総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題

我が国の人口構造の特徴は,人口転換を経験して年少人口及び生産年齢人口が縮小する反面,老齢人口が増大する時期にさしかかっていることである。現在までのところ,我が国の年齢別人口構成は,年少人口の絶対数及び構成比における減少が進んでいるが,老年人口の増加傾向はその兆しを見せ始めた段階にある。したがって,生産年齢人口に対するこれら従属人口の割合は,年少人口の比重の多い開発途上国及び老年人口の比重の多い欧米諸国の双方と比べて低く,従属人口指数でみると世界最低に属する。これは生産年齢人口の扶養負担が世界で最も軽いことであり,このような人口構成面における好条件がこれまでの我が国の経済発展を支えてきた要因の一つであることは否定できない。しかし,今後の我が国の人口構成は,前章で触れたように,欧米諸国の老齢化速度を超えて急速に老齢化し,生産年齢人口の割合が低下する。このことは人口面において我が国の有利性が失なわれるばかりでない。既に老齢化過程が進行し,問題は残るにせよ,膨大な老年人口を社会経済の枠組みに組み込み,一応の安定をみせている欧米諸国に比べ,我が国においては,人口の老齢化への社会経済の対応はこれからの問題として横たわっているのである。更に,人口資質の出来る限りの向上,構成割合において縮小する児童の健全育成も大きな課題である。また,日常生活の基盤である地域社会についても魅力のあるものとして形成されることが必要である。そこで本章においては,これらの諸問題について,我が国人口の展望をふまえて検討することとしたい。

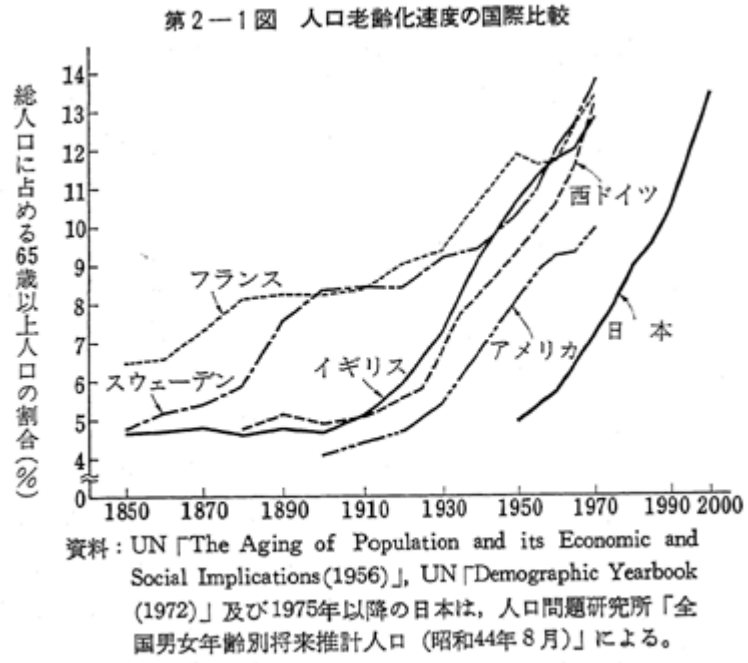
(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え

我が国人口の老齢化は急速であり,老年人口は着実に増大し,やがて膨大な数にのぼる。

欧米諸国の人口は,多産多死から少産少死への,いわゆる人口転換を経て,既に総人口に占める老年人口の割合が相対的に高い老齢化社会に到達している。この人口の老齢化の過程は,第2-1図及び第2-1表にみられるように,比較的長期間にわたって緩やかに進行している。

第2-1図 人口老齢化速度の国際比較



第2-1表 人工老齢化速度の国際比率

第2－1表　人口老齢化速度の国際比較

	65歳以上人口比率の到達年次		所要年数
	5 %	12%	
日本	1950年	1995年	45年
フランス	1790	1960	170
西ドイツ	1890	1965	75
スウェーデン	1855	1960	105
イギリス	1905	1965	55
アメリカ	1925	—	—

資料：UN「The Aging of Population and its Economic and Social Implications (1956)」，UN「Demographic Yearbook (1972)」及び1975年以降の日本は，人口問題研究所「全国男女年齢別将来推計人口（昭和44年8月）」

(注)　年次は5年単位である。

これに対して,我が国は戦後急速に少産少死型の人口構造への移行をみせ,昭和30年頃には人口転換を達成し,出生人口の増加が抑えられた。しかし,既に出生している者の絶対数が多く,かつそれらの者の生存率が高率となっている。例えば,最近発表された48年度の簡易生命表によると,出生した者のうち,65歳まで生き残る者の割合は,男子75.0%,女子84.8%である。このことは人口転換達成前の出生者が今後とも長期にわたって生存することを意味し,この結果,我が国の人口構成は,急速に老齢化することとなる。

このような人口の老齢化により,老齢者をめぐる問題は今後一層深刻な問題となる。したがって,本格的な人口の老齢化を迎える今日,老齢者の扶養負担,適正な保険医療の外,老人と家族,老人の生きがい等老人の幸福とかかわる問題について,国民的規模での検討と広範な合意の形成が必要であり,本節においても,このような観点から考察を進めることとしたい。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―

第2章 我が国の人口をめぐる諸問題

第1節 老齢化社会への備え

1 増大する老年人口の扶養負担

(1) 総理府広報室の「老人問題に関する世論調査」(48年6月)によると,老後の生活に不安を感じている者は,全体の42%に達している。これを健康状態からみた場合,健康状態の悪い者に不安を抱く割合が高いという結果が出ていることはよく理解できるが,更に年齢別にみた場合,65歳以上の者では不安を抱く者の割合が30%台と低いのに対し,50歳台の者は47～49%と高い数値を示している。すなわち現在老齢者となっている者の不安よりこれから老後を迎える50歳台の者の方がより将来への不安を抱いているわけである。

不安の内容としては,経済問題(50%)と健康問題(50%)が大勢を占めているが,特に現在の40歳台,50歳台の者の感ずる老後の不安の大きなものは,老後の生活設計(扶養問題)であろう。

これまでの我が国においては,直系家族による私的扶養が老後の生活を支える主柱であり,現在においてもその比重は大きい。65歳以上老齢者の生活維持状況を見ると,私的扶養に頼る者の割合は,38年64.5%(高年者実態調査),43年61.3%(国民生活実態調査)であり,この割合には最近においても大きな変更がないと推定される。

しかし,これから老後を迎える40歳台及び50歳台の者の意識としては,「老後を子供に頼る」という態度が年々着実に減少している。毎日新聞社人口問題調査会が25年からほぼ1年置きに,主として50歳未満の夫婦を対象として行ってきた「家族計画世論調査」をみると第1回(25年)調査において,54.8%の者が老後を子供に頼る態度を示したのに対し,その後各回調査ごとに減少し,9年後の第5回調査(34年)においては40%を割り,更に10年後の第10回調査(44年)では30%を割るに至り,48年の第12回調査においては25.9%となっている。他方,「老後を子供に頼らない」という態度は,初期においては20%台であったが,第10回調査から50%を超えている。途中第7回に表現内容を「全然頼らず暮らす」から「頼らないつもり」に変えている要因を考慮に入れても,この態度の推移は著しい(第2-2表及び第2-2図参照)。

第2-2表 老後を子供に依存する態度の推移

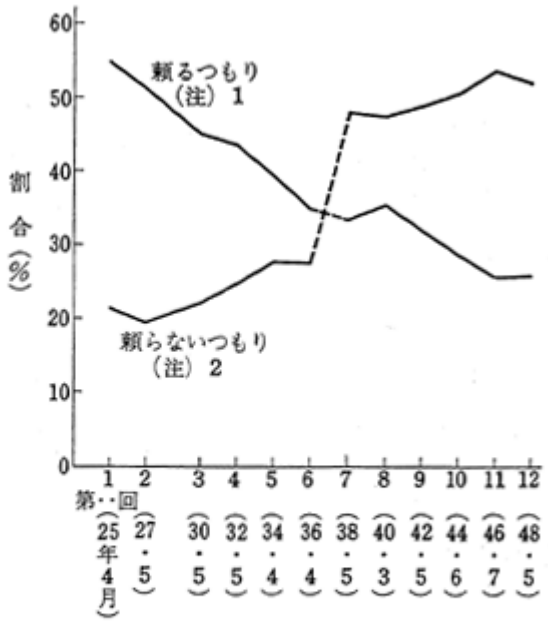
第2－2表　老後を子供に依存する態度の推移　（単位：%）

調査年月	頼るつもり	頼らないつもり	頼りたいができそうもない	考えたことがない，わからない
第1回　昭和25年4月	54.8	21.3	3.9	20.0
第3回　30　5	45.0	22.0	8.5	24.5
第5回　34　4	39.4	27.7	7.8	25.1
第7回　38　5	33.4	48.0	—	18.6
第10回　44　6	28.6	58.5	—	20.0
第12回　48　5	25.9	52.1	—	22.0

資料：毎日新聞社人口問題調査会「家族計画世論調査」

第2-2図 老後を子供に依存する態度の推移

第2－2図　老後を子供に依存する態度の推移



資料：毎日新聞社人口問題調査会「家族計画世論調査」
（注）1.　第6回までは表現が，「頼りにしている」となっている。
2.　第6回までは表現が「全然頼らず暮らす」となっている。

このように,最近においては,老後を子供に依存することが現実問題として困難であり,自ら老後保障を準備すべきであるという思想が急速に定着してきているといえる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―

第2章 我が国の人口をめぐる諸問題

第1節 老齢化社会への備え

1 増大する老年人口の扶養負担

(2) 老齢者に対する社会保障としては,恩給老齢年金,生活保護制度における生活扶助及び住宅扶助等の所得保障,医療保険,精神疾患・結核等の医療における公費負担,老人医療費支給制度及び生活保護制度における医療扶助等の医療保障,老人福祉施設への収容等及びホーム・ヘルパー派遣等の老人福祉サービスがある。

第2-3表は,39年から47年までの老齢者に対する社会保障給付費の推移をILOの社会保障費用の推計方法に準拠して推計したものである。

第2-3表 老齢者に対する社会保障給付費の推計

第2―3表 老齢者に対する社会保障給付費の推計

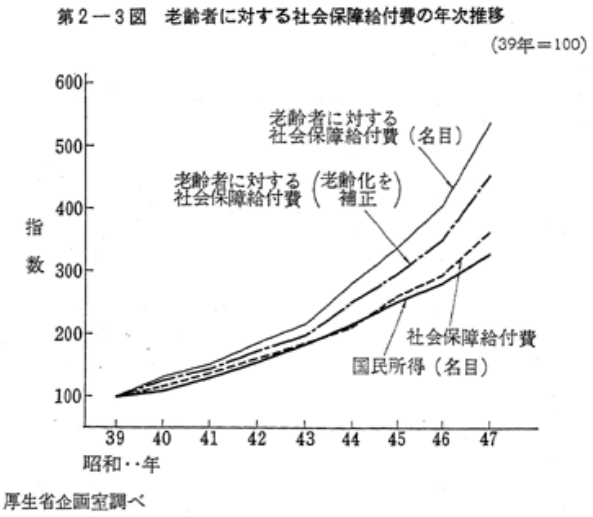
		39年度	40	41	42	43	44	45	46	47
老齢者に対する社会保障給付費に占める額(百万円)	所得保障	148,924	196,227	233,079	290,136	327,109	437,425	516,618	629,290	807,836
	年金,恩給	142,599	188,724	223,876	278,594	313,447	421,053	496,977	604,611	776,939
	生活扶助及び住宅扶助	6,325	7,503	9,203	11,542	13,662	16,372	19,641	24,679	30,897
	医療保障	72,064	91,441	101,185	121,285	151,607	182,203	233,310	264,516	368,970
	保険分	36,995	43,832	51,678	63,979	81,011	102,994	134,673	151,388	205,547
	医療扶助	10,763	14,697	17,534	23,011	29,117	33,789	44,110	51,726	65,219
	老人医療	—	—	—	—	—	—	—	—	13,939
	その他の公費負担医療	24,306	32,912	31,973	34,295	41,480	45,420	54,527	61,402	84,193
	老人福祉サービス	7,182	9,036	11,253	13,366	16,026	19,796	24,904	31,869	43,407
	合計(A)	228,170	296,704	345,517	424,787	494,742	639,424	774,832	925,675	1,220,213
	指数 (Aに対する)	(100.0)	(130.1)	(151.5)	(186.2)	(216.8)	(280.8)	(339.6)	(405.8)	(534.8)
老齢者に対する社会保障給付費に占める割合(%)	所得保障	65.3	66.1	67.5	68.3	66.1	68.4	66.7	68.0	66.2
	年金,恩給	62.5	63.6	64.8	65.6	63.4	65.8	64.1	65.3	63.7
	生活扶助及び住宅扶助	2.8	2.5	2.7	2.7	2.8	2.6	2.5	2.7	2.5
	医療保障	31.6	30.8	29.3	28.6	30.6	28.5	30.1	28.6	30.3
	保険分	16.2	14.8	15.0	15.1	16.4	16.1	17.4	16.4	16.8
	医療扶助	4.7	5.0	5.1	5.4	5.9	5.3	5.7	5.6	5.3
	老人医療	—	—	—	—	—	—	—	—	1.1
	その他の公費負担医療	10.7	11.1	9.3	8.1	8.4	7.1	7.0	6.6	6.9
	老人福祉サービス	3.1	3.0	3.3	3.1	3.2	3.1	3.2	3.4	3.6
全社会保障給付費 (B)		1,347,482	1,603,743	1,866,968	2,164,157	2,504,451	2,872,970	3,523,413	3,966,408	4,892,254
(A/B) (%)		(16.9)	(18.5)	(18.5)	(19.6)	(19.8)	(22.3)	(22.0)	(23.3)	(24.9)
国民所得 (C)		23,375,100	26,086,800	30,442,700	36,233,200	42,869,600	49,856,700	59,048,000	65,786,100	76,145,600
(A/C) (%)		(0.98)	(1.14)	(1.13)	(1.17)	(1.15)	(1.28)	(1.31)	(1.41)	(1.60)
65歳以上人口数 (千人) (D)		6,016	6,181	6,420	6,666	6,899	7,109	7,331	7,524	7,879
1人当たり社会保障給付費(A/D)(円)		37,927	48,003	53,819	63,724	71,712	89,946	105,693	123,030	154,869

厚生省企画室調べ (注) 1. 年金,恩給は,老齢年金及び通算老齢年金の合計額
2. 年金,恩給以外は65歳以上分を推計した。
3. 生活扶助,住宅扶助は,総保護人員に占める65歳以上人員×生活扶助及び住宅扶助額
4. 公費分は,原爆,精神,結核,らい,身体障害者福祉法の更生医療
5. 老人福祉サービスは,老人福祉費(ホーム・ヘルパー等)及び老人保護費(老人福祉施設運営費)の合計額

同表によると,老齢者(年金,恩給以外は原則として65歳以上)に対する社会保障給付費は,39年度の2,282億700万円から47年度の1兆2,204億6,000万円へ5.35倍の伸びをみせ,同じく全社会保障給付費の伸び3.26倍をかなり上回っている。全社会保障給付費に占める割合も39年度の16.9%から47年度には24.9%へ1.47倍となり対国民所得比においても39年度の0.98%から1・60%へ,1.63倍の伸びを示している。しかし,同時に老齢人口の伸びが総人口の伸びを上回わっているので,その分だけ補正し,老齢化の進行がなかったと仮定すると,老齢者に対する給付費は4.51倍,全社会保障給付費に占める割合は,47年度には21.0%となり,39年度と比べて1.24倍,

対国民所得比も47年には1.35%となり,39年度と比べて1.38倍の伸びである(第2-4表及び第2-3図参照)。

第2-3図 老齢者に対する社会保障給付費の年次推移



厚生省企画室調べ

第2-4表 全社会保障給付費,国民所得に占める老齢者に対する社会保障給付費の割合の推移

第２－４表　全社会保障給付費，国民所得に占める老齢者に対する社会保障給付費の割合の推移

	39年度	40	41	42	43	44	45	46	47
全社会保障給付費に占める老齢者に対する社会保障給付費の割合 (%)									
（名目）	16.9	18.5	18.5	19.6	19.8	22.3	22.0	23.3	24.9
（老齢化を補正）	16.9	18.2	17.7	18.2	18.0	19.9	19.2	20.1	21.0
国民所得に占める老齢者に対する社会保障給付費 (%)									
（名目）	0.98	1.14	1.14	1.17	1.15	1.28	1.31	1.41	1.60
（老齢化を補正）	0.98	1.12	1.09	1.09	1.05	1.14	1.14	1.22	1.35
65歳以上人口の伸び	100.0	102.7	106.7	110.8	114.7	118.2	121.9	125.1	131.1
総人口の伸び	100.0	101.1	101.9	103.1	104.3	105.6	106.3	108.0	110.4

厚生省企画室調べ

(注)「老齢化を補正」とは,「名目」の割合に$\frac{\text{総人口の伸び}}{\text{65歳以上人口の伸び}}$の比率を乗じたもの。

以上のように老齢者に対する給付費の大幅増加には,老齢化の進行に伴う老齢者の増加が一つの要因となっているが,同時に相当程度の実質増も含まれているといえる。

また,1人当たり給付費について非常に大まかな試算を行うと,国民1人当たり39年度には1万3,865円であったものが47年度には4万6,266円と3.34倍になったが,老齢者1人当たりは,39年度の3万7,993円から47年度の15万4,900円と4.08倍の伸びを示している。

老齢者における社会保障給付費の部門別構成は,ほぼ安定しており,全体の3分の2程度(66～68%台)が所得保障部門,30%前後が医療保障部門であり,老人福祉サービス部門は3%台となっている。生活保護制度は,生活扶助,住宅扶助及び医療扶助の合計で7～8%台にある。全社会保障給付費と比べて所得保障部門の比重が高く,医療保障部門の比重が低いことが特徴的である。生活保護・社会福祉部門の比重はほぼ同じである。なお,48年1月から実施された老人医療費支給制度が,48年度には平年度化し,給付費総額も1,417億円と推計され,また厚生年金保険及び国民年金の年金額の水準の引上げ並びに健康保険等の給付改善も行われたので,48年度以降の給付額は大幅な上昇があるものと考えられる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―

第2章 我が国の人口をめぐる諸問題

第1節 老齢化社会への備え

1 増大する老年人口の扶養負担

(3) 老齢者に対する所得保障の中心は公的年金制度であり,私的扶養に代わる老後保障の機能を果たすものとして,多大な期待が寄せられている。

我が国の公的年金制度は,厚生年金保険及び国民年金の外,船員保険及び各種共済組合の8制度から成るが,厚生年金保険及び国民年金の両制度で全適用人員の9割を占めている。48年度において厚生年金保険及び国民年金の大幅な給付改善が行われ,老齢年金の標準的な年金額がおおむね月額5万円に引き上げられた。この給付水準は被保険者の平均標準報酬の6割に相当するものであり,ボーナスを含めた報酬の約4割5分となり,国際的にも遜色のない給付水準となった。国民年金の標準的な老齢年金も同様に夫婦で月額5万円となる改善が行われた。これら標準年金額は厚生年金保険の場合27年,国民年金の場合25年の加入期間を前提としたものであるため,制度が発足して10数年しか経過していない国民年金については,現在のところ標準的な年金額を受給する者はいない。また,厚生年金保険にあっても,すべての老齢年金の受給者が標準的な年金を受取っているわけではない。しかし厚生年金保険の老齢年金の全受給者の平均年金額を見ると,48年3月末現在の1件当たり月額1万6,646円であったものが49年3月末には月額3万8,211円と2.3倍の伸びを示している。国民年金の拠出制年金においても,既に支給が開始されている10年年金の年金額が通常の場合月額5,000円から1万2,500円(夫婦で2万5,000円)へ2.5倍の改善をみている。

さらに,これらの年金額は,物価スライドにより厚生年金保険にあっては49年8月,国民年金にあっては49年9月からそれぞれ16.1%の引上げが行われた。

次に第2-5表を見てわかるように,我が国の厚生年金保険及び国民年金の適用人員に対する老齢年金受給権者の割合は,それぞれ3.3%,3.1%と低い。これは,現在の厚生年金保険制度が,昭和19年に発足したものの,加入者が1,000万人を超えたのが昭和32年,2,000万人を超えたのが昭和43年であること,国民年金制度は36年から出発したばかりで,現在までのところ受給権者数の本格的な発生をみていないことによるものである。しかしながら,直系家族等の私的扶養に頼ることに限界の現われている老齢者にとって,その老後保障の基盤となる公的年金制度の成熟化の促進が切実な問題であることはいうまでもない。このため,国民年金において経過的に受給資格期間を年齢に応じ10年から24年に短縮し,制度発足当初高齢であった人には10年年金及び5年年金という短期の拠出制老齢年金が設けられている。また,厚生年金保険制度においても,老齢年金を受給するためには通常20年の被保険者期間を必要とするが,40歳(女35歳)以降の被保険者期間が15年あれば受給資格期間を満たすこととされている。

第2-5表 各公的年金制度における適用人員に対する老齢年金受給権者の割合

第2－5表　各公的年金制度における適用人員に対する老齢年金受給権者の割合

(49年3月末現在)　　(単位：人，%)

	適用人員	老齢（退職）年金受給権者	老齢退職年金受給権者／適用人員
総数	54,457,043	2,244,729	4.1
国民年金	25,135,582	789,230	3.1
厚生年金保険	23,745,838	774,763	3.3
船員保険	257,034	18,180	7.1
各種共済組合	5,318,589	662,556	12.5

