

平成 29 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金
(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

医療費適正化に向けた生活保護受給者の医薬品処方および生活習慣病の実態調査：
大規模レセプト分析 (H29-政策-指定-007)

総括研究報告書

研究代表者 高橋 由光 (京都大学大学院医学研究科健康情報学分野 准教授)
研究分担者 中山 健夫 (京都大学大学院医学研究科健康情報学分野 教授)
研究分担者 石崎 達郎 (東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長)
研究分担者 加藤 源太 (京都大学医学部附属病院診療報酬センター 准教授)
研究協力者 仙石 多美 (京都大学大学院医学研究科健康情報学分野 研究員)
研究協力者 大寺 祥佑 (京都大学医学部附属病院医療情報企画部 助教)
研究協力者 岩尾 友秀 (奈良先端科学技術大学院大学 研究員)
研究協力者 酒井 未知 (京都大学大学院医学研究科健康情報学分野 研究員)

研究要旨

生活保護受給者の生活習慣病有病状況および医薬品処方の実態を把握するため、平成 27 年医療扶助実態調査で対象とされた平成 27 年 6 月審査分のレセプトのうち、5 月診療分を用いてデータ分析を改めて行った。糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有病者数は、それぞれ 167,123 名 (生活保護受給者 2,161,442 名を分母としたときの有病割合 7.7%)、449,966 名 (20.8%)、241,067 名 (11.2%) であった。また、3 疾患のいずれかの疾患を有する者は 551,043 名 (25.5%)、3 疾患すべてを有する者は 60,159 名 (2.8%) であった。県別有病割合 (年齢調整) では、割合が高い県と低い県で 2.6~2.9 倍の差があった。糖尿病患者では、医薬品費 (53.1 億円) のうち糖尿病治療薬 24.7% (13.1 億円、一人当たり平均 7,858 円)、高血圧症患者では、医薬品費 (114.0 億円) のうち高血圧症治療薬 17.2% (19.7 億円、一人当たり平均 4,368 円)、脂質異常症患者では、医薬品費 (64.0 億円) のうち脂質異常症治療薬 11.2% (7.2 億円、一人当たり平均 2,984 円) であった。後発医薬品シェア (数量ベース) は、糖尿病治療薬 62.6%、高血圧症治療薬 57.9%、脂質異常症治療薬 64.0% であった。処方が多い医薬品ほど重複処方も多い傾向がみられ、生活習慣病治療薬においても同様の傾向であった。1 患者が利用している薬局数が 2 施設以上の患者が 21.1% いた。生活保護受給者の状況を検討するためには、比較対象として公的医療保険加入者の状況を把握することも必要であり、NDB サンプルングデータセットなどを用いた検討も必要である。さらに、医療扶助レセプトには含まれない他の公費負担医療を受けている受給者もいることから、生活保護受給者の医療の実態解明のためには、他の公費負担医療レセプトに関する情報が求められる。

A. 研究目的

生活保護受給者数は、近年減少傾向がみられものの、約 215 万人（平成 28 年度）と依然高い水準である。高齢者世帯は 5 割を超え、医療扶助受給者も 8 割を超えており、多くの受給者が医療を必要としている。生活保護費負担金約 3.7 兆円（平成 28 年度）のうち、医療扶助は 1.7 兆円と、ほぼ半分を占めている。

健康日本 21（第 2 次）では健康寿命の延伸や健康格差の縮小等が掲げられており、健康管理支援の重要性が増しているが、生活保護受給者の新たな健康施策として、被保護者の健康管理支援事業 [1] の創設を含む法律案が平成 30 年の通常国会に提出された。

また、平成 27 年の経済財政諮問会議の経済・財政計画において、医療扶助等の生活保護制度の適正化が求められており、頻回受診、重複受診、重複処方等の適正化、後発医薬品の使用推進などの対策を講じる必要がある、とされている。

生活保護受給者の「健康管理支援」と「医療扶助の適正化」を同時に推進することは切実な課題である。生活保護制度の適正化を目指すためには、受給者の健康状態および受診・処方や医療費の実態を明らかにすることが必要である。厚生労働省は、生活保護法による医療扶助受給者の診療内容の把握、被保護階層に対する医療対策等に必要な基礎資料収集のための医療扶助実態調査を実施しているが、より詳細な分析が望まれている。

先行研究（以下、平成 28 年度特別研究）[2] にて、平成 27 年医療扶助実態調査で対象とされた平成 27 年 6 月審査分のレセプトのうち 5 月診療分を用いてレセプトデータ

