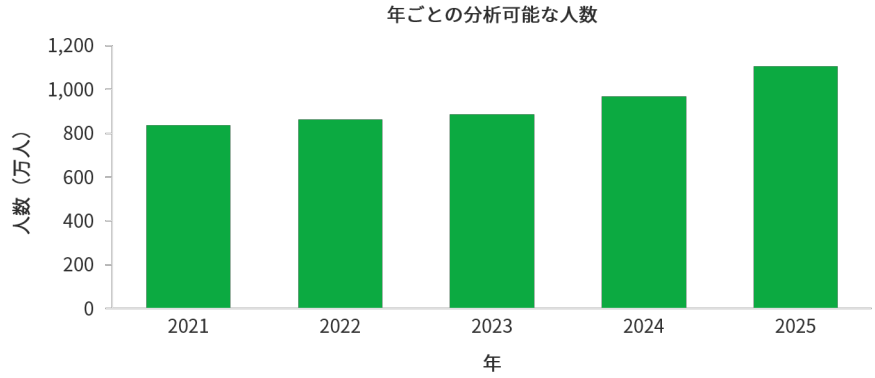
別紙

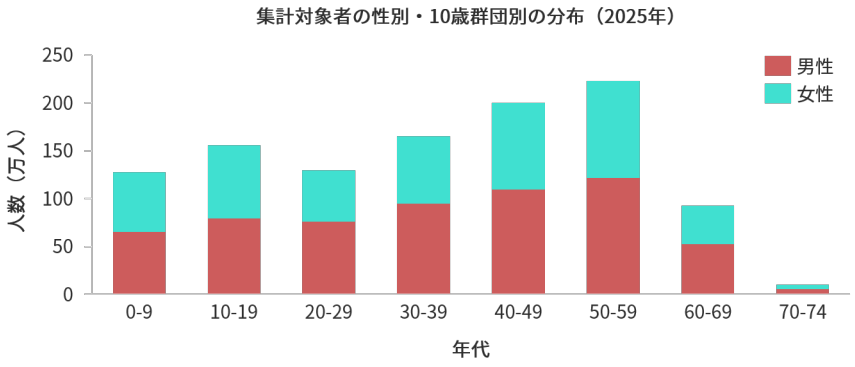
【利用データ】

株式会社 JMDC が保有するデータのうち、健康保険組合由来のレセプト（入院、外来、調剤）および健診データ（以下、JMDC データ）を使用しました。同社は、複数の健康保険組合から提供されたデータを蓄積している疫学レセプトデータベースを保有しており、2025 年の分析可能な人数は 1,000 万人を超えています。



JMDC データは健康保険組合由来のため、加入者である 0 歳から 74 歳までが対象となっており、特に 40 代と 50 代が多いことが特徴です。一方、定年退職により健康保険の適用対象から外れるケースが増える 60 歳以降のデータは減少する傾向が見られます。

このため、年齢分布に一定の偏りがあり、日本人口全体を代表するものではありませんが、大規模集団を継続的に観察できるため傾向を安定的に把握することが可能です。



年	2021	2022	2023	2024	2025
男性比率	55%	55%	55%	55%	55%
平均年齢	35 歳	35 歳	36 歳	36 歳	36 歳

目次

１．インフルエンザのリスク 6
ａ．重症度別 6
ｂ．時系列別 7
ｃ．性別・年齢別 8
ｄ．地方区分別 10
２．健康・生活習慣とインフルエンザリスクの関係性 11
３．感染歴別のリスク 12
ａ．前シーズンの診断状況別インフルエンザ診断発生率 12
ｂ．インフルエンザの型（推定に基づく）と流行期の関係 14
ｃ．インフルエンザの型（推定に基づく）と感染の関係 15
４．家庭内感染リスク 17
ａ．家族人数別 17
ｂ．年齢別の世帯内初発診断発生率 17
ｃ．世帯内の構成要員別初発診断発生率 18

【調査結果】

１．インフルエンザのリスク

ａ．重症度別

インフルエンザの重症度を把握する目的で、診断、肺炎併発、入院、重症入院（ICU等）を利用しました。2024年９月から2025年８月までを「2024-2025シーズン」とすると、同シーズンの診断発生率は10.91％で、100人中約11人がインフルエンザの診断を受けたという結果となっています。肺炎併発、入院、重症入院（ICU等）発生率は図１－１のとおりです。

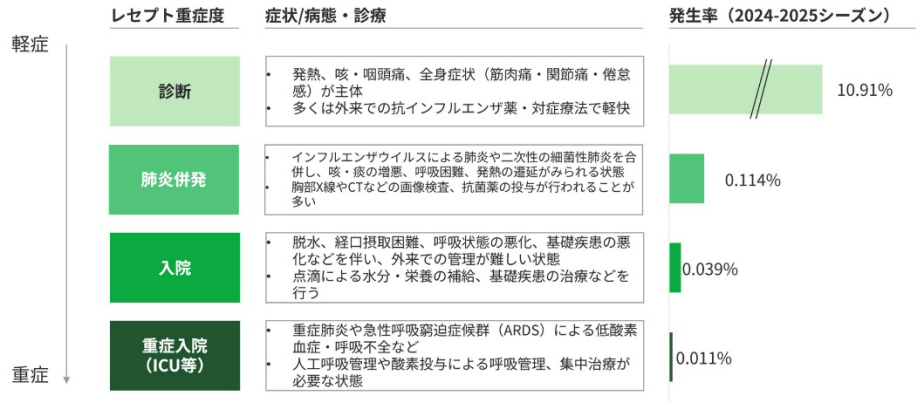


図１－１：重症度別のインフルエンザの発生率

なお、インフルエンザの診断、肺炎併発、入院、重症入院（ICU等）の発生率を計算する際に使用したレセプトデータの定義は以下のとおりです。

	分析定義	定義補足
診断	インフル傷病名（疑い除く）	傷病名は以下のICD-10コードにて定義した ・J10：その他のインフルエンザウイルスが分離されたインフルエンザ ・J11：インフルエンザ，インフルエンザウイルスが分離されないもの
肺炎併発	インフル傷病名（疑い除く）＋肺炎（疑い除く）の併発	肺炎は以下のICD-10コードにて定義した ・J12：ウイルス肺炎 ・J13：肺炎連鎖球菌 ・J14：インフルエンザ菌による肺炎 ・J15：細菌性肺炎 ・J16：その他の感染病原体による肺炎 ・J17：他に分類される疾患における肺炎 ・J18：肺炎，病原体不詳
入院	インフル傷病名（疑い除く）＋入院レセプト	入院レセプトの有無で定義した
重症入院（ICU等）	インフル傷病名（疑い除く）＋重症入院（ICU等）	重症入院は以下の診療行為で定義した ・A301：特定集中治療室管理料 ・A301-4：小児特定集中治療室管理料 ・A302：新生児特定集中治療室管理料 ・J045：人工呼吸 ・J024：酸素吸入

