

基本仕様書

第1 委託業務名

令和7年度熊本市国民健康保険デジタルデバイスを活用した生活習慣病重症化予防事業
業務委託

第2 業務目的

本業務は、熊本市国民健康保険被保険者のうち糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化が疑われる者に対して、市町村国保ヘルスアップ事業「PHRの利活用を推進する取組」を活用し、利用者が自ら日々測定する血圧、心拍数、体重、体脂肪、食事、運動、服薬等の健康状態に関するデータであるPHR（パーソナルヘルスレコード）を用いて医療機関と連携した保健指導やデジタルデバイスを活用して生活習慣の改善の支援を行う。その結果、対象者の行動変容によって糖尿病等の生活習慣病の発症や人工透析への移行等の重症化を遅らせることで、QOL（生活の質）の向上や医療費を抑制することを目的とする。

第3 履行場所

委託者が指定する場所

第4 履行期間

契約締結日から令和8年（2026年）3月31日までとする。

第5 対象者

1 糖尿病重症化予防事業

熊本市国民健康保険加入者のうち、原則次の条件を満たすものとする。

- (1) 特定健康診査結果から、HbA1c6.5%以上で糖尿病の未治療者、レセプト等から糖尿病の治療中断と思われる者、糖尿病の通院中であるが糖尿病専門医以外に通院しコントロール不良と思われる者。通院中である者については、かかりつけ医から事業への参加の承諾が取れた者を対象とする。
- (2) 以下のいずれかに該当する場合は対象としない
 - ア 国民健康保険の資格を喪失している者
 - イ 人工透析治療中の者
 - ウ 1型糖尿病の者
 - エ インスリン療法で治療中の者
 - オ がん治療中、重度の合併症を有する者
 - カ 腎臓移植を受けた者
 - キ その他プログラム継続が困難であると受託者と委託者の双方が合意した者

2 アプリケーションを活用した生活習慣病重症化予防事業

特定健康診査結果から、空腹時血糖、HbA1c、尿蛋白、eGFR、高血圧の数値から生活習慣病の重症化リスクが高い者

第6 業務内容

1 糖尿病重症化予防事業

(1) 概要

利用者がリブレ（持続血糖測定器）やウェアラブルデバイス（手首や腕などに装着する情報機器）（以下、「測定機器」と言う。）を使用し、血糖、歩数等を24時間測定したデータ記録や利用者から聴取した情報（体重、食事状況、睡眠状況、活動量等）をスマートフォンのアプリケーション（以下、「アプリ」と言う。）等と連動させ、対象者の健康状態を可視化し、受託者は個々に応じた保健指導を継続的に実施する。

支援期間は初回支援日から3か月とし、継続に向けた伴走型保健指導を行う。

測定機器の調達は受託者が行い、支援機関終了後も利用者が測定機器を所有し、生活習慣改善に取り組むことができるようにする。

なお、事業実施想定人数は35名以上とする。

(2) 保健指導従事者

食生活・運動に関する利用者の支援計画に基づく実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士の他、食生活、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者（一定の保健指導の実務経験のある看護師も含む）が実施すること。

(3) 案内文書、参加申込書類作成・送付業務

ア 業務内容

案内文書と利用希望者への参加申込書類を作成し、参加申込書類と併せてデジタルデバイスを送付する。-

イ 案内文書

(ア) 案内文書の内容は、委託受託者協議の上決定し、受託者が印刷作成する（カラー、A4サイズ程度）。なお、作成にあたっては、ナッジ理論を活用した効果的な内容・デザインとする。

