

別添 4

令和元年度厚生労働科学研究費補助金
(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)
分担研究報告書

自治体における保健事業政策の変移に関する記述的分析: 費用額による評価

研究分担者 川村 顕	公立大学法人神奈川県立保健福祉大学・ 大学院ヘルスイノベーション研究科
研究代表者 野口 晴子	早稲田大学 政治経済学術院
研究協力者 及川 雅斗	早稲田大学 政治経済学術院 / 日本学術振興会

研究要旨

本研究の目的は自治体の歳出歳入データを用いて自治体の保健事業に係る費用の時系列的な推移を記述的に分析することである。「地方財政状況調査」と「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」を用いて市町村合併を考慮した自治体パネルデータを構築し、保健事業費・一人当たり保健事業費の推移を分析したところ、保健事業費の総額と一人当たり費用が2008年度以後、急激に増加していることが明らかになった。2008年度は特定健康診査・特定保健指導の導入時期と重なり、当該制度の導入が自治体の保健事業に大きな影響を与えた可能性が示唆される。また、2008年度以前・以後での一人当たり費用の変化率には一定程度のばらつきがあり、そのばらつきは2008年以前の一人当たり費用のばらつきに依存し、2008年度以後では一人当たり費用のばらつきは小さくなっている。このように、保健事業を費用の面で評価することにより、保健事業が平均的に拡大していることやその変化に一定程度の異質性があることが確認された。研究の次のステップとしては、このような自治体間の制度の差を利用して、自治体の保健事業が居住者の健康状態や健康行動に与えた影響を分析していく。そのために個票データと自治体パネルデータを突合することが望まれる。

A. 研究目的

本研究の目的は基礎自治体の中高年を対象とした保健事業の変移を自治体の歳出歳入データを用いて分析することである。

日本では、1982年の老人保健法施行以後、自治体により中高年者を対象とした健康促進政策が広く実施されてきた。例えば、老人保健法によれば、健康診断(以下、健診)といった保健事業は、「職域等においてこれらの事業に相当する事業の対象となる場合を除く」¹40歳以上の居住者に対して提供されていた²。このように、健康促進政策が広く実施されてきた一方で、糖尿病といった生活習慣病の発症者・予備群は増加し続けていた。2014年度厚生労働白書によれば、2005年の「健康日本21」中間評価で糖尿病発症者・予備群や肥満者の増加といった健康状態の悪化、野菜摂取不足・歩数減少といった健康行動の悪化が明らかになった³。糖尿病を含む生活習慣病は一般に根治することが難しく、また、医療費の大きな割合を占めるため、これらの疾病の予防は個人の健康を守るためならず医療費拡大による財政圧迫を抑制するためにも重要な意味合いを持つ。

このような生活習慣病の予防を目的として、2008年4月には特定健康診査・特定保健指導が導入されることとなった。特定健康診査・特定保健指導の導入に際して、それまでの健診政策に対して課題の取りまとめがなされた

4。様々な課題が議論された中、制度や実施主体により健診項目等の格差が生じていたことが課題の一つとして挙げられており⁵、特定健康診査・特定保健指導の導入に際して、標準化された健診・保健指導プログラムに基づき、制度が実施されることとなった。また、特定健康診査・特定保健指導においては実施主体である保険者に対して健診・保健指導の実施率等によるインセンティブ制度が設定されている⁶。したがって、市町村国民健康保険の実施主体である基礎自治体は健診・保健指導の実施率を向上させるようなインセンティブを持つことになった。

上記のように、自治体による保健事業の変遷の概要を記述した。ここ数十年における自治体の保健事業の大きな制度的変化は特定健康診査・特定保健指導の導入であろう。本研究では、このような制度的変化の中で、各自治体の保健事業に関わる費用がどのように変化したかを、「地方財政状況調査」より得られた「保健事業費」の時系列的推移を記述的に分析することにより議論していく。

B. 研究方法

本研究では、総務省より公開されている「地方財政状況調査」と同じく総務省より公開されている「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」を用いて分析を行なっていく。「e-Stat 政府統計の総合窓口」より自治体別

¹ <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0620-6c.html> を参照。(2020年7月3日アクセス)

