

令和8年度特定健康診査の未受診者に係る 診療情報の提供に関する委託契約書（案）

生活習慣病等予防の重要性に鑑み、特定健康診査の未受診者に係る診療情報の提供について、別紙1に示す医療保険者（以下「保険者」という。）の取りまとめ機関として島根県保険者協議会（以下「甲」という。）と一般社団法人島根県医師会（以下「乙」という。）との間に、以下の条項により委託契約を締結する。

（総則）

第1条 甲は、特定健康診査の未受診者に係る診療情報の提供を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。

（委託業務）

第2条 甲が乙に委託する業務の内容は、保険者の被保険者及び被扶養者であって生活習慣病等により乙の会員の医療機関（以下「実施機関」といい、別紙2の実施機関一覧表のとおり）で治療を受けているもの（特定健康診査の対象者に限り、特定健康診査の既受診者を除く）に係る次条に規定する健康診査結果の情報の提供とする。

2 業務は、実施機関で行うものとする。

（提供情報）

第3条 実施機関が保険者に提供する診療情報は、対象患者に係る「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成19年12月28日厚生労働省令第157号）第1条第1項第1号から第9号までに規定する項目に係る健康診査結果（メタボリックシンドローム判定、保健指導レベル、医師の診断を含む）とする。

2 前項に規定する提供情報のうち、基本項目に不足がある場合は、該当の検査を実施したうえで結果情報を提供するものとする。

3 第1項に規定する提供情報として、すでに実施した検査結果を提供する場合は、医師が総合判断を実施した日から遡って3か月以内に実施された検査結果に限るものとする。

（診療情報の提供の実施）

第4条 実施機関は、別紙3「特定健康診査情報提供票」により、保険者に対し第6条の規定に従い送付を行うものとする。

2 実施機関が前項に規定する診療情報を提供するに当たり、当該患者に対し事前にその旨を説明したうえで、書面による同意を得るものとする。

(情報提供料)

第5条 前条による診療情報(同条第2項に規定する同意書を含む。以下同じ)の提供料は、提供情報1件当たり2,750円(消費税及び地方消費税を含む)とする。

(情報提供料の請求及び支払等)

第6条 実施機関は、第4条による診療情報の提供とあわせて前条の情報提供料の請求を保険者に対して行うものとする。

2 前項の提供及び請求は、原則として月単位をもってとりまとめ、実施月の翌月10日までに行うものとする。なお、送付の期限が土曜日、日曜日及び国民の祝日に当たる場合は、その翌日を期限とする。

3 保険者は診療情報の提供及び情報提供料の請求があったときは、その内容を点検し、相当と認めたときは、請求を受けた月の翌月28日までに、請求額を支払うものとする。

4 点検の結果、結果に関する内容について問題がある場合は、保険者は請求者に返戻を行うものとする。

(秘密保持)

第7条 実施機関は、当該業務を実施するに当たっては、記録の漏えいを防止し、実施担当者には守秘義務を課す等、関係法令を遵守することに加え、別紙4個人情報取扱注意事項や個人情報保護条例等に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、上記の事項等を遵守するものとする。

(契約期間)

第8条 この契約の有効期間は、令和8年4月1日から令和9年3月31日までとする。

(協議)

第9条 この契約に定めのない事項又は疑義を生じた事項については、その都度甲乙間で協議し、誠意をもって解決するものとする。

この契約の締結を証するため、本契約書2通を作成し、甲・乙記名の上、各自1通を保持するものとする。

令和8年4月1日

委託者（甲） 島根県松江市学園一丁目7番14号
島根県保険者協議会
会 長 仁 科 慎治郎

受託者（乙） 島根県松江市袖師町1番31号
一般社団法人島根県医師会
会 長 森 本 紀 彦

(別紙1)