(イ) 印刷見込み数 計300部

(ウ) 電子データでも納品を行う。

詳しくは、委託受託者協議の上決定する。

ウ 参加申込書類

以下(ア)～(カ)について委託受託者協議の上決定し、受託者が印刷作成し、利用希望者へ受託者が送付する。

また、(ウ) (オ) (カ) の返送先は、受託者とする。

(ア) 送付状

- (イ) 説明リーフレット
 - (ウ) 事前アセスメント表（郵便で実施する場合）
 - (エ) かかりつけ医向け協力依頼文
 - (オ) 参加確認書、兼、医師への依頼書
 - (カ) 返信用封筒 1 枚（（ウ）（オ）の返信用）
- (4) 業務の流れ
- ア 利用者募集
 - 受託者が作成・印刷したチラシを活用し、委託者が対象者への広報を実施する。受託者は、効果的な広報等について委託者への支援を行う。
 - イ 利用者の取りまとめ・情報提供
 - 受託者が事業利用者の取りまとめを行い、委託者へ利用者の情報を提供する。取りまとめの内容は、委託受託者協議の上決定する。
 - ウ 利用者の決定・参加申込書類等の送付
 - 委託者は、受託者から提供された取りまとめ内容をもとに、利用者を決定する。
 - 受託者は、利用者へ参加申込書類等を送付する。
 - エ 医療機関との連携
 - 必要時、医療機関との連携を行う。
 - オ 事前アセスメント
 - 決定した利用者に対して、受託者は初回支援実施前に、委託者が提供する健診結果、事前アセスメント表、既に通院している者については内服薬の名称、食事療法・運動療法の内容、その他の制限等をもとに、以下（ア）～（ウ）の項目についてアセスメントを行う。アセスメントの結果については、委託者に報告する。
 - (ア) 生活習慣についての問題点
 - (イ) 生活習慣病リスク
 - (ウ) 行動変容のステージ
 - カ 利用者への事業説明
 - 受託者は、利用者に連絡をとり、事業についての説明を行う。説明の方法について、個別・集団での実施は問わないが、利用者が理解できる方法と内容で実施する。
 - キ 初回支援
 - スマートフォン等を用いた遠隔面接（個別または集団）もしくは対面（個別または集合型）で実施し、一人当たり 30 分以上の個別支援を行うこととする。指導時間については、平日の昼間だけでなく、可能な範囲で平日の夜や休日にも実施する等、対象者が指導を受けやすいよう工夫すること。初回面接での実施内容は次のとおりとする。
 - (ア) アセスメント
 - 事前アセスメント及び初回面接時の体重等に基づき、生活習慣（嗜好品を含む）のアセスメントを行う。

(イ) 保健指導・情報提供

糖尿病等の生活習慣病と、運動や食生活などの生活習慣の関係について情報提供し、保健指導を行う。

(ウ) 支援の際の留意点

アセスメントに基づき、利用者が運動や食生活など個別の行動目標・行動計画を立案できるように支援する。なお、行動目標・行動計画の立案に関しては、専門的な情報分析と知識を十分に提供し、具体的でかつ継続的に実践可能なものを利用者が自ら選択できるように支援すること。目標は利用者の状況に合わせて設定する。

(エ) 支援計画の策定

初回支援において、立案した行動目標・行動計画について、利用者が継続して実施できるよう必要な支援内容をまとめ、支援計画を立てる。

ク 継続支援（メール・電話・アプリ内のチャットや掲示板）

受託者は、利用者が日々記録するデータによる身体状況の変化を見ながら、作成した支援計画に基づき、生活習慣改善に向けた行動を継続できるよう支援する。

具体的には身体状況の変化の確認や励まし、必要に応じた運動・食生活指導及び日常生活のアドバイス提供、実践目標の修正を行う。通院中の者については、必要時医療機関と連携のもと保健指導を行う。

ケ アプリを活用した支援

受託者は、初回支援やPHRから得られた情報に基づき、健康に関する情報発信を週1回程度実施する。また、行動変容や継続利用に効果的と考えられる企画やインセンティブ等を実施する。

コ 3か月後の最終評価について

初回面接から3か月後に遠隔面接（個別もしくは集団）もしくは対面（個別もしくは集合型）で実施し、目標達成についての確認を行う。リブレ（持続血糖測定器）や血糖測定などにより、血糖値を評価すること。また、下記（ア）～（エ）についてまとめたアドバイスシートを利用者に渡すこと。通院中の者は、医療機関へ報告すること。

(ア) 目標達成状況（血液データ・腹囲・体重・血圧等）

HbA1c（過去1～2か月の血糖コントロールを評価する指標）の変化についても着目すること

(イ) 食生活・運動習慣・喫煙習慣の改善状況

(ウ) 生活習慣の変化

(エ) 今後の目標

サ 利用継続の勧奨

受託者は、利用者が利用を中断しないよう努める。万が一、利用が中断した場合には、日や時間を変えて最低5回以上、文書、メール、電話等で継続勧奨を行う。また、実施

した回数、日時、方法等、その内容について委託者へ報告すること。最低5回以上電話やメールでの連絡を行った上で、連絡不通者へは文書で指導継続意志の確認を行い、継続の意思が確認できない場合は、途中辞退とみなす。

シ 実施報告（月次・中間）・最終報告

月次報告については、アプリの利用状況を毎月委託者に提出すること。報告内容の書式は、委託者と受託者の協議の上決定する。

中間報告については、初回面接実施後、3か月後の最終評価の計2回行う。途中でオンライン相談等を実施した際についても、都度委託者に提出すること。報告内容の書式は、委託者と受託者の協議の上決定する。

