保健・医療・福祉分野における地域指標の開発

尾島 俊之*1 中村 好一*2 橋本 修二*3 宮下 光令*4
林 正幸*5 加藤 昌弘*5 松村 康弘*7 福富 和夫*8

I はじめに

地域保健法に，保健所の事業として，「人口動態統計その他地域保健に関する統計に関する事項」（第6条），「所管区域内に係る地域保健に関する情報を収集し，整理し，及び活用をはかること」（第7条）と定められているように，近年，地域保健医療福祉に関する統計情報の活用の重要性が広く認識されるようになった。特に，保健医療計画の策定などにおける，地域の状況を分析し，その地域が抱える問題点を抽出するために，現状分析を行うことは基本的な重要事項のひとつである。実際に，地域保健医療計画，老人保健福祉計画，母子保健計画などの策定のために，都道府県，保健所，市町村などで統計情報を収集し分析することが行われるようになった。

ところで，単発的に統計情報収集を行うとすると，膨大な種類のデータが存在するため，分析の作業量は非常に大きく，日常業務の中で実施することには躱躱される現状がある。また，膨大な量の統計分析結果が出ることによって，どのような地域特性があるのかを端的に理解することが困難となってしまう現状もある。

そこで，比較的限られた個数の指標によって，地域の保健医療福祉の状況が概観的に理解できるような地域指標群を開発し，提案することを目的に，本研究を実施した。

II 指標開発の方法

地域指標の開発の流れを図1に示す。
まず，検討の枠組みを設定するために，地域指標の概要規定，地域分野の選定，指標構造の決定，指標の基本的問題の検討などを行った。そして，検討対象を設定するために，統計調査を総覧し，主要指標の一覧を作製した。
次に，それらの主要指標について，具体的に検討の対象とする地域指標候補を選定した。選定に当たっては情報が存在することを第一条件とし，類似の指標が複数ある場合には代表的なものを選定して続いた。さらに，それぞれの指標の算定方法の検討を行った。算定方法の設定においては，多数の代替案が考えられたが，なるべくその指標の要義を代表するものを選定するようにした。次に，年齢等調整方法を検討した。全国の年齢階級毎のデータのあるものについては間接法で年齢調整を行うこととした。これにより，標準化死亡比（SMR）と同様の算定方法を行うものである。

以上のように，実際の指標値を算定し，指標の精度，地域差の検討を行った。なお，指標値の算定に当たっては種々の統計資料を利用したが，特に，患者調査と老人保健事業報告は目的外使用許可（統収第24号，平成10年2月18日，および，統収第721号，平成9年11月17日）の下で使用した。精度の検討は，ポアソン分布

＊1 自治医科大学保健科学講座 救学・地域保健学部門講師 ＊2 同教授
＊3 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助教授 ＊4 同助手
＊5 福島県立医科大学看護学部基礎学専門特定教授 ＊6 福知携学部保健学教授
＊7 福島県立大学助教者健康・栄養学部医学研究室主任 ＊8 福島県立大学特任研究員
を仮定して指標値の標準誤差を0.2
以下とするために必要な最小人口規模
（適用人口）を算出して行った。
地域間差は、基準的には47都道府県
の指標値の標準偏差によって検討し
た。なお、他に各指標の精度を考慮
した地域間変動も算定したが、概
ね単純な標準偏差と同様の傾向であ
った。

ここまでの作業とは別に、主要指
標について地域の指標ニーズの把握
を行うために、都道府県、保健所政
令市の衛生管理部局および保健所を
対象として郵送調査を実施した
3)。

以上のすべての結果を検討し、最
終的に指標の開発、提案を行った。

III 結 果

(1) 検討の枠組みの設定

まず、地域指標とは、地域に対して統計情報
を提供するための指標と規定した。そして、指
標とは、対象についての特性ないしは概念の
水準を統計データに基づき数値的に表現したもの
と規定した。すなわち、死亡数や事故実施数
などの総量統計については、指標に含めないこと
とした。