² 職域における保険事業の提供例としては、例えば、1972年に施行された労働安全衛生法では、雇用主は被雇用者に対して定期的な健康診断を提供することが義務付けられている。このように被雇用者は職場で健康診断を受けているため、自治体は被雇用者に対しては、基本的に健康診断を実施しない。

³ <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-01.pdf> p.38を参照。(2020年7月3日アクセス)

⁴ <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-01.pdf> p.39を参照。(2020年7月3日アクセス)

⁵ 厚生労働省の審議会資料によると「健診の検査項目等が制度間、実施主体間で異なっている」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/dl/s0915-8b01.pdf>) (p.8) (2020年7月2日アクセス)との指摘がある。

⁶ 概略は <https://www.mhlw.go.jp/content/000580826.pdf> を参照されたい。(2020年7月2日アクセス)

の統計情報をダウンロードしデータセットを構築した。

「地方財政状況調査 国民健康保険事業会計(事業勘定)決算の状況 市町村分」⁷からは国民健康保険事業会計に関する歳出歳入を内訳別に利用できる。例えば、歳出であれば、総務費、保険給付費、保健事業費などである。保健事業費は健康診断、健康教育、健康相談といった国民健康保険法における保健事業にかかる費用として定義されている。また、データ利用可能年度は1989-2017年度である。本研究では、当該データを用いて保健事業費の推移を概観していく。また、2008年度の特健康診査・特定保健指導の導入後も地方財政状況調査における保健事業の定義に大きな変化はない⁸。「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 市区町村別年齢別人口」⁹からは年齢階級別人口を利用することができる。データ利用可能年度は1995-2018年度である。これらの自治体レベルデータを突合し、一人当たり保健事業費の計算を試みる。

⁷ 詳細は <https://www.e-stat.go.jp/api/sample2/tokeidb/getMetaInfo?statsDataId=0003173060> を確認されたい。(2020年7月2日アクセス)

⁸ 地方財政状況調査における保健事業費の定義は以下のようになっている。「平成17年度地方財政状況調査表作成要領」(<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031396037&fileKind=2>)によれば、保健事業費には「法第82条第1項及び第2項の規定に基づく保健事業のうち、直営診療施設以外のものに要した経費を計上し、保健師活動費があればここに計上する」(筆者注:「法」は「国民健康保険法」とあり、平成17年時点では、国民健康保険法第82条第1項及び第2項の規定に基づく保健事業とは、「健康教育、健康相談、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業」(第1項)、「被保険者の療養のために必要な用具の貸付けその他の被保険者の療養環境の向上のために必要な事業、保険給付のために必要な事業、被保険者の療養又は出産のための費用

市町村合併の存在はデータの突合・分析を難しくしてしまう。それぞれのデータにおいて、市町村合併が生じた年度毎に自治体の取り扱いが異なる可能性がある。例えば、A市とB町が2004年度に合併しC市が誕生した場合、いずれかのデータではA市とB町それぞれデータが集計されており、他方では、C市としてデータが集計されている場合には、自治体名を用いた突合作業は必ずしも成功しない。また、市町村合併の有無が自治体の歳出歳入や人口の規模に影響を与えることも考えられるため、データの時系列的な変化の解釈が難しくなってしまう。

本研究では、上述の問題に対処するために、近藤(2019)により構築された「市町村合併を考慮した市区町村コードのコンバータ」を用いて、市区町村合併を考慮した自治体パネルデータを構築した。市区町村コンバータを用いることにより、合併前の年度において、合併前の複数自治体を合併後の単一自治体として取り扱うことができる。例えば、上述の例を再度用い、2003年度以前のデータではA市とB町の2つのデータが存在し、2004年度

に係る資金の貸付けその他の必要な事業」(第2項)のように定義されている。特定健康診査・特定保健指導導入後の「平成20年度地方財政状況調査表作成要領」(<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031395521&fileKind=2>)においても導入前の平成17年度作成要領と同様の定義がなされているが、国民健康保険法第82条第1項における保健事業が「特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であって、健康教育、健康相談、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業」のように改正されたため、若干定義が異なる。しかしながら、2008年度以前に行われていた老人保健事業に基づき40歳以上を対象として市区町村が実施してきた基本健康診査の一部が特定健康診査等に置き換えられただけで、基本的な構成要素に大きな違いはない。

