

協会けんぽの都道府県支部別医療費・健診結果の分析について

目次

1. 協会けんぽの都道府県支部別医療費・健診・問診結果の状況(令和3年度)

医療費の地域差

・ 都道府県支部別加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差)(年齢調整前)	・・・	6
・ 都道府県支部別加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差)(年齢調整後)	・・・	7
・ 地域差指数の比較(協会けんぽと市町村国保)	・・・	8
・ 加入者1人当たり入院医療費の3要素分解	・・・	9
・ (参考)加入者1人当たり入院医療費と入院受診率	・・・	11
・ (参考)加入者1人当たり入院医療費と平均在院日数	・・・	12
・ (参考)加入者1人当たり入院医療費と人口10万対病床数	・・・	13
・ 加入者1人当たり入院外医療費の3要素分解	・・・	14
・ 加入者1人当たり歯科医療費の3要素分解	・・・	16
・ (参考)加入者1人当たり医療費の新3要素分解	・・・	18
・ (参考)加入者1人当たり入院医療費の新3要素分解	・・・	19
・ (参考)加入者1人当たり入院外医療費の新3要素分解	・・・	21
・ (参考)加入者1人当たり歯科医療費の新3要素分解	・・・	23
・ (参考)医療費3要素と医療費新3要素の相関関係	・・・	25

医療費の年齢階級毎の内訳

・ 入院医療費の年齢階級毎の内訳	・・・	28
・ 都道府県支部別加入者1人当たり入院医療費の内訳	・・・	29
・ 入院外医療費の年齢階級毎の内訳	・・・	30
・ 都道府県支部別加入者1人当たり入院外医療費の内訳	・・・	31

医療費の疾病毎の内訳

・ 入院医療費の疾病毎の内訳	・・・	33
・ 都道府県支部別加入者1人当たり入院医療費の主な内訳	・・・	34
・ 入院外医療費の疾病毎の内訳	・・・	35
・ 都道府県支部別加入者1人当たり入院外医療費の主な内訳	・・・	36
・ 加入者1人当たり入院外医療費(高血圧症)の3要素分解	・・・	37
・ 加入者1人当たり入院外医療費(脂質異常症)の3要素分解	・・・	39
・ 加入者1人当たり入院外医療費(糖尿病)の3要素分解	・・・	41

都道府県支部別健診・問診結果の状況

・ メタボリックリスク保有率	・・・	44
・ メタボリックリスク予備群の割合	・・・	45
・ (参考)腹囲リスク保有率	・・・	46
・ (参考)血圧リスク保有率	・・・	47
・ (参考)脂質リスク保有率	・・・	48
・ (参考)代謝リスク保有率	・・・	49
・ (参考)中性脂肪リスク保有率	・・・	50
・ (参考)HDLコレステロールリスク保有率	・・・	51
・ (参考)BMIリスク保有率	・・・	52
・ 喫煙者の割合	・・・	53
・ 体重10kg以上増加者の割合	・・・	54
・ 運動習慣要改善者の割合	・・・	55
・ 食事習慣要改善者の割合	・・・	56
・ 飲酒習慣要改善者の割合	・・・	57
・ 睡眠で休養が取れていない者の割合	・・・	58

2. 協会けんぽの新型コロナウイルス感染症流行下における健診結果の推移

- ・ 新型コロナウイルス感染症にかかる医療費の動向(令和2年度・令和3年度) …… 61
- ・ メタボリックリスク保有率の動向 …… 62
- ・ メタボリックリスク予備群の割合の動向 …… 63
- ・ 腹囲リスク保有率の動向 …… 64
- ・ 血圧リスク保有率の動向 …… 65
- ・ 脂質リスク保有率の動向 …… 66
- ・ 代謝リスク保有率の動向 …… 67

1. 協会けんぽの都道府県支部別医療費・健診・問診結果の状況(令和3年度)

医療費の地域差

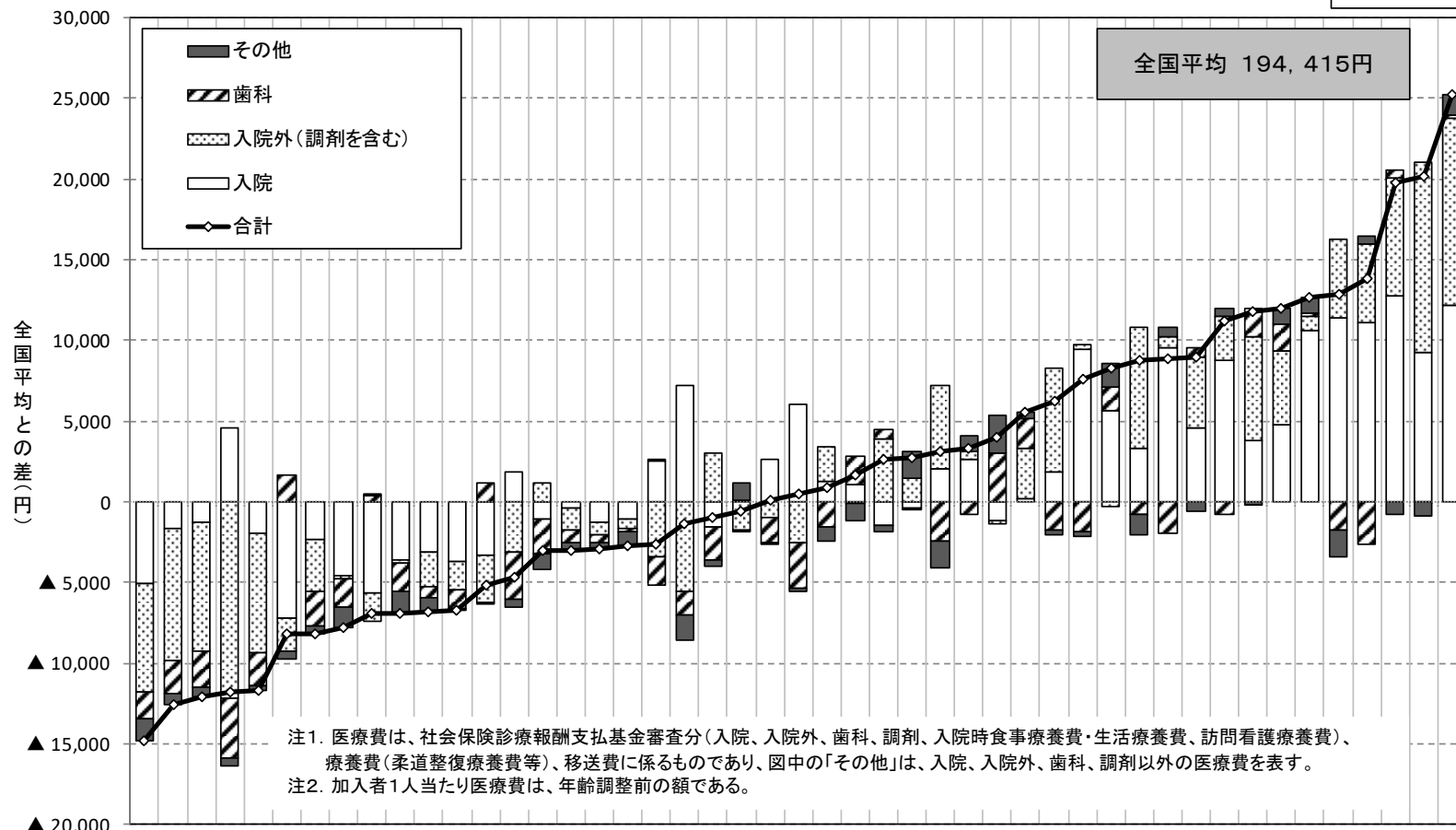
- 加入者1人当たり医療費は都道府県支部毎に差が生じているが、これは都道府県支部毎の加入者の年齢構成に違いがあることが1つの要因としてある。
- 都道府県支部の年齢構成の違いによる影響を除去して指数化すると、若年層が多い支部(例えば沖縄県)では加入者1人当たり医療費が相対的に高くなり、高齢層が多い支部(例えば秋田県)では加入者1人当たり医療費が相対的に低くなる。
- 協会けんぽと市町村国保の地域差指数を比較したが、正の相関がみられることから、医療費の地域差には、協会けんぽか市町村国保かという制度の違いによらない地域の特性が表れていることが分かる。
- 都道府県支部別の加入者1人当たり入院医療費と人口10万対病床数を比較したが、正の相関がみられることから、医療費の地域差には、医療供給体制が影響していることが分かる。
- 診療種別によらず1人当たり医療費が高い都道府県支部では、受診率が相対的に高く、1人当たり医療費が低い都道府県支部では、受診率が相対的に低くなっている。

都道府県支部別加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差)(年齢調整前)

加入者1人当たり医療費は都道府県支部毎に差が生じているが、これは都道府県支部毎の加入者の年齢構成に違いがあることが1つの要因としてあげられる。

都道府県支部別加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差)(令和3年度)

年齢調整: なし
所得調整: なし



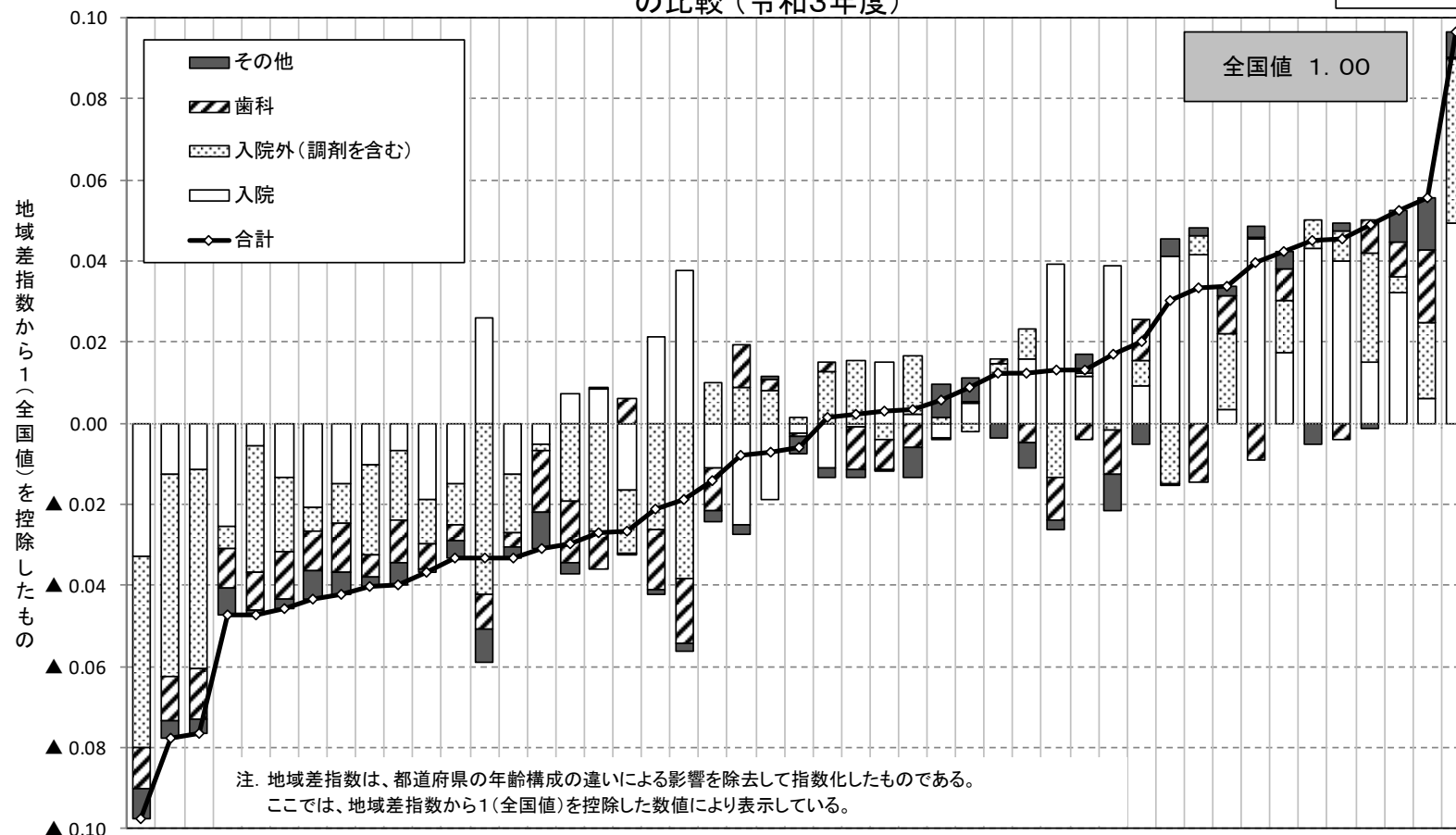
新長富沖滋愛群静東茨三崎岐石福山千広宮鳥栃京愛福岩岡神和青奈大兵宮高福山鹿山熊香徳長島大北秋佐
 潟野山 縄 賀 知 馬 岡 京 城 重 玉 阜 川 島 梨 葉 島 崎 取 木 都 媛 井 手 山 奈 歌 森 良 阪 庫 城 知 岡 形 児 口 本 川 島 崎 根 分 海 田 賀
 川 山 島 道

都道府県支部別加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差)(年齢調整後)

年齢構成の違いによる影響を除去すると、若年層が多い支部(例えば沖縄県)では加入者1人当たり医療費が相対的に高くなり、高齢層が多い支部(例えば秋田県)では加入者1人当たり医療費が相対的に低くなる。

都道府県支部別地域差指数(入院、入院外(調剤を含む)、歯科、その他)
の比較(令和3年度)

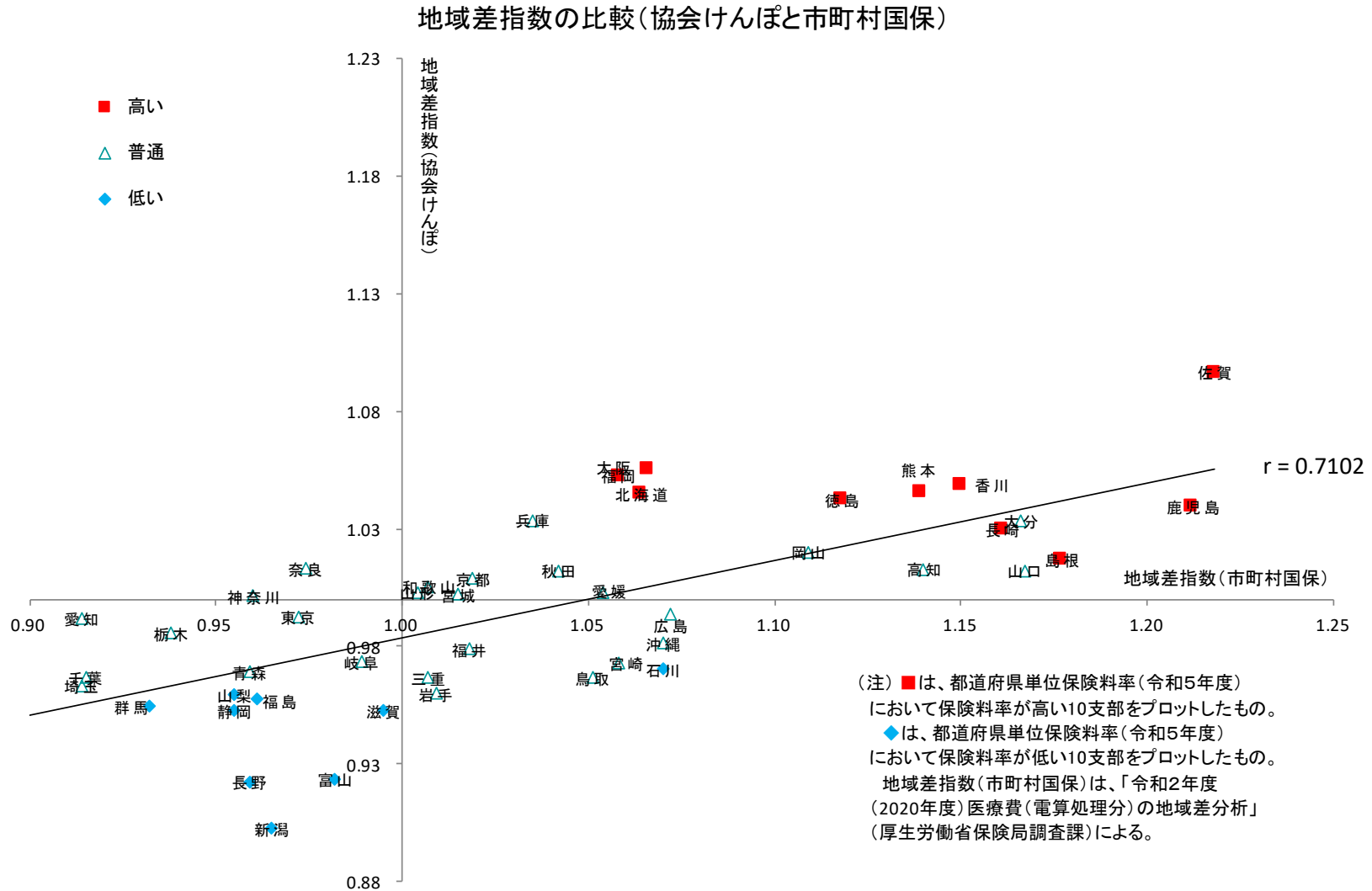
年齢調整:あり
所得調整:なし



新長富静滋群茨福山岩埼三鳥千青石宮岐福沖栃栃東広神宮愛山和京山秋高奈島岡長大兵鹿徳北熊香福大佐
潟野山岡賀馬城島梨手玉重取葉森川崎阜井川知京島奈城媛形歌都口田知良根山崎分庫児島海本川岡阪賀
島 道

地域差指数の比較(協会けんぽと市町村国保)

協会けんぽと市町村国保の地域差指数には正の相関がある。

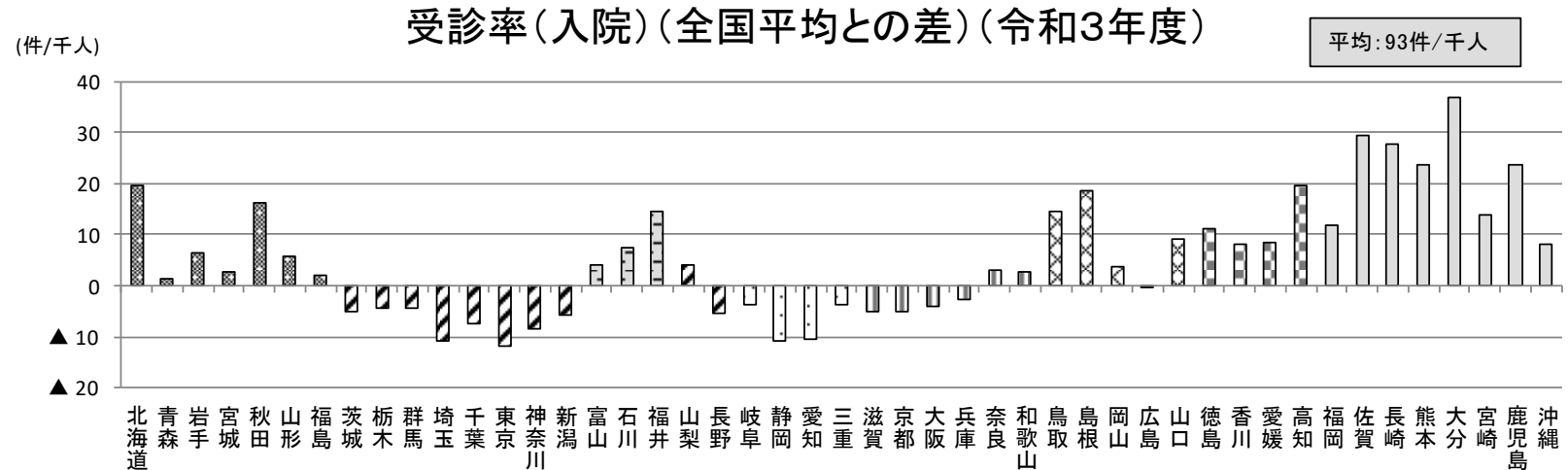
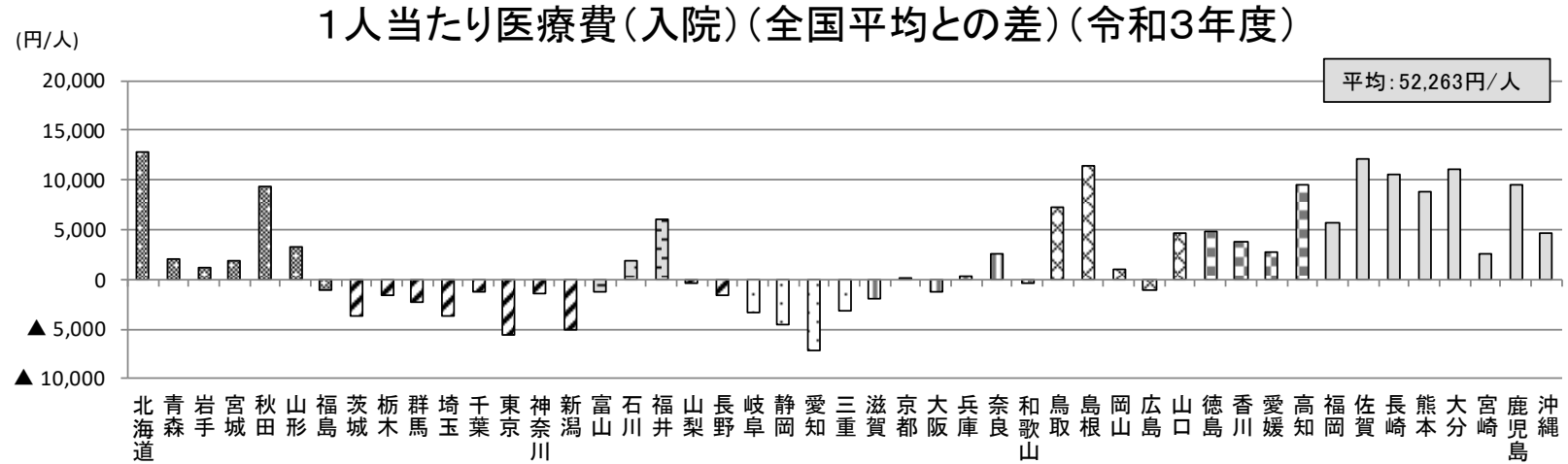


※ 地域差指数とは、医療費の地域差を表す指標として、1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。

※ 地域差指数(市町村国保)については、令和2年度の指数であることに留意が必要。

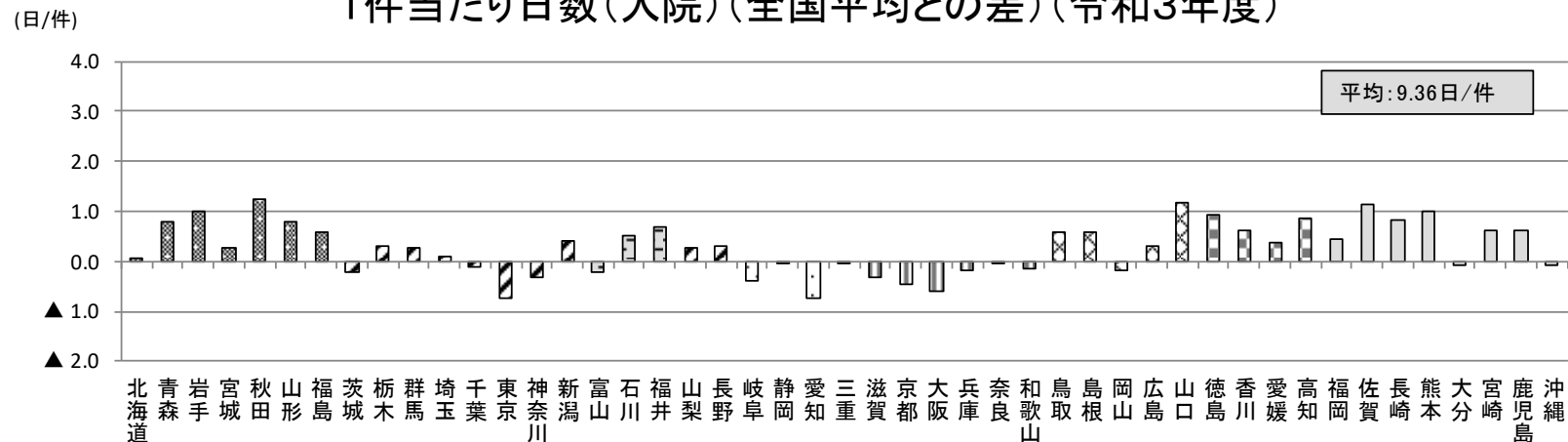
加入者1人当たり入院医療費の3要素分解

加入者1人当たり入院医療費は、北海道、佐賀県、島根県で高い。

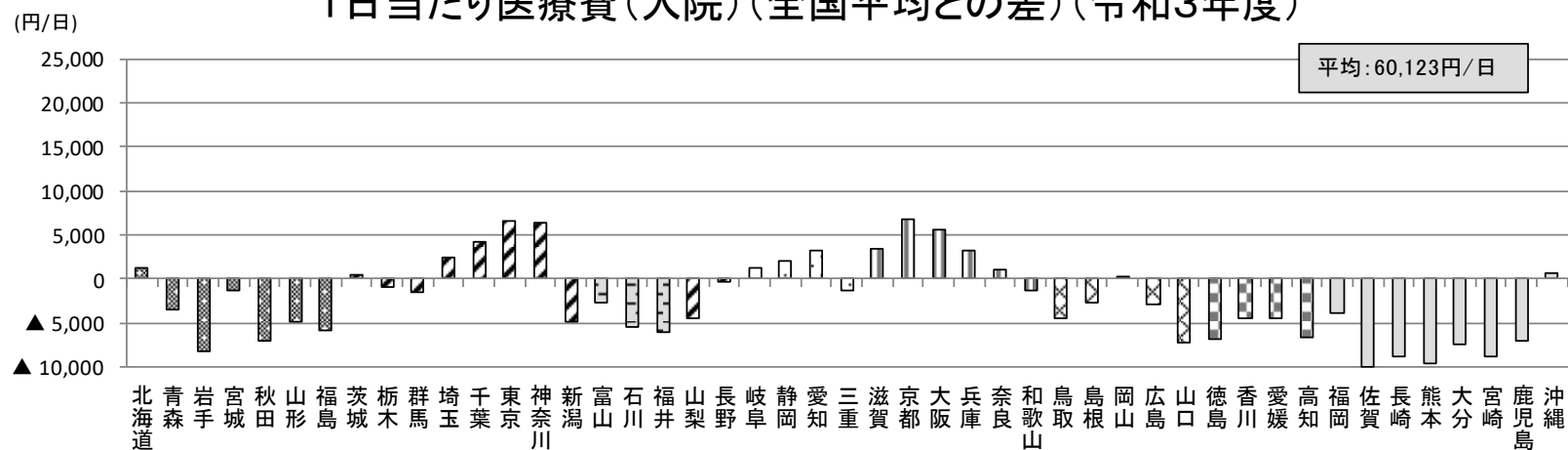


北海道・東北
 関東・甲信越
 北陸
 東海
 関西
 中国
 四国
 九州・沖縄

1件当たり日数(入院)(全国平均との差)(令和3年度)



1日当たり医療費(入院)(全国平均との差)(令和3年度)

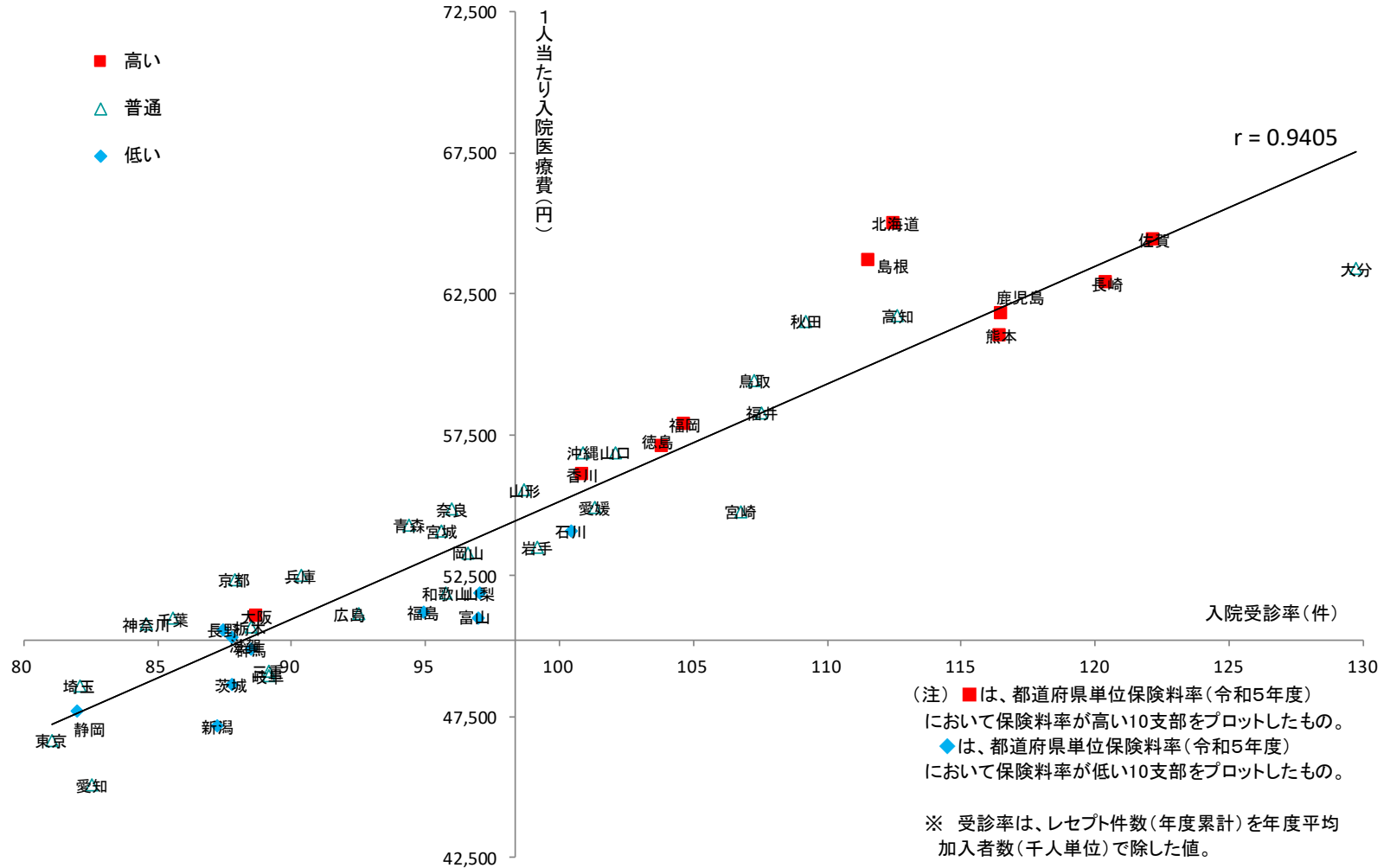


北海道・東北
 関東・甲信越
 北陸
 東海
 関西
 中国
 四国
 九州・沖縄

(参考) 加入者1人当たり入院医療費と入院受診率

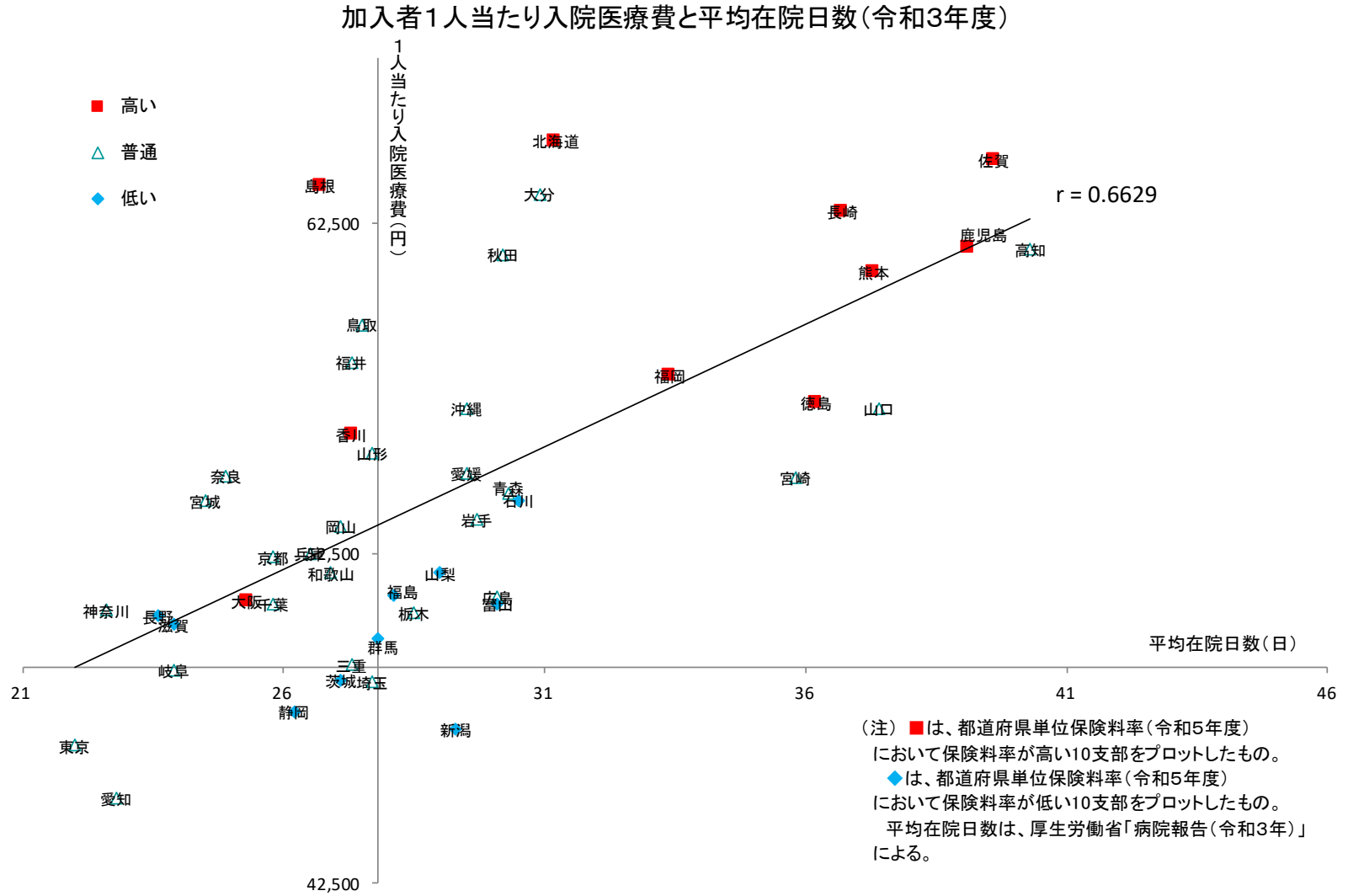
加入者1人当たり入院医療費と入院受診率には正の相関がある。

加入者1人当たり入院医療費と入院受診率(令和3年度)



