

「東大阪市生活保護診療報酬明細書点検等と診療報酬明細書を活用した健康管理支援等業務委託」仕様書

- 1 業務名 東大阪市生活保護診療報酬明細書点検等と診療報酬明細書を活用した健康管理支援等業務委託
- 2 業務概要
 - (1) 生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(以下「中国残留邦人支援法」という。)に係る診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)の内容点検・再審査請求事務・分析を行う。
 - (2) 特定健診受診状況とレセプト情報をもとに、生活保護受給者への健康管理支援及び適正受診指導を行うにあたり、重症化予防、適正受診にかかる事業を本業務にて実施する。
- 3 履行場所
 - (1) 受託業者の事業所内
 - (2) 東大阪市生活福祉室生活福祉課、市内各福祉事務所
 - (3) 本市が指定する場所
- 4 契約期間
令和8年7月1日から令和9年3月31日まで
- 5 業務従事者について
 - ① 受託者は業務責任者のほか、業務に必要な要員を必要な期間従事させること。
 - ② レセプト点検業務の実施にあたっては、医療事務及び電子レセプトを管理するためのソフトの操作に関し一定の教育を受けた者であって、受託者において医療機関から委託を受けてレセプトの請求事務に従事していない者とする。
 - ③ また、健康管理支援に係る業務にあたっては、対象者への勧奨や支援は、保健師又は看護師(准看護師を含む)の資格を有する者(以下、「支援員」とする。なお、重症化予防対策における支援については、市と協議の上、支援の内容によって支援員の一部の者を管理栄養士とすることができる。円滑に業務を行うため、特定の担当者を配置するように配慮し、支援の継続性を担保するために、業務期間中の支援員の入替については最低限にすること。

6 業務内容

A レセプト点検等に係る業務

(1) 内容点検業務

受託業者は、支払基金から送付され、本市で資格審査が完了したレセプト（なお、(1)のとおり、中国残留邦人支援法にかかるレセプトは資格審査前のものとなる。）を専用回線で受領し、レセプトデータの診療内容が厚生労働省の定める基準に準じているか、点数表の解釈に沿って全項目の内容点検を行う。

また、受託者において併用レセプト（感染症法、自立支援医療、難病等）の点検においても、単独レセプトと同様に点検を行うが、生活保護（法別番号12）に関する内容のみ再審査請求を行うこと。受託者において再審査請求ができない場合は、本市において提出する際の対象の特定や効率的な手法等について、本市と協議の上、提案すること。

内容点検は、受託業者においてシステムを用いた点検を行う。なお、点検するレセプトは、令和8年6月受領分から令和9年2月受領分までとする（縦覧点検についてはこの限りではない）。

レセプト点検の精度の向上及び平準化を目的として厚生労働省から提示される、レセプト点検の適切な実施方法に適宜対応可能とすること。

【ア】 単月点検

全てのレセプトについて、次のとおり内容点検を行う。

- ① 初診年月日と初診料算定の不一致
- ② 診療実日数と初診・再診回数の不一致
- ③ 初診料、再診料及び各診療区分における乳幼児加算の算定間違い
- ④ 主傷病名と慢性疾患指導管理料、各種指導料との不一致
- ⑤ 各種指導料について算定可能な条件が整っているかの確認
- ⑥ 薬品名の規格・単位の記入漏れ
- ⑦ 注射・処置・手術・検査・画像診断等の算定及び計算違い
- ⑧ リハビリテーションについて、回数によって減額されるものに注意
- ⑨ 診療区分別などの集計漏れ又は集計違い
- ⑩ 入院調剤料の入院日数を超えての算定、外泊期間の算定チェック
- ⑪ 入院料により、投薬・注射・検査・画像診断等包括されているものの確認
- ⑫ その他すべての区分についても病名と合っているか、点数表の解釈や厚生労働省通知に従っているかの確認
- ⑬ 調剤レセプトについて、処方箋発行の医科レセプトとの突合
- ⑭ 処方箋に於ける投薬と医科レセプトとの病名のチェック
- ⑮ 調剤料・投薬料・各種加算点数等について適正かどうかの確認
- ⑯ 処方日と調剤日の期間が4日以内になっているか確認
4日を超えている場合はリストの作成を可能とすること

