

人口統計・保健統計（テキスト第2章）

中澤 港（公衆衛生学准教授：nminato@med.gunma-u.ac.jp）

2011年5月16日

1 予備知識と背景知識

1.1 健康水準について

ある集団の健康の程度をモノサシ（健康が単純な数直線に表せるようなものではない以上、本当にモノサシになっているのとは良く吟味する必要があるし、単一のものさしでは不十分なことは明らかだが）として、死亡率、平均余命、有病割合などを使うことがある。これらのモノサシを健康指標と呼び、健康指標の目盛りで示される健康の程度を健康水準と呼ぶ。集団間の比較や公衆衛生活動の成果の評価に使われる。

1.2 いろいろな健康指標のきわめてラフな説明（cf. 疫学，疾病統計）

母子保健のところでも述べたが、**指標値は分母が何で分子が何かを明確にすることがきわめて重要。**

罹患率 疫学的には観察人時当たりの新規罹患患者数を意味し、単位は（1/時）である（時は年または月）。しかし保健統計上は人口10万に対する1年間の新発生の（届出）患者数を意味する。届出による全数把握ができる疾患について得られる。

有病割合 ある集団を一時点で調べたとき、そのうちのどれだけの割合の人がある疾病をもっているかを示す値である。割合なので次元はない。保健統計上は、ある病気がある集団のある1日にどれほどあるかを人口千対で示したものである。国民生活基礎調査で有訴者率、通院者率、生活影響率に分けて得られる。

受療率 どのような病気の患者が何人、診療所や病院で医療を受けたかを示す値である。患者調査で得られる。

粗死亡率 ある集団の1年間の死亡数をその年の人口で割り、人口千対の数値で表したものである。人口動態統計で得られる。

年齢調整死亡率 高齢者が多い集団では相対的に粗死亡率が高めにできるので、人口の年齢構成が異なる集団間で死亡率を比較するときに、基準となる人口を決め、その年齢構成を重みとした重み付き平均としての（直接法）年齢調整死亡率を求めると役に立つ。日本では1990年以降、1985年日本人口を基準人口として使っている。人口動態統計で得られる。

乳児死亡率 ある地域集団の出生千に対する1年間の1歳未満の死亡数である。死産は分母に含めない。母子保健の水準を示す指標として重要。人口動態統計で得られる。

平均余命 年齢別死亡率のデータを元にして生命表により推定される、 x 歳の生存者が平均して後何年生きられるかの期待値を x 歳平均余命という。平均寿命はゼロ歳平均余命。簡易生命表は推計人口による日本人人口や人口動態統計月報年計（概数）をもとに毎年作成。完全生命表は国勢調査による日本人人口（確定数）や人口動態統計（確定数）をもとに5年ごとに作成^{*1}。

死因別死亡率 人口10万に対する1年間のある死因で死亡した人の数。日本では1981年以降は、一貫して悪性新生物死亡率がトップ。人口動態統計で得られる。

1.3 世界と日本の人口史

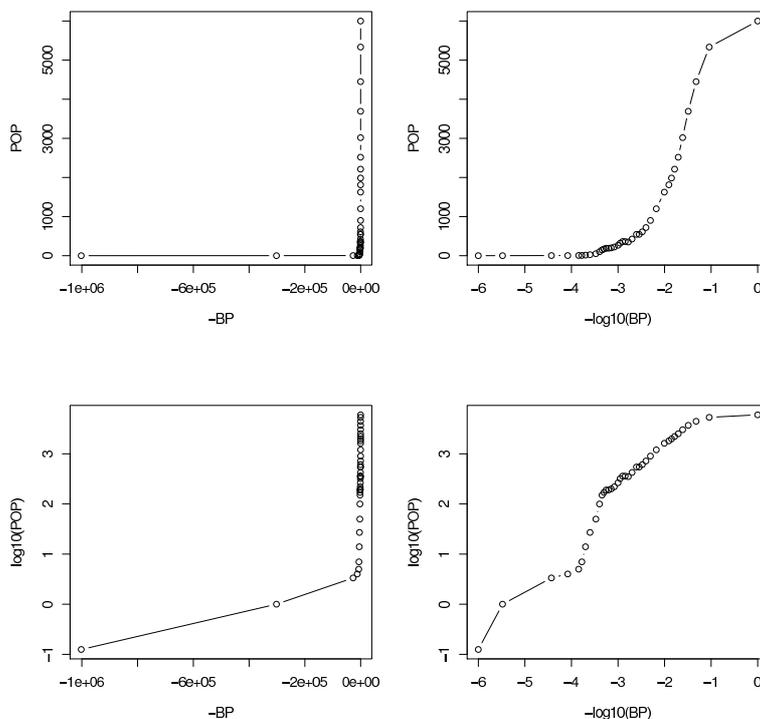
人口は環境・技術・社会によって規定されるので、世界人口の変化を両対数で表すと3段階の階段状に見える（Deeveyの階段と呼ばれる）。それぞれ、狩猟採集時代の階段、農耕牧畜が始まってからの階段、産業革命以降の階段に相当する。

日本人口については縄文から弥生になると稲作農耕の開始と渡来人の流入により急増したが、室町、戦国、江戸時代はそれほど増えず、明治維新とともに産業革命・富国強兵によって急増し、戦後すぐにも人口爆発が心配されるほど急増し計画出産が推奨されたが、その後は急激に少子化が進み、人口減少が始まっている。

*1 最新：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life09/index.html>

日本列島の人口潮流^{*2}や、鬼頭宏『人口から読む日本の歴史』（講談社学術文庫）が参考になる。ただし縄文人口については、最近新たな知見がいろいろ得られている。

世界人口は1987年に50億人を超え、1999年に60億を超え、2011年秋には70億人を超えると発表されている。途上国や宗教原理主義の人々はまだ人口増加が激しいが、先進国は停滞、日本では減少に転じ、東アジア諸国は遠からず減少フェーズに入るので、世界人口の増加はかつて予想されたよりは緩やかである。



