡率は大正年代においては一九ないし二五、二六%の高率であつたが、昭和に入り逐次低下し、戦争直前において一七%であつたが、戦後特に昭和二十三年以降急速に低下し、二四年には一・五%、二五年には一〇・九%（暫定数）に達し、世界の先進諸

国なみの低水準を実現するに至つた

特にアジア地域の日本を除く未開発後進諸国の死亡率は出生率と共に先進諸国に比し著しく高いが、人口の周期法則からみれば、「前資本主義化」の「膨脹民族群」に属するので

(25)

特にアジア地域の日本を除く未開発後進諸国の死亡率は出生率と共に先進諸国に比し著しく高いが、人口の周期法則からみれば、「前資本主義化」の「膨脹民族群」に属するので

特にアジア地域の日本を除く未開発後進諸国の死亡率は出生率と共に先進諸国に比し著しく高いが、人口の周期法則からみれば、「前資本主義化」の「膨脹民族群」に属するので

特にアジア地域の日本を除く未開発後進諸国の死亡率は出生率と共に先進諸国に比し著しく高いが、人口の周期法則からみれば、「前資本主義化」の「膨脹民族群」に属するので

特にアジア地域の日本を除く未開発後進諸国の死亡率は出生率と共に先進諸国に比し著しく高いが、人口の周期法則からみれば、「前資本主義化」の「膨脹民族群」に属するので

特にアジア地域の日本を除く未開発後進諸国の死亡率は出生率と共に先進諸国に比し著しく高いが、人口の周期法則からみれば、「前資本主義化」の「膨脹民族群」に属するので

あつて、今後数十年間に資本主義化に伴い死亡率の顕著な低下と共に激増を示す可能性がある。特にトルーマンのポイント・プログラムは國連の活動とまつてかかると本邦発地域に対する技術援助、資本投資に基く開發、保健衛生改革の促進計畫は、生活水準の上昇と共に人口過剰を加速化する可能性がある。トルーマン計畫の立案者達は、かかると人口過剰は過渡期のものであつて、かかる計畫の遂行は生産率令人口の増加をもたらすと共にこれは工業の促進とまつて生産力を増大せしめるが故に恐れるに足らないとの見解をまつておられる。このような發展形態は資本主義の發展段階と人口の歴史的周期法則による当然の事であつて、この様な發展形態は資本主義の發展段階と人口の歴史の周期法則による当然の事である。この様な發展形態は資本主義の發展段階と人口の歴史の周期法則による当然の事である。この様な發展形態は資本主義の發展段階と人口の歴史の周期法則による当然の事である。

(26) フランスにおける家族手当は第一次大戦中から実施されるに至つたが、特にこの国では出生率の向上、人口維持、増加の意圖が内包されていたため、一九二〇年以降急速に發展し、國産労働者数も支給するも共に著しく増加するに至つた。しかしこれは使用主が自發的に家族手当を支給していたものであつたが、一九三二年これが法律的に定められ、すべての産業に拡張義務されるに至つた。一九三九年家族法典(Code de la Famille)が制定され家族手当制度が統一され、一九四五年十月四日家族手当制度を一般の社会保険制度の中に包含させた。一九四六年八月二十二日、社会保険法の改正に伴い、家族手当制度も全般的の改正をみるに至り、更に一九四七年八月一日、同十二月三十一日、一九四八年九月一日手当の引きあげが行はれた。

(27) "Some Aspects of the International Migration Problem" by Alfred

Lewis, Director of Institut National d'Etudes Demographiques.  
International Labour Review; July, 1948

## 第二部 人口構造の変化と社会保障

人口構造の变化・推移が、人口各層を対象とする社会保障政策に影響を與えることは当然のことであると共に長期的効果をむしろ本来の性格として、社会保障にとつては人口構造の変化に対する考慮を缺くことは許されない。

それでは人口構造の変化は社会保障制度或は施策にどのような影響を與へるであろうか。第一は社会保障財政に及ぼす影響である。例えば英国の場合をとつてみると出生率の停滞の爲め一九六一年の老令人口（男子六五才以上女子六〇才以上）は八〇〇万を超過し、全人口比率は一九〇〇年から一九一〇年代の六%余から一四・五%に増大すると推定されている（Beveridge Report, paragraph 234）。その場合養老年金は激増することは必至である。社会保障財政の負担は著しく増加するにもかかわらず、他方國民経済的にみれば労働人口の相対的減少と老令人口比率の増大は生産力の増大を阻止し、しかも國民全体の被扶養人口率は大となる傾向がある。

第二は社会保障制度特にそのうちの物的体系である、保健、医療ならびにこれらのサービスに関連



する組織に及ぼす影響である。

第三は、人口構造の変化例へば總人口の増加の停滞、静止、減少の傾向は、重大な國家的関心事として、悉力な人口政策への志向を剝蝕し、その重要を対策を社会保障体系に織込まんとする傾向に對する促進である。

第一の点は、むしろ人口の変動に對するアウチユアリの相当すべき技術的影響であつて、具體的な係数が問題であり、また第三の問題は人口政策的観点から検討すべきものであると共に前章において多少触れられたが故に、本章においては、いづれも省略し、もつぱら第二の点について検討するであらう。

人口構造の変化には、年令構成の変化、民族的乃至産業別人口の内部的移動、人口密度の変化、都市・農村人口移動等各種の形態があるが、國民保健の關係において最も基本的なものは年令構成の変化であるが、ここでは先進諸國においてのみならず、人口の老令化特に米國を焦點としてとりあげ検討を加えてみよう。その理由は主としてこのやうな問題についてかなり利用しうべき資料を整備しているのはアメリカであるからである。

人口の老令化に伴う保健問題についての國家政策の調節は必ずしも順調に行はれてきたとはいえないのであつて、例えは一九三五年制定の社会保障法においても老令者の保健促進―瘧・肺炎対策や産業衛生サーヴイス―活動は洲に對する聯邦の協力の形態で行はれてきたのであるが、それも極めて限られたものであると共に、癩疾保険や老令者の医療の如き基本的問題の解決に對する規定を設けていたばかりなのである。その後老令者の保健については公衆衛生當局の関心も増大するに至つた。

のであるが、この一徹向題特以人口の年令構造変化の結果として生ずべき死亡率、疾病率、医療受給率等における将来の動向について考察し、その及ぼす影響について検討してみよう。

### 第一章 死亡率に及ぼす影響

人口の老令化即ち児童人口比率の低下、老令人口比率の増加が将来の死亡率に及ぼす影響は、各年令層における死亡率の差異の特質によつて容易に推計しうるであろう。生後一年間における死亡率は極めて高く、次いで逐年低下し五才―十才においては他のどの年令層よりも死亡率は低くなる。青年、青壮年における死亡率の年令曲線は比較的低い水準にとどまり、中年期において著しい上向傾向を辿り、それ以降増加は果進的となる。乳児以降における死亡率の急激な低下、中年・老年期における顕著な上昇は死亡率における年令層別の最も明白な特徴である。

乳幼児死亡率は現世絶において著しく改善されるに至つたのであるが、中・老年期の死亡率は現実には殆んど変化を示していない結果、老年期の死亡率は幼年期のそれに対して相対的に増大するに至つてゐる。しかも老令人口増大は、死亡の可能性に曝されてゐる人々の数を増大せしめる。これを一九〇〇年と一九三五年の統計について比較してみると、前者においては四五才以上の死亡数は全死亡数に対して大体五分の二程度であつたが、後者においては三分の二以上に増加してゐる。

第一表 アメリカにおける人口年令構成と死亡率分布―一九〇〇―一九三五年―

年令別	人口		死亡数	
	一九〇〇年	一九三五年	一九〇〇年	一九三五年

全年令	一五才以下	五才以下	五十一四才	一五十二四才	五十一四四才	四五一六四才	六五才以上
一〇〇・〇	四九・五	一〇・四	一九・一	一八・六	三一・一	一五・七	五・一
一〇〇・〇	二七・三	八・一	一九・三	一八・三	二九・八	一八・七	五・九
一〇〇・〇	三四・六	三〇・三	四・三	六・四	一六・五	一八・二	二四・三
一〇〇・〇	一三・九	一・三	二・六	四・五	一一・九	二七・六	四〇・一

このように老年人口比率が増大した結果、全死亡数の主要死因となつてゐる疾病は大体中年、老年の特徴的疾患が占めてゐるということになる。即ち心臓病、脳溢血、腎臓炎、癌、糖尿病等の疾患が一九三四一三六年において四五才以上の人々の死因の六五%、全死亡数の四四%を占めてゐた。

タムソン、ウェルプトン両氏の推計によれば一九八〇年を一九三〇年に比較すると四五才以上の中、老年人口は一三〇%増大し、五才以下人口は一三%減少する。このような若い老年化は、中年、老年特有の疾患による死亡率を増加せしめ、その結果あらゆる死因による粗死亡率を増加せしめることとなる。

人口の老年化が特定原因による将来の死亡率に及ぼす影響を正確に推計するには、年令別特殊死

七卒の將來の傾向についての推計を行つてこの假定率を推計人口に適用する必要があるが、これは中々容易ではない。アメリカの場合についてもかかる推計は行はれていないようである。しかし命令構成の変化が特定原因による死亡率に及ぼす影響は、年令別特殊死亡率が変らないものと假定することによつて大體の傾向は知ることができである。アメリカの場合一九二九—三一年の年令別特殊死亡率がそのまま行はれるものとし、出生率は緩慢な低下を示すものとして人口構成を行つたのがある。その結果は次の如くなる。

