

仕様書別記 1 各業務内容

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関わる分析業務

フレイル予防や重症化予防のために、高齢者の健康課題に対応した健康相談や保健指導を実施する「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(以下「一体的実施」という)」に向け、レセプト等データを活用した分析を行い、地区毎の地域カルテを作成する。

概要	実施内容
健診・医療・介護の現状分析	令和4年度国保及び後期KDBデータ等を活用し、一体的実施における基本属性(性・年齢階級・地区など)、要介護認定状況、健診受診状況及び健診結果、医療機関受診状況等について現状分析を行う。
フレイルに関する集計・分析	後期高齢者質問票等の結果を、前述①の健診・医療・介護データと突合し、基本属性、要介護認定の有無、健診受診の有無、治療の有無などの分析を行う。
地域カルテの作成	前述の分析結果をまとめた地域カルテを地区ごとに作成する。 (全41地区) 書式等については甲との協議により決定するものとする。
成果物等	①41地区地域カルテ 電子媒体(CD-R):1部(Excel形式又はWord形式又はPowerPoint形式及びPDF形式) 紙媒体:各地区5部 ②分析の過程で得られた統計資料、グラフ、図表等 電子媒体(CD-R):1部(Excel形式) 納品期限:令和5年12月末 (その他甲と協議のうえ中間提出を実施)

2 受診勧奨支援業務

(1) 特定健診未受診者勧奨(国保)

概要	実施内容
通知回数及び通数	全2回 1回目:20,000部 8月末 2回目:18,000部 1月中旬 前年度及び当該年度の特定健診未受診者を想定 2回目は1回目の対象者のうち未受診者への再通知を想定
全体像の把握	特定健診の受診率向上を図るため、特定健診データおよびレセプトデータ等を元に、生活習慣病受診状況、過去の特定健診受診傾向、性別、年齢等でセグメント分け集計を実施し、対象者の全体像を把握すること。

対象除外者	次の者を対象者から除外する ①要介護認定者（要支援除く） ②直近１年間に難病指定疾患、がん、精神疾患、人工透析のレセプトあり ③直近３か月間連続した入院あり ④その他甲が提供したリストに掲載のある者
通知物の作成	版面サイズは A4 圧着（４面）とし、勧奨メッセージの適応にあたっては、勧奨対象者に合わせた内容（４パターン以上）とすること。

（２）健診異常値放置受診勧奨（国保・後期）

概要	実施内容
通知時期及び通数	国保：全３回（令和５年８月、１２月、令和６年２月） 合計 600 部 後期：全２回（令和５年８月、令和６年１月） 合計 300 部
対象者の抽出条件	①血圧 高血圧Ⅱ度以上 ②血糖 国保： （集団）HbA1c6.5％又は空腹時 126ml/dl 又は随時 140 ml/dl 以上 （個別）HbA1c7％又は空腹時 126ml/dl 又は随時 200 ml/dl 以上 後期：HbA1c 7％以上 ③腎機能 国保：尿蛋白 2＋以上又は eGFR45 未満又は尿蛋白＋かつ尿潜血＋以上 後期：尿蛋白 2＋以上又は eGFR30 未満又は尿蛋白＋かつ尿潜血＋以上 ④脂質異常 国保：LDL180 以上
対象除外者	次の者を対象者から除外する ①要介護認定者（要支援除く） ②直近１年間に難病指定疾患、がん、精神疾患、人工透析のレセプトあり ③直近３か月間連続した入院あり ④その他甲が提供したリストに掲載のある者
通知物の作成	健診結果の経年表示及び放置することの危険性や速やかな受診を促す版面とすること。

（３）治療中断者受診勧奨（国保）

概要	実施内容
通知時期及び通数	全２回（令和５年８月、令和６年１月） 合計 300 部を想定
対象者の抽出条件	抽出日より過去 5 年間のレセプト及び健診データから以下の条件に全てあてはまる者を抽出する。

