

## 老人保健福祉計画で用いられる健康指標の活用と 地域保健情報システムに関する研究

キタザワ タケフミ キタジマ ツトム ノヤマ オサム  
北澤 健文\*1 北島 勉\*2 野山 修\*3

**目的** 近年、保健所や地方衛生研究所が中心となって、地域保健情報システムが構築されつつある。本研究では、老人保健福祉計画（介護保険事業計画を含む）で用いられる健康指標の活用について、市町村、保健所、地方衛生研究所の間で、情報の提供と分析に関する支援関係は確立されているのかについて調査した。

**方法** 2002年9月、東京都と神奈川県90区市町村の老人保健福祉計画担当者、73保健所の保健情報担当者を対象として郵送法でアンケート調査を行った。区市町村には、計画作成過程における健康指標の使用状況と今後の意向を聞き、保健所には、重要な死亡指標の算出や、高齢者に関する調査の実施状況などを聞いた。また、両都県における人口動態統計表の還元方法や、地方衛生研究所の機能についてヒアリング調査を行った。

**結果** アンケートの回収率は区市町61.1%、保健所67.1%であった。区市町が健康指標を使用した割合は、介護保険や社会参加など（50%以上）、老人医療費やがん検診の有所見割合など（25～50%）、医療施設数や老人の死亡統計（25%未満）で、保健所が扱う健康指標の使用割合が最も小さかった。しかし、使用する健康指標を拡充する必要があるとする区市町は80.0%であった。健康指標の分析で県型保健所の支援を受けた例は1件だけであったが、保健所の支援を今後は希望するという回答は60.0%であった。保健所が行った分析は、老人保健事業に関するものが最も多く（58.3%）、管内の年齢調整死亡率などの算出は半数以下（43.8%）であった。これらの分析実施は、管内自治体からの問い合わせの有無と関連していた。これらの分析で、地方衛生研究所と協力した例はなかった。人口動態統計の死亡データは、都県レベルでは、性・年齢階級・死因別の死亡数が公表されていた。区市町村レベルでは、東京都は、性・年齢階級・主要死因別の死亡数を公表していた。神奈川県はそれを公表しておらず、各保健所が指定統計の目的外使用の手続きをする必要があった。

**結論** 市町村は、老人保健福祉計画で種々の健康指標を活用することに積極的であり、その過半数が保健所の支援を望んでいた。保健所が管内高齢者の死亡統計を活用するためには、区市町村の死亡データを経年的・電子的に維持・管理する方法を確立する必要がある。そのためには市町村、保健所、地方衛生研究所それぞれの役割と機能を明確にした地域保健情報システムを確立し、制度面からそれを支援する必要があると考えられる。

**キーワード** 老人保健福祉計画、健康指標、市町村支援、保健所、地方衛生研究所

\* 1 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構研究員

\* 2 杏林大学総合政策学部助教授 \* 3 同教授

## 緒 言

市町村の高齢者保健福祉対策は、老人保健福祉計画と介護保険事業計画に基づき展開されている。1993年度に作られた第1期の老人保健福祉計画では、1989年12月に国がゴールドプランとして掲げたサービス資源の整備目標を示すことが重要な課題であった<sup>1)</sup>。しかし、第2期介護保険事業計画に併せて作られた2002年度の老人保健福祉計画では、介護予防や疾病予防の推

進がうたわれ、まちづくりを含めた総合的な予防施策が求められた<sup>2)</sup>。この変化は老人医療費や介護費用の抑制が重視された結果である<sup>3)</sup>。また近年、根拠に基づく老人保健福祉計画（介護保険事業計画も含む。以下、同様）が重視されるようになった<sup>4)</sup>。これらの要請は今後も変わらないと考えられ、様々な健康指標を用いた計画の立案や評価が恒常的に行える体制を作る必要性はますます高まっている。

一方、健康指標を含めた地域保健情報の活用は既に地域保健のあらゆる場面で求められており、1989年の地域保健将来構想報告書<sup>5)</sup>や1994年の地域保健対策の推進に関する基本的な指針<sup>6)</sup>で、保健所や地方衛生研究所による地域保健情報システムの構築や市町村支援の重要性が指摘された。これらの報告書と指針は、保健所や地方衛生研究所による地域保健情報システムづくりを促すきっかけとなり、市町村が求める保健情報<sup>7)</sup>が調べられ、地域保健情報システムの構想<sup>8)-11)</sup>や実践<sup>12)-15)</sup>が生まれている。

老人保健福祉計画の立案や評価における健康指標の活用は、このような地域保健情報システムの機能の重要な部分であると考えられる。しかし、市町村が行う老人保健福祉計画の立案や評価に注目して、それに関係する地域保健情報システムの機能の実態を調べ、それに基づきシステムのあり方を考察した研究はあまりみられない。

本研究では、1都1県を対象として、老人保健福祉計画の作成過程における様々な健康指標の使用状況、使用に影響を与える要因、将来の使用意向、保健所における健康指標分析状況、区市町村と保健所や地方衛生研究所の支援関係などを調べ、現状でその利用が区市町村にとって容易とはいえない人口動態死亡指標を扱う地域保健情報システムのあり方を検討した。