第三表 児童 老年人口の變遷

	百分率		人口數	
	一九三〇年	一九八〇年	一九三〇年	一九八〇年
一五才以下	二九・四%	二一・二%	三六一〇万	三〇三〇万
六五才以上	五・四%	一一・一%	六六〇万	一五九〇万

即ち児童人口は百分比において二九・四%から二一・二%に減少し、人口數は五八〇万人の減少即ち一六%の減少であるのに比して、老年人口は百分比において五・四%から一一・一%と倍以上となり、人口數においては六六〇万から一五九〇万へと四倍以上の激増を示している。

一九三〇—三一年の特定死因に対する年令別特殊死亡率を一九八〇年の推計人口に適用してみると、一九三五年を一〇〇とすれば、心臓病が最も高く一九二%、原毒症が一八七%、癌一八〇%と増加している。その次に増加率の高いのは肺炎、結核、盲腸炎となつてゐる。

以上の如き疾病による死亡数は、人口の老令化と共に増加する傾向は顕著である。

児童人口特に五才以下の児童数の変化即ち減少は、一九三五年と一九八〇年の間における児童の主要な伝染病による死亡の著しい減少に反映している。また結核は青年の初期に高水準に達するのであるが、青年の減少はよって結核による死亡率は減少することとなるが、この減少は老令者増加に伴う死亡の増加によつて相殺されることとなるであろう。

死因全部についてみるとこの期間の老令化によつて死亡数は六一%の増加をもたらすこととなる。しかしこれを粗死亡率に直してみるとこの変化は一九三五年における一〇〇〇についての一から一九八〇年における一〇〇〇に対して一七に増加しただけを示すものである。しかし、現在の年令別特殊死亡率がある程度低下すると推計することから合理的である限りにおいてこのような粗死亡率の著しい上昇が生ずるとは思はれない。

いづれにしても人口の老令化は、老令人口の特徴的な死因である心臓病、尿毒症、癌、脳溢血等による死亡比率を著しく高め、全般の死亡率の増加をもたらすことは、たとえ医学、衛生の進歩発達による死亡率の減少を考慮に入れても、避け難いであろう。

## 第二章 疾病の頻度、労働不能率に及ぼす影響

人口構造の变化例えば人口の老令化が死亡率にどのような変化を與へるかを觀察したが、それでは次に社会保健施設特に医療、公衆衛生に重大な關係を有する疾病、労働不能の発生率にどのような影響を與へるかを考察してみよう。

人口の老令化が疾病の増加率に及ぼす影響は死亡率に比較して比較的低いものと思はれる。疾病率も死亡率と同様高年令において上昇傾向を示すのであるが、疾病と死亡の発生において年令の差異特に老令以前において著しい変化がある。死亡率は幼年時代は特に第一年においてのみ高いのであるが、疾病の頻度は十歳迄を通じて高水準にある。疾病の発生率は幼年期の後期ならびに少年期において急激に低下するが、この時期の死亡率に比較すると疾病頻度水準は比較的高い。青年期においては疾病と死亡の発生率は著しい差異を示す。即ち疾病の年令曲線は第三のピークを示すがこれに反して死亡率はいせんとして比較的低下水準にある。しかし一〇才から十四才における最低率から緩慢ながら上昇を示す。従つて中年、老年を除いて人口構造の変化は將來における疾病の発生に著しい影響を及ぼすこととみるであらう。

他方において平均疾病継続期間は、死亡率と同様年令の進むに従い累進的に増加する限りにおいて、人口の老令化は疾病による労働不能日数をかなり増加せしめることとなるであらう。幼年期、青年初期の疾病頻度は高いがその疾病の継続期間は短いのが特色である。従つて中年老年期においては慢性疾患の頻度が増加すると共に労働不能率が上昇するが、それ以前の時期においては労働不能率は比較的低下水準にある。

人口の年令構成の変化が将来における疾病の頻度ならびに労働不能率に及ぼす影響を推計すべき資料としては、一九三五年—一九三六年の *The United States Public Health Service* が行った *The National Health Survey* の記録がある。この調査においては人口一〇万以上の都市の一、五八一、五七七人の白人について戸別調査が行はれた。記録された疾病は調査期日前十

三ヶ月間において最低記録は七日間以上労働不能をもたらした疾病に限られた。この調査で注意を要する点は、庶計記録において結核、精神的疾患等は欠漏、癩、梅毒等は戸別訪問調査に伴う諸制限のために不完全であるということである。結核療養所や精神病院に入院している者については報告が家族名簿に含ましめなかつたり、また精神病患者の如きは極めて長期にわたつて入院しているため家族の身分を持たない場合等があるからである。また癩や梅毒の診断が不正確であつたり、報告を避けたりすることも充分考へられる。従つて以上の如き諸理由に基いて疾病が過少に記録されてゐることはたしかであつて、後に述べる「医療費委員会」(The Committee on the Costs of Medical Care)の行った家族調査においてもこのことが看取されるのである。

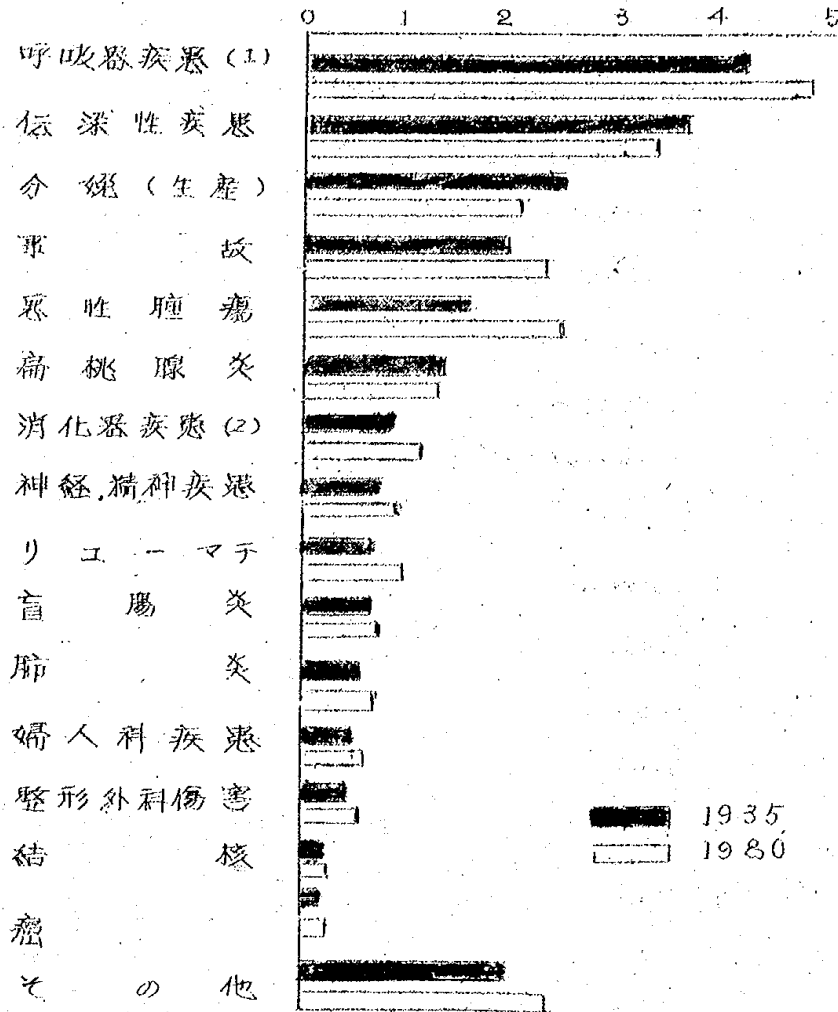
以下における論述はすべて前記「国民保健調査」と「医療費委員会」調査に基いてゐる。この調査における結果を吟味するにあつて疾病発生率における変化と疾病に基く労働不能日数の変化とに分類して考察してみよう。一九三五年と一九八〇年における両者の変化を圖示すれば次の如くである。

本調査における原因別疾病の頻度率と労働不能率についての年令別変化についての結果については附表第一表参照。

(1) 労働不能疾病発生率における変動

疾病の種類については特徴的な代表的な範疇にわけて分類されてゐるが、この特定原因に基く労働不能疾病数が総人口の増加率と同率で増加するものとすれば一三%の増加が一九三五年と一九八〇年の間にみられるわけであるが、事實はさうではない。年令構造の変化が明瞭に表現され

労働不能疾病数 (100万単位)



