

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））
「レセプト情報・特定健診等情報を用いた医療保健事業・施策等のエビデンス構築等に資する研究」
分担研究報告書（令和7年度）

（医療保険事業・施策等のエビデンス構築等に資する特定健診の効果検証）

研究分担者 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 西岡 祐一

研究分担者 浜松医科大学 健康社会医学講座 明神 大也

研究分担者 関西医科大学 メディカルデータサイエンス講座 野田 龍也

研究代表者 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 今村 知明

研究要旨

高齢者の医療の確保に関する法律において、医療保険制度の持続可能な運営を確保するため、都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持や医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進めるため、医療費適正化計画の作成が定められている。本研究は特定健診等の効果を、NDBを用いた全国規模の縦断解析で検証した研究である。下肢切断は特定健診・特定保健指導の受診者で少なく、生活習慣病の重症化予防に寄与する可能性が示された。受診勧奨後も医療機関を受診しない者が4割前後存在し、複数年未受診者も多かった。健診受診群は早期の糖尿病治療開始により短期的に医療費が高いが、長期的には糖尿病の発症や医療費を抑制するの可能性が示唆された。また、医療機関検査との重複が存在した。これらの結果は、特定健診等の制度改善と医療資源の効率化に資する知見である。

A. 研究目的

高齢者の医療の確保に関する法律において、医療保険制度の持続可能な運営を確保するため、都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持や医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進めるため、医療費適正化計画の作成が定められている。6年ごとに計画期間を定められており2024年度より開始される第4期の医療費適正化計画に向けた議論が社会保障審議会医療保険部会において議論され、2022年12月にとりまとめられた。第3期までの医療費適正化計画においては、後発医薬品の利用促進や重複投薬・多剤投与の取組、特定健診・特定保健指導（以下「特定健診等」）等の施策が行われてきたが、第4期の計画に向けては、これまでの取組の推進に加えて、新たな目標として医療資源の効果的・効率的な

活用に関する取組の推進や、「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）を踏まえ、計画の実効性を高めるため関係者の取組への参加促進等を行うこととされている。

こうした中、医療資源の効果的・効率的な活用については、①効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療、②医療資源の投入量に地域差がある医療についての取組が位置づけられている。本邦においては匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）が、ほぼ全ての医療サービスを網羅するデータベースとして構築されているが、上記についての実態の分析については、十分なエビデンスが集積されていない。また、③特定健診等については、2024年から特定保健指導について、成果が出たこと（減量の達成等）を評価する体系に制度が

変更される。この制度の見直しを踏まえて、特定健診等についてのエビデンスの集積が今後とも必要となる。

本研究においては、③について健康増進効果等について、制度改正を踏まえた必要な分析を行う。

B. 研究方法

高齢者の医療の確保に関する法律において、国民の適切な医療の確保の観点から、医療費適正化を推進するため、医療費適正化計画を定めている。これまで、後発医薬品の利用促進や重複投薬・多剤投与の取組、特定健診等の実施率向上等の施策が行われてきたが、より医療資源の効果的・効率的な活用に向けて医療費適正化の効果測定を行い、今後の計画に反映する必要があると医療保険部会で可決された。本研究では、第4期医療費適正化計画以降における効果測定を科学的に検証する事業として、費用対効果等についての指摘に対応するため、NDBの再データベース化基盤を活用し、研究方法に示す分析を実施する。

本研究は疾病の罹患状況や重症疾患の発生状況等を含めた特定健診等の効果測定について検討を行う。特定健診等については、費用対効果等についての指摘もあり、医療費の効果分析が行われてきたが、健康増進の観点から、NDBを用い、レセプト情報と特定健診・特定保健指導情報を突合した上で、疾病の罹患状況や重症疾患の発生状況等の検証及びエビデンス評価のための調査分析を行う。令和5年度は、NDB第三者提供申出を行い、NDBの再データベース化（NDBを容易に分析できる環境の構築）を実施した。昨年度に引き続き奈良県KDB、商用レセプトデータベースであるDeSCデータベースを用いて、研究デザインの検討を進めた。さらに、前年度までに検討した研究デザインで分析を実施するためのNDBの加工の上で、研究を実施した。