(参考) 加入者1人当たり入院医療費と平均在院日数

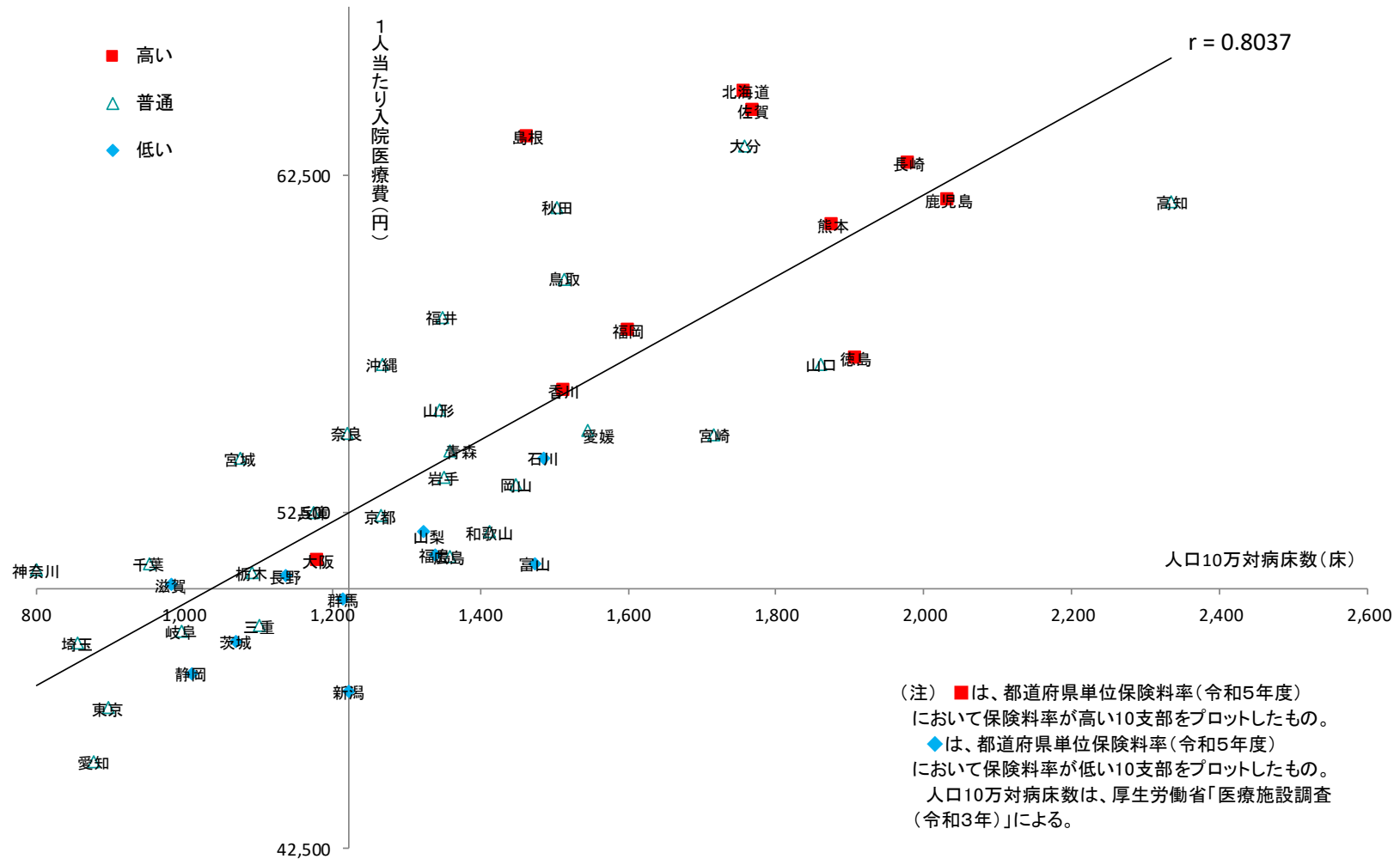
加入者1人当たり入院医療費と平均在院日数には正の相関がある。



(参考) 加入者1人当たり入院医療費と人口10万対病床数

加入者1人当たり入院医療費と人口10万対病床数には正の相関がある。

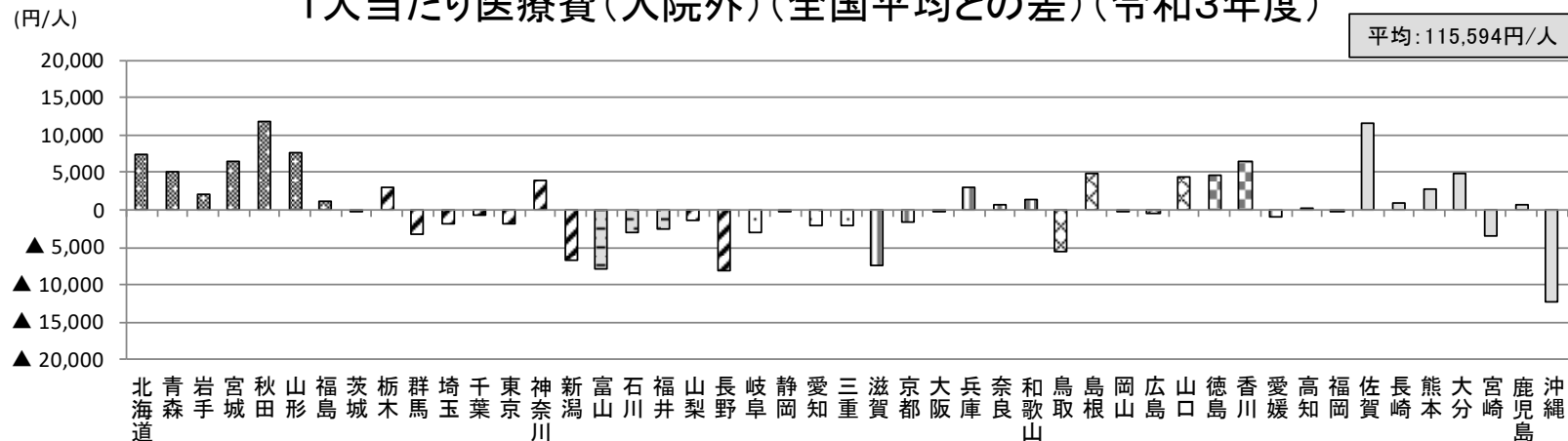
加入者1人当たり入院医療費と人口10万対病床数(令和3年度)



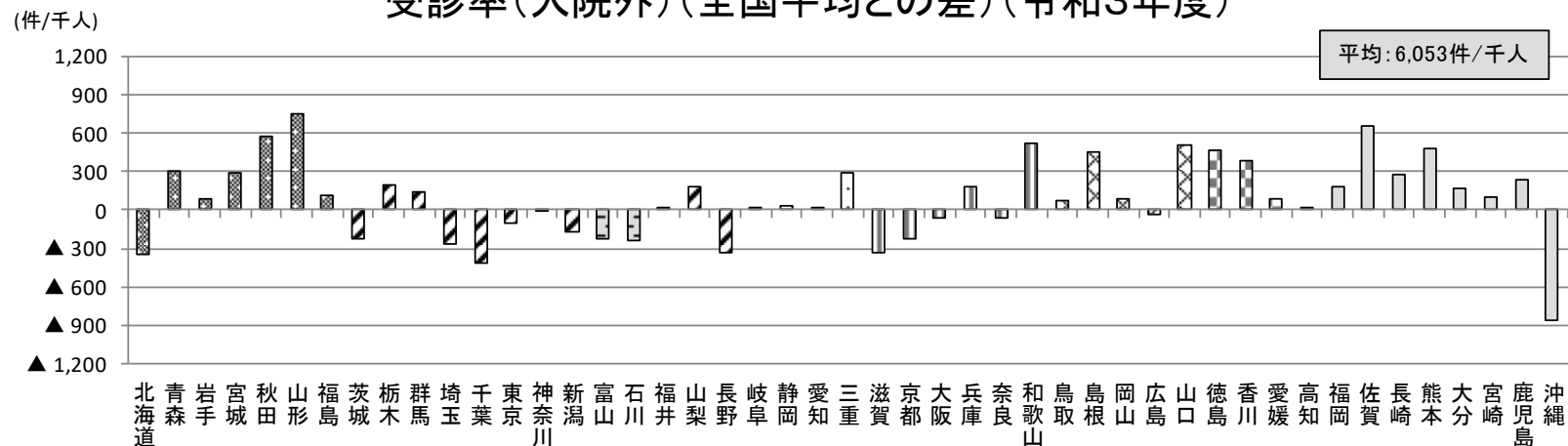
加入者1人当たり入院外医療費の3要素分解

加入者1人当たり入院外医療費は、秋田県、佐賀県、山形県で高い。

1人当たり医療費(入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



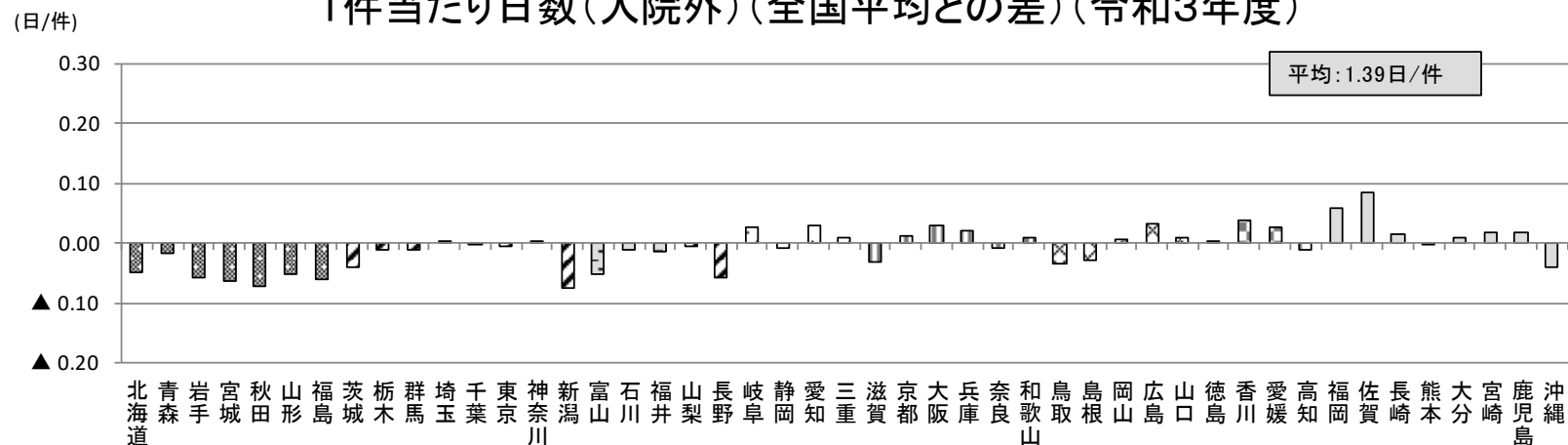
受診率(入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



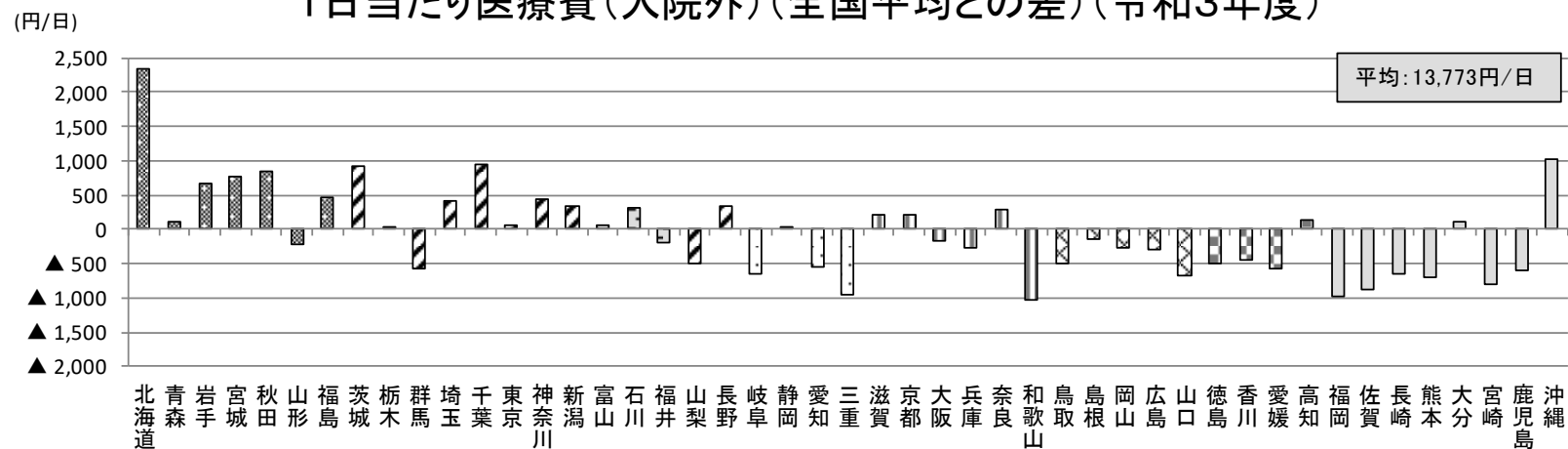
北海道・東北 関東・甲信越 北陸 東海 関西 中国 四国 九州・沖縄

※入院外の医療費には調剤分を含む。

1件当たり日数(入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



1日当たり医療費(入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



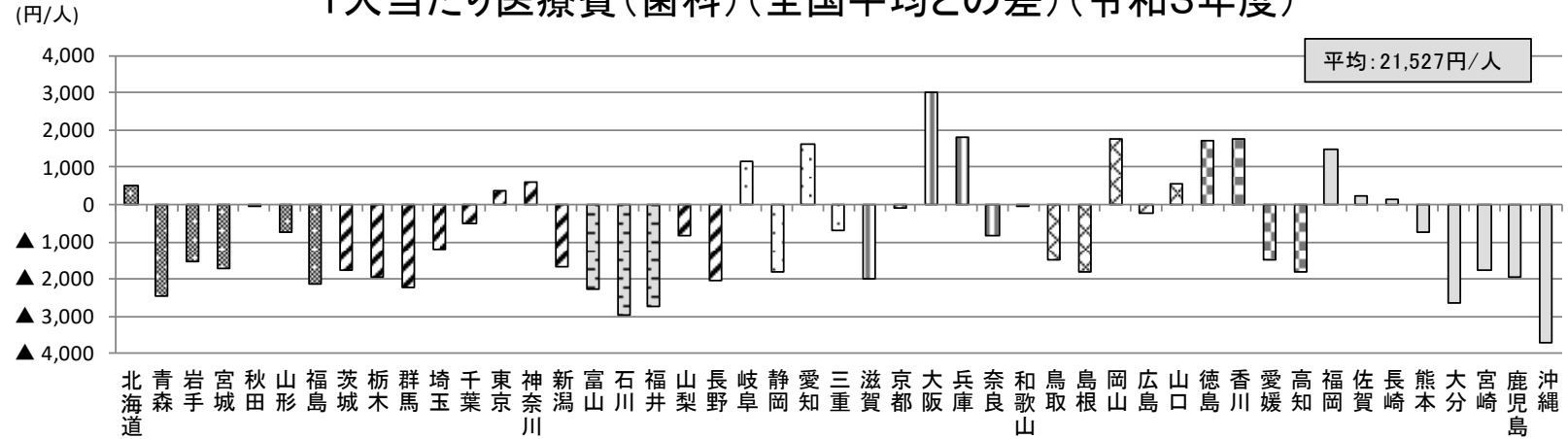
北海道・東北
 関東・甲信越
 北陸
 東海
 関西
 中国
 四国
 九州・沖縄

※入院外の医療費には調剤分を含む。

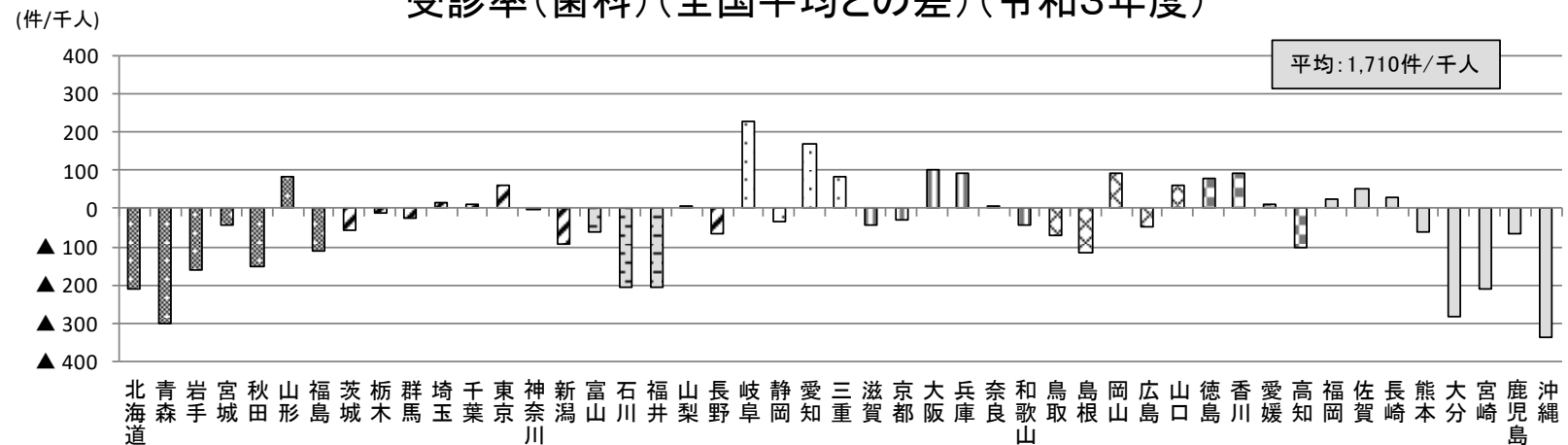
加入者1人当たり歯科医療費の3要素分解

加入者1人当たり歯科医療費は、大阪府、兵庫県、岡山県で高い。

1人当たり医療費(歯科)(全国平均との差)(令和3年度)



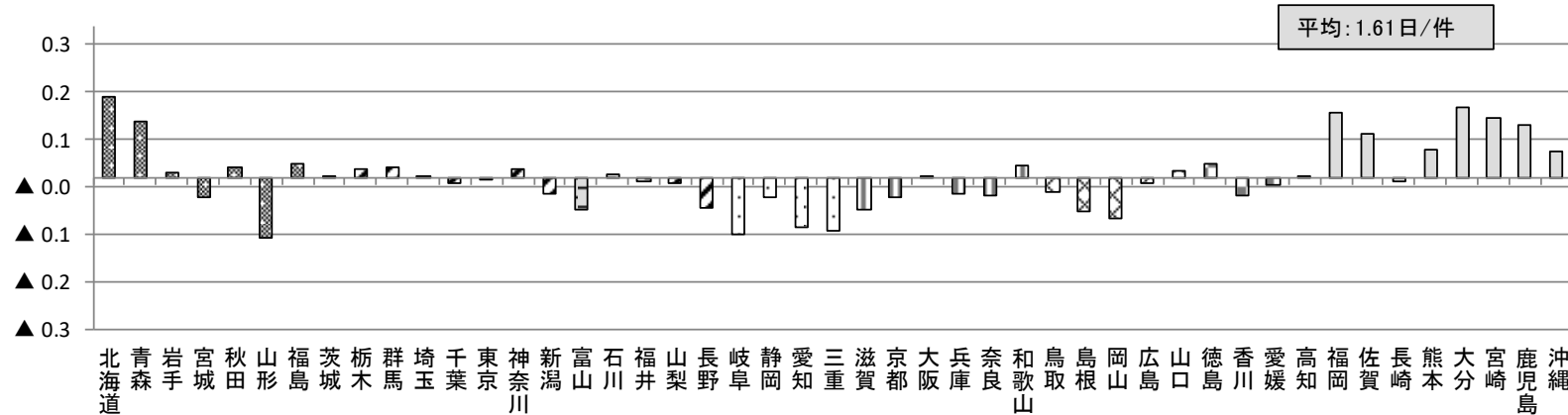
受診率(歯科)(全国平均との差)(令和3年度)



北海道・東北 関東・甲信越 北陸 東海 関西 中国 四国 九州・沖縄

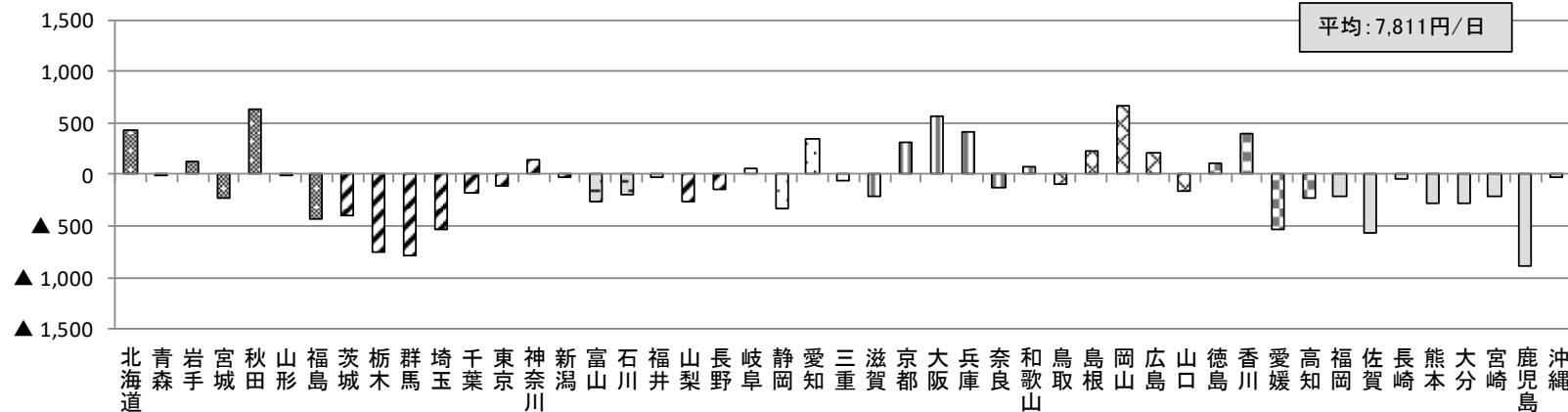
1件当たり日数(歯科)(全国平均との差)(令和3年度)

(日/件)



1日当たり医療費(歯科)(全国平均との差)(令和3年度)

(円/日)



北海道・東北
 関東・甲信越
 北陸
 東海
 関西
 中国
 四国
 九州・沖縄

(参考)加入者1人当たり医療費の新3要素分解

加入者1人当たり医療費は診療種別ごとに、以下の3要素にも分解することができる。

$$(\text{入院1人当たり医療費}) = (\text{推計新規入院発生率}) \times (\text{推計平均在院日数}) \times (\text{1日当たり医療費})$$

- ・ 推計新規入院発生率

$$(\text{推計新規入院発生率}) = \frac{(\text{1人当たり入院受診延日数})}{(\text{推計平均在院日数})}$$

- ・ 推計平均在院日数

$$(\text{推計平均在院日数}) = (\text{入院の1件当たり日数}) \times \frac{\frac{(\text{年間日数})}{(\text{月数})} - 1}{\frac{(\text{年間日数})}{(\text{月数})} - (\text{入院の1件当たり日数})}$$

$$(\text{入院外または歯科1人当たり医療費}) = (\text{推計新規通院発生率}) \times (\text{推計平均通院日数}) \times (\text{1日当たり医療費})$$

- ・ 推計新規通院発生率(1人当たり初診件数)

$$(\text{推計新規通院発生率}) = \frac{(\text{初診件数}(\text{※}))}{(\text{加入者数})}$$

- ・ 推計平均通院日数

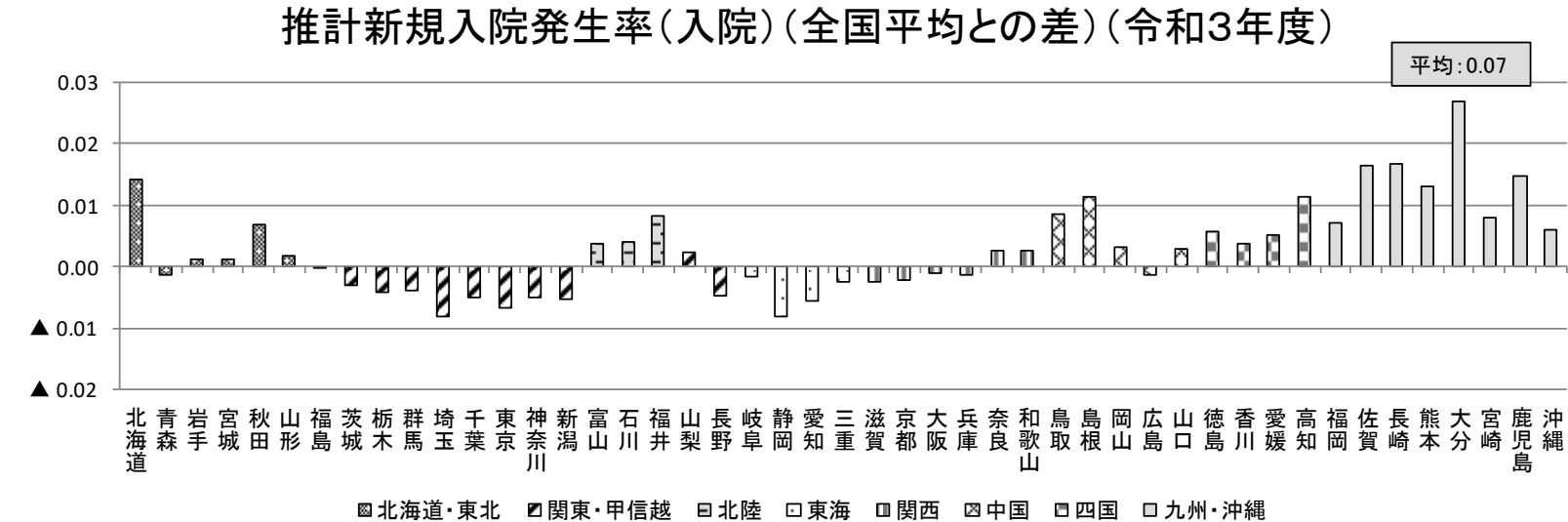
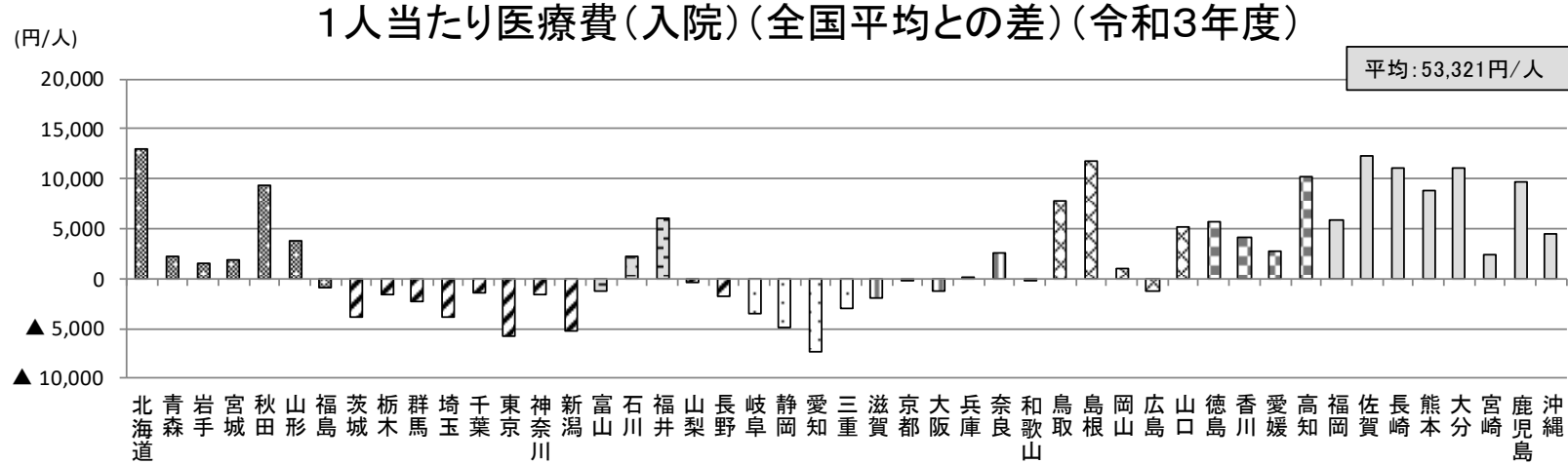
$$(\text{推計平均通院日数}) = \frac{(\text{入院外又は歯科の受診延日数})}{(\text{初診件数}(\text{※}))}$$

(※)初診件数とは、以下のいずれかの診療行為を含むレセプトの件数としている。

初診料、初診料(文書による紹介がない患者)、初診料(新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱)、特定妥結率初診料、小児科外来診療料(処方箋を交付)初診時、小児科外来診療料(処方箋を交付しない)初診時、小児かかりつけ診療料(処方箋を交付)初診時、小児かかりつけ診療料(処方箋を交付しない)初診時、歯科初診料、地域歯科診療支援病院歯科初診料

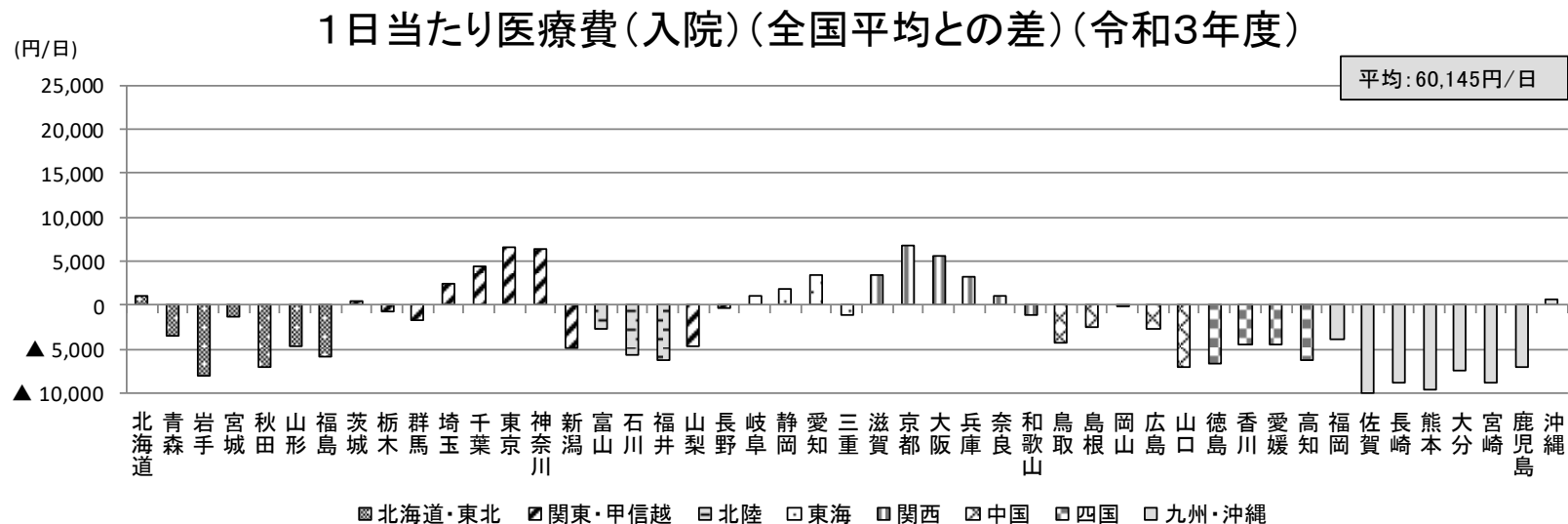
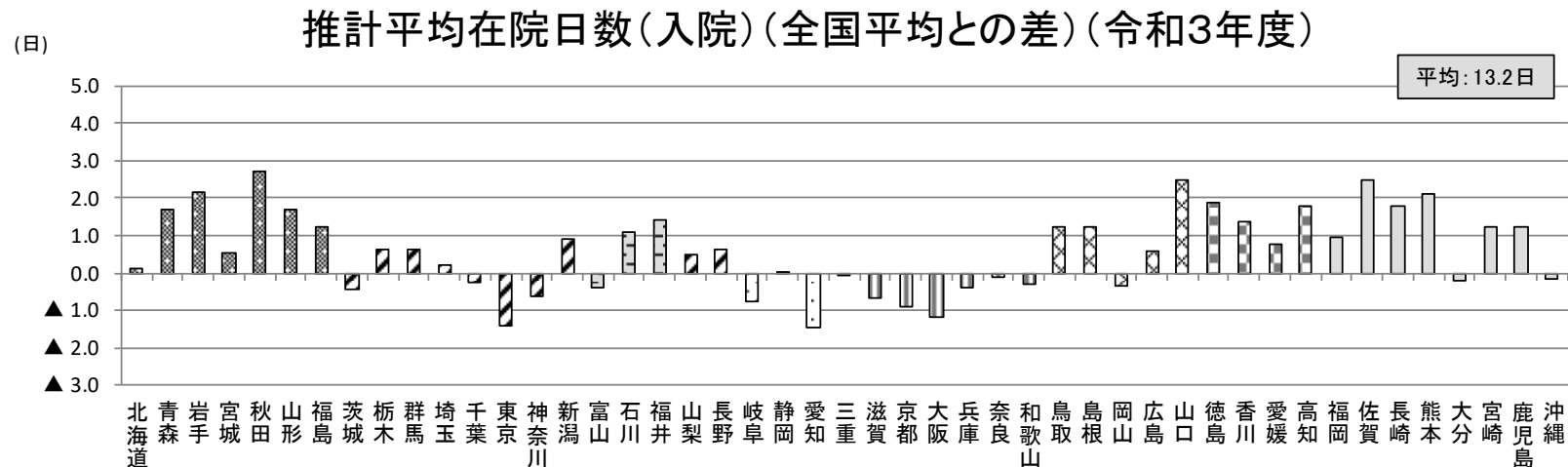
(参考) 加入者1人当たり入院医療費の新3要素分解