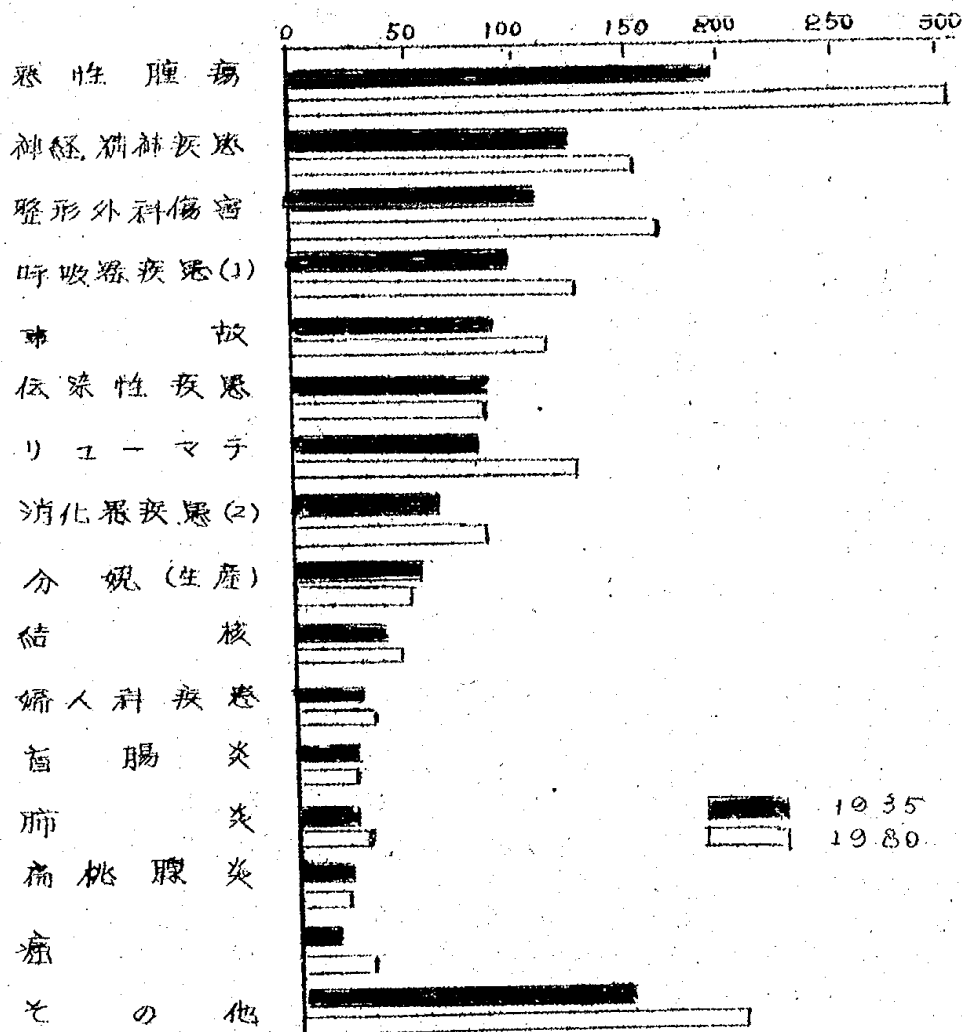
- (1) 扁桃腺炎、肺炎、呼吸器結核を除く
- (2) 盲腸炎を除く

備考

本表は1935年と1980年に於けるアメリカにおいて十二ヶ月間における労働不能疾病と労働不能日数を原因別に示したもので、1935-36年の「国民保健調査」の10万以上の都市において調査された頻度と労働不能率を基礎に推計されたものである。



労働不能日数 (100万単位)



- (1) 扁桃腺炎、肺炎、呼吸器結核を除く  
 (2) 盲腸炎を除く

てくる。その変動状態をみると一九三五年に比較して著増するものと、変動しないものと減少するものとの三種類に分けることができる。

(4) 疾病発生数の着増するもの

癌の増加率五六%、悪性腫瘍五一%、リウマチ四一%、神経ならびに精神疾患ニ三%となつてゐる。ただここで注意すべきことは神経、精神疾患が事実よりはるかに少いであろうという点である。老令化が神経、精神疾患の発生に及ぼす影響は、精神異常患者を完全に捕捉すれば更に増加するであろう。しかし、ここで使用されているこの状況を範囲をもつ神経、精神疾患に含まれる疾病のうち僅か九%のみがこの原因によるものと推計されてゐるのであつて常に過少推計になることは家族調査の技術的缺陷である。しかしいづれにしても前記疾患が大体中年・老年期に特徴的な疾患であることからして、人口老令化の著しい結果を如実に示してゐるものといえよう。

(5) 疾病発生数において増減なきもの

人口の年令構造変化の疾病の増減をもたらしさないものは呼吸器系統の疾患（肺炎、扁桃腺炎、肺結核を除く）による疾病である。

(6) 疾病発生数の減少するもの

伝染性疾患（ここで使用された分類においては主として幼年期のもの）、扁桃腺炎、分岐に伴う労働不能等による疾病数は一九八〇年においては一九三五年よりも減少している。これは出生と児童人口の減少に基くものであることは疑いなきところである。

尚ここでは主産 (Live Birth) を除いてすべてその他のものはそれぞれ年令別特殊率を一九三五年、一九八〇年の推計人口に適用したものであるが、主産の分産数については一九三五年においては現実の登録数を基礎とし更に過少登録を考慮に入れて増加推計されている。分産に基く労働不能日数は *The National Health Survey* における大都市調査の平均継続日数から推計された。一九八〇年においては分産による労働不能件数と労働不能日数は一九八〇年人口構成における出生率の低下に従つて減少している。

以上によつて疾病数の変動における特徴を要約するとある疾病原因は人口の老令化の影響を受けやすいこと、中年、老年の特徴的な慢性疾患に基く疾病の増加比率は極めて大であるが発生の絶対数が低いとの現実の増加数は小であるということである。その結果として労働を不能ならしめる疾病の総数は、人口増加から予想される数以上には増加しない。換言すればせいぜい総人口の増加率の程度に労働不能疾病数を発生せしめることが判明する。疾病数から觀察すればこのように人口増加と併行的であるにすぎないが、この疾病に基く労働不能日数の点からみるとその結果は全く異なるものとなる。

(三) 労働不能日数における変動

上述の如き範疇の疾病による労働不能総日数は前項の疾病発生数とは異なり人口年令構成の変化の結果として、著しく増加することが見出される。即ち總人口の増加が二三%であるのに對して、労働不能日数の合計の増加率は三六%となつてゐる。前掲図にみられる如く各疾患とも伝染性疾患と分産を除いて全部増大してゐる。特に増加率の大なるものは慢性腫瘍、リウマチ、浦

光緒疾慮、強、整形外科等、中年・老年に關係の深い疾慮が占めてゐる。

人口の老令化が疾病數と疾病に基く勞働不能日數に及ぼす影響がこのように著しい相違を示しているのは前述せしところによつて窺知しうるようによ、老令層に特徴的を慢性の癩疾と重態とを疾病持続期間で測定した場合の地位の變化によるものである。即ちこのような疾慮は他の疾慮に比して著しく永い勞働不能日數をもたらず。その結果人口の老令化は勞働不能日數の減少をみるに相對的にも總計的にも高率の増加を招来するものだろう。従つて少青年期特有の疾慮は癩疾が高くても疾病期間は短縮であるため、少青年期の勞働不能日數が減少しても、老令層における慢性疾慮による増大せる勞働不能日數の輕減には大して寄與しえないであろう。

第三章 老令層 - サージイスに及ぼす影響

人口老令化が疾病予防や患者の老令層処置にいかなる影響を及ぼすかは、將來の人口動向に關係して重要な心事であるのみならず、社会保障政策上考慮を加ふるを要する重要向題の一である。問題を具體的に表現すれば、(1)老令化人口は、商業區ならびに病院が行うサージイスほどの程度の影響を與へるか？ (2)患者に對する看護婦の看護サージイスに及ぼす影響はか？ (3)保健行政機關ならびに私的・公的看護機關の行う現行予防サージイス制度の改善、改組の必要はか？ 等である。

患者看護サージイスに關係する動向を、國民保健調査に於ける三十一の大都市の白人調査結果について觀察してみよう。これについては附表第二表から第五表に集計されてゐるが、これは診斷

別年令別にそれだけの範疇の労働不能疾病が分類されている。ここで附表第三表の資料について註記しておく必要がある。これは前にも触れた如く、「國民保健調査」においては結核ならびに神経・精神疾患の統計が不完全であるという点である。その結果これらの患者の医療・看護についての調査記録は、行はれぬサーveysの頻度とこれらの患者の発生数の過少を示している。このことは特に結核ならびに精神疾患患者の入院回数において著しい。このような理由で結核・神経・精神疾患の治療のため入院させる患者についての記録は今後の論議の算定から除外された。従つて以下に使用される「入院患者総数」は患者入院総日数は附表第三表の数字とは異なり、結核患者、精神疾患患者を除く総患者を示す。

医療・看護サーveysや病院施設は老年化人口が及ぼす一般的影响については、各範疇の患者の分布とそれに対応するサーveysを比較することによつて推測しうるであろう。伝染病、肺結核、胃腸炎、分枝等は特に幼少年、青年期において頻度が高く老壯年期においては比較的頻度が低い。癌、慢性腹腸、消化器系疾患（盲腸炎を除く）、この分類では主として慢性的なもの、リウマチ、整形外科的傷害は中年、老年患者の重要疾病原因であつて、若い患者には比較的頻度の低い疾病である。この調査においては患者数についてみると、若い年令において高頻度を特徴とする種類の疾病の患者数は、医療・看護のいづれにおいても、中年、老年の慢性的疾患の患者数よりも多い。

