

令和 6 年度版  
新潟県健康づくりのための情報提供事業  
事務処理マニュアル  
(参加医療機関用)

新潟県国民健康保険団体連合会

## 目 次

1. 事業目的	1 ページ
2. 事業概要	1 ページ
3. 事務処理対応方法	2 ページ
4. 情報提供後の保健指導について	4 ページ
5. 参加方法	4 ページ
6. 問合せ先	4 ページ
【各様式に係る留意事項】	5 ページ
●記入項目についての留意事項	8 ページ
●記入の不備等への対応について	10 ページ

更新履歴

日付	Ver	更新内容
2021/12/14	1.1	P8 「内臓脂肪が 150mg/d 以上」⇒「中性脂肪が 150mg/dl以上」に訂正
2021/12/14	1.1	P8 「内臓脂肪面積 100 cm <sup>3</sup> 以上」⇒「内臓脂肪面積 100cm <sup>2</sup> 以上に相当」に訂正
2022/9/22	1.2	令和 4 年度版に更新
2022/9/22	1.2	P3 情報提供票作成のための追加検査の実施はしないようお願いする旨の文言を追加
2022/9/22	1.2	P3 身体測定、血圧測定にご協力いただきたい旨の文言を追加
2022/9/22	1.2	P8 医師の判断日が年度内であれば情報提供票持参日に関わらず取り扱い可能である旨の文言を追加
2022/9/22	1.2	P4 提出締切に関する文言を変更
2023/11/8	1.3	表紙を令和 5 年度に変更、各部の日付を変更
2024/11/1	1.4	表紙を令和 6 年度に変更、各部の日付を変更
2024/11/1	1.4	P6 情報提供票の表面を第 4 期に変更
2024/11/1	1.4	P7 情報提供票の裏面を第 4 期に変更
2024/11/1	1.4	P8 採血時間と血中脂肪、血糖の関連についての文言を追加

## 1. 事業目的

市町村国保では、特定健診未受診者についてその身体状況等が把握できないため、保健事業への参加呼びかけが困難となっています。

「新潟県健康づくりのための情報提供事業」は、医療機関が保有する特定健診未受診者の特定健診の検査項目に相当する診療情報(検査結果)を、保険者が医療機関から提供を受け、保険者が実施する保健事業につなげることを目的としています

