



統計から社会の実情を読み取る

第59回 日本人の病気とケガ

本川 裕 | Honkawa Yutaka

アルファ社会科学(株)主席研究員

■東京大学農業部農業経済学科卒。財団民経研究協会常務理事研究部長を経て、現職。立教大学兼任講師。農業、地域、産業、開発援助などの調査研究に従事。現在は、ネット上で「社会実情データ図録」サイト (<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/>) を主宰するかたわら地域・企業調査等を行う。著作は『物流コストと日本の産業競争力』(学術誌『国民経済』、2004年)、『統計データはおもしろい!』(技術評論社、2010年)、『統計データが語る日本人の大きな誤解』(日本経済新聞出版社、2013年) 等。



病気に関するデータは、高齢化が進むわが国においてますます重要性が増している。今回は、病気やケガに関する三つの主要な官庁統計を取り上げ、それぞれの代表的なデータを紹介することとする。

三つの官庁統計の第1は、医師だけが書ける死亡診断書にもとづき死因別死者数を取りまとめている人口動態統計であり、全数調査である点と戦前からの長い時系列データを追える点に特徴がある。第2は、3年ごとにかなりのサンプル数の病院・診療所に対して入院・通院している患者数を調査している患者調査であり、死亡に至らないが重要な病気の動きはこれでしか判断できない。第3は、国民生活基礎調査の健康票(3年ごとの大規模調査のみ)で調べられている通院患者への直接調査の結果であり、病名と患者の意識とのクロスで状況が見られる点が前二者にはないメリットである。これら三つはいずれも厚生労働省が行っている統計調査である。

どんな病気が死因として増えているか

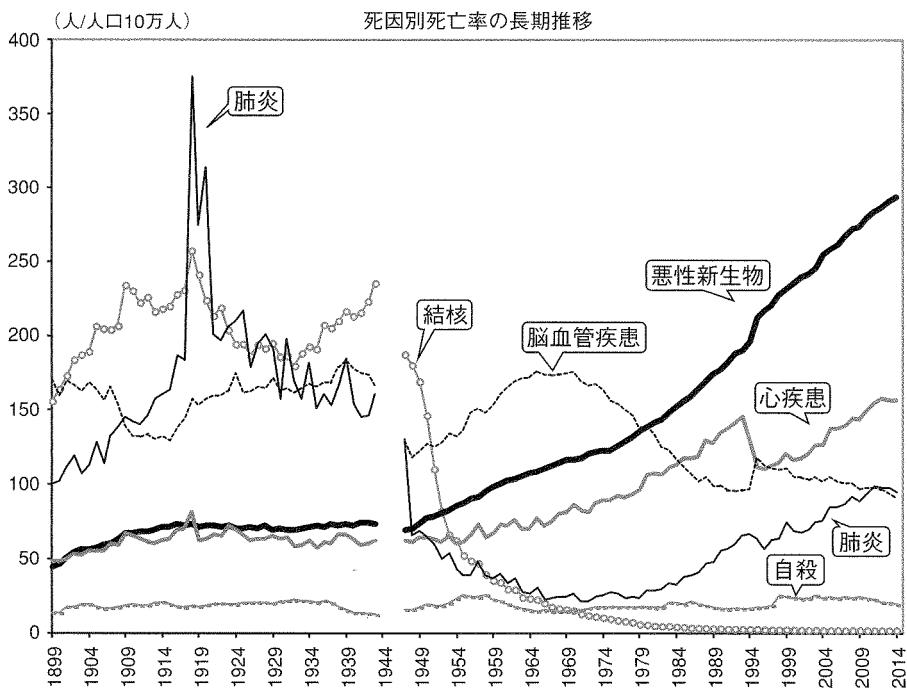
人口動態統計による死因別死亡率の長期推移を図1に掲げた。これは疾病構造の変化を示すために種々の刊行物にしばしば登場するグラフである。

戦前は、肺炎や結核、あるいはここには示していないが胃腸炎などの感染症による死亡が他を大きく上回っていたが、戦後は、衛生環境の飛躍的改善や抗生物質の登場などによって、これら感染症の死亡は減り、代わりに、かつては三大成人病と呼ばれ、現在は生活習慣病と称されるようになった悪性新生物(がん)、脳血管疾患、心疾患が死因の中心を占めるようになった。近年の傾向としては、高齢化にともない、三つのうちでも特にがんが増え、また院内感染等により、再度、肺炎による死亡が多くなっている。

どんな病気やケガで医師の診療を受けているか

患者調査では、入院・外来で受診した患者数をカウントし、さらに調査時での受診がなかった通院者数を推計して足し合わせた患者数を総患者数と

図1 疾病構造の変化



注) 1994年の心疾患の減少は、新しい死亡診断書（死体検査書）（1995年1月1日施行）における「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かいでください」という注意書きの事前周知の影響によるものと考えられる。

