

Ⅶ 人口と資質

1 人口の優生学的諸問題

(1) はじめに

優生学 (eugenics) の概念は古く、古代ギリシャのプラトーンが既に紀元前4世紀頃、「共和国」という書にこの概念を表わしているが、「優生学」と命名したのは F. ゴルトンで¹⁾ 一口に言って良産育成の意味である。というのも1883年頃は遺伝学は発達しておらず、メンデルの再発見が1900年であるから遺伝学よりも前に考えられた学問でもあるということである。

しかしこれに対して生活環境を考慮整備して良質の人口を保護保存するという優境学 (euthenics) なるものもある²⁾。

優生学という多分に内面的な心身の遺伝機能を中心とするものでも、その具体的な政策方法論となると消極的のものと積極的のものに分かれ、個人的人権の問題とからんで微妙なものがあるが、いずれにしても次世代の子孫の問題が重要となるので、この契機を作る結婚問題は重要な関心事となる。特に血族結婚のあり方などは無視出来ないであろう。

最近、人類遺伝学の発達とともに、これの社会的応用ということが言われ出している。特に人口の場合には集団遺伝学の発達とともに集団としての優生学的研究が注目され出してもいる³⁾。

したがって人口優生論としては人類の系統発生論をえまえ、その要因たる遺伝子の伝達と、その発現に対する集団的問題を検討し、その動向をは握ることが重要な課題となる。

(2) 人口優生問題をめぐる諸理論

元来優生論を論ずる場合、日本では民族衛生という概念が先行した。したがって人口問題から論ずる場合も民族優生という命題で取り扱われた理論が述べられている⁴⁾。勿論、「民族衛生」という学術機関誌は発行されていたが集団的に人口問題からナショナルレベルの立場で論ぜられたものは少なく、ただ通婚圏問題を取扱ったものが一件あるのみである⁵⁾。

したがって本稿でわざわざ「人口優生論」といったのは、家族、氏族、民族という発生形成論からの概念はともに人口というものを基盤としており、特に民族優生という過去の考え方の中には、人種衛生という先入概念があるため、今日の人種、文化の交流を見ると人種衛生という名称は不適當であるし、またナチズムの人種的偏見観に捕われて受けとられることも本問題を論ずる際に不本意な議論となってきた。すなわち今日、優生優境という考え方は民族、人種の如何に拘らず、広く人口資質という観点から捕えられるべきであると考えたことによって人口優生論という名称を与えたのであ

1) 田中義磨、『遺伝学』1934年5月、第1刊、654～656ページ。

2) F. Osborn, *Application of the Quality*, 1937年、38～147ページ

3) V. A. McKusick *Human Genetics* 1972年。吉川秀男訳、『ヒトの遺伝学』、1978年2月、285～289ページ。

4) 横田年、「民族優生の目的と方法」、『人口問題研究』、第4巻第2号、1943年2月、1～7ページ。

5) 鈴木恂吾、「福島市の通婚圏について—特に職業別より見た通婚圏について—」、『民族衛生』、第27巻3号、1961年5月、213～219ページ。

る⁶⁾。また優境学的研究は今日、エコシステムという形で追求されてもいるが、これについては問題の輪廓について概述されたものがある⁷⁾。

遺伝子論から述べられたもので、その方法論に問題提起がなされたのは横田年氏の論文で一般的には血族結婚は劣性遺伝病の発現率を高めることが言われ、個人優生の立場から好ましくないとされていた。しかし民族優生の立場からは悪質の遺伝子を掘り起こし発見してこれを淘汰して行くには血族結婚は方法論として重要な役割を果たすという理論である。つまり潜在している遺伝因子プール、そのものを浄化する有力な方法だとするのである。したがって、ここに個人優生の立場からの方法論的対策と民族優生という立場からの方法論的対策に異なったものが示され得るということである。

また優境論的な考え方をも取り入れるとすれば、社会優生というカテゴリーをも設定しないと、人口全体への優生の目的は達成されそうにもない。この意味で、個人優生、社会優生、民族優生と三つのカテゴリーに分け、それぞれへの優生対策が論ぜられねばならないとするのである⁸⁾。

しかしこのような人口優生問題を考える場合、忘れてならないことは遺伝子の発現過程において当然、影響を及ぼしてくる条件要因である。1つはダーウインの提唱した淘汰作用であり、次はターンヴァルドの選択作用、そして第3要因としてミュールマンが提唱した遍歴移動作用である⁹⁾。