図１－２：レセプトデータの定義

また、インフルエンザの重症度が高まるほど平均医療費は増加する傾向にあります。重症化を防ぐことは、患者本人だけでなく、医療制度への負担を抑える観点からも重要です。

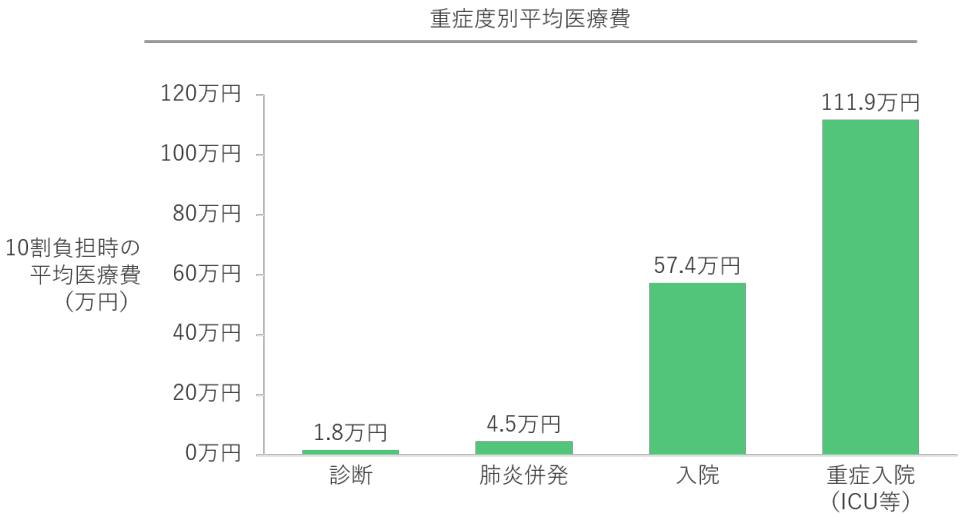


図１－３：重症度別平均医療費（2024-2025 シーズン）

＊インフルエンザ患者全体を基準人口として性年齢調整

また、診断、肺炎併発、入院、重症入院（ICU 等）は重複を排除して集計

ｂ．時系列別

インフルエンザの発生動向を把握する目的で、月次の診断発生率を集計しました。2020 年４月から 2022 年８月頃にかけては発生率が極めて低い水準で推移しており、新型コロナの流行に伴う外出自粛や感染対策などの影響が考えられます。2023-2024 シーズンでは 10 月頃から３月頃にかけて比較的なだらかな流行が続いています。一方、2024-2025 シーズンでは 12 月から１月頃にかけて鋭いピークがみられました。

なお、本レポートにおける発生率とは、集計対象母集団のうち、対象期間内にある事象が発生した人の割合を指します。例えば、インフルエンザの月次の診断発生率は、月内にレセプト上でインフルエンザの診断が確認された人の割合を表します。

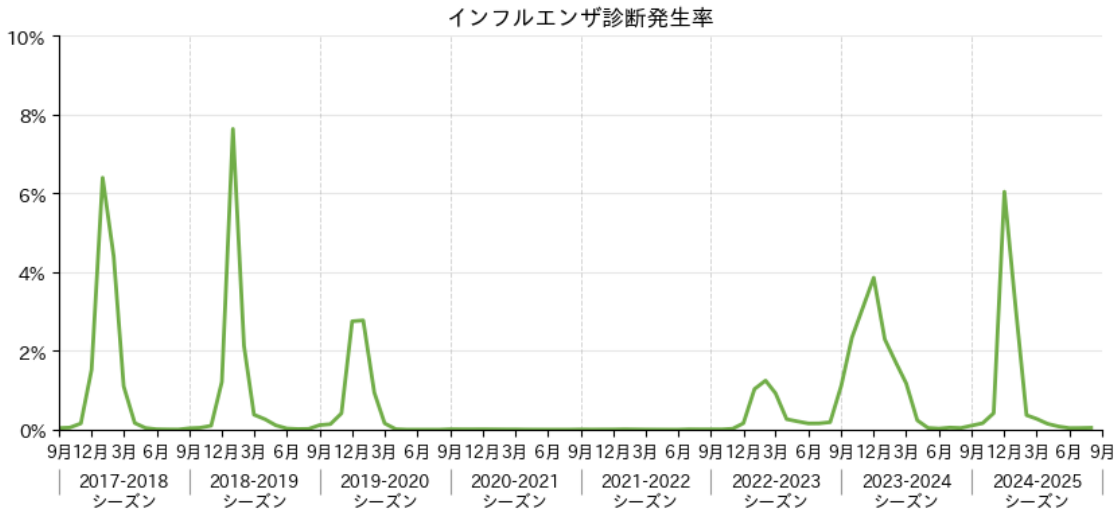
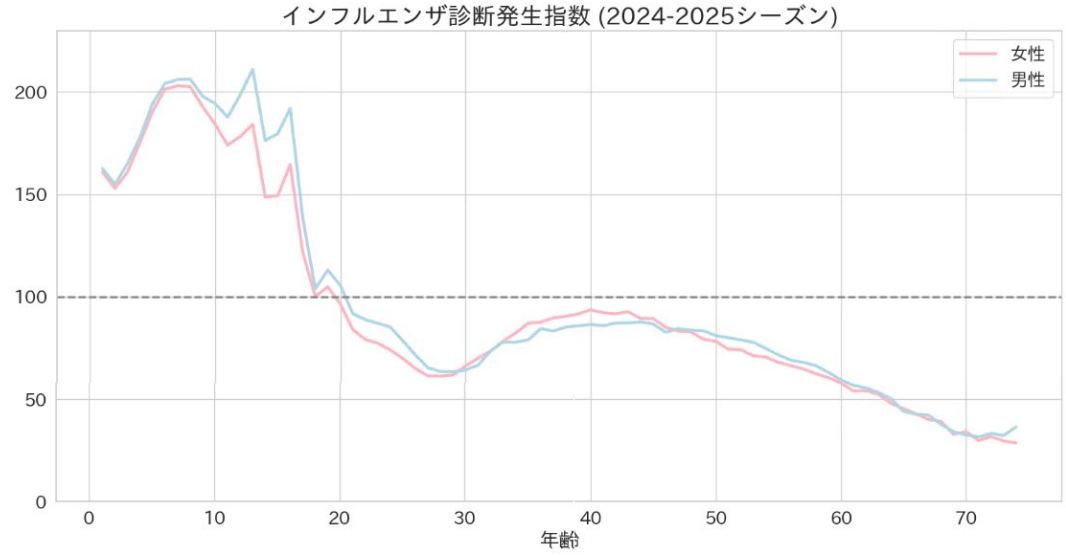


