

特定健診等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

本事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に、特定健診及び後期高齢者健診(以下、「特定健診等」という。)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、特定健診等結果情報に反映し、特定健診等の受診率向上及び保健指導の充実等を目的としたものです。

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です。

目次

1 事業目的	1
2 事業概要	1
3 事業内容	2
4 業務の流れ	4
5 被保険者対応及び情報提供票の作成の流れ.....	5
6 情報提供票の記入方法及び留意事項	6
7 質問票兼同意書(国保及び後期)の記入方法及び留意事項	7
8 送付書の記入方法及び留意事項	9
9 各様式記載の留意事項等	10

1 事業目的

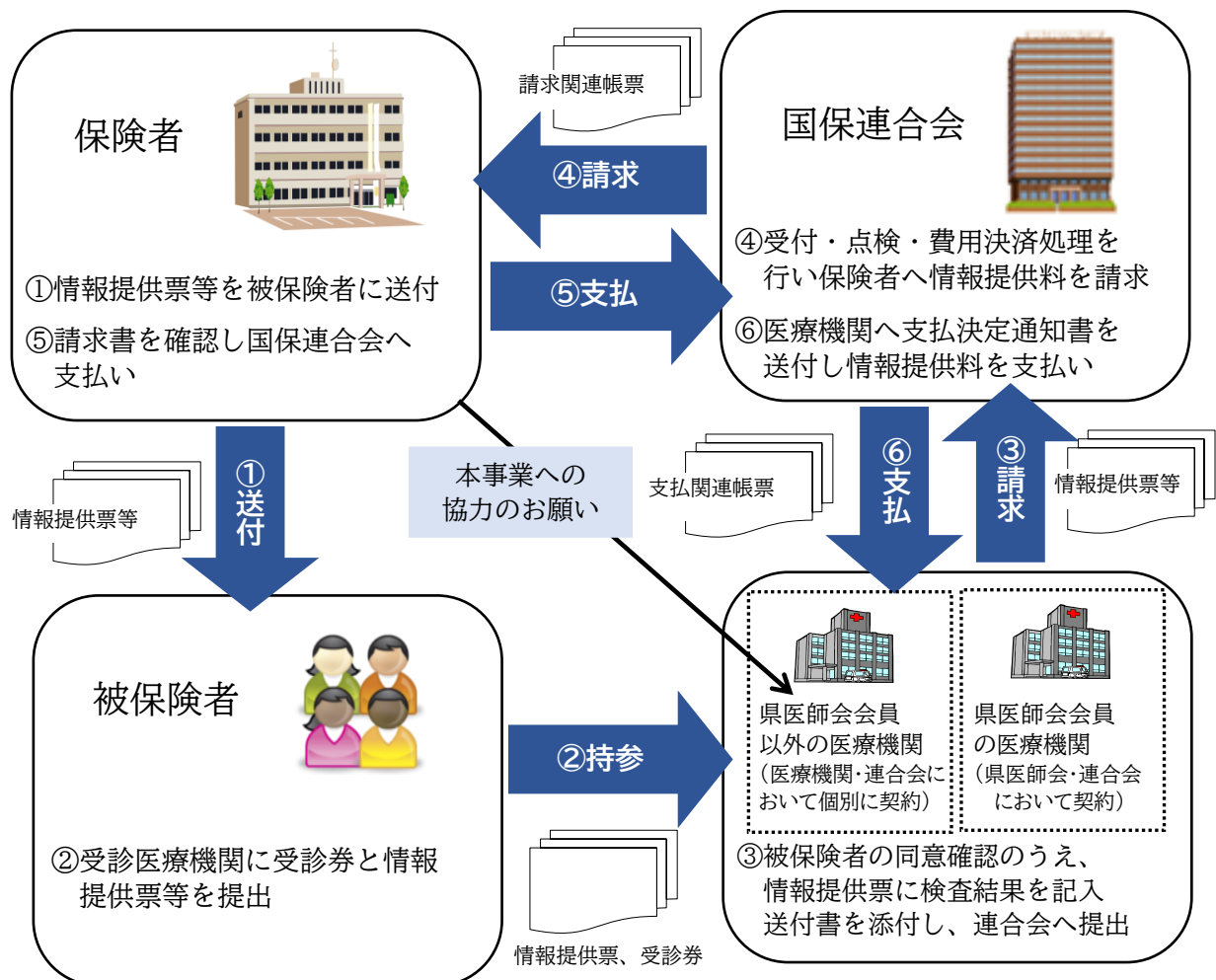
本事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集・集積することにより、福岡県内の国保保険者における特定健診の受診率向上及び保健指導の充実、後期高齢者健診の受診率向上及び健診データの活用等による被保険者の健康保持増進に繋げることを目的とするものです。

