

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 (完全版)

2019年3月

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）

「都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の
情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」

(H29 - 政策 - 指定 - 006)

研究代表者 横山徹爾

目次

◆はじめに	.....	1
<hr/>		
◆第1章 予防できる疾患を予防する	.....	3
<hr/>		
I – 1. 予防できる疾患を予防するためのデータ分析の進め方	.....	4
(1) 各種データの相互関係（上下関係）を認識する	.....	4
(2) 平均寿命・健康寿命・死因別死亡・リスク因子 ・生活習慣の概要を把握する	.....	5
(3) 医療費の特徴と課題を把握する	.....	12
(3 – 1) 疾病別医療費の特徴と課題を把握する	.....	12
(3 – 2) 保険者別医療費の特徴と課題を把握する	.....	18
I – 2. 予防できる疾患を予防するための関係者との連携・協働	.....	26
(1) 対策の優先順位を考える	.....	26
(2) 関係組織の整理	.....	27
(3) 支援の優先順位が高い保険者を選定する	.....	30
(4) 保険者全体への支援を検討する	.....	31
<hr/>		
◆第2章 後発医薬品の数量シェアを改善する	.....	33
<hr/>		
II – 1. 後発医薬品の数量シェアを改善するための都道府県の役割を考える	.....	34
(1) 後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者を確認する	.....	34
(2) 後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い薬効を確認する	.....	40
II – 2. 後発医薬品の数量シェア改善に向けた関係者との連携・協働	.....	46
(1) 自県で後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者 ・薬効を確認する	.....	46
(2) 都道府県内の関連組織を整理する	.....	48
(3) 具体的な対策を検討する	.....	50

◆ 第 3 章 関係者との連携・協働	53
1. 医療費適正化に向けた取り組みの必要性	54
2. 健康問題の複雑化と関係者の連携・協働の必要性	54
3. 連携・協働の必要性と対象	55
4. 連携・協働の成果と課題	56
5. 連携・協働のための関連組織の分析	56
6. 連携・協働の推進	57
◆ 巻末 : データを読むための基礎知識	61
● 疾病頻度の表し方	62
● 平均余命、平均寿命	62
● 健康寿命	63
● 将来推計人口	64
● 人口動態調査	64
● 年齢調整とは	64
● 標準化死亡比 (SMR)、標準化比	65
● 偏差値と Z (ゼット) スコア	65
● 検定とは	66
● 誤差と信頼区間	66
● 患者調査	67
● 国民生活基礎調査	68
● 国民健康・栄養調査	69
● 都道府県健康・栄養調査	70
● e-Stat とは	71

はじめに

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ります。その際には、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や国保データベース（KDB）システム等の医療費の関係データ、および生命表や人口動態統計等の健康指標に関する各種公的調査統計等を活用していくことが重要になります。

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段階が必要と考えられます。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ますが、データ活用のためにはさらに③と④を進める必要があります。そこで、本研究班では、③については、都道府県や保険者における健康指標および医療費の関係データを“見える化”した「都道府県医療費適正化計画の進捗管理・PDCA サイクル推進のための健診・医療等の見える化資料」（以下、【見える化資料】）を作成し、DVD（にて都道府県の医療費適正化担当部局に提供するとともに、④については、データの“読み解き”を進めるための手順を整理し、「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」（以下、データ活用マニュアル）を作成しました。データ活用マニュアルには「概要版」と「完全版」（本書）があり、国立保健医療科学院のホームページ（下記 URL）に掲載しています。

<https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>

本データ活用マニュアルは大きく、「第1章 予防できる疾患を予防する」、「第2章 後発医薬品の数量シェアを改善する」、「第3章 関係者との連携・協働」の3章で構成されており、第1～2章ではそれぞれの視点からデータの読み解き手順を【見える化資料】を使って具体的に説明するとともに、関係者との連携・協働の進め方について検討するための具体的な手順を整理しました。第3章では関係者との連携・協働の必要性と課題、分析方法などについて解説していますので併せてお読みください。また、データを読み解くために必要な基礎知識として「巻末：データを読むための基礎知識」を掲載しました。

都道府県医療費適正化計画の推進のために、本データ活用マニュアルおよび【見える化資料】をお役立ていただければ幸いです。

2019年3月

厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学推進研究事業）

「都道府県医療費適正化計画のための健診・医療等の
情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」

研究代表者 横山徹爾（国立保健医療科学院生涯健康研究部長）

第1章 予防できる疾患を予防する

I - 1. 予防できる疾患を予防するためのデータ分析の進め方	
(1) 各種データの相互関係（上下関係）を認識する	..... 4
(2) 平均寿命・健康寿命・死因別死亡・リスク因子 ・生活習慣の概要を把握する	..... 5
(3) 医療費の特徴と課題を把握する	..... 12
(3 - 1) 疾病別医療費の特徴と課題を把握する	..... 12
(3 - 2) 保険者別医療費の特徴と課題を把握する	..... 18
I - 2. 予防できる疾患を予防するための関係者との連携・協働	
(1) 対策の優先順位を考える	..... 26
(2) 関係組織の整理	..... 27
(3) 支援の優先順位が高い保険者を選定する	..... 30
(4) 保険者全体への支援を検討する	..... 31

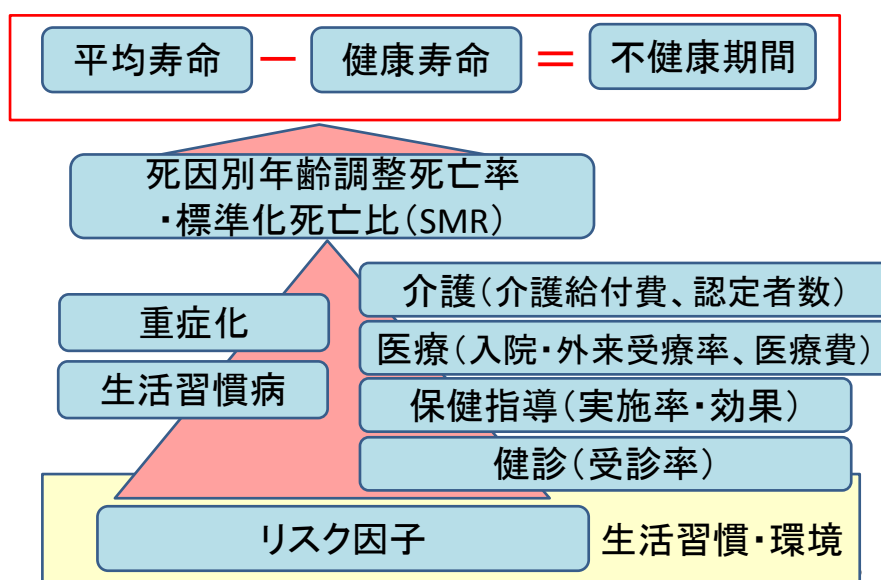
I - 1. 予防できる疾患を予防するためのデータ分析の進め方

読み解き手順

(1) 各種データの相互関係（上下関係）を認識する

医療費分析で扱うデータには、レセプト情報だけでなく、健康寿命、死因別死亡、リスク因子、生活習慣など多種多様なものがあります。これらを用いて地域の健康課題を明らかにし、予防できる疾患を予防するための対策を講じていくためには、各種データの上下関係（原因～結果）を必ず意識しましょう。すなわち、最上位の指標として平均寿命・健康寿命があり、これらを直接規定する要因として死因別死亡率等があり、死因別死亡率は罹患・受療状況やリスク因子の分布の影響を受け、その背景には生活習慣や社会環境があります（次図）。上位の指標で問題が見つかった場合、その原因は下位の指標にあるはずだと考えながらデータを見ていきます。例えば、脳血管疾患や人工透析の受療率が高い場合には、外来での高血圧や糖尿病等の管理状況、そして背景となる生活習慣や社会環境について考えるなどします。男性と女性では一般的に健康状態や生活習慣等が大きく異なるため、疾患の予防に関する分析は原則として男女別に行います。

ポイント：指標の相互関係を理解する



(2) 平均寿命・健康寿命・死因別死亡・リスク因子・生活習慣の概要を把握する

まず、【手順 I-1 (2)】のように、上位の指標である、自県（都道府）の平均寿命・健康寿命、死因別年齢調整死亡率の特徴を確認してください。さらに、平均寿命・健康寿命と死因別死亡の特徴を踏まえて、その理由を考えながら、特定健診データのリスク因子と生活習慣（標準的な質問票）の状況を確認してください。

【手順 I-1 (2)】：平均寿命・健康寿命と死因別死亡の特徴を把握する

●使用する資料（本マニュアルでは DVD 記載：【見える化資料】（都道府県医療費適正化計画の進捗管理・PDCA サイクル推進のための健診・医療等の見える化資料）を用いて説明します）

- ① 【見える化資料】「0.都道府県の寿命・死亡・健診データの特徴要約都道府県の特徴要約」
- ② 【見える化資料】「9.死因別 SMR の経年推移」
- ③ 【見える化資料】「8.国保データベース(KDB)システムを使った医療費等の見える化」

●資料の出典（参考までに【見える化資料】の元となるデータです）

※下記 ↓丸数字の番号は上記 ↑「使用する資料」の番号に対応

- ① 平均寿命（都道府県別生命表）【e-Stat <https://www.e-stat.go.jp/>】
- ① 健康寿命（厚生労働省研究班・国民生活基礎調査に基づく推計）【厚生労働科学研究・健康寿命のページ <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>】
- ① 死因別年齢調整死亡率（人口動態特殊報告・都道府県別年齢階級別死亡率）【e-Stat】
- ① 人口動態特殊報告「平成 20～24 年 人口動態保健所・市区町村別統計」【e-Stat】
- ① 第 2 回 N D B オープンデータ
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221.html>
- ② 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、同・全国、各年の住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）、廃置分合等情報【e-Stat】
- ③ 地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集
<https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>

●基礎知識（「巻末：データを読むための基礎知識」参照）（データを読み解くために必要な統計等の基礎知識です。必要に応じて参照してください）

「平均寿命・健康寿命・生命表」

「年齢調整とは」

「標準化死亡比（SMR）、標準化比」

● 具体的手順 (【見える化資料】の読み解き方解説です)

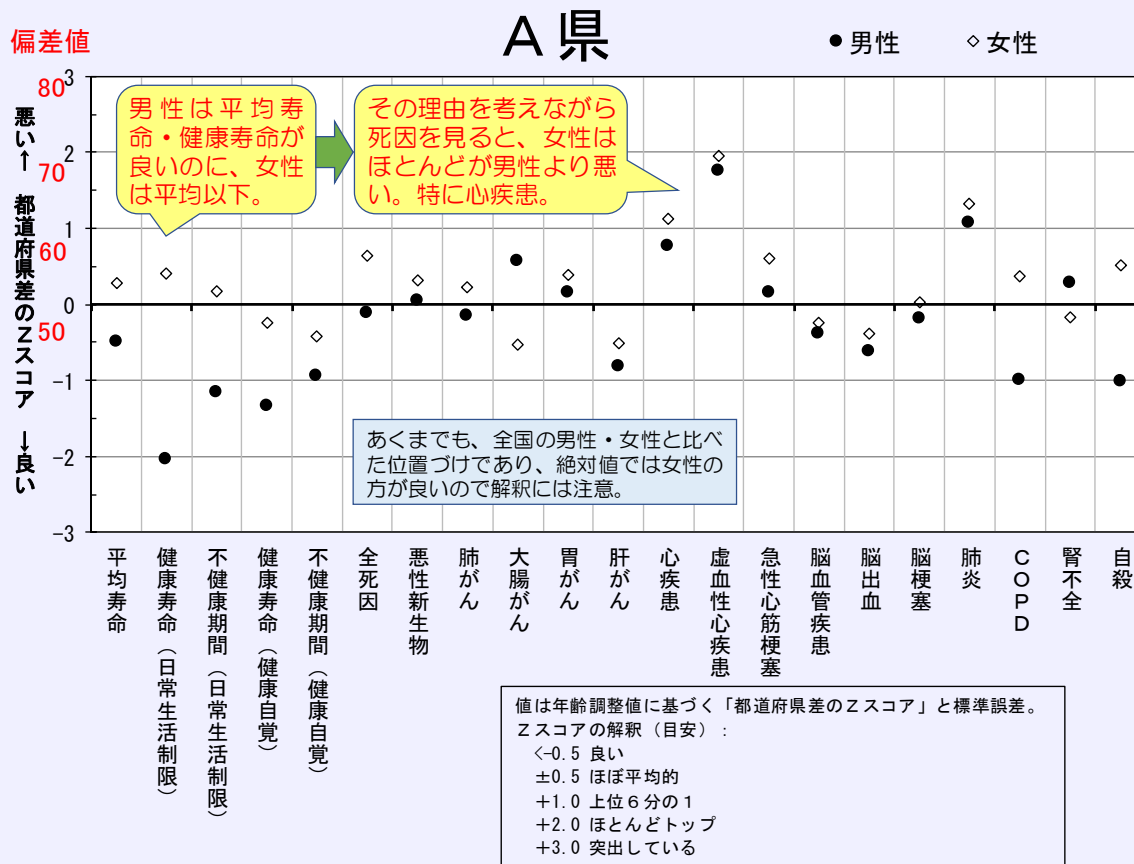
健康状態に関する最上位の指標である平均寿命・健康寿命、これらに強く影響する要因である死因別死亡率や要介護の状態を、それぞれの関係を意識しながら特徴を確認していきます。自都道府県の平均寿命・健康寿命が国と比べて良いのか悪いのか、またその理由としてどの疾患での死亡が多いのかを考えてください。例えば、健康寿命が悪い場合、脳血管疾患、悪性新生物等の年齢調整死亡率が高くないかなどに注目するとよいかもしれません。

①【見える化資料】「0.都道府県の寿命・死亡・健診データの特徴要約都道府県の特徴要約」では、これらのデータを都道府県間のZ(ゼット)スコアで要約しています。Zスコアは47都道府県間での偏差値のような指標であり、その解釈は、おおむね以下の通りです。

- ±0.5 全国都道府県でほぼ平均的 ……偏差値50相当
- ±1.0 上(下)位6分の1 ……偏差値60相当
- ±2.0 ほとんどトップ ……偏差値70相当
- ±3.0 突出している ……偏差値80相当

【見える化資料】「0.都道府県の寿命・死亡・健診データの特徴要約都道府県の特徴要約」

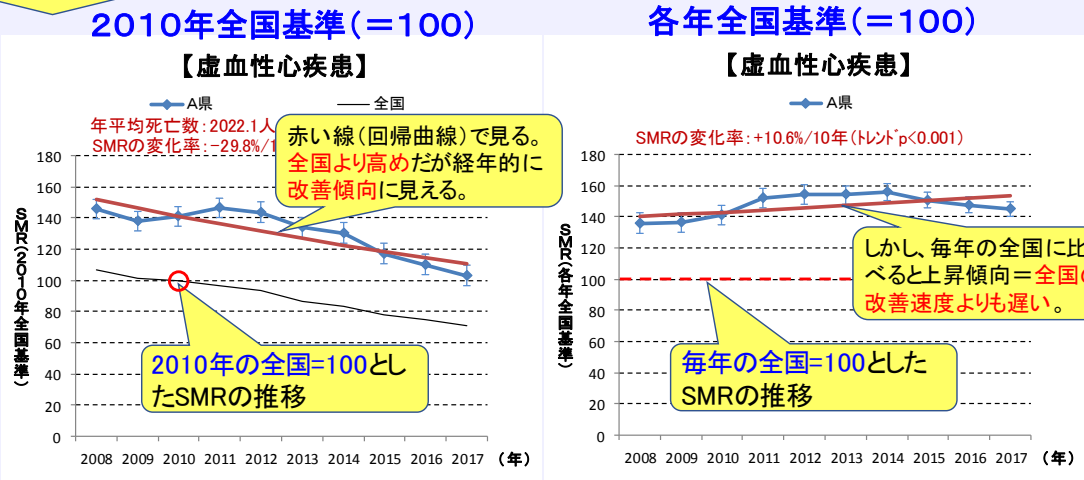
平成28年平均寿命・健康寿命／平成27年死因別年齢調整死亡率 都道府県別特徴の要約



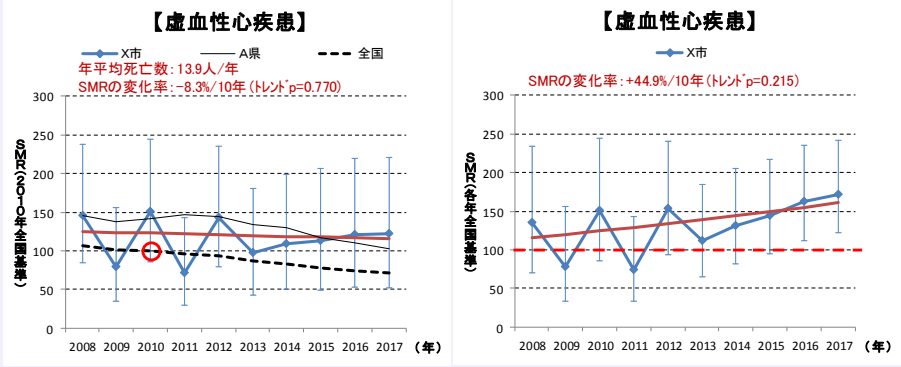
【見える化資料】「9.都道府県・市区町村別標準化死亡比 SMR の経年推移」

経年的にも
見てみる

死因別標準化死亡比(SMR)の経年推移



市区町村版もあります



前記資料は単年のデータですが、さらに②【見える化資料】「9.都道府県・市区町村別標準化死亡比 SMR の経年推移」を見ると、10年間の死因別死亡（標準化死亡比 SMR）の推移が分かります。

左側の図は、2010年の全国=100とした SMR の推移で、細い実線が全国の値で、低下（改善）傾向にあることが分かります。青い折れ線は A 県の値で、それを平滑化した赤い太い線（回帰曲線）で解釈すると、全国より高めですが経年的には全国と同様に改善傾向に見えます。右側の図は毎年の全国=100とした SMR の推移で、こちらを見ると全国と同じペースで改善しているのか（A 県の赤い太い線が横ばい）、全国よりも改善速度が遅いのか（上昇傾向）、速いのか（下降傾向）が分かります。これが上昇傾向にあることから、結局、「全国より高めで経年的には改善傾向にあるが、全国の改善速度よりも遅い」という解釈になります。

読み解き方を、A 県を例として以下に示します（あくまでも読み解き“例”であり、A 県において精査する必要があります）。

<読み解きの例>

A 県（図）は、男性の平均寿命・健康寿命が良いのに、女性は全国平均以下。その理由を考えながら死因を見ると、女性はほとんどの死因で男性よりも悪く、特に心疾患・虚血性心疾患が多い。心疾患は死亡数も多く（全ての都道府県で死因の第 2 位）、経年的に見ると全国より高い状態で改善傾向にあるものの、全国の改善速度よりも遅いことから、対策の優先順位は高い。

<市区町村別分析>

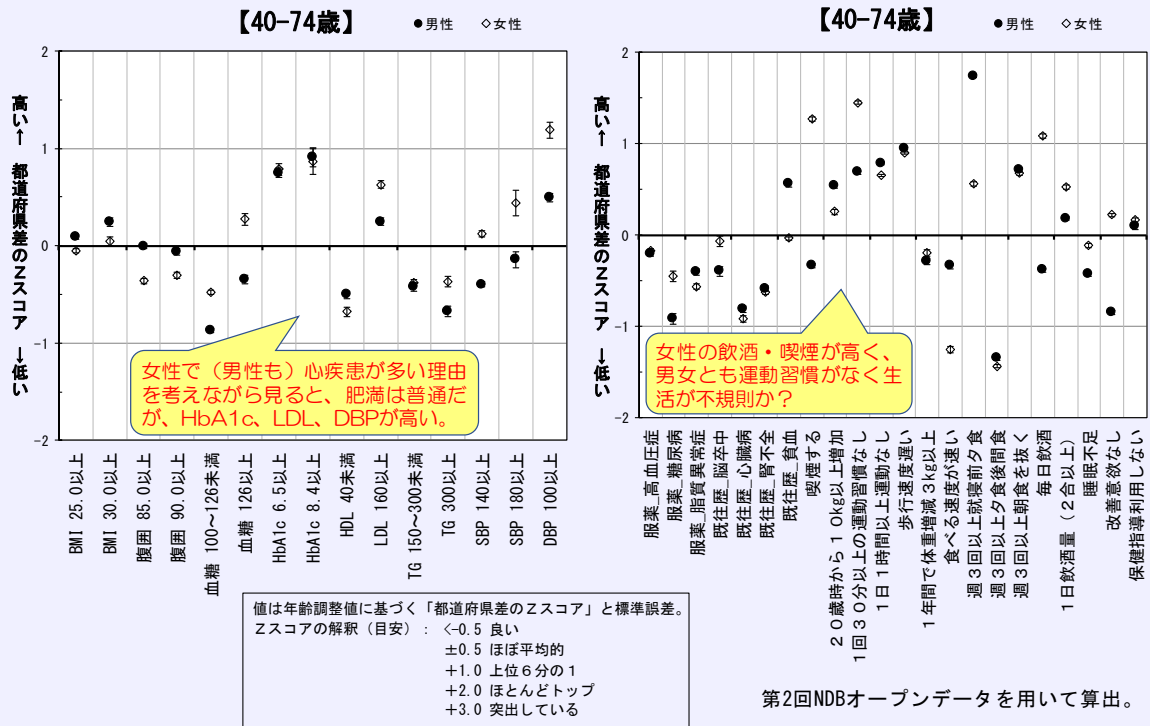
都道府県別だけでなく市区町村別の経年推移と SMR の地図等もありますので、県内の地域差についても検討するとよいでしょう。市区町村の平均寿命は 5 年に一度、国から公表されています。市区町村別健康寿命に関しては、平均自立期間（「巻末：データを読むための基礎知識」参照）を計算して市区町村に提供する県も増えており、今後、国保データベース（KDB）システムでも示されるようになります。各市区町村を個別に考えるだけでなく、2 次医療圏や市部・郡部のような広域的なまとまりでの特徴がないかという視点で市区町村地図を見ると、社会・文化的背景の影響を考えるヒントになるかもしれません。SMR の市区町村間の違いがどの疾患に由来するのかを考えるために、主要死因別 SMR を確認してください。例えば、県内北部は脳血管疾患 SMR が高く心疾患 SMR が低かったとすると、その地域は日本の伝統的な高血圧型の疾病構造なのかもしれない、などと考えられるでしょう。ある市だけ突出して脳血管疾患 SMR が高かったとすると、当該市に特徴的な背景（医療、産業、文化など）がないかを考える必要があるかもしれません。