⁹ 以下より <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200241&tstat=000001039591&cycle=7&tclass1=000001039601> ダウンロード可能。(2020年7月2日アクセス)

以降には C 市のデータのみが存在していると
する。このとき、市区町村コンバータを用いる
ことにより、2003 年度以前のデータに関して
A 市と B 町のデータを統合した疑似的な C
市を構築することができる。このように、市区町
村コンバータを用いて、「地方財政状況調査」
と「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及
び世帯数」の双方に関して市区町村合併を考
慮した自治体レベルパネルデータを構築し突
合作業を行なった。結果として、1,741 自治体
×23 年(1995-2017 年度)¹⁰=40,043 観測値を
含むデータセットが構築された。

以下の分析においては、1,741 自治体から町
と村を除いた 813 自治体を分析に用いる。こ
れは分析対象を特別区・政令市・市部に限定
することにより、一定程度財政規模等が等しい
自治体を分析対象とするためである。

C. 研究結果

C-1 記述統計量

表1は主要変数に関する記述統計量をまとめ
たものである。データの観測数は18,699 (813
自治体×23年)である。

表1によると、1995-2017年度における各自
治体の人口総数の平均は140,698.3人、40-74歳
人口の平均は63,582.9人である。

次に、自治体の保健事業費用の概観を記述
する。国民健康保険事業会計歳出のうち保健
事業費は平均約7,000万円であり、歳出合計
の平均値約127億円と比較すると規模は小さ
い。また、保健事業費の総歳出に占める割合
の平均値が約0.6%となっている。一方で、保

険給付費の平均値は約81億円で、総歳出に
占める割合の平均は約65%となっており、保
険給付費と比較すると保健事業費が国保事
業会計の中で占める割合が低いことが示され
た。

次に、一人当たり保健事業費について議論を
行う。本論文では、2008年4月に導入された特
定健康診査・特定保健指導の対象となる40-
74歳を保健事業のターゲット層と定義し一人
当たり保健事業費を計算した¹¹。また、自治体
の保健事業の主たる対象は当該自治体の居
住者で職域保険に加入していない者である
が、『住民基本台帳に基づく人口、人口動態
及び世帯数 市区町村別年齢別人口』では、
それらの区分ごとの人口情報が含まれていな
いため、40-74歳の人口総数を用いて一人当
たり費用の計算を行った。この場合には、計
算される一人当たり費用は実際の費用の下
限になりうる。サンプルを特別区・政令市・市
部に限定したとはいえ、サンプル内で人口規
模等に一定程度の差があると考えられるため、
一人当たり費用を計算することにより、人口規
模による費用の差をある程度制御できるだ
ろう。

表1によると1995-2017年度における40-74歳
人口一人当たりの保健事業費の平均値は
1,346.3円である。保健事業のターゲット層に
対して、1年間で平均的に1,346円が歳出され
ていると解釈できる。総人口一人当たり保険
給付費が約60,000円であることから、ターゲ
ット層の人口で調整した上でも、保健事業費が

¹⁰ 先に述べたように、『地方財政状況調査 国民健康
保険事業会計(事業勘定)決算の状況 市町村分』はデ
ータ利用可能年度が1989-2017年度であり、『住民基
本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 市区町村
別年齢別人口』はデータ利用可能年度が1995-2018
年度であるため、双方でデータが利用可能な1995-

2917年度のデータを分析用データセットとして利用し
た。

¹¹ 1982年に施行された老人保健法では、自治体の保
健事業の対象を当該自治体に居住する40歳以上の者
と定義しているが、本論文では、それよりも幅を狭めた
40-74歳をターゲットとして一人当たり保健事業費を計
算した。

自治体の国保事業会計歳出に占める割合が低いことが確認された。

健診といった予防的医療に対する議論が広く行われている一方で、記述統計量からは健診を含む保健事業に歳出される費用が自治体国保事業会計の中で低い割合を占めることが明らかになった。しかしながら、表1は1995-2017年度の全てをプールしたサンプルを用いた推定結果であり、以下では、保健事業費の推移について分析を行ない、より詳細に各自自治体の保健事業に関する議論を行なっていく。