2 事業概要

特定健診等の未受診者のうち、情報提供票及び質問票兼同意書情報提供票等を持参した方について、医療機関が保有する検査結果情報の提供に同意が得られた場合、情報提供票等を作成のうえ国保連合会へ提出いただくことで、健診結果情報は、特定健診等を受診したものとみなし、保険者が本会を通じて特定健診データとして収集します。

また、保険者が国保連合会を通じて情報提供料を医療機関へ支払います。

【事業概要図】



詳細は隣の QR コードを読み込んで
本会ホームページを確認してください



3 事業内容

(1)対象者

本事業に参加する保険者の被保険者のうち特定健診等の未受診者

(2)実施保険者

県内 62 保険者(令和 8 年度)※北九州市、医師国保組合を除く全保険者

(3)医療機関の業務内容

- ・特定健診等未受診者の確認
- ・質問票兼同意書の問診項目及び本人同意署名の記載確認
- ・情報提供票に検査結果の記載
- ・情報提供票及び質問票兼同意書を提出

(4)提出書類及び提出先

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、とびうめネット利用同意書がある場合は①～⑤を福岡県医師会に、とびうめネット利用同意書がない場合は①～④を国保連合会に提出して下さい。

- ① 情報提供票(国保後期共通)：【様式1】
- ② 質問票兼同意書(国保) :【様式2】
- ③ 質問票兼同意書(後期) :【様式3】
- ④ 送付書(国保後期共通) :【様式4】
- ⑤ とびうめネット利用同意書

