

2024 年度調査研究事業

レセプトデータを利用して得られる 成果の実践と課題

公立大学法人 横浜市立大学 国際商学部
加藤弘陸

一般財団法人 医療保険業務研究協会

目次

はじめに	1
パート A：レセプトデータとは何か	3
パート B：支払基金レセプトデータを用いた日本の労働者のメンタルヘルスの実態に関する検証.....	8
I. 緒言.....	8
II. 方法	9
III. 結果	12
IV. 考察	34
参考文献.....	36
パート C：ユーザー視点での支払基金レセプトデータの長所と課題.....	38

はじめに

医療ビッグデータの一種であるレセプトデータを活用した研究は近年盛んに行われており、その成果は医療政策や臨床上の意思決定に対し重要な情報を提供している。日本最大のレセプトデータベースとしてレセプト情報・特定健診等情報データベース（National Database、以下 NDB）がある。しかし、NDB 以外にも特定の保険者のデータベースなど、様々なデータベースが存在している。これらのデータベースは、1つのデータベースが絶対的に優れているわけではなく、それぞれ長所・短所があり、状況によって活用すべきデータベースが変わりうる。そのため、各データベースの長所・短所を理解することは重要である。

近年、新しいレセプトデータの学術利用への道が開かれた。それは、審査支払機関のレセプトデータである。審査支払機関のレセプトデータはこれまで学術的研究ではほとんど用いられてこなかったが、令和2年の健康保険法等一部改正法の施行により、レセプト・特定健診情報等の収集・整理・分析・活用の促進が審査支払機関の新たな業務として追加されたことにより、審査支払機関は保有するレセプトデータ等の統計情報の第三者提供（研究者などへの提供）を主要な取組の1つとして進めることになった。しかし、審査支払機関のレセプトデータはこれまでほとんど学術的研究に用いられてこなかったため、実際のデータ利用者（ユーザー）視点から見た長所・短所は十分明らかではない。

そこで、本報告では実際に審査支払機関のレセプトデータを用い、研究を行った上で、ユーザー視点から現時点での審査支払機関のレセプトデータの現状と課題に対する考察を行う。レセプトデータ等の統計情報の第三者提供が審査支払機関の主要な取組の1つとなる中で、これは今後の提供のあり方に関する意味のある知見を提供すると考えられる。

本報告は3つのパートで構成される。パート A では、そもそもレセプトおよびレセプトデータとは何かを説明した上で、審査支払機関のレセプトデータとして提供が実現している社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）のレセプトデータ

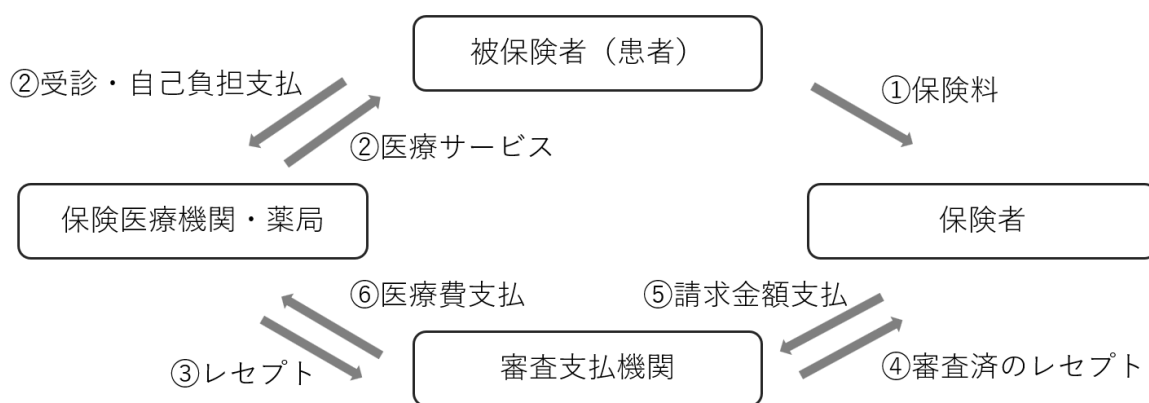
の概要を述べる。パート B では、実際に支払基金のレセプトデータを用いて、日本の労働者のメンタルヘルスの実態を検証する研究を実施し、その成果を報告する。パート C では、パート B での研究利用経験を踏まえ、ユーザー視点から支払基金のレセプトデータの長所と課題を考察する。

パート A：レセプトデータとは何か

レセプトおよびレセプトデータとは何か

レセプトとは、保険医療機関・保険薬局が保険者に対して医療費を請求するために発行する請求明細書である。下の図は日本の保険診療の代表的な流れを示している。レセプトは、図1の③と④に現れるものである。

図1 日本の保険診療の代表的な流れ



日本の保険診療において、患者が保険医療機関など受診し、医療サービスを受ける際には、基本的に患者はその医療費の全額を支払うわけではなく、その一部のみを窓口で支払う。これを一部負担金、または自己負担という。保険医療機関・保険薬局は、残りの医療費を保険者に対し請求する。その際に発行されるのが、レセプトである。保険医療機関・保険薬局は、患者ごと、診療月ごとに、レセプトの種類別（医科入院、DPC、医科入院外、調剤、歯科）にレセプトを発行する。レセプトには、保険医療機関・保険薬局が提供した医療サービスに関する詳細が記載されている。

通常、保険医療機関・保険薬局はレセプトを保険者に直接提出するのではなく、審査支払機関にレセプトを提出する（図1の③）。審査支払機関は、診療にかかる医療費の請求に不備がないかを審査したうえで、保険者に審査済みのレセプト

トを送付し、医療費を請求する（図1の④）。審査支払機関は、保険者から医療費の支払いを受け、それをそれぞれの保険医療機関・保険薬局に支払うという業務も行っている。

レセプトデータは、このような医療費請求のために発行されたレセプトを1件ごとに記録したデータである。そのため、レセプトデータには、個々の患者が、いつ、どこの医療機関で、どのような医療サービスを提供されたのか、どのような傷病名だったのかなどに関する詳細な情報が含まれている。

レセプトデータの研究利用

このように、レセプトデータはそもそも研究目的で整備されたものではなく、請求業務のためのデータである。しかし、患者に提供された医療サービスに関して非常に詳細な情報を含むことから、これまで様々な研究で利用されてきた。これまで多くの研究で用いられてきたレセプトデータは、以下の表の通りである。

表1 研究で用いられる主なレセプトデータ

	対象
NDB	日本全体
保険医療機関・保険薬局から提供を受けたレセプトデータ	その保険医療機関・保険薬局の患者
保険者から提供を受けたレセプトデータ	その保険者に加入する人
レセプトデータ会社から提供を受けたレセプトデータ	レセプトデータ会社が契約する保険者に加入する人 レセプトデータ会社が契約する保険医療機関・保険薬局の患者

注：複数の「保険医療機関・保険薬局」や「保険者」から、レセプトデータを得し、研究者などにデータを提供する民間の会社をここでは、レセプトデータ会社と呼んでいる。

レセプトデータは、その提供元によって、様々な面で違いがあり、どのような研究が実施可能となるかが変わりうる。一番明確な違いは、対象者の違いである。例えば、ある自治体から、国民健康保険のレセプトデータの提供を受けたとする（これは先の表では、「保険者から提供を受けたレセプトデータ」に分類される）。国民健康保険の加入者は主に前期高齢者や自営業者などで構成されるため、例えば企業で勤務する労働者やその家族を対象とした研究を実施することは難しい。対象者の範囲という観点では、日本全体をカバーする **NDB** が最も広い。

レセプトデータからどのような情報が取得可能かという点も提供元によって異なる。研究者にレセプトデータが提供される際には、レセプトデータに含まれるすべての情報が提供されるわけではなく、一部情報の削除などといった加工を行った上で提供されることが一般的である。例えば、現時点では、**NDB** において医療機関コードは研究者に提供されないというルールであるため、**NDB** では医療機関を特定した分析は実施できない。削除などの加工の対象となる情報はレセプトデータ提供元によって異なるのが現状である。

他にもレセプトデータと他のデータとの連結が可能か否かという点も提供元によって異なる。**NDB** は、介護保険など公的データベースとの連結が進められている。また、保険者によっては、保険者の持つ情報（独自のアンケート調査など）とレセプトデータの連結が認められることもあり、このような連結が可能な場合、保険者から提供を受けたレセプトデータと他のデータを組み合わせた研究が実行可能となる。

最後にレセプトデータ利用にかかる時間的（提供を受けるまでの審査・手続きなどにかかる時間）・金銭的費用も提供元によって異なる。このように、これらのレセプトデータベースは、1つのデータベースが絶対的に優れているわけではなく、それぞれ長所・短所があり、状況によって活用すべきデータベースが変わりうる。

審査支払機関のレセプトデータ

日本には支払基金と国民健康保険団体連合会という2つの審査支払機関が存在している。支払基金は被用者保険（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合など）の審査支払を業務とし、国民健康保険団体連合会は国民健康保険や後期高齢者医療制度などの審査支払を業務としている。そのため、2つの審査支払機関は、いずれも非常に幅広い対象者のレセプトを取り扱っている。しかし、審査支払機関のレセプトデータは、これまで研究者に提供されたことがほとんどなく、**表1**のレセプトデータのように学術的な目的で使用されてこなかった。しかし、令和2年の健康保険法等一部改正法の施行により、レセプト・特定健診情報等の収集・整理・分析・活用の促進が審査支払機関の新たな業務として追加されたことにより、審査支払機関は保有するレセプトデータ等の統計情報の第三者提供（研究者などへの提供）を主要な取組の1つとして進めることになった。審査支払機関のレセプトデータは、被用者保険全体または国民健康保険・後期高齢者医療制度全体のレセプトデータであるため、日本全体をカバーするNDBと比較すると対象範囲が狭いものの、他の「保険医療機関・保険薬局から提供を受けたレセプトデータ」、「保険者から提供を受けたレセプトデータ」、「レセプトデータ会社から提供を受けたレセプトデータ」より対象範囲が広いと考えられる。そのため、審査支払機関のレセプトデータも今後学術研究のデータソースとして重要な地位を占める可能性がある。

現時点で、研究者などへの第三者提供を進めているのは支払基金であるため、本報告では、支払基金のレセプトデータに焦点を当てて、検証を行った。支払基金は、公的機関、支払基金関係者（保険者など）、大学その他研究機関、民間事業者を対象にレセプトデータの統計情報の第三者提供を行っている。提供を受ける際には、支払基金の指定する利用目的の範囲内で使用する必要があり、支払基金の審査などを経て利用が可能となる。第三者提供に関する詳細は支払基金のホームページ（支払基金が行うレセプトデータ等の統計情報の提供 | 社会保険診療報

酬支払基金) (https://www.ssk.or.jp/datahealth/tokeijoho_teikyo.html) を見ることで確認することができる。次のパート B では、実際に支払基金のレセプトデータを用いて実施した研究を報告する。

パート B：支払基金レセプトデータを用いた日本の労働者のメンタルヘルスの実態に関する検証

I. 緒言

労働者の心の健康（メンタルヘルス）の問題は、大きな社会問題となっている。2008 年から 2020 年の文献をレビューした研究によると、メンタルヘルスの悪化はアブセンティーズム及びプレゼンティーズムという形で労働生産性の低下と関連する¹。メンタルヘルスの問題による経済的負担は、2010 年には全世界で 2.5 兆ドル、2030 年には 6.0 兆ドルに到達すると推計されており、その経済的負担の多くは労働生産性の低下などの間接費用に起因している²。日本においても、労働者のメンタルヘルスの問題は大きい。全国健康保険協会（以下、協会けんぽ）が 2023 年 10 月の傷病手当金（業務外の病気やけがで仕事を休んだ場合、休業中の生活保障のために健康保険から支払われるもの）の受給者を調査したところ、受給の原因となった傷病のうち最大の割合を占めていたのは「精神及び行動の障害」であり、これは全体の約 33.0%を占めていた³。

