

南相馬市国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び
第4期特定健康診査等実施計画



第1章	第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要	
	1. 計画の趣旨	4
	2. 計画期間	5
	3. 実施体制・関係者連携	5
	4. データ分析期間	6
第2章	現状分析	
	1. 南相馬市の基礎情報	7
	2. 医療費に関する分析	11
	3. 特定健康診査・特定保健指導に関する分析	25
第3章	保健事業の評価	
	1. 短期・中長期目標の達成状況	38
	2. 各事業の達成状況	39
第4章	健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
	1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	47
	2. 目標設定	48
	3. 健康課題を解決するための個別の保健事業	49
第5章	第4期特定健康診査等実施計画	
	1. 対象者数推計	57
	2. 計画の趣旨	59
	3. 計画期間	59
	4. 実施方法	60
第6章	その他	
	1. 個人情報保護	65
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	65
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	65
	4. 他の健診との連携	66
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	66
	6. 用語解説集	67

第1章 計画の概要

1. 計画の趣旨

(1) 背景

国は、「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、すべての健康保険組合が保健事業の実施計画として、保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下、データヘルス計画という）を策定し、実施することとしており、この計画を標準化することで保健事業の質の向上を目指しております。

このことから、南相馬市国民健康保険においては、これまで「データヘルス計画」（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。

これらの計画では、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、過去の取組の成果・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。

(2) 計画の位置づけ

「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、「特定健康診査等実施計画」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事業の実施計画の位置づけです。

両計画の策定にあたっては、国が示す「国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」に準じ、南相馬市第三次総合計画、南相馬市保健計画2023等の関連計画との調和を図りつつ、特定健康診査の結果及びレセプト等のデータを活用し分析を行うことや、データヘルス計画に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行います。本計画において推進・強化する取組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。

(3) 計画の目的と法的根拠

計画名	目的	根拠法令
第3期データヘルス計画	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

2. 計画期間

計画期間は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029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

南相馬市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、健康福祉部健康づくり課及び市民生活部市民課の関係部局や県、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、健康福祉部健康づくり課及び市民生活部市民課が主体となって行います。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、関係部局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。

健康福祉部健康づくり課及び市民生活部市民課は、研修等による職員の資質向上に努め、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。共同保険者である福島県のほか、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、相馬郡医師会、相馬歯科医師会等の保健医療関係者、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、地域の医療機関等の社会資源と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～令和元年3月健診分(12か月分)

令和元年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12か月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12か月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12か月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

1. 南相馬市の基礎情報

(1) 南相馬市の地理的・社会的背景

南相馬市は、福島県浜通り地方の北部に位置し、東には太平洋が広がり、西には阿武隈高地が連なり、山、川、海の豊かな自然に囲まれた地域です。総面積は398.58km²で、うち約55%が森林、17%が農地を占めています。

相双地方の人口・産業・都市機能等の集積地として、圏域の発展を牽引する中心的な役割を担っています。

平成23年の東日本大震災では、地震、津波、東京電力福島第一原子力発電所の事故等による被害を受け、避難生活等の影響から、長期的に生活習慣の悪化などが見られています。

(2) 人口

南相馬市の人口割合は、年少人口と生産年齢人口については減少傾向にあります。65歳以上の高齢者全体の人口は増加傾向にあり、そのうち75歳以上の後期高齢者の人口は増加傾向にあります。



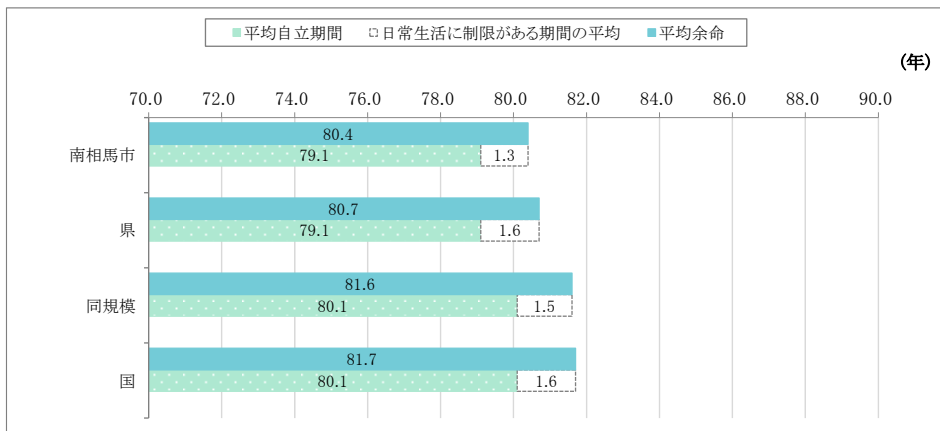
出典：平成27年及び令和2年は国勢調査、他は福島県現住人口調査年報／各年10月1日現在

(3) 平均余命と平均自立期間

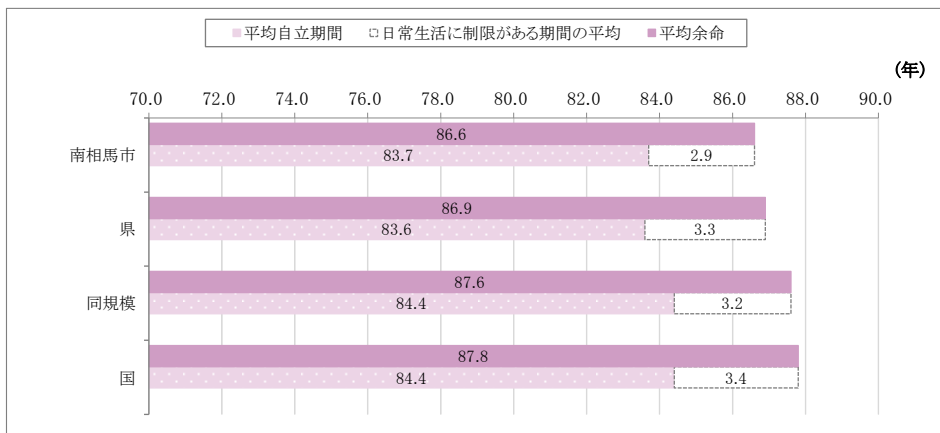
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本市の男性の平均余命は80.4年、平均自立期間は79.1年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.3年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。本市の女性の平均余命は86.6年、平均自立期間は83.7年です。日常生活に制限がある期間の平均は2.9年で、国の3.4年よりも短い傾向にあります。

(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年度)

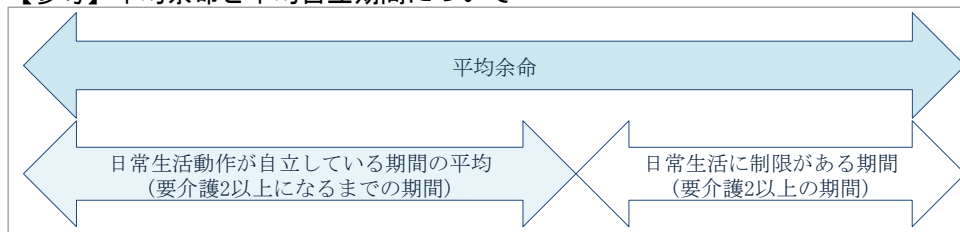


(女性) 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

【参考】 平均余命と平均自立期間について



(4) 南相馬市国民健康保険被保険者の状況

以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は36.8%であり、福島県、同規模との比較で1.2倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は14,280人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は25.3%です。国民健康保険被保険者平均年齢は56.8歳です。

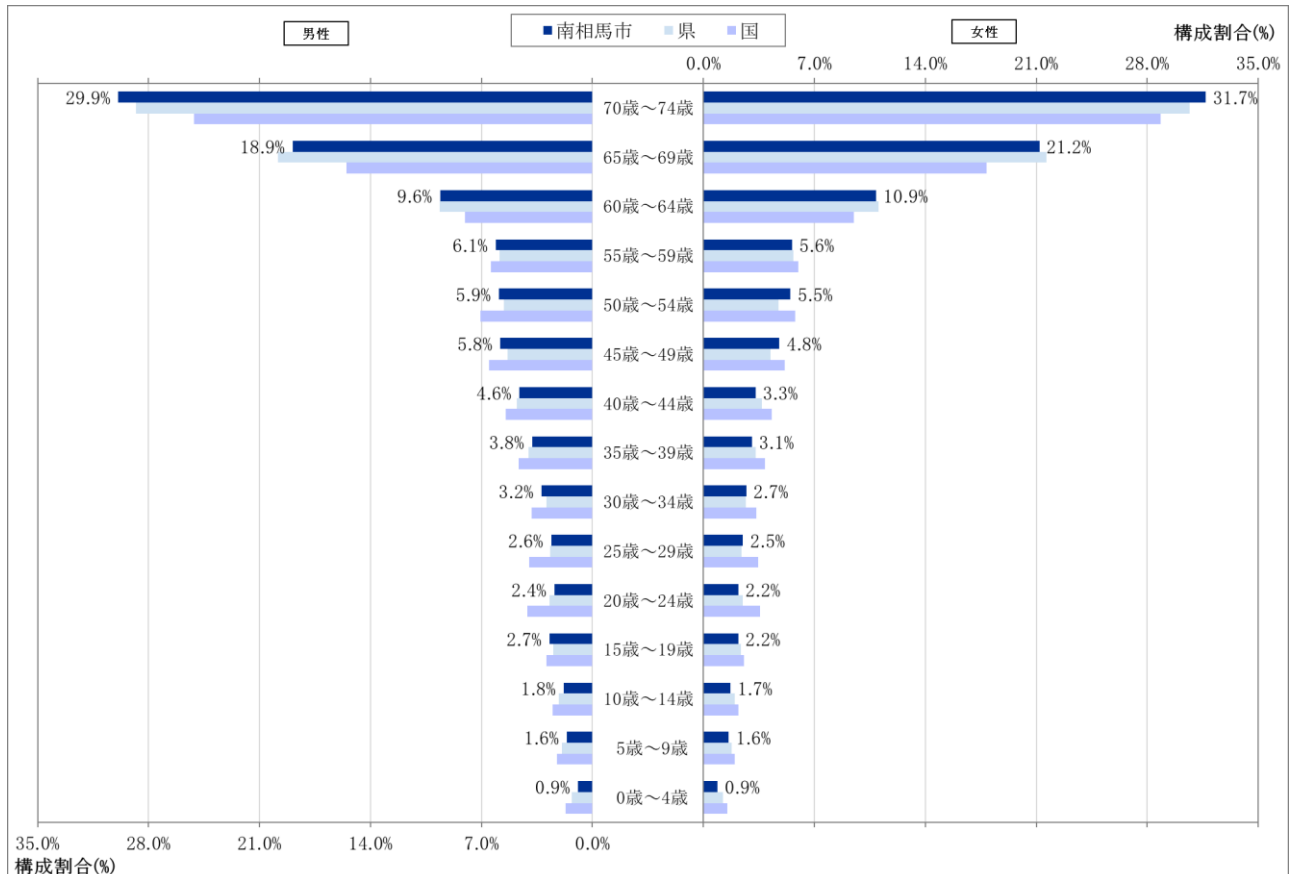
人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者数 (人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
南相馬市	56,521	36.8%	14,280	25.3%	56.8	5.5	16.1
県	1,799,218	31.8%	376,413	20.9%	56.2	6.2	13.6
同規模	67,878	30.4%	13,889	20.5%	54.7	6.5	11.8
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

※「県」は福島県を指す。以下全ての表において同様である。

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 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



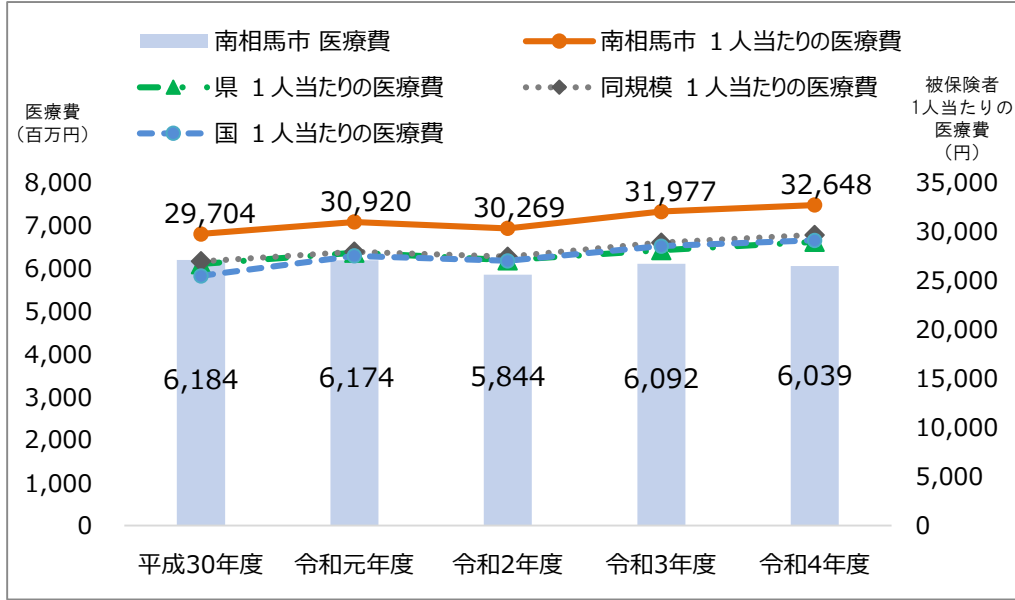
出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

2. 医療費に関する分析

(1) 医療費の状況

以下は、本市の医療費の推移を示したものです。福島県、同規模、国よりも高い水準で推移しています。

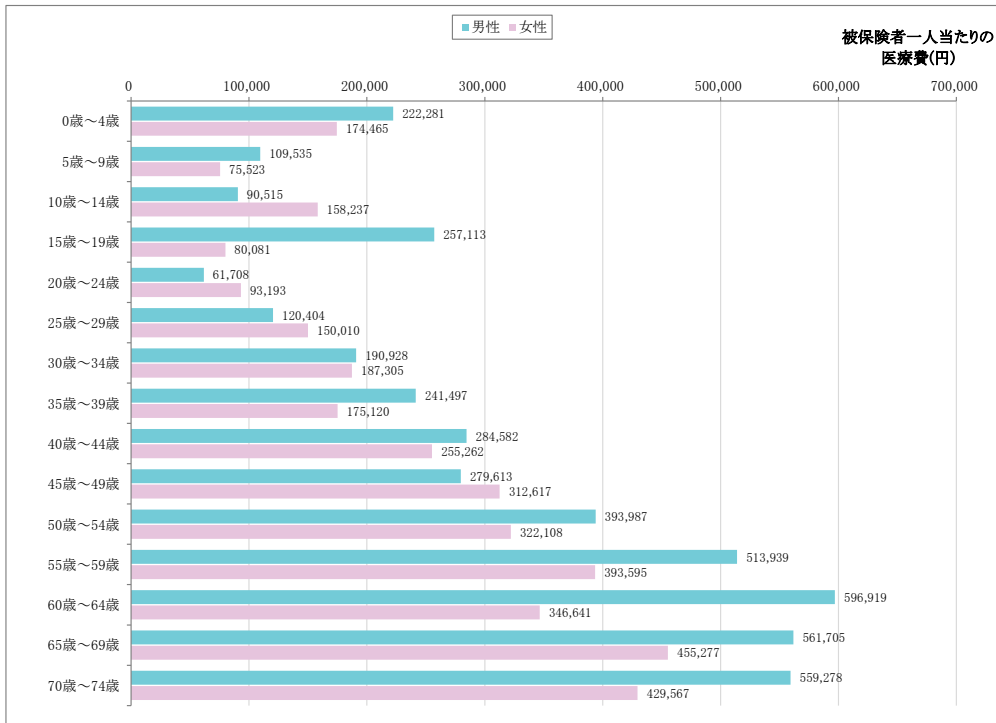
年度別 医療費の推移



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」
被保険者1人当たりの医療費…1か月分相当

以下は、令和4年度における、本市の被保険者1人当たりの医療費を男女年齢階層別に表示したものです。

男女年齢階層別 被保険者1人当たりの医療費 (令和4年度)