とびうめネット利用同意書はありますか？

あり

提出先

福岡県医師会

【提出日】 毎月月末まで

【提出先住所】

〒812-8551

福岡市博多区博多駅南2丁目9番 30 号

福岡県医師会

なし

提出先

国保連合会

【提出日】 毎月5日まで

【提出先住所】

〒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

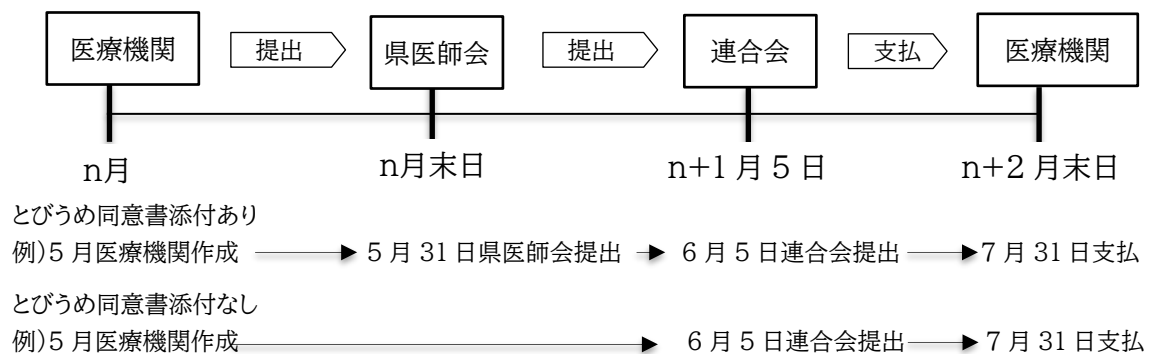
事業部 事業振興課 事業振興係

(5)情報提供料

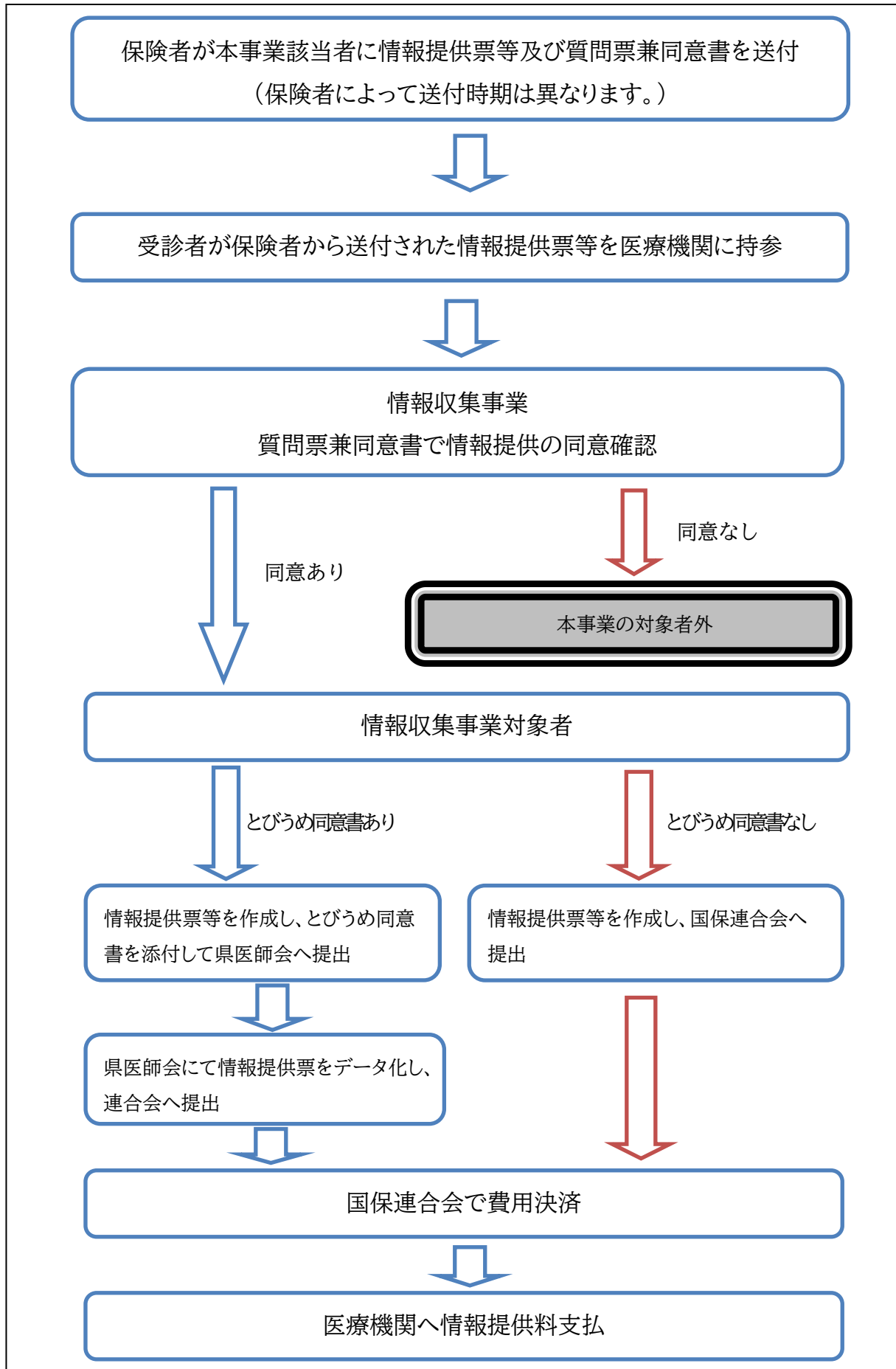
1件当たり 2,546 円(消費税及び地方消費税の額 231 円)

