参考資料①

各事業の取り組み状況について（国保部分）

特定健診受診勧奨事業

目的	メタボリックシンドロームを含む生活習慣病の発症や重症化予防を目指すため、特定健診の受診を促す。
対象者	特定健診対象者(40～74歳)のうち今年度健診未受診者で、過去3年間に健診受診歴が2回以下の者
事業内容	① 対象者に勧奨通知（はがき）を送付する。 時期：9月、1月 内容：9月 行動変容を促す内容の通知書を７種類作成　（28,392件） 1月 上記送付者のうち未受診者に再勧奨(1種類)（24,780件）

【事業実績】

項　目	R5	R6	R7
Ⓐ 健診費用助成券送付者数	41,517人	39,634人	38,784人
Ⓑ 未受診者数（7月時点）	40,334人	33,241人	34,795人
Ⓒ 通知送付者数	28,769人	19,980人	28,392人
Ⓓ 通知送付者数のうち健診受診者数	5,752人	10,259人	5,408人

【第３期データヘルス計画に基づく事業評価】

評価指標	目標	R5	R6	R7
アウトプット指標（事業実施量） 受診勧奨実施率（Ⓒ/Ⓑ）	100%	71.3%	60.1%	81.6%
アウトカム指標（成果） 受診勧奨者の特定健診受診率（Ⓓ/Ⓒ）	上昇	20.0%	51.3%	19.0%

【課題及び今後の改善策】

Ｒ６より通知対象者を拡大したが、健診受診者数の増加にはつながらなかった。対象者の特性に応じた受診勧奨の内容を見直し、継続受診につなぐことで、受診率向上を図る。

特定保健指導実施事業（うち、スマホとスマートウォッチを活用した健康管理支援）

目的	対面での特定保健指導を敬遠していた層に対して、ICTを活用した保健指導を行い、生活習慣の改善を図る。 また、ハイリスク者の生活習慣を改善し、将来的に医療費の抑制を図る。
対象者	令和6年度特定健診受診者のうち、以下のいずれかに該当し、参加を希望する者 ・特定保健指導対象者 ・BMI 25.0kg/㎡以上の者
事業内容	① 対象者に案内文書を送付し、参加希望者が申し込む。 ② 参加者は、事前にスマホアプリを各自でダウンロードのうえ、説明会で市から貸与するスマートウォッチをアプリに連携する。 ③ 参加者は、スマホアプリに日々の食事や運動の情報を入力し、それに対するＡＩのアドバイスに従い、生活習慣を改善する。 ④ 中間及び最終報告会の参集型イベントにおいて、運動講座やベジチェック等を用いた測定会、個別相談を実施し、保健師等が参加者へ健康管理に対するアドバイスを行う。 実施時期：4月～6月

【事業実績】

項　目	R5	R6	R7
説明会参加者	36人	57人	39人
最終報告会参加者	36人	43人	39人
体重減少者数	21人	38人	29人

【第３期データヘルス計画に基づく事業評価】

評価指標	目標	R5	R6	R7
アウトプット指標（事業実施量） 特定保健指導実施率	40%	23.9%	25.4%	17.2% ※1
アウトカム指標（成果） 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25%	20.8%	21.7%	― ※2

※1…R8.8月時点　　※2…集計時期未到来

【課題及び今後の改善策】

本取り組みは①保健所や医療機関での特定保健指導②集団検診会場での特定保健指導（初回分割面接）③健診結果説明会での特定保健指導（初回面接）と合わせて指導対象者の減少を図るものだが、参加者の７割以上に体重減少が見られたことから一定の効果が得られており、引き続き取り組みを継続する。

糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	糖尿病性腎症の重症化を予防し、健康を維持することでＱＯＬ(生活の質)の維持・向上を図ることや、新規透析導入患者数を減らす。
対象者	(1) 重症化予防プログラム 特定健診結果よりHbA1c6.5以上かつ、尿蛋白＋以上又はeGFR60未満の者で内科受診が確認できない者 (2) 受療勧奨プログラム 特定健診結果よりHbA1c6.5以上の者で内科受診が確認できない者 ((1)の対象者は除く) (3) 治療中断者プログラム 前年の1月から12月の間に糖尿病治療歴がある者のうち、最終の治療の受診から6か月以上受診が確認できない者
事業内容	① 対象者に受診勧奨通知を送付する。 時期：重症化予防プログラム、受療勧奨プログラム　健診受診3か月後 治療中断者プログラム　年1回（12月実施） ② 通知送付後、未受診者には電話または訪問により受診再勧奨及び保健指導を行う。 ③ (1)は、5年間継続。2年目以降は年1回受診確認し、未受診者には受診勧奨を行う。

