いわき市国民健康保険
第2期保健事業実施計画
（データヘルス計画）・
（平成30年度～令和5年度）
令和2年度　中間評価

令和３年３月

いわき市

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)～中間評価～

第１章　保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 1

1. 背景・目的 1

2. 計画の位置付け 1

3. 計画期間 4

4. 実施体制・関係者連携 4

5. 中間評価の趣旨 4

第２章　第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）中間評価の概要 5

1. 保健事業の目的及び目標設定 5

2. 評価方法 6

3. 評価指標の判定区分 6

第３章 目標の評価 7

1. 中長期的な成果目標の評価 7

2. 短期的な成果目標 7

第４章 保健事業の評価 8

1. 特定健康診査受診率向上対策事業 8

2. 特定保健指導事業 10

3. 糖尿病性腎症重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防プログラム） 12

4. 重症化予防事業 14

⑴　慢性腎臓病重症化予防事業 14

⑵　高血圧症重症化予防事業 15

第５章 第２期保健事業実施計画（後期：令和３年度～令和５年度） 16

1. 評価の時期 16

2. 評価方法・体制 16

3. 計画の公表・周知 16

4. 事業運営上の留意事項 16

5. 保健事業の実施 16

参考資料 21

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

１．背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（ＫＤＢシステム）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、平成25年６月14日に閣議決定された「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。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

平成27年５月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定を行うとともに、市町村はこれまでどおり、地域住民に身近な資格の得喪、保険給付、保健事業などの事務を担うこととなりました。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されました。

国は国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第４項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める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（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「国指針」という。）の一部を改正し、保険者等は健康・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しています。

いわき市国民健康保険におきましては、統計資料やレセプト等を活用することにより、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進を図ることを目的に、「第２期いわき市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」「第３期特定健康診査等実施計画」を策定し、保健事業を実施してきました。

２．計画の位置付け

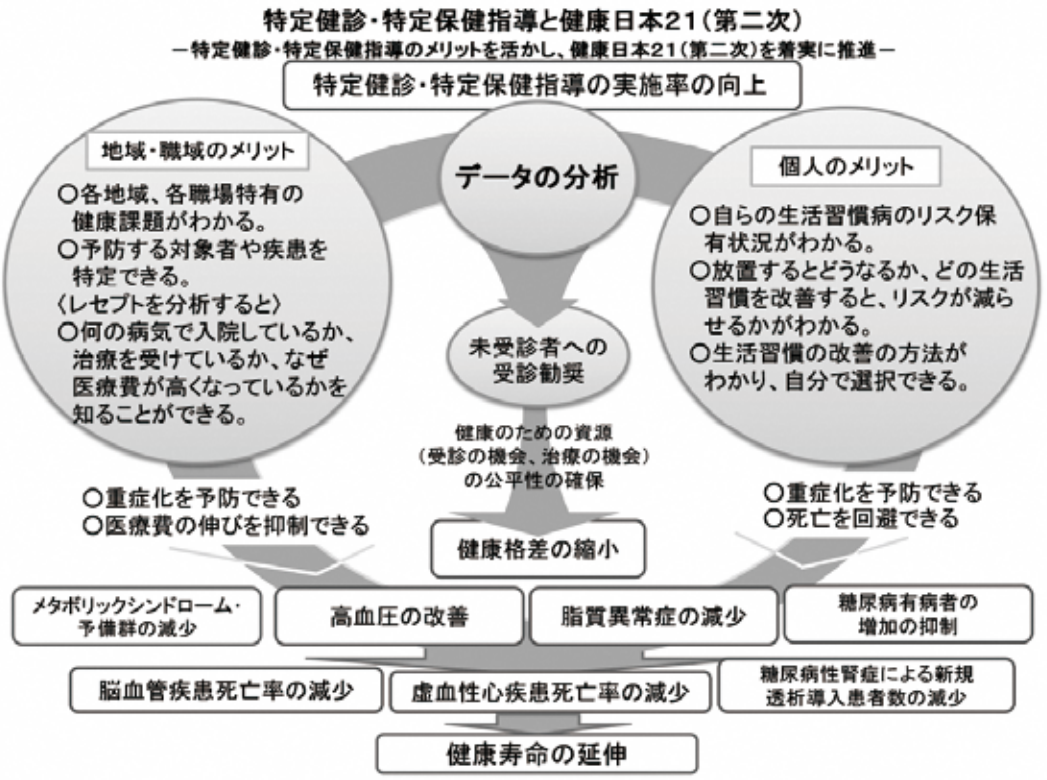
第２期保健事業実施計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、ＰＤＣＡサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「健康いわき21（第二次）」、福島県医療費適正化計画、介護保険事業計画等関連計画との整合性を図ります（図表１・２・３）。

図表１ 法定計画等の位置づけ

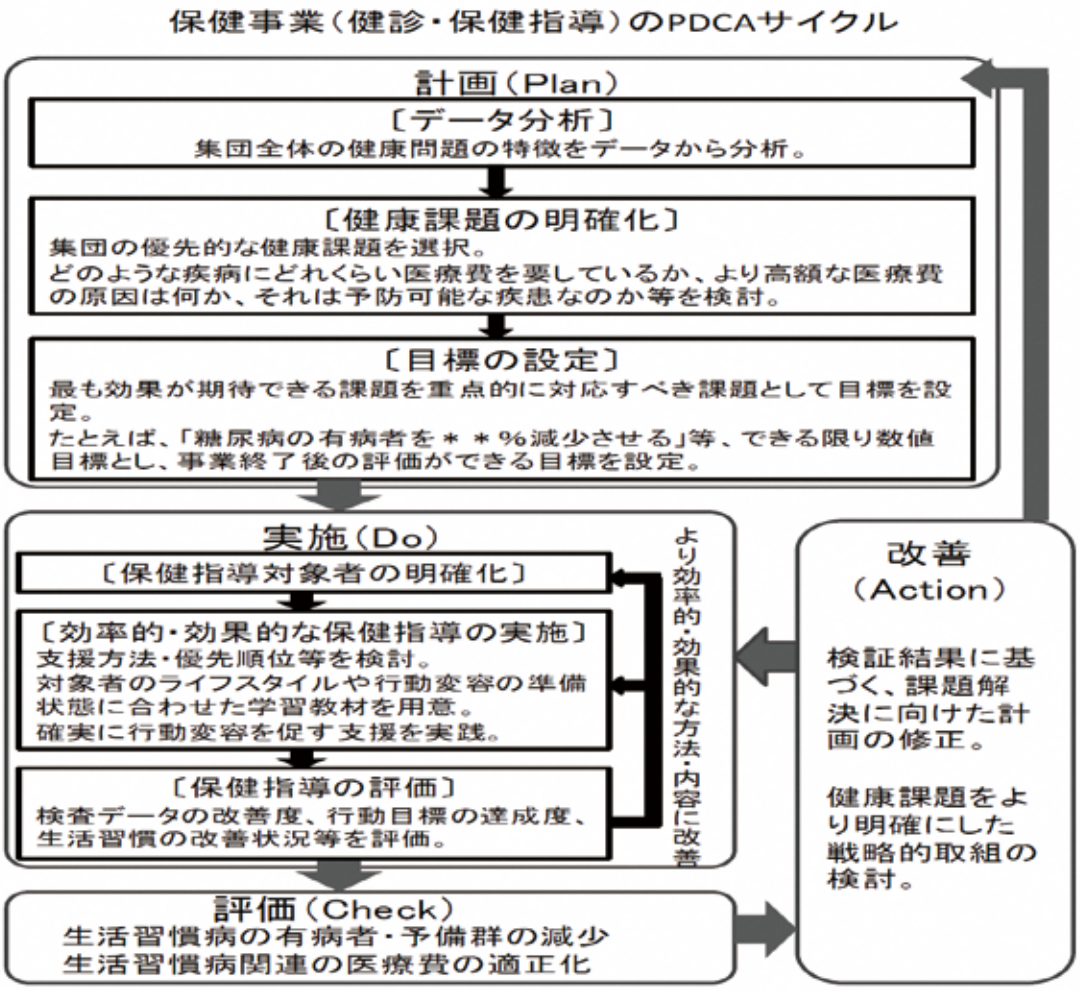
	健康日本２１（第二次）計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業（支援）計画	医療費適正化計画	医療計画
	健康いわき２１（第二次） （平成26年度～令和５年度）	第3期特定健康診査等 実施計画 （平成30年度～令和５年度）	第2期保健事業実施計画 （データヘルス計画） （平成30年度～令和５年度）	第8次いわき市高齢者保健福祉計画 （平成30年度～令和２年度）	第三期福島県医療費適正化計画 （平成30年度～令和５年度）	第七次医療計画 （平成30年度～令和５年度）
法律	健康増進法　第8条、第9条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法　第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な方針	厚生労働省　保険局 平成24年6月 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 平成29年8月 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　保険局 平成28年6月 「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　老健局 介護保険事業にかか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	厚生労働省　保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策についての基本指針【全部改正】	厚生労働省　医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
計画策定者	市町村（いわき市）	医療保険者（いわき市）	医療保険者（いわき市）	市町村（いわき市）	都道府県（福島県）	都道府県（福島県）
基本的な考え	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣病の予防対策を進め、被保険者の生活の質の維持及び向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民健康保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適正な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目ない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
対象者	全市民 ライフステージ（乳幼児期、学童期、青年期、壮年期、高齢期）に応じた健康づくり	40歳から74歳	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、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40歳～64歳特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿病性腎症** 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿病性腎症** 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿病性腎症** 高血圧　等 虚血性心疾患 脳血管疾患 ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患） がん	**糖尿病性腎症** **糖尿病性網膜症** **糖尿病性神経障害** 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 ＣＯＰＤ（慢性閉塞性心疾患） がん 初老期の認知症、早老症 骨折＋骨粗しょう症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統委縮症、筋委縮性側索硬化症、後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム **糖尿病** 生活習慣病	**糖尿病** 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	生涯を5つのライフステージに分け、各々の年代特定に応じた世代別目標を決め、具体的な事業に取り組む。 【乳幼児期（0歳～就学前）】 親子関係が安定している中で健やかに育ち、目が輝き、表情豊かにいつも楽しく生活できる 【学童期（小中学生）】 一人ひとりが自分の存在を実感し、周囲の人々と強調しながら、子供らしく元気に生活できる 【青年期（16歳～29歳）】 精神的強さを身につけ、豊かな人間関係のもと、生きがいのある健康的な生活ができる 【壮年期（30歳～64歳）】 病気の不安がなく、健康で経済的にも安定し、職場や地域の中で充実感を持って生活できる 【高齢期（65歳～）】 心身ともに元気で生きがいを持ち、家族や地域の中で楽しく生活できる	特定健診受診率 特定保健指導実施率 保険者努力支援制度 ↓ 保険者努力支援制度分を減額し、保険料率決定	分析結果に基づき直ちに取り組むべき健康課題、中長期的に取り組むべき健康課題を明確にし、目標値を設定する。 （1）生活習慣の状況 ①食生活　②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量　④喫煙 （2）健康診査等の受診率 ①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備軍 （3）医療費等 ①医療費　②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取り組み 外来 ①一人当たり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備軍の減少 ④糖尿病性腎症重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の実情に応じて設定）
その他		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			保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、保険者との連携	

