

全体会議に参加する担当課管理職は、データ構造を十分に把握しているとは限らないので、早期から実務担当者の参加を求めることで、データに関する詳細な情報を収集することが可能となる。

## 2) データ(健診・医療費・介護給付)の連結

国民健康保険や介護保険等の受給資格情報は、市役所において常に更新されており、履歴データのバックアップファイルは保有されていない。

## 3) 各データの連結キーとなる情報の確認

住民基本台帳コード(住基コード)とは異なる管理のための「個人番号」を使用している。

国保保険証番号は世帯ごとに番号が割り当てられるので、異なるデータを個人レベルで連結するためには使用できない。

老人保健受給者番号は、老人医療(国民健康保険)と介護保険とで共通して使用されているため、重要な情報である。

## 4) 自治体合併による個人番号の変更

現在の長浜市は平成18年(2006)2月13日、旧長浜市、東浅井郡浅井町、東浅井郡びわ町の1市2町が合併して誕生した。1市2町では合併前に実施されていた健診対象年齢や健診項目が異なっていた。また、旧浅井町、旧びわ町では、合併時にそれまで使用されていた個人番号が変更された。

## 5) 国保医療費データ

①病名入力は5月請求分のみ、主病名が一つだけ入力されている。データのフォーマットが固定されているため、カスタマイズが困難であるという限界がある。

### ②医療費データのフォーマット・使用可能期間の確認

滋賀県国保連において、長浜市の国保医療費データがどのように蓄積されているかを調査し、平成11年11月以降のデータが利用可能であることを確認した。また、ファイル内に含まれている項目を確認し、不足項目の洗い出し、匿名化対象項目の確認を行なった。その際、介護給付費データの項目とリンケージ可能な項目を確認することで、データ連携の方法論の検討を行なった。

## 6) 介護給付データ

介護保険は2000年の制度創設当初から、磁気媒体による給付請求が可能となるようにシステムが開発されており、給付に関するインターフェース仕様書が公表されている。しかし、介護サービスには様々な種類があるため(医療保険では、入院、入院外、歯科、薬剤の4種のみ)、給付費明細書の様式が10種類以上も存在し、たいへん複雑なデータ構造となっている。先に述べた、インターフェース仕様書は800ペ

ージ超となっており、どの情報が、データベース構築において重要であるか簡単に把握することが不可能であった（様式一覧・給付管理関連に関わる標準的な関係様式：URL

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb04Form.nsf/aPFLEx?OpenAgent&format=PDF&cs eq=500>）。

そこで、滋賀県国保連合会の介護保険担当者に対しヒアリングを行い、簡便に利用可能なデータ項目を抽出した。

#### ①簡便に利用可能な給付関連項目

##### [1]居宅サービス

→給付管理票情報（様式 11）

##### [2]施設サービス

→給付実績交換処理【加除第 4 号 586】

#### ②簡便に利用可能な更新・異動情報項目

※受給者情報更新結果情報は給付実績とリンクしており、介護サービスの利用状況を長期に渡って追跡できる。

なお、旧浅井町・旧びわ町では、合併前までは紙媒体による給付請求が行われていたため、データベースに入力可能なデータが制限されることになった。

### 7)健康診査データ

旧 3 市町間で異なっていた健診対象年齢や健診項目は、合併後の平成 1 8 年度事業より統一されることになった。平成 1 9 年度以降は、厚生労働省が定める特定健診・保健指導のあり方に沿って、対象年齢や健診項目が見直される。

## 【参考資料】

### 1. 疫学研究の倫理指針(平成 17 年 6 月 29 日一部改正):

#### 第3 インフォームド・コンセント 等

##### 7 研究対象者からインフォームド・コンセントを受ける手続等

研究対象者からインフォームド・コンセントを受ける手続等は、原則として次に定めるところによる。ただし、疫学研究の方法及び内容、研究対象者の事情その他の理由により、これによることができない場合には、倫理審査委員会の承認を得て、研究機関の長の許可を受けたときに限り、必要な範囲で、研究対象者からインフォームド・コンセントを受ける手続を簡略化すること若しくは免除すること又は他の適切なインフォームド・コンセント等の方法を選択することができる。

#### <インフォームド・コンセントの簡略化等に関する細則>

倫理審査委員会は、インフォームド・コンセント等の方法について、簡略化若しくは免除を行い、又は原則と異なる方法によることを認めるときは、当該疫学研究が次のすべての要件を満たすよう留意すること。

