

都道府県医療費適正化計画に係るデータ分析のための 教材・ツール類の開発に関する研究

研究分担者 横山 徹爾 (国立保健医療科学院 生涯健康研究部)
吉村 健佑 (千葉大学医学部附属病院 病院経営管理学研究センター)
福田 敬 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)
白岩 健 (国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター)

研究要旨

第3期医療費適正化計画では、PDCA サイクルの強化による計画の実効性強化を図るという観点から、毎年度の進捗状況管理を導入して、行動目標及び医療に要する費用の目標を継続的にモニタリングするとともに、目標に対して実績が不十分な場合にはその要因分析と対策の実施を行う必要がある。国からはレセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を詳細に集計したデータセット (提供データセット) を都道府県に提供する予定であるが、その活用の方法論は確立されていない。そこで本分担研究では、医療費適正化計画の実施状況の継続的な把握と評価のためのデータ活用方法およびそれを容易にするための教材・ツール類の開発に取り組んだ。提供データセットの見える化資料、国保データベース(KDB)システムの経年分析ツール、都道府県・市区町村別・死因別 SMR の経年推移の要約図を作成した。開発した教材・ツール類と別途作成した「データ活用マニュアル」と併せて使うことで、医療費適正化計画の PDCA サイクルのためのデータ活用が推進されることが期待される。

A. 研究目的

第3期医療費適正化計画では、PDCA サイクルの強化による計画の実効性強化を図るという観点から、毎年度の進捗状況管理を導入して、行動目標及び医療に要する費用の目標を継続的にモニタリングするとともに、目標に対して実績が不十分な場合にはその要因分析と対策の実施を行う必要がある。国からはレセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を詳細に集計したデータセット (提供データセット) を都道府県に提供する予定であるが、その活用の方法論は確立されていない。

データを活用して施策を推進するためには、1. データを「収集・登録」する (法整備等も含む)、2. 大規模データを「加工・集計」する (便利なデータベースシステム等の利用)、3. 最適な「解析」を行う (疫学・統計学理論に基づく)、4. 解析結果を「解釈 (分析)」する (医学知識など保健医療分野の専門知識が必要) の4段階が必要である。このうち、1と2については近年、NDB や KDB の整備により充実してきているが、3と4が進まなければデータ活用を進めることは難しい。

そこで本分担研究では、医療費適正化計

画の実施状況の継続的な把握と評価のためのデータ活用を容易にするために、これら4段階のうち、3に相当する提供データセットやその他の公的調査統計等を見える化するための教材・ツール類の開発を行うことを目的とする。

なお、4については分担研究「都道府県医療費適正化計画推進のためのデータ活用マニュアルの開発」で検討する。

B. 方法

利用目的に応じて、以下の分類で見える化資料・ツール類を作成した。どの都道府県でもデータ活用が進むように、特殊なデータ分析技術がなくても利用できるものとした。

【1】予防できる疾患を予防する

(1) 死因別死亡とリスク因子の特徴を把握する

①死因別標準化死亡比(SMR)の特徴把握

人口動態統計の死因別 SMR は地域の健康状態に関する上位の指標であり、特に後期高齢者医療との関係も深いと考えられることから、医療費と連動して分析することが望まれる。しかし、都道府県・市区町村別の SMR は厚生労働省が5年に一度公表しているものの、平成20~24年のデータをブールしたものが最新であり、死因が限定的であり、経年的な推移は把握しにくい。そこで、都道府県・市区町村別に18死因について10年間の SMR の推移を図示して教材とした。

使用したデータは、全て e-Stat (政府統計の総合窓口) より入手した。死亡数は、各年の人口動態統計「性・死因(選択死因分類)・都道府県・市区町村別死亡数」および「性・年齢(5歳階級)・死因(死因簡単分類)別死亡数(全国)」、性・年齢別人口は、各年の

「住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)」、市町村合併情報は「廃置分合等情報(2016年1月7日現在)」を用いた。

国で公表している市区町村別 SMR は、その年の全国を基準(=100)としているため、経年的な推移を見る際には注意を要する。例えば、全国の脳血管疾患年齢調整死亡率は低下傾向にあるため、ある市の SMR がずっと110で推移したとすると、全国と同じペースで低下していることを意味する。そのため、その市の脳血管疾患年齢調整死亡率の推移を把握したい場合には、その年の全国を基準とするのではなく、基準とする年次を固定しておく必要がある。そこで、各年の全国を基準(=100)としたものと、2010年の全国を基準(=100)としたものの2種類を作成した。さらに、人口の小さな自治体では毎年の偶然変動による SMR の増減が大きいため、95%信頼区間および死亡数を示すとともに、ポアソン回帰によりスムージング(回帰曲線のフィッティング)を行い、10年間の増減傾向の検定結果も示した。

SMR は年齢調整したうえでの死因別死亡率の対全国比で表されるので分かりやすいが、SMR が大きくても死亡数が少なければ、対策の優先度は低いかもしれない。そこで、SMR と死亡数を同時に示して視覚的に把握しやすい図表を作成した。すなわち、棒グラフの長さを SMR、棒の太さを期待死亡数とすることで、棒の面積が実際の死亡数を表すため、長さと同面積で死因別死亡の状況が直感的に把握しやすい。

②リスク因子の特徴要約

健康指標について都道府県差を比較する際には、一般にその統計調査で算出される指標値(死亡率、受療率等)をそのまま用いるか、都道府県別順位で示すことが多い。し

かし、各指標値は単位やスケールが異なるため、多数の指標を同時に比較するのが難しく、全国値を100とした場合の相対値で示されることもあるが、都道府県差をどの程度意味しているのかは直感的に理解しにくい。一方、都道府県別順位は、全国での順序的な位置づけが分かりやすいという長所がある反面、例えば1位と2位の差がどの程度大きいのか(あるいは小さいのか)は分からない。

そこで、単位やスケールが異なる指標であっても、全国の都道府県間での位置づけが分かりやすく、また、多数の指標を同時に認識しやすいように、以下のようにZスコア(いわゆる偏差値)を算出して図示した。

都道府県別指標を x_i ($i = 1, 2, \dots, 47$)、標準誤差を ε_i とする。 x_i の平均 \bar{x} と標準偏差 s を計算し、Zスコア、

$$z_i = (x_i - \bar{x})/s$$

を算出する。 x_i が正規分布に従うとき、 z_i は都道府県別指標の分布における位置を表し、例えば、 $z_i = 2.0$ ならば上位2.5%点に相当する。ただし、 x_i に極端な外れ値がある場合、 z_i の意味は解釈しにくい。例えば、特定健診の肥満者の割合は沖縄県が極端に高いため、第2位の県の z_i は非常に小さくなり肥満者割合が高いことを見落としてしまう恐れがある。そこで、両側0.3%の外れ値に相当する $|z_i| > 3$ の県を除外して平均 \bar{x}' と標準偏差 s' を計算し、外れ値の影響を補正したZスコア、

$$z'_i = (x_i - \bar{x}')/s'$$

を計算することとする。以下、 z'_i を単にZスコアと呼ぶ。いわゆる偏差値=Zスコア $\times 10+50$ である。Zスコアの解釈は、おおむね、以下の通りである。

- ±0.5 全国都道府県でほぼ平均的
- ±1.0 上(下)位6分の1
- ±2.0 ほとんどトップ

±3.0 突出している

多数の指標のZスコアを並べて比較する際には、読みやすいように、「望ましくない値を正方向」、「望ましい値を負方向」というように統一し、必要に応じて符号を反転させる。

健康指標としては、都道府県別に公表されている以下の統計資料等を用いた。①平均寿命(平成27年都道府県別生命表)、②健康寿命(厚生労働省研究班・平成28年国民生活基礎調査に基づく推計)、③死因別年齢調整死亡率(人口動態特殊報告・平成27年都道府県別年齢階級別死亡率)、④疾患別入院・外来年齢調整受療率(平成26年患者調査)、⑤特定健診によるリスク因子・生活習慣等の年齢調整割合(第2回NDBオープンデータ)。