委託元保険者一覧表

保険者番号	委託元 保険者名	郵便番号	所在地	電話番号
00320036	出雲市	693-8530	出雲市今市町70番地	0853-21-6979
00320044	益田市	698-8650	益田市常盤町1番1号	0856-31-0212
00320051	大田市	694-8502	大田市大田町大田口1111番地	0854-83-8154
00320069	安来市	692-8686	安来市安来町878番地2	0854-23-3220
00320077	江津市	695-8501	江津市江津町1016番地4	0855-52-7937
00320093	雲南市	699-1392	雲南市木次町里方521番地1	0854-40-1045
00321026	奥出雲町	699-1592	仁多郡奥出雲町三成358番地1	0854-54-2511
00321034	飯南町	690-3513	飯石郡飯南町下赤名880番地	0854-72-1770
00321042	美郷町	699-4692	邑智郡美郷町粕淵168番地	0855-75-1932
00321059	邑南町	696-0192	邑智郡邑南町矢上6000番地	0855-95-1114
00320911	津和野町	699-5292	鹿足郡津和野町枕瀬218番地18	0856-72-0651
00321067	吉賀町	699-5513	鹿足郡吉賀町六日市750番地	0856-77-1165
00320994	海士町	684-0403	隠岐郡海士町大字海士1490番地	08514-2-1821
00321000	西ノ島町	684-0303	隠岐郡西ノ島町大字美田600番地4	08514-6-0103
00321018	知夫村	684-0100	隠岐郡知夫村1065番地	08514-8-2211
00321075	隠岐の島町	685-8585	隠岐郡隠岐の島町下西78番地2	08512-2-8560
00323014	島根県医師 国民健康 保険組合	690-8535	松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内	0852-26-3100
06320089	山陰合同銀行 健康保険組合	690-0062	松江市魚町10番地	0852-55-1084
06320139	山陰自動車業 健康保険組合	690-0024	松江市馬潟町67番地5	0852-61-5222

(別紙3)

特定健康診査情報提供票

保険者番号		保険者名			
フリガナ		生年月日	大正	昭和	年 月 日
氏名		性別/年齢	男 女		歳
住所	〒	受診券整理番号			
		被保険者証番号			

【医療機関記入欄】 色の部分は、必ずご記入ください。

項目		結果	注意事項	
基本項目	身体計測	身長	cm	小数点以下1桁
		体重	kg	小数点以下1桁
		腹囲※後期高齢者は除く	cm	小数点以下1桁
		BMI	kg/m ²	小数点以下1桁
	血圧	収縮期血圧	mmHg	
		拡張期血圧	mmHg	
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪	mg/dl	いずれかで可 食後10時間以上
		随時中性脂肪	mg/dl	食後10時間未満
		HDL-コレステロール	mg/dl	
		LDL-コレステロール	mg/dl	いずれかで可
		non-HDLコレステロール	mg/dl	
	肝機能検査	AST (GOT)	U/l	
		ALT (GPT)	U/l	
		γ-GT (γ-GTP)	U/l	
	血糖検査	空腹時血糖	mg/dl	いずれかで可 食後10時間以上
		随時血糖	mg/dl	食後3.5時間以上10時間未満
		HbA1c (NGSP値)	%	小数点以下1桁
	尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+	
		尿蛋白	- ± + 2+ 3+	
		未実施の理由	1 生理中 2 排尿障害等により検査不能	尿検査が実施できない場合に記入

質問票の確認	質問票（質問事項 1, 2, 3, 8）は記入されているか	(○を記入)	未記入不可
--------	-------------------------------	--------	-------

【医療機関記入欄】

治療中の疾患（主病）		
既往歴	1.特記すべきことなし 2.特記すべきことあり	(既往歴)
自覚症状	1.特記すべきことなし 2.特記すべきことあり	(自覚症状)
他覚症状	1.特記すべきことなし 2.特記すべきことあり	(他覚症状)
最終総合判定日（※1）	令和 年 月 日	
医療機関住所		
医療機関番号		
医療機関名		
医師名		

※1 検査結果の項目に不足があり基本健診項目の実施が複数日にまたがる場合は、最初に行った検査実施日と最後に実施する医師の総合判断（保健指導レベル、メタボリックシンドローム判定含む）日の間は、3か月以内としてください。

