

第1章 人口資質の向上

——人間能力開発の基礎として——

第1章 人口資質の向上

1 人口資質向上の意義 問題とその重要性

人間能力の開発またはその基礎としての人口資質向上が先進国たると後進国たるとをとわず、改めて注目されている。先進国においては、急速に進む技術革新が、国民経済の高い成長に対応した主体的条件を作り出すことを要請したし、後進国においては、開発のあい路が何よりも技術者、経営者、行政面など人材の不足にあることが発見されたからである。

急速な経済発展を成し遂げ、さらに経済の世界的な交流を通じて、次の発展段階に進もうとするわが国にとつても、このことは例外ではないのみならず、戦後の人口動態が、少産少死型へ急速に移行したため、昭和40年以降の生産年齢増加は急激に収縮し、35年から40年の間に年平均129万人であつた生産年齢増加人口は、40年から45年の間は84万人に激減し、さらに45年から50年の間には49万人に減少する。したがつて全年齢層の死亡率を引き下げることがもとより、健康を増進し、この基礎の上に立つて高度教育、訓練を実施し、体力、知力および精神力において優秀な人間を育成して対処しなければならない。また、心身に障害ある人々についても最近の医学およびリハビリテーションの発達によつて通常人と変わらないまでに能力を回復することが可能となつた。かような人々の多くは低所得階層に沈んでおり、その能力の再開発は、低所得階層対策、所得格差是正の見地からも有意義である。

厚生行政は、中央児童福祉審議会が「児童を単に手段視する考えではなく、人間そのものの尊重が基本的なものである」と答申しているごとく、人間中心、人間尊重の行政であつていづれも広義においては人口資質の向上を旨とするといつてもよいが、なお、その現状においては、人口資質向上の見地から幾多の課題を残している。たとえば、乳児死亡率は漸く先進国水準に近づいたとはいえ、地域差が大きく、妊産婦、幼児死亡率は、諸外国の2ないし3倍にも達している。人工妊娠中絶は毎年100万件をこえ、母体保護および生命尊重の見地から憂慮すべき問題となつている。幼児期における事故死、青少年期における自殺は、いずれも高率を占め、非行件数は毎年その記録を更新し、特に14歳以下の低年齢層における増加、集団化が指摘され、麻薬禍も青少年に増加しているといわれる。

一方、経済発展、地域開発は、別に新たな問題をひき起しつつある。オートメーションなど新しい生産技術は精神衛生上の課題を生みつつあるし、公害などを通じて、労働能力に影響を及ぼしつつあり、経済発展が、かえつて経済発展の基礎である人間能力を破壊しつつある例さえみ受けられる。37年7月、人口問題審議会が「人口資質向上に関する決議」を行ない、経済審議会が所得倍増計画に引き続き人間能力問題の審議に当たつているのも、以上の背景に基づくものであろう。

ここでは、主として「人口資質向上に関する決議」の提案した具体的対策を中心に、厚生行政の現状および今後の問題点にふれてみたい。

第1章 人口資質の向上

2 妊産婦乳幼児の健康

出生の動向

第1-1表に示すとおり、昭和22年から24年の3年間はいわゆる「出生ブーム」で、毎年約270万人の子供が生まれた。25年以降は出生数は急激に減少し、最近では160万人を割るといった状態になった。出生率は戦前では、人口1,000について約30であつたが、出生ブーム時代は33から34に上り、最近では17を割つて16.8まで下つてきた。かような急速な下り方は、先進国にも例がないし、現在の出生率は、先進国の中でも最低の部類に属している。人口問題研究所の算定によれば第1-2表のとおり、女子の再生産率は戦後特に低下し、35年には、純再生産率は0.91と1を大きく割つて、現状すら維持できない状況である。

第1-1表 出生数および死亡数

第1-1表 出生数および死亡数

	出 生		死 亡	
	実 数	人 口 1,000対	実 数	人 口 1,000対
	千人	%	千人	%
5 ~ 9年	2,092	31.8	1,194	18.1
10 ~ 14	2,045	29.3	1,216	17.4
15 ~ 18	2,203	30.8	1,170	16.3
22	2,679	34.3	1,138	14.6
23	2,682	33.5	951	11.9
24	2,697	33.0	945	11.6
25	2,338	28.1	905	10.9
26	2,138	25.3	839	9.9
27	2,005	23.4	765	8.9
28	1,868	21.5	773	8.9
29	1,770	20.0	721	8.2
30	1,731	19.4	694	7.8
31	1,665	18.4	724	8.0
32	1,567	17.2	752	8.3
33	1,653	18.0	684	7.4
34	1,626	17.5	690	7.4
35	1,606	17.2	707	7.6
36	1,586	16.8	695	7.4

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

第1-2表 女子の再生産率

第1—2表 女子の再生産率

	粗再生産率 1)	総再生産率 2)	純再生産率 3)
5 年	4.71	2.30	1.52
12	4.34	2.12	1.49
22	4.52	2.20	1.71
25	3.63	1.76	1.50
30	2.36	1.15	1.05
35	1.97	0.96	0.91

資料：厚生省人口問題研究所資料による。

- (注) 1) 女子がその年次の年齢別出生率でみて一生の間に生む子どもの総数
 2) そのうちの女兒のみ。
 3) 死亡を考えに入れて1人の女子が次代に自分に代わるべき女兒数

第1章 人口資質の向上

2 妊産婦乳幼児の健康

年少人口の動向

第1-3表に示す通り,19歳以下の人口は,昭和35年3,728万1,000人で全人口の39.9%であり,30年の3,842万4,000人43%に比較すれば,わずか5年間に114万3,000人減少している。また,45年の推計によれば3,227万6,000人で31.6%となり,さらに大きく低下することが予想される。

第1-3表 年少人口の動向

第1-3表 年少人口の動向

(単位:1,000人)

	総人口	年少人口			総人口に占める 年少人口の割合 %
		総数	0~ 14歳	15~19	
30年	89,276	38,427	29,798	8,626	43.0
35	93,347	37,281	28,023	9,258	39.9
40	98,245	35,656	24,696	10,960	36.3
45	102,216	32,276	23,197	9,079	31.6

資料:30,35年は総理府統計局「国勢調査」および40,45年は厚生省人口問題研究所推計による。

これは主として前述の出生率の急激な減少に基づくものである。

第1章 人口資質の向上

2 妊産婦乳幼児の健康

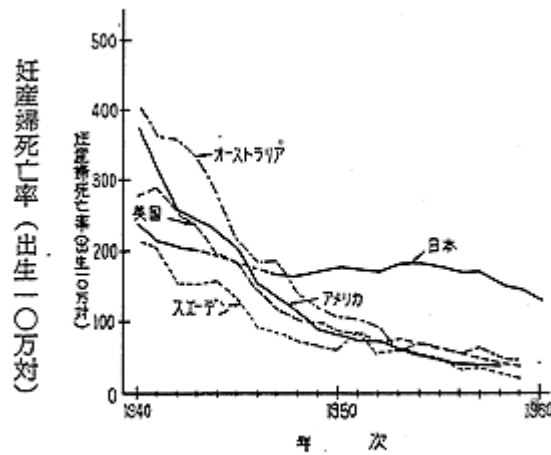
死亡の動向

(1) 妊産婦

わが国の妊産婦死亡率は、約20年前には先進諸国に比して、むしろ低い値を示していたのであるが、その後これらの諸国においては死亡率の急速な低下がみられたのに、わが国では高率のまま取り残されている(第1-1図参照)。

第1-1図 妊産婦死亡率の国際比較

第1-1図 妊産婦死亡率の国際比較

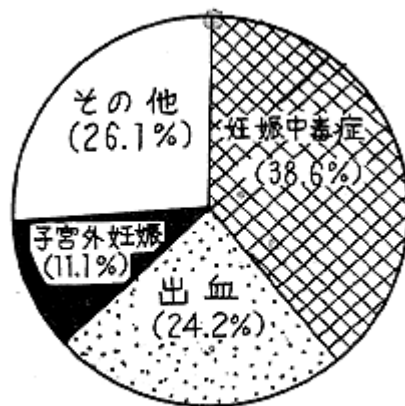


資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」および「Annual Epidemiological and Vital Statistics (1940～1958年)」による。

妊娠中毒症、妊娠・分娩に伴う出血および子宮外妊娠がわが国における妊産婦死亡の3大原因となっており、全妊産婦死亡の3/4を占めている(第1-2図、第1-4表参照)。

第1-2図 妊産婦死亡原因の割合(35年)

第1-2図 妊産婦死亡原因の割合(35年)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

第1-4表 主要死因別妊産婦死亡率(出産万対)

第1-4表 主要死因別妊産婦死亡率(出産万対)

	15年	25	30	31	32	33	34	35
総 数	22.9	16.1	16.2	15.4	15.4	13.9	13.2	11.7
産じよく熱	3.9	1.4	0.8	0.7	0.7	0.8	0.6	0.6
妊娠中毒症	7.6	5.5	5.9	5.9	6.1	5.3	5.0	4.5
出 血	6.3	4.5	4.3	3.9	3.8	3.5	3.3	2.8
子宮外妊娠	1.4	1.5	2.0	1.9	1.7	1.3	1.6	1.6
流産後死亡	0.8	1.0	0.7	0.6	0.6	0.5	0.4	0.4
そ の 他	2.7	2.3	2.6	2.4	2.4	2.2	2.2	2.1

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

主要死因の国際比較では、先進諸国に比して産じよく熱が比較的到低率であるにもかかわらず、妊娠中毒症、出血などが著しく高率であることがわが国の妊産婦死亡の特徴である。(第1-3図、第1-4図および第1-5図参照)。

第1-3図 産じよく熱死亡率(出生10万対)の国際比較(1958年)

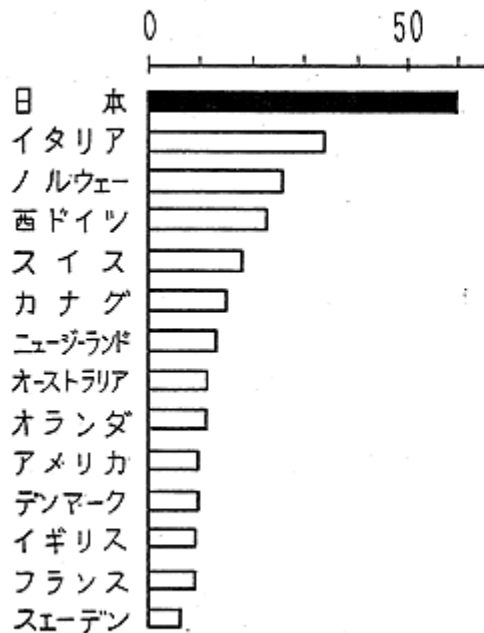
第1-3図 産じよく熱死亡率(出生10万対)の国際比較(1958年)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」および「Annual Epidemiological and Vital Statistics (1940～1958年)」による。

第1-4図 妊娠中毒症死亡率(出生10万対)の国際比較(1958年)

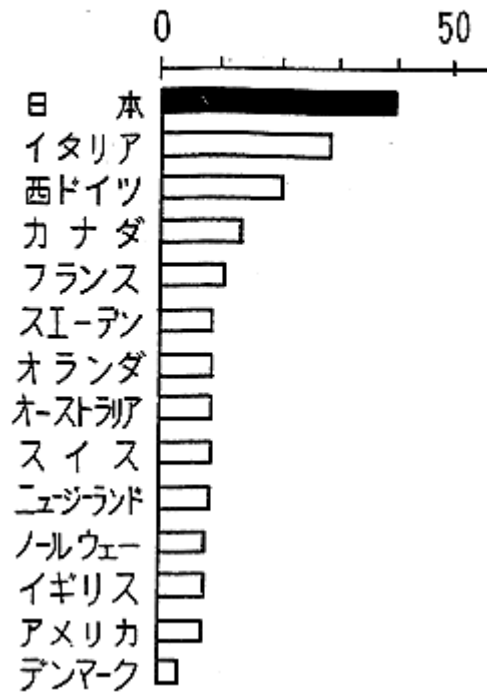
第1-4図 妊娠中毒症死亡率(出生10万対)の国際比較(1958年)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」および「Annual Epidemiological and Vital Statistics(1958年)」による。

第1-5図 妊娠・分娩に伴う出血死亡率(出生10万対)の国際比較(1958年)

第1-5図 妊娠・分娩・産じよくに伴う
出血死亡率(出生10万対)の国際比較(1958年)



第1章 人口資質の向上

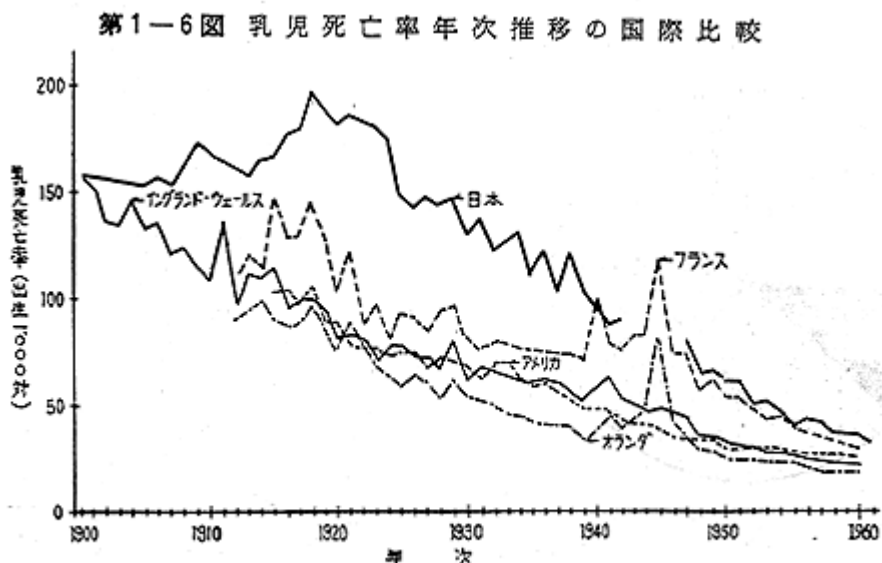
2 妊産婦乳幼児の健康

死亡の動向

(2) 乳児

乳児死亡(生後1年未満の死亡)は、ある集団の衛生状態や生活水準などを鋭敏に表わし、一国の文化の指標といわれる。わが国の乳児死亡率は、明治から大正にかけて出生1,000対150から160で推移してきたが、大正末期から減少に転じ昭和15年には、100を割った。この減少傾向は戦後もなお引き続き36年には28.6と最低率を記録した。このような改善の結果、かつては欧米諸国とかなりの隔たりのあつたわが国の乳児死亡率は、先進諸国の水準に近づいた(第1-6図参照)。

