

 自治体職員・保険者向け

 90分 集中講座

秋田県 国保ヘルスアップ 医療費分析資料（R06）を素材に学ぶ

国保・健診・レセプト データ分析 実践勉強会

講師 野村恭子 秋田大学医学部衛生学公衆衛生学講座教授



対象

自治体職員 / 保険者業務担当者 / 医学部学生と大学院生



 到達目標

主要分析手法の理解と現場実装の道筋を掴む



データ分析の目的・考え方

“ 数字は「背景にある物語の入り口」であり、担当者や医療機関を責めるためのものではない。

💡 基本の考え方

- ✓ 数字＝背景を知る手がかり
- ✓ 「誰が悪いか」ではなく「何が起きているか」を見る
- ✓ 関係者との対話の共通言語

☑ やるべきこと (Do)

- ✓ 事実・解釈・行動の分離
- ✓ 再現可能性のあるデータ抽出
- ✓ 仮説を言語化して検証する

❌ 避けること (Don't)

- ✗ 単年度・単指標での断定
- ✗ 印象論での糾弾・犯人探し
- ✗ 現場の状況を見ない数字の独り歩き

データは「問い」を作る道具

誤った認識

データが「正解」を教えてくれる
犯人探しの証拠にする

正しい認識

「なぜ？」という問いを立てる
現場の意思決定を支援する

i データを「攻撃の武器」にすると現場は防御的になり、正確な情報が出てこなくなります。まずは「現状を正しく知る」ためのツールとして共有しましょう。

高血圧の放置が招いた重篤な事例

～受診しない5年間で、人生と多額の医療費を失う結果に～



その結果…



高血圧は「サイレントキラー」。早期受診・継続治療が、あなたの未来と家族、そして医療費を守ります。

放置をやめて、未来を守る！ 受診勧奨で、組合医療費が大きく改善

健診有所見を放置している労働者

✓ 高血圧

血圧が高いのに
受診していない



✓ 糖尿病

血糖値が高いのに
受診していない



✓ 健診有所見

脂質異常・肝機能など
異常があるのに
放置している



将来の重症化・入院リスクが高まり、
医療費の増大につながります

受診勧奨の実施

1 対象者を抽出・リスト化

健診結果から、未受診者を抽出



2 個別に呼び出し・面談

産業医・保健師が
リスクを説明し、不安や
疑問にも丁寧に対応



3 医療機関の受診を勧奨・支援

受診の重要性を理解し、
行動につなげる



4 早期受診・治療開始

重症化を防ぎ、健康を維持！



結果：組合医療費が大幅に改善！

受診勧奨の実施により
医療費が**大幅に減少！**



組合医療費が
6,300万円の削減！



一人ひとりの行動が、組合全体の**医療費削減**と、**みんなの健康**につながります！

データ解釈の基本パターン



● データ解釈の「6つの型」

- | | |
|-------------|-----------------------------------|
| ① まず「分母」を見る | ② 経年変化で見る |
| ③ 割合（%）で見る | ④ 地域差で見る |
| ⑤ 疾病構造で見る | ⑥ 高齢化・医療単価・薬剤の上昇等、
他の原因はないか考える |

「医療費が減った」は良いこと？

ある市の国保医療費が前年比 **5%減少** しました。

この市の健康状態は改善したと言えるでしょうか？

30秒、隣の人と考えてください。

ANSWER

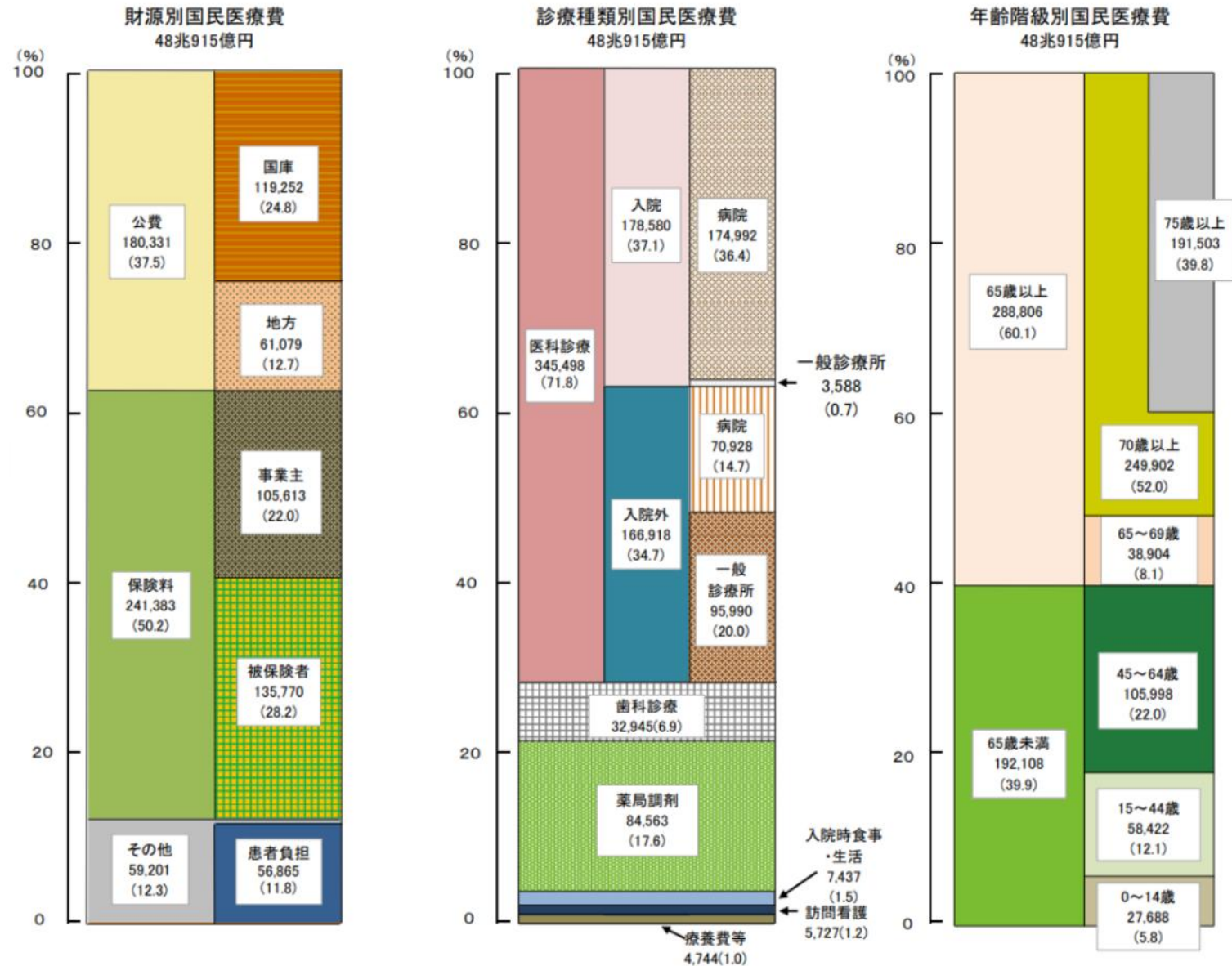
まだ判断できない

確認すること

- ・ 被保険者数は減っていないか？
- ・ 入院・外来・調剤のどこが減ったか？
- ・ 年齢構成は変わっていないか？
- ・ 1人当たり医療費はどうか？
- ・ 受診控えはなかったか？

資料 国民医療費の構造(2023 年度)

[国民医療費総額 48兆915億円、人口一人当たり国民医療費 386,700円]



(注) 括弧なし数値は推計額(単位: 億円)、括弧内の数値は構成割合(単位: %)である。

(出所) 厚生労働省「令和 5(2023)年度国民医療費の概況」より抜粋

糖尿病医療費が増えた。なぜ？

患者数 ↑ ？

1人当たり医療費 ↑ ？

糖尿病医療費

+15%

高齢化？

受診率 ↑ ？

重症化？

薬剤単価 ↑ ？

▶ さらに、こう考えてみる

健診で糖尿病が発見され、**未治療者が治療につながったために**
医療費が増えた可能性は？

どの可能性が最も大きいのか、2分でグループで話し合ってください。

CONCLUSION

医療費増 = 悪、ではない。

まず「なぜ増えたのか」を分解する。増えた理由によって、次にとる打ち手は変わる。

『医療費増＝悪』ではない－文脈で読む

💡 数字の背後にある「文脈」

医療費の増加が必ずしも「悪化」を意味するとは限りません。必要な投資や正常化プロセスである可能性を考慮し、時間軸を広げて評価する必要があります。

📌 読み解きの具体例

ケース1

早期発見・早期治療の促進により、一時的に受診数・検査費が増加するが、将来の高額な入院・透析医療費を抑制する効果が期待できる。

コロナ禍などで抑制されていた受診行動が正常化した場合、前年比で「増」となるが、これは必要な医療アクセスが回復したと捉えるべき。

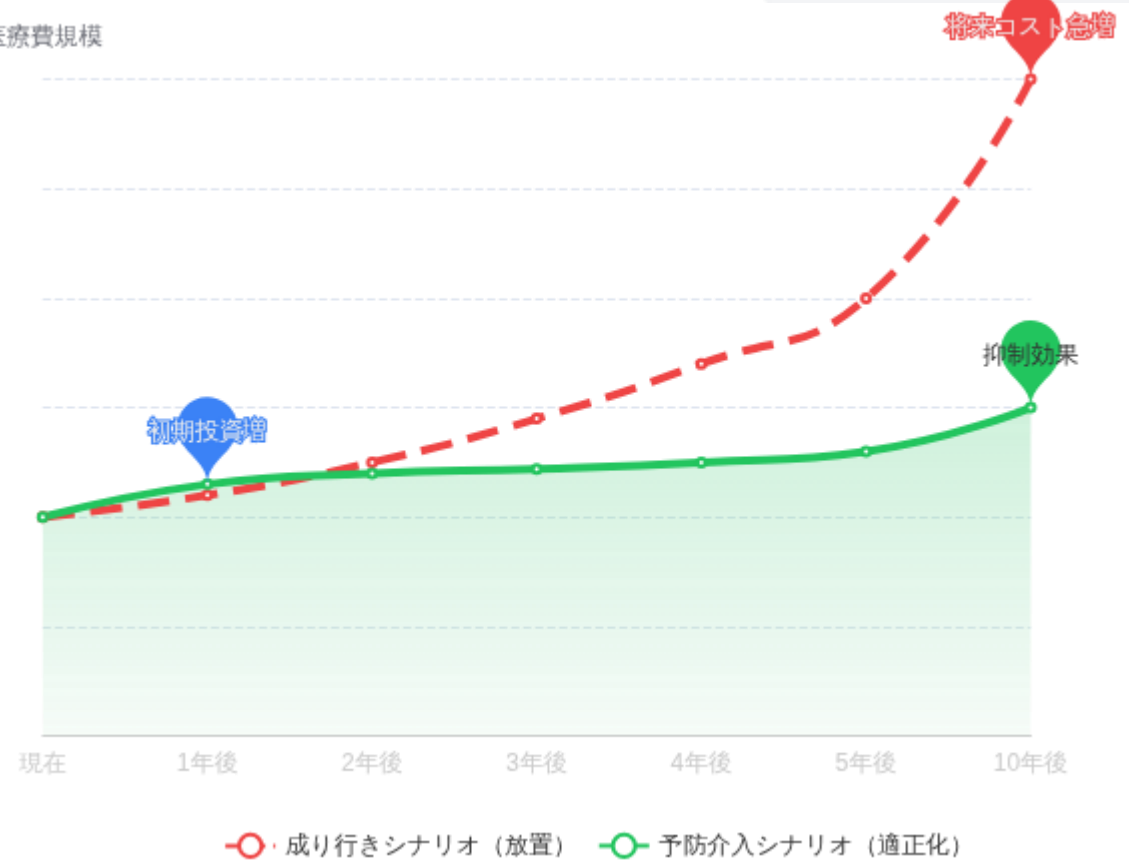
🔍 分析の視点

「金額の増減」だけでなく、「健康指標（検査値の改善率など）」や「政策ラグ（効果が出るまでの時間）」をセットで評価指標に組み込む。

🏠 投資的医療費のイメージ（概念図）

Model: Cost-Benefit Timeline

医療費規模



「現在」の増加が「未来」の削減を生む

📌 短期的なコスト増（青エリア）を許容し、将来の大幅なコスト増（赤点線）を回避する（緑エリアの創出）というシナリオを描くことが重要。

人工透析患者の割合

「2.5倍」は本当に大きな地域差？

A 地域

0.064%

$\approx 2.5\times$

B 地域

0.026%

A地域はB地域の約2.5倍。A地域には大きな問題がある？

まず分母と実人数を見る

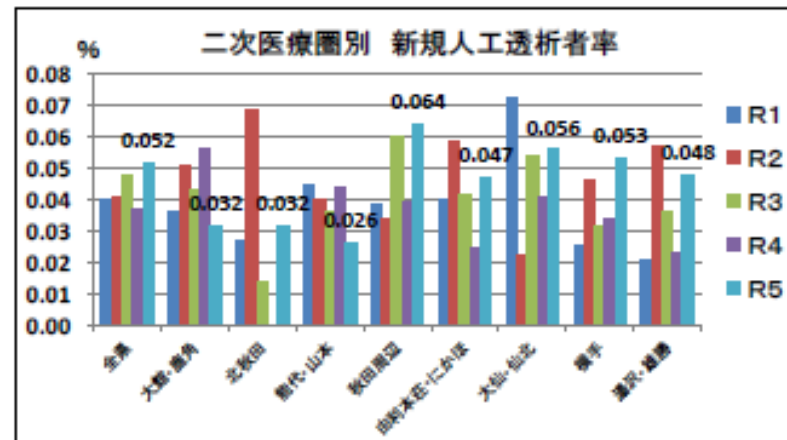
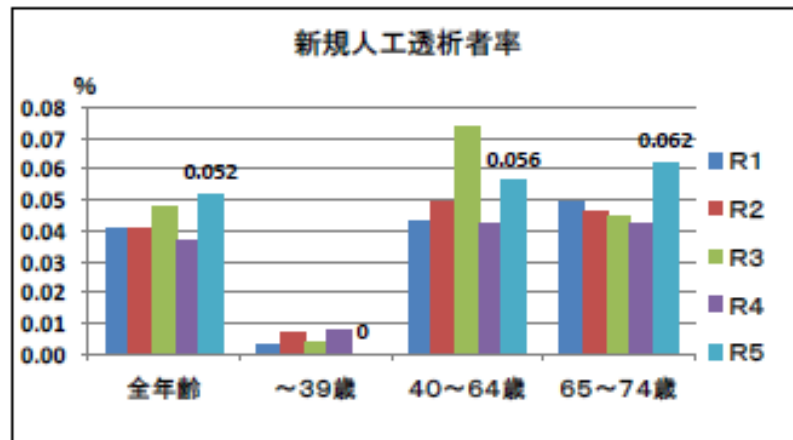
たとえば母数が小さければ、数人の違いで率が大きく動く可能性がある。

さらに確認

年齢構成 / 糖尿病・CKD有病率 / 医療機関へのアクセス / 単年度か複数年度か / 新規透析導入数か、透析患者総数か

1-⑥ 新規人工透析者の経年変化

- 新規人工透析者率を全年齢で見ると、令和3年度に増加し、令和4年度は減少に転じたが、令和5年度は再び増加している。
- 二次医療圏別では、令和5年度は「能代・山本」が最も低く(0.026%)、「秋田周辺」が最も高い(0.064%)。



○新規人工透析者率 (単位:%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
全年齢	0.040	0.041	0.048	0.037	0.052
~39歳	0.003	0.007	0.004	0.008	0.000
40~64歳	0.043	0.049	0.074	0.042	0.056
65~74歳	0.049	0.046	0.045	0.042	0.062

○二次医療圏別 新規人工透析者率 (単位:%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
全県	0.040	0.041	0.048	0.037	0.052
大館・鹿角	0.036	0.051	0.043	0.056	0.032
北秋田	0.027	0.069	0.014	0.000	0.032
能代・山本	0.045	0.040	0.036	0.044	0.026
秋田周辺	0.038	0.034	0.060	0.039	0.064
田代本荘・にかほ	0.040	0.059	0.042	0.025	0.047
大仙・仙北	0.072	0.022	0.054	0.041	0.056
横手	0.025	0.046	0.032	0.034	0.053
湯沢・雄勝	0.021	0.057	0.036	0.023	0.048

※新規人工透析者率は、各年度のレセプトに人工透析の記載のある者(新規に人工透析を開始した場合のみ)の実人員を被保険者数で除した数値。

(出典:秋田県国民健康保険団体連合会への業務委託に係る成果品・・・新規人工透析者の対象者抽出結果)

実際には0.052%という非常に小さい割合なので、秋田周辺が0.064% 能代山本が0.026%でも、**実人数は数人程度しか変わらない可能性**があります。

① まず『分母』を見る

🔍 数字の「総額」だけを見ていませんか？ 正しい評価のために、適切な「分母」で割り戻す習慣をつけましょう。



確認すべき分母

- ✓ 被保険者数（総数）
- ✓ 年齢階級別人口
- ✓ 高齢化率
- ✓ 受診者数（実人数）



実務での確認手順

1 総額を確認



2 1人あたりを見る



3 年齢調整して比較



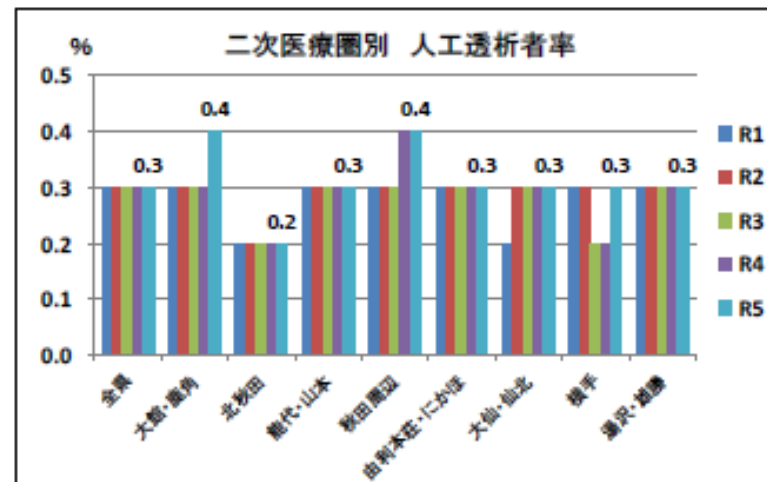
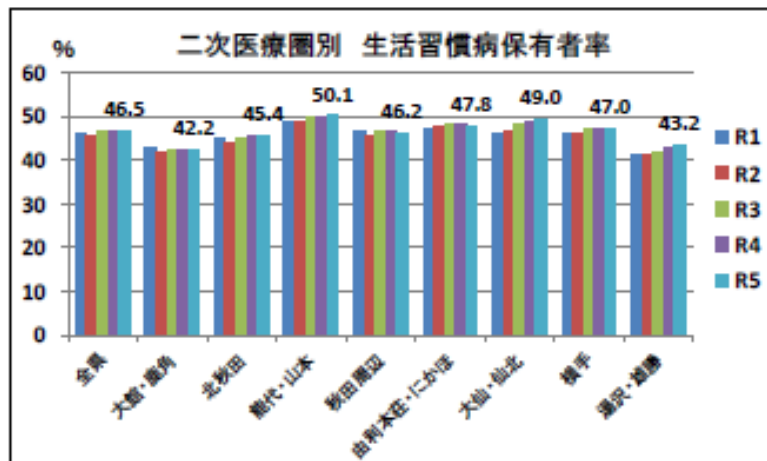
よくある落とし穴

「分母変動」の無視

「医療費総額が減った！」と喜んでいたら、実は人口減少により**分母が激減していただけ**だった…という誤読に注意が必要です。

1-⑤ 二次医療圏別の生活習慣病保有者率及び人工透析者率の推移

- 生活習慣病保有者率は、令和5年度は「大館・鹿角」、「北秋田」、「能代・山本」、「大仙・仙北」、「湯沢・雄勝」で増加。「大館・鹿角」が最も低く(42.2%)、「能代・山本」が最も高い(50.1%)。
- 人工透析者率は、令和4年度は「秋田周辺」、令和5年度は「大館・鹿角」、「横手」で増加。



○生活習慣病保有者率

(単位:%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
全県	45.9	45.3	46.3	46.4	46.5
大館・鹿角	42.5	41.8	42.4	42.0	42.2
北秋田	45.1	44.1	45.1	45.3	45.4
能代・山本	48.9	48.8	49.9	49.9	50.1
秋田周辺	46.6	45.2	46.4	46.3	46.2
由利本荘・にかほ	47.3	47.4	48.1	47.9	47.8
大仙・仙北	45.9	46.6	47.9	48.5	49.0
横手	46.1	46.2	47.0	47.1	47.0
湯沢・雄勝	41.3	40.9	41.8	42.5	43.2

(出典:KDBシステム(市区町村別データ)・・・生活習慣病保有者率)

○人工透析者率

(単位:%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
全県	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
大館・鹿角	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4
北秋田	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
能代・山本	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
秋田周辺	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4
由利本荘・にかほ	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
大仙・仙北	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
横手	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3
湯沢・雄勝	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3