図表 2



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

図表 3



3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第４の５において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成 30 年度から令和５年度までを計画期間としていることから、これらとの整合性を図り計画期間を平成 30 年度から令和５年度の６年間としています。

4. 実施体制・関係者連携

本市においては、市民協働部国保年金課が主体となりデータヘルス計画を策定いたしました。令和元年度より、市の健康づくり施策の推進を図るため新設された保健福祉部健康づくり推進課において、国保保健事業を担当し、他保健事業とあわせ、事業を推進していることから、市民協働部国保年金課と保健福祉部健康づくり推進課が一体となって計画を推進するとともに、保健福祉部介護保険課、地域包括ケア推進課等関連部署と協議連携していきます。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、体制整備に努めています。

また、計画の推進にあたっては、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会の支援を受け、保健事業の進捗管理に努めます。事業の実施に当たっては、有識者や被保険者を代表する委員等で構成される国民健康保険運営協議会にも実施内容等の報告を行います。

5. 中間評価の趣旨

本計画では、優先的に解決すべき健康課題を明確化し、その課題整理に基づく被保険者の健康保持増進に向けて必要な個別保健事業の実施を行ってきました。中間年度にあたる令和２年度においては、平成 30 年度から令和２年度までに実施した個別保健事業の評価と令和３年度から令和５年度の目標の見直し等を行います。

第２章　第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）中間評価の概要

1.　保健事業の目的及び目標設定

⑴　目的

本計画の目的は、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による新規透析患者を減らし、健康格差を縮小することにあります（図表２）。

いわき市の場合、医療費の分析から「虚血性心疾患」「脳血管疾患」による医療費が国・県と比較して高くなっており、医療費が高額となる疾患は入院で「悪性新生物」と「心疾患」、外来で「腎不全」となっています。また、要介護認定者の有病状況より第１号被保険者は「心臓病」、第２号被保険者は「心臓病」と「脳血管疾患」が主な原因疾患となっています。

これらのことから、心血管疾患（心疾患・脳血管疾患等）、糖尿病性腎症による新規透析患者を減らすことが喫緊の課題となるため、最優先事項として取り組むこととします。

⑵　保健事業の目標

①　中・長期的な成果目標

ア　健診・介護・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、将来的に医療費の負担額が増大されると予測される疾患である**「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「糖尿病性腎症」等の発症、重症化を予防**し、医療費の伸びを抑えます。

イ　若くして介護認定を受ける人が多いことから、介護保険第２号被保険者の要介護認定割合を減らします。

②　短期的な成果目標

ア　**特定健康診査受診率、特定保健指導実施率を向上**し、生活習慣病の発症予防、重症化予防を図ります。

まずは、低迷している特定健康診査の受診率と特定保健指導実施率の向上を図り、血圧・血糖・脂質異常・腎臓機能など、自分の健康状態を把握している人を増やし、リスクのある人にはメタボリックシンドロームの改善の機会を持ってもらうことが重要です。

イ　「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「糖尿病性腎症」の血管変化における共通リスクとなる、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等**を減らします。

健診結果より基礎疾患の未治療者を適切な受診につなげることが、重症化予防の第一歩であることから、優先する疾患を選定し受診につなげます。

まずは、糖尿病性腎症から人工透析に移行することを予防する観点から、HbA1c高値の血糖コントロール不良者の改善と未治療者を適切な受診につなげるため糖尿病性腎症重症化予防プログラムを継続して実施します。

また、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析において８割以上が治療をしている高血圧症の改善に取り組みます。

さらに、今後慢性腎臓病（CKD）の課題を解決する体制を作っていくことが必要となるため、eGFRの重症度と尿蛋白の結果より、未治療者を受診につなげる取組みを行います。

⑶ 主な個別保健事業

	事　業　名	
1	特定健康診査受診率向上対策事業	
2	特定保健指導事業	
3	糖尿病性腎症重症化予防事業	
4	重症化予防事業	⑴　慢性腎臓病重症化予防事業
		⑵　高血圧症重症化予防事業

2．評価方法

⑴ 成果目標の評価

中長期的な成果目標及び短期的な成果目標について、実績をもとに評価します。

⑵ 主な保健事業に対する評価

保険者は、健診・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ことが求められており、保険者努力支援制度においても４つの指標での評価が求められています。

主な保健事業ごとに事業内容（取組内容）や目標値を実績値から確認し、評価するとともに、事業の取組内容を見直しました。

※ 評価における４つの指標

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。 （例）専門職の配置、予算、KDB活用環境の確保等
プロセス （保健事業の実施過程）	・手順や活動状況 （例）必要なデータは入手できているか、スケジュールどおり行われているかなど
アウトプット （保健事業の実施量）	・事業計画の実施を評価 （例）教室実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか （例）特定健診受診率、特定保健指導実施率など

《評価の視点》

評価は「ストラクチャー」「プロセス」「アウトプット」「アウトカム」の観点から実施する。保健事業の最終的な評価は「アウトカム」で評価されますが、結果のみでは問題点が明らかにできず、改善方策が見いだせない場合も多いことから、結果に至る過程（プロセス）や事業の基盤である「ストラクチャー」の評価も重要となります。

３．評価指標の判定区分

個別保健事業の成果指標評価について次の判定区分で評価します。

A	目標を達成している
B	目標は達成していないが、改善がみられている（目標値の達成が８割以上）
C	目標が達成されていない（目標値の達成が８割未満）
D	悪化している

第３章 目標の評価

１．中長期的な成果目標の評価

目　　標	H28 （基準値）	R１ （現状値）	R５ （目標値）
虚血性心疾患の生活習慣病医療費総額に占める割合の減少	5.3％ (5,905 万円)	3.1% (3,024 万円)	4.2％
脳血管疾患の生活習慣病医療費総額に占める割合の減少	5.3％ (5,872 万円)	4.4％ (4,307 万円)	4.6%
患者千人当たり糖尿病性腎症新規患者数の減少（月）	0.705 人	0.638 人	0.446人
介護保険第2号被保険者の要介護認定割合の減少	0.5％ (569 人)	0.5％ (586 人)	0.4％

※患者千人当たり糖尿病性腎症新規患者数の減少について、数値の記載誤りのため修正。

・中長期的な成果目標の現状値は、令和５年度の計画終了時目標を達成しているもの、減少しているもの、変化がないものと項目によりばらつきがある。また、新型コロナウイルス感染症拡大の影響等、今後の推移予測も困難であることから、目標値は変更せず、保健事業を見直しながら、最終目標値の達成を目指す。

２．短期的な成果目標

⑴ 特定健康診査受診率（法定報告値）

	H30	R1	R2	R３	R４	R５
目標値	37.0％	41.0％	46.0％	51.0％	56.0％	60.0％
実績値	34.0％	34.4％	―	―	―	―

⑵ 特定保健指導実施率（法定報告値）

	H30	R1	R2	R３	R４	R５
目標値	20.0％	25.0％	31.0％	36.0％	43.0％	47.2％
実績値	23.8％	20.6％	―	―	―	―

・特定健康診査受診率は、上昇しているが、目標値の達成には至っていない。また、特定保健指導実施率は、平成 30 年度に目標値を 3.8％上回ったものの、令和元年度は、令和元年東日本台風や新型コロナウイルス感染症拡大の影響により保健事業の実施を控えたことにより、目標値を下回る結果となった。

第４章 保健事業の評価

１ 特定健康診査受診率向上対策事業

目的	低迷している特定健康診査の受診率の向上を図り、血圧・血糖・脂質異常・腎臓機能など、自分の健康状態を把握している人を増やし、メタボリックシンドロームの改善を図る。

実施内容

【対象】いわき市国民健康保険加入者のうち 40 歳から 74 歳の市民

【実施方法】

⑴ 個別の受診勧奨を強化

① 未受診者に対する受診勧奨＊アウトプット指標

・世代毎に内容を変えた受診勧奨通知の作成（H30・Ｒ１）

・タイプ別に内容を変えた受診勧奨通知の作成（Ｒ２）

	H30	Ｒ１	Ｒ２
受診勧奨数	42,391 人	43,801 人	40,000 人
受診者数	8,631 人	7,733 人	7,043 人（R3.2 月末現在）
受診割合	20.4％	17.7％	17.6％