加入者1人当たり入院医療費が高い都道府県は、推計新規入院発生率も、全国平均と比べ高い傾向にある。



※1人当たり入院医療費は、協会けんぽのレセプトの社会保険診療報酬支払基金の一次審査分のみを集計しており、再審査分は含まれていないため、9ページの金額とは一致しない。

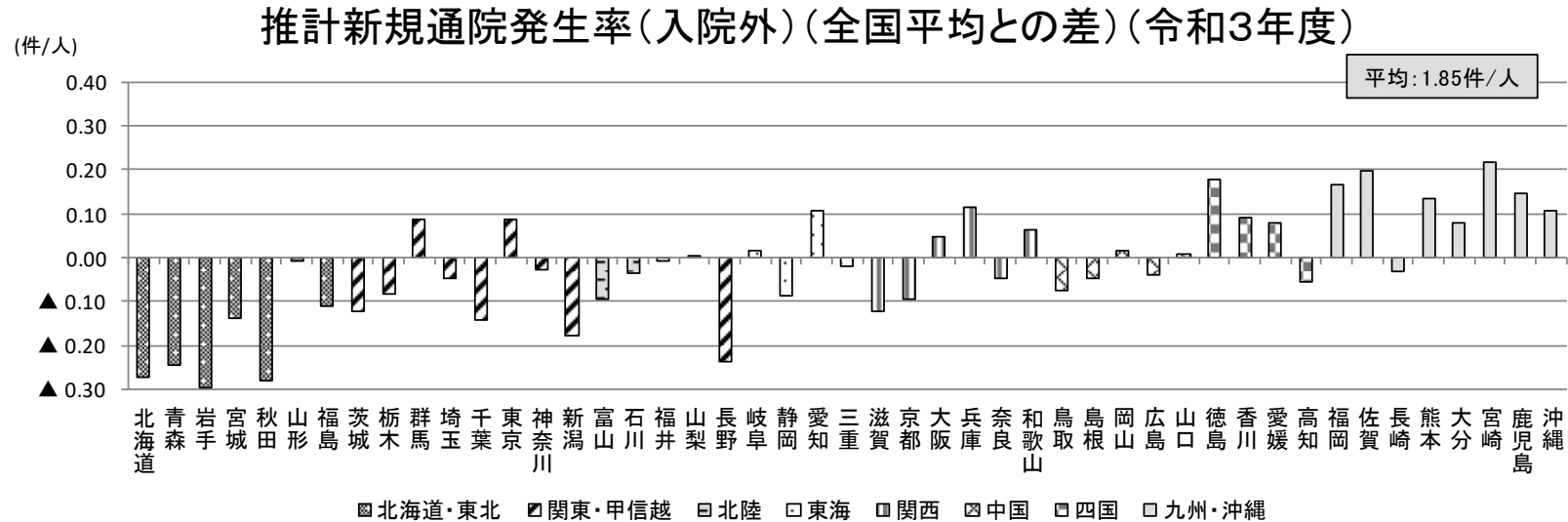
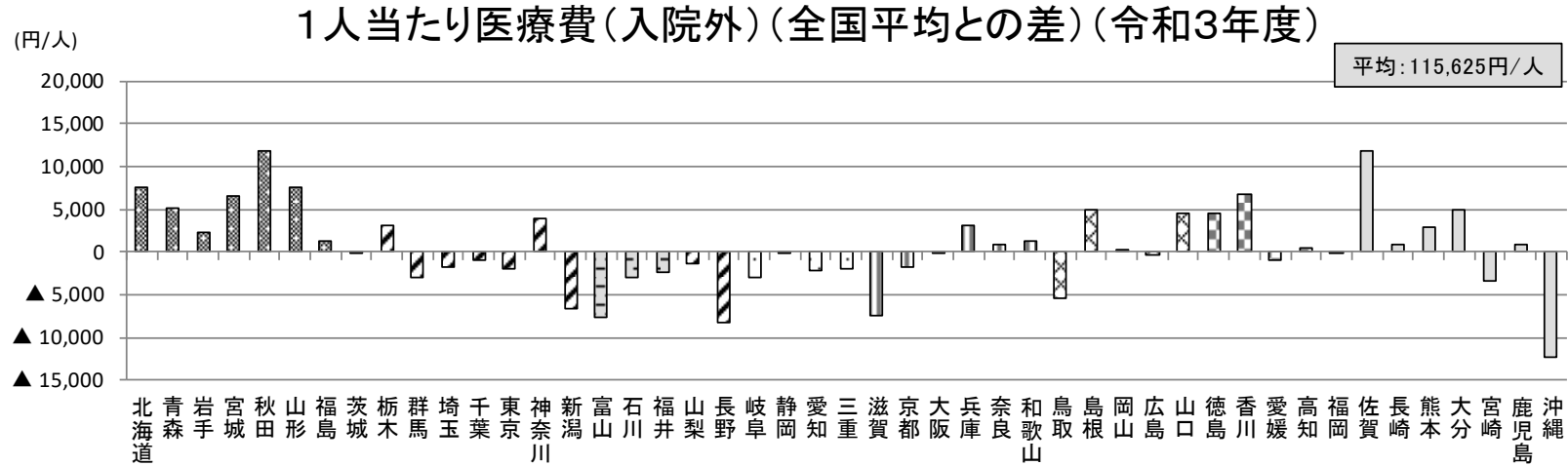
推計平均在院日数は、東北、中国、四国及び九州で高い傾向にある。
 推計平均在院日数が長い地域は、1日当たり医療費が低い傾向にある。



※1日当たり入院医療費は、協会けんぽのレセプトの社会保険診療報酬支払基金の一次審査分のみを集計しており、再審査分は含まれていないため、10ページの金額とは一致しない。

(参考)加入者1人当たり入院外医療費の新3要素分解

推計新規通院発生率は、北海道・東北で低く、九州・沖縄で高い傾向にある。

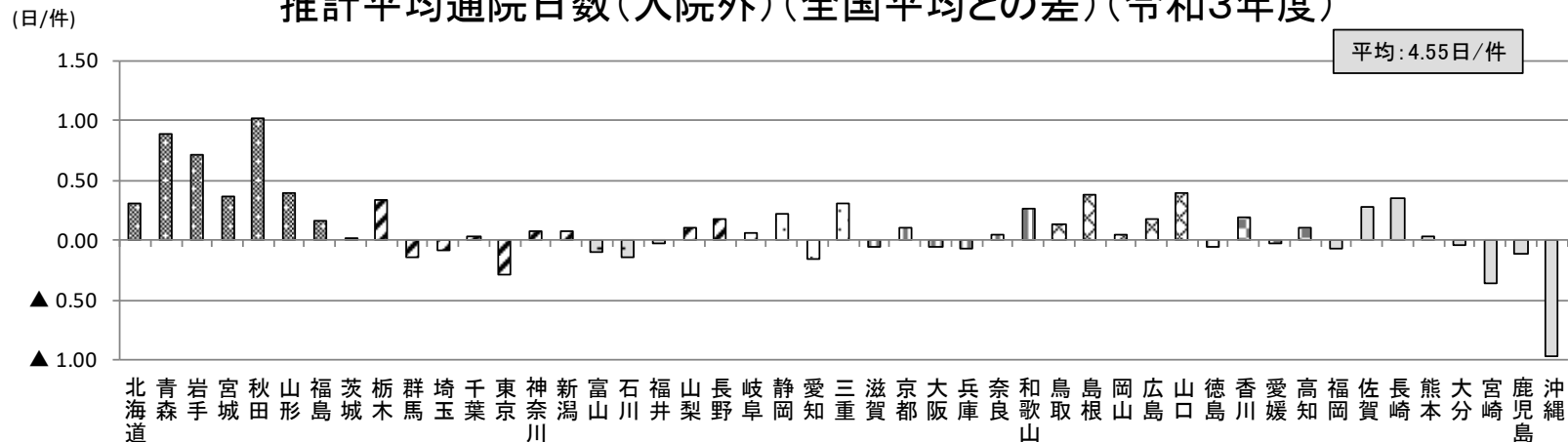


※入院外の医療費には、調剤分を含む。

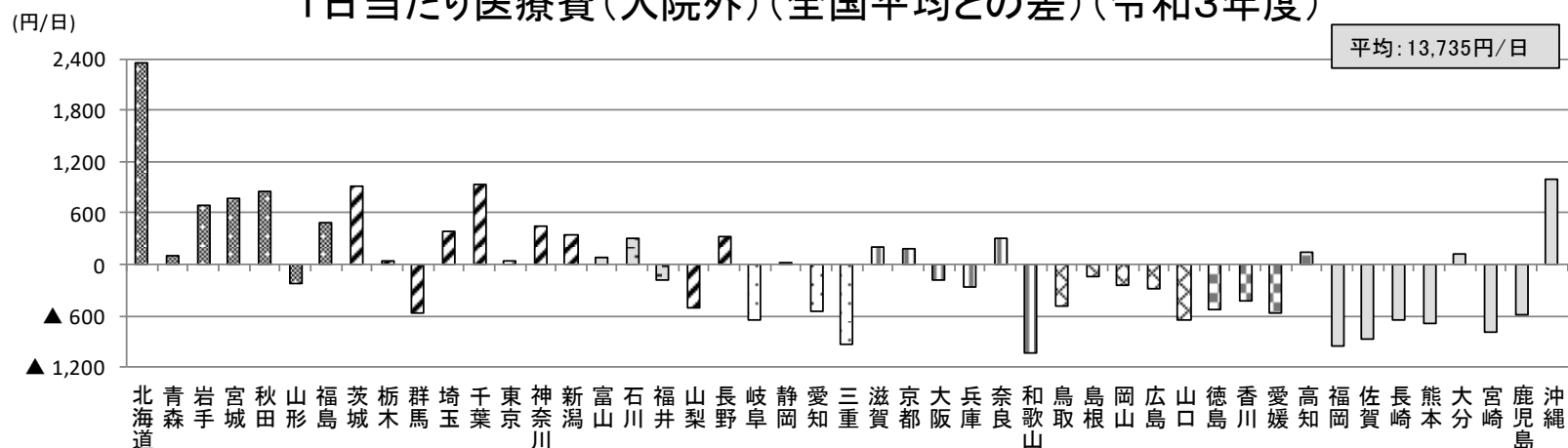
※1人当たり入院外医療費は、協会けんぽのレセプトの社会保険診療報酬支払基金の一次審査分のみを集計しており、再審査分は含まれていないため、14ページの金額とは一致しない。

推計平均通院日数は、北海道・東北で高い傾向にある。

推計平均通院日数(入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



1日当たり医療費(入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



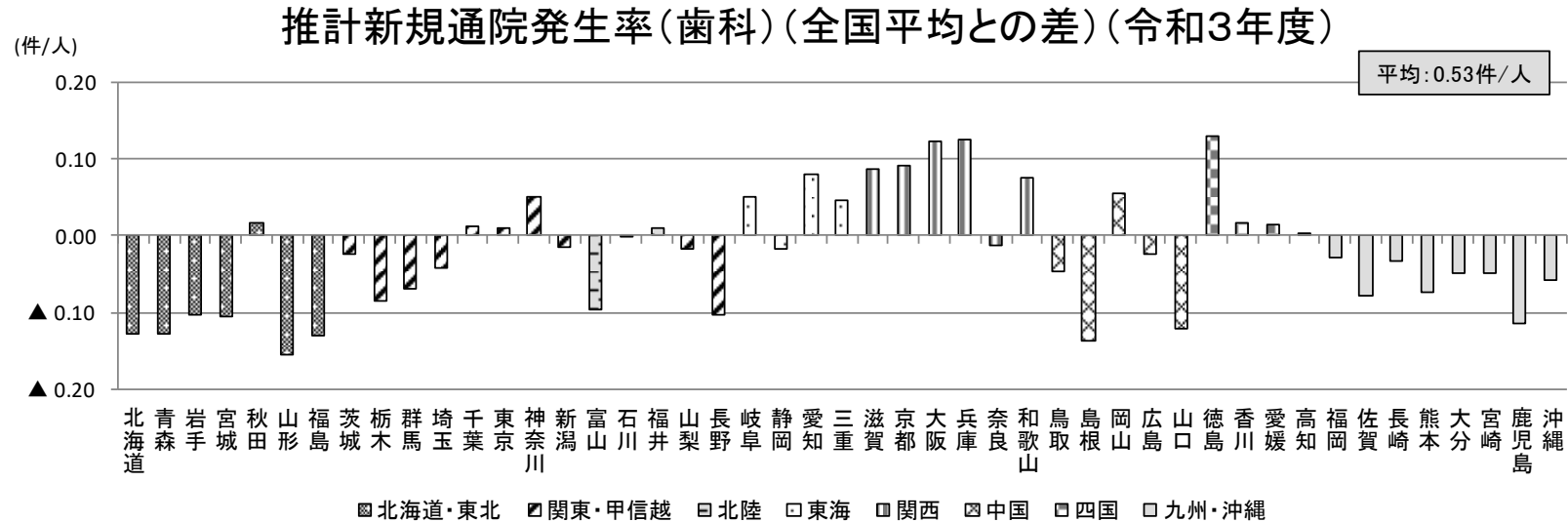
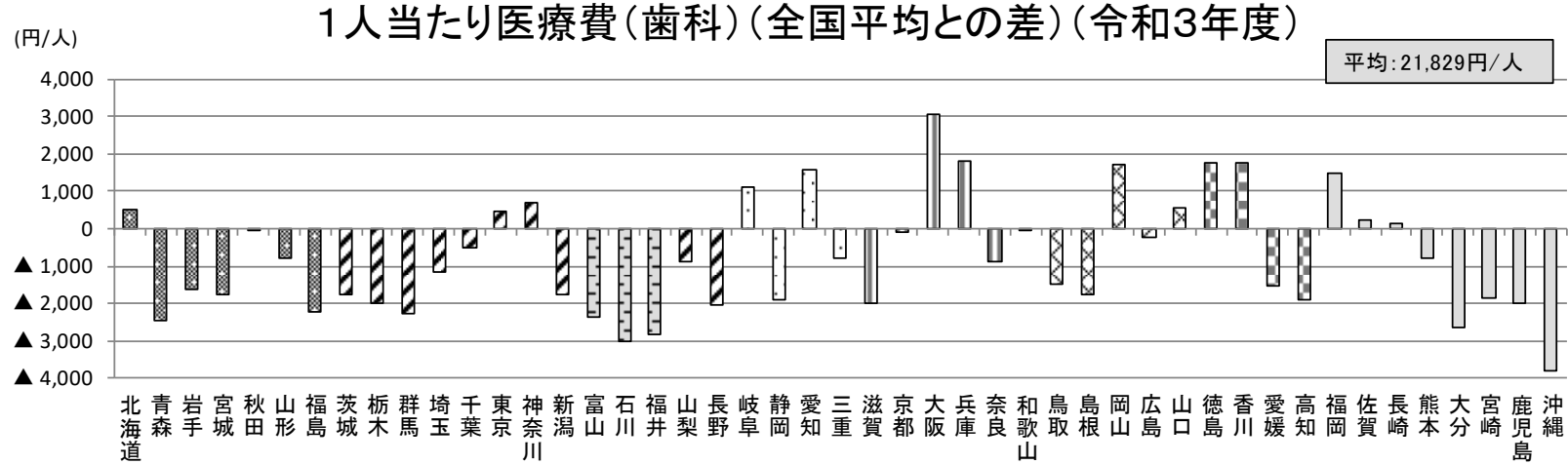
■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

※入院外の医療費には、調剤分を含む。

※1日当たり入院外医療費は、協会けんぽのレセプトの社会保険診療報酬支払基金の一次審査分のみを集計しており、再審査分は含まれていないため、15ページの金額とは一致しない。

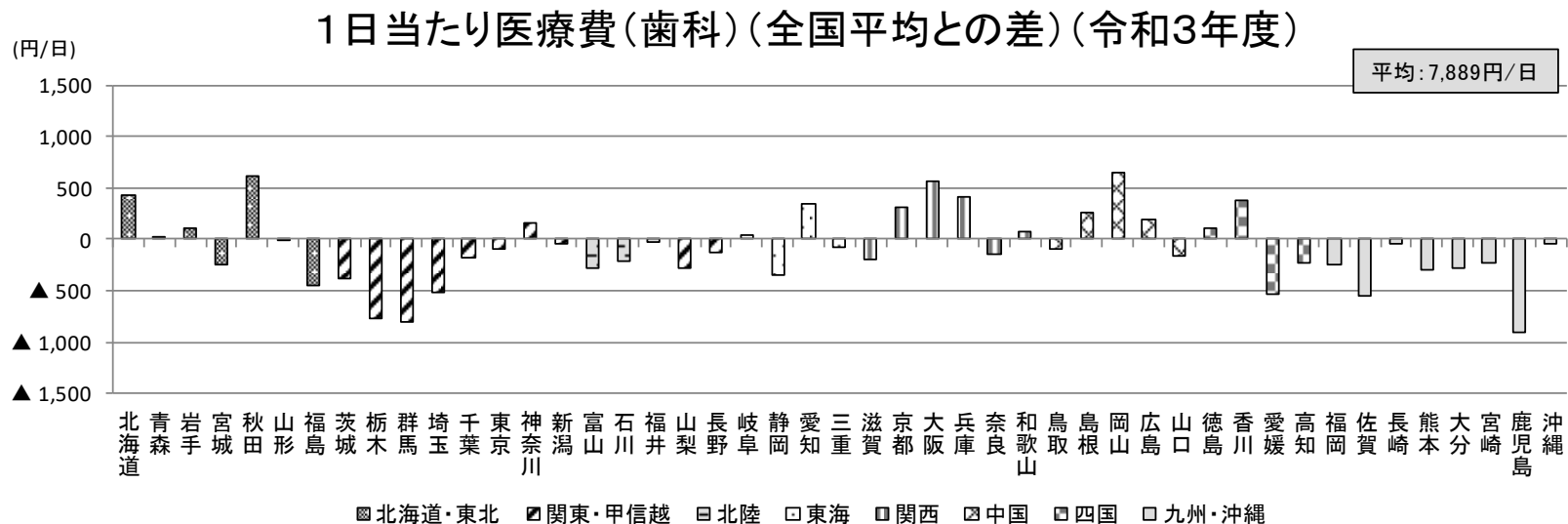
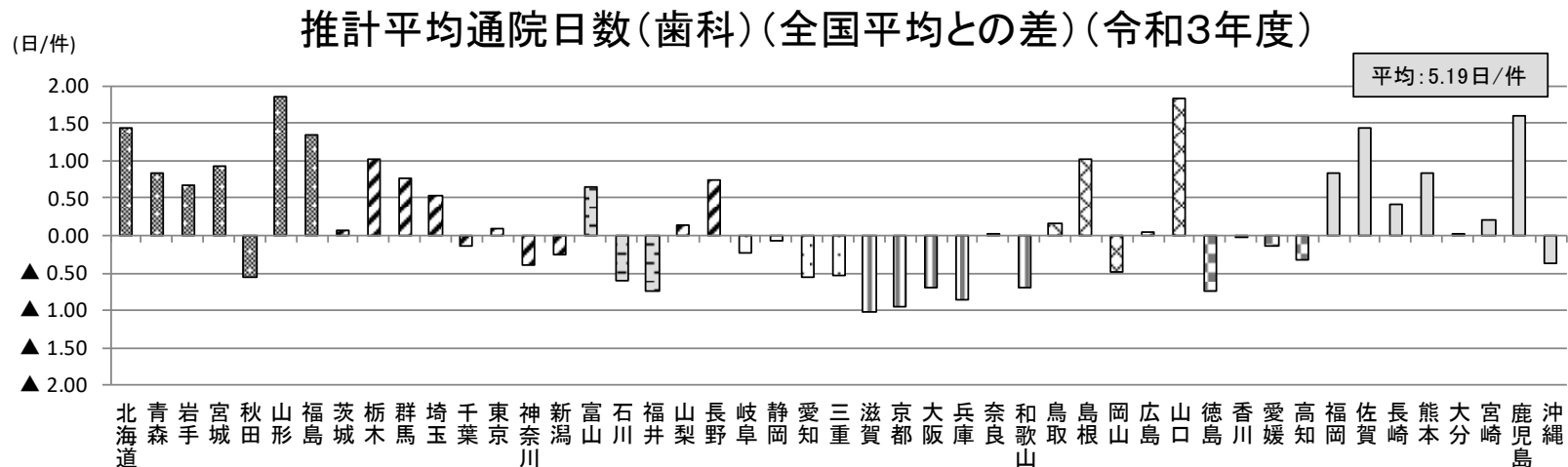
(参考)加入者1人当たり歯科医療費の新3要素分解

推計新規通院発生率は、関西で高い傾向にある。



※歯科の医療費には、調剤分を含む。
 ※1人当たり歯科医療費は、協会けんぽのレセプトの社会保険診療報酬支払基金の一次審査分のみを集計しており、再審査分は含まれていないため、16ページの金額とは一致しない。

推計平均通院日数は、北海道・東北及び九州で高い傾向にある。



※歯科の医療費には、調剤分を含む。

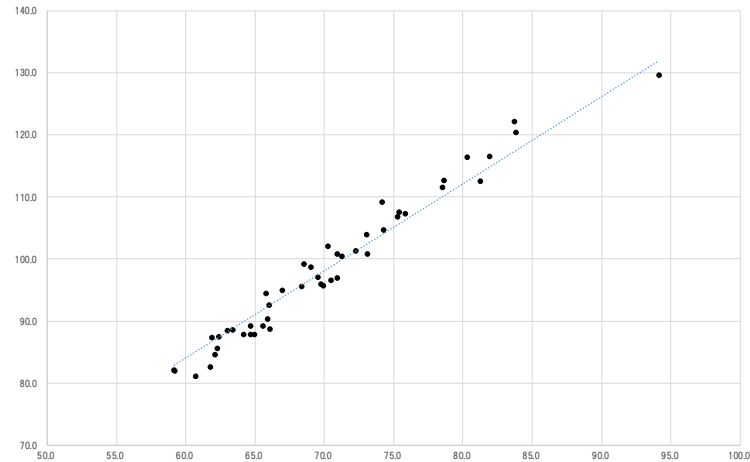
※1日当たり歯科医療費は、協会けんぽのレセプトの社会保険診療報酬支払基金の一次審査分のみを集計しており、再審査分は含まれていないため、17ページの金額とは一致しない。

(参考) 医療費3要素と医療費新3要素の相関関係

入院については、受診率と新規入院発生率に正の相関がみられ、継続入院件数(前月以前からの入院件数)の新規入院件数(当月からの入院件数)に対する比率は都道府県支部間でおおよそ一定であることを示している。
一方、入院外及び歯科については、相関はあまりみられず、これは全体の件数に占める再診件数の割合が都道府県支部間でばらつきがあることを示している。

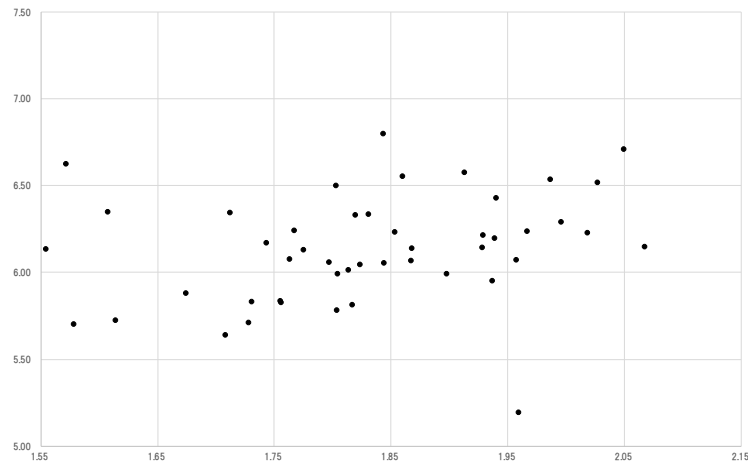
(入院)

横：新規入院発生率、縦：入院受診率 $r = 0.984$



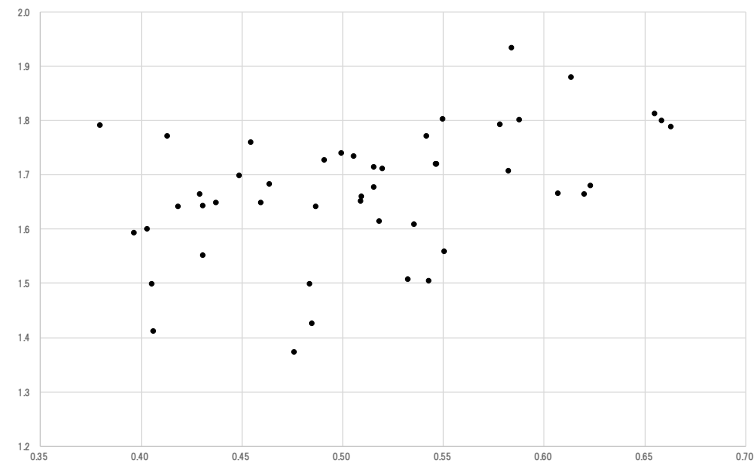
(入院外)

横：新規通院発生率、縦：入院外受診率



(歯科)

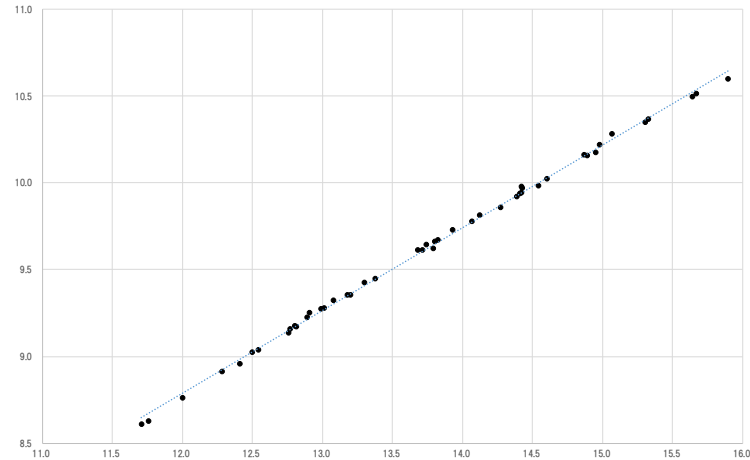
横：新規通院発生率、縦：歯科受診率



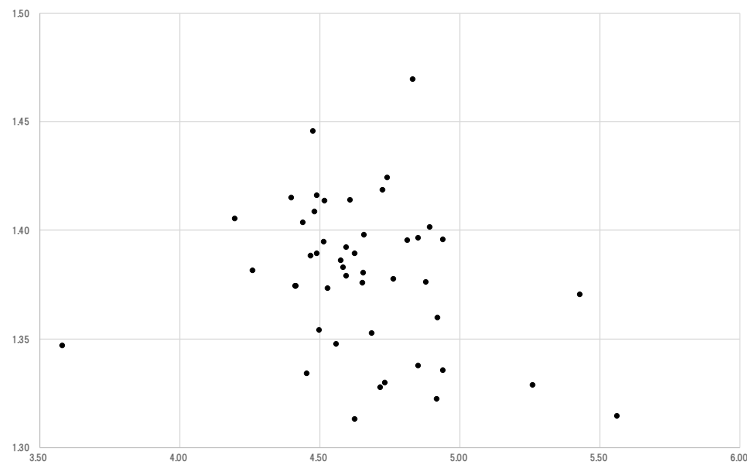
※都道府県支部毎の受診率等をプロットしたものである。
※入院の新規入院発生率及び入院受診率は、加入者1,000人当たりの数値である。

入院については、1件当たり日数と推計平均在院日数に正の相関がみられる。
 一方、入院外及び歯科については、相関はあまりみられず、これは全体の件数に占める再診件数の割合が都道府県支部間でばらつきがあることを示している。

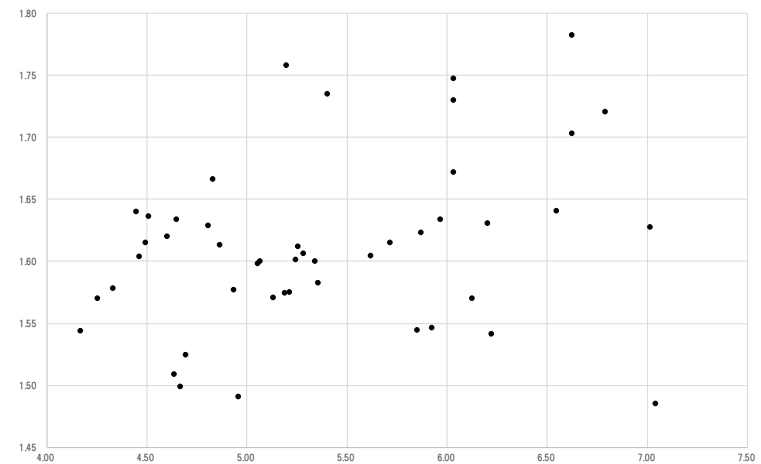
(入院) 横：推計平均在院日数、縦：入院1件当たり日数 $r = 0.999$



(入院外) 横：推計平均通院日数、縦：入院外1件当たり日数



(歯科) 横：推計平均通院日数、縦：歯科1件当たり日数



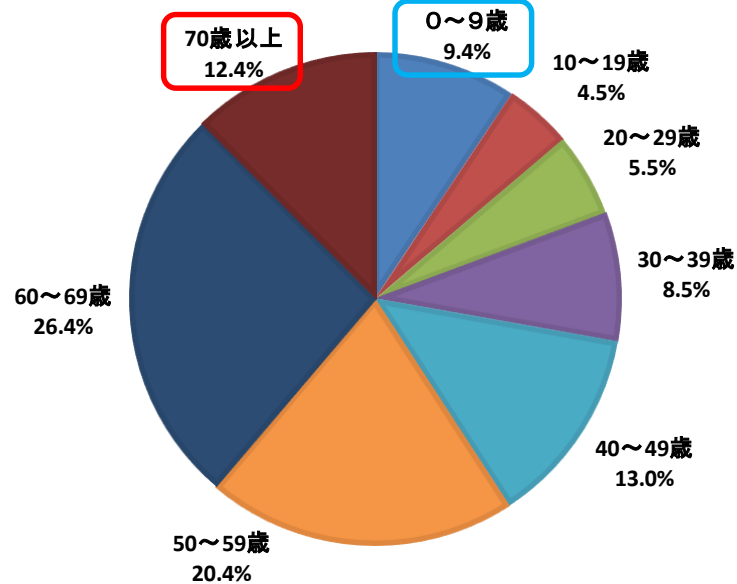
医療費の年齢階級毎の内訳

- 診療種別の入院医療費を年齢階級毎にみると、令和2年度と同様、令和元年度と比べ、0～9歳の医療費の構成割合が低く、70歳以上の医療費の構成割合が高い。
- 診療種別の入院外医療費を年齢階級毎にみると、令和2年度と比べ、29歳以下の若年層の医療費の構成割合が高い。
- 診療種別の加入者1人当たり医療費を都道府県支部別に若年層(0～9歳及び10～19歳)と高齢層(60～69歳及び70歳以上)とで分けてみると、入院では、若年層に比べ高齢層の方が都道府県支部毎の差が大きいが、相対的なばらつきはみられず、入院外では、70歳以上で都道府県支部毎の差がみられたが、相対的なばらつきは、若年層の方が大きい。

