

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ために着目し、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

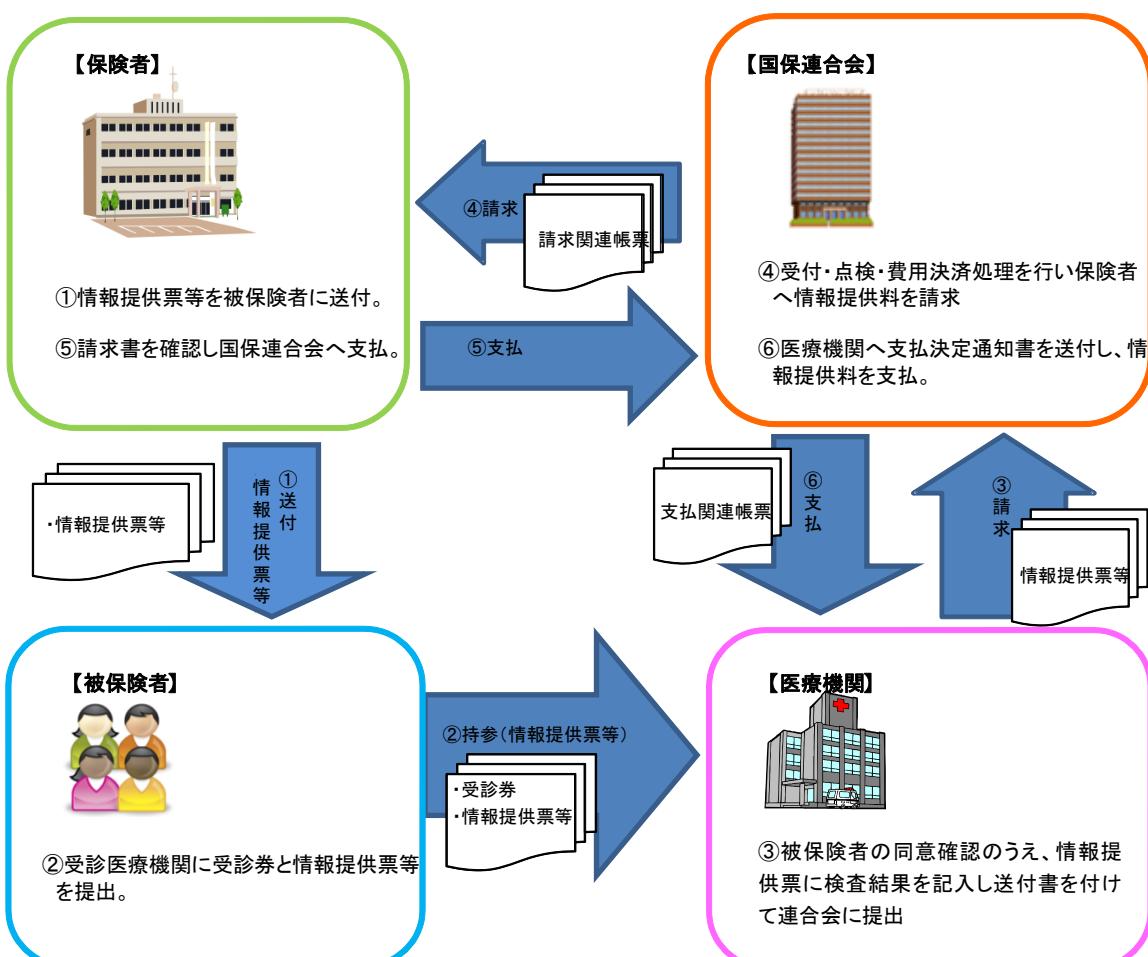
1 事業目的

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）を国保連合会を通じ、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す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 国保組合
田川市	筑紫野市	嘉麻市	古賀市	桂川町	苅田町	薬剤師 国保組合
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でお願いします。
- 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