- ⑰ その他、請求内容の妥当性

【イ】 縦覧点検

複数月のレセプトを審査することにより、単月のレセプトの点検では確認できない項目等について、次のとおり内容点検を行う。

- ① 単月点検を行うと同時に3か月分まとめ、外来・入院・調剤の各種レセプトを被保護者ごとに毎月縦覧点検する
- ② 歯科レセプトについては、単独で縦覧点検を行なう
- ③ 複数月に1回とされている検査が適正に行なわれているかの確認
- ④ 一定期間内に重複算定できない診療内容が行われていないかの確認
- ⑤ 重複請求されていないかの確認
- ⑥ 長期投与が禁忌とされている薬剤等が使用されていないかの確認
- ⑦ 上記以外で医科点数表の解釈や厚生労働省通知に相違しているもの
- ⑧ その他、請求内容の妥当性

【ウ】 横覧点検

同一受給者のレセプトを同一診療月で、次のとおり点検を行う。

- ① 傷病名、診療行為、検査、投薬（同一効能含む）等の重複
- ② 在宅時医学総合管理料、在宅酸素療法指導管理料等、複数医療機関での算定が適当でない在宅療養指導管理料が算定されていないか
- ③ 在宅患者訪問診療料において、同一患者に複数の医療機関の在宅訪問診療料が算定されていないか

(2) 再審査請求業務

点検終了後、受託業者において、再審査請求に係る処理を次のとおり行うこと。

なお、【ア】については、受託業者から本市の専用端末にデータを送信すること。【イ】から【キ】の業務は、受託業者が生活福祉室生活福祉課にて行うもの。

また、本市にて行った資格審査により返戻するレセプト及び支払基金より返付依頼のあったレセプトについても、内容点検による再審査請求レセプトと併せてレセプト原本を印刷し、本市に納品すること。

【ア】 受託業者にて作成した各種データを生活保護等版レセプト管理クラウドサービス（以下「Rezept Plus」という。）で受領可能な形式で本市へ納品

【イ】 過誤付箋データの作成

【ウ】 再審査請求 CD・再審査請求ファイル（オンライン）の作成

【エ】 再審査請求付箋、送付状、ラベル等の作成

【オ】 再審査請求付箋、レセプト原本、送付状、ラベル等の印刷

【カ】 印刷された付箋を対象となるレセプト原本への貼付

【キ】 CD・添付書類・レセプト原本を本市へ納品

【ク】再審査請求業務終了後、業務報告を行うこと

(3) 再審査情報分析業務

本市から提供する再審査結果データ等を活用し、査定結果を分析すること。

【ア】再審査結果データ等を活用し、査定実績を報告すること

【イ】査定率が高い医療機関上位 10 機関を報告すること

【ウ】再審査率が高い医療機関上位 10 機関を報告すること

(4) 生活保護等医療扶助適正化のための分析

医療扶助の適正化を推進するため、レセプトデータの内容点検及び分析を行い、次の項目について本市に各リストを作成し本市に報告すること。様式については、本市と協議のうえ随時変更可能とする。

なお、対象者の抽出は、福祉事務所ごとに行うこと。

【ア】通院台帳対象者・・・(月次)

歯科を除く外来患者であって同一傷病について、同一月内に同一診療科目を受診している者を抽出

【イ】頻回受診対象者・・・(月次)

歯科を除く外来患者であって同一傷病について、同一月内に同一診療科目を 15 日以上受診している、かつ当該診療月から過去 3 ヶ月間で 40 日以上を抽出

【ウ】重複受診・・・(月次)

外来患者であって同一又は類似傷病であり診療内容も同一または類似傷病に対してのもので 2 医療機関以上 2 か月以上継続して受診している者を抽出

【エ】長期入院患者・・・(月次)

入院継続 180 日を越えた者（転院、転棟も含む）を抽出

【オ】長期外来患者・・・(月次)

