

令和3年度川崎市生活習慣病重症化予防業務委託仕様書

1 事業の目的

糖尿病の重症化のリスク保有者を把握し、必要に応じた受診勧奨や保健指導を行うことで、糖尿病の重症化を防止する。また、腎機能悪化に留意し、糖尿病性腎症への移行や人工透析への移行を防止する。

2 履行場所

健康福祉局保健所健康増進課ほか

3 契約期間

契約締結日から令和4年3月31日まで

4 対象者

(1) 40歳以上の川崎市国民健康保険被保険者または75歳以上の神奈川県後期高齢者医療制度加入者で川崎市の住民基本台帳に記録されている者のうち、下記アからウの条件全てに該当する者、またはエに該当する者を対象者とする。

ア HbA1c6.5%以上または空腹血糖値 126mg/dl 以上

イ eGFR60ml/分/1.73 m²未満又は尿蛋白±以上

ウ 特定保健指導非該当者

エ 前年度生活習慣病重症化予防事業の対象者となった者

(2) 以下のいずれかに該当する場合は、対象者から除外する。

ア 国民健康保険の資格を喪失している者

イ 転出等で神奈川県後期高齢者医療制度加入者以外の者もしくは神奈川県後期高齢者医療制度加入者で川崎市の住民基本台帳に記録されていない者

ウ 人工透析治療中の者

エ 1型糖尿病の者

オ 腎移植手術を受けた者

カ がん治療中、重度の合併症を有する者（治療が終了し、経過観察中の者は対象者とすることがある）

キ 終末期及び認知機能障害がある者

ケ 精神疾患を有する者

ただし、不安神経症、うつ病、不眠症、心身症等は対象者とするが、これらの精神疾患であっても症状の安定が確認できない場合は除外者とする

ることがある。

コ 糖尿病透析予防指導管理料、生活習慣病管理料、栄養食事指導料の算定対象となっている者

サ 糖尿病性腎症、慢性腎不全、糖尿病腎症以外の腎疾患、腹膜灌流の者

シ 要介護3以上の者

ス 介護保険の施設サービスを利用している者

セ 事業の実施に問題があるとかかりつけ医が判断した者

ソ その他勧奨や保健指導が困難と認められる者

(3) 受診勧奨対象者

ア (1) のアからウ、及び(2) の条件を満たし、未受診もしくは6か月以上受診を中断している者

(4) 保健指導対象者

(1) のアからウ、及び(2) の基準を満たし、現在糖尿病で治療中の者

5 業務内容

(1) プログラムの作成

受託者は委託者と協議の上、事業の全体像を記したプログラムを作成する。事業に関し、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚労省）」、「神奈川県糖尿病対策推進プログラム（神奈川県医師会・神奈川県糖尿病対策推進会議・神奈川県）」、「標準的な健診・保健指導プログラム」、「特定保健指導における情報通信技術を活用した面接による指導の実施の手引き」を十分に参照することとし、糖尿病性腎症重症化予防に効果のある内容とすること。

また、事業実施の評価方法について、別紙で定める評価方法を参考に、事前に委託者と協議の上、決定しておくこと。

(2) データの提供

委託者は、4に規定する対象者を選定し、受託者に提供する。

(3) 受診勧奨の実施

ア 受託者は、4の(3)のアに該当する受診勧奨対象者に対して郵送により受診勧奨通知を送付する。なお、郵送に係る費用については、受託者が負担するものとする。

また、受診勧奨通知及び封入用封筒等については受託者が作成し、委託者が承認したものを使用する。

イ 別紙で定める介入方法に応じ、受診勧奨対象者に対し、電話もしくは訪問（面談）による受診勧奨を行う。

ウ 昨年度の生活習慣病重症化予防事業の対象者について、電話にて受診

勸奨を行う。

(4) 保健指導の実施

ア 受託者は、保健指導対象者に対して郵送により保健指導案内通知を送付する。なお、郵送に係る費用については、受託者が負担するものとする。

また、保健指導案内通知及び封入用封筒等については受託者が作成し、委託者が承認したものを使用する。

イ 別紙で定める介入方法に応じ、保健指導対象者に対し、電話もしくは訪問（面談）による参加勸奨を行い、文書により同意を得られた保健指導対象者に対して保健指導を実施する。なお、保健指導に使用する会場、教材・消耗品等は受託者が用意する。

