

八尾市国民健康保険生活習慣病重症化予防事業業務仕様書

1 業務名

八尾市国民健康保険生活習慣病重症化予防事業業務

2 業務の目的

本業務は、八尾市国民健康保険被保険者の生活習慣病予防と医療費の適正化等を図るため、特定健康診査の結果やレセプトデータ等の健診・医療情報を活用し、次の保健事業の対象者を適切かつ優先順位をつけ抽出することにより、生活習慣病重症化予防及び医療費適正化事業等を効果的・効率的に実施する。

- (1) 糖尿病性腎症重症化予防事業
- (2) 国保保健指導事業（高血糖・高血圧重症化予防事業）
- (3) 重複・多剤服薬者への保健指導

3 業務委託期間

契約締結日から令和10年10月31日まで。ただし、上記(1)(2)については、実施期間内に保健指導が終了しない対象者に限り、実施期間の終期の翌日から当該保健指導の終了する日までを実施期間とする委託契約を別途締結するものとする（予定）。

4 提供データ

八尾市（以下「市」という。）は受託者に以下のデータを提供する。

- (1) 特定健康診査データ
- (2) レセプトデータ等

医科・調剤のレセ電コード情報ファイルCSVデータで、厚生労働省の「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様」に規定するフォーマット仕様に則ったものとし、対象期間は、対象者抽出用として令和5年4月診療分～令和9年3月診療分の48か月分とする。

なお、効果測定用として事業実施後の3か月から4か月のレセプトデータ等を提供する予定である。

5 業務内容

- (1) 対象者抽出用のデータ分析及びデータベースの構築

受託者は市が提供する前項「4 提供データ」に定める各レセプト等データを用いて本業務に資する次の条件を全て満たしたデータ分析を行うとともに、データベースを構築する。

- ① 傷病名や薬剤（禁忌情報を含めた薬剤データベース）、及び診療行為をマスタ情報として整備し、月1回以上の頻度でメンテナンスする体制を自社内に構築し、契約期間におけるデータベースを常に最新情報に更新された状態に維持すること。
- ② 受託者は、最新情報に更新されたマスタ情報を基にデータベースの構築を行うこと。
- ③ 糖尿病性腎症等の重症化予防事業の有効な対象者抽出のため、レセプトに記載されている傷病識別情報、医薬品識別情報及び診療行為識別情報に基づき、腎症等傷病の重症度の判定による、指導対象者となる患者を階層化する技術を有すること。

- ④ レセプトに記載されている未コード化傷病名（傷病名マスタに収載されていない病名）をコード化し、傷病名数全体に対する未コード化傷病名の割合を1%未満とすること。
- ⑤ データベース構築に係る技術は、他社開発等の特許技術等の第三者の権利を侵害しない、また侵害する恐れのない方法によるものとし、本業務が途中で停滞することがないように細心の注意を図ること。
- ⑥ データベースが本仕様書に準拠して構築されているか検証することを目的として、構築したデータベースの内容について市が開示を求めた場合に、受託者は提供できるよう努めること。

（２） 糖尿病性腎症重症化予防事業

業務全般の企画、年間スケジュールについて、事前に市と十分に打合せを行う。実施にあたっては、「八尾市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」および「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（令和6年3月28日改定厚生労働省）、「糖尿病診療ガイドライン」（2024年版糖尿病学会編）の内容に十分留意すること。

① 実施対象者

ア 八尾市国民健康保険被保険者のうち、④、⑤のいずれかに該当する者。

なお、がん・難病・精神疾患・認知症等保健指導対象者として適さない可能性のある被保険者については、予め除外するものとする。

④特定健診受診者のうち、特定保健指導対象外であり、特定健診結果でHbA1c6.5%以上かつ尿たんぱく±以上の者

⑤特定健診未受診者で、過去に糖尿病治療歴はあるが、治療中断が疑われる者。

・ 勧奨実施見込人数（1年あたり）：④約350人⑤約50人

・ 保健指導実施見込人数（1年あたり）：10～30人（④⑤の合計）

※数量は予定であり、実施数を保証するものではない。

イ 前年度実施の本業務における保健指導完了者

（令和6年度：8人、令和7年度・令和8年度：1年あたり10～30人を予定）

② 実施対象者の抽出

ア④は市にて毎月抽出し、ア⑤は受託者にて委託期間中に各年度一回抽出するものとする。

③ 案内チラシ、教材等の作成

ア④及び⑤の対象者に送付するための事業案内チラシ（カラー刷り、A4判、最大2頁程度）、指導に用いる教材等を作成すること。

事業案内チラシには、本業務について市から委託を受けていることを明記し、受託者が対応する問合せ先電話番号を記載すること。また、対象者（ア④及び⑤）に応じた内容となるよう事前に市と十分に協議を行い、完成後市に納品すること。