厚生省年金局調べ

(注)　各種共済組合は48年3月末現在である。

以上のような成熟化促進の措置等を含みつつ,これからの人口の老齢化が進行する過程で,厚生年金保険及び国民年金の本格的な成熟化が進行する。

ところで,制度発足当初において国民年金制度の拠出制年金の強制加入の対象とならなかった人に対しては老齢福祉年金が70歳から支給されているが,その年金額は毎年引き上げられており,49年9月からは月額7,500円となっている。その受給者数は,49年3月末現在391万2,000人を数えているが,その数は50年度をピークに逐年減少し,代って拠出年金の受給者が急増することとなる。

公的年金制度の成熟化の進行を測定する指標として,ここでは,被保険者数に対する老齢年金受給権者数の比率(以下,単に「受給権者比率」という。)を採ることとする。成熟化の進行過程においては,受給権者比率は増加する。既に公的年金制度が成熟期に達している欧米諸国においては,受給権者比率は,生産年齢人口に対する老年人口の割合,すなわち老年人口指数に近似している(第2-6表参照)。しかも,欧米諸国の場合も,我が国の場合も,公的年金の成熟化が進行する時期は同時に人口構成の老齢化が進行する時期でもあり,老年人口指数の増加を追いかけて受給権者比率が増加するパターンが展開されるのが通例である。第2-4図及び第2-7表は,我が国におけるパターンを示したものである。48年度における受給権者比率は,国民年金3.1%,厚生年金保険3.3%で,老年人口指数は11.0であるが,昭和85年には国民年金19.6%,厚生年金保険27.0%,老年人口指数24.3となる。昭和85年時点において両年金の受給権者比率は老年人口指数の前後に位置している。しかし人口問題研究所の将来推計によれば,老年人口指数は90年頃まで3ポイントほど増加することとされているので,受給権者比率の増加傾向が続いている厚生年金保険の場合,もうしばらく増加を続ける見通しとなろう。同図に即して,まず厚生年金保険をみていくと,受給権者比率は,コンスタントな上昇を続け,次第に老年人口指数とのシェーレを薄くして昭和70年代末に追い着き,ついで追い越していく。厚生年金保険は,32年度末に1,004万人であった被保険者数が43年度末には2,072万人,48年度末には2,375万人と急増しており,これらの被保険者が今後数十年にわたって,逐次,受給権を取得することとなるので,受給権者比率が毎年着実に増加していくと見込まれるのである。

第2-6表 主要国における被保険者数と老齢年金受給者数の比較,老年人口指数との対比

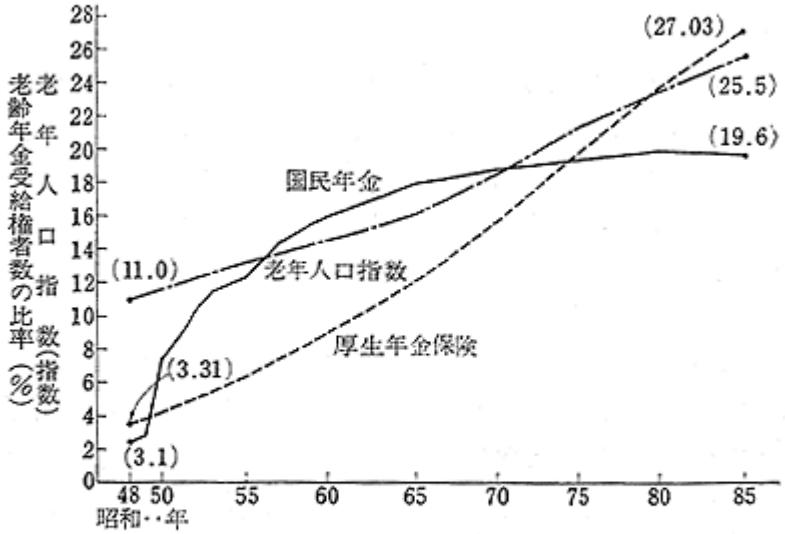
第２－６表　主要国における被保険者数と老齢年金受給者数の比較，老年人口指数との対比

	被保険者数（A）	受給者数（B）	(B)/(A)×100	老年人口指数	備考
西ドイツ	1971.4 2,553万人	1971末 449万人	17.6%	1971 21.1	労働者年金と職員年金 (A)被保険者数 (B)老齢年金受給者数
フランス	1969 1,248	1969.7 314	25.1	1970 21.3	一般制度 (A)被保険者数 (B)老齢年金受給者数
スウェーデン	1969.7 523	1970.1 95	18.1	1971 21.3	国民年金(一般制度) (A)生産年齢人口（15～64歳) (B)老齢年金受給者数
イギリス	1971末 2,444	1971末 461	18.9	1971 20.8	国民保健 (A)被保険者数 (B)退職年金受給者数
アメリカ	1971末 7,310	1971末 1,393	19.0	1970 16.0	OASDHI（老齢，遺族，障害，健康保険） (A)被保険者数 (B)退職年金受給者数

厚生省年金局調べ
（注）　老年人口指数＝(65歳以上人口÷15～64歳人口)×100

第2-4図 国民年金及び厚生年金保険における被保険者数に対する老齢年金受給権者数の比率の推移並びに老年人口指数の推移

第２－４図　国民年金及び厚生年金保険における被保険者数に対する老齢年金受給権者数の比率の推移並びに老年人口指数の推移



厚生省年金局調べ，なお，老年人口指数は，人口問題研究所「全国男女年齢別将来推計人口(昭和44年８月推計)」メディアム値による．
（注）　1.　48年度は実績値で，年度末現在の値である．
　　2.　50年度以降は推計で国民年金は各年度中央の値，厚生年金保険は年度末の値である．

第2-7表 国民年金及び厚生年金保険における被保険者数に対する老齢年金受給椛者数の推移,老年人口指数の推移

第2－7表　国民年金及び厚生年金保険における被保険者数に対する老齢年金受給権者数の推移，老年人口指数の推移

	国民年金			厚生年金保険			老年人口指数
	被保険者数(1)	老齢年金受給権者数(2)	(2)/(1)×100	被保険者数(1)	老齢年金受給権者数(2)	(2)/(1)×100	
	千人	千人	%	千人	千人	%	
48年度	25,136	789	3.1	23,746	775	3.3	11.0
50	23,807	1,795	7.5	24,188	1,037	4.2	11.6
51	23,807	2,078	8.7	24,540	1,147	4.7	12.0
52	23,727	2,439	10.3	24,884	1,259	5.1	12.3
53	23,797	2,731	11.5	25,219	1,391	5.5	12.7
54	23,866	2,843	11.9	25,570	1,524	6.0	13.0
55	23,933	2,947	12.3	25,935	1,662	6.4	13.2
56	23,865	3,176	13.3	26,193	1,812	6.9	13.5
57	23,959	3,433	14.3	26,585	1,966	7.4	13.7
58	23,956	3,576	14.9	26,975	2,124	7.9	13.8
59	23,952	3,703	15.5	27,365	2,315	8.5	13.9
60	23,948	3,815	15.9	27,701	2,502	9.0	14.2
65	23,773	4,244	17.9	29,219	3,529	12.1	15.5
70	23,420	4,376	18.7	30,082	4,733	15.7	17.9
75	23,023	4,439	19.3	30,331	5,976	19.7	20.4
80	22,979	4,542	19.8	30,425	7,184	23.6	22.4
85	22,950	4,494	19.6	30,425	8,225	27.0	24.3

厚生省年金局調べ，なお老年人口指数は，人口問題研究所「全国男女年齢別将来推計人口(昭和44年8月推計)」メディアム値による。

(注)　1.　48年度は実績値で，年度末現在の値である。
　　2.　50年度以降は推計で国民年金は年度中央の値，厚生年金保険は年度末の値である。

次に,国民年金の場合は,受給権者比率は昭和50年代に急速な増大をみた後、緩やかな増加となり70年代以降は,ほぼ安定的に推移する。50年代の急増は制度発足以来の強制適用被保険者や高齢任意加入者が続々と年金受給年齢に達し、年々大量の受給者が発生することによる。この点は,国民年金制度における成熟化促進の措置が効果的に働らく例証であり,国民年金制度の有する特徴であろう。その後の増加傾向の緩和,安定的推移は,国民年金制度に若い年齢層の被保険者が比較的少ないこと及び将来も被保険者の増加がさほど見込まれないことによるものである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
1 増大する老年人口の扶養負担
(4)

以上述べた我が国における公的年金制度の成熟化の進行により,老後の生活設計に占める公的年金の比重は着実に増大していく。しかしながら,そのためには,生産年齢人口において,増大する老齢者の扶養負担が受け入れらるれことが必要となる。第2-8表にみられるように,我が国の国民所得に占める社会保障給付費の割合は,41年6.1,47年6.4と増加しているものの欧米諸国のそれと比較すると3分の1程度の大きさであり,部門別には恩給年金部門の占める割合に著しい違いが見られる。したがって,我が国の社会保障給付は,公的年金制度の成熟化に伴い部門別構成を修正しつつ,今後増大傾向を続けることが予測される。次に社会保障給付の前提となる租税及び社会保険負担をみると,この面においても,我が国の場合は欧米諸国と比べて著しく低率であり,社会保障給付が相対的に低いことに対応した低負担となっていることがわかる。今後,社会保障給付の増大と見合って,これら負担の増大が伴い,かつこれらの増大する負担が,人口構成の老齢化が進行する段階において,相対的に縮小を続ける生産年齢人口に重くのしかかってくることとなる。社会保障の充実等に伴う高負担に対しては,近年スウエーデン等において国民の中に不満が増加していることが伝えられている。このスウエーデン等における不満は,基礎的生活の保障を受け,生活の安定の上にたった向上意欲充足に対する不満であり,いわば人間だれしも持っている能力に応じて自由を謳歌したいという,いわば高度の不満であるといえよう。したがって,老後の生活保障という基礎的社会サービスの充足のための負担増については,適切な方法が採られるならば,国民的合意と協力が得られることに疑いが持たれる余地はないと考えられる。いずれにしても,欧米諸国は,既に老齢化社会を迎えており,しかも老齢化の進行過程において公的年金の充実,国民生活水準の向上を達成している。したがって,これから本格的な人口の老齢化の進行を迎える我が国の方向を見定めるに当たって,これらの国の体験を大いに参考として摂取する必要があろう。

第2-8表 社会保障給付費,租税,社会保険負担等の対国民所得比の各国比較

第2－8表　社会保障給付費，租税，社会保険負担等の対国民所得比の各国比較

	年度	社会保障給付費（対国民所得比）	内訳 恩給，年金	内訳 疾病，出産（公衆保健サービス）	内訳 その他	年度	社会保険負担（対国民所得比）	租税＋社会保険負担（対国民所得比）	1人当たり国民所得
		%	%	%	%		%	%	ドル
西ドイツ	1966	21.8	12.2	5.0	4.6	1969	14.2	45.9	2,042
フランス	〃	19.7	8.2	4.5	7.0	〃	19.2	47.7	1,963
イタリア	〃	18.7	10.2	3.9	4.6	〃	13.7	37.7	1,253
スウェーデン	〃	17.3	7.0	6.3	4.0	〃	10.5	49.3 (1968)	2,819
イギリス	〃	15.0	6.2	5.4	3.4	〃	6.4	48.0	1,509
アメリカ	〃	8.1	4.2	0.9	3.0	〃	7.0	37.3	3,787
日本	〃	6.1	1.2	3.0	1.9	〃	4.4	23.5	1,290
	1972	6.4	1.6	3.7	1.1	1972	4.9	25.1	2,284

資料：ILO「The Cost of Social Security(1972)」，
UN「Yearbook of National Accoounts Statistics」

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
2 増大する老年人口の保健医療
(1) 老化に伴う問題の一つとして健康の問題があり,健康管理,医療ないし看護面における対応が必要となる。

47年の国民健康調査によると老齢者の有病率は65歳から74歳まで1,000人当たり340.7,74歳以上325.1と平均に対し2.5～2.6倍の高さとなっている。また同年の患者調査によると,調査日(7月12日)現在医療機関にかかったいわゆる受療率は,65～74歳までで人口10万対1万1,302,75歳以上で1万2,044と,平均の6,215のそれぞれ1.8倍,1.9倍となっている。傷病日数も,有病率と同様,高齢者にいくほど高くなっており,65歳以上で34日を数え,年をとるにつれて病気にかかると長期化する傾向にあることを示している。

このことは,48年に総理府が実施した「老後の生活に関する世論調査」においても,最も大きな老後の生活に関する不安として,「経済問題」と並んで「健康のこと」が掲げられており,特に「寝たり起きたり」,「寝たきり」という者は65歳以上の者に目立って多く,高齢化するに伴い,健康に関する悩みが一段と深刻に感ぜられていることがわかる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
2 増大する老年人口の保健医療
(2)

老齢者の医療保障をみると,36年以来の国民皆保険体制の一環として各種医療保険により行われている。しかし,被用者である場合には,その間は被用者保険によって10割の給付が行われるが,老齢なるが故に退職した後は,国民健康保険の加入者又は被用者保険の家族となり従前から国民健康保険の加入者又は被用者保険の家族であった老齢者と同じく,3割から5割の自己負担があり,高い医療ニードがあるにもかかわらず,これら老齢者の負担能力が十分でないため,必ずしも適切な医療が確保されないうらみがあった。このような老齢者の医療保障については,48年1月から老人医療費支給制度の実施を始め,48年度に行われた健康保険法等の改正において被用者保険の家族給付率の7割への引上げ,国民健康保険の被保険者及び被用者保険の家族の医療費が高額であるとき自己負担分の一定額(月額3万円)以上を超える額を支給する高額療養費支給制度の創設によって改善が図られているが,これらは,医療供給側への圧迫,医療保険制度における老人医療費増大,といった新たな課題を生じている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
2 増大する老年人口の保健医療
(3)

国民健康保険被保険者及び政府管掌健康保険被扶養者について,各年齢平均と70歳以上の老齢者の受診率及び1人当たり診療費の推移(国民健康保険の場合毎年5月分,政府管掌健康保険の場合毎年4月分)をみると,いずれも上昇傾向を示しており,かつ46年までは,ほぼ同程度の上昇を続けている。しかし,地方公共団体の単独実施による老人医療費無料化措置が進んだ47年,国の老人医療費支給制度が実施された48年には,受診率及び1人当たり診療費のいずれにおいても,各年齢平均と70歳以上の者との上昇率に大きな開きが生じている(第2-9表,第2-10表,第2-5図,第2-6図,第2-7図,第2-8図参照)。その結果,国民健康保険でみると,70歳以上の者の受診率(各年5月分人口100対)は47年72.28(対前年20.6%増),48年85.16(対前年17.8%増)と上昇し,44年の受診率を100とすると47年136.9,48年161.3となった。また同じく70歳以上の者の1人当たり診療費(各年5月分)は,47年5,546円(対前年63.1%増),48年7,893円(対前年42・3%増)となり,44年の1人当たり診療費を100とすると,47年229.4,48年326.4と大幅に上昇している。この1人当たり診療費の伸びは,70歳以上の者の受診率,各年齢平均の1人当たり診療費の伸びのいずれをも上回っており,70歳以上の者の受診内容の変化及び受診の中断の減少等をうかがわせている。

第2-9表 国民健康保険被保険者,政府管掌健康保険被扶養者の受診率及び1人当たり診療費

第2－9表　国民健康保険被保険者，政府管掌健康保険被扶養者の受診率及び1人当たり診療費

		国民健康保険被保険者			政府管掌健康保険被扶養者		
		平均	65～69歳	70歳～	平均	65～69歳	70歳～
受診率（人口100人対）	44年	36.07	54.27	52.80	37.50	37.34	38.21
	45	38.51	56.19	57.09	39.21	48.71	44.27
	46	39.81	58.70	59.92	42.88	52.09	50.84
	47	41.42	61.97	72.28	41.17	59.33	58.03
	48	44.13	68.94	85.16	—	—	—
1人当たり診療費（円）	44年	1,172	2,483	2,418	448	885	830
	45	1,457	3,069	3,052	550.1	1,305.7	1,173.7
	46	1,567	3,265	3,400	621	1,341	1,307
	47	2,041	4,236	5,546	755	1,817	2,024
	48	2,383	4,938	7,893	—	—	—

資料：厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査」及び社会保険庁「政府管掌健康保険医療給付受給者状況調査」

（注）1. 国民健康保険は各年5月分，政府管掌健康保険は各年4月分である。
2. 国民健康保険の「1人当たり診療費」には3割の自己負担分を含むものである。政府管掌健康保険の「1人当たり診療費」は，保険給付分（5割）である。

第2-10表 国民健康保険被保険者,政府管掌健康保険被扶養者の受診率,1人当たり診療費の指数推移

第２－10表　国民健康保険被保険者，政府管掌健康保険被扶養者の受診率，１人当たり診療費の指数推移

		国民健康保険被保険者			政府管掌健康保険被扶養者		
		平　均	65～69歳	70歳～	平　均	65～69歳	70歳～
受診率	44　年	100	100	100	100	100	100
	45	106.8	103.5	108.1	104.6	130.4	115.9
	46	110.4	108.2	113.5	114.3	139.5	133.1
	47	114.8	114.2	136.9	109.8	158.9	151.9
	48	122.3	127.0	161.3	—	—	—
１人当たり診療費	44　年	100	100	100	100	100	100
	45	124.3	123.6	126.1	122.8	147.5	141.4
	46	133.7	131.5	140.6	138.6	151.5	157.5
	47	174.1	170.6	229.4	168.5	205.3	243.9
	48	203.3	198.9	326.4	—	—	—

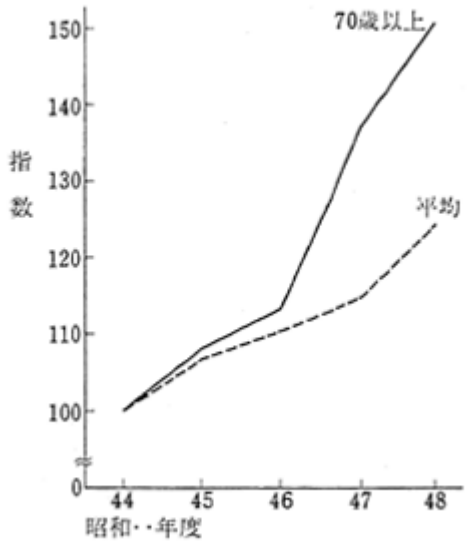
資料：厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査」及び社会保険庁「政府管掌健康保険医療給付受給者状況調査」

（注）１．国民健康保険は各年５月分，政府管掌健康保険は各年４月分である。

２．国民健康保険の「１人当たり診療費」には，３割の自己負担分を含むものである。政府管掌健康保険の「１人当たり診療費」は，保険給付分（５割）である。

第2-5図 国民健康保険被保険者の平均受診率及び同被保険者の70歳以上受診率の年次推移(44年度=100)

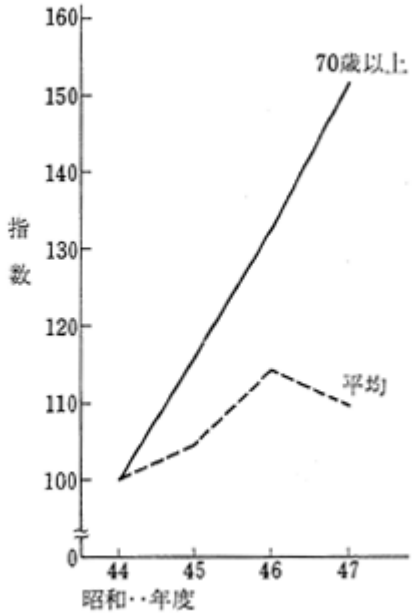
第２－５図　国民健康保険被保険者の平均受診率及び同被保険者の70歳以上受診率の年次推移（44年度＝100）



資料：厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査」

第2-6図 政府管掌健康保険被扶養者の平均受診率及び同被扶養者の70歳以上受診率の年次推移(44年度=100)

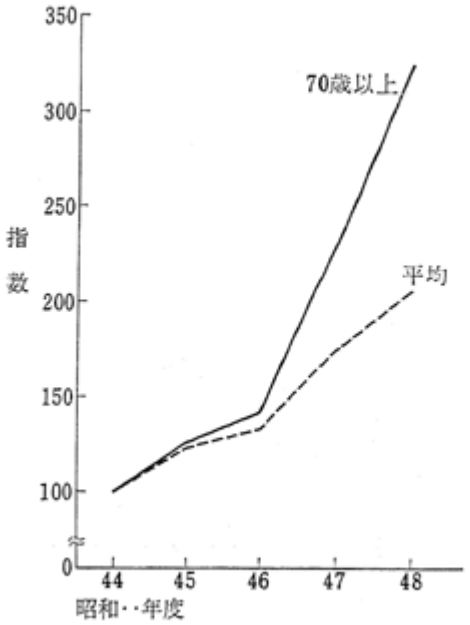
第２－６図　政府管掌健康保険被扶養者の平均受診率及び同被扶養者の70歳以上受診率の年次推移（44年度＝100）



資料：社会保険庁「政府管掌健康保険医療給付受給者状況調査」

第2-7図 国民健康保険被保険者の1人当たりの平均診療費及び同被保険者の70歳以上診療費の年次推移(44年度=100)

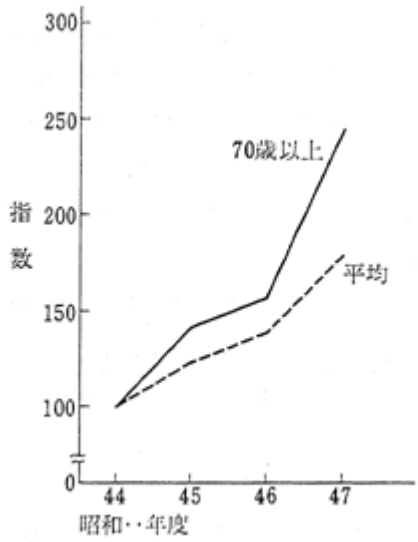
第２－７図　国民健康保険被保険者の１人当たりの平均診療費及び同被保険者の70歳以上診療費の年次推移（44年度＝100）