② ３年連続未受診者に対する受診勧奨（40 歳代・50 歳代を中心に）＊アウトプット指標

	H30	Ｒ１	Ｒ２
受診勧奨数	10,926 人	14,958 人	14,106 人
受診者数	334人	325人	459人（R3.2 月末現在）
受診割合	3.1％	2.2％	3.3％

③ 事業主健診等の結果提供事業＊アウトプット指標

	H30	Ｒ１	Ｒ２
受診勧奨事業者数	306社	34社	33社
健診結果提供数	192人	115人	174人（R3.2 月末現在）

※Ｒ１年度以降は、H30 年度情報提供があり、情報提供依頼の受け入れがあった事業所へ送付。

⑵ 継続受診者増加に向けた取組み

・健診結果説明会

	H30	Ｒ１	Ｒ２
開催回数	18回	15回	9回
参加者数	193人	172人	96人（R3.2 月末現在）
翌年度健診受診者数	169人	―	―
翌年度受診割合	87.6％	―	―

⑶ 広報・ＰＲの充実＊アウトプット指標

・保健のしおり、広報いわきへの掲載及び地区回覧

・健康カレンダーの作成及び送付（Ｒ２：44,000 件）

・医療機関、公共施設、スーパーへのポスター、パンフレット等の配布（Ｒ２：374件）

・スポットＣＭ、ソーシャルネットワーク、ＦＭいわきでの情報発信

・行政嘱託員、健康推進員への周知依頼、街頭キャンペーン（H30・Ｒ１）

⑷ インセンティブ事業の実施による健康意識の向上

① スマホｄｅドック事業

・38 歳・39 歳の被保険者へスマートフォンを使った簡易自己血液検査の実施（H30）

・Ｒ１年度から対象を 30 歳～39 歳の被保険者へ拡大

	H30	Ｒ１	Ｒ２
対象者数	986人	4,149 人	4,029 人
検査者数	80人	439人	330人（R3.2 月末現在）
利用割合	8.1％	10.6％	8.2％

実施内容

② 国保健康づくり世帯表彰事業（H30）
国保特定健康診査応援キャンペーン（R１～）
特定健康診査受診者の中から、抽選で市の特産品を贈呈

	H30	R１	R２
表彰者数／当選者数	162世帯	450人	450人（見込）
翌年度健診受診者数	108人	―	―

③ フィットネスクラブ連携事業
特定健康診査結果にフィットネス体験チケットを同封（H30～）

	H30	R１	R２
協力施設数	16施設	16施設	16施設
利用者数	33人	31人	―

【実施者】 健康づくり推進課、各地区保健福祉センター

評価

◎特定健康診査受診率（計画策定時 32.3％→終了時目標値 60.0％）＊＊アウトカム指標

	H30	R１	指標判定
目標値	37.0％	41.0％	C
実績値	34.0％	34.4％	

◎継続受診者割合（計画策定時 17.5％→終了時目標値 25.3％）＊＊アウトカム指標

	H30	R１	指標判定
目標値	18.8％	20.1％	A
実績値	23.7％	23.6％	

◎３年連続未受診者割合（計画策定時 50.0％→終了時目標値 40.0％）＊＊アウトカム指標

	H30	R１	指標判定
目標値	48.3％	46.7％	C
実績値	51.4％	49.9％	

・評価指標では継続受診者割合はＡ評価、それ以外はＣ評価である。未受診者に対する受診勧奨では、年代や時期等を考慮し、複数回通知するなど重層的な対応をし、年間約５万人以上に通知を送付するなど個別の受診勧奨を強化している。
・令和２年度からは、ＡＩを活用した受診勧奨通知を導入し、より個別的な受診勧奨効果の向上を狙うとともに、電話で直接受診を促す健診コールアドバイザーを配置し、未受診理由の聞き取りや丁寧な説明の実施など、適宜事業の改善にも努めている。
・健診コールアドバイザーの聞き取り結果等から、未受診理由の多くが治療中であることから、より受診勧奨効果が期待されるかかりつけ医等と連携した受診勧奨事業の実施について、検討する必要がある。また、健診を知らないという声も多く聞かれており、周知が一層重要である。

改善案

・未受診者対策の拡充
ＡＩを活用した受診勧奨はがきを優先順位をつけて、対象者に送付する。
・インセンティブ事業の見直し
健診結果から健康意識の向上を図るため、ＡＩを活用した疾病発症シミュレーションを新たなインセンティブ事業として実施し、不定期受診者の継続受診を促す。
・電話での受診勧奨の強化
健診コールアドバイザー及び市保健師による電話での受診勧奨を優先順位をつけて実施し、未受診理由等を確認した個別的な受診勧奨を強化する。
・案内通知の拡大
国保新規加入者への受診勧奨通知を新たに実施する。
・治療中及び事業主健診データの取得の強化
いわき市医師会や事業所等との連携の強化により、主治医による通院患者への受診勧奨・情報提供及び事業主健診データ取得を積極的に行っていく。

2 特定保健指導事業

目的	低迷している特定保健指導の実施率の向上を図り、血圧・血糖・脂質異常・腎臓機能など、自分の健康状態を把握している人を増やし、メタボリックシンドロームの改善を図る。
具体的内容	【対象者】 特定健康診査受診者で健診結果が特定保健指導の判定基準「積極的支援」「動機付け支援」に該当する者。 【実施内容】＊アウトプット指標 医療機関型：委託医療機関が実施 教室型及び個別型：市保健師等が実施

		H30	R 1
特定保健指導対象者数（各年度の対象者）		1,741 人	1,635 人
特定保健指導実施者数（年度内に初回実施者）		448人	368人
（再掲）	医療機関型特定保健指導者数	17人	23人
	教室型特定保健師指導数	105人	45人
	個別型特定保健指導数	326人	300人

※実施者は、前年度の対象者も初回実施年度に含まれる。法定報告値とは異なる。

【自己負担額】無料

【実施期間】通年

【案内方法（利用券の送付）】
個別健診は健診結果通知と併せて、利用券と案内通知を送付。集団健診は結果通知と別に、利用券と案内通知を送付する。

【未利用者対策】
・未利用者に対し、訪問・電話等による利用勧奨及び特定保健指導実施＊アウトプット指標

	H30	R 1
対象者数	1,257人	1,283人
利用勧奨数	1,017人 （80.9％）	984人 （76.7％）
保健指導利用者数	336人 （33.0％）	278人 （28.3％）

【実施者】
健康づくり推進課（保健指導員として会計年度任用職員 4 名雇用）、
各地区保健福祉センター、委託医療機関

<table>
<tr>
<td>評価</td>
<td>
◎特定保健指導実施率（計画策定時 14.0％→終了時目標値 47.2％）＊＊アウトカム指標
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R 1</td><td>指標判定</td></tr>
<tr><td>目標値</td><td>20.0％</td><td>25.0％</td><td rowspan="2">C</td></tr>
<tr><td>実績値</td><td>23.8％</td><td>20.6％</td></tr>
</table>

◎特定保健指導実施者の改善状況（計画策定時 72.9％→終了時目標値 90.0％）＊＊アウトカム指標
<table>
<tr><td></td><td>H30</td><td>R 1</td><td>指標判定</td></tr>
<tr><td>目標値</td><td>75.7％</td><td>78.6％</td><td rowspan="2">D</td></tr>
<tr><td>実績値</td><td>72.4％</td><td>―</td></tr>
</table>

・評価指標ではＣ判定であるが、アウトプット指標の利用勧奨では、医療機関型、教室型、個別型と、本人が選択しやすい３通りの利用方法を開催した案内を対象者全員に送付し、利用勧奨を行っている。
・未利用者に対しては、訪問、電話等により、個別に受診勧奨を行い重層的な対応をしている。
・令和元年度以降特定保健指導実施率が低下しているが、その要因は令和元年東日本台風や新型コロナウイルス感染症の影響により、未利用者訪問等を控えたことによるものであり、令和２年度からは、未利用者訪問のアプローチ方法の変更や、ＩＣＴを活用した保健指導を試行的に実施するなど、適宜事業の改善にも努めている。
・今後は、特定保健指導実施率向上のため、利用効果の向上が期待されるＡＩを活用した利用勧奨通知の導入等も検討する必要がある。
・特定保健指導実施者の改善状況は約７割程度であることから、一層の改善率の向上について、保健指導マニュアル等の見直しや保健指導従事者のスキルアップ等を行い、保健指導内容の充実に努める必要がある。
</td>
</tr>
<tr>
<td>改善案</td>
<td>
・ＡＩを活用した疾病発症シミュレーションを導入
健診結果から今後の疾病発症予測を可視化する疾病発症シミュレーションを導入し、生活習慣改善の必要性の理解を促し、特定保健指導実施率の向上を図る。

・保健指導マニュアル等の改訂
保健指導内容の充実を図り、改善率の向上を目指す。
</td>
</tr>
</table>

3 糖尿病性腎症重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防プログラム）

目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者について適切な受診勧奨によって治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等通院する患者のうち重症化するリスクの高いもの（以下「ハイリスク者」という。）に対して医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することにより健康増進及び医療費の適正化を図る。

