

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
(福岡県医師会非会員医療機関用)

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

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.....	4
5. 業務の流れ.....	5
6. 受診者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）.....	6
7. 情報提供票作成について.....	7
8. 報提供票の記入方法及び注意事項について.....	8
9. 質問票兼同意書の記入方法及び注意事項について.....	9
10. 送付書の記入方法及び注意事項について.....	10

特定健診未受診者の医療情報収集事業

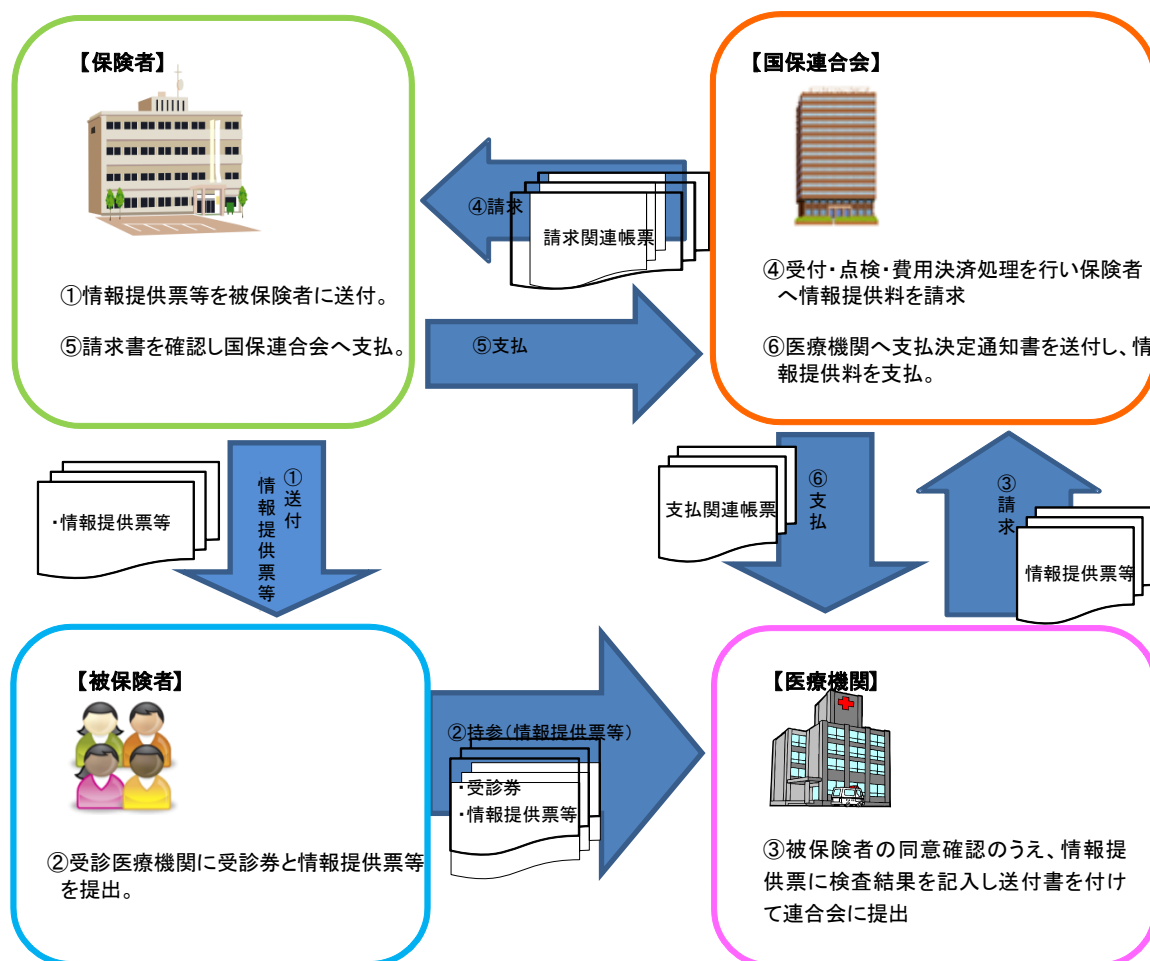
1 事業目的

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、医療機関が保有する検査結果情報の提供を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。