①【見える化資料】「0.都道府県の寿命・死亡・健診データの特徴要約都道府県の特徴要約」の特定健診データも、リスク因子と生活習慣の状況を都道府県間の Z スコアで要約しています。平均寿命・健康寿命と死因別死亡を踏まえて、特定健診データから、リスク因子と生活習慣の状況を確認します。死因として脳血管疾患が多ければ高血圧等、虚血性心疾患が多ければ高血圧・糖尿病・脂質異常の状況、悪性新生物が多ければ喫煙率が高くないか等の視点で見っていきます。なお、服薬率が高いことは必ずしも悪いことではない（疾患が多い = 悪いこと、必要な人が治療を受けている = 良いこと）ので解釈には注意してください。

【見える化資料】「0.都道府県の寿命・死亡・健診データの特徴要約都道府県の特徴要約」

平成26年度特定健診データの都道府県別特徴の要約

A県



<読み解きの例(続き)>

A県の女性で(男性も)心疾患が多い理由を考えながらリスク因子の図(左)を見ると、肥満は全国平均と大差ないが、HbA1c、LDL コレステロール、DBP(拡張期血圧)など心疾患の重要な危険因子が高い。生活習慣(右図)では、女性の喫煙率(心疾患の重要な危険因子)・飲酒率が高く、男女ともに運動習慣がなく、背景として不規則な生活習慣がうかがえる。

<市区町村別分析>

市区町村国保における特定健診データの特徴は、③【見える化資料】「8.国保データベース(KDB)システムを使った医療費等の見える化」の「国保データベース(KDB)のCSVファイル加工ツール」を使って調べることができます。また、同資料の「特定健診データを用いたリスク因子等の標準化該当比の市区町村別地図作成ツール」等を用いて、国保だけでなく協会けんぽや他の保険者の特定健診データも併せて地図上に表すと、地域の特徴が分かりやすくなります。近年ではこのような地図による見える化を行う県も増えてきています。

★読み解き作業★

【ワークシート I-1 (2)】に記入してみましょう。

<着目点>

どの疾病での死亡が多いのか、年齢調整死亡率が高いのか、悪化・改善傾向どちらなのか、それは予防可能な疾患によるものなのか、高額な医療につながる疾患なのか、要介護の原因疾患として重要か、健康寿命への影響はどうか、現状を把握します。さらに、関連する重要なリスク因子を明らかにすることで、生活習慣病等の具体的な対策に繋がります。

<ヒント>

人数が多い、年齢調整死亡率(SMR)が高い、後遺症が重い疾患⇒特に重要。

【ワークシート I-1 (2)】

＜重要な死因と理由をメモしましょう＞

一時点で見て、特に問題のある死因は何か？



その経年推移を確認、全国比でどう推移しているか？（高・低／悪化・改善）



＜関連する重要なリスク因子をメモしましょう＞

・上記死因に関連するもの（DVD 収載「生活習慣病の危険因子について」参照）

・それ以外

＜県内地域差を確認しましょう＞

(3) 医療費の特徴と課題を把握する

(3-1) 疾病別医療費の特徴と課題を把握する

【手順 I-1 (3-1)】のように自都道府県の**疾病別**医療費の特徴を調べましょう。医療費の情報は膨大なため、全てを読み解こうとするのではなく、【ワークシート I-1 (2)】で重要な死因と考えられた疾患（例：脳血管疾患、心疾患、悪性新生物等）や、死因としては挙がりにくいが重篤な疾患（例：人工透析等）およびそれらのリスク因子の管理に関する医療の状況を中心にして見ていきます。要介護の原因疾患（例：脳血管疾患、筋骨格系疾患等）にも注目します。

【手順 I-1 (3-1)】：疾病別医療費の特徴と課題を把握する

●使用する資料

- ① 【見える化資料】「1.医療費の内訳(疾病別)」
- ② 【見える化資料】「7.協会けんぽの分析」
- ③ 【見える化資料】「8.国保データベース(KDB)システムを使った医療費等の見える化」

●資料の出典

- ① 厚生労働省から各都道府県に送付の医療費適正化計画関係のデータセット（2017年度診療分のNDBデータ）
- ② 全国健康保険協会「加入者基本情報、医療費基本情報」
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g7/cat740/sb7200/sbb7204>
- ③ 地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集
<https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>

●基礎知識：（「巻末：データを読むための基礎知識」参照）

「年齢調整とは」

「標準化死亡比（SMR）、標準化比」

●具体的手順

平均寿命・健康寿命・死因別死亡・リスク因子・生活習慣の特徴を踏まえて、レセプト情報を用いて医療費の分析を行います。医療費の情報は膨大なため、全てを読み解こうとするのではなく、【ワークシート I-1 (2)】で重要な死因と考えられた疾患（例：脳血管疾患、心疾患、悪性新生物等）や、死因としては挙がりにくい重篤な疾患（例：人工透析等）およびそれらのリスク因子の管理に関する医療の状況を中心にして見ていきます。要介護の原因疾患（例：脳血管疾患、筋骨格系疾患等）にも注目します。

なお、以下で例示する見える化資料は仮想データのため、前出のA県の特徴と関連付けて解説することができませんが、各都道府県の実際のデータを見るときには、各種指標の上下関係（原因～結果）を必ず意識しましょう。

①【見える化資料】「1.医療費の内訳(疾病別)」(例 p. 16-17) は、都道府県別に、入院・入院外＋歯科・診療種別計それぞれ、医療費の内訳を疾病別（「社会保険表章用疾病分類」のうち頻度の少ない疾病を併合して「10000 その他」にするなど、93 分類にしたもの）に示した図表です。

(注) レセプトの主傷病であることを表すフラグがある場合はその傷病に、ない場合は「9999 分類できない疾病」に分類しました。そのため、「9999 分類できない疾病」の標準化比が大きい（小さい）場合には、他の疾病の標準化比が小さめ（大きめ）に算出されている可能性があるのをご注意ください。なお、歯科レセプトのほとんどは「8888 歯科レセプト詳細不明」に分類されています。

図 (p.17) の棒の長さ（横方向）は、SMRと同じ計算原理で年齢調整したうえでの対全国比（同年の全国=100）を表し、標準化比あるいは地域差指数と呼ばれます。例えば、標準化比=120であれば、年齢構成の影響を補正したうえで、全国よりも1.2倍医療費がかかっていることを意味し、標準化比=80であれば、0.8倍、つまり2割少ないことを意味します。標準化比が大きい疾病は、年齢構成の割に当該疾病の医療（費）が多いことを意味するので、地域の健康状態の指標として特に健康づくり・疾病予防の観点から重要です。ただし、疾病によっては療養病床数など医療の提供体制の影響を受ける可能性があるため、必ずしも地域の健康状態を表すとは限らないという点に注意して解釈してください。

一方、標準化比がいくら大きくても、頻度の少ない疾病では医療費全体に与える影響は僅かです。図では、棒の高さ（縦方向）が全国での平均的な医療費（年齢構成に相応の医療費＝期待医療費）に比例するように描かれており、これに標準化比（横方向の長さ）を乗じた棒の面積が当該県での実際の医療費に比例します。例示では、入院外＋歯科の高血圧性疾患と糖尿病は、面積が大きく標準化比が大きいため、医療費全体に与える影響および健康づくり・疾病予防の両方の観点から重要と考えられます。また、これらのリスク因子によってリスクが高まる虚血性心疾患と脳出血・脳梗塞も標準化比が大きく、要介護の原因となり、健康寿命も悪化させるので、特に重症化予防に力を入れる必要があるでしょう。

【見える化資料】「1.医療費の内訳(疾病別)」の表 (p.16) は、図の元となる数値表です。必要に応じて参照してください。

★読み解き作業★

【ワークシート I -1 (3-1) 】に記入してみましょう。

<着目点>

対全国比でどの疾患による**医療費が多い**（面積が大きい）のか、**標準化比が大きい**（棒が横方向に長い：長い＝人口構成のわりに全国より余計に医療費がかかっている）のか、（悪化・改善傾向どちらなのか：今回はデータなし）、それは**予防可能な疾患**によるものなのか、**要介護の原因**（例：脳血管疾患コード 904-908、筋骨格系コード 1300-1310 等）として重要か、を把握する。

<ヒント>

- 重篤な疾患（例：脳卒中）の医療費が高く、リスク因子（例：高血圧）の医療費が低い
⇒リスク因子を医療で管理する必要がある。
- 標準化比（棒の横方向の長さ）が大きい疾病⇒健康づくりの視点から重要。
- 医療費（棒の面積）が大きい疾病⇒医療費への影響の観点から重要。
- 棒が長く面積が大きい疾病⇒両者の視点から特に重要。
- 悪化傾向⇒さらに重要。
- 要介護の原因⇒さらに重要。
- 予防可能⇒重要。

<保険者別分析>

②【見える化資料】「7.協会けんぽの分析」は、同様の図表を協会けんぽの公表データを元に作成したものです。疾患別レセプト件数の経年的な推移も年齢調整した標準化比で確認できます。

③【見える化資料】「8.国保データベース(KDB)システムを使った医療費等の見える化」のツールを使うと、市区町村等国保と後期高齢者医療の医療費についても同様の図表を作成することができます。標準化比の経年推移も確認できます。

同様に【ワークシート I -1 (3-1) 】に記入してみましょう。

【ワークシート I-1 (3-1)】

<重要な疾患名と理由を整理しましょう>

まずは【見える化資料】「1.医療費の内訳(疾病別)」の「全年齢」「診療種別計」を男女別に見る。

特に詳しく見たい疾患は、「年齢別」「入院／入院外＋歯科」についても見る。

※矢印や○などの記号は自分で見やすいように工夫してください。

代表的疾患 適宜追加しましょう	標準化比 (棒の長さ (横方向))		医療費 (面積)		要介護の原因 重要○○		予防可能性 可能○○		小括 特に重要な もの○○	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
例) 糖尿病	↑↑	→	↑	→	○	○	◎	◎	◎	
402 糖尿病										
901 高血圧性疾患										
904-908 脳血管疾患										
201-210 悪性新生物										
1300-1310 筋骨格系										

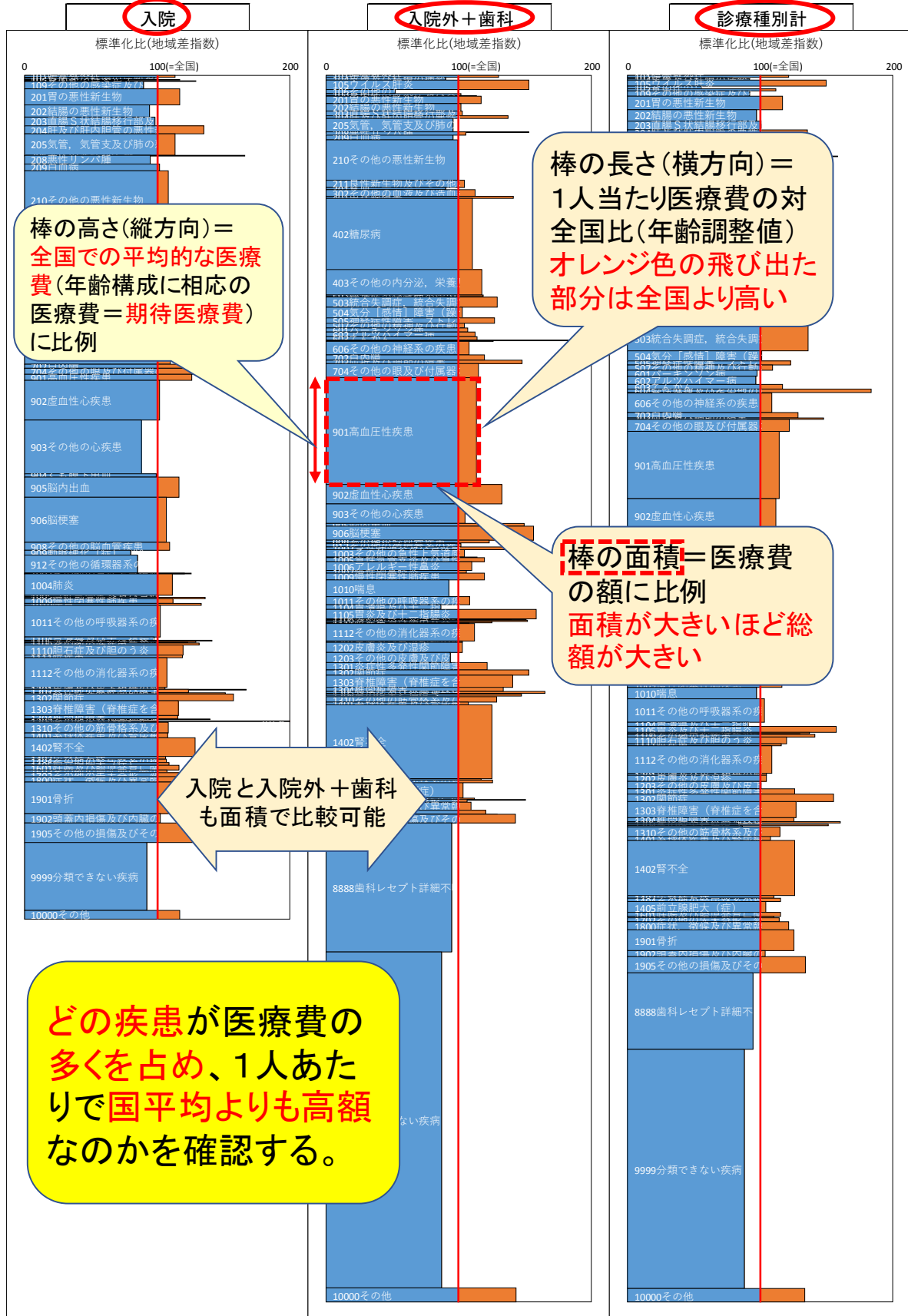
【見える化資料】「1.医療費の内訳(疾病別)」

医療費の疾病別内訳 - **どの疾病が多くを占め全国比で高いのか**

20XX年度/〇〇県(男・全年齢)

医療費の内訳(疾病別)				入院				入院外+歯科				診療種別計			
疾病コード	疾病名	被保険者等人数	合計医療費(円)	1人あたり医療費(円)	標準化比(全国=100)	被保険者等人数	合計医療費(円)	1人あたり医療費(円)	標準化比(全国=100)	被保険者等人数	合計医療費(円)	1人あたり医療費(円)	標準化比(全国=100)		
0	全疾病	1,929,744	275,407,301,412	142,717	109.8	1,929,744	386,271,028,191	200,167	105.9	1,929,744	661,678,329,603	342,884	107.5		
101	腸管感染症	1,929,744	703,433,680	365	113.4	1,929,744	807,584,952	418	129.9	1,929,744	1,511,018,632	783	121.7		
102	結核	1,929,744	260,083,185	135	82.5	1,929,744	47,762,727	25	63.4	1,929,744	307,845,912	160	78.8		
104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	1,929,744	230,360,604	119	99.6	1,929,744	695,602,553	360	90.3	1,929,744	925,963,157	480	92.4		
105	ウイルス肝炎	1,929,744	273,247,096	142	116.7	1,929,744	4,153,487,328	2,152	152.9	1,929,744	4,426,734,423	2,294	150.0		
106	その他のウイルス疾患	1,929,744	133,292,428	69	77.8	1,929,744	640,853,565	332	52.4	1,929,744	774,145,993	401	55.5		
107	真菌症	1,929,744	494,905,650	256	128.9	1,929,744	652,061,795	338	101.6	1,929,744	1,146,967,445	594	111.8		
109	その他の感染症及び寄生虫症	1,929,744	1,949,616,728	1,010	89.7	1,929,744	255,960,557	133	113.4	1,929,744	2,205,577,285	1,143	92.0		
201	胃の悪性新生物	1,929,744	5,499,710,274	2,850	117.0	1,929,744	2,577,248,705	1,336	117.1	1,929,744	8,076,958,978	4,186	117.1		
202	結腸の悪性新生物	1,929,744	3,358,976,457	1,741	94.2	1,929,744	2,202,699,403	1,141	101.7	1,929,744	5,561,675,860	2,882	97.0		
203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,533,704,425	795	103.0	1,929,744	4,232,306,761	2,193	100.0		
204	肝及び肝内胆管の悪性新生物	1,929,744	1,464,044,552	759	106.6	1,929,744	843,846,303	437	136.9	1,929,744	4,008,211,777	2,077	135.5		
205	気管、気管支及び肺の悪性新生物	1,929,744	1,540,305,015	797	106.6	1,929,744	3,940,296,993	2,042	95.9	1,929,744	11,071,281,845	5,737	106.5		
206	乳房の悪性新生物	1,929,744	1,820,746,467	944	106.6	1,929,744	41,177,600	21	152.7	1,929,744	72,343,513	37	158.2		
207	子宮の悪性新生物	1,929,744	1,556,801,413	808	106.6	1,929,744	0	0	0.0	1,929,744	0	0	0.0		
208	悪性リンパ腫	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,095,085,550	567	105.3	1,929,744	3,655,320,071	1,894	97.5		
209	白血病	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,223,676,253	634	95.8	1,929,744	3,176,620,933	1,646	99.3		
210	その他の悪性新生物	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	11,857,475,334	6,145	99.3	1,929,744	30,803,756,741	15,963	104.8		
211	良腫瘍	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	2,321,533,654	1,203	104.4	1,929,744	6,491,811,627	3,364	115.8		
301	骨折	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	622,774,036	323	90.0	1,929,744	1,128,155,580	585	92.0		
302	捻挫	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	2,255,695,682	1,169	112.3	1,929,744	1,520,560,634	785	103.4		
401	甲殻類アレルギー	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	836,745,740	434	141.3	1,929,744	1,011,540,283	524	144.4		
402	蜂刺傷	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	23,184,041,676	12,014	110.4	1,929,744	28,290,950,848	14,660	115.1		
403	その他アレルギー	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	9,064,498,623	4,697	117.7	1,929,744	11,063,301,456	5,733	117.1		
501	心臓病	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	353,685,578	183	118.3	1,929,744	1,590,797,935	824	86.0		
502	脳血管疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	336,257,849	174	93.4	1,929,744	1,889,024,062	979	116.2		
503	統合失調症	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	3,686,731,457	1,910	129.0	1,929,744	17,606,218,280	9,124	136.3		
504	気分障害	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	3,396,953,338	1,760	103.0	1,929,744	5,041,356,905	2,612	101.4		
505	神経症	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	2,038,195,289	1,056	127.2	1,929,744	2,383,680,172	1,235	122.8		
507	その他精神障害	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,431,922,177	742	104.3	1,929,744	2,988,523,590	1,549	109.5		
601	パニック障害	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,307,692,605	678	106.9	1,929,744	3,055,706,618	1,583	97.7		
602	アスペルger症	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,434,608,379	743	112.3	1,929,744	3,747,856,043	1,942	96.7		
603	その他発達障害	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,269,023,292	658	113.7	1,929,744	2,733,067,845	1,416	117.0		
604	脳性麻痺	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	463,380,900	240	192.7	1,929,744	3,027,702,103	1,569	183.5		
605	自律神経系の障害	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	133,853,556	69	125.9	1,929,744	392,239,744	203	87.6		
606	その他の神経系の疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	4,295,827,782	2,226	107.6	1,929,744	10,469,979,704	5,426	108.8		
702	白内障	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,959,265,033	1,015	119.6	1,929,744	3,499,570,048	1,813	128.7		
703	屈折及び調節の障害	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,340,026,409	694	147.7	1,929,744	1,421,647,155	737	147.7		
704	その他の眼及び付属器の疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	4,872,763,494	2,525	151.1	1,929,744	7,298,359,030	3,782	121.9		
901	高血圧性疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	35,971,238,003	18,640	113.5	1,929,744	38,386,855,908	19,892	114.2		
902	虚血性心疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	7,619,709,711	3,949	132.4	1,929,744	19,598,867,316	10,156	111.7		
903	その他の心疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	6,109,445,798	3,166	105.0	1,929,744	20,067,798,651	10,399	92.8		
904	くも膜下出血	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	134,064,313	69	110.6	1,929,744	1,297,817,349	673	100.3		
905	脳内出血	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,020,079,359	529	149.2	1,929,744	2,717,615,037	4,051	120.1		
906	脳梗塞	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	6,560,041,563	3,399	156.3	1,929,744	21,010,498,000	10,888	118.5		
908	その他の脳血管疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,005,575,005	521	123.1	1,929,744	3,489,272,531	1,808	112.9		
909	動脈硬化(症)	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	314,120,469	163	97.1	1,929,744	1,506,400,842	781	83.3		
912	その他の循環器系の疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	957,354,997	496	101.6	1,929,744	5,456,420,866	2,828	87.5		
1002	急性咽喉炎及び急性扁桃炎	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,182,369,463	613	156.1	1,929,744	1,362,774,091	706	151.2		
1003	その他の急性上気道感染症	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	2,201,315,975	1,141	104.2	1,929,744	2,358,298,703	1,222	105.1		
1004	肺炎	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	282,720,697	147	113.8	1,929,744	7,422,721,489	3,846	114.6		
1005	急性気管支炎及び急性気管支炎	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,459,778,358	756	119.7	1,929,744	1,888,643,863	979	114.6		
1006	アレルギー性鼻炎	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	2,802,568,047	1,452	109.7	1,929,744	2,835,335,804	1,469	108.8		
1007	慢性副鼻腔炎	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	896,056,451	465	106.0	1,929,744	1,474,167,930	764	116.1		
1009	慢性閉塞性肺疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	2,407,840,428	1,248	119.7	1,929,744	4,086,853,736	2,118	116.4		
1010	喘息	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	4,633,631,766	2,427	92.8	1,929,744	5,474,730,382	2,837	97.0		
1011	その他の呼吸器系の疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	2,543,297,784	1,318	108.3	1,929,744	12,146,072,439	6,294	103.5		
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	1,195,800,147	620	86.6	1,929,744	2,109,540,951	1,093	91.2		
1105	胃炎及び十二指腸炎	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	4,305,146,925	2,231	158.4	1,929,744	4,537,242,763	2,351	157.4		
1106	アルコール性肝疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	357,211,822	185	150.9	1,929,744	871,648,091	452	137.3		
1109	肝硬変(アルコール性のものを除く)	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	77,870,637	144	139.9	1,929,744	621,753,880	322	129.9		
1109	その他の肝疾患	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	760,954,563	394	151.6	1,929,744	1,536,134,858	796	141.0		
1110	胆石症及び胆のう炎	1,929,744	1,163,753,037	604	106.0	1,929,744	3,668,040,253	1,901	113.3	1,929,744	4,034,04				

