

予備知識(1)

- 健康水準と健康指標
 - ある集団の健康の程度のモノサシ=健康指標
 - 本当にモノサシになっているのか?
 - 単一のモノサシで十分か?
 - 具体的には死亡率, 平均余命, 有病割合など
 - 健康指標の目盛りで示される健康の程度 = 健康水準
 - 集団間の比較や公衆衛生活動の成果の評価に用いられる
- 保健統計
 - 集団の健康水準を知るために健康指標値を集計したもの
 - 指標値は分母が何で分子が何かを明確にすることが重要
 - 次元も意識する(割合か率か)

予備知識(3) 健康指標 2

- 粗死亡率
 - 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。
 - 人口動態統計で得られる。
- 年齢調整死亡率(疫学で説明した通り)
 - 人口の年齢構成が異なる集団間で死亡率を比較するため, 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(直接法)年齢調整死亡率
 - 対象集団の年齢別死亡率を d_i , 基準人口の年齢別人口を P_i と書けば, 直接法年齢調整死亡率は, $(\sum d_i P_i) / (\sum P_i)$
 - 日本では 1990 年以降, 1985 年人口が基準人口
 - 人口動態統計で得られる。
- 乳児死亡率
 - 出生数に対する1年間の1歳未満の死亡率
 - 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。

背景(1) 世界人口の歴史

- 人口は環境・技術・社会の影響を受ける
- 世界人口の変化を両対数で表す→「Deevey の階段」
 - 狩猟採集時代の階段
 - 農耕畜牧が始まってからの階段
 - 産業革命以降の階段は, 1987 年の 50 億まで急増。1999 年 60 億, 2011 年 70 億とやや鈍化
- (参考) 大塚柳太郎『ヒトはこうして増えてきた: 20 万年の人口変遷史』新潮選書, ISBN 978-4-10-603773-3, 2015 年 7 月
- http://minato.sip21c.org/oldlec/ecology_p25.html 参照

```

# world population (x 1 million) estimated by Kremer 1993
YEAR <- c(-1000000, -300000, -25000, -10000, -5000, -4000,
-3000, -2000, -1000, -500, -200, 1, 200, 400, 600,
800, 1000, 1100, 1200, 1300, 1400, 1500, 1600, 1650,
1700, 1750, 1800, 1850, 1900, 1920, 1930, 1940, 1950,
1960, 1970, 1980, 1990, 2000)
POP <- c(0.125, 1, 3.34, 4.5, 7, 4.27, 50, 100, 150, 170, 190,
190, 200, 220, 265, 320, 360, 360, 350, 425, 545, 545, 610,
720, 900, 1200, 1625, 1813, 1987, 2213, 2516, 3019, 3693,
4440, 5333, 6000)
BP <- 2001 - YEAR
op <- partwfact(c(2,2))
plot(BP, POP, type="b")
plot(log(BP), POP, type="b")
plot(log10(BP), POP, type="b")
plot(log10(BP), log10(POP), type="b")
par(mfrow=c(2,2))
  
```

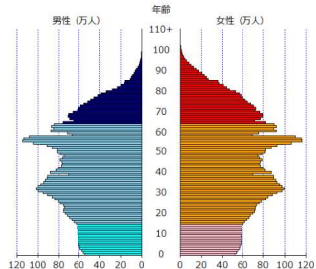
人口統計・保健統計

- 医療計画の設定など, 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
 - 人口統計・保健統計を取る根拠
- 多くの保健統計には法的根拠あり。総務省, 文部科学省, 厚生労働省など所管官庁が異なる。
- 「集団の特性」把握上の留意点
 - 国, 都道府県, 保健所管内, 市区町村のどの水準でまとめられた統計数値か
 - 調査期間, サンプルング方法等
- 例: 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

2005 年国勢調査について

- (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
- 未回収率が前回の1.7%から4.4%(210万世帯)へ激増

日本の人口ピラミッド (2005年10月1日現在)



- 罹患率(疫学でやった通り)
 - 観察人時当たりの新規罹患患者数
 - 単位(次元)は(1/時)である(時は年または月)。
 - 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。
 - 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(疫学でやった通り)
 - ある集団を一時点で調べたとき, そのうち疾病をもっている人の割合を示す
 - 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の
 - 国民生活基礎調査で有訴者率, 通院者率, 生活影響率(注: どれも「率」ではなく割合)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
 - 患者調査で得られる