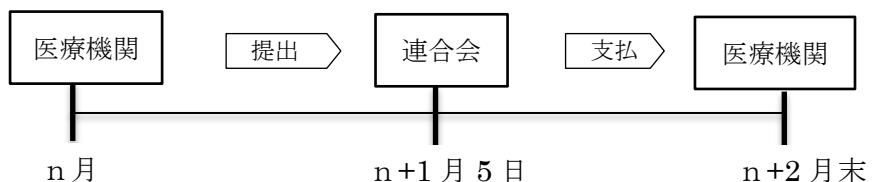
※郵送で提出される場合は、部署名(事業振興係)までご記入ください。

(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



例) 4月医療機関作成 → 5月5日連合会提出 → 6月30日支払

(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ひいたします。

※ 電話確認等で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ひいたします。

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・木村）

TEL : 092-642-7809

FAX : 092-642-7853

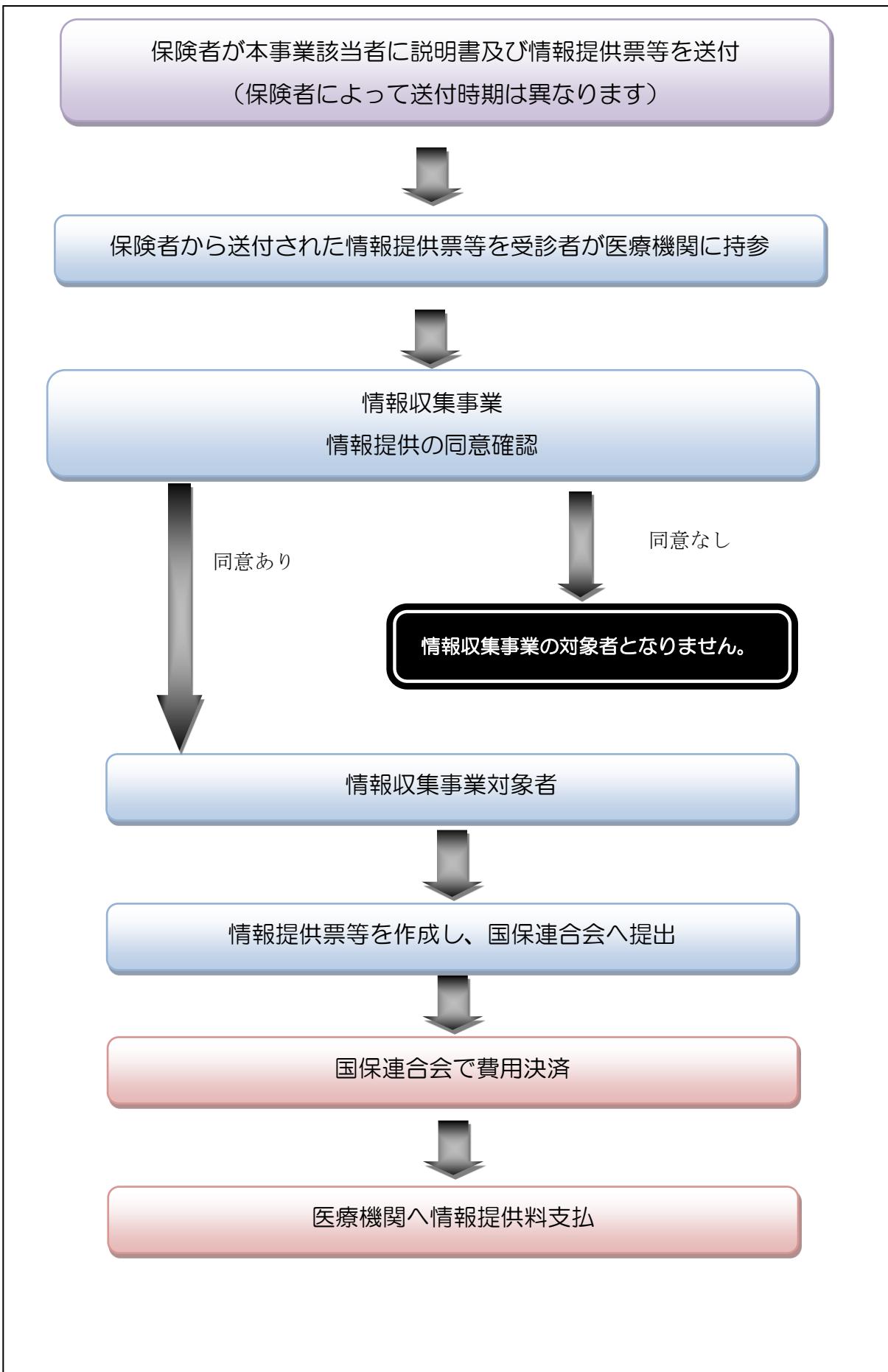
○連合会ホームページ掲載情報

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

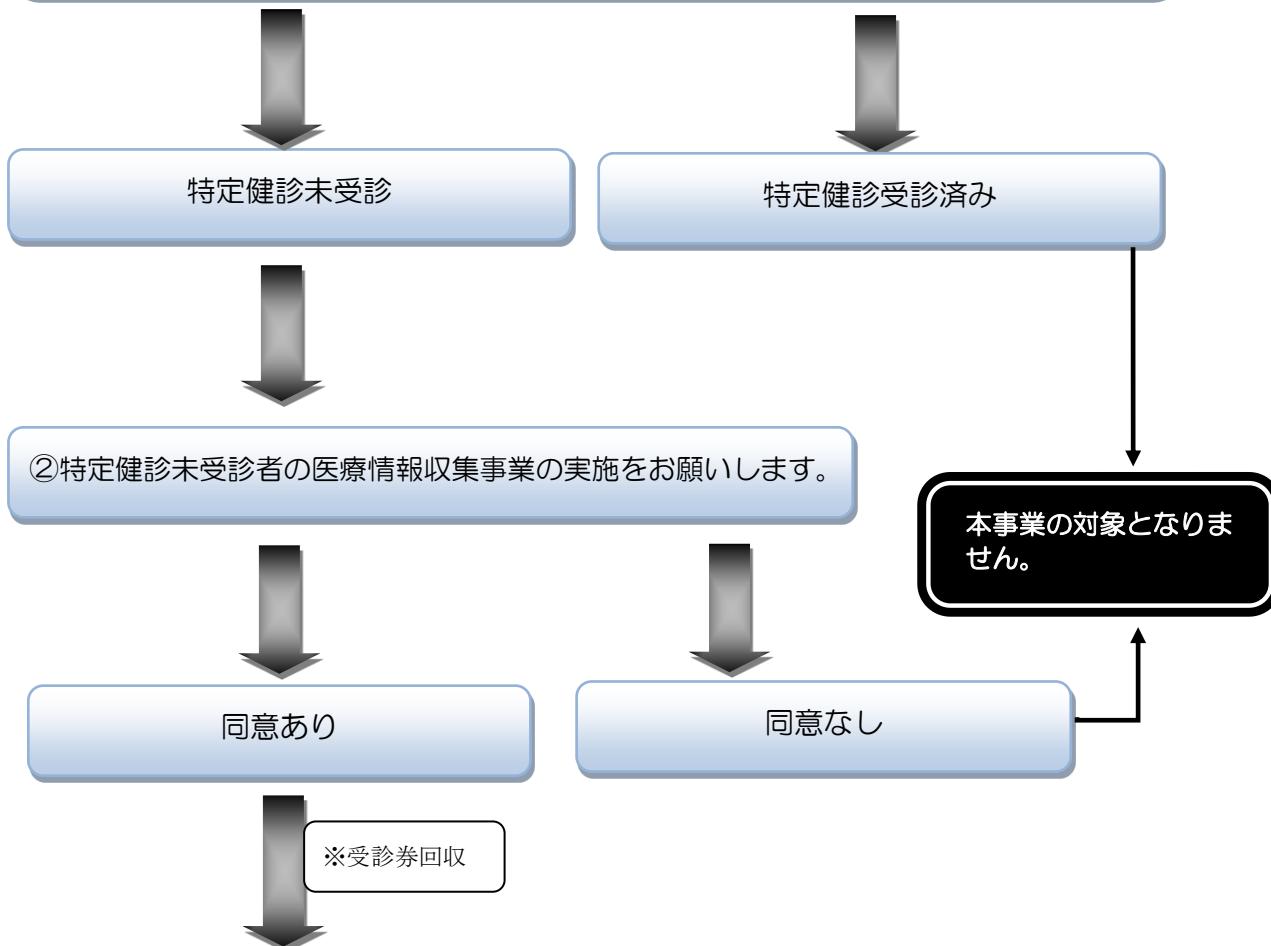
○送付書（様式3）

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）

① 被保険者証で国保の資格及び特定健診の受診状況について確認して下さい。
 （注1）情報提供票は未受診者に発行されますが、発行後に特定健診を受診されていることがあります。



