

## 国立公衆衛生院研究懇話会記事

第290回（平成6年9月22日）

### 1. わが国の戦前の人口動態と女性差別

西田 茂樹（保健統計人口学部）

わが国の人口動態統計は1872年に始まり、戦前においても豊富な統計資料が存在するが、研究対象とされることは少ない。この戦前の人口動態統計の内、主として出生率、死産率、婚姻率、離婚率について、児の身分（嫡出・非嫡出）の観点から分析を行なった。

わが国の近代の人口動態統計は、1872年に戸籍制度が制定され、これに伴って出生、死亡の届け出が義務付けられたことによって始まっている。同時に、戸籍上の人の数を計算することによって、人口が知られるようになっていく（人口が国勢調査によって知られるのは1920年以降である）。ただし、種々の法制度の整備との関連で、婚姻と離婚の統計は1883年から、出産児の身分についての統計は1886年から始まっている。

1800年代のわが国の人口動態統計指標の動向の特徴として、まず、離婚率が高いことがあげられる。離婚は年間夫婦千組当たり約15組発生しており、現在と比べて約3倍の頻度である。1900年代に入ると、離婚率は速やかに低下している。次に、非嫡出子の出生が非常に多かったことがあげられる。当時、非嫡出子は全出生の4%から8%を占めており、現在の約1%と比べて非常に高い割合を示している。また、非嫡出子が全出生に占める割合は、1800年代は一貫して増加傾向にある。1900年代に入ると、同出生割合は、当初は約8%で推移するが、その後は急速に低下している。

1900年代の人口動態統計指標の推移の中で特異であったのは、15歳以上の無配偶女子千人当たりの婚姻率が1920年に急増する点である。同婚姻率は1910年代後半の55~60から、1920年には84にまで急増する。この原因は、15歳以上の無配偶女子の数が、1919年までは戸籍上の配偶関係による数値であるのに対して、1920年以降は国勢調査による実態上の配偶関係の数値であ

るため、有配偶女子数が1919年までと1920年以降で大幅に違う点にあった。

以上の戦前の婚姻率、離婚率、出生率、死産率などに認められた現象の原因として、①戸籍の制定当時の一般市民の戸籍軽視、②明治民法の公布による法的な「家制度」の確立とその影響として一般市民の戸籍重視への変化、が考えられた。まず、1800年代に非嫡出子の出生が全出生に占める割合が高かったのは、戸籍軽視の結果、婚姻届を提出していない夫婦が多く、これらの夫婦間の出生児が非嫡出とされたためと考えられた。また、非嫡出子の出生割合が上昇傾向にあったのは、婚姻届が未提出の夫婦が年々蓄積した結果、婚姻届が未提出の夫婦数が年々増大したためと考えられた。1899年に明治民法が公布され、戸籍上の身分関係が法的な身分関係とされるとともに、「家制度」が法的に確立したことにより、長子への相続を円滑に行なうため、婚姻届の提出が改善し、その結果、1900年代に非嫡出子の出生割合が低下したと考えられた。離婚率が1800年代に高かったのは、明治民法の公布以前は、離婚が容易であったためと思われた。民法公布以降は、離婚が困難になったため、婚姻届の提出を児、特に男児出生以降に遅らせる習慣を浸透させたと思われた。その結果、戸籍上の婚姻関係と事実上の婚姻関係の乖離がおり、1920年前後における有配偶女子数の違いに結びつくとともに、事実上の離婚が戸籍上、すなわち届け出上には記録されず、このことが1900年代の離婚率の低下の原因ではないかと思われた。

なお、詳細については、以下の文献を参照されたい。

- (1) 西田茂樹・他、民族衛生、60(3)、129~139、1994
- (2) 西田茂樹・他、民族衛生、58(4)、224~234、1992
- (3) 西田茂樹・他、民族衛生、53(4)、184~191、1987

## 2. 老人医療費の構造について

府川 哲夫 (公衆衛生行政学部)