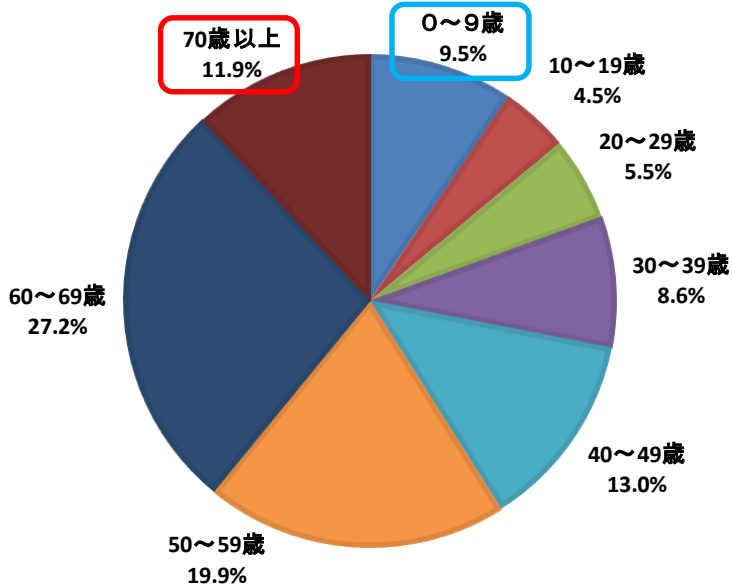
入院医療費の年齢階級毎の内訳

令和2年度と同様、令和元年度と比べ、「0～9歳」の医療費の構成割合が低く、「70歳以上」の医療費の構成割合が高い。

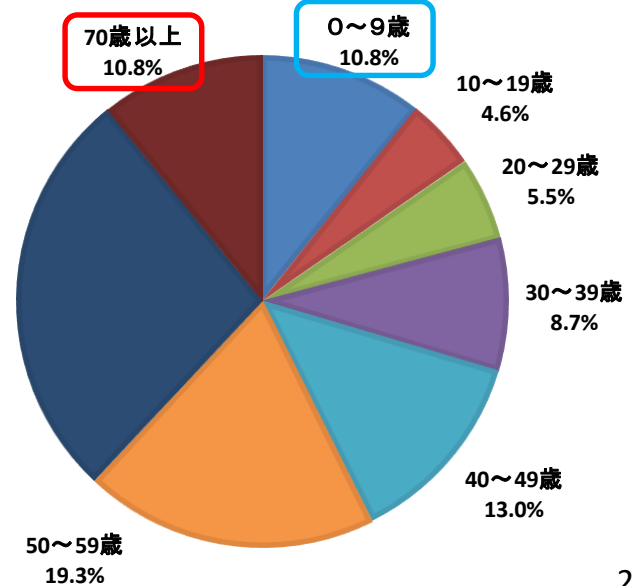
入院医療費の内訳(令和3年度)



(参考)入院医療費の内訳(令和2年度)



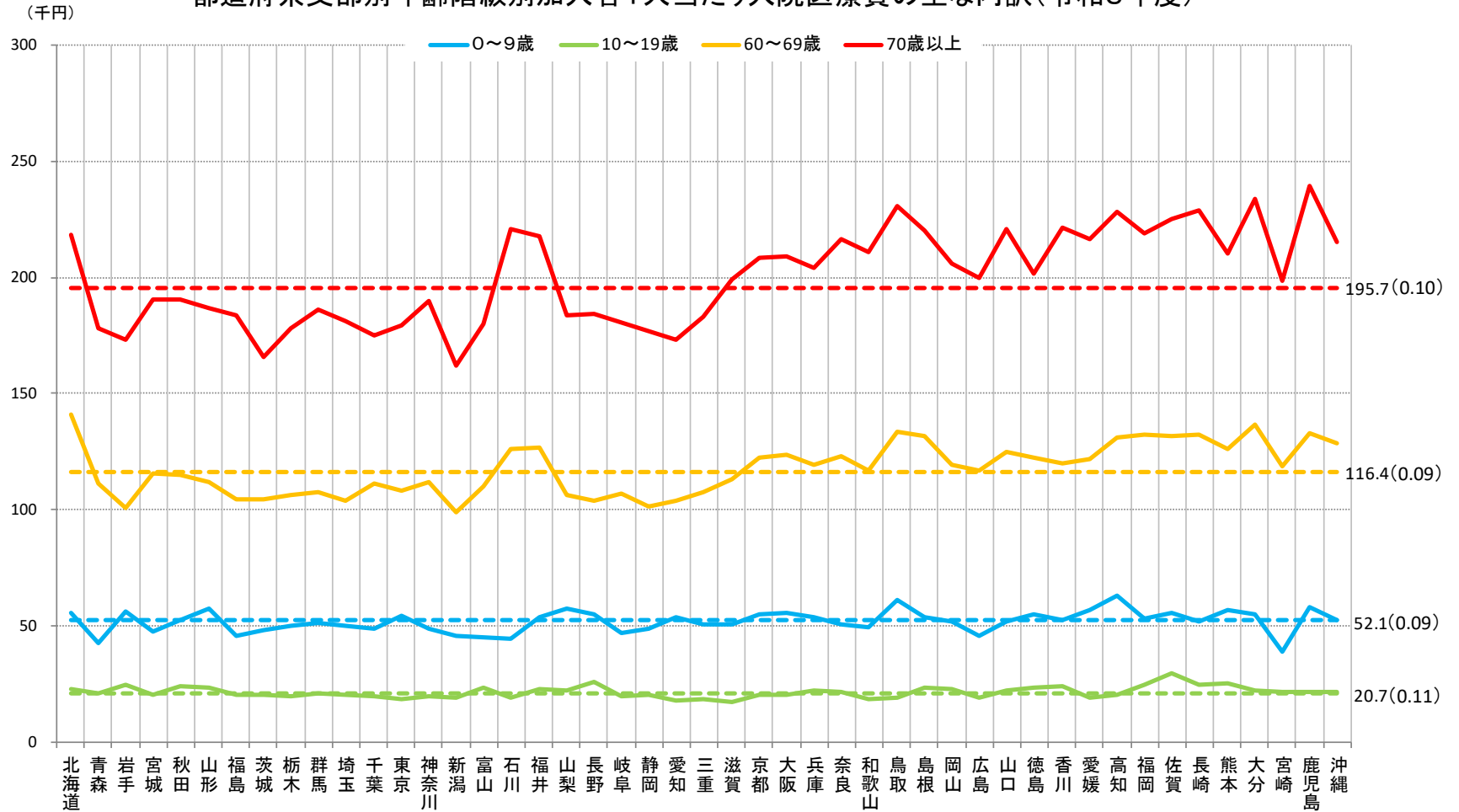
(参考)入院医療費の内訳(令和元年度)



都道府県支部別加入者1人当たり入院医療費の主な内訳

「0～9歳」、「10～19歳」、「60～69歳」及び「70歳以上」についてみたところ、「60～69歳」及び「70歳以上」は「0～9歳」及び「10～19歳」に比べ都道府県支部毎の差が大きい傾向があるが、相対的なばらつきはあまりみられない。

都道府県支部別年齢階級別加入者1人当たり入院医療費の主な内訳(令和3年度)



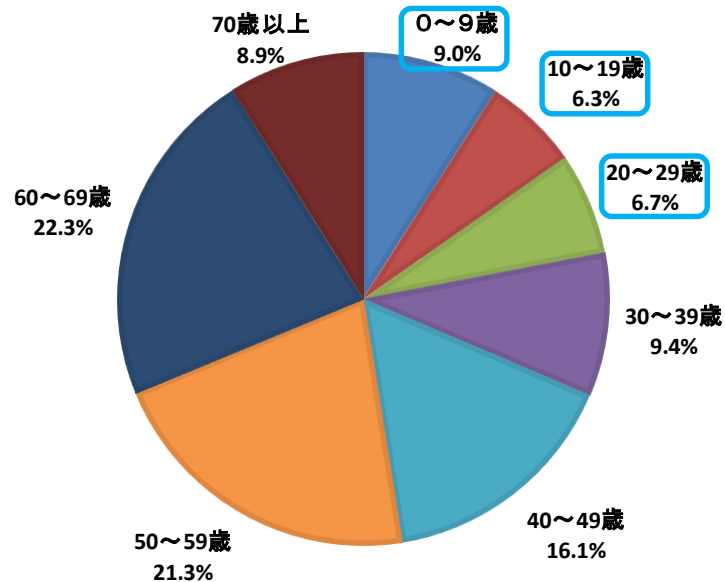
※()内の数値は変動係数であり、 $\frac{\text{標準偏差}}{\text{平均値}}$ として定義される。この係数が大きいほど、データの相対的なばらつきが大きいことを示している。

入院外医療費の年齢階級毎の内訳

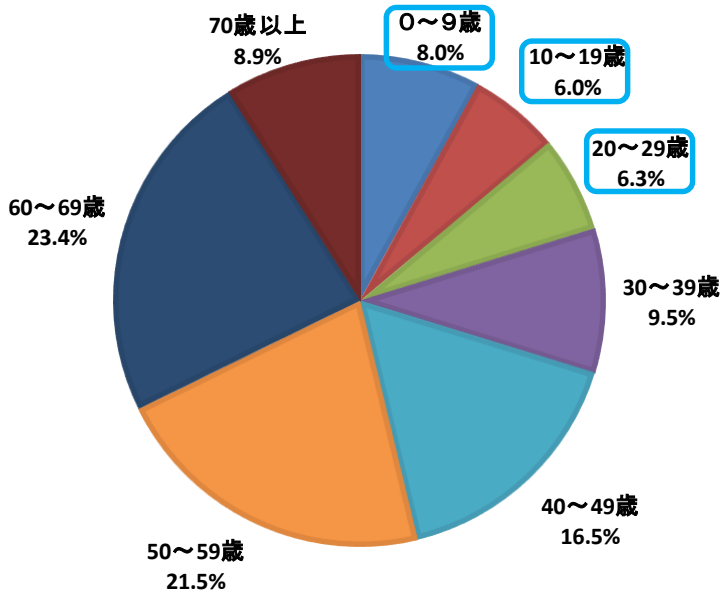
令和2年度と比べ、29歳以下の若年層の医療費の構成割合が上昇した。

※入院外の医療費には調剤分を含む。

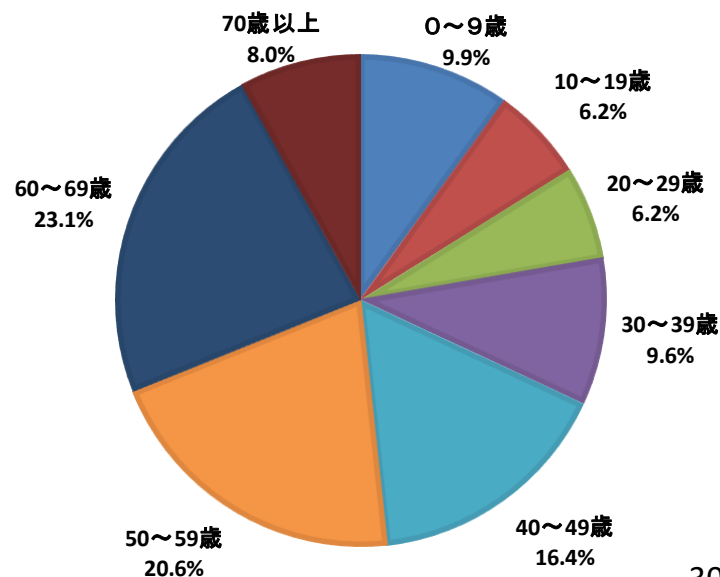
入院外医療費の内訳(令和3年度)



(参考)入院外医療費の内訳(令和2年度)

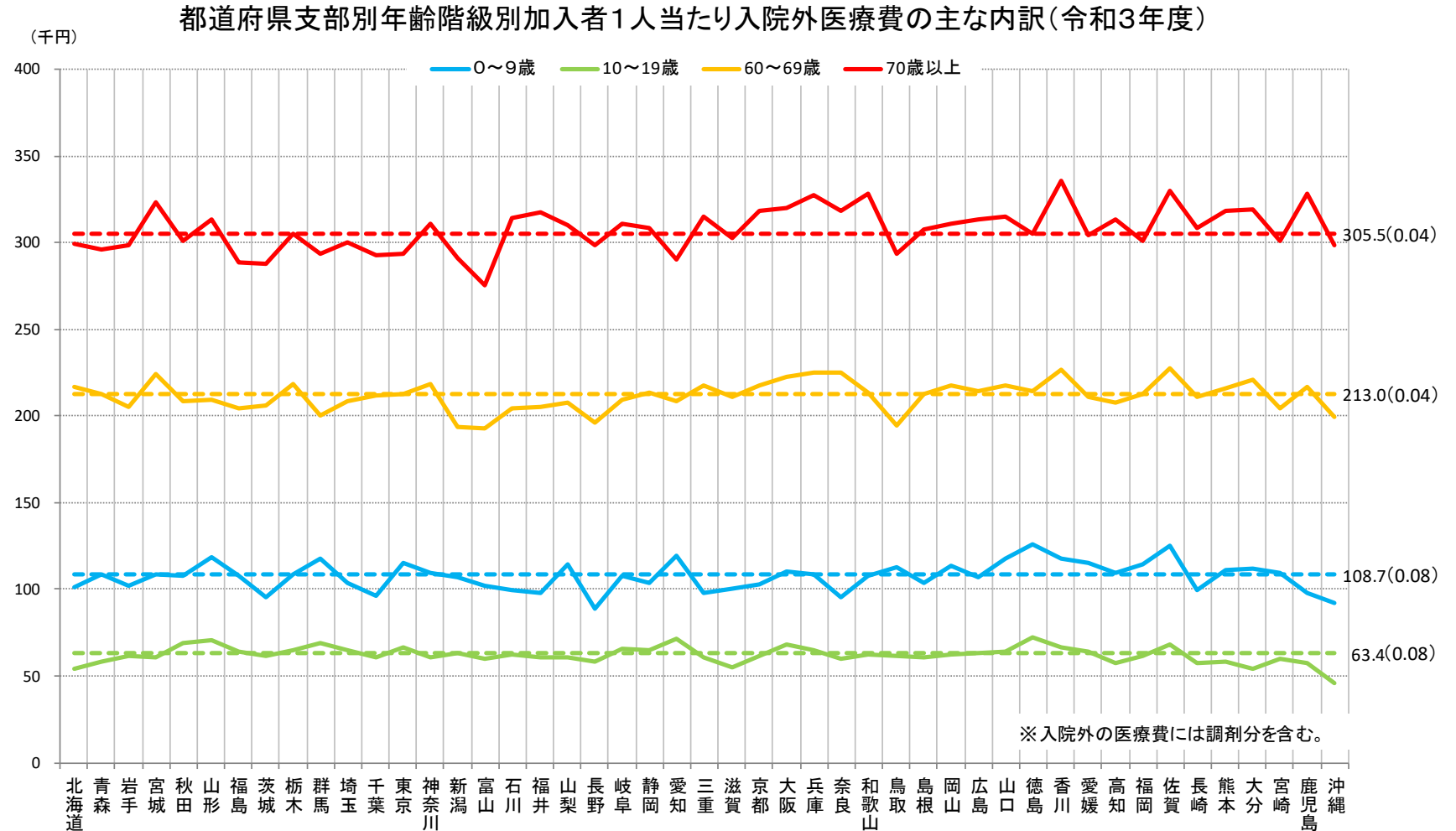


(参考)入院外医療費の内訳(令和元年度)



都道府県支部別加入者1人当たり入院外医療費の主な内訳

「0～9歳」、「10～19歳」、「60～69歳」及び「70歳以上」についてみたところ、「70歳以上」は他の年齢階級に比べ都道府県支部毎の差がみられるが、相対的なばらつきは「0～9歳」及び「10～19歳」の方が大きい。



※()内の数値は変動係数であり、 $\frac{\text{標準偏差}}{\text{平均値}}$ として定義される。この係数が大きいほど、データの相対的なばらつきが大きいことを示している。

医療費の疾病毎の内訳

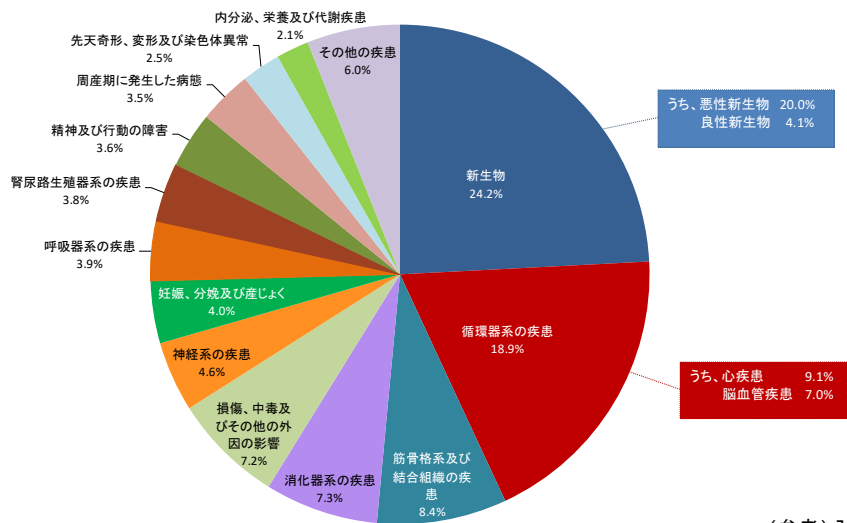
- 入院医療費について疾病毎に内訳をみたところ、令和元年度及び令和2年度と同様、「新生物」が最も多く、次いで「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」となっている。
- 都道府県支部別加入者1人当たり入院医療費の内訳として、「新生物」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「生活習慣病(がんを除く。)*」についてみたところ、「新生物」は他の3つの疾患に比べ都道府県支部毎の差が大きい傾向にあるが、相対的なばらつきは「筋骨格系及び結合組織の疾患」が最も大きい。

※ 生活習慣病(がんを除く)は、内分泌、栄養及び代謝疾患(糖尿病、脂質異常症)、循環器系疾患(高血圧性疾患、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化(症)、その他の脳血管疾患)に該当するものを分類している。
- 入院外医療費について疾病毎に内訳をみたところ、令和2年度と同様、「循環器系の疾患」が最も多く、次いで「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「新生物」となっている。
- 都道府県支部別加入者1人当たり入院外医療費の内訳として、「循環器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「新生物」、「呼吸器系の疾患」、「生活習慣病(がんを除く。)」についてみたところ、「生活習慣病(がんを除く。)」は他の4つの疾患に比べ都道府県支部毎の差が大きい傾向にあるが、相対的なばらつきは「循環器系の疾患」が最も大きい。
- 生活習慣病として代表的な「高血圧症」、「脂質異常症」、「糖尿病」について、加入者1人当たり入院外医療費を3要素(受診率・1件当たり日数・1日当たり医療費)分解したところ、加入者1人当たり入院外医療費は、「高血圧症」及び「糖尿病」については全国と比べ東北、九州等、「脂質異常症」については全国と比べ東北等で高い傾向にあり、これは3要素のうち受診率の高さに起因していると考えられる。

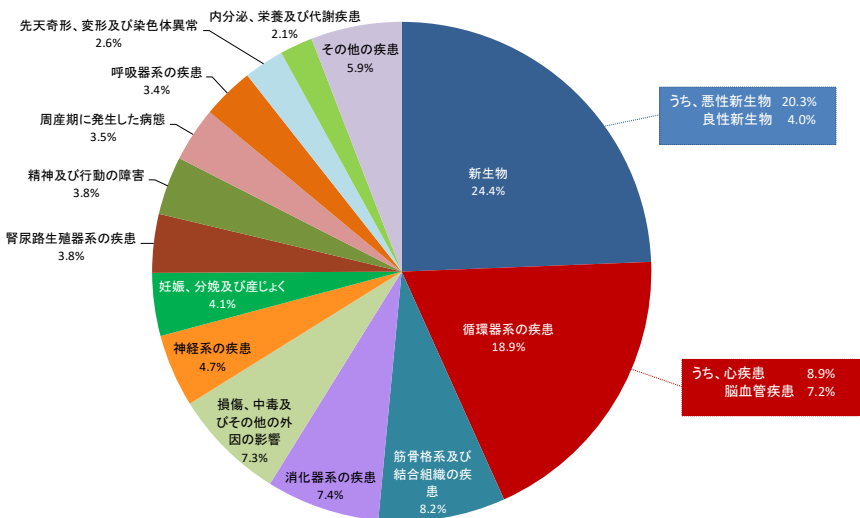
入院医療費の疾病毎の内訳

令和元年度及び令和2年度と同様、「新生物」が最も多く、次いで「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」となっている。

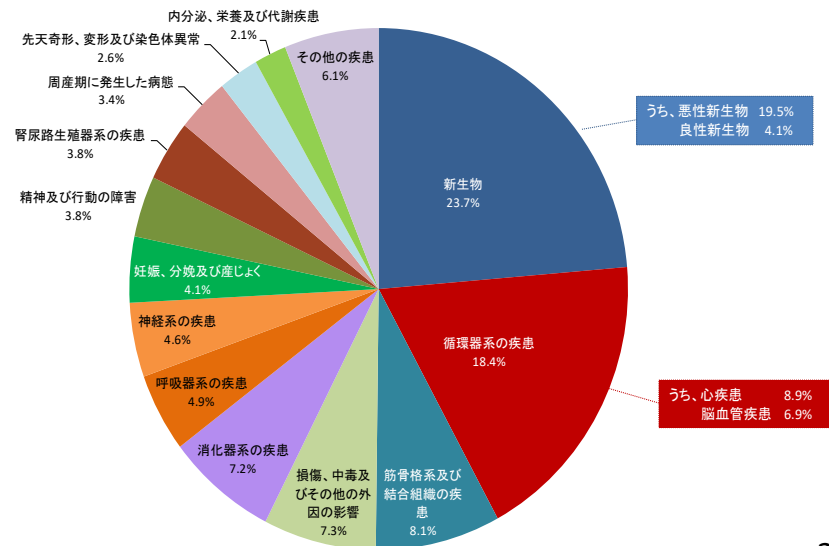
入院医療費の内訳(令和3年度)



(参考)入院医療費の内訳(令和2年度)

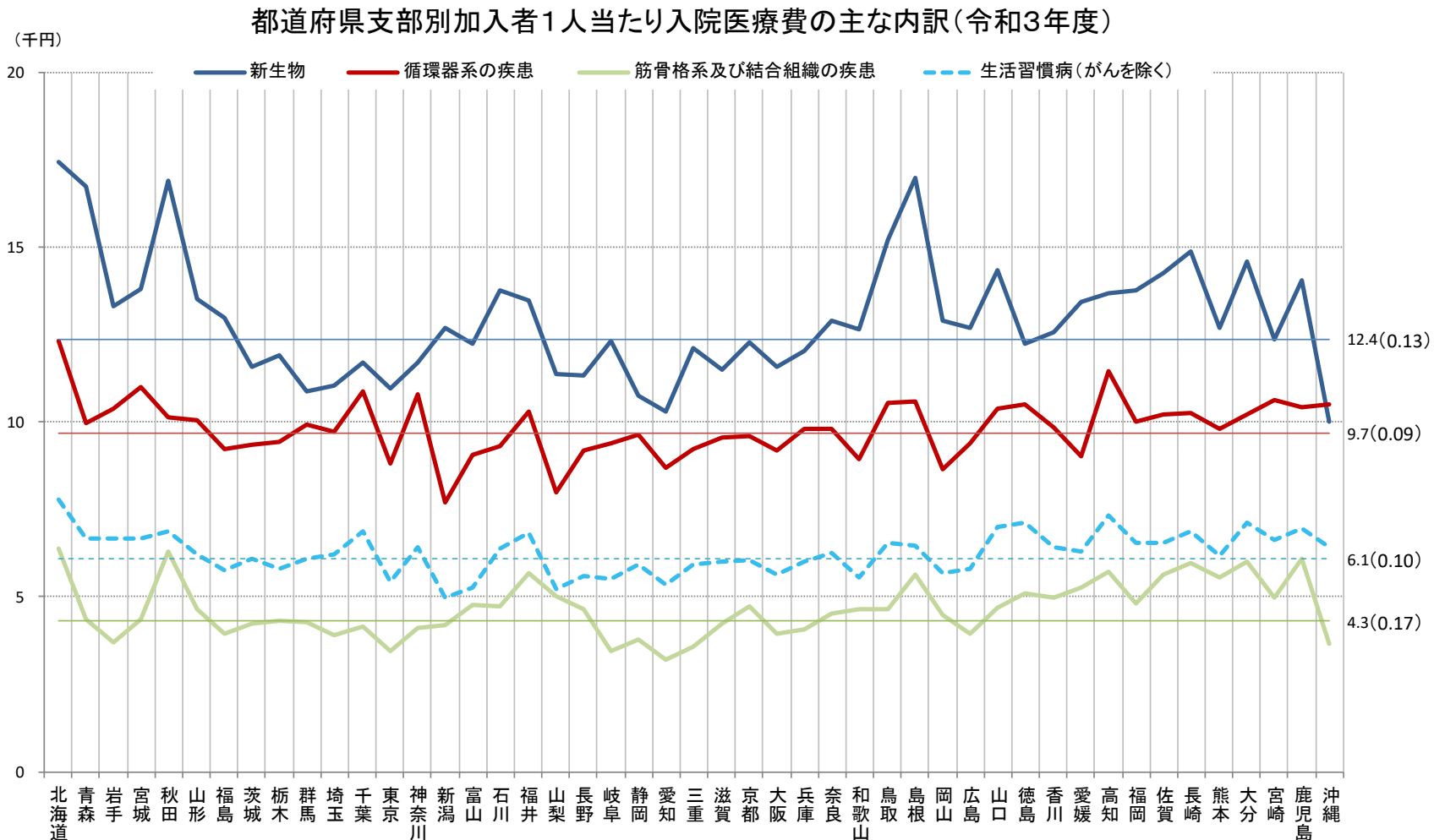


(参考)入院医療費の内訳(令和元年度)



都道府県支部別加入者1人当たり入院医療費の主な内訳

「新生物」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「生活習慣病(がんを除く)」についてみたところ、「新生物」は他の3つの疾患に比べ都道府県支部毎の差が大きい傾向にあるが、相対的なばらつきは「筋骨格系及び結合組織の疾患」が最も大きい。



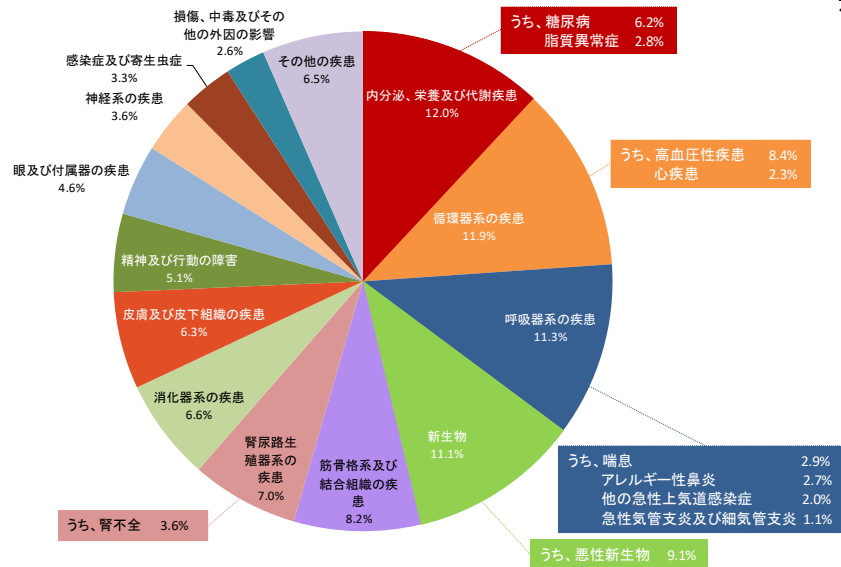
注. 生活習慣病(がんを除く)は、内分泌・栄養及び代謝疾患(糖尿病、脂質異常症)、循環器系疾患(高血圧性疾患、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化(症)、その他の脳血管疾患)に該当するものを分類している。

※()内の数値は変動係数であり、 $\frac{\text{標準偏差}}{\text{平均値}}$ として定義される。この係数が大きいほど、データの相対的なばらつきが大きいことを示している。

入院外医療費の疾病毎の内訳

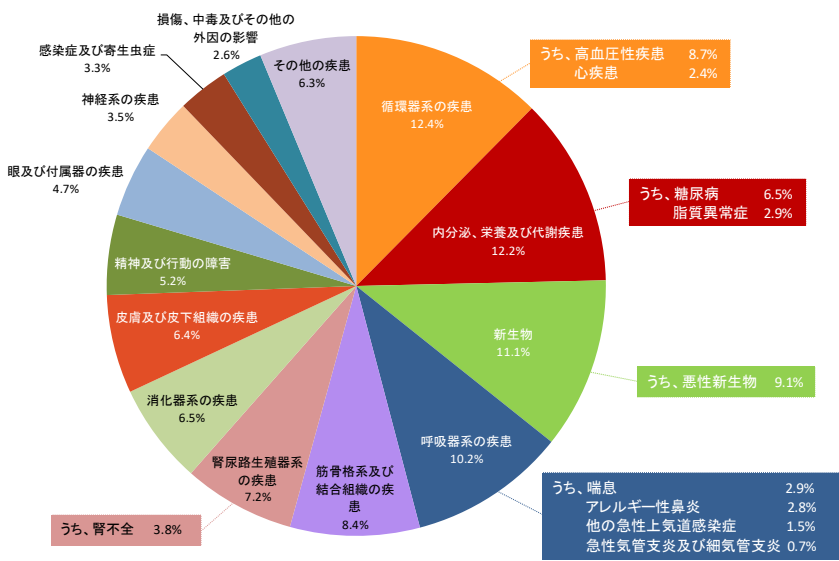
「呼吸器系の疾患」の構成割合について、前年度と比べ、令和2年度では下落したが、令和3年度では上昇した。

入院外医療費の内訳(令和3年度)

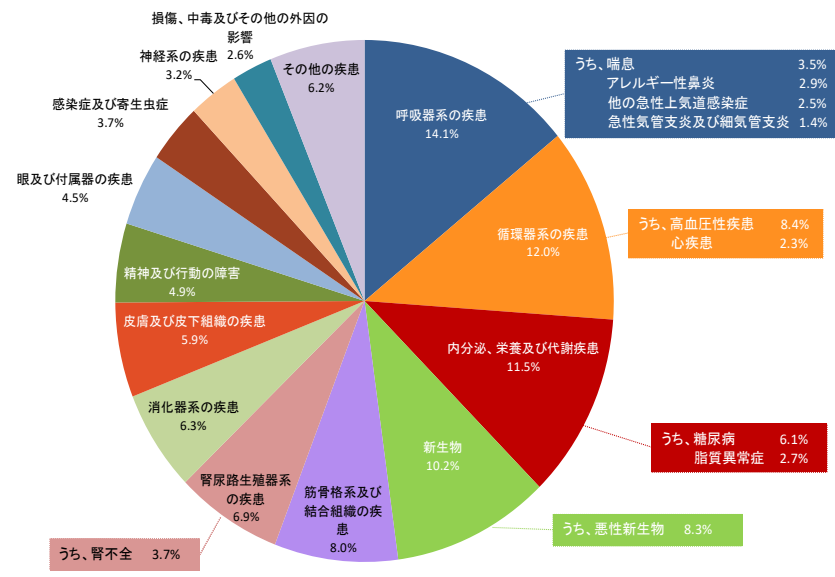


※入院外の医療費には調剤分を含む。

(参考)入院外医療費の内訳(令和2年度)



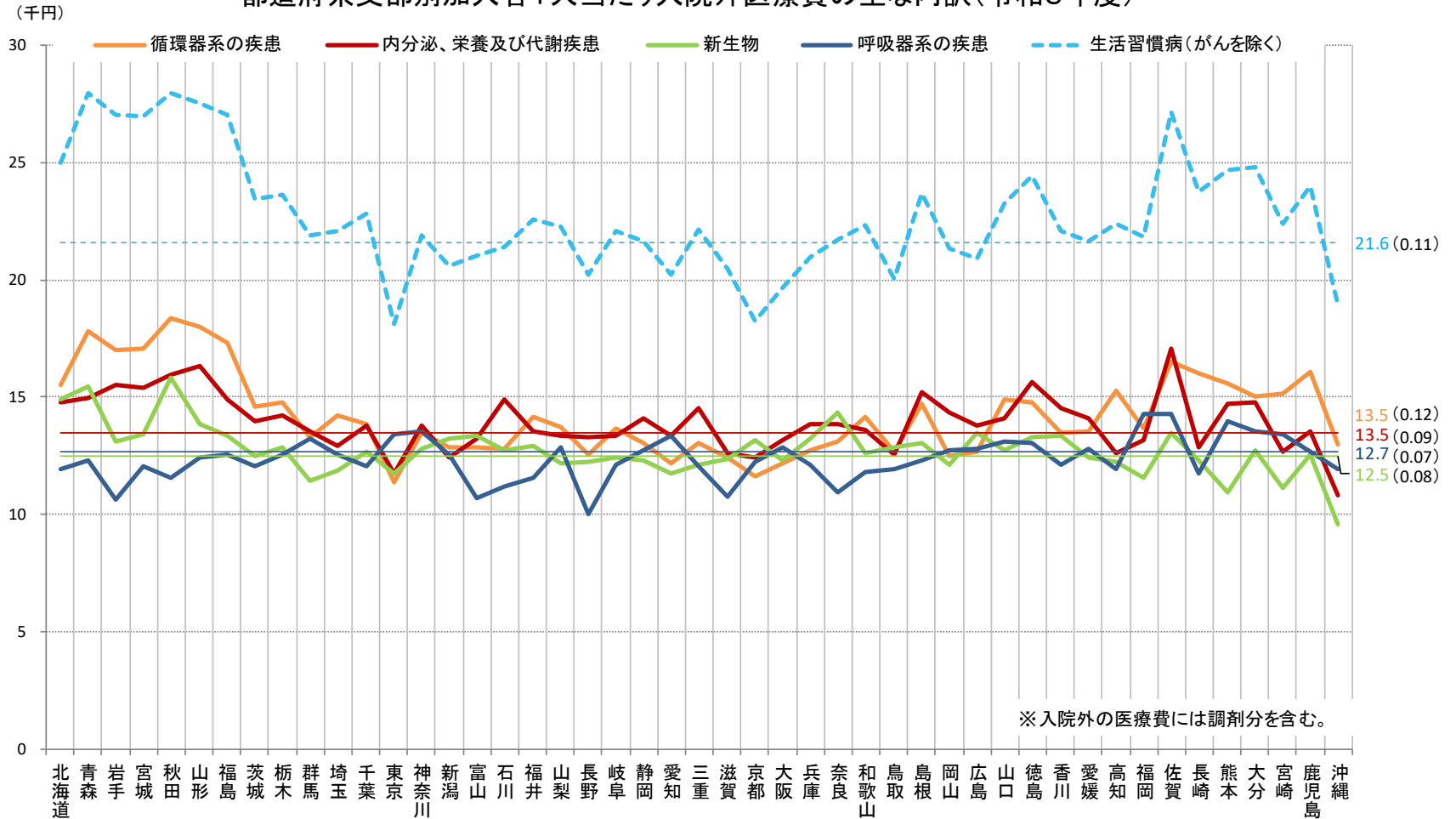
(参考)入院外医療費の内訳(令和元年度)