- ① 当該疫学研究が、研究対象者に対して最小限の危険を超える危険を含まないこと。
- ② 当該方法によることが、研究対象者の不利益とならないこと。
- ③ 当該方法によらなければ、實際上、当該疫学研究を実施できず、又は当該疫学研究の価値を著しく損ねること。
- ④ 適切な場合には、常に、次のいずれかの措置が講じられること。
  - ア 研究対象者が含まれる集団に対し、資料の収集・利用の目的及び内容を、その方法も含めて広報すること。
  - イ できるだけ早い時期に、研究対象者に事後的説明(集団に対するものも可)を与えること。
  - ウ 長期間にわたって継続的に資料が収集又は利用される場合には、社会に、その実情を、資料の収集又は利用の目的及び方法も含めて広報し、社会へ周知される努力を払うこと。
- ⑤ 当該疫学研究が社会的に重要性が高いと認められるものであること。

#### 第4 個人情報の保護等

##### 9 個人情報の保護に関する措置

#### (7) 安全管理措置

① 研究を行う機関の長は、その取り扱う個人情報の漏えい、滅失又はき損の防止その他個人情報の安全管理のため、組織的、人的、物理的及び技術的安全管理措置を講じなければならない。

② 研究を行う機関の長は、死者に関する個人情報に死者の人としての尊厳や遺族の感情及び遺伝情報が血縁者と共通していることに鑑み、生存する個人に関する情報と同様に死者に関する個人情報についても安全管理のため、組織的、人的、物理的及び技術的の安全管理措置を講じなければならない。

#### <安全管理措置に関する細則>

組織的、人的、物理的及び技術的の安全管理措置とは、取り扱う情報の性質に応じて、必要かつ適切な措置を求めるものである。

#### 1. 組織的の安全管理措置

組織的の安全管理措置とは、安全管理について研究者等の責任と権限を明確に定め、安全管理に対する規程や手順書（以下「規程等」という）を整備運用し、その実施状況を確認することをいう。組織的の安全管理措置には以下の事項が含まれる。

- ① 個人情報の安全管理措置を講じるための組織体制の整備
- ② 個人情報の安全管理措置を定める規程等の整備と規程等に従った運用
- ③ 個人情報の取扱い状況を一覧できる手段の整備
- ④ 個人情報の安全管理措置の評価、見直し及び改善
- ⑤ 事故又は違反への対処

#### 2. 人的の安全管理措置

人的の安全管理措置とは、研究者等に対する、業務上秘密と指定された個人情報の非開示契約の締結や教育・訓練等を行うことをいう。人的の安全管理措置には以下の事項が含まれる。

- ① 雇用契約時及び委託契約時における非開示契約の締結
- ② 研究者等に対する教育・訓練の実施

#### 3. 物理的の安全管理措置

物理的の安全管理措置とは、入退館（室）の管理、個人情報の盗難の防止等の措置をいう。物理的の安全管理措置には以下の事項が含まれる。

- ① 入退館（室）管理の実施
- ② 盗難等の防止
- ③ 機器・装置等の物理的保護

#### 4. 技術的の安全管理措置

技術的の安全管理措置とは、個人情報及びそれを取り扱う情報システムのアクセス制御、不正ソフトウェア対策、情報システムの監視等、個人情報に対する技術的な安全管理措置をいう。技術的の安全管理措置には、以下の事項が含まれる。

- ① 個人情報へのアクセスにおける識別と認証



- ② 個人情報へのアクセス制御
- ③ 個人情報へのアクセス権限の管理
- ④ 個人情報のアクセス記録
- ⑤ 個人情報を取り扱う情報システムについての不正ソフトウェア対策
- ⑥ 個人情報の移送・通信時の対策
- ⑦ 個人情報を取り扱う情報システムの動作確認時の対策
- ⑧ 個人情報を取り扱う情報システムの監視

**2. 文部科学省科学技術・学術審議会生命倫理・安全部会「疫学的手法を用いた研究の在り方に関する小委員会」及び厚生労働省厚生科学審議会科学技術部会「疫学的手法を用いた研究等の適正な推進の在り方に関する専門委員会」の合同委員会において取りまとめられた資料(平成14年6月17日14文科振第123号科発第 0617001 号 疫学研究に関する倫理指針の施行等について(通知))**

