

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究」

分担研究報告書

分担研究名 後期高齢者医療広域連合における取組状況と地域特性との関連に関する予備的研究

研究分担者	斎藤 民	所属	国立長寿医療研究センター
研究協力者	金 雪瑩	所属	同上

研究要旨

今年度は、後期高齢者医療広域連合におけるインセンティブ評価指標得点を広域連合による取組状況の代理指標とみなし、その記述と都道府県レベルの地域特性との関連を予備的に検討した。評価指標の多くは高い達成度を示す一方、アウトカム評価のドメイン4項目の達成度は低い傾向がみられた。地域特性との関連については、評価指標合計点や一体的実施の推進状況を示すドメインについては一貫した関連がみられなかったが、アウトカム評価項目でいくつかの関連が認められた。今後、市町村レベルの取組状況を数量化できれば、取組状況の「見える化」や、地域相関分析による取組状況改善の手がかり発見を通じて事業の一層の推進に有用かもしれない。

A. 研究目的

後期高齢者における保健事業と介護予防の一体的実施事業が実施されるようになった。各広域連合および市区町村では、それぞれの地域事情に応じつつ、事業を推進している。広域連合や自治体による取組をさらに推進するうえで、取組状況を「見える化」し、他の地域との比較を通じた重点課題や努力目標の設定が有効と考えられる。そこで分担研究では、各市区町村の取組状況の地域差や、都道府県(広域連合)が重点的に支援すべき自治体の特徴を明らかにすることを目指した。

ただし今年度は市区町村の取組状況の数値化およびデータ利用が困難であることから、まず予備分析として、後期高齢者医療広域連合(都道府県)の「保険者インセンティブ評価指標」に着目し、これを取組状況の代理指標として分析することとした。同評価指標は、広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の事業実施を支援する仕組として、評価点に応じてインセンティブとなる費用を按分配分するものである。評価指標データを用い、全体傾向と、研究班がデータ提供を受けた愛知県と神奈川県

の特徴を記述した。さらに47都道府県のスコアと都道府県レベルの地域指標との相関分析を実施し、取組状況と関連する地域特性について探索することとした。

B. 研究方法

令和4~6(2021~2023)年度(以下、R4~6)のインセンティブ評価指標得点は厚生労働省より提供を受けた。それぞれ令和2~4の実績に基づいている(一部項目は令和元~3)。評価指標は、毎年見直しが行われている。R4~6においては、ドメインに大きな変更はないが、R5より、アウトカム評価の4項目が加わった。また各ドメインの得点を集計するための細項目についてみると、事業の進捗に伴い変更されているものもあるため、スコアの単純比較には注意が必要である。本研究では、各年次における総得点とドメイン別の得点を使用した(表1)。

地域特性については、総務省統計局による「統計でみる都道府県のすがた2023」における、「人口・世帯」「経済基盤」「行政基盤」「労働」「文化・スポーツ」「健康・医療」「福祉・社会保障」「家計」の各ドメインから計24指標を抽出した(表2)。表2には、それぞれのデータの取得年次が示

されている。一部の項目については、インセンティブ評価指標と取得時期が一致しないため、結果の解釈に注意が必要である。

分析は、まず本研究班がデータ提供を受けた神奈川県と愛知県広域連合による評価点を全国平均との比較から記述した。その際、各ドメインにより配点が異なるため、満点を100とした場合の達成率(%)によって評価点をレーダーチャートに図示した。次に、インセンティブ評価指標得点と地域特性を示す各変数との相関については、正規分布しない変数が少なくないため、スピアマンの相関係数を用いた。有意水準は5%未満とした。

#### (倫理面への配慮)

本研究は、都道府県集計値による既得データのみを用いている。研究班全体の実施に先立っては、研究代表者により女子栄養大学研究倫理審査委員会の承認を得ている。また分担研究者については国立長寿医療センター利益相反委員会の承認を得て実施した。

### C. 研究結果

#### 1. 記述統計

##### 1) 都道府県全体の記述(表3)

合計点の全国平均をみると、R4は96.2点(120点中)、R5は106.8(134点中)、R6は102.0(132点中)であった。R6については、前2年度に比べると、得点範囲が最低56点から最高125点と広がっていた。

