

200701013AB

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業

レセプトデータでみる医療費適正化政策
の有効性評価に関する研究

平成19年度 総合・総括・分担研究報告書

(財)医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

平成20(2008)年 3月

目 次

I. 総合研究報告	
レセプトデータでみる医療費適正化政策の有効性評価に関する研究 本田達郎	----- 1
II. 総括研究報告	
レセプトデータでみる医療費適正化政策の有効性評価に関する研究 本田達郎	----- 6
III. 分担研究報告	
1. レセプトおよび健康診断データの突合に関する研究 満武巨裕、古井祐司、増原宏明、田近英治	----- 11
2. 40歳以上の特定健診対象者(本人および家族)の医療費に関する研究 満武巨裕、本田達郎、今野広紀	----- 24
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 58

H19 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

I. 総括研究報告書

レセプトデータでみる医療費適正化政策の有効性評価に関する研究

主任研究者 本田達郎（医療経済研究機構 研究主幹）

研究要旨

わが国では現在、国民皆保険制度を堅持すべく、医療費適正化の実現が課題となっている。中長期的な医療費適正化の施策の一つとして、2008 年 4 月から特定健診・特定保健指導が保険者に義務化された。40 歳以上 74 歳以下を対象とした生活習慣病対策であり、特定健診・特定保健指導の電子健診情報は全国規模で収集され、診療報酬明細書（レセプト）との連携のあり方も検討されている。

そこで研究（I）では、複数の保険者（健康保険組合および国民健康保険組合）からレセプトおよび健康診断情報を用いて、健康診断と医療費について分析することを目的とした。具体的には、「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の階層化基準を適用し、各階層が消費する医療費を分析し、生活習慣病予防に対する医療費適正化の効果を検討する。

分析対象は、本研究に協力が得られた A 健康保険組合と 3 つの市町村の国民健康保険組合（福島県猪苗代町、静岡県小山町、静岡県伊豆の国市）である。

疾病分析から、全保険者で高血圧性疾患に対する医療費消費割合が最も高いことが共通していた。さらに腎不全、糖尿病も上位に入っていたことから、生活習慣病の医療費適正化が重要な課題であることが示唆された。突合分析からは、健康診断受診者では情報提供群の人数が最も多く、医療費割合も高いことがわかった。一人あたり医療費は、健康保険組合では、リスクの多い積極的支援群の医療費が一番高額であり、以下リスク数の順に医療費は減少した。一方、国民健康保険組合ではリスク数と医療費に関連性はみられなかった。リスク数と医療費が関連はなく、年齢が高い加入者を持つ保険者では既に何らかの疾病を発症している群が多いのではないかと推察された。よって、健康保険組合においては、これ以上リスクを増やさないための一次あるいは二次予防が必要であり、国民健康保険においては既に発症している群がこれ以上重傷化しないための三次予防が効果的であると示唆できる結果となった。今後、職種や年齢といった属性が異なる保険者を増やし、普遍性・妥当性を検証していくことが必要だと考えられる。

さらに、特定健診・特定保健指導では、生活習慣病有病者・予備群を平成 27(2015)年度までに 25%減少させるとしている。だが、被保険者に対する分析はこれまで存在するものの、被扶養者についてはデータ制約の問題から医療費、疾病構造などの分析が行われてこなかったのが実情である。

そこで研究（II）では、昨年度に引き続き 40 歳以上 75 歳未満の生活習慣病（高血圧症・糖尿病・高脂血症）に係る医療費を 25%抑制させた場合を想定して総医療費推計を行った。結果、生活習慣病に係る医療費を 25%抑制させた場合、被保険者本人の外来総医療費が-3.3%、被扶養者の外来総医療費は-3.6%の減少効果が見込まれることが示唆された。

分担研究者

本田達郎 医療経済研究機構 研究主幹

田近栄治 一橋大学 国際・公共政策大学院
教授

古井祐司 東京大学大学院医学系研究科
健診情報学講座 助教

満武巨裕 東京大学大学院医学系研究科
健診情報学講座 研究員

増原宏明 国立長寿医療センター研究所
長寿医療経済研究室員

今野広紀 国際医療福祉大学
医療経営管理学科 講師

A. 研究目的

本研究では、診療報酬明細書(レセプトデータ)と健康診断データを用いて、わが国の医療費適正化対策における有効性の評価を行うことを目的とする。

研究(Ⅰ)では、複数の保険者(健康保険組合および国民健康保険組合)からレセプトおよび健康診断情報を用いて、健康診断と医療費の突合分析を行った。具体的には、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」の階層化基準を適用し、各階層が消費する医療費を分析し、生活習慣病予防に対する医療費適正化の効果を検討する。

特定健診・特定保健指導では、生活習慣病有病者・予備群を平成 27(2015)年度までに 25%減少させるとしている。だが、被保険者に対する分析はこれまで存在するものの、被扶養者についてはデータ制約の問題から医療費、疾病構造などの分析が行われてこなかったのが実情である。そこで研究(Ⅱ)では、昨年度に引き続き 40 歳以上 75 歳未満の生活習慣病(高血圧症・