2 概要

公衆衛生政策を立てたり活動を行なうためには、集団の特性（背景、生活、経済、罹患、有病、出生、死亡等の状況）の把握が不可欠である。これらの情報は、保健統計として数量的に把握される。

保健統計の多くは、人口当たりの数で表されるため、ベースとしての人口統計を調査することも必須である。分母を調べるのが国勢調査である。人口動態統計は人口統計ともいえるし、保健統計ともいえる。

多くの保健統計には法的な根拠があり、総務省、文部科学省、厚生労働省など所掌官庁が異なる。そのうち、厚生労働省所管の保健統計の主なものについては、「我が国の保健統計」^{*3}という形で年次報告が作られている。

「集団の特性」といっても、国、都道府県、保健所管内、市町村のどの水準でまとめられた統計数値かによって、注目している集団が異なることに注意すべきである。調査期間やサンプリング方法にも注意を払わねばならない。

例としては、国勢調査、人口動態統計、患者調査、医療施設調査、医師歯科医師・薬剤師調査、病院報告、受療行動調査、国民健康・栄養調査、出生動向基本調査などが有名である。他にも多くの調査がある。

3 国勢調査

- 代表的な人口静態統計（ある一時点における人数と各個人の属性（＝人口静態）を調べて集計する）である。
- 統計法第4条で定められた義務調査であり、調査対象者は調査に答える義務がある。個人情報保護法の適用除外となっていない。国は調査項目を公表しなければならない。
- 目的は、人口・世帯の実態を把握し、各種行政施策の基本資料を得ることである。

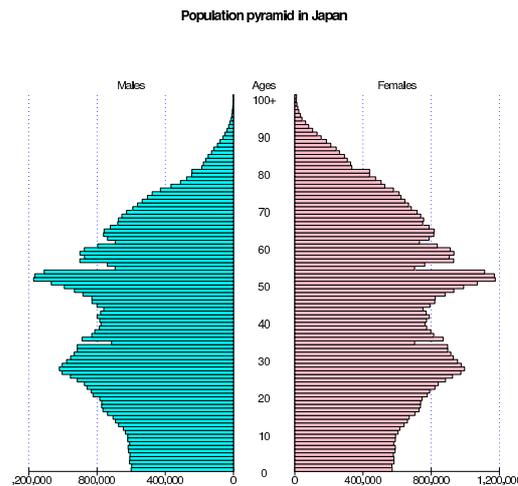
^{*2} <http://phi.med.gunma-u.ac.jp/humeco/anthro2000/>

^{*3} <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/national/22.html> が最新

- 総務省が所管している。調査員は非常勤の国家公務員で、各調査区で概ね 50 世帯を担当する。
- 5 年に 1 度行なわれる。最近では平成 17 年（2005 年）に行なわれた（簡易調査）。10 年に 1 度は大規模調査となる。今年（2010 年）はそれに当たる。
- 日本に常住している（3 ヶ月以上住んでいる）者全員を対象とする悉皆調査（全数調査）である。
- 人口と世帯数などの人口静態統計を、性別、年齢別、都道府県別、市町村別、職業分類別など、属性別に集計した結果が報告される。
- 日本の国勢調査人口は 10 月 1 日時点の人口であり、年央人口ではない。目的によっては補正が必要になる場合がある。
- 国際連合統計委員会から、2007 年 2 月に「人口・住宅センサスに関する原則及び勧告」が出ていて、抄訳^{*4}が内閣府統計局サイトに掲載されているが、証拠に基づいた効果的な社会・経済政策の決定に不可欠な情報を提供するものとして、国連は各国にセンサス実施を勧告している。この勧告において、基本原則とされているのは、(1) 個人個人に対する調査、(2) 明確な領域内における統一性、(3) 同時性、(4) 明確な周期性である。国際比較のため、西暦の下 1 桁がゼロの年近辺で実施することが推奨されている。

3.1 2005 年国勢調査について

調査項目（世帯員に関する事項）(1) 氏名 (2) 男女の別 (3) 出生の年月 (4) 世帯主との続柄 (5) 配偶の関係 (6) 国籍 (7) 就業状態 (8) 就業時間 (9) 所属の事業所の名称及び事業の種類 (10) 仕事の種類 (11) 従業上の地位 (12) 従業地又は通学地
 （世帯に関する事項）(1) 世帯の種類 (2) 世帯員の数 (3) 住居の種類 (4) 住宅の床面積 (5) 住宅の建て方
 報告形式 要計表による人口集計、抽出速報集計、第 1 次基本集計、第 2 次基本集計、第 3 次基本集計、抽出詳細集計、従業地・通学地集計、小地域集計など。人口ピラミッド（下図）も、国勢調査の結果として発表されるものの一つである。



問題点 未回収率が前回（2000 年）の 1.7% から 4.4%（210 万世帯）へ激増したことが最大の問題点である。原因としては、調査員のモラルと個人情報保護、拒否などが指摘されている。

3.2 米国の 2010 年国勢調査について

詳細は <http://2010.census.gov/2010census/> を参照。総務省統計局のサイトと随分様子が違う。各国語で情報が提供されている。日本語サイトは <http://2010.census.gov/2010census/language/japanese.php>。各国語で丁寧に記入方法を解説した動画が公開されている（日本語版もある）。さらに、YouTube にチャンネルを持っていて、「10 年に一度、10 個の質問に答えて投函するだけ。たった 10 分！」とあの手この手で TV コマーシャルを含む大量の動画がアップロードされている。郵送回収を取り入れたことで調査員が訪問するより大幅に調査費を節約できたと言われている。

3 月 1 日から 4 月 16 日まで郵送回収期間で、2010 年 5 月末現在は調査員が戸別訪問中。2000 年センサスのとき、中南米系住民の未回収率が約 3% と高く（全体では未回収率が約 1%）、とくに若者が捉えきれなかったため、ラテンやヒップポップ系のアーティストに格好い Music Video を作らせて、「Count me in!」と宣伝させている。