(2) 入院・外来別、全疾病および疾病別医療費の特徴を把握

①疾病別医療費の特徴

都道府県や保険者別に疾病別医療費を比較する際には、1人あたり医療費が全国に比べて何倍か(倍率)、および他の疾患と比べて医療費がどのくらい大きいか(絶対量)の視点がある。前者を年齢調整して算出した指標は標準化比や地域差指数とも呼ばれる(本研究では標準化比と呼ぶ)。疾病別医療費の特徴を把握するために、標準化比は対全国の倍率で表されるので分かりやすいが、標準化比が大きくても医療費の絶対量が小さければ、医療費適正化の観点からは優先度が低いとも考えられる。そこで、疾病別医療費の標準化比と絶対量を同時に示して視覚的に把握しやすい図表を開発した。すなわち、棒グラフの長さを標準化比、棒の太さを期待医療費とすることで、棒の面積が医療費の絶対量を表すため、長さと同面積

で直感的に把握しやすくなる。

標準化比は男女別に間接法により以下の式で算出した。

Y 当該保険者等の一人当たり医療費

P_i 当該保険者等の年齢階級 i の加入者数

y_i 全国の年齢階級 i の一人当たり医療費

$$\text{標準化比} = \frac{Y}{\sum(y_i \cdot P_i)} \times 100$$

この計算には提供データセットを用いた。また、国保（市町村国保、国保組合）と後期高齢者医療は、国保データベース(KDB)システムの「疾病別医療費分析」のデータを用いて同様の図表を作成できるツールを開発した。協会けんぽは、独自に公表している「加入者基本情報、医療費基本情報」を用いて同様の図表を作成した。

②保険者別医療費の特徴

前記①と同様に、医療費（総額・疾病別）の保険者別内訳を標準化比と絶対量の両方で視覚的に把握できる図表を作成した。この計算には提供データセットを用いた。

③経年推移の確認

国保では、KDBシステムの「疾病別医療費分析」のデータを用いて、年齢調整の有無別に疾病別医療費の4年間の経年推移を図にすることができるツールを開発した。協会けんぽでは、「加入者基本情報、医療費基本情報」を用いて、47支部別に疾病別標準化比等の8年間の経年推移を図表にした。提供データセットは単年度分のため、経年推移の図表作成はできなかった。

【2】後発医薬品の数量シェアを改善する

（1）後発医薬品の数量シェアを保険者別に把握

後発医薬品の数量シェアを保険者別に把握するためには、数量シェアを割合（%）で表すだけでなく、総量でも比較することで、どの保険者が数量シェアに大きな影響を及ぼしているかが分かりやすくと考えられる。

そこで、棒グラフの長さを数量シェア（%）、棒の太さを数量とすることで、棒の面積が後発医薬品の絶対量を表すため、長さと同面積で視覚的に把握しやすい。

（2）後発医薬品の数量シェアを薬効別に把握

前記（1）と同様に、棒グラフの長さを数量シェア（%）、棒の太さを数量として、薬効別に図示した。これにより、どの薬効の数量が大きく数量シェアが低いかを視覚的に把握しやすい。

（3）後発医薬品の切替後薬剤費を保険者別に把握

同様に、棒グラフの長さを切替後薬剤費（薬価最大・最小）、棒の太さを切替前薬剤費として、保険者別に図示した。これにより、どの保険者で切替後薬剤費が大きく低下するかが視覚的に把握しやすい。

（4）後発医薬品の切替後薬剤費を薬効別に把握

同様に、棒グラフの長さを切替後薬剤費（薬価最大・最小）、棒の太さを切替前薬剤費として、薬効別に図示した。これにより、どの薬効の薬剤で切替後薬剤費が大きく低下するかが視覚的に把握しやすい。

C. 結果

【1】予防できる疾患を予防する

（1）死因別死亡とリスク因子の特徴を把握する

①死因別標準化死亡比(SMR)の特徴把握

図 1-1-①上段のように、死因別 SMR の10年間の経年推移の図を、全都道府県・市区町村×18死因×男女別に作成した（1自治体あたり12頁）。一部の都道府県に研修教材として提供し市区町村に配布されている。

また、図 1-1-①下段のように、全都道府

県・市区町村の死因別 SMR（平成 20～24 年）の特徴を、SMR と死亡数で同時に図示し、重要な死因の把握に役立つツールを提供した。

②リスク因子の特徴要約

図 1-1-②のように、都道府県別に、平均寿命、健康寿命、不健康期間、死因別年齢調整死亡率、特定健診でのリスク因子と生活習慣等について、全国での位置づけを Z スコア（偏差値）で図示し、特徴が一目で把握しやすくなった。

（2）入院・外来別、全疾病および疾病別医療費の特徴を把握

①疾病別医療費の特徴

提供データセットを用いて、図 1-2-①のように、各都道府県で、入院・入院外等別に、疾病別医療費の内訳を、全国=100 とした場合の標準化比（棒の長さ）と医療費の額（棒の面積）で表すことで、どの疾病による医療費が多く標準化比が高いのかが一目で把握できるようにした（1 都道府県あたり 8 頁）。また、市区町村（国保・後期）では KDB を用いて簡単に同様の図を作成できるツールを提供した。協会けんぽでも独自に公表しているデータを加工して 47 支部別に同じ図を作成した。健康保険組合は、提供データセットの当該箇所では表章されないため、同様の分析はできなかった。

②保険者別医療費の特徴

提供データセットを用いて、図 1-2-②のように、各都道府県で、入院・入院外等別に、保険者別（市区町村、国保組合、被用者保険）医療費の内訳を、全国=100 とした場合の標準化比（棒の長さ）と医療費の額（棒の面積）で表すことで、どの保険者で医療費が多く標準化比が高いのかが一目で把握できるようにした。これらの図は社会保険表章用疾

病分類を一部併合した 78 疾患毎に作成した（1 都道府県あたり 624 頁）。また全国の視点から都道府県別医療費の内訳（保険者の部分を都道府県にしたもの）の図表も作成した。

③経年推移の確認

図 1-2-③のように、都道府県・市区町村国保で、KDB を用いて、入院・外来別、疾患別（生活習慣病等 13 疾患）に、レセプト件数と点数の 4 年間の標準化比の推移を簡単に作図できるツールを開発した。

また、協会けんぽが独自に公表しているデータを加工して、47 支部別に、入院・外来別、疾患別（主要な 42 疾患）に、レセプト件数・点数の標準化比の 8 年間の推移を図にした。

【2】後発医薬品の数量シェアを改善する

（1）後発医薬品の数量シェアを保険者別に把握

図 2-1 のように、提供データセットを用いて、各都道府県で、入院・入院外+調剤別に、後発医薬品の数量シェアの保険者別内訳を、数量シェア（%）（青い棒の長さ）と数量の値（棒の面積）で表し、全国（ピンク色）と比較できるようにした。保険者は、市区町村国保・後期、国保組合、協会けんぽ、個々の健保組合・共済組合等の別とし、数量の大きい順にソートし、一部の小規模保険者は併合し、各都道府県内のどの保険者で数量が大きく数量シェアが低いのかが一目で把握できるようにした（対応する数値表も作成）。これらの図表は総計及び薬効中分類・小分類毎で作成した（1 都道府県あたり 76 頁）。

（2）後発医薬品の数量シェアを薬効別に把握

図 2-2 のように、提供データセットを用

いて、各都道府県で、入院・入院外+調剤別に、後発医薬品の薬効中分類・小分類別数量シェアの内訳を、数量シェア (%) (青い棒の長さ) と数量の値 (棒の面積) で表し、全国 (ピンク色) と比較できるようにした。各都道府県内ではどの薬効の医薬品で数量が大きく数量シェアが低いのが一目で把握できるようにした (対応する数値表も作成)。これらの図表は各都道府県別・保険者毎 (市区町村国保・後期、国保組合、協会けんぽ、個々の健保組合・共済組合等) に作成した (1 保険者あたり 2 頁)。