第1-6図 乳児死亡率年次推移の国際比較



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」および「Demographic Year Book」による。

しかし、この乳児死亡を生存期間別によつて分けてみると第1-5表のように、出生後比較的早い時期における死亡が多く、月日の経過とともに少なくなる。また、第1-5表によつて、生存期間別に乳児死亡率の推移を見ると、乳児の各月齢によつて平均的に減少しているのではなく、第1-7図に示すように、月齢が多くなるほど、減少の程度が強くなり、出生後間もない者、すなわち新生児(生後4週未満の乳児)については、比較的改善がすすんでいない。したがつて乳児死亡の中で新生児死亡の占める割合は増大し、最近では約55%(22年は約40%)となつている。乳児死亡および新生児死亡における死亡原因をみると、第1-8図のとおり、乳児では「その他の新生児固有の疾患および性質不明の未熟児」、「先天奇型」、「出生時の損傷・分べん後窒息・肺不全拡張」の三つの原因、すなわち主として先天性または胎内性の原因、あるいは出産時における原因と考えられるものが乳児死亡全体の半数以下であるが、新生児死亡では、それらが70%以上となつている。

第1-5表 生存期間別乳児死亡率

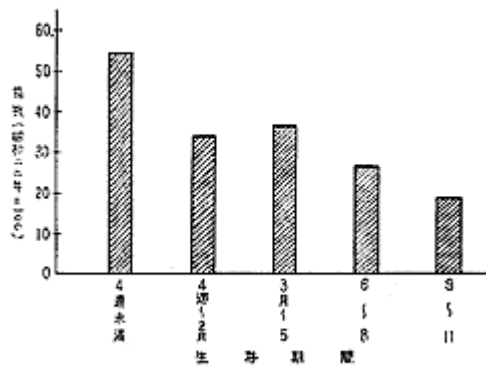
第1-5表 生存期間別乳児死亡率(出生1,000対)

	総数	4週未満	4週~2月	3月~5	6~8	9~11
22年	76.7	31.0	16.8	10.7	9.1	9.0
25	60.1	27.4	12.7	8.3	6.1	5.7
30	39.8	22.3	7.7	4.8	2.9	2.1
31	40.6	23.0	7.9	4.7	3.0	2.1
32	40.0	21.6	7.6	5.1	3.4	2.4
33	34.5	19.5	6.6	4.1	2.5	1.7
34	33.7	18.6	6.1	4.2	2.8	2.0
35	30.7	17.0	5.7	3.9	2.4	1.7
35年の100分率	100.0	55.5	18.4	12.7	7.9	5.5

資料:厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

第1-7図 昭和22年を100とした生存期間別乳児死亡率の指数

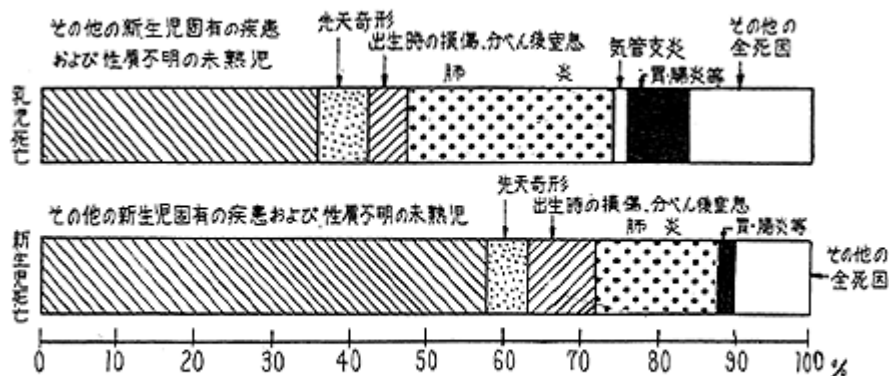
第1-7図 昭和22年を100とした生存期間別乳児死亡率の指数(35年)



資料:厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

第1-8図 おもな死因別にみた乳児死亡および新生児死亡の構成(35年)

第1-8図 おもな死因別にみた乳児死亡および新生児死亡の構成(35年)



資料:厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

以上のことから、乳児死亡の改善のためには、新生児対策に重点をおく必要があり、新生児対策の重点としては、未熟児養育事業の充実とともに、妊産婦保健および分べん対策の強化を図る必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1章 人口資質の向上

2 妊産婦乳幼児の健康

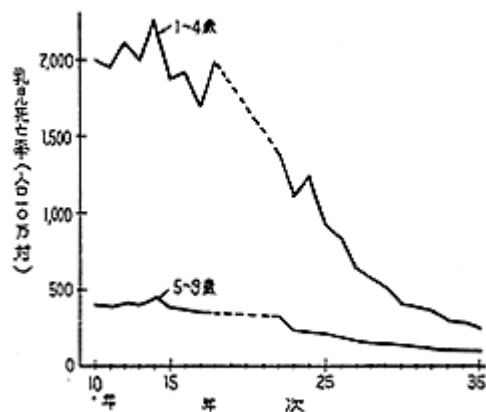
死亡の動向

(3) 幼児

わが国の幼児死亡率は、戦後減少してきた(第1-9図参照)。しかし前述のようにこれを先進諸国と比較すると、2ないし3倍の高率を示しており、乳児死亡率に比してなお多くの改善の余地があることが認められる(第1-10図参照)。幼時死亡の主要死因は不慮の事故並びに肺炎、胃腸炎、赤痢などの細菌性疾患であつて、とにも諸外国と比較して非常に高率であることが注目される(第1-6表参照)。

第1-9図 幼児死亡率(各年齢階級人口10万対)

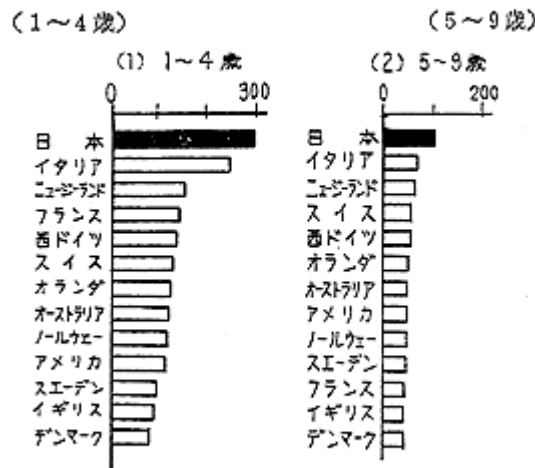
第1-9図 幼児死亡率(各年齢階級人口10万対)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

第1-10図 幼児死亡率(各年齢階級人口10万対)の国際比較

第1-10図 幼児死亡率(各年齢階級人口10万対)の国際比較
(1958年)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」および「Annual Epidemiological and Vital Statistics (1958年)」による。

第1-6表 主要死因,年齢階級別,幼児死亡率(各年齢階級人口10万対)の国際比較

第1-6表 主要死因,年齢階級別,幼児死亡率(各年齢階級人口10万対)の国際比較
(33年)

年齢階級	国	総数	伝染性および寄生性として分類された疾患				悪性新生物	心臓の疾患	肺炎および気管支炎	胃腸炎	腎臓およびネフローゼ	不慮の事故	その他の死因
			総数	全結核	赤痢	麻疹							
1-4歳	アメリカ	111.8	8.6	0.9	0.3	1.8	10.9	1.2	17.4	4.1	0.9	31.0	37.6
	日本	296.6	56.4	9.1	26.0	6.8	7.0	2.5	46.3	40.1	7.9	74.9	61.6
	フランス	142.8	16.7	4.0	—	2.8	9.6	2.7	12.5	2.3	0.7	25.0	73.3
	オランダ	121.7	9.8	0.2	0.1	3.5	12.4	0.9	7.7	1.8	0.6	37.3	51.4
	イギリス	88.2	5.9	1.2	0.2	0.9	10.7	0.5	17.7	2.7	0.4	19.3	31.0
5-9歳	スウェーデン	91.5	3.1	0.2	—	0.9	11.1	0.7	14.9	2.6	0.7	25.8	32.6
	アメリカ	47.3	2.6	0.2	0.1	0.5	7.2	0.6	2.8	0.3	0.8	18.8	14.1
	日本	100.3	21.6	2.9	9.2	1.0	4.1	3.3	7.3	7.0	5.5	28.2	23.3
	フランス	41.1	3.4	0.8	—	0.3	6.8	0.6	1.2	0.1	0.7	12.1	16.2
	オランダ	48.1	2.8	0.1	0.2	0.4	6.5	0.4	1.2	0.5	0.4	22.1	14.1
	イギリス	40.4	2.2	0.4	0.1	0.3	7.9	0.4	3.3	0.3	0.8	13.9	18.8
	スウェーデン	43.8	2.0	—	—	1.2	7.6	0.4	2.1	0.5	0.2	19.3	11.7

資料：「Annual Epidemiological and Vital Statistics WHO (1958年)」による。

第1章 人口資質の向上

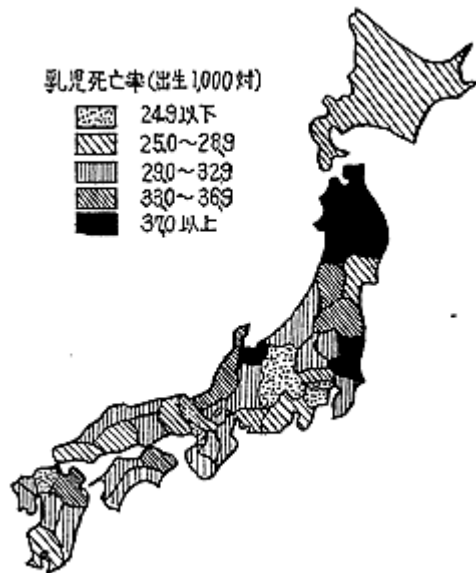
2 妊産婦乳幼児の健康

母子の健康における地域差の問題

乳児死亡率を地域別にみると、東北地方や関東、北陸地方の一部にきわめて高率の県があり、概して大都市を含む都府県は低い傾向がある。また先進地域と後進地域の差は増大する傾向がみられている(第1-11図、第1-7表参照)。

第1-11図 都道府県別乳児死亡率

第1-11図 都道府県別乳児死亡率(36年)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

第1-7表 六大都市とその他の地域の乳児死亡率

第1-7表 六大都市とその他の地域の乳児死亡率(出生1,000対)

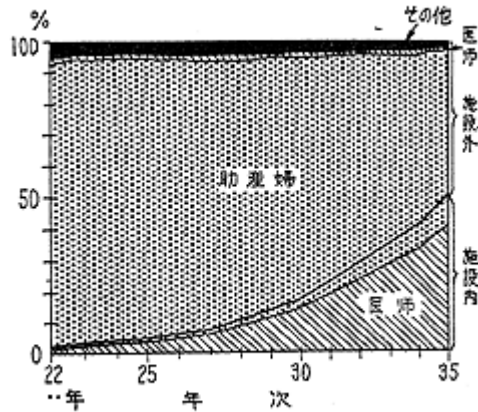
	六大都市	その他の地域	六大都市指数 (その他の地域=100)
明治 43 年	185.4	159.4	116
大正 9	187.7	163.9	115
昭和 5	116.3	124.9	93
15	64.6	95.4	68
25	44.3	62.1	71
30	28.4	41.4	69
35	20.9	32.8	64

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

分べんの状況についてみると、最近病産院や助産所などで行なわれる施設内分べんは、医師立合による分べんと同様漸増の傾向があるが、35年においては市部における施設内分べんは64%であつたのに対し、郡部においては27%にすぎず、無介助分べん(医師、助産婦以外の立ち合い)も郡部がはるかに多い。一般に農山漁村などにおいては、非衛生的および社会的に不良な環境下で多くの分べんが行なわれており、都市に比してはるかに低水準にあるといえる(第1-12図および第1-13図参照)。

第1-12図 施設、立会者別出生割合

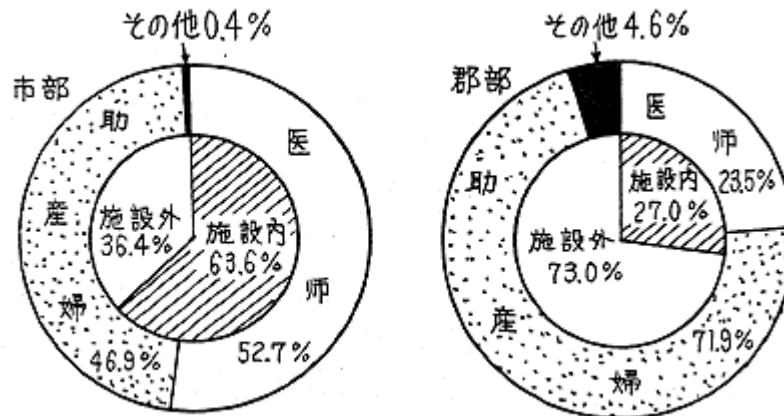
第1-12図 施設、立会者別出生割合



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

第1-13図 施設、立会者別出生割合(35年)

第1-13図 施設、立会者別出生割合 (35年)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

第1章 人口資質の向上

2 妊産婦乳幼児の健康 母子保健対策の現状

母子保健対策としては、妊産婦乳幼児の保健指導、妊娠届出母子手帳の交付のほか、次のような施策が行なわれている。

第1章 人口資質の向上

2 妊産婦乳幼児の健康

母子保健対策の現状

(1) 妊娠中毒症対策

妊娠中毒症は、妊産婦死亡原因の第一位にあり、また母体ばかりでなく胎児に対しても大いに悪影響を及ぼすと考えられる。したがって、これら両面から特別な対策が強く要望されていたが、昭和37年度から新規事業として採り上げられた。内容としては、助産婦、保健婦などが医師の指示のもとに家庭を訪問して療養指導と生活指導を行なうことになった。

