

福岡医発第 133 号(地)
平成 30 年 4 月 16 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

国民健康保険保険者の特定健診未受診者の医療情報収集事業への協力について
(お願い)

福岡県内の国民健康保険保険者（以下「国保保険者」）では、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集・集積することにより、特定健診の受診率の向上及び保健指導の充実強化並びに糖尿病性腎症重症化予防対策の取組強化に資することを目的として標記事業を実施するため、国保保険者より委託を受けた福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」）より、本事業の委託契約の締結依頼がありました。

3 月 29 日開催の第 41 回全理事会で協議の結果、本事業に関する委託契約を締結することを承認いたしました。

医療情報データの提供方法は、各医療機関において「情報提供票（様式 1）」、「質問票兼同意書（様式 2）」及び「送付書（様式 3）」を作成いただきます。これらの帳票に「とびうめネット利用同意書」をあわせて本会にご提出いただき、本会にてデータ化処理を行い、電子データを作成し、国保連合会へ提出するという流れになります。

本会ではとびうめネットを発展させ、県民の皆様が安心して過ごすための「福岡県民 100 年健康ライフ構想」の実現を目指しており、医療情報データの収集は、この実現のための第 1 歩になるものと考えております。医療情報を一元的に管理するためには、とびうめネットの ID を割り当てる必要があるため、今回の医療情報データの作成にあたっては、とびうめネットの利用同意書を使用することといたしました。

つきましては、貴会会員への周知協力方につき、何卒ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 対象保険者は、県内の 49 保険者となっております。（別紙 1 参照）
- 2) 情報提供いただく医療機関への情報提供料は、1 件当たり 2,500 円です。

3) 別添の「特定健診未受診者の医療情報収集事業事務処理マニュアル（医療機関用）」は、国保連合会より会員医療機関に直接送付される予定です。また、国保連合会が本事業へのご協力を依頼するため、各医師会をご訪問させていただきたいとのことです。事前に事務局にご連絡がありますので、ご対応方よろしくお願いいたします。

福 国 保 連 第 6 3 9 号
平成 30 年 3 月 27 日

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良 様

福岡県国民健康保険団体連合会
理 事 長 永 原 謙



特定健診未受診者の医療情報収集事業に関する委託契約の締結について

本会の事業運営につきましては、平素から格別のご支援、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、特定健診未受診者の医療情報収集事業に関する契約書について、別添のとおり送付いたしますので、契約書に押印のうえ、2 部とも下記返送先まで送付していただきますようお願いいたします。

なお、特定健診未受診者の医療情報収集事業事務処理マニュアル（医療機関用）につきましては、本会より各医療機関に送付いたしますことを申し添えます。

記

1 送付書類

特定健診未受診者の医療情報収集事業に関する委託契約書（2 部）
特定健診未受診者の医療情報収集事業事務処理マニュアル（医療機関用）

2 返送先

〒812-8521
福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号
福岡県国民健康保険団体連合会
事業部 事業振興課 事業振興係（担当：江頭）
TEL 092-642-7809

仕様書

1 事業目的

福岡県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）は、国保保険者からの委託を受け、平成 30 年度から特定健康診査未受診者の医療情報収集事業（以下「情報収集事業」という。）を実施する。

この事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集・集積することにより、国保保険者における特定健診の受診率の向上及び保健指導の充実強化並びに糖尿病性腎症重症化予防対策の取組強化に資することを目的とするものである。

2 対象被保険者

本事業に参加する国保保険者の被保険者（40 歳から 74 歳）のうち、特定健診の実施年度中に特定健診を未受診である者を対象とする。

3 対象保険者

別紙 1 「国保保険者一覧表」のとおり。

4 業務内容

福岡県医師会の行う業務は、次のとおりとする。

(1) 医療情報の収集及び提供業務

① 業務の概要

福岡県医師会は、医療機関が作成する別添「情報提供票（様式 1）」、「質問票兼同意書（様式 2）」（以下「情報提供票等」という。）及び「送付書（様式 3）」を医療機関単位に収集し、連合会に提出する業務を行う。

② 提出期限

毎月 1 日から 5 日の間に提出すること。ただし、土曜日、日曜日及び国民の祝日に当たる場合は、その翌日を期限とする。

（受付時間：8 時 30 分～17 時）

③ 提出内容

医療機関から収集した次の書類を取り纏め、連合会に提出する。

- ・ 情報提供票（様式 1）
- ・ 質問票兼同意書（様式 2）
- ・ 送付書（様式 3）

④ 提出先

福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

福岡県国民健康保険団体連合会（国保会館 5 階）

事業部 事業振興課 事業振興係（電話：092-642-7809）

⑤ 情報提供料

医療機関における情報提供票等の作成・提供の対価として、連合会は医療機関に情報提供料を支払う。

支払金額は、契約書記載の単価に情報提供件数を乗じて得た額を支払うものとする。

※情報提供票等1件あたりとは、「情報提供票(様式1)」と「質問票兼同意書(様式2)」の各様式を合わせて1件とする。

⑥ 医療機関における情報提供票等の作成にあたっての留意事項

(ア) 被保険者証及び特定健診受診券にて、国保被保険者の資格及び特定健診の未受診者であることを確認すること。

(イ) 本人同意の署名の確認及び質問票兼同意書(様式2)を記載すること。

(ウ) 情報提供票(様式1)の基本項目は、全項目の記載を必須とする。また、任意項目の中で、記載できる情報が有る場合は、情報を記載すること。

※ 情報提供票(様式1)に記載できる情報は、検査実施日から医師の判断日の間が3か月以内のものとする。

(エ) 情報提供票(様式1)、質問票兼同意書(様式2)及び送付書(様式3)を福岡県医師会に提出すること。

(2) 医療情報のデータ化処理委託業務

① 委託業務の概要

福岡県医師会は、連合会からの委託を受け、医療機関から収集した情報提供票等を取り纏め、データ化処理を行い、医療機関単位のデータファイルを磁気媒体(CD-R)に収録し、連合会に納品する業務を行う。

② データ化処理の要件仕様

(ア) 医療機関から提出された情報提供票等(紙媒体)を別紙2のデータフォーマットにより電子データを作成すること。

※電子データの必須項目については、入力洩れがないよう作成すること。

(イ) 電子データは、医療機関毎に取り纏め、情報提供票等データ内訳書(様式4)に記載すること。

(ウ) 電子データを収録した磁気媒体(CD-R)及び情報提供票等データ内訳書(様式4)を連合会に納品すること。

③ 納品時期

毎月1日から5日の間に納品すること。ただし、土曜日、日曜日及び国民の祝日に当たる場合は、その翌日を期限とする。

(受付時間：8時30分～17時)