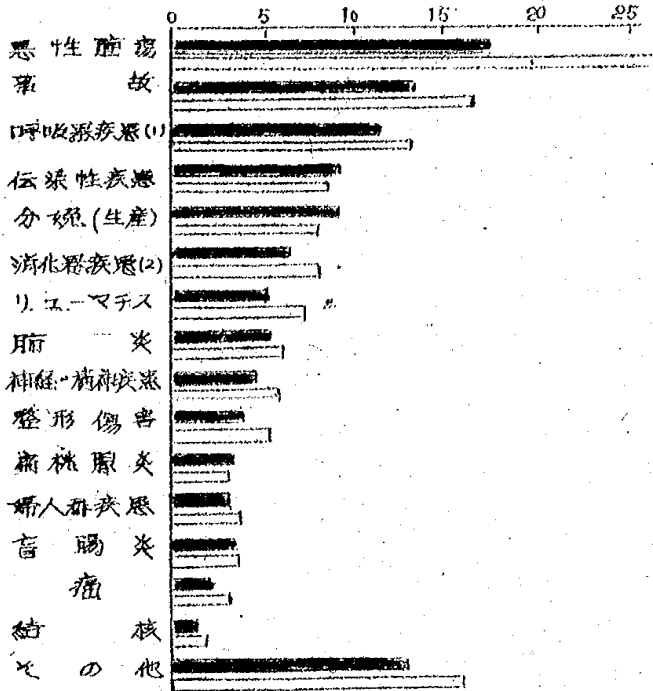
ところが、医療ならびに看護のサーveysの量についてみると、この老・若の二範疇の患者群の相對的地位は逆転している。即ちまづ若い人々に頻度の高い伝染病、肺結核、分枝等についてみよう。

伝染病においては開業医の治療を受けし患者總数の一四・二%、サービスの利用においては僅かに七・八%、扁桃腺炎においては病院患者總數へ結核ならびに精神・神経患者を除く一・一・八%であるが病院における總治療日數の僅か一・六%、死産を除く生産のみの入院分娩者は全病院患者の二〇・八%であるが、全病院患者の治療日數の僅か一三・四%となつており、治療日數はサービスの量は患者數に比較して、それぞれの全体に対する比率において極めて低水準にある。しかるに老年層に特徴的な疾患においては全く逆の関係にある。即ち慢性腫瘍の患者數は宅診、往診、診療所の總患者數の僅か〇・九%であるのに對してこの範囲のサービスの總量の一六・四%を利用している。またその程度の疾患の患者數は全病院患者數の七・六%派出看護婦の看護を受けし患者總數の一三・四%を占めてゐるのに對して、これに對應するサービスの量は僅かそれだけ全体の一三・一%、二三・〇%を占めてゐる。その他産・リウマチ・整形外科的傷害或は消化器系統の慢性疾患の患者のうけし治療ならびに看護サービスの量も同様に著しく不均衡に大きき割合を占めてゐる。

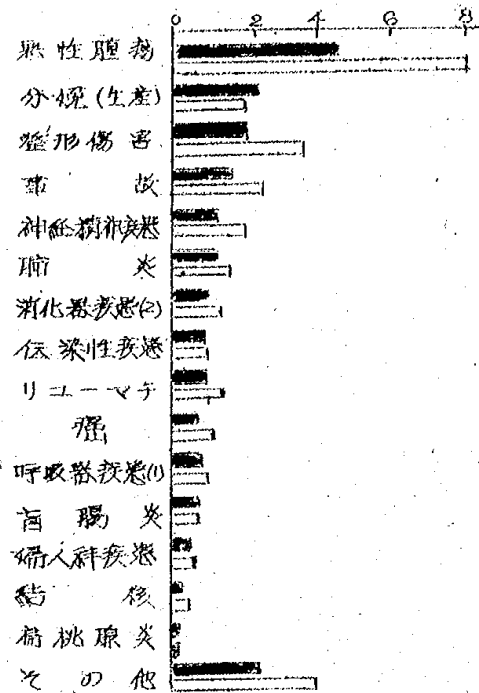
以上の傾向によつて我々は次の如く要約しようである。人口の老令化によつて開業医、總合病院、派出看護婦の供給するサービス數は患者數に比較して相對的に著しく大となる傾向を生ずる。かかる傾向の結果として、換言すれば法令構成変化の間接的結果として、患者に對する治療、サービス等の必要量を決定するとより多くの医師、派出看護婦、總合病院の病床を必要とする。此に中年・老年の特徴的な慢性疾患患者に對するサービスの必要量は増大することとなるであらう。人口の老令構成の変化が一五八〇年における労働不能疾病の重要原因についての医療、看護サー

心ス以及ほす影響に ついての推計は次図の如くである。

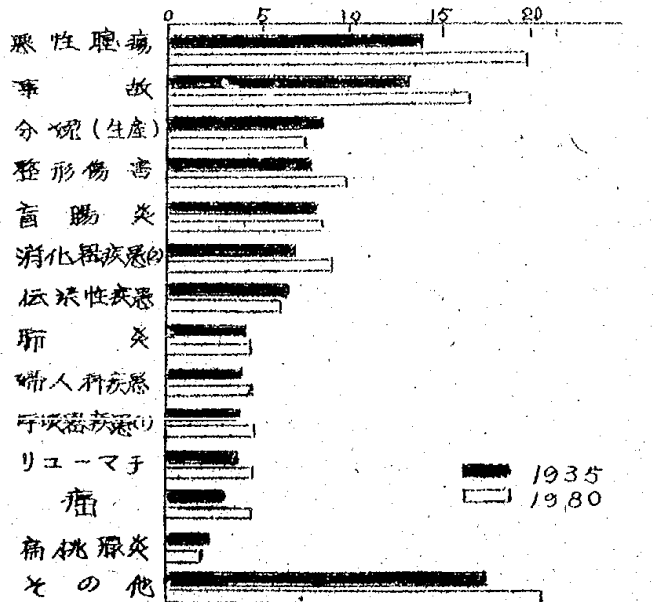
医師サービス数 (百万単位)



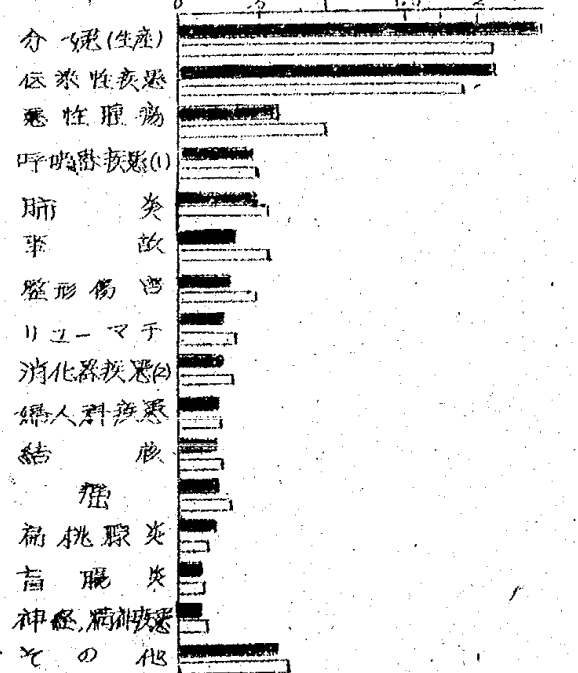
派出看護婦  
看護日数(百万単位)



入院日数 (百万単位)



訪問保健婦  
病床看護日数(百万単位)



五七

(1) 扁桃腺炎肺炎呼吸器系統結核を除く  
 (2) 盲腸炎を除く  
 (3) 結核、神経、精神疾患を除く

一九三五年と一九八〇年の間における変化の方向即ち一定の疾患についての患者に対するサービス  
 の増減は、年令構成の変化が疾病と死亡の將來的強度に及ぼす影響について前に考察した形態と  
 類似的である。慢性腫瘍に対する医療・看護サービスは老令化要因のみの結果として著しく増加し  
 来た癌、リニーマチ、消化器系統の慢性疾患の患者に対するサービスも一般的に同様な傾向を示す。  
 サービスの年令別特殊強度率を考慮に入れて一九八〇年に必要とするサービスの量について推計さ  
 れた数字は次の如くなつてゐる。

前記四種の疾患に含まれた慢性病患者は、人口増加の反りに見込まれるサービスの増加量以外に  
 同業医の診察一〇七〇万回、病院患者日数六八〇万日、派出看護婦による看護四〇〇万日のサービ  
 スを必要とする。このような慢性疾患の老令患者に対する医療・看護サービスの増加は、サービ  
 スの種類に従つて多少異なるが、若い患者の減少によつて相殺されるであろう。

次に急性伝染性疾患、扁桃腺炎、盲腸炎患者や分娩患者は人口増加のみを考慮に入れて推計する  
 と合計約二七〇万回の間業医の診察を必要とすることになるが、しかし人口の年令構成を考慮に  
 入れるとその数は四四〇万回に少くなる。またこれらの患者の病院治療日数も一九八〇年には三九〇万  
 日減少するであろう。

人口の変動が、結核や精神疾患患者の治療に必要な施設に及ぼす影響については「国民保健調査」  
 においては絶対数において不完全ではあるが、これらの施設における相対的な動向については、調  
 査資料によつてかなり充分に表現されている。一九三五年と一九八〇年の間に、結核患者の入院日  
 数は、人口の年令構成の変化の結果一〇%増加するが、他方においてこの増加は總人口の増加を基



破とすれば一二%となる。従つて年令構成のこのような変化は結核患者の治療に必要な特殊病院施設を多少減少せしめる傾向があるといえるであろう。しかるに神経、精神疾患患者の入院日数は人口増の結果としてこの期間に二一%の増加を示している。しかし、「国民保健調査」の経験においては、精神異常者の入院日数は一般人口におけるよりも比較的比率を示している以上、実際には以上の数字よりかなり上廻るものとみななければならぬ。ドーン氏 (Harold H. Dorn) の推計によると一九六〇年において始め入院した者の数は一九三〇年の約二倍になつてゐる。