第1章 人口資質の向上
 2 妊産婦乳幼児の健康
 母子保健対策の現状
 (2) 未熟児対策

未熟児の保護は緊急を要するものであつて、未熟児出生届出、養育指導、簡易保育器の貸出し、養育医療などの対策が行なわれており、その実施状況は第1-8表のとおりである。

第1-8表 未熟児養育状況

第1—8表 未熟児養育状況
(36年)

	未熟児届出数	養育指導		簡易保育器貸出状況		養育医療の給付 (35年度)	
		実人員	訪問延人員	貸出実数	貸出延日数	給付実人員	入院延日数
総数	66,164	51,677	96,447	2,581	49,947	4,419	177,866
1,800g以下	10,622	7,678	15,890	1,059	21,687	—	—
1,801~2,000g	8,370	7,187	14,672	607	12,359	—	—
2,001~2,300	22,261	17,214	31,985	644	11,298	—	—
2,301~2,500	24,911	19,598	33,900	271	4,603	—	—

資料：厚生省統計調査部「保健所運営報告」および厚生省児童局調べによる。

届出数は、推定未熟児総数の半分にすぎず、養育指導件数は下降する傾向すらあるので、市町村などの保健婦、地域の助産婦などの連けいにより、指導体制を強化し、母子手帳制度の浸透を図るとともに、未熟児に対する指定養育医養機関の適正配置を図る必要がある。

第1章 人口資質の向上

2 妊産婦乳幼児の健康 母子保健対策の現状

(3) 三歳児健康診査

幼児期は、心身の発達が著しく、人間の基礎が確立する重要な時期であるが、わが国の幼児保健指導は乳児に比して不じゆうぶんであつて、このことが、幼児死亡率の高いことにも現われている。この欠陥を補うため三歳児に対する健康診査が幼児の健康への関心を高めることと、問題児の早期発見とをねらいとして36年度から実施されることとなつた。36年度の実施状況をみると、第1-9表のように43道府県で平均受診率62.1%で、そのうち、指導を要するものが受診者の17.1%、精密検査をさらに必要とするものが、受診者の2.8%存在している。山梨県を例にみると、疾病異常では第1-10表のように、咽頭、皮膚、目、鼻、耳などが多い。歯科疾患のある者は全体の86%にもものぼり、1人平均6.3本のむし歯を有している。予防接種の実施状況を第1-11表でみると、種痘については、ほとんどの者が接種しているが、ジフテリア、百日咳は、共に第一期に比較して第二期の実施率が幾分おちている。またツベルクリン検査の実施率は、わずか29%であり、BCG接種者は総数のわずか11%にすぎない。生活習癖では(第1-12表参照)、夜尿、指しやぶり、ひどい偏食などが目だち、家庭における科学的な指導が切望される。その他言語機能で1.1%、精神発達で2.1%の異常が報告されている。身体面と併行して、早期の治療体制を確立すべきである。

第1-9表 3歳児健康診査実施状況 1)

第1-9表 3歳児健康診査実施状況¹⁾
(36年) (単位:%)

	最高	最低	平均
受診率	97.4	25.4	62.1
要指導 ²⁾	46.2	6.3	17.1
要精検 ²⁾	9.7	0.5	2.8

厚生省児童局調べ

(注) 1 報告43県分

2 受診者数に対する割合である。

第1-10表 疾病異常

第1-10表 疾 病 異 常

(単位:%)

		受診者数に対する割合			受診者数に対する割合		
頭	部	0.5	心	雑	音	0.4	
	眼	4.1	腹		部	0.7	
	耳	2.3	そ	け	い	ヘルニア	0.9
口	角	2.0	四		肢	0.4	
	鼻	2.7	背		柱	0.1	
咽		9.6	皮	膚	の	発疹	4.3
胸	部	1.7					
	{ 胸	1.1					
	{ 打聴診						

山梨県調べ

(注) 受診見数 8,751

第1-11表 予防接種実施状況

第1-11表 予 防 接 種 実 施 状 況

	種 痘	ジフテリア		百日咳		急性灰 白髄炎	ツ 反 応				B C G	そ の 他
		第1期	第2期	第1期	第2期		+	±	-	不明		
実数	8,462	8,281	6,654	7,767	6,255	6,265	339	151	2,012	6,249	947	557
率(%)	99.7	74.6	88.1	88.8	82.8	71.6	3.9	1.7	23.0	76.4	10.8	6.4

山梨県調べ

(注) 受診見数 8,751

第1-12表 言語・精神発達・習癖などの問題

第1-12表 言語・精神発達・習癖などの問題

	受診者数に対する割合
言 語	1.1
精 神 発 達	2.1
指 し や ぶ り	3.0
ど も り	1.2
夜 尿	27.9

山形県調べ

(注) 受診見数 14,290

第1章 人口資質の向上

2 妊産婦乳幼児の健康

母子保健対策の現状

(4) 母子健康センター

母子健康センターは、保健所からの遠隔地に設置され、保健指導と助産の全機能を持つ施設である。市町村が医師、助産婦および保健所の協力を受けて運営を行なっており、保健指導および助産の両部門とも著しい成果をあげていることが報告されている。現在まで187か所が設置されているが、全国に約1,100の目標市町村があり、現状ではまだ2割に満たない状況であつて、さらに早急の普及が望まれている。

第1章 人口資質の向上

2 妊産婦乳幼児の健康

母子保健対策の現状

(5) 特殊疾病対策

伝染病の罹患状況をみると、赤痢、急性灰白髄炎、ジフテリア、しよう紅熱、ましんなどの疾患については、大半が14歳以下の児童であり、それより大きい年齢においては急速に減少がみられる。特に急性灰白髄炎については、昭和35年北海道で、36年九州地方において大流行があつたことは、いまだに耳新しいところであるが、36年4月からソークワクチンによる予防接種が予防接種法の改正によつて取り上げられ、7月から生ワクチンの投与が行なわれた結果、その後の患者の発生は急激に減少し、36年前半には前年を上回る発生をみていたものが後半の激減によつて2,436人の発生にとどまつた。また、急性灰白髄炎の後遺症としてのまひに対しては、身体障害児対策の一環として保護されている。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

非行とその対策

(1) 刑法犯少年

非行少年の傾向を第1-13表によつてみると刑法犯少年(触法少年を含む)の数は、戦前は4万ないし5万人であつたものが戦後とみに増加し、昭和26年には16万6,433人と戦後の第一ピークを示した。そして翌年から一時減少の傾向を示したが、30年から再び増加し、36年には21万6,456人と戦前、戦後を通じて最高を示すに至つた。また刑法犯検挙人員中に占める少年の割合も年々増加しており、少年犯罪の増加率の高いことを示している。

第1-13表 少年刑法犯被検挙者数

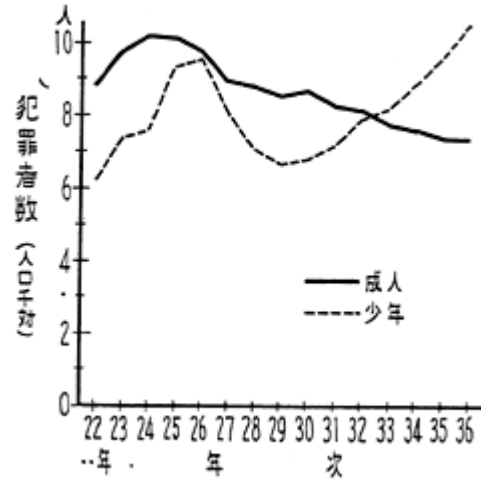
	14歳未満		14~18歳未満		18~20歳未満		20歳未満合計	
	人員	指数	人員	指数	人員	指数	人員	指数
11年	—	—	—	—	—	—	46,550	—
16	10,198	100	22,731	100	19,870	100	52,799	100
20	8,719	86	30,246	133	15,532	78	54,497	103
23	11,073	109	52,453	231	61,310	309	124,836	236
24	18,385	180	60,405	266	53,126	267	131,916	250
25	29,617	290	73,075	321	55,734	280	158,426	300
26	32,777	321	75,626	333	58,030	292	166,433	315
29	26,071	256	50,467	222	43,875	221	120,413	228
30	24,797	243	50,490	222	46,466	234	121,753	231
31	26,663	261	52,457	230	48,301	243	127,421	241
32	30,204	296	64,532	284	49,770	250	144,506	274
33	30,994	304	73,374	323	51,005	257	155,373	294
34	37,281	366	83,008	365	56,610	285	176,899	335
35	48,783	478	85,933	378	61,966	312	196,682	373
36	57,572	565	96,126	423	62,758	316	216,456	410

資料：警察庁保安局「少年非行」による。

このような推移を人口1,000人当たりの犯罪者数でも、成人は、24年の10.2人を最高に以後しだいに減少しているのに反し、少年は26年をピークに一時減少したが、30年以降増加し、33年12月は少年の犯罪数が成人のそれを上回り、36年12月は成人の7.3人に対し、少年は10.5人となつている(第1-14図参照)。

第1-14図 人口1,000人当たりの犯罪者数

第1—14図 人口1,000人当たりの犯罪者数



資料：警察庁保安局「少年非行」による。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

非行とその対策

(2) 特別法犯少年

次に特別法犯少年(触法少年を含む)の推移をみると昭和31年には、32万372人であつたものが、主として道路交通法違反の激増を反映して年々著しい増加を示し、36年には73万3,997人と2倍以上になつている。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

非行とその対策

(3) ぐ犯行為少年

ぐ犯行為少年(性格,環境,交際状況などから将来罪を犯すまたは刑罰法令に触れる行為をする恐れのある少年)も 第1-14表にみられるとおり年々増加を示し昭和26年には38万1007人であつたものが,36年には79万8,118人に達している。

第1-14表 年齢階級別ぐ犯少年等補導人員

	第1-14表 年齢階級別ぐ犯少年等補導人員			
	14歳未満	14~18歳 未 満	18~20歳 未 満	20歳未満 合 計
26年	71,853	165,542	143,612	381,007
27	53,891	136,867	77,908	268,666
28	74,833	168,805	108,524	352,162
29	106,200	190,757	133,502	430,459
30	97,626	173,194	133,915	404,735
31	98,954	208,017	149,503	456,474
32	119,177	310,820	207,692	637,689
33	120,234	372,301	228,071	720,606
34	130,832	400,354	258,918	790,104
35	160,056	411,799	271,313	843,168
36	156,747	404,211	237,160	798,118

資料：警察庁保安局「少年非行」による。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

非行とその対策

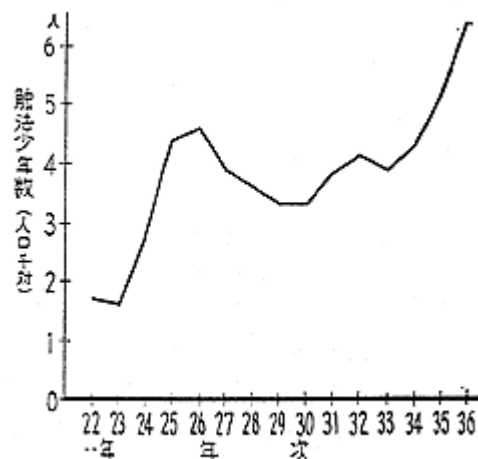
(4) 触法少年

触法少年(14歳未満で刑罰法令に触れる行為をした少年)の数については、第1-13表に示すとおり24年から急激に増加し、26年には3万2,777人に達した。その後減少の傾向を示したが31年から再び増加し、36年には5万7,572人の多くを数えるに至っている。

また、22年以降について、少年人口1,000人当たりの触法少年数をみると第1-15図のとおりである。人員とほぼ同じ動きを示し年々増加の傾向にある。

第1-15図 人口1,000人当たりの触法少年数

第1-15図 人口1,000人当たりの触法少年数



資料：警察庁保安局「少年非行」による。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

非行とその対策

(5) 最近の少年犯罪の特徴

少年犯罪は以上のように量的に増加傾向を示しているが、さらに最近の少年犯罪の特徴として、次のことがあげられている。

第一に、低年齢化の傾向にあることである。すなわち第1-13表により、昭和16年の年齢層別刑法犯少年数を100とした36年のそれぞれの指数を求めれば、14歳未満は565、14歳から18歳未満は423、18歳から20歳未満は316となり、低年齢層ほど著しい増加傾向を示している。

第二に、生活程度において中流層の少年に増加が著しいことである。36年における刑法犯少年の生活程度をみると、

極貧 6,892人

下流 85,243人

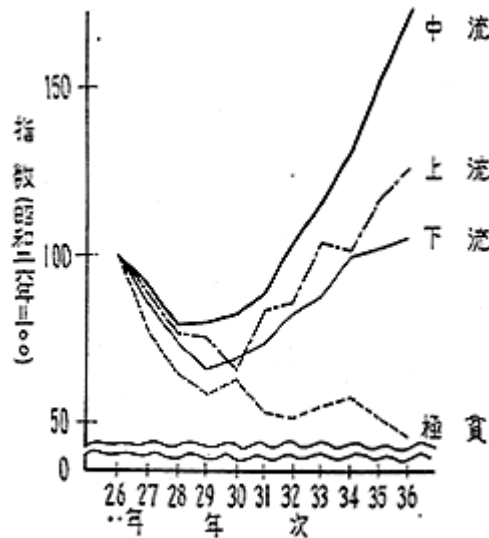
中流 65,096人

上流 1,480人

で、刑法犯少年数では下流が最も多いが刑法犯少年の生活程度の推移をみれば、26年のそれぞれの人員を100とした36年の指数は、極貧47、下流106、中流174、上流127となり、中流層の少年による犯罪の増加が著しいことを示している(第1-16図参照)。