0.3%、0.4%と違いがあるように見えます。

しかし実人数では例えば0.2%→50人0.4%→80人程度かも？小さい率は人数も併記した方が解釈しやすい。

②：経年変化で見る（トレンド分析）

🕒 最低5年の推移で傾向を把握

単年度の増減だけで判断せず、中期的なトレンドラインを確認します。一時的な変動に惑わされないために重要です。

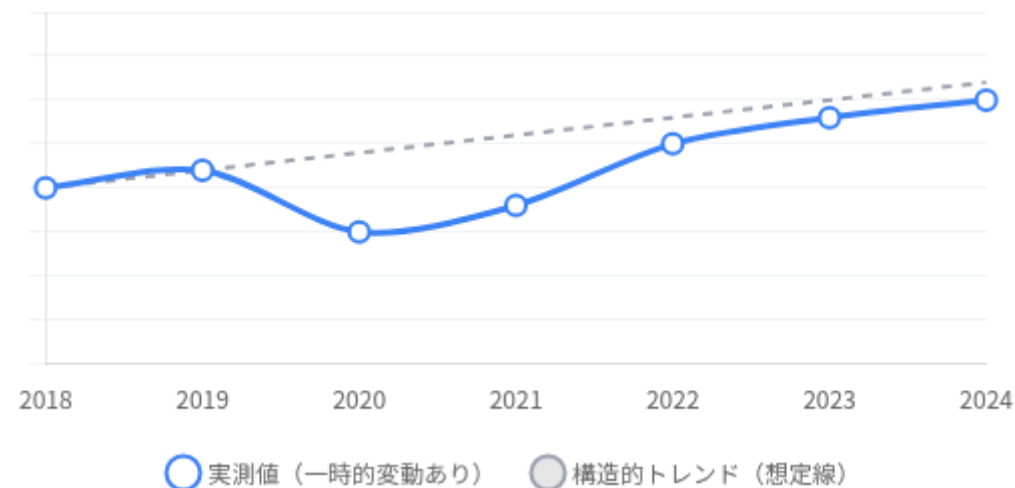
🔄 一時的変動 vs 構造的変化

- 一時的変動：制度改正、感染症流行（コロナ等）、災害などによる短期的な影響。
- 構造的変化：高齢化の進展、人口減少、医療技術の進歩などによる長期的・不可逆的な変化。

📋 主な確認事項（チェックリスト）

前年比だけでなく、3～5年前との比較
伸び率（%）の変化
コロナ禍等の特殊要因の影響度合い
ベースライン（平時）への復帰状況

推移分析のイメージ：構造的変化と一時的変動



青線（実測値）：実際の医療費などの推移。2020-2021年の落ち込みは「一時的変動」。

点線（トレンド）：一時的変動を除いた、本来の「構造的変化」のライン。

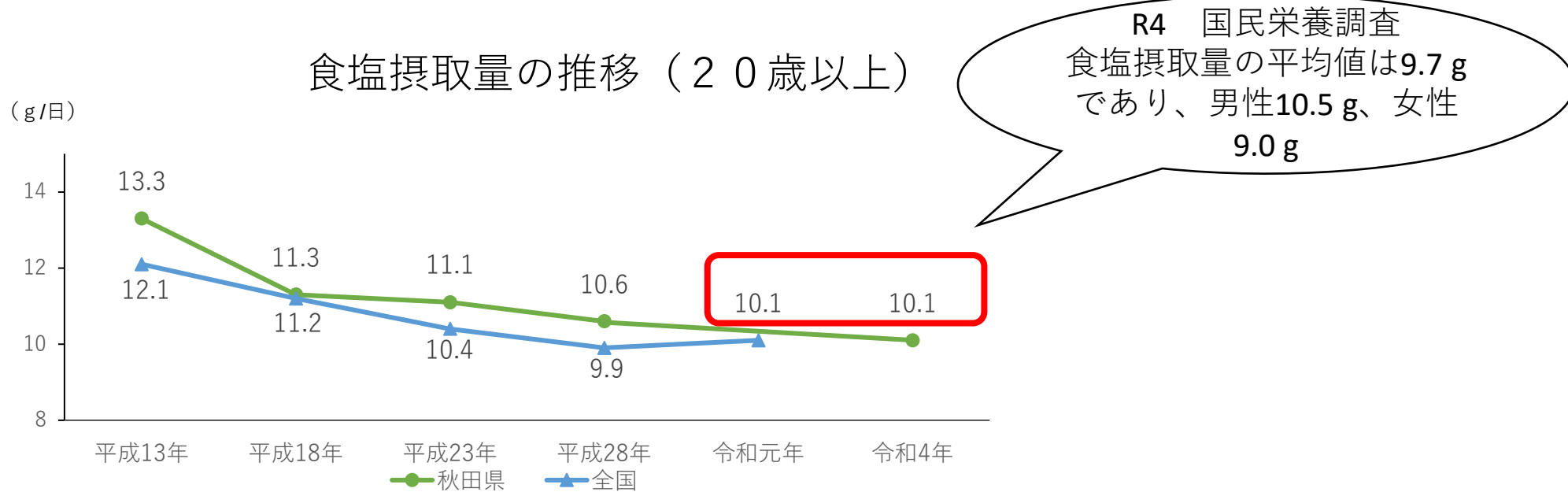
💡 分析のコツ

「なぜ増えたか？」だけでなく「トレンドから乖離しているか？」という視点を持つと、異常値の発見が早くなります。

食塩の摂取状況（県民栄養調査より）

① 食塩の摂取状況

20歳以上の食塩摂取量の平均値は10.1gで、平成28年と比較し減少している。



（日本人の食事摂取基準2020年版：目標量 エネルギー産生栄養素バランス %エネルギー）
脂質：1歳以上 20～30%

- ※ 全国は国民健康・栄養調査の結果である。
- ※ 第2期健康秋田21計画の目標値：8.0g/日
- ※ 食塩摂取目標量：6.5g/日（12歳以上、女性）（日本人の食事摂取基準2020年版）
- ※ 食塩摂取目標量：7.5g/日（15歳以上、男性）（日本人の食事摂取基準2020年版）

経年変化分析 — 秋田の主要指標

📖 配布資料（PDF）の以下のページを参照



SECTION 1-①

被保険者数推移

P.1



SECTION 1-②

医療費総額推移

P.2



SECTION 1-③

1人当たり医療費

P.4



SECTION 1-④

レセプト1件当たり日数
(入院・外来)

P.6



SECTION 1-⑤

生活習慣病・透析者率

P.8



SECTION 1-⑥

新規人工透析者

P.10

📌 これらの指標は単独で見るのではなく、相互の関連性（例：生活習慣病保有率の上昇 → 将来的な透析移行リスク）を意識して確認することが重要です。

③：割合で見る

⚠ 「割合（％）」の数字だけを追うと、実態を見誤るリスクがあります。必ず以下の3つの視点で確認します。



割合上昇＝実数増とは限らない

他の疾患や項目が減少することで、対象項目の実数が変わらなくても割合（シェア）は上昇します。
「**相対的な上昇**」か「**絶対的な増加**」かを見極めることが重要です。



構成比（％）× 実数（N）の両面を見る

割合が高いことは重要性を意味しますが、規模（実数）が小さければ対策のインパクトは限定的です。
常に「**実数**」と「**割合**」を**セットで表記・確認**する癖をつけます。



分子・分母の同時モニタリング

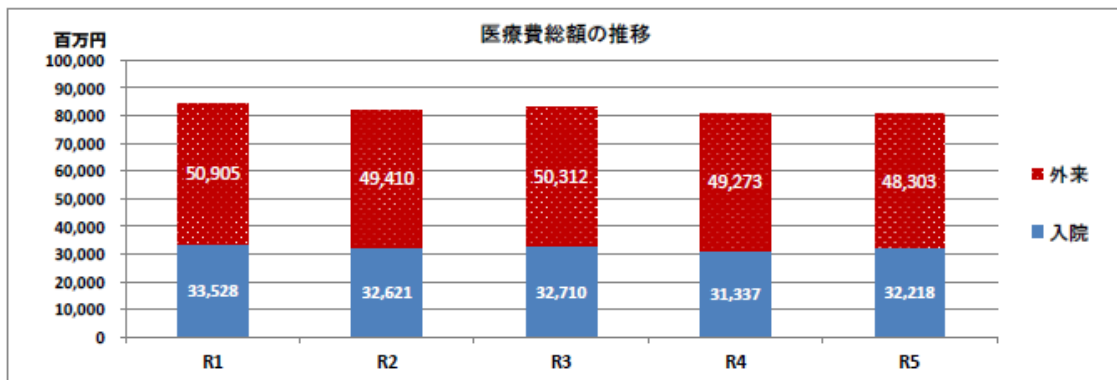
割合の変化が「分子（患者数等）の変動」によるものか、「分母（被保険者数等）の変動」によるものかを確認します。
特に人口減少地域では、**分母の減少による見かけ上の割合上昇**が頻発します。

「人数や件数だけを見てしまうと誤解を招く可能性が高い図」

総医療費は減少

1-② 医療費総額の経年変化

- 医療費総額は、令和2年度に減少し、令和3年度は増加したものの、令和4年度以降は再び減少している。
(入院医療費は、令和4年度から令和5年度にかけて増加している。外来医療費は、医療費総額と同様の傾向である。)
○ 令和2年度の減少は新型コロナウイルス感染症に関連した受診控えや予防効果等によるもので、令和3年度の増加はその反動とみられるが、令和4年度以降は被保険者数の減少によるものと推定される。



(単位:円)

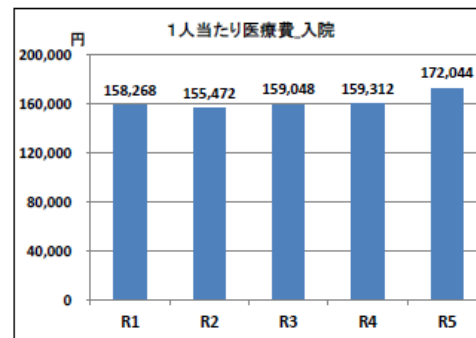
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療費総額	84,433,223,230	82,030,552,610	83,021,956,770	80,610,752,770	80,520,906,280
うち入院医療費総額	33,527,869,830	32,620,710,710	32,710,315,200	31,337,477,820	32,218,339,460
うち外来医療費総額	50,905,353,400	49,409,841,900	50,311,641,570	49,273,274,950	48,302,566,820

(出典:KDBシステム(市区町村別データ)・・・医療合計,総医療費、医療合計,医療費(入院)、医療合計,医療費(外来))

1人当たり医療費は増加

1-③ 1人当たり医療費の経年変化

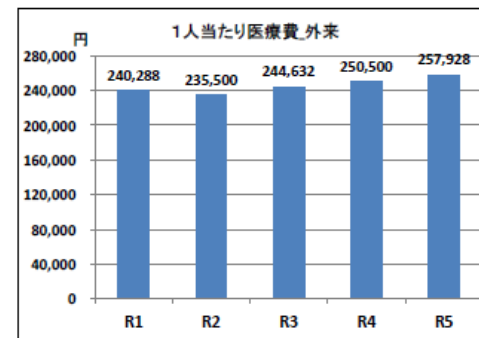
- 1人当たり医療費は、令和2年度に入院、外来ともに減少したが、令和3年度は入院、外来ともに増加に転じ、増加傾向が続いている。



○1人当たり医療費(入院) (単位:円)

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
158,268	155,472	159,048	159,312	172,044

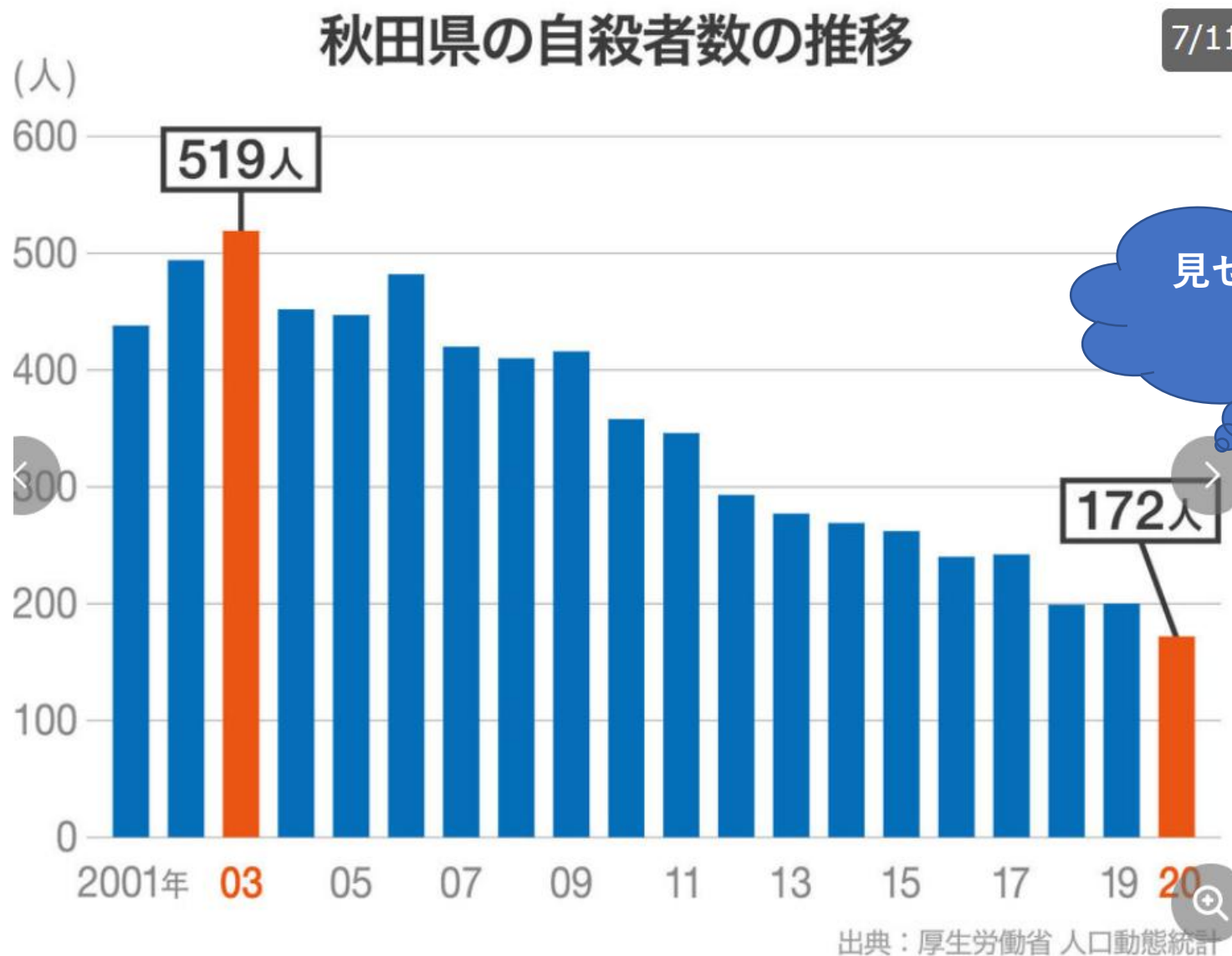
(出典:KDBシステム(市区町村別データ)・・・医療合計,1人当たり医療費(入院)、医療合計,1人当たり医療費(外来))



○1人当たり医療費(外来) (単位:円)

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
240,288	235,500	244,632	250,500	257,928

一方で、数自体が意味を持つ統計値もある



④ 地域差で見る

 地域間の差異を単なる「格差」として片付けず、「なぜ違うのか」を掘り下げて施策につなげます。



STEP 01

分布の全体像を確認

平均値だけでなく、最大・最小・中央値を確認し、ばらつきの形状や外れ値を把握します。

Distribution



STEP 02

背景要因を分解する

医療資源（病床数）、交通アクセス、産業構造、生活習慣など、数字の背後にある環境要因を洗い出します。

Context



STEP 03

仮説を構築する

データと背景要因を結びつけ、「通院困難が重症化を招いているのではないか？」といった仮説を言語化します。

Hypothesis



STEP 04

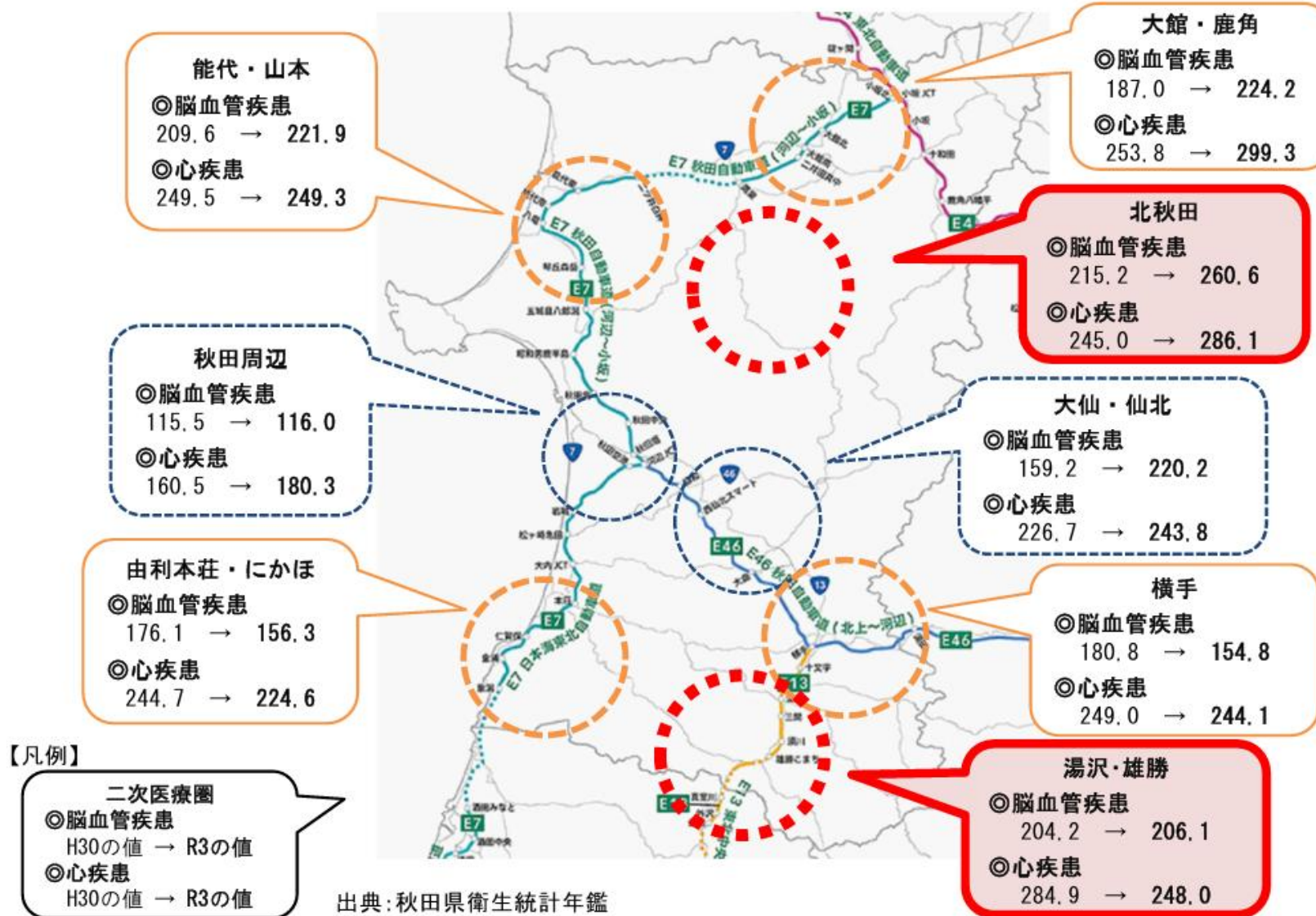
現場との対話・共創

机上の空論で終わらせず、現地や医療機関へのヒアリングを行い、仮説検証と実効性のある施策を検討します。

Co-
Creation

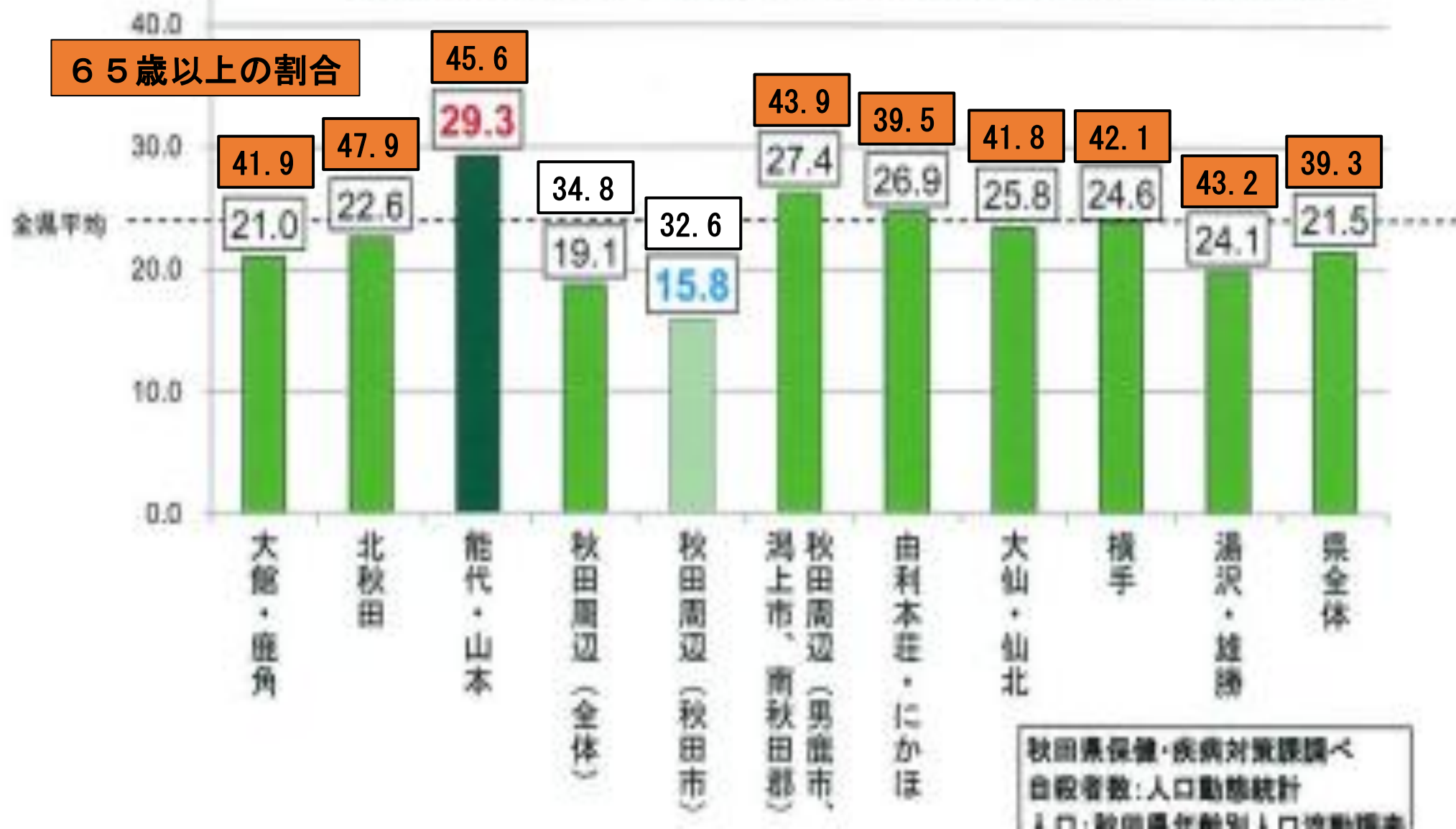
重要：地域差分析のゴールは、悪い地域を責めることなく、「その地域に何が必要か」を明らかにし、適切な資源配分や支援を行うことにあります。

