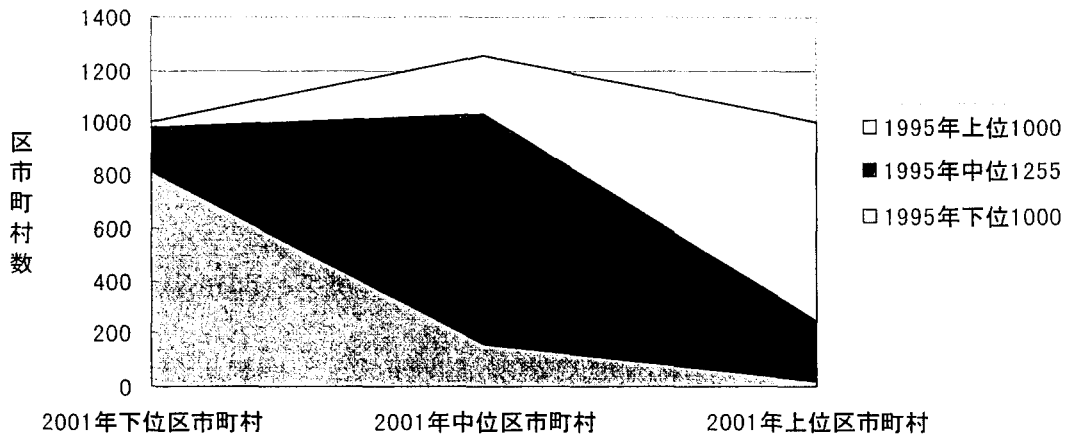


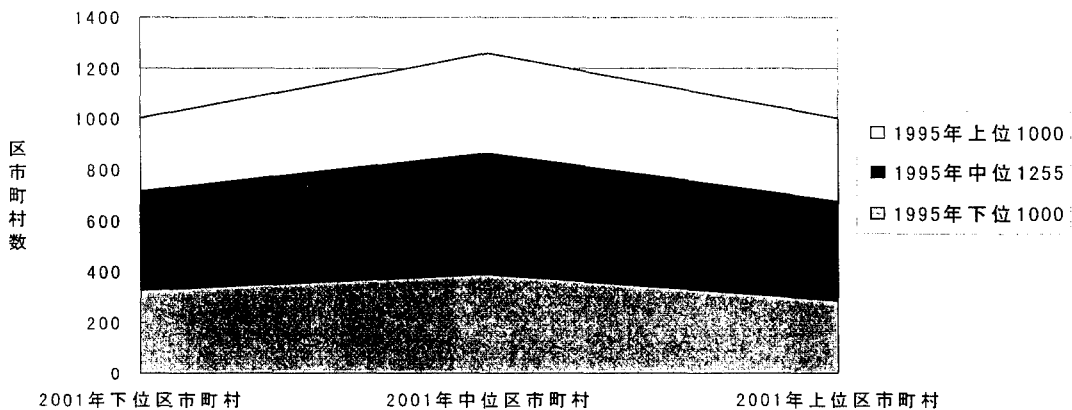
表は1995年老人保健事業報告と2001年地域保健・老人保健事業報告を市町村単位（東京都特別区を含む）でリンクし、集計したものである。全体で3255市町村がリンクされ、これをほぼ同数になるようにそれぞれの年で3区分して、クロス集計したものである。図にすると次のようになる。



これに対して別の保健事業を観察すると、状況が異なることが分かる。

表. 1995年老人保健事業報告、2001年地域保健・老人保健事業報告で女がん検診の盛んな程度を区市町村の推移で観察した。
 (40歳以上女で、胃がん、大腸がん、肺がん、胸部X線写真、喀痰細胞診、頸がん、体がん、視診触診方式のみ、マンモグラフィー併用方式の項目の総計)

1995年がん検診の盛んな程度	2001年がん検診の盛んな程度		
	下位1000区市町村	中位1255区市町村	上位1000区市町村
上位1000区市町村	283	390	327
中位1255区市町村	393	477	385
下位1000区市町村	324	388	288



以上の観察により、保健事業間で市町村の実施状況に差があることが分かる。
 (平成15・16年度厚生労働科学研究費補助金「レコードリンケージを用いた保健医療福祉統計の有効活用に関する研究」(主任研究者：藤田保健衛生大学 橋本修二教授))

集団データと個人データのリンケージでも興味深い観察が可能である。次の表は1995年の老人保健事業報告（市町村）と2001年の国民生活基礎調査（個人）をリンクさせて、集計した結果である。

表. 1995年老人保健事業報告、2001年地域保健・老人保健事業報告で集団健康教育数割合を区市町村単位で観察し、2001年国民生活基礎調査にて40歳以上で健康診断受診ありの割合〔あり／（あり＋なし）〕を示した。