教材等については、事前に市に提出し、了承を得ること。

④ 受療確認、保健指導への参加勧奨

市が事業への参加勧奨通知を送付した対象者について、市からの委託を受けた業者であることを名乗った上で電話による受療確認、保健指導への参加勧奨を毎月実施する。未受療の場合は受療勧奨を行うこと。電話勧奨実施の時期は通知発送日から4週間後までの期間内とする。不在

等により電話不通の場合は曜日、時間を変えて少なくとも3回実施すること。なお、勧奨の結果、参加を拒否された場合は理由の聞取りを可能な範囲で行うこと。

受療確認等の結果報告については、市から対象者リストを受け取ってから3ヵ月後に受療確認等のデータを文書及び電子媒体で提出すること。様式については市の指定する様式で提出すること。

⑤ 保健指導の実施方法（対象者：①アの被保険者）

ア 参加同意書、保健指導情報提供書を市に提出し、保健指導を希望した対象者について、市から受託者に必要な情報を提供する。受託者は、対象者に電話をし、市からの委託を受けた業者であることを名乗った上で、対象者と実施日時等を取り決め、情報通信技術を活用した遠隔実施または面談による保健指導を開始する。

イ 面談場所は対象者の要望に沿うように設定すること。市施設（保健センター等）で面談を行う場合は市と事前に調整すること。

ウ 主な指導内容は、主治医が記入した保健指導情報提供書に基づく食生活改善（減塩、減酒等）、禁煙、身体活動の維持、治療継続支援等とし、対象者の状況に応じた個別の支援計画、支援目標を作成の上、実施すること。

エ 事業実施期間はおよそ6か月間とし、少なくとも面談2回（1時間程度／回）、電話4回（30分程度／回）の指導を月1回程度の頻度で実施する。

オ 対象者への保健指導の中間時及び最終時に実施内容、実施による様態等に関する報告書を文書及び電子データで市に提出すること。

カ 対象者が指導期間の途中に、以下の（Ⅰ）～（Ⅳ）の経緯をたどり事前連絡無しに2か月間連絡不通となった場合、受託者は市に報告の上、中途辞退とみなす。中途辞退については、市、受託者の併記にて受託者が対象者へ通知する。

（Ⅰ） 最後の指導から1か月間経過し、指導予定週を迎えても電話連絡がつかない。

（Ⅱ） 曜日や時間を変えて電話連絡を2週間（架電回数3回以上）行う。

（Ⅲ） 上記Ⅱを行っても連絡が不通の者に手紙で指導継続意思の確認を行う。

（Ⅳ） 手紙を発送して、2週間経過しても連絡がない。

⑥ フォローアップの実施（対象者：①イの被保険者）

ア 市から受託者に対象者に関する必要な情報を提供する。受託者は、市が対象者に通知するためのフォローアップの案内文書作成を行うこと。

案内文書には、本業務について市から委託を受けていることを明記し、受託者が対応する問合せ先電話番号を記載すること。内容について事前に市と十分に協議を行い、完成後市に納品すること。

イ 受託者は市からの委託を受けた業者であることを名乗った上で、対象者に電話による近況の確認および指導を行う。日時を変えて最大3回の架電とし、連絡がつかなかった場合の再架電の実施は市と受託者で協議を行う。

ウ 確認内容は以下のとおりとする。

- ・医療機関受診状況、治療状況確認
- ・生活習慣状況確認（喫煙、飲酒、食事、運動等）

- ・前年度に実施した支援についてその後の状況確認および指導

- エ 受託者は対象者への保健指導が完了すれば、実施報告書を市へ提出すること。

- ⑦ 各年度事業実施後は「受療確認」、「保健指導への参加勧奨」、「保健指導」、「フォローアップ」について、市と分析内容を調整の上、実施結果をとりまとめ、実施報告書を作成し、文書及び電子データで市に提出すること。報告書等は Microsoft Office（または CSV 形式）で利用可能なデータにて、電子媒体に記録して納品すること。

また、令和 7 年度及び令和 8 年度の保健指導実施者については、市と調整の上、健診データ等をもとに、経年状況の分析を実施し、報告すること。

（３） 国保保健指導事業（高血糖・高血圧重症化予防事業）

業務全般の企画、年間スケジュール等について、事前に市と十分に打ち合わせを行うこと。市に対して専門的な知見や技術面における総合的なアドバイスを行うとともに、市からの要望を可能な範囲で企画に反映し実行すること。