◎各地域での人口10万人当たりの死亡者数(二次医療圏)～H30とR3の比較



秋田県内での自殺率の地域格差

過去5年間（H28～R2年）の平均自殺死亡率（2次医療圏ごと）



⑤ 疾病構造で見る

📌 分析の視点

総額の増減だけでなく、「**どの疾患が医療費を押し上げているか**」を分解して把握する。

予防政策の優先順位（ターゲット）を決めるための必須プロセス。

📖 見るべき3つの切り口

- ✓ 医療費構成割合の変化
循環器系、新生物、筋骨格系など、上位疾患のシェア推移を確認。
- ✓ 増減への寄与度
全体の増加分に対し、どの疾患がプラス要因（犯人）かを特定。
- ✓ 年齢階級別の分解
若年層（精神等）か、高齢層（循環器・骨折等）か、対象層を絞り込む。

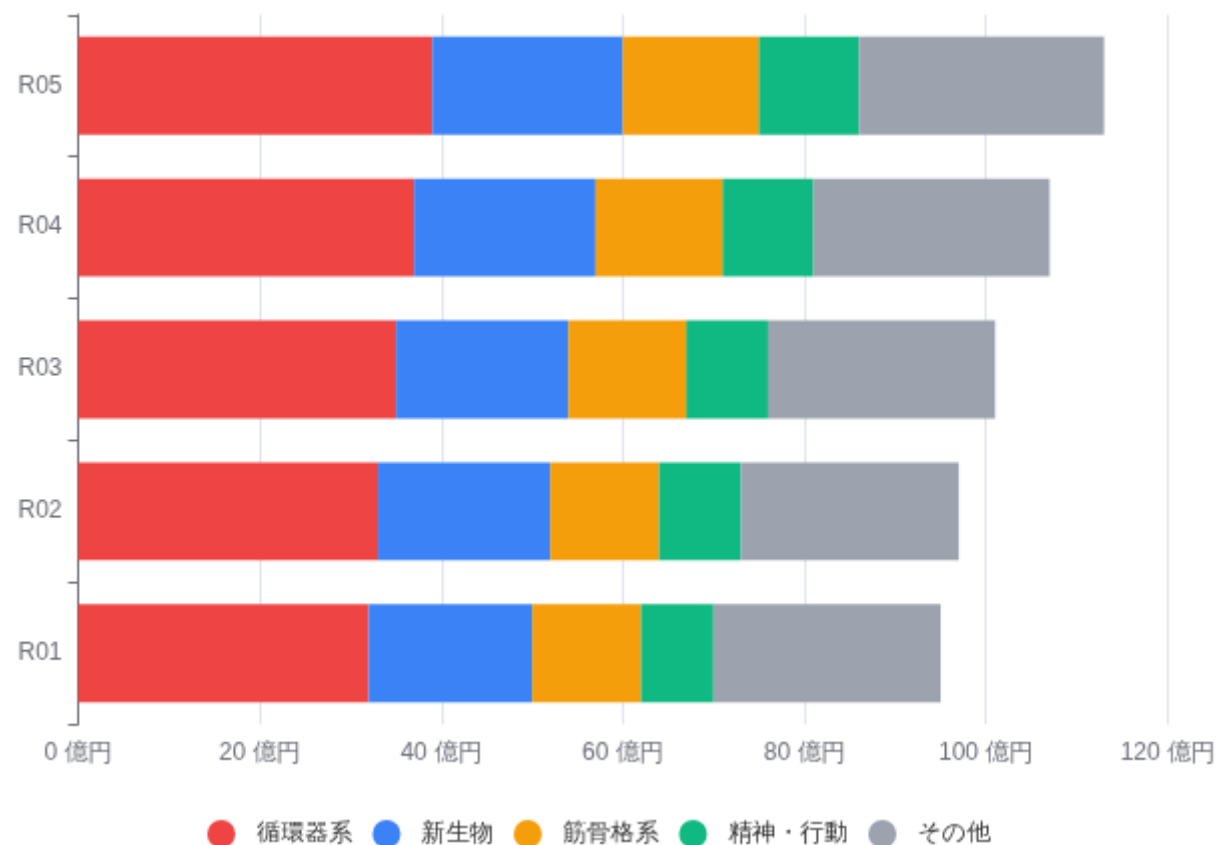
REFERENCE DATA



配布資料 P11：1-⑦ 疾病構造の推移

📊 疾病構成の可視化イメージ

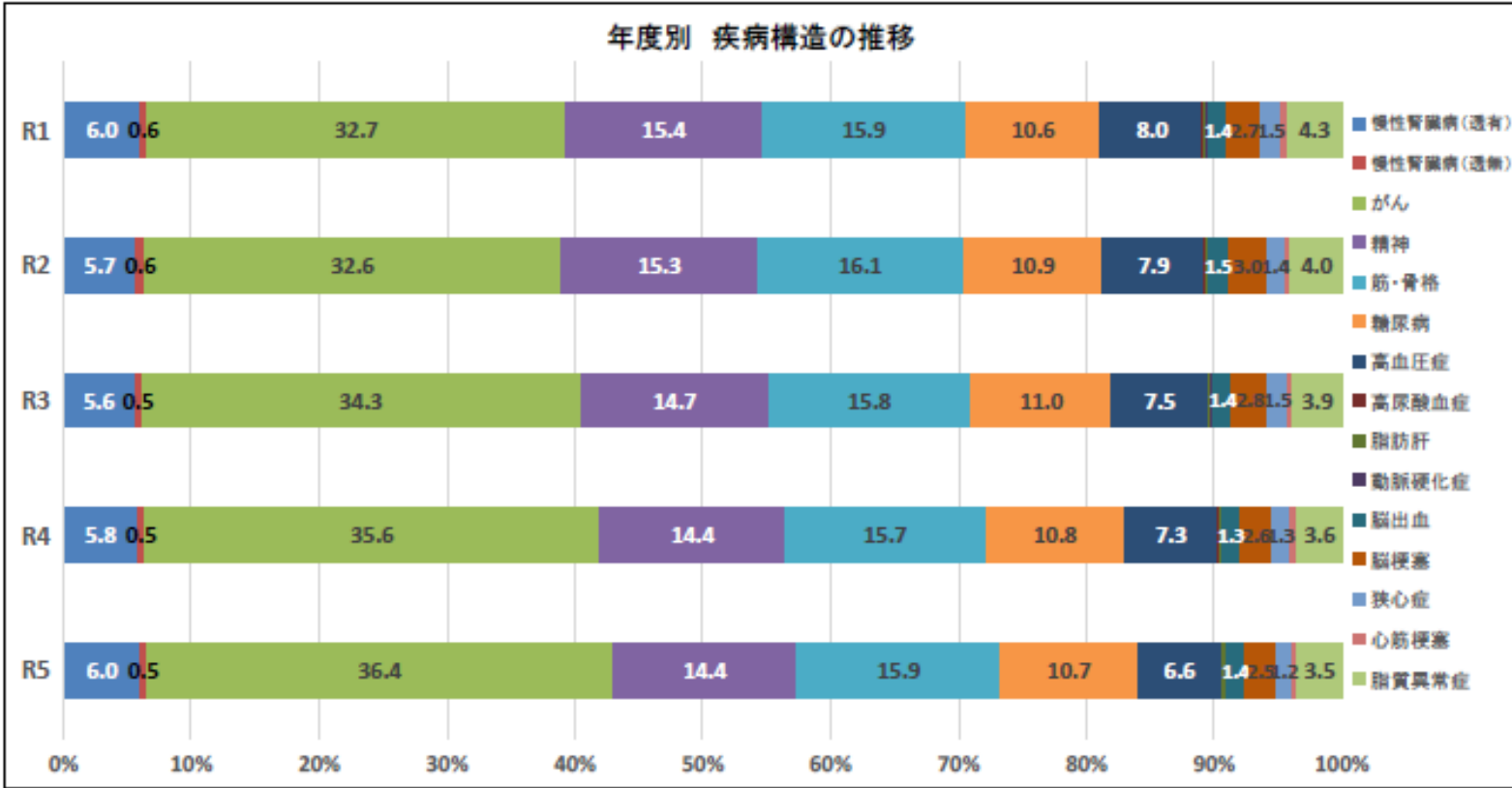
Viz: Stacked Bar Chart



「割合」だけでなく「実額の積み上げ」で見ることで、ボリュームゾーンの拡大傾向（例：循環器系の増加幅）が直感的に理解できる。

秋田県医療費の疾病構造の推移

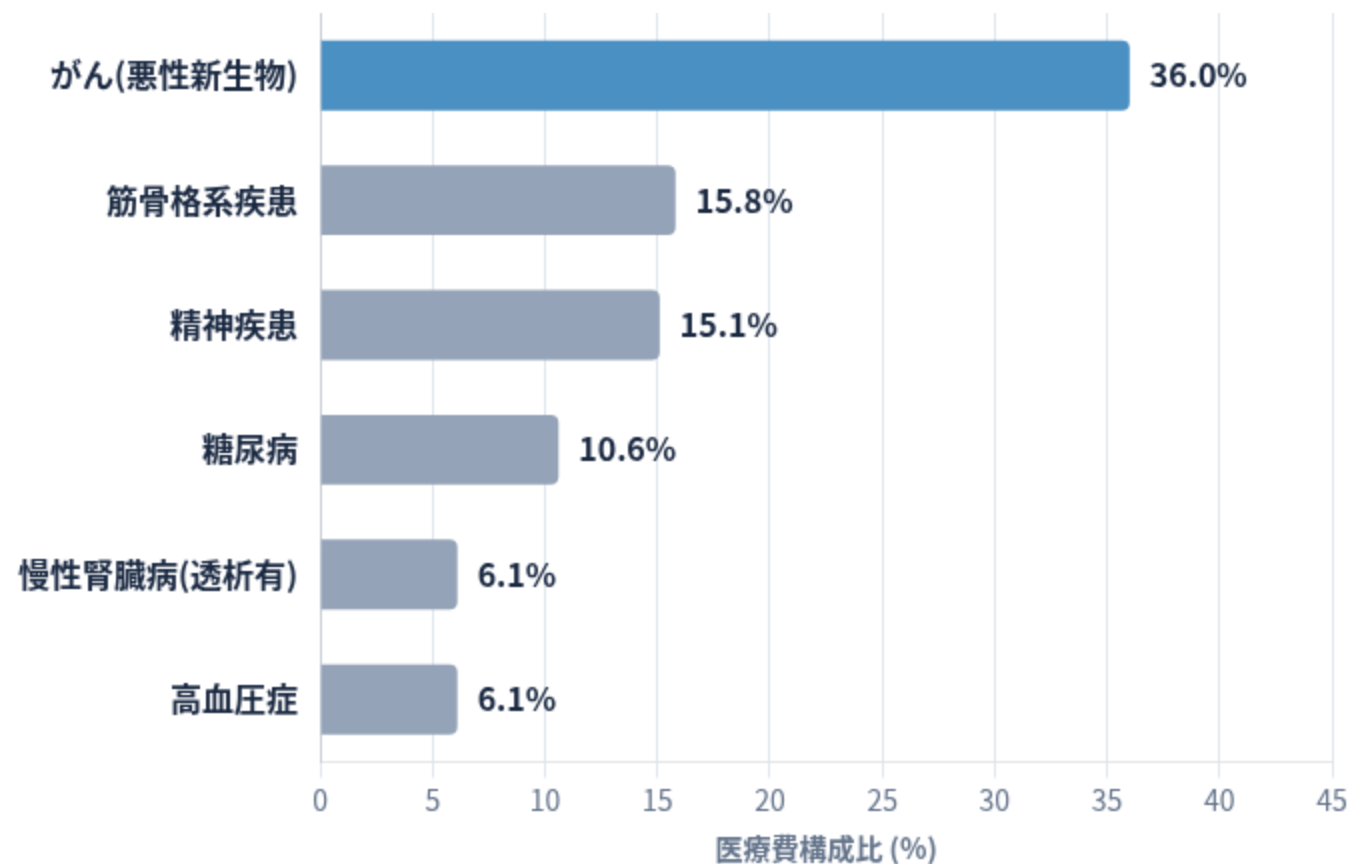
- 医療費に占める疾病別(最大医療資源傷病名による)の割合は「がん」が最も高い。増加傾向(5年間で約4%)にあり、令和5年度では36.4%を占めている。この他「筋・骨格」(15.9%)、「精神」(14.4%)、「糖尿病」(10.7%)の割合が高い。
- 疾病別の令和5年度の推移では、「慢性腎臓病(透有)」、「がん」、「筋・骨格」、「脳出血」は増加しており、「糖尿病」、「高血圧症」、「脳梗塞」、「狭心症」、「心筋梗塞」、「脂質異常症」は減少している。



R5年でがん36%、筋骨格16%ですが、患者数そのものが増えたのか、他の疾患が減ったため割合が上がっただけなのかはこの図だけでは判断できません

疾病構造の読み方（R6 医療費構成比）

問い：どの疾病が医療費を押し上げているか？



解釈のポイント

▲ がん（悪性新生物）

R2年度の32.6%から36.0%へと上昇し、最大の医療費要因となっています。

▼ 高血圧症

R2年度の7.9%から6.1%へと低下しています。

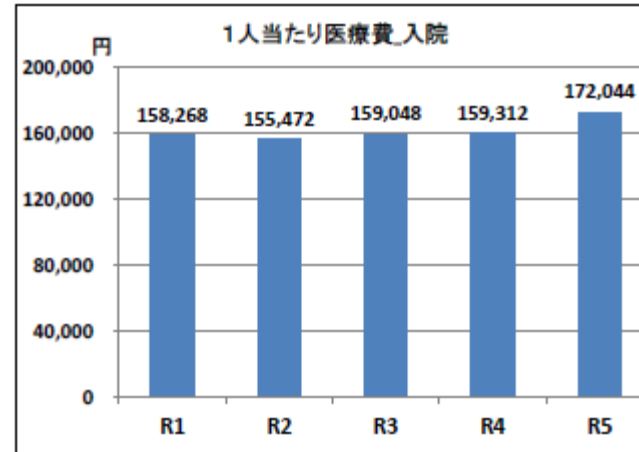
『頻度の高い病気』と
『費用寄与が大きい病気』
は異なる

保有者率が高い生活習慣病だけでなく、単価が高く医療費全体へのインパクトが大きい疾患（がん等）への対策バランスを考える必要があります。

⑥ 高齢化・医療単価・薬剤の上昇を考える

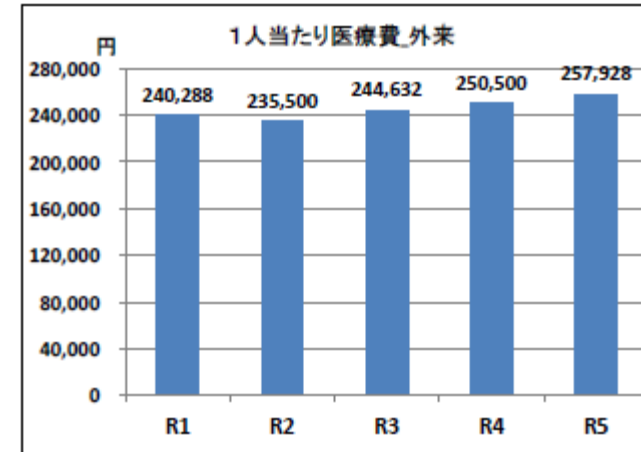
1-③ 1人当たり医療費の経年変化

○ 1人当たり医療費は、令和2年度に入院、外来ともに減少したが、令和3年度は入院、外来ともに増加に転じ、増加傾向が続いている。



○1人当たり医療費(入院) (単位:円)

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
158,268	155,472	159,048	159,312	172,044



○1人当たり医療費(外来) (単位:円)

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
240,288	235,500	244,632	250,500	257,928

(出典:KDBシステム(市区町村別データ)・・・医療合計_1人当たり医療費(入院)、医療合計_1人当たり医療費(外来))

増加傾向が続いているしか書いてありません。実際には高齢化、医療単価上昇、新規薬剤の影響があります。「増加した」という事実だけで、原因の考察がありません。



◎ 意味のある分析を行うために

主な分析アプローチ

- A. KDBデータベースでできること
- B. KDB分析－医療費適正化の分析例
- C. 地域比較一年齢調整医療費の計算方法
- D. 利用可能なレセプトデータベースの種類
- E. 複眼的視点を持つ
- F. 分析から施策につなげる

A. KDBデータベースでできること

- 「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを活用して、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。(平成25年10月 稼働開始)

- KDBシステムを活用することにより、以下のような取組を行うことが可能となる。

※KDBシステム運用状況 「市町村数1,742中 1,305市町村(75%)」



①「統計情報」の利活用

(その地域の疾病別医療費分析等)



- その地域の健康状況(特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等)を確認するとともに、他の地域の健康状況と比較することにより、自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題(健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等)を明確化

②「個人の健康に関するデータ」の利活用

(健診結果・受診状況に関する個人別の履歴等)



- 適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を判断し、個人に対する効率的・効果的な保健事業(糖尿病性腎症の重症化予防等)を実施

KDBシステムが保有する情報

○健診・保健指導情報

- ・健診結果情報
- ・保健指導結果情報 等

○医療情報(国保・後期高齢者医療)

- ・傷病名
- ・診療内容
- ・診療実日数 等

歯科レセプトへの対応は、
平成27年3月予定

○介護情報

- ・要介護(要支援)状態区分
- ・利用サービス 等

KDBデータでわかること

健診・医療・介護を個人単位でつなげて、地域の健康課題を見える化し、施策立案・評価に活用できる

① 地域の健康状態

- 被保険者数・年齢構成
- 疾病構造（どんな病気が多いか）
- 生活習慣病の保有率
- 人工透析患者率・新規透析導入率
- 有所見者の状況 など



② 医療の利用状況

- 医療費総額・一人当たり医療費
- 外来・入院医療費
- レセプト件数・受療状況
- 在院日数・受診率
- 医療機関・薬局の利用状況 など

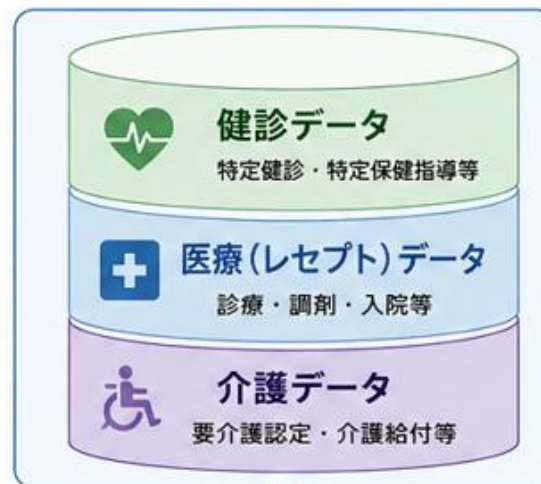


③ 健診の状況

- 特定健診受診率・保健指導実施率
- メタボリックシンドローム該当率
- 血圧・血糖・脂質の有所見率
- 喫煙・飲酒・運動などの生活習慣
- リスクを持つ住民の把握 など



KDB (国保データベースシステム)



個人単位で突合(紐付け)

地域の健康課題が見える化
根拠に基づく施策立案・評価へ

④ 医療費との関連 (KDBの強み)

- 健診リスクと将来の医療費の関係
- 健診未受診者の医療費
- 生活習慣病リスク別の医療費
- 喫煙・血糖・血圧などのリスクが医療費に与える影響の分析 など



⑤ 介護との関連

- 要介護認定率・認定者数の推移
- 介護給付費の状況
- 疾病やリスク因子と要介護認定との関連分析
- 医療から介護への移行状況 など



⑥ 地域比較・課題の優先順位付け

- 市町村別・二次医療圏別の比較
- 全国・県平均との比較
- 経年変化の把握
- 課題の大きい地域・集団の抽出
- 重点的に取り組むべき課題の特定 など



⑦ 医療費適正化に関する分析



重複服薬者の把握
同一成分・同効薬の重複を把握



多剤服薬者の把握
多くの薬を服用している人の把握



後発医薬品の使用状況
後発医薬品使用率の把握



医療・薬剤の適正化施策の効果評価
取り組みの効果を客観的に評価

KDBの活用の流れ (PDCAサイクル)

