

特定健康診査情報提供事業実施要領

1 目的

本県の健康課題である壮年期の死亡率の改善を図るためには、特定健診により生活習慣病の発症・重症化リスクを把握し、リスクに応じた予防・健康づくりの取り組みや保健指導等により、県民一人ひとりの健康の保持増進、健康寿命の延伸等を図ることが必要。

このため、本事業は、特定健診未受診者について医療機関が保有する診療情報を収集することにより特定健診情報として保険者が活用し、県民の健康増進の推進を図ることを目的とする。

なお、本事業は本来実施している特定健診の受診を妨げるものではなく、未受診者への特定健診受診の推奨にもかかわらず、やむを得ず特定健診が実施されない場合に実施するものとする。

2 対象者

高知県内の国民健康保険に加入している被保険者で40～74歳の方

3 対象保険者

本事業の契約を締結している高知県内の保険者

4 対象医療機関

高知県医師会会員医療機関、高知県内市町村立医療機関、高知県内国民健康保険直営診療施設において本事業の契約を締結している医療機関。なお、特定健診実施機関としての届出は必要としない。

5 契約

本事業を実施する医療機関と保険者は、それぞれの代表者へ委任状を提出し、集合契約にて情報提供に関する委託契約書を締結する。

6 委託料（情報提供料）

特定健診未受診者の診療情報を高知県国民健康保険団体連合会へ提供（請求）した場合、被保険者1人あたり委託料として情報提供料を支払うものとする。情報提供料については、下表のとおりとなる。

検査項目	単価（税込）
情報提供料	2,500円

（別紙1「情報提供にかかる注意事項」参照）

7 様式

- (1) 特定健康診査情報提供委託料請求書（別紙2参照）
- (2) 特定健康診査情報提供書（別紙3参照）

8 事務処理（医療機関）

- (1) 医療機関は、患者に対し本来の特定健診の受診を勧奨する。
- (2) 特定健康診査未受診者に対し、保険者から患者へ本事業に係わる情報提供書等が送付される。時間がない等の理由で本来の特定健診を受診しない（できない）ということであれば本事業を活用でき、患者が本事業に係る情報提供書等を持参する。
- (3) 医療機関は、患者に対し本事業への同意を確認し、同意が得られた場合、情報提供書の同意欄に氏名等を記入（代筆可）させる。また、質問への記入も併せて実施する。
- (4) 医療機関は、情報提供書の【医療機関記入欄】の検査結果について医療機関で保有している医療情報から記入する。【医療機関記入欄】のうち任意項目以外は全て記入する。（ただし、HbA1c値が記入されている場合は空腹時血糖値または随時血糖値は必須ではない。）
- (5) 医療機関は、請求書と情報提供書を原則翌月5日までに国保連合会へ送付する。ただし、請求期限が土曜日、日曜日及び国民の休日（国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する日をいう。以下同じ。）に当たる場合は、その翌日が期限となる。
- (6) 医療機関は、国保連合会から届く「支払額通知書」等を確認し、原則28日に振り込まれる情報提供料を確認する。

9 事務処理（保険者）

- (1) 保険者は、情報提供書を国保連合会HPからダウンロードのうえ被保険者へ情報提供書を送付する。また、医療機関に対しては、本事業の勧奨を依頼する。
- (2) 保険者は、国保連合会から本事業にかかる「払込請求書」等が送付された場合、関係帳票を確認し、請求があった月の原則20日までに情報提供料を支払う。
- (3) 保険者は、国保連合会から送付される「情報提供書」の取扱いについては、保険者の条例等に合わせて保管管理する。

10 事務処理（国保連合会）

- (1) 国保連合会は、「情報提供書」等の請求様式をHPへ掲載する。
- (2) 国保連合会は、医療機関から本事業にかかる請求があった場合、請求項目または、資格の点検等を行う。請求項目等に不備があった場合、医療機関へ返戻する。
- (3) 国保連合会は、(2)にて不備がない場合、特定健診等データ管理システムに医療情報を登録する。
- (4) 国保連合会は、医療機関から請求があった月の翌月の10日までに保険者へ情報提供料等の払込みを請求する。また、請求関連帳票を併せて送付する。
- (5) 国保連合会は、保険者から振り込まれた情報提供料を振り込まれた月の原則28日までに医療機関の指定銀行へ振り込む。

11 注意事項

(1) 検査値を利用できる期間について

特定健診の受診日として取り扱う日付は、医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付とする。また、検査結果の項目に不足があり基本項目の実施が複数日にまたがる場合は、最初に行なわれた検査実施日と、最後に実施された総合判断日の間は3カ月以内とする。なお、検査結果は当該年度の4月1日から翌年3月31日までのものとする。

(2) 重複受診について

本来の特定健診と本事業の情報提供の重複があった場合、本来の特定健診の結果内容を優先する。

(3) 血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、随時血糖[※]）について

本事業の情報提供書の血糖検査においては、HbA1cの記載を優先とし、空腹時血糖、随時血糖[※]は任意に設定しているが、空腹時血糖または随時血糖[※]の結果があり、HbA1cの結果がなかった場合でも返戻としない。本来の特定健診の血糖検査はHbA1c、空腹時血糖、随時血糖[※]のいずれかの結果があることが原則となっているため、本事業においてもいずれかの結果が必要となる。

※やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP値）を測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。

(4) LDLコレステロールについて

脂肪検査において、中性脂肪（血清トリグリセライド）が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合は、LDLコレステロールをNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）に代えることができる。

(5) 血清クレアチニン検査、血清尿酸検査について

血清クレアチニン検査、血清尿酸検査においては、必須な項目ではないが、治療中の診療情報がある場合は記載をするものとする。

(6) 特定健診情報に基づく特定健診の結果について

医療機関から情報提供された特定健診情報に基づく特定健診結果については、原則本人への連絡は行わないものとする。

また、医師の総合判断結果についても、医師から患者への説明は要しないものとする。

(7) 情報提供料の支払口座について

情報提供料は、特定健康診査（特定健診・特定保健指導機関届）で管理している口座へ振り込むこととする。

別紙 1

情報提供にかかる注意事項

- 1 情報提供料は、情報提供書内に記載されている検査項目を全て（任意項目を除く）記入した場合に請求する単価である。なお、情報提供書に記載されている項目については、治療中の診療情報のうち総合判断日から3ヶ月以内の検査結果は利用可能とし、当該項目は新たに検査を実施する必要はない。

なお、総合判断日とは、検査結果が揃い、医師が総合的に判断を行った日とする。

特定健康診査情報提供委託料請求書

令和 年 月 日

高知県国民健康保険団体連合会 宛

住 所

医療機関番号

医療機関名

代 表 者

印

総請求金額

円

【請求金額内訳】

保険者番号 ※				件数	合計金額 (税込)			
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円
0	0	3	9	件				円

※ 退職国保の場合も0039****でまとめてご記入ください。

令和●年度特定健康診査情報提供書

発行保険者番号	0039
保険者名	

患者様へ: 本枠の欄内をご記入ください。その他は医療機関にて記入します。

本情報を医療機関から私の医療保険者へ情報提供することに同意します。
 ※なお、今年度の特定健康診査は受けられなくなります。
 また、万が一、当該情報提供と重複して特定健診を受診した場合は、保険者より費用の請求を受ける場合があります。

同意欄	年 月 日	生年 月 日 (年齢)	年 月 日 (歳)	性別	男・女
住所	(〒 -)			電話番号	

保険者番号 (医療機関記入)	被保険者証番号 (医療機関記入)	医療機関番号 (医療機関記入)
----------------	------------------	-----------------

【問診等】 * 患者様が提示した保険証の保険者と本書発行の保険者(右上記載)が異なるときは、本書は使えません。

既往歴	①~⑩に該当する疾患の既往歴の有無について回答ください。 「1. 有」の場合は、該当疾患の番号を記入ください。 1. 有 () 2. 無 ①高血圧症 ②糖尿病 ③脂質異常症 ④脳血管疾患 ⑤心疾患 ⑥慢性腎臓病・腎不全 ⑦貧血症 ⑧高尿酸血症・痛風 ⑨肝臓・胆嚢疾患 ⑩う歯・歯周疾患	自覚症状	①~④に該当する自覚症状の有無について回答ください。 「1. 有」の場合は、該当症状の番号を記入ください。 1. 有 () 2. 無 ①胸部不快感 ②動悸、不整脈 ③頭痛、めまい ④呼吸困難感
服薬状況	A. 高血圧に対する薬 1. 有 2. 無	C. 脂質代謝に対する薬 1. 有 2. 無	
喫煙	B. 高血糖(糖尿)に対する薬 1. 有 2. 無	D. 現在の喫煙状況 1. 有 2. 無	

【医療機関記入欄】

診察所見 (他覚所見)	1. 所見有り 2. 異常所見なし 有所見コード <input type="text"/> ※有所見コードは裏面より選択して記入してください。	脂質	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*1 mg/dL 中性脂肪(TG) mg/dL
計測	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg 腹囲 <input type="text"/> cm	糖尿病 (いずれかに記入)	ヘモグロビンA1c*3 % 空腹時血糖 mg/dL 随時血糖*4 mg/dL
血圧	最高 <input type="text"/> 最小 <input type="text"/> mmHg	追加情報*5	AST(GOT) U/L ALT(GPT) U/L γ-GTP U/L
検尿	尿蛋白 - ± + 2+ 3+以上 尿糖 - ± + 2+ 3+以上 <input type="checkbox"/> 測定不能 (理由 <input type="text"/>)		
	血清クレアチニン*6 mg/dL 血清尿酸 mg/dL		

*5 検査結果がある場合は、記入にご協力をお願いします。

*6 クレアチニンは、少数点以下2桁まで記入してください。

上記結果を踏まえた医師の総合判断 1異常なし 2要経過観察 3要精密検査 4受療中 5要医療

医師の総合判断日(検査結果が揃い、医師が総合的に判断を行った日)

年 月 日 医療機関所在地
医療機関名
医師名
電話番号

印

※記入いただく検査結果及び医師の総合判断日は、令和●年4月1日から令和●年3月31日までとし、令和●年4月1日以降のものは請求できませんのでご注意ください。