

の動向を把握するためには、きわめて有用なデータである。

年度を 1995～1998 年度、1999～2001 年度、および 2002～2004 年度の 3 つに分けて月別の腸管感染症発生割合を観察したが、3 群ともにきわめて類似した分布であった。また、年齢階級別罹患率においても、増齢とともに罹患率が上昇する傾向は分析した 10 年間一貫して見られており、レセプトデータは、疫学分析には十分耐えられるものであると考えられた。

年齢階級別腸管感染症罹患率をみると、腸管感染症の罹患率は増齢とともに低下していた。谷原は国保の分析を実施し、増齢とともにレセプトに記載される傷病名が多くなるため、腸管感染症の罹患者数が 30 歳代で 28%、40～50 歳代で約 50%過小評価されることを観察している。年齢が高い層ほど罹患率が過小評価されていることを考慮しても、依然として、増齢とともに罹患率が低下することには変わりないと推測された。若年層で罹患率が高い理由として、一つには、年齢が高くなるにしたがい、細菌やウイルスに対して免疫を獲得しているためと考えられる。二つには、実際には年齢による罹患率の違いはないが、同じ症状であっても、若い人ほど医療機関を受診する傾向が強く、見かけ上罹患率が高くなった可能性が考えられる。

1995 年度～2004 年度の 10 年間における腸管感染症罹患率をみると、罹患率は、全体でこの 10 年間に 1.7 倍に上昇している。この罹患率の上昇は 20 歳代に顕著であった。わが国には腸管感染症罹患率の年次推移について観察したデータはない。腸管感染症である感染性胃腸炎のサーベイランスが実施されているが、定点観測であり、罹患率は算出できない。本研究により観察された腸管感染症罹患率の動向が、実際の罹患率の推移を示しているのか、あるいは、最近、大腸菌 0157 やノロウイルスへの関心が高まり医療機関を受診する人が増加したことにより、見かけ上罹患率が増加したのか、今後

更に、信頼性の高いサーベイランスを行い確認する必要がある。

月別腸管感染症の発病パターンは、年次別にも男女間でもほとんど変わらず、冬季に高い山と夏季に低い山のある 2 峰を示した。細菌性食中毒は夏季に多く、ノロウイルスやロタウイルスなどのウイルス感染は冬季に多発するため、このような 2 峰性の分布をしたものと考えられた。また、冬季にはインフルエンザや風邪を起こすウイルス感染などにより下痢、嘔吐を伴った症例もかなり含まれていることも影響していると考えられた。

本研究では、レセプトの主傷病名を基にコーディングしたデータを分析した。谷原はすでに述べたごとく、主傷病名以外の病名についても入力し検討した結果、腸管感染症の罹患者数が 30 歳代で 28%、40～50 歳代で約 50%過小評価されることを観察している。また、2003 年 10 月～2005 年 9 月の 2 年間における主傷病名が腸管感染症であるレセプトを点検し、その傷病名と治療行為から、その 47%は誤分類で、腸管感染症であるとは考えられなかった。この谷原の結果とレセプト点検の結果を当てはめて、腸管感染症の罹患率を算出すると、2004 年度における腸管感染症罹患率は 5.5～6.5%と推計された。また、この推計された罹患率を基に、腸管感染症医療費を計算すると、2003 年 9 月～2005 年 10 月における入院外総医療費に占める腸管感染症医療費の割合は 0.69～0.82%と推計された。

E. 結 論

健康保険組合の被保険者本人のレセプトデータを分析した結果、腸管感染症罹患率は経年的に次第に上昇する傾向がみられた。2004 年度における腸管感染症罹患率は 5.5～6.5%、また、2003 年 9 月～2005 年 10 月における入院外総医療費に占める腸管感染症医療費の割合は 0.69～0.82%と推計された。

[参考文献]

谷原真一. 食品に起因する感染症の動向. 公衆衛生 2004; 68: 811-814.

谷原真一, 他. 食中毒事件あたり患者数の年次推移に関する一考察. 厚生指標 2003; 50 (6) : 32-35.

Herikstad H, et al. A population-based estimate of the burden of diarrhoeal illness in the United States: FoodNet, 1996-7. Epidemiol Infect 2002; 129: 9-17.

Samuel MC, et al. Epidemiology of sporadic *Campylobacter* infection in the United States and declining trend in incidence, FoodNet 1996-1999. Clin Infect Dis 2004; 38 (Suppl 3) : S163-S174.

谷原真一. 厚生労働科学研究費補助金(新興・再興感染症研究事業)平成16~17年度総合研究報告書. わが国における飲食に起因する経口感染症の被害推計の精密化に関する研究. 2006.

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

表1 年次別・年齢階級別腸管感染症罹患率(男女)

年齢階級	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
20-29歳	5.2	6.5	5.9	8.3	9.1	10.1	10.5	10.9	12.2	12.1
30-39歳	5.0	6.0	6.2	6.7	7.2	7.2	7.2	8.3	8.0	8.7
40-49歳	3.5	3.6	4.1	3.8	5.2	3.6	3.6	3.8	4.1	6.1
50-59歳	1.9	1.5	2.9	2.5	4.1	3.4	2.1	3.3	3.5	3.8
全体	4.0	4.6	4.9	5.4	6.5	6.1	5.8	6.5	6.9	7.6