図１－４：月次のインフルエンザの診断発生率

c．性別・年齢別

性別・年齢別にインフルエンザの発生指数を比較しました。発生指数は、集計対象母集団全体の発生率を 100 としたうえで、発生率を相対的に表す指標です。診断については、特に５～14 歳の小児で高い発生指数を示す一方、肺炎併発や入院、重症入院（ICU 等）といった比較的重い状態は小児だけでなく高齢層（JMDC データで確認できる 60～74 歳）でも発生指数が高い傾向にあります。



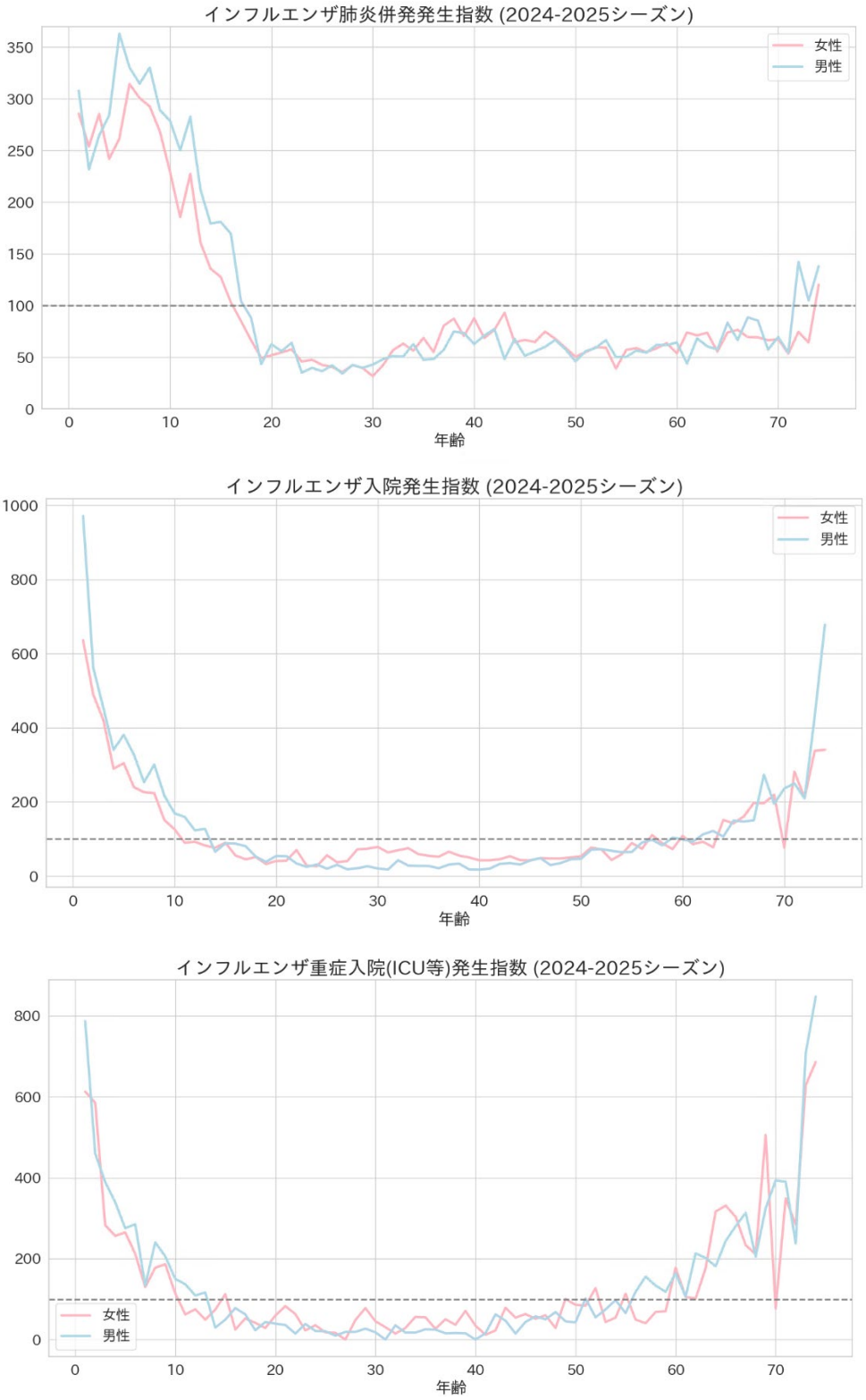


図１－５：性別・年齢別のインフルエンザの発生指数（重症度別）

ｄ．地方区分別

インフルエンザの流行時期が地域によって異なるかを把握する目的で、地方区分別に診断発生率を集計しました。対象者ごとに医科レセプトの受診医療機関の所在都道府県を集計し、２年間（2023 年９月～2025 年８月）で件数が最も多い都道府県を、その人の居住地としています。なお、病院未受診者等の都道府県が特定できない人については、特定できた人の都道府県別人数分布に応じて按分しました。沖縄を除く地域では、診断発生率のピークはおおむね同じ時期にみられ、流行時期に大きな地域差はないことが推察されます。一方、沖縄では他の地域と異なり、10 月頃と１月頃の２度のピークを持つ二峰性の推移を示し、いずれのピークも低くなだらかでした。国の感染症サーベイランスにおいても、沖縄では 2023-2024・2024-2025 シーズンともに 10 月と１月の２度のピークが確認されたことが報告されており※4、本分析の結果と整合しています。沖縄などの亜熱帯地域では通年で発生がみられることが知られていますが、その要因の詳細は明らかになっていません。

※4　沖縄県衛生環境研究所「2023/24 および 2024/25 シーズンのインフルエンザの流行状況―沖縄県」病原微生物検出情報（IASR）Vol. 46, p. 216-217（2025 年 11 月号）、国立健康危機管理研究機構