糖尿病・高脂血症)に係る医療費を 25%抑制させた場合を想定して総医療費推計を行った。

B. 研究方法

研究(Ⅰ)の分析対象は、本研究に協力が得られた A 健康保険組合と 3 つの市町村の国民健康保険組合(福島県猪苗代町、静岡県小山町、静岡県伊豆の国市)である。

レセプトデータは、A 健康保険組合では被保険者・本人の医科、調剤および歯科レセプトであり、国民健康保険では世帯主および世帯員の両方を含む。期間は A 健康保険組合は 2005 年 4 月から 2006 年 3 月の一年間のレセプトおよび 2005 年度の健康診断結果である。国民健康保険組合(3 市町村)は、2007 年 1 月から 12 月のレセプトデータおよび 2007 年度の健康診断結果である。階層化は、標準的な健診・保健指導プログラム確定版で示された階層化の基準を参考とした。ただし、腹位のデータは存在しないために BMI を利用し、 $BMI \geq 25.0$ で、下記の健康診断値を用いた階層化をおこなった。

- 1) トリグリセライド $\geq 150\text{mg/dl}$ または 低 HDL コレステロール血症 $< 40\text{mg/dl}$
- 2) 収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ または 拡張期血圧 $40\text{mg/dl} \geq 85\text{mmHg}$
- 3) 空腹時血糖 $\geq 100\text{mg/dl} \%$
- 4) 喫煙の有無

階層は、積極的支援群、動機付け支援群、情報提供群の 3 群とした。積極的支援群は、BMI 25 以上および上記リスクが 3 つとした。動機付け支援群は、BMI 25 以上および上記リスクが 1, 2 つとした。情報提供群は、それ以外である。

これら 3 群とレセプト情報を突合することで、各群の医療費消費状況を比較した。

研究(Ⅱ)では、レセプトの個票データを活用して、40歳以上の被保険者と被扶養者の医療費、疾病構造等の比較を行った。比較にあたっては、まずは医療費諸率(1件当たり医療費、1件当たり診療日数、1日当たり医療費等)を算出した。次に疾病別の医療費構造を算出して、特定健診・保健指導の実施効果により、生活習慣病(高血圧・糖尿病・高脂血症)に係る医療費が25%減少した場合の医療費全体の影響を推計し、被保険者と被扶養者に対する効果を評価した。

対象データは、B組管掌健康保険(以下、B健保)における平成18(2006)年9月から同年12月までの診療報酬明細書(レセプト)の個票データから、各月における40歳以上のレセプトデータを抽出し、集計対象とした。なお、疾病構造の分析や、特定健診・保健指導の実施効果の推計については、平成18(2006)年9月の単月のデータを用いた。

C. 結果

研究(Ⅰ)

疾病分析から、全保険者で高血圧性疾患に対する医療費消費割合が最も高いことが共通していた。さらに腎不全、糖尿病も上位に入っていたことから、生活習慣病の医療費適正化が重要な課題であることが示唆された。

突合分析から、健康診断受診者では情報提供群の人数が最も多く、医療費割合も高いことがわかった。よって、2008年4月から義務化される特定健診および特定保健指導では、積極的支援群および動機付け支援群に対する保健指導に加えて、情報提供群に対する予防啓発(啓蒙)なども重要であると同時に医療費適正化の効果も高いと考えられる。

一人あたり医療費は、健康保険組合では、リス

クの多い積極的支援群の医療費が一番高額であり、以下リスク数の順に医療費は減少した。一方、国民健康保険組合ではリスク数と医療費に関連性はみられなかった。さらに国民健康保険の全群の平均医療費は健康保険組合よりも高額であった。

研究(Ⅱ)

(1)レセプト件数の構成

平成18(2006)年9月のB健保における40歳以上のレセプト件数は全体の55.8%であり、その内40歳以上のレセプト件数は被保険者が30.0%であり、被扶養者は25.9%であった。

40歳以上の被保険者は53.7%を占め、その40.4%が男性であり女性は13.3%であった。一方、被扶養者は46.3%であり、男性は7.3%、女性は39.0%を占めた。40歳以上で被保険者53.7%のうち52.7%、被扶養者46.3%のうち45.5%が外来のレセプトであった。

(2)医療費の構成

医療費についてみると、40歳以上の医療費のうち、被保険者は52.8%であり、被扶養者は47.2%であった。

(3)医療費諸率の状況

医療費諸率は、1件当たり医療費については入院では被扶養者の方が高かった(入院:被保険者 v.s. 被扶養者=40,260.3点 v.s. 46,772.2点。これは1件当たり日数が被扶養者の方が長いことに由来するものであった(入院:8.3日 v.s. 11.7日)。

一方、外来は被保険者と被扶養者での差はほとんど認められなかった(外来:被保険者 v.s. 被扶養者=1,164.0点 v.s. 1,136.1点)。

(4)疾病構造

次に、疾病構造についてみると、被保険者で入院医療費が最もかかっていた疾病は「狭心症」

(被保険者の入院医療費の 2.6%)であり、次いで「視床出血」(同 2.5%)、「食道癌」(同 2.4%)などとなっていた。75 歳未満の被扶養者で入院医療費が最もかかっていた疾病は同じく「狭心症」(被扶養者の入院医療費の 3.7%)であり、次いで「上行結腸癌」(同 2.8%)、「腹部大動脈瘤」(同 2.5%)などとなっていた。