資料) 厚生労働省「人口動態統計」

呼ぶが、図2では、これを死因別死者数と対比させて示した。

高血圧で入通院している患者は全国で1千万人を超えており、高血圧で死亡した人は6千9百人と少ない。放置すると脳卒中や心筋梗塞など動脈硬化による様々な病気の原因となるため、高血圧の患者が多いのであるが、悪化した場合の死因としては、それぞれ、脳血管疾患、心疾患となるので、高血圧そのものが死因となるケースは少ない。糖尿病や高脂血症についても同様なことがいえる。これらの病気は、それ自体では生活上の支障がない場合が多いが、いずれ深刻な疾患にむすびつく可能性が高い受診者数が死亡者数に比して多いのである。

一方、緑内障、アレルギー性鼻炎、虫歯、歯周病、関節症、前立腺肥大、骨折など多くの病気やケガは、

それ自体が死亡にむすびつくものではないが、生活上の支障が大きいので治療のために受診しているものであり、そのため、死亡者数に比して、患者数が多いのである。うつ病・躁うつ病なども似ているが、この場合は自殺にむすびつくこともあるので、むしろ、両方の側面があるといった方が適切だろう。

なお、老衰は特定の疾患による死といえない場合などに死因としてカウントされるが、老衰を理由にした入通院はほとんどない。また、死因には、内因というべき疾患のほかに、事故死や自殺など外因が別途区分されているが、患者調査では、外因の結果入通院していても内因の疾患でカウントされるので、事故や自殺の数字はあらわれない。

死亡と死亡に至らない疾病的マイナスの影響を総合化した指標として、傷病ごとのDALY値（寿命・健康ロス）が算出されている。これは、死因

別の人命ロスと人命ロスに換算されて算出される傷病別の患者の厚生ロスを合計したものであり、保健政策上の財政配分基準などとして利用される。脳卒中で寝たきりになる場合が多いので、がんに次いで脳血管疾患のDALY値が大きくなってしまい、3番目にうつ病・躁うつ病が来る。なお、この場合、死因としても患者数としても余り目立たないが、生活上の支障が大きい「難聴」が自殺や関節症と同等のマイナスを生んでいるとされている（本稿末尾に記載の関連図録参照）。

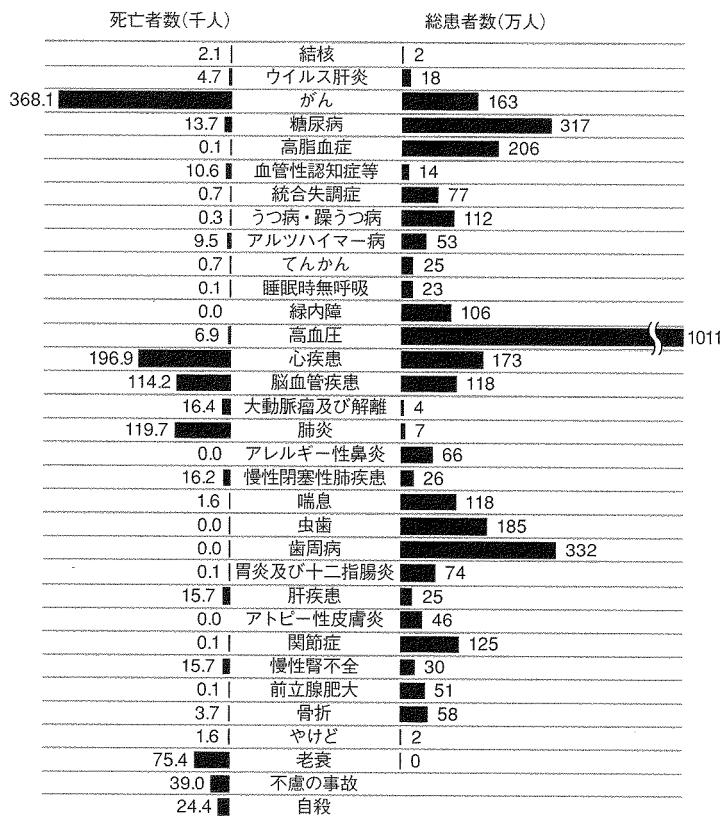
病気ごとに患者はどんな気持ちでいるか

死因別死者数や傷病別総患者数は、調査の性格から、男女年齢別の人数データは得られるが、それ以外の面での傷病ごとの患者の特性を把握するのは難しい。一方、国民生活基礎調査の健康票ではどんな病気で通院しているかを訊いており、他の調査項目とのクロス集計で通院の原因となっている傷病ごとの患者意識を調べることができる。

図3には、傷病別に精神状態が良好か、また日常生活に影響があるかの結果を散布図の形式で示した。

傷病別の通院者の中には軽症者も重症者も含んでおり、あくまでここでは各傷病の平均的な程度の病状の状況である点には留意する必要がある。なお、いずれの傷病で通院している者も、通院して