都道府県支部別加入者1人当たり入院外医療費の主な内訳

「循環器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「新生物」、「呼吸器系の疾患」、「生活習慣病(がんを除く。)」について見たところ、「生活習慣病(がんを除く。)」は他の4つの疾患に比べ都道府県支部毎の差が大きい傾向にあるが、相対的なばらつきは「循環器系の疾患」が最も大きい。

都道府県支部別加入者1人当たり入院外医療費の主な内訳(令和3年度)



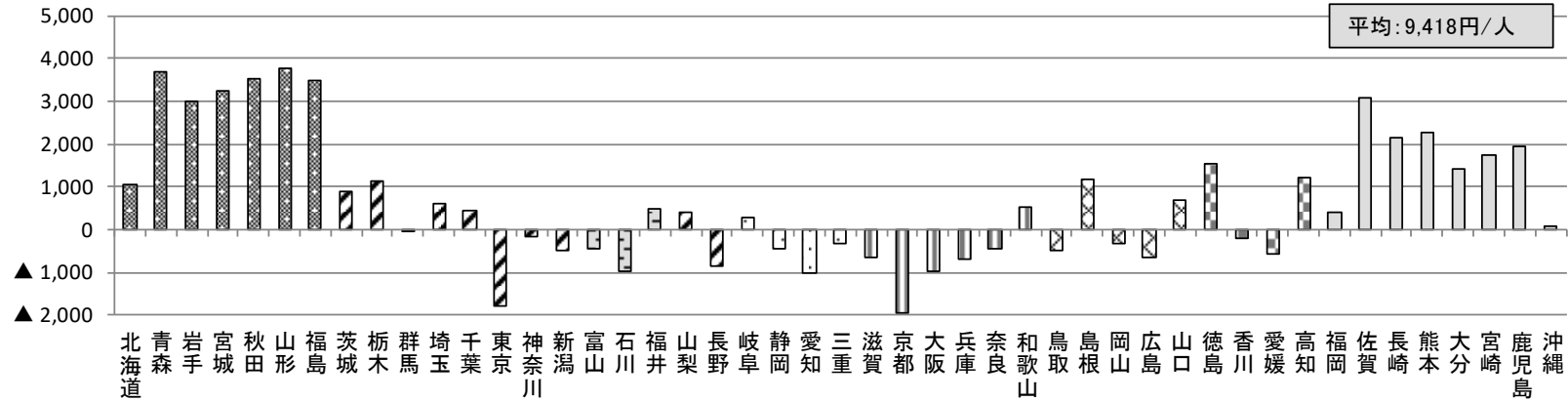
注. 生活習慣病(がんを除く)は、内分泌、栄養及び代謝疾患(糖尿病、脂質異常症)、循環器系疾患(高血圧性疾患、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化(症)、その他の脳血管疾患)に該当するものを分類している。

※()内の数値は変動係数であり、 $\frac{\text{標準偏差}}{\text{平均値}}$ として定義される。この係数が大きいほど、データの相対的なばらつきが大きいことを示している。

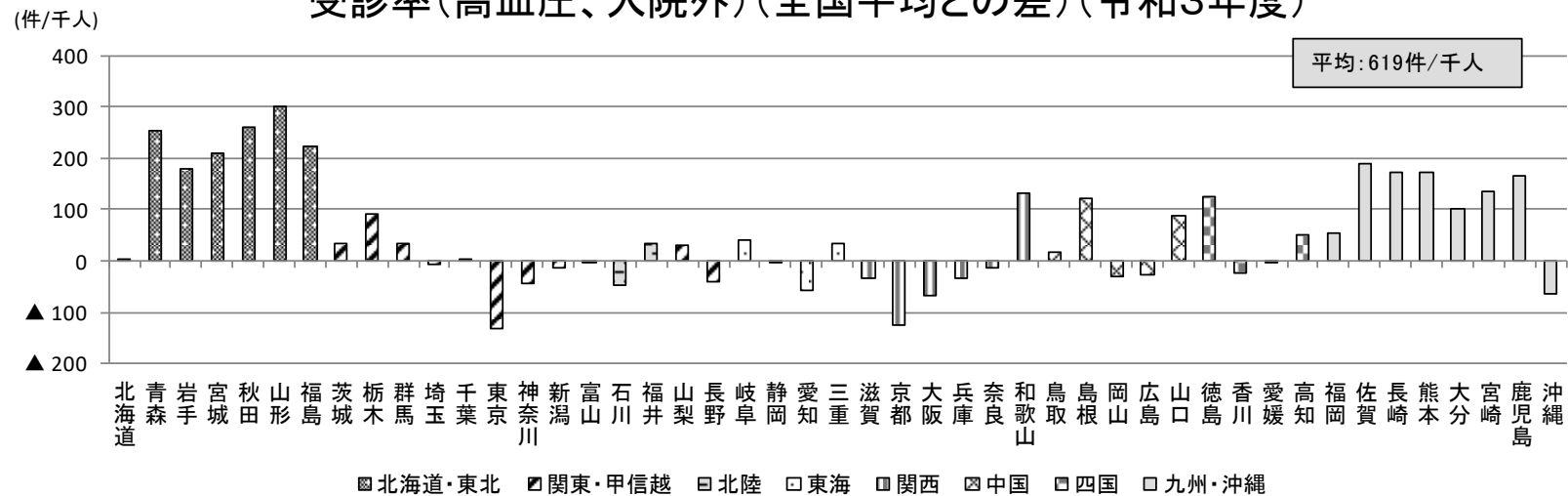
加入者1人当たり入院外医療費(高血圧症)の3要素分解

高血圧症に係る加入者1人当たり入院外医療費は、山形県、青森県、秋田県で高く、これは3要素のうち受診率の高さに起因していると考えられる。

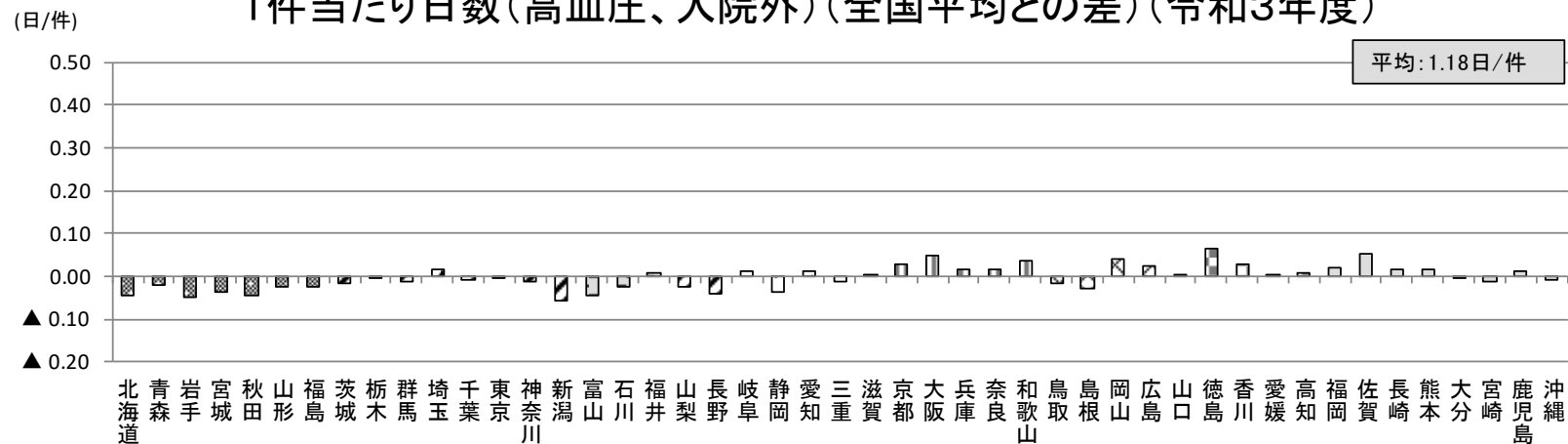
1人当たり医療費(高血圧、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



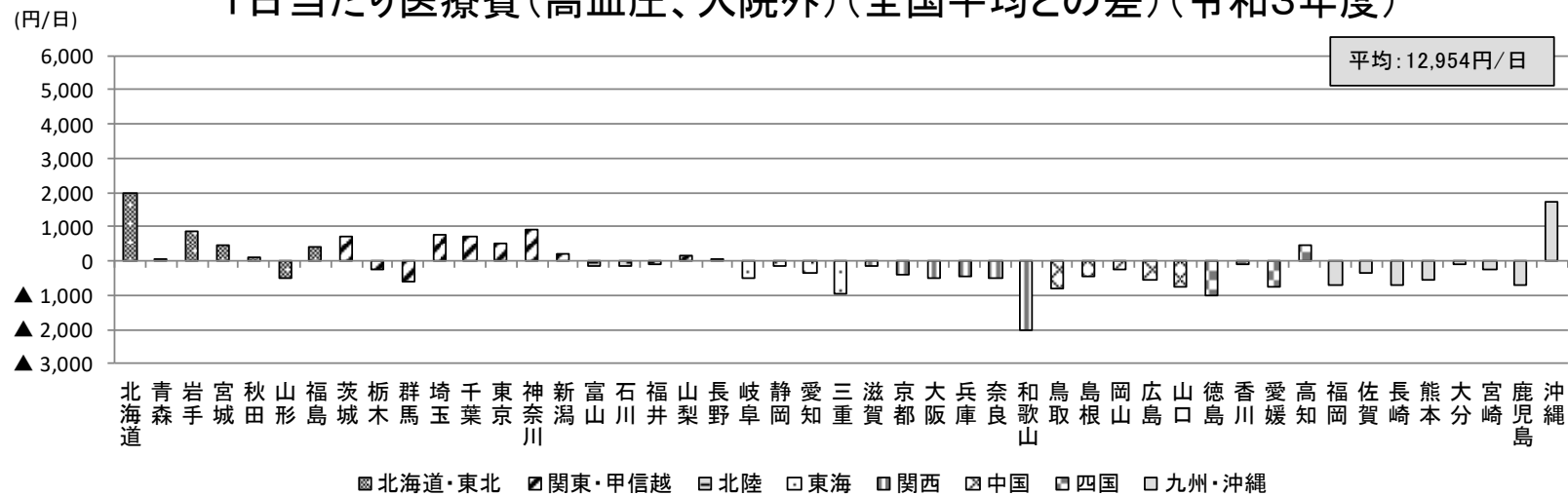
受診率(高血圧、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



1件当たり日数(高血圧、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



1日当たり医療費(高血圧、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)

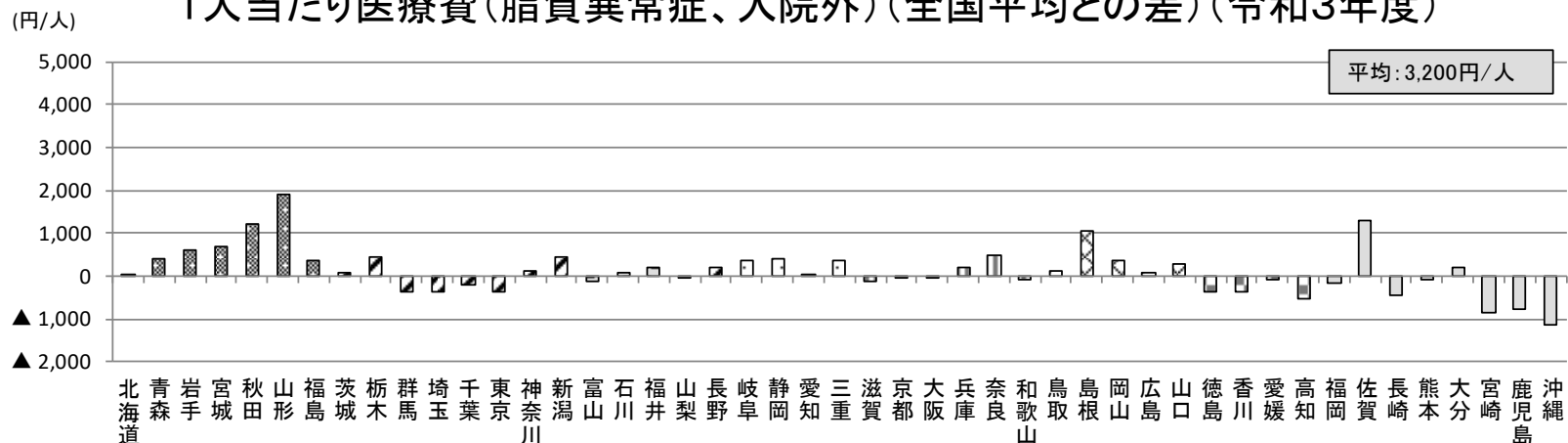


※入院外の医療費には調剤分を含む。

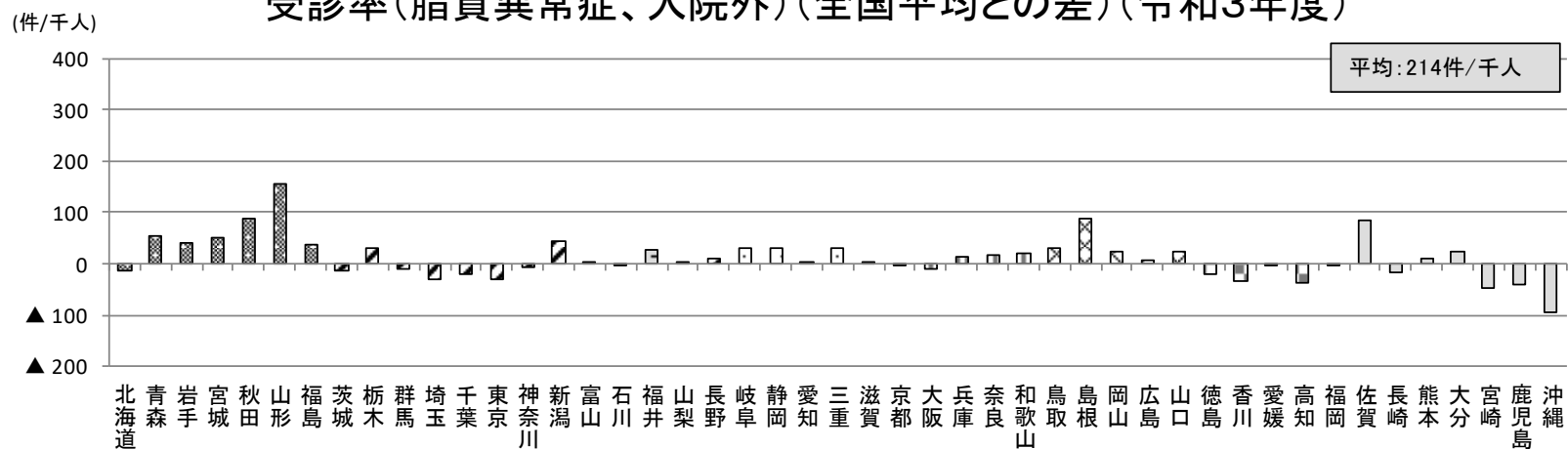
加入者1人当たり入院外医療費(脂質異常症)の3要素分解

脂質異常症に係る加入者1人当たり入院外医療費は、山形県、佐賀県、秋田県で高く、これは3要素のうち受診率の高さに起因していると考えられる。

1人当たり医療費(脂質異常症、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)

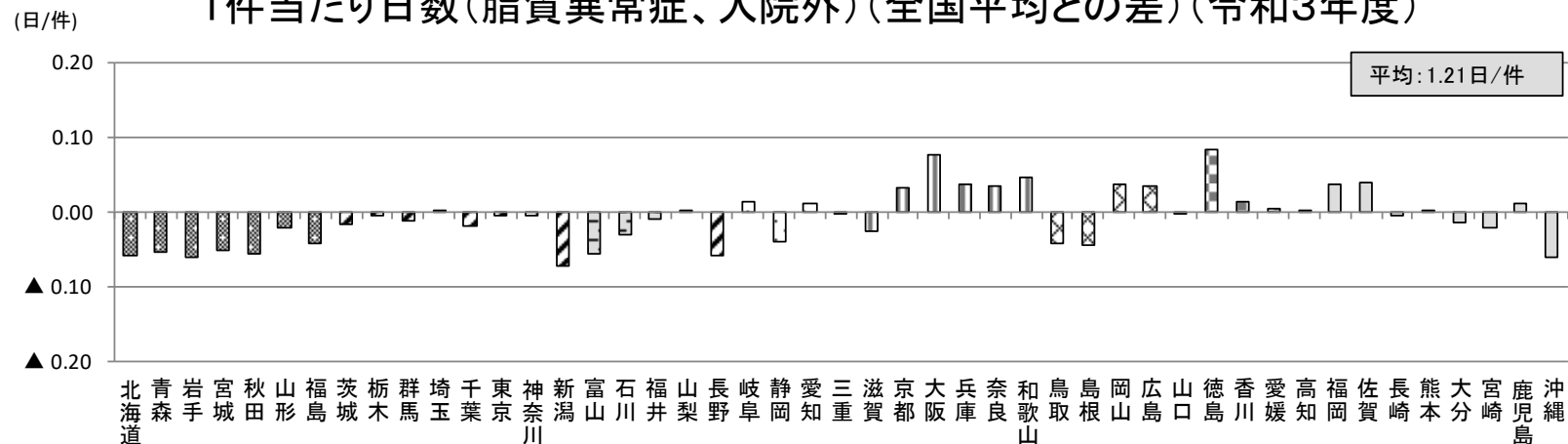


受診率(脂質異常症、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)

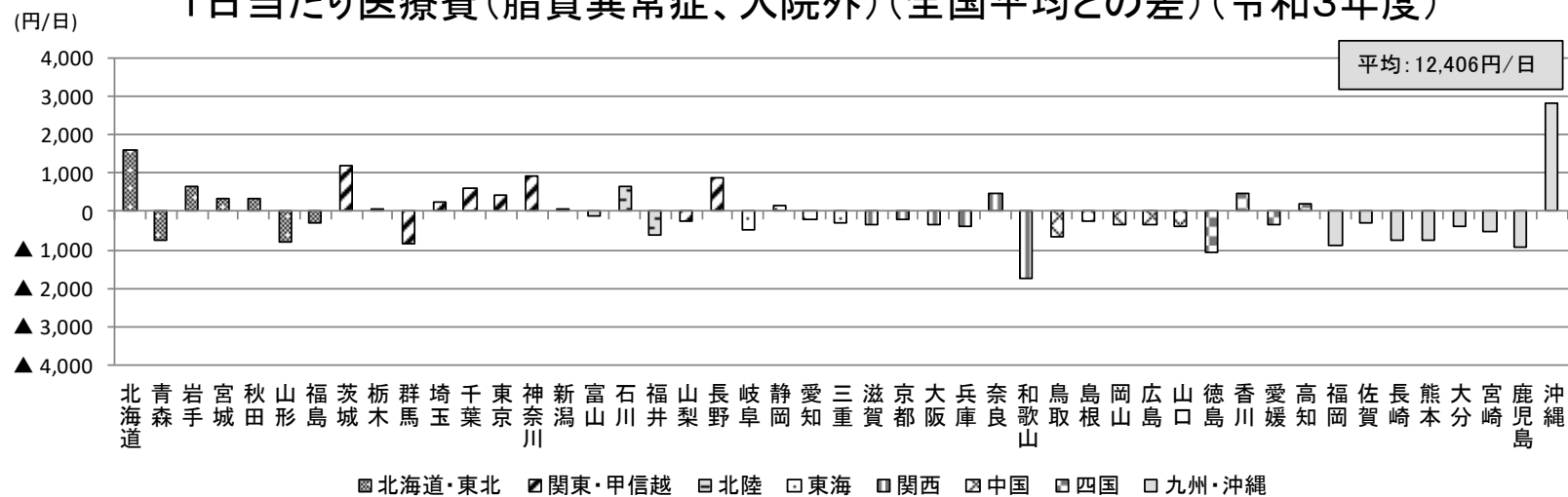


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

1件当たり日数(脂質異常症、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



1日当たり医療費(脂質異常症、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)

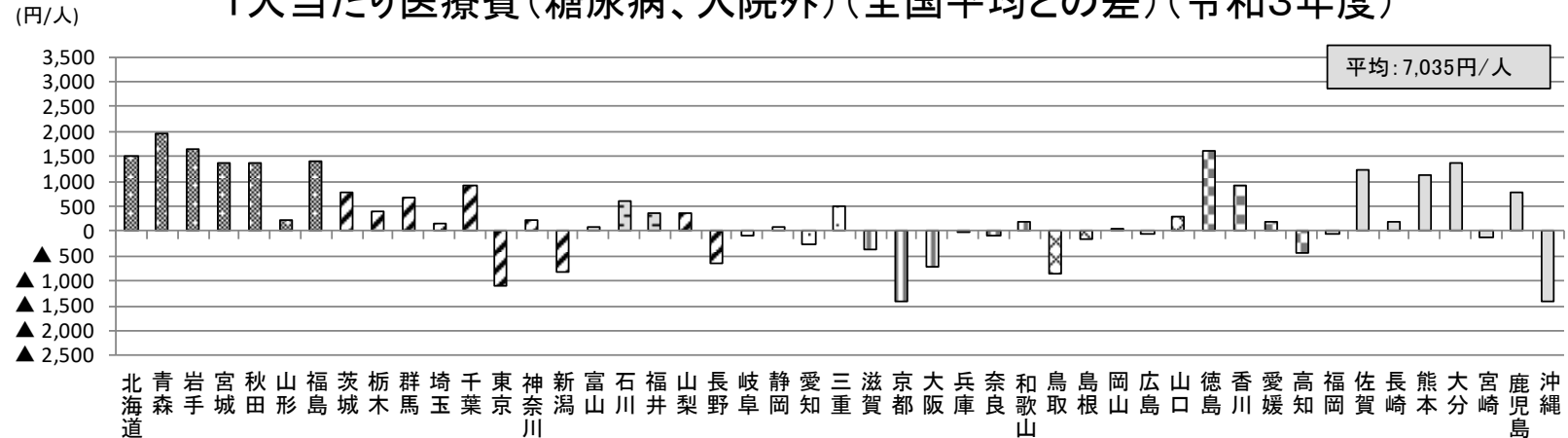


※入院外の医療費には調剤分を含む。

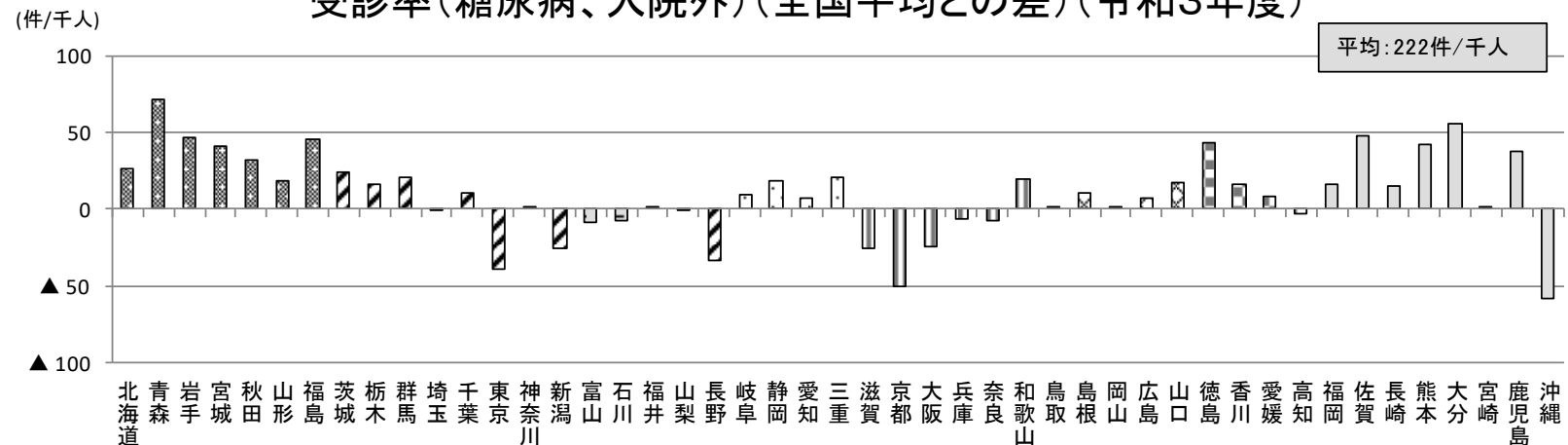
加入者1人当たり入院外医療費(糖尿病)の3要素分解

糖尿病に係る加入者1人当たり入院外医療費は、青森県、岩手県、徳島県で高く、これは3要素のうち受診率の高さに起因していると考えられる。

1人当たり医療費(糖尿病、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



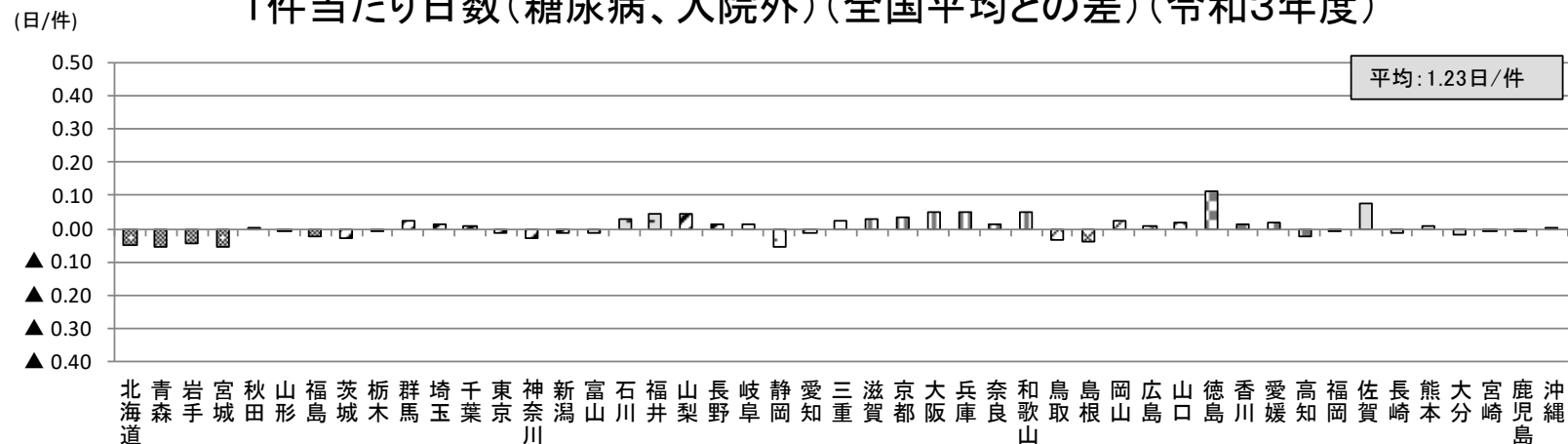
受診率(糖尿病、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



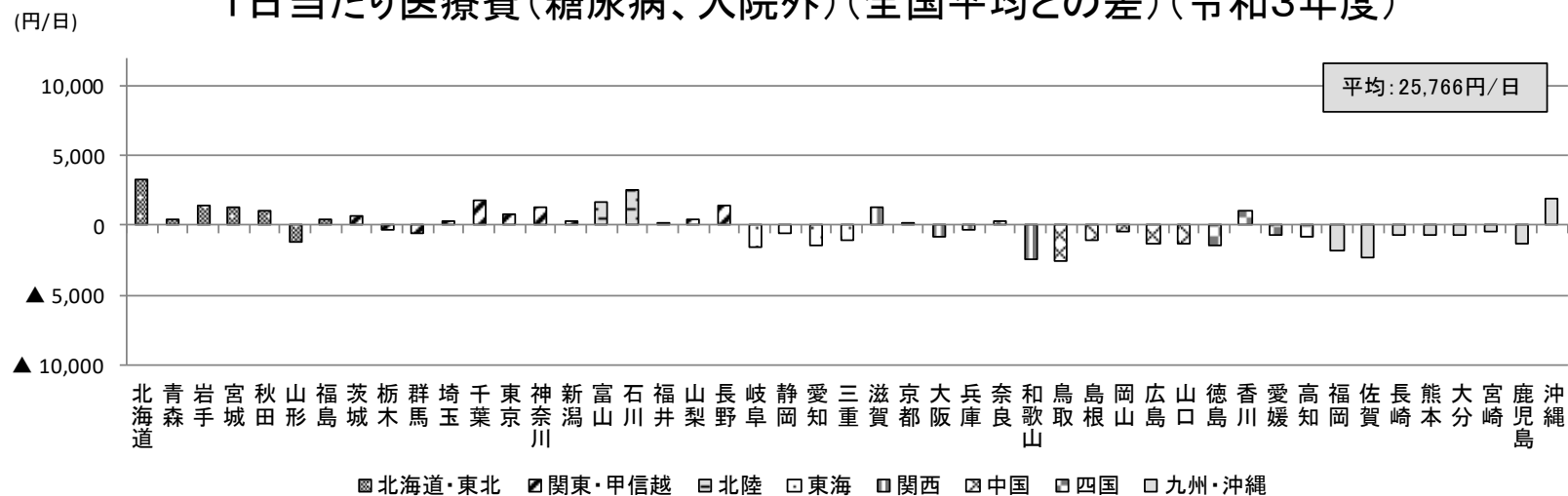
■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

※入院外の医療費には調剤分を含む。

1件当たり日数(糖尿病、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



1日当たり医療費(糖尿病、入院外)(全国平均との差)(令和3年度)



※入院外の医療費には調剤分を含む。

都道府県支部別健診・問診結果の状況

- 一定の条件(※1)の下で抽出した生活習慣病予防健診、事業者健診(一般健診、付加健診)及び特定健診データの結果を男女別にみたところ、「メタボリックリスク保有率」は男女によらず、全国と比べ、東北及び沖縄県等で高い傾向にある。
- メタボリックリスク保有の判断基準の項目の傾向については、以下のとおりである。
 - ・ 「腹囲リスク保有率」は男女によらず、全国と比べ、沖縄県等で高い傾向にある。
 - ・ 「血圧リスク保有率」は男女によらず、全国と比べ、東北で高い傾向にある。
 - ・ 「脂質リスク保有率」は男女によらず、全国と比べ、東北及び沖縄県等で高い傾向にある。
 - ・ 「代謝リスク保有率」は男女によらず、全国と比べ、青森県及び高知県等で高い傾向にある。
- 「喫煙者の割合」は全国と比べ、男性では北海道、東北及び九州等、女性では北海道及び東北等で高い傾向にある。
- 「運動習慣要改善者の割合」は全国と比べ、関東及び関西で低く、それ以外の地域で高い傾向にある。
- 「食事習慣要改善者の割合」は全国と比べ、北海道、関東及び沖縄県等で高い傾向にある。
- 「飲酒習慣要改善者の割合」は全国と比べ、男性では東北及び高知県等で高い傾向にある。
- 「睡眠で休養が取れていない者の割合」は男女によらず、全国と比べ、富山県及び奈良県等で高い傾向にある。

