

を削除し、さらに被保険者記番号などの個人同定に結びつく情報を変換することで、S県H市職員以外の者には個人同定が不可能なデータセットを構築することにより個人情報保護の徹底を行った。

C. 研究結果

1) 骨折の現状分析、

159件のレセプトが条件に合致した。図1に「骨折」受診者の性・年齢階級別分布を示す。男女とも60-79歳の年齢階級の者がもっとも高い割合であった。しかし、男女で年齢分布が大きく異なっていた。男はいずれの年齢階級でも10%程度「骨折」受診者が存在し、39歳以下の者でも全体の約4分の1を占めたのに対して、女では90%以上が60歳以上の者であり、特に80歳以上の者が全体の約3分の1を占めていた。

表2に点数の分布(保険決定点数)を示す。999点以下の者が全体の約3分の1を占めていた。しかし、高額医療費(1件7万点以上)に該当する者も存在し、最大値は108,793点であった。

2) 継続受診状況の把握

表2に平成15年5月診療分の疾病コード(中分類)がそれぞれ「糖尿病」「高血圧性疾患」「骨折」で受診した者が、該当するレセプトと同一の医療機関に受診した件数を月ごとに示す。実際に平成15年5月診療分の疾病コード(中分類)がそれぞれ「糖尿病」「高血圧性疾患」「骨折」であったレセプトの件数は981件、2650件、159件であった。しかし、いずれの疾患も該当するレセプトと同一の医療機関に受診した件数の総和は各疾病の件数を上回っていた。

図2に表2に示した件数を平成15年5月分を100として推移を検討した結果を示す。いずれの疾患も平成15年5月分が最高値であり、平成15年5月から離れるに従って低下していく傾向が認められた。糖尿病及び高血圧性疾患はいずれの月も80%であったが、骨折は平成14年12月以前においては40%を下回っており、疾病によって異なる推移を示していた。

D. 考察

本調査はレセプトに記載された情報のみを用いて集計を実施した。疾病名は平成15年5月分における主病名一つに限定されているという限界が存在する。また、老人レセプトの平成14年9月から同15年4月診療分は、レセプト処理の都合上、一部の者が欠落している。そのため、今回の分析結果は、糖尿病、高血圧性疾患、骨折で実際に受診があった件数を過小評価していることになる。そのことを踏まえた上で、今回実施した分析結果の意

義を考察する。

1) 骨折の現状分析、

男女で年齢分布に大きな格差が存在したことは、高齢者の骨粗鬆症の大半が女性であるということと一致している。骨粗鬆症対策の評価として、レセプトによる骨折の現状を把握することは非常に有用である。点数の分布は範囲が広がったが、高額医療費に該当するレセプトも3件存在しており、介護予防対策以外にも高額医療費対策として、骨折に対応することは重要である。

2) 継続受診状況の把握

糖尿病および高血圧性疾患のような慢性疾患と骨折のような急性疾患で、同一医療機関を継続して受診する状況に違いがでることには矛盾はない。以前より骨粗鬆症などの整形外科領域の疾患を有しているために、骨折を起こす前より当該医療機関を継続的に受診していた可能性がある。また、総合病院を受診した場合には、複数の診療科から同時にレセプトが提出されていたために、今回分析した疾病に該当するレセプトの件数より、当該医療機関を受診した件数が上回っていたと考えられる。

糖尿病や高血圧性疾患のように長期の医学的管理が必要とされる疾病について検討した結果、必ずしも全員が毎月受診しているとは限らないという結果であった。外来処方の制限日数が変更されるなどの、受診行動に大きく影響を与える制度変更がなされており、慢性疾患を有する者の医学的管理が十分であるかどうかの検討を行うことは重要である。

E. 結論

今回はレセプトを用いて、市町村における保健事業の評価指標として活用することを目的とした分析を実施した。通常業務を通じて収集されるレセプトに記載された情報の一部を検討するだけでも、重要な知見が得られる可能性を示すことができた。今後は、基本健康診査などの各種保健事業から得られる情報とレセプトより得られる情報を統合して、保健計画の評価を行う方法論も検討する必要がある。

