

医療保障総合政策調査・研究基金事業

政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅶ

報告書 概要版

令和 8 年 6 月



【お問合せ先】
政策部 医療・診療報酬グループ
TEL：03-5990-2253
Email：iryoudjimukyoku@kenporen.or.jp

テーマ1：外来医療におけるばらつきの分析

- 外来医療において既に標準化が一定程度進んでいると考えられる一部の疾患・病態・治療法について、医療費や診療行為のばらつきの実態を明らかにする。
- 外来で実施される診療のうち、エピソードが捉えやすく、かつ比較的診療行為のばらつきが少ないと考えられる疾患等をピックアップして、医療費等の集計を実施した。

テーマ2：医療機関の機能に応じた医療費の分配に関する分析

- 医療機関の体制や機能を評価する加算等の診療報酬項目について、医療機関に支払われた医療費の実績値を集計し、その医療費を財源として、代理指標に基づき医療機関に直接分配することが可能であるか、シミュレーションを実施する。
- さらに、対象とする診療報酬項目や指標、重みづけを変化させることによって、政策誘導にも活用できるモデルの構築が可能かどうか検討した。

テーマ3：死亡者にかかる死亡前の診療行為の分析

- 先行研究等を参考に医療の質に関するいくつかの指標を選定し、死亡した患者について、死亡前の一定期間における診療行為と、性・年齢階級や疾患等との関係を明らかにする。

今回の調査研究には様々な限界点が存在し、追加の分析や追加的な検討を要する部分がある。

1：外来医療におけるばらつきの分析【1】 眼科用抗VEGF薬の投与を伴う眼疾患

想定

- 薬剤料等の包括評価により、外来医療の標準化を推進することができるのではないか。
- 特に、バイオ医薬品を使用する疾患を包括評価にした場合、バイオシミラーに切り替えるインセンティブが働くのではないか。

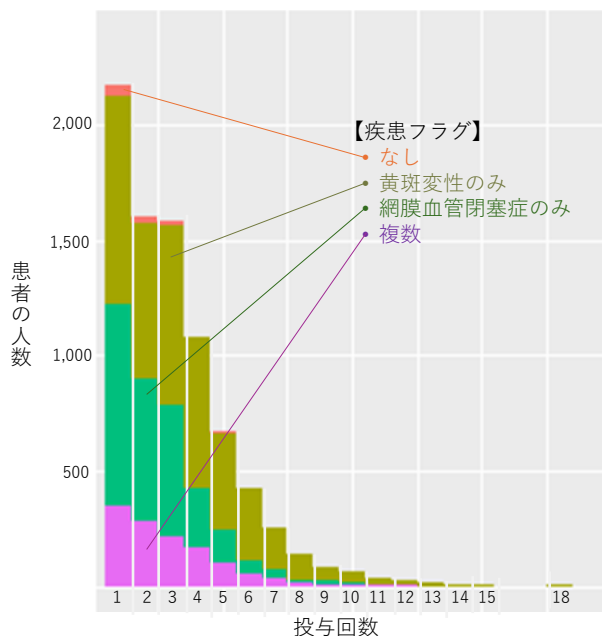
手法

- 2022年度NDB通年パネルデータセットを用い、眼科用抗VEGF薬※を使用する疾患の薬剤投与回数、受診回数、医療費を調査。
- 対象とした患者数は男性10,176人、女性7,885人の合計18,061人。うち9割以上が60歳以上。