具体的内容

【対象者】

⑴ 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

① 特定健診において空腹時血糖126㎎/dl（随時血糖200㎎/dl）以上またはHbA1c（NGSP）6.5％以上の者で糖尿病を治療していない者

② 糖尿病治療中断者

③ ①及び②の受診勧奨後、かかりつけ医より、保健指導依頼があった者への保健指導

⑵ ハイリスク者に対する保健指導

・現在、糖尿病により医療機関受診中の者のうち糖尿病性腎症を発症している者、またはそのリスクの高い者

【実施内容】

対象者の状況に応じて、家庭訪問、電話、個別面接、手紙送付等の方法を用い受診勧奨または保健指導を実施。医療機関と連携し、情報の共有を図りながら取り組む。

⑴ 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨・保健指導＊アウトプット指標

① 対象者へ文書による受診勧奨後、未受診者への再受診勧奨（アウトプット指標：計画終了時目標値100％）

	H30	R 1	R 2
受診勧奨対象数	620人	592人	502人
受診勧奨後の受診確認者数 （受診勧奨後の受診率）	511人 （82.4％）	520人 （87.8％）	415人 （82.7％）
再受診勧奨対象者数 （再受診勧奨者割合）	109人 （17.6％）	72人 （12.2％）	87人 （17.3％）
再受診勧奨実施者数 （再受診勧奨率）	109人 （100%）	72人 （100%）	―

② 糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

	H30	R 1	R 2
受診勧奨対象者数	27人	85人	34人
受診勧奨実施者数	23人	49人	―
受診勧奨率	85.2％	57.6％	―

③ ①及び②の受診勧奨後、かかりつけ医より、保健指導依頼があった者への保健指導

		H30	R 1	R 2
①未受診者	保健指導依頼数	75人	39人	18人
	保健指導実施数	69人	29人	―
	保健指導率	92.0％	74.4％	
②中断者	保健指導依頼数	1人	0人	0人
	保健指導実施数	1人	0人	0人
	保健指導率	100%		

⑵　ハイリスク者に対する保健指導（かかりつけ医より、保健指導依頼があった者）

	H30	R１	R２
保健指導対象者数	61人	38人	37人
保健指導実施者数	61人	38人	―
保健指導率	100%	100%	―
ＨｂＡ１ｃ改善率	34人 （55.7％）	―	―

【実施者】
健康づくり推進課、各地区保健福祉センター

評価

◎HbA1c6.5以上の未治療者割合の減少（計画策定時3.4％→終了時目標値2.5％）＊＊アウトカム指標

	H30	R１	指標判定
目標値	3.3％	3.1％	D
実績値	3.4％	3.5％	

◎患者千人当たり糖尿病性腎症新規患者数の減少
（計画策定時 0.705→終了時目標値 0.446 人/月）＊＊アウトカム指標

	H30	R１	指標判定
目標値	0.662 人	0.619 人	C
実績値	0.743 人	0.638 人	

◎患者千人当たり人工透析新規患者数の減少
（計画策定時 0.179 人→終了時目標値 0.122 人）＊＊アウトカム指標

	H30	R１	指標判定
目標値	0.17 人	0.16 人	A
実績値	0.137 人	0.126 人	

・評価指標では指標毎に評価判定がＡからＤと振り幅が大きい。
・アウトプット指標中、未受診者等への受診勧奨率は100％であるものの、令和元年度においては、治療中断者への勧奨が57.6％、かかりつけ医と連携しておこなった未受診者への保健指導実施率は74.4％にとどまっており、保健指導のアプローチ方法を検討する必要がある。
・保健指導後の改善結果による評価は、ハイリスク者のみ実施し、未利用者及び中断者に対しては実施していない状況にあることから、今後は、保健指導実施効果を評価できる評価項目等の追加を検討する必要がある。

改善案

・アプローチ方法の確立
糖尿病要医療者の未受診者への受診勧奨については、糖尿病未治療者のうち、高血圧、脂質異常症治療中の者を最優先対象者として、医療機関への働きかけ等も併せ、受診勧奨をする。
訪問を基本とする受診勧奨から、電話、文書での実施に切り替え、対象者全員に実施する。
かかりつけ医より依頼があった者に対する保健指導については、訪問を基本とする保健指導から、電話による保健指導も加え、対象者全員に保健指導を実施する。
対象者の台帳を整備し、支援内容の評価及び必要な働きかけを継続する。

・評価方法の検討
対象者の検査値の改善に着目した評価方法を導入する。なお、導入に併せ、令和３年度より次の指標を追加し、支援内容の評価を行う。
① 受診勧奨後の受診率（Ｒ１：40.3％→計画終了時目標値100％）
② ハイリスク対象者がかかりつけ医指示によるコントロール目標値を達成している割合（Ｒ１：62.1％→計画終了時目標値100％）

4 重症化予防事業

⑴ 慢性腎臓病重症化予防事業

目的

特定健診の結果、生活習慣病の有病者に対し適切な保健指導を実施し、人工透析への移行、その他生活習慣病の重症化を予防することにより、生活の質の維持および向上、将来的な医療費適正化を図る。

具体的内容

【対象者】

⑴　特定健診において eGFRが受診勧奨値となった未治療者の中で尿たんぱくが出ている者

⑵　特定健診において eGFRが50～60となった未治療者の者で２つ以上の生活習慣病リスクが出ている 40～64歳の者

【実施内容】＊アウトプット指標

訪問指導（場合によっては電話による指導）により、保健師等による受診勧奨または生活習慣状況の確認と栄養指導

⑴　特定健診において eGFRが受診勧奨値となった未治療者の中で尿たんぱくが出ている者

	H30	R１	R２
対象者数	19人	7人	42人
受診勧奨者数	15人	7人	―
受診勧奨率	78.9％	100%	―

⑵　特定健診において eGFRが50～60となった未治療者の者で２つ以上の生活習慣病リスクが出ている 40～64歳の者

	H30	R１	R２
対象者数	53人	71人	140人
受診勧奨者数	17人	15人	―
受診勧奨率	32.1％	21.1％	―

【実施者】

健康づくり推進課、保健所地域保健課

評価

◎eGFR値の重症化予防対象者割合の減少（計画策定時 2.7％→終了時目標値 1.4％）

＊＊アウトカム指標

	H30	R１	指標判定
目標値	2.48％	2.26％	C
実績値	2.6％	2.6%	

◎eGFR50未満の未治療者割合の減少（計画策定時 1.4％→終了時目標値 1.0％）

＊＊アウトカム指標

	H30	R１	指標判定
目標値	1.3％	1.3％	A
実績値	1.5％	1.3％	

・評価指標では重症化予対象者の割合についてはＣ評価であるが、重症化予防対象者のうち未治療者の割合はＡ評価であり、受診勧奨は適切に実施できたものと評価する。

・アウトプット指標については、尿たんぱくが出ている者への受診勧奨率は１００％に対し、２つ以上の生活習慣病リスクが出ている４０歳～６４歳の者の受診勧奨率は低迷している状況にある。受診勧奨率で評価を行っているものの、保健指導後の改善結果による評価は行っていない状況であり、今後は評価方法等を検討する必要がある。

改善案

・アプローチ方法の確立

受診勧奨及び保健指導については、訪問を基本とする受診勧奨から、電話、文書での実施に切り替え、対象者全員に実施する。

対象者の台帳を整備し、支援内容の評価及び必要な働きかけを継続する。

・評価方法の検討

対象者の検査値の改善に着目した評価方法を導入する。なお、導入に併せ、令和３年度より次の指標を追加し、支援内容の評価を行う。

①　受診勧奨後の受診率（Ｒ１：54.5％→計画終了時目標値 100%）

②　翌年度健康診査等での慢性腎臓病（CKD）の重症化分類における腎機能ステージの維持率（Ｒ１：100%→計画終了時目標値 100%）

③　腎機能低下の恐れがある対象者への保健指導率

⑵　高血圧症重症化予防事業

目的

生活習慣病を中心とした保健事業の一環として、健康の保持増進に関する指導を行い、自らの健康と生活習慣予防に対する意識を深めることにより、適切な受療行動を勧奨するとともに、医療費の適正化を図る。

具体的内容

【対象者】

⑴　特定健診の結果、Ⅱ度高血圧で服薬治療していない者（Ｒ１～）

⑵　特定健診の結果、高血圧治療中であるがⅡ度高血圧以上の者
（Ｒ1からはⅡ度高血圧以上＋推定食塩摂取量10ｇ以上の者）

【実施内容】＊アウトプット指標

訪問指導（場合によっては電話による指導）を用い保健師等による生活習慣状況の確認と高血圧に関する保健指導の実施

⑴　特定健診の結果、Ⅱ度高血圧で服薬治療していない者への受診勧奨

	Ｒ１	Ｒ２
受診勧奨対象者数	152人	185人（Ｒ3.2 月末現在）
受診勧奨者数	43人	―
受診勧奨率	28.3％	―

⑵　特定健診の結果、高血圧治療中であるがⅡ度高血圧以上の者への保健指導

	Ｈ30	Ｒ１	Ｒ２
保健指導対象者数	181人	148人	133人（Ｒ3.2 月末現在）
保健指導実施数	89人	123人	―
保健指導実施率	49.2％	83.1％	―

【実施者】　健康づくり推進課、各地区保健福祉センター

評価

◎Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少（計画策定時 4.2％→終了時目標 3.6％）

＊＊アウトカム指標

	Ｈ30	Ｒ１	指標判定
目標値	4.1％	4.0％	A
実績値	4.0％	4.0％	

・事業内容について、令和元年度より特定健診に追加した推定食塩摂取量結果も用いた栄養指導の実施、対象者に内服治療をしていない者を追加するなど、見直しを行い実施している。