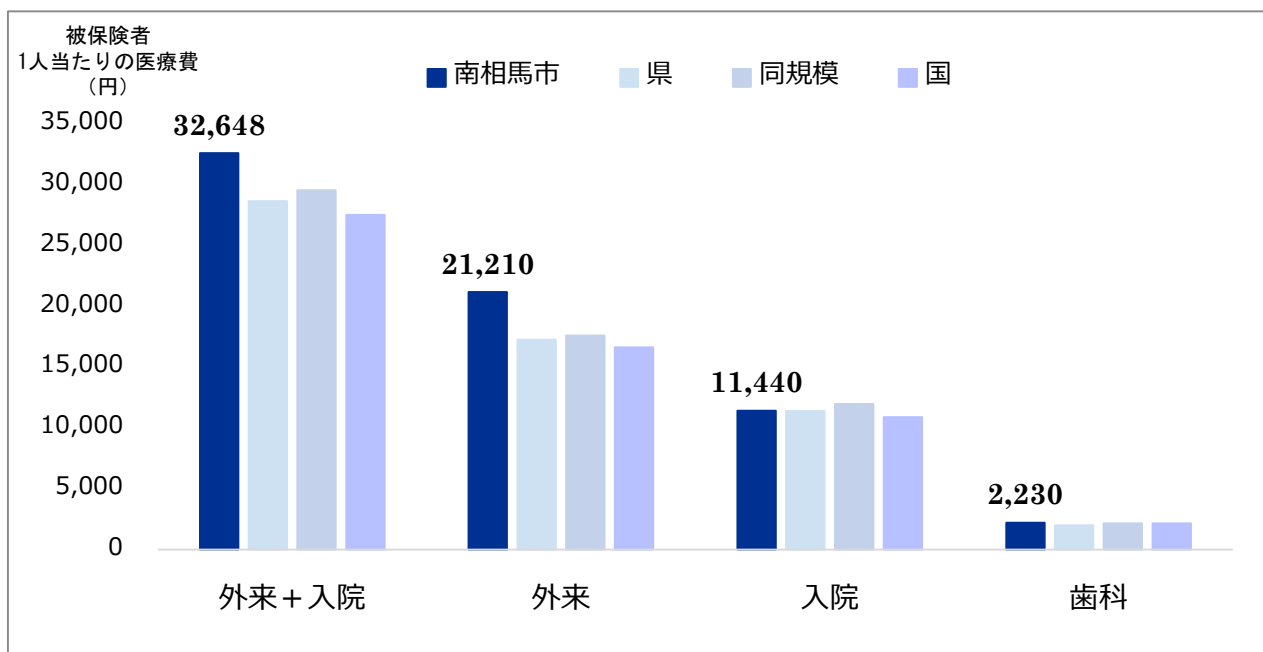


出典: 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析 (大分類)」 11

医療費と受診率の比較(令和4年度)

以下は、令和4年度における、本市の被保険者1人当たりの医療費と受診率を、福島県、同規模、国と比較したものです。医療費については入院と外来の合計が、県及び同規模、国よりも高い水準です。外来の医療費が高く、入院の医療費が低い傾向があります。受診率については、外来、入院、歯科のすべてで、県及び同規模、国よりも高い値になっています。

	1人当たり医療費				受診率(被保険者1,000人対)			
	南相馬市	県	同規模	国	南相馬市	県	同規模	国
外来+入院	32,648	28,703	29,595	27,570	866.67	756.47	739.50	705.44
外来	21,210	17,290	17,620	16,660	843.80	736.80	719.90	687.80
入院	11,440	11,410	11,980	10,920	22.90	19.60	19.60	17.70
歯科	2,230	2,010	2,170	2,160	170.41	151.23	163.83	161.45



出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題、同規模保険者比較」

(2) 疾病別医療費の状況

① 疾病大分類別の医療費

令和4年度における、本市の大分類による疾病別医療費内訳です。「新生物」が医療費合計の17.7%、「循環器系の疾患」が12.6%と高い割合を占めています。

福島県、同規模、国と比較すると、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「尿路性器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」で高く、「循環器系の疾患」、「精神及び行動の障害」、「呼吸器系の疾患」で低くなっています。

疾病別医療費内訳（大分類）

疾病分類(大分類)	南相馬市		県	同規模	国
	医療費	割合	割合	割合	割合
循環器系の疾患	756,932,550	12.6%	14.1%	13.9%	13.5%
内分泌、栄養及び代謝疾患	641,566,520	10.7%	10.1%	9.4%	9.0%
尿路性器系の疾患	503,423,190	8.4%	7.1%	7.8%	7.9%
新生物	1,059,903,680	17.7%	17.8%	17.1%	16.8%
精神及び行動の障害	424,953,570	7.1%	8.7%	8.1%	7.7%
筋骨格系及び結合組織の疾患	609,706,960	10.2%	8.3%	8.8%	8.7%
消化器系の疾患	385,523,410	6.4%	6.5%	6.0%	6.1%
呼吸器系の疾患	296,351,490	4.9%	5.1%	5.7%	6.2%
眼及び付属器の疾患	289,204,560	4.8%	4.2%	4.0%	4.0%
その他	1,028,025,960	17.1%	18.1%	19.3%	20.1%
計	5,995,591,890	100%	100%	100%	100%

出典：国保データベース（KDB）システム「大分類」

※大分類…9項目以外は「その他」に集約。割合は各疾病を計で除して算出。

※比較のため算出したデータであり、医療費は他統計と一致しない。

② 中分類による疾病別医療費統計

令和4年度における、本市の中分類別の医療費上位10疾患です。「糖尿病」が最も高く、次に「その他の悪性新生物<腫瘍>」、「腎不全」と続いています。

福島県、同規模、国と比較すると、「糖尿病」、「その他の悪性新生物<腫瘍>」、「腎不全」、「その他の眼及び付属器の疾患」で高くなっています。

疾病別医療費内訳（中分類）

順位	疾病分類(中分類)	南相馬市		県	同規模	国
		医療費	割合	割合	割合	割合
1	糖尿病	457,484,100	7.6%	6.6%	6.0%	5.6%
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	439,442,800	7.3%	6.9%	6.5%	6.3%
3	腎不全	375,366,360	6.3%	5.1%	5.9%	5.9%
4	その他の心疾患	302,623,360	5.0%	5.0%	5.0%	4.9%
5	その他の消化器系の疾患	225,902,650	3.8%	4.0%	3.6%	3.7%
6	高血圧性疾患	191,007,380	3.2%	3.8%	3.3%	3.1%
7	その他の眼及び付属器の疾患	188,031,730	3.1%	2.9%	2.6%	2.6%
8	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	182,309,280	3.0%	4.4%	4.1%	3.7%
9	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	145,928,490	2.4%	2.4%	2.1%	2.1%
10	脂質異常症	143,733,240	2.4%	2.4%	2.2%	2.1%

出典：国保データベース（KDB）システム「中分類」

※中分類…大分類9項目内の疾病。割合は各疾病を計で除して算出。

※比較のため算出したデータであり、医療費は他統計と一致しない。

(3) 高額レセプト発生患者の疾病傾向

以下は、令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)に発生しているレセプトのうち、高額レセプトの疾病傾向を示したものです。高額レセプトを主要傷病名で中分類毎に分類した結果、総医療費が高額な疾病分類は「その他の悪性新生物<腫瘍>」「腎不全」「気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>」等となっています。

高額(5万点以上)レセプト発生患者の疾病傾向(医療費順)

順位	疾病分類(中分類)		主要傷病名 ※ (上位3疾病まで記載)	医療費(円) ※			患者1人当たりの 医療費(円) ※
				入院	入院外	合計	
1	0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌, 多発性骨髄腫, 腎細胞癌	199,820,820	224,694,010	424,514,830	3,628,332
2	1402	腎不全	慢性腎不全, 腎性貧血, 慢性腎臓病ステージG5	44,897,690	77,276,790	122,174,480	4,699,018
3	0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	上葉肺癌, 下葉肺癌, 肺癌	53,116,180	68,249,310	121,365,490	3,677,742
4	0903	その他の心疾患	うっ血性心不全, 発作性心房細動, 特発性拡張型心筋症	91,097,200	25,829,300	116,926,500	4,031,948
5	0208	悪性リンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫, 濾胞性リンパ腫, 中枢神経系原発悪性リンパ腫	29,054,110	33,533,520	62,587,630	5,215,636
6	0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	血友病A, 慢性特発性血小板減少性紫斑病, 特発性血小板減少性紫斑病	1,606,900	56,114,510	57,721,410	11,544,282
7	0606	その他の神経系の疾患	筋萎縮性側索硬化症, 脊髄小脳変性症, 進行性核上性麻痺	42,101,810	13,030,900	55,132,710	3,675,514
8	0912	その他の循環器系の疾患	急性大動脈解離StanfordA, 腹部大動脈瘤, 弓部大動脈瘤	49,073,380	5,366,390	54,439,770	3,888,555
9	0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	肝細胞癌	38,288,650	9,665,830	47,954,480	5,328,276
10	0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	脳性麻痺	30,205,150	176,760	30,381,910	7,595,478
11	0904	くも膜下出血	中大脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血, IC-PC動脈瘤破裂によるくも膜下出血, くも膜下出血	28,521,550	1,699,560	30,221,110	6,044,222
12	0209	白血病	慢性骨髄性白血病, 急性骨髄性白血病, 慢性骨髄性白血病慢性期	11,821,160	14,396,630	26,217,790	5,243,558
13	0906	脳梗塞	心原性脳塞栓症, 脳幹梗塞・慢性期, 脳梗塞	22,308,060	935,410	23,243,470	3,873,912
14	1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	遷延性意識障害, 癌性疼痛	18,797,590	723,450	19,521,040	4,880,260
15	0404	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	カルニチン欠乏症, 続発性副甲状腺機能亢進症, 低栄養	15,027,500	1,170,460	16,197,960	4,049,490
16	0109	その他の感染症及び寄生虫症	敗血症性ショック, グラム陰性桿菌敗血症, レジオネラ肺炎	12,603,240	1,931,770	14,535,010	3,633,753
17	0501	血管性及び詳細不明の認知症	老年期認知症, 認知症	10,445,980	0	10,445,980	5,222,990
18	2106	その他の理由による保健サービスの利用者	胃瘻造設状態, 生体腎移植後	7,160,230	1,403,200	8,563,430	4,281,715
19	0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	6,999,820	621,900	7,621,720	3,810,860
20	1107	アルコール性肝疾患	非代償性アルコール性肝硬変	5,395,620	1,048,610	6,444,230	6,444,230

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。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※主要傷病名…高額レセプト発生患者の分析期間の全レセプトを医療費分解後、患者毎に最も医療費が高額となった疾病。

※医療費…高額レセプト発生患者の分析期間の全レセプトの医療費(高額レセプトに限らない)。

※患者1人当たりの医療費…高額レセプト発生患者の分析期間中の患者1人当たり医療費。

(4) 生活習慣病に係る医療費等の状況

①生活習慣病と生活習慣病以外の医療費と患者数

以下は、令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)のレセプトより、疾病分類表における中分類単位で生活習慣病と生活習慣病以外の医療費を集計したものです。ここでは、生活習慣病の基礎疾患(糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患)及び生活習慣病に係る重症化疾患を生活習慣病とし集計しました。生活習慣病の医療費は12億5,334万円で、医療費全体の20.9%を占めています。

生活習慣病と生活習慣病以外の医療費

	入院(円)	構成比(%)	入院外(円)	構成比(%)	合計(円)	構成比(%)
生活習慣病	211,147,506	10.1%	1,042,188,384	26.7%	1,253,335,890	20.9%
生活習慣病以外	1,874,364,244	89.9%	2,858,221,076	73.3%	4,732,585,320	79.1%
合計(円)	2,085,511,750		3,900,409,460		5,985,921,210	

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。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

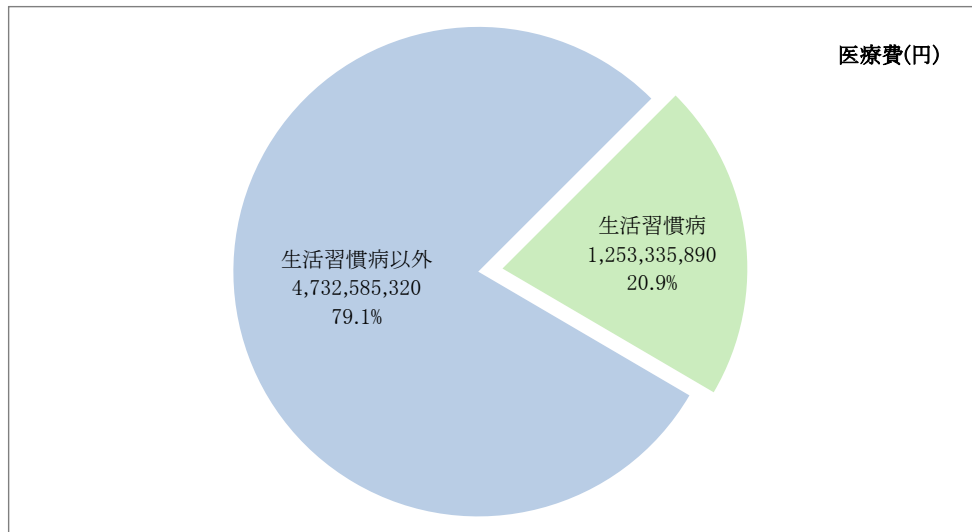
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合



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。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

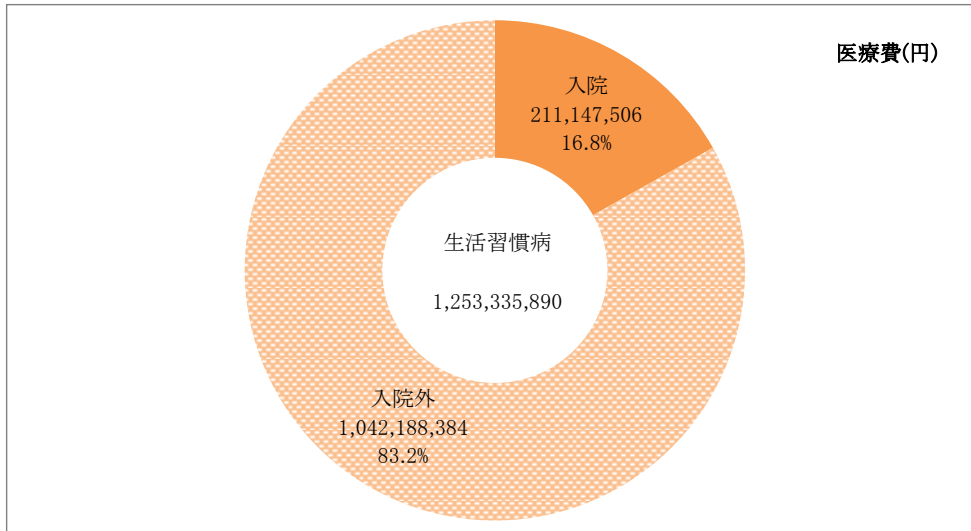
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

生活習慣病医療費に占める入院、入院外医療費の割合



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。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

生活習慣病で医療機関を受診している患者数は9,610人で、被保険者全体に占めるその割合は55.7%です。

医療機関受診状況及び生活習慣病罹患状況

		人数(人)	割合(%)
A	被保険者数	17,264	
B	医療機関受診者数(患者数)	14,480	83.9%
C	生活習慣病有 ※	9,610	55.7%
B-C	生活習慣病無 ※	4,870	28.2%
A-B	医療機関未受診者数	2,784	16.1%

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。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※生活習慣病有…分析期間中に生活習慣病に関する診療行為がある患者を対象に集計している。

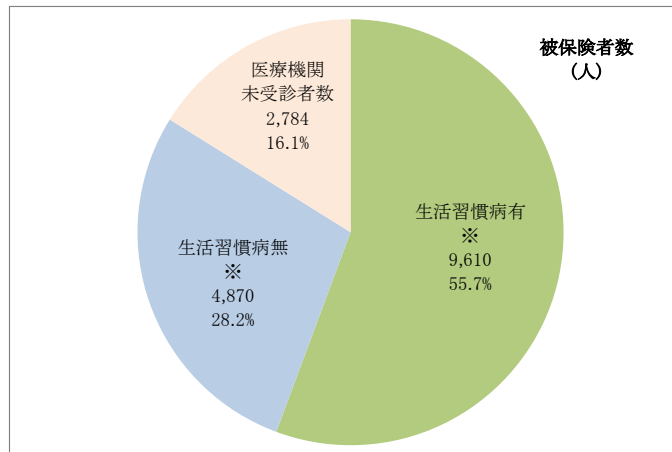
※生活習慣病無…レセプトが発生している患者のうち、分析期間中に生活習慣病に関する診療行為がない患者を対象に集計している。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

被保険者全体に占める生活習慣病患者の状況



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。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※生活習慣病有…分析期間中に生活習慣病に関する診療行為がある患者を対象に集計している。

