



## 令和6年度 定期健康診断業務委託

金抜設計書

業 務 番 号      2024059000

業 務 名      令和6年度 定期健康診断業務委託

履 行 場 所      加東市社50番地（加東市役所）ほか

兵庫県 加東市

[illegible]

| 番 号 | 名 称                | 内 容                                                                                                                                                   | 数 量 | 単 位 | 単 価 | 金 額 | 備 考 |
|-----|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
|     | 定期健康診断<br>＜基本検査項目＞ |                                                                                                                                                       | 440 | 人   |     |     |     |
| 1   | 計測(身長・体重測定)        | 身長・体重測定                                                                                                                                               |     |     |     |     |     |
| 2   | 尿検査                | 糖、蛋白、ウロビリノーゲン、潜血                                                                                                                                      |     |     |     |     |     |
| 3   | 視力検査               | 遠方視力5m各眼                                                                                                                                              |     |     |     |     |     |
| 4   | 聴力検査               | 2ch                                                                                                                                                   |     |     |     |     |     |
| 5   | 心電図検査              | 安静時心電図                                                                                                                                                |     |     |     |     |     |
| 6   | 血圧測定               |                                                                                                                                                       |     |     |     |     |     |
| 7   | 胸部X線デジタル撮影         | 1方向                                                                                                                                                   |     |     |     |     |     |
| 8   | 医師診察               |                                                                                                                                                       |     |     |     |     |     |
| 9   | 血液化学検査             | 血糖, 赤血球数(RBC), 白血球数(WBC), 血色素量(Hb), Ht, 総蛋白(TP), AST(GOT), ALT(GPT), γ-GTP, LAP, クレアチニン, 尿酸(UA), 尿素窒素(BUN), TG, T-Ch, HDL-Ch, T-BiL, ALP, LDH, LDL-ch |     |     |     |     |     |
|     | ＜希望者検査項目＞          |                                                                                                                                                       |     |     |     |     |     |
| 10  | PSA                |                                                                                                                                                       | 80  | 人   |     |     |     |
| 11  | 胃部X線デジタル撮影         |                                                                                                                                                       | 80  | 人   |     |     |     |
| 12  | 大腸がん検査(2回法)        |                                                                                                                                                       | 80  | 人   |     |     |     |
| 13  | 眼底検査               |                                                                                                                                                       | 170 | 人   |     |     |     |



## 令和 6 年度 定期健康診断業務委託仕様書

### 1 総則

この仕様書は、加東市（以下「市」という。）に勤務する職員の心身の健康を確保するため、労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）その他関連法令等に基づき実施する職員健康診断（以下「健診」という。）の業務内容を示すものである。なお、この仕様書は業務の大要を示すものであり、記載されていない事項についても市が必要と判断した業務は両者協議の上、誠意をもって行うものとする。

### 2 入札に当たって

受託者は入札を行う際、総額の金額を提示すること。ただし、本契約は単価契約とし、実際に行われた業務の実績に基づいて支払を行うものとする。

### 3 履行期間

契約締結日の翌日から令和 7 年 3 月 25 日まで

### 4 履行場所

加東市社 50 番地（加東市役所）ほか

### 5 健診の種類及び実施時期

各種健診の実施時期及び日数は次表のとおりとし、健診時間は午前 9 時から午後 4 時までとする。なお、実施日時の詳細については、双方協議のうえ決定することとする。

| 種類                 | 実施時期                                                            |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------|
| ① 定期健康診断           | 令和 6 年 8 月の平日のうち連続する 3 日                                        |
| ② ①に受診できなかった職員の予備日 | 定期健康診断終了後、双方協議のうえ日時及び実施場所を決定する。<br>なお、実施場所については加東市以外の施設等でも可とする。 |