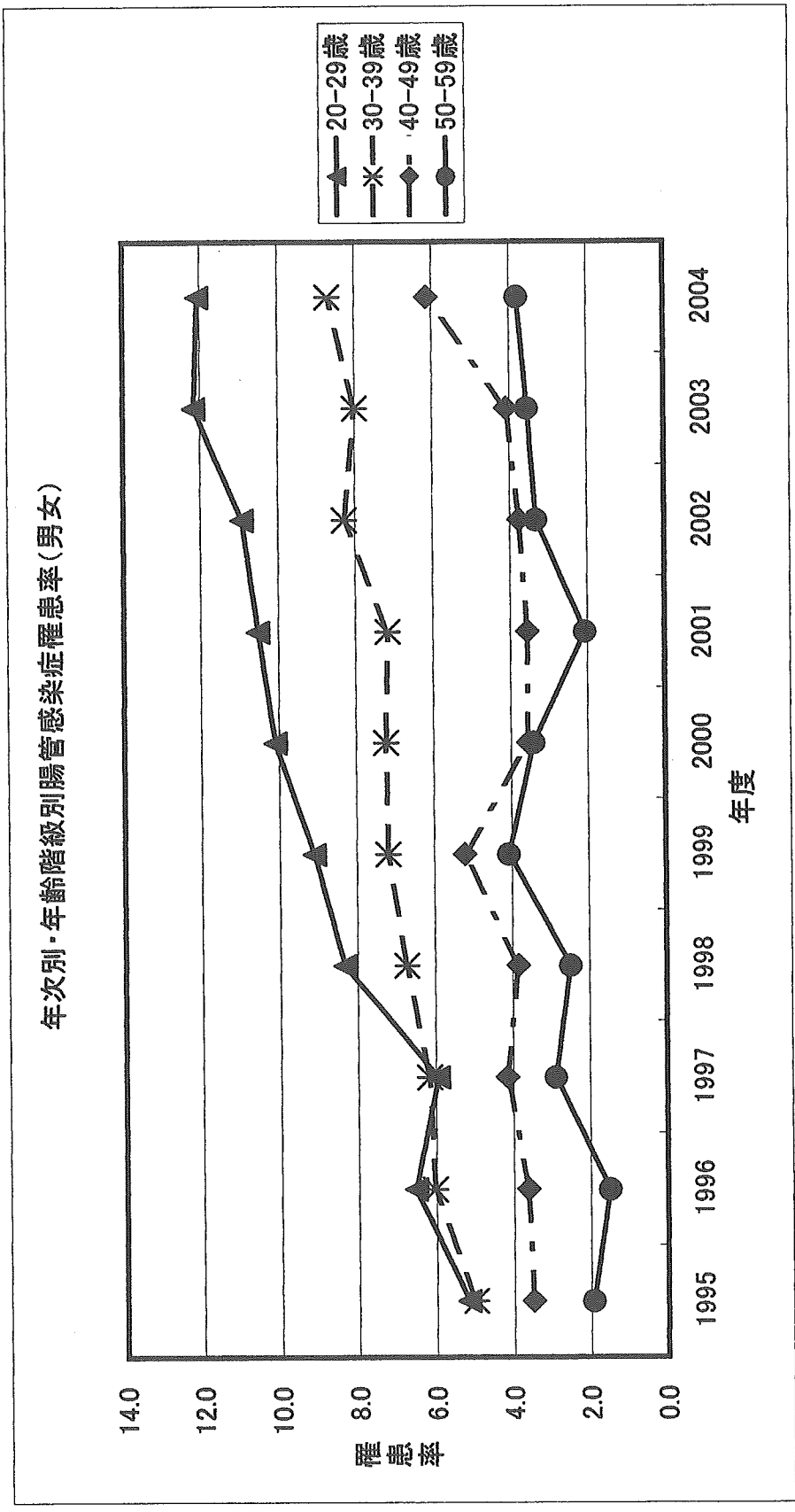


表2 年次別・年齢階級別腸管感染症罹患率(男)

年齢階級	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
20-29歳	6.5	7.1	6.8	8.4	8.3	10.3	12.2	9.7	11.0	12.4
30-39歳	5.3	6.4	6.5	6.9	7.3	6.7	6.9	7.9	7.1	8.1
40-49歳	3.1	3.5	4.0	3.7	5.0	3.0	3.4	3.5	3.9	6.1
50-59歳	2.0	1.7	3.6	2.8	4.3	3.2	2.3	2.9	3.4	3.0
全体	4.2	4.7	5.2	5.2	6.1	5.4	5.7	5.6	5.9	6.9

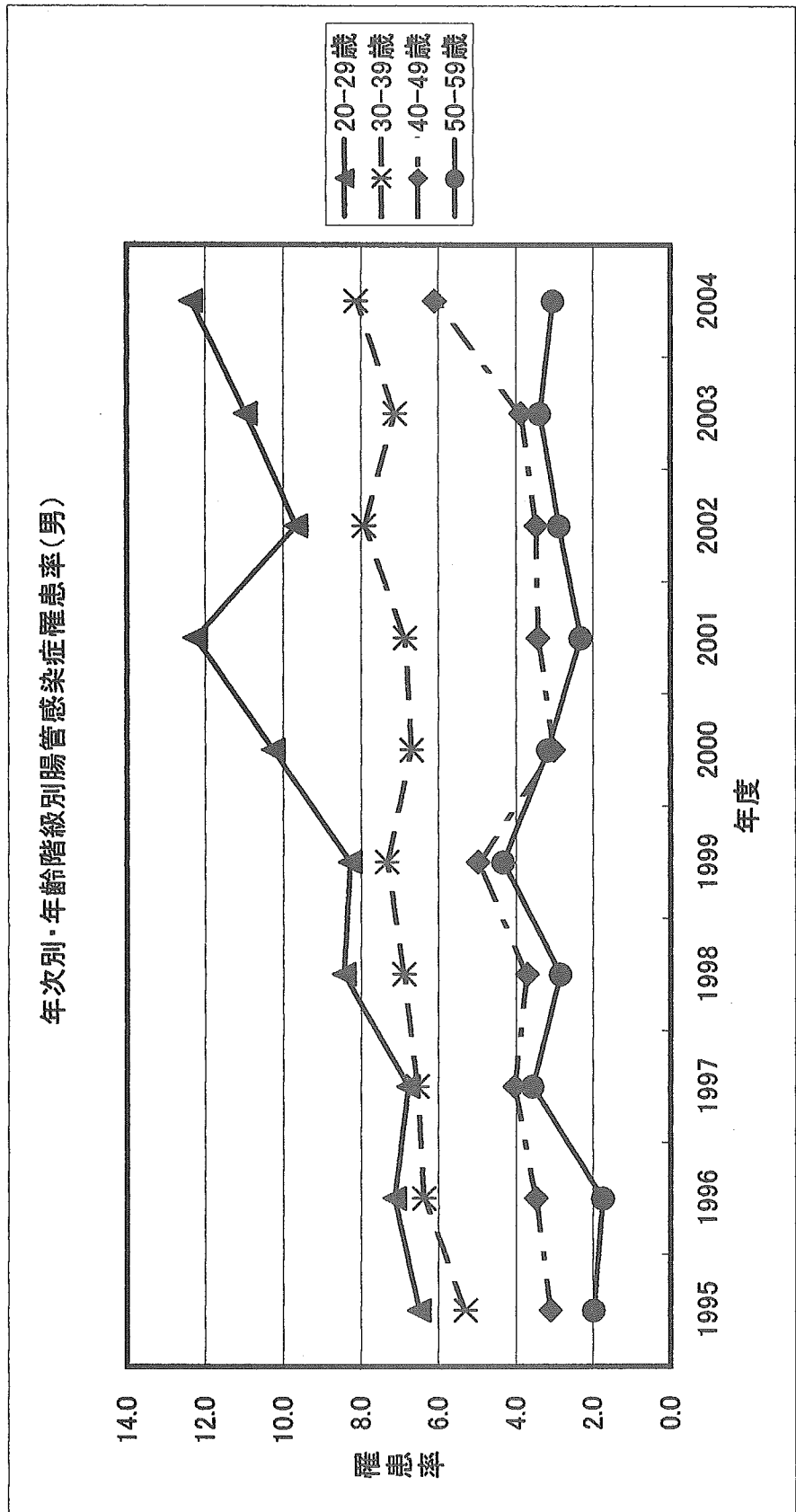


表3 年次別・年齢階級別腸管感染症罹患率(女)

年齢階級	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
20-29歳	4.1	6.0	5.2	8.2	9.9	10.0	8.8	12.2	13.3	11.7
30-39歳	4.0	5.0	5.0	6.3	6.8	8.7	7.9	9.2	10.1	10.0
40-49歳	4.4	3.9	4.4	4.1	5.7	4.8	3.8	4.4	4.5	6.2
50-59歳	1.8	0.9	1.3	1.6	3.4	3.9	1.4	4.4	3.9	5.8
全体	3.8	4.6	4.4	5.7	7.2	7.3	6.0	8.2	8.8	8.8