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

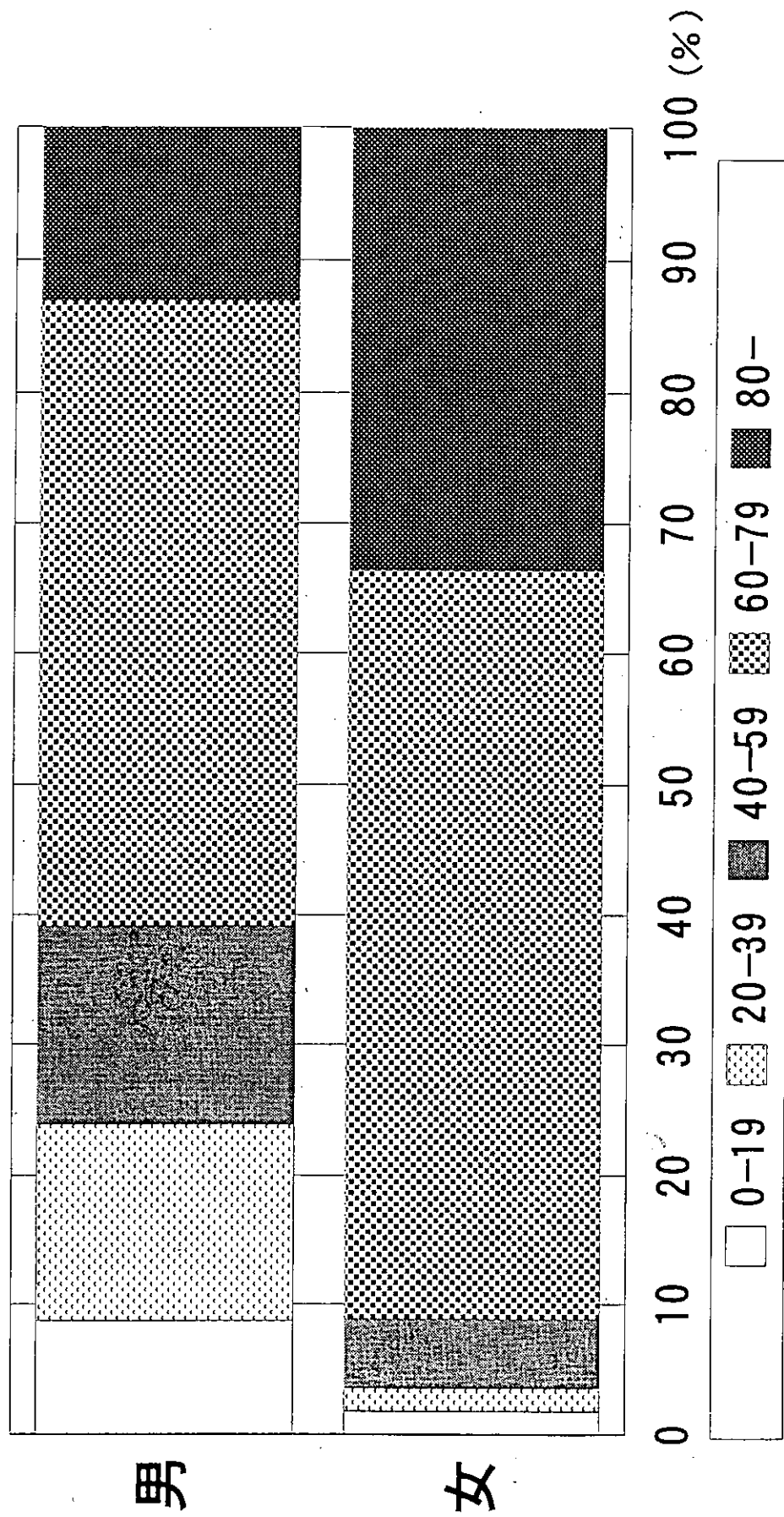
該当事項なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

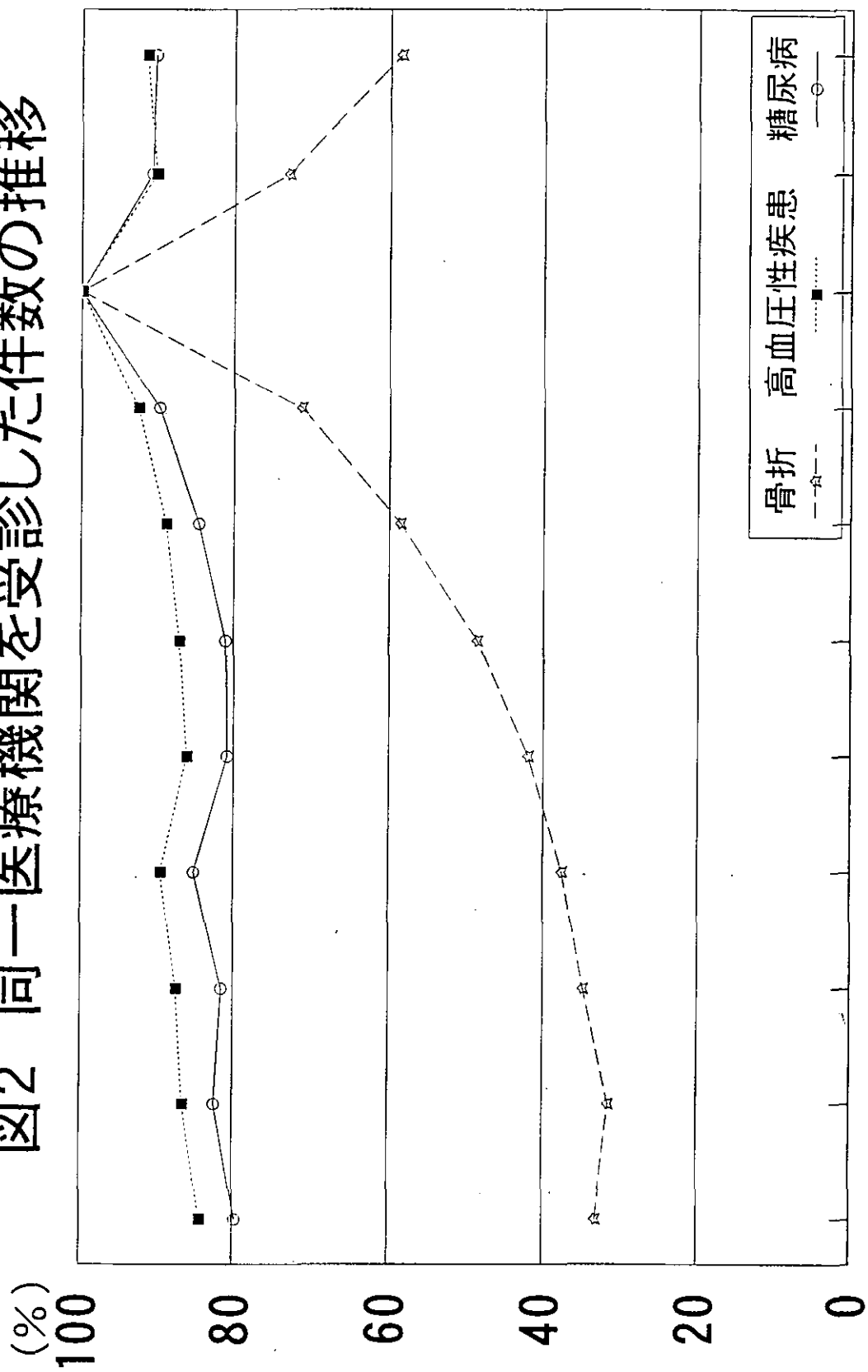
該当事項なし

図1 「骨折」受診者の性・年齢階級別分布



(注: 疾病名は平成15年5月診療分から判断した)

