

内務省衛生局による死因統計－その成立過程と特徴

Causes of Death Statistics of Hygiene Bureau, Ministry of Interior: Process of Establishment and Characteristics

林玲子（国立社会保障・人口問題研究所）

Reiko Hayashi (National Institute of Population and Social Security Research, Japan)

1. はじめに

人口動態統計、とりわけ死因統計は SDGs 指標算出の基礎となる重要な統計であるが、未だに多くの中・低所得国で死亡登録の完全化が達成されていない（本プロジェクト平成 30 年度報告書、UN2018）。多くの国で、埋葬のために死亡の登録が法的に義務とはなっているもの、その数を統計として集計しているか、さらには死因を医師により判断するような制度があるか、という点で、今なお中・低所得国には多くのハードルがある。

一方日本においては、内務省衛生局とりまとめによる死因統計が明治 8 年（1875 年）から存在している。これまで死因統計の推移に関する解説の多くは 1899 年以降、つまり内閣統計局による人口動態統計に関するものに限られ（厚生省 1976、同 1980、同 1988、同 1999、同 2000、森他 2018）、人口動態統計以前については、内務省戸籍局が刊行する戸籍に基づく出生・死亡統計については少なからず分析が行われているものの、内務省衛生局の流れを汲む死因統計については、医制八十年史（厚生省 1955）や、木村（1985）で分析された以外は管見の限り見当たらず、森田（1941）が「その利用は他日に譲り」としたように、広く知られて利用されているとは言い難い。人口動態統計が始まった 1899 年から当然のようにすべての死亡についての死因が公表されていることは、現在のアジア・アフリカの状況と比べれば驚異的といえるものであるが、その源流には医制に基づき明治初頭から始まった医師による死因登録制度が寄与していると考えられよう。

医制は明治 7 年（1874 年）8 月 18 日に発布され、その第 45 条に「施治の患者死去する時は医師三日内にその病名経過の日数及び死する所以の原由を記し医師の姓名年月日を附し印を押して医務取締に出すべし」と定められた。その翌年明治 8 年 7 月から 12 月分の東京・京都・大阪の三府における死因別死亡数が本邦初の死因統計といえるものであるが、その 6 年後の明治 14 年には全国すべての死亡についての死因が判明するに至っている。本稿では医制発布からはじまった死因統計が明治 32 年（1899 年）に内閣統計局へ移管され「人口動態統計」と呼ばれるようになるまでの経緯を叙述し、どのように死因別死亡数が完全に登録されるようになったのか、なぜこのような死因統計制度の迅速な整備が可能であったのかを考察する。

II. 長与専齋の欧米渡航と死因統計の成立

日本における最初の死因統計は、明治 10 (1877) 年 12 月に刊行された衛生局第一第二報告のなかで、明治 8 年 7 月から 12 月まで 6 か月間、東京府、京都府、大阪府における死亡についてである。「病名」つまり死因として、熱諸病、呼吸機¹病、血行機病、消化機病、神経諸病、泌尿機生殖機諸病、皮膚諸病、雑病、梅毒、外科的病の 10 分類、年齢区分は 0～14、15～49、50 歳以上の三区分、性別に三府合計 8,594 名の死亡が掲載されている。同報告には次いで翌年分明治 9 年 1～6 月までの死因別死亡が全国に拡大された。熱諸病が熱性病、「機」が「器」、梅毒が黴毒に、といった微妙な書きぶりが変更されたが同様の 10 分類で、年齢区分は 15 以下、45 以下、46 以上、年齢不詳の 4 区分、性別、全国 43 府県別に合計 95,689 の死亡が掲載されている。全国人口 32,812,116、死亡比例人口(粗死亡率)は 2.92、各死因の構成割合がそれぞれ記載されているが、府県別人口、死亡率はなく、府県の統廃合が続いているため正確な人口が得られないためと欄外に注が書かれている。この年の戸籍による死亡数は年間 613,022 人であり、半年分で半分とするとその 31.2%の死因が判明していたことになる。

この衛生局第一第二報告の巻頭に緒言を書いているのは、初代衛生局長である長与専齋である。これに先立つ明治 4 年、長与は岩倉視察団の一員として欧米に渡り、米国、英国、フランス、ドイツ、オランダを訪問し滞在したが、そこで「国民一般の健康保護を担当する特殊の行政組織あることを発見」した(長与 1902)。これを「衛生事業」と名付け、明治 6 年に帰国してから医制の草案を作成し衛生局を立ち上げ初代局長として 18 年間勤務したのが長与であり、彼により日本の衛生行政の基礎が築かれたとされる。長与率いる衛生局は欧米の影響を直接的に受け、いち早く死因統計を作成したと考えられる。

長与の自伝には死因統計に関する直接的な記述はないが、彼が欧米に滞在する以前より、欧州では死因分類の標準化に関する議論が進んでいた。1853 年にブラッセルで開催された第 1 回国際統計会議において、英国人のウィリアム・ファーとスイス人のマーク・デスピンの国際的に採用すべき死因統計を作成するよう要請され、1855 年にパリで開催された第 2 回国際統計会議で二人から提出された死因分類リストを元に 139 分類の妥協案が採択された。その後 1864 年にパリで、ファーのモデルに添った案に改訂され、さらに 1874 年、1880 年、1886 年に改訂されている(WHO 2016)。長与が欧米に滞在していた 1871 年から 1873 年の間にこれらの情報に接したのであれば、1864 年のパリで採択されたファーのモデルであったと思われる。この 1864 年に採択された分類そのものは現在探し当てることはできていないが、デスピンの死因分類は表 1 に示されるようなものであった。