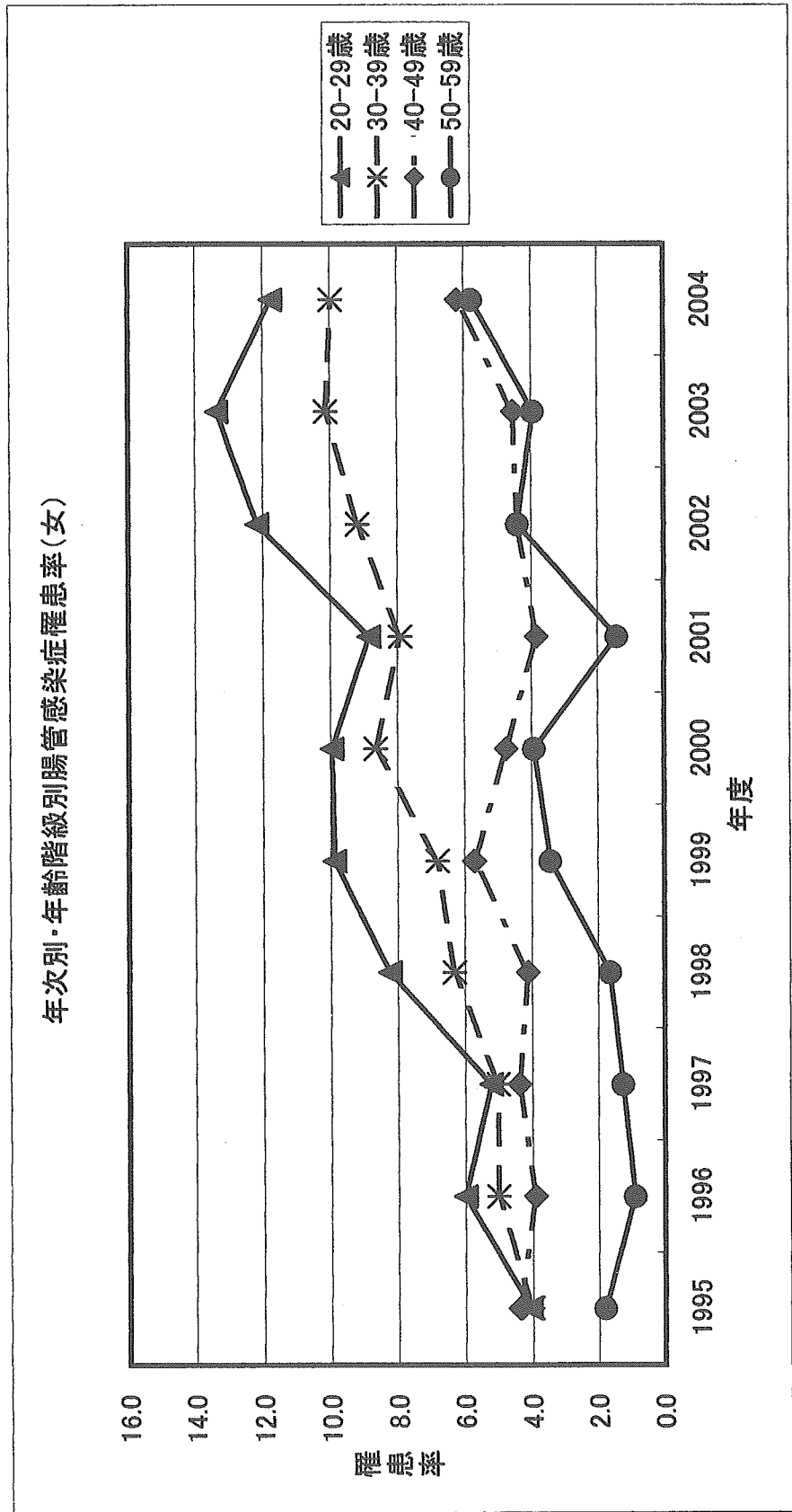


図1 月別の腸管感染症発生割合(男女)

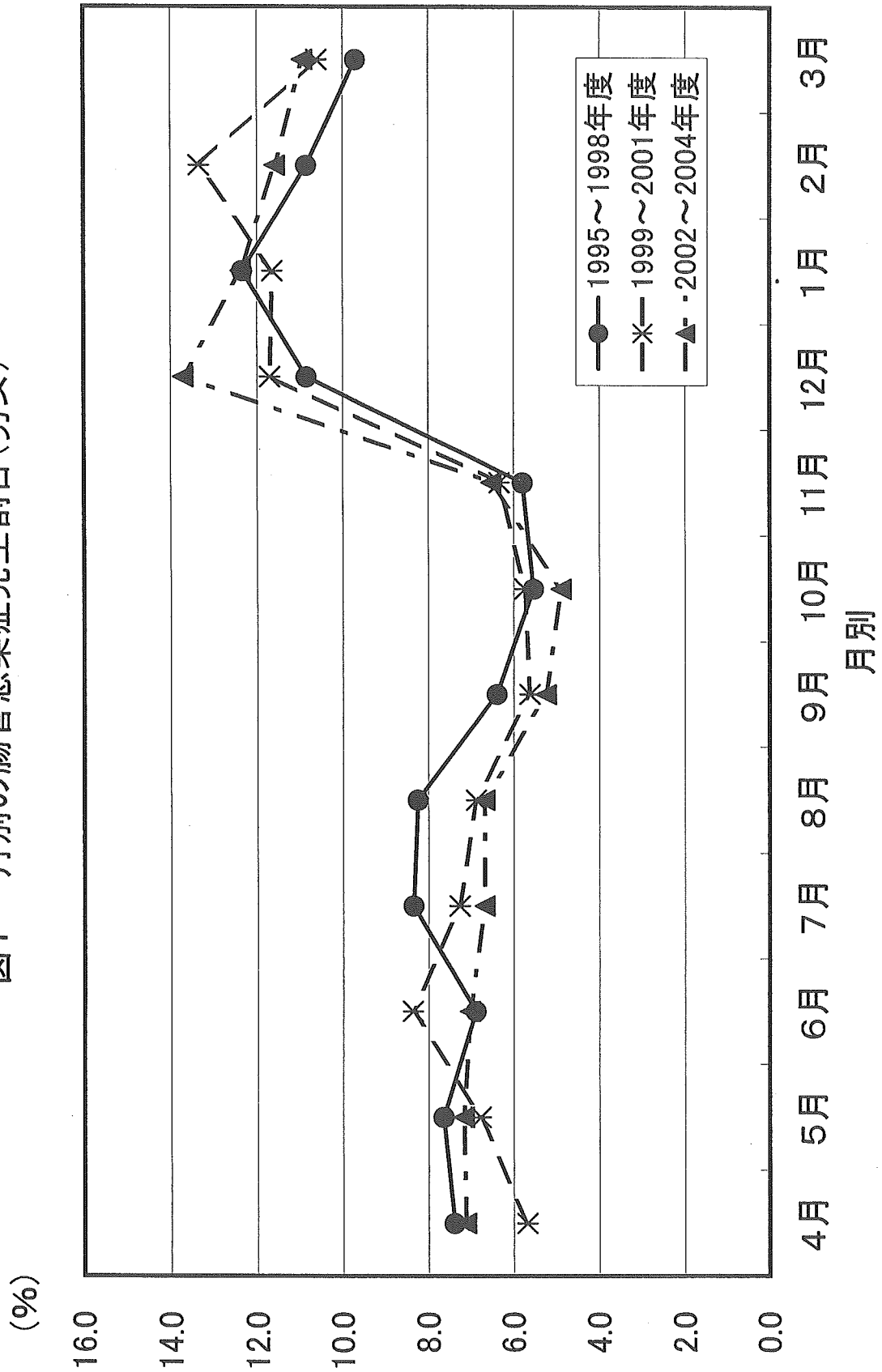


図2 月別の腸管感染症発生割合(男)