第1-16図 生活程度別刑法犯少年

第1—16図 生活程度別刑法犯少年



資料：警察庁保安局「少年非行」による。

第三に、学生生徒、特に中学生の非行が増加していることである。すなわち刑法犯少年の職業別推移をみると、学生生徒の増加が著しく、31年の職業別刑法犯少年数を100とした36年の指数を求めれば有職者149、無職者105に対し学生生徒は224となつている。また小学生、中学生、高校生について、それぞれの推移をみると第1-15表のとおりであつて、36年度においては特に中学生の増加が著しい。

第1-15表 生徒犯罪数

第1—15表 生徒犯罪数

	31年	32	33	34	35	36
小学生	13,231 (100)	15,039 (114)	16,601 (125)	20,442 (155)	23,974 (181)	24,845 (188)
中学生	27,472 (100)	31,947 (116)	34,252 (125)	41,448 (151)	49,173 (179)	67,065 (244)
高校生	7,982 (100)	11,107 (139)	11,872 (149)	13,482 (169)	16,663 (209)	19,334 (242)

資料：警察庁保安局「少年非行」による。

(注) かつこ内の数字は31年の数を100とした指数である。

第四に、少年非行が集団化していることである。36年の少年刑法犯の検挙件数中に占める共犯の比率を罪種別に31年の共犯の比率と比較してみると、第1-16表に示すごとく、その比率がかなり上昇していることを見ることができる。

第1-16表 少年刑法犯検挙件数に占める共犯の比率

第1—16表 少年刑法犯検挙件数に占める共犯の比率

(単位：%)

	31年	36
凶 悪 犯	25.7	35.0
粗 暴 犯	27.4	29.9
窃 盗	25.4	29.3

資料：警察庁保安局「少年非行」による。

第五に、地域的に大都市に集中する傾向が高いことである。人口の都市集中化により、犯罪もまた都市集中の傾向を生じている。六大都市と、その他の地域の刑法犯検挙人員の推移をみると、少年の六大都市における人口1,000人当たりの検挙人員は30年はその他の地域の約1.5倍を示したが、35年には1.8倍と上昇している。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

非行とその対策

(6) 対策

ア 児童相談所

児童相談所の受付けた教護および触法行為の相談は、36年度において、6万6,438件にのぼり、全相談件数の28,2%を占めており、年年増加する傾向にある。このように児童相談所は、児童問題特に増加する非行問題を地方第一線で取扱う機関としては、その数はきわめて少なく、その早急な整備が望まれている。なお、現在非行問題の多発の傾向にある市部の福祉事務所における児童福祉関係の機能の強化が必要である。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

非行とその対策

(6) 対策

イ 教護院

非行少年のうち14歳未満の者の全部と14歳以上18歳未満の者の一部は児童福祉法によるそれぞれの措置がとられるのであるが、特に重要な位置を占めるものは教護院における保護指導である。教護院は一般に家庭的ふん囲気の中で愛情と技術をもつて非行児童を保護指導し、将来社会の健全な一員として復帰せしめる専門機関であり37年8月1日現在施設数58,収容定員は6,074人である。しかし、最近における非行少年特に低年齢層の増加と質的变化により現行の教護体制による保護指導では不じゅうぶんであり、非行児童の年齢、性情などに応じて分類収容を行なうなど真に対象児童のニードに応ずることができる教護方法の採用、設備の拡充を図る必要がある。また、教護院における指導内容も単に家庭的ふん囲気を与えるだけでは不じゅうぶんであつて、医学的、心理学的技術を積極的に導入するとともに退所児童のための専門のケースワーカーおよびアフターケア施設を設置する必要がある。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

非行とその対策

(6) 対策

ウ 情緒障害児短期治療施設

非行以前の問題児の対策として、昭和36年度において情緒障害児短期治療施設が、静岡県、大阪市、岡山県の3か所に設置された。この施設は軽度の情緒障害を有する児童に対し心理学的治療や生活指導を加え児童に社会適応性を与えることを目的としたもので非行防止のうえに重要な意味を有するものである。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

事故

(1) 事故の概要

わが国の事故死亡率は、成人まで含めて、諸外国と比較すれば諸外国の間ではほぼ中間位を示すが、第1-17表のとおり、幼児の事故死亡率の高いのが特徴である。総死亡に対する事故死の割合は第1-17図のとおり、年々増加の傾向を示している。19歳以下の死亡を原因別にみると、その第一位は、0歳を除いて、すべて不慮の事故で占められている。総死亡中に占める不慮の事故による死亡の割合は、第1-18表のとおりで5歳から9歳階級が32.7%で男は4割をこえている。

第1-17表 年齢階級別にみた不慮の事故死亡による死亡率(人口10万対)の国際比較

第1-17表 年齢階級別にみた不慮の事故死亡による死亡率(人口10万対)の国際比較

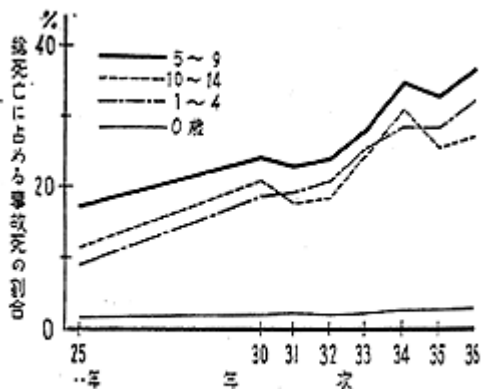
	日本	アメリカ	西ドイツ	フランス	イングランド ウェールズ	
男	全年齢	57.1	82.0	81.6	82.0	43.8
	0歳	100.1	98.3	62.2	61.6	97.1
	1~4歳	88.9	38.8	56.4	32.2	25.9
	5~14歳	31.1	28.8	28.3	16.3	17.5
	15~24歳	47.0	103.1	89.8	63.0	46.6
女	全年齢	19.1	35.2	30.2	37.4	26.4
	0歳	103.8	77.9	47.1	44.5	73.7
	1~4歳	62.0	29.4	33.5	22.3	17.7
	5~14歳	11.1	12.5	10.8	7.4	7.1
	15~24歳	7.8	20.4	12.0	13.3	6.5

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」および「Annual Epidemiological and Vital Statistics (1958年)」による。

(注) 1. 全年齢は全人口に対する死亡率である。
2. 1952~56年の平均である。

第1-17図 年齢別にみた事故死亡の割合

第1-17図 年齢別にみた事故死亡の割合



資料：厚生省統計調査部「事故死亡の分析(37年)」による。

第1-18表 不慮の事故による死亡率

第1-18表 不慮の事故による死亡率
(35年)

	総死亡に対する割合 (各年齢階級死亡=100.0)		
	総数	男	女
0~4歳	6.6	9.3	7.8
5~9	32.7	41.3	20.7
10~14	25.8	33.5	14.8
15~19	26.8	36.3	10.8

資料：厚生省統計調査部「事故死亡の分析(37年)」による。

事故死を種類別にみると、0歳では窒息、天災、火および可燃物の爆発の順、1歳から4歳では溺死、自動車事故、天災、5歳から14歳では溺死、天災、自動車事故、15歳から29歳までは自動車事故、その他の交通事故、溺死の順となり、1歳から14歳では天災を除けば溺死と交通事故が1,2位を占め、15歳以上では交通事故が最も多い(第1-19表参照)。

第1-19表 年齢階級別にみた事故死亡の種類

第1-19表 年齢階級別にみた事故死亡の種類
(34年)

(単位：%)

	全年齢	0歳	1~4歳	5~14	15~29	30~44	45~64	65歳以上
事故死亡率 (人口10万対)	44.8	89.7	81.0	25.9	35.6	37.8	51.9	109.0
自動車事故	(1) 26.5	100.0	(2) 100.0	(3) 100.0	(1) 100.0	(1) 100.0	(1) 100.0	(2) 100.0
その他の交通事故	10.6	0.7	4.5	7.3	(2) 13.9	(3) 12.4	(3) 13.3	(3) 10.2
中毒	3.3	2.8	1.6	0.8	5.6	4.1	3.5	2.2
墜落(転倒を含む)	10.0	2.2	2.7	3.5	7.9	9.3	(2) 13.6	(1) 23.9
落下	4.9	0.3	0.8	1.6	6.6	9.6	6.7	1.7
火および可燃物の爆発	3.7	(3) 8.3	3.1	2.5	2.1	2.7	3.2	8.9
窒息	4.4	(1) 64.1	2.6	0.8	1.4	1.9	2.2	4.9
溺死	(2) 17.5	3.4	(1) 51.2	(1) 40.8	(3) 9.6	6.2	7.1	10.0
天災	(3) 11.7	(2) 10.3	(3) 9.3	(2) 20.3	8.8	(2) 13.5	10.7	9.7

資料：厚生省統計調査部「事故死亡の分析(37年)」による。
(注) かつこ内の数字は順位を示す。

溺死と自動車事故の推移をみると第1-20表のとおり、溺死は自動車事故の数倍に当たる高率を示している。しかしその推移は減少か横ばいの傾向にあるのに反し、自動車の事故死は増加の傾向を示している。

溺死は、乳幼児、学齡期には、異常と思われる程高率を示している(第1-21表参照)。

第1-20表 主要な事故の死亡率

第1-20表 主要な事故の死亡率(人口10万対)

	25 年		30		35	
	溺 死	自動車事故	溺 死	自動車事故	溺 死	自動車事故
0 ~ 4 歳	41.9	5.2	37.8	8.3	29.4	13.0
5 ~ 9	21.0	3.8	18.7	4.9	13.4	8.6
10 ~ 14	5.7	1.8	6.6	2.2	5.7	3.3

資料：厚生省統計調査部「事故死亡の分析(37年)」による。

第1-21表 溺死死亡率(人口10万対)の国際比較

第1-21表 溺死死亡率(人口10万対)の国際比較

	日 本		ア メ リ カ		西 ド イ ツ		フ ラ ン ス		イ ン グ ラ ン ド ウ ェ ー ル ス	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
0 歳	4.0	3.8	1.5	1.3	0.7	1.1	0.7	0.5	0.9	0.9
1 ~ 4 歳	53.1	35.6	6.1	2.7	13.1	6.2	9.4	5.3	5.2	1.5
5 ~ 14	17.7	5.0	6.8	1.5	6.8	1.4	4.2	0.9	4.5	0.7
15 ~ 24	5.7	1.1	9.6	0.9	7.7	0.9	9.6	2.0	3.1	0.4

資料：厚生省統計調査部「事故死亡の分析(37年)」による。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

事故

(2) 溺死と交通事故

このことからわかるように児童の事故防止の重点は、溺死と交通事故にある。しかし、家庭の周辺には、児童の事故の原因となる事物や条件が無数にあり、ちよつとした不注意から台所の水がめでも幼児の溺死は起こるのである。これら事故の防止については、家庭、社会ともどもに危険な場所や条件の排除と、児童の安全確保のための訓練や地域組織の活動に留意しなければならない。

交通事故の防止については、児童厚生施設の整備のほか、社会における児童の安全確保の運動や、児童に対する安全教育の徹底が重要である。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

事故

(3) 自殺

年少人口の死亡原因で注目されることは、5歳から19歳の年齢層の女子の自殺は第一位であり、男子では自殺が第二位であることである。

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

健全育成

(1) 児童厚生施設

児童厚生施設は、児童に健全な遊びを与えてその健康を増進するとともに情操を豊かにすることを目的とする施設である。したがって、児童の非行化や事故発生を防止するためにきわめて有用であり、子供会、母親クラブなどの地域組織活動の拠点ともなるべきものであり、児童の健全育成を図るうえに果たす役割は大きい。児童厚生施設として認可されている施設の数第1-22表のとおりであり、児童館、児童遊園とも逐年その数は増加しているが、まだ全国的にみて不足がはなはだしい。なお、児童厚生施設「こどもの国」は、横浜市と東京都町田市にまたがる丘陵地帯の約29万坪の地域に工事中で、40年5月の全部開園を目標に着々と整備が進められている。

第1-22表 児童厚生施設の設置状況

第1-22表 児童厚生施設の設置状況

		25年5 月31日	31.6.30	35.8.31	37.3.31
総	総 数	156	497	687	1,001
	公 立	109	148	417	697
数	私 立	47	349	270	304
	総 数	25	84	172	176
児 童 館	公 立	0	15	28	30
	私 立	25	69	144	146
児 童 遊 園	総 数	131	413	515	825
	公 立	109	133	389	667
	私 立	22	280	126	158

厚生省児童局調べ

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成

健全育成

(2) 児童の福祉の地域活動

児童を健全に育成しようとする地域組織を大別すると、

ア 児童の近隣組織である子ども会およびこれを中心とした成人の組織である子ども会育成会

イ 親の組織である母親クラブ、親の会など

ウ 児童、子ども会などの運営指導にあたる有志指導者(ボランティア)の組織(児童指導班VYSなど)などの3種であるが、その設置状況は第1-23表のとおりであるが、児童の健全育成のためにはかような地域組織が健全に発達することが望ましい。

第1-23表 地域児童育成組織の概況

第1—23表 地域児童育成組織の概況

	子 供 会			母 親 ク ラ ブ		児童指導班など有志指導者組織	
	子供会数	会員数	子供会指導者数	母親クラブ数	会員数	組織数	会員数
30年6月	62,822	2,977,577	—	7,828	490,596	4,075	26,418
35年8月31日	86,001	5,243,869	201,347	17,643	626,313	6,865	69,893
37. 3. 31	103,066	5,915,389	313,229	20,599	693,357	7,448	203,199

厚生省児童局調べ

第1章 人口資質の向上

3 非行と事故の防止および健全育成 年少労働者

新規学卒者について、昭和37年3月の「新規学校卒業者の職業紹介及び初任給に対する調査(労働省)」によれば、中学卒業就職者41万120人中京浜、中京、京阪神の3地区に就職した者28万473人、高校では、34万861人中23万7,947人であつて、中学では7割弱、高校では7割強となつている。彼らの生活は学校から職場へ、農村から都市へとまったく一変する。彼らが生活環境や労働環境に適応して、優秀な社会人、産業人となるためには多くの精神的、身体的緊張と負担を伴うであろう。かかる障害を排して、年少労働者の健全育成を達成するためには、職場における適正な労働条件の確保と向上はもちろん必要であるが、年少者であることの特質を配慮した福祉対策も欠くことができない。児童福祉司、児童相談所、児童委員、地域組織も、積極的な支援に当たらなければならない。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