労働者のメンタルヘルス問題の解決を目指す上で、その現状の把握は極めて重要である。日本の労働者のメンタルヘルスの検証を目的とした研究は着実に進展しており、これまでに一定の蓄積がある⁴⁻⁹。既存の労働者のメンタルヘルスの研究は、アンケート調査を用いるもの、またはレセプトデータを用いるものに分かれている。どちらの方法も長所と短所があるが、精神疾患による受診動向を正確かつ悉皆性を持って把握する上では、レセプトデータが優れている。しかし、レセプトデータを用いた研究は限られている。これまでのレセプトデータを用いた研究としては、ある県の協会けんぽのデータを用いた研究⁸や、少数の健康保険組合のレセプトデータを用いた研究⁹がある一方、すべての主要な被用者保険（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合）加入者を対象とした研究は未だに実施されていない。そのため、日本全体の労働者の状況は十分に明らかになっていない。

このような研究課題を踏まえ、本研究はすべての主要な被用者保険（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合）に加入する労働者を対象に、精神疾患に関連した受診の実態を明らかにすることを目的とする。また、精神疾患は傷病手当金の受給の主たる要因となっていることから、受診の実態だけでなく、傷病手当金の支給の実態も明らかにすることを目的とする。

II. 方法

データと分析対象者

本研究では、労働者の精神疾患の実態を検証するため、支払基金より提供された 2023 年度のレセプトデータを用いる（2023 年 4 月から 2024 年 3 月の診療に関するレセプトデータ）。支払基金のレセプトデータの特徴は、その対象にすべての被用者保険を含んでいることであり、このデータを用いることで、被用者保険に加入するすべての人を対象とした研究を行うことができる。本研究では、主要な被用者保険である協会けんぽ、健康保険組合、共済組合のいずれかに加入する被保険者本人を対象に分析を行った。本研究では、労働者の精神疾患の実態を検証するため、被保険者本人以外は分析から除外した（つまり、被扶養者である家族のデータは分析から除外した）。

支払基金レセプトデータには、個々の患者について、診療の内容、国際疾病分類第 10 版（ICD-10）による傷病名、請求点数などが記録されている。加えて、個々の患者の生年月日、性別、住所地の情報も含まれている。また、加入している保険者が、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合のいずれであるかの情報を得ることができる。さらに、加入している保険者が健康保険組合である場合、その健康保険組合の業種区分情報と連結させることが可能である。本研究では、各保険者の業種区分は、健康保険組合連合会の Web ページより入手したものを利用した (<https://www.kenporen.com/>)。

アウトカムの定義

本研究では、労働者の精神疾患の実態に関して、2つのアウトカムを分析対象とする。1つ目のアウトカムは、精神疾患での受診者の割合（以下、精神疾患受診者割合）である。本研究の主分析で対象とする精神疾患は**表1**の通りである。入院、外来を問わず、2023年度中に1度でもこの傷病に該当する傷病名のレセプトのあった患者数を精神疾患での受診者数と定義した。これが、精神疾患受診割合の分子にあたるものである。一方、分母は保険に加入している被保険者本人の人数が最も適切であるが、現時点では支払基金レセプトデータに加入者台帳（各保険加入者に関して、その加入期間などの情報を記録したもの）が含まれておらず、被保険者本人の正確な人数は不明である。そのため、本研究では、疾病に限らず何らかのレセプト（医科・DPC）のあった被保険者本人の人数をカウントし、これを精神疾患受診割合の分母として用いた。被保険者本人が1年に1度は医療機関を受診するとした場合、何らかのレセプトのあった被保険者本人の人数と保険に加入している被保険者本人の人数は近似するはずである。この点は後ほど検証する。

2つ目のアウトカムは、精神疾患での傷病手当金意見書交付料の請求のある人の割合（以下、傷病手当金意見書交付者割合）である。精神疾患は、傷病手当金の受給理由としても重要である。残念ながら、現時点では支払基金のレセプトデータには、傷病手当金の受給状況に関する直接的なデータが含まれていない。しかし、傷病手当金を受給する際には、医師の傷病手当金意見書が必要となる¹。これに着目し、本研究では、精神疾患受診割合に加えて、傷病手当金意見書交付者割合もアウトカムとして検証する。傷病手当金意見書交付者割合の分母は精神疾患受診割合と同じである。分子は2023年度中に1度でも**表1**に該当するレセプト

¹ この意見書の交付は保険給付の対象となる。

表 1 本研究の主分析で対象とする精神疾患

ICD-10	傷病名
F20-F48	統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害(F20-F29) 気分〔感情〕障害(F30-F39) 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害(F40-F48)

※傷病名について、疑い病名を除く

があり、かつそのレセプトで傷病手当金意見書交付料の請求があった患者数と定義した。

なお、感度分析として、精神疾患の範囲を精神及び行動の障害全体に広げ、傷病名の ICD-10 コードが F00-F99 に該当するレセプトのあった人を精神疾患での受診者と定義した分析、F00-F99 に該当するレセプトがあり、かつそのレセプトで傷病手当金意見書交付料の請求があった患者を傷病手当金意見書交付者と定義した分析も実施する。

分析方法

支払基金レセプトデータでは、研究者自身が支払基金から個票形式のデータの提供を受けて分析することはできず、支払基金にデータの集計を依頼し、その結果を受け取るという手順で分析を行うことになる。本研究では、主要な被用者保険のレセプトデータを用い、全体の精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた上で、様々なグループ別にも精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を算出した。

グループ別の分析として、第一に、中小企業の労働者が中心の協会けんぽ、大企業の労働者が中心の健康保険組合、公務員が加入する共済組合で、精神疾患の状況が似ているのか否かを検証するために、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合

ごとに男女別の精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。次に、それをさらに年齢別に分けて分析した。

第二に、企業ごとに精神疾患の状況がどの程度異なっているのかを検証するために、健康保険組合のデータのみを利用し、健康保険組合ごとに精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。加えて、業種によって、精神疾患の状況がどのように異なるのかを明らかにするため、業種別に精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。

最後に、精神疾患の状況が居住地域によって異なるのか否かを検証するため、協会けんぽ、健康保険組合および共済組合のデータを用いて、居住地域別に精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。支払基金のレセプトデータでは、地域別の集計が可能であり、その最小単位は市区町村である。本研究では、横浜市を1つ事例として選択し、横浜市の各区の精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。

III. 結果

支払基金データと外部データの比較

方法で説明した通り、支払基金のレセプトデータには加入者台帳が含まれておらず、被保険者本人の正確な人数は不明である。そのため、本研究では、疾病に限らず、何らかのレセプトのあった被保険者本人の人数をカウントし、これを被保険者本人の人数の代わりとした。**表2**では、この方法で算出した被保険者本人の人数と厚生労働省の資料から得た人数を比較した。協会けんぽ、健康保険組合、共済組合ともに、本研究で求めた人数の方が多いという結果であった。これは、2023年度中に転職などで保険が変わった場合、本研究の方法では重複してカウントされることが一因と考えられる。ただし、本研究で用いた求めた人数と厚生労働省資料の人数は極端に大きな差があるとは言えず、本研究の方法は一定の妥当性があると考えられる。

表 2 保険別の人数の比較（被保険者本人のみ）

医療保険	本研究で求めた人数	厚生労働省資料[1]
協会けんぽ	2,626 万人	2,429 万人
健康保険組合	1,773 万人	1,654 万人
共済組合	650 万人	572 万人

出典[1]：厚生労働省 医療費の動向調査 医療保険医療費データベース

全体の結果

本データで求めた被保険者本人の総数は、50,493,442 人であった。このうち、精神疾患での受診者数は、4,303,251 人であり、精神疾患受診者割合は 8.5%であった。精神疾患での傷病手当金意見書交付料の請求のあった人は、384,484 人であり、傷病手当金意見書交付者割合は 0.8%であった。

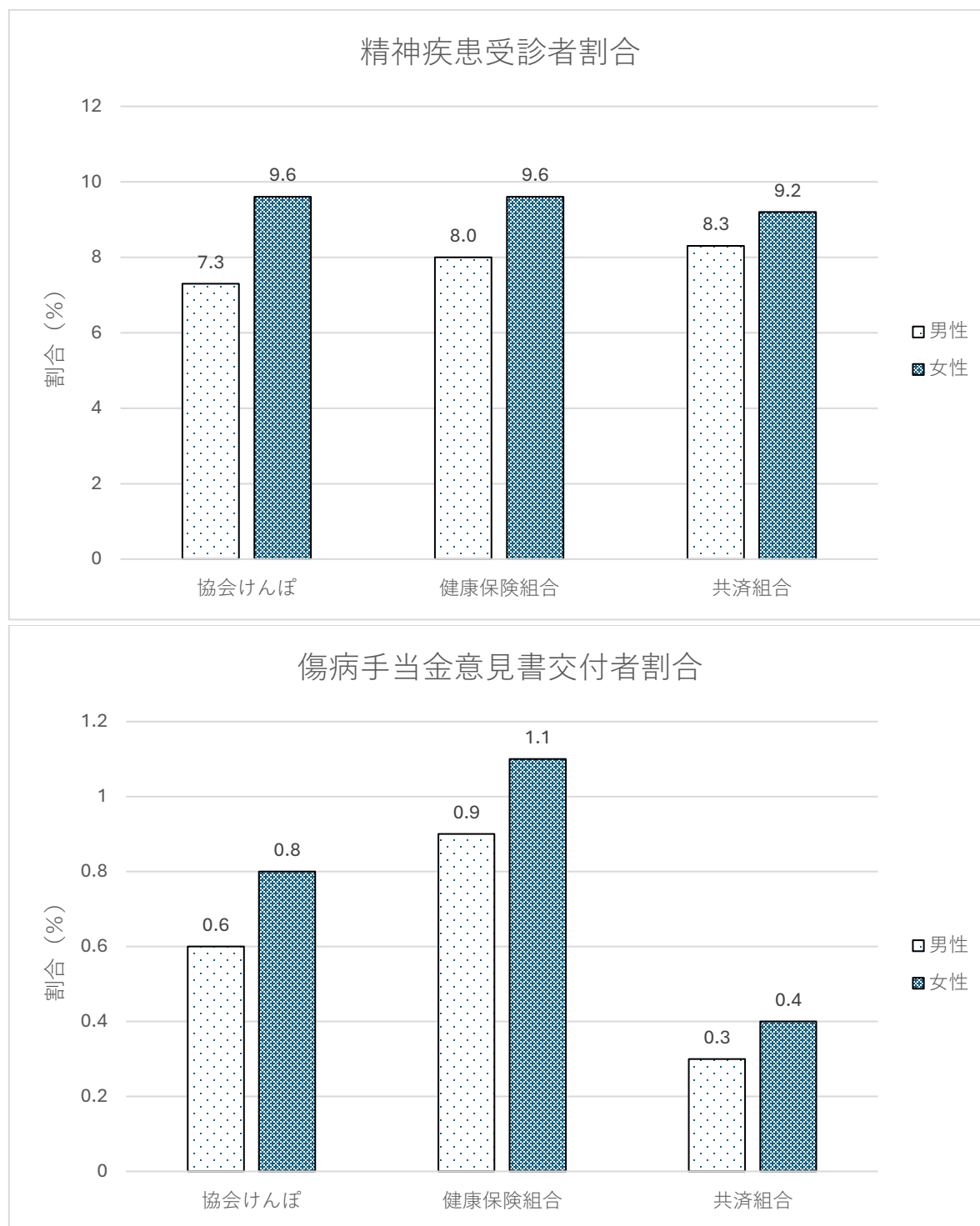
協会けんぽ、健康保険組合、共済組合別の分析結果

図 1 の上段は、男女別の協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の精神疾患受診者割合を示している。男性の精神疾患受診割合は協会けんぽで 7.3%、健康保険組合で 8.0%、共済組合で 8.3%であった。なお、男性全体では、7.7%であった。女性の精神疾患受診割合は協会けんぽで 9.6%、健康保険組合で 9.6%、共済組合で 9.2%であった。なお、女性全体では、9.6%であった。協会けんぽ、健康保険組合、共済組合のいずれでも、男性より女性の方が精神疾患受診割合が高いという結果であった。

図 1 の下段は、男女別の協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の傷病手当金意見書交付者割合を示している。傷病手当金意見書交付者割合も、精神疾患受診者割合と同じく男性より女性の方が高いという結果であった。傷病手当金意見書交付者割合は、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合で大きな違いがあり、突出して共済組合が低い。この結果から、精神疾患受診の状況は似ているものの、共済組