C-2 保健事業費の推移

図1-1は保健事業費の平均値の時系列的推移を図示したものである。また、比較対象として保険給付費の推移も同様に図示している。図1-1において、実線が保健事業費の推移を示しており、単位は100万円である（左軸）。また、点線が比較対象である保険給付費の推移を示しており、単位は100万円である（右軸）。横軸は決済年度を示しており、図中の縦点線は2008年、すなわち、特定健康診査・特定保健指導が導入された年を示している。図1-1によると、保健事業費の平均値は2007年以前では約4,000万円で横ばいに推移している。しかしながら、特定健康診査・特定保健指導が導入された2008年度に前年度の約2倍に急増し、約9,000万円になった。その後も平均値は上昇し2017年度には1億2000万円と

なった。このように、特定健康診査・特定保健指導の導入後、自治体の保健事業費は急増するなど、制度導入前後で、保健事業費の推移に大きな違いあることが示された¹²。一方で、保険給付費に関しては制度導入前後で大きな変化は見られなかった。

一人当たり保健事業費の推移も同様の傾向を示している。図1-2は図1-1と同様に一人当たり保健事業費と一人当たり保険給付費の時系列的推移をまとめたものである。記述統計量と同様の定義を用いて40-74歳人口一人当たり保健事業費と総人口一人当たり保険給付費の推移を図示した。

図1-2によると、2007年以前では、一人当たり保健事業費の平均値は800-1,000円の間ではほぼ横ばいで推移している。一人当たり保健事業費は2008年度に、前年度の約800円から約1,600円に急激に増加し、その後も増加傾向であり、2017年度には約2,100円となった。一方で、保険給付費ではこのような2008年度前後での急激な上昇は観察されなかった。このように、一人当たり保健事業費でも保健事業費の総額と同様に2008年度前後での急激な平均値の変化が観察された。

次に、保健事業費に関する年度別箱ひげ図を作成し、保健事業費の平均値以外の分布的推移について議論する。図2-1と図2-2は保健事業費と一人当たり保健事業費に関して、年度別に箱ひげ図を図示したものである。例えば、図2-1では、各年度の箱内の白線は当

¹² 厚生労働省の資料によると、老人保健法に基づく保健事業のうち健康診断等を含む「その他の保健事業」に関しては、「国、都道府県、市町村で1/3ずつ」費用を負担することとなっている。

(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0620-6c.html>) (2020年7月3日アクセス)

また、国民健康保険法 第七十二条の五 によると国は都道府県に対し「特定健康診査等費用額」の1/3に相当する額を負担することとなり、都道府県は、「一般会計から、特定健康診査等費用額の三分の一に相

当する額を当該都道府県の国民健康保険に関する特別会計に繰り入れなければならない」となっているため、自治体の国保に基づく特定健康診査・特定保健指導に関する費用負担は、老人保健法に基づく「その他の保健事業」と同様に国、都道府県、市町村で1/3ずつであると考えられる。

したがって、特定健康診査・特定保健指導の導入が自治体の保健事業費の費用負担割合を変化させた結果として、2008年度以後の保健事業費の急増が起きた可能性は低いのではないかと考えられる。

該年度の保健事業費の中央値を表しており、箱の上辺/下辺はそれぞれ75/25パーセンタイル点に対応している。箱の上下に伸びた「ひげ」の上端/下端はそれぞれ外れ値を除いた上での最大値(upper adjacent value)/最小値(lower adjacent value)を表している¹³。

図2-1によると、2007年度以前では、平均値と同様に、保健事業費の分布は概ね横ばいに推移している。例えば、中央値は約2,500万円に推移している。一方で、2008年度以降になると分布は上方に移動し、2008年度では中央値は約5,000万円となり2007年度と比較して約2倍となっている。また、2008年度では25パーセンタイル点は2007年度の中央値よりも高くなっている。