被保険者で外来医療費が最もかかっていた疾病は「腎不全」(被保険者の外来医療費の 8.0%)であり、次いで「高血圧症」(同 7.4%)、「糖尿病」(同 3.7%)などとなっていた。75 歳未満の被扶養者で外来医療費が最もかかっていた疾病は「高血圧症」(被扶養者の外来医療費の 8.1%)であり、次いで「腎不全」(同 4.9%)、「糖尿病」(同 3.1%)などとなっていた。

(5) 1人当たり医療費

平成 18 年 9 月～12 月におけるレセプトデータを患者単位で集約したうえで、患者 1 人当たり医療費について年齢階層別にみると、被保険者および被扶養者で年齢階層が上がるほど、1 人当たり医療費が高くなる傾向がみられた。

疾病構造は、被保険者で入院医療費が最もかかっていた疾病は「狭心症」(被保険者の入院医療費の 3.4%)であり、次いで「食道癌」(同 2.7%)、「糖尿病」(同 2.7%)などとなっていた。一方、被扶養者で入院医療費が最もかかっていた疾病は「胃癌」(被扶養者の入院医療費の 2.7%)であり、次いで「変形性股関節症」(同 2.5%)、「狭心症」(同 2.4%)などとなっていた。

被保険者で外来医療費が最もかかっていた疾病は「高血圧症」(被保険者の外来医療費の 9.1%)であり、次いで「糖尿病」(同 6.3%)、「腎不全」(同 6.3%)などとなっていた。被扶養者で外来医療費が最もかかっていた疾病は「高血圧症」(被扶養者の外来医療費の 11.2%)であり、次いで「糖尿病」(同 4.8%)、「高脂血症」(同

4.7%)などとなっていた。

特定健診・保健指導の実施により 75 歳未満の生活習慣病(高血圧症・糖尿病・高脂血症)に係る医療費を 25%抑制させた場合を想定して総医療費推計をしたところ、被保険者・入院では▲0.7%で外来では▲3.3%、被扶養者・入院では▲0.5%で外来では▲3.6%の効果が見込まれた。また、減少額における被保険者と被扶養者の割合をみると、被扶養者が被保険者を若干上回っていた。

D. 考察

国民健康保険組合では健康保険組合とは異なり、リスク数と医療費が関連はなく、年齢が高い加入者を持つ保険者では既に何らかの疾病を発症している群が多いのではないかと推察された。よって、健康保険組合においては、これ以上リスクを増やさないための一次あるいは二次予防が必要であり、国民健康保険においては既に発症している群がこれ以上重傷化しないための三次予防が効果的であると示唆できる結果となった。本年度から 40 歳以上 75 歳以下の国民に対して全国一律の特定健診、特定保健指導が定められたが、今後は保険者の特性・特徴にあわせたプログラム実施についての検討の余地があると考えられた。

被保険者本人と家族の医療費諸率、疾病傾向、1人当たり医療費は、入院では傾向が異なるが外来では「高血圧」「糖尿病」といった生活習慣病が上位を占める類似の傾向を示しているといえる。つまり、特定健診・保健指導の効果は外来医療費に対する影響について同様の影響を及ぼすと思われる。

また、生活習慣病に係る医療費を 25%抑制させた場合、被保険者本人の外来総医療費が

-3.3%、被扶養者の外来総医療費は-3.6%の減少効果が見込まれることが示唆された為、医療費適正化の効果は短期的にも一定の効果があると思われる

ただし、今回我々が対象とした保険者数が少ない為に、日本全国の保険者に本結果と同様の傾向が有るとは言えない。今後、職種や年齢といった属性が異なる保険者を増やし、普遍性・妥当性を検証していくことが必要だと考えられる。

E. 結論

・国民健康保険組合では健康保険組合とは異なり、リスク数と医療費が関連はなく、年齢が高い加入者を持つ保険者では既に何らかの疾病を発症している群が多いのではないかと推察された。よって、健康保険組合においては、これ以上リスクを増やさないための一次あるいは二次予防が必要であり、国民健康保険においては既に発症している群がこれ以上重傷化しないための三次予防が効果的であると示唆できる結果となった。

・40歳以上の特定健診対象者では、疾病傾向は被保険者本人と家族では入院では異なっていたものの、外来では類似の傾向を示した。

・生活習慣病に係る医療費を25%抑制させた場合、被保険者本人の外来総医療費が-3.3%、被扶養者の外来総医療費は-3.6%の減少効果が見込まれることが示された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

第2回・医療経済学会 研究大会(学習院大学)

2007年7月21日

第27回医療情報学連合大会(神戸国際会議)

2007年11月23日～25日

第3回・医療経済学会 研究大会(京都大学)

2008年7月19日(予定)

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

Ⅲ. 分担研究報告書

レセプトデータでみる医療費適正化政策の有効性評価に関する研究

1. レセプトおよび健康診断データの突合に関する研究

分担研究者 満武巨裕、古井祐司、増原宏明、田近英治

研究要旨

わが国では現在、国民皆保険制度を堅持すべく、医療費適正化の実現が課題となっている。中長期的な医療費適正化の施策の一つとして、2008 年 4 月から特定健診・特定保健指導が保険者に義務化された。40 歳以上 74 歳以下を対象とした生活習慣病対策であり、特定健診・特定保健指導の電子健診情報は全国規模で収集され、レセプトデータとの連携のあり方も検討されている。そこで、本研究では、複数の保険者（健康保険組合および国民健康保険組合）から診療報酬明細書（レセプト）および健康診断情報を用いて、健康診断と医療費について分析することを目的とした。