④ 納品物

- ・ 電子データを収録した磁気媒体（CD-R）
- ・ 情報提供票等データ内訳書（様式4）

⑤ 納品先

福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

福岡県国民健康保険団体連合会（国保会館 5 階）

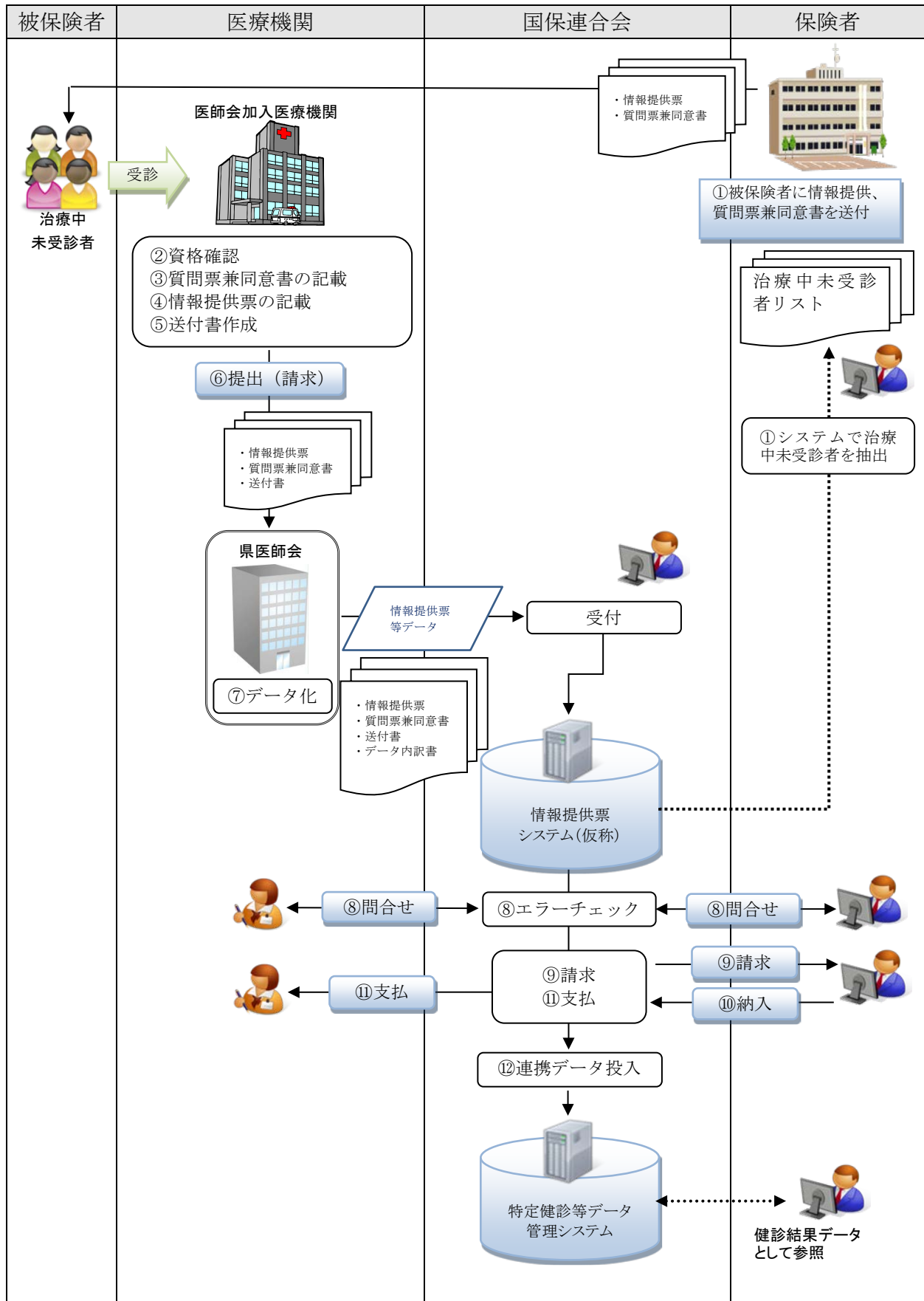
事業部 事業振興課 事業振興係（電話：092-642-7809）

⑥ データ作成料

連合会は、情報提供票等のデータ作成の対価として、福岡県医師会にデータ作成料を支払う。

支払金額は、契約書記載の単価に作成件数を乗じて得た額を支払うものとする。

◆事務手続きの流れ



個人情報取扱注意事項

1 基本的事項

乙及び医療機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならない。

2 秘密の保持

乙及び医療機関は、この契約による業務に関して知ることができた個人情報をみだりに他人に知らせてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

3 収集の制限

- (1) 乙及び医療機関は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、業務の目的を明確にするとともに、業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。
- (2) 乙及び医療機関は、この契約による業務を処理するため個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならない。

4 利用及び提供の制限

乙及び医療機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を契約の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならない。

5 適正管理

乙及び医療機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の漏洩、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

6 資料等の返還等

乙及び医療機関は、この契約による業務を処理するために甲から引き渡され、又は乙及び医療機関自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、業務完了後直ちに甲に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときは、その指示に従うものとする。

7 従事者への周知

乙及び医療機関は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後において、その業務に関して知ることのできた個人情報を他に漏らしてはならないこと及び契約の目的以外の目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に関し必要な事項を周知するものとする。

8 実地調査

甲は、必要があると認めるときは、乙及び医療機関がこの契約による業務の執行に当たり取り扱っている個人情報の状況について、随時実地に調査することができる。

9 事故報告

乙及び医療機関は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。

平成 30 年 XX 月請求分 情報提供票（案）

【被保険者基本情報】

保険者名	国保市	保険者番号	0040XXXX
フリガナ	コクホ タロウ	受診券整理番号	181XXXXXXXX
氏名	国保 太郎	被保険者証記号	XXX
生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日	被保険者証番号	XXXXXXXX
性別	男性	郵便番号	812-8521
年齢	55 歳	住所	福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

【医療機関記入欄】※任意項目以外全て記入をお願いします。

	項目	検査結果	注意事項
基本項目	身体測定	身長	cm 小数点以下 1 桁
		体重	kg 小数点以下 1 桁
		BMI	kg/m ² 小数点以下 1 桁
		腹囲	cm 小数点以下 1 桁
	血圧	収縮期血圧	mmHg
		拡張期血圧	mmHg
	生化学検査	中性脂肪	mg/dl
		HDL コレステロール	mg/dl
		LDL コレステロール	mg/dl
		non-HDL コレステロール	mg/dl
		AST (GOT)	U/l
		ALT (GPT)	U/l
		γ-GT (γ-GTP)	U/l
		※どちらか一方でも可	
	血糖 ※いずれか一つでも可	空腹時血糖	mg/dl
		HbA1c (NGSP 値)	% 小数点以下 1 桁
		随時血糖	mg/dl (食後 3.5h~10h 未満)
	尿検査	尿糖 ※1	☐ :- ☐ :± ☐ :+ ☐ :++ ☐ :+++
		尿蛋白 ※1	☐ :- ☐ :± ☐ :+ ☐ :++ ☐ :+++
		尿検査測定不能 ※2	☐ :排尿障害等のため尿検査を実施できません。
任意項目	腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dl 小数点以下 2 桁
		eGFR	mg/dl 小数点以下 1 桁
		血清尿酸	mg/dl 小数点以下 1 桁
	尿検査	尿潜血 ※1	☐ :- ☐ :± ☐ :+ ☐ :++ ☐ :+++
	医師の判断 ※3	☐ : 要医療 ☐ : その他 ()	
医師名		医師の判断日	平成 年 月 日
医療機関番号		医療機関	福岡市博多区
医療機関名		住所	吉塚本町 13 番 47 号