※ 製品名：アイリニア硝子体内注射、パビースモ硝子体内注射、ベオピュ硝子体内注射、ラニビズマブB S硝子体内注射、ルセンティス硝子体内注射

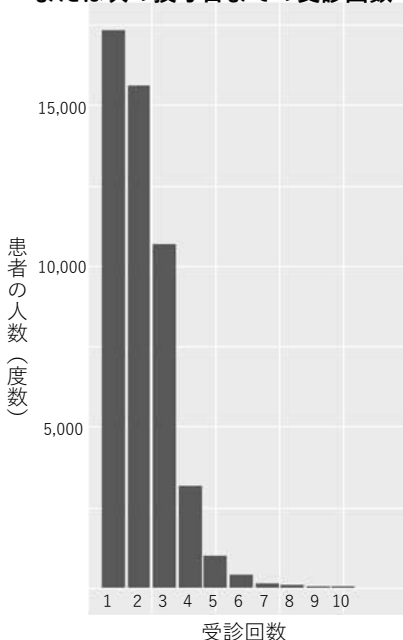
結果1 投与は概ね年4回まで。最多は年1回

抗VEGF薬の1年間の投与回数の分布



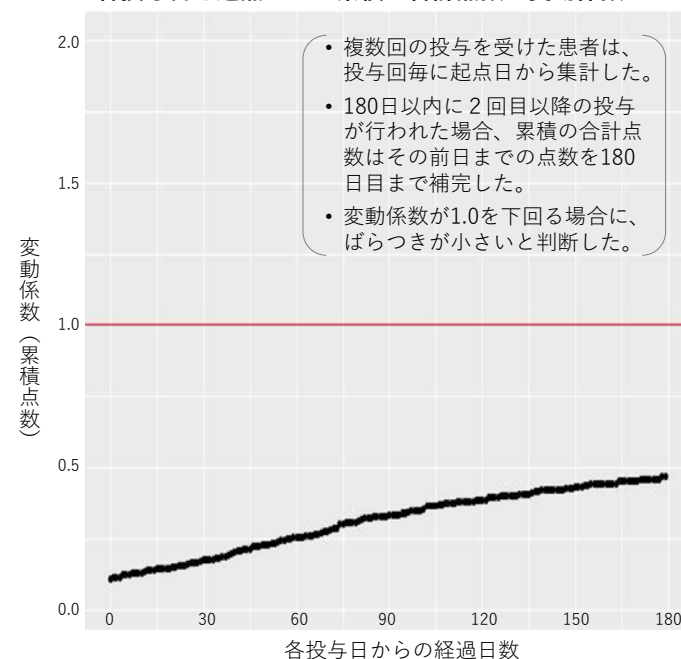
結果2 受診は概ね月3回まで

抗VEGF薬の投与から30日以内
または次の投与日までの受診回数



結果3 いずれの日も累積医療費のばらつきは小さい

各投与日を起点とした累積の合計点数の変動係数



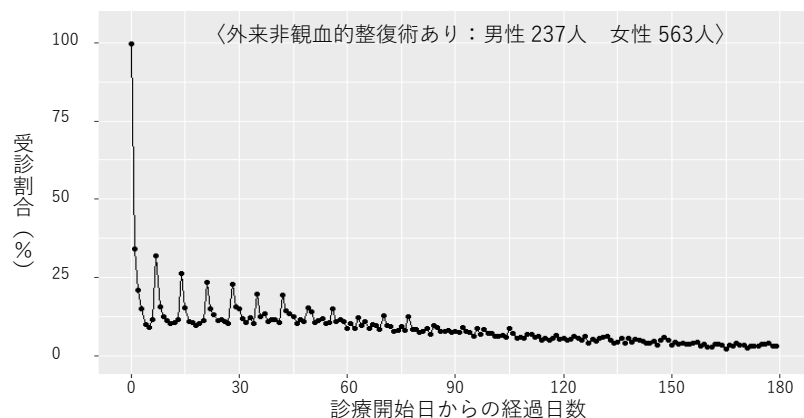
1：外来医療におけるばらつきの分析【2】 閉鎖性単純前腕骨折

想定 ● 治癒が期待できる疾患について、検査や処置等の包括評価により、外来医療の標準化を推進することができるのではないか。

手法 ● 2022年度NDB通年パネルデータセットを用い、閉鎖性単純前腕骨折の患者を、外来において「骨折非観血的整復術（前腕）」の実施がある者となない者に分類し、それぞれについて受診割合、医療費を調査。
● 対象とした患者数は男性1,363人、女性3,205人の合計4,568人。

