

倶知安町

第3期 国民健康保険データヘルス計画

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

令和6年3月
北海道倶知安町

目次

第1章 基本的事項.....	1
1 計画の背景・趣旨.....	1
2 計画の位置づけ.....	2
3 計画期間.....	4
4 実施体制・関係者連携.....	5
5 保険者努力支援制度.....	5
6 標準化の推進.....	6
第2章 前期計画等に係る考察.....	8
1 健康課題・目的・目標の再確認.....	8
2 評価指標による目標評価と要因の整理.....	9
1. 中・長期目標の振り返り.....	9
2. 中・長期目標を達成させるための短期的な目標.....	10
3 個別保健事業評価.....	13
4 第2期データヘルス計画の総合評価.....	15
第3章 俱知安町の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出.....	16
1 基本情報.....	16
1. 町の特徴.....	16
2. 人口の変化及び高齢化率と経年推移.....	16
3. 男女別の平均余命及び平均自立期間と経年推移.....	17
2 死亡の状況.....	18
1. 死因別死亡者数.....	18
2. 死因別の標準化死亡比（SMR）.....	19
3. （参考）5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率..	19
3 E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画を考える.....	20
4 介護の状況.....	22
1. 一件当たり介護給付費.....	22
2. 要介護（要支援）認定者数・割合.....	22
3. 要介護・要支援認定者の有病状況.....	23
5 国保加入者の医療の状況.....	25
1. 国保被保険者構成.....	25
2. 総医療費及び一人当たり医療費.....	26
3. 一人当たり医療費と医療費の3要素.....	27
4. 疾病別医療費の構成.....	28
5. その他.....	32
6 国保加入者の生活習慣病の状況.....	33
1. 生活習慣病医療費.....	34
2. 基礎疾患の有病状況.....	35
3. 重症化した生活習慣病と基礎疾患の重なり.....	35
4. 人工透析患者数.....	36
7 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況.....	37
1. 特定健診受診率.....	38
2. 健康状態不明者（健診なし治療なし）.....	39
3. 有所見者の状況.....	40

4. メタボリックシンドローム.....	42
5. 特定保健指導実施率.....	45
6. 受診勧奨対象者.....	46
7. 生活習慣病の発症・重症化リスクが高い受診勧奨対象者の治療状況.....	49
8. 質問票の回答.....	50
8 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況.....	51
1. 後期高齢者医療制度の被保険者構成.....	52
2. 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況.....	52
3. 後期高齢者医療制度の医療費.....	53
4. 後期高齢者健診.....	54
5. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	55
9 健康課題の整理.....	56
1. 現状のまとめ.....	56
2. 生活習慣病に関する健康課題の整理.....	58
第4章 データヘルス計画の目的・目標.....	60
第5章 目的・目標を達成するための保健事業.....	61
1 早期介入・行動変容・特定健康診査.....	61
1. 健診未受診者対策事業.....	62
2. 特定健康診査.....	62
2 重症化予防.....	63
1. 特定保健指導事業.....	64
2. 高血圧対策事業.....	64
3. 糖尿病性腎症重症化予防事業.....	65
4. 未受診者対策事業.....	65
3 生活習慣病発症予防・保健指導.....	66
1. データ分析検討会.....	67
4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（ポピュレーションアプローチ）.....	68
1. 地域での健康教育.....	69
2. 健診受診後の健康教育.....	70
5 健康づくり・社会環境体制整備.....	71
1. 健康増進普及活動.....	71
2. 成人期への健康づくり.....	72
第6章 計画の評価・見直し.....	73
1 評価の時期.....	73
1. 個別事業計画の評価・見直し.....	73
2. データヘルス計画の評価・見直し.....	73
2 評価方法・体制.....	73
第7章 計画の公表・周知.....	73
第8章 個人情報の取扱い.....	73
参考資料 用語集.....	74

第1章 基本的事項

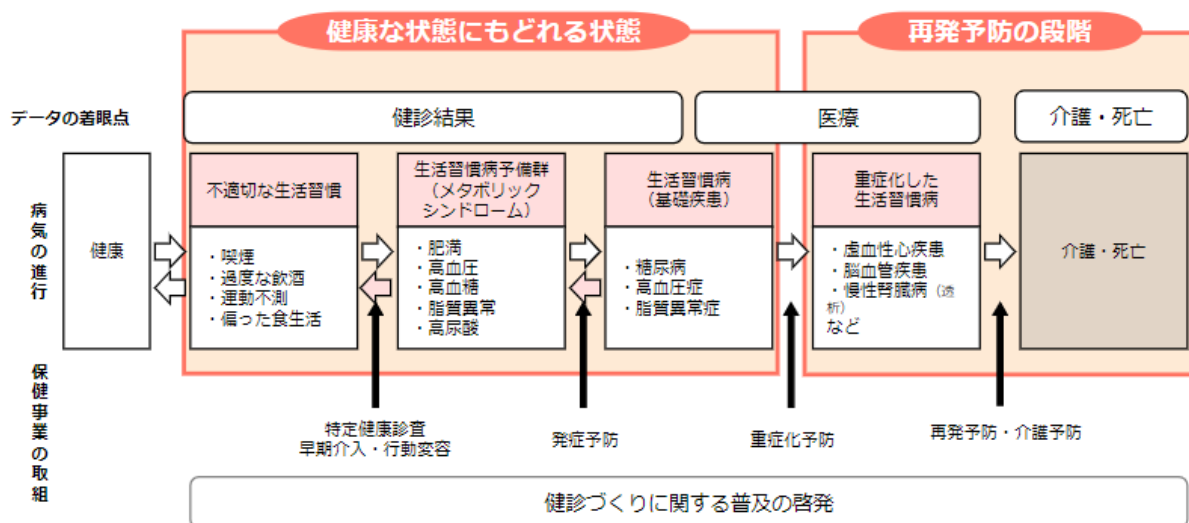
1 計画の背景・趣旨

平成 25 年 6 月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」ことが示されました。これを踏まえ、平成 26 年 3 月に「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、保険者は「健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行う」ものとされました。

その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、「保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進」が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な KPI の設定を推進する。」と示されました。

団塊の世代が 75 歳を迎える令和 4 年以降は、医療費・介護費を始めとした社会保障給付費が大きく増加します。誰もが 100 歳まで生きることが当たり前になる時代を迎え、高齢者が健康で社会保障の支え手として長く就業できること、そして生涯現役として税金や社会保険料を負担していくことが、今後の社会保障制度を安定させるためにも重要です。一方で、人工透析の開始年齢も高くなるなど、生涯を通じた疾病予防・重症化予防・そして介護予防の重要性がより一層高まっています。

こうした背景を踏まえ、俱知安町では、被保険者の健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化にも資することを目的とし、データヘルス計画を策定し保健事業の実施、評価、改善等を行うこととします。



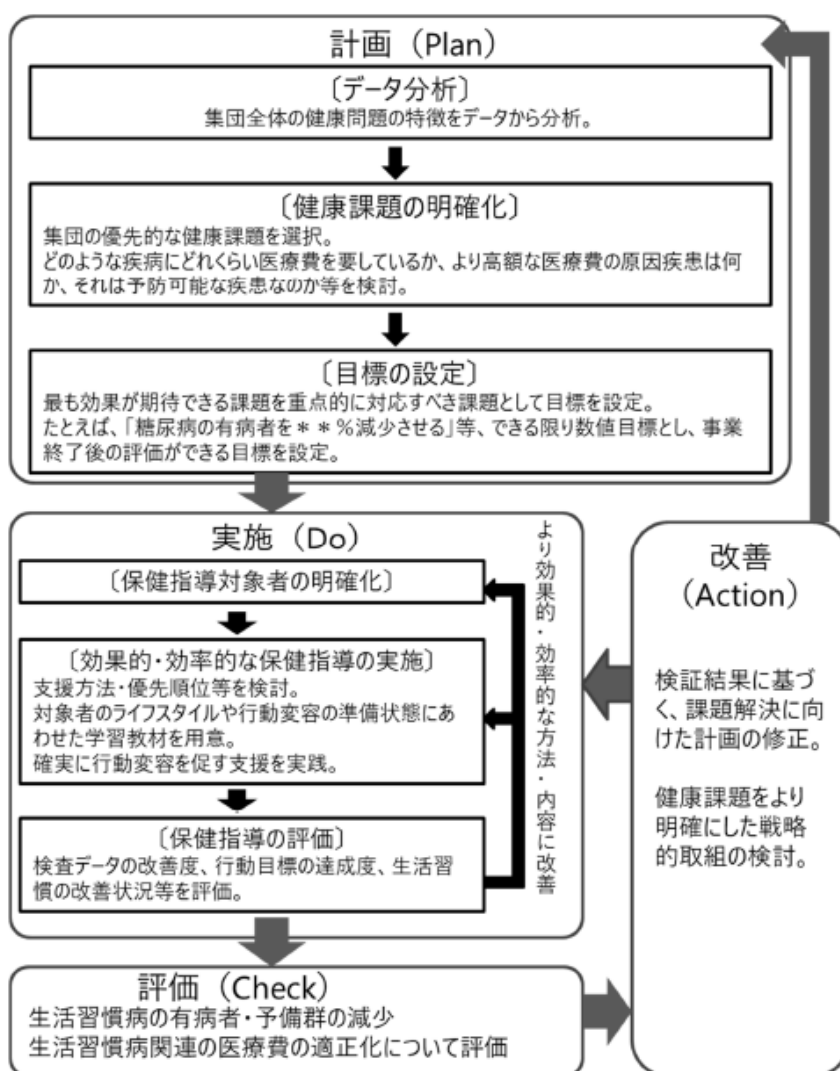
2 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、「被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するもの」とデータヘルス計画策定の手引きにおいて定義されています。（以下、特定健康診査を「特定健診」といいます。）

また、同手引きにおいて、「計画は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、後期高齢者保健事業の実施計画（以下、「後期高齢者データヘルス計画」という。）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする」ことが求められており、その際に、「他計画の計画期間、目的、目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要」とされています。

本町における本計画の位置づけは、「第 6 次倶知安町総合計画（令和 2 年～13 年度）」を上位計画とし、健康日本 21 や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、その他後志広域連合や町の保健医療福祉分野の計画及び方針や北海道が策定する医療計画や健康増進計画と調和のとれたものとなります。

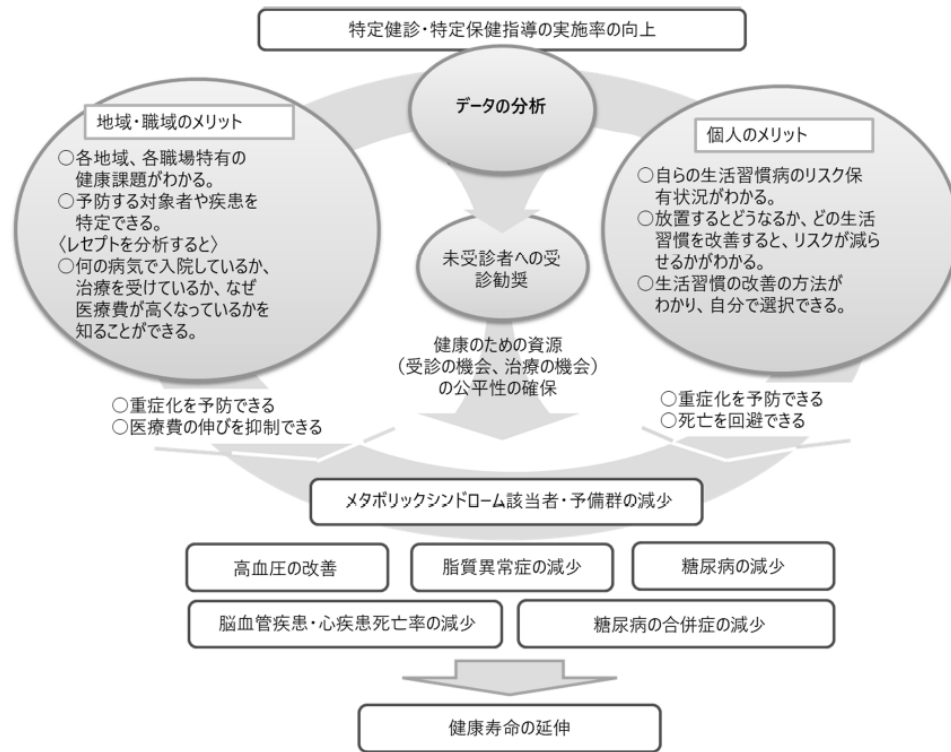
保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



	※健康増進事業実施者とは健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			介護保険事業（支援）計画
	健康日本21	データヘルス計画（保健事業計画）	特定健康診査等実施計画	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条健康増進事業実施者※	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢者の医療の確保に関する法律 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定：令和6～17年（12年） （2024～2035年）	指針：令和6～11年（6年） （2024～2029年）	指針：令和6～11年（6年） （2024～2029年）	法定：令和6～8年（3年） （2024～2026年）
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保険事業の実施を図るための保険事業実施計画を策定、保険事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能評価 ・高齢者の自立支援 ・重症化予防
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から高齢期まで経時的）	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40～74歳	1号被保険者（65歳以上） 2号被保険者（40～64歳） 特定疾病（※） ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止
	糖尿病 糖尿病合併症 （糖尿病性腎症）	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	
	高血圧 脂質異常症	高血圧 脂質異常症	高血圧 脂質異常症	生活習慣
	循環器病 虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 歯周病			認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣の改善 2 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防 3 生活機能の維持・向上 ○生活環境の質の向上 1 社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2 自然に健康になれる環境づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども 2 高齢者 3 女性	①事業全体の目標 中長期/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保険事業 中長期/短期目標の設定 アウトカム評価 アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指導例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	①PDCAサイクルを活用する保険者機能強化に向けた体制（地域介護保険事業） ②自立支援・重症化防止等（在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定（介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

—特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進—



3 計画期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年）から令和11年度（2029年）までの6年間です。

4 実施体制・関係者連携

俱知安町では、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、福祉医療課保健医療室国保医療係が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。特に、同課保健指導係の保健師・管理栄養士等の専門職と連携をして、市町村一帯となって計画策定を進めていく必要があります。具体的には後期高齢者医療部局（国保医療係）や介護保険部局（地域包括支援センター、高齢者介護保健係）、生活保護部局（社会福祉係）、企画部局（総合政策課）と連携してそれぞれの健康課題を共有します。計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

計画の策定等に当たっては、共同保険者である北海道のほか、国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、北海道医師会、羊蹄医師会、保険者協議会、後志広域連合、後期高齢者医療広域連合等と連携、協力します。

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要です。

5 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では平成 30 年度から特別調整交付金を活用して実施しています。国は保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は「特定健診・特定保健指導・メタボ」「後発医薬品促進の取組・使用割合」「生活習慣病の発症予防・重症化予防」「収納率」「適正化かつ健全な事業運営」を高く評価しています。

図表 1-5-1-1：保険者努力支援制度の点数獲得状況（平成 30 年度～令和 5 年度）

		平成 30 年 度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度		
							俱知安町	国 平均	道 平均
点 数	総点数（満点）	790 点	880 点	995 点	1000 点	960 点	940 点		
	合計点数	411	352	399	476	455	552	556	590
	達成割合	52.0%	40.0%	40.1%	47.6%	47.4%	58.7%	59.1%	62.8%
	全国順位	816	1,563	1,557	1,297	1,467	889	-	-
共 通	①特定健診・特定保健指導・メタボ	50	15	10	10	-15	-15	54	59
	②がん検診・歯科健診	0	0	20	35	20	15	40	38
	③生活習慣病の発症予防・重症化予防	100	100	120	120	105	95	84	80
	④個人インセンティブ・情報提供	80	20	20	15	15	20	50	44
	⑤重複多剤	0	0	0	5	20	20	42	39
	⑥後発医薬品促進の取組・使用割合	25	65	10	10	10	110	62	81
国 保	①収納率	25	10	25	100	100	100	52	70
	②データヘルス計画	40	50	40	40	30	25	23	22
	③医療費通知	25	25	25	25	20	15	15	15
	④地域包括ケア・一体的実施	17	20	25	20	40	40	26	24
	⑤第三者求償	21	14	22	24	38	43	40	46
	⑥適正化かつ健全な事業運営	28	33	82	72	72	84	69	73

【出典】厚生労働省 国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について

6 標準化の推進

データヘルス計画が都道府県レベルで標準化されることにより、共通の評価指標による域内保険者の経年的なモニタリングができるようになるほか、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されています。倶知安町では、北海道等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用することとします。

図表 1-6-1-1：北海道のデータヘルス計画標準化に係る共通評価指標

目的	
道民が健康で豊かに過ごすことができる	

最上位目標		評価指標	目標
アウトカム	健康寿命の延伸	平均自立期間	延伸
	医療費の構造変化	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	抑制
		総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合	抑制
		総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合	抑制
中・長期目標		評価指標	目標
アウトカム	生活習慣病重症化予防	新規脳血管疾患患者数	抑制
		新規虚血性心疾患患者数	抑制
		新規人工透析導入者数	抑制
短期目標		評価指標	目標
アウトカム	健康づくり	メタボリックシンドローム該当者の割合	減少
		メタボリックシンドローム予備群該当者の割合	減少
		喫煙率	減少
		1日飲酒量が多い者の割合	減少
		運動習慣のない者の割合	減少
	特定保健指導	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加
	生活習慣病重症化予防	HbA1c8.0%以上の割合	減少
		HbA1c7.0%以上の割合	減少
		HbA1c6.5%以上の割合	減少
		Ⅲ度高血圧（収縮期 180mmHg・拡張期 110mmHg）以上の割合	減少
		Ⅱ度高血圧（収縮期 160mmHg・拡張期 100mmHg）以上の割合	減少
		Ⅰ度高血圧（収縮期 140mmHg・拡張期 90mmHg）以上の割合	減少
		LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合	減少
		LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合	減少
LDL コレステロール 140mg/dl 以上の割合		減少	
アウトプット	特定健診	特定健康診査実施率	向上
	特定保健指導	特定保健指導実施率	向上
	生活習慣病重症化予防	糖尿病重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加
		高血圧症重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加
		脂質異常症重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加

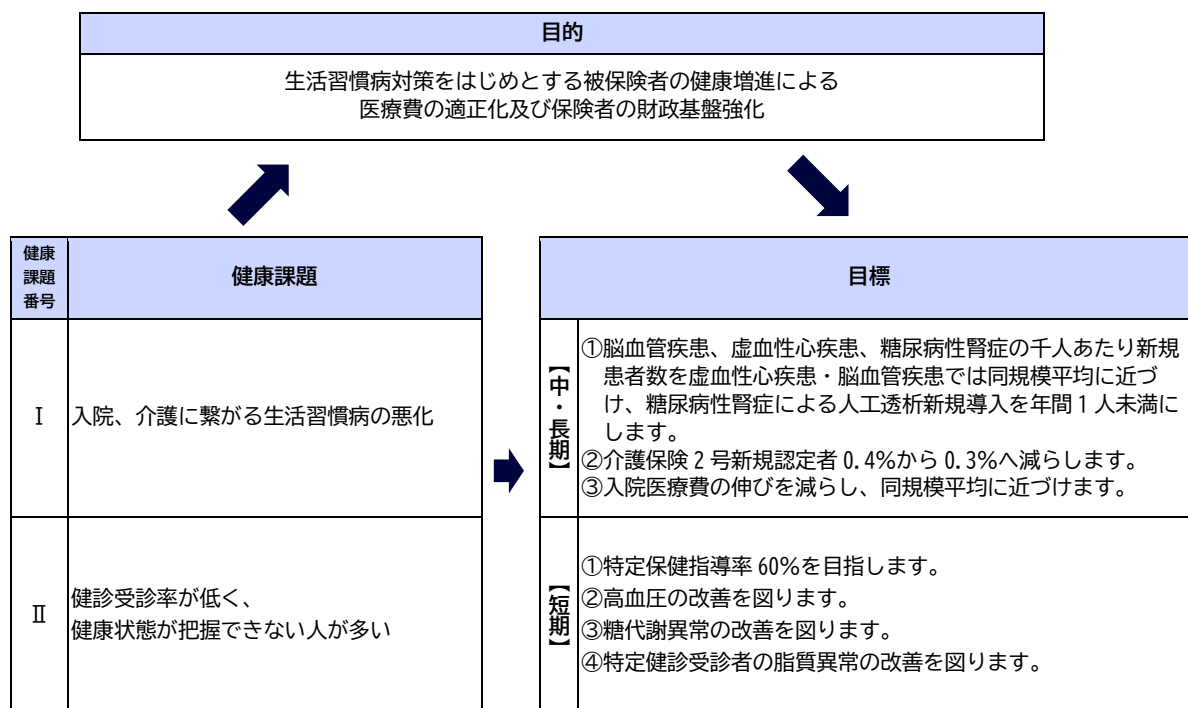
図表 1-6-1-2：北海道の健康課題

健康・医療情報分析からの考察	健康課題
(死亡・介護) ○平均自立期間が国と比較して男女とも短い。 ○高齢化率が国と比較して高く、高齢化のスピードも速い。 ○死因別死亡数では、悪性新生物や心疾患が国と比較して多く、標準化死亡比 (SMR) では、悪性新生物や腎不全が国と比較して高い。 ○死因割合では、悪性新生物、心不全、腎不全等が国と比較して高い。 ○1 件当たり介護給付費が、国と比較して高い。 ○1 号被保険者に係る認定率が、国と比較して高い。 ○要介護認定者の有病状況では、糖尿病とがんの割合が高い。 ○要介護認定者の半数以上が高血圧症を有している。	(健康寿命・医療費の構造変化) ○平均自立期間が短い。 ○国保・後期ともに 1 人当たり医療費及び 1 人当たり年齢調整後医療費が高い。 ○国保・後期ともに外来受診率が低く入院受診率が高い。 ○国保・後期ともに外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。
(医療) ○1 人当たり医療費 (実数及び年齢調整後) は、国保・後期ともに国と比較して高い。 ○地域差指数は、国保・後期ともに国と比較して外来が低く、入院が高い。 ○医療機関受診率は、国保・後期ともに国と比較して外来受診率が低く、入院受診率が高い。 ○外来・入院費用の割合は、国保・後期ともに国と比較して外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。 ○入院医療費では、国保・後期ともに生活習慣病重症化疾患である脳梗塞、狭心症に係る医療費の割合が高い。 ○外来医療費では、生活習慣病基礎疾患 (糖尿病・高血圧症・脂質異常症) に係る医療費の割合が国保で高く、後期になると重症化疾患である慢性腎臓病 (透析有り) に係る医療費の割合が高い。 ○国保及び後期 (65～74 歳) の新規人工透析導入者の割合が国と比較して高い。 ○国保・後期ともに新規人工透析導入者のうち、糖尿病患者の割合が国と比較して高い。	(重症化予防) ○HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-C は、値が悪く (重度に) なるにしたがって順位が悪化し、重症化予防対象者が多い。 ○糖尿病、高血圧症、脂質異常症が重症化し、腎不全や心不全に繋がっている。 ○糖尿病に起因する新規人工透析導入者数が多い。
(特定健診・特定保健指導) ○特定健診受診率が低く、保健指導が必要な人を十分に把握できていない。 ○特定保健指導実施率が国の目標値に至っておらず、更なる実施率向上が必要。 ○メタボ該当者が多い。 ○有所見者の割合をみると、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-C は、値が悪く (重度に) なるにしたがって国と比較して高くなり、重症化予防対象者が多いことから、更なる生活習慣病未治療者・中断者対策が必要。 ○喫煙率が男女ともに国と比較して高い。 ○飲酒 (1 日飲酒量 3 合以上) に該当する者の割合が男女ともに国と比較して高い。 ○運動習慣 (1 回 30 分以上) のない者の割合が男女ともに国と比較して高い。	(健康づくり) ○メタボ該当者が多い。 ○喫煙率が高い。 ○1 日飲酒量が多い者の割合が高い。 ○運動習慣のない者の割合が高い。