同一疾病により 1 年以上（他法又は自費による外来受診機関も含む）引き続き受療している者を抽出

【カ】頻回転院患者・・・(月次)

入院患者であって、90日間居宅に戻ることなく2回以上続けて転院があった者を抽出

【キ】向精神薬等の重複処方・・・(月次)

2 か所以上の医療機関及び調剤薬局より向精神薬等の処方を受けている者を抽出、向精神薬と向精神薬以外の薬剤それぞれのリスト作成

【ク】精神通院医療と医療扶助の給付の間における向精神薬等の重複処方・・・(随時)

精神通院医療の給付と医療扶助の給付の間において、2 か所以上の医療機関及

び調剤薬局より向精神薬等の処方を受けている者を抽出

- 【ケ】 後発医薬品使用状況・・・(月次)
 - ① 後発医薬品全体の使用状況分析を、全体・院内・院外の3種類を数量ベースと金額ベースで行い、後発医薬品へ切り替えた場合の効果等を報告
 - ② 医療機関及び調剤薬局ごとの使用状況分析を数量ベースと金額ベースで行い、後発医薬品へ切り替えた場合の効果等を報告
 - ③ 後発医薬品の薬効分類使用状況を詳細に報告
 - ④ 院外処方のうち、後発医薬品を調剤しなかった理由を分析し報告
 - ⑤ その他、後発医薬品の使用促進のための分析
- 【コ】 長期収載品にかかるリスト・・・(月次)
- 【サ】 後発医薬品切替可能者（【コ】に記載する長期収載品を除く）・・・(月次)
 - ① 後発医薬品切替可能者リストに切替可能者な薬剤や差額等を記載して報告
 - ② 後発医薬品切り替え者リストの詳細について、調剤レセプトにおいて後発医薬品の調剤しなかった理由について「患者の意向」のものがわかるよう分類
- 【シ】 疾病状況・・・(月次)
- 【ス】 医療費状況・・・(月次)
- 【セ】 指定医療機関個別指導用医療機関傾向分析・・・(随時)
 - ① 本市が指定する医療機関について、請求等の傾向を分析し報告
 - ② 受託業者が内容点検を行う中で疑義のあると思われる医療機関について、請求等の傾向を分析し報告
- 【ソ】 同一建物居住者への医療機関状況・・・(随時)

高齢者向け住宅などの同一建物居住者へ訪問診療等に入っている医療機関（歯科を含む）の傾向を分析
- 【タ】 特定医療切替可能対象者（難病）・・・(月次)

特定医療の対象となる傷病名及び治療を受けている者を抽出
- 【チ】 高齢者向け住宅入居者にかかる医療費分析に必要なデータの抽出・・・(随時)
- 【ツ】 本市の指定した内容での分析報告
- 【テ】 医療訪問看護の介護保険切替可能対象者・・・(月次)
- 【ト】 在宅患者訪問診療料にかかるリスト・・・(月次)

併算定リスト、併算定の再審査請求状況、3か月連続算定されているリスト等
- 【ト】 指定難病にかかるリスト・・・(月次)

頻回訪問加算、医療併用レセプトの食事療養費（年月範囲指定）
- 【ナ】 薬剤にかかる各種リスト・・・(随時)

院内・院外医療機関リスト、薬剤服用歴管理指導料リスト、かかりつけ薬剤師指導料リスト
- 【ニ】 多剤・重複投与者にかかるリスト・・・(月次)

多剤：同一月内に6種類以上の医薬品の投与を受けている者のリスト
重複：同一月内に同一成分の医薬品を2つ以上の医療機関から処方されている者のリスト

- 【ヌ】 残薬管理対象候補者・・・(月次)
残薬管理指導対象者の候補者を抽出
- 【ネ】 訪問看護にかかるリスト・・・(月次)
内容点検に関するリスト
- 【ノ】 その他、必要に応じ本市と協議の上実施