また、保健指導の実施にあたっては下記を留意すること。

- ① プログラムの実施については、原則として、最低3か月の間に、面談による指導を最低2回、電話によるフォローを最低2回行うこと。
- ② 新型コロナウイルス感染症の予防対策を徹底するとともに ICT による面談を活用するなど、感染予防に配慮して事業を実施すること。
- ③ (1) で定めた評価を行うために、検査項目やアンケート票などを収集すること。
- ④ 指導中断者については委託者と別途協議すること。
- ⑤ 保健指導にあたっては、かかりつけ医との良好な関係を築き、指導内容について必要があれば報告及び相談を行うこと。
- ⑥ 対象者及び対象者のかかりつけ医から寄せられる指導に関する問い合わせについて専門スタッフによる電話対応を行うこと。
- ⑦ 各区の健康づくり事業や介護予防事業に関する情報提供について、委託者と協議を行い、できる限りの協力を行うこと。
- ⑧ 必要に応じて、事業内容、専門職による具体的な支援状況、効果に関する情報等について、各区・各支所（地域支援課）と連携を行うこと。

(5) 実施報告

受託者は、業務完了後、速やかに当該委託業務に係る成果物として、受診勸奨の対応結果リスト（電話拒否など来年度の電話での受診勸奨に活用するもの）及び、対象者全員の指導内容等の記録及び保健指導結果報告書（訪問等指導実施時における対象者の疾病実態、生活状況及び指導内容並びに途中で保健指導を辞退した者へのアプローチ方法の改善案等を集計、分析、評価等したもので、来年度の事業に活用できるもの）を取りまとめ、委託者に提出するものとする。このときの様式は、各区ごとに分割できるものとし、委託者と協議の上決定するものとする。なお、委託者から経過報告を求められた場合は、途中経過を報告するものとする。

6 人員体制

- (1) 指導に従事する者（以下「指導従事者」という）は、保健師、管理栄養士、看護師のいずれかの資格を満たすこと
- (2) 実施体制は、次の全ての要件を満たすこと
 - ア 対象者数に見合った十分な指導従事者を確保すること
 - イ 社内で定期的なカンファレンスや研修を実施し、専門職のスキルアップを図る体制が整えられていること
 - ウ 指導従事者は原則として、対象者ごとに同じ専門職が初回から最終まで支援することができる体制が整えられていること

7 情報セキュリティの確保について

契約に際し、受注者は個人情報を含む発注者の情報資産の取扱いについては、「個人情報の取扱いに関する情報セキュリティ特記事項」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインの一部改正について」（平成22年9月17日、医政発0917第2号・薬食発0917第5号・老発0917第1号、医政局長・医薬食品局長・老健局長通知）を遵守すること。

8 データおよび記録の保管管理

- (1) 支給品及び貸与品（入力帳票・データ等含む）

本事業の対象者リストを契約締結後に貸与する。リストの項目及び媒体については協議の上、決定することとする。
- (2) 支給品、貸与品および成果品の授受上の留意事項

支給品の引き渡しは委託者の代行者による場合、電話等で速やかに委託者に連絡するものとする。また、個人情報が記載されたものを搬送する場合は、施錠可能なカバンを使用し、施錠し、運搬すること。
- (3) 複写・複製の禁止の解除

必要が生じたときは、委託者の指示を受けるものとする。
- (4) 廃棄の指示

受託者が作成した、本事業に関連するすべての情報の記録等については、委託契約終了後、委託者の管理のもと受託者の責任において完全に消去するものとする。また、文書作成において誤字および汚損分等の生じたときは、その都度委託者の指示により、受託者の負担において原則焼却処分するものとする。
- (5) データ保護上の留意事項