20XX年度/〇〇県(男・全年齢)/医療費の内訳(疾病別)



(3-2) 保険者別医療費の特徴と課題を把握する

【手順 I-1 (3-2)】のように、自都道府県の**保険者別**医療費の特徴を調べましょう。その際には、【手順 I-1 (2)】で把握した平均寿命・健康寿命・死因別 SMR の市区町村別特徴を踏まえて見ましょう。例えば、脳血管疾患 SMR が高い市区町村では、脳血管疾患の入院・外来医療費はどうか、そのリスク因子（高血圧等）は外来で管理されているのかというように、課題となる疾患とリスク因子の両方に着目します。

【手順 I-1 (3-2)】：保険者別医療費の特徴と課題を把握する

●使用する資料

- ④ 【見える化資料】「2.医療費の内訳(市町村等別)」
- ② 【見える化資料】「7.協会けんぽの分析」
- ③ 【見える化資料】「8.国保データベース(KDB)システムを使った医療費等の見える化」

●資料の出典

- ④ 厚生労働省から各都道府県に送付の医療費適正化計画関係のデータセット（2017 年度診療分の N D B データ）
- ② 全国健康保険協会「加入者基本情報、医療費基本情報」
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/q7/cat740/sb7200/sbb7204>
- ③ 地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集
<https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>

●基礎知識：（「巻末：データを読むための基礎知識」参照）

「年齢調整とは」

「標準化死亡比（S M R）、標準化比」

●具体的手順

レセプト情報を用いて各都道府県内の保険者別医療費の特徴を把握します。④【見える化資料】「2.医療費の内訳(市町村等別)」では、市区町村（国保と後期高齢者医療）、国保組合（計）、被用者保険（計）に分かれています。市区町村の0-74歳は主に国保ですが、障害認定された後期高齢者医療制度の被保険者も含まれます。

まず、全疾病で保険者の内訳を確認しましょう（例：p.22-23）。図の見方は（3-1）と同様に、図の棒の長さ（横方向）は、年齢調整したうえでの対全国比（同年の全国=100とした標準化比）で、

棒の面積は当該保険者での医療費に比例します。標準化比が大きい疾病は、当該保険者の健康状態の指標として特に健康づくり・疾病予防の観点から重要です（医療の提供体制の影響を受ける可能性はあります）。一方、棒の高さ（縦方向）は全国での平均的な医療費（年齢構成に相応の医療費＝期待医療費）に比例するように描かれており、これに標準化比（横方向の長さ）を乗じた棒の面積が当該保険者での医療費に比例します。

例では、0-74歳の主に市町村国保で標準化比がかなり大きく、被用者保険は全国並みで、市町村国保は全体的に健康状態に改善の余地が多いのかもしれませんが。標準化比ではF市やG市が特に大きいですが、A市やB市は人数が多く標準化比も大きいため、県全体の医療費への与える影響は大きいと考えられます。被用者保険は標準化比が全国並みとはいえ、面積が非常に大きいので、被用者保険のさらなる改善は県全体の医療費の改善にとって重要であると言えるでしょう。

次に、疾病別に保険者の内訳を見ます（**糖尿病の例：p.24-25**）。全ての疾病を網羅的に見るのではなく、**【手順 I -1 (3-1)】**で確認したように、〇〇県では高血圧性疾患と糖尿病、およびこれらのリスク因子によってリスクが高まる虚血性心疾患や脳梗塞・脳出血が重要でしたので、まずはこれらの疾患を中心に見ることをおすすめします。その他の疾患は、個別の疾患対策を検討する際に必要な箇所だけ見ればよいでしょう。

なお、表はそれぞれの図の元となる数値表です。必要に応じて参照してください。

★読み解き作業★

【ワークシート I-1 (3-2)】に記入してみましょう。

<着目点>

対全国比でどの疾患による**医療費が多い**（面積が大きい）のか、**標準化比が大きい**（棒が横方向に長い：長い=人口構成のわりに全国より余計に医療費がかかっている）のか、（悪化・改善傾向どちらなのか：今回はデータなし）、それは**予防可能な疾患**によるものなのか、**要介護の原因**（例：脳血管疾患コード 904-908、筋骨格系コード 1300-1310 等）として重要か、を把握する。

<ヒント>

- 重篤な疾患（例：脳卒中）の医療費が高く、リスク因子（例：高血圧）の医療費が低い
⇒リスク因子を医療で管理する必要がある。
- 標準化比（棒の横方向の長さ）が大きい疾病⇒健康づくりの視点から重要。
- 医療費（棒の面積）が大きい疾病⇒医療費への影響の観点から重要。
- 棒が長く面積が大きい疾病⇒両者の視点から特に重要。
- 悪化傾向⇒さらに重要。
- 要介護の原因⇒さらに重要。
- 予防可能⇒重要。

<保険者別分析>

②【見える化資料】「7.協会けんぽの分析」は、同様の図表を協会けんぽの公表データを元に作成したものです。疾患別レセプト件数の経年的な推移も年齢調整した標準化比で確認できます。

③【見える化資料】「8.国保データベース(KDB)システムを使った医療費等の見える化」のツールを使うと、市区町村等国保と後期高齢者医療の医療費についても同様の図表を作成することができます。標準化比の経年推移も確認できます。

同様に【ワークシート I-1 (3-2)】に記入してみましょう。

【ワークシート I-1 (3-2)】

<重要な疾患名と理由を整理しましょう>

まずは【見える化資料】「2.医療費の内訳(市町村等別)」の「全年齢」「診療種別計」を男女別に見る。

特に詳しく見たい疾患は、「年齢別」「入院／入院外+歯科」についても見る。

※矢印や○などの記号は自分で見やすいように工夫してください。

代表的疾患 適宜追加しましょう	標準化比 (棒の長さ)		医療費 (面積)		要介護の原因 重要◎○		予防可能性 可能◎○		小括 特に重要な	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
例) 糖尿病	↑↑	→	↑	→	○	○	◎	◎	◎	
402 糖尿病										
901 高血圧性疾患										
904-908 脳血管疾患										
201-210 悪性新生物										
1300-1310 筋骨格系										

【見える化資料】「2.医療費の内訳(市町村等別)」

医療費の自治体等別内訳ーどの自治体等が多くを占め全国比で高いのか(全疾病)

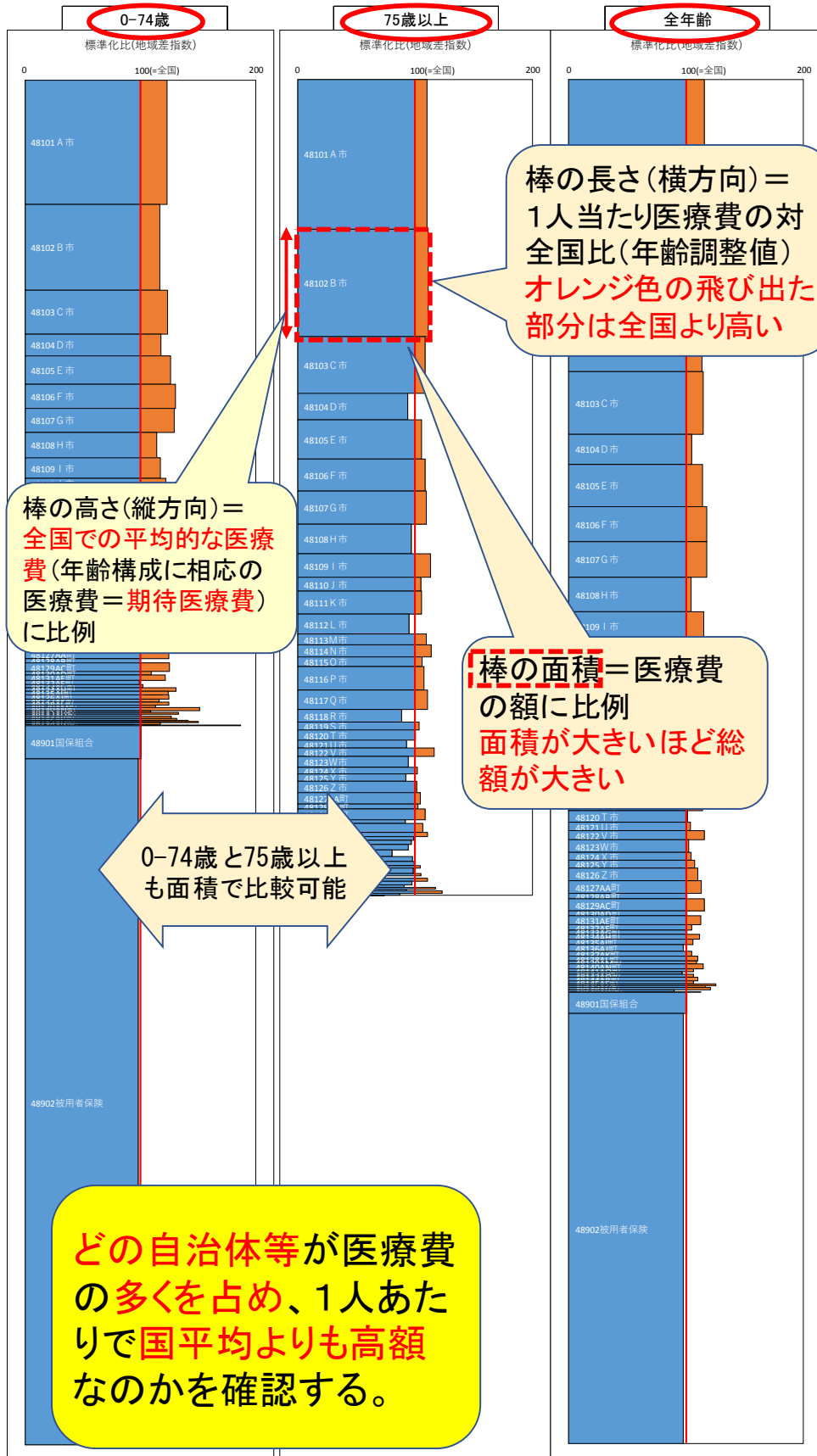
20XX年度/〇〇県(男)/0全疾病[診療種別計]

医療費の内訳(市町村等別)	0-74歳				75歳以上				全年齢					
	自治体コード等	自治体名等(市区町村は国保+後期高齢)	被保険者等人数	合計医療費(円)	1人あたり医療費(円)	標準化比(全国=100)	被保険者等人数	合計医療費(円)	1人あたり医療費(円)	標準化比(全国=100)	被保険者等人数	合計医療費(円)	1人あたり医療費(円)	標準化比(全国=100)
48	〇〇県		1,682,504	418,334,078,092	248,638	108.6	247,239	243,344,251,511	984,247	105.7	1,929,744	661,678,329,603	342,884	107.5
48101	A市		100,353	42,866,878,116	427,162	123.0	44,140	45,437,684,895	1,029,406	110.0	144,492	88,304,563,011	611,136	115.9
48102	B市		72,863	28,023,863,813	384,611	116.8	34,052	33,076,809,923	971,358	110.9	106,915	61,100,673,736	571,488	113.5
48103	C市		32,889	15,075,172,431	458,371	123.4	16,235	16,989,073,322	1,046,464	108.3	49,123	32,064,245,754	652,729	114.9
48104	D市		19,437	7,305,490,695	375,856	117.8	7,829	6,925,044,550	884,495	93.6	27,266	14,230,535,245	521,909	104.7
48105	E市		20,639	10,024,481,197	485,715	126.1	11,361	11,417,227,297	1,004,910	105.2	32,000	21,441,708,494	670,052	114.0
48106	F市		19,671	8,789,618,320	446,838	130.5	9,831	9,522,033,705	968,547	108.3	29,502	18,311,652,025	620,693	117.9
48107	G市		17,087	8,610,064,625	503,894	129.4	9,884	10,171,982,981	1,029,151	109.5	26,971	18,782,047,606	696,382	117.8
48108	H市		20,247	8,093,731,524	399,746	113.9	8,765	7,955,662,277	907,649	96.6	29,012	16,049,393,801	553,192	104.6
48109	I市		15,319	6,798,840,529	443,832	112.2	6,774	7,356,391,862	1,085,975	113.1	22,093	14,155,232,391	640,726	115.0
48110	J市		7,969	3,505,017,701	439,820	122.1	4,025	3,926,195,648	975,368	104.9	11,995	7,431,213,349	619,549	112.4
48111	K市		48				6,997	6,810,862,498	973,417	105.3	23,762	13,295,447,245	559,525	108.4
48112	L市		87				5,602	5,126,533,347	915,173	94.6	14,693	8,976,183,534	610,901	100.3
48113	M市		19				3,370	3,367,730,254	999,332	109.4	12,209	6,916,785,773	566,510	116.0
48114	N市		83				3,431	3,725,205,096	1,085,790	113.4	10,424	7,006,607,879	672,172	118.5
48115	O市		13				3,115	2,936,459,041	942,691	105.9	13,155	6,698,393,254	509,196	112.0
48116	P市		87				7,338	7,030,617,073	958,106	107.5	20,786	12,611,139,860	606,711	112.7
48117	Q市		17				5,692	5,833,661,404	1,024,941	110.6	16,298	10,367,306,921	636,127	114.7
48118	R市		78				3,867	3,105,490,337	802,996	88.6	12,196	6,446,598,515	528,585	103.8
48119	S市		40				2,355	2,308,025,161	980,131	103.5	8,923	4,845,689,401	543,046	113.9
48120	T市		76				3,040	2,867,091,046	943,246	100.0	9,485	5,196,656,922	547,888	101.3
48121	U市		48				2,390	1,972,884,620	825,512	92.6	7,245	3,968,157,468	547,704	103.7
48122	V市		28				2,325	2,626,595,567	1,129,929	116.2	7,324	4,748,746,095	648,365	115.8
48123	W市		38				3,167	2,827,814,031	892,900	94.1	9,980	5,686,829,168	569,836	102.5
48124	X市		954				1,976	1,930,250,028	976,675	101.9	6,234	3,653,499,982	586,044	104.6
48125	Y市		954				2,200	1,810,406,116	822,807	92.2	6,713	3,763,504,876	560,644	107.2
48126	Z市		319				3,276	3,187,934,607	973,179	101.3	9,500	6,128,856,926	645,141	110.2
48127	AA		639				3,422	3,320,524,601	970,309	104.3	11,185	6,334,322,240	566,320	113.1
48128	AB		282				1,417	1,357,551,788	958,076	102.1	5,750	2,606,512,070	453,324	101.0
48129	AC		791				3,405	3,372,510,113	990,464	108.3	9,766	6,265,614,904	641,593	115.5
48130	AD		1,078				1,098	941,307,518	857,228	91.4	4,323	2,068,126,596	478,358	100.5
48131	AE		1,114				2,622	2,565,972,760	978,637	106.5	7,131	4,494,555,874	630,262	112.4
48132	AF		1,114				1,306	1,329,711,581	1,018,131	110.4	4,915	2,436,885,658	495,783	105.0
48133	AG		1,152				1,090	977,279,002	896,692	98.5	4,085	1,921,463,155	470,402	100.2
48134	AH		1,117				1,240	1,143,053,971	922,162	96.6	3,938	2,355,590,515	598,195	111.7
48135	AI		1,117				1,617	1,430,193,212	884,590	93.9	4,485	2,707,453,867	603,691	106.0
48136	AJ		1,117				1,869	1,467,881,152	785,569	80.3	4,810	2,960,399,119	615,438	97.7
48137	AK		1,117				1,419	1,301,799,633	917,588	97.8	3,679	2,279,115,992	619,498	104.9
48138	AL		1,117				1,270	1,125,960,871	886,686	99.5	3,419	2,186,881,305	639,670	110.3
48139	AM		1,117				697	706,195,701	1,013,782	104.5	2,845	1,522,074,177	534,930	109.0
48140	AN		1,117				1,578	1,500,105,888	950,474	98.4	3,463	2,545,962,233	735,129	114.8
48141	AO		1,117				758	781,821,065	1,031,581	104.7	2,500	1,458,746,500	583,550	106.5
48142	AP		1,117				752	506,030,363	673,151	73.6	1,923	1,089,926,544	566,735	96.8
48143	AQ		1,117				780	853,160,107	1,093,412	110.8	2,355	1,422,535,372	604,128	106.3
48144	AR		1,117				1,946	899,429,395	462,161	126.7	2,925	1,796,067,661	614,142	110.1
48145	AS		1,117				1,317	645,282,822	489,799	131.5	2,099	1,335,808,281	636,269	106.6
48146	AT		1,117				928	412,557,691	444,477	141.0	1,484	1,029,837,290	693,812	125.6
48147	AU		1,117				965	509,659,536	528,101	150.0	1,473	941,138,884	639,086	116.7
48148	AV		1,117				1,032	477,393,073	462,622	117.5	1,675	1,268,344,471	757,239	120.9
48149	AW		1,117				773	289,047,404	373,980	94.5	1,288	728,411,643	565,553	89.8
48150	AX		1,117				120	79,421,820	662,752	186.8	202	137,726,051	681,613	112.9
48901	国保組合		42,546	9,443,386,716	221,956	100.1	0	0	0	0.0	42,546	9,443,386,716	221,956	100.1
48902	被用者保険		1,115,392	187,657,841,148	168,244	97.9	0	0	0	0.0	1,115,392	187,657,841,148	168,244	97.9

被保険者人数
合計額
被保険者一人あたり額
対全国比(年齢調整)

市区町村は国保+後期
自治体等の名称

20XX年度/〇〇県(男)/〇全疾病[診療種別計]/医療費の内訳(市町村等別)



医療費の自治体等別内訳—どの自治体等が多くを占め全国比で高いのか(疾患別)

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)		0-74歳				75歳以上				全年齢			
自治体コード等	自治体名等(市区町村は国保+後期高齢)	被保険者等人数	合計医療費(円)	1人あたり医療費(円)	標準化比(全国=100)	被保険者等人数	合計医療費(円)	1人あたり医療費(円)	標準化比(全国=100)	被保険者等人数	合計医療費(円)	1人あたり医療費(円)	標準化比(全国=100)
48	〇〇県	1,682,504	18,505,309,134	10,999	115.9	247,239	9,785,641,350	39,580	113.6	1,929,744	28,290,950,484	14,660	115.1
48101	A市	100,353	2,051,462,805	20,443	123.3	44,140	1,918,663,290	43,468	123.7	144,492	3,970,126,095	27,476	123.6
48102	B市	72,863	1,456,097,655	19,984	127.4	34,052	1,396,505,968	41,011	122.3	106,915	2,852,603,623	26,681	124.9
48103	C市	32,889	649,092,809	19,736	110.6	16,235	742,025,559	45,706	126.2	49,123	1,391,118,368	28,319	118.4
48104	D市	19,437	293,964,067	15,124	100.8	7,829	187,199,890	23,910	68.0	27,266	481,163,956	17,647	84.9
48105	E市	20,639	450,808,235	21,843	117.1	11,361	397,039,910	34,946	97.6	32,000	847,848,144	26,495	107.1
48106	F市	19,671	565,855,753	28,766	173.9	9,831	574,055,491	58,391	177.3	29,502	1,139,911,244	38,638	175.6
48107	G市	17,087	394,763,427	23,104	120.8	9,884	368,965,238	37,330	106.3	26,971	763,746,666	28,318	113.4
48108	H市	20,247	379,457,903	18,741	110.6	8,765	304,697,358	34,762	99.3	29,012	684,155,260	23,582	105.4
48109	I市	15,319	300,451,549	19,614	107.0	6,774	294,796,683	43,519	119.6	22,093	595,248,232	26,943	112.9
48110	J市	7,969	154,990,349	19,449	110.3	4,025	188,426,917	46,810	135.9	11,995	343,417,266	28,631	123.3
48111	K市	8,007	154,990,349	19,449	110.3	6,997	240,906,926	34,431	99.8	23,762	536,989,233	22,599	103.2
48112	L市	9,955	154,990,349	19,449	110.3	5,602	268,757,022	47,978	135.9	14,693	500,866,977	34,088	135.2
48113	M市	8,848	154,990,349	19,449	110.3	3,370	132,719,399	39,383	114.4	12,209	308,541,831	25,271	121.8
48114	N市	10,428	154,990,349	19,449	110.3	3,431	119,420,357	34,808	97.3	10,424	267,383,205	25,651	106.8
48115	O市	9,311	154,990,349	19,449	110.3	3,115	90,783,414	29,144	84.1	13,155	213,370,445	16,220	82.8
48116	P市	8,886	154,990,349	19,449	110.3	7,338	352,319,188	48,013	145.1	20,786	625,415,341	30,088	133.5
48117	Q市	8,004	154,990,349	19,449	110.3	5,692	226,423,392	39,781	117.8	16,298	509,135,877	31,240	135.8
48118	R市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	3,867	127,540,321	32,978	97.9	12,196	320,467,324	26,277	127.4
48119	S市	8,008	154,990,349	19,449	110.3	2,355	72,228,223	30,673	85.8	8,923	191,216,031	21,429	107.5
48120	T市	10,110	154,990,349	19,449	110.3	3,040	61,659,372	20,285	57.6	9,485	181,789,482	19,166	84.2
48121	U市	8,426	154,990,349	19,449	110.3	2,390	62,718,093	26,243	79.3	7,245	190,116,520	26,241	117.6
48122	V市	8,391	154,990,349	19,449	110.3	2,325	60,676,041	26,102	72.4	7,324	160,144,872	21,865	92.9
48123	W市	8,663	154,990,349	19,449	110.3	3,167	135,983,646	42,938	121.0	9,980	326,537,309	32,720	137.7
48124	X市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,976	87,764,987	44,408	124.9	6,234	210,256,286	33,726	142.5
48125	Y市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	2,200	85,698,174	38,949	116.2	6,713	203,757,652	30,353	137.1
48126	Z市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	3,276	120,622,558	36,822	102.0	9,500	262,766,212	27,660	111.6
48127	A市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	3,422	78,019,994	22,799	67.0	11,185	157,200,188	14,054	68.2
48128	B市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,417	22,895,590	16,158	46.7	5,750	70,911,602	12,333	66.6
48129	C市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	3,405	92,324,669	27,115	80.3	9,766	206,132,872	21,108	90.3
48130	D市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,098	20,349,198	18,532	52.3	4,323	63,729,596	14,741	73.3
48131	E市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	2,622	97,488,372	37,181	111.5	7,131	193,409,132	27,121	117.3
48132	F市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,306	38,785,860	29,697	86.3	4,915	73,311,726	14,915	75.5
48133	G市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,090	31,694,141	29,081	86.1	4,085	57,363,342	14,043	71.4
48134	H市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,240	30,012,971	24,213	69.3	3,938	71,428,166	18,139	81.2
48135	I市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,617	63,419,419	39,226	112.7	4,485	114,745,019	25,585	107.3
48136	J市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,869	57,040,663	30,527	86.6	4,810	112,988,483	23,489	90.0
48137	K市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,419	59,808,045	42,156	123.2	3,679	118,034,338	32,084	131.4
48138	L市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,270	32,324,383	25,455	76.3	3,419	63,784,244	18,657	75.4
48139	M市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	697	12,793,351	18,366	50.3	2,845	48,102,769	16,906	80.9
48140	N市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,578	82,013,161	51,964	149.0	3,463	128,051,000	36,974	143.9
48141	O市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	752	23,858,634	31,738	96.8	2,500	46,493,266	18,599	80.6
48142	P市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,171	21,692,626	18,500	66.8	1,923	45,551,260	23,686	98.2
48143	Q市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,574	37,067,676	23,544	136.0	780	23,985,075	30,739	85.2
48144	R市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,946	26,752,197	13,746	77.8	978	23,674,874	24,198	67.9
48145	S市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,317	35,343,038	26,827	147.3	782	47,247,665	60,420	170.0
48146	T市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	928	30,795,802	33,178	222.0	556	27,601,305	49,631	143.4
48147	U市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	965	42,492,055	44,030	253.3	508	15,296,908	30,139	88.8
48148	V市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,032	26,890,981	26,099	185.2	643	19,538,763	30,385	84.4
48149	W市	8,110	154,990,349	19,449	110.3	773	18,093,606	23,410	119.3	515	10,800,862	20,970	60.3
48150	AX村	8,110	154,990,349	19,449	110.3	120	1,046,694	8,734	50.4	82	4,023,528	48,935	140.3
48901	国保組合	8,110	154,990,349	19,449	110.3	42,546	378,012,761	8,885	96.9	0	0	0	0.0
48902	被用者保険	8,110	154,990,349	19,449	110.3	1,115,392	7,414,869,614	6,648	110.0	0	0	0	0.0