「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」の階層化基準を適用し、各階層が消費する医療費を分析し、生活習慣病予防に対する医療費適正化の効果を検討した。一つの健康保険組合と三つの国民健康保険の保険者の分析を行った。

疾病分析から、全保険者で高血圧性疾患に対する医療費消費割合が最も高いことが共通していた。さらに腎不全、糖尿病も上位に入っていたことから、生活習慣病の医療費適正化が重要な課題であることが示唆された。

突合分析から、健康診断受診者では情報提供群の人数が最も多く、医療費割合も高いことがわかった。一人あたり医療費は、健康保険組合では、リスクの多い積極的支援群の医療費が一番高額であり、以下リスク数の順に医療費は減少した。一方、国民健康保険組合ではリスク数と医療費に関連性はみられなかった。つまり、リスク数と医療費が関連はなく、年齢が高い加入者を持つ保険者では既に何らかの疾病を発症している群が多いのではないかと推察された。よって、健康保険組合においては、これ以上リスクを増やさないための一次あるいは二次予防が必要であり、国民健康保険においては既に発症している群がこれ以上重傷化しないための三次予防が効果的であると示唆できる結果となった。本年度から 40 歳以上 75 歳以下の国民に対して全国一律の特定健診、特定保健指導が定められたが、今後は保険者の特性・特徴にあわせたプログラム実施についての検討の余地があると考えられた。

ただし、今回我々が対象とした保険者数が少ない為に、日本全国の保険者に本結果と同様の傾向が有るとは言えない。今後、職種や年齢といった属性が異なる保険者を増やし、普遍性・妥当性を検証していくことが必要だと考えられる。

A. 研究目的

わが国では現在、国民皆保険制度を堅持すべく、医療費適正化の実現が課題となっている。中長期的な医療費適正化の施策の一つとして、2008年4月から特定健診・特定保健指導が保険者に義務化された。40歳以上74歳以下を対象とした生活習慣病対策であり、特定健診・特定保健指導の電子健診情報は全国規模で収集され、レセプトデータとの連携のあり方も検討されている。例えば、第5回標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会の参考資料5では、健診受診後に保健指導対象者及び保健指導内容を決定する前に、健診受診情報とレセプトを突合すべきとするメッセージが正式に示された。

そこで、本研究では、複数の保険者（健康保険組合および国民健康保険組合）から診療報酬明細書（レセプト）および健康診断情報を用いて、健康診断と医療費について分析することを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、特定健診・特定保健指導で実施が求められる健康診断データと医療費（レセプト）データの突合分析を行い、生活習慣病リスクと医療費の関係の把握を試みる。具体的には、「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の階層化基準を適用し、各階層が消費する医療費を分析し、生活習慣病予防に対する医療費適正化の効果を検討する。

分析対象は、本研究に協力が得られたA健康保険組合と3つの市町村の国民健康保険組合（福島県猪苗代町、静岡県小山町、静岡県伊豆の国市）である。

レセプトデータは、A健康保険組合では被保

険者・本人の医科、調剤および歯科レセプトであり、国民健康保険では世帯主および世帯員の両方を含む。データ項目は、事業所記号、被保険者番号、性別、生年月日、点数表、区分、疾病コード、診療年月、診療実日数、決定点数である。期間はA健康保険組合は2005年4月から2006年3月の一年間のレセプトおよび2005年度の健康診断結果である。国民健康保険組合（3市町村）は、2007年1月から12月のレセプトデータおよび2007年度の健康診断結果である。健康診断項目は、ユーザ識別コード（被保険者番号）、健診日、身長、体重、血圧、最低血圧、白血球数、ヘモグロビン量、ヘマトクリット、血小板数、総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、GOT（AST）、GPT（ALT）、ガンマGTP、アルカリフォスファターゼ、総ビリルビン（T-Bil）、尿酸、血清クレアチニン、尿素窒素（BUN）、空腹時血糖、ヘモグロビンA1c（HbA1c）等である。

被保険者IDをもとに個人ごと年間医療費を算出し、疾病傾向の分析には、レセプトの主病名を用いた。ただし、レセプトは一ヶ月毎に発生するために、対象とした一年間では、毎月医療機関を受診していると12枚発生することになる。さらに、複数の医療機関を受診していた場合は、受診医療機関分だけのレセプトが発生することになり、主病名も複数発生している可能性がある。そこで今回の分析では、個人毎のレセプトを月ごとに比較し、決定点数の一番高額であったレセプトの主病名を、その個人の主病名と定義した。

階層化は、標準的な健診・保健指導プログラム確定版で示された階層化の基準を参考とした。ただし、腹位のデータは存在しないためにBMIを利用し、 $BMI \geq 25.0$ で、下記の健康診断値を用いた階層化をおこなった。

1) トリグリセライド $\geq 150\text{mg/dl}$ または 低 HDL コ

レステロール血症<40mg/dl

2)収縮期血圧 \geq 130mmHg または 拡張期血圧
40mg/dl \geq 85mmHg

3)空腹時血糖 \geq 100mg/dl %

4)喫煙の有無

階層は、積極的支援群、動機付け支援群、情報提供群の3群とした。積極的支援群は、BMI 25以上および上記リスクが3,4つとした。動機付け支援群は、BMI 25以上および上記リスクが1,2つとした。情報提供群は、それ以外である。