※生活習慣病無…レセプトが発生している患者のうち、分析期間中に生活習慣病に関する診療行為がない患者を対象に集計している。

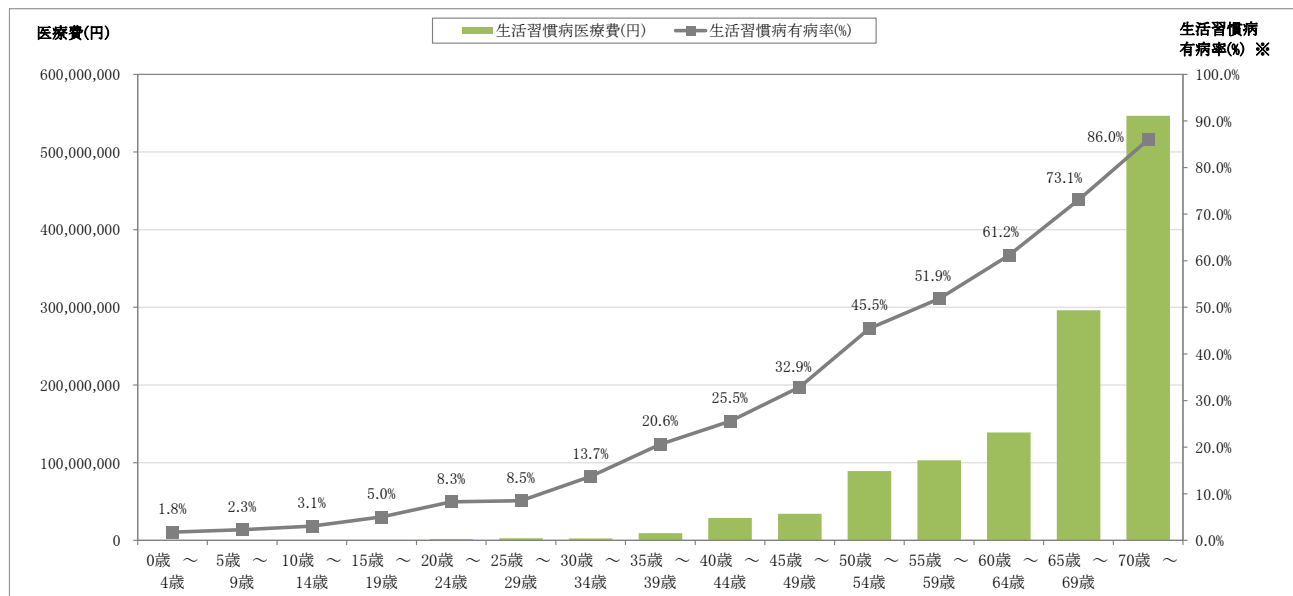
生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

以下は、年齢階層別の生活習慣病医療費と有病率を示したものです。年齢階層が上がるにつれて患者数が増え、医療費が増大する傾向にあります。

年齢階層別 生活習慣病医療費と有病率



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。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※生活習慣病有病率…被保険者数に占める生活習慣病患者数の割合。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

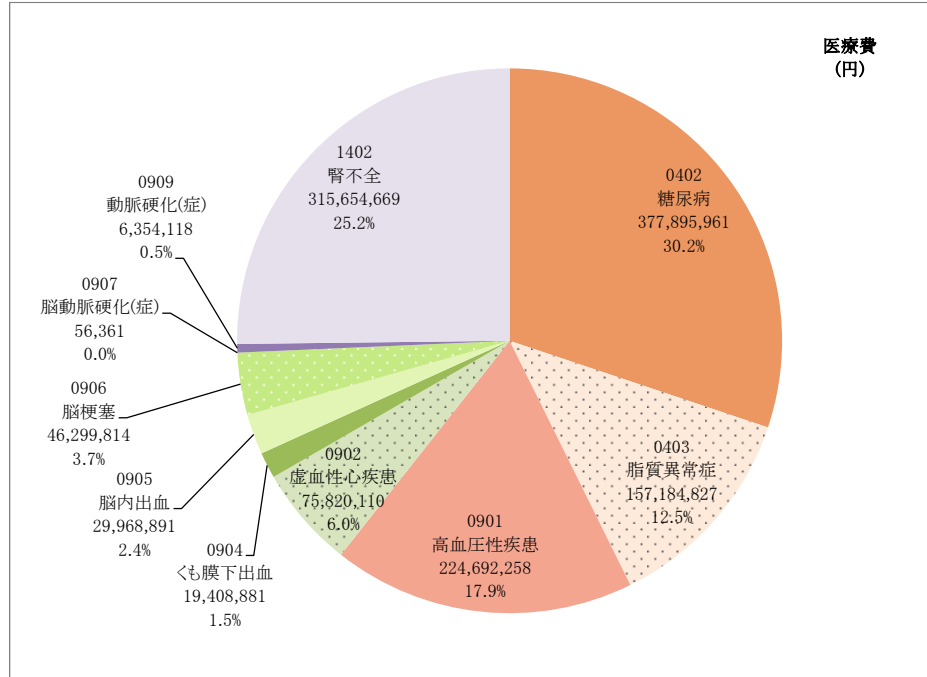
受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

②生活習慣病疾病別医療費等の状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)における、生活習慣病疾病別の医療費、患者数、患者1人当たりの医療費、有病率を示したものです。

生活習慣病疾病別 医療費統計

疾病分類(中分類)	医療費(円)	構成比(%)	順位	患者数(人)	有病率(%) ※	順位	患者1人当たりの医療費(円)	順位
0402 糖尿病	377,895,961	30.2%	1	5,412	31.3%	2	69,826	4
0403 脂質異常症	157,184,827	12.5%	4	5,280	30.6%	3	29,770	8
0901 高血圧性疾患	224,692,258	17.9%	3	6,692	38.8%	1	33,576	7
0902 虚血性心疾患	75,820,110	6.0%	5	2,007	11.6%	4	37,778	5
0904 くも膜下出血	19,408,881	1.5%	8	58	0.3%	9	334,636	1
0905 脳内出血	29,968,891	2.4%	7	176	1.0%	8	170,278	3
0906 脳梗塞	46,299,814	3.7%	6	1,335	7.7%	5	34,682	6
0907 脳動脈硬化(症)	56,361	0.0%	10	7	0.0%	10	8,052	10
0909 動脈硬化(症)	6,354,118	0.5%	9	670	3.9%	7	9,484	9
1402 腎不全	315,654,669	25.2%	2	1,124	6.5%	6	280,832	2
合計	1,253,335,890			9,610	55.7%		130,420	



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。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

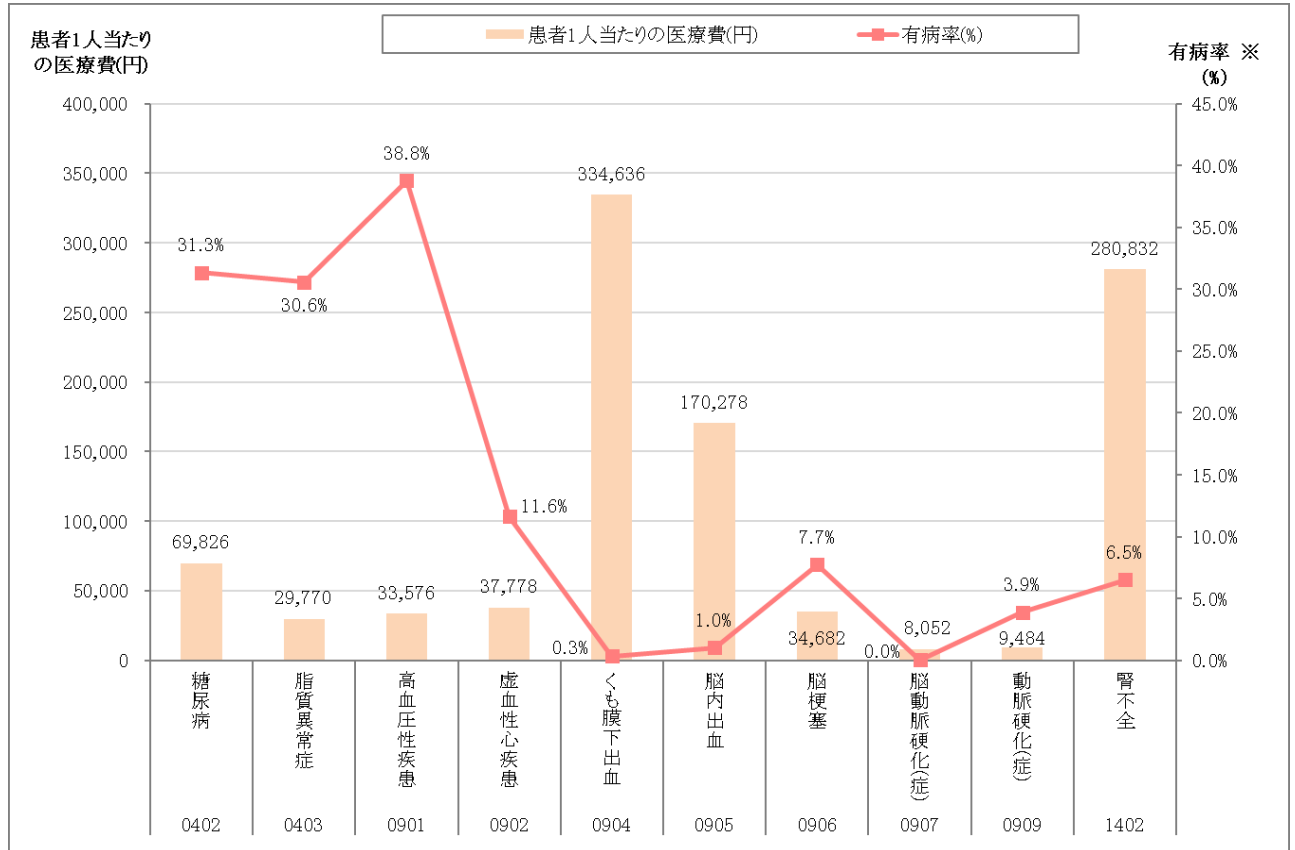
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※有病率…被保険者数に占める患者数の割合。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

生活習慣病疾病別 患者1人当たりの医療費と有病率



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。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※有病率…被保険者数に占める患者数の割合。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

以下は、平成30年度から令和4年度における、生活習慣病医療費を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、糖尿病医療費3億7,790万円は、平成30年度3億7,113万円より677万円増加しています。また、脂質異常症医療費1億5,718万円は、平成30年度1億9,203万円より3,485万円減少しています。高血圧性疾患医療費2億2,469万円は、平成30年度2億9,264万円より6,795万円減少しています。

年度別 生活習慣病医療費

疾病分類(中分類)		平成30年度		令和元年度		令和2年度	
		医療費(円) ※	構成比(%)	医療費(円) ※	構成比(%)	医療費(円) ※	構成比(%)
0402	糖尿病	371,134,847	27.3%	369,670,852	27.9%	366,298,469	28.3%
0403	脂質異常症	192,030,176	14.1%	195,625,607	14.8%	176,528,115	13.6%
0901	高血圧性疾患	292,644,312	21.5%	278,535,835	21.0%	253,152,635	19.5%
0902	虚血性心疾患	109,008,764	8.0%	93,365,969	7.0%	82,077,346	6.3%
0904	くも膜下出血	5,950,585	0.4%	5,685,277	0.4%	4,049,068	0.3%
0905	脳内出血	30,601,438	2.2%	30,627,037	2.3%	36,200,408	2.8%
0906	脳梗塞	72,486,028	5.3%	76,253,951	5.8%	74,057,991	5.7%
0907	脳動脈硬化(症)	198,583	0.0%	49,590	0.0%	24,844	0.0%
0909	動脈硬化(症)	10,598,017	0.8%	6,531,041	0.5%	8,714,002	0.7%
1402	腎不全	275,550,470	20.3%	269,337,928	20.3%	294,719,925	22.7%
合計		1,360,203,220		1,325,683,087		1,295,822,803	

疾病分類(中分類)		令和3年度		令和4年度	
		医療費(円) ※	構成比(%)	医療費(円) ※	構成比(%)
0402	糖尿病	374,775,924	28.4%	377,895,961	30.2%
0403	脂質異常症	173,934,703	13.2%	157,184,827	12.5%
0901	高血圧性疾患	243,879,780	18.5%	224,692,258	17.9%
0902	虚血性心疾患	106,167,151	8.0%	75,820,110	6.0%
0904	くも膜下出血	3,228,858	0.2%	19,408,881	1.5%
0905	脳内出血	18,066,058	1.4%	29,968,891	2.4%
0906	脳梗塞	61,538,833	4.7%	46,299,814	3.7%
0907	脳動脈硬化(症)	26,788	0.0%	56,361	0.0%
0909	動脈硬化(症)	6,020,431	0.5%	6,354,118	0.5%
1402	腎不全	332,005,933	25.2%	315,654,669	25.2%
合計		1,319,644,459		1,253,335,890	

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。
対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

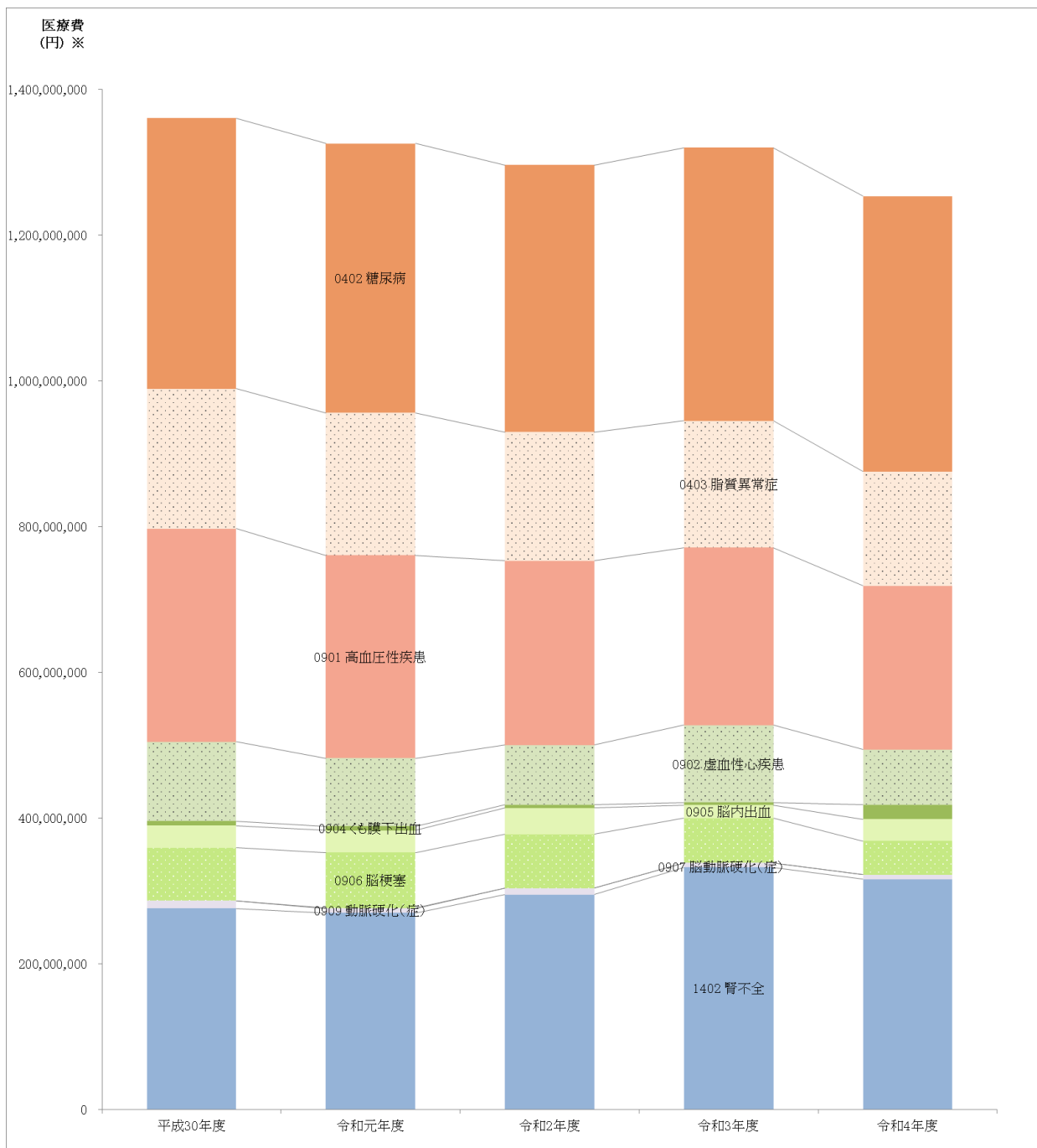
受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、

「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

年度別 生活習慣病医療費



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。

対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

受託者の医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、

「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

生活習慣病疾病別医療費の比較(令和4年度)

以下は、令和4年度における、本市の生活習慣病疾病別医療費です。
 福島県、同規模、国と比較すると、「糖尿病」、「腎不全」で高く、「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」で低くなっています。

医療費における生活習慣病疾病内訳抜粋(令和4年度)

	南相馬市		県	同規模	国
	医療費	割合	割合	割合	割合
虚血性心疾患	74,980,620	1.3%	1.6%	1.7%	1.7%
脳血管疾患	129,113,040	2.2%	2.8%	2.8%	2.8%
腎不全	375,366,360	6.3%	5.1%	5.9%	5.9%
腎不全(透析あり)	193,708,550	3.2%	3.2%	4.2%	4.3%
糖尿病	457,484,100	7.6%	6.6%	6.0%	5.6%
高血圧症	191,007,380	3.2%	3.8%	3.3%	3.1%
脂質異常症	143,723,980	2.4%	2.4%	2.2%	2.1%
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	8,911,770	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%