資料：厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査」

第2-8図 政府管掌健康保険被扶養者の1人当たりの平均診療費及び同被扶養者の70歳以上診療費の年次推移(44年度=100)

第２－８図　政府管掌健康保険被扶養者の１人当たりの平均診療費及び同被扶養者の70歳以上診療費の年次推移（44年度＝100）



資料：社会保険庁「政府管掌健康保険医療給付受給者状況調査」

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
2 増大する老年人口の保健医療
(4) 老齢人口の増大を背景としつつ,以上のように主として老人医療の無料化に起因して発生したと考えられる老齢者の膨大な医療需要の顕在化により,医療供給側への各種の圧迫要因が生じている。

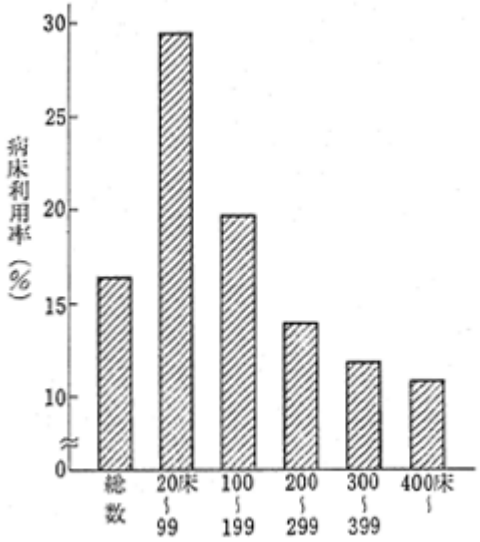
一般に指摘されているのは,老人性疾患の場合,多様な合併症が見られるとともに,その慢性化傾向が強く,一度入院すると長期化し,病床利用が固定化して緊急患者や急性疾患患者に対する病床不足が生じる可能性が大きい。看護に非常に手がかかるため看護職員不足に拍車をかける。無料でかつ長期にわたる入院治療は病院が収容施設化の傾向を強めるといった問題である。

これらは,老齢者に適切な医療サービスを提供し,円滑な家庭及び職場復帰を図るうえで解決すべき重大な課題であり,今後の本格的な人口の老齢化が進む時期を迎えて,合理的な解決方向を探ることが必要となる。

老齢者による病床利用状況について厚生省老人保健課が,全国の市町村立病院について行った調査(48年6月10日,病院総数648,病床数10万7,666床)によると,入院患者数に占める70歳以上の者の構成割合は20.9%,そのうち老人医療費受給者が81.3%を占め,入院患者数に占める割合は17%となっている。病床規模別に70歳以上の者の病床利用率をみると,第2-9図のとおり,病床規模の小さい100床以下の病床を有する病院の病床利用率が最も高く,病床規模が大きくなるにつれて病床利用率が低下している。また,同調査において70歳以上の者の病床利用率が40%を超える病院が88病院で全体の13.6%あり,今後の老人に対する医療供給体制のあり方の検討が急がれる。

第2-9図 市町村立病院における70歳以上の者の病床規模別病床利用率(48年6月10日)

第２－９図　市町村立病院における70歳以上の者の病床規模別病床利用率（48年６月10日）



厚生省社会局調べ

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―

第2章 我が国の人口をめぐる諸問題

第1節 老齢化社会への備え

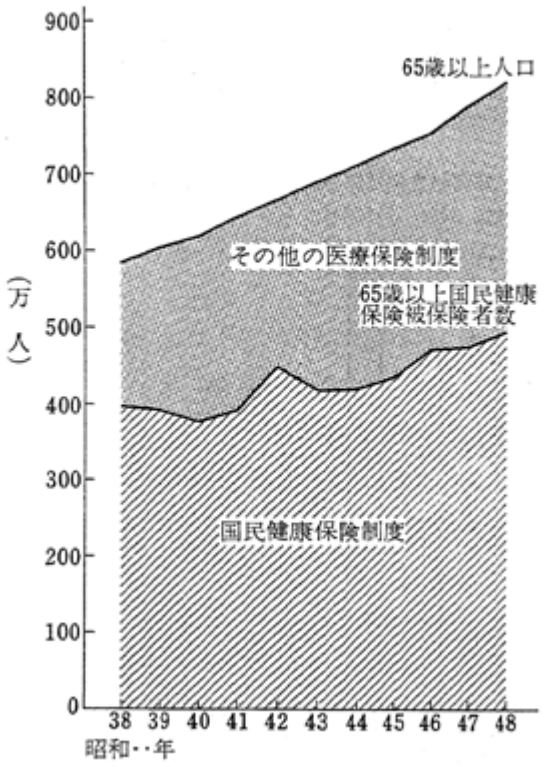
2 増大する老年人口の保健医療

(5) 老齢者の受診機会の増加に伴って,老齢者に要する医療費用は増大し,医療保障の大宗を占める医療保険において,いわば老人医療費圧力といったものが生じている。

特に,我が国の医療保険は,被用者の退職後,被用者保険の被保険者資格を失い,地域保険である国民健康保険への加入又は被用者保険の家族となる仕組みをとっており,医療保険の中でも国民健康保険における老人医療費が増大している。第2-10図は増大する老齢者の国民健康保険への加入状況を図示したものであるが,同図からわかるように,増大する老齢者の大半は国民健康保険へ加入しており,その割合は,6割前後に達している。国民健康保険において老齢者の増大に伴い,老齢者分の医療費の比率は年々上昇しており,65歳以上被保険者が要する医療費分は,38年の17.1%,44年20.4%,47年26.4%と増加し,48年には31.5%に達している。老齢者に要する医療費分の比率は,政府管掌健康保険(被扶養者)においても増大しており,40年の12.7%が47年には17.9%にまで上昇している(第2-11図及び第2-11表参照)。また,老人医療費支給制度との関連から国民健康保険をみると,49年2月時点において国民健康保険被保険者中に占める6.56%の老人医療対象者が国民健康保険全医療費の21.96%を占める結果となっている。

第2-10図 65歳以上人口並びに国民健康保険制度及びその他の医療保険制度における65歳以上人口の年次推移

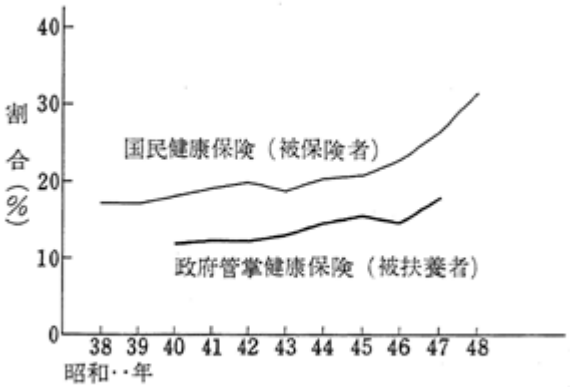
第２－10図　65歳以上人口並びに国民健康保険制度及びその他の医療保険制度における65歳以上人口の年次推移



資料：厚生省保険局「国民健康保険事業年報」

第2-11図 国民健康保険(被保険者)及び政府管掌健康保険(被扶養者)における65歳以上の者の医療費の割合

第２－11図　国民健康保険（被保険者）及び政府管掌健康保険（被扶養者）における65歳以上の者の医療費の割合



資料：厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査」及び社会保険庁「政府管掌健康保険医療給付受給者状況調査」

元来,国民健康保険は自営業者,農業者等を対象とし,財政基盤が脆弱であるといわれているが,このような老齢者の医療費の増加により,財政状況を一養者)における65歳以上の者の医療費の割合層悪化させることとなり,ひいては同制度の加入者全体に対する適正な医療保障の確保に支障をきたすことにもなりかねない。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
2 増大する老年人口の保健医療
(6)

既に老齢化社会を迎えている欧米における老齢者の医療保障をみると,被用者を対象とする医療保険を中心とする大陸諸国の場合,各医療保険制度が年金受給者をも適用対象としている。これらの諸国の場合,年金受給者は拠出が免除され(西ドイツ,フランス,イタリア等),年金受給者以外の65歳以上の被保険者の負担する保険料率は一般労働者より低くなる(フランス)。年金受給者の医療給付に充足するための費用は,同医療保険(疾病金庫)加入者が負担するいわゆる後代負担が通例であるが,西ドイツにおいては,これらの費用を年金保険の保険者が約60%負担し,残りの40%を疾病金庫が負担している。いずれの場合においても,国庫負担は原則としてない。なおオランダは,任意保険として老齢保険制度が設けられており,年齢65歳以上,年間所得1万3,821ギルダー(1ギルダーは約100円)以下の所得の者を対象とし,分離した扱いがされる。老齢保険に加入した老齢者は,所得に応じ保険料を支払うが,保険料収入のみでは保険に要する費用を賄うのに十分でなく,不足額については,中央基金(各健康保険加入者からの保険料は中央基金に払い込まれたうえ,各健康保険基金に払い戻される仕組みが採られている。)及び大蔵省から負担金が支払われる。国民保健サービス方式を取るイギリス及び保健サービスと社会保険の組み合わせ方式のスウェーデンにおいては,被用者ないし被保険者は,一定額の拠出を行うが,年金受給者には拠出義務がなく,スウエーデンにおいては,年金受給者でなくても65歳以上の者は,拠出が免除される。アメリカには65歳以上の者のみを対象とする老齢者健康保険制度(メディケア)があり,このうち強制加入の入院保険は,年金制度を含む社会保険制度における保険料率のうちの1・2%部分(労使折半,自営業者は0.6%)が充てられる。メディケアの被保険者(65歳以上の者)は,拠出を要しない。メディケアのうちの補足的医療保険(外来,往診等の費用の80%を現物給付する。)は被保険者(65歳以上の者)が月5.6ドルの保険料を負担し,国庫も被保険者拠出と同額の負担を行うこととしている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
2 増大する老年人口の保健医療
(7)

以上のような,各国の制度も,それ自体様々な問題を抱えていることも考えられ,直ちに我が国においてこれらを参考とすることは必ずしも適当ではないが,以上のような老人医療をめぐる諸問題に適切に対応するとともに,さらに進んで,健康管理,医療,リハビリテーション等を総合した老人保健対策を展望することが肝要であり,人口の本格的な老齢化を迎える我が国において,これらの面で十分な準備を整えておくことが強く望まれる。

第2-11表 国民健康保険被保険者及び政府管掌健康保険被扶養者における65歳以上の者の医療費の割合

第2―11表　国民健康保険被保険者及び政府管掌健康保険被扶養者における65歳以上の者の医療費の割合　(単位：%)

	38年度	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
国民健康保険被保険者	17.1	17.1	18.1	19.1	19.9	18.8	20.4	20.9	22.9	26.4	31.5
政府管掌健康保険	—	—	12.7	12.5	12.5	13.3	14.7	15.7	14.8	17.9	—

資料：厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査」及び社会保険庁「政府管掌健康保険医療給付受給者状況調査」

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
3 老人と家族
(1) 老人と子との同居率

戦後の我が国人口構造の大きな変化の一つに平均世帯人員の著しい縮小がある。戦後のベビーブーム後の出生率の激減によって,1夫婦当たりの出生児数が少なくなったこと,戦後における家族に対する考え方の変化によって,結婚した子供夫婦が親と別居して,いわゆる核家族が増加したこと,そして農村から都市への人口移動の激化によって,農家の世帯員が縮小し,大都市圏では転入してきた若い生産年齢人口が1人世帯を形成したり,又は寮などの準世帯へ入ること,などがその原因としていわれている。

世帯数については戦後一貫して増加を示してきたが,特に30年代に入ってからの増加は著しい。その増加率を普通世帯についてみてみると,30年まではおおむね人口増加率とパラレルであったが,30年以降は人口増加率に対して約3倍となっている(第2-12表参照)。その結果30年まではおおむね5人弱で推移してきた総世帯人員は,35年4.52人,40年4.08人,そして45年には3・72人と4人を割るまでに至っており,その後も更に減少を続け,60年には3.11人になることが推計されている(第2-12図参照)。こうした中で男65歳以上,女60歳以上の者のみで構成するか,又は,これらに18歳未満の者が加わった高齢者世帯数をみると,老人人口の絶対的・相対的増加があるにしても,総世帯に占める比率が35年頃から急激な増加をみせていることがわかる(第2-13図参照)。

第2-12表 人口増加率及び世帯数増加率の推移

第2―12表　人口増加率及び世帯数増加率の推移

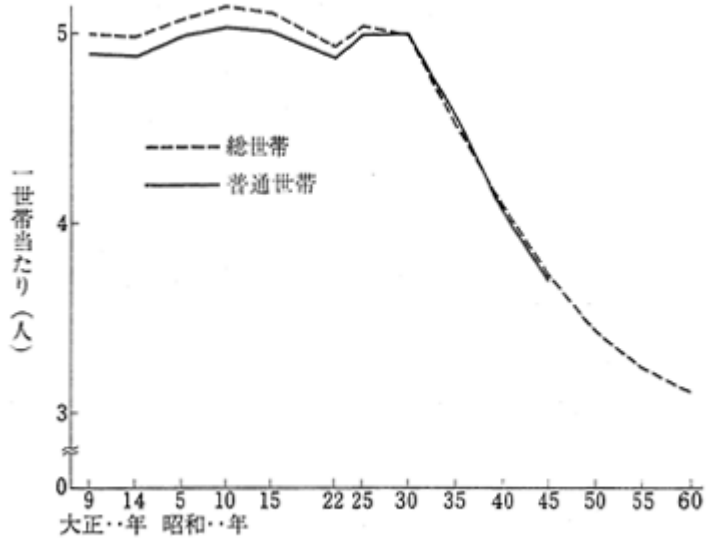
(単位：%)

	人口増加率	普通世帯増加率	総世帯増加率
大正　9～14	6.7	7.0	6.9
14～昭和5	7.8	5.8	5.9
昭和　5～10	7.4	6.2	6.3
10～15	5.5	6.2	6.2
22～25	6.5	4.0	4.5
25～30	7.3	5.8	8.3
30～35	4.6	13.2	15.0
35～40	5.1	17.3	16.6
40～45	5.0	16.3	15.7

資料：総理府統計局「国勢調査報告」

第2-12図 平均世帯人員の推移

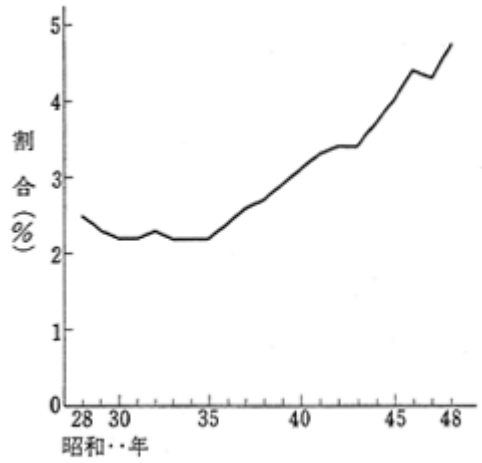
第２－12図　平均世帯人員の推移



資料：総理府統計局「国勢調査報告」，50年以降は人口問題研究所「研究資料（第197号）」

第2-13図 総世帯数に占める高齢者世帯数の割合の年次推移

第２－13図　総世帯数に占める高齢者世帯数の割合の年次推移

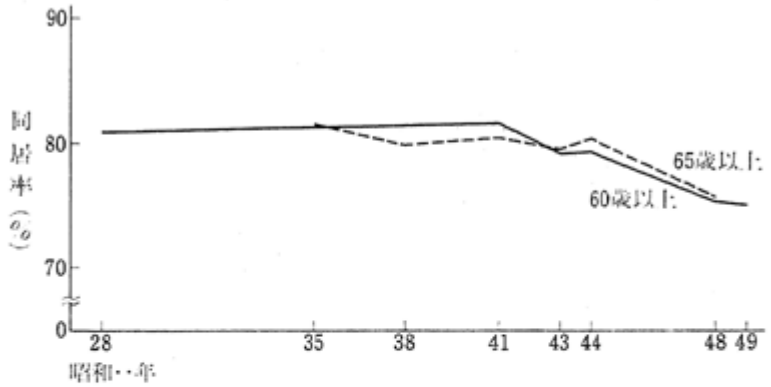


資料：厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査」

しかし,以上のことに比較して老人と子との同居率はあまり変化がなく,我が国でのそれは欧米に比べると高いことはよく知られているところである。しかし,おおむね8割を前後していた同居率にやや低下のきざしがみえることは注目される(第2-14図参照)。

第2-14図 子供との同居率の推移

第２－14図　子供との同居率の推移



資料：28年　総理府　「老後生活についての世論調査」
35年　厚生省統計情報部「高齢者調査報告」
38年　〃　「高齢者実態調査報告」
41年　総理府　「老人福祉に関する世論調査」
43年　厚生省統計情報部「高年者実態調査報告」
44年　総理府　「老後の生活に関する世論調査」
48年　〃　「老人問題に関する世論調査」
49年　〃　「老後の生活と意識に関する調査」

ここで46年の総理府の世論調査から老人と子供との同居についての20歳以上の者の意識をみてみると,一般的に考えて,親と子供夫婦は同居した方がよいか,別居した方がよいかとの質問に対して,同居した方がよいと答えている者が約半数を占めてはいるが,別居した方がよいという者も約3分の1にのぼっている(第2-13表参照)。これを地域別にみると「同居」支持は町村に多く,また学歴別にみると学歴が高いほど「別居」支持が多くなっている(第2-14表参照)。

第2-13表 親と子供夫婦は同居がよいか別居がよいかについての意識(年齢別)(46年8月)

第２－13表　親と子供夫婦は同居がよいか別居がよいかについての意識（年齢別）
（46年８月）　（単位：%）

	同居がよい	別居がよい				一概にいえない	不明
		計	すぐ近く	すぐ近くでなくてもよい	不明		
総数	49	33	20	12	1	16	2
20～29歳	41	38	17	19	2	18	3
30～39	44	36	22	13	1	19	1
40～49	49	34	22	11	1	16	1
50～59	51	30	21	8	1	18	1
60歳以上	64	23	15	7	1	10	3

資料：総理府「老人問題に関する世論調査(47年１月)」

第2-14表 親と子供夫婦は同居がよいか別居がよいかについての意識(地域別・学歴別)(46年8月)

第２－14表　親と子供夫婦は同居がよいか別居がよいかについての意識
（地域別・学歴別）（46年８月）　（単位：%）

	同居がよい	別居がよい				一概にいえない	不明
		計	すぐ近く	すぐ近くでなくてもよい	不明		
総数	49	33	20	12	1	16	2
（地域別）							
東京都区	40	40	25	12	3	18	2
６大市	40	36	23	10	3	21	3
人口10万以上の市	45	38	23	14	1	15	2
人口10万未満の市	51	30	18	12	0	17	2
町村	57	26	14	11	1	16	:
（学歴別）							
小卒（未就学）	68	18	10	6	2	9	5
旧高小・新中卒	54	29	18	10	1	15	2
旧中・新高卒	41	39	22	16	1	19	1
旧高専大・新大卒	33	44	26	16	2	22	1

資料：総理府「老人問題に関する世論調査(47年１月)」
（注）　20歳以上の者が対象である。

また,49年2月に行われた調査では,60歳以上の高年者の同居率は大都市地域でやや低く町村でやや高くなっており(第2-15表参照),子との同居希望でみても大都市地域に住む者(40歳以上)ほど別居支持者が多くなっている(第2-16表参照)。我が国の都市化傾向高学歴化傾向を考えると,別居化がさらに進むことが予想されるところである。

第2-15表 60歳以上の者の子との同居状況(地域別)(49年2月)

第２－15表　60歳以上の者の子との同居状況（地域別）
（49年２月）　（単位：%）

	総数	首都圏及び近畿圏	人口15万以上の市	人口15万未満の市	町村
子と同居している	75	71	73	73	78
子と別居している	21	23	20	22	19
子がいない	5	6	7	6	3

資料：総理府「老後の生活と意識に関する調査(49年６月)」

第2-16表 子との同居希望(地域別)(49年2月)

第２－16表　子との同居希望（地域別）

（49年２月）　（単位：%）

		首都圏及び近畿圏	人口15万以上の市	人口15万未満の市	町　村
一緒に住むのはあたりまえ	40～59歳	27	43	45	51
	60歳以上	45	55	53	61
できれば一緒に住む方がよい	40～59歳	20	20	23	24
	60歳以上	18	17	21	19
元気なうちは別居，身体が弱くなったら一緒に	40～59歳	27	24	23	19
	60歳以上	20	15	17	14
できれば別々に暮らす方がよい	40～59歳	14	7	4	2
	60歳以上	10	6	4	3
その他，わからない	40～59歳	11	6	4	4
	60歳以上	7	7	5	4

資料：総理府「老後の生活と意識に関する調査(49年６月)」

さらに1人の女子が,一生涯に平均何人の子を生むかという粗再生産率(または合計特殊出生率)の推移をみてみると 第2-17表のように戦後急激に減少し,35年頃から2人を若干上回る水準で安定している。それは,親がどの子との同居をするかという選択の幅をせまくすることを意味し,その時期は当時生産年齢人口であった世代が高年齢層になるときに急激に進んでいくことが予想される。

第2-17表 粗再生産率(または合計特殊出生率)の推移

第２－17表　粗再生産率（または合計特殊出生率）の推移

	粗再生産率（または合計特殊出生率）
大正14年	5.1
昭和5年	4.7
12	4.4
15	4.1
22	4.5
25	3.7
30	2.4
35	2.0
40	2.1
45	2.1
47	2.1

資料：人口問題研究所「人口問題研究（第128号）」

(注)　粗再生産率（または合計特殊出生率）

ある年次について，再生産年齢にある女子の年齢別特殊出生率を算出し，それら各年齢の特殊出生率の合計値を求めたものをその年次のその人口の女子の粗再生産率（または合計特殊出生率）という。