**(1) 「疫学研究に関する倫理指針」におけるインフォームド・コンセント等の具体的方法について**

**1 文書により説明し文書により同意を受ける方法の場合**

○ 説明に当たっては、個別に面接する必要はなく、説明会を開催し集団で説明できる。

十分な内容の説明文書を作成すれば、これを郵送することにより説明できる。

○ 説明文を会場に掲示しただけでは、説明に該当しない。

**2 文書により説明し文書により同意を受ける方法によらないインフォームド・コンセントの場合**

○ 説明に当たっては、個別に面接する必要はなく、説明会を開催し集団で説明できる。ただし、説明会への参加及び同意の意思を個別に確認する必要がある。

十分な内容の説明文書を作成すれば、これを郵送することにより説明できる。ただし、同意の意思を個別に確認する必要がある。

**3 疫学研究の実施について情報公開をする場合**

○ 情報公開の方法については、自治会の会報への掲載、資料の全戸への配布、公共機関や当該研究機関での掲示又は配付資料の備付けを相当期間実施すること、これらの方法により周知した上での説明会の開催などの方法によることができる。

○ なお、介入研究の場合は、研究対象者が介入を受けることとなるという事情に鑑み、情報公開については、研究対象者が容易に知り得るよう特に配慮する必要があるため、ホームページへの掲載や照会への応答だけでは足りない。これに対し、観察研

究の場合は、ホームページへの掲載でも足りる。

○ 公開する情報の内容は、研究対象者が研究について知ることにより研究の対象である行動を変えるおそれの有無を勘案して決定することができる。(また、情報を公開できない場合は、指針7 ただし書に基づき、情報を公開しないことができる。)

○ テレビなどマス・メディアによる教育のように、介入の性格上特定の者を除外できないが、当該介入が研究対象者に不利益を与えることがないと考えられる場合は、指針7 ただし書に基づき、介入の対象から除外しないものとするすることができる。

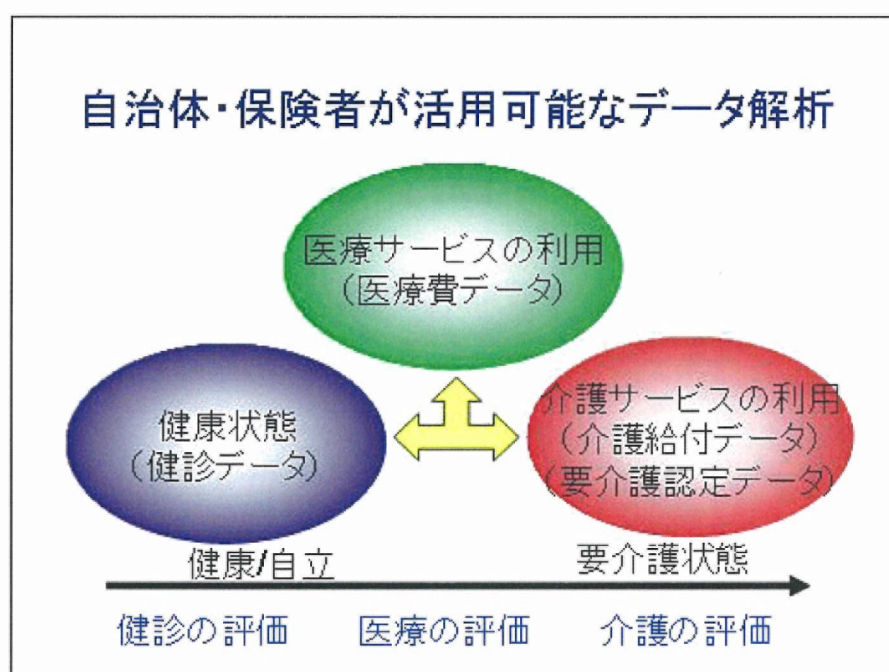
## 第II章

健康診査データ、国保医療費データ、  
介護保険要介護認定データ、介護給  
付費データの活用方法の検討

## 第II章 健康診査データ、国保医療費データ、介護保険要介護認定データ、介護給付費データの活用方法の検討

### 1. 研究の背景と目的

ここでは、研究並びに事業の倫理面についても十分に検討を加えたうえで、現実的、制度的、社会的に可能な手法を探り、国保レベルで介護と医療の費用を連結させて、医療福祉の費用を統合して評価・分析し、健診データと医療費データを連結させて健診事業の効果評価、健診対象者の把握等、特定健診・保健指導や医療計画、介護適正化計画等に資するための情報を解析するための手法を開発することを目的とする。



