

【事務参考資料】

県内二次医療圏別 疾病・医療費関連データ分析

(国民健康保険および後期高齢者医療制度レセプト
集計データに基づく二次医療圏比較等)

2019 年 9 月

神奈川県 健康医療局（医療保険課、健康増進課）
同 政策研究センター

（はじめに）

急速な高齢化を迎えつつある神奈川県において、県民の健康増進・未病改善と医療費の適正化を両立させることはますます大きな課題となっている。

そのため、県や市町村では、医療費適正化計画やデータヘルス計画等によって様々な施策を進めているところであるが、データに基づき現状の課題を丁寧に把握しながら、政策効果との因果関係を重視した政策を立案・推進していくこと¹が、これまで以上に求められている。そして、そうした施策を進めるにあたっては、基礎的なデータの整備によって地域の課題や施策の成果を客観的に把握していくとともに、すべての市町村等保険者の了解のもと、それを医療関係者や県民と共有していくことが大変重要となっている。

本調査では、そうした問題意識を踏まえ、関係者が情報を共有しながら、より適切な医療政策を策定・展開していく際の参考となるように、疾病・医療費にかかる基本的なデータの整備・分析を行ったものである。具体的には、主に二次医療圏を対象として①標準化死亡比、②標準化医療費比、③リスク要因（検査項目、生活習慣の質問項目）等の多くの項目についてデータを比較・分析し、各地域の様々な特性を把握しやすいようにしている。

なお、昨今、所謂「ビッグデータ」の活用必要性が謳われ、個々人のレセプトデータ等を大がかりに解析するような研究も始められてはいるが、行政主体や保険者等が普段の業務で扱っているような基本的なデータを整理・分析するだけでも、二次医療圏毎の実情や課題はかなり明らかにできる可能性がある。

そうした観点から、本調査を進めるにあたっては、①個々人に直接紐づくデータは一切使わず、男女別・疾病別・年齢階層別等に集約された「基本データ」のみを使用することとし、②それらについて、四則演算だけで多面的な分析を行い、また、③その結果を図表等で極力分かりやすく示すことを基本方針とした²。また、保険者が異なることから別々に分析されがちであった国保データと後期高齢者のデータとを比較したり接続したりしながら、地域における高齢者の疾病・医療にかかる現状の全体像を把握することも試みた。

こうした本調査のアプローチが、市町村をはじめとする医療行政機関等において、それぞれの実情に応じたデータ分析をする上での参考となれば幸いである。

¹ 「証拠に基づく政策立案」（EBPM）の基本的な考え方については、神奈川県政策研究ジャーナル 13 号（政策研究センター・ホームページ）：

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/r5k/cnt/f7282/> 等を参照。

² 依拠したデータや分析手法にはそれぞれ大きな制約等があることから、今回の分析結果については、定性的な情報等とも突き合わせながら慎重に解釈していく必要がある。

本県としては、地域の健康課題を解決すべく、こうした疾病・医療関連データ等を参照しながら、今後とも市町村と緊密に連携・協力していきたいと考えている。

【本報告書に関する問合せ先】

神奈川県 政策研究センター³（神奈川県 政策局政策部総合政策課内）

電話 045-210-3081（直通）

電子メール research.7m38@pref.kanagawa.lg.jp

神奈川県 健康医療局保健医療部医療保険課

電話 045-210-4881

神奈川県 健康医療局保健医療部健康増進課

電話 045-210-4784

³ 本報告書におけるデータ整備・分析の具体的作業は、主に政策研究センターの笹山岳大、武山尚道（特任研究員）、竹本治、長沼みずきが担当した（50音順）。

【目 次】

(はじめに)	2
【調査目的、データ整理・分析の対象等】	6
1. 基本情報	
A. 人口・高齢化率	9
(1) 人口	
(2) 高齢化率	
(3) 二次医療圏を構成する市区町村	
B. 国保加入率	12
C. 特定健診受診率（国保）	13
2. 死亡・死因	14
(1) 県全体の状況	
(2) 二次医療圏別	
①死亡数・主な死因	
②標準化死亡比（概要）	
③標準化死亡比（がん）	
3. 医療費	
A. 一人当たり医療費	24
(1) 県全体の概況	
(2) 二次医療圏別（国保及び後期高齢者）	
①概要	
②年齢階級別（国保・後期高齢者を接続）	
B. 標準化医療費比（標準化該当比）	31
(1) 疾病全体（国保及び後期高齢者）	
(2) 疾病別（「主要生活習慣病」）	
①国保	
②後期高齢者	
4. リスク要因（特定健診の検査項目、質問票調査項目の該当者割合等）	
A. 検査項目	40
(1) 主要検査項目別	
①BMI等	
②中性脂肪等	
③ALT（GPT）	
④血圧	
⑤HbA1c	

⑥血糖	
(2) 二次医療圏別にみた特徴	
B. 生活習慣	47
(1) 主要質問項目別	
①喫煙（男性）	
②運動	
③食事	
④飲酒	
⑤体重増加	
⑥睡眠不足	
⑦生活習慣の改善意欲	
(2) 二次医療圏別にみた特徴	
C. 既往歴	55
(1) 脳卒中	
(2) 心臓病	
(おわりに)	57
【参考】本調査のデータ分析結果の利用にあたっての留意事項	58
1. データ分析の対象範囲	
2. データ分析結果全般	
3. 「標準化」とは	
4. 特定健診の該当者基準	
【資料編】疾病・医療費関連データ集	別途（附属CD）

【調査目的、データ整理・分析の対象等】

1. 調査目的

本調査は、①県内市町村はじめ、県内の医療・保健関係者が、より適切な医療政策を策定・実施していく際の参考として、また、②県民に医療費等に関するわかりやすい情報を提供する際の参考として、疾病・医療費にかかる基本的データを整備・分析したものである⁴。

具体的には次のような目的に資することが期待される。

- ①データヘルス計画の策定や進捗管理
- ②その他、データに基づいた健康・医療関連施策の策定
- ③健康・医療関連機関や県民に対する情報の提供
- ④県民の健康意識の増進、医療費等の認識向上及び行動の喚起

こうした医療費関連の情報に関しては、昨年来2回にわたって市町村別のデータを提供してきている⁵。本調査では、それを踏まえつつ、主に二次医療圏別のデータを対象に同様の分析を行っている。

2. データ整備・分析の対象等

(1) 二次医療圏を構成する市区町村

県内の二次医療圏は、現在8つの地域（政令指定都市＜横浜市・川崎市・相模原市＞及び横須賀・三浦、湘南西部、湘南東部、県央、県西）に分かれている（下表）。

旧定義	二次医療圏名	構成市区町村名
1	横浜	横浜市（18区）
①	横浜北部	鶴見区、神奈川区、港北区、緑区、青葉区、都筑区
②	横浜西部	西区、保土ヶ谷区、旭区、戸塚区、泉区、瀬谷区
③	横浜南部	中区、南区、港南区、磯子区、金沢区、栄区
2	川崎	川崎市（7区）
④	川崎北部	高津区、宮前区、多摩区、麻生区
⑤	川崎南部	川崎区、幸区、中原区
3	⑥ 相模原	相模原市（3区）
4	⑦ 横須賀・三浦	横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町
5	⑧ 湘南東部	藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町
6	⑨ 湘南西部	平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町
7	⑩ 県央	厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村
8	⑪ 県西	小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町

⁴ 資料編では男女別、入院外来別など、より詳細かつ包括的なデータを提供している。

⁵ 『【事務参考資料】県内市町村の疾病・医療費関連データ分析（平成28年度KDBデータ等に基づく市区町村比較等）』（平成30年3月26日）、及び『【事務参考資料】県内市区町村の疾病・医療費関連データ分析《増補改訂版》（国民健康保険および後期高齢者医療制度レセプト集計データに基づく市区町村比較等）』（令和元年7月）。

ただし、横浜市・川崎市については人口規模も大きいことから、本資料では、かつての二次医療圏の5区分（①横浜北部、②横浜西部、③横浜南部、④川崎北部、⑤川崎南部）もデータ集計・分析の対象に加えており、項目の特性に応じて、計13の二次医療圏を対象に分析したり、かつての二次医療圏同士（表中の①～⑪の二次医療圏。以下、「旧定義」）での比較をしたりしている。

（２）個々の項目の定義

本報告書で使用している項目の定義は、原則として国保データベース（以下、KDB）等（具体的資料名は下記（３）参照）の計数の出典における同項目の定義に準拠している。

（３）データの対象

本報告書の図表の多くは国保加入者・後期高齢者医療制度加入者のデータを前提としているが、一部計数等は地域住民全体を対象としており、概ね下記のような対応関係にある。

- ①国勢調査等（総人口、高齢化率）：住民全体
- ②死因別標準化死亡比：住民全体（外国人を除く）
- ③医療費：国民健康保険加入者（0～74歳、以下「国保加入者」）⁶
後期高齢者医療制度加入者（75～99歳、以下「後期高齢者」）⁷
- ④リスク要因（特定健診結果）：国保加入者のうち、特定健診の受診者

データ整備・分析にあたって参照した主な資料は以下の通り。

		資料名等	出所
死亡関係		人口動態調査・死亡	神奈川県衛生統計年報
医療費	（国保加入者及び後期高齢者）	人口及び被保険者の状況 疾病別医療費分析（中分類） 疾病別医療費分析（生活習慣病）	KDB
リスク要因	（国保加入者）	質問票調査の状況 厚労省様式（6－2－7）	
人口（実績）		神奈川県年齢別人口統計調査結果 （年齢5歳階級別・男女別人口）	神奈川県人口統計調査

⁶ 国民健康保険の保険者には市町村のほか6つの職域別の国保組合があることから、「県全体」ないし「県平均」の値は職域別の国保組合を含めている。

⁷ 後期高齢者医療制度対象者には、わずかであるが65歳以上75歳未満で一定の障がいの状態にあることにより後期高齢者医療広域連合の認定を受けた者が含まれる。また、100歳以上の被保険者も増加しているが、人数の割合がごく少ないこと及び医療費構成が特異なものとなっていることから、集計から外している。

(4) 元データの年次

上記資料について、参照の対象とした年は下表のとおり。

		2015	2016	2017
死亡関係		○	○	○
医療費	(国保加入者)	○	○	
	(後期高齢者)	○	○	○
リスク要因	(国保加入者)	○	○	
人口			○	○

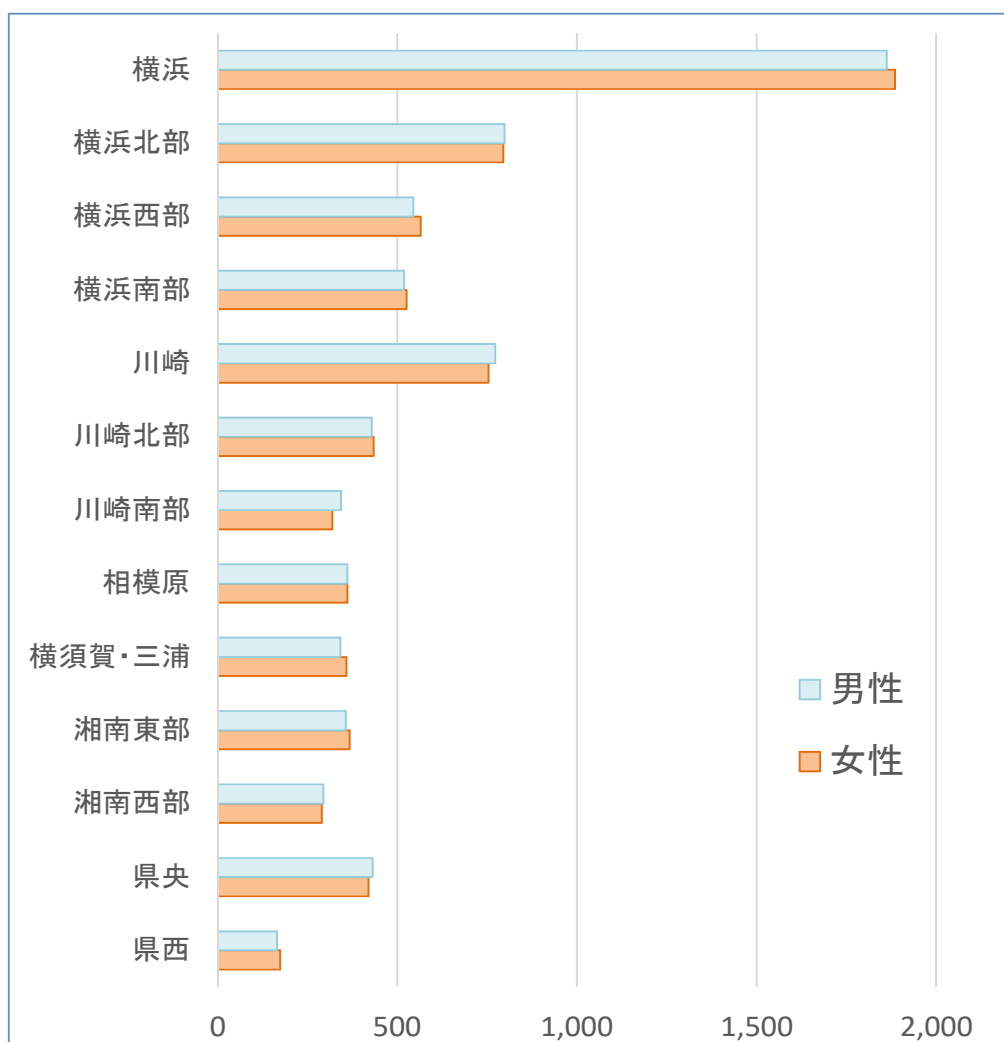
1. 基本情報

A. 人口・高齢化率

(1) 人口

- ・ 県内二次医療圏の人口をみると、最多の二次医療圏（横浜：約 375 万人＜男女計＞）と最少の二次医療圏（県西：同 34 万人）とでは人口規模は 10 倍以上異なる。「旧定義」の二次医療圏でみても、最多は横浜北部（同 159 万人）となることから、最少の県西とは人口規模では 5 倍近く異なる（【図表 1-1】【図表 1-2】）。
- ・ 疾病・医療費関係の諸データの二次医療圏間比較をしていく際には、こうした規模の相違等に十分留意することが望ましい⁸。

【図表 1-1】 総人口（二次医療圏・男女別、千人、2019 年）



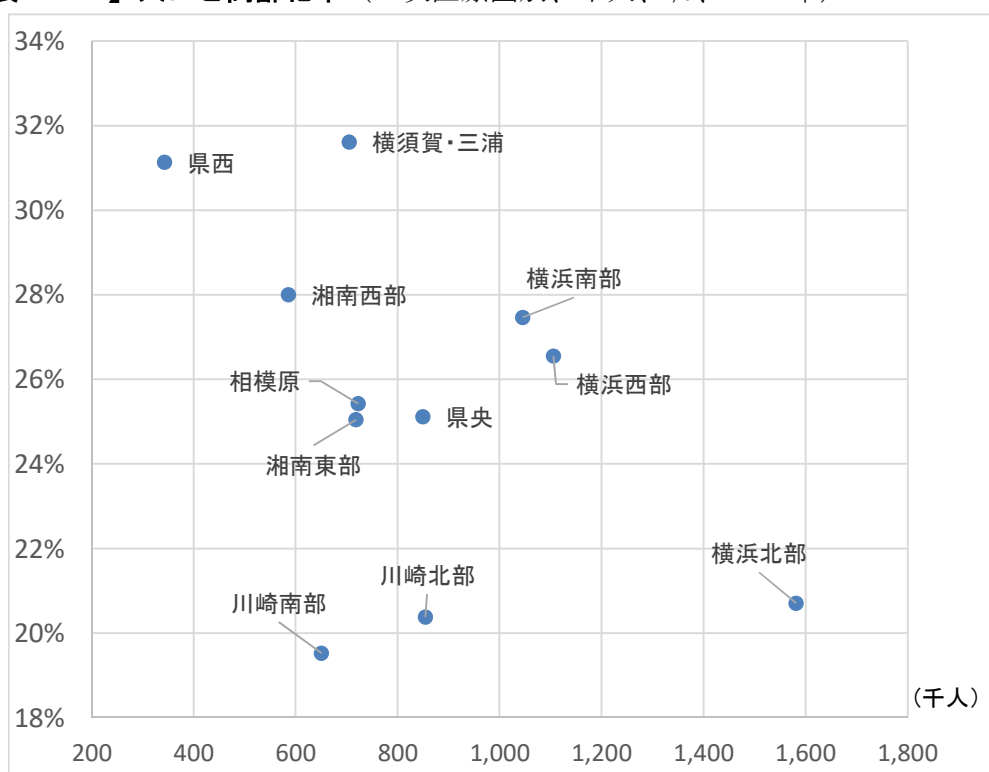
資料：神奈川県人口統計調査（2019 年 1 月 1 日現在）

⁸ 今回の報告書では分析対象としていないが、県外と同規模二次医療圏との比較等をしていくことが望ましい。

(2) 高齢化率⁹

- ・ 高齢化率を二次医療圏（旧定義）別にみると、最も高齢化率の高い二次医療圏（横須賀・三浦）では 32%弱であるのに対し、最も低い二次医療圏（川崎南）では 20%弱となっており、ばらつきが大きい。また、横浜市では横浜北部では高齢化率が低めであるのに対し、西部・南部での高齢化率が高い（【図表 1-2】）。
- ・ ちなみに、神奈川県全体（24.9%）は全国平均(28.0%)よりも低い。

【図表 1-2】人口と高齢化率（二次医療圏別、千人、%、2018 年）



資料：神奈川県年齢別人口統計調査

二次医療圏別、年齢（3区分別）人口（2018年1月1日現在）

⁹ 65歳以上の人口／（全人口－年齢不詳分）（%）。

(3) 二次医療圏を構成する市区町村

- ・各二次医療圏（旧定義）を構成する市区町村をみると、人口や高齢化率のばらつきは大きい（【図表 1-3】）。
- ・疾病・医療費関係の諸データの二次医療圏間比較をしていく際には、それぞれを構成する市区町村がどの程度の人口ウェイト等を占めており、その二次医療圏のデータ全体に対してどの程度インパクトをもっているかについて、十分留意していくことが望ましい。