合の加入者は傷病手当金をあまり受給しない傾向にあると考えられる。しかし、これは共済組合の加入者（公務員）が、仕事を休んでいないとは限らないことに注意が必要である。人事院によると、一般職の国家公務員のうち、精神及び行動の障害による長期病休者数が全職員に占める割合は令和4年度に1.9%となっており¹⁰、実際には傷病手当金意見書交付者割合よりも多くの公務員が病休状態となっている。共済組合の加入者で、傷病手当金意見書交付者割合が突出して低いのは、仕事を休んでいるか否かではなく、職場の制度の違いによる可能性がある。公務員では病気休暇の制度があり、最大90日間給料が満額支給されるため、その期間の間、支給額の低い傷病手当金を受け取る理由はないと考えられる。一方で、厚生労働省によると、このような病気休暇の制度が整備されている企業は少なく、全企業の27.9パーセントとされている¹¹。病気休暇の制度がない企業で勤務する労働者は、メンタルヘルスの問題で仕事を休んだ場合、傷病手当金を利用する可能性が高いと考えられる。このように、傷病手当金について、大きく職場の制度の異なる保険者間を比較する際にはその解釈に注意が必要である。

図1 協会けんぽ、健康保険組合、共済組合別、男女別の精神疾患受診者割合・傷病手当金意見書交付者割合



次に、男女別の協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の精神疾患受診者割合・傷病手当金意見書交付者割合の違いを、年齢別に見る。**図 2** は、男女別の協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の精神疾患受診者割合を、29 歳以下、30 歳～39 歳、40 歳～49 歳、50 歳～59 歳、60 歳以上に分けて示したものである。男性の精神疾患受診者割合は、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合のいずれでも 50 歳～59 歳がピークで、20 代から 50 代にかけて徐々に増加していく傾向があった。共済組合の場合、特にその傾向が顕著であった。一方、女性の精神疾患受診者割合の場合、協会けんぽと共済組合では、男性と同じく 50 歳～59 歳がピークだが、健康保険組合では明確なピークがなかった。最も精神疾患受診者割合の高いグループは、50 歳～59 歳の共済組合の男性であった（精神疾患受診者割合：10.3%）。

図 3 は、男女別の協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の傷病手当金意見書交付者割合を、29 歳以下、30 歳～39 歳、40 歳～49 歳、50 歳～59 歳、60 歳以上に分けて示したものである。共済組合は、どの年齢層でも男女ともに傷病手当金意見書交付者割合が低かった。より注目に値するのは、協会けんぽ、健康保険組合の結果である。男女ともに傷病手当金意見書交付者割合は、若い年齢層ほど高い傾向にあった。この結果は、精神疾患受診者割合が高い年齢層が必ずしも傷病手当金意見書交付者割合も高いとは限らないことを示している。

図2 協会けんぽ、健康保険組合、共済組合別・男女別・年齢別の精神疾患受診者割合

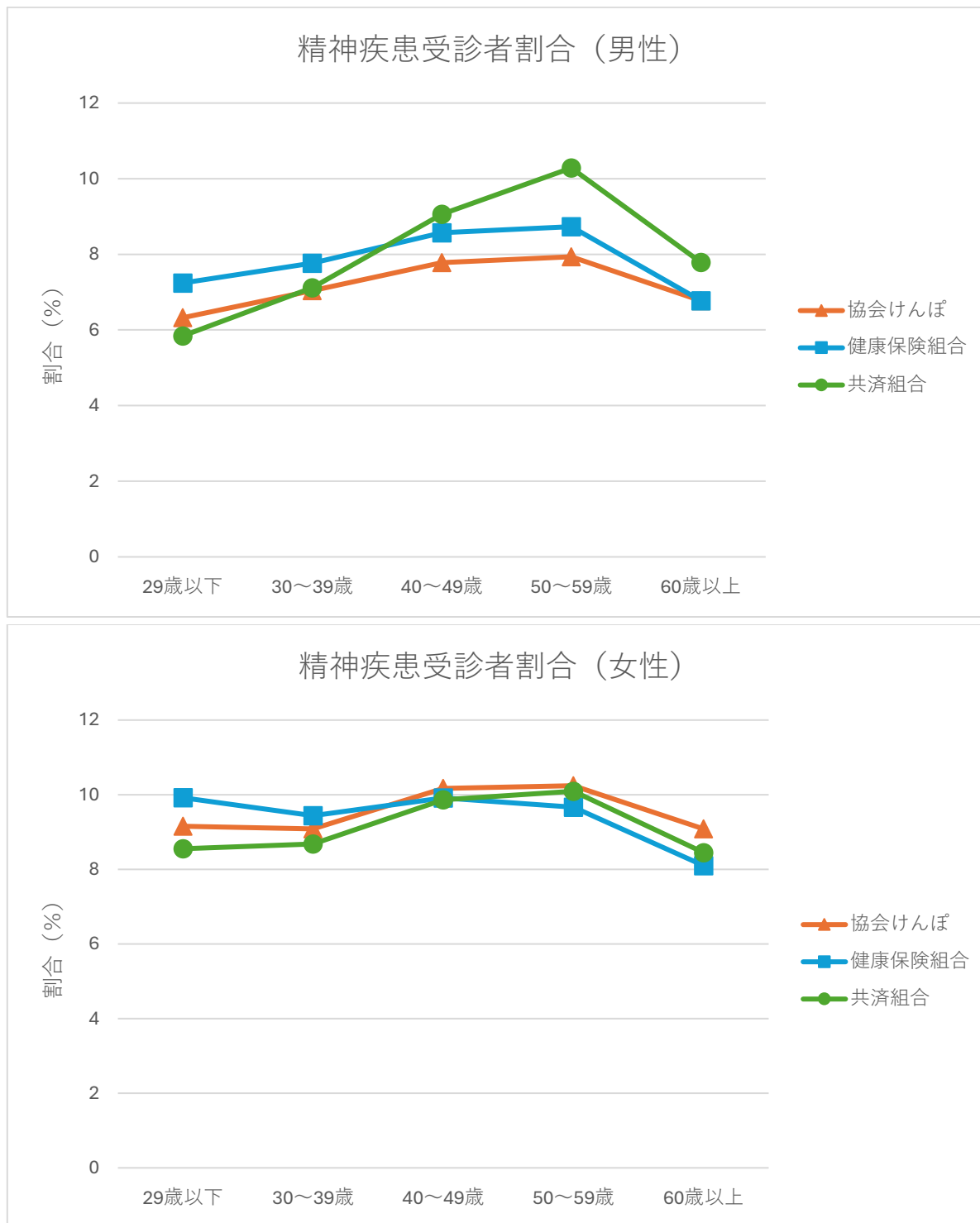
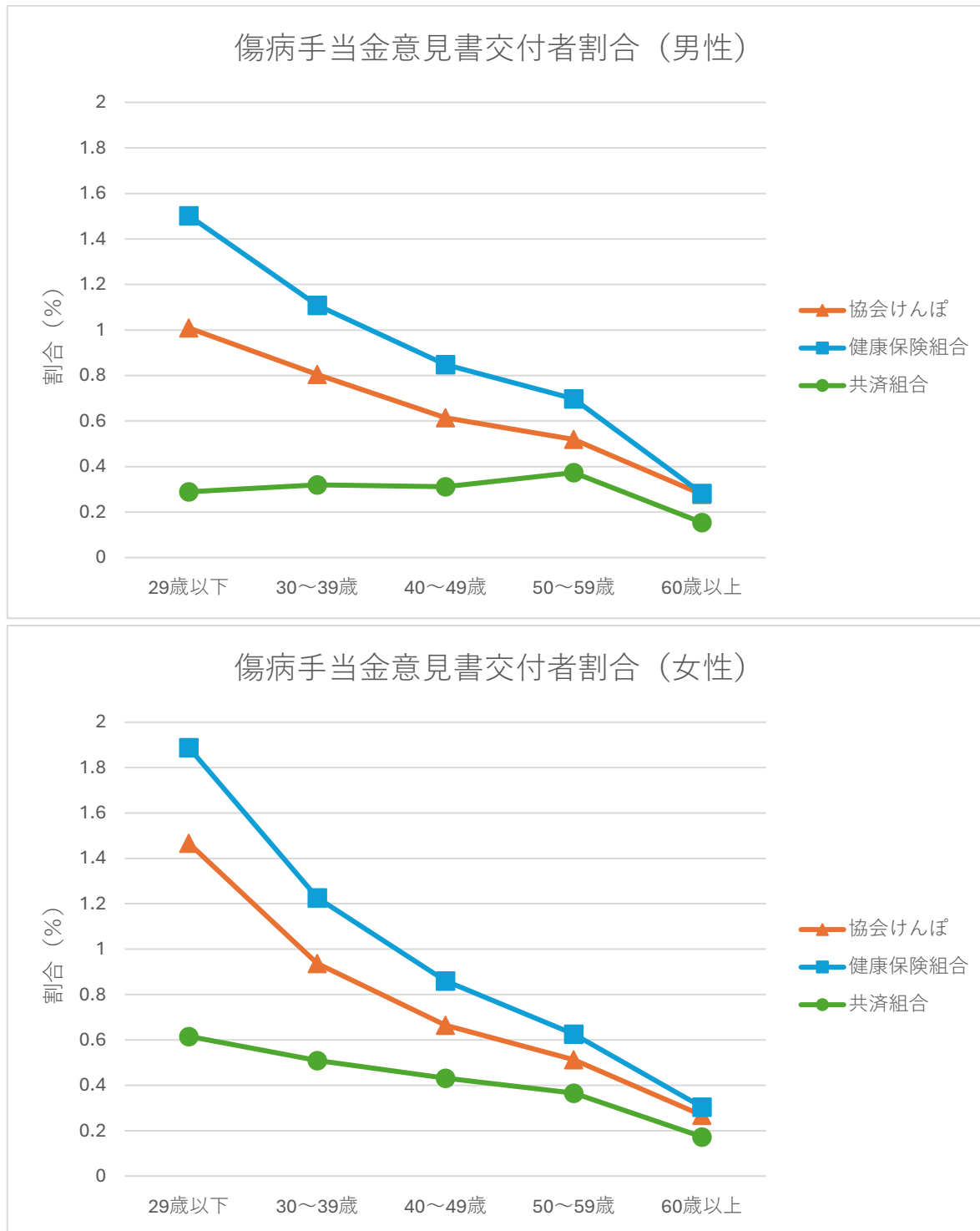


図3 協会けんぽ、健康保険組合、共済組合別・男女別・年齢別の傷病手当金意見書交付者割合



健康保険組合を対象とした分析結果

企業ごとに精神疾患の状況がどの程度異なっているのかを検証するために、健康保険組合ごとに精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。この分析では、健康保険組合のデータのみを用いている。

表 3 は健康保険組合ごとに精神疾患受診者割合を求めた結果を示している。男女計の結果を見ると、中央値は 7.8%であり、これは精神疾患受診者割合が低い順に健康保険組合を並べたとき、ちょうど真ん中になる健康保険組合の精神疾患受診者割合を示している。最小値は 1.9%、最大値は 13.5%であり、健康保険組合によっては受診者割合が 100 人に 2 名程度のものもあれば、10 人に 1 名以上が受診しているものもあるという結果であった。このように、健康保険組合によって、精神疾患受診者割合には、ばらつきがあった。

表 4 は健康保険組合ごとに傷病手当金意見書交付者割合を求めた結果を示している。男女計の結果を見ると、中央値は 0.7%であった。最小値は 0%、最大値は 3.2%であり、健康保険組合によって、傷病手当金意見書交付者割合にもばらつきがあった。

表 3 健康保険組合別の精神疾患受診者割合

	最小値	第一四分位	平均値	中央値	第三四分位	最大値
男性	0	6.5	7.5	7.4	8.4	13.3
女性	0	7.8	9.1	9.0	10.2	33.3
男女計	1.9	6.9	7.9	7.8	8.8	13.5

