

IV 健康・医療情報の分析と課題

(健康・医療情報等のデータ分析から見た内容)



1 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比

(1) 平均寿命・平均自立期間

令和4年度発表（令和2年分）の平均寿命及び平均自立期間¹⁸は、男性は県平均を上回っているが、女性は同程度である。（図27）

経年比較では、男性は、平均寿命及び平均自立期間いずれも上昇傾向が見られるが、女性は、平均寿命及び平均自立期間ともに横ばい傾向が続いている。（図28）

図27 令和4年度発表（令和2年分）平均寿命・平均自立期間（県比較）

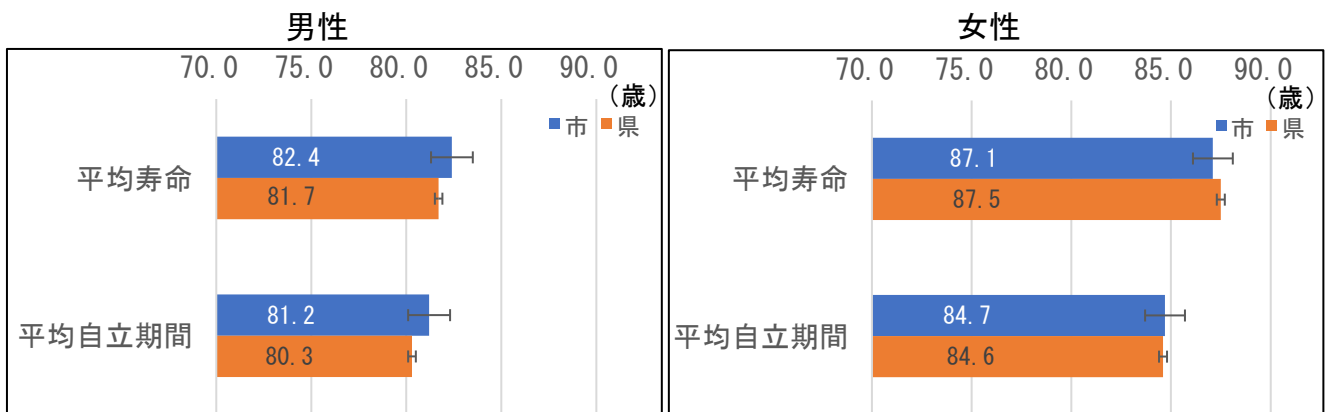
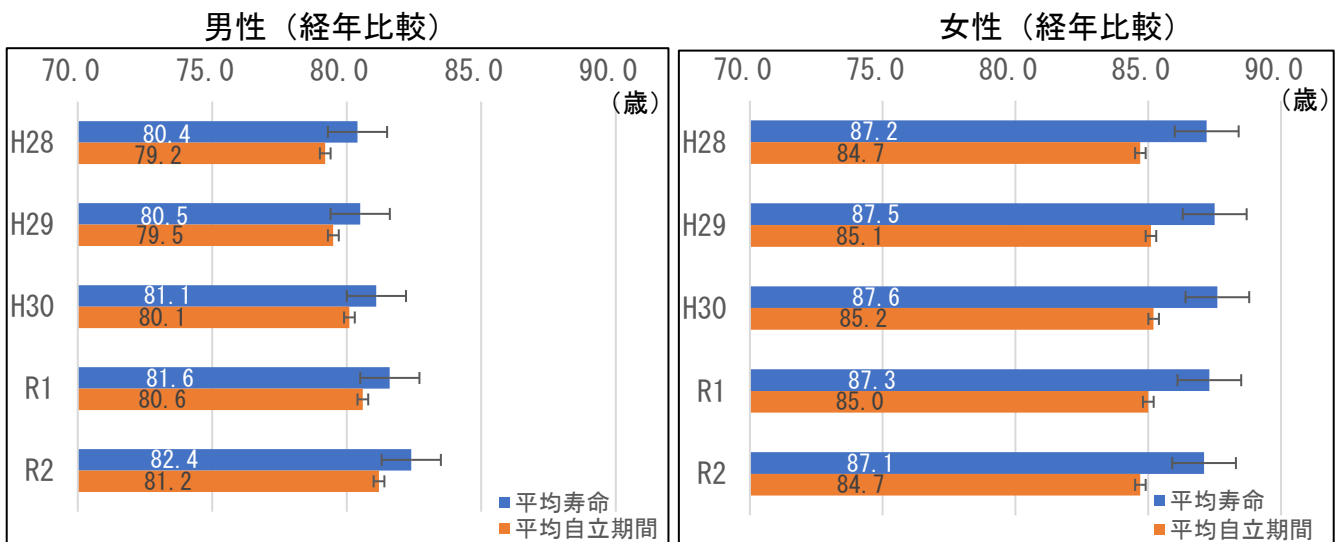


図28 平均寿命・平均自立期間の経年比較



※ 平均寿命及び平均自立期間の統計は、2年遅れで発表。資料：県国保団体連合会「地域の分析レポート」

※ 誤差線は、「95%信頼区間」を表す。「95%信頼区間」とは、母集団（ここでは、袋井市民又は静岡県民）から無作為抽出を、例えば100回繰り返し、そのつど、信頼区間（母平均（ここでは、平均寿命又は平均自立期間の値）がその区間の範囲内に含まれると推定された区間のこと）を計算したところ、95%程度の頻度で、その区間の範囲内に母平均が含まれるということを指す。

18 「平均自立期間」 日常の動作に加え、食事や排せつ等の身の回りのことについても、部分的な介護が必要となる要介護2以上の介護認定を受けるまでの期間を、「健康」な状態の期間であると捉え、その認定を受けるまでの期間の平均値のことで、国民健康保険中央会から発表される。

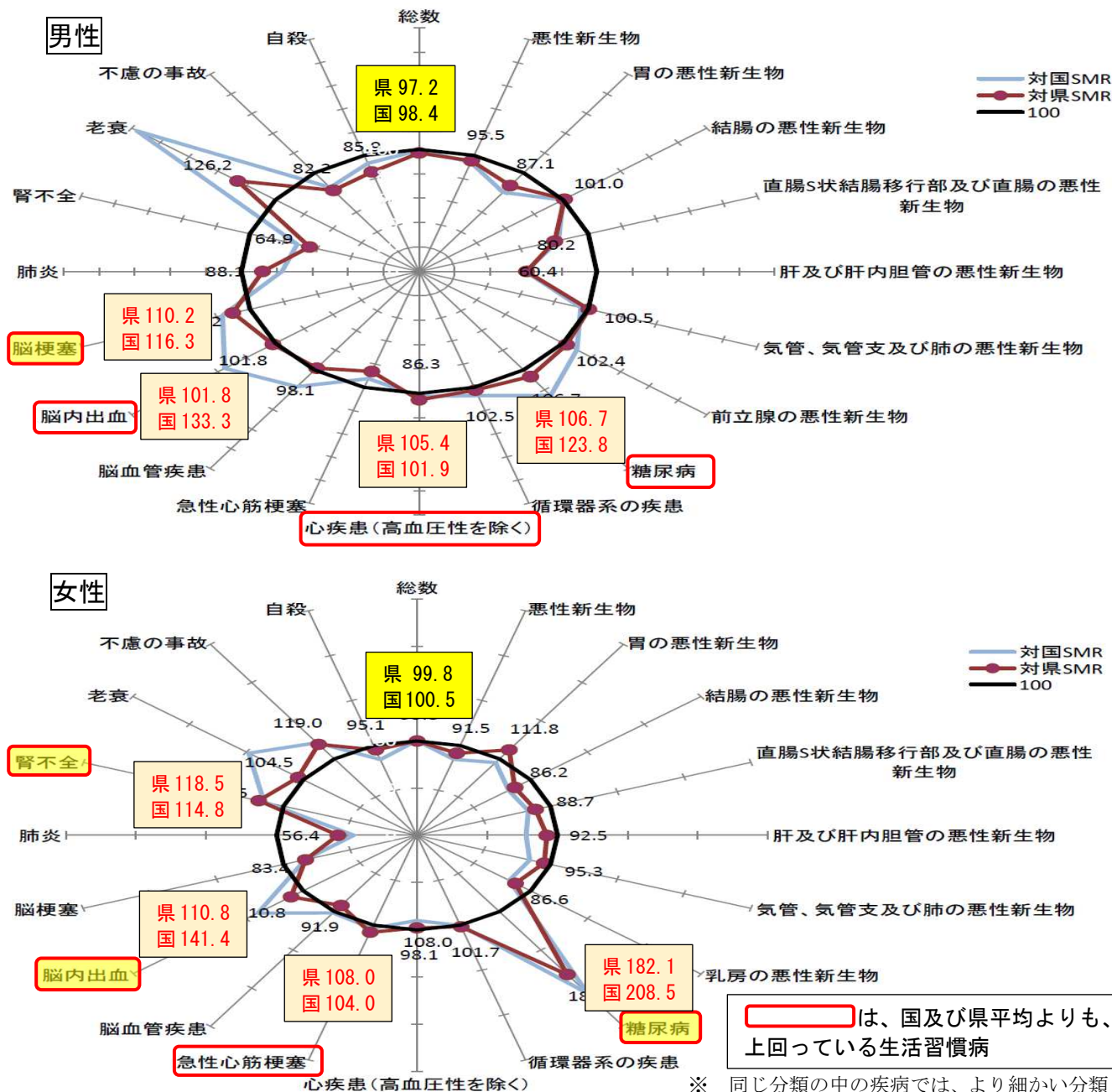
なお、県が発表している「お達者度」は、「65歳以上の健康寿命」を表しており、県が独自で算出したものではあるが、平均自立期間から65年を差し引いた値に近いものとなっている。