方法の詳細は下記に詳述する。

1. 下肢切断に関する集計

糖尿病は主要な生活習慣病である。下肢切断は糖尿病の重篤な合併症の1つであり、下肢切断をすることで患者の生活の質を著しく低下させ、医療費を増加させる可能性がある。先行研究（*BMJ Open*. 2021;11(8):e048436.）では糖尿病患者の下肢切断リスクは非糖尿病患者の約10倍と報告されている。本研究では先行研究の解析手法を踏襲し、年度毎の性年齢調整下肢切断率を算出し、ポアソン回帰モデルによる年度ごとの傾向を明らかにした。また、特定健診・特定保健指導の有無によるリスク評価、診療報酬における「下肢末梢動脈疾患指導管理加算」の有無別リスク評価を実施した。なお、性年齢調整には2015年モデル人口を用いた。

2. 特定健診の受診勧奨後の受診に関する集計

2016～2022年度に健診を計3回受診した者かつ、1回目の健診と2回目の健診との間で医療保険を使用しなかった者を対象とした。2回目の健診結果と受診勧奨判定値に基づき受診勧奨された者に占める次回健診までの間に受診しなかった者の割合を求めた。また、受診しなかった者のうち前回の健診でも同じ項目で受診勧奨されている者の割合を求めた。

3. NDBの分析—特定健診の分析疫学研究 健診受診の効果量推定

特定健診受診者と非受診者の間で、組み入れ日、性別、年齢、過去1年間の入院医療費、過去1年間の入院日数、過去1年間の外来医療費、過去1年間の外来日数、保険者の都道府県、保険種別を一致させ、アウトカム（死亡・糖尿病・医療費）について比較した。

(a) Intention to Treat (ITT)解析

観察打ち切りの条件を

- ・アウトカムの発生
- ・研究期間の終了
- ・ペアとなった症例の脱落

とした。

(b) Per Protocol (PP) 解析

観察打ち切りの条件を

- ・アウトカムの発生
 - ・研究期間の終了
 - ・ペアとなった症例の脱落
 - ・（健診非受診群に割り付けられた症例の）健診受診
- とした。

4. 特定健診と医療機関検査の重複・代替可能状況の検討

2021 年度を対象に保険者別、都道府県別、年齢別、性別の検査実施状況と 2021 年度・2022 年度の健診受診状況を把握した。次に 2021 年度に特定健診の必須項目全項目を受診した人数、1 項目足りなかった人数を把握した。さらに、2021 年度に特定健診の必須項目全項目を受診した人を対象に 2021 年度に発生した傷病名の集計を実施した。

（倫理面への配慮）

公立大学法人奈良県立医科大学医の倫理審査委員会（承諾番号 3553）の承認を得て研究を実施した。

C. 研究結果

1. 下肢切断に関する集計

表 1 に示す通り、小切断の 2016 年における発生率は糖尿病のない人で 10 万人年あたり 5.2、糖尿病のある人で 10 万人年あたり 49.0 であった。発生率比は糖尿病のない人を基準として 9.4 であった。この発生率比に着目すると 2016 年度から 2021 年度までの間で一貫して低下していた。また、糖尿病のない人では 2016 年度から 2021 年度まで有意に小切断が増加してきており ($P < 0.001$) 必ずしも糖尿病に関連しない小切断が増加している可能性も示唆された。大切断の 2016 年におけ

る発生率は糖尿病のない人で 10 万人年あたり 3.1、糖尿病のある人で 10 万人年あたり 36.7 であった。発生率比は糖尿病のない人を基準として 11.6 であった。この発生率比に着目すると 2016 年度から 2021 年度までの間で小切断と同様に一貫して低下していた。また、糖尿病のない人では 2016 年度から 2021 年度まで有意に大切断も増加してきており ($P < 0.001$) 必ずしも糖尿病に関連しない小切断が増加している可能性も示唆された。ポアソン回帰モデルを用いた解析においては大切断・小切断共に年度 ($P < 0.001$)、特定健診受診 ($P < 0.001$)、特定保健指導受診 ($P < 0.001$)、下肢末梢動脈疾患指導管理加算算定 ($P < 0.001$) がそれぞれアウトカムと関連していた。年々小切断・大切断が増加してきていること、特定健診受診群、特定保健指導介入群、下肢末梢動脈疾患指導管理加算算定群でアウトカムが少ないことが示された。

2. 特定健診の受診勧奨後の受診に関する集計

対象患者は 3,515,351 人であった。受診勧奨を受けた者は収縮期血圧、拡張期血圧、中性脂肪、LDL コレステロール、空腹時血糖、HbA1c、AST、ALT、 γ -GTP の順にそれぞれ 611,687 人（うち 150,825 人は 160mmHg 以上）、546,993 人（うち 174,805 人は 100mmHg 以上）、135,219 人、1,157,921 人、95,870 人、79,446 人、67,147 人、211,341 人、231,848 人であった。LDL 高値で受診勧奨を受けた者のうち 41%が医療機関を受診しておらず、そのうち 73%が前回の健診でも受診勧奨を受けていた。他の項目についても 39~42%が受診勧奨を受けても医療機関を受診しておらず、26~67%が前回の健診でも同じ項目で受診勧奨を受けていた。

