|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名【R3年度】 | | | 特定健康診査受診勧奨 | | | | | | | | |
| 背景（データヘルス計画との関係性・健康課題・計画での位置づけ） | | | 令和2年度に実施した健診未受診者理由アンケートでは、  送付件数　2,685件　うち健診申込み件数　258件、　未受診理由回答数　334件  未受診理由内訳  １　通院中で必要に応じ検査してもらっている　204件　53.4％  ２　職場の健診や人間ドックを受けている 　　　70件　18.3％  ３　コロナウイルス感染症への感染が怖い　　　 52件　13.6％  ４　健康なので必要ない　　　　　　　　　　　 25件　 6.5％  等となっており、受診中の割合が半数を超えている。また、以前の健診で正常（受診勧奨値以下）で毎年受ける必要がないと思っている人がいる。  参考：令和元年度健診時にHbA1ｃ6.5以下だった人のうち令和2年度健診で受診勧奨値を超えた人　64人（うち1人は5.4以下から6.5以上に上昇）  通院中の人や、以前の健診で正常（受診勧奨値以下）で毎年受ける必要がないと思っている人に特定健診受診の必要性を知ってもらう必要がある。 | | | | | | | | |
| 目的 | | | 健診受診歴、所見有無及び医療機関受診有無によりパターン分けし、より個別性の高い通知を行うことで健診の受診につなげる。 | | | | | | | | |
| 対象者  周知・募集方法 | | | 令和3年度特定健診の申込みをしていない人 | | | | | | | | |
| 事業内容 | 実施期間  実施日時  実施場所  内容 | | 令和3年6月  健診受診歴、所見有無及び医療機関受診有無によりパターン分けした通知を送付する。 | | | | | | | | |
| 実施体制  （従事者・担当ごとの役割等） | | ・保険医療課：事務1名、保健師1名（通知発送等管理）  ・株式会社JMDC：対象者抽出、通知作成 | | | | | | | | |
| 今年度の重点目標 | | | 発送者のうち、１５％が特定健診を受診する。 | | | 重点目標に対する実施後の評価 | R4.3月時点で、発送者のうち受診者が何人であったか確認する。 | | | | |
| 目標  評価指標 | | 区分 | 事　業　計　画 | | | 実施後の評価（＊達成度　Ａ：目標達成　Ｂ：目標達成していないが改善　Ｃ：変化なし　Ｄ：悪化　Ｅ：判定不能） | | | | | |
| 指標（事業番号ごとに設定） | 目標値 | 評価（データ入手方法・  入手先・時期） | 指標の評価結果 | | 達成度＊ | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 | 全体評価・今後の方向性 |
| ストラク  チャー | 適切な委託業者を選定する | 適切な委託業者を選定する |  | 適切に選定した | | A | 専門業者に委託したことで、対象者の状況におうじ詳細な分類をすることができた。 |  | 申込者のうち48％（46件）が未受診者アンケートで課題となっていた通院中の人であったことから、通知の効果があったと考えられる。  今年度は健診日程の終了間際での申込みが多く、予約が取りきれなかったことから、R4.1月及び2月に追加日程で特定健診を実施した。  今後も、個人の状況に応じてパターン分けした受診勧奨を行うことに加え、被保険者が受診できる健診日程の確保が必要である。 |
| プロセス | 対象者の適切な分類 | 対象者を適切に分類する |  | 過去の特定健診受診歴、所見有無及び医療機関受診有無により6パターンに分けて抽出した。 | | A |  |
| アウトプット | 対象者への通知発送率 | １００％ | 事業終了時 | 未申込者全員に通知した（100％） | | A |  |  |
| アウトカム | 発送者のうち、健診申込者の割合 | １８％ | 3月 | 4.2％（申込件数96件/通知件数2,302件） | | B | 通院中でも健診受診が必要であることを分かりやすく通知したことにより、通院中の人の申込みが増えた。 | 受診勧奨通知対象者が前年度も未受診である人に限られていたことが、健診の申込みにつながる割合が少なかった要因とも考えられる。 |
| 発送者のうち、健診受診者の割合 | １５％ | 3月 | 未評価　R4.3評価予定 | | E |  |
| 他健診結果の提供数 | １５％ | 3月 | R4.1月末時点で、6件の提供があった。 | | E |  |  |  |

**個別保健事業計画・評価　　　　保険者名（　　長久手市　　　）　　国保ヘルスアップ事業申請　有（ A　　 B　　 C　）　 無**　注：青の囲み部分は事業実施後の評価時に記載