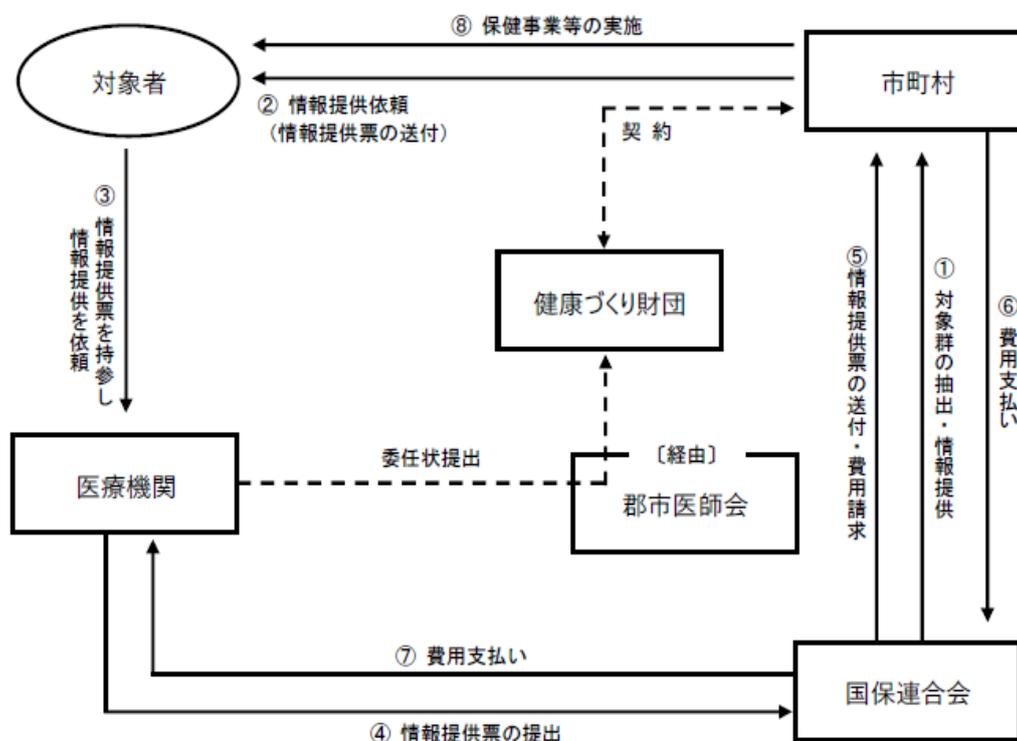
## 2. 事業概要

特定健診未受診者の方で、特定健診を受診する意思がないことが確認された被保険者について、本人の同意が得られた場合に、医療機関が保有する検査結果情報を「情報提供票」により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します。

また、情報提供票を作成・提出いただいた医療機関には保険者から情報提供料が参加医療機関へ支払われます。

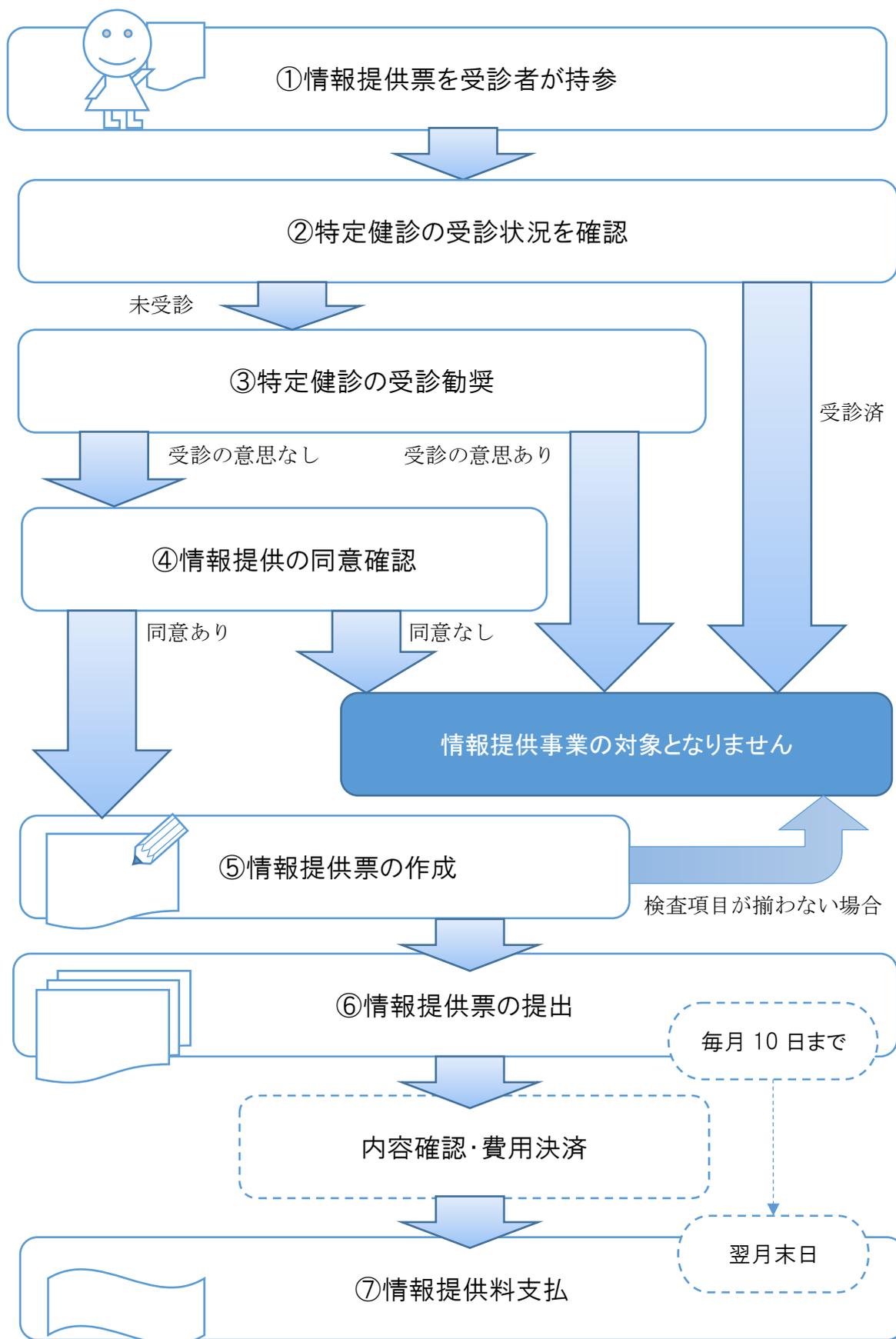
※この事業は新潟県が制定した、「新潟県健康づくりのための情報提供事業実施要綱」に基づいて実施しています。