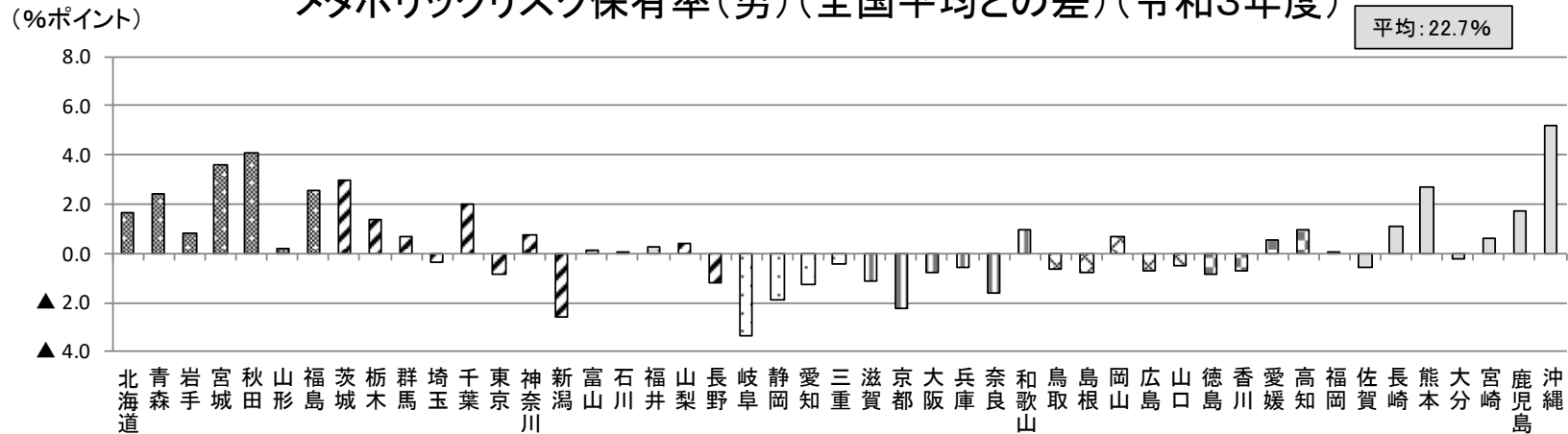
(※1)一定の条件については、58ページの「健診データについて」を参照。

(※2)リスク保有率等は年齢調整後の数値である。

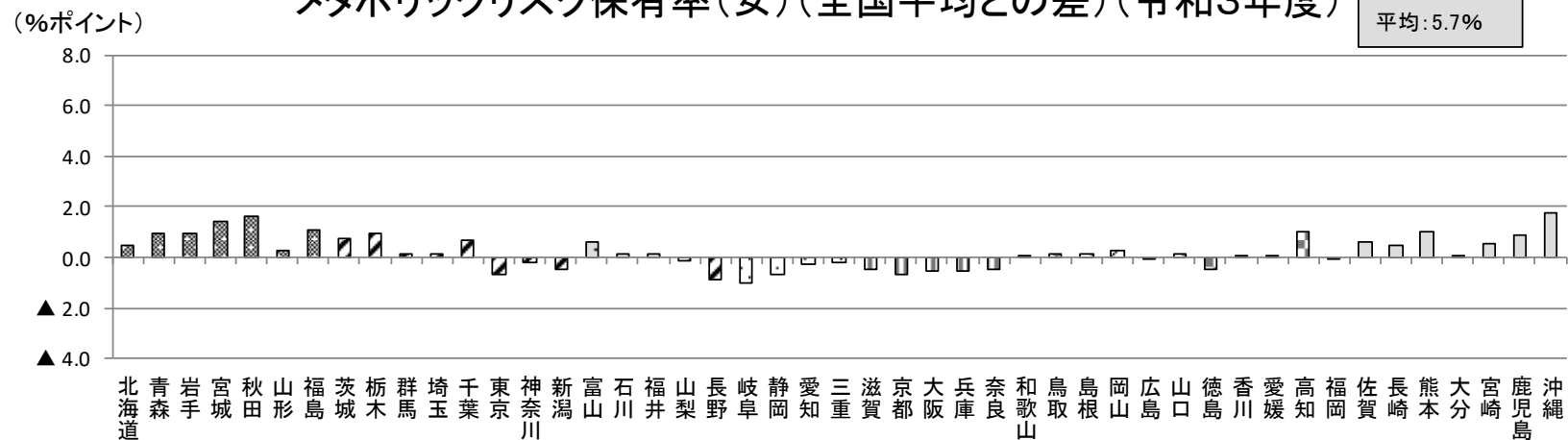
メタボリックリスク保有率

メタボリックリスク保有率は、男性・女性ともに沖縄県、秋田県、宮城県の順に高い。

メタボリックリスク保有率(男)(全国平均との差)(令和3年度)



メタボリックリスク保有率(女)(全国平均との差)(令和3年度)

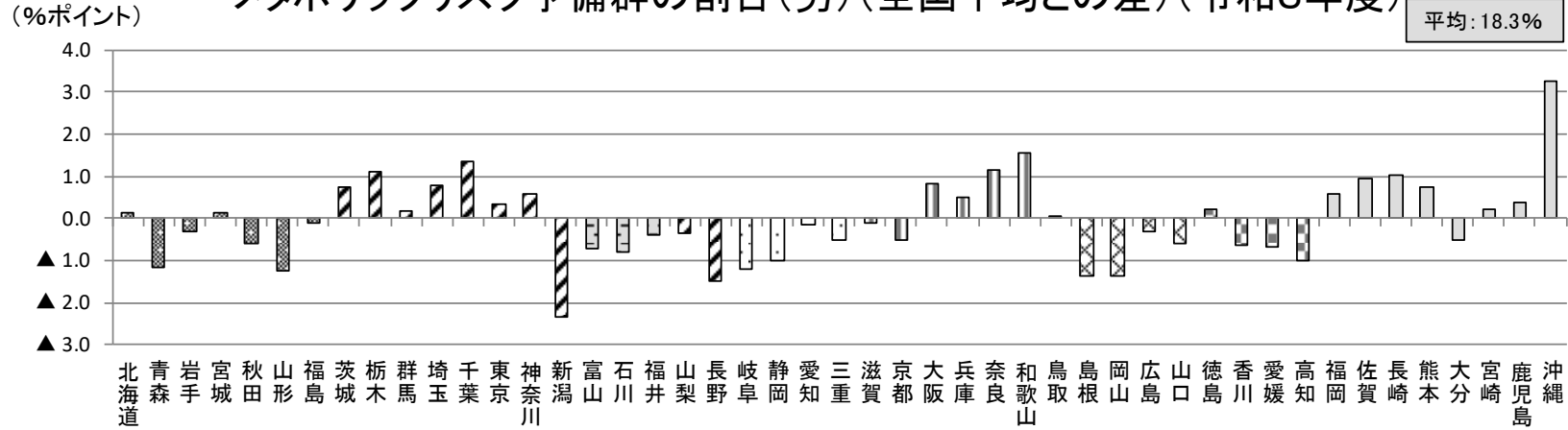


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

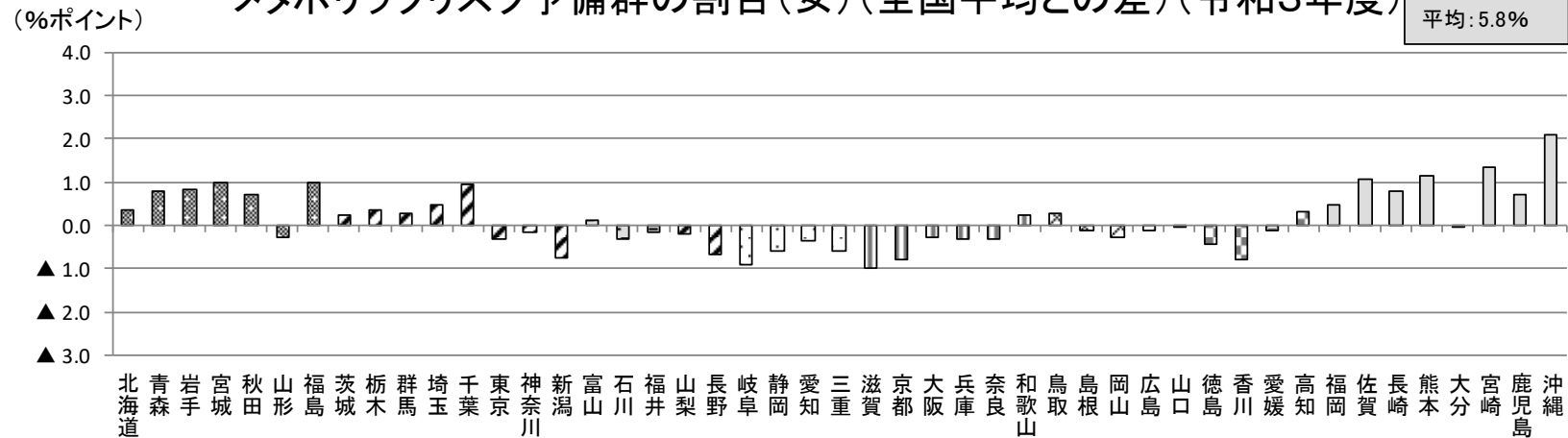
メタボリックリスク予備群の割合

メタボリックリスク予備群の割合は、男性で沖縄県、和歌山県、千葉県の高く、女性で沖縄県、宮崎県、熊本県の順に高い。

メタボリックリスク予備群の割合(男)(全国平均との差)(令和3年度)



メタボリックリスク予備群の割合(女)(全国平均との差)(令和3年度)

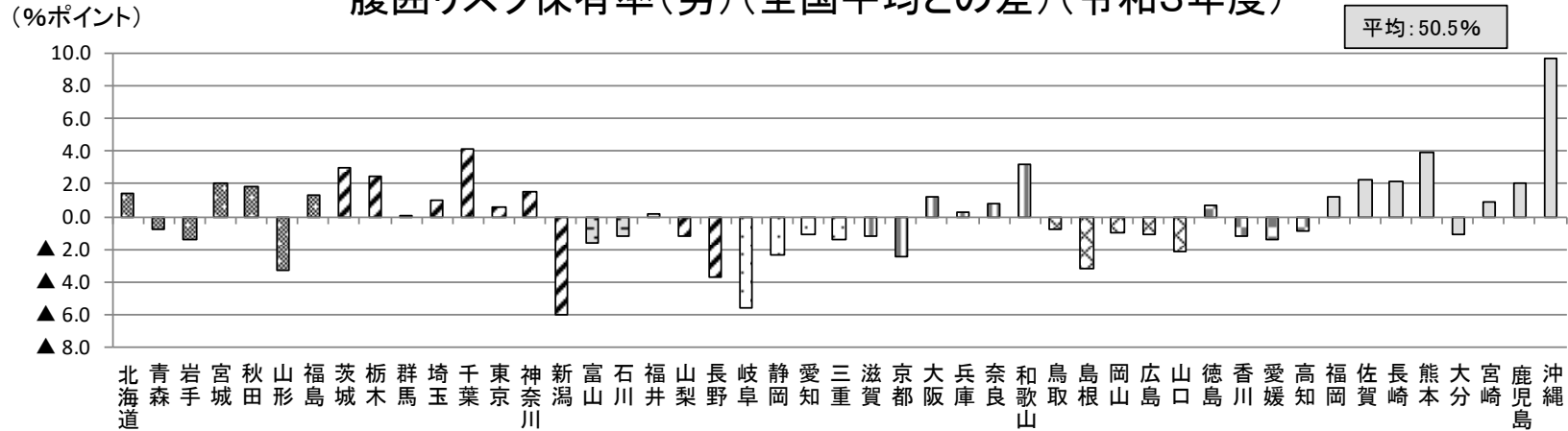


北海道・東北
 関東・甲信越
 北陸
 東海
 関西
 中国
 四国
 九州・沖縄

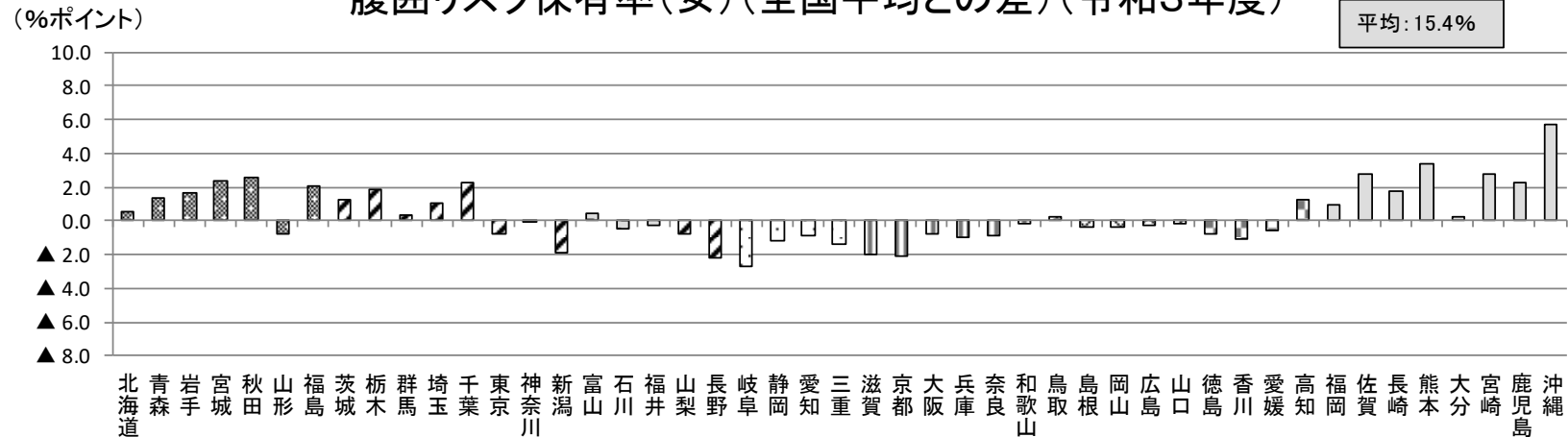
(参考)腹囲リスク保有率

腹囲リスク保有率は、男性で沖縄県、千葉県、熊本県の順に高く、女性で沖縄県、熊本県、佐賀県の順に高い。

腹囲リスク保有率(男)(全国平均との差)(令和3年度)



腹囲リスク保有率(女)(全国平均との差)(令和3年度)

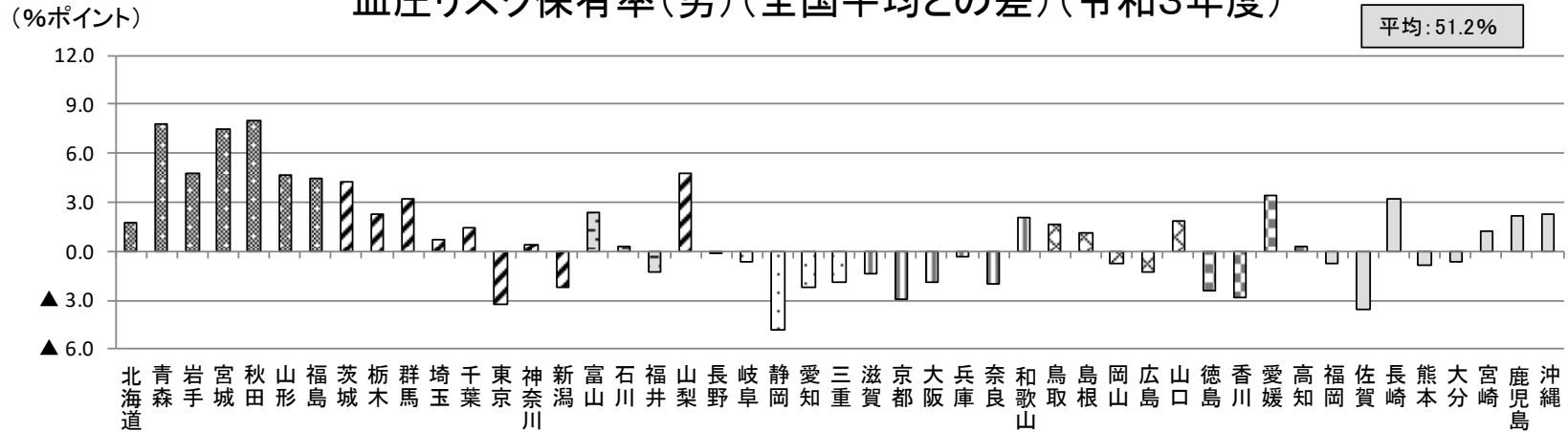


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

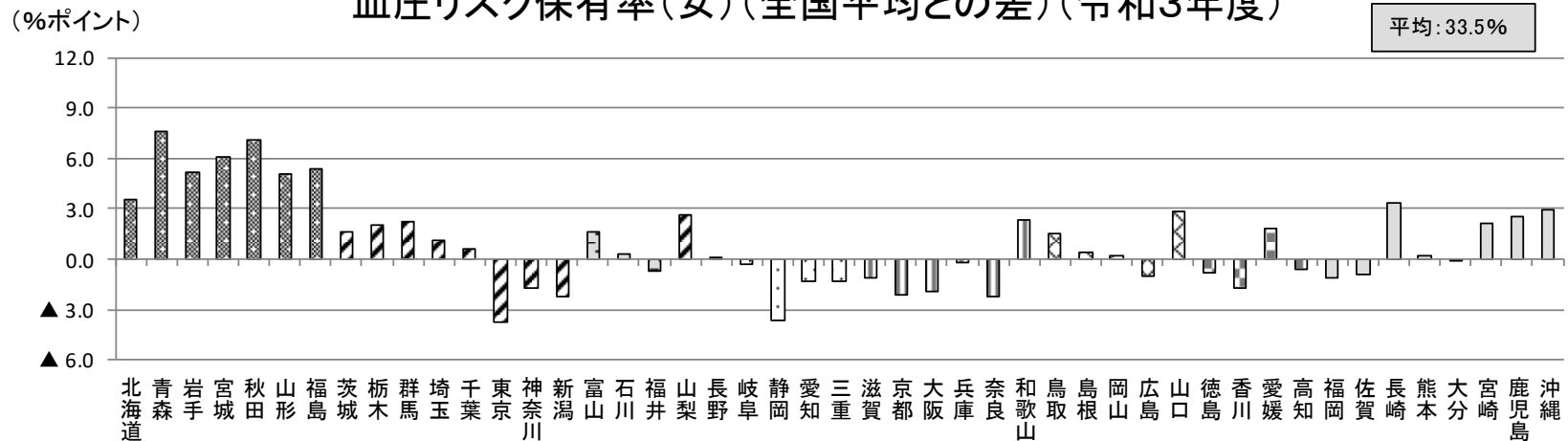
(参考) 血圧リスク保有率

血圧リスク保有率は、男性で秋田県、青森県、宮城県の順に高く、女性で青森県、秋田県、宮城県の順に高い。

血圧リスク保有率(男)(全国平均との差)(令和3年度)



血圧リスク保有率(女)(全国平均との差)(令和3年度)

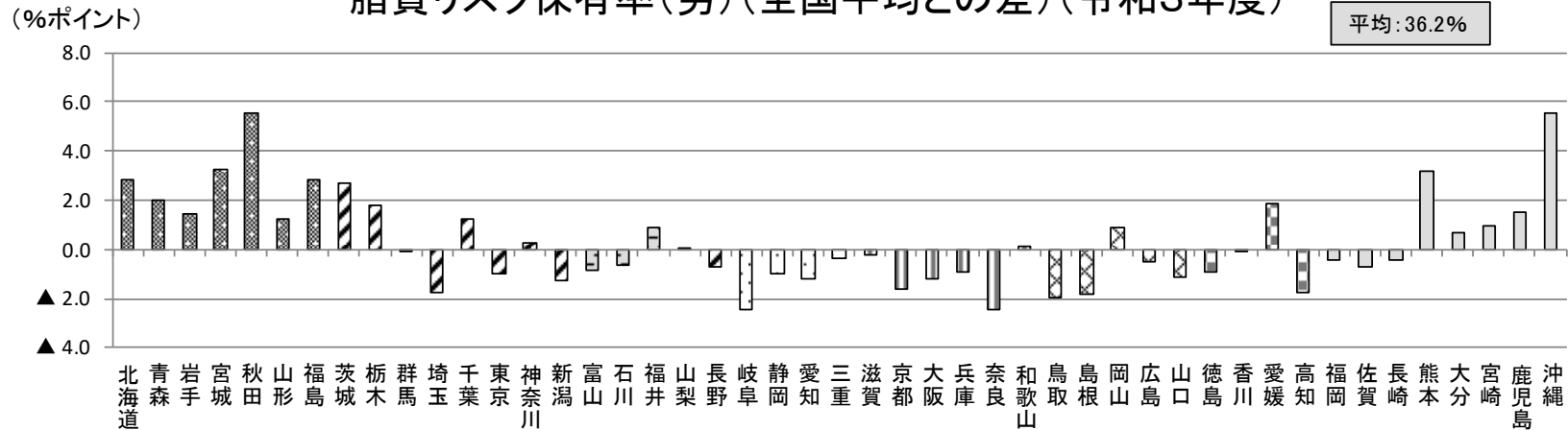


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

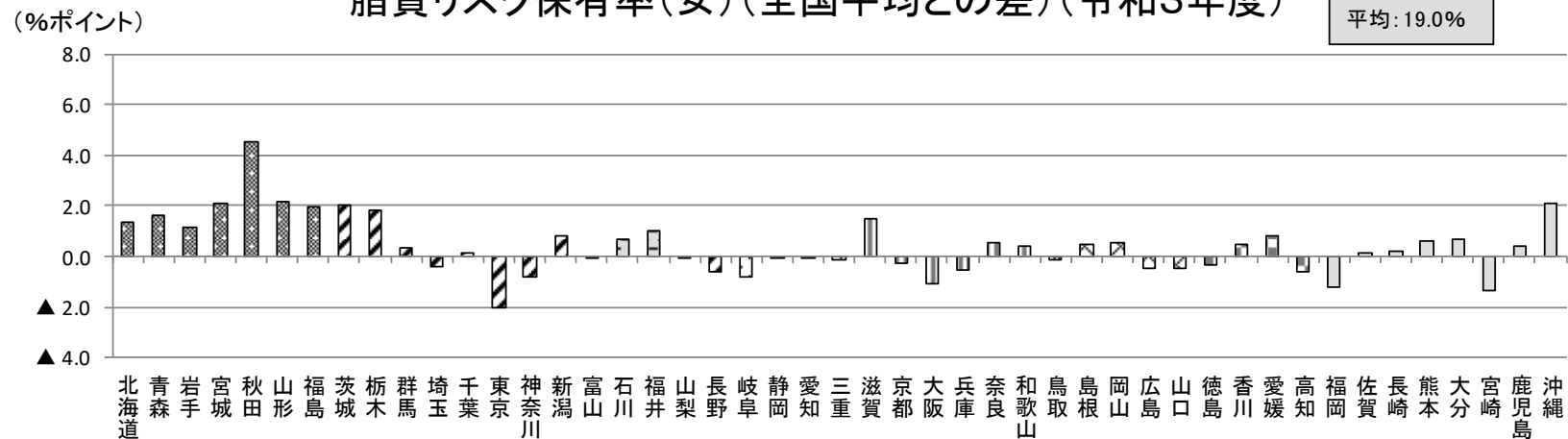
(参考)脂質リスク保有率

脂質リスク保有率は、男性で沖縄県、秋田県、宮城県の順に高く、女性で秋田県、山形県、沖縄県の順に高い。

脂質リスク保有率(男)(全国平均との差)(令和3年度)



脂質リスク保有率(女)(全国平均との差)(令和3年度)

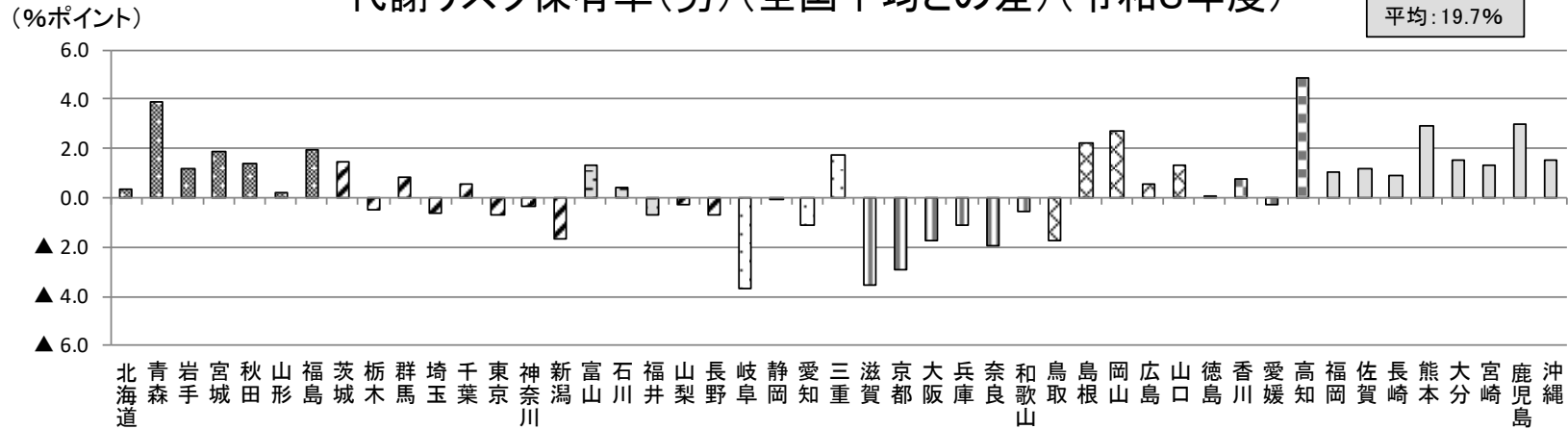


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

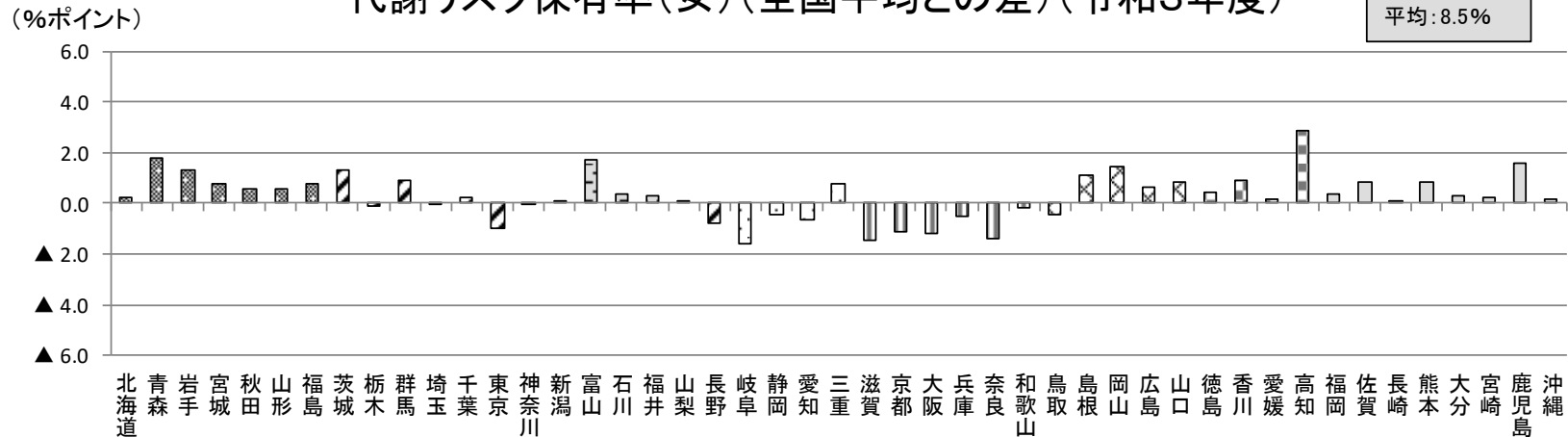
(参考)代謝リスク保有率

代謝リスク保有率は、男性で高知県、青森県、鹿児島県の順に高く、女性で高知県、青森県、富山県の順に高い。

代謝リスク保有率(男)(全国平均との差)(令和3年度)



代謝リスク保有率(女)(全国平均との差)(令和3年度)

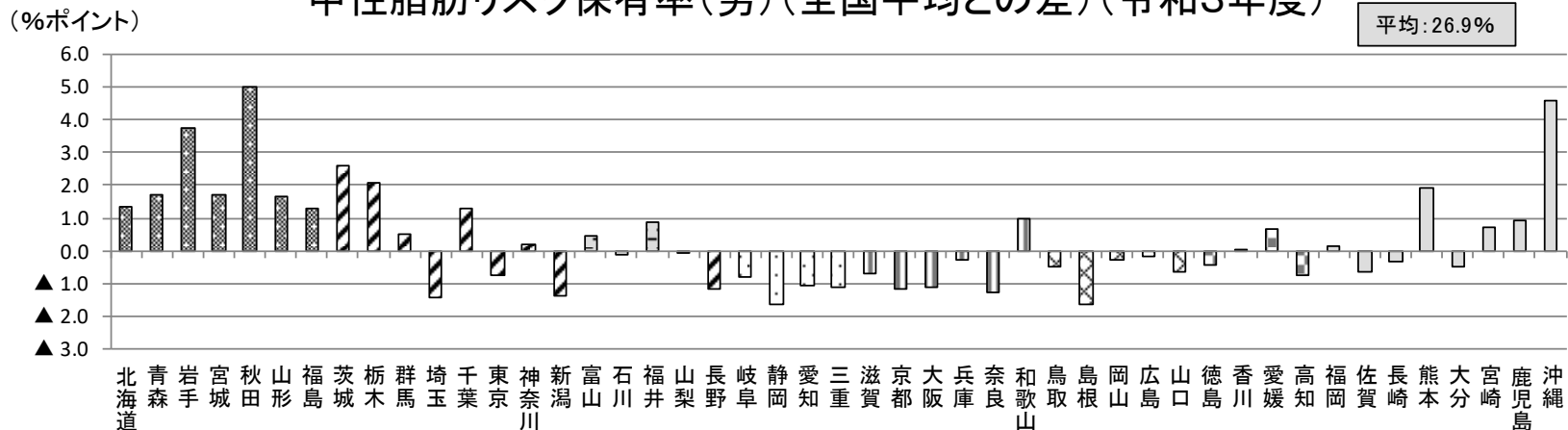


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

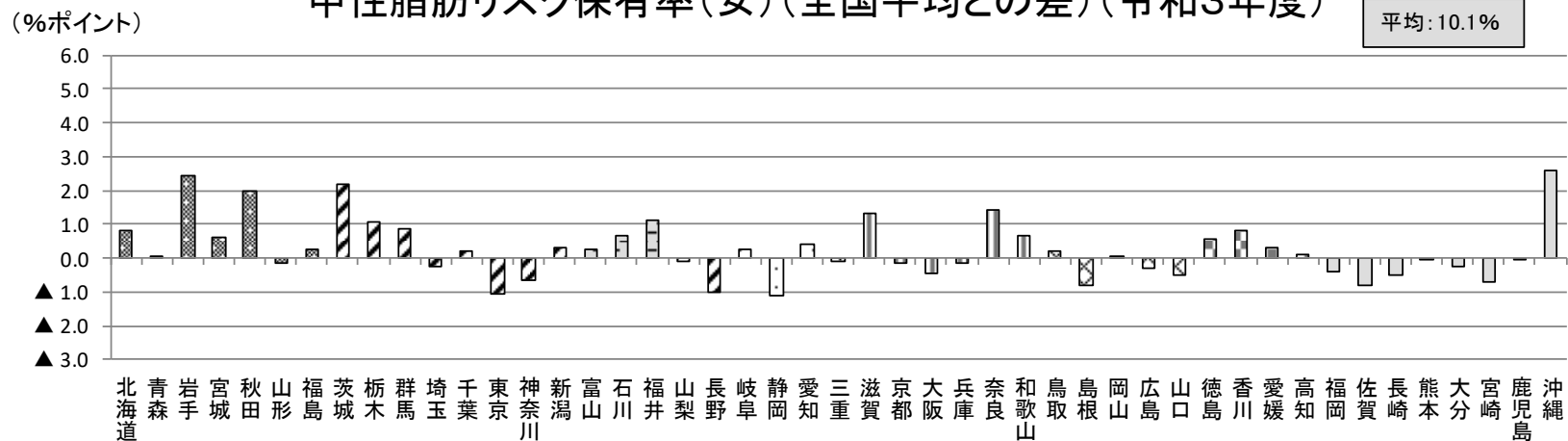
(参考) 中性脂肪リスク保有率

中性脂肪リスク保有率は、男性で秋田県、沖縄県、岩手県の順に高く、女性で沖縄県、岩手県、茨城県の順に高い。

中性脂肪リスク保有率(男)(全国平均との差)(令和3年度)