註 Dorn, Harold H.: *The Incidence and Future Expectancy of Mental Disease*.  
U. S. Government Printing Office, Washington, Public Health Reports,

November 11, 1938. (The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XVII,

No. 3 and 4, July and October, 1940 p. 76 参照)

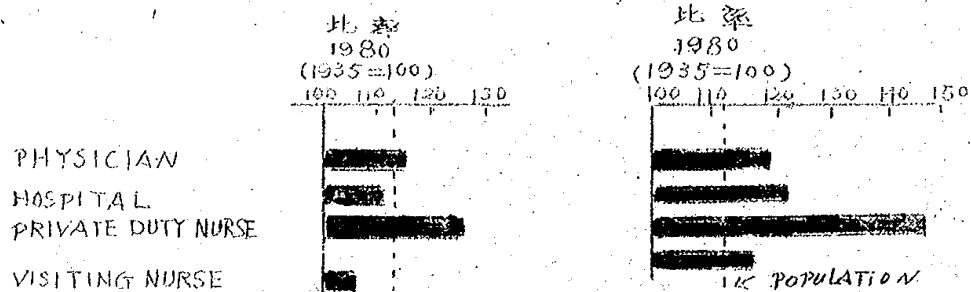
次に医療機関別にその患者負担額ならびにサービスの負担状況を觀察してみよう。前にも述べた如く人口の年令構成の変化が、開業医、病院、看護婦の負担量に及ぼす影響は、中年・老年患者の増加と若い年令層における患者の減少との複合的結果として測定される。「国民保健調査」と「医療費調査委員会」(The Committee on the Costs of Medical Care)一九二九—一九三一年の調査との両者の結果における医療、看護ならびにそれに対するサービスについての患者の年令別特殊病院に基いて行われたい推計を示すと次表の如くである。

○ 機関別患者・サービス比率の変化

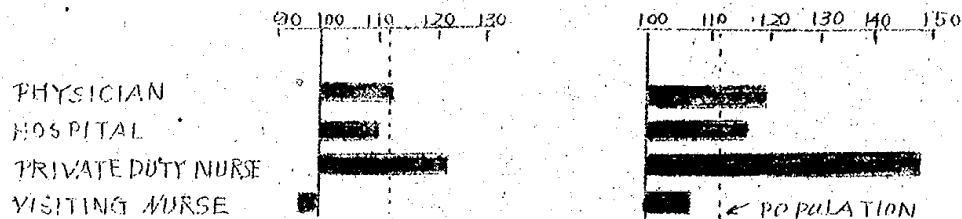
( A 表 )

患者

サービス



( B 表 )



(一) A表は「医療コスト委員会」(Committee on the Costs of Medical Care)の調査、B表は「国民保健調査」(National Health Survey)である。

(二) 比率は一九三五年を一〇〇とする一九八〇年のものと、点線は一九八〇年における総人口の増加率の線を示す。

(三) 一九八〇年における十二ヶ月間の医療ならびに看護及びこれに対応するサービスを受ける患者数の一九三五年に対する比率は一九三九—三一年の「医療コスト委員会」と「国民保健調査」の結果に基づいて推計されたものである。病院患者(ならびにサービス)には結核ならびに神経、精神疾患による入院患者を含まない。患者のそれぞれの範疇の定義については附表第六表、第七表参照。

前掲表の比率は、「国民保健調査」(附表第六表)と「医療コスト委員会」の調査(附表第七表)の両者の結果によるそれぞれの医療看護の範疇に属する患者の年令別特殊頻度を基礎にして作製されたものである。この両者の調査の比較は、あらゆる種類の疾病の医療サービスに対して人口構成の変動がどのような影響を與へるかの指標として極めて興味深いものがある。

この両調査で相違する重要な点は、次の二点である。即ち第一は「国民保健調査」においては十二ヶ月間において最低七日間継続して労働不能となつた疾病についてのサービスのみを記録しているのに対して、「医療費調査委員会」の調査においては労働不能のいかにかかはらずすべての疾病

はついでに医療サービスを調査したことである。これは前者が健康を中心としその調査であるのに  
対して、後者が医療費の調査であるという目的上の相違からして生じた結果であろう。第二は「国  
民保健調査」対象が一〇万以上の都市の家族のみであるのに対し「医療費調査委員会」は大都市  
小都市、農村の家族調査を行ったことである。調査対象がこのような異なることは、全国的推計を  
行う場合統計上誤差を大ならしめる危険がある。殊に前者においては一〇万以上の都市のみである  
ため、その偏差はより大なるものと思はれる。前記図表において、入院患者数及び入院患者の入院  
日数の推計において、総核・神経精神疾患を唯一また主たる原因とする入院患者はいづれの調査か  
らも除外されてあることを注意すべきである。

前記図表理解上注意すべき統計上の考慮点をのべておこう。第一はこれらの調査における各種の  
医療・看護ならびにサービスを受ける患者の年命別特殊頻度、分娩を除くすべての患者について  
一九八〇年においても同率であるものと推定されてある。第二は分娩に関するものであるが、一九  
五五年のアメリカにおける生産の分娩総数は過半数を考慮して、報告された生産数よりも多く推  
計されている。入院せる場合を除いてその他の範疇については出産時の助産の種類別の分娩の分布  
と医師・看護婦のサービスは(一)「国民保健調査」の大都市の経験と(二)「医療費調査委員会」の調査  
を基礎として推計された。病院における生産の分娩数は国勢調査局の資料により、これらの患者の  
入院日数は「医療費調査委員会」調査における平均入院期間を基礎として算定されている。だから  
これらの調査の結果に基いて推計において、入院して分娩せる者の数とこれらの患者の入院日数は  
対応しているが、その他の範疇の分娩数とそれに対応するサービス量はその調査によつて相異を生

ぶる。それぞれの範疇の分娩数とそれのサービスは、それぞれの全体の中で占める比率は一九八〇年においても一五三五年と同率であると仮定されているが、一九八〇年においてはこれらの患者の分娩とサービスの絶対数は、一九八〇年人口推計における出生率の低下によつて減少している。

(1) 開業医ならびに総合病院の患者負担は、一九三五年と一九八〇年の間における人口年令構成の変化によつて若干の影響を受けない。その理由は中年・老年の患者増加分は若い年令層の患者の減少によつて均衡がとれるからである。特に病院患者―結核、精神病患者を除く―においては人口増加率から当然予期される数よりも減少している。

(2) 開業医・病院のサービスの増加

前述の如く開業医・病院の患者負担は人口増加率以上に著しい増加を示していない、及つて病院負担においては減少しているのに對して両者におけるサービス負担はひなりの著しい増加を示している。即ち開業医のサービスの増加は人口増加率よりも八%乃至一%大(「医療費調査委員会」の調査においては八%、「国民健康調査」においては一%)となり、病院治療日数においては「国民健康調査」の場合は七%、「医療費調査委員会」の場合は一二%に達する増加を示している。

以上によつて我々は、老令患者の増加による開業医サービスならびに病院治療日数の増加の結果開業医と病院の患者負担は増大することは明らかである。従つて現行水準の医療を維持するだけでなく医療要員や病院施設の拡充を必要とするであらう。

(3) 人口の老化が顯著数においてモサービス量のいづれにおいても極めて顯著な影響を示すのは、派出看護婦の分野においてである。両調査ともこの事実を明確に示している。

(4) 前項に對して全く反對の傾向を示すものは訪問看護婦の場合であつて、大体において人口増加率よりも低率を増加を示している。従つて「医療費調査委員会」の調査においてサービスが人口増加率以上の増加を示し、「國民保健調査」の顯著数においては一九三五年よりも減少している。これは両調査における調査技術上ならびに調査対象の相異に基くものであると想はれるが、一般的な傾向として人口増加率よりもかなり低率の増加を示すものであることは結論しうるであらう。

#### 第四章 保健機関の活動サービスに及ぼす影響

保健行政機關や民間保健機関の活動において、中率・老年の保健指導、監督の反めに指向されていゝ割合は比較的雜多である。これは公衆衛生活動そのものが予防衛生に伝統的に限定されていゝこととの当然の結果である。それは人口の年令構成の變化が公衆衛生や医療サービスに與する組織的・保健機関の活動に及ぼす影響を與へるであらうか。一方においては老年人口の増大は病院の治療回數ならびに医療サービスを増加せしめ、他方において若令人口の減少は組織保健機関活動の重點的対象となつていゝ予防サービス活動の減少をもたらすであらう。結果対策活動の如きはこの傾向に屬するものである。従つて保健機関の活動は従来の比較的若い年令層を主対象とする予防衛生活動と共に中年以降の特徴的な肺炎や癌対策活動に對しても従来以上に活発化しうる判断と余力



をもち、主として予防面に活動が制限されている。従つて治療面における主体的責任は、社会的にみて個人所得にあるといわねばならない。治療における主たる決定的要因は社会にあるのではなく個人の所得にある。しかし現実においては人口の大部分は老年層においては適切な医療を受けるに足るだけの個人所得を得ていないことは一概に認められているところである。

(3) 公共資金による予防、医療サービスの拡充

以上の如き個人所得をもつて充分医療を受けえない階級に対しては、公共資金をもつてこの解決を計ることが必要である。予防サービスの面においても、治療サービスの面においても公共資金の活用によつて、拡充を計り、この社会問題の解決に資せねばならない。これをそのままに社会保障の担うべき任務であらう。