### 2. 目的別に利用可能なデータ項目

#### 1) 健康状態の把握

##### ① 健診データ

- ・生活習慣
- ・既往歴
- ・現病歴・受療状況
- ・検査値から各種疾患（生活習慣病）のカテゴリー分け（予備群、該当群）
- ・健診の判定結果：正常（異常なし）、要観察、要医療

##### ② 要介護認定データ

- ・生活機能自立度
- ・認知機能障害の有無
- ・要介護状態に関連する疾病

#### 2) 健診の事後評価

健診受診後、「要観察」と判定された者について保健指導が実施されているかどうか、また、医療機関の受診があったかどうかその状況を把握する。

＜想定される状況＞

- ・以前より保健指導を受けている場合
- ・健診後に保健指導が開始された場合
  - 保健指導の状況：継続、中止（理由：改善したため、自己中断のため）
- ・保健指導を受けていない場合
  - 拒否、医療機関受診（治療開始、医療機関で経過観察）
  - 医療機関における指導内容の把握

### ③要医療と判定された者の受療状況(健診・医療費連結データ)

- ・以前から受診を継続している場合
- ・健診後に受診を開始した場合
  - 外来受診・継続、入院
- ・未受診の場合

### ④要医療と判定されたにもかかわらず未受診である者・未受診理由の把握(健診・医療費・介護費連結データ)

- ・自治体の保健事業以外で健康診断（人間ドック）を受けている場合
- ・健康である（自覚症状が無い）と感じている場合
- ・健康診査を受ける時間的余裕（アクセスも含めて）が無い場合（会場招待型、医療機関型）
- ・医療機関に通院・入院しているので、健診を受ける必要は無いと考えている場合
- ・要介護認定を受けており、医療機関に通院・入院している場合
- ・要介護認定を受けており、施設に入所している場合（医療機関の受診あり[往診含む]）

### ⑤医療費データ

医療資源の消費に関する情報

- ・在院日数
- ・医療費：入院外、入院
- ・一人あたり医療費
- ・医療費三要素：受診率、1件あたり日数、1日あたり診療費
- ・主病名：大分類、中分類（5月分のみ）
- ・個人あたりのレセプト件数（→複数の医療機関を受診している患者の把握：主病名重複の有無）

### ⑥一ヵ月毎のレセプト分析(医療費データ)

### ⑦連続データのレセプト分析(医療費データ)

- ・在院日数を累積することで、長期入院患者を把握することが可能
  - 医療機関が複数にわたる場合も考えられる
- ・高額レセプトの把握
  - 高額の定義：例～一ヶ月あたり200万円以上

### 3) 介護給付費データの分析

- ・要介護度
- ・居宅サービス：利用しているサービスの種類・延べ利用日数（回数）・費用額
- ・施設サービス：入所施設の種類・延べ利用日数・費用額

### 4) 健診・保健指導

#### ① 健診未受診者の同定（健診・医療費・介護費連結データ）

- ・対象者から除外：要介護認定者[介護保険データ]、療養病床入院患者[国保データ：医療機関番号？]

#### ② 未受診の理由を推定（健診・医療費・介護費連結データ）

- ・未受診者：健診の対象となる集団（生活機能・認知機能の障害なし[要介護認定データ]）から受診者を除外
- ・これまでに定期的な外来受診があるかどうか
- ・主病名：健診がターゲットとする生活習慣病等であるかどうか[国保：傷病名（5月のみ）]

#### ③ 健診の判定結果に応じた事後対応の把握（健診・医療費連結データ）

- ・要医療：これまでに外来受診があるかどうか：あり→生活習慣病等か[国保：傷病名（5月のみ）]
- ・要観察
- ・医療機関でフォローされたかどうか把握する  
→外来レセプトの発生の有無（主病名がと一致するか）[国保データ：入院外レセプトの有無、傷病名（ただし、5月のみ）]

#### ④ 健診受診者の生活習慣・既往歴・現病歴と健診後事後対応との関係を検討することで、特定保健指導の在り方や対象者を把握することが可能となる（健診・医療費・介護費連結データ）

- ・健診データ
- ・国保レセプトデータ
- ・疾病登録データ（現時点では入手不可能）

### 5) 健診受診・保健指導の有無による医療資源消費量の違い（要介護状態にある者を除く）（健診・医療費・介護費連結データ）

- ・診療日数・医療費（入院・入院外）[国保医療費データ]
  - ・疾病登録により、重篤な疾病の発生を把握
  - ・長期追跡により、健診データ（生活習慣、疾病予備群）と医療資源消費の関係を検討
- 健診・保健指導の効果判定