^{*4} http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/pdf/j_census.pdf

3.3 2010年に実施された国勢調査について

詳しくは、<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm> を参照されたい。

意義については、元国立社会保障・人口問題研究所所長だった、早稲田大学阿藤誠教授の文章^{*5}を参照されたい(以下全文引用)。

平成 22 年国勢調査に期待する 早稲田大学 人間科学学術院 特任教授 阿藤 誠

国勢調査は、日本全国の人口と世帯を市町村の単位まで一人残らず、一軒残らず数え上げることを目的とする一大調査です。それだけに、それに要する時間と手間とお金は、その他の統計調査や社会調査とは比較になりません。

平成 22 年国勢調査の企画は 5 年前の国勢調査が終わった時点から始まっているといっても過言ではなく、3 回の大規模な試験調査を踏まえた後、ようやく本調査の具体的な準備に入ります。今年度の予算は 600 億円強、調査の事前準備から調査票の回収・点検まで全都道府県・全市区町村が関係し、実査の段階では 70 万人を超える調査員が必要となります。

言うまでもなく、これだけのコストをかけて国勢調査を実施するのは、政治的、行政的、経済的、社会的にみて、それだけ重要な意義と必要性があるからです。

第 1 に、この調査の結果に基づいて衆議院の選挙区割りが決まります。すなわち国勢調査は、代議制に基づく民主主義政治のもっとも基礎的なデータを提供しているのです。

第 2 に、政府の地方交付税・補助金などの算定基礎として用いられ、行政の公平・公正性の確保に役立てられています。

第 3 に、属性別の人口・世帯数の現状把握とそれに基づく人口・世帯数の推計値が、政府・自治体の様々な行政需要(例えば介護需要)の把握、それに基づく行政計画(例えば介護支援計画)の策定を可能にしています。

第 4 に、様々な民間企業・団体の需要(例えば電力需要)の把握・予測に役立っています。

第 5 に、公的機関が実施する基幹統計調査(例えば労働力調査や国民生活基礎調査)ならびに一般統計調査(例えば出生動向基本調査)の母集団情報を提供しています。

第 6 に、大学・研究機関等において、人口、経済、社会に関わる研究全般の発展に役立てられています。

昨年施行された新統計法のなかで、国勢調査が国民経済計算と並んで二大基幹統計として特記されているのは、「社会の情報基盤」中の基盤として、これだけの幅広い意義と必要性をもつからです。

このような全般的意義と必要性とは別に、人口・世帯動向そのものに関心を持つ者にとっては、人口減少と高齢化、都心回帰、限界市町村、労働の非正規化、未婚化・非婚化、母子世帯・高齢夫婦世帯・単独世帯の増加、外国人の集住化など、近年注目されている人口・社会経済現象が、全国ならびに地域においてどのように進行しているのかを知る上で、今回調査の時代的意義も大変大きいと考えます。

近年、単独世帯・共働き世帯の増加、プライバシー意識の高まりなどにより、国勢調査の円滑な実施が難しくなっているとされます。しかしながら、以上のような国勢調査の重要性を考えると、住民の一人一人が法律上の義務としてのみならず自らの権利としても調査に積極的に参画し、全員参加の正確な統計情報が作成されることを願ってやみません。

調査方法は、以下のように書かれている。

平成 22 年国勢調査は、総務省統計局 - 都道府県 - 市町村 - 国勢調査指導員 - 国勢調査員の流れにより行った。

調査の実施に先立ち、平成 22 年国勢調査調査区を設定し、調査区の境界を示す地図を作成した。調査区は、原則として 1 調査区におおむね 50 世帯が含まれるように設定されている。

なお、調査区は、平成 2 年国勢調査より恒久的な単位区域として設定されている基本単位区を基に構成されている。

平成 22 年国勢調査は、総務大臣により任命された約 70 万人の国勢調査員が調査票を世帯ごとに配布し、調査員が収集するか郵送で提出する方法により行った。また、東京都をモデル地域として、インターネットによる回答も導入した。なお、調査票は、調査の事項について世帯が記入(インターネットの場合は、入力)を行った。

なお、調査に用いられた調査票は、直接、光学式文字読取装置で読み取りができるもので、1 枚に 4 名分記入できる連記票である。

ただし、世帯員の不在等の事由により、前述の方法による調査ができなかった世帯については、国勢調査員が、当該世帯について「氏名」、「男女の別」及び「世帯員の数」の 3 項目に限って、その近隣の者に質問することにより調査した。

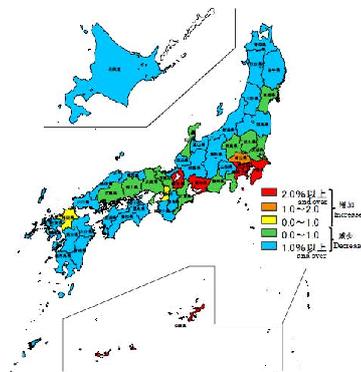
結果の公表予定は、下記の通り。

1. 人口速報集計 全国、都道府県、市区町村別の人口及び世帯数の集計結果。平成 23 年 2 月公表済。
2. 抽出速報集計 全国及び都道府県別結果の早期利用を図るため、一定の方法により全世界の約 100 分の 1 の調査票を抽出し、主要な事項について集計した結果を平成 23 年 6 月公表予定。
3. 人口等基本集計 人口の男女・年齢・配偶関係別構成に関する結果、世帯及び住居に関する結果並びに高齢世帯等に関する結果を全国、都道府県、市区町村別に集計したもの。そのうち、全国の結果は平成 23 年 10 月公表予定。都道府県・市区町村別の結果は平成 23 年 10 月までに都道府県を単位として順次公表予定。
4. 産業等基本集計 人口の労働力状態別構成及び就業者の産業(大分類)別構成等に関する結果を全国、都道府県、市区町村別に集計するもので、平成 24 年 4 月までに順次公表予定。