※1: いずれかの ☒ に ☒ を記入する。

※2: 尿検査が排尿障害等のため実施できない場合は ☐ に ☒ を記入する。

※3: いずれかの ☐ に ☒ を記入する。その他に ☒ した場合には、カッコ内に 15 文字以内でコメントをお願いします。

例) ☐: 要医療 ☒: その他 (要指導)

●該当年度の診療録を基に、検査データを転記してください。

平成 XX 年 XX 月請求分 質問票兼同意書(案)

【本人記入欄】医師等の問診による記入可

項目	質問事項	回答欄 該当する □ に ☑ を記入してください
1	既往歴(高血圧・糖尿病・脂質異常症 等)がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
2	今、体調の悪いところ(自覚症状)がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
4	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
5	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
6	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
7	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
8	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	☐ はい ☐ いいえ
9	医師から、貧血をいわれたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
10	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(※今までに合計 100 本以上、又は 6 か月以上吸っており最近 1 か月間も吸っている方)	☐ はい ☐ いいえ
11	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか。	☐ はい ☐ いいえ
12	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか。	☐ はい ☐ いいえ
13	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施していますか。	☐ はい ☐ いいえ
14	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	☐ はい ☐ いいえ
15	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	☐ :かめる ☐ :かみにくい ☐ :かめない
16	人と比較して食べる速度が速いですか。	☐ :速い ☐ :普通 ☐ :遅い
17	就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
18	朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	☐ :毎日 ☐ :時々 ☐ :ほとんどない
19	朝食を抜くことが週に 3 回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
20	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は、どのくらいですか。	☐ :毎日 ☐ :時々 ☐ :飲めない (ほとんど飲まない)
21	飲酒日の 1 日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 日本酒 1 合(180ml)の目安: ビール(約 500ml)、焼酎 25 度(110ml)、 ウイスキーダブル 1 杯(60ml)、ワイン 2 杯(240ml)	☐ :1 合未満 ☐ :1~2 合未満 ☐ :2~3 合未満 ☐ :3 合以上
22	睡眠で休養が十分とれていますか。	☐ はい ☐ いいえ
23	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	☐ :改善するつもりはない ☐ :改善するつもりである(概ね 6 か月以内) ☐ :近いうち(概ね 1 か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ☐ :既に改善に取り組んでいる(6 か月未満) ☐ :既に改善に取り組んでいる(6 か月以上)
24	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【本人同意欄(自筆)】

情報提供票および質問票兼同意書を _____ 市・町・村 _____ に提供することに同意します。
国保組合

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏 名 _____

ご連絡先電話番号 _____

●ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。

送 付 書

福岡県国民健康保険団体連合会 行

特定健診未受診者の医療情報収集事業にかかる情報提供票等について、下記のとおり提出します。

提出年月日	平成 年 月 日提出						
医療機関番号							
医療機関名称							
電話番号	()			担当者名			

提出枚数	枚
(内訳)	
情報提供票（様式 1）	枚
質問票兼同意書（様式 2）	枚

別紙 1

国保保険者一覧表

保険者 番号	委託元 保険者名	郵便番号	所在地	電話番号
00405001	福岡市	810-8620	福岡県福岡市中央区天神 1 丁目 8 番 1 号	092-711-4242
00400036	大牟田市	836-8666	福岡県大牟田市有明町 2 丁目 3 番地	0944-42-2222
00400044	久留米市	830-8520	福岡県久留米市城南町 15 番地 3	0942-30-9000
00400051	直方市	822-8501	福岡県直方市殿町 7 番 1 号	0949-25-2000
00400069	飯塚市	820-8501	福岡県飯塚市新立岩 5 番 5 号	0948-22-5500
00400077	田川市	825-8501	福岡県田川市中央町 1 番 1 号	0947-44-2000
00400085	柳川市	832-8601	福岡県柳川市本町 87 番地 1	0944-73-8111
00400119	八女市	834-8585	福岡県八女市本町 647 番地	0943-23-1111
00400127	筑後市	833-8601	福岡県筑後市大字山ノ井 898 番地	0942-53-4111
00400135	大川市	831-8601	福岡県大川市大字酒見 256 番地 1	0944-87-2101
00400150	豊前市	828-8501	福岡県豊前市大字吉木 9 5 5 番地	0979-82-1111
00400168	中間市	809-8501	福岡県中間市中間 1 丁目 1 番 1 号	093-244-1111
00400176	小郡市	838-0198	福岡県小郡市小郡 2 5 5 番地 1	0942-72-2111
00400184	筑紫野市	818-8686	福岡県筑紫野市二日市西 1 丁目 1 番 1 号	092-923-1111
00400192	春日市	816-8501	福岡県春日市原町 3 丁目 1 番地 5 号	092-584-1111
00400200	大野城市	816-8501	福岡県大野城市曙町 2 丁目 2 番 1 号	092-580-2211
00400218	宗像市	811-3492	福岡県宗像市東郷 1 丁目 1 番 1 号	0940-36-1121
00400226	太宰府市	818-0198	福岡県太宰府市観世音寺 1 丁目 1 番 1 号	092-921-2121