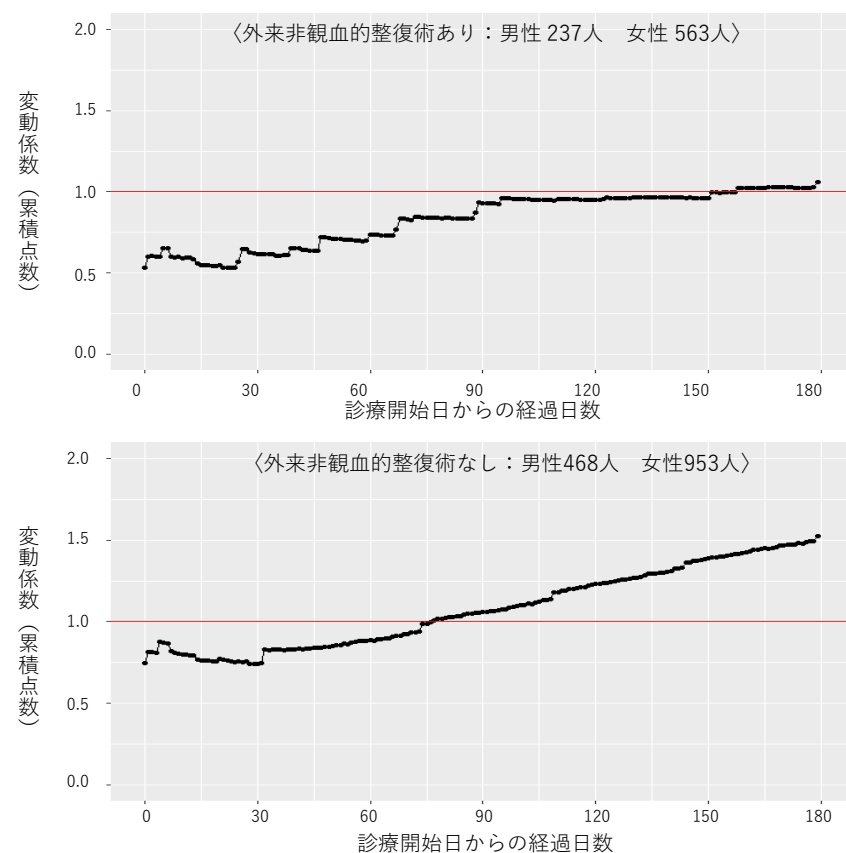
結果 1 受診割合は徐々に低下し、1週間おきにピークがある

診療開始日からの受診割合の推移



結果 2 非観血的整復術ありの場合、診療開始から150日目程度までは累積医療費のばらつきが小さい

診療開始日を起点とした累積の合計点数の変動係数



1：外来医療におけるばらつきの分析【3】 変形性股関節症の人工関節置換術の術後

想定

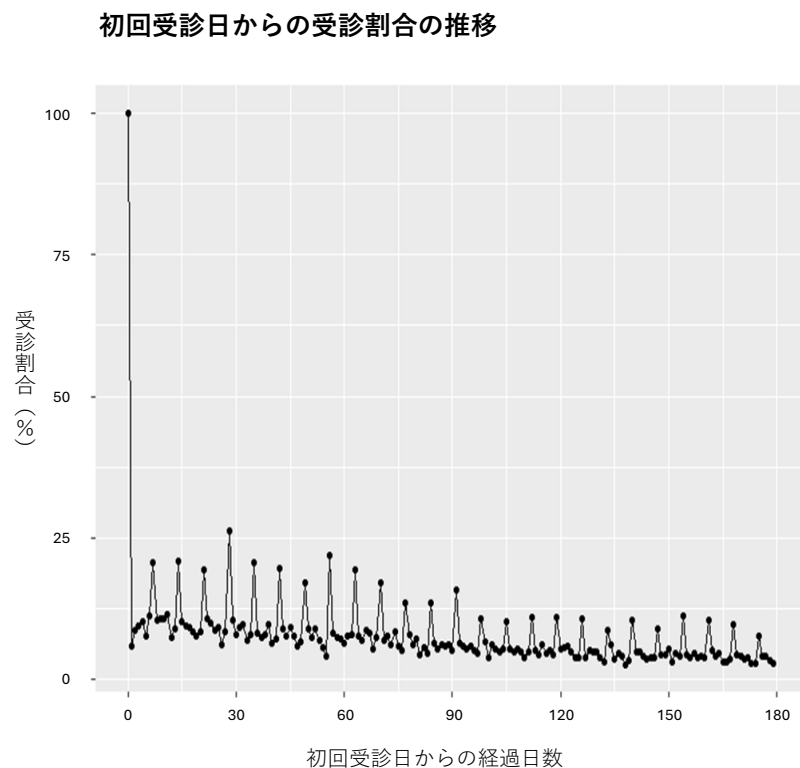
- 手術後の通院について、検査や画像診断等の包括評価により、外来医療の標準化を推進することができるのではないか。

手法

- 2022年度NDB通年パネルデータを用い、変形性股関節症で人工関節置換術（股）を受けた患者の受診割合、医療費を調査。
- 対象とした患者数は男性346人、女性1,804人の合計2,150人。うち8割が60歳以上。

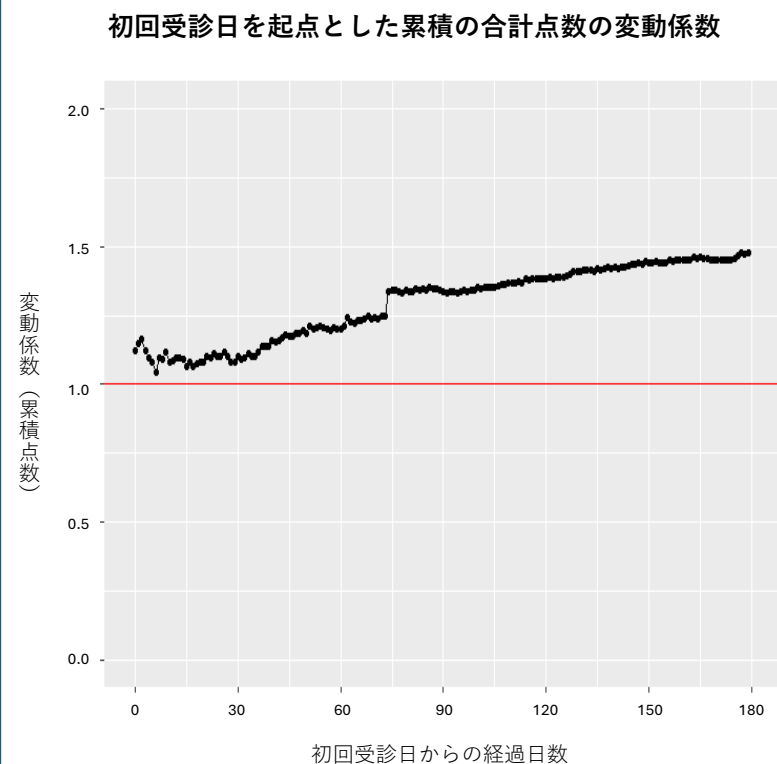
結果 1

受診割合は徐々に低下し、4週間おきにピークがある



結果 2

累積医療費のばらつきが大きい。他の疾患で治療を受けている患者等が含まれていることが要因として考えられる。



2：医療機関の機能に応じた医療費の分配に関する分析【1】

想定

- 優れた機能や充実した体制を有する医療機関を診療報酬で高く評価することは合理的だが、その体制や機能が個別の医療サービスに直接結び付かない又は結び付きが薄い場合、自己負担が増えることについて患者の理解は得られにくいのではないか。
- 医療機関の体制や機能に着目した加算を、現行の診療報酬とは別の仕組みで医療機関に分配することができるのではないか。

手法

- 外来医療や在宅医療の体制・機能を評価する加算の算定総額について、各医療機関に可能な限り正確に分配する指標を調査。
- 分配においては、延患者数ではなく、実患者数を考慮することにより、頻回受診を抑制する等の効果も期待。