多くの項目では、平均点が満点寄りに歪んだ分布をしていた。一方、アウトカム評価の4項目についてみると、3項目は3点満点のうち、平均点が1点に満たず、5点満点の1項目も平均点が1点台であった。

##### 2) 神奈川県広域連合、愛知県広域連合の評価点の特徴(図1)

神奈川県広域連合についてみると、全国平均と比較して「健診」や「歯科検診」について評価点が良好な傾向がみられた。

「主体的健康づくり」については、R4、R5には平均を下回っていたが、R6には満点となり、平均を上回っていた。愛知県広域連合についてみると、R4では「健診」「歯科検診」「ハイリスクアプローチ」の得点が低い傾向がみられた。特に「歯科検診」については期間を通じて低い傾向がみられた。逆に「主体的健康づくり」は期間を通じて

高い得点であった。いずれの広域連合も共通し、「データヘルス」「ポピュレーションアプローチ」「一体的実施」「体制整備」で高い得点がみられた。

#### 2. 地域特性変数との相関(表4)

スピアマンの相関係数により、インセンティブ評価指標の各得点と地域特性を表す各変数との相関関係を探索した。表中、網掛けを引いているのは、複数年度において有意な相関がみられた地域特性変数である。評価点のうち合計点についてみると、「可住地人口密度」が低く「高齢化率」が高い都道府県の広域連合の方が評価点が高い傾向がみられた。その他「生活習慣病による死亡数」との正の相関がみられた。

各ドメイン得点についてみると、地域特性との関連が認められないものや、一貫した関連を示さないものもみられた。「一体的実施」についても、地域特性変数との関連はほとんどみられなかった。一方、「後発医薬品使用割合」や「アウトカム評価：重症化予防i」「アウトカム評価：一人当たり医療費i」では、比較的多くの地域特性変数との間に一貫した関連が認められた。いずれも可住地人口密度が低い地域の方が評価点が高い傾向がみられた。重症化予防については、歳出費に占める衛生費の割合が高い地域や人口当たりの生活習慣病による死亡数が多い地域が、医療費については、人口当たり医療機関や医師数等の少ないところ等で評価点が高いという関連がみられた。

上記3指標には可住地人口密度が共通して関連していたため、表には示していないが、可住地人口密度中央値未満の23都道府県に限定して同じ相関分析を実施した。その結果、後発医薬品については、失業率が低く、ボランティア率が高く、65歳平均余命が長く、保健師が多い地域で評価点が高い関連がみられた。重症化予防については、人口当たり生活習慣病による死亡数の多い地域で評価点が高い関連がみられた。

医療費については、特に過疎化が進行し、独居世帯割合が低く、歳出に占める老人福祉費が低く、医療機関や医師数が少なく、世帯収入が高いところで評価点が高い傾向がみられた。

なおアウトカム評価の4指標のうち、現状を示すiの2項目については上記のような関連が認められたのと対照的に、改善状況を

示すiiについては、一貫した関連が認められなかった。

#### D. 考察

後期高齢者医療広域連合におけるインセンティブ評価指標得点を用いて、スコアの傾向、神奈川県広域連合および愛知県広域連合の特徴、都道府県レベルの地域特性との関連の探索を行った。R4~6の3か年においては、多くのドメインで、高い達成状況がうかがわれた。一方、R5に導入された、保健事業のアウトカム指標（重症化予防、医療費）については、各現状、改善度ともに達成度の低い状況が認められた。PDCAサイクルに基づく保健事業の推進には、アウトカム評価の導入は重要と考えられる。R6現在の評価指標において重度化予防および医療費という最終的なアウトカムが設定されている。ただしこれらの指標には、医療ニーズは医療アクセスなどの地域事情が関与する可能性が本研究における相関でも示された。また改善状況には明確な地域特性との相関が認められなかった。今後さらに詳細を把握するうえで、健康関連行動のような中間アウトカムも併せて検討することが求められる。