第2章 前期計画等に係る考察

1 健康課題・目的・目標の再確認

ここでは、第2期データヘルス計画に記載している健康課題、目的、目標について、それぞれのつながりを整理します。



2 評価指標による目標評価と要因の整理

ここでは、第2期データヘルス計画における中・長期目標について、評価指標に係る実績値により達成状況を評価し、第2期データヘルス計画に基づき実施してきた保健事業が課題解決、目標達成にどう寄与したか振り返り、最終評価として目標達成状況や残された課題等について整理を行います。

実績値の評価（ベースラインとの比較）						
A：改善している B：変わらない C：悪化している D：評価困難						

1. 中・長期目標の振り返り

中・長期目標			評価指標			評価
脳血管疾患の減少			脳血管疾患の占める割合（厚労省様式3-6） 【脳血管疾患人数／被保険者数（7月作成分）】			A
ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
2.9%	3.0%	2.9%	2.6%	2.4%	2.5%	2.6%

中・長期目標			評価指標			評価
虚血性心疾患の減少			虚血性心疾患の占める割合（厚労省様式3-5） 【虚血性心疾患人数／被保険者数（7月作成分）】			A
ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
4.2%	4.4%	3.9%	3.9%	3.2%	2.9%	3.0%

中・長期目標			評価指標			評価
糖尿病性腎症の減少			人工透析患者の占める割合（厚労省様式3-7） （7月作成分）			B
ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%

中・長期目標			評価指標			評価
介護保険2号新規認定者の減少（0.4%→0.3%）			介護保険2号認定者 （要介護（支援）認定状況_年度累計）			B
ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%

中・長期目標			評価指標			評価
重症化を予防し、医療費の伸びを抑制			1人当たり医療費の状況_外来 （地域の全体像の把握_年度累計）			B
ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
12,770円	13,240円	12,940円	14,050円	13,280円	14,630円	14,270円

中・長期目標			評価指標			評価
重症化を予防し、医療費の伸びを抑制			1人当たり医療費の状況_入院 （地域の全体像の把握_年度累計）			C
ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
11,790円	12,760円	12,900円	14,040円	13,320円	13,760円	13,470円

2. 中・長期目標を達成させるための短期的な目標

短期目標			評価指標			評価	
特定健診受診率の向上			特定健診受診率【法定報告値】			B	
目標達成に向けて実施した 保健事業・取り組み			評価理由				
個別・集団医療機関健診			コロナ渦による受診率低下は見られましたが、集団検診の前年度受診者へ自動申し込みを開始し、リピーターの確保ができました。しかし、若い世代の受診率が低く、新規受診者の獲得が課題です。				
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
60.0%	33.1%	33.3%	34.9%	34.1%	32.2%	34.7%	34.9%
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
・ 集団健診の自動申し込みを導入 ・ WEB 申し込みの開始				・ 個別健診前年度新規受診者への受診勧奨方法の未実施 ・ 40～50 代の若い世代への受診勧奨の未実施			

短期目標			評価指標			評価		
特定保健指導実施率の維持			【法定報告値】 ①特定保健指導実施率 ②特定保健指導対象者の減少率			C		
目標達成に向けて実施した 保健事業・取り組み			評価理由					
健康栄養相談（実施）			コロナ渦により、保健指導の実施ができない時期がありました。また、感染症予防行動に従事するためスタッフの稼働が減り、実施率が減少しました。					
指標	目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
①実施率	75.0%	61.4%	60.3%	53.5%	45.7%	32.3%	33.8%	50.0%
②減少率	25.0%	14.5%	26.0%	23.3%	18.2%	20.3%	12.9%	21.9%
目標達成における推進要因					目標達成における阻害要因			
・ 対象者の生活環境の理解のため、支援方法を来所から訪問へ変更 ・ スタッフが 2 人 1 組で訪問し、多角的な視点での保健指導を開始					・ 新型コロナウイルスワクチン接種業務による稼働の増加 ・ 道・国と比較して生活習慣習慣を変えたいという人が少ない。			

短期目標			評価指標			評価	
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少			メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合【地域の全体像の把握(年度累計)】			B	
目標達成に向けて実施した 保健事業・取り組み			評価理由				
健康栄養相談（データ分析）			コロナ渦により、自宅で過ごす時間が増え活動量が減った生活習慣の変化がありました。また、メタボ該当者や予備群に対する背景把握やアプローチの検討に留まりました。				
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
-	27.2%	25.6%	25.4%	26.6%	27.3%	27.1%	25.9%
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
・重症化予防対象者への介入がメタボリックシンドロームに対する保健指導につながっている。				・新型コロナウイルスワクチン接種業務による稼働の増加 ・道・国と比較して生活習慣習慣を変えたいという人が少ない。			

短期目標			評価指標			評価	
高血圧該当者の減少			高血圧症の占める割合 【厚労省様式 3-3（7 月作成分）】			A	
目標達成に向けて実施した 保健事業・取り組み			評価理由				
健康栄養相談（実施）			外来医療費は減少しているが入院医療費が増加していることから、病状が悪化してから受診している人が多いことが予想されます。健診受診者へ保健指導・受診勧奨を行った結果、50%は内服治療へつながりました。今後も未治療者への取り組みが必要です。				
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
-	16.3%	17.1%	16.4%	16.6%	14.7%	14.8%	15.0%
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
・ 健診受診者への血圧台帳を整備し、対象者の明確化 ・ 重症化予防の取組の内、優先順位 1 位に設定 ・ 地区担当制を導入し、来所から家庭訪問へ変更 ・ 健康栄養相談（実施）にて、対象者や地域の理解の強化 ・ 家庭血圧の推進のため、血圧手帳の配布				・ 保健指導実施後の受診状況の未把握 ・ 個別の課題を収集している段階で、地区の課題の明確化に至っていない。			

短期目標			評価指標			評価	
糖尿病該当者の減少			糖尿病の占める割合 【厚労省様式 3-2（7 月作成分）】			B	
目標達成に向けて実施した 保健事業・取り組み			評価理由				
健康栄養相談（実施）			受診・内服をしても生活習慣を変えることが困難な方が多く、血糖コントロール不良者が多いです。				
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
-	7.4%	8.0%	8.3%	8.0%	6.9%	7.4%	7.4%
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
・糖尿病台帳を整備し、対象者への支援、評価の見える化の実施 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の視点から 75 歳以上に対するアプローチの開始				・保健指導実施後の受診状況の未把握 ・個別の課題を収集している段階で、地区の課題の明確化に至っていない。 ・新型コロナウイルスワクチン接種業務による稼働の増加により、優先すべき保健指導を高血圧と特定保健指導に絞った。			

短期目標			評価指標			評価	
脂質異常症該当者の減少			脂質異常症の占める割合 【厚労省様式 3-4（7 月作成分）】			A	
目標達成に向けて実施した 保健事業・取り組み			評価理由				
健康栄養相談（実施）			保健指導により要医療者の 60%近くが内服を開始し、数値の改善が見られています。				
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
-	13.6%	13.7%	13.5%	14.5%	11.8%	12.8%	12.9%
目標達成における推進要因				目標達成における阻害要因			
・重症化予防対象者を選定し、受診勧奨を行った。				・保健指導実施後の受診状況の未把握 ・個別の課題を収集している段階で、地区の課題の明確化に至っていない。 ・新型コロナウイルスワクチン接種業務による稼働の増加により、優先すべき保健指導を高血圧と特定保健指導に絞った。			

短期目標				評価指標		評価		
がんの早期発見、早期治療				がん検診受診率 【地域保健健康増進事業報告】		C		
目標達成に向けて実施した 保健事業・取り組み				評価理由				
がん検診の精度管理				コロナ禍による受診控えや検診受診の制限がありました。 また、感染症予防行動に従事するためスタッフの稼働が減り、実施 予定であった、健康管理システムを活用した未受診者への受診勧奨 や精密検査の精度管理方法の確立に着手することができませんでした。				
がん種	目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
胃	15%以上	11.5%	19.4%	17.3%	17.2%	13.9%	9.9%	9.8%
肺	15%以上	11.3%	9.9%	10.2%	8.4%	10.2%	8.8%	8.4%
大腸	15%以上	11.5%	9.9%	10.1%	7.5%	7.4%	8.7%	8.4%
子宮	15%以上	10.7%	11.4%	10.1%	9.8%	10.1%	11.0%	8.6%
乳	20%以上	16.9%	16.6%	19.5%	17.5%	13.2%	14.0%	16.2%
目標達成における推進要因					目標達成における阻害要因			
・ 令和 2 年度から健康管理システムの導入 ・ 健康管理システムを活用した受診履歴に合わせた勧奨はがきの開始 ・ がん検診と特定健診の同日実施が出来る日程の増加 ・ WEB 申し込みの開始					・ コロナ禍による受診控え ・ 受診後の精検管理体制の未確立			

3 個別保健事業評価

ここでは、健康課題、目標に紐付けた重点的な事業の評価を行います。

事業目標の達成状況について、計画期間中の実績値や事業実施状況により評価し、質的情報も踏まえた要因の明確化や、次期計画に向けた事業の改善策の整理を行います。

事業全体の評価
A：うまくいった B：まあ、うまくいった C：あまりうまくいかなかった D：まったくうまくいかなかった E：わからない
実績値の評価（ベースラインとの比較）
A：改善している B：変わらない C：悪化している D：評価困難

事業名	事業目標							事業全体の評価
特定健診	特定健診受診率向上							B
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績			
特定健診受診率					-			
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	実績値評価
60.0%	33.1%	33.3%	34.9%	34.1%	32.2%	34.7%	35.5%	A
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案 （継続・強化・修正する内容など）		
- 健康管理システムを令和 2 年度より導入し、受診履歴のシステム管理が可能となった。 - 集団健診において前年度受診者の予約を自動化したことで、リピーターの受診中断を予防した。 - 広報活動を工夫し QR コードの活用、SNS での周知を取り入れた。 - WEB 予約を導入し、40～50 代の若い世代の健診予約へつなげた。 - はつらつバスツアー検診は女性のみに限定していたが予約枠を変更し、男女共に受ける体制にした。			- 集団健診を毎年受診している団塊世代の層が後期高齢に移行してきており、新規受診者が少ない。 - 年齢別に見ると、65 歳以上の健診未受診者が国・道と比較して多い。 - 俱知安町内の受診者を年齢別にみると若い世代の受診が少ない。			40～50 代の働いている世代が受診しやすい環境の整備を検討 - 健診受診が不定期又は中断している方への受診勧奨 - 医療機関、広域連合と連携しデータ受領の実施 - 健康づくりに対するインセンティブの導入を検討		

事業名	事業目標							事業全体の評価
健康栄養相談	重症化予防対象者への保健指導の実施 対象者の明確化と優先順位の決定							B
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績			
重症化予防対象者の保健指導実施数					・地区分担制の構築 ・血圧・糖尿病台帳の作成 ・来所から訪問指導中心へ変更 ・KDB の活用、高血圧Ⅱ度以上への介入 ・糖尿病性腎症重症化プログラム者への保健指導			
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	実績値評価
-	-	-	24 (10~3月) (内訳) 訪問 1 来所 23	34 (内訳) 訪問 6 来所 28	32 (内訳) 訪問 1 来所 31	9 (内訳) 訪問 1 来所 8	38 (内訳) 訪問 36 来所 2	A
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案 (継続・強化・修正する内容など)		
・平成 30 年 10 月から重症化予防対象者の優先順位を決定 ・保健指導を実施した結果の報告を行い、共通課題の明確化を開始 ・多角的な視点を持つため、スタッフ 2 人での訪問開始 ・訪問から対象者の理解へつなげた。 ・スタッフ間で話し合う時間を確保し、支援経過を共有を図った ・保健指導を実施した結果の報告を行い、共通課題の明確化を開始 ・対象者が見える化し業務整理 ・町の課題となるモデルケース作成			・保健指導に従事するスタッフは他部門との兼務である。 ・人員不足に加え、新型コロナワクチン等他業務の稼働が増大したことに伴い、保健指導の対象者を絞り、重症化予防対象者を選定した。			・稼働に合わせ対象者を絞り、優先順位を決めた訪問指導を行っているが、今度の稼働状況に合わせ、順次取組を広げていく。 ・稼働確保のため専任スタッフの設置などを検討していく。 ・データ分析と保健指導の実践に事業を分け実施する。 ・個別支援に対する PDCA サイクルを関係するスタッフと行う。 ・年に 1 回 KDB 等を活用し、次年度の保健事業の方向性を決定する。 ・優先順位 1 特定保健指導、2 高血圧対策、3 糖尿病性腎症重症化予防対策、4 未受診者対策の順とした。		

事業名	事業目標							事業全体の評価
健康教育	健康教育実施数と参加者数の増加							B
評価指標（アウトカム・アウトプット）					評価指標以外の実績			
【A. 健康増進事業補助金該当（成人期）】 ①健康教育の実施数（回） ②健康教育の参加者数（人） 【B. 保健と介護の一体的実施推進事業該当（高齢期）】 ①②上記同様					地域包括支援センターや社会福祉協議会との生活支援体制整備事業会議の参加を開始（月 1 回）			
目標値	ベースライン	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	実績値評価
-	-	【A】 ①13 ②243	【A】 ①10 ②52	【A】 ①3 ②11	【A】 ①1 ②9 【B】 ①4 ②122	【A】 実績なし 【B】 ①5 ②125	【A】 実績なし 【B】 ①5 ②125	B
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案 (継続・強化・修正する内容など)		
・保健と介護の一体的実施推進事業を受託し、令和 2 年度より KDB 等でデータ分析をしたことで、介護状態につながる健康課題が明確化し、事業の方向性の指標となった。			・令和 2 年度から一体的事業を開始し、対象者を選定した。高齢期に対して優先実施した。			・成人期の対象者への集団アプローチを得るため、企業をはじめとする団体へ事業の周知 ・サロンや通いの場での健康教育の継続 ・地域包括支援センターや社会福祉協議会、生活支援コーディネーターとの連携を継続		

4 第2期データヘルス計画の総合評価

第2期計画の総合評価	・コロナ渦により、自宅で過ごす時間が増え活動量が減る生活習慣の変化があった。外来医療費の伸びは国や道と比べて低い、入院医療費の伸びは高い。コロナ渦による受診控えや行動制限に加え、生活習慣を変えたい人が少なく、病状が悪化してから受診している人が多いことが考えられる。 ・保健事業に占める感染症予防対策業務が増大したことを受け、優先順位付けをすることができ、限られた稼働の中で効率的な保健事業の検討・実施につながった。 ・入院や介護に繋がる生活習慣病が重症化した脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症罹患率は改善、または維持しており、限られた稼働で保健指導の優先順位を明確にしたことにより、介護に繋がる脳血管疾患の重症化予防はある程度の効果がみられている。介護保険2号新規認定率は変わらず経過している。 ・新規取組として、保健事業と介護予防の一体的実施を開始し、健康状態不明者への介入を開始。また、健康管理システムの拡充により、受診勧奨・対象者管理ができるようになった。
残された課題 (第3期計画の継続課題)	・特定健診を受診し、自らの健康状態を理解している人が少なく、生活習慣病が悪化してから受診をする人が多いと考えられる。特に年代別に見ると、40～50代の若い世代の健診未受診者が多い。 ・介護に繋がる生活習慣病への重症化予防はある程度の効果は見られているが、脳血管疾患を有している人は依然多い。 ・「運動習慣なし」「生活改善意欲なし」の割合が高く、生活習慣病発症予防や重症化予防、介護予防において自らの健康づくり行動がとれている人が少ない。
第3期計画の 重点課題と重点事業	① 40～50代の若い世代へ特定健診の受診勧奨、受けやすい健診の環境作り ② 健診受診者への重症化予防 ③ 健康意識向上のための環境づくり

第3章 倶知安町の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出

1 基本情報

1. 町の特徴

倶知安町は、特別豪雪地帯に指定されており、冬期間の平均降雪期間は4ヶ月程度と長く、積雪量も多い地域です。自然の豊かさを求める外国人観光客の増加に伴い、海外投資によるホテル、コンドミニアムの建設が相次ぎ、国際リゾート地へと発展を続けています。

以前より、官公に従事する転入世帯が多いことに加え、観光関連のアクティビティや宿泊施設等の従業員、さらに、北海道新幹線と倶知安駅の開業や、高速道路の開通に向けた建設従事者が増加しています。新型コロナウイルス感染症の収束後、外国人観光客数が再び増加していくことが予想され、町民は、これまで以上に様々な文化や価値観を持った人との交流を持ち、外国籍住民を含めた多様な人々との協働によるまちづくりが必要となります。

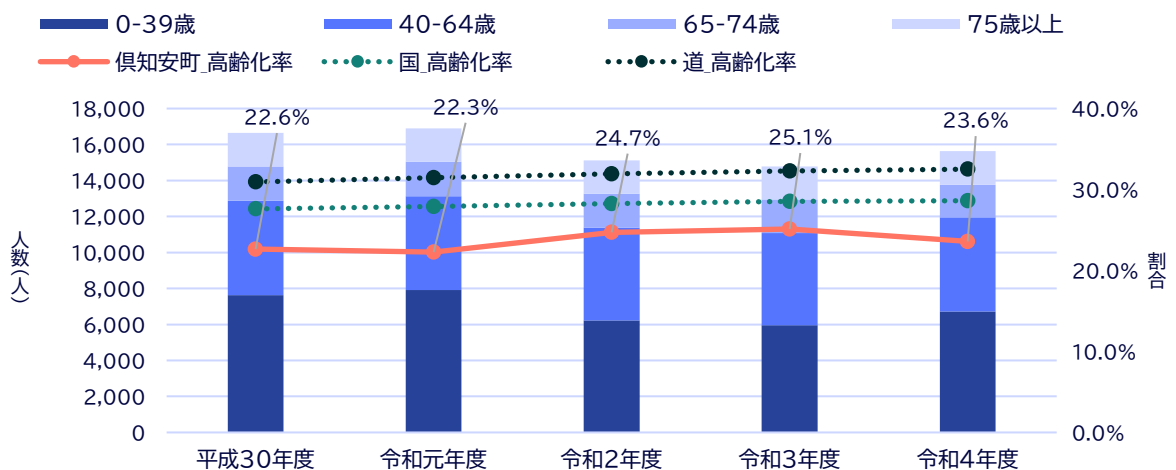
一方、地価・賃貸住宅の家賃高騰による住宅事情の悪化、除雪等の居住生活管理に時間と労力が取られる世帯が多い傾向にあり、高齢期以降の人口流出が懸念されています。

2. 人口の変化及び高齢化率と経年推移

令和4年度の人口は15,636人で、平成30年度以降1,006人減少しています。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は23.6%で、平成30年度と比較して、1.0ポイント上昇しています。国や道と比較すると、高齢化率は低いです。

図表 3-1-2-1：人口の変化と高齢化率



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	7,631	45.9%	7,912	46.8%	6,232	41.2%	5,954	40.3%	6,731	43.0%
40-64歳	5,243	31.5%	5,218	30.9%	5,153	34.1%	5,120	34.6%	5,217	33.4%
65-74歳	1,908	11.5%	1,911	11.3%	1,884	12.5%	1,872	12.7%	1,821	11.6%
75歳以上	1,860	11.2%	1,851	11.0%	1,854	12.3%	1,843	12.5%	1,867	11.9%
合計	16,642	-	16,892	-	15,123	-	14,789	-	15,636	-
倶知安町_高齢化率	22.6%		22.3%		24.7%		25.1%		23.6%	
国_高齢化率	27.6%		27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
道_高齢化率	30.9%		31.4%		31.9%		32.3%		32.5%	