・現状では、訪問指導率で評価を行っているものの、保健指導後の改善結果による評価は行っていない状況であり、今後は評価方法等を検討する必要がある。

改善案

・アプローチ方法の改善

受診勧奨及び保健指導については、訪問を基本とする受診勧奨から、電話、文書での実施に切り替え、対象者全員に実施する。

対象者の台帳を整備し、支援内容の評価及び必要な働きかけを継続する。

・評価方法の検討

アウトカム指標に「Ⅱ度高血圧以上の者の内、未治療者の割合の減少」を追加する。
（Ｒ１：3.6％→計画終了時目標値 3.0％）

対象者の検査値の改善に着目した評価方法を導入する。なお、導入に併せ、令和３年度より・次の指標を追加する。

①　受診勧奨後の受診率（Ｒ１：65.1％→計画終了時目標値 100%）

②　翌年度健康診査等での高血圧治療ガイドラインによる高血圧分類の改善率
（Ｒ１：46.3％→計画終了時目標値 100%）

③　翌年度健康診査等での推定塩分摂取量の改善率
（Ｒ１：46.3％→計画終了時目標値 100%）

・国保保健事業（ポピュレーションアプローチ）の実施

地区保健福祉センターによる健康教育・健康相談を実施し、主にⅡ度高血圧未満の者に対する高血圧予防及び重症化予防について幅広く市民に普及啓発する。

第５章 第２期保健事業実施計画（後期：令和３年度～令和５年度）

１．評価の時期

計画の最終年度の令和５年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

データヘルス計画に基づく保健事業については、個別保健事業計画を毎年策定し、進捗状況等を評価していきます。

２．評価方法・体制

計画推進の評価の場として、福島県国民健康保険団体連合会や福島県糖尿病性腎症重症化予防協議会、いわき市国民健康保険運営協議会などの関係団体からの意見等を踏まえ、評価を行います。

３．計画の公表・周知

本計画は、市のホームページに掲載するほか、いわき市医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

４．事業運営上の留意事項

本計画における各事業は、本市関係所管課との連携、いわき市医師会等の関係団体との協力により、効率的、効果的に実施します。

また、各保健事業の担当者は、常に最新の情報を収集するとともに研修等への参加により、事業の質の向上を図ります。

５．保健事業の実施

⑴ 特定健康診査事業

① 特定健康診査受診率向上対策

ア 個別の受診勧奨を強化

・健診コールアドバイザー及び市保健師による受診勧奨
・３年連続未受診者に対する受診勧奨（40 歳代・50 歳代を中心に）
・治療中及び事業主健診データの取得強化
・国保新規加入者への受診勧奨通知

イ 継続受診者増加に向けた取組み

・健診結果説明会の充実
・健診結果通知の見直し

ウ 広報・ＰＲの充実

・ポスターやチラシの工夫
・ＳＮＳ等の活用
・自治会回覧等の充実
・各イベント会場にて健診受診勧奨

エ　インセンティブ事業の実施による健康意識の向上

・ＡＩを導入した受診勧奨通知の導入

・国保特定健康診査応援キャンペーン

・フィットネスクラブ連携事業

②　評価指標

ア　アウトプット（事業実施量）

・未受診者に対する受診勧奨数

・３年連続未受診者に対する受診勧奨数

・事業主健診等の結果提供数

イ　アウトカム（事業の成果）

・特定健診受診率（策定時 32.3％→終了時目標値 60.0％）

・継続受診者割合（策定時 17.5％→終了時目標値 25.3％）

・３年連続未受診者割合（策定時 50.0％→終了時目標値 40.0％）

⑵　特定保健指導事業

①　特定保健指導利用率向上対策

・疾病発症シミュレーションを導入し、生活習慣改善の必要性の理解を促進

・訪問や電話による特定保健指導利用勧奨の強化

②　特定保健指導内容の充実

・特定保健指導担当者のレベルアップ

・特定保健指導内容の見直し

・リピーターのための特定保健指導マニュアルの開発

③　評価指標

ア　アウトプット（事業実施量）

・特定保健指導利用者数

・利用勧奨者数

イ　アウトカム（事業の成果）

・特定保健指導実施率（策定時 14.0％→終了時目標値 47.2％）

・特定保健指導実施者の改善状況（策定時 72.9％→終了時目標値 90.0％）

⑶　糖尿病性腎症重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防プログラム）

①　目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者について適切な受診勧奨によって治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等通院する患者のうち重症化するリスクの高いもの（以下「ハイリスク者」という）に対して医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することにより健康増進及び医療費の適正化を図ります。

②　短期目標

ア　糖代謝項目における未治療者率の減少

イ　適切に血糖コントロールできる者の増加

③　対象者

ア　医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

・特定健診において空腹時血糖 126 mg/dl（随時血糖 200 mg/dl）以上または HbA1c（NGSP）6.5％以上の者で糖尿病を治療していない者

・糖尿病治療中断者

イ　ハイリスク者に対する保健指導

・現在、糖尿病により医療機関受診者受診中の者のうち糖尿病性腎症を発症している者、またはそのリスクの高い者

④　実施方法

対象者の状況に応じて、家庭訪問、電話、個別面接、手紙送付等の方法を用い受診勧奨または保健指導を行います。実施においては医療機関と連携し、情報の共有を図りながら幅広い取り組みを行います。

⑤　評価指標

ア　アウトプット（事業実施量）

・未受診者等への受診勧奨率

・かかりつけ医と連携した保健指導率

・受診勧奨後の受診率

・ハイリスク対象者がかかりつけ医指示によるコントロール目標値を達成している割合

イ　アウトカム（事業の成果）

・HbA1c6.5 以上の未治療者割合の減少（策定時 3.4％→終了時目標値 2.5％）

・患者千人当たり糖尿病性腎症新規患者数の減少
（策定時 0.705 人→終了時目標 0.446 人/月）

・患者千人当たり人工透析新規患者数の減少（策定時 0.179 人→終了時目標値 0.122 人）

⑷　重症化予防事業

①　慢性腎臓病重症化予防事業

ア　目的

特定健診の結果、生活習慣病の有病者に対し適切な保健指導を実施し、人工透析への移行、その他生活習慣病の重症化を予防することにより、生活の質の維持および向上、将来的な医療費適正化を図ります。

イ　目標

(ｱ)　腎機能項目における未受診者率の減少

(ｲ)　腎機能項目における重症化予防対象者の減少

ウ　対象者

(ｱ)　特定健診においてeGFRが受診勧奨値となった未治療者の中で尿たんぱくが出ている者

(ｲ)　特定健診においてeGFRが50～60となった未治療者の者で２つ以上の生活習慣病リスクが出ている40～64歳の者

エ　実施方法

訪問指導（場合によっては電話による指導）を用い保健師による受診勧奨または栄養士による生活習慣状況の確認と栄養指導

オ　評価指標

(ｱ)　アウトプット（事業実施量）

・未治療者等への受診勧奨率

・受診勧奨後の受診率

・翌年度健康診査等での慢性腎臓病（ＣＫＤ）の重症化分類における腎機能ステージの維持率

・腎機能の低下の恐れがある対象者への保健指導率

(ｲ)　アウトカム（事業の成果）

・eGFR 値の重症化予防対象者割合の減少（策定時 2.7％→終了時目標値 1.4％）

・eGFR50 未満の未治療者割合の減少（策定時 1.4％→終了時目標値 1.0％）

②　高血圧症重症化予防事業

ア　目的

生活習慣病を中心とした保健事業の一環として、健康の保持増進に関する指導を行い、自らの健康と生活習慣予防に対する意識を深めることにより、適切な受療行動を勧奨するとともに、医療費の適正化を図ります。

イ　目標

適切に血圧コントロールできる患者の増加

ウ　対象者

(ｱ)　特定健診の結果、Ⅱ度高血圧以上で服薬治療していない者

(ｲ)　特定健診の結果、高血圧治療中であるがⅡ度高血圧以上の者

(ｳ)　その他（主にⅡ度高血圧未満の者）

エ　実施方法

訪問、電話、文書を用いた保健師等による生活習慣状況の確認と高血圧に関する保健指導の実施

健康教育・健康相談を実施し、主にⅡ度高血圧未満の者に対する高血圧予防及び重症化予防について幅広い普及啓発

オ　評価指標

(ｱ)　アウトプット（事業実施量）

・対象者への受診勧奨率

・受診勧奨後の受診率

・翌年度健康診査等での高血圧ガイドラインによる高血圧分類の改善率

・翌年度健康診査等での推定食塩摂取量の改善率

(ｲ)　アウトカム（事業の成果）

・次年度健診結果における対象者割合の減少（策定時 4.2％→終了時目標 3.6％）

・Ⅱ度高血圧以上の者の内、未治療者の割合の減少

（中間評価時 3.6％→終了時目標値 3.0％）

⑸　その他の取り組み

国民健康保険の被保険者および地域住民全体を対象として健康についての意識を高め、健康に暮らすことができるよう、幅広い取り組みを実施していきます。

①　普及啓発事業

国民健康保険の被保険者を中心に健康課題に掲げた虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症等の発症、重症化を予防するための取り組みとして、肥満や生活習慣病を予防するための適切な食生活や運動習慣作り、喫煙による健康への影響など健康課題に即した健康教育等を実施します。

また、健康イベント等の機会を活用し関係機関と連携して、健康に関する知識の向上を図るとともに健康づくりへの意識啓発に取り組んでいきます。さらに国民健康保険の新規加入者の４分の３が社会保険からの異動者であることから幅広い広報活動を展開します。

②　医療費適正化事業

ア　重複・頻回受診者への適正受診指導事業

医療費の適正化を図ることを目的として、訪問によって適正な医療機関への受診や服薬を指導します。

(ｱ)　頻回受診傾向の被保険者

(ｲ)　重複受診傾向の被保険者

(ｳ)　長期受診傾向の被保険者

イ　後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進を図るため、生活習慣病などで長期に先発医薬品を服用している被保険者を対象に、後発医薬品（ジェネリック医薬品）に切り替えた場合の治療費差額通知を定期的に郵送し、医療費の適正化に努めます。