① 実施対象者

毎月の特定健康診査結果において、特定保健指導の対象外となった非肥満被保険者のうち次のいずれかに該当する者に対し、医療機関への受療勧奨及び受療確認（以下「受療確認等」という。）並びに必要な指導、助言を行う。

【対象者基準】

- ア 収縮期血圧 160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg 以上の被保険者

- イ HbA1c 6.5%以上、尿たんぱくーで未治療の被保険者

② 事業の事前準備等

- ア 事前に保健指導マニュアルを作成し、市の承認を得ること。

- イ 保健指導等に用いる教材や各種報告書等は事前に市に提出し、承認を得ること。

- ウ 特定健診結果通知の送付に合わせて、案内チラシを同封するため、本業務の内容（受療勧奨、保健指導）を記載したチラシ原稿（カラー印刷、A 4 用紙 1 枚以内）を作成し、市の了承を得た上で必要部数印刷して市に提出すること。

- エ 受療確認等の内容については、市と協議のうえ、市が承認した方法等に基づき実施すること。

③ 事業の実施方法

市が選定した①の対象者に対し、情報通信技術を活用した遠隔または電話等による受療確認等を毎月実施する。対象者は市が Excel データにて提供する。

- ア 受療確認等について

対象者へは遠隔または電話等による受療確認等を実施し、3 か月以内に再度受療確認等を行う。なお、受療の確認については、本人の申し出によるものとする。

ただし、1 回目で医療機関への受療を確認できた場合は、1 回目で終了とする。

なお、対象者と接触が取れずに受療確認等ができない場合、期間内に少なくとも 3 回は接触を図ること。

- イ 受療確認等の見込み件数

契約期間内に1年あたり1,000件（月平均100件）を見込む。

なお、有効回答件数は、全体の80%以上を目指すよう誠実に取り組むこと。

ウ 対象者のうち、保健指導を希望した者には、遠隔または電話等による保健指導を1回実施する。なお、保健指導は上記受療確認等と同時に実施しても差し支えない。指導内容については、対象者の状況を聞き取った上で、食事や運動等を踏まえた生活習慣の改善を目的としたものを実施すること。

指導方法や指導日時については、可能な限り利用者の都合に合わせるように最大限の努力を行うこと。

エ 受療確認等の結果報告については、市から対象者リストを受け取ってから3ヵ月後に受療確認等の最終報告データを電子媒体及び紙媒体で提出すること。様式については市の指定する様式で提出すること。

各年度の事業実施後は市と分析内容を調整の上、実施結果をとりまとめ実施報告書を各年度終了時に作成する。報告書等はMicrosoft Office（またはCSV形式）で利用可能なデータにて、電子媒体に記録して納品すること。

④ 単価設定と予定数量

受療確認等（受療勧奨1回・受療確認1回）：単価① 総計：約1,000人（1年あたり）

保健指導（遠隔または電話等により1回）：単価② 総計：約100人（1年あたり）
（月平均：約10人）

チラシの作成：単価③ 約1,000部（1年あたり）

※数量は予定であり、実施数を保証するものではない。

（4）重複・多剤服薬者への指導

① 実施対象者

複数の医療機関から同じ薬効の医薬品を処方されている重複服薬者、または14剤以上処方されている多剤服薬者。

なお、がん・難病・精神疾患・認知症等の保健指導対象者として適さない可能性のある被保険者については、予め除外するものとする。

② 事業対象者の抽出

受託者は、レセプト等データより①の対象者を抽出する。

③ 対象者の決定

市は、指導に適さない対象者を追加で除外し、最終的に決定した対象者リストを受託者に提供する。

④ 事業の事前準備等

対象者への案内通知の作成については、事前に市と協議した上で作成すること。作成した事前案内通知は、市へ納入を行うこと。

⑤ 事業の実施方法

対象者の希望に応じて、情報通信技術を活用した遠隔または電話等による指導を行うこと。

ア 対象者への指導の日程調整については、電話や文書でアポイントを取ること。電話時に応

答がない場合であっても、異なった時間、曜日に3回以上電話すること。

イ 対象者への指導については、遠隔または電話等による保健指導、聞き取りなどの支援を1回行う。その際、適切な医療を受けているか確認すること。

聞き取り内容については、既往歴、現在の治療内容、医師からの指示内容、服用中の医薬品、自覚症状、治療に対する思い等を中心に行い、適切な服薬等についてアドバイスすること。

また、健康相談を実施し、かかりつけ医師からの指示内容を考慮の上、自分で取り組める日常生活上の注意点（食事・運動・生活リズム等）についてアドバイスを行うこと。

各年度の事業実施後は市と分析内容を調整の上、実施結果をとりまとめ実施報告書を各年度終了時に作成する。報告書等は Microsoft Office（または CSV 形式）で利用可能なデータにて、電子媒体に記録して納品すること。