【図表 1-3】二次医療圏別の人口と高齢化率（二次医療圏別、%、2018 年）

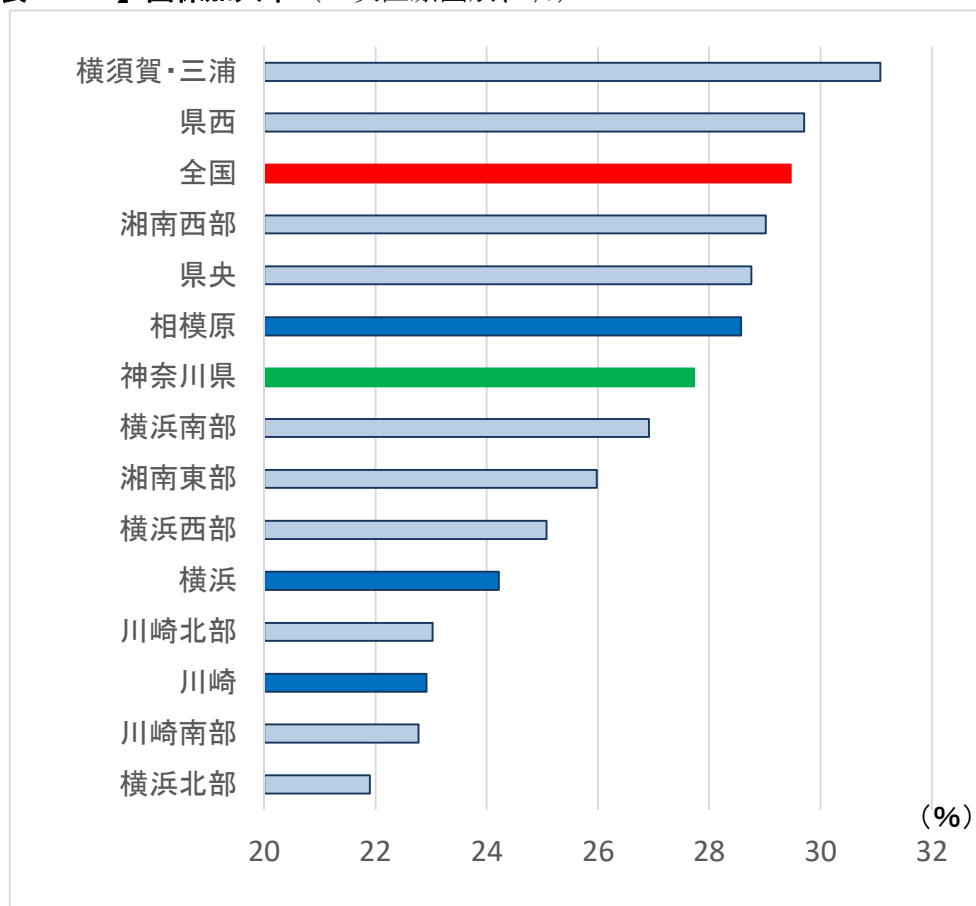
二次医療圏	構成市区町村	人口 (千人)	二次医療圏に占めるウェイト%	うち高齢者	高齢化率%
1 横浜北部		1,582	—	326	20.7%
	横浜市鶴見区	289	18.3%	60	21.1%
	横浜市神奈川区	242	15.3%	52	21.8%
	横浜市港北区	349	22.0%	68	19.6%
	横浜市緑区	181	11.5%	43	23.9%
	横浜市青葉区	310	19.6%	65	21.1%
2 横浜西部	横浜市都筑区	211	13.4%	37	17.5%
		1,106	—	292	26.6%
	横浜市西区	100	9.0%	20	19.9%
	横浜市保土ヶ谷区	207	18.7%	53	26.1%
	横浜市旭区	246	22.2%	72	29.4%
	横浜市戸塚区	277	25.0%	70	25.3%
3 横浜南部	横浜市泉区	153	13.8%	43	28.3%
	横浜市瀬谷区	124	11.2%	34	27.6%
		1,046	—	285	27.5%
	横浜市中区	149	14.3%	35	23.8%
	横浜市南区	195	18.6%	51	26.6%
	横浜市港南区	214	20.5%	60	28.1%
4 川崎北部	横浜市磯子区	167	15.9%	45	27.3%
	横浜市金沢区	200	19.1%	57	28.5%
	横浜市栄区	121	11.6%	37	30.7%
		855	—	168	20.4%
	川崎市高津区	231	27.0%	42	18.3%
	川崎市宮前区	230	26.9%	44	21.2%
5 川崎南部	川崎市多摩区	216	25.3%	42	19.5%
	川崎市麻生区	177	20.7%	41	23.2%
		651	—	125	19.5%
	川崎市川崎区	230	35.3%	50	22.1%
	川崎市幸区	166	25.5%	36	22.5%
	川崎市中原区	254	39.1%	38	15.3%
6 相模原		723	—	182	25.4%
	相模原市緑区	172	23.8%	46	27.0%
	相模原市中央区	272	37.6%	65	24.1%
	相模原市南区	279	38.6%	71	25.7%
		705	—	222	31.6%
	横須賀市	400	56.7%	124	31.1%
7 横須賀・三浦	鎌倉市	172	24.4%	53	31.1%
	逗子市	57	8.1%	18	31.7%
	三浦市	44	6.2%	17	38.1%
	葉山町	32	4.5%	10	32.1%
		718	—	180	25.0%
	藤沢市	429	59.8%	104	24.3%
8 湘南東部	茅ヶ崎市	241	33.5%	63	26.0%
	寒川町	48	6.7%	13	26.7%
		586	—	163	28.0%
	平塚市	258	44.1%	70	27.3%
	秦野市	166	28.3%	47	28.6%
	伊勢原市	102	17.4%	26	25.5%
9 湘南西部	大磯町	32	5.4%	10	33.8%
	二宮町	28	4.8%	10	34.0%
		849	—	210	25.1%
	厚木市	226	26.6%	55	24.6%
	大和市	235	27.7%	56	23.9%
	海老名市	131	15.5%	32	24.6%
10 県央	座間市	129	15.2%	32	24.9%
	綾瀬市	84	9.9%	23	27.1%
	愛川町	40	4.7%	11	28.8%
	清川村	3	0.4%	1	35.7%
		343	—	106	31.1%
	小田原市	192	56.0%	56	29.3%
11 県西	南足柄市	43	12.4%	13	31.5%
	中井町	10	2.8%	3	33.8%
	大井町	17	4.9%	5	27.7%
	松田町	11	3.2%	4	32.8%
	山北町	10	3.0%	4	37.7%
	開成町	18	5.1%	5	25.7%
	箱根町	12	3.4%	4	36.6%
	真鶴町	7	2.1%	3	40.6%
	湯河原町	24	7.1%	10	41.3%

資料：神奈川県年齢別人口統計調査（2019 年 5 月 1 日現在）

B. 国保加入率

- ・国保加入率¹⁰をみると、二次医療圏によってばらつきが大きい¹¹（【図表 1－4】）。二次医療圏同士の比較をする際には、こうした加入率の相違については留意しておく必要がある。
- ・ちなみに神奈川県全体（27.7%）は全国平均（29.5%）よりも低い。

【図表 1－4】国保加入率（二次医療圏別、%）



資料：【加入者数】KDB データ「人口及び被保険者の状況」（2016 年）

【人口】神奈川県人口統計（2016 年 1 月時点）

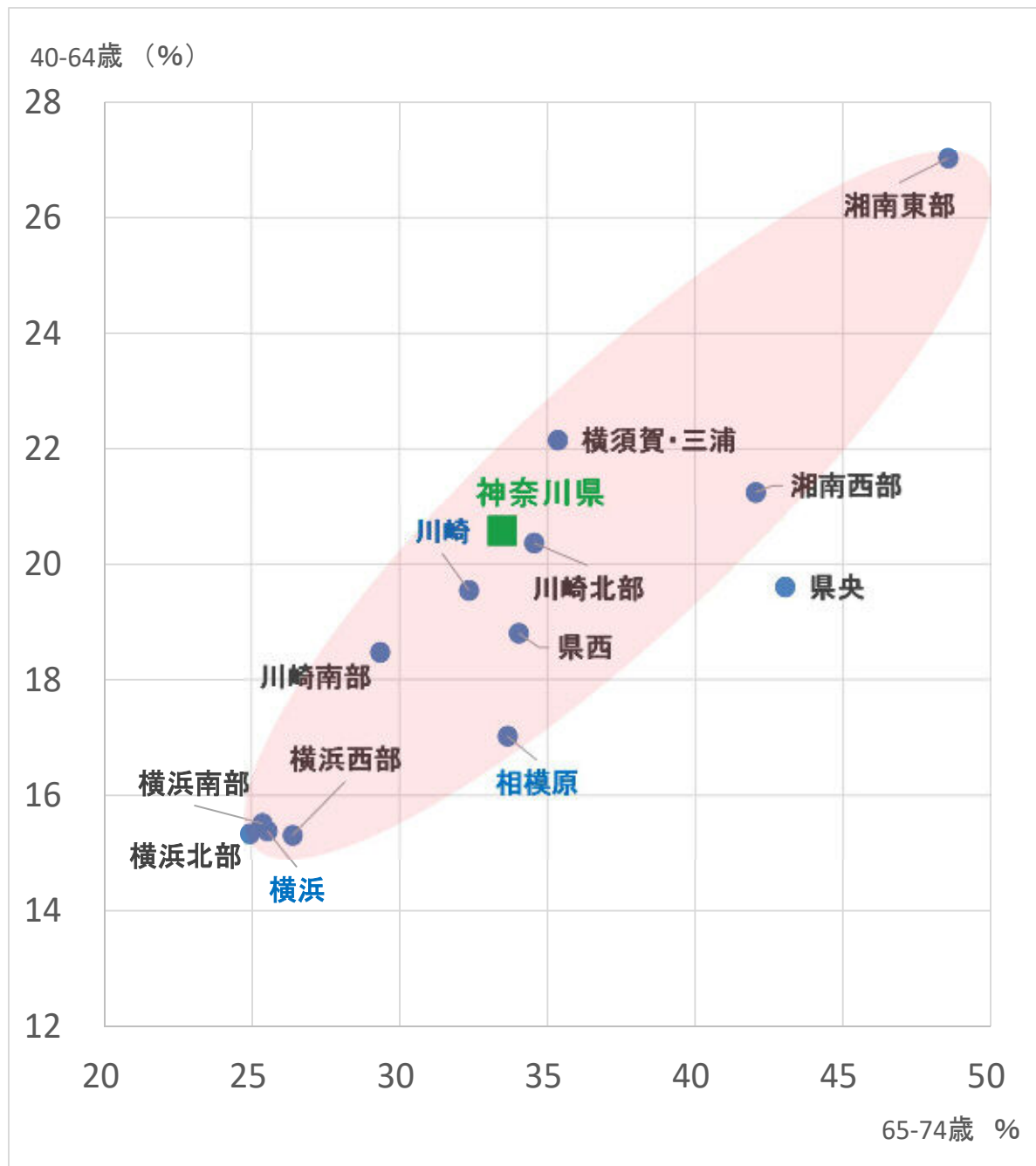
¹⁰ 国保加入者/全人口（%）。県の加入率は、6 国保組合も含めて計算されている。

¹¹ 加入率の高低には、こうした加入者の年齢構成のほかに、地域における産業構造や職業構成の違いなどといった要因も影響していると考えられる。

C. 特定健診受診率（国保）

- ・二次医療圏別に、国保加入者の特定健診の受診率（％）を40～64歳、65～74歳の2つの年齢階層に分けてみると、（1）65～74歳の受診率の方が高い傾向にある、（2）両年齢層の受診率の相関関係が高い（65～74歳の受診率が高い二次医療圏では、40～64歳の受診率も高い傾向にある）、（3）政令市では一般に受診率が低い、といった特徴が窺われる（【図表1－5】）。

【図表1－5】特定健診受診率（国保）（40～64歳、65～74歳、％）



資料：KDB データ「健診の状況」（2016 年）

2. 死亡・死因

(1) 県全体の状況

- ・県民（人口約 900 万人）では、1 年間に約 8 万人が死亡している（【図表 2-1】）。
- ・死亡率を男女別にみると、いずれの年齢階級においても女性の方が低く、かつ女性は年齢階層の上昇による死亡率の上昇が緩やかである（【同】）。

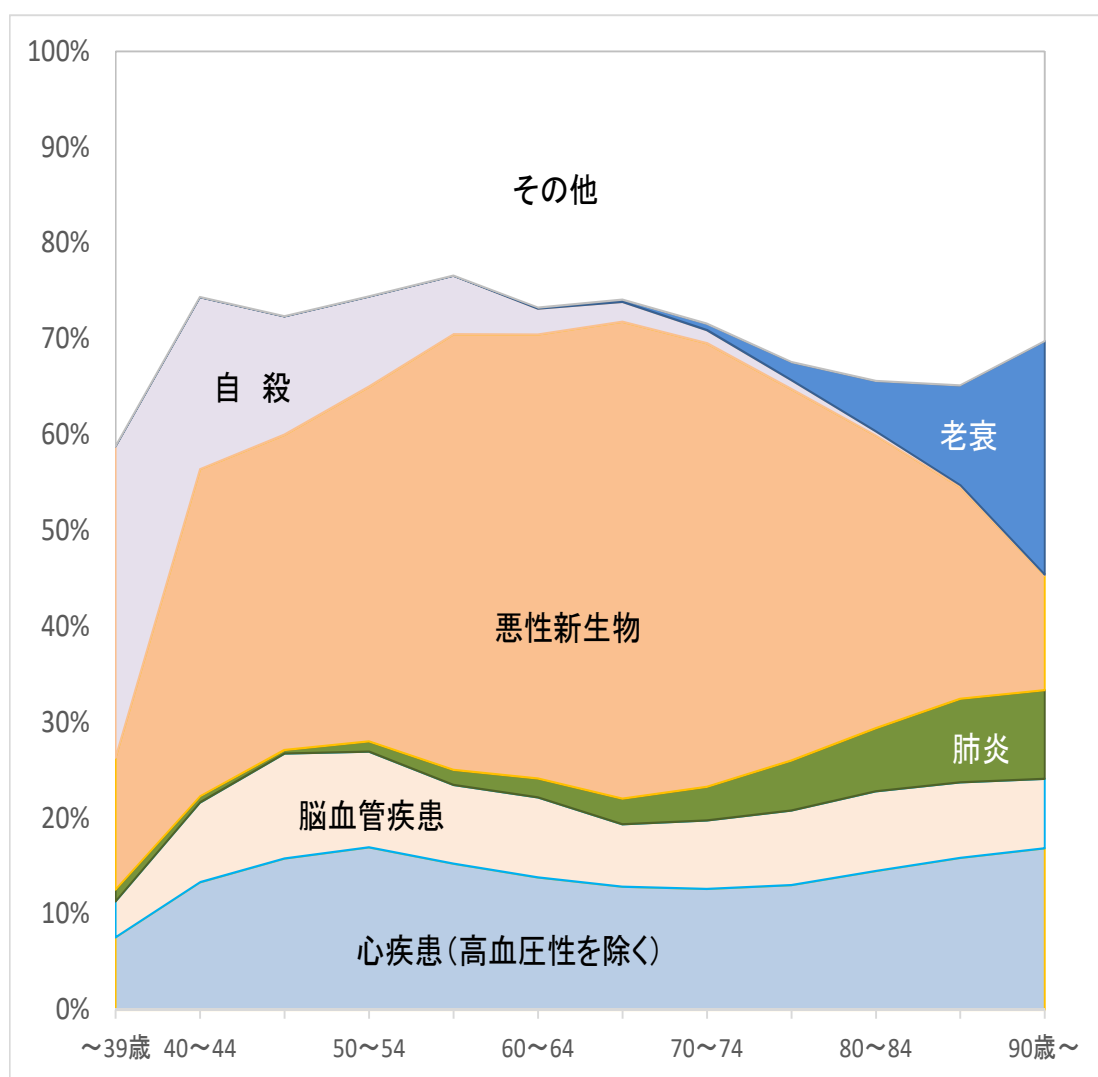
【図表 2-1】年齢階級別の死亡数・死亡率（神奈川県・男女別、2017 年）

	男			女			男女計		
	死亡数 (人)(a)	人口(人) (b)	死亡率 (%)a/b)	死亡数 (人)(a)	人口(人) (b)	死亡率 (%)a/b)	死亡数 (人)(a)	人口(人) (b)	死亡率 (%)a/b)
0-39歳	711	1,904,517	0.04	429	1,785,441	0.02	1,140	3,689,958	0.03
40-44歳	402	385,111	0.10	222	365,215	0.06	624	750,326	0.08
45-49歳	691	396,775	0.17	379	371,076	0.10	1,070	767,851	0.14
50-54歳	923	321,359	0.29	480	294,273	0.16	1,403	615,632	0.23
55-59歳	1,234	264,089	0.47	615	250,294	0.25	1,849	514,383	0.36
60-64歳	1,824	253,068	0.72	802	253,008	0.32	2,626	506,076	0.52
65-69歳	4,106	321,055	1.28	1,780	340,512	0.52	5,886	661,567	0.89
70-74歳	5,069	240,366	2.11	2,381	270,211	0.88	7,450	510,577	1.46
75-79歳	6,703	202,511	3.31	3,685	238,255	1.55	10,388	440,766	2.36
80-84歳	8,262	135,036	6.12	5,802	183,262	3.17	14,064	318,298	4.42
85-89歳	7,405	66,129	11.20	7,572	117,740	6.43	14,977	183,869	8.15
90歳以上	5,953	26,768	22.24	12,920	78,403	16.48	18,873	105,171	17.95
全体	43,283	4,516,784	0.96	37,067	4,547,690	0.82	80,350	9,064,474	0.89

資料：神奈川県人口統計調査（2017 年 1 月時点）
 神奈川県人口動態調査 うち死亡（2017 年）

- ・県内の主な死因を年齢別（5歳年齢階級別）にみると、50代から70代前半まではがんの占める割合が特に高く、65～69歳では全体の半数近くを占める（【図表2-2】）。
- ・一方、後期高齢者では、がんのほか、心疾患、肺炎、老衰等で死亡する割合も高く、90歳以上では、老衰が最大の死因となる（【同】）。

【図表2-2】年齢階級別にみた主な死因（神奈川県・男女計、2017年、%）



資料：神奈川県人口動態調査 うち死亡（2017年）
 神奈川県人口統計調査 （2017年1月時点）

(2) 二次医療圏別

①死亡数・主な死因

- ・県民の3大死因をみると、県全体では①がん（死亡数全体の約3割）、②心疾患、③老衰*となっている。
*死因となる症状が他に分類されないもの。
- ・二次医療圏（旧定義）においても、1位・2位はどこも県全体と同じ①がん、②心疾患であるが、川崎南部・相模原・県西においては、3位は（老衰ではなく）脳血管疾患となっている（【図表2-3】）。

【図表2-3】主な死因¹²（死亡数全体に占める割合%、二次医療圏別、2017年）

		悪性 新生物	心疾患 (高血圧 を除く)	老 衰	脳血管 疾患	肺 炎	慢性閉 塞性肺 疾患	肝疾患	腎不全	不慮の 事故	自 殺	その他 死因
神奈川県		29.3	14.8	8.9	7.7	6.3	1.5	1.6	1.5	3.5	1.7	23.2
二次医療圏	横浜北部	29.0	15.2	9.9	7.1	6.4	1.2	1.5	1.4	3.5	1.8	22.9
	横浜西部	29.4	14.3	9.9	7.8	6.4	1.5	1.5	1.5	3.6	1.2	22.9
	横浜南部	29.5	14.7	8.7	7.8	5.7	1.6	2.1	1.6	3.8	1.6	22.9
	川崎北部	30.3	14.5	8.1	7.6	6.3	1.4	1.7	1.6	3.3	2.1	23.0
	川崎南部	28.8	16.1	7.2	8.1	6.1	2.1	2.2	1.5	3.1	2.2	22.5
	相模原	29.1	16.5	6.5	8.1	6.3	1.8	1.7	1.6	3.3	2.0	23.0
	横須賀・三浦	27.7	14.7	10.1	7.5	5.8	1.5	1.2	1.6	3.8	1.5	24.6
	湘南東部	29.2	14.0	10.3	6.5	6.4	1.5	1.3	1.5	3.7	1.6	23.9
	湘南西部	29.6	13.5	8.8	8.1	6.3	1.7	1.4	1.5	3.2	1.7	24.2
	県央	31.0	14.5	7.9	7.9	7.1	1.4	1.3	1.4	3.4	1.9	22.3
	県西	29.4	14.4	8.3	8.4	6.9	1.5	1.2	1.8	3.0	1.5	23.8
	(参考) 横浜	29.3	14.7	9.5	7.6	6.2	1.4	1.7	1.5	3.6	1.5	22.9
川崎	29.6	15.3	7.7	7.9	6.2	1.7	1.9	1.6	3.2	2.1	22.8	