この指標は，算定された女子の年齢別特殊出生率に基づいて，１人の女子が再生産年齢を経過する間に子どもを生んだと仮定した場合の平均出生児数である。

また欧米におけるその実態をみると，我が国と対照的な実態となっており，65歳以上の老人の子との同居率は，アメリカ28%，イギリス42%，デンマーク20%である（第２－18表参照）。

また欧米におけるその実態をみると,我が国と対照的な実態となっており,65歳以上の老人の子との同居率は,アメリカ28%,イギリス42%,デンマーク20%である(第2-18表参照)。

第2-18表 諸外国における子との同居の状況(65歳以上)

第２－18表　諸外国における子との同居の状況（65歳以上）

（単位：％）

	アメリカ	イギリス	デンマーク
同居率	28	42	20

資料：国際社会福祉協議会日本国委員会訳「工業化三国の老人福祉」（デンマーク，イギリス，アメリカ）なお以下「三国調査」という。

老人と子との同居,別居を左右するものとしては,当事者の希望のほかに住宅事情等の社会的な条件が考えられるが,農業社会においては家族労働力を中心とする生産経済が行われているから,自然と大家族主義が採られ,3世代,4世代家族も珍しくはないが,工業社会化の進展に伴って,核家族化の傾向が著しくなってくるといわれている。こうした別居の傾向はアメリカ,イギリス,デンマークなどの欧米先進諸国にみることができる。このようにみてくると,我が国においては別居の傾向が今後増大していくことが十分予想されるところである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
3 老人と家族
(2) 欧米における親と子のつながり

別居型が多い欧米諸国についてみると,子との接触が極めて濃密である。すなわち子を持つ65歳以上の高齢者のうち,調査当日又はその前日に子と会っているものの割合は,デンマーク62%,イギリス69%,アメリカ65%,ポーランド84%,ユーゴスラビア76%と非常に高くなっている。同居率の比較的高いポーランドやユーゴスラビアの割合の高いのは当然としても,1週間以内に子と会った割合でみれば5か国ともほぼ同率となっている(第2-19表参照)。

第2-19表 子供と最後に会つた日

第2―19表　子供と最後に会つた日

(単位：%)

	昨日・今日	2～7日前	8～30日前	1月以上	計
デンマーク	62	22	10	6	100
イギリス	69	17	8	6	100
アメリカ	65	18	7	10	100
ポーランド	84	6	4	6	100
ユーゴスラビア	76	10	8	6	100

資料：三国調査及び厚生省企画室調べ

また,ひとり暮らし老人についてその子の家までの所要時間をみると,10分以内が,デンマークの男39%,女43%,イギリス男39%,女42%,アメリカ男46%,女45%,ポーランド男40%,女37%,ユーゴスラビア男31%,女33%となり,30分以内になるとおおむね50～70%の者が行くことができる(第2-20表参照)。神奈川県で47年7月に行われた「ひとり暮らし老人生活実態調査」によれば子がいると答えた65歳以上のひとり暮らし老人のうち子の家までの所要時間10分未満というのは男16・9%,女22.5%,全体で21.1%,30分未満では,男30.8%,女407%,全体で38.2%と欧米諸国と比較すると低くなっている(第2-21表参照)。

第2-20表 ひとり暮らしの老人と子どもの家までの所要時間

第２―20表　ひとり暮らしの老人と子どもの家までの所要時間

（単位：%）

		10分以内	11～30分	30分以上	計
デンマーク	男	39	30	31	100
	女	43	27	30	100
イギリス	男	39	28	33	100
	女	42	26	32	100
アメリカ	男	46	20	34	100
	女	45	25	30	100
ポーランド	男	40	24	36	100
	女	37	20	43	100
ユーゴスラビア	男	31	18	51	100
	女	33	21	46	100

資料：三国調査及び厚生省企画室調べ

第2-21表 子どもの家までの所要時間(47年7月)

第２―21表　子どもの家までの所要時間

（47年７月）　（単位：%）

	全体	男	女
総数	100.0	100.0	100.0
10分未満	21.1	16.9	22.5
10～30分未満	17.1	13.9	18.2
30分～1時間未満	20.0	22.0	19.3
1時間以上（日帰りができる）	26.4	26.2	26.5
〃（日帰りができない）	9.4	11.8	8.5
わからない	6.1	9.2	5.0

資料：神奈川県「ひとり暮らし老人生活実態調査報告書（48年10月）」

親と子等の助け合いの状況については,子から親への援助は第2-22表のようにデンマークを除きかなり行われているが,金銭的な援助は比較的少なく,家事手伝いや病気の際の介護などがその中心となっている。

第2-22表 親と子等との助け合いの状況

第２―22表　親と子等との助け合いの状況

（単位：%）

	子への援助	孫への援助	子からの援助	子からの定期の仕送り	子からの臨時の仕送り
デンマーク	28	13	19	2	6
イギリス	44	33	59	4	20
アメリカ	60	50	69	4	35
ポーランド	71		85	5	17
ユーゴスラビア	39		51	4	18

資料：三国調査及び厚生省企画室調べ

このように欧米における親と子との関係は我が国と違って別居が多いが,別居といっても大多数は互いに

往き来ができるところに住み,思ったより親密な往き来があることがわかる。いわば工業化社会化された欧米諸国は我が国より緩やかなペースで老齢化が進行し,すでに老齢化社会に到達している国々でもあるが,大河の流れのごとき別居化傾向においても老人と子との間の賢明な相互関係の確立をみることができる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
3 老人と家族
(3) 親と子の関係についての考え方

かつての農耕社会にはその生産体制の必然から家中心の家族体系がとられ,家長を中心とした拡大家族が家族の中心であったといわれている。しかし工業化の進展は,家族構成の核家族化を導き老齢者を子供夫婦から切り離すといわれている。

我が国社会は戦後激変したわけであるが、親と子の同居形態には少なくとも現在までのところ急激な変化はおこっていないとみることができ,また老後の生活保障が充実していない段階において,老人の扶養に関しそうした家族形態の果たしてきた役割については否定するものはいないであろう。

ここで前出の46年の総理府の「老人問題に関する世論調査」をもう一度みてみよう(第2-14表参照)。一般的に考えて親と子供夫婦は同居した方がよいと思うか,別居した方がよいと思うかとの問に対して同居がよい49%,別居がよい33%となっていた。そのほかに,一概にいえないとの答えが16%を占めている。親と子供との同居を考える場合,同居がよいか別居がよいかを結論づけることはできない。家族はその家族構成,親と子の関係等により自主的に最良の家族形態を選択していくこととなろう。その場合同世論調査をみると年齢によって同居,別居志向にかなりの開きがある。すなわち,老齢者階層にいくほど同居支持が多く,若年齢者階層には別居支持が多い。また48年6月の世論調査(対象は50歳以上)及び49年2月の意識調査(対象者は40歳以上)でも高年齢音階層ほど同居を望む割合が多くなっている。この相対的には弱い立場とみることができる老人と,強い立場とみることができる若年者との意識のギャップは今後の大きな問題であろう。

また,別居化が進むとした場合に住宅の問題は極めて大きな問題である。すなわち別居が一般的な欧米においても親と子とのつながりは極めて親密であることがわかった。また,一般的にいっても親と子との絆は普遍的なものといえよう。しかしなお,一方大きな流れとしての別居形態の増加が予想されている。そこで,こうした家族意識の変化に対する住宅建設側からの対応をみてみよう。

老人と子供夫婦のための住宅対策としては,まず昭和39年度から老人世帯向け公営住宅の建設が始まり,47年度には住宅金融公庫による老人同居割増貸付け制度日本住宅公団による老人専用室を有する4DK住宅及びペア住宅の建設又公営住宅においてもペア住宅の建設が開始されるなど,家族意識の動向に測した住宅建設に積極的な取り組みをみせている。その具体例として,日本住宅公団の場合をみてみよう。同公団では,老人と子供夫婦向けの住宅として3つの形態を検討している。すなわち第1は老人夫婦と子供夫婦向けの近接した2戸の住宅を1組とした住宅,第2は老人夫婦又は配偶者のない老人とその子供夫婦向けの隣接した一対(ペア)の住宅,第3は老人を含む多家族世帯向けの老人の個室を確保できるような大規模住宅である。すでに老人を含む多家族世帯向け大型住宅は,愛知県春日井市及び福岡県福岡市において建設が進められている。これらはいずれも工夫をこらされた老人専用室を持つ4DKの住宅であり、60歳以上の老人を含む5人以上の世帯が入居対象とされている。また老人夫婦と子供夫婦向ペア住宅としては,大阪市において一般世帯向住宅(2DK)と老人世帯向住宅(1DK)を1対(ペア)とした住宅の建設が行われている。これらは老人と子供夫婦向住宅の理想的モデル住宅として建設され,現在試作段階にあり,構造上解決しなければならない若干の問題や,こうした住宅がうまく受け入られていくかについて,いくつかの課題が残されている。今後は,増大する一方の老齢人口に住宅の供給が適切に対応しなければならず,その対応のあり方については,年金等の社会保障制度の充実とあいまって十分考慮していく必要があろう。

めまぐるしく変化する現代社会は,そうした急激な変化に順応しにくい老齢者に疎外感をもたらし,また過去において老人が家族の中で果たしてきた役割にも変化がおこっているといわれる。

老齢化社会へ向かって我が国経済社会が多くの高齢者を組み込んでいかなければならないことと同様に,家族内においてもその同居,別居という選択のみならず老人と子との家族内における役割について再び考えなおしてみる必要があろう。

老人と子との関係は一面現代の問題であることはまちがいない。しかしそれは同時にむしろ現在の生産年齢人口階層が老人層になる将来において深刻な事態を伴って生ずる問題でもある。そこは現在とは比較にならないほど高齢者が絶対的,相対的に増加した社会があるのであり,そうした社会での家族関係についての問題に今からわれわれは,対応していく必要があろう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第1節 老齢化社会への備え
4 老人の生きがい

老齢になると,身体的あるいは精神的その他あらゆる機能の衰退により,外界の変化への対応が悪くなりがちである。特に今日のような急激な社会変動の下においてその傾向は促進され,核家族化の進行や家庭内での地位,役割の低下などとあいまって孤立的,閉鎖的になり,疎外感に落ち入りやすい。

我が国が急速に老齢化社会となりつつある今日,老人の社会参加の場を積極的に設け,老人の持つ豊富な経験や知識を広く活用することは,老人の生きがいを高めるとともに,社会全体の進歩にとっても重要なことである。

今日の老人生活を49年総理府「老後の生活と意識に関する調査」でみると,老人の生活や境遇に対する満足感については「十分満足」している人が,60～64歳で24%あり,70歳以上で37%と高齢になるほど高い率を示し,半数もの人が「やや満足」と一般に満足度が高いことを示している。また「やや不満」,「まったく不満」と答えた人が10%を超えており,これらの老人の生活程度をみると「世間一般より下」に属する者が多く,生活への満足感が生活程度に強く作用されていることがわかる(第2-23表参照)。そして老人は,毎日の暮らしの中で「生きがい」とか「生活のハリ」を第1に家族のこと(32%),第2に職業・仕事上のこと(23%)に求めている。しかし「生きがい」,「生活のハリ」の特にない,あるいは不明と答えた人が35%もの高率を示しており,老人の生活や境遇に対して「やや不満」,「まったく不満」と答えた人が10%を超えていることとあわせ,今後の老人対策のうえで老人の生きがいの問題をどのように取り扱うかは大きな課題であるといわなければならない(第2-24表参照)。

第2-23表 現在の生活や境遇への満足度の状況

第2－23表　現在の生活や境遇への満足度の状況　（単位：%）

	60～64歳	65～69歳	70歳以上	生活程度		
				世間一般より上	世間なみ	世間一般より下
十分満足	24	30	37	70	31	8
やや満足	58	51	46	19	57	39
やや不満	11	11	10	1	7	33
まったく不満	2	3	2	—	1	14
わからない	5	4	5	1	4	7

資料：総理府「老後の生活と意識に関する調査（49年）」

第2-24表 毎日のくらしの中で「生きがい」「生活のハリ」を感じているもの

第2—24表　毎日のくらしの中で「生きがい」「生活のハリ」を感じているもの

(単位：%)

	50歳代	60歳以上	性別 (50歳以上)	
			男	女
家族（息子や孫の成長など）のこと	38	32	29	39
職業・仕事上のこと	34	23	43	16
趣味・娯楽	15	15	16	14
社会活動	3	4	4	2
その他	3	4	3	4
とくにない	19	29	22	27
不明	5	6	4	7
計	117	113	121	109

資料：総理府「老後の生活と意識に関する調査（49年)」

老人は,退職などにより一般に余暇が増加するのが普通である。しかし,49年総理府「老後の生活と意識に関する調査」によると,60歳代後半において男で70%・女で30%もの人がなお何らかの収入ある仕事についていると答え,中高年者の多くが老後も働くことを希望している。

また,老後の就業について47年厚生省社会局「全国老人実態調査」でみると,60歳以上人口の42・5%が就業しており,60歳代後半においても半数近くが何らかの仕事についている(第2-25表参照、)。

第2-25表 老齢者の就業の状況

第2—25表　老齢者の就業の状況

		総数	就業	不就業	不詳
推計数	総数	11,680.6	4,966.0	6,716.1	3.5
	60～64歳	3,983.6	2,329.9	1,653.6	—
	65～69	3,055.6	1,503.0	1,552.6	—
	70～74	2,265.4	753.5	1,508.3	3.5
	75～79	1,298.9	237.8	1,061.1	—
	80歳～	1,077.2	136.8	940.4	—
構成比(%)	総数	100.0	42.5	57.5	0.1
	60～64歳	100.0	58.5	41.5	—
	65～69	100.0	49.2	50.8	—
	70～74	100.0	33.3	66.6	0.2
	75～79	100.0	18.3	81.7	—
	80歳～	100.0	12.7	87.3	—

資料：厚生省社会局「全国老人実態調査（47年)」

今日,老人において老後も働ける間は働こうといった傾向をうかがうことができ,中高年者に至っても強くその傾向はみられる。

このように,老人の就業は社会参加の場として重要な役割を果しているのであるが,その就業の理由を同調査でみると,就業者の43.0%が家計収入の中心者であり,働かないと生活できないといった主に経済的理由を掲げており,これらの場合,ややもすれば老人の健康や安全にとって好ましくない職場に就業していることも考えられるので,老人に適した就業の場の確保が今後の課題となろう。

我が国では,従来より老人の社会的結びつきを補う場として老人福祉センター,老人憩の家の設置や老人クラブの活動助成などを講じてきた。これらの施設やクラブは,老人の教養を高め,社会における老人の地位を高めるとともに,社会活動の場として極めて重要なものとなっている。しかし,今日の老人福祉センター,老人憩の家はまだ十分に老人の生活の中に定着しているとはいえず,60歳以上人口のごく一部(9.6%,47年厚生省社会局調べ)の者にしか利用されていない。

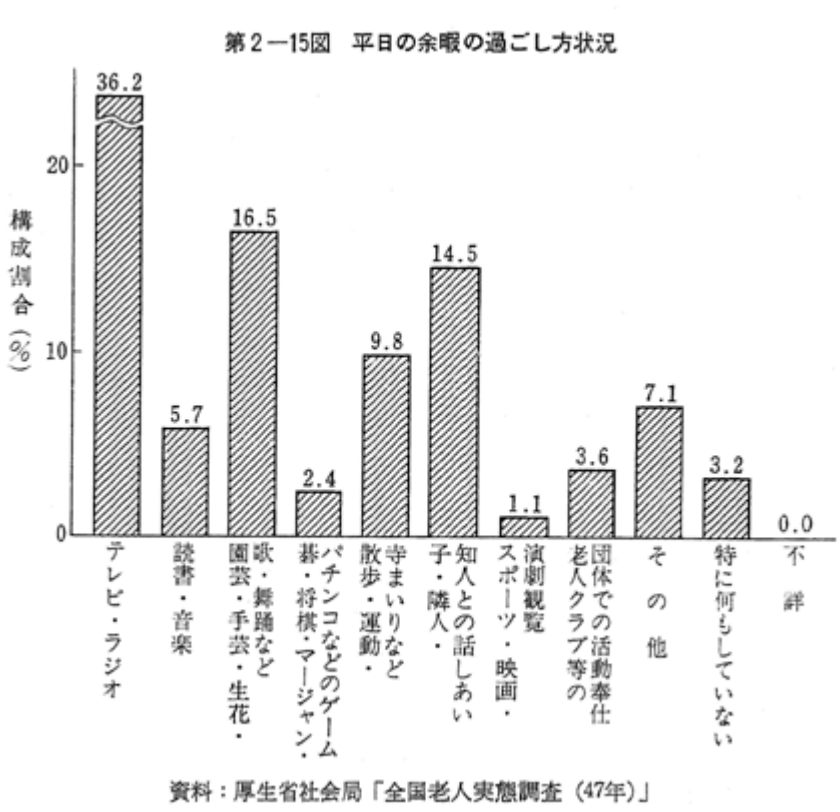
老人の自主的活動の場として生れた老人クラブは,老人みずからがその生活を健全で豊かなものにするため,同一の小地域に住む老人で会員制の組織をつくって,教養の向上,健康の増進,レクリェーション,地域社会との交流などいろいろな活動を行う民間組織であり,今日,老人に関する最も大きな組織の一つである。

これらの活動は社会の多様性と共に,今後ますます多様化することが考えられ,また,これらの活動が形式的に流されたり,主体性,自主性を失わないようにするために組織を運営するリーダー等の養成に着手したところであり,その拡充が今後一層必要とされるであろう。

これらの活動を通して,新しいことへの学習あるいは世代間の交流,前職を生かした奉仕活動など,老人の社会的役割を確立すると共に,社会参加による老人の生きがいといった積極的活動の場として今後さらに質量の充実が図られ,幅広く社会に定着することが望まれる。

老後の余暇活動は強く過去の余暇経験に規定されるといわれる。我が国の老人の余暇活動をみると,テレビ・ラジオ,園芸,手芸といった気ばらしとか退屈しのぎといった余暇時間の多いことが指摘され,活動の消極さと貧弱さをみることができる(第2-15図参照)。

第2-15図 平日の余暇の過ごし方状況



資料：厚生省社会局「全国老人実態調査（47年）」

最近財団法人余暇開発センターの行った研究報告書によると,我が国の余暇活動の特徴として,テレビ,ラジオ,読書など屋内や家族単位のものが主であり,諸外国にみられる友人や知人の訪問,屋外スポーツといった社交的余暇活動や屋外的余暇活動の少ないことを指摘している。

老人の余暇活動の貧弱さは,老人の52%(44年総理府「老後生活に関する調査」)が趣味も娯楽もない,あるいは不明と答えていることからも推定される。

今後確実に到来する老後の余暇の増大に対処するためには,老人自身の努力も必要であろうが,施策としての積極的余暇の開発と余暇技能の学習の場といったものが必要となろう。また,老人の自主性に基づいた積極的余暇活動は,老人の能力低下や世代間の意識ギャップの拡大を考えるならば,仕事や家族に生きがいを確保することとあわせて,生活の充実あるいは生きがいをもたらす大きな要因であるといえる。

老齢化社会となりつつあるなかで,老人が自ら地位を確保し,生きがいある生活を営むためには若いときか

ら老後にそなえ,生活を切り開き,社会参加の主体となるよう努力することが必要であろう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上

人口問題審議会は,46年10月の答申において,人口資質を定義づけ,「人間の集団としての遺伝的素質,形質,性格,知能あるいは教育程度などの各種の属性をいう。換言すれば,肉体的,精神的及び社会的エネルギーの状態などの機能的側面における諸性質の総合されたものである。」としている。

人口資質は,人間の出生に始まって死亡に至る各時期においてそれぞれ異なった要因と問題をもっている。出生時前後の母子保健の問題,幼児,学童等の不慮の事故,結婚後の適切な家族計画と母性保護の問題,中高年層の成人病,そして社会的,肉体的な面を含めた老人の問題等,人口資質を考える上で各世代に対応した課題があり,また,教育の問題,精神的健康の維持等の問題は各世代に共通し,人間の生涯を通じて一貫した課題として考えるべきものである。

このように人口資質の問題は,個人の健康の面ばかりではなく,家庭,地域,ひいては社会全体の問題としてのひろがりと,体力,栄養等の医学的な側面から,知力,教育,福祉等の社会的な側面に至る深さをもっている。このような背景をふまえた上で,今後の厚生行政の中で重要な課題であると同時に,人口資質という観点からも見すごすことのできないものとして四つの課題をとりあげ今後の問題をさぐる端緒とする。

まず,母性と乳幼児の保健の問題は,今後年少人口の縮小が予想されることからも,児童の健全育成の問題にも関連して母子保健対策の充実がより一層望まれるところであり,また,中高年齢層については,その人口に占める比率は今後ますます大きくなり,この世代の主要死因である成人病予防の重要性は明らかである。

一方,全生涯的な問題としては,何らかの原因で身体的機能に障害をもった者の社会復帰と近代社会における精神衛生の問題がある。前者については,老人の問題を含めて障害者に対するリハビリテーションの必要性が今後増大するという認識から,また,高度に機械化され,過密化した管理社会における精神衛生の課題は,単に精神障害という疾病の問題としてだけではなく,生活環境に調和して健全な社会生活を営むことがより一層重要になるという観点から,これらをとりあげ,今後の必要な対策について考察することにした。

いずれにしても人口資質の問題は,好ましい資質の向上と好ましくない資質の排除という両面から考えて,関連する各種の施策によって総合的に推進していくことが必要である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
1 母性と乳幼児の保健の向上