(5) 被保護者への健康管理支援のための分析（データヘルス）

健康管理支援事業を推進するため、レセプトに記載されている情報・特定健診の結果データの分析を行い、次の項目についてリストを作成し本市に報告すること。特定健診の受診者及び結果データ等は専用回線を受領する。

報告については、流用性の高い方法を用いてその内容について提案すること。報告の様式については、本市と協議のうえ随時変更可能とする。

なお、対象者の抽出は、福祉事務所ごとに行うこと。

- 【ア】 特定健診受診者一覧・・・(月次)
特定健診の受診者及び結果データを受診者ごとに一覧化
- 【イ】 特定健診未受診者一覧・・・(随時)
特定健診未受診者の中から特定健診の受診勧奨の対象者となる者を抽出
- 【ウ】 生活習慣病該当者リスト・・・(月次)
傷病名・性別・年齢・人数・医療費推移等の本市の指定する該当者を抽出
- 【エ】 生活習慣病重症化予防指導対象者リスト・・・(月次)
生活習慣病患者のうち、重症化予防の指導を行う対象者を抽出
- 【オ】 生活習慣病リスク階層化リスト・・・(月次)
生活習慣病の傷病名ごとにリスク階層化分析
- 【カ】 治療中断者リスト・・・(月次)
生活習慣病患者のうち、過去6ヶ月間治療を中断している者を抽出
- 【キ】 本市の指定した内容での分析報告
- 【ク】 その他、必要に応じ本市と協議の上実施

(6) 特定健診の結果データの加工について

社会保険診療報酬支払基金に対し、特定健診の結果データ情報をアップロードするにあたり、本市で保有する特定健診結果データを国が指定する様式でアップロードできるように本市の要望に応じ変更すること。

また国が指定している項目・様式に変更があれば委託費用の範囲内で対応すること。

令和9年3月ごろに、現在使用している生活保護システムが標準化システムに移行する予定である。システム標準化後は、現在使用しているレイアウト等と異なるものが提供される可能性があるが、対応すること。

(7) 業務対象レセプト件数

本市の令和7年度レセプト見込み件数は435,700枚であるが、業務対象レセプトは令和7年6月から令和8年2月受領分の9か月分のため、326,774枚とする。

$(435,700 \text{ 枚 (年度計)} \div 12 \text{ か月}) \times 9 \text{ か月} = 326,774 \text{ 枚}$

■ 年度合計 (令和6・7年度実績及び令和8年度見込み)

	令和6年度 実績	令和7年度 実績	令和8年度 見込み
入院	12,468	12,530	12,592
外来	212,396	206,591	200,945
歯科	47,420	46,583	45,761
調剤	159,800	159,298	158,798
訪問看護	2,499	2,583	2,670
合計	434,583	427,585	420,766

(8) その他

【ア】毎月、作業終了後は「業務完了報告書」など各種報告書を本市へ速やかに提出すること。

【イ】本業務の実施について、必要に応じて本市職員が立ち会う。

【ウ】資料作成の依頼があったときは、必要に応じて随時作成し提出すること。

【エ】レセプト管理システムの不具合や更新等により、点検作業等の一時中断を行う場合は、業務の遂行について、本市と協議を行うこと。

【オ】本仕様書に定めがなく事業の実施にあたり必要とする事項は、必要に応じ本市と協議し、協議において決定した事項は、この仕様書と同等の効力を持つものとする。

【カ】医療扶助の適正化・健康管理支援に関連すると思われる情報や事業を把握している場合は、適宜提示・提案を行うこと。

【キ】レセプト点検業務においては、再委託を禁止する。

【ク】訪問看護レセプトの電子化等、支払基金のシステム改修等に適宜対応すること

B 健康管理支援に係る業務

(1) 重症化予防対策

【ア】対象者の条件と選定

レセプトの傷病名や診療行為・投薬の状況および特定健診の受診状況や結果から市が抽出した候補者のうちから、保健指導の介入が効果的と思われる者について、担当 CW 等と十分協議のうえ選定した者を対象者とする。支援人数は100人以上とし、人数・支援方法の提案を行うこと。