表 4 健康保険組合別の傷病手当金意見書交付者割合

	最小値	第一四分位	平均値	中央値	第三四分位	最大値
男性	0	0.4	0.7	0.6	0.9	3.3
女性	0	0.5	1.0	0.9	1.3	11.8
男女計	0	0.5	0.8	0.7	1.0	3.2

次に、業種によって、精神疾患の状況がどのように異なるのかを明らかにするため、業種別に精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。**表 3、表 4** と同じく、健康保険組合ごとに精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を求め、その中央値を業種別に算出した。**図 4** は、男女別・業種別の精神疾患受診者割合の中央値を示している。男女ともに業種によって、精神疾患受診者割合には違いがあった。図に示す通り、男女ともに精神疾患受診者割合の高い上位 3 つの業種は「教育・学習支援業」（男性：10.1％、女性：11.6％）、「学研究、専門・技術サービス業」（男性：9.6％、女性：11.6％）、「情報通信業」（男性：9.1％、女性：10.9％）であった。男性で最も精神疾患受診者割合が高い「教育・学習支援業」と最も低い「建設業」（精神疾患受診者割合：6.2％）の間には、4％程度の差があった。女性で最も精神疾患受診者割合が高い「学研究、専門・技術サービス業」と最も低い「繊維製品製造業」（精神疾患受診者割合：7.6％）の間には、4％程度の差があった。

図 5 は、男女別・業種別の傷病手当金意見書交付者割合の中央値を示している。男女ともに傷病手当金意見書交付者割合の高い上位 3 つの業種は「学研究、専門・技術サービス業」（男性：1.0％、女性：1.5％）、「情報通信業」（男性：0.9％、女性：1.3％）、「医療、福祉業」（男性：0.9％、女性：1.2％）であった。

図 4、図 5 より、「学研究、専門・技術サービス業」、「情報通信業」は精神疾患受診者割合が全業種の中で比べると高く、傷病手当金意見書交付者割合も高いという結果であった。一方、「教育・学習支援業」は精神疾患受診者割合では最も高い値だったにも関わらず、傷病手当金意見書交付者割合についてはむしろ全業種の中でも低い値であることがわかる。特に男性の傷病手当金意見書交付者割合は、全業種の中で最も低い値であった。このように、「教育・学習支援業」は他の業種とは異なる動きをしているように見える。「教育・学習支援業」は主に大学や学習塾の健康保険組合であることを踏まえると、このような結果が得られた理由はいくつか考えられる。第一に考えられる理由は、病休制度の違いである。共済

組合で傷病手当金意見書交付者割合が低い理由として、病休制度の充実が考えられると説明したが、それと同様に、「教育・学習支援業」でも病休制度が充実しているのかもしれない。ただし、筆者の知る限り、業種別の病休制度の信頼できる情報はなく、「教育・学習支援業」で病休制度が充実しているか否かは不明である。第二に考えられる理由は、「教育・学習支援業」は精神疾患を抱えつつも働きやすい職場である、もしくは働かざるを得ない職場であるというものである。本データからは、どの理由が正しいのかを判別することはできないが、やはり傷病手当金について、大きく職場の制度の異なる保険者間を比較する際にはその解釈に注意が必要である。

地域別の分析結果

精神疾患の状況が居住地域によって異なるのか否かを検証するため、協会けんぽ、健康保険組合および共済組合のデータを用いて、横浜市を対象に、区別の精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。

図 6 は区別の精神疾患受診者割合を示している。精神疾患受診者割合には、男性と女性ともに地域によって一定の差があった。男性の精神疾患受診者割合が高い上位 3 区は、中区（9.7%）、西区（9.6%）、神奈川区（9.2%）であった。女性の精神疾患受診者割合が高い上位 3 区は、中区（12.2%）、西区（11.5%）、磯子区（11.3%）であった。男性で最も精神疾患受診者割合が高い中区と最も低い都筑区（精神疾患受診者割合：7.5%）の間には、2%程度の差があった。女性で最も精神疾患受診者割合が高い中区と最も低い戸塚区（精神疾患受診者割合：8.8%）の間には、4%程度の差があった。

図 7 は区別の傷病手当金意見書交付者割合を示しており、男性と女性ともに地域によって一定の差があった。傷病手当金意見書交付者割合が高い上位 3 区は、男性で神奈川区（1.0%）、港北区（1.0%）、西区（0.9%）であり、女性で神奈川区（1.2%）、西区（1.2%）、鶴見区（1.1%）であった。