(市区町村は国保+後期)
自治体等の名称

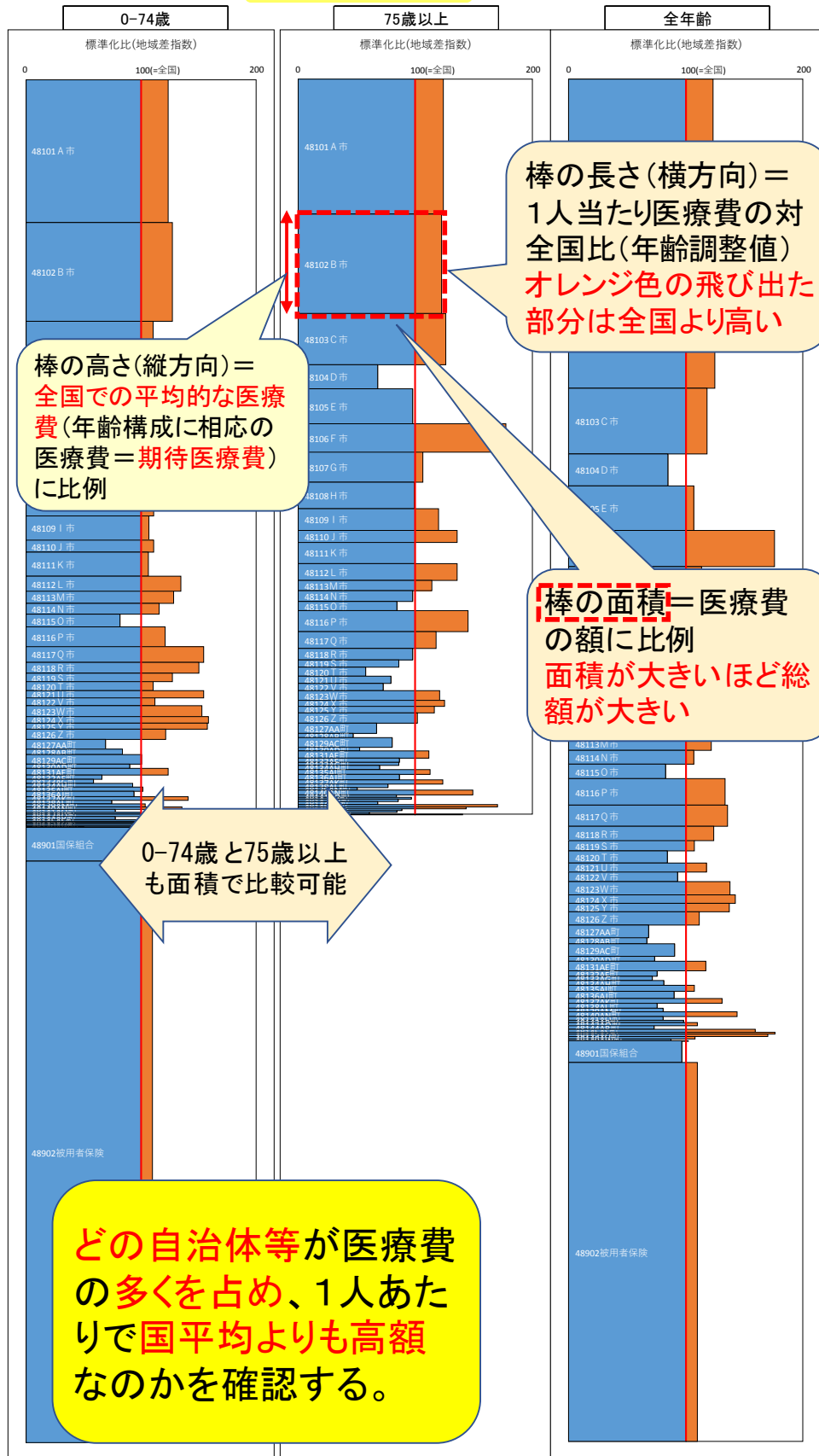
被保険者人数

合計額

被保険者一人あたり額

対全国比(年齢調整)

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)



I - 2. 予防できる疾患を予防するための関係者との連携・協働

関係者分析の手順

それでは、実際にご自分の都道府県の死亡・リスク因子・医療費の特徴を踏まえて対策を検討しましょう。前項（I - 1）の死亡・リスク因子・医療費の分析を踏まえて疾患予防対策の優先順位と内容を考えましょう。できるだけ多くの方の情報や意見を反映することで効果的な対策が可能となりますので、所属内外の専門職・事務職の方々とグループで作業することをおすすめします。

（1）対策の優先順位を考える

まず、前項（I - 1）を踏まえて対策の優先順位が高い疾患を選定し、理由と対策を整理しましょう。

【手順 I - 2（1）】：対策の優先順位が高い疾病、その理由、対策の内容を整理する

生活習慣病等の疾患を **1つ選び**、理由を書く（理由は簡単でよい）。

↓

考えられる対策の内容を付箋紙にできるだけ多く書き出す。（KJ法）

↓

付箋紙をグループ分けする。理想的な対策を【ワークシート I - 2（1）】に整理する。（これを丁寧に）

【ワークシート I - 2（1）】（記入例）

<対策の優先順位が高い疾患、その理由、対策の内容を整理しよう>

●疾患名（ 脳梗塞 ）

<理由>

県全体で男女とも高血圧が多く、SMRと入院医療費が全国より高く、要介護の原因疾患として重要。

<対策の内容>（KJ法等で作業し最終的に整理）

特定健診・特定保健指導の実施率向上と、非肥満を含めた高血圧対策。脳梗塞が多発している保険者への国保連合会と保健所を通じた支援。健康増進計画と連動したポピュレーションアプローチ。

(2) 関係組織の整理

対策を進めていくうえで関連する組織を書き出し、表と図で整理しましょう。「第3章 関係者との連携・協働」も参考にしてください。

【手順 I-2 (2)】：【ワークシート I-2 (1)】の対策を検討していくうえで都道府県内の関連組織を整理する

上記の生活習慣病等の予防対策推進に関わる重要な組織について、組織間の連携と役割が現状どこまで連携できているか、今後強化したい点等を整理する【ワークシート I-2 (2-1)】。

↓

付箋紙に関連組織名を書いて、以下の例を参考にして、関係図として整理する【ワークシート I-2 (2-2)】。

関連組織の例

<ul style="list-style-type: none"> ● 保険者協議会 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 各保険者、事業所 ➢ 国保連合会、健保連 ● 本庁の各部署（健康増進課、国保医療課、母子保健課、高齢者福祉課、疾病対策課） ● 市区町村（国保部門、一般衛生部門、保健センター） ● 地方衛生研究所 ● 健康科学センター ● 都道府県立の衛生系大学(看護大学、保健福祉大学) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 大学医学部、医科大学の公衆衛生学、予防医学系の各教室 ● 都道府県の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会 ● 郡市区等の医師会、歯科医師会、薬剤師会 ● 学校保健＝教育委員会 ● 産業保健＝産業保健総合支援センター ● 地域保健＝保健所、保健福祉センター ● 健診・保健指導実施機関
--	---

【ワークシート I-2 (2-1)】

＜対策を検討していくうえで都道府県内の関連組織を整理しましょう＞

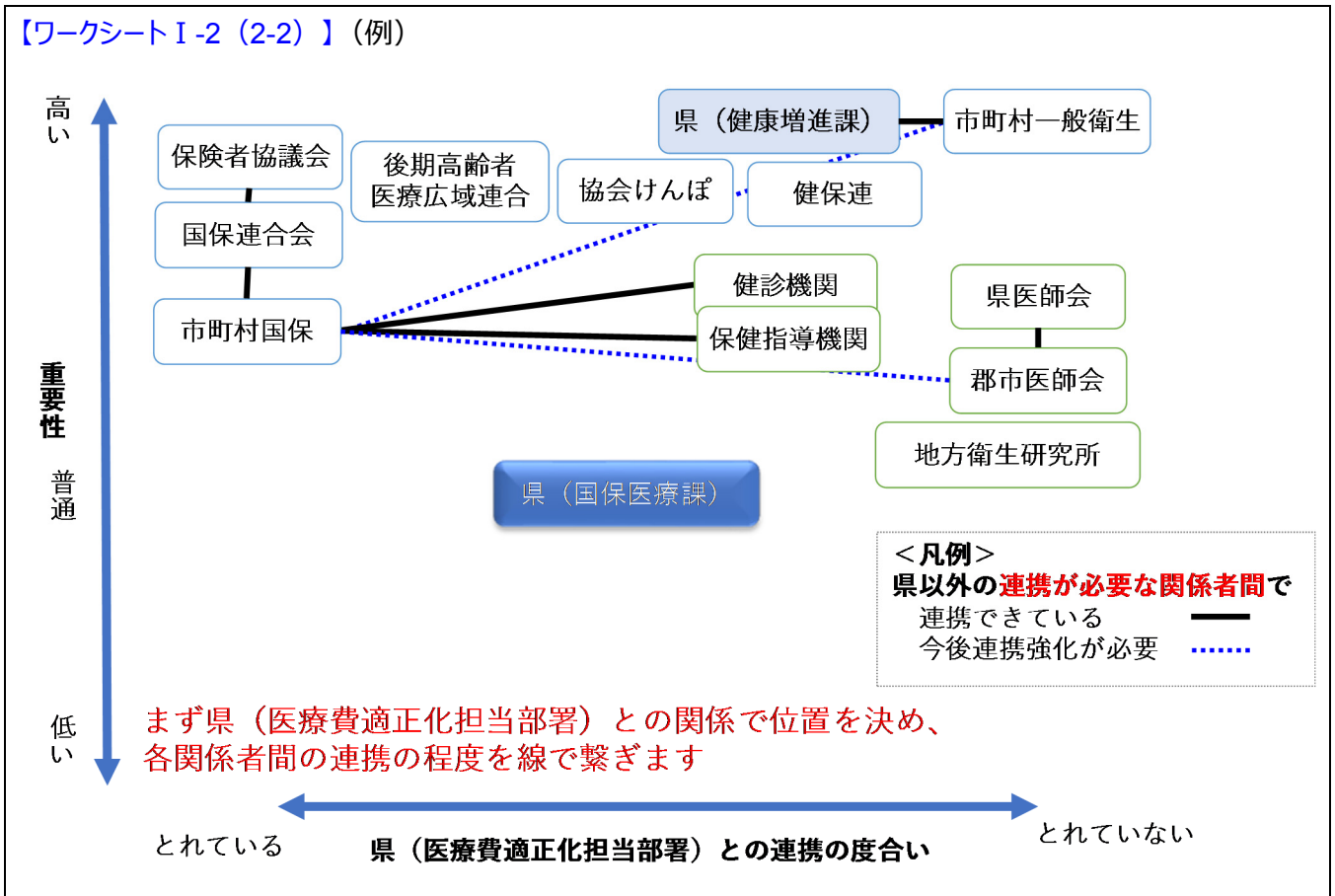
(記入例)

関連する組織	現在の役割	今後期待する役割	県(医療費適正化計画担当部署)との現在の連携	連携を強化する必要性	今後の方向性(連携強化の方策等)
県(国保医療課)	総合調整	保険者協議会を主導	主担当	関連組織との連携強化が必要	健康推進課との連携強化を要す
国保連合会	市町村データヘルス計画の支援、保険者協議会事務局	同左	良好	現在良好	医療費分析を強化
保険者協議会	保険者間の連携を協議	保険者間の連携の具体的方針の策定	県と国保連が協力して運営している	現在良好	医療費分析を強化
保険者	データヘルス計画(含、特定健診・保健指導)の推進	同左	被用者保険との連携が不十分	大	被用者保険と医療費分析で協力
県(健康増進課)	県健康増進計画推進、市町村健康増進計画支援	同左	不十分	大	生活習慣病予防で連携強化
市町村(衛生部門)	健康増進計画の推進	同左	不十分	大	県健康増進課を通じて強化する
(以下、略)					

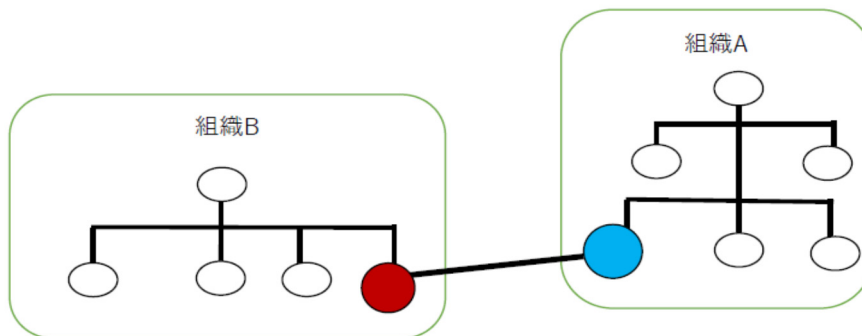
生活習慣病等の予防対策推進に関わる重要な組織について

重要性の高低×連携の度合いを、下記の例を参考に関係図として【ワークシートI-2(2-2)】に整理しましょう。

【ワークシートI-2(2-2)】(例)



* 関係者の内部構造を下記のように書き足すと連携相手が明確になる場合もあります。



(3) 支援の優先順位が高い保険者を選定する

医療費適正化に向けて、各保険者への支援が必要になることが多いでしょう。全ての保険者に対する支援が必要だとしても、時間や人手には限界があります。効果的・効率的に支援を行うために、支援が必要な保険者に優先順位をつけてみましょう。その際は、医療費の高低のみを検討するのではなく、関連する疾患の受療率等を検討し、「予防できる疾患なので力を入れよう」等、考察していくと優先順位がつけられると思います。

次に、効果的・効率的に支援を行うために、最も支援の優先順位が高い保険者を選定しましょう。その理由、支援の内容等を書き出しましょう。

【手順 I -2 (3)】：支援の優先順位が高い保険者を選定し、その理由、支援の内容を整理する

「【手順 I -1 (3-2)】保険者別医療費の特徴と課題を把握する」から、優先順位が高い保険者を選び、理由を記入。支援の内容は、意見を出し合い、【ワークシート I -2 (3)】に整理する。

【ワークシート I -2 (3)】 (例)

<支援の優先順位が高い保険者を選定し、その理由、支援の内容を整理しよう>

(記入例)

- 保険者名 (県北部の3市町)

<理由>

脳血管疾患のSMRと医療費が高いが、高血圧の受療率が低いため。

<支援の内容>

管轄保健所および国保連合会支援・評価事業を通じて、データヘルス計画と連動した重症高血圧への受療勧奨を強化。

（４）保険者全体への支援を検討する

重点的に支援が必要な保険者を優先して支援すると同時に、保険者全体への働き掛けも必要となります。各自治体の施策や事業との整合性を図ったり活用して、様々な支援を考えてみましょう。

【手順 I-2 (4)】：保険者全体に対する支援の内容を検討する

考えられる支援の項目について、以下のヒントを参考に思いつくものを付箋紙に書き出す。



支援の項目のうち、2～3項目を選び、その内容について具体的に追記するとともに、目的と支援の内容について意見を出し合い落とし込み、【ワークシート I-2 (4)】に整理する。

支援の項目ヒント

- ・データ提供（保険者別・年齢別等） ・通知 ・コラボヘルス
- ・研修会（データの読み解き、保険者同士のノウハウ勉強等）
- ・県民向け啓発（支援ツール提供・インセンティブ等）

【ワークシート I-2 (4)】（例）

<保険者全体に対する支援の内容を検討しよう>

（記入例）

- 支援項目 （ 医療費等データ読み解き研修会 ）

<目的>

各保険者が、死亡・リスク因子・医療費の特徴をふまえて対策を検討できるようになる。

<支援の内容>

保険者協議会主催の研修会において、各保険者に見える化資料を提供して地域診断演習を行い、データヘルス計画等の評価・見直しに活用する。

第2章 後発医薬品の数量シェアを 改善する

Ⅱ－１．後発医薬品の数量シェアを改善するための都道府県の役割を考える	
（１）後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者を確認する……………	34
（２）後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い薬効を確認する……………	40
Ⅱ－２．後発医薬品の数量シェア改善に向けた関係者との連携・協働	
（１）自県で後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者 ・薬効を確認する……………	46
（２）都道府県内の関連組織を整理する……………	48
（３）具体的な対策を検討する……………	50

Ⅱ - 1 . 後発医薬品の数量シェアを改善するための都道府県の役割を考える

読み解き手順

(1) 後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者を確認する

【手順Ⅱ-1 (1)】のように保険者別に後発医薬品の数量シェアを確認しましょう。それに基づいて、どの保険者への支援を強化することが、自都道府県全体の数量シェアの改善に効果的かを考えます。

【手順Ⅱ-1 (1)】：後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者を確認する

●使用する資料

- ① 【見える化資料】「4.後発シェアの内訳(保険者別)」(主に見る資料)
- ② 【見える化資料】「6.後発切替額の内訳(保険者別)」(参考に見る資料)

●資料の出典

- ①②厚生労働省から各都道府県に送付の医療費適正化計画関係のデータセット (2017 年度診療分の N D B データ)

●具体的手順

まず、①【見える化資料】「4.後発シェアの内訳(保険者別)」の「0 総計」を見ましょう (例：p.36-37)。

「後発医薬品のある医薬品」のうち、「後発医薬品」の割合が、「後発医薬品の割合 (数量シェア)」です。「入院」と「入院外 + 調剤」および「総計」がありますが、「入院外 + 調剤」の数量が圧倒的に多いので、「入院外 + 調剤」を中心にみるとよいでしょう。保険者は、「総計」の数量が多い順に並べてあります。

図の棒の高さ (縦方向) は、「後発医薬品のある医薬品」の数量に比例して描かれており、横方向の $100\%(=1)$ を乗じた面積 (点線で囲まれた四角形) が「後発医薬品のある医薬品」の数量と考えることもできます。そのうち、青い棒の長さ (横方向) が後発医薬品の割合 (数量シェア) を表しており、青い棒の面積が後発医薬品の数量を意味します。従って、棒の高さ (縦方向) が大きい保険者は、自都道府県全体の数量シェアに大きな影響があり、棒の長さ (横方向) が短い保険者は、改善の余地が大きいと考えられます。ピンク色の部分は全国での数量シェア (保険者の数量シェアが全国よりも高ければ隠れて見えな) で、全体の目標は 80% です。市区町村国保と同後期高齢者医療は分けて表示してありますが、同じ地域の数量シェアは似た傾向があるので、両者を併せて見ることをおすすめします。

また参考までに、②【見える化資料】「6.後発切替額の内訳(保険者別)」 (例：p.38-39) を見ておくと、どの保険者で切り替えによる効果額が大きいかが分かります。

★読み解き作業★

【ワークシートⅡ-1（1）】に記入してみましょう。

＜着目点＞

後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者を確認し、どのような対策があるか概要を考える。

（詳細はⅡ-2（3）で考えるので、ここでは概要だけ）

【ワークシートⅡ-1（1）】＜重要な保険者名と対策の概要をメモしましょう＞

働きかける相手	働きかける内容	働きかけの場
例) シェアが低い保険者	見える化資料（保険者別の薬効中分類別内訳を含む）を情報提供し、気づいたことを伝える。	国保連合会の個別支援。健保連経由の情報提供。
例) 保険者協議会（各保険者）	見える化資料を情報提供し、対策を協議してもらう。	保険者協議会の会議。