¹ 「機」は原文ママ。なお東京府の病名には血行機病が含まれておらず 9 分類である。

表 1 デスピンの分類とファアの死因分類

デスピンの分類 (d'Espine 1858)	ファアの分類 (Farr 1885)
<ul style="list-style-type: none"> ● 非病因死(causes non-morbides) <ul style="list-style-type: none"> ◆ 死産 (mort-nés) ◆ 先天性疾患 (débilité congéniale) ◆ 老衰 (décès par vieillesse) ◆ 外因死 (accidents extérieurs) ● 病因死 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 病因事故(accidents morbides) 心不全、脳卒中、出血による突然死 ◆ 急性疾患(maladies aiguës) 急性の脳炎、肺炎、胃腸炎、腹膜炎 感染症・・・ ◆ 慢性疾患(maladies chroniques) 炎症、体質的(diathèses) ● 原因不明 	<ul style="list-style-type: none"> ● I 分類: 伝染性疾患(Epidemic Endemic and Contagious diseases) ● II 分類: 体質的疾患(Constitutional diseases – Cachectici) ● III 分類: 局所的疾患(Local diseases – Monorganici) <ol style="list-style-type: none"> 1. 神経系(nervous system) 2. 循環器(organs of circulation) 3. 呼吸器(of respiration) 4. 消化器(of digestion) 5. 泌尿器(of urinary) 6. 生殖器(reproductive) 7. 運動器(locomotive) 8. 皮膚系(integumentary systems) ● IV 分類: 発育疾患(Developmental diseases – Metamorphici) ● V 分類: 暴力的な死・病気 (Violent deaths or diseases – Thanatici)

デスピンの分類は病因があるかないか、ファアの分類は解剖学的な部位別にみる、というもので、まったく異なるアプローチである。デスピンの分類は、現在の高齢者の死亡に老衰が多いように、病因がない死亡というものを区別したという意味で逆に現代的ともいえるが、当時採択されたのはファアの分類であり、それは今日の国際疾病分類につながるものである。

衛生局年報第一・第二報告に掲載された最初の死因分類は、その後(1879年)、(1884年)に改訂される(表2)。特に1879年から採用された死因分類は、明らかにファアの分類に近い。長与の欧米滞在により当時の世界的な死因分類がいち早く日本に取り入れられたといえるのではないだろうか。

表 2 衛生局年報における死因分類の変遷

第 1 期 明治 8(1875)~11(1878)年	第 2 期 明治 12(1879)~15(1882)年	第 3 期 明治 17(1884)~34(1901)年
熱諸病	流行病	傳染性病
	全身病	發育及榮養的病
神経緒病	神経系病	神経系及五官病
血行器病	血行器病	血行器病
呼吸器病	呼吸器病	呼吸器病 うち肺病
消化器病	消化器病	消化器病
泌尿器生殖器諸病	泌尿及生殖器及婦人病	泌尿及殖器病
	小児病	
皮膚緒病		皮膚及筋病 骨及關節病
梅毒	皮膚病及梅毒	
外科的病	外科的病及外傷変死	外傷性変死
雑病		中毒病
病名不詳	病名不詳	原因不詳

III. 現場医師への伝達

長与専齋が欧米の情報をいち早く取り入れたとしても、それが実際に現場で働く医師たちにどのように伝達されたのであろうか。医制第 45 条にあるように、医師は病名、経過日数、死因を医務取締に提出しなければならなかった。明治初期に山口県で村医師をしていた父の資料を元に当時の死因登録と死因分類について紹介している長谷川(1959)によれば、明治 11 年 12 月 10 日、「死亡届取扱方」という布達が山口県令より発せられ、死亡届の作成と届け出の流れが記されている。死亡当日医師は死亡届を作成し、家人に渡し、家人は戸長に出し、戸長は 1 か月分をまとめて医務取締に提出、医務取締は医師人名表を添え年 4 回県庁に提出、その後県庁から内務省に提出、という流れになっていた。現在、医師から直接保健省など当局に死亡届を出す、つまり家族を通さない国も多い中、日本における家族による死亡届の原型は、ここにあるのだとわかる。

この死亡届取扱方には、死亡届の様式と病名表が付されていた。病名表は、表 2 の第 2 期の 10 分類ごとに、漢方と洋方の細かい病名が記述されているものである(表 3)。この病名表により、漢方・洋方の医師の見立てが欧米発の死因分類へと変換され、死因統計へとつながることとなる。