図2 同一医療機関を受診した件数の推移



09月 10月 11月 12月 01月 02月 03月 04月 05月 06月 07月
 平成14年 平成15年

(注: ●疾病名は平成15年5月診療分から判断した)

表1 「骨折」受診者の医療費分布

点数	件数	(%)
0-999	52	32.7%
1000-1999	45	28.3%
2000-2999	13	8.2%
3000-3999	13	8.2%
4000-4999	4	2.5%
5000-5999	2	1.3%
6000-9999	4	2.5%
10000-14999	5	3.1%
15000-19999	3	1.9%
20000-29999	3	1.9%
30000-39999	6	3.8%
40000-69999	6	3.8%
70000-	3	1.9%
総計	159	100.0%

(平成15年5月診療分の点数、ただし食事は除く)

表2 疾病毎の同一医療機関受診件数

平成14年 平成15年

	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月	04月	05月	06月	07月
糖尿病	937	969	959	1,002	951	953	995	1,057	1,176	1,069	1,063
高血圧性疾患	2,398	2,463	2,490	2,548	2,451	2,478	2,530	2,636	2,844	2,569	2,604
骨折	60	57	63	68	76	88	106	129	181	132	106

(注: 疾病名は平成15年5月診療分から判断した)

レセプトを用いた分析の現状と保険者特性

分担研究者 豊川智之（東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野 助手）

研究要旨

保険者における分析行動は、レセプト情報の利活用の現状やその可能性を検討する上で重要である。本年度は、国民健康保険と健康保険を対象に実施したレセプト情報の利活用に関する質問票を用いて、各保険者特性とレセプト分析との関連について検討した。多変量分析などを用いて保険者の背景を調節して分析した結果、レセプト情報を外部委託する保険者は、委託しない保険者に比べレセプト情報を分析していることが明らかになった。また、分析項目は業務や運営管理に関わる分析が主流であり、健康増進活動等へ二次利用する分析は比較的少なかった。健康保険と国民健康保険では分析項目に差があることや、北海道・東北、及び九州・沖縄地区の保険者はレセプト情報を分析している傾向があるなど、各保険者特性により分析が異なることが示された

はじめに

平成13年度報告では、レセプト情報を活用した調査研究の実態と動向について検討し、研究者のレセプト情報の入手方法や利活用する場合のプライバシー保護に関するガイドライン作成の重要性が示された。平成14年度報告では、保険者におけるレセプト情報管理・利活用の実態を検討し、1人当たり医療費、1人当たり件数や、疾患別医療費の分析、重複・多受診者及び高額医療費の分析、保健事業の効果分析などのほか、医療費の経年変化など事業運営や被保険者指導の参考資料を目的とした分析が行われていることが明らかになった。保険者における分析行動は、レセプト情報の利活用の現状やその可能性を検討する上で重要であるが、保険者特性と分析項目との関連については未検討であった。今年度は、多変量分析を用いて保険者の背景を調節し、各保険者特性とレセプト分析との関連について検討した。

方法

調査は調査票の郵送により実施した。調査期間は平成15年1月29日より平成15年2月28日までであった。調査対象は国民健康保険と健康保険の全保険者とした。国民健康保険の保険者は平成12

年度版日本の市区町村位置情報要覧（建設省国土地理院作成（財）日本地図センター複製発行）を参照し、平成12年4月1日時点における各市町村及び東京都23区の役所・役場内の国民健康保険担当部宛てに郵送した。健康保険の保険者は平成14年度健康保険組合連合会会員名簿（健康保険組合連合会発行）を参照し郵送した。国民健康保険は3195保険者（東京都以外の区は除いている）、健康保険1950保険者に郵送した。

回答の入力方法は、数値入力部分についてはベリファイ入力（同内容を2度入力し、その結果をデータ照合。その際、合致しなかった箇所のみ修正入力）に基づいて行い、自由記入入力等の文字入力部分は人間の目による校正をし、その修正入力した。

回収された調査票のうち本分析に用いる質問は、「貴保険者では、レセプトを用いてどのような分析を行っていますか」であった。選択される分析項目は、「1. 1人当り医療費、1人当り件数」、「2. 疾患別医療費の分析」、「3. 重複・多受診者の分析」、「4. 高額医療費の分析」、「5. 保健事業の効果分析」、「6. 医療費の経年変化」、「7. 被保険者指導の参考資料に使う」であり、複数回答が可能であった。また、「貴保険者では、今年度(平成14年度)においてレセプト情報の調査分析を外部機関に委託していますか」という質問に対して、「はい」と答えた保険者を「委託した保険者（委託有）」、「いいえ」と答えた保険者を「委託しない保険者(委託無)」とした。その他に、保険者特性として、加入者数(家族含む)、老人保健制度の加入率、保険の種類、所在地について尋ねた項目を分析に加えた。

統計分析は、委託の有無と保険者特性との関連について単相関を検討し、多重ロジスティックにより関連の強さを検討した。次に多重ロジスティック分析により、分析項目と保険者特性との関連について委託有無別に分析した。分析から多都道府県にまたがる保険者、委託に関する情報が欠損していた保険者は分析対象から除外した。統計・分析には統計パッケージSAS 8.02 releaseを用いた。