^{*5} <http://www.stat.go.jp/info/guide/asu/2010/0203.htm>

5. 職業等基本集計 就業者の職業（大分類）別構成及び母子世帯・父子世帯数等に関する結果を全国，都道府県，市区町村別に集計するもので，平成 24 年 11 月までに順次公表予定。
6. 抽出詳細集計 一定の方法により一部の世帯の調査票を抽出し，就業者の産業・職業（小分類）等に関する詳細な結果を，全国，都道府県，市区町村別に集計するもので，平成 25 年 10 月までに順次公表予定。
7. 従業地・通学地集計 従業地・通学地による人口（「昼間人口」）の構成や常住地の市区町村と従業地・通学地の市区町村との関係などの結果を集計するもので，(1) 従業地・通学地集計（人口等・産業等基本集計に対応）：平成 24 年 6 月公表予定，(2) 従業地・通学地集計（職業等基本集計に対応）：平成 25 年 3 月公表予定，(3) 従業地・通学地集計（抽出詳細集計に対応）：平成 25 年 10 月公表予定，の 3 段階に分けて集計・公表。
8. 人口移動集計 前回調査日（平成 17 年 10 月 1 日）以降に移動した人口を都道府県及び市区町村別に集計するもので，平成 24 年 1 月以降に公表予定。
9. 小地域集計 各市区町村について，基本集計，従業地・通学地集計に係る集計事項のうち基本的なものを町丁・字等（又は基本単位数）別に集計するもので，該当する基本集計等の公表後，速やかに公表される予定。

人口速報集計によりわかった都道府県別の人口増加率で塗り分けた地図は下記。



4 人口動態統計

- ある期間内（通常は 1 年）の人数が変わるイベント（＝人口動態）の数を集計する。
- 統計法に基づく指定統計であり，人口動態調査票（出生・死亡・死産・婚姻・離婚）の各項目について分類集計したものである。
- 人口動態調査票は，市区町村長（人口動態調査令の各条文は「市町村長」だが，第 6 条で特別区長も「市町村長」に含めると書かれている）が人口動態調査令および人口動態調査令施行細則に基づき，戸籍法による届書およびその他の関係書類（例えば死亡については，戸籍法第 86 条，第 87 条に基いて死亡届が市区町村に提出されるが，医師が作成した死亡診断書または死体検案書が添付される）から作成する（人口動態調査令第 3 条）。人口動態調査票の用紙は，厚生労働大臣から都道府県知事，保健所長を経て，各市区町村長に交付される（人口動態調査令第 4 条）
- 作成された人口動態調査票は，市区町村長 保健所長 都道府県知事 厚生労働大臣と提出される（人口動態調査令第 5 条）。この過程で，保健所長は出生票から出生小票を，死亡票から死亡小票を作成し，3 年保管せねばならない。
- 市区町村分類は出生・死亡・死産については住所、婚姻は夫の住所、離婚は別居する前の住所による。死因統計は人口動態調査票の死亡について死因別に分類集計したものである。死因分類は ICD によるが，この点については疫学のところで詳しく触れる。
- 厚生労働省が所管する。

4.1 参考：死亡についてやや詳しい説明

日本では人口動態統計がしっかりしているので，年間の死因別死亡数が簡単に集計できるが，その仕組みは決して単純ではない。医師法により，日本では，すべての死亡は届け出られることになっている。医師が看取った場合や，継続診療中の疾患で亡くなった後で死体を検査した（最終診察後 24 時間以内の場合は再度死体を検査しなくてもいい）場合は，医師が死亡診断書を発行する（医師法 20 条）。それ以外の死はほぼすべて「異状死」として扱われ，医師が死体を検査した後で死体検案書を発行し，24 時

間以内に所轄警察署に届け出なければならない(医師法 21 条)。なお、東京都など監察医制度があるところでは死体検案は監察医によって行われる。

実は死因は怪しいという話

日本では死後の解剖が義務付けられていないので、死後に解剖が実施される割合は 2% に過ぎず、死因の判定は主に医師が臨床診断として解剖せずに行うことになるが、臨床診断は誤っている場合が 12-30% に及ぶという指摘が、作家の海堂尊(本職は病理医)によってなされ(海堂尊『死因不明社会』講談社ブルーバックス)、死後に CT 等の画像診断をして真の死因を明らかにすること(画像診断だけでは確定できない場合には解剖を行う根拠ともなりうる)が提唱されている。

通常、死亡診断書または死体検案書は、A3 横の死亡届書の右半分に作成される^{*6}。死因については、直接死因から遡って原因(WHO の定義では、「直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病もしくは損傷」または「致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況」)まで記載することになっている。例えば、10 年前から糖尿病を患っていた人が 1 ヶ月前に肺炎に罹り、回復することなく 5 日前に膿胸となり、2 時間 30 分前に敗血症性ショックを起こして死に至った場合、直接死因は敗血症性ショックだが、原死因は肺炎となるため、死亡の原因を記載する I 欄には、(ア)敗血症性ショック、(イ)膿胸、(ウ)肺炎と記載する。糖尿病は「直接には死因に関係しないが I 欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等」を記載する II 欄に記載する。

届出人(優先順位は同居の親族、同居していない親族、同居者、家主、地主、家屋管理人、土地管理人、公設所の長の順)は、死亡届書の左半分に記入押印し、市町村役場(優先順位は、死亡者の本籍地、死亡地、届出人の現住所地の順)の戸籍課に提出する^{*7}(ただし、通常、死亡届書の記入と提出は葬儀社により代行されている)。戸籍課では死亡者本人の戸籍の抹消と火埋葬許可証の交付を行い、死亡届書を 1 ヶ月保管した後、地方法務局へ送付する。

一方、人口動態調査令(厚生労働省令の 1 つ)により、厚生労働大臣は、人口動態調査票の用紙を保健所長経由で各市町村長に交付することになっている。市町村長は、上記死亡届書が提出されたらすぐに、人口動態調査票を作成し、人口動態調査票市町村送付票を添えて管轄保健所長に提出する(人口動態調査令施行細則)。保健所長はこれに基づき死亡小票を作成し 3 年間保存するとともに、1 ヶ月ごとに取りまとめ(前月 15 日から当月 14 日まで)、人口動態調査票保健所送付票を添えて、当月 25 日までに都道府県知事(ただし政令指定都市や中核市に設置された保健所では市長)に提出する。都道府県知事(あるいは市長)は、これを取りまとめ、人口動態調査票都道府県送付票を添えて翌月 5 日までに厚生労働大臣に提出する。人口動態調査票を厚生労働大臣が保管する期間は翌年 1 年間だが、電子化されたデータは永久に保管することになっている。