結果 1 加算額を実患者数、届出月数、重み付け係数※でスコア化が可能

加算算定総額 = 2021年度時点の診療報酬点数で集計

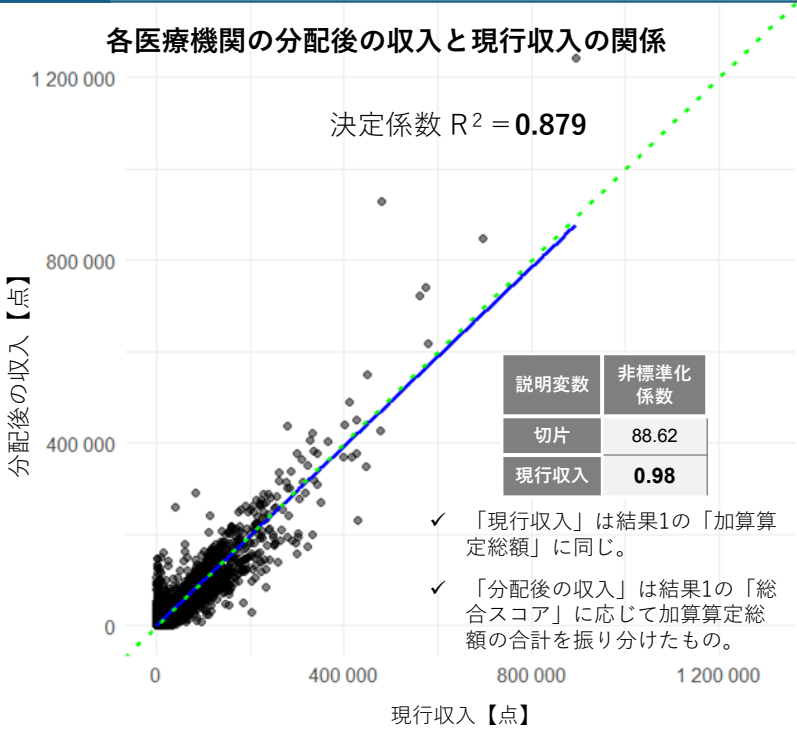
時間外対応加算 1, 2, 3 算定額 + 外来後発医薬品使用体制加算算定額 +
明細書発行体制等加算算定額 + 機能強化加算算定額 +
在宅緩和ケア充実診療所加算算定額 + 在宅療養実績加算 1, 2 算定額

総合スコア =

外来実患者数スコア × (時間外対応加算 1 届出月数スコア × 99,439 +
時間外対応加算 2 届出月数スコア × 162,302 +
時間外対応加算 3 届出月数スコア × 27,197 +
外来後発医薬品使用体制加算届出月数スコア × 76,356 +
明細書発行体制等加算月数スコア × 21,709) +
初診料実患者数スコア × (機能強化加算届出月数スコア × 1,111,831) +
在宅医療実患者数スコア × (在宅緩和ケア充実診療所加算届出月数スコア × 4,780,946 +
在宅療養実績加算 1 届出月数スコア × 5,000 +
在宅療養実績加算 2 届出月数スコア × 5,000)

※数理最適化手法を用いて重みを決定した

結果 2 多くの医療機関に加算と概ね同額を分配できた



2：医療機関の機能に応じた医療費の分配に関する分析【2】

分析対象とした加算項目	加算で評価されている体制・機能
機能強化加算	・ 外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価。 ・ 施設基準は健康管理に関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応、必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を実施していることの揭示等。
明細書発行体制等加算	・ 明細書を患者に無料で交付する診療所の体制等を評価。 ・ 明細書が不要であると申し出た患者の再診についても算定は可能。
時間外対応加算 1, 2, 3	・ 地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組みを評価。 ・ 当該医療機関の表示する診療時間以外の時間において患者またはその家族等から電話等により相談を受けた場合に、原則として対応できる体制を整備していることを届け出た診療所が算定可能。 ・ 標榜時間内に受診した患者の再診時にも算定可能。
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	・ 在宅緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有している診療所を評価。
在宅療養実績加算 1, 2	・ 緊急の往診および在宅における看取りについて、相当の実績を有していることを評価。
外来後発医薬品使用体制加算 1, 2, 3	・ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備され、当該医療機関の処方における後発医薬品の置換率およびカットオフ値が基準を超えていることを評価。 ・ 先発医薬品を処方した患者にも算定可能。

(注) 2021年度時点の診療報酬

3：死亡者にかかる死亡前の診療行為の分析【1】

想定 ● “終末期医療”において過剰な治療が行われている可能性が指摘されるなかで、実態を正しく把握する必要があるのではないか。

手法 ● 死亡前7日間までにおける延命や看取りに関連する次頁に示す①～⑪の診療行為、投薬等の状況を年齢、性別、傷病の有無等の下記説明変数に着目して把握

● NDBの2022年7月1日～12月31日のHIC通年パネルデータセットにおいて転帰死亡の記録のある症例を多重ロジスティック回帰分析を実施した。

説明変数	
低所得者の世帯の該当の有無	
年齢階級	
男女区分	
年齢階級と男女区分の組み合わせ	
死亡推定日より90日以内の腸管感染症の診断の有無	
//	敗血症の診断の有無
//	ウイルス性肝炎の診断の有無
//	悪性新生物の診断の有無
//	貧血の診断の有無
//	糖尿病の診断の有無
//	血管性及び詳細不明の認知症の診断の有無
//	パーキンソン病の診断の有無
//	アルツハイマー病の診断の有無
//	高血圧性疾患の診断の有無
//	心疾患（高血圧性を除く）の診断の有無
//	脳血管疾患の診断の有無
//	肺炎の診断の有無
//	肝疾患の診断の有無
//	慢性閉塞性肺疾患の診断の有無
//	喘息の診断の有無
//	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の診断の有無
//	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患の診断の有無
//	腎不全の診断の有無