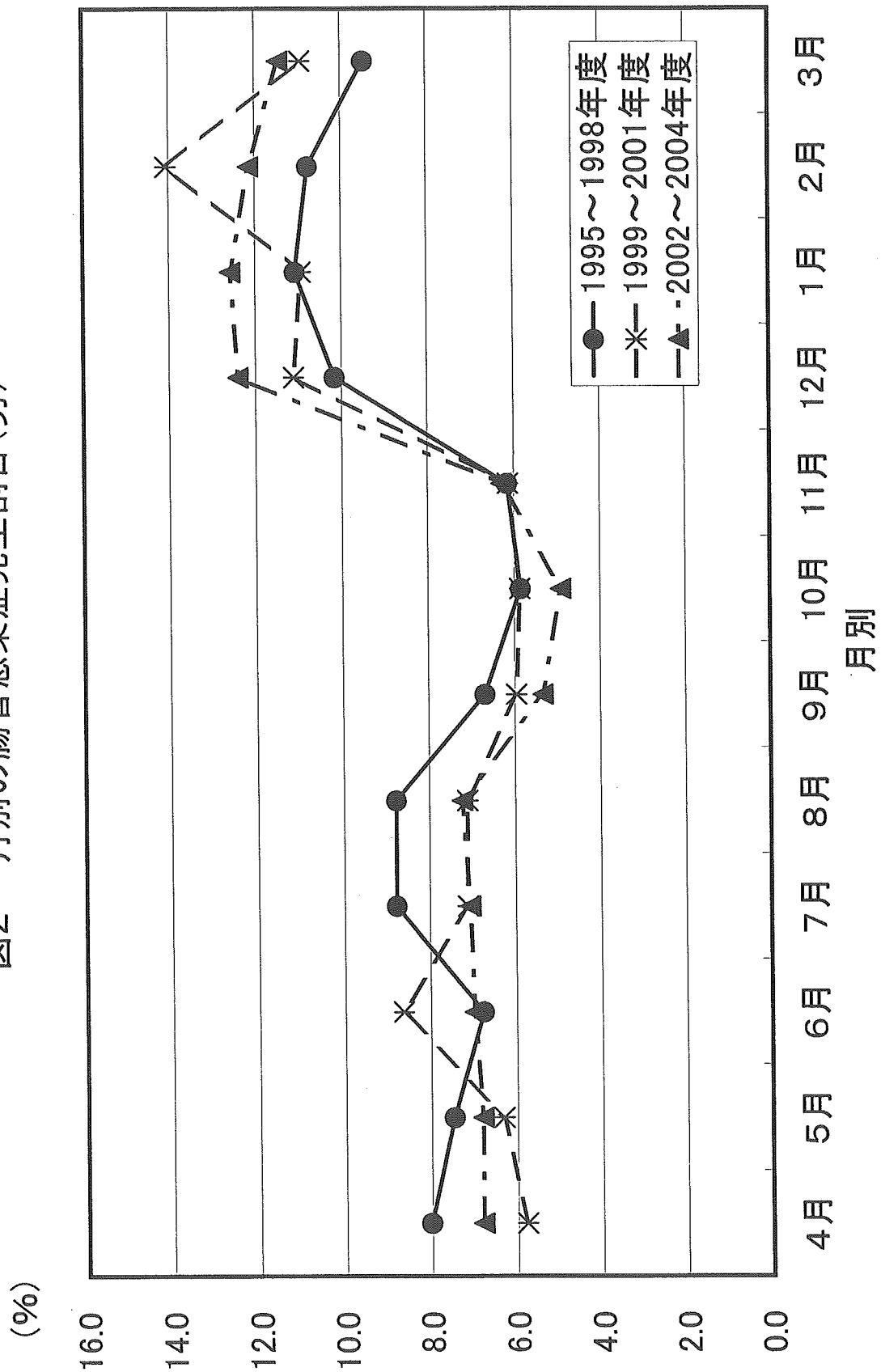


図3 月別の腸管感染症発生割合(女)

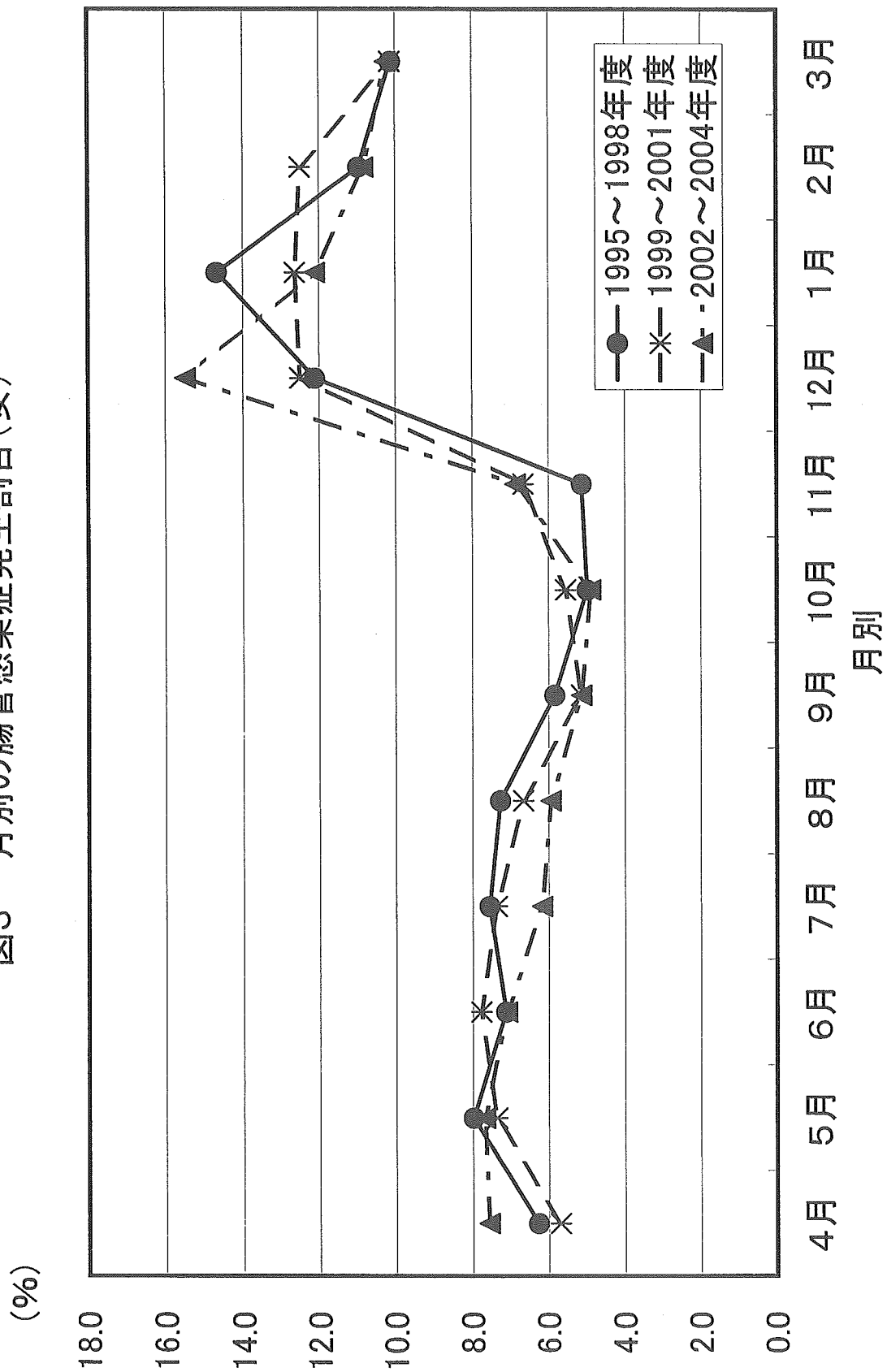


表4 年齢階級別腸管感染症の正誤分類状況(男女)

年齢階級	腸管感染症の分類		合計(%)
	正(%)	誤(%)	
20歳代	285(52.8)	255(47.2)	540(100)
30歳代	210(57.2)	157(42.8)	367(100)
40歳代	132(50.4)	130(49.6)	262(100)
50歳代	83(47.7)	91(52.3)	174(100)
合計	710(52.9)	633(47.1)	1343(100)

表5 年齢階級別輸液の有無(男女)

年齢階級	輸液あり(%)	輸液なし(%)	合計(%)
20歳代	124(43.5)	161(56.5)	285(100)
30歳代	84(40.0)	126(60.0)	210(100)
40歳代	48(36.4)	84(63.6)	132(100)
50歳代	30(36.1)	53(63.9)	83(100)
合計	286(40.3)	424(59.7)	710(100)

表6 年齢階級別輸液の有無(男女)

年齢階級	抗生剤あり(%)	抗生剤なし(%)	合計(%)
20歳代	145(50.9)	140(49.1)	285(100)
30歳代	112(53.3)	98(46.7)	210(100)
40歳代	65(49.2)	67(50.8)	132(100)
50歳代	36(43.4)	47(56.6)	83(100)
合計	358(50.4)	352(49.6)	710(100)

表7 年齢階級別傷病小分類(男女)

