



いわき市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
第4期特定健康診査等実施計画
(令和6年度～令和11年度)



令和6年3月
いわき市



はじめに		1
第1章	計画策定について	2
	1 計画の趣旨	2
	2 計画期間	5
	3 実施体制・関係者連携	5
第2章	地域の概況	6
	1 地域の特性	6
	2 人口構成	7
	3 死亡の状況	10
	4 平均余命と平均自立期間	12
	5 医療の状況	14
	6 服薬の状況	24
	7 健康診査データによる分析	26
	8 介護保険の状況	35
	9 子どもの生活習慣の実態	37
第3章	過去の取組みの考察	38
	1 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）全体の評価	38
	2 各事業の達成状況	39
	3 分析データと前期計画評価から見えてきた健康課題	42
第4章	第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）	46
	1 計画の目的・目標	46
	2 健康課題を解決するための個別の保健事業	48
	3 地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項	57
第5章	第4期特定健康診査等実施計画	58
	1 計画策定の趣旨	58
	2 計画期間	58
	3 目標	59
	4 対象者数推計	59
	5 実施方法	60
	6 実施スケジュール	64
第6章	その他	65
	1 計画の評価及び見直し	65
	2 計画の公表・周知	65
	3 個人情報の取扱い	65
参考資料		66
	1 用語解説集	67

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしています。またそのためには、「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取り組みを推進することとあります。健康寿命の延伸は社会全体の課題ですが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、地方自治体が担う役割は大きくなっています。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にあります。

いわき市国民健康保険においては、「保健事業実施計画(以下、データヘルス計画という。)」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、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計画を定め、実施及び評価を行う。	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(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1章 計画策定について

1 計画の趣旨

(1) 背景

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、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「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」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)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を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。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、データヘルス計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月の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」においては、データヘルス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の方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた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)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。

本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

(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です。

データヘルス計画の策定にあたっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、特定健診等実施計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、介護保険事業計画、医療費適正化計画、国民健康保険運営方針)と調和のとれた内容とします。

本計画において推進・強化する取組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。

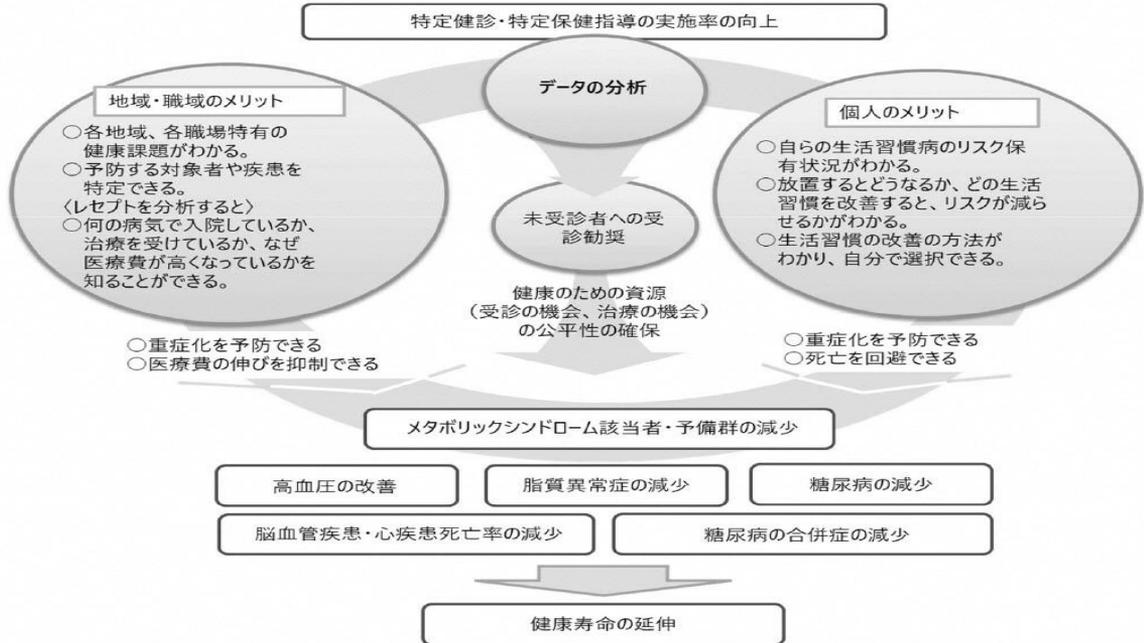
図表 1 法定計画等の関連

	健康増進計画	保健事業実施計画 (データヘルス計画)	特定健診等実施計画	高齢者保健事業 の実施計画	介護保険事業 (支援) 計画	医療費適正化計画	国民健康保険運営方針
法律	健康増進法	国民健康保険法 健康保険法 高齢者の医療の確保に 関する法律	高齢者の医療の確保に 関する法律	高齢者の医療の確保に 関する法律	介護保険法	高齢者の医療の確保に 関する法律	国民健康保険法
計画期間	2024年 から2035年(12年)	2024年 から2029年(6年)	2024年 から2029年(6年)	2024年 から2029年(6年)	2024年 から2026年(3年)	2024年 から2029年(6年)	2024年 から2029年(6年)
計画策定	都道府県：義務 市町村：努力義務	保険者	保険者：義務	広域連合：義務	都道府県：義務 市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
概要	すべ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して実効性をも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	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	保険者が特定健診・特定保健指導の実施にあたって、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	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高齢者保健事業の実施を図る	2025年及び2040年に向けて、地域の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施が計画的に図られるようにする	制度の持続可能な運営を確保するため、国と都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進める	都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営並びに当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進を図る
対象者	すべての国民	国保被保険者	40歳から74歳の国保被保険者	後期高齢者	1号：65歳以上の者 2号：40歳から64歳で特定疾病を抱える者	すべての国民	国保被保険者
対象疾病	がん 脳血管疾患 虚血性心疾患糖尿病 内臓脂肪型肥満 糖尿病高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患脳血管疾患糖尿病性腎症 メタボリックシンドローム 慢性閉塞性肺疾患 ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康 等	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患脳血管疾患糖尿病性腎症	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患脳血管疾患糖尿病性腎症	生活習慣病 加齢に伴う心機能の低下	要介護状態又は要介護状態となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止 (生活習慣病等要介護状態となりうる疾病)	メタボリックシンドローム 生活習慣病	
基本指針・理念 目標・評価	1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小 2. 個人の行動と健康状態の改善 (1) 生活習慣の改善 (2) 生活習慣病の発症予防・重症化予防 (3) 生活機能の維持・向上 3. 社会環境の質の向上 (1) 社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上 (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ための基盤の整備 4. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	健康・医療情報を活用して費用対効果の観点も考慮しつつ行う ・生活習慣の状況(食生活、日常生活における歩数、アルコール摂取量、喫煙の有無等) ・健康診査等の受診率及びその結果 ・医療費 等	1. 特定健診・特定保健指導の実施率 2. メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	健康・医療情報を活用して費用対効果の観点も考慮しつつ行う ・生活習慣の状況(体重、食生活、日常生活における身体活動等) ・健康診査等の受診率及びその結果 ・医療費	1. 2025年・2040年を見据えたサービス基盤・人的基盤の整備 2. 地域共生社会の実現 3. 介護予防・健康づくりの実現・推進(地域支援事業等の効果的な実施) 4. 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化 5. 認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進 6. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 7. 災害や感染症対策に係る体制整備	1. 住民の健康の保持の推進に関する目標 (1) 特定健康診査の実施率 (2) 特定保健指導の実施率 (3) メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率 (4) たばこ対策 (5) 予防接種 (6) 生活習慣病等の重症化予防の推進 (7) その他予防・健康づくりの推進 2. 医療の効率的な提供の推進に関する目標 (1) 後発医薬品の使用割合 (2) 医薬品の適正使用の推進	1. 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し 2. 市町村における保険料の標準的な算出方法に関する事項 3. 市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項 4. 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項
参考	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	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	特定健康診査等基本指針	高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針	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	医療費適正化に関する施策についての基本的な方針	都道府県国民健康保険運営方針

図表 2

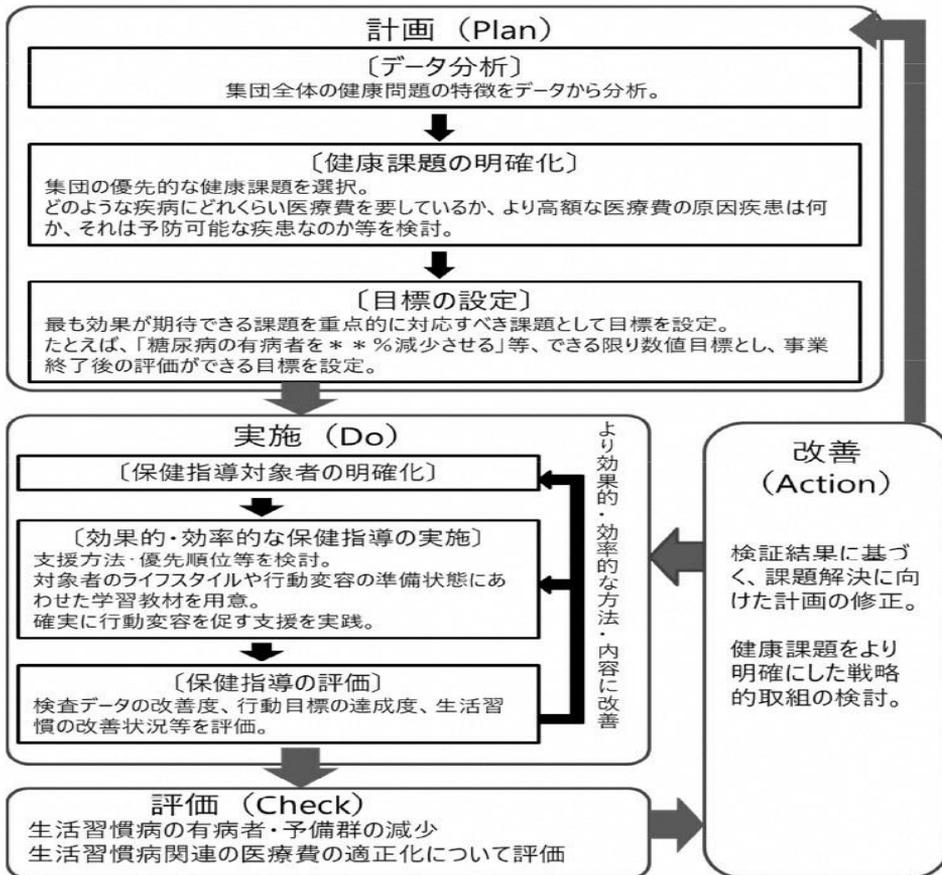
特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

—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—



図表 3

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



2 計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。



3 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

本市においては、保健福祉部健康づくり推進課が主体となり、市国民健康保険を所管する市民協働部国保年金課及び保健福祉部内関係課等や、県、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、データヘルス計画を策定します。

国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、保健福祉部介護保険課や地域包括ケア推進課等と連携してそれぞれの健康課題を共有しながら保健事業を展開します。

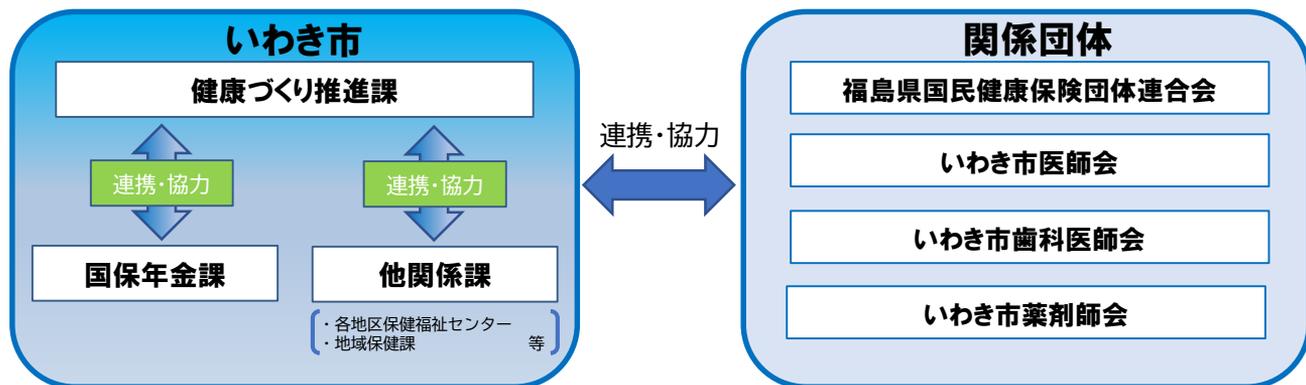
計画の策定にあたっては、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会の支援を受け、計画作成への意見反映に努めます。

事業の実施にあたっては、実施内容等を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報告し、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。

地域の市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。



第2章 地域の概況

1 地域の特性

(1) 地理的・社会的背景

本市は福島県の東南部に位置し、南は茨城県北茨城市、東は太平洋、西は田村郡小野町、石川郡古殿町など、北は田村市や双葉郡の町村に接しています。面積は1,232.51km²で、県全体の約8.9%を占める広大な市域を有しています。

気候特性は関東地方の延長上にあり、比較的寒暖差が少なく、積雪は年1～2回観測される程度で、県内でも温暖で過ごしやすい気候です。市域には二級河川が65本流れており、また山林が市域の約72%を占めるなど豊かな自然と水資源に恵まれた地方中核都市です。

道路・交通網においては、常磐自動車道をはじめ磐越自動車道、JR常磐線、JR磐越東線等の恵まれた広域交通ネットワークと、国道や主要地方道、県道による地域内の幹線道路ネットワークが形成しており、交通利便性の高い環境にあります。



2 人口構成

(1) いわき市の人口及び人口構成の推移

本市の令和4年の人口は325,737人で平成30年と比較すると、17,160人、約5.0%減少しています。県の高齢化率と比較すると本市の高齢化率は0.6ポイント低いものの、0-64歳の年少人口・生産年齢人口は年々減少し、65歳以上の人口は年々増加するなど少子高齢化が進んでいます。

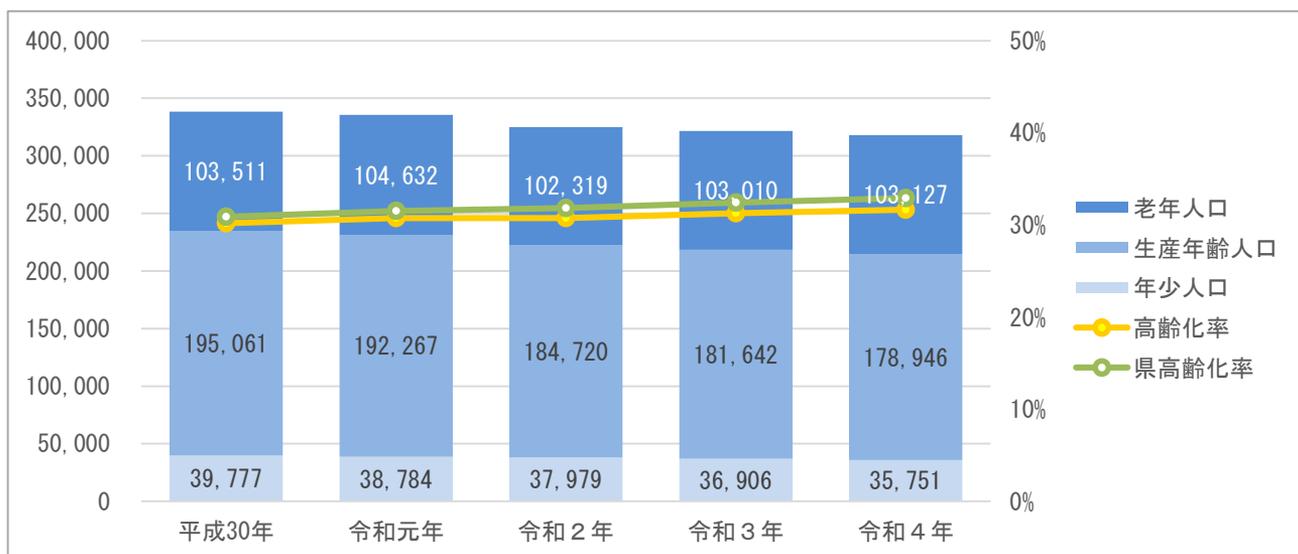
<図表4 人口及び人口構成の推移>

年	人口総数	年少人口 (0-14歳)		生産年齢人口 (15-64歳)		老年人口 (65歳以上)		(再掲) 75歳以上	
		人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)
平成30年	342,897	39,777	11.6%	195,061	56.9%	103,511	30.2%	52,686	15.4%
令和元年	340,231	38,784	11.4%	192,267	56.5%	104,632	30.8%	53,734	15.8%
令和2年	332,931	37,979	11.4%	184,720	55.5%	102,319	30.7%	51,554	15.5%
令和3年	329,471	36,906	11.2%	181,642	55.1%	103,010	31.3%	51,025	15.5%
令和4年	325,737	35,751	11.0%	178,946	54.9%	103,127	31.7%	52,213	16.0%
福島県 令和4年	1,790,362	195,798	10.9%	982,815	54.9%	577,815	32.3%	291,360	16.3%

※出典：福島県現住人口調査月報 平成30年～令和4年版（10月時点）

※年齢不明者は人口総数にのみ含めている。

<図表5 人口及び人口構成の推移>



(2) いわき市の国保加入状況

本市の令和4年度における国民健康保険被保険者数は58,177人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は17.9%です。国民健康保険被保険者平均年齢は56.0歳で、国51.9歳より4.1歳高く、福島県56.0歳と同水準です。

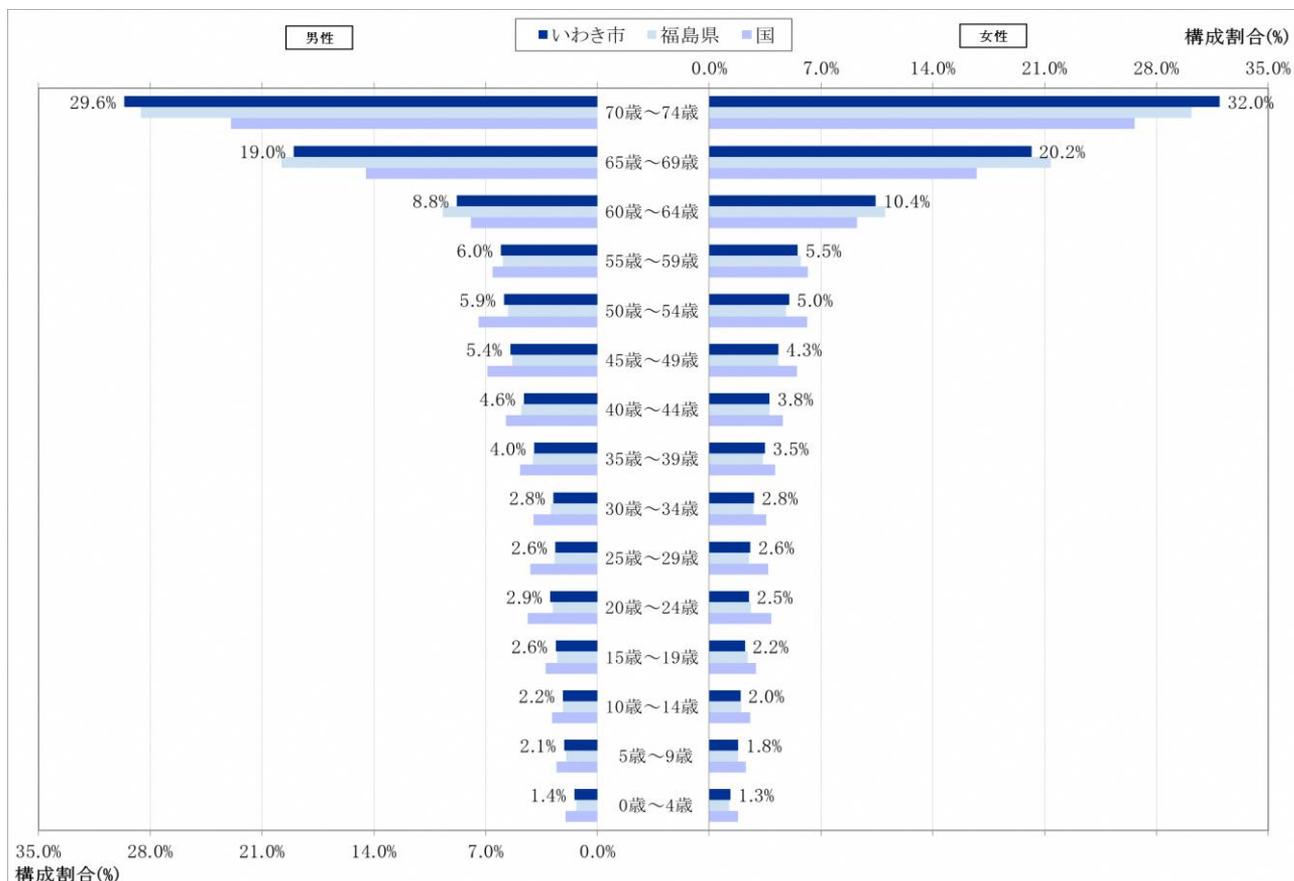
<図表6 国保加入状況(令和4年度)>

区分	人口総数(人)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢(歳)
いわき市	325,018	58,177	17.9%	56.0
福島県	1,799,218	381,897	21.2%	56.0
同規模市	370,027	71,813	19.4%	52.0
国	123,214,261	27,488,882	22.3%	51.9