上記のプロセスを経て、日本人すべての死亡データは厚生労働大臣のもとに集まり、人口動態統計として集計され報告されることになる^{*8}。そのおかげで、年齢別死因別死亡数といった数字を得ることができる。しかし、疫学研究などで個人ベースの詳細な死亡データが欲しいときは、死亡小票の目的外使用を申請し、総務大臣の許可を得てから、保健所で閲覧する必要があり、大変面倒である。平成 19 年の統計法改正を受けて学会会議から提言(次の枠内に一部引用)が出たが、いまだに改善されていない模様である。

^{*6} <http://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/index.html> として厚生労働省の web サイトで記入マニュアルが公開されている。

^{*7} このことを規定しているのは、上述の通り戸籍法である。

^{*8} 人口動態統計では、原死因を死因として集計する。原死因は上記 I 欄のもっとも下に書かれているものとなるのが原則だが、それが呼吸不全、心不全など死因としてふさわしくないと ICD-10 で WHO が定めたものになっている場合は II 欄の傷病を原死因とする。

(5) 日本版 National Death Index の創設と運用

疫学研究においては、一定集団について長期間観察を行うことによってはじめて結果が得られることが多く、人の生死情報がしばしば必須であり、人口動態統計との連結なしには科学的な結論が見出せない。これまで、人口動態統計使用に当たっては、厚生労働省を経由し、総務省に目的外使用に関する申請を行い、認可を得て情報を入手することとなっていた。申請から認可までに要した期間は、平均 11.8 か月(最短で 3 か月、最長は 23 か月)であり、申請書等の修正回数は平均 10.2 回(最少で 0 回～最多は 60 回)であった(日本疫学会将来構想検討委員会「政府統計の利活用に関する調査報告書」平成 19 年 11 月 30 日, [http://www.soc.nii.ac.jp/jes/news/pdf/20071206seifu.pdf])。これに比し、欧米諸国では健康情報登録(疾病登録、患者登録等)が整備され、死亡データとのリンケージも容易である。例えば、米国では、National Death Index システムを用いて、氏名、性、生年月日、住所、社会保障番号などを指標とする死亡ファイルとの記録照合による追跡調査が容易に可能である。このシステムを利用する場合、利用申請書のフォーマットや、それを作成するための詳細なマニュアル等が整備されており、申請処理期間は約 2 か月であり、多くの医学研究がこのシステムを用いて行われ、大きな成果をあげている(National Health Statistics. National Death Index. [http://www.cdc.gov/nchs/ndi.htm])。これまで我が国の死亡統計ファイルには氏名が入力されていなかったため、このような死亡ファイルとの記録照合は不可能であった。しかし、2003 年 1 月より厚生労働省が進めている人口動態オンライン報告システムでは、死亡小票氏名が入力されるようになり、このシステムを充実させて全国的な運用を図れば、日本版 National Death Index の基盤が整うこととなる。統計情報の高度利用の一環として、死亡統計ファイルとの記録照合の技術的および制度的な検討を早急に開始し、日本版 National Death Index システムの構築とそれを活用するための手順の標準化・マニュアル化を進めるべきである。これらのシステムの円滑な運用によって、我が国の保健医療分野における疫学研究が飛躍的に進展し、国民の健康と安全のための有益な種々の施策提案に結びつくことが期待される。

出典：提言「保健医療分野における政府統計・行政資料データの利活用について—国民の健康と安全確保のための基盤整備として」, pp.10-11, 平成 20 年(2008 年)8 月 28 日, 日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会 [http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-6.pdf]

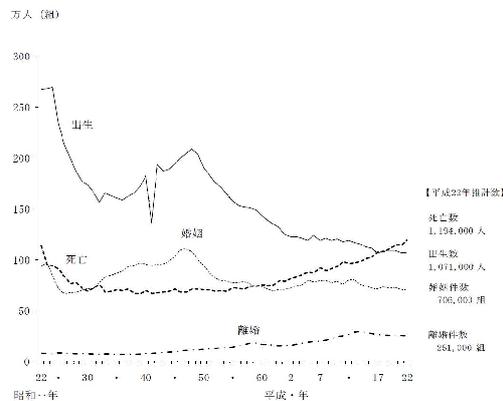
欧米先進諸国では概ね日本よりも信頼性の高い死亡データが得られる。地域がん登録の登録率も高いし、電子化も進んでいる。死因確定のための剖検割合も日本より高い国が多い。途上国では事情は一変する。パプアニューギニアやソロモン諸島では、そもそも死亡事象を行政が把握するまで年単位の遅れが存在する場合さえあるし、死因も必ずしも医師によって診断されない。個人ベースの死因を把握しようと思ったら、綿密な聞き取り(ただしクロスチェックは必須)によって再構成する方が、公式統計よりもむしろ信頼性が高い場合さえある。

4.2 最近の人口動態統計

現在公表されている最新のデータは、確定数が「平成 21 年人口動態統計(確定数)の概況」(2010 年 9 月 2 日発表), 年間推計が「平成 22 年人口動態統計の年間推計」(2011 年 1 月 1 日発表)である。この他に毎月、「人口動態統計月報(概数)」と「人口動態統計速報」が発表されている。厚生労働省のサイトで公開されている(平成 22 年人口動態統計の年間推計 [http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai10/index.html])

平成 22 年推計値を大雑把にみると、年間出生数が 107 万, 死亡数が 119 万, 死産数が 2 万 7 千, 婚姻件数が 71 万, 離婚件数が 25 万となっている。死亡が出生より多く(つまり人口減少して)いて、離婚件数が婚姻件数の 3 分の 1 に達している。