出典:国保データベース(KDB)システム「中分類」「細小分類」

※割合は各疾病を計で除して算出。

※比較するために集計したデータであり、医療費は他統計と一致しない。

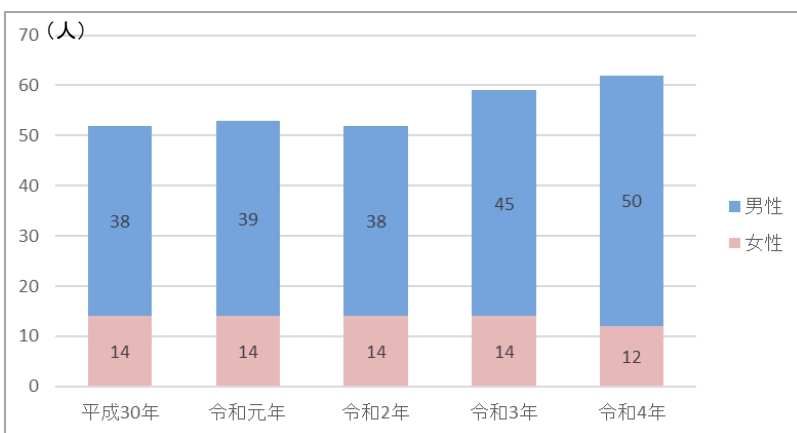
(5) 人工透析に係る分析

人工透析患者の実態

人工透析患者は増加傾向で、うち40～64歳の男性の割合が最も多くなっています。

人工透析患者数の推移

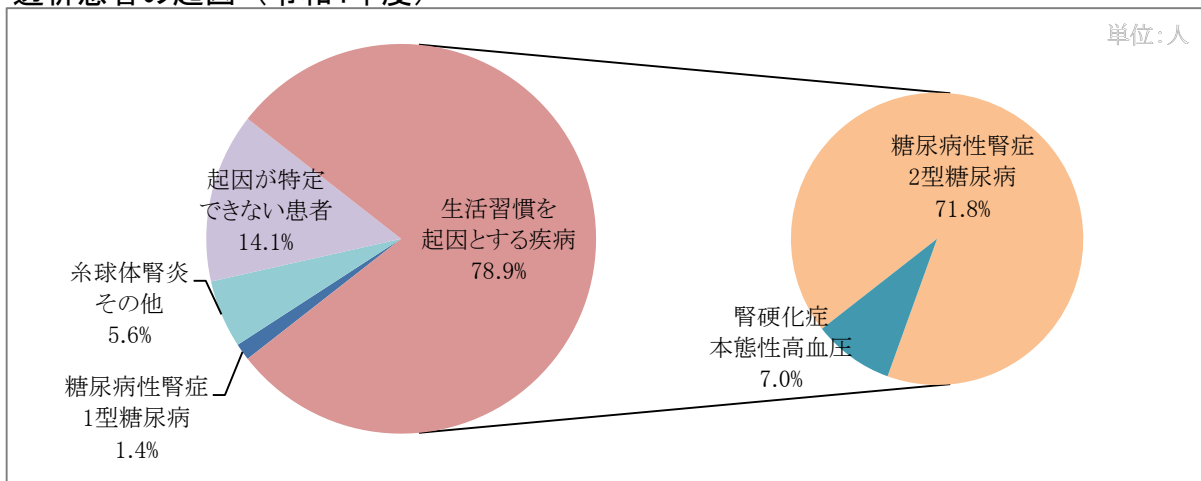
	実人数	男性				女性			
		人数	40歳未満	40～64歳	65～74歳	人数	40歳未満	40～64歳	65～74歳
			割合	割合	割合		割合	割合	割合
平成30年	52	38	1.9%	46.2%	25.0%	14	0%	17.3%	9.6%
令和元年	53	39	0%	49.1%	24.5%	14	1.9%	11.3%	13.2%
令和2年	52	38	0%	48.1%	25.0%	14	1.9%	11.5%	13.5%
令和3年	59	45	1.7%	44.1%	30.5%	14	0%	6.8%	16.9%
令和4年	62	50	0%	45.2%	35.5%	12	0%	8.1%	11.3%



出典：国保データベース (KDB) システム 「様式3-7 人工透析のレセプト分析」 各年7月作成

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)において起因が明らかとなった人工透析患者のうち、78.9%が生活習慣を起因とするものであり、そのうち71.8%が2型糖尿病を起因として透析となる、糖尿病性腎症であることが分かりました。

透析患者の起因 (令和4年度)



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。

対象診療年月は令和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)期間内に「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。

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

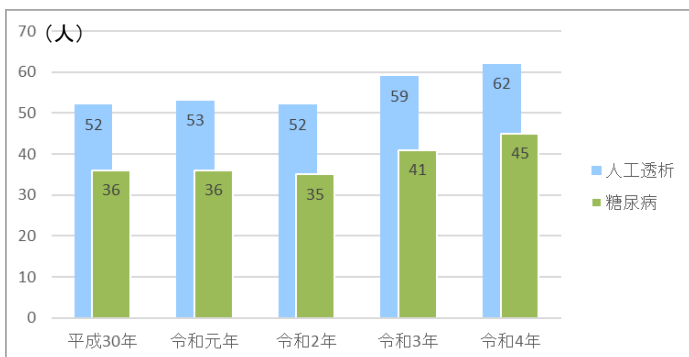
人工透析患者のうち、糖尿病を合併している者が最も多く、年々増加しています。

人工透析患者の合併症の推移

	人工透析	糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成30年	52	36	69.2%	20	38.5%	8	15.4%
令和元年	53	36	67.9%	20	37.7%	9	17.0%
令和2年	52	35	67.3%	19	36.5%	7	13.5%
令和3年	59	41	69.5%	26	44.1%	11	18.6%
令和4年	62	45	72.6%	25	40.3%	14	22.6%

出典：国保データベース (KDB) システム 「様式3-7 人工透析のレセプト分析」 各年7月作成

人工透析患者の糖尿病罹患状況の推移

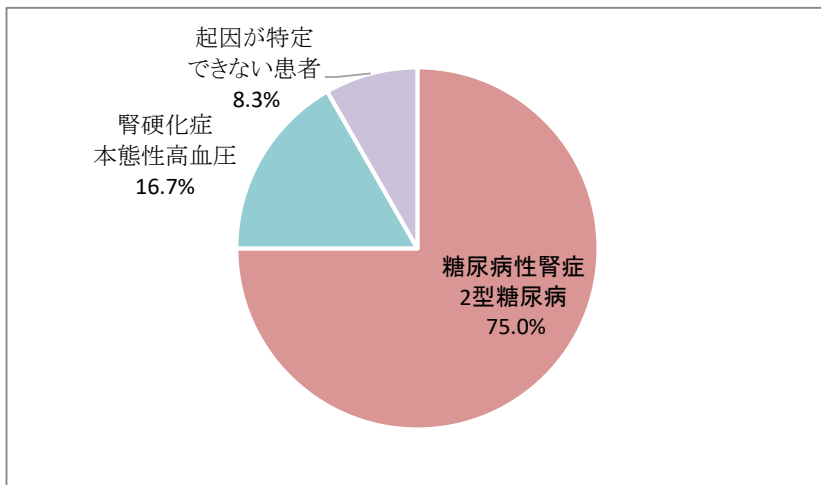


出典：国保データベース (KDB) システム 「様式3-7 人工透析のレセプト分析」 各年7月作成

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)における新規透析患者数は12人で、うち9人が糖尿病性腎症2型糖尿病により透析に至っています。

新規透析患者が透析に至った起因

透析に至った起因	割合
糖尿病性腎症 1型糖尿病	0%
糖尿病性腎症 2型糖尿病	75.0%
糸球体腎炎 IgA腎症	0%
糸球体腎炎 その他	0%
腎硬化症 本態性高血圧	16.7%
腎硬化症 その他	0%
痛風腎	0%
起因が特定できない患者	8.3%
計	100%



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。

対象診療年月は令和3年4月～令和5年3月診療分(24か月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「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。

※新規透析患者の定義…令和3年4月～令和4年3月の期間に透析患者ではなく、令和4年4月～令和5年3月の期間に透析患者となった患者。

※起因が特定できない患者…上記傷病名組み合わせに該当しない患者。

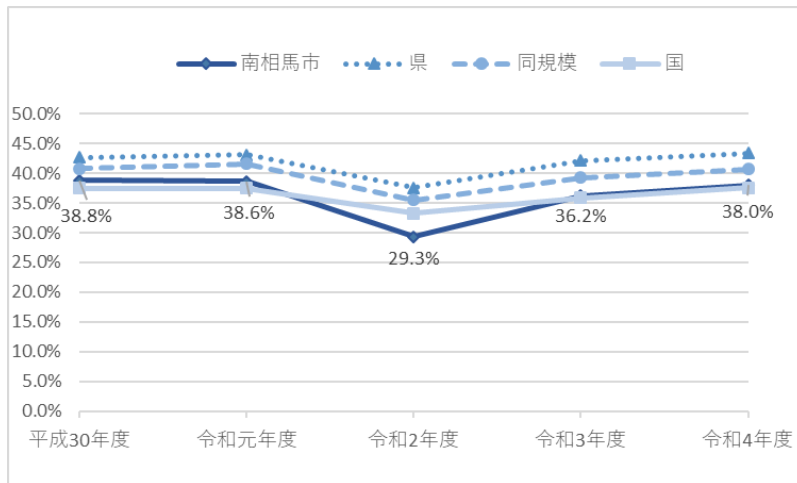
3. 特定健康診査・特定保健指導に関する分析

(1) 特定健康診査の実施状況

国保データベース(KDB)システムより集計した、本市の平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率38.0%は、平成30年度38.8%より0.8ポイント減少しており、福島県、同規模と比較すると低くなっています。

年度別 特定健康診査受診率

	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
南相馬市	38.8%	38.6%	29.3%	36.2%	38.0%
県	42.7%	43.1%	37.6%	42.1%	43.4%
同規模	40.8%	41.6%	35.5%	39.3%	40.7%
国	37.5%	37.5%	33.3%	35.9%	37.6%



出典：市のデータは法定報告値、他は国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

過去3年間の健診受診者について受診状況をみると、若年層ほど連続受診の者の割合が低く、未受診の者の割合が高くなっています。

健診受診状況（過去3年間の健診受診者について受診状況）

	男性						女性					
	連続受診		不定期		未受診		連続受診		不定期		未受診	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40～44歳	9	2.1%	56	13.3%	355	84.5%	9	2.5%	69	19.2%	282	78.3%
45～49歳	30	5.8%	80	15.4%	411	78.9%	34	7.5%	85	18.6%	337	73.9%
50～54歳	28	5.5%	60	11.7%	424	82.8%	31	6.6%	91	19.4%	346	73.9%
55～59歳	44	8.2%	78	14.5%	416	77.3%	58	11.5%	116	23.0%	331	65.5%
60～64歳	82	9.1%	174	19.4%	642	71.5%	139	14.1%	283	28.7%	565	57.2%
65～69歳	281	16.5%	429	25.2%	991	58.3%	431	23.4%	529	28.7%	885	48.0%
70～74歳	500	20.4%	642	26.2%	1,308	53.4%	595	23.9%	777	31.2%	1,119	44.9%
計	974	13.8%	1,519	21.6%	4,547	64.6%	1,297	18.2%	1,950	27.4%	3,865	54.3%

出典：国保データベース(KDB)システム 令和元年～令和3年度「介入支援管理」

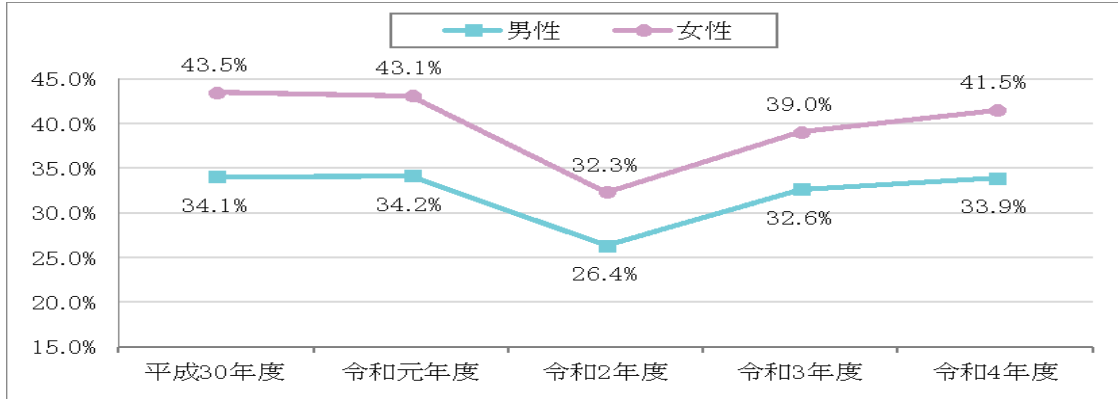
※連続受診：3年間連続で健診を受診している者

不定期：3年間で1度でも健診を受診している者

未受診：3年間で1度も健診を受診していない者

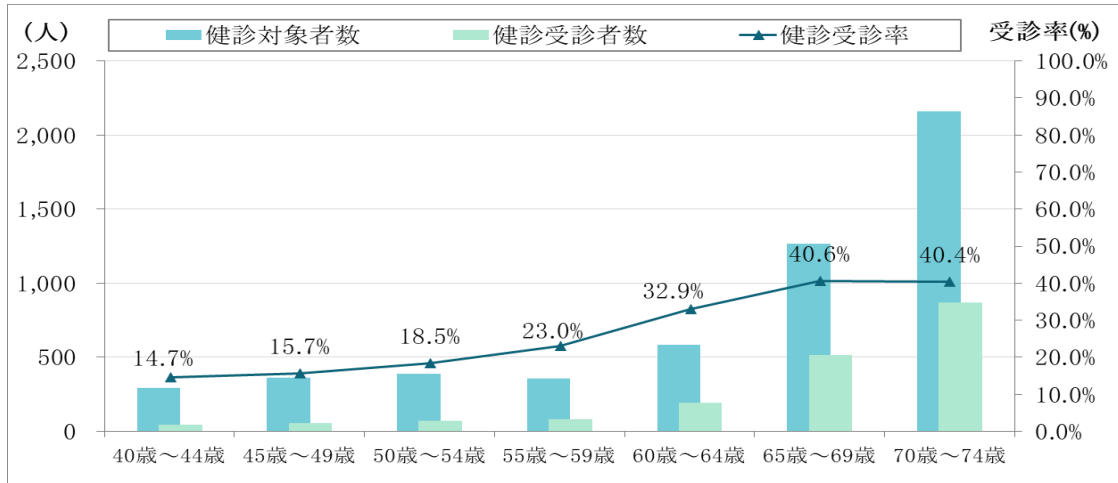
男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率33.9%は平成30年度34.1%より0.2ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率41.5%は平成30年度43.5%より2.0ポイント減少しています。

年度・男女別 特定健康診査受診率

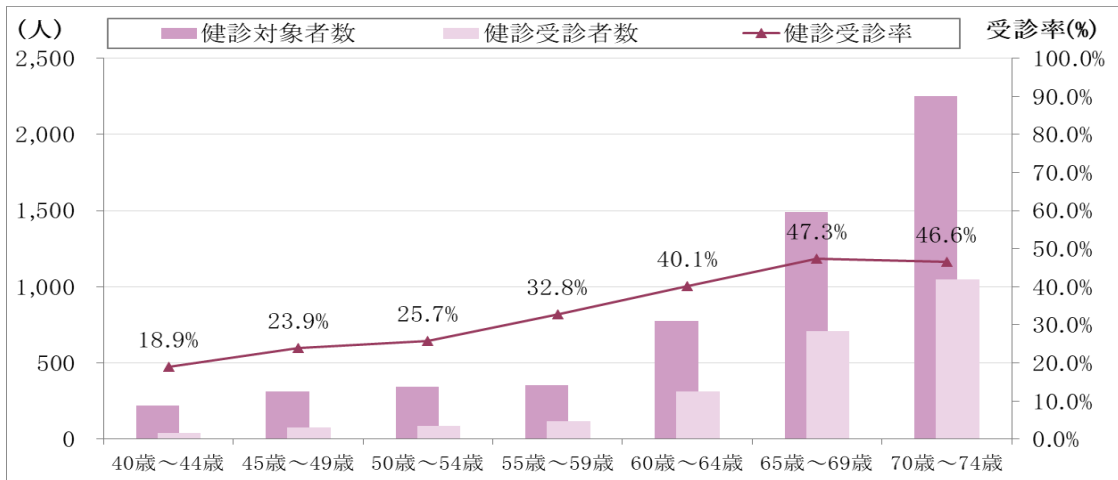


出典:国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(男性) 年齢別特定健康診査受診率 (令和4年度)



(女性) 年齢別特定健康診査受診率 (令和4年度)