### 【概要図】



※新潟県国保連合会が市町村国保からの委託を受けて費用決済を実施します。

### 3. 事務処理対応方法



### ①情報提供票を受診者が持参

保険者が発行した情報提供票を被保険者が持参します。

保険証で医療保険資格を確認し、資格期間外である場合、保険者に問い合わせるようお伝えください。

### ②特定健診の受診状況を確認

特定健診の受診状況を確認してください。

(特定健診未受診者に情報提供票が発行されますが、発行後に特定健診を受診している場合があります。)

### ③特定健診の受診勧奨

特定健診の受診を勧めてください。

・特定健診実施機関である場合

⇒通常の特定健診を実施してください。

・特定健診実施機関でない場合

⇒受診方法について保険者に問い合わせるようお伝えください。

### ④情報提供の同意確認

保険者に情報提供票を提供することを同意する旨の確認を行って下さい。

### ⑤情報提供票の作成

提出する各様式を作成してください。

・情報提供票

・送付書

※検査項目(基本項目)が揃わない場合、本事業の対象となりません。

※情報提供票作成のための追加検査に対する費用の支払いはありませんので、実施しないよう、お願いします。

※身体測定、血圧測定についてはご協力をお願いします。

※詳しくは「各様式の作成に係る留意事項」をご覧ください。

## ⑥情報提供票の提出

送付書と情報提供票を毎月 1 回取りまとめて提出してください。

### ・提出先

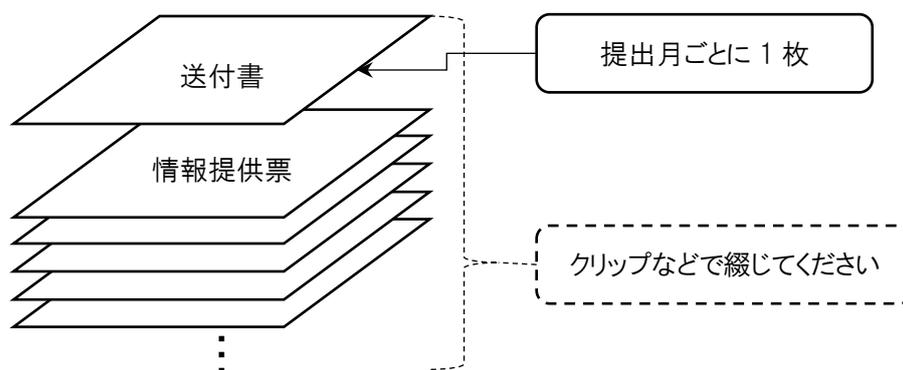
新潟県国民健康保険団体連合会(〒950-8560 新潟市中央区新光町 7-1)

### ・提出期限

毎月1日～10日まで(土曜日、日曜日並びに国民の祝日にあたる場合はその翌日)