表 3 医制施行時の病名表

死因分類	洋方	漢方
流行病	虎列羅, 秩扶斯, 泰裴土熱, 赤痢, 天然痘, 麻疹, チフテリア, 百日咳, 格魯布, 猩紅熱, 間歇熱, 水痘, 脚氣, 羅斯	傷寒, 瘟疫, 熱病, 神經熱, 丹毒, 瘧疾, 馬脾風, 咳痢, 黃熱, 疥疹熱, 伝染疫, 腐敗熱, 充血熱, 腸胃熱, 時疫, 暴瀉病, 遷延熱
全身病	瘰癧, 貧血病, 痛風, 癩麻質斯密尿病, 尿毒症, 萎黃病, 佝僂病, 失苟兒倍苦	【火欣】衝熱, 結毒, 惡液疾, 歷節風, 老衰病(枯勞), 水腫, 天稟薄弱(又虛弱), 血虛, 痼疾, 消削病, 風水病, 中濕, 傷冷毒, 風毒, 内傷病, 關節【火欣】衝, 結核, 脾疔, 骨節炎, 失血症, 鶴膝
神経系病	中風, 腦炎, 腦膜炎, 腦充血, 癲癇, 麻痺, 腦軟化, 脊髓炎, 的答尼斯, 結核性腦膜炎, 腦水腫, 眩暈, 癲狂, 日射病	中暑, 卒厥, 頭痛, 痿躄病, 腰痛, 腦漏, 精神錯乱, 顔面痛, 癩勞, 卒中, 神經痛, 垂留箇保中毒, 健忘怔忡, 半身不遂, 急癇, 瘳攣, 鮮顛, 腦脉越謨蒲利症, 癩症, 腦髓血虛, 瘳癧, 頭瘟病, 舞蹈病等
血行器病	心臟神經痛, 心内膜炎, 心包炎, 心膨大, 心弁膜症, 動脈瘤, トロンボジス, エンボリズム, 心包水腫	心臟破裂, 心動悸, 心臟麻痺, 静脈瘤, 心臟脂化
呼吸器病	気喉炎及潰爛, 気管枝炎, 肺充血, 肺炎, 喘息, 咯血, 胸水, 声隙水腫, 胸膜炎, 肺勞, 肺氣脹	肺癰, 虚勞, 痰飲, 肺臟卒中, 勞役感冒, 風勞, 肺痿, 気管枝瘳攣, 辛格比, 咽喉締毒, 衄血, 胸痛, 纏喉風, 聖京偃, 声門瘳攣, 結胸骨蒸熱, 咳嗽
消化器病	胃炎, 胃潰瘍, 腸炎, 腸加多兒, 腹膜炎, 腹水, 肝炎, 肝臟硬結, 胃弱, 疝痛, 肝臟充血, 黄疸, 腸管壅塞, 胃軟化, 吐血, 痔疾霍乱, 蛔虫, 耳下腺炎, 扁桃腺炎	不痢, 中寒, 支飲, 痔漏, 條虫, 癩聚, 寒疝, 腸管膜漏, 両便閉, 腸胃衰弱, 食道狭窄, 胃加多兒, 脾勞, 嘔吐, 完穀下痢, 舌根癌腫, 胃血, 脾臟肥大, 癩囊, 腸管膜癌腫, 黒物吐下病, 脱肛, 鉛毒疝, 胆液熱, 飲食傷, 溜飲, 痰液下痢, 肝臟肥大, 口内病, 浴崩下痢, 門脉【火欣】衝, 口内潰瘍, 胃【食曹】雜, 膈噎, 反胃, 胃管及賁門狭窄, 腸結核
泌尿及生殖器及婦人病	膀胱炎, 膀胱結石, 腎臟出血, 摂護腺肥大, プライト病, 腎炎, 子宮炎, 子宮兼腹膜炎, 卵巢腫瘤, 子宮出血, 子宮腫瘤, 半産, 産后出血, 産后白腫, 妊婦蛋白尿, 妊婦尿毒症, 妊婦惡阻, 産婦搐掣, 蓐熱, 産婦癲狂, 産婦腹膜炎, 月經閉, 帶下, 痲疾, 尿閉	血塊, 消渴病, 蓐勞, 血症, 子宮瘳攣, 卵巢【火欣】衝, 卵巢水腫, 遺精, 膀胱加多兒, 胞衣不下, 鼓脹

小児病	初生肺萎, 蒼身病, 稟賦畸形, 臍出血, 鎖肛, 初生児黄疸, 非常出産, 驚口瘡, 遺伝黴毒, 吐乳, 牙関緊急	驚風, 臍風, 肺不全膨脹, 遺毒, 走馬牙疳, 重舌, 疳疾, 鎖陰, 瘡毒, 栄養不給, 生齒熱, 乳糜利
外科的病及外傷変死	火傷, 打撲頭蓋骨傷, 打撲脳震盪, 創傷, 腐骨疽, 潰瘍, 水脉腺炎, 癰或疔, 箆頓腸墜, 溺死, 溢死, 中毒, 膿毒症, 眼病, 壞疽, 乳癌, 癌腫, 瘤, 舌疽, 辜丸壞疽	流注瘡, 耳病, 骨曹風, 骨膜炎, 乳癰, 陰狐疝, 懸癰, 咬傷, 癆疾, 囊癰, 恐水病, 腎癰, 失栄, 河豚中毒, 腐牙癰, 癩疽, 膝蓋骨炎
皮膚病及梅毒	癩, 梅毒	赤遊風, 楊梅瘡, 疥癬, 腎囊風, メラース, 凍瘡

出典: 長谷川 (1959)

衛生局第一・第二報告には、死因別死亡数だけではなく医師や医務取締（地方衛生吏）の数も記されている。明治8年度、医師は漢方洋方あわせて全国に23,284名、医務取締は484名、明治9年度は医師31,268人、医務取締は562人とある。医師数は現在の1/10程度であるが同年の日本総人口は32,812,116人で、人口千対医師数は1.0名、ちょうどWHOが最低水準とする割合に達している（WHO²）。そのため、明治初頭でも、医師が死亡診断を行えるような体制であったといえる。一方医務取締は、医師程数が必要であるわけでもないだろうが、衛生局第一・第二報告には、「費用の障害と適任の吏員に乏し」いために、医師や区戸長、学区取締に兼任させたりしていたとあり、衛生行政の実施に資する人材が不足していたことがわかる。