(3) 後発医薬品の切替後薬剤費を保険者別に把握

図 2-3 のように、提供データセットを用いて、各都道府県で、入院・入院外+調剤別に、後発医薬品の保険者別切替後薬剤費の内訳を表した (濃い棒が薬価最小、薄い棒が最大)。各都道府県内ではどの保険者で切替効果が大きいのが一目で把握できるようにした (対応する数値表も作成) (1 都道府県あたり 76 頁)。

(4) 後発医薬品の切替後薬剤費を薬効別に把握

図 2-4 のように、提供データセットを用いて、各都道府県で、入院・入院外+調剤別に、後発医薬品の薬効別切替後薬剤費の内訳を表した (濃い棒が薬価最小、薄い棒が最大)。各保険者ではどの薬効の医薬品で切替効果が大きいのが一目で把握できるようにした (対応する数値表も作成) (1 保険者あたり 2 頁)。

D. 考察

データを活用して施策を推進するためには、1. データを「収集・登録」する (法整備等も含む)。2. 大規模データを「加工・集計」する (便利なデータベースシステム等

の利用)。3. 最適な「解析」を行う (疫学・統計学理論に基づく)。4. 解析結果を「解釈 (分析)」する (医学知識など保健医療分野の専門知識が必要) の 4 段階が必要であろう。NDB の提供データセットはこれらのうち、1 と 2 を実現するものであり、3 と 4 を進めるためには見える化や読み解きのノウハウを蓄積してマニュアル等を作成し、活用のための人材育成プログラムを提供していく必要がある。本分担研究で作成した各種見える化資料は 3 を担うものであり、別途作成したデータ活用マニュアルの教材として活用することで、4 の段階が推進されることが期待される。

都道府県・市区町村別、死因別 SMR の経年推移と特徴把握

都道府県医療費適正化計画に限らず、市区町村国保のデータヘルス計画、健康増進計画など、死因別 SMR の経年推移を市区町村単位で把握することは、地域の健康課題を明確化して対策を検討するために重要な基本事項である。特に、死亡の多くは高齢者で発生することから、後期高齢者医療と死因別 SMR の関係は深いことが予想され、医療費分析の結果を解釈しやすくするために、死因別 SMR の動向にも注視することが望ましいと考える。本研究で作成した経年推移の図は、国や県と比較しながら市区町村の動向を視覚的に把握しやすく、完成された図として提供されることから、自治体において容易に活用可能であろう。

NDB の提供データセットの見える化

提供データセットは非常に詳しい情報を提供しており、活用の仕方によってはかなり詳細な分析が可能である。しかし、情報量が膨大なゆえに、必要な情報を抽出して集計し読み解くことは容易でない。本研究では、提供データセット基本情報を見える化

することで、都道府県担当者等が利用しやすくした。データ活用マニュアルと併せて活用されることが期待される。

KDBの活用ツール

都道府県医療費適正化計画のPDCAサイクルを推進するためには、最新のデータを速やかに把握する必要があり、比較的早期にデータが更新される KDB は有用なツールとなり得る。KDB の弱点として、国保と後期高齢者医療だけを扱うため、若い世代の被用者保険加入者の情報が得られないという点があり、NDB と組み合わせることで補っていく必要があるだろう。また、KDB には年齢調整の機能がないため、時点間や保険者間の比較を行う際に解釈が困難という弱点があったが、本研究で作成した分析ツールを用いればこの点が解決し、さらに視覚的に把握しやすくなったことから、KDB の分析結果の解釈が容易になるだろう。

E. 結論

データを活用して施策を推進するためには、1. データを「収集・登録」する（法整備等も含む）、2. 大規模データを「加工・集計」する（便利なデータベースシステム等の利用）、3. 最適な「解析」を行う（疫学・統計学理論に基づく）、4. 解析結果を「解釈（分析）」する（医学知識など保健医療分野の専門知識が必要）の4段階が必要である。このうち、1と2については近年、NDB や KDB の整備により充実してきているが、3と4が進まなければデータ活用を進めることは難しい。本分担研究では、提供データセットの見える化、KDB の経年分析ツール、都道府県・市区町村別・死因別 SMR の経年推移の要約図表等を作成することで、3を容易にした。4については開発した教材・ツ

ール類を活用して「読み解き方」を整理した「データ活用マニュアル」によって推進されることが期待される。

F. 健康危機情報

なし。

G. 研究発表

なし。

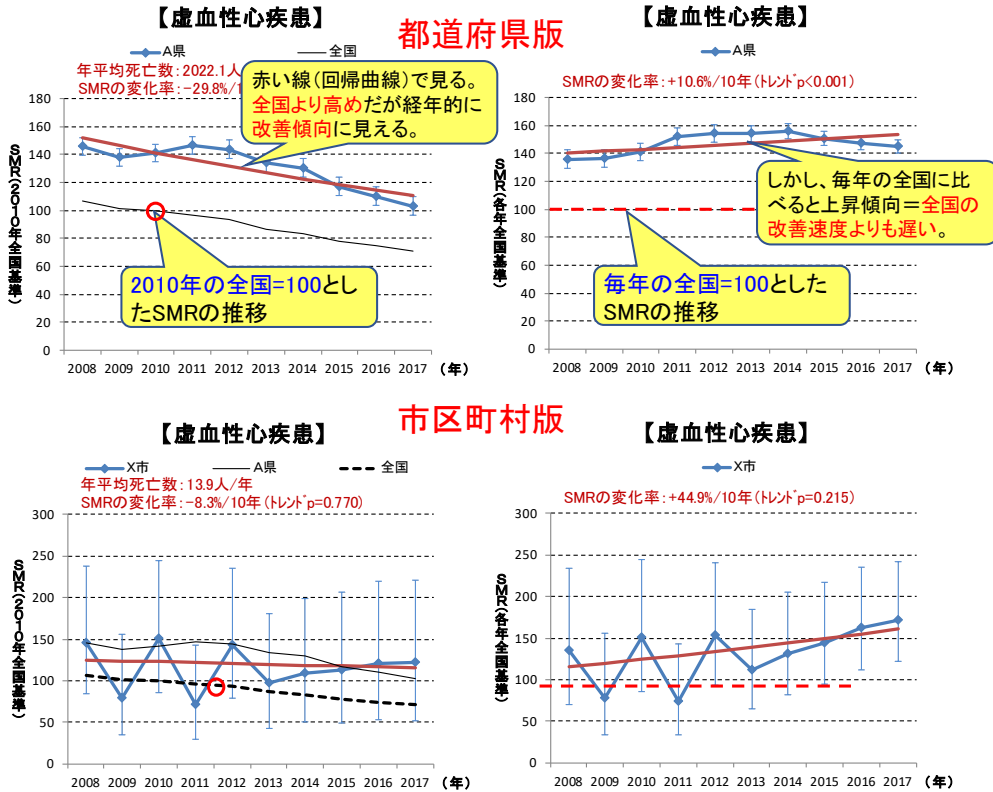
H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

図1-1-① 死因別標準化死亡比(SMR)の経年推移

2010年全国基準(=100)

各年全国基準(=100)

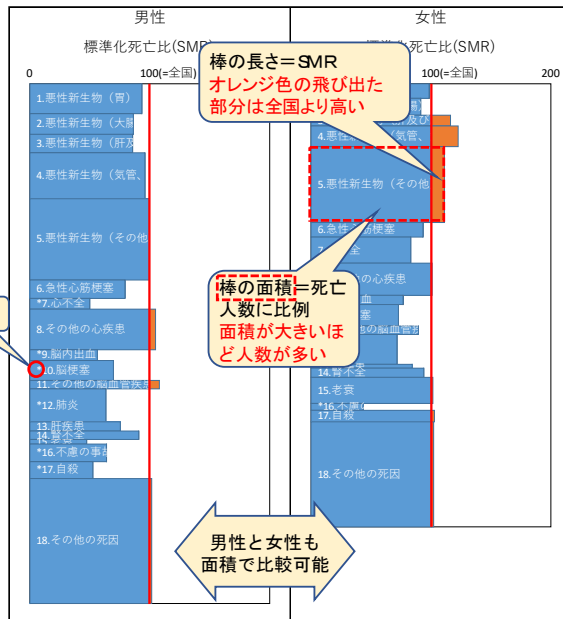


死因別標準化死亡比(SMR)と死亡数の見える化ツール

X市 平成20~24年 死因別標準化死亡比(SMR)