ウ　医療費通知事業

日頃の医療機関受診状況を把握してもらうため、受診した医療機関等の情報を載せた医療費通知を定期的に送付し、医療費の適正化に努めます。

③　子どもの生活習慣病予防

従来、成人病と呼ばれていた虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病などは、食生活や生活リズム、身体活動などの生活習慣が大きく関与することから、現在では生活習慣病と呼ばれるようになりました。これらの疾患は、遺伝的な要因もあるため、早期発見・早期治療が欠かせず、まず発症を予防することが重要であり、そのためには生活習慣の改善が不可欠です。

携帯電話やスマートフォンの普及、ゲームやインターネット中心の遊びが夜更かし等の生活リズムの乱れと外遊びの機会を減らし、運動不足や身体活動の減少を引き起こす一因となっており、食においてはエネルギーの過剰摂取、脂質摂取の増加に伴うバランスの悪さや野菜嫌いなど、様々な問題が浮かび上がっています。

乳幼児期から好ましい生活習慣が身に付くように、親そして社会全体で関わりを持つ必要があります。関係各課と連携し、様々な機会を捉えて啓発に努めます。

参考資料

１）データヘルス計画の目標管理一覧表
２）全体の経年変化
３）医療費の変化
４）疾病の発生状況の経年変化
５）特定健診・特定保健指導の経年変化
６）糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

【参考資料１】

１）データヘルス計画の目標管理一覧表

	関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値			中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
					H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
短期的な成果目標	特定健診等計画	・特定健診受診率、特定保健指導実施率は国の参酌基準の60%に達していない。特に40歳代、50歳代男性の受診率が低い。 ・心血管疾患にかかる医療費が高く、要介護認定者の有病率、死亡別割合も高い。 ・慢性腎不全にかかる医療費が高い	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	32.3%	33.9%	34.0%	34.4%					特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
				特定保健指導実施率47.2%以上	14.0%	18.6%	23.8%	20.6%					
				特定保健指導対象者の減少率25%	23.7%	25.8%	23.1%	25.4%					
	データヘルス計画		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため、生活習慣病重症化予防対象者の未治療者割合の減少	健診受診者のうち生活習慣病重症化予防対象者の未治療者割合10.0%	20.0%	19.4%	20.2%	19.7%					特定健診結果
				健診受診者のⅡ度高血圧症以上の未治療者割合1.8%	3.6%	3.5%	3.8%	3.6%					
				健診受診者のHbA1c6.5以上の未治療者割合1.7%	3.4%	3.9%	3.4%	3.5%					
				健診受診者のeGFR50未満の未治療者割合0.7%	1.4%	1.4%	1.5%	1.3%					
中長期的な成果目標			脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	虚血性心疾患の生活習慣病医療費総額に占める割合1.1%減少	5.3%	3.3%	3.0%	3.1%					KDBシステム
				脳血管疾患の生活習慣病医療費総額に占める割合0.7%減少	5.3%	4.3%	4.6%	4.4%					
				患者千人当たり糖尿病性腎症新規患者数の減少（月）目標0.446人	0.750	0.673	0.743	0.638					
				患者千人当たり人工透析新規患者数の減少（月）目標0.122人	0.179	0.143	0.137	0.126					
			若くして要介護となるものの減少	介護保険2号被保険者の要介護認定割合0.1%減少	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%					

2）全体の経年変化

国・県・同規模平均と比べてみたいわき市の位置

項目					H28 いわき市 実数	H28 いわき市 割合	H29 いわき市 実数	H29 いわき市 割合	H30 いわき市 実数	H30 いわき市 割合	R1 いわき市 実数	R1 いわき市 割合	R2 いわき市 実数	R2 いわき市 割合	R3 いわき市 実数	R3 いわき市 割合	R4 いわき市 実数	R4 いわき市 割合	R5 いわき市 実数	R5 いわき市 割合	同規模平均 実数	同規模平均 割合	データ元（CSV）
1	①	人口構成	総人口		339,263		345,689		345,689		345,689												KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）	85,386	25.2	98,323	28.4	98,323	28.4	98,323	28.4											
				75歳以上	43,654	12.9	49,656	14.4	49,656	14.4	49,656	14.4											
				65～74歳	41,732	12.3	48,667	14.1	48,667	14.1	48,667	14.1											
				40～64歳	116,979	34.5	120,258	34.8	120,258	34.8	120,258	34.8											
				39歳以下	136,898	40.4	127,108	36.8	127,108	36.8	127,108	36.8											
	②	産業構成	第1次産業		3.2		3.2		2.7		2.7												KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業		31.2		31.2		32.1		32.1												
			第3次産業		65.6		65.6		65.2		65.2												
	③	平均寿命	男性		77.9		77.9		80.1		80.1												KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		85.3		85.3		86.8		86.8												
	④	健康寿命	男性		64.4		64.4		65.5														
			女性		66.6		66.6		67.3														
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	113.6		113.6		113.6		113.6												KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	115.0		115.0		115.0		115.0												
			死因	がん	1,072	44.0	1,122	44.7	1,086	44.3	1,153	44.3											
				心臓病	724	29.7	743	29.6	736	30.0	776	29.8											
				脳疾患	445	18.3	431	17.2	470	19.2	462	17.7											
				糖尿病	47	1.9	55	2.2	45	1.8	68	2.6											
				腎不全	78	3.2	86	3.4	56	2.3	82	3.1											
				自殺	72	3.0	74	2.9	57	2.3	63	2.4											
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		19,421	22.7	19,820	20.0	20,232	20.5	20,850	20.8											KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	297	0.3	303	0.3	305	0.3	594	0.3											
			2号認定者		569	0.5	538	0.5	568	0.5	586	0.5											
	②	有病状況	糖尿病		4,585	23.0	4,497	22.5	4,693	22.3	4,878	22.7											
			高血圧症		12,105	60.9	12,104	60.0	12,416	59.6	12,717	59.7											
			脂質異常症		6,370	31.9	6,477	31.8	6,737	32.1	7,041	32.9											
			心臓病		13,409	67.4	13,369	66.4	13,692	65.8	14,017	65.9											
			脳疾患		6,241	31.5	5,976	30.2	6,010	29.2	5,967	28.5											
			がん		2,215	10.8	2,181	10.9	2,218	10.6	2,315	10.8											
			筋・骨格		11,673	58.1	11,659	57.9	11,929	57.3	12,068	57.2											
			精神		7,916	39.5	7,743	38.6	7,860	37.7	7,830	37.3											
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		55,555		59,523		60,592		60,805												
			居宅サービス		39,073		41,720		42,047		41,805												
			施設サービス		274,405		277,024		283,529		290,979												
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	6,579		6,801		6,829		7,100												
				認定なし	3,682		3,744		3,664		3,763												
4	①	国保の状況	被保険者数		73,652		68,856		65,033		62,958												KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳	31,548	42.8	31,338	45.5	30,999	47.2	30,390	48.3											
				40～64歳	24,742	33.6	22,198	32.2	21,235	31.6	19,392	30..8											
				39歳以下	17,362	23.6	15,320	22.2	13,947	21.2	13,176	20.9											
			加入率		21.7		19.9		18.8		18.2												
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		26	0.4	26	0.4	27	0.4	27	0.4											
			診療所数		265	3.6	261	3.8	256	3.9	254	4.0											
			病床数		4,864	66.0	4,826	70.1	4,864	74.8	4,859	77.2											
			医師数		579	7.9	579	8.4	583	9.9	583	9.3											
			外来患者数		756.1		774.6		787.8		782.2												
			入院患者数		20.4		21.6		21.5		21.9												
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		26,377	県内20位 同規模20位	28,053	県内２２位 同規模１７位	28,166	県内２３位 同規模17位	29,195	県内２６位 同規模１９位											KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率		776.47		796.192		809.288		804.068												
			外来	費用の割合	61.1		60.2		60.2		59.6												
				件数の割合	97.4		97.3		97.3		97.3												
			入院	費用の割合	38.9		39.8		39.8		40.4												
				件数の割合	2.6		2.7		2.7		2.7												
			1件あたり在院日数		18.1日		18.4日		18.3日		18.3日												
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		3,264,439,480	22.5	3,301,913,390	23.8	3,386,834,090	27.2	3,558,596,290	28.6											KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			慢性腎不全（透析あり）		1,255,739,990	8.6	969,006,910	7.0	774,238,580	6.2	782,931,890	6.3											
			糖尿病		1,543,932,590	10.6	15,252,717,770	11.0	1,439,271,590	11.5	1,415,516,710	11.4											
			高血圧症		1,611,596,560	11.1	1,442,467,560	10.4	1,204,637,920	9.7	1,098,626,080	8.8											
			精神		2,782,936,050	19.2	2,740,271,060	19.7	2,170,443,530	17.4	2,099,956,740	16.9											
			筋・骨格		1,881,038,900	13.0	1,923,832,450	13.9	1,770,247,060	14.2	1,786,377,890	14.4											

3）医療費の変化

国保医療費及び一人当たり医療費の推移

	医療費(円)	1人当たり医療費(円)	県内順位	同規模平均(円)	受診率
平成28年	24,224,401,710	26,377	20	24,719	907.450
平成29年	23,701,597,640	28,053	22	25,596	796.192
平成30年	22,546,296,910	28,166	23	25,877	809.288
令和1年	22,322,415,850	29,195	26	26,726	804.068
令和2年					
令和3年					
令和4年					
令和5年					