## 方 法

東京都と神奈川県（島嶼を除く）の90区市町村に、老人保健福祉計画で用いられる健康指標に関するアンケート調査を実施し

表1 調査の内容

### 区市町村に対するアンケート調査

自治体の特性 1) 基本属性（自治体種別、人口規模、高齢化率、保健（衛生）・福祉部門の組織体制） 2) 情報化の進み具合（事務処理電算システム導入状況、庁内電子ネットワークの構築状況、情報化に伴う職員研修の有無、事務作業用パソコン配備状況） 3) 行政評価への取り組み 4) 老人保健福祉計画の特徴（関連計画との包含関係、力を入れている施策） 5) 計画策定時の部内体制（人員配置、庁内担当構成） 6) 健康指標使用体制（予算措置、人員配置、他機関との協働、利用している電子ネットワーク） 計画作成時の健康指標の使用状況 43項目の健康指標使用状況 今後の健康指標の使用に関する意向、その他 1) 健康指標拡充に対する意向 2) 地理的に詳細な健康指標の必要性 3) 健康指標情報の蓄積体制 4) 保健所への期待
---

### 保健所に対するアンケート調査

保健所の特性 1) 基本属性（設置主体、人口規模、高齢化率、組織の機能） 2) 情報化の進み具合（事務処理電算システム導入状況、所内電子ネットワークの構築状況、情報化に伴う職員研修の有無、事務作業用パソコン配備状況） 3) 健康指標算出・分析への人員配置 4) 管内自治体との関係（問い合わせの有無、支援要請の有無） 高齢者健康指標の入手と分析 1) 死亡指標の算出（高齢者の（死因別）年齢調整死亡率など5項目） 2) 健康指標の分析（老人医療費、老人保健事業、介護保険事業、健康水準と要因との関連） 3) 健康指標算出・分析時の協働状況 健康指標分析に関する意見、その他 1) 健康指標算出・分析時の重要な課題と考えている事項7項目 2) 管内自治体への健康指標情報提供に関する考え
---

### 東京都と神奈川県へのヒアリング調査

人口動態統計死亡データ（死亡数：性別、年齢階級別、死因別、区市町村別）の取り扱い
--

た。基本計画の性質をもつ老人保健福祉計画では計画実施の説明責任を確保するため、資源の目標投入量、事業実績に加え、計画の成果を示す指標も用いられる<sup>16)</sup>。また、介護保険事業計画では事業の実効性に対する説明責任を果たすため、資源投入と事業実績を示す指標が主に用いられる<sup>17)</sup>。これらの指標は「集団の健康水準を示す指標」と「集団の健康水準に影響を与える要因の指標」であり、本研究では健康指標として、こうした老人保健福祉計画策定過程で使用が想定される指標すべてを扱った。

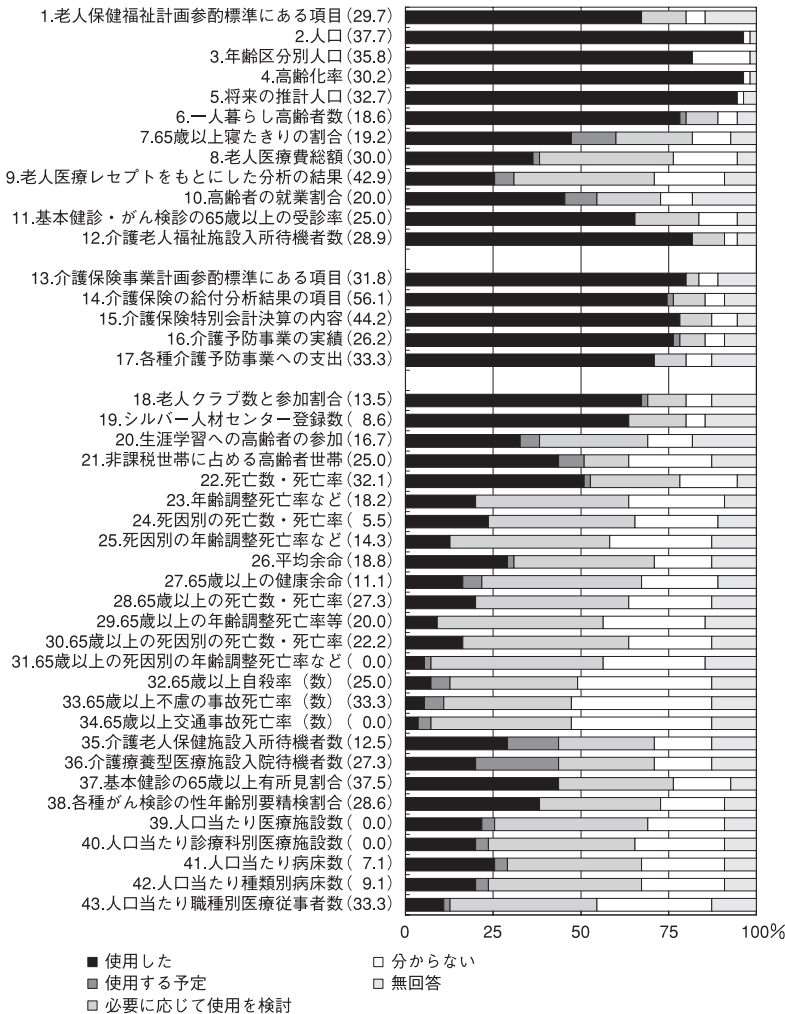
また、東京都と神奈川県保健統計管理局に対して、人口動態調査から得られる死亡統計表の作成業務についてのヒアリング調査を行った。

区市町村と保健所それぞれに対するアンケート項目は表1に示すとおりである。総合的な老人保健福祉計画では、高齢者の健康に直接的間接的に影響を与える要因について検討しなければならない<sup>18)</sup>。本調査では健康指標として既存資料から得られる指標<sup>19)</sup>、すなわち老人保健福祉計画参酌標準関連指標、介護保険事業計画参酌標準関連指標のほか、「高齢者健康水準に関する指標」として死亡指標、