	男性			女性		
	SMR	死亡数	過剰死亡数	SMR	死亡数	過剰死亡数
死亡総数	85 *	1079	-192	94	919	-55
悪性新生物	95	407	-23	109	289	23
1.悪性新生物(胃)	93	62	-5	99	31	0
2.悪性新生物(大腸)	86	43	-7	91	34	-3
3.悪性新生物(肝及び肝内胆管)	86	38	-6	116	23	3
4.悪性新生物(気管、気管支及び肺)	96	96	-4	123	43	8
5.悪性新生物(その他)	100	168	-1	111	158	16
心疾患(高血圧性疾患を除く)	83 *	145	-29	92	150	-13
6.急性心筋梗塞	79	38	-10	94	30	-2
7.心不全	50 *	23	-23	83		
8.その他の心疾患	105	84	4	101	86	
脳血管疾患	70 *	81	-34	77 *	81	-24
9.脳内出血	56 *	22	-17	77	20	-6
10.脳梗塞	69 *	42	-19	73 *	44	-16
11.その他の脳血管疾患	108	17	1	89	17	-2
12.肺炎	63 *	69	-40	71 *	62	-25
13.肝疾患	76	19	-6	84	9	-2
14.腎不全	91	18	-2	94	19	-1
15.老衰	48	8	-9	101	53	1
16.不慮の事故	64 *	37	-21	44 *	15	-19
17.自殺	53 *	35	-32	103	24	1
18.その他の死因	101	260	3	102	217	5

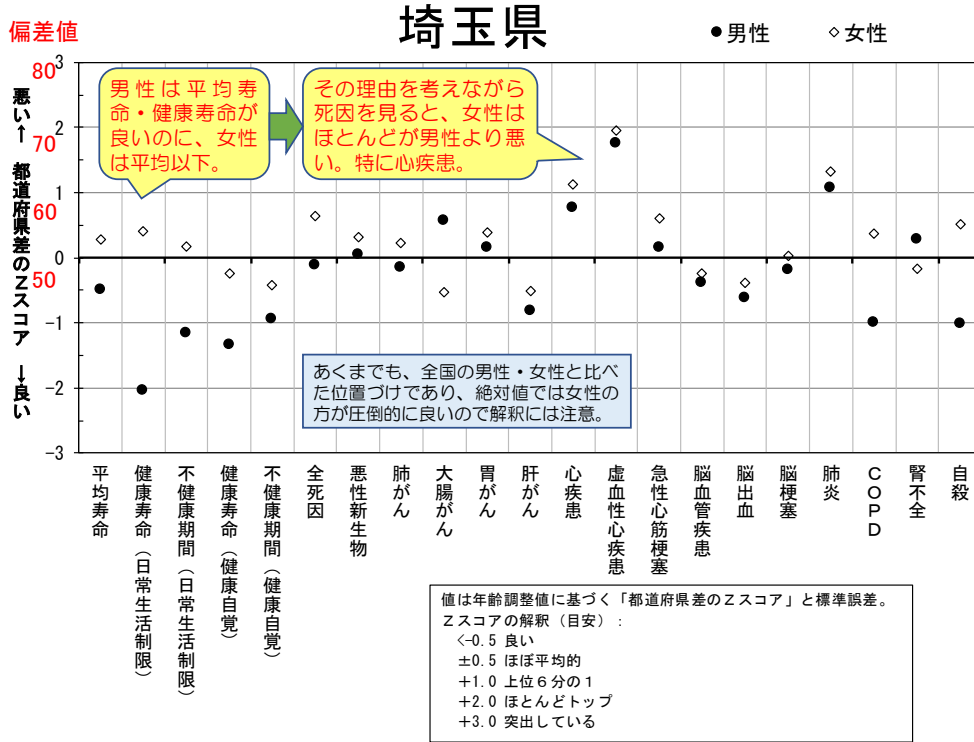
* $P<0.05$. 死亡数=0(ピリオドで表記)の死因があると、5, 8, 11, 18番の死因計算に誤差が生じます。



棒の縦高さが期待死亡数に比例、棒の面積が死亡数に比例する。(面積で男女比較も可能)

図 1-1-② 都道府県別リスク因子の特徴要約

平成28年平均寿命・健康寿命／平成27年死因別年齢調整死亡率 都道府県別特徴の要約



平成26年度特定健診データの都道府県別特徴の要約

埼玉県

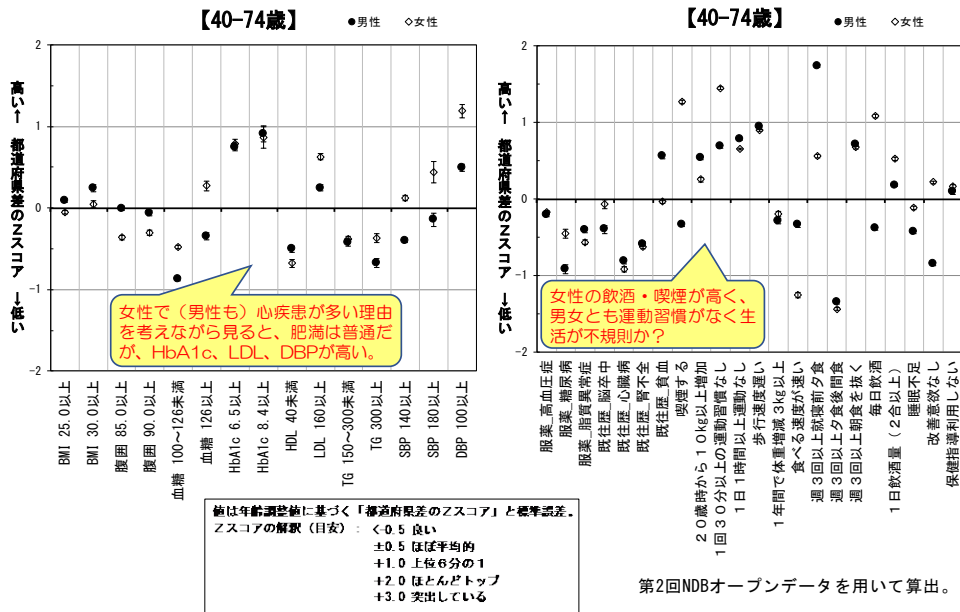


図 1-2-① 医療費の疾病別内訳 (続き)

20XX年度/〇〇県(男・全年齢)/医療費の内訳(疾病別)