衛生行政という意味では明治初期はまだ黎明期であったが、医師の数からみた医療システムは、すでにある程度成熟していたといえ、医療システムの成立過程をみるのであれば、明治初期ではなく江戸時代まで遡ってみる必要があるだろう。

IV. 死因統計カバー率の推移

衛生局年報に掲載されている死因別死亡は、医師が作成した死亡届を元に内務省衛生局がとりまとめたものであるが、その総数と、内務省戸籍局とりまとめによる戸籍上の死亡数を比較したものを表4に示した。これをみると、明治8年時点では東京・京都・大阪三府で戸籍に登録された全国の死亡数の2.6%についての死因登録であったものが、明治9年には31.2%、明治11年には67.9%、統計開始からわずか6年後の明治14年後半では110.0%に達している。衛生局の死因別死亡数は、明治14年まで7月から翌年6月までの総数であるが、戸籍局の死亡数は1月から12月までで、カバー率はその違いを無視して算定してい

² Density of physicians, https://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density_text/en/

るため、おおまかな目安と考えるべきであり、明治 14 年の後半のカバー率が 110%を超えるのは死亡数の年内変動のためと思われる。翌明治 15 年には衛生局の年次も 1 月から 12 月に改変され、戸籍局の年次と一致し、カバー率も 99.3%とほぼ 100%に近い。このことから、明治 14 年の後半にはフルカバレッジになったといえる。

表 4 死因統計のカバー率

和暦	西暦	戸籍局 死亡数(a)	衛生局死亡数					カバー率 (b/a) ³⁾	備考	
			From		To		月数			死亡数(b)
明治 8 年	1875	654,562	1875	7	1875	12	6	8,594	2.6%	三府
明治 9 年	1876	613,022	1876	1	1876	6	6	95,689	31.2%	全国
明治 10 年	1877	620,306	1876	7	1877	6	12	345,295	55.7%	全国
明治 11 年	1878	603,277	1877	7	1878	6	12	405,931	67.3%	全国
明治 12 年	1879	721,147	1878	7	1879	6	12	449,793	62.4%	全国 ¹⁾
明治 13 年	1880	603,055	1879	7	1880	6	12	577,122	95.7%	全国 ²⁾
明治 14 年	1881	686,064	1880	7	1881	6	12	600,636	87.5%	全国
			1881	7	1881	12	6	377,406	110.0%	全国
明治 15 年	1882	668,342	1882	1	1882	12	12	663,390	99.3%	全国

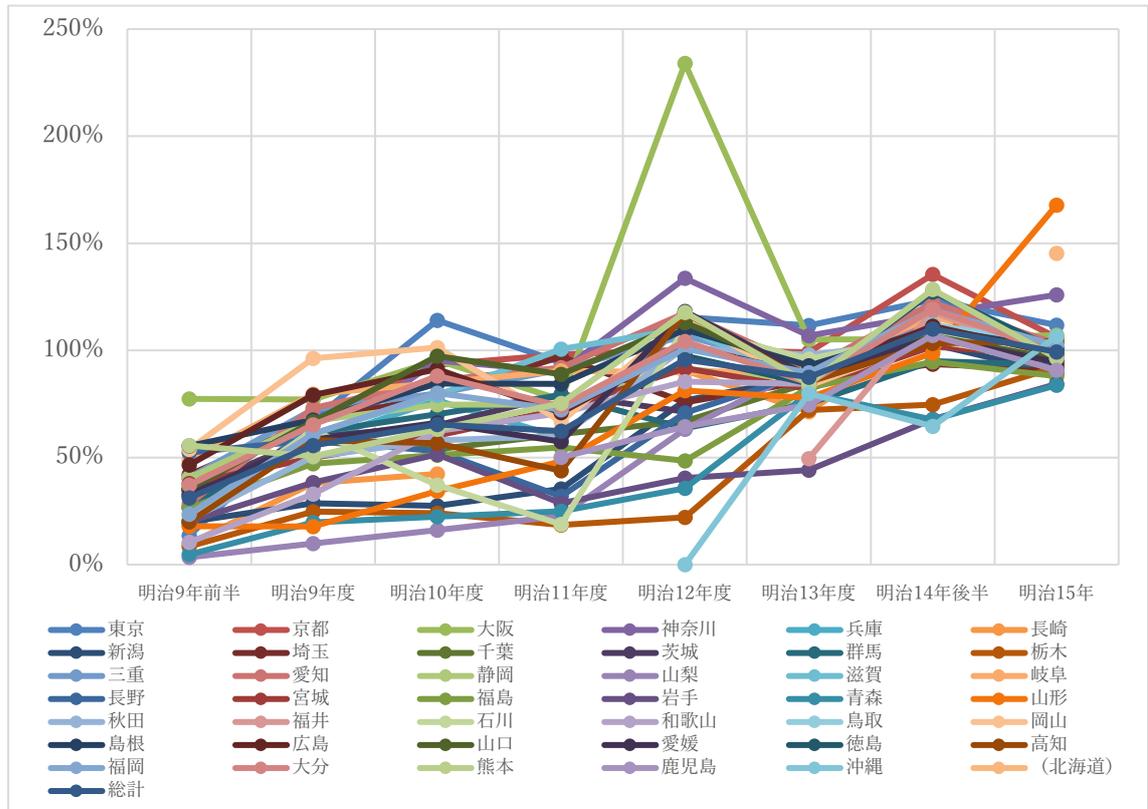
注: 1)長崎県・北海道を除く、2)北海道・沖縄除く、3) 死因統計死亡数の月数が 6 カ月の場合は戸籍死亡数を半数として算定