	健康診断受診ありの割合〔あり／（あり＋なし）〕
1995年下位1000区市町村	66.68%
1995年中位1255区市町村	71.28%
1995年上位1000区市町村	75.15%
2001年下位1000区市町村	66.87%
2001年中位1255区市町村	70.39%
2001年上位1000区市町村	75.08%

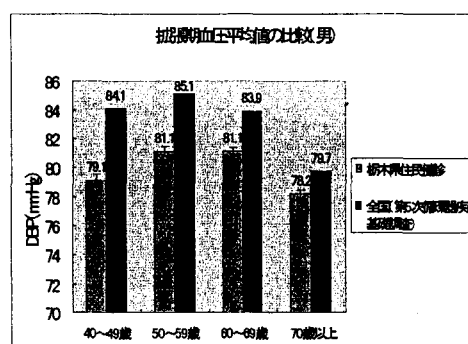
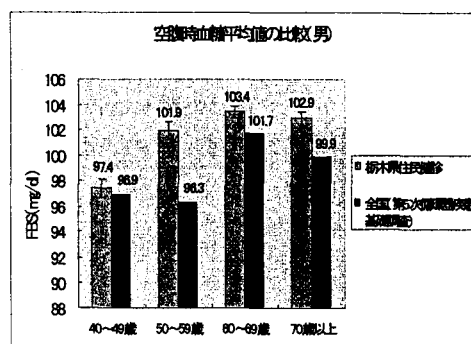
この結果から健康教育の実施状況と検診の受診状況との間に関連があることが分かる。

（平成15・16年度厚生労働科学研究費補助金「レコードリンケージを用いた保健医療福祉統計の有効活用に関する研究」（主任研究者：藤田保健衛生大学 橋本修二教授））

（2）基準となるデータの作成

都道府県や市町村の検診のデータを取りまとめて当該都道府県や市町村の健康状態を評価するに当たっては、比較する対照が必要となる。国が実施している循環器疾患基礎調査などもあり、これらを総合してより身近なデータで、なおかつ詳細な解析も試みたい。

ここで示す例は、栃木県の某検診機関で実施している基本健康診査のデータを全県分合わせて集計し、第5次循環器疾患基礎調査（2000年）データと比較した結果を示す。



このふたつの図より、栃木県の基本健康審査結果は全国と比較して、空腹時血糖は高いが、収縮期血圧は低いということが判る。県全体がこのような状況なので、県内の市町村のデータを解析する場合にも、循環器疾患基礎調査のデータよりも、現全体のデータを使用した方が、（1）地域特性を含んだ観察となる、（2）対象者はどちらも基本健康診査受診者で一致している、といった利点がある。

(立川真弓 [自治医科大学公衆衛生学教室、(財)栃木県保健衛生事業団] の研究による)

(3) 国の作成する統計の再検討

国の統計、特に国民生活基礎調査は、前述の通り保健事業を評価するに当たり一定の情報を提供している。しかし現状では限界もあり、デザインを再検討すればさらに有益な情報を提供する可能性がある。たとえば

- (a) 市町村レベルでの解析を可能なデザインにする
- (b) 他の統計とリンク可能なデザインとする (たとえば、国民健康・栄養調査)
- (c) 同一人を続けて対象者とする (毎回半数は次回も対象者とする、膨大な情報が入手できる)

(4) 個人の健康に関するデータの活用

保健事業への参加状況とその後の健康状態 (受診、身体活動状況、ADL、QOL など) の観察が、保健事業の評価としてはもっとも適切な情報を提供する。しかしながら現状では情報が断片的なため、一部のコホート研究を除き、このような観察は実施されていない。健康手帳を活用し、さらに IC カードの導入などにより利用しやすい形式として、個人の健康管理に視すると共に、集団データとしての活用も検討課題であろう。この場合、個人情報管理には万全を期さなければならないことは言うまでもないことである。

9. 評価と疫学 (まとめに代えて)

以上の通り、再度強調すれば、様々な活動を行っていく上で評価は不可欠である。そして、その活動が健康に関連するものであれば、評価を行う際の疫学的な視点や素養は間違いなく必要なものである。

しかしながらわが国の現状を顧みると、体系的な疫学の教育システム、あるいは疫学者養成システムが欠落している。一方で健康日本 21 や根拠も基づく医療 (evidence-based medicine、EBM)、根拠に基づく公衆衛生

(evidence-based public health) などにより、疫学には追い風が吹き、需要が高まっている。このような状況の中で、「単に平均と標準偏差を計算すれば疫学」と捉えた「エセ疫学」も散見され、このようなものを放置することは疫学の世界のみならず保健活動やその評価を科学的に行おうとする潮流にも水を差すことになるであろう。疫学の普及とそれを支える疫学者の要請が急務の課題である。

参考

中村好一. 基礎から学ぶ楽しい疫学. 東京: 医学書院, 2002.

中村好一. 保健活動のための調査・研究ガイド. 東京: 医学書院, 2002.