本研究では、研究班がデータ提供を受けた神奈川県広域連合、愛知県広域連合の特徴を示した。いずれもPDCAサイクルに沿った効果的事業や保健事業と介護予防の一体的実施、地域づくりに基づく事業展開、体制整備に積極的である特徴がみられた。研究班では提供を受けたデータに基づき、個人を対象とするさまざまな分析を実施するが、その一般化の可能性を検討するうえでは、広域連合の上記のような特徴が関与している可能性がある。さらに本研究では示していないものの、各広域連合のなかでも市町村により、健診受診率やフレイル保有状況にはバラツキが認められている。将来的には市町村レベルの取組状況が「見える化」されると、市町村担当者が自身の状況を把握しやすくなるとともに、広域連合としては、どのような特性を有する市町村で特に保健事業推進における支援ニーズが高いのか、なぜ支援ニーズが高いのか、といった手がかりを把握しやすくなることが期待される。

最後に、本研究の限界として、インセンティブ評価指標がR2~4の実績値に基づくため、新型コロナウイルス感染症流行による影響を受けた可能性が否定できないこと、

また担当者による評価という課題があること、都道府県レベルの地域特性について指標によりデータ取得時期が異なることが挙げられる。

#### E. 結論

後期高齢者医療広域連合による3か年分のインセンティブ評価指標得点を取組状況の代理指標とみなし、記述統計および都道府県レベルの地域特性との関連を予備的に検討した。その結果、合計点や一体的実施においては地域特性と一貫した関連を示さず、アウトカム評価における重度化予防や医療費については、共通して都市度の低い地域で評価点が高く、さらに重度化予防では保健医療ニーズの高さが、医療費では医療アクセスの低さが高い評価点と関連していた。今後は市区町村レベルでもこうした地域特性との関連を検証することにより、取組状況の「見える化」や広域連合による重点的支援地域の絞り込み、改善の手がかり発見に有用な可能性がある。一方では、市町村レベルで取組状況を数量化できる体制整備が求められる。

#### 【参考・引用文献】

厚生労働省. 保険者インセンティブ評価資料.

総務省統計局. 統計でみる都道府県のすがた2023.

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. 伊藤大介、齋藤民、村田千代栄、近藤克則. 高齢者における地域包括支援センター等への援助要請意図と地域のソーシャル・キャピタルの関連—マルチレベル横断研究—. 老年社会科学 2024;45(4), accepted.
2. Noguchi T, Nakagawa T, Jin X, Komatsu A, Togashi S, Miyashita M, Saito T. Development of a short form of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment (CRA-J-10) among informal caregivers of older adults, accepted (2023/12/28)
3. Kuroda Y, Sugimoto T, Satoh K, Nakagawa T, Saito T, Noguchi T, Komatsu A, Uchida K, Fujita K, Ono R, Arai H, Sakurai T. Relationship between Mortality and Vitality in