分析を行い、生活保護受給者の 3 疾患の生活習慣病の有病および医薬品処方の実態について報告を行った。3 疾患については、主に、治療中の糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有病者を検討することとし、傷病名および医薬品を用いて選定した。しかしながら、先行研究 [2] では、傷病名については、糖尿病においてインスリン依存性糖尿病を含めている点等について特別研究へのフィードバックがあり、生活習慣病の有病割合を分析する観点からは課題があると考えられた。そのため、本研究では、インスリン依存性糖尿病を除いた新たな検討も必要と考えた。さらに、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」で「3 疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）に関連する「傷病名コード」および「医薬品コード」」[3] が提示されており、同傷病名コードに準じた検討が必要と考えた。医薬品については、先行研究 [2] では、「今日の治療薬」（南江堂）をもとに、医薬品コード、医薬品名、分類名のマスターデータを作成した。しかしながら、薬価基準収載品目の更新にともなう当マスターデータの更新の継続性の困難さや、「今日の治療薬」を用いたことによる著作権によるマスターデータの公開可能性などの管理の側面で課題が残った。そのため、本研究では、特別研究へのフィードバックとして指摘された保険者による健診・保健指導等に関する検討会における「3 疾患に関連する医薬品コード」[3]を参考にしつつ、複数の医薬品分類を検討したうえで、継続的に利用できる 3 疾患の医薬品の選定方法の検討が必要であると考えた。また、先行研究 [2] では未着手であった、後発医薬品シェア、利用している調剤薬局数（以下、利用調剤薬局数）につ

いても検討を行う必要があると考えた。

本研究では、厚生労働統計である医療扶助実態調査が対象とするレセプトを活用し、代表的な生活習慣病である糖尿病・高血圧症・脂質異常症、重複処方の状況を改めて分析する。さらに、頻回受診、重複受診、医療費、重複処方、後発医薬品使用のより詳細な実態把握を行う。また、地域差やその要因等の分析、医療費の検討も行い、医療扶助の適正な運営に資する基礎データを補強することを目指す。また、レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース：NDB）の利活用の可能性についても検討する。

本年度は、以下を目的とする。（１）生活保護受給者の健康管理支援の観点から、代表的な生活習慣病である糖尿病、高血圧症、脂質異常症について検討を行う。レセプトに記載されている傷病名だけでなく、複数の医薬品分類を検討し医薬品の選定を行ったうえで医薬品処方のデータも活用することで、より正確な有病状況を推測し、生活保護受給者の生活習慣病の有病の実態を明らかにする。（２）医療扶助の適正化の観点から、生活保護受給者に対して処方された医薬品の情報の集計を行い、医療費算出のための基礎情報を収集する。平成 28 年度特別研究 [2] で未検討であった、3 疾患に係る後発医薬品の数量シェアや、利用している調剤薬局数についても検討を行う。

（３）複数の医療機関から同一内容の処方が短期間で処方されている重複処方のより詳細な実態を、解剖治療化学分類法

（Anatomical Therapeutic Chemical Classification System、以下 ATC 分類）での検討も加えることで明らかにする。（４）医療扶助レセプトを用いた分析の限界につ

いて検討を行う。医療扶助実態調査の比較対象として、「医療給付実態調査」[4] があるが、NDB には、より詳細なレセプト情報が含まれているため、医療扶助費分析の比較対象としての NDB の利活用の可能性について検討する。また、NDB について、全額公費負担医療レセプトの利活用の可能性について検討を行う。さらに、生活保護受給者の比較対象として、生活習慣病の有病状況に関する政府統計のレビューを行う。

B. 研究方法

B. 1. 医療扶助レセプト分析

目的（１）（２）（３）について、医療扶助実態調査で対象とされたレセプトを用いて研究を行った。（分担研究報告書（仙石・高橋）参照）

■データソース

医療扶助実態調査は、厚生労働省社会・援護局保護課が毎年実施している統計法に基づく一般統計調査であるが、福祉事務所が保管している医療扶助レセプトのうち、支払基金 6 月審査分（4・5 月診療分）の診療報酬明細書と調剤報酬明細書（以下、レセプト）を利用して行われている。今回は、平成 27 年および 28 年医療扶助実態調査に係る調査票情報として使用された平成 27 年 6 月審査分および平成 28 年 6 月審査分の医療扶助レセプトを、統計法第 33 条による調査票情報の提供について申出を行い取得し、二次データ分析を行った。なお、主な分析対象は平成 27 年 6 月審査分のうち、5 月診療分のレセプトデータである。平成 28 年 6 月審査分については、本年度（平成 29 年度）はデータ整形の確認のために活用し、平成 30 年度に、詳細な解析を行