【イ】主な業務内容

- ① 特定健診の受診状況や結果およびレセプト情報等を以て保健指導の介入が効果的と思われる者について選定を行う。選定するに至った妥当性、理由を担当 CW 等に示し、本市と協議のうえで最終候補者に絞る。
- ② 支援員は、支援対象者について健康管理支援プログラムを作成し、電話、訪問（対象者の来庁による面談を含む）の方法により実施する。なお、作成した健康管理支援プログラムは、支援開始までに市に提出すること。
- ③ 健康管理支援プログラムについては、支援対象者の状態や適性に応じて、以下の内容を効果的に組み合わせ実施すること。
 - ・ 医療機関受診支援 健診結果より要治療と判断されたにも関わらず医療機関を未受診の者や、治療中断者を医療機関受診につなげる。
 - ・ 生活習慣改善支援 健診結果等より生活の改善が必要な者を把握し、日常生活面での個別支援や保健指導を行う。
 - ・ 食生活個別支援 糖尿病にて医療機関受診中である者のうち、コントロール不良の者に対する食生活支援を行う。
- ④ 初回面談の実施に先立って、必要に応じて主治医に事前の確認（主治医によって既に指示されている生活指導や事業実施にあたって気をつけるべき事項）を行う。また、主治医への事前確認を行った場合は、保健指導実施後に主治医に指導内容を報告すること。
- ⑤ 支援対象者に対し医療機関受診支援を行う場合には、原則として、特定の医療機関に限定して受診を勧めるのではなく、対象者の健康状態を踏まえたうえで客観的かつ合理的な根拠に基づき医療機関を提示するよう留意すること。
- ⑥ 本人への支援内容や関係機関への確認内容を適宜 CW 等へ電子データまたは書面による経過報告を行う。本人や関係機関とのトラブル等が生じた場合、または生じる可能性がある場合は、すみやかに担当 CW 等へ電話連絡を行うこと。
- ⑦ 支援を行った対象者に関して、支援終了後に定量的、定性的な観点から評価・分析を行うこと（血圧、体重、腹囲、血液検査データ等を含む）。また本業務に係る事業全体の効果測定も定量的、定性的な観点から行い、報告すること。

- ⑧支援に係る文書等の印刷代、郵送料、および交通費等の経費については、すべて受託者が委託費用の範囲内において負担すること。

(2) 適正受診対策

【ア】対象者の条件

支援対象者は、市が抽出した者とする。(支援人数は令和7年度4～6月において既に支援を開始している者も含め10人以上とし、人数・支援方法の提案を行うこと。

(※頻回受診者) 医療扶助における外来患者(歯科除く。)であって、同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している者のうち、「頻回受診者に対する適正受診指導について」における「頻回受診者に対する適正受診指導要綱」(社援保発第0322001号)で定める要件に該当する者

【イ】主な業務内容

- ① レセプト情報等を以て市が抽出した候補者のうち、事前嘱託医協議の結果主治医確認が必要なものについて、「主治医訪問調査票」を活用し電話、文書送付、訪問等の方法により確認を実施すること。
- ② 支援員は、主治医訪問等で得た意見、嘱託医の意見、CW等から聴取した支援対象者の情報をもとに支援計画を作成し、「頻回受診者訪問指導票」に基づいて聞き取りを行い、適正と考えられる受診方法を説明し、適正受診支援を実施する。
- ③ 面談は、支援対象者への電話面談、支援対象者の来庁及び訪問による対面による面談など支援対象者の状況に応じて支援員が実施する。初回面談を実施した後の支援内容等について、支援員が立案を行うこと。必要に応じ対象者への事前の連絡はCWが行う。
- ④ 支援対象者に対し医療機関への受診支援を行う場合には、原則として、特定の医療機関に限定して受診を勧めるのではなく、対象者の健康状態を踏まえたうえで客観的かつ合理的な根拠に基づき医療機関を提示するよう留意すること。
- ⑤ 本人への支援内容や関係機関への確認内容を適宜 CW 等へ電子データまたは書面による経過報告を行う。本人や関係機関とのトラブル等が生じた場合、または生じる可能性がある場合は、すみやかに担当CW等へ電話連絡を行うこと。頻回受診の場合は別途、主治医訪問を行った場合は「主治医訪問調査票」を、支援者に支援を行った場合は「頻回受診者訪問指導票」を各福祉事務所医療担当者へ提出すること。