出典: 戸籍局死亡数は内務省戸籍局日本全国戸籍表 (戸口表/人口表)、衛生局死亡数は衛生局年報各年

全国でみると一律にカバー率が上昇しているように見えるが、府県別にみるとその上昇は必ずしも一様ではない。府県別死因統計カバー率の推移をみると (図 1) 全体的に右肩上がりではあるものの、早い段階から岡山県や東京都で 100%を超えており、また明治 12 年度には大阪府で非常に高い (234%) カバー率となっている。これは、医師の死亡届が急増した訳ではなく、戸籍の死亡数とその年極端に少ないことが理由である。戸籍による死亡数は戸籍の整理などにより影響されることもあるかもしれない。また概ね都市部のカバー率は高い、つまり都市部では戸籍死亡数よりも医師による死亡届の方が多。これは、移動の影響を受け、衛生局の死亡統計は死亡地で登録され、戸籍局の死亡統計は本籍で登録されることによると考えられる。そうであれば、衛生局の死亡統計はより現状を反映した統計である可能性がある。概ね東日本は死因統計カバー率が低く、西日本は高い傾向がある (図 2)。これは医師の数に応じた傾向かもしれない。

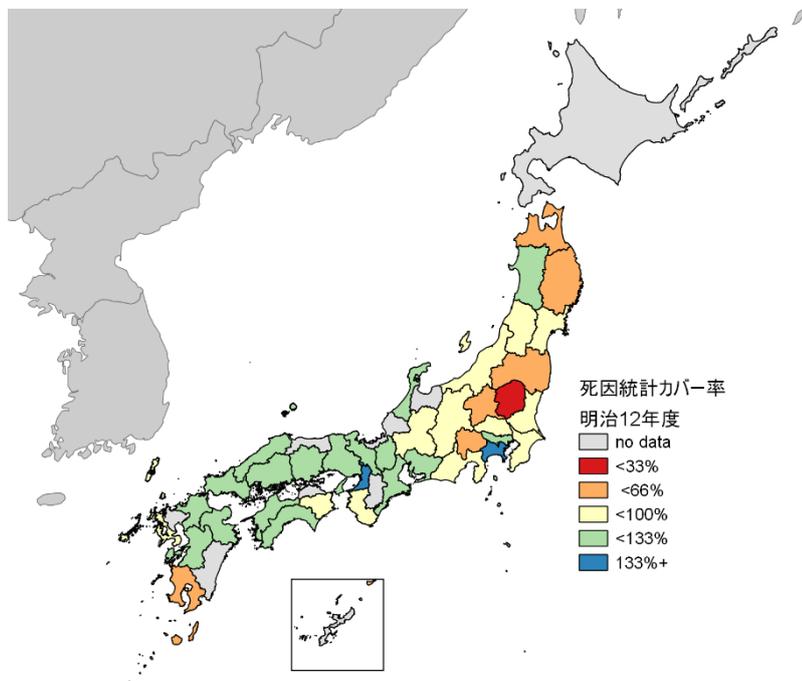
明治 10 年度、12 年度、14 年後半は高く、その翌年は低い傾向があるが、これはカバー率算定の分子分母の期間のずれや、西南戦争 (明治 10 年)、コレラの流行 (明治 12 年) など、死亡数の激しい変動をもたらす要因も考慮する必要がある。今後の精査が必要である。

図 1 府県別死因統計カバー率の推移



出典:

図 2 死因統計カバー率 (明治 12 年度)