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」

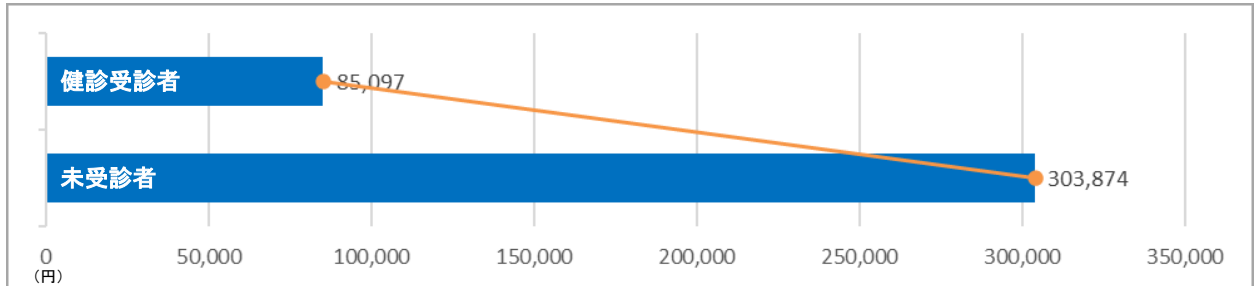
以下は、特定健康診査受診状況別にみた、生活習慣病の医療費の推移です。
健診未受診者の医療費は、健診受診者の3倍以上となっています。

健診受診者と未受診者の1人当たり生活習慣病医療費の推移

	健診未受診			健診受診		
	未受診者数	生活習慣病総医療費(円)		受診者数	生活習慣病総医療費(円)	
		総額	1人当たり		総額	1人当たり
平成30年度	7,590	2,435,676,140	320,906	4,841	427,194,720	88,245
令和元年度	7,438	2,366,728,450	318,194	4,717	445,374,800	94,419
令和2年度	8,463	2,559,983,250	302,491	3,519	109,893,220	31,229
令和3年度	7,577	2,302,453,150	303,874	4,252	361,830,960	85,097
令和4年度	7,058	2,164,153,560	306,624	4,137	404,685,580	97,821

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」
※令和4年度は暫定値

健診受診者と未受診者の1人当たり生活習慣病医療費（令和3年度）



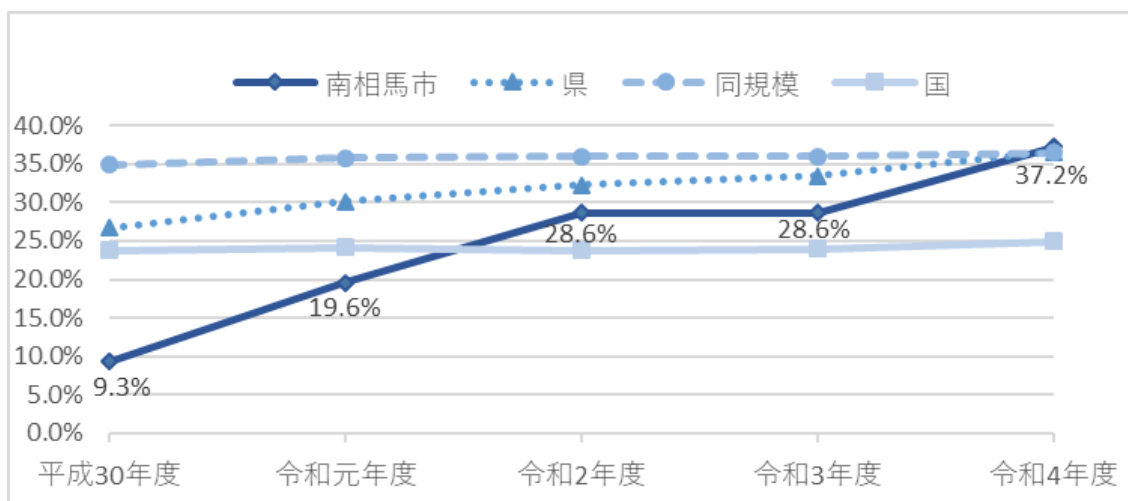
出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 特定保健指導の実施状況

国保データベース(KDB)システムより集計した、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導実施率を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率37.2%は、平成30年度8.9%より28.3ポイント増加しており、福島県、同規模、国と比較して高くなっています。

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
南相馬市	9.3%	19.6%	28.6%	28.6%	37.2%
県	26.7%	30.1%	32.3%	33.4%	36.6%
同規模	34.9%	35.8%	36.0%	36.0%	36.5%
国	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	24.9%



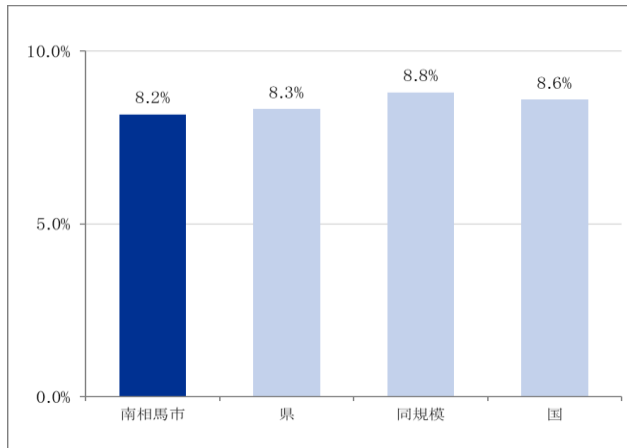
出典:市のデータは法定報告値、他は国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりです。

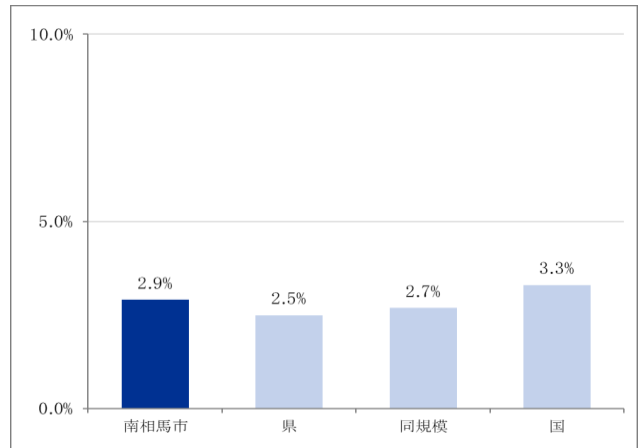
特定保健指導実施状況(令和4年度)

区分	動機付け支援 対象者数割合	積極的支援 対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導 実施率
南相馬市	8.2%	2.9%	11.1%	37.2%
県	8.3%	2.5%	10.8%	36.6%
同規模	8.8%	2.7%	11.5%	36.5%
国	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

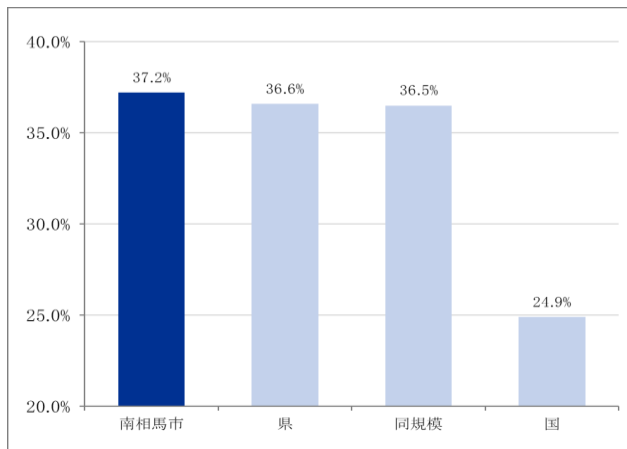
動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



積極的支援対象者数割合(令和4年度)



特定保健指導実施率(令和4年度)

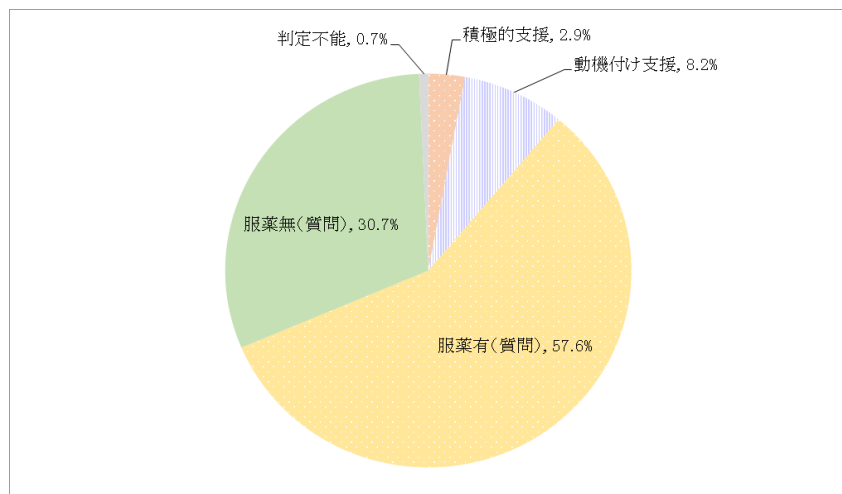


出典:市のデータは法定報告値、他は国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」
 動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は2.9%、動機付け支援対象者割合は8.2%です。

保健指導レベル該当状況

	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	4,210	465	121	344	2,423	1,291	31
割合(%) ※	-	11.0%	2.9%	8.2%	57.6%	30.7%	0.7%



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥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		
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	/		

(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 又は 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：中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症又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。

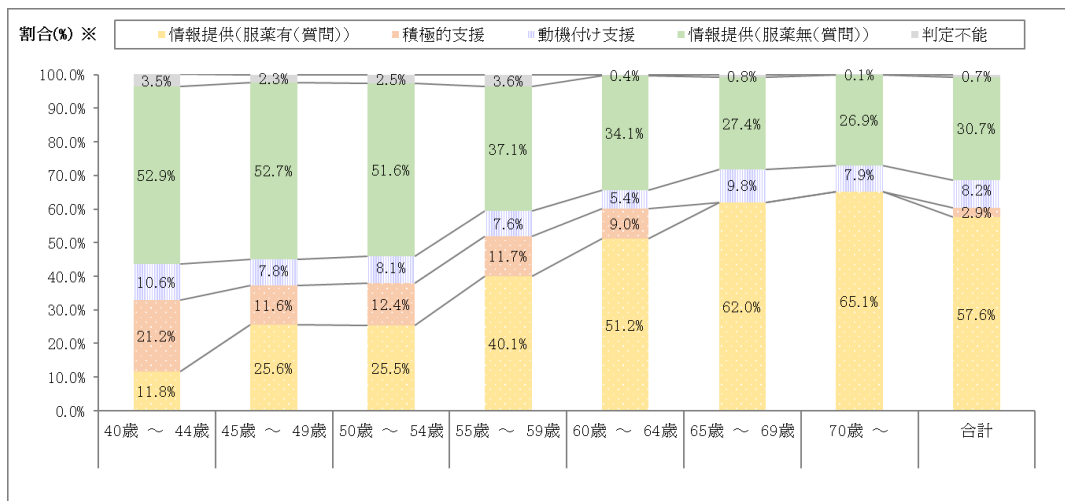
※65歳以上75歳未満の者については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものです。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳～44歳	85	27	18	21.2%	9	10.6%
45歳～49歳	129	25	15	11.6%	10	7.8%
50歳～54歳	161	33	20	12.4%	13	8.1%
55歳～59歳	197	38	23	11.7%	15	7.6%
60歳～64歳	502	72	45	9.0%	27	5.4%
65歳～69歳	1,217	119	0	0.0%	119	9.8%
70歳～	1,919	151	0	0.0%	151	7.9%
合計	4,210	465	121	2.9%	344	8.2%

年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	85	10	11.8%	45	52.9%	3	3.5%
45歳～49歳	129	33	25.6%	68	52.7%	3	2.3%
50歳～54歳	161	41	25.5%	83	51.6%	4	2.5%
55歳～59歳	197	79	40.1%	73	37.1%	7	3.6%
60歳～64歳	502	257	51.2%	171	34.1%	2	0.4%
65歳～69歳	1,217	754	62.0%	334	27.4%	10	0.8%
70歳～	1,919	1,249	65.1%	517	26.9%	2	0.1%
合計	4,210	2,423	57.6%	1,291	30.7%	31	0.7%



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

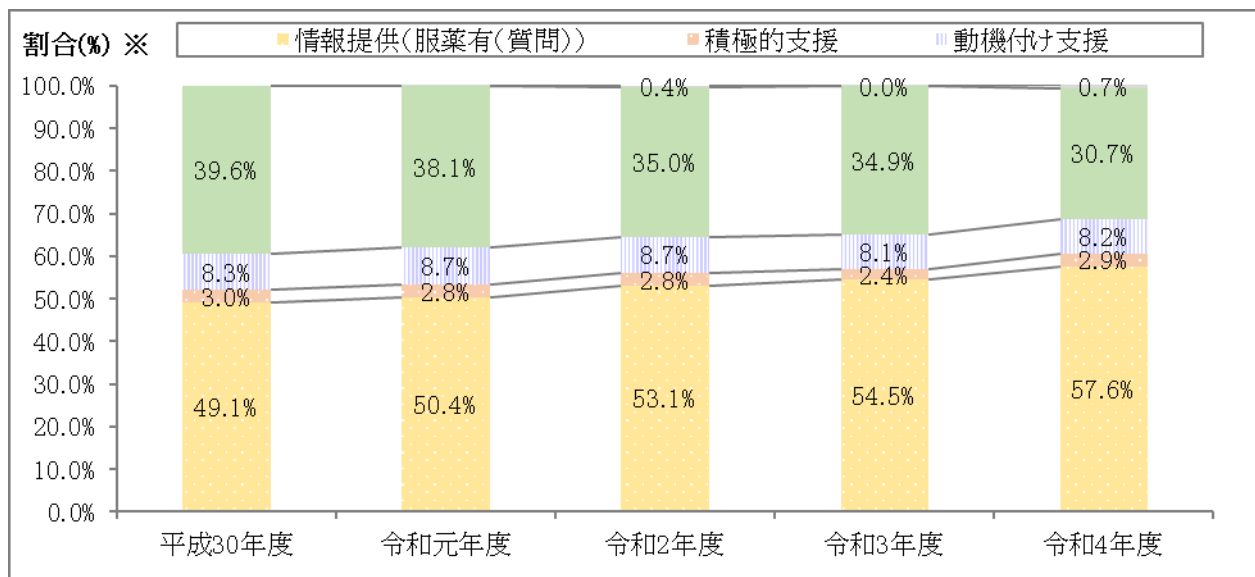
※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合2.9%は平成30年度3.0%から0.1ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合8.2%は平成30年度8.3%から0.1ポイント減少しています。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
平成30年度	4,837	547	146	3.0%	401	8.3%
令和元年度	4,712	540	130	2.8%	410	8.7%
令和2年度	3,518	405	98	2.8%	307	8.7%
令和3年度	4,245	447	102	2.4%	345	8.1%
令和4年度	4,210	465	121	2.9%	344	8.2%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	4,837	2,376	49.1%	1,914	39.6%	0	0.0%
令和元年度	4,712	2,373	50.4%	1,797	38.1%	2	0.0%
令和2年度	3,518	1,868	53.1%	1,230	35.0%	15	0.4%
令和3年度	4,245	2,315	54.5%	1,481	34.9%	2	0.0%
令和4年度	4,210	2,423	57.6%	1,291	30.7%	31	0.7%



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60か月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を示したものです。

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者		
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			465人		
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	10人	121人	26%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	21人		
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	6人		
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	9人		
		●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	8人		
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	19人		
	●		●			血糖＋脂質	8人		
		●	●			血圧＋脂質	15人		
	●			●		血糖＋喫煙	13人		
		●		●		血圧＋喫煙	5人		
			●	●	因子数1	脂質＋喫煙	7人		
	●					血糖	0人		
		●				血圧	0人		
			●			脂質	0人		
			●		喫煙	0人			
				因子数0	なし	0人			
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	6人	344人	74%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	29人		
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	8人		
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	3人		
		●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	4人		
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	70人		
	●		●			血糖＋脂質	17人		
		●	●			血圧＋脂質	12人		
	●			●		血糖＋喫煙	4人		
		●		●		血圧＋喫煙	8人		
			●	●	因子数1	脂質＋喫煙	3人		
	●					血糖	44人		
		●				血圧	106人		
			●			脂質	30人		
			●		喫煙	0人			
				因子数0	なし	0人			