(2) 標準化死亡比 (図29)

標準化死亡比 (SMR)¹⁹ は、総数では、県及び国平均比較で、男性は、県対比 97.2、国対比 98.4 で下回っており、女性は、県対比 99.8、国対比 100.5 で同程度である。

また、疾病別の死亡者数において、生活習慣病で県及び国平均ともに 10 ポイント以上上回っているのは、男性では「脳梗塞」、女性では「糖尿病」、「脳内出血」、「腎不全」である。

図29 標準化死亡比分析レーダーチャート (平成 28 年度から令和 2 年度までの 5 年間平均)



資料：静岡県

19「標準化死亡比 (SMR)」 基準死亡率 (人口 10 万人あたりの死亡者数) を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる死亡者数と実際の死亡者数を比較する指標。今回の場合、県及び国の基準を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合、県及び国平均よりも死亡率が高いと判断され、100 以下の場合には、県及び国平均よりも死亡率が低いと判断される。

2 医療費の分析

(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）

ア 経年比較

本市医療費（歯科を除く）については、令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大による受診控え等により減少したが、令和3年度及び4年度には、受診控えの反動により増加している。一方、県の医療費は、令和3年度から令和4年度にかけて減少している。（図30）

また、1人あたり医療費については、令和4年度では、県平均よりもやや低いが、令和元年度対比での伸び率が、県平均が6.0%であるのに対し、市は12.2%であることから、医療費の増加傾向が県平均より高いことがわかる。（図31）

図30 医療費の推移（県比較）

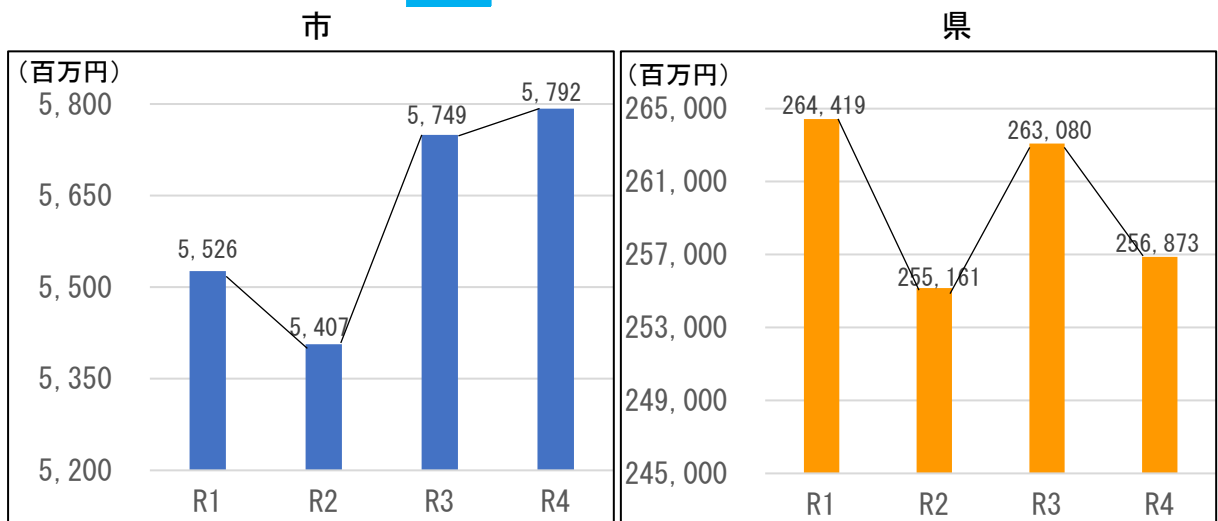
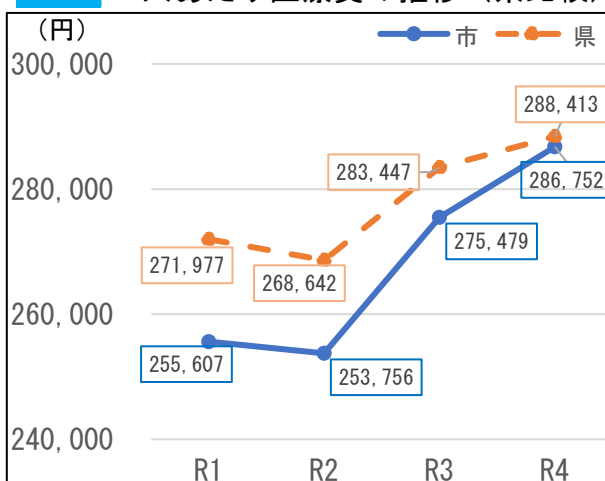


図31 1人あたり医療費の推移（県比較）



資料：KDBシステム

イ 男女別比較

男女別で医療費の傾向を比較すると、令和4年度では、男性が女性を約5億3,100万円上回っている。(被保険者数割合 男：50.5%、女49.5%) (図32)

また、被保険者1,000人あたりのレセプトの出現割合である受診率では、女性が男性を上回っているが、レセプト1件あたり医療費では、男性が女性を上回っている。

(図33・図34)

男性の医療機関への受診頻度がより少ない中で、男性のレセプト1件あたり医療費がより高く、それが1人あたり医療費の開きにつながっていることから、男性が女性よりも比較的症状が重症化した段階で、医療機関等に受診していることが考えられる。

(図34・図35)