う予定である。

■データ整形・名寄せ

先行研究 [2] で作成したデータ整形プログラムを用い、平成 27 年医療扶助実態調査で対象とされた平成 27 年 6 月審査分のレセプトデータを、統計ソフトで解析できるように固定長のデータフォーマットに整形した。平成 28 年 6 月審査分のレセプトデータは、平成 27 年のレセプトデータと同一のフォーマットであり、同プログラムにより整形できることを確認した。

医科入院、医科入院外、及び調剤レセプトのみを対象とし、歯科レセプトは除いた。「匿名化 ID2」と「公費負担者番号」を結合した ID を作成し、名寄せを行った。

■有病割合

傷病分類は、主傷病名以外についても検討した。厚生労働省「第 14 回保険者による健診・保健指導等に関する検討会」における「3 疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）に関連する「傷病名コード」及び「医薬品コード」について」 [3] に記載されている ICD10 コードを参考とした。「診断名の記載がない血液検査の異常」(R739 (高血糖、詳細不明)、R740 (トランスアミナーゼ及び乳酸脱水素酵素の上昇)、R81 (尿糖)) も「3 疾患に関連する傷病名コード」 [3] に含まれており、糖尿病 (E11-E14、R739、R81)、高血圧症 (I10-I15)、脂質異常症 (E78、R740) として分類を行った。先行研究 [2] で利用した傷病名と異なる点は、E10 (インスリン依存性糖尿病) の削除、R739、R740、R81 の追加である。主傷病名以外についても検討したが、本研究で

提供を受けたデータには「疑い」情報が含まれていなかったため、「疑い」の傷病名を除外することはできなかった。

医薬品分類については、上述の「3 疾患に関連する医薬品コード」 [3] を参考にし、「薬効分類番号」(日本標準商品分類番号の医療用医薬品の薬効分類番号) に基づいて決定した。

3 疾患の医薬品 (薬効分類番号)

疾患	薬効分類番号	薬効分類名
糖尿病	396	糖尿病用剤
	2492	すい臓ホルモン剤
高血圧症	212	不整脈用剤
	213	利尿剤
	214	血圧降下剤
	2171	冠血管拡張剤
脂質異常症	218	高脂血症用剤

以上より有病の定義を行い、有病割合を算出し、年代別、都道府県別の集計も行った。3 疾患別に、合併・併存疾患の割合も算出した。

■医療費・医薬品費

平成 28 年度特別研究 [2] と同様に、医療扶助受給者の医療費をレセプト種別ごとに集計した。医薬品費については、対象患者における糖尿病治療薬、高血圧症治療薬、脂質異常症治療薬の医薬品費 (該当の 1 か月) について代表値を算出した。本研究では、さらに、医科 (入院および入院外) および調剤診療報酬の医療費の内訳、3 疾患の患者における医薬品費用の内訳の記述集計を行った。

■後発医薬品シェア

厚生労働省「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」 [5] に準じ、後発医薬品の数量シェア (置換え率) を検討した。

■重複処方

平成 28 年度特別研究 [2] と同様に、重複処方を、「同月（平成 27 年 5 月）に、同分類の医薬品が、2 つ以上の医療機関より処方されている状態」とした。なお、「同分類の医薬品」について、（1）「薬効分類番号」（3 桁）、および（2）「ATC 分類（Anatomical Therapeutic Chemical Classification System、解剖治療化学分類コード）」を用いて分類を行った。なお、平成 28 年度特別研究 [2] では ATC 分類コードは未検討であり、ATC 分類コードを用いて健康保険加入者の重複処方を行った研究 [6] と比較した。

■利用調剤薬局数

利用調剤薬局数の定義を、「同月に、個々の患者に対して同じ傷病名（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）に対する医薬品を調剤した調剤薬局の数」として、調剤レセプトを用いて調剤薬局数を算出した。

B. 2. NDB

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）は、2008 年から施行されている「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いるデータベースとして、レセプト情報及び特定健診・特定保健指導情報を格納・構築されている。レセプト情報等の第三者提供は、2013 年度から本格実施されている [7]。なお、NDB の利用については現在 5 種類が考えられる。

種類	概要
NDB オープンデータ（審査不要）	基礎的な集計表の公開（医科診療報酬点数、医薬

品、特定健診等)	
サンプリングデータセット	1 か月分のサンプリングデータ（入院 10%、外来 1%）
特別抽出	申出内容に応じてデータセンターでデータ抽出し提供
集計表情報	集計表を作成し提供
オンサイトリサーチセンター	東京大学、京都大学で試行的導入中