3. NDB の分析—特定健診の分析疫学研究 健診受診の効果量推定

特定健診受診者と非受診者の間で、組み入れ日、性別、年齢、過去 1 年間の入院医療費、過去 1 年

間の入院日数、過去 1 年間の外来医療費、過去 1 年間の外来日数、保険者の都道府県、保険種別を一致させ、アウトカム（死亡）について 1 : 1 で比較した。健診受診群、非受診群それぞれ約 2600 万人のデータが集計対象となった。

(a) Intention to Treat (ITT)解析

両群の死亡率は視覚的にはほぼ同等と考えられた。

糖尿病の発症については図 2 に示すように観察開始後 2 年程度は健診受診群で対照群に比べて多く、その後逆転するという結果であった。医療費についても図 3 に示すように観察開始後 2 年程度は健診受診群で対照群に比べて多く、その後逆転するという結果がみられた。

(b) Per Protocol (PP)解析

PP 解析とし、比健診群でその後健診を受けた者とそのペアを脱落させるデザインとしたことにより、ほぼ両群で同等の死亡率となった。

4. 特定健診と医療機関検査の重複・代替可能状況の検討

対象者のうち特定健診の基本 8 項目について、2021 年度に医療保険で全て算定されていた者は 2,377,397 人、7 項目算定されていた者は 4,285,684 人であった。基本項目詳細の 12 項目全項目を受けていた人は 331,227 人、11 項目を受けていた人は 1,352,831 人であった。傷病名に関する分析では表の通り、基本項目 8 項目すべて測定されていた者の約半数は高血圧の確定傷病名が外来で付与されていた。また、基本項目に加え詳細な健診の項目も全て測定されていた者でも高血圧症、糖尿病、高コレステロール血症、アレルギー性鼻炎、高脂血症、2 型糖尿病、脂質異常症といった傷病名が付与されている割合が高かった。

D. 考察

世界的に、一般住民対象の健診のほとんどは公衆衛生学・医療経済学の観点で有用でないとされている（*Cochrane Database Syst Rev.* 2019 1(1): CD009009.）。一方で、生活習慣病は自覚症状に乏しく、個人の疾病予防の観点で健診が果たす役割は大きい。日本では、特定健診・特定保健指導（特定健診等）が 2008 年から実施されている。2024 年からは特定健診事業について、成果が出たこと（特定保健指導における減量の達成等）を評価する体系に制度が変更された。特定健診等の効果検証に当たっては対照群の設定が大きな課題となるが、本研究で開発した手法により、従来の課題が克服できる可能性が示唆された。NDB 到着後の解析計画についてもコードレベルで具体的に検討を進めることができたと考えられる。実際にレセプト情報と特定健診等情報を連結して、その効果の評価のために長期かつ縦断的な解析を考案した研究デザインに基づいて開始し、研究デザインを洗練し課題についてまとめた。最大 6 年間程度の短期間の死亡率については健診受診群と非受診群の間でほぼ同等であることが示唆された。本研究では開発した新規手法により、健診受診群と非受診群の比較可能性をできるだけ高めた上で比較を実施している。一方で、観察研究としての未測定交絡によるバイアスの問題が克服できているわけではなく、その点結果の解釈においては留意する必要がある。

1. 下肢切断に関する集計

本研究により、必ずしも糖尿病に関連しない小切断が増加している可能性が示唆された。また、ポアソン回帰モデルを用いた解析においては大切断・小切断共に年々小切断・大切断が増加してきていること、特定健診受診群、特定保健指導介入群でアウトカムが少ないことが示され、特定健

診や特定保健指導が一定程度生活習慣病の重症化予防に寄与している可能性が示唆された。また、下肢末梢動脈疾患指導管理加算算定群でアウトカムが少ないことも同様に示され、介入が実施できている群の予後は良いと考えられた。

2. 特定健診の受診勧奨後の受診に関する集計（図1）

健診で受診勧奨された者についてその後の医療機関受診の状況を調査し、健診後の医療機関受診の実態を明らかにした。本研究により各測定項目について項目についても39～42%が受診勧奨を受けても医療機関を受診しておらず、26～67%が前回の健診でも同じ項目で受診勧奨を受けていたことが示された。特に複数年受診勧奨を受けても医療機関受診に繋がっていない症例が相当数存在しており、健診における大きな課題であると考えられた。