人口資質の維持向上対策の一環として人口優生問題があり、この位置付けに対しては既に試論的体系として発表したことがあるが¹⁰⁾、前提理論として劣質人口の存在と資質低下を条件づける経済負担の問題、および浪存人口、通婚、混血結婚などの分析が必要であるとしている。すなわち生物学的な条件のみならず社会経済的条件との相互作用としての人口優生問題をも考慮するということである。しかし対策としては現実的には遺伝疾病と結婚対策が先天的要因対策として考えられていること。

さらに後天的要因対策としては環境衛生や産業安全、事故死や自殺問題なども考えられるべきだとしていることがあげられよう。

(3) 先天異常の問題

人口優生問題の中で最も根本的なものは先天的要因による人口の損傷であるが、人口動態統計によれば、昭和44年から0歳における死因のトップは今日まで先天異常である。また、1～4歳にしても死因の第2位は、この先天異常で占められ、さらに5～9歳層においても、死因の第3位を占めている年次が多い。また5～9歳に死因の第3位として上っていないとしても、その場合は10～14歳層において死因の第3位として先天異常が掲げられている。ということは、それだけ先天的な疾患者が次から次へと出生されているとも言える¹¹⁾。先天異常乳児死亡率の多い年次は昭和25年で(0.237%)次が昭和26年(0.2271%)、昭和41年(0.2265%)となっている。昭和22年から昭和45年までの平均は0.2%を上廻っており、出生数が減少する中で、この先天異常発生が減少傾向にないと相対的に比率は高められよう。これら先天異常の死亡年齢は1歳未満が高いことは肯づけるが、ただ、20歳以上まで長生するものが増加、その平均死亡年齢も昭和25年の2.2歳より昭和45年には6.2歳となっていることは先

6) 篠崎信男、「民族活力問題の追求—人口哲学への接近のための思索的試論—」、『人口問題研究所年報』、第7号、1962年、5～8ページ。

7) 篠崎信男、「人口資質とエコシステム」、『人口問題研究所年報』、第16号、1971年、63～66ページ。

8) 篠崎信男、「人類優生問題」、『家族計画』、第166号、1968年1月、1ページ。

9) 篠崎信男、「アジアにおける種族の身長、頭型について」、『人口問題研究所年報』、1958年、65～66ページ。

10) 篠崎信男、「人口資質に関する諸問題」、『人口問題研究所年報』、第6号、1961年、74～76ページ。

11) 今泉洋子、「先天異常率の推移と地域変差に関する分析」、『人口問題研究』、第127号、1973年7月、20～26ページ。

天異常者の生残率が高められたのか予防策が効を奏したのか諸多の側面から問題提起がなされよう。

そこで乳児の先天異常の死亡だけでなく全年齢についてさらに考察を進めることとする。

昭和25年から52年までの先天異常死亡率と出生率との関係を見ると相関係数は0.8480でかなり高い相関がある。ということは出生数の多少が先天異常の発生に影響を与え、そこでまた死亡数も作用するということであるが、問題はどれ程の先天異常児が出生したかといことである。一般に先天異常者の中、0歳で死亡してしまうものが圧倒的に多いのであるが、昭和25年は先天異常死亡者の82.8%は0歳で65歳以上のものは0.31%に過ぎなかった。ところが年次とともに、0歳時死亡は減少し、これが1歳以上へと生残している割合は高まっている(表2)。たとえば昭和52年では0歳時死亡の割合は67.52%で65歳以上で死亡しているものが2.21%となっている。ということは昭和25年当時の死亡状況を比較すると18.0%は長生きしていることになり、65歳以上の先天異常死亡の割合は約7倍の増加である。先天異常でも、その最長年齢はすべて80~84歳以上で昭和50年では100歳以上のものもいた。ということは、先天異常といっても、その先天異常態のあり方如何では一般人と変らない生残状