我が国の人口は,戦後短期間で,多産多死から少産少死へ急速な人口転換をした結果,相対的に年少人口が縮小し,老齢人口が増加する,いわゆる人口老齢化が始まっている。

過去において既に人口老齢化を経験した先進国の例にもみられるように,年少人口の相対的な縮小は,やがて労働力人口の供給を減少させることとなり,我が国においても既に若年労働力,技能労働力の不足の問題が重大化している。この人口構造における変化は,今後ますます進行し,将来の労働力人口に課せられる社会的扶養責任の増大が見込まれ,我が国人口の将来に与えられた課題の一つとなっている。このような実情をかえりみ,将来の老齢化社会に対応して,十分にその社会的責任を全うできる良質人口を次の世代に残すことが,現代の我々に課せられた重大な責務である。そこで年少人口の健全育成とその能力の積極的な開発に努め,人口資質の向上を図ることが,従来よりもまして強く要請されることとなる。

年少人口の健全育成を考えるとき,まず心身ともに健康な子供の出生を期し,出生後の子供を大切に育成することが基本的な要件といえよう。そのためには,健康な子供がはぐくまれる母性の健康確保,分娩周辺期の安全対策,児童の健全な成長の条件を整える等,母と子を通じて一貫した体系のもとで,一層強力な施策を推進する必要がある。

我が国の母子保健の水準は,戦後著しく改善されたものの妊産婦死亡を始めとして,欧米先進国と比較すると,まだまだ立ち遅れている面もあり,更に生活環境等の変化による新たな問題にも直面し,その対策が強く望まれている。

母性の健康状態を示す指標である妊産婦死亡は,47年には,出生10万対40.6となり,終戦後数年間の160～180からみると4分の1以下になっているが,欧米諸国と比較すると第2-26表に示すとおり,我が国の妊産婦死亡率は著しく高率で,他の諸国の2～5倍となっており,かなり劣った水準にある。また,妊産婦死亡の原因をみると,第2-16図のとおり,一貫して妊娠中毒症,出血及び子宮外妊娠が多く,この三つを加えると全体の約7割を占め,これが我が国の妊産婦死亡の特徴とされている。

第2-26表 妊産婦死亡率の国際比較(出生10万対)(1970年)

第２－26表　妊産婦死亡率の国際比較（出生10万対）

(1970年)

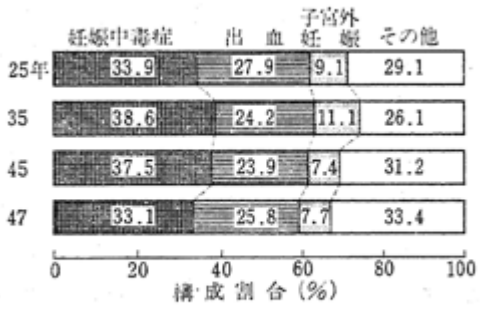
	A112	A113	A114	A115	A116	A117	A118	合計
日本	19.4	12.7	0.6	1.6	2.3	15.6	—	52.1
カナダ	3.0	1.3	1.1	2.7	4.6	7.5	—	20.2
アメリカ（1969年）	3.9	3.0	0.0	3.7	4.2	7.5	0.1	22.4
オランダ	4.6	1.3	—	1.7	0.4	4.2	1.3	13.4
ノルウェー	1.5	3.1	—	—	1.5	4.6	—	10.8
スウェーデン	1.8	0.9	—	—	1.8	3.6	1.8	10.0
イギリス	3.1	1.5	1.3	2.8	2.0	7.9	—	18.6
オーストラリア	5.0	1.9	—	5.4	5.0	8.2	—	25.6

資料：WHO「World Health Statistics Annual (1970)」

(注)　A112：妊娠および産褥の妊娠中毒症，A113：妊娠および分娩時の出血，A114：法律的適応による人工妊娠中絶，A115：その他および詳細不明の流産，A116：分娩および産褥の敗血症．A117：その他の妊娠，分娩および産褥の合併症．A118：合併症の記載のない分娩

第2-16図 妊産婦死亡の主要死因別構成割合

第２－16図　妊産婦死亡の主要死因別構成割合



資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」

更に,10～40歳代の年代別の妊産婦死亡率をみると,第2-27表のとおり,20歳代が最も低く,10歳代では20歳代の1.1倍となり,30歳代が約3倍,40歳代では約18倍にもなっている。妊産婦死亡は,それ自体例数が少なく,特に10歳代,40歳代の例数は非常に少ないので,この統計数値だけで年齢的な危険の度合として推しはかることはできないが,一般にいわれている高年齢出産の危険性や最も安全な出産期を十分に示すものといえよう。ちなみに,乳児死亡,死産,未熟児の出生割合をみても,母の年齢の影響が明らかに現われ,いずれも25～29歳を最低として,この時点からはずれるほど高率となっている。我が国の出産年齢は,現在その75%以上が20～29歳に集中しているので,期せずして最適な年齢で全数の4分の3に当たる母親が出産しているといえるが,母子保健上好ましい出産時期等についての知識の普及を図ることも,母性保健向上の施策として重要な意義をもつものといえよう。また,妊産婦死亡率は国内でも地域差が大きく,地理的,社会的条件の差をふまえた妊産婦の健康管理の徹底が必要である。

第2-27表 年齢階級別妊産婦死亡率(47年)

第２－27表　年齢階級別妊産婦死亡率
(47年)

	出生数	妊産婦死亡数	妊産婦死亡率(出生10万対)
～ 19歳	20,013	8	28.9
20 ～ 29	1,549,366	408	26.3
30 ～ 39	458,726	360	78.5
40 ～ 49	10,569	51	482.5

資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」

妊産婦死亡の主要原因である妊娠中毒症の本態はいまだ究明されていないが,これらの異常は,母体の健康を損なうのみでなく,胎児や出生児にも大きな影響を与え,死産や周産期死亡,心身障害児の発生原因の一つとなるといわれている。また,欧米諸国に比して,分娩周辺期の死亡,すなわち,妊産婦死亡と後期死産が著しく高率であり,国内においても,その地域格差が大きいことから,妊婦の健康管理の徹底にあわせ,出生時における安全確保の問題についても積極的な対策を講ずる必要がある。

さて,母体の健康状態の影響を強く受ける乳児保健はどうであろうか。第1章でもふれたように,近年における我が国の乳児死亡率の改善はめざましいものがあり,現在では,国際的にも低率国グループに属している。しかしながら,生存期間別にみると,新生児死亡,特に早期新生児死亡の乳児死亡に占める割合が年々多くなり,47年では,新生児死亡が全数の66.5%を占めるに至っている。これは乳児の細菌感染等による後天的な原因による死亡が減少している反面,新生児では,主として出生前及び出生時の原因による死亡が多いためで,今後の乳児死亡対策は,これらの先天的要因の防止が重要な課題といえよう。

幼児死亡についても乳児と同様年々改善されているが,第2-28表に示すとおり,欧米諸国と比較すると1～4歳が著しく高くなっている。幼児死亡の原因をみると,不慮の事故,先天異常,肺炎・気管支炎,悪性新生物などが多く,特に不慮の事故は,全死亡の5割近くを占めている。

第2-28表 児童死亡率国際比較(人口10万対)(1970年)

第２－28表　児童死亡率国際比較（人口10万対）
(1970年)

	1 ～ 4 歳	5 ～ 14 歳
日本	107.8	40.2
カナダ	84.0	45.4
アメリカ(1969年)	83.5	42.2
西ドイツ	95.1	47.1
オランダ	81.9	40.6
ノルウェー	85.6	34.5
スウェーデン	52.9	34.6
イギリス	71.6	31.8
オーストラリア	93.6	38.4

資料：WHO「World Health Statistics Annual」(1970)

乳幼児,学童期の成長に大きな障害となっている不慮の事故をその種類別にみると,乳児では,吐乳の誤飲や,ふとんなどによる圧迫のための機械的窒息が最も多く,全体の70%にも及んでいる。1～4歳の幼児期では,溺死が最も多く,交通事故がこれに次ぎ,この二つで,全数の約80%を占めている。5～14歳の学童期では,交通事故が最も多く,次いで溺死となっており,この年齢においてもこの二つで80%近くを占めている。

このように,子供の成長の障害となっている不慮の事故の大半が交通事故と溺死であり,更に交通事故のほとんどが自動車事故となっていることが注目されよう。経済社会の高度化,過密化の進展のなかにあって,たくましく成長させるべき子供たちの生命をおびやかす最も大きな原因が,水と車による不慮の事故であるということは,児童の健全育成の責務を担う大人が深く反省すべきものであり,我が国の母子保健の現状をかえりみ,健全な子を生み,心身ともにたくましく育てるための正しい母子保健思想の普及を図り,母体の

健康管理,安全分娩,乳幼児の健全育成等,母性と乳幼児を通じて一貫した体系のもとに総合的な対策を一層強力に推進することが必要である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
2 中高年層の保健の向上
(1) 傷病と死亡の動向

中高年齢層における保健の問題については,脳血管疾患,悪性新生物,心疾患に代表される成人病のり患と死亡の動向が最も重要な課題である。

まず,我が国の傷病の動向を昭和35年と47年の患者調査による人口10万対の受療率と国民健康調査による人口1,000人当たりの有病率の年次推移によって比較してみると,まず受療率は総数では,35年の3,301に対し,47年には6,215と1.9倍に増加している。また有病率についても35年の46.9に対し,47年には130.2と上昇している。受療率について35年の値を100として傷病大分類別に47年と比較してみると(第2-29表),伝染病等を除いた大部分の傷病群で増加している。

47年の年齢階級別にみた受療率について,他の年齢階層に比較して時に中高年層以上に高い値を示すものは,循環器系の疾患(心疾患,脳血管疾患等),神経系及び感覚器の疾患等であり,このうち特に循環器系の疾患については,35年に比べ40歳代以上の年齢層での増加傾向がみられる。

第2-29表 傷病大分類別受療率の推移(人口10万対)

第2―29表 傷病大分類別受療率の推移 (人口10万対)

(35年=100)

	35年	40	45	47
総数	100.0	123.0	145.2	129.3
伝染病および寄生虫病	100.0	80.1	63.5	52.8
新生物	100.0	114.5	156.4	136.4
内分泌，栄養および代謝の疾患	100.0	94.3	107.5	88.7
血液および造血器の疾患	100.0	131.6	210.5	184.2
精神障害	100.0	183.2	218.6	231.9
神経系および感覚器の疾患	100.0	130.9	135.9	125.5
循環器系の疾患	100.0	194.6	283.0	274.7
呼吸器系の疾患	100.0	137.2	202.4	178.9
消化器系の疾患	100.0	124.8	145.6	121.9
性尿器系の疾患	100.0	131.4	158.6	133.6
妊娠，分娩および産褥の合併症	100.0	143.1	158.6	134.5
皮膚および皮下組織の疾患	100.0	95.5	83.2	70.0
筋骨格系および結合織の疾患	100.0	201.6	323.3	297.7
先天異常	100.0	192.9	221.4	207.1
周産期疾病および死亡の主要原因	100.0	266.7	100.0	100.0
症状および診断名不明確状態	100.0	131.0	172.4	134.5
不慮の事故，中毒および暴力	100.0	119.0	148.3	138.7
歯の補綴および分娩前後の処置	100.0	110.8	143.1	148.0

資料：厚生省統計情報部「患者調査」

次に,全傷病の受療率の中に占める各傷病の割合によって傷病構造の変化をみると,伝染病及び寄生虫病が35年の16.5%から47年には6.8%に減少し,一方増加したものは,循環器系の疾患が5'0%から10.7%に,精神障害が2.4%から4・2%に,呼吸器系の疾患は11.1%から15.3%にそれぞれ増加している。なお,悪性新生物は35年の0.7%に対し47年では0.8%となっている。また,神経系及び感覚器の疾患は,11.7%から11.3%にわずかに減少している。

我が国の死因順位をみると,昭和33年以降,第1位脳血管疾患,第2位悪性新生物,第3位心疾患の順序で現在までつづいている。これら成人病による死亡者が全死亡に占める割合は,年々増加をつづけており,現在では全死亡の50%以上を占めるに至っている。

47年のがん死亡数は約12万7,000人で,総死亡の約19%を占めている。悪性新生物による死亡を年齢階級別にみると,35～64歳の年代では,悪性新生物は死因順位の第1位を占め,男女別では,男で40～64歳,女では30～64歳のそれぞれの年代で第1位となっている。がんによる死亡率は,毎年増加の傾向を示している。しかしこれを年齢階級別に年次推移をみてみると,29歳以下では漸増の傾向があるのに対し,30～64歳では35年と比較すると若干減少しており,65歳以上では急激に増加している。

がんによる死亡をがんの部位別にみると,その傾向は一様ではない。35年と47年の両年で部位別がん訂正死亡率を比較してみると,男では食道がんは横ばいであり,胃,肝臓のがんは減少の傾向を示しているのに対し,肺がんは約1.8倍の増加を示している。女の場合は,食道,胃,肝臓は男の場合と同様の傾向だが,肺がんは約1.6倍に増加し,一方子宮がんは35年の3分の2に減少している。

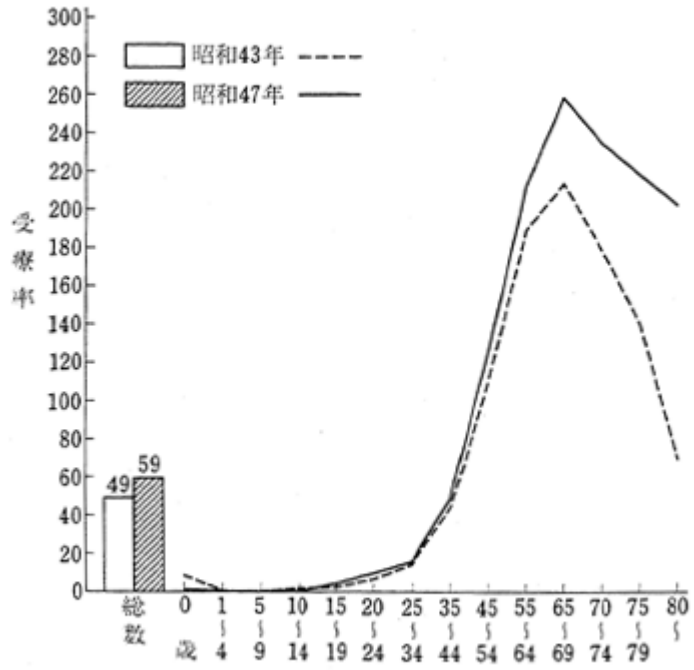
脳卒中,心臓病については,47年の脳卒中死亡数は約17万6,000人を数え,総死亡に占める脳卒中の割合は25.8%,心臓病は約8万6,000人の死亡であり,循環器疾患としてこの二つを合わせると約26万人の死亡数となって,総死亡の38.4%を占めている。

脳卒中,心臓病による死亡は35年から45年までは増加をつづけていたが,46年から47年にかけてはいずれも漸減の傾向を示している。35年と47年の人口10万対の死亡率を年齢階級別に比較してみると,脳卒中では79歳以下のすべての年齢階級で減少しており,目立った例外としては,男の35～44歳のみが,若干増加している。心疾患についても同様で男の35～39歳以外の年代では減少している。しかし心疾患も脳卒中も80歳以上では顕著に増加している。

なお上記の三つの疾患以外に成人病として注目されるべきものに糖尿病がある。患者調査によって年ごとの推移をみると,人口10万対の受療率は40年の34から47年には59に上昇し,これを年齢階級別にみてみると,中高年齢層以上の年代に増加傾向がみられる(第2-17図参照)。死亡の状況についても,47年の死亡数は7,875人と決して多い数とはいえないが,年齢階級別に35年と47年とを比較してみると,ほぼ全ての年齢階級において増加を示していることが大きな特徴となっている。

第2-17図 年齢階級別糖尿病受療率の推移(人口10万対)

第２－17図　年齢階級別糖尿病受療率の推移（人口10万対）



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
2 中高年層の保健の向上
(2) 我が国の成人病死亡の特徴

我が国の成人病の動向を諸外国のそれと比較してみると,我が国の成人病による死亡は欧米諸国とは若干趣を異にしている。

まず,がんでは,我が国では胃がんが男女とも死亡割合が高く,次いで男では肺,肝臓の順であり,女では胃に次いで子宮,肺臓の順になっている。一方アメリカでは男では肺,女では乳房が最も多い割合を示している。

また,脳血管疾患や心疾患についてみてみると,我が国では脳卒中が約64%を占め,心臓病は約30%であるのに対し,アメリカ,フランスなどの欧米諸国では,この割合が我が国とは逆であり,脳卒中が20～40%,心臓病が55～75%となっている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
2 中高年層の保健の向上
(3) 今後の課題と対策

以上我が国の中高年齢層の傷病と死亡の動向について概観してきた。

それによれば,まず傷病の動向については,中高年齢層においては成人病の占める比重が年々増大していること,死亡については,成人病の死亡率は近年幾分減少の傾向を示してはいるが,死亡順位からみても相対的な比重は増加していることは明らかである。

国民健康調査による有病率や患者調査における受療率の増加は,その疾病の増加ということとともに,その疾病をとりまく環境としての医療供給体制の整備や,医療保険制度の充実等による国民の医療を受ける機会の増大と,国民の健康に対する意識のひろがり等の要因を無視することはできない。

しかし,既にみてきたように,我が国の中高年齢層の健康の問題において成人病の占める割合は非常に大きく,全体の傷病や死亡の動向の中で,質的にも量的にもその比重は増加しており,今後我が国の人口構造が老齢化に向かいつつある現状からも,成人病対策の重要性はますます増大するものと考えられる。

一般に成人病については,その発生原因はいまだに明らかではなく,各種の要因が複雑にからみあって発病に至るものとされている。したがってその対策も,要因の複雑さに対応した多様性が要求されることになるが,その予防には日常生活の関与の仕方も大きいとされている。またそれと同時に,疾病の早期発見のための健康診断の必要性は明らかであり,現在実施されている胃がん,子宮がんについての集団検診の普及とともに,一般国民に対する衛生教育の徹底が望まれる。

また我が国の成人病の一つの特徴である脳卒中については,検診からリハビリテーションまで一貫した対策とサービスの供給が必要であり,脳卒中,心臓病は高血圧症の素地のもとにおこることから,高血圧症についての健康管理を重点的に行う必要がある。

一方,糖尿病については,従来かえりみられることが比較的少なかったが,既にみてきたように,り患も死亡も増加傾向にあって,今後もその傾向は続くものと予想される。糖尿病は早期発見を行えば,その後の適切な運動や食生活により進行を防ぐことが出来ることからも,今後,中高年齢層を対象にした糖尿病検査の必要性が増大するものと考えられ,現在,市町村で実施されている循環器検診にも糖尿病検査が加えられてきている。

しかし,このような成人病の予防と治療,リハビリテーション等の対策には,検診のための組織,治療のための高度な医療技術,リハビリテーションのための施設等の体制整備と,これらを円滑にかつ効率的に運用するための費用と人的資源の養成と確保が必要である。また,人類に残された課題の一つであるがんの制圧については,今後引続き研究が強力に推進されることが望まれる。

同時に,成人病の予防には,本人の自覚と日常生活における注意が大切であり,今後,より積極的な健康増進という考え方が国民の日常生活の中に採り入れられるような施策の推進が必要である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
3 身体障害者,老人に対するリハビリテーション

WHO憲章の序文に「健康とは,完全な肉体的,精神的及び社会的福祉の状態であり,単に疾病又は病弱の状態ではない」と述べられているが,心身に障害をもつ者が,自らの身体的,精神的な潜在能力を可能な限り引き出し,可能な限り自立して生活することは,心身障害者自身のより豊かな人間生活を保障するものである。

過密現象,社会の高度化及び医学の進歩等に伴って,心身に障害をもつ者が増加してきたが,これらの社会現象を伴う経済社会の変貌は一方でまた,心身に障害をもつ者が健康な生活をおくるうえでの困難を増大させた。

また、人口の本格的な老齢化によって寝たきり老人をはじめ,生活に何らかの障害を有する老人が増大していくことが予想される。

こうして,医学的,職業的,社会的,教育的等のさまざまの手段を結合して,障害者をその者のなしうる最大の身体的,精神的,社会的,職業的,経済的な能力を有するまでに回復させるリハビリテーションは,このような見地から身体障害者や老人の福祉の向上に寄与するとともに人口資質の向上にとってもきわめて重要なものとなってきている。

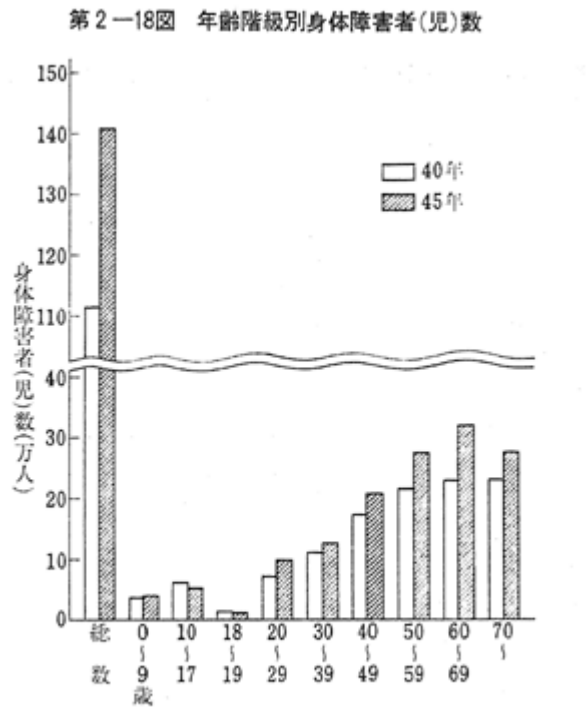
(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
3 身体障害者,老人に対するリハビリテーション
(1) リハビリテーション需要の増大