図32 男女別の医療費の推移

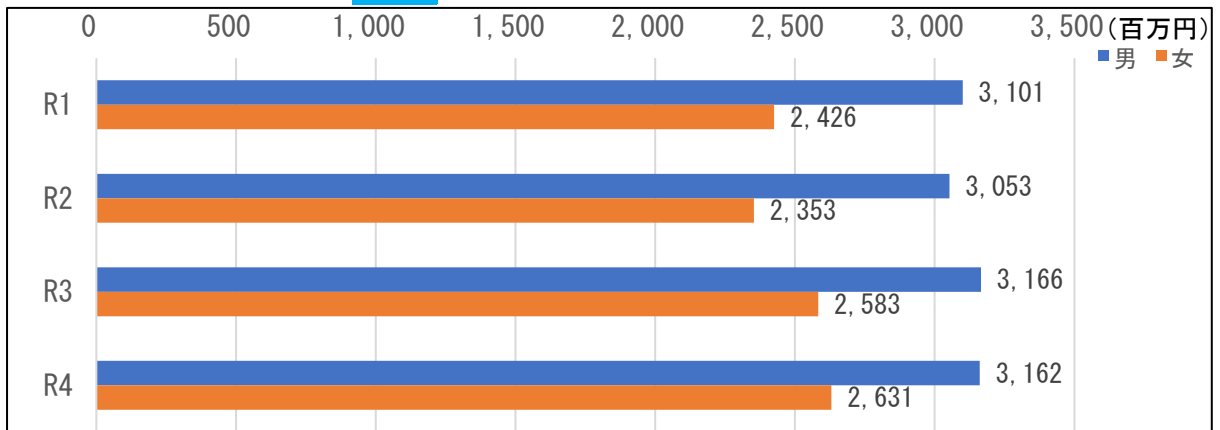


図33 男女別の受診率の推移

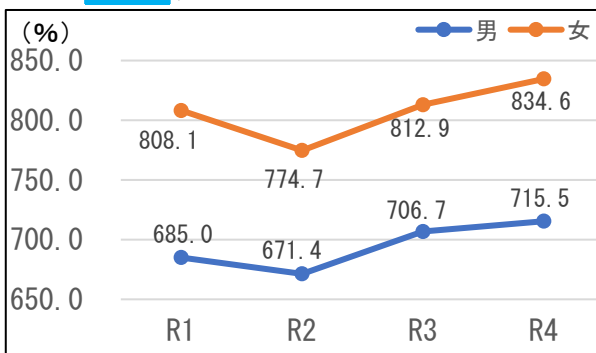


図34 男女別のレセプト1件あたり医療費の推移

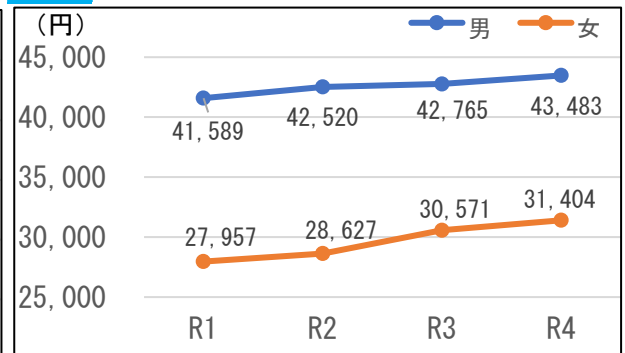
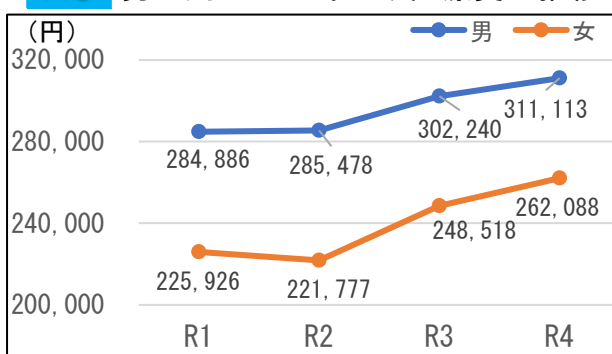


図35 男女別の1人あたり医療費の推移



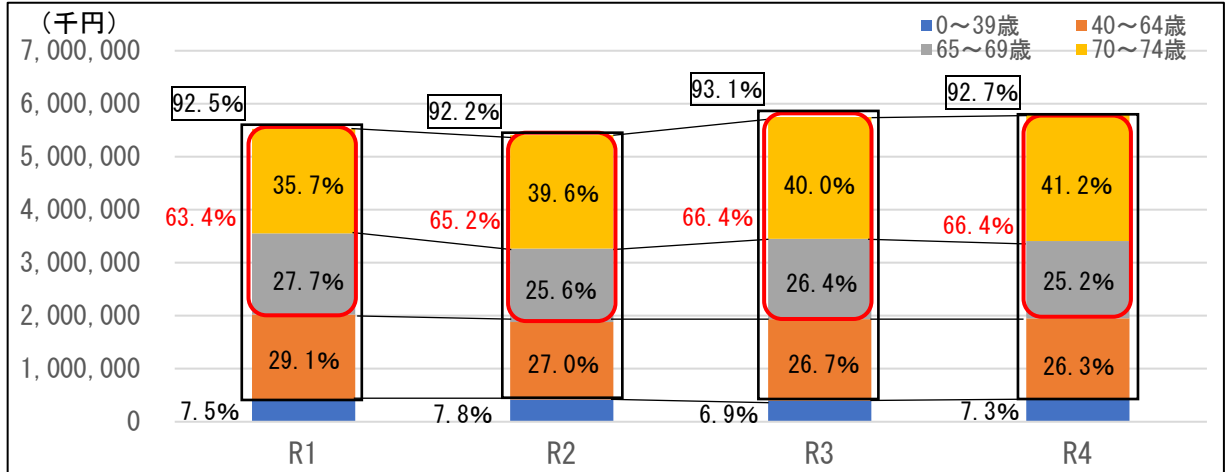
資料：KDBシステム

ウ 年齢階級別比較（図③⑥）

令和4年度における年齢階級別での医療費は、前期高齢者（65歳から74歳までの被保険者）が66.4%、特定健診の対象者である40歳以上が92.7%を占めている。

このため、医療費適正化の観点からも、特定健診の積極的な受診勧奨が必要である。

図③⑥ 年齢階級別の医療費の推移

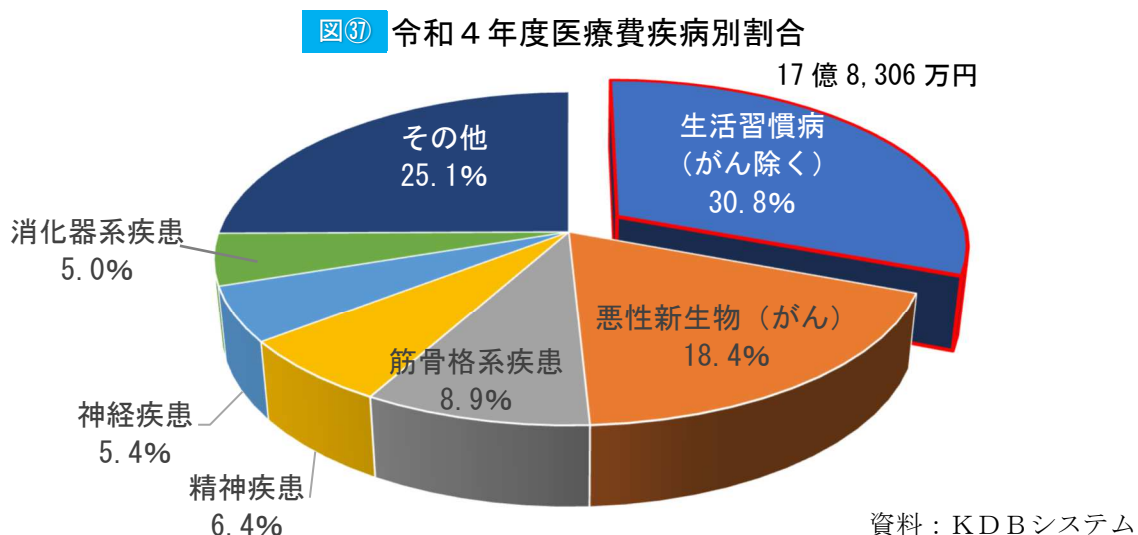


※ 92.5% は、40～74歳、63.4% は、前期高齢者を表す。92.7% は、40～74歳、66.4% は、前期高齢者が占める割合。
資料：KDBシステム

(2) 疾病分類別の医療費

ア 疾病別の医療費比較 (図③⑦)