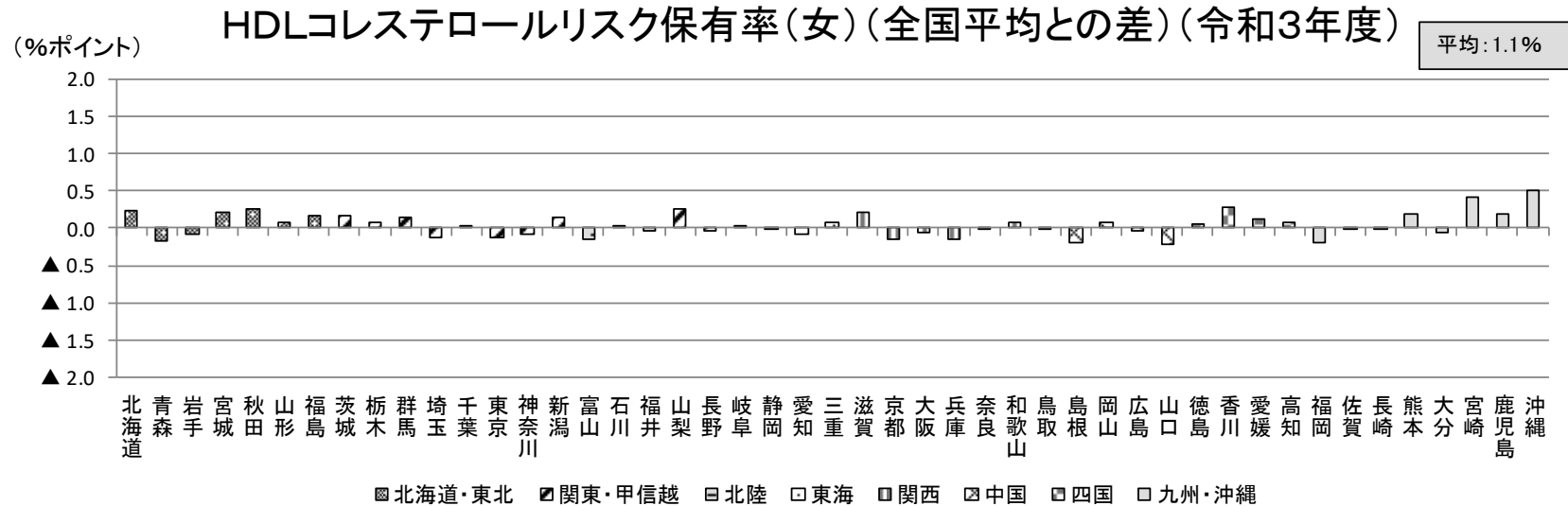
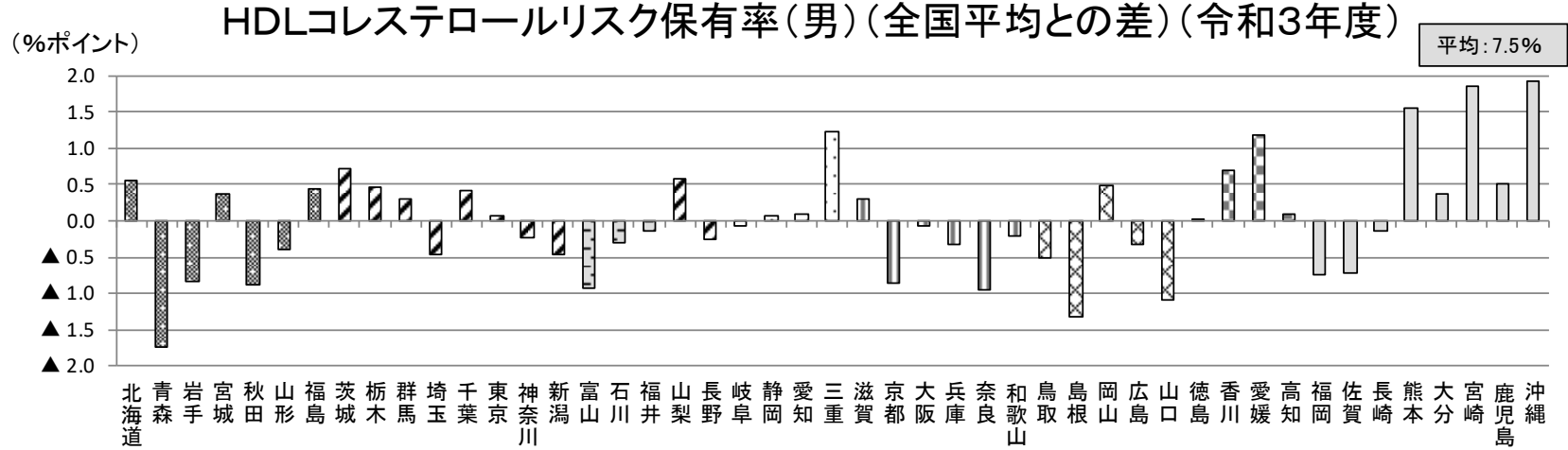
中性脂肪リスク保有率(女)(全国平均との差)(令和3年度)



■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

(参考)HDLコレステロールリスク保有率

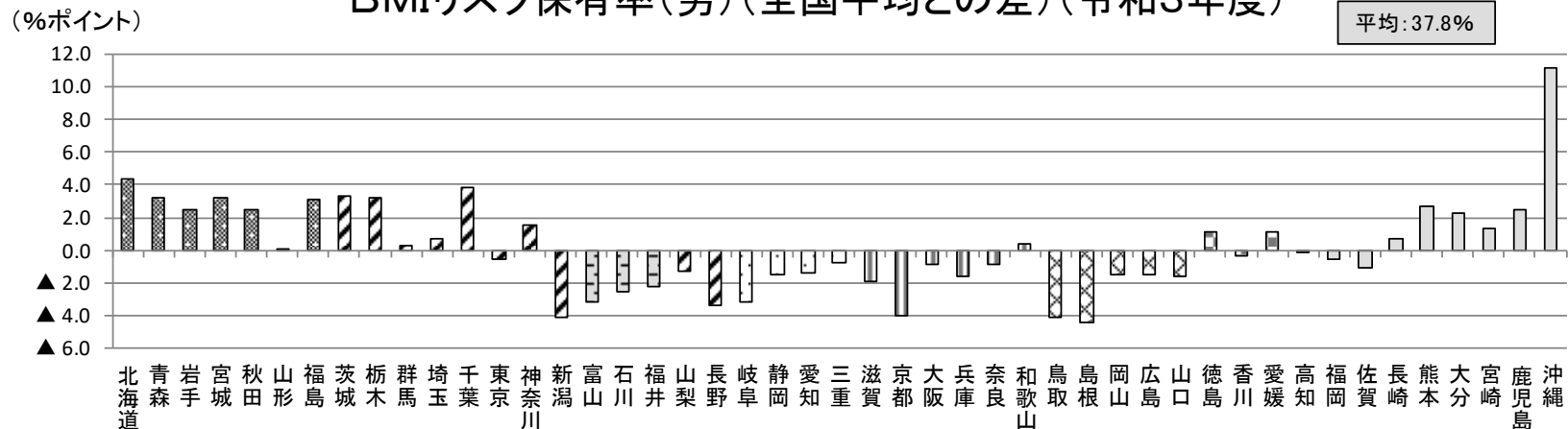
HDLコレステロールリスク保有率は、男性で沖縄県、宮崎県、熊本県の順に高く、女性で沖縄県、宮崎県、香川県の順に高い。



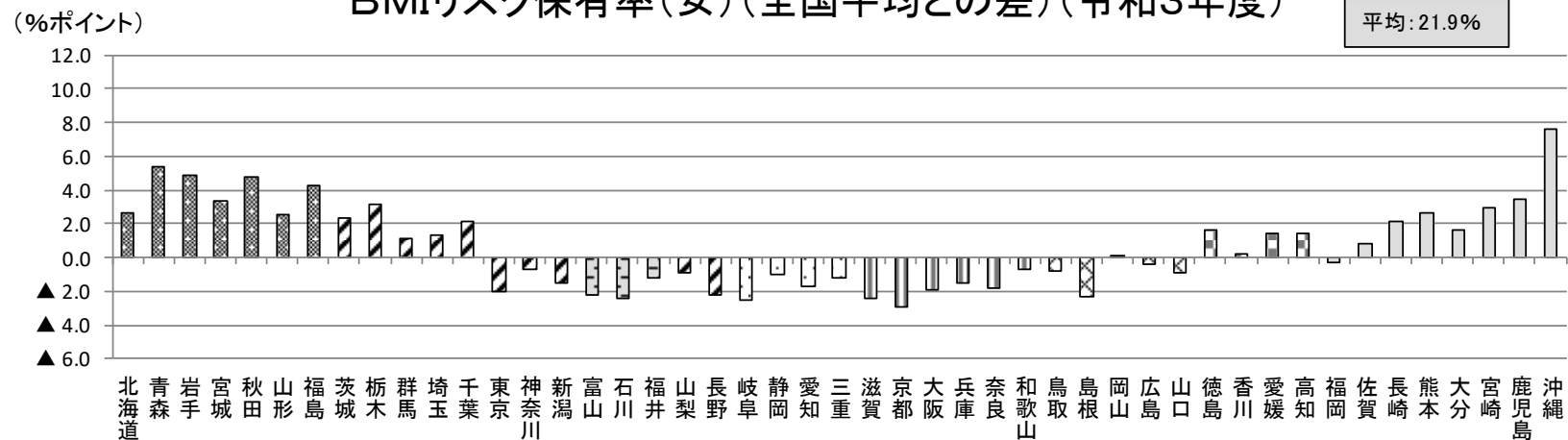
(参考)BMIリスク保有率

BMIリスク保有率は、男性で沖縄県、北海道、千葉県の高く、女性で沖縄県、青森県、岩手県の高く、

BMIリスク保有率(男)(全国平均との差)(令和3年度)



BMIリスク保有率(女)(全国平均との差)(令和3年度)



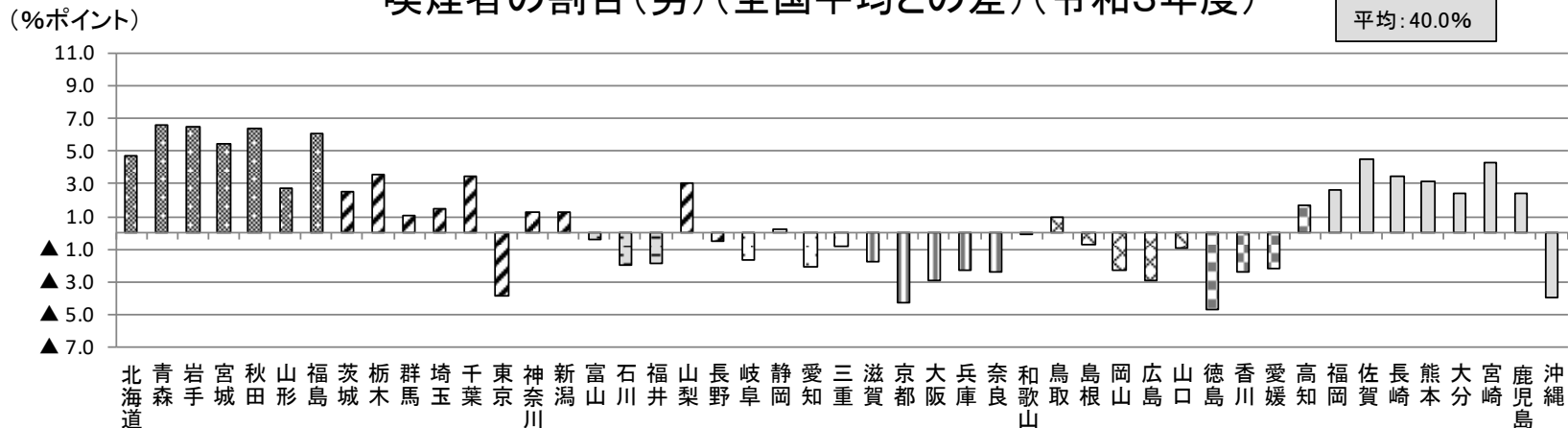
■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

喫煙者の割合

喫煙者の割合は、男性で青森県、岩手県、秋田県の順に高く、女性で北海道、青森県、千葉県の高い。

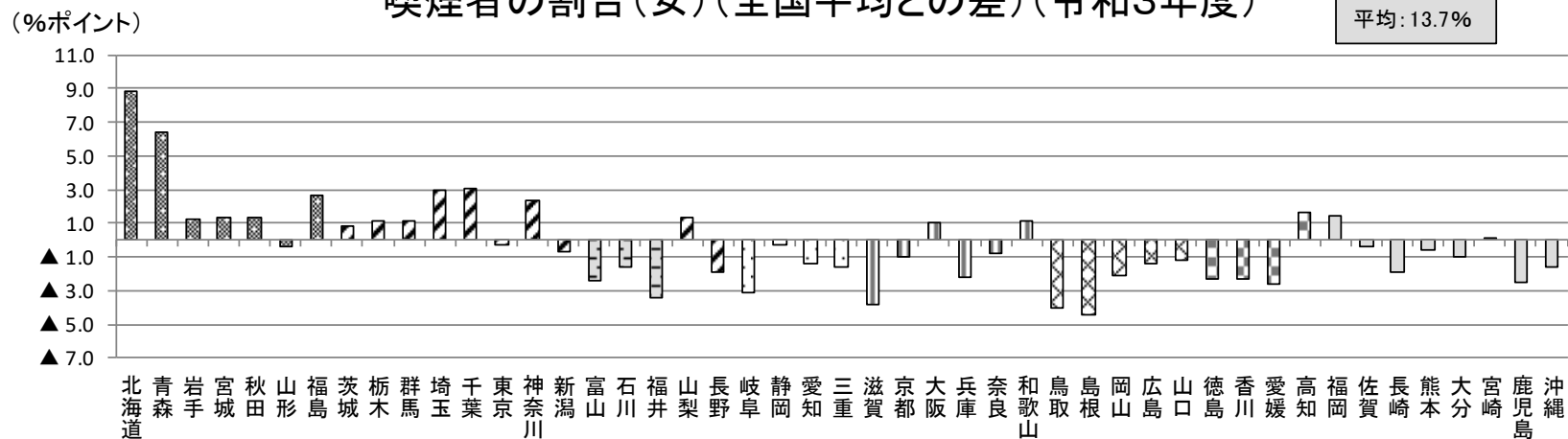
喫煙者の割合(男)(全国平均との差)(令和3年度)

平均: 40.0%



喫煙者の割合(女)(全国平均との差)(令和3年度)

平均: 13.7%

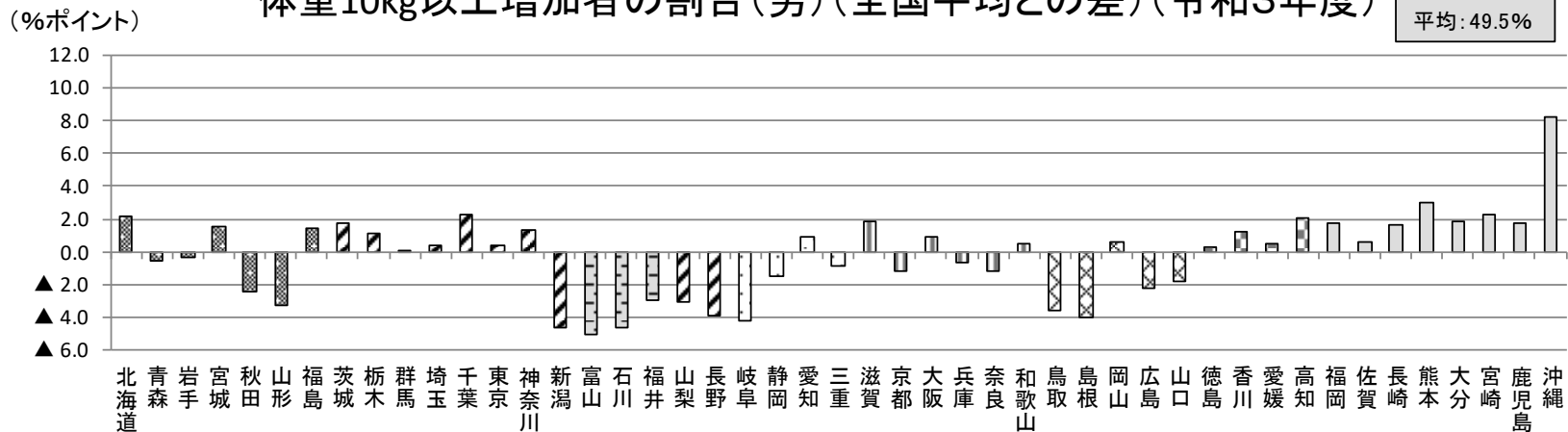


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

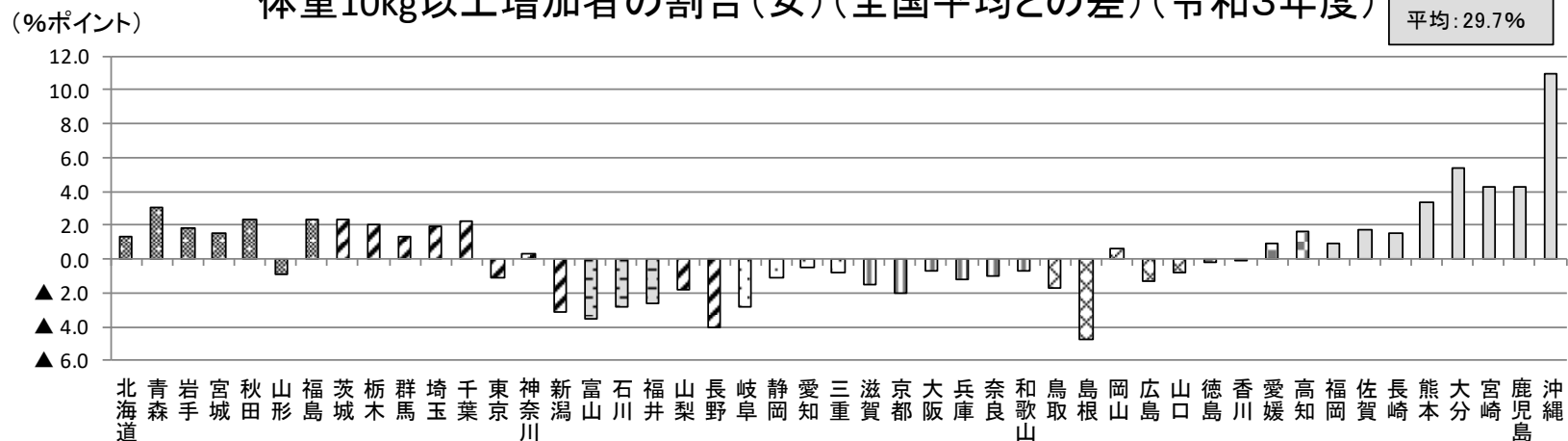
体重10kg以上増加者の割合

体重10kg以上増加者の割合は、男性で沖縄県、熊本県、千葉県の高に高く、女性で沖縄県、大分県、鹿児島県の高に高い。

体重10kg以上増加者の割合(男)(全国平均との差)(令和3年度)



体重10kg以上増加者の割合(女)(全国平均との差)(令和3年度)

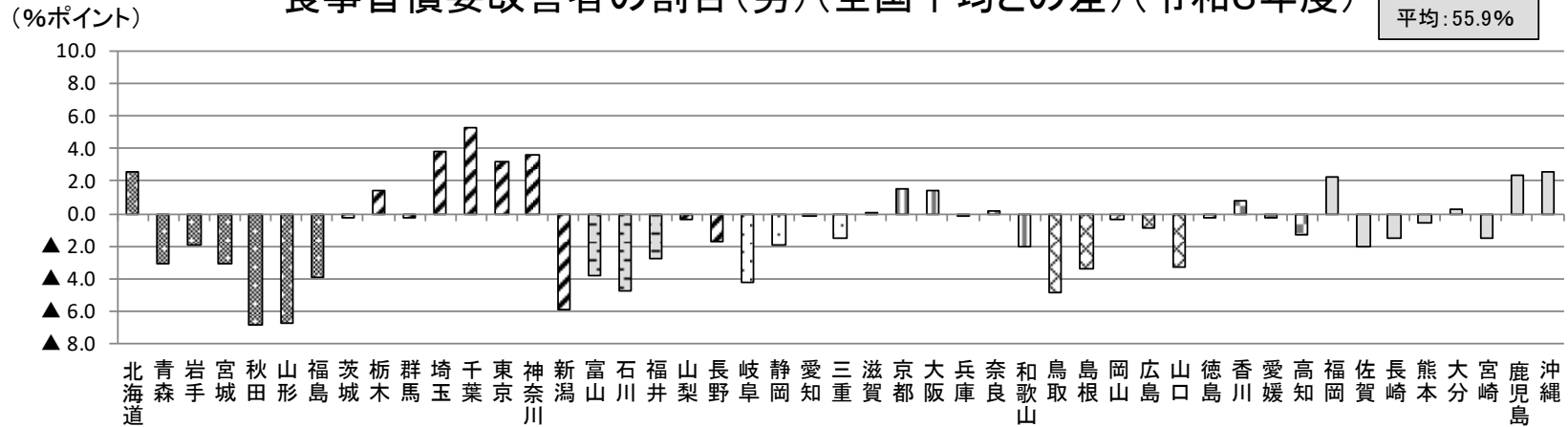


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

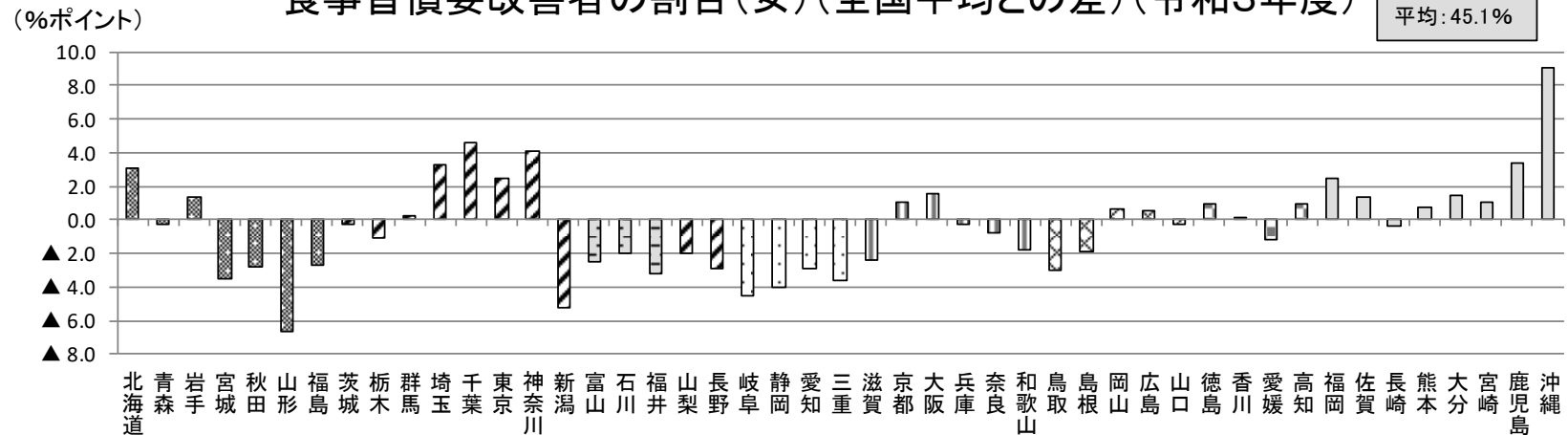
食事習慣要改善者の割合

食事習慣要改善者の割合は、男性で千葉県、埼玉県、神奈川県の高く、女性で沖縄県、千葉県、神奈川県の高く。

食事習慣要改善者の割合(男)(全国平均との差)(令和3年度)



食事習慣要改善者の割合(女)(全国平均との差)(令和3年度)

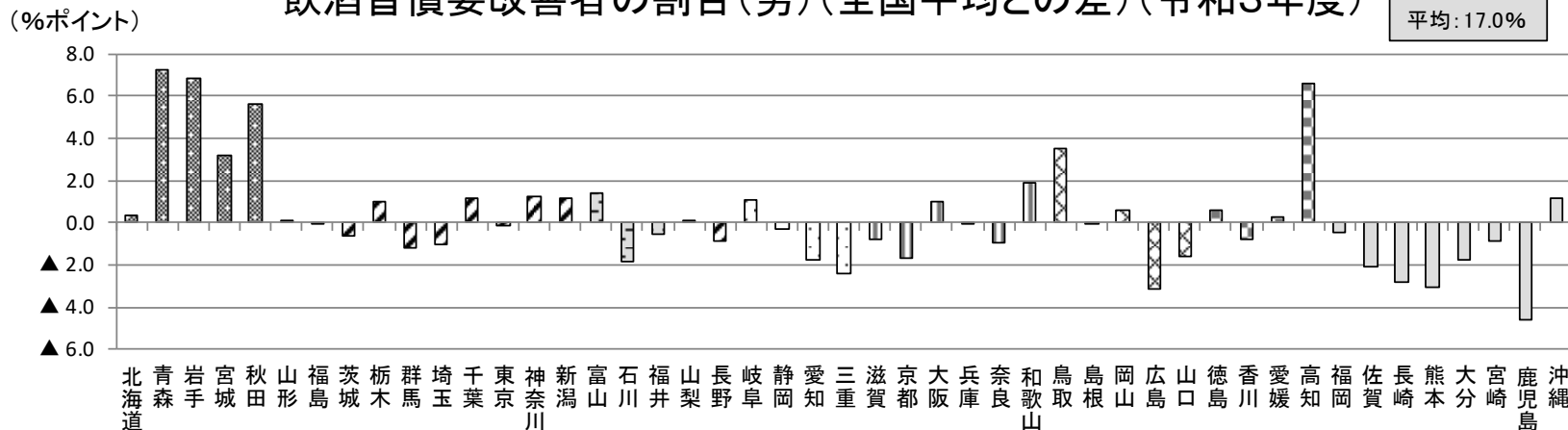


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

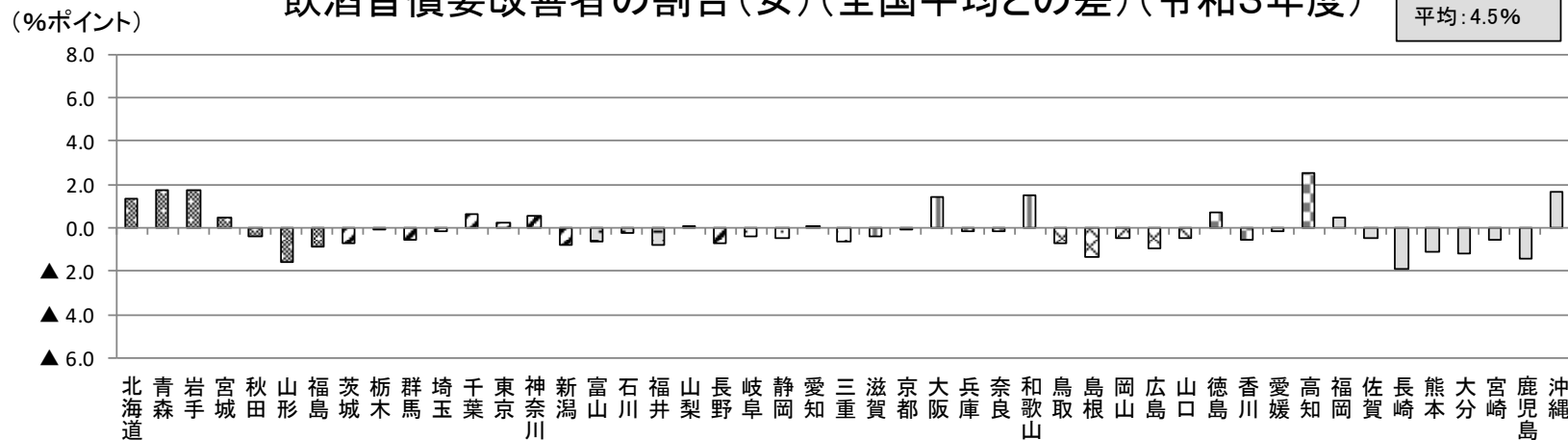
飲酒習慣要改善者の割合

飲酒習慣要改善者の割合は、男性で青森県、岩手県、高知県の順に高く、女性で高知県、青森県、岩手県の順に高い。

飲酒習慣要改善者の割合(男)(全国平均との差)(令和3年度)



飲酒習慣要改善者の割合(女)(全国平均との差)(令和3年度)

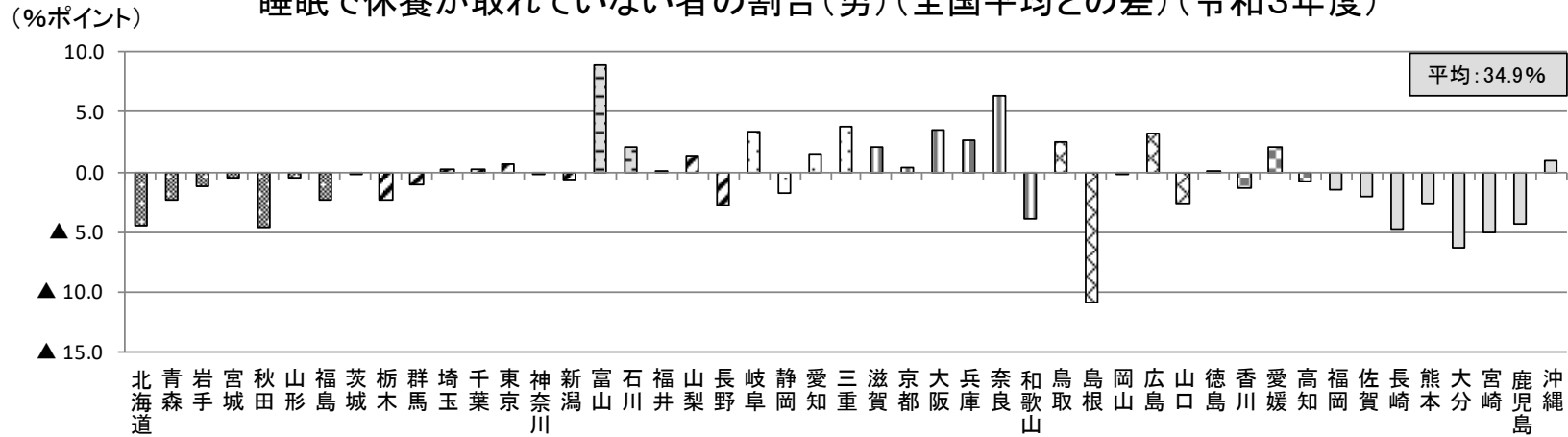


■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

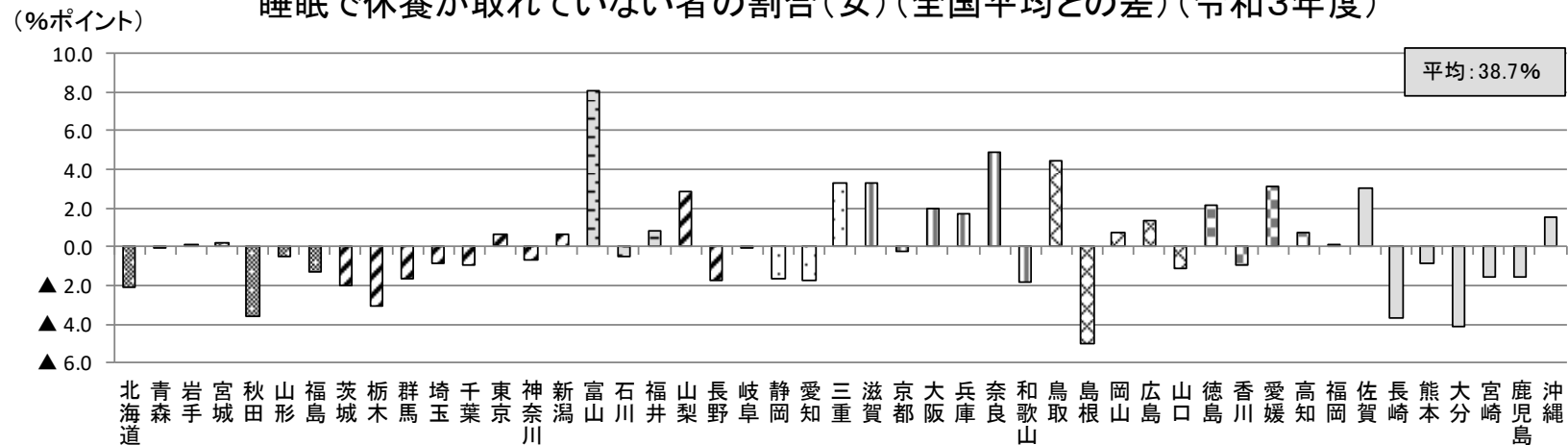
睡眠で休養が取れていない者の割合

睡眠で休養が取れていない者の割合は、男性で富山県、奈良県、三重県の順に高く、女性で富山県、奈良県、鳥取県の順に高い。

睡眠で休養が取れていない者の割合(男)(全国平均との差)(令和3年度)



睡眠で休養が取れていない者の割合(女)(全国平均との差)(令和3年度)



■北海道・東北 ■関東・甲信越 □北陸 □東海 □関西 □中国 □四国 □九州・沖縄

【注意事項】

○ 医療費データについて

- ・ 傷病合計の医療費、平均加入者数は、協会けんぽ月報による実績(令和3年4月～令和4年3月)である。
- ・ 傷病別の医療費は、令和3年4月～令和4年3月のレセプト(入院については電子レセプトのみ、入院外については電子レセプト及び電算機で作成されたレセプト(続紙付レセプトを除く))の集計値であり、入院外レセプトと調剤レセプトを接続させている。
- ・ 都道府県別の医療費は、加入者の事業所所在地の都道府県毎に集計したものである。
- ・ 生活習慣病(がんを除く)は、内分泌、栄養及び代謝疾患(糖尿病、その他の内分泌、栄養及び代謝疾患)、循環器系疾患(高血圧性疾患、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化(症)、その他の脳血管疾患)に該当するものを分類している。
- ・ 医療費の疾病毎の内訳においては、当該疾病を主傷病とするレセプトを集計している。なお、複数の傷病が記載されているレセプトについては、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れらの傷病から、ない場合は記載されている全ての傷病からレセプトに記載されている順番が最も早い(先頭に記載されている)傷病を主傷病としている。

○ 健診データについて

集計対象データは令和3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が令和3年度中に受診した生活習慣病予防健診、事業者健診(一般健診、付加健診)及び特定健診データのうち、特定保健指導レベルが判定不可能でないもの(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)とし、リスク保有率等の分母は、特に断りのない場合、当該リスクの判定が可能なデータの総数としている。なお、リスク保有率等は年齢調整後の数値である。