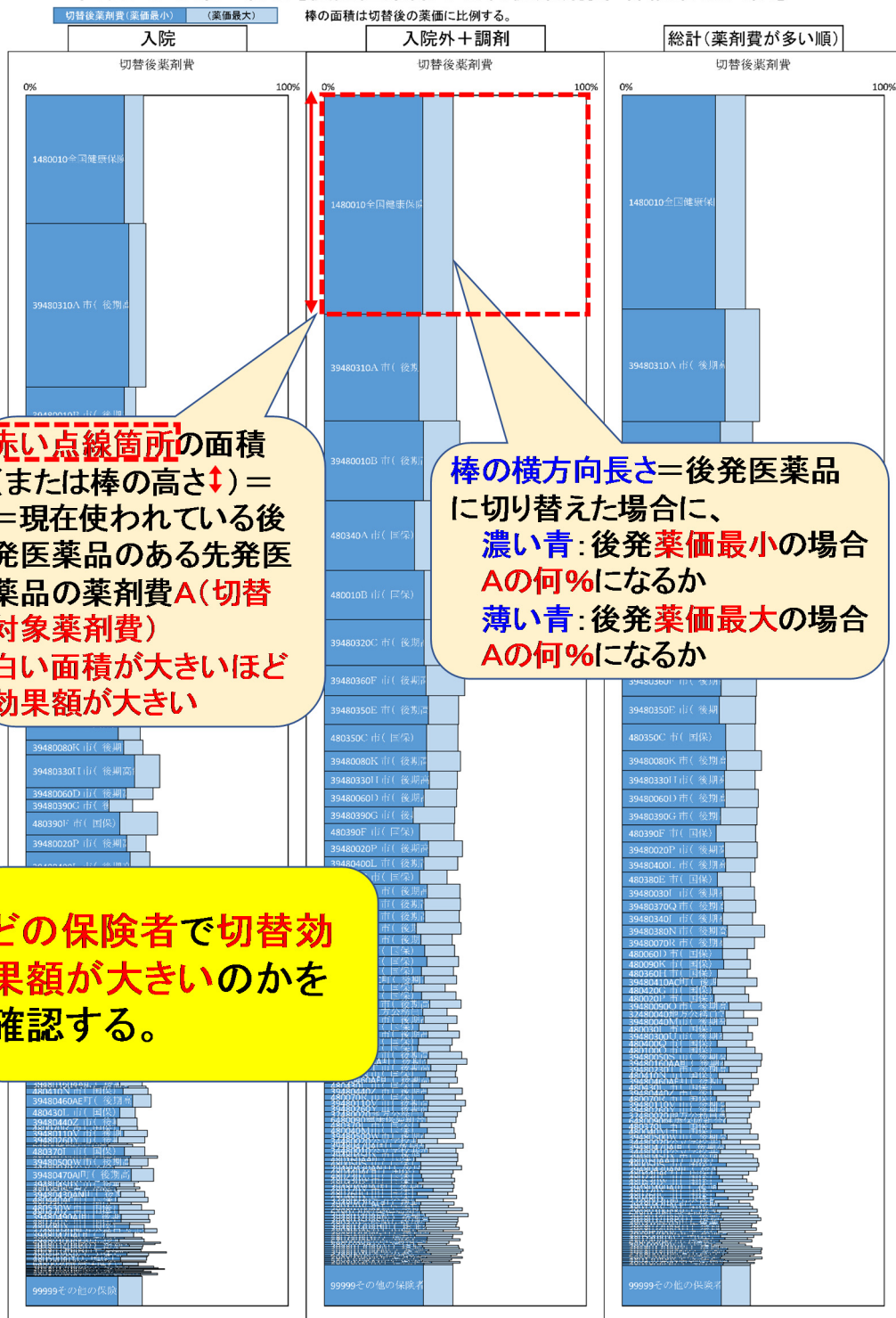
【見える化資料】「4.後発シェアの内訳(保険者別)」

後発医薬品の数量シェア保険者別内訳ーどの保険者が多くを占め全国比で高いのか

20XX年3月/4800県・0総計

後発医薬品の数量シェア			入院			入院外十調剤			総計(数量の多い順)				
保険者別内訳													
番号	名称	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	後発医薬品シェア	全国との差(プラスが良い)
48	〇〇県	2,188,024	4,608,405	6.9%	+7.4%	86,128,287	175,619,276	67.1%	+4.6%	90,412,933	180,744,464	66.7%	+5.7%
1480010	全国健康保険協会〇〇支部	200,068	350,074	65.8%	+6.8%	15,903,299	34,673,847	68.8%	+3.1%	16,207,151	34,415,857	68.0%	+4.4%
38480010	A市(後期高齢)	-	-	-	-9.3%	7,535,426	15,515,220	67.3%	+4.4%	7,533,308	15,736,530	67.6%	+4.8%
38480010	B市(後期高齢)	-	-	-	+2.3%	5,470,415	9,978,872	64.6%	+7.1%	5,636,102	10,720,841	65.5%	+6.8%
480304	A市(国保)	-	-	-	+5.1%	4,932,032	9,646,878	66.2%	+5.5%	5,107,834	9,862,456	65.9%	+6.5%
480010	B市(国保)	-	-	-	-3.0%	3,490,087	6,880,141	66.3%	+3.3%	3,701,275	7,039,554	65.5%	+6.8%
38480020	C市(後期高齢)	-	-	-	+7.2%	2,783,293	5,022,792	64.3%	+7.3%	2,984,152	5,318,932	64.1%	+8.3%
3848000		87	90			1,876,759	4,230,906	69.2%	+2.4%	1,895,405	4,419,510	70.0%	+2.4%
4803		82	38			1,669,455	3,200,460	65.7%	+5.9%	1,715,387	3,265,080	65.8%	+6.8%
384800		14	22			1,799,739	2,816,259	61.0%	+0.7%	1,870,703	2,910,395	60.9%	+1.5%
384800		76	93			1,171,084	3,169,590	70.0%	+1.4%	1,178,438	3,274,990	70.5%	+1.2%
384800		87	25			1,165,699	3,107,541	72.7%	+1.1%	1,243,963	3,179,732	71.9%	+0.5%
384800		85	26			1,308,383	2,176,576	62.5%	+5.2%	1,375,468	2,234,523	61.9%	+0.5%
384800		47	73			930,677	2,640,371	73.9%	+2.3%	922,268	2,685,547	74.4%	+2.1%
384800		60	15			1,105,348	2,340,271	67.9%	+3.8%	1,137,233	2,354,775	67.4%	+1.5%
384800		39	23			1,389,460	1,916,224	58.0%	+9.7%	1,399,271	2,048,390	59.4%	+3.0%
4803		24	93			990,517	2,203,569	69.0%	+2.7%	1,082,291	2,233,303	67.2%	+5.2%
4800		80	39			1,064,282	1,837,811	63.3%	+8.3%	1,154,223	1,947,225	62.8%	+9.6%
384800		72	80			871,288	1,883,492	65.9%	+5.8%	885,141	1,890,640	65.6%	+6.7%
384800		65	43			793,499	1,604,101	66.9%	+4.8%	851,033	1,695,132	66.6%	+5.8%
4803		48	91			623,873	1,876,907	75.1%	+3.4%	653,469	1,846,695	73.9%	+1.5%
384800		19,156	48,074			803,796	1,531,675	65.6%	+6.1%	809,698	1,627,829	66.8%	+5.6%
48000		11,947	60,106			85,483	1,444,238	62.8%	+8.8%	884,273	1,538,305	63.5%	+8.9%
384800		31,584	37,872			753,130	1,367,588	64.5%	+7.2%	805,487	1,417,989	63.8%	+8.6%
4804		34,539	54,214			599,620	1,538,220	72.0%	+0.3%	642,780	1,546,434	70.6%	+1.7%
4800		12,882	42,120			729,463	1,279,482	63.7%	+8.0%	735,460	1,344,778	64.6%	+7.7%
384800		7,604	29,912			772,579	1,144,615	59.7%	+2.0%	759,685	1,216,277	61.6%	+3.0%
324800	組合DP	10,136	15,340			586,371	1,311,728	69.1%	+2.8%	583,461	1,288,991	68.8%	+3.5%
4800		7,502	30,510			473,930	1,325,204	73.7%	+2.0%	486,817	1,368,212	73.8%	+1.4%
4800		12,293	24,208			613,795	1,157,505	65.3%	+6.3%	628,614	1,179,806	65.2%	+7.1%
384800		18,757	50,683			503,586	1,200,924	70.5%	+1.2%	525,299	1,234,848	70.2%	+2.2%
384800		10,391	39,010			302,040	1,367,496	81.9%	+0.2%	311,693	1,448,427	82.3%	+0.1%
48040		20,912	39,811			45,4592	1,075,932	70.3%	+1.4%	479,339	1,124,595	70.1%	+2.3%
38480090	O市(後期高齢)	10,973	36,182			544,853	984,066	64.4%	+7.3%	571,286	1,015,181	64.0%	+8.4%
38480000	U市(後期高齢)	22,831	27,648			617,588	850,310	57.9%	+3.7%	655,070	877,126	57.2%	+5.1%
38480040	M市(後期高齢)	5,945	27,711			353,569	803,841	62.0%	+9.7%	352,813	847,911	63.2%	+9.2%
480100	C市(国保)	9,668	25,051			464,563	821,825	65.5%	+8.1%	502,690	960,452	65.8%	+6.7%
32480000	地方公務員等共済組合DN	2,819	8,241			489,603	866,596	67.1%	+4.5%	478,263	877,818	67.2%	+5.8%
38480040	Z市(後期高齢)	12,798	23,655			390,937	858,455	71.1%	+0.8%	403,514	998,655	71.3%	+1.0%
38480110	V市(後期高齢)	8,570	34,413			411,070	945,079	69.7%	+2.0%	417,709	974,601	70.0%	+2.4%
38480160	AA町(後期高齢)	12,400	25,181	67.0%	+8.2%	460,423	882,834	65.7%	+5.9%	458,891	931,495	67.0%	+5.4%
38480230	T市(後期高齢)	3,898	17,671	81.9%	+6.7%	477,825	886,830	65.0%	+6.7%	471,195	890,980	65.2%	+7.2%
480430	L市(国保)	20,054	28,637	58.8%	+6.4%	363,891	945,957	69.9%	+1.7%	401,343	898,140	69.1%	+3.3%
480410	N市(国保)	14,647	27,881	65.8%	+9.6%	392,749	836,764	68.0%	+3.7%	404,465	877,719	68.5%	+3.9%
38480460	AE町(後期高齢)	23,784	26,647	52.8%	+2.4%	400,200	789,561	66.6%	+5.0%	400,528	819,013	66.1%	+6.3%
38480050	S市(後期高齢)	9,488	31,647	76.9%	+1.7%	479,484	740,417	60.7%	+11.0%	484,227	752,104	60.8%	+1.5%
480040	M市(国保)	5,379	16,223	75.1%	+0.1%	426,558	764,693	64.2%	+7.5%	431,502	781,612	64.4%	+8.0%
38480260	Y市(後期高齢)	11,431	24,114	67.8%	+7.4%	421,016	735,841	63.6%	+8.1%	430,884	770,917	64.1%	+8.2%
6480090	健康保険組合CN	3,331	9,334	73.7%	+1.5%	377,162	820,284	68.5%	+3.2%	385,861	807,041	67.7%	+4.7%
480530	W市(国保)	8,594	19,884	69.8%	+3.4%	240,352	923,468	79.3%	+7.7%	250,104	932,624	78.9%	+6.5%
34480020	公立学校共済・私立学校振興・共済事業団DT	5,180	8,113	61.0%	+4.2%	356,221	826,575	69.9%	+1.8%	364,930	813,827	69.0%	+3.3%
34480010	公立学校共済・私立学校振興・共済事業団DS	3,015	7,524	71.4%	+3.8%	338,823	748,517	68.8%	+2.8%	347,059	756,684	68.6%	+3.8%
480370	J市(国保)	15,206	22,665	59.8%	+5.3%	339,549	716,691	67.9%	+3.8%	353,249	726,220	67.3%	+5.1%
38480430	AN町(後期高齢)	12,172	26,476	68.5%	+6.7%	309,404	717,977	69.9%	+1.8%	318,030	730,455	69.7%	+2.7%
480070	R市(国保)	9,942	31,262	75.9%	+0.7%	373,096	598,818	61.6%	+10.1%	383,308	636,753	62.4%	+10.0%
480440	AC町(国保)	12,932	26,368	67.1%	+8.1%	276,402	659,593	70.5%	+1.2%	291,481	678,522	70.0%	+2.4%
480160	AA町(国保)	5,264	15,605	74.8%	+0.4%	309,088	654,349	67.9%	+3.7%	317,986	643,714	66.9%	+5.4%
38480450	X市(後期高齢)	6,156	22,655	78.8%	+3.4%	308,557	621,132	66.8%	+4.9%	313,030	646,546	67.4%	+5.0%
480470	Z市(国保)	8,224	17,318	67.8%	+7.2%	250,326	637,433	71.8%	+0.1%	264,284	644,218	70.9%	+1.5%
480230	T市(国保)	3,981	19,378	60.0%	+7.8%	264,832	981,275	68.7%	+3.0%	272,812	626,135	69.7%	+2.7%
480000	S市(国保)	8,822	23,652	73.8%	+1.9%	329,708	510,497	60.8%	+10.9%	343,098	546,733	61.4%	+10.9%
38480170	AD町(後期高齢)	23,215	19,376	45.1%	+3.1%	321,899	489,700	63.3%	+1.4%	348,258	517,621	59.8%	+2.5%
38480100	AK町(後期高齢)	7,568	22,910	75.2%	+0.1%	304,370	570,693	70.9%	+5.0%	317,760	607,638	73.8%	+1.2%
38480490	AA町(後期高齢)	8,214	12,842	60.9%	+4.3%	236,107	530,243	69.2%	+2.5%	246,080	565,554	69.7%	+2.7%
480480	X市(国保)	6,839	14,719	69.3%	+8.9%	232,472	548,870	70.2%	+1.4%	248,429	582,094	69.3%	+3.0%
480110	V市(国保)	3,103	16,448	84.1%	+8.9%	202,774	564,307	73.6%	+1.9%	211,552	583,823	73.4%	+1.0%
480280	U市(国保)	6,331	18,143	74.1%	+1.1%	318,817	405,568	55.2%	+6.4%	328,892	429,679	56.8%	+5.6%
32480030	地方公務員等共済組合D0	1,101	3,077	73.7%	+1.5%	235,298	506,300	68.3%	+3.4%	235,771	498,703	67.9%	+4.5%
480270	Y市(国保)	7,237	23,141	76.2%	+1.0%	256,158	422,101	62.8%	+8.9%	262,243	448,951	63.1%	+9.3%
38480420	AL町(後期高齢)	10,416	13,896	57.2%	+18.0%	229,296	420,844	64.7%	+6.9%	243,603	448,332	64.8%	+7.6%
6480120	健康保険組合CO	2,076	5,264	71.7%	+3.5%	206,968	472,462	69.5%	+2.1%	207,812	473,876	69.5%	+2.8%
38480140	AF町(後期高齢)	3,073	9,820	76.2%	+1.0%	198,733	439,068	68.8%	+2.8%	197,252	439,189	69.0%	+3.4%
38480220	AH町(後期高齢)	5,405	17,033	75.9%	+0.7%	201,968	391,301	66.0%	+5.7%	210,893	410,851	66.1%	+6.3%
38480210	AB町(後期高齢)	4,201	9,418	68.6%	+6.5%	176,335	429,507	70.9%	+0.8%	178,822	423,077	70.3%	+2.1%
480490	AE町(国保)	8,140	24,964	75.0%	+0.2%	150,505	398,216	72.2%	+0.5%	166,416	431,441	72.2%	+0.2%
38480240													

20XX年3月/〇〇県/〇総計[後発医薬品の切替後薬剤費・保険者別内訳]



(2) 後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い薬効を確認する

【手順Ⅱ-1 (2)】のように薬効別に後発医薬品の数量シェアを確認しましょう。それに基づいて、どの薬効で数量シェアに改善の余地が大きく、どのような対策が有効かを考えます。

【手順Ⅱ-1 (2)】：後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い薬効を確認する

●使用する資料

- ① 【見える化資料】「3a.後発シェアの内訳(薬効中分類別)」(主に見る資料)
- ② 【見える化資料】「3b.後発シェアの内訳(薬効小分類別)」(参考に見る資料)
- ③ 【見える化資料】「5.後発切替額の内訳(薬効中分類別)」(参考に見る資料)

●資料の出典

- ①②③厚生労働省から各都道府県に送付の医療費適正化計画関係のデータセット (2017 年度診療分のNDBデータ)

●具体的手順

まず、①【見える化資料】「3a.後発シェアの内訳(薬効中分類別)」で、自都道府県全体を見ましょう(例：p.42-43)。図表の見方は【手順Ⅱ-1-1】と同じで、薬効中分類別に示してあります。図の棒の高さ(縦方向)は、「後発医薬品のある医薬品」の数量に比例して描かれており、横方向の100%(=1)を乗じた面積(点線で囲まれた四角形)が「後発医薬品のある医薬品」の数量と考えることもできます。そのうち、青い棒の長さ(横方向)が後発医薬品の割合(数量シェア)を表しており、青い棒の面積が後発医薬品の数量を意味します。従って、棒の高さ(縦方向)が大きい薬効は、自都道府県全体の数量シェアに大きな影響があり、棒の長さ(横方向)が短い薬効は、改善の余地が大きいと考えられます。ピンク色の部分は全国での数量シェア(自都道府県の数量シェアが全国よりも高ければ隠れて見えない)で、全体の目標は80%です。②【見える化資料】「3b.後発シェアの内訳(薬効小分類別)」の見方も同じです。

③【見える化資料】「5.後発切替額の内訳(薬効中分類別)」(例：p.44-45)は、現在使われている「後発医薬品のある先発医薬品」が後発医薬品に切り替わった場合、薬剤費が何%になるかを表しています。図の棒の高さ(縦方向)は、「後発医薬品のある医薬品」の薬剤費に比例して描かれており、横方向の100%(=1)を乗じた面積(点線で囲まれた四角形)が「後発医薬品のある医薬品」の薬剤費と考えることもできます。棒の長さ(横方向)が切替後の薬剤費を%表現で表していますが、後発医薬品によって薬価に違いがあるため、最も低い薬価の場合を青色(濃い色)の棒、最も高い薬価の場合を水色(薄い色)の棒で示しています。現在の数量シェアが低い薬効の薬剤ほど改善の余地が大きいので、切替後の薬剤費は低めになる傾向があります。

★読み解き作業★

【ワークシートⅡ-1（2）】に記入してみましょう。

＜着目点＞

後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い薬効を確認し、どのような対策があるか概要を考える。

（詳細はⅡ-2（3）で考えるので、ここでは概要だけ）

【ワークシートⅡ-1（2）】＜重要な薬効名と理由・対策の概要をメモしましょう＞

薬効名	理由	
働きかける相手	働きかける内容	働きかけの場
例) 医師会	見える化資料を情報提供し、対策について助言をいただく。	個別に相談。

【見える化資料】「3a.後発シェアの内訳(薬効中分類別)」

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

後発医薬品の数量シェア [薬効中分類別内訳]				入院				院外+調剤				総計			
番号	薬効(中分類)	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	後発医薬品シェア	全国との差(プラスが良い)		
0	総計	2,188,024	4,608,405	67.8%	+7.4%	86,128,287	175,819,276	67.1%	-4.6%	90,412,933	180,744,484	66.7%	-5.7%		
11	中枢神経系用薬	670,980	922,185	57.6%	+10.4%	15,400,172	18,208,237	54.2%	-8.7%	15,794,876	18,853,554	54.5%	-9.2%		
12	末梢神経系用薬	27,364	55,007	66.8%	+8.9%	1,014,661	1,623,061	61.5%	-9.1%	1,028,552	1,668,986	61.9%	-7.2%		
13	感覚器用薬	0	0	0.0%	-3.8%	2,347,098	2,679,756	53.3%	-6.3%	2,370,720	2,665,776	52.9%	-5.3%		
21	循環器用薬	0	0	0.0%	+0.0%	21,164,946	42,942,243	67.0%	-5.2%	22,355,999	42,425,990	65.5%	-7.0%		
22	呼吸器用薬	0	0	0.0%	+9.5%	3,395,378	9,423,449	73.5%	-2.8%	3,414,537	9,858,546	73.9%	+0.7%		
23	消化器用薬	0	0	0.0%	+4.5%	9,275,753	42,560,671	62.1%	-2.2%	9,568,653	44,686,871	62.4%	-2.6%		
24	ホルモン剤(抗ホルモン剤含む)	0	0	0.0%	0.0%	60,565	1,252,640	95.4%	+0.0%	62,251	1,306,099	95.5%	+2.0%		
25	ホルモン剤(抗ホルモン剤含む)	0	0	0.0%	0.0%	16,026,133	8,939,784	35.8%	+5.6%	16,104,169	8,994,085	35.8%	+6.3%		
26	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	2,045	11,423	84.8%	+0.5%		
27	0	0	0	0.0%	0.0%	0	22,009	100.0%	0.0%	0	21,618	100.0%	0.0%		
28	0	0	0	0.0%	0.0%	585,288	8,539,647	93.6%	-4.4%	617,378	8,871,440	93.5%	-3.2%		
31	0	0	0	0.0%	0.0%	510,918	873,074	63.1%	+0.3%	571,054	931,310	62.0%	-4.4%		
32	0	0	0	0.0%	0.0%	2,980,573	14,887,855	93.3%	-3.2%	3,006,168	15,380,796	83.5%	-6.5%		
33	0	0	0	0.0%	0.0%	6,202	4,542	42.3%	+7.5%	6,439	5,223	44.8%	+8.0%		
34	0	0	0	0.0%	0.0%	5,604,927	8,939,947	61.5%	-6.1%	5,759,588	9,179,638	61.4%	-5.5%		
35	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
41	0	0	0	0.0%	0.0%	246,892	396,177	61.6%	-2.8%	248,907	391,326	61.1%	-1.4%		
42	0	0	0	0.0%	0.0%	1,908	556	22.5%	+3.2%	2,516	579	18.7%	+9.7%		
43	0	0	0	0.0%	0.0%	4,733,843	9,614,931	67.0%	-5.0%	4,656,163	9,661,069	67.5%	-5.5%		
44	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
45	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
51	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
52	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
53	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
54	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
55	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
61	0	84,039	109,900	100.0%	0.0%	1,450,409	1,679,395	53.7%	-6.7%	1,764,789	1,773,220	50.1%	-7.5%		
62	0	30,984	22,029	0.0%	0.0%	604,133	774,513	56.2%	-2.9%	640,588	783,627	55.0%	-3.8%		
63	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
64	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
65	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
66	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
67	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
71	0	0	0	0.0%	0.0%	0	17	100.0%	0.0%	0	17	100.0%	0.0%		
72	0	1,442	2,773	100.0%	0.0%	8,688	93,145	90.5%	+5.4%	10,241	87,644	89.5%	+2.3%		
73	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
74	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
75	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
76	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
79	0	219	76	0.0%	0.0%	2,636	882	24.6%	-9.3%	2,956	941	24.1%	-9.5%		
81	0	8,241	3,562	0.0%	0.0%	31,940	10,743	25.2%	-5.4%	40,086	14,816	27.0%	-4.1%		
82	0	7,588	18,968	100.0%	0.0%	1,893	554	22.6%	+3.8%	9,622	19,399	66.4%	+0.8%		
83	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		
89	0	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	0.0%		