結果

郵送した5145保険者のうち2017保険者より回答があり、回答率は39.2%であった。

レセプト分析の外部委託の有無別に各保険者特性の割合を表1-1に示す。加入者数についてみると、委託した保険者、委託しなかった保険者とも1000人以上、1万人未満が6割を占めた。老人保健制度加入率についてみると、委託した保険者の中では、加入率30%以上の高齢の被保険者が多い保険者が多く49.4%をしめた。他方、委託しなかった保険者では10%未満と若い被保険者が多い保険者が多く40%を占めた。保険種別に見ると、委託した保険者では国民健康保険が89%占

めたが、委託しなかった保険者では国民健康保険(57.4%)と健康保険(42.6%)に差が小さかった。所在地については、委託している保険者では東海・甲信越・北陸(24.0%)が最も多く、委託していない保険者では、関東(28.2%)が最も多かった。

各保険者特性別にみた委託有無の割合とその関連のオッズ比を表1-2に示す。10万人以上の加入者がいる保険者では委託した割合が低く27%であった。それ以外の規模の保険者では40%ほどの保険者が委託していた。老人保健の加入率が高いと委託している傾向が見られた。保険の種類では健康保険に委託しない保険者が有意に多い(84%)ことが示された。所在地別に見ると、関東と近畿では委託しない保険者が60%を超えているが、その他の地域でも50%を越えていた。

レセプトを用いた分析を実施した保険者の特性について、分析項目別・外部委託有無別に検討した(表2-1~4)。全体の傾向を見ると、委託した保険者では保険者特性による差が見られず、委託していない保険者では保険者による差が多い傾向が見られた。委託していない保険者では、加入者数が多い、老人保健加入率が高い保険者においてオッズ比が1より低く、分析している傾向が見られた。

委託した保険者について分析項目別に見ると、「重複・多受診者の分析」(表2-2)において、老人保健加入率が30%以上の保険者(OR: 0.31)、と中国・四国の保険者(OR: 0.33)で分析している傾向が見られた。健康保険では国民健康保険より分析していない傾向(OR: 3.99)が示された。「保健事業の効果分析」(表2-3)では、健康保険(OR: 0.37)と九州・沖縄(OR: 0.46)の保険者で分析している傾向が見られた。「医療費の経年変化」(表2-3)については、10万人以上の加入者がいる保険者(OR: 0.27)で分析している傾向が見られた。「被保険者指導の参考資料に用いる」(表2-4)と答えた保険者は、北海道・東北(OR: 0.35)、九州・沖縄(OR: 0.32)に多い傾向が見られた。

委託していない保険者について分析項目別に見ると、「一人当たりの医療費、一人当たり件数」(表2-1)については、1万人以上10万人未満(OR: 0.49)、10万人以上(OR: 0.23)の保険者が分析している傾向が見られた。老人保健加入率が10%以上30%未満(OR: 0.75)、及び30%以上(OR: 0.48)の保険者で分析している傾向が見られた。国民健康保険より健康保険(OR: 0.17)に分析する傾向が見られた。所在地別に見ると、関東地区以外の保険者では分析している傾向が見られた。「疾患別医療費の分析」(表2-1)は、1万人以上10万人未満(OR: 0.43)、10万人以上(OR: 0.30)の保険者が分析をしている傾向が見られた。所在地別に見ると、東海・甲信越・北陸(OR: 0.69)、九州・沖縄(OR: 0.54)の保険者では分析している傾向が見られた。「重複・多受診者の分析」(表2-2)は、加入者数では差が見られず、老人保健加入率の高い保険者で分析している傾向が見られた。北海道・東北(OR: 0.58)、九州・沖縄(OR: 0.59)では分析している傾向が見られ、近畿(OR: 1.57)では分析していない傾向が見られた。「高額医療費の分析」(表2-2)は、健康保険(OR: 0.46)と、北海道・東北地域(OR: 0.65)で分析している傾向が見られた。「保健事業の効果分析」(表2-3)は、北海道・

東北(OR: 0.29)、九州・沖縄(OR: 0.53)の保険者で実施されている傾向が見られた。「医療費の経年変化」(表2-3)については、加入者数と老人保健加入率が増加するにつれて分析する傾向が見られた。健康保険で分析している傾向が見られた。所在地については差が見られなかった。「被保険者指導の参考資料として使う」(表2-4)という項目については、九州・沖縄(OR: 0.34)の保険者は使い、近畿(OR: 1.58)の保険者は使わないと回答する傾向が見られた。

考察

委託している保険者は、委託していない保険者に比べて分析している割合が高かった。保険者が外部委託することは、レセプト情報の利活用に結びついているといえる。また委託している保険者では、分析の有無と保険者特性との間に見られた関連は少なく、その特性にかかわらず同様の分析していた。外部委託により一定の分析を行われており、これらの保険者では問題分析意識が共通していると推測される。しかし画一的な業務上の分析に終始してしまっているとも考えられる。他方、委託していない保険者では、加入者数が多い保険者や、健康保険、北海道・東北、九州・沖縄の保険者では多くの項目で分析している傾向が見られた。委託無しで独自分析する能力がある保険者か、もしくは外部委託に対して環境・体制上の制約があり独自で分析を進めている保険者であると考えられる。独自に分析可能な保険者が存在し、委託により多様な分析が実施可能であることから、レセプト情報の有効性が広く認知され、その利活用に関する環境を整えば、現在レセプト分析を行っていない保険者でも、レセプト分析が普及する素地があると考えられる。