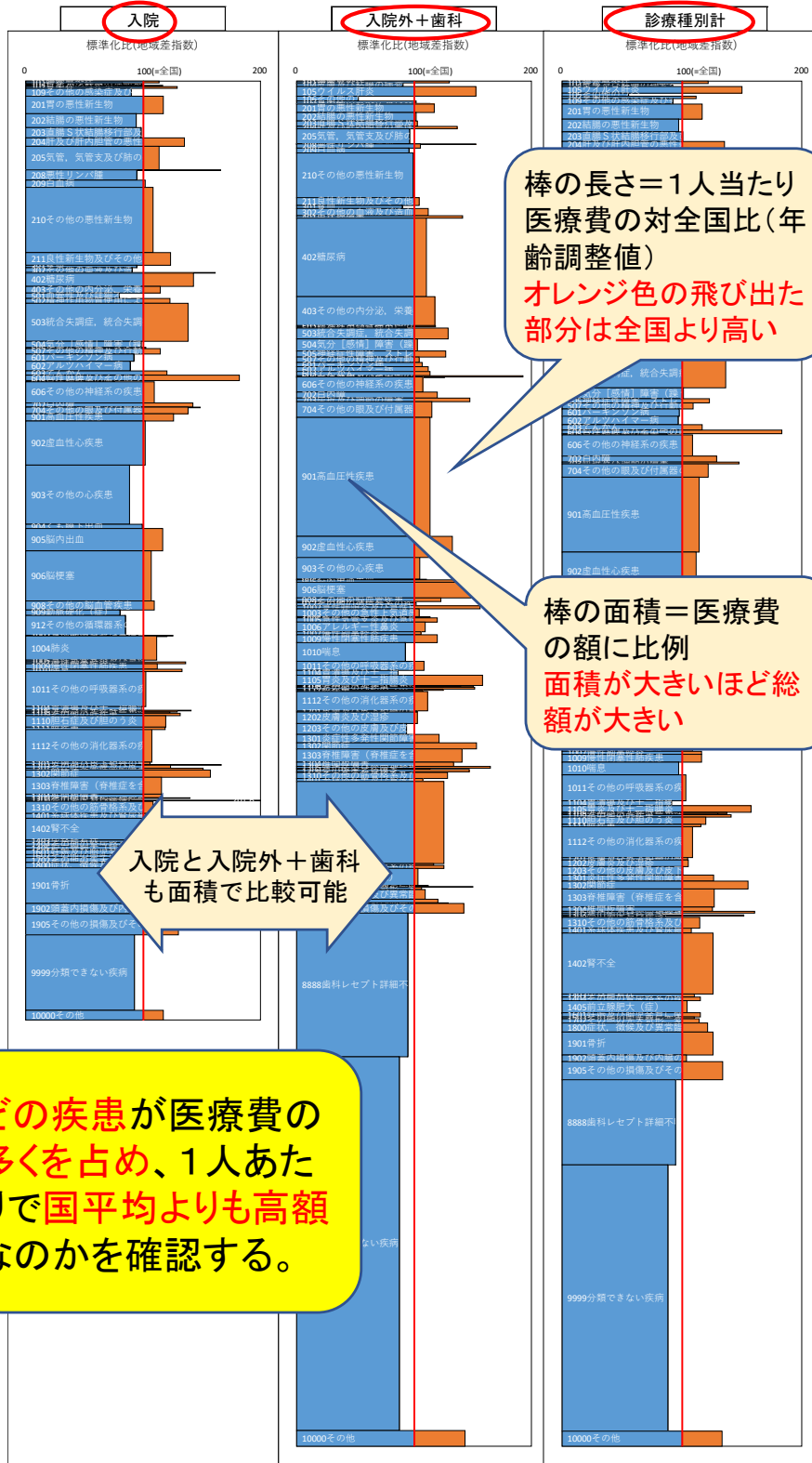
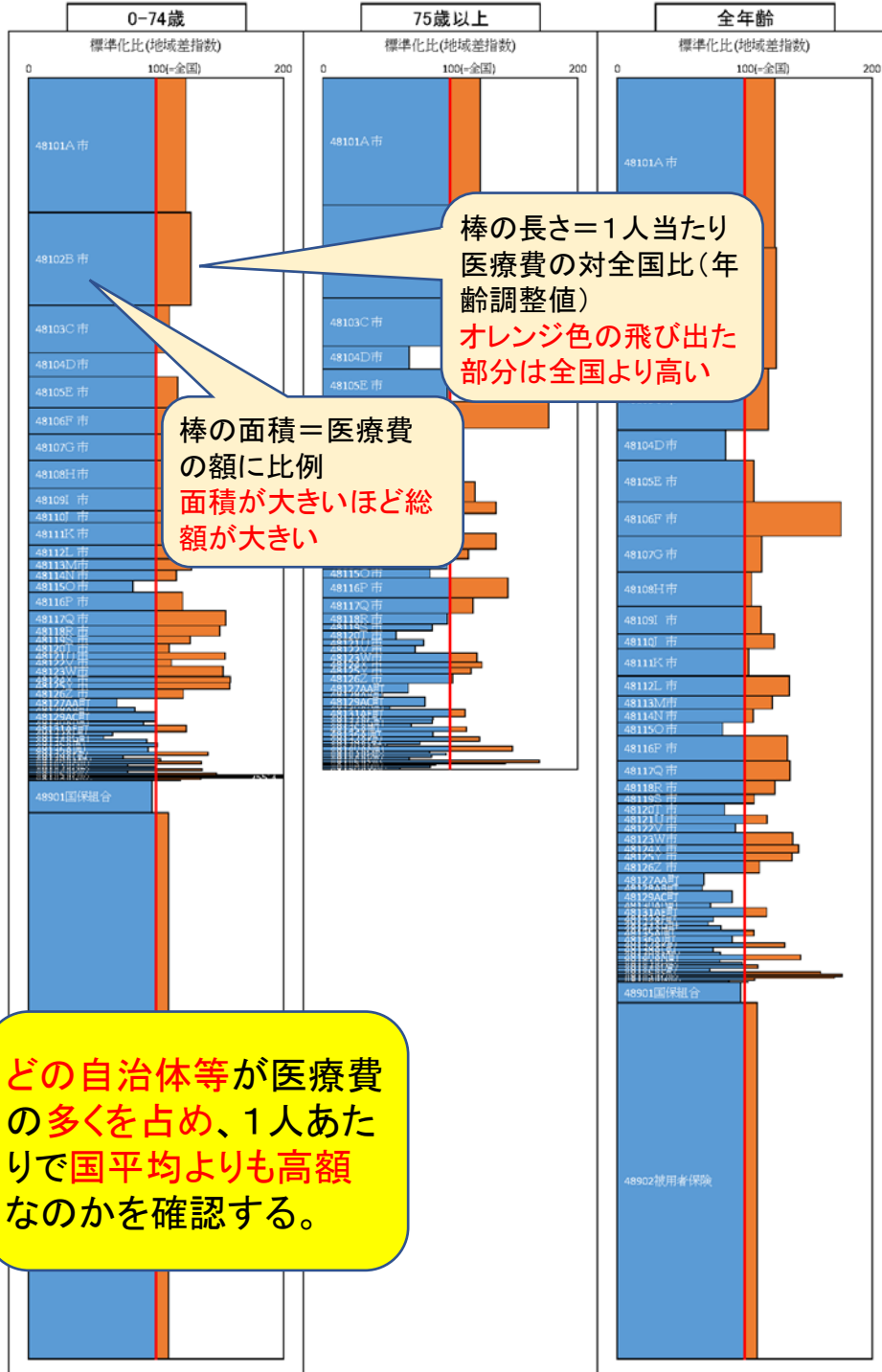


図 1-2-② 医療費の保険者別内訳（続き）

20XX年度/〇〇県(男)/402糖尿病[診療種別計]/医療費の内訳(市町村等別)



標準化比は全国を基準(=100)とした年齢調整値。縦軸は医療費の期待値に比例、棒の面積は実際の医療費に比例する。0-74歳と75歳以上は面積で比較可能。

図 1-2-③ 医療費の経年推移の把握

疾病別医療費の経年推移 値は仮想値

K D B

疾病別医療費分析(生活習慣病)