1) NDB の第三者利用に関する利用者に向けた利便性向上策の動向をレビューした（分担研究報告書（加藤）参照）。

2) NDB を用いて、特別抽出による公費負担医療レセプトの利活用の可能性について、NDB に含まれているデータの現状および法制度等より検討を行った。

B. 3. 政府統計

厚生労働省が実施している患者調査、および国民健康・栄養調査、人口動態調査を用いて、糖尿病、高血圧症、脂質異常症という 3 つの生活習慣病について、全国民における有病状況を調べた（分担研究報告書（大寺・中山）参照）。

（倫理面への配慮）

医療扶助実態調査は、厚生労働省が実施する一般統計調査であり、統計法第 33 条に則り厚生労働省に申出を行った。承諾後、調査票情報の提供を受け、解析を行った。

NDB に関しては、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」 [7] を遵守した。NDB 特別抽出では、申出に先立ち、所属機関の倫理審査での承認が必要であるため、京都大学医の倫理委員会にて申請を行い、承認を得た（R1479）。

C. 研究結果

C. 1. 医療扶助レセプト分析

■有病割合

レセプト傷病名に基づく糖尿病、高血圧症、脂質異常症の人数は、それぞれ439,186名、655,804名、472,073名であったが、そのうち、各疾患に対する薬物治療が行われていたのは、それぞれ167,123名（生活保護受給者2,161,442名を分母としたときの割合7.7%）、449,966名（20.8%）、241,067名（11.2%）であった。また、3疾患のいずれかの疾患を有する者は551,043名（25.5%）、3疾患すべてを有する者は60,159名（2.8%）であった。

年代別の3疾患ごとの有病割合は、20歳代で0.1~0.3%（分母はそれぞれの疾患の有病者数）、30歳代0.7~1.6%、40歳代4.1~7.0%、50歳代10.1~14.3%、60歳代28.1~33.8%、70歳代31.2~34.9%、80歳代以上11.8~22.0%であった。30歳代から40歳代にかけて、急峻な増加傾向がみられた。都道府県別では、3疾患ともに有病割合（年齢調整）は大分県が高く、石川県が低く、糖尿病では2.6倍、高血圧症では2.6倍、脂質異常症では2.9倍であった。

合併・併存疾患は、糖尿病患者では、糖尿病（性）網膜症（ICD-10：H360）を18.4%が、腎合併症を伴うもの（E112、E122、E132、E142）を15.9%、神経（学的）合併症を伴うもの（E114、E124、E134、E144）を11.7%、狭心症（I20）を23.4%、急性心筋梗塞（I21）を2.6%、脳梗塞（I63）を12.8%が併存していた。

■医療費

医療扶助受給者の医療費（歯科レセプトを除く）の内訳は、医科レセプト入院53.6%（576.0億円）、入院外28.0%（300.1

億円）、調剤レセプト18.4%（197.5億円）であった。また、医療費全体のうち、医薬品費の占める割合は22.9%（246.2億円）であった。糖尿病患者では、医薬品費（53.1億円）のうち糖尿病治療薬24.7%（13.1億円、一人当たり平均7,858円）、高血圧症患者では、医薬品費（114.0億円）のうち高血圧症治療薬17.2%（19.7億円、一人当たり平均4,368円）、脂質異常症患者では、医薬品費（64.0億円）のうち脂質異常症治療薬11.2%（7.2億円、一人当たり平均2,984円）であった。

■後発医薬品

3疾患の治療薬の後発医薬品シェア（数量ベース）は、糖尿病治療薬62.6%、高血圧症治療薬57.9%、脂質異常症治療薬64.0%であった。薬剤の種類（作用機序）別において、後発医薬品の使用割合が低いのは、糖尿病治療薬では即効型インスリン分泌促進薬、高血圧症治療薬の血圧降下薬では α β 遮断薬、利尿薬ではサイアザイド系類似利尿薬、冠血管拡張薬ではジラゼブ塩酸塩、抗不整脈ではCa拮抗薬、脂質異常症治療薬ではフィブラート系薬剤であった。

■重複処方

ATC分類コード（3桁）において、重複処方が多かった医薬品は、眼科用剤5.6%（重複処方人数8,786/処方人数158,135）、抗炎症及び抗リウマチ製剤4.9%（重複処方人数10,674/処方人数216,732）であった。概ね、処方が多い医薬品ほど重複処方も多い傾向がみられた。