### 6) 外来受診件数が多い者の同定

- ・国保レセプトデータ[通年連結データ]を用いる
- ・被保険者一人ひとりについて、月毎のレセプト件数を把握する
- ・レセプト件数が多い被保険者を同定する
- ・該当者のレセプトを照合し、傷病名に重複が無いかどうかチェックする

### 7) 長期入院者の把握(医療費・介護認定連結データ)

- ・長期入院を診療日数から定義する[国保医療費データ(通年、連結データ)]
- ・\*1年365日中、診療日数(入院)の合計が\*日以上を「長期入院」と定義する
- 医療機関が変わった場合(転院)、一時的に退院した場合でも、把握可能
- ・長期入院者の特性として、傷病名、生活機能・認知機能の自立度、医療の必要性等を以下の情報から把握する。
- ・要介護認定データ：要介護度、生活機能・認知機能の自立度、医療の必要性、要介護状態に関連する疾患の把握

### 8) 要介護者の医療ニーズの把握(医療費・介護認定・介護費連結データ)

以下の変数ごとに診療日数・医療費(入院、入院外)を比較する

- ・要介護認定データ：要介護度、生活機能・認知機能の自立度、医療の必要性
- ・要介護状態に関連する疾患の把握
- ・特に、医療療養病床入所者を同定する

### 9) 地域における介護ニーズの把握(医療費・介護認定・介護費連結データ)

- ・65歳以上人口を把握(可能であれば、65~74歳、75歳以上に分ける)
- ・介護保険サービス給付状況(施設・居宅)と医療療養病床の入院状況を把握する
- ・長期入院している高齢患者の同定とその入院医療費・在院日数を把握する[国保医療費データ]

表. 健診・医療費・介護費データの変数とその活用方法

	健診・保健指導		医療費				高額しセプト の同定(月、 年)
	健診未受診者 の同定、未受 診理由把握	受診者事後対 応;保健指導 or 医療	診療日数:入 院外(通院日 数)	診療日数:入 院(在院日 数)	入院医療費	外来医療費	
<健診データ> 健診データの有無 生活習慣 既往歴 現病歴・受療状況 検査値から各種疾患(生活習慣病) のカテゴリ分け(予備群、該当群) 健診の判定結果:正常(異常なし)、 要観察、要医療 保健指導の有無 疾病登録データ							
<要介護認定データ> 要介護認定の有無 生活機能自立度 認知機能障害の有無 要介護状態に関連する疾病							
<医療費データ:通年データ> 診療日数 外来医療費 入院医療費 主傷病名(5月分のみ)							
<介護費データ> 居宅サービス費 施設サービス費							

凡例



現時点で入手可能な情報  
 将来的にデータ整備が望まれるもの



## 第Ⅲ章

# 健康診査・医療費・介護費データの 分析

## 第三章 健康診査・医療費・介護費データの分析

### 目的

健康診査データ、医療費データ、介護データに関して、個人レベルのデータを経年的に結合することによって、自治体・保険者にとって有益な分析を実施する。

健康診査データ結果や医療費の個人単位の推移、介護サービスの利用状況等の分析を実施する。

#### (1) 健康診査データ

平成 11 年度から平成 18 年度の健康診査のデータを個人ごとに結合し、BMI (Body Mass Index) と総コレステロールの推移を把握する。

#### (2) 医療費データ

平成 11 年 1 月～平成 18 年 12 月の国民健康保険加入者のうち、医療費データが存在するデータを個人ごとに結合し、医療費の推移を把握する。

#### (3) 介護費データ

介護費データに関しては、介護度別の介護サービスの利用状況（人数、個人単位で集約した介護給付費）の推移（平成 17 年 12 月から平成 18 年 11 月までの 1 年間）に関して分析を実施する。（なお、平成 12 年 4 月に開始した介護保険は 5 年経過した平成 17 年に大幅な見直しが実施され、平成 18 年 4 月から（一部は平成 17 年 10 月から）改正介護保険法が施行されたため、介護度の区分に関して若干の変更が実施されている。）

### 対象と方法

#### (1) 健康診査データ

解析の事前準備として、まず平成 11 年度から平成 18 年度の 8 年間に関して健康診査を受診している 436 人を対象に 8 年分の個人データ（BMI と総コレステロール）を結合し、その 8 年間の推移を把握した（総コレステロール値は 1 人欠損あり）。また平成 11 年度と平成 18 年度の健康診査データを用いて、BMI に関しては肥満度の判定に用いられる 25 を基準にグループ分けを、総コレステロールに関しては高コレステロール血症である 220mg/dl を基準にグループ分けを行いさらに分析を実施した（平成 11 年度も平成 18 年度も基準値範囲内の群に関しては、特に詳細な分析は実施していない）。