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

男女・年齢階層別にみると、男女ともに70～74歳の割合が福島県や国よりも多くなっています。

<図表7 男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)>

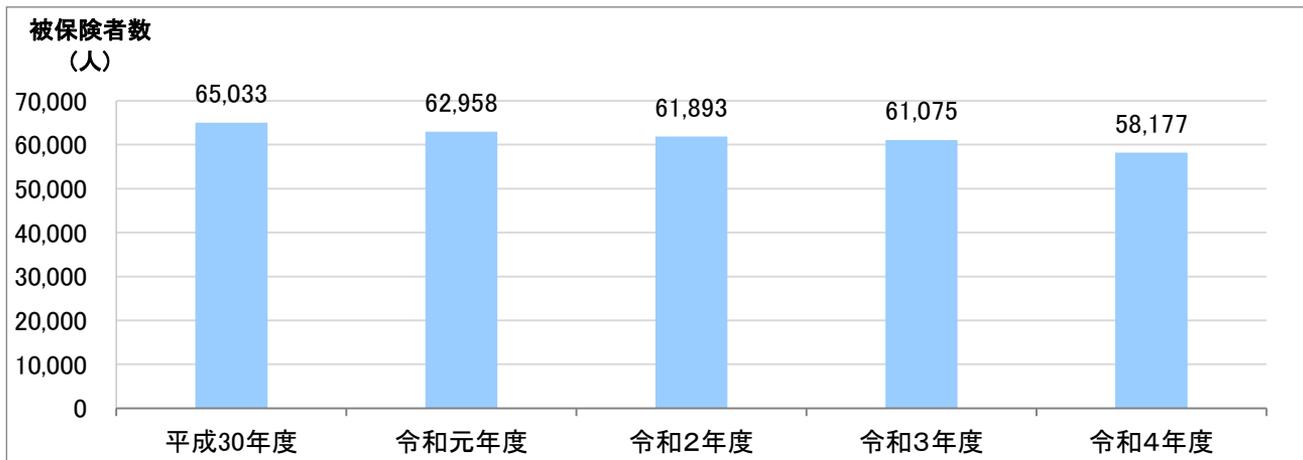


出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

以下は、平成30年度から令和4年度における、本市の被保険者数を年度別に示したものです。

令和4年度と平成30年度を比較すると、国民健康保険被保険者数は6,856人（10.5%）減少しています。

<図表8 年度別 被保険者数>



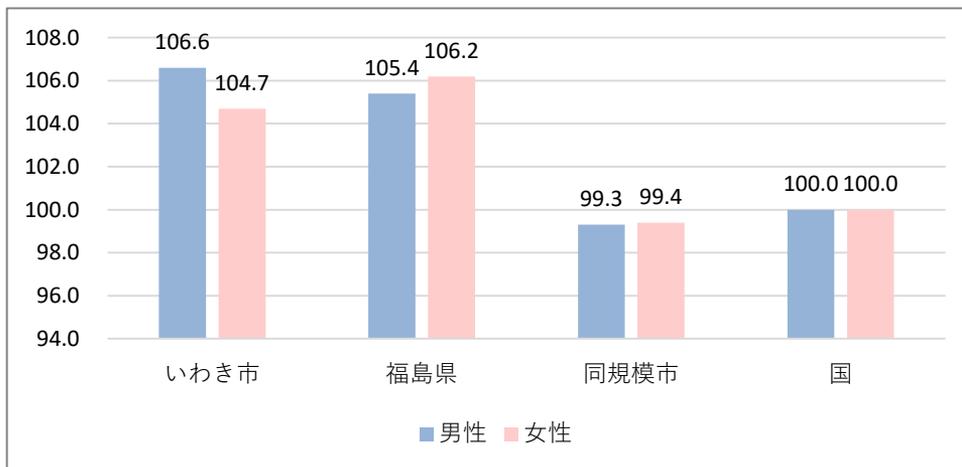
出典：国保データベース (KDB) システム 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

3 死亡の状況

(1) 男女別 標準化死亡比

本市の標準化死亡比は、男性106.6、女性104.7となっており、男性は福島県よりも1.2ポイント高く、女性は福島県よりも1.5ポイント低くなっています。

図表 9



出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(2) 主たる死因の状況(令和4年)

心臓病、脳疾患による死亡率は国・同規模市より高くなっています。脳疾患の割合は福島県より1.0ポイント低くなっていますが、同規模市では1.9ポイント、国では1.4ポイント高い状況です。

また、心臓病は県よりも2.6%高い値となっています。

<図表10 主たる死因の状況(福島県・同規模市・国比較)>

疾病項目	いわき市		福島県	同規模市	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	1,109	45.2%	46.8%	51.2%	50.6%
心臓病	767	31.3%	28.7%	27.3%	27.5%
脳疾患	372	15.2%	16.2%	13.3%	13.8%
自殺	62	2.5%	2.7%	2.8%	2.7%
腎不全	82	3.3%	3.4%	3.5%	3.6%
糖尿病	59	2.4%	2.3%	1.9%	1.9%
合計	2,451				

出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(3) 主たる死因の状況(年別)

主たる死因の状況について、経年比較すると、平成30年から令和4年まで悪性新生物の割合が最も多く、常に40%を超えています。

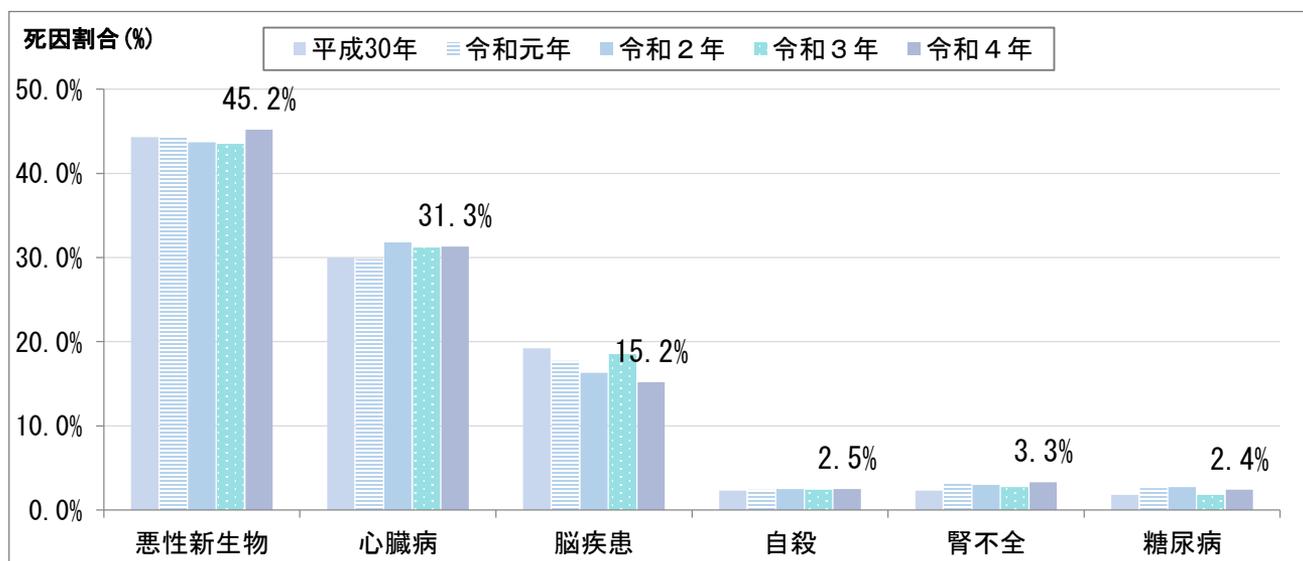
令和4年と平成30年を比べると心臓病は1.3ポイントの増加、腎不全は1.0ポイントの増加、糖尿病は0.6ポイントの増加となっています。脳疾患の割合は減少傾向にあり、令和4年と平成30年を比べると4.0ポイントの減少となっています。

<図表11 年別 主たる死因の状況>

疾病項目	いわき市									
	人数(人)					割合(%)				
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
悪性新生物	1,086	1,153	1,068	1,046	1,109	44.3%	44.3%	43.7%	43.5%	45.2%
心臓病	736	776	779	751	767	30.0%	29.8%	31.8%	31.2%	31.3%
脳疾患	470	462	398	445	372	19.2%	17.7%	16.3%	18.5%	15.2%
自殺	57	63	61	57	62	2.3%	2.4%	2.5%	2.4%	2.5%
腎不全	56	82	73	64	82	2.3%	3.1%	3.0%	2.7%	3.3%
糖尿病	45	68	67	43	59	1.8%	2.6%	2.7%	1.8%	2.4%
合計	2,450	2,604	2,446	2,406	2,451					

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

<図表12 年別 主たる死因の割合>



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

4 平均余命と平均自立期間

(1) 平均余命と平均自立期間(令和4年)

以下は、令和4年における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。

平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。

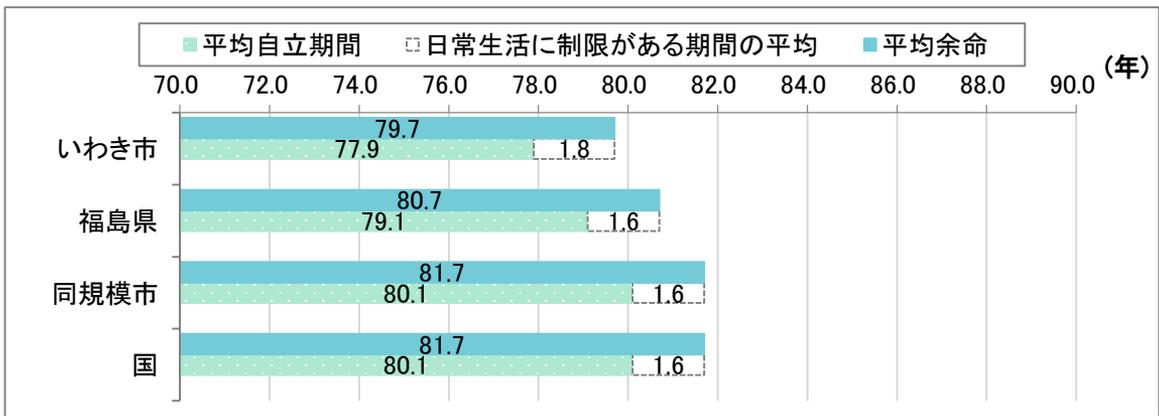
また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。

平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本市の平均余命は、男性で79.7年と女性で86.5年、また、平均自立期間は男性で77.9年、女性で82.6年と、福島県・同規模市・国と比べて短くなっています。さらに、日常生活に制限がある期間の平均は男性で1.8年で、女性で3.9年で、福島県・同規模市・国と比べて長くなっています。

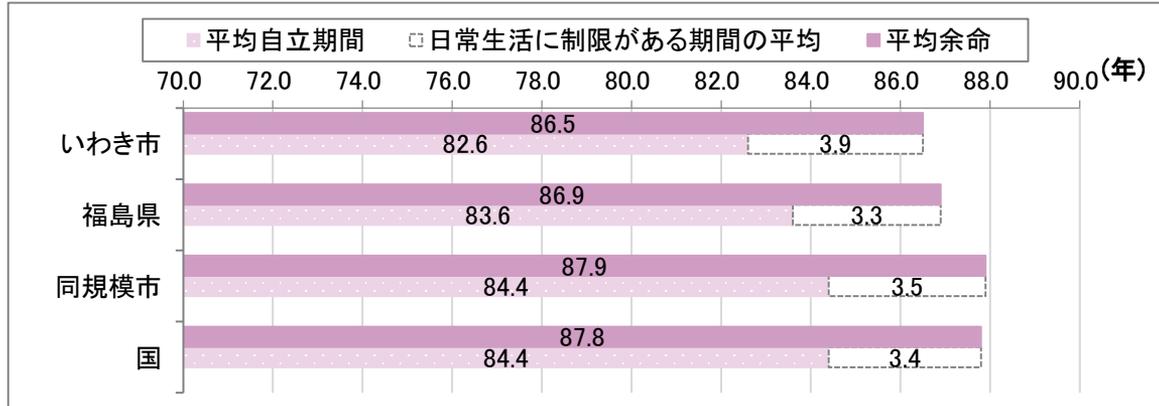
<(男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年)>

図表13



<(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年)>

図表14



出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

【参考】平均余命と平均自立期間について



(2) 平均余命と平均自立期間(年別)

以下は、本市の平成30年から令和4年における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。

男性における令和4年の平均自立期間77.9年は平成30年の77.8年から0.1年延伸しています。

女性における令和4年の平均自立期間82.6年は平成30年の82.3年から0.3年延伸しています。

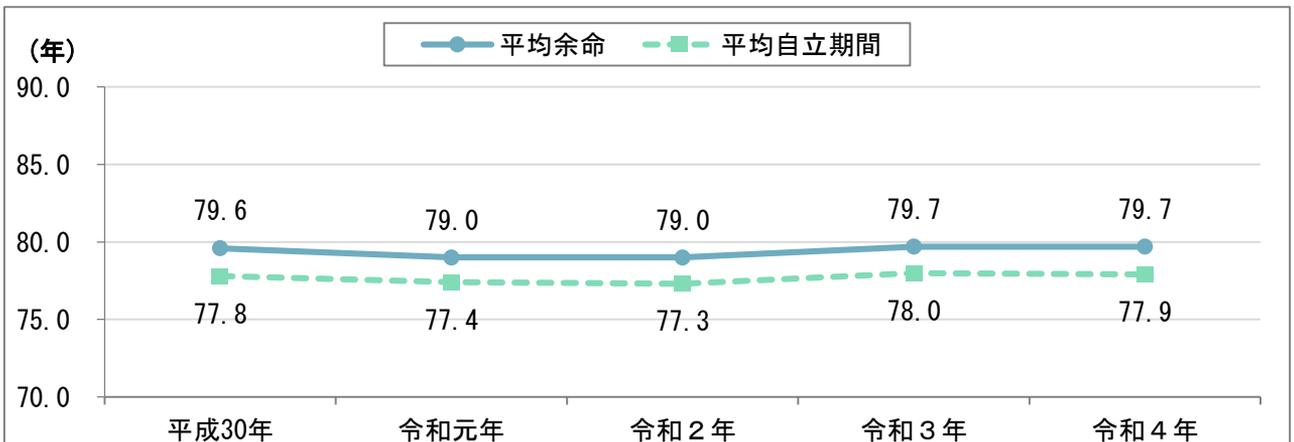
また、平均余命、男性が0.1年延伸し、女性が0.7年延伸しています。

<図表15 年・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均>

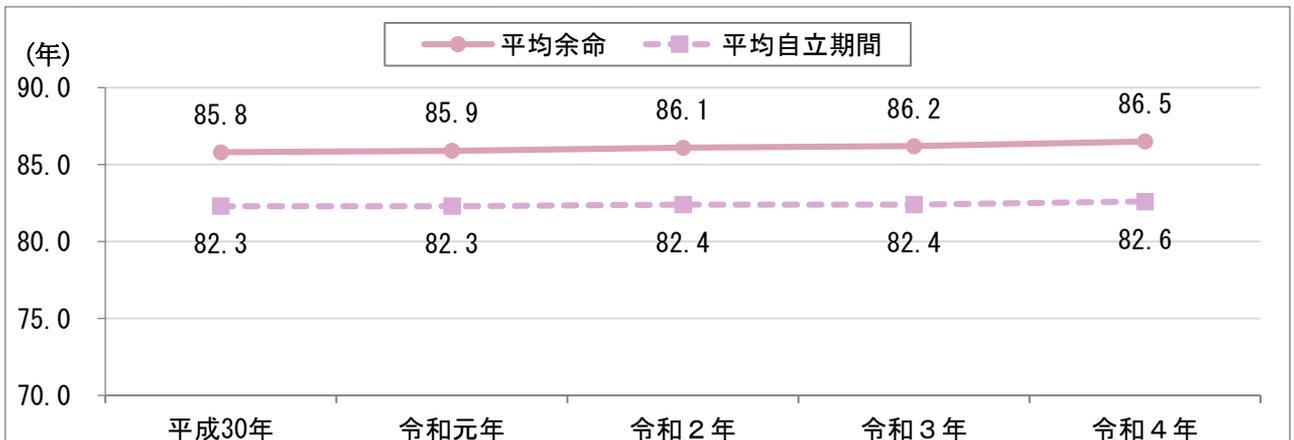
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年	79.6	77.8	1.8	85.8	82.3	3.5
令和元年	79.0	77.4	1.6	85.9	82.3	3.6
令和2年	79.0	77.3	1.7	86.1	82.4	3.7
令和3年	79.7	78.0	1.7	86.2	82.4	3.8
令和4年	79.7	77.9	1.8	86.5	82.6	3.9

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

<図表16 (男性)年別 平均余命と平均自立期間>



<図表17 (女性)年別 平均余命と平均自立期間>



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

5 医療の状況

(1) 医療アクセスの状況

以下は、本市の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。

人口千人当たりの医師数は8.1人であり、国より4.3人、福島県より2.3人、同規模市より9.8人少ないことが分かります。

一方で、病床数、外来・入院患者数は福島県や国よりも多く、医師が住民や患者数に対して少ないことが分かります。

<図表18 医療提供体制(令和4年度)>

医療項目	いわき市	福島県	同規模市	国
千人当たり				
病院数	0.4	0.3	0.3	0.3
診療所数	4.3	3.5	4.9	3.7
病床数	79.2	63.7	64.5	54.8
医師数	8.1	10.4	17.9	12.4
外来患者数	787.9	736.8	704.0	687.8
入院患者数	22.0	19.6	17.7	17.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 医療基礎情報

以下は、本市の令和4年度における、医療基礎情報を示したものです。

本市の受診率は809.9であり、福島県と比較すると53.4ポイント高い状況です。

また、一件当たり医療費は37,550円であり、福島県と同水準です。

外来・入院別にみると、外来・入院いずれも受診率・入院率は福島県より高く、一件当たり医療費は福島県より低い状況です。

<図表19 医療基礎情報(令和4年度)>

医療項目	いわき市	福島県	同規模市	国
受診率	809.9	756.5	721.7	705.4
一件当たり医療費(円)	37,550	37,940	39,390	39,080
一般(円)	37,550	37,940	39,390	39,080
退職(円)	11,800	25,340	30,110	67,230
外来				
外来費用の割合	58.4%	60.2%	60.8%	60.4%
外来受診率	787.9	736.8	704.0	687.8
一件当たり医療費(円)	22,560	23,470	24,570	24,220
一人当たり医療費(円) ※	17,770	17,290	17,290	16,660
一日当たり医療費(円)	16,550	17,070	16,340	16,390
一件当たり受診回数	1.4	1.4	1.5	1.5
入院				
入院費用の割合	41.6%	39.8%	39.2%	39.6%
入院率	22.0	19.6	17.7	17.7
一件当たり医療費(円)	573,310	580,970	628,960	617,950
一人当たり医療費(円) ※	12,640	11,410	11,130	10,920
一日当たり医療費(円)	32,700	36,540	40,050	39,370
一件当たり在院日数	17.5	15.9	15.7	15.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

(3) 総医療費と一人当たり医療費の状況(年度別)