■利用調剤薬局数

一人の患者が利用している薬局数は、1施設が78.9% (725,840/920,054、分母は薬局利用者数)、2施設以上が21.1%(194,214/920,054)であった。

C. 2. NDB

■第三者利用の動向

広く一般に開放されているNDBオープンデータの公表ならびに利用者のフィードバックに基づいたデータの質の改善、申出範囲の拡大や実用性を踏まえた公表基準の現実化、サンプリングデータセットの質の向上やデータの紐付け率の改善、サーバ増強によるデータ提供運用体制の強化などといったNDBデータ提供体制の拡充が図られており、NDBデータの利用者も年々増加してきていることが確認された。一方で、NDBを利用した研究成果はまだそれほど充実した質量を確保できてはならず、NDBの第三者利用に関する利便性向上の施策を今後も積極的に推進させていく必要があるとともに、そうした施策を積極的に開示して利用者の裾野を広げていく努力も、行政と研究者とで力を合わせて推進していく必要があることがわかった。(分担研究報告書(加藤)参照)

■特別抽出による公費レセプトの利活用

現時点において、一部公費負担医療のレセプトはNDBに含まれているが、全額公費負担医療のレセプトは、NDBに含まれておらず、特別抽出の対象外である。高齢者の医療の確保に関する法律 第十六条3「厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、都道府県及び市町村に対し、第一項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供するよ

う求めることができる。」という条文により、今後NDBに全額公費負担医療レセプトが含まれる可能性も考えられる。しかしながら、NDBの全額公費負担医療レセプトの第三者への提供については、レセプト情報等の提供に関する有識者会議での議論及び「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」の改正が必要となる事項であろう点も留意すべきである。

本年度は、今後NDBに全額公費負担医療レセプトが含まれ、第三者への提供が可能となった場合を仮想し、NDB特別抽出を申出する準備として、研究概要(参考資料1)、研究計画書を作成し、京都大学医の倫理委員会より承認を得た。

C. 3. 政府統計

患者調査、国民健康・栄養調査、人口動態調査を用いて、全国民における糖尿病、高血圧症、脂質異常症という3つの生活習慣病の有病割合を調べた。平成26年度患者調査では、医療機関を受療している総患者数は、高血圧症(約1,000万人)、糖尿病(約300万人)、脂質異常症(約200万人)の順に多いと推計されていた。また平成28年国民健康・栄養調査の結果では、20歳以上の国民のうち高血圧症有病者が約半数、糖尿病が強く疑われる者が1割強、脂質異常症が疑われる人が約2割いると推測されていた。

平成26年国民健康・栄養調査および人口動態調査から改めて推計したところ、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の総患者数は、各々10,108,000人、3,166,000人、2,062,000人で、人口10万あたりに換算すると各々8,059人、2,524人、1,643人であった。また年齢階級別にみた人口10万あた

り総患者数は、高血圧症で85歳以上が26,875人、糖尿病で75-84歳が7,334人、脂質異常症で65-74歳が4,341人とともに多かった。(分担研究報告書(大寺・中山)参照)

D. 考察

本年度は、新たな手法で改めて集計分析を行ったところ、生活保護受給者の3疾患の有病者数は、糖尿病167,123名(生活保護受給者2,161,442名を分母としたときの有病割合7.7%)、高血圧症449,966名(20.8%)、脂質異常症241,067名(11.2%)であった。また、3疾患のいずれかの疾患を有する者は551,043名(25.5%)、3疾患すべてを有する者は60,159名(2.8%)であった。

平成28年度特別研究[2]では、糖尿病7.7%、高血圧症18.1%、脂質異常症10.8%であった。傷病名では、同研究では、ICD-10で、糖尿病(E10-E14)、高血圧(I10-I15)、脂質異常症(E78)としていた。しかし、本研究では、「3疾患に関連する傷病名コード」[3]に準じることで、E10(インスリン依存性糖尿病)の削除、R739(高血糖、詳細不明)、R740(トランスアミナーゼ及び乳酸脱水素酵素の上昇)、R81(尿糖)の追加を行った。医薬品は、平成28年度特別研究[2]では、「今日の治療薬」のみにて検討を行ったが、「3疾患に関する医薬品」[3]、薬効分類番号、ATC分類コードを用い、再検討を行った。3疾患に関しては、薬効分類番号を用いることで適切な医薬品を選択することが可能となることがわかった(分担研究報告書(仙石・高橋))。これらの結果をもとに新たに解析を実施したところ、平成28年度特別研究[2]