二事業概要図二



3 事業内容

該当の受診者が、貴医療機関へ情報提供票等を持参されましたら、本事務処理マニュアルを参照のうえ、国保連合会に提出をお願いします。

(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

県内60保険者

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

(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、国保連合会に提出して下さい。

- 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ので、対象年度内に実施してください。
- 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。
※この事業のために、追加で検査をする必要はありません。

- 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提示がありましたら回収をお願いします。(回収した受診券は情報提供票等と併せて提出ください。)

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。
- 送付書(様式3)については、国保連合会ホームページに掲載しています。

(5) 提出日

毎月5日(土曜日、日曜日及び国民の祝日の場合は翌営業日)

※提出日を過ぎた場合は、翌月の取扱いとなります。

(6) 提出先

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号

福岡県国保連合会 事業振興係

※郵送で提出される場合は、部署名(事業振興係)までご記入ください。

(7) 情報提供料

1件当たり 2,546円(うち、消費税及び地方消費税の額 231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。

(8) 情報提供料の支払時期



(9) 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いただき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、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

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）

○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：萩野）

TEL：092-642-7809

FAX：092-642-7853

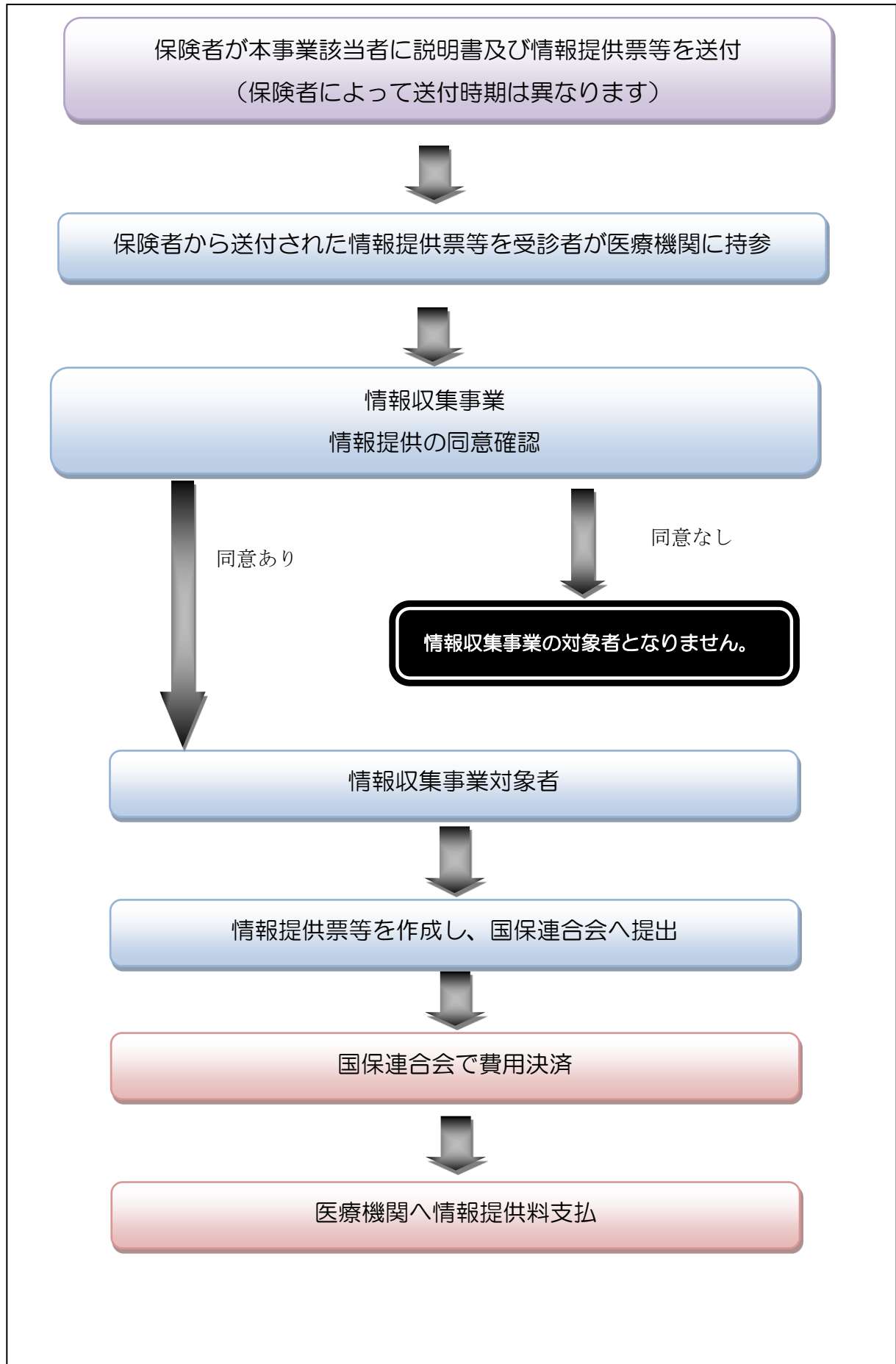
○連合会ホームページ掲載情報

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。

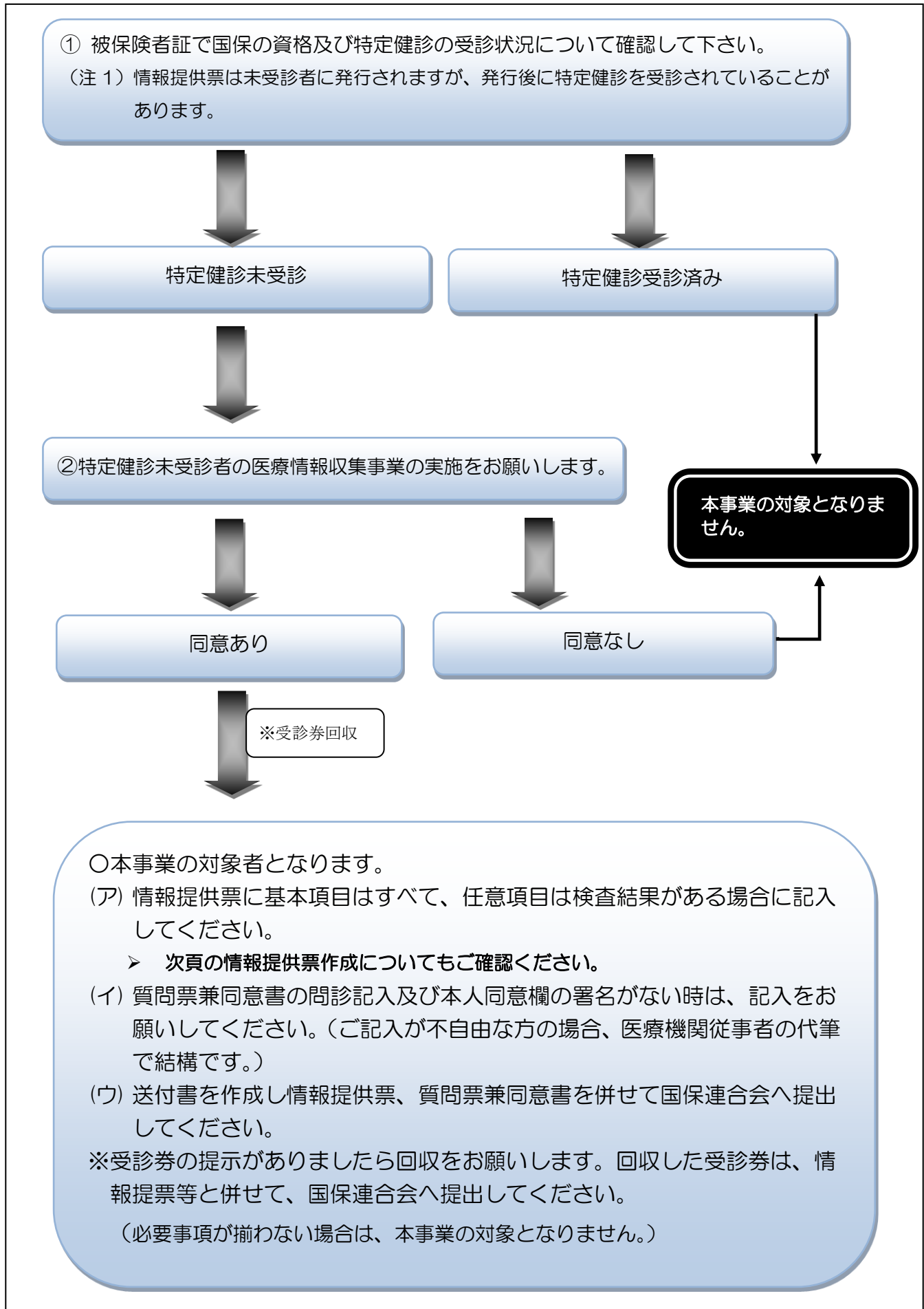
○本マニュアル

○送付書（様式3）

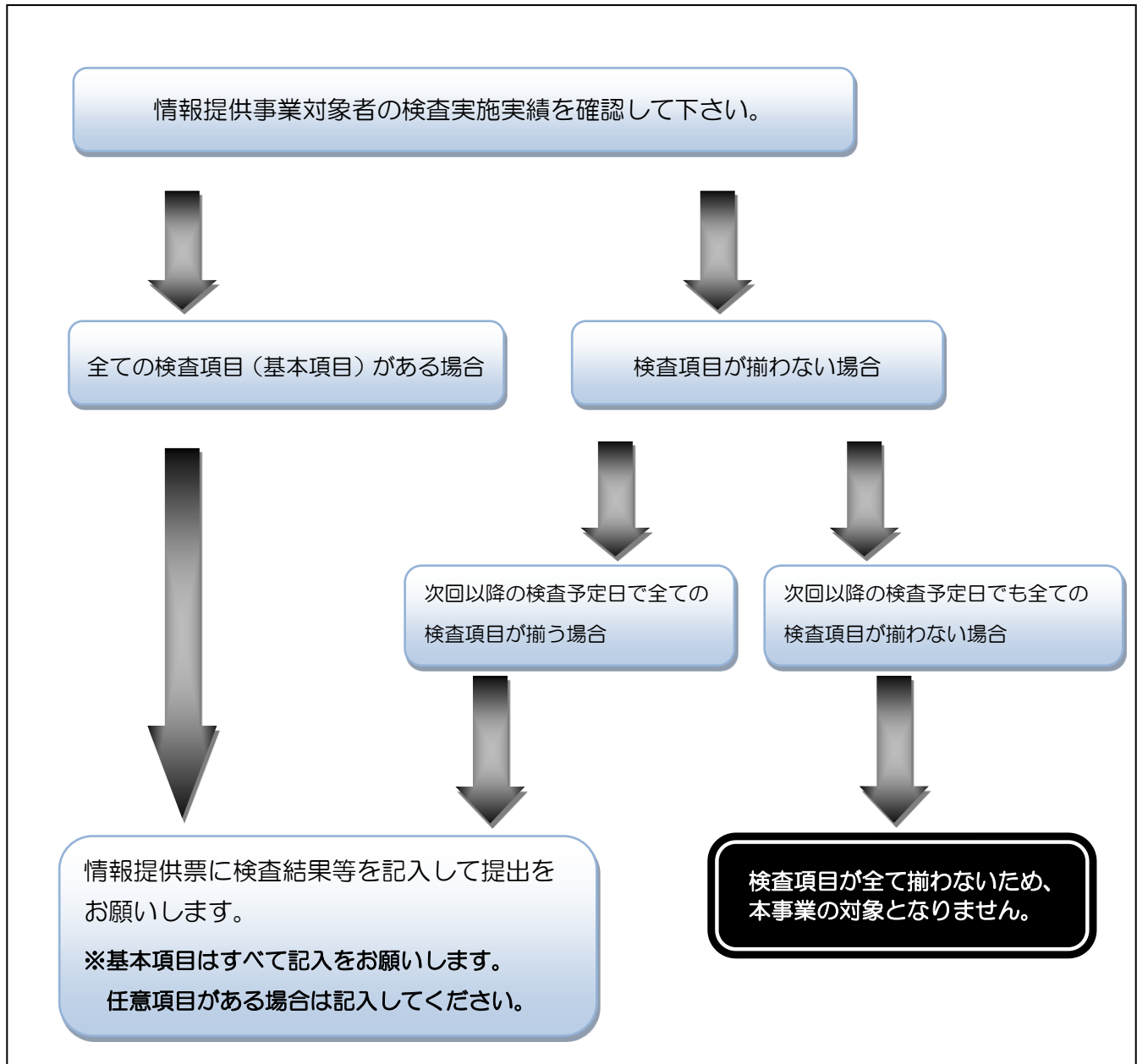
5 業務の流れ



6 受診者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）



7 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ので、対象年度内に実施して下さい。
- (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。
※基本項目が揃わない場合は、本事業の対象とはならないため受診券は返却してください。（追加で検査する必要はありません。）
- (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 情報提供票の記入方法及び注意事項について

■ 情報提供票の記入方法及び注意事項

※情報提供票の様式変更は、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。

「医師の判断日」の月を記入

基本項目①～⑩は必須項目となるため全て記入 ※未入力がある場合は返戻

生化学検査⑪、⑫については、必須項目だが、どちらか一方でも可

血糖検査⑬～⑮については、必須項目だが、いずれか一つでも可

排尿障害等により尿検査を実施できない場合は『尿検査測定不能⑯』欄の□に☑を記入する。

任意項目⑳～㉑は、医療情報があれば記入をお願いします。(未記入可)

医師の判断、医師名、医師の判断日(対象年度内の日付)を記入(全て記入)

令和 X 年 XX 月請求分 情報提供票

【被保険者基本情報】		項目	検査結果	注意事項
保険者名	国保市	身長	cm	小数点以下 1 桁
フリガナ	コクホ タロウ	体重	kg	小数点以下 1 桁
氏名	国保 太郎	BMI	kg/m ²	小数点以下 1 桁
生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日	腹囲	cm	小数点以下 1 桁
性別	男性	収縮期血圧	mmHg	
年齢	55 歳	拡張期血圧	mmHg	
		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	※どちらか一方でも可
		AST (GOT)	UA	
		ALT (GPT)	UA	
		γ-GT (γ-GTP)	UA	
		空腹時血糖	mg/dl	