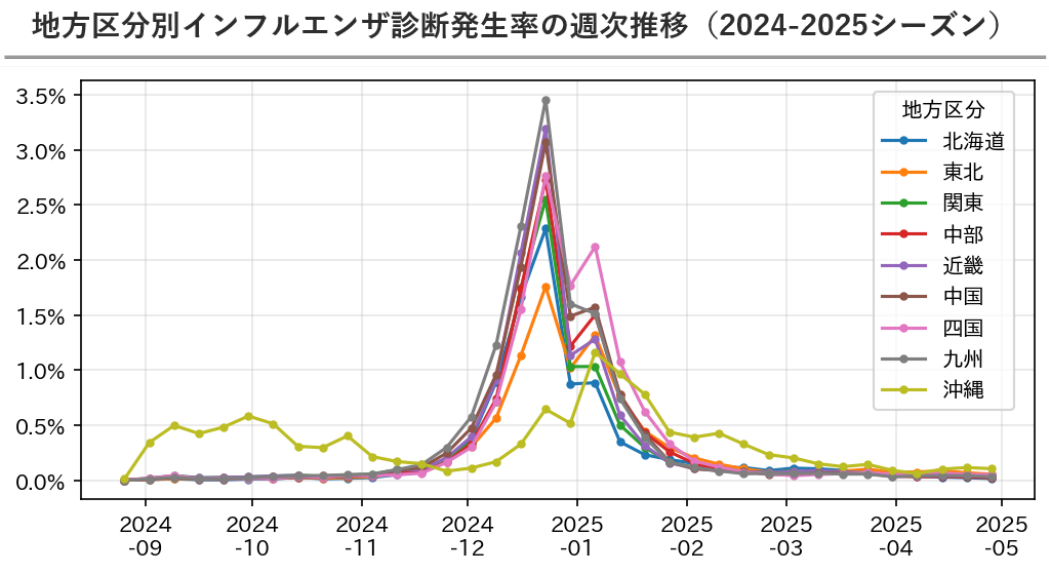


図１－６：地方区分別インフルエンザ診断発生率の週次推移（2024-2025 シーズン）

２．健康・生活習慣とインフルエンザリスクの関係性

インフルエンザと健康・生活習慣との関係性を把握する目的で、健診データの問診項目から４つの健康状態（降圧薬使用、糖尿病治療薬使用、脂質異常症治療薬使用、体重増加）と４つの生活習慣（喫煙習慣あり、歩行習慣なし、就寝前夕食習慣あり、睡眠休養感なし）を用いて、相対リスクを計算しました。ここで、相対リスクとは、ある特定のリスク因子にさらされたグループと、さらされていないグループの間で、インフルエンザの重症度別発生率の比を示す指標です。

例えば、降圧薬使用者は使用していない人に比べて診断発生率は 1.02 倍ということを示しています。入院、重症入院（ICU 等）と重症度が増すにつれて相対リスクは大きくなっており、**入院の発生率は 1.76 倍、重症入院（ICU 等）の発生率は 2.88 倍**となっています。糖尿病治療薬使用者や脂質異常症治療薬使用者についても、入院および重症入院（ICU 等）で相対リスクが高い傾向を示しており、生活習慣病の既往がある者はインフルエンザ罹患に伴い、基礎疾患が重症化しやすい可能性が示唆されます。

歩行習慣や睡眠休養感がない人は、それらがある人に比べてインフルエンザのリスクが高い傾向にあります。これは、運動不足や睡眠の質の低下が免疫機能の低下などを介して、感染や重症化に関係している可能性が考えられます。

一方、歩行習慣・喫煙習慣の肺炎併発の相対リスクや就寝前夕食習慣の重症入院（ICU 等）の相対リスクは１を下回っています。これは、職業、病院の受診行動、家族構成など、分析で十分に調整できていない背景因子の違いが影響している可能性が考えられます。

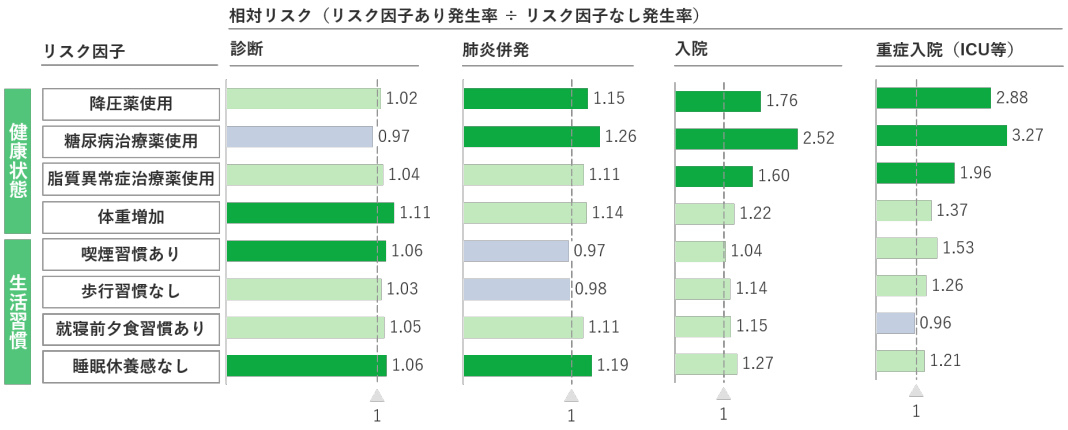


図２－１：インフルエンザのリスク因子と相対リスク（2024-2025 シーズン）

＊分析対象のうちいずれの問診項目にも欠損がない集団を基準人口として性年齢調整

相対リスクが高いもの上位３つのリスク因子を強調

なお、本分析に使用した問診項目は以下のとおりです。

項目名	質問内容
体重増加	20歳の時の体重から10kg以上増加している（はい／いいえ）
降圧薬使用	現在、血圧を下げる薬の使用有無（はい／いいえ）
糖尿病治療薬使用	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬の使用有無（はい／いいえ）
脂質異常症治療薬使用	現在、コレステロールを下げる薬の使用有無（はい／いいえ）
喫煙習慣	現在、たばこを習慣的に吸っている。（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者）（はい／いいえ）
歩行習慣	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（はい／いいえ）
就寝前夕食習慣	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。（はい／いいえ）
睡眠休養感	睡眠で休養が十分とれている。（はい／いいえ）

図２－２：健診データの問診項目の定義

３．感染歴別のリスク

ａ．前シーズンの診断状況別インフルエンザ診断発生率

前シーズンの診断状況別に、2024-2025 シーズンのインフルエンザ診断発生率を比較しました。前シーズンに風邪の診断があった人の診断発生率は 12.3%で、診断がなかった人の 9.3%と比べて約 1.32 倍となっています。また、前シーズンに新型コロナの診断があった人の診断発生率は 13.4%で、診断がなかった人の 10.5%と比べて約 1.28 倍となっています。これは、人との接触機会の多さなど感染しやすさに関わる要因に加え、症状があれば受診・検査を受けやすいといった受診行動の違いにより診断として把握されやすいことが共通して影響している可能性が考えられます。