- Patients with Mild Cognitive Impairment / Dementia: An 8-year Retrospective Study. *Geriatrics & Gerontology International*, 2024 Jan 18. doi: 10.1111/ggi.14794. Online ahead of print.
4. Komatsu A, Nakagawa T, Noguchi T, Jin X, Okahashi S, Saito T. Decision-Making Involvement and Onset of Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Care Recipients: A Two-Year Longitudinal Study. *Psychogeriatrics*, 2023 Dec 18. doi: 10.1111/psyg.13061. Online ahead of print.
  5. Okahashi S\*, Noguchi T\*, Ishihara M, Osawa A, Kinoshita F, Ueda I, Kamiya M, Nakagawa T, Kondo I, Sakurai T, Arai H, Saito T. Dyadic art appreciation and self-expression program (NCGG-ART) for people with dementia or mild cognitive impairment and their family caregivers: a feasibility study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2024;97(3):1435-1448. doi: 10.3233/JAD-231143.
  6. Fancourt D, Noguchi T, Bone JK, Wels J, Gao Q, Kondo K, Saito T, Mak HW. Moderating effect of country-level health determinants on the association between hobby engagement and mental health: cross-cohort multi-level models, meta-analyses, and meta-regressions. *Lancet* 2023;402 Suppl 1:S41. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02091-3.
  7. Sugimoto T, Sakurai T, Noguchi T, Komatsu A, Nakagawa T, Ueda I, Osawa A, Lee S, Shimada H, Kuroda Y, Fujita K, Matsumoto N, Uchida K, Kishino Y, Ono R, Arai H, Saito T. Developing a predictive model for mortality in patients with cognitive impairment, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(11):e6020. doi: 10.1002/gps.6020.
  8. Saito T, Noguchi T, Nakagawa T, Komatsu A. Strategies for Fostering Residents' Positive Attitude toward Social Participation of People with Dementia: A Cross-Sectional Analysis. *Geriatrics & Gerontology International*, 23(11):882-884. doi: 10.1111/ggi.14667.
  9. Noguchi T, Nakagawa T, Komatsu A, Shang E, Murata C, Saito T. Role of interacting and learning experiences on public stigma against dementia: an observational cross-sectional study. *Dementia*, 2023 Nov;22(8):1886-1899. doi: 10.1177/14713012231207222. Epub 2023 Oct19.
  10. Noguchi T, Ikeda T, Kanai T, Saito M, Kondo K, Saito T. Association of social isolation and loneliness with chronic low back pain among older adults: A cross-sectional study from Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). *J Epidemiol*. 2023 Sep 9. doi: 10.2188/jea.JE20230127. Online ahead of print.
  11. Mak HW, Noguchi T, Bone JK, Wels J, Gao Q, Kondo K, Saito T, Fancourt D. Hobby engagement and mental wellbeing among people aged 65 years and older in 16 countries. *Nat Med*. 2023. doi: 10.1038/s41591-023-02506-1. Online ahead of print.
  12. Noguchi T, Nakagawa T, Komatsu A, Shang E, Murata C, Saito T. Development of a Short Version of the Dementia Stigma Assessment Scale. *Asia Pac J Public Health*. 2023;35(6-7):456-458. doi: 10.1177/10105395231186007.
  13. Kino S, Stickley A, Yuki Arakawa Y, Saito M, Saito T, Kondo N. Social isolation, loneliness, and their correlates in older Japanese adults. *Psychogeriatrics* 2023; 23(3):475-486. doi: 10.1111/psyg.12957.
2. 学会発表
    1. Bone J, Noguchi T, Fancourt D, Saito T, Arts and cultural group participation and subsequent wellbeing: A longitudinal analysis of older adults in Japan and England using doubly robust estimators, *UK Public Health Science* 2023, Nov 24 2023, London, United Kingdom
    2. Fancourt D, Noguchi T, Bone J, Wels J, Gao Q, Kondo K, Saito T, Mak HW, The moderating effect of country-level health determinants on the relationship between hobby engagement and mental health: longitudinal models, multi-level