年齢階級	食中毒(%)	感染性胃腸炎(%)	胃腸炎(%)	感冒性胃腸炎(%)	下痢・嘔吐症(%)	その他(%)	合計(%)
20歳代	23 (8.1)	108 (37.9)	120 (42.1)	10 (3.5)	23 (8.1)	1 (0.4)	285 (100)
30歳代	10 (4.8)	75 (35.7)	86 (41.0)	13 (6.2)	25 (11.9)	1 (0.5)	210 (100)
40歳代	10 (7.6)	39 (29.5)	72 (54.5)	5 (3.8)	6 (4.5)	0 (0.0)	132 (100)
50歳代	12 (14.5)	11 (13.3)	42 (50.6)	6 (7.2)	11 (13.3)	1 (1.2)	83 (100)
合計	55 (7.7)	233 (32.8)	320 (45.1)	34 (4.8)	65 (9.2)	3 (0.4)	710 (100)

表8 年齢階級別にみた入院外総医療費に占める腸管感染症医療費の割合(男女)

年齢階級	1件当たり腸管感染症医療費	腸管感染症医療費	入院外総医療費	割合(%)
20歳代	10,114	2,882,490	217,240,686	1.33
30歳代	10,630	2,232,350	262,003,573	0.85
40歳代	10,747	1,418,600	409,147,924	0.35
50歳代	10,157	843,010	665,835,258	0.13
合計	10,389	7,376,450	1,554,227,441	0.47

国保レセプトを用いた「腸管感染症」による直接医療費および 診療実日数の年齢階級別推計および季節変動の検討

主任研究者 谷原 真一 島根大学医学部助教授

【研究要旨】

K県の被保険者数約22万人の保険者において、複数の疾病数を用いたデータベース（主病名＋副病名2の合計3）を用いて、「腸管感染症」による診療実日数及び直接医療費の推計をPDM（比例配分法）という複数傷病名の記載されたレセプト医療費を客観的に分析する手法で分析した。その結果、診療実日数の0.279%、医療費の約0.247%が「腸管感染症」によると推計された。年齢が高くなるにつれて、これらの割合はいずれも低下していく傾向が認められた。

また、S県H市をはじめとする複数の保険者の国保加入者にて、平成13年5月、9月、平成14年2月、5月において「腸管感染症」が診療実日数および医療費に占める割合をPDM法で推計したところ、それぞれ13年5月が0.163%、0.103%、13年9月が0.140%、0.092%、14年2月が0.212%、0.154%、14年5月が0.139%、0.100%であった。国保においても感染症サーベイランスと同様に、冬季に「腸管感染症」の患者数が多くなる傾向が認められた。

I. 緒言

食品による経口感染症の被害推計については、医療行為に関する費用である直接医療費と、労働時間の損失などの間接医療費の双方を検討する必要がある。診療報酬明細書（以後、レセプト）はカルテのように医療文書ではないが、医療機関で実施された医療行為に基づく費用、傷病名、診療実日数などが記載されており、被害推計の基礎資料として重要である。さらに、国民健康保険（以下、国保）は市町村を単位とした地域ベースの制度であり、地域単位で特定の疾病による健康被害の推計を行うことも可能である。今回は、複数の保険者における国保レセプトを用いて「腸管感染症」による直接医療費および診療実日数の年齢階級別推計および季節変動の検討を実施した。

II. 方法

いずれの分析も、国民健康保険の疾病分類で通常用いられる社会保険表章用疾病分類表（厚

生労働省保険局）の中分類（いわゆる119分類）の中で、食品による経口感染症とほぼ同義であると考えられる「腸管感染症」を対象疾患とした。2つの保険者のデータを分析対象とした。1）K県の被保険者数約22万人の保険者において、平成17年5月診療分のレセプトを用い、複数の疾病数を利用したデータベース（主病名＋副病名2の合計3）を用いて、年齢階級別に「腸管感染症」による診療実日数及び直接医療費の推計をPDM（比例配分法）という複数傷病名の記載されたレセプトを客観的に分析する手法を用いた。年齢階級は0～9歳のように10歳毎の階級を用いた。傷病名を用いる都合上、分析対象としたレセプトは医科分に限定した。

2）被保険者数約1万5千人のS県H市をはじめとする複数の保険者の国保加入者について、平成13年5月、9月、平成14年2月、5月における「腸管感染症」による受診と分類されたレセプトを集計した。複数の傷病名がレセプトに記載されていた場合でもデータベースに登

録した疾病数は1つのみである。1)と同様に、受診者全体に於ける診療実日数および医療費に占める割合をPDM法で推計した。1)と同様の理由により、分析対象としたレセプトは医科分に限定した。なお、保険者の規模が小さいため、年齢階級別の分析は実施しなかった。

(倫理面への配慮)

本研究ではK県のデータは、国保連合会を通じて各保険者より同意を得た上で、国保連合会より集計結果のみの提供を受けたため、研究者らは個人を特定できるデータは得ていない。

また、S県のデータは住所氏名などの個人情報 は保険者の側で全て削除した上で研究者に提供された。さらに、被保険者記号番号のように個人を同定可能な情報については、保険者の側で暗号化を行った上で暗号化の過程を保険者の側で完全に破棄することにより、同一個人の複数レセプトのリンクは可能だが暗号化されたデータからは被保険者の住所氏名や元の被保険者記号番号等を復元することは不可能な形とした。すなわち「外部データベースとの連結を不可能とした上でデータベース内の個体識別のみ可能な匿名化」されたデータを用いることで個人情報の保護を徹底した。

III. 結果

K県にて分析に用いた保険者における平成17年5月診療分レセプトに「腸管感染症」が出現した総数は2,521件であった。PDM法の結果、この保険者全体では、診療実日数の0.279%、医療費の約0.247%が「腸管感染症」によると推計された。図1に年齢階級別の診療実日数の推計値を示す。年齢が高くなるにつれて、「腸管感染症」による診療実日数の割合は低下する傾向が認められた。図2に年齢階級別の医療費に「腸管感染症」が占める割合の推計値を示す。年齢が高くなるにつれて、「腸管感染症」による医療費の割合は低下する傾向が認められた。

S県H市をはじめとする複数の保険者の国保

加入者について、平成13年5月、9月、平成14年2月、5月における「腸管感染症」による受診と分類されたレセプトを集計した結果、「腸管感染症」による受診はそれぞれ80,64,104,71件認められた。受診者全体に於ける診療実日数および医療費に占める割合をPDM法で推計した結果、両者とも平成14年2月が最も全体に占める割合が高かった(図3)。ただ、14年2月の診療実日数が0.212%、医療費が0.154%と、K県にて分析に用いた平成17年5月診療分レセプトよりも低い割合であった。

IV. 考察

国民健康保険のレセプトから「腸管感染症」が診療実日数及び医療費に占める割合を推計した。得られた主な結果は、1)年齢階級によって「腸管感染症」が診療実日数及び医療費に占める割合は年齢が高くなるにつれて低下すること、2)「腸管感染症」が診療実日数及び医療費に占める割合は季節変動が存在し、冬季に高くなる傾向があること、の2点である。

高齢者は若年者より「腸管感染症」が診療実日数及び医療費に占める割合が低くなることについては、高齢者は高血圧や糖尿病などの慢性疾患を有する割合が高くなっており、相対的に「腸管感染症」の割合が低下していることが考えられる。また、今回の分析はレセプトに記載のあった全ての傷病名を集計しているのではなく、主病名+副病名2の合計3に限定している。そのため、慢性疾患で長期間の診療を受けている疾患を有する者では、データベースに「腸管感染症」という傷病名が取り上げられる確率が「高血圧性疾患」のような慢性疾患より低くなっていることが別途示されている。

国保においても感染症サーベイランスと同様に、冬季に「腸管感染症」の患者数が多くなる傾向が認められた。傷病名が1つに限定されていたという問題点は存在するが、季節性を有する疾患の把握にも国保レセプトが有効であ

ることを示すことができた。分担研究により、健康保険組合のレセプトによるインフルエンザの流行把握状況は、感染症サーベイランスとほぼ同等であった。わが国の制度上、レセプトには一か月間の受診状況がすべて含まれるため即時性は劣るが、入院者数、圏域内の地理的分布、広範囲に流通する食品を原因とするために患者が複数の医療機関を散発的に受診する事例の把握、など、感染症サーベイランスでは得られない情報を補完できる可能性がある。