現状分析・課題の発見
データから地域課題を把握



施策の立案・実施
優先課題に基づき事業を実施



効果の評価
KDBで効果を検証

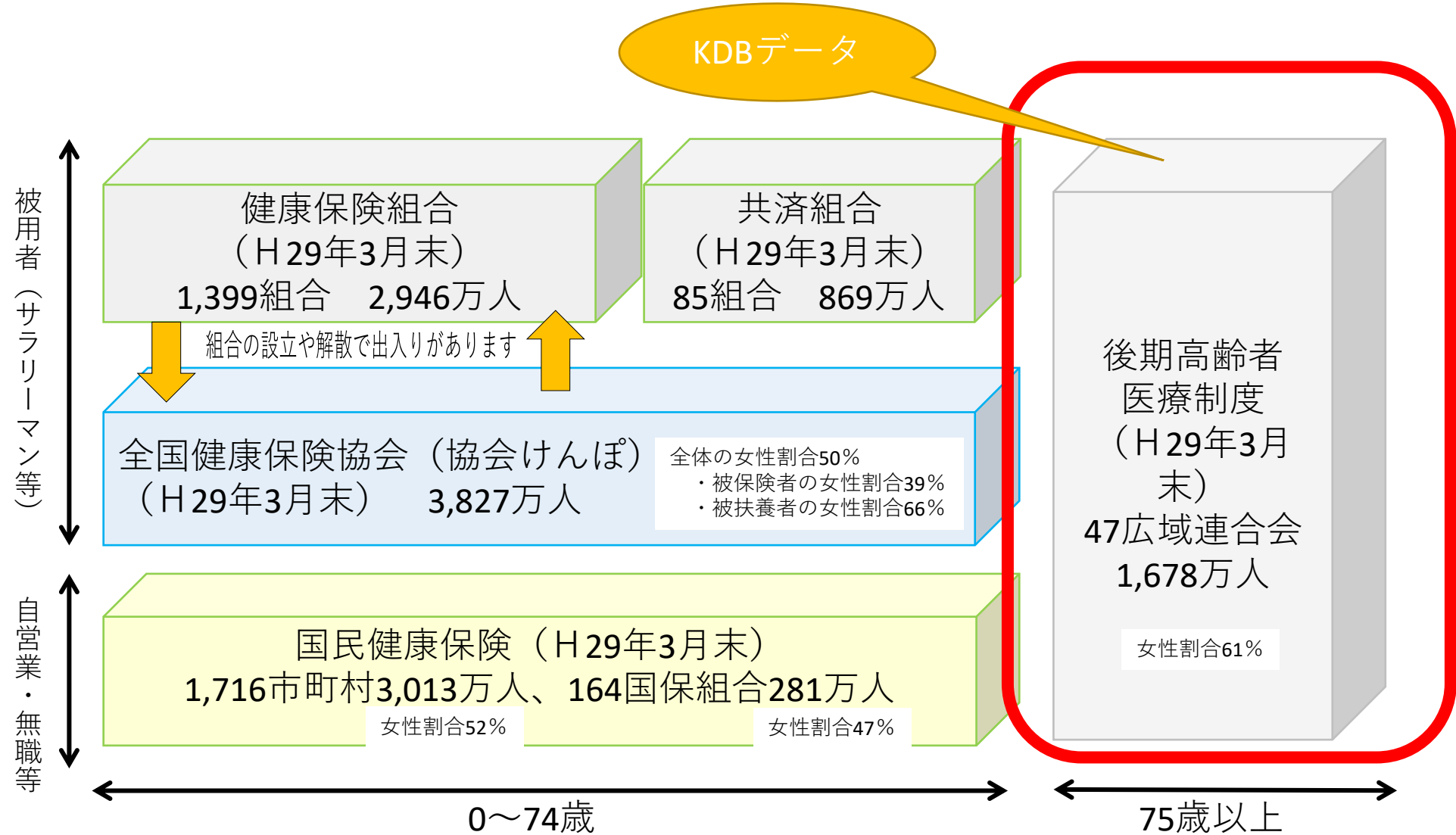


次の施策へ改善
より効果的な事業へつなげる



KDBは「数字を集めるシステム」ではなく、「地域の健康課題を発見し、保健事業の優先順位を決め、その効果を評価するためのデータベース」です。

日本の医療保険制度の種類（医療保険者毎の加入者数）



国保データベース(KDB)システム 画面イメージ

<健診・医療・介護データからみる地域の健康課題>

地域の人口構成や被保険者構成、生活習慣、健診結果状況、医療状況、介護状況について、県、同規模保険者、全国の状況と比較、自保険者のポジション(順位)の把握

保険者番号 :
保険者名 :
地区 :

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

作成年月 :
比較先 :
印刷日 :
ページ :

平成22年度	人口総数(人)	高齢化率(%) (65歳以上)	国保被保険者数(人) (加入率 %)	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率 (%)	死亡率 (%)	財政 指数	産業構成率(%)		
								第1次産業	第2次産業	第3次産業
地 域	254,817	19.0	82,628(32.4)	46.8	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9
県	12,462,196	20.0	4,678,451(37.5)	48.4	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9
同 規 模	999,999,999	99.9	999,999,999(99.9)							
国	999,999,999	99.9	999,999,999(99.9)							

数値からみられる

健 診

1

◆ 特定健診受診率(平成22年度)

	受診率(%)	順 位(位)
地域	43.0	県内 20
県	35.0	全国 99
同規模	99.9	999
国	99.9	

2

◆ 受診率推移(平成21~22年度)

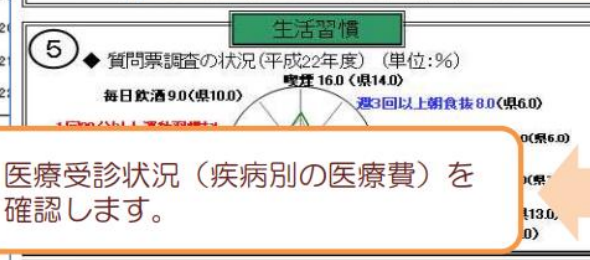
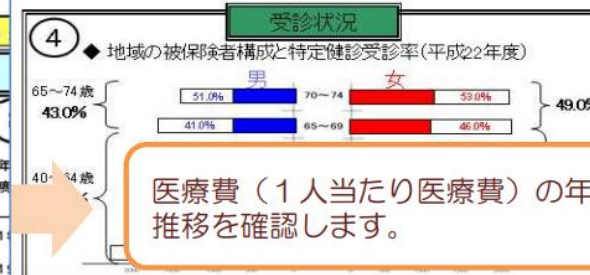
	H21年度(%)	H22年度(%)
地域	49.9	43.0
県	99.9	35.0
同規模	99.9	99.9
国	99.9	99.9

3

◆ 特定健診結果有所見率(平成22年度)

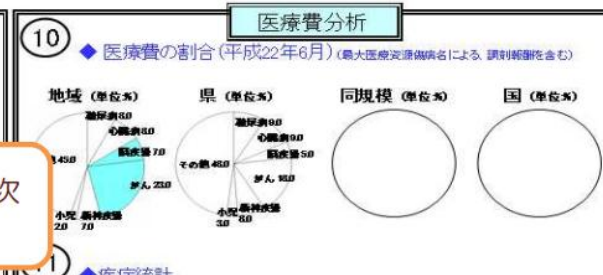
検査項目は メタボ・予備群 レベル	地 域 (順位)	県 (%)	同規模 (%)	国 (%)
メタボ予備群(女)	4.0 (9)	2.1	99.9	99.9
非肥満高血糖	7.5 (13)	4.9	99.9	99.9
腹囲(女)	5.5 (15)	3.9	99.9	99.9
BMI(女)	2.9 (19)	2.1	99.9	99.9
血糖・血圧・脂質	0.9 (26)	0.7	99.9	99.9
血糖・血圧	1.4 (13)	0.8	99.9	99.9
血糖・脂質	1.1 (16)	0.7	99.9	99.9
脂質	1.4 (16)	1.0	99.9	99.9

医 療			
7 ◆ 医療費推移(平成18~22年度)(一般+退院)			
1人当たり医療費(円)			
18	19	20	21
22年度			
地域			
同規模			
国			
9 ◆ 医療費諸率(平成22年度)(一般+退院)			
市区町村名	一人当たり 医療費(円)	受診率(%)	
地域	306,131	40.0	
県内平均	289,546	56.0	
国平均	9,999,999	99.9	
同規模平均	9,999,999	99.9	
同規模最大	9,999,999	99.9	
同規模最小	9,999,999	99.9	
同規模内順位 (市区町村数)	999 (999)	999 (999)	



6 ◆ 健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費(単位:円)

22年6月 入院+外来	健診受診者	健診未受診者
地域	県	同規模
国	同規模	国



◆ 疾病統計

疾病	入院(円/件) (順位)	在院日数(日/件)	入院外(円/件) (順位)
糖尿病	439,837 (14)	16	12,165 (37)
高血圧	72,000 (21)	2	8,115 (34)
脂質異常	1,007,260 (2)	25	7,878 (33)
脳血管疾患	774,337 (9)	20	11,354 (33)
心疾患	956,211 (10)	7	11,591 (35)
腎不全	667,768 (10)	23	279,907 (21)
精神	346,406 (27)	28	10,959 (31)
悪性新生物	685,631 (14)	14	55,033 (15)

生活習慣病等受診状況(件当りの外来+入院単面)

よくある分析テーマの例

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。
平成20年7月から25年3月までの通知者の81%が後発医薬品へ切り替え。

○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより糖尿病性腎症及び慢性腎臓病等の重症化を予防。

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※ 平成23年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:51件 診療費削減額:54,060円 最大18,380円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:94人 診療費削減1,544,030円 最大 受診日数28日/月 → 1日/月
114,610円/人 診療費減

○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して処方されている人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 平成23年度重複服薬指導対象者184人、併用禁忌1件、併用回避34件(呉市医師会によるスクリーニング後、該当医療機関に通知)

B.KDB分析－医療費適正化の分析例

KDBでの医療費適正化分析 — 重複服薬・後発医薬品利用分析のまとめ

重複服薬の是正と後発医薬品の利用促進により、医療費の適正化と住民の健康向上を目指す

① 重複服薬分析

KDBで抽出できる指標（例）

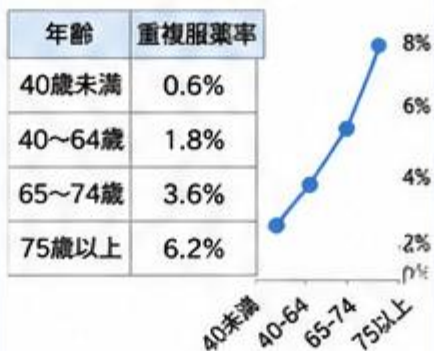
- ・ 重複服薬者数
- ・ 重複服薬率
- ・ 重複日数
- ・ 多剤服薬（6剤以上、10剤以上）

基本分析：どのような人に多いかを見る

地区別の重複服薬率（例）



年齢別（例）



性別（例）



② 後発医薬品（ジェネリック）利用分析

KDBで抽出できる指標（例）

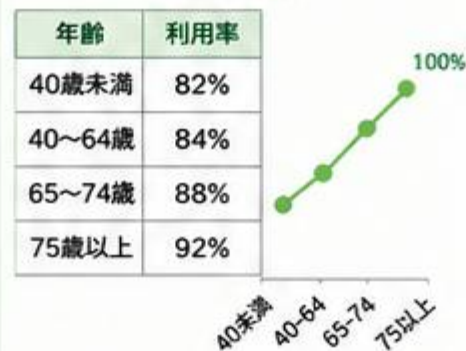
- ・ 後発医薬品数量シェア（利用率）
- ・ 後発品使用率（被保険者ベース）
- ・ 後発品へ変更可能額（削減可能額）
- ・ 医療機関別利用率（自治体による）

基本分析：利用率の状況を把握する

地区別の後発品利用率（例）



年齢別（例）



性別（例）



医療費・リスクとの関連

重複服薬者は、医療費や入院・救急のリスクが高い傾向

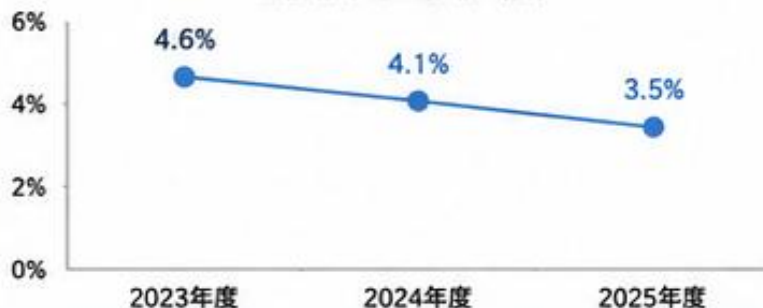
指標	重複服薬なし (A)	重複服薬あり (B)	差 (B÷A)
一人当たり 年間医療費	38万円	92万円	2.4倍
入院率	6%	18%	3.0倍
救急搬送率	3%	9%	3.0倍



ポリファーマシーは
副作用・転倒・入院の
リスクを高める

経年推移（事業評価の例）

重複服薬率の推移（例）



成果のポイント

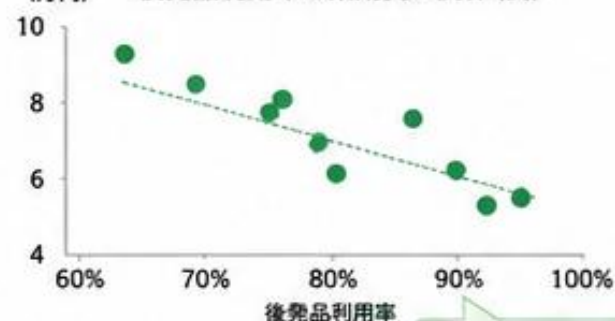
- ✓ 重複服薬率の減少
- ✓ 対象者数の減少
- ✓ 医療費・入院率の改善
- ✓ 住民の健康リスク低下

医療費との関係

後発品の利用率が低い地区ほど、薬剤費が高い傾向

地区	後発品利用率	一人当たり 年間薬剤費
A地区	92%	7.2万円
B地区	71%	9.6万円
C地区	83%	8.1万円
D地区	91%	7.0万円

(万円) 後発品利用率と薬剤費の関係(例)



利用率が高いほど
薬剤費は低い傾向

削減可能額（例）

後発品に切り替えた場合の薬剤費削減可能額

年度	削減可能額(推計)	前年度比
2023年度	4,800万円	—
2024年度	4,200万円	▲600万円
2025年度	3,500万円	▲700万円

成果のポイント

- ✓ 後発品利用率の向上
- ✓ 削減可能額の減少
- ✓ 薬剤費の適正化
- ✓ 医療財政の安定化



③ 一步進んだ分析（おすすめ） KDB指標を組み合わせて、より効果的な対象者・地域を抽出

重複服薬 × 入院

重複服薬者は
入院しやすいか？



入院リスクの高い
対象者の抽出

重複服薬 × 転倒・骨折

睡眠薬・向精神薬との
関連を確認



高齢者の転倒予防
につなげる

重複服薬 × 救急受診

ポリファーマシーが
救急受診に影響
していないか？



救急搬送の抑制に
取り組む

後発品利用率 × 薬剤費

利用率が低い地域で
薬剤費が高くないか？



重点的に介入すべき
地域を特定

後発品利用率 × 地区特性

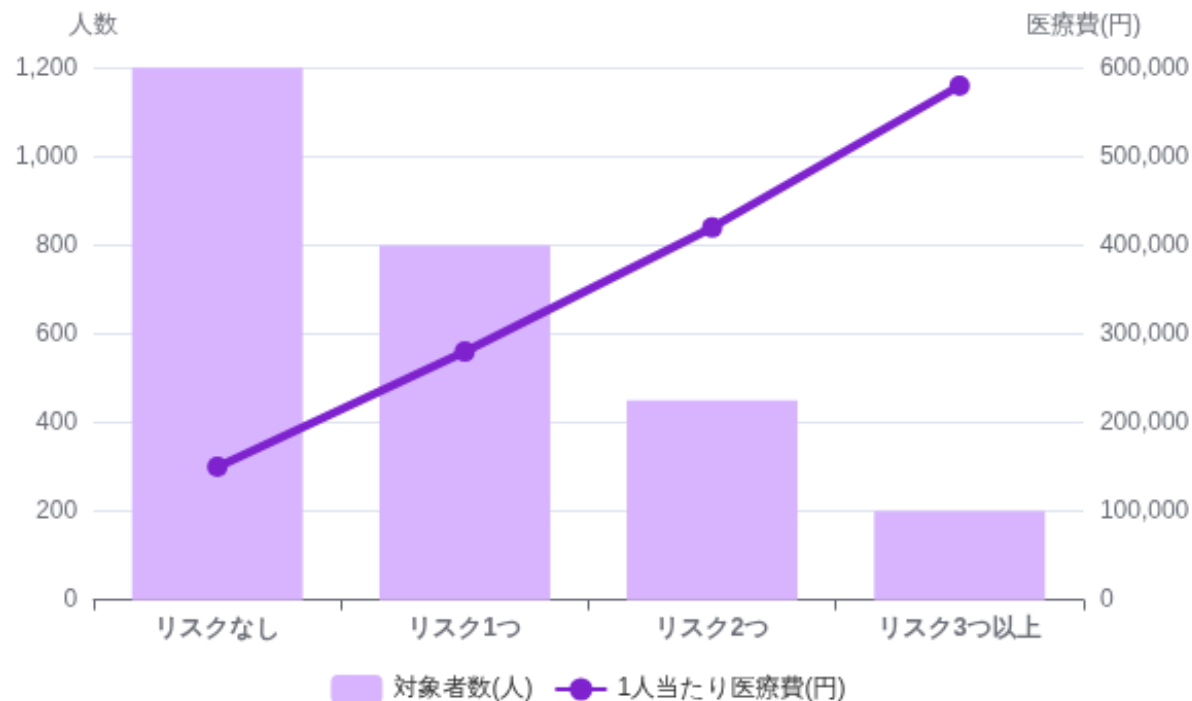
地区の特性（高齢化率・
医療機関数など）と
関連を見る



地域に合わせた
アプローチを検討

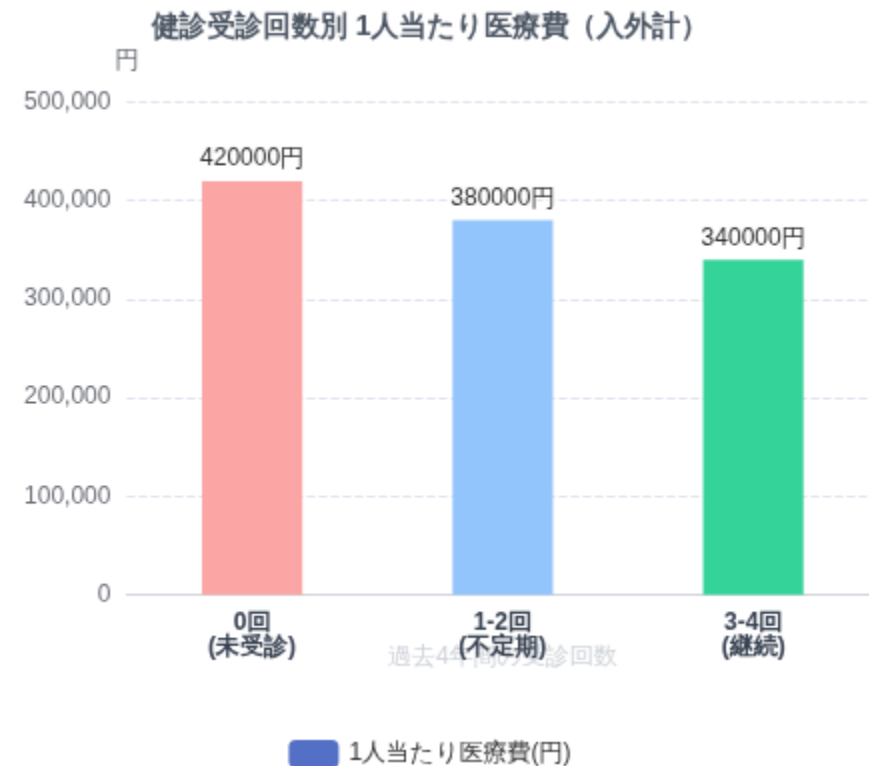
まずクロス分析からはじめよう～問題提起につながる仮説を持とう

分析イメージ：リスクと医療費の関係



リスク保有数が増えるほど1人当たり医療費が増加する傾向を確認し、重症化予防介入の「費用対効果」の根拠とする。

分析イメージ：受診回数別医療費



継続的に健診を受診している群（右側）は、一時的に医療費がかかっても、重症化（透析など）リスクが低減され、長期的には1人当たり医療費が低く抑えられる傾向が見えるかを確認する。

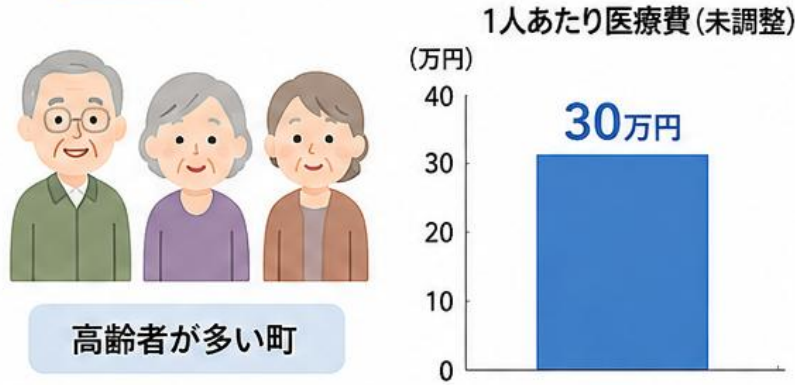
よい仮説の立て方

- 医療費を細かく細分化し、
- どこにお金がかかっているのかを把握
- 地域別・経年別・年齢別・疾患別など
- 地域柄の特徴に注目
- 高齢化県、自殺が多い、こどもが少ない、がんが多い、等

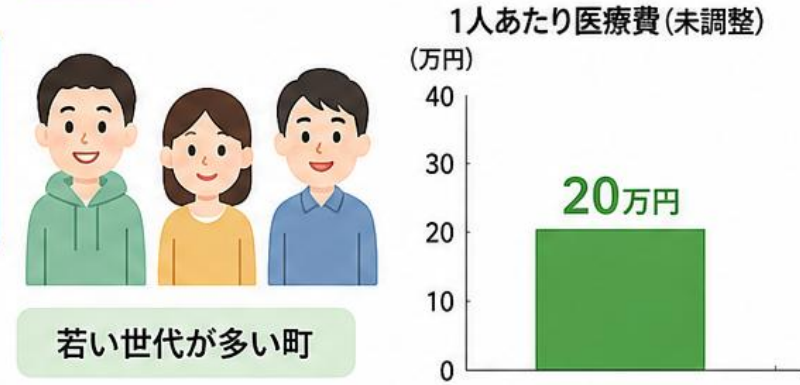
問題解決（対応）ができる分析を
出口戦略が立てれるのか？
やりっぱなし・問題提起だけではだめ。