予備知識(4) 健康指標 3

- 平均余命
 - 年齢別死亡率のデータを元にして *各国のゼロ歳平均余命(=生命表により推定される平均寿命)の推移グラフ
 - 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
- 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。

背景(2) 日本人口の歴史

- 縄文～弥生: 稲作農耕の開始と渡来人の流入により急増
- 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
- 戦後すぐ人口爆発が心配されるほど急増→計画出産推奨
- 1960 年代後半～: 急激な少子化進行(第2の人口転換)
- 2007 年以降: 出生数が死亡数が上回る。人口減少フェーズへ(住民基本台帳に基づく総務省推計では 2009 年以降4年連続で人口減少中)
- 参考
 - 日本列島の人口潮流 [<http://minato.sip21c.org/humeco/anthro2000/>]
 - 鬼頭宏『人口から読む日本の歴史』(講談社学術文庫)
 - 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ので注意

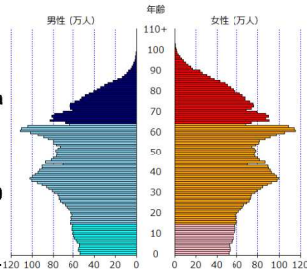
国勢調査

- 人口動態統計
- 統計法第4条で定められた義務調査(総務省所管)
- 第13条で報告義務, 第61条で「基幹統計調査の報告を拒み, 又は虚偽の報告をした者」は50万円以下の罰金
- 個人情報保護法の適用除外
- 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
 - 衆議院の選挙区割り決定の元
 - 地方交付税, 補助金などの算定基礎
 - 行政需要(介護需要など)の把握に必須
 - 電力需要予測など民間にも役立つ
 - すべての標本調査の母集団情報
- 調査員は非常勤の国家公務員 / 各調査区で概ね 50 世帯担当
- 5 年毎に実施(直近は 2015 年)。大規模調査は 10 年毎(西暦が 0 で終わる年)。2007 年国連推奨通り
- 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)
- 日本の国勢調査人口は 10 月 1 日時点の人口

2010 年国勢調査について

- 日本では 10 月 1 日実施
- 大規模調査なので 2005 年の項目+現住居での居住期間/5 年前の住居の所在地/教育/利用交通機関も調査
- 600 億円, 70 万人調査員
- 総務省統計局サイト (<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/>) での告知はあつたが地味
- 米国 Census Bureau での特設サイト (<http://2010.census.gov/2010census/>) は凄いい
- 国によってやり方に違いあり。米国は郵送が基本。日本は 2010 年から郵送も可となり東京ではネット調査も実施したが, 対面集票が基本

日本の人口ピラミッド (2010年10月1日現在)



- 2010年東京での試行を踏まえ、全国でネット回答を導入
- 原則は10月1日現在の情報について、9月中旬にネット回答してもらい(調査員が各戸ごとにIDとパスワードが書かれた説明書を配布)、回答がなかった世帯は紙の調査票を調査員が配布し記入後集票あるいは市町村に郵送、という手順。
- 結局、「先日の大雨の被害の大きかった地域等について、インターネット回答が完了していないため、9月26日から10月20日までの期間、紙の調査票と並行してインターネット回答を受け付けます」等、ネット回答期間は延長された
<http://kokusei2015.stat.go.jp/internet/>
- 9月中旬のネット回答率は都道府県により異なり、沖縄の22.7%から滋賀の48.4%まで幅があった
<http://oku.edu.mie-u.ac.jp/~okumura/stat/nippon2.html>
- 広報にも工夫があったが、期待の斜め上か?
<http://kokusei2015.stat.go.jp/gallery/>
- 結果は2016年2月26日速報で初の総人口減とニュースに
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka.htm>

最近の人口動態統計について

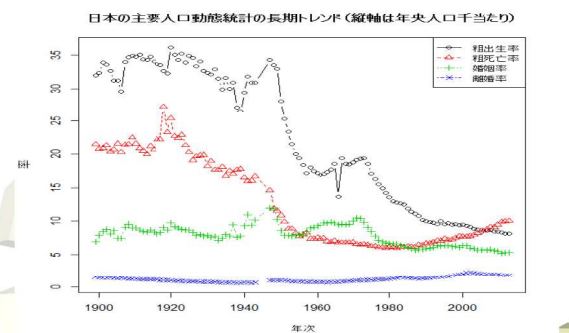
- 最新のデータは、確定数が「平成28年人口動態統計(確定数)の概況」(2017年9月15日発表)
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/dl/03_h1.pdf