最後に技術的等問題であるが、以上の如き状況は問題解決の重要な方途は、中年、老年の慢性的疾患の原因の確定と対策の拡充であることをあげねばならない。そのため(1)これら疾患対策を効果的にならしめるには、例へば療の如き著しい例であるが、原因についての病理学的説明が必要である。(2)現行の診断・治療方法の再検討と慢性的疾患の早期対策のための新方法の探求。(3)公衆衛生対策の進展が必要であらう。

癌対策は現代医学の最大の攻撃目標の一つであるが、これが治療はごく早期に発見して患部を外科手術で除去する以外には方法はない状態であつて、病因も従つて根治法も未だ見出されていない。一九四七年におけるアメリカの死因統計によつて、またも癌及び悪性腫瘍は人口十万人につき一三二二人で第二位を占めてゐる。日本においては結核、脳卒中、腸潰瘍、下痢腸炎について第四位を占めて



いるが、前三者のいづれもが近年著しく死亡率が低下しているのに対し、癌及び慢性腫瘍は並に上昇している。いかに病理学的研究の必要であることを示しているものといへよう。

附表

第一表 労働不能疾病の頻度と労働不能率

診断別	1000人につき労働不能疾病					1000人につき労働不能日数				
	全年令	一五以下	一五―三四	三五―四四	四五以上	全年令	一五以下	一五―三四	三五―四四	四五以上
金原因	一六〇・三	三一一・七	一一六・二	一四一・五	二六一・六	九五〇・八	五八四・三	五〇五・三	一〇、〇三三	三四〇・七八
伝染性疾患	二五・五	九三・四	八・〇	三・六	二・〇	六三四	三二四・六	二〇・八	一五七	一三四
扁桃腺炎	一〇・〇	五五・七	八・二	四・六	・八三	一三七	三三七	一一五	七三	二六
肺炎	四・三	七五	三・二	三・二	八・四	一七一	二七六	七九	一三六	三四三
その他呼吸器系統疾患	五三・八	四〇・七	三四・〇	三二・二	四三・九	七八〇	六四三	四三七	八三八	一九〇・一
盲腸炎	五・〇	三八	一〇・〇	四・二	・八八	一九六	一三五	三六五	一八六	五九
その他消化器系統疾患	七・〇	三三	三・九	九・〇	一七・〇	五一八	九四	一四四	七〇七	一、七〇〇

出生・生産	一三・四	・〇二	二五・一	一六・九	一	三一	四	五七	三九五	一
その他分娩及び婦人科	三・五	・一〇	三・六	五・三	・五五	二二七	八	一六五	三六〇	八一
産	一・〇	・〇二九	・〇三六	一・二	六・二	一四三	二	六	一七〇	九一九
リウマチ	五・三	一・二	一・四	六・八	二・三	六六五	八一	一一	七六一	三九四八
悪性腫瘍	一・二・八	三・五	三・一	一三・四	七七八	一五七三	千四三	三二〇	一六〇〇	〇八七五
結核	一・三	・四八	一・五	一・六	・八七	三一八	九一	三四五	四三三	三〇〇
神経・精神疾患	五・四	二・六	四・〇	六・六	九・三	二〇三四	四四四	八三三	三七七	一九一三
外科的傷害	三・九	一・二	一・五	三・九	一四・五	八七九	二八六	三三九	八七三	五〇一三
事故	一五・〇	一〇・八	一三・四	一六・五	二七・〇	三三五	三五四	四九四	八五五	一九六九
その他	一五・一	一七・三	八・三	一四・六	三一・〇	一一六	七三三	四九五	一三一八	四九九九

第二表 医師の患者数別 サービス又別労働不能疾病の頻度

診断別	一〇〇〇人以上村医師患者数				一〇〇〇人以上村医師のサービス					
	全年令	一五以下	一五―三四	三五―六四	全年令	一五以下	一五―三四	三五―六四	六五以上	
全原因	一一三・九	一四四・三	七九・六	一〇三・二	一九五・九	八五〇・三	六三三・九	五〇八・四	九三七・四	三二四九・三

松	糸	性	疾	患	一六・二	五八・四	五〇	二・七	一・六	六六・二	二〇三・六	三七一	二三・一	一六・六
痛	桃	腺	炎	七・八	二〇・〇	六・二	三・七	・六	二・三〇	五〇・三	一九・三	一四・二	二九	
脚	炎	三・八	六・六	一・八	二・八	七・五	三・八	五九・一	一七・一	三二・四	八〇・三			
受の他呼吸器系統疾患	一九・五	二四・四	一三・二	一八・六	二六・七	八九・九	八二・八	五六・五	一七・一	九三・九	一五二・六			
盲腸炎	四・四	三・四	八・六	三・八	七・二	二三・〇	一四・三	四〇・八	二二・〇					
その他消化器系統疾患	五・八	二・五	二・三	七・五	一四・〇	五二・五	一〇・九	一七・四	七四・一	七四・一	一三四・三			
出生—生産	八・六	〇・五	一五・八	一〇・八	一	四九・三	〇・八	九一・六	九一・六	六三・四				
その他分娩及び婦人科疾患	二・九	〇・八	三・〇	四・四	六・三	二四・六	九二	三三・七	三七・六	四・七				
療	八・三	〇・二	〇・元	九・九	五・四	一五・二	一六	五・四	一九・二	八七・三				
リ—マ	三・八	一・〇	一・三	四・九	一四・〇	四三・二	一〇・三	一一・一	五六・八	一五一・七				
悪性腫瘍	一〇・九	二・八	三・五	一一・三	六六・八	一三九・七	二五・〇	三四・七	一五一・六	八七・〇				
結核	八・四	・三	・九	一・一	・六	一〇・五	二・八	一〇・七	一三・九	一〇・七				
神経・精神疾患	三・三	一・七	三・一	四・一	六・二	三六・二	一一・二	二一・六	四七・九	七三・〇				
整形外科傷害	一・七	七・六	・七	一・七	七・九	二九・四	一〇・九	一一・四	三四・六	一一四・四				
事故	一一・九	八・八	九・七	一三・一	二〇・八	一〇八・三	五六・八	八一・九	一三一・三	一八九・八				
その他	一一・八	一三・四	六・四	一一・七	三三・四	一〇三・〇	八三・八	五二・一	一一二・四	二五六・一				

第三表 入院患者と入院日数の頻度

診断別	全半令					一〇〇〇人につき入院患者数					一〇〇〇人につき入院日数				
	一五以下	一五―二四	二五―三四	三五―四四	四五以下	一五以下	一五―二四	二五―三四	三五―四四	四五以下	一五以下	一五―二四	二五―三四	三五―四四	四五以下
全原因	四九・三	四一・六	五一・九	五一・四	五二・二	一三六〇・七	七三九・六	一〇九九	一四七三・〇	一九三〇・〇					
伝染性疾患	一・八	四・七	一・三	・七一	・五六	四六・〇	一三五・八	五〇・七	二八・四	一八・二					
扁桃腺炎	五・五	一五・四	四・四	・一一	・二五	一三・三	三三・〇	一〇・三	六・七	一・四					
肺炎	一・五	七・七	・七三	・一一	・三三	三〇・一	五五・八	一四・八	三三・九	三八・一					
その他呼吸器系諸疾患	一・四	一・三	一・七	一・五	一・七	三九・三	二四・一	三三・九	三三・〇	三三・一					
盲腸炎	四・五	三・四	八・九	三・八	・六四	六一・九	四九・六	一一三・六	五七・〇	一三・九					
その他消化器系諸疾患	二・五	・七四	一・〇	三・六	四・一	五八・二	一四・六	二一・二	八五・一	一〇四・四					
出生・主産	九・七	・〇一五	一八・六	一・一一	一	一〇四・四	・一一九	一九五・七	一三一・四	一					
その他急慢性諸疾患	二・一	・〇三三	一・九	三・三	・四九	三一・四	・六五	二三・八	五〇・一	七・八					
癌	・六四	・〇一三	・〇三五	・八五	・三二	三二・八	・六五	一・四	三二・一	一三二・〇					
リウマチ	・七〇	・三三	・三六	・九〇	・一五	三九・七	一七・〇	一四・〇	三二・一	六三・五					
悪性腫瘍	三・六	一・五	一・三	四・〇	一五・六	一一〇・五	四九・〇	三三・七	一二三・八	五三・九					
結核	・八〇	・三六	一・一	・九五	・三六	一三九・四	六三・〇	二〇九・九	一六一・二	三二・〇					

神懸精神疾患	一・八	・九九	一・四	三・三	二・〇	二八〇・三	七八・〇	二四五・五	三九二・九	三〇三・四
整形外科傷害	・七四	・六六	・六五	・七〇	一・七	六二・六	五二・八	五七・六	五五・一	一七五・五
事故	五・六	四・二	五・二	五・九	九・三	一〇四・九	六一・九	八〇・一	一二六・三	五五六・〇
その他	六・四	五・四	三・五	七・六	八・六	一三六・一	一二二・五	七四・七	一五一・〇	二四五・八