対象患者数(延べ患者)		構成割合
全体	13,914	100.0%
男性	7,051	50.7%
うち59歳以下	309	2.2%
60－69歳	520	3.7%
70－74歳	765	5.5%
75－79歳	1,043	7.5%
80－84歳	1,322	9.5%
85－89歳	1,547	11.1%
90－94歳	1,125	8.1%
95歳以上	420	3.0%
女性	6,863	49.3%
うち59歳以下	240	1.7%
60－69歳	321	2.3%
70－74歳	403	2.9%
75－79歳	552	4.0%
80－84歳	985	7.1%
85－89歳	1,468	10.6%
90－94歳	1,625	11.7%
95歳以上	1,269	9.1%

3：死亡者にかかる死亡前の診療行為の分析【2】

指標

- 先行研究等を参考に医療の質、リビング・ウィル、過剰診療に関わりがあると思われる指標の候補を検討
- 有識者ヒアリング等を経て以下の12の指標を選定

① 在宅の看取りに関連する加算の算定割合

▶ 往診料における死亡診断加算、在宅患者訪問診療料 等

② 緩和ケアの関連項目の算定割合

▶ 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料、がん性疼痛緩和指導管理料 等

③ 疼痛緩和の薬剤（麻薬）の算定割合

▶ 疼痛緩和に用いられる可能性がある医薬品である薬効分類8の「麻薬」

④ 救急医療管理加算等の算定割合

▶ 救急医療管理加算1・2、夜間休日救急搬送医学管理料

⑤ ICU等への入室割合

▶ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料 等