保健事業費総額の推移と同様の傾向は一人当たり保健事業費でも観察された。図2-2によると、2007年度以前では、一人当たり保健事業費の中央値はほぼ横ばいで推移しており、75/25パーセンタイル点も多少の変動はあるが横ばいで推移している。しかしながら、2008年度では25パーセンタイル点が前年度の75パーセンタイル点を超え、2008年度以後も徐々に分布が上方に移動している。中央値に関しては、2008年度は前年度の750円の約2倍となる1,500円となった。

このように、平均値の推移や年度別箱ひげ図から、2008年度前後における保健事業費の非連続的な変化が観察された。2008年度は特定健康診査・特定保健指導が導入された年度であり、当該制度が自治体の保健事業費用に影響を与えた可能性が示された。

次節では、保健事業費の推移についてその異質性の可能性に着目しより詳細に分析を行っていく。

C-3 推移の異質性

A章で議論したように、特定健康診査・特定保健指導の導入以前には、制度や実施主体により健診内容に格差が生じていたことが課題の一つとして挙げられていた。この場合、自治体ごとの保健事業費の変化に異質性が存在する可能性がある。例えば、もともと健診が手厚く提供されていた自治体では、特定健康診査・特定保健指導の導入前後で保健事業費に大きな変化は生じないかもしれない。一方で、もともと健診が十分に提供されていない自治体では、制度導入前後で保健事業費の大きな上昇が観察されるかもしれない。本節ではこのような保健事業費の時系列的な変化の異質性について分析を行っていく。

図3は一人当たり保健事業費の変化率の分布を図示したものである。ここでは、一人当たり保健事業費の変化率を「1995-2007年度の一人当たり保健事業費の自治体内平均値と比較した2008-2017年度の自治体内平均値の変化率」と定義し¹⁴、各自治体について一人当たり保健事業費の変化率を計算した。この変化率を計算することにより、2008年度の前線で一人当たり保健事業費がどの程度変化したかを捉えたい。また、図3は、図の解釈可能性を高めるために、変化率の95パーセンタイルを超える自治体を除外して図示している。また、各ビンの幅は25となっている。

図3によると、一人当たり保健事業費の変化率は、95パーセンタイルを超える自治体を除外

¹³ ここで外れ値は75/25パーセンタイル点に1.5×四分位範囲(75パーセンタイル-25パーセンタイル)を足した/引いた点よりも大きい/小さい値として定義している。

¹⁴
$$= \frac{(mean_{2008-2017} - mean_{1995-2007})}{mean_{1995-2007}} \times 100$$
 (ここで、
 $mean_{2008-2017}$: 2008-2017年度の自治体内平均値、
 $mean_{1995-2007}$: 1995-2007年度の自治体内平均値)

したとしても、-100%から1,000%の間に分布し、右に裾野が広がっている。また、分布のうち変化率が50-100%のところに山ができていいる。また、変化率の中央値は約139%である。このように、図3から、多くの自治体で2008年度以後一人当たり保健事業費が2倍以上に増加したことが読み取れる。その一方で、一人当たり保健事業費が2008年度以後減少、もしくは、大きく変化してない自治体が一定数存在することも確認された。

次に、一人当たり保健事業費の変化率別に一人当たり保健事業費の推移を確認する。図4は、自治体を、一人当たり保健事業費の変化率をもとに、1) 0%未満(「変化率<0」), 2) 0以上10%未満(「 $0 \leq$ 変化率<10」), 3) 10以上50%未満(「 $10 \leq$ 変化率<50」), 4) 50以上100%未満(「 $50 \leq$ 変化率<100」), 5) 100以上200%未満(「 $100 \leq$ 変化率<200」), 6) 200%以上(「 $200 \leq$ 変化率」)、の6つのカテゴリに分類し、それぞれのカテゴリにおける一人当たり費用の推移をまとめたものである。また、図の各線の説明文中の括弧内で当該カテゴリにおける自治体数を記載している。

図4によると、2008年度前後の変化率が低いほど2007年度以前の一人当たり保健事業費が高い傾向にあることがわかる。また、2007年度以前の保健事業費には一定程度ばらつきがあったことが示された。2007年以前の一人当たり保健事業費に異質性がある一方で、2008年度に一人当たり費用が全てのカテゴリで同様の数値となり、以後、全てのカテゴリでほぼ同様の推移を辿っている。したがって、図4から、2008年度前後の変化率の自治体間の異質性は2007年度以前の保健事業費の差により生じていることが示された。