これら3群とレセプト情報を突合することで、各群の医療費消費状況を比較した。また、レセプトは医療機関を受診した集団のデータであるため、当然のことながら医療機関を受診しなかった者のデータは存在しない。同様に、健康診断データも受診者のみであり、健康診断を受診しなかった者のデータも存在しない。つまり、突合分析では、健康診断を受診しかつ医療機関を受診した者を対象としている。さらに、今回の特定健診・特定保健指導は40歳以上、74歳以下を対象としているために、突合分析の対象も40歳から74歳とした。

C. 結果

A 健康保険組合

対象期間中に医療費を消費した者は6,760人であった。男性比率は平均84.3%であり、男性が多い。平均年齢は42.2歳である。疾病分析では、高血圧疾患の合計点数は5,744,956点であり、全体医療費に占める割合が最も高い(7.1%)ことが示された。人数も306人と最も多い。第2位が悪性新生物(4.6%)、第3位が消化器系の疾患(4.2%)、第4位が糖尿病(4.0%)であった(表1)。このように、メタボリックシンドロームに含まれる高血

圧および糖尿病の医療費が全体の10%以上を占めた。

健康診断を2005年度に受診した被保険者は、5190人であった。この5190人でレセプトが発生していた人数は4441人(85.6%)であった。

積極的支援群は201名(約4.5%)、動機付け支援群は927名(約20.9%)、情報提供群は3287名(約74.0%)であった。階層別での医療費合計は、積極的支援群が3,763,735点(7.7%)、動機付け支援群が11,461,790点(23.4%)、情報提供群が33,596,589点(68.6%)であった(表2)。

階層化別での個人ごと平均医療費は、全積極的支援群が18,725.0点、動機付け支援群が12,364.4点、情報提供群が10,221.1点であった(図1)。

国民健康保険(福島県猪苗代町)

対象期間中に医療費を消費した者は6,780人であった。男性比率は平均45.2%であり、女性が多い。平均年齢は61.5歳である。50歳代が12.2%、60歳代が17.9%、70歳代が26.7%であった。疾病分析では、高血圧疾患の合計点数は1,962,907点であり、全体医療費に占める割合が最も高く、人数も1,172人と最も多い。第2位が関節症、第3位が虚血性心疾患、第4位がその他の悪性新生物であった(表3)。

健康診断を2005年度に受診した被保険者は、3,374人であった。この3,374人でレセプトが発生していた人数は2,718人(49.8%)であった。ただし、突合分析は40歳から74歳を対象としたため、人数は2,071人となった。積極的支援群は191名、動機付け支援群は439名、情報提供群は1,441名であった。階層別での医療費合計は、積極的支援群が5,254,368点、動機付け支援群が12,798,356点、情報提供群が40,064,465点であった(表4)。

階層化別での個人ごと平均医療費は、全積極的支援群が 27,509.8 点、動機付け支援群が 29,153.4 点、情報提供群が 27,803.4 点であった(図 2)。

国民健康保険(静岡県伊豆の国市)

対象期間中に医療費を消費した者は 20,524 人であった。男性比率は平均 45.2%であり、女性が多い。平均年齢は 56.5 歳である。50 歳代が 12.2%、60 歳代が 23.6%、70 歳代が 20.9%であった。

疾病分析では、高血圧疾患の合計点数は 108,594,087 点であり、全体医療費に占める割合が最も高く、人数も 2,739 人と最も多い。第 2 位が腎不全、第 3 位が脳梗塞、第 4 位が糖尿病であった(表 5)。

健康診断を 2005 年度に受診した被保険者は、7,341 人であった。この 7,341 人でレセプトが発生していた人数は 5,242 人であった。ただし、突合分析は 40 歳から 74 歳を対象としたため、人数は 3,595 人となった。積極的支援群は 252 名、動機付け支援群は 535 名、情報提供群は 2,808 名であった。階層別での医療費合計は、積極的支援群が 5,254,368 点、動機付け支援群が 12,798,356 点、情報提供群が 40,064,465 点であった(表 6)。

階層化別での個人ごと平均医療費は、全積極的支援群が 28,107.4 点、動機付け支援群が 27,019.5 点、情報提供群が 24,475.4 点であった(図 3)。

国民健康保険(静岡県小山町)

対象期間中に医療費を消費した者は 6,782 人であった。男性比率は平均 45.0%であり、女性が多い。平均年齢は 60.6 歳である。50 歳代が 9.1%、

60 歳代が 21.8%、70 歳代が 27.2%であった。

疾病分析では、高血圧疾患の合計点数は 50,544,124 点であり、全体医療費に占める割合が最も高く、人数も 1,035 人と最も多い。第 2 位が腎不全、第 3 位が糖尿病、第 4 位が虚血性心疾患であった(表 7)。

健康診断を 2005 年度に受診した被保険者は、3,474 人であった。この 3,474 人でレセプトが発生していた人数は 2,423 人であった。ただし、突合分析は 40 歳から 74 歳を対象としたため、人数は 1,281 人となった。積極的支援群は 71 名、動機付け支援群は 249 名、情報提供群は 961 名であった。階層別での医療費合計は、積極的支援群が 1,994,210 点、動機付け支援群が 6,714,051 点、情報提供群が 31,067,929 点であった(表 8)。