令和4年度の医療費のうち、「生活習慣病」(悪性新生物(がん)を除く)が、最も多く30.8%を占めており、その総額は、約17億8,306万円である。



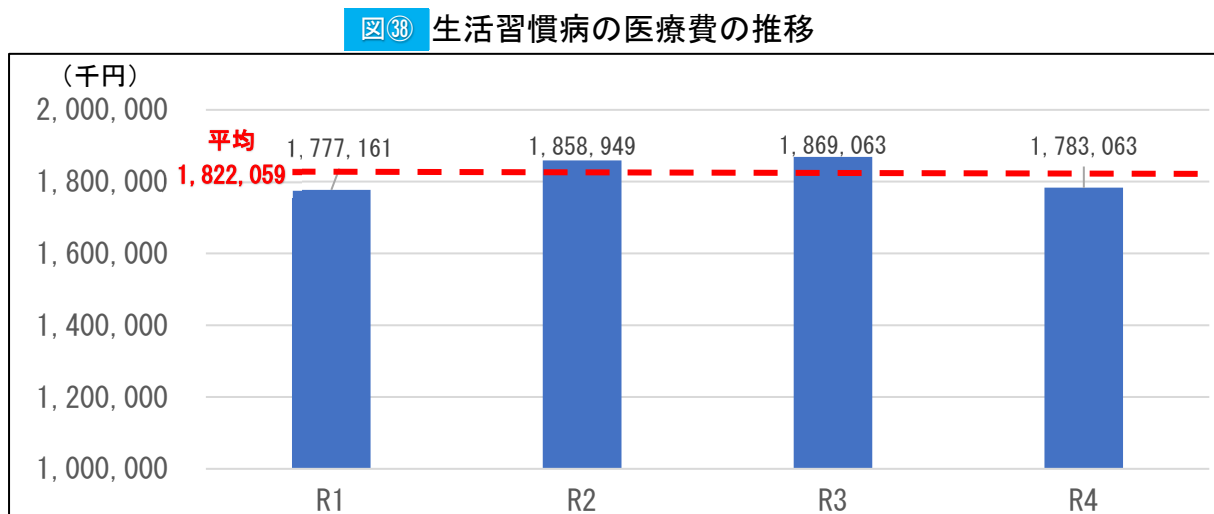
【上記に含まれる主な生活習慣病】

腎不全、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血等)、高血圧性疾患、脂質異常症 等

イ 生活習慣病の医療費

(ア) 生活習慣病の医療費の推移 (図③⑧)

令和元年度から令和4年度までの生活習慣病の医療費の経年推移は、ほぼ横ばいの傾向であり、4年間の平均金額は、約18億2,200万円である。



(イ) 生活習慣病の疾病別の医療費傾向

生活習慣病の医療費において、最も多くの医療費を占める疾病は、「腎不全」であり、次いで「糖尿病」、「脳血管疾患」が続いているが、この3疾病で、51.3%（約9億1,500万円）を占めており、重点的な対策が必要である。（図39）

また、令和元年度から令和4年度までの平均金額では、「腎不全」が、約3億8,600万円、「糖尿病」は、約3億2,600万円であり、同程度で推移している。（図40）加えて、「標準化死亡比」においても、特に女性で「腎不全」及び「糖尿病」の死亡率は、県及び全国平均を上回っている。（P.26 図29）

今後も引き続き、「腎不全」、「脳血管疾患」及び「虚血性心疾患」²⁰を予防するため、起因となる糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症等の重症化予防を図っていくことが重要である。

図39 令和4年度生活習慣病の医療費疾病別割合

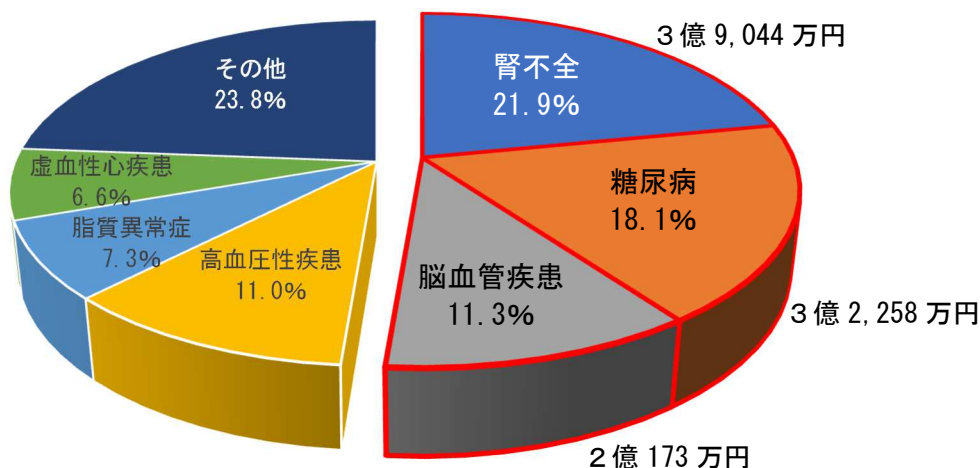
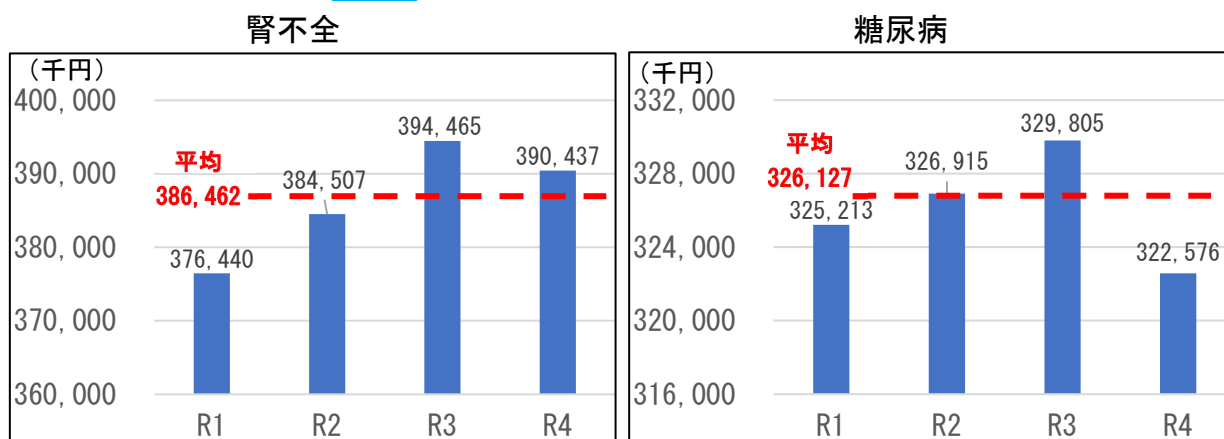


図40 腎不全及び糖尿病の医療費の推移



資料：KDBシステム

20 「虚血性心疾患」 心臓の血液を送る血管（冠動脈）が狭くなったり、詰まったりすることにより、心臓に十分に血液が行き渡らなくなる状態。冠動脈が狭くなり、血液の流れが少なくなる状態を「狭心症」、冠動脈が詰まって、流れが途絶える状態を「心筋梗塞」といい、この2種類が主な疾病である。

(ウ) 脳血管疾患の医療費等の傾向

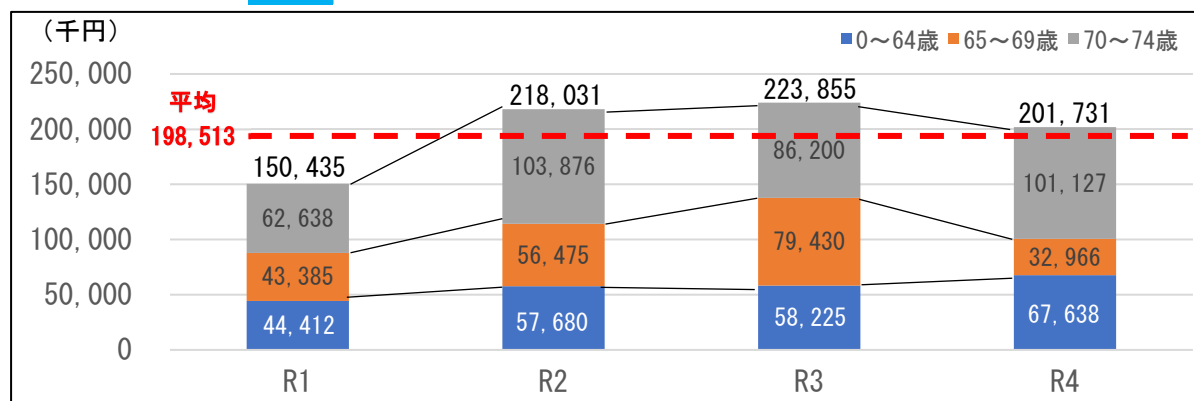
「脳血管疾患」の医療費の令和元年度から令和4年度までの平均金額は、約1億9,850万円である。令和元年度から令和2年度にかけて急激に増加し、以後、同水準で推移しており、令和4年度では、令和元年度に比べ、約5,130万円増加している。増加の要因は、70歳から74歳までの年齢階級で、約3,850万円増加したためである。(図④)

また、要介護認定者の介護が必要となった原因疾患のうち、生活習慣病の中で該当者数が最も多いのが、「脳血管疾患」であり、要介護4及び5（寝たきりで日常生活全般で介助が必要な状態）において、有病率が高い傾向にある。(表⑭・表⑮)