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

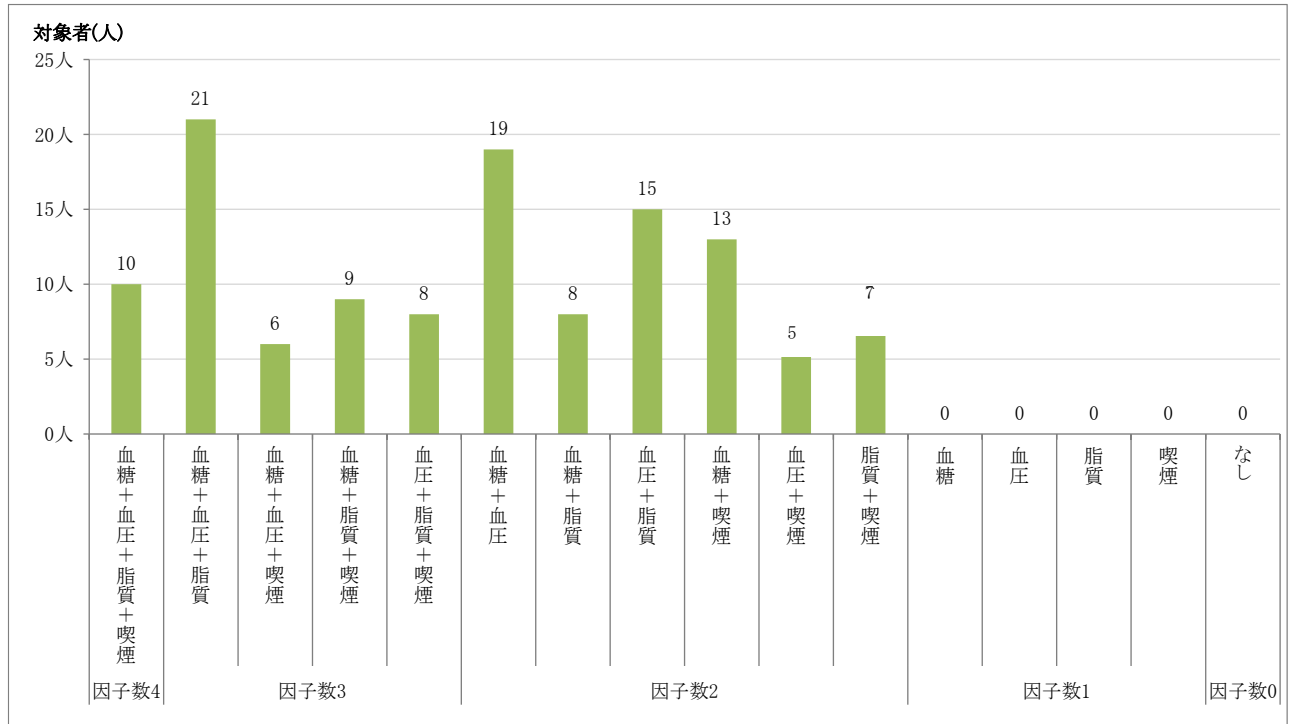
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※リスク判定…健診検査値が保健指導判定値を超えている組み合わせ(喫煙については質問回答による)。そのため、厚生労働省が定める保健指導対象者の選定にない組み合わせに該当する場合がある。また、医師の判断等により、リスク因子数が0であっても特定保健指導対象者に分類される場合がある。

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

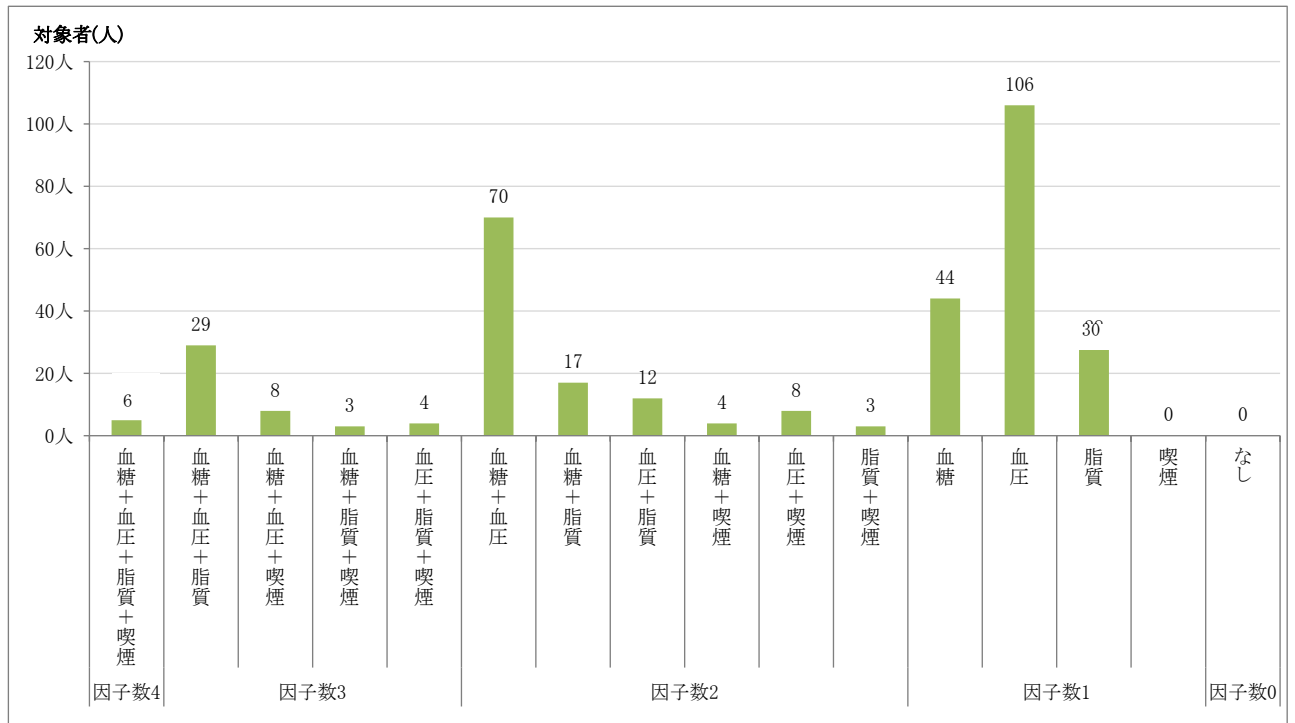
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 又は HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



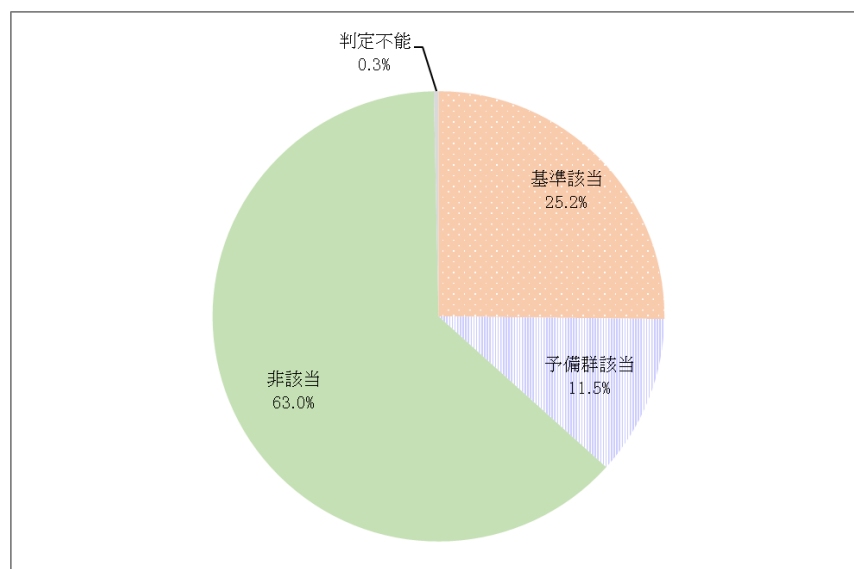
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)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示したものです。基準該当は25.2%、予備群該当は11.5%です。

メタボリックシンドローム該当状況

	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	4,210	1,061	483	2,652	14
割合(%) ※	-	25.2%	11.5%	63.0%	0.3%



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。
 資格確認日…令和5年3月31日時点。
 ※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※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)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	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
- ②脂質: 中性脂肪150mg/dl 以上 又は HDLコレステロール40mg/dl 未満
- ③血圧: 収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症又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。

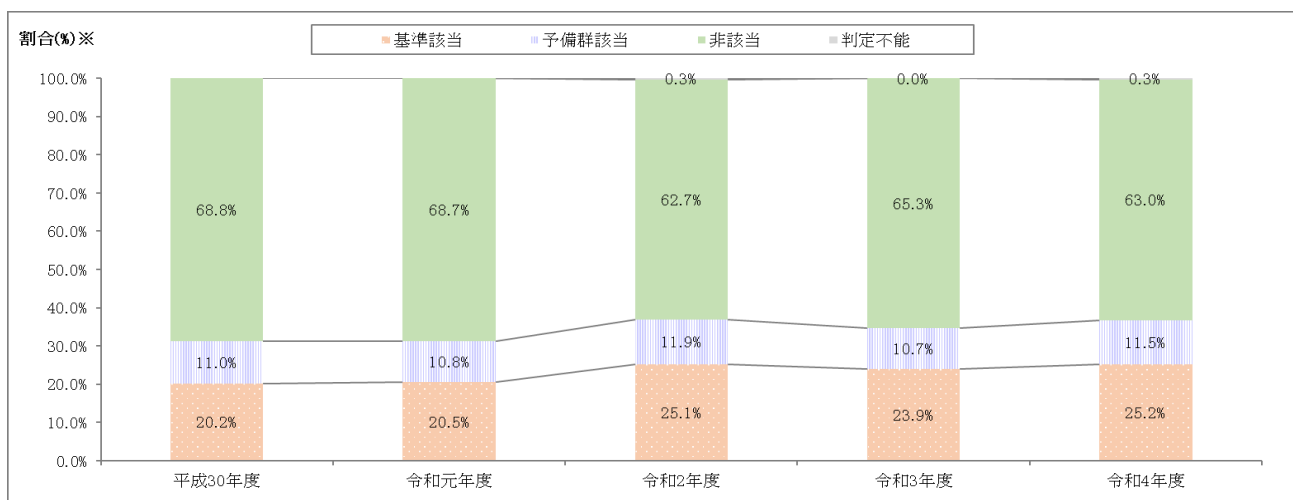
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当25.2%は平成30年度20.2%より5.0ポイント増加しており、予備群該当11.5%は平成30年度11.0%より0.5ポイント増加しています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
平成30年度	4,837
令和元年度	4,712
令和2年度	3,518
令和3年度	4,245
令和4年度	4,210

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	976	20.2%	530	11.0%	3,330	68.8%	1	0.0%
令和元年度	965	20.5%	507	10.8%	3,239	68.7%	1	0.0%
令和2年度	884	25.1%	418	11.9%	2,206	62.7%	10	0.3%
令和3年度	1,016	23.9%	453	10.7%	2,774	65.3%	2	0.0%
令和4年度	1,061	25.2%	483	11.5%	2,652	63.0%	14	0.3%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60か月分)。

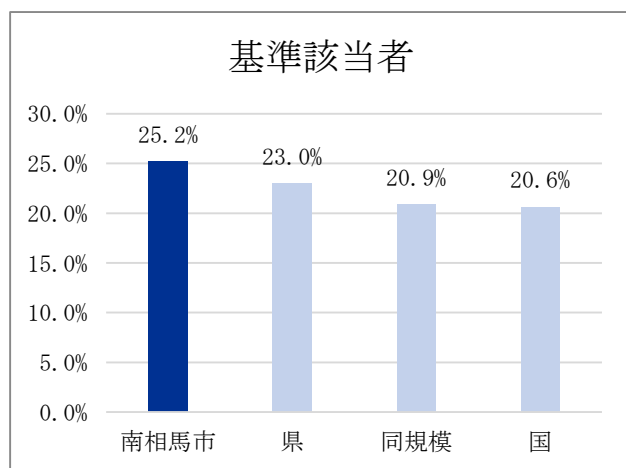
資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

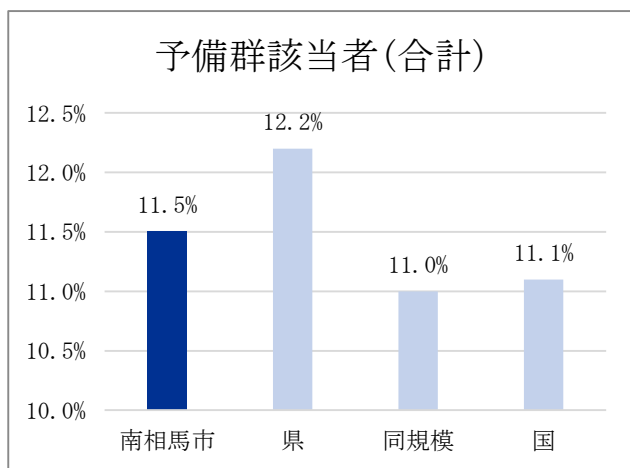
メタボリックシンドローム該当状況比較(令和4年度)

区分	基準該当者(合計)	基準該当者(男性)	基準該当者(女性)	予備群該当者(合計)	予備群該当者(男性)	予備群該当者(女性)
南相馬市	25.2%	40.1%	13.8%	11.5%	16.0%	8.0%
県	23.0%	34.8%	13.5%	12.2%	18.3%	7.3%
同規模	20.9%	32.7%	11.5%	11.0%	17.5%	6.0%
国	20.6%	32.9%	11.3%	11.1%	17.8%	6.0%

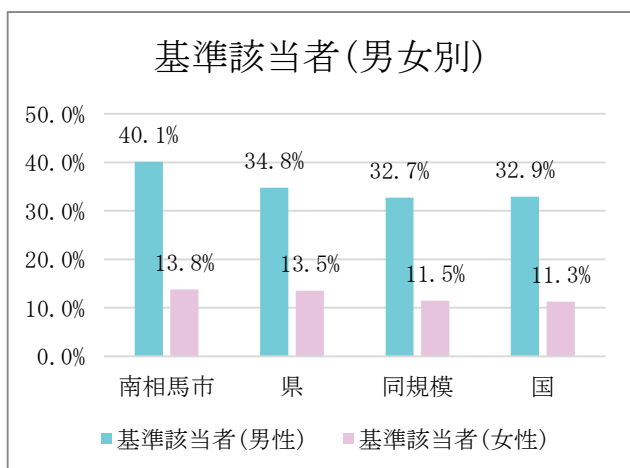
基準該当者(令和4年度)



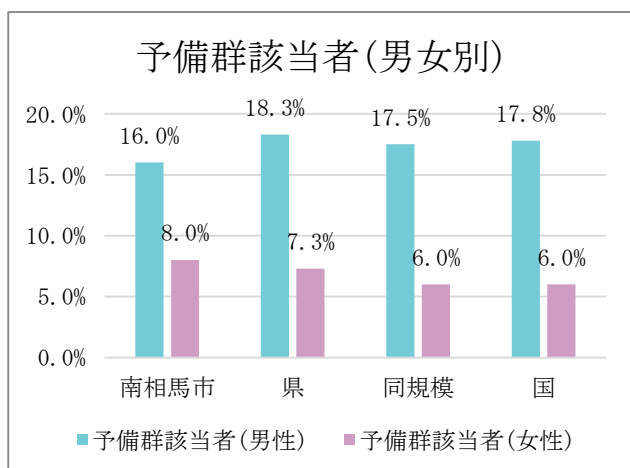
予備群該当者(令和4年度)



(男女別) 基準該当者(令和4年度)



(男女別) 予備群該当者(令和4年度)



出典: 法定報告値、国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

第3章 保健事業の評価

1. 短期・中長期目標の達成状況（第2期データヘルス計画）

脂質異常症の割合、脳血管疾患患者数、虚血性心疾患の患者数は目標を達成しましたが、それ以外では未達成の項目が多い結果でした。

① 短期目標

No.	項目	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	H28年度 (策定時の ベース ライン)	R4			改善状況 ※1	達成状況 ※2
				実績値	目標値	最終評価		
1	特定健康診査受診率の向上	特定健康診査受診率	36.2%	38.0%	45.0%	未達成	改善	B
2	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	10.5%	37.2%	45.0%	未達成	改善	B
3	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の減少	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の割合	32.4%	36.7%	29.0%	未達成	悪化	D
4	血糖・血圧・脂質の重複した リスクを持つ割合の減少	血糖・血圧・脂質の重複した リスクを持つ割合	6.3%	8.6%	6.6%	未達成	悪化	C

※1 改善状況：目標値とR4年度の実績値で評価

※2 達成状況：A（目標達成）B（目標に達しないが改善傾向）C（変わらない）D（悪化している）* -5%以上 E（評価困難）

出典：No. 1, 2：特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告値）

No. 3, 4：国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」

② 中長期目標

No.	項目	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	H28年度 (策定時の ベース ライン)	R4			改善状況 ※1	達成状況 ※2
				実績値	目標値	最終評価		
1	Ⅱ度高血圧以降の割合の減少	特定健康診査の結果 Ⅱ度高血圧(160/100mmHg)以上の 割合	3.7%	5.8%	2.7%以下	未達成	悪化	C
2	糖尿病有病者の増加の抑制	特定健診の結果 HbA1c(NGSP)6.5%以上の割合	8.1%	11.8%	9.5%以下	未達成	悪化	C
3	脂質異常症の割合の減少	特定健診の結果 LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	4.0%	2.4%	3.0%以下	達成	改善	A
4	新規人工透析患者数の減少 (生活習慣病由来のもの)	新規人工透析患者数 (生活習慣病由来のもの)	9人 (H26)	11人	10人以下	未達成	悪化	D
5	脳血管疾患患者数の減少 (脳梗塞、脳出血、くも膜下 出血)	脳血管疾患患者数	743人	582人	656人以下	達成	改善	A
6	虚血性心疾患患者数の減少 (狭心症、心筋梗塞)	虚血性心疾患患者数	973人	724人	885人以下	達成	改善	A