階層化別での個人ごと平均医療費は、全積極的支援群が 28,087.5 点、動機付け支援群が 26,949.1 点、情報提供群が 32,283.8 点であった(図 4)。

E. 結論

今回は一つの健康保険組合と三つの国民健康保険の保険者の分析を行った。健康保険組合は男性が多く、一方で国民健康保険では女性の方が若干多かった。また、平均年齢は健康保険組合の方が、国民健康保険よりも若い。疾病分析から、全保険者で高血圧性疾患に対する医療費消費割合が最も高いことが共通していた。さらに腎不全、糖尿病も上位に入っていたことから、生活習慣病の医療費適正化が重要な課題であることが示唆された。

突合分析から、健康保険組合では情報提供群の人数が最も多く、医療費割合も高いことがわかった。よって、2008年4月から義務化される特定健診および特定保健指導では、積極的支援群および動機付け支援群に対する保健指導に加えて、情報提供群に対する予防啓発(啓蒙)なども重要であると同時に医療費適正化の効果も高いと考えられる。

一人あたり医療費は、健康保険組合では、リスクの多い積極的支援群の医療費が一番高額であり、以下リスク数の順に医療費は減少した。一方、国民健康保険組合ではリスク数と医療費に関連性はみられなかった。さらに国民健康保険の全群の平均医療費は25,000点以上であり、健康保険組合よりも高額であった。つまり、リスク数と医療費が関連はなく、年齢が高い加入者を持つ保険者では既に何らかの疾病を発症している群が多いのではないかと推察された。よって、健康保険組合においては、これ以上リスクを増やさないための一次あるいは二次予防が必要であり、国民健康保険においては既に発症している群がこれ以上重傷化しないための三次予防が効果的であると示唆できる結果となった。つまり、本年度から40歳以上75歳以下の国民に対して全国一律の特定健診、特定保健指導が定められたが、

今後は保険者の特性・特徴にあわせたプログラム実施についての検討の余地があると考えられた。

ただし、今回我々が対象とした保険者数が少ない為に、日本全国の保険者に本結果と同様の傾向が有るとは言えない。今後、職種や年齢といった属性が異なる保険者を増やし、普遍性・妥当性を検証していくことが必要だと考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

図表

1 A 健康保険組合

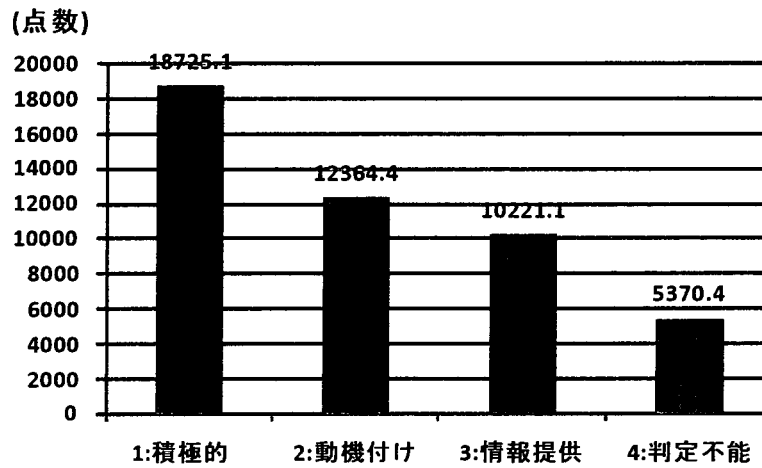
表1 疾患別の人数および医療費

病名	人数	平均点数	合計点数	割合
	6760	11917.6	80563177	100
1 高血圧性疾患	306	18774.4	5744956	7.1
2 良性新生物及びその他の新生物	183	20368.9	3727511	4.6
3 その他の消化器系の疾患	119	28367.0	3375674	4.2
4 糖尿病	125	25458.0	3182250	4.0
5 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	136	22313.5	3034633	3.8
6 その他の損傷及びその他の外因の影響	292	9379.0	2738674	3.4
7 その他の内分泌, 栄養及び代謝疾患	147	15211.4	2236078	2.8
8 その他の神経系の疾患	91	24189.5	2201249	2.7
9 虚血性心疾患	40	53392.2	2135688	2.7
10 その他の悪性新生物	22	87132.0	1916905	2.4
11 症状, 徴候及び異常臨床所見・異常	173	10186.7	1762302	2.2
12 骨折	88	19988.8	1759011	2.2
13 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	147	10804.5	1588266	2.0
14 屈折及び調節の障害	337	4585.1	1545162	1.9
15 くも膜下出血	6	256977.0	1541862	1.9
16 歯肉炎及び歯周疾患	350	4239.9	1483973	1.8
17 腎不全	5	286744.6	1433723	1.8

表2 各群の人数(割合)および医療費合計(割合)

	人数	割合(%)	医療費(点)	割合(%)
積極的支援	201	4.5	3763735	7.7
動機付け	927	20.9	11461790	23.4
情報提供	3287	74.0	33596589	68.6
判定不能	26	0.6	139631	0.3