レセプト分析の外部委託の有無について検討した結果(表1)、各保険者特性のうち健康保険は外部委託していないことが示された。しかし分析項目との関連を見ると、健康保険は国民健康保険に比べ分析している傾向が示されており、委託無しで独自で分析していることが考えられる。また、健康保険は、委託の有無にかかわらず国民健康保険よりも分析している傾向が見られた。このことから健康保険はレセプト情報を利活用する意識が高いことが考えられる。しかし「重複・多受診者の分析」では国民健康保険が健康保険より分析している傾向が見られた。保険者の規模や地域にかかわらず、重複受診や多受診が国民健康保険で強く問題視されていることが考えられる。特に分析を外部委託している国民健康保険ではその傾向が強かった。

今回調査したレセプト情報の利活用は、業務や運営管理に関わる分析項目と、レセプト情報を二次利用し健康増進活動への応用する分析項目に分けられる。前者に関する分析項目のうち、「一人当たりの医療費、一人当たりの件数」、「疾患別医療費の分析」については加入者数が多い保険者で分析している傾向が見られた。加入者数に伴い事業規模が比例し、これらの項目の分析が運営上において重要になるためと考えられる。後者に関する分析項目として、「保健事業の効果分析」、「被保険者指導の参考資料として用いる」がある。これらの項目は、他の項目に比べて分

析・利活用されていないが、レセプト情報の健康情報としての有用性を考えると、他の項目と同レベルまで高め資源を有効活用されることが望まれる。

「保健事業の効果分析」は、加入者数が多い、健保、北海道・東北、九州・沖縄、の保険者で分析されている傾向が示された。他方、「被保険者指導の参考資料として用いる」については、委託に関わらず九州・沖縄の保険者で利活用されている傾向が見られたが、分析委託している近畿地区の保険者では利活用されていない傾向が示された。北海道・東北、及び九州・沖縄地区の保険者は業務に関わる項目でもレセプト情報を利活用している傾向が示されており、レセプト情報への関心には地域性があることが示された。

まとめ

レセプト情報を外部委託する保険者は、委託しない保険者に比べレセプト情報を分析している。分析項目は業務や運営管理に関わる分析が主流であり、健康増進活動等へ二次利用する分析は比較的少なかった。健康保険と国民健康保険では分析項目に差があることや、北海道・東北、及び九州・沖縄地区の保険者はレセプト情報を分析している傾向があるなど、各保険者特性により分析が異なることが示された

表1-1 レセプト分析委託の有無と保険者特性との関連 カッコ内は%

保険者特性	委託	未委託
加入者数		
1000人未満	62 (7.7)	100 (8.3)
1万人未満	517 (64.3)	754 (62.9)
10万人未満	210 (26.1)	309 (25.8)
10万人以上	15 (1.9)	36 (3.0)
老人保健制度加入率		
30%以上	394 (49.4)	345 (29.2)
10%以上30%未満	315 (7.3)	364 (6.8)
10%未満	89 (11.2)	472 (40.0)
保険種		
国民健康保険	712 (88.7)	683 (57.4)
健康保険	91 (11.3)	506 (42.6)
所在地		
北海道・東北	127 (15.9)	170 (14.3)
関東	158 (19.7)	336 (28.2)
東海・甲信越・北陸	192 (24.0)	262 (22.0)
近畿	95 (11.9)	160 (13.5)
中国・四国	109 (13.6)	129 (10.8)
九州・沖縄	120 (15.0)	133 (11.2)

表1-2 レセプト分析委託の有無と保険者特性との関連 カッコ内は%

保険者特性	総数	委託	未委託	OR (95% CI)
加入者数	1000人未満	162 (38.3)	(61.7)	1.00
	1万人未満	1271 (40.7)	(59.3)	1.10 (0.76, 1.59)
	10万人未満	519 (40.5)	(59.5)	1.08 (0.72, 1.62)
	10万人以上	41 (26.8)	(73.2)	0.57 (0.28, 1.18)
老人保健加入率	10%未満	103 (17.5)	(82.5)	1.00
	10%以上30%未満	541 (47.5)	(52.5)	1.09 (0.56, 2.14)
	30%以上	739 (53.3)	(46.7)	1.34 (0.67, 2.69)
保険種	国民健康保険	1395 (51.0)	(49.0)	1.00
	健康保険	511 (16.4)	(83.6)	0.19 (0.10, 0.37)
所在地	北海道・東北	297 (42.8)	(57.2)	0.75 (0.53, 1.04)
	関東	494 (32.0)	(68.0)	1.00
	東海・甲信越・北陸	454 (42.3)	(57.7)	1.01 (0.75, 1.37)
	近畿	255 (37.3)	(62.8)	1.01 (0.71, 1.43)
	中国・四国	238 (45.8)	(54.2)	0.88 (0.60, 1.27)
	九州・沖縄	253 (47.4)	(52.6)	0.90 (0.63, 1.27)