「高齢者健康水準に影響を与える要因に関する指標」として高齢者を対象とした保健・医療・福祉サービスの投入量、高齢者の社会参加、高齢者の経済状況などに関する指標を取り上げた。健康指標には、具体的な項目と関連する指標をまとめた項目の両者を含め、それぞれについて使用状況を尋ね、使用していない場合は今後の使用意向を尋ねた(図1)。

アンケート調査は2002年9月に実施した。調査依頼文書、調査票、返信用封筒を区市町村の「老人保健福祉計画担当者」、保健所の「保健情報担当者」に送付するとともに、電話でも調査依頼を行った。区市町村では各高齢者福祉主管部あてに発送し、「計画担当者」に調査を依頼した。本研究では地域保健法に基づいて設置されているすべての保健所が調査対象である。回答期限(送付10日後)が近づいたとき、回答依頼の

図1 区市町村における健康指標の使用状況と将来の意向



注 健康指標の名称の右に示した値は、使用した自治体のうち、「それが電子化されている」と回答した割合(%)である。

葉書を送付した。アンケートは各組織の公式見解を問うものではなく、各担当者の私見を問うものとした。

自治体に対する調査では、「自治体の特性」と「計画作成時の健康指標の使用状況」の関係、「計画作成時の健康指標の使用状況」と「今後の健康指標の使用に関する意向、その他」の関係をそれぞれ明らかにした。まず、「自治体の特性」の9変数(表2)を説明変数、「計画作成時の健康指標の使用状況」を目的変数とした $\chi^2$ 検定を行った後、自治体特性を示す変数すべてを用いた強制投入法による多重ロジスティック分析を行った。健康指標は領域が近いものをまとめ、そのうちいずれか一つでも使っていれば使用(=1)とした。次に、「計画作成時の

健康指標の使用状況」を説明変数、「今後の健康指標の使用に関する意向、その他」を目的変数とした $\chi^2$ 検定を行った。

保健所に対する調査では、「保健所の特性」と「高齢者健康指標の入手と分析」の関係、「高齢者健康指標の入手と分析」と「健康指標分析に関する意見、その他」の関係をそれぞれ明らかにした。まず、「保健所の特性」の6変数に、保健所における保健統計情報提供の組織的取り組みを示す「ホームページコンテンツに保健統計情報が含まれているか否か」を加えた7変数(表3)を説明変数、「高齢者健康指標の入手と分析」を目的変数とした $\chi^2$ 検定を行った後、保健所特性を示す説明変数すべてを用いた強制投入法による多重ロジスティック分析を

表2 区市町村に対するアンケート調査において分析に用いた項目

項目(カテゴリー分け)	0		1	
	度数	%	度数	%
自治体の特性				
自治体種別(0:市町村 1:特別区または政令市)	38	69.1	17	30.9
高齢化率(0:18.0%以下 1:18.1%以上)	38	71.7	15	28.3
事務作業用パソコン配備状況(0:職員1人に1台未満 1:職員1人に1台以上)	41	74.5	14	25.5
老人保健福祉計画と関連計画との包含関係(0:1以外 1:介護保険事業計画は老人保健福祉計画の一部)	18	32.7	37	67.3
要介護・要支援と認定された高齢者に対する自立支援(0:1以外 1:力を入れている)	40	72.7	15	27.3
介護費用の増加防止(0:1以外 1:力を入れている)	48	87.3	7	12.7
計画策定への保健福祉部門以外の参画(0:1以外 1:複数の部から構成)	33	61.1	21	38.9
健康指標分析における外部機関の協力(0:1以外 1:協力を得た)	33	60.0	22	40.0
健康指標収集・分析への予算措置(0:1以外 1:予算枠がある)	48	87.3	7	12.7
健康指標収集・分析への人員配置(0:1以外 1:担当職員を配置している)	49	89.1	6	10.9
計画作成時の健康指標の使用状況				
厚生労働省参酌標準(0:使っていない 1:1*,13何れかを使っている or 使った)	11	20.0	44	80.0
人口(0:使っていない 1:2~4何れかを使っている or 使った)	2	3.6	53	96.4
将来の推計人口(0:使っていない 1:5を使っている or 使った)	3	5.5	52	94.5
一人暮らし高齢者数(0:使っていない 1:6を使っている or 使った)	12	21.8	43	78.2
65歳以上の寝たきり(0:使っていない 1:7を使っている or 使った)	29	52.7	26	47.3
老人医療費(0:使っていない 1:8,9何れかを使っている or 使った)	33	60.0	22	40.0
高齢者の社会参加(0:使っていない 1:10,18~20何れかを使っている or 使った)	17	30.9	38	69.1
老人保健事業(0:使っていない 1:11,37,38何れかを使っている or 使った)	19	34.5	36	65.5
介護老人福祉施設入所待機者(0:使っていない 1:12を使っている or 使った)	10	18.2	45	81.8
介護保険給付分析の結果(0:使っていない 1:14を使っている or 使った)	14	25.5	41	74.5
介護保険特別会計(0:使っていない 1:15を使っている or 使った)	12	21.8	43	78.2
介護予防事業(0:使っていない 1:16,17何れかを使っている or 使った)	13	23.6	42	76.4
高齢者世帯の所得(0:使っていない 1:21を使っている or 使った)	31	56.4	24	43.6
人口動態(0:使っていない 1:22~25何れかを使っている or 使った)	27	49.1	28	50.9
平均余命(0:使っていない 1:26を使っている or 使った)	39	70.9	16	29.1
65歳以上の人口動態(0:使っていない 1:27~34何れかを使っている or 使った)	42	76.4	13	23.6
介護老人保健施設入所待機者(0:使っていない 1:35を使っている or 使った)	39	70.9	16	29.1
介護療養型医療施設入院待機者(0:使っていない 1:36を使っている or 使った)	44	80.0	11	20.0
医療施設/医療従事者(0:使っていない 1:39~43何れかを使っている or 使った)	38	69.1	17	30.9
今後の健康指標の使用に関する意向、その他				
健康指標拡充に対する意向(0:現状で十分 1:拡充が必要)	11	20.0	44	80.0
地理的に詳細な健康指標の必要性に対する考え(0:1以外 1:指標によっては必要)	27	49.1	28	50.9
健康指標情報の蓄積体制(0:1以外 1:データベース化に取り組んでいる or 取り組みつつある)	34	61.8	21	38.2
保健所への期待(0:1以外 1:期待している)	22	40.0	33	60.0