KDBツール見本

サンプル市 H24年度(累計)~H27年度(累計) 男性 0~74歳

2019年2月24日

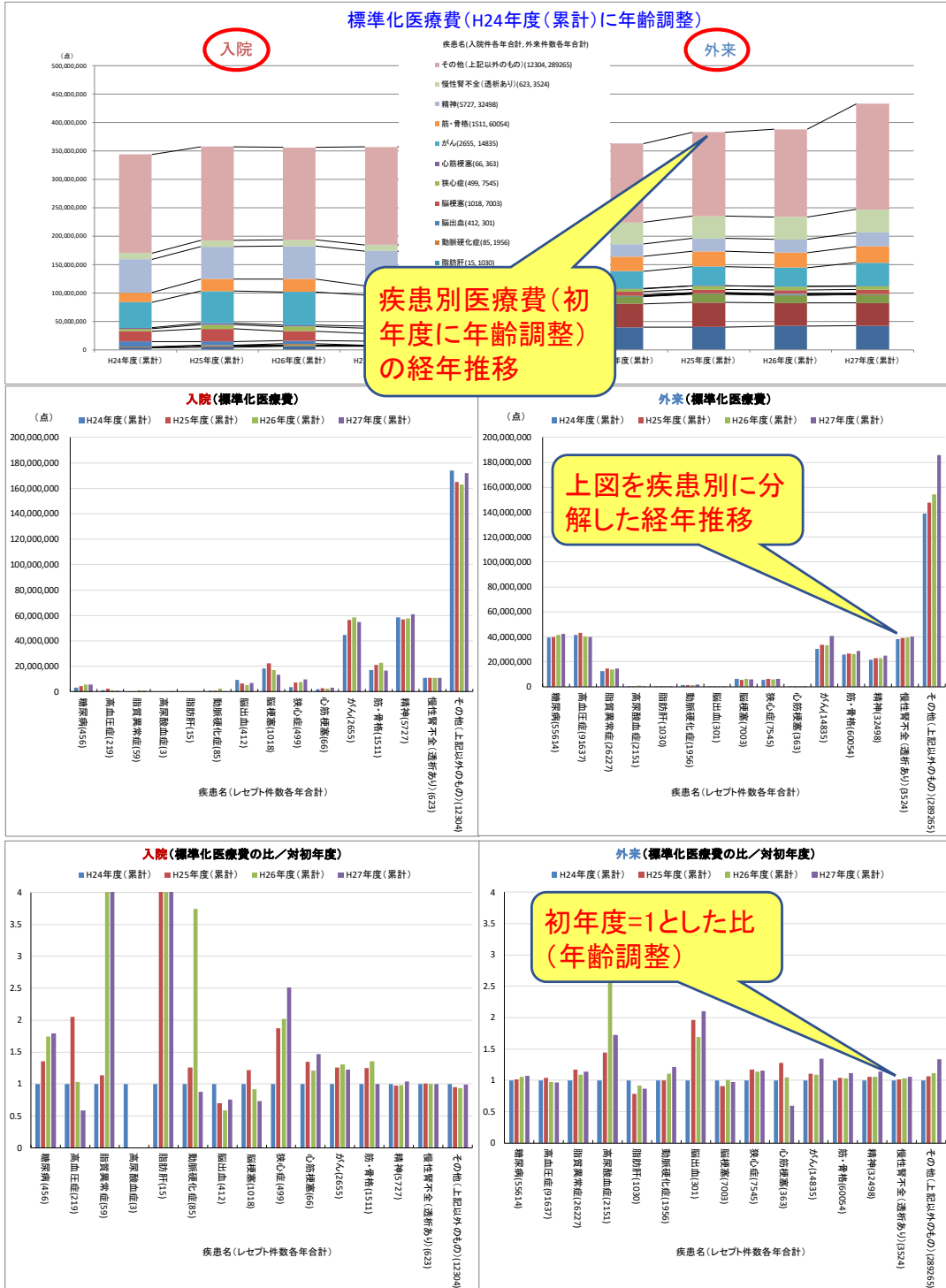


図 1-2-③ 医療費の経年推移の把握（続き）

協会けんぽ公表データより作成

協会けんぽ 疾病別レセプト**件数**の標準化比（経年推移）

11埼玉支部【女性・入院件数】

2013年全国基準(=100)

各年全国基準(=100)

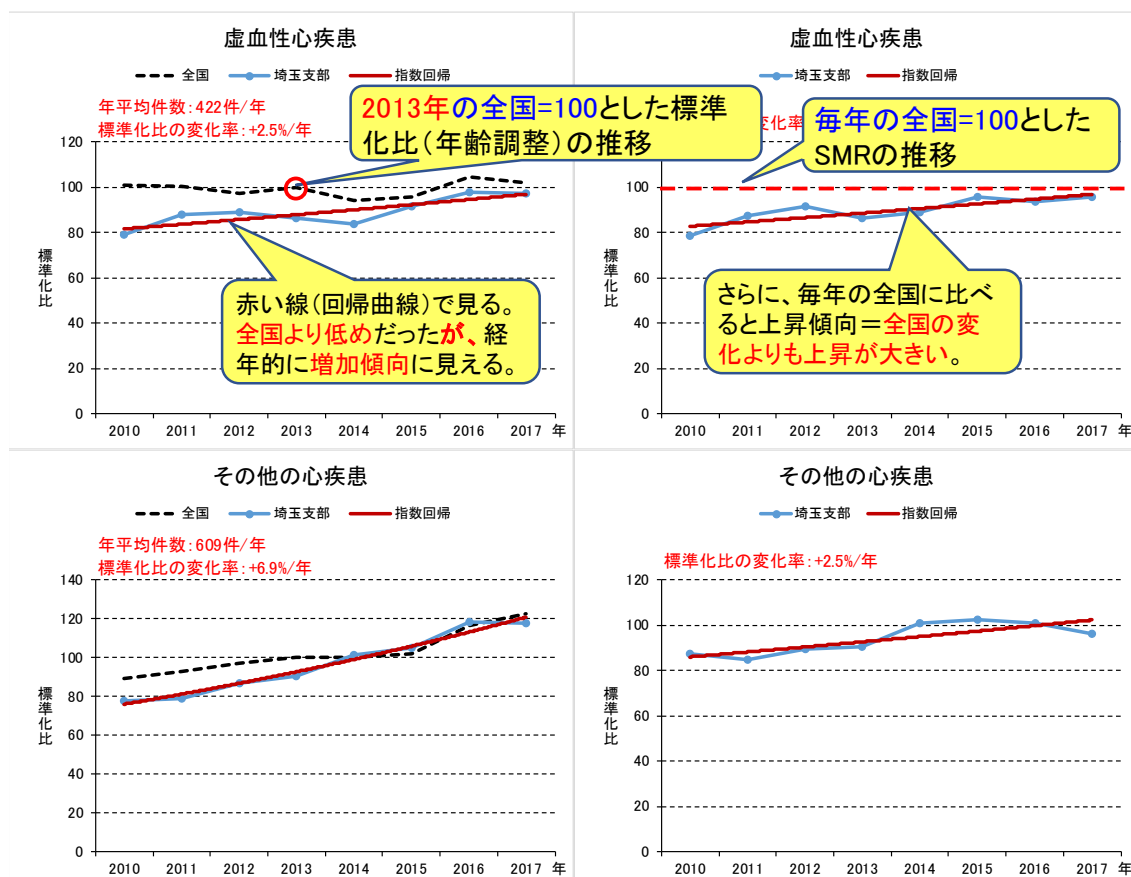


図 2-1 後発医薬品数量シェアの保険者別内訳（続き）

20XX年3月/48〇〇県：0総計[後発医薬品の数量シェア・保険者別内訳]