以下は、本市の総医療費（年間）と本市、国、県、同規模市の被保険者一人当たり医療費（年間）の状況を示したものです。

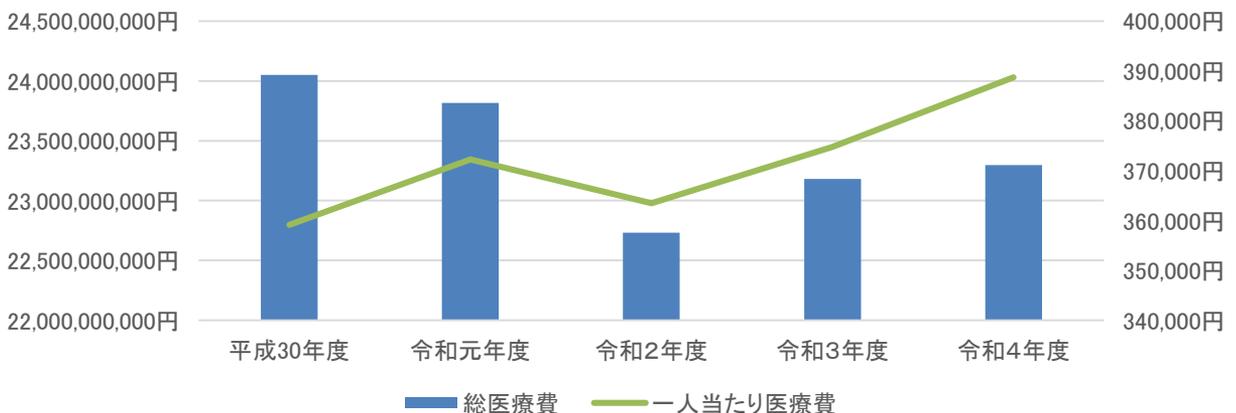
被保険者数が減少する中、令和4年度の総医療費は、平成30年度と比べて約7億円（3.1%）減少していますが、被保険者一人当たりの医療費は29,544円（8.2%）増加しています。27,252円（7.9ポイント）増加した福島県より増加割合はやや大きく、福島県との差はやや拡大しています。

また、本市の令和4年度の一人当たり医療費を国や福島県、同規模市と比較すると、20,000円～30,000円高い状況です。

<図表20 総医療費と一人当たり医療費の経年比較>

年度	総医療費 (年間)	一人当たり医療費（年間）			
		いわき市	福島県	同規模市	国
平成30年度	24,050,445,600円	359,160円	341,352円	334,392円	328,728円
令和元年度	23,816,412,800円	372,276円	353,424円	345,120円	338,652円
令和2年度	22,730,667,400円	363,480円	344,532円	339,972円	331,284円
令和3年度	23,181,842,610円	374,808円	357,540円	361,296円	349,560円
令和4年度	23,297,270,450円	388,704円	368,604円	367,800円	356,712円

図表21
いわき市の総医療費と一人当たり医療費の経年比較



※医療費＝医科+調剤+歯科

出典：国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

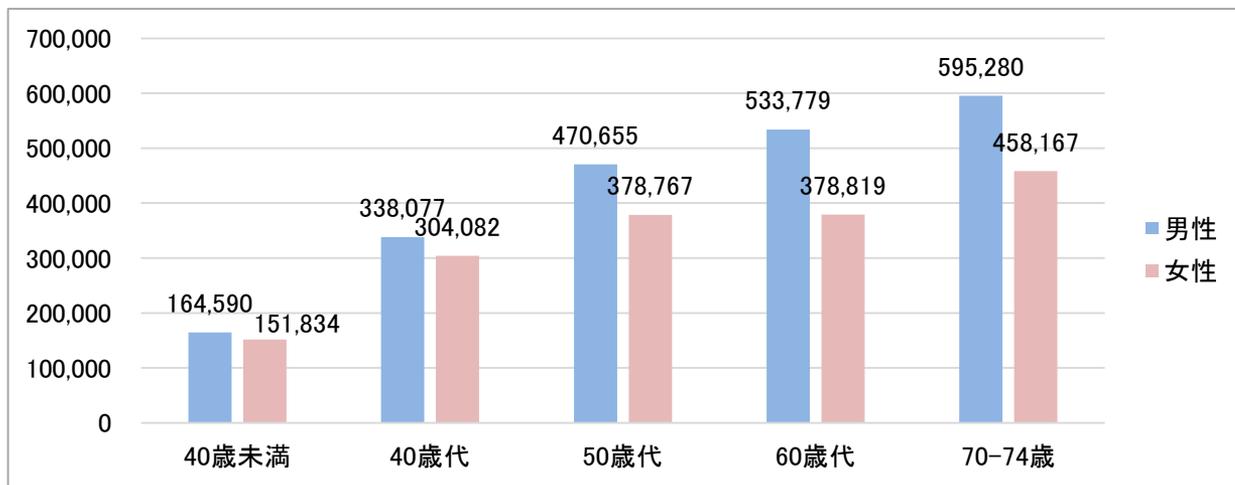
(4) 男女年齢階層別一人当たり医療費の状況(令和4年度)

以下は、令和4年度における、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものです。

年齢が上がるにつれ一人当たりの医療費は高くなり、どの年代においても男性が女性を上回っていることがわかります。

<図表22 性年齢別一人当たり医療費の状況(令和4年度)>

(円)



出典:国保データベース(KDB)システム「医療の状況」

(5) 疾病別医療費の状況

疾病別医療費内訳をみると、「新生物」が最も高く17.1%で、次いで「循環器系の疾患」が14.5%を占めています。

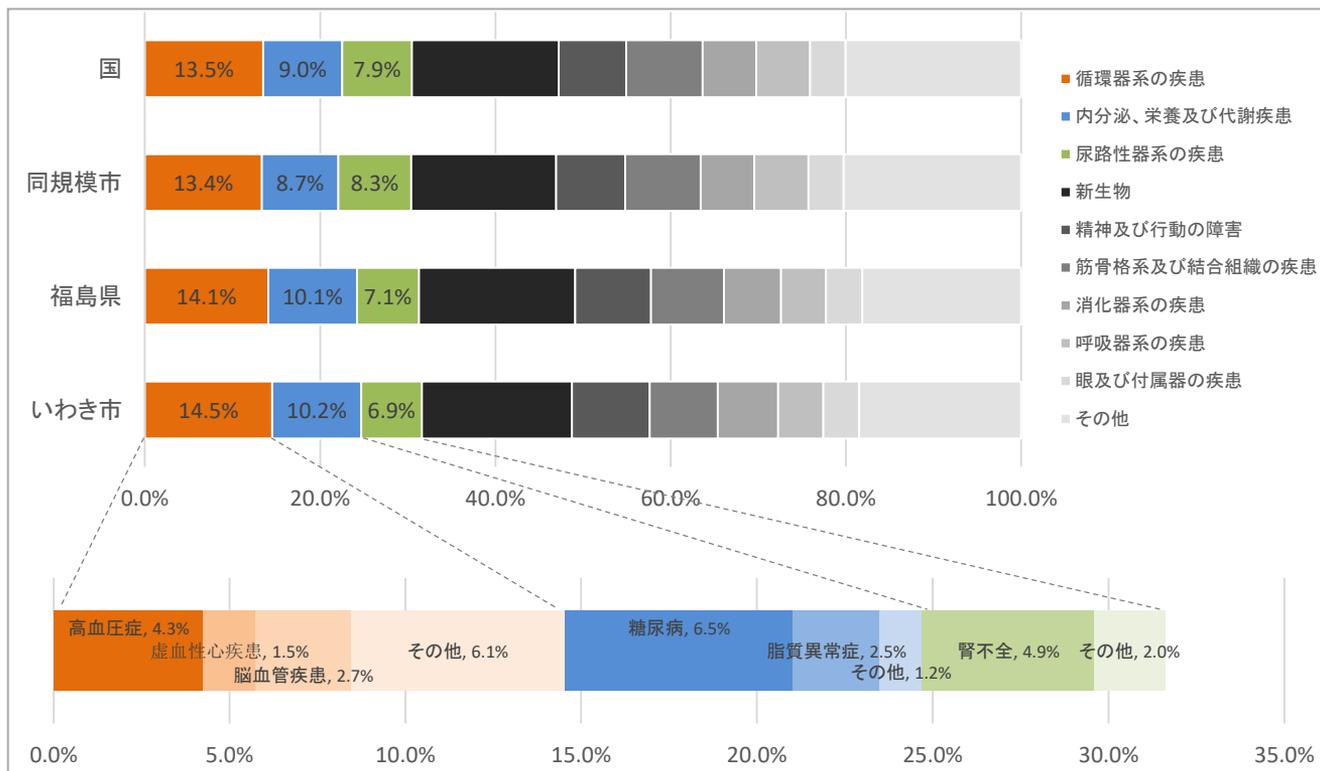
医療費における生活習慣病疾病内訳をみると、高血圧等の循環器系の疾患や、糖尿病等の内分泌系の疾患、精神及び行動の障害、消化器系の疾患の割合が、国・福島県・同規模市と比較して高くなっています。

<図表23 疾病別医療費内訳(大分類)>

分類	医療費	いわき市	県	同規模	国
循環器系の疾患(高血圧、虚血性心疾患、脳血管疾患等)	3,161,303,380	14.5%	14.1%	13.4%	13.5%
内分泌、栄養及び代謝疾患(糖尿病、脂質異常症等)	2,209,107,630	10.2%	10.1%	8.7%	9.0%
尿路性器系の疾患(腎不全等)	1,498,703,090	6.9%	7.1%	8.3%	7.9%
新生物	3,725,938,390	17.1%	17.8%	16.5%	16.8%
精神及び行動の障害	1,928,934,100	8.9%	8.7%	7.9%	7.7%
筋骨格系及び結合組織の疾患	1,687,489,940	7.8%	8.3%	8.6%	8.7%
消化器系の疾患	1,501,229,620	6.9%	6.5%	6.1%	6.1%
呼吸器系の疾患	1,113,205,750	5.1%	5.1%	6.2%	6.2%
眼及び付属器の疾患	893,850,260	4.1%	4.2%	4.0%	4.0%
その他	4,018,867,770	18.5%	18.1%	20.3%	20.1%
計	21,738,629,930	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

出典:国保データベース(KDB)システム「大分類」

図表24



※大分類9項目以外は「その他」に集約 ※医科+調剤

(6) 高額レセプトの状況(令和4年度)

以下は、令和4年度における、一件当たり80万円以上の高額レセプトの内訳を示したものです。

総医療費では悪性新生物の割合が31.9%と多くを占めています。

また、一人当たり医療費では、心不全等の「その他の心疾患」が約276万円と最も高く、「腎不全」が約246万円と次いで高くなっています。

<図表25 80万円以上の高額レセプトの内訳(令和4年4月~令和5年3月診療分)>

	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他の心疾患	腎不全	悪性新生物	その他	総数
実人数	127	95	170	55	694	1,191	2,332
総件数	238	108	248	116	1,287	1,839	3,836
(割合)	6.2%	2.8%	6.5%	3.0%	33.6%	47.9%	100.0%
40歳未満	3	1	21	2	15	116	158
40歳代	23	5	25	16	25	131	225
50歳代	30	16	20	28	91	244	429
60歳代	103	36	82	45	478	587	1,331
70~74歳	79	50	100	25	678	761	1,693
医療費(円)	298,157,170	171,466,230	470,203,860	135,360,290	1,663,531,930	2,479,699,920	5,218,419,400
(割合)	5.7%	3.3%	9.0%	2.6%	31.9%	47.5%	100.0%
1人あたりの医療費(円)	2,347,694	1,804,908	2,765,905	2,461,096	2,397,020	2,082,032	2,237,744

出典:国保データベース(KDB)システム「様式1-1」

(7) 虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析のレセプト分析

第2期計画において中長期的な成果目標である虚血性心疾患・脳血管疾患・人口透析のレセプト分析をした結果、平成25年度（第1期計画策定時）、平成28年度（第2期計画策定時）と比較すると、虚血性心疾患、脳血管疾患は減少しており、人工透析は横ばいです。

一方、これらの3疾患の患者が高血圧・糖尿病・脂質異常症を併せ持つ割合は、いずれも増加・横ばい傾向にあります。特に高血圧の併発状況は3疾患とも約8割と高い割合が続いています。

<図表26 虚血性心疾患の併発疾患>

年度	被保険者数	虚血性心疾患								
		高血圧		糖尿病		脂質異常症				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成25年度	全体	88,057	4,275	4.9%	3,622	84.7%	1,779	41.6%	2,744	64.2%
	64歳以下	57,502	1,307	2.3%	1,066	81.6%	576	44.1%	805	61.6%
	65歳以上	30,555	2,968	9.7%	2,556	86.1%	1,203	40.5%	1,939	65.3%
平成28年度	全体	79,058	3,635	4.6%	3,091	85.0%	1,566	43.1%	2,447	67.3%
	64歳以下	46,972	898	1.9%	737	82.1%	386	43.0%	556	61.9%
	65歳以上	32,086	2,737	8.5%	2,354	86.0%	1,180	43.1%	1,891	69.1%
令和4年度	全体	61,497	2,359	3.8%	1,997	84.7%	1,096	46.5%	1,715	72.7%
	64歳以下	30,260	470	1.6%	377	80.2%	227	48.3%	315	67.0%
	65歳以上	31,237	1,889	6.0%	1,620	85.8%	869	46.0%	1,400	74.1%

<図表27 脳血管疾患の併発疾患>

年度	被保険者数	脳血管疾患								
		高血圧		糖尿病		脂質異常症				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成25年度	全体	88,057	4,245	4.8%	3,389	79.8%	1,553	36.6%	2,389	56.3%
	64歳以下	57,502	1,124	2.0%	860	76.5%	414	36.8%	578	51.4%
	65歳以上	30,555	3,121	10.2%	2,529	81.0%	1,139	36.5%	1,811	58.0%
平成28年度	全体	79,058	3,719	4.7%	2,978	80.1%	1,395	37.5%	2,225	59.8%
	64歳以下	46,972	860	1.8%	659	76.6%	310	36.0%	465	54.1%
	65歳以上	32,086	2,859	8.9%	2,319	81.1%	1,085	38.0%	1,760	61.6%
令和4年度	全体	61,497	2,603	4.2%	2,043	78.5%	971	37.3%	1,669	64.1%
	64歳以下	30,260	510	1.7%	372	72.9%	183	35.9%	290	56.9%
	65歳以上	31,237	2,093	6.7%	1,671	79.8%	788	37.6%	1,379	65.9%

<図表28 人工透析の併発疾患>

年度	被保険者数	人工透析								
		高血圧		糖尿病		脂質異常症				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成25年度	全体	88,057	277	0.3%	242	87.4%	143	51.6%	72	26.0%
	64歳以下	57,502	261	0.5%	228	87.4%	134	51.3%	67	25.7%
	65歳以上	30,555	16	0.1%	14	87.5%	9	56.3%	5	31.3%
平成28年度	全体	79,058	224	0.3%	197	87.9%	121	54.0%	70	31.3%
	64歳以下	46,972	213	0.5%	186	87.3%	113	53.1%	65	30.5%
	65歳以上	32,086	11	0.0%	11	100.0%	8	72.7%	5	45.5%
令和4年度	全体	61,497	173	0.3%	154	89.0%	94	54.3%	58	33.5%
	64歳以下	30,260	161	0.5%	146	90.7%	89	55.3%	56	34.8%
	65歳以上	31,237	12	0.0%	8	66.7%	5	41.7%	2	16.7%

出典：国保データベース (KDB) システム「レセプト分析（令和4年5月診療分）」

(8) 糖尿病、高血圧、脂質異常症治療者のレセプト分析

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症治療者のレセプト分析をした結果を平成25年度、平成28年度と比較すると、被保険者数に対する糖尿病・高血圧・脂質異常症治療者割合はいずれも増加している一方で、それぞれの疾患が虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析に占める割合は減少傾向にあります。

これは、要医療者が早期に受診に繋がったと同時に、重症化予防対象者への保健指導が一定の成果となっていると評価できます。

ただし、健診も治療も受けていない、健康状態未把握者は、これらのデータには含まれないため、そうした未把握者の健康状態把握が今後の課題となります。

<図表29 糖尿病治療者の併発疾患>

年度	被保険者数	糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成25年度	全体	88,057	9,781	11.1%	1,779	18.2%	1,553	15.9%	143	1.5%	561	5.7%
	64歳以下	57,502	3,655	6.4%	576	15.8%	414	11.3%	134	3.7%	247	6.8%
	65歳以上	30,555	6,126	20.0%	1,203	19.6%	1,139	18.6%	9	0.1%	314	5.1%
平成28年度	全体	79,058	9,220	11.7%	1,566	17.0%	1,395	15.1%	121	1.3%	553	6.0%
	64歳以下	46,972	2,748	5.9%	386	14.0%	310	11.3%	113	4.1%	193	7.0%
	65歳以上	32,086	6,472	20.2%	1,180	18.2%	1,085	16.8%	8	0.1%	360	5.6%
令和4年度	全体	61,497	7,990	13.0%	1,096	13.7%	971	12.2%	94	1.2%	405	5.1%
	64歳以下	30,260	1,816	6.0%	227	12.5%	183	10.1%	89	4.9%	132	7.3%
	65歳以上	31,237	6,174	19.8%	869	14.1%	788	12.8%	5	0.1%	273	4.4%

<図表30 高血圧治療中の併発疾患>

年度	被保険者数	高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成25年度	全体	88,057	22,653	25.7%	3,622	16.0%	3,389	15.0%	242	1.1%
	64歳以下	57,502	8,016	13.9%	1,066	13.3%	860	10.7%	228	2.8%
	65歳以上	30,555	14,637	47.9%	2,556	17.5%	2,529	17.3%	14	0.1%
平成28年度	全体	79,058	20,647	26.1%	3,091	15.0%	2,978	14.4%	197	1.0%
	64歳以下	46,972	5,902	12.6%	737	12.5%	659	11.2%	186	3.2%
	65歳以上	32,086	14,745	46.0%	2,354	16.0%	2,319	15.7%	11	0.1%
令和4年度	全体	61,497	16,873	27.4%	1,997	11.8%	2,043	12.1%	154	0.9%
	64歳以下	30,260	3,608	11.9%	377	10.4%	372	10.3%	146	4.0%
	65歳以上	31,237	13,265	42.5%	1,620	12.2%	1,671	12.6%	8	0.1%

<図表31 脂質異常症の併発疾患>

年度	被保険者数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成25年度	全体	88,057	16,436	18.7%	2,744	16.7%	2,389	14.5%	72	0.4%
	64歳以下	57,502	5,887	10.2%	805	13.7%	578	9.8%	67	1.1%
	65歳以上	30,555	10,549	34.5%	1,939	18.4%	1,811	17.2%	5	0.0%
平成28年度	全体	79,058	15,711	19.9%	2,447	15.6%	2,225	14.2%	70	0.4%
	64歳以下	46,972	4,504	9.6%	556	12.3%	465	10.3%	65	1.4%
	65歳以上	32,086	11,207	34.9%	1,891	16.9%	1,760	15.7%	5	0.0%
令和4年度	全体	61,497	13,786	22.4%	1,715	12.4%	1,669	12.1%	58	0.4%
	64歳以下	30,260	3,066	10.1%	315	10.3%	290	9.5%	56	1.8%
	65歳以上	31,237	10,720	34.3%	1,400	13.1%	1,379	12.9%	2	0.0%

出典：国保データベース (KDB) システム「レセプト分析（令和4年5月診療分）」

(9) 人工透析患者の状況

人工透析患者の状況について分析を行いました。本市の令和4年度における被保険者に占める人工透析患者の割合は0.30%で福島県と同水準となっています。

また、本市の令和4年度の人工透析患者は175人で、平成30年度と比較すると20人減少しており、令和4年度の患者一人当たりの人工透析医療費は、平成30年度と比較するとやや減少しています。

<図表32 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)>

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
いわき市	58,177	175	0.30%
福島県	381,897	1,137	0.30%
同規模市	6,104,064	21,628	0.35%
国	27,488,882	89,397	0.33%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

<図表33 年度別 透析患者数及び医療費>

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	195	1,308,354,300	6,709,509
令和元年度	195	1,266,024,110	6,492,431
令和2年度	188	1,292,136,450	6,873,066
令和3年度	176	1,156,466,440	6,570,832
令和4年度	175	1,145,803,510	6,547,449