※1 改善状況：目標値とR4年度の実績値で評価

※2 達成状況：A（目標達成）B（目標に達しないが改善傾向）C（変わらない）D（悪化している）* -5%以上 E（評価困難）

出典：国保データベース（KDB）システム

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についての達成状況を示したものです。全6事業のうち5事業は改善していますが、目標達成までには至りませんでした。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
特定健康診査	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病の発症前段階であるメタボリックシンドローム該当者及び予備群を把握し保健指導につなげることを目的に健康診査を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への受診券、受診案内 対象者のタイプに応じた受診勧奨通知 市HP、広報等での周知 集団健診、医療機関において個別健診 受診促進のための医療機関への周知
特定保健指導	平成30年度 ～ 令和5年度	メタボリックシンドロームに着目し、それを改善することで糖尿病等の生活習慣病の有病者及び予備群を減少させることを目的に保健指導を実施する。保健指導により、対象者自身が健診結果や生活習慣を振り返り、生活習慣改善のための取組ができるよう支援する。	<ul style="list-style-type: none"> 集団健診、個別健診、人間ドック受診者から対象者を抽出 積極的支援、動機付け支援 集団健診会場での保健指導
糖尿病性腎症重症化予防事業	平成30年度 ～ 令和5年度	糖尿病性腎症の重症化予防に取り組み、虚血性心疾患、脳血管疾患、新規人工透析等への移行を防止する。	<ul style="list-style-type: none"> 訪問による受診勧奨を実施 医師からの依頼に基づき、訪問による保健指導を実施
生活習慣病重症化予防事業	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病（高血圧）の重症化予防に取り組み、虚血性心疾患、脳血管疾患、新規人工透析等への移行を防止する。	<ul style="list-style-type: none"> 訪問による受診勧奨を実施。 受診勧奨から3か月後に受診状況を確認し、未受診の場合は再度受診勧奨を実施。
重複・多剤投与者指導事業	令和元年度 ～ 令和5年度	医薬品の適正使用を促すとともに、薬品の健康被害のリスクを軽減し、医療費の適正化を図る。	保健師等による訪問指導を実施
後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進	平成30年度 ～ 令和5年度	ジェネリック医薬品の普及促進を行うことにより、医療費適正化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 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100円以上の自己負担額の軽減が見込まれる者を対象としている。 福島県国保連に対象者の抽出及び差額通知の作成を委託している。 通知は年4回実施している。

達成状況

A:目標達成
 B:改善している
 C:横ばい
 D:悪化している
 -:評価できない

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段：アウトプット、下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
特定健康診査受診率	36.2%	50.0%	38.0%	B
—	—	—	—	
特定保健指導実施率	10.5%	50.0%	37.2%	B
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	32.4%	28.0%	36.7%	
糖尿病未治療者への保健指導実施率	—	80%	63.4%	B
新規人工透析患者数（糖尿病性腎症由来）	—	10人以下	9人	
保健指導実施率	—	100%	100%	B
保健指導介入後の医療機関受診率	—	70.0%	56.3%	
重複・多剤投与者への保健指導率	—	90%	73.7%	D
—	—	—	—	
—	—	—	—	B
後発医薬品の使用割合	—	80.0%	77%	

①特定健康診査事業

事業目的	生活習慣病の発症前段階であるメタボリックシンドローム該当者及び予備群を把握し、保健指導につなげることを目的に健康診査を実施する。
対象者	40歳から74歳の南相馬市国民健康保険被保険者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・6月から3月まで実施（集団健診・施設健診・人間ドック）。 ・対象者へ受診券、受診案内を送付。市ホームページや広報、防災メール等で周知。 ・過去の受診歴をもとに未受診者へ受診勧奨はがきを送付。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：指標なし

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—
実績	—	—	—	—	—	—	—

アウトカム：特定健康診査受診率（評価指標）

アウトカム…成果を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50.0%	38.0%	40.0%	41.0%	42.0%	45.0%	50.0%
実績	36.2%	38.8%	38.6%	29.3%	36.2%	38.0%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

対象者への通知内容どおりに特定健康診査を滞りなく実施することができた。
医療機関分析を行い、医師会との連携強化（主治医からの受診勧奨）を図った。

事業評価	最終評価	改善 状況	達成 状況	考察 (成功・未達 要因) 今後の 方向性
	達成	改善	A B	
	未達成	横ばい 悪化	C D —	<ul style="list-style-type: none"> ・わかりやすい健診申込書の導入 ・受診勧奨はがきの送付 ・新規国民健康保険加入者への受診勧奨 ・web申し込みの導入 ・医師会との連携による通院者の健診受診勧奨への取組強化

②特定保健指導事業

事業目的	メタボリックシンドロームに着目し、それを改善することで糖尿病等の生活習慣病の有病者及び予備群を減少させることを目的に保健指導を実施する。保健指導により、対象者自身が健診結果や生活習慣を振り返り、生活習慣改善のための取組ができるよう支援する。
対象者	特定健康診査の結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの高さや年齢に応じ、レベル別に対象者を選定する。
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	保健師、栄養士による訪問又は来所による個別支援を実施。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：特定保健指導実施率（評価指標）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50.0%	30.0%	40.0%	42.0%	44.0%	45.0%	50.0%
達成状況	10.5%	9.3%	19.6%	28.6%	28.6%	37.2%	—

アウトカム：メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（評価指標）

アウトカム…成果を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	31.0%	31.0%	30.0%	29.0%	28.0%
達成状況	32.4%	31.1%	31.2%	37.0%	34.6%	36.7%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

当初は指定特定保健指導実施期間（市の委託事業者）又は市の職員による実施体制としていたが、令和2年度より市の職員による実施のみとし、対象者の抽出から保健指導の実施まで遅延なく実施することができた。

年度ごとに事業の見直しを実施し、配布資料の更新や集団健診会場での初回面接の導入等を行った。

事業評価	最終評価	改善 状況	達成 状況	考察 (成功・未達 要因)
	達成	改善	A B	
未達成	横ばい 悪化	C D —	今後の 方向性	現在は保健師による訪問や来所相談などの個別支援のみであるが、集団教育による実施やICT活用など、より効果的な参加勧奨について検討し実施していく。

③糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病性腎症の重症化予防に取り組み、虚血性心疾患、脳血管疾患、新規人工透析等への移行を防止する。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨対象者：特定健康診査の結果、空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上で未治療の者。過去に糖尿病治療歴があるが、直近の糖尿病受診が6か月以上確認できない者。 ・保健指導対象者：2型糖尿病治療中の者で、尿蛋白(+)以上又はeGFR60ml/min/1.73m²未満、空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上の者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	南相馬市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき実施 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問による受診勧奨 ・医師からの依頼に基づき、訪問による保健指導を実施

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：糖尿病未治療者への保健指導実施率（評価指標） アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	80%	80%	80%	80%	80%
実績	—	—	35.7%	100%	90.1%	63.4%	—

アウトカム：新規人工透析患者数（糖尿病性腎症由来）（評価指標） アウトカム…成果を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	10人以下	10人以下	10人以下	10人以下	10人以下	10人以下
実績	—	10 (10) 人	10 (4) 人	17人	18人	12 (9) 人	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

南相馬市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、対象者の状況に応じた受診勧奨及び保健指導を実施した。

医師会との連携を図るため、事業説明の機会を設けた。

事業評価	最終評価	改善 状況	達成 状況	考察 (成功・未達 要因) 新規人工透析患者数（糖尿病性腎症由来）は目標を達成したが、受診勧奨率にばらつきがあった。
	達成	改善	A	
	未達成	横ばい	B	今後の 方向性 ・県や医師会等と連携し、保健指導実施率の向上を図っていく。 ・保健指導の効果的、効率的な実施手法を検討し、保健指導の質を高めるべく、保健師や栄養士等専門職に対する研修の機会を設ける。
		悪化	C	
			D	
			—	

④生活習慣病重症化予防事業

事業目的	生活習慣病（高血圧）の重症化予防に取り組み、虚血性心疾患、脳血管疾患、新規人工透析等への移行を防止することを目的とする。
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導の階層化判定が情報提供の者で、収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上でかつ、LDLコレステロール160mg/dl以上で未治療の者。
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	保健師等が訪問や電話等にて保健指導を実施する

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：保健指導実施率（評価指標）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
実績	—	—	—	75.0%	100%	100%	—

アウトカム：保健指導介入後の医療機関受診率（評価指標）

アウトカム…成果を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
実績	—	—	—	11.1%	40.0%	56.3%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

実施要領に基づき、受診勧奨及び保健指導を実施した。

事業評価	最終評価	改善 状況	達成 状況	考察 (成功・未達 要因)	医療機関受診率は目標達成には至らなかったが、改善傾向ではある。目標を達成するためには、従来通りの指導方法のみではなく、更に踏み込んだ取組が必要と考えられる。
	達成	改善	A B		
	未達成	横ばい 悪化	C D —	今後の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> 事業効果を高めるため、効果的、効率的な実施手法を検討する。 受診が確認できない者に対し、受診の再勧奨を行う取組を実施する。

⑤重複・多剤投与者指導事業

事業目的	医薬品の適正使用を促すとともに、薬品の健康被害のリスクを軽減し、医療費の適正化を図ることを目的とする。
対象者	福島県国保連合会が作成する薬剤重複投与対象者リスト等から、複数月で同一月に2以上の医療機関から処方された同一薬効の薬剤を1剤以上重複処方されている者
事業実施年度	令和元年度～令和5年度
実施内容	保健師等による訪問指導

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：重複・多剤投与者への保健指導率（評価指標）

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	90%	90%	90%	90%	90%
実績	—	—	—	100%	87.5%	73.7%	—

アウトカム：指標なし

アウトカム…成果を評価

	計画策定時 点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—
実績	—	—	—	—	—	—	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

実施要領に基づき、情報提供や保健指導を実施した。

事業評価	最終評価	改善 状況	達成 状況	考察 (成功・未達 要因) 今後の 方向性	対象者への保健指導は実施しているが、面接を拒否し連絡がつかない対象者がおり目標達成には至らなかった。
	達成	改善	A B		保健指導のみでは、医療費適正化までの効果は難しい。広報等による周知や医師会等関係機関との連携により、被保険者の意識や知識の向上に繋がる取組も実施する必要がある。
	未達成	横ばい 悪化	C D —		<ul style="list-style-type: none"> 対象者への訪問指導は引き続き実施。 広報やチラシ等を通じ、医療機関の適正受診や適正服薬について、周知・啓発を行う。

⑥後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

事業目的	ジェネリック医薬品の普及促進を行うことにより、医療費適正化を図る。
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、100円以上の自己負担額の軽減が見込まれる者。
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	福島県国保連合会に対象者の抽出及び差額通知の作成を委託している。その後、職員が対象者を確認した上で発送している。通知は年4回実施している。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：指標なし

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	—	—	—	—

アウトカム：後発医薬品使用割合（評価指標）

アウトカム…成果を評価

	計画策定 時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
達成状況	—	67.0%	71.0%	74.0%	75.0%	76.0%	77.0%

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

市民課で事業予算の確保をしている。
 福島県国保連合会へ対象者の抽出及び差額通知の作成を委託して実施。
 令和元年度までは年3回の実施だったが、令和2年度から年4回実施している。

事業評価	最終評価	改善 状況	達成 状況	考察 (成功・未達 要因)	後発医薬品の使用割合は、年々増加傾向にあるものの、目標値である80%よりも低い状況となっている。
	達成	改善	A B		
	未達成	横ばい 悪化	C D —	今後の 方向性	第四期医療費適正化計画基本方針で示されている目標値80%を下回っていることから、今後も医療費適正化を図るため、差額通知の実施を継続していく。

第4章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものです。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	<p>生活習慣病</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康診査データより、メタボリックシンドローム該当者の割合が高く、また、生活習慣に関連した検査項目において、有所見者割合が高い項目があります。 医療費及び患者数上位において、生活習慣に関係する疾病が多くを占めています。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながっていない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在します。 特定健康診査の受診率が県、国と比較して低い状況です。 透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が増加しています。 健康診査の質問票より、運動習慣がないと回答した割合は64.0%、生活習慣の改善意欲がないと回答した割合は28.7%でした。 	1	①、②、③、④、⑦	<p>データヘルス計画全体における目的</p> <p>生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防</p> <p>レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防します。</p> <p>被保険者の健康意識の向上</p> <p>被保険者一人一人が自らの健康状態を把握し、より良い生活習慣の継続につながるような機会・情報の提供、健康づくりのサポートを行います。</p>
B	<p>医療費、受診行動</p> <ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の使用割合は77.0%で、目標値の80.0%を下回りました。 受診行動の適正化が必要な、重複・頻回受診、重複服薬のいずれかに該当する被保険者が存在しています。 薬物有害事象の発生や副作用につながると懸念される長期多剤服薬者が存在しています。 	2	⑤、⑥	<p>医療費適正化と適正受診・適正服薬</p> <p>後発医薬品(ジェネリック)の普及啓発やお薬手帳の利用促進、訪問指導等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図ります。</p>

個別の保健事業については「3. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

2. 目標設定

①短期目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率	38.0%	45.2%	48.2%	51.2%	54.2%	57.2%	60.0%
特定保健指導実施率	37.2%	40.6%	44.6%	48.6%	52.6%	56.6%	60.0%
糖尿病性腎症重症化予防 受診勧奨者の医療機関受 診率	46.2%	50.0%	54.0%	58.0%	62.0%	66.0%	70.0%
特定健康診査の結果 メタボ該当者及び予備群 の割合	34.6%	31.0%	31.0%	31.0%	31.0%	31.0%	31.0%
特定健康診査の結果 Ⅱ度高血圧(160/100mmHg) 以上の割合	5.8%	5.7%	5.6%	5.4%	5.3%	5.2%	5.0%
特定健康診査の結果 HbA1c(NGSP)6.5%以上の 割合	11.8%	11.0% 以下	11.0% 以下	11.0% 以下	11.0% 以下	11.0% 以下	11.0% 以下
特定健康診査の結果 LDLコレステロール160mg/dl以上 の割合	8.1%	8.0% 以下	8.0% 以下	8.0% 以下	8.0% 以下	8.0% 以下	8.0% 以下

②中長期目標

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
新規人工透析患者数 (糖尿病性腎症由来)	9人	9人以下	9人以下	9人以下	9人以下	9人以下	9人以下
脳血管疾患患者数	582人	563人	543人	524人	504人	485人	465人
虚血性心疾患患者数	724人	712人	700人	688人	676人	664人	651人
慢性腎臓病患者数	993人	973人	963人	943人	923人	914人	894人

3. 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。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	特定健康診査事業	生活習慣病のリスクを早期に発見し、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防する。 また、受診率向上のため、過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、受診行動等により対象者を分類し、特性に応じた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行う。	継続	1
A-②	特定保健指導事業	特定健康診査の結果から、生活習慣病のリスクのある者を抽出し、生活習慣病の予防・改善のための「特定保健指導」を行う。 健診会場での初回面談の実施など、効果的なタイミングで利用勧奨を実施する。利用勧奨の方法は毎年度見直しを行う。	継続	2
A-③	糖尿病性腎症重症化予防事業	特定健康診査の結果や医療機関受診状況から、糖尿病性腎症による人工透析への移行リスクが高い者及び糖尿病治療中断者を抽出し、保健師、栄養士等による受診勧奨及び保健指導を実施する。	継続	3
A-④	生活習慣病重症化予防事業	特定健康診査の結果や医療機関受診状況から、生活習慣病（高血圧）による人工透析への移行リスクが高い未治療者を抽出し、保健師等による受診勧奨を行う。	継続	4
B-⑤	受診行動適正化事業	重複服薬及び重複頻回受診者について訪問指導を実施する。 広報やチラシ等を通じ、医療機関の適正受診や適正服薬について周知・啓発を行う。	継続	5
B-⑥	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進事業	国の特別調整交付金等の財政支援を有効活用する。 福島県国保連合会への委託により実施する。 委託業務は、対象者の抽出及び差額通知の作成とする。	継続	6
A-⑦	ポピュレーション事業	若い世代からの健康意識を醸成するため、食生活や運動等のより良い生活習慣の周知や、健康づくりのための健康教室等を実施する。	継続	7