注 \* :図1の健康指標名称の前に示す番号と対応(において以下同じ)



表3 保健所に対するアンケート調査において分析に用いた項目

項目(カテゴリー分け)	0		1	
	度数	%	度数	%
保健所の特性				
設置主体(0:都道府県 1:特別区または政令市)	18	36.7	31	63.3
管内高齢化率(0:18.0%以下 1:18.1%以上)	36	80.0	9	20.0
疫学・保健統計の研修または調査研究の経験をもつ人員配置(0:無し 1:有り)	12	25.5	35	74.5
事務作業用パソコン配備状況(0:職員1人に1台未満 1:職員1人に1台以上)	42	85.7	7	14.3
高齢者の健康指標に関する他組織による分析結果(0:無し 1:有り)	21	43.8	27	56.3
高齢者の健康指標に関する管内自治体からの問い合わせ(0:無し 1:有り)	24	50.0	24	50.0
高齢者健康指標の入手と分析				
年齢調整死亡率・SMR(0:算出していない 1:算出している)	27	56.3	21	43.8
死因別の年齢調整死亡率・SMR(0:算出していない 1:算出している)	28	58.3	20	41.7
65歳以上人口の年齢調整死亡率・SMR(0:算出していない 1:算出している)	37	77.1	11	22.9
65歳以上人口の死因別の年齢調整死亡率・SMR(0:算出していない 1:算出している)	38	79.2	10	20.8
要介護認定の結果を用いた65歳以上健康余命(0:算出していない 1:算出している)	44	91.7	4	8.3
老人保健法の医療に関する分析(0:無し 1:有り)	45	93.8	3	6.3
老人保健法の保健事業に関する分析(0:無し 1:有り)	20	41.7	28	58.3
介護保険に関するデータの分析(0:無し 1:有り)	32	66.7	16	33.3
高齢者の健康上の成果と介護予防サービスの関係の分析(0:無し 1:有り)	42	87.5	6	12.5
保健所が独自に行った高齢者に関する健康指標を用いた分析結果(0:無し 1:有り)	29	60.4	19	39.6
健康指標分析に関する意見, その他				
目的外使用の申請など, 制度的な手続きの簡略化(0:思わない 1:課題だと思う)	39	81.3	9	18.8
所内で情報を取り扱うパソコンなどのインフラ整備(0:思わない 1:課題だと思う)	40	83.3	8	16.7
電子化され, 使いやすいデータベースの構築(0:思わない 1:課題だと思う)	30	62.5	18	37.5
健康指標の分析のための予算の確保(0:思わない 1:課題だと思う)	31	64.6	17	35.4
分析を行う職員の技術力向上, 職員増員(0:思わない 1:課題だと思う)	16	33.3	32	66.7
保健所の属する局や部, 衛生研究所などによる支援体制の確立(0:思わない 1:課題だと思う)	37	77.1	11	22.9
管内の諸組織・諸機関との連携強化(0:思わない 1:課題だと思う)	37	77.1	11	22.9
管内自治体への健康指標や分析結果の提供(0:1以外 1:保健所から積極的に行うべきだと思う)	36	75.0	12	25.0

行った。次に、「高齢者健康指標の入手と分析」を説明変数, 「健康指標分析に関する意見, その他」を目的変数とした $\chi^2$ 検定を行った。各問で無回答があった場合, 否定的なカテゴリーに入れた。分析にはSPSS for Windows version 11.0を用いた。

ヒアリング調査は2002年11月に実施した。東京都と神奈川県それぞれの本庁衛生年報担当部門の衛生年報担当者に対して, 人口動態統計死亡データ(死亡数:性別, 年齢階級別, 死因別, 区市町村別)の作成状況とその提供・公開状況について尋ねた。

## 結 果

### (1) 分析対象

表4に示したように, 東京都と神奈川県の90区市町村のうち55区市町(回収率61.1%), 73保健所のうち49保健所(同67.1%)から, それぞれ回答を得た。得られたアンケート調査の回

表4 調査の対象とした地方自治体と保健所の数と回収状況

	対象数	回収数	回収率(%)
区市町村	90	55	61.1
特別区	23	16	69.6
政令市/中核市	4	1	25.0
市	41	23	56.1
町	20	15	75.0
村	2	—	—
保健所	73	49	67.1
特別区型	23	16	69.6
政令市型	27	15	55.6
都道府県型	23	18	78.3

答の中には, 領域ごとに担当者がある組織の場合に, 各担当者が担当領域に応じて回答しているものがあつた。また保健統計情報を業務として扱わない保健所では, 本調査に対する回答を所掌範囲外として, 調査協力を辞退する旨の意思表示をしたものがあつた。

区市町において, 保健(衛生)部門と福祉部門が組織上同一なのは83.6%であつた。老人保健福祉計画策定担当メンバーが複数の部の職員から構成されている団体は38.9%で, 保健(衛

生)・福祉部門以外からは、企画担当、財政担当、まちづくり担当などからメンバーが参加していた。保健(衛生)部門と福祉部門が組織上同一で、かつ計画策定担当グループのメンバーが複数の部の職員で構成されているのは29.6%であった。