地域区分については、行政組織に基づいて選
定することにした。すなわち、都道府県、保健
所、市町村を基本とした。二次医療圏は医療計
画等の策定単位であり、今後重要性が増す可能
性も高いため、現状における行政施策上の
地域単位としては保健所単位の方がより重要で
あると考え、基本地域単位とはしないこととし
た。

指標構造に関しては、保健医療福祉分野はき
わめて広いため、いくつかの分野に分けた方が
実際的であると考えた。分野の個数および各分
野の指標数は、実用性の面では5～10個程度が
適当であると考えられた。そこで、母子保健、
健康増進、成人保健、老人保健、老人福祉、そ
の他の6分野に分けることとし、各分野毎に指
標を選定することとした。

指標の基本的問題としては、利用性（入手し
やすい資料から算定できること）、妥当性（指標
がねらいとする水準を正しく示すこと）、安定性
（誤差変動が少ないこと）、明解性（指標の構造
や特性が理解しやすいものであること）などが重
要であると考えられた。

(2) 指標の算定方法

指標の算定方法を検討し、各指標の分子およ
び分母を設定した結果を表1に示す。なお、要
介護者割合の指標の算定方法については、別途
報告した

最終的に年齢調整も行った指標は、全国基準
と同等の場合を1となるようにした。また、す
べて良い方が指標値が大きくなるように、一旦
指標値を算出した後、必要により逆数を計算し
て最終的な指標値とした。具体的には、人口動
態統計による5指標、結核新規登録、患者調査
による5指標、自覚的健康観、悩み・ストレス、
要介護者割合の計14指標について逆数を用いた。
なお、乳児死亡数0の場合の乳児死亡率など。
<table>
<thead>
<tr>
<th>指標名</th>
<th>分子</th>
<th>分母</th>
<th>（標準化の基準）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>乳児死亡率*</td>
<td>乳児死亡数</td>
<td>出生数</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>新生児死亡率*</td>
<td>新生児死亡数</td>
<td>産内死亡数</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>低体重児出生割合*</td>
<td>生下時体重 1500 g 以下の出生成数</td>
<td>産内死亡数</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>慢性新生児死亡率*</td>
<td>慢性新生児の全年齢死亡数</td>
<td>人口（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>脳血管疾患の年齢死亡率</td>
<td>脳血管疾患の全年齢死亡数</td>
<td>人口（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>基本健診中年期受診率</td>
<td>40～59歳の基本健康診察受診者数</td>
<td>人口（40～59歳）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>基本健診老年期受診率</td>
<td>60歳以上の基本健康診察受診者数</td>
<td>人口（60歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>胃がん検診中年期受診率</td>
<td>40～64歳の胃がん検診受診者数</td>
<td>人口（40～64歳）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>胃がん検診老年期受診率</td>
<td>65歳以上の胃がん検診受診者数</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>胃がん検診中年期受診率</td>
<td>40～64歳の胃がん検診検査受診者数（要検査者未検査者を含めた数）</td>
<td>要検査者数（40～64歳）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>機能訓練</td>
<td>55歳以上の機能訓練指導延命人員</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>訪問指導</td>
<td>65歳以上の訪問指導延命人員（寝たきり、寝たきり、要指導者の計）</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>健康教育</td>
<td>健康教育に参加延命人員（一般と重点の計）</td>
<td>人口（40歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>健康相談</td>
<td>健康相談指導延命人員（一般と重点の計）</td>
<td>人口（40歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>乳幼児保健指導</td>
<td>乳幼児保健指導の年次初診入院者総数（乳児+1～2歳+3歳児+その他の）（保健所+市町村）</td>
<td>人口（0～4歳）×3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>妊産婦保健指導</td>
<td>妊産婦保健指導の妊娠延命人員（妊娠+産婆、保健所+市町村）</td>
<td>出生数×10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>母子訪問指導</td>
<td>母子訪問指導後の訪問延命人員（妊娠婦+新生児+未熟児）</td>
<td>出生数×4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>栄養改善指導</td>
<td>栄養改善指導の指導延命人員（個別+訪問+集団）（保健所+市町村）</td>
<td>人口（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>精神保健相談</td>
<td>精神保健相談延命人員</td>
<td>人口（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>エイズ相談</td>
<td>エイズ相談件数（電話+来所）</td>
<td>人口（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>総合相談</td>
<td>健康相談（その他）（保健所+市町村）</td>
<td>人口（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>結核新規登録*</td>
<td>新登録結核患者数（全年齢）</td>
<td>人口（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ホームヘルプ</td>
<td>老人福祉法に基づく訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の利用延命人員</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>デイサービス</td>
<td>老人福祉法に基づく短期入所生活介護（ショートステイ）事業の利用延命人員</td>
<td>人口（65歳以上）×50</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>チョットステイ</td>
<td>老人福祉法に基づく長期入所生活介護（ショートステイ）事業の利用延命人員</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>特別養護老人ホーム定員数</td>
<td>特別養護老人ホームの定員</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>老人保健施設定員数</td>
<td>老人保健施設の定員</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>高血圧中年期受診率*</td>
<td>35～64歳の高血圧性疾患受診者数</td>
<td>人口（35～64歳）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>高血圧老年期受診率*</td>
<td>65歳以上の高血圧性疾患受診者数</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>糖尿病中年期受診率*</td>
<td>35～64歳の糖尿受診者数</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>糖尿病老年期受診率*</td>
<td>65歳以上の糖尿受診者数</td>
<td>人口（65歳以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>精神障害受診率*</td>
<td>精神障害受診者数</td>
<td>人生年齢</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>自覚的健康観*</td>
<td>自覚的健康観が「あまりよくない」＋「よくない」と回答した人数</td>
<td>住宅（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>健康習慣</td>
<td>健康習慣を「よくしている」＋「どちらも」を「良くしている」＋「どちらも」</td>
<td>住宅（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>傷害・ストレス*</td>
<td>「痛みやストレスがある」と回答した人数</td>
<td>住宅（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>介護者割合</td>
<td>介護者割合</td>
<td>住宅（全年齢）</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 平均標準値を算出した後、逆数を計算して最終的な指標値とした。