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

以下は、人工透析患者数及び被保険者に占める割合を男女年齢階層別に示したものです。男性は0.46%、女性は0.12%で男性の割合が多く、女性の4倍近くになっています。また、男女共に35歳～39歳の年齢階層から透析患者が存在しています。

<図表34 男女年齢階層別 人工透析患者数及び被保険者に占める割合>

年齢階層	男女合計			男性			女性		
	被保険者数 (人)	透析患者数 (人)	被保険者に 占める透析 患者割合 (%)	被保険者数 (人)	透析患者数 (人)	被保険者に 占める透析 患者割合 (%)	被保険者数 (人)	透析患者数 (人)	被保険者に 占める透析 患者割合 (%)
0歳～34歳	9,715	0	0.00%	4,869	0	0.00%	4,846	0	0.00%
35歳～39歳	2,280	10	0.44%	1,148	7	0.61%	1,132	3	0.27%
40歳～44歳	2,522	7	0.28%	1,341	6	0.45%	1,181	1	0.08%
45歳～49歳	3,002	28	0.93%	1,575	19	1.21%	1,427	9	0.63%
50歳～54歳	3,255	32	0.98%	1,689	29	1.72%	1,566	3	0.19%
55歳～59歳	3,475	40	1.15%	1,677	30	1.79%	1,798	10	0.56%
60歳～64歳	6,011	44	0.73%	2,591	35	1.35%	3,420	9	0.26%
65歳～69歳	12,485	6	0.05%	5,864	5	0.09%	6,621	1	0.02%
70歳～74歳	18,752	6	0.03%	8,692	3	0.03%	10,060	3	0.03%
全体	61,497	173	0.28%	29,446	134	0.46%	32,051	39	0.12%
国	27,488,882	89,397	0.33%						

出典：国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

<図表35 人工透析の起因>

透析に至った起因	透析患者数 (人)	割合 ※ (%)	生活習慣を 起因とする疾病	食事療法等指導することで 重症化を遅延できる 可能性が高い疾病
① 糖尿病性腎症 I型糖尿病	3	1.4%	-	-
② 糖尿病性腎症 II型糖尿病	136	62.4%	●	●
③ 糸球体腎炎	3	1.4%	-	-
④ 腎硬化症	19	8.7%	●	●
⑤ 起因が特定できない患者 ※	57	26.1%	-	-
透析患者合計	218			

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対処診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)機関内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※⑤起因が特定できない患者…①～④の傷病名組み合わせに該当しない患者。

⑤起因が特定できない患者57人のうち高血圧症が確認できる患者は47人、高血圧性心疾患が確認できる患者は6人、痛風が確認できる患者は1人。高血圧症、高血圧性心疾患、痛風いずれも確認できない患者は9人。複数の疾病を持つ患者がいるため、合計人数は一致しない。

6 服薬の状況

(1) 多剤薬剤処方状況

以下は、各年5月に薬剤処方を受けている者のうち15剤以上の処方を受けている者の割合を示したものです。

経年的にみると割合は横ばいであり、令和4年度の該当者の割合は1.9%（615人）となっています。

また、65歳以上に比べて64歳以下の方が多い状況です。

<図表36 年度別 多剤薬剤処方状況>

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
64歳以下	2.80%	2.40%	2.50%	2.5%(274人)
65歳以上	1.90%	1.60%	1.70%	1.7%(341人)
総計	2.30%	1.80%	2.00%	1.9%(615人)

出典:国保データベース(KDB)システム「介入支援管理」(令和4年5月診療分)

(2) 重複薬剤処方状況

以下は、令和4年5月診療分における、重複薬剤(同じ効能の薬)の処方状況を示したものです。2医療機関以上で重複薬剤処方を受けている者はその月に処方を受けている者のうち5.4%(1,696名)であり、65歳以上に比べて64歳以下の方が該当者の割合が多い状況です。

<図表37 男女年齢別 重複薬剤処方状況>

	薬剤処方を受けている者	2医療機関で重複薬剤処方を受けている者	3医療機関で重複薬剤処方を受けている者	4医療機関で重複薬剤処方を受けている者	5医療機関以上で重複薬剤処方を受けている者	重複薬剤服薬者総計
64歳以下	5,085	136	86	37	23	282 5.5%
65歳以上	9,363	179	141	69	34	423 4.5%
男性計	14,448	315	227	106	57	705 4.9%
64歳以下	5,967	169	113	56	42	380 6.4%
65歳以上	11,127	230	226	106	49	611 5.5%
女性計	17,094	399	339	162	91	991 5.8%
総計	31,542	714	566	268	148	1,696 5.4%

出典:国保データベース(KDB)システム「介入支援管理」(令和4年5月診療分)

(3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の状況

以下は、平成30年度から令和4年度における、後発医薬品普及率(数量ベース)を年度別に示したものです。

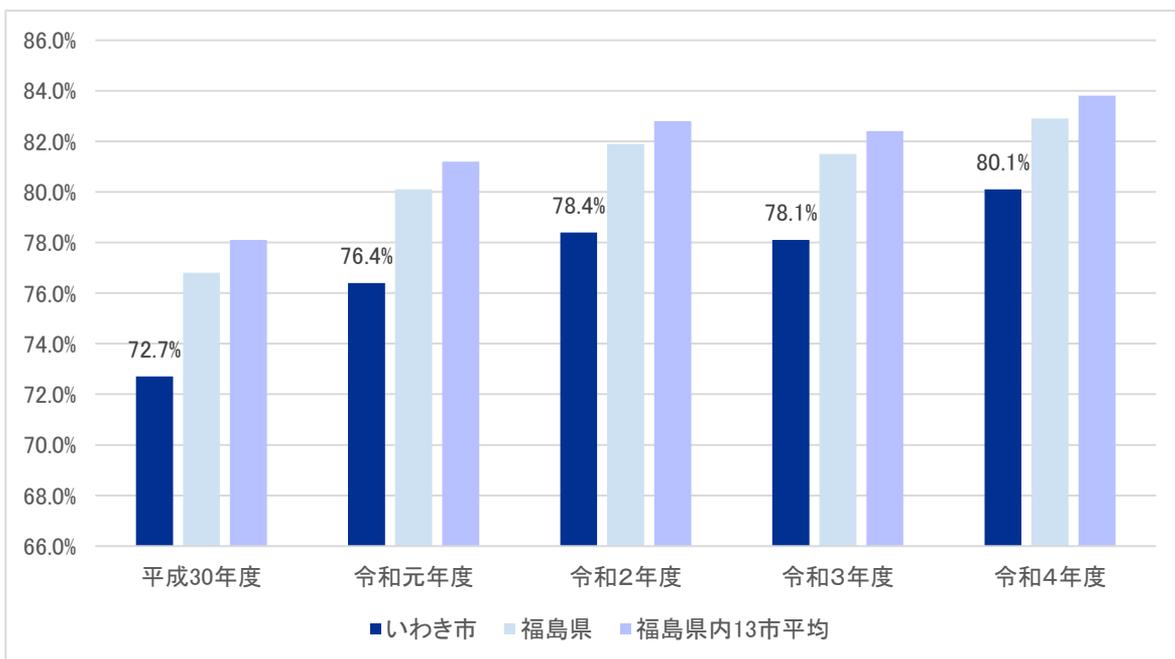
令和4年度と平成30年度を比較すると、令和4年度は80.1%、平成30年度は72.7%となっており、7.4ポイント増加しています。

また、福島県及び県内13市と比較すると普及率は毎年下回っており、令和4年度においては県内13市と3.7ポイントの差があります。

<図表38 年度別 後発医薬品普及率(数量ベース)>

	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
いわき市	72.7%	76.4%	78.4%	78.1%	80.1%
福島県	76.8%	80.1%	81.9%	81.5%	82.9%
県内13市	78.1%	81.2%	82.8%	82.4%	83.8%

<図表39 年度別 後発医薬品普及率(数量ベース)>



出典:いわき市国保年金課

7 健康診査データによる分析

(1) 特定健康診査受診状況

以下は、平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。

本市の令和4年度における受診率は33.5%であり、福島県より9.7ポイント低くなっています。

また、受診率を経年的に見ると、国・福島県・同規模市よりも低い状態が続いています。

本市における受診率は、令和2年度は新型コロナウイルス拡大の影響もあり一時減少したものの、令和3年度以降は上昇しています。

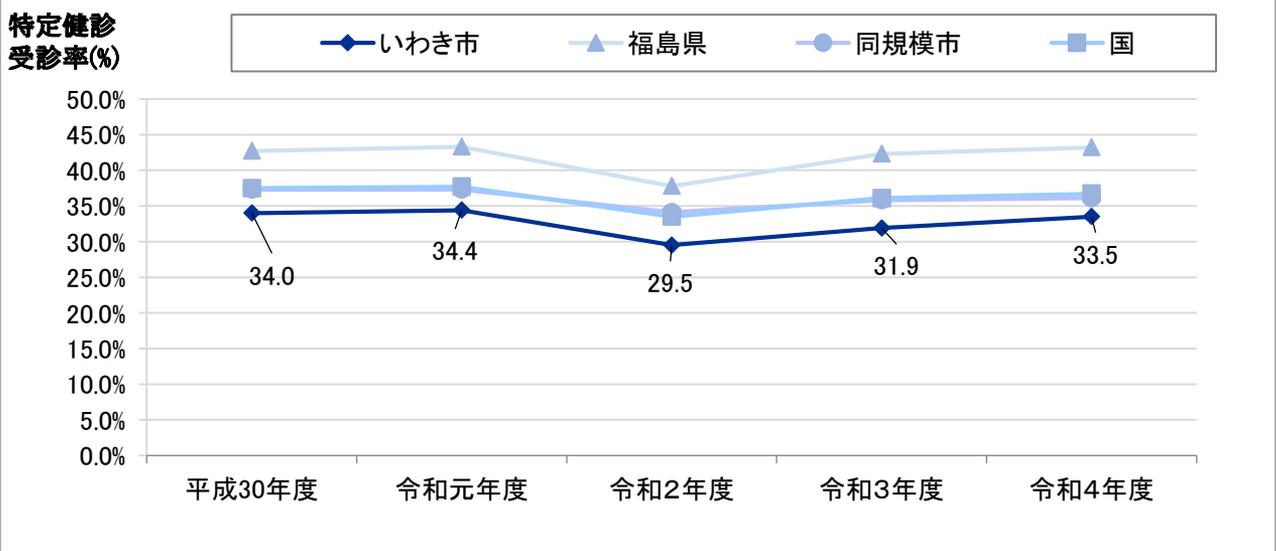
令和4年度の受診率33.5%は平成30年度の34.0%と同水準まで回復しています。

<図表40 年度別 特定健康診査受診率>

区分	特定健診受診率				
	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
いわき市	34.0%	34.4%	29.5%	31.9%	33.5%
(県内順位)	(59位)	(59位)	(57位)	(59位)	(59位)
福島県	42.7%	43.3%	37.8%	42.3%	43.2%
同規模市	37.3%	37.3%	34.1%	35.8%	36.1%
国	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	36.7%

出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

<図表41 年度別 特定健康診査受診率>



出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

特定健診の受診率を年齢階層別にみると、40～50代の受診率は低く、特に、男性の受診率は10%台と低迷しています。

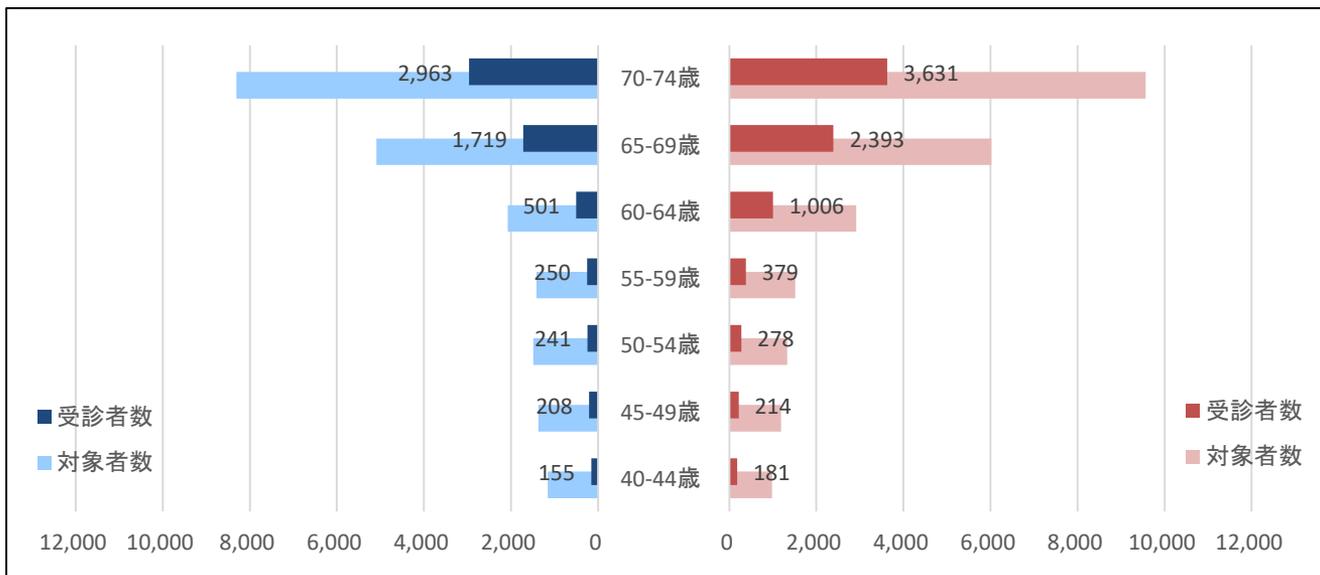
また、男女共に年齢があがるにつれ受診率が高くなっています。

<図表42 年齢階層別受診率状況（令和4年度）>

	男性			女性		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40-44歳	1,076	146	13.6%	927	201	21.7%
45-49歳	1,303	217	16.7%	1,075	222	20.7%
50-54歳	1,397	206	14.7%	1,277	280	21.9%
55-59歳	1,426	262	18.4%	1,393	362	26.0%
60-64歳	2,012	508	25.2%	2,745	975	35.5%
65-69歳	4,609	1,643	35.6%	5,515	2,266	41.1%
70-74歳	7,866	2,965	37.7%	9,206	3,753	40.8%
計	19,689	5,947	30.2%	22,138	8,059	36.4%

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

<図表43 年齢階層別受診率状況（令和4年度）>

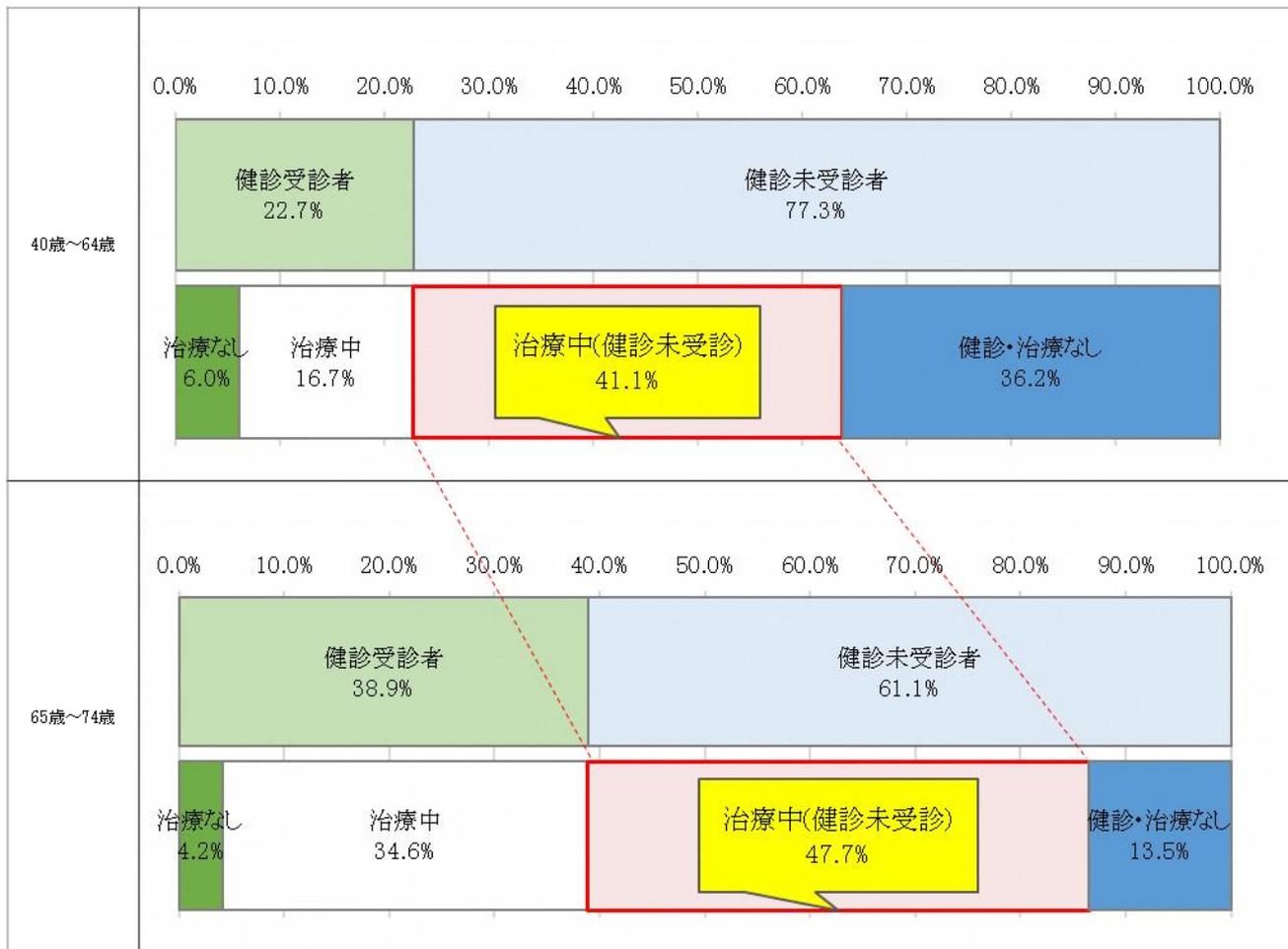


(2) 特定健診対象者の生活習慣病治療状況

以下は、令和4年度における40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況を示したものです。

治療中の健診未受診者が最も多くの割合を占めていることがわかります。

<図表44 特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)>



出典：国保データベース(KDB)システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

※「治療中」…特定健診対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計。

(3) 特定健康診査有所見者の状況

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。

BMIや腹囲といった「摂取エネルギーの過剰」が根底となり、高血糖、高尿酸、高血圧といった「血管を傷つける」所見や「動脈硬化の要因となる」LDLコレステロールが高い状態を維持すると、クレアチニン値の上昇（腎機能の悪化）や心電図異常といった「臓器障害」をもたらします。

男女共通して、国や福島県より有所見割合が高い項目は、腹囲、収縮期血圧、心電図であり、有所見割合が50%を超えている項目はHbA1cと収縮期血圧です。

<図表45 健診受診者の有所見者状況（年齢階層別）>

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40-64歳	人数	565	762	425	423	113	400	551	200	556	364	717	22	354
	割合	41.7%	56.2%	31.4%	31.2%	8.3%	29.5%	40.7%	14.8%	41.0%	26.9%	52.9%	1.6%	26.1%
65-74歳	人数	1,734	2,782	1,098	937	357	2,166	2,809	527	2,724	951	2,157	146	1,769
	割合	37.0%	59.4%	23.5%	20.0%	7.6%	46.3%	60.0%	11.3%	58.2%	20.3%	46.1%	3.1%	37.8%
いわき市	人数	2,299	3,544	1,523	1,360	470	2,566	3,360	727	3,280	1,315	2,874	168	2,123
	割合	38.1%	58.7%	25.2%	22.5%	7.8%	42.5%	55.7%	12.0%	54.3%	21.8%	47.6%	2.8%	35.2%
福島県	割合	36.9%	57.0%	26.2%	22.8%	8.1%	44.6%	57.0%	8.9%	52.7%	23.3%	45.7%	2.0%	24.9%
国	割合	34.5%	55.6%	28.3%	22.8%	7.4%	31.7%	57.3%	12.7%	51.2%	26.4%	48.2%	2.4%	23.4%
女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化要因	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40-64歳	人数	607	468	285	273	24	433	870	51	732	349	1,173	4	431
	割合	29.5%	22.7%	13.8%	13.3%	1.2%	21.0%	42.3%	2.5%	35.6%	17.0%	57.0%	0.2%	20.9%
65-74歳	人数	1,607	1,382	946	591	69	1,769	3,529	117	3,319	905	3,243	20	1,513
	割合	26.7%	22.9%	15.7%	9.8%	1.1%	29.4%	58.6%	1.9%	55.1%	15.0%	53.8%	0.3%	25.1%
いわき市	人数	2,214	1,850	1,231	864	93	2,202	4,399	168	4,051	1,254	4,416	24	1,944
	割合	27.4%	22.9%	15.2%	10.7%	1.2%	27.2%	54.4%	2.1%	50.1%	15.5%	54.6%	0.3%	24.1%
福島県	割合	27.6%	22.7%	15.4%	10.5%	1.6%	31.0%	57.3%	1.3%	47.8%	16.0%	54.6%	0.3%	18.1%
国	割合	21.9%	19.1%	15.9%	9.6%	1.3%	20.0%	55.8%	1.8%	46.3%	17.0%	56.6%	0.3%	18.5%