- ⑥ 支援対象者に関して、支援終了後に定量的、定性的な観点から評価・分析を行い、また本業務に係る事業全体の効果測定も定量的、定性的な観点から行い、報告する。
- ⑦ 支援に係る文書等の印刷代、郵送料、および交通費等の経費については、すべて受託者が委託費用の範囲内において負担すること。

(3) CW向け健康教育の実施

CWが家庭訪問等において健康管理に関する支援を実施するにあたり、必要な知識やスキルの習得のため、専門職よりCW向けの健康教育を実施する。

具体的には、受診勧奨の必要性、対象者として選定される理由・条件・勧奨のスキル等を学び、普段のケースワーク業務に健康管理の視点をどのように取り入れるか、対象者への具体的なアプローチ方法などを学習する機会を提供する。

なお、健康教育に使用する資料については、市で指定するものを使用すること。

(4) 指導記録及び報告書の作成

支援対象者への支援内容を記録・管理するのに必要な様式を作成して記録したものを随時CW等へ報告するとともに、支援対象者として選定した理由、支援状況および結果を取りまとめた報告書を作成し市に提出すること。また、本事業の実施による効果分析を行うため、支援対象者個人ごと及び事業全体の評価を定量的、定性的な観点にて行い、評価結果を市に報告すること。

なお、厚生労働省「健康管理支援事業の手引き（令和2年8月改定）」の事業報告様式（事業全体）及び様式2（個別事業）について市が作成するにあたり、協力すること。

(5) 業務報告

上記(5)に定めるもののほか、市が指定する日までに業務完了報告書、収支精算書を提出すること。

(6) その他

【ア】業務の遂行にあたっては、市と十分な協議を行い、必要に応じて市の指示に従うとともに、各福祉事務所とともに、医療機関等関係機関との調整を行うこと。

【イ】業務に関する対象者の抽出条件について、必要に応じて市が支援候補者の機械抽出を委託しているレセプト点検業者と市との定例会に出席し、情報共有及び協議を行うこと。

【ウ】複数の支援員を配置する場合には、支援員間で情報を共有し、市から連絡を受けた事項について、全員に周知徹底を図ること。

【エ】業務の遂行にあたっては、事業に必要な能力と経験を有する業務責任者を定め、文

書をもって市に通知すること。業務責任者は、当該業務を統括するものとし、支援員の業務遂行に関する指示及び業務秩序の維持管理にあたり、業務を適切に実施しているかを随時確認し、必要に応じて指導を行うこと。また、支援員への研修を実施するものとし、業務委託期間中にやむを得ず支援員が変更される場合も、適宜研修を実施すること。

【オ】委託料の支出内容について、帳簿や証拠書類を整備し、業務完了年度から起算して5年間保管しておくこと。

【カ】業務に必要な情報収集は、受託者自ら積極的に実施すること。

【キ】業務の遂行において、支援対象者等から意見・苦情等を受けた場合は速やかに対応し、意見・苦情等に関する経過及び対応結果について、市に報告すること。

【ク】支援教材等の文書（チラシ等）や支援対象者への手紙については、漢字にはすべてふりがなを振って作成し、内容については市の承諾を得るものとする。

【ケ】事業実施にあたって、必要な感染症対策を講じ、感染症の流行下でも事業を進められるよう工夫すること。

【コ】業務を円滑に進めるために、業務内容等について福祉事務所のCWから質問を受けた場合、個別に説明すること。また、支援内容についてCW等が進捗を把握しやすいように、適宜支援内容を報告するなど、密に福祉事務所と連携をとることができるように工夫して支援を進めること。