情報出典調査名：
1. 指標 1～5：人口推移統計、6～15：老人保健事業調査、16～22：保健所運営報告（地域保健事業報告）、
23：結核サーベイランス、24～25：老人保健施設マップ、26：社会福祉施設調査、28：老人保健施設調査、
29：厚生省エイズ発症応対策調査、30～34：患者調査、35～37：国民生活基礎調査、
38：国民生活基礎調査、患者調査、老人保健施設調査、社会福祉施設調査

情報の対象期間：
指標 1～5：5 年間平均、6～21、23～28：単年（基）、22、27～38：一時点

人口は、情報入手容易性によって、適宜、国勢調査人口、住民基本台帳人口、推計人口などを用いた

---
逆数を計算すると無限大になるものについては、指標値を10とするということとした。
それに合わせて、すべての指標値については、10を超えるものは指標値10とすることにした。指標値が10を超えるような場合には、全国と比較して非常に良いこととは明らかであり、指標値の精度については別途検討が必要であるが、指標値の細かい区分は意味が無いと考えたためである。一方、胃がん検診受診率指標においては、分母である要精査者が0である市町村もあった。このような場合には、指標値は欠損値とすることにした。

（3）統計的側面の検討
指標の精度と地域間差を検討した結果を表2に示す。精度に関しては、基準検診受診率などの事業実績に関する指標は概ね精度が高かった。一方、乳児死亡率などの医療数や、疾患、また、保健所数などに関する指標は、実際の数値（死亡数や保健所数など）が小さいため、精度が低かった。地域間差については、事業実績などの政策的、人為的事項については、地域間差が大きく、一方、死亡率などの自然的、生物学的事項については、地域間差が小さかった。

（4）指標の開発、提案
これまでの検討結果をもとに、地域指標の個々の指標の評価に関する検討結果を表3に示す。この総合判定が〇となるもの、もしくはさらに〇を加えたものを地域指標として提案したい。