※令和6年度分は、令和7年6月までを目途にご提出ください。

※提出物のイメージ



## ⑦情報提供料支払

情報提供料を提出月の翌月末日までに参加医療機関の診療報酬の届出口座に振り込みます。

### ・情報提供料

1 件当たり 2,500 円(消費税込み)

## 4. 情報提供後の保健指導について

情報提供後、情報を受けた保険者が保健指導実施についてのご相談のため、連絡する場合があります。

## 5. 参加方法

新潟県健康づくり財団様で契約の取りまとめを行っていますので、ご相談ください。

## 6. 問合せ先

新潟県国民健康保険団体連合会

保健事業課

TEL:025-285-3039

【各様式の作成に係る留意事項】

送 付 書										
新潟県国民健康保険団体連合会 行										
健康づくりのための情報提供事業にかかる情報提供票について、 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	1	5	1							
医療機関名称										
電話番号										
担当者名										
提出枚数	枚									

**送付書**

- ・必須項目は全て記入してください。
- ・記入は、鉛筆以外(ボールペン等で消えないインクのもの)をお願いします。
- ・医療機関名等にはゴム印使用可能です。

提出年月日を記入してください。

医療機関番号、医療機関名称、電話番号、担当者名を記入してください。(ゴム印等でも可)

情報提供票の提出枚数を記入してください。

送付書のダウンロードについて  
 新潟県国民健康保険団体連合会のホームページ  
 保健医療機関の皆様へ > 新潟県健康づくりのための情報提供事業  
 ・送付書      をご使用ください。  
 URL: <http://niigata-kokuho.or.jp/healthcare>

令和6年度 新潟県健康づくりのための情報提供事業 情報提供票

【被保険者情報】

保険者名 (フリガナ)	保険者番号
氏名	受診券整理番号
生年月日	被保険者証番号
性別	住所
年齢	

【医療機関記入欄】

※太枠内は必須項目です。任意項目以外はすべてご記入ください。

※2「新潟県健康づくりのための情報提供事業事務処理マニュアル」を参照ください

項目		検査結果		注意事項
身体測定	身長		cm	小数点第1位まで
	体重		kg	小数点第1位まで
	BMI		kg/m <sup>2</sup>	小数点第1位まで
	腹囲		cm	小数点第1位まで
血压	収縮期血压		mmHg	
	拡張期血压		mmHg	
採血時間(食後) <input type="checkbox"/> 食後10h以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5h以上10h未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5h未満 ※2				
基本項目 生化学検査	空腹時中性脂肪 (食後10h以上)		mg/dl	どちらか一方のみ ※2
	随時中性脂肪 (食後3.5h未満、食後3.5h以上10h未満)		mg/dl	※2
	HDLコレステロール		mg/dl	
	LDLコレステロール		mg/dl	どちらか一方でも可
	Non-HDLコレステロール		mg/dl	
	AST(GOT)		U/l	
	ALT(GPT)		U/l	
血糖	空腹時血糖 (食後10h以上)		mg/dl	
	HbA1c(NGSP値)		%	いずれかの項目で可 ※2
	随時血糖 (食後3.5h以上10h未満)		mg/dl	
尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++		
	尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++		
測定不可能・検査未実施の理由 <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する <input type="checkbox"/> その他				
任意項目 腎機能検査	血清クレアチニン		mg/dl	
	eGFR		ml/分/1.73m <sup>2</sup>	
	血清尿酸		mg/dl	
	尿潜血	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++		
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血压 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 痛風腎 <input type="checkbox"/> 動脈閉塞 <input type="checkbox"/> 大動脈疾患 <input type="checkbox"/> 胃切 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 胸痛・冷汗 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 膝痛 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
他覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ ( )			
メタボ判定	<input type="checkbox"/> 基準該当 <input type="checkbox"/> 予備群該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 判定不能			
医師の判断	<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 治療中			
医師氏名	医師の判断日			
医療機関番号	医療機関名			
確認事項	<input type="checkbox"/> 記載した検査結果は「医師の判断日」から遡り、3か月以内のものである。			