保険者 番号	委託元 保険者名	郵便番号	所在地	電話番号
00400234	福津市	811-3293	福岡県福津市中央 1 丁目 1 番 1 号	0940-42-1111
00400242	うきは市	839-1393	福岡県うきは市吉井町新治 3 1 6 番地	0943-75-3111
00400259	宮若市	823-0011	福岡県宮若市宮田 29-1	0949-32-0510
00400267	朝倉市	838-8601	福岡県朝倉市菩提寺 4 1 2 番地 2	0946-22-1111
00400275	嘉麻市	820-0502	福岡県嘉麻市上臼井 4 4 6 番地 1	0948-62-5353
00400283	みやま市	835-8601	福岡県みやま市瀬高町小川 5 番地	0944-63-6111
00400549	宇美町	811-2192	福岡県糟屋郡宇美町宇美 5 丁目 1 番 1 号	092-932-1111
00400556	篠栗町	811-2492	福岡県糟屋郡篠栗町大字篠栗 4855 番地 5	092-947-1111
00400572	須恵町	811-2193	福岡県糟屋郡須恵町大字須恵 7 7 1 番地	092-932-1151
00400598	古賀市	811-3192	福岡県古賀市駅東 1 丁目 1 番 1 号	092-942-1111
00400614	粕屋町	811-2392	福岡県糟屋郡粕屋町駕与丁 1 丁目 1 番 1 号	092-938-2311
00400671	芦屋町	807-0198	福岡県遠賀郡芦屋町幸町 2 番 20 号	093-223-0881
00400689	水巻町	807-8501	福岡県遠賀郡水巻町頃末北 1 丁目 1 番 1 号	093-201-4321
00400697	岡垣町	811-4233	福岡県遠賀郡岡垣町野間 1 丁目 1 番 1 号	093-282-1211
00400705	遠賀町	811-4392	福岡県遠賀郡遠賀町大字今古賀 513 番地	093-293-1234
00400713	小竹町	820-1192	福岡県鞍手郡小竹町大字勝野 3349 番地	09496-2-1224
00400721	鞍手町	807-1392	福岡県鞍手郡鞍手町大字中山 3705 番地	0949-42-2111
00400754	桂川町	820-0696	福岡県嘉穂郡桂川町大字土居 4 2 4 番地 1	0948-65-1100
00400960	大刀洗町	830-1298	福岡県三井郡大刀洗町大字富多 8 1 9 番地	0942-77-0101

保険者 番号	委託元 保険者名	郵便番号	所在地	電話番号
00400986	大木町	830-0416	福岡県三潴郡大木町大字八町牟田 255 番地 1	0944-32-1013
00401117	香春町	822-1492	福岡県田川郡香春町大字高野 994 番地	0947-32-8401
00401158	川崎町	827-8501	福岡県田川郡川崎町大字田原 7 8 9 番地 2	0947-72-3000
00401182	大任町	824-0512	福岡県田川郡大任町大字大行事 3 0 6 7 番地	0947-63-3000
00401190	赤村	824-0432	福岡県田川郡赤村大字内田 1 1 8 8 番地	0947-62-3000
00401208	苅田町	800-0392	福岡県京都郡苅田町富久町 1 丁目 19 番 1 号	093-464-1111
00401299	筑前町	838-0298	福岡県朝倉郡筑前町篠隈 373 番地	0946-42-3111
00401307	東峰村	838-1692	福岡県朝倉郡東峰村大字小石原 941 番地 9	0946-74-2311
00401323	築上町	829-0392	福岡県築上郡築上町大字椎田 891 番地 2	0930-56-0300
00401331	福智町	822-1292	福岡県田川郡福智町金田 937 番地 2	0947-22-0555
00403022	歯科医師 国保組合	810-0041	福岡県福岡市中央区大名 1 丁目 12 番地 43 号	092-771-3534
00403048	薬剤師 国保組合	812-0018	福岡県福岡市博多区住吉 2 丁目 20 番 15 号	092-262-8931

特定健診未受診者の医療情報収集事業
事務処理マニュアル（医療機関用）

初版

平成30年3月
福岡県国民健康保険団体連合会
（事業振興課 事業振興係）

はじめに

福岡県の国保被保険者の特定健診受診率は、平成 27 年度（速報値）31.5%と全国平均 36.3%と比べ、4.8 ポイント低く、全国 39 位となっています。

福岡県国保連合会では、このような状況に鑑み、特定健診の受診率向上、保健指導の充実、及び糖尿病性腎症重症化予防対策の取組強化を支援することを目的として、平成 30 年度から「特定健診未受診者の医療情報収集事業」を実施することといたしました。

この事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している検査結果情報を活用（収集）して、特定健診結果情報に反映することを目的とした事業であることから、本事業の円滑な実施にあたっては、医療機関のご支援、ご協力が必要となります。

日常の診療業務でご多忙の中、大変お手数をお掛けしますが、本事業の趣旨をご理解いただき、特段のご配慮とご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

つきましては、本事業にかかる事務処理の流れや留意事項等を取り纏めた事務処理マニュアルを作成しましたので、ご活用いただければ幸いに存じます。

目 次

1. 事業目的	1
2. 事業概要	1
3. 事業内容	2
4. 事業主体	3
5. 事業開始	4
6. 事業日程	4
7. 業務の流れ	5
8. 受診者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）	6
9. 情報提供票作成について	7
10. 費用決済の流れ.....	8
11. 情報提供票の記入方法及び注意事項について	9
12. 質問票兼同意書の記入方法及び注意事項について	10
13. 送付書の記入方法及び注意事項について	11