※倶知安町に係る数値は、各年度の3月末時点の人口を使用し、国及び県に係る数値は、総務省が公表している住民基本台帳を参照しているため各年度の1月1日の人口を使用しています（住民基本台帳を用いた分析においては以下同様）

【出典】住民基本台帳_平成30年度から令和4年度

3. 男女別の平均余命及び平均自立期間と経年推移

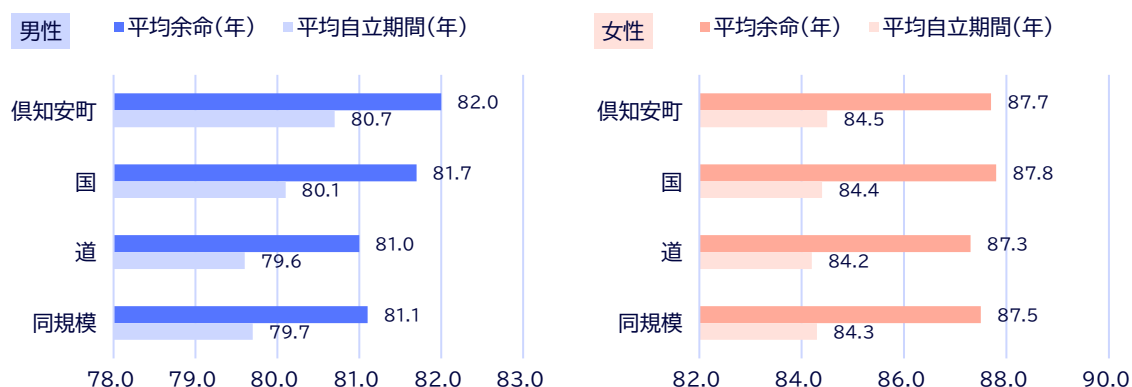
平均余命は、男性は 82.0 年で国・道より長いです。女性は 87.7 年で、国より短い、道より長いです。

平均自立期間は、男性は 80.7 年、女性は 84.5 年で、国・道より長いです。

介護などで日常生活に制限のある期間（平均余命と平均自立期間の差）は、男性は 1.3 年で、平成 30 年度以降ほぼ一定で推移しています。女性は 3.2 年で拡大しています。

※平均余命：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では 0 歳での平均余命を示しています
 ※平均自立期間：0 歳の人が必要介護 2 の状態になるまでの期間

図表 3-1-3-1：平均余命・平均自立期間



	男性			女性		
	平均余命 (年)	平均自立期間 (年)	差 (年)	平均余命 (年)	平均自立期間 (年)	差 (年)
倶知安町	82.0	80.7	1.3	87.7	84.5	3.2
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
道	81.0	79.6	1.4	87.3	84.2	3.1
同規模	81.1	79.7	1.4	87.5	84.3	3.2

※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指します

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 4 年度 累計

図表 3-1-3-2：平均余命と平均自立期間の推移

	男性			女性		
	平均余命 (年)	平均自立期間 (年)	差 (年)	平均余命 (年)	平均自立期間 (年)	差 (年)
平成 30 年度	80.7	79.4	1.3	87.2	84.1	3.1
令和元年度	80.6	79.3	1.3	87.9	84.6	3.3
令和 2 年度	79.9	78.8	1.1	88.1	84.5	3.6
令和 3 年度	80.5	79.4	1.1	87.5	84.0	3.5
令和 4 年度	82.0	80.7	1.3	87.7	84.5	3.2

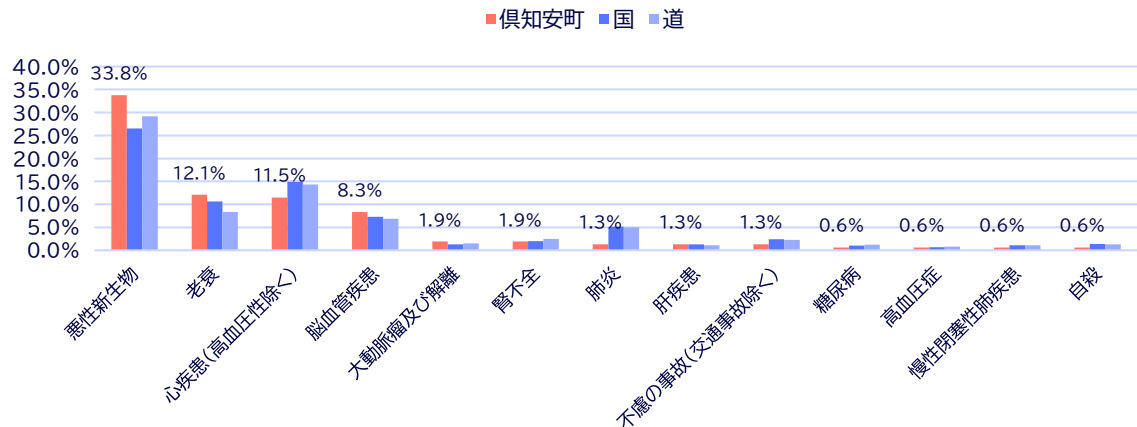
【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成 30 年度から令和 4 年度 累計

2 死亡の状況

1. 死因別死亡者数

令和3年の人口動態調査から、死因第1位は「悪性新生物」で全死亡者の33.8%を占めています。保健事業により予防可能な重篤な疾患である「心疾患（高血圧性を除く）」は第3位（11.5%）、「脳血管疾患」は第4位（8.3%）、「腎不全」は第6位（1.9%）であり、いずれも死因別死亡者数の上位に位置しています。

図表 3-2-1-1：死因別の死亡者数・割合



順位	死因	俱知安町		国	道
		死亡者数（人）	割合		
1 位	悪性新生物	53	33.8%	26.5%	29.2%
2 位	老衰	19	12.1%	10.6%	8.3%
3 位	心疾患（高血圧性を除く）	18	11.5%	14.9%	14.3%
4 位	脳血管疾患	13	8.3%	7.3%	6.9%
5 位	大動脈瘤及び解離	3	1.9%	1.3%	1.5%
5 位	腎不全	3	1.9%	2.0%	2.5%
7 位	肺炎	2	1.3%	5.1%	5.0%
7 位	肝疾患	2	1.3%	1.3%	1.1%
7 位	不慮の事故（交通事故除く）	2	1.3%	2.4%	2.3%
10 位	糖尿病	1	0.6%	1.0%	1.2%
10 位	高血圧症	1	0.6%	0.7%	0.8%
10 位	慢性閉塞性肺疾患	1	0.6%	1.1%	1.1%
10 位	自殺	1	0.6%	1.4%	1.3%
-	その他	38	24.2%	24.2%	24.4%
-	死亡総数	157	-	-	-

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年

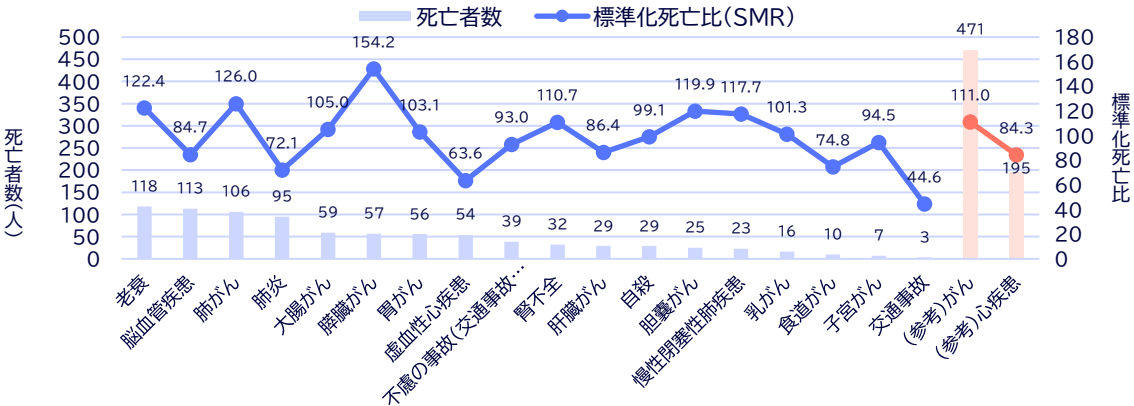
2. 死因別の標準化死亡比（SMR）

平成 22 年から令和元年までの累積死因別死亡者数をみると、死亡者数の最も多い死因は「老衰」であり、国と比べて標準化死亡比（SMR）が最も高い死因は「膵臓がん」（154.2）です。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあてて SMR をみると、「虚血性心疾患」は 63.6、「脳血管疾患」は 84.7、「腎不全」は 110.7 となっています。

※標準化死亡比（SMR）：国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断されます

図表 3-2-2-1：平成 22 年から令和元年までの死因別の死亡者数と SMR



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)			順位	死因	死亡者 数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			倶知安 町	道	国				倶知安 町	道	国
1 位	老衰	118	122.4	72.6	100	11 位	肝臓がん	29	86.4	94.0	100
2 位	脳血管疾患	113	84.7	92.0		11 位	自殺	29	99.1	103.8	
3 位	肺がん	106	126.0	119.7		13 位	胆嚢がん	25	119.9	113.0	
4 位	肺炎	95	72.1	97.2		14 位	慢性閉塞性肺疾患	23	117.7	92.0	
5 位	大腸がん	59	105.0	108.7		15 位	乳がん	16	101.3	109.5	
6 位	膵臓がん	57	154.2	124.6		16 位	食道がん	10	74.8	107.5	
7 位	胃がん	56	103.1	97.2		17 位	子宮がん	7	94.5	101.5	
8 位	虚血性心疾患	54	63.6	82.4		18 位	交通事故	3	44.6	94.0	
9 位	不慮の事故（交通事故除く）	39	93.0	84.3		参考	がん	471	111.0	109.2	
10 位	腎不全	32	110.7	128.3		参考	心疾患	195	84.3	100.0	

※「（参考）がん」は、表内の「がん」を含む ICD-10 死因簡単分類における「悪性新生物」による死亡者数の合計

※「（参考）心疾患」は、表内の「虚血性心疾患」を含む ICD-10 死因簡単分類における「心疾患」による死亡者数の合計

【出典】公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ 平成 22 年から令和元年

3. （参考） 5 がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率

国保被保険者における 5 がんの検診平均受診率は 20.6%で、国・道より高いです。

図表 3-2-3-1：がん検診の受診状況

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5 がん平均
倶知安町	22.0%	23.2%	22.6%	18.0%	17.2%	20.6%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
道	10.6%	10.9%	11.7%	14.5%	14.6%	12.5%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告_令和 3 年度

4 介護の状況

1. 一件当たり介護給付費

居宅サービス・施設サービスいずれの給付費も国・道より少なくなっています。

図表 3-4-1-1：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	俱知安町	国	道	同規模
計_一件当たり給付費（円）	92,210	59,662	60,965	70,292
（居宅）一件当たり給付費（円）	39,203	41,272	42,034	43,991
（施設）一件当たり給付費（円）	285,845	296,364	296,260	291,264

【出典】KDB 帳票 S25_004-医療・介護の突合の経年比較 令和4年度 年次

2. 要介護（要支援）認定者数・割合

第1号被保険者（65歳以上）における要介護認定率は19.0%で、道より低い、国より高いです。

図表 3-4-2-1：令和4年度における要介護（要支援）認定区分別の認定者数・割合

	被保険者数 (人)	要支援 1-2		要介護 1-2		要介護 3-5		俱知安町	国	道
		認定者数 (人)	認定率	認定者数 (人)	認定率	認定者数 (人)	認定率	認定率	認定率	認定率
1 号										
65-74 歳	1,821	31	1.7%	40	2.2%	27	1.5%	5.4%	-	-
75 歳以上	1,867	193	10.3%	227	12.2%	182	9.7%	32.2%	-	-
計	3,688	224	6.1%	267	7.2%	209	5.7%	19.0%	18.7%	20.8%
2 号										
40-64 歳	5,217	6	0.1%	4	0.1%	8	0.2%	0.3%	0.4%	0.4%
総計	8,905	230	2.6%	271	3.0%	217	2.4%	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

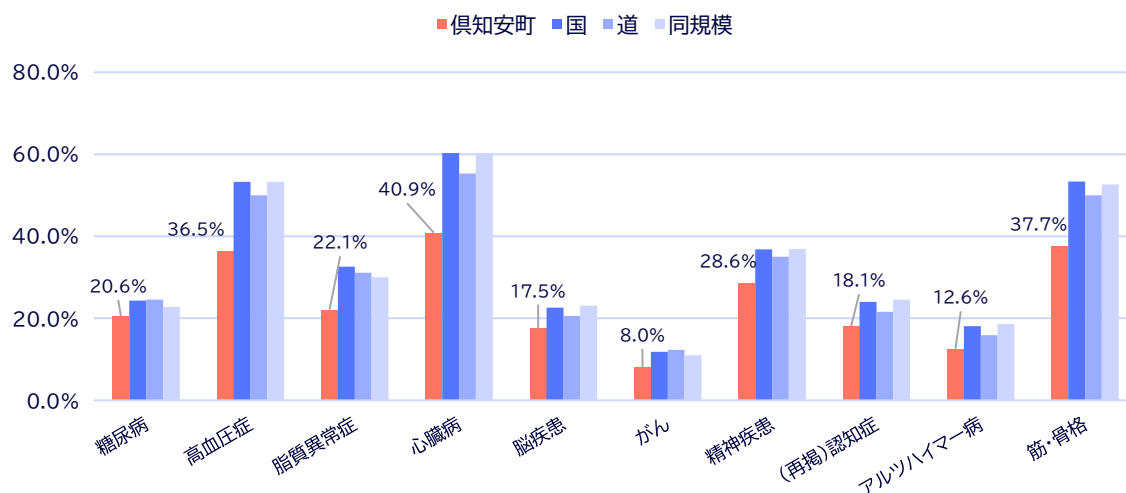
KDB 帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

3. 要介護・要支援認定者の有病状況

要介護または要支援の認定を受けた人の有病状況は「心臓病」は40.9%、「脳疾患」は17.5%となっていますが、その中でも予防可能な生活習慣病である「脳血管疾患」は47.6%「虚血性心疾患」は41.4%です。

また、重篤な疾患に発展する可能性のある基礎疾患の有病状況をみると、「糖尿病」は20.6%、「高血圧症」は36.5%、「脂質異常症」は22.1%となっており、要介護者・要支援認定者の多くが予防可能な生活習慣病に関する疾患を有しています。

図表 3-4-3-1：要介護・要支援認定者の有病状況



疾病名	要介護・要支援認定者（1・2号被保険者）		国	道	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	156	20.6%	24.3%	24.6%	22.8%
高血圧症	279	36.5%	53.3%	50.0%	53.3%
脂質異常症	173	22.1%	32.6%	31.1%	30.0%
心臓病	311	40.9%	60.3%	55.3%	60.3%
脳疾患	135	17.5%	22.6%	20.6%	23.1%
がん	66	8.0%	11.8%	12.3%	11.0%
精神疾患	215	28.6%	36.8%	35.0%	36.9%
うち_認知症	141	18.1%	24.0%	21.6%	24.6%
アルツハイマー病	100	12.6%	18.1%	15.9%	18.6%
筋・骨格関連疾患	286	37.7%	53.4%	50.0%	52.7%

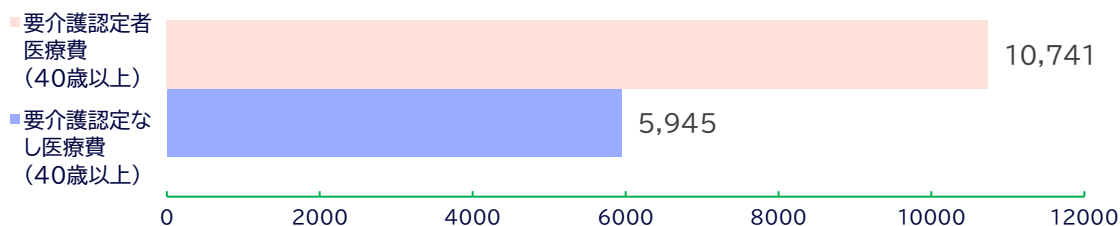
【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

図表 3-4-3-2：要介護・要支援認定者の有病状況（予防可能な疾患を再掲）

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		40～64歳		65～74歳				
介護件数（全体）			18		98		602		700		718		
【再掲】国保・後期			11		64		526		590		601		
（レセプトの診断名より重複して計上）有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	10	脳卒中	25	脳卒中	251	脳卒中	276	脳卒中	286
				90.9%	39.1%	47.7%	46.8%	47.6%					
			2	虚血性心疾患	1	虚血性心疾患	19	虚血性心疾患	229	虚血性心疾患	248	虚血性心疾患	249
				9.1%	29.7%	43.5%	42.0%	41.4%					
			3	腎不全	1	腎不全	9	腎不全	84	腎不全	93	腎不全	94
				9.1%	14.1%	16.0%	15.8%	15.6%					
		合併症	4	糖尿病合併症	1	糖尿病合併症	11	糖尿病合併症	64	糖尿病合併症	75	糖尿病合併症	76
				9.1%	17.2%	12.2%	12.7%	12.6%					
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			10	基礎疾患	58	基礎疾患	499	基礎疾患	557	基礎疾患	567
					90.9%	90.6%	94.9%	94.4%	94.3%				
	血管疾患合計			10	合計	60	合計	507	合計	567	合計	577	
				90.9%	93.8%	96.4%	96.1%	96.0%					
	認知症			1	認知症	17	認知症	256	認知症	273	認知症	274	
				9.1%	26.6%	48.7%	46.3%	45.6%					
筋・骨格疾患			11	筋骨格系	56	筋骨格系	502	筋骨格系	558	筋骨格系	569		
			100.0%	87.5%	95.4%	94.6%	94.7%						

【出典】KDB 帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和 4 年度 累計

図表 3-4-3-3：介護認定者と介護認定なしの医療費の比較



KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 4 年度 累計

5 国保加入者の医療の状況

1. 国保被保険者構成

令和 4 年度における国保加入者数は 3,355 人で、平成 30 年度の人数と比較して 25 人減少しています。国保加入率は 21.5%で、国・道より高いです。

65 歳以上の被保険者の割合は 33.4%で、平成 30 年度と比較して 5.0 ポイント減少しています。

図表 3-5-1-1：被保険者構成

	平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	人数 (人)	割合	人数 (人)	割合	人数 (人)	割合	人数 (人)	割合	人数 (人)	割合
0-39 歳	1,004	29.7%	1,115	32.8%	948	29.3%	870	28.6%	1,216	36.2%
40-64 歳	1,077	31.9%	1,022	30.1%	1,027	31.7%	976	32.0%	1,018	30.3%
65-74 歳	1,299	38.4%	1,258	37.1%	1,262	39.0%	1,201	39.4%	1,121	33.4%
国保加入者数	3,380	100.0%	3,395	100.0%	3,237	100.0%	3,047	100.0%	3,355	100.0%
俱知安町_総人口(人)	16,642		16,892		15,123		14,789		15,636	
俱知安町_国保加入率	20.3%		20.1%		21.4%		20.6%		21.5%	
国_国保加入率	22.0%		21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
道_国保加入率	21.9%		21.4%		21.1%		20.6%		20.0%	

※加入率は、KDB 帳票における年度毎の国保加入者数を住民基本台帳における年毎の人口で除して算出しています

【出典】住民基本台帳 平成 30 年度から令和 4 年度

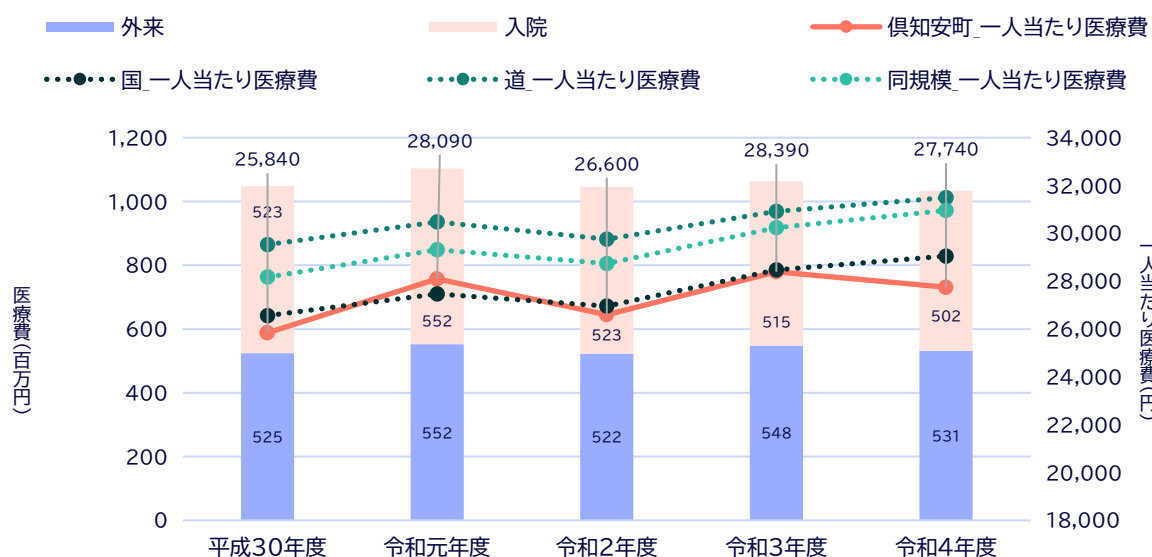
KDB 帳票 S21_006-被保険者構成 平成 30 年から令和 4 年 年次

2. 総医療費及び一人当たり医療費

令和4年度の総医療費は約10億3,300万円、平成30年度と比較して1.5%減少しています。
 令和4年度の一人当たり医療費は27,740円で、平成30年度と比較して7.4%増加しています。
 一人当たり医療費は国・道より少ないです。