※情報提供料は、国保連合会から医療機関の診療報酬の届出口座に支払います。

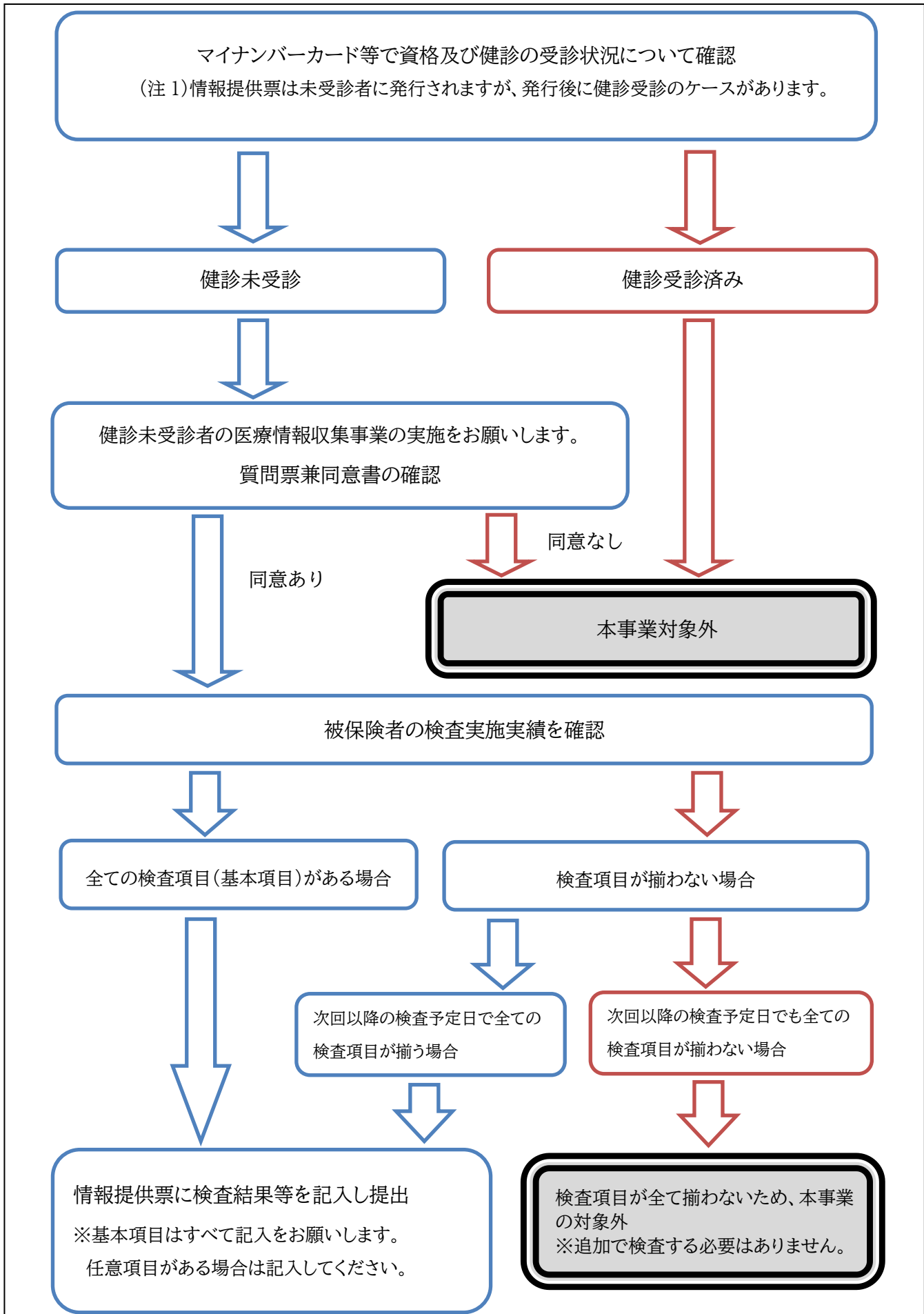
(6)情報提供料の支払時期



4 業務の流れ



5 被保険者対応及び情報提供票の作成の流れ



6 情報提供票の記入方法及び留意事項

令和 X 年 XX 月 請求分 情報提供票 「請求年月」 医師の判断日の年月を記入

【被保険者基本情報】

保険者名	保険市	保険者番号	XXXXXXXXXX
フリガナ	ホケン タロウ	受診券整理番号	23XXXXXXXXXX
氏名	保険 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	XXXXXXXXXX
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