	<p>【高血圧】</p> <p>①過去 5 年間に高血圧の診断名及び服薬歴が確認できる者</p> <p>②直近 6 か月間のレセプトから高血圧の受診歴が確認でない者</p> <p>③前年度及び当該年度の特定健診未受診</p> <p>【糖尿病】</p> <p>①過去 5 年間に糖尿病の診断名及び服薬歴が確認できる者</p> <p>②直近 6 か月間のレセプトから糖尿病の受診歴が確認でない者</p> <p>③前年度及び当該年度の特定健診未受診</p>
対象除外者	<p>次の者を対象者から除外する</p> <p>①要介護認定者（要支援除く）</p> <p>②直近 1 年間に難病指定疾患、がん、精神疾患、人工透析のレセプトあり</p> <p>③直近 3 か月間連続した入院あり</p> <p>④その他甲が提供したリストに掲載のある者</p>
通知物の作成	治療を中断することの危険性や速やかな受診を促す版面とすること。

（４）HbA1c 高値放置受診勧奨

概要	実施内容
通知回数及び通数	全 1 回 100 部を想定 9 月中旬
対象者の抽出条件	<p>抽出日より過去 5 年間のレセプト及び健診データから以下の条件に全てあてはまる者を抽出する。</p> <p>①過去 5 年間の特定健診結果から HbA1c6.5%以上が一度以上あった者</p> <p>②直近 6 か月間のレセプトから糖尿病の受診歴が確認でない者</p> <p>③前年度及び当該年度の特定健診未受診</p>
対象除外者	<p>次の者を対象者から除外する</p> <p>①要介護認定者（要支援除く）</p> <p>②直近 1 年間に難病指定疾患、がん、精神疾患、人工透析のレセプトあり</p> <p>③直近 3 か月間連続した入院あり</p> <p>④その他甲が提供したリストに掲載のある者</p>
通知物の作成	健診結果の経年表示及び放置することの危険性や速やかな受診を促す版面とすること。

3 特定保健指導利用勧奨業務

概要	実施内容
対象者数	40～64 歳の事業対象者 約 600 人

勸奨チラシの作成	<p>A4 裏表 1 枚とする。</p> <p>オンライン特保の概要について記載し、対象者が選択できる内容とする。</p> <p>案内チラシは乙が印刷し、甲に納品する。対象者への発送は甲が行う。詳細は、甲と事前に協議の上で決定すること。</p> <p>納品枚数：800 枚程度 三つ折り</p> <p>納品期限：令和 5 年 6 月末</p>
勸奨実施方法	<p>①毎月末に甲から乙へ利用勸奨対象者データを送付する。</p> <p>②対象者へ架電し、対象者へ特定健診の結果及び内臓脂肪症候群であることのリスク説明を行い、特定保健指導の利用について案内する。</p> <p>③オンライン指導の説明を行い、希望しない者に対しては市の指導会又は保健師の訪問について説明し、市から電話や訪問が可能な日時を確認する。</p> <p>④オンライン保健指導を希望した者に対しては初回面接の予約及びアプリ登録等の説明を実施する。</p> <p>⑤実施した勸奨結果について毎月末にまとめて甲へ報告する。</p>
架電体制	<p>①乙と相談のうえ電話勸奨フローを作成しフローに沿って勸奨を実施する。</p> <p>②保健指導経験が 3 年以上ある保健師・看護師・管理栄養士が行い、対象者に合わせた勸奨を行うこと。</p> <p>③乙は架電従事者が架電時に指導内容等で疑義を抱いた際の相談指導ができる体制を整えておくこと。</p>
架電回数	<p>①不在者へは、日時を変えて夜間、休日を含む複数回の勸奨を行うこと。</p> <p>②勸奨対象者の活動時間に考慮し、最低 3 回は勸奨を行うこと。</p>
報告内容	<p>①実施日時（不在の場合含む）</p> <p>②通電状況</p> <p>③保健指導の希望（オンライン、市の指導会、訪問含む）</p> <p>④希望しない場合の理由</p> <p>⑤初回面接予約日（オンライン希望者）</p> <p>⑥その他特記事項</p>