#### <BMI の場合：4 群>

- ① 平成 11 年度も平成 18 年度も 25 以上である群（肥満維持群：37 人）
- ② 平成 11 年度は BMI が 25 以上で平成 18 年度は 25 未満である群（肥満改善群：13 人）
- ③ 平成 11 年度は BMI が 25 未満で平成 18 年度は 25 以上である群（肥満化群：17 人）
- ④ その他  
平成 11 年度も平成 18 年度も BMI が 25 未満である群（非肥満維持群：369 人）

#### <総コレステロールの場合：4 群>

- ① 平成 11 年度も平成 18 年度も総コレステロール値が 220mg/dl 以上である群（高コレステロール維持群：75 人）
- ② 平成 11 年度は総コレステロール値が 220mg/dl 以上で平成 18 年度は 200mg/dl 未満である群（改善群：52 人）
- ③ 平成 11 年度は総コレステロール値が 220mg/dl 未満で平成 18 年度は 220mg/dl 以上である群（悪化群：74 人）
- ④ その他  
平成 11 年度も平成 18 年度も総コレステロール値が 220mg/dl 未満である群（正常範囲維持群：234 人）

#### （2）医療費データ

解析の事前準備として、まず平成 11 年 1 月～平成 18 年 12 月の国民健康保険加入者のうち医療費データが存在する 49,393 人に対し、医療費を一年単位で集約し個人ごとに結合した。そのうち、8 年間毎年医療費データが存在する（年に一度は医療サービスを受診した）9,355 人を今回の解析対象として、個人データを年齢ごと（平成 18 年 12 月末日時点）に集約し、8 年間の平均医療費の推移を把握した。

#### （3）介護費データ

介護費データに関しては、平成 17 年 12 月から平成 18 年 11 月までの 1 年間に介護サービスを利用した 2,820 人について、介護度別の介護サービスの利用状況（人数、個人単位で集約した介護給付費の分布・総額）の推移を把握した。（なお、平成 12 年 4 月に開始した介護保険は 5 年経過した平成 17 年に大幅な見直しが実施され、平成 18 年 4 月から（一部は平成 17 年 10 月から）改正介護保険法が施行されたため、介護度の区分に関して若干の変更が実施されている。）

## 結果

#### （1）健康診査データ

8 年間の健康診査データが揃っている市民の数は 436 人で、平成 11 年度から平成

18年度でのBMIの変化率の平均は1.0%の増加で、標準偏差は5.88%であった。増加率の最大は35.6%（BMI17.0から23.1に変化）で、減少率の最大は18.3%であった。8年間でほとんどBMIの変化がなかった（±1%未満）のは106名であった。また、8年間の総コレステロール値が揃っている市民の数は435人で、平成11年度から平成18年度でのBMIの変化率の平均は2.8%の増加で、標準偏差は13.8%であった。増加率の最大は48.9%で、減少率の最大は38.3%であった。

平成11年度と平成18年度のBMIの数値より4群に分類したところ、各群の個人レベルの推移は図1の通りであった。①肥満維持群では、平均が2.3%の増加で標準偏差が4.95%、増加率の最大が12.0%、減少率の最大が9.0%であった。②肥満改善群では、平均が7.7%の減少で標準偏差が4.75%、減少率の最小が3.5%、最大が18.2%であった。③肥満化群では、平均が7.3%の増加で標準偏差が3.07%、増加率の最大が14.6%、増加率の最小が2.9%であった。なお、個人レベルでのBMI推移のうち特徴的なデータに関して、各群より一部抜粋し詳細な推移をグラフで示した（図2）。

平成11年度と平成18年度の総コレステロール値より4群に分類したところ、各群の個人レベルの推移は図3の通りであった。①高コレステロール維持群では、平均が2.8%の増加で標準偏差が9.60%、増加率の最大が30.6%、減少率の最大が26.7%であった。②改善群では、平均が15.1%の減少で標準偏差が9.0%、減少率の最小が1.4%、最大が38.3%であった。③悪化群では、平均が16.3%の増加で標準偏差が10.0%、増加率の最大が45.1%、増加率の最小が0.9%であった。なお、個人レベルでの総コレステロール推移のうち特徴的なデータに関して、各群より一部抜粋し示した（図4）。