C. 地域比較一年齢調整医療費の計算方法

A町 平均年齢 **65歳**



B町 平均年齢 **45歳**



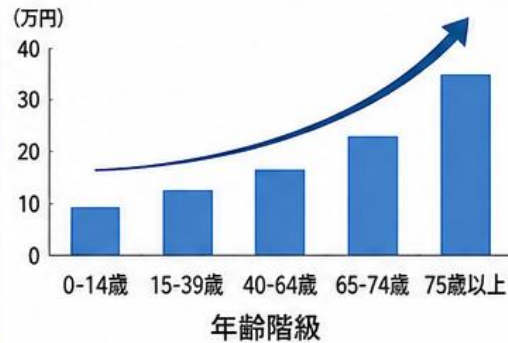
未調整のまま比較すると…
A町の方が
医療費が高く見える



しかし、これは「**年齢構成の違い**」が影響している可能性が高い！

なぜ年齢調整が必要？

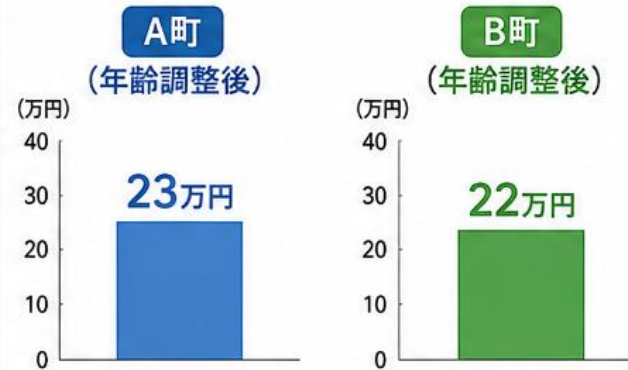
高齢になるほど医療費は高くなる



年齢調整とは？

年齢構成の違いを
取り除いて、同じ基準の
年齢構成で医療費を比較
すること

年齢調整後の比較 (同じ年齢構成で比較)



年齢調整すると…

A町とB町の医療費は
ほぼ同程度に！
→地域差を正しく評価
するために、**年齢調整**
は不可欠



医療費の地域差を正しく分析・比較するためには、**年齢調整が不可欠！**

年齢調整医療費（直接法）の考え方

年齢階級ごとの医療費単価に、標準人口（全国人口など）を掛け合わせて計算する

基本式

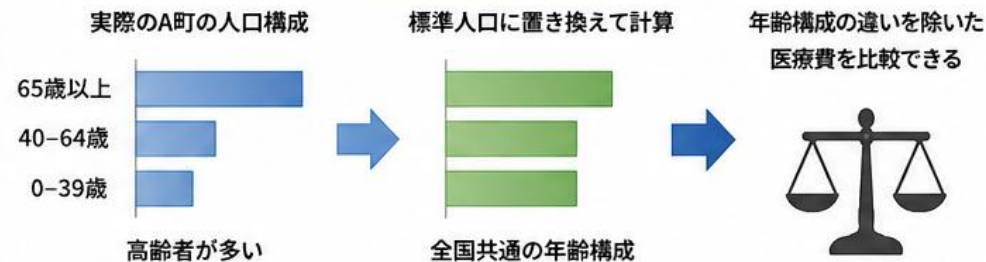
$$\text{年齢調整医療費} = \frac{\sum_{i=1}^k (m_i \times N_i)}{\sum_{i=1}^k N_i}$$

m_i : 地域の年齢階級 i の1人当たり医療費

N_i : 標準人口の年齢階級 i の人数

k : 年齢階級数

考え方（イメージ）



秋田県国保人口を標準人口

A町の計算

年齢階級	A町の1人当たり医療費 (m_i)	標準人口 (N_i)	掛け算 ($m_i \times N_i$)
0-39歳	8万円	4,000人	8万円 $\times$ 4,000人 = 32,000万円
40-64歳	18万円	3,500人	18万円 $\times$ 3,500人 = 63,000万円
65歳以上	42万円	2,500人	42万円 $\times$ 2,500人 = 105,000万円
合計	—	10,000人	32,000 + 63,000 + 105,000 = 200,000万円

標準人口（全国人口など）

※どの地域でも同じものを使う

年齢階級	標準人口 (N_i)
0-39歳	4,000人
40-64歳	3,500人
65歳以上	2,500人
合計	10,000人

B町の計算

年齢階級	B町の1人当たり医療費 (m_i)	標準人口 (N_i)	掛け算 ($m_i \times N_i$)
0-39歳	7万円	4,000人	7万円 $\times$ 4,000人 = 28,000万円
40-64歳	17万円	3,500人	17万円 $\times$ 3,500人 = 59,500万円
65歳以上	43万円	2,500人	43万円 $\times$ 2,500人 = 107,500万円
合計	—	10,000人	28,000 + 59,500 + 107,500 = 195,000万円

年齢調整医療費
(A町)

$$\frac{200,000\text{万円}}{10,000\text{人}} = \text{20万円/人}$$

年齢調整医療費
(B町)

$$\frac{195,000\text{万円}}{10,000\text{人}} = \text{19.5万円/人}$$

なぜ公平に比較できるのか？



- ・A町は高齢者が多く、B町は若年者が多いという「人口構成の違い」がある
- ・しかし、計算では両方とも同じ標準人口（4,000人、3,500人、2,500人）を使う
→ 年齢構成の違いによる医療費の増加を取り除ける

純粋な「年齢別医療費の違い」だけを比較できる！

※この例では3区分で示していますが、実際には5歳階級など、より細かい年齢区分で計算します。

D. 利用可能なレセプトデータベースの種類

日本の医療保険制度の種類（医療保険者毎の加入者数）

企業数でみると、
日本の**中小企業は99.7%**、
大企業は**0.3%**
(2021年経済セン
サス)

JMDC 大企業データ

協会けんぽDB

KDB データ

NDB

被用者（サラリーマン等）

自営業・無職等

健康保険組合
(H29年3月末)

1,399組合 2,946万人

共済組合
(H29年3月末)

85組合 869万人

組合の設立や解散で出入りがあります

全国健康保険協会（協会けんぽ）
(H29年3月末) 3,827万人

全体の女性割合50%
・被保険者の女性割合39%
・被扶養者の女性割合66%

後期高齢者
医療制度
(H29年3月
末)

47広域連合会
1,678万人

女性割合61%

国民健康保険 (H29年3月末)
1,716市町村3,013万人、164国保組合281万人

女性割合52%

女性割合47%

KDB データ

0~74歳

75歳以上

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

[ホーム](#) > [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [健康・医療](#) > [医療保険](#) > 【NDB】NDBオープンデータ

健康・医療

【NDB】NDBオープンデータ

▼ [NDBオープンデータ分析サイト](#)

▼ [NDBオープンデータに関する御意見・御要望の募集](#)

▼ [参考資料](#)

NDBデータから汎用性の高い基礎的な集計表を作成し、「NDBオープンデータ」として公表しています。
データの集計方法等の詳細については、各回のページに掲載している「NDBオープンデータについて」や「解説編」をご参照ください。

よくあるご質問（FAQ）

 [NDBオープンデータ作成 FAQ（第10回更新版） \[555KB\]](#) 

その他、NDBオープンデータに関するお問い合わせは以下の窓口までメールでお送りください。
日本語のみ利用可能です。（Japanese text only）

〔NDBオープンデータ問合せ窓口〕

業務実施者：社会保険診療報酬支払基金 ※

対応窓口：ゼッタテクノロジー株式会社 NDBオープンデータ問い合わせ窓口 宛

E-mail：ndb_opendata@zetta.co.jp

※ 高確法17条の規定に基づくNDB関連業務の社会保険診療報酬支払基金への業務委託について

< <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000913130.pdf> >

政策について

▼ 分野別の政策一覧

▼ [健康・医療](#)

▶ [健康](#)

▶ [食品](#)

▶ [医療](#)

▶ [医療保険](#)

▶ [医薬品・医療機器](#)

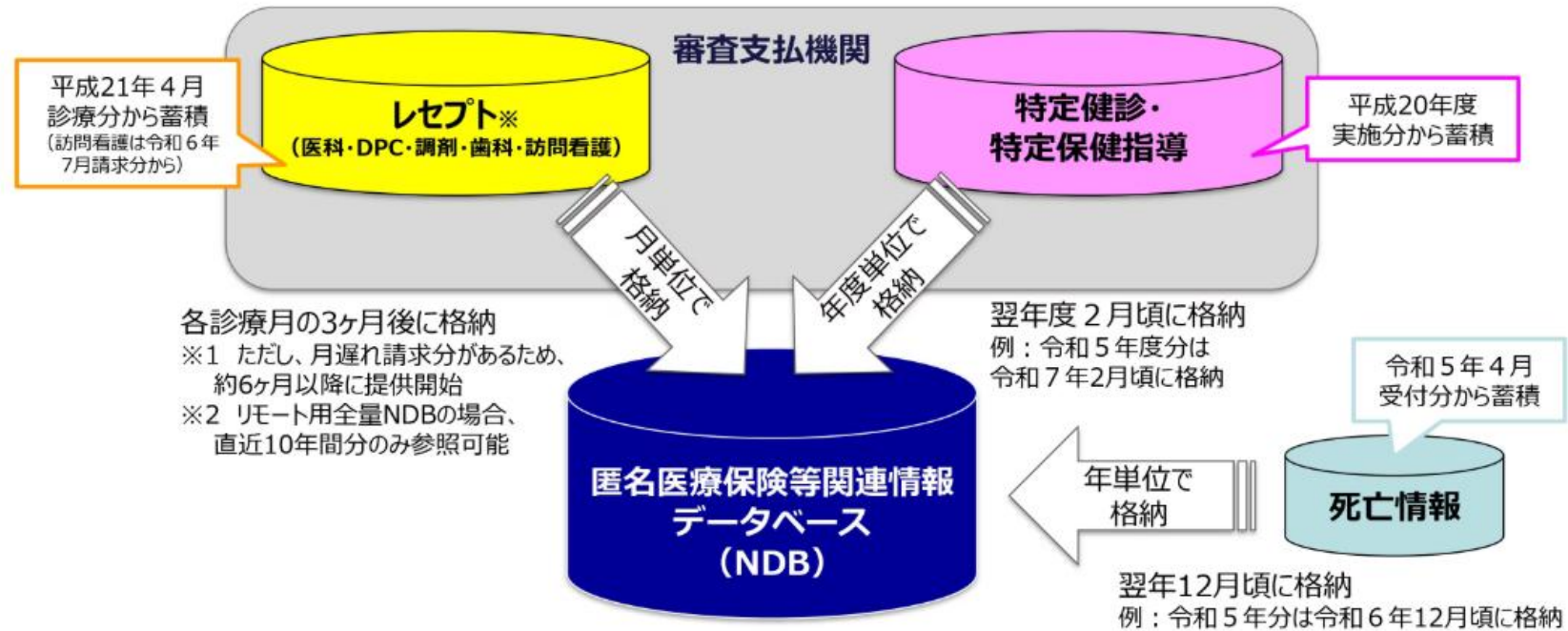
▶ [生活衛生](#)

▶ [水道](#)

▶ [福祉・介護](#)

1. NDBに含まれる情報（1/2）

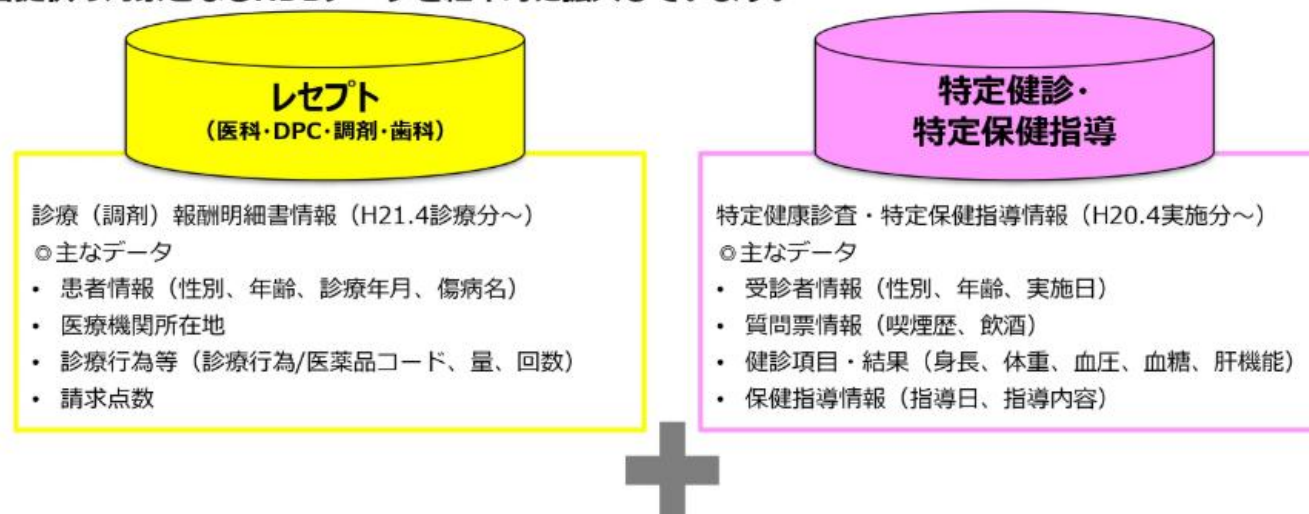
NDBには、匿名レセプト情報と匿名特定健診等情報等が格納されています。



※レセプト（正式名称「診療（調剤）報酬明細書」）とは、医療機関等が患者負担額以外の負担分（保険者負担分、公費負担者分、高額療養費（現物高額）等）を保険者等に請求する「請求書（診療（調剤）報酬の明細）」です。

1. NDBに含まれる情報（2/2）

第三者提供の対象となるNDBデータを経年的に拡大しています。



年度	提供が開始された情報
令和4年度	- ID5※（レセプト：R4.2診療分～、特定健診情報等：R2.4実施分～） - 患者居住地情報、所得階層情報（R4.3診療分～）
令和5年度	医療扶助のレセプトにおけるID5※（R6.3診療分～）
令和6年度	- 死亡情報（R5.4死亡分～） - 訪問看護レセプト情報（R6.6実施分～） - 自衛官のレセプトにおけるID5※（R6.11診療分～順次）
令和7年度以降（予定）	- 医療扶助の健診情報・保健指導情報 - 事業者健診情報

※ID5:最古の個人単位被保険者番号等を基にしたハッシュ値

NDBデータに含まれるもの

NDB（ナショナルデータベース）は、医療保険者から収集されたレセプト情報・特定健診等情報を集約したデータベースです。
医療費の分析や保健事業の評価など、幅広い用途に活用できます。

NDBオープンデータの集計表に含まれるもの（更新概要）

公表データ	更新概要
 ・ 医科診療行為	・ 公費レセプトを含む集計表を追加
 ・ 歯科診療行為	・ 公費レセプトを含む集計表を追加
 ・ 歯科傷病	・ 公費レセプトを含む集計表を追加
 ・ 調剤行為	・ 公費レセプトを含む集計表を追加
 ・ 処方薬	・ 公費レセプトを含む集計表を追加 ・ 「診療月別」の集計表を追加（※医科、歯科は除く）
 ・ 特定保険医療材料	・ 公費レセプトを含む集計表を追加 ・ 「診療月別」の集計表を追加
 ・ 特定健診（検査）	前回から変更なし
 ・ 特定健診（質問票）	前回から変更なし
 ・ その他	・ マスク処理（「-（ハイフン）」表示）において、公費レセプトを含む集計表と公費レセプトを含まない集計表の相互マスクを追加

※公費レセプト：公費負担医療に係るレセプト（生活保護、難病医療、労災自賠責、自立支援医療等）のこと

NDBオープンデータの集計表作成にあたり抽出した1年分のデータ件数

公表データ	対象期間	公表対象 レセプト 及びデータ	データベース 格納件数 ※公費レセプト含む
・ 医科診療行為 ・ 歯科診療行為 ・ 歯科傷病 ・ 調剤行為 ・ 処方薬 ・ 特定保険医療材料	2023（令和5）年4月～ 2024（令和6）年3月 （1年分）	医科入院	約 1,520 万件 （レセプト件数）
		医科入院外	約 10 億 7,390 万件 （レセプト件数）
		DPC	約 1,550 万件 （レセプト件数）
		歯科入院	約 20 万件 （レセプト件数）
		歯科入院外	約 2 億 4,830 万件 （レセプト件数）
		調剤	約 7 億 4,060 万件 （レセプト件数）
・ 特定健診（検査） ・ 特定健診（質問票）	2022（令和4）年4月～ 2023（令和5）年3月 （1年分）	特定健診	約 2,990 万件 （特定健診件数）



NDBオープンデータでは、医療・歯科・調剤のレセプト情報や特定健診情報などを集計表として提供しています。
公費レセプトを含む集計や、診療月別の集計など、より多角的な分析が可能です。

用語の説明

- ・ DPC：包括評価方式（診断群分類に基づく1日あたり定額払い制度）
- ・ 特定健診：メタボリックシンドロームに着目した健診

秋田県の医療費・健康分析に適したデータベース

秋田のデータ：ほとんどの事業所は中小規模事業所のため、
働く人＝**協会けんぽDB**、高齢者＝**KDBデータ**、で分析するのが現実的

秋田県民（全体）



働く世代（現役世代）
～64歳

秋田県の事業所は
中小規模事業所が大部分！
従業員数 1～299人の事業所 **約99%以上**



協会けんぽDB（秋田支部）
（加入者・被扶養者データ）

- ✓ 中小企業の被保険者・被扶養者を広くカバー
- ✓ 生活習慣病、受診行動、医療費の動向を分析可能
- ✓ 働く世代の健康課題を把握するのに最適

高齢者
65歳以上



高齢化率が高く、
国保・後期高齢者が中心



KDBデータ（国保＋後期高齢者）
（特定健診・医療・介護データ）

- ✓ 国保＋後期高齢者の医療・健診・介護情報を網羅
- ✓ 疾病構造、重症化、介護予防の分析が可能
- ✓ 高齢者の健康・医療・介護を総合的に把握



**協会けんぽDB（現役世代）と KDBデータ（高齢者）の活用により、
秋田県の医療費・疾病構造・健康課題を幅広く把握できる！**



E. 複眼的な視点を持つ

医療費のデータベースは高齢者データに偏りがち

働く世代でのデータ

病院にこない集団のデータ

県民健康・栄養調査（令和4年）

- 秋田県が健康増進法の下、国民健康・栄養調査とともに4年に一度実施している。

1. 調査目的

この調査は、県民の食生活や生活習慣の状況を把握し、さらに経年変化や全国レベルとの違いを見ることにより今後の健康づくりや生活習慣病予防対策の推進に必要な基礎資料とすること。

2. 調査対象及び客体

調査の対象地区は、令和4年国民健康・栄養調査地区に指定された2地区と国民健康・栄養調査の指定のなかった保健所管内また指定地区の世帯数が少ない保健所管内の令和4年国民生活基礎調査より設定された単位区から無作為抽出した23地区の計25地区の調査対象者から除外した。

- 世帯主が外国人である世帯
- 1歳未満の者（令和4年11月1日現在）
- 調査期間を通じて調査対象世帯に在住していない者

これにより474世帯、1,212人を調査対象とした。

調査時期は、令和4年10月～12月中。



イメージ画像のため、カラーが異なります



令和4年県民健康・栄養調査の参加率

保健所 名	市町村名	地区 番号	調査対象世帯(者)数			調査実施世帯(者)数						
			対 象 世 帯 数	対 象 世 帯 員 数	20 歳 以 上	世帯 数(調 査に1 つで も参 加し た世 帯)	栄養 摂取 状況 調査 数 (1歳 以上)	身体状況調査		尿中 ナト リウ ム 比 (20 歳 以上)	みそ 汁 塩分 濃度 測定 世帯 数	
大館	大館市下代野	05 04 6	α	18	42	39	10	25	14	19	18	9
			α	19	53	42	7	19	14	15	16	7
	計			37	95	81	17	44	28	34	34	16
北秋田	北秋田市伊勢町	05 08 1	α	8	15	15	6	8	5	3	6	3
			α	22	61	52	9	18	10	14	15	7
			α	20	45	40	6	13	7	9	10	4
	計			50	121	107	21	39	22	26	31	14
能代	藤里町藤琴	05 09 1	α	19	49	45	16	32	13	30	26	14
			α	21	58	48	17	44	15	32	34	15
	計			40	107	93	33	76	28	62	60	29
県北地区計				127	323	281	71	159	78	122	125	59

秋田 中央	湯上市天王※	05 07 1	α	20	52	41	13	27	7	17	18	
			α2	17	37	31	11	25	12	13	18	
	五城目町高田	05 09 5	α	18	53	49	12	33	15	28	28	
	計			55	142	121	36	85	34	58	64	
由利 本荘	由利本荘市松ヶ崎	05 06 4	α	24	55	48	16	31	32	24	28	
			α2	23	54	51	12	26	22	23	22	
	計			47	109	99	28	57	54	47	50	
秋田市	秋田市仁井田	05 02 1	α	17	60	38	2	6	3	6	4	
			α2	19	45	38	1	1	1	1	1	
			α3	22	44	33	1	3	1	2	2	
			α4	17	41	34	3	7	4	7	6	
	秋田市港北※	05 02 2	α	13	23	21	3	5	3	4	5	
			α2	12	31	28	1	1	1	1	1	
	計			100	244	192	11	23	13	21	19	
中央地区計				202	436	412	75	168	101	126	133	
大仙	大仙市大曲	05 07 3	α	27	52	45	7	13	5	5	5	
			α2	24	60	52	8	25	16	13	15	
	計			51	112	97	15	38	21	18	20	
横手	横手市中杉沢	05 03 9	α	15	51	44	7	21	13	17	19	
	横手市増田町	05 04 0	α	17	60	49	7	25	9	18	23	
			α2	25	65	60	13	33	13	23	26	
	計			57	176	153	27	79	35	58	68	
湯沢	湯沢市山田	05 05 6	α	22	61	57	15	39	23	35	34	
			α2	15	45	42	8	25	11	19	21	
	計			37	106	99	23	64	34	54	55	
県南地区計				145	394	349	65	181	90	130	143	
合計			25 地区	474	1212	1042	211	505	269	378	401	1