健康指標に関する情報を何らかの既存の電子的な情報ネットワークから得ることがあると回答したのは63.6%であり、その使い勝手について22.2%が満足していなかった。満足していない理由は、入手できる情報が最新のものではないことがある、検索に時間がかかる、担当者の端末がネットワークに接続されていない、などであった。

(2) 区市町における健康指標の使用割合

老人保健福祉計画で使用された各健康指標は、

人口、老人保健法に基づく保健事業、介護保険事業、介護予防事業、高齢者の社会参加などが65.5%から96.4%で高い割合を示した。それ以外では、全人口を対象とする死亡統計、非課税世帯に占める高齢者世帯の割合、65歳以上の寝たきり者の割合、老人医療費、医療施設数と医療従事者数、平均余命、65歳以上の死亡統計の順で使用割合が低かった。

使用していない健康指標の使用意向が、「今後のことはわからない」あるいは「無回答」が回答全体の30%を超えていた項目は、年齢調整死亡率や65歳以上の死亡統計、医療施設数と医療従事者数、生涯学習への参加率、非課税世帯に占める高齢者世帯割合などであった。

区市町での使用割合が50%以上であった健康指標(人口、介護保険の事業と財政、基本健診・がん検診の受診率、高齢者の社会参加、死

表5 自治体の健康指標情報源

	国		都県本庁		都県保健所		庁内他部		部内		その他		使用団体	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
死亡数・死亡率	— 1	— 10.0	1 1	5.6 10.0	3 1	16.7 10.0	15 4	83.3 40.0	— 4	— 40.0	— —	— —	18 10	47.4 58.8
年齢調整死亡率など	— 1	— 16.7	— —	— —	3 1	60.0 16.7	2 2	40.0 33.3	— 2	— 33.3	— —	— —	5 6	13.2 35.3
死因別の死亡数・死亡率	— —	— —	1 —	14.3 —	5 1	71.4 16.7	1 1	14.3 16.7	— 4	— 66.7	— —	— —	7 6	18.4 35.3
死因別の年齢調整死亡率など	— —	— —	— —	— —	3 1	100.0 25.0	— 1	— 25.0	— 2	— 50.0	— —	— —	3 4	7.9 23.5
平均余命	2 3	20.0 50.0	1 —	10.0 —	3 —	30.0 —	3 1	30.0 16.7	1 2	10.0 33.3	— —	— —	10 6	26.3 35.3
65歳以上の健康余命	— —	— —	— —	— —	1 1	33.3 16.7	2 1	66.7 16.7	— 4	— 66.7	— —	— —	3 6	7.9 35.3
65歳以上の死亡数・死亡率	— 1	— 20.0	— —	— —	2 1	33.3 20.0	4 —	66.7 —	— 3	— 60.0	— —	— —	6 5	15.8 29.4
65歳以上の年齢調整死亡率など	— 1	— 25.0	— —	— —	1 1	100.0 25.0	— —	— —	— 2	— 50.0	— —	— —	1 4	2.6 23.5
65歳以上の死因別の死亡数・死亡率	— —	— —	— —	— —	3 1	75.0 20.0	1 1	25.0 20.0	— 3	— 60.0	— —	— —	4 5	10.5 29.4
65歳以上の死因別の年齢調整死亡率など	— —	— —	— —	— —	1 —	100.0 —	— —	— —	— 2	— 100.0	— —	— —	1 2	2.6 11.8
65歳以上自殺率(数)	— —	— —	— —	— —	1 —	50.0 —	— —	— —	— 2	— 100.0	1 —	50.0 —	2 2	5.3 11.8
65歳以上不慮の事故死亡率(数)	— —	— —	— —	— —	1 —	100.0 —	— —	— —	— 2	— 100.0	— —	— —	1 2	2.6 11.8
65歳以上交通事故死亡率(数)	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— 2	— 100.0	— —	— —	— 2	— 11.8

注 上段：特別区または政令市以外の市町，下段：特別区または政令市

亡率)は、区市町福祉担当部門が直接扱うものと、人口および老人保健事業に関する基本的情報であった。次いで、使用割合が25%以上~50%未満だった健康指標(非課税世帯に占める高齢者世帯割合、生涯学習へ的高齢者参加、基本健診やがん検診有所見割合、老人医療費、65歳以上寝たきり割合、平均余命)は、65歳以上寝たきり割合以外は、区市町の福祉以外の部門が扱っている情報であった。使用割合が25%未満の健康指標(医療施設数、医療従事者数、種々の死亡指標)は、保健所が扱う情報であった。

使用割合は健康指標の種類によって大きな差がみられたが、今後の使用を検討したい、という回答はどの指標でも高い割合を示した。

多重ロジスティック分析の結果、区市町の特性がその使用に影響を与えていると認められた健康指標は以下のとおりである。「職員1人に1台以上の事務作業用パソコン配備」と、「一人暮らし高齢者数」を使用しないこと( $p < 0.05$ )、「全国平均よりも高い高齢化率」と「老人保健法に基づく保健事業の成績」の使用( $p < 0.05$ )。また、「健康指標分析への人員配置」と、「介護老人保健施設の入所待機者数」、「介護療養型医療施設の入院待機者」の使用と関連していた(それぞれ $p < 0.05$ )。

区市町を保健所設置と非設置に分け、人口動態統計情報の入手先と使用割合を調べた(表5)。種々の死亡指標の使用割合は、都県の保健所から情報を得ている市町では、保健所を設置する特別区/政令市に比べて、相対的に低い割合であった。保健所を設置する特別区と市に比べて、設置しない市町の方が人口動態統計の使用割合が低かった( $p < 0.05$ )。