## （2）医療費データ

平成11年1月～平成18年12月の間に国保加入者で医療を一度でも受けたことがある人は、49,393人であった。そのうち8年間毎年医療費データが存在した人は、9,355人であり、年齢（平成18年12月末日時点）分布は、図5の通りであった。（平均：67.45歳、中央値：73歳、最小：7歳、最大：110歳、第1四分位：64歳、第3四分位：79歳）

8年間の平均医療費の推移を、年齢ごとの平均値で確認すると、25歳以下ではおよそ年間30,000点以下で推移していた。30代後半から40代になるにつれ、経年的に平均医療費が増加し、40,000点を超える年が出現していた。50代以降になると年間70,000点以上の平均医療費を使っている年が出てきており、経年的な平均医療費の増加傾向は95歳まで継続していた。40歳から95歳までの、各年齢における平均医療費の経年推移のグラフは図6の通りであった。

## （3）介護費データ

平成17年12月から平成18年11月までの1年間に介護サービスを利用したのは2,820人であり、男性861人（30.5%）、女性1,959人（69.5%）であった。

介護状態別介護サービス利用人数の推移は図7-1の通りであり、やや微増傾向であ

った。(平成 18 年 2 月 13 日に市町合併があったため、利用人数に急激な増加がある。また、平成 18 (2006) 年 4 月より介護保険法の改正により介護度の区分に変更が生じたため、要支援 1 や要支援 2 に関しては 4 月からデータが存在している。) また、介護状態別の利用者の人数構成は図 7-2 の通りであった。人数構成で推移を見ると、合併の影響を受けずに推移を把握できるが、平成 18 (2006) 年 11 月時点では平成 17 (2005) 年 12 月時点と比較して、要介護度 2 以上の人数の構成割合が増加していた。介護状態別介護給付費総額の推移は図 8-1 の通りであり、やや微増傾向であった。(介護給付費も介護サービス利用人数と同様に、平成 18 年 2 月 13 日に市町合併があったため、急激な増加がある。

また、平成 18 (2006) 年 4 月より介護保険法の改正により介護度の区分に変更が生じたため、要支援 1 や要支援 2 に関しては 4 月からデータが存在している。) また、介護状態別の介護給付費総額の構成は図 8-2 の通りであった。介護状態別の構成で推移を見ると、合併の影響を受けずに推移を把握できるが、平成 18 (2006) 年 11 月時点では平成 17 (2005) 年 12 月時点と比較して、介護利用人数の変化と同様、要介護度 2 以上の給付費総額の構成割合が増加していた。介護状態別一人あたり介護給付費(平均)の推移は、図 9 の通りであり、ほとんど変化はなかった。

介護状態別に個人レベルで介護給付費の分布や推移を見たところ、要支援に関しては図 10-1 の通りであった。平成 18 (2006) 年 4 月以降介護保険法の改正によって新たに設定された要支援 1 や要支援 2 の場合は、図 10-2、10-3 の通りであった。同じく、介護保険法の改正によって区分に変更が生じた要介護 1 の場合は、図 10-4 の通りであった。また、要介護 2、要介護 3、要介護 4、要介護 5 の場合は、図 10-5、10-6、10-7、10-8 の通りであった。図 10-1 から 10-8 が示す通り、個人単位で介護給付費を集約し、個人レベルで介護給付費の分布の推移をみると、どの介護状態区分においてもほとんど変化はなかった。

図 1-1. 個人レベルの BMI の推移

(平成 11 年度と平成 18 年度の BMI の数値より肥満維持群と分類された群)