表2-1 分析項目別、レセプト分析委託の有無と保険者特性との関連

カッコ内は%

分析項目 保険者特性	委託している			委託していない		
	N	(分析)	(未分析) OR <95% CI>	N	(分析)	(未分析) OR <95% CI>
一人当たりの医療費、一人当たり件数						
加入者数 1000人未満	62	(83.9)	(16.1) 1.00	100	(62.0)	(38.0) 1.00
1万人未満	517	(86.7)	(13.3) 0.78 <0.37, 1.63>	754	(64.1)	(35.9) 0.84 <0.53, 1.32>
10万人未満	210	(83.3)	(16.7) 0.88 <0.40, 1.97>	309	(69.9)	(30.1) 0.49 <0.29, 0.81>
10万人以上	15	(86.7)	(13.3) 0.71 <0.14, 3.77>	36	(77.8)	(22.2) 0.23 <0.09, 0.58>
老人保健 10%未満	89	(80.9)	(19.1) 1.00	472	(77.5)	(22.5) 1.00
加入率 10%以上30%未満	315	(84.4)	(15.6) 0.44 <0.12, 1.65>	364	(55.2)	(44.8) 0.75 <0.33, 1.67>
30%以上	352	(97.7)	(2.3) 0.41 <0.10, 1.58>	250	(86.0)	(14.0) 0.48 <0.20, 1.12>
保険種 国民健康保険	712	(85.8)	(14.2) 1.00	683	(57.1)	(42.9) 1.00
健康保険	92	(82.6)	(17.4) 0.43 <0.11, 1.68>	498	(78.5)	(21.5) 0.17 <0.08, 0.39>
所在地 北海道・東北	127	(87.4)	(12.6) 0.74 <0.36, 1.52>	170	(68.8)	(31.2) 0.38 <0.24, 0.60>
関東	158	(82.9)	(17.1) 1.00	336	(62.5)	(37.5) 1.00
東海・甲信越・北陸	192	(82.8)	(17.2) 1.04 <0.57, 1.91>	262	(66.8)	(33.2) 0.61 <0.42, 0.89>
近畿	95	(88.4)	(11.6) 0.65 <0.30, 1.41>	160	(68.1)	(31.9) 0.68 <0.44, 1.03>
中国・四国	109	(92.7)	(7.3) 0.42 <0.17, 1.06>	129	(68.2)	(31.8) 0.51 <0.31, 0.82>
九州・沖縄	120	(84.2)	(15.8) 0.97 <0.48, 1.95>	133	(62.4)	(37.6) 0.50 <0.31, 0.80>
疾患別医療費の分析						
加入者数 1000人未満	62	(71.0)	(29.0) 1.00	100	(30.0)	(70.0) 1.00
1万人未満	517	(77.8)	(22.2) 0.72 <0.39, 1.32>	754	(38.5)	(61.5) 0.67 <0.42, 1.06>
10万人未満	210	(79.0)	(21.0) 0.58 <0.29, 1.16>	309	(45.6)	(54.4) 0.43 <0.26, 0.70>
10万人以上	15	(93.3)	(6.7) 0.16 <0.02, 1.31>	36	(50.0)	(50.0) 0.30 <0.13, 0.67>
老人保健 10%未満	89	(59.6)	(40.4) 0.50 <0.17, 1.46>	472	(44.1)	(55.9) 1.00
加入率 10%以上30%未満	315	(80.3)	(19.7) 1.00	364	(34.9)	(65.1) 1.38 <0.70, 2.75>
30%以上	328	(96.6)	(3.4) 0.47 <0.15, 1.46>	192	(72.4)	(27.6) 0.97 <0.46, 2.03>
保険種 市町村国保	712	(80.1)	(19.9) 1.00	683	(37.2)	(62.8) 1.00
単一・総合健保組合	88	(62.5)	(37.5) 1.07 <0.36, 3.18>	467	(46.9)	(53.1) 0.74 <0.37, 1.49>
所在地 北海道・東北	127	(85.8)	(14.2) 0.43 <0.23, 0.83>	170	(42.4)	(57.6) 0.62 <0.41, 0.93>
関東	158	(67.7)	(32.3) 0.65 <0.38, 1.12>	336	(37.2)	(62.8) 1.00
東海・甲信越・北陸	192	(79.2)	(20.8) 1.00	262	(42.0)	(58.0) 0.69 <0.48, 0.97>
近畿	95	(83.2)	(16.8) 0.46 <0.24, 0.88>	160	(36.9)	(63.1) 0.95 <0.64, 1.42>
中国・四国	109	(76.1)	(23.9) 0.85 <0.43, 1.65>	129	(38.0)	(62.0) 0.80 <0.51, 1.26>
九州・沖縄	120	(80.8)	(19.2) 0.63 <0.34, 1.18>	133	(44.4)	(55.6) 0.54 <0.35, 0.84>