健康指標の分析で、外部の機関から援助を受けた区市町は、22(40.0%)であった。その内訳は、民間のコンサルタント18(81.8%)、都県の本庁3(13.6%)、大学の研究者3(13.6%)、国の研究機関1(4.5%)、都県の保健所1(4.5%)、その他3(13.6%)であった。外部機関との協働の有無は、「高齢者の健康に影響を与える諸要因と健康上の成果との関係についての分析」の実施と有意な関連があった( $p$

$< 0.05$ )。

### (3) 健康指標の今後の利用に関する区市町担当者の意見

様々な健康指標の使用経験が、区市町における今後の健康指標の利用に関する意見に影響を与えるか否かを検討した。

基礎集計の結果、「今後、老人保健福祉計画で使用する健康指標をさらに充実させる必要がある」と回答した区市町は44(80.0%)であり、「現在扱っているもので十分」の9(16.4%)を大きく上回った。充実すべき健康指標の種類では、保健福祉領域以外の健康づくり指標(65.9%)、保健福祉領域の指標(54.5%)、医師会あるいは市民グループがもつ指標(34.1%)、都県の保健所や地方衛生研究所がもつ指標(25.0%)、都県の本庁がもつ指標(22.7%)であった。

「地理的により細かい区域の指標」については、指標によっては必要である(50.9%)、どちらともいえない(18.2%)、必要ないと思う(9.1%)、今後のことはわからない(16.4%)、無回答(5.5%)であった。また、「介護老人福祉施設入所待機者数」と「介護予防事業」の使用はそれぞれ「地理的により細かい区域の指標」を必要とすることと有意に関連していた( $p < 0.05$ )。

老人保健福祉計画に用いた健康指標のデータベース化については、行っている(12.7%)、行う体制を整えている(25.5%)、行っていない・今後もわからない(58.2%)、無回答(3.6%)であった。

今後、健康指標の分析において、保健所の支援を期待するか聞いたところ、期待している(60.0%)、今は期待していないが今後はわからない(32.7%)、無回答(7.3%)であった。また、「65歳以上の人口動態」と「65歳以上の寝たきり」の使用はそれぞれ「保健所の支援の期待」と有意に関連していた( $p < 0.05$ )。

#### (4) 保健所で行われた健康指標の算出・分析とその関連要因

保健所で行われた高齢者健康指標算出・分析実施状況は、管内年齢調整死亡率算出(43.8%)、65歳以上年齢調整死亡率算出(22.9%)、65歳以上健康余命算出(8.3%)、老人保健事業分析(58.3%)、介護保険分析(33.3%)、老人医療分析(6.3%)であった(表3)。

以上の算出・分析を行った保健所は37で、その時の体制は、所内職員のみで行った10(27.0%)、他の機関や組織と協働で行った20(54.1%)、無回答7(18.9%)であった。協働の相手は、管内自治体保健福祉担当部門17(35.4%)、大学研究者4(8.3%)、民間シンクタンク・コンサルタント3(6.3%)であった。地方衛生研究所と協働したという回答はなかった。

管内自治体保健(衛生)・福祉部門と協働した17保健所を型で分けると、都県型が18中6(33.3%)、特別区・政令市型が31中11(35.5%)であった。都県型保健所3は介護保険に関するデータ分析を行っていた。

保健所の特性が健康指標などの分析実施と関連するかどうか、多重ロジスティック分析を行った。その結果、「設置主体」が「介護保険に関するデータの分析」を実施することと関連していた。さらに、「高齢者の健康指標に関する管内自治体からの問い合わせがある」ことが、「管内の年齢調整死亡率・SMR算出」「老人保健法に基づく保健事業に関する分析」を実施することと関連していた(それぞれ $p < 0.05$ )。

#### (5) 保健所担当職員が課題として考えている健康指標分析実施に関連する事項

保健所における健康指標分析を推進する上で課題としては、「分析を行う職員の技術力の向上、職員の増員」が最も多く(66.7%)、ついで「電子化され、操作面でも扱いやすい情報源(データベース)の構築」(37.5%)、「健康指標の分析を行うための予算の確保」(35.4%)であった。また、「年齢調整死亡率・SMR」と「死因別の年齢調整死亡率・SMR」算出実施は、それぞれ「管内の諸組織・諸機関

との連携強化」を重要課題事項として挙げることに有意に関連していた。また、「65歳以上人口の年齢調整死亡率・SMR」算出実施と「65歳以上人口の死因別の年齢調整死亡率・SMR」算出実施、さらに「老人保健事業」分析実施は、「健康指標の分析を行うための予算の確保」を重要課題事項として挙げることにそれぞれ有意に関連していた(それぞれ $p < 0.05$ )。

#### (6) 東京都と神奈川県における死亡統計表の扱い方

都あるいは県のレベルでは、ともに全都県分の「死亡数：性別、年齢階級別、死因(死因簡単分類)別」のデータが公表されていた(年齢区分に違いがあり、東京都は99歳まで5歳階級ごと、神奈川県は89歳まで5歳階級ごと)。しかし、区市町村別のデータについては、東京都と神奈川県で扱い方が異なっていた。

東京都では、都全体死亡数の表が、健康局総務部企画課衛生統計係によって作成され、東京都衛生年報に掲載されている。また、インターネット上(東京都のホームページ)でも公表されるが、死因が簡略化され、主要死因だけが示されている。区市町村別死亡数の表は、各保健所の事業年報に掲載されているが、死因は主要死因のみで簡略化されている。東京都は以前、「死亡数：性別、年齢階級別、死因別、区市町村別」の詳細な統計表を厚生省のデータサービスを利用し作成、区市町村からの求めに応じて紙媒体で提供していた。