情報提供票 表面

- ・必須項目(太線枠内)は全て記入してください。
- ・記入は、鉛筆以外(ボールペン等で消えないインクのもの)でお願いします。

【必須項目】

基本項目はすべて記入してください。

空腹時中性脂肪または随時中性脂肪及び空腹時血糖または随時血糖の判定のため、採血時間(食後)の情報は必須です。

空腹時中性脂肪、随時中性脂肪はどちらか一方のみ

LDL コレステロール、non-HDL コレステロールはいずれか一方で可

血糖検査は、空腹時血糖、HbA1c、随時血糖のいずれかの項目で可

尿検査を実施できない場合は理由を選択してください。(この場合、尿糖、尿蛋白の記入は不要です。)

任意項目は検査を実施している場合に記入してください。(記入なしでも可)

【必須項目】

聞き取り、各種判定、医師の判断は全て記入してください。

【本人記入欄】

本人同意欄（自筆）

情報提供票を \_\_\_\_\_ 市・町・村 に提供することに同意します。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

【必須項目】

保険者名、同意日、氏名を記入してください。  
 （個人情報提供に対する同意確認のため）

※太枠内は必須項目ですので、必ずご記入ください。

項目	質問事項	該当する□に✓を記入してください。
1	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
2	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
3	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
4	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 <small>（※「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か月間吸っている                  条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）</small>	<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か月間 は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記の2つ以外）
5	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
6	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
7	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
8	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
9	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
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	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
13	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"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が早いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15	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
16	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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	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
18	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。 <small>（※「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）</small>	<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"/> 月に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）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 <small>日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：ビール（同5度・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）</small>	<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
20	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
21	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"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定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

【必須項目】

服薬の状況、喫煙の回答は全て記入してください。  
 （複数回答不可）

その他の質問項目の回答を記入してください。（複数回答不可）

情報提供票 裏面

- ・裏面は本人が記入してください。（聞き取りによる代筆も可）
- ・必須項目（太線枠内）は全て記入してください。

## ●記入項目についての留意事項

- ・情報提供票の太枠線内はすべて記入をお願いします。
- ・太枠線以外の項目は検査結果がある場合に記入をお願いします。
- ・「医師の判断日」は、医師が検査結果をもとに「医師の判断」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。）
- ・医師の判断日は令和6年4月1日から令和7年3月31日の期間内で記載してください。
- ・医師の判断日は情報提供票が持参された日から遡った日付、若しくは持参後に検査結果が揃った時点での日付も上記期間内であれば取り扱い可能です。
- ・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。
- ・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が行われたものになります。

### ・採血時間と血中脂肪、血糖の関連について(第4期適正化計画から)

#### 【血中脂肪】

空腹時中性脂肪であることを明らかにする。

やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪により検査を行うことができる。

#### 【血糖】

空腹時血糖、HbA1c、随時血糖

空腹時中性脂肪であることを明らかにする。

やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGS 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り血糖検査を行うことを可とする。

空腹時:食後10時間以上

食直後:食後3.5時間未満

○採血時間と血中脂質検査及び採血時間と空腹時・随時血糖の関係図

空腹時中性脂肪	随時中性脂肪	採血時間	空腹時血糖	HbA1c	随時血糖
○	-	食後 10h以上	○	-	-
○	-	食後 10h以上	○	○	-
○	-	食後 10h以上	-	○	-
-	○	食後 3.5h以上 10h未満	-	○	-
-	○	食後 3.5h未満	-	○	-
-	○	食後 3.5h以上 10h未満	-	-	○