に比べ、高血圧症では2.7%、脂質異常症では0.4%、有病割合が高くなっている。

3疾患ごとに有病割合を年代別に見た結果、30歳代から40歳代にかけて、急峻な増加傾向がみられた。40歳以降で生活習慣病が増加することは「国民健康・栄養調査」[8]でも報告されており、40歳代以前からの健康指導の必要が示唆される。地域性として、糖尿病の有病割合が高い県が他の2疾患でも高かった。公的医療保険加入者の有病割合と比較する必要がある、NDBサンプリングデータセットを用いた検討も有用であろう。

医療費に関して、その内訳をみると、医科入院費(576.0億円)は入院外(300.1億円)と比べ1.9倍であり、平成27年度の概算医療費報告[9]の1.1倍に比べ、入院にかかる費用の割合が高かった。3疾患の後発医薬品のシェア(数量ベース)は糖尿病治療薬62.6%、高血圧症治療薬57.9%、脂質異常症治療薬54.0%であり、これまでの報告と同様であった[10]。薬剤の種類(作用機序)別では、後発医薬品の使用割合が低いものも散見され、これらに着目した後発医薬品使用促進が有用と考えられる。

医薬品の重複処方に関して、平成28年度特別研究[2]で行った「今日の治療薬」および「薬効分類番号」での検討に加え、本研究ではATC分類コードでの検討も行った。処方が多い医薬品の重複処方が多く、薬効分類番号による結果と同じ傾向がみられた。健康保険加入者を対象に行った先行研究[6]では、生活習慣病治療薬では処方が多いにもかかわらず重複処方が低く、生活習慣病の治療については、一医療機関においてコントロールできていることが示されている。半面、本研究では、他の医薬

品同様の傾向がみられており、健康保険加入者と異なり、生活習慣病が一医療機関において治療されていない可能性が示唆された。

利用調剤薬局数については、2割の患者が2カ所以上の薬局を利用しており、これら患者に関しては、健康管理の観点からも、お薬手帳の活用やかかりつけ薬局・薬剤師を一つにする等の取組により、処方内容などの確認が必要であると考えられる。

NDBを用いた公費負担医療レセプトの利用については、全額公費負担医療に関するレセプトは現時点ではNDBに含まれていない。医療扶助は、他施策優先の公費医療であるが、公的医療保険に加入している受給者は非常に少ないと考えられるため、ほとんどの受給者は自立支援医療も含む全額公費負担医療の対象者である。このような状況であるため、生活保護受給者の医療実態を把握するためには、全額公費負担医療のレセプトの活用が重要と考えられる。

今後の課題として、3点記載する。(1) 医療扶助レセプトを用いた、生活習慣病の実態については、一定の知見を得られた。傷病分類や医薬品分類について、平成28年度特別研究[2]の課題を踏まえ、保険者による健診・保健指導等に関する検討会における「3疾患(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)に関連する「傷病名コード」及び「医薬品コード」について」[3]に準じ新たな解析を行った。本研究成果公開後、他の有識者からのフィードバックを得ながら、一定の合意を形成していく必要がある。(2) 生活保護受給者の生活習慣病の実態を明らかにし、検討を行うためには、比較対象として公的医療保険加入者(国民健康保険、健康保険、後期高齢者医療制度

等)の情報が不可欠である。政府統計を用いて国民全体の生活習慣病の有病割合を検討したが、有病の定義が異なるため、一定の割合を算出するのは困難であった。そのため、レセプト情報をもととした公的医療保険加入者の生活習慣病の有病割合を明らかにすることが必要である。NDB サンプルングデータセットを用いた、本研究と同様の手法にて生活習慣病の割合を算出することが必要であろう。(3) 生活保護には、他法他施策の原則があり、医療扶助以外の公費負担医療の対象となる場合、医療扶助レセプトからは医療の内容を把握できない。例えば、自立支援医療制度における精神通院医療の対象者の場合、精神疾患関連の医療費は同制度により全額負担されるため、医療扶助レセプトからは精神通院医療の内容を把握できない。生活保護受給者の医療の実態解明のためには、全額公費負担医療に関する情報が必要である。本年度は、研究計画書作成を行っているが、NDBに全額公費負担医療レセプトが含まれた場合の第三者提供が待ち望まれる。

E. 結論

生活保護受給者の生活習慣病有病状況および医薬品処方の実態を把握するため、平成27年医療扶助実態調査で対象とされた平成27年6月審査分のレセプトのうち、主に5月診療分を用いてデータ分析を改めて行った。生活保護被保護実員数約216万人のうち、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有病者数は、それぞれ167,123名(生活保護受給者2,161,442名を分母としたときの有病割合7.7%)、449,966名(20.8%)、241,067名(11.2%)であった。また、3疾患のいずれかの疾患を有する者は551,043