図4 業種別の精神疾患受診者割合

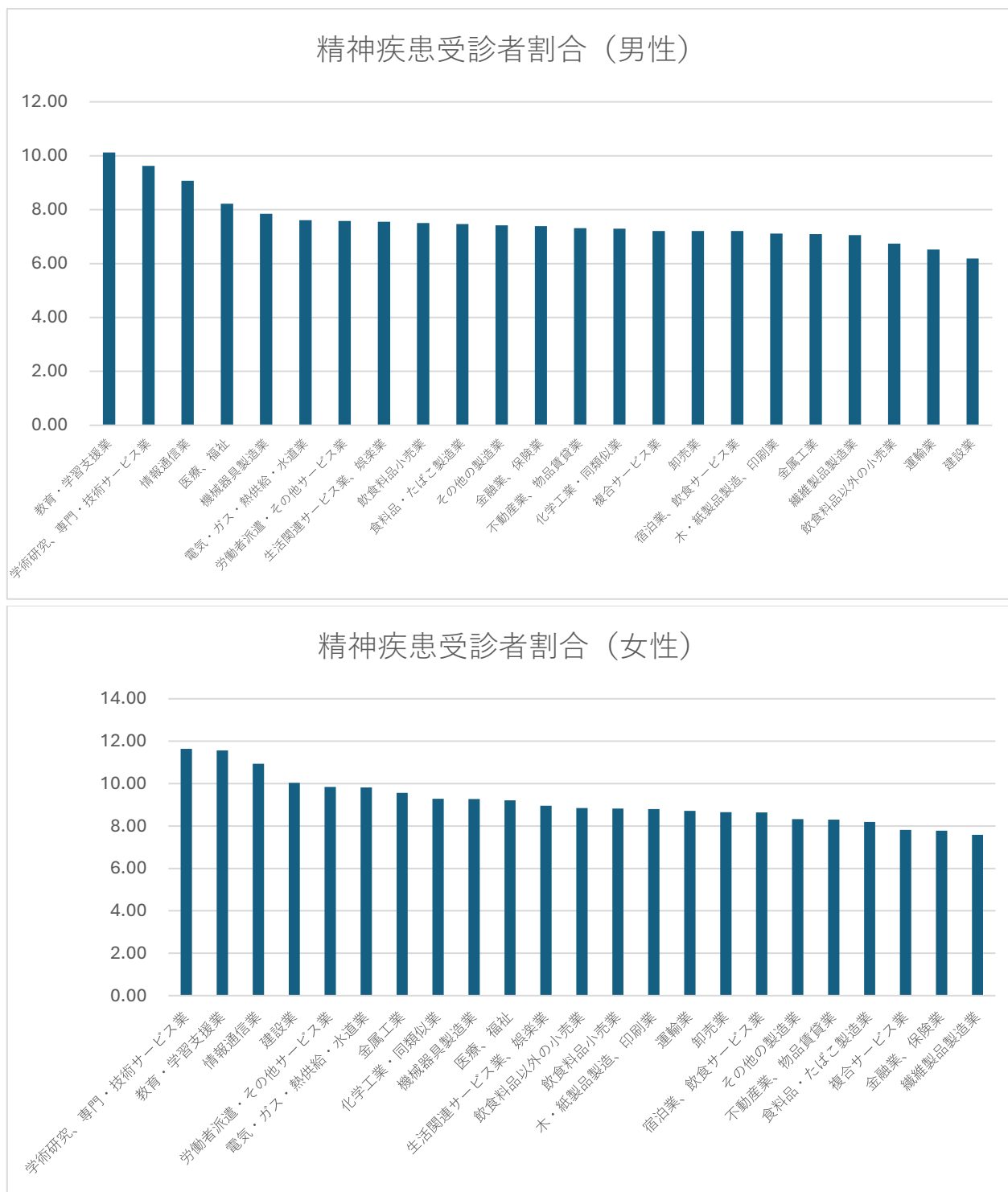


図5 業種別の傷病手当金意見書交付者割合

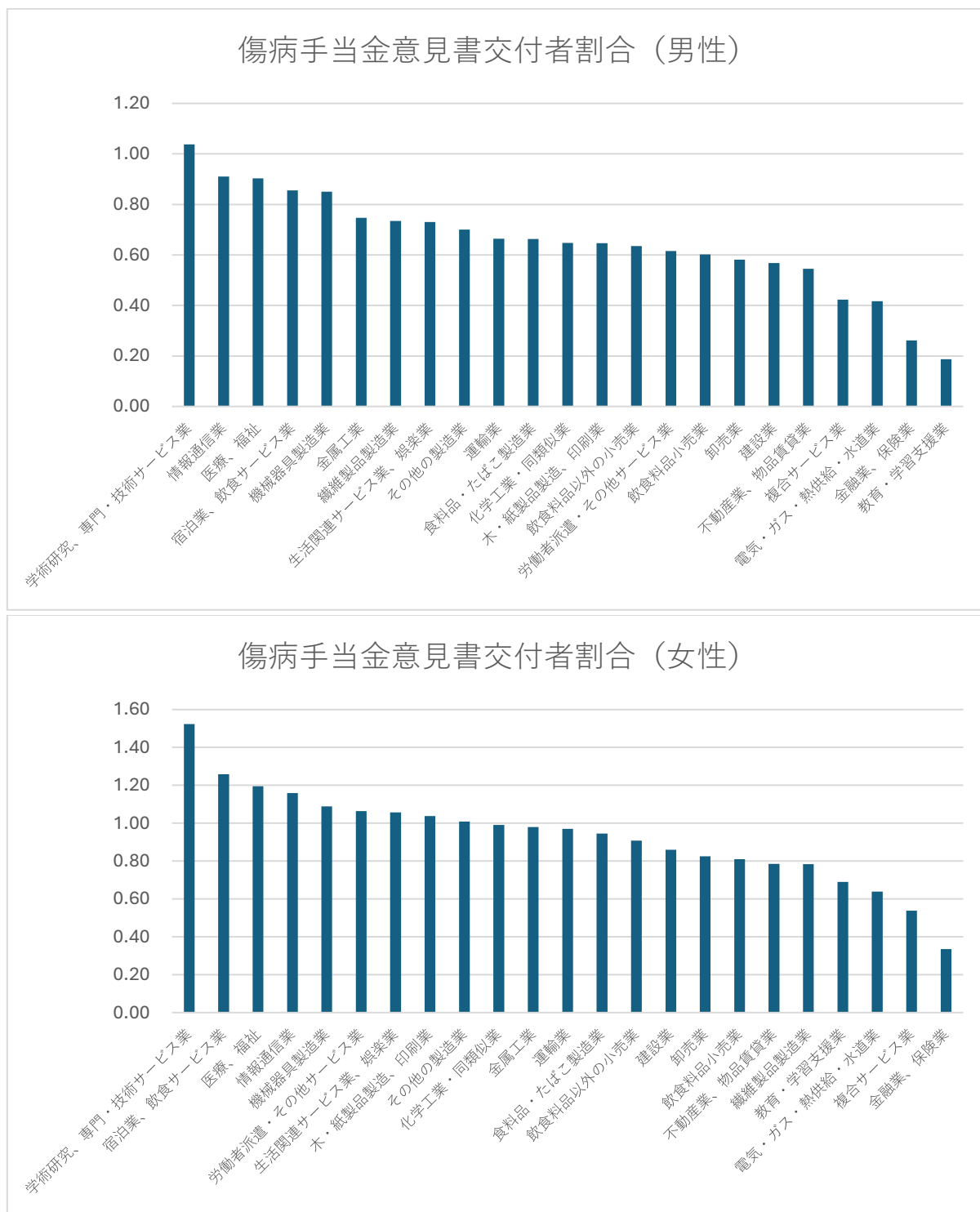


図6 地域別の精神疾患受診者割合

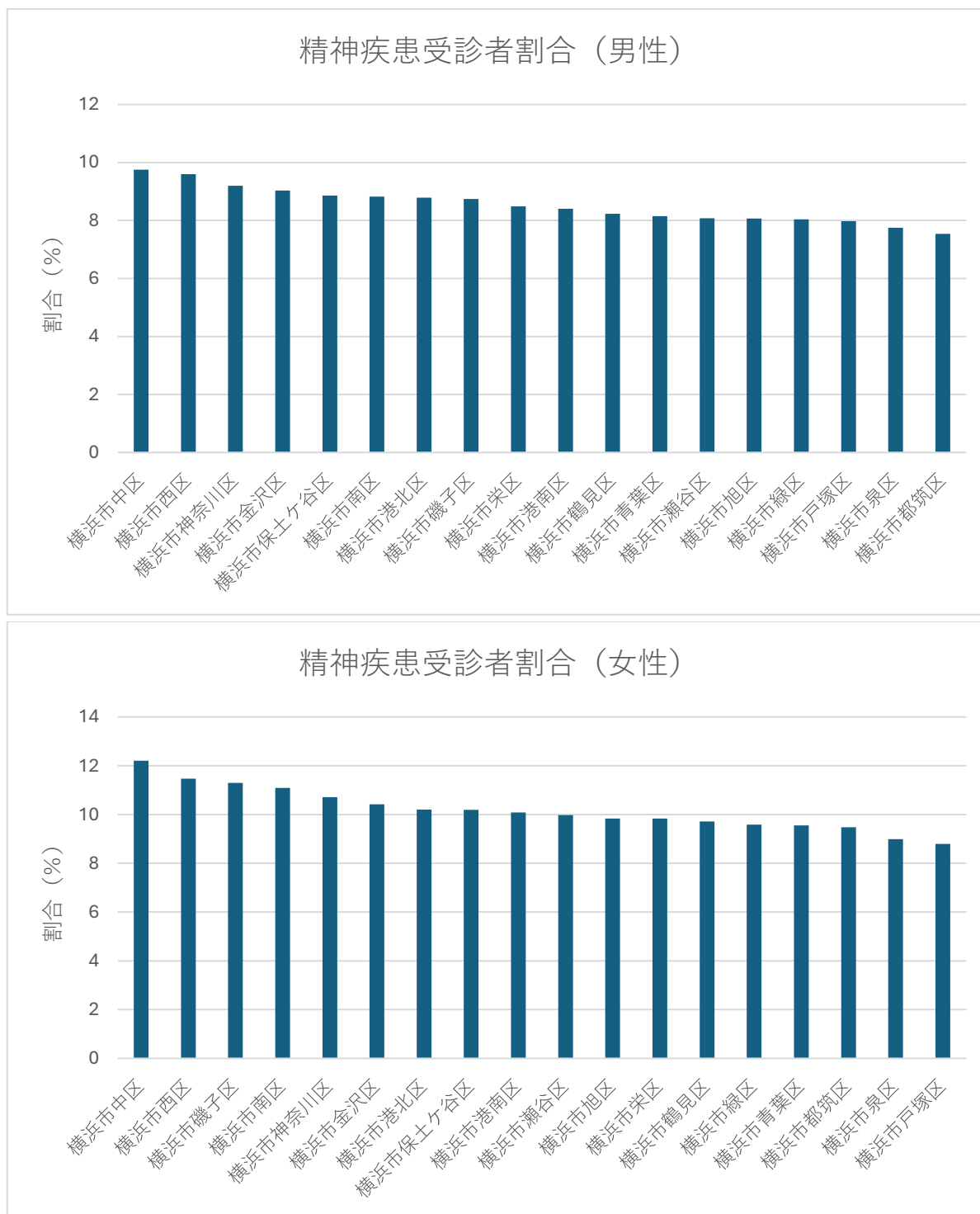
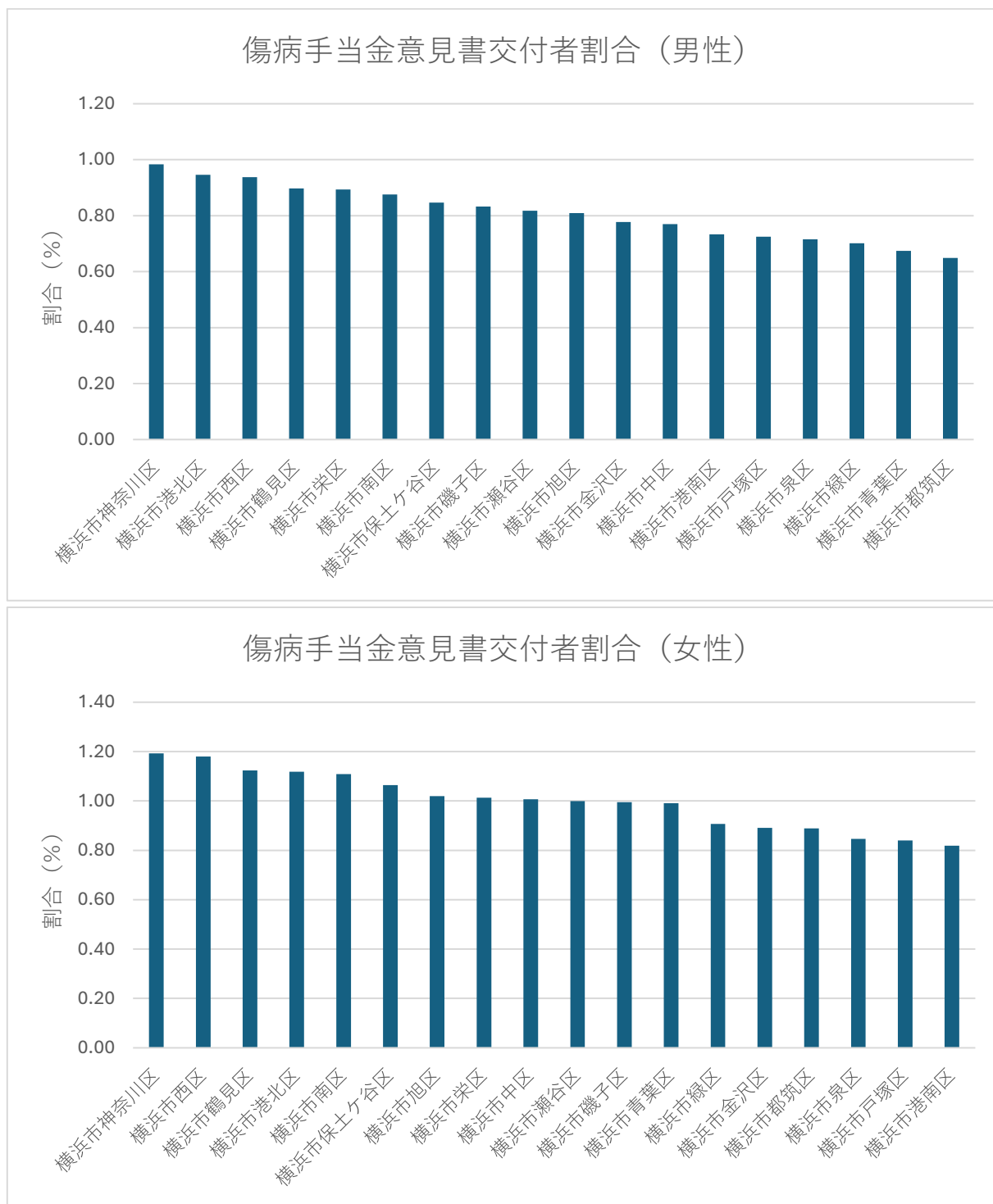


図7 地域別の傷病手当金意見書交付者割合



感度分析

感度分析として、精神疾患の範囲を精神及び行動の障害全体に広げ、傷病名の ICD-10 コードが F00-F99 に該当するレセプトのあった人を精神疾患での受診者と定義した分析と、F00-F99 に該当するレセプトがあり、かつそのレセプトで傷病手当金意見書交付料の請求があった患者を傷病手当金意見書交付者と定義した分析を実施した。

この定義での精神疾患受診者数は全体で 4,586,859 人であり、精神疾患受診者割合は 9.1%であった。主分析では精神疾患受診者割合は 8.5%であったが、精神疾患の範囲を広げたため、精神疾患受診者割合はやや増加した。

図 8 の上段は、男女別の協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の精神疾患受診者割合、図 8 の下段は、男女別の協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の傷病手当金意見書交付者割合を示している。その結果は主分析の結果と良く似ていた。

図 9 は、男女別の協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の精神疾患受診者割合を、29 歳以下、30 歳～39 歳、40 歳～49 歳、50 歳～59 歳、60 歳以上に分けて示したものであり、図 10 は、男女別の協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の傷病手当金意見書交付者割合を、29 歳以下、30 歳～39 歳、40 歳～49 歳、50 歳～59 歳、60 歳以上に分けて示したものである。どちらの結果も主分析の結果と大きな差はなかった。

図 11、図 12 は業種別・男女別の精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を示している。どちらの結果も主分析の結果と大きな違いはなく、精神疾患受診者割合および傷病手当金意見書交付者割合が高い上位 3 つの業種は同じであった。図 13、図 14 は横浜市の区別・男女別の精神疾患受診者割合と傷病手当金意見書交付者割合を示している。どちらの結果も主分析の結果と概ね似ており、精神疾患受診者割合および傷病手当金意見書交付者割合が高い上位 3 つの区は同じであった。以上のように、精神疾患の範囲の定義を変えても、基本的な分析結果に大きな変化はなかった。