資料：神奈川県人口動態調査 うち死亡（2017年）

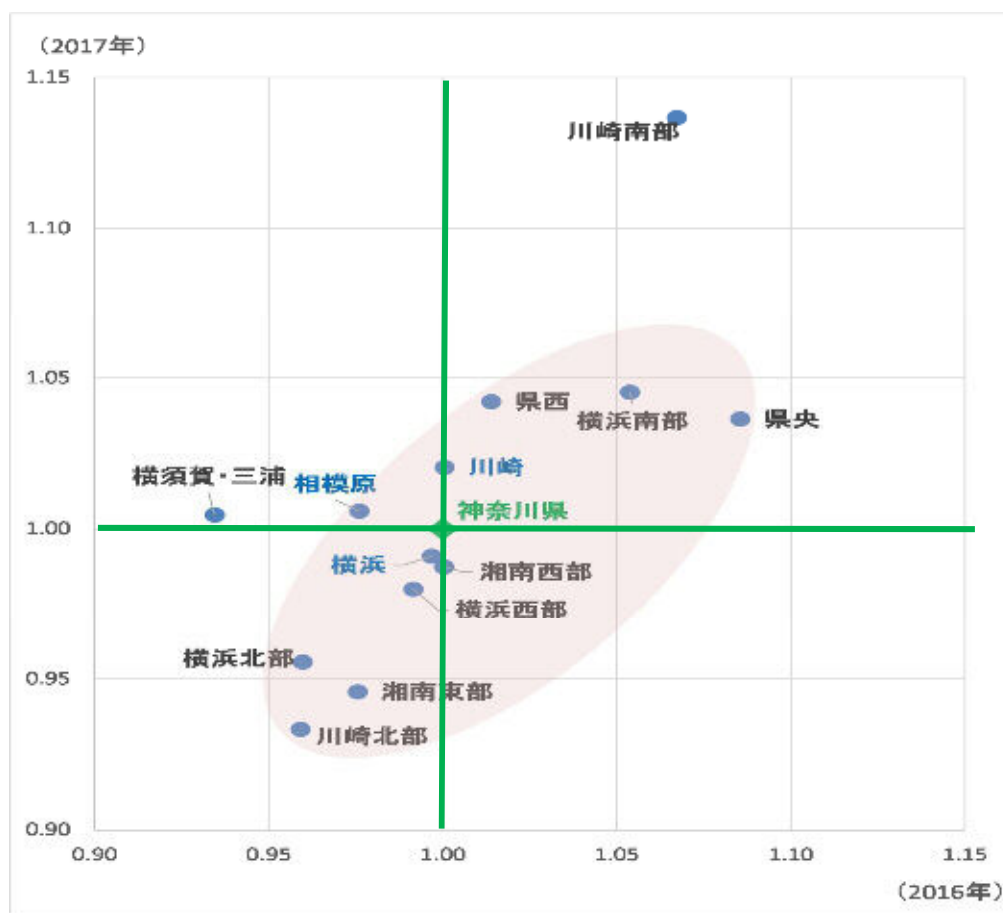
神奈川県人口統計調査 （2017年1月時点）

¹² 上位3項目は青色セルで表示。

②標準化死亡比（概要）

- ・標準化死亡比《県平均＝1》¹³を二次医療圏別にみると、例えば川崎市については、川崎南部で高い一方、川崎北部が低く、対照的な姿となっている（【図表2－4】¹⁴）。
- ・標準化死亡比の解釈は慎重に行うべき¹⁵ではあるが、2か年連続して数値の高い二次医療圏については、とりわけその背景や要因を丁寧にみていくことが望まれる。

【図表2－4】標準化死亡比《散布図》（二次医療圏《県＝1》、男女計 2016・2017年）



資料：神奈川県人口動態調査 うち死亡（2016年、2017年）
 神奈川県人口統計調査 （2016年1月、2017年1月時点）

¹³ 標準化死亡比の算出の仕方については、「【参考】本調査のデータ分析結果の利用にあたっての留意事項」参照。その年の死亡数によって上下しうるが、2016・2017年の2か年ともに高い（低い）水準にある二次医療圏がみられており、計数の相関は相応に高い。

¹⁴ 標準化死亡比については、単年度の数値の高低のみをもって他の二次医療圏との相対評価をすることは適切ではない場合がある。無論、2か年の計数を使えば十分ということでもないが、単年度だけのデータよりは傾向値としてみるのが可能となる。同じ二次医療圏で2か年連続して死亡率が高い（または低い）場合には、その他の年でも同様の特徴がみられる可能性がある。

¹⁵ 標準化死亡比の水準の解釈にあたっては、その地域の医療体制やリスク要因、未病改善策の取組状況など、様々な要素を勘案し、多面的に分析していく必要がある。

- ・二次医療圏（旧定義）毎に、標準化死亡比¹⁶《県平均＝1》を主な疾病別にみると、地域差がかなり顕著にみられる。例えば、川崎南部・横浜南部では、多くの主要疾病で標準化死亡比が高い一方、川崎北部・湘南東部では逆の傾向となっている（【図表2－5】）。
- ・標準化死亡比の解釈は慎重に行うべき¹⁷ではあるが、主要疾病の多くにおいて数値の高い二次医療圏については、とりわけその背景や要因を丁寧にみていくことが望まれる。

【図表2－5】標準化死亡比《主要疾患別》¹⁸（二次医療圏《県＝1》、男女計 2017 年）

	全死因	主要死因									
		悪性新生物	心疾患 (高血圧性を除く)	脳血管疾患	肺炎	慢性閉塞性肺疾患	肝疾患	腎不全	老 衰	不慮の事故	自殺
川崎南部	1.14	1.12	1.24	1.21	1.12	1.54	1.56	1.13	0.93	1.01	1.21
横浜南部	1.05	1.04	1.05	1.07	0.95	1.06	1.42	1.07	1.06	1.13	1.04
県西	1.04	1.07	1.00	1.14	1.09	0.97	0.81	1.20	0.90	0.90	1.11
県央	1.04	1.04	1.04	1.07	1.25	0.93	0.81	0.98	1.05	1.00	1.04
相模原	1.01	0.97	1.14	1.07	1.04	1.18	1.03	1.09	0.80	0.96	1.16
横須賀・三浦	1.00	0.98	0.99	0.98	0.88	0.97	0.85	1.04	1.04	1.09	1.14
湘南西部	0.99	1.00	0.91	1.04	0.99	1.12	0.86	0.97	0.95	0.93	1.06
横浜西部	0.98	0.99	0.94	0.99	0.98	0.98	0.95	0.93	1.07	1.02	0.73
横浜北部	0.96	0.95	0.98	0.89	0.97	0.78	0.91	0.90	1.04	0.95	0.92
湘南東部	0.95	0.94	0.90	0.80	0.97	0.95	0.78	0.90	1.09	0.99	0.94
川崎北部	0.93	0.97	0.92	0.93	0.94	0.87	0.99	0.99	0.85	0.89	0.98
(参考) 横浜	0.99	0.99	0.99	0.98	0.97	0.93	1.08	0.96	1.06	1.03	0.89
川崎	1.02	1.03	1.06	1.05	1.02	1.15	1.23	1.05	0.89	0.94	1.08

資料：神奈川県人口動態調査 うち死亡（2017 年）
 神奈川県人口統計調査 （2017 年 1 月時点）

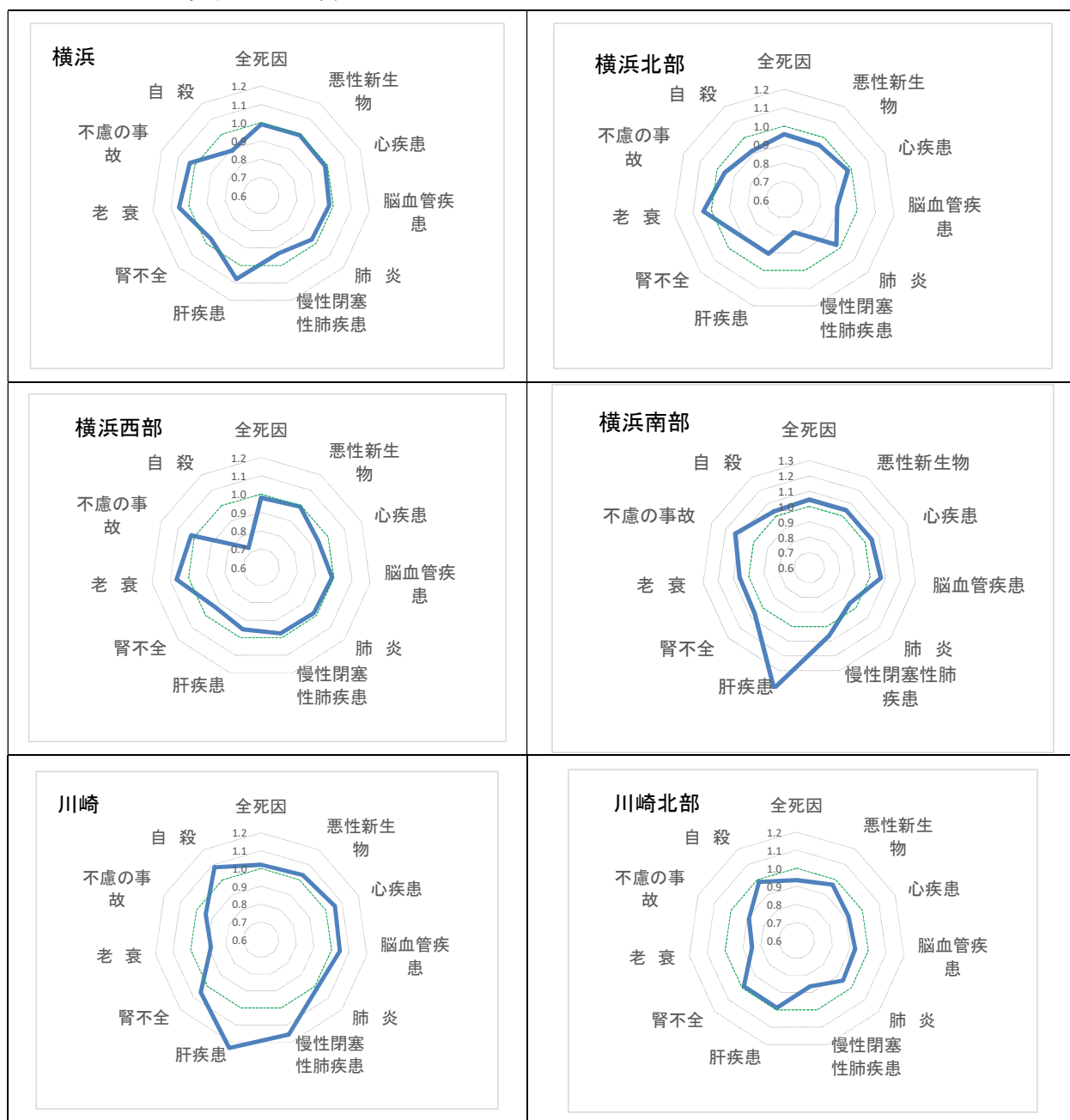
¹⁶ 疾病別に細分化した場合（例、「悪性新生物」）には、全体死亡数よりもサンプル数が少なくなる。こうしたことから、標準化死亡比のばらつきが全死因の場合よりも大きくなる点には留意する必要がある。

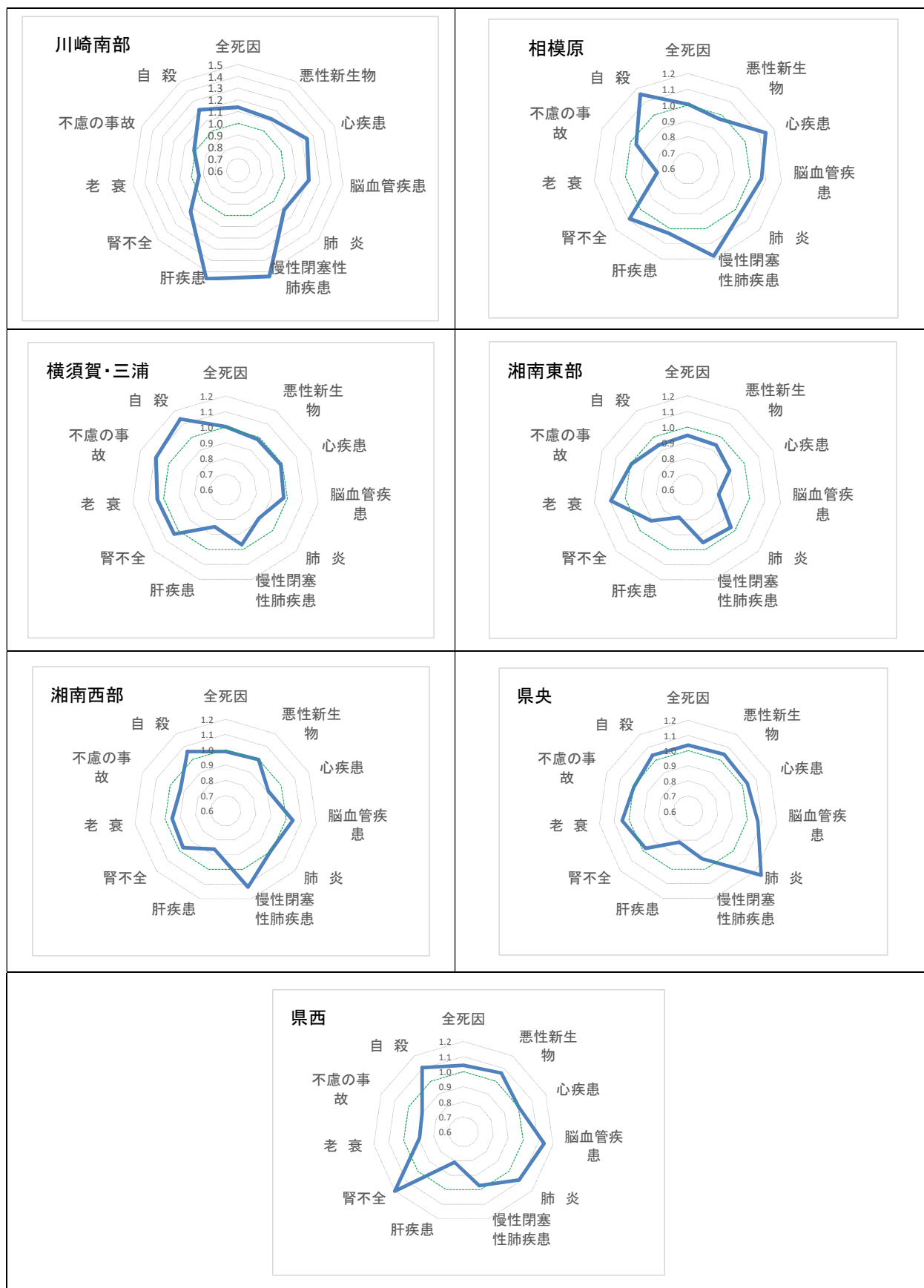
¹⁷ 標準化死亡比の水準の解釈にあたっては、その地域の医療体制やリスク要因、未病改善策の取組状況など、様々な要素を勘案し、多面的に分析していく必要がある。

¹⁸ 以下の表では、便宜上、二次医療圏（旧定義）を表の左端にある項目（図表2－5であれば、全死因）の値の高い順に掲載。色の濃いセル（青色）は標準化死亡比の高い二次医療圏の上位2先、色の薄いセル（黄色）は、同下位2先。

- ・これをレーダーチャートでみると、個々の二次医療圏別の特徴（どの疾病の標準化死亡率が高いか等）が一層把握しやすくなる（【図表 2－6】）。川崎南部が多く の疾病において標準化死亡比が高いことは先にみたとおり明らかであるが、例えば、全死因でみた場合には標準化死亡比がさほど高くない二次医療圏であっても、県西では腎不全の標準化死亡比が高く、また、県央でも肺炎において標準化死亡比が高いことなどが改めて浮き彫りになる。

【図表 2－6】標準化死亡比《レーダーチャート》（主要死因別、二次医療圏《県＝1》、男女計 2017 年）





資料：神奈川県人口動態調査 うち死亡（2017年）
 神奈川県人口統計調査（2017年1月時点）

③標準化死亡比（がん）

- ・ 県民の死因として最も大きいがん全体について、標準化死亡比《県平均＝1》¹⁹をみると、地域差がかなり顕著にみられる。例えば、川崎南部・県西では主要な部位のがんの多くにおいて標準化死亡比が高い一方、湘南東部では逆の傾向となっている（【図表2－7】）。
- ・ 標準化死亡比の解釈は慎重に行うべき²⁰ではあるが、主要な部位のがんの多くにおいて数値の高い二次医療圏については、とりわけその背景や要因を丁寧にみていくことが望まれる。

【図表2－7】標準化死亡比（がん）（二次医療圏《県＝1》、男女計 2017年）

	悪性 新生物 全体	部位別								参考 全死因
		胃	結腸	直腸S状 結腸移行部 及び直腸	肝及び肝 内胆管	膵	気管、気管 支及び肺	乳房	前立腺	
川崎南部	1.12	1.17	1.24	1.37	1.17	1.03	1.15	1.06	1.09	1.14
県西	1.07	1.12	1.14	1.19	1.27	1.04	0.91	0.99	1.12	1.04
県央	1.04	1.09	0.96	1.08	0.88	1.12	1.11	1.03	0.85	1.04
横浜南部	1.04	1.01	1.06	1.05	1.05	1.10	1.03	0.94	1.01	1.05
湘南西部	1.00	1.13	1.03	1.10	1.05	0.87	0.98	0.87	1.07	0.99
横浜西部	0.99	0.99	1.01	0.95	1.05	0.99	0.94	1.13	1.07	0.98
横須賀・三浦	0.98	0.91	0.89	0.83	1.07	1.02	1.03	1.01	1.00	1.00
相模原	0.97	0.98	1.00	1.09	0.83	0.91	1.06	1.00	0.93	1.01
川崎北部	0.97	0.85	0.96	1.09	1.04	0.98	0.97	1.07	0.89	0.93
横浜北部	0.95	0.91	0.97	0.92	0.95	0.96	0.95	1.07	0.96	0.96
湘南東部	0.94	1.04	0.89	0.62	0.79	0.95	0.91	0.70	1.06	0.95
（参考）横浜	0.99	0.97	1.01	0.97	1.01	1.01	0.97	1.05	1.01	0.99
川崎	1.03	0.98	1.08	1.21	1.09	1.00	1.05	1.07	0.98	1.02

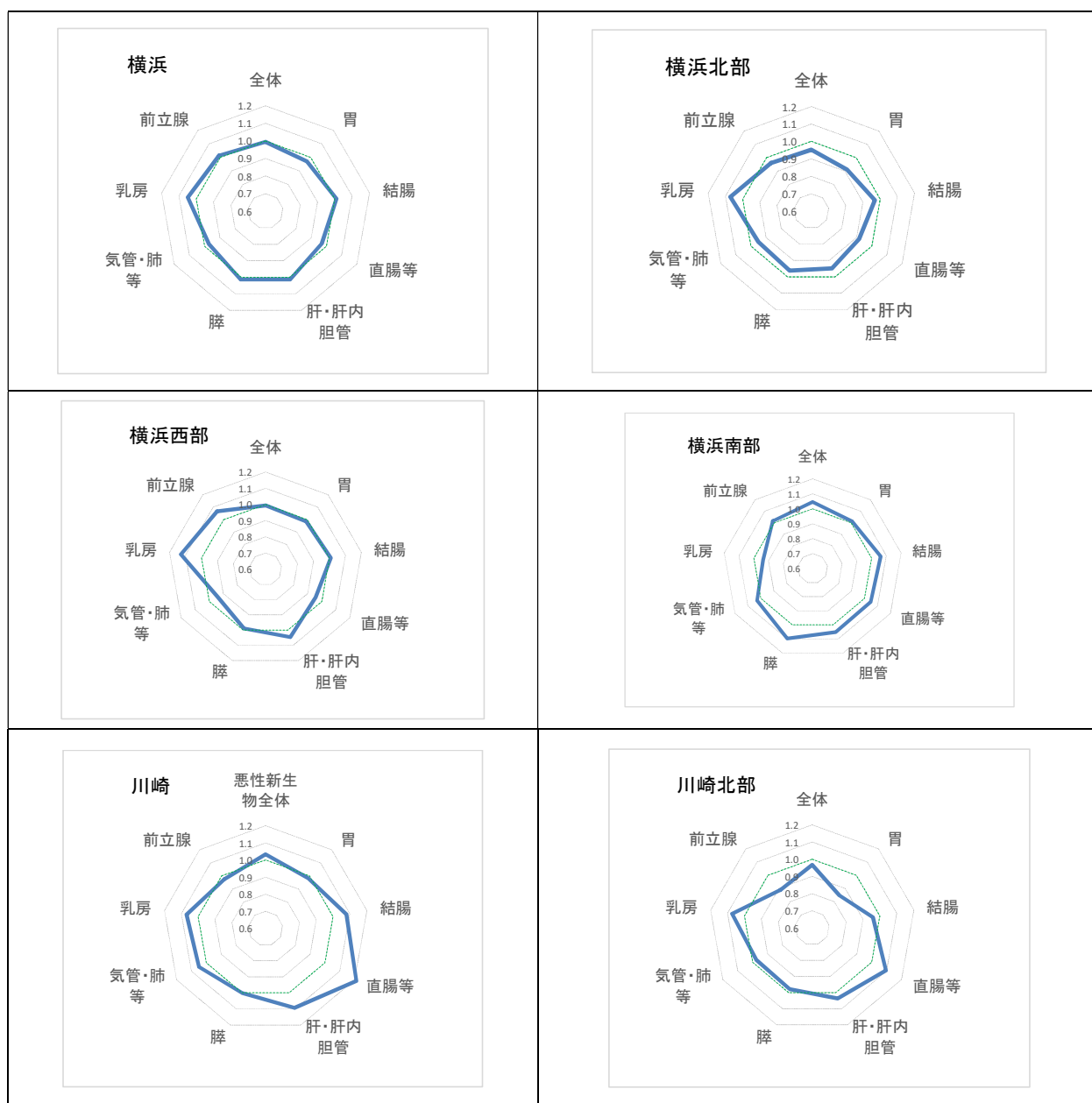
資料：神奈川県人口動態調査 うち死亡（2017年）
 神奈川県人口統計調査 （2017年1月時点）