3. NDBの分析—特定健診の分析疫学研究 健診受診の効果量推定

特定健診受診群は非受診群に比べ、2年程度の早期の糖尿病薬の処方開始が多く、それに伴い医療費も高くなっていた。これは、特定健診による糖尿病の2次予防（早期発見・早期治療）の効果を示しているものと考えられる。一方、それ以降については糖尿病薬の処方開始は、特定健診受診群で少なくなっていた。これは、観察開始から長期間での特定健診による糖尿病発症抑制効果を見ているのかもしれない。死亡率においては両群に視覚的には差がみられなかったが、1で示したように特定健診受診群では下肢切断が少ない傾向にあり、特定健診・特定保健指導が生活習慣病の2次予防・重症化予防に寄与している可能性が示された。ただし、たとえば健康意識のような残余交絡が結果に影響している可能性は依然残されており、さらなる検証は必要である。

4. 特定健診と医療機関検査の重複・代替可能状況の検討

特定健診と医療機関検査の重複・代替可能状況をはじめて定量化した。本研究の成果はより効率的な健診事業の実施の基礎データとなることが期待される。

E. 結論

- NDBでレセプトと健診を突合し、日本の8年間の悉皆データの縦断解析を可能にした。
- 開発した新規統計手法により、交絡因子の影響がより適切に制御され介入効果の推定制度を向上させることができた。
- 特定健診受診後に受診勧奨を受けた者のうち未受診者数を把握し、特定健診の受診勧奨による受診効果を分析した。
- 特定健診受診者のリスク層別化の妥当性を示し、特定保健指導事業の妥当性を検討できた。
- 特定健診と医療機関検査の重複・代替可能状況をはじめて定量化した。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. 西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、玉本咲楽、山崎一幸、明神大也、野田龍也、今村知明 入院者や通院者でない被保険者における健診後の受診に関する記述疫学研究 第84回日本公衆衛生学会総会

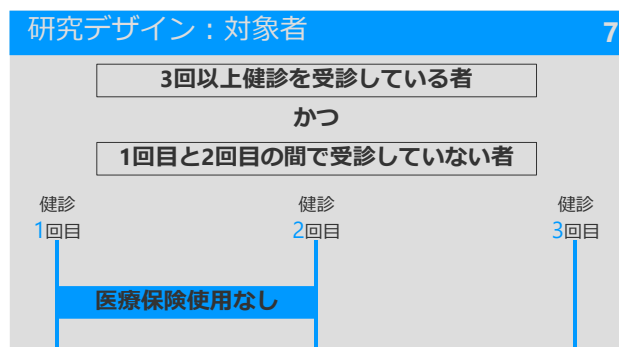
H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

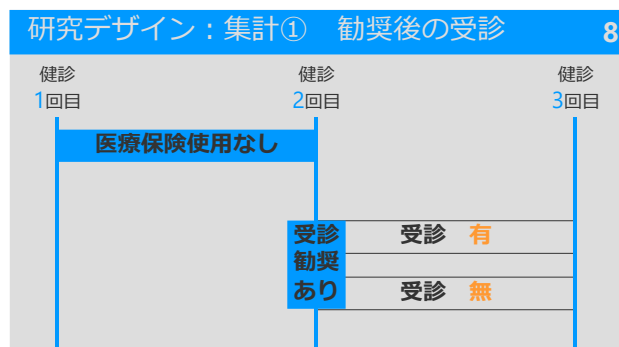
表 1：下肢小切断/大切断に関する疫学研究結果

小切断	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度
男女糖尿病なし	5.2	6.2	6.5	6.9	7.3	8.0
男女糖尿病あり	49.0	50.0	47.5	45.0	43.4	43.4
比（糖尿病あり/なし）	9.4	8.1	7.3	6.5	5.9	5.4
男性糖尿病なし	8.1	9.3	9.9	10.3	11.0	12.1
男性糖尿病あり	66.3	69.6	63.4	59.2	56.9	62.4
女性糖尿病なし	2.6	3.2	3.4	3.7	3.9	4.2
女性糖尿病あり	32.6	31.4	32.4	31.6	30.7	25.6
性年齢調整						
大切断発生率 （10 万人年あたり）	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度
男女糖尿病なし	3.1	4.1	4.3	4.6	4.9	5.3
男女糖尿病あり	36.7	37.1	34.3	33.0	32.4	34.5
比（糖尿病あり/なし）	11.6	9.0	8.0	7.2	6.6	6.5
男性糖尿病なし	4.3	5.7	5.8	6.3	6.7	7.3
男性糖尿病あり	50.4	43.8	37.3	41.1	40.2	46.4
女性糖尿病なし	2.1	2.6	2.8	3.0	3.2	3.5
女性糖尿病あり	23.7	30.9	31.5	25.4	25.1	23.2

