

沖 医 発 第 6 3 2 号
平成 3 0 年 8 月 1 5 日

施 設 長 殿

沖 縄 県 医 師 会
会 長 安 里 哲 好
理 事 砂 川 博 司
(公 印 省 略)

平成 30 年度特定健診項目情報提供事業（トライアングル事業）の集合契約について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本会では、本県の特定健診受診率の向上を図るとともに、県民の健康保持・増進に寄与すべく、平成 28 年度より「特定健診項目提供事業（トライアングル事業）」を実施しております。

本事業は、医療機関において通院中の患者に行った臨床検査のうち、特定健診項目に該当する検査結果のみを保険者に提供することで、保険者として当該患者の健康状態の把握が可能となり、医療機関と連携した保健指導等の取り組みが積極的に行われ、治療を中断している住民に対しての医療勧奨等を行っていただくことを目的に実施しております。

過日、当該事業に関する説明会を行い、事業の趣旨説明や事例報告、参加方法等についてご説明申し上げたところです。

つきましては、本事業の実施を希望する医療機関は、医療保険者との契約が必要となりますので、本会にて医療機関の取りまとめを行い、代表保険者（国保連合会）との集合契約を締結致しますので、多くの医療機関にご参加いただくよう、ご案内申し上げます。

なお、本集合契約の参加につきましては、「契約概要、参加条件、参加方法」（別紙 1）並びに「健診内容表」（別紙 2）をご確認の上、「委任状」（別紙 3）に必要事項をご記入いただき、本会宛 FAX（098-888-0089）もしくは郵送にてご提出下さいますようお願い致します。

沖縄県医師会業務 2 課：徳村、平良
TEL:098-888-0087
FAX:098-888-0089
E-mail : g2@okinawa.med.or.jp

契約概要

1. 特定健診項目情報提供事業（トライアングル事業）単価
情報提供料：1,404 円（税込）／追加検査料：1,620 円（税込）
合 計 ：3,024 円（税込）
2. 特定健診項目情報提供事業（トライアングル事業）対象者
次のいずれにも該当する者。
 - ・国保加入者のうち特定健康診査（40 歳以上 75 歳未満）の未受診を確認できる者。
 - ・健診情報の提供に同意した者。
3. 特定健診項目情報提供事業（トライアングル事業）提供項目
（別紙 2）健診内容表のとおり。

参加条件

1. 沖縄県医師会の会員であること。
2. 特定健診項目場情報提供事業の集合契約の料金、内容、趣旨を理解していること

参加方法

1. 委任状（別紙 3）の提出
沖縄県医師会が取りまとめる特定健診情報提供事業（トライアングル事業）の集合契約への参加有無の確認に伴う委任状の提出
提出先 FAX：098-888-0089／郵送：〒901-1105 南風原町字新川 218-9
2. データ提供ツールの選択
 - 1) オンライン情報提供システム
 - 2) CD ツール※データ提供方法を上記 1) 2) のいずれかの方法により実施する旨を国保連合会に依頼する（担当：玉置（098-863-2357））
3. 実施開始時期
委任状提出月の翌月より、対象者リストを提供する予定です。
4. その他
沖縄県医師会ホームページの特定健診・特定保健指導コーナー
（<http://www.okinawa.med.or.jp/html/chiikihoken/tokuteikenshin/tokutei.html>）に
関連資料を掲載しておりますので、ご覧下さい。

健診内容表

区分		内 容	
特定健康診査	基本的な健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
		自覚症状及び他覚症状の検査	
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			BMI
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪
			HDL-コレステロール
			LDL-コレステロール又はnon-HDLコレステロール
		肝機能検査	GOT
			GPT
			γ-GTP
		血糖検査	空腹時又は随時血糖
			ヘモグロビンA _{1c}
		腎機能検査	血清クレアチニン
			eGFR
			尿酸
	尿検査	糖	
		蛋白	
		尿潜血	
	詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)※	貧血検査	赤血球数
血色素量			
ヘマトクリット値			
心電図検査			
眼底検査			

※ 詳細な健診の項目については、可能な場合は提供すること。

平成 年 月 日

委任状

(委任者)	①健診・保健指導機関番号	
	②実施機関名	
	③郵便番号	
	④住所	
	⑤電話番号	
	⑥FAX 番号	
	⑦役職	
	⑧氏名	印
	⑨記入担当者名	

※①～④は支払基金へ届け出ている内容と差異のないこと

※⑤、⑥は市外局番から省略せずに記入すること

※⑦、⑧は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(法人理事長、院長などの指定はないが、管理者であること)

当機関は、下記の団体を契約取りまとめ団体として次の事項についての権限を委任致します。

(契約とりまとめ団体) 沖縄県南風原町新川 218-9
一般社団法人 沖縄県医師会
会長 安里 哲 好