- models, meta-analyses and meta-regressions involving 93,263 older adults in 16 countries, UK Public Health Science 2023, Nov 24 2023, London, United Kingdom
3. 石田敦子, 岡橋さやか, 植田郁恵, 李相侖, 齋藤民, 認知症患者へのタブレット型認知機能検査NCGG-FATの適用可能性の予備的検討, 第57回日本作業療法学会, 2023.11.10, 沖縄県宜野湾市
  4. 岡橋さやか, 進藤由美, 齋藤民, 地域における要介護高齢者と家族へのケア参加型支援に関する調査, 第17回日本作業療法研究学会学術大会, 2023.10.21, 愛知県名古屋市
  5. 進藤由美, 齋藤民, 野口泰司, 鷺見幸彦, 市町村職員における認知症予防に資する取組・事業の把握状況～人口規模や事業担当部署、連携状況が及ぼす影響～, 第12回認知症予防学会学術集会, 2023.9.15, 新潟県新潟市
  6. 中川威, 安元佐織, 小松亜弥音, 野口泰司, 金雪瑩, 岡橋さやか, 齋藤民, 家族介護における加齢に対するステレオタイプから健康への二者間の影響, 日本心理学会第87回大会, 2023.9.16, 兵庫県神戸市
  7. 岡橋 さやか, 石田 敦子, 植田 郁恵, 李 相侖, 中川 威, 大沢 愛子, 齋藤民, 認知症高齢者のユーザビリティを考慮したタブレット型認知機能検査の改良, ヒューマンインタフェースシンポジウム2023, 2023.9.6, 神奈川県相模原市
  8. 内田一彰, 杉本大貴, 齋藤民, 中川威, 野口泰司, MCIおよびAD患者における体組成と生命予後の関連: NCGG-STORIES, 第65回日本老年医学会学術集会, 2023.6-16-18, 神奈川県横浜市
  9. 小松亜弥音, 齋藤民, 平川仁尚, 高梨早苗, 尾之内直美, 水島俊彦, 島田千穂, 石山麗子, 会田薫子, 三浦久幸, 療養場所別の認知症者に対する意思決定支援の実施状況. 第65回老年社会科学学会大会, 2023.6.17, 神奈川県横浜市
  10. 野口泰司, 中川威, 小松亜弥音, 尚爾華, 村田千代栄, 齋藤民, 認知症ステイグマ評価尺度の短縮版の作成, 日本老年社会科学学会第65回大会, 2023.6.17, 神奈川県横浜市
  11. 小松亜弥音, 齋藤民, 平川仁尚, 高梨早苗, 尾之内直美, 水島俊彦, 島田千穂, 石山麗子, 会田薫子, 三浦久幸, 療養場所別の認知症者に対する意思決定支援の実施状況. 第33回老年学会総会, 2023.6.16, 神奈川県横浜市
  12. Okahashi S, Shindo Y, Ishida A, Komatsu A, Noguchi T, Jin X, Nakagawa T, Saito T, Implementation of Dyadic Community-based Non-pharmacological Interventions for Family Caregivers and Older Care Recipients: A Questionnaire Survey, International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Regional Congress 2023, 2023.6.13, Yokohama, Japan
  13. Saito T, Gender disparities in long-term care and its modifiable factors, International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Regional Congress 2023, 2023.6.13, Yokohama, Japan
  14. Saito T, Suzuki T, Kondo K, Tsushita K, Combined association of health checkups and frailty with adverse health outcomes in community-dwelling old-old adults: A 9-year follow-up study, International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Regional Congress 2023, 2023.6.12, Yokohama, Japan
  15. Jin X, Komatsu A, Noguchi T, Nakagawa T, Okahashi S, Saito T, Nursing home characteristics associated with caregiver turnover in Japan, International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Regional Congress 2023, 2023.6.12, Yokohama, Japan
  16. Okahashi S, Shindo Y, Ishida A, Komatsu A, Noguchi T, Jin X, Nakagawa T, Saito T, Implementation of dyadic community-based non-pharmacological interventions for family caregiver-older care recipient: A questionnaire survey, International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Regional Congress

2023, 2023.6, Yokohama, Japan

17. Komatsu A, Noguchi T, Nakagawa T, Jin X, Okahashi S, Saito T, Miura H, Narrative literature review of intervention studies on support for decision-making in people with dementia. International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Regional Congress 2023, 2023.6, Yokohama, Japan

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 特許取得  
該当なし
2. 実用新案登録  
該当なし
3. その他  
該当なし

【図表】

表1. 広域連合インセンティブ交付金項目および配点 (R4～R6)

	R4	R5	R6
健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施 (R4)	7	7	7
健診の実施及び健診受診率向上に向けた取組の実施 (R5, 6)			
歯科健診の実施及び歯科健診結果を活用した取組の実施 (R4)	7	7	7
歯科健診の実施及び口腔機能に着目した検査の実施 (R5, 6)			
糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況	10	10	10
被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施	8	8	8
被保険者の適性受診・適正服薬を促す取組の実施状況	5	5	5
後発医薬品の使用割合	5	5	5
後発医薬品の使用促進	2	2	2
データヘルス計画の実施状況	2	2	3
高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施 (ハイリスクアプローチ)	15	15	15
高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施 (ポピュレーションアプローチ)	8	8	8
一体的実施、地域包括ケアの推進	15	15	15
保健事業のために必要な体制整備、市町村後方支援の実施	10	10	7
第三者求償の取組状況	6	6	6
実施事業に対する評価の指標及び点数	20	20	20
重症化予防のマクロ的評価i (当年度実績)		3	3
重症化予防のマクロ的評価ii (前年度との比較)		3	3
年齢調整後一人当たり医療費i (実績)		3	3
年齢調整後一人当たり医療費ii (改善状況)		5	5
合計点	120	134	132