リハビリテーションの意義

身体的、精神的に永続する障害を持つことは、障害者およびその家族に大きな心理的苦痛を与えるばかりでなく、社会的・経済的にも大きなハンデキャップとなり、生存競争の激しい現代社会における弱者として発展向上に取り残されることを意味する。従来、これに対する施策は、障害者の身体障害や精神障害の現状を前提として、福祉保護を加え、あるいは年金などを給付するところに主眼がおかれてきた。

近年、欧米諸国において著しい発展をみているリハビリテーション事業は、治療、機能的訓練、職能的訓練、再雇用促進などのサービスを体系的に結合することによつて、これらの措置が個々ばらばらに行なわれた場合に果たしえなかつた障害者の更生施策の効果をいつそう大ならしめようとするものであり、その眼目は、人間能力そのものの回復を重視する考え方が貫かれている。リハビリテーション事業の進展は、最近の社会保障における国際的なすう勢となつてきているが、その要因は、次のとおりである。

(ア) 社会保障制度の発展に伴つて、障害者の人権の尊重と福祉の増進に対する認識が広まつた。

(イ) 治療医学の進歩により、以前には救うことができなかつたような重症患者も、身体的機能の欠陥を持ちながらも助かるようになった結果、リハビリテーションに対する社会的需要が高まつてきた。

(ウ) 技術革新を中心とする経済の発展は、人口資質の向上や人間能力の開発の必要性を高め、一般国民はもちろん障害者に対しても、高い教育的、職能的水準が要求されるようになった。

(エ) リハビリテーションの分野における医学的、心理学的、社会学的総合技術が長足の進歩を遂げた。

わが国の現状をみると、リハビリテーションの分野においては、全体として著しい立ちおくれをみせている。これは医学の分野の中でも、リハビリテーションの技術的開発が遅れていたこと、リハビリテーション事業が広く、福祉、衛生、労働、教育などの分野にわたり、施策の体系的推進が困難であつたことなどにもよるが、わが国の労働市場が久しく豊富な労働力に恵まれ、障害者の更生と雇用を促進するような経済的狀態になく、その面からリハビリテーションの需要を生む機運になかつたことも重要な要因であつと考えられる。

しかしいまや事情は変化しつつある。経済は大きく発展を続けるとともに、やがて先進国並みの労働力に見舞われることが予見され、人間能力の開発が強く叫ばれるに至つた。障害者の問題は障害者や家族の福祉という観点からはもちろん、人間能力開発の見地からも再検討し、真に効果的なリハビリテーション対策の体系的整備に努める必要性は著しく増大した。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

リハビリテーションの効果

障害者は適切なリハビリテーションによつて、一般に想像されている以上に健康人の間に伍してそんな色なく活動できるものであり、これに伴う経済的寄与も大である。リハビリテーション事業の発達している諸国では、リハビリテーションによつて障害者の治療から回復までの期間が短縮され、産業戦線への復帰が早まり、これに伴つて入院費、傷病手当金、障害手当などが節約されるという消極的な効果ばかりでなく、障害者の稼得によつて国民経済上計り知れない効果をあげている。

たとえばイギリスの国立脊髄センターに滞在視察した国立別府病院の一医師は、その状況について次のように報告している。「このセンターは脊髄損傷専門の治療機関で1944年に開設、本年3月末までに既に2,500人の患者を取り扱つており、成績は1,915人、76%が家庭か政府の脊髄寮(233人)に復帰し、また就職対象者1,700人の85%がなんらかの形で就職している。しかも賃金は一般健康人と変わりがない。受傷から就職まで平均わずか6か月というスピードで社会復帰している。

リハビリテーションは後療法ではなく、救急車の中から始まる。重要な事は、いかにして早くかつ安全に事故現場から病院へ、しかも専門医へうまくリレーするかである。この医師は傷病の治療のみに満足せず、さらに患者の一般社会人と同様に心理的に、職業的に経済的に独立してこそ始めて完全な医療であると考えている。そのため回診のスタッフも医師、ナースの他にも上しの回復訓練を指導する職能療法士、下しの訓練をする理学療法士や臨床心理指導官がおり、またアルモナーと呼ばれる社会福祉司は患者が安心して受診できるように精神的、社会的苦悩をきいてやり、時にはその患者の妻の就職の世話までする。その患者の家族の事ならなんでもよく知つている。

以上は保健省所属であるが、D.R.O(Disabled Resettlement Officer)と呼ばれる労働省所属の身体障害者専門の就職あつせん官が週に3回同センターに出張し、前述のアルモナーとよく協議する。以上の各スタッフが始めから相談し本人の予想される退院日、残存能力、希望、家族構成、経済状態などを考え合わせて就職口を探し、それに合致した治療を行なう。退院数週間前に就職が決定する例が多い。また職能療法として時計修理、器具組み立て、タイプ、木工、編物などを狭義の医療と併行して早期に開始している。四しともまひした患者がベツトに寝た状態で口で吸つたり吐いたりするわずかの力を利用した特殊装置付きタイプで練習しているのをよく見かけた。どんなに重症例でも希望を捨てないようにする治療態度にはまったく頭の下がる思いがした」と報告している。

また米国では職業的リハビリテーションを必要とする身体障害者(内科疾患、精神病などを含む。)は約215万人(人口1,000対12.4)と推計されるが、1960年にはそのうち約8万8,300人が職業的更生をしている。更生者中約1万8,000人(5人に1人の割合)はなんらかの公的扶助受給者であつて、その受給額は1,700万ドルに達していたが、リハビリテーションを受けて産業戦線に復帰し、最初の一年間の稼得は3,000万ドルにのぼつた。米国が1960年度にリハビリテーションプランに投資した額(管理、相談、医学的リハビリテーション、職業訓練その他のサービスの費用および更生施設などの設置費を含む。)は、連邦4,900万ドル州3,000万ドル計7,900万ドルに達したが、更生者は年間約1,390万ドルの所得税を連邦に納めているほか、州および地方の税を納付しており、1960年度の連邦の投資額は、更生者によつて3年半以内に償還されている。

わが国では、障害福祉年金の受給者総数22万1,663人(36年6月)、年間支給額40億円、厚生年金による障害年金受給者総数8万3,923人(36年3月)年間支給額28億円労災保険による障害補償受給件数7万5,940件(35年度)支給額72億円、合計140億円の障害給付が行なわれている。また生活保護制度における医療扶助は403億円(36年度)に達し、入院患者中約70%(37年4月)は結核、精神などの慢性疾患患者である。

このように障害年金、公的扶助などの給付対象となつている障害者には適切にデザインされたリハビリテーション対策によつてその能力を回復し、健康者と変らない活動を行なう可能性をもつた者が少なくなると考えられ、諸外国の例からみても、リハビリテーションの強化に伴う経済効果は、きわめて大きいといふことができる。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

心身障害者の現状

わが国の心身障害者の現状を,内科的疾患によるものや,精神障害者を含めて総合的に調査した資料はないが,おもな障害別にみると次のとおりである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

心身障害者の現状

(1) 身体障害者(児)

35年7月の身体障害者実態調査によると身体障害者(し体不自由者,視覚障害者,聴覚障害者,児童を含む。)は全国で95万人,人口1,000人に対して10.2人の身体障害者がいることになっている(第1-24表参照)。

第1-24表 身体障害者数

第1—24表 身体障害者数
(単位:1,000人)

	総 数	18歳未満	18歳以上
総 数	950	120	829
視 覚 障 害	220	18	202
聴覚障害(音声、 言語平衡機能障害 者を含む)	163	22	141
し 体 不 自 由	566	80	486

資料:厚生省社会局「身体障害者実態調査」による。

- (注) 1 「身体障害者実態調査(35年7月)」による全国推計数である。
2 施設収容者を含まない。
3 年齢別数の計が総数に一致しないのは、端数整理のためである。

身体障害者を障害別にみると,し体不自由者の59.7%が最も多く,視覚障害者の23.2%がこれに次いでいる。身体障害の原因別にみると,第1—25表のとおりトラホーム,中耳炎,カリエス,小児まひなど結核以外の疾病によるものが43.2%で最も多く,原因不明,業務外の事故などによるものが18.5%,先天的疾患によるものが16.8%,業務上の災害によるものが8.1%,交通事故によるものが2.4%となっている。

第1-25表 障害の種類別,障害の原因別状況

第1—25表 障害の種類別,障害の原因別状況

(単位:%)

	総 数	先天的 障 害	旧軍人軍 属で公務 上の災害	業務上 の災害	結 核	結核以外 の疾病	交通事故	職 災	その他
総 数	100.0	16.8	6.4	8.1	4.1	43.2	2.4	0.6	18.5
視 覚 障 害	100.0	16.4	3.0	4.0	0.3	52.8	0.5	0.5	22.3
聴 覚 障 害	100.0	36.1	2.0	1.2	1.4	36.6	0.6	0.4	21.7
し 体 不 自 由	100.0	11.3	9.0	11.7	6.3	41.3	2.6	0.7	16.0

資料:厚生省社会局「身体障害者実態調査(35年7月)」による。

18歳以上の身体障害者で職業能力回復のための更生医療を必要とするものは5.4%,約4万5,000人にのぼ

り,更生援護施設に収容して訓練を実施する必要があると認められる者は全体の3.8%約3万2,000人となっている。また,障害のため介護を要する者は31.6%となっている。

15歳以上の身体障害者の就業状態をみると,就業者45.8%,不就業者54.1%,その他となっている。また就業者の80%までは月収2万円未満である。就業者の就業にあたりその技能修得の方法をみると,個人受職の18.9%に対し,身体障害者更生援護施設,公共職業訓練所,特殊学位など公的施設によるものが7.4%と,公的施策の浸透度がきわめて低いことを示している。また不就業者の不就業理由をみると,身体上の欠陥のために働けないというものが69%にもものぼっている。また生活保護を受けている者は,7.5%にのぼり,全国平均の保護率の4倍以上の高さとなっている。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

心身障害者の現状

(2) 脳卒中

中枢神経系の血管損傷は、結核に代わつてわが国死因の第一位を占め、その死亡数は35年には14万9,482人、人口1万対16.0の死亡率を示している。この疾病は死亡者2人に生存者1人といわれるから、毎年人口1万対8の脳出血後遺症が発生しているものと推計される。厚生行政基礎調査(33年)による脳卒中患者は全国で30万5,000人、人口1万対33.5と推計されている。人口が老齢化していく傾向がつよまれば血管損傷のケースも増大することが予想されるので、この分野でのリハビリテーションの需要も高まると思われる。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

心身障害者の現状

(3) 結核

結核による身体障害者の数を統計的には握することは困難であるが、厚生年金保険法による障害年金の受給者(36年3月現在、全結核6万3,110人)の障害程度を基準にして、各種医療保険別の結核有病率などから推計してみると全国で約25万人となり、回復期にある患者も含めると、その数は約40万人程度に達するといわれる。結核による死亡率は著しく減少したとはいえ、その患者数は殆んど変化がなく、この意味において結核回復者のリハビリテーション面の施策はいつそう必要となつてきている。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

心身障害者の現状

(4) 精神障害者

29年の精神衛生実態調査によると、精神障害者の数は、全国で約130万人にのぼり、そのうち施設に収容すべき者は約47万人と推定されている。

また、36年10月の精神薄弱者実態調査によると、15歳6月以上の精神薄弱者は、全国で34万人と推定され、その63%、約22万人は施設入所その他の措置を必要とする障害者である(なお、精神衛生の項参照)。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

わが国のリハビリテーション事業の現状と問題点

(1) リハビリテーションの対象となる障害の範囲

わが国では疾病の治療に関しては、医療保険によつてあらゆる疾病について医療保障がなされるしくみとなつては、障害者のリハビリテーションの段階になると、とりあげる障害の種類は狭く、限定されている現状である。すなわち、児童福祉法の分野では、原則としてすべての障害児を対象としているが、成人に関しては、身体障害者福祉法では、し体、聴力、視力および言語機能の障害に限定されており、精神障害については精神薄弱者福祉法の制定によつて精神薄弱者が対象に加えられているが、その他の障害は対象とされていない。この点については、たとえば英国においては、身体障害者として登録される者は「6か月以上継続する疾病または負傷で雇用上のハンディキャップを有する人々」とされ、リハビリテーション施策の効果をひろく障害者全般におよぼすよう配慮されている。内科的疾患はし体不自由などに比べてそのハンディキャップの程度はまさるとも劣らないものが多く、リハビリテーションの対象とする実益も大きいことを考慮し、対象範囲の拡大を真剣に検討しなければならないであろう。なお、身体障害者雇用審議会胸腹部臓器専門委員会は、結核者を身体障害者雇用促進法の対象に加えることを答申している。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

わが国のリハビリテーション事業の現状と問題点

(2) 病院におけるリハビリテーションの不備

わが国の病院では、リハビリテーション活動はあまり行なわれていない。わずかに、結核療養所、温泉病院、労災病院、厚生年金整形外科病院などで実施されているにすぎない。このため、治療と同時に開始されるべきリハビリテーションは、すでにその第一歩において時機を失し、また専門的なリハビリテーション施設との連絡の一貫性がたちきれてしまう例が大部分である。今後はリハビリテーション専門施設の整備と相まって結核療養所、精神病院その他一般病院のうち特に長期療養を必要とする患者を収容する施設におけるリハビリテーションの設備の強化を図ること、また利用に要する費用についても考慮を払わなければならないであろう。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