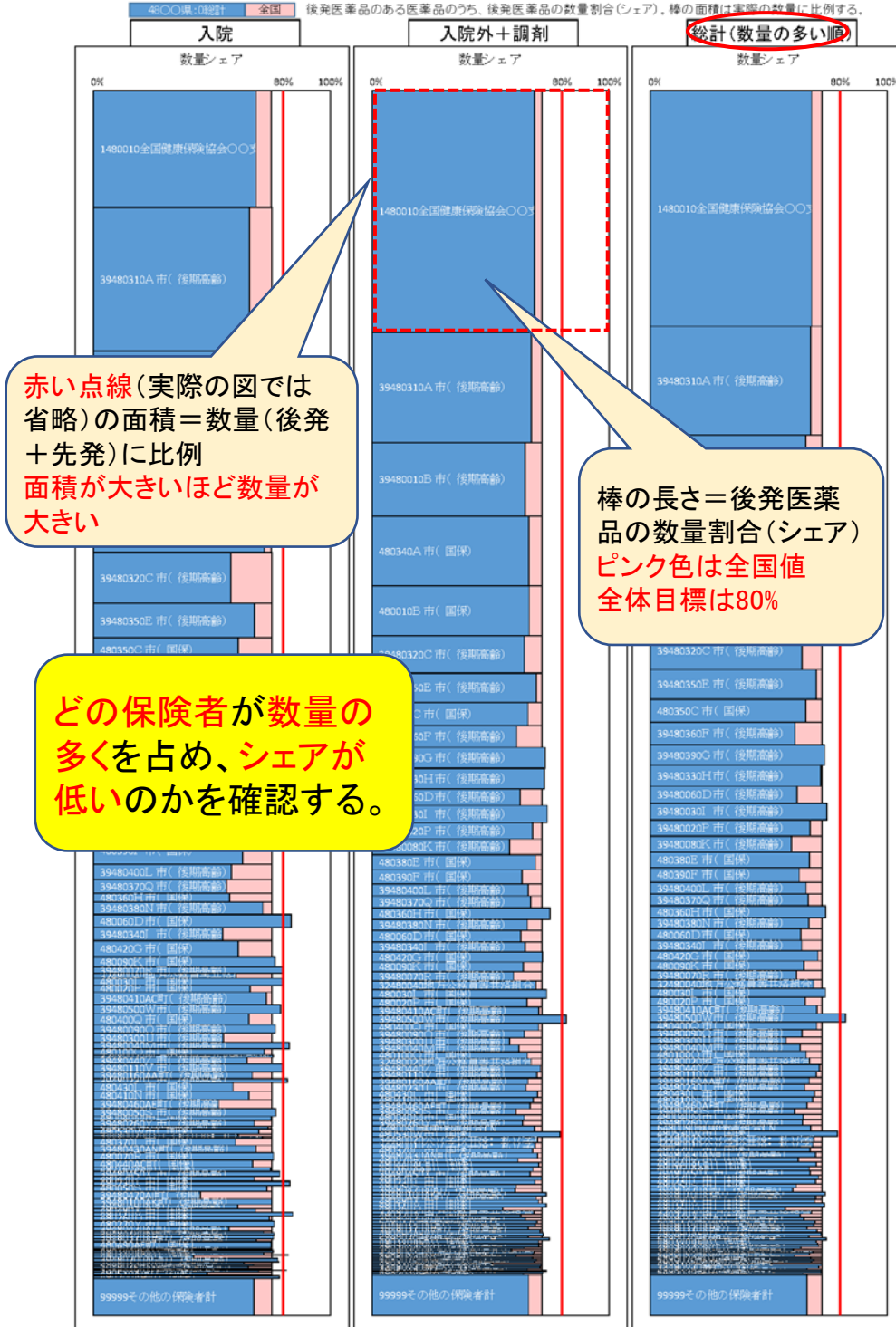


図 2-2 後発医薬品数量シェアの薬効別内訳

後発医薬品の数量シェア薬効別内訳 - **どの薬効**が多くを占め全国比で高いのか

20XX年3月/48〇〇県

番号	薬効(中分類)	入院				院外+調剤				総計			
		後発医薬品のある先発医薬品数量	後発医薬品数量	後発医薬品数量シェア	全国との差(プラスが良い)	後発医薬品のある先発医薬品数量	後発医薬品数量	後発医薬品数量シェア	全国との差(プラスが良い)	後発医薬品のある先発医薬品数量	後発医薬品数量	後発医薬品数量シェア	全国との差(プラスが良い)
0	総計	2189024	4608405	67.9%	-7.4%	86,128,297	175,819,276	67.1%	-4.6%	90,412,923	180,744,464	66.7%	-5.7%
11	中枢神経薬	870,853	822,185	52.4%	10.4%	15,400,172	18,208,237	54.2%	-8.7%	15,794,676	18,953,554	54.5%	-9.2%
12	末梢神経薬	37,364	25,007	66.8%	-8.9%	1,014,661	1,823,061	61.5%	-9.1%	1,028,552	1,868,986	61.9%	-7.2%
13	感覚器薬	0	0	0.0%	-3.6%	2,347,098	2,679,756	53.3%	-6.2%	2,370,720	2,685,776	52.9%	-5.3%
21	循環器薬	0	0	0.0%	10.0%	21,164,946	42,842,243	67.0%	-5.2%	22,355,969	42,425,960	65.5%	-7.0%
22	呼吸器薬	0	0	0.0%	-9.5%	3,395,378	8,423,449	73.5%	-2.8%	3,414,537	9,559,545	73.9%	-0.7%
23	消化器薬	0	0	0.0%	-4.5%	9,273,753	42,560,071	32.1%	-2.3%	9,596,853	44,638,971	32.4%	-2.9%
24	ホルモン剤(ホルモン源除く)	0	0	0.0%	0.0%	80,585	1,252,843	95.4%	10.0%	82,251	1,308,069	95.5%	-2.0%
25	専門薬	0	0	0.0%	0.0%	663,437	1,513,221	69.5%	-3.0%	663,140	1,560,252	69.3%	-4.7%
26	注射薬	0	0	0.0%	0.0%	16,026,133	8,939,784	35.8%	-5.6%	16,104,169	8,994,065	35.8%	-8.3%
27	外用薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	2,045	11,423	94.8%	-0.5%
28	官能薬	0	0	0.0%	0.0%	22,009	100.0%	100.0%	0.0%	0	21,618	100.0%	0.0%
31	抗がん剤	0	0	0.0%	0.0%	585,298	8,538,647	93.6%	-4.4%	617,378	8,871,440	93.5%	-3.2%
32	抗ウイルス薬	0	0	0.0%	0.0%	510,916	829,074	63.1%	30.3%	511,654	831,310	62.0%	-4.4%
33	抗寄生虫薬	0	0	0.0%	0.0%	2,980,573	14,857,255	83.3%	-3.0%	3,026,189	15,593,708	83.5%	-6.5%
34	抗真菌薬	0	0	0.0%	0.0%	8,202	4,542	42.3%	7.5%	6,439	5,223	44.8%	8.0%
35	抗結核薬	0	0	0.0%	0.0%	5,604,927	8,939,947	61.5%	-6.1%	5,759,588	9,179,639	61.4%	-5.3%
41	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
42	抗脂質薬	0	0	0.0%	0.0%	246,892	396,177	61.6%	-2.8%	248,907	381,326	61.1%	-1.4%
43	抗アレルギー薬	0	0	0.0%	0.0%	1,909	956	22.5%	13.2%	2,516	579	18.7%	8.7%
44	抗血小板薬	0	0	0.0%	0.0%	4,733,843	9,614,931	67.0%	-5.0%	4,656,163	9,661,089	67.5%	-5.5%
45	抗血栓薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
46	抗凝固薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
47	抗血小板薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
48	抗血栓薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
49	抗凝固薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
51	抗糖尿病薬	84,039	100,800	53.6%	0.0%	1,450,409	1,879,395	53.7%	-6.7%	1,764,789	1,773,220	50.1%	-7.5%
61	抗糖尿病薬	30,984	22,028	41.5%	0.0%	604,133	774,513	56.2%	-2.9%	640,588	783,627	55.0%	-3.8%
62	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
63	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
64	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
65	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
66	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
67	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	17	100.0%	0.0%	0	17	100.0%	0.0%
68	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
69	抗糖尿病薬	1,442	2,773	34.0%	0.0%	8,689	83,145	90.5%	3.3%	10,241	87,644	89.5%	-4.3%
71	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
72	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
73	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
74	抗糖尿病薬	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%
79	その他の治療を主目的とした医薬品	219	76	25.6%	0.0%	2,636	862	24.6%	-8.3%	2,956	941	24.1%	-8.5%
81	アルカロイド系麻薬(天然麻薬)	8,241	3,562	43.2%	0.0%	31,940	10,743	25.2%	-6.4%	40,086	14,816	27.0%	-4.1%
82	非アルカロイド系麻薬	7,596	18,368	77.0%	0.0%	1,893	54	2.6%	8.8%	9,822	19,399	66.4%	0.8%
99	薬効不明	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%

薬効中分類

後発のある
医薬品のうち
先発数量
後発数量

全国との差
(プラスが良い)
後発医薬品の割合
(数量シェア)