【サ】郵送、電話による支援及び対象者からの電話での問い合わせにおいては以下のとおり対応すること。

場 所：受託者事務所内

電話回線：通話料及びコールセンター設置費用については委託費用に含むものとする。

【シ】支援員は、当市庁舎内にて執務する場合は、会社名と氏名が明記された名札等を付け、市民に不快感を与えないよう服装や行動等には十分注意を払うこと。

【ス】委託事業者において訪問による支援が必要と判断した場合は、事前に来庁予定を市と調整すること。

7 個人情報データの取扱いについて

(1) 「個人情報の取扱いに関する特記事項」（別紙）を遵守すること

受託業者は、「個人情報の取扱いに関する特記事項」に記載する各条項について、遵守すること。

なお、本市は、受託者が「個人情報の取扱いに関する特記事項」に違反していると認めたときはこの契約を解除することができる。

(2) 履行場所での個人情報データ保護

前記3履行場所である受託者事務所内は、プライバシー保護に注意し、夜間を含め確実にレセプトデータ及びレセプトを保管でき、部外者が入室できず、未使用時は施錠可能な場所とすること。また、レセプトデータ及びレセプトについては、本市への

納品以外に外部への持出しができないよう必要な措置を講じること。

なお、履行場所で個人情報データの管理が適切であるか、現地調査を行うことがある。市において、現地調査を実施した場合は、これに応じること。

(3) 法令順守

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）のほか、関係する法令等を遵守すること。

(4) セキュリティに係る認証等の取得

ア 個人情報保護対策の客観的評価のため、この業務を受託するにあたっては、一般財団法人日本情報経済社会推進協会(JIPDEC)による「プライバシーマーク」、一般社団法人情報マネジメントシステム認定センターまたは、JIPDECが認定した認証機関による「ISMS(Information Security Management System)」、一般社団法人JAPHICマーク認証機構が認定した民間事業者等による「JAPHICマーク」等個人情報について適切な保護措置等を講ずる体制等を整備していることの認証等を得ていることわかるものを提出できる者であること。

イ 前記8-(3)-アについて、本市の要請がある場合は、それを証する書類を本市へ提出すること。

(5) データの受け渡しについて

データの受け渡しは、受託業者と専用のネットワーク回線（IP-VPN）を接続した専用端末を用いて行うものとする。ネットワーク回線は、特定の拠点のみ接続する閉域のネットワーク環境とすること。

受託業者は、前月に内容点検が終了したデータを、本市の **Rezept Plus** で受領可能な形式で作成し、専用端末へ送付し納品すること。各種分析データ等においても、同様の扱いとする。また、受託業者は、データの受け渡し時にデータ送受信件数の確認のため、次の報告書等を提出すること。

なお、ネットワーク回線の設置に伴う初期費用及び月額費用は、受託業者が委託費用の範囲内において負担するものとする。

【ア】 データの受領証

【イ】 データの送付証

8 支払い

(1) 支払い方法

「業務完了報告書」を本市に提出後、委託料の支払を請求することができる。請求にあたっては、委託料に関する請求書を、点検月の末ごとに締切を行い、翌月10日までに本市に提出すること。各月分の請求書を提出すること。

市は、適正な支払の請求があったときは、請求書を受領した月の末日までに委託料を受託者に対して支払うもの。

(2) 出来高 (レセプト点検事業)

【ア】目標値の設定について

[再審査請求件数、査定件数に関する目標設定]

- ・内容点検の依頼件数に対する、再審査請求率の目標数値を設定すること。
再審査請求率 = (再審査請求件数 / 点検件数) × 100 (%) で算出すること。
目標値の下限は単独レセプト 5.0%、併用レセプト 4.3%とする。
- ・単独レセプトの査定率の目標数値を設定すること。
査定率 = (査定件数 + 返戻件数 / 再審査請求件数) × 100 (%) で算出すること。
目標値の下限は 42.0%とする。

[査定金額に関する目標設定]

- ・単独レセプトの再審査請求を行った結果について目標値を設定すること。
査定額の目標値の下限は当初請求額 (支払基金から受領したレセプトの確定額) の 0.2%とする。

[共通]