※一人当たり医療費：総医療費を国保加入者数で除したもので集団比較や経年比較に用いられます

図表 3-5-2-1：総医療費・一人当たりの医療費



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	平成30年度からの 変化率 (%)
医療費 (円)	総額	1,048,054,570	1,103,576,860	1,045,418,430	1,062,797,840	1,032,710,940	-	-1.5
	入院	523,378,680	551,691,400	523,472,120	515,035,240	501,594,080	48.6%	-4.2
	外来	524,675,890	551,885,460	521,946,310	547,762,600	531,116,860	51.4%	1.2
一人 当たり 医療費 (円)	俱知安町	25,840	28,090	26,600	28,390	27,740	-	7.4
	国	26,560	27,470	26,960	28,470	29,050	-	9.4
	道	29,530	30,480	29,750	30,920	31,490	-	6.6
	同規模	28,170	29,310	28,740	30,230	30,960	-	9.9

※一人当たり医療費は、月平均を算出

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

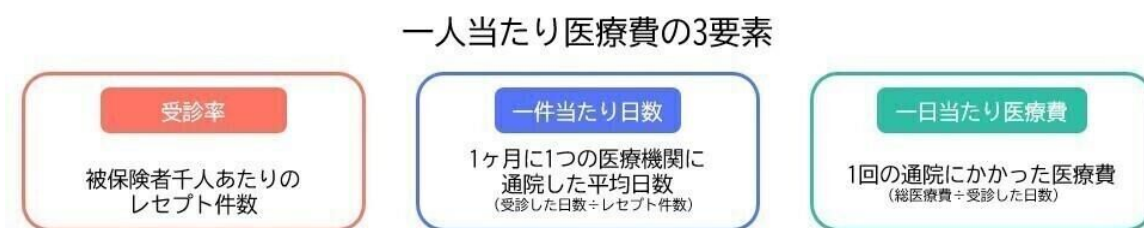
参考：医療サービスの状況

図表 3-5-2-2：医療サービスの状況

(千人当たり)	俱知安町	国	道	同規模
病院数	0.3	0.3	0.5	0.3
診療所数	3.5	4.0	3.2	2.7
病床数	75.4	59.4	87.8	44.1
医師数	13.2	13.4	13.1	6.4

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

3. 一人当たり医療費と医療費の3要素



一人当たり医療費は、「受診率」「一件当たり日数」「一日当たり医療費」の3要素に分解されます。

令和4年度の一人当たり医療費を、入院と外来のそれぞれで3要素に分解して比較すると、入院の受診率は外来と比較すると件数が少ないです。その一方で、一日当たり医療費は外来と比較すると多くなっています。

また、入院の一人当たり医療費は13,470円で、国と比較すると1,820円多いです。これは受診率、一件当たり日数が国の値を上回っているためです。

外来の一人当たり医療費は14,270円で、国と比較すると3,130円少ないです。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためです。

図表 3-5-3-1：入院外来別医療費の3要素

入院	倶知安町	国	道	同規模
一人当たり医療費（円）	13,470	11,650	13,820	13,180
受診率（件/千人）	22.4	18.8	22.0	21.9
一件当たり日数（日）	17.3	16.0	15.8	16.6
一日当たり医療費（円）	34,820	38,730	39,850	36,230

外来	倶知安町	国	道	同規模
一人当たり医療費（円）	14,270	17,400	17,670	17,780
受診率（件/千人）	473.4	709.6	663.0	721.7
一件当たり日数（日）	1.3	1.5	1.4	1.4
一日当たり医療費（円）	22,580	16,500	19,230	17,000

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

4. 疾病別医療費の構成

① 疾病分類（大分類）別医療費

続いて、総医療費に占める割合が高い疾病分類（大分類）の構成をみます。

総医療費に占める構成が最も高い疾病は「新生物」で、年間医療費は約 1 億 9,200 万円（18.6%）となっており、次いで高いのは「循環器系の疾患」で約 1 億 5,400 万円（15.0%）です。これら 2 疾病で総医療費の 33.6%を占めています。

特に、保健事業により予防可能である疾患を多く含む「循環器系の疾患」は受診率及びレセプト一件当たり医療費が、いずれも他の疾病よりも比較的多い傾向にあり、医療費が高額な原因となっています。

図表 3-5-4-1：疾病分類（大分類）別_医療費（男女合計）

順位	疾病分類（大分類）	医療費（円）	一人当たり	割合	受診率	レセプト
			医療費（円）			一件当たり医療費（円）
1 位	新生物	191,502,940	61,735	18.6%	261.4	236,132
2 位	循環器系の疾患	154,259,120	49,729	15.0%	997.1	49,874
3 位	精神及び行動の障害	99,591,900	32,106	9.7%	322.1	99,692
4 位	内分泌、栄養及び代謝疾患	82,473,570	26,587	8.0%	813.7	32,676
5 位	筋骨格系及び結合組織の疾患	79,542,280	25,642	7.7%	628.0	40,833
6 位	神経系の疾患	67,796,630	21,856	6.6%	277.2	78,833
7 位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	50,020,710	16,125	4.9%	176.3	91,446
8 位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	49,900,610	16,087	4.8%	15.5	1,039,596
9 位	呼吸器系の疾患	49,797,990	16,054	4.8%	422.3	38,014
10 位	消化器系の疾患	46,522,660	14,998	4.5%	369.8	40,560
11 位	尿路性器系の疾患	46,015,450	14,834	4.5%	236.3	62,777
12 位	眼及び付属器の疾患	28,857,590	9,303	2.8%	460.3	20,208
13 位	感染症及び寄生虫症	19,177,380	6,182	1.9%	162.2	38,126
14 位	皮膚及び皮下組織の疾患	15,268,920	4,922	1.5%	309.5	15,905
15 位	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	11,155,170	3,596	1.1%	95.1	37,814
16 位	妊娠、分娩及び産じょく	4,702,780	1,516	0.5%	14.2	106,881
17 位	先天奇形、変形及び染色体異常	4,611,250	1,487	0.4%	7.7	192,135
18 位	耳及び乳様突起の疾患	3,211,870	1,035	0.3%	55.4	18,674
19 位	周産期に発生した病態	1,299,320	419	0.1%	1.3	324,830
-	その他	25,082,590	8,086	2.4%	324.6	24,908
-	総計	1,030,790,730	-	-	-	-

※図表 3-5-2-1 の医療費「総額」と値が異なるのは、図表 3-5-2-1 においては年齢に関係なく、国保のレセプトを集計しているのに対し、本表では被保険者の生年月日から算出した年齢によって集計対象のレセプトを絞り込んでいるためです

※KDB システムにて設定されている疾病分類（大分類）区分のうち、特殊目的用コード、傷病及び死亡の外因、健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他（上記以外のもの）を「その他」にまとめています

【出典】KDB 帳票 S23_003-疾病別医療費分析（大分類） 令和 4 年度 累計

② 疾病分類（中分類）別 入院医療費

入院医療費を疾病分類（中分類）別にみると、「その他の悪性新生物」の医療費が最も多く約4,000万円で、8.0%を占めています。

また、予防可能な疾患で入院医療費が高額なものは、「脳内出血」「腎不全」「虚血性心疾患」です。

図表 3-5-4-2：疾病分類（中分類）別_入院医療費_上位 20 疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	一人当たり	割合	受診率	レセプト
			医療費（円）			一件当たり 医療費（円）
1 位	その他の悪性新生物	40,327,860	13,001	8.0%	14.5	896,175
2 位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	38,667,020	12,465	7.7%	31.3	398,629
3 位	その他の心疾患	26,942,710	8,686	5.4%	7.7	1,122,613
4 位	悪性リンパ腫	22,550,410	7,270	4.5%	3.5	2,050,037
5 位	その他損傷及びその他外因の影響	21,136,860	6,814	4.2%	10.6	640,511
6 位	脳内出血	19,634,390	6,330	3.9%	6.8	934,971
7 位	その他の消化器系の疾患	19,527,370	6,295	3.9%	13.2	476,277
8 位	骨折	17,755,900	5,724	3.5%	8.7	657,626
9 位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	16,563,560	5,340	3.3%	9.7	552,119
10 位	その他の循環器系の疾患	16,289,280	5,251	3.2%	2.9	1,809,920
11 位	その他の神経系の疾患	16,260,010	5,242	3.2%	11.0	478,236
12 位	腎不全	14,080,520	4,539	2.8%	5.2	880,033
13 位	関節症	13,657,940	4,403	2.7%	5.5	803,408
14 位	血管性及び詳細不明の認知症	10,736,060	3,461	2.1%	7.7	447,336
15 位	てんかん	10,533,540	3,396	2.1%	6.1	554,397
16 位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	10,150,370	3,272	2.0%	8.1	406,015
17 位	虚血性心疾患	9,999,770	3,224	2.0%	6.4	499,989
18 位	その他の精神及び行動の障害	9,236,450	2,978	1.8%	5.5	543,321
19 位	乳房の悪性新生物	9,010,390	2,905	1.8%	3.5	819,126
20 位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	8,853,650	2,854	1.8%	3.9	737,804

【出典】KDB 帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

③ 疾病分類（中分類）別 外来医療費

外来医療費を疾病分類（中分類）別にみると、「貧血」の医療費が最も多く約 4,700 万円で、8.8%を占めています。重篤な疾患に進行する前の状態である基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っています。

図表 3-5-4-3：疾病分類（中分類）別_外来医療費_上位 20 疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	一人当たり	割合	受診率	レセプト 一件当たり 医療費（円）
			医療費（円）			
1 位	貧血	46,792,930	15,085	8.8%	8.1	1,871,717
2 位	糖尿病	45,894,770	14,795	8.7%	481.0	30,761
3 位	その他の悪性新生物	29,722,280	9,582	5.6%	65.8	145,697
4 位	高血圧症	25,733,800	8,296	4.9%	648.3	12,797
5 位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	21,671,520	6,986	4.1%	22.6	309,593
6 位	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	19,570,620	6,309	3.7%	35.5	177,915
7 位	その他の心疾患	18,004,680	5,804	3.4%	144.4	40,189
8 位	乳房の悪性新生物	16,714,150	5,388	3.2%	39.0	138,133
9 位	腎不全	15,882,680	5,120	3.0%	20.3	252,106
10 位	炎症性多発性関節障害	14,918,000	4,809	2.8%	63.8	75,343
11 位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	13,837,420	4,461	2.6%	82.5	54,052
12 位	その他の神経系の疾患	13,571,420	4,375	2.6%	189.6	23,081
13 位	良性新生物及びその他の新生物	12,790,730	4,123	2.4%	50.0	82,521
14 位	その他の消化器系の疾患	12,573,730	4,053	2.4%	159.9	25,350
15 位	その他の眼及び付属器の疾患	10,950,780	3,530	2.1%	234.7	15,042
16 位	脂質異常症	10,536,500	3,397	2.0%	244.7	13,882
17 位	喘息	10,520,260	3,391	2.0%	148.6	22,821
18 位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	8,710,210	2,808	1.6%	128.3	21,885
19 位	その他の呼吸器系の疾患	8,472,800	2,731	1.6%	30.0	91,105
20 位	その他の特殊目的用コード	7,980,350	2,573	1.5%	74.8	34,398

【出典】KDB 帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和 4 年度 累計

④ 医療費が高額な疾病の状況

医療費のうち、1 か月当たり 30 万円以上のレセプトのうち、予防可能な重篤な疾患についてみると、「腎不全」「脳内出血」が上位に入っています。

医療費適正化の観点からもこれらの重篤な疾患の予防に取り組むことが重要です。

図表 3-5-4-4：疾病分類（中分類）別_1 か月当たり 30 万円以上のレセプトの状況 内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	高額レセプトの 医療費に占める割合	件数（累計） （件）	高額レセプトの 全件数に占める割合
1 位	その他の悪性新生物	57,662,990	9.1%	66	7.8%
2 位	貧血	46,297,250	7.3%	6	0.7%
3 位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	38,172,740	6.0%	92	10.9%
4 位	腎不全	28,190,250	4.4%	52	6.2%
5 位	その他の心疾患	26,725,310	4.2%	22	2.6%
6 位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	26,363,280	4.1%	37	4.4%
7 位	悪性リンパ腫	22,550,410	3.5%	11	1.3%
8 位	乳房の悪性新生物	21,579,780	3.4%	33	3.9%
9 位	その他の消化器系の疾患	19,798,330	3.1%	35	4.1%
10 位	脳内出血	19,272,430	3.0%	19	2.3%

【出典】KDB 帳票 S21_011-厚生労働省様式（様式 1-1） 令和 4 年 6 月から令和 5 年 5 月

⑤ 入院が長期化する疾病の状況

医療費のうち、6 か月以上の入院患者のレセプトについてみます。予防可能な重篤な疾患についてみると、「くも膜下出血」が上位に入っています。

長期入院が必要な疾患はリハビリテーションや介護が必要となる可能性があるため、平均自立期間に影響することが考えられます。

図表 3-5-4-5：疾病分類（中分類）別_6 か月以上の入院レセプトの状況 内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	長期入院レセプトの 医療費に占める割合	件数（累計） （件）	長期入院レセプトの 全件数に占める割合
1 位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	32,334,240	27.8%	80	33.3%
2 位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	11,845,500	10.2%	21	8.8%
3 位	その他の心疾患	11,673,600	10.0%	11	4.6%
4 位	その他の神経系の疾患	9,203,120	7.9%	17	7.1%
5 位	その他の精神及び行動の障害	8,712,700	7.5%	15	6.3%
6 位	血管性及び詳細不明の認知症	6,990,770	6.0%	15	6.3%
7 位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	6,530,380	5.6%	17	7.1%
8 位	その他の消化器系の疾患	5,887,660	5.1%	10	4.2%
9 位	神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,787,380	5.0%	16	6.7%
10 位	くも膜下出血	5,502,460	4.7%	11	4.6%

【出典】KDB 帳票 S21_012-厚生労働省様式（様式 2-1） 令和 4 年 6 月から令和 5 年 5 月

5. その他

① 重複服薬の状況

重複処方該当者数は 13 人です。

※重複処方該当者：重複処方を受けた人のうち、3 医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が 1 以上、または 2 医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が 2 以上に該当する者

図表 3-5-5-1：重複服薬の状況（薬効分類単位で集計）

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）									
		1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上	9 以上	10 以上
重複処方を受けた人	2 医療機関以上	54	11	4	1	0	0	0	0	0	0
	3 医療機関以上	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	4 医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5 医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

【出典】KDB 帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和 5 年 3 月診療分

② 多剤服薬の状況

多剤処方該当者数は、0 人です。

※多剤処方該当者：同一薬効に関する処方日数が 1 日以上かつ処方薬効数（同一月内）が 15 以上に該当する者

図表 3-5-5-2：多剤服薬の状況（薬効分類単位で集計）

		処方薬効数（同一月内）											
		1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上	9 以上	10 以上	15 以上	20 以上
処方日数	1 日以上	1,087	824	629	450	303	197	126	74	48	31	0	0
	15 日以上	810	691	553	413	287	190	124	74	48	31	0	0
	30 日以上	752	645	515	385	275	185	121	72	47	31	0	0
	60 日以上	557	478	386	291	215	150	100	59	39	24	0	0
	90 日以上	301	258	217	166	126	95	68	45	30	19	0	0
	120 日以上	127	119	105	88	65	47	32	20	14	10	0	0
	150 日以上	72	67	59	50	39	27	20	12	10	6	0	0
	180 日以上	57	54	46	38	30	21	17	11	9	5	0	0

【出典】KDB 帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和 5 年 3 月診療分

③ 後発医薬品の使用状況

令和 4 年 9 月時点の後発医薬品の使用割合は 83.9%で、道の 82.0%と比較して 1.9 ポイント高いです。

図表 3-5-5-3：後発医薬品の使用状況

	平成 30 年 9 月	令和元年 3 月	令和元年 9 月	令和 2 年 3 月	令和 2 年 9 月	令和 3 年 3 月	令和 3 年 9 月	令和 4 年 3 月	令和 4 年 9 月
俱知安町	75.0%	76.0%	74.7%	77.7%	77.9%	78.2%	80.6%	81.7%	83.9%
道	75.2%	77.2%	77.7%	80.0%	80.8%	81.5%	81.6%	81.4%	82.0%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

6 国保加入者の生活習慣病の状況

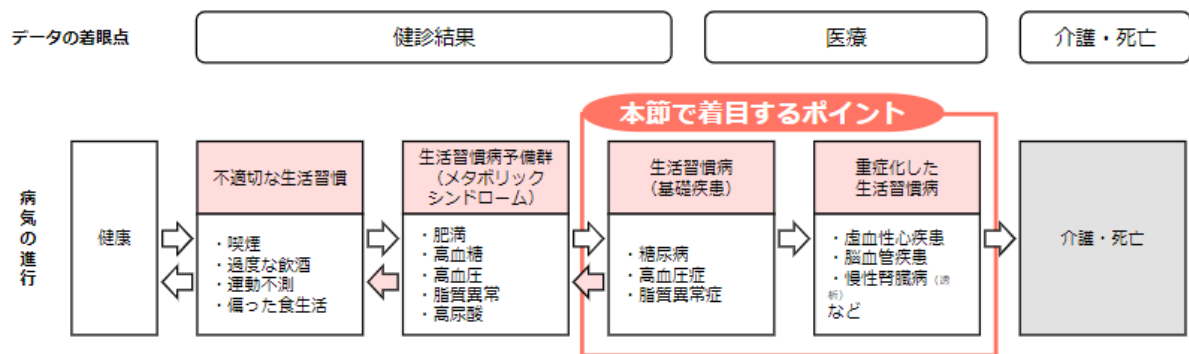
ここまでみてきたように、俱知安町の死亡・介護・医療のそれぞれにおいて、生活習慣病を中心とした予防可能な疾患の課題が大きいことがわかりました。

一般的に、生活習慣病の重症化による生活機能の低下は、ある時突然発生するのではなく、

「不健康な生活習慣」→「生活習慣病予備群」→「生活習慣病」→「重症化」→「介護（生活機能の低下）や死亡」と徐々に進行していくとされています（下図参照）。

生活習慣病は、各段階で適切な介入がなされることで、病気が進むことを食い止めることができ、また生活習慣病を発症しても、上手にコントロールできていれば重症化は防ぐことができます。一方で、コントロール不良だと心筋梗塞や脳梗塞などを引き起こし、生活機能の低下や要介護状態となります。

本節では、疾病の流れに沿って、俱知安町の課題である生活習慣病の状況や重症化した生活習慣病の状況を把握します。



1.生活習慣病医療費

生活習慣病医療費を平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると減少しています。特に、疾病別に見た場合、「脳梗塞」「高血圧症」の医療費が減少しています。

また、令和 4 年度時点で総医療費に占める疾病別の割合を国・道と比較すると、「脳出血」の割合が高いです。

図表 3-6-1-1：生活習慣病医療費の平成 30 年度比較

疾病名		倶知安町				国	道	同規模
		平成 30 年度		令和 4 年度				
		医療費（円）	割合	医療費（円）	割合	割合	割合	割合
生活習慣病医療費		187,466,550	17.9%	138,021,040	13.4%	18.7%	16.4%	19.2%
基礎疾患	糖尿病	55,265,590	10.4%	48,266,280	8.3%	10.7%	10.1%	11.5%
	高血圧症	35,497,330		25,733,800				
	脂質異常症	17,551,630		10,815,580				
	高尿酸血症	481,080		440,580				
重症化した生活習慣病	動脈硬化症	2,138,390	0.2%	2,060,450	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
	脳出血	7,281,950	0.7%	19,772,940	1.9%	0.7%	0.6%	0.7%
	脳梗塞	27,856,350	2.7%	9,521,030	0.9%	1.4%	1.5%	1.5%
	狭心症	19,502,170	1.9%	10,634,290	1.0%	1.1%	1.4%	1.1%
	心筋梗塞	4,242,430	0.4%	362,020	0.0%	0.3%	0.3%	0.3%
	慢性腎臓病（透析あり）	17,649,630	1.7%	10,414,070	1.0%	4.4%	2.3%	4.0%
総額		1,048,054,570		1,032,710,940				

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成 30 年度・令和 4 年度 累計

2. 基礎疾患の有病状況

被保険者全体における基礎疾患の有病者数及びその割合は、「糖尿病」が 228 人（6.8%）、「高血圧症」が 478 人（14.2%）、「脂質異常症」が 389 人（11.6%）となっています。

図表 3-6-2-1：基礎疾患の有病状況

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
被保険者数		1,704	－	1,651	－	3,355	－
基礎疾患	糖尿病	122	7.2%	106	6.4%	228	6.8%
	高血圧症	241	14.1%	237	14.4%	478	14.2%
	脂質異常症	172	10.1%	217	13.1%	389	11.6%

【出典】KDB 帳票 S21_014-厚生労働省様式（様式 3-1） 令和 5 年 5 月

3. 重症化した生活習慣病と基礎疾患の重なり

重症化した生活習慣病における基礎疾患の有病状況をみると、多くの人が複数の基礎疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）を有しています。特に、高血圧症が各疾患につながっています。

図表 3-6-3-1：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
虚血性心疾患		62	－	40	－	102	－
基礎疾患	糖尿病	30	48.4%	15	37.5%	45	44.1%
	高血圧症	54	87.1%	29	72.5%	83	81.4%
	脂質異常症	49	79.0%	29	72.5%	78	76.5%

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
脳血管疾患		54	－	39	－	93	－
基礎疾患	糖尿病	19	35.2%	9	23.1%	28	30.1%
	高血圧症	45	83.3%	24	61.5%	69	74.2%
	脂質異常症	26	48.1%	21	53.8%	47	50.5%

疾病名		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
人工透析		2	－	3	－	5	－
基礎疾患	糖尿病	1	50.0%	1	33.3%	2	40.0%
	高血圧症	2	100.0%	2	66.7%	4	80.0%
	脂質異常症	1	50.0%	1	33.3%	2	40.0%