第四表

派出看護婦看護を受ける労働不能疾病の頻度と看護日数

診断別	一〇〇〇人に付 派出看護婦患者数				一〇〇〇人に付 看護日数					
	全年令	一五以下	一五―二四	二五―六四	六五以上	全年令	一五以下	一五―二四	二五―六四	六五以上
金 瘰 因	五・四六	二・六〇	三・四〇	六・一五	一七・四三	一五六・四九	四八・六一	四五・〇三	一四七・三三	〇四六・九二
伝染性疾患	・三一	・八〇	・一四	・一五	・一五	六・四八	一五・六四	三・一三	三・六一	五・七〇
扁桃腺炎	・一一	・三七	・〇六	・〇九	・五六	・四二	・八七	・二八	・二七	・二八
肺炎	五・〇	・四七	・二五	・四六	一・七八	八・八〇	八・六一	三・一九	八・三六	三二・三三
その他呼吸器系統疾患	・三五	・三八	・一六	・三九	・九一	六・〇三	五・七三	二・五五	六・二八	一五・九〇
盲腸炎	・四四	・二五	・五九	・五一	・〇七九	四・八九	三・〇八	五・四四	五・八三	一・八七

その他消化器系並疾患者	・三二	・〇五四	・〇七八	・四三三	一・一〇〇	七・六九九	・七八	一・三〇〇	一〇・五五	二九・八一
出産・生産	一・〇五	・〇〇三	一・五四	一・四七	一	一・二・四八	・〇七五	一五・六三	一八・二八	一
その他急病及分娩科疾患	・二二	・〇〇三	一・一一	・三四	・一〇	三・二二	・〇〇八	一・八三	五・三二	一・三三
瘧疾	一四	・〇〇三	一	・二七	・八八	六・三九九	・一一	一	八・九六	二八・六一
リユーマチ	・一〇	・〇一三	・〇二	・二二	・五五	六・六〇	一・二二	・一七	七・九〇	三七・三五
悪性腫瘍	・七三	・〇六一	・〇五〇	・六〇	六・八七	三五・九二	一・一一	・九二	五四・七五	三九七・八五
結核	・〇〇	・〇〇五	・〇二五	・〇三三	・〇八	一・九〇	・一〇	・一九	一・六八	一六・九五
神経・精神疾患	・一三	・〇三三	・〇五三	・一六	・五四	九・四三	・八六	三・四〇	九・四三	六七・四一
整形外科他	・一〇	・〇三三	・〇三三	・八一	・八三	一五・四二	・八一	一・〇九	九・〇四	一八三・〇五
事故	・三六	・〇三三	・二七	・四二	一・五六	一・二・六四	五・〇七	四・一五	一・二・四〇	七三・三八
その他	・五九	・二五	・一三	・七五	一・九三	一八・一三	四・五四	二・七八	一四・六六	一五六・三四

第五表 訪問看護婦の看護による労働不能疾病頻度

診断別	全年令	一五以下	一五―三四	三五―四四	四五以上	全年令	一五以下	一五―三四	三五―四四	四五以上
	一〇〇〇人に付訪問看護婦の患者数	二九・五三	八・一〇	六・五三	七・七九	六四・三四	九三・七一	四六・七三	五二・四五	一〇八・九六
全原因	全年令	一五以下	一五―三四	三五―四四	四五以上	全年令	一五以下	一五―三四	三五―四四	四五以上
	一〇〇〇人に付訪問看護婦の患者数	二九・五三	八・一〇	六・五三	七・七九	六四・三四	九三・七一	四六・七三	五二・四五	一〇八・九六

伝染性疾患	五・四〇	二一・四二	九・八	三二	〇・七九	一四・九四	五七・四三	三・三四	一・四六	・一九
扁桃腺炎	・四八	一・六五	・三六	・八五	・〇二	一・三一	四・〇六	・七七	・四〇	・一〇
肺炎	・四一	・九七	・二五	・二四	・四六	三・七一	七・五九	・一九三	・四八	四・六二
その他呼吸器系統疾患	・九六	・三九	・四七	・五五	・五三	三・七六	七・九一	二・一四	・五七	二・六八
盲腸炎	・一五	・一六	・二六	・二二	・〇二	一・〇九	・七五	一・八五	一・〇八	・〇七
その他消化器系統疾患	・三二	・三三	・八八	・二五	・四七	二・〇八	一・〇八	・六一	二・六三	五・七五
出産・生産	・三九	+	四・五二	・八一	+	一三・五七	+	二五・三五	一七・一六	+
その他後述に婦科疾患	・三三	・〇二	・三三	・三三	・四五	一・八一	・二四	一・六〇	三・八三	・四〇
癌	・〇八	+	・〇七	・一〇	・四八	一・六九	+	・一一	二・三〇	八・九五
リユーマタ	・一五	・一一	・六二	・一七	・四九	二・一〇	・九八	・六七	二・四五	七・九〇
悪性腫瘍	・四五	・三八	・一四	・四一	・六三	五・三三	二・〇六	二・一〇	四・九六	三・七五
結核	・二五	・〇四	・三四	・三一	・一八	一・七五	・五〇	二・〇四	二・三六	一・二七
神経精神疾患	・一三	・一八	・一〇	・一一	・二二	一・〇二	・九六	・五七	一・一八	一・三五
整形外科傷害	・一一	・二三	・〇九	・八三	・五八	二・四〇	一・四〇	・七八	一・八八	一六・五五
事故	・三四	・四〇	・三三	・三〇	・八三	三・〇八	一・六七	一・一六	三・一六	一三・三一
その他	・六七	・五六	・三二	・三九	・八七	四・七〇	七・三一	一・八二	三・七六	一三・一四

備考(1) 第一表から第五表まではいづれも「國民保健調査」(一九三五—一九三六年)における

て一〇万以上の三一都申における白人一、五八一、五七七人について特別調査を行つた結果から分類したものである。

(2) 疾病は十二ヶ月間に引續き七日間以上労働不能となる場合をとる。

(3) 年令所得不明の者は除外す

(4) 診断の分類は、疾病の唯一の主たる原因を基礎について作製されたものである。玄義の診断群に含まれた疾病は次の如くである。

伝染性疾患——主として子供の伝染性疾患、麻疹・耳下腺炎・水痘・百日咳・猩紅熱・

デフテリア

その他の呼吸器系統疾患——インフルエンザ、感冒、気管支炎、肋膜炎、肺炎、喘息、

花粉熱その他扁桃腺炎、肺炎ならびに呼吸器の結核を除いたその他の呼吸器系統の疾患。

その他の消化器系統の疾患——消化不良、膽汁異常、下痢と腸炎、胃或は十二指腸潰瘍

膽嚢、膀胱或は肝臓の疾患その他の盲腸炎を除いた消化器系統の疾患。

その他分娩並びに婦人科疾患——人口妊娠中絶、流産、死産、妊娠併発症、卵巣、子宮

輸卵管嚢腫、女性生殖器の轉位と裂傷、骨盤炎傷疾患、その他淫や良性腫瘍を除く

女性生殖機関の分娩に關係なき疾患。

悪性腫瘍——糖尿病、膽益血やその他の疥癬、心臓病、動脈硬化症や高血圧その他の循環

系統の疾患（痔疾や靜脈怒張を除く）、腎臓炎やその他の生殖泌尿器系統の非性病



疾患（女性生殖器官の疾患を除く）

神経・精神疾患——精神異常者の一般的精神、神経衰弱、移動性運動失調症・テンカン

・コレラその他の神経系統の疾患、精神的缺陷。

(5)

入院疾病の計上の際しては、労働不能の継続期間についてはなんらの制限も設けられていない。入院疾病には次のものが含まれる(1)入院疾病或は傷害が労働不能の唯一の原因である場合 (2)複合原因に基いた疾病ではあるが、疾病の主たる乃至大いに関係のある原因に対して病院治療を受けた場合。

(6)

家庭看護及び病院における特殊の看護婦の看護を含む。

第六表

医療看護範疇別患者、サービス比率と

一九三五年 一九八〇年比較

開業医 <sup>(3)</sup>	医療範疇		全年令	サービス比率 <sup>(7)</sup>
	全年令			
	年	令		
一〇〇〇人につき患者並びにサービス	一五以下	一五—二四	一九三五年	一九八〇年
	二五—三四	三五—四四		
	四五以上			



するサービスは第一表、二表、四表、五表における年から推計されたものであるが、一九三五年の生産実数は過少登録を考慮して増加したものに（即ち、二四三四〇〇〇の生産）を推計の基礎とされている。一九三五年の入院分娩数は国勢調査局の発表した資料に據り、入院日数は「医療コスト委員会」の調査における平均継続期間を基礎として推計されている。各範疇における分娩の推計数とこれに対応するサービスは第二表から第五表までの表に示され、反率に同じ反比例で年令別に配分された。一九八〇年の人口推計における假設に従つて推計される一九八〇年の生産の分娩数二、一三三、〇〇〇と一九八〇年の推計の基礎として採用された。

(3) 患者数、医師数は診療所における医師の治療を含む。産前衛生指導の目的のための医学的診察記録は不完全であるため、調査資料の作成において除外す。

(4) 第三表に示されている総核と神経・精神疾患ならびにこれらの患者の病院サービスの頻度（第三表の如き）は病院患者ならびに治療日数に関する計算にはすべしは除外してある。

(5) 第五表備考(6)参照

(6) 病床看護のみを含む

(7) 一九三五年、一九八〇年のアメリカの推計年令分布に対し調節す。一九八〇年の推計は一九八〇年人口の推計において想定された出生の低下を考慮した調整率に基いてい  
る。これは本表における年令別特殊率の下に予想される調整率の低下を示すもので次の

如き比例になつてゐる（それぞれの際時における年令別特殊率の低下比率）。医師の患者ニ・ニ、サ一ビス一・六、病院患者三・〇、サ一ビス一・九、派出看護婦の患者五・六、サ一ビス二・〇、訪問看護婦患者五・三、サ一ビス五・八