- ・目標値の達成に関しては、月単位で検証する。
- ・査定実績については社会保険診療報酬支払基金から受領する再審査請求結果を本市から提供するので、再審査請求を行ったレセプトと突き合わせ、報告すること。
- ・実績の評価については、社会保険診療報酬支払基金に対して再審査請求情報を送付した月の 4 か月後までに受領する再審査請求結果で行うこととする。(例: 8 月に基金に対して送付したものは 12 月までに受領する結果を基に実績の評価を行う)
- ・査定率に関しては、評価を行う時点で受領している再審査請求結果を基に、受領している結果に含まれる査定件数 + 返戻件数受領している結果に含まれる再審査請求結果件数として算出する。

【イ】出来高額

次のとおり出来高額を提案すること。

- ・再審査請求率及び査定率の目標値に関する出来高額は目標を達成した月の再審査請求件数に出来高単価を乗じた金額として提示すること。
- ・出来高単価には消費税を含むこと。
- ・再審査請求率及び査定率の目標値に関する出来高部分の出来高単価の上限は、再審査請求率及び査定率の目標値のうち、一方のみ達成できた場合は 4.4 円 (税込み) とし、両方とも達成できた場合は 26.4 円 (税込み) とする。ただし、併用レセプトの再審査請求率が目標値未達の場合は、一切請求できないこととする。
- ・単独レセプトについて、査定額の目標値に関する出来高額は査定額に一定の割合を乗じた金額として提示すること。

- ・ 査定額の目標値に関する出来高部分の上限割合は、全体（単独レセプト及び併用レセプト）査定額の目標値のうち1%とする。
- ・ 査定率が2.5%未満であった月及び再審査請求率が2.5%未満であった月については、全ての出来高額について一切請求できないものとする。
- ・ 出来高額の上限金額は見積書の診療報酬明細書点検等業務の成功報酬額の範囲内とする。

（3）支援回数に応じた費用の支払い（健康管理支援事業）

健康管理支援事業のうち、重症化予防・適正受診対策においては一人の対象者につき3回以上の支援を行うこととし、費用の支払は支援回数に応じて以下のとおりとし、一人当たりの単価については、受託者において提案すること。

1回目のみ支援を実施した場合は、一人当たりの単価×70%の額を

2回目まで支援を実施した場合は、一人当たりの単価×90%の額を

3回目以上の支援を実施した場合は、一人当たりの単価の額を

適正受診対策における主治医確認については、別途単価を設定し単価×件数を請求できるものとする。

※ 1回目のみ又は2回目までの場合の費用の計算における端数については10円未満を切り上げとする。

※ 支援の実施とは、支援対象者と面談ができた場合を言うものとする。（電話が繋がらなかった場合は、回数のカウントに含めない。）

（4）請求金額

毎月の委託料の請求金額は次のとおりとする。

Aレセプト点検等に係る業務

・ 契約金額（レセプト点検基本額＋分析額）÷9か月＋出来高額

ただし、出来高額については、プロポーザル時に提案された目標数値の達成実績を確認後に支払う。実績の算定については、内容点検実施後、支払基金に再審査請求を行った月から4ヶ月後までに受領する再審査請求結果を本市から提供するので、再審査請求を行ったレセプトと突き合わせ、達成実績の確認を行うこと。その後、出来高額を確定し、請求を行う。出来高部分は内容点検完了媒体の納品を行った4か月後に請求可能となる。なお、令和8年11月から令和9年3月までの実績については、再審査請求結果の受領時期の関係から当該年度の7月から10月までの実績の計による平均値をもって実績とする。

B健康管理支援に係る業務

契約期間終了時点における実績に応じて支払うものとする。

ただし、管理費用など毎月継続して発生する費用についてはレセプト点検に係る業務と同じく月払いを可能とする。

9 成果の帰属

委託業務により得られた成果物の著作権は、市に帰属する

10 暴力団等の排除について

受託者は東大阪市暴力団排除条例（平成 24 年 3 月 30 日東大阪市条例第 2 号、改正平成 24 年 12 月 28 日条例第 58 号）を遵守すること。