(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。

事業番号：A-① 特定健康診査事業【継続】

事業の目的	生活習慣病の発症前段階であるメタボリックシンドローム該当者及び予備群を把握し、保健指導につなげることを目的に健康診査を実施する。
対象者	40歳から74歳の南相馬市国民健康保険被保険者
現在までの事業結果	令和3年度より未受診者対策事業（人工知能による分析及びナッジ理論に基づき対象者に応じた内容の受診勧奨はがきの送付）を行った。また、土日の健康診査実施や健診受診に関する普及啓発を図り、新型コロナウイルス感染症発生前の水準まで受診率は回復傾向にある。

今後の目標 ※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策 定時 実績	目標値					
		2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	受診勧奨者のうち受診した者の割合	25.3%	28.3%	31.3%	34.3%	37.3%	40.3%	44.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健康診査受診率	38.0%	45.2%	48.2%	51.2%	54.2%	57.2%	60.0%
目標を達成するための主な戦略	健康意識に関する調査の結果（健康診査を受けない理由：通院しており体の状態を把握しているため、主治医より受診を勧められたことがないから、混んでいて時間がかかるから等）を踏まえ、特定健康診査の必要性についての普及啓発や医師会との連携強化を図るとともに、特定健康診査とがん検診の同時受診について周知を行う。							

現在までの実施方法(プロセス)

- ・実施期間：集団健診…6～8月、施設健診…9～1月
- ・自己負担料：無料
- ・周知方法：対象者全員へ特定健康診査受診券と受診案内を個別送付、市のホームページ及び広報に掲載、防災メールでの周知、医療機関での受診勧奨チラシの配布。
- ・未受診者へ過去の受診状況に応じた内容の受診勧奨はがきを送付する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・web申し込みを導入し、インターネット利用者層への健（検）診実施の情報提供を行う。
- ・健（検）診申込書のデザイン変更を行い、健診内容や申し込みについてより分かりやすい内容にする。
- ・特定健康診査実施医療機関と連携し、かかりつけ医での特定健康診査受診（施設健診）を促す。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・対象者（見込み）に応じた予算の確保
- ・特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準に基づき特定健康診査を実施
実施場所：集団健診…市内3か所の保健（福祉）センター、施設健診…南相馬市又は相馬市の医療機関23か所
実施形態：集団健診…検診機関へ委託、施設健診…相馬郡医師会との委託契約

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

現在の実施体制（ストラクチャー）を維持し、実施していく。

評価計画

特定健康診査受診率を算出し、各年度ごとに目標値と比較し評価する。

事業番号：A-② 特定保健指導事業【継続】

事業の目的	特定健康診査結果において、内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）に着目し、それを改善することで糖尿病等の生活習慣病の予備群等を減少させることを目的に、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行う。
対象者	当該年度特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）対象者
現在までの事業結果	直営のみの実施とし、個別での訪問や来所相談のほかに集団健診会場でも初回面接を実施するなど実施体制の見直しを測り、特定保健指導実施率は向上している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策 定時 実績	目標値					
		2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	特定保健指導実施率	37.2%	40.6%	44.6%	48.6%	52.6%	56.6%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導利用者の割合	38.9%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%
目標を達成するための主な戦略	集団教育やICTを活用した保健指導の導入により、対象者の負担軽減と若年層へのアプローチを強化していく。							

現在までの実施方法(プロセス)

- ・特定健康診査結果より対象者を抽出しリストを作成。
- ・リストをもとに市保健師による訪問や来所相談等個別支援を実施。
- ・集団健診会場における初回面接の実施。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・現在の実施方法（プロセス）を維持していくとともに、対象者に応じた実施方法（集団教育やICTの活用等）により実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・市保健師による個別の保健指導を実施。
- ・対象者（見込み）に応じた予算の確保。
- ・年度ごとに活用資料を見直し、連続対象者への対策を行う。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・第4期特定健康診査等実施計画に基づき、現在の実施体制（ストラクチャー）を維持しながら保健指導を実施していく。

評価計画

特定保健指導実施率を算出し、各年度ごとに目標値と比較し評価する。

事業番号：A-③ 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病性腎症の重症化予防に取り組み、虚血性心疾患、脳血管疾患、新規人工透析等への移行を防止する。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨対象者：特定健康診査の結果、空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上で未治療の者。過去に糖尿病治療歴があるが、直近の糖尿病受診が6か月以上確認できない者。 保健指導対象者：2型糖尿病治療中の者で、尿蛋白（+）以上又はeGFR60ml/min/1.73m²未満、空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上の者
現在までの事業結果	平成30年度より開始。相双圏域統一プログラムに基づき、地域の特性に応じた本市独自のプログラムを策定し実施。 新規人工透析患者数は目標を達成しているが、受診勧奨率にばらつきがあった。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	糖尿病性腎症重症化予防受診勧奨者の医療機関受診率	46.2%	50.0%	54.0%	58.0%	62.0%	66.0%	70.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への受診勧奨実施率	63.4%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 事業効果を高めるため、効果的、効率的な実施手法を検討していく。 保健指導の質を高めるべく、保健師や栄養士等専門職への研修の機会を設ける。 県や医師会等と連携し、保健指導実施率の向上を図っていく。 							

現在までの実施方法(プロセス)

- 特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出している。
- 保健指導対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。
- 本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師や栄養士等専門職が保健指導を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- より事業効果の高い対象者を抽出する方法を検討する。
- 糖尿病連携手帳を活用した、本人とかかりつけ医、歯科、眼科、薬局等関係機関との協力体制を整備していく。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 南相馬市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき実施。
- 関係機関との連絡方法や連絡調整のための様式を策定している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

令和6年度の相双圏域統一プログラムの改定による歯科との連携体制づくりを踏まえ、南相馬市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定を行う。

評価計画

医療機関受診率及び受診勧奨実施率を算出し、各年度ごとに目標値と比較し評価する。

事業番号：A-④生活習慣病重症化予防事業 【継続】

事業の目的	生活習慣病（高血圧）の重症化予防に取り組み、虚血性心疾患、脳血管疾患、新規人工透析等への移行を防止することを目的とする。
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導の階層化判定が情報提供の者で、収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上でかつ、LDLコレステロール160mg/dl以上で未治療の者。
現在までの事業結果	平成30年度より、南相馬市生活習慣病及び重症化予防事業実施要領に基づき実施。医療機関受診率は目標達成には至らなかったが、改善傾向にある。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	生活習慣病重症化予防事業受診勧奨者の医療機関受診率	56.3%	59.0%	61.0%	63.0%	65.0%	67.0%	70.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略

- ・事業効果を高めるため、効果的、効率的な実施手法を検討していく。
- ・受診勧奨を強化する取組を検討し実施する。

現在までの実施方法(プロセス)

- ・特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出している。
- ・対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・受診勧奨対象者への再勧奨強化の取組を検討、実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・生活習慣病予防及び重症化予防（糖尿病性腎症重症化予防）事業実施要領に基づき実施

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

現在までの実施体制を継続

評価計画

医療機関受診率及び受診勧奨実施率を算出し、各年度ごとに目標値と比較し評価する。

事業番号：B-⑤ 受診行動適正化事業【継続】

事業の目的	受診回数及び処方薬が多すぎると思われる者に指導を行い、医療費適正化を図る。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 重複受診者：同一疾患で複数の医療機関に受診している者 頻回受診者：医療機関の受診回数が多すぎると思われる対象者 重複服薬対象者：同一薬の処方が同一月に複数ある対象者
現在までの事業結果	対象者への保健指導は実施しているが、面接を拒否し連絡がつかない対象者がおり目標達成には至らなかった。 保健指導のみでは、医療費適正化までの効果は難しい。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策 定時 実績	目標値					
		2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	指標なし	-	-	-	-	-	-	-
アウトプット (実施量・率) 指標	訪問指導実施率	73.7% (重複 服薬)	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 重複服薬及び重複頻回受診者について訪問指導を実施する。 広報やチラシ等を通じ、医療機関の適正受診や適正服薬について、周知・啓発を行う。
--------------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

保健師等による情報提供及び訪問指導を実施した。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 広報やチラシ等を通じ、医療機関の適正受診や適正服薬について、周知・啓発を行う。 医師会、薬剤師会等と連携し、事業の周知を行う。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

訪問指導に携わる職員の日程調整及び指導用資料等の準備。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

現在の実施体制を維持する。

評価計画

実施率を毎年算出し、各年度ごとに目標値と比較して評価する。

事業番号：B-⑥ 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進事業【継続】

事業の目的	ジェネリック医薬品の普及促進を行うことにより、医療費適正化を図る。
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、100円以上の自己負担額の軽減が見込まれる者
現在までの事業結果	福島県県国保連合会に委託して実施している。令和4年現在の数量ベースの利用率は76%であり、目標値である80%を下回っている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策 定時 実績	目標値					
		2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	後発医薬品使用割合（数量ベース）	76.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	事業対象者に対する通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略

- ・国の特別調整交付金等の財政支援を有効活用する。
- ・福島県国保連合会への委託により実施する。
- ・委託業務は、対象者の抽出及び差額通知の作成とする。

現在までの実施方法（プロセス）

- ・委託先の福島県国保連合会が作成する差額通知を職員が対象者を確認した後、発送している。
- ・対象者は、後発医薬品に切り替えることにより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ている。
- ・通知は年4回実施している。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・委託先の福島県国保連合会が作成する差額通知を職員が対象者を確認した後、発送する。
- ・対象者は、後発医薬品に切り替えることにより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する。
- ・通知は年4回実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・主管部門は市民課とし、職員2名が担当している。
- ・市民課は、予算編成、関係機関との連携調整を担当している。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・主管部門は市民課とし、職員2名が担当する。
- ・市民課は、予算編成、関係機関との連携調整を担当する。

評価計画

後発医薬品使用割合は、福島県国保連合会から提供される帳票等を活用し、実施する。

事業番号：A-⑦ ポピュレーション事業【新規】

事業の目的	若い世代からの健康意識を醸成するため、食生活や運動等のよりよい生活習慣の周知や、健康づくりのための健康教室等を実施する。
対象者	被保険者及び市民
現在までの事業結果	従来、依頼があった団体に対する出前講座と、市民を対象に、主体的に企画し開催する健康教育を実施していたが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、出前講座のみを継続して実施してきた。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策 定時 実績	目標値					
		2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	指標なし	-	-	-	-	-	-	-
アウトプット (実施量・率) 指標	指標なし	-	-	-	-	-	-	-

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病を予防するための望ましい食・運動習慣や歯科保健等の健康に関する情報について、広報やホームページを活用して情報の提供に努める。 食生活の改善や運動習慣定着の契機とするため、健康づくりについて学べる健康教育を実施する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

- 年間計画を立て、健康に関する情報を広報に掲載している。
- 出前講座として団体から申し込みを受けている。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

出前講座以外にも、食生活や運動等に関する健康教育を企画する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 主管部門は健康づくり課とする。
- 業務担当者が、広報原稿等を作成し、広報原稿集約担当者が担当課と調整し掲載した。
- 業務担当者又は地区担当者が申込みの窓口となり、依頼元の団体と調整し健康教育を実施した。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

業務担当者がテーマや講師等について検討し、年間計画に基づき健康教育を企画、実施する。

評価計画

健康教育の内容や参加者の年齢構成等を把握する。

1. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、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

	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
特定健康診査対象者数(人)	9,944	9,405	8,880	8,384	7,986	7,601
特定健康診査受診率(%) (目標値)	45.2%	48.2%	51.2%	54.2%	57.2%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	4,495	4,533	4,547	4,544	4,568	4,561

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		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
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	3,869	3,714	3,561	3,458	3,383	3,318
	65歳～74歳	6,075	5,691	5,319	4,926	4,603	4,283
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	1,363	1,444	1,515	1,601	1,692	1,774
	65歳～74歳	3,132	3,089	3,032	2,943	2,876	2,787

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	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
特定保健指導対象者数(人)	547	562	575	589	601	612
特定保健指導実施率(%) (目標値)	40.6%	44.6%	48.6%	52.6%	56.6%	60.0%
特定保健指導実施者数(人)	222	251	279	310	340	367

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			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
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	183	197	209	224	236	248
	実施者数(人)	40歳～64歳	75	89	100	118	133	148
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	91	96	101	107	113	119
		65歳～74歳	273	269	265	258	252	245
	実施者数(人)	40歳～64歳	35	41	48	55	63	70
		65歳～74歳	112	121	131	137	144	149

2. 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、医療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。

南相馬市国民健康保険においても、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。このたび、令和5年度に前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。

3. 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。

4. 実施方法

(1) 特定健康診査

①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。

②実施方法

ア. 実施場所

集団健診として、市内の各保健(福祉)センターで実施します。また、施設健診及び人間ドックとして、委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

市外に避難している方は、避難先市町村や医療機関等で受けられるように調整します。

イ. 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

また、糖尿病性腎症重症化予防事業の一環として、尿中微量アルブミンを集団健診の検査項目に加えます。

■基本的な健診項目(全員に実施)

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の測定	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$ の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	AST (GOT) ・ ALT (GPT) ・ γ -GT (γ -GTP)
血中脂質検査	中性脂肪 ・ HDLコレステロール ・ LDLコレステロール
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c (HbA1c) 、随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白、潜血

■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

追加項目	実施条件(判断基準)
貧血検査 (ヘマトクリット値、 血色素量及び赤血球 数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査(12誘導 心電図)	当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上、もしくは 拡張期血圧が90mmHg以上、又は問診等において不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の健診結果等において、 ①血圧が以下のa, bのうちいずれか、又は②血糖の値がa, b, cのいずれか の基準に該当した者 ①血圧 a:収縮期血圧140mmHg以上 b:拡張期血圧90mmHg以上 ②血糖 a:空腹時血糖126mg/dl以上 b:HbA1c(NGSP)が6.5%以上 c:随時血糖126mg/dl以上 ただし、該当年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当 せず、かつ血糖検査の結果について確認することが出来ない場合、前年 度の結果において、血糖検査の基準に該当するものを含む
血清クレアチニン 検査	当該年度の健診結果等において、 ①血圧が以下のa, bのうちいずれか、又は②血糖の値がa, b, cのいずれか の基準に該当した者 ①血圧 a:収縮期血圧130mmHg以上 b:拡張期血圧85mmHg以上 ②血糖 a:空腹時血糖100mg/dl以上 b:HbA1c(NGSP)が5.6%以上 c:随時血糖100mg/dl以上

■上乗せ検診項目(南相馬市が追加して実施する項目)

項目	備考
尿検査	尿中微量アルブミン
心電図検査(12誘導 心電図) (詳細な健診に該当 しない者)	
眼底検査 (詳細な健診に該当 しない者)	

■上乗せ検診項目(上記までに追加して県民健康調査健診として実施する項目)

項目	備考
血液検査	尿酸、赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板数、白血球数、 白血球分画
腎機能検査 (詳細な健診に該当 しない者)	血清クレアチニン、eGFR(推算糸球体濾過量判定)

ウ.実施時期

年間計画に基づき実施します。集団健診の実施期間中は、土日実施など受診しやすい日
程を計画していきます。

エ. 案内方法

対象者に、特定健康診査受診券と受診案内を個別に発送します。また、広報やホームページ等で周知を図ります。

オンライン予約等により、受診しやすい環境づくりに取り組みます。

オ. 受診勧奨

対象者の属性に応じ、健診の有用性、受診方法等をハガキにより個別通知します。

(2) 特定保健指導

①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	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥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		
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	/		

(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 又は 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) 又は HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症又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。

②実施方法

ア. 実施内容

集団健診会場や家庭訪問等により、市の保健師等が実施します。

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」、「特定健康診査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。

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付き、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 1人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 又は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か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。面接又は通信手段を利用して行う。

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か月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 1人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 又は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か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)、電話等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。					
実績評価	○3か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" data-bbox="257 1207 1310 1491"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・腹囲2cm・体重2kg減 又は、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1cm・体重1kg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" data-bbox="257 1551 1310 1696"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・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2cm・体重2kg減 又は、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1cm・体重1kg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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)、電話等) ・健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 又は、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1cm・体重1kg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)					
<ul style="list-style-type: none"> ・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)、電話等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 						

イ. 実施時期

年間計画に基づき実施します。

ウ. 案内方法

対象者に対して、面接や訪問等により個別にご案内します。

1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行います。

また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄します。

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあります。主に加入者(特に特定健康診査・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取組方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行います。

(2) 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況进行评估し、必要に応じて見直しを行うものとします。

4. 他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検(健)診と可能な限り連携して実施するものとします。

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進します。

②ICTを活用した特定保健指導の推進

在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とします。ICT活用の推進に当たっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」を参照し、ICT環境やICTリテラシーの確認・確保等、ICT活用に係る課題に留意して対応するものとします。

6. 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。
	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。先発医薬品と治療学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か月以上の定期的・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、又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。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3か月経過後に面接、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。
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	標準化死亡率	標準化死亡率は、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、標準化死亡率が100以上の場合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。

用語		説明
	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。
	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	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か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。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

南相馬市国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び
第4期特定健康診査等実施計画

発行年月：令和6年3月

編集発行：南相馬市健康福祉部健康づくり課

TEL：0244-23-3680 FAX：0244-23-4525

住所：〒975-0011

福島県南相馬市原町区小川町322番地1