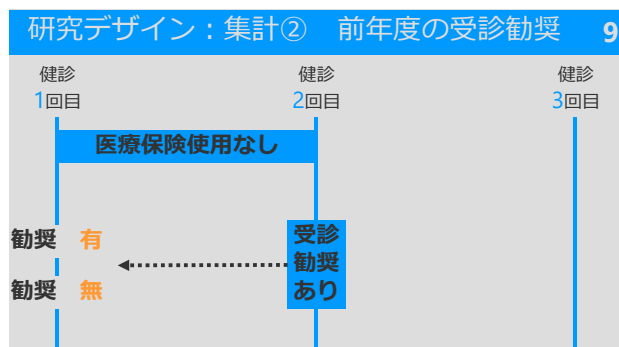
図1：健診後受診者の実態



項目	受診動員者数	集計① 動員後受診 無	集計② 前回同項目で動員 有
収縮期血圧	611,687	42%	61%
拡張期血圧	547,993	42%	60%
中性脂肪	135,219	41%	45%
LDL	1,157,921	41%	74%
空腹時血糖	95,870	40%	59%
HbA1c	79,446	39%	69%
AST	67,147	39%	41%
ALT	211,341	41%	54%
γ-GTP	231,848	41%	68%



項目	受診勧奨者数	集計① 勧奨後受診 無	集計② 前回同項目で勧奨 有
収縮期血圧	611,687	42%	61%
拡張期血圧	547,993	42%	60%
中性脂肪	135,219	41%	45%
LDL	1,157,921	41%	74%
空腹時血糖	95,870	40%	59%
HbA1c	79,446	39%	69%
AST	67,147	39%	41%
ALT	211,341	41%	54%
γ-GTP	231,848	41%	68%



項目	受診勧奨者数	集計① 勧奨後受診 無	集計② 前回同項目で勧奨 有
収縮期血圧	611,687	42%	61%
拡張期血圧	547,993	42%	60%
中性脂肪	135,219	41%	45%
LDL	1,157,921	41%	74%
空腹時血糖	95,870	40%	59%
HbA1c	79,446	39%	69%
AST	67,147	39%	41%
ALT	211,341	41%	54%
γ-GTP	231,848	41%	68%

結果 対象患者数、受診勧奨患者数			10
対象患者：3,515,351人			
項目	受診勧奨患者数	受診勧奨判定値	
収縮期血圧	611,687 (17%)	140mmHg以上	
拡張期血圧	547,993 (16%)	90mmHg以上	
中性脂肪	135,219 (4%)	300mg/dL以上	
LDL	1,157,921 (33%)	140mg/dL以上	
空腹時血糖	95,870 (3%)	126mg/dL以上	
HbA1c	79,446 (2%)	6.5%以上	
AST	67,147 (2%)	51U/L以上	
ALT	211,341 (6%)	51U/L以上	
γ-GTP	231,848 (7%)	101U/L以上	