	実数		率	
	平成28年	平成27年	平成28年	平成27年
出生	976978	1005677	7.8	8.0
死亡	1307748	1290444	10.5	10.3
死産	20934	22617	21.0	22.0
婚姻	620531	635156	5.0	5.1
離婚	216798	226215	1.73	1.81

* 右は率(出生・死亡・婚姻・離婚率は人口千対、死産率は出産(出生+死産)千対)

人口動態統計の長期的なトレンド

- データ:人口動態統計(Rのfmsbパッケージを使用)
- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>も参照



死因別死亡順位

死因 順位	昭和55年(1980)		平成2年(1990)		12年(2000)	
	死因	死亡数	死因	死亡数	死因	死亡数
第1位	脳血管疾患	162317	悪性新生物	217413	悪性新生物	295484
第2位	悪性新生物	161764	心疾患	165478	心疾患	146741
第3位	心疾患	123505	脳血管疾患	121944	脳血管疾患	132629

* 平成23年から脳血管疾患が4位、代わって肺炎が3位に(肺炎による死亡が高齢者に多いことが影響)。2016年は、脳血管疾患(109320)以下、老衰(92806)、不慮の事故(38306)、腎不全(24612)、自殺(21017)、大動脈瘤及び解離(18145)、肝疾患(15773)と続く。
* 出典「厚生労働省:人口動態統計確定数の概況」(各年度版から転記)

患者調査の主な結果

年次	入院			外来		
	総数	病院	一般診療所	総数	病院	一般診療所
2014	1318.8	1273.0	45.8	7236.4	1641.9	4233.5
2011	1341.0	1290.1	50.9	7265.5	1659.2	4238.3
2008	1392.4	1332.6	59.8	6865.0	1727.5	3828.0
2005	1462.8	1391.6	71.2	7092.4	1866.4	3948.9
2002	1451.0	1377.6	73.4	6476.0	1952.5	3377.5

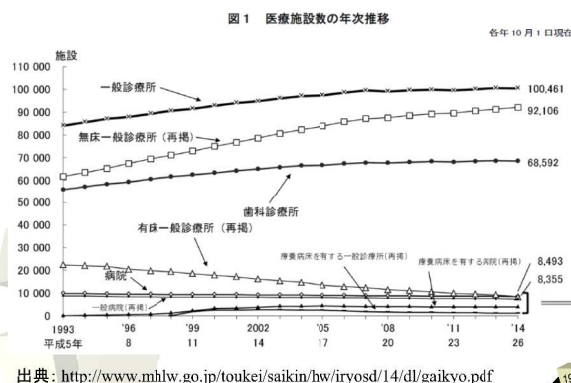
(各年次10月時点、単位千人)

■ 入院患者減少傾向、外来は病院減少、診療所増加傾向

他に

- ・ 傷病分類別、病床の種類別、在宅医療の状況、来院時状況(紹介、救急)、重症度等の状況
- ・ 受療率の推計
- ・ 退院患者の平均在院日数等(施設の種別と年齢階級別、傷病分類別、都道府県別、病床の種類別、手術前後)
- ・ 主要な傷病の総患者数推計値=入院患者数+初診外来患者数+(再来外来患者数×平均診療期間×調整係数[=0.7]) (…右図参照)
- ・ 2011年で、悪性新生物152.6万人、高血圧性疾患906.7万人、糖尿病270万人、等々
- ・ 2014年に悪性新生物162.6万人、高血圧性疾患1010.8万人、糖尿病316.6万人、等々

医療施設調査の結果(トレンド)



出典: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/dl/gaikyo.pdf>

- 統計法に基づく指定統計
- 市町村長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から作成した人口動態調査票(出生・死亡・死産・婚姻・離婚)について分類集計
- 調査票提出の流れ
 - ・ 市区町村長→保健所長→都道府県知事→厚生労働大臣
 - ・ 保健所長は出生票から出生小票、死亡票から死亡小票を作成し3年間保存
- 市町村区分の基準
 - ・ 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
- 死因統計:人口動態調査票の死亡について死因別に分類集計
 - ・ 医師法20条死亡診断書、21条死体検案書のどちらかが戸籍法による死亡届に付される
 - ・ 死亡診断書や死体検案書に書かれる死因は直接死因から遡って原死因まで
 - ・ 割捨率が低く死因は怪しい(参考:海堂尊『死因不明社会』)
 - ・ 死亡小票データの研究目的の利用は非常に面倒で制約が多い
- 厚生労働省所管