図1 各群の1人あたり平均医療費



2 国民健康保険（福島県猪苗代町）

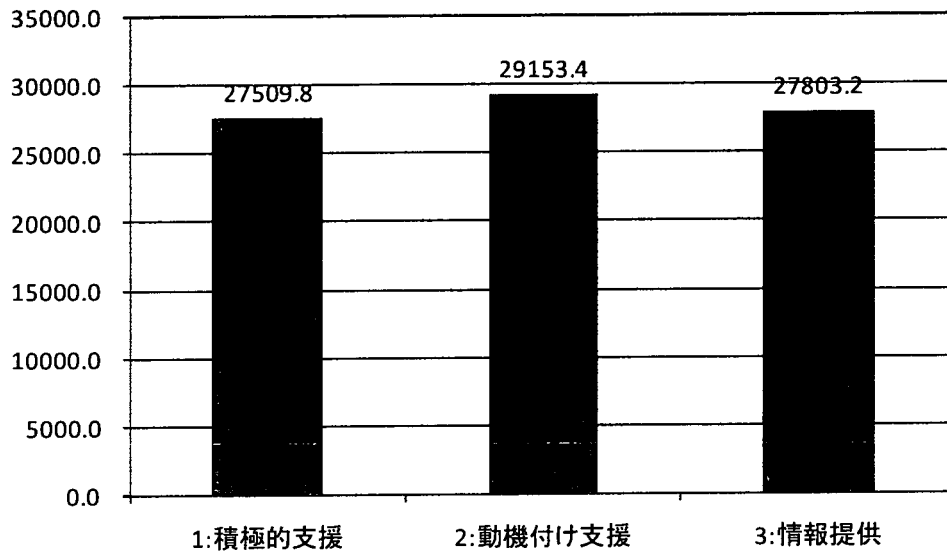
表3 疾患別の人数および医療費

順位	主病傷名	主傷病コード	合計点数	人数	平均点数
1	高血圧性疾患	901	1962907	1172	1675
2	関節症	1302	1078362	95	11351
3	虚血性心疾患	902	908454	85	10688
4	その他の悪性新生物	210	826969	56	14767
5	脳梗塞	906	805628	104	7746
6	糖尿病	402	772552	257	3006
7	その他の呼吸器系の疾患	1011	735028	20	36751
8	腎不全	1402	716869	17	42169
9	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	503	557460	47	11861
10	骨折	1901	523674	28	18703
11	その他の消化器系の疾患	1112	506678	47	10780
12	胃の悪性新生物	201	484035	28	17287
13	脳内出血	905	418125	17	24596
14	その他の脳血管疾患	908	378238	13	29095
15	その他の心疾患	903	361053	76	4751
16	脊椎障害(脊椎症を含む)	1303	354719	50	7094
17	歯肉炎及び歯周疾患	1102	336730	156	2159
18	その他の歯及び歯の支持組織の障害	1103	328565	125	2629
19	気管, 気管支及び肺の悪性新生物	205	320308	9	35590
20	その他の内分泌, 栄養及び代謝疾患	403	299496	244	1227
21	その他の損傷及びその他の外因の影響	1905	298398	104	2869
22	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	203	269682	9	29965
23	症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他	1800	263033	41	6415
24	肺炎	1004	256752	10	25675
25	その他の眼及び付属器の疾患	704	247323	103	2401
26	喘息	1010	231946	78	2974
27	慢性閉塞性肺疾患	1009	230545	26	8867
28	白内障	702	226036	42	5382
29	その他のウイルス疾患	106	224803	4	56201
30	血管性及び詳細不明の認知症	501	221800	18	12322

表4 各群の人数（割合）および医療費合計（割合）

	人数	合計点数	一人当たり点数
1:積極的支援	191	5254368	27509.8
2:動機付け支援	439	12798356	29153.4
3:情報提供	1441	40064465	27803.2
総計	2071	58117189	28062.4

