

要治療者への受診勧奨に関する業務委託仕様書

令和4年2月

1 委託業務の概要

(1) 目的

生活習慣病予防健診の結果において、要治療・要精密検査の判定となり治療等が必要な者に対して、健診日の約1か月後に受診状況の確認のため電話による勧奨をする。

健診後、治療等が必要な者が、未治療とならないよう確実に受診へつなげることにより重症化予防と医療費適正化を図る。

(2) 業務概要

①健診結果から血圧、血糖または LDL コレステロール値の検査において受診基準値に該当し、通院治療を受けていない者に対し、電話または文書等により健診日の約1か月後に受診状況を確認し、未受診の者については受診勧奨をする。

②電話勧奨を主とするため昨年度の健診結果から該当者を選定しておき、健診申込時や健診当日等に連絡先を確認しておく。

手順

ア) 健診時まで健診受診予定者に別紙4の受診勧奨チラシを配布する。

イ) 健診日の約1か月後対象者へ電話等で受診状況を確認し、未治療者には医療機関への受診を促す。委託費用は、勧奨1名につき1,000円(上限、税抜)とする。

ウ) 全国健康保険協会岡山支部にて勧奨報告書に基づき、健診日から勧奨日の翌月末までの治療受診(レセプト)の状況を確認し、受診が確認できた場合、成功報酬として1名につき2,000円(上限、税抜)を追加で支払う。

(3) 勧奨対象者

全国健康保険協会の被保険者で、生活習慣病予防健診の結果において、以下①②に挙げる勧奨基準値以上の者とする。ただし、内服治療中・通院中の者は除く。

① (ア) から (ウ) のうち 2つ以上該当する者。※〈表1〉参照

(ア) 血圧：収縮期血圧 160mmHg 以上、または拡張期血圧 100mmHg 以上

(イ) 血糖：空腹時血糖 126mg/dl 以上、またはHbA1c (NGSP 値) 6.5%以上

(ウ) LDL コレステロール：180mg/dl 以上

〈表1〉健診結果の判定値より医療機関への受診を必要とする基準①

(ア) 血圧		(イ) 血糖		(ウ) LDL
収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖 (随時 3.5h 以上 含む)	HbA1c (NGSP 値)	LDL コレステ ロール
160mmHg 以上	100mmHg 以上	126mg/dl 以上	6.5%以上	180mg/dl 以上

② (ア)、(イ)のうち1つ以上該当する者。※〈表2〉参照

(ア) 血圧：収縮期血圧 180mmHg 以上、または拡張期血圧 110mmHg 以上

(イ) 血糖：空腹時血糖 160mg/dl 以上、またはHbA1c 8.4%以上

〈表2〉健診結果の判定値より医療機関への受診を必要とする基準②

(ア) 血圧		(イ) 血糖	
収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖 (随時 3.5h 以上 含む)	HbA1c (NGSP 値)
180mmHg 以上	110mmHg 以上	160mg/dl 以上	8.4%以上

2 実施時期

契約締結日から令和5年3月31日とする。

3 報告・請求方法

受託者は、原則1か月ごとに請求書を作成し提出する。受診勧奨を実施し、電話等による勧奨を実施した者の人数に1,000円(税抜)を乗じた金額を別紙1にて請求する。請求時には、別紙2の報告書を添付する。なお、消費税法第28条第1項及び第29条並びに地方税法第72条の82及び第72条の83の規定に基づく税率を乗じて得た額とする。ただし、この場合、消費税等額に1円未満の端数が生じた場合には、これを切り上げた額とする。

また、健診日から勧奨日の翌月末までの治療受診(レセプト)の状況が確認できた者を勧奨日から4か月後に全国健康保険協会岡山支部が確認し報告するので、人数に2,000円(税抜)を乗じた金額を成功報酬として別紙3にて請求する。ただし、治療受診(レセプト)の状況の確認は岡山支部の被保険者に限り、健診受診日と同一の被保険者資格であることとする。なお、全国健康保険協会岡山支部が治療受診(レセプト)の状況を通知した日を成功報酬の基準日とし請求するものとする。

4 委託の条件等

全国健康保険協会岡山支部が実施する生活習慣病予防健診の受託機関であること。

5 担当部署(連絡先)

全国健康保険協会岡山支部 保健グループ

〒700-8506

岡山県岡山市北区本町6-36 第一セントラルビル1号館8階

電話：086-803-5784

要治療者への受診勧奨業務請求書

金 _____ 円也

(消費税額及び地方消費税額 _____ 円を含む)

勧奨実施者数 _____ 人

上記のとおり請求します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

全国健康保険協会岡山支部
支部長 殿

所在地

名称

代表者名

⑩

振込金融機関名	銀行 金庫 農協	店
預金種別	普通・当座・通知・別段	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

要治療者への受診勧奨業務報告書

健診機関名 : _____

勧奨実施月 : 令和 _____ 年 _____ 月分 _____

未受診の場合は、ご本人との電話の内容や今後の予定、受診の意向を記載。

健保 記号	健保 番号	氏 名	勧奨日	健診 結果	受診状況	協会欄
						レセ
記入例				血圧 160/100 血糖 LDL 180	受診済 未:(理由:多忙のため受診できず。来月受診約束。)	—
—					受診済 未:(理由:)	
—					受診済 未:(理由:)	
—					受診済 未:(理由:)	
—					受診済 未:(理由:)	
—					受診済 未:(理由:)	
—					受診済 未:(理由:)	
—					受診済 未:(理由:)	

要治療者への受診勧奨成果請求書

金 _____ 円也

(消費税額及び地方消費税額 _____ 円を含む)

受診確認者数 _____ 人

上記のとおり請求します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

全国健康保険協会岡山支部
支部長 殿

所在地

名称

代表者名

⑩

振込金融機関名	銀行 金庫 農協	店
預金種別	普通・当座・通知・別段	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		