4 オンライン保健指導

（1）実施体制

ア スマートフォン等の個人の所有する端末を使用し、オンラインによる面談及びメール等の継続支援の実施を可能とすること。

イ スマートフォン用アプリ等を活用し、参加者自身が食事内容や歩数等の活動、血

圧や体重等の記録を行い、その情報を保健指導に生かすとともに甲とも共有できる仕組みを有すること。また指導終了後もアプリ等を用いた継続的な自己管理を可能とすること。

ウ 対象者の生活状況を考慮し、夜間（20 時頃まで）及び休日の面接も可能とすること。

（２）特定保健指導

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 24 条に基づき、健診結果により健康の保持に努める必要がある者に対して、国の定める「特定保健指導の外部委託に関する基準」に基づいて実施し、厚生労働省告示第 9 号「健診及び特定保健指導の実施に関する基準第 7 条第 1 項及び第 8 条第 1 項の規定に基づき厚生労働省が定める特定保健指導の実施方法」、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）（平成 30 年 4 月厚生労働省健康局）」及び「健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第 3.2 版）（令和 3 年 2 月厚生労働省保険局）」に沿った事業を行う。

	実施内容
対象者	① 特定保健指導利用勧奨よりオンライン特定保健指導を希望した者 ② 甲が受付をした者
定員	積極的支援 10 人 動機づけ支援 15 人
初回面接	遠隔面接を行うためのツールのダウンロード・ログイン等、対象者自身で行う操作がある場合は、乙が操作支援を行うこと 初回面接時、対象者に対して口頭で長岡市国民健康保険の資格確認を行うこと。（初回面接の時点で資格喪失している場合は特定保健指導対象者から除外する。）
継続支援	支援 A の方法のみで 180 ポイント以上、又は支援 A（最低 160 ポイント以上）と支援 B の方法によるポイントの合計が 180 ポイント以上となるように実施する。支援期間は各対象者につき 3 か月間を基本とするが、甲の個別の意思表示がない限りその期間を延長できるものとする。また、脱落防止のため乙が対象者との連絡がつかないために実績評価が完了できない場合は、対象者へメール、電話等による督促を 3 回以上実施すること。
実績評価	初回面談から 3 か月以上経過後にオンライン上で個々の身体状況の変化（体重、腹囲等）及び設定した行動計画の達成状況等についての実績評価を行う。 乙が対象者との連絡がつかないために実績評価が完了できない場合は、対象者へメール及び電話等による督促を 3 回以上実施することとし、それをもって実施したとみなす。
実施報告	①支援進捗状況 支援実施日、実施ポイント、対象者が登録した体重や運動などの記録等、

	<p>支援の進捗状況を実施した月の月末にまとめて甲へ提供する。</p> <p>②個人記録 厚生労働省が作成した「健診・特定保健指導の円滑な実施にむけた手引き」に示されている「特定保健指導支援計画及び実施報告書」の内容を含む個人記録を作成し、実績評価後又は脱落確定後に提出する。</p> <p>③特定保健指導結果 特定保健指導の結果については、実績評価終了後又は途中終了後に、厚生労働省の定める電子的標準様式(XML形式)により作成し、提出する。</p> <p>④事業全体の結果、評価 すべての事業実施後、事業全体の結果を集計・分析し、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)等の評価を行い、事業報告としてまとめて提出する。</p>
その他	<p>①初回面接から最終評価まで同一者が指導を担当すること。なお、対象者の利便性を高める場合や、指導者間での情報共有が行える仕組みがある場合はこの限りではない。</p> <p>② 初回面接以降に対象者が国民健康保険の資格を喪失した場合については実績評価まで実施すること。(実施とみなす。)</p> <p>③ 継続的な支援の実施中に履行期間が終了した場合でも、実績評価まで実施すること。</p> <p>④ 指導に必要な教材等は乙が用意すること。</p> <p>⑤ 指導ツールの操作方法についての相談対応は乙が行うこと。</p>
請求方法	<p>1人あたりの指導料単価に以下の割合を乗じた金額を請求すること</p> <p>①動機付け支援 ・初回面接 8/10 ・評価終了 2/10</p> <p>②積極的支援 ・初回面接終了後 4/10 ・継続支援 5/10 (脱落の場合は実施済みポイント数の割合を乗じた額とする。) ・実績評価 1/10</p>