注) 厚生労働省「保険者インセンティブ評価資料」より抜粋した。年度ごとの項目改定により、同じドメインであっても評価内容が異なる場合があるため、比較には留意が必要である。

R4～6: 令和4～6年度

表2. 地域特性指標一覧

大項目	名称	データ取得年
人口・世帯	可住地面積1km <sup>2</sup> 当たり人口密度	2021
	65歳以上人口割合(高齢化率)	2021
	人口増減率	2021
	年齢別死亡率65歳以上(人口千人あたり)	2020
	65歳以上世帯員の単独世帯の割合(対一般世帯数)	2020
経済基盤	1人当たり県民所得	2018
行政基盤	財政力指数	2019
	住民税(人口1人当たり)	2019
	老人福祉費割合(対歳出決算総額)	2019
	衛生費割合(対歳出決算総額)	2019
労働	完全失業率	2020
文化・スポーツ	公民館数(人口100万人当たり)	2018
	図書館数(人口100万人当たり)	2018
	社会体育施設数(人口100万人当たり)	2018
	ボランティア活動の年間行動者率	2016
健康・医療	有訴者率(人口千人当たり)	2019
	平均余命(65歳・男)	2015
	平均余命(65歳・女)	2015
	生活習慣病による死亡者数(人口10万人当たり)	2020
	糖尿病による死亡者数(人口10万人当たり)	2020
	高血圧性疾患による死亡者数(人口10万人当たり)	2020
	一般病院数(人口10万人当たり)	2020
	一般診療所数(人口10万人当たり)	2020
	歯科診療所数(人口10万人当たり)	2020
	医療施設に従事する医師数(人口10万人当たり)	2020
	医療施設に従事する歯科医師数(人口10万人当たり)	2020
	保健師数(人口10万人当たり)	2020
福祉・社会保障	後期高齢者医療費(被保険者1人当たり)	2020
家計	年間収入(1世帯当たり)	2019
	保健医療費割合(対消費支出)(二人以上の世帯)	2021