なお、「標準化死亡比」においても、男性では「脳梗塞」、女性では「脳内出血」の死亡率が、県及び全国平均を上回っている。(P.26 図29)

このことから、「脳血管疾患」が被保険者の生活の質に著しい影響を与えているため、対策を強化していく必要である。

図④ 脳血管疾患の年齢階級別医療費の傾向



資料：KDBシステム

表⑭ (参考) 要介護認定者における介護が必要となった主な原因 (国全体)

年度	第1位		第2位		第3位	
令和元年度	認知症	24.3%	脳血管疾患	19.2%	骨折・転倒	12.0%
令和4年度	認知症	23.6%	脳血管疾患	19.0%	骨折・転倒	13.0%

※ 介護に関する項目は、3年ごとの大規模調査時の調査項目であるため、大規模調査年である令和元年度及び令和4年度の結果のみ記載している。資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

表⑮ (参考) 本市の要介護度別の脳血管疾患有病率の推移

	R1	R2	R3	R4
要介護1	24.8%	24.2%	22.9%	23.9%
要介護2	26.2%	26.6%	26.7%	22.8%
要介護3	24.1%	27.2%	27.8%	22.4%
要介護4	35.1%	34.5%	29.7%	29.4%
要介護5	30.2%	33.0%	32.1%	37.6%

資料：KDBシステム

(3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合は、年々増加傾向にあり、令和4年9月時点での使用割合は、83.0%である。

国の目標値である80.0%を、上回っている。

(4) 重複・頻回受診、重複服薬者割合

県国保団体連合会から送付された情報を基に対象者を抽出し、対象者に適正受診・適正服薬のための啓発資料を送付するとともに、レセプト情報を確認したうえで、訪問指導を実施した。

その結果、令和4年度における被保険者に占める割合は、重複受診者が0.97%、頻回受診者が0.09%、重複服薬者が0.53%であり、ほぼ横ばいで推移しており、増加が抑えられている。

3 特定健康診査・特定保健指導の分析

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

ア 特定健康診査の実施状況 (図42)

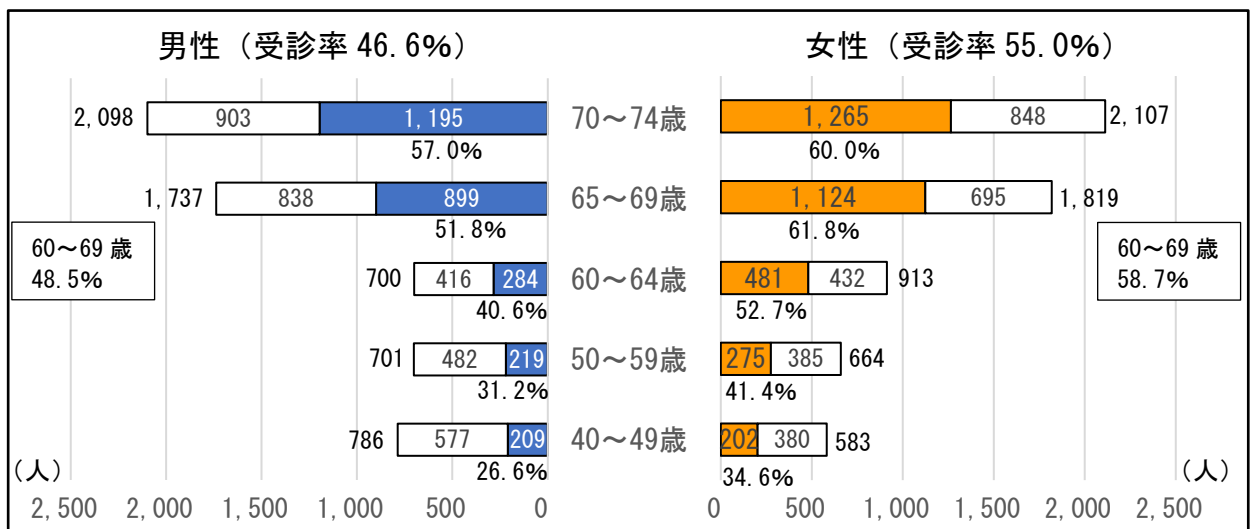
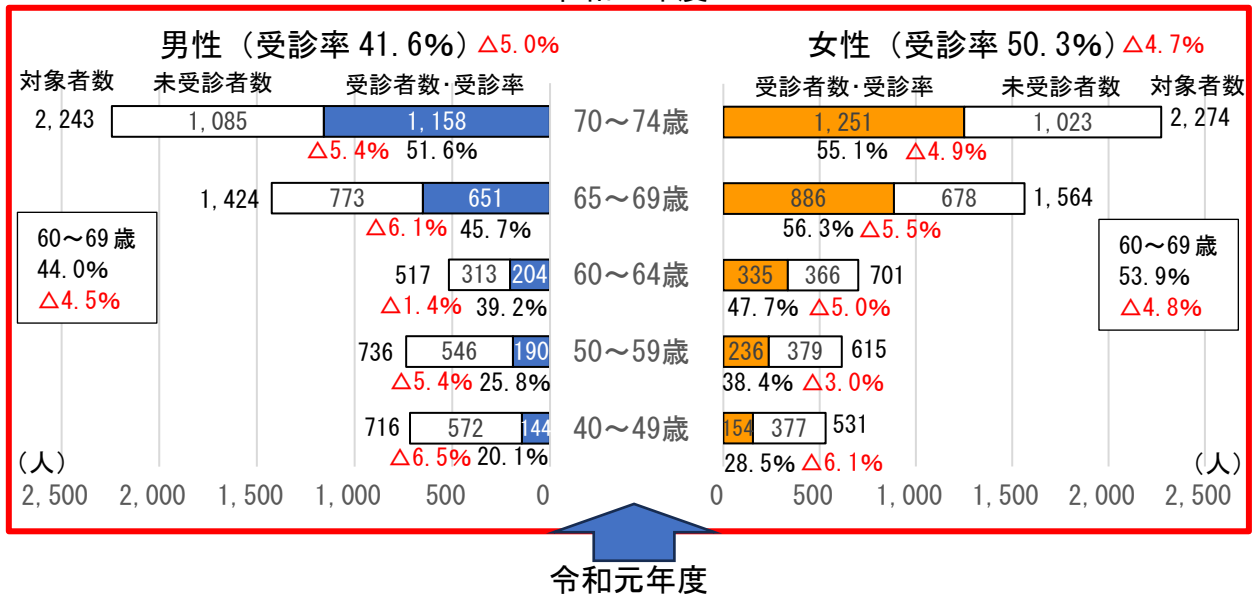
特定健診受診率の経年推移では、令和2年度及び3年度で受診率が低下し、令和4年度で回復しているが、どの年齢階級も、受診率が高かった令和元年度には、達しておらず、特定健診の受診習慣を戻すには、中長期的な期間を要すると考えられる。

特に、令和4年度受診者の86.1%を占めている60歳代及び70歳代では、男女ともに、令和元年度に比べて受診率が5ポイント前後低下しており、この年齢階級での受診率の変動が、受診率全体の減少に大きく影響を与えている。

なお、60歳代は、自身の健康状態への関心が高く、生活習慣病の有病率も高い階級であることから、今後は、若い世代への受診勧奨に加え、60歳代を中心とした特定健診の受診勧奨が重要である。

図42 男女・年齢階級別の特定健診受診状況

令和4年度 ※ 赤字は、R4-R1の受診率の経年変化。



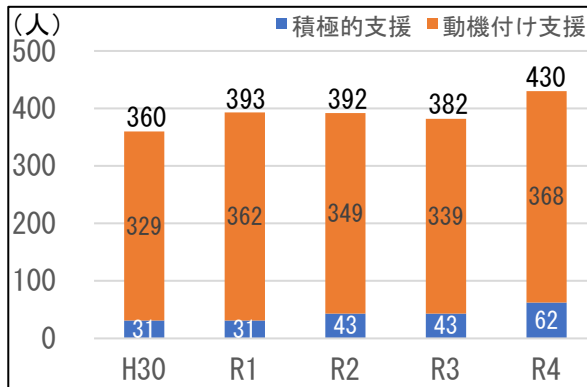
資料：法定報告

イ 特定保健指導の実施状況

特定保健指導の指導方法別の実施率では、「積極的支援」及び「動機付け支援」ともに増加しているが、特に、「積極的支援」が平成30年度に比べ、令和4年度は、49.3ポイント増加している。(図43・図44)