【出典】KDB 帳票 S21_018-厚生労働省様式（様式 3-5） 令和 5 年 5 月

KDB 帳票 S21_019-厚生労働省様式（様式 3-6） 令和 5 年 5 月

KDB 帳票 S21_020-厚生労働省様式（様式 3-7） 令和 5 年 5 月

4. 人工透析患者数

慢性腎臓病が悪化すると、人工透析になります。一般的に人工透析患者一人当たりの年間医療費は、約 600 万円になり、人工透析が導入されると身体的・精神的な負担だけではなく、週 3 回の通院が必要になるため患者自身の QOL にも大きな影響をもたらします。

そのため、予防的介入により人工透析を 1 年でも遅らせることが重要です。

俱知安町の人工透析患者数の推移をみると、令和 4 年度の患者数は 35 人で、平成 30 年度と比較して 3 人増加しています。

令和 4 年度における新規の人工透析患者数は 2 人で平成 30 年度と比較してわずかに減少しています。

図表 3-6-4-1：人工透析患者数

			平成 30 年度	令和 4 年度	令和 4 年度と 平成 30 年度の差
人工透析患者数（人）	国保	0-39 歳	1	0	-1
		40-64 歳	5	4	-1
		65-74 歳	9	5	-4
	後期高齢	65-74 歳	4	14	10
		75 歳以上	13	12	-1
	合計		32	35	3
【再掲】 新規人工透析患者数（人）	国保	0-39 歳	0	0	0
		40-64 歳	1	1	0
		65-74 歳	0	0	0
	後期高齢	65-74 歳	0	1	1
		75 歳以上	2	0	-2
	合計		3	2	-1

【出典】KDB 帳票 Expander 作成

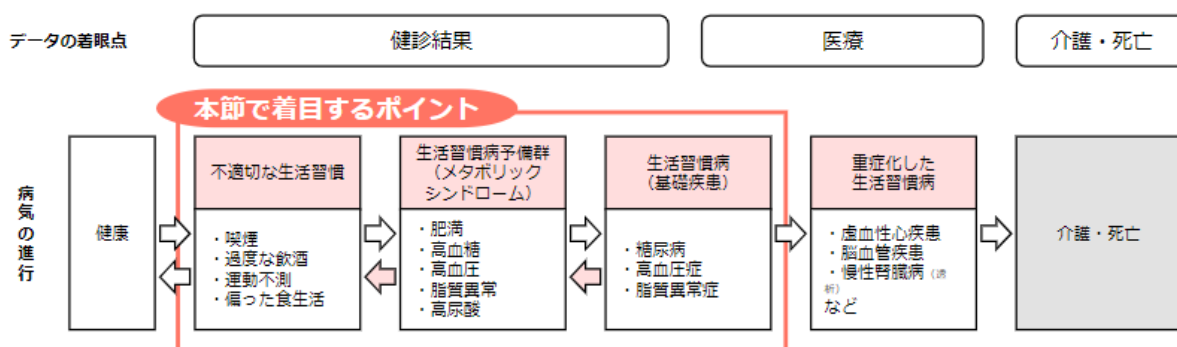
7 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

前節でみたように、「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病」といった重症化した生活習慣病に至った人は、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」といった基礎疾患を保有していることがわかりました。

「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」といった疾患は自覚症状がほとんどないまま進行するため、特定健診を通して自らの健康状態を理解し、定期的に生活習慣を振り返ることが重要です。

また、健診結果が基準値を超える場合は、生活習慣の改善や早期の医療機関への受診等の行動変容が重要であり、保健指導は、これらを支援するために健診結果で把握した生活習慣病のリスクに応じて行われています。

ここからは、特定健診受診者の健診結果をもとに生活習慣や生活習慣病予備群に関する情報も併せて把握し、保健指導による生活習慣病発症予防や重症化予防をはじめとした各種介入において、どのような課題があるか整理を行います。



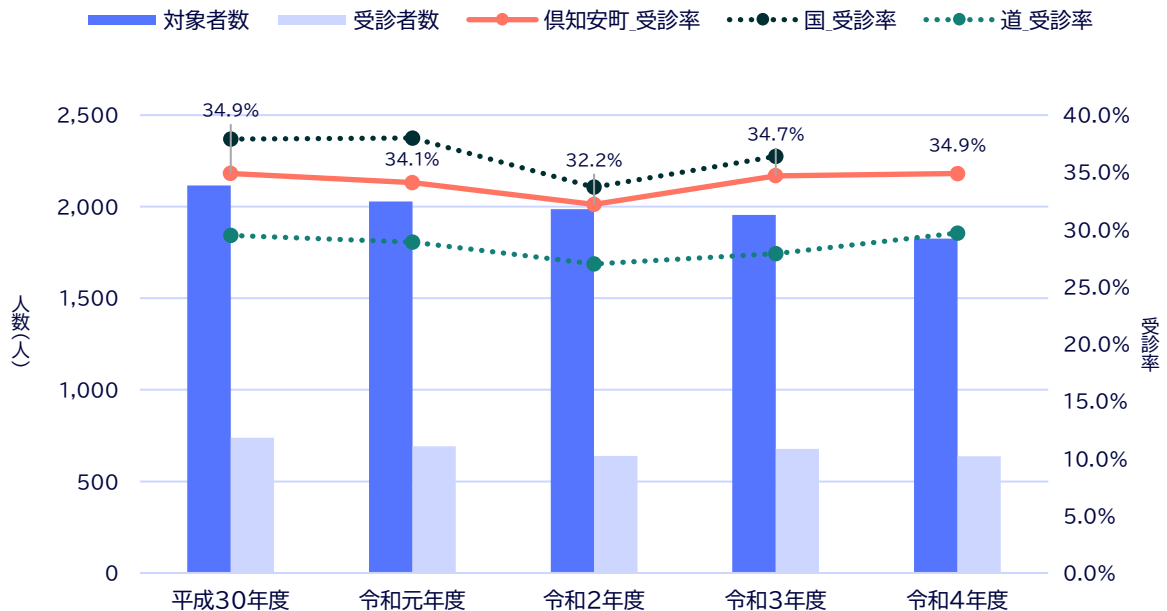
1. 特定健診受診率

特定健診・保健指導は、主として健診によって保健指導対象者を抽出して、対象者のもつリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としています。

令和4年度の特定健診受診率は34.9%であり、道と比較し高いです。

また、経年の推移をみると、平成30年度と比較して同程度で推移しています。

図表 3-7-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	平成 30 年度と 令和 4 年度の差
特定健診対象者数 (人)		2,116	2,028	1,987	1,955	1,826	-290
特定健診受診者数 (人)		739	691	639	678	638	-101
特定健診 受診率	倶知安町	34.9%	34.1%	32.2%	34.7%	34.9%	0.0
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	0.2

【出典】厚生労働省 2018 年度から 2022 年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 平成 30 年度から令和 4 年度

図表 3-7-1-2：年齢階層別_特定健診受診率

	40-44 歳	45-49 歳	50-54 歳	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳
平成 30 年度	30.1%	25.9%	31.6%	35.9%	40.1%	34.9%	36.5%
令和元年度	30.5%	28.9%	33.3%	37.7%	32.6%	35.0%	36.7%
令和 2 年度	21.9%	25.6%	27.6%	35.2%	32.4%	29.7%	37.3%
令和 3 年度	32.4%	30.1%	33.6%	31.5%	39.2%	33.2%	36.4%
令和 4 年度	31.9%	32.1%	35.7%	29.0%	42.9%	35.9%	34.5%
【参考】国	20.9%	21.8%	23.7%	27.7%	35.5%	43.2%	45.0%
【参考】道	19.9%	20.1%	20.7%	24.2%	28.5%	33.1%	33.1%

※法定報告値は厚生労働省発表によるものであり、KDB データと登録時期が異なるため値に差があります

【出典】KDB 帳票 S21_008-健診の状況 平成 30 年度から令和 4 年度 累計

2. 健康状態不明者（健診なし治療なし）

俱知安町の特定健診対象者において、特定健診未受診者、かつ生活習慣病のレセプトが出ていない人は 429 人で、特定健診対象者の 23.4%です。

特定健診の受診もなく生活習慣病の治療もない人は、健康状態が未把握であり、特定健診を通じた健康状態の把握が求められます。

※この項における生活習慣病とは、KDB が定める生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格関連疾患、及び精神疾患）を指します

図表 3-7-2-1：特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

	40-64 歳		65-74 歳		合計		
	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	特定健診受診者・未受診者に占める割合
対象者数	796	-	1,037	-	1,833	-	-
特定健診受診者数	278	-	363	-	641	-	-
生活習慣病_治療なし	105	13.2%	56	5.4%	161	8.8%	25.1%
生活習慣病_治療中	173	21.7%	307	29.6%	480	26.2%	74.9%
特定健診未受診者数	518	-	674	-	1,192	-	-
生活習慣病_治療なし	261	32.8%	168	16.2%	429	23.4%	36.0%
生活習慣病_治療中	257	32.3%	506	48.8%	763	41.6%	64.0%

【出典】KDB 帳票 S21_027-厚生労働省様式（様式 5-5） 令和 4 年度 年次

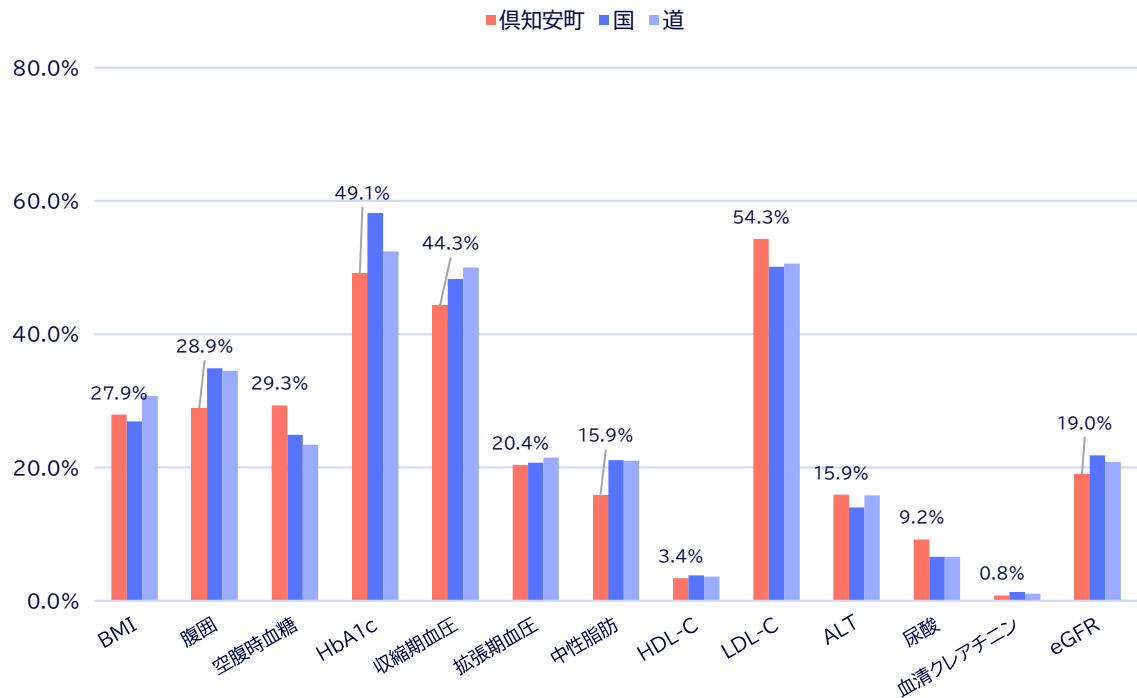
3. 有所見者の状況

① 有所見者の割合

有所見とは、健診結果における医師の診断が「要精密検査」または「要治療等」の者を指し、その状況に応じて保健指導や受診勧奨といった介入がなされています。

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合は国や道と比較して「空腹時血糖」「LDL-C」「ALT」「尿酸」の有所見率が高いです。

図表 3-7-3-1：特定健診受診者における有所見者の割合



	BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン	eGFR
俱知安町	27.9%	28.9%	29.3%	49.1%	44.3%	20.4%	15.9%	3.4%	54.3%	15.9%	9.2%	0.8%	19.0%
国	26.9%	34.9%	24.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
道	30.7%	34.5%	23.4%	52.4%	50.0%	21.5%	21.0%	3.6%	50.6%	15.8%	6.6%	1.1%	20.8%

【出典】KDB 帳票 S21_024-厚生労働省様式（様式 5-2） 令和4年度 年次

参考：検査項目ごとの有所見定義

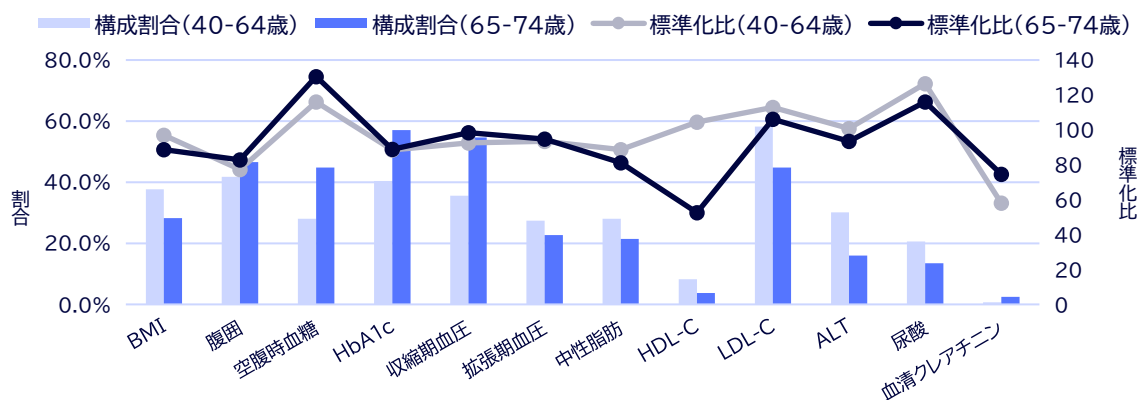
BMI	25kg/m ² 以上	中性脂肪	150mg/dL 以上
腹囲	男性：85 cm以上、女性：90 cm以上 (内臓脂肪面積の場合：100 cm以上)	HDL-C	40mg/dL 未満
		LDL-C	120mg/dL 以上
空腹時血糖	100mg/dL 以上	ALT	31U/L 以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL 超過
収縮期血圧	130mmHg 以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL 以上
拡張期血圧	85mmHg 以上	eGFR	60ml/分/1.73 m ² 未満

【出典】各帳票等の項目にかかる集計要件

② 有所見者の性別年代別割合の状況と標準化比

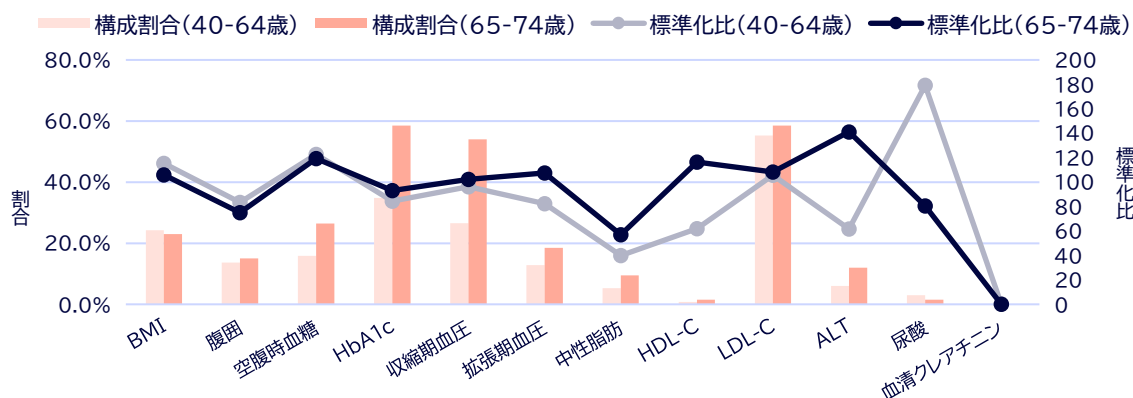
さらに、年代別の有所見者の割合について、年齢調整を行い、国を100とした標準化比で比較すると、男性では「空腹時血糖」「LDL-C」「尿酸」の標準化比がいずれの年代においても100を超えています。女性では「BMI」「空腹時血糖」「LDL-C」の標準化比がいずれの年代においても100を超えています。

図表 3-7-3-2：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比 男性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	37.7%	41.8%	28.1%	40.4%	35.6%	27.4%	28.1%	8.2%	58.2%	30.1%	20.5%	0.7%
	標準化比	96.9	77.3	116.0	88.5	92.6	93.5	88.7	104.4	112.9	100.7	126.5	58.0
65-74歳	構成割合	28.2%	46.6%	44.8%	57.1%	54.6%	22.7%	21.5%	3.7%	44.8%	16.0%	13.5%	2.5%
	標準化比	88.8	82.8	130.6	88.9	98.3	94.6	81.1	52.6	106.2	93.5	115.9	74.6

図表 3-7-3-3：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比 女性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	24.2%	13.6%	15.9%	34.8%	26.5%	12.9%	5.3%	0.8%	55.3%	6.1%	3.0%	0.0%
	標準化比	115.3	83.3	122.8	84.4	96.1	82.3	39.8	61.9	105.6	61.7	179.2	0.0
65-74歳	構成割合	23.0%	15.0%	26.5%	58.5%	54.0%	18.5%	9.5%	1.5%	58.5%	12.0%	1.5%	0.0%
	標準化比	106.0	75.0	119.2	93.0	102.2	107.5	56.9	116.3	108.3	141.2	80.6	0.0

【出典】KDB 帳票 S21_024-厚生労働省様式（様式5-2） 令和4年度 年次

4. メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血糖・高血圧・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）を指しています。

メタボリックシンドロームは生活習慣病の前段階と呼ぶべき状態であり、生活習慣を変え、内臓脂肪を減らすことで危険因子を改善し、生活習慣病の発症を予防する必要があります。

倶知安町は有所見者のうち、メタボリックシンドロームに該当する者、またその予備群の者に対し、保健指導等の事業を通じて生活習慣病を発症することで定期的な通院が必要とならないように支援を行っています。

メタボリックシンドローム＝内臓肥満＋複数の生活習慣病リスクを有する状態



【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準より作成

① メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボ該当者は104人です。特定健診受診者における割合は16.2%となっており、該当者割合は国・道より低く、男女別にみると、男性では25.6%、女性では7.5%がメタボ該当者となっています。

メタボ予備群該当者は62人です。特定健診受診者における該当者割合は9.7%となっており、該当者割合は国・道より低く、男女別にみると、男性では13.9%、女性では5.7%がメタボ予備群該当者となっています。

図表 3-7-4-1：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者数

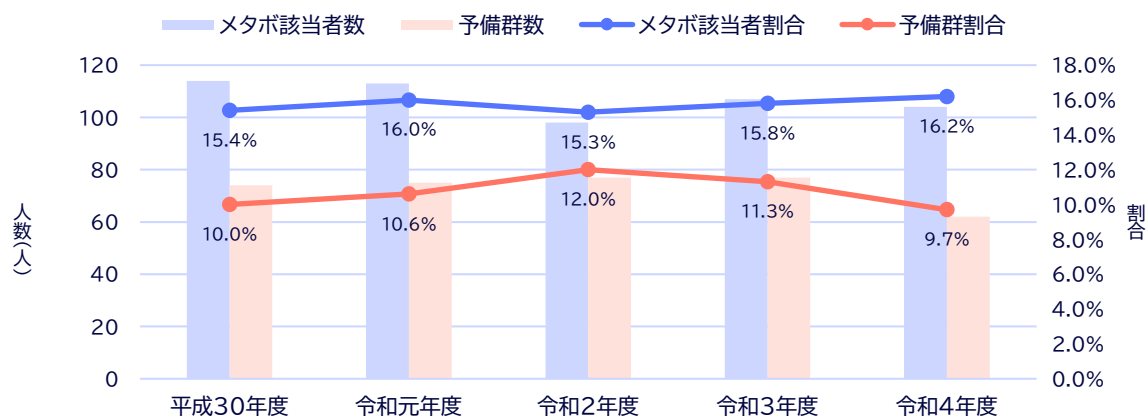
	俱知安町		国	道	同規模
	対象者数（人）	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	104	16.2%	20.6%	20.3%	21.4%
男性	79	25.6%	32.9%	33.0%	32.6%
女性	25	7.5%	11.3%	11.1%	12.1%
メタボ予備群該当者	62	9.7%	11.1%	11.0%	11.3%
男性	43	13.9%	17.8%	18.0%	17.5%
女性	19	5.7%	6.0%	5.9%	6.1%

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

② メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の経年推移

令和4年度と平成30年度を比較すると、特定健診受診者におけるメタボ該当者の割合は0.8ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は0.3ポイント減少しています。

図表 3-7-4-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		平成30年度と令和4年度の割合の差
	対象者（人）	割合	対象者（人）	割合	対象者（人）	割合	対象者（人）	割合	対象者（人）	割合	
メタボ該当者	114	15.4%	113	16.0%	98	15.3%	107	15.8%	104	16.2%	0.8
メタボ予備群該当者	74	10.0%	75	10.6%	77	12.0%	77	11.3%	62	9.7%	-0.3

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

③ メタボ該当者・予備群該当者におけるリスクの保有状況

メタボ該当者のリスク保有状況で最も多い組み合わせは「高血圧・脂質異常該当者」であり、48人が該当しています。

メタボ該当者は「内臓肥満に加えて生活習慣病の発症リスクを複数抱えている状態」であり、保有しているリスクの数が多いほど、生活習慣病の発症や、将来の重症化リスクが上昇します。