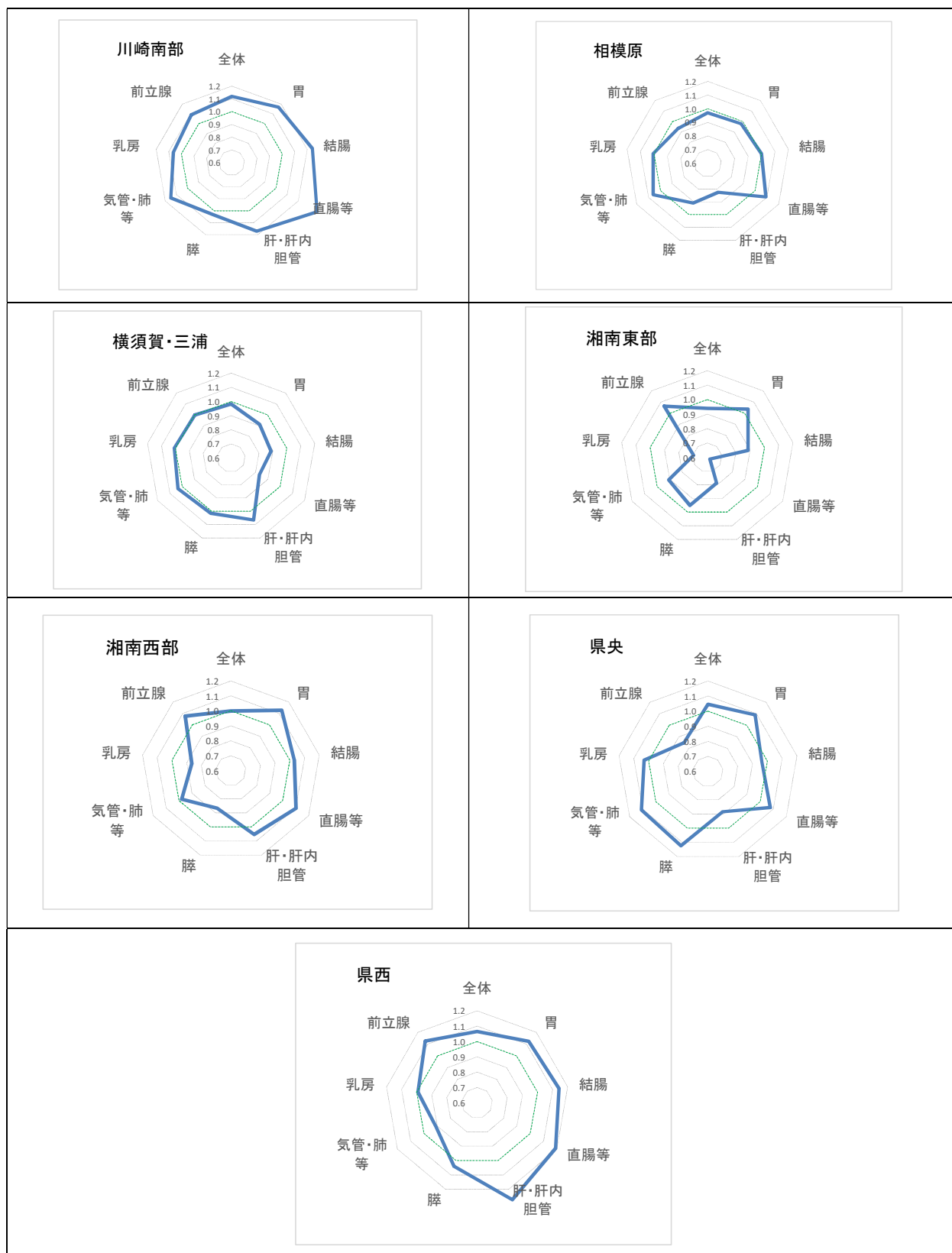
¹⁹ 疾病項目を主要疾病別に細分化して標準化した場合（例、「悪性新生物」）には、全体死亡数よりもサンプル数が少なくなる。こうしたことから、どの市町村においても「標準化死亡比」の2か年の間での変化率は、全体死亡数の場合よりも大きくなる傾向がある。

²⁰ 標準化死亡比の水準の解釈にあたっては、その地域の医療体制やリスク要因、未病改善策の取組状況など、様々な要素を勘案し、多面的に分析していく必要がある。

- ・これをレーダーチャートでみると、個別の二次医療圏別の特徴（どの疾病の標準化死亡率が高いか等）が一層把握しやすくなる（【図表 2－8】）。川崎南部・県西が、がんの多くの主要部位において標準化死亡比が高いことは先にみたとおり明らかであるが、例えば、がん全体でみた場合には標準化死亡比がさほど高くない二次医療圏であっても、横浜西部では乳がんの標準化医療費比が高く、また、湘南西部では、胃がんや直腸がんなどにおいて標準化医療費比が高いことなどが改めて浮き彫りになる。

【図表 2－8】標準化死亡比《がんの主要部位別》（二次医療圏《県＝1》、男女計 2017 年）





資料：神奈川県人口動態調査 うち死亡（2017年）
 神奈川県人口統計調査 （2017年1月時点）

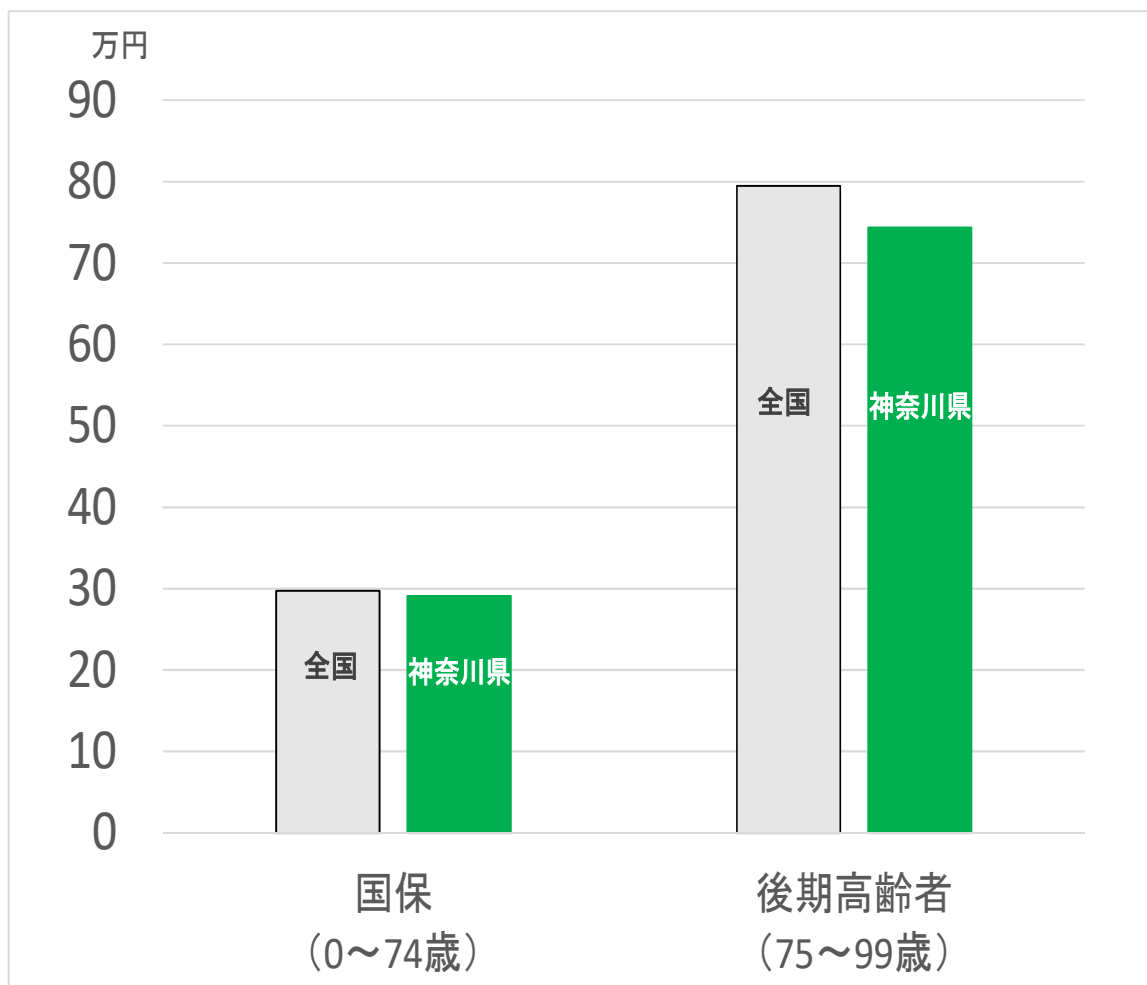
3. 医療費

A. 一人当たり医療費

(1) 県全体の概況

・当県の一人当たり医療費をみると、国保²¹より後期高齢者の方が一人当たり医療費が高いが、いずれも全国平均よりは若干低い水準にある（【図表3-1】）。

【図表3-1】一人当たり医療費（県・全国、男女・入院外来計、2016年、万円）

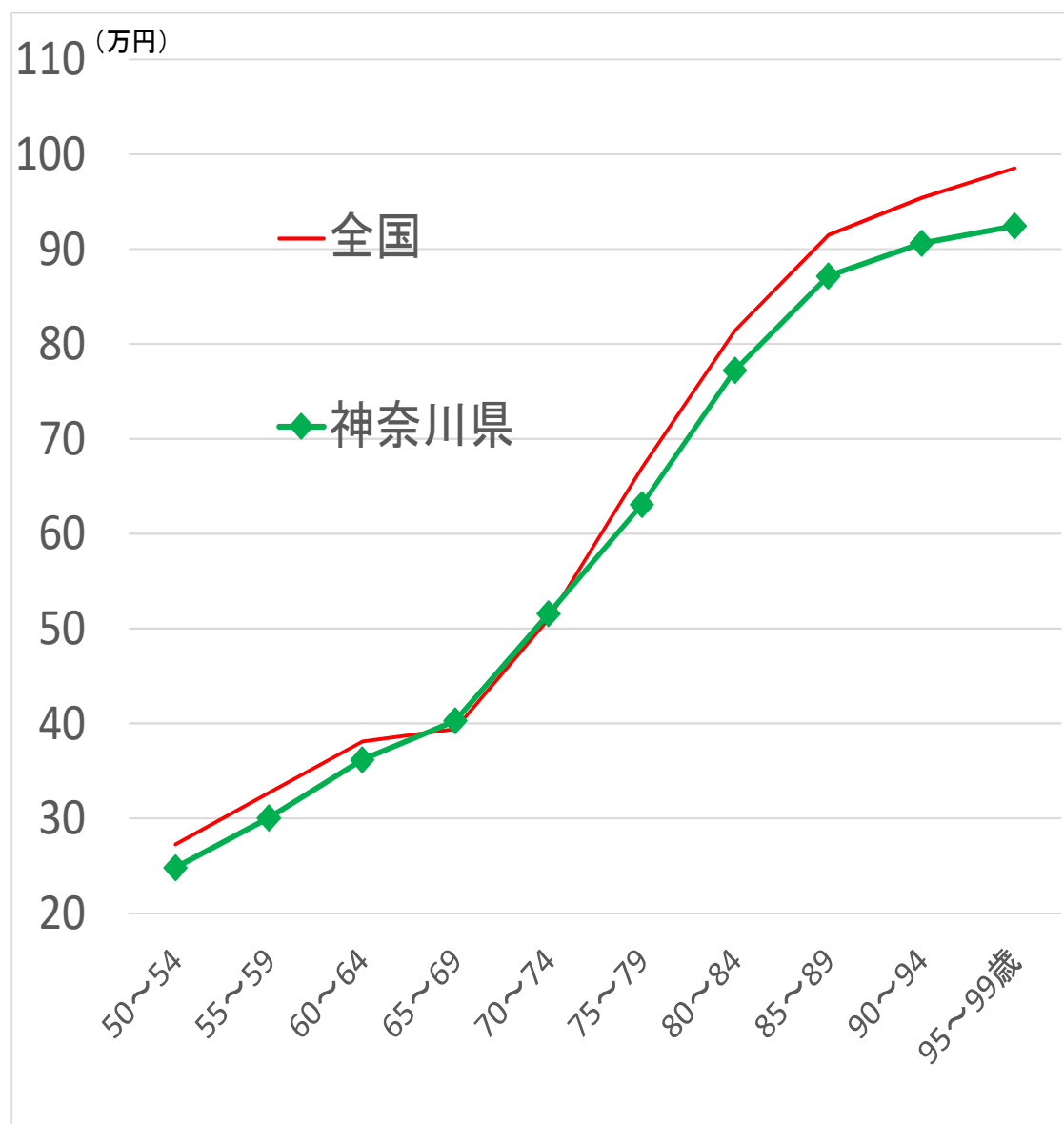


資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（中分類）」（2016年）
【後期高齢者】同

²¹ 国保データの県平均は、市町村のほか国保組合も含めて計算されている。

- ・また、当県の一人当たり医療費を年齢階級別にみる²²と、年齢が上がるにつれて上昇する傾向があり、特に70～80代には大きく上昇する（【図表3－2】）。
- ・全国との比較では、多くの年齢階級において、当県平均の方が全国より数%程度下回っている²³（【同】）。

【図表3－2】一人当たり医療費《年齢階級別》（男女・入院外来計、2016年）



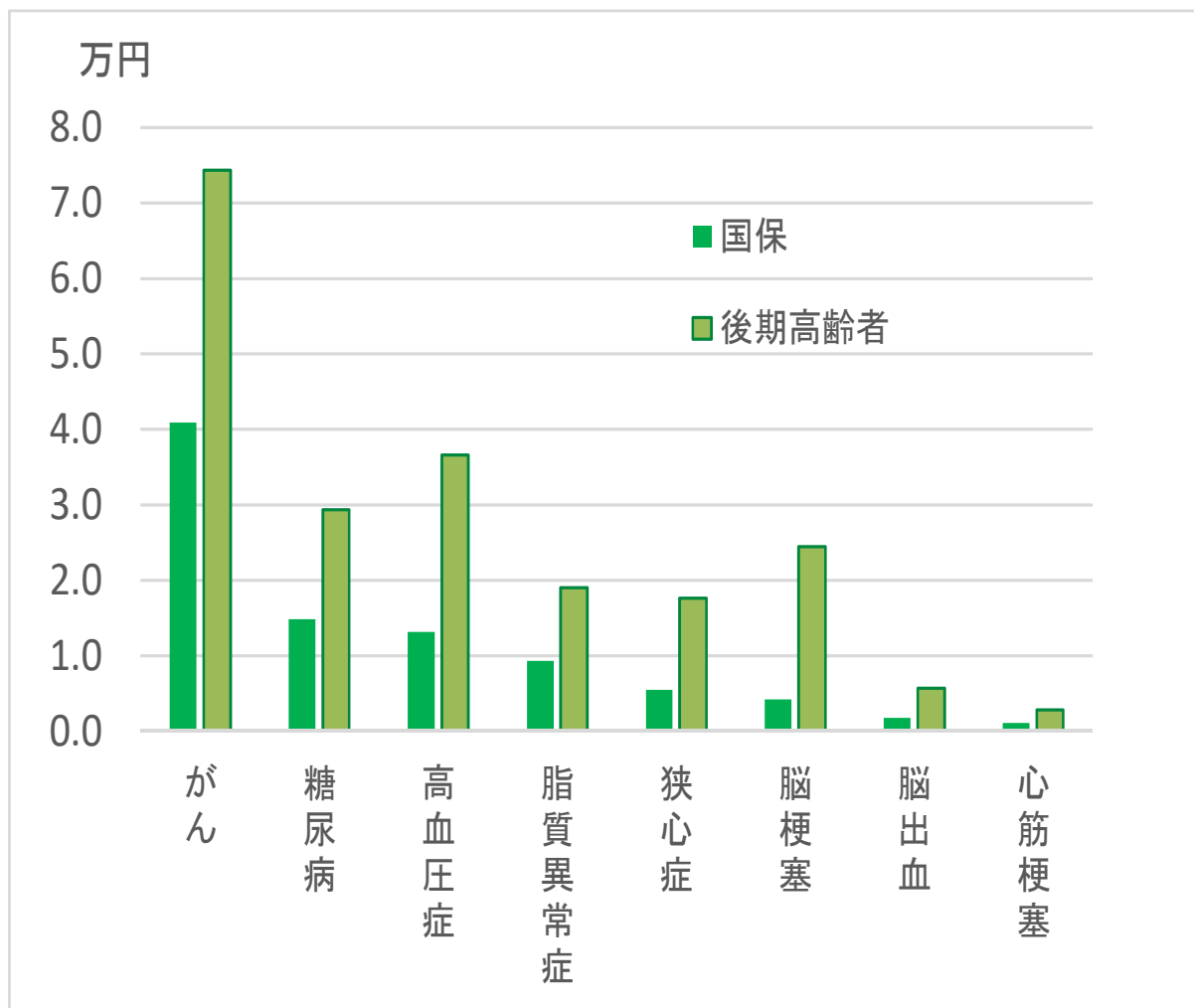
資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（中分類）」（2016年）
【後期高齢者】同

²² 国保（50～74歳）と後期高齢者（75～99歳）とを便宜上接続して比較している。国保加入率は、企業等からの退職に伴って前期高齢者の年齢層（65～74歳）で急激に高くなる（加入率は8割以上）が、その手前の年齢階級では、国保加入者の比率が低い（同3割前後）。こうしたことから、年齢階層間では一人当たりの医療費にかかる正確な比較ができていない可能性がある点には留意する必要がある。

²³ 図では示されていないが、国保の5～9歳においては県平均の方が全国よりも高い。

- ・次に、一人当たり医療費を主要な生活習慣病別²⁴にみると、国保・後期高齢者ともに、がん、糖尿病、高血圧症などの費用が高く、特にがんは突出している。後期高齢者では脳梗塞の費用も高い（【図表 3－3】）。