D. 考察/E. 結論

前章では、保健事業費の時系列的推移を記述的に議論してきた。図から2008年度の前後で保健事業費の額に大きな変化が観察された。前述のように、2008年度は特定健康診査・特定保健指導の導入のタイミングであり、同制度の導入が保健事業費に大きな影響を与えた可能性が示唆される。図3、図4からは、保健事業費の変化に異質性があることが示された。2008年度以後で保健事業費が平均的に100%以上増加している自治体がほとんどであるが、一方で保健事業費が平均的に下落している、もしくは50%未満の増加しか観察されない自治体も存在した。また、図4からは、2008年度前後の一人当たり保健事業費の変化率の違いは2007年度以前の保健事業費の水準に依存することが観察された。2008年度以後の一人当たり保健事業費は、どのカテゴリにおいても同様の水準となっており、前述のように、特定健康診査・特定保健指導が標準的なプログラムに基づいて実施されており、2008年以後で実施内容のバラつきが解消された可能性が示唆される¹⁵。

このように少なくとも費用額で評価すると、自治体を実施する保健事業は特定健康診査・特定保健指導の導入後増加傾向にあり、自治体間のばらつきも解消されている可能性が示唆される。また、制度導入前に一定程度、一人当たり保健事業費に差があることから、自治体によって、居住者が受けうる保健事業の変化に異質性があると考えられる。このような自治体間の「制度的な差」を用いて自治体の保健事業が居住者の健康状態や健康行動に与えた影響に関する分析を行なっていくこと

¹⁵ 2008年度以前・以後で変動係数を計算するとそれぞれ、1.14(以前)=(1056.8/924.1)と0.40(以後)=(754.3/

1895.2)であり、平均値に対して、2008年度以前の一人当たり保健事業費の方が相対的にデータのバラつきが大きい。

は将来的な研究課題の一つである。具体的には、国民生活基礎調査や患者調査等と本研究で用いた自治体パネルデータを突合し、保健事業費の変化と居住者の健康や行動との関係性を分析していく予定である。上述の個票データが利用可能になり次第、データセットの構築・分析を進めていきたい。

F. 健康危険情報

特に無し。

G. 研究発表

1. 論文発表

特に無し。

2. 学会発表

特に無し。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

特に無し。

2. 実用新案登録

特に無し。

3. その他

特に無し。

参考文献

近藤恵介. 2019. 市町村合併を考慮した市区町村パネルデータの作成. RIETI Technical Paper Series 19-T-001.

表 1:記述統計量

		平均値	標準偏差
人口	総数	140698.3	241770.6
	40-74 歳	63582.9	108153.7
国保事業会計			
総歳出	金額(100 万円)	12698.8	22799.3
保健事業費	金額(100 万円)	70.1	113.6
	歳出に占める割合	0.006	0.005
	40-74 歳一人当たり金額(円)	1346.3	1053.8
保険給付費	金額(100 万円)	8142.5	14353.1
	歳出に占める割合	0.646	0.048
	総人口一人当たり金額(円)	60647.7	18155.2
観測値		18699	

出所:『地方財政状況調査』(1995-2017 年)、『住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 市区町村別年齢別人口』(1995-2017 年)を用いて筆者推計。