図 2-2 後発医薬品数量シェアの薬効別内訳（続き）

20XX年3月/48〇〇県/後発医薬品の数量シェア[薬効中分類別内訳]

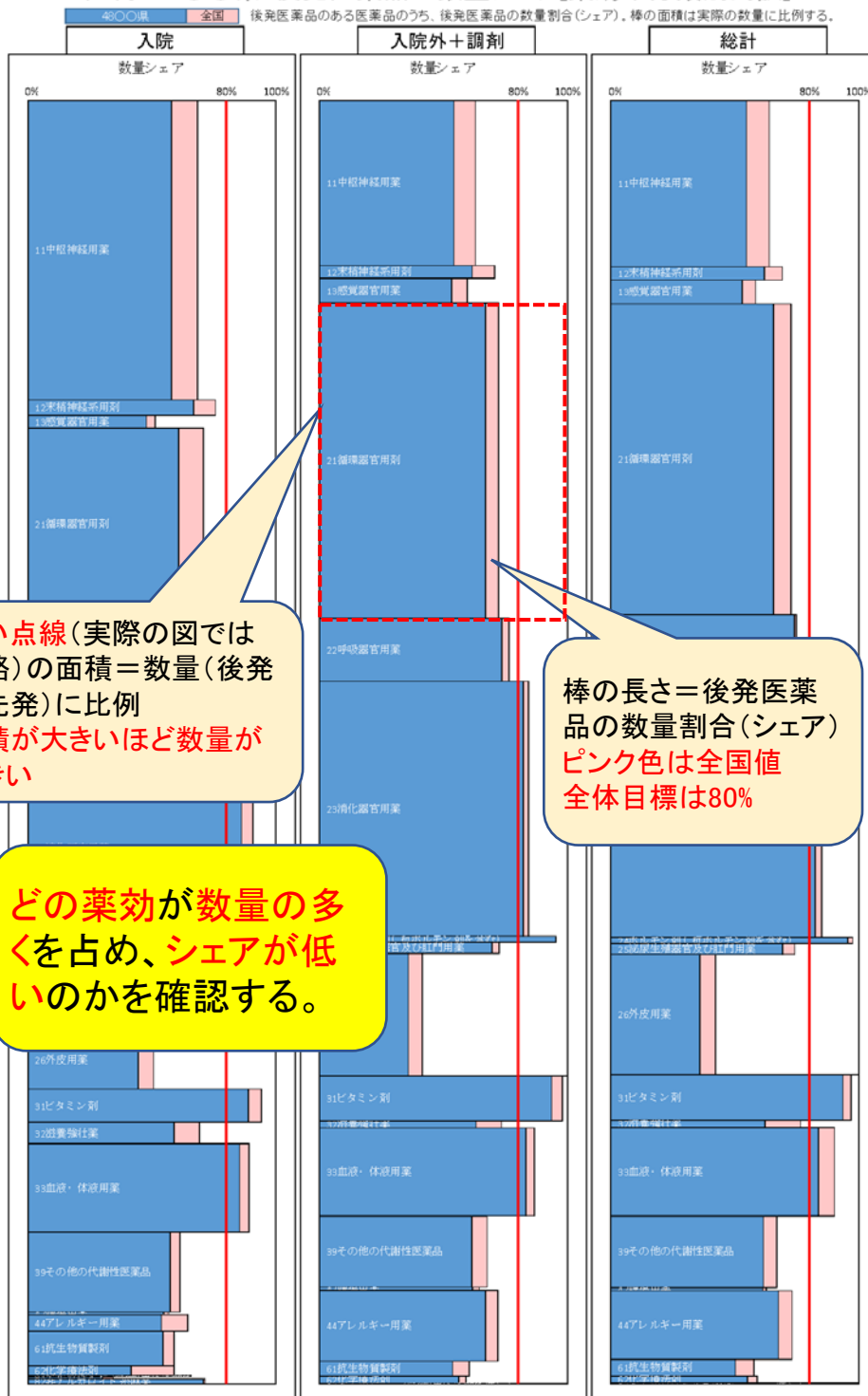


図 2-4 後発医薬品切替後薬剤費の薬効別内訳

後発医薬品の切替後薬剤費の薬効別内訳 - **どの薬効**で大きいのか

20XX年3月/48〇〇県

自治体 コード等	薬効	入院		入院外+調剤		総計	
		切替対象薬剤費 (薬価最小)	切替後薬剤費 (薬価最大)	切替対象薬剤費 (薬価最小)	切替後薬剤費 (薬価最大)	切替対象薬剤費 (薬価最小)	切替後薬剤費 (薬価最大)
0	総計	2,468,369,413	38.5%	52,941,676,661	39.8%	109,604,961,955	37.7%
11	中枢神経系用薬	525,774,430	35.4%	5,780,541,259	37.9%	6,575,281,073	38.6%
12	末梢神経系用薬	19,130,028	27.4%	283,565,756	40.6%	300,553,455	39.9%
13	感覚器用薬	47,856,172	32.5%	2,084,588,200	29.7%	2,124,090,484	28.9%
21	循環器官用薬	319,033,037	47.5%	10,917,371,029	43.6%	11,633,714,921	44.8%
22	呼吸器官用薬	44,689,328	34.1%	743,385,708	40.6%	764,968,071	40.4%
23	前駆症用薬	772	7%	4,455,034,869	35.5%	4,549,712,672	36.2%
24	モ/副腎皮質	249	0%	677,522,529	23.5%	706,143,012	29.4%
25	専門用薬	790	4%	983,895,782	44.6%	997,568,550	41.5%
26		107	3%	5,877,693,457	45.2%	5,513,837,207	41.9%
27		824	8%	0	0.0%	18,778,896	33.3%
29	常用医薬品	241	5%	5,252,950	54.5%	5,096,638	53.0%
31		576	2%	566,995,609	41.0%	599,066,805	43.4%
32		394	1%	60,009,262	33.0%	82,456,455	31.3%
33		820	1%	4,788,458,014	37.2%	4,947,460,009	36.3%
34		497	8%	137,888,527	13.3%	148,911,074	15.8%
39	薬品	118	8%	6,604,675,194	27.8%	6,759,896,360	27.1%
41		0	0%	0	0.0%	0	0.0%
42		578	9%	2,218,385,590	33.9%	2,254,749,793	36.8%
43		386	1%	51,252,800	8.4%	66,547,800	7.0%
44		177	0%	2,101,743,642	39.4%	2,132,096,894	39.0%
49	従用医薬品	0	0%	0	0.0%	0	0.0%
51		0	0%	0	0.0%	0	0.0%
52		0	0%	0	0.0%	0	0.0%
59	処方処方に基づき医薬品	0	0%	0	0.0%	0	0.0%
81		227	1%	1,389,607,862	33.9%	2,053,852,031	31.4%
82		233	2%	1,026,886,259	48.0%	1,211,042,132	47.5%
83		0	0%	0	0.0%	0	0.0%
84	対する医薬品	825	2%	3,310,317	48.4%	4,145,027	46.5%
69		0	0%	0	0.0%	0	0.0%
71	用医薬品を除く	0	0%	0	0.0%	0	0.0%
72		81,858,055	3%	736,400,230	25.5%	815,589,847	25.1%
73	公衆衛生用薬	0	0%	0	0.0%	0	0.0%
74	体外診断用医薬品	0	0%	0	0.0%	0	0.0%
79	その他の治療を主目的とした医薬品	1,839,030	2%	34,204,747	32.0%	37,586,639	32.6%
81	アルブミン系薬(天然系)	0	0%	0	0.0%	0	0.0%
82	非アルブミン系薬	36,438,254	7%	52,097,812	31.6%	90,756,026	30.6%
99	薬効不明	0	0%	0	0.0%	0	0.0%

薬効中分類

A 切替対象薬剤費

後発薬価最小の場合 A の何%になるか

後発薬価最大の場合 A の何%になるか

図 2-4 後発医薬品切替後薬剤費の薬効別内訳（続き）