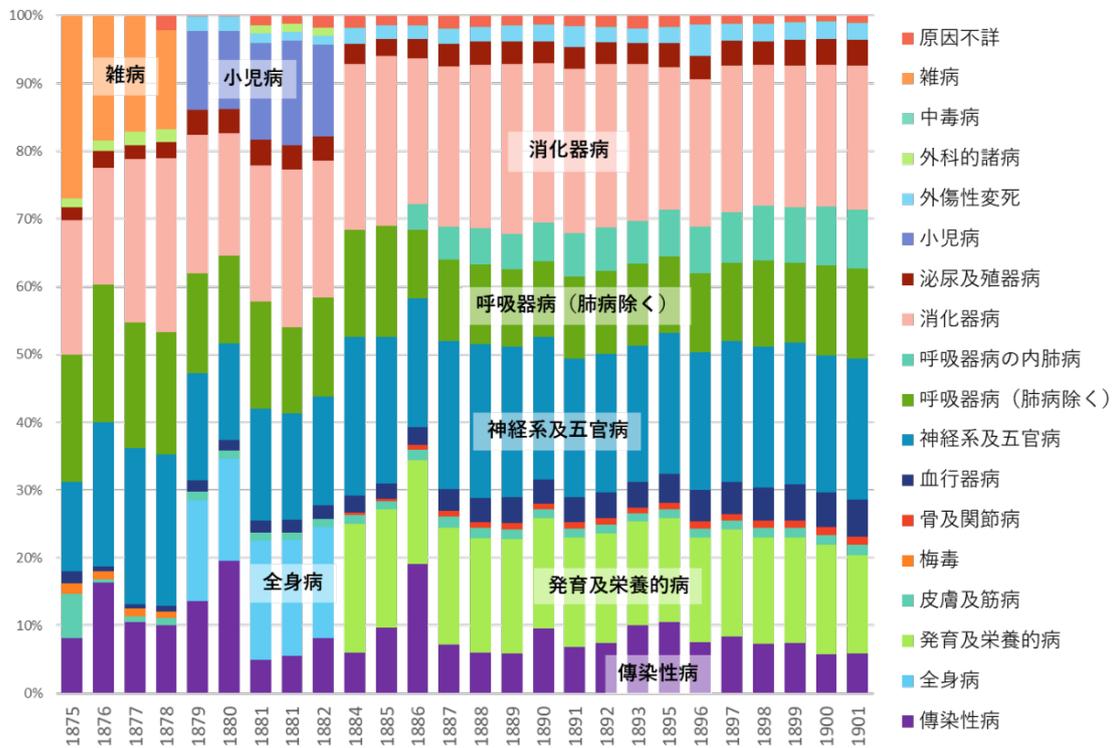


V. 死因別死亡数の推移

死亡のほぼ全数がカバーされるようになった明治15年(1882年)の死因をみると、第1位の死因は消化器諸病で全体の20.1%を占め、次いで全身病(16.4%)、神経系諸病(16.1%)、呼吸器諸病(14.6%)、小児病(13.5%)の順になっている。また、60歳以上高齢者の死亡は全死亡の30.2%しか占めていなかったが、その年齢層の死因で一番多いのは全身病(33.7%)、次いで神経系諸病(21.9%)、消化器諸病(20.9%)、呼吸器諸病(13.4%)となっている。脳卒中などはあるいは神経系諸病に含まれていたのかもしれないが、悪性新生物も分類にはなく、また心疾患を含むと思われる血行器諸病の順位は低く全体の1.4%を占めるのみであり、高齢者の死亡の様相もかなり現代とは異なっているようであるが、それが実際の死因が違うことによるのか、それとも診断の可否や死因分類の在り方に起因するものであるかはわからない。

明治8(1875)年から明治34(1901)年までの死因割合の推移をみると(図3)、表2の第2期にあたる1879年から1882年において、全身病と小児病というカテゴリがあり、その前後と比較不可能となっているなど、推移をみるのは難しいが、全期間を通じて消化器病が多く、ついで神経系及五官病が目立つ。一方伝染性病は非常に限られている。Omran(1971)が唱えた疫学転換は感染性疾患から慢性疾患に転換する、ということであり、日本においても結核が第一の死因であった1950年以前まではその前段階の感染性疾患が卓越する状態にあるといわれていたが、明治時代における伝染性病の死因割合は小さい。別掲されている肺病を含めてもそうである。

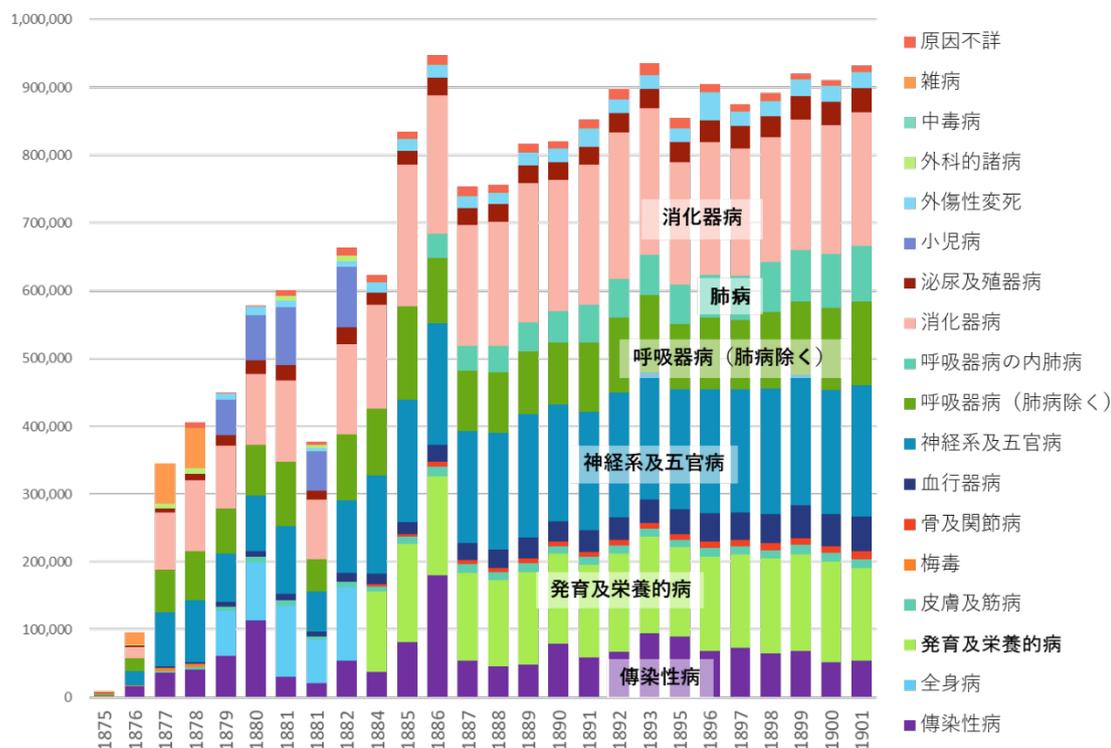
図 3 死因割合の推移（全年齢）



出典: 衛生局年報

図 3 と同じデータを、構成割合ではなく死亡数の推移としてみると（図 4）、カバー率が 100%に達した明治 14(1881)年以降 1885、1886 年で伝染性病の増加に応じて死亡数がやや激しく増加しているが、基本的に死亡数が増加するなか、伝染性病や発育及栄養的病は右肩上がりの傾向は示していない。それ以外の主要な死因、つまり消化器病、神経系及五官病、肺病を含む呼吸器病の増加が死亡数の増加につながっているようである。