防災保管庫への保管、別施設への保管又はそれと同程度の保管を必要とす

る。

9 苦情および事故対応等

(1) 苦情および事故対応

苦情が寄せられた場合や事故が発生した場合は、委託者に速やかに報告すること。また、苦情または事故に係る記録をし、委託者に提出すること。

(2) 立ち合い

事業内容等の確認をするため、委託者が指導の立会を実施する場合には、速やかに応じること。

10 法令順守

当該業務に関する法令（労働基準関連法令等）について遵守すること。

11 協議

本記載に定めのない事項その他本記載内容に関し疑義が生じたときは協議の上、円満に解決を図るものとする。

別紙 評価方法

| | 方法 | 詳細 | 頻度 |
|--------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| 検査値の改善 | 患者から提供される検査値を記録し、数値が維持・改善されているかを確認する。 | 項目は「収縮期血圧、拡張期血圧、血清クレアチニン、eGFR、HbA1c、空腹時血糖」 | 3か月に1回記録 (患者に提供してもらわない場合は、記録できない) |
| 生活習慣の改善意欲の向上 | アンケートによる患者本人の評価を集計する。 | アンケート項目 ・自己管理に関するもの ・QOL (生活の質) に関するもの | 3か月に1回実施 |
| 行動変容 | 指導時に生活習慣をヒアリングする。 食事・運動に関する問題点を指導、及び目標を設定する。 | 患者の病期 (ステージ) に合った指導を行う。 | 開始時 3か月に1回実施 |

別紙 介入方法

(抽出基準及び基準に即した介入方法の例)

| <項目> | | 糖尿病性腎症の重症化予防 | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| 血糖検査値(段階付けの目安) | | 6.5≤HbA1c<7.0 | 7.0≤HbA1c<8.5 | 8.5≤HbA1c |
| 腎機能の検査数値 | 尿たん白等 | (±) 以上 ⇒ | (+) ⇒ | (2+) 以上 |
| | eGFR | eGFR60ml/分/1.73 m ² 未満 (30以上の糖尿病患者は腎症第1期~第3期) | | |
| | 医療機関の協力で尿アルブミン値等が確認できた場合は腎症病期の把握に活用 | | | |
| 介入方法 | 受療勧奨 | 受療勧奨 (検査数値に応じ優先度や勧奨の強度を変える。) 例) 通知(手紙) 例) 通知と電話 例) 通知した上で訪問 | | |
| | ※4-1 (2)参照 保健指導 (健康相談) | 保健指導 (検査数値に応じ優先度や勧奨の強度、指導内容を変える。) 例) 通知のみで案内 例) 通知で案内した上で電話勧奨 例) 訪問勧奨。参加者への電話指導の回数増 | | |
| 注) 市町村等の体制に応じて、上記の抽出基準による対象者が多く、円滑な事業実施が難しい場合は、複数年次により計画的に取り組む、段階的に事業を実施する等の工夫を行う。また、各年度における抽出基準を独自に絞る場合は、郡市医師会や地域の医療機関、専門医等に相談の上で行うことが有効。 | | | | |

参考：糖尿病診断の基準…HbA1c6.5%以上及び空腹時血糖126mg/dl以上
日本糖尿病学会(編・著)：糖尿病治療ガイドによる

委託予定件数

| 番号 | 委託内容 | 数量 |
|-----|--------------------------|-----------|
| 1 | 受診勧奨又は保健指導の通知の作成、発送、申込受付 | 1 0 0 0 人 |
| 2 | 電話による受診勧奨 | 3 0 0 人 |
| 3 | 電話及び訪問（面談）による受診勧奨 | 1 0 0 人 |
| 4 | 電話による参加勧奨 | 3 0 0 人 |
| 5 | 前年度対象者への受診勧奨 | 2 0 0 人 |
| 6 | 初回面談 | 1 5 0 人 |
| 7 | 電話支援 1 | 1 5 0 人 |
| 8 | 電話支援 2 | 1 5 0 人 |
| 9 | 最終面談 | 1 2 0 人 |
| 1 0 | 業務結果報告書作成 | 1 式 |