図2 死因別死者数及び傷病別総患者数（2014年）



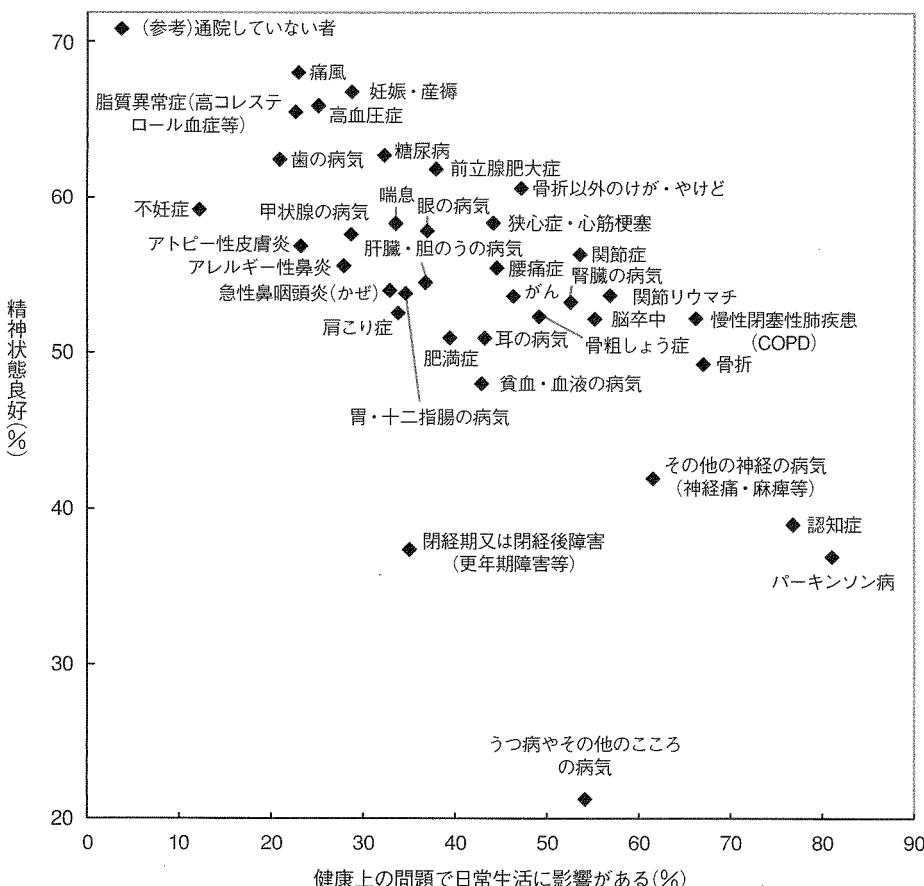
注) 死因別死者数は人口動態統計、総患者数は患者調査による。患者調査は3年ごとに病院・診療所（歯科を含む）1万数千箇所の入院・外来・在宅患者数を調べ、全国の状況を推計している調査の結果（10月調査）。総患者数とは調査日に医療施設に行っていないが継続的に医療を受けている者を含めた患者数（総患者数=入院患者数+初診外来患者数+再診外来患者数×平均診療間隔×調整係数（6.7））。病名の「血管性認知症等」、「統合失調症」、「うつ病・躁うつ病」、「歯周病」は、それぞれ、「血管性及び詳細不明の認知症」、「統合失調症」、「統合失調症型障害及び妄想性障害」、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」、「歯肉炎及び歯周疾患」の略。「がん」、「虫歯」、「やけど」は、「悪性新生物」、「う蝕」、「熱傷及び腐食」の通称。

資料) 厚生労働省「人口動態統計」「患者調査」

いない者（入院者以外）よりは精神状態が良いことが示されており、どんな病気やケガでも健常状態に比べてマイナスである点が確認される。

グラフは右下がりの傾向となっており、おおまかには、日常生活に影響が大きい病気やケガほど精神的なダメージが大きいという相関関係が成立していることが分かる。「認知症」など日常生活に影響が大きい傷病ほど精神的なダメージが大きく、「高血圧」や「痛風」などは、生活への影響が小さい分、

図3 傷病別の精神面・生活面への影響度（2013年）



注) 鍼灸まで含め医療機関に通院している12歳以上の者（往診・訪問診療を受けている者は含むが、入院者は含まない）の傷病別の集計（複数回答）による。「精神状態良好」は「こころの状態」に関する六つの設問の合計点が0～4点の者の割合である（下の「こころの状態」に関する解説参照）。参考値の「通院していない者」（入院者は含まない）の値のうち日常生活への影響は6歳以上が対象。

こころの状態（国民生活基礎調査の「用語の解説」から）

こころの状態には、K6という尺度を用いている。K6は米国のKesslerらによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含むかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そわそわ、落ち着かなく感じましたか」「気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか」「何をするのも骨折りだと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」の六つの質問について5段階（「まったくない」（0点）、「少しだけ」（1点）、「ときどき」（2点）、「たいてい」（3点）、「いつも」（4点））で点数化する。合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があるとされている。

資料) 厚生労働省「国民生活基礎調査」

精神的なダメージも小さいのである。

「悪性新生物（がん）」で通院している者の日常生活への影響度や精神的ダメージは「骨折」で通院している者より程度が軽いといいうのはやや意外である。

「うつ病やその他のこころの病気」や「閉経期又

は閉経後障害（更年期障害等）」で通院している患者は、日常生活への影響度を上回って精神状態が不良である点が目立っている。

* 「社会実情データ図録」関連図録

[1] 図録2050「寿命・健康ロスの大きな病気・傷害(DALY値)」