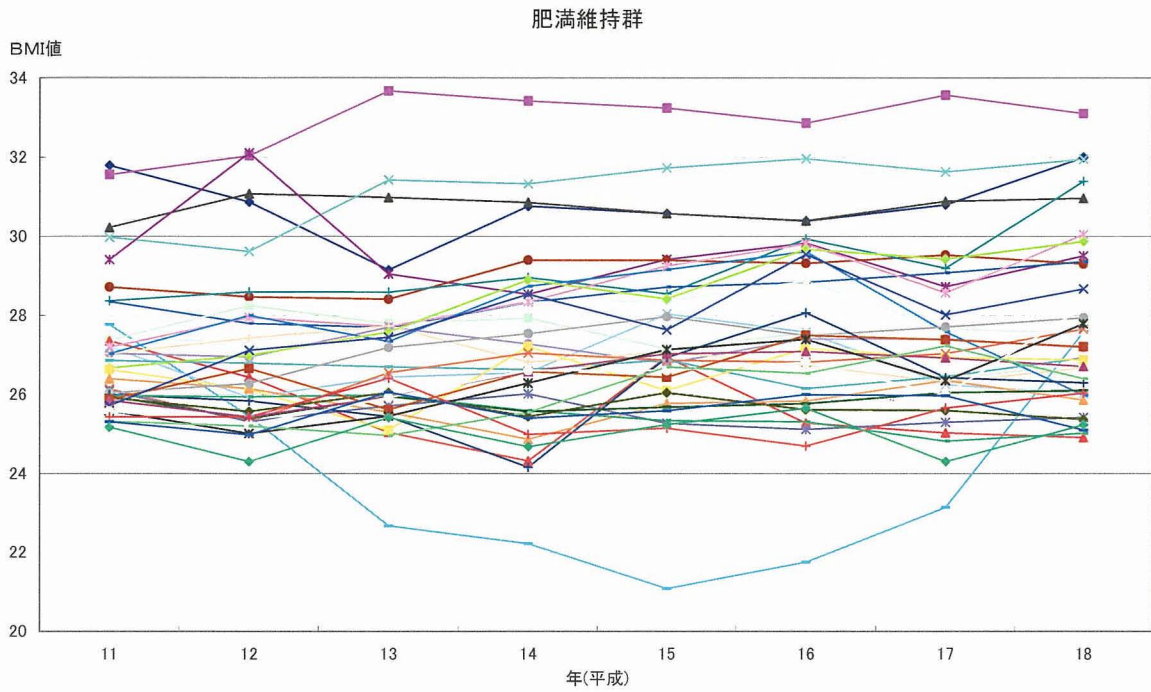


図 1-2. 個人レベルの BMI の推移

(平成 11 年度と平成 18 年度の BMI の数値より肥満改善群と分類された群)

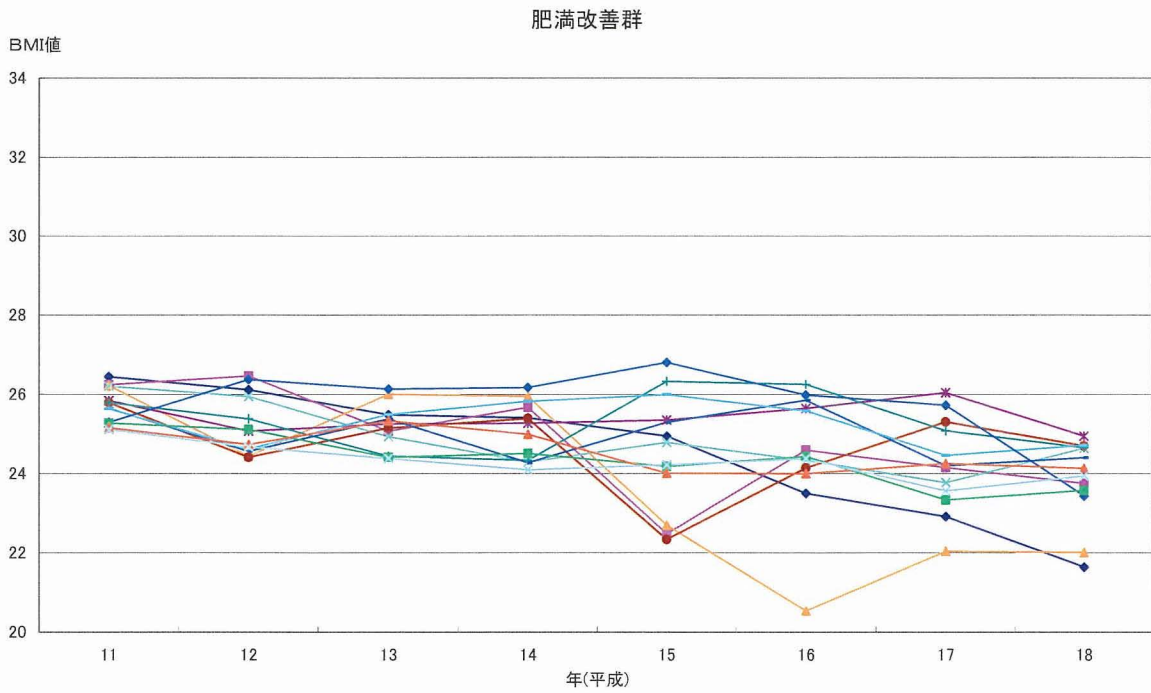




図2. BMIの推移の詳細（個人データ：一部を抜粋）