わが国のリハビリテーション事業の現状と問題点

(3) リハビリテーション専門施設

わが国のリハビリテーション施設は身体障害者福祉法,児童福祉法,精神薄弱者福祉法,生活保護法,社会福祉事業法などによる身体障害者援護施設,児童福祉施設,精神薄弱者援護施設,保護施設などが中心であるが,これらの施設数はきわめて少ない。さらに絶対数が不足しているばかりではなく,地域的不均衡も大きい。更生施設に収容して社会復帰のための治療と訓練を必要とする者は約3万2,000人に対して,その施設は公私あわせて90施設収容定員4,235人にすぎないし,精神薄弱者も約22万人が施設入所の必要あるものと認められているにもかかわらず,精神薄弱者援護施設は37年度建設予定を含めても,19施設収容定員1,330人にすぎない。結核についても結核病床26万に対し後保護施設26,収容数1,440人にすぎない。このほか,重度の精神薄弱,脳性まひ,脊髄損傷など重度身体障害者のための保護施設や収容授産施設,言語・聴覚障害児を対象とする専門の更生施設,脳卒中後遺症などの半身不ずいを対象とする更生施設,心臓,高血圧などの成人病患者のリハビリテーション設備をもつた専門病院なども絶対的に不足しているので,これらの施設の整備も怠つてはならない。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

わが国のリハビリテーション事業の現状と問題点

(4) 専門技術者の不足

リハビリテーション対策を整備するにあたって最も基本的なものは専門技術者の確保である。医師、看護婦のほか、機能療法士、職能療法士、言語療法士、心理療法士、社会事業担当者などの専門技術者を確保し、リハビリテーション施設に配置することはリハビリテーション施設運営のための必須条件である。しかるに、わが国においては、専門技術者の数は著しく不足しており、その身分も確立せず、養成機関も設置されていない。

現在はこれらの技術者の不足をカバーするためたとえば、し体不自由児施設では、整形外科後療法を専門とするあん摩師、児童指導員その他の職員が現場訓練を受けてその業務を担当している状況である。これら専門技術者の養成施設としては、東京の整し療護園に療育技術者養成所が付設され、し体不自由児施設に働く機能療法士、職能療法士の教育訓練コース(2か月)を開始しているし、国立身体障害者更生指導所でもW,H.Oのコンサルタントをまねいて、職能療法士の講習会を実施した。その他、結核療養所、精神病院などにおいて短期教育訓練の計画が検討されているが、もつと根本的に専門技術者の養成訓練計画を検討しなければならぬ段階にきている。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

わが国のリハビリテーション事業の現状と問題点

(5) リハビリテーションの費用

障害者には低所得者が多い。したがって、リハビリテーション・サービスが提供されても、これを受けるためにはその経費負担の軽減とその間の生活保障対策の強化を図らなければならない。リハビリテーション施設における費用は、身体障害者福祉法、児童福祉法などに基づいて、資産調査を前提とする公費負担制度によつてまかなわれている。なお、結核回復者後保護施設の入所に伴う食費などは本人負担とされており、被保護者以外の低所得者の入所を實際上困難ならしめていると考えられる。

現在、社会保険においては、被保険者が指定医療機関において限られた範囲の整形外科機能訓練などを保険給付として受けることができるようになっている。諸外国の例をみると年金制度の中で現物給付として、リハビリテーション・サービスを提供するしくみをとっている例もあり、わが国でも検討してみる必要がある。

第1章 人口資質の向上

4 リハビリテーション

わが国のリハビリテーション事業の現状と問題点

(6) 障害者の雇用

「身体障害者」の就業率は46%であることはすでに述べたが、35年11月末現在における労働省調査では従業員100人以上の事業所の常用労働者489万3,000余人のうち身体障害者は4万300余人、その雇用率は平均0.82%であった。常用労働者500人以上では継続雇用もあつて0.92%となつているが、100人から499人の規模では0.73%と低調であつた。身体障害者雇用の実施によつて、国や地方公共団体、国鉄、電々、専売の三公社では非現業の職場で1.5%、現業の職場では1.4%、公庫や公団などの特殊法人でも現場的な事業所で1.3%、事務的な事業所で1.5%、民間事業所でも従業員100人以上の規模では現場的な事業所で1.1%、事務的な事業所で1.3%までは「身体障害者」を雇用するよう要請されており、これらの雇用率はいずれも昭和39年3月末までに達成することになつている。

しかしながら、この対象の中にも現在のところ内科的障害者が含まれていないことは問題であり、リハビリテーションの強化によつて雇用率も英国並の3%を次の目標とすべきであろう。

第1章 人口資質の向上

5 精神衛生

精神障害者の現状

昭和29年の精神衛生実態調査によると第1-26表のとおり、全国に約130万人(全人口の1.5%)の精神障害者がいる。その内訳は、精神病(精神分裂病,そううつ病,てんかん,梅毒性精神障害者など。)の患者は約45万人,精神薄弱者(知能指数おおむね50以下)は約58万人,その他(中毒性精神障害,神経症,精神病質など)の患者が約27万人と推定される。そのうち精神病院に収容を必要とするものは約35万人と推定されているが,37年9月末現在で病院に収容されている者は,12万8,000人にすぎない。

第1-26表 精神障害者の状況

	有病率	全 国 推計数	必要とする措置		
			要 収 容		精神科外来 治療やその 他の処理
			精神 病院	その 他の 施設	
総 数	%	万人	万人	万人	万人
総 数	1.5	130	35	12	83
精 神 病	0.5	45	24	0	21
精神薄弱	0.7	58	1	12	45
そ の 他	0.3	27	10	0	17

資料：厚生省公衆衛生局「精神衛生実態調査(29年)」による。

さらに31年に厚生省は在院および退院精神障害者についてその実態を調査したが,そのおもなる結果についてみると,(ア)入院患者のうち精神分裂病が最も多く,全体の70.0%を占めている。(イ)2回以上の入院患者が全体の42.8%占めている。(ウ)2年以上在院している患者が35.4%を占めている。(エ)発病して1年以上も経ってから始めて入院している患者が46.5%も占めている。(オ)在院精神障害者の予後を見ると,寛解または軽快見込みの患者は45.0%あるが,その他は予後の不変または増悪見込みの患者である。特に長期在院者ほど予後の見通しは悪くなっている。(カ)退院精神障害者の治療効果をみると,寛解38.0%,軽快40.7%,不変または増悪21.3%で,全体として寛解または軽快した者が78.7%いる。

また36年10月の精神薄弱者実態調査によると,わが国の精神薄弱者(15歳6月以上)は,34万3,000人で同年齢の人口1,000に対し5.3の割合となつている。(この推計数については,調査対象から年齢15歳6か月未満のものが除かれていること,家族の申出により対象をは握するという方法によつていること,一般的にいつて精神薄弱者については,重度,中度の障害者に比べていわゆる軽度の障害者の比率がきわめて大きいとされており,しかも軽度のものは判定が困難であることを考慮しなければならない。今回の調査結果から推計された精神薄弱者の全国数はこれまでいわれてきた数とかけはなれているが,以上の点に留意して取扱う必要がある。)精神薄弱者は,その52.5%が言語障害,精神神経疾患,形態異状などの精薄以外の心身の障害をもつており,その比率は重度精薄者ほど高くなつている。

精神薄弱者の就労状況を見ると,継続的に就労している者38.7%,時々働いている者16.5%,家事手伝い19.6%で何もしていない者は25.3%となつている。就労の内容は,農林漁業が51.1%,雑役17.2%などとなつている。就労している者のうち27.8%が一人前の仕事をしており,また81.6%は特別の監督を必要としない状態である。継続して就労している者(家族従業者を除く。)の収入をみると,月収1万5,000円未満が

92.2%にのぼっている。

本人の福祉のため施設入所その他の措置をとる必要があると認められる者は全体の63.2%(約21万7,000人)で、その内訳は在宅指導を必要とする者35.8%、施設入所を必要とする者18.3%、精神神経科の医療的措置を必要とする者9.2%となつている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1章 人口資質の向上

5 精神衛生 対策の方向

精神医学の世界の大きな流れは、精神障害者を単に監視した時代から、精神障害者を積極的に治療する時代へと移ってきた。そしてさらに、社会の中に早期の患者を発見し、治療し、社会復帰させることから、職場、階層、地域、家族などの集団や組織を基盤として、その中に現われている、また将来現われてくるであろうところの精神衛生の諸問題を、広い社会的視野から解決し、対策をたてていくというようにまで進んできている。したがって今後の方向は、まず第一に精神衛生相談所を中核とした地域社会における精神衛生諸活動の推進が必要である。現在精神衛生相談所は都道府県に47か所、指定市に6か所あり、未設置県は6県であるが、精神衛生相談所が中心になつて地域内の関係諸機関と提携して、経済、生産、宗教、文化、技術、学校、社会教育など各種団体の組織的精神衛生活動態勢を図り、地域住民の精神健康を保持するだけでなく積極的な意味で精神機能を増進していく方向に進めていかねばならない。

第二に精神障害者の治療とリハビリテーション対策の強化である。W.H.O精神専門委員会は、「10年前までは、多くの精神病院勤務医師は全患者の少なくとも1/3は長期在院患者になるものときめこんでいた。5年前には若干の病院はこの数字を5%にまで引き下げられることを示唆している。これらの数字の示すものは、全患者に対する積極的治療とリハビリテーションによつて、社会が一生にわたる保護のために受ける大きな経済的負担をまぬがれることができるようになることである」と述べている。

戦前には存在しなかつた分裂病に対するクロールプロマジン療法などのように、薬物療法や生活療法が最近めざましい発達をとげて、今では精神障害者の比較的多数が社会復帰し得る可能性が急激に増大してきた。W.H.O報告にいうように積極的治療と積極的なアフターケアを行なうことによつて、今まで荒廃のままに放置されていた不幸な人々の能力開発を、現実に行なうことができるようになった。このような医学医術の進歩を卒直に受け取り、その基盤のうえにたつて、1人でも社会に有意義な人間を再生させることができるという精神医学の発達の現実を直視しなければならない。そしてそのためには積極的治療を可能にする病院条件をととのえることが必要である。さらにこのような積極的治療を効果あらしめるために、精神障害者のためのアフターケア施設を早急に制度化し、整備すると同時に精神病院、精神衛生相談所その他の関係諸機関が、機能的な面で連携を深め、リハビリテーション活動に積極的にのり出せるように制度化を考えていかねばならない。その場合精神障害者については、特に治療の連続性ということが重要視されるので、一定の医療職員、ソーシャルワーカーによつて始めから終わりまで一貫して治療され、職場に復帰してからも予後を見守られるように配慮が必要である。

第1章 人口資質の向上

6 レクリエーション

レクリエーション活動の積極化

国民の消費水準の向上、労働時間の短縮家事労働の軽減などに伴って生活にゆとりを生じ、また日々の社会生活の緊張や労働からくるつかれをいやしたいという要求のもとに、レクリエーション活動が生活に占める比重がますます大きくなっている。近年の生活革新ともいわれる消費形態の変化は耐久消費財の普及を中心として進んできたが、最近ではむしろ余暇消費がその中心となりつつあるといわれている。レクリエーション活動の内容は多岐にわたるが、積極的に余暇を活用しようとする傾向が漸次顕著になり、経済企画庁「消費者動向予測調査」によれば、一泊以上の慰安観光旅行、日帰り旅行(片道25km以上)の回数およびその所要経費は毎年増加しており、昭和36年2月調査では、一泊以上の旅行をしたものが49.3%、日帰り旅行をしたものが37.6%であり、37年2月調査ではそれぞれ57.8%、43.3%となつている。また、家族同伴の旅行が5ないし7割に達している。

アメリカにおいては1952年には105億ドルの物資およびサービスがレクリエーションに消費されたと推定されている。1933年には19億ドルであつたから、そのときに比べて5倍以上、1945年の54億ドルに比べても2倍である。これらは家計からみた支出で政府関係支出(第1-27表参照)が加わり、さらには会社、団体の支出が加算されるわけである。

第1-27表 アメリカにおける政府活動とレクリエーション支出

第1-27表 アメリカにおける政府活動とレクリエーション支出

(単位：100万ドル)

	1913年	1932	1942	1950	1960 (推定)
総数	49	220	157	403	456
連邦	1	15	8	24	—
州	3	24	12	52	—
地方	45	181	137	327	—

資料：「American Needs and Resources」による。

今後わが国民のレクリエーション活動がますます活発化することは予測されるところであり、これらのレクリエーションのうち、自然環境の中でのレクリエーションは最も健全かつ必要なものであり、現にわが国における自然公園の利用者数も急速な伸びを示している。すなわち国立公園は、29年から35年までの6年間に、また国定公園では32年から35年までの3年間にそれぞれ2倍の増加となつており、35年における、国立、国定両公園の利用者数の合計は実に1億4,300万人に達している。

第1章 人口資質の向上

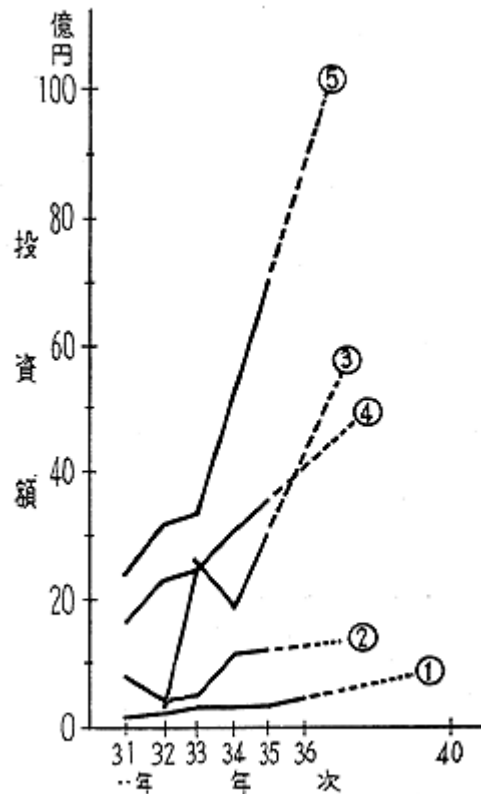
6 レクリエーション

利用施設の整備状況

このように増大するレクリエーション需要に対し自然公園などにおける利用施設の整備はどうか。第1-18図のように民間企業による観光施設への投資が、34年以降急速に増加している。これは、ロープウェイ、民間有料道路、ホテル、旅館などに対する投資が盛んになったことを示している。