⑥ 単価設定と予定数量

案内通知作成 : 単価① 約 50 部（1 年あたり）

保健指導（遠隔または電話等により実施） : 単価② 約 15 人（1 年あたり）

※数量は予定であり、実施数を保証するものではない。

〔以下、各事業共通事項〕

6 セキュリティ体制

データベースの作成を行う作業場のセキュリティ対策については以下の通りであること。

（１） 作業場の分割

データ分析を行う場所、リストアップを行う場所等、作業を行う場所を分けて管理すること。

（２） 入退管理の徹底

各作業場への入室には、指紋認証等の入室制限を行い、予め登録している者だけが作業できること。

（３） データ持ち出しの禁止

私物の持ち込みを禁止するとともに、USB 端子の無効化を行い、監視カメラによる監視及び撮影の記録をすること。

（４） データ保管場所の施錠

受領したデータは、保管庫に入れ施錠し、データを格納している業務サーバーもラックに入れた状態で管理すること。

7 実施体制

（１）市と連携を密にし、円滑な事業運営に努めること。

（２）受託者は対象者からの問い合わせ、相談に対応する窓口を設置すること。また、市の求めに対して迅速に対応できる体制を設けていること。

① 糖尿病性腎症重症化予防事業

ア 受託者は、過去3年以内に他自治体における当該事業等において、指導開始時に糖尿病性

腎症 3 期までの者に対する指導実績があること。

イ 保健指導実施者は、糖尿病及びその合併症（糖尿病性腎症等）に関する知識を習得している専門職等（保健師、管理栄養士または看護師を想定）とし、従事年数が 3 年以上ある担当責任者を配置し、市からの要望に対して真摯に対応すること。

② 国保保健指導事業（高血糖・高血圧重症化予防事業）

保健指導実施者は、保健指導実務経験を有する専門職等（保健師、管理栄養士または看護師を想定）とし、従事年数が 3 年以上ある担当責任者を配置し、市からの要望に対して真摯に対応すること。

8 委託料の支払い

5（1）～（4）の各業務終了後、実施内容等を点検し、適当と認めたときは、委託料を支払うものとする。

なお、糖尿病性腎症重症化予防事業においては、対象者が中途辞退となった場合、指導実施回数に応じて以下で定める割合を、保健指導に関する単価に乗じた額を支払うものとする。その際、1 円未満は切り捨てとする。

指導実施回数	割合
1 回	1 0 %
2 回	2 0 %
3 回	4 0 %
4 回	6 0 %
5 回	8 0 %

9 個人情報の保護

個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）を遵守すること。

個人情報の保護のため、プライバシーマーク等の公的な認証を受けているか、個人情報保護方針の策定や公表を行っていること。

10 その他

（1）受託者は委託業務開始前に実施内容等について市と十分な打合せを行うこと。また市と受託者双方の求めに応じて実施期間中および業務完了時期に報告書の提出をもって、実施状況の報告を行うこと。

（2）事業実施に関する必要経費は全て委託費用に含めること。

（3）受託者は市からの委託であることを十分認識し、丁寧な対応をすること。

なお、対象者と本委託業務従事者間の苦情等の対応は、原則として受託者の責任で行うこと。

ただし、市に引き継ぐ必要のあるものは、直ちに市へ引き継ぐこと。また、事後処理については、市の指示に従うこと。

（4）事故等による責任及び損害賠償等は受託者に帰属する。また、受託者は、対象者が事故にあっ

た時や対象者との間にトラブルが生じた時は、適切な措置を講じるとともに、直ちに市に報告すること。

- (5) 基本は平日のみの対応とし、対象者が希望した場合は、可能な限り土日祝・夜間に実施できるよう体制を整えること。
- (6) 対象者から業務の内容に関する疑義の連絡があった場合は、市の調査に応じること。
- (7) 一括再委託は認めない。一部再委託を行う場合は、事前に市の承諾を得ること。
- (8) 事業の実施状況について市から照会があった場合には、速やかに報告を行うこと。疑義が生じた場合には、市に速やかに報告し指示に従うこと。
- (9) 事業終了後、当該業務にかかる記録一式は市が保管する。ただし、委託期間終了後 1 年間は、受託者においても記録一式を保管すること。保管期間満了後は、事業者の責任において適切な方法により確実に廃棄すること。
- (10) 本仕様書に定めのない事項や疑義が生じた事項については、市と受託者で誠実に協議して定める。