表 1 先天異常児の年次別出生数の推計

年次	追跡実数	高ベース年次	低ベース年次	高レベル出生数	低レベル出生数	平均値レベル出生数(28年間)	平均値レベル出生数の総出生数に対する比(出生千対)
昭和25年	6,673	昭和52年	昭和52年	7,290	6,775	7,052	3.02
26	5,930	"	"	6,490	6,027	6,274	2.94
27	5,260	"	"	5,770	5,351	5,574	2.78
28	4,953	"	"	5,433	5,045	5,260	2.82
29	4,459	"	"	4,916	4,548	4,748	2.68
30	4,525	"	"	5,021	4,626	4,845	2.80
31	4,196	"	"	4,682	4,299	4,514	2.71
32	3,845	"	"	4,300	3,946	4,149	2.65
33	4,100	"	"	4,592	4,214	4,433	2.68
34	4,114	"	"	4,621	4,243	4,469	2.75
35	3,964	"	昭和25, 29年	4,473	4,104	4,330	2.70
36	3,960	昭和45, 52年	昭和25年	4,493	4,112	4,355	2.74
37	4,223	昭和45年	"	4,813	4,392	4,663	2.88
38	4,138	"	"	4,760	4,317	4,604	2.77
39	4,228	昭和41年	"	4,893	4,425	4,725	2.75
40	4,481	"	"	5,242	4,709	5,041	2.76
41	3,931	"	"	4,659	4,152	4,460	3.28
42	4,627	"	"	5,497	4,894	5,251	2.71
43	4,894	"	"	5,884	5,200	5,596	2.99
44	4,926	"	"	5,982	5,257	5,675	3.00
45	4,888	"	"	6,018	5,246	5,686	2.94
46	5,221	"	"	6,473	5,622	6,105	3.05
47	5,309	"	"	6,636	5,738	6,246	3.06
48	5,412	"	"	6,889	5,895	6,456	3.09
49	5,240	"	"	6,789	5,758	6,355	3.13
50	4,709	"	"	6,223	5,268	5,843	3.07
51	4,315	"	"	5,930	5,011	5,562	3.04
52	3,843	"	"	5,792	4,820	5,387	3.07

況であるということである。

問題は各年次にどれ程の先天異常者が出生されたか、つまり発生したかということである。これは推計による外はないが、コーホートにより0歳、1歳、2歳の死亡数を年次別に累積して残余は昭和25年から52年の生残率を推計。高、低、平均値をとって推定することにした。例えば昭和25年は昭和52年までの先天異常死亡者が追跡出来るので27歳までは計算出来るので28歳以後を推計。また昭和30年は22歳まで死亡数が追跡出来るのでそれ以後推定といった推計法をとった。

以上の計算法によると各年次に先天異常児を出生した推計数は次のごとくになる(表1)。

これによれば28年間の平均値レベルで累積推定数後の推移をたどるとした先天異常児の数は、昭和25年の最大数7,052人から昭和32年の最小数4,149人までである。これを出生数千対の比率でとると、この割合が高いのは昭和41年で出生数は最も少なかったが、この中で先天異常児発生率は高かったことになる(3.28%)。

次が昭和49年で200万以上の出生ではあるが先天異常児率はかなり高い(3.13%)。昭和26年から2%代に下がった先天異常発生率も昭和46年から3%代へと上昇していることが注目を引く。日本人口の中に出産し続けられる先天異常は28年間の状況を見る限り、平均出生千対にして2.89%のラインで発生しているということである。しかも既に述べたように、これらが0歳、または再生産年齢に達しない中に死亡すれば、一つの淘汰になるが、昭和25年、20歳以上のものは3.02%しか死亡がなく大半はそれ以前に死亡していたが、昭和30年からは、これが4%、そして5%と増加、昭和40年代は9%以上になり、昭和52年は11%以上になった。ということは、それだけ再生産年齢まで生残するものが多くなったことを意味し、次世代への遺伝的な問題もからんできている。しかも、何かの先天異常の疾患であるから正常人のごとく健康的な生活人ではなからう。ここに人口資質的な負担問題が出てくる。

次に先天異常の死因別に平均どれ程生きているのかを平均死亡年齢で見ることにする(表3)。

これによると無脳症などの奇形は0歳で死亡するものが多いが、それでも昭和35年などは、0.88歳、昭和25年でも0.74歳を記録している。28年間の状況を見ると平均0.14歳の寿命である。次が、二分脊椎の先天異常であるが、これも1歳未満で死亡するものが多いが、昭和46年は77歳位まで生存したものがあつた、したがって平均生存年齢が4.62歳となっている。28年間の平均をとると二分脊椎という先