(3) 糖尿病性腎症ハイリスク者への保健指導

概要	実施内容
勸奨チラシの作成	<p>A4 裏表 1枚とする。</p> <p>オンライン保健指導の概要について記載する。内容は甲と協議して決定す</p>

	<p>ること。案内チラシは乙が印刷し、甲に納品する。対象者への発送は甲が行う。詳細は、甲と事前に協議の上で決定すること。</p> <p>納品枚数：2,000 枚程度 三つ折り</p> <p>納品期限：令和 5 年 6 月末まで</p>
対象者及び保健指導に関する指示事項の確認	<p>長岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに該当した者のうち、かかりつけ医から保健指導の指示があり、甲の確認により本人がオンライン指導を希望した者（甲から保健指導指示書等を乙に送付）</p>
実施体制	<p>保健指導の実施者は、保健指導経験を十分に保有する保健師・管理栄養士等であり、保健指導を行う知識及び技術を習得し、過去に自治体等において糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導を行った実績を有する者とする。遠隔面接を行うためのツールのダウンロード・ログイン等、対象者自身で行う操作がある場合は、乙が操作支援を行うこと</p>
支援回数	<p>30 分程度のオンライン等による指導を 3 回以上、中間支援としてメール等による支援を 3 回以上行うものとし、初回面接から約 6 か月後に評価を実施する。</p>
指導内容	<p>①病気の理解（検査データの意味、糖代謝について、合併症について等）</p> <p>②食事指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事記録等によりモニタリングを行い、食生活状況を把握する ・摂取エネルギー量と指示エネルギー量についての理解 ・病態に合わせた食品の選択及び食べ方・調理方法の工夫 ・脂質・たんぱく質・炭水化物・塩分等の摂取量を分析し、糖尿病性腎症の病期に合わせて指導する <p>③運動療法の必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的な運動内容の紹介 <p>④生活リズム</p> <p>⑤服薬状況の確認</p> <p>⑥家族等生活支援者を取り込んだ生活指導</p> <p>⑦初回面談時に詳細のヒアリングを実施し、対象者個人の状況に適した行動計画の作成及び実施状況の評価</p>
実施報告	<p>①支援進捗状況</p> <p>支援実施日、実施内容、対象者が登録した体重や運動などの記録等、支援の進捗状況を実施した月の月末にまとめて甲へ提供する。</p> <p>②指導結果</p> <p>指導終了後、対象者の直近の検査値の聞き取り（HbA1c、尿蛋白、eGFR、体重等）、行動計画の実行状況の評価（4 段階で評価）を行い、甲へ報告する。</p>

	<p>③主治医への報告 実施内容報告書を作成し、最終評価後に主治医及び甲へ送付すること。</p> <p>③事業全体の結果、評価 すべての事業実施後、事業全体の結果を集計・分析し、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）等の評価を行い、事業報告としてまとめて提出する。</p>
その他	<p>①初回面接から最終評価まで同一者が指導を担当すること。なお、対象者の利便性を高める場合や、指導者間での情報共有が行える仕組みがある場合はこの限りではない。</p> <p>② 継続的な支援の実施中に履行期間が終了した場合でも、実績評価まで実施すること。</p> <p>④ 指導に必要な教材等は乙が用意すること。</p> <p>⑤ 指導ツールの操作方法についての相談対応は乙が行うこと。</p>