なお、実際にT果について適用した事例を図2に示す。胃がん検診中年期受診率、老人健診指標、結核新規登録などの指標は、全国より優れており、一方、母子訪問指標、精神保健相談などを、努力が必要であることが一目瞭然である。

<table>
<thead>
<tr>
<th>指標名</th>
<th>適用人口</th>
<th>判定</th>
<th>標準偏差</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 乳児死亡率</td>
<td>110.55</td>
<td>△</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>2. 乳児死亡率</td>
<td>37.65</td>
<td>△</td>
<td>0.71</td>
</tr>
<tr>
<td>3. 低体重児出生割合</td>
<td>7.65</td>
<td>△</td>
<td>0.77</td>
</tr>
<tr>
<td>4. 慎性新生児死亡率</td>
<td>28.77</td>
<td>△</td>
<td>0.66</td>
</tr>
<tr>
<td>5. 糖尿病変態死率</td>
<td>5.65</td>
<td>△</td>
<td>0.39</td>
</tr>
<tr>
<td>6. 基本診療中年期受診率</td>
<td>80.1</td>
<td>△</td>
<td>0.31</td>
</tr>
<tr>
<td>7. 基本診療中年期受診率</td>
<td>36.54</td>
<td>△</td>
<td>0.30</td>
</tr>
<tr>
<td>8. 胃がん検診中年期受診率</td>
<td>11.13</td>
<td>△</td>
<td>0.42</td>
</tr>
<tr>
<td>9. 胃がん検診中年期受診率</td>
<td>21.76</td>
<td>△</td>
<td>0.52</td>
</tr>
<tr>
<td>10. 胃がん検診中年期受診率</td>
<td>11.13</td>
<td>△</td>
<td>0.12</td>
</tr>
<tr>
<td>11. 胃がん検診中年期受診率</td>
<td>17.11</td>
<td>△</td>
<td>0.98</td>
</tr>
<tr>
<td>12. 機関別詳細</td>
<td>18.11</td>
<td>△</td>
<td>0.64</td>
</tr>
<tr>
<td>13. 訪問指標</td>
<td>13.86</td>
<td>△</td>
<td>0.36</td>
</tr>
<tr>
<td>14. 健康教育</td>
<td>25.55</td>
<td>△</td>
<td>0.47</td>
</tr>
<tr>
<td>15. 健康相談</td>
<td>35.55</td>
<td>△</td>
<td>0.51</td>
</tr>
<tr>
<td>16. 健康保険指導</td>
<td>4.54</td>
<td>△</td>
<td>0.20</td>
</tr>
<tr>
<td>17. 健康保険指導</td>
<td>29.05</td>
<td>△</td>
<td>0.62</td>
</tr>
<tr>
<td>18. 健康保険指導</td>
<td>47.50</td>
<td>△</td>
<td>0.65</td>
</tr>
<tr>
<td>19. 健康保険指導</td>
<td>35.1</td>
<td>△</td>
<td>0.41</td>
</tr>
<tr>
<td>20. 健康保険指導</td>
<td>45.26</td>
<td>△</td>
<td>0.44</td>
</tr>
<tr>
<td>21. 健康保険指導</td>
<td>24.06</td>
<td>△</td>
<td>0.39</td>
</tr>
<tr>
<td>22. 健康保険指導</td>
<td>13.94</td>
<td>△</td>
<td>0.31</td>
</tr>
<tr>
<td>23. 健康新規登録</td>
<td>12.87</td>
<td>△</td>
<td>0.32</td>
</tr>
<tr>
<td>24. 健康新規登録</td>
<td>1.69</td>
<td>△</td>
<td>0.32</td>
</tr>
<tr>
<td>25. 健康新規登録</td>
<td>1.59</td>
<td>△</td>
<td>0.45</td>
</tr>
<tr>
<td>26. 健康新規登録</td>
<td>1.59</td>
<td>△</td>
<td>0.53</td>
</tr>
<tr>
<td>27. 健康新規登録</td>
<td>1.34</td>
<td>△</td>
<td>0.20</td>
</tr>
<tr>
<td>28. 健康新規登録</td>
<td>22.87</td>
<td>△</td>
<td>0.54</td>
</tr>
<tr>
<td>29. 健康新規登録</td>
<td>17.01</td>
<td>△</td>
<td>0.15</td>
</tr>
<tr>
<td>30. 健康新規登録</td>
<td>47.58</td>
<td>△</td>
<td>0.17</td>
</tr>
<tr>
<td>31. 健康新規登録</td>
<td>31.54</td>
<td>△</td>
<td>0.21</td>
</tr>
<tr>
<td>32. 健康新規登録</td>
<td>72.50</td>
<td>△</td>
<td>0.20</td>
</tr>
<tr>
<td>33. 健康新規登録</td>
<td>18.83</td>
<td>△</td>
<td>0.30</td>
</tr>
<tr>
<td>34. 健康新規登録</td>
<td>14.01</td>
<td>△</td>
<td>0.27</td>
</tr>
<tr>
<td>35. 健康新規登録</td>
<td>49.01</td>
<td>△</td>
<td>0.10</td>
</tr>
<tr>
<td>36. 健康新規登録</td>
<td>49.01</td>
<td>△</td>
<td>0.22</td>
</tr>
<tr>
<td>37. 健康新規登録</td>
<td>10.82</td>
<td>△</td>
<td>0.07</td>
</tr>
<tr>
<td>38. 健康新規登録</td>
<td>10.82</td>
<td>△</td>
<td>0.14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