図 2：特定健診受診群と対照群の糖尿病発症率の比較

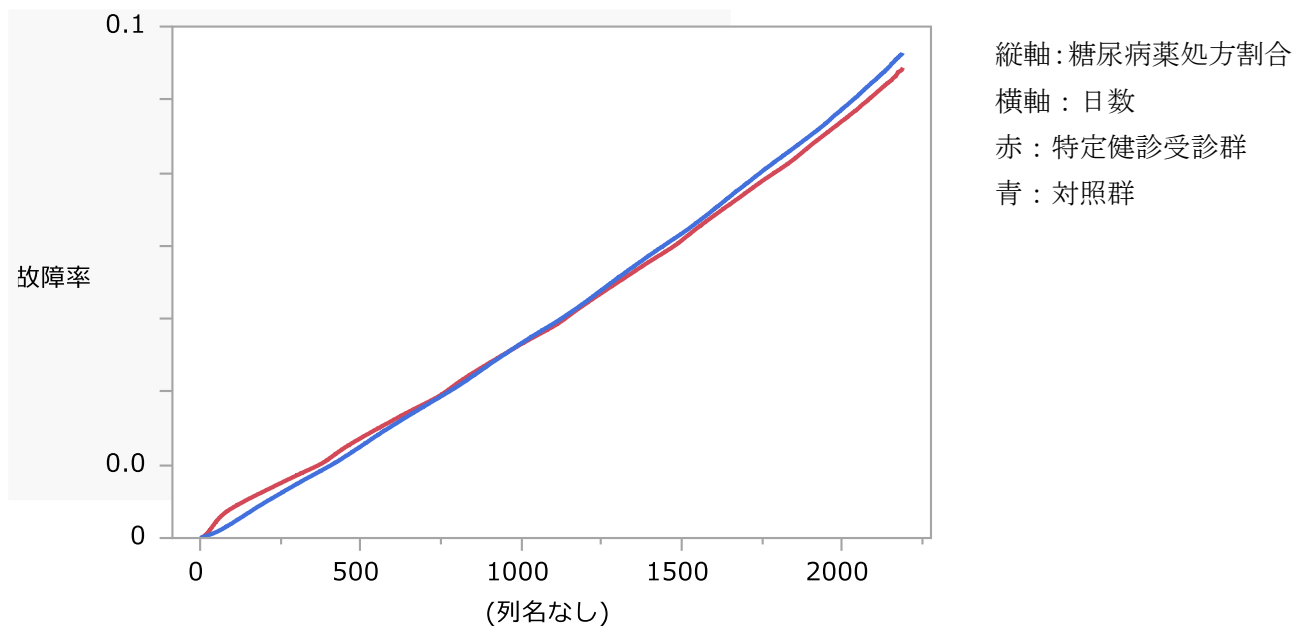
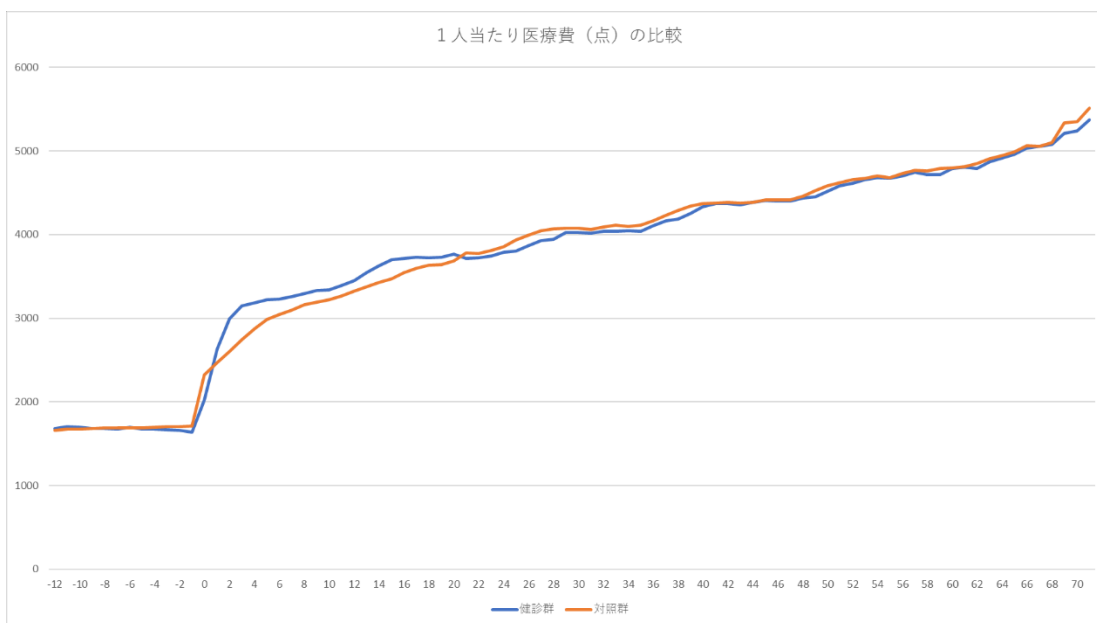