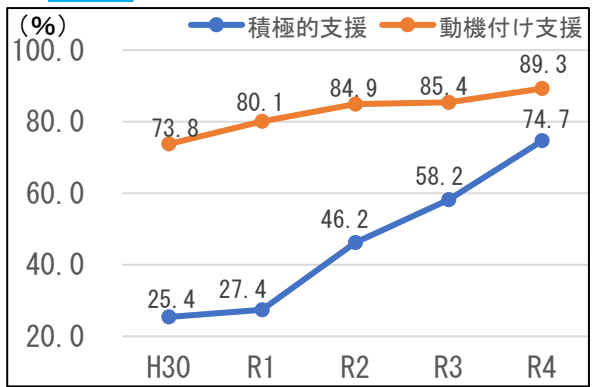
また、「積極的支援」の次年度での指導状況を分析したところ、令和3年度の対象者の38.6%が、「積極的支援」の対象から外れることができている。令和元年度及び令和2年度についても、同様の傾向が確認できることから、特定保健指導の実施が、次年度以降の検査数値の改善等に結び付いていると考えられる。(図45)

図43 指導実施者の指導方法別の推移



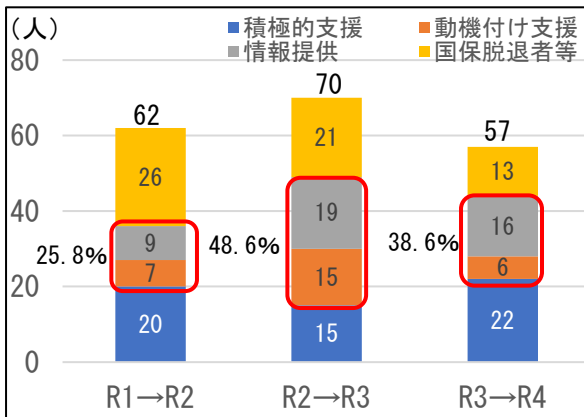
資料：法定報告

図44 指導方法別の実施率の推移



資料：法定報告

図45 積極的支援実施者の次年度での指導の状況



※ 市独自で集計。[] は、次年度に積極的支援以外となった人。割合は、前年度積極的支援対象者に占める対象外となった人の割合。

指導実施者数が、法定報告の実施者数と異なるのは、年度内の国保脱退者への実施者を含むため。

指導方法の判定基準は、下表のとおり。

下表に当てはまらない場合、特定保健指導の対象外となり、健診結果等の「情報提供」のみとなる。

情報提供→動機付け支援→積極的支援の順で、より重点的な対応となる。

下表

	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴	対象	
			40~64歳	65~74歳
腹囲が、 男性85cm以上 女性90cm以上	2つ以上該当	—	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で、 BMIが、 25以上	3つ該当	—	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	—		

(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）

ア 糖尿病予備群者（HbA1c6.0～6.4%）の割合

糖尿病予備群者の割合は、令和2年度に急激に減少しており、その後、徐々に増加傾向にある。（図46）令和2年度の急激な減少については、令和元年度該当者の約3割が、次年度の特定健診が未受診となったことが、要因の一つと考えられる。（図47）

一方で、糖尿病予備群者の7割程度で、次年度には検査数値の改善又は現状維持につながっているため、特定健診受診を積極的に勧奨するとともに、保健指導を実施することで、生活改善等に向けて取り組むことが重要である。（図47）

図46 糖尿病予備群の割合の推移（県比較）

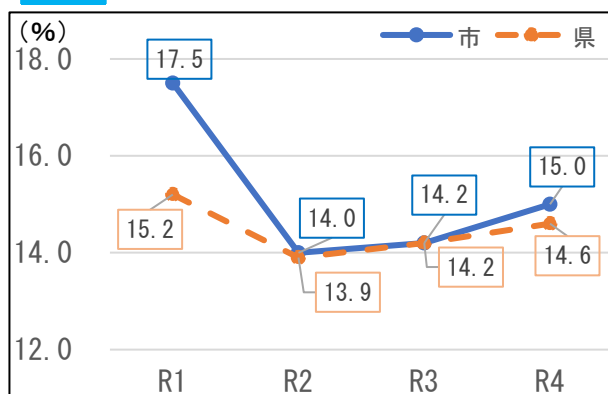
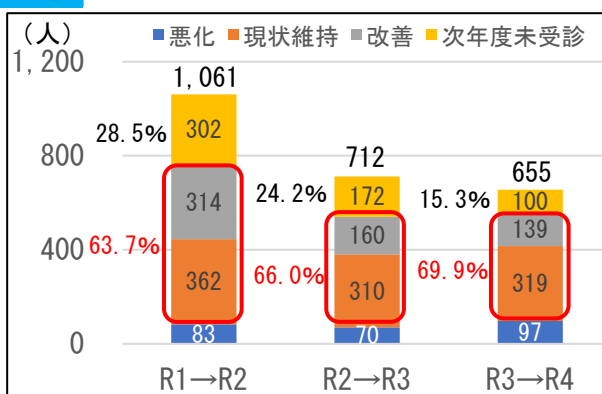


図47 糖尿病予備群者の次年度の検査数値の状況



資料：県国保団体連合会「しずおか茶っとシステム」

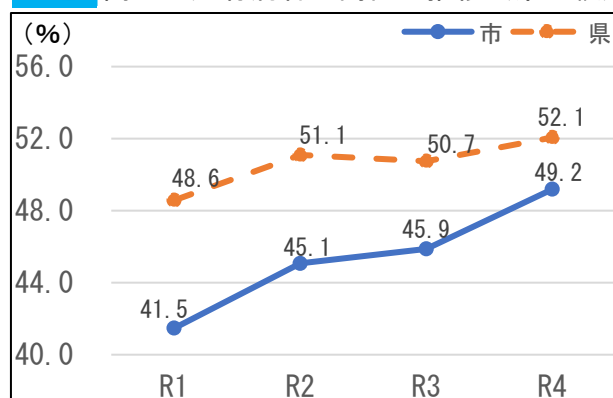
※ 市独自で集計。赤字は、改善又は現状維持の割合、黒字は、次年度未受診者の割合。

イ 高血圧症有病者（高血圧Ⅰ度以上の該当者）の割合（図48）

高血圧症有病者²¹の割合は、県平均より低いが、年々増加傾向である。

持続的に高血圧の状態が続くと、脳血管疾患や心疾患等の危険性を高めることから、保健指導等により、定期的な医療機関への受診につなげていく必要がある。

図48 高血圧症有病者の割合の推移（県比較）



資料：県国保団体連合会「地域の分析レポート」

21 「高血圧症有病者」 次の3つの重症度に該当する高血圧性疾患の有病者。（降圧剤の服薬者を含む。）

高血圧Ⅰ度…血圧が収縮期血圧140～159mmHg かつ/又は、拡張期血圧90～99mmHgの軽症の状態。

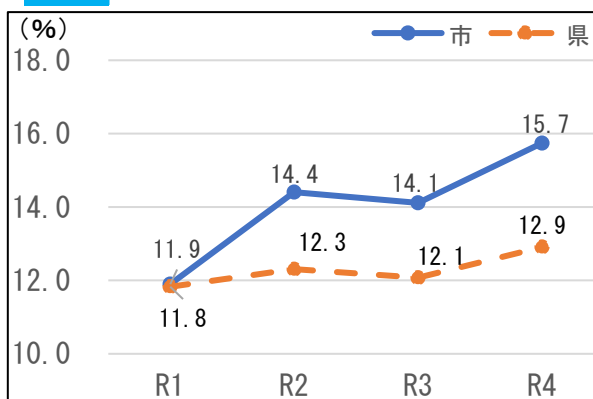
高血圧Ⅱ度…血圧が収縮期血圧160～179mmHg かつ/又は、拡張期血圧100～109mmHgの中等度の状態。