注) 総務省統計局「統計でみる都道府県のすがた2023」より抜粋した。

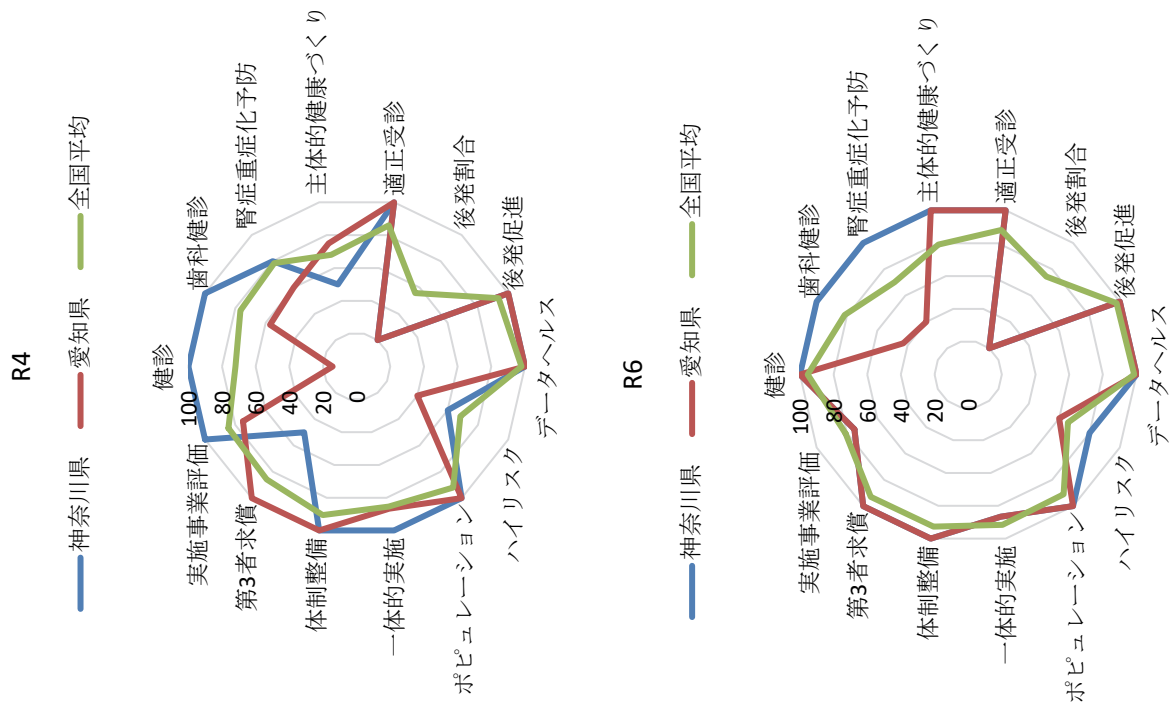


表3. インセンティブスコアの記述統計

	R4		R5		R6	
	範囲	平均(標準偏差)	範囲	平均(標準偏差)	範囲	平均(標準偏差)
合計点	71-116	96.2 (12.4)	79-123	106.8 (10.1)	56-125	102.0 (11.8)
健診	1-7	5.0 (1.9)	4-7	5.8 (1.0)	5-7	6.7 (0.6)
歯科検診	0-7	5.4 (2.4)	0-7	5.4 (2.1)	0-7	5.7 (1.9)
糖尿病性腎症重症化予防	3-10	7.9 (2.1)	2-10	8.0 (2.3)	0-10	7.0 (3.3)
主体的な健康づくり	2-8	5.4 (1.8)	2-8	6.0 (1.9)	4-8	6.3 (1.9)
適正受診・適正服薬	0-5	4.3 (1.4)	0-5	4.6 (1.0)	2-5	4.4 (1.1)
後発医薬品使用割合	1-5	2.8 (1.9)	0-5	2.4 (2.4)	1-5	3.7 (1.9)
後発医薬品使用促進	0-2	1.9 (0.5)	0-2	2.0 (0.3)	0-2	2.0 (0.3)
データヘルス計画	1-2	2.0 (0.2)	1-2	1.9 (0.2)	2-3	3.0 (0.2)
ハイリスクアプローチ	6-15	10.3 (3.4)	4-15	11.5 (3.4)	2-15	9.9 (3.6)
ポピュレーションアプローチ	3-8	7.4 (1.2)	5-8	7.8 (0.7)	0-8	7.3 (1.5)
一体的実施	8-15	12.8 (2.0)	11-15	14.3 (1.1)	9-15	13.7 (1.6)
保健事業体制整備	4-10	9.1 (1.2)	8-10	9.4 (0.9)	4-7	6.5 (1.1)
第三者求償	3-6	5.1 (1.0)	3-6	5.4 (0.9)	3-6	5.6 (0.7)
実施事業評価	5-20	16.9 (4.1)	10-20	18.1 (3.0)	5-20	16.2 (3.9)
アウトカム評価:重症化予防 i			0-3	0.8 (1.0)	0-3	0.8 (1.0)
アウトカム評価:重症化予防 ii			0-3	0.8 (1.0)	0-3	0.8 (1.0)
アウトカム評価:一人当たり医療費 i			0-3	0.9 (1.0)	0-3	0.9 (1.0)
アウトカム評価:一人当たり医療費 ii			0-5	1.8 (1.8)	0-5	1.6 (1.9)

注) 年度ごとの項目改定により、同じドメインであっても評価内容が異なる場合があるため、比較には留意が必要である。R4～6：令和4～6年度

図1. 愛知県と神奈川県の特徴 (R4~R6)



注) 満点を100とした各スコアの割合を示す。

表4. スコアと地域特性との相関要約表 (R4~R6)