「基本項目」 「1」～「19」 必須項目となるため全て記入 ※検査結果は、最初の検査実施日から 3 か月以内に医師の判断が行われたもの

【医療機関記入欄】 ※任意項目以外全て記入をお願いします。

採血時間が食後 10 時間以上 →「7」に記入 10 時間未満 →「8」に記入

生化学検査「10」、「11」は必須項目だが、どちらか一方でも可

血糖検査「15」～「17」は必須項目だが、いずれか一方でも可 (採血時間を中性脂肪と合わせたもので記入)

排尿障害等により尿検査を実施できない場合は、「20」尿検査測定不能欄の□に☑を記入

項目		検査結果				注意事項	
身体測定	1	身長		.	cm	小数点以下 1 桁	
	2	体重		.	kg	小数点以下 1 桁	
	3	BMI		.	kg / m ²	小数点以下 1 桁	
	4	腹囲		.	cm	小数点以下 1 桁	
血圧	5	収縮期血圧			mmHg		
	6	拡張期血圧			mmHg		
生化学検査	7	空腹時中性脂肪			mg/dl	食後 10 時間以上の場合に記載	
	8	随時中性脂肪			mg/dl	食後 10 時間未満の場合に記載	
	9	HDL コレステロール			mg/dl		
生化学検査	10	LDL コレステロール			mg/dl	※どちらか一方でも可	
	11	non-HDL コレステロール			mg/dl		
	12	AST (GOT)			U/l		
生化学検査	13	ALT (GPT)			U/l		
	14	γ-GT (γ-GTP)			U/l		
	15	空腹時血糖			mg/dl		
血糖	16	HbA1c (NGSP 値)		.	%	小数点以下 1 桁	
	17	随時血糖			mg/dl	(食後 3.5h~10h 未満)	
	18	尿糖 ※1	<input type="checkbox"/> :-	<input type="checkbox"/> :±	<input type="checkbox"/> :+	<input type="checkbox"/> :++	<input type="checkbox"/> :+++
尿検査	19	尿蛋白 ※1	<input type="checkbox"/> :-	<input type="checkbox"/> :±	<input type="checkbox"/> :+	<input type="checkbox"/> :++	<input type="checkbox"/> :+++
	20	尿検査測定不能 ※2	<input type="checkbox"/> :排尿障害等のため尿検査を実施できません。				
腎機能検査	21	血清クレアチン		.	mg/dl	小数点以下 2 桁	
	22	eGFR		.	mg/dl	小数点以下 1 桁	
	23	血清尿酸		.	mg/dl	小数点以下 1 桁	
尿検査	24	尿潜血 ※1	<input type="checkbox"/> :-	<input type="checkbox"/> :±	<input type="checkbox"/> :+	<input type="checkbox"/> :++	<input type="checkbox"/> :+++
医師の判断	※3	<input type="checkbox"/> :要医療 <input type="checkbox"/> :その他 ()					
医師名		医師の判断日	令和	年	月	日	
医療機関番号	40XXXXXXXX	医療機関	福岡市博多				
医療機関名	保険病院	住所	吉塚本町 13				

※1: いずれかの□に☑を記入する
 ※2: 尿糖 ※1
 ※3: いす
 ●該当年

任意項目「21」～「24」は検査結果があれば記入
 ・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年月日(対象年度内)を記入
 ※特定健診等の受診日として取り扱うため、対象年度内に実施