※医療費＝医科+調剤　※抽出ﾃﾞｰﾀ:KDB「健診医療介護からみる地域の健康課題」
※受診率＝レセプト件数÷加入者数を1,000人当たりに換算したもの

4）疾病の発生状況の経年変化

(1) 疾病の発生状況（中長期的な目標疾患）

KDB帳票No14,17,18「厚生労働省様式3-2,5,6」No40「医療費分析(1)最小分類

	虚血性心疾患								
	患者数(様式3-5)	増減	伸び率	新規患者数（千人当たり）		入院医療費（円）			
				いわき市	同規模市	狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
平成28年	3,635	—	—	2.905	3.451	311,982,200	—	79,468,450	—
平成29年	3,348	-287	-7.9	2.700	3.415	262,639,390	-49,342,810.0	67,354,020	-12,114,430
平成30年	3,124	-511	-14.1	3.568	2.722	171,991,890	-139,990,310.0	37,603,060	-41,865,390
令和1年	2,828	-807	-22.2	2.705	3.235	193,758,460	-118,223,740.0	31,566,990	-47,901,460
令和2年									
令和3年									
令和4年									
令和5年									

毎年5月診療分（KDB7月作成）

	脳血管疾患								
	患者数(様式3-6)	増減	伸び率	新規患者数（千人当たり）		入院医療費（円）			
				いわき市	同規模市	脳出血	伸び率	脳梗塞	伸び率
平成28年	3,719	—	—	3.162	2.851	150,323,520	—	280,683,600	—
平成29年	3,433	-286	-7.69	3.383	2.774	153,266,130	2,942,610	248,988,990	-31,694,610
平成30年	3,301	-418	-11.24	3.568	2.722	150,228,970	-94,550	267,101,230	-13,582,370
令和１年	2,992	-727	-19.55	3.312	2.645	154,121,550	3,798,030	277,581,800	-3,101,800
令和２年									
令和３年									
令和４年									
令和５年									

毎年5月診療分（KDB7月作成）

	糖尿病性腎症							人工透析	
	患者数（様式3-2）	増減	伸び率	新規患者数（千人当たり）		入院医療費（円）		新規患者数（千人当たり）	
				いわき市	同規模市	糖尿病	伸び率	脳梗塞	同規模市
平成28年	553	—	—	0.705	0.848	75,569,180	—	0.179	0.130
平成29年	517	-36	-6.51	0.673	0.887	92,573,720	17,004,540	0.143	0.136
平成30年	522	-31	-5.606	0.743	0.924	63,310,770	-12,258,410	0.137	0.131
令和１年	533	-20	-3.617	0.638	0.919	68,633,290	-6,935,890	0.126	0.135
令和２年									
令和３年									
令和４年									
令和５年									

毎年5月診療分（KDB7月作成）

(2) 疾病の発生状況（短期的な目標疾患）

KDB帳票「厚生労働省様式3-2,3,4」「医療費分析(1)最小分類」

	糖尿病					高血圧症					脂質異常症				
	患者数	増減	伸び率	新規患者数（千人当たり）		患者数	増減	伸び率	新規患者数（千人当たり）		患者数	増減	伸び率	新規患者数（千人当たり）	
				いわき市	同規模市				いわき市	同規模市				いわき市	同規模市
平成28年	9,220	—	—	13.575	13.575	20,647	—	—	13.194	13.151	15,711	—	—	9.436	12.101
平成29年	8,790	-430	-4.7	13.768	14.110	19,562	-1085	-5.3	12.187	13.352	15,059	-652	-4.1	11.398	12.025
平成30年	8,622	-598	-6.5	13.776	14.198	18,994	-1653	-8.0	12.446	13.362	14,844	-867	-5.5	11.073	12.414
令和１年	8,096	-1,124	-12.2	13.708	14.077	17,731	-2916	-14.1	12.845	13.522	14,050	-1661	-10.6	11.845	12.532
令和２年															
令和３年															
令和４年															
令和５年															

毎年5月診療分（KDB7月作成）

５） 特定健診・特定保健指導の経年変化

(1)特定健診受診率・特定保健指導実施率の変化（法定報告値）

	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	同規模市	対象者数	終了者数	実施率
平成28年	50,488	16,284	32.3%	34.6%	1,689	236	14.00%
平成29年	48,305	16,383	33.9%	35.2%	1,635	304	18.60%
平成30年	46,361	15,746	34.0%	35.8%	1,612	383	23.80%
令和元年	44,413	15,293	34.4%	36.0%	1,545	319	20.60%
令和２年							
令和３年							
令和４年							
令和５年							

(2)性別・年齢階級別受診率の経年変化（法定報告値）

性別・年齢別受診率の経年変化

		40歳代			50歳代			60～64歳			65～69歳			70～74歳		
		対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
総数	平成28年	6,036	901	14.9%	6,960	1,334	19.2%	7,907	2,353	29.8%	16,099	6,250	38.8%	13,486	5,446	40.4%
	平成29年	5,535	917	16.6%	6,529	1,441	22.1%	6,834	2,121	31.0%	15,113	5,953	39.4%	14,294	5,951	41.6%
	平成30年	5,226	870	16.6%	6,148	1,342	21.8%	6,149	1,980	32.2%	14,159	5,552	39.2%	14,679	6,002	40.9%
	令和元年	4,907	815	16.6%	5,784	1,273	22.0%	5,531	1,765	31.9%	12,767	5,071	39.7%	15,425	6,369	41.3%
	令和２年															
	令和３年															
	令和４年															
	令和５年															
男性	平成28年	3,300	447	13.5%	3,476	503	14.5%	3,475	783	22.5%	7,437	2,617	35.2%	6,251	2,335	37.4%
	平成29年	2,951	424	14.4%	3,212	561	17.5%	2,953	736	24.9%	6,909	2,413	34.9%	6,674	2,606	39.0%
	平成30年	2,754	412	15.0%	3,015	531	17.6%	2,586	670	25.9%	6,547	2,278	34.8%	6,825	2,644	38.7%
	令和元年	2,578	363	14.1%	2,867	518	18.1%	2,315	574	24.8%	5,816	2,065	35.5%	7,167	2,808	39.2%
	令和２年															
	令和３年															
	令和４年															
	令和５年															
女性	平成28年	2,736	454	16.6%	3,484	831	23.9%	4,422	1,570	35.5%	8,662	3,633	41.9%	7,235	3,111	43.0%
	平成29年	2,584	493	19.0%	3,317	880	26.5%	3,881	1,385	35.7%	8,204	3,540	43.1%	7,620	3,345	43.9%
	平成30年	2,472	458	18.5%	3,133	811	25.9%	3,563	1,310	36.8%	7,612	3,274	43.0%	7,854	3,358	42.8%
	令和元年	2,329	452	19.4%	2,916	755	25.9%	3,216	1,191	37.0%	6,951	3,006	43.2%	8,258	3,561	43.1%
	令和２年															
	令和３年															
	令和４年															
	令和５年															

(3)有所見割合の経年変化

男性	ＢＭＩ		腹囲		中性脂肪		ＧＰＴ		ＨＤＬ－Ｃ		空腹時血糖		ＨｂＡ１ｃ		収縮期血圧		拡張期血圧		ＬＤＬ－Ｃ		血清クレアチニン	
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
平成28年	2,342	35.3	3,643	54.9	1,705	25.7	1,427	21.5	589	8.9	2,462	37.1	3,580	54.0	3,413	51.4	1,482	22.3	3,158	47.6	1,282	17.5
平成29年	2,389	35.5	3,716	55.2	1,737	25.8	1,441	21.4	553	8.2	2,654	39.5	3,809	56.6	3,304	49.1	1,400	20.8	3,173	47.2	129	1.9
平成30年	2,336	36.0	3,761	57.9	1,637	25.2	1,406	21.6	517	8.0	2,657	40.9	3,548	54.6	3,234	49.8	1,355	20.9	3,096	47.7	140	2.2
令和元年	2,297	36.6	3,602	57.3	1,597	25.4	1,368	21.8	535	8.5	2,684	42.7	3,609	57.5	3,160	50.3	1,295	20.6	3,007	47.9	149	2.4
令和２年																						
令和３年																						
令和４年																						
令和５年																						

女性	ＢＭＩ		腹囲		中性脂肪		ＧＰＴ		ＨＤＬ－Ｃ		空腹時血糖		ＨｂＡ１ｃ		収縮期血圧		拡張期血圧		ＬＤＬ－Ｃ		血清クレアチニン	
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
平成28年	2,386	25.2	1,962	20.7	1,571	16.6	950	10.0	173	1.8	2,241	23.6	5,119	54.0	4,324	45.6	1,446	15.2	5,413	57.1	972	9.3
平成29年	2,485	25.8	2,065	21.5	1,601	16.7	940	9.8	151	1.6	2,303	24.0	5,485	57.0	4,226	44.0	1,297	13.5	5,349	55.6	23	0.2
平成30年	2,454	26.8	2,004	21.9	1,464	16.0	965	10.5	156	1.7	2,369	25.8	4,974	54.2	4,098	44.7	1,268	13.8	5,227	57.0	30	0.3
令和元年	2,285	25.6	1,939	21.7	1,423	16.0	872	9.8	122	1.4	2,339	26.2	5,051	56.6	4,022	45.1	1,295	14.5	5,071	56.8	22	0.2
令和２年																						
令和３年																						
令和４年																						
令和５年																						