	R4	R5	R6
合計点	高血圧による死亡数+ 病院数+	可住地人口密度- 高齢化率+ 65歳以上死亡率+ 住民税額- 社会体育施設数+ ボランティア率+ 生活習慣病による死亡数+ 高血圧による死亡数+ 保健師数+	可住地人口密度- 高齢化率+ 人口増減率- 65歳以上死亡率+ 公民館数+ 65歳平均余命(男)- 生活習慣病による死亡数+
健診	なし	なし	診療所数- 医師数-
歯科検診	なし	有訴者率+	65歳以上死亡率+ 高血圧による死亡数+
糖尿病性腎症重症化予防	独居高齢世帯割合+ 財政力指数- 住民税額- 老人福祉費+ 糖尿病による死亡数+ 病院数+ 医師数+ 世帯収入-	なし	なし
主体的な健康づくり	可住値人口密度- 65歳以上死亡率+ 社会体育施設数+ 65歳平均余命(男)- 生活習慣病による死亡数+ 病院数+	なし	病院数+ 歯科医師数+ 後期高齢者医療費+
適正受診・適正服薬	なし	なし	なし
後発医薬品使用割合	可住地人口密度- 高齢化率+ 65歳以上死亡率+ 県民所得- 財政力指数- 住民税額- 公民館数+ 図書館数+ 社会体育施設数+ ボランティア率+ 65歳平均余命(女)+ 生活習慣病による死亡数+ 病院数+ 歯科診療所数- 保健師数+	財政力指数- 住民税額- 保健師数+	可住地人口密度- 住民税額- 図書館数+ 社会体育施設数+ ボランティア率+ 有訴者率- 診療所数- 歯科診療所数- 歯科医師数- 保健師数+
後発医薬品使用促進	なし	なし	なし
データヘルス計画	なし	完全失業率-	なし

		ボランティア率+	
ハイリスクアプローチ	独居高齢世帯割合+ 県民所得- 住民税額- 病院数+ 後期高齢医療費+ 世帯収入-	ボランティア率+	図書館数+ ボランティア率+
ポピュレーションアプローチ	衛生費- 公民館数-	財政力指数+ 老人福祉費- 衛生費- 公民館数- 診療所数- 医師数-	衛生費-
一体的実施	なし	衛生費- 公民館数-	なし
保健事業体制整備	衛生費- 公民館数-	衛生費- 公民館数- 保健医療費割合+	老人福祉費- 医師数-
第三者求償	なし	なし	なし
実施事業評価	なし	なし	人口増減率-
アウトカム評価:重症化予防 i		可住地人口密度- 高齢化率+ 人口増減率- 65歳以上死亡率+ 県民所得- 財政力指数- 住民税額- 衛生費+ 図書館数+ 社会体育施設数+ 生活習慣病による死亡数+ 保健師数+	可住地人口密度- 高齢化率+ 人口増減率- 65歳以上死亡率+ 独居高齢世帯割合+ 財政力指数- 住民税額- 老人福祉費+ 衛生費+ 公民館数+ 図書館数+ 社会体育施設+ 65歳平均余命(男)- 生活習慣病による死亡数+ 保健師数+ 保健医療費割合-
アウトカム評価:重症化予防 ii		なし	医師数+
アウトカム評価:一人当たり医療費 i		可住地人口密度- 65歳以上死亡率+ 独居高齢世帯割合- 老人福祉費- 社会体育施設数+ 有訴者率- 65歳平均余命(女)- 病院数- 診療所数- 歯科診療所数- 医師数-	可住地人口密度- 65歳以上死亡率+ 独居高齢世帯割合- 老人福祉費- 社会体育施設数+ 有訴者率- 65歳平均余命(女)- 病院数- 診療所数- 歯科診療所数- 医師数-

		歯科医師数- 後期高齢者医療費- 世帯収入+ 保健医療費割合-	歯科医師数- 後期高齢者医療費- 世帯収入+ 保健医療費割合-
アウトカム評価:一人当たり医療費 ii		なし	ボランティア率-

注) スピアマンの相関分析において $p < .05$ となった指標のみを掲載している。地域特性を表す変数名の右に付けた符号が+の場合は正の相関を、-の場合は負の相関を示す。網掛けで示した変数は、複数年においてスコアとの有意な相関関係を示したことを表す。なお有意な相関関係を示した地域特性変数がない場合には「なし」と記載した。