【図表 3－3】一人当たり医療費《主要生活習慣病別》（県平均、国保・後期高齢者、男女・入院外来計、2016 年）



資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（生活習慣病）」（2016 年）
【後期高齢者】同

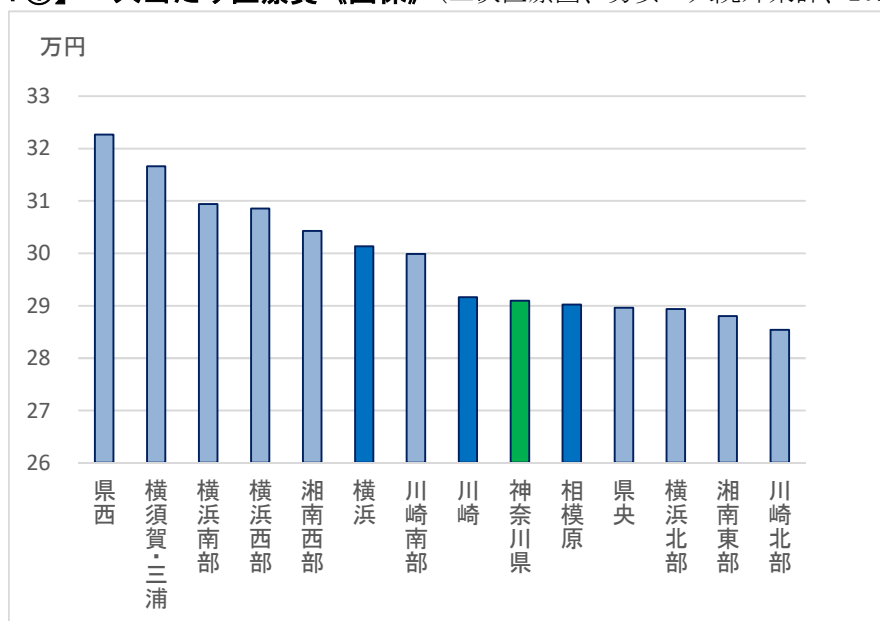
²⁴ KDB において生活習慣病として分類・集計されている 13 種類の疾病のうち、一人当たり医療費の高い 8 種類について掲載。

(2) 二次医療圏別（国保及び後期高齢者）

①概要

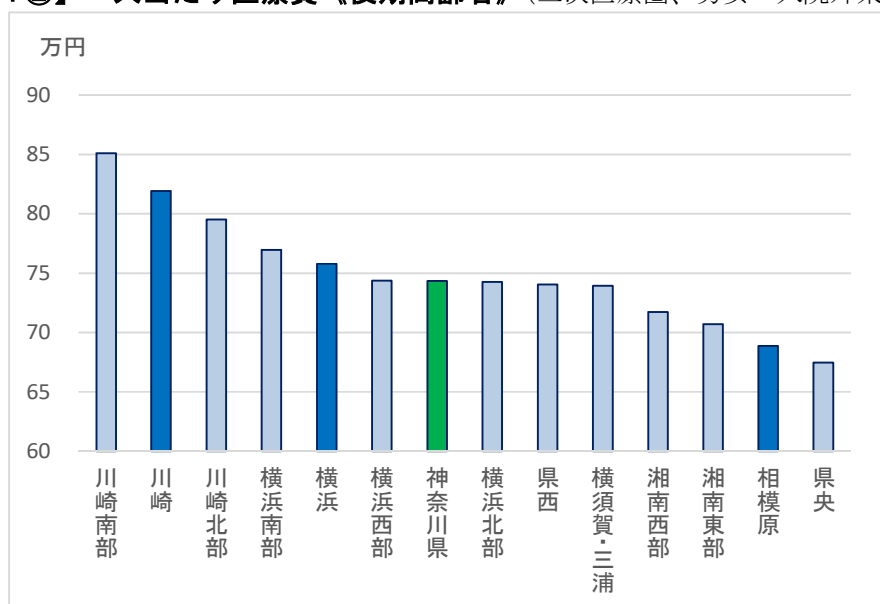
・ 県内二次医療圏別の一人当たり医療費（標準化前）をみると、年齢構成の相違等もあって相応にばらつきがみられる。例えば、一人当たり医療費が一番高い二次医療圏（国保：県西、後期高齢者：川崎南部）は、一番低い二次医療圏（国保：川崎北部、後期高齢者：県央）と比べ、1割ないし2割程度水準が高くなっている（【図表3-4①②③】）。

【図表3-4①】一人当たり医療費《国保》（二次医療圏、男女・入院外来計、2016年）



資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（中分類）」（2016年）

【図表3-4②】一人当たり医療費《後期高齢者》（二次医療圏、男女・入院外来計、2016年）



資料：【後期高齢者】KDB データ「疾病別医療費分析（中分類）」（2016年）

【図表 3－4③】一人当たり医療費《国保・後期高齢者》（二次医療圏、男女・入院外来計、2016年）

	国保 (0～74歳)	後期高齢者 (75～99歳)
神奈川県	29.1	74.3
横浜	30.1	75.8
横浜北部	28.9	74.2
横浜西部	30.9	74.3
横浜南部	30.9	77.0
川崎	29.2	81.9
川崎北部	28.5	79.5
川崎南部	30.0	85.1
相模原	29.0	68.9
横須賀・三浦	31.7	73.9
湘南東部	28.8	70.7
湘南西部	30.4	71.7
県央	29.0	67.5
県西	32.3	74.0

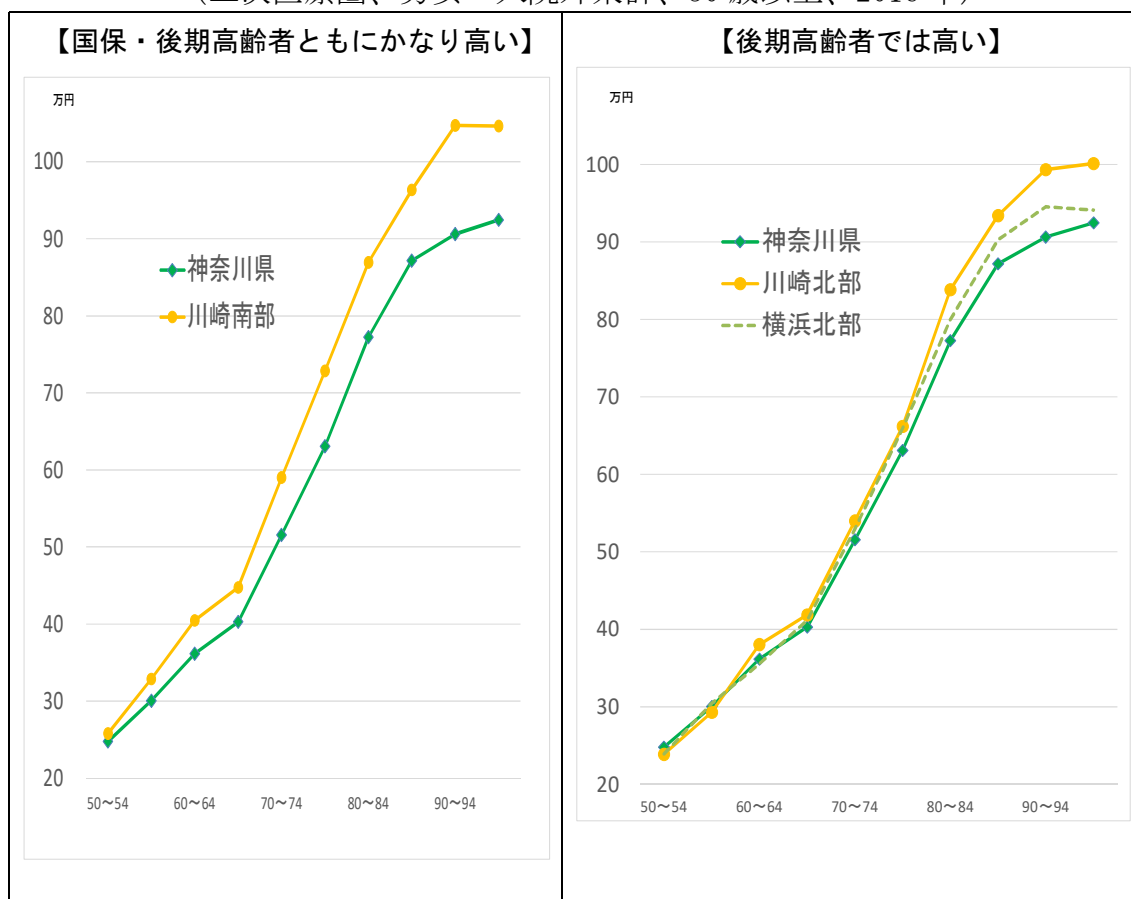
資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（中分類）」（2016年）
【後期高齢者】同

②年齢階級別（国保・後期高齢者を接続²⁵）

- ・二次医療圏（旧定義）毎に、一人当たり医療費を年齢階層別にみると、①同じ年齢階級であっても医療費の水準は大きく異なっている。また、②二次医療圏によっては、多くの年齢階級において県平均よりも高い（または低い）傾向がみられたり、年齢層が上がるとその差が広がるといった場合がある²⁶（【図表 3－5】）。

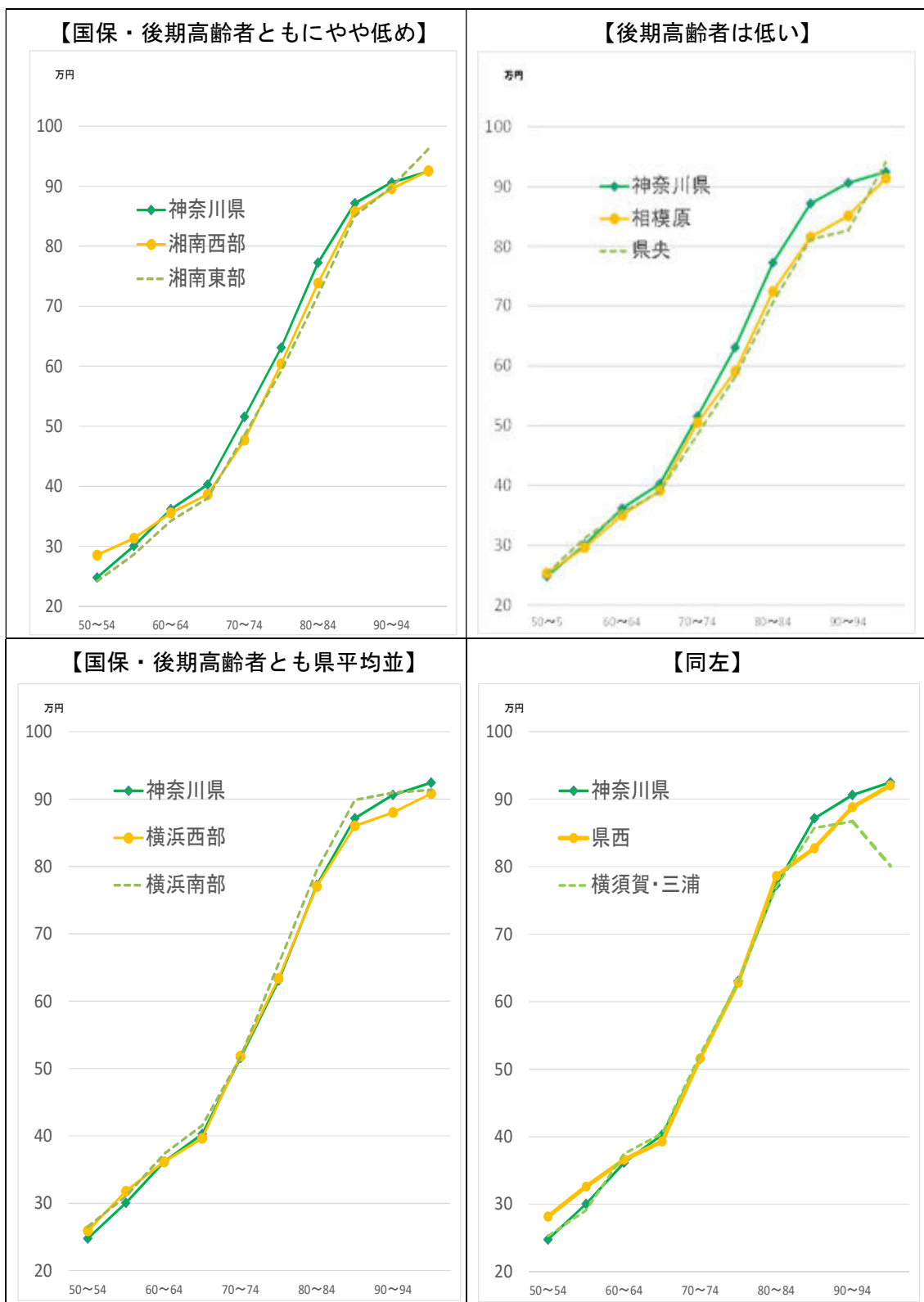
【図表 3－5】一人当たり医療費《年齢階級別》

（二次医療圏、男女・入院外来計、50 歳以上、2016 年）



²⁵ 国保（50～74 歳）と後期高齢者（75～99 歳）とを便宜上接続して比較している。国保加入率は、企業等からの退職に伴って前期高齢者の年齢層（65～74 歳）で急激に高くなる（加入率は 8 割以上）が、その手前の年齢階級では、国保加入者の比率が低い（同 3 割前後）ことから、そもそも正確な水準比較ができない点には十分留意する必要がある。

²⁶ 一人当たりの医療費の高低は、傾向値としてある程度参照しうるが、例えば、患者数の少ない年齢階層では、年によって水準が大きく異なる可能性がある。また、分析にあたっては、男女・疾病・入院外来別の医療費の水準、あるいは被保険者の加入率の影響、そして未病改善策の取組状況等、様々な要素を多面的にみていく必要がある。



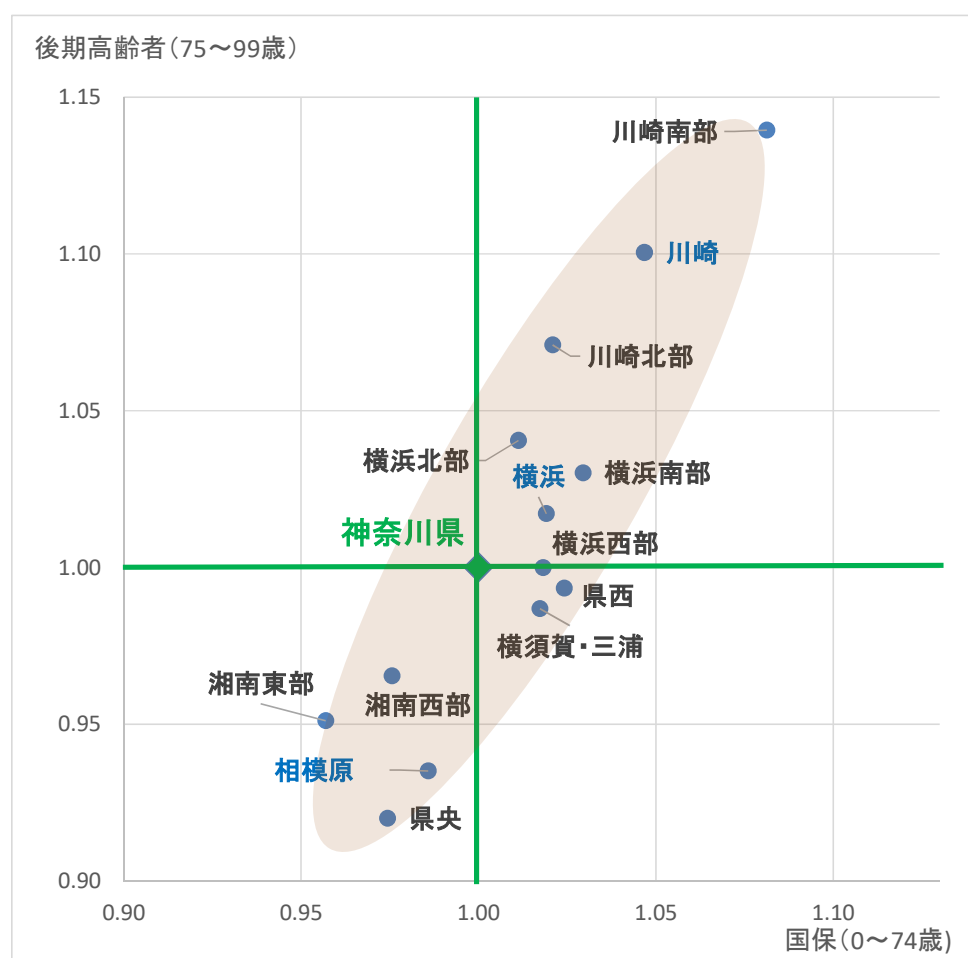
資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（中分類）」（2016 年）
 【後期高齢者】同

B. 標準化医療費比（標準化該当比）

（１）疾病全体（国保及び後期高齢者）

- ・ 同じ年（2016 年）における国保・後期高齢者それぞれの標準化医療費比《県平均＝1》^{27,28}を二次医療圏別にみると、両者の相関は相応に高い。これは、同じ二次医療圏（ひいては市区町村）では、年齢層を問わず医療費が相対的に高い（または低い）ケースが比較的多くみられることを示唆している。
- ・ 二次医療圏では、川崎（特に川崎南部）において、国保及び後期高齢者の標準化医療費比が突出している（【図表 3-6】）。

【図表 3-6】標準化医療費比《散布図》（二次医療圏《県＝1》、国保・後期高齢者、男女・入院外来計 2016 年）



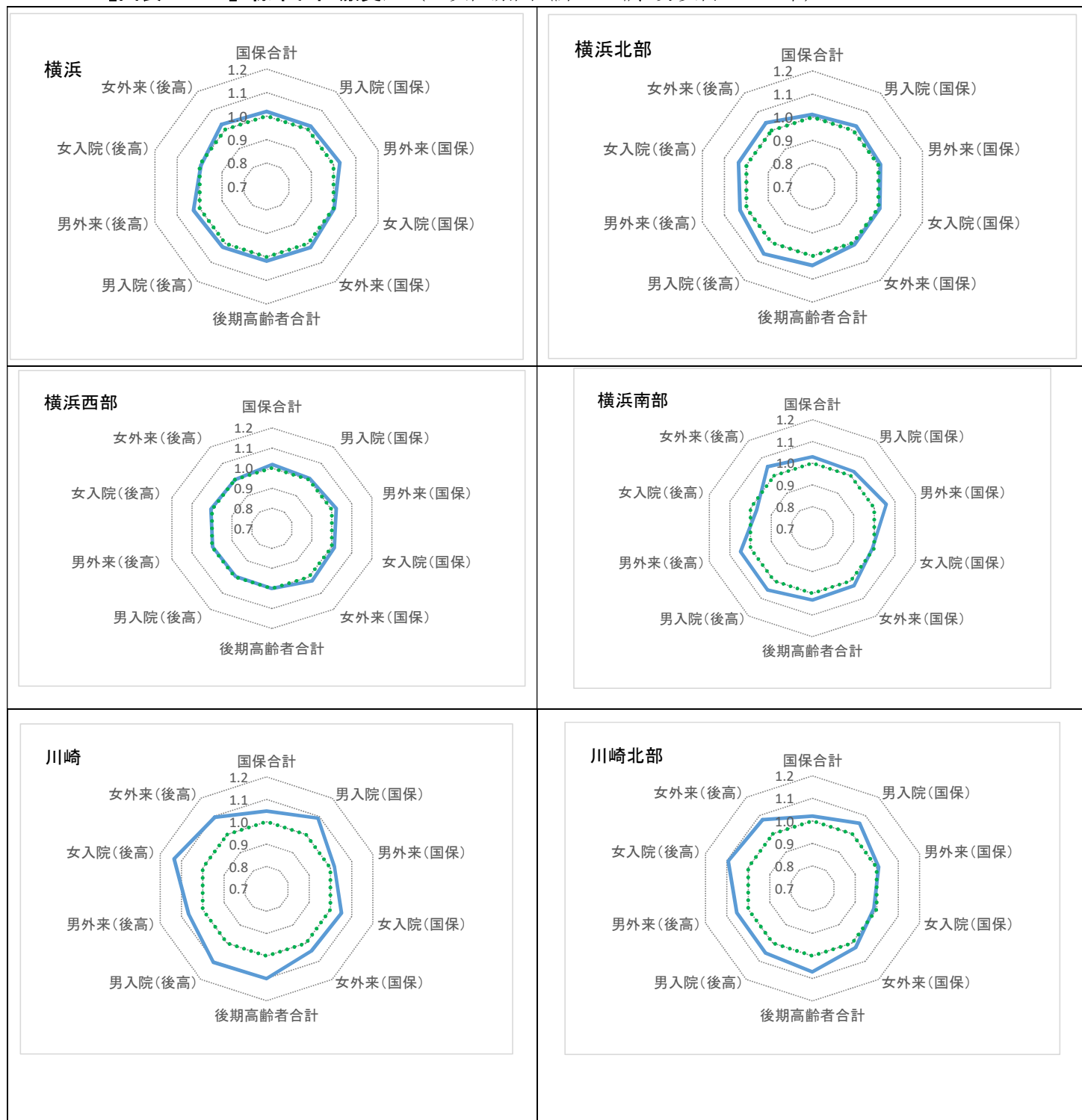
資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（中分類）」（2016 年）
 【後期高齢者】同