患者調査

- 死因別死亡は人口動態統計でわかるが、医療費や医療ニーズを把握するにはそれだけでは不十分
 - ・ どれくらいの人がどういう病気でどういう医療を受けているか
- 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2017年10月に実施されたが、結果はまだ。前回の結果は2015年12月17日に報告済。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/kanja.pdf>
- 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(病気ににかかわらず医療施設に行かない人がいるから。罹患率がわかる疾患は限られている)

医療施設調査

- 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。
- 2つの目的
 - ・ 医療施設の分布及び整備の実態を明らかにする
 - ・ 医療施設の診療機能を把握する
- 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(直近は平成29年10月1日、前回の結果は2015年11月19日発表)、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
- (動態調査の結果は病院報告と同時に発表される)

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。(医療法施行令に基づき報告)
- 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回報告されていたが、2017年から従事者票は廃止され、医療施設静態調査の病院票に移行された。
- 最新の病院報告(2016年分;2017年9月26日発表)
 - ・ 1日平均入院患者数は病院で1,250,769人(前年比0.4%減)、療養病床を有する診療所で5,900人(前年比10.1%減)
 - ・ 1日平均新入院と退院患者数は一般病院ではともに4.3万人強
 - ・ 病院の1日平均外来患者数は1,355,757人(前年比0.8%減)人口10万対1日平均外来患者数を都道府県別にみると、四国の県が多く、トップの高知(1,7551人)は最も少ない静岡(834.5人)や神奈川(844.2人)の倍以上
 - ・ 病床利用率は病院で80.1%(精神病床86.2%、感染症病床3.2%、結核病床34.5%、介護療養病床91.4%)
 - ・ 2015年10月1日現在の病院の総従事者数は常勤換算で約211万人。医師と事務職は各22万前後、看護師は80.7万人

- 厚生労働省所管。
- 医師、歯科医師及び薬剤師について、業務の種類・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)
- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/gaikyo.pdf>

平成26年受療行動調査で報告された項目

1. 病院を選んだ理由
2. 予約状況、診察前の待ち時間・診察時間(外来患者のみ)
3. 来院の目的、診察・治療・検査などの内容(外来患者のみ)
4. 緊急入院・予定入院、入院までの期間、入院までに時間が掛かった理由(入院患者のみ)
5. 自覚症状(外来患者のみ)
6. 医師からの説明の有無、程度、説明に対する疑問や意見
7. 入院の有無、外来の受診頻度(外来患者のみ)
8. 退院許可が出た場合の自宅療養の見通し(入院患者のみ)
9. 満足度

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年周期で実施予定だった。直近は平成12年度実施した「第5次循環器疾患基礎調査」(第6次を平成22年度実施予定だったが国民健康・栄養調査に統合された)
http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/junkanki_chousa.html
- 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5000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]、心電図検査が行なわれた。

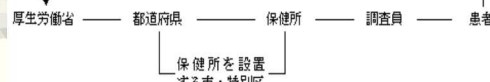
2016年調査結果のポイント

- 糖尿病有病者と糖尿病予備群はいずれも約1,000万人と推計
 - ・ 糖尿病が強く疑われる者(糖尿病有病者)、糖尿病の可能性を否定できない者(糖尿病予備群)はいずれも約1,000万人と推計。
 - ・ 糖尿病予備群は、平成9年以降増加していたが、平成19年以降減少。
- 体格及び生活習慣に関する状況は、都道府県の上位群と下位群で有意な差
 - ・ 体格(BMI)及び主な生活習慣の状況について、都道府県別に年齢調整を行い、高い方から低い方に4区分に分け、上位(上位25%群)と下位(下位25%群)の状況を比較した結果、BMI、野菜摂取量、食塩摂取量、歩数、現在習慣的に喫煙している者の割合(男性)で、それぞれ上位群と下位群の間に有意な差。
 - ・ 平成24年調査と平成28年調査を比較したところ、都道府県の格差は、男性の野菜摂取量及び男女の食塩摂取量が縮小。
- 受動喫煙の機会が「飲食店」が最も高く4割超
 - ・ 受動喫煙の機会を有する者の割合について場所別にみると、「飲食店」では42.2%と最も高く、次いで「遊技場」では34.4%、「職場」では30.9%。
- 高齢者の女性における低栄養傾向の割合は、この10年間で有意に増加
 - ・ 65歳以上の高齢者の低栄養傾向(BMI≦20 kg/m²)の割合は、男性12.8%、女性22.0%であり、この10年間でみると、女性では有意に増加。