判定の区分：△：大きい，〇：やや大きい，●：小さい
適用人口：標準偏差＝0.2の精度で算出可能と期待される人口規模

IV 考察

（1）地域指標開発の意義
近年の情報機器の発達とともに、都道府県などの保健情報を集積して分析しようという試みは広く行われるようになってきた。一方、老人保健事業など、ある特定の分野に限定した、地域指標のパッケージ開発の試みは、これまでいくつか行われてきた。しかし、広く保健福祉分野を網羅して、地域指標を検討したものを見あたらない。

今回、我々の試みした地域指標は、現実に存在する膨大な種類や量の地域の保健情報の中か
表3 地域指標の個々の指標の評価のまとめ

<table>
<thead>
<tr>
<th>分野</th>
<th>指標</th>
<th>情報の存在</th>
<th>検討の判断</th>
<th>精度</th>
<th>地域のニーズ</th>
<th>総合判定</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>母子保健</td>
<td>乳児死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>新生児死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>早産新生児死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>早産児死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>人工呼吸器使用率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>人工呼吸器離脱率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>人工呼吸器中止</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>呼吸器用死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>転院経過</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>転院経過</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>転院経過</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>健康診断率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>健康診断率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>健康診断率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>分野</th>
<th>指標</th>
<th>情報の存在</th>
<th>検討の判断</th>
<th>精度</th>
<th>地域のニーズ</th>
<th>総合判定</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>老人保健</td>
<td>悪性新鮮肉芽切除死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>分野</th>
<th>指標</th>
<th>情報の存在</th>
<th>検討の判断</th>
<th>精度</th>
<th>地域のニーズ</th>
<th>総合判定</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>健康増進</td>
<td>有病率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>有病率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>有病率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>有病率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>有病率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>分野</th>
<th>指標</th>
<th>情報の存在</th>
<th>検討の判断</th>
<th>精度</th>
<th>地域のニーズ</th>
<th>総合判定</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>成人保健</td>
<td>悪性新鮮肉芽切除死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>乳癌切除治療死亡率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>分野</th>
<th>指標</th>
<th>情報の存在</th>
<th>検討の判断</th>
<th>精度</th>
<th>地域のニーズ</th>
<th>総合判定</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>その他</td>
<td>精神障害率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>精神障害率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>精神障害率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>精神障害率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>精神障害率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>精神障害率</td>
<td>○</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>△</td>
<td>○</td>
</tr>
</tbody>
</table>
地域指標の活用方法