表2 先天異常の年齢別年次別死亡の割合

年次	1歳未満	1～19歳	20歳～	年次	1歳未満	1～19歳	20歳～
昭和25年	82.80%	14.18%	3.02%	昭和39年	70.27%	20.47%	9.26%
26	82.59	13.96	3.45	40	69.75	20.26	9.99
27	81.65	15.08	3.27	41	65.76	24.60	9.64
28	81.03	15.49	3.48	42	70.00	20.26	9.74
29	79.41	17.91	2.68	43	68.50	21.58	9.92
30	77.08	18.51	4.41	44	68.94	21.31	9.75
31	74.86	19.97	5.17	45	67.16	22.06	10.78
32	73.47	20.10	6.43	46	69.99	20.11	9.90
33	75.82	17.58	6.60	47	70.48	20.18	9.34
34	74.82	18.47	6.71	48	68.92	21.19	9.89
35	72.24	20.39	7.37	49	69.00	20.36	10.64
36	71.19	20.41	8.40	50	67.94	21.01	11.05
37	72.99	19.20	7.81	51	67.24	21.61	11.15
38	70.60	20.82	8.55	52	67.52	20.89	11.59

表 3 先天異常死因別，年次別平均生存年齢

年次	奇形 (無脳症 など)	二分 脊椎	先天性 水頭症	その他 神経系 及び 感覚器 系	循環 器系	口蓋 裂及び 唇裂	消化 器系	性尿 器系	骨及び 関節	詳細不 明の先 天異常	呼吸器系 (昭和43 年より)	合計
	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
昭和25年	0.74	1.03	1.39	1.37	3.29	0.03	0.23	1.56	6.72	1.36	—	1.81
26	0.00	0.33	1.88	3.19	3.47	0.05	0.27	9.40	5.20	0.38	—	2.01
27	0.00	0.73	1.87	2.97	3.40	0.04	0.57	1.67	4.18	1.32	—	2.05
28	0.00	0.96	1.78	1.30	3.36	0.24	0.56	4.11	2.12	0.40	—	2.04
29	0.00	0.93	1.24	5.42	3.13	0.10	0.49	1.08	2.89	1.51	—	1.89
30	0.00	0.66	1.65	3.69	4.19	0.11	1.05	5.00	4.02	0.45	—	2.65
31	0.00	0.79	1.51	5.23	4.88	0.10	0.81	14.93	4.49	2.15	—	3.06
32	0.35	1.47	1.37	4.52	5.78	0.14	1.04	12.00	7.84	3.02	—	3.66
33	0.24	0.96	1.43	3.88	5.36	0.22	0.83	28.17	10.93	5.35	—	3.52
34	0.17	1.02	1.60	3.06	5.63	0.19	1.08	27.12	6.82	4.13	—	3.70
35	0.88	0.38	1.96	6.36	5.92	0.15	0.75	31.33	6.40	3.81	—	3.97
36	0.00	1.22	1.73	7.46	6.39	0.25	0.78	31.76	14.41	6.55	—	4.60
37	0.48	0.29	1.27	6.81	5.99	0.16	0.68	32.68	9.72	5.93	—	4.25
38	0.13	0.90	1.98	7.43	5.98	0.20	0.74	33.78	11.50	6.70	—	4.73
39	0.00	2.57	1.29	6.56	6.13	0.14	0.79	38.78	11.80	8.53	—	5.08
40	0.00	0.56	1.95	5.85	6.43	0.23	1.06	40.62	12.46	8.45	—	5.49
41	0.70	1.58	2.43	5.66	6.17	0.18	1.03	40.42	7.26	5.21	—	5.54
42	0.10	0.92	1.60	3.76	6.29	0.12	0.96	42.03	18.58	7.97	—	5.37
43	0.00	1.62	1.64	8.99	5.83	0.10	1.17	41.44	8.12	3.44	18.00	5.62
44	0.00	1.13	2.52	8.09	5.53	0.40	1.41	43.37	5.89	3.53	25.39	5.53
45	0.00	0.73	2.92	8.21	5.91	0.16	1.42	41.34	5.23	2.47	24.32	5.91
46	0.00	4.62	1.68	8.38	5.51	0.10	1.38	40.28	3.30	1.97	19.13	5.40
47	0.00	1.19	1.83	11.72	5.18	0.07	1.31	39.14	3.80	2.19	29.44	5.13
48	0.00	0.80	2.19	8.45	5.45	0.05	1.62	42.12	2.93	2.84	22.47	5.47
49	0.00	1.13	2.09	7.33	5.67	0.27	1.61	41.01	3.75	2.88	27.33	5.77
50	0.02	1.65	1.89	10.70	5.90	0.04	1.63	44.23	2.49	2.80	31.42	6.17
51	0.07	1.14	2.74	8.82	5.97	0.06	1.30	41.93	3.08	2.90	24.08	6.19
52	0.06	1.78	2.00	11.12	6.23	0.08	1.74	40.40	2.83	3.34	23.68	6.32
平均	0.14	1.18	1.84	6.30	5.32	0.14	1.01	28.99	6.74	3.63	24.53	4.39