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。
- 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)を対象。
- 調査項目
 - ・ 夫婦票:夫婦(および両親)の人口学的・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・健康に関する事項、妻の就業と出産・子育てに関する事項、保育環境・保育資源に関する事項、妻の結婚・子ども・家族に関する意識
 - ・ 独身者票:独身者(および両親)の人口学的・社会経済的屬性、結婚への意欲・態度およびその背景に関する事項、異性関係・パートナーシップに関する事項、ライフコースに対する考え方、結婚・子ども・家族に関する意識・周囲からの影響
- 2010年6月に第14回調査、2015年6月に第15回調査実施
http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/shussho-index.html

- 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29年10月17～19日(火曜～木曜)に実施
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2017/07/tp0707-1.html>)
- 結果は2014年分確定数が2016年3月18日発表
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/dl/kakutei-gaikyo-all.pdf>
- 層化無作為抽出した一般病院(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1日の調査。
- 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。
(一部郵送回収)



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。
- 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確か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。
- 結果は週報 IDWR
<http://idsc.nih.gov/jp/idwr/index.html>
 - ・ 全数把握する疾患:感染症法の1～4類+5類の一部(B型肝炎、C型肝炎、麻疹、麻疹等22。うち、HIV/AIDSと梅毒は無症状キャリアも届出義務あり)
 - ・ 定点報告のみ:5類の一部(26疾患)+2症状

国民健康・栄養調査

- 厚生労働省所管
- 目的は、国民の身体状況、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにし、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)
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html
- 健康増進法第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。
- 平成28年調査結果まで公表済
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000177189.html>

国民生活基礎調査

- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>
- 厚生労働省所管
- 目的
 - ・ 保健、医療、福祉、年金、所得等(国民生活の基礎)調査
 - ・ 厚生労働行政の企画及び運営に必要な基礎資料を得る
 - ・ 各種調査の調査客体を抽出するための標本を設定
 - ・ 健康寿命の計算にも大規模調査の健康票の自覚症状が使われる
- 沿革:厚生行政基礎調査(昭和28～同60年)、国民健康調査(昭和28年～同60年)、国民生活実態調査(昭和37年～同60年)、保健衛生基礎調査(昭和38～同60年)の4調査を統合。昭和61年を初年とし、3年ごとに大規模調査、中間の各年には世帯の基本的事項及び所得の状況について小規模で簡易な調査
- 根拠法:平成20年まで統計法に基づく指定統計調査、平成21年から新統計法に基づく基幹統計調査。実施方法は国民生活基礎調査規則による
- 対象は全国の世帯と世帯員。国勢調査区から層化集落抽出
 - ・ 大規模調査時:世帯票と健康票は5,530地区約30万世帯74万人、介護票は約7,000人、所得票・貯蓄票は2,000単位区約4万世帯9万人
 - ・ 簡易調査時:世帯票は1,106地区約5.5万世帯14.4万人、所得票は500単位区約1.3万世帯3.3万人
- 最新の結果(平成28年、大規模調査、地震のため熊本県を除く)は
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-yosa/k-yosa16/index.html>

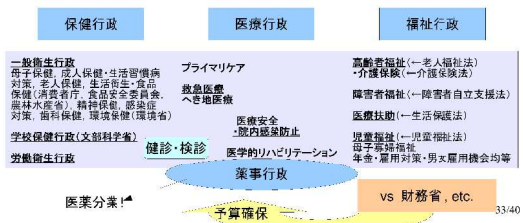
第15回出生動向基本調査の主な結果

- 独身者調査
 - ・ 結婚意思をもつ未婚者は9割弱で推移(ある程度の年齢までにと考える人は2000年前後には50%を切っていたが近年は男性55%、女性59%)
 - ・ 1年以内の結婚意思は男性は就業状況で異なるが女性性は学生が低いため
- 夫婦調査
 - ・ 前回に比べ、出会い年齢上昇(夫25.6→26.3、妻24.3→24.8)、交際期間延長(4.26→4.34年)、晩婚化さらに進行(平均初婚夫30.7、妻29.1)
 - ・ 夫婦の平均完結出生児数は1.94(前回1.96)
 - ・ 結婚持続期間15-19年夫婦で子供1人の割合は15.9→18.6%に増加
- 詳細は http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/doukou15/doukou15_gaiyo.asp