秋田市住民は 1 1 世帯のみ参加



代表性が保てない

対象者の状況

年齢階級別対象者数

65%以上が50代以上、子供の割合を引いて計算しなおすと7割以上

年齢区分	男性		女性		総数		R2国勢調査 人口割合
	人数	%	人数	%	人数	%	
1～6歳	11	4.6	5	1.8	16	3.1	3.4
7～14歳	10	4.2	11	4.0	21	4.1	5.8
15～19歳	9	3.8	7	2.5	16	3.1	3.8
20～29歳	12	5.0	10	3.6	22	4.3	6.6
30～39歳	16	6.7	22	8.0	38	7.4	9.2
40～49歳	29	12.1	19	6.9	48	9.3	12.7
50～59歳	24	10.0	32	11.6	56	10.9	12.9
60～69歳	50	20.9	63	22.8	113	21.9	16.4
70～79歳	48	20.1	61	22.1	109	21.2	15.2
80歳以上	30	12.6	46	16.7	76	14.8	13.5
20歳以上（再掲）	209	87.4	253	91.7	462	89.7	86.5
65～74歳（再掲）	70	29.3	70	25.4	140	27.2	17.6
75歳以上（再掲）	46	19.2	73	26.4	119	23.1	19.9
総数	239	100.0	276	100.0	515	100.0	99.5

調査実施者515人を解析の対象とした（表2）。
男性は238人、女性が277人で、女性が多かった。

ここから秋田県全体の生活習慣病割合を算出して代表値と言えるのか？

県民栄養調査
参加者の3分の2以上が壮年
～高齢者

協会けんぽ秋田支部
秋田県小規模事業所で働く
15～64歳までの
働く集団

データの補完

秋田県協会けんぽ男性被保険者の基礎特性

年代		30代	40代	50代	60代以上
年齢		37.1 ± 1.4	44.3 ± 2.8	54.7 ± 2.8	64.3 ± 3.4
産業分類					
	その他	9 (0.16)	86(0.54)	86(0.56)	374(2.68)
	第一次	175(3.06)	397(2.49)	344(2.21)	365(2.61)
	第二次	2193(38.35)	6303(39.59)	6372(41.14)	5374(38.47)
	流通	1365(23.87)	4192(26.33)	4075(26.31)	3130(22.4)
	サービス	1977(34.57)	4944(31.05)	4611(29.77)	4728(33.84)
現在喫煙					
	吸っている	3264(57.07)	8688(54.57)	7449(48.10)	4762(34.08)
	吸っていない	2455(42.93)	7233(45.43)	8038(51.90)	9209(65.92)
飲酒					
	毎日	1506(36.48)	4416(44.02)	5385(55.06)	5047(58.63)
	時々	1338(32.41)	2925(29.16)	2196(22.45)	1793(20.83)
	飲まない	1284(31.10)	2691(26.82)	2200(22.49)	1768(20.54)
一日30分の運動					
	はい	849(20.60)	1949(19.53)	1848(18.99)	2000(23.33)
	いいえ	3273(79.40)	8031(80.47)	7883(81.01)	6572(76.67)
歩行あるいは身体活動					
	やっている	1797(43.75)	3484(34.91)	3041(31.24)	2652(30.93)
	やっていない	2310(56.25)	6496(65.09)	6692(68.76)	5922(69.07)
食べ方					
	早食い	1732(42.14)	3825(38.32)	2937(30.16)	2140(24.96)
	寝る前	1465(35.67)	3546(35.52)	3356(34.48)	2392(27.90)
	夜食・間食	932(22.69)	1770 (17.75)	1283(13.19)	842(9.82)

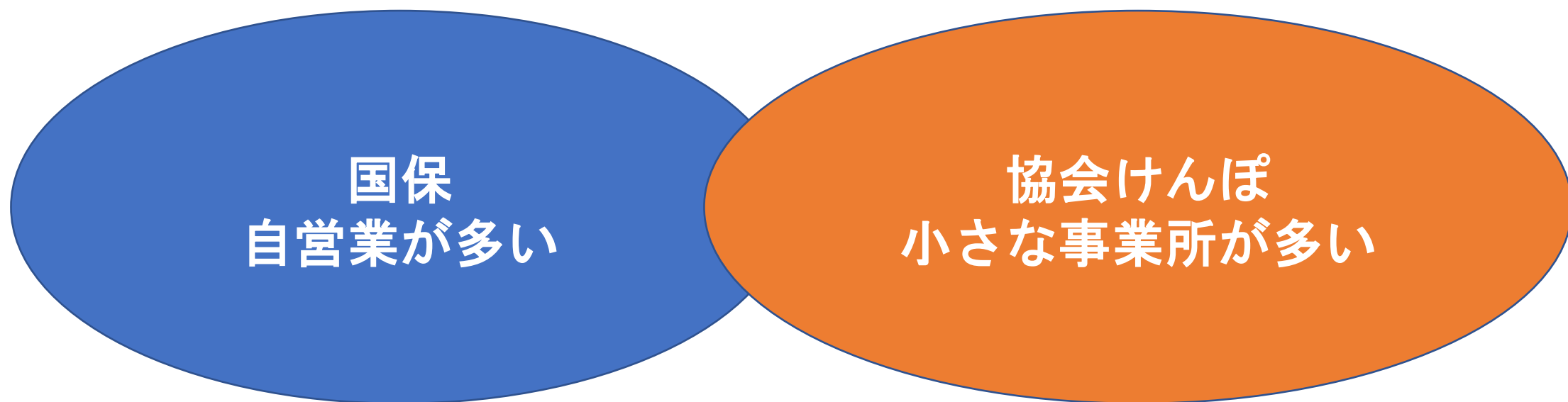
秋田県協会けんぽ女性被保険者の基礎特性

年代		30代	40代	50代	60代以上
年齢		37.0 ± 1.4	44.5 ± 2.8	54.6 ± 2.8	63.5 ± 3.0
産業分類					
	その他	9 (0.24)	32(0.26)	48(0.37)	84(1.32)
	第一次	26 (0.68)	145(1.16)	143(1.09)	68(1.07)
	第二次	719(18.79)	2409(19.25)	2789(21.21)	1490(23.39)
	流通	656(17.15)	2328(18.6)	2317(17.62)	1015(15.93)
	サービス	2416(63.15)	7602(60.74)	7852(59.72)	3713(58.29)
現在喫煙					
	吸っている	792(20.70)	2752(21.99)	1924(14.63)	558(8.76)
	吸っていない	3034(79.30)	9764(78.01)	11225(85.37)	5812(91.24)
飲酒					
	毎日	448(16.65)	1603(22.54)	1437(19.64)	593(16.05)
	時々	835(31.04)	2172(30.54)	2214(30.25)	891(24.12)
	飲まない	1407(52.30)	3336(46.91)	3667(50.11)	2210(59.83)
一日30分の運動					
	はい	202(7.50)	601(8.52)	759(10.44)	540(14.69)
	いいえ	2492(92.50)	6452(91.48)	6508(89.56)	3136(85.31)
歩行あるいは身体活動					
	やっている	763(28.40)	1937(27.49)	2053(28.32)	1060(28.87)
	やっていない	1924(71.60)	5110(72.51)	5196(71.68)	2611(71.13)
食べ方					
	早食い	812(30.23)	2046(29.04)	2203(30.32)	1080(29.29)
	寝る前	640(23.81)	1670(23.69)	1468(20.20)	621(16.85)
	夜食・間食	629(23.41)	1752(24.87)	1813(24.96)	783(21.29)

職域健康診断の有所見率

性別		男性		女性	
		平均 or N	sd or %	平均 or N	sd or %
BMI					
	やせ	1468	2.9%	3478	9.7%
	標準	30622	59.9%	23551	65.7%
	肥満	19008	37.2%	8832	24.6%
体重		70.3	± 12.0	56.7	± 10.5
脂質					
	総コレステロール(≥200mg/dl)	23412	53.8%	15695	56.2%
	中性脂肪(≥150mg/dl)	16356	32.0%	3837	10.1%
	HDL(男 <40mg/dl<; 女 <50mg/dl)	3302	6.5%	3066	8.6%
	LDL (≥120mg/dl)	25218	49.4%	17213	48.0%
	どれかひとつでも該当	35712	69.9%	22551	62.9%
血圧*					
	収縮期血圧	129.3	± 17.5	121.6	± 17.7
	拡張期血圧	80.6	± 11.8	74.3	± 11.7
高血圧					
	140≤SBP or 85≤DBP	20613	40.3%	8138	22.7%
肝機能障害					
	GOT(>30U/L)	12612	24.7%	3198	8.9%
	GPT(>30U/L)	18033	35.3%	4103	11.4%
	GGTP(>50U/L)	20269	39.7%	3809	10.6%
	どれかひとつでも該当	27662	54.1%	6771	18.9%
耐糖能異常					
	BS(≥100mg/dl)	21763	48.3%	7903	26.1%
	HbA1c(≥6.0)	2221	18.8%	1154	10.9%
腎機能障害					
	eGFR(<60ml/min)	10787	21.1%	9572	26.7%
	Creatine(男 >1.1mg/dl ; 女 >0.8mg/dl)	1794	3.5%	1721	4.8%
	UA(≥7mg/dl)	10351	23.8%	623	2.2%
尿所見					
	たんぱく	2676	5.2%	899	2.5%
	糖	2464	4.8%	423	1.2%
	潜血	2336	4.6%	4115	11.5%
* 複数回測定のあるものは最終測定を採用					

働く集団でも比較が必要



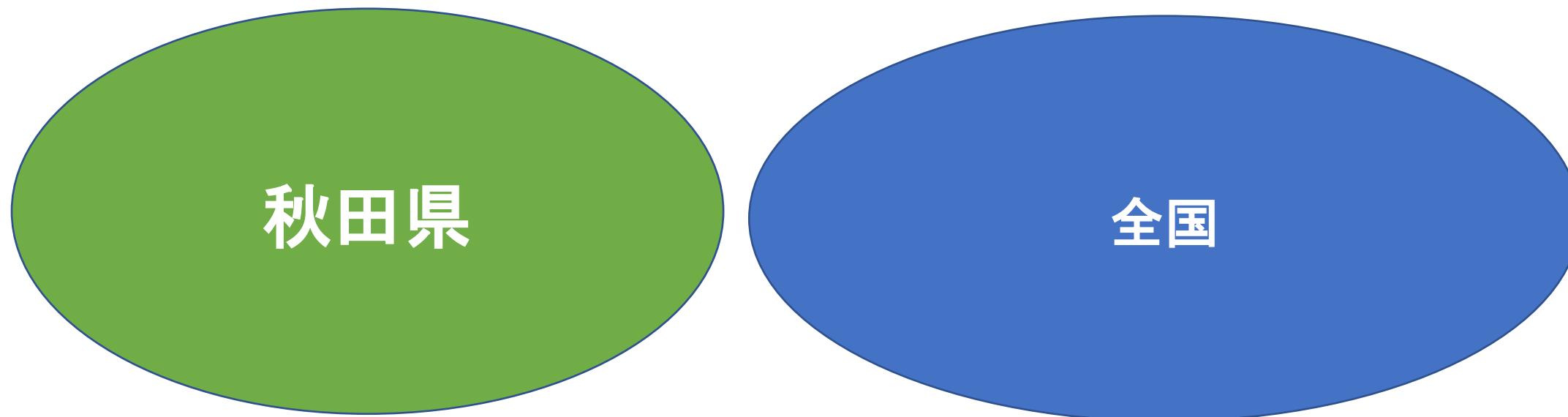
それぞれのデータベースの集団の特性を知る

平成27年度 協会けんぽ秋田支部、国民健康保険の有所見者割合の比較

(%)

男女計	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDL-C	クレアチニン
	25 以上	90 以上	150 以上	31 以上	40 未満	100 以上	5.6 以上	7.0 以上	130 以上	85 以上	120 以上	1.3 以上
協会けんぽ (秋田支部)	30.3	22.5	23.3	23.1	4.6	39.6	39.9	14.9	38.5	27.5	50.5	0.6
国保(秋田県)	28.1	30.2	23.8	15.6	4.0	21.3	52.0	4.6	50.7	21.8	48.0	0.5
国保(秋田市)	24.0	28.2	19.5	15.3	3.8	23.4	48.8	7.1	49.2	15.8	49.6	0.7

同じ協会けんぽでも 秋田県と全国と比較が必要



それぞれのデータベースの集団の特性を知る

平成29年度 協会けんぽ全国と秋田のリスク保有割合の比較

	協会けんぽ全国		協会けんぽ秋田支部	
	男	女	男	女
被保険者男女 人数割合	61% (14,054,800人)	39% (9,148,671人)	58% (117,248人)	42% (86,249人)
メタボリックシンドロームの リスク保有率	20.1% (1012887/5034818)	4.6% (128183/2767727)	25.7% (10417/40588)	6.3% (1652/26194)
腹囲のリスク保有率	47.2% (2376121/5035808)	13.8% (382487/2767841)	50.5% (20517/40592)	16.3% (4270/26194)
血圧のリスク保有率	47.7% (2402703/5035912)	30.0% (830462/2769162)	57.5% (23336/40592)	36.5% (9556/26201)
脂質のリスク保有率	34.8% (1750188/5034599)	15.4% (425315/2768569)	40.2% (16307/40581)	19.2% (5038/26200)
代謝のリスク保有率	18.5% (932425/5030946)	7.9% (219574/2765986)	23.8% (9640/40579)	9.5% (2484/26199)
喫煙者の割合	42.9% (2158422/5035971)	16.7% (461806/2769207)	47.6% (19337/40592)	16.9% (4441/26202)
BMIのリスク保有率	34.9% (1755719/5034789)	20.8% (575944/2768680)	37.1% (15053/40591)	24.0% (6291/26202)
中性脂肪のリスク保有率	27.1% (1366324/5034270)	8.6% (238878/2768452)	31.2% (12648/40578)	9.5% (2492/26199)
HDLコレステロールのリスク 保有率	7.7% (389784/5034322)	1.1% (30932/2768473)	6.6% (2658/40579)	1.1% (301/26199)

全国より
高い!!

集計対象データ

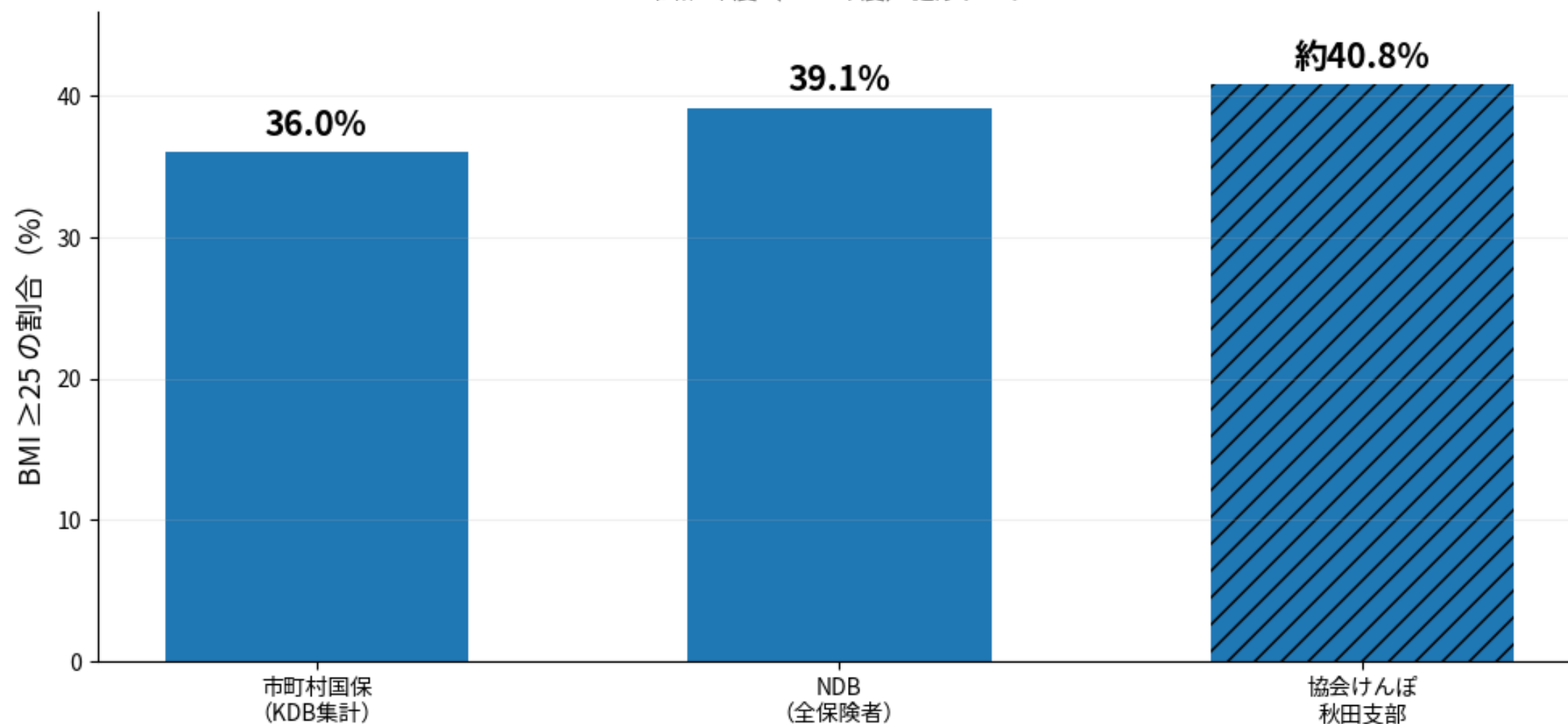
- (1) メタボリックシンドロームのリスク保有率
- (2) 腹囲のリスク保有率
- (3) 血圧のリスク保有率
- (4) 脂質のリスク保有率
- (5) 代謝のリスク保有率
- (6) 喫煙者の割合
- (7) BMIのリスク保有率
- (8) 中性脂肪のリスク保有率
- (9) HDLコレステロールのリスク保有率

- ・平成29年度末に35歳以上75歳以下に達し、1年間継続して協会けんぽに加入した被保険者の健診データのうち、特定保健指導レベルが判定不能でないもの（35～39歳の特定保健指導レベルは40歳以上の階層化の方法に準じて判定）
- ・(2) かつ (3) ～ (5) のうち2項目以上に該当・分母は集計対象データ総数
- ・内臓脂肪面積が100cm²以上・内臓脂肪面積の検査値がない場合は、腹囲が男性で85cm以上、女性で90cm以上・分母は当該リスクの判定が可能なデータの総数
- ・収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、または高血圧に対する薬剤治療あり・分母は当該リスクの判定が可能なデータの総数
- ・中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、または脂質異常症に対する薬剤治療あり・分母は当該リスクの判定が可能なデータの総数
- ・空腹時血糖110mg/dl以上、または糖尿病に対する薬剤治療あり・空腹時血糖の検査値がない場合は、HbA1c 6.0%以上、または糖尿病に対する薬剤治療あり・分母は当該リスクの判定が可能なデータの総数
- ・喫煙あり・分母は喫煙に関する回答のあるデータの総数
- ・BMI125以上・分母はBMIの値のあるデータの総数
- ・中性脂肪150mg/dl以上・分母は中性脂肪の検査値のあるデータの総数
- ・HDLコレステロール40mg/dl未満・分母はHDLコレステロールの検査値のあるデータの総数