一方、前シーズンにインフルエンザの診断があった人の診断発生率は 9.9%で、診断がなかった人の 11.1%と比べて約 0.89 倍となり、前シーズンにインフルエンザの診断があった人の方が診断発生率が低い結果となっています。風邪や新型コロナと同様に、感染症へのかかりやすさや受診行動に関わる共通要因は、前シーズンにインフルエンザにかかった人にも働いていると考えられます。それでも発生率が低いのは、一度かかったことでワクチン接種や感染対策への意識が高まったことによる防御効果が、かかりやすさや受診行動の影響を上回った可能性が考えられます。

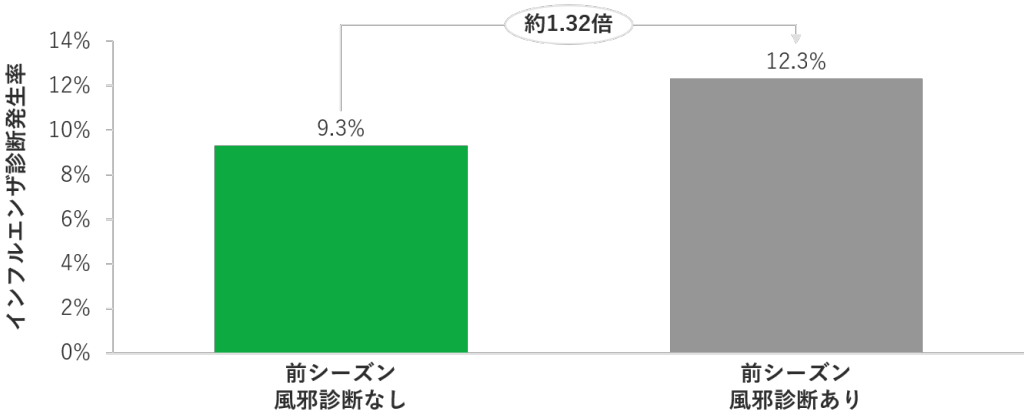


図３－１：前シーズン風邪診断有無別診断発生率（2024–2025 シーズン）

＊分析対象者全体を基準人口として性年齢調整

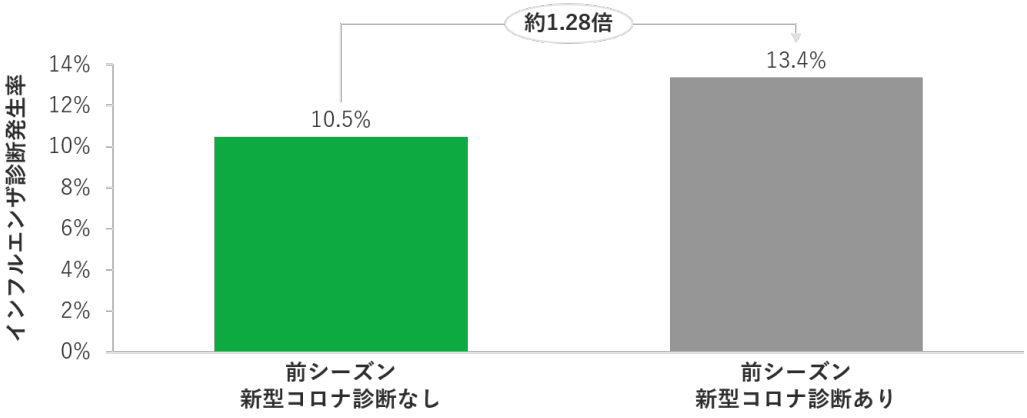


図３－２：前シーズン新型コロナ診断有無別診断発生率（2024–2025 シーズン）

＊分析対象者全体を基準人口として性年齢調整

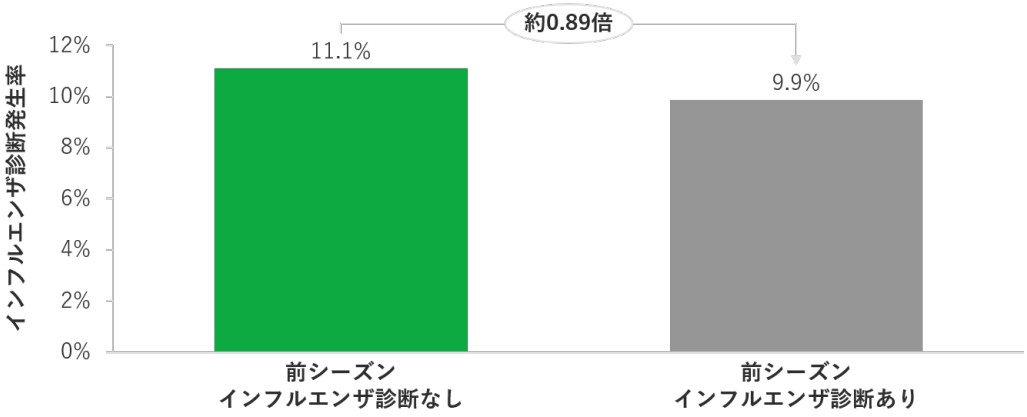


図３－３：前シーズンインフルエンザ診断有無別診断発生率（2024–2025 シーズン）

＊分析対象者全体を基準人口として性年齢調整

ｂ．インフルエンザの型（推定に基づく）と流行期の関係

インフルエンザの型（A 型/B 型）別に、診断発生率を週次で比較しました。多くのシーズンで A 型が主流であり、A 型の流行後に B 型が流行する傾向がみられました。なかでも B 型が大きく流行したのは 2023-2024 シーズンでした。

なお、レセプト上の病名は保険請求を目的として記載されるため、診療内容に影響しない情報は必ずしも記載されません。インフルエンザの型についても、A 型・B 型で治療内容が大きく変わらないことから型を特定しない病名が用いられることが一般的で、今回の分析でもインフルエンザと診断されたレセプトの約７割は型が不明でした。このため、型が不明なものは週ごとの型判明分の A 型/B 型比率で按分して集計しています。