- http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/housou05/hoken/1268826.htm
- 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 26 年度は、発育状態調査が層化二段無作為抽出法で 5.0%、健康状態調査が層化集落抽出法で 24.2% 抽出)
- 平成 28 年度結果は 2017 年 3 月 27 日発表
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/housou05/hoken/kekka/k_detail/1380547.htm

日本の保健医療行政のフレームワーク

- 健康な社会のためのシステムはどうあるべきか？
 - 病気の治療だけでなく予防も大事
 - 治療や予防を可能にする環境も大事
 - それら全体を考えたシステム、政策が必要



厚生労働省のシステム

- 厚生労働省には国家公務員試験を通じて採用された行政官と別枠で採用される医系技官が勤務
 - 本省 大臣 副大臣 政務官 事務次官 厚生審議官 総務官
 - 大臣官房 総務課 秘書課 法制課 広報課 国際課 厚生科学課 医務課 健康政策課 健康増進課 健康経営課 健康情報課 健康調査課 健康政策課 健康情報課 健康調査課
 - 医政局 総務課 行政企画課 行政推進課 行政評価課 行政支援課 行政調査課 行政情報課 行政調査課 行政情報課 行政調査課
 - 健康局 総務課 健康政策課 健康増進課 健康経営課 健康情報課 健康調査課 健康政策課 健康増進課 健康経営課 健康情報課 健康調査課
 - 医薬食品局 総務課 医薬政策課 医薬安全課 医薬情報課 医薬調査課 医薬政策課 医薬安全課 医薬情報課 医薬調査課
 - 保険局 総務課 保険課 国民健康保険課 高齢者医療課 医療課 調査課
- 憲法 25 条「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」(国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない)
- 「公衆衛生を掌る」のは医師法と歯科医師法により医師と歯科医師なので、医系技官はこれらの国家試験を通過した者に限り採用
- 採用後に公費で留学し MPH 取得
- 医系技官のトップは技術総括審議官、医政局長は行政官
- 欧米では MOH (Medical Officer of Health) が、公衆衛生を専門とする医師として大きな権限をもつ
- 赤字は医系技官が長、ピンクは課長補佐以下

医療法の目的

- 全文: <http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/S23/S23HO205.html>
- 1948 年 7 月 30 日制定。1992 年～ 2008 年は毎年改正。医療を取り巻く社会情勢が激しく変化してきたことを反映
- 第一条 この法律は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に必要となる事項並びにこれらの施設整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする。
- 第二条 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。
- 3 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能(以下「医療機能」という。)に応じ効率的にかつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

医薬分業

- 診断・治療をする医師、歯科医師が書く処方箋により、薬剤師が調剤して薬を出す制度。
- 欧米では古くから一般的。日本では昔は開業医が自ら調剤したり、院内薬局という形で分業でないことが多かった(GHQ が医薬分業を法制化した)が、薬剤師法(但し書きで、医師・歯科医師・獣医師が自ら調剤する場合に例外とされたため)。
- 1990 年代から院内処方よりも院外処方箋発行を有利にすることで医薬分業を進めたが、2014 年で 7割弱。2016 年からは「門前薬局」の診療報酬を減らすことで、複数の医療機関にかかっても同じ薬局で調剤して貰う「かかりつけ薬局」化を進める(cf. 患者のための薬局ビジョン) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000102179.html>
- メリット
 - 薬剤師の専門性により、より安全に薬を扱える
 - 処方箋により薬の内容が明らかに
 - 薬歴保管によりアレルギー、副作用等が記録され安全性が高まる
 - 他の病院や診療所の処方と同じ薬の重複や危険な飲み合わせ等の場合に薬剤師が医師に問い合わせ、内容変更や中止等の処置
 - 服薬コンプライアンスを高める工夫(服薬指導など)
- デメリット
 - 自己負担増、薬局間格差、……