つぎの比較図はそれぞれの母
集団が見えますか？

同じ秋田県・男性でも、加入する保険で「肥満」の見え方が変わる

令和4年度（2022年度）健診データ



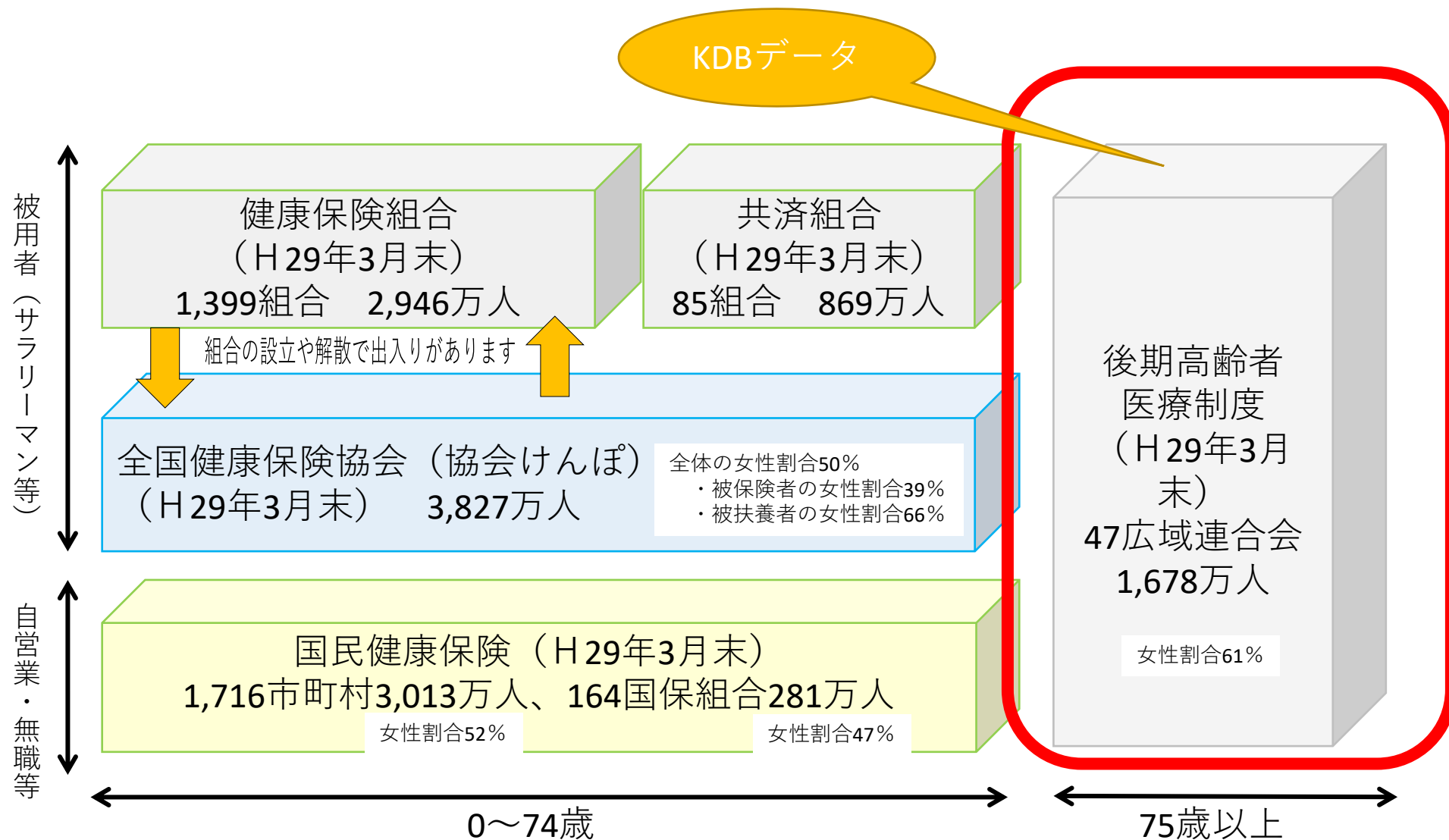
市町村国保：KDB「健診有所見者状況」秋田県・男性（BMI≥25）

NDB：秋田県・男性40-74歳のBMI階級別人数から算出

協会けんぽ：令和4年度「BMIリスク保有率（男）」公開図からの概算（斜線）

※対象集団・年齢構成・集計方法が完全には同一でないため、単純比較ではなく母集団差を示す教材として使用。

日本の医療保険制度の種類（医療保険者毎の加入者数）

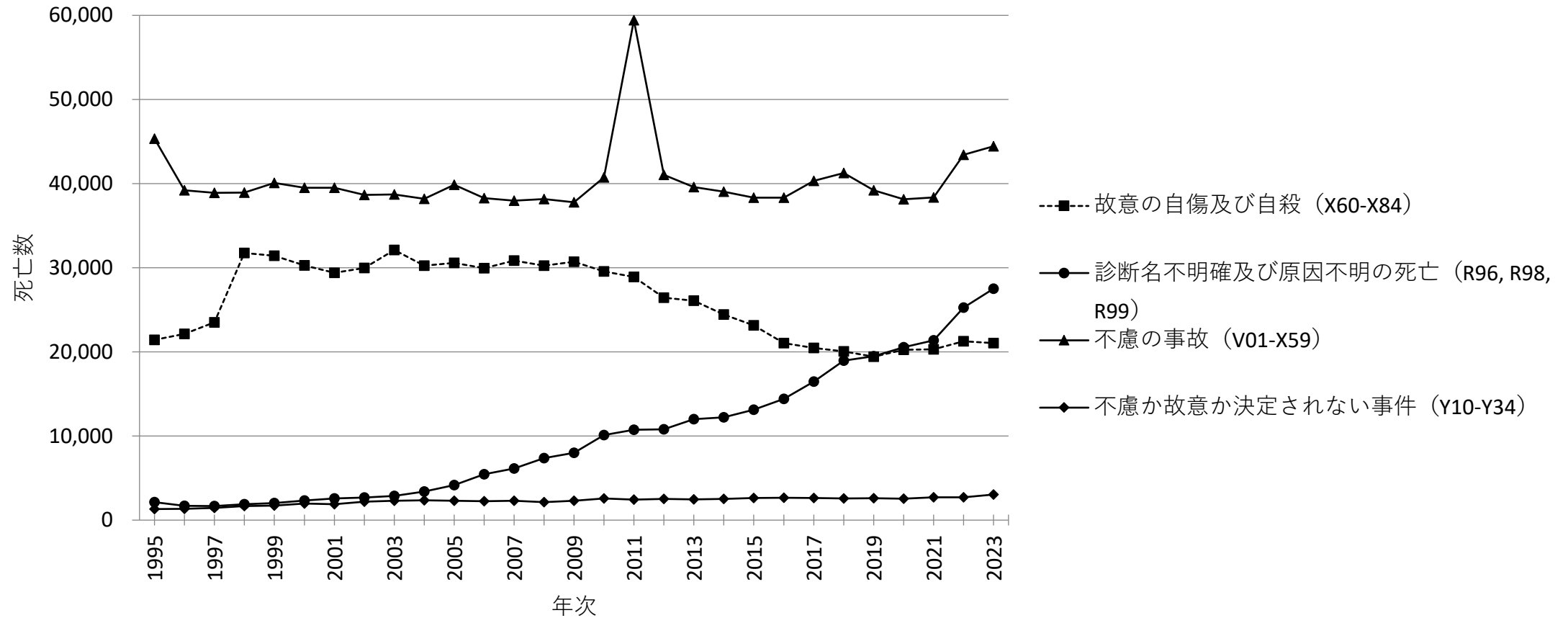


どのようにデータを補完するか

自殺統計の場合

	人口動態統計（厚労省）	自殺統計（警察庁）
公表集計値	自由に利用可	自由に利用可
市町村別	あり（制約あり）	地域の自殺の基礎資料で利用しやすい
年齢・性別	○	○
職業	限定的	○
原因・動機	×	○
月別・最新値	△	◎
個票を自由に取得	×	×
地域の考え方	住所地	原則発見地（自殺日集計等もあり）
外国人	原則、日本人	外国人を含む

自殺死亡の実態をより複眼的に把握する

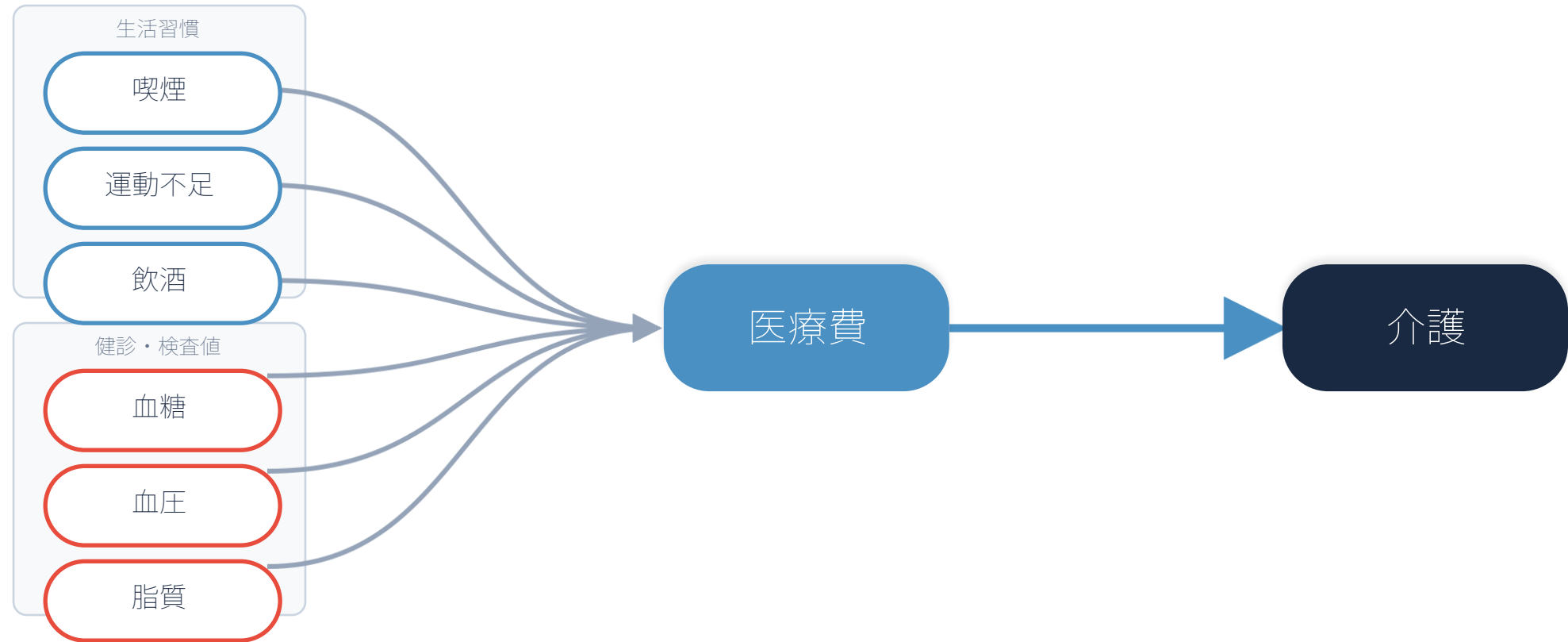


e-stat, 人口動態調査, 下巻1-2「死亡数, 性・死因(死因基本分類)別」「故意の自傷及び自殺」ならびに関連死因による死亡数の年次推移

F. 分析から施策につな げる考え方

リスク因子分析の考え方（因果モデル）

問い：リスク因子は医療費・介護にどう波及するのか？

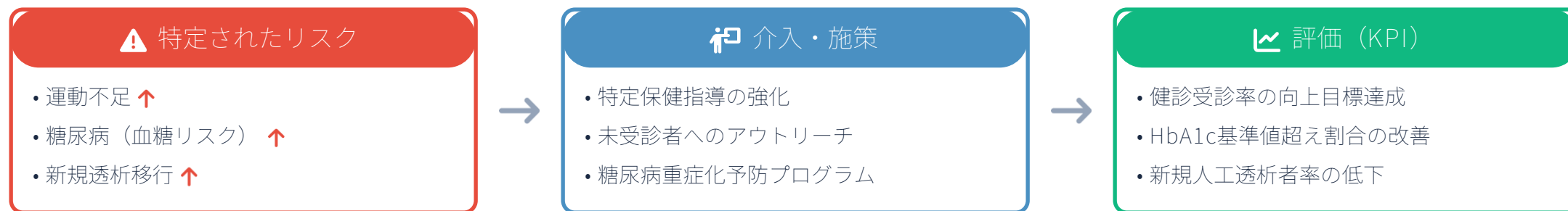


⚠ KDBは観察データであり因果推論はできません。合理的な因果モデルを前提に、指標間の関係を検討するための枠組みです。

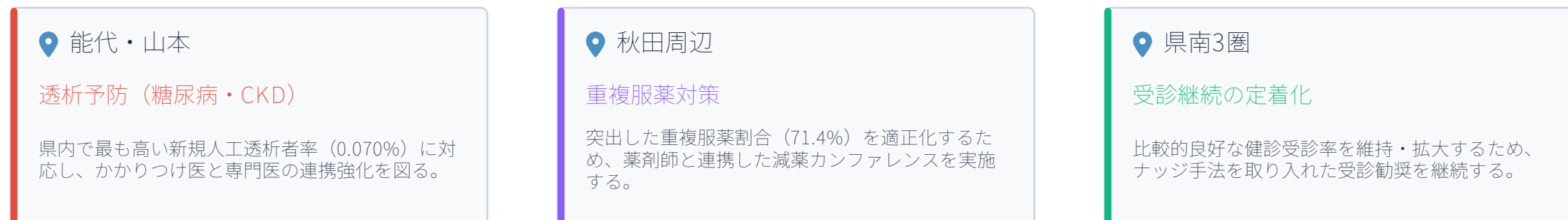
分析結果を施策へつなげる

問い：データを施策へどう翻訳するか？

施策ロジックモデルの構築



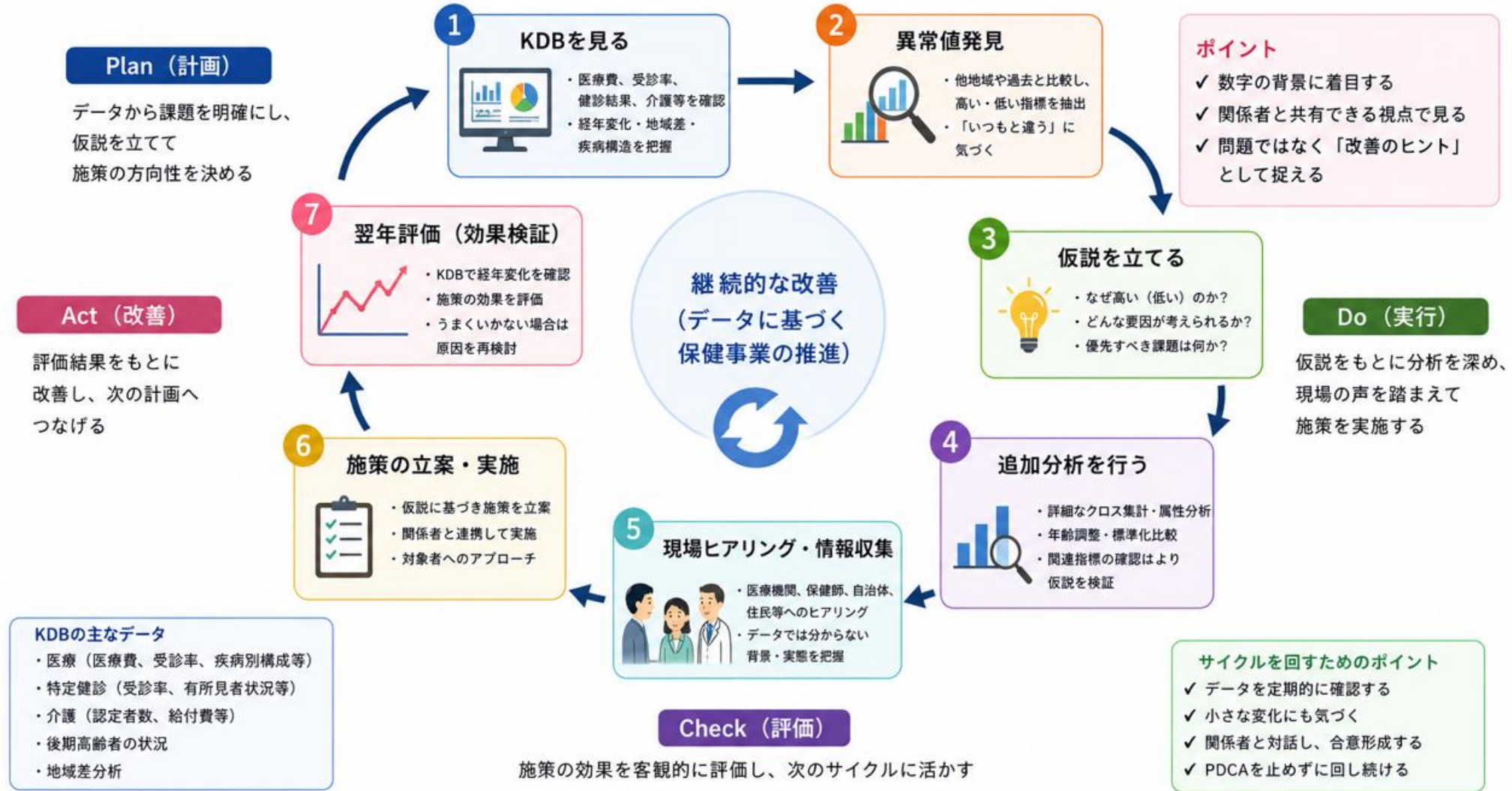
地域別アプローチの具体例



💡 データを起点に優先課題を特定し、KPIで効果検証しながらPDCAサイクルを回す。

データ分析から施策につなげる PDCAサイクル

KDBデータを活用し、現状把握から評価までのサイクルを回すことで、効果的な保健事業につなげる



データは「課題を見つけるための道具」ではなく、「住民の健康を守るための道具」です。

PROJECT

コンビニ受診（時間外受診）を防げ

表1 初診時間外診療レセプト「傷病名」の内容
(初診時間外レセプト件数：29,864、支払件数上位50位：20,124)

(「傷病名」はICD10コードに変換して、支払件数上位50位まで表示)

ICD10コード	傷病名	件数
J069	急性上気道炎	2610
J111	インフルエンザ	1874
A099	急性胃腸炎	1812
J209	急性気管支炎	1693
J101	インフルエンザA型	1456
J029	咽頭炎	851
J304	アレルギー性鼻炎	614
L309	湿疹	586
H522	乱視	570
J060	急性咽頭喉頭炎	430
R51	頭痛	363
J039	急性扁桃炎	343
A090	感染性胃腸炎	336
T634	虫刺症	315
L509	じんま疹	300
E86	脱水症	299
R509	発熱	291
K291	急性胃炎	284
R11	悪心及び嘔吐	239
J00	急性鼻咽頭炎	232
M5456	腰痛症	232
T141	部位不明の開放創	219
J459	気管支喘息	218
T140	部位不明の表在損傷	216
D65	播種性血管内凝固	214
I619	脳出血	198
I10	高血圧症	194
L089	皮膚感染症	194

ICD10コード	傷病名	件数
R42	めまい症	191
E14	糖尿病	175
S610	指開放創	172
K259	胃潰瘍	168
B029	帯状疱疹	165
J189	肺炎	151
N201	尿管結石	141
N309	膀胱炎	138
H101	アレルギー性結膜炎	132
K567	イレウス	132
L209	アトピー性皮膚炎	129
H109	結膜炎	127
N649	乳腺症	127
J019	急性副鼻腔炎	127
L700	尋常性ざ瘡<アクネ>	127
L259	接触皮膚炎	124
F411	不安神経症	113
R104	腹痛症	106
N300	急性膀胱炎	103
A491	溶連菌感染症	99
I499	不整脈	98
K210	逆流性食道炎	96

合計：20,124件

重症度・緊急度が高く
ないと推測できる傷病

⇒「8傷病」 合計：2,690
件

【13.40%】 2,690/20,124

《参考》重症度・緊急度が高い症状を、外傷・熱傷・中毒・意識障害・胸痛・呼吸困難・消化管出血・腹痛・周産期・乳幼児の10種類と定義（平成16年3月財団法人救急振興財団「救急搬送における重症度・緊急度判定基準作成委員会」報告書より）

表2 再診時間外診療レセプト「傷病名」の内容
(再診時間外レセプト件数：31,153、支払件数上位50位：19,104)

(「傷病名」はICD10コードに変換して、支払件数上位50位まで表示)

ICD10コード	傷病名	件数
I10	高血圧症	3081
H522	乱視	2051
J304	アレルギー性鼻炎	1936
J459	気管支喘息	887
G473	睡眠時無呼吸症候群	721
E785	高脂血症	1680
F329	うつ病	642
E14	糖尿病	612
F489	神経症	539
J069	急性上気道炎	443
L309	湿疹	1409
K295	慢性胃炎	403
L209	アトピー性皮膚炎	1390
J209	急性気管支炎	357
J111	インフルエンザ	284
K635	大腸ポリープ	1268
H521	近視	1262
E780	高コレステロール血症	1256
A099	急性胃腸炎	256
F209	統合失調症	240
N40	前立腺肥大症	239
G470	不眠症	237
O200	切迫流産	228
N979	原発性不明不妊症	224
K590	便秘	221
F319	躁うつ病	217
E283	卵巣機能不全症	212
E049	甲状腺腫	209

ICD10コード	傷病名	件数
M5456	腰痛症	206
L700	尋常性ざ瘡<アクネ>	204
N946	月経困難症	193
D509	鉄欠乏性貧血	192
K259	胃潰瘍	187
K210	逆流性食道炎	177
D391	卵巣腫瘍	176
H442	変性近視	176
L509	じんま疹	169
E11	2型糖尿病	167
R51	頭痛	166
R42	めまい症	165
L853	皮脂欠乏性湿疹	153
H101	アレルギー性結膜炎	152
D259	子宮筋腫	149
N951	更年期症候群	149
J029	咽頭炎	147
M171	変形性膝関節症	144
N86	子宮腔部びらん	139
K649	痔核	134
F432	適応障害	128
C509	乳がん	127

合計：19,104件

重症度・緊急度が高くないと推測できる傷病
→ 「14傷病」 合計：6,312 件
【33.04%】 6,312/19,104

《参考》重症度・緊急度が高い症状を、外傷・熱傷・中毒・意識障害・胸痛・呼吸困難・消化管出血・腹痛・周産期・乳幼児の10種類と定義（平成16年3月財団法人救急振興財団「救急搬送における重症度・緊急度判定基準作成委員会」報告書より）

2019年度に協会けんぽ秋田支部で発生した時間外診療レセプト支払件数の時間帯区分
(18歳未満を除く)

表3 時間外給付の時間帯別件数 (%) ～初診・再診

	初診	再診	P 値 (カイ二乗検定)
【男性】			
時間外	3,778 (28.7)	1,647 (12.6)	< 0.0001
夜間・早朝	3,243 (24.6)	9,216 (70.6)	< 0.0001
深夜	1,397 (10.6)	571 (4.4)	< 0.0001
休日	4,766 (36.2)	1,621 (12.4)	< 0.0001
合計	13,184 (100)	13,055 (100)	
【女性】			
時間外	3,986 (23.9)	2,455 (13.6)	< 0.0001
夜間・早朝	5,867 (35.2)	12,380 (68.4)	< 0.0001
深夜	1,433 (8.6)	717 (4.0)	< 0.0001
休日	5,394 (32.3)	2,546 (14.1)	< 0.0001
合計	16,680 (100)	18,098 (100)	

男女ともに、再診の「夜間・早朝」の割合が高い。

(「夜間・早朝」・・・通常18時～20時(平日)の時間帯(一般的に仕事終わりに通いやすい時間帯))

2019年度に協会けんぽ秋田支部で発生した時間外診療レセプト支払件数の時間帯区分
(18歳未満を除く)

表4 時間外給付の時間帯別件数 (%) ～被保険者・被扶養

	被保険者	被扶養者	P 値 (カイ二乗検定)
【男性】			
時間外	4,842 (20.2)	583 (26.0)	< 0.0001
夜間・早朝	11,582 (48.3)	877 (39.1)	< 0.0001
深夜	1,751 (7.3)	217 (9.7)	< 0.0001
休日	5,823 (24.3)	564 (25.2)	< 0.0001
合計	23,998 (100)	2,241 (100)	
【女性】			
時間外	4,074 (16.5)	2,367 (23.3)	< 0.0001
夜間・早朝	14,015 (56.9)	4,232 (41.7)	< 0.0001
深夜	1,276 (5.2)	874 (8.6)	< 0.0001
休日	5,268 (21.4)	2,672 (26.3)	< 0.0001
合計	24,633 (100)	10,145 (100)	

男女ともに、被保険者の「夜間・早朝」の割合が高い。

(被保険者・・・勤務している本人、被扶養者・・・勤務している本人の扶養に入っている家族)