天異常の生存年齢は1.18歳位であろう。先天性水頭症は年次別に見て特に長生きしたというものはないが、強いて言えば昭和45年の2.92歳であろう。平均して1.84歳の生存年齢である。次の「その他神経系と感覚器系」の先天異常は、年次によってかなり生存年齢に幅がある。しかも次第に長生きしていることが見られるが、最小は昭和28年の1.30歳から最大は昭和47年の11.72歳で、平均6.30歳の寿命となっている。循環器系の先天異常は心臓の先天異常が圧倒的に多いが、これも年次とともに生存年齢の高まりを示しており、医学の進歩を思わしめるが、平均するとやはり5.32歳の生存である。次の口蓋裂や唇裂というのは、無脳症と同様に短命で平均して1歳以上生きた年次はない。したがって、0.14歳の生存年齢である。消化器系の先天異常も、昭和25年の0.23歳から昭和52年は1.74歳まで伸びてはきたが、平均を見ると、1.01歳で無脳症や口蓋裂および唇裂の先天異常に次いで短命である。次の性尿器系の先天異常が最も長生きしているものであるが、これも年次によって幅があり、昭和29年の平均1.08歳から昭和50年の44.23歳までである。昭和29年当時は14歳以上まで生存していたも

はなかった。ところが昭和50年には100歳以上まで長生きしている。これは性器の異常者ではなくて泌尿器系の先天異常者である。

したがってこの平均は28.99歳という再生産年齢時まで生存している。この変化は昭和33年から急速に伸びてきている。骨および関節の先天異常の平均年齢も年次によって変化しているが、これは昭和30年代の後半から昭和42年まで、かなり平均年齢は伸びてきたが、これ以後は短命になって3歳までは生きられなくなっている。昭和42年が最も高く平均18.58歳を記録し、87歳まで生きているものがいたが、最小の昭和28年当時は37歳までしか生きているものがなく、平均年齢も2.12歳に止まっている。全年次の平均は6.74歳であるが最近では4歳までで死亡するものが多くなってきたと言えよう。詳細不明の先天異常の死亡年齢は高くても昭和39年の8.53歳で低い時は昭和26年の0.38歳である。28年間の平均は3.63歳というところである。

昭和43年から先天異常の死因がかなり細くなってきた。それまでは呼吸器系の先天異常という項目がなかったが、この新死因が記載され、これによると昭和43年は平均18歳であるが、その後は伸びて昭和50年は31.42歳となっている。10年間の平均が24.53歳であるから、これも生産年齢に入っていると云わねばならない。

先天異常による全平均死亡年齢は、昭和25年が1.81歳で最も低く、次第にこの年齢は増加している。昭和31年からは3歳を突破、昭和36年からは4歳を突破、昭和39年からは5歳を上廻り、昭和50年では平均の生存年齢は6歳以上になった。したがって28年間の日本の先天異常者の平均年齢は4.39歳となるが、昭和20年代に比較すれば現在は先天異常者でも3倍以上生きられるようになっていく。しかし遺伝性の強い死因、たとえば無脳症とか口蓋裂・唇裂とかによる先天異常死亡は、それ程伸びていないことから、これらの伸びは神経系とか感覚器系、泌尿器系の先天異常者が生残されていることに負うといつてよからう。

しかし人口優生論の立場からは、所謂、優生論と同時に優境論的な問題点も無視出来ないものがあり、心身障害者の問題も先天的のみならず後天的のものも含めて今後は対策を考慮しなければならぬ時に来ている。