⑥ 蘇生術に関連する項目の算定割合

▶ 開胸心臓マッサージ、非開胸的心マッサージ 等

⑦ 人工呼吸に関連する項目の算定割合

▶ 救命のための気管内挿管、人工呼吸 等

⑧ 昇圧剤の算定割合

▶ 重症度、医療・看護必要度におけるA6「専門的な治療・処置（⑦昇圧剤の使用注射剤のみ）」に該当する薬剤

⑨ 輸血用血液製剤の算定割合

▶ 重症度、医療・看護必要度におけるA5「輸血や血液製剤の管理」に該当する薬剤

⑩ 透析に関する処置、施術の算定割合

▶ 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 等

⑪ 画像診断の算定割合

▶ 超音波検査等、エックス線診療料 等

⑫ 注射薬の種類数

▶ レセプト記載の医薬品のうち剤形が注射のものの一般名の種類数

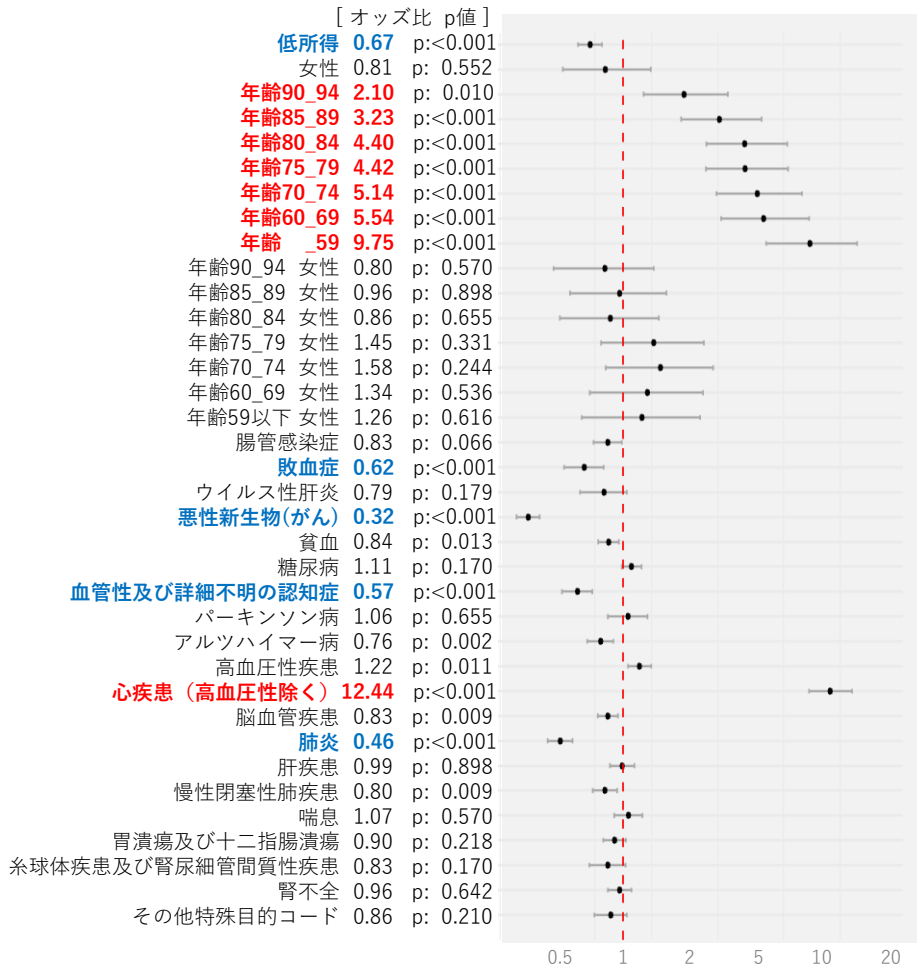
3：死亡者にかかる死亡前の診療行為の分析【3】

結果 1

蘇生術のオッズ比※

- 年齢階級別では59歳以下が特に高い。
- 疾患別では心疾患（高血圧性を除く）が高く、がん・肺炎・認知症・敗血症が低い。

指標⑥蘇生術（死亡日含め1週間以内）のオッズ比と信頼区間

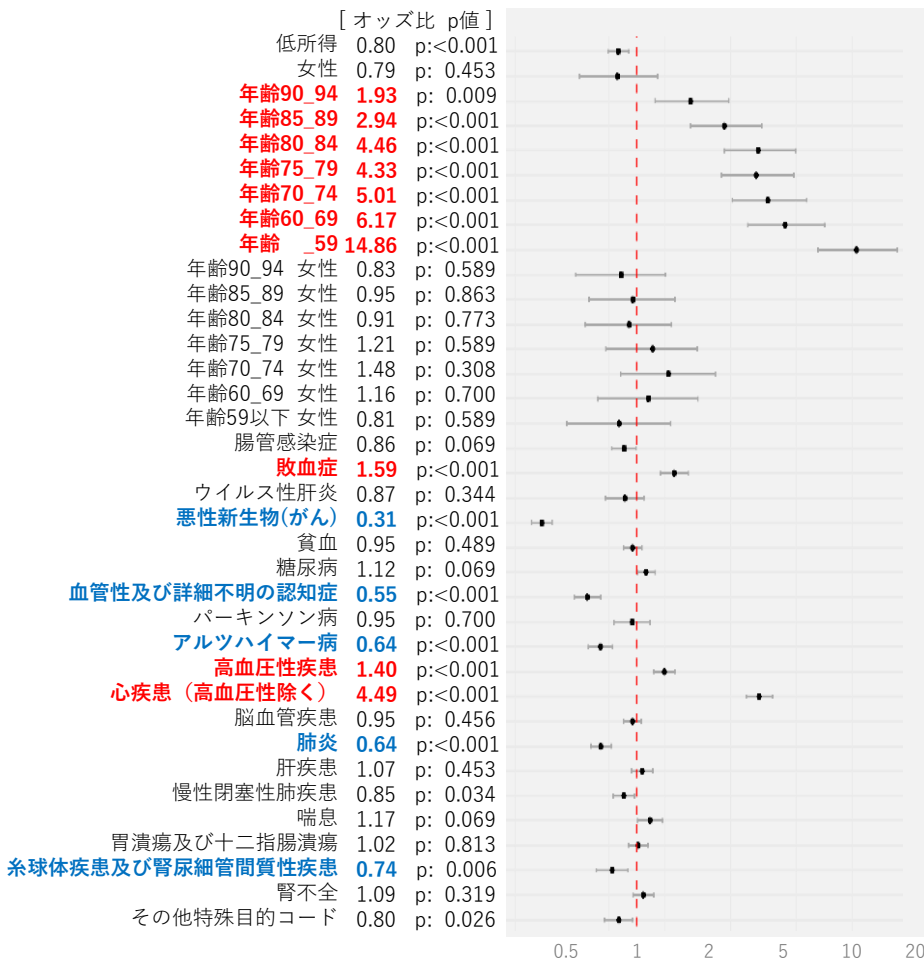


結果 2

人工呼吸のオッズ比

- 年齢階級別では59歳以下が特に高い。
- 疾患別では心疾患・敗血症・高血圧が高く、がん・認知症・アルツハイマー病・肺炎・糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患が低い。