図 8 協会けんぽ、健康保険組合、共済組合別・男女別の精神疾患受診者割合・傷病手当金意見書交付者割合（感度分析）

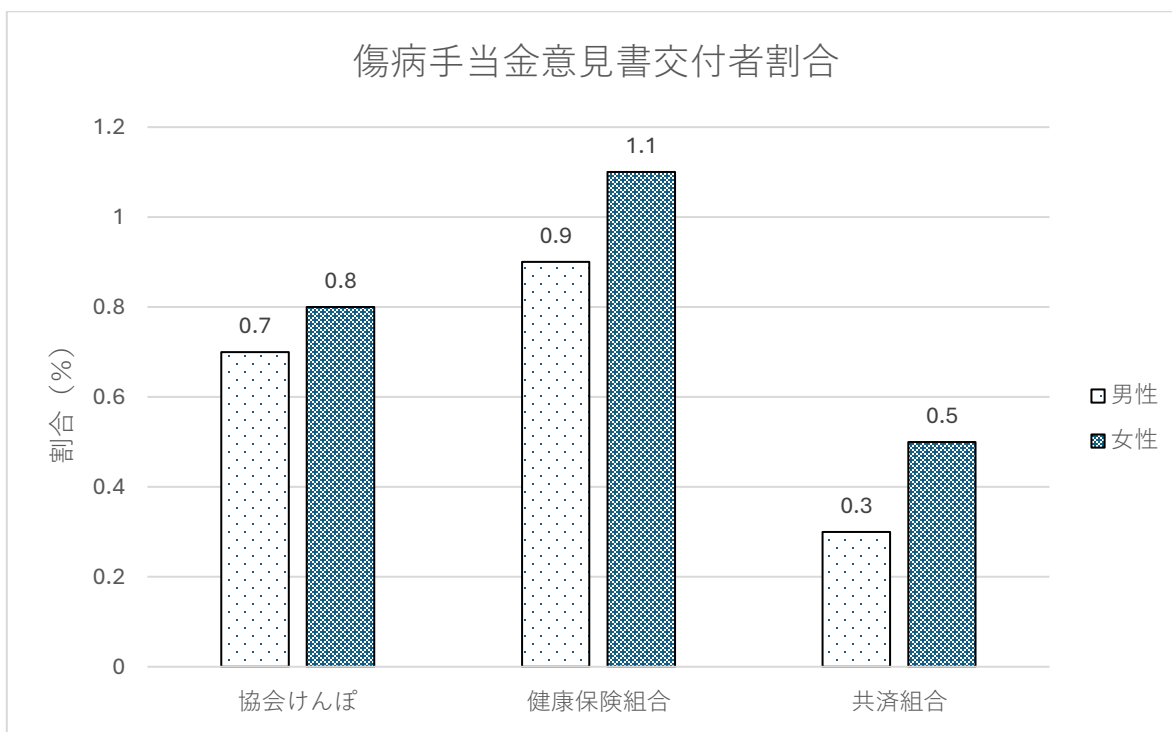
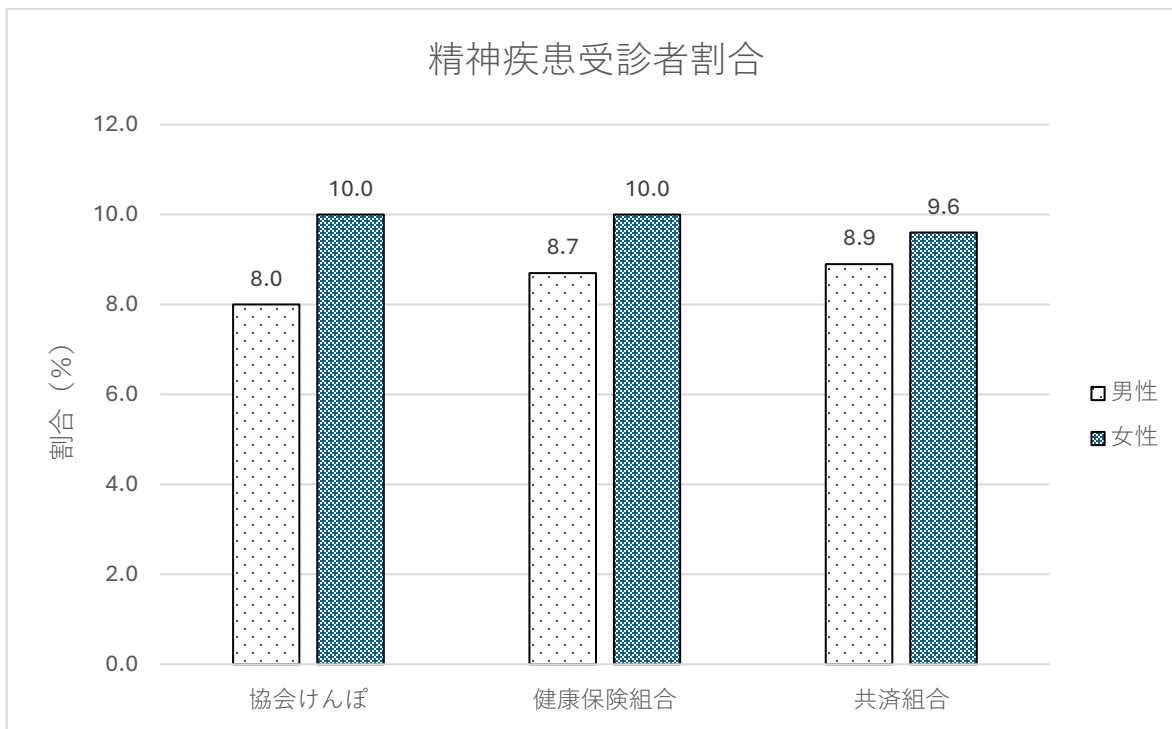