診 察 結 果		
医師の判断	メタボリックシンドロームの判断 ※後期高齢者は除く	保健指導レベル ※後期高齢者は除く
1 <input type="checkbox"/> 異常認めず	1 <input type="checkbox"/> 基準該当	1 <input type="checkbox"/> 積極的支援
2 <input type="checkbox"/> 要指導	2 <input type="checkbox"/> 予備群該当	2 <input type="checkbox"/> 動機付け支援
3 <input type="checkbox"/> 要精密	3 <input type="checkbox"/> 非該当	3 <input type="checkbox"/> なし
4 <input type="checkbox"/> 要医療	4 <input type="checkbox"/> 判定不能	4 <input type="checkbox"/> 判定不能
5 <input type="checkbox"/> 治療中		

【本人同意欄※2】

<p>この情報提供票・質問票を〇〇〇に提出することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏名 _____</p> <p>(代筆者名 _____ 印 _____)</p>
--

※2 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。その場合は、代筆者の記名・押印をお願いします。

特定健康診査情報提供票【質問票】

受診者氏名：

質問事項		回答欄			
		あてはまる番号に○をつけてください。			
※ 1	A：血圧を下げる薬	1. はい	2. いいえ		
※ 2	B：血糖を下げる薬又はインスリン注射	1. はい	2. いいえ		
※ 3	C：コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1. はい	2. いいえ		
4	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。	1. はい	2. いいえ		
5	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。	1. はい	2. いいえ		
6	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。	1. はい	2. いいえ		
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい	2. いいえ		
※ 8	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もの」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	1. はい（条件1と条件2を両方満たす）			
		2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない（条件2のみ満たす）			
		3. いいえ（1、2以外）			
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1. はい	2. 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年以上実施していますか。	1. はい	2. 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時間以上実施していますか。	1. はい	2. 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。	1. はい	2. 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。	1. 何でもかんで食べることができる			
		2. 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			
		3. ほとんどかめない			
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い	2. 普通	3. 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。	1. はい	2. 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。	1. 毎日	2. 時々	3. 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。	1. はい	2. いいえ		
18	お酒（清酒、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）	1. 毎日	2. 週5～6日	3. 週3～4日	4. 週1～2日
		5. 月に1～3日	6. 月に1日未満	7. やめた	8. 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。 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）	1. 1合未満			
		2. 1～2合未満			
		3. 2～3合未満			
		4. 3～5合未満			
		5. 5合以上			
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい	2. 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。	1. 改善するつもりはない			
		2. 改善するつもりである			
		3. 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。			
		4. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）			
		5. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）			
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。	1. はい	2. いいえ		

●質問票はご本人がご記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。

●情報提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。特に、「※」印のある項目を確認した後、「特定健康診査情報提供票」の最下段にある「質問票の確認」にチェックをお願いします。

(別紙4)

個人情報取扱注意事項

1 基本的事項

乙及び実施機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならない。

2 秘密の保持

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知ることができた個人情報をみだりに他人に知らせてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

3 収集の制限

(1) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、業務の目的を明確にするとともに、業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。

(2) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するため個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならない。

4 利用及び提供の制限

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を契約の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならない。

5 適正管理

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の漏洩、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

6 再委託の禁止

乙及び実施機関は、この契約による業務を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならない。ただし、乙及び実施機関が、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

7 資料等の返還等

乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために甲又は保険者から引き渡され、又は乙及び実施機関自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、業務完了後直ちに甲又は保険者に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲又は保険者が別に指示したときは、その指示に従うものとする。

8 従事者への周知

乙及び実施機関は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後において、その業務に関して知ることのできた個人情報を他に漏らしてはならないこと及び契約の目的以外の目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に関し必要な事項を周知するものとする。

9 実地調査

甲及び保険者は、必要があると認めるときは、乙及び実施機関がこの契約による業務の執行に当たり取り扱っている個人情報の状況について、随時実地に調査することができる。

10 事故報告

乙及び実施機関は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。