○中性脂肪の項目記入と採血時間のチェックについて

空腹時中性脂肪を記入し、やむを得ない場合は随時中性脂肪を記入してください。(どちらか一方のみ) また、採血時間との関連は以下の通りです。

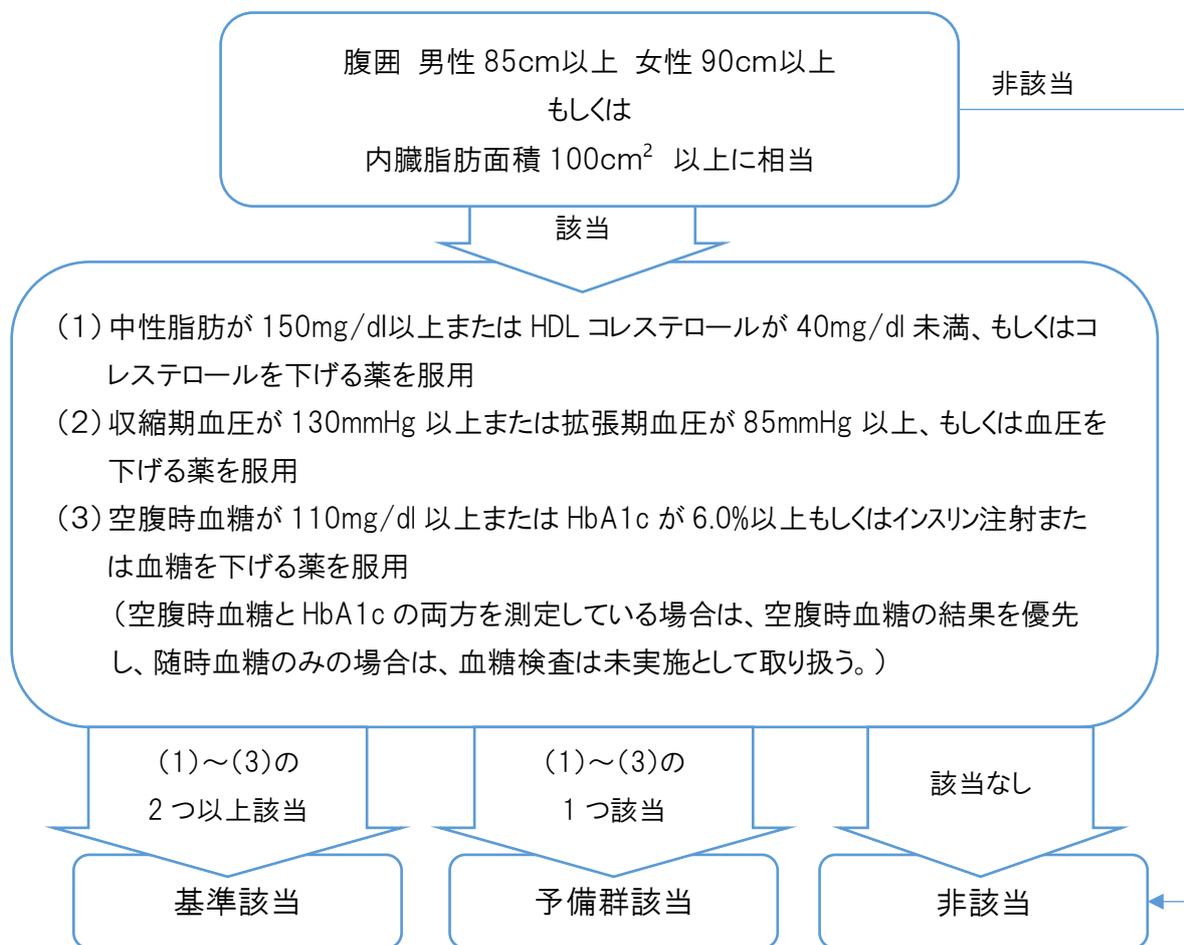
- ・空腹時中性脂肪 食後 10 時間以上
- ・随時中性脂肪 食後 3.5 時間以上 10 時間未満 もしくは 食後 3.5 時間未満

○血糖の項目記入について

採血時間との関連は以下の通りです。

- ・空腹時血糖 食後 10 時間以上
- ・随時血糖 食後 3.5 時間以上 10 時間未満 ※HbA1c を測定しない場合

・メタボ判定は以下のとおり行ってください。



### ●記入の不備等への対応について

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、資格喪失者や記載事項の不備などにより、情報提供料の支払決定ができない場合があります。

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をお願いいたします。

不備の内容によっては、一旦返戻させていただく場合がありますのでご了承ください。