神奈川県では、県全体死亡数の表が、衛生部地域保健課管理・保健情報班によって作成され、神奈川県衛生統計年報に掲載されている。この衛生統計年報は紙媒体と電子媒体(CD-ROM、インターネット)で提供されている。しかし、区市町村に対しては、「死亡数：性別、年齢階級別、死因別、区市町村別」表を提供しておらず、区市町村がこの統計表を必要とする場合は、それぞれが人口動態統計の目的外使用の手続きを行わなければならない。



## 考 察

本調査では、区市町老人保健福祉計画策定過程における健康指標の使用状況と、保健所における健康指標の分析実施状況、健康指標をめぐる市町村、保健所、地方衛生研究所の支援関係の現状を明らかにした。市町村を対象とした調査、保健所を対象とした調査のいずれも、人口規模など基本属性の構成は調査対象地域と回収結果で極端な差異はなく、本調査結果は調査対象地域を代表していると考えられる。老人保健福祉計画の策定過程では健康指標が意思決定上の根拠として重要な役割を果たすため、地域高齢者の健康福祉に関連する総合的な健康指標が利用されることと、それを支援する地域保健情報システムが確立され確実に運用されることが必要となる。

老人医療費に関しては、都道府県国民健康保険団体連合会がレセプト情報に基づく給付分析結果を区市町村の需要に応じて提供している。また、介護保険事業については、同連合会が給付実績に基づく分析結果を提供するとともに、厚生労働省が2001年6月から全国の市町村に「給付分析ソフト」を配布しており、介護保険事業計画作成のための基礎的な給付分析が自治体においても可能となっている。本調査の結果では、老人医療レセプトをもとにした分析の結果を使用した区市町は25.5%で、介護保険給付分析の結果を使用した区市町は74.5%であった。老人医療レセプトをもとにした分析の結果についてはその使用が十分広まっているとはいえないが、45.5%の区市町が「今後使いたい」または「必要に応じて使用を検討したい」としていた。

健康指標のなかでも、保健所で扱う人口動態統計の課題については既に指摘されていて、制度的な検討が厚生省（当時）に要望されている<sup>20)21)</sup>。わが国の統計制度の問題として、指定統計データを統計集計に利用する場合、集計内容にまでも制限を加えている例は諸外国にない<sup>22)</sup>とされている。しかし、「各府省統計主管部

局長等会議」（事務局：総務省統計局統計基準部）の申し合わせである「統計行政の新たな展開方向」では、調査結果の利用拡大策の一環として統計調査調査票の目的外使用承認基準の具体化・明確化、迅速化を図ることなどが2003年6月に示されている。また2005年には、内閣府経済社会統計整備推進委員会から「政府統計の構造改革に向けて」が示され、統計に関する法制度の見直しについても言及されている。こうした国レベルでの動向は制度面からの支援となりうる。さらに、総務省はLGWAN（総合行政ネットワーク）を通じて「社会・人口統計体系（SSDS）データ共有システム」を2003年から提供しており、人口・世帯、自然環境、経済基盤、行政基盤、教育、労働、文化・スポーツ、居住、健康・医療、福祉・社会保障、安全、家計、生活時間の各領域について合計で数百項目のデータが、古い項目では1980年の数値から市町村別に入手可能である。また、現在導入が進められている「人口動態統計オンライン報告システム」の普及は、電子化された統計結果情報の地方自治体への還元を技術的側面から支援するものと考えられる。しかし、現時点では各地域保健情報システムが老人医療、介護保険などそれぞれ独立して構築されているため、総合的な健康指標の使用という観点に基づくシステム間の連携が今後重要な鍵になると考えられる。

そうした中で、地方衛生研究所は「公衆衛生情報の収集・解析・提供」がその設置要綱によって業務として位置づけられており、いくつかの研究所においては地域保健統計情報の区市町村への還元を実践<sup>23)・25)</sup>しており、地域保健情報システムを構築する上でも重要な役割を果たしていくと考えられる。しかし、死亡指標に関しては、地方衛生研究所は人口動態調査体系に組み込まれておらず、ほとんどの都道府県において人口動態統計に関する業務は保健（衛生）担当部門内の統計担当グループが担っている。こうしたことから、地方衛生研究所が人口動態統計データを扱う際は調査研究事業の一環である場合が多く、経年的にデータの蓄積を行っていることはまれである。

管内の各区市町村における死亡指標（例えば性別、年齢別、死因（死因簡単分類）別、年次別の死亡数）については、厚生労働省が磁気テープで管理している死亡データが1969年以降<sup>26)</sup>であるため、各保健所は過去30年以上にわたる死亡データをもつことが可能と考えられる。しかし、その入手には、各保健所が統計法第15条2項の規定に従った手続きを行い、総務大臣の承認を得なければならない<sup>27)</sup>。しかも、長期データベースの維持・管理・活用では、情報機器やソフトの急速な変化への対応と、死因分類、区市町村、保健所管轄区域など、統計仕様の変更に対応しなければならない。そこで、都道府県庁衛生統計主管部門のデータベース機能と地方衛生研究所の専門性、保健所の市町村支援機能<sup>28)29)</sup>を基盤とする地域保健情報システムが考えられる。