出典：国保データベース（KDB）システム「様式5-2」

■ : 国・福島県よりも高い数値の項目

○ : 有所見割合が50%以上の項目

(4) 特定健康診査質問票の状況

以下は、令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況について、経年的推移と国・福島県・同規模市との比較を表に示したものです。

質問調査票を見ると、血圧・血糖・脂質の服薬割合、体重増加、飲酒量（1合以上）の割合等は国・福島県・同規模市より高くなっています。

また、1回30分以上の運動習慣、朝食を抜く習慣は経年的に悪化しています。

<図表46 質問票調査の状況>

質問票項目		いわき市					福島県	同規模市	国
		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4年度		
服薬	高血圧	43.0%	42.8%	44.1%	44.1%	44.4%	42.3%	36.3%	35.6%
	糖尿病	10.2%	10.5%	10.9%	10.9%	11.0%	11.0%	8.8%	8.7%
	脂質異常症	30.7%	31.5%	32.4%	33.7%	34.1%	31.5%	29.2%	27.9%
既往歴	脳卒中	3.9%	3.8%	3.6%	3.7%	3.7%	3.1%	3.4%	3.1%
	心臓病	5.4%	5.6%	5.4%	5.6%	5.5%	6.1%	5.7%	5.5%
	腎不全	0.7%	1.0%	0.9%	1.0%	1.0%	0.8%	0.9%	0.8%
	貧血	6.2%	6.3%	6.1%	6.4%	6.4%	6.7%	11.3%	10.7%
生活習慣	喫煙	12.3%	11.7%	12.3%	12.0%	12.0%	13.5%	12.8%	13.8%
	20歳時の体重から10kg以上増加	36.0%	36.5%	38.0%	38.0%	36.7%	36.6%	34.7%	35.0%
	1回30分以上運動習慣なし	55.1%	55.0%	55.9%	57.1%	57.0%	62.7%	58.2%	60.4%
	1日1時間以上運動なし	48.6%	48.8%	50.2%	49.8%	50.1%	54.5%	47.1%	48.0%
	歩く速度が遅い	52.4%	52.6%	53.0%	53.7%	53.3%	54.0%	48.8%	50.8%
	食事がかみにくい、かめない	18.7%	19.1%	19.9%	20.6%	22.0%	21.1%	18.8%	19.9%
	食べる速度が速い	27.8%	27.1%	26.9%	26.2%	25.6%	25.2%	27.0%	26.8%
	週3回以上就寝前夕食	13.1%	12.8%	12.6%	12.3%	12.1%	14.9%	15.5%	15.7%
	3食以外の間食を毎日	44.8%	17.2%	17.4%	17.4%	17.0%	17.0%	21.3%	21.6%
	週3回以上朝食を抜く	7.1%	7.5%	8.2%	8.7%	8.3%	8.0%	11.7%	10.4%
	睡眠不足	20.3%	21.2%	21.4%	20.4%	21.2%	23.5%	25.0%	25.6%
	毎日飲酒	23.3%	23.1%	23.8%	23.5%	23.5%	25.5%	24.7%	25.5%
1日の飲酒量	1合未満	45.3%	44.3%	45.5%	44.4%	43.6%	58.2%	65.9%	64.1%
	1～2合未満	36.9%	37.1%	36.6%	38.5%	38.2%	29.6%	22.5%	23.7%
	2～3合未満	14.7%	15.6%	14.8%	14.4%	15.1%	10.2%	8.8%	9.4%
	3合以上	3.1%	2.9%	3.0%	2.7%	3.1%	2.0%	2.8%	2.8%

出典：国保データベース（KDB）システム「質問票調査の経年比較」「質問票調査の状況」

: 国・福島県よりも高い数値の項目

: 国・福島県・同規模市よりも低いが経年的に悪化している項目

(5) メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年度健康診査データにおけるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。

予備群は男性は18.4%、女性は7.1%であり、該当者は男性は35.6%、女性は13.7%です。

予備軍及び該当者ともに女性より男性の方が多くなっていることがわかります。

また、年齢階層別にみると、65 - 74歳では40 - 64歳に比べて予備軍の割合が減り、該当者割合が増えていることがわかります。

<図表47 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況（年齢階層別）>

男性		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	高血糖	高血圧	脂質 異常症	該当者	血糖＋ 血圧	血糖＋ 脂質	血圧＋ 脂質	3項目 全て
40-64歳	人数	1,355	120	272	18	139	115	370	48	23	178	121
	割合	22.4%	8.9%	20.1%	1.3%	10.3%	8.5%	27.3%	3.5%	1.7%	13.1%	8.9%
65-74歳	人数	4,682	160	840	53	667	120	1,782	309	69	799	605
	割合	77.6%	3.4%	17.9%	1.1%	14.2%	2.6%	38.1%	6.6%	1.5%	17.1%	12.9%
男性 総数	人数	6,037	280	1,112	71	806	235	2,152	357	92	977	726
	割合	100.0%	4.6%	18.4%	1.2%	13.4%	3.9%	35.6%	5.9%	1.5%	16.2%	12.0%
女性		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	高血糖	高血圧	脂質 異常症	該当者	血糖＋ 血圧	血糖＋ 脂質	血圧＋ 脂質	3項目 全て
40-64歳	人数	2,058	75	169	9	114	46	224	28	16	115	65
	割合	25.5%	3.6%	8.2%	0.4%	5.5%	2.2%	10.9%	1.4%	0.8%	5.6%	3.2%
65-74歳	人数	6,024	89	406	18	299	89	887	101	33	485	268
	割合	74.5%	1.5%	6.7%	0.3%	5.0%	1.5%	14.7%	1.7%	0.5%	8.1%	4.4%
女性 総数	人数	8,082	164	575	27	413	135	1,111	129	49	600	333
	割合	100.0%	2.0%	7.1%	0.3%	5.1%	1.7%	13.7%	1.6%	0.6%	7.4%	4.1%

出典：国保データベース（KDB）システム「様式5-3」

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク（①血糖 ②脂質 ③血圧）	該当状況
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上 または HbA1c（NGSP）5.6%以上

②血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

③脂質：中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

以下は、平成30年度から令和4年度における特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。

令和4年度と平成30年度を比較すると、基準該当者23.4%は平成30年度より1.8ポイント増加しており、予備群該当11.8%は平成30年度より0.2ポイント減少しています。

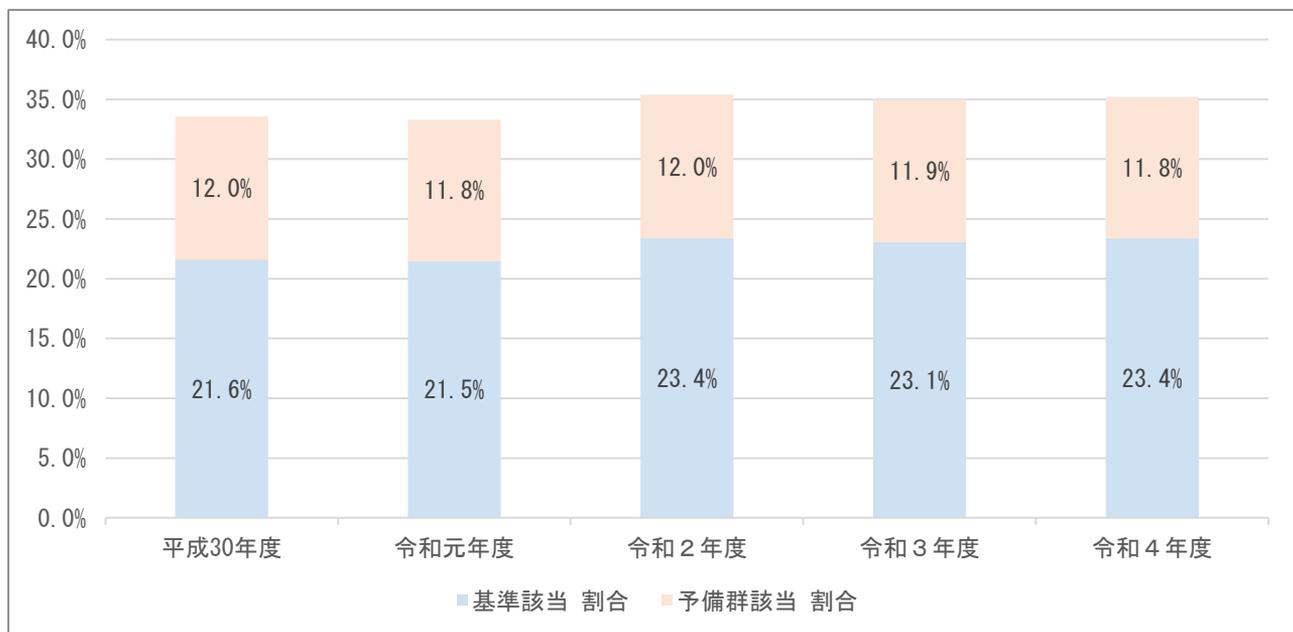
また、令和4年度において血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は1,024人で健診受診者全体の7.3%に上ります。

<図表48 メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移>

総計		健診受診者	腹囲のみ	予備群	予備群			該当者	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
平成30年度	人数	15,667	509	1,877	98	1,380	399	3,379	547	157	1,685	990
	割合	100.0%	3.2%	12.0%	0.6%	8.8%	2.5%	21.6%	3.5%	1.0%	10.8%	6.3%
令和元年度	人数	15,202	472	1,801	122	1,277	402	3,268	497	164	1,587	1,020
	割合	100.0%	3.1%	11.8%	0.8%	8.4%	2.6%	21.5%	3.3%	1.1%	10.4%	6.7%
令和2年度	人数	13,119	344	1,575	91	1,158	326	3,070	459	129	1,499	983
	割合	100.0%	2.6%	12.0%	0.7%	8.8%	2.5%	23.4%	3.5%	1.0%	11.4%	7.5%
令和3年度	人数	14,119	444	1,687	98	1,219	370	3,263	486	141	1,577	1,059
	割合	100.0%	3.1%	11.9%	0.7%	8.6%	2.6%	23.1%	3.4%	1.0%	11.2%	7.5%
令和4年度	人数	14,030	406	1,649	91	1,227	331	3,277	504	122	1,627	1,024
	割合	100.0%	2.9%	11.8%	0.6%	8.7%	2.4%	23.4%	3.6%	0.9%	11.6%	7.3%

出典：国保データベース（KDB）システム「様式5-3」

<図表49 メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移>



(6) 特定保健指導の状況

以下は、平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。

本市の令和4年度における特定保健指導の実施率は27.6%であり、福島県よりも9.0ポイント低くなっています。

また、実施率を経年的に見ると、福島県よりも低い状態が続いています。

本市における実施率は、令和2、3年度の新型コロナウイルス拡大下は積極的な利用勧奨を控えたことにより、一時減少したものの、令和4年度は利用勧奨を再開したことにより、これまでで最も高い値となっています。

<図表50 年度別 特定保健指導実施率>

	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
いわき市	23.8%	20.6%	19.2%	15.9%	27.6%
福島県	26.7%	30.1%	32.3%	33.4%	36.6%
同規模市	16.5%	16.5%	16.4%	16.0%	17.5%
国	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	24.9%

出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

※特定保健指導の階層化基準

腹囲／BMI		追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴 (注)	対象	
				40～64歳	65～74歳
腹囲	≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
		1つ該当	あり なし		
BMI	上記以外でBMI ≥25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
		2つ該当	あり なし		
		1つ該当	/		

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP)5.6%以上

②血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

③脂質：中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

(注)喫煙歴は①～③のリスクが一つ以上の場合にのみカウントする。

※特定健診受診時に糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者は対象外となる。

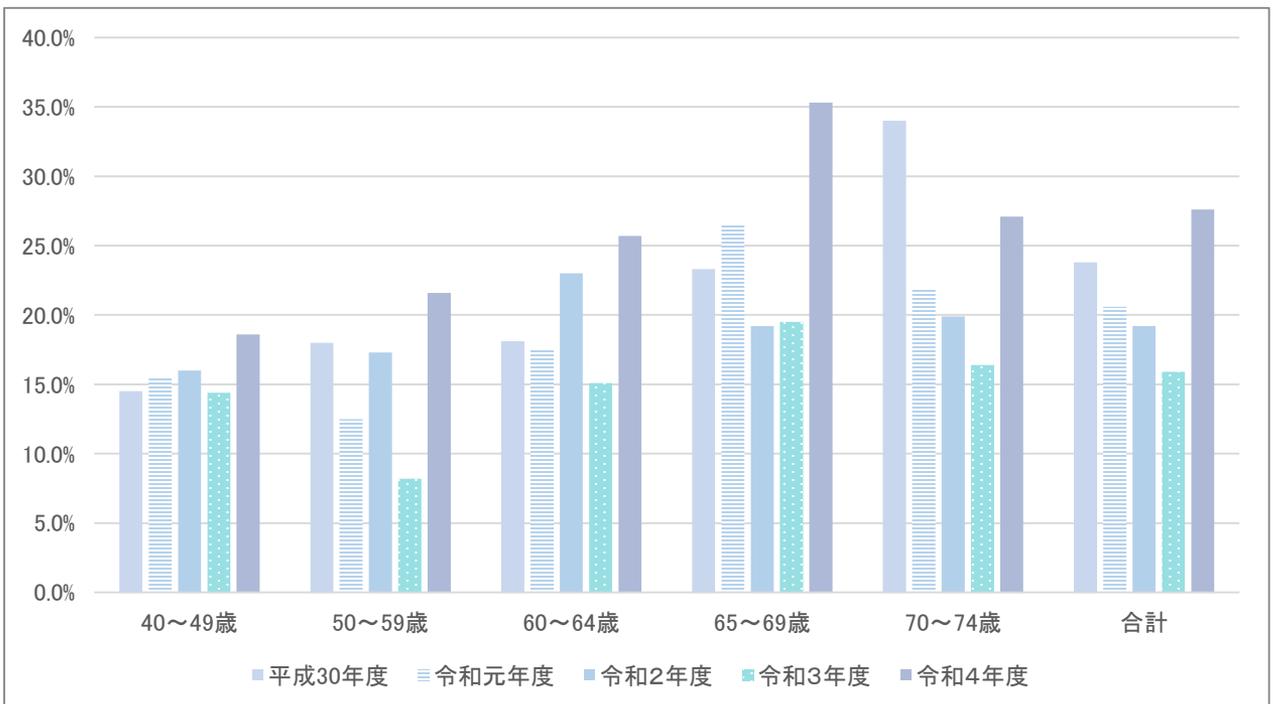
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導状況を年度別に示したものです。令和4年度と平成30年度を比較すると、令和4年度の指導実施率は27.6%であり、平成30年度の23.8%から3.8ポイント増加しており、年齢層別でもすべて年齢層で増加傾向となっています。

なお、40歳代の実施率が10%代と伸び悩んでいることが課題です。

<図表51 年齢別 保健指導状況>

区分		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
40～49歳	対象者	173	155	175	160	156
	実施者	25	24	28	23	29
	実施率	14.5%	15.5%	16.0%	14.4%	18.6%
50～59歳	対象者	228	232	179	184	171
	実施者	41	29	31	15	37
	実施率	18.0%	12.5%	17.3%	8.2%	21.6%
60～64歳	対象者	227	212	148	152	152
	実施者	41	37	34	23	39
	実施率	18.1%	17.5%	23.0%	15.1%	25.7%
65～69歳	対象者	549	480	406	435	380
	実施者	128	17	78	85	134
	実施率	23.3%	26.5%	19.2%	19.5%	35.3%
70～74歳	対象者	435	466	477	488	451
	実施者	148	102	95	80	122
	実施率	34.0%	21.9%	19.9%	16.4%	27.1%
合計	対象者	1,612	1,545	1,385	1,419	1,310
	実施者	383	319	266	226	361
	実施率	23.8%	20.6%	19.2%	15.9%	27.6%

<図表52 年齢別 保健指導実施率>



出典：「特定保健指導法定報告」

8 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。

認定率20.4%は福島県より0.3ポイント高く、一件当たり給付費58,540円は福島県より11.1%低い状況です。

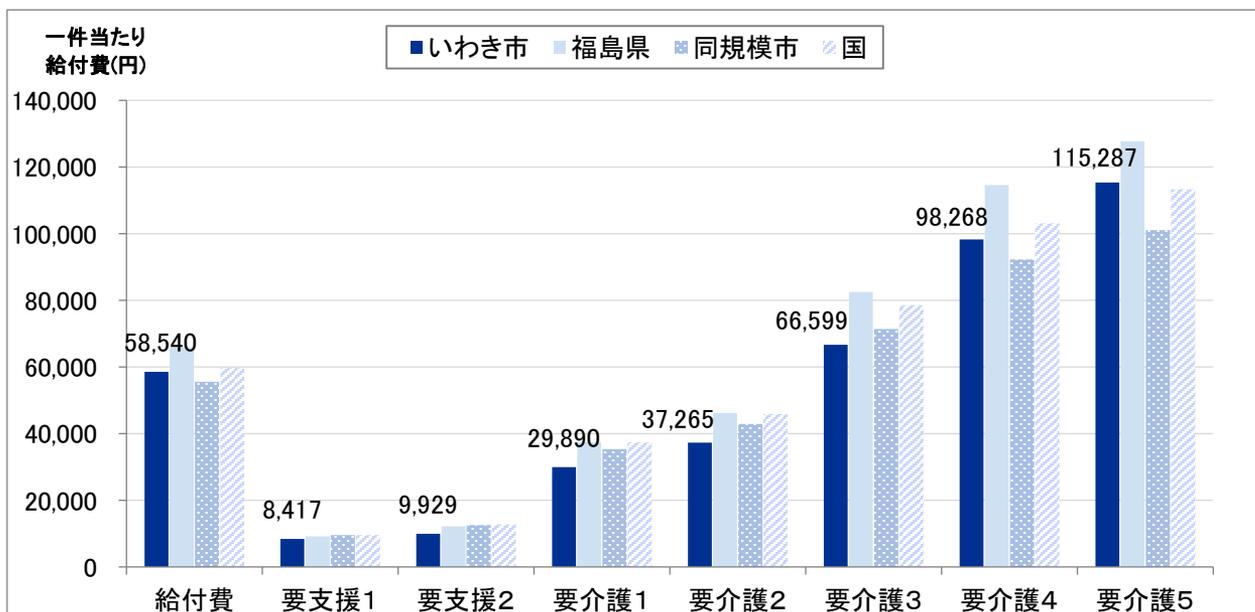
一件当たり給付費は、いずれの介護度においても本市が福島県よりも低くなっています。

<図表53 要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)>

区分	いわき市	福島県	同規模市	国
認定率	20.4%	20.1%	20.5%	19.4%
認定者(人)	21,463	117,320	1,744,647	6,880,137
第1号(65歳以上)	20,907	114,440	1,702,783	6,724,030
第2号(40~64歳)	556	2,880	41,864	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	58,540	65,863	55,521	59,662
要支援1	8,417	9,108	9,547	9,568
要支援2	9,929	12,095	12,550	12,723
要介護1	29,890	37,332	35,290	37,331
要介護2	37,265	46,124	42,888	45,837
要介護3	66,599	82,465	71,337	78,504
要介護4	98,268	114,500	92,237	103,025
要介護5	115,287	127,718	101,015	113,314