リハビリテーションに対する需要は,1)治療医学の進歩によって,多くの重症患者が障害を残して生存するようになったため,リハビリテーションの対象者が増大したこと。2)人口の老齢化の進行によって,高齢者の増大,成人病の増加が顕著になったこと。3)交通事故,労働災害,薬害,公害その他生活様式の近代化,多様化によってもたらされる障害者が増加したこと。4)リハビリテーションの分野における,医学,心理学,社会学的技術水準の進歩によって,従来はかえりみられなかったような障害者の更生が,容易になってきたこと等のため,近年著しく増大してきている。

40年度と45年度の身体障害者(児)実態調査を比較してみると,身体障害者(児)の数は,総数で40年度114万6,000人から45年度140万8,000人と26万2,000人(22.9%)増加している。また,年齢階級別にみても10～17歳及び18～19歳を除く各年齢層にわたって増加している(第2-18図参照)。

第2-18図 年齢階級別身体障害者(児)数



資料：厚生省社会局，児童家庭局「身体障害者(児)実態調査」

一方,交通事故による負傷者は,やや減少してきているものの,47年88万9,000人,48年79万人と依然としてその絶対数は大きい。

また,不慮の事故による患者数についてみると,患者調査(厚生省統計情報部)では,「不慮の事故,中毒及び暴力」の患者数は,46年45万1,000人,47年44万2,000人と推計されており,40年の35万1,000人と比べると顕著な増加を示している。

少し古くなるが,39年3月の厚生省企画室によるリハビリテーション需要調査報告によると,身体に何らかの障害があるために,日常生活にさしさわりのあるものの数は253万人であり,そのうち85万人がリハビリテーションによって機能改善の期待できるものである(第2-30表参照)。機能改善の期待できないリハビリテーション不必要者の中には,早期に十分なリハビリテーションを受けることができなかったために病状の固定した者のいることが考えられるので,早期にリハビリテーションを行えば機能の改善率は更に高まるであろう。

第2-30表 リハビリテーションの必要,不必要者別,効果期待別比率(全年齢)

第2—30表　リハビリテーションの必要，不必要者別，効果期待別比率（全年齢）

			100.0%	253万人
総数				
必要者	総数		33.5	84.8
	特定施設	総数	10.7	27.1
		正常の効果が期待できる	1.3	3.3
		機能改善が期待できる	3.6	9.1
		有意義な改善が期待できる	5.8	14.7
	家庭内	総数	22.8	57.7
		正常な効果が期待できる	3.6	9.1
		機能改善が期待できる	9.4	23.8
		有意義な改善が期待できる	9.8	24.8
不必要者	総数		66.5	168.2
	社会生活に支障がない		18.7	47.4
	改善できない		12.9	32.7
	治療のみ行えばよい		28.6	72.4
	その他		6.2	15.7

資料：厚生省企画室「リハビリテーション需要調査」

(注)　この調査は，「身体に何らかの障害があるために，日常生活にさしさわりのある者」について行ったものであるから，身体障害者福祉法に定める程度の障害がある者と一致するものではない。

次に,老人については,先の身体障害者(児)実態調査に明らかなとおり,高年齢の障害者の数は,他の年齢層と比較して非常に多い(第2-18図参照)。また,47年の老人実態調査によると,60歳以上人口の2.9%,33万9,000人が寝たきり老人であり,46年の2.6%,29万5,000人と比べて15%の増加を示している。今後,老年人口の増大に伴って,リハビリテーションを必要とする老人の数は,ますます増大していくであろう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
3 身体障害者,老人に対するリハビリテーション
(2) リハビリテーションの現状と必要とされる施策

我が国におけるリハビリテーションはようやく進展してきているが,なお,今後改善すべき問題が山積している。

ア. リハビリテーション関係施設

疾病や外傷にかかった場合,その医療は医学的リハビリテーションを含んでまず医療機関で始まるが,昭和47年の医療施設調査によれば,理学診療科を有する一般病院は全体の16.9%(1,193か所)で,一般診療所では,わずかに2.7%(1,940か所)にすぎない。また医療機関における理学療法士(PT),作業療法士(OT),視能訓練士についてみると,病院でPT1,497人,OT395人,視能訓練士126人,診療所でPT290人,OT90人,視能訓練士74人という状況である。疾病や外傷の早期にリハビリテーションを行わなければ,病状が固定したり,筋肉や骨の萎縮が起こるので,医療機関における医学的リハビリテーション部門の整備が望まれる。

長期間にわたるリハビリテーションを必要とする障害者には,リハビリテーション施設が必要である。リハビリテーション施設には,肢体不自由者更生施設,重度身体障害者更生援護施設,身体障害者福祉法上の施設ではないが,最近各地において建設が進められているいわゆるリハビリテーションセンター等がある。一部の施設によっては,収容定員に満たないところもあるが,総体的に見て要収容人員に対して定員数が不足しており,質的な整備と合わせて,その拡充を図ることは,リハビリテーションの効果的実施のうえからも重要である。また,障害の程度が重いために一般の会社や工場で働くことが困難な障害者に対しては福祉工場や授産施設が必要であるが,障害者の自立を促進するうえから,また病院やリハビリテーション施設での停滞を防ぐうえからもその整備が必要である。

患者や障害者が必要な時期に必要な施設で必要なサービスを間断なく受けることができるためには,各種の施設が整備され(いるとともに,リハビリテーションの円滑な流れを促進する医学的職能的評価機構が必要とされる。我が国で,こうした機能を担う機関としては,身体障害者更生相談所があるが,その機能の飛躍的強化が望まれる。

イ. リハビリテーション関係職員

リハビリテーションは,医師,PT,OT,視能訓練士,言語上,聴能士,職業指導員,生活指導員等の多種の専門技術職員のチーム・ワークによって実施されるが,リハビリテーション関係職員は著しく不足している現状である。

49年6月1日現在の国家試験合格者数の累計は,PT1,726人,OT500人,視能訓練士334人であり,現在のところ著しく不足している状況である。またリハビリテーション特有の職種のうち身分が確立しているのは,以上の3種である。

これらリハビリテーション専門職員の養成数の増大を早急に図ることは極めて重要な課題となっているが,そのため今後とも教員及び教育のための実習病院の確保等リハビリテーション職員の養成における基

本的な条件の整備についてもその拡充について検討していく必要がある。

ウ. リハビリテーション技術の研究開発

我が国のリハビリテーション技術は,身体障害者福祉審議会の答申(45年8月)やリハビリテーション研究調査会の報告(48年4月)に指摘されているとおり,先進国に比べて著しく立ち遅れている。また,我が国におけるリハビリテーション技術はそのほとんどが諸外国から導入されたもので,我が国で独自に開発されたものが少なく,また導入された技術の応用に際し十分な改良がなされないまま用いられることが多いということが,リハビリテーション関係者の痛感しているところである。こうした現状にかんがみ,リハビリテーションの研究開発を飛躍的に推進させること等のために,国立リハビリテーションセンターの設置が準備されている。センターはリハビリテーション職員の養成にも重要な役割を果していくであろう。

リハビリテーションを推進していくためには,以上の他に家庭における簡易なリハビリテーションの普及等について検討する必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
4 高密度社会における精神衛生

経済社会の急速な発展や社会生活の高度化,機械化等によって,社会の変貌の過程の中で有害な環境や複雑な社会活動が国民の生活にさまざまな影響を及ぼすようになってきている。このような環境の変化が人間の肉体的健康に及ぼす影響については,従来からかなり注目されていたが,社会の変貌自体が人間に及ぼす社会的な圧迫,心理的なストレスの問題,特にこれらの精神面に対する影響については,今後の課題として残されたものが多い。精神の健康は,単に精神分裂病や躁うつ病などの精神障害にかかっていないというだけではなく,変化の激しい生活環境の中で,これに調和して健全な社会生活を維持することによって,始めて達成されるものである。

都市化や社会活動の多様化によって,精神的なストレスの原因となる諸要因が増加し,国民の精神的健康にとって好ましくない影響が増加することは当然予想されるが,ここではこのようなことも念頭に置きつつ,高密度社会における精神衛生の問題について検討してみよう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
4 高密度社会における精神衛生
(1) 精神障害者の動向

精神障害者の動向をみるために精神衛生法による措置入院及び通院医療の公費負担対象者から患者の推移を追ってみると,精神障害者の全入院患者数は年々増加し47年末には26万3,O00人となっているのに対して,措置患者数は42年以降ほぼ横ばいないしは漸減の傾向を示し,47年末には7万5,000人となっている。したがって精神障害による全精神病入院患者に対する措置入院患者の割合(措置率)は,39年の37.5%を境にして年々減少し,47年末には28.6%まで低下した。一方,通院医療公費負担対象者は毎年増加しており,この制度の発足した40年10月以降でその推移をみてみると,41年末の通院医療公費負担対象者数は3万5,000人であったのに対し,47年末には,9万4,000人となって著しい増加を示している。

また,生活保護法の医療扶助の人員の中に占める精神障害者の割合からも,精神障害者の増加傾向の一端をうかがうことができる。病類別にみた医療扶助人員の推移をみると,結核患者は年々減少し,47年においては入院,入院外を合わせて3万人,医療扶助人員の4%に低下しているのに対し,精神障害者の比重は年々増加し,47年には医療扶助人員の16%にあたる12万人に達している。特に精神障害による入院患者は11万人で,医療扶助入院患者の50%以上を占めるに至っている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第2節 人口資質の向上
4 高密度社会における精神衛生
(2) 精神衛生の課題と方向

以上二,三のデータにより精神障害によって医療を受けている者は増加傾向にあるが,措置率の減少や通院医療の占める比重の増加等に見られるように医療の内容に変化のきざしが見られることを述べてきた。この背景には,精神障害の医療に対する公費負担制度の拡充,医療保険制度の充実,精神病床の増加,及び精神衛生相談事業の普及等精神障害をめぐる医療供給体制の整備によるところが大であると考えられる。

また,精神の健康というものがより広いものとして考えられるようになりつつあることも念頭におく必要がある。

これについては,第2-31表にみられるような精神衛生相談事業の著しい伸びによってもうかがうことができる。同表は保健所における医療社会事業相談員及び精神衛生相談員による相談事業の年次推移を示したものであるが,医療社会事業相談員による相談事業の内で精神衛生関係の占める割合は年々増加し,47年には約半分近くを占めるに至っている。また,保健所の精神衛生相談員によるサービスのうち,精神衛生についての保健指導だけを行った実数が同表のD欄であるが,この数は毎年増加しており,医学的指導や医療機関への紹介等を含む相談回数全体に対する割合も年々増加し,47年には65%が保健指導のみの処理件数となっている。

第2-31表 精神衛生相談の実施状況

第2―31表　精神衛生相談の実施状況

	医療社会事業取扱実数			精神衛生相談回数		
	総数(A)	(A)のうち精神衛生関係(B)	(B)/(A)	相談回数(C)	ケースワーク(延回数)(D)	(D)/(C)
			%			%
38年	53,072	13,126	24.7	—	—	—
39	57,295	14,194	24.8	—	—	—
40	59,998	15,691	26.2	—	—	—
41	59,618	19,180	32.2	53,182	22,562	42.4
42	58,384	20,636	35.3	60,953	31,882	52.3
43	60,438	23,680	39.2	66,483	36,385	54.8
44	67,707	26,957	39.9	74,297	41,582	55.9
45	65,787	30,344	46.2	88,177	51,685	58.6
46	69,992	33,383	47.7	103,467	65,237	63.1
47	69,223	34,062	49.2	108,359	70,777	65.3

資料：厚生省統計情報部「保健所運営報告」

一方,最近,社会的,経済的な背景の異なる四つの地方都市に居住する家庭の主婦を対象にして行われた調査データ(科学技術庁,都市生活における精神的健康度に関する総合研究)によると,都市化が急速に進み,人口増加率の高い地域ほど,ストレスの強いことが明らかにされている。もちろん,このことを精神障害に直接結びつけて考えることが適切でないことは明かであるが,今後,精神の健康の問題を検討していく上で,この

ような都市生活における精神的ストレスの増大は十分考慮に入れておくべき課題であろう。

以上のべてきた事実は,今後の精神衛生の課題が障害の程度や地域の実情に応じて幅の広い,かつ多様性をもった対策の必要なことを示唆するものと考えられる。

特に地域社会における精神衛生相談事業については,精神衛生の問題を障害者を中心にした医療対策から,より積極的な精神健康の維持という問題に転換していくためにも,今後一層の普及が望まれるところである。

また,地域精神衛生活動をより効果的に推進していくためには,精神障害の問題も含めて精神健康の重要性と正しい知識について,個人,家庭,社会の理解を得るための努力が必要である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第3節 児童の健全育成

児童の健全な育成とその資質の向上を図ることは,いつの時代においても重要な意義をもっているが,これを我が国の人口構造の変化との関連でみると,とりわけその今日的意義が明らかになる。

既にみたとおり,我が国の人口構造は,老齢人口の急速な増加により,いわゆる人口の老齢化現象を示している。これと逆に,15歳未満の年少人口は減少し,最近やや増加の傾向を示してはいるが,その総人口に占める比率は,今後とも若干低下傾向を示すものと予想されている。老齢人口の急速な増加と年少人口の減少というこの事態を,従属人口指数でみると,昭和45年には44.9%であり,48年には46.7%となっている。

さらに今後の動向について,人口問題研究所の予測でみると,昭和80年には56.8%(メディアム値),昭和100年には58.9%となるものとされている。

すなわち,生産年齢人口1人当たりの扶養人口(従属人口)は,45年の0.45人が昭和80年には0・55人,昭和100年には0.59人となるわけである。

このように,30年後,50年後の社会を担うこととなる現在の児童たちは,その少い人口で今よりはるかに多くの扶養人口をかかえることとなる。生活水準の向上,上級学校進学率の増加その他の条件を考慮すると,今後の生産年齢人口の実際の負担,責任は今よりはるかに厳しいものであろう。このような重い扶養責任を負うこととなる児童の健全な育成を図ることは,まさに現在の問題なのであり,それ故にまた我々に課せられた当然の義務でなければならない。

もとより,児童の健全な育成は,このような観点を離れても,それ自体重要な意義をもつ。すなわち,26年に制定された児童憲章が,「児童は,人として尊ばれる。児童は,社会の一員として重んぜられる。」とうたつているとおり,児童はそれ自体我々の社会を構成する1個の人格であり,その人格が尊重されつつ,児童の能力と資質が高められることが,児童の福祉,健全育成の最も基本的な理念でなければならないこともまた明らかである。

ところで,このような児童の健全育成の重要性に対して,今後我々は何をなし得るであろうか。また,どのような方向においてそれを進めるべきであろうか。そのことを考えるには,まず,児童をとりまくさまざまな条件のこれまでの変化と今後の変化を考える必要があるが,ここでは,我が国の人口動向との関連に焦点をあてて検討を進めることとする。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第3節 児童の健全育成
1 家庭の変化と児童

児童にとっては,まず,何よりも家庭がその生活の中心であり,そこにおける生活を通じて成長をとげていくものであるが,我が国の家庭は,既に第1章でみたとおり,その規模の急速な縮小と核家族化の進行という明確な傾向を示してきた。

このことが,端的に示すとおり,これまでの急激な社会経済の変動の過程で,家庭生活もまた,かつてない急速な変ぼうを遂げたといえる。

それまでの伝統的な直系家族的形態は,その構成が複合的であり,かつ,人数も比較的多かった。そこでは,良い意味でも悪い意味でも家族どうしの親密な結合が要求され,相互に補完されていた。このような家族は,核家族化の進行とともに解体が進み,その結果,家庭の機能,あり方も大きく変った。そして,児童にとっても,家庭のもつ意味,機能は,大きな変化をもたらした。

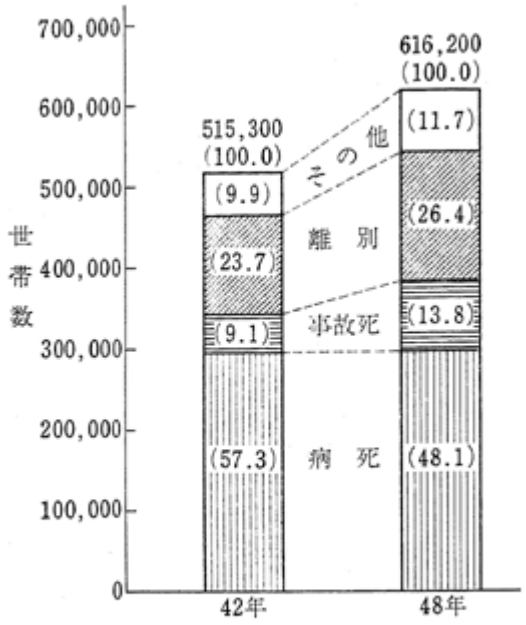
第1に,児童にとって,それまでの家庭がもっていたような祖父母,兄弟等と接することによる人格形成が不可能となり,逆に,父又は舟といった極めて限定された人との結びつきが強くなったことである。このことは,児童がより一層両親の人格に強く影響される可能性が強まったという意味で,あらためて親の側のあり方が問われることとなるが,事態は必ずしも好ましくなく,特に親による甘やかし,保護過剰,無関心,放任など,さまざまの問題を生じさせることとなった。

第2に,世帯規模の縮小と核家族化の進行は,さまざまの原因による家庭の機能の欠損ないしは崩壊をより一層容易にさせる可能性を強めたということである。しかも,かつては,そのような機能の欠損に対して家庭内の誰かが補完し得ていた役割を,もはや誰も補完し得なくなっている。

第2-19図は,42年と48年の母子家庭の実態をみたものであるが,これによると母子家庭世帯は,42年の51万5,000世帯から48年には62万6,000世帯に増えている。母子家庭となった原因としては,事故死によるものと,離婚などの離別によるものとが,特に顕著に増加しているが,このような欠損家庭の増加に対しても,かつては,家庭内の誰かが父親又は母親がわりとしての役割を果しうることが多かったであろう。

第2-19図 母子家庭世帯数の推移

第2－19図　母子家庭世帯数の推移



資料：厚生省児童家庭局「昭和42年度全国母子世帯実態調査」及び「昭和48年度母子世帯等実態調査」

(注)　(　)内の数字は%を示す。

また,女性の就労機会の増加により,既婚婦人の職場進出は,近年ますます増加している。このような家庭では,育児,養育といった機能が不完全なものとならざるを得なくなっているが,このような機能の欠損に対しても,もはや家庭内ではそれを補完する者がいなくなっているのが現状であろう。

家庭生活の変化は,もとより,この外にもさまざまな面で顕著であるが,このような変化の特徴は,児童の育成にとって,家庭がその役割を徐々に縮小し,それにかわる地域社会なり公的主体の役割が増大してきているように見受けられることである。しかし,児童をとりまく地域社会もまた,大きく変化し,その条件は変わってきている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第3節 児童の健全育成
2 地域社会の変化と児童

児童は,その生活する地域社会において,他の児童と接触し,また,児童をとりまくさまざまの人的,物的,文化的要素に接しつつ,自らその社会性を身につける。また,公園,広場などにおける集団的,個人的な遊びを通じて,心身の健全な発達を遂げていく。地域社会は,本来,そのようなものとして,児童の健全な発達の条件を整えなければならないはずである。

しかし,これまでの急激な都市への人口集中とその対極にある過疎化の進行は,とりわけ,このような共同体的地域社会の基盤をほりくずすとともに,児童の健全な発達を阻害するさまざまの要因を生みだすに至った。のみならず,それぞれの地域における問題の多様性を増加させたと考えられる。

人口集中が激しく過密化が進行した都市地域では,騒音,振動,大気汚染等によりその生活環境が悪化し,また,自動車の普及による交通事故の増大,住宅事情の悪化その他さまざまな弊害がもたらされたが,このような環境は,そのまま児童を取り巻き,その心身の発達に好ましくない影響を及ぼす。

また,もともと土地が狭いため,児童の健全な育成に必要な遊び等のための場が確保されにくく,それにかわる施設の設置も十分ではない。第2-32表から第2-35表は,大都市又は大都市を含む都府県における児童館,児童遊園,児童公園等についての設置状況をみたものである。

第2-32表 児童館の設置状況

第２―32表　児童館の設置状況

	45年	47	49	１施設当たり児童数（0～17歳）（45年）
	か所	か所	か所	千人
東京都	90	115	223	31
神奈川県	16	20	31	95
愛知県	36	48	64	44
大阪府	24	31	33	89
全国	1,415	1,739	1,975	21

厚生省児童家庭局調べ及び総理府統計局「国勢調査報告（45年）」

第2-33表 児童遊園等の設置状況

第２―33表　児童遊園等の設置状況

	45年	48	１か所当たり児童数（0～6歳）（45年）
	か所	か所	人
東京都	1,322	1,748	998
神奈川県	932	1,482	787
愛知県	1,722	2,561	408
大阪府	1,355	1,831	751
全国	24,488	34,705	505

厚生省児童家庭局調べ及び総理府統計局「国勢調査報告（昭和45年）」
(注)「児童遊園等」とは，児童遊園及びちびっ子広場をいう。

第2-34表 大都市における児童公園面積の推移

第２―34表　大都市における児童公園面積の推移

(単位：ha)

	42年度	45	47	都市計画区域内人口１人当たり面積(m²)（47年）
東京	165	232	232	0.27
横浜	35	56	67	0.27
名古屋	51	72	87	0.43
大阪	101	123	129	0.45
神戸	31	50	59	0.44
全国	1,538	2,346	2,630	0.30

建設省都市局調べ

第2-35表 大都市における都市公園面積(1人当たり)の推移

第２―35表　大都市における都市公園面積（1 人当たり）の推移

(単位：m²)

	42年度	45	47
東京	0.9	1.2	1.3
横浜	1.3	1.3	1.2
名古屋	2.6	2.9	3.4
大阪	1.3	1.4	1.7
神戸	2.6	3.0	3.0
全国平均	2.4	2.7	2.9

資料：日本都市センター「都市と公園緑地」

これをみると,これら施設の設置は,年々進められ,その増加が図られているが,その1施設当たり児童数では,児童館,児童遊園ともに全国平均のそれより高く,それだけ児童にとっての必要な施設の少なさを示している。