令和4年度の健診受診者で、重症化リスクの高い3項目（高血糖・高血圧・脂質異常）該当者は33人います。

図表 3-7-4-3：メタボ該当者・メタボ予備群該当者におけるリスクの保有状況

	男性		女性		合計	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数	309	-	332	-	641	-
腹囲基準値以上	137	44.3%	48	14.5%	185	28.9%
メタボ該当者	79	25.6%	25	7.5%	104	16.2%
高血糖・高血圧該当者	12	3.9%	6	1.8%	18	2.8%
高血糖・脂質異常該当者	3	1.0%	2	0.6%	5	0.8%
高血圧・脂質異常該当者	39	12.6%	9	2.7%	48	7.5%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	25	8.1%	8	2.4%	33	5.1%
メタボ予備群該当者	43	13.9%	19	5.7%	62	9.7%
高血糖該当者	1	0.3%	0	0.0%	1	0.2%
高血圧該当者	27	8.7%	15	4.5%	42	6.6%
脂質異常該当者	15	4.9%	4	1.2%	19	3.0%
腹囲のみ該当者	15	4.9%	4	1.2%	19	3.0%

【出典】KDB 帳票 S21_025-厚生労働省様式（様式 5-3） 令和4年度 年次

5. 特定保健指導実施率

特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）です。

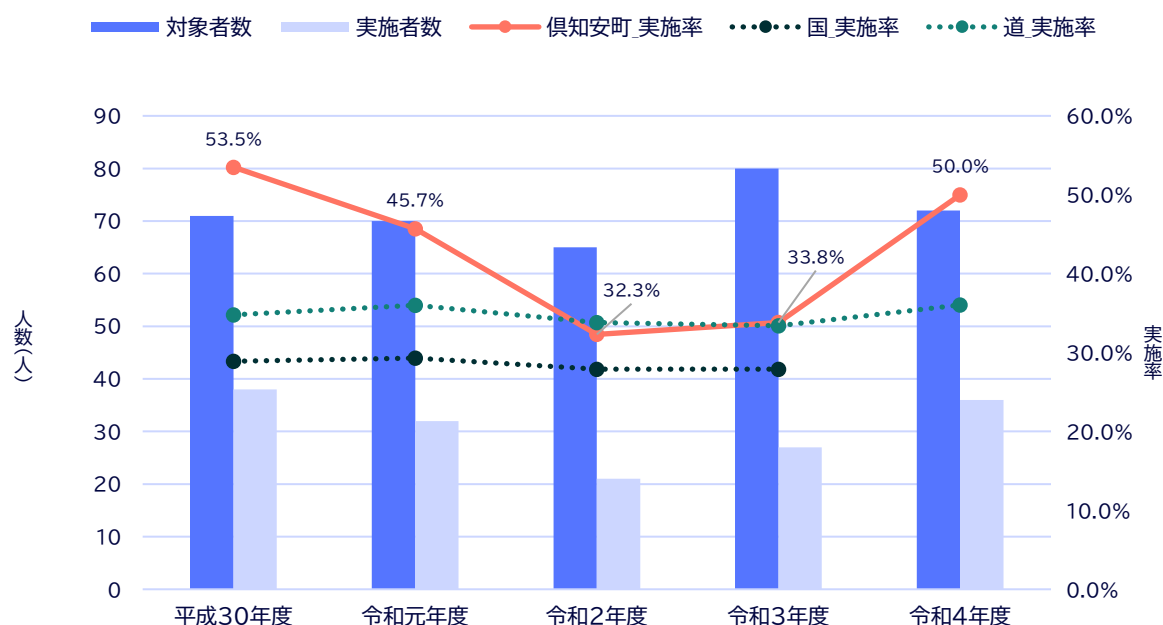
特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかが分かります。

令和4年度の特定保健指導の対象者は72人で、特定健診受診者の11.3%を占めています。

特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合（特定保健指導実施率）は50.0%です。

令和4年度の実施率は、平成30年度の実施率と比較すると3.5ポイント低下しています。

図表 3-7-5-1：特定保健指導実施率（法定報告値）



		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	平成 30 年度と 令和 4 年度の差
特定健診受診者数（人）		739	691	639	678	638	-101
特定保健指導対象者数（人）		71	70	65	80	72	1
特定保健指導該当者割合		9.6%	10.1%	10.2%	11.8%	11.3%	1.7
特定保健指導実施者数（人）		38	32	21	27	36	-2
特定保健指導 実施率	倶知安町	53.5%	45.7%	32.3%	33.8%	50.0%	-3.5
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%	1.2

【出典】厚生労働省 2018年度から2022年度 特定健診・特定保健指導実施状況（保険者別）

6. 受診勧奨対象者

受診勧奨対象者とは、有所見者のうち、検査値が厚生労働省の定める基準（参考表）を超える者であり、検査値が特に悪いため、医療機関の受診を促すべきであるとされています。

受診勧奨対象者は生活習慣病の発症が疑われるため、早急に医療機関を受診し、医師の判断のもと治療の開始を検討する必要があります。

参考：主な健診項目における受診勧奨判定値

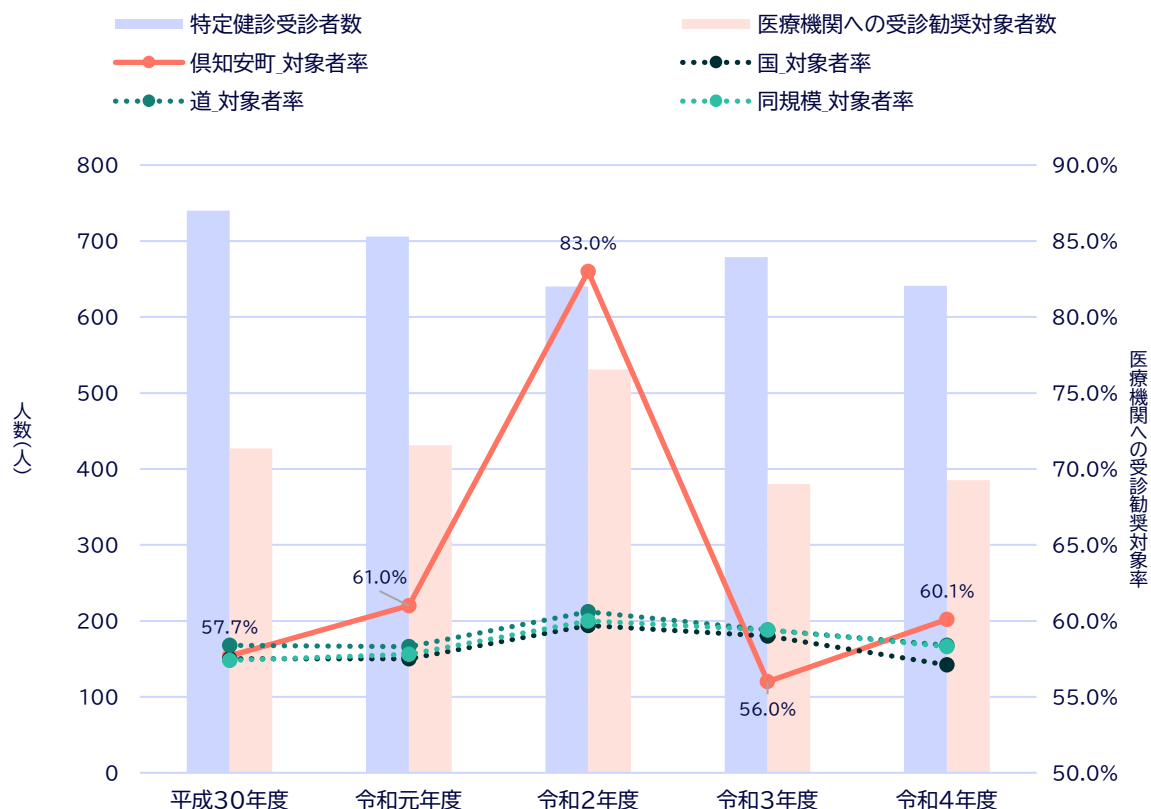
関連する生活習慣病	糖尿病	高血圧症	脂質異常症
項目名（単位）	HbA1c（％）	血圧（mmHG）	LDLコレステロール（mg/dL）
正常	＜ 5.5	収縮期：＜129 拡張期：＜84	＜ 119
保健指導判定値	5.6 - 6.4	収縮期：130 - 139 拡張期：85 - 89	120 - 139
受診勧奨判定値	6.5 - 6.9	I度高血圧 収縮期：140 - 159 拡張期：90 - 99	140 - 159
	7.0 - 7.9	II度高血圧 収縮期：160 - 179 拡張期：100 - 109	160 - 179
	8.0 -	III度高血圧 収縮期：180 - 拡張期：110 -	180 -

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

① 受診勧奨対象者割合の経年推移及び国・北海道・同規模との比較

特定健診受診者における受診勧奨対象者（一項目以上の該当あり）の割合をみると、令和4年度は385人で、特定健診受診者の60.1%を占めています。受診勧奨対象者の割合は、国・道より高く、平成30年度と比較すると2.4ポイント増加しています。

図表 3-7-6-1：特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合



		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	平成 30 年度と 令和 4 年度の受 診勧奨対象者率 の差
特定健診受診者数（人）		740	706	640	679	641	-
医療機関への受診勧奨対象者数（人）		427	431	531	380	385	-
受診勧奨 対象者率	伊知安町	57.7%	61.0%	83.0%	56.0%	60.1%	2.4
	国	57.5%	57.5%	59.7%	59.0%	57.1%	-0.4
	道	58.4%	58.3%	60.6%	59.4%	58.4%	0.0
	同規模	57.4%	57.8%	60.0%	59.4%	58.3%	0.9

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成 30 年度から令和 4 年度 累計

② 受診勧奨対象者の項目別経年推移

受診勧奨対象者の中でも、血糖で HbA1c7.0%以上、血圧でⅡ度高血圧以上、血中脂質で LDL コレステロール 160mg/dL 以上の人は、特に生活習慣病の発症・重症化リスクが高いです。

令和 4 年度の受診勧奨対象者において、
HbA1c7.0%以上の人は 34 人で、特定健診受診者の 5.3%を占めており、平成 30 年度と比較すると割合は増加しています。

Ⅱ度高血圧以上の人は 41 人で特定健診受診者の 6.4%を占めており、平成 30 年度と比較すると割合は増加しています。

LDL コレステロール 160mg/dL 以上の人は 67 人で特定健診受診者の 10.5%を占めており、平成 30 年度と比較すると割合は減少しています。

図表 3-7-6-2：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の経年推移

		平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数		740	-	706	-	640	-	679	-	641	-
血糖 (HbA1c)	6.5 以上 7.0%未満	26	3.5%	36	5.1%	28	4.4%	26	3.8%	30	4.7%
	7.0 以上 8.0%未満	18	2.4%	17	2.4%	17	2.7%	23	3.4%	21	3.3%
	8.0%以上	11	1.5%	10	1.4%	12	1.9%	15	2.2%	13	2.0%
	合計	55	7.4%	63	8.9%	57	8.9%	64	9.4%	64	10.0%

		平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数		740	-	706	-	640	-	679	-	641	-
血圧	I 度高血圧	173	23.4%	154	21.8%	135	21.1%	137	20.2%	128	20.0%
	Ⅱ度高血圧	27	3.6%	30	4.2%	37	5.8%	27	4.0%	33	5.1%
	Ⅲ度高血圧	6	0.8%	8	1.1%	10	1.6%	9	1.3%	8	1.2%
	合計	206	27.8%	192	27.2%	182	28.4%	173	25.5%	169	26.4%

		平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数		740	-	706	-	640	-	679	-	641	-
脂質 (LDL-C)	140 以上 160mg/dL 未満	122	16.5%	124	17.6%	123	19.2%	113	16.6%	133	20.7%
	160 以上 180mg/dL 未満	61	8.2%	52	7.4%	63	9.8%	53	7.8%	38	5.9%
	180mg/dL 以上	49	6.6%	31	4.4%	26	4.1%	31	4.6%	29	4.5%
	合計	232	31.4%	207	29.3%	212	33.1%	197	29.0%	200	31.2%

【出典】 KDB 帳票 S21_008-健診の状況 平成 30 年度から令和 4 年度 累計
KDB 帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 平成 30 年度から令和 4 年度 累計

7. 生活習慣病の発症・重症化リスクが高い受診勧奨対象者の治療状況

受診勧奨対象者のうち、検査値が高く生活習慣病の発症・重症化リスクが高い者は、服薬による治療が必要な可能性があり、治療が確認されない者は医療機関の受診を促す必要があります。

令和4年度の健診において、

血糖がHbA1c7.0%以上であった34人のうち、10人が治療を行っていません。

血圧がⅡ度高血圧以上であった41人のうち、17人が治療を行っていません。

血中脂質がLDLコレステロール160mg/dL以上であった67人のうち、59人が治療を行っていません。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった4人全員が糖尿病や高血圧症、脂質異常症の服薬治療をしています。

図表 3-7-7-1：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質・腎機能）の服薬状況

血糖（HbA1c）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
6.5以上7.0%未満	30	12	40.0%
7.0以上8.0%未満	21	6	28.6%
8.0%以上	13	4	30.8%
合計	64	22	34.4%

血圧	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
I度高血圧	128	72	56.3%
Ⅱ度高血圧	33	16	48.5%
Ⅲ度高血圧	8	1	12.5%
合計	169	89	52.7%

脂質（LDL-C）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
140以上160mg/dL未満	133	122	91.7%
160以上180mg/dL未満	38	34	89.5%
180mg/dL以上	29	25	86.2%
合計	200	181	90.5%

腎機能（eGFR）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
30以上45ml/分/1.73m ² 未満	4	0	0.0%
15以上30ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%
15ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%
合計	4	0	0.0%

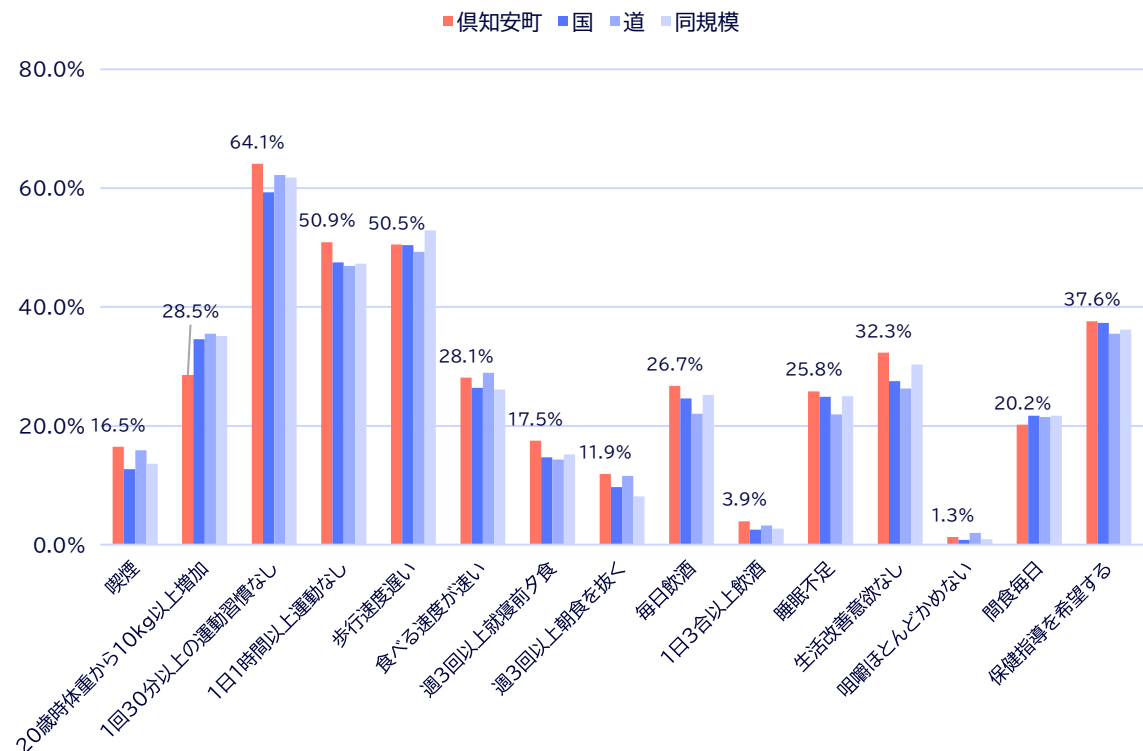
【出典】KDB 帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和4年度 累計

8. 質問票の回答

特定健診での質問票の回答状況から、俱知安町の特定健診受診者における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣の傾向が把握できます。

令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると、国や道と比較して「喫煙」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「週3回以上就寝前夕食」「週3回以上朝食を抜く」「毎日飲酒」「3合以上」「睡眠不足」「生活改善意欲なし」の回答割合が高いです。

図表 3-7-8-1：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



	喫煙	20歳時 体重から 10kg 以上増加	1回30 分以上の 運動習慣 なし	1日1時 間以上 運動なし	歩行 速度 遅い	食べる 速度が 速い	週3回 以上 就寝前 夕食	週3回 以上 朝食を 抜く	毎日 飲酒	1日 3合 以上 飲酒	睡眠 不足	生活改善 意欲なし	咀嚼 ほとんど かめない	間食 毎日	保健 指導を 希望 する
俱知安町	16.5%	28.5%	64.1%	50.9%	50.5%	28.1%	17.5%	11.9%	26.7%	3.9%	25.8%	32.3%	1.3%	20.2%	37.6%
国	12.7%	34.6%	59.3%	47.5%	50.4%	26.4%	14.7%	9.7%	24.6%	2.5%	24.9%	27.5%	0.8%	21.7%	37.3%
道	15.9%	35.5%	62.2%	46.9%	49.3%	28.9%	14.3%	11.6%	22.0%	3.2%	21.9%	26.3%	2.0%	21.5%	35.5%
同規模	13.6%	35.1%	61.8%	47.3%	52.9%	26.1%	15.2%	8.1%	25.2%	2.7%	25.0%	30.3%	0.9%	21.7%	36.2%

【出典】 KDB 帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 令和4年度 年次

8 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況

本節では、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に係る、後期高齢者医療制度や介護保険のデータを分析します。

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」とは、人生100年時代に備え、平均自立期間（健康寿命）を延伸するために高齢者の疾病予防と健康づくりに焦点を置いた取り組みです。

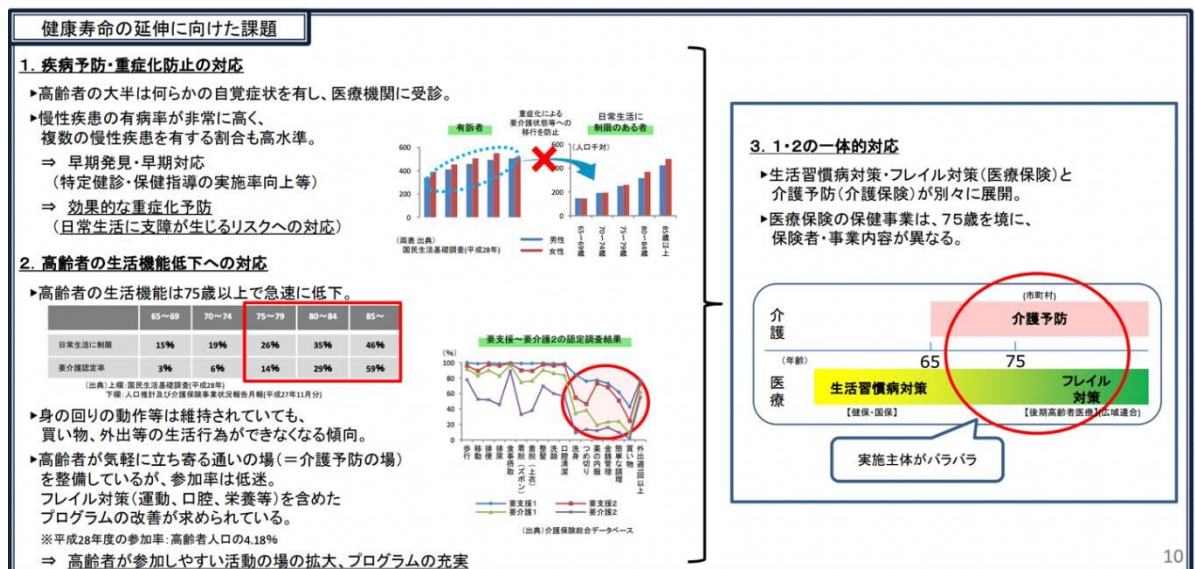
現在、高齢者の平均自立期間短縮に影響している要因として、

- ①生活習慣病の重症化
- ②口腔機能・運動機能・栄養状態が低下することによる虚弱（フレイル）
- ③社会参加の機会の減少

などがあり、それぞれの要因に対して、①生活習慣病対策、②フレイル対策、③介護予防の取り組みがなされています。

一方で、①から③の取り組みは、これまで実施主体に統一性がなく、保険者が変更になる度に支援が途切れがちになることが問題でした。したがって、今後はより一層、①から③の取り組みを切れ目なく実施（一体的に実施）していくことが求められています。

本計画においては、国保加入者の状況だけでなく後期高齢者の状況や要介護（要支援）認定者の状況を把握し①から③に関する取り組みが切れ目なく実施されるよう、国保世代から将来を見据えて取り組むことのできる課題の整理を行います。



【出典】厚生労働省 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について

1. 後期高齢者医療制度の被保険者構成

国民健康保険（以下「国保」といいます。）の加入者数は 3,355 人、国保加入率は 21.5%で、国・道より高いです。後期高齢者医療制度（以下「後期高齢者」といいます。）の加入者数は 1,873 人、後期高齢者加入率は 12.0%で、国・道より低いです。

図表 3-8-1-1：制度別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	俱知安町	国	道	俱知安町	国	道
総人口（人）	15,636	-	-	15,636	-	-
加入者数（人）	3,355	-	-	1,873	-	-
加入率	21.5%	19.7%	20.0%	12.0%	15.4%	17.1%