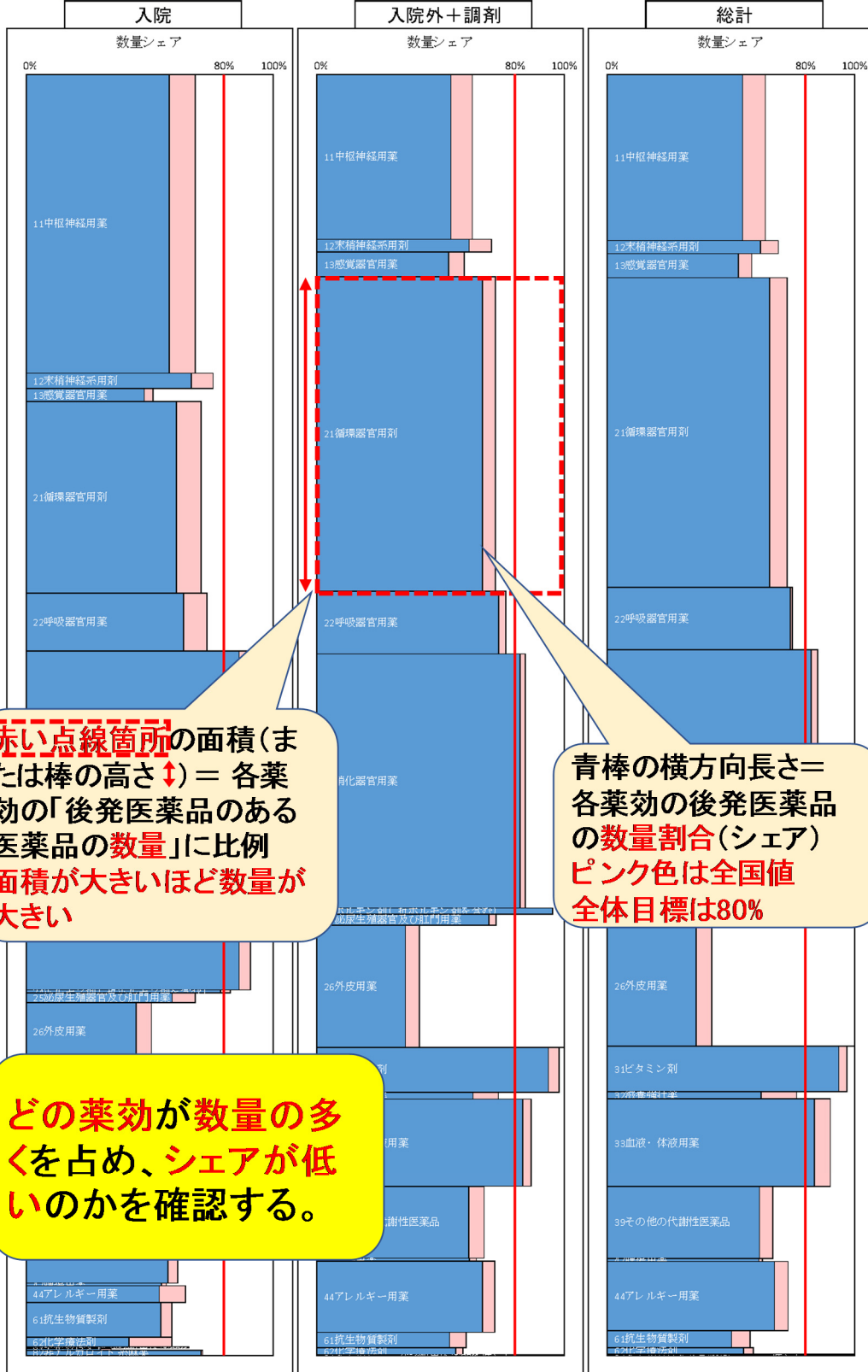
薬効中分類

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)

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]

48〇〇県 全国 後発医薬品のある医薬品のうち、後発医薬品の数量割合(シェア)。棒の面積は実際の数量に比例する。



【見える化資料】「5.後発切替額の内訳(薬効中分類別)」

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	切替後薬剤費 (薬価最小)	切替後薬剤費 (薬価最大)	切替対象薬剤費	切替後薬剤費 (薬価最小)	切替後薬剤費 (薬価最大)	切替対象薬剤費	切替後薬剤費 (薬価最小)	切替後薬剤費 (薬価最大)
0	総計	2,468,369,413	38.5%	45.5%	52,941,676,661	39.8%	51.9%	109,604,961,985	37.7%	49.8%
11	中枢神経用薬	525,774,430	35.4%	46.5%	5,760,541,259	37.9%	48.9%	6,576,381,073	38.8%	49.0%
12	末梢神経系用剤	19,130,028	27.4%	29.5%	263,568,756	40.6%	49.4%	300,553,455	39.9%	48.2%
13	感覚器官用薬	47,956,172	32.5%	45.7%	2,064,598,200	29.7%	46.3%	2,124,090,484	28.5%	45.7%
21	循環器官用剤	319,033,037	47.5%	54.0%	10,917,371,029	43.6%	53.4%	11,633,714,921	44.5%	56.2%
22	呼吸器官用薬	44,699,328	34.1%	45.5%	743,585,709	40.6%	49.6%	764,868,071	40.4%	47.5%
23	消化器官用薬	772,249	7%	7%	4,450,004,869	35.5%	47.1%	4,549,712,672	36.2%	46.4%
24	モン剤を含む)	249	0%	0%	677,502,529	29.5%	40.2%	708,143,012	29.4%	42.5%
25	門用薬	790	4%	4%	963,895,782	44.6%	60.2%	997,566,593	41.5%	59.2%
26		107	3%	3%	5,677,693,457	45.2%	47.1%	5,513,837,207	41.9%	45.6%
27		824	8%	8%	0	0.0%	0.0%	19,778,898	33.3%	34.1%
29	官系用医薬品	241	5%	5%	5,252,956	54.5%	54.5%	5,096,638	53.0%	53.0%
31		576	2%	2%	566,995,609	41.0%	52.9%	599,066,805	43.4%	51.8%
32		794	1%	1%	60,009,282	33.0%	35.7%	82,456,455	31.3%	34.0%
33		820	1%	1%	4,768,458,014	37.2%	56.3%	4,947,460,009	36.3%	55.1%
34		497	8%	8%	137,688,527	13.3%	15.0%	148,911,074	15.8%	17.5%
39	薬品	119	8%	8%	6,604,875,184	27.8%	49.9%	6,759,898,960	27.1%	49.3%
41		0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
42		578	9%	9%	2,218,385,593	33.9%	43.1%	2,354,749,783	36.6%	44.7%
43		396	1%	1%	51,552,800	8.4%	8.4%	66,547,805	7.0%	9.2%
44		177	0%	0%	2,101,743,642	39.4%	50.9%	2,132,096,894	39.0%	52.0%
49	機能用医薬品	0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
51		0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
52		0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
58	処方処方に基づく医薬品	0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
51		727	1%	1%	1,389,607,862	33.9%	40.0%	2,053,852,030	31.4%	39.6%
62		323	8%	8%	1,026,686,258	46.0%	49.6%	1,211,042,132	47.5%	50.0%
63		0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
64		825	2%	2%	3,310,317	46.4%	46.4%	4,145,027	46.8%	46.8%
69	に対する医薬品	0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
71		0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
72	(用医薬品を除く)	81,958,053	3%	3%	736,400,230	25.5%	25.5%	815,596,847	25.1%	26.8%
73	公衆衛生用薬	0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
74	体外診断用医薬品	0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
79	その他の治療を主目的としない医薬品	1,839,030	2%	2%	34,204,747	32.0%	43.8%	37,586,639	32.6%	47.3%
81	アルカロイド系麻薬(天然麻薬)	0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
82	非アルカロイド系麻薬	36,438,250	7%	7%	52,097,812	31.6%	31.6%	90,756,026	30.6%	30.6%
99	薬効不明	0	0%	0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%

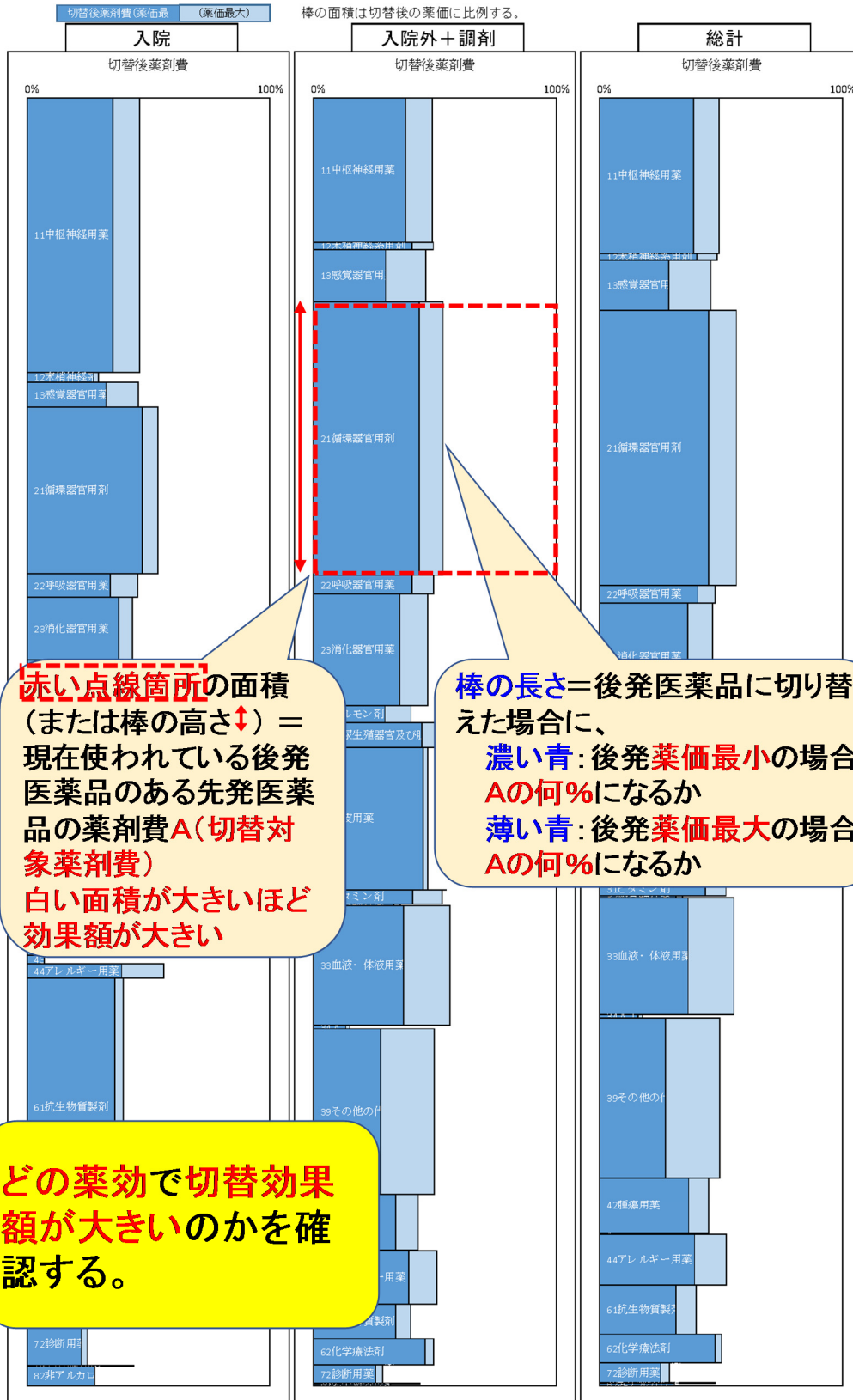
薬効中分類

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

20XX年3月:48〇〇県[後発医薬品の切替後薬剤費]



Ⅱ-2. 後発医薬品の数量シェア改善に向けた関係者との連携・協働

関係者分析の手順

それでは、実際にご自分の都道府県の後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者・薬効を確認し、それぞれどのような対策があるか検討しましょう。できるだけ多くの方の情報や意見を反映することで効果的な対策が可能となりますので、所属内外の方々とグループで作業することをおすすめします。

(1) 自県で後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者・薬効を確認する

自県の資料を読み解き、対策の概要メモを作成しましょう。

【手順Ⅱ-2(1)】：後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者・薬効を確認し、それぞれどのような対策（概要）があるか検討する

使用する資料

- ① 【見える化資料】「3a.後発シェアの内訳(薬効中分類別)」(主に見る資料)
- ② 【見える化資料】「3b.後発シェアの内訳(薬効小分類別)」(参考に見る資料)
- ③ 【見える化資料】「5.後発切替額の内訳(薬効中分類別)」(参考に見る資料)
- ④ 【見える化資料】「4.後発シェアの内訳(保険者別)」(主に見る資料)
- ⑤ 【見える化資料】「6.後発切替額の内訳(保険者別)」(参考に見る資料)

着目点

後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者・薬効を確認し、それぞれどのような対策があるか概要を(詳細は【手順Ⅱ-2(3)】で)考える。

(例) 保険者・・・各保険者に同資料を情報提供し、対策を検討してもらう。

薬効・・・県医師会に同資料を情報提供し、対策について助言をいただく。

重要な保険者名・薬効と対策の概要をメモしましょう【ワークシートⅡ-2(1)】。

(Ⅱ-1の作業が済んでいる場合には、ワークシートⅡ-1(1)(2)と同じです。)

【ワークシートⅡ-2 (1)】

＜重要な保険者名と対策の概要をメモしましょう＞

働きかける相手	働きかける内容	働きかけの場
例) シェアが低い保険者	見える化資料（保険者別の薬効中分類別内訳を含む）を情報提供し、気づいたことを伝える。	国保連合会の個別支援。健保連経由の情報提供。
例) 保険者協議会（各保険者）	見える化資料を情報提供し、対策を協議してもらう。	保険者協議会の会議。

＜重要な薬効名と理由・対策の概要をメモしましょう＞

薬効名	理由	
働きかける相手	働きかける内容	働きかけの場
例) 医師会	見える化資料を情報提供し、対策について助言をいただく。	個別に相談。

(2) 都道府県内の関連組織を整理する

対策を進めていくうえで関連する組織を書き出し、表と図で整理しましょう。「第3章 関係者との連携・協働」も参考にしてください。

【手順Ⅱ-2 (2-1)】：後発医薬品の適正な使用を推進する対策を検討していくために、都道府県における重要な関係機関を特定する

下記の関係機関リストは、後発医薬品の適正な使用を推進する対策を検討していく上で重要と考えられる関係機関の一例である。以下の①、②の作業を通して、重要な関係機関を特定する。

- ① 下記の関係機関リストの中で重要度がそれほど高くない関係機関を除く。
- ② 記載されていない重要な関係機関を追加する。

<例：関係機関リスト>

<ul style="list-style-type: none"> ● 保険者協議会 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 各保険者、事業所 ➢ 国保連合会、健保連 ● 本庁の各部署（健康増進課、国保医療課、母子保健課、高齢者福祉課、疾病対策課） ● 市区町村（国保部門、一般衛生部門、保健センター） ● 地方衛生研究所 ● 健康科学センター ● 都道府県立の衛生系大学(看護大学、保健福祉大学) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 大学医学部、医科大学の公衆衛生学、予防医学系の各教室 ● 都道府県の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会 ● 郡市区等の医師会、歯科医師会、薬剤師会 ● 学校保健＝教育委員会 ● 産業保健＝産業保健総合支援センター ● 地域保健＝保健所、保健福祉センター ● 健診・保健指導実施機関
--	---

【手順Ⅱ-2 (2-2)】：【手順Ⅱ-2 (2-1)】で特定した後発医薬品の適正な使用の推進に関わる重要な関係機関の各々について、都道府県の医療費適正化主担当との関係を検討する

【ワークシートⅡ-2 (2-2)】には、縦軸に関係機関の重要性の高低を、横軸に関係機関との連携の度合いを設定している。重要性の低い関係機関は【手順Ⅱ-2 (2-1)】でほぼ除外されているため、リストには比較的重要性の高い関係機関しか残っていないはずである。

- ①【ワークシートⅡ-2 (2-2)】の中央よりもやや下の位置に「都道府県（医療費適正化主担当部署）」（例示では国保医療課）と記入する。
- ②各々の関係機関と都道府県（医療費適正化主担当部署）と連携が取れているかどうかを検討する。

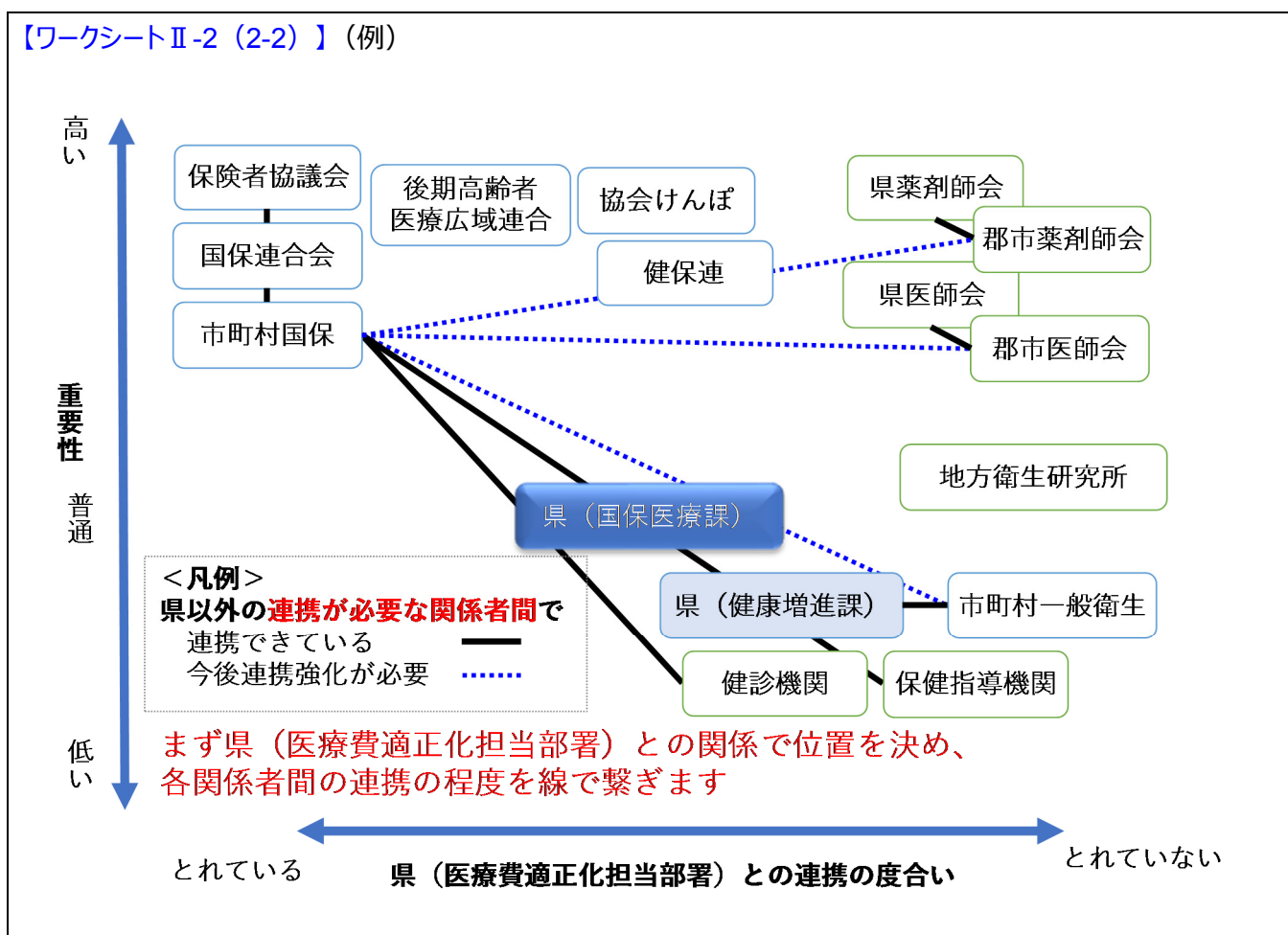
連携が取れている関係機関の場合には、中央の都道府県（医療費適正化主担当部署）よりも左側に記入し、連携が取れていない関係機関は中央よりも右側に記入する。

- ③ 関係機関の重要性について検討する。重要性が高い場合には上の方に、中等度であれば中程に、低い場合には下の方に配置する。
- ④ 「都道府県（医療費適正化主担当部署）」以外の関係機関同士で連携が出来ている場合にはその関係機関同士を実線で結ぶ。一方、今後連携を深める必要のある関係機関同士を点線で結んでおく。
- ⑤ 以上の作業を終えると、【ワークシートⅡ-2（2-2）】の右上の方に、後発医薬品の適正な使用の推進に関わる重要な関係機関であるにも関わらず、都道府県（医療費適正化主担当部署）との連携が十分とれていない関係機関と、今後連携を深める必要のある関係機関を特定することができる。

後発医薬品の適正な使用の推進に関わる重要な組織について

重要性の高低×連携の度合いを、下記の例を参考に関係図として【ワークシートⅡ-2（2-2）】に整理しましょう。

【ワークシートⅡ-2（2-2）】（例）



【手順Ⅱ-2 (2-3)】：後発医薬品の適正な使用の推進に関わる重要な関係機関と、今後どのように連携を強化していくのかを検討する

- ① **【手順Ⅱ-2 (2-2)】**で特定した後発医薬品の適正な使用の推進に関わる重要な関係機関であるにも関わらず、都道府県（医療費適正化主担当部署）との連携が十分とれていない関係機関と、今後連携を深める必要のある関係機関を**【ワークシートⅡ-2 (2-3)】**の関連する組織の欄に記入する。
- ② 各々の関係機関について、現在の役割、今後期待する役割、都道府県（医療費適正化主担当部署）との現在の連携、今後の方向性（連携強化の方策等）について記載する。

【ワークシートⅡ-2 (2-3)】

＜後発医薬品の適正な使用を推進する対策を検討していくうえで都道府県内の関連組織を整理しましょう＞

（記入例）

関連する組織	現在の役割	今後期待する役割	県（医療費適正化計画担当部署）との現在の連携	連携を強化する必要性	今後の方向性（連携強化の方策等）
県(国保医療課)	総合調整	保険者協議会を主導	主担当	関連組織との連携強化が必要	特に下記の組織との連携強化
保険者	被保険者への周知	同左、強化。	被用者保険との連携が不十分	とても重要	被用者保険と連携強化
薬剤師会	薬局での周知	同左、強化。	不十分	とても重要	具体策の相談
医師会	医療機関での周知	同左、強化。	不十分	とても重要	具体策の相談
(以下、略)					