長期的なトレンドとしては、出生と婚姻は戦後にピークがあり、そこから出生は低下し続けているが婚姻は少し落ちた後はほぼ横ばいである。離婚は増加を続けてきたが、最近では横ばいである。死亡は増加を続けているが、人口高齢化の影響が主であって、年齢別死亡率が上昇しているわけではない。



死因別死亡については、悪性新生物は引き続き増加傾向で 35 万 2 千, 心疾患も脳血管疾患も前年よりやや増えて、それぞれ 18

万9千, 12万3千であった。

5 患者調査

- 死因別死亡は人口動態統計でわかるとして、医療費や医療ニーズを把握するためには、どれくらいの人がどういう病気になってどういう医療を受けているのかという情報が必要である。それを調べるのが患者調査である。
- 厚生労働省所管
- 統計法による指定統計（詳細は患者調査規則）
- 病院及び診療所を利用する患者について、その傷病状況等（推計患者数、受療率）を明らかにする。
- 3年周期で実施。直近は平成20年度実施（平成21年12月3日に結果の概要が発表された^{*9}）。
- 全国の病院、一般診療所、歯科診療所から層化無作為抽出された施設で、指定された3日間のうち1日について、患者の傷病名等を記録し、報告する。
- 季節・曜日の代表性は不明
- 傷病別に受療率が推計できるが、罹患率は求められない（病気に罹っても医療施設を利用しない人がいるため。罹患率がわかる疾患は限られている）
- 平成20年度患者調査からは、入院患者総数が139万人強（病院が133万強、診療所が6万弱）、外来患者総数が686万人強（病院が173万弱、診療所が383万弱、歯科診療所が131万弱）といったことがわかった。歯科診療所の外来患者のみ前回（平成17年度）より増えているが、他はすべて前回より減っている。

6 医療施設調査

- 医療施設数の現況調査。
- 厚生労働省所管
- 医療施設調査規則に基づく。
- 静態調査と動態調査がある。
- 医療施設の分布及び整備の実態を明らかにするとともに、医療施設の診療機能を把握することを目的としている。
- 全国の病院、一般診療所、歯科診療所で、動態調査は開設、廃止等のあった施設について毎月、静態調査は3年に1度（患者調査と同じく直近は平成20年度で、平成21年11月26日に結果の概要が発表された^{*10}）、その時点で開設されている全施設を対象とした全数調査。

7 病院報告

- 厚生労働省所管
- 全国の病院、療養病床を有する診療所における患者の利用状況及び病院の従事者の状況を把握する目的。
- 医療法に基づく調査で、報告は医療法施行令に基づく。
- 全国の病院と、療養病床を有する診療所で、患者票は毎月報告、従事者票は病院のみで年1度報告。
- 患者票の集計結果として、1日平均患者数の他、月末病床利用率と平均在院日数が毎月報告される。
- 最新の病院報告データ（2011年3月30日発表、平成22年12月分概数）によると、1日平均患者数は、病院の入院患者が130万人弱、病院の外来患者が140万強、診療所の在院患者が10332人である（診療所の外来患者数は病院報告では調べられていない）。
- 従事者票の集計結果として最新のものは、2010年9月22日に発表された、「平成21年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」である。2009年10月1日現在の値として、(1) 病院における職種別にみた従事者数、(2) 病院における職種別にみた100床当たり従事者数、(3) 都道府県別にみた病院における人口10万対常勤換算医師数、が報告されている。

8 医師・歯科医師・薬剤師調査

- 厚生労働省所管。

^{*9} <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html>

^{*10} <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/index.html>

- 医師、歯科医師及び薬剤師について、業務の種別・従事場所・登録年・性・年齢等による分布を明らかにし、厚生労働行政の基礎資料を得る目的（医療計画策定のためには、医療従事者の現況を把握する必要がある）
- 医師法，歯科医師法，薬剤師法に基づく
- 全国の医籍、歯科医籍、薬剤師名簿に登録されている医師、歯科医師、薬剤師を対象として、隔年 12 月 31 日現在で保健所に届け出られる届出票を集計したもの（昭和 57 年までは毎年実施）
- 最新は平成 20 年 12 月 31 日現在のもので、2009 年 12 月 17 日に公表された^{*11}。

9 受療行動調査

- 厚生労働省所管
- 全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を患者から調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにする。直近は平成 20 年度に実施され、平成 22 年 3 月 16 日付で「平成 20 年受療行動調査（確定数）の概況」^{*12}が公表された。
- 層化無作為抽出した一般病院（平成 20 年は 500 施設）を受診した患者を対象とする。指定された 3 日間のうち、医療施設ごとに指定した 1 日の調査（平成 20 年は 10 月 21 日～23 日）。
- 統計報告調整法（昭和 27 年法律第 148 号）に基づく承認統計調査で、患者調査、医療施設静態調査と併せ、3 年毎に実施。
- 平成 20 年受療行動調査では、
 1. 病院を選択する際に必要とした情報・入手できた情報
 2. 病院を選択する際の情報源
 3. 診療科の選択
 4. 診察前の待ち時間・診察時間（外来患者のみ）
 5. 医師などから受けた診療に関する説明の状況・理解度
 6. 重複受診を含む受療状況（外来患者のみ）
 7. 今後の治療・療養の希望（入院患者のみ）
 8. 満足度
 9. 不満を感じたときの行動
 といった情報が調べられ、集計される。医療サービスの提供に際しては、量だけでなく質も重要なので、このような調査が必要になる。
- 診療内容には概ね満足している人が多いが、待ち時間や費用には満足していない人が多いようである。

10 感染症発生動向調査

- 厚生労働省所管
- 感染症サーベイランス事業の 1 つである
- 感染症に関する情報を全国的規模で迅速に収集、解析、還元し、感染症に対する有効かつ的確な予防対策の確立に資する目的で、保健所で、毎週及び毎年調査。
- 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（感染症法）に基づく。
- 調査対象となる感染症は、約 100 疾患。
- 結果は IDWR^{*13}という週報の形で公開されている。全数把握する疾患と定点報告のみの疾患がある。