²⁷ 標準化医療費比の算出の仕方については「【参考】本調査のデータ分析結果の利用にあたっての留意事項」参照。

²⁸ 標準化医療費比の水準の解釈にあたっては、その地域の医療体制やリスク要因、未病改善策の取組状況など、様々な要素を勘案し、多面的に分析していく必要がある。

- ・これを二次医療圏毎に、男女・入院外来別にみると、国保及び後期高齢者の標準化医療費比全体が突出して高い川崎南部では、大半の項目においても標準化医療費比が高い。このほか、例えば、標準化医療比全体はさほど高くない二次医療圏であっても、横浜南部では男性の入院・外来費が高いことが伺える。また、県西では、外来よりも入院のほうが全般的に高い（【図表３－７】）。

【図表３－７】標準化医療費比（二次医療圏《県＝１》、男女計 2016 年）





資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（中分類）」（2016 年）
 【後期高齢者】同

(2) 疾病別（「主要生活習慣病」）

①国保

- ・国保の主要生活習慣病の標準化医療費比（2016 年）を二次医療圏（旧定義）間で比較してみると、全疾病で標準化医療費比が高い場合（例．川崎南部）あるいは低い場合（例．湘南東部）には、その内訳である主要な生活習慣病でも同様に高い（または低い）という傾向が一定程度窺われる²⁹。ただし、一部の主要生活習慣病においてのみ、標準化医療費比が非常に高くなっている二次医療圏もみられる（【図表 3－8】）。

【図表 3－8】標準化医療費比（二次医療圏《県＝1》、国保・主要生活習慣病別、男女・入院外来計、2016 年）

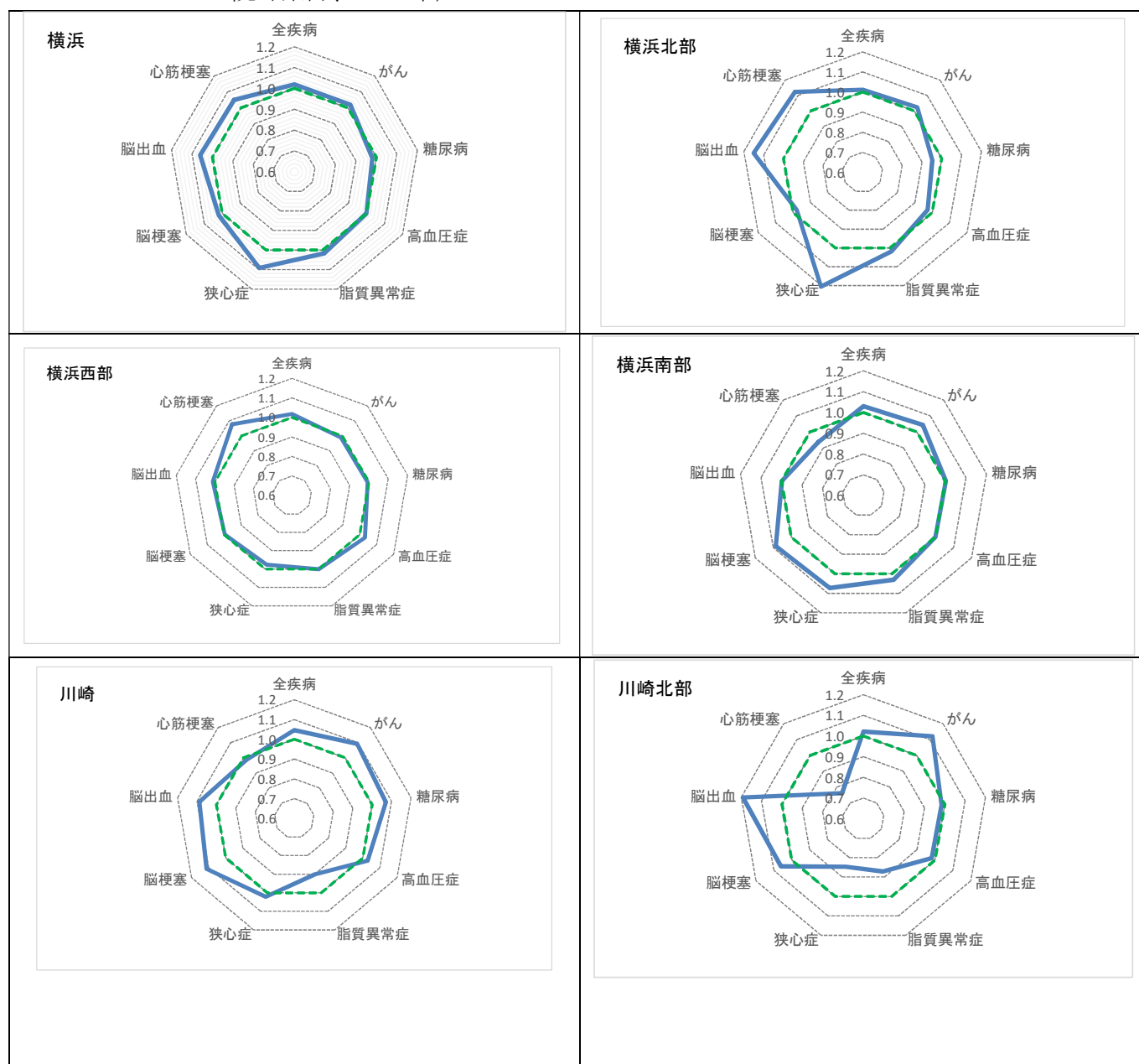
	全疾病	がん	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	狭心症	脳梗塞	脳出血	心筋梗塞
川崎南部	1.08	1.06	1.19	1.09	0.94	1.25	1.18	0.95	1.27
横浜南部	1.03	1.04	1.00	1.00	1.03	1.07	1.09	1.00	0.94
県西	1.02	0.90	1.04	1.15	1.10	1.06	1.01	0.81	1.18
川崎北部	1.02	1.12	0.98	0.98	0.87	0.85	1.06	1.19	0.76
横浜西部	1.02	0.99	0.99	1.03	1.00	0.98	1.00	1.01	1.08
横須賀・三浦	1.02	0.99	1.04	1.02	1.08	1.16	1.04	1.06	1.05
横浜北部	1.01	1.02	0.95	0.97	1.02	1.21	0.98	1.15	1.12
相模原	0.99	0.96	0.93	0.95	0.93	0.79	0.94	1.03	0.93
湘南西部	0.98	0.98	1.04	0.95	0.99	0.78	0.94	1.11	1.17
県央	0.97	0.97	0.98	0.94	0.98	0.79	1.04	0.99	0.92
湘南東部	0.96	0.92	0.99	0.98	1.02	0.95	0.85	0.67	0.79
(参考) 横浜	1.02	1.02	0.98	1.00	1.02	1.09	1.02	1.06	1.05
川崎	1.05	1.09	1.07	1.03	0.90	1.02	1.11	1.09	0.98

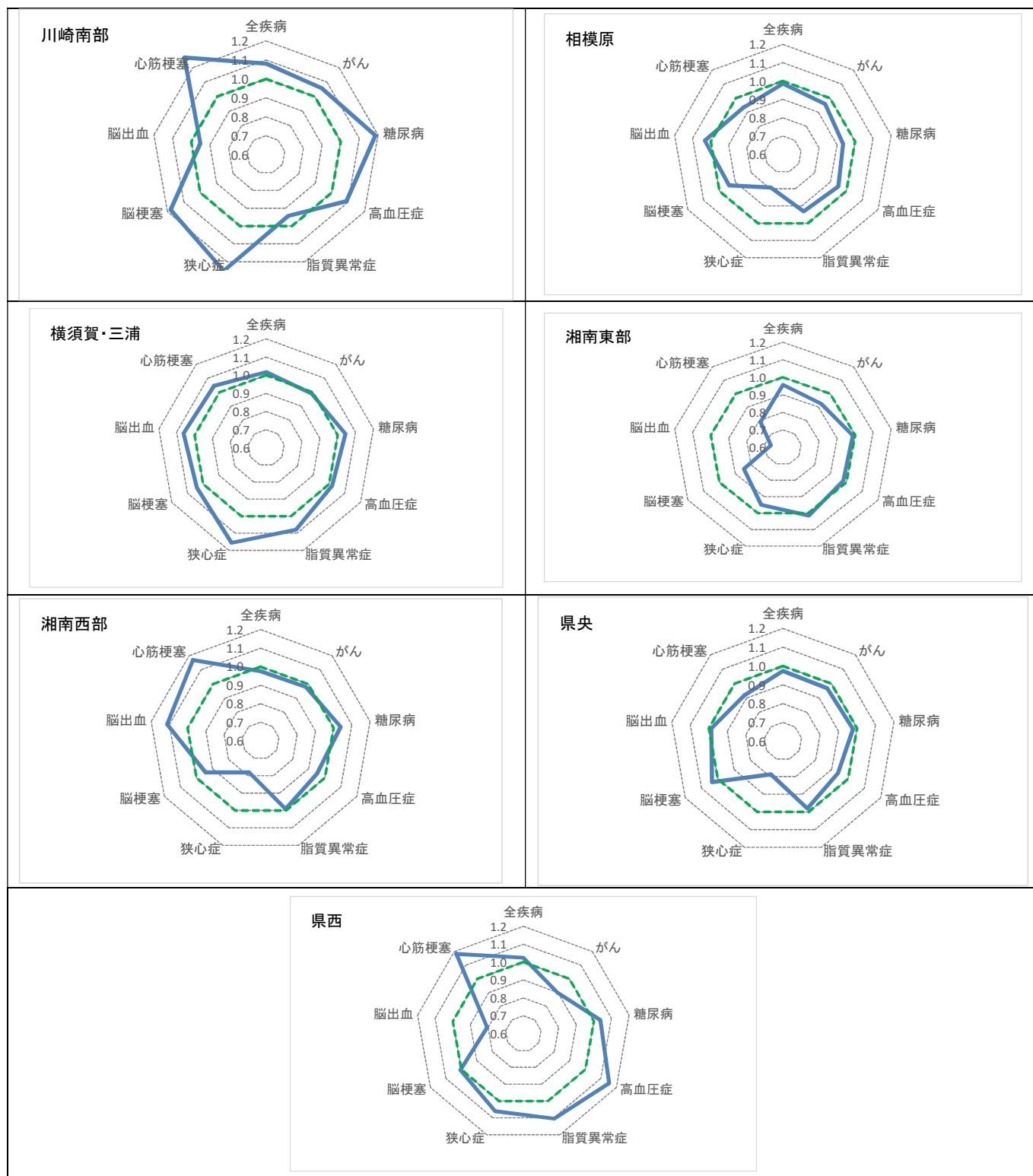
資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（生活習慣病）」（2016 年）

²⁹ これら主要生活習慣病において相対的に医療費が高いことが、全疾病の医療費を押し上げている一因となっている可能性はある。もっとも、全疾病の標準化医療費比の高低は、疾病ごとの医療費の水準や患者数など、複合的な要素によって決まることから、単純な一対一関係ではない点には十分留意する必要がある。

- ・これをレーダーチャートでみると、二次医療圏別の特徴（どの疾病の標準化医療費比が高いか等）が一層把握しやすくなる（【図表 3－9】）。川崎南部においては、多くの疾病で標準化医療費比が高いことは先のとおり明らかであるが、例えば、全疾病でみた場合には標準化医療費比がさほど高くない二次医療圏であっても、横浜北部では狭心症・脳出血・心筋梗塞において標準化医療費比が高く、また、湘南西部でも同様に心筋梗塞・脳出血においては標準化医療費比が高いことなどが改めて浮き彫りになる。

【図表 3－9】標準化医療費比（二次医療圏《県＝1》、国保・主要生活習慣病別、男女・入院外来計、2016 年）





資料：【国保】KDB データ「疾病別医療費分析（生活習慣病）」（2016 年）

②後期高齢者

・後期高齢者についても、主要生活習慣病の標準化医療費比（2016 年）を二次医療圏（旧定義）間で比較してみると、国保の場合と同様、医療費全体で標準化医療費比が高い場合（例．川崎南部、川崎北部）または低い場合（例．県央）には、その内訳である主要な生活習慣病でも高い（または低い）という傾向が一定程度窺われる。ただし、一部の主要生活習慣病においてのみ非常に高くなっている二次医療圏もみられる（【図表 3－10】）。

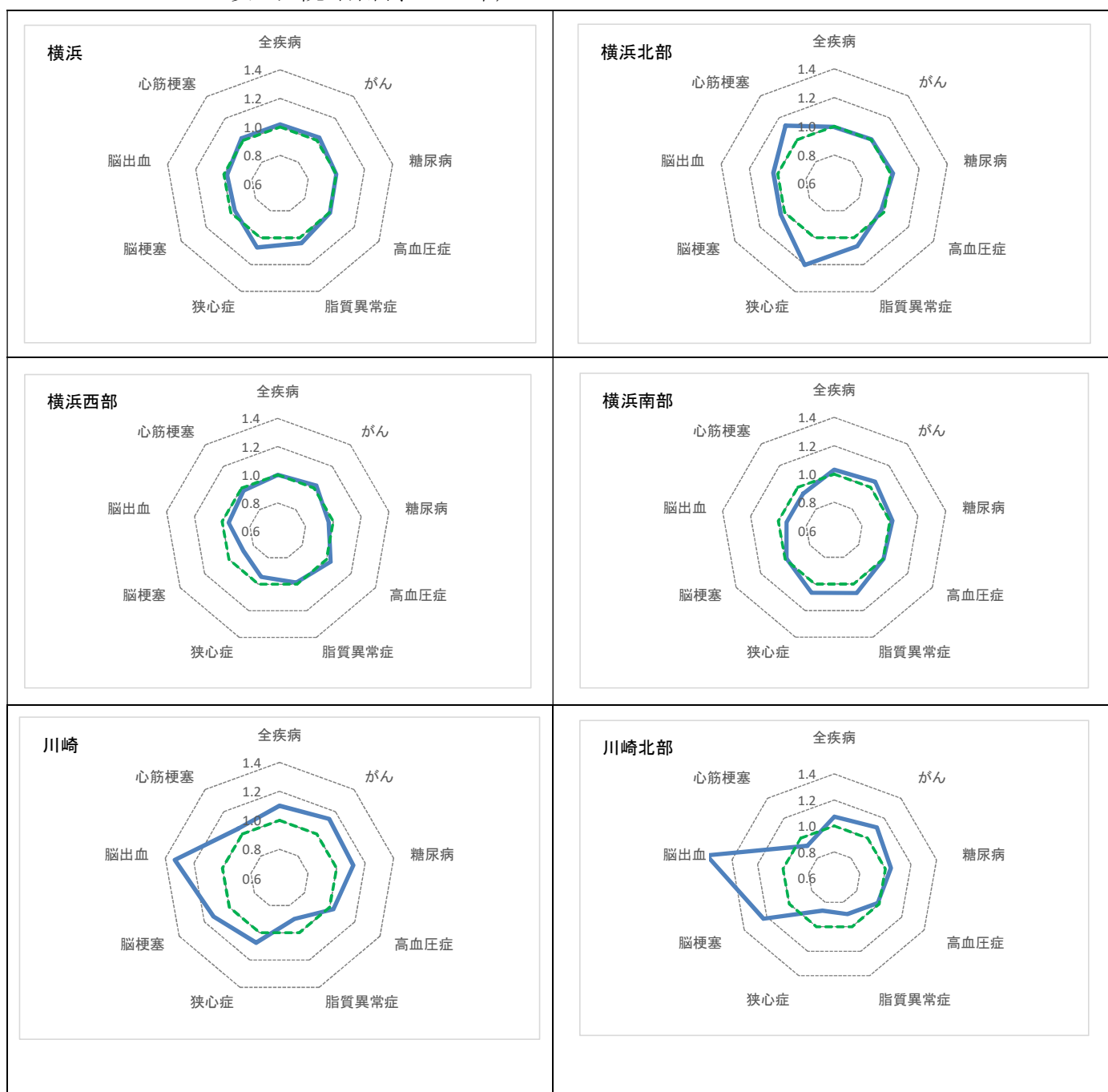
【図表 3－10】標準化医療費比（二次医療圏《県＝1》、後期高齢者・主要生活習慣病別、男女・入院外来計、2016 年）