第七表 医療・サ一ビスを受ける疾病の頻度 推計

医療範囲	全年令 (a)		年令調整率は基 く患者・サ一ビ スの推計数 (10)
	年	令	
医師 (3) 患者 サ一ビス 病歴 (4) 患者 サ一ビス 派出看護婦 (5)	五才以下	五才以下	すべてこの原因は対レ一〇〇〇人につき患者ならびにサ一ビス (9)
	五以下	五以下	
	五以下	五以下	
	五以下	五以下	
	五以下	五以下	
	五以下	五以下	
	五以下	五以下	
	五以下	五以下	
	五以下	五以下	
	五以下	五以下	
五以下	五以下	一九三五	
五以下	五以下	一九八〇	

診向保健婦(6)		診向保健婦(7)		病院(7)		醫師(7)		全(生)産の原(因)を(除)く	
患者	サービス	患者	サービス	患者	サービス	患者	サービス	患者	サービス
三三・四	二〇・七	一八・三	一〇・七	五〇・四	五〇・七	六二・三	三三・八	三三・四	二〇・七
一三八	一九一・九	一三・八	一九一・九	四八・六	一九一・九	九四九	四三・五	一五七	三三・八
一四〇	一一六・七	一四・〇	一一六・七	六一・三	一一六・七	六九八	三〇・一	一五七	一四〇
一一四	一一四・三	一一・四	一一四・三	四二・五	一一四・三	四七三	一一四	一一四	一一四
一三・一	六四・三	一一・五	六四・三	三九・〇	六四・三	四二〇	一一・五	一一・五	一三・一
二七・七	八三・五	一八・四	八三・五	五一・四	八三・五	四七五	一八・四	一八・四	二七・七
三七・九	一三二・八	一八・四	一三二・八	五六・〇	一三二・八	五八九	一八・四	一八・四	三七・九
三九・〇	一五七・四	二一・一	一五七・四	五一・一	一五七・四	五七三	二一・一	二一・一	三九・〇
二〇・六	二二八・六	二〇・六	二二八・六	四二・七	二二八・六	五六五	二〇・六	二〇・六	二〇・六
三一・二	一六七・七	三一・二	一六七・七	四〇・一	一六七・七	六〇一	三一・二	三一・二	三一・二
六九・二	五二〇・〇	六九・二	五二〇・〇	六六・一	五二〇・〇	七二七	六九・二	六九・二	六九・二
三三二・一	三〇一・〇	三三二・一	三〇一・〇		三〇一・〇		三三二・一	三三二・一	三三二・一
四〇八・七	三三三・六	四〇八・七	三三三・六		三三三・六		四〇八・七	四〇八・七	四〇八・七

備考 (1)

本表は調査人口における年令別の「医療・看護ならびに治療上・看護上のサービスを受ける疾病の推計頻度」と一九三五年と一九八〇年におけるアメリカの患者とサービスとの推計数を示したものである。尚これは一九二八—一九三一年の「医療費調査委員会」の調査における都市・農村の一三〇地域の白人三九一八五人の戸別調査を基礎としている。

(2) 本表の疾病は「国民保健調査」とは異つて、労働不能とならぬ疾病及び一日以上労働不能の疾病をも包含している。

(3) 患者の自宅 医師宅又は診療所における医師の治療ならびに病院の私的医師の治療を含む。産前衛生の指導目的のための医学的診察も含まれている。

(4) 結核及び神経・精神疾患の入院患者は除く。

(5) 自宅における治療及び病院における特殊看護治療を含む。

(6) 病床看護及び指導サービスを含む。

(7) 前記(3)より(6)まではこの場合にも適用される。但し定義上これらの率から除外されている生産に関する場合を除く。

(8) 年令不詳のものを多少含む。

(9) 「すべての原因（推計）」について示された年令別特殊率は「生産の分岐を除くすべての原因」に対する年令別特殊率と生産の分岐に関する推計年令別特殊率とを組合しなものである。これらの推計の一般的方法は第六表の備考にのべてある。しかし「医療費

調査委員会への調査における出生の記録が、開業医、派出看護婦、訪問保健婦の診察回数等の推計の基礎となつてゐる。一九三五年における入院分娩数は国勢調査局の発表せる資料によるものであり、これらの患者の入院日数は「医療コスト委員会」の調査における平均継続期間を基礎にして推計される。へ入院分娩のうち出生一人につき十二・一日各範疇の分娩の年令分布とそれに対応するサービスもまた委員会の調査結果に基いたものである。

一九三五年と一九八〇年におけるアメリカの推計年令分布に調整したものである。一九八〇年の推計は、一九八〇年人口推計における出生率の低下を考慮に入れた調整率に基いてゐる。それは本表に含まれてゐる年令別特殊率を基礎にして、その調整率の低下を意味する。それは次の如き比率となる（各範疇における年令別特殊率の低下率）。

一、 医師の患者 四〇、 サービス 七四、 病院の患者 一、 五、 サービス 一、 三、 派出看護婦の患者 二、 四、 サービス 一、 五、 訪問保健婦の患者 四、 三、 サービス 四、 〇。





人口問題研究所 既刊 研究資料目録

人口問題研究所

研究資料	題	発行年月
第一号	第一次育児費調査結果の概要	二一、七
第二号	食糧危機と産児制限	二一、七
第三号	特殊分類による女子職業別人口	二一、七
第四号	産児制限と社会主義	二一、七
第五号	公衆衛生に於ける戦後養成問題	二一、七
第六号	戦後農村人口の構成	二一、七
第七号	社会主義的人口理論の概観	二一、七
第八号	最近アメリカに於ける人類学的研究の動向とその概念についての概要	二一、七
第九号	将来(昭和三十一年)に於ける産業別人口の基準に関する研究(改訂版)	二一、七
第一〇号	リウマチン研究資料 其の一	二一、七
第一一号	戦後の農村過剰人口	二一、七
第一二号	世界人口問題に關する概論	二一、七
第一三号	シヌモンドーの人口論	二一、七

第一四号	昭和五年迄の推計人口の分析	二三	四
第一五号	我が国人口増殖力の近い将来	二三	九
第一六号	産児制限問題概観	二三	一〇
第一七号	産児制限の基礎理論	二三	六
第一八号	過剰人口論の史的展望その二	二三	四
第一九号	バーバラ・ワード植民地バランスシート論	二三	一〇
第二〇号	華僑列子女扶養費に就いて	二三	一〇
第二一号	産児制限実態調査結果の概観	二三	一〇
第二二号	アメリカ人口問題資料その一 国家資源調査局人口問題委員会報告	二三	四
第二三号	その二	二三	一
第二四号	その三	二三	一
第二五号	その四	二三	九
第二六号	その五	二三	一
第二七号	その六	二三	一
第二八号	リスト生産力の理論における人口思想	二三	六
第二九号	フエッチャイルドの移民無効論について	二三	一

機関紙六巻第...号



研究資料	題 目	発行年月
第四七号	<p>— 岡山県児島郡藤田村における養村人口収容力調査 結果の中間報告 —</p>	三四、八
第四八号	<p>本邦における精神病の統計 — 抄録集</p>	三五、八
第四九号	<p>イギリス人口委員報告書 (その一)</p>	水 刊
第五〇号	<p>(その二)</p>	”
第五一号	<p>(その三)</p>	”
第五二号	<p>(その四) — 第四部要約及び總括的結論 —</p>	三四、九
第五三号	<p>(その五) — 附録三 再生産力の測定 —</p>	三四、一〇
第五四号	<p>純養村及養村における産兒制限の実態に関する一資料</p>	三四、九
第五五号	<p>— 宮城県本吉郡大島村及び登米郡北方村における 実態調査結果の中間報告</p>	三四、一〇
第五六号	<p>第二回簡略停止人口表 (生命表) — 予報</p>	二五、三
第五七号	<p>— 養村人口収容力調査の結果の概要 — 特に最近の調査村を対象とする中間報告 — 社会保障に関する外国並に邦文文献目録 — 社会保障に関する外国並に邦文文献目録 (追補)</p>	二五、七

第 五 八 号	米國社会保障制度の研究(その一)	二五	七
第 五 九 号	心身作業能力・職業・社会階級・生活状態・居住地・人口移動 健康等以現われたる日本人の体格(その一) 身長篇(吉田章信稿)	二五	七
第 六 〇 号	米國社会保障制度の研究(その二)	二五	八
第 六 一 号	ペルツェル稿「日本人口向題」に関する若干の社会的要因について	二五	八
第 六 二 号	産児制限の効果について — ニューヨーク市の一婦人群を対象 とするスライツクス及びノートシユタインの研究 —	二五	八
第 六 三 号	第三回簡略禁止人口表(生命表) 随形と公衆衛生	二五	七
第 六 四 号	— R・K・ステイツクス及びD・F・ウィールの研究	二五	八
第 六 五 号	米國社会保障制度の研究(その三)	二五	一〇
第 六 六 号	フランス国並人口向題研究所の組織と研究の概要について	二五	一〇
第 六 七 号	優生保護法施行後の人工妊娠中絶の状況に関する研究(第一報)	二五	一一
第 六 八 号	アメリカ南東部地方の高出生率に関する研究	二六	一三
第 六 九 号	ニユージーランド社会保障制度	二六	一三
第 七 〇 号	D・K・ウエルプトン稿「日本における産児制限の概観」	二六	一四