11 循環器疾患基礎調査

- 厚生労働省所管
- 我が国における心臓病、脳卒中等の成人の循環器疾患に関して、その現状を把握し、今後の予防対策の検討に資することを目的とする。
- 10 年周期で実施予定。直近は平成 12 年度実施した「第 5 次循環器疾患基礎調査」（平成 22 年度に第 6 次が実施される予

^{*11} <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/08/index.html>

^{*12} <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/09/20gaikyou.html>

^{*13} <http://idsc.nih.go.jp/idwr/index.html>

定になっていたが、実施された形跡がないのでどうなったのかわからない。

- 国民栄養調査（現在の国民健康・栄養調査）の単位区から層化無作為抽出した全国 300 単位区約 5,000 世帯のうち、満 30 歳以上だった全員を調査対象とした。
- 既往歴、現在の治療等の状況、自覚症状、健康診断の受診状況、その他についての質問票と、身体状況調査として身体状況 [身長、体重]、血圧測定、血液検査、問診、尿検査 [蛋白、糖]、心電図検査が行われた。

12 国民健康・栄養調査

- 保健行政・衛生行政のための基礎資料を得るための調査。公衆衛生のためには、医療だけではなく、Ottawa Charter で示されたように、国民が健康の維持増進を図ることができるための環境整備が必要なので、保健・衛生状態の把握も必要である。
- 厚生労働省所管
- 目的は、国民の身体の状態、栄養摂取量及び生活習慣の状態を明らかにし、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得ること。（平成 14 年までは「国民栄養調査」として実施）^{*14}
- 健康増進法（平成 14 年までは「栄養改善法」）第 10 条に基づいて実施。調査項目は、身体状況、栄養摂取状況、生活習慣。
- 全国の世帯及び世帯員/満 1 歳以上の世帯員を対象として標本抽出し、毎年実施。
- 最新の結果は平成 21 年国民健康・栄養調査結果の概要について（平成 22 年 12 月公表） pdf 形式の概要説明資料がわかりやすい。なお、平成 21 年の重点調査項目が「健康日本 21」における「歯の健康」、「食生活」だったので、その発表でも重点が置かれた。

12.1 平成 21 年国民健康・栄養調査の概要

- (1) 歯の健康に関する状況 80 歳（75 歳～84 歳）で自分の歯が 20 本以上ある人は 4 人に 1 人。子どものむし歯予防対策も大幅に向上
- 自分の歯が 20 本以上ある人は、「80 歳（75 歳～84 歳）」で 26.8 %。前回調査（平成 16 年、以下同じ）に比べ、3.8 ポイント増加。
 - 何でもかんで食べることができる人は、「70 歳以上」で 59.2 %。前回調査と比べ、4.8 ポイントの増加
 - むし歯予防にフッ化物を歯に塗ってもらったことのある幼児（1～5 歳）は 57.6 %、フッ化物配合の歯磨剤を使用している学齢期の子ども（6～14 歳）は 86.3 %。前回調査と比べ、それぞれ 14.7 ポイント、29.8 ポイントと大幅に増加
- (2) 朝食の習慣、体重管理に関する状況 朝食を食べない人は、朝食の欠食が子どもの頃から習慣化している。朝食を食べるために必要なことは「早く寝る、よく眠る」
- 習慣的に朝食をほとんど食べない人は、男性 10.7 %、女性 6.0 %。男女とも 20 歳代（男性 21.0 %、女性 14.3 %）、30 歳代（男性 21.4 %、女性 10.6 %）では比率が高くなっている
 - 習慣的に朝食をとらない人のうち、その習慣が「小学校」又は「中学、高校」の頃から始まった人は、男性 32.7 %、女性 25.2 %。さらに、朝食を毎日食べるつもりがない人は、男性 38.1 %、女性 30.3 %
 - 習慣的に朝食をとらない人が、朝食を食べるために必要なことは、男女とも「早く寝る、よく眠る」が最も多い（男性 29.8 %、女性 31.0 %）。男性は女性に比べ、「家族や周りの人の支援」（男性 18.6 %、女性 6.3 %）、「残業時間の短縮など労働環境の改善」（男性 17.7 %、女性 8.4 %）との回答も多い
- 体重管理を心掛けている人は男性で 7 割、女性で 8 割。しかし、メタボリックシンドローム予防・改善のための食事や運動をしている人は 3 割に満たない
- 体重管理を実践しようと心がけている人は、男性 67.8 %、女性 75.6 %で、前回調査（平成 16 年）に比べ男性で 7.0 ポイント、女性で 5.8 ポイント増加
 - メタボリックシンドロームの予防や改善のための食事や運動の実践状況は、男性 27.5 %、女性 24.2 %

13 出生動向基本調査

- 厚生労働省所管。
- 国立社会保障・人口問題研究所が実施。

^{*14} http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyouchousa.html で発表されている。

- 他の公的統計では把握できない結婚及び夫婦の出生力に関する実態と背景を調査し、関連諸施策ならびに将来人口推計に必要な基礎資料を得ることを目的としている。
- 夫婦調査と独身者調査が同時実施されている。
- 2002年の第12回までは5年毎実施。国勢調査年にするため第13回調査は2年早まり、2005年6月1日に実施。国民生活基礎調査（厚生労働省大臣官房統計情報部実施）の調査地区1048ヶ所（平成12年度国勢調査区から層化無作為抽出された）から系統抽出法によって選ばれた700地区の50歳未満の有配偶女性全員（夫婦調査）、18歳以上50歳未満のすべての独身者（独身者調査）が対象。（第14回調査が2010年に実施された*15が、結果は未発表。今年度中に発表される予定。）
- 結婚持続期間、希望子ども数、出会いのきっかけなどが報告されている