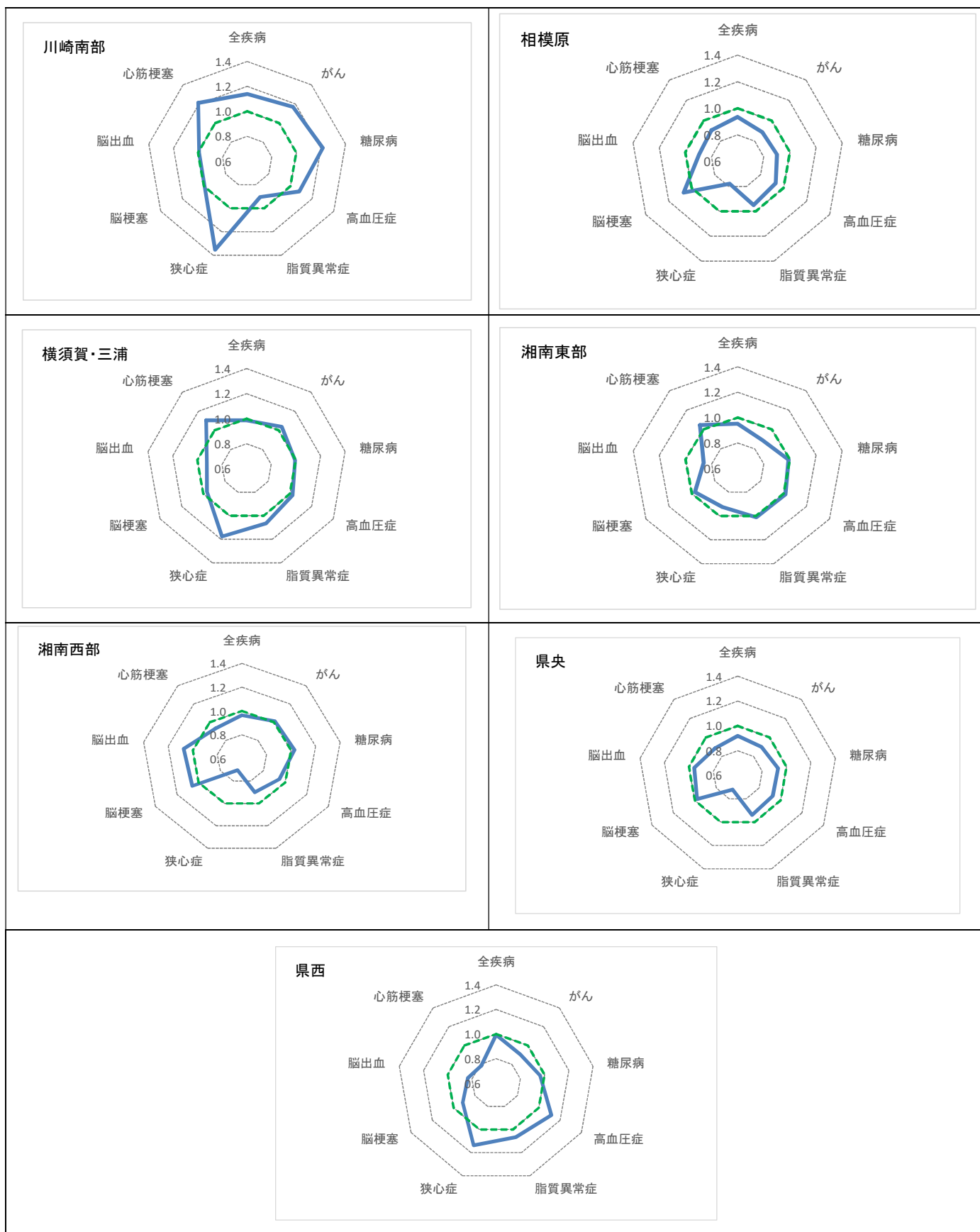
	全疾病	がん	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	狭心症	脳梗塞	脳出血	心筋梗塞
川崎南部	1.14	1.17	1.22	1.08	0.90	1.35	0.99	0.99	1.21
川崎北部	1.07	1.11	1.04	0.99	0.90	0.87	1.23	1.60	0.92
横浜南部	1.03	1.05	1.02	1.00	1.07	1.07	0.99	0.94	0.94
横浜西部	1.00	1.02	0.97	1.03	0.99	0.94	0.88	0.95	0.98
横浜北部	1.00	1.00	1.02	0.98	1.06	1.20	1.03	1.03	1.13
県西	0.99	0.90	0.96	1.12	1.07	1.14	0.91	0.83	0.79
横須賀・三浦	0.99	1.04	0.99	1.02	1.06	1.18	0.97	0.92	1.10
湘南西部	0.97	1.01	1.03	0.95	0.90	0.70	1.06	1.07	0.93
湘南東部	0.95	0.89	0.99	1.01	1.01	0.93	0.97	0.86	1.04
相模原	0.94	0.89	0.90	0.93	0.95	0.78	1.07	0.89	0.91
県央	0.92	0.90	0.93	0.93	0.94	0.72	0.98	0.96	0.89
(参考) 横浜	1.02	1.03	1.00	1.00	1.04	1.07	0.97	0.98	1.02
川崎	1.10	1.13	1.12	1.03	0.90	1.07	1.13	1.33	1.05

資料：【後期高齢者】KDB データ「疾病別医療費分析（生活習慣病）」（2016 年）

- ・これをレーダーチャートでみると、二次医療圏別の特徴（どの疾病の標準化医療費比が高いか等）が一層把握しやすくなる（【図表 3－11】）。川崎南部や川崎北部では多くの疾病において標準化医療費比が高いことは、先にみたとおり明らかであるが、例えば、全疾病でみた場合には標準化医療費比がさほど高くない二次医療圏であっても、横浜北部では国保の場合と同様に狭心症・心筋梗塞で標準化医療費比が高く、また、横須賀・三浦では国保の場合以上に心筋梗塞・狭心症において標準化医療費比の高さが目立っている。

【図表 3－11】 標準化医療費比（二次医療圏《県＝1》、後期高齢者・主要生活習慣病別、男女・入院外来計、2016 年）





資料：【後期高齢者】KDB データ「疾病別医療費分析（生活習慣病）」（2016 年）

4. リスク要因（特定健診の検査項目、質問票調査項目の該当者割合等）

A. 検査項目

（1）主要検査項目別

①BMI等

・特定健診の検査項目³⁰（BMI、腹囲、メタボ）について、基準値を上回った人数の割合の高低を二次医療圏別（旧定義、以下同様）にみると、40～64歳の年齢層において、ある項目について割合が高い二次医療圏（例、川崎南部、県央）、または低い二次医療圏（例、横浜北部、横浜南部）では、①前期高齢者（65～74歳）でも同様の傾向がみられたり³¹、②他の項目についても40～64歳の年齢層で高い（または低い）傾向がみられたりしている（【図表4－1】）。

【図表4－1】特定健診における検査項目（BMI等）の該当者割合³²（二次医療圏、2016年）

	40～64歳			65～74歳		
	BMI	腹囲	メタボ	BMI	腹囲	メタボ
川崎南部	0.27	0.31	0.15	0.25	0.33	0.19
県央	0.27	0.30	0.14	0.24	0.32	0.19
湘南西部	0.26	0.28	0.14	0.22	0.28	0.17
相模原	0.25	0.29	0.15	0.22	0.30	0.18
県西	0.25	0.29	0.13	0.22	0.29	0.16
湘南東部	0.25	0.29	0.13	0.22	0.30	0.18
横須賀・三浦	0.24	0.28	0.12	0.22	0.31	0.17
神奈川県	0.24	0.28	0.13	0.22	0.30	0.17
川崎北部	0.23	0.28	0.12	0.21	0.29	0.17
横浜西部	0.23	0.28	0.12	0.20	0.29	0.15
横浜南部	0.23	0.28	0.11	0.20	0.29	0.16
横浜北部	0.22	0.27	0.11	0.19	0.29	0.15
（参考）横浜	0.23	0.27	0.11	0.20	0.29	0.15
川崎	0.25	0.29	0.13	0.23	0.31	0.18

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式6－2～7（健診の状況）」（2016年）

³⁰ 国保の「特定健診」を受診した人（40～64歳、65～74歳の2区分、男女計、2016年）の中で、「質問票調査項目」の各検査項目の基準数値（【参考】本調査のデータ分析結果の利用にあたっての留意事項参照）に該当している人の割合（以下、同様）。これら項目の比率については、値の高低によってある程度の傾向を把握することができるが、①そもそも、特定健診等の受診率そのものが高くない点、②サンプル数の少ない項目については特に振れ幅が大きくなる点、③また、ここでは男女計の計数で比較しているが、男女によって傾向値が大きく異なる可能性もある点などには、留意する必要がある。

³¹ 後期高齢者については、本資料では掲載していないが、（データが開示されている市町村がさほど多くないことから、必ずしも明らかではないが）同様の傾向値は伺われない。

³² 以下の表では、便宜上、二次医療圏（旧定義）を表の左端にある項目（図表4－1であれば、40～64歳のBMI）の高い順に掲載。色の濃いセル（青色）は、当該検査項目の基準値を上回った人の割合の高い二次医療圏の上位2先、色の薄いセル（黄色）は、同下位2先。

②中性脂肪等

- ・ 特定健診の検査項目（中性脂肪、HDL コレステロール）の2項目については、BMI 等の場合ほど顕著ではないが、40～64 歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．県央、川崎南部）、または低い二次医療圏（例．横須賀・三浦、横浜北部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表 4－2】）。

【図表 4－2】 特定健診における検査項目（中性脂肪等）の該当者割合（二次医療圏、2016 年）

	40～64歳		65～74歳	
	中性脂肪	HDLコレステロール	中性脂肪	HDLコレステロール
県央	0.23	0.05	0.21	0.04
川崎南部	0.23	0.05	0.20	0.04
湘南東部	0.22	0.05	0.21	0.04
湘南西部	0.22	0.04	0.20	0.04
相模原	0.21	0.04	0.19	0.03
神奈川県	0.20	0.04	0.18	0.04
川崎北部	0.19	0.04	0.19	0.03
横浜西部	0.19	0.04	0.16	0.03
横浜南部	0.18	0.04	0.17	0.03
県西	0.18	0.04	0.16	0.04
横浜北部	0.18	0.04	0.16	0.03
横須賀・三浦	0.18	0.03	0.16	0.03
(参考) 横浜	0.18	0.04	0.17	0.03
川崎	0.21	0.04	0.19	0.04

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式 6－2～7（健診の状況）」（2016 年）

③ALT（GPT）

- ・特定健診の検査項目（ALT（GPT））についても、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．県央、川崎南部）、または低い二次医療圏（例．横浜北部、横浜南部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表４－３】）。

【図表４－３】特定健診における検査項目（ALT（GPT））の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳	65～74歳
県央	0.18	0.12
川崎南部	0.18	0.12
相模原	0.17	0.11
湘南東部	0.17	0.11
県西	0.17	0.12
川崎北部	0.17	0.11
神奈川県	0.16	0.11
横須賀・三浦	0.16	0.11
湘南西部	0.16	0.11
横浜西部	0.15	0.11
横浜南部	0.15	0.10
横浜北部	0.15	0.10
（参考） 横浜	0.15	0.10
川崎	0.17	0.11

資料：【国保】KDB データ「質問調査票の状況」（2016年）

④血圧

- ・特定健診の血圧にかかる検査項目（収縮期血圧、拡張期血圧の2項目）については、他の項目ほど顕著ではないが、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．湘南西部、相模原）、または低い二次医療圏（例．横浜南部、横浜北部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表4－4】）。

【図表4－4】特定健診における検査項目（血圧）の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳		65～74歳	
	収縮期 血圧	拡張期 血圧	収縮期 血圧	拡張期 血圧
湘南西部	0.37	0.20	0.54	0.18
相模原	0.36	0.24	0.51	0.21
県央	0.35	0.21	0.52	0.20
県西	0.34	0.18	0.50	0.16
川崎南部	0.33	0.20	0.51	0.18
神奈川県	0.33	0.19	0.51	0.18
川崎北部	0.32	0.21	0.53	0.20
湘南東部	0.32	0.18	0.52	0.17
横浜西部	0.31	0.18	0.50	0.17
横須賀・三浦	0.31	0.18	0.51	0.18
横浜北部	0.30	0.19	0.50	0.18
横浜南部	0.30	0.17	0.50	0.17
（参考）横浜	0.30	0.18	0.50	0.17
川崎	0.33	0.20	0.52	0.19

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式6－2～7（健診の状況）」（2016年）

⑤HbA1c

- ・特定健診の検査項目（HbA1c）についても、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．県西、川崎南部）、または低い二次医療圏（例．横須賀・三浦、湘南東部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表４－５】）。

【図表４－５】特定健診における検査項目（HbA1c）の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳	65～74歳
県西	0.43	0.57
川崎南部	0.41	0.58
湘南西部	0.41	0.53
県央	0.38	0.52
相模原	0.37	0.51
横浜南部	0.36	0.50
神奈川県	0.36	0.51
横浜西部	0.36	0.52
横浜北部	0.35	0.50
川崎北部	0.34	0.52
湘南東部	0.32	0.48
横須賀・三浦	0.31	0.48
（参考）横浜	0.36	0.51
川崎	0.37	0.54

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式 6－2～7（健診の状況）」（2016年）

⑥血糖

- ・特定健診の検査項目（血糖）についても、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．県西、横浜西部）、または低い二次医療圏（例．川崎北部、川崎南部³³）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表４－６】）。

【図表４－６】特定健診における検査項目（血糖）の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳	65～74歳
県西	0.24	0.34
横浜西部	0.23	0.34
横浜南部	0.23	0.33
横浜北部	0.21	0.33
神奈川県	0.15	0.21
県央	0.14	0.18
湘南西部	0.14	0.17
横須賀・三浦	0.14	0.21
相模原	0.12	0.15
湘南東部	0.11	0.17
川崎南部	0.03	0.05
川崎北部	0.01	0.02
（参考）横浜	0.22	0.33
川崎	0.02	0.03

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式 6－2～7（健診の状況）」（2016年）

³³ 川崎北部・南部の計数は、他の二次医療圏における計数と明らかに水準が異なり、検査方法やデータの取扱いが異なる可能性が高い。こうしたことから、血糖値については、二次医療圏間での単純比較は避けるべきとみられる。

(2) 二次医療圏別にみた特徴

- ・(1) でみた特定健診の検査項目のうち、主だった項目（うち40～64歳）をそれぞれ標準化（県＝1）した上で、各二次医療圏の水準を比較してみると、多くの項目において標準化比が高くなっている圏域（例、川崎南部、県央）がみられるなど、地域差が顕著にみられる（【図表4－7】）。
- ・当該標準化比は、①特定健診のサンプルがそもそも少ないこと、また②計数のばらつき方が大きく異なる検査項目を機械的に標準化したものであるもので、慎重に解釈すべきではあるが、多くの項目において標準化比が高い二次医療圏においては、その背景等についてさらに分析していくことが望ましい。

【図表4－7】特定健診における主要検査項目の標準化比（二次医療圏、2016年）

	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	拡張期血圧	HbA1c
横浜北部	0.90	0.91	0.93	0.98	0.98
横浜西部	0.93	0.91	0.96	0.92	1.00
横浜南部	0.93	0.94	0.94	0.92	0.98
川崎北部	0.97	1.00	0.99	1.09	1.00
川崎南部	1.11	1.09	1.05	0.97	1.14
相模原	1.01	1.04	1.03	1.16	0.99
横須賀・三浦	1.01	0.87	1.02	0.95	0.92
湘南東部	1.01	1.13	1.01	0.94	0.93
湘南西部	1.03	1.07	0.98	0.96	1.04
県央	1.09	1.16	1.06	1.08	1.01
県西	1.00	0.89	1.04	0.88	1.12
(参考)横浜	0.92	0.92	0.94	0.94	0.99
川崎	1.02	1.03	1.02	1.04	1.05

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式6－2～7（健診の状況）」（2016年）

B. 生活習慣³⁴

(1) 主要質問項目別

①喫煙（男性）

・特定健診の質問項目（喫煙習慣、男）について、該当者割合の高低を二次医療圏別（旧定義、以下同様）にみると、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合がかなり高い2つの二次医療圏（県西、川崎南部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い。一方、他の圏域では喫煙者の該当者割合の差がさほどみられないが、40～64歳の年齢層で低い二次医療圏（例．横浜北部、横須賀・三浦）については前期高齢者層で低い傾向はみられる（【図表4－8】）。

【図表4－8】特定健診における質問項目（喫煙）の該当者割合（二次医療圏、男、2016年）

	40～64歳	65～74歳
県西	0.24	0.16
川崎南部	0.23	0.14
川崎北部	0.21	0.11
県央	0.20	0.10
神奈川県	0.19	0.10
横浜西部	0.19	0.09
相模原	0.19	0.09
横浜南部	0.19	0.09
湘南西部	0.19	0.10
湘南東部	0.18	0.09
横須賀・三浦	0.18	0.10
横浜北部	0.17	0.09
（参考）横浜	0.18	0.09
川崎	0.22	0.12

資料：【国保】KDB データ「質問調査票の状況」（2016年）

³⁴ 国保の「特定健診」を受診した人（40～64歳、65～74歳の2区分、男女計、2016年）の中で、「質問票調査項目」の各項目に該当すると回答した人の割合（以下、同様）。

これら項目の比率については、値の高低によってある程度の傾向を把握することができるが、①そもそも、特定健診等の受診率そのものが高くない点、②サンプル数の少ない項目については特に振れ幅が大きくなる点、③また、喫煙以外の項目については男女計でみているが、男女によって傾向値が大きく異なる可能性もある点などには、留意する必要がある。

②運動

- ・特定健診の質問項目（「1回30分以上の運動習慣なし」）についての該当者割合の高低をみると、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．川崎南部、川崎北部）、または低い二次医療圏（例．湘南東部、横浜北部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表4－9】）。

【図表4－9】特定健診における質問項目（運動不足）の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳	65～74歳
川崎南部	0.71	0.57
川崎北部	0.68	0.52
県西	0.67	0.48
横浜南部	0.67	0.48
神奈川県	0.67	0.48
県央	0.66	0.48
横浜西部	0.66	0.47
相模原	0.66	0.46
横須賀・三浦	0.66	0.48
湘南西部	0.66	0.47
横浜北部	0.66	0.46
湘南東部	0.65	0.47
（参考）横浜	0.66	0.47
川崎	0.69	0.54

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式6－2～7（健診の状況）」（2016年）

③食事

- ・ 特定健診の質問項目（「週 3 回以上朝食を抜く」「週 3 回以上就寝前に夕食をとる」「週 3 回以上夕食後に間食をとる」）についての該当者割合の高低をみると、ある項目において、40～64 歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．川崎南部、川崎北部）、または低い二次医療圏（例．湘南西部、県西）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表 4－10】）。

【図表 4－10】 特定健診における質問項目（食事）の該当者割合（二次医療圏、2016 年）

	40～64歳			65～74歳		
	朝食抜き	就寝前夕食	夕食後間食	朝食抜き	就寝前夕食	夕食後間食
川崎南部	0.21	0.26	0.19	0.08	0.14	0.10
川崎北部	0.19	0.24	0.19	0.06	0.13	0.10
相模原	0.18	0.22	0.17	0.05	0.12	0.08
横浜南部	0.17	0.21	0.17	0.06	0.10	0.07
横浜北部	0.17	0.21	0.17	0.05	0.10	0.08
神奈川県	0.17	0.22	0.17	0.05	0.11	0.08
横浜西部	0.16	0.21	0.15	0.05	0.10	0.07
県央	0.16	0.21	0.15	0.05	0.12	0.07
横須賀・三浦	0.16	0.24	0.18	0.05	0.12	0.09
湘南東部	0.15	0.21	0.14	0.05	0.11	0.07
県西	0.15	0.18	0.16	0.05	0.10	0.08
湘南西部	0.14	0.19	0.15	0.04	0.11	0.07
(参考) 横浜	0.17	0.21	0.16	0.05	0.10	0.08
川崎	0.20	0.25	0.19	0.07	0.13	0.10

資料：【国保】 KDB データ「厚生労働省様式 6－2～7（健診の状況）」（2016 年）

④飲酒

- ・ 特定健診の質問項目（「毎日飲酒」）についての該当者割合の高低をみると、他の項目ほど顕著ではないが、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．川崎南部、川崎北部）、または低い二次医療圏（例．湘南西部、県央）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表４－11】）。

【図表４－11】 特定健診における質問項目（飲酒）の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳	65～74歳
川崎南部	0.28	0.26
川崎北部	0.28	0.25
湘南東部	0.26	0.24
横浜北部	0.26	0.26
神奈川県	0.25	0.24
横浜西部	0.25	0.25
県西	0.25	0.23
横浜南部	0.25	0.25
相模原	0.24	0.23
横須賀・三浦	0.24	0.23
県央	0.24	0.24
湘南西部	0.23	0.23
(参考) 横浜	0.25	0.25
川崎	0.28	0.26

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式 6－2～7（健診の状況）」（2016年）

⑤体重増加

- ・特定健診の質問項目（「20歳時体重から10kg以上増加」）についての該当者割合の高低をみると、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．県央、川崎南部）、または低い二次医療圏（例．横浜北部、横浜南部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表4－12】）。

【図表4－12】特定健診における質問項目（体重増加）の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳	65～74歳
県央	0.36	0.31
川崎南部	0.36	0.31
県西	0.34	0.29
湘南西部	0.34	0.30
湘南東部	0.33	0.30
神奈川県	0.33	0.29
相模原	0.33	0.29
川崎北部	0.33	0.30
横須賀・三浦	0.32	0.30
横浜西部	0.32	0.28
横浜南部	0.32	0.28
横浜北部	0.32	0.28
（参考）横浜	0.32	0.28
川崎	0.34	0.30

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式6－2～7（健診の状況）」（2016年）

⑥睡眠不足

- ・ 特定健診の質問項目（「睡眠不足」）についての該当者割合の高低をみると、他の項目ほど顕著ではないが、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．湘南東部、川崎南部）、または低い二次医療圏（例．横須賀・三浦、横浜西部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表 4－13】）。