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

<図表54 要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)>



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病併発状況

以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病併発状況を示したものです。

男女共に、その他の循環器系疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患等)、高血圧症、筋骨格系疾患が全ての要介護度の上位3位を占めています。要介護度が低い段階では、高血圧や筋骨格計疾患が多く割合を占めているが、要介護度が上がるにつれて、順番が逆転し、循環器系疾患が最も多くなります。

介護認定者全体でみると、男性は、その他の循環器系疾患が、女性は筋骨格系疾患が最も多くの併発疾病となっています。

※各項目毎に上位3疾病を
網掛け 表示する。

＜図表55 要介護(支援)認定者の疾病併発状況(令和4年度)＞

男性		糖尿病	高血圧症	筋骨格系疾患等	認知症	その他の循環器系疾患	糖尿病性腎症	慢性腎不全	がん	COPD
要支援1	人数	298	511	445	58	448	26	95	189	123
	割合	46.6%	80.0%	69.6%	9.1%	70.1%	4.1%	14.9%	29.6%	19.2%
要支援2	人数	287	516	473	28	451	29	108	175	128
	割合	45.6%	82.0%	75.2%	4.5%	71.7%	4.6%	17.2%	27.8%	20.3%
要介護1	人数	575	1,039	898	345	998	49	180	334	271
	割合	43.1%	77.9%	67.3%	25.9%	74.8%	3.7%	13.5%	25.0%	20.3%
要介護2	人数	698	1,213	1,095	353	1,163	81	279	426	364
	割合	46.1%	80.2%	72.4%	23.3%	76.9%	5.4%	18.4%	28.2%	24.1%
要介護3	人数	526	987	875	507	1,023	43	203	313	278
	割合	40.3%	75.7%	67.1%	38.9%	78.5%	3.3%	15.6%	24.0%	21.3%
要介護4	人数	510	919	857	486	1,015	41	204	333	319
	割合	40.6%	73.2%	68.2%	38.7%	80.8%	3.3%	16.2%	26.5%	25.4%
要介護5	人数	345	601	520	389	700	35	120	212	225
	割合	40.7%	70.9%	61.3%	45.9%	82.5%	4.1%	14.2%	25.0%	26.5%
介護認定者	人数	3,239	5,786	5,163	2,166	5,798	304	1,189	1,982	1,708
	割合	43.1%	76.9%	68.6%	28.8%	77.1%	4.0%	15.8%	26.3%	22.7%
女性		糖尿病	高血圧症	筋骨格系疾患等	認知症	その他の循環器系疾患	糖尿病性腎症	慢性腎不全	がん	COPD
要支援1	人数	479	1,129	1,223	85	849	24	81	172	149
	割合	34.8%	81.9%	88.8%	6.2%	61.6%	1.7%	5.9%	12.5%	10.8%
要支援2	人数	719	1,681	1,809	124	1,335	37	151	224	264
	割合	36.2%	84.7%	91.2%	6.3%	67.3%	1.9%	7.6%	11.3%	13.3%
要介護1	人数	888	2,016	2,069	739	1,701	40	220	282	329
	割合	35.3%	80.0%	82.1%	29.3%	67.5%	1.6%	8.7%	11.2%	13.1%
要介護2	人数	1,001	2,424	2,503	887	2,071	56	278	393	417
	割合	33.6%	81.3%	84.0%	29.8%	69.5%	1.9%	9.3%	13.2%	14.0%
要介護3	人数	810	1,903	1,991	1,098	1,755	50	232	248	311
	割合	32.8%	77.0%	80.5%	44.4%	71.0%	2.0%	9.4%	10.0%	12.6%
要介護4	人数	751	1,872	2,003	1,173	1,946	45	278	312	369
	割合	28.9%	72.1%	77.1%	45.2%	74.9%	1.7%	10.7%	12.0%	14.2%
要介護5	人数	522	1,280	1,318	1,040	1,455	33	158	190	295
	割合	27.0%	66.2%	68.1%	53.8%	75.2%	1.7%	8.2%	9.8%	15.3%
介護認定者	人数	5,170	12,305	12,916	5,146	11,112	285	1,398	1,821	2,134
	割合	32.6%	77.6%	81.4%	32.4%	70.0%	1.8%	8.8%	11.5%	13.4%

出典:国保データベース(KDB)システム 令和04年度 KDB「介入支援管理」

9 子どもの生活習慣の実態

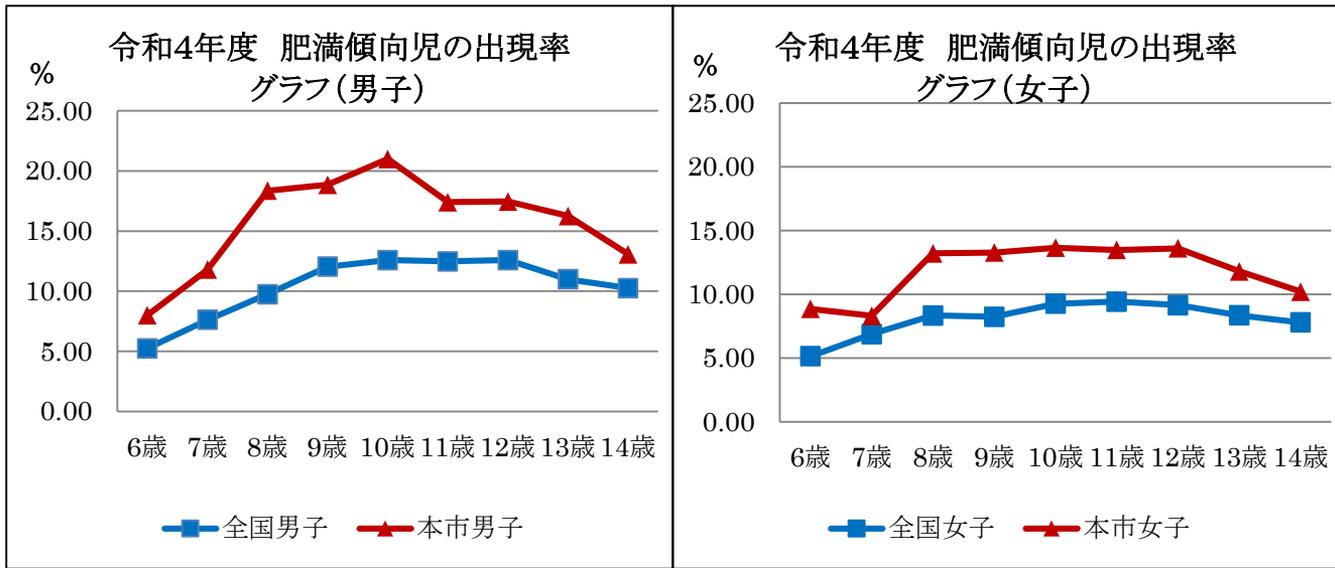
本市の学校保健統計調査によると、男女共に全年齢で全国の肥満傾向児の出現率を上回っています。

特に8歳、10歳の男子において全国との差が大きくなっています。

また、健康いわき21第二次最終評価時のアンケートによると、食習慣の3指標のうち2指標が悪化、1指標はやや改善していますが、運動習慣は2指標とも悪化しています。

日本医師会によると、「学童期肥満の4割、思春期肥満の7割は成人肥満に移行する」と言われていることから、子どもの健康管理を担っている保護者と、子ども自身に対する正しい知識の普及啓発（いわきっ子生活習慣病予防健診）を継続していく必要があります。

<図表56 肥満傾向児の出現率(令和4年度)>



資料：学校保健統計（学校保健統計調査報告書）

肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。

肥満度 = (実測体重 - 身長別標準体重) / 身長別標準体重 × 100%

<図表57 学童期の生活習慣(令和4年度)>

指 標	当初値 平成22年度 (2020年度)	中間評価時 平成29年度 (2017年度)	現状値 令和4年度 (2022年度)	改善	目標値 令和5年度 (2023年度)	評価
生活習慣と保健行動の指標						
食習慣						
※ 2-13 甘味飲料（ジュース・缶コーヒー・スポーツ飲料等）を週3回～4回以上飲む小中学生の割合	49.3%	50.3%	44.8%	○	38.0%	C
2-14 毎日朝食をとる小中学生の割合	93.5%	95.1%	76.0%	▲	100.0%	D
2-15 油を使った料理（揚げ物・炒め物）週3回～4回以上好んで食べる小中学生の割合	64.3%	72.7%	73.6%	▲	40.0%	D
運動習慣						
2-16 日頃体育以外に運動する小中学生の割合	71.7%	65.8%	60.5%	▲	76.0%	D
2-17 外で体を動かして遊ぶ小中学生の割合	74.8%	72.5%	64.4%	▲	88.0%	D
自己管理						
2-18 定期的に体重測定する小中学生の割合	51.1%	58.9%	61.9%	○	70.0%	B

出典：健康いわき21（第二次）の最終評価のためのアンケート結果（学童期）一部抜粋

※「2-14 毎日朝食をとる小中学生の割合」については、現状値を把握する市民アンケート調査での設問内容を変更したため、当初値、中間評価時から大幅な減少となっていると思われます。

第3章 過去の取組みの考察

1 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）全体の評価

以下は、第2期データヘルス計画全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものです。

全体目標	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。
------	---------------------------------------------

評価指標	実績			目標値	達成状況
	計画策定時 平成28年度	中間評価時 令和2年度	現状値 令和4年度	令和5 年度	
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)	2.8% (2,355万円)	3.7% (3,397万円)	4.2%	達成
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)	3.4% (2,793万円)	4.0% (3,633万円)	4.6%	達成
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	0.687人	0.725人	0.446人	未達成
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% (570人)	0.5% (556人)	0.4%	未達成

2 各事業の達成状況

以下は、第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業の達成状況を示したものです。全5事業のうち、改善が見られる事業は1事業、横ばい状態の事業は3事業、悪化している事業は1事業となりました。

事業名	実施年度	事業目的	対象者
			実施方法
特定健康診査受診率向上対策事業	平成30年度～令和5年度	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。	40～75歳未満のいわき市国民健康保険被保険者 1 個別の受診勧奨強化 2 継続受診者増加に向けた取組 3 広報・PRの充実 4 インセンティブ事業
特定保健指導事業	平成30年度～令和5年度	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	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 1 いわき市直営型（個別型・教室型） 2 委託型（医療機関型・HELPO型）
糖尿病性腎症重症化予防事業	平成30年度～令和5年度	糖尿病が重症化するリスクの高い者に対して受診勧奨・保健指導をおこなうことで、人工透析への移行を防止し、健康増進・医療費の適正化を図る。	(ア) 空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上、HbA1c6.5%以上の未治療者 (イ) 糖尿病治療中断者 (ウ) 糖尿病治療中者のうち糖尿病性腎症を発症している、またはそのリスクが高い者 ※(ア)、(ウ)は健診を受診している者 1 対象者(ア)・(イ)に対する受診勧奨・保健指導 2 対象者(ウ)に対する保健指導
慢性腎臓病重症化予防事業	平成30年度～令和5年度	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。	【健診受診者のうち】 (ア) eGFRが受診勧奨値となった未治療者の中で尿蛋白が出ている者 (イ) eGFRが50～60となった未治療者で2つ以上の生活習慣病リスクが出ている40～64歳の者 1 対象者(ア)に対する受診勧奨・保健指導 2 対象者(イ)に対する保健指導
高血圧重症化予防事業	平成30年度～令和5年度	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病予防に対する意識を高めることにより、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。	【健診受診者のうち】 (ア) 未治療のⅡ度高血圧以上の者 (イ) 治療中だがⅡ度高血圧以上の者 1 対象者(ア)に対する受診勧奨 2 対象者(イ)に対する保健指導

事業名	評価指標 (★はアウトプット、 ◎はアウトカム指標)		実績						指標 評価	事業 評価	
			平成28	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4			令和5
特定健康診査 受診率向上 対策事業	★受診勧奨通知等 送付数・割合	目標	未設定(通・%)						1	3	
		実績	—	53,658	55,075	54,106	82,396	26,288			—
	◎特定健診受診率 (法定報告値)	目標	55.0	37.0	41.0	46.0	51.0	56.0	60.0		3
		実績	32.3	34.0	34.4	29.5	31.9	33.5	—		
	◎継続受診割合	目標	令和5年度までに25.3%						4		
		実績	17.0	23.7	23.6	26.1	22.4	21.4			23.5
	◎3年連続未受診者割合	目標	令和5年度までに40.0%						2		
		実績	50.0	51.4	49.9	51.8	55.8	55.3			57.4
特定保健指導 事業	★特定保健指導未利用者 への利用勧奨割合	目標	未設定						1	4	
		実績	84.4	88.8	62.2	58.3	74.5	83.0			—
	◎特定保健指導実施率 (法定報告値)	目標	50.0	20.0	25.0	31.0	36.0	42.0	47.2		4
		実績	14.0	23.8	20.6	19.2	15.9	27.6	—		
	◎特定保健指導改善率	目標	令和5年度までに90.0%						4		
		実績	—	72.4	71.9	73.6	73.9	76.4			—
糖尿病性腎症 重症化 予防事業	★未受診者への 再受診勧奨率	目標	100%						5	2	
		実績	—	100	100	100	98.0	100			—
	★治療中断者に対する 受診勧奨率	目標	100%						5		
		実績	—	82.5	57.6	100	100	100			—
	★保健指導依頼があった者 への保健指導実施率	目標	100%						4		
		実績	—	92.0	74.4	81.8	100	90.6			—
	★ハイリスク者に対する 保健指導実施率	目標	100%						2		
		実績	—	100	100	100	100	87.5			—
	◎HbA1c6.5%以上の 未治療者割合	目標	令和5年度までに2.5%						2		
		実績	3.4	3.4	3.5	3.9	3.7	4.0			—
	◎患者千人あたりの 人工透析新規患者数	目標	令和5年度までに0.122人						4		
		実績	0.179	0.137	0.126	0.198	0.143	0.126			—
	◎再受診勧奨後の受診率 (R3年度から追加)	目標	—			100%			2		
		実績	—	—	40.3	—	33.0	19.4			—
◎ハイリスク対象者のコン トロール目標値達成割合 (R3年度から追加)	目標	—			100%			2			
	実績	—	—	62.1	—	40.5	40.5		—		

事業名	評価指標 (★はアウトプット、 ◎はアウトカム指標)		実績						指標 評価	事業 評価
			平成28	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4		
慢性腎臓病 重症化予防 事業	★未治療者への受診勧奨率	目標	100%						5	3
		実績	—	78.9	100	100	100	100		
	★腎機能低下の恐れがある 対象者への保健指導率 (令和3年度から追加)	目標	100%						4	
		実績	—	—	21.1	—	100	99.3		
	◎特定健診の結果、 eGFR50未満の者の割合	目標	令和5年度までに1.4%						4	
		実績	2.7	2.6	2.6	2.2	2.6	2.4		
	◎特定健診の結果、eGFR50未 満の未治療割合	目標	令和5年度までに1.0%						3	
		実績	1.4	1.5	1.3	1.6	1.6	1.4		
	◎受診勧奨後の受診率 (令和3年度から追加)	目標	100%						2	
		実績	—	—	54.5	—	29.8	18.0		
	◎翌年度健診での慢性腎臓病 重症化分類における 腎機能ステージの維持率 (R3年度から追加)	目標	100%						4	
		実績	—	—	77.7	—	99.1	95.7		
高血圧重症 化予防事業	★特定健診の結果、 Ⅱ度高血圧以上で未治療者 への受診勧奨率	目標	100%						4	
		実績	—	28.3	34.1	78.8	96.9	96.7		—
	★特定健診の結果、 Ⅱ度高血圧以上で未治療者 への保健指導実施率	目標	100%						4	
		実績	—	49.2	90.8	76.7	97.3	96.0		—
	◎Ⅱ度高血圧以上の者の割合	目標	令和5年度までに3.6%						2	
		実績	4.2	4.0	4.0	5.5	5.7	5.5		—
	◎受診勧奨後の受診率 (令和3年度から追加)	目標	100%						3	
		実績	—	—	54.5	—	50.8	52.3		—

※アウトプットは実施量、実施率を、
アウトカムは成果を評価する指標をさします

**最終評価
の設定基準**

- 5 : 目標達成
- 4 : 目標未達成だが改善している
- 3 : 目標未達成であり横ばい
- 2 : 目標未達成であり悪化している
- 1 : 評価できない

3 分析データと前期計画評価から見てきた健康課題

(1) 健康・医療費等の分析

健康・医療費等の分析結果を以下のとおりまとめました。

項目	分析結果	ページ
基本情報	令和4年度の主たる死因の状況を分析すると、心臓病による死亡率は国・福島県・同規模市より高い。とりわけ県と比べ2.6ポイント高い。また、脳疾患による死亡率は、国・同規模市より高い。	10
	主たる死因の状況を経年的に分析すると、心臓病は1.3ポイントの増加、腎不全は1.0ポイントの増加、糖尿病は0.6ポイントの増加となっている。	11
	平均余命・平均自立期間を分析すると、日常生活に制限のある（要介護2以上の）期間の平均は、男女ともに国・福島県・同規模市と比べて長い。	12
医療の状況	人口千人当たりの医師数は国や福島県、同規模市より少ないが、病床数、外来・入院患者数は国や福島県よりも多く、医師数が住民や患者数に対して少ないことが分かる。	14～16
	総医療費と一人当たり医療費について、平成30年度と令和4年度を比較すると、被保険者数の減少とともに、総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は増えている。また、国・福島県・同規模市より20,000～30,000円ほど高い。男女年齢階層別医療費を分析すると、年齢が上がるにつれ、一人当たり医療費は高くなり、どの年代においても、男性が女性を上回っている。	16～17
	疾病別医療費内訳を分析すると、高血圧等の循環器系の疾患や、糖尿病等の内分泌系の疾患、精神及び行動の障害、消化器系の疾患の割合が、国・福島県・同規模市と比較して高くなっている。	18
	一件あたり80万円以上の高額レセプトを分析すると、総医療費では、悪性新生物が最も多くの割合を占めている。また一人当たりの医療費は心不全等のその他の心疾患が最も高く、腎不全が次いで高くなっている。	19
	虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析のレセプトを分析すると、令和4年度は、平成25年度、28年度と比較し、虚血性心疾患、脳血管疾患は減少しており、人工透析は横ばいである。 しかし、高血圧、糖尿病、脂質異常症を併発する割合は増加傾向にあり、特に、3疾病において約8割が高血圧を併発している。	20
	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療者のレセプトを分析すると、平成25年度、平成28年度と比較し、被保険者数に対する糖尿病・高血圧・脂質異常症治療者割合はいずれも増加している。一方で、それぞれの疾患が虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析に占める割合は減少傾向にある。 これは、要医療者が早期に受診に繋がったと同時に、重症化予防対象者への保健指導が一定の成果となっていると評価できる。	21
	人工透析患者の状況を分析すると、一人当たり医療費はやや減少している。人工透析患者は男女ともに30代後半から出現しており、透析の起因として糖尿病性腎症（2型糖尿病）が6割を占めている。	22～24