名 (25.5%)、3 疾患すべてを有する者は 60,159 名 (2.8%) であった。県別有病割合 (年齢調整) では、割合が高い県と低い県で 2.6~2.9 倍の差があった。糖尿病患者では、医薬品費 (53.1 億円) のうち糖尿病治療薬 24.7% (13.1 億円、一人当たり平均 7,858 円)、高血圧症患者では、医薬品費 (114.0 億円) のうち高血圧症治療薬 17.2% (19.7 億円、一人当たり平均 4,368 円)、脂質異常症患者では、医薬品費 (64.0 億円) のうち脂質異常症治療薬 11.2% (7.2 億円、一人当たり平均 2,984 円) であった。後発医薬品シェア (数量ベース) は、糖尿病治療薬 62.6%、高血圧症治療薬 57.9%、脂質異常症治療薬 64.0% であった。処方が多い医薬品ほど重複処方も多い傾向がみられ、生活習慣病治療薬においても同様の傾向であった。1 患者が利用している薬局数が 2 施設以上の患者が 21.1% いた。生活保護受給者の状況を検討するためには、比較対象として公的医療保険加入者の状況を把握することも必要であり、NDB サンプルングデータセットなどを用いた検討も必要である。さらに、医療扶助レセプトには含まれない他の公費負担医療を受けている受給者もいることから、生活保護受給者の医療の実態解明のためには、他の公費負担医療レセプトに関する情報が求められる。

■参考文献

- [1] 厚生労働省. 生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakai.html?tid=214326>
- [2] 高橋由光. 医療費適正化に向けた生活保護受給者の生活習慣病罹患および医薬品処方の実態調査：医療扶助レセプト分析 (H28-特別-指定-031) . 平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科

学特別研究事業)総括研究報告書. 2017.

- [3] 厚生労働省. 第 14 回保険者による健診・保健指導等に関する検討会 参考：3 疾患に関連する「傷病名コード」及び「医薬品コード」について.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000090285.html>
- [4] 厚生労働省. 医療給付実態調査.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryouhoken/database/zenpan/iryoukyufu.html>
- [5] 厚生労働省. 薬価基準取載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について (平成 28 年 3 月 31 日まで) .
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2014/03/tp0305-01.html>
- [6] Takahashi Y, et al. Social network analysis of duplicative prescriptions: One-month analysis of medical facilities in Japan. Health Policy. 2016 Mar;120(3):334-41.
- [7] 厚生労働省. レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するホームページ.
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/reseputo/index.html
- [8] 厚生労働省. 国民健康・栄養調査.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html
- [9] 厚生労働省. 平成 27 年度 医療費の動向－MEDIAS－.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/15/index.html>
- [10] 厚生労働省. 社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会 (第 1 回) .
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000164401.pdf

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
 - 1) Kubo S, Noda T, Myojin T, Nishioka Y, Higashino T, Matsui H, Kato G, Imamura T, National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB). Outline and Patient-Matching Technique. bioRxiv, 4, 2018.