S 県 H 市などの国保加入者における「腸管感染症」が診療実日数及び医療費に占める割合は K 県の推計値より低くなっていた。感染症の流行状況に由来する部分が存在している可能性がまず考えられる。しかし、S 県 H 市の傷病名に関するデータベースの作成は、通常の国保で利用される 5 月診療分の主病名のみ限定されたものである。そのために、K 県で実施したデータベースよりも「腸管感染症」がさらに過小評価されたためによると思われる。

今回利用した、いわゆる国保 119 分類は International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision (以後、ICD-10) に準拠しているが、病原体の種類は不明である。「腸管感染症」はウイルス肝炎を含まず、A 型および E 型肝炎は今回の分析には含まれていない。もっとも、国保 119 分類におけるウイルス肝炎の大半が B 型及び C 型肝炎によるものであり、A 型および E 型肝炎による診療実日数及び医療費がウイルス肝炎に占める割合は小さいと考えられる。

病名の分類法に関する問題については、傷病名のデータベースを現行の国保 119 分類ではなく、ICD-10 をそのまま用いるなど、病原体の種類も分析可能な分類を利用することで解決可能である。また、現在の国保 119 分類は、紙ベースで提出されたレセプトに記載された傷病名を都道府県国民健康保険団体連合会の担当者の目視によって分類している。各都道府県国

民健康保険団体連合会毎に統一したマニュアルを用いて担当者による格差を除外している。しかしながら、異なる都道府県の間での共通性については充分検証されていない。レセプトの完全電子化が実施されれば、紙ベースのレセプトを目視によって分類するのではなく、記載された傷病名をそのまま用いたデータベースを作成し、必要に応じて現行の国保 119 分類やその他の分類法を用いることが可能になる。

V. まとめ

国保において、2 つの県の国保保険者より、「腸管感染症」による診療実日数及び直接医療費の推計を PDM (比例配分法) という複数傷病名の記載されたレセプト医療費を客観的に分析する手法で分析した。その結果、年齢が高くなるにつれて、これらの割合はいずれも低下していく傾向が認められた。また、感染症サーベイランスと同様に、冬季に「腸管感染症」の割合が高くなる傾向が認められた。また、データベースに用いる疾病数によって、「腸管感染症」による診療実日数及び直接医療費の推計が変化すると考えられた。

VI. 健康危険情報

特記事項なし

VII. 研究発表

1. 論文発表

特記事項なし

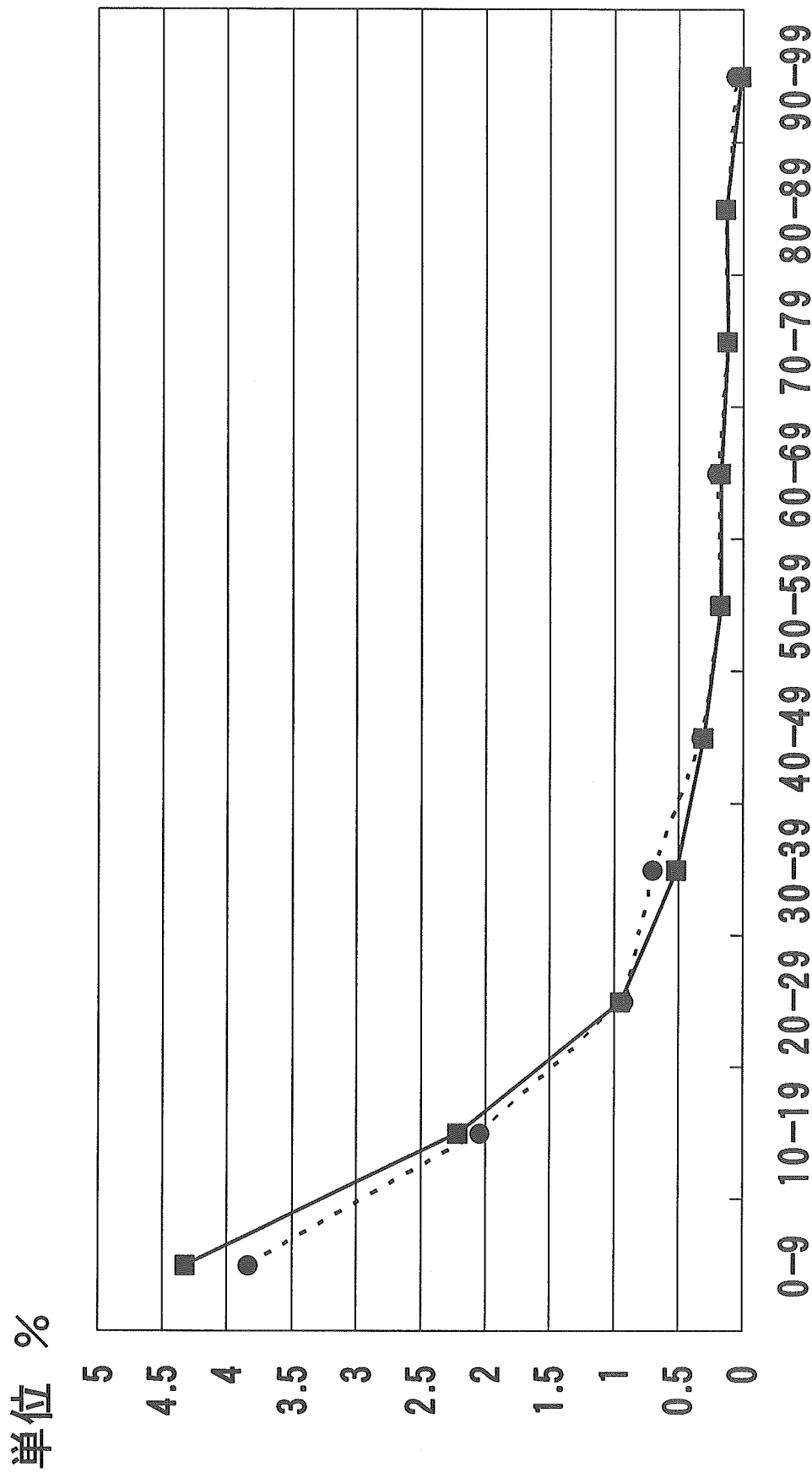
2. 学会発表

谷原真一, 岡本悦司, 小林廉毅, 畝博, 中村好一, 藤田委由. 国保レセプトを用いた腸管感染症の被害推計. 第 64 回日本公衆衛生学会総会, 札幌, 2005 年 9 月 15 日, 日本衛生学雑誌, 52 巻第 8 号: 958, 2005