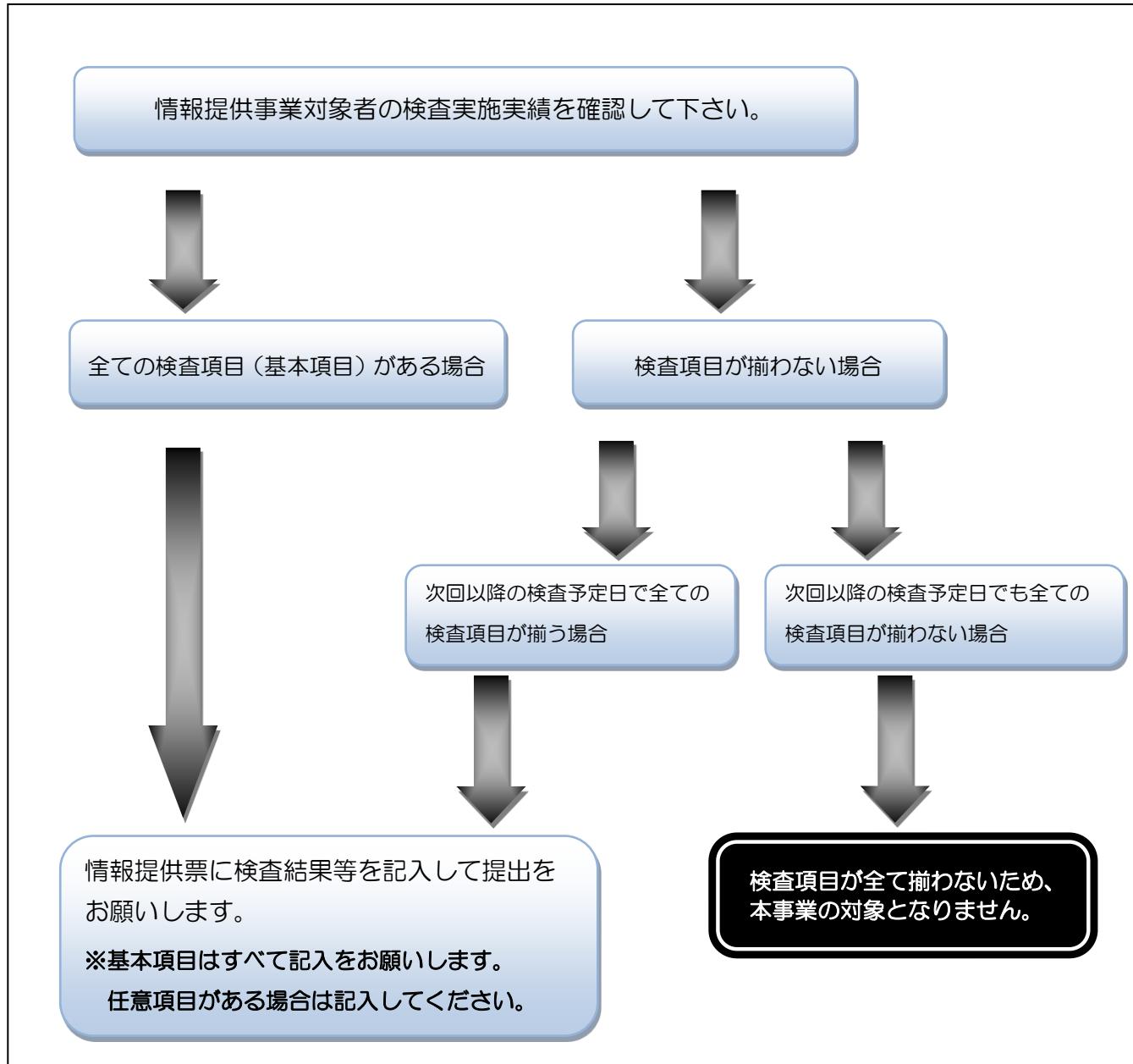
○本事業の対象者となります。

- (ア) 情報提供票に基本項目はすべて、任意項目は検査結果がある場合に記入してください。
 - 次頁の情報提供票作成についてもご確認ください。
- (イ) 質問票兼同意書の問診記入及び本人同意欄の署名がない時は、記入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で結構です。）
- (ウ) 送付書を作成し情報提供票、質問票兼同意書を併せて国保連合会へ提出してください。

*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、国保連合会へ提出してください。

（必要事項が揃わない場合は、本事業の対象となります。）

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)でお願いします。

→・「医師の判断日」の月を記入

【被保険者基本情報】※任意項目以外全て記入お願いします。

【被保険者基本情報】		令和X年XX月請求分		情報提供票	
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	XXXX		
生年月日	昭和XX年XX月XX日	被保険者証番号	XXXXXXX		
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お願いします。

項目	検査結果						注意事項
	①	身長	cm	kg	kg/m ²	小数点以下1桁	
身体測定	②	体重	kg	kg	kg/m ²	小数点以下1桁	
	③	BMI				小数点以下1桁	
基 本 項 目	④	腹囲	cm	mmHg	mmHg	小数点以下1桁	
血圧	⑤	収縮期血圧	mmHg	mmHg	mmHg	小数点以下1桁	・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
	⑥	拡張期血圧					
生化検査	⑦	中性脂肪	mg/dl	mg/dl	mg/dl	小数点以下1桁	
	⑧	HDLコレステロール					
	⑨	LDLコレステロール	mg/dl	mg/dl	mg/dl	小数点以下1桁	・生化学検査⑨、⑩については、必須項目だが、どちらか一方でも可
	⑩	non-HDLコレステロール					