老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)を受けて、1991年度から1993年度の3年間「老人医療年齢階級別分析事業」を行った。この事業の目的は①老人医療受給者のレセプト・データをもとにした老人医療費の実態把握、及び②レセプト・データと地域の社会・経済面のデータとを結びつけて、老人医療費の実態の要因分析や各種の仮説検証を行うことであった。ソースデータはA、Bの2種類に分かれており、それぞれ次のような内容を含んでいた。

Aデータ：老人医療受給資格者個々人の1年間のレセプト・データ(入院・入院外別の件数、日数、医療費)を月ごとに集約したもの(歯科は除く)

Bデータ：老人医療受給者個々人の5月診療分のレセプトごとのデータ(入院・入院外の区別、傷病コード、医療機関種別、日数、医療費)の記録(歯科は除く)

このデータの特徴は、同一個人の1年間のレセプトを集約しているため、受診者個々人の1年間の医療費の動向を調べることができることである。分析はまだ中途であるが、1カ月ごとのレセプト単位ではわからない結果も得られているので、これまでの分析結果を1993年度事業報告書の中から選んでいくつか紹介した。

### (1) 受診者の入退院に関するパターン分析

入院した人の入院月数の頻度分布をみると、12カ月入院の割合は7%~20%、1・2カ月入院の割合は45%~63%、と県別格差が大きかった。12カ月間における入院回数が1のパターンの割合は各県とも85%前後であった。また、各県とも入院月数が増加するにつれて1日当たり医療費は低下した。1カ月入院の1日当たり医療費は2.0~2.5万円、12カ月入院の1日当たり医療費は0.9~1.2万円であった。通年資格者で連続入院の多かった県では死亡者のデータでも連続入院のパターンが顕著に多かった。

### (2) 老人死亡者の医療費

1年間の死亡者にかかった医療費は老人医療費全体の約12%(入院18%、入院外3%)を占め、死亡者の医療費の中では入院医療費の割合が高く(年齢計で90%)、死亡月が近づくとつれてそのシェアは増加した。死亡までの月別にみた1日当たり医療費は、70歳以上の各年齢階級とも死亡月が近づくとつれて増加していった。入院して死亡した老人を死亡前3カ月間連続して入院していた者とそうでなかった者に分類すると、前者の死亡前3カ月間における1日当たり入院医療費(2.2万円)は通年資格者の年平均1日当たり入院医療費(1.5万円/日)の1.5倍、後者(2.8万円/日)は通年資格者の1.9倍であった。

### (3) 傷病と医療費の関連分析

ヘドニック分析の手法を応用して、個人の医療費を各傷病に分解して傷病ごとのヘドニック・プライスを推計すると、新生物、精神障害、泌尿生殖系の疾患でヘドニック・プライスが大きかった。

### (4) 老人医療費の91・92・93時系列比較

性・年齢階級別受診者1人当たり年間医療費は3カ年で同様のパターンを示し、県別にみても、県ごとの差は大きいものの、年次による差は小さかった。通年資格者を対象に、年間受診日数階級別の受診日数及び医療費のシェアをみると、3カ年でほとんど変わらなかった。入院では40日以上が受診者の50%、医療費の90%を、入院外では30日以上が受診者の50%、医療費の75%を占めていた。受診者100人に対する傷病件数153(入院11、入院外143)も年次によってあまり大きな変化はなかったが、県ごとの差は大きかった。

この分析事業の基本的な研究テーマは次のようなものであり、データ・セットの拡充も含めて今後さらに調査・研究を進める必要がある。

#### 性・年齢階級別年間老人医療費の実態

#### 1人当たり老人医療費の地域差の要因分析

老人医療費の男女差の分析 [入院：男<女、入院外：男>女]

#### 年間受診日数による患者の分類

受診パターンによる医療費の違い

終末期医療の動向  
 経年的に変化しない地域に固有の指標  
 入院と入院外の代替機能, 入院と福祉施設の関係

医療費の集中度 [受診者の16% (2%) が医療費の62% (19%) を消費]  
 個人の傷病状況・受診状況の追跡 (longitudinal study)