### 6 健診会場

加東市役所の庁舎内とし、胸部・胃部 X 線検査は加東市役所の敷地内において検診車により実施するものとする。

### 7 対象者

市は、対象者の所属名、職員番号、共済番号、氏名、生年月日、性別、受診項目等、必要な情報について事前に受託者に通知するものとする。

## 8 健診項目

健診項目一覧表のとおりとする。なお、設計書に記載している受診者数は見込み数であり、増減することがある。

## 9 業務内容

健診業務の範囲は、次のとおりとする。

### (1) 受診票（検査容器等を含む。）の作成及び配付

受託者は対象者が健診の受診に必要な受診票（検査容器等を含む。）を作成すること。受診票には、市が対象者として事前に通知した職員の所属名、職員番号、共済番号、氏名、生年月日、性別、受診項目等の必要な情報をあらかじめ記載し、必要な書類を同封して、健診実施日時の2週間前までに所属ごとに分類して、市へ納品すること。なお、受診票の様式については、双方協議のうえで決定するものとする。

### (2) 健診申込受付

受託者は、受付担当者を配置し、受診日当日に受診者の受付を行うこと。受診日当日に受診票等を紛失した職員のために、受託者は予備の受診票を用意して必要事項を再記入させること。

### (3) 健診に必要な器材の準備及び配付

健診に必要な器材、物品（検査容器等を含む。）等を全て準備すること。また、当該器材等の搬入や物品の購入等は受託者の負担とする。ただし、机、椅子等の備品については、双方協議のうえ、市の備品等の貸出を行うことも可能とする。

### (4) 会場の準備及び後片付け

健診会場の準備、後片付けは、市の指示のもと、受託者が全て行い、特に後片付けについては、健診実施後の会場の使用に支障が出ないように速やかに実施すること。

### (5) 健診の実施

ア 受託者は、本業務の調整を図るための事務担当者として、事務責任者を置き、事務責任者の指揮のもと健診等会場を総括する担当者として現場責任者を会場に1名以上置くこと。また、契約締結後速やかに書面によりその者の氏名を市へ報告すること。なお、現場責任者については、事務責任者又は受付担当者が兼務することを認める。

イ 受託者は、健診の実施にあたり、医師法（昭和23年法律第201号）、医療法（昭和23年法律第205号）等の関係法令を遵守し、健診が円滑に実施できるよう、必要な医師、看護師、検査技師、診療放射線技師、受付担当者等を配置すること。市が、円滑な健診の実施に支障があると判断した場合、受託者が配置したスタッフの変更、増員を求めることができる。

ウ 受託者は、健診の実施に際して、医師の問診に関しては、特に女性職員への配慮を行うなど、各種検査時のプライバシー確保に留意すること。

- エ 受託者は、健診の実施にあたり、医療事故等の無いよう職員の安全に留意すること。
- オ 受託者は、その他、健診の実施に必要な事項について、市と協議のうえ、その指示に従うものとする。

#### (6) 健診結果報告

受託者は、健診結果の報告について、次のとおり作成し、健診期間終了後から 1 か月以内に市担当課へ納品すること。なお、データで作成した成果品については、光ディスク等の電磁的記録媒体（CD-R 等）に格納し、市へ納品すること。

##### ア 健康診断個人結果通知書（本人分及び市（健康管理者）分）

基準値、数値結果、判定、所見指導助言及び受診者の健康管理に必要な事項を記し、本人分と市分の 2 種類作成すること。

本人分については、個人ごとに封入し、所属ごとに分類するものとし、市分については所属毎、職員番号順に分類し、個人ごとの封入は要しない。なお、要検査以上の所見が認められた受診者については、再受診勧告通知及び二次検査結果報告書（再受診勧告通知及び二次検査結果報告書が一体となった書式でも可）を同封すること。また、緊急に措置すべき所見が認められた場合は、受託者は当該検査結果に理由を添えて市に速やかに報告すること。

##### イ 健康診断結果一覧表

個人別の診断結果（所属名、漢字氏名、カナ氏名、性別、年齢、受診項目ごとの数値結果、判定、所見及び指導助言等）を所属、職