第1-18図 国立公園の年度別、事業別投資額

第1-18図 国立公園の年度別、事業別投資額



厚生省国立公園部調べ

このうち、ホテル、旅館などの宿泊施設に対する投資をとってみると、国立公園の利用者数の増加に比例する伸びを続けているが、これがあまりに高級な施設に投資されているため、一般的な需要にマッチしたものとはなっていない。厚生省国立公園部の調査によつて、利用料金別の宿泊収容力の分布をみても第1-28表のとおりで、1泊1,000円以上の施設は公園計画上の所要量に対し80%以上の整備率を示しているのに対し、1泊1,000円未満の施設は30%程度の整備率である。

第1-28表 国立公園におけるホテル、旅館などの状況

第1-28表 国立公園におけるホテル、旅館などの状況

	現在収容力		公園計画上所要量		差引不足量	
	千人	%	千人	%	千人	%
総数	122.5	100	244.0	100	121.5	100
1,000円未満	49.0	40	154.0	63	105.0	87
1,000円以上	73.5	60	90.0	37	16.5	13

厚生省国立公園部調べ

一方公共施設の整備の立ちおくれも著しい。道路公団の行なう有料道路を別とすれば、公園道路、駐車場、園地、給排水施設、公衆便所などの基本的公共施設への投資は絶対額が少ないばかりでなく、ほとんど伸びもみられない。このため、国立公園における基本的公共施設の整備状況は第1-29表のとおりきわめて遅れており、36年度までに全体で計画の23.2%の達成率をあげているにすぎず、特に休憩場や公衆便所の遅れが目だっている。

第1-29表 国立公園における基本的公共施設(施設別行政投資額)整備状況

第1-29表 国立公園における基本的公共施設(施設別行政投資額)整備状況

(単位:100万円)

	公園計画(A)	22~36年実績		37~40年計画所要額(A-B)
		投資額(B) ¹⁾	(B)/(A) [%]	
総数	6,257	1,449	23.2	4,808
公園道	2,423	460	91.0	1,964
園地	850	358	42.1	492
駐車場	954	209	21.9	744
野営所	717	174	24.3	543
休憩所	413	55	13.5	358
公衆便所	220	23	10.8	196
その他 ²⁾	678	168	24.8	509

厚生省国立公園部調べ

(注) 1)「投資額(B)」は、厚生省直轄および補助事業によるものである。

2)「その他」には給水施設、避難小屋、博物展示施設などがある。

第1章 人口資質の向上

6 レクリエーション

対策と問題点

自然環境のもとにおけるレクリエーションは、いまや国民が健全な心身を維持し、豊かな生活を保つていくうえで必需的なものになりつつあり、自然公園などを中心として適切なレクリエーションの場を確保し、その正しい利用を図かつていくことがきわめて重要な意義を有するものになってきた。

第1章 人口資質の向上

6 レクリエーション

対策と問題点

(1) 施策の現状

このような状況に対して、現在自然公園や温泉地に基本的公共施設を整備し、国民休暇村や国民宿舎の造成を図るなどの施策を講じているが、ここでは特に国民休暇村と国民宿舎についてふれることとする。国民休暇村とは、自然景観、交通の便宜、配置など一定の条件を備えた地域に宿泊施設を中心として各種の有料施設や基本的公共施設を整備し、国民の休養のための総合的利用施設たらしめようとするもので、国と財団法人国民休暇村協会とが協力して建設にあたっている。この建設は、36年度から始められ、40年度までに22か所が建設される予定である。一方、国民宿舎は、清潔、健全、低廉で、しかも家族連れで気安く利用できる宿泊施設として地方公共団体が建設するもので、その資金には国民年金積立金および厚生年金保険積立金の融資が当てられている。この建設はすでは31年度から行なわれており、現在まで68施設が完成されている。なお、34年度からは民間企業の設置する施設でも一定の要件を備えているものは、国民宿舎として指定し、その増改築資金について中小企業金融公庫から融資の道をひらき整備の促進を図っている。

第1章 人口資質の向上

6 レクリエーション

対策と問題点

(2) 今後における問題点

今後においては、国民の増大するレクリエーション需要に対応して、国民休暇村や国民宿舎の構造や基本的公共施設の整備を図っていくことが必要であるが、ここではその際留意すべき若干の問題点とその対策の方向を述べておこう。

まず第一は、低所得階層も含めて国民すべてがレクリエーションを楽しめるような条件をつくることである。いま、消費者動向予測調査によつて36年2月から37年1月までの1年間に1泊以上の慰安観光旅行をした世帯の割合を所得階級別にみると、第1-30表のとおりで、年間所得20万円未満の階級が21%であるのに対し、所得が高まるにしたがいこの割合が増加し、60万円以上の階級では60%をこえ、所得階級別に著しい格差のあることがわかる。一方35年11月に行なわれた「国民の旅行に関する世論調査」では少なくとも年1回ぐらいは旅行したいという希望が全対象者の75%に及んでおり、旅行に対する潜在的な需要の強いことを表わしている。したがつて今後はこのような潜在需要を顕在化していく方策が積極的に講ぜられる必要がある。また、家族連れで利用できる手ごろな日帰り旅行コースの開発も必要であろう。前述の消費者動向予測調査によれば、家族連れの日帰り旅行が国民全般にわたつて広く行なわれているが、特に低所得階層でもかなり活用されていることが注目される。このように日帰り旅行に対するニーズがかなり強いにもかかわらず、旅行シーズンにおける混雑ぶりからもうかがえるように日帰り旅行コースの開発が遅れ、現状では快適な利用がほとんど不可能な状況にある。したがつて、都市周辺に日帰り旅行のできるような地域を開発し、気軽にレクリエーションを楽しめる機会をつくっていくことがつよく望まれる。

第1-30表 旅行目的別世帯分布

第1—30表 旅行目的別世帯分布
(単位:%)

	調査世帯数	慰安	体育	趣味	家事	その他
総数	100.0	49.3	3.2	2.8	16.0	5.2
勤労者	100.0	48.1	3.1	2.8	17.2	4.5
職員	100.0	55.9	4.3	3.7	20.7	5.2
労務者	100.0	33.9	1.0	1.3	11.0	3.4
個人経営	100.0	53.3	3.0	1.9	11.9	5.6
経営者	100.0	65.5	7.3	6.8	19.8	10.7
その他	100.0	35.1	1.9	2.7	17.4	6.2
20万円未満	100.0	21.2	0.7	0.7	7.8	3.3
20~30万円	100.0	28.8	0.6	0.9	10.5	2.6
30~40	100.0	38.0	1.5	0.8	12.3	2.7
40~50	100.0	48.0	2.0	1.8	16.2	4.5
50~60	100.0	54.4	2.3	3.7	17.0	6.0
60~70	100.0	60.2	5.1	4.4	17.5	9.0
70~80	100.0	65.8	8.0	4.0	24.0	3.6
80~90	100.0	69.8	3.8	3.8	20.9	8.8
90~100	100.0	76.9	4.3	6.0	17.9	8.5
100~120	100.0	77.9	10.7	6.9	26.7	9.2
120~140	100.0	70.4	8.6	4.9	23.5	9.9
140万円以上	100.0	73.9	8.5	7.8	18.3	9.8
わからない	100.0	34.5	1.1	2.3	12.6	3.4

資料: 経済企画庁「消費者動向予測調査(37年2月)」による。

第二は、すぐれた自然を保護しつつより多くの国民が健全に利用し得るよう自然公園の体系的整備を図ることである。大都市周辺および大都市を結ぶ位置にある公園の利用者がきわめて多くなっており、現在随所に過密利用の弊害があらわれている。したがって、今後においては利用者に比し整備の遅れている自然公園を重点的にとりあげ、各種利用施設の整備を図るとともに、これら自然公園の過剰利用を解消するため新たな観光地域の開発を行なつて利用の分散を図る必要がある。

第三に、激増するレクリエーション需要に対処するため従来の自然公園をさらに一步前進させ、自然の景観には恵まれていないが、レクリエーションに適した条件を備えている地域を「休養地」として積極的に造成していくことを含めて幅広いレクリエーション行政を進めることが必要であろう。たとえば、夏季における最も一般的なレクリエーション施設である海水浴場、野営場などに対して公共施設の整備などの対策が検討される必要があろう。

第1章 人口資質の向上

7 体力の向上

近年、日本人の体力問題は、国民の間に大なり小なり関心を呼び起こしている。国際競争に対応するコストダウンは、人的労働効率あるいは単位時間当たり労働密度を増大させる方向に進まざるをえない。この労働密度を上げるためには、機械の安全化、その他各種の対策が採られることはもちろんであるが、労働者自体の健康増進と体力の増強が根幹である。特に欧米人に比べ持久力に乏しいといわれる日本人の体力の改善と中高年齢層の体力保持は、今後重要な課題である。さらに技術革新によるオートメ化は、神経や筋肉などの機能的適応性という体力の新しい問題を提起することになる。第一次産業から、第二次産業への転換も、労働の質と密度の転換であり、体力の見地からも適応させる努力が必要である。

体力とは人間の生存および活動の基礎となる身体および精神のすべての能力を含むものであるが、まだ、これを比較する方法が確立していないので、一応身長、体重を中心に考えてみたい。

第1章 人口資質の向上

7 体力の向上

日本人と外国人との体位・体力の差

日本に生まれ、日本で生活する者と、アメリカで生まれ、アメリカで生活している日本の二世や三世と比べてみると、第1-31表のとおり10歳ぐらいまでは大差がないが、発育が急増する10歳から15歳ごろまでの間に画然と差がつく。また、カナダ人の体位と日本人の体位と比べると、アメリカ生まれの日本人二世および三世と同様に、発育急増期以降に差がひらき、成人した体格はアメリカ生まれ二世、三世との差よりもさらに大きくなっている。

第1-31表 日本人とアメリカ生まれの日本人およびカナダ人の身長と体重との比較

第1-31表 日本人とアメリカ生まれの日本人およびカナダ人の身長と体重との比較						
	日本 (1960年)		アメリカ生まれ 日本人 (1957)		カナダ (1955/57)	
	男	女	男	女	男	女
身長 (cm)						
0歳	65.4	64.2	67.1	65.7	—	—
5	104.7	104.0	108.4	105.8	106.4	106.2
10	130.8	131.7	132.0	134.2	135.9	135.4
15	158.7	151.5	164.5	155.3	164.3	158.0
20	162.6	151.7	169.2	154.2	172.5	159.5
体重 (Kg)						
0歳	7.4	7.0	7.5	7.3	—	—
5	17.1	16.5	19.6	17.7	18.1	18.6
10	27.6	28.2	30.9	32.3	31.8	31.3
15	49.4	47.9	57.7	51.4	54.0	50.8
20	56.4	49.9	66.4	52.1	69.9	56.2

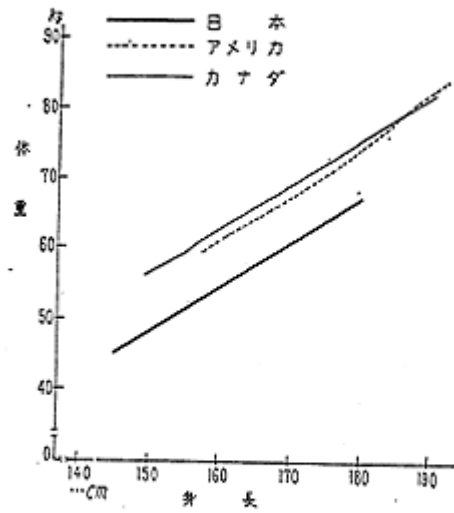
資料：栄養審議会「将来の日本人の体位(36年)」および科学技術庁資源局「発育指標に関する基礎資料(36年)」による。

(注)二世の20歳は18歳の数値、日本およびカナダは20歳から24歳の数値である。

体重についてみると同じ身長でも第1-19図にみられるように日本人と欧米人で約8キログラムも差があり、日本人が貧弱に見える。体重がそれだけ多いことは、基本的な体力にも持久力にも影響すると考えられる。

第1-19図 身長と体重との関係

第1-19図 身長と体重との関係
(20歳から29歳の男子平均値)



資料：カナダは「Pett.L.B.」,その他「The Canadian Weight Height Survey Human Biol 28巻 177頁 (1956年)」,アメリカは「Society of Actuaries, Build and Blood Pressure Study (1959年)」,日本は「厚生 の指標特集国民衛生の動向 (37年)」である。

第1章 人口資質の向上

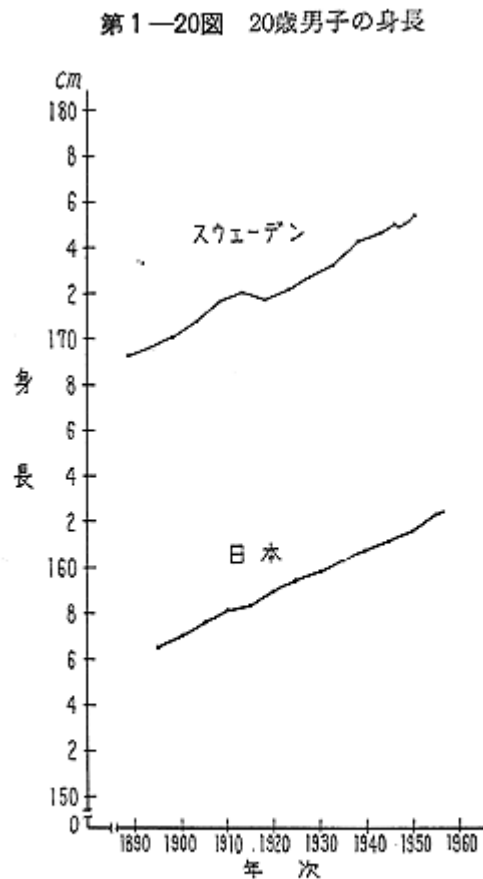
7 体力の向上

体位・体力の差の原因

以上のような体位・体力の差は日本に住むわれわれにとって宿命的なものなのか、社会的経済的背景によつて変り得るものなのか疑問がおこる。もちろん、人種差とか、民族差というものがみられることは事実である。けれども、たとえば北欧人が昔から現在のような体格をもつていたかということそうではない。デンマークでは前世紀の中ごろには平均身長が165センチメートル付近にあつたという記録もあり、酪農王国に切りかえられる前のデンマークの人々の生活記録などからすると不思議ではないと想像される。