基本的には、全国値を基準として、特定の地域の指標値を計算し、その結果、地域の特性を知るという使い方をする。また、保健所や都道府県においては、保健所管内や都道府県全体としての特性を知る上に、管内や道府県内の各市町村ごとの地域特性を知ることもできる。

なお、痛み・ストレスや健康習慣などについては、都道府県単位などの既存資料を活用するものの、市町村や保健所単位のデータは明らかである。これらの指標については、市町村など独自で、国民生活基準調査などに準じた調査を実施することにより、その市町村の評価を行うことができる。

一方、栄養摂取量や、他生活習慣などに関する項目は、全国値については国民栄養調査で知ることができる。しかし、現在の所、都道府県単位の結果は公表されていないため、今回の地域指標開発において、具体的な検討は行われなかった。これらの項目に関しても、市町村など独自に、国民栄養調査と同様の調査を実施することがで
きれば、全国の結果を基準として、指標値を算出することができる。国民栄養調査に関する項目的活用については、喫煙率を例ににして都道府県単位の分析などの検討を別途行っており、今後の課題である。

V まとめ

市町村、保健所、都道府県などで使用することのできる、地域指標を開発した。これを使用することにより、保健福祉に関する地域特性を、比較的簡易に、概観的に把握することが可能となった。

本研究は、平成9年度厚生科学研究費補助金（統計情報数値利用総合研究事業）による「健康医療福祉に関する地域指標の総合的開発と応用に関する研究 地域総合指標の開発グループ」および平成10年度同補助金による「保健医療福祉に関する地域指標の標準化と妥当性に関する研究」の一環として実施した。

文献
1）原田正栄監修：保健医療計画ハンドブック、東京：第一法規，p35，1987。
2）橋本修二，福田和夫：喫煙成績：死亡年齢指標の意義に関する考察一地域特性の検討一、公衆衛生院研究報告37（3-4）：474-499，1988。
3）林正幸，他：地域保健医療福祉に関する指標の重要性、福島県立医科大学看護学部紀要1：33-48，1999。
4）宮下光雄，他：高齢者における要介護者割合と平均自立期間一既存統計にもとづく都道府県別推計一、厚生の指標46（5）：25-29，1990。
5）田中豊富：地域保健医療情報システム（地域保健医療情報システム）事例高知県健康対策課の“健康情報システムの作成、結びついて、公衆衛生情報20（10）：9-15，1990。
6）大西孝次，他：データベースシステム地域保健特許評価システムの開発について、日本公衛誌43（10特別号録）：307，1996。
7）倉科周，他：疾病の社会生態学的研究における知的生成支援システム、日衛誌42（1）：499-501，1987。
8）中村好一，他：老人保健事業の評価、老人保健事業評価改訂の提唱、日本公衛誌37（2）：73-81，1990。
9）松村隆弘、他：喫煙率の都道府県別推計：国民栄養調査結果より、厚生の指標46（6），1999。

CD-Rのご案内

<table>
<thead>
<tr>
<th>ファイル名</th>
<th>収録内容</th>
<th>提供価格（税別）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>平成8年 社会保険年齢年次死亡統計（最終）</td>
<td>死亡数，性，年齢（6歳階級）</td>
<td>25,000円</td>
</tr>
<tr>
<td>平成8年 人口動態統計</td>
<td>生出，死亡，嫁娶，離婚，死因（死因別原因を含む）</td>
<td>20,000円</td>
</tr>
<tr>
<td>平成8年 保健医療福祉指標</td>
<td>死因2群別：</td>
<td>7,500円</td>
</tr>
<tr>
<td>平成8年 社会福祉施設等調査</td>
<td>施設の種類，施設の規模，所在地等，定期調査施設等，老者数等，報告書には掲載されていない保守表</td>
<td>10,000円</td>
</tr>
</tbody>
</table>

財団法人
厚生統計協会・厚生情報開発センター
〒106-0032 東京都港区六本木5-13-14
TEL 03-3586-4927

－9－