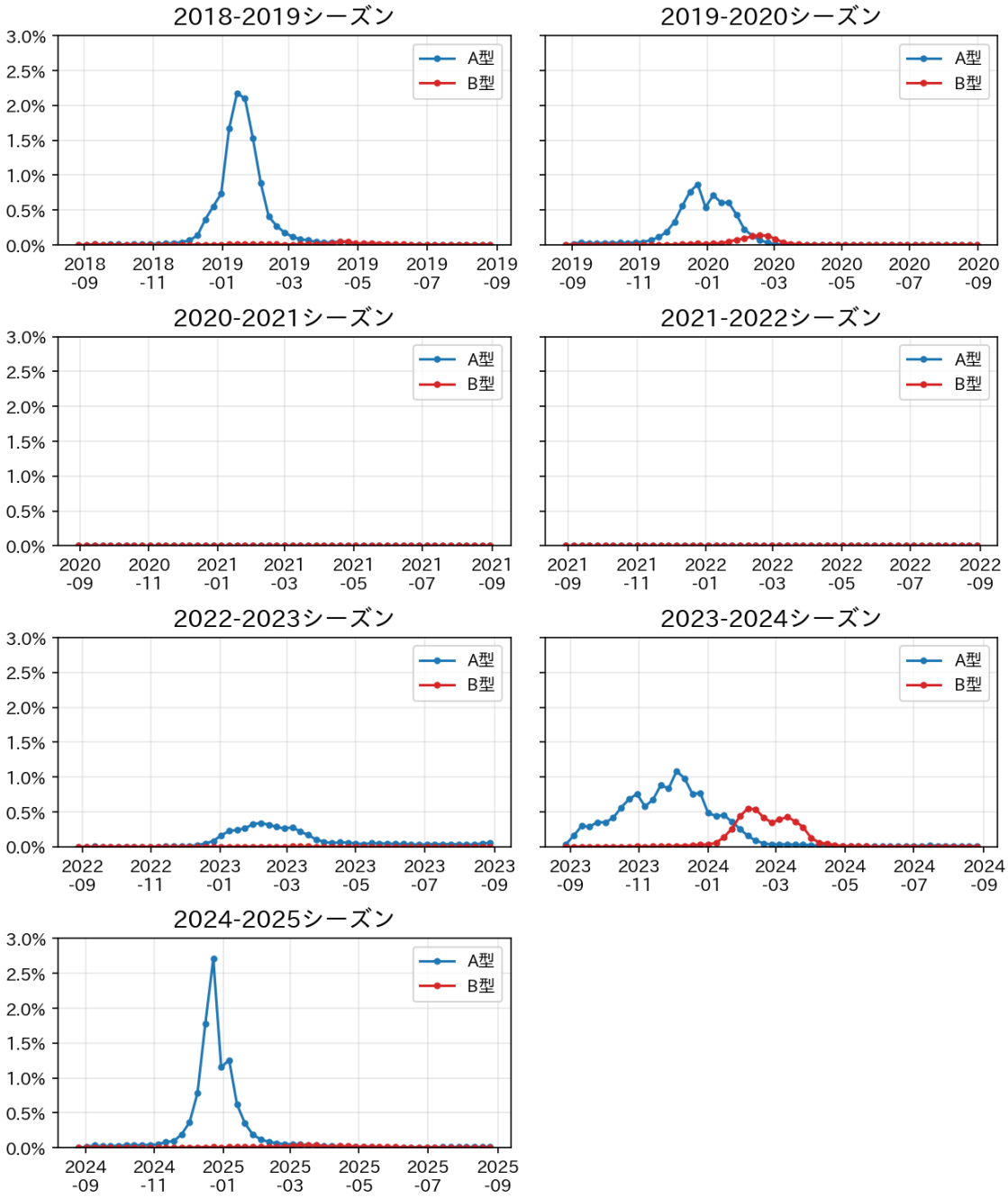


図３－４：シーズン別の週次インフルエンザ A 型/B 型別診断発生率

c．インフルエンザの型（推定に基づく）と感染の関係

上記の背景を踏まえ、特に B 型が流行した 2023-2024 シーズンを分析対象期間としました。先述のとおり、インフルエンザの型は不明なレセプトが多いため、診断時期に基づいて型を推定しています。具体的には、図３－５に示す A 型・B 型それぞれの流行時期をもとに、2023 年９月１日～2024 年１月 14 日を A 型流行期、2024 年２月 12 日～３月 31 日を B 型流行期と定義し、A 型流行期に診断されたレセプトを A 型、B 型流行期に診断さ

れたレセプトをB型と推定しました。なお、A型流行期とB型流行期の間に診断された者は分析から除外しています。

この定義に基づき、A型流行期の診断有無別にB型流行期の診断発生率を比較すると、A型流行期に診断された人の方がB型流行期にも診断される割合が高い傾向にありました。A型とB型は異なる型のインフルエンザウイルスであり、A型の感染で得た免疫はB型への防御に十分働かないと考えられることに加え、感染症へのかかりやすさや受診行動の違いにより診断として把握されやすいことが、共通して影響している可能性が考えられます。