- ① メタボリックリスク保有率は、③かつ④～⑥のうち2項目以上に該当する者の割合(分母は集計対象データ総数)
- ② メタボリックリスク予備群の割合は、③かつ④～⑥のうち1項目に該当する者の割合(分母は集計対象データ総数)
- ③ 腹囲のリスク保有率は、内臓脂肪面積が100cm²以上の者(ただし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以上の者)の割合
- ④ 血圧のリスク保有率は、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の者の割合
- ⑤ 脂質のリスク保有率は、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の者の割合
- ⑥ 代謝のリスク保有率は、空腹時血糖110mg/dl以上(ただし空腹時血糖の検査がない場合は、HbA1c 6.0%以上)、または糖尿病に対する薬剤治療ありの者の割合
- ⑦ BMIのリスク保有率は、BMI(肥満度)が25以上の者の割合
- ⑧ 脂質(中性脂肪)のリスク保有率は、中性脂肪150mg/dl以上の者の割合
- ⑨ 脂質(HDLコレステロール)のリスク保有率は、HDLコレステロール40mg/dl未満の者の割合
- ⑩ 喫煙者の割合は、問診票において、喫煙者であると回答した者の割合
- ⑪ 体重10kg以上増加者の割合は、問診票において、「20歳の時の体重から10kg以上増加している」に「はい」と回答した者の割合
- ⑫ 運動習慣要改善者の割合は、問診票において、「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上1年以上実施している」、「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施」、「ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い」に2問以上「いいえ」と回答した者の割合
- ⑬ 食事習慣要改善者の割合は、問診票において、「人と比較して食べる速度が速い」に「速い」と回答、「就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある」に「はい」と回答、「朝食を抜くことが週に3回以上ある」に「はい」と回答、「朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか」に「毎日」「時々」と回答、これらのうち2項目以上に該当する者の割合
- ⑭ 飲酒習慣要改善者の割合は、問診票において、「お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度」に「毎日」と回答し、かつ「飲酒日の1日当たりの飲酒量」に「2～3号未満」「3号以上」と回答、もしくは「お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度」に「時々」と回答し、かつ「飲酒日の1日当たりの飲酒量」に「3合以上」と回答した者の割合
- ⑮ 睡眠で休養が取れていない者の割合は、問診票において、「睡眠で休養が十分とれている」に「いいえ」と回答した者の割合

○ その他

- ・ 相関係数 r は、2つのデータがどの程度相関(1つのデータの変化に伴ってもう一方のデータも変化すること)しているかを示す指標。
- ・ データの各数値は速報値である。

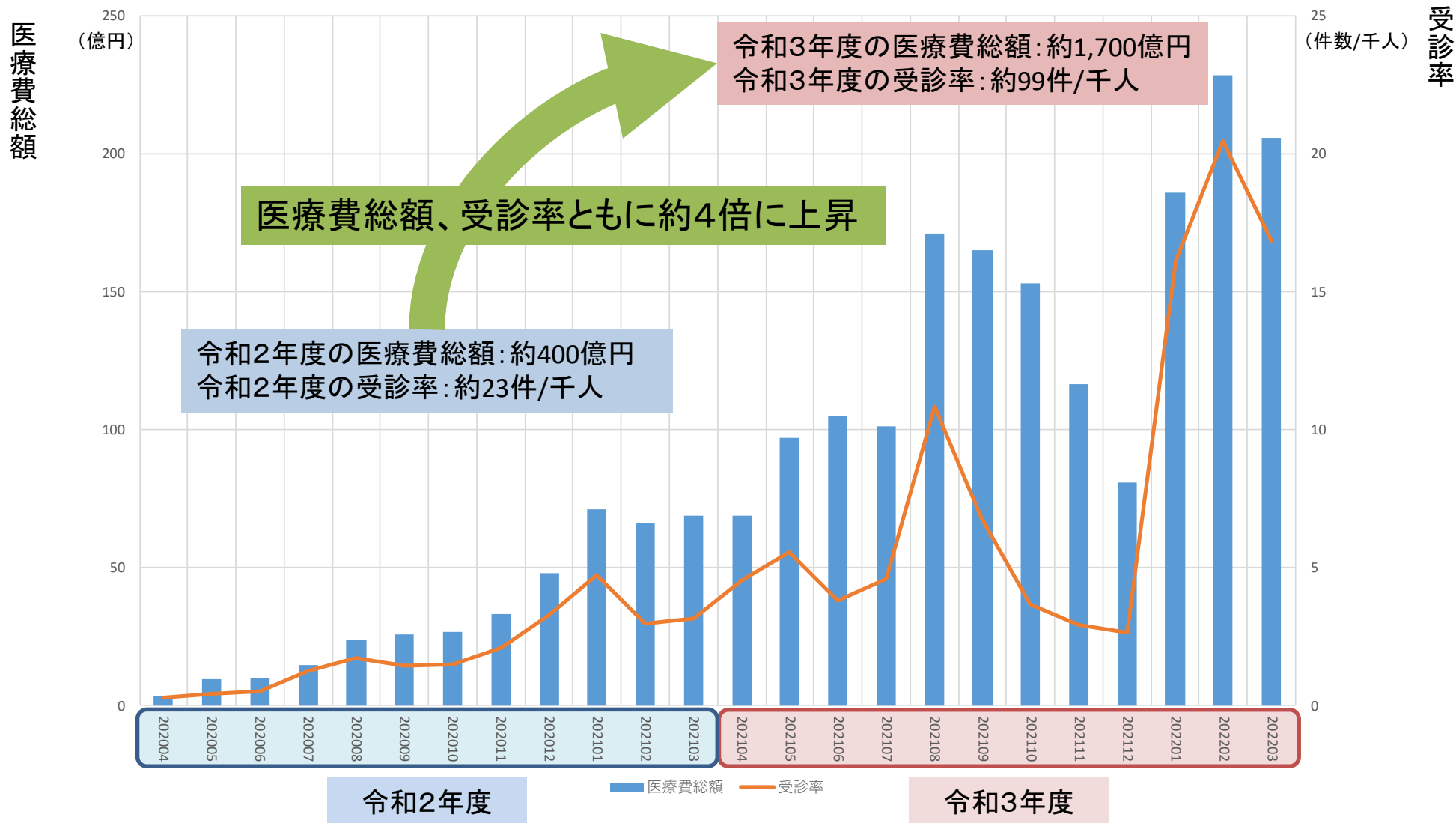
2. 協会けんぽの新型コロナウイルス感染症流行下における健診結果の推移

- 新型コロナウイルス感染症の流行は、人々の生活に変化をもたらしたものと考えられることから、これ以降では、最初に新型コロナウイルス感染症にかかる医療費総額や受診率の変化を取り上げた上で、新型コロナウイルス感染症流行前後での、生活習慣に直結するメタボリックリスクに関連した健診結果の推移をみる。
- 協会けんぽにおける令和3年度の新型コロナウイルス感染症にかかる医療費総額は、約1,700億円となっており、令和2年度の400億円と比べ、約4倍の金額となっている。
- 「メタボリックリスク保有率」は男性・女性ともに令和2年度に上昇した後、令和3年度から令和4年度は横ばいとなっており、新型コロナウイルス感染症流行前よりも流行後の方が高い水準となっている。
- メタボリックリスク保有の判断基準の項目である「腹囲リスク保有率」及び「血圧リスク保有率」は男性・女性ともに令和2年度に上昇した後、令和3年度から令和4年度は横ばいとなっており、新型コロナウイルス感染症流行前よりも流行後の方が高い水準となっている。
- 「脂質リスク保有率」は男性・女性ともに令和元年度から令和2年度にかけて上昇しており、男性については令和3年度に下落し、その後横ばいとなっているが、女性については令和2年度に上昇した後、緩やかな上昇傾向がみられる。なお、男性・女性ともに新型コロナウイルス感染症流行前よりも流行後の方が高い水準となっている。

(※)リスク保有率等は2018年度の年齢構成を用いた年齢調整後の数値である。

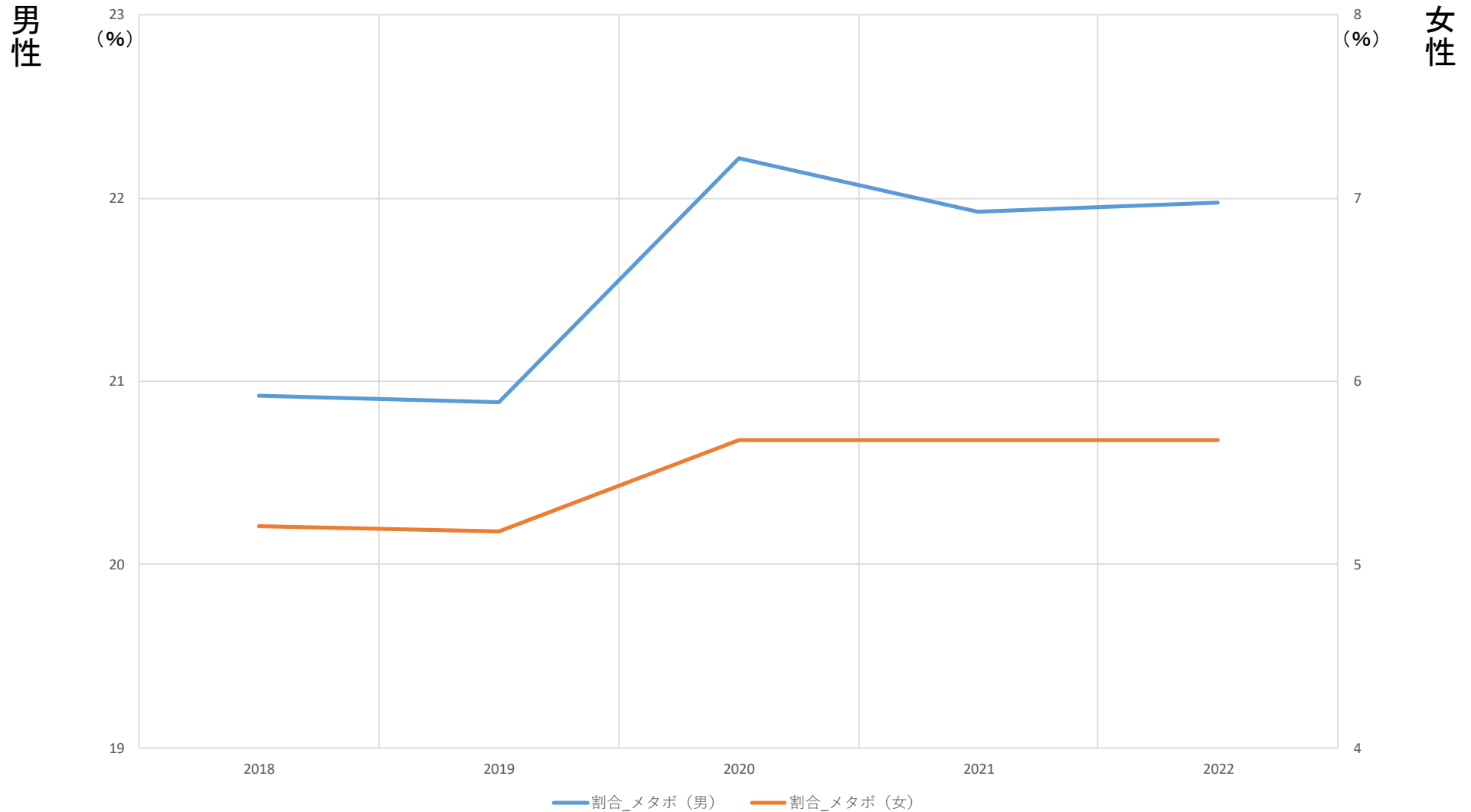
新型コロナウイルス感染症にかかる医療費の動向(令和2年度・令和3年度)

協会けんぽにおける令和3年度の新型コロナウイルス感染症にかかる医療費総額は、約1,700億円となった。令和2年度初頭から令和3年度末にかけて、医療費総額、受診率ともに上昇する傾向となった。



メタボリックリスク保有率の動向

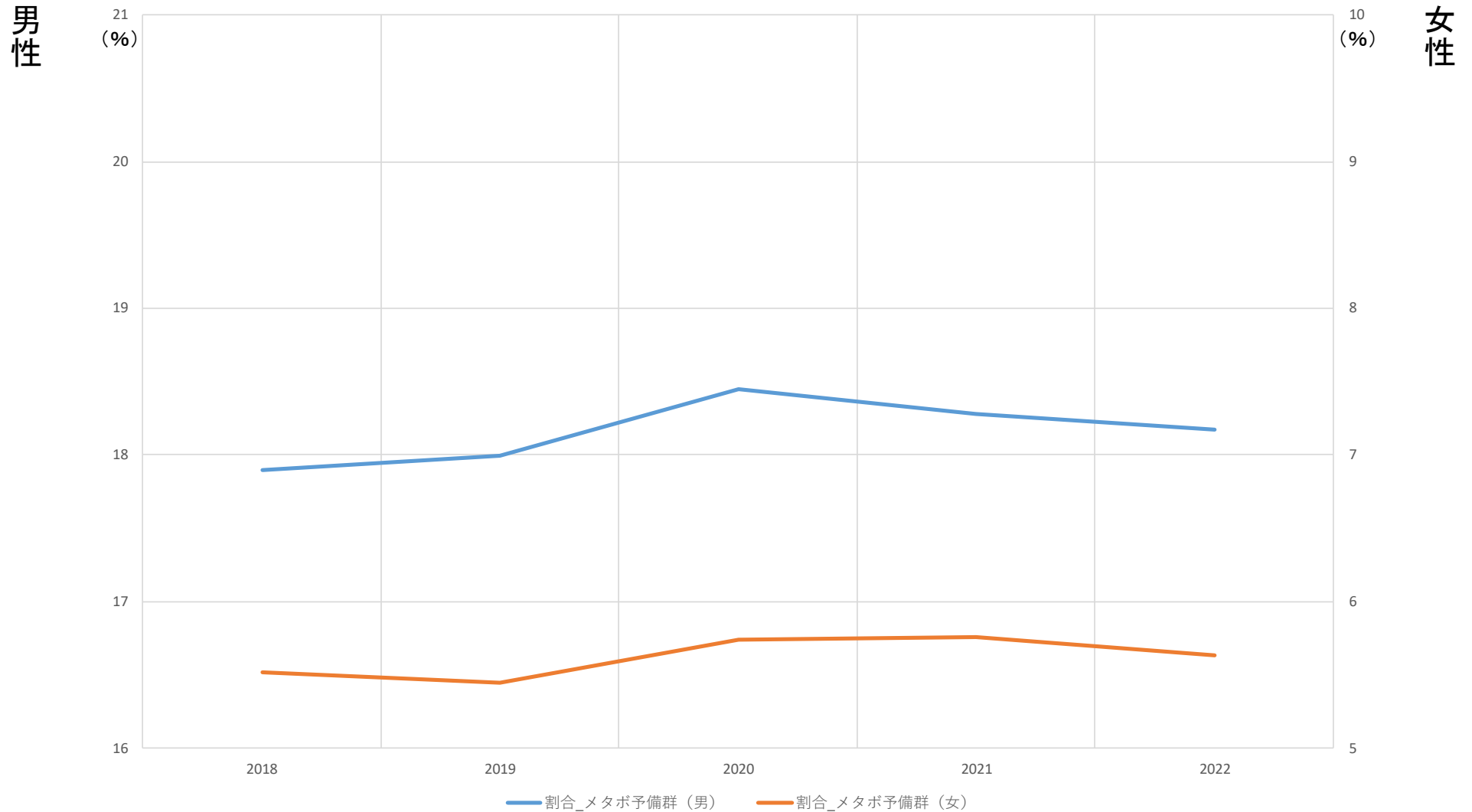
男性・女性ともに2020年度に上昇した後、2021年度から2022年度は横ばいとなっており、新型コロナウイルス感染症流行前よりも流行後の方が高い水準となっている。



※2022年度の保有率は、2022年度上半期の健診受診分のデータを集計したものである。

メタボリックリスク予備群の割合の動向

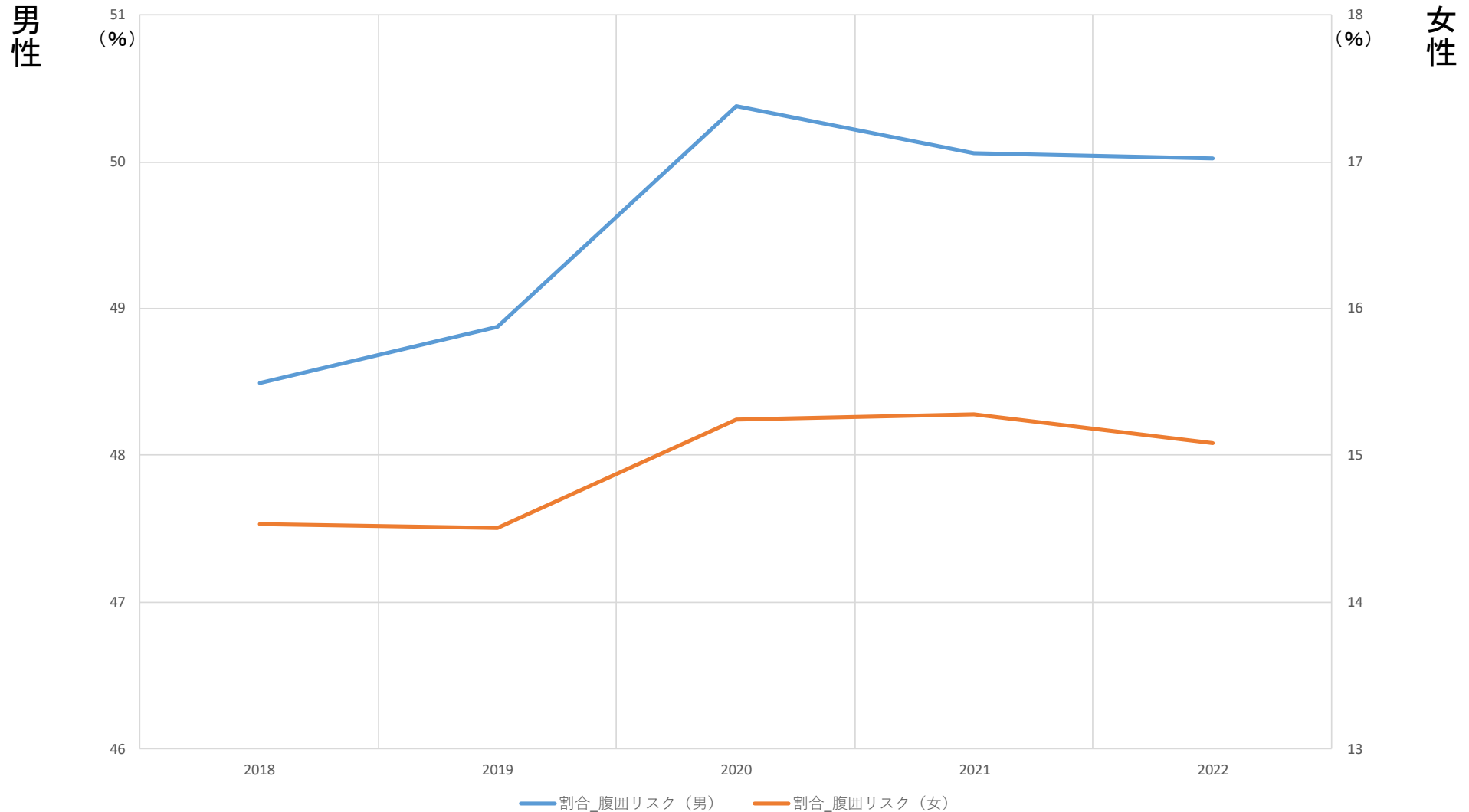
男性・女性ともに新型コロナウイルス感染症流行の前後で横ばいとなっている。



※2022年度の保有率は、2022年度上半期の健診受診分のデータを集計したものである。

腹囲リスク保有率の動向

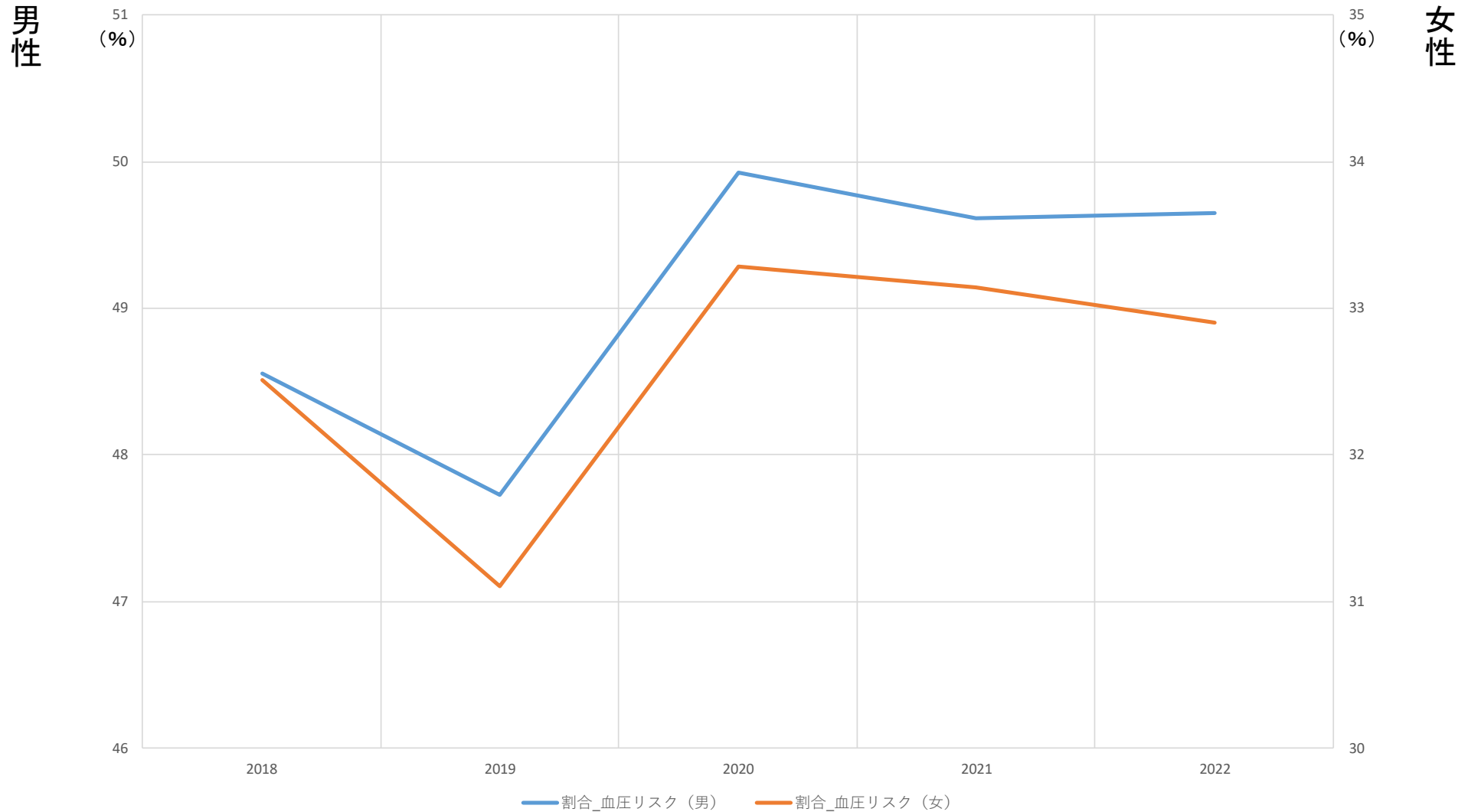
男性・女性ともに2020年度に上昇した後、2021年度から2022年度は横ばいとなっており、新型コロナウイルス感染症流行前よりも流行後の方が高い水準となっている。



※2022年度の保有率は、2022年度上半期の健診受診分のデータを集計したものである。

血圧リスク保有率の動向

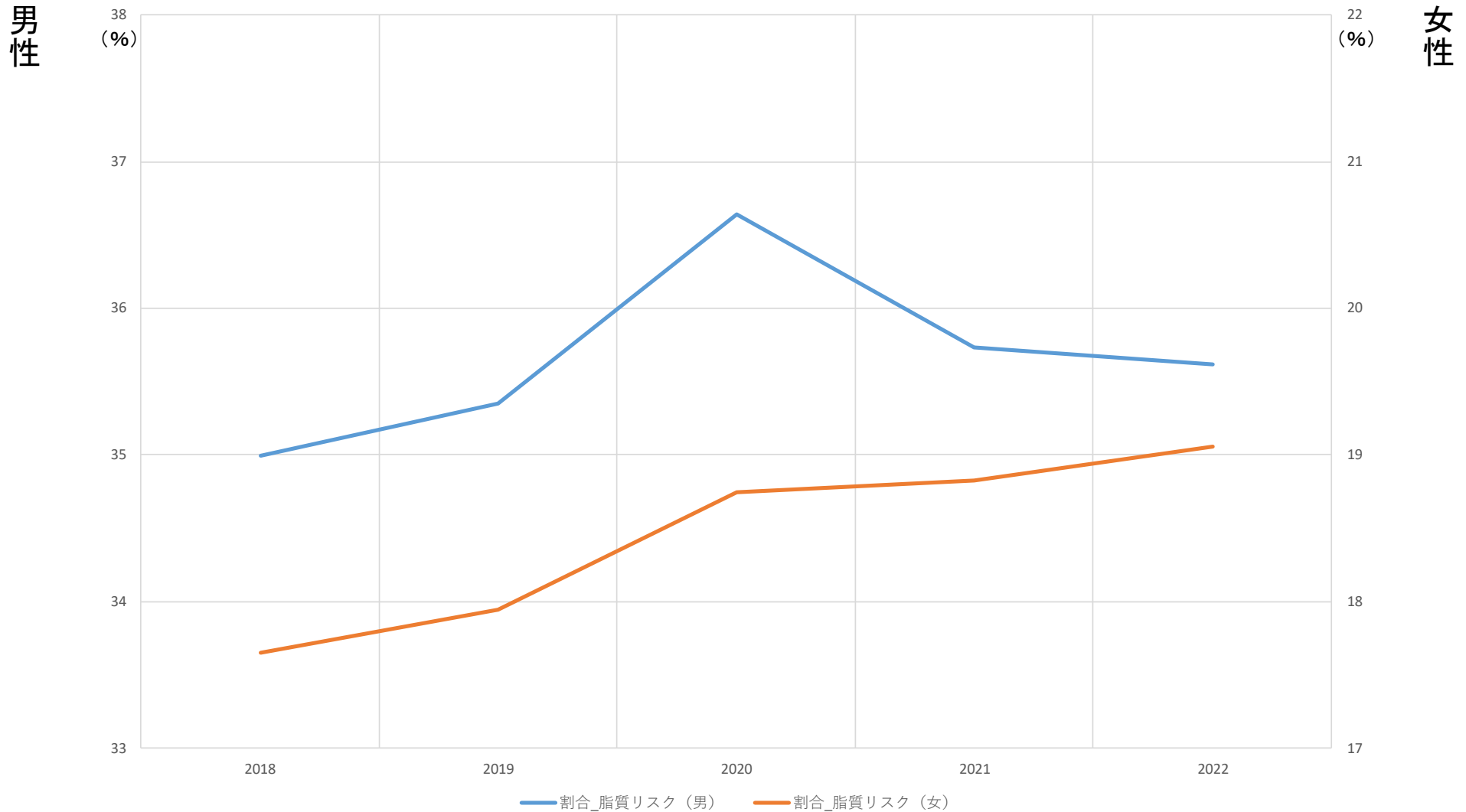
男性・女性ともに2020年度に上昇した後、2021年度から2022年度は横ばいとなっており、新型コロナウイルス感染症流行前よりも流行後の方が高い水準となっている。



※2022年度の保有率は、2022年度上半期の健診受診分のデータを集計したものである。

脂質リスク保有率の動向

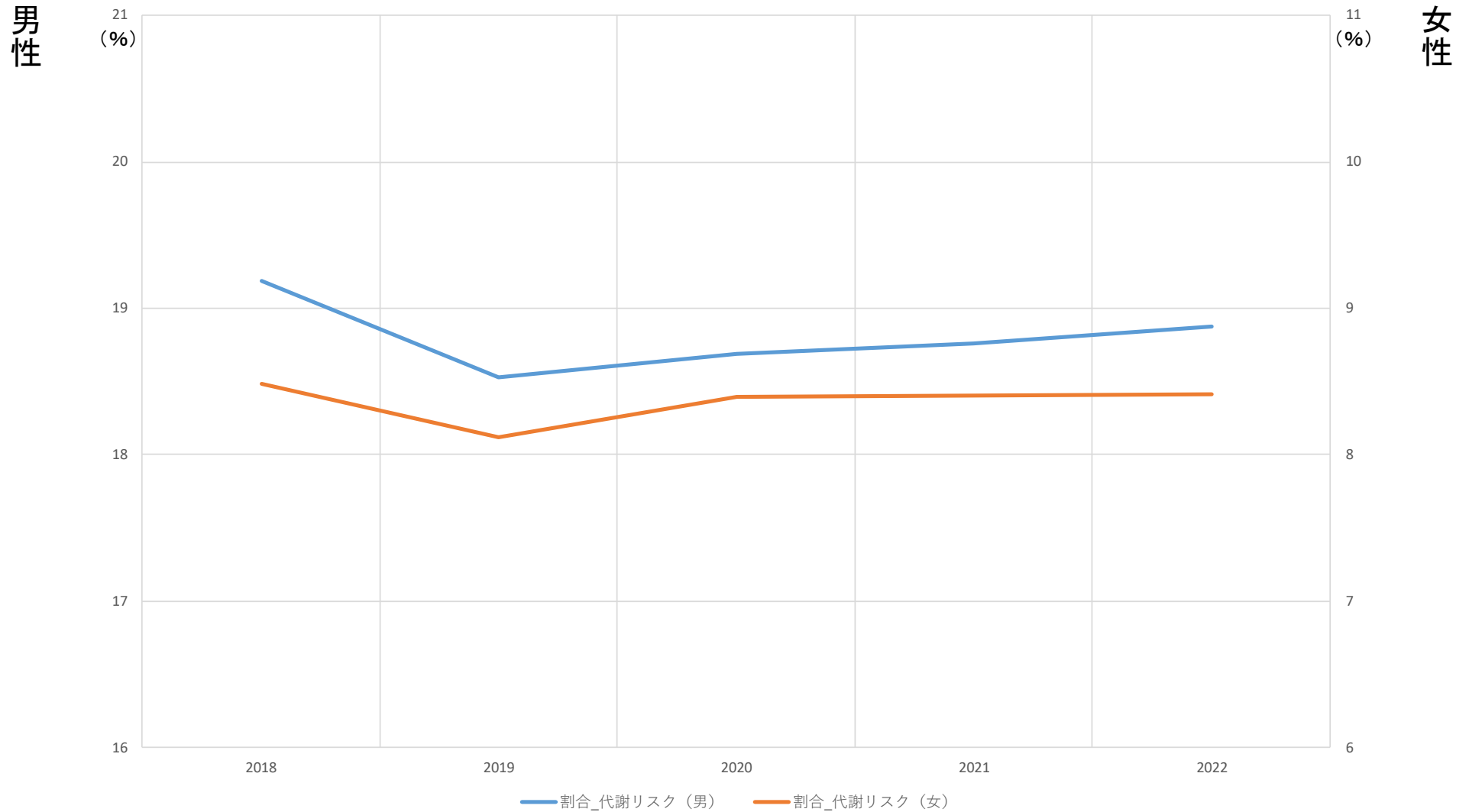
男性・女性ともに2019年度から2020年度にかけて上昇しており、男性については2021年度に下落し、その後横ばいとなっているが、女性については2020年度に上昇した後、緩やかな上昇傾向がみられる。



※2022年度の保有率は、2022年度上半期の健診受診分のデータを集計したものである。

代謝リスク保有率の動向

男性・女性ともに新型コロナウイルス感染症流行の前後で横ばいとなっている。



※2022年度の保有率は、2022年度上半期の健診受診分のデータを集計したものである。

【注意事項】

- 医療費等のデータは、協会けんぽが保有しているレセプトデータを集計した「医療費基本情報」の令和3年4月～令和4年3月診療分のものである。本分析では、医科にかかる入院、入院外及び歯科のデータを対象としており、調剤については処方元の入院外及び歯科に含めている。
- 本分析において新型コロナウイルス感染症の医療費とは、「疾病分類コード※」が「2220」（その他の特殊目的用コード）であるレコードを対象として集計したものである。
※ 疾病分類コードは、社会保険表章用疾病分類に基づくもの。
- 傷病ごとの医療費等は各レセプトの主傷病に基づいて集計することとなるため、新型コロナウイルス感染症に罹患して医療機関等を受診したとしても、主傷病が新型コロナウイルス感染症（疾病分類コード2220）となっていないレセプトについては、新型コロナウイルス感染症の医療費等として計上されない。また、主傷病が新型コロナウイルス感染症の患者が他の疾病に罹患している場合、当該他疾病にかかる診療行為も新型コロナウイルス感染症の医療費等として計上される。
- 健診データについて
集計対象データは各年度末に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が各年度中に受診した生活習慣病予防健診、事業者健診（一般健診、付加健診）及び特定健診データのうち、特定保健指導レベルが判定不可能でないもの（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）とし、リスク保有率等の分母は、特に断りのない場合、当該リスクの判定が可能なデータの総数としている。なお、リスク保有率等は2018年度の年齢構成を用いた年齢調整後の数値である。
 - ① メタボリックリスク保有率は、③かつ④～⑥のうち2項目以上に該当する者の割合（分母は集計対象データ総数）
 - ② メタボリックリスク予備群の割合は、③かつ④～⑥のうち1項目に該当する者の割合（分母は集計対象データ総数）
 - ③ 腹囲のリスク保有率は、内臓脂肪面積が100cm²以上の者（ただし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以上の者）の割合
 - ④ 血圧のリスク保有率は、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の者の割合
 - ⑤ 脂質のリスク保有率は、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の者の割合
 - ⑥ 代謝のリスク保有率は、空腹時血糖110mg/dl以上（ただし空腹時血糖の検査がない場合は、HbA1c 6.0%以上）、または糖尿病に対する薬剤治療ありの者の割合