7 質問票兼同意書(国保及び後期)の記入方法及び留意事項

令和 X 年 XX 月請求分 質問票兼同意書【国保】

「請求年月」
「情報提供票」の医師の判断日を記入

【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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<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(人工透析など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
9	医師から、貧血と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。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件 1 と条件 2 を両方満たす者である。 条件 1:最近 1 ヶ月間吸っている。 条件 2:生涯で 6 ヶ月間以上吸っている、又は合計 100 本以上吸っている。	<input type="checkbox"/> :はい(条件 1 と条件 2 を両方満たす) <input type="checkbox"/> :以前は吸っていたが、最近 1 ヶ月間は吸っていない(条件 2 のみ満たす) <input type="checkbox"/> :いいえ(①②以外)
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。	<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	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	<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あてはまりますか。	<input type="checkbox"/> :かめる <input type="checkbox"/> :かみにくい <input type="checkbox"/> :かめない
16	人と比較して食べる速度が速いですか。	<p>・質問事項は全項目記入 ・回答欄は項目ごとに当てはまる箇所に 1 つだけ <input checked="" type="checkbox"/> を記入 (複数回答不可)</p>
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。	
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。	
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。 (※「やめた」とは、過去に月 1 回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近 1 年以上酒類を摂取していない者)	<input type="checkbox"/> :毎日 <input type="checkbox"/> :週 5~6 日 <input type="checkbox"/> :週 3~4 日 <input type="checkbox"/> :週 1~2 日 <input type="checkbox"/> :月 1~3 日 <input type="checkbox"/> :月に 1 日未満 <input type="checkbox"/> :やめた <input type="checkbox"/> :飲まない(飲めない)
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(アルコール度数 15 度・180ml)の目安:ビール(同 5 度・約 500ml)、焼酎(同 25 度・約 110ml)、ワイン(同 14 度・約 180ml)、ウイスキー(同 43 度・60ml)、缶チューハイ(同 5 度・約 500ml、同 7 度・約 350ml)	<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"/> :3~5 合未満 <input type="checkbox"/> :5 合以上
22	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :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せんか。	<p>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記載必須) ご連絡先電話番号を記入 (保険者より連絡がある場合に使用)</p>
24	生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたことがありますか。	<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 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

ご連絡先電話番号 _____

本人記入が困難な場合、医療機関従事者の代筆も可

●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。

令和 X 年 XX 月請求分 質問票兼同意書【後期】

「請求年月」
「情報提供票」の医師の判断日を記入

【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 checked="" type="checkbox"/> を記入してください
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	<input type="checkbox"/> :よい <input type="checkbox"/> :まあよい <input type="checkbox"/> :ふつう <input type="checkbox"/> :あまりよくない <input type="checkbox"/> :よくない
2	毎日の生活に満足していますか。	<input type="checkbox"/> :満足 <input type="checkbox"/> :やや満足 <input type="checkbox"/> :やや不満 <input type="checkbox"/> :不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 ※さきいか、たくあんなど。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<p>・質問事項は全項目記入 ・回答欄は項目ごとに当てはまる箇所に1つだけ☑を記入 (複数回答不可)</p>
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	
7	以前に比べて、歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	
8	この1年間に転んだことがありますか。	
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> :吸っている
13	週に1回以上は外出していますか。	<p>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記載必須) ご連絡先電話番号を記入 (後期高齢者医療広域連合より連絡がある場合に使用)</p>
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	

【本人同意欄(自筆)】

情報提供票および質問票兼同意書を福岡県後期高齢者医療広域連合に提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

ご連絡先電話番号

本人記入が困難な場合、医療機関従事者の代筆も可

●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。

8 送付書の記入方法及び留意事項

送 付 書

福岡県国民健康保険団体連合会 行

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
※全てゴム印でも可

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		

提出枚数	枚
------	---

(内訳)

【国保後期共通】 情報提供票（様式 1）	①	枚
【国保】 質問票兼同意書（様式 2）	②	枚
【後期】 質問票兼同意書（様式 3）	③	枚

提出枚数内訳の記入方法
①情報提供票の枚数を記入
（国保・後期共通）
②国保の質問票兼同意書の枚数を記入
③後期の質問票兼同意書の枚数を記入

9 各様式記載の留意事項等

- ・各様式の変更は、行わないようにして下さい。
- ・各様式への記入は、鉛筆以外(ボールペン等)でお願いします。
- ・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本会へ提出をお願いします。)
- ・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。(下記 QR コード参照)



お問合せ先

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
TEL:092-642-7809