特定健診未受診者の医療情報収集事業

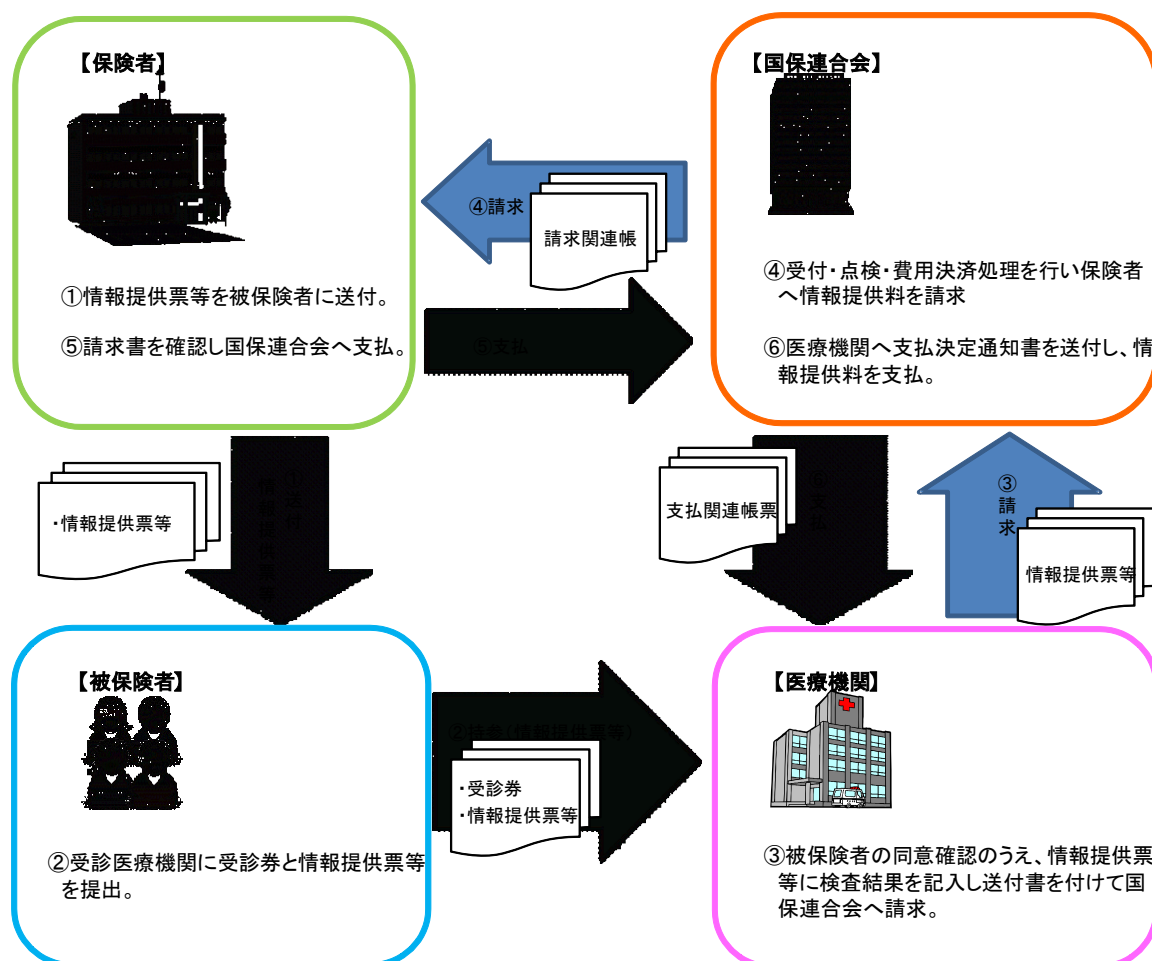
1 事業目的

本事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集・集積することにより、福岡県内の国保保険者における特定健診の受診率の向上及び保健指導の充実並びに糖尿病性腎症重症化予防対策の取組強化に資することを目的とするものです。

2 事業概要

生活習慣病等治療中で特定健診未受診者の方で、時間的余裕がないなどの理由により特定健診の受診ができない被保険者について、医療機関における検査結果情報の提供の被保険者の同意が得られた場合に情報提供票等（情報提供票・質問票兼同意書）を国保連合会を通し、国保保険者に提出していただくことで特定健診を受診したとみなし特定健診データとして収集いたします。また、情報提供票等の作成・提供にあたり保険者から国保連合会を通じて情報提供料が医療機関へ支払われます。

＝事業概要図＝



3 事業内容

(1) 対象者

本事業に参加する県内国保保険者の被保険者のうち 40 歳から 74 歳の特定健診未受診者を対象とします。

(2) 実施保険者（予定）

県内 49 保険者

福岡市	筑後市	宗像市	古賀市	遠賀町	大任町	薬剤師 国保組合
大牟田市	大川市	太宰府市	宇美町	小竹町	赤村	
久留米市	豊前市	福津市	篠栗町	鞍手町	荏田町	
直方市	中間市	うきは市	須恵町	桂川町	筑前町	
飯塚市	小郡市	宮若市	粕屋町	大刀洗町	東峰村	
田川市	筑紫野市	朝倉市	芦屋町	大木町	築上町	
柳川市	春日市	嘉麻市	水巻町	香春町	福智町	
八女市	大野城市	みやま市	岡垣町	川崎町	歯科医師 国保組合	

(3) 提出書類

検査結果データから、次の各様式の記載項目にご記入のうえ、(5) 提出先に提出して下さい。

- ① 情報提供票（様式 1）
- ② 質問票兼同意書（様式 2）
- ③ 送付書（様式 3）

(4) 各様式の記載上の留意事項

① 情報提供票(様式1)の作成について

- 提供可能な検査結果等は、検査実施日から 3 か月以内に医師の判断が行われたものに限りします。
- 医師の判断日は、医師が基本項目の検査結果をもとに総合判断を実施した日付を記入してください。
- ※特定健診の受診日として取り扱う日付となります。
- 検査が複数日に跨る場合は、最初に行われた検査実施日から 3 か月以内に医師の判断日が行われたものとなります。
- 基本項目は、すべて記入ください。
- 任意項目は、検査結果がある場合に記入ください。

② 質問票兼同意書(様式2)の作成について

- 質問票兼同意書の本人同意欄に署名がない時は、本人に署名をお願いしてください。
- ご記入が不自由な方の場合は、医療機関従事者の代筆をお願いします。

- 各保険者が発行した受診券の回収をお願いします。

③ 送付書(様式3)の作成

- 情報提供票(様式1)と質問票兼同意書(様式2)の提出枚数は、同数となりますので、注意して下さい。
- 医療機関名称、医療機関番号は、ゴム印の使用も可能です。

(5) 提出先

○福岡県医師会会員の実施機関

福岡県医師会(〒812-8551 福岡市博多区博多駅南 2-9-30)

○福岡県医師会会員外の実施機関

福岡県国保連合会(〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号)

○県外の実施機関

福岡県国保連合会(〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号)

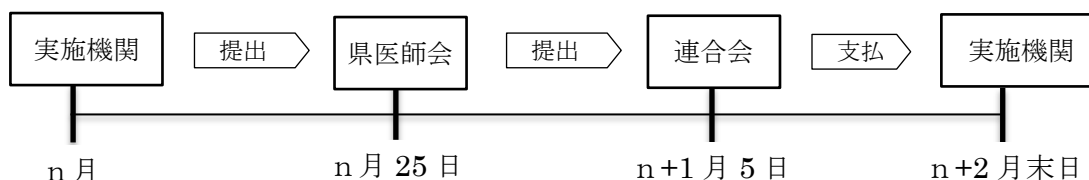
(6) 情報提供料

1 件当たり 2,500 円(うち、消費税及び地方消費税の額 185 円)

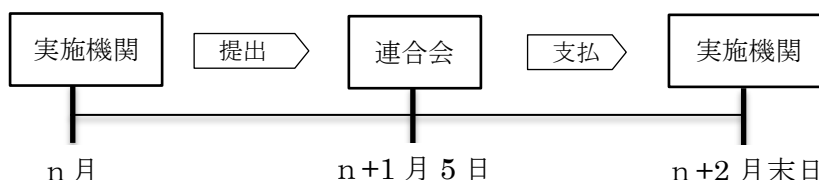
※情報提供料は、国保連合会から各実施機関(医療機関)の診療報酬の届出口座に振込み(支払)ます。診療報酬の届出口座以外の口座に振込を希望される場合は、国保連合会までご連絡ください。

(7) 情報提供料の支払時期

[県医師会会員の実施機関]



[その他の実施機関]



(8) 情報提供票(様式1)、質問票兼同意書(様式2)について

実施機関から提供された情報提供票等については、国保連合会で被保険者の資格チェックや記載事項のチェックを実施しますが、チェックの結果、資格喪失者や各様式の記載内容の不備等により、決定しない場合があります。

なお、資格喪失者が本事業の対象保険者以外の被保険者の場合は、請求できませんのでご了承くださいますようお願いいたします。

※ 電話確認等に対応できる軽微なものについては、国保連合会から電話確認を行う場合がありますので、ご協力のほどお願いいたします。

4 事業主体

福岡県国民健康保険団体連合会（国保保険者からの委託を受けて実施）

5 事業開始

平成 30 年 4 月から

6 事業日程（平成 30 年度）

	H29.9 月	H30.2 月	3 月	4 月	5 月	H31.2 月	3 月
1.保険者決定	←→						
2.実施マニュアル送付（参加保険者）		←→	→				
3.実施マニュアル送付（医療機関）		←→	→				
4.契約締結（保険者と国保連合会）			←→	→			
5.契約締結（県医師会と国保連合会）			←→	→			
6.事業実施				←→	→		→