図9 協会けんぽ、健康保険組合、共済組合別・男女別・年齢別の精神疾患受診者割合（感度分析）

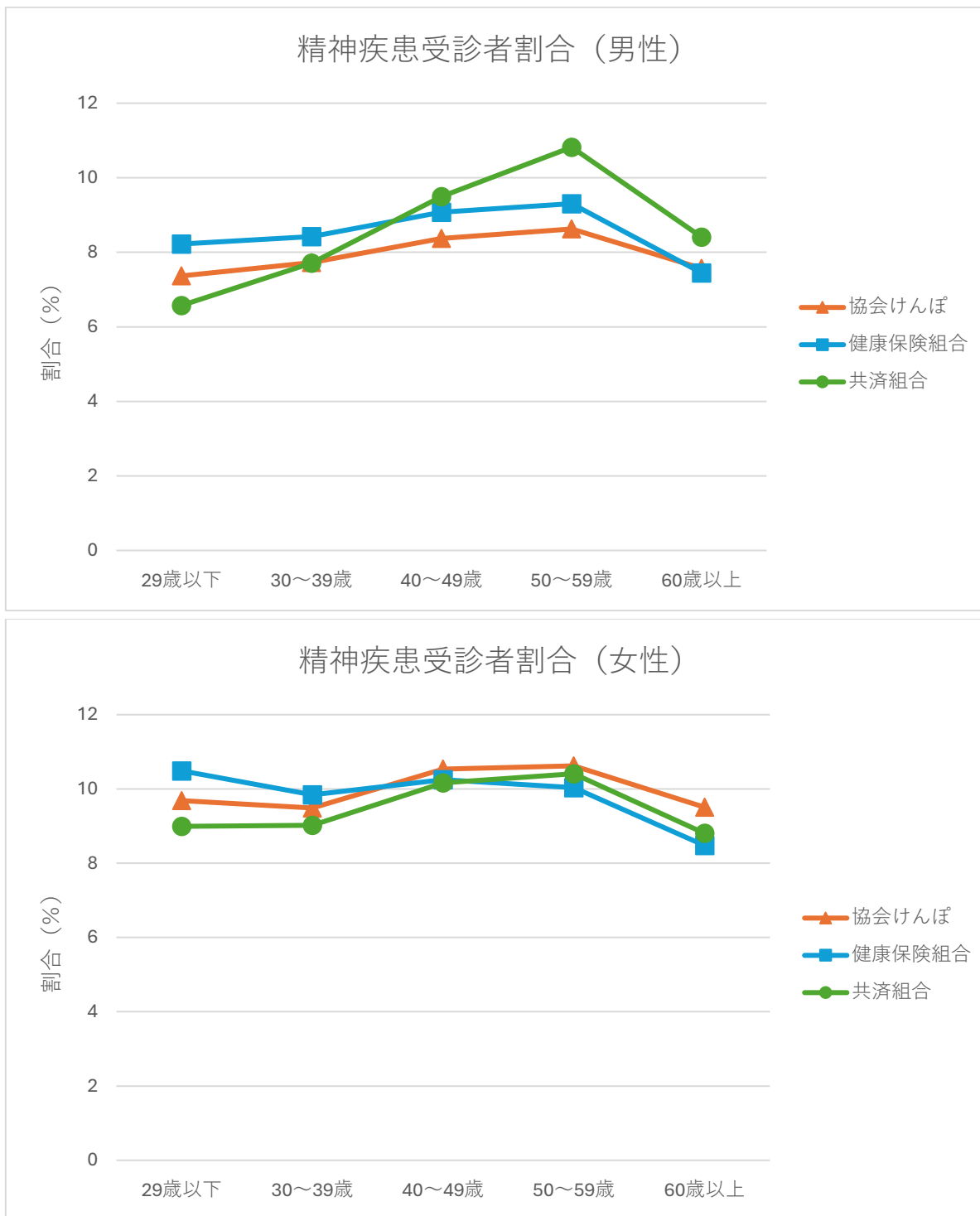


図 10 協会けんぽ、健康保険組合、共済組合別・男女別・年齢別の傷病手当金意見書交付者割合（感度分析）

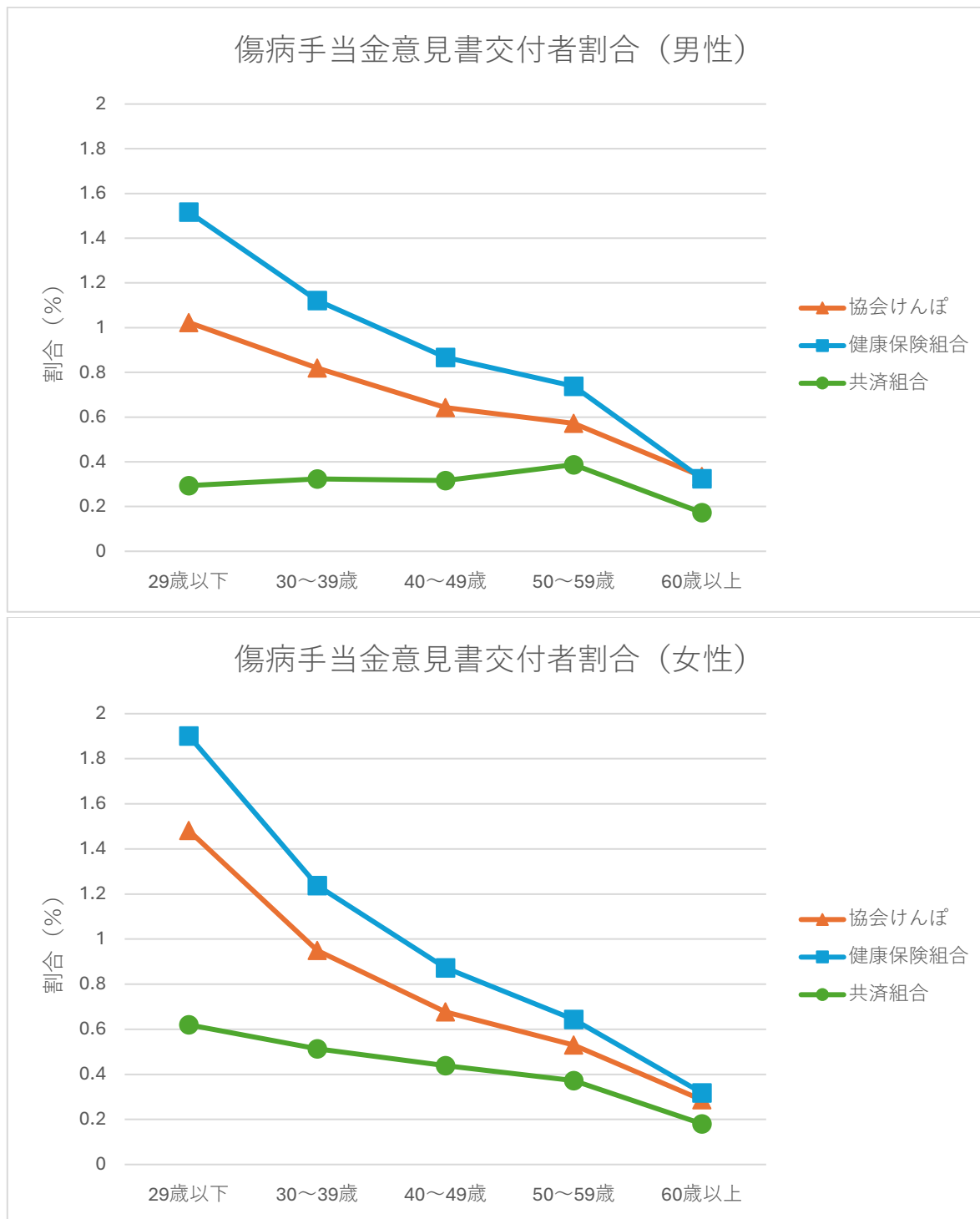


図 11 業種別の精神疾患受診者割合（感度分析）

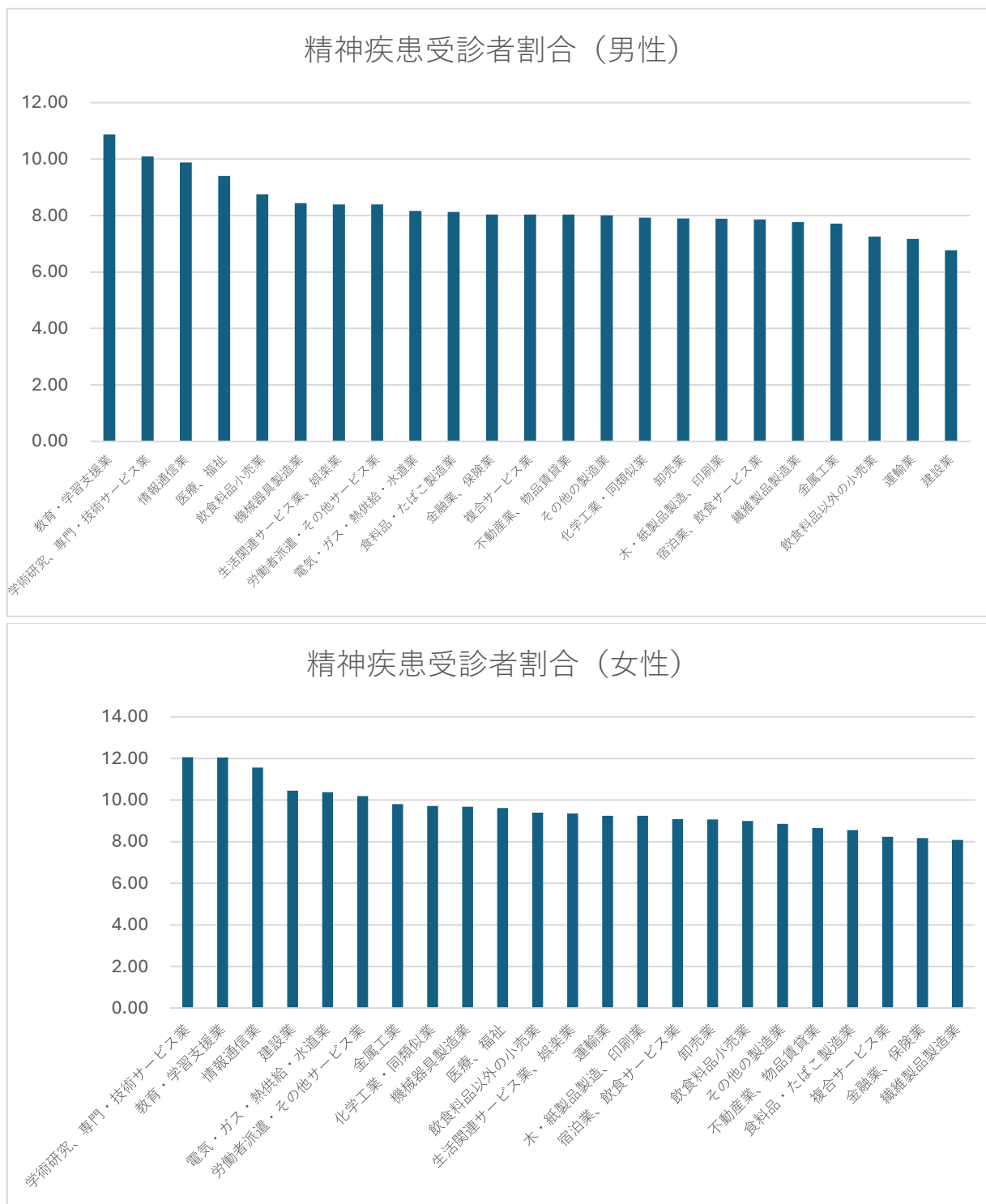


図 12 業種別の傷病手当金意見書交付者割合（感度分析）

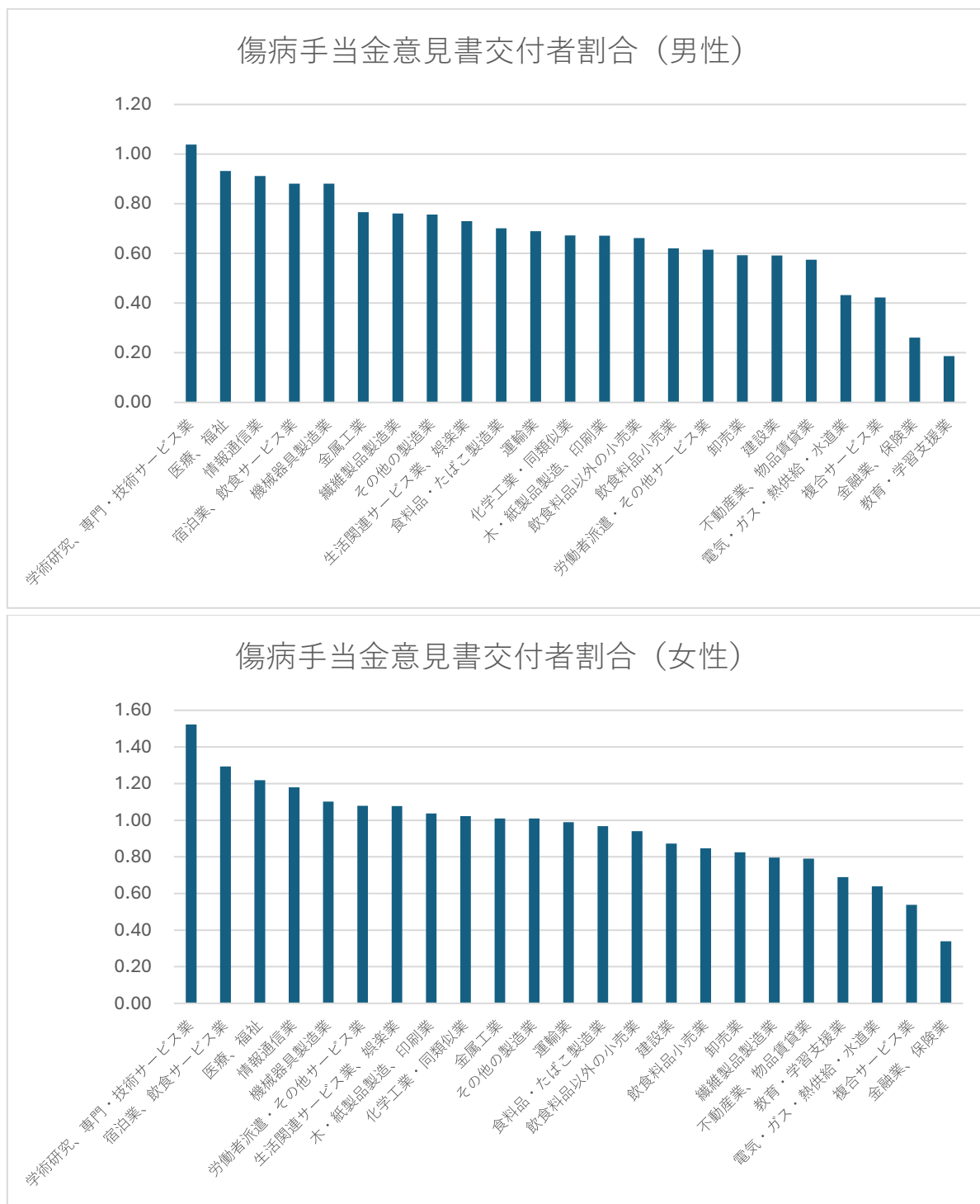


図 13 地域別の精神疾患受診者割合（感度分析）

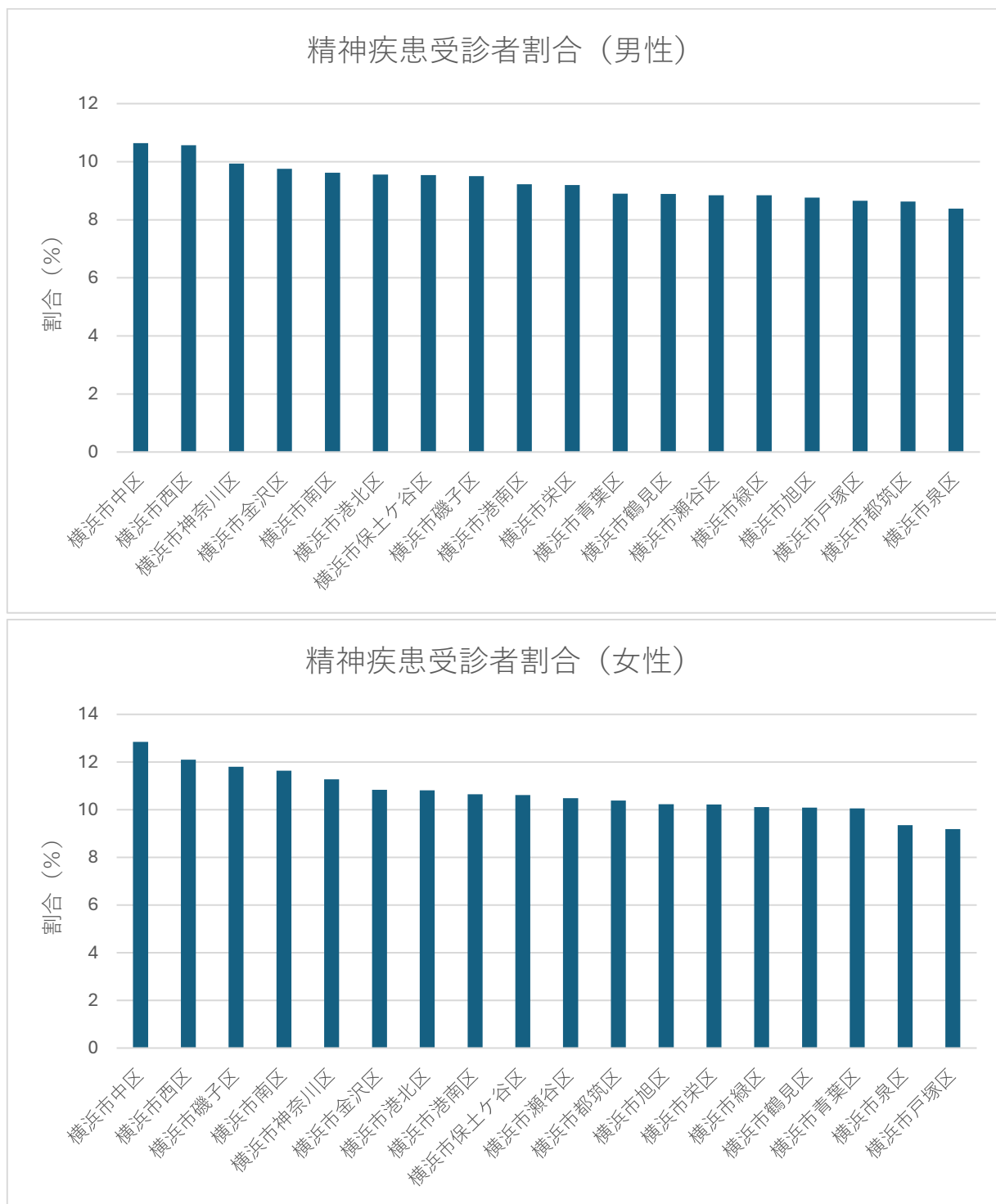
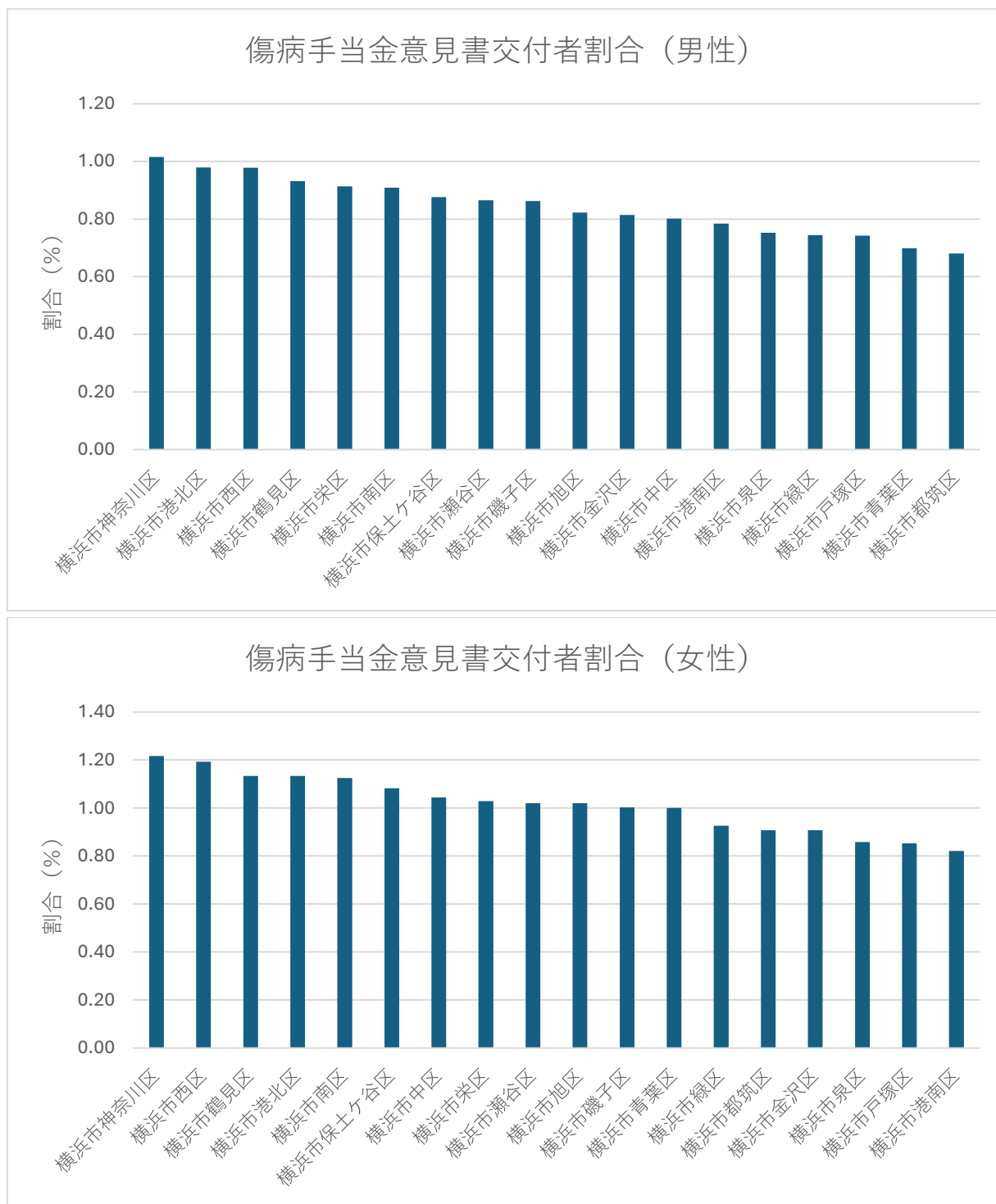