(4)メタボリックシンドローム該当者・予備軍の経年変化

男性		腹囲のみ		予備群								該当者									
						高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
平成28年	合計	322	4.9	1,235	18.6	69	1.0	934	14.1	232	3.5	2,086	31.4	361	5.4	96	1.4	1,074	16.2	555	8.4
	40-64歳	140	8.2	327	19.1	16	0.9	210	12.3	101	5.9	499	29.1	68	4.0	28	1.6	286	16.7	117	6.8
	65-74歳	182	3.7	908	18.5	53	1.1	724	14.7	131	2.7	1,587	32.3	293	6.0	68	1.4	788	16.0	438	8.9
平成29年	合計	346	5.1	1,179	17.5	90	1.3	865	12.9	224	3.3	2,191	32.6	382	5.7	129	1.9	1035	15.4	645	9.6
	40-64歳	152	8.8	301	17.4	21	1.2	187	10.8	93	5.4	488	28.3	61	3.5	50	2.9	245	14.2	132	7.7
	65-74歳	194	3.9	878	17.6	69	1.4	678	13.6	131	2.6	1,703	34.0	321	6.4	79	1.6	790	15.8	513	10.3
平成30年	合計	319	4.9	1,227	18.9	72	1.1	905	13.9	250	3.8	2,215	34.1	405	6.2	106	1.6	1015	15.6	689	10.6
	40-64歳	132	8.3	322	20.1	17	1.1	199	12.4	106	6.6	446	27.8	82	5.1	29	1.8	215	13.4	120	7.5
	65-74歳	187	3.8	905	18.5	55	1.1	706	14.4	144	2.9	1,769	36.1	323	6.6	77	1.6	800	16.3	569	11.6
令和元年	合計	289	4.6	1,167	18.6	87	1.4	828	13.2	252	4.0	2,146	34.2	370	5.9	114	1.8	961	15.3	701	11.2
	40-64歳	111	7.7	303	20.9	19	1.3	186	12.8	98	6.8	424	29.2	63	4.3	28	1.9	203	14.0	130	9.0
	65-74歳	178	3.7	864	17.9	68	1.4	642	13.3	154	3.2	1,722	35.6	307	6.4	86	1.8	758	15.7	571	11.8
令和２年	合計																				
	40-64歳																				
	65-74歳																				
令和３年	合計																				
	40-64歳																				
	65-74歳																				
令和４年	合計																				
	40-64歳																				
	65-74歳																				
令和５年	合計																				
	40-64歳																				
	65-74歳																				

女性		腹囲のみ		予備群								該当者									
						高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
平成28年	合計	196	2.1	673	7.1	19	0.2	496	5.2	158	1.7	1,093	11.5	131	1.4	39	0.4	659	6.9	264	2.8
	40-64歳	92	3.3	215	7.6	9	0.3	139	4.9	67	2.4	241	8.6	37	1.3	14	0.5	146	5.2	44	1.6
	65-74歳	104	1.6	458	6.9	10	0.1	357	5.4	91	1.4	852	12.8	94	1.4	25	0.4	513	7.7	220	3.3
平成29年	合計	227	2.4	648	6.7	29	0.3	476	5.0	143	1.5	1,190	12.4	153	1.6	61	0.6	644	6.7	332	3.5
	40-64歳	110	4.0	173	5.9	11	0.4	111	4.0	51	1.9	263	9.6	45	1.6	21	0.8	137	5.0	60	2.2
	65-74歳	117	1.7	475	6.9	18	0.3	365	5.3	92	1.3	927	13.5	108	1.6	40	0.6	507	7.4	272	4.0
平成30年	合計	190	2.1	650	7.1	26	0.3	475	5.2	149	1.6	1,164	12.7	142	1.5	51	0.6	670	7.3	301	3.3
	40-64歳	88	3.4	192	7.6	9	0.4	132	5.2	51	2.0	265	10.4	35	1.4	20	0.8	152	5.9	58	2.3
	65-74歳	102	1.5	458	6.9	17	0.3	343	5.2	98	1.5	899	13.6	107	1.6	31	0.5	518	7.8	243	3.7
令和元年	合計	183	2.1	634	7.1	35	0.4	449	5.0	150	1.7	1,122	12.6	127	1.4	50	0.6	626	7.0	319	3.6
	40-64歳	85	3.6	191	8.0	20	0.8	122	5.1	49	2.1	211	8.8	25	1.0	13	0.5	121	5.1	52	2.2
	65-74歳	98	1.5	443	6.8	15	0.2	327	5.0	101	1.5	911	13.9	102	1.6	37	0.6	505	7.7	267	4.1
令和２年	合計																				
	40-64歳																				
	65-74歳																				
令和３年	合計																				
	40-64歳																				
	65-74歳																				
令和４年	合計																				
	40-64歳																				
	65-74歳																				
令和５年	合計																				
	40-64歳																				
	65-74歳																				

(5)質問票調査から生活習慣の経年変化

質問票調査から生活習慣の経年変化

	服薬（高血圧）	服薬（高血糖）	服薬（脂質異常）	喫煙	週3回以上朝食を抜く	週3回以上夕食後間食	食べる速度が速い	20歳時体重から10kg増加	1日30分以上運動なし	1日1時間以上運動なし	睡眠不足	毎日飲酒	時々飲酒
平成28年	42.9%	9.2%	29.1%	12.4%	6.8%	13.0%	27.0%	35.9%	53.4%	49.4%	20.4%	23.2%	20.6%
平成29年	42.5%	9.7%	29.7%	12.4%	6.9%	13.3%	26.6%	35.8%	53.9%	50.5%	21.7%	23.3%	20.4%
平成30年	43.0%	10.2%	30.7%	12.3%	7.1%	13.1%	27.8%	36.0%	55.1%	48.6%	20.3%	23.3%	21.4%
令和元年	42.8%	10.5%	31.5%	11.7%	7.5%	12.8%	27.1%	36.5%	55.0%	48.8%	21.2%	23.1%	21.2%
令和２年													
令和３年													
令和４年													
令和５年													

⑹ 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目					突合表	いわき市 28年度 実数	いわき市 28年度 割合	いわき市 29年度 実数	いわき市 29年度 割合	いわき市 30年度 実数	いわき市 30年度 割合	同規模保険者(平均) 28年度同規模保険者数66 実数	同規模保険者(平均) 28年度同規模保険者数66 割合	データ基
1	①	被保険者数			A	79,058人		68,856人		65,033人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		(再掲)40-74歳			59,539人		53,536人		52,234人				
2	①	特定健診	対象者数		B	50,488人		48,305人		46,361人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書
	②		受診者数		C	16,284人		16,383人		15,746人				
	③		受診率			32.3%		33.9%		34.0%				
3	①	特定保健指導	対象者数			1,689人		1,635人		1,612人				
	②		実施率			14.0%		18.6%		23.8%				
4	①	健診データ	糖尿病型		E	2,352人	13.3%	2,317人	13.1%	2,231人	13.1%			特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	715人	30.4%	609人	26.3%	513人	23.0%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)		G	1,637人	69.6%	1,708人	73.7%	1,718人	77.0%			
	④		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	895人	54.7%	925人	53.9%	960人	55.1%			
	⑤		第1期	尿蛋白(－)	M	1,817人	77.3%	1,754人	75.7%	1,724人	77.3%			
	⑥		第2期	尿蛋白(±)		275人	11.7%	249人	10.8%	228人	10.2%			
	⑦		第3期	尿蛋白(＋)以上		245人	10.4%	302人	13.0%	268人	12.0%			
	⑧		第4期	eGFR30未満		15人	0.6%	12人	0.5%	11人	0.5%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保数千対)			116.6人		127.7人		132.6人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		(再掲)40-74歳(被保数千対)			152.7人		161.6人		162.9人				
	③		糖尿病治療中		H	9,220人	11.7%	8,790人	12.1%	8,622人	12.5%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	④		(再掲)40-74歳			9,091人	15.3%	8,649人	15.4%	8,511人	15.8%			
	⑤		インスリン治療		O	758人	8.2%	718人	8.2%	709人	8.2%			
	⑥		(再掲)40-74歳			736人	8.1%	695人	8.0%	692人	8.1%			
	⑦		糖尿病性腎症		L	553人	6.0%	517人	5.9%	522人	6.1%			
	⑧		(再掲)40-74歳			543人	6.0%	507人	5.9%	513人	6.0%			
	⑨		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			121人	1.31%	118人	1.30%	107人	1.20%			
	⑩		(再掲)40-74歳			120人	1.32%	114人	1.30%	104人	1.20%			
	⑪		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			334人	2.8%	367人	3.0%	369人	3.0%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	医療費	総医療費			242億2440万円		237億0388万円		225億4901万円		285億7362万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費			145億3214万円		138億8608万円		124億6454万円		157億7925万円		
	③		(総医療費に占める割合)			60.0%		58.6%		55.3%		55.2%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		674円		3,572円		4,797円		6,463円		
	⑤			健診未受診者		39,638円		38,974円		35,952円		36,888円		
	⑥		糖尿病医療費			15億4537万円		15億2527万円		14億3927万円		14億8471万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			10.6%		0.1%		0.1%		9.4%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費			39億7964万円		37億8873万円		35億8041万円				
	⑨		1件あたり			33,182円		33,062円		32,564円				
	⑩		糖尿病入院総医療費			20億3940万円		21億1237万円		19億6620万円				
	⑪		1件あたり			553,133円		593,365円		579,832円				
	⑫		在院日数			18日		18日		18日				
	⑬		慢性腎不全医療費			13億2929万円		10億2499万円		8億4119万円		17億7484万円		
	⑭		透析有り			12億5574万円		9億6730万円		7億7421万円		16億7088万円		
	⑮		透析なし			7355万円		5769万円		6717万円		1億0397万円		
7	①	介護	介護給付費			268億9852万円		269億3878万円		274億3614万円		257億8233万円		
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			47人	1.2%	55人	1.3%	45人	1.1%	40人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

いわき市国民健康保険

第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）

（平成30年度～令和５年度）

中　間　評　価

発 行　いわき市市民協働部国保年金課

☎ 0246（22）7577　fax 0246（22）7576

いわき市保健福祉部健康づくり推進課

☎ 0246（22）7442　fax 0246（22）7570

〒970-8686 いわき市平字梅本21

発行日 令和３年３月