図 4 死因別死亡数の推移（全年齢）



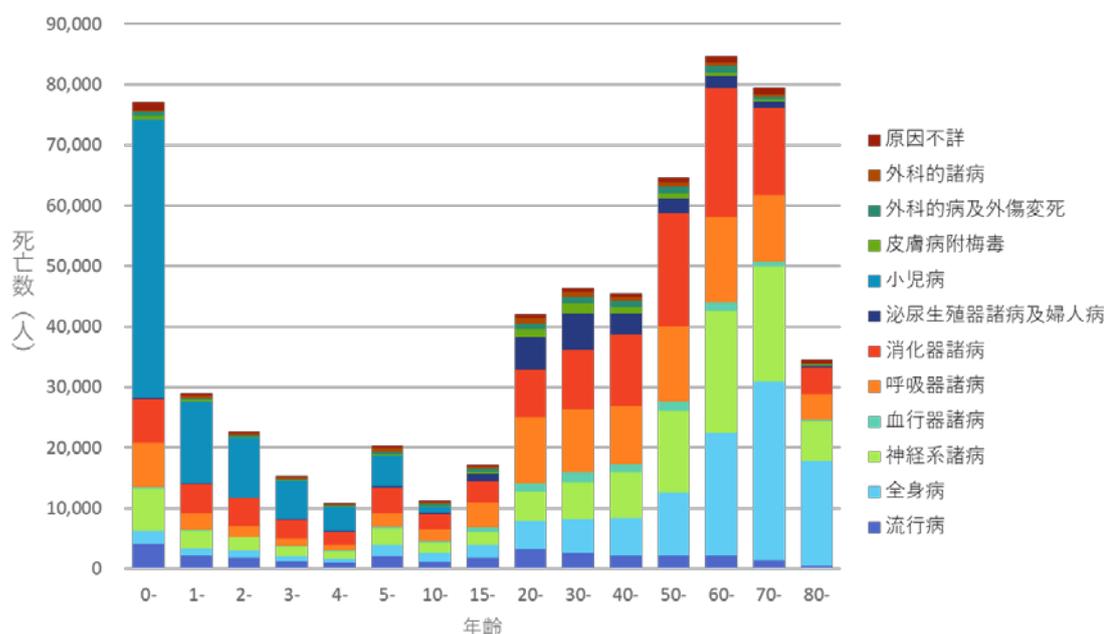
出典：衛生局年報

衛生局年報では、死亡数を府県別に、また年齢別に集計している。その年齢区分は年により異なっており、1875年から1878年にかけては、15歳、50歳などで区切った年齢三分区であったが、1880年から1882年では10歳階級、1891年から1901年までは各歳で集計されている。1880年について年齢別死因別にみると（図5）、幼児（0歳児）死亡が非常に多く、当然ではあるがその主要な死因は小児病である。また高齢になるほど全身病が多くなっており、これは今でいう老衰に相当するのだと思われる。また神経系諸病は認知症、呼吸器諸病は肺炎に相当するとも考えられ、高齢の死亡様相は明治期も現在も似ていたのかもしれない。ただし、消化器諸病が現在でいう何に相当するのかは判然としない。衛生局の死因分類には悪性新生物というものはなく、また表3に示した病名表にも、洋方においては乳癌と癌腫は外科的病及び外傷変死に分類されている。日本人に多かった胃癌などは、そうとは診断されずに死因は消化器諸病とされていた可能性もある。

癌（悪性新生物）による死亡は、そのように診断されなければ死因統計に計上されない。例えば現在のマレーシアでは、医者が死亡登録をする場合は死因が癌の割合が多いが、そうでない場合の癌が死因である割合は低い（林 2019）。また米国において悪性新生物による

死者が減少しており、これは喫煙者の減少によるとされているが (CDC³)、寿命が縮んでい
る米国で、風邪で病院にいくだけで5万円程度出費しなければいけない医療システムの中、
悪性新生物を持っているが受療できておらず亡くなっているケース、つまり、悪性新生物と
診断できずに亡くなっているケースが増えていることも考えられないだろうか。

図 5 年齢別死因別死亡数 (1880 年)