医療法のキーポイント

- 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保
- 医療計画
 - 医療施設の適切な配置、人的構成、構造設備、管理体制
 - 医療圏(二次=プライマリケア整備で市町村単位、二次=入院医療整備の単位で都道府県に十前後、三次=高度医療整備の単位で都道府県単位)
 - 医療法人に関する規制
 - 地域特性を踏まえる必要
 - 5 疾病 5 事業及び在宅医療
 - 5 疾病:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病+精神疾患(厚生労働省令で指定)
 - 5 事業:救急、災害、へき地、周産期、小児(法 30 条に明記)
- 医療を受ける者の利益の保護
 - インフォームドコンセント
- 医療提供施設
 - 病院(20 床以上の入院施設) / 地域医療支援病院(公設または準公設で研修を含む地域医療支援、都道府県知事の承認) / 特定機能病院(高度医療とその開発評価、厚生労働大臣の承認) / 診療所(無床又は 19 床以下の入院施設、病診連携、療養病床のある診療所には機能訓練室) / 助産所(管理責任者は助産師、嘱託医と嘱託医療機関を定める。10 床未満) / 薬局(開所、管理等は薬事法、医薬分業のため医療提供施設に入る) / 介護老人保健施設(開設等については介護保険法に定められ、医療従事者が勤務し医療法以外の法律では病院や診療所と同等に扱われる)

医療保険制度と中医協(中央社会保険医療協議会)

- 国民皆保険:日本は 1961 年から「全ての国民が医療を受けられるよう、何らかの制度へ加入する義務を課す」
 - 医療保険の区分:被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療
 - 保険診療は政府(中医協:医療提供者の代表は医師、歯科医師、薬剤師。他に保険者代表、公益代表)が定めた公定価格(診療点数表)で実施、一部自己負担。国民健康保険料滞納による無保険者増加が問題化。
- 公的医療保険の仕組み
 - 患者(一被保険者) → (一部自己負担) → (一医療の提供) 医療機関
 - 患者 → 保険料納付
 - 医療機関 → 審査支払機関 → 保険者: 診療報酬請求(レセプト)送付
 - 保険者 → 審査支払機関 → 医療機関: 診療報酬
 - 診療報酬を決めるのは中医協。
- 保険診療の範囲=病気やけがの一般的な診断・治療
 - 適用外のもの
 - 人間ドックなど予防
 - 美容整形や歯の矯正など審美医療
 - 正常妊娠・分娩(ただし出産育児一時金が保険者から給付される。2009 年 10 月～42 万円/児、保険証提示により保険者から医療機関に直接支払いのため自己負担は高くない)。
 - 一般的でない診断・治療(高度先進医療など)
 - 労務災害(労災保険でカバーされるため)
- 混合診療は原則禁止だが、下記保険外併用診療は可
 - 評価療養(将来の保険導入を検討。先進医療、治療に伴う診療等)
 - 選定療養(患者の希望によって選択。差額ベッド、時間外診療等)

公費医療

- 医療には、以下の目的で公費で賄われるものがある
 - 国家補償(戦傷病者特別援護法、原子爆弾被爆者援護法、予防接種法による予防接種被害の補償など)
 - 社会防衛(感染症法など)
 - 社会福祉(生活保護法による生活保護者への医療扶助など)
 - 難病対策(特定疾患治療研究事業、児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業、血友病治療、B 型・C 型肝炎のウイルス除去治療)
 - 障害者自立支援法(2005)により、障害者に対する公費医療(児童福祉法による育成医療、身体障害者福祉法による更生医療、精神保健福祉法による精神医療など)が一元的に自立支援医療と呼ばれるようになった。

予防行政

- 多要因の慢性疾患の増加や高齢化に伴い、健康日本 21 では予防の重要性が強調された
- 一次予防として健康な生活習慣を維持増進するためのキャンペーンは多く行われている
- 同じく一次予防の中でも、感染症の特異的予防である予防接種には「予算が足りない」ために、2012 年～ 2013 年の成人の風疹流行のように必要であってもされない場合がある
- 任意の予防接種は治療でないため保険対象外
- ゼロ次予防としての環境整備は厚生労働省だけでは不十分
 - ユニバーサルデザイン(バリアフリー)などだけではなく、日常生活環境やライフスタイル、ソーシャルキャピタルまで sustainability を考慮して踏み込むことが必要