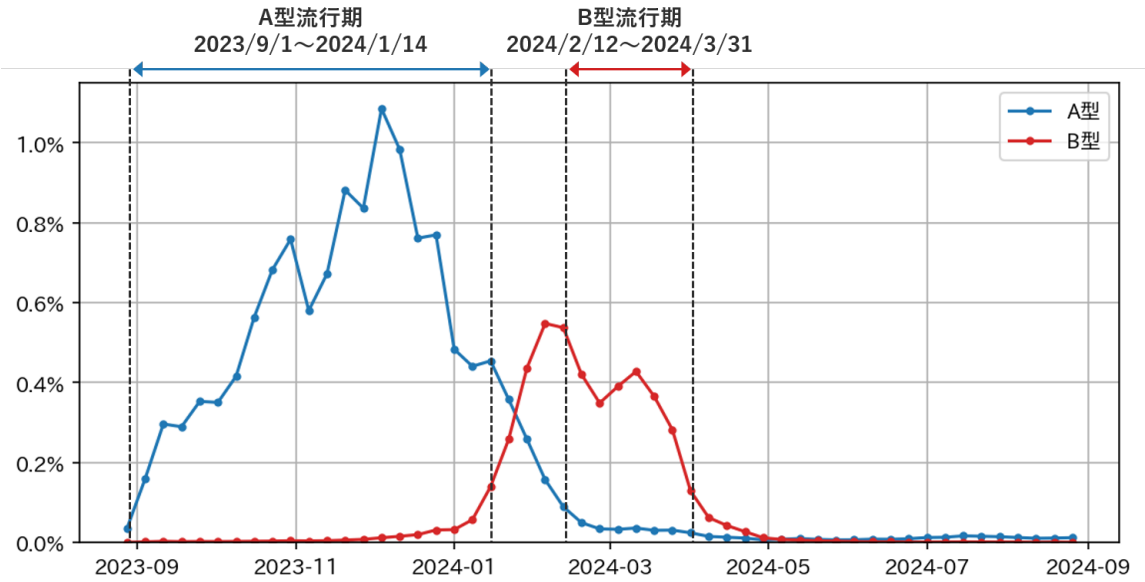


図３－５：2023-2024シーズンインフルエンザA型/B型の定義

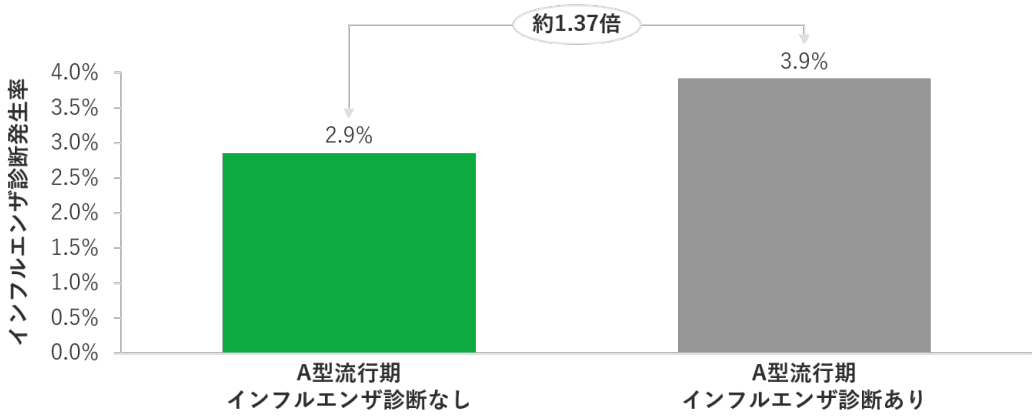


図３－６：インフルエンザA型流行期の診断有無別
インフルエンザB型流行期の診断発生率（2023-2024シーズン）
＊分析対象者全体を基準人口として性年齢調整

４．家庭内感染リスク

ａ．家族人数別

家族人数が増えると、<u>家庭内感染率（1 人以上が診断された世帯のうち、同一シーズンに複数名が診断された世帯の割合）は増加する傾向</u>にあります。一般に、世帯人数が増えると食卓・浴室・トイレなどの共有スペースでの接触機会が増加します。特に、子育て世代などの人数の多い世帯では、家庭内感染リスクが高いことを認識し、備えておくことが重要です。また、高齢者など免疫力が低い家族がいる場合、感染の影響が深刻化する可能性があります。家庭内感染率を減らすためにも、手洗いやマスク着用、換気など、感染症流行時に有効な対策の実施が推奨されます。

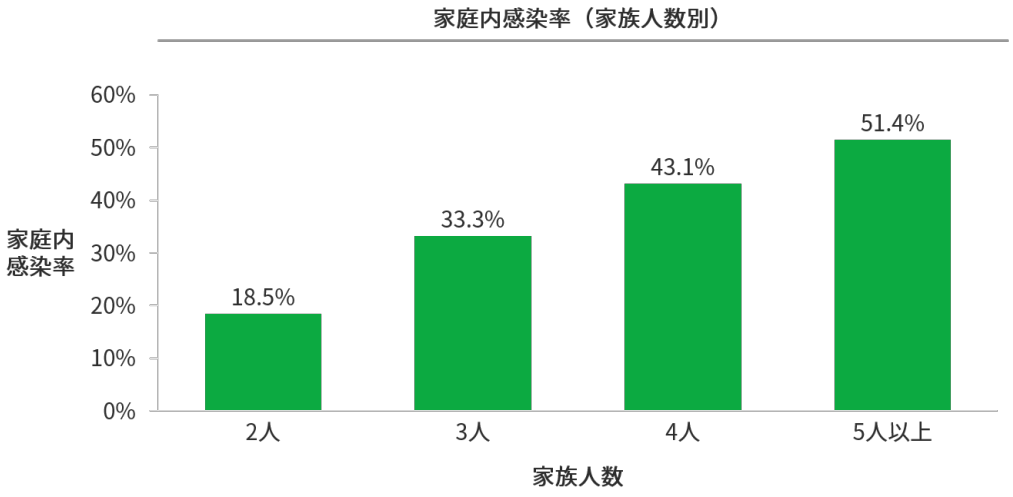


図４－１：家族人数別の家庭内感染率（2024-2025 シーズン）

＊本レポートでは、同一世帯内で同一シーズンに複数名がインフルエンザと診断された世帯数を１人以上がインフルエンザと診断された世帯数で除算した割合を、便宜上「家庭内感染率」と表記しています。

ｂ．年齢別の世帯内初発診断発生率

２人以上の世帯に所属する人の中で、シーズン中に世帯内で最も早くインフルエンザと診断された者を「初発者」とし、各年齢区分別に初発者の割合を集計しました。５～14 歳の小児で初発診断発生率が高く、小中学校など多数の人と接する機会の多い環境では、家庭内に感染を持ち込むリスクが高まる可能性が考えられます。

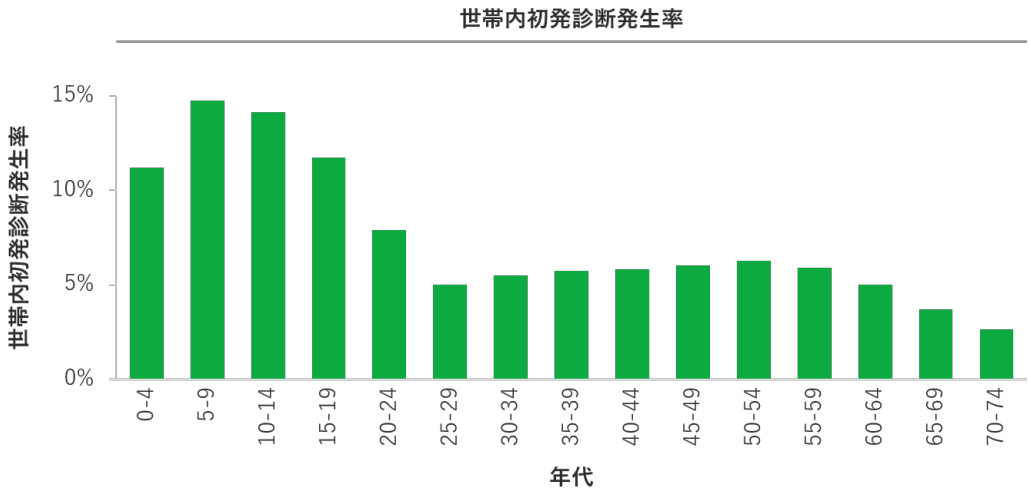


図４－２：年齢別の世帯内初発診断発生率（2024-2025 シーズン）

ｃ．世帯内の構成要員別初発診断発生率

インフルエンザ診断が確認された世帯について、子どもの人数・年齢構成別に、子どもが世帯内で最初に診断された割合を比較しました。子どもが初発者となる割合は、子ども１人世帯で約 51～60%、子ども２人世帯で約 66～74%、子ども３人世帯で約 74～81%となり、子どもの人数が多い世帯ほど高くなりました。もっとも、子どもの人数が多いほど子どもが初発者となる確率は自然と高くなるため、大人と子どもで最初に診断される確率が同じと仮定した場合の確率（世帯人数に占める子どもの人数比。子ども１人世帯で 33.3%、２人世帯で 50%、３人世帯で 60%）をベンチマークとして比較しました。その結果、いずれの世帯構成でも実績値がベンチマークを上回っており、子どもが最初に診断される割合の高さは、世帯内の子どもの人数だけでは説明できない可能性があります。