指標⑦人工呼吸（死亡日含め1週間以内）のオッズ比と信頼区間



※「オッズ比」とは特定の事象に関する発生割合の対照集団（例えば疾患のない集団）との比率。1を超えると対照集団より当該事象が起こりやすいことを意味する。

図表中では、オッズ比が1.25以上かつp値が0.05未満を赤字、オッズ比が0.75以下かつp値が0.05未満を青字で表している。

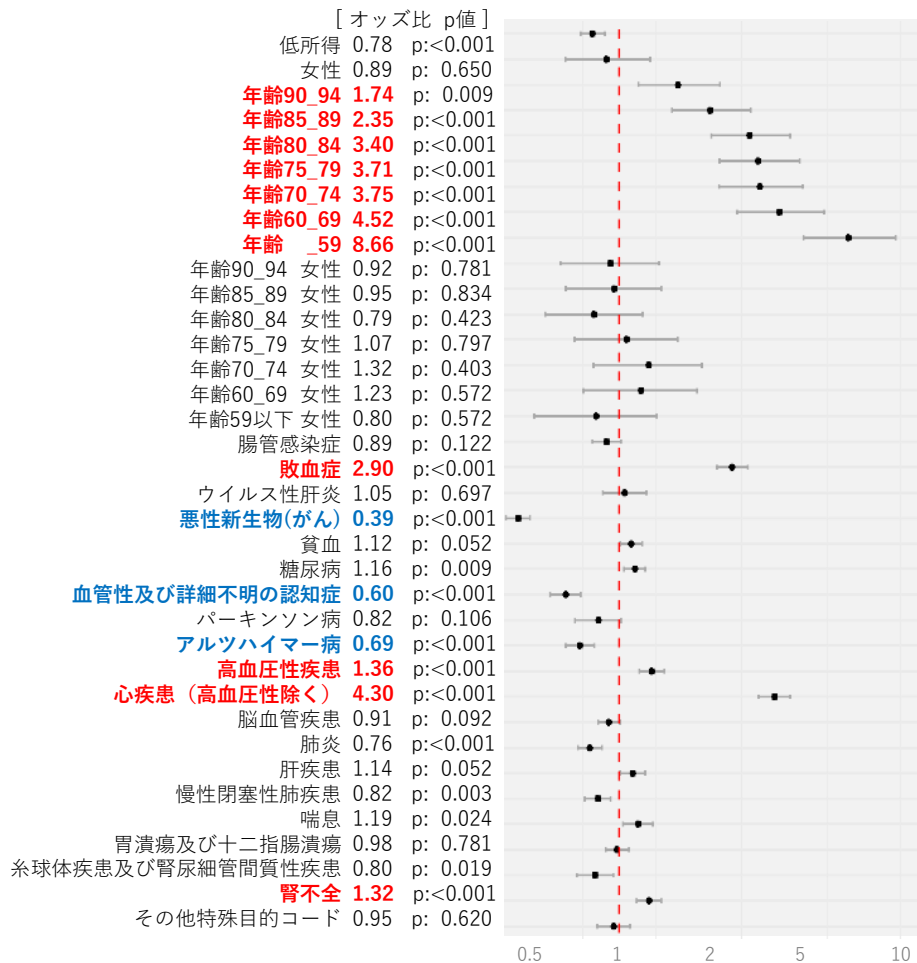
3：死亡者にかかる死亡前の診療行為の分析【4】

結果 3

昇圧剤

- 年齢階級別のオッズ比は59歳以下が特に高い。
- 疾患別のオッズ比は敗血症・高血圧・心疾患・腎不全が高く、がん・認知症・アルツハイマー病が低い。

指標⑧昇圧剤（死亡日含め1週間以内）のオッズ比と信頼区間

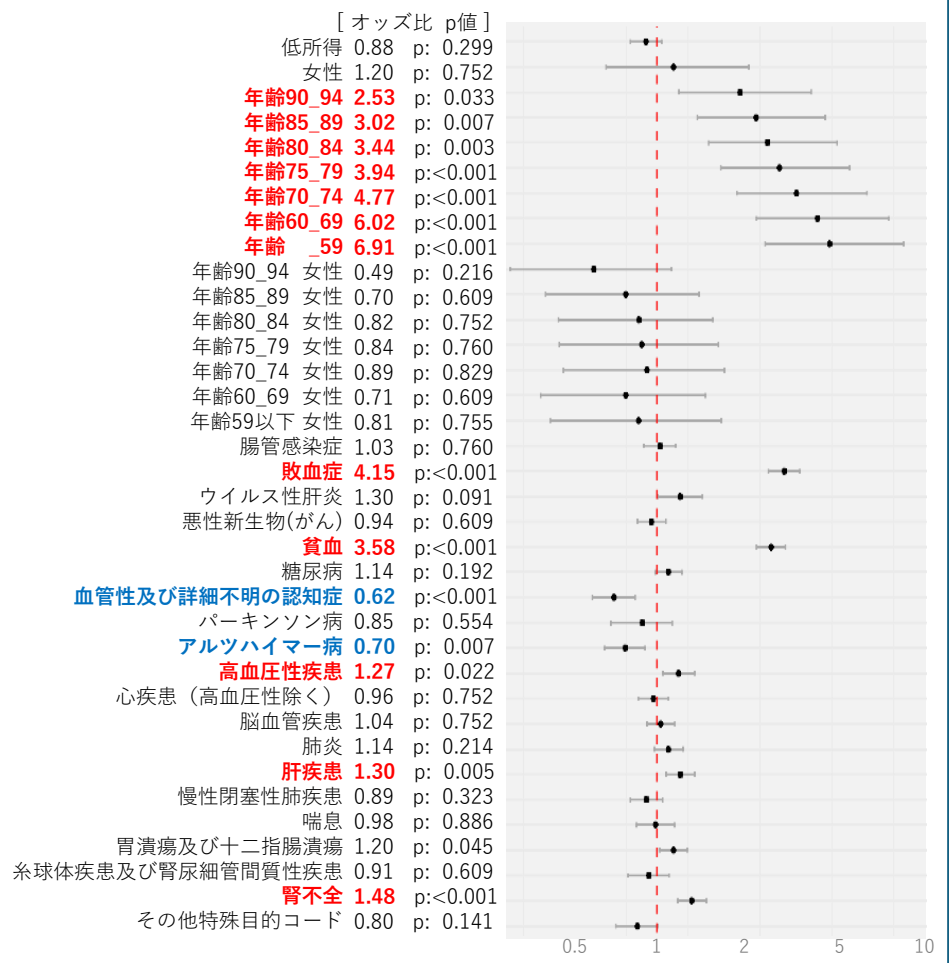


結果 4

輸血用血液製剤

- 年齢階級別のオッズ比は59歳以下が特に高い。
- 疾患別のオッズ比は敗血症・貧血・腎不全・肝疾患・高血圧で高く、認知症・アルツハイマー病で低い。

指標⑨輸血用血液製剤（死亡日含め1週間以内）のオッズ比と信頼区間



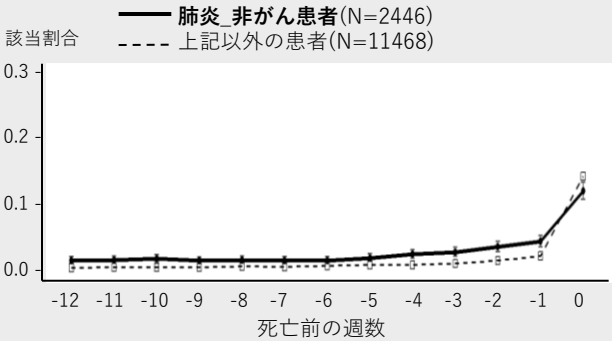
テーマ3：死亡者にかかる死亡前の診療行為の分析【5】

結果5

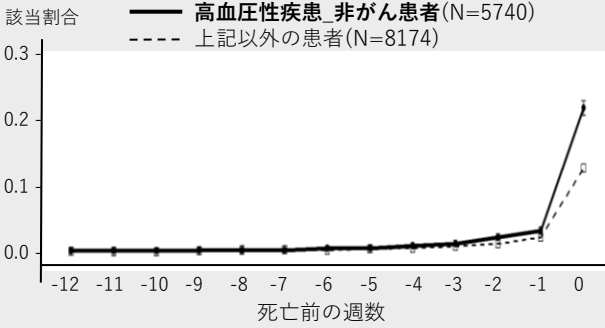
死亡前に実施された診療行為の疾患別週次状況

- 非がん患者の肺炎では、人工呼吸の算定割合が死亡週のみ他の患者を下回り、それ以前は他の患者を上回っていた。
- 非がん患者の高血圧性疾患では、昇圧剤の算定割合が死亡週のみ他の患者を上回っていたのに対し、非がん患者の腎不全では、昇圧剤の算定割合が死亡週以前から他の患者を上回っていた。
- 非がん患者の肝疾患と腎不全では、輸血用血液製剤の算定割合が死亡の約2週間前から他の患者を上回っていた。

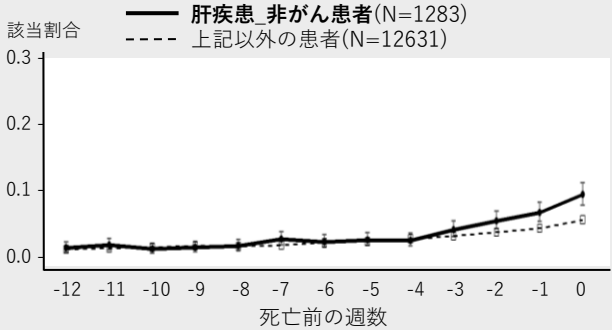
指標⑦人工呼吸に関連する項目の算定割合



指標⑧昇圧剤の算定割合

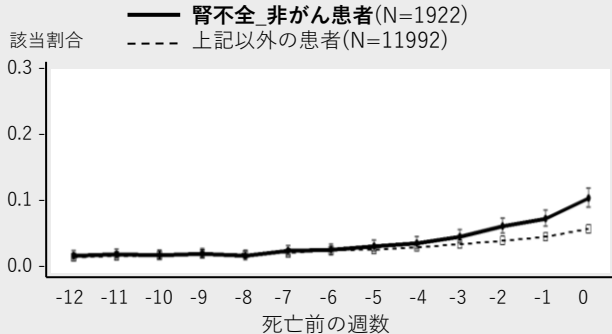