図 3：特定健診受診群と対照群の医療費の比較



縦軸：医療費（点）
横軸：月数
青：特定健診受診群
オレンジ：対照群

表 2－1：基本項目全項目のうち外来で全項目が測定されていた者および 1 項目足りなかった者のうち 1 列目傷病名コードが付与されていた割合

傷病名コード	傷病名	基本項目 1 項目足りない外来	基本項目全項目外来
8833421	高血圧症	44. 6%	50. 1%
2500013	糖尿病	20. 7%	28. 1%
2720004	高コレステロール血症	26. 0%	28. 0%
4779004	アレルギー性鼻炎	25. 8%	25. 9%
2724007	高脂血症	21. 8%	24. 0%
2500015	2 型糖尿病	13. 1%	21. 4%
8844446	脂質異常症	18. 0%	21. 3%
5351003	慢性胃炎	19. 8%	21. 1%
3672003	近視性乱視	17. 2%	18. 9%
8840829	腰痛症	15. 2%	16. 9%
5301002	逆流性食道炎	14. 8%	16. 5%
7906015	高尿酸血症	14. 6%	16. 2%
8840042	便秘症	13. 0%	15. 0%
3721002	アレルギー性結膜炎	14. 5%	14. 5%
8839792	不眠症	13. 0%	14. 0%
5718008	脂肪肝	10. 6%	13. 6%
6923002	湿疹	10. 2%	10. 7%
8843825	維持療法の必要な難治性 逆流性食道炎	9. 0%	10. 2%

表 2—2：基本項目全項目のうち入院で全項目が測定されていた者および 1 項目足りなかった者のうち 1 列目傷病名コードが付与されていた割合

傷病名コード	傷病名	基本項目 1 項目足りない入院	基本項目全項目入院
8833421	高血圧症	2.3%	4.8%
2500013	糖尿病	0.3%	0.9%
2720004	高コレステロール血症	0.7%	1.4%
4779004	アレルギー性鼻炎	0.2%	0.4%
2724007	高脂血症	0.5%	1.0%
2500015	2 型糖尿病	0.3%	0.8%
8844446	脂質異常症	0.9%	2.0%
5351003	慢性胃炎	0.4%	0.8%
3672003	近視性乱視	0.2%	0.3%
8840829	腰痛症	0.5%	0.9%
5301002	逆流性食道炎	0.8%	1.7%
7906015	高尿酸血症	0.4%	1.0%
8840042	便秘症	1.3%	2.6%
3721002	アレルギー性結膜炎	0.0%	0.1%
8839792	不眠症	0.8%	1.7%
5718008	脂肪肝	0.1%	0.3%
6923002	湿疹	0.2%	0.3%
8843825	維持療法の必要な難治性 逆流性食道炎	0.4%	0.9%

表 2－3：基本項目と詳細な健診の項目とを合わせた全項目のうち外来で全項目が測定されていた者および 1 項目足りなかった者のうち 1 列目傷病名コードが付与されていた割合

傷病名コード	傷病名	基本項目と詳細な健診の 項目 1 項目足りない外来	基本項目と詳細な健 診の項目全項目外来
8833421	高血圧症	51.9%	55.6%
2500013	糖尿病	27.2%	32.4%
2720004	高コレステロール血症	27.8%	30.2%
4779004	アレルギー性鼻炎	27.0%	29.1%
2724007	高脂血症	23.5%	25.4%
2500015	2 型糖尿病	19.5%	24.3%
8844446	脂質異常症	20.8%	23.4%
5351003	慢性胃炎	22.5%	25.7%
3672003	近視性乱視	29.6%	45.1%
8840829	腰痛症	18.0%	20.8%
5301002	逆流性食道炎	18.6%	22.1%
7906015	高尿酸血症	14.6%	14.7%
8840042	便秘症	17.1%	21.8%
3721002	アレルギー性結膜炎	18.1%	23.0%
8839792	不眠症	15.7%	19.3%
5718008	脂肪肝	12.4%	13.5%
6923002	湿疹	11.7%	13.8%
8843825	維持療法の必要な難治性逆 流性食道炎	11.8%	15.1%

表 2－4：基本項目と詳細な健診の項目とを合わせた全項目のうち入院で全項目が測定されていた者および 1 項目足りなかった者のうち 1 列目傷病名コードが付与されていた割合

傷病名コード	傷病名	基本項目と詳細な健診の項目 1 項目足りない入院	基本項目と詳細な健診の項目全項目入院
8833421	高血圧症	6.9%	11.9%
2500013	糖尿病	1.1%	2.7%
2720004	高コレステロール血症	2.0%	3.8%
4779004	アレルギー性鼻炎	0.6%	1.0%
2724007	高脂血症	1.4%	2.6%
2500015	2 型糖尿病	0.9%	2.3%
8844446	脂質異常症	2.8%	5.2%
5351003	慢性胃炎	1.1%	1.8%
3672003	近視性乱視	0.5%	1.9%
8840829	腰痛症	1.4%	2.1%
5301002	逆流性食道炎	2.4%	3.8%
7906015	高尿酸血症	1.3%	2.2%
8840042	便秘症	3.6%	5.9%
3721002	アレルギー性結膜炎	0.1%	0.4%
8839792	不眠症	2.3%	3.9%
5718008	脂肪肝	0.3%	0.7%
6923002	湿疹	0.4%	0.8%
8843825	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	1.3%	2.2%