項目	分析結果	ページ
医療の状況	<p>多剤薬剤処方状況を分析すると、15剤以上の処方を受けている者はその月に薬剤処方を受けている者のうち1.9%（615人）であり、経年的な割合は横ばいであることから、取り組みの強化が必要である。また、65歳以上に比べて64歳以下の方が該当者の割合が多い。</p>	24
	<p>重複薬剤処方状況を分析すると、2医療機関以上で重複薬剤処方を受けている者はその月に薬剤処方を受けている者のうち5.4%（1,696名）で20人に1人が該当することから、取り組みの強化が必要である。また、65歳以上に比べて64歳以下の方が該当者の割合が多い。</p>	24
	<p>後発医薬品の状況を分析すると、普及率（令和4年度、数量ベース）は80.1%で年々増加しており、国が定める目標値（80%）を達成しているが、県内13市を3.7ポイント下回っている。</p>	25
健診の状況	<p>特定健診の受診率を経年的に分析すると、国・福島県・同規模市よりも低い状態が続いている。また、年齢階層別にみると男女共に40～50代の受診率が低迷している。健診対象者の生活習慣病治療状況を見ると、治療中かつ健診未受診者が最も多くの割合を占める。</p>	26～28
	<p>健診有所見状況を分析すると、男女共通して腹囲、収縮期血圧、心電図が国・福島県よりも高い。また、収縮期血圧とHbA1cにおいて有所見率が50%を超えている。これらの結果から、住民が適正な摂取エネルギーを把握できるようにするためのポピュレーションアプローチと、血管を傷つけるリスクや臓器障害を引き起こすリスクを下げるためのハイリスクアプローチの両面からの取り組みが必要と言える。</p>	29
	<p>質問調査票を分析すると、血圧・血糖・脂質の服薬割合、体重増加、飲酒量（1合以上）の割合等は国・福島県・同規模市よりも高い。また、1回30分以上の運動習慣、朝食を抜く習慣は経年的に悪化している。</p>	30
	<p>令和4年度健診受診者の内、メタボリックシンドロームの該当者は23.4%、予備軍は11.8%、血圧、血糖、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は7.3%である。また、メタボリックシンドロームの予備軍の割合は経年的にやや減少しているが、該当者は増加傾向にある。</p>	31～32
	<p>特定保健指導の実施率は経年的に上昇しているものの、福島県と比較すると低い。また、40歳代の実施率は10%代と伸び悩んでいる。</p>	33～34
介護の状況	<p>要介護（支援）認定者の疾病併発状況を分析すると、男女共に、その他の循環器系疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患等）、高血圧症、筋骨格系疾患が全ての要介護度の上位3位を占めている。要介護度が低い段階では、高血圧や筋骨格計疾患が多くの割合を占めているが、要介護度が上がるにつれて、順番が逆転し、循環器系疾患が最も多くなる。また、介護認定者全体でみると、男性は、その他の循環器系疾患が、女性は筋骨格系疾患が最も多くの併発疾病である。</p>	35
の子ども	<p>男女共に全年齢で全国の肥満傾向児の出現率を上回っている。また、健康いわき21第二次最終評価時のアンケートによると、食習慣、運動習慣ともに悪化傾向にある。</p>	37

(2) 第2期データヘルス計画の振り返り

ア 計画全体（中長期目標）に対する振り返り（P38参照）

- (ア) 「虚血性心疾患、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」については、目標値を達成しているものの、悪性新生物等、他の疾病にかかる医療費の増大等の影響を受けている可能性がある。
- (イ) 「患者千人当たり糖尿病性腎症新規患者数の減少（月）」については目標値を達成していない。これは、コロナ禍において外出機会や運動習慣が減ったことにより、健康状態が悪化し腎機能の低下が進んだことが要因として考えられる。
- (ウ) 「介護保険2号被保険者の要介護認定割合の減少」については、目標値を達成していない。要介護認定者はやや減少しているものの、割合は横ばいである。一度介護認定を受けるとその後非該当に転じることは稀であることから、大幅に減少させることは難しいと考えられる。

イ 個別保健事業の振り返り

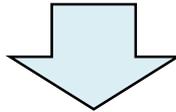
項目	事業名	振り返り結果	ページ
個別保健事業の状況	特定健康診査事業	個別通知は継続して発送しているが、健診受診率は横ばいとなっており、頭打ちの状況となっている。新たなアプローチ方法の検討が必要である。	39～41
	特定保健指導事業	新型コロナウイルス感染症の流行により、一時的に控えていた利用勧奨（電話・訪問等による）を再開することにより、目標には到達していないものの、実施率の伸びが見られる。直接対象者に働きかける利用勧奨の継続が必要である。	
	糖尿病性腎症重症化予防事業	受診勧奨は100%実施できており、保健指導もおおむね実施できているが、 <u>保健指導後のHbA1cコントロール目標値達成率は40%程度でありHbA1c6.5%以上の未治療者割合は増加傾向にあることから、事業の継続が必要である。</u>	
	慢性腎臓病重症化予防事業	受診勧奨や保健指導の実施率はおおむね100%達成できており、 <u>eGFR50未満者の割合も減少傾向にある。受診勧奨後の受診率が伸び悩んでいることから、アプローチの方法に検討が必要である。</u>	
	高血圧症重症化予防事業	受診勧奨や保健指導の実施率はおおむね100%実施できているが、受診勧奨後の受診率は5割程度となっている。また、 <u>Ⅱ度高血圧以上の者の割合は増加傾向にあることから、事業の継続が必要である。</u>	

(3) 健康課題のまとめ

【課題1】 特定健診受診率・特定保健指導実施率が低い

特定保健指導や重症化予防等の保健事業は、特定健康診査の結果に基づいて実施しているが、本市の特定健康診査受診率は、県内下位が続いており、低迷している。ここから、保健指導が必要な対象者の把握が不十分となり、必要な者への保健指導が十分に行き届いていない状況がある。よって、特定健診の受診率を向上させ、より多くの被保険者の健康状態の把握に努める必要がある。

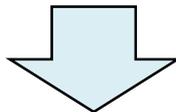
さらに、特定保健指導実施率が低いことから、メタボリックシンドロームの改善に結びつかないため、重症化が想定される人が多い。



特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上
(健康状態を自ら把握し、メタボリックシンドロームの改善を図る)

【課題2】 虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析等にかかる医療費が高い

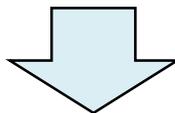
虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析等にかかる医療費は経年的に減少傾向にあるが、依然として、虚血性心疾患や脳血管疾患は大きな割合を占めている。また、人工透析にかかる一人当たり医療費は高い。これらの疾患は共通して、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満等が発症リスクとなっており、医療費の増大を抑制するためには、発症リスクとなる原因疾患の発症予防、重症化予防に取り組んでいく必要がある。



原因疾患となる高血圧症・糖尿病等患者の重症化予防の取組の推進
(未治療者対策と慢性疾患の重症化予防を図る)

【課題3】 受診行動の適正化が十分に図られておらず、後発医薬品の普及率も低い

重複服薬・多剤服薬者を適正な服薬につなげて、有害事象の発生を抑制するとともに、医療費の増大を抑制するために、受診行動の適正化や後発医薬品の普及率向上を図る事業の展開が必要である。また、医療費適正化事業を推進する保険者努力支援制度の改定等、国の動向も踏まえて、医療費適正化に取り組んでいく必要がある。



重複服薬・多剤服薬の抑制及び後発医薬品の普及率向上

1 計画の目的・目標

以下は、前ページで明らかになった健康課題に対して本計画の目的、その目的を達成するための目標を示したものです。

(1) 計画の目的

被保険者が自身の健康状態を把握し、自ら健康な生活習慣を確立し、生活習慣病等の疾病の予防並びに疾病管理を行うことができるようにすることで、健康格差を縮小し、医療費の適正化や健康寿命の延伸を図ります。

(2) 保健事業の中長期目標

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「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「新規人工透析」等の有病率・患者数を減らし、医療費の伸びを抑えます。

(3) 保健事業の短期目標

ア 「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「末期腎臓病（人工透析導入段階）」の血管変化における共通リスクとなる、高血圧症、糖尿病、脂質異常症等を減らします。

特定健康診査の結果より、基礎疾患の未治療者を適切なタイミングで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。

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

(イ) 人工透析に移行する最も多くの起因として2型糖尿病があげられることから、高血糖の者（HbA1c6.5%以上）血糖コントロール不良者（HbA1c8.0以上）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ます。

(ウ) 人工透析にかかる医療費を縮小していくために、eGFRの重症度と尿蛋白の結果より、腎機能の維持と未治療者を受診につなげるため、慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策事業を継続します。

イ 特定健康診査受診率、特定保健指導実施率を向上し自身の健康状態を把握している人を増やし、リスクのある人に対し、メタボリックシンドローム改善のための取組みを支援します。

ウ 医療費の適正化の観点から、受診行動の適正化や後発医薬品の普及率向上についても継続して取り組みます。

(4) 目標一覧

中長期目標

評価指標	計画策定時実績 令和4年度	目標値（最終評価） 令和11年度
虚血性心疾患の有病率 (人口10万人対)	3,836人	3,637人
脳血管疾患の有病率 (人口10万人対)	4,233人	3,768人
新規人工透析患者数 (人口10万人対)	83.4人	70.0人

短期目標

評価指標	計画策定時 実績 R4年度	目標値					
		R6	R7	中間 評価 R8	R9	R10	最終 評価 R11
Ⅱ度高血圧以上の者の割合 (%)	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	5.1	5.0
HbA1c6.5%以上の者の割合 (%)	10.2	10.0	9.9	9.8	9.7	9.6	9.5
HbA1c8.0%以上の者の割合 (%)	1.30	1.3	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
eGFR45未満の者の割合 (%)	2.40	2.3	2.3	2.3	2.2	2.2	2.2
特定健康診査受診率 (%)	33.5	36.0	37.2	38.4	39.6	40.8	42.0
特定保健指導実施率 (%)	27.6	30.0	31.2	32.4	33.6	34.8	36.0
メタボリックシンドロームの該当者、予備軍該当者の割合	35.2	32.3	30.8	29.3	27.9	26.4	24.9
重複服薬・多剤服薬者の割合 (%)	重複:5.4	減少					
	多剤:1.9						
後発医薬品使用割合 (%)	80.1	82.9%					

※中長期目標は、計画の最終年度までに達成を目指す目標を設定する。

目標値は、令和4年度の国の実績値。

※短期目標は、原則として年度ごとに達成を目指す目標を設定する。

目標値は、健康ふくしま21計画の目標値を参考に算出。

2 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業名称	事業概要	ページ
特定健康診査 受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、対象者群に効果的な受診勧奨を実施する。 受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	49
特定保健指導事業	特定健康診査の結果、保健指導判定値以上と判定された対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施する。 利用勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	50
糖尿病性腎症重症化 予防事業	特定健診の結果、血糖値が受診勧奨値にあり未治療の者、及び糖尿病治療中断者に対し受診勧奨・保健指導を実施する。 糖尿病を治療中であるにも関わらず血糖値が高く腎症のリスクが高い者に対しかかりつけ医と協力した保健指導を実施する。	51
高血圧症重症化 予防事業	特定健診の結果、Ⅱ度高血圧以上で未治療の者に対する受診勧奨・保健指導をおこなう。 また、服薬中であるにも関わらず、Ⅱ度高血圧以上でかつ推定食塩摂取量が10g以上の者に対し保健指導をおこなう。	52
慢性腎臓病重症化 予防事業	特定健診の結果、eGFRや尿たんぱくが受診勧奨値となった未治療者に対する受診勧奨及び保健指導を実施する。 また、eGFRが保健指導判定値となった未治療者で2つ以上の生活習慣病リスクが出ている40～64歳の者に対し保健指導を実施する。	53
重複服薬・多剤服薬 に関する事業	重複服薬・多剤服薬者に対し適正服薬を促す通知の送付や訪問等による指導をおこなうことで、適正な服薬につなげ、有害事象の発生を抑制するとともに、医療費の適正化を図る。	54
後発医薬品 使用促進事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する他、各種啓発活動を行い、後発医薬品使用割合の向上を図る。	55

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

特定健康診査受診勧奨事業（担当課：健康づくり推進課）								
事業の目的	特定健康診査の受診率向上							
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者のうち、未受診の者							
現在までの事業結果	特定健康診査受診率は、令和元年度までは順調に伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度に落ち込んだ。その後、受診勧奨を継続して、受診率は緩やかに上昇している。未受診者の理由として、定期通院中としている者の割合が最も多い。							
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> 健康づくり推進課が関係機関との調整、事業計画書作成担当し、国保年金課は、予算編成等を担当する。 健診実施機関への事業説明及び協力要請等、連携を深める。 							
実施内容	【個別の受診勧奨】 <ul style="list-style-type: none"> ナッジ理論を活用した対象者のタイプ別勧奨通知を送付 3年連続未受診者に対する受診勧奨通知を送付 市内事業所等への事業主健診等の結果提供依頼 特定健診委託医療機関への診療情報提供依頼 健診コールアドバイザーを配置し、電話による受診勧奨 【継続受診者増加に向けた取組】 <ul style="list-style-type: none"> 健診結果がわかる相談会 【広報・PRの充実】 <ul style="list-style-type: none"> 広報誌やポスター配布、新聞等による周知 市内イベント等における普及啓発活動 【インセンティブ事業】 <ul style="list-style-type: none"> 受診者へ市内フィットネスクラブの無料体験チケット配布 受診者（希望者）の中から抽選で市特産品等を贈呈 							
	【改善案】 治療中未受診者への介入 →健診未受診の理由として、最も大きな割合を占める「定期通院」の患者に直接アプローチできる、かかりつけ医との連携を深め、通院中未受診者の割合を減らすことを目標とする。健診実施機関と問題と目標を共有するために、年2回協力依頼通知を発送する。							
実施量・率指標 (アウトプット)	評価指標	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	健診未受診者に対する再受診勧奨の通知発送回数	2回	2回					
	健診実施機関への協力依頼通知回数	1回	2回					
成果指標 (アウトカム)	特定健康診査受診率	33.5%	36.0%	37.2%	38.4%	39.6%	40.8%	42.0%
	健診未受診者の内、治療中の者の割合	45.3%	43.8%	43.0%	42.3%	41.5%	40.7%	40.0%
評価計画	アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告より、「健診未受診者の内、治療中の者の割合」はKDBデータ（糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導）より確認する。							

特定保健指導事業（担当課：健康づくり推進課）

事業の目的	特定保健指導の実施により、自分の健康状態や生活様式に合わせた健康行動を知り、継続して実践することで、メタボリックシンドロームの改善を図る							
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導判定値に該当する者							
現在までの事業結果	特定保健指導実施率は、平成30年度までは緩やかに伸長したが、令和元年東日本台風、令和2年度以降の新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、利用勧奨を積極的に実施しなかった令和元年度以降は落ち込んでいる。その後、利用勧奨を再開し令和4年度の実施率は27.6%まで回復したが、国が定める目標60%とは大きく乖離している。また、特定保健指導の改善率はおおよそ70%台で推移しており、計画策定当初に目標としていた90%には到達していない。							
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主管部門は健康づくり推進課とし、関係機関との連携調整、事業計画書作成、案内文書作成等の事業実務を担当し、国保年金課は、予算編成を担当している。 ・ 特定保健指導は、健康づくり推進課保健指導員、地区保健福祉センター保健師、委託医療機関・企業等の医師、保健師、管理栄養士等が行う。 ・ ICTを活用した保健指導の環境整備を行い、対象者の希望に応じて、遠隔での保健指導を行えるようにする（HELPO）。 ・ 保健指導実施者向けの研修等を通して、保健指導の質の向上を図る。 							
実施方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定保健指導対象者へ特定保健指導の案内及び利用券等を送付する。 2. 案内送付から1か月程度経過しても対象者の反応がない場合は、訪問、電話等による利用勧奨を行う。 3. 利用意向がある対象者については、市直営型（個別型・教室型）と委託型（医療機関型・HELPO型）の中から希望するコースを選択してもらい、3～6か月間の継続的な支援を行う。 							
	<p>【改善案】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用意向の確認方法 →利用意向のために送付していた返信用ハガキを廃止し、全ての対象者に訪問や面接、電話等で直接的に利用勧奨を行う。健診の結果、要医療の判定となった方は、医療機関の受診に繋げる。 							
実施量・率指標 (アウトプット)	評価指標	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
成果指標 (アウトカム)	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	27.6%	30.0%	31.2%	32.4%	33.6%	34.8%	36.0%
評価計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ アウトプット指標「特定保健指導実施率」は、法定報告における「特定保健指導終了者の割合」とする。 ・ アウトカム指標「特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率」とは、前年度に特定保健指導を受けた者のうち、当年度の健診結果で特定保健指導の対象者から外れた者の割合である。 							

糖尿病性腎症重症化予防事業（担当課：健康づくり推進課）

事業の目的	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。						
対象者	<p>【未受診者】 特定健診において血糖値が受診勧奨値の者の内未治療者</p> <p>【治療中断者】 過去の糖尿病治療歴がある者のうち、直近6か月間にレセプト情報における糖尿病受療歴がない者</p> <p>【ハイリスク者】 現在糖尿病の治療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</p>						
現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> 国において平成28年4月に糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定されたことを受け、いわき市においても平成30年2月にいわき市医師会と協力して同プログラムを策定し、平成29年度から本事業を実施している。 令和4年度における未受診者・中断者への受診勧奨実施率は100%であり、受診勧奨後の受診率は未受診者で87.4%、中断者で39.6%となっている。また、医療機関からの返信割合は未受診者で33.9%、ハイリスク者で55.4%となっている。 						
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出、受診勧奨通知の発送やハイリスク者名簿の医療機関への送付は健康づくり推進課の保健師が担う。 未受診者、中断者への再受診勧奨、医療機関から保健指導の依頼があった者への保健指導を各地区保健福祉センターの保健師が担う。 ハイリスク者への保健指導については、健康づくり推進課の保健指導員が担う。 						
実施方法	<p>【未受診者・治療中断者】</p> <ol style="list-style-type: none"> 市は対象者に対し、受診勧奨通知を一斉に送付。 対象者は市からの通知を持って医療機関を受診し、医療機関が保健指導情報提供書を作成し市に送付。 医療機関から保健指導の依頼があった者に対し保健師が保健指導を実施。 情報提供書の返信がなく、レセプト上も受診が確認できない者に対し、訪問や電話による再受診勧奨を実施。 初回保健指導の結果を医療機関に文書で報告。その後は糖尿病連携手帳を活用し医療機関と連携して指導を実施していく。 <p>【ハイリスク者】</p> <ol style="list-style-type: none"> 市は対象者が通院中の医療機関に対し、対象者名簿を送付。 医療機関は保健指導の必要性について判断し、名簿と保健指導依頼書を市に送付する。 医療機関から保健指導の依頼があった者に対し、保健指導員が保健指導を実施。 初回保健指導の結果を医療機関に文書で報告。その後は糖尿病連携手帳を活用し医療機関と連携して指導を実施していく。 <p>【改善案】</p> <ul style="list-style-type: none"> 中断者について、受診につながらない方には翌年度も継続し受診勧奨をおこなう。 受診勧奨について、健診受診から3か月後を目途に対象者を抽出し、タイムリーな勧奨をおこなう。また、受診勧奨通知の見直しをおこなう。 						
実施量・率指標 (アウトプット)	評価指標	R4年度 現状値	目標値				
	受診勧奨実施率 (未受診者・中断者)	100%	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度
成果指標 (アウトカム)	受診勧奨後の医療機関受診率 (未受診者)	87.4%	100%				
	受診勧奨後の医療機関受診率 (中断者)	39.6%	50%				
	保健指導後のHbA1c維持改善率 (ハイリスク者)	70.2%	100%				
評価計画	保健指導後のHbA1c維持改善率は、HbA1cの値が保健指導依頼受理時に比べ+0.3%未満の者の割合とする。						

高血圧症重症化予防事業（担当課：健康づくり推進課）

事業の目的	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病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。						
対象者	【未受診者】 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 【ハイリスク者】 特定健診の結果、高血圧治療中であるがⅡ度高血圧以上であり、かつ推定食塩摂取量10g以上の者						
現在までの事業結果	未受診者への受診勧奨の実施率、及びハイリスク者への保健指導の実施率は年々上昇し、令和4年度は90%以上となっている。受診勧奨後の受診率については、50%程度で推移している。						
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出、ハイリスク者への個別通知の発送は健康づくり推進課の保健師が実施。 未受診者への受診勧奨は各地区保健福祉センターの保健師が実施し、ハイリスク者への保健指導は健康づくり推進課の保健指導員が実施する。 						
実施方法	【未受診者】 1. 特定健診の結果から対象者を抽出し、名簿に掲載。 2. 名簿をもとに各地区保健福祉センターの保健師が訪問や電話等で受診勧奨をおこなう。 3. 受診勧奨実施後、受診状況の確認をおこなう。 【ハイリスク者】 1. 特定健診の結果から対象者を抽出し、1か月後を目途に保健指導員が訪問する旨を書いた通知文を対象者宛てに送付。 2. 通知から1か月後を目途に訪問し、保健指導を実施する。 対象者から訪問を希望しない旨の連絡が来た際には、その機会に保健指導をおこなう。 【改善案】 <ul style="list-style-type: none"> 未受診者について、リスク度を分け、よりリスクの高い人には受診につながるまで訪問や電話等で繰り返し勧奨をおこなう。 						
実施量・率指標 (アウトプット)	評価指標	R4年度 現状値	目標値				
	未受診者への受診勧奨実施率	96.7%	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度
ハイリスク者への保健指導実施率	96.0%	100%					
成果指標 (アウトカム)	未受診者の受診勧奨後の受診率（うちⅢ度高血圧者）	52.3% (56.5%)	60% (100%)				
	保健指導対象者の翌年度健診結果における改善率	65.7%	80%				
評価計画	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関受診率は、レセプト上の受診状況を確認した上で算出する。 翌年度健診結果における改善率は正常血圧またはⅠ度高血圧になった者の割合とする。 						