表5 重要度・緊急度が高くない推測できる傷病とそれ以外の傷病の再診割合

	重症度・緊急度が 高くない傷病件数 (うち再診割 合)	それ以外の 傷病件数 (うち再診割 合)	合計	P 値 (カイ二乗検定)
男性被保険者	3,294 (67.0%)	20,704 (47.5%)	23,998	< 0.0001
女性被保険者	4,369 (70.1%)	20,264 (48.9%)	24,633	< 0.0001
男性被扶養者	342 (54.3%)	1,899 (43.2%)	2,241	< 0.0001
女性被扶養者	1,243 (63.2%)	8,902 (48.8%)	10,145	< 0.0001

重症度・緊急度が高くないと推測できる傷病の再診割合が高い。

コンビニ受診の実態（診療時間外の受診行動）

夜間・早朝の診療時間外受診では、**初診より再診**が多く、働く世代の受診が多い傾向がみられました

診療時間外に患者都合で
緊急性のない受診を
「コンビニ受診」と呼び、
社会問題となっています。



調査の概要

協会けんぽ秋田支部
2019年度 医療レセプトデータを分析

対象：18歳以上の
秋田県内居住者

内容：診療時間外（夜間・早朝）
受診に関する診療行為を、
「傷病名」等に注目して検討

診療時間外（夜間・早朝）の定義
平日：18時以降～翌8時まで
土曜：12時以降～翌8時まで
日曜・祝日：終日

今回の分析でわかったこと（まとめ）

✓ 夜間・早朝受診は、
初診より再診で起きやすい！

再診患者の約7割が
夜間・早朝に受診

✓ 被扶養者より**被保険者**の方が、
夜間・早朝受診の割合が高い！



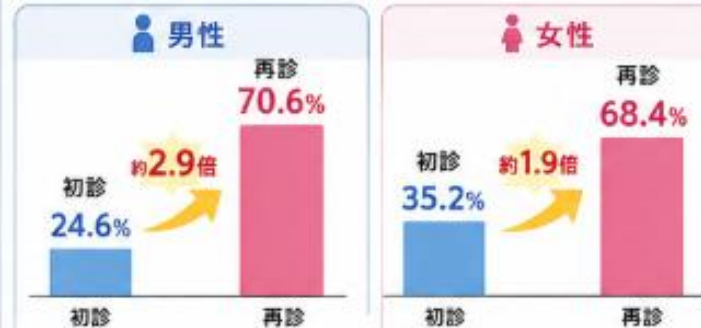
✓ 重症度・緊急度が低い傷病でも、
夜間・早朝の**再診割合**が高い！

日中に受診しにくい環境や、継続治療の受診行動が
夜間・早朝の受診につながっている可能性があります

① 夜間・早朝の受診における「初診」と「再診」の割合比較

夜間・早朝に受診した人の中で、**再診の割合が高い！**

■ 初診のうち夜間・早朝受診の割合 ■ 再診のうち夜間・早朝受診の割合



再診患者の約7割が、
夜間・早朝に受診しています

女性も同様に、再診の
夜間・早朝受診が多い！

③ 傷病の重症度・緊急度による比較（夜間・早朝受診の再診割合）

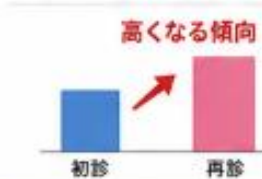
重症度・緊急度が低いと推測できる傷病でも、再診の割合が高い！

重症度・緊急度が低いと推測できる傷病（例）

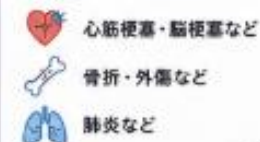


※あくまで推測される例であり、すべてのケースを示すものではありません

夜間・早朝受診に占める再診の割合

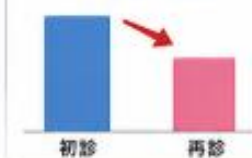


その他の傷病
（重症・緊急性が高い可能性のあるものなど）



夜間・早朝受診に占める再診の割合

やや低い傾向



この結果から
考えられること

仕事や家庭の都合などで
日中受診が難しい人が、
夜間・早朝を利用している可能性

継続治療が必要な患者が、
診療時間外に受診している
ケースが多い可能性

単にモラルの問題ではなく、
受診しやすい環境づくりや
啓発が重要

適切な受診行動が、
医療を守り、
みんなの安心につながります！

まとめ

— 秋田県国保ヘルスアップ事業報告書を用いた実践的データ解釈 —

今日のゴール

受講後にできること

- ✓ データベースの種類が分かる
- ✓ グラフを正しく読む
- ✓ 単純比較と経年変化を区別できる
- ✓ 割合と数はちがう
- ✓ 地域課題をもって医療費を分解する

KDBとは何か

問い：KDBデータから何が分かるのか？また、その限界は何か？



強み（KDBでできること）

- 経年変化：同一集団の時系列追跡が可能
- 医療費：疾病ごとのコストや受診状況の把握
- 健診：リスク因子の変容と受診回数の相関
- 介護連携：医療から介護への移行・有病分析

限界（できないこと・注意点）

- 因果関係の断定は困難：あくまで相関関係の提示
- 重症度不明：レセプト病名のみでは重症度把握に限界
- 未受診者バイアス：健診未受診層のデータ欠損
- 解釈：限界を補う追加調査や背景推測が必要

まず確認 — 分析対象と期間

問い：『いつ・どの範囲のデータか』が解釈に与える影響は？

分析対象：5年間

R2
(2020)

R3
(2021)

R4
(2022)

R5
(2023)

R6
(2024)

レセプトデータ

対象：R2 ～ R6年度

医療費・受診日数・傷病名など、経年での推移を網羅的に分析。

特定健診データ

対象：R2 ～ R6年度

健診結果、生活習慣リスク等の推移。受診回数と医療費の関連も検証。

介護データ

対象：最新R6年度中心

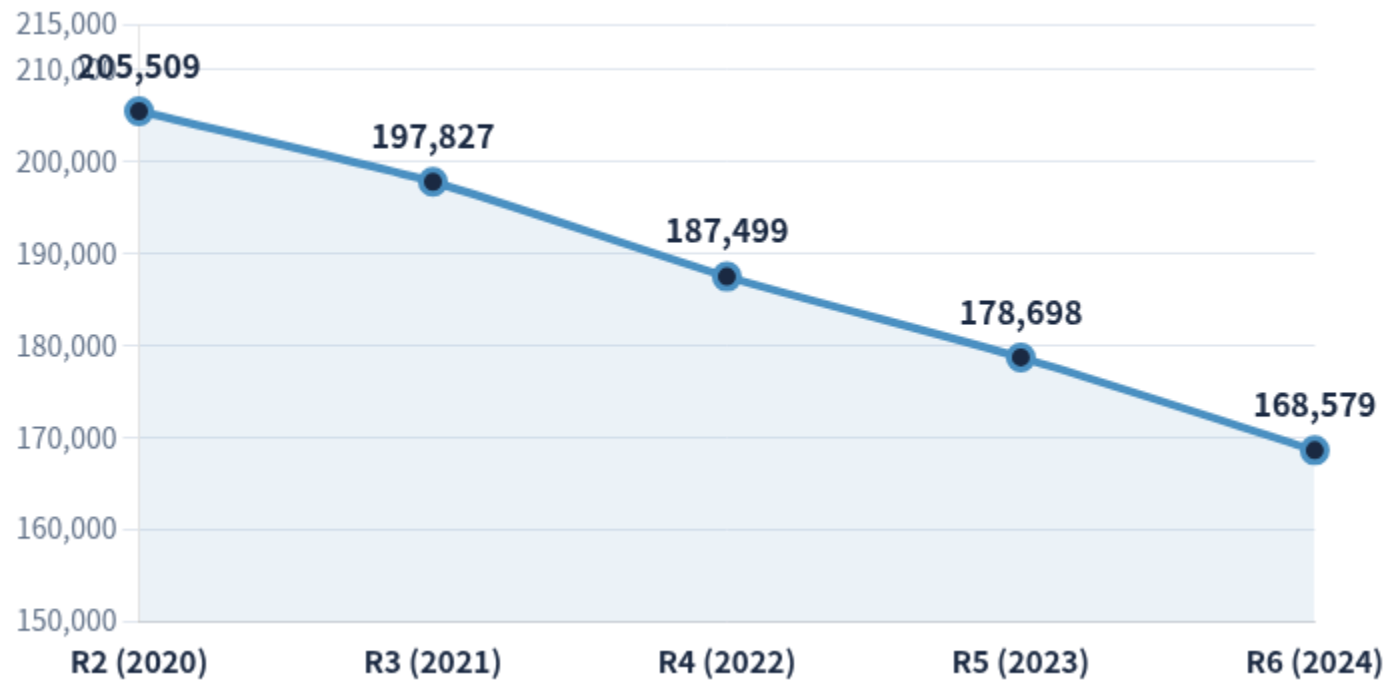
介護認定者の有病状況など。レセプト・健診との集計期間差に注意。

解釈の留意点（比較可能性への影響）

年次差（算定基準や調査項目の変更）、介護データの集計期間差、および母集団の変化（人口減少・高齢化）を前提に数値を読む必要があります。

経年変化 — 被保険者数の推移

問い：被保険者数の減少は悪化を意味するか？



各年度の県人口に対する被保険者の割合
→ 21.8% (R2) 21.2% (R3) 20.4% (R4) 20.2% (R5)
→ 19.1% (R6)

解釈のポイント

令和2年度から令和6年度の5年間で、被保険者数は

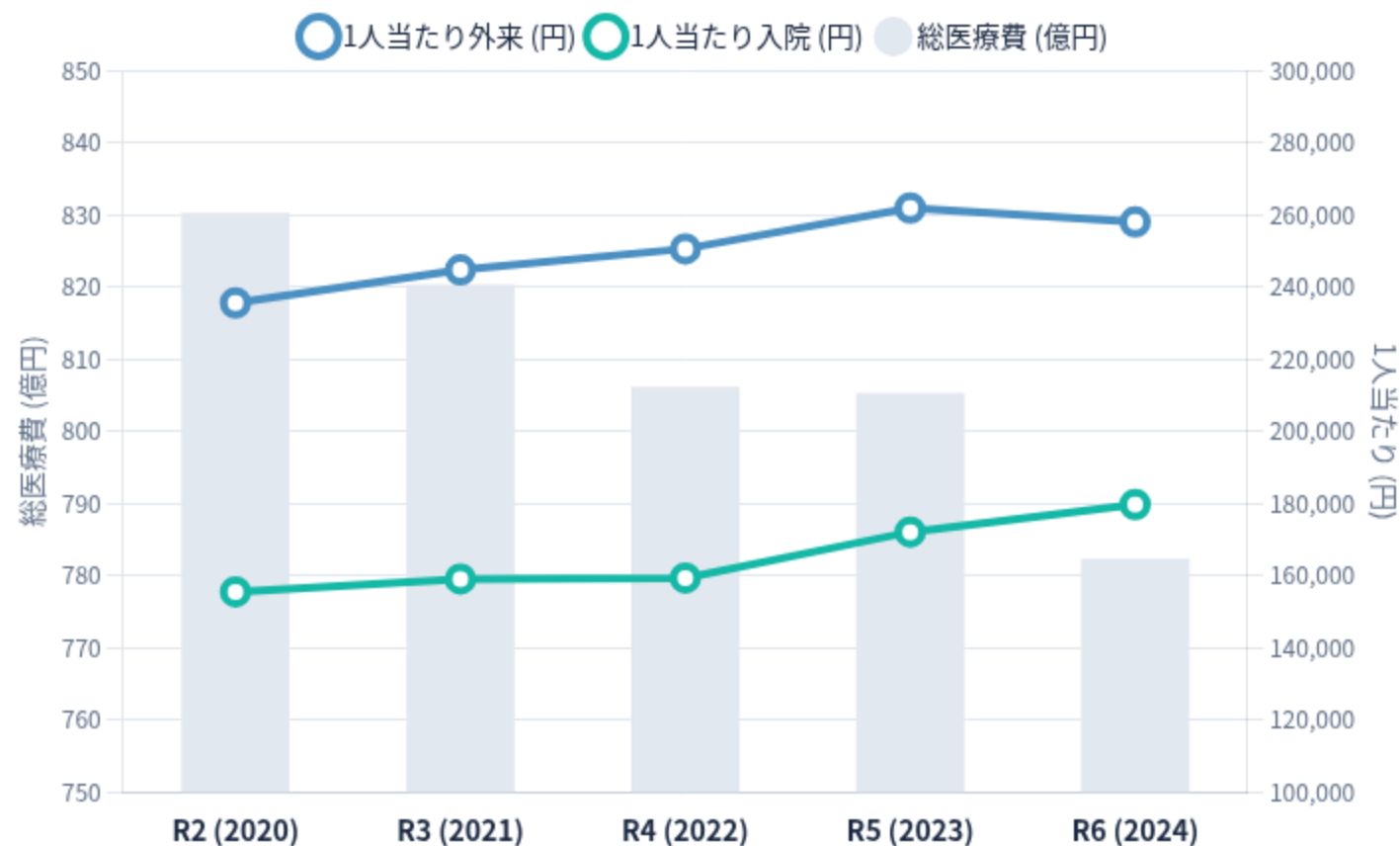
36,930人減少しています。

『減った = 悪化』ではない

県全体の人口減少や、高齢化による後期高齢者医療制度への移行などの構造変化（分母の変動）を前提にデータを見る癖をつけることが重要です。

総数と率は違う — 医療費の推移

問い：総額が減れば健康は改善したと言えるか？



解釈のポイント

総医療費はR2の830.2億円からR6の782.3億円へと
減少しています。

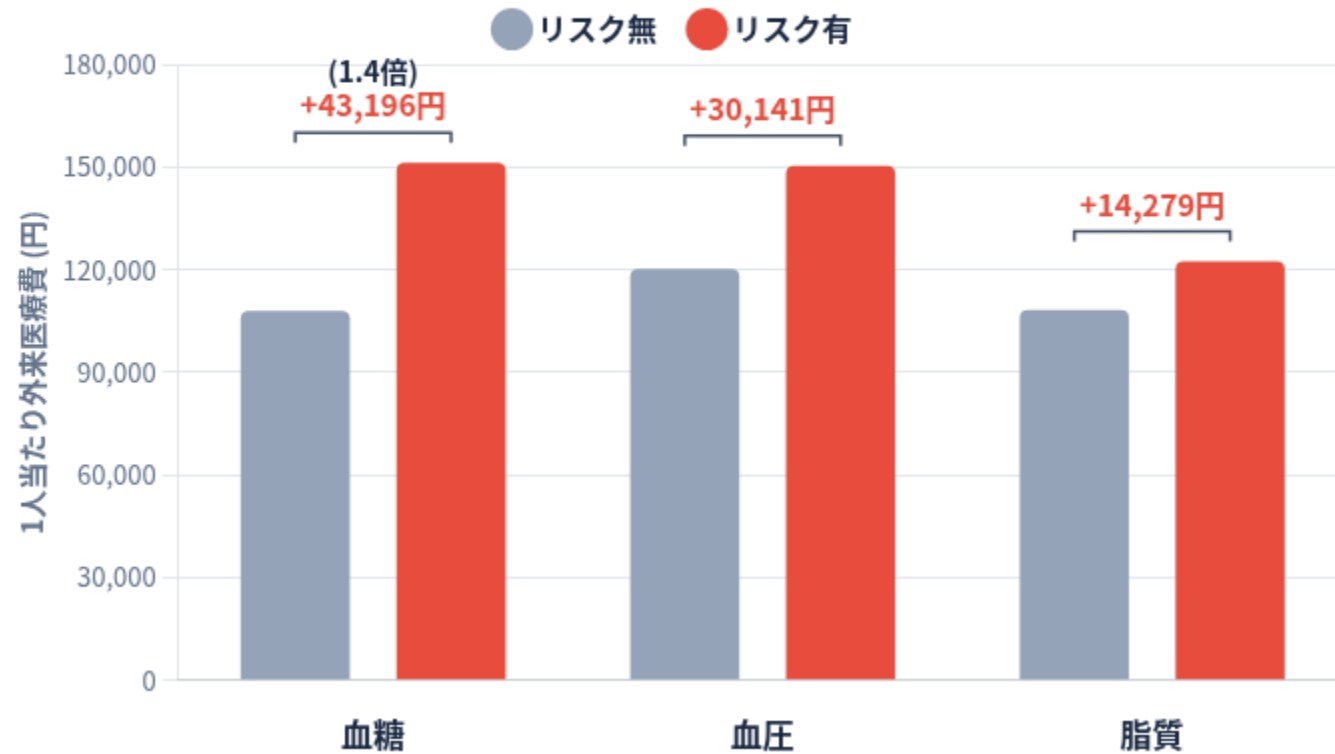
しかし、1人当たり医療費は外来・入院ともに
増加傾向にあります。

総額減少 ≠ 健康改善

被保険者数の減少（人口減少・高齢化）が総額を押し下げているだけで、実質的な医療ニーズや医療単価は上昇している点に注意が必要です。

リスク別の医療費差（血糖・血圧・脂質）

問い：どのリスクが費用寄与を大きく押し上げるか？



分析からの示唆

🔥 血糖リスクの突出した影響

生活習慣病外来医療費の約19.8%が血糖関連に起因しています。リスク「有」による医療費増大効果（1.4倍）が最も顕著です。

👤 複合リスクの増加

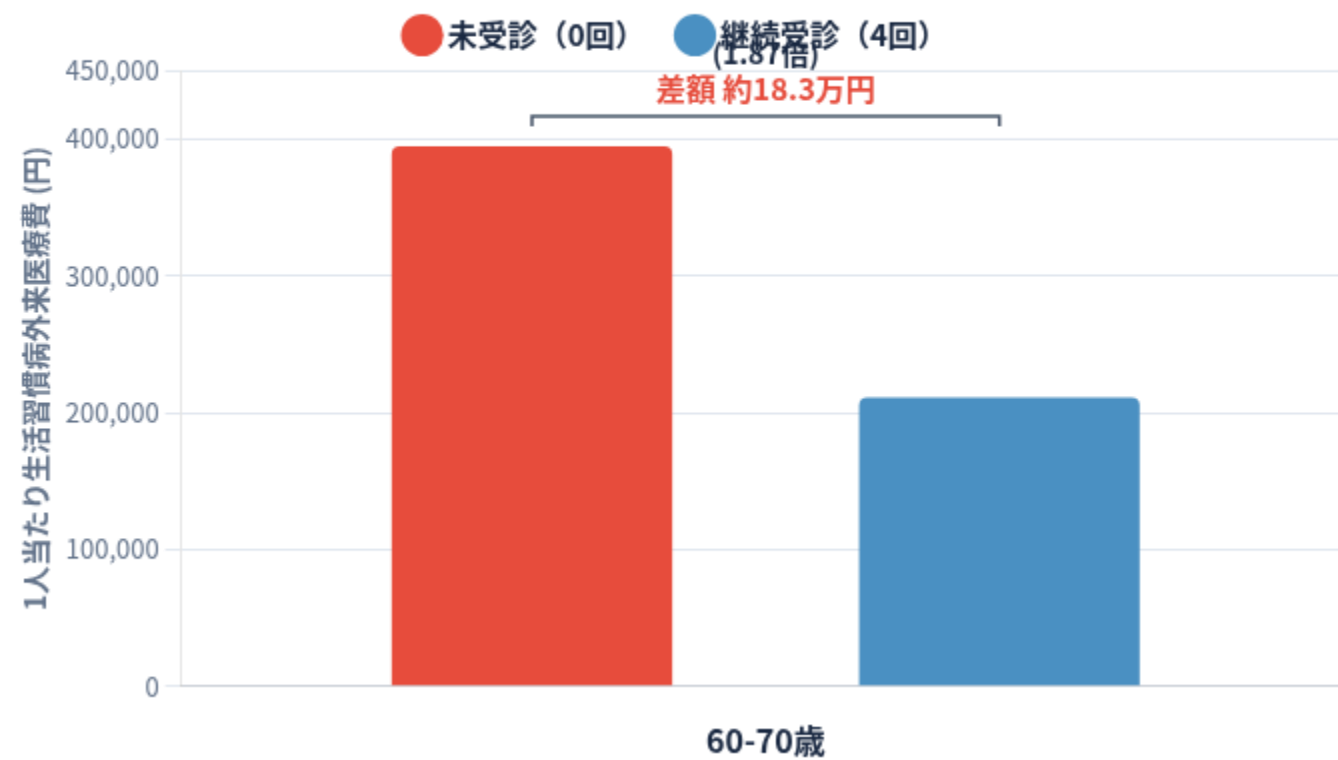
3リスク（血糖・血圧・脂質）該当者率は、R2年度の6.5%からR6年度には6.9%へと増加傾向にあります。

重症化予防の焦点設定

介入の優先度は『**血糖** > **血圧** > **脂質**』とし、特に糖尿病性腎症等の重症化予防へ経営資源を集中させる必要があります。

健診×医療費分析 — 受診回数と将来医療費

問い：継続受診は医療費に効くのか？



分析からの示唆

👥 40-59歳の傾向

未受診者（0回）の生活習慣病外来医療費は、4回継続受診者の2.4倍以上に達しています。

📈 60-70歳の費用差は拡大

未受診と4回受診の費用差は、R3年度の約14.3万円からR6年度には約18.3万円へと拡大しています。

最も実務的な示唆

健診継続受診（ナッジ＋受診勧奨）が医療費抑制に直結します。早期発見・早期介入の枠組み強化が急務です。

二次医療圏比較の方法

問い：地域差はどう読み解くか？

Step 1
平均との差

>

Step 2
経年変化

>

Step 3
外れ値

>

Step 4
背景要因

地域差の実例（令和6年度データより）

 新規透析率 最高

地域

能代・山本

割合

0.070 %

 1人当り介護給付費 最高

地域

大仙・仙北

金額

2,329,594 円

 ジェネリック使用率

最高：北秋田

94.1 %

最低：能代・山本（唯一90%未満）

86.7 - 87.2 %

 重複服薬

地域

秋田周辺（突出）

割合

71.4 %

 地域特性に合わせた重点化が必須。一律の対策ではなく地域ごとの優先課題を特定する。

Fin

[ご質問やご意見は野村恭子nomurakyoko@gmail.com](mailto:nomurakyoko@gmail.com)まで