高血圧Ⅲ度…血圧が収縮期血圧180mmHg以上 かつ/又は、拡張期血圧110mmHg以上の重症の状態。

ウ 高血圧予備群者の割合

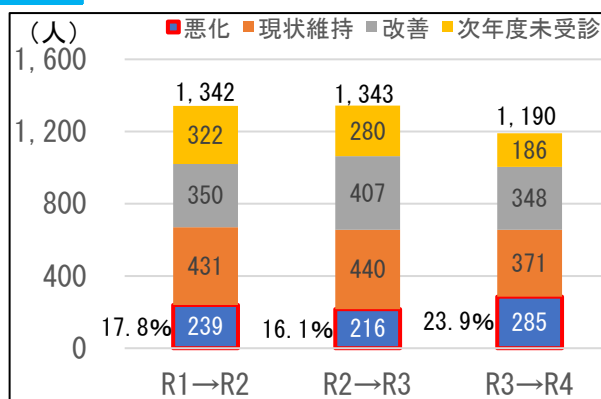
高血圧予備群者²²の割合は、県平均を上回っており、年々増加傾向である。(図49) 予備群者のうち約2割は、次年度の健診で数値が悪化している傾向が確認できることから、継続的な健診受診を勧奨するとともに、予備群者の段階から塩分の摂り方の啓発や家庭での血圧の測定方法を指導していくことが重要である。(図50)

図49 高血圧予備群者の割合（県比較）



資料：県国保団体連合会「地域の分析レポート」

図50 高血圧予備群者等の次年度の検査数値の状況



※ 正常高値者(収縮期血圧120~129mmHg、拡張期血圧80mmHg未満)を含む。割合は、検査数値が悪化した人。
資料：KDBシステム

(3) 質問票調査の状況（生活習慣）

1回30分以上の運動習慣がない人の割合及び毎日間食の習慣がある人の割合について、いずれも県平均より高い状況である。運動習慣のない人は女性に多く、間食の習慣については、男性と女性ともに多い傾向がみられている。(図51・図52)

生活習慣病の重症化を防ぐため、保健指導等を通じて、個々の生活状況に応じた運動習慣や正しい食習慣の啓発を行っていく必要がある。

図51 1回30分以上の運動習慣がない人の割合（県比較）

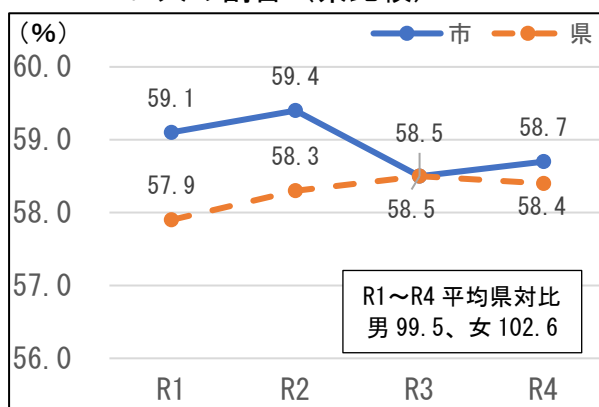
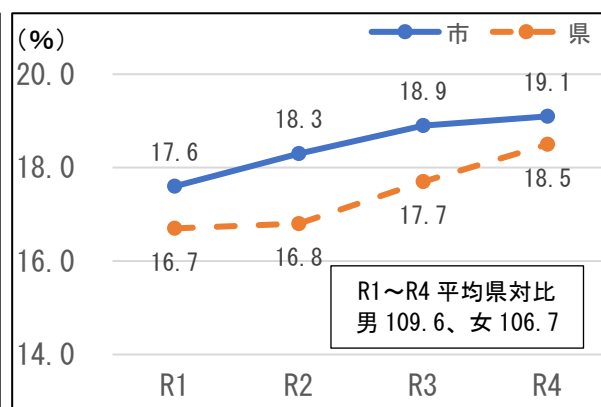


図52 毎日間食の習慣がある人の割合（県比較）



資料：KDBシステム

22 「高血圧予備群者」 血圧が収縮期血圧130~139mmHgかつ/又は、拡張期血圧が85~89mmHgの状態の人。

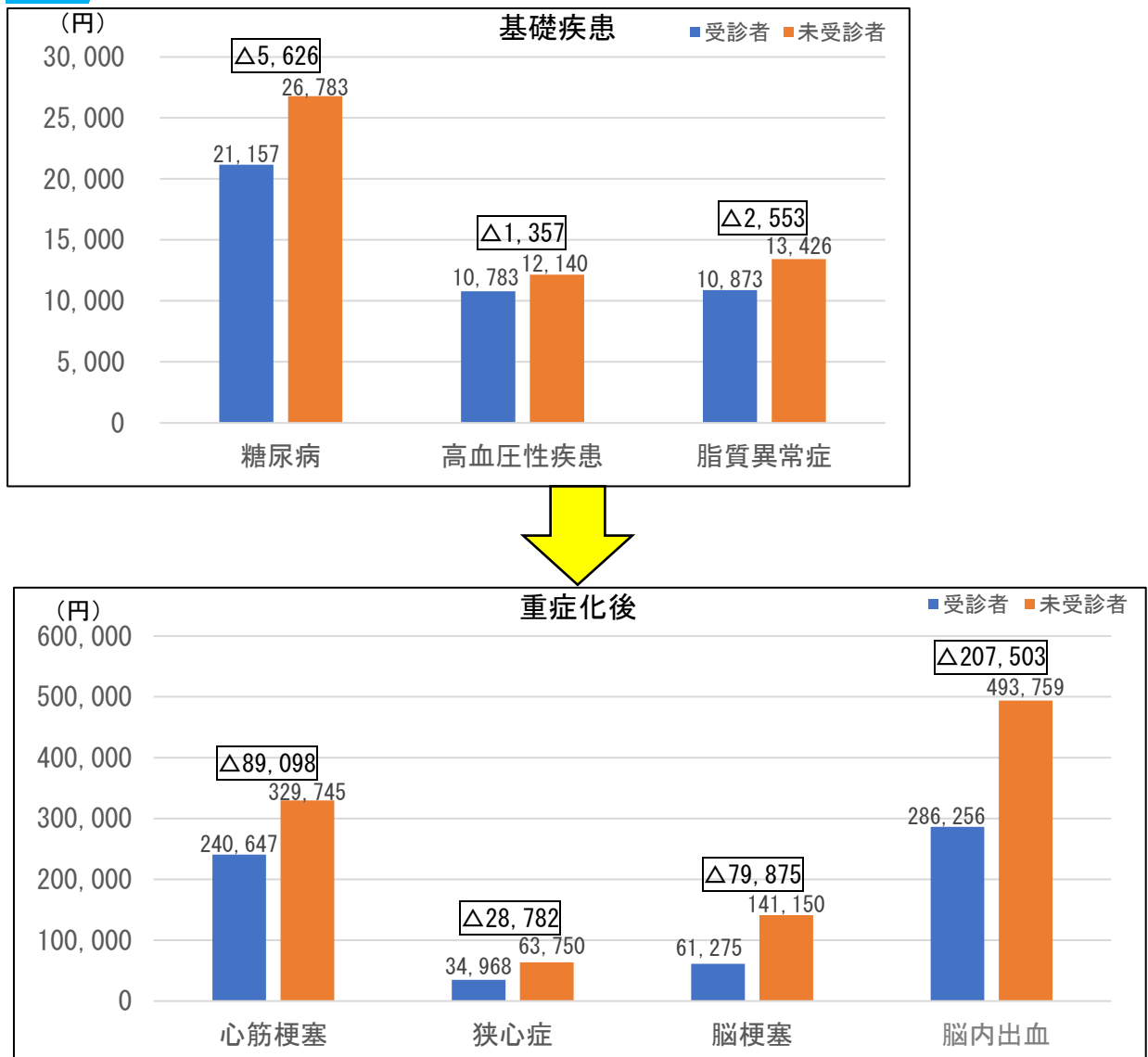
4 レセプト・健診結果等を組み合わせた分析（図⑤③）

令和4年度の主な生活習慣病のレセプト1件あたり医療費について、特定健診受診者と未受診者を比較したところ、受診者の方が、未受診者よりも医療費が低い傾向にあることがわかる。