図 14 地域別の傷病手当金意見書交付者割合の分布（感度分析）



IV. 考察

本研究では、主要な被用者保険（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合）のレセプトデータを用い、全体の精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた上で、様々なグループ別にも分析した。グループ別の分析として、第一に、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合別の精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。次に、健康保険組合のみのデータを用いて、1つ1つの健康保険組合ごとに精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合を求め、そのばらつきを検証し、業種別にもデータを取りまとめた。最後に、再び協会けんぽ、健康保険組合および共済組合のレセプトデータを用いて、横浜市を対象に居住地域別の精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合を求めた。

本研究の強みは、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合のすべてのレセプトデータを用いたことである。これにより、主要な被用者保険に加入する日本全体の労働者を対象に、実際の精神疾患での受診や傷病手当金意見書交付の状況を検証することが可能となった。本研究の結果、男性全体の精神疾患受診割合が7.7%、女性全体が9.6%であった。2013年度の兵庫県の協会けんぽレセプトデータを用いた研究では、本研究の主分析より精神疾患の対象が幅広い（ICD-10コードでF00-F99に該当するレセプトがあると定義）ものの、男性の精神疾患受診割合が3.5%、女性が4.2%であった⁸。本研究で得た精神疾患受診割合は、これらよりもはるかに高く、2013年度の兵庫県の協会けんぽの状況と比べ、現在（2023年度）の日本全体では精神疾患で受診する労働者がより多いことが明らかになった。

本研究では、精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合の双方を見ることで、他に3つの興味深い結果を得た。第一に、精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合が年齢によって異なることである。男性の場合、精神疾患受診割合は協会けんぽ、健康保険組合、共済組合のいずれでも50歳～59歳がピークで、20代から50代にかけて徐々に増加していく傾向があった。しかし、傷病手

当金意見書交付者割合は、若い年齢層ほど高いという結果であった。このような結果が得られた理由はいくつか考えられる。第一に考えられる理由は、若い年齢層ほど受診を控えるが、受診した時点ではすでに重症になっており、仕事を休むことになるというものである。第二に考えられる理由は、40代や50代の労働者は精神疾患を抱えつつも、企業内で管理職などの大きな役割があり、仕事をせざるを得ないというものである。本研究のデータでは、どちらの理由が正しいのかを明らかにすることができない。この点は今後の研究課題である。いずれにせよ、幅広い世代で精神疾患での受診があることから、傷病手当金意見書交付者割合が高い20代、30代だけでなく、40代以上の労働者も含めた幅広い年齢層を対象としたメンタルヘルスの推進が重要であると考えられる。

第二の興味深い結果は、精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合が業種によって異なることである。男女ともに最も精神疾患受診者割合が高い業種と低い業種の間には、4%程度の差があった。この業種間の差は、**図1**に示す協会けんぽと健康保険組合間の差（男性で0.7%、女性で0%）よりもはるかに大きい。本研究は、あくまで相関関係を見たもので、因果関係は不明だが、この結果は業種による職場環境の違いが精神疾患の発症と関係している可能性を示唆している。

第三の興味深い結果は、精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合が同じ横浜市内でも異なることである。男性では、最も精神疾患受診者割合が高い区と低い区の間には、2%程度の差があり、女性では4%程度の差があった。この差は、**図1**に示す協会けんぽと健康保険組合間の差（男性で0.7%、女性で0%）よりもはるかに大きい。精神疾患が労働生産性、ひいては住民税にも関係する可能性を考えると、労働者の健康に対して自治体が現在よりも積極的な取組の実施を検討するかもしれない。その際、本研究で明らかになった区ごとの結果は、重点的な取組対象地域を検討するたたき台になるだろう。

本研究には様々な限界がある。第一に、支払基金レセプトデータでは、加入者台帳が存在していないため、被保険者本人の人数は何らかのレセプトが発生してい

る人の数で補った。そのため、本研究で求めた精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合は、正確性の面で限界がある。第二に、支払基金レセプトデータでは、個人が傷病手当金を受給しているか否かは直接的には不明である。本研究では、傷病手当金意見書交付の有無に着目したが、正確性には限界がある。また、労働災害で仕事を休んでいる場合や病気休暇制度を使用し仕事を休んでいる場合は、傷病手当金意見書の交付が行われないと考えられる。そのため、傷病手当金意見書交付者割合は、精神疾患により仕事を休んでいる人の割合とは一致しないことに注意が必要である。第三に、本研究は精神疾患受診割合と傷病手当金意見書交付者割合をグループ別に集計したのみで、それ以上の分析は行っていない。現時点での支払基金レセプトデータでは、個人や企業の情報との連結が難しいが、労働政策・医療政策などにより具体的かつ有効な含意を得るには、職場や個人、地域の属性と精神疾患受診割合・傷病手当金意見書交付者割合との関係をより精緻に検証する必要があるだろう。この点は、今後の研究の課題の1つである。最後に、本研究では主要な被用者保険に加入する被保険者本人を分析対象とした。そのため、この条件を満たさない労働者（例えば、国民健康保険に加入する非正規雇用の労働者など）は分析できていない。このような労働者の分析も今後の課題の1つである。

謝辞

本研究で支払基金レセプトデータの抽出・集計にご協力いただいた支払基金の職員の皆様に感謝申し上げます。

参考文献

1. de Oliveira C, Saka M, Bone L, Jacobs R. The Role of Mental Health on Workplace Productivity: A Critical Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy* 2023;21(2):167-193. DOI: 10.1007/s40258-022-00761-w.

2. Bloom DE, Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B. G, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., Weinstein, C. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. World Economic Forum.
(https://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf).
3. 全国健康保険協会. 全国健康保険協会管掌健康保険 現金給付受給者状況調査報告.
(<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/honbu/cat740/c2024090601.pdf>).
4. 大瀧 英. 正規労働者のメンタルヘルスに影響を与える職場の要因. 生活経済学研究 2019;49:75-89. DOI: 10.18961/seikatsukeizaigaku.49.0_75.
5. 黒田祥子, 山本勲. 従業員のメンタルヘルスと労働時間-従業員パネルデータを用いた検証. RIETI ディスカッションペーパー 2014;14:1-24.
6. Sato K, Kuroda S, Owan H. Mental health effects of long work hours, night and weekend work, and short rest periods. Social Science & Medicine 2020;246:112774. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112774>.
7. Oshio T, Inoue A, Tsutsumi A. Does work-to-family conflict really matter for health? Cross-sectional, prospective cohort and fixed-effects analyses. Social Science & Medicine 2017;175:36-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.039>.
8. 山岡 順, 藤岡 秀, 勇上 和, 鈴木 純, 足立 泰. 中小企業従業員のメンタルヘルスと企業特性 全国健康保険協会レセプトデータを用いた実証分析. 医療と社会 2017;27(3):377-391. DOI: 10.4091/iken.2017.004.
9. 泉田 信. 精神疾患に関する外来受診の分析. 医療と社会 2003;13(1):53-66. DOI: 10.4091/iken1991.13.1_53.
10. 人事院. 令和 5 年度年次報告書.
(<https://www.jinji.go.jp/content/900015645.pdf>).
11. 厚生労働省. 令和 6 年就労条件総合調査. 2025.

パート C：ユーザー視点での支払基金レセプトデータの長所と課題

パート B の研究に支払基金レセプトデータを実際に用いた経験に基づき、ユーザー視点から見た支払基金レセプトデータの長所・短所を考察する。

支払基金レセプトデータの長所は、以下のとおりである。第一に、被用者保険すべてをカバーしていることである。NDB と比べると限定的ではあるが、今回実施したような労働者の研究を行う際には非常に有望なデータとなるだろう。第二に、データ抽出、集計に関する相談サービスの充実である。今回支払基金レセプトデータの提供を受けるにあたり、レセプトの取り扱いに慣れた支払基金職員から有益なアドバイスを得た。例えば、傷病手当金の受給状況に関する分析を行いたいと考えていたが、支払基金レセプトデータには、傷病手当金の受給の有無に関する情報がなく、傷病手当金に関する分析は困難に思えた。その際、支払基金職員から傷病手当金意見書交付料を代わりに使用できるのではないかとというアドバイスを得て、分析を実施することができた。このような相談サービスは、すでにレセプトデータの分析経験があるものにも有益だが、特に新たにレセプトデータの分析を行いたいと考える人にとって、非常に優れた伴走サービスだと考えられる。

一方で、支払基金レセプトデータは短所も存在している。第一に、支払基金レセプトデータは個票形式のデータとしては提供されないことである。そのため、データの利用者は支払基金に集計を依頼し（その際、個々の患者や医療機関、保険者レベルの集計は不可）、その結果を受領することになる。このデータの取り扱いは、レセプトデータ分析の経験のないものにとってはむしろ簡便で望ましいかもしれない。しかし、個々の患者や医療機関、保険者レベルでの分析は実施不可能となってしまう。現時点では、支払基金に回帰分析などの分析を実施してもらい、その結果を受け取るということは実現できないようであり、個票形式のデータが提供されないことと合わせて、実行可能な統計分析は限定される。今後支払基金内の分析能力が向上すると、より幅広いデータ利活用が可能になるだろう。第二

に、加入者台帳情報など重要な情報が整備されていない。今回の研究で、精神疾患受診割合を求める際に、これは大きな問題であった。精神疾患受診割合の分母にあたる保険に加入している人数すら不明なため、正確な割合を求めることができなかった。とりわけ加入者台帳情報は分析上重要なことが多いため、早急な整備が望まれる。

支払基金レセプトデータの利用の有無を検討する際には、このようなデータの長所・短所を踏まえることが有益だと考えられる。データ抽出、集計に関する相談サービスが非常に充実しているため、データ抽出方法に悩みを抱えている人や初めてレセプトデータ分析を行う人に特に向いているデータではないかと考えられる。なお、支払基金によるレセプトデータの第三者提供はまだ始まったばかりであり、本報告で述べた支払基金レセプトデータの特徴（特に短所）は将来的に変化する可能性がある。

レセプトデータを利用して得られる成果の実践と課題

令和7年5月30日 発行

発 行 者 角 田 隆

発 行 所 一般財団法人 医療保険業務研究協会

〒105-0003 東京都港区西新橋1-9-1
アコール新橋8階

TEL 03-3503-8698

FAX 03-3506-1959

URL <https://www.amir.or.jp>

※本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じます。