図2 各群の1人あたり平均医療費



3 国民健康保険（静岡県伊豆の国市）

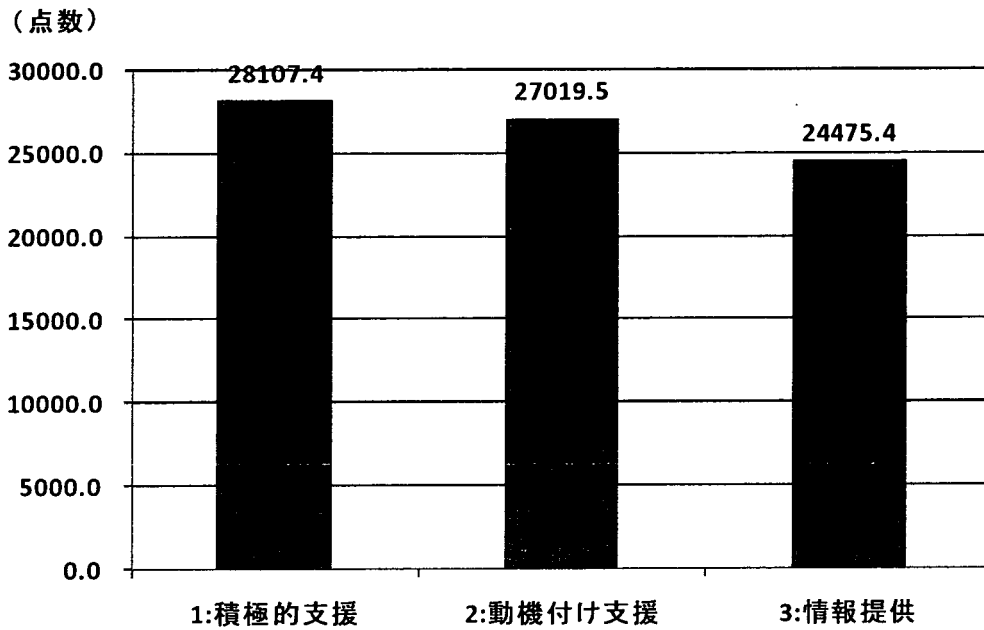
表5 疾患別の人数および医療費

	病名	病名	合計点数	人数	平均点数
1	高血圧性疾患	901	108594087	2739	39647
2	腎不全	1402	45543944	95	479410
3	脳梗塞	906	35810732	403	88860
4	糖尿病	402	33048126	558	59226
5	関節症	1302	21454610	346	62008
6	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	503	17070745	151	113051
7	虚血性心疾患	902	16464932	214	76939
8	その他の心疾患	903	16104743	244	66003
9	その他の内分泌, 栄養及び代謝疾患	403	15878411	415	38261
10	前立腺肥大(症)	1405	15296594	207	73897
11	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1104	13165739	265	49682
12	その他の悪性新生物	210	11784704	99	119037
13	骨折	1901	11456780	104	110161
14	症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他	1800	11324474	231	49024
15	脳内出血	905	11302651	56	201833
16	その他の損傷及びその他の外因の影響	1905	11123252	226	49218
17	皮膚炎及び湿疹	1202	11121196	368	30221
18	その他の消化器系の疾患	1112	10758518	200	53793
19	脊椎障害(脊椎症を含む)	1303	10186215	120	84885
20	炎症性多発性関節障害	1301	8457559	150	56384
21	胃炎及び十二指腸炎	1105	8313600	209	39778
22	その他の眼及び付属器の疾患	704	8209898	232	35387
23	慢性閉塞性肺疾患	1009	8021993	82	97829
24	白内障	702	7871291	140	56224
25	その他の神経系の疾患	606	7732268	48	161089
26	喘息	1010	7611121	244	31193
27	骨の密度及び構造の障害	1309	6251792	138	45303
28	椎間板障害	1304	5860662	103	56900
29	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	1310	5563585	103	54015
30	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	504	5374177	110	48856

表6 各群の人数（割合）および医療費合計（割合）

	人数	合計点数	一人あたり医療費
1:積極的支援	252	7083054	28107.4
2:動機付け支援	535	14455430	27019.5
3:情報提供	2808	68726929	24475.4
総計	3595	90265413	25108.6

図3 各群の1人あたり平均医療費



4 国民健康保険（静岡県小山町）

表7 疾患別の人数および医療費

順位	主病傷名	合計 / 点数	平均 / 点数	人数
1	'高血圧性疾患'	50544124	48834.9	1035
2	(病名無し)	48900659	16821.7	2907
3	'腎不全'	22260692	494682.0	45
4	'糖尿病'	17609768	64741.8	272
5	'虚血性心疾患'	11525740	104779.5	110
6	'脳梗塞'	11345758	51807.1	219
7	'その他の内分泌, 栄養及び代謝疾患'	8256458	40275.4	205
8	'統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害'	7803875	141888.6	55
9	'その他の心疾患'	6883913	87138.1	79
10	'関節症'	6685033	59687.8	112
11	'胃炎及び十二指腸炎'	5460813	37922.3	144
12	'その他の悪性新生物'	5444604	139605.2	39
13	'その他の神経系の疾患'	4684014	104089.2	45
14	'胃潰瘍及び十二指腸潰瘍'	4349531	45784.5	95
15	'喘息'	4192340	45078.9	93
16	'胃の悪性新生物'	3768770	107679.1	35
17	'脊椎障害(脊椎症を含む)'	3190594	63811.9	50
18	'結腸の悪性新生物'	2863429	114537.2	25
19	'その他の損傷及びその他の外因の影響'	2738729	68468.2	40
20	'その他の男性生殖器の疾患'	2672639	65186.3	41
21	'炎症性多発性関節障害'	2271998	64914.2	35
22	'気管, 気管支及び肺の悪性新生物'	2152418	239157.6	9
23	'白内障'	2069604	66761.4	31
24	'その他の消化器系の疾患'	1751287	64862.5	27
25	'その他の腎尿路系の疾患'	1740321	116021.4	15
26	'慢性閉塞性肺疾患'	1698910	80900.5	21
27	'パーキンソン病'	1688170	153470.0	11
28	'肺炎'	1644920	182768.9	9
29	'良性新生物及びその他の新生物'	1582574	98910.9	16
30	'屈折及び調節の障害'	1380862	27075.7	51

表 8 各群の人数（割合）および医療費合計（割合）

	人数	合計点数	一人当たり医療費
1:積極的支援	71	1994210	28087.5
2:動機付け支援	249	6714051	26964.1
3:情報提供	961	31067929	32328.8
総計	1281	39776190	31050.9

図 4 各群の1人あたり平均医療費