図 1-1: 保健事業費・保険給付費の推移

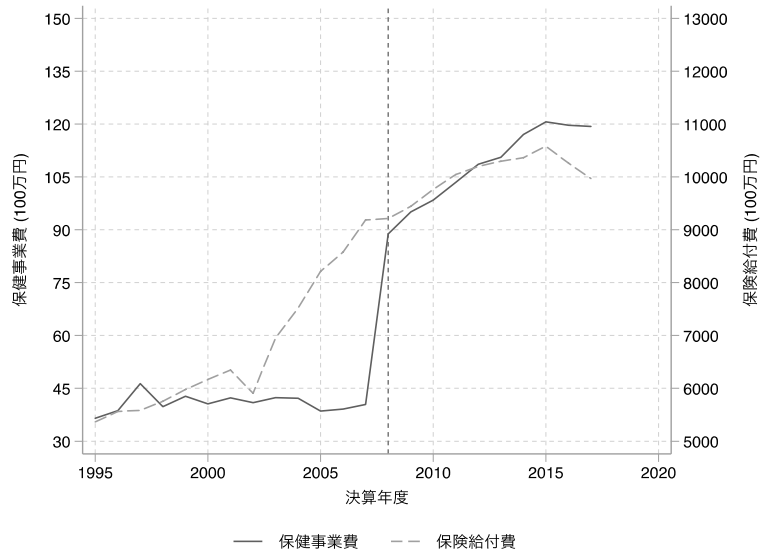
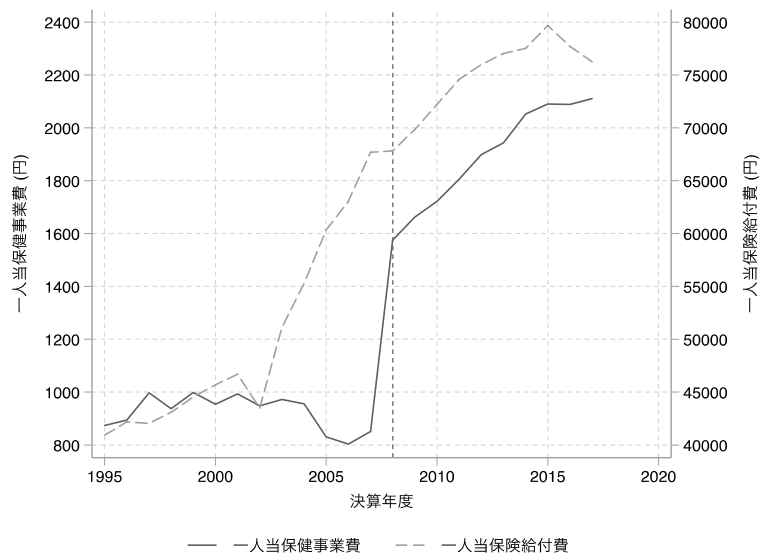


図 1-2: 一人当たり保健事業費・保険給付費の推移



出所:『地方財政状況調査』(1995-2017年)、『住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 市区町村別年齢別人口』(1995-2017年)を用いて筆者推計。