表2-2 分析項目別、レセプト分析委託の有無と保険者特性との関連

カッコ内は%

分析項目 保険者特性	委託している				委託していない				
	N	(分析)	(未分析)	OR <95% CI>	N	(分析)	(未分析)	OR <95% CI>	
重複・多受診者の分析									
加入者数	1000人未満	62	(83.9)	(16.1)	1.00	100	(46.0)	(54.0)	1.00
	1万人未満	517	(84.1)	(15.9)	1.39 <0.60, 3.22>	754	(44.3)	(55.7)	1.15 <0.74, 1.80>
	10万人未満	210	(80.5)	(19.5)	1.41 <0.57, 3.49>	309	(42.7)	(57.3)	1.07 <0.66, 1.75>
	10万人以上	15	(80.0)	(20.0)	1.63 <0.33, 8.10>	36	(47.2)	(52.8)	0.87 <0.39, 1.96>
老人保健 加入率	10%未満	89	(40.4)	(59.6)	1.00	472	(29.4)	(70.6)	1.00
	10%以上30%未満	315	(84.1)	(15.9)	0.45 <0.16, 1.30>	364	(50.0)	(50.0)	0.66 <0.34, 1.30>
保険種	30%以上	372	(97.0)	(3.0)	0.31 <0.10, 0.98>	251	(80.1)	(19.9)	0.53 <0.26, 1.10>
	国民健康保険	712	(88.5)	(11.5)	1.00	683	(54.9)	(45.1)	1.00
所在地	健康保険	88	(42.0)	(58.0)	3.99 <1.37, 11.6>	457	(32.6)	(67.4)	1.48 <0.75, 2.93>
	北海道・東北	127	(87.4)	(12.6)	0.61 <0.30, 1.22>	170	(58.2)	(41.8)	0.58 <0.38, 0.88>
所在地	関東	158	(67.1)	(32.9)	1.00	336	(35.1)	(64.9)	1.00
	東海・甲信越・北陸	192	(84.4)	(15.6)	0.64 <0.36, 1.16>	262	(44.7)	(55.3)	0.83 <0.58, 1.18>
	近畿	95	(82.1)	(17.9)	0.51 <0.25, 1.03>	160	(28.8)	(71.3)	1.57 <1.03, 2.40>
	中国・四国	109	(94.5)	(5.5)	0.33 <0.12, 0.89>	129	(51.9)	(48.1)	0.75 <0.48, 1.18>
	九州・沖縄	120	(89.2)	(10.8)	0.54 <0.25, 1.13>	133	(58.6)	(41.4)	0.59 <0.38, 0.91>
高額医療費の分析									
加入者数	1000人未満	62	(54.8)	(45.2)	1.00	100	(40.0)	(60.0)	1.00
	1万人未満	517	(60.2)	(39.8)	0.75 <0.44, 1.29>	754	(37.7)	(62.3)	1.06 <0.69, 1.64>
	10万人未満	210	(46.7)	(53.3)	1.16 <0.64, 2.10>	309	(28.8)	(71.2)	1.43 <0.88, 2.32>
	10万人以上	15	(46.7)	(53.3)	1.13 <0.36, 3.58>	36	(33.3)	(66.7)	0.96 <0.42, 2.20>
老人保健 加入率	10%未満	89	(53.9)	(46.1)	1.00	472	(41.9)	(58.1)	1.00
	10%以上30%未満	315	(51.7)	(48.3)	1.10 <0.40, 3.06>	364	(28.0)	(72.0)	0.96 <0.49, 1.87>
保険種	30%以上	257	(91.8)	(8.2)	0.92 <0.32, 2.66>	177	(67.8)	(32.2)	0.71 <0.34, 1.44>
	市町村国保	712	(56.2)	(43.8)	1.00	683	(30.6)	(69.4)	1.00
所在地	単一・総合健保組合	90	(54.4)	(45.6)	1.02 <0.37, 2.83>	461	(45.6)	(54.4)	0.46 <0.23, 0.91>
	北海道・東北	127	(56.7)	(43.3)	0.84 <0.50, 1.39>	170	(37.1)	(62.9)	0.65 <0.43, <1.00>
所在地	関東	158	(48.1)	(51.9)	1.00	336	(32.7)	(67.3)	1.00
	東海・甲信越・北陸	192	(58.3)	(41.7)	0.77 <0.49, 1.22>	262	(38.2)	(61.8)	0.74 <0.52, 1.06>
	近畿	95	(56.8)	(43.2)	0.79 <0.46, 1.35>	160	(35.0)	(65.0)	0.86 <0.57, 1.29>
	中国・四国	109	(60.6)	(39.4)	0.78 <0.44, 1.40>	129	(36.4)	(63.6)	0.82 <0.52, 1.30>
	九州・沖縄	120	(56.7)	(43.3)	0.82 <0.49, 1.38>	133	(32.3)	(67.7)	0.79 <0.50, 1.26>

表2-3 分析項目別、レセプト分析委託の有無と保険者特性との関連

カッコ内は%

分析項目 保険者特性	委託している			委託していない		
	N	(分析)	(未分析) OR <95% CI>	N	(分析)	(未分析) OR <95% CI>
保健事業の効果分析						
加入者数 1000人未満	62	(19.4)	(80.6) 1.00	100	(8.0)	(92.0) 1.00
1万人未満	517	(20.5)	(79.5) 0.84 <0.42, 1.68>	754	(13.7)	(86.3) 0.55 <0.26, 1.17>
10万人未満	210	(13.3)	(86.7) 1.28 <0.58, 2.81>	309	(13.6)	(86.4) 0.47 <0.21, 1.06>
10万人以上	15	(33.3)	(66.7) 0.36 <0.10, 1.30>	36	(16.7)	(83.3) 0.32 <0.10, 1.03>
老人保健 10%未満	89	(14.6)	(85.4) 1.00	472	(15.7)	(84.3) 1.00
加入率 10%以上30%未満	315	(17.1)	(82.9) 0.37 <0.09, 1.60>	364	(10.7)	(89.3) 1.08 <0.42, 2.80>
30%以上	127	(65.4)	(34.6) 0.30 <0.07, 1.36>	118	(39.0)	(61.0) 0.78 <0.28, 2.21>
保険種 国民健康保険	712	(19.2)	(80.8) 1.00	683	(11.7)	(88.3) 1.00
健康保険	89	(16.9)	(83.1) 0.37 <0.09, 1.54>	447	(17.2)	(82.8) 0.53 <0.20, 1.42>
所在地 北海道・東北	127	(18.1)	(81.9) 0.77 <0.38, 1.56>	170	(15.3)	(84.7) 0.53 <0.29, 0.95>
関東	158	(12.7)	(87.3) 1.00	336	(11.0)	(89.0) 1.00
東海・甲信越・北陸	192	(21.4)	(78.6) 0.62 <0.33, 1.18>	262	(11.1)	(88.9) 0.87 <0.51, 1.48>
近畿	95	(21.1)	(78.9) 0.59 <0.29, 1.21>	160	(15.0)	(85.0) 0.66 <0.38, 1.15>
中国・四国	109	(14.7)	(85.3) 1.07 <0.48, 2.39>	129	(16.3)	(83.7) 0.54 <0.29, 1.01>
九州・沖縄	120	(26.7)	(73.3) 0.46 <0.23, 0.91>	133	(15.0)	(85.0) 0.53 <0.28, 0.99>
医療費の経年変化						
加入者数 1000人未満	62	(43.5)	(56.5) 1.00	100	(27.0)	(73.0) 1.00
1万人未満	517	(48.2)	(51.8) 0.83 <0.48, 1.43>	754	(35.4)	(64.6) 0.61 <0.37, 0.98>
10万人未満	210	(48.1)	(51.9) 0.80 <0.44, 1.46>	309	(44.0)	(56.0) 0.39 <0.29, 0.65>
10万人以上	15	(73.3)	(26.7) 0.27 <0.08, 0.96>	36	(52.8)	(47.2) 0.21 <0.09, 0.48>
老人保健 10%未満	89	(46.1)	(53.9) 1.00	472	(50.8)	(49.2) 1.00
加入率 10%以上30%未満	315	(47.3)	(52.7) 0.99 <0.36, 2.75>	364	(30.2)	(69.8) 0.73 <0.37, 1.45>
30%以上	227	(85.9)	(14.1) 0.92 <0.32, 2.64>	146	(67.1)	(32.9) 0.64 <0.30, 1.35>
保険種 国民保険	712	(48.7)	(51.3) 1.00	683	(27.7)	(72.3) 1.00
健康保険	88	(47.7)	(52.3) <1.00 <0.36, 2.77>	479	(53.2)	(46.8) 0.22 <0.11, 0.45>
所在地 北海道・東北	127	(48.8)	(51.2) 0.95 <0.57, 1.58>	170	(34.7)	(65.3) 0.74 <0.48, 1.13>
関東	158	(46.8)	(53.2) 1.14 <0.72, 1.81>	336	(42.9)	(57.1) 0.82 <0.57, 1.17>
東海・甲信越・北陸	192	(44.3)	(55.7) 1.00	262	(39.7)	(60.3) 1.00
近畿	95	(52.6)	(47.4) 0.81 <0.48, 1.37>	160	(33.1)	(66.9) 1.39 <0.92, 2.10>
中国・四国	109	(52.3)	(47.7) 0.83 <0.47, 1.46>	129	(34.9)	(65.1) 0.87 <0.55, 1.39>
九州・沖縄	120	(49.2)	(50.8) 0.96 <0.57, 1.61>	133	(30.1)	(69.9) 0.94 <0.59, 1.51>