○問合せ先

福岡県国民健康保険団体連合会

事業振興課 事業振興係（担当：竹野、服部）

TEL：092-642-7809

FAX：092-642-7853

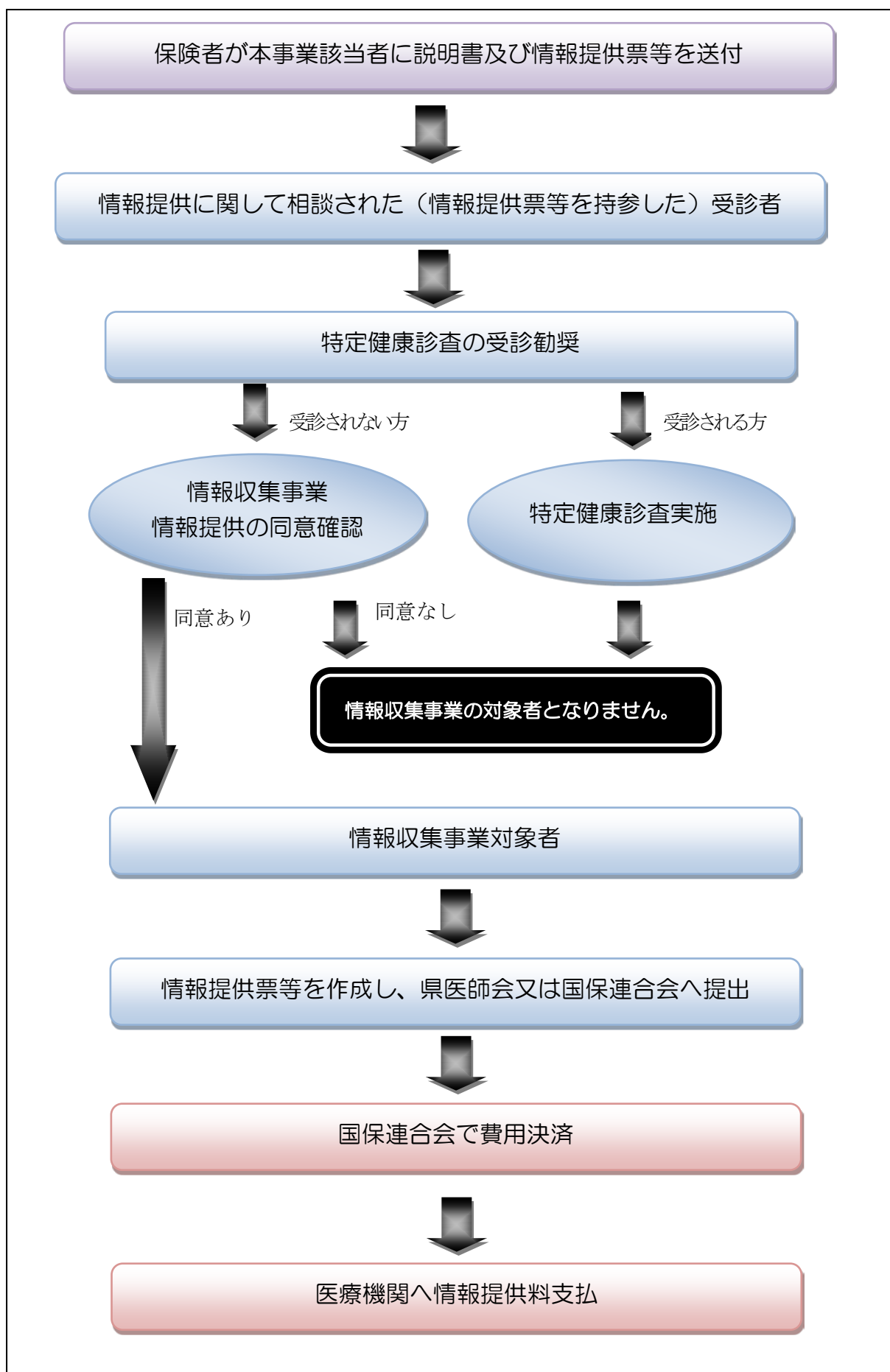
○連合会ホームページ掲載情報

連合会ホームページに次の情報を掲載しますので、ダウンロードしてご活用下さい。

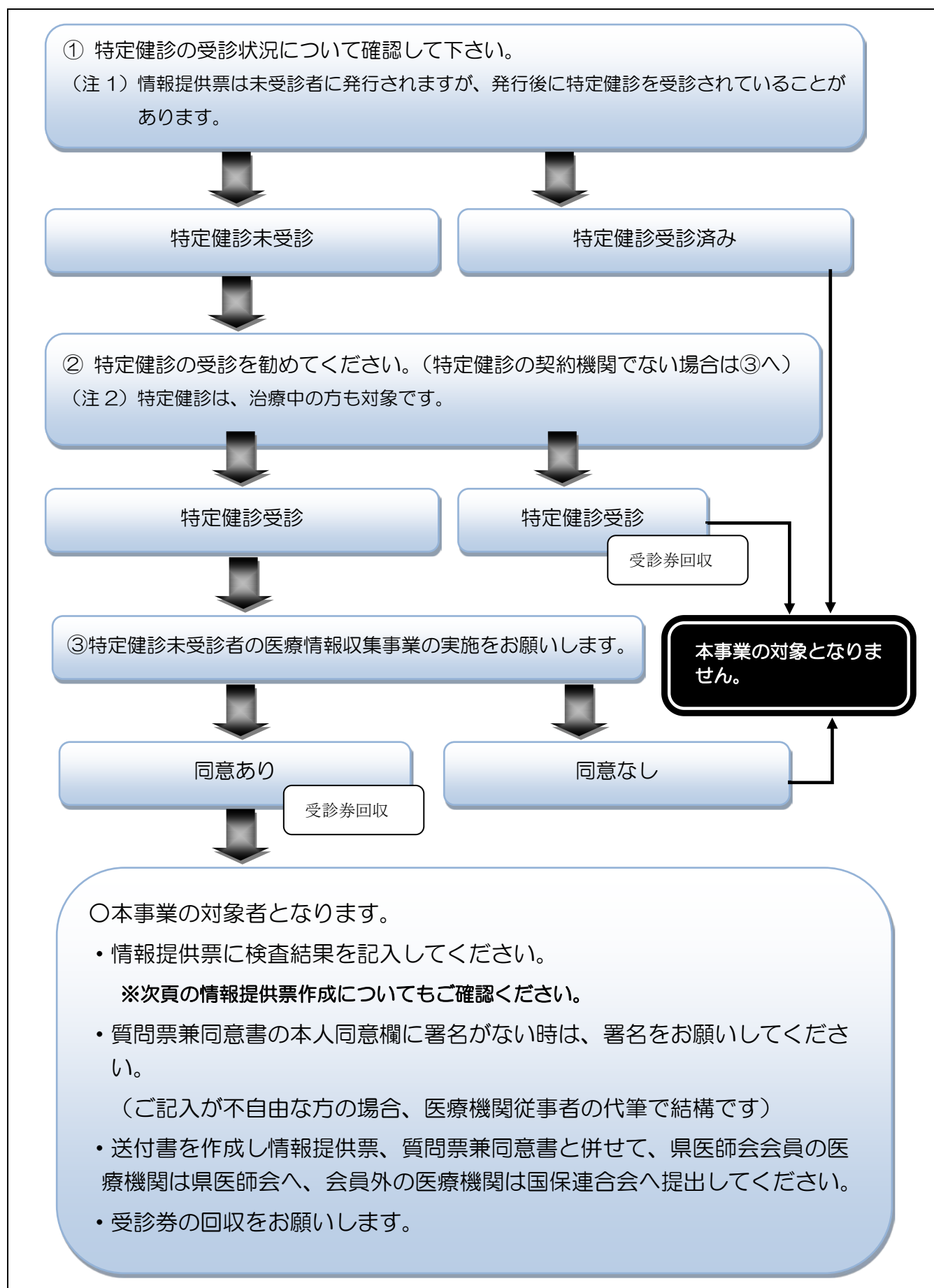
○本マニュアル

○送付状（様式 3）

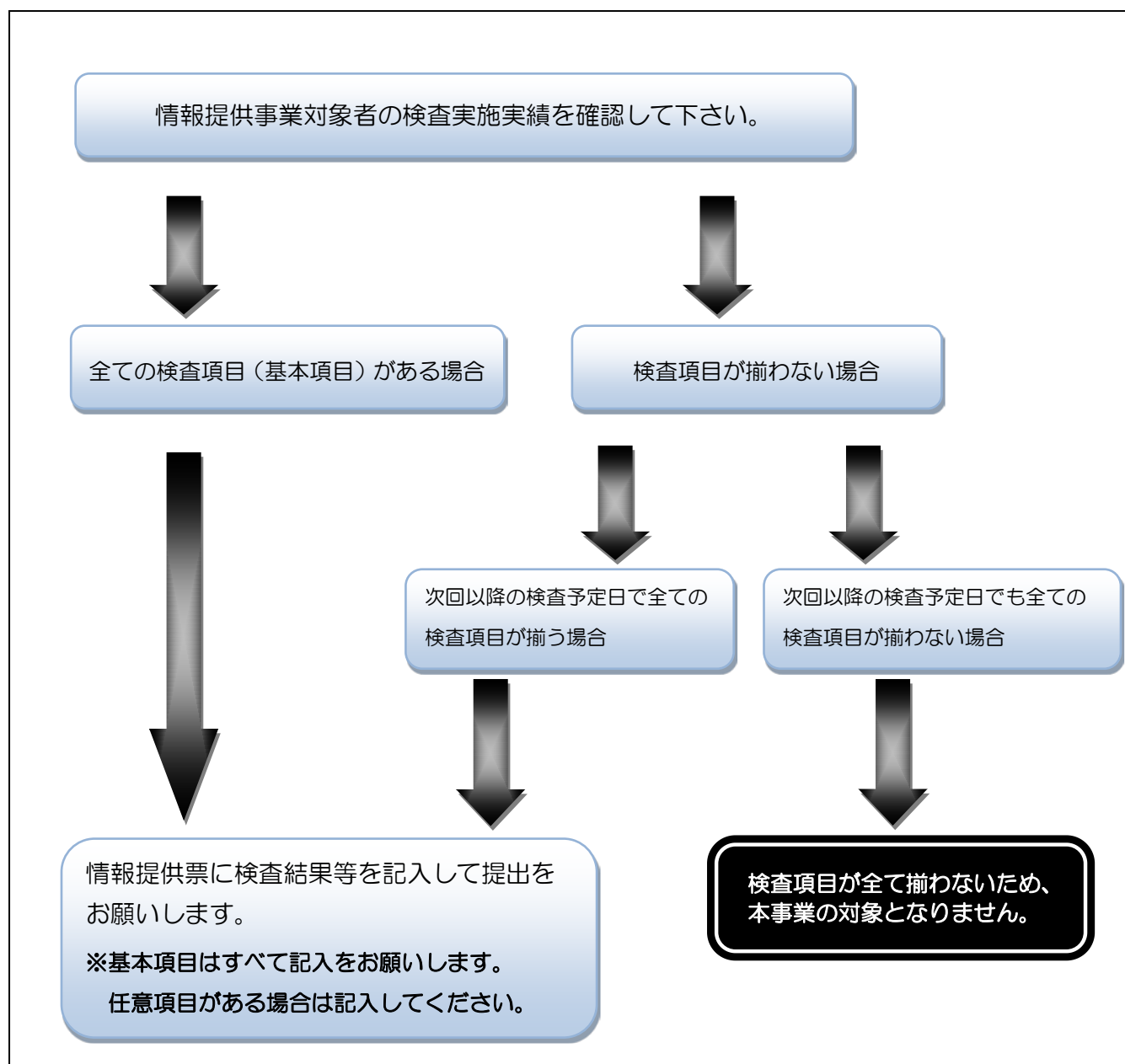
7 業務の流れ



8 受診者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）



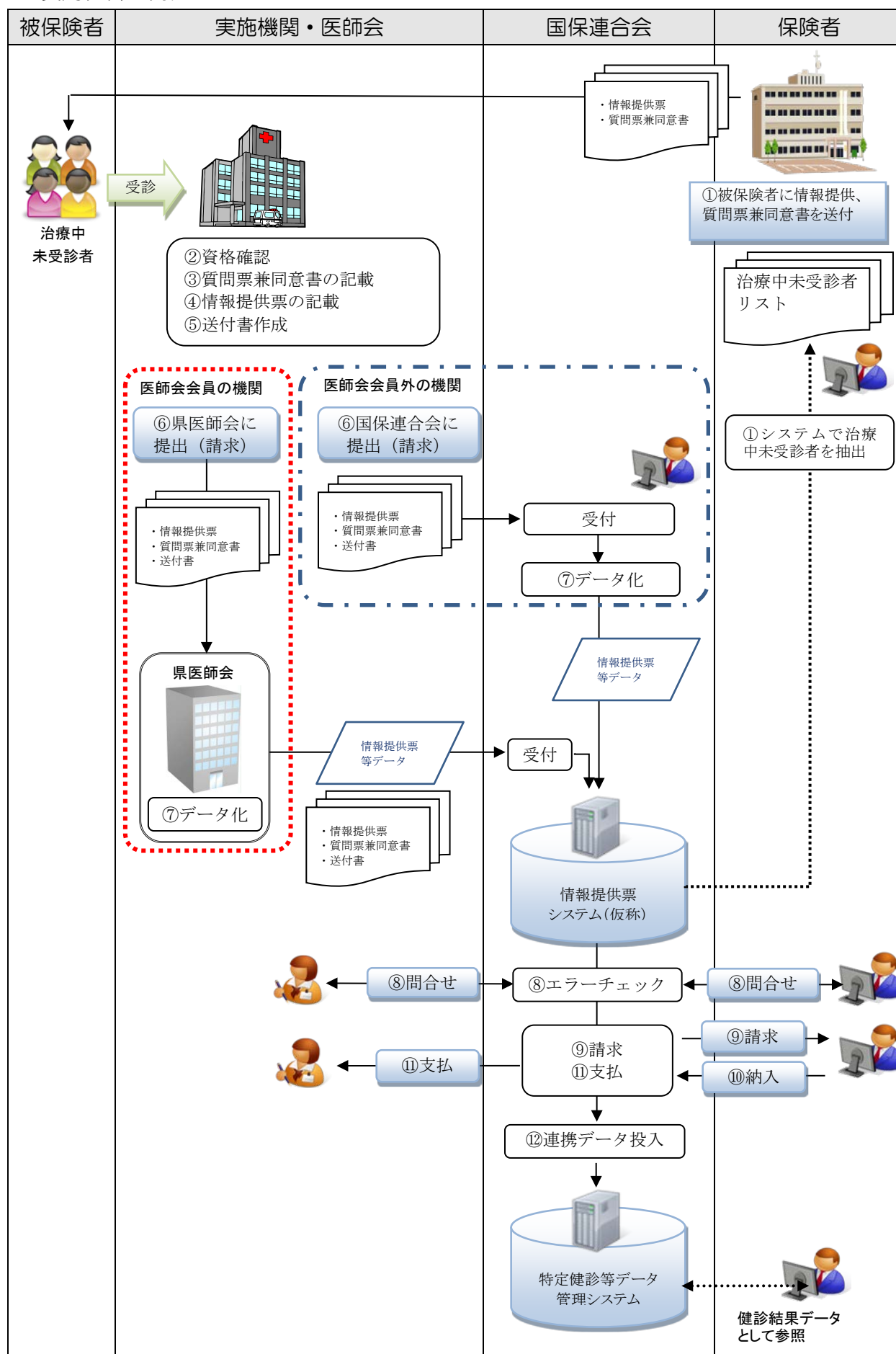
9 情報提供票作成について



■情報提供票作成の留意事項

- (1) 医師の判断日は、医師が基本項目の検査結果をもとに総合判断を実施した日付を記入してください。（特定健診の受診日として取り扱う日付となります。）
- (2) 提供可能な検査結果等は、検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものになります。
- (3) 検査が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日から3か月以内に医師の判断日が行われたものとなります。
- (4) 基本項目は、すべて記入をお願いします。
- (5) 任意項目は、検査結果がある場合に記入をお願いします。

8



12 質問票兼同意書の記入方法及び注意事項について

平成 XX 年 XX 月請求分 質問票兼同意書(案)

【本人記入欄】医師等の問診による記入可

項目	質問事項	回答欄
1	既往歴(高血圧・糖尿病・脂質異常症等)がありますか。	該当する ☐ に ☐ を記入して下さい ☐ はい ☐ いいえ
2	今、体調の悪いところ(自覚症状)がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
4	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
5	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
6	医師から、脳卒中・脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
7	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