指導終了後に下記の（ア）～（ウ）の内容と、支援結果を踏まえた考察や課題、課題解決に向けた効果的な事業の提案等について、最終報告書を委託者に提出すること。

（ア）事業の効果分析及び評価は、指導後に対象者から提供を受けた検査データ、PHRを用いて、対象者の客観的な検査値や推移、対象者本人による自己管理やQOL（生活の質）に関する自己評価、指導を行った専門職の指導記録により行う。

（イ）指導期間中に得た血圧、血清クレアチニン、eGFR、HbA1c、空腹時血糖などの検査データ、PHRを用いて、指導開始から終了までの検査値の推移を確認できる表などの書式を用いて評価する。

（ウ）目標の達成度（運動、食事、喫煙、飲酒等の行動変容）、介入前後の行動変容ステージ（無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期）、疾病の理解度等を指導期間の初回と最終の計2回実施し、評価する。

(5) 委託者との連絡調整

サービスの質の向上及び円滑な事業実施のため、委託者との連絡調整を密にすること。

(6) 医療機関との連絡調整

事業の円滑な実施のために、通院している者について、受託者がかかりつけ医療機関との連携を行う際は、委託者と連携した上で実施すること。

受託者は、医療機関に事業実施の協力を依頼するための説明資料を作成し、委託者に印刷物と電子データで納品すること。

(7) 保険者の変更に伴う利用終了について

利用継続中に、市外転居や社会保険の加入等で熊本市国民健康保険の資格を喪失した場合は利用を終了すること。

(8) 問合せへの対応

受託者は、案内文書等に電話番号及び対応時間を記載し、対象者及び対象者のかかりつけ医からの問い合わせに対応すること。健診結果の見方等の専門的な問い合わせも回答できるように、対応する者は専門職が望ましい。

苦情が寄せられた場合は、委託者に速やかに報告すること。また、苦情に係る記録をし、委託者に提出すること。

2 アプリケーションを活用した生活習慣病重症化予防事業

(1) 概要

受託者は、歩数や食事摂取量など利用者が生活習慣を見える化できるアプリを提供し、生活習慣の改善につながるための様々な情報発信を継続的に行う。アプリの利用期間は、利用者のアプリ利用開始日から1年間とする。

なお、事業実施想定人数は150名以上とする。

(2) 案内文書作成

ア 案内文書の内容は、委託者と受託者が協議の上決定し、受託者が印刷作成する（カラー、A4サイズ程度）。なお、作成にあたっては、ナッジ理論を活用した効果的な内容・デザインとする。

イ 印刷見込み数 計300部

ウ 電子データでも納品を行う。

(3) 業務の流れ

ア 利用者募集

(ア) 受託者が作成・印刷したチラシを活用し、委託者が対象者へ広報を実施する。受託者は、効果的な広報等について委託者への支援を行う。

(イ) 委託者は、受託者にアプリを発注する。

(ウ) 委託者は、利用希望者へアプリを提供する。

イ アプリを活用した支援

(ア) 委託者は、必要に応じてアプリのチャット機能等を活用し、訪問やPHRから得られた情報に基づき、保健指導を実施する。

(イ) 受託者は、健康に関する情報発信を週1回程度実施する。また、行動変容や継続利用に効果的と考えられる企画やインセンティブ等を実施する。

(4) 中間報告・最終報告

中間報告については、アプリの利用状況を隔月委託者に提出すること。報告内容の書式は、委託者と受託者が協議の上決定する。

年度末に、アプリの利用状況やPHRの変化などを含めた内容の最終報告書を委託者に提出すること。報告書の作成にあたっては、支援内容結果を踏まえた考察や課題、課題解決に向けた効果的な事業の提案も記載すること。報告書の様式は問わない。

(5) 委託者との連絡調整

サービスの質の向上及び円滑な事業実施のため、委託者との連絡調整を密にすること。

(6) 問合せへの対応

受託者は、アプリ内に問合せ先を明記し、利用者からの問い合わせに対応すること。苦情が寄せられた場合は、委託者に速やかに報告すること。また、苦情に係る記録をし、委託者に提出すること。

第7 個人情報保護

1 関係法令等の遵守

受託業務の履行にあたっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び「別紙1 個人情報の取扱いに関する特記事項」を適正かつ厳格に遵守すること。

2 個人情報データの取り扱いについて

個人情報の受け渡しについては、委託者と協議のうえ適切な方法により行うこととし、契約終了後は、貸与した個人情報は消去し、報告書を提出すること。

第8 その他

1 データの受け渡し、データの加工等に必要な機器等の準備、運搬等にかかる費用については全て受託者の負担とする。

2 本業務の履行にあたっては、委託者と十分協議すること。

3 本業務を行うにあたって、仕様書に定めのない事項またはこの業務に関して疑義が生じた場合は委託者と協議の上、決定すること。