13.1 第13回出生動向基本調査の主な結果

1. 夫妻の結婚について：初婚年齢、出会い年齢、交際期間：出会い年齢が上昇、交際期間も延長し、晩婚化はさらに進行/出会いのきっかけ：職場結婚が減り、友人やきょうだいを通じた出会いが首位に、恋愛結婚と見合い結婚の歴史的転換
2. 夫婦の出生力：完結出生児数（夫婦の最終的な出生子ども数）：夫婦の完結出生児数は2.09人に減少、出生子ども数は3人が減って、0人、1人の夫婦が増加/出生過程の子ども数（結婚持続期間別にみた出生子ども数）：結婚から5年以上経過した夫婦で減少/妻の世代別にみた出生子ども数：妻1960年代生まれの夫婦で、子ども数が減少
3. 子ども数についての考え方：理想子ども数・予定子ども数：理想子ども数、予定子ども数ともに減少の傾向、現存子ども数が2人以下の場合に、予定子ども数が理想子ども数を下回っている/予定子ども数が理想子ども数を下回る理由：予定子ども数が理想子ども数を下回る理由：「お金がかかりすぎる」が最多、多めの理想子ども数を実現できない理由は経済面、予定子ども数が少ないのは「できないから」
4. 子育ての状況：妻の就業と出生：就業しながら子育てする妻、結婚5年未満で2割弱、5～9年では4割、出産後も就業を継続する妻は増えていない、妻の就業経歴による出生子ども数に大きな差はない/支援制度・施設の利用：育休は利用が拡大、ただし企業規模で利用率に差、追加予定子ども数が多い夫婦ほど、短時間勤務制度や保育所、一時預かり等の利用を希望/親の子育て援助と出生：夫妻の親の育児援助はその後の子どもの生み方に影響する
5. 妊娠・出産に関わる健康：不妊についての心配と治療経験：不妊を心配したことのある夫婦は4組に1組、子どものいない夫婦では半数弱、不妊を心配したことのある夫婦では出生子ども数が少なく、死産数が多い/妊娠・出産にかかわる妻の健康：4人に1人の妻が妊娠や出産にかかわる健康に問題を抱えている、妻の健康状態に問題がある夫婦では、出生子ども数、予定子ども数が少ない
6. 結婚・家族に関する妻の意識：既婚女性の意識パターン：既婚女性の意識：個人の目標を大切にしながら、子どもを中心に考える家族観/既婚女性の意識の変化：結婚についての意識の変化傾向に異なる動き、結婚生活への姿勢でも、変化にゆらぎ、夫婦の役割意識の変化傾向にゆらぎ、母親の役割意識の変化は継続

*15

調査の目的 出生動向基本調査は、他の公的統計では把握することのできないわが国の結婚ならびに夫婦の出生力に関する実態と背景を定時的に調査・計測し、関連諸施策ならびに将来人口推計に必要な基礎資料を提供することを目的とする。

出生動向基本調査は、初回を戦前の1940（昭和15）年に行い、戦後はほぼ5年おきに実施してきた。近年のわが国における出生率の低下傾向は深刻であり、このままの傾向が継続すれば、著しい人口高齢化の進展や若年労働力の減少などにより、社会保障制度をはじめとするわが国社会経済の基盤に与える影響は計り知れない。このため国は少子化対策を含む次世代育成支援を最優先課題と位置づけ、様々な重点戦略を掲げている。これらの施策の前提として、全国の出生動向を正確に把握し、その要因、背景等に関する詳細な科学的知見が必要とされている。そうした中で、全国における結婚過程ならびに夫婦出生力について全国的かつ時系列的に捉えることのできる調査は、わが国では出生動向基本調査が唯一のものとなっている。このような施策上の重要性に鑑み、また同様に重要となる将来推計人口の実施に対して基礎的データを提供するため、平成22年度において第14回出生動向基本調査を実施する。

今回の調査では、現在進行する少子化が若い世代の結婚の動向（晩婚化、未婚化および非婚化）と、結婚した夫婦における出生力低下の両面から生じていることを踏まえ、結婚過程のタイミングと頻度、結婚意欲とその要因、ならびに夫婦の各段階における出生子ども数、出生意欲とその要因を中心に、その実態と需要面（意欲）ならびに供給面（社会経済環境、出生抑制、健康）にわたる背景を探ることとした。

調査対象 本調査は全国標本調査であり、全国に住む

1. 妻の年齢50歳未満（満49歳以下）の夫婦
2. 18歳以上50歳未満（満49歳以下）の独身男女

を対象とする。具体的には、平成22年国民生活基礎調査地区内より無作為に抽出した840調査地区内の、1.および2.の該当者すべてを調査客体とする。

調査期日 平成22年6月25日。ただし、調査内容は平成22年6月1日現在の事実。

- 調査事項
1. 「夫婦票」： 夫婦の社会経済的屬性 夫婦の結婚過程に関する事項 夫婦の妊娠・出産歴に関する事項 子ども数についての考え方に関する事項 妊娠・出産に関わる健康および不妊に関する事項 ライフコース・家族・男女に対する意識に関する事項
 2. 「独身者票」： 社会経済的屬性に関する事項 両親に関する事項 結婚についての考え方に関する事項 子ども数についての考え方に関する事項 ライフコース・家族・男女に関わる意識に関する事項

14 学校保健統計調査

- 文部科学省所管
- 統計法に基づき，指定統計第 15 号として昭和 23 年から実施。
- 児童，生徒及び幼児の発育及び健康状態を明らかにし，学校保健行政上の基礎資料を得る目的
- 学校保健法により毎年 4/1-6/30 に実施される健康診断の結果に基づき，身長，体重，座高並びに視力，聴力，歯等の疾病異常等を調査。校長が知事に調査票を提出し，知事が整理，審査して文部科学大臣に提出
- 小学校，中学校，高等学校，中等教育学校及び幼稚園の児童，生徒及び幼児を対象とする
- 標本調査（平成 22 年度は，発育状態調査が層化二段無作為抽出法で 4.8%，健康状態調査が層化集落抽出法で 23.1% 抽出。毎年同じくらいの抽出率）
- 平成 22 年度結果は 2011 年 3 月発表。