いま、統計数字として比較できる満20歳男子をスウェーデンと日本と対比してみると第1-20図に見られるように、日本の男子の身長が伸びているのと同様にスウェーデンでも発育がよくなつてきているのである。

第1-20図 20歳男子の身長



資料：スウェーデン中央統計局「Historical statistics of sweden (1961年)」および日本は、吉田章信「人口問題研究資料第59号(1950年)、国民栄養の現状(1961年)」による。

学童の数字でも同様に、特にイギリスの例では社会階級を上、中、下に分けてみると下に属する学童の体位の改善が特に1920年以降は著しいことが報告されている(第1-32表参照)。

第1-32表 1880年より1947年までの体位増加・年齢・社会階級別身長および体重

第1—32表 1880年より1947年までの体位増加・年齢・社会階級別身長および体重(イギリス)

	男 子						女 子					
	身 長 (cm)			体 重 (kg)			身 長 (cm)			体 重 (kg)		
	5-7歳	8-10	11-13	5-7歳	8-10	11-13	5-7歳	8-10	11-13	5-7歳	8-10	11-13
上	8.9	6.4	7.1	3.0	1.6	7.3	8.9	8.9	6.4	3.6	5.2	—
中	10.2	8.9	10.2	2.3	3.6	5.2	8.9	10.2	10.2	2.7	3.9	5.9
下	11.4	11.4	14.0	4.5	5.9	7.5	10.2	12.7	15.2	3.6	5.2	9.8

資料：「英国医師会雑誌(1953年第2号)」による。

このように長期間の体位・体力の傾向からみると、その国々にそれぞれ特有の持味があつても、基本的な体位・体力を示すものは社会的経済的背景とともに変化し、発展し得るものとみてよい。

第1章 人口資質の向上

7 体力の向上

職業別,地域別などからみた体位・体力

まず地域差をみると,0歳および5歳でも都市農村間に差がみられ,身長で1センチメートル,体重で0.5キログラム前後の差がある。これは中学3年生ころまで続き,さらに成人するまでに大きな差となつてあらわれてくる。さらに「へき地」では農村よりも体位が悪くなつている(第1-33表参照)。

第1-33表 地域・年齢別身長および体重

第1—33表 地域・年齢別身長および体重
(35年値)

		身長(cm)		体重(kg)	
		男	女	男	女
0歳	六大都市	68.5	67.7	8.17	7.72
	郡部	67.4	65.3	7.67	7.16
5	六大都市	106.5	105.5	17.13	16.78
	郡部	105.4	103.7	16.87	16.38
	都市	156.5	151.4	46.1	45.4
14	農村	154.1	150.2	44.9	45.4
	へき地	152.4	148.7	44.1	44.8

資料：0.5歳は厚生省児童局「乳幼児身体発育調査(35年)」および14歳は文部省「学校保健統計報告児童生徒体位個人調査報告(35年)」による。

運動能力についてみても同様な差がみられている。さらに学童の親の職業別に体位,体力を比較したものが第1-34表である。世帯主の職業が第1次産業である中学生は平均点が専門管理職の親の学童に比し97点であることは,将来高等学校以上の教育訓練にも大きく影響すると考えられる。

第1-34表 親の職業別児童生徒の体力平均値の比較

第1-34表 親の職業別児童生徒の体力平均値の比較

(単位:%)

	管理者、教師、医師、専門技術者に対する農業、林業、水産業、漁業の率	
	男	女
身長	98.7	97.9
体重	96.5	96.3
走る力	98.8	99.1
跳ぶ力	94.5	96.8
投げる力	96.2	94.9
全体の体力	96.9	97.0

文部省調べ

(注) 地区(人口集中地区、人口非集中地区)と年齢(12歳から15歳)をこみにして比であらわしたものである。

中学3年生において高校進学志望者と非進学志望者との間には都市、農村と同様の差がみられ、さらに高等学校1年生において普通高校過程と定時高校過程の間にも同様の傾向がみられている(第1-35表参照)。このように農村あるいは農業従事者に体位・体力の点で劣つたものが残されたり、さらにまた体位・体力の劣つているものが年少労働者として早くから労働戦線にかり出されているということは、地域格差や階層格差を拡大せしめる原因ともなろう。

第1-35表 中学3年生の地域別・進学別体位および体力

第1-35表 中学3年生の地域別・進学別体位および体力
(37年)

	男		女	
	進学志望者	非進学志望者	進学志望者	非進学志望者
身長(cm)	158.7	155.6	151.1	151.6
体重(kg)	48.1	46.9	46.5	47.1
100 m 走(秒)	15.8	15.5	18.0	18.1
垂直跳(cm)	46.0	44.7	32.9	31.9
ソフトボール投(m)	46.0	44.8	23.5	23.1

文部省調べ

第1章 人口資質の向上

7 体力の向上

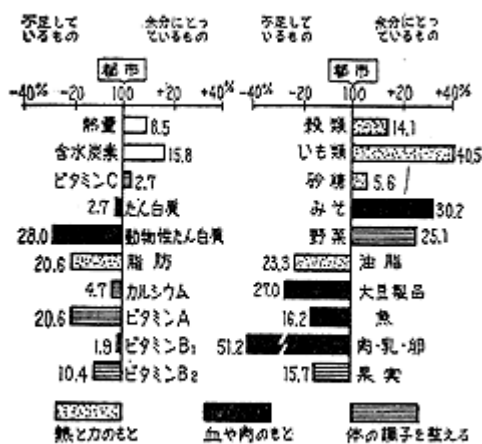
栄養と体位・体力

社会的経済的原因が体位、体力に与える影響のうち最も基礎となるものは食生活、栄養の問題であろう。栄養の良否が体位に影響することは、終戦後におけるわが国民の体位の異常な低下と食糧状態の好転した最近の急速なる回復、あるいは学校給食による体位の向上などみてもわかることであろう。

さきに述べた日本人と欧米人、あるいは都市と農村の人達の体位の差の原因の一つとしてもやはり食生活の相違をあげることができる。すなわち日本人の摂取している食事は米、麦、めんなどの穀類が非常に多く総カロリーの70%以上を占めているのに対し、アメリカ人はわずかに25%にすぎず、肉、卵、乳などの動物性食品や油脂からのカロリーが50%以上となつている。また、第1-21図のごとく農村は都市に比べ動物性たん白質や脂肪のとり方が少なく穀類やいも類などのでん粉性食品の摂取が断然多い。このような栄養摂取状況の改善が日本人の体位、体力の向上の一つの大きなカギとなつているといえる。

第1-21図 都市と比べた農村の食生活

第1-21図 都市と比べた農村の食生活
(都市を100とした農村の比率)



資料：厚生省公衆衛生局「国民栄養調査(36年)」による。

第1章 人口資質の向上

7 体力の向上

対策の方向

今まで述べてきたように,わが国民の体力の欠陥,その原因等に基づいて,その対策の方向を考えるに,国民各層に即応する積極的体力訓練と,生活改善による新生活習慣の育成に二大施策の方向があるものと考えられる。

第1章 人口資質の向上

8 麻薬対策

麻薬は医療上必要不可欠なものである反面,その取扱いを誤ると人類社会に恐るべき害悪を流すものであり,このため世界各国ともその対策に腐心し,九つの国際条約のもとに国際的な取締りが行なわれている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1章 人口資質の向上

8 麻薬対策

麻薬事犯の動向

わが国では、戦後の激増した麻薬事犯は、年とともに増加し、年間約2,300件の発生をみているが、この中の85%がヘロインに関係するものである。ヘロインは、麻薬取締法によつて何人も製造から所持、施用に至るまで一切のことが禁止されているものであり、国内にあるものは密輸入によるものであり、最近はますます密輸組織が国際化している。わが国で麻薬密輸入事犯として検挙したものは第1-36表の示すとおりであるが、検挙されたものの半数は組織をもたない船員、船客などによるものである。特に最近の傾向として注意すべきことは、従来から麻薬密輸入地点として重視されていた横浜、大阪、神戸などの主要貿易港以外の開港場が麻薬の密輸入に利用され始めたことである。鉄鉱石、くず鉄、農産物などを処理する工場の近くの開港場、たとえば八幡、戸畑、若松、唐津、相生、四日市、新居浜などの諸港、あるいは裏日本、瀬戸内海沿岸の諸港が利用されつつある。厚生省において密輸要注意船舶としてマークしているものは300隻以上あり、それら船舶の出入りについて注意をしている。この他生あへんの密輸入事犯が増加したのも注意を要する。

第1-36表 麻薬密輸事犯検挙件数

第1-36表 麻薬密輸事犯検挙件数			
	件数		件数
24年	1	31年	5
25	2	32	6
26	6	33	4
27	10	34	8
28	6	35	8
29	6	36	11
30	10	37年上半期	11

厚生省薬務局調べ

(注) 上記合計は94件で検挙した違反者は106名である。又押収した主なる麻薬の合計は次のとおりである。

ヘロイン	32K900g
モルヒネ	23K600g
生あへん	73K950g

麻薬中毒者は戦前は全国で4,000人ぐらいであつたものが現在では約4万人と推計されるに至つた。毎年発見される麻薬中毒者は約2,000人あり(第1-37表参照。)このうち約60%が事件検挙によつて発見したもので残りの40%は医師から届出のあつた肺結核、がんなどの病気のための麻薬中毒者または医師が発見した麻薬中毒者である。前者の事件検挙によつて発見した麻薬中毒者は、大都市などのいわゆる麻薬濃厚地区に集つて、各種の社会悪の温床となつており、後者の医師からの届出によつて発見した麻薬中毒者は全国各地に散在している。麻薬中毒者について特に注意すべき最近の傾向は青年層に麻薬中毒者が増加していることである。

第1-37表 発見された麻薬中毒者数

第1-37表 発見された麻薬中毒者数

	総 数	男	女
総 数	19,714	13,820	5,894
21 ~ 27年	6,345	4,124	2,221
28	659	454	205
29	999	713	286
30	697	530	167
31	961	704	257
32	1,122	822	300
33	2,099	1,527	572
34	1,856	1,327	529
35	1,833	1,358	475
36	2,194	1,593	601
37年上半期	949	668	281

厚生省薬務局調べ

厚生省では、この事態に対処して、取締りを強化し、関係機関との緊密な連絡のもとで、適確な情報の収集を図り、事犯の多発地区あるいは密輸入の行なわれると予想される開港場などの特定地区を重点的に取り締まっている。わが国における最近の取締状況(第1-38表)は、麻薬事犯取締状況の推移が示すとおり、36年には、戦後最高の検挙数をみた昭和35年をさらに上回っている。

第1-38表 麻薬事犯取締状況

第1-38表 麻薬事犯取締状況

	件 数	人 員	中 毒 者	再 犯 者	押 収 麻 薬		
					ヘロイン	モルヒネ	生あへん
31 年	1,251	1,748	710	367	1,557	262	928
32	1,182	1,567	776	297	6,543	148	57,096
33	1,686	2,162	1,296	373	5,136	210	2,343
34	1,559	1,891	965	407	5,522	4,049	5,784
35	1,986	2,312	1,073	449	5,112	24,209	3,693
36	2,235	2,665	1,401	548	3,363	108	9,387
37年上半期	758	913	535	252	3,381	108	3,767

厚生省薬務局調べ

(注) 中毒者および再犯者は人員の内数である。

最近麻薬禍が東京、横浜、大阪、神戸、福岡などの大都市からその周辺に波及まん延しつつあり、これは取締りの強化によつて麻薬密売者、麻薬中毒者が移動したとも考えられるが、検挙した事犯の例からみて麻薬密売者が販路拡張を図るために周辺の都市に手を伸ばしつつあることも想像される。また取締りの強化によつて麻薬中毒者は麻薬の入手難からその麻薬を医療関係者が所持している麻薬に求める傾向があるので、今後の取締りの重点もこの面にも指向すべきと考える。また沼津、銚子等の漁師間に麻薬中毒の悪弊がまん延していることも重視しなければならないことであり、その原因を究明して早急に解決しなければならない。

麻薬中毒者に関する対策のためには、麻薬対策推進のための会ならびに麻薬濃厚地区を有する東京都、神奈川県、静岡県、愛知県、大阪府、兵庫県、山口県、福岡県に設けられている地方麻薬対策推進のための会および中毒者相談員による麻薬禍濃厚地区の環境浄化、啓発宣伝、中毒者の相談補導などが促進されており、中毒者、相談員の中にはすでに1人で65人の麻薬中毒者の相談に応じ、治療機関に入院更生させ相当の成果をあげている。また国庫補助による麻薬中毒者の収容施設(200床)が東京都および神奈川県に37年度中に完成の予定で建設中である。麻薬問題の解決のためには、広く国民に麻薬の恐ろしさをじゅうぶん認識させ、協力を得て、麻薬の不正使用を断ち切ることに努めることが緊要なことであり、広報活動については、濃厚地区を中心に実施しており、9月中旬に麻薬禍撲滅運動を全国的に展開した。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1章 人口資質の向上

8 麻薬対策

麻薬対策の強化

近年麻薬問題については一般の関心が高まってきたが、今年にはいり、麻薬禍撲滅の世論が急激に高まり、全国知事会議をはじめ各地域からは麻薬対策強化の要望が相次いで提出された。

第40回通常国会においては衆議院社会労働委員会および本会議で「麻薬対策強化に関する決議」がなされ、次いで第41回臨時国会における参議院社会労働委員会でも同様の主旨の決議が行なわれたのをはじめ、各党ともそれぞれ対策を検討するなど大きな政治問題として取り上げられるに至った。政府においても、10月16日閣議決定により、「麻薬対策閣僚会議」を設置し、その下部機構として総理府に「麻薬対策推進本部」を置いて、総合麻薬対策を強力に推進する運びになった。

厚生省としては、取締機構の拡充、近代的捜査器具などの整備を急ぐとともに、中毒者対策として中毒者の実態を調査し、強制収容制度の確立により、中毒者の治療、更生の万全を期し、さらに一般国民に対し麻薬に関する啓蒙指導を一段と促進しているが、これら根本的対策の実施のため罰則の強化、中毒者の強制収容などに重点をおいた麻薬取締法などの改正を検討中である。