8	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	☐ はい ☐ いいえ
9	医師から、貧血をいわれたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
10	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(※今までに合計 100 本以上、又は 6 か月以上吸っており最近 1 か月間も吸っている方)	☐ はい ☐ いいえ
11	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか。	☐ はい ☐ いいえ
12	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか。	☐ はい ☐ いいえ
13	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施していますか。	☐ はい ☐ いいえ
14	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	☐ はい ☐ いいえ
15	食事をかんで食べる時の状態はどれに近いですか。	☐ かめる ☐ かみにくい ☐ かめない
16	人と比較して食べる速度が速いですか。	☐ 速い ☐ 普通 ☐ 遅い
17	就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上あります。	☐ はい ☐ いいえ
18	朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ ほとんどない
19	朝食を抜くことが週に 3 回以上あります。	☐ はい ☐ いいえ
20	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は、どのくらいですか。	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ 飲めない (ほとんど飲まない)
21	飲酒日の 1 日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 日本酒 1 合(180ml)の目安: ビール(約 500ml)、焼酎 25 度(110ml)、 ウイスキーダブル 1 杯(60ml)、ワイン 2 杯(240ml)	☐ 1 合未満 ☐ 1:1~2 合未満 ☐ 2~3 合未満 ☐ 3 合以上
22	睡眠で休養が十分とれていますか。	☐ はい ☐ いいえ
23	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである(現在は 6 か月以内) ☐ 近いうち(概ね 1 か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ☐ 既に改善に取り組んでいる(6 か月未満) ☐ 既に改善に取り組んでいる(6 か月以上)