VIII. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

図1 「腸管感染症」が診療実日数に占める割合



割合の推計はPDM法(分担研究者 岡本が考案)による
 グラフは 実線:男 破線:女

図2 「腸管感染症」が医療費に占める割合

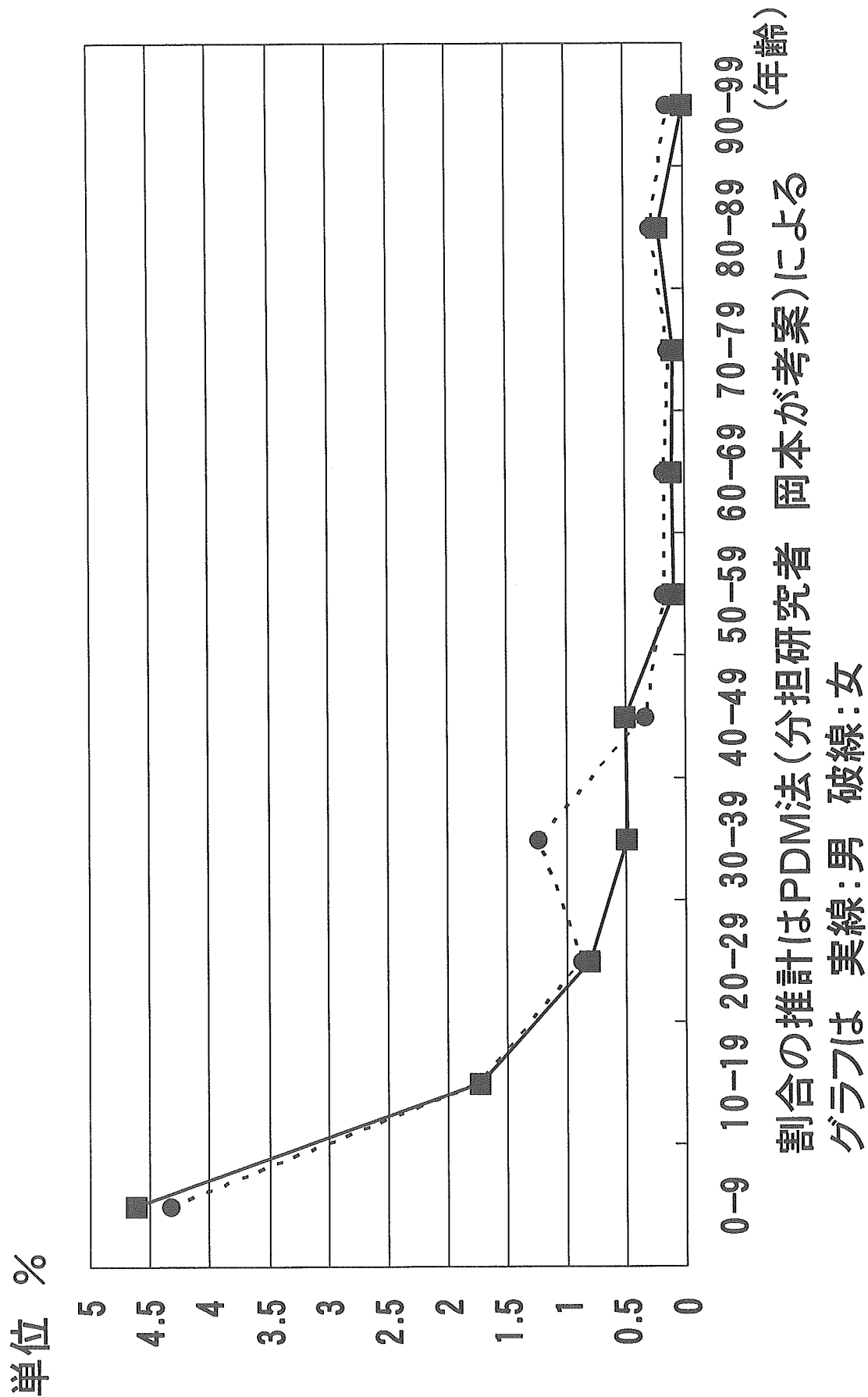
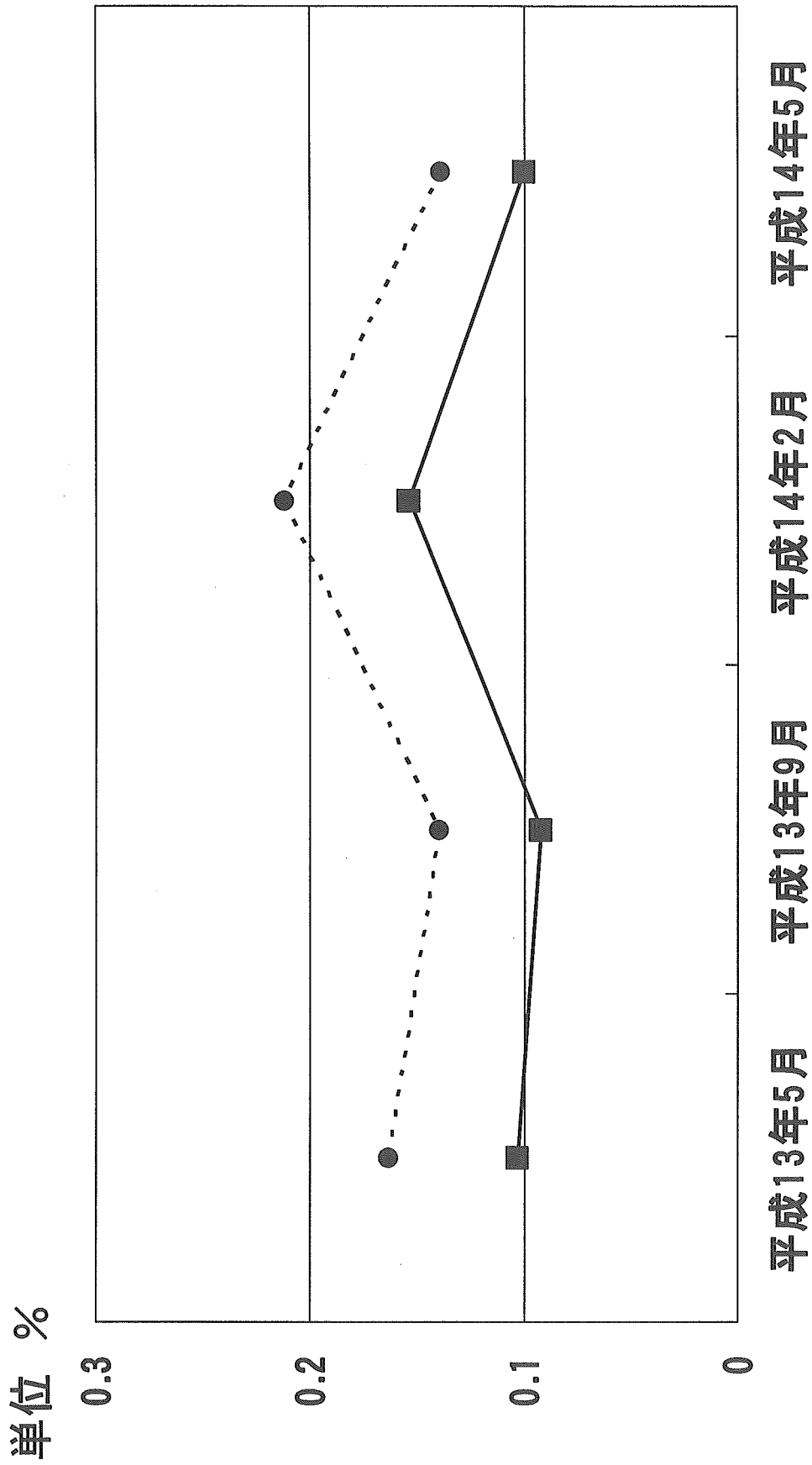


図3 S県H市において
「腸管感染症」が医療費に占める割合



割合の推計はPDM法(分担研究者 岡本が考案)による (年齢)
 グラフは 実線:医療費 破線:診療実日数

レセプト全疾病入力データベースによる「腸管感染症」の 直接医療費及び診療実日数の推計

主任研究者 谷原 真一 島根大学医学部助教授

【研究要旨】

K 県の複数の保険者（被保険者総数は 30,739 名）の平成 17 年 5 月診療分レセプト 22,532 件を集計した。保険者の了解を得て、レセプト上に記載されたすべての疾病名を用いたデータベースと、通常の統計で利用される疾病数を限定したデータベース（主病名+副病名 2 の合計 3）の比較を行った。個人単位に名寄せの結果、平成 17 年 5 月に一度でも医療機関を受診した経験のある者の総数は 15,530 名、レセプト 1 件あたりの病名数は 6.25 であった。レセプト上に記載されたすべての疾病名を用いたデータベースと、通常の統計で利用される疾病数を限定したデータベース（主病名+副病名 2 の合計 3）を比較すると、通常の統計では「腸管感染症」受診者全体の約 4.7% が把握されていた。また、年齢階級別に検討したところ、30-39 歳では 70% 以上が把握されていた。年齢が高くなるにつれて感度が低下する傾向が認められ、80-89 歳では 14% しか把握されていなかった。通常のレセプトデータによる統計では、腸管感染症の医療費および診療実日数を実際の 2 分の 1 以下の水準程度まで過小評価している可能性を示した。