【出典】住民基本台帳 令和 4 年度

KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 4 年度 累計（国保・後期）

2. 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

後期高齢者においては、生活習慣病重症化やフレイルによる介護を防ぐという観点で「心臓病」「脳血管疾患」や「筋・骨格関連疾患」が特に重要な疾患です。

前期高齢者（65-74 歳）の認定者の主な疾患の有病割合の国との差は「心臓病」（-13.5 ポイント）、「脳血管疾患」（-6.4 ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-7.8 ポイント）です。

75 歳以上の認定者の国との差は「心臓病」（-19.6 ポイント）、「脳血管疾患」（-5.2 ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-16.6 ポイント）です。

図表 3-8-2-1：年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

疾病名	65-74 歳			75 歳以上		
	俱知安町	国	国との差	俱知安町	国	国との差
糖尿病	15.6%	21.6%	-6.0	21.4%	24.9%	-3.5
高血圧症	24.3%	35.3%	-11.0	39.1%	56.3%	-17.2
脂質異常症	16.9%	24.2%	-7.3	23.4%	34.1%	-10.7
心臓病	26.6%	40.1%	-13.5	44.0%	63.6%	-19.6
脳血管疾患	13.3%	19.7%	-6.4	17.9%	23.1%	-5.2
筋・骨格関連疾患	28.1%	35.9%	-7.8	39.8%	56.4%	-16.6
精神疾患	22.0%	25.5%	-3.5	29.8%	38.7%	-8.9

【出典】KDB 帳票 S25_006-医療・介護の突合（有病状況）令和 4 年度 年次

3. 後期高齢者医療制度の医療費

① 一人当たり医療費と入院医療費の割合

国保の一人当たり医療費のうち、入院は国と比べて1,820円多く、外来は3,130円少ないです。後期高齢者の一人当たり医療費のうち、入院は国と比べて7,910円多く、外来は7,020円少ないです。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では8.5ポイント高く、後期高齢者では10.4ポイント高いです。

図表 3-8-3-1：一人当たり医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	俱知安町	国	国との差	俱知安町	国	国との差
入院_一人当たり医療費（円）	13,470	11,650	1,820	44,730	36,820	7,910
外来_一人当たり医療費（円）	14,270	17,400	-3,130	27,320	34,340	-7,020
総医療費に占める入院医療費の割合	48.6%	40.1%	8.5	62.1%	51.7%	10.4

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

② 医療費の疾病別構成割合

国保では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の18.5%を占めており、国と比べて1.7ポイント高いです。後期高齢者では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の15.1%を占めており、国と比べて3.9ポイント高いです。

重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、後期の「脳梗塞」「狭心症」「心筋梗塞」「慢性腎臓病（透析あり）」の医療費構成割合は、いずれも国保の同疾患と比べて大きいです。

図表 3-8-3-2：制度別の医療費疾病別構成割合

疾病名	国保			後期高齢者		
	俱知安町	国	国との差	俱知安町	国	国との差
糖尿病	4.7%	5.4%	-0.7	3.3%	4.1%	-0.8
高血圧症	2.5%	3.1%	-0.6	2.4%	3.0%	-0.6
脂質異常症	1.0%	2.1%	-1.1	0.6%	1.4%	-0.8
高尿酸血症	0.0%	0.0%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
動脈硬化症	0.2%	0.1%	0.1	0.4%	0.2%	0.2
がん	18.5%	16.8%	1.7	15.1%	11.2%	3.9
脳出血	1.9%	0.7%	1.2	1.5%	0.7%	0.8
脳梗塞	0.9%	1.4%	-0.5	2.3%	3.2%	-0.9
狭心症	1.0%	1.1%	-0.1	1.6%	1.3%	0.3
心筋梗塞	0.0%	0.3%	-0.3	0.3%	0.3%	0.0
慢性腎臓病（透析あり）	1.0%	4.4%	-3.4	5.4%	4.6%	0.8
慢性腎臓病（透析なし）	0.1%	0.3%	-0.2	0.3%	0.5%	-0.2
精神疾患	9.6%	7.9%	1.7	7.7%	3.6%	4.1
筋・骨格関連疾患	7.7%	8.7%	-1.0	11.4%	12.4%	-1.0

※ここではKDBが定める生活習慣病分類に加えて「慢性腎臓病（透析あり）」「慢性腎臓病（透析なし）」を合わせた医療費を集計しています

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

4. 後期高齢者健診

高齢者（65 歳以上）への健診・保健指導は、メタボリックシンドローム対策に重点を置いた生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少、低栄養といったフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することも必要とされています。

したがって、後期高齢者の健診結果では、生活習慣病等の重症化予防の対象者の状況に加え、心身機能の低下に関する質問票の状況を把握し、国保世代から取り組むことができる課題を整理します。

① 後期高齢者における有所見割合

後期高齢者の健診受診率は 9.8%で、国と比べて 15.0 ポイント低いです。

有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血圧」「血糖・脂質」「血圧・脂質」「血糖・血圧・脂質」の該当割合が高いです。

図表 3-8-4-1：後期高齢者の健診受診状況

		後期高齢者		
		俱知安町	国	国との差
健診受診率		9.8%	24.8%	-15.0
受診勧奨対象者率		62.1%	60.9%	1.2
有所見者の状況	血糖	1.6%	5.7%	-4.1
	血圧	32.1%	24.3%	7.8
	脂質	9.5%	10.8%	-1.3
	血糖・血圧	2.1%	3.1%	-1.0
	血糖・脂質	1.6%	1.3%	0.3
	血圧・脂質	9.5%	6.9%	2.6
	血糖・血圧・脂質	1.6%	0.8%	0.8

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 4 年度 累計（後期）

参考：健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL 以上	中性脂肪	300mg/dL 以上
HbA1c	6.5%以上	HDL コレステロール	34mg/dL 以下
収縮期血圧	140mmHg 以上	LDL コレステロール	140mg/dL 以上
拡張期血圧	90mmHg 以上		

【出典】KDB システム 各帳票等の項目にかかる集計要件

② 後期高齢者における質問票の回答

後期高齢者における質問票の回答状況は、国と比べて、「お茶や汁物等で「むせることがある」」「以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」」「この１年間に「転倒したことがある」」「ウォーキング等の運動を「週に１回以上していない」」「たばこを「吸っている」」「体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」」の回答割合が高いです。

図表 3-8-4-2：後期高齢者における質問票の回答状況

カテゴリー	項目・回答	回答割合		
		倶知安町	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	1.1%	1.1%	0.0
心の健康	毎日の生活に「不満」	0.5%	1.1%	-0.6
食習慣	１日３食「食べていない」	4.3%	5.4%	-1.1
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	24.7%	27.7%	-3.0
	お茶や汁物等で「むせることがある」	28.0%	20.9%	7.1
体重変化	６か月間で２～３kg以上の体重減少が「あった」	11.3%	11.7%	-0.4
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	60.2%	59.1%	1.1
	この１年間に「転倒したことがある」	20.0%	18.1%	1.9
	ウォーキング等の運動を「週に１回以上していない」	39.2%	37.1%	2.1
認知	周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」	12.4%	16.2%	-3.8
	今日が何月何日かわからない日が「ある」	18.8%	24.8%	-6.0
喫煙	たばこを「吸っている」	6.0%	4.8%	1.2
社会参加	週に１回以上外出して「いない」	5.4%	9.4%	-4.0
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	4.3%	5.6%	-1.3
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	10.2%	4.9%	5.3

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和４年度 累計（後期）

5. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

市町村国保では、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があることから、本計画では、国保及び後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行います。また、関係機関と連携を実施しながら、被保険者を支えるための地域づくりや人材育成を推進します。

9 健康課題の整理

1. 現状のまとめ

第2章から第3章までのデータを下記のようにまとめました。

【人口構成・平均余命】

- ・高齢化率が国・道より低い。
- ・平均余命は、男性では国・道より長い。女性では国より短い¹が、道より長い。
- ・平均自立期間（健康寿命）は、男性、女性共に国・道より長い。
- ・特別豪雪地帯に指定されており、除雪等の居住生活管理に時間と労力が取られる世帯が多い。

【医療・介護】

- ・保険者の構成が若い世代が多い。
- ・一人当たり医療費を国や道と比較すると国・道より少ない。
- ・令和4年度の一人当たり医療費は27,740円で、対平成30年度比で7.4%増加している²。
- ・生活習慣病医療費を平成30年度と令和4年度で比較すると減少している。
- ・大分類で見た場合、医療費に占める割合が高い疾病は「がん」と「循環器系の疾患」である。
- ・総医療費の5.8%、介護原因疾患のなかでも4割が「脳血管疾患」を有している。
- ・人工透析の患者数は平成30年度と比べて増加している。
- ・医療費が月30万円以上の高額になる疾病には、予防可能な重篤な生活習慣病である「腎不全」「脳内出血」が上位に入っている。
- ・入院件数、入院日数が国の値を上回っているため、入院の一人当たり医療費は国より多い³。
- ・外来受診率、通院日数が国の値を下回っているため、外来の一人当たり医療費は国より少ない。
- ・外来医療費（中分類疾病別）をみると、重篤な疾患に進行する前の状態である基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っている。
- ・75歳以上の認定者の介護に関連する疾患の有病割合の国との差は「心臓病」（-19.6ポイント）、「脳血管疾患」（-5.2ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-16.6ポイント）である。
- ・後期高齢者では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、国と比べて3.9ポイント高い。

【重症化予防】

- ・脳血管疾患、脳血管疾患+介護の人は減ってきている。
- ・平均余命に影響している死因のうち、予防可能な主な疾患については、「心疾患（高血圧性を除く）」が11.5%、「脳血管疾患」が8.3%、「腎不全」が1.9%であり、いずれも死因別死亡者数の上位に位置している。
- ・要介護認定者の4割近くが高血圧症を有している。
- ・介護有病状況では、「糖尿病」、「高血圧症」、「筋・骨格」を有している者の割合が高い。
- ・75歳以上の合併症は減ってきているが、45～64歳は増加している。
- ・令和4年度の特定健診において生活習慣病の発症が疑われる者（受診勧奨判定者）の割合は、国・道より高く⁴、平成30年度と比べて2.4ポイント増加している⁵。

【発症予防】

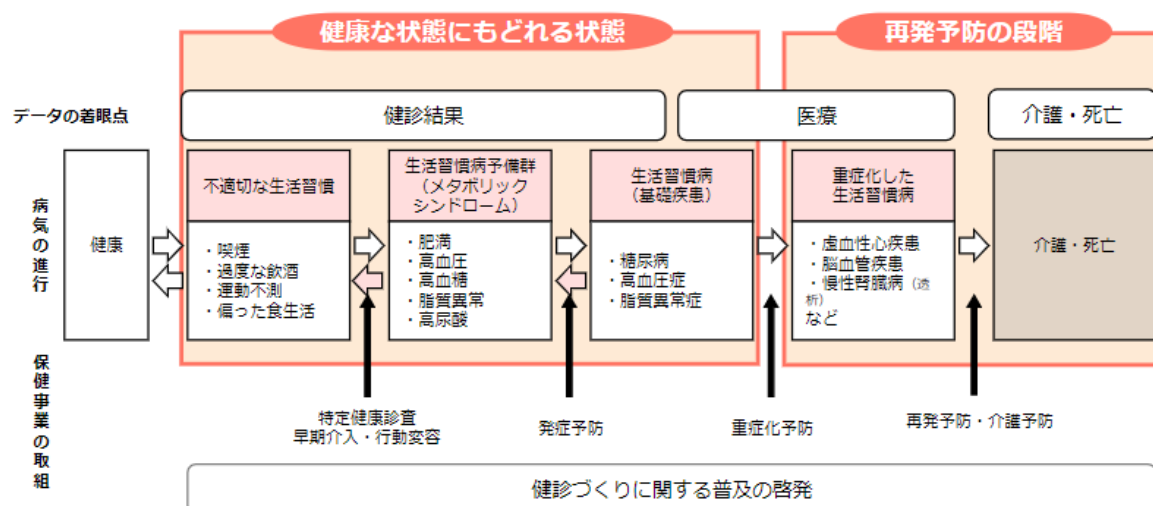
- ・平成 30 年度と比べて、メタボリックシンドローム該当者の割合は**増加しており**、メタボリックシンドローム予備群該当者の割合は減少している。
- ・生活習慣病の前段階ともいえるメタボリックシンドローム該当者の割合は**国・道より低い**。
- ・主にメタボリックシンドローム該当者が対象となる特定保健指導の実施率は、令和 4 年度で 50%、平成 30 年度と比べて 3.5 ポイント**低下している**。
- ・特定健診受診者は、**国や道と比較して「空腹時血糖」「LDL-C」「ALT」「尿酸」の有所見率が高い**。
- ・すでに生活習慣病を発症していると疑われ重症化のリスクが高い状態であるにもかかわらず、医療機関の受診が確認できない受診勧奨対象者が一定数いる。
- ・特定健診受診者の質問票から下記の生活習慣は、国や道と比較して**高い**。
 - 「喫煙」
 - 「1 回 30 分以上の運動習慣なし」
 - 「1 日 1 時間以上運動なし」
 - 「歩行速度遅い」
 - 「週 3 回以上就寝前夕食」
 - 「週 3 回以上朝食を抜く」
 - 「毎日飲酒」「3 合以上」
 - 「睡眠不足」
 - 「生活改善意欲なし」
- ・後期高齢者の質問票から下記の生活習慣は国と比較して**高い**。
 - お茶や汁物等で「むせることがある」
 - 以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」
 - この 1 年間に「転倒したことがある」
 - ウォーキング等の運動を「週に 1 回以上していない」
 - たばこを「吸っている」
 - ・体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」

【早期介入・行動変容】

- ・年齢別の受診率は、40～50 代の若い世代は国・道と比較すると高いが、**高齢になると低い**。
- ・俱知安町内で比較すると**若い世代の受診率が低く**、若年受診者の多くは高血圧該当である。
- ・令和 4 年度の受診勧奨対象者の割合は 60.1%で、平成 30 年度と比べて 2.4 ポイント増加している。
- ・受診勧奨対象者のうち、重症化リスクが高い検査値の者は、HbA1c7.0%以上が 34 人、Ⅱ度高血圧以上が 41 人、LDL コレステロール 160mg/dL 以上が 67 人であり、このうち、すでに生活習慣病を発症していると疑われ重症化のリスクが高い状態であるにもかかわらず、治療が確認できない受診勧奨対象者も一定数いる。
- ・特定健診を通じて健康状態を把握すべき「健診なし治療なし」の者は 429 人（23.4%）存在する。

2.生活習慣病に関する健康課題の整理

俱知安町に暮らす人が健康で長生きするためには、課題となる疾病とその段階を明確化し、保健指導等の事業を通じて、疾病の段階が進まないように取り組むことが重要です。そのために、上記のまとめを踏まえ、各段階における健康課題と評価指標を以下のとおり整理しました。



残された健康課題（第3期計画の継続課題）

- ・脳血管疾患による死因の割合が高く、総医療費の5.8%、介護原因疾患のなかでも4割の有病者がいる。しかし、保健事業により予防可能な疾患であり、重症化予防対策により脳血管疾患による介護の割合は減ってきている。これまでの事業効果が一定程度見られるが、脳血管疾患・心疾患腎不全は今後も継続した対応が必要である。
- ・重症化した生活習慣病に至った人は、「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった基礎疾患を保有していることが多い。これらは予防可能な疾患であることから、各段階に合わせた自分の病態像の理解と必要な手立てを自己選択し自らが行動化していくことが重要である。また、がんに関しても、早期発見・早期治療につなげる必要があり、まずは、自分の健康状態・疾病の可能性と進行度を正確に把握することが重要である。
- ・40～50代の若い世代の受診率が低い上、若年受診者の多くに高血圧の症状が認められており、介護原因疾患やその基礎疾患になる病気・症状の発症は若年化する可能性が高い。働き盛りの世代から後遺症に苦しむなどQOLの低下をまねき、介護をする家族の負担、ひいては地域における介護の担い手不足・介護難民など町全体の福祉課題が深刻化するなど多岐にわたる問題が懸念される。
- ・若年受診者含め、「運動習慣なし」「生活改善意欲なし」の割合が高いことから、生活習慣病予防や健康状態の維持へ影響を与えていると考えられ、発症予防や重症化予防、介護予防において自らの健康づくりへ取り入れられるよう普及が必要である。

健康課題の優先順位付け

自覚症状が乏しい生活習慣病において、自身の健康状態を早期に正しく把握している住民が多くいることが、地域の健康状態・生活環境が良好に維持されるために最も重要である。

俱知安町の特定健診受診率は34.9%と依然低い状況にあり、前期計画の目標60%には至らなかった。誰もが健診を受診し、自分の健康状態を把握する第一歩を踏み出すことができる保健事業の展開を最優先課題とする。

次に健診等で把握された疾病・症状のステージが悪化しないための行動化を支える取り組みが必要である。重症化予防を最優先とした個別支援を優先的に行い、個人の健康課題や興味関心に合わせ自ら選択し健康行動を実行できる場として、ポピュレーションアプローチの選択肢を増やし、その人らしい健康的な生活を実現できる地域づくりが求められている。

健康課題番号	健康課題	目標				対応する個別保健事業
		中・長期目標	評価指標	短期目標	評価指標	
I	#40～50代の若い世代の特定健診・がん検診の受診が少ない。	住民が一年に一度特定健診を受ける。	特定健診受診率【増加】	医療機関や国保加入者が所属する団体と連携 データ受領開始	受診勧奨通知率【増加】	健診未受診者対策事業
		40～50代の受診率向上。後期高齢者もがん検診を継続する。	特定健診受診率【増加】 がん検診受診率【増加】	検診実施場所を維持する。	契約医療機関数【維持】	特定健康診査
II	#重症化予防対策による介護の割合は一定の効果がみられるが、依然高い状態が続いている。	治療中断せず通院する人が増える。 治療の必要性を理解する人が増える。	新規脳血管疾患患者数・新規虚血性心疾患患者数・新規人工透析導入者数【抑制】	糖尿病手帳・血圧手帳を利用している人が増える。	糖尿病・高血圧症・脂質異常症の重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率【増加】	特定保健指導事業 高血圧対策事業 糖尿病性腎症重症化予防事業
		がん検診の精度管理を開始する。	がん検診の対象者リストの作成	要精密検査者への受診勧奨システム整備	がん検診の要精密検査の未受診者数【増加】	未受診者対策事業 データ分析検討会
III	#運動習慣がない人が多い。さらに、冬期期間は除雪に時間と体力がとられ、運動習慣が付きにくい。	健診の問診や訪問から生活実態を明らかにする。	メタボ・メタボ予備群該当者割合【減少】 喫煙率【減少】 1日飲酒量が多い者の割合【減少】 運動習慣のない者の割合【減少】	町内を4分割しエリアを決め、エリア毎の結果を集計する。	KDBエリア毎の結果メタボ・メタボ予備群該当者割合【減少】 喫煙率【減少】 1日飲酒量が多い者の割合【減少】 運動習慣のない者の割合【減少】	データ分析検討会
IV	#若年受診者含め運動習慣が定着していない傾向があり、筋力低下がみられる。 #筋骨格系の疾患からフレイル、介護へつながっている。	フレイル予防を意識することができる。	サロン等の通いの場の介入箇所【増加】 参加者実数【増加】 後期高齢者の質問票の実施数【増加】	フレイル予防について知る機会を持つことができる。	ますけんファイルの配布数【増加】 サロンなど通いの場等の健康教育実施数【増加】 健康教育への参加者数【増加】	地域での健康教育 健診受診後の健康教育 データ分析検討会
V	#運動習慣がなく、生活改善意欲が低い。 #健康状態を把握できていない人が一定数いる。	全世代において健康への興味・関心、重要と位置づける人が増える。	運動習慣が定着する者【増加】 生活習慣改善意欲が向上する者【増加】 役場内、地域の企業・団体とのタイアップ事業の実施数【増加】 健康教育の参加者数【増加】	庁舎内、企業、団体、事業の把握を行う。	役場内、地域の企業・団体における健康づくりをテーマにした事業の把握数【増加】 役場内、地域の企業・団体に対する保健指導係・国保医療係で行っている保健事業の普及活動【増加】 健康教育の実施数【増加】	健康増進普及活動 成人期への健康づくり データ分析検討会

第4章 データヘルス計画の目的・目標

第3期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための短期目標及び中・長期目標を整理した。

目的～健康課題を解決することで達成したい姿～
倶知安町民が健康で豊かに過ごすことができる

共通指標	最上位目標	開始時
○	平均自立期間の延伸	男性 80.7 女性 84.5
○	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合の抑制	9.1%
○	総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合の抑制	5.5%
○	総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の抑制	2.3%
共通指標	中・長期目標	開始時
○	新規脳血管疾患患者数の抑制	23 人
○	新規虚血性心疾患患者数の抑制	16 人
○	新規人工透析導入者数の抑制	1 人
共通指標	短期目標	開始時
○	HbA1c7.0%以上の割合の減少	5.3%
○	Ⅱ度高血圧以上の割合の減少	6.3%
○	LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合の減少	4.4%
○	糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の増加	75.0%
○	高血圧症重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の増加	18.2%
○	脂質異常症重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率の増加	16.8%
○	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少※	9 人 20.0%
○	特定健康診査受診率の向上	34.9%
○	特定保健指導実施率の向上	50.0%
○	メタボ該当者及び予備群の割合の減少	25.9%%
○	喫煙率の減少	男性 24.8% 女性 8.7%
○	1 日飲酒量が多い者の割合の減少	3.9%
○	運動習慣のない者の割合の減少	64.1%