24	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【本人同意欄(自筆)】

情報提供票および質問票兼同意書を _____ 市・町・村 _____ に提供することに同意します。
 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____
 国保組合 _____
 ご連絡先電話番号 _____

●ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。

■質問票兼同意書の記入方法及び注意事項

※質問票兼同意書の様式変更は、行わないようにして下さい。
 ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)でお願いします。

・請求書を送付する日を記入

・質問項目は全て記入

・項目ごとに当てはまる箇所(1つだけ)を記入(複数回答不可)

・保険者名、同意日、氏名を記入(個人情報提供に対する同意確認のため必須)
 ・ご連絡先電話番号を記入(市町村及び国保組合より、ご連絡がある場合に使用)

13 送付書の記入方法及び注意事項について

■ 送付書の記入方法及び注意事項

- ※送付書の様式変更は、行わないようにして下さい。
 ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)をお願いします。
 ※医療機関名称等にゴム印使用可能です。

送 付 書									
福岡県国民健康保険団体連合会 行									
特定健診未受診者の医療情報収集事業にかかる情報提供票等について、下記のとおり提出します。									
提出年月日	平成			年	月	日	提出		
医療機関番号									
医療機関名称									
電話番号	()		担当者名						
提出枚数を記入									
提出枚数									
枚									
(内訳)									
提出枚数内訳の記入									
①情報提供票の枚数を記入									
②質問票兼同意書の枚数を記入									
提出枚数内訳の記入									
①情報提供票 (様式 1)									
枚									
②質問票兼同意書 (様式 2)									
枚									

・提出年月日、医療機関番号、医療機関名称、電話番号、担当者名を記入
 ※ゴム印使用可能

・提出枚数を記入

・提出枚数内訳の記入
 ①情報提供票の枚数を記入
 ②質問票兼同意書の枚数を記入