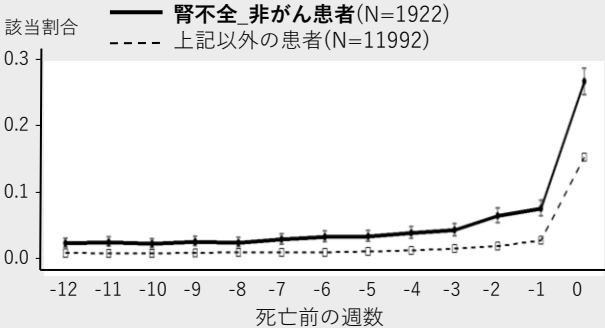


指標⑨輸血用血液製剤の算定割合



〔図表の読み方〕

- Nは、死亡見込み日の前90日以内に当該疾患が診断された患者数。
- 折れ線グラフは、死亡前の各週において、何割がその指標に該当する診療行為を算定していたかを集計した。
- 折れ線グラフ中の高低線は95%信頼区間を示す。



検討体制

有識者アドバイザー（敬称略、五十音順。職名は令和7年8月現在）
金光 一瑛 ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社 ヘルスケアエクセレンス本部 本部長
佐藤 大介 藤田医科大学大学院医学研究科病院経営学・管理学専攻教授
吉村 健佑 千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター センター長/特任教授

事務局
企 画：健康保険組合連合会 政策部 医療・診療報酬グループ
委託先：株式会社 健康保険医療情報総合研究所

※ 意見は健康保険組合連合会の判断であり、有識者アドバイザーには分析手法や結果の解釈等について技術的な視点からご助言をいただいた。

分析データ

テーマ1、テーマ3は高齢の患者を対象に含めた分析であるため、NDBデータを用いた。
テーマ2については、政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究VIで収集した健保組合データの一部を使用した。

● NDBデータのレセプト件数※ (万件)

データ期間	DPC	医科	調剤	歯科	計
2022年4月～2023年3月	1,210	104,660	66,331	23,891	196,092

※ NDBに格納された「医科」「DPC」レセプトのうち0.3%（約100万人分）をランダム抽出し、同年度の医科・DPC・歯科・調剤レセプトが名寄せされたデータセット（通年パネル）を使用。

● 健保組合データのレセプト件数 (万件)

データ期間	DPC	医科	調剤	歯科	計
2021年4月～2022年3月	-	8,187	-	-	8,187