血清	⑪	AST (GOT)	U/L	U/L	U/L	小数点以下1桁	
	⑫	ALT (GPT)					
	⑬	γ -GT (γ -GTP)	U/L	U/L	U/L	小数点以下1桁	
尿検査	⑭	空腹時血糖	mg/dl	mg/dl	mg/dl	小数点以下1桁	
	⑮	HbA1c (NGSP値)	.	%	%	小数点以下1桁	・血糖検査⑪～⑯については、必須項目だが、いずれか一つでも可
	⑯	随時血糖	(食後 3.5h～10h + 着)	mg/dl	mg/dl	小数点以下1桁	
尿検査	⑰	尿糖	※1	□:-	□:+	□:++	
	⑱	尿蛋白	※1	□:-	□:+	□:++	・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。』
	⑲	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	⑳	血清クリアランス	-	mg/dl	mg/dl	小数点以下2桁	
	㉑	eGFR		mg/dl	mg/dl	小数点以下1桁	
尿検査	㉒	血清尿酸	mg/dl	mg/dl	mg/dl	小数点以下1桁	
	㉓	尿潜血	※1	□:-	□:+	□:++	・任意項目⑰～㉓は、医療情報があれば記入下さい。(未記入可)
医師の判断	㉔	□: 要医療 □:その他 ()					・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)
医師名		医師の判断日	令和 年 月 日				
医療機関番号	XXXXXX	医療機関住所	福岡市博多区 吉塚本町13番47号				
医療機関名	国民健康保険病院						

※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☑を記入した場合は、カッコ内に15文字以内でコメントをお願いします。

●該当年度の診療録を基に、検査データを記入してください。

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。
- ※医療機関名稱、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。

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	
提出枚数	枚
(内訳)	
情報提供票(様式1)	枚
民間収集同意書(様式2)	枚