表 3 : 下肢切断と医療費

yr	糖尿病	小切断	大切断	人数	医療費
2016	0	0	0	110,715,443	5,824,525,956,380
2016	0	0	1	4,219	6,049,945,283
2016	0	1	0	6,554	9,765,985,405
2016	0	1	1	560	1,421,841,715
2016	1	0	0	7,541,998	775,493,938,215
2016	1	0	1	3,088	2,395,527,420
2016	1	1	0	4,373	2,963,396,501
2016	1	1	1	566	636,136,634
2017	0	0	0	119,441,922	6,229,896,548,200
2017	0	0	1	5,116	8,291,093,720
2017	0	1	0	7,473	12,174,880,322
2017	0	1	1	852	2,317,146,352
2017	1	0	0	7,764,334	813,297,724,145
2017	1	0	1	3,342	2,682,812,204
2017	1	1	0	4,662	3,228,266,423
2017	1	1	1	688	757,203,328
2018	0	0	0	122,008,713	6,480,024,447,349
2018	0	0	1	5,305	10,077,734,090
2018	0	1	0	7,537	14,539,694,100
2018	0	1	1	832	2,829,977,824
2018	1	0	0	7,970,756	830,034,748,214
2018	1	0	1	3,394	2,793,897,726
2018	1	1	0	4,822	3,389,613,453
2018	1	1	1	694	780,866,020
2019	0	0	0	122,245,760	6,820,393,123,115
2019	0	0	1	5,399	12,140,093,574
2019	0	1	0	7,664	16,400,620,119
2019	0	1	1	893	3,388,450,961
2019	1	0	0	8,174,667	864,216,228,110
2019	1	0	1	3,490	3,031,558,292
2019	1	1	0	4,846	3,489,487,791
2019	1	1	1	717	795,578,572

yr	糖尿病	小切断	大切断	人数	医療費
2020	0	0	0	120,108,444	6,712,570,464,848
2020	0	0	1	5,458	13,353,516,148
2020	0	1	0	7,744	17,479,541,186
2020	0	1	1	843	3,518,087,185
2020	1	0	0	8,393,935	862,873,542,156
2020	1	0	1	3,591	3,045,768,459
2020	1	1	0	4,901	3,464,965,248
2020	1	1	1	683	751,259,436
2021	0	0	0	117,584,771	6,982,769,246,089
2021	0	0	1	5,386	14,489,706,470
2021	0	1	0	7,898	18,590,184,493
2021	0	1	1	847	4,058,381,101
2021	1	0	0	8,811,841	926,235,090,240
2021	1	0	1	3,641	3,103,194,323
2021	1	1	0	5,057	3,558,554,259
2021	1	1	1	702	806,516,904
2022	0	0	0	110,088,055	7,082,492,902,786
2022	0	0	1	5,250	15,078,574,940
2022	0	1	0	7,566	18,740,867,397
2022	0	1	1	827	3,985,168,907
2022	1	0	0	9,178,907	971,261,883,666
2022	1	0	1	3,764	3,139,626,936
2022	1	1	0	5,216	3,584,936,674
2022	1	1	1	714	797,620,741

yr	糖尿病 有無	人数	小切断	大切断	医療費
2016	0	110,725,173	7,015	4,716	5,841,763,728,783
2016	1	7,548,788	4,863	3,600	781,488,998,770
2017	0	119,452,971	8,184	5,815	6,252,679,668,594
2017	1	7,771,198	5,244	3,904	819,966,006,100
2018	0	122,019,726	8,231	5,952	6,507,471,853,363
2018	1	7,977,612	5,410	3,928	836,999,125,413
2019	0	122,256,950	8,403	6,076	6,852,322,287,769
2019	1	8,181,619	5,438	4,030	871,532,852,765
2020	0	120,119,688	8,467	6,111	6,746,921,609,367
2020	1	8,401,012	5,491	4,121	870,135,535,299
2021	0	117,596,214	8,615	6,047	7,019,907,518,153
2021	1	8,819,183	5,657	4,176	933,703,355,726
2022	0	110,099,195	8,293	5,875	7,120,297,514,030
2022	1	9,186,618	5,847	4,306	978,784,068,017