今後は、都道府県において地方衛生研究所を組織機能上、健康福祉政策に関する意思決定の根拠を提供する機関として明確に位置づけ、保健統計の専門家を重点配置し、こうした業務に集中して対応することが望ましい。根拠に基づく高齢者施策を、老人保健福祉計画や介護保険事業計画を通じて展開するためには、レセプトデータの活用方法の確立などと共に、死亡統計データをも含めて効率的に活用する地域保健情報システムの構築が必要であると考えられる。そうした一連の地域保健情報システムを現実に稼働させ、計画策定に反映させるためには、まずこうした枠組みについて関係者間で議論しなければならない。その際には、合併し広域化した基礎自治体におけるデータ算出区域の適切な設定、道州制が導入された場合の都道府県の役割の変化などを考慮する必要がある。加えて、健康指標を使用することの意義と重要性を関係者で共有することが重要である。

## 結 語

市町村は、老人保健福祉計画で種々の健康指標を活用することに積極的であり、その過半数が保健所の支援を望んでいた。保健所が管内高

齢者の死亡統計を活用するためには、区市町村の死亡データを経年的・電子的に維持・管理する方法を確立する必要がある。保健所における死亡データ活用やシステムづくりを地方衛生研究所が支援する体制ができると、健康指標をめぐる市町村、保健所、地方衛生研究所の支援関係の構築が促進されると考えられた。

なお、本研究の一部は2002年12月の第5回日本健康福祉政策学会（静岡）において発表した。

稿を終えるにあたり、本調査にご協力いただいた皆様に深謝いたします。

## 文 献

- 1) 厚生省．老人保健福祉計画について．厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知（平成4年6月30日老計第86号）
- 2) 厚生労働省．第2期介護保険事業計画の作成に併せた老人保健福祉計画の見直しについて．厚生労働省老健局長通知（平成14年5月9日老発第0509001号）
- 3) 厚生省医療保険福祉審議会制度企画部会．新たな高齢者医療制度のあり方について．1999．
- 4) 林謙治．根拠に基づく健康政策へのアプローチ．公衆衛生研究 2000；49：346-53．
- 5) 地域保健将来構想検討会．地域保健将来構想報告書 - 保健所の在り方を中心として．1989．
- 6) 厚生省．地域保健対策の推進に関する基本的な指針．1994．告示第374号．
- 7) 小山裕子，高嶋伸子，広石拓司．保健所の市町村支援のあり方に関する調査 - 地域保健情報化の視点で - ．四国公衆衛生雑誌 2000；45：102-5．
- 8) 宇田英典，揚松龍治．保健所における保健情報のシステム化．公衆衛生 1989；53：525-9．
- 9) 揚松龍治．保健所における公衆衛生情報とその利用．公衆衛生情報 1989；19：28-33．
- 10) 吉田紀子．情報ネットワークの構築．公衆衛生 1996；60：558-66．
- 11) 荒田吉彦．公衆衛生情報のデータベースの活用．公衆衛生 2000；64：414-7．
- 12) 小嶋博子，大山有希夫，大越英毅，他．保健所情報のデータバンク化．日本公衆衛生雑誌 2001；48（10）特別附録．384．

- 13) 東京都立衛生研究所．プロジェクト研究報告書  
疾病動向予測システムの開発．1994；45-50．
- 14) 西正美，田嶋隆俊，塚林裕，他．石川県における  
保健情報活用基盤の整備．主任研究者：鈴木重任  
（保健医療福祉地域総合調査研究事業）健康及び  
疾病事象に係わる包括的サーベイランスのデータ  
基盤確立に関する研究．1997；29-37．
- 15) 高橋祐明，寺本佳宏，大川正文，他．市町村支援  
を視野に入れた保健医療情報活用に関する調査研  
究（第1報）．三重県衛生研究所年報 1997；43：  
123-6．
- 16) 厚生省老人保健福祉局．老人保健福祉計画作成ハ  
ンドブック．1993．長寿社会開発センター．
- 17) 厚生省．介護保険事業に係る保険給付の円滑な実  
施を確保するための基本的な指針（平成11年5月  
11日告示第129号）
- 18) 北澤健文，北島勉，野山修．地方自治体予算を地  
域保健医療計画のINPUT 指標として用いる試み．  
日本公衆衛生雑誌 2001；48(10)特別附録：423．
- 19) 北澤健文，北島勉，野山修．地域保健医療計画で  
用いる健康指標に関する検討．第4回日本健康福  
祉政策学会学術大会抄録集．2000；40-1．
- 20) 水嶋春朔，曾田研二．地域保健医療施策策定のた  
めの基本条件．日本公衆衛生雑誌 1997；44(2)：  
77-80．
- 21) 玉貫良二．保健所における地域保健情報の収集・  
整理・活用の現状と課題．公衆衛生 2000；64：  
211-4．
- 22) 野口晴子，金子能宏，開原成允，他．公的に収集  
された医療情報の研究者への提供に関する一考察．  
社会保険旬報 2001；2097：6-17．
- 23) 上木隆人，早川和男．健康及び疾病事象に係わる  
包括的サーベイランスのデータ基盤確立に関する  
研究．主任研究者：鈴木重任．1997；79-84．
- 24) 泉善裕，初瀬裕，寺西衣姫，他．地域保健のため  
の情報支援システムについて．石川県保健環境セ  
ンター年報 1995；32：196-201．
- 25) 福岡県保健福祉部企画課．平成15年度市町村地域  
保健活動支援事業（地域診断）報告書．2005．
- 26) 藤田利治．公衆衛生分野における個票データの活  
用事例とその必要性．統計 1996；47(2)：12-7．
- 27) 川南勝彦．健康日本21における情報収集・モニタ  
リング体制の方法と課題．公衆衛生研究 2001；50  
：241-6．
- 28) 田上豊資．保健所による市町村支援の一環として  
の研修．保健婦雑誌 2001；57(4)：240-3．
- 29) 上野春代，富井美穂．保健所が持つべき地域診断  
機能とは．保健婦雑誌 2001；57(8)：596-601．