I. 緒言

わが国のレセプトは特定の医療機関で 1 か月間に行われた診療行為を一括して請求する仕組みである。異なる日に異なる疾病で同一の医療機関を受診した場合には、1 件のレセプトに複数の疾病が記載される。そのため、1 件のレセプトに複数の疾病名が記載されることは珍しくない。従来の国民健康保険レセプト統計では、レセプトに複数の病名が記載されても主病名のみ、もしくは一部の病名しかデータベースに反映されない。つまり、従来の集計による「腸管感染症」の受診状況は、全ての疾病名をデータベース化した場合の受診者数を過小評価している。「腸管感染症」の被害推計の精密化を実施する上で、レセプトによる直接医療費の情報は貴重であるが、それ故に現在のレセプト分析の問題点について検討することは重要である。

II. 方法

K 県の 4 つの保険者（被保険者総数は 30,729 名）の平成 17 年 5 月診療分レセプト 24,856 件を集計した。保険者の了解を得て個人単位に名寄せの上、集計した。K 県は通常は、疾病数を限定したデータベース（主病名+副病名 2 の合計 3）を用いている。この方法で求めた受診者数が実際の受診者数をどの程度反映するかについて、臨床検査などの正確性の指標の使われる感度を用いて検討した。また、腸管感染症の医療費および診療実日数を推計する上では、分担研究者の岡本悦司が考案した PDM（比例配分法）という複数傷病名の記載されたレセプト医療費を客観的に分析する手法で分析した。

（倫理面への配慮）

本研究では K 県のデータは、国保連合会を通じて各保険者より同意を得た上で、国保連合会より集計結果のみの提供を受けたため、研究者らは個人を特定できるデータは得ていない。よ

って、個人情報には完全に保護されている。

Ⅲ. 結果

平成 17 年 5 月に一度でも医療機関を受診した経験のある者の総数は 17,209 名、レセプト 1 件あたりの病名数は 6.38 であった(表 1)。保険者によって、平均の疾病数には約 1.5 倍程度の格差が認められた。

レセプト上に記載されたすべての疾病名を用いたデータベースと、通常の統計で利用される疾病数を限定したデータベース(主病名+副病名 2 の合計 3)を比較すると、通常の統計では「腸管感染症」受診者全体の約 4.7%が把握されていた。また、年齢階級別に検討したところ、30-39 歳では 70%以上が把握されていた。年齢が高くなるにつれて感度が低下する傾向が認められ、80-89 歳では 14%しか把握されていなかった(図 1)。

上記全疾病データベースにおいて、PDM(比例配分法)から診療実日数の 0.44%、医療費の 0.76%が「腸管感染症」によると推計された。これは、通常のデータベースで推計した値から、診療実日数では約 2.2 倍、医療費では約 3.9 倍となっていた。保険者毎の値の幾何平均を計算すると、診療実日数が 0.460%、医療費が 0.530%であった(表 2)。

Ⅳ. 考察

わが国のレセプトは特定の医療機関で 1 か月間に行われた診療行為を一括して請求する仕組みであり、高血圧のような長期的管理を必要とする慢性疾患を有する者は、毎月のレセプトに当該疾病名が記載される。そのため、「腸管感染症」のような急性疾患については、慢性疾患よりも後に受診していることとなり、病名が記載される順序としても、慢性疾患よりも後に位置することになる。2002 年の診療報酬改定によって、レセプトに主病名の記載が求められたが、主病名の定義は明確とは言えない。特定疾

患療養指導料算定に際しての留意事項においては、「主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患」とされている。しかし、特定疾患療養指導料は、別に厚生大臣が定める疾患を主病とする者に対し算定できることになっているため、「腸管感染症」のような急性疾患については含まれない。また、実際のレセプトでは主病名が明示されていないものも一定の割合で存在する。そのため、主病名が明示されていないレセプトの場合は、もっとも長期間治療が行われている疾病がデータベースに取り上げられる可能性が高いと考えられる。よって、慢性疾患と「腸管感染症」が同時に記載されているレセプトの場合は、慢性疾患が主病名としてデータベースに取り上げられる確率が高くなっていると考えられる。また、プライマリケアの観点からすれば、長期的管理を必要とする慢性疾患を主病名とし、突発的に生じたと考えられる「腸管感染症」は副病名とされやすいことも考えられる。年齢が高くなるにつれて、通常の方法による「腸管感染症」では感度が低くなることについては、慢性疾患の受療率が年齢と共に高くなることから考えて、大きな矛盾はない。K 県における通常の方法と全疾病による方法との乖離には保険者間における違いが認められたことは、保険者の規模が小さくなることによる偶然誤差の影響や、保険者における年齢構成の格差の影響が考えられる。

今回、複数の保険者の協力を得て、1 件のレセプトに記載された複数の疾病名の全てをデータベース化して分析を実施した。レセプト上の病名はいわゆる「保険病名」とされ、その信頼性に問題があるとする者もいる。しかし、保険病名という用語には厳密な定義は存在しない。虚偽の医療行為による請求を除けば、わが国の診療報酬請求の仕組み上、医療行為と傷病名は一定のルールによる結びつきがあり、特定の疾病に関する学術調査で用いられるような

厳密な診断定義は存在しなくとも、症候や症状による医療行為と関連した病名として、ある一定の範囲が存在していると考えられる。レセプト上に記載された「腸管感染症」に分類される傷病名が実態をどのように反映しているかについては、さらに深く検討を行う必要があると考えられる。

国保では、レセプト上の病名を社会保険表章用疾病分類表（厚生労働省保険局）に基づいて分類している。大分類が19、中分類が119のカテゴリとなっており、通常は中分類（いわゆる119分類）がもっともよく利用される。いわゆる119分類はICD-10（International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision）に準拠したものであるが、病原体の種類別の分類ではない。また、ウイルス肝炎は別のカテゴリとなっており、A型およびE型肝炎に関しては、今回の分析には含まれていない。

現在の国保においては5月診療分レセプトの主病名のみを集計することが主流である。今回の分析も5月診療分のみを用いている。感染症サーベイランスにおける「感染性胃腸炎」は冬季に報告数が増加する傾向があり、流行期の状況を完全に反映しているとは限らない。もっとも、わが国の医療費に関する統計で5月診療分がしばしば利用されるのは、インフルエンザなどの季節により変動する疾病の影響が小さい時期であることにも由来する。「腸管感染症」による直接医療費に関する従来統計は、実態を過小評価している可能性が高いことを示したことは意義深いと考えられる。

V. まとめ

通常のレセプトデータによる統計では、腸管感染症の医療費および診療実日数を過小評価している可能性を示した。過小評価の状況はランダムではなく、年齢に影響されていることを示した。

VI. 健康危険情報

特記事項なし

VII. 研究発表

1. 論文発表

特記事項なし

2. 学会発表

1) 岡本悦司, 谷原真一, 小林廉毅. レセプト情報を活用した腸管感染症動的マッピングの試み. 第64回日本公衆衛生学会総会, 札幌, 2005年9月15日, 日本衛生学雑誌, 5巻第8号:268, 2005

2) 谷原真一, 岡本悦司, 小林廉毅, 畝博, 中村好一, 藤田委由. 国保レセプトを用いた腸管感染症の被害推計. 第64回日本公衆衛生学会総会, 札幌, 2005年9月15日, 日本衛生学雑誌, 52巻第8号:958, 2005

VIII. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

表1 全疾病データにおける
各保険者のレセプト件数と傷病名数

	レセプト件数	全傷病数	平均傷病数
M町	5,906	34,403	5.83
N町	6,185	37,288	6.03
T町	4,003	20,040	5.01
U市	8,762	66,735	7.62
全体	24,856	158,466	6.38

各保険者毎の年齢構成は調整されていない
データはいずれも平成17年5月診療分による