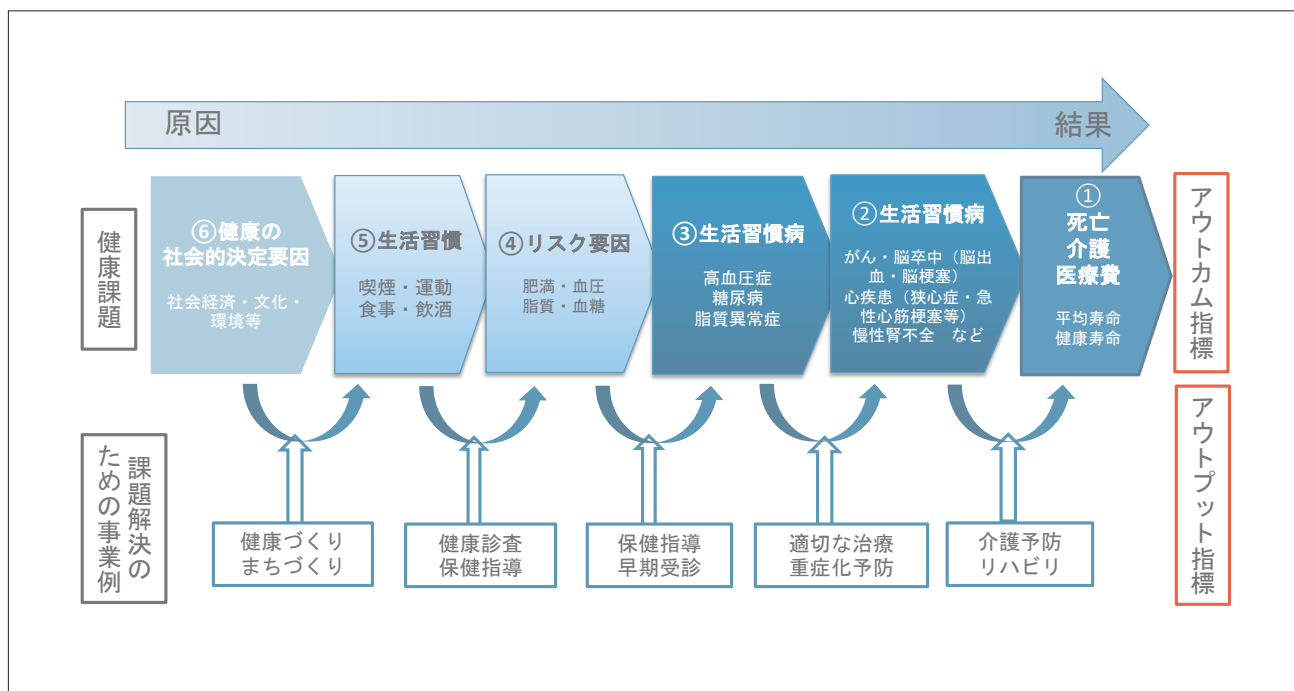


本章では、医療・介護・健診データをもとに自治体ごとの健康課題の特性を明示するとともに、その解釈の仕方（データの読み解き方）について解説いたします。

3

市町村別の状況

みなさんがデータを読み解く場合、まず、受療率（有所見者割合）と県を基準にした際のリスクの比率を参考にされるとと思いますが、その際、指標ごとに解釈するのではなく、指標と指標の関係性を考慮しながら、読み解くことが重要です。指標間関係性を整理するうえで、以下の図を参考にしてください。



この図は、疾病の成り立ちを踏まえて、その地域の死亡や要介護の状況とその原因について構造化したものです。例えば平均寿命や健康寿命が県内でも低い自治体では、まず、その原因となっている疾患にはどのようなものがあるかを、入院医療費から算出した「生活習慣病（脳血管疾患、心疾患等）」の欄で確認します。次に、外来医療費から算出した「生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）」を確認します。例えば脳出血が県と比べて2倍高く、その原因となる高血圧も県よりも高い場合、高血圧症を有する方々は比較的適切に医療にかかっている可能性があります。一方で、高血圧症の人々が多い地域である可能性もあり、その場合は、高血圧症を予防するためポピュレーションアプローチを強化することが重要になるかもしれません。他方、脳出血の入院医療費は県と比較が高いが、高血圧症の外来医療費は県と比べ極端に低いという場合は、高血圧症の方が早期に適切に受診しておらず、その結果、脳出血の予防ができなかった方々が多く存在する可能性があります。このような場合は、健診結果の高血圧の有所見者割合を確認し、有所見者割合が高い場合は保健指導を強化すること、有所見者割合が低い場合は、健診受診率を上げるためのアプローチを考えることが必要になるかもしれません。このように、結果（死亡や要介護）からその原因に向かってデータを解釈していくことがポイントになります。

ただし、今回用いているのは単年度の（一時点での）データですので、時間的な要素は十分に考慮できていません。論理的には、糖尿病や脂質異常症の方が現時点多いことは、数年～数十年後の心筋梗塞や脳出血の医療費の高さを予測することにつながります。逆に、長期にわたり糖尿病や脂質異常症などの疾患が多い地域では、現在の心筋梗塞や脳出血の多さの要因として解釈することがある程度可能になると考えます。

また、ここに示した受療率は「当該年度における受療者数の割合」であり、被保険者数を分母に、医療レセブ

千葉市

東葛南部

東葛北部

印旛

香取海浜

山武長生美南

安房

君津

市原市

トを用いて当該年度において少なくとも1度でも受診等した人の数の合計を分子にして算出しています。長期入院している人、外来に数か月続けている人は1人とカウントしています。このため受療率が低い疾患は、発生件数がそもそも少ない疾患（またはリスク）である可能性もあり、県と比較してリスク比が大きいからといって、特別な介入が必要になるといった解釈ができない点に留意が必要です。

以上のように、これらデータだけから理解できることには限界があります。このため、自治体ごとに記したアセスメントもデータ解釈の一例であり、この通り事業内容を見直さなければならないというものではありません。特に本報告書では、上述のとおり、単年度のKDBデータから一部のデータのみを抽出しているため、限界がある中での解釈となります。地域の健康課題の特定や、事業の評価・見直しを行うためには、国保事業だけでなくそれ以外の保健事業から得られるデータや、自治体職員の皆様が日常の活動を通じて得た情報も効果的に活用し、健康課題の解決に向けて、事業のPDCAをまわしていくようにしましょう。