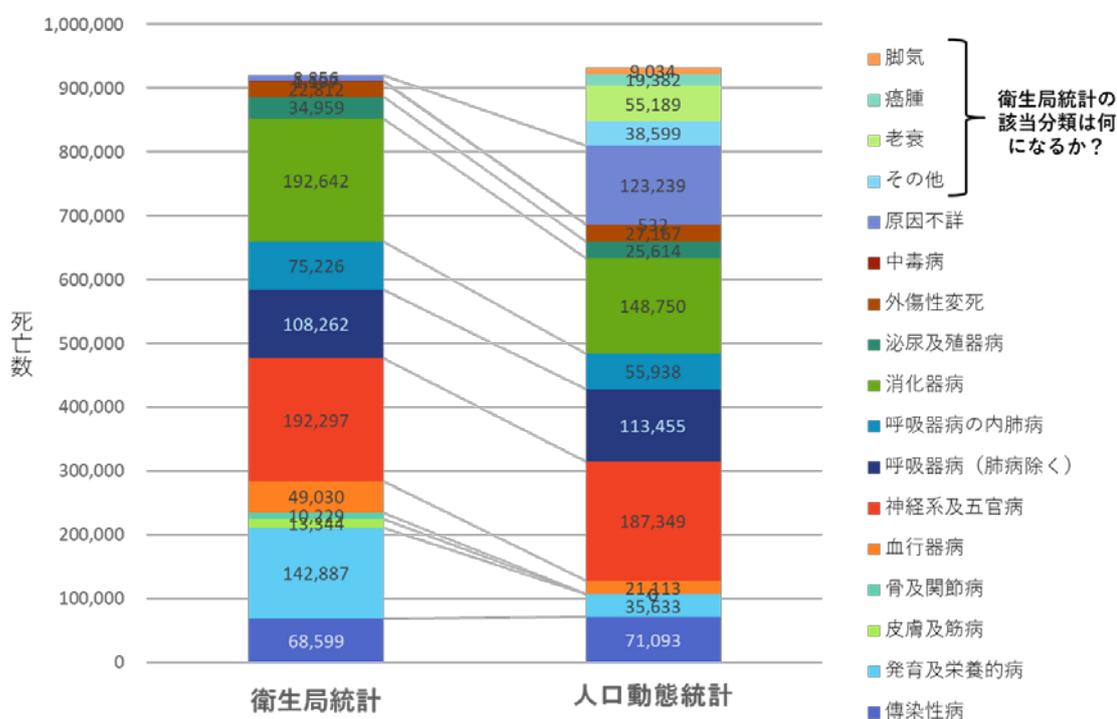
出典: 衛生局年報

VI. おわりに

1899 年に内閣統計局により、国際疾病分類に基づいた死因分類 (47 分類) により死因別
統計が公表されるようになって、衛生局は 13 分類のまま公表を続けている。1899 年にお
ける内閣統計局による死亡総数は 932,087 人で、衛生局による 920,340 と若干異なる。ま
た、死因別死亡数も一致しない (図 6)。なぜ並行して衛生局は死因統計を公表し続けたの
かは現在のところ不明である。

³ Centers for Disease Control and Prevention, US, <https://www.cdc.gov/media/releases/2019/p0530-annual-report-cancer-mortality.html>

図 6 衛生局統計と人口動態統計との比較（1899 年）



この並行して同様な統計が異なる部局から公表される、という現象は、現在でも日本ではよくみられることである。例えば自殺統計は人口動態統計と警察統計が、災害による死亡者数は人口動態統計、警察統計、消防統計が、人口数は国勢調査、住民基本台帳、戸籍に基づく人口数が、それぞれ別個に、また数値も一致せず並行して存在している。公的統計としての是非に関する議論はあるとしても、ある意味でそのような、一旦制度となった統計がそのまま継続する、という現象は日本特有の現象であるともいえるだろう。

本稿では明治初期からの死因統計制度の構築と、死因統計の特色について記述した。今回は死亡数と全体の死亡における死因の構成割合についての分析に限ったが、死亡率や性別による差など、まだ多くの分析項目が残されている。

※本稿は香川大学（香川県高松市）で開催された日本人口学会第 71 回大会にて 2019 年 6 月 2 日に行った報告を元に執筆した。報告時に貴重な質問・コメントをいただいた。また文中、旧字体文章の引用は現代文に改めている。

文献

- 木村正文 (1985)「わが国における 1900 年以前の死因別死亡の推移」『公衆衛生院研究報告』第 34 巻, 第 1 - 2 号, pp.11-25.
- 厚生省医務局 (1955)『医制八十年史』大蔵省印刷局
- 厚生省大臣官房統計情報部編 (1974)『厚生統計 25 年の歩み』
- 厚生省医務局 (1976)『医制百年史』
- 厚生省大臣官房統計情報部 (1980)『厚生省統計情報部 35 年史』
- 厚生省五十年史編集委員会 (1988)『厚生省 50 年史』厚生問題研究会
- 厚生省大臣官房統計情報部 (1999)『統計情報部 50 年史』
- 厚生省大臣官房統計情報部 (2000)『人口動態統計 100 年の歩み』
- 総務庁統計局 (1988)『日本長期統計総覧』、(財)日本統計協会
- 長与専斎 (1902)『松香私志』(長与専斎自伝)、校注 小川鼎三・酒井シヅ、東洋文庫 386、平凡社
- 長谷川卒助 (1959)「明治初期の死因分類」『厚生 の 指 標』1959 年 9 月号、pp.24-28.
- 林玲子 (2019)「東アジア・ASEAN 諸国の死因統計の整備状況について」『東アジア、ASEAN 諸国における UHC に資する人口統計システムの整備・改善に関する総合的研究』平成 30 年度 総括研究報告書(研究代表者 鈴木透)』
- 森桂, 及川恵美子, 阿部幸喜, 中山佳保里 (2018)「WHO 国際統計分類の歴史と ICD-11 の国内適用に向けて」『保健医療科学』Vol.67, No.5, p.434-442.
- 森田優三 (1944)『人口増加の分析』日本評論社
- Espine (d'), Marc (1858) *Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée*, Joël Cherbuliez, Paris.
- Farr, William (1885) *Vital Statistics*, Offices of the Sanitary Institute.
- Omran, Abdel R. (1971) "The Epidemiologic Transition - A Theory of the Epidemiology of Population Change" *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 49, No. 4, Part 1, pp. 509-538.
- UN (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division) (2018) *Civil Registration and Vital Statistics*, <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/crvs/>.
- WHO (World Health Organization) (2016) "6. History", International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Volume 2, Instruction manual, Fifth edition, pp.191-202.