図 2-1: 保健事業費の決済年度別箱ひげ図

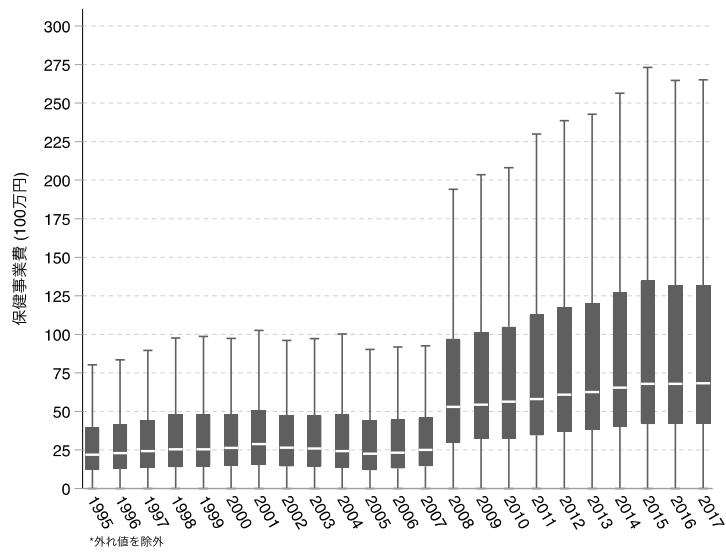
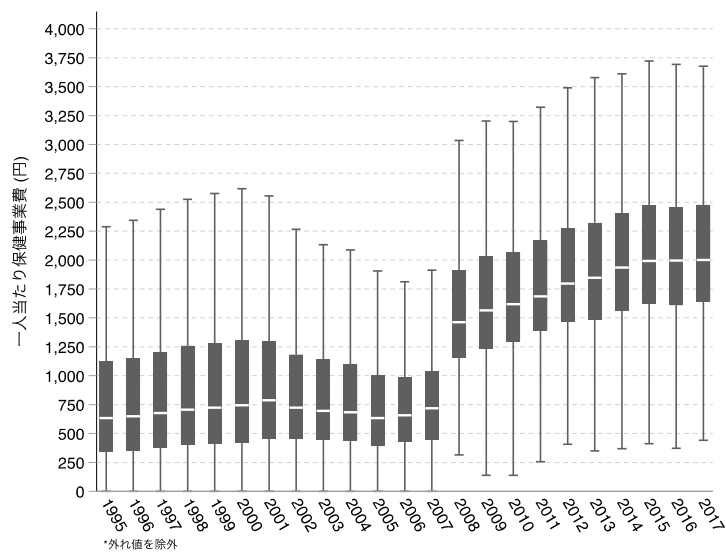
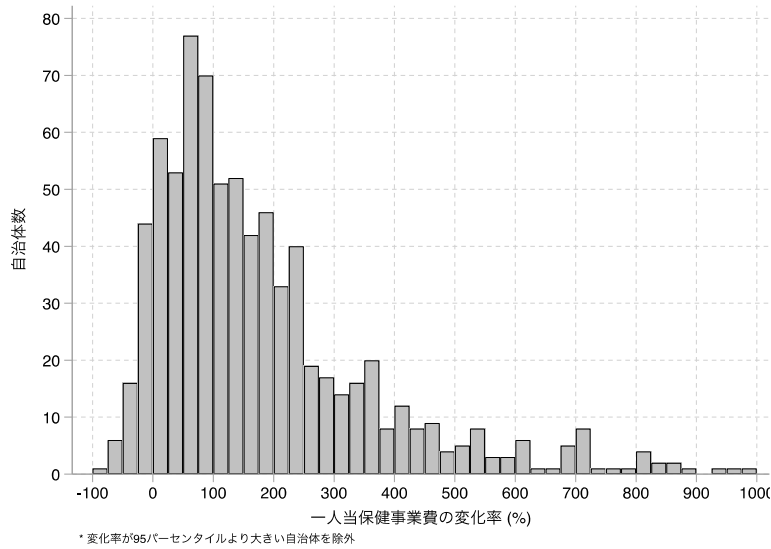


図 2-2: 一人当たり保健事業費の決済年度別箱ひげ図



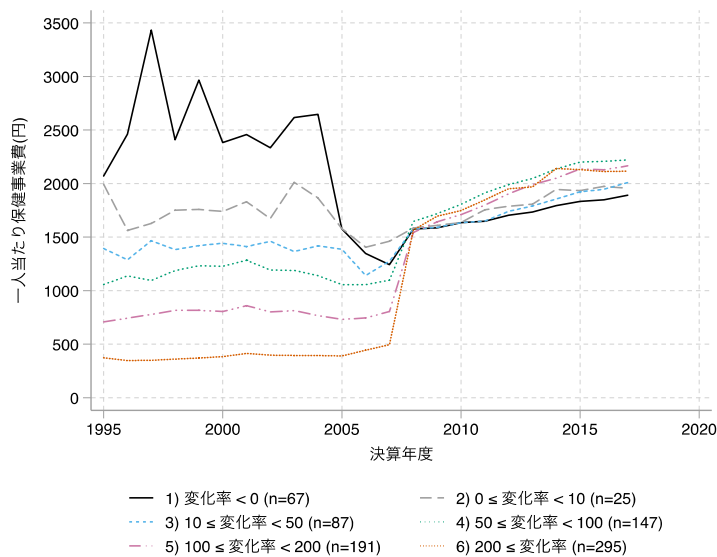
出所:『地方財政状況調査』(1995-2017年)、『住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 市区町村別年齢別人口』(1995-2017年)を用いて筆者推計。

図 3: 一人当たり保健事業費の変化率の分布



出所:『地方財政状況調査』(1995-2017年)、『住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 市区町村別年齢別人口』(1995-2017年)を用いて筆者推計.

図 4: 一人当たり保健事業費の変化率カテゴリ別 一人当たり保健事業費の推移(自治体平均)



出所:『地方財政状況調査』(1995-2017年)、『住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 市区町村別年齢別人口』(1995-2017年)を用いて筆者推計.