		HbA1c (NGSP 値)	%	小数点以下 1 桁
		随時血糖	mg/dl	(空腹 3.5h~10h 未満)
		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。	
腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dl	小数点以下 2 桁	
任意項目	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	令和 年 月 日	
医療機関番号	XXXXXXXXXX	医療機関	福岡市博多区	
医療機関名	国民健康保険病院	住所	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。

※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 () (要理由)

● 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。

9 質問票兼同意書の記入方法及び注意事項について

- 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)をお願いします。
- ※本人同意書に署名がない時は、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、医療機関従事者の代筆をお願いします。
- ※受診券の提示がありましたら回収をお願いします。
- (回収した受診券は情報提供票及び質問票兼同意書と併せて提出ください。)

・情報提供票の「医師の判断日」の月を記入

・質問項目は全て記入

・項目ごとに当てはまる箇所には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)

令和X年XX月請求分 質問票兼同意書

【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 <input type="checkbox"/> に <input type="checkbox"/> を記入して下さい
1	既往歴(高血圧、糖尿病、脂質異常症等)がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	今、体調の悪いところ(自覚症状)がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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(人工透析等)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	医師から、貧血をいわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	1回30分以上の軽い汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	ほぼ同い年齢の同性と比較して歩く速度が遅いですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。	<input type="checkbox"/> かめる <input type="checkbox"/> かみこい <input type="checkbox"/> かみない
16	人と比較して食べる速度が遅いですか。	<input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 速い
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	朝星夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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)、 ウイスキーダブル杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) 睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
22	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23	改善するつもりはない 改善するつもりである(昭和56年以降) 近いうち(昭和57年10月以前)に改善するつもりでおり、外はずつづつ場がある 既に改善に取組んでいる(昭和58年以降) 既に改善に取組んでいない(昭和59年以降)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 _____ 氏名 _____
 令和 _____ 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。

10 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)でお願いします。
- ※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。
- ※医療機関名称、医療機関番号は、ゴム印の使用も可能です。
- ※送付書については、国保連合会ホームページに掲載しています。

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

*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