(3) 具体的な対策を検討する

自県（都道府）全体の数量シェアを高めるための保険者等への働きかけを具体的に検討しましょう。

【手順Ⅱ-2 (3)】：自県（都道府）全体の数量シェアを高めるための保険者等への働きかけ

前記**【手順Ⅱ-1 (1)、(2-1~3)】**（後発医薬品の数量が大きく数量シェアが低い保険者・薬効を確認）を踏まえ、自県（都道府）全体の数量シェアを高めるための保険者等への働きかけを行うとしたら、どのように行うか、意見交換し、例)のように**【ワークシートⅡ-2 (3)】**に整理する。

【ワークシートII-2 (3)】

＜全体の数量シェアを高めるための保険者等への働きかけを具体的に検討しましょう＞

【ワークシートII-2 (2-2)】及び【ワークシートII-2 (2-3)】で整理した関係の図表を見ながら、後発医薬品の数量シェアを高めるための保険者等への働きかけについて考える。

【整理①】

想定される働きかけの場をできるだけ多く挙げて（メモ欄に記入）、その中から特に重要な2～3個について順にシート「働きかけの場」に記入する。

【整理②】

それぞれの場で、①の場で誰を対象にするかを話し合いながらシートに記入する。

【整理③】

②の対象にどの資料を提供するかを、話し合いながらシートに記入する。

【整理④】

その資料を用いて、どのような説明・作業をするかを話し合いながらシートに記入する。

【整理⑤】

必要な手続き（誰から誰にどのように）について、話し合いながらシートに記入する。

【整理⑥】

必要な事前・事後調整（誰から誰にどのように）について、話し合いながらシートに記入する。

【整理⑦】

フォローアップ（いつ、誰が、どのように行うか）について、話し合いながらシートに記入する。

（例）

【整理①】 働きかけの場	保険者協議会
【整理②】 誰を対象	各保険者（代表）
【整理③】 どの資料を提供	見える化資料の各保険者分抜粋、県で独自に分析した〇〇に関する資料。
【整理④】 どのような説明・作業をするか	資料の見方を説明した後、今後の取り組みについて各保険者に意見を出してもらう。
【整理⑤】 必要な手続き	保険者協議会の議題に挙げる。
【整理⑥】 事前・事後調整	保険者協議会の開催前に、県→県医師会→郡市医師会に趣旨説明
【整理⑦】 フォローアップ	毎年度の早い時期に、数量シェアの変化を確認し、保険者協議会で報告し当該年度の取り組み方針を検討。事務局で事前資料を作成。協議会后に議事録を配布して確認し、各保険者に取り組みを要請。

(記入例・続き)

	(例)	(例)
	研修会	市町村個別訪問
【整理①】 働きかけの場		
【整理②】 誰を対象	国保部門(管理職・事務職) 衛生部門(保健師等専門職)	国保部門(管理職・事務職) 衛生部門(保健師等専門職)
【整理③】 どの資料を提供	見える化資料の当該保険者分 全て。	見える化資料の当該保険者分 全て。
【整理④】 どのような説明・作業 をするか	グループワークで具体的な対策 を考える。	一緒に具体的な対策を考える。 保健所、国保連合会も同席。
【整理⑤】 必要な手続き	研修企画について保険者協議 会で議論・同意を得る。保険者 に対して案内を発送。	県から市町村担当者に趣旨説 明と日程調整。
【整理⑥】 事前・事後調整	研修前に県→県医師会→郡市 医師会、および県→市町村に趣 旨説明。 研修後の正式な取り組みの前に 市町村→郡市医師会に相談。	訪問前に県→県医師会→郡市 医師会、および県→市町村に趣 旨説明。 訪問後の正式な取り組みの前に 市町村→郡市医師会に相談。
【整理⑦】 フォローアップ	研修の半年後、研修参加者がど のような具体的な対策を考えた 実施したかをアンケート調査。県 から参加者にPDCAを回してくれ るよう依頼。	毎年1度、数量シェアの変化を各 保険者のデータヘルス計画で確 認し、次年度の改善点を挙げて もらう県から各保険者に依頼。

第3章 関係者との連携・協働

1. 医療費適正化に向けた取り組みの必要性	.....	54
2. 健康問題の複雑化と関係者の連携・協働の必要性	.....	54
3. 連携・協働の必要性と対象	.....	55
4. 連携・協働の成果と課題	.....	56
5. 連携・協働のための関連組織の分析	.....	56
6. 連携・協働の推進	.....	57

関係者との連携・協働

1. 医療費適正化に向けた取り組みの必要性

我国の責務の一つに社会保障があり、日本国憲法第 25 条に「すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と謳われています。国民皆保険制度は、この責務を具現化したものであり、世界に誇る制度といえましょう。しかしながら、この制度は昨今の少子高齢化・人口減少の進展により継続が難しくなることが予測されます。つまり、少子化により次世代を担う医療関係者が不足したり、生産年齢人口の減少により税収が低下して医療費の自己負担額が増加することも考えられます。これまで安定して享受していた社会保障の破綻が危惧されています。

そこで、誰もが安心して必要な医療が受けられるように、予防できる疾患を予防し、医療費を適正に使用していく取り組みが今後ますます重要になります。予防できる疾患を予防することは、医療費の適正な使用のみならず、国民の生活の質維持という両側面から必要になります。このことは厚生労働省も「健康寿命の延伸は生活の質の低下を防ぐと同時に、社会保障費の軽減になる（厚生労働省,2014）」と言及しています。

2. 健康問題の複雑化と関係者の連携・協働の必要性

疾患の予防は古くから取り組まれており、結核対策等では成果を上げてきました。ところが、近年の健康問題は複雑化しています。雇用、貧困、教育、社会資源の不均衡等、多様な要因が複雑に連鎖して健康問題の発生・重症化を引き起こしていることが明らかになっています。このことは、健康の社会決定要因として WHO でも取り組みの強化が言われ、社会全体での対応が求められています。

こうした複雑な背景を持つ近年の健康問題に対し、予防策を講じ、医療費を含めて社会保障が持続可能とするためには、保健医療従事者や医療費の担当職員のみでは対応が難しい状況となっています。多くの行政・専門職等各種の関係者が連絡を取り合い協力して物事を進めていくこと、即ち連携・協働が必要となります（世古,2007；松下,2009；武藤,2001；鈴木,2008）。

3. 連携・協働の必要性和対象

連携と協働は古くて新しい事柄であり、もともと国の責務の一つである公衆衛生は、人々や専門家や諸機関の連携と協働が必要といわれています。なぜなら、公衆衛生は、心理学、行動科学、経済学等の人文社会学的接近法や、医歯薬学、衛生学、疫学等の自然科学的接近法の総体だからです（武藤,1-3,2015）。

公衆衛生の領域には学校保健・産業保健・地域保健が存在し、それぞれ法・制度化され、行政の担当も異なります。しかし、連携の重要性は、地域保健法第4条に基づく「地域保健の推進に関する基本的な指針」や、学校保健安全法等で謳われています。例えば、学校での救急医療や感染症の発生・処置等は、地域保健医療福祉領域との連携・協働が不可欠です（武藤,4-8,2015）。

また、産業保健においては、特に小規模事業所におけるメンタルヘルスの問題、多様な労働者の問題等があります。小規模事業所の膨大な数を考慮すると、産業保健のみでは限界があり、地域保健との連携・協働により効率的に進めることができます。具体的には、市町村保健所、社会保険事務所、健康保険組合（連合会）、共済組合（連合会）、商工会、商工会議所、中小企業団体中央会等があります。さらに、学校保健の対象である生徒は成長後にほとんどが産業保健の対象となるため、学校保健、産業保健、地域保健の連携・協働はここでも必要となります（武藤,17-24,2015）。

さらに、地域保健では、観光立国推進機方法施行や外国人労働者の受け入れ増加、また地球温暖化に伴う感染症等の問題を見据えると、将来は国際保健との連携・協働も視野に入れる必要が出るかもしれません。

このように連携と協働の必要性は唱えられてきていますが、具体的な連携・協働の対象は幅広く、また、アプローチ方法によっても対象の焦点が異なってきます。例えば、予防医学の方法として、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチがあり（ローズ,2006）、現在も各種活動が展開されています。比較的想像しやすいのは、ハイリスクアプローチとしての特定保健指導や、ポピュレーションアプローチとしての食生活改善や運動普及事業などがあるでしょう（日本看護協会健康政策部保健師課編集,2018）。特定保健指導に関して連携・協働する場合、対象は健診機関や市町村保健部門等となるでしょう。ポピュレーションアプローチとしての食生活改善や運動普及事業について連携・協働する場合、対象は都道府県・市町村の保健部門や事業所・大学等となるでしょう。

4. 連携・協働の成果と課題

これまでも疾患の予防や治療のために連携・協働は実施されています。例えば、日本歯科医師会では、日本糖尿病学会と協力し、糖尿病の予防や治療のための連携を勧めたり、糖尿病患者に対する口腔ケアや咀嚼機能訓練を行っています（日本歯周病学会,2009）。また、定期健康診断で血圧値が高値の者へ産業医と薬剤師が連携して啓発活動を行ったところ、集団の血圧値と BMI が優位に低下したことも報告されています（戸張,2011）。海外では、ヨルダンの医師・薬剤師の協働でメタボリックシンドロームの改善がみられたり（Hammand,2011）、米国では医師・薬剤師連携で血糖値・血圧の医療費削減が報告されています（Franklin 2013）

一方で、職種間・組織間の連携・協働は、難しい面もあります。例えば、専門性・職能・思考のロジックの相違（竹端 2015）、専門職の多くが自分の職種以外のことをあまり知らないこと（竹端 2015）が挙げられています。また、イニシアチブをとる人間の気質、地域の歴史的文脈等が絶妙に絡む（竹端 2015）、といわれています。具体的には、カナダでは、協働したいポイントが医師と薬剤師では異なり、医師は保険承認に関するカウンセリング、薬剤師は薬剤関連問題の発見やマネジメントで協働を望んでいたこと等が報告されています（Kelly. 2013）。

5. 連携・協働のための関連組織の分析

連携・協働を対象とする組織はそれぞれ目的や価値を持っています。連携・協働の第一歩として対象を知るために、関連組織を分析することが必要となります。種々の分析手法がありますが、本マニュアルでは、関係者分析の手法と、エコマップを参考とした図式化をご紹介します。

1) 関係者分析

これは、Project cycle management（PCM Tokyo,2005）の最初の段階に位置づきます。Project cycle management は、開発援助プロジェクトの計画立案・実施・評価という一連のサイクルを、「プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）」とよばれるプロジェクト概要表を用いて運営管理する手法です。関係者分析、問題分析、目的分析～モニタリング/評価までの 8 つのステップがあり、関係者分析は、最初の段階に位置づきます。どのような関係者が、どのように関わっているかを分析します。

まずは関係者をすべて書き出し、その後、分類し、プロジェクトにおいて果たす役割、プロジェクトに与える影響、プロジェクトから受ける影響などが分析されます。本マニュアルでは、この関係者分析を応用し、現在の役割、今後期待する役割等を見ていきます。

2) エコマップ

1975年にアン・ハートマンによって一般システム理論や生態学的理論の知見を取り入れながら考案されたマッピング技法の一つです。社会福祉系で汎用されています。援助者が対象者を支援するために対象者本人、家族、社会資源の関係性を図にするもので生態地図ともいわれます。

本マニュアルでは、エコマップに近い形で、医療費適正化に焦点を当てて、連携の重要性和度合いを図示して分析していきます。

いずれの分析においても、連携・協働の対象となる関連組織は構造と機能を持ちます。社会構造を、ミクロ、メゾ、マクロというシステムでとらえた場合、組織というメゾシステムの中に、人というミクロシステムがあり、総体としての機能を持っています。諸要素（人と役割）が機能的に関連しあって組織全体構造を形成し、それが一つの総体として存在していますので、関連組織全体との連携・協働の状況を分析するとともに、個別の担当者との関係も分析すると改善のヒントが増えると思います。

6. 連携・協働の推進

関係者分析が終了すると実際に連携・協働を進めていくこととなります。連携・協働というと、複数の組織と一緒に活動をするイメージを持つかもしれませんが、一緒に活動することもあります。共通課題に取り組んでいることがポイントで、一緒に活動しない場合もあります。むしろ、別々に活動する場合の方が多（松下啓一,2009）といわれています。連携・協働の推進には、意思疎通を図り、目的をしっかりと共有し、時にツールを活用して、互いに力量を発揮・向上させることで成果を高めることができます。

意思疎通を図るために必要な能力の一つに、いわゆる人脈を構築する能力があるでしょう。気軽に相談できる人脈を日ごろから築き、問題意識を共有することが必要です（鈴木,2015）。また、互いに win-win の関係であることが、連携・協働の推進・維持には必要です（鈴木,2015）。異職種でも重なるような仕事をしている場合もあり、例えば、薬剤師が「よろず相談薬局事業」で「入院中に子供を預ける場所」など暮らしを支える活動をしている場合もあり（福地 2016）。連携・協働そのためには関係者分析の段階で連携・協働の対象の取り組みやニーズも分析しましょう。

研修を通じて、目的を共有することもできます。藤野（2018）らは、学習会を開催し生活

機能アセスメントプログラムにおいて、看護職と介護職がともに学ぶことで目的を共有し、成果を高めることができました。本マニュアルを作成する際に、研修受講者の方へアンケートを行った際、現在課題となっていることの大多数が「データの読み解き方」「関係組織との連携・協働」でした。一つの案として「データ読み解きのための研修」を関係組織と共同開催することで、問題や目的の共有、さらには互いの取り組みやニーズも共有できるかもしれません。その際は、率直な意見交換の風土を作っていくことも重要です（藤田,1995, 108-117）。

さらに、ツールを用いることで具体的に連携・協働に取り組みやすくなります。角町ら（2016）は、地域の医師会と歯科医師会が連携して高齢者の口腔機能管理を推進するために、連携シートを作成し、各医院の窓口に配置される体制を構築して、医科歯科連携の必要性や重要性の意識を高めています。

最後に、いわゆる「顔の見える関係」は、情報技術が進んだ現代社会でも欠かせない側面です。海外でも同様で、米国では薬剤師は医師との協働において対面（face-to-face）でのオープンなコミュニケーションを重視しています（Snyder,2010）。対面を含め細やかな意思疎通を図りましょう。

【参考文献】

- 1) 藤井 麻帆, 田中 響, 美船 智代, 永見 純子, 近田 敬子(2018).CCRC における大学の役割の構築「まちの保健室」を用いた連携・協働のあり方.鳥取看護大学・鳥取短期大学研究紀要 77.49-55
- 2) 藤野 秀美, 四本 竜一, 江島 一孝, 宮本 毅治, 上原 亜希, 熊木 晴美, 池田 吉隆, 宮城 真樹, 御任 充和子, 横井 郁子(2018).都市部の超高齢社会に挑む看護師養成事業 生活機能アセスメントプログラムにおける多職種協働学習での学び.東邦看護学会誌 15(2)37-44
- 3) 藤田敬一郎(1995). 院内研修を成功させるスキル.108-117. 医学書院
- 4) 福地智巴(2016)在宅医療における約愛氏と医療ソーシャルワーカーとのかかわり.ファルマシア 52(6)
- 5) Hammand.EA, Yasein N, Tahasien L, Absoul-Youszes.(2011)A randomized controlled trial to assess pharmacist- physician collaborative practice in the management of metabolic syndrome in a university medical clinic in Jordan..J.Manag.Care Phar. 17,295-303.
- 6) Kelly DV1, Bishop L, Young S, Hawboldt J, Phillips L, Keough TM.Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project. Can Pharm J (Ott). 2013 Jul;146(4):218-26. doi: 10.1177/1715163513492642.
- 7) 厚生労働白書 2014. 平成 26 年度版厚生労働白書. 135
- 8) 松下啓一. 市民力ライブラリー—市民協働の考え方・作り方. 東京, 萌書房. (2009);9-18
- 9) 武藤博巳編. 市民・住民と自治体のパートナーシップ第 1 巻. 分権社会と協働. 武藤博巳. 第 1 章. 協力社会の構成.2001;25

- 10) 武藤孝司, 磯博康, 村嶋幸代(2015): 公衆衛生領域における連携と協働: 理念から実現に向けて. 東京: 日本公衆衛生協会,
- 11) 日本看護協会健康政策部保健師課編集(2018): 保健師のためのポピュレーションアプローチ必携: わかる, できる, 日本看護協会, 東京.
- 12) 日本歯周病学会. 糖尿病患者に対する私傷病治療ガイドライン. 東京. 日本歯周病学会. 2009
- 13) PCM Tokyo(2005)プロジェクト実施工程のマネジメントのためにPCM-I ガイドブックPCM-PP(計画立案編)付き. 2019.2参照. [http://www.pcmtokyo.org/modules/tinyd2/content/lib/PCM-I%20\(PP+I\)%20050306.pdf](http://www.pcmtokyo.org/modules/tinyd2/content/lib/PCM-I%20(PP+I)%20050306.pdf)
- 14) ローズ G(2006): 予防医学のストラテジー生活習慣病対策と健康増進(第1版), 5, 14-16, 医学書院, 東京.
- 15) 世古一穂. 協働コーディネーター. 東京. 行政. 2007; 36
- 16) Snyder ME1, Zillich AJ, Primack BA, Rice KR, Somma McGivney MA, Pringle JL, Smith RB. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Social Adm Pharm.* 2010 Dec;6(4):307-23. doi: 10.1016/j.sapharm.2009.11.008. Epub 2010 Feb 11.
- 17) 鈴木紀秀(2015)ヘルスケアに関わる社会課題解決に求められるコーディネート能力. *保健の科学* 57(2)112-119
- 18) 鈴木良美, 大森純子, 酒井昌子他. 日本の「地域保健活動におけるパートナーシップ」概念分析. *日本地域看護学会誌* 2008;12(1):44-49
- 19) 竹端寛・伊藤健次・望月宗一郎・上田美穂(2015)自分たちで創る現場を変える地域包括ケアシステムわが町でも実現可能なレシピ. *ミネルヴァ書房* 144-145)
- 20) 角町正勝(2016). 地域における医科歯科連携の現状と課題. *保健医療科学* 65(4)408-414
- 21) 戸張 裕子, 山岸 良匡, 磯 博康. 職域従業員を対象とした産業医-薬剤師協働による啓発文書の配布及び広報による高血圧管理活動. *日本衛生学雑誌* 66(3)608-615(2011)

巻末

データを読むための基礎知識

● 疾病頻度の表し方	.....	62
● 平均余命、平均寿命	.....	62
● 健康寿命	.....	63
● 将来推計人口	.....	64
● 人口動態調査	.....	64
● 年齢調整とは	.....	64
● 標準化死亡比（SMR）、標準化比	.....	65
● 偏差値とZ(ゼット)スコア	.....	65
● 検定とは	.....	66
● 誤差と信頼区間	.....	66
● 患者調査	.....	67
● 国民生活基礎調査	.....	68
● 国民健康・栄養調査	.....	69
● 都道府県健康・栄養調査	.....	70
● e-Stat とは	.....	71

● 疾病頻度の表し方

地域の健康課題の明確化のためには、様々な疾病頻度についても調べます。以下は、そのために知っておくべき疾病頻度に関する基本用語です。

(1) 有病率

- ある1時点において病気である者の割合（点有病率）。
- 例）平成22年B県健康・栄養調査によると40歳以上男性の高血圧有病率は40%。

(2) 罹患率（届出の義務がない疾患では把握は難しい）

- ある観察期間（例えば1年間）の間に、新しく病気になった人数÷人口。
- 例）平成22年のA市の脳卒中罹患率は、人口10万人あたり年間150人（人口10万対150）。

(3) 死亡率（人口動態調査等）

- ある観察期間（例えば1年間）の間に、死亡した人数÷人口。
- 例）平成22年人口動態調査によると、A市の脳卒中死亡率は、人口10万人あたり年間100人（人口10万対100）。
- 罹患率や死亡率は%ではなく「（1年間に）人口10万対100」のような表現を用いることが多い。

(4) 受療率（患者調査）（⇒「●患者調査」参照）

- 患者調査の調査日（10月の平日1日）当日に母集団（全国、都道府県等）で受療した患者数÷人口。外来受療率と入院受療率とがある。
- 患者は毎日医療機関を受診しているわけではないので、調査日当日に外来を受療した患者数は継続的に医療機関にかかっている患者数よりかなり少ないので注意。
- 例）平成20年患者調査によるB県の糖尿病の外来受療率は、人口10万対200。

(5) 総患者数（患者調査）（⇒「●患者調査」参照）

- 患者調査の調査日現在において、継続的に医療を受けている者の推計数（調査日に受診しなかった者を含む）。人口で除すると、有病率に近い指標になる（受療していない患者は含まれないので厳密には有病率ではない）。
- 例）平成20年患者調査によるB県の糖尿病の総患者数は、5万人。

● 平均余命、平均寿命

(1) 平均余命

- ・ ある年齢まで生きた人が、今後生存することが期待される平均年数であり、生命表に基づいて計算される。
- ・ 例えば、40歳平均余命のように表現する。

(2) 平均寿命

- ・ 出生直後における平均余命（0歳平均余命）のこと。
- ・ 平均寿命・平均余命はその年次における死亡状況が将来に渡って一定不変という仮定のもとでの期待生存年数であり、実際に生存した期間を表しているわけではないことに注意を要する。
- ・ 今後も医学・公衆衛生が向上し続けられれば、現在の0歳児は現在の平均寿命よりも長く生きるはず（そうならないと困る）。

(3) 生命表

- ・ その年次における死亡状況が将来に渡って一定不変と仮定したときに、ある仮想的な出生児 10 万人の集団が死亡してゆく状況を記述したもの。完全生命表（国勢調査人口を使用、確定版だが公表が遅い）と簡易生命表（推計人口を使用、公表が早く十分に正確）が作成される。
- ・ これに基づいて平均余命・平均寿命が計算される。
- ・ 国勢調査年の人口と前後計 3 年の死亡数等を用いて、都道府県や市町村別の生命表も作成される。→都道府県・市区町村別平均寿命

● 健康寿命

(1) 定義

- ・ 健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。

(2) 健康日本 21（第二次）での指標

- ・ 国民生活基礎調査データをもとにして計算（サリバン法による障害のない平均余命の考え方）。
- ・ 都道府県別に計算（厚労科研：健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究（代表：橋下修二））。