年齢構成別にみると６歳以下の子どもが多い世帯よりも、７～12 歳の子どもが多い世帯で、子どもが初発者となる割合が高い傾向が見られました。学齢期の子どもを含むことと、子どもが最初に診断されることとの関連が示唆されます。背景として、学校や保育施設など家庭外での接触機会が、世帯内への感染持ち込みに関与している可能性があります。

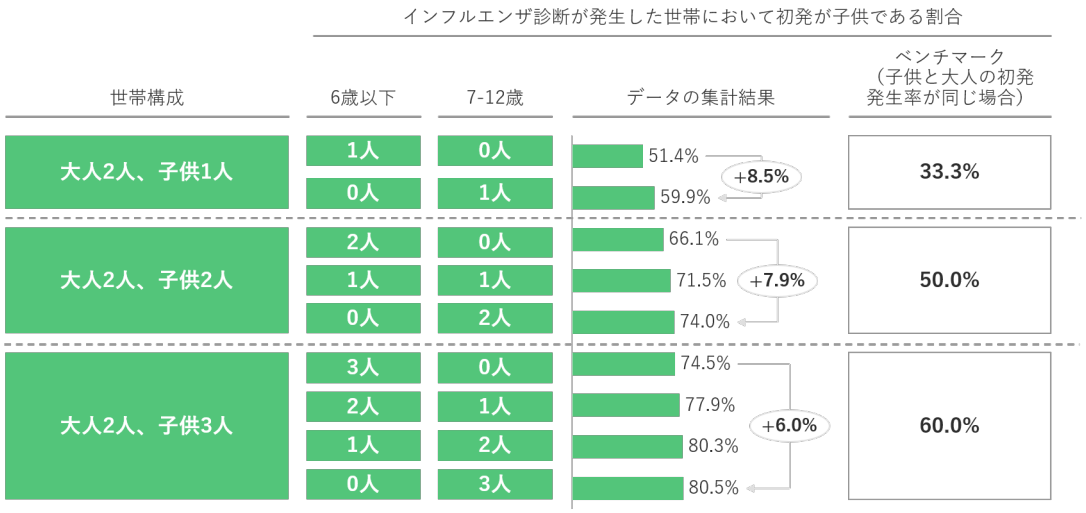


図４－３：世帯内の構成要員別初発診断発生率（2024–2025 シーズン）

本分析の留意点

本分析は健康保険組合由来のレセプトおよび健診データを用いた観察研究です。レセプト上の診断は、実際の感染、検査結果または感染経路を直接確認したものではありません。また、医療機関を受診しなかった人や、受診したものの検査・診断に至らなかった人は把握できません。各結果は対象集団内の関連性を示すものであり、因果関係を示すものではありません。一部の集計では性別・年齢の調整を行っていますが、未調整の集計では性別・年齢構成の影響が残ります。また、受診行動、ワクチン接種、家族構成などの要因は把握できておらず、結果に影響している可能性があります。

地方区分別の集計における居住地は、レセプト上の受診医療機関の所在都道府県から推定したものであり、実際の居住地を確認したものではありません。また、居住地と異なる都道府県で受診した場合や病院未受診の場合は、実際の居住地とは異なる都道府県に分類される可能性があります。

レセプト上の病名は保険請求を目的として記載されるため、診療内容に影響しない情報は必ずしも記載されません。インフルエンザの型別の集計は、型が不明なレセプトを週ごとの型判明分の比率で按分した推計値であり、実際の型別の発生状況とは異なる可能性があります。また、A 型流行期・B 型流行期の診断状況の比較は診断時期に基づく推定であり、ウイルス学的な検査によって型を確定したものではありません。

本分析における世帯は、健康保険組合の台帳情報に基づき、被保険者とその被扶養者を同一世帯として判定したものであり、住民票上の世帯や実際の同居状況と一致するものではありません。例えば、共働きでそれぞれが別の健康保険組合に加入している夫婦の場合、子などの被扶養者は一方の親にのみ紐づくため、もう一方の親は同一世帯として集計されません。

「家庭内感染率」はレセプト上の診断病名に基づく指標であり、実際の感染経路を特定したものではありません。そのため、家庭外での感染を含む可能性があります。また、初発者はレセプト上の診断日をもとにしたものであり、実際の発症順序や感染源を直接特定したものではありません。年齢による受診・検査行動の違いが結果に影響している可能性があります。

免責事項

本レポートは、株式会社 JMDC が保有するデータと公開情報を基にインフルエンザの発生リスクと、健康・生活習慣、感染歴および家庭内感染との関係性に関する分析を行い、住友生命保険相互会社および株式会社 JMDC が取りまとめたものです。

本レポートの内容は、執筆時点での情報に基づいており、将来の医学的・科学的知見の進展等により異なった分析・研究結果が示される可能性があります。

本レポートの情報は、一般的な参考情報の提供を目的としており、医学的助言や診断、治療を代替するものではありません。健康上の懸念や具体的な対応については、医療機関や専門家にご相談ください。

また、本レポートの分析結果および記載内容については、その正確性・完全性を保証するものではなく、当社は本レポートの利用により生じた直接的または間接的な損害について一切の責任を負いません。本レポートに記載された情報を活用する際には、読者自身の判断と責任においてご利用くださいますようお願いいたします。

本レポートの内容は、一般的な参考情報の提供を目的とするものであり、保険商品やその他の商業的なサービス・製品の開発、販売、マーケティング、リスク評価、アンダーライティング等の目的で本レポートの情報を使用することは認められません。ただし、上記の目的以外であれば、出典として以下を掲載することで、本レポートの内容の一部を利用することが可能です。

出典：インフルエンザ実態調査レポート. November 2026（住友生命保険相互会社・株式会社 JMDC 発行）