【事業実績】

項　目	R5	R6	R7
(1) 重症化予防プログラム　対象者数	14人	5人	12人
うち、医療受診者数	6人	2人	7人
(2) 受療勧奨プログラム　対象者数	42人	46人	41人
うち、医療受診者数	15人	16人	16人
(3) 治療中断者プログラム　対象者数	11人	7人	27人
うち、医療受診者数	4 人	3 人	3 人

【第３期データヘルス計画に基づく事業評価】　((1)重症化予防プログラムの評価指標)

評価指標	目標	R5	R6	R7
アウトカム指標（成果） 医療機関受診率	50%	41.7%	40.0%	58.3%
アウトカム指標（成果） HbA1c8.0以上の者の割合	減少	1.2%	1.1%	1.0%

【課題及び今後の改善策】

受診勧奨判定値を超える対象者が多いが同対象者の医療機関受診率は低く、糖尿病含め生活習慣病リスク未把握者が多い。引き続き、架電・自宅訪問等の取り組み含め粘り強く継続し、受診率向上に努める。

重複・多剤等服薬通知及び服薬指導事業

目的	医薬品の重複や飲み合わせによる副作用を防止することにより、被保険者の健康被害の防止と医療費の適正化を図る。
対象者	重複服薬者：同一月に同一成分の薬剤を複数の医療機関より定期的に処方されている者 多剤服薬者：同一月に９種類以上の薬剤を医療機関より定期的に処方されている者 令和７年３月～５月までの調剤分の薬剤を対象とする。
事業内容	① 服薬通知（服薬情報のお知らせ）を作成し、対象者に送付する。 通知時期：10月上旬 ② 特に指導が必要な人に、薬剤師等が訪問または電話による服薬指導を実施する。 指導時期：10月～11月

【事業実績】

項　目		R5	R6	R7
服薬通知送付者数 （抽出基準）		593人 (10剤以上)	796人 (9剤以上)	1,021人 (9剤以上)
	うち、架電による服薬指導者数	115人	73人	136人
	うち、訪問による服薬指導者数	8人	38人	29人
総医療費の年間推定削減額		約120万円	約160万円	約130万円

【第３期データヘルス計画に基づく事業評価】

評価指標	目標	R5	R6	R7
アウトプット指標（事業実施量） 重複服薬通知送付率	100%	100%	100%	100%
アウトカム指標（成果） 重複・多剤処方該当者 ※	減少	732人	733人	685人

※ 下記ア～ウのいずれかに該当する人数の合計（基準月で比較：毎年5月）
ア）３医療機関以上の医療機関から重複処方が発生した同一月内の薬効数が１以上
イ）２医療機関以上の医療機関から重複処方が発生した同一月内の薬効数が２以上
ウ）１日以上の同一月内の処方薬剤数が15剤以上

【課題及び今後の改善策】

重複・多剤処方該当者がＲ６より４８人減少した。引き続き削減できるよう、取り組みを継続する。

ジェネリック医薬品普及促進事業

目的	患者負担額の軽減及び医療費の適正化を図る。
対象者	明石市国民健康保険加入者（全員）
事業内容	① ジェネリック医薬品希望カード等を配付する。 ② 国保ガイドや市ホームページ等への掲載による周知・啓発を行う。 ③ 先発医薬品をジェネリック医薬品に変更した場合の差額が100 円以上ある人に対し、差額通知（ジェネリック医薬品に関するお知らせ）を年2回送付する。 送付時期： 9月（432件） 11月 上記送付者以外（63件）

【事業実績】

項　目	R5	R6	R7
差額通知発送件数	1,332件	826件	495件

【第３期データヘルス計画に基づく事業評価】

評価指標	目標	R5	R6	R7
アウトプット指標（事業実施量） 差額通知送付率	100%	100%	100%	100%
アウトカム指標（成果） ジェネリック医薬品の使用割合 （数量シェア）	80%以上	80.8%	82.0%	83.0%

（厚労省ＨＰより）

【課題及び今後の改善策】

目標達成している。引き続き、高水準を維持できるよう取り組みを継続する。