－ 健康寿命のページ <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>

主指標

- － 客観性の強い「**日常生活に制限のない期間の平均**」（あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。）

副指標

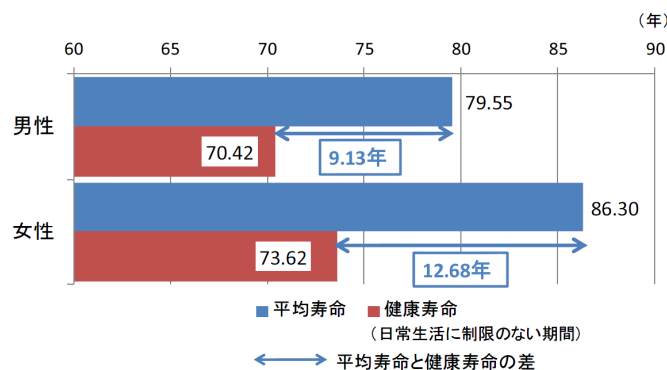
- － 主観性の強い「**自分が健康であると自覚している期間の平均**」（あなたの現在の健康状態はいかがですか。）

市区町村での健康寿命（平均自立期間）

- － 上記の主指標・副指標は、市町村では計算できない（一部の大都市を除く）。
- － 介護保険の要介護 2 以上を「不健康（要介護）な状態」として計算することが多い。

目標値の設定

- － 平均寿命と健康寿命との差に着目（次図）。これは、日常生活に制限のある「**不健康な期間**」を意味する。



（資料：平均寿命（平成 22 年）は、厚生労働省「平成 22 年完全生命表」健康寿命（平成 22 年）は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」）

● 将来推計人口

- ・ **目的**
 - 将来の出生、死亡、ならびに国際人口移動について仮定を設け、これらに基づいてわが国の将来の人口規模、ならびに年齢構成等の人口構造の推移について推計を行う。
- ・ **方法**
 - 将来の出生、死亡等の推移は不確実であることから、複数の仮定に基づく複数の推計を行い、これらにより将来の人口推移について一定幅の見通しを与える。
 - 人口変動要因である出生、死亡、国際人口移動について男女年齢別に仮定を設け、コーホート要因法により将来の男女別年齢別人口を推計。
 - 一般的に将来推計人口と呼ばれているのは、出生中位、死亡中位の仮定に基づくものを指すことが多い。
 - 国立社会保障人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp/> から、おおむね 5 年に 1 度程度公表される（最新版は「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）」2015～2065 年）。
 - 都道府県・市区町村についても推計（最新版は「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」）。

● 人口動態調査

(1) 目的

- ・ 人口の動きに関連する、出生・死亡・死産・婚姻・離婚の 5 つの届出票に基づき、人口動態事象を把握し、人口および厚生労働行政施策の基礎資料を得る。
- ・ 粗死亡率（必要な医療資源の量に関係）と年齢調整死亡率（死亡しやすさの指標）の使い分けが重要。

(2) 方法

- ・ 市区町村長がこれらの届出票に基づいて人口動態調査票を作成し、保健所・都道府県などを経て厚生労働省に集められ、大臣官房統計情報部において集計され、月報および年報として公表される。
- ・ 都道府県別年齢調整死亡率のように特定のテーマ（年次によって異なる）についても、人口動態統計特殊報告として集計がおこなわれる。
- ・ 市町村では、標準化死亡比（SMR）またはその経験ベイズ推定（EBSMR）が用いられることが多い。（⇒「標準化死亡比」参照）

● 年齢調整とは

- ・ 高齢者ほど高血圧の割合が高いことはよく知られています。A 地区よりも B 地区の方が高血圧者の割合が多かったとしても、B 地区の方が高齢者の割合が多ければ、A 地区よりも B 地区の方が（高齢者が多いので）高血圧の割合が多くてあたりまえとも考えられるので、血圧の状態に地区間の差があるかどうか判断できません。そこで、どちらの地区も年齢構成が同一だった場合に期待される高血圧者

割合（＝**年齢調整割合**）を計算して比較することが行われます。血圧の平均値で比較する場合も同様で、**年齢調整平均**を計算して比較します。同様に、死亡率や医療費など、年齢によって異なる指標の特徴について、地域間・年次間の差や変化を比較する場合には、年齢調整したうえで比較する必要があります。

- ・ ただし、医療費の総額のように、年齢構成にかかわらず必要な医療資源の量の将来予測などを考えるときには、年齢調整しない方が理にかなっています。
- ・ 健康状態の比較では年齢調整を行い、必要な医療資源の絶対量を検討する際には年齢調整を行わないというように、目的に応じて両者を使い分けましょう。

● 標準化死亡比（SMR）、標準化比

- ・ 「年齢調整とは」で解説したように、死亡率など年齢によって異なる指標について、地域間・年次間の差や変化を比較する場合には、年齢調整したうえで比較する必要があります。
- ・ **標準化死亡比（SMR）**は、全国を基準（＝100）とした場合に、その地域での年齢を調整したうえでの死亡率（死亡しやすさ）がどの程度高い（低い）のかを表現します。例えば、SMR＝120ならば、全国に比べてその地域の死亡しやすさは1.2倍高いことを意味し、SMR＝80ならば、死亡しやすさは0.8倍である（つまり低い）ことを意味します。国の人口動態統計特殊報告では当該年次の全国を基準（＝100）としてSMRを計算していますが、各県で独自に計算するときには、県を基準（＝100）としても構いません。SMRの経年推移を調べる場合には、基準となる年次を固定しておくこともあります。（【見える化資料】「9.都道府県・市区町村別標準化死亡比 SMR の経年推移」参照）
- ・ **標準化比**はSMRと同じ計算方法で、リスク因子該当者の割合や医療費等を、各都道府県や国を基準とした比で表現したもので、リスク因子該当者の割合の場合は**標準化該当比**、医療費の場合は**地域差指数**、レセプトへの出現率の場合は**標準化レセプト出現比（SCR）**呼ぶこともあります。例えば、基準を「県」とした標準化該当比は、県全体を100とした場合の各市区町村のリスク因子該当者の割合を意味します。男性の腹囲 $\geq 85\text{cm}$ の標準化該当比がA市で110だとすると、県全体に比べて腹囲 $\geq 85\text{cm}$ の割合が1.10倍高いと解釈できます。
- ・ 年齢調整の方法には、「直接法」と「間接法（標準化死亡比、標準化比）」があります。一般に、数値の安定性等の理由により、全国や都道府県のように人数が多い場合は「直接法」、市区町村のように人数が少ない場合は「間接法（標準化死亡比、標準化比）」を使うのが一般的です。

● 偏差値とZ（ゼット）スコア

学校の試験の成績で「偏差値」という言葉を聞いたことがあるでしょう。偏差値というのは、集団全体の中で（例えばその学年の生徒全員の中で）、成績が相対的にどの程度の位置にいるのかを表す指標で、偏差値50が全体の真ん中（平均）くらい、偏差値60だと上位1/6、偏差値70だと上位2～3%（ほとんどトップ）を意味します。統計学では、偏差値の計算原理になっている「Zスコア」という指標を用いることがよくあり、本「データ活用マニュアル」にも47都道府県間の相対位置を表すためにZスコアが登場します。「偏

差値 = Zスコア × 10 + 50」なので、偏差値 50 = Zスコア 0、偏差値 60 = Zスコア 1、偏差値 70 = Zスコア 2、と覚えておくと、各都道府県の全国における位置づけが感覚的に理解しやすいでしょう。

● 検定とは

健診データを用いて、肥満者と普通体重の者の血圧を比較することを考えます。肥満群 20 人の収縮期血圧は平均 130mmHg、普通体重群 30 人は 120mmHg であったとします。この結果から、肥満者は普通体重の者よりも血圧が高いと「一般化して」いえるでしょうか？

調査人数が少ないので、「たまたま」血圧が高めの人や肥満群に多めに含まれていただけかもしれない、とも考えられるし、平均で 10mmHg も異なるのだから、「たまたま」ではなくてやはり太っている人は血圧が高い、とも考えられるでしょう。いったいどちらなのかの判断を科学的に行うために、**検定**という方法があります。言い換えると、検定とは「観察された差が偶然によるものか否かを判断する方法」です。

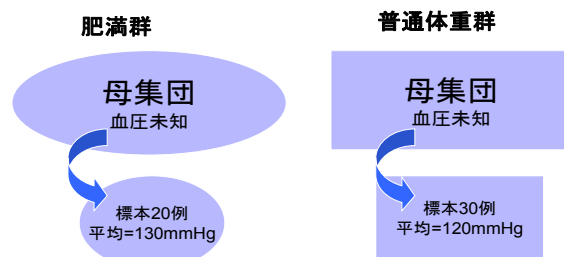
具体的には肥満群と普通体重群で観

察された 10mmHg の差が偶然である確率（P 値という）を計算し、その確率が十分に小さければ

（ $P < 0.05$ を基準とすることが多い）、10mmHg の差が偶然で（たまたま）生じる可能性は非常に小さいので、肥満群と普通体重群では本当に体重が異なるのだと判断します。「 $P < 0.05$ ならば、観察された差は偶然ではないだろうと判断する」と覚えておきましょう。

P 値を計算するために、t 検定（平均値の比較）やカイ 2 乗検定（割合の比較）などの方法があります。

図 検定の原理



帰無仮説 (AAとBBで母集団の血圧の平均は同じ) が正しい場合に標本平均に10mmHgの差が生じる確率は？

→ t検定で1%($P=0.01$)と計算された。

→ 帰無仮説が正しければめったに生じない現象がおきたといえる。

従って、たぶん帰無仮説は正しくないのだろう。

→ 対立仮説 (肥満群と普通体重群で母集団の血圧の平均は異なる) を採用。

● 誤差と信頼区間

A市住民全体の収縮期血圧の平均値を知りたいとします。住民全員の血圧を測定すれば分かりますが、現実には一部の人だけしか測定できません。一部の人たちだけを測定すると、その平均値は、全員を測定した場合に得られる平均値（住民全体の真実の平均値）から多少ずれます。この“ずれ”のことを調査における“誤差”といいます。平均値に“ずれ”が生じる理由には大きく次の2種類があります。①一部の人しか調べていないので、たまたま高めの人（や低めの人）が多く含まれたために、偶然ずれた。②測定できた人（例えば健診受診者）は健康意識が高いために血圧が低めだったという特別な理由により、低めにずれた。このうち、②のように特別な理由で一定方向に生じる“ずれ”のことを“偏り”または“バイアス”ともいい、どれくらいずれるかは誰にも分かりません。一方、①のように偶然によって生じるずれの大きさは、統計理論を用いることで推定でき、具体的な幅を示すことができます。

例えば、A市住民の一部だけを調べて、住民全体の収縮期血圧の平均値を、130 mmHg（127～133 mmHg）というように幅を持って示すのです。この幅のことを一般に**信頼区間**と呼び、**真実の**（住民全体の）平均値がどの範囲にあるかを意味します。また、幅の信頼の程度を付記して、**95%信頼区間**（確からしさが95%である）のように表現するのが普通で、その場合、A市住民全体の平均値は95%の確からしさで127～133 mmHgの範囲内にあると解釈します。

死亡データについても同様に信頼区間が示されます。例えば、A市の心筋梗塞 SMR が110 だったとします（「標準化死亡比（SMR）、標準化比」参照）。A市では心筋梗塞で「死亡しやすい」といえるでしょうか？ 何倍程度死亡しやすいのかというと、SMR=110 なので1.10 倍と考えられますが、もしもA市の人口が少ないと、死亡数が1人変わっただけで SMR はかなり変動しますので、**真実の「死亡しやすさ」**はちょうど1.10 倍ではなくて、「1.10 倍前後」と表現する方が適切です。さらに、「1.10（1.02～1.18）倍」というように具体的に幅を持って表現できればより科学的に解釈できます。この幅（1.02～1.18）も平均値の場合と同様に信頼区間といい、95%信頼区間（95%の確からしさで死亡しやすさは1.02～1.18 倍の範囲にある）で表現するのが普通です。

一般に、人数が少ないほど調査の誤差は大きくなり、**真実の値**からずれやすくなります。人数が少ないと95%信頼区間が広がり、人数が多いと95%信頼区間が狭くなります。平均値や割合、SMR などを見る時には、どの程度の誤差があるのかに注意して解釈しましょう。

● 患者調査

（1）概要

- 患者調査は厚生労働省が3年に1度、全国の医療機関に対して行う標本調査です。「**受療率**」は、調査日（1日）において、当該疾病で医療機関を受療した人数（**推計患者数**）を人口10万人あたりで表したもので、**入院受療率**と**外来受療率**があります。都道府県別にも計算されます。これを見ることで、当該疾病で受療している人の頻度が分かります。ただし、受療率はあくまでも医療機関を受療した人だけを数えますので、受療せず放置している人は把握されないという点に注意しましょう。また、推計患者数は調査日（1日）に受療した人だけを数えますので、他の日に受療した人をも含めた患者数（「**総患者数**」といいます）の方が実態に合っています。推計患者数と総患者数の違いを正しく理解してください。

（2）目的

- 医療施設（病院と一般・歯科診療所）を利用する患者について、その傷病状況等の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を得る。医療施設の側からみた傷病統計という位置づけ。

（3）方法

- 3年に1度、10月の平日1日。（退院患者は9月の1ヶ月）
- 全国の医療施設を利用する患者が対象。
- 層化無作為抽出した医療施設における外来・入院・退院患者が客体。
- 性別、出生年月日、患者の住所、入院・外来の種別、受療の状況等について調査を行い、以下のような指標を、傷病分類別、性年齢階級別に推計する。

(4) 推計患者数

- ・ 調査日当日に母集団で受療した患者数を推定。

(5) 受療率

- ・ 推計患者数を人口で除したものの。
- ・ 入院・外来別（入院受療率・外来受療率）。
- ・ 調査日における受療状況なので、実態（有病率）とは大きく異なるが、誤差が小さめで、よく使われる。
- ・ 一般的な公表値は年齢調整されていないので都道府県比較には注意。

(6) 総患者数（傷病別）

- ・ 調査日現在において、継続的に医療を受けている者の推計数（調査日に受診しなかった者を含む）。
- ・ 実態（実際の患者数）に比較的近いが、誤差が大きめなので注意。

(7) その他

- ・ 退院患者の平均在院日数
- ・ 入院の状況・心身の状況
- ・ 診療費等支払方法

● 国民生活基礎調査

(1) 目的

- ・ 保健、医療、福祉、年金、所得等国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画及び運営に必要な基礎資料を得ること。世帯（国民）の側からみた傷病統計という意味合いもある。
- ・ 都道府県別健康寿命算出の基礎データともなる（⇒「健康寿命」参照）。

(2) 方法

- ・ 全国の国勢調査区を抽出単位とした層化無作為抽出（クラスター抽出）で、抽出された国勢調査区内の全世帯に調査を行う。
- ・ 3年ごとに大規模、中間年は小規模で簡易な調査を実施。
- ・ 平成28年は、大規模調査を実施。

(3) 調査事項（平成28年（大規模調査）の場合）

- ・ 世帯票、健康票
 - － 5,410地区内の全ての世帯および世帯員が対象。
- ・ 介護票
 - － 同地区から無作為抽出した2,446地区内の要介護者・要支援者を対象。
- ・ 貯蓄票、所得票
 - － 上記5,410地区に設定された単位区から無作為抽出した1,963単位区内の全ての世帯および世帯員が対象。
- ・ 小規模年は、世帯票と所得票だけで、客体数も少ない。

● 国民健康・栄養調査

(1) 目的

- ・ 健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づき
 - 国民の身体の状況、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにし、国民の健康増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得ることを目的とする。
- ・ 「健康日本 2 1」計画においては
 - 国民の健康や生活習慣の実態をモニタリングするための主要調査の一つとして位置づけられている。

(2) 調査項目

- ・ 1) 身体状況調査票
 - 身長、体重（満 1 歳以上）、腹囲（満 6 歳以上）、血圧（満 20 歳以上）〔2 回測定〕、血液検査（満 20 歳以上）、問診（満 20 歳以上）、服薬（血圧、不整脈、血糖、脂質、貧血）、糖尿病治療有無、運動禁止の有無、運動習慣
- ・ 2) 栄養摂取状況調査票（満 1 歳以上）
 - 世帯状況：氏名、生年月日、性別、妊婦（週数）・授乳婦別、世帯主との続柄、仕事の種類
 - 食事状況：家庭食・調理済み食・外食・給食・その他の区分
 - 食物摂取状況：料理名、食品名、使用量、廃棄量、世帯ごとの案分比率
 - 1 日の身体活動量（歩数）（満 20 歳以上）
- ・ 3) 生活習慣調査票（満 20 歳以上）
 - 食生活、身体活動、休養（睡眠）、飲酒、喫煙、歯の健康等に関する生活習慣全般

(3) 調査客体

- ・ 国民生活基礎調査により設定された単位区から無作為抽出した 300 単位区内の世帯及び当該世帯員を調査客体として、毎年 11 月中に調査を実施。全国で合計 300 単位区なので、1～2 単位区しか調査しない県も多く、単年分のデータでは（東京都以外は）客体数が少なすぎて道府県別集計や比較は困難。
- ・ 平成 24 年、28 年は都道府県間の比較ができるように、規模を拡大して各道府県で 10 国勢調査区ずつ（東京都のみ 15 国勢調査区）の調査が実施された。令和 2 年も拡大調査の予定。

(4) 調査方法

- ・ 1) 身体状況調査
調査対象者を会場に集めて、調査員である医師、保健師、臨床（衛生）検査技師等が調査項目の計測及び問診を実施した。
- ・ 2) 栄養摂取状況調査
世帯毎に調査対象者が摂取した食品を秤量記録（秤量困難なもの等は目安量）することにより実施し、調査員である管理栄養士等が調査票の説明、回収及び確認を行った。
- ・ 3) 生活習慣調査
留め置き法による自記式質問紙調査を実施した。

(5) 健康日本21（第二次）で国民健康・栄養調査がデータソースとなっている目標項目

- ・ 循環器疾患
 - 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）
 - 脂質異常症の減少
- ・ 糖尿病
 - 治療継続者の割合の増加
 - 糖尿病有病者の増加の抑制
- ・ 高齢者の健康
 - 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制
- ・ 栄養・食生活
 - 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25 以上）、やせ（BMI18.5 未満）の減少）
 - 食塩摂取量の減少
 - 野菜と果物の摂取量の増加
- ・ 身体活動・運動
 - 日常生活における歩数の増加
 - 運動習慣者の割合の増加
- ・ 休養
 - 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少
- ・ 飲酒
 - 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の減少
- ・ 喫煙
 - 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）
 - 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少
- ・ 歯・口腔の健康
 - 口腔機能の維持・向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）
 - 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

● 都道府県健康・栄養調査

国民健康・栄養調査は、全国推計を主目的としており、道府県別推計のためには十分な精度がないため、ほとんどの道府県では、独自に健康・栄養調査を実施している（東京都は国民健康・栄養調査の東京都調査分等を毎年集計）。国民健康・栄養調査の拡大調査でも、各都道府県内での詳細な分析までは想定していないため、独自に標本数を上乘せするなどの工夫が必要。調査方法は国民健康・栄養調査に準じ、内容を若干追加することが多い。

都道府県における健康増進施策、生活習慣病対策等に関する基礎資料を得ること等を目的とする。通常は市町村別の比較は困難。

● e-Stat とは

(1) 政府統計の総合窓口 (e-Stat) (総務省統計局)

<https://www.e-stat.go.jp/>

総務省統計局では、各府省の実施する行政（政府）統計に関する統計データの一つにまとめ、利用者にとってニーズの高い提供機能を備えた、統計データのポータルサイト「政府統計の総合窓口（e-Stat）」を提供している。



統計表ファイル(Excel や CSV 等)、統計データ等の各種統計関係情報が公開されており、2 次加工し
て利用しやすい。

政府統計名	患者調査
提供統計名	患者調査
提供分類1	平成29年患者調査
提供分類2	下巻（都道府県・二次医療圏）
提供周期	年次

表番号	統計表	調査年月	公開（更新）日	表示・ダウンロード
1	推計外来患者数（患者住所地），都道府県・外来（初診－再来）× 性・年齢階級 × 病院－一般診療所別	2017年	2019-03-01	CSV DB
2	推計外来患者数（患者住所地），都道府県・外来（初診－再来）× 傷病分類 × 病院－一般診療所別	2017年	2019-03-01	CSV DB
3	推計患者数，施設所在地（都道府県）× 患者住所地（都道府県）× 入院－外来別	2017年	2019-03-01	CSV DB
4	推計患者数（施設所在地），入院－外来・施設の種別・県内－県外 × 都道府県別；推計流入患者数・割合，入院－外来 × 都道府県別	2017年	2019-03-01	CSV DB
5	推計患者数（患者住所地），入院－外来・施設の種別・県内－県外 × 都道府県別；推計流出患者数・割合，入院－外来 × 都道府県別	2017年	2019-03-01	CSV DB
6	推計患者数（施設所在地），入院－外来・県内－県外 × 性・年齢階級 × 都道府県別	2017年	2019-03-01	CSV DB
7	推計患者数（患者住所地），入院－外来・県内－県外 × 性・年齢階級 × 都道府県別	2017年	2019-03-01	CSV DB
8	推計患者数（施設所在地），入院－外来・県内－県外 × 傷病分類 × 都道府県別	2017年	2019-03-01	CSV DB

平成 29～30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学推進研究事業）

「都道府県医療費適正化計画のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」

研究代表者 横山 徹爾 （国立保健医療科学院 生涯健康研究部）

研究分担者 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）

丸谷 美紀 （国立保健医療科学院 統括研究官）

吉岡 京子 （国立保健医療科学院 生涯健康研究部）

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 医療・福祉サービス研究部）

堀井 聡子 （元・国立保健医療科学院 生涯健康研究部）

研究協力者 藤井 仁 （目白大学 看護学部）

黒崎宏貴 （水戸協同病院 臨床研修医）

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（完全版）

2019年3月31日 発行

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）

「都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う
地域の保健医療人材の育成に関する研究」（H29－政策－指定－006）

研究代表者 横山徹爾

E-mail : yokoyama.t.aa@niph.go.jp

発行所： 国立保健医療科学院 生涯健康研究部

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

TEL : 048-458-6128 Fax : 048-458-6714

本書（PDF）は国立保健医療科学院ホームページよりダウンロード可能

ダウンロードはこちら→<https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>