第291回 (平成6年10月27日)

## 1. 米国看護視察旅行に参加して

### — ミシガン州立大学看護学部とその周辺の地域ケアの状況 —

斉藤 泰子 (公衆衛生看護学部)

平成6年8月に、米国ミシガン州ランシングにあるミシガン州立大学看護学部と周辺の病院における看護、及び地域ケアについて視察する機会を得た。今回は最近の米国における看護教育システムとクリニカルナーススペシャリストやナースプラクティショナーとして活躍する学位をもった看護職の実際の役割について紹介し、また、「保健婦」=Public Health Nurseとして働くのは、大学で地域看護を学んだナースであること、そのナースの働く場のひとつである日本の「保健所」にあたるIngham CountyのHealth Departmentを中心としたネットワーククリニックの状況についても報告したい。

#### 【ミシガン州立大学看護学部に関して】

ミシガン州立大学は、1855年創立、5239エーカーの土地に大学院生を含めると37350人の学生が学ぶ。筑波学園都市のように大学キャンパス内に15のCollegeと研究機関や消防署・警察・クリーニング工場・劇場等の216の施設があり、学園都市を形成している。看護学部College of Nursingは、1954年の創立、学部生が80~100人、2年制のCommunity collegeを卒業した准学士25~50人の編入生も受け入れている。編入生は、大学で主に地域看護をトレーニングされる。ちなみに米国で看護学部のある大学数は489(1989年)、日本では30(1994年)である。米国では、全看護職の34%がBSN(Baccalaureate science nurse)と呼ばれる大学卒の学士(Bachelor of Nursing science)であり、さらに大学院で修士課程を修めるものも多い。修士をもつナースは臨床看護スペシャリスト(CNS)として主に臨床で働くものと、ナースプラクティショナー(NP)として主に地域で働くものに二分される。双方とも救急対

応ができ、処方箋をかくことも許されている。

#### 【地域で活躍するNP】

実際に働く場として印象的だったのは、プライマリヘルスケアの全米のモデルともされている看護婦による医療クリニック「Family health Center」である。10人の専門分野をもつNPが医師と同じように聴診器を胸にさげ自分の診察室で患者さんと応対していた。ここで働くNPの専門分野は、小児・家族・婦人科・資格をもった助産婦で、NPは、生活や環境について適切に指導してくれるということで、来所者の80%が医師よりNPを支持しているとのことであった。皆生き生きと活躍していたのが印象に残った。

#### 【保健婦はなにをしているのか】

先にあげたIngham County Health Departmentは、郡の「保健所」にあたる。ここにはミシガン州立大学看護学部の出身のPHNが対人保健サービス部門で多く活躍していた。母子から老人まで日本におけるサービスと同じように対応しているが、大きく異なる点として、サービスの対象が貧困層ヘターゲットがしぼられていることがあげられる。米国においては、一般の人々は自分の健康を自分の保険でまかなっている。自分で保険をかけられない貧困層つまり、年齢65歳以上のメデイケアの対象者と65歳以下のメデイケイドの対象者が社会的サービスの直接の受け手となっていた。対象者がある程度限定されていること、クリニック機能をもつ(プライマリヘルスケア)こと、地域の病院とネットワークがくまれていることが日本の保健所と違う点と感じた。貧困層が多く来所しており、有色人種や白人でも太った人が多かった。英語をひとことも話せないし理解できない東南アジア系の産婦がひ

とりで出産していたこと等が印象に残っている。  
また保健意識も低く、知的にも低い人々に対するわ

かりやすい衛生教育・健康教育グッズが工夫されていることにも感心させられた。

2. 小・中学校における給食・食生活指導の実態

大森世都子 (母子保健学部)