一方,児童公園については,大都市だけでなく全国的に低い水準にとどまっており,都市公園全体の面積の狭さと併せ,児童の必要を満たしていない状況である。

一方,人口の急激な減少による過疎化の進行は,地域社会として必要な最低限の社会的経済的条件さえ維持

し得なくさせた。

そのような生活基盤の崩壊は,当然そこに住む児童に対し,さまざまな影響をもたらした。

このような地域では,人口の減少とともに児童数の急速な減少をも示した。第2-36表は,3大都市圏とその他の地域別に児童数の変化をみたものであるが,これによっても,その減少の一端はうかがい知ることができよう。このように少なくなった児童は,近隣に同年代の児童をみいだすことが困難となり,集団的な遊びそのものが,学校以外ではできなくなる場合をも生じさせている。

第2-36表 地域別児童数,児童人口密度,増加率及び1世帯当たり児童数

第2－36表　地域別児童数，児童人口密度，増加率及び1世帯当たり児童数

	児童数（千人）		児童人口密度（人）（1km²当たり）	増加率（%）（35～45年）	1世帯当たり児童数（人）
	35年	45			
全国	33,519	29,993	81	−10.6	1.08
3大都市圏	12,049	12,972	261	7.6	0.98
東京圏	5,778	6,519	486	12.8	0.93
中京圏	2,555	2,439	114	− 4.6	1.10
阪神圏	3,715	4,014	271	8.0	0.98
その他の地域	21,470	17,020	53	−20.8	1.17

資料：総理府統計局「国勢調査報告」

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第3節 児童の健全育成
3 今後の変化と児童の健全育成

以上,児童を取り巻く家庭と生活環境のこれまでの変化について,世帯規模の縮小と核家族化の進行,人口の急速な都市集中と過疎化の進行の2つの面から述べたが,今後,家庭と地域社会はどのように変わるであろうか。

第2-37表は,60年までの世帯数,平均世帯人員の動向を推計したものであるが,これによると昭和60年には,1世帯の平均人員は3.11人(45年3.72人)となり,現在の欧米諸国のそれに近いところまで低下すると考えられる。また,世帯人員別普通世帯数をみると,1～3人世帯の比率は徐々に高まるが,4人以上の世帯は漸減していく。このように世帯規模の縮小(世帯数の増加)は,当分続くものと考えられるが,それはまた核家族化の進行とも切り離せないものと考えてよかろう。

第2-37表 総世帯数,1世帯当たり人員,児童数及び1世帯当たり児童数の将来推計

第２－37表　総世帯数，１世帯当たり人員，児童数及び１世帯当たり児童数の将来推計

	総世帯数（千世帯）	1世帯当たり人員（人）	児童数(0～17歳)（千人）	1世帯当たり児童数
35年	20,656	4.52	33,519	1.62
45	27,870	3.72	29,993	1.08
50	32,027	3.43	31,052	0.97
55	35,831	3.24	32,874	0.92
60	38,891	3.11	33,694	0.87

資料：総理府統計局「国勢調査報告」及び人口問題研究所「我が国世帯数の将来推計メディアム値（46年10月推計）」

一方,児童数は,その絶対数において微増するものの,人口総数に対する割合では低下傾向を示す。この結果,1世帯当たりの児童数は,45年の1.08から60年には0.87まで低下する。これは,総世帯に対する児童数の割合でみたものであるが,児童のいる世帯といない世帯及び児童のいる世帯の児童数はどうなるであろうか。45年の国勢調査によると,普通世帯数に対する児童のいる世帯の割合は605%であった。第2-38表は,厚生行政基礎調査報告により,42～45年及び48年における全世帯に対する児童のいる世帯の割合の推移をみたものであるが,この6年間に5.9%の低下を示している。このような傾向からおそらく今後とも,児童のいる世帯の割合は若干低下していくものと考えられるが,仮に,45年の世帯総数に対する児童のいる世帯の割合(60.5%)が,今後もかわらないと考えた場合でも,児童数がほとんどかわらないのに対し世帯数が増えるため,1世帯当たりの平均児童数は45年の1.8人が60年には1.4人にまで低下する。

第2-38表 全世帯に対する児童のいる世帯数の推移

第２－38表　全世帯に対する児童のいる世帯数の推移

（単位：1,000）

		42年	43	44	45	48
総世帯数		28,144	28,694	29,009	29,887	32,314
児童のいる世帯	総数	16,800 (59.8)	16,62) (57.91	16,532 (57.0)	16,400 (54.9)	17,425 (53.9)
	1人	6,820 (24.3)	6,599 (23.0)	6,601 (22.8)	6,477 (21.7)	6,997 (21.7)
	2人	6,826 (24.3)	7,058 (24.6)	7,155 (24.7)	7,331 (24.5)	7,751 (24.0)
	3人	2,510 (8.9)	2,393 (8.3)	2,313 (8.0)	2,184 (7.3)	2,271 (7.0)
	4人以上	644 (2.3)	572 (2.0)	462 (1.6)	407 (1.4)	406 (1.3)

資料：厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査報告」

（注）1.　（　）内の数字は，世帯総数にしめる割合（％）を示す。
2.　本調査は標本調査であるため，児童のいる世帯（総数）は，国勢調査と一致しない。

このように世帯規模の縮小と世帯における児童数の減少は,今後ともかなり明確に進行するものと考えられるが,それはかなりの面で,これまでの変化の方向の延長であり,したがって,これまで生じたさまざまな変化のより一層の明確化と考えることができる。これまでの変化は,極めてドラスティックであり,かつ,急速であったため,我々が適切な対応を示してきたとは必ずしもいえないが,少くとも,今や対応すべき問題の所在と,その方向は,かなり明らかになってきているとはいえるだろう。

児童の健全な育成という点について,これを考えると,家庭の規模の縮小とその構成の純化は,古い「家」的意識から抜けだし,夫婦の愛情と相互信頼の上に形成される新しい家庭を定着させており,それ故に,子どもの成長の過程に,より好ましい条件をもたらした反面,逆に親そのもののあり方,たとえば育児意識の低さなどによるさまざまな好ましからざる場合をも多くさせる。このような傾向は放置すれば今後ますます強くなるであろう。

このような問題に対しては,家庭に対する適切な指導助言を行うための社会的サービスの拡充が必要となってくる。

第2に今後,家庭は,それまでの家庭が1つの集団として持っていたさまざまの機能をもち得なくなり,次第にその機能を縮小ないしは集中させる傾向を強める。

機能の縮小を,最も端的に示すのが保育の問題である。乳幼児の保育に対する需要は,近年,ますます高まり,保育所等の整備,充実を望む声が強くなっているが,従来は,そのほとんどが家庭内においてなされていた保育が,公的,社会的な施設等により代替されなければ,もはや家庭のみでは十分に行えなくなっているわけである。

このような家庭の機能縮小により,家庭がもち得なくなった機能は,誰かが引き受けなければならないが,その方向は二つある。一つは家庭が再びそのような機能を保つことができるような条件を整備することであり,もう一つは,地域社会,地方公共団体,国などがその役割を代替することである。

育児休職制度の確立,児童手当制度の充実などは,家庭の児童養育機能の回復に役立つであろう。

第3に,児童をとりまく環境の変化は,特に都市と農村においてその問題の所在を異にしているが,このような地域的特性による問題の多様性は,今後も当分続くと考えられる。

以上,児童の健全な育成をめぐる問題について述べたが,これらに共通していえることは,国及び地方公共団体などの公的機関の役割の増大はかなり明らかであり,変化に対応したかたちでの児童福祉行政の一層の拡充,進展が望まれることである。

もちろん,児童の育成は,第一義的には家庭の問題である。しかし,児童の健全育成が単に家庭の問題でなく,社会の問題として重要性を増している今日,家庭,地域社会,国及び地方公共団体などの主体の役割と責任分担が改めて問い直され,その上で積極的な方策が採られる必要がある。

今後少なくなる児童が,家庭において孤独の時間を送り,外にあって自由な遊び場も持たず,いつの間にかその人格性をすら失っていくような道を歩ませないことが我々大人の責任であるといえよう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

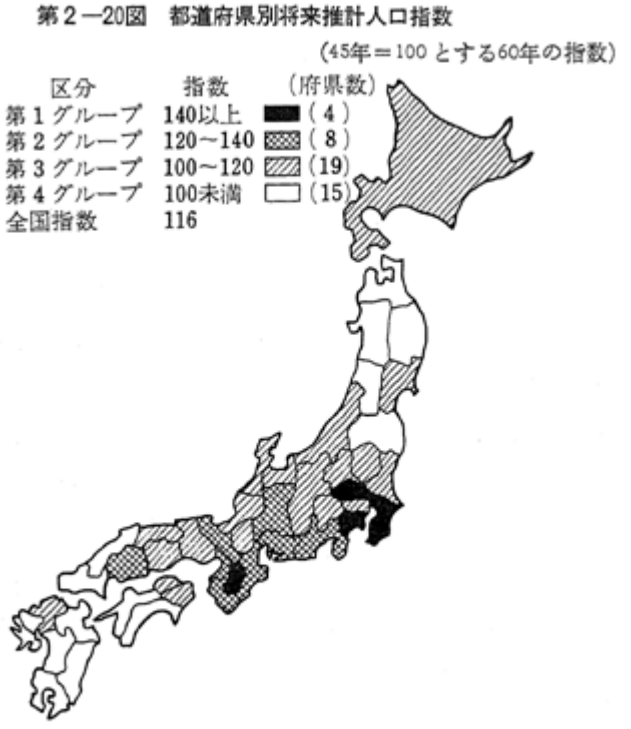
総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第4節 地域社会の変ぼう
1 地域社会の変ぼう下における医療供給及び社会福祉の状況

30年代半ばからの高度経済成長は,大都市への産業の集中とそれに伴う農村からの人口の大移動を生じさせたが,生活基盤投資としての公共施設の整備が,急激な社会変動に追いつかず,大都市においては,人口集中とあいまって過密問題を生じさせ,また人口減少地域においては,過疎問題を生じさせた。

過疎とは,人口の急激な減少により従来の地域の生活機能が崩壊し,一定の生活水準を維持することも困難になってきた状態をさしている。49年4月1日現在,過疎地域市町村は,1,046団体存在し,全国市町村総数に対し32.5%を占め,その人口は,45年の国勢調査結果によると我が国人口の8.7%(900万人)である。こうした過疎地域には,自然の制約による農業生産の停滞,出かせぎ,婦人の就労化による家庭の崩壊,生活の利便を求めた若年層の流出による大幅な人口の老齢化等種々の深刻な問題が生じ,地域集落機能の連帯性が失われつつあるという事態を生じているところも数多くみうけられる。

さて,こういった過密過疎問題に取り組むにあたり,将来の人口推計を考えるのも重要な一方法であるといえる。ここでは,人口問題研究所の「都道府県別将来推計人円をみてみよう(第2-20図参照)。

第2-20図 都道府県別将来推計人口指数



資料：人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（45年国勢調査結果を基準人口とする暫定修正値）」

この将来推計は,45年までの国勢調査人口の都道府県別の変動形態の実績を前提として,その基本的パターンを60年まですう勢的に延長し,それを45年を100とした指数として表現したものである。これによると指数140以上の第1グループは4県(埼玉,千葉,神奈川,奈良)であり,指数120～140の第2グループは8県であり,この第1,第2グループは,南関東から東海をへて近畿に到る東海道メガロポリス地帯に集中している。

次に指数100～120の増加率がわずかな地域ば,東京都を含め,第1,第2グループの外側に立地することになり,北海道,宮城,福岡が,それから離れて存在することになる。最後に指数100未満の第4グループは,東北,山陰,四国,九州に立地することになる。

このように,これまでの人口移動パターンを延長してみると,東海道メガロポリス地帯は,今後も人口増加の核となるといえる。

また,人口減少が予想される地域については,近時の大都市地域への人口流出の停滞と,Uターン現象等により,わずかながら状勢に変化がみられ,さらに,豊富な就業機会と良好な生活環境を備えた地方都市の整備等によりその人口減少のすう勢は,変えうる可能性があるといえる。

こうした地域社会のアンバランスと変動に伴う医療,福祉サービスの対応のあり方について以下検討を進める。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第4節 地域社会の変ぼう
1 地域社会の変ぼう下における医療供給及び社会福祉の状況
(1) 医療供給体制の整備状況

医療供給体制においては,国民がいつどこでも必要な医療を受けることができる体制を作ることが終局の目的であることはいうまでもない。我が国では,人口の老齢化,公害病等の増加,交通事故の多発,国民の健康に対する関心の高まり等により医療需要の量的増大がみられるとともに,医療内容についても,医学の進歩をとり入れた高度の医療であることが求められている。こうした状況に応じ,国は医師等医療関係者の養成,がん,小児疾患,循環器疾患等の治療及び研究のための専門医療機関の整備,救急医療,休日夜間診療体制の整備,へき地医療対策,医療情報システムの開発等の施策を講じてきた。

過去10年間における医療施設,医療従事者の整備状況をみると,病院は,昭和38年末6,621か所から48年末8,188か所へと約1.2倍,一般診療所は,38年末6万2,363か所から48年末7万1,927か所へと約1.2倍,病院の病床は,38年末79万4,434床から48年末112万5,606床へと約1.4倍の伸びを示している。また医療従事者については,医師が37年末10万5,437人から47年末12万5,302人へと約1.2倍,人口10万対で110.8人から116.7人へと伸び,看護婦・准看護婦が37年末19万3,907人から47年末33万7,866人へと約1.7倍,人口10万対で203.7人から314.8人への伸びを示し,これらは人口の増加を超えた伸びを示している。

しかしながら,個々の地域により医療体制の整備状況は異なり,例えば,医療機関相互の有機的連携が十分にとられていないため休日や夜間には医療が希薄になる地域,救急患者が迅速に適切な医療を受ける体制が確立していない地域,あるいは医療に恵まれないへき地などの存在が医療上の大きな問題となっている。

まず都市においては,休日や夜間の医療の確保が問題となっている。国ではこれまで地域の医療機関,保健所,市町村などの医療関係者が集まって当番医をきめるなど,地域の休日夜間診療の確保策を協議する体制を推進し,更に49年度からは,休日夜間専門の診療所の設置を進めることとし,その整備及び運営に対して助成を行うこととしたが,今後ともこれらの対策の充実を図る必要がある。

また,特に人口集中の著しい大都市地域について医療施設,医師数の関係をみると,人口10万対病院一般病床数は, 第2-39表によると,年々増加してきたといえるが,人口の大都市への集中が,急速に進んだ40年には,全国平均を下回ることになり,以来その傾向が続き,47年には,全国平均607.3床に比べ,大都市地域の場合は,553・4床を示している。これは,急激な人口増加のため病床数が増加しているにもかかわらず,人口10万人に対する割合では,全国平均より低くなったことを示している。しかし大都市地域には,医療施設の集積のメリットが多いため,他の地域よりも高度の医療の受診機会が多く,また第2-40表にみられるとおり,大都市地域における人口10万対の医師数は,低下傾向をみせつつも、一貫して,全国平均のそれよりも高く,その点については他地域と比べても,なお,条件がよいが,大都市地域には,過密からくる各種の生活環境の悪化、例えば交通事故,大気汚染等による健康被害の増大という人口資質の向上にとってのマイナス面が数多く存在することからも,医療サービスのきめ細かな対応が必要とされる。

第2-39表 人口10万対病院一般病床数の推移

第２―39表　人口10万対病院一般病床数の推移

	30年 ①	35 ②	40 ③	45 ④	47 ⑤	増加率 ②/①	③/②	④/③	⑤/④
	床	床	床	床	床	%	%	%	%
全国	222.9	323.8	450.3	580.5	607.3	45.3	39.1	28.9	4.6
大都市地域 東京圏	232.7	323.7	408.8	490.0	519.2	39.1	26.3	19.9	6.0
大都市地域 中京圏	211.5	315.9	447.7	545.2	582.2	49.4	41.7	21.8	6.8
大都市地域 阪神圏	289.8	386.2	471.4	568.3	593.7	33.3	22.1	20.6	4.5
大都市地域 計	246.1	341.6	435.6	524.2	553.4	38.8	27.5	20.3	5.6
その他地域	209.6	312.3	461.3	627.6	653.3	49.0	47.7	36.1	4.1

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」

第2-40表 人口10万対医師数の推移

第２―40表　人口10万対医師数の推移

	30年 ①	35 ②	40 ③	45 ④	47 ⑤	増加率 ②/①	③/②	④/③	⑤/④
	人	人	人	人	人	%	%	%	%
全国	105.9	110.4	111.3	114.7	116.7	4.2	0.8	3.1	1.7
大都市地域 東京圏	137.2	131.2	113.3	106.4	111.4	−4.4	−13.6	−6.1	4.7
大都市地域 中京圏	101.4	102.2	103.9	106.4	107.7	0.8	1.7	2.4	1.2
大都市地域 阪神圏	137.0	141.1	135.7	137.3	138.5	3.0	−3.8	1.2	0.9
大都市地域 計	129.6	128.4	118.5	115.9	119.0	−0.9	−7.7	−2.2	2.7
その他地域	92.4	98.8	105.9	113.7	114.8	6.9	7.2	7.4	1.0

資料：厚生省統計情報部「医師，歯科医師，薬剤師調査」

一方,過疎地域,山村,離島などのいわゆるへき地においては,医師等医療従事者の都市部への集中ということもあって医療の確保に多大の問題をかかえている。48年5月現在で無医地区数は,2,044地区,無医地区人口は,73万8,000人であり,総人口に対する割合では0.7%を占めている(第2-41表参照)。無医地区の中心地から最寄りの医療機関までの所要時間をみると 第2-42表のとおりである。

国は,従来から,これらのへき地の住民に医療を確保するため,へき地診療所の建設,患者輸送車,巡回診療車等の整備による機動力の強化,へき地診療所への医師派遣等の施策を進めてきており,この結果,道路,交通網の整備とあいまって無医地区数は,減少してきた。しかしながら残された無医地区については,交通事情,経済事情等一段ときびしい地区も多く,今後より一層の充実が図られねばならない。

第2-41表 無医地区数

第2—41表 無 医 地 区 数

	46年1月30日	48年5月10日
地区数	2,473	2,044
地区内人口(人)	884,844	737,921
市町村数	1,054	974
全人口に対する割合(%)	0.8	0.7

厚生省医務局調べ

(注) 無医地区とは医療機関のない地域で，当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径 4km の区域内に50人以上が居住している地区であって，かつ容易に医療機関を利用することができない地区をいう。

第2-42表 無医地区における最寄り医療機関までの所要時間

第2—42表 無医地区における最寄り医療機関までの所要時間

(昭和48年5月10日)

	総数	15分未満	15～30	30～45	45～60	60～75	75～90	90分以上
無医地区数	2,044	681	960	268	62	25	17	31
割合(%)	100.0	33.3	47.0	13.1	3.1	1.2	0.8	1.5

厚生省医務局調べ

(注) ここにいう所要時間とは，夏期において，無医地区の中心的な場所から最寄り医療機関までを，次の条件により計った時間で，定期交通機関による所要時間ではない。

① 自動車が通行可能な場合は自動車

② 自動車が通行不可能な場合は当該部分を徒歩

③ 水路の場合は船

以上のような地域における医療供給体制を整備するに当たっては,各々の地域の具体的な医療事情に即して進める必要がある。最近各地においても,地域医療の体系化をめざす動きが徐々にあらわれてきている。また国では,このような地域の医療確保という観点から,医療の場にシステム工学その他の情報科学の成果を採り入れることについて研究に着手している。

なお,出生率の低下に伴う若年労働力不足は,女子の職業の多様化,進学率の上昇等とあいまって看護婦,保母等の保健,福祉施設従事者の確保に更に困難の度を加えている。医療需要の増大,医療の高度化等による看護婦不足は,いまだ解消されておらず,今後,若年層の確保,離職防止,潜在有資格者の就業促進,資質の向上のための施策が行われる必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第4節 地域社会の変ぼう
1 地域社会の変ぼう下における医療供給及び社会福祉の状況
(2) 社会福祉の状況

所得分配の不均衡,公共施設サービスの不足,物価の高騰等に対する不満と,貯蓄の増大等にみられる老後の不安が交錯する中で,過密過疎地域における社会連帯意識や扶養意識の低下は,老人,心身障害者等の変化への順応性に劣る人々に福祉施策の一層の強化が望まれることになった。全国的な人口の老齢化と核家族化は,今後も進むものと思われ,過密地域,過疎地域にも幾多の問題をなげかけるといえる。

大都市地域における65歳以上人口の増加率をみると,第2-43表のとおり,全国平均に比べかなり高く,老年人口に対する老人福祉施設の定員(普及率)は,第2-44表をみると47年度は1.03%であり,40年に対しては改善されたといえるが,全国平均(1.12%)より低く,老年人口の増加に対応していないといえる。一方,過疎地域人口の割合が高い県における老年人口の増加率は,第2-45表をみると全国平均に比べかなり低い。これは,老年人口指数がいずれも高く,しかも生産年齢人口の流出が多い県であるからである。老人福祉施設普及率は,年々改善され,47年には,全国平均より高くなっている。しかし,これらの県は,所得水準が低く,生活保護世帯の割合は,高いこと等を考えると,施設収容を要する老齢者の割合は,大都市地域よりは,高いと思われるので地域の実態に即し需要者にみあった福祉サービスが必要といえる。これら老人に対する福祉施策としては,快適な施設整備とともに,一方で在宅においてサービスを受けることを望む老人に対しては,ホーム・ヘルパー,介護員を養成しなければならず,こうした老人の多様な意識を反映し,施設サービスと在宅サービスの選択が,できうるように対処しなければならず,併せて年金,医療保障の充実,医療サイドとの連携等が必要である。