第5章 目的・目標を達成するための保健事業

第3章で整理した健康課題と、それを根拠にした第4章のデータヘルス計画の目的・目標を達成するための保健事業を整理しました。

1 早期介入・行動変容・特定健康診査

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	早期介入・行動変容・特定健康診査に関連するデータヘルス計画の目標	
中長期	A	脳血管疾患の減少	
中長期	A	虚血性心疾患の減少	
中長期	B	糖尿病性腎症の減少	
中長期	B	重症化を予防し、外来医療費の伸びを抑制	
中長期	C	重症化を予防し、入院医療費の伸びを抑制	
短期	B	特定健康診査受診率の向上	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	A	特定健診	生活習慣病早期発見のための健診事業



第3期計画におけるに関連する健康課題
早期介入・行動変容・特定健康診査 #1 40～50代の若い世代の特定健診・がん検診の受診が少ない。病気が悪化してから入院している人が多いと考えられる。
第3期計画における早期介入・行動変容・特定健康診査に関連するデータヘルス計画の目標
【中長期目標】 ○住民が一年に一回特定健診を受ける。 ○40～50代の受診率が上がる。 ○後期高齢者もがん検診を継続する。 【短期目標】 ○医療機関と連携する。 ○データ受領を実施する。 ○国保加入者が所属する団体と連携する。 ○検診実施場所を維持する。



第3期計画における早期介入・行動変容・特定健康診査に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
健康管理システムを導入し、受診者のシステム管理が可能となった。リピーターの受診中断を予防し、受診率の低下を防げた。今後は、潜在的なハイリスク者が多い40～50代の新規受診者の獲得を狙う。また、医療機関との連携から受診者のデータ受領の整備も行っていく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1	継続	特定健康診査	上段第2期の取り組みと同様
#1	新規	健診未受診者対策事業	検診未受診者に対する受診勧奨

1. 健診未受診者対策事業

実施計画							
事業目的・目標	町民が生活習慣病の予防などに関する健康意識の向上や健康の保持増進のため、自分の健康状態を知る機会となる健診の受診者を増やす。						
事業内容	未受診者に対する受診勧奨はがきの送付、電話・訪問勧奨 生活習慣病予防や健診に関する広報・啓発 医療機関との連携から受診者のデータ受領の整備 受診者へのインセンティブを検討						
対象者・対象人数	倶知安町民						
実施体制・関係機関	町一般衛生部門の保健師、管理栄養士が、後志広域連合技術職員・町国保医療系の任命を受ける形態で実施。また、特定健診受診率向上支援等共同事業を活用した事業の実施。 北海道国民健康保険団体連合会、羊蹄医師会、後志広域連合など。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師、管理栄養士、看護師にて対策を実施						
プロセス	受診勧奨者を選定(継続受診者、不定期受診者、未受診者)し、受診勧奨及び町全体への周知						
事業アウトプット	【受診勧奨通知率】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	73.9	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0
事業アウトカム	【特定健康診査受診率】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	34.9	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

2. 特定健康診査

実施計画							
事業目的・目標	住民が自らの体の状態を確認できる場とし、生活習慣病や重症化予防につなげる。						
事業内容	健診実施期間に委託し、後志広域連合が契約した医療機関での集団検診・個別健診の実施						
対象者・対象人数	倶知安町民						
実施体制・関係機関	健診実施期間に委託し、後志広域連合が契約した医療機関						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	町一般衛生部門の保健師、管理栄養士が、後志広域連合技術職員・町国保医療系の任命を受ける形態で集団健診を実施。						
プロセス	医療機関へ健診実施期間に委託し、後志広域連合が契約。受診枠の確保等受けやすい環境を整える。						
事業アウトプット	【契約医療機関数】						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	6	6	6	6	6	6	6
事業アウトカム	【特定健康診査受診率】						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	34.9	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

2 重症化予防

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
中長期	A	脳血管疾患の減少	
中長期	A	虚血性心疾患の減少	
中長期	B	糖尿病性腎症の減少	
中長期	B	重症化を予防し、外来医療費の伸びを抑制	
中長期	C	重症化を予防し、入院医療費の伸びを抑制	
短期	D	高血圧該当者の減少	
短期	B	糖尿病該当者の減少	
短期	D	脂質異常症の減少	
短期	B	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	
短期	C	特定保健指導実施率の維持	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	A	健康栄養相談	特定保健指導、糖尿病性腎症重症化プログラム、虚血性心疾患、脳血管疾患の重症化予防



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
重症化予防 #1 重症化予防対策による介護の割合は一定の効果がみられるが、依然高い状態が続いている。
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標
【中長期目標】 ○治療を中断せず、通院する人が増える。 ○治療の必要性を理解する人が増える。 ○がん検診の精度管理を開始する。 【短期目標】 ○糖尿病手帳を利用している人が増える。 ○血圧手帳を利用している人が増える。 ○要精密検査者への受診勧奨システムを整備する。



第 3 期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
人員不足により、保健指導の実施が困難なため、対象者を絞り、優先順位を決めた。 保健指導の実践前後のデータ分析と事業を分け実施していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1	継続	特定保健指導事業	メタボリックシンドロームまたはメタボリックシンドローム予備群に該当した者に対する生活習慣改善を目的とした保健指導
#1	継続	高血圧対策事業	高血圧Ⅱ度以上に該当した者に対する保健指導
#1	継続	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症に該当した者に対する保健指導
#1	新規	未受診者対策事業	医療受診が必要と診断された者に対する事後フォローの体制づくり

1. 特定保健指導事業

実施計画							
事業目的・目標	生活習慣病発症のリスクが高い対象者が、生活習慣を振り返ることで自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善、見直すための機会づくりや取組が継続できるサポートを目的とする。						
事業内容	保健師、管理栄養士による保健指導						
対象者・対象人数	内臓指導蓄積の程度のリスク要因の数に着目して選定した積極的支援、動機付け支援に該当した者 令和4年度実績対象者人数（積極的支援18名、動機付け支援54名）						
実施体制・関係機関	町一般衛生部門の保健師、管理栄養士が、後志広域連合技術職員・町国保医療系の任命を受ける形態で実施。特定健診結果を円滑に活用できるよう医療機関との連携を図る。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師、管理栄養士、看護師が、7チームに分かれ、担当地区ごとに訪問						
プロセス	①選定(積極的支援・動機付け支援)、②メカニズム・実態把握・教材選び、③チーム内で検討、④資料を用いて特定保健指導対象者であることを説明、⑤必要に応じて、保健指導を複数回実施						
事業アウトプット	【特定保健指導実施率】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0	60.0
事業アウトカム	【特定保健指導対象者の減少率】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	21.9	22.0	23.0	23.0	24.0	24.0	25.0
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

2. 高血圧対策事業

実施計画							
事業目的・目標	倶知安町で介護の原因疾患は脳血管疾患が最多である。脳血管疾患の最も重要な危険因子である高血圧に注目し、リスクの高い未受診者及び中断者を医療に結びつける。						
事業内容	血圧台帳の整備 保健師、管理栄養士による保健指導						
対象者・対象人数	血圧Ⅱ度以上のうち、未治療・中断者、治療中のコントロール不良に該当した者 令和４年度実績対象者人数（高血圧Ⅱ度以上 41 名のうち未治療者 17 名）						
実施体制・関係機関	町一般衛生部門の保健師、管理栄養士が、後志広域連合技術職員・町国保医療系の任命を受ける形態で実施。特定健診結果を円滑に活用できるよう医療機関との連携を図る。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師、管理栄養士、看護師が、7 チームに分かれ、担当地区ごとに訪問。						
プロセス	①選定（血圧Ⅱ度以上①未治療・中断者②治療中のコントロール不良者）、②メカニズム・実態把握・教材選び、③チーム内で検討、④資料を用いて対象者であることを説明、⑤必要に応じて、保健指導を複数回実施						
事業アウトプット	【高血圧症重症化予防対象者(市町村別)のうち、未治療の医療機関受診率】						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	18.2	25	30	35	40	45	50
事業アウトカム	【脳血管疾患の占める割合（厚生労働省様式 3-6）】						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	2.6	2.5	2.4	2.3	2.2	2.1	2.0
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

3. 糖尿病性腎症重症化予防事業

実施計画							
事業目的・目標	俱知安町は、糖尿病性腎症が増加している。羊蹄山麓糖尿病性腎症重症化予防プログラムにて定めた糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者及び中断者を医療に結びつける。						
事業内容	糖尿病管理台帳の改善 保健師、管理栄養士による保健指導 医療機関との連携						
対象者・対象人数	HbA1c7.0以上のうち、未治療・中断者・治療中のコントロール不良に該当した者 令和4年度実績対象者人数（HbA1c7.0以上34名のうち未治療者10名）						
実施体制・関係機関	町一般衛生部門の保健師、管理栄養士が、後志広域連合技術職員・町国保医療係の任命を受ける形態で実施。羊蹄山麓7ヶ町村、俱知安保健所と羊蹄医師会と連携し、羊蹄山麓糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師、管理栄養士、看護師が、7チームに分かれ、担当地区ごとに訪問。						
プロセス	①選定（HbA1c7.0以上①未治療者・中断者②治療中のコントロール不良者）、②メカニズム・実態把握・教材選び、③チーム内で検討、④資料を用いて特定保健指導対象者であることを説明、⑤必要に応じて、保健指導を複数回実施						
事業アウトプット	【糖尿病性腎症重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療の医療機関受診率】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0
事業アウトカム	【人工透析患者の占める割合（厚生労働省様式3-7）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

4. 未受診者対策事業

実施計画							
事業目的・目標	特定健診・がん検診によって抽出した対象者への受診を促すことにより、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎の発症を予防する。						
事業内容	健康管理システムを活用し、事後フォローの体制づくり						
対象者・対象人数	上記1～3の事業対象者、がん検診受診者						
実施体制・関係機関	町一般衛生部門の保健師、管理栄養士が、後志広域連合技術職員・町国保医療係の任命を受ける形態で実施。特定健診・がん検診結果を円滑に活用できるよう医療機関との連携を図る。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師、管理栄養士、看護師にてフォロー体制の検討						
プロセス	①選定、②実態把握、③係内で検討、実施						
事業アウトプット	【フォロー体制の検討回数】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	12	12	12	12	12	12	12
事業アウトカム	【未受診者管理が確立したがん検診数】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	0	1	2	3	3	4	5
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

3 生活習慣病発症予防・保健指導

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標	
中長期	A	脳血管疾患の減少	
中長期	A	虚血性心疾患の減少	
中長期	B	糖尿病性腎症の減少	
中長期	B	重症化を予防し、外来医療費の伸びを抑制	
中長期	C	重症化を予防し、入院医療費の伸びを抑制	
短期	D	高血圧該当者の減少	
短期	B	糖尿病該当者の減少	
短期	D	脂質異常症の減少	
短期	B	特定健康診査受診率の向上	
短期	B	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	
短期	C	特定保健指導実施率の維持	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	A	健康栄養相談	特定保健指導、糖尿病性腎症重症化プログラム、虚血性心疾患、脳血管疾患の重症化予防



第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する健康課題	
生活習慣病発症予防・保健指導	
#1 運動習慣がない人が多い。さらに、冬期期間は除雪に時間と体力がとられ、運動習慣がつきにくい。	
第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標	
【中長期目標】	
○健診の問診や訪問から生活実態を明らかにする。	
【短期目標】	
○町内を4分割しエリアを決め、エリア毎の結果を集計する。	



第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
対象者を絞り、優先順位を決めた訪問指導を行い始めた。優先順位に関しても変化しており、今後検討が必要であることが明らかになった。保健指導実践前後のデータ分析と事業を分け、実施していく。実践を通して把握した地域課題を共有し、事業の改善を図っていく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1	新規	データ分析検討会	KDB、健診結果、保健指導を通して把握した課題の明確化と対応方法の検討

1. データ分析検討会

実施計画							
事業目的・目標	保健指導実践を通して、把握した地域課題を共有し、事業の改善を図る。						
事業内容	保健事業の評価、内容の見直し						
対象者・対象人数	倶知安町民						
実施体制・関係機関	町一般衛生部門の保健師、管理栄養士が、後志広域連合技術職員・町国保医療系の任命を受ける形態で実施。また、特定健診受診率向上支援等共同事業を活用した事業の実施。 北海道国民健康保険団体連合会、羊蹄医師会、後志広域連合など。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師、管理栄養士、看護師にて業務内容の検討。						
プロセス	①各種事業を実践、②事業毎の各自課題を把握、③課題を共有し町全体の課題を明確化、④事業の見直し、整理、検討を繰り返す。						
事業アウトプット	【データ分析検討会の実施回数（回）】						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	－	12	12	12	12	12	12
事業アウトカム	【メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（地域の全体像の把握（年度累計））】						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	25.9	25.8	25.7	25.5	25.4	25.3	25.0
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（ポピュレーションアプローチ）

第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連する健康課題
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 #1 若年受診者含め運動習慣が定着していない傾向があり、筋力低下がみられる。 #2 筋骨格系の疾患からフレイル、介護へつながっている。 #3 後期高齢者の質問票、運動・転倒「以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う。」方が60.2%おり、国との比較し1.1%多い。 #4 後期高齢者の質問票、運動・転倒「転倒したことがある」20.0%おり、国と比較し1.9%多い。 #5 後期高齢者の質問票、運動・転倒「ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」39.2%、国と比較し2.1%多い。
第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連するデータヘルス計画の目標
【中長期目標】 フレイル予防を意識することができる。 ○サロン等の通いの場の介入箇所が増加する。 ○参加者実数が増加する。 ○後期高齢者の質問票の実施数が増加する。 【短期目標】 フレイル予防について知る機会を持つことができる。 ○ますけんファイル（健康にまつわる資料や体力測定や健診結果等を綴るファイル）の配布数が増加する。 ○サロンなど通いの場等の健康教育実施数が増加する。 ○健康教育への参加者数が増加する。



第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期計画では、重症化予防を重点的に行っていたが、第3期計画ではフレイル予防に対する集団でのアプローチを加え多面的な保健事業を実施していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1-5	新規	地域での健康教育	サロンなど通いの場におけるフレイル予防の健康教育
#1-5	新規	健診受診後の健康教育	健診後の結果分析に合わせた健康教育

1. 地域での健康教育

実施計画							
事業目的・目標	サロンなど通いの場においてフレイル予防を知り、その視点を活動に取り入れ、自身の健康維持に目的を持ち主体的に参加する住民が増える。						
事業内容	ふまねっと運動、口腔体操、フレイル予防に関する講話など、その地区の健康課題に合わせたプログラムを実施する。						
対象者・対象人数	長寿会、老人クラブ、地域のサロン、その他住民の集いの場に参集した者						
実施体制・関係機関	福祉医療課保健指導係・国保医療係・地域包括支援センター・倶知安町社会福祉協議会						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	企画調整を担当する医療専門職の確保 1人×12月 地域を担当する医療専門職の確保 1人×12月 上記以外の地区担当保健師・管理栄養士・歯科衛生士の確保（事業実施1回毎） 生活支援体制整備事業会議（主催：社会福祉協議会）月1回程度出席						
プロセス	①KDBを活用した健康課題の分析から単年度毎の対象者の抽出 ②生活支援体制整備事業会議より、各地域の住民の集いの場とニーズを把握 ③健康課題に合わせた健康教育を実施						
事業アウトプット	【実施回数（延）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	18	19	20	21	22	23	24
	【参加者人数（延）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	234	250	260	270	280	290	300
事業アウトカム	【後期高齢者の質問を実施した住民の数（延）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	64	80	100	150	200	250	300
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

2. 健診受診後の健康教育

実施計画							
事業目的・目標	健診結果から自身の健康状態を把握し、介護予防に向けたフレイル予防の取組を住民自身が意識することができる。						
事業内容	高血圧等の重症化予防と、運動や口腔、認知に関する健康教育に参加し、フレイル予防の視点をあわせて予防行動がとれるよう健康教育を実施する。						
対象者・対象人数	健診を受診した後期高齢者						
実施体制・関係機関	福祉医療課保健指導係・国保医療係						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	企画調整を担当する医療専門職の確保 1人×12月 地域を担当する医療専門職の確保、1人×12月 上記以外の地区担当保健師・管理栄養士・歯科衛生士の確保（事業実施1回毎）						
プロセス	①後期高齢者健康診査結果と後期高齢者の質問票の分析 ②町の課題である、高血圧Ⅱ度以上未受診者の抽出 ③対象者に合わせた健康教育の実施						
事業アウトプット	【後期高齢者健康診査の受診率（％）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	9.8	11.0	13.0	14.5	16.0	17.0	17.5
	【健康教育参加率（％）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	80	80	80	80	80	80	80
	【実施数（延）（回）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
5	6	6	7	8	9	10	
事業アウトカム	【健康状態が良くないの割合（後期高齢における質問票の回答）（％）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
	【毎日の生活に不満の割合（後期高齢における質問票の回答）（％）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

5 健康づくり・社会環境体制整備

第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する健康課題
健康づくり #1 運動習慣がなく、生活改善意欲が低い。 #2 健康状態を把握できていない人が一定数いる。
第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連するデータヘルス計画の目標
【中長期目標】 全世代において健康への興味・関心、重要と位置づける人が増える。 ○運動習慣が定着する人の増加 ○生活習慣改善意欲の向上 ○役場内、地域の企業・団体とのタイアップ事業の実施数の増加 ○健康教育の参加者数の増加 【短期目標】 庁舎内、企業、団体、事業の把握を行う。 ○役場内、地域の企業・団体における健康づくりをテーマにした事業の把握数の増加 ○役場内、地域の企業・団体に対する保健指導係・国保医療係で行っている保健事業の普及活動の増加 ○健康教育の実施数の増加

健康教育実施数の増加▼

第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期計画では、重症化予防を重点的に行っていたが、第3期計画では世代を問わず健康増進にアプローチする多面的な保健事業を実施していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1-2	新規	健康増進普及活動	健康づくりについて地域に普及する。
#1-2	継続	成人期への健康づくり	健康教育の実施（テーマ別で依頼を受けて単発実施）

1. 健康増進普及活動

実施計画							
事業目的・目標	一人でも多くの住民が健康づくりに触れて実行できる環境づくりを行う。						
事業内容	地域の企業・団体における健康づくりをテーマにした事業を把握し、それらに対して保健指導係・国保医療係で行っている保健事業を普及する。 普及活動を通して、タイアップでの活動に興味・関心のある企業・団体を把握する。 健康づくりに関して庁舎内での連携を検討する。						
対象者・対象人数	俱知安町民						
実施体制・関係機関	福祉医療課保健指導係・国保医療係にて実施						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・管理栄養士の新設事業にあてる稼働時間を確保						
プロセス	①既存の事業を把握(企業、団体)、②町の保健事業の普及						
事業アウトプット	【健診や健康に関する取組を把握できた地域の企業・団体数(延)】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1	2	3	4	5	6	7
事業アウトカム	【企業や団体への介入数(延)】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1	2	3	4	5	6	7
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

2. 成人期への健康づくり

実施計画							
事業目的・目標	一人でも多くの住民が健康づくりに触れて実行できる機会の提供を行う。						
事業内容	普及活動を通して、把握した役場内、企業・団体とのタイアップや、それぞれの健康課題に合わせた健康教育を実施し、住民が参加できる機会や場の選択肢を広げ、健康づくりの支援を行う。						
対象者・対象人数	倶知安町民						
実施体制・関係機関	福祉医療課保健指導係						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・管理栄養士・看護師の新設事業にあてる稼働時間を確保						
プロセス	①把握した役場内、企業・団体と健康教育の目的や内容の検討、②健康教育の実施、③振り返り						
事業アウトプット	【実施数】						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	1	5	5	5	5	5	5
事業アウトカム	【参加者数】						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	36	50	50	50	50	50	50
評価時期	年度毎、中間時点、最終年度						

第6章 計画の評価・見直し

第6章からはデータヘルス計画策定の手引きに従った運用とします。以下、手引きより抜粋します。

1 評価の時期

1. 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

2. データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施します。また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行います。

2 評価方法・体制

計画は、中・長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備します。

第7章 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知をします。

第8章 個人情報の取扱い

計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特に KDB システムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在します。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱う。俱知安町では、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料 用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別から GFR を推算したもの。GFR は腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が 1 分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFR が 1 分間に 60ml 未満の状態または尿たんぱくが 3 か月以上続くと CKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	2	医療費の 3 要素	医療費の比較には、総医療費を被保険者数で割った 1 人当たり医療費を用いる。一人当たり医療費は以下の 3 つの要素に分解でき、これを医療費の 3 要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1 件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	3	HDL-C	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	4	ALT	アミノ酸をつくり出す酵素で大部分が肝細胞に含まれている。肝臓の細胞が障害を受けると ALT が血液中に流れ出し血中濃度が上がるため、ALT の数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	5	LDL-C	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	6	拡張期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最小となる血圧は心臓が拡張したときの血圧で拡張期血圧と呼ばれる。
	7	虚血性心疾患	虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞がある。狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓（血液の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。
	8	空腹時血糖	血糖値は、血液中に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のこと、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後 10 時間以上経過した時点での血糖値。
	9	KDB システム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の 1 つで、75 歳以上の人、そして 65 歳から 74 歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める 65 歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	18	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	19	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。

行	No.	用語	解説
	20	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。
	21	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書（レセプト）	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。
	23	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
	24	積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	25	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	26	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	27	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	28	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	29	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	30	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	31	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	32	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	33	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
	34	脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	35	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ、体重（kg）/身長（m ² ）で算出される。
	36	PDCA サイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。

行	No.	用語	解説
	37	標準化死亡比 (SMR)	基準死亡率（人口 10 万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	腹囲	ハその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	39	平均自立期間	要介護 2 以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0 歳の人が必要介護 2 の状態になるまでの期間。
	40	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では 0 歳での平均余命を示している。
	41	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビン A (HbA) にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したもの。糖尿病の過去 1～3 か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
ま行	42	未治療者	健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から 6 か月以内に医療機関を受診していない者。
	43	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	44	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。