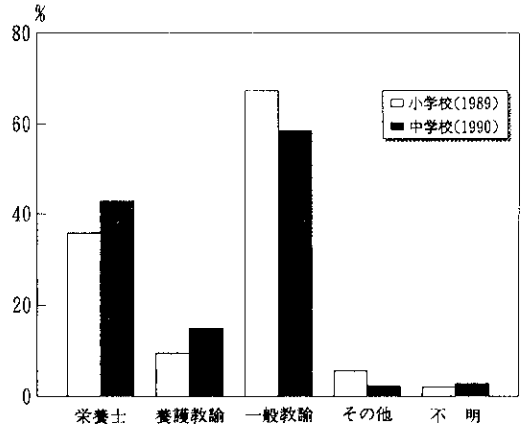
近年、食生活の様相の変化と共に、生涯を通じた健康の保持増進という視点から学校給食の再検討や将来展望などについてさまざまな論議が盛んとなっている。

学校教育活動の一環として実施されている学校給食をとおしての給食指導および関連教科等をとおした給食・食生活指導の実態を把握するため、小学校では1984, 1989年の2回, 中学校の場合は1990年に校長を対象として調査を行った。調査対象は表に示すとおり、それぞれの年次における全国学校総覧から抽出した小・中学校の校長であり、往復葉書による無記名のアンケート調査とした。

表 調査対象

対象者	調査年月	送付数	回収数(回収率)	集計数	備 考
小学校長	1984.2	1,192	802 (67.3%)	739	全国学校総覧 (1984年版)
	1989.2	1,194	823 (68.9%)	754	1/20 抽出
中学校長	1990.7	2,212	1,469 (66.4%)	1,341	全国学校総覧 (1990年版)
			給食実施 1,022		1/5 抽出
			給食未実施 319		

結果の詳細は省略するが、本報告で望ましい給食・食生活指導の担当者としてあげられたのは(図には1989年小学校調査と中学校調査を示した)、一般教諭、小学校約70%、中学校58.5%であり、次いで学校栄養職員(以下栄養士)は小学校約35%、中学校42.8%である。特に栄養士の専属校において栄養士を望ましいとするのは小学校44.3%(1984), 51.0%(1989), 中学校52.9%と高率であるが、現実には栄養士の「授業への協力」は、栄養士専属校の場合でも、小学校11.4%(1984), 19.1%(1989), 中学校4.8%であり、全体で見ると小学校3.2%(1984), 4.4%(1989), 中学校1.9%と少ない。また、栄養士の「授業への資料提供」は、小学校約24%、中学校34.1%であった。養護教諭の場合は栄養士に比較し「授業への協力」「資料提供」ともに多い。これはそれぞれの職種の配置状況および職務内容の現状を示したものであるが、これらの結果、専



門的立場からのより積極的な援助が要望されていることがわかる。

学校給食の目的が栄養の補給から食生活に関する広範な教育へとその重点を移している今日、健康教育の中で重要な役割を果たす給食・食生活指導は、単に栄養士のみでなく、全校的な指導体制はもとより家庭・地域の連携、協力によるところが大きいことはいうまでもない。教育環境の人間化を提唱した臨教審の第2次答申においても生涯健康を目指し、家庭・学校・地域の連携という立場に立つての学校給食の意義について主張している。

なお、給食未実施の中学校への設問の結果、給食を実施しなくてよいとするものが68.3%と高率であったこと、さらにその理由をみると、家庭の対応を求めているものが多いことは注目に値する。教科を重視する中学校の特性を考慮してもなお食生活に関わる教育を考える上で今後の検討すべき課題であろう。

学校給食の今後の方向について、石川は「学校給食は、食事という人間にとって最も心の開く場面で展開されている教育活動であることから、心の問題や基本的行動様式の形成の面でも、健康教育の一環として展

開していくことが求められているのである」と述べている。食生活に関する教育は、単に学校給食という営みを通じて行われるだけでなく、健康教育の視点から家庭における食生活を含みより広範に行われるべき

であり、したがって関連する教職員が互いに協力しあい、総合的な指導計画を創り上げていくことが肝要であろう。