(4) 結婚、家族計画の問題

結婚のあり方如何、また家族計画のあり方如何は、人口の量的変動のみならず、優生論的に重要であり、また社会生活との関連において問題としなければならない。

特に血族結婚、または混血問題は、その頻度によっては遺伝構成や発現型にも無関係ではない。特に日本のように急速に出生率を変動させ、しかも母の出産年齢が平均化してくる傾向の中では母の出産年齢によって影響されるような遺伝的な疾患症候群の変動にも影響を与えるであろう¹²⁾。

日本の血族結婚の割合も通婚圏の拡大から以前いとこ婚でも5%位あったものが今や2%代に減少してきたこと¹³⁾。さらに自由な配偶選択が可能となるにつれて、さまざまな変化を次世代に与えるであろう。

この通婚圏という考え方の中には単に生物学的な問題のみでなく、広くは優境論的な思考も入っている。つまり教育程度との組合せや、職業や地位の組合せの拡大をも意味する。

12) V. A. McKusick, *Human genetics* 1972, 「ヒトの遺伝」276~281ページ。

13) a) 篠崎信男, 「血族結婚部落に関する生体人類学的研究」, 『人口問題研究』, 第83号, 1961年7月, 39~40ページ。

b) 厚生省人口問題研究所編, 「第6次出産力調査報告」, 1973年3月, 44~46ページ。

また人口の年齢別構成が将来変動することは既に将来推計人口からも言えることで、既に生まれてしまっている人々の高齢人口の問題も優境論からは無視出来ない課題である。

特に血族結婚の比率は世界の先進国の中でも高く、一つの特徴を示している。これについては Schull および Neel の近親婚という書物があるので参照されることを述べるに止めよう¹⁴⁾。

(篠崎 信男)

2 食生活と栄養の動向

(1) はじめに：転換期の食生活

かつて、食生活の変化は、王朝の変革よりも、また宗教の変化とさえ比較してもそれ以上に重要であるといわれたことがある(1937)¹⁵⁾。食生活は当然に栄養状態を決定する条件である以上、食生活と栄養は不可分の次元の問題として、人間の生活上極めて重要であることはいうまでもない。しかし、それにもかかわらず、食生活の問題が、社会経済的発展や人口学上の問題との関連においてとりあげられるようになったのは比較的最近のことである。特に、疾病率や死亡率、肉体的・精神的発達、出生力への影響、人口移動との関係といった人口学的側面についての研究は、著しくおこなわれているといつてよい。

日本人の食生活や栄養状態は、政府の強力な栄養改善や栄養教育の諸政策の推進と国民の高度な関心によって、画期的な改善を示してきた。西欧水準の達成を目標とした栄養素摂取量は、大部分の栄養素については目標年次よりも早く実現してしまっている。部分的には、栄養素の過剰摂取もみられ、日本人の食生活や栄養素摂取量は、歴史上かつてなかった転換期に直面するに至ったといえよう。

国民の健康あるいは福祉の水準のもっとも総括的な指標である平均寿命は世界的にも最長寿国の水準に到達している。昭和53年の厚生省作成の簡易生命表によると男の平均寿命は73年、女は78.3年と延長をみせている。戦後の昭和22年では男は50.1年、女は54.0年であったのが、戦後の21年間に男の平均寿命は23.1年、女のそれは24.3年の伸びである。つまり男では46%、女では45%の増加率である。このような画期的な平均寿命の延長にはいくたの要因が予想されるが、食生活を中心としたすぐれた栄養素摂取がもっとも重要な要因であったことは否定できないであろう。平均寿命の延長が、国民の健康や福祉の高度化の重要な指標ではあるが、そのすべてを説明するものでないことはいうまでもない。

栄養素摂取量が望ましい目標水準に達したことは、間接的に日本人の食生活自体が望ましい水準に到達したことを示唆している。このことは、これからの日本人の食生活が現状維持でよいのか、あるいは今後どのような方向に具体的に改善されるべきかを深刻に検討しなければならない転換期にあることを意味している。ここでは、このような転換期に到達していると考えられる日本人の食生活や栄養状態を、戦後の約30年に近い期間における過程、変化、特徴について検討してみたいと思う。

(2) 栄養素等摂取量の変遷

厚生省国民栄養調査は、調査期間は短かいが、栄養素摂取量については実際に家庭で調理され、摂

14) W. J. Schull and J. V. Neel, *The Effects of Inbreeding on Japanese children* 1965. 11~30ページ。

15) Nutrition, Development and Population Growth, *Population Bulletin*, vol. 29. No. 1, Population Reference Bureau, Inc. Washington, D. C, p. 3.