さらに、重症化後の生活習慣病につながる基礎疾患の段階では、医療費の差は小さいが、症状が重症化した場合に、その差は格段に大きくなっている。

そのため、特定健診を継続的に受診し、生活習慣病を早期に発見し、重症化予防を図っていく必要がある。

図⑤③ 令和4年度特定健診受診者と未受診者の主な生活習慣病の1件あたり医療費の比較



資料：県国保団体連合会「しずおか茶っとシステム」

5 介護費関係の分析

(1) 被保険者数、要支援・要介護認定者数及び認定率の状況

65歳以上の1号被保険者数は、年々増加しており、平成30年度に比べ、令和4年度は7.1%増加している。令和4年度の要支援・要介護認定率は15.4%であり、県平均の16.7%よりも低くなっている。認定率は、15%前後で推移しており、ほぼ横ばいの状況である。(図54)

また、1号被保険者の要支援・要介護認定者の人数も、年々増加しており、平成30年度に比べ、令和4年度は10.1%増加している。(図55) 認定者数の増加率が、被保険者数の増加率を上回っている。

図54 1号被保険者数及び要支援・要介護認定率の推移 (各年度3月31日現在)

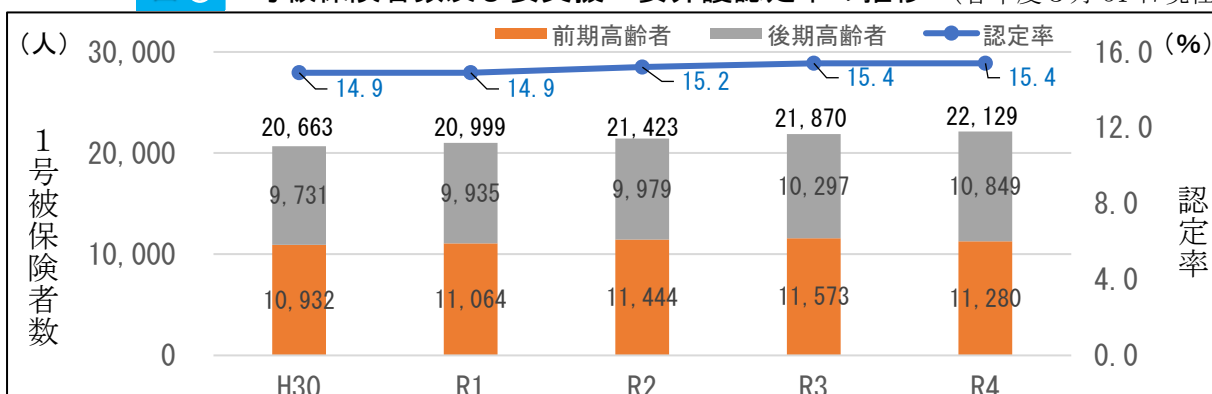
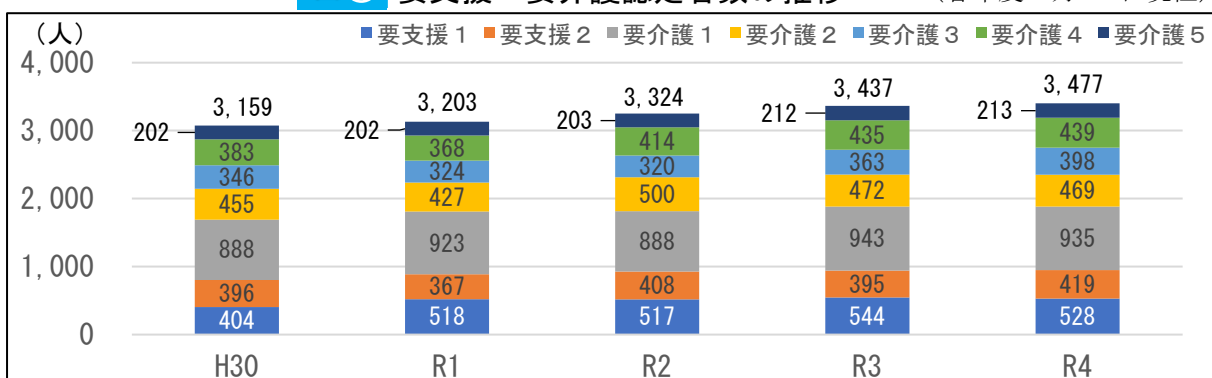


図55 要支援・要介護認定者数の推移 (各年度3月31日現在)

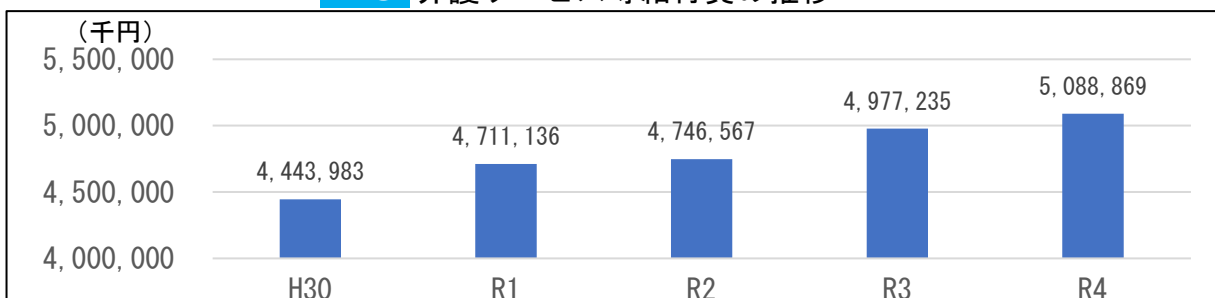


資料：袋井市「市政報告書」

(2) 介護サービス等給付費の推移 (図56)

介護サービス等給付費は増加しており、平成30年度に比べ、令和4年度は約6億4,500万円増加している。この最大の要因は、要支援及び要介護度の全てにおいて、認定者数が増加していることが考えられる。

図56 介護サービス等給付費の推移



資料：袋井市「市政報告書」



6 健康課題の抽出

(1) 医療費の分析から見た健康課題

本市の医療費は、令和2年度からの新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えからの反動により増加しているが、県においては、令和4年度に減少に転じている。
また、1人あたり医療費の伸び率において、県平均を上回った。(P.27)

生活習慣病の医療費が、医療費全体の3割を占めており、最も高い。その中でも、「腎不全」及び「糖尿病」の割合が高い。(P.30・31)

「脳血管疾患」にかかる医療費が、生活習慣病の医療費において、「腎不全」及び「糖尿病」に次ぎ、高い順で3番目となっている。「脳血管疾患」は、介護が必要となった原因として、生活習慣病の中で最も多く、要介護4及び5の要介護認定者に多い傾向があり、生活の質に大きく影響を与えている。(P.31・32)

男女比較では、男性の医療費が高く、特定健診の受診・未受診の比較では、未受診者の医療費が高い傾向がある。このことから、症状の重症化後での医療機関への受診が、医療費の増加につながっている要因の一つであるといえる。(P.28・38)

(2) 特定健康診査等の分析から見た健康課題

特定健診受診率が、令和3年度まで低下傾向が続いており、令和4年度は、回復に転じたが、令和元年度の水準にまで達していない。今後は若い世代に加え、健康状態への関心が高い60歳代を中心に、受診勧奨に力を入れていく必要がある。(P.18・34)

メタボリックシンドローム該当者及び予備群者は、増加傾向であることから、予備群者の段階から、運動習慣や食習慣の見直しの啓発を図っていく必要がある。(P.12)

糖尿病要医療者(HbA1c6.5%以上)の該当率は、依然として県平均を上回っている。新規国保加入の特定健診受診者の約1割は、すでに加入時点で要医療者であることから、重症化予防のために医療機関への定期受診と併せて、特定健診の受診を勧奨し、保健指導を実施していく必要がある。(P.14)

脂質異常症者(LDLコレステロール120mg/dℓ以上)の割合は、依然として県平均を上回っており、動脈硬化を発症する要因となることから、保健指導による正しい食習慣の啓発や医療機関への受診勧奨等を促していく必要がある。(P.16)

高血圧症有病者の割合は、年々増加傾向であり、脳血管疾患や心疾患等の重症化予防を図るため、医療機関の受診を促していく必要がある。

高血圧予備群者の割合についても増加傾向であり、県平均を上回っていることから、継続的に健診受診を促すとともに、塩分の摂り方や家庭での血圧の測定方法等を啓発していく必要がある。(P.36・37)