- 2) 加藤源太, 中山健夫. 1 レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を用いた研究の動向
 - 2) NDB データを用いた臨床研究. *Progress in Medicine*, 38, 123-126, 2018.
 - 3) 加藤源太. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利活用の歩み. *生体医工学*, 55, 143-150, 2017.
 - 4) 野田龍也, 久保慎一郎, 明神大也, 西岡祐一, 東野恒之, 松居宏樹, 加藤源太, 今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) における患者突合 (名寄せ) 手法の改良と検証. *厚生*の指標, 64, 10-15, 2017.
 - 5) Yamasaki D, Tanabe M, Muraki Y, Kato G, Ohmagari N, Yagi T. The first report of Japanese antimicrobial use measured by national database based on health insurance claims data (2011-2013): comparison with sales data, and trend analysis stratified by antimicrobial category and age group. *Infection*, 46, 207-214, 2017.
 - 6) Nakayama T, on behalf of BiDAME: Big Data Analysis of Medical Care for the Elderly in Kyoto, Imanaka Y, Okuno Y, Kato G, Kuroda T, Goto R, Tanaka S, Tamura H, Fukuhara S, Fukuma S, Muto M, Yanagita M, Yamamoto Y. Analysis of the evidence-practice gap to facilitate proper medical care for the elderly: investigation, using databases, of utilization measures for National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB). *Environmental Health and Preventive Medicine*, 22, doi:10.1186/s12199-017-0644-5, 2017.
 - 7) 久保慎一郎, 野田龍也, 明神大也, 東野恒之, 松居宏樹, 加藤源太, 今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) の臨床研究における名寄せの必要性と留意点, *日本健康開発雑誌*, 38, 11-19, 2017.
2. 学会発表
- 1) 高橋由光, 仙石多美. 生活保護受給者の生活習慣病罹患および受診状況: 医療扶助レセプト分析 (シンポジウム 17 生活保護受給者を対象とした健康格差対策の今後), 第 76 回日本公衆衛生学会総会: 鹿児島, 2017 年 10 月 31 日-11 月 1 日.
 - 2) 岩尾友秀, 平木秀輔, 大寺祥佑, 酒井未知, 田村寛, 加藤源太, 黒田知宏. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を対象とした疫学研究に適した分析用データベースの構築, 第 11 回 IT ヘルスケア学術大会: 名古屋, 2017 年 5 月 27 日.
 - 3) 岩尾友秀, 大寺祥佑, 酒井未知, 平木秀輔, 大鶴繁, 近藤英治, 加藤源太, 田村寛, 黒田知宏. A reconstruction method of health insurance claims database for epidemiological research, *生体医工学シンポジウム 2017*: 上田, 2017 年 9 月 15 日.
 - 4) 加藤源太, 酒井未知, 大寺祥佑, 下垣徹, 松居宏樹, 野田龍也, 康永秀生, 今村知明, 黒田知宏. 新たなエビデンス創出のための次世代 NDB データ研究基盤構築に関する研究: 疫学研究への活用可能性について, 第 1 回日本臨床疫学会年次学術大会: 東京, 2017 年 9 月 29 日.
 - 5) 加藤源太, 酒井未知, 大寺祥佑, 下垣徹, 松居宏樹, 野田龍也, 康永秀生, 今村知明, 黒田知宏. 新たなエビデンス創出のための次世代 NDB データ研究基盤構築に関する研究: 概要報告, 第 76 回日本公衆衛生学会総会: 鹿児島, 2017 年 11 月 1 日.
 - 6) 酒井未知, 大寺祥佑, 岩尾友秀, ネフ由紀子, 加藤源太, 黒田知宏, 高橋由光, 中山健夫. 大規模レセプトデータベースを用いた高齢者終末期医療の実態解明, 第 12 回医療経済学会学術大会: 東京, 2017 年 9 月 1 日.
 - 7) 加藤源太, 趙晃済, 中谷友香, 大鶴繁, 吉村健佑. NDB オープンデータを用いた侵襲度の高い救命治療の実態把握-既存データを基準とした妥当性の検証-, 第 45 回日本救急医学会年次学術大会: 大阪, 2017 年 10 月 24 日.
 - 8) 久保慎一郎, 野田龍也, 西岡祐一, 明神大也, 東野恒之, 松居宏樹, 加藤源太, 今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利用促進に向けた取り組み-患者突合(名寄せ)の手法開発と検証-, 第 37 回医療情報学連合大会: 大阪, 2017 年 11 月 20 日.
 - 9) 加藤源太, 酒井未知, 大寺祥佑, 下垣徹, 松居宏樹, 野田龍也, 康永秀生, 今村知明, 黒田知宏. 新たなエビデンス創出のための次世代 NDB データ研究基盤構築に関する研究: 新たなシステム下での検索速度等に関する評価, 第 37 回医療情報学連合大会: 大阪, 2017 年 11 月 20 日.
 - 10) 大寺祥佑, 酒井未知, 加藤源太, 黒田知宏. NDB オンラインリサーチセンター (京都) における運用の報告, 第 37 回医療情報学連合大会: 大阪, 2017 年 11 月 20 日.
 - 11) Tanabe M, Muraki Y, Yamasaki D, Kato G, Yagi T.

Geographical analysis of Antimicrobial Consumption Surveillance using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB JAPAN) 2011-2013, ID WEEK 2017: San Diego, 2017 年 10 月 4 日.

12) Ohtera S, Sakai M, Iwao T, Neff Y, Takahashi Y, Kato G, Nakayama T. Analysis of statin prescription for dyslipidemia with the nationwide health insurance claims data in Japan: A repeated cross-sectional study, ISPOR 22nd Annual International Meeting: Boston, 2017 年 5 月 23 日.

3. その他

1) 高橋由光, 他. 厚生労働省 第 5 回生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会—(資料 3) 厚生労働科学特別研究事業報告. 2017 年 4 月 7 日.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000161109.html>

H. 知的財産権の出願・取得状況

なし