【図表 4－13】 特定健診における質問項目（睡眠不足）の該当者割合（二次医療圏、2016 年）

	40～64歳	65～74歳
湘南東部	0.31	0.21
川崎南部	0.30	0.22
県央	0.30	0.21
県西	0.29	0.21
相模原	0.29	0.21
川崎北部	0.29	0.21
湘南西部	0.29	0.20
神奈川県	0.29	0.21
横浜南部	0.29	0.21
横浜北部	0.29	0.21
横浜西部	0.28	0.21
横須賀・三浦	0.27	0.18
(参考) 横浜	0.29	0.21
川崎	0.30	0.21

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式 6－2～7（健診の状況）」（2016 年）

⑦生活習慣の改善意欲

- ・ 特定健診の質問項目（「生活習慣の改善意欲なし」）についての該当者割合の高低をみると、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．湘南東部、川崎南部）、または低い二次医療圏（例．横浜北部、横浜西部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向がみられる（【図表４－14】）。

【図表４－14】 特定健診における質問項目（生活習慣改善意欲なし）の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳	65～74歳
湘南東部	0.26	0.36
川崎南部	0.25	0.36
湘南西部	0.24	0.32
県西	0.24	0.32
相模原	0.23	0.29
県央	0.23	0.30
神奈川県	0.22	0.30
横須賀・三浦	0.22	0.29
川崎北部	0.22	0.31
横浜南部	0.19	0.25
横浜西部	0.19	0.25
横浜北部	0.18	0.24
(参考) 横浜	0.19	0.25
川崎	0.23	0.33

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式 6－2～7（健診の状況）」（2016年）

(2) 二次医療圏別にみた特徴

- ・(1) でみた特定健診の生活習慣にかかる質問項目について、主だった項目（うち 40～64 歳）をそれぞれ標準化（県＝1）した上で、各二次医療圏の水準を比較すると、複数の項目において標準化比が高い圏域（例、川崎南部）があるなど、地域差が顕著にみられる（【図表 4－15】）。
- ・当該標準化比は、①特定健診のサンプルがそもそも少ないこと、また②計数のばらつき方が大きく異なる検査項目を機械的に標準化したものであるもので、慎重に解釈すべきではあるが、多くの項目において標準化比が高い二次医療圏においては、その背景等についてさらに分析していくことが望ましい。

【図表 4－15】 特定健診における主要質問項目の標準化比（二次医療圏、2016 年）

	喫煙 (男性)	運動	食事 (朝食抜き)	飲酒	体重 増加	睡眠 不足	生活習慣 改善意欲 なし
横浜北部	0.88	0.96	0.98	1.03	0.95	1.00	0.79
横浜西部	0.91	0.97	0.92	1.00	0.95	0.97	0.85
横浜南部	0.92	0.99	1.03	1.00	0.96	0.99	0.84
川崎北部	1.02	1.04	1.12	1.04	1.00	0.99	1.01
川崎南部	1.18	1.11	1.33	1.03	1.04	1.04	1.17
相模原	0.89	0.96	1.06	0.93	0.99	1.01	0.97
横須賀・三浦	0.91	0.99	0.95	0.92	1.02	0.88	0.96
湘南東部	0.88	0.97	0.91	1.00	1.01	1.02	1.18
湘南西部	0.94	0.98	0.86	0.92	1.01	0.97	1.06
県央	1.00	0.99	1.00	0.97	1.06	1.00	1.01
県西	1.42	1.00	0.95	0.94	1.01	1.01	1.05
(参考) 横浜	0.90	0.97	0.98	1.01	0.95	0.99	0.82
川崎	1.09	1.07	1.21	1.04	1.02	1.01	1.07

資料：【国保】KDB データ「厚生労働省様式 6－2～7（健診の状況）」（2016 年）

C. 既往歴³⁵

(1) 脳卒中

- ・脳卒中の既往歴の該当者割合を二次医療圏別（旧定義、以下同様）にみると、水準の差は大きくはないものの、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．川崎南部、県西）、または低い二次医療圏（例．横須賀・三浦、横浜北部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向が一定程度みられる（【図表4－16】）。

【図表4－16】特定健診における質問項目（既往歴：脳卒中）の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳	65～74歳
川崎南部	0.023	0.042
県西	0.021	0.041
県央	0.019	0.040
湘南東部	0.019	0.041
横浜西部	0.019	0.033
相模原	0.019	0.042
神奈川県	0.018	0.039
横浜南部	0.018	0.039
湘南西部	0.018	0.039
川崎北部	0.018	0.040
横浜北部	0.016	0.038
横須賀・三浦	0.015	0.037
（参考）横浜	0.017	0.037
川崎	0.020	0.041

資料：【国保】KDB データ「質問調査票の状況」（2016年）

³⁵ 国保の「特定健診」を受診した人（40-64歳、65-74歳の2区分、男女計、2016年）の中で、「質問票調査項目」の各項目に該当すると回答した人の割合（以下、同様）。

これら項目の比率については、値の高低によってある程度の傾向を把握することができるが、①そもそも、特定健診等の受診率そのものが高くない点、②サンプル数の少ない項目については特に振れ幅が大きくなる点、③また、ここでは男女計でみているが、男女によって傾向値が大きく異なる可能性もある点などには、留意する必要がある。

(2) 心臓病

- ・心臓病の既往歴の該当者割合についても、40～64歳の年齢層で「基準値以上」の該当者割合が高い二次医療圏（例．県西、湘南西部）、または低い二次医療圏（例．川崎北部、横浜南部）では、前期高齢者の年齢層においても同様に高い（または低い）傾向が一定程度みられる（【図表4－17】）。

【図表4－17】特定健診における質問項目（既往歴：心臓病）の該当者割合（二次医療圏、2016年）

	40～64歳	65～74歳
県西	0.038	0.071
湘南西部	0.030	0.067
川崎南部	0.027	0.064
湘南東部	0.027	0.071
県央	0.027	0.068
相模原	0.027	0.064
神奈川県	0.027	0.066
横須賀・三浦	0.026	0.067
横浜北部	0.026	0.061
横浜西部	0.025	0.062
横浜南部	0.024	0.064
川崎北部	0.023	0.063
(参考) 横浜	0.025	0.062
川崎	0.025	0.063

資料：【国保】KDB データ「質問調査票の状況」（2016年）

（おわりに）

本報告書は、県内の個別の市区町村の主な疾病・医療関連データを「二次医療圏」単位で整理・分析したものである。疾病別の死亡率から、標準化医療費比、特定健診の検査項目や生活習慣の質問項目に至るまで、様々なデータを多面的に分析することによって、市区町村別の細かいデータとはまた違う視点で、「地域」の特性や傾向をある程度みてとることができるものとなっている³⁶。

各市町村においては、市区町村別データにかかる分析結果と照らし合わせることで、二次医療圏の中における相対的な位置などを確認することができよう。また、近隣の地域と協力しながら共通する健康・医療面での課題に対処していく際にも、本報告書のデータ等を活用することができると考えられる。

本県としては、市区町村における様々な関係者が本報告書を広く活用することを期待するとともに、本県自身も引続き広域自治体として県域の実情把握に努め、市町村関係者と一致協力しながら、住民の健康増進・未病改善に役立つ施策を積極的に講じてまいりたい。

以 上

³⁶ 本報告書の本文中でもいろいろなかたちで記載している通り、一つひとつのデータにはそれぞれ固有の特性（統計処理の癖を含む）があることから、あるデータだけを過大に評価したり、鵜呑みにしたりすることは好ましくない。また、県内での相対的な順位や、項目間の相関関係の高さだけで自治体が対応すべき方向性が明らかとなるものではない。

【参考】本調査のデータ分析結果の利用にあたっての留意事項

1. データ分析の対象範囲

（1）国保医療費

本調査で提示している神奈川県（及び全国）の医療費データでは、市町村の被保険者分のレセプトデータのほか、6つの国保組合（医師、歯科医師、食品衛生、薬剤師、建設業及び建設連合）のデータも含めている。

組合員数でみると、6国保組合は、県の国保全体の6%強を占めており、また、生産年齢にあたる年齢層の加入者が相対的に多いなど、市町村の国保とは性格が異なっている部分がある。こうしたことから、例えば、一人当たり医療費（疾病全体、入院・外来計、2016年）は、①（6国保組合を含む）県全体では約29万1千円であるのに対し、②（6国保組合を除く）市区町村データの加重平均では約29万9千円になっている。

また、住民に占める国民健康保険の被保険者の割合は、65～74歳の年齢階級では7～9割と高いものの、全体では3割弱（特に50歳未満の加入率は2割前後）にとどまるなど、年齢階級による国保加入率が相当異なっている。そのため、例えば「年齢階級別にみた一人当たり医療費³⁷」等を見るにあたっては、住民全体の状況を正確に反映しているとは限らない点を前提にしつつ解釈する必要がある。

（2）後期高齢者医療費

本調査では、後期高齢者医療制度被保険者の医療費分析においては、データの安定性等を勘案して「75歳から99歳まで」のみを対象としている。

一方、後期高齢者医療制度被保険者の元データにおいては、①65歳以上75歳未満で一定の障がいの状態にあることにより後期高齢者医療広域連合の認定を受けた者、および、②100歳以上の被保険者（県内でも100歳以上の住民が約3,600人以上暮らしている〈2016年〉）も含まれていることから、本調査のカバレッジとは一致しない。

2. データ分析結果全般

本調査では、限定的な範囲でデータ整理・比較分析を行っていることから、データは必ずしも二次医療圏の実態を正確に示していない場合がある。

例えば、県平均等との差異（計数の比率）は、該当者数が少ない項目になればなるほど、極端に振れやすい点には留意する必要がある。特に、単年度のデータでは、その年にたまたま生じた事象（疾病等）によって平年よりも差異が大きく水準が異なる数値になっている可能性がある。標準化死亡比や医療費における標準化該当比（後述）についても同様である。

³⁷ 74歳までは国保、75歳以上は後期高齢者のデータを使用している。

このように、データについては一定程度の幅をもって解釈する必要があることから、個々の二次医療圏の状況については、複数年にわたる比較を行うとともに、表面的な比率等のみに基づいて単純に比較するのではなく、該当者の実数等も参照しながら、総合的に判断していくことが望ましい。

3. 「標準化」とは

(1) 概要

死亡率や一人当たりの医療費は、一般に高齢になればなるほど高くなる傾向にある。そのため、高齢化が進んでいる自治体では、これらの実績値がどうしても高くなりがちであり、一方、若い世代の多い地域では実績値が低くなる傾向にある。

こうした年齢構成の相違に伴う差異を調整して、二次医療圏のデータを実質的に比較できるようにするために、「標準化」という作業を行っている。すなわち、各二次医療圏のデータについては、それぞれの二次医療圏の「標準化該当比」

(「標準化」によって得られた「期待値」と比べた「実績値」の大きさ)の高低を比較すること等により、死亡率や医療費が(基準とした県平均などと比べて)実質的に高めなのか低めなのかをみることができる。

なお、2. で述べたように、人口が少ない二次医療圏など、元となるサンプル数が少なければ少ないほど、そこから得られたデータの安定性も低くなる(毎年のブレが大きい)。こうしたことから、「標準化該当比」についても、相当程度幅をもってみておくべきである。

やや詳しくみると、下記の通り。

(2) 標準化死亡比(標準化該当比)(以下では、「市区町村」を例として説明)

「標準化死亡比」とは、①「死因別・年齢階級別³⁸にみたときに、ある地域の死亡率(原単位)が、神奈川県の実績値と等しい」と仮定した上で計算した同地域の死亡率(=「期待死亡率」)を分母に、②同地域の実績の死亡率(=「実績値」)を分子として計算した値である。この「標準化死亡比」が1より大きい場合には、その地域の死亡率は県平均のそれよりも実質的に高いこと、1より小さい場合は実質的に低いことを示す。

【標準化死亡比の計算例】

1. X県(人口7,000人)に、A市(同1,500人)、B町(同500人)という2つの自治体が存在すると仮定。

³⁸ 本調査では、「死因別」は簡易分類別、「年齢階級別」は5歳階級別のデータを使用して計算している。

人口	X県		A市		B町	
		(構成比)		(構成比)		(構成比)
合計	7,000		1,500		500	
65歳以上	1,500	21%	210	14%	240	48%
15-64歳	3,000	43%	570	38%	160	32%
0-14歳	2,500	36%	720	48%	100	20%

A市：県全体と比べて若年人口が相対的に多く、高齢者が少ない。

B町：県全体よりも高齢化が相当進んでいる。

2. ある年の死亡率（死亡者数÷人口）をみると、A市・B町の死亡率はいずれも6.0%であったとする。すなわち、この年には、A市が人口1,500人に対して90名、B町は人口500人に対して30名が亡くなっている。なお、この年の県全体の死亡率は5.0%であったとする。

実際の死亡数(a)	X県		A市		B町	
		(死亡率)		(死亡率)		(死亡率)
合計	350	5.0%	90	6.0%	30	6.0%

3. 上記のケースでは、A市とB町とでは「死亡率（実績値）」はたまたま同じ水準となっている。しかし、実質的には、A市は「若い人が多い割に、死亡者が多く」、B町では逆に「高齢者人口が多い割に、死亡者がさほど多くなかった」と評価すべきと考えられる。
4. そこで、年齢階級ごとに、X県における当該年齢階級の死亡率を使ってA市（またはB町）の「期待（予想）される死亡者数」を試算する。各年齢階級についてそうした計算を行って得られた死亡数を足し上げると、A市（またはB町）が仮にX県全体と同じような死亡率であった場合の「期待死亡数」や「期待死亡率」が得られる。

期待死亡数(b)	X県		A市		B町	
		(死亡率)		(死亡率)		(死亡率)
合計	350	5.0%	61	4.1%	39	7.9%
65歳以上	200	13.3%	28	13.3%	32	13.3%
15-64歳	100	3.3%	19	3.3%	5	3.3%
0-14歳	50	2.0%	14	2.0%	2	2.0%

5. 「期待死亡率」（＝「標準化」された死亡率）をみると、A市は4.1%（B町は7.9%）であり、これに対し、実績値では6%であった（両者の比である「標準化該当比（標準化死亡比）」は、A市が1.47、B町は0.76）ことから、実質的には、A市（B町）は死亡率が県内で相対的に高い（低い）自治体であったことがわかる。

標準化該当比	X県		A市		B町	
		(死亡率)		(死亡率)		(死亡率)
実際の死亡数(a)	350	5.0%	90	6.0%	30	6.0%
期待死亡数(b)	350	5.0%	61	4.1%	39	7.9%
標準化該当比(a)/(b)	1.00		1.47		0.76	

（3）標準化医療費比（標準化該当比）

「標準化医療費比」とは、①「全疾病（あるいは疾病別）で年齢階級別^{39）}にみたときに、ある地域（市区町村）の一人当たり医療費（原単位）が神奈川県の前平均値に等しい」と仮定した上で計算した同地域の一人当たり医療費（＝「期待一人

^{39）} 本調査では、「年齢階級別」は5歳階級別のデータを使用して計算している。

当たり医療費」「標準化医療費」) を分母に、②同地域の実際の一人当たりの医療費 (=「実績値」) を分子として計算した値である。

この「標準化医療費比」が1より大きい場合には、その地域の一人当たりの医療費は県平均のそれよりも実質的に高いこと、1より小さい場合は実質的に低いことを示す。

【標準化医療費と標準化該当比の計算例】

1. Y 県 (人口 7,000 人) に、M 市 (同 1,500 人)、N 町 (同 500 人) という 2 つの自治体が存在すると仮定。

人口	Y 県		M 市		N 町	
	(人)	(構成比)	(人)	(構成比)	(人)	(構成比)
合計	7,000		1,500		500	
65歳以上	1,500	21%	210	14%	240	48%
15-64歳	3,000	43%	570	38%	160	32%
0-14歳	2,500	36%	720	48%	100	20%

M 市：県全体と比べて若年人口が相対的に多く、高齢者が少ない。

N 町：県全体よりも高齢化が相当進んでいる。

2. ある年の一人当たり医療費 (医療費合計÷人口) をみると、M 市・N 町の一人当たり医療費はいずれも 90 千円であったとする。すなわち、この年には、M 市が人口 1,500 人に対して 135,000 千円 (=1,500*90)、N 町は人口 500 人に対して 45,000 千円 (=500*90) 医療費がかかっている。なお、この年の県全体の医療費は 525,000 千円 (=7,000*75) であったとする。

	Y 県		M 市		N 町	
実際の医療費(a)	(医療費合計)	(一人当たり医療費)	(医療費合計)	(一人当たり医療費)	(医療費合計)	(一人当たり医療費)
合計	525,000	75	135,000	90	45,000	90
65歳以上	225,000	150				
15-64歳	150,000	50				
0-14歳	150,000	60				

3. 上記のケースでは、M 市と N 町とでは「一人当たり医療費 (実績値)」はたまたま同じ水準となっている。しかし、実質的には、M 市は「若い人が多い割に、一人当たりの医療費が高く」、N 町では逆に「高齢者人口が多い割に、一人当たりの医療費が低い」と評価すべきと考えられる。
4. そこで、年齢階級ごとに、Y 県における当該年齢階級の一人当たり医療費を使って M 市 (または N 町) の「期待 (予想) される一人当たり医療費」を試算する。各年齢階級についてそうした計算を行って得られた医療費を足し上げると、M 市 (または N 町) が仮に Y 県全体と同じような一人当たり医療費であった場合の「期待医療費総額」や「期待一人当たり医療費」が得られる。

期待一人当たり医療費(b)	Y 県		M 市		N 町	
	(医療費合計)	(一人当たり医療費)	(医療費合計)	(一人当たり医療費)	(医療費合計)	(一人当たり医療費)
合計	525,000	75	103,200	69	50,000	100
65歳以上	225,000	150	31,500	150	36,000	150
15-64歳	150,000	50	28,500	50	8,000	50
0-14歳	150,000	60	43,200	60	6,000	60

5. 「期待一人当たり医療費」 (=「標準化」された医療費) をみると、M 市は 69 千円 (N 町は 100 千

円)であり、これに対し、実績値では90千円であった(両者の比である「標準化該当比(標準化医療費比)」は、M市が1.30、N町は0.90)ことから、実質的には、M市(N町)は一人当たり医療費が県内で相対的に高い(低い)自治体であったことがわかる。

標準化該当比	Y県	(一人当たり医療費)	M市	(一人当たり医療費)	N町	(一人当たり医療費)
実際の一人当たり医療費(a)		75		90		90
期待一人当たり医療費(b)		75		69		100
標準化該当比(a)/(b)		1.00		1.30		0.90

なお、厚生労働省保険局が発表している『医療費の地域差分析』においては、「一人当たり年齢調整後医療費」「地域差指数」という名称に基づく補正を行っているが、これは、上記「標準化」とは異なる調整方法をとっている。

すなわち、(1)「標準化」では、個々の基礎自治体について、①「人口構成比」はそのままにしたうえで、②その年齢階級ごとに、(標準化の基準とする)県の「一人当たり医療費」をかけることで、期待値を算出している。一方、(2)『医療費の地域差分析』では、個々の基礎自治体について、①年齢階級ごとの「一人当たり医療費」はそのままにしたうえで、②「人口構成比」の方を(標準化の基準とする)国の「人口構成比」にあわせることで、補正値を算出している。

4. 特定健診の該当者基準

国保被保険者の特定健診における各検査項目の該当者の基準数値は下表のとおり。

特定健診の各項目における該当者基準値	
BMI	25以上
腹囲	男性 85cm以上 女性 90cm以上
メタボ	「積極的支援」に該当するリスク保有者のうち血糖値が110mg/dl以上の者(HbA1cが6.0%以上の者)
メタボ予備群	「動機づけ支援」に該当するリスク保有者のうち血糖値が110mg/dl以上の者(HbA1cが6.0%以上の者)
中性脂肪	150mg/dl以上
HDLコレステロール	40mg/dl未満
LDLコレステロール	120mg/dl以上
ATL (GPT)	31U/l以上
収縮期血圧	130mmHg以上
拡張期血圧	85mmHg以上
HbA1c	5.6%以上
血糖値	100mg/dl以上
血清クレアチニン	1.3以上
尿酸	7.0mg/dl以上

以上