慢性腎臓病重症化予防事業（担当課：健康づくり推進課）

事業の目的	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。							
対象者	<p>【未受診者】特定健診においてeGFRが60未満となった未治療者の中で尿たんぱく(±)以上の者。また、eGFRが45未満の者については尿たんぱく(-)の者も対象とする。</p> <p>【保健指導対象者】特定健診においてeGFRが45～60かつ尿蛋白(-)の未治療者で2つ以上の生活習慣病リスクが出ている40～64歳の者</p>							
現在までの事業結果	受診勧奨対象者への受診勧奨は100%実施できているものの、受診勧奨後の受診率は2割程度と低くなっている。							
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出、受診勧奨対象者への通知の作成は健康づくり推進課の保健師が実施。受診勧奨は同課の保健指導員が実施する。 保健指導対象者への保健指導については、地域保健課の栄養士が訪問・電話・文書等により実施する。 							
実施方法	<p>【未受診者】</p> <ol style="list-style-type: none"> 特定健診受診者から対象者を抽出。そのうち、レセプト上で腎に関する診断名がなく、かかりつけ医にて腎機能検査も受けていない者に対し、訪問や電話等で受診勧奨を実施。 レセプトにてその後の受診状況を確認する。 <p>【保健指導対象者】</p> <ol style="list-style-type: none"> 特定健診受診者から対象者を抽出し、訪問・電話・文書等で保健指導を行う。 <p>【改善案】</p> <ul style="list-style-type: none"> CKD診療ガイドライン2023に基づき、対象者の見直しを図る。 かかりつけ医がある場合には、まずはかかりつけ医にて腎機能検査を実施することを勧め、その結果により腎臓専門医への受診を勧める。 市医師会と連携し、かかりつけ医が腎臓専門医に紹介しやすい体制づくり、およびかかりつけ医と腎臓専門医との2人主治医制の構築を目指す。 							
実施量・率指標 (アウトプット)	評価指標	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	未受診者への受診勧奨実施率	100%	100%					
保健指導対象者への保健指導実施率	99.6%	100%						
成果指標 (アウトカム)	受診勧奨後の受診率	※1 18.0%	※2 50%					
	保健指導後の翌年度健診での慢性腎臓病重症化分類における腎機能ステージの維持率	95.7%	100%					
評価計画	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関受診率は、レセプト上の受診状況を確認した上で算出する。 ※1 R4年度の受診率は腎臓専門医を受診した割合である。 ※2 R6～R11年度の受診率は、腎臓専門医やかかりつけ医で腎臓に関する検査を受けた割合とする。 							

重複服薬・多剤服薬に関する事業（担当課：健康づくり推進課）

事業の目的	重複服薬・多剤服薬者を適正な服薬につなげ、有害事象の発生を抑制するとともに、医療費の適正化を図る。							
対象者	【重複服薬】 同一月内に同じ薬効を持つ薬剤を2医療機関以上より処方されている者 【多剤服薬】 同一月内に複数の医療機関から薬剤の処方を受けており、薬剤の合計種類数が15種類以上の者							
現在までの事業結果	県の実施要領に基づき、保健師の訪問による指導を実施してきた。令和4年度の実施件数は3件に留まり、指導実施後も適正受診につながりにくい状況であった。							
実施体制	健康づくり推進課にて、対象者の抽出、個別通知発送、訪問による指導、その後の受診状況の確認を行う。							
実施方法	<ol style="list-style-type: none"> レセプトから対象者を抽出し、適正受診を促すための個別通知発送、その後の受診状況の確認を行う。 通知発送後も適正受診につながらない方やよりリスクの高い方に対し訪問による保健指導を実施する。 							
	【改善案】 <ul style="list-style-type: none"> 訪問だけでなく、通知の送付をすることでより多くの方にアプローチする。 医師会や薬剤師会と連携しながら、対象者の適正受診・服薬に関する指導をおこなう。 							
実施量・率指標 (アウトプット)	評価指標	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	事業対象者に対する通知割合	未実施	100%					
成果指標 (アウトカム)	重複服薬の対象者割合	5.4%	減少					
	多剤服薬の対象者割合	1.9%	減少					
評価計画	アウトカム指標の対象者割合は、KDBシステムの「重複・頻回受診の状況」（各年5月診療分）において1医療機関以上1日以上のレセプトがある者に対する割合とする。							

後発医薬品使用促進事業（担当課：国保年金課）

事業の目的	後発医薬品使用割合の向上							
対象者	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、自己負担額の軽減が見込まれる者							
現在までの事業結果	平成23年度より後発医薬品差額通知を実施しているほか、国保ポケットブックや広報紙等を活用し、後発医薬品の使用促進を図っている。 令和2年度までは、後発医薬品使用割合は緩やかに上昇したが、以降の伸び率は鈍化している。							
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品差額通知は、国保年金課にて福島県国保連合会に通知作成業務等を委託し実施する。 ・周知啓発事業は国保年金課が担当する。 							
実施方法	<p>【後発医薬品差額通知】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 国保連合会のシステムにより、年4回、後発医薬品に切り替えることで100円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定し、差額通知の作成を行う。 2. 国保年金課より差額通知を発送する。 3. 国保年金課において、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか、国保連合会から提供される帳票等により分析する。 <p>【周知啓発事業】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 国保パンフレットやホームページ等での周知を行う。 2. 国保医療費適正化対策強調月間事業において、後発医薬品の使用促進について各種啓発活動を行う。 							
	<p>【改善案】</p> <p>後発医薬品使用促進について、医師会及び薬剤師会と連携し、専用パンフレットやポスターの配布、希望シールの活用等、被保険者への周知、啓発方法を工夫しながら後発医薬品使用割合の向上に努める。</p>							
実施量・率指標 (アウトプット)	評価指標	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	事業対象者に対する通知割合	100%	100%					
成果指標 (アウトカム)	後発医薬品使用割合	80.1%	82.9%					
評価計画	アウトカム指標の後発医薬品使用割合は、使用された後発医薬品の数量を後発医薬品のある先発医薬品の数量及び後発医薬品の数量の合計で除した数値とする。							

(3) その他の取組み

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、幅広い取組みを実施していきます。

取組み	事業目的	実施方法
健康普及啓発	市民の健康に関する関心を高め、正しい健康行動の実践ができることで、生活習慣病の発症や重症化を予防する	<p>1 健康相談・健康教室 →いわき市出前講座等、市内のあらゆる団体等の要望に応じて、健康に関する理解を深められるよう、健康相談・健康教室を行います。</p> <p>2 イベント等での健康普及啓発 →市内で開催するイベント等に合わせて、ブースを設置し、健康に関する情報発信を行います。</p> <p>3 幅広い対象者に向けた情報発信 →全ての世代が情報を受け取れるよう、従来の紙媒体（広報誌やポスター、新聞等）だけでなく、SNS（ソーシャルネットワーキングサービス）やホームページ等あらゆる媒体を活用して情報発信を行います。</p>
がん予防の推進	市民の「がん」に対する正しい知識の普及啓発に努め、がんの発症予防や早期治療に繋げる	<p>1 がんの発症予防に関する普及啓発 →避けられるがんの発症を予防するため、喫煙（受動喫煙を含む）、肥満、低身体活動等の生活習慣の改善を推進します。 →HPV（ヒトパピローマウイルス）によって罹患する子宮頸がんを予防するために、ワクチンに関する正しい情報発信や接種勧奨を行います。</p> <p>2 がん検診・精密検査受診の推進 →がん検診の受診率向上に向け、医師会等の関係機関と連携し、受診しやすい体制整備を行います。 →要精検者の精密検査受診率向上に向け、未受診者への効果的な受診勧奨を行います。</p>
生活習慣病予防 子どもの	乳幼児期から好ましい生活習慣を身に着け、生活習慣病の発症を予防する	<p>1 乳幼児健康診査等での子育て支援 →乳幼児期の子どもの頃からの好ましい生活リズムや生活習慣づくりに向けて、乳幼児健康診査等で情報発信・子育て相談を行います。</p> <p>2 いわきっ子生活習慣病予防健診 →市内中学生を対象に行っている貧血検査と併せて、血糖と脂質の検査を同時に行います。その結果を基に、若い頃から自分の健康状態への気づきを促し、保護者も交えながら、生活習慣の見直しと自己決定につながる取組みを行います。</p>
女性の健康づくり	女性特有の疾病に対する正しい知識の普及啓発に努め、発症予防・早期治療に繋げる	<p>1 骨粗鬆症検診 →閉経後のホルモンバランスの変化により、骨折等が多くなる女性に対し、骨折予防の普及啓発を行います。また、骨粗鬆症検診の受診率の向上に努め、骨折のリスクの早期発見・早期治療に繋がります。</p> <p>2 女性特有のがんの予防、早期発見・早期治療 →女性特有のがんである、子宮頸がん、乳がんの検診の普及啓発に努めます。</p>

3 地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。

地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取組みを実施していきます。

(1) 地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・予防・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局及び衛生部局として参画

(2) 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取組みを推進します。

1 計画策定の趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされました。

本市においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきました。

今般、令和5年度に第3期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

2 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上を達成することとしています。

本市においては、現状の市の実績値を踏まえ、実現の可能性を考慮し、各年度の目標値を以下のとおり設定します。

<特定健康診査受診率・特定保健指導実施率目標値>

各年度の目標値	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	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率	36.0	37.2	38.4	39.6	40.8	42.0	60.0%
特定保健指導実施率	30.0	31.2	32.4	33.6	34.8	36.0	60.0%

特定健康診査： これまでの本市の実情から、基本指針における目標値60.0%ではなく、最終評価を行う令和11年度において、令和5年度保険者努力支援制度達成基準③令和元年度実施率が同規模自治体の上位3割42.0%の達成を目指します。

特定保健指導： 令和5年度保険者努力支援制度達成基準は令和4年度時点で概ね達成しているため、特定保健指導は特定健康診査受診率の伸び率に合わせて最終評価を行う令和11年度には36.0%の達成を目指します。

4 対象者数推計

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査受診者数及び、特定保健指導実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

<特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み>

各年度の目標値		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
対象者	40～64歳	16,658	15,993	15,381	14,781	14,257	13,761
	65～74歳	27,482	26,385	25,374	24,385	23,521	22,703
	合計	44,140	42,378	40,755	39,166	37,778	36,464
受診者数（見込み）		15,890	15,765	15,650	15,510	15,413	15,315

<特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み>

各年度の目標値		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
対象者	動機付け支援	1,271	1,261	1,252	1,241	1,233	1,225
	積極的支援	334	331	329	326	324	322
	合計	1,605	1,592	1,581	1,567	1,557	1,547
利用者数（見込み）		482	497	512	527	542	557

5 実施方法

(1) 特定健康診査

ア 対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとします。

イ 実施方法

(ア) 実施場所

- ◎個別健診 委託契約を締結した各医療機関で実施
- ◎集団健診 健診機関へ委託し、地域の公民館や学校等で実施

(イ) 実施項目

対象者全員に実施する次の検査項目を実施します。

本市においては、平成25年度から腎機能検査として血清クレアチニン、推算GFR値、血清尿酸を、令和元年度からは推定食塩摂取量を本市独自検査項目として追加し、受診者全員に検査を行っており、今後も継続します。

<本市の特定健康診査実施項目>

基本的な健診項目	問診	標準的な質問項目
	身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
	理学的検査	身体診察、聴診
	血圧測定	血圧
	脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール
	肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)
	血糖検査	空腹時血糖及びHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
	尿検査	尿糖、尿蛋白
詳細な項目	心電図検査	標準12誘導心電図
	眼底検査	
	貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値
	血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む
その他	血清尿酸、推定食塩摂取量	

ウ 実施時期

毎年度、5月から翌年1月までとします。

エ 特定健康診査委託単価及び健診受診にかかる受診者の自己負担額

特定健診の委託単価は、委託先協議のうえ決定します。

また、健診受診にかかる受診者の自己負担額は、無料とします。

オ 受診券の発行

健診受診は、受診券といわき市国民健康保険証の両方の持参を要件とします。

受診券は受診の周知・案内による対象者への意識付け、実施機関における正確な業務遂行を図るため、受診可能な全健（検）診（がん検診、骨粗しょう症健診、歯周疾患検診、肝炎ウイルス検査等）を網羅したシール方式の「受診券」とします。

受診券はいわき市から対象者へ送付します。

カ 周知・案内方法

受診券に各種健診の説明と受診医療機関リスト、集団健（検）診の日程表等を掲載した「けんしんのすすめ」を同封して郵送します。また、いわき市の様々な健康関連事業が掲載されたパンフレット「保健のしおり」を世帯配布するとともに、ホームページ等多様な媒体を活用した周知を行います。

さらに未受診者に対する受診勧奨通知や、3年連続未受診者に対する受診勧奨、他法健診等の結果提供を呼びかける働きかけ等を行います。

キ 健診結果の報告

健診結果の通知は、健診終了後概ね1か月半後に、個別健診はいわき市から、集団健診は健診機関から受診者へ郵送します。

結果通知表は、総合判定、メタボリックシンドローム判定を記載し、経年的変化が確認できる表を用います。

ク 外部委託にあたっての考え方

外部委託に当たっては、健診の精度管理が適切に行われるよう質の確保が必要となるため、国の定める委託基準に基づき事業者を選定し、委託します。

また、必要に応じて委託先より報告を求める等、その質の確保に努めます。

ケ 事業主健診等の健診受診者の健診データ受領方法

労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診した被保険者の健診結果データの受領について、対象者本人の同意を得たうえで、本人または事業主から可能な限り健診結果のデータを受領できるよう、事業主等と連携を図ります。

コ 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健康診査の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう医療機関への十分な説明を実施します。

また、本人同意のもとで、診療における検査データの提供を受け、特定健康診査結果データとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医との協力及び連携を強化します。

(2) 特定保健指導

ア 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。

また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

<特定保健指導対象者の選定基準>

腹囲／BMI		追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴 (注)	対象	
				40～64歳	65～74歳
腹 囲	≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
		1つ該当	あり		
			なし		
B M I	上記以外でBMI ≥25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
		2つ該当	あり		
			1つ該当	なし	
		/		/	

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

イ 実施方法

(ア) 実施体制

- 直営型 本人の希望する場所（自宅や職場）や公的機関（本庁、地区保健福祉センター、公民館等）で実施します。
- 委託型 委託契約を結んだ医療機関や、ICTを活用する場合は自宅等で遠隔面接を実施します。

(イ) 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。

第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。

これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとしします。

a 情報提供

健診受診者全員が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、健康的な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、現状の生活習慣を見直すきっかけとなるよう健診結果と併せて基本的な情報提供を行います。

b 動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○ 初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。
実績評価	○ 3カ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

c 積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○ 初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○ 3カ月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。					
実績評価	○ 3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。 <アウトカム評価> <table border="1"><tr><td>主要達成目標</td><td>・ 腹囲 2 cm・体重 2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td></tr><tr><td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td><td>・ 腹囲 1 cm・体重 1 kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td></tr></table> <プロセス評価> <table border="1"><tr><td>・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価</td></tr></table>	主要達成目標	・ 腹囲 2 cm・体重 2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲 1 cm・体重 1 kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・ 腹囲 2 cm・体重 2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲 1 cm・体重 1 kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価						

ウ 実施時期

通年で実施します。

エ 特定保健指導委託単価及び特定保健指導にかかる利用者の自己負担額

特定保健指導の委託単価は、委託先協議のうえ決定します。また、健診保健指導にかかる利用者の自己負担額は、無料とします。

オ 案内方法（利用券の送付）

特定健診結果に基づき対象者を抽出後、対象となった方へ、利用券を案内通知と一緒に送付します。

カ 実施結果の報告

特定保健指導実施機関は、特定保健指導実施後、市が指定する方法により速やかに市に実施報告を行うものとします。

キ 特定保健指導外部委託にあたっての考え方

厚生労働大臣が定める「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に規定される「特定保健指導の外部委託に関する基準」に基づき適正に委託します。

ク 特定保健指導未利用者対策

特定保健指導未利用者に対し、訪問・電話・文書等により利用勧奨を行い、利用率向上を図ります。

6 実施スケジュール

	実施項目	当年度												次年度			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
特定健康診査	対象者抽出	↔															
	受診券送付	↔															
	特定健康診査実施		↔														
	未受診者受診勧奨					↔											
特定保健指導	対象者抽出				↔												
	利用券送付				↔												
	特定保健指導実施				↔												
	未利用者利用勧奨				↔												
	前年度の評価	↔															
	次年度の計画											↔					

1 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎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毎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計画の見直しに反映させます。

(2) 計画全体の評価・見直し

ア 評価の時期

計画の見直しにあたっては、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行います。また、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度に最終評価を行います。

イ 評価方法・体制

計画は、成果重視の考えのもと、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。また、評価にあたっては、国保データベース（KDB）システムを活用し、受診率・受療率・医療費の動向等を確認します。

2 計画の公表・周知

本計画は、市公式ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等を公表するなど、本計画の円滑な実施等に努めます。

3 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いにあたっては、個人情報の保護に関する各種法令等に基づき適切に管理します。

また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

參考資料

1. 用語解説集

用語		説明																												
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。																												
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。																												
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。																												
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。 <table border="1" data-bbox="471 585 867 765"> <thead> <tr> <th>分類</th> <th>収縮期血圧</th> <th></th> <th>拡張期血圧</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>正常血圧</td> <td><120</td> <td>かつ</td> <td><80</td> </tr> <tr> <td>正常高値血圧</td> <td>120 - 129</td> <td>かつ</td> <td><80</td> </tr> <tr> <td>高値血圧</td> <td>130 - 139</td> <td>かつ/または</td> <td>80 - 89</td> </tr> <tr> <td>I度高血圧</td> <td>140 - 159</td> <td>かつ/または</td> <td>90 - 99</td> </tr> <tr> <td>II度高血圧</td> <td>160 - 179</td> <td>かつ/または</td> <td>100 - 109</td> </tr> <tr> <td>III度高血圧</td> <td>≧180</td> <td>かつ/または</td> <td>≧110</td> </tr> </tbody> </table>	分類	収縮期血圧		拡張期血圧	正常血圧	<120	かつ	<80	正常高値血圧	120 - 129	かつ	<80	高値血圧	130 - 139	かつ/または	80 - 89	I度高血圧	140 - 159	かつ/または	90 - 99	II度高血圧	160 - 179	かつ/または	100 - 109	III度高血圧	≧180	かつ/または	≧110
	分類	収縮期血圧		拡張期血圧																										
	正常血圧	<120	かつ	<80																										
正常高値血圧	120 - 129	かつ	<80																											
高値血圧	130 - 139	かつ/または	80 - 89																											
I度高血圧	140 - 159	かつ/または	90 - 99																											
II度高血圧	160 - 179	かつ/または	100 - 109																											
III度高血圧	≧180	かつ/または	≧110																											
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。																													
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。																													
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。																												
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。																												
	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。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。																												
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。																												
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。																												
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。																												
た行	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。																												
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導修了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。																												
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。																												
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。																												

用語		説明
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)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数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合には我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合には死亡率が低いと判断される。
	腹囲	へ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ひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	CKD	慢性腎臓病のこと。慢性腎臓病とは、腎臓の働き(GFR)が健康な人の60%未満に低下する(GFRが60ml/分/1.73㎡未満)か、あるいはタンパク尿が出るといった腎臓の異常が続く状態をいう。
	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	主に長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で咳・痰・息切れ等の症状があり、徐々に呼吸障害が進行する疾患である。日本のたばこ消費量は近年減少傾向にあるが、過去の喫煙習慣による長期的な影響と急速な高齢化により、今後さらに罹患率、有病率、死亡率の増加が続くと予想される。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。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。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	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。



第3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4期いわき市国民健康保険特定健康診査等実施計画

発行 令和6年3月

いわき市保健福祉部健康づくり推進課

〒970-8686 いわき市平字梅本21

☎ 0246(22)7448 fax 0246(22)7570