表2-4 分析項目別、レセプト分析委託の有無と保険者特性との関連

カッコ内は%

分析項目 保険者特性	委託している			委託していない					
	N (分析)	(未分析)	OR <95% CI >	N (分析)	(未分析)	OR <95% CI >			
被保険者指導の参考資料に使う									
加入者数	1000人未満	62	(38.7)	(61.3)	1.00	100	(34.0)	(66.0)	1.00
	1万人未満	517	(45.3)	(54.7)	0.82 <0.46, 1.44>	754	(33.0)	(67.0)	1.04 <0.66, 1.65>
	10万人未満	210	(37.6)	(62.4)	0.98 <0.52, 1.82>	309	(33.3)	(66.7)	0.88 <0.53, 1.45>
	10万人以上	15	(53.3)	(46.7)	0.52 <0.16, 1.72>	36	(27.8)	(72.2)	0.99 <0.41, 2.38>
老人保健	10%未満	89	(29.2)	(70.8)	1.00	472	(29.4)	(70.6)	1.00
加入率	10%以上30%未満	315	(42.2)	(57.8)	1.21 <0.40, 3.67>	364	(30.2)	(69.8)	0.92 <0.45, 1.87>
	30%以上	218	(84.4)	(15.6)	1.22 <0.39, 3.83>	202	(71.3)	(28.7)	0.56 <0.26, 1.20>
保険種	国民健康保険	712	(44.9)	(55.1)	1.00	683	(36.2)	(63.8)	1.00
	健康保険	86	(30.2)	(69.8)	1.74 <0.57, 5.33>	464	(31.7)	(68.3)	0.78 <0.38, 1.60>
所在地	北海道・東北	127	(58.3)	(41.7)	0.35 <0.21, 0.60>	170	(34.7)	(65.3)	0.81 <0.52, 1.24>
	関東	158	(30.4)	(69.6)	1.00	336	(28.6)	(71.4)	1.00
	東海・甲信越・北陸	192	(38.5)	(61.5)	0.76 <0.47, 1.24>	262	(30.5)	(69.5)	0.98 <0.68, 1.41>
	近畿	95	(30.5)	(69.5)	1.04 <0.59, 1.84>	160	(20.6)	(79.4)	1.58 <1.01, 2.50>
	中国・四国	109	(43.1)	(56.9)	0.65 <0.36, 1.16>	129	(40.3)	(59.7)	0.69 <0.43, 1.08>
	九州・沖縄	120	(60.0)	(40.0)	0.32 <0.18, 0.55>	133	(55.6)	(44.4)	0.34 <0.22, 0.53>

V. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル	発表誌名	巻号	頁	出版年
小林廉毅	レセプト情報の利活用および個人情報の保護	日本医事新報	4084号	100-101	2002年
小林廉毅	レセプト情報を用いた調査分析と個人情報保護	国民健康保険	3月号	8-13	2003年
岡本悦司	保健医療技術評価へのレセプト情報の活用	公衆衛生	66巻12号	886-887	2002年
Okamoto E	Reduction of influenza-related outpatient visits among community dwelling elderly who received influenza vaccination	薬剤疫学誌	8巻2号	55-60	2003年
岡本悦司 畑 栄一	レセプト傷病分析の原理とシミュレーションによる妥当性の検討	日本公衆衛生雑誌	50巻12号	1135-1142	2003年
岡本悦司 田原康玄	レセプト全傷病分析による町村間ならびに月間変動の分析	厚生 の 指 標	50巻11号	14-20	2003年
岡本悦司	公衆衛生研究における疫学研究倫理指針の適用	日本公衆衛生雑誌	50巻11号	1079-1089	2003年