第2-43表 大都市地域における老年人口の推移

第２―43表　大都市地域における老年人口の推移

		35年 ①	40 ②	45 ③	47 ④	増加率 ②/①	③/②	④/③
		人	人	人	人	%	%	%
全国		5,349,809	6,180,825	7,330,989	8,018,193	15.5	18.6	9.4
大都市地域	東京圏	798,643	992,124	1,256,259	1,404,697	24.2	26.6	11.8
	中京圏	434,895	492,789	584,127	637,734	13.3	18.5	9.2
	阪神圏	583,192	717,005	895,797	996,394	22.9	24.9	11.2
	計	1,816,730	2,201,918	2,736,183	3,038,825	21.2	24.3	11.1
その他地域		3,533,079	3,978,907	4,594,806	4,979,368	12.6	15.5	8.4

資料：総理府統計局「国勢調査報告」，47年は，自治省「住民基本台帳人口」

第2-44表 老人福祉施設普及率

第２―44表　老人福祉施設普及率

	40年	45	47
全国	0.90%	1.03%	1.12%
大都市地域 東京圏	1.07	1.08	1.13
大都市地域 中京圏	0.83	0.87	0.92
大都市地域 阪神圏	0.97	1.02	0.96
大都市地域 計	0.98	1.02	1.03
鹿児島県	0.83	1.12	1.33
高知県	0.72	0.89	1.30
島根県	0.90	1.34	1.55

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査報告」

（注）　老人福祉施設普及率＝$\frac{\text{老人福祉施設の定員}}{\text{老年人口}}\times 100$

第2-45表 過疎地域人口の割合が高い県における老年人口の推移

第２―45表　過疎地域人口の割合が高い県における老年人口の推移

	35年 ①	40 ②	45 ③	47 ④	増加率 ②/①	③/②	④/③
	人	人	人	人	%	%	%
全国	5,349,809	6,180,625	7,330,989	8,018,193	15.5	18.6	9.4
鹿児島県	141,121	157,116	174,477	182,628	11.3	11.0	4.7
高知県	72,632	81,822	89,973	95,743	12.7	10.0	6.4
島根県	74,717	79,931	86,945	91,213	7.0	8.8	4.9

資料：総理府統計局「国勢調査報告」，47年は，自治省「住民基本台帳人口」

次になんらかの理由で貧困におちいり,自分の力では生計を維持できなくなった人々に対しては,国は,生活保護によりその生活の保障をし,自立を促しているが,その被保護人員保護率は,年をおって低下している。

第2-46表にみられるように,大都市地域における保護率は低く,全国平均のほぼ55～80%程度であり,45年まで一貫して低下を続けた後横ばい状態となっているが,大都市地域10都府県中6府県において,46年以降若干の増加が見られる。

第2-46表 生活保護被保護人員保護率(人口1,000対)

第２―46表　生活保護被保護人員保護率（人口 1,000 対）

	35年 ①	40 ②	45 ③	48 ④	増加率 ②/①	③/②	④/③
	人	人	人	人	%	%	%
全国	17.4	16.3	12.9	12.4	−6.3	−20.9	−3.9
大都市地域 東京圏	14.2	9.5	8.0	7.8	−33.1	−15.8	−2.5
大都市地域 中京圏	12.3	8.3	6.5	6.1	−32.5	−21.7	−6.2
大都市地域 阪神圏	13.5	9.9	10.1	10.9	−26.7	2.0	7.9
大都市地域 計	13.6	9.4	8.4	8.4	−30.9	−10.6	0.0
その他地域	19.9	21.4	16.8	15.8	7.5	−21.5	−6.0

厚生省社会局調べ

その他の地域においては,35年から40年まで保護率の上昇が見られたが,40年以降低下傾向が続き現在に至っており,大都市地域との保護率の差異は,48年1.9倍と依然大きいものの,その差は,わずかながら縮小す

る傾向をみせている。こうした被保護世帯については,一般世帯の消費水準の高まる中にあって,格差の縮小のための施策が,今後も必要といえる。

また都市化の波及による核家族化の進行と,共働き夫婦の増大等により,保育に欠ける児童は,今後ますます増加するものと思われる。農村地帯においても婦人の就労者が増えると共に農繁期には,農作業への従事により託児施設が必要であり今後とも保育需要は,増加すると思われる。保育所普及率(学齢前児童に対する保育所定員)は,地域によりかなり格差がみられるというものの,総じて大都市地域における学齢前児童数の増加は激しく,ちなみに0～4歳人口の増加率をみても第2-47表のとおり,大都市地域がかなり高率である。

第2-47表 大都市地域における0～4歳人口の増加率

第2—47表　大都市地域における 0～4 歳人口の増加率

	35年 ①	40 ②	45 ③	②／①	③／②
	人	人	人	%	%
国	7,844,433	8,133,483	8,805,819	3.7	8.3
巻 圏	1,381,562	1,806,778	2,260,341	30.8	25.1
巻 圏	588,188	693,300	780,311	17.9	12.6
中 圏	877,214	1,127,827	1,345,152	28.6	19.3
十	2,846,964	3,627,905	4,385,804	27.4	20.9
地 域	4,997,469	4,505,578	4,420,015	− 9.8	− 1.9

:府統計局「国勢調査報告」

特に住宅団地の建設に伴い人口増加の激しい地域では,その普及率は,相対的に低下することになる。逆に過疎地では幼児人口が減少し,保育所がなりたたないところもある。

児童の健全育成にとって大都市の環境悪化は,極めて不利であり,人口資質の向上といった面からは,各種の弊害の集積地であり,このため各地に人口と産業の分散策である地域開発が進んでいるが,こうした経済開発においては,生活環境を含めた医療,福祉面に対する十分な対策が立てられていなければならない。

そして大都市地域,過疎地域ともに,そこに生活する住民は,生活圏における人的連帯性を強め,近隣コミュニティをみなおすことが,医療,福祉サービスの確立に寄与し,それを育てることにもなるといえる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第4節 地域社会の変ぼう
2 地域社会への関心の回復

30年代半ばからみられた急激な人口移動等により,身近な地域社会における人口の結びつきも稀薄となる等生活の基盤である地域社会が大きな変ぼうをとげて久しいが,この地域社会の回復について,近年国民の関心は高まっており,魅力ある就業機会と豊かな生活環境及び自然環境を備えた新らしい地域社会を創造していくことが追求されようとしている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第4節 地域社会の変ぼう
2 地域社会への関心の回復
(1) 人口の地方分散化の傾向

3大都市圏への人口の流入が45年をピークにして鈍化の傾向をみせはじめたが,これを雇用動向調査報告における45年から47年までの地域別流入・流出状況でみると,第2-48表及び第2-21図のとおり労働力の3大需要地域における流入状況は,南関東では45年から46年にかけて流入率は急速な低下がめだった。また東海では年々低下しているが京阪神では年々上昇している。

一方流出状況をみると,3大需要地域からの流出が増えると同時に,主たる労働力供給地域であった北海道,東北,四国,南九州などで流出率が年々低下するという従来と異なった傾向がみられた。

第2-48表 地域別流入・流出状況

第2－48表　地域別流入・流出状況

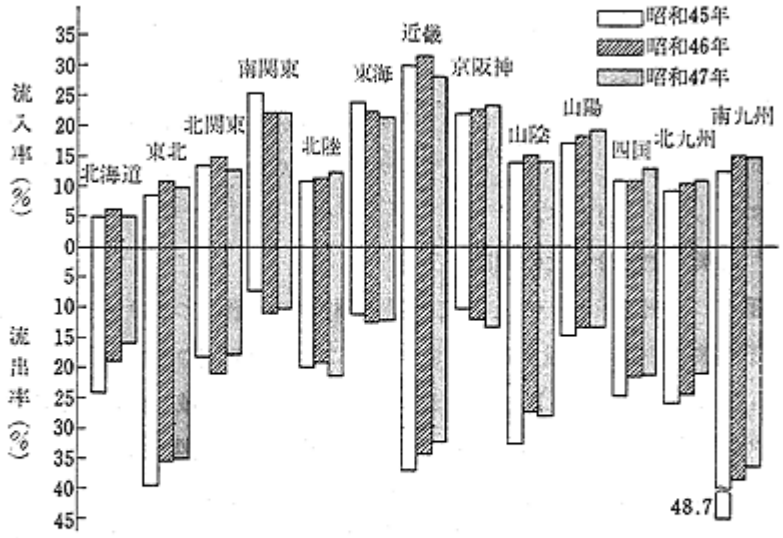
		北海道	東北	北関東	南関東	北陸	東海	近畿	京阪神	山陰	山陽	四国	北九州	南九州
流入率	45年	5.0	8.4	13.2	25.3	10.6	23.7	29.8	21.6	13.6	16.9	10.7	9.1	12.3
	46	6.2	10.6	14.7	21.9	11.2	22.3	31.4	22.4	14.6	17.9	10.7	10.2	14.6
	47	5.2	9.7	12.5	22.0	12.2	21.3	25.5	23.1	13.7	19.0	12.7	10.6	14.5
流出率	45	24.0	38.7	18.1	9.8	19.8	11.1	36.8	10.3	32.4	14.6	24.7	25.9	48.7
	46	18.8	35.2	20.8	10.7	19.2	12.5	34.3	12.3	27.3	13.2	21.4	24.3	38.1
	47	15.7	35.0	17.8	10.2	21.9	12.1	32.0	13.2	27.8	13.3	21.2	21.1	36.4
流入者に占める当該地域出身者の割合	46	66.4	84.2	52.7	3.5	62.1	10.7	24.7	5.9	78.4	34.6	72.1	64.5	82.0
	47	70.2	84.0	54.4	2.9	66.8	10.3	23.4	6.8	82.9	33.3	69.2	68.0	84.1

資料：労働者「雇用動向調査結果報告」

(注) 流入率$=\frac{B}{A+B}$　A：当該地域から当該地域に就職した者
B：他地域から当該地域に就職した者
流出率$=\frac{C}{A+C}$　C：当該地域から他地域に就職した者
当該地域出身者とは，義務教育終了時に当該地域に住所を有していた者

第2-21図 地域別流入・流出状況の年次推移

第２－21図　地域別流入・流出状況の年次推移



資料：労働省「雇用動向調査結果報告」

（注）　流入率＝B／(A＋B)　　A：当該地域から当該地域に就職した者
流出率＝C／(A＋C)　　B：他地域から当該地域に就職した者
C：当該地域から他地域に就職した者

次に,流入者に占める当該地域出身者の傾向をみると労働力供給地域では年々その割合が高まっており,いわゆるUターン現象を示している。

こうした傾向は,49年の住民基本台帳による人口をみても人口減少県が45年の25県から4県に減少し,近い将来その減少率からみても人口減少県はゼロとなる可能性を示唆していること,全国の町村部人口がはじめて増加に転じたこと等によっても裏付けされよう。

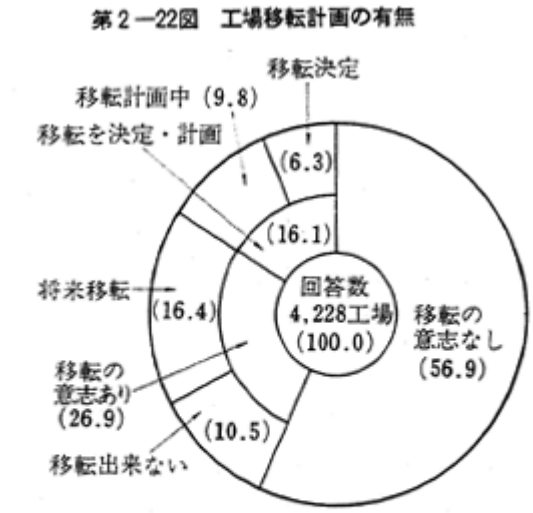
(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第4節 地域社会の変ぼう
2 地域社会への関心の回復
(2) 産業の地方分散化の傾向

大都市の過密対策の一環としての首都圏及び近畿圏における既成市街地における工業等の制限に関する法律により,これらの地域の既成市街地においては,工場の新規立地は規制されており,また,産業の地域的偏在によるアンバランスを是正し,各地域に適応した工場等の誘導促進を図ることをねらいとした工業再配置促進法は,近時,その効果を徐々にみせはじめている。

第2-22図は,東京電力が48年2月に行った東京都を中心とする工場過密地域を対象に行った工場移転の実態調査の結果であるが,これをみると移転を決定ないし計画しているところと移転の意思有りとしたところの計は,実に43%にのぼっている。

第2-22図 工場移転計画の有無



また,中規模以上の工場については,旧工場立地の調査等に関する法律(工場敷地面積9,000m^{2}以上若しくは建築面積3,000m^{2}以上の工場(ただし,新聞印刷,牛乳加工などの特定業種を除く。))によって,工場の立地に当たり届出の義務が課せられており,第2-49表はその44～48年度までの届出件数であるが,47年から48年にかけて全域において大幅な伸びを示している。なかでも,北海道,東北,中部,九州といった地域の伸びが著しいことは,工場の立地が広域的分散を示しはじめた現われである。

第2-49表 特定工場届出状況

第２－49表　特定工場届出状況

	44年度 ①	45 ②	46 ③	47 ④	48 ⑤	②/①	③/②	④/③	⑤/④
	件	件	件	件	件				
北海道	33	27	25	23	70	0.82	0.93	0.92	3.04
東北	81	70	54	64	128	0.86	0.77	1.19	2.00
関東(山梨県を含む)	289	201	131	162	228	0.70	0.65	1.24	1.41
中部	193	133	96	92	190	0.69	0.72	0.96	2.07
北陸(新潟県を含む)	40	56	44	33	62	1.40	0.79	0.75	1.88
近畿	120	147	73	71	136	1.23	0.50	0.97	1.92
中国	88	85	80	61	112	0.97	0.94	0.76	1.84
四国	31	31	33	25	36	1.00	1.06	0.76	1.44
九州(沖縄県を除く)	57	62	78	54	122	1.09	1.26	0.69	2.26
計	932	812	614	585	1,084	0.87	0.76	0.95	1.85

資料：通産省「特定工場届出件数集計表」

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第4節 地域社会の変ぼう
2 地域社会への関心の回復
(3) 人口と産業の地方分散化の要因

これまで,人口と産業の地方分散化の傾向をみてきたが,人口にみる分散化の大きな要因としては第2-50表,第2-51表にみられるとおり,経済的欲求がある程度充足されるに従って健康によいことや公害がなく自然環境に恵まれているということにより優先度を認めていることがわかる。

第2-50表 住みよい都市のイメージ

第2―50表　住みよい都市のイメージ

	1　位
総　数	1,874 (100.0%)
健康によい	(22.4)
自然的環境に恵まれている	(19.6)
収入が多い	(13.8)
公害が少ない	(7.4)
生活が便利である	(7.2)
生活にハリがある	(6.3)
物価が安い	(5.6)
子供の教育，養育によい	(4.1)
施設が完備している	(3.4)
良い人間関係がえられる	(2.6)
音楽，美術，演劇など文化生活が満喫できる	(2.2)
人間関係がわずらわしくない	(1.8)
住居が衛生的である	(1.2)
安全である	(1.1)
その他	(0.4)
通勤が楽である	(0.3)
わからない，無回答	(0.7)

資料：都市工学研究所（経済企画庁委託調査）「都市の市民意識構造に関する調査」（昭和46年）

(注)　回答は3項目であるが第1位に選んだ項目の順位である。

第2-51表 住みにくい都市のイメージ

第２－51表　住みにくい都市のイメージ

	1　位
総　数	1,874 (100.0%)
健康に悪い	(25.9)
公害が多い	(20.5)
収入が少ない	(12.3)
自然的環境に恵まれていない	(9.4)
物価が高い	(6.5)
生活が不便である	(6.5)
生活にハリがない	(3.3)
危険である	(3.1)
人間関係がわずらわしい	(3.0)
子供の教育，養育に不便である	(2.4)
施設が完備していない	(2.4)
住居が非衛生的である	(1.4)
人間関係が疎遠である	(1.2)
音楽，美術，演劇など文化的生活に欠ける	(0.6)
通勤難である	(0.2)
レジャーの機会が少ない	(0.1)
その他	(0.4)
わからない，無回答	(0.9)

資料：都市工学研究所（経済企画庁委託調査）「都市の市民意識構造に関する調査」（昭和46年）
（注）　回答は３項目であるが第１位に選んだ項目の順位である。

次に大きな要因として,人口の伸びが著しい地方大都市の45年の職業別就業構成比率をみると第2-52表 のとおり,生産運輸関係30～37%,販売サービス関係28～30%,事務技術管理関係34～40%となっており,45年には既に一業種に片寄ることなく多業種に平均して分布しており,形態の異る多種の選択の可能性に富んでいたことがわかる。このことは都市の魅力の重要な要素であり,これを地方大都市が有する以上過密弊害の多い大都市圏にまで出て来る必要性が乏しくなったといえよう。

第2-52表 職業別就業構成比率(45年)

第２－52表　職業別就業構成比率
(45年)

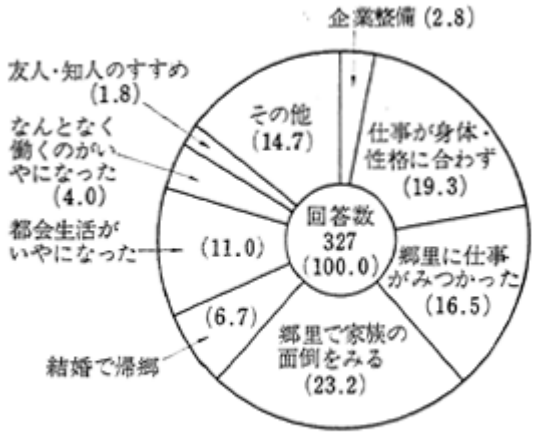
	①生産運輸関係	②販売サービス関係	③事務技術管理関係	④農林・漁業（分類不能産業を含む）	⑤総　数	①/⑤	②/⑤	③/⑤	④/⑤
	人	人	人	人	人	%	%	%	%
札幌市	154,565	138,660	167,130	10,800	471,155	32.8	29.4	35.5	2.3
仙台市	71,900	69,790	97,860	11,565	251,115	28.6	27.8	39.0	4.6
広島市	101,320	77,810	95,320	3,605	278,055	36.4	28.0	34.3	1.3
福岡市	120,100	121,165	140,190	16,095	397,550	30.2	30.5	35.3	4.0
計(平均)	447,885	407,425	500,500	42,065	1,397,875	31.2	34.3	27.9	3.3

資料：総理府統計局「国勢調査報告」

次に,Uターン現象による要因であるが,宮城県の実態調査における帰郷理由をみると,第2-23図 のとおりであるが,「郷里で仕事がみつかった」という回答が16.5%を占めているのが注目されるが,この背景として地方における産業基盤の整備が進んでいることがあげられよう。

第2-23図 Uターン労働者の帰郷理由

第２－23図　Ｕターン労働者の帰郷理由



資料：宮城県「還流労働力実態調査」（47年12月）
（注）（　）内の数字は％を示す。

また,秋田県における実態調査の帰郷理由結果をみると,第2-53表のとおり「郷里によい仕事がみつかった」が「家庭の事情」に次いで多いことでも裏付けされよう。

第2-53表 帰郷理由

第２－53表　帰　郷　理　由

（単位：人，％）

	計	①人員整理、合理化	②労働条件の相違	③人間関係が悪く	④影響公害作業、環境等の	⑤宿舎等厚生面が悪く	⑥結婚、養子になるため	⑦仕事が合わないため	⑧家をつぐ、両親をみるため	⑨郷里によい仕事がある	⑩予定であった外で働いて帰郷するはじめから数年は県	⑪その他
男	872	45	23	24	20	1	11	95	228	122	83	220
	(100.0)	(5.2)	(2.6)	(2.3)	(2.3)	(0.1)	(1.3)	(10.9)	(26.1)	(14.0)	(9.5)	(25.2)
女	1,518	23	24	50	30	3	172	167	211	196	216	426
	(100.0)	(1.5)	(1.6)	(3.3)	(2.0)	(0.2)	(11.3)	(11.0)	(13.9)	(12.9)	(14.2)	(28.1)
計	2,390	68	47	74	50	4	183	262	439	318	299	646
	(100.0)	(2.8)	(2.0)	(3.1)	(2.1)	(0.2)	(7.7)	(11.0)	(18.4)	(13.3)	(12.5)	(27.0)

資料：秋田県「Ｕターン現象（予備調査結果）」（49年１月）

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論―人口変動と社会保障―
第2章 我が国の人口をめぐる諸問題
第4節 地域社会の変ぼう
2 地域社会への関心の回復
(4) 新しい地域社会の創造

大都市圏への集中抑制と相まって人口や産業の地方分散化の進行が開始されており,過密・過疎化の両方にブレーキがかかる気ざしがみえている。このことは,まさに身近な地域社会に対する国民の関心が高まりつつあることを示しており,これに対応して魅力ある地域社会の整備のための施策を積極的に展開する必要がある。

それに成功して始めて身近な地域社会に快適な生活環境と豊かな自然環境を見出し,そこで安らぎとうるおいを享受することにより,これらに対する国民の期待と関心が定着し,更に新しい地域社会を形成する原動力を生みだすことになろう。

また,同時に週休2日制は,年々その普及率を高めており,完全週休2日制への移行もそう遠い日のことではない。

49年8月2日産業構造審議会の余暇部会の答申によると,昭和60年には勤労者の年間休日は155日になると予想される。このほか,身近で手ごろな余暇が重視されるようになり,家庭生活の重要性も再認識されかつプール,都市公園等身近な公共的施設の設置に対する要望が増す等が指摘されている。以上のような,国民の身近な地域社会への関心が高まり,地域社会とのふれあいの機会をより多く持つことは,善き隣人としての相互関係の定着,地域福祉のためのボランティア活動にも適切かつ多大な関心が向けられることが期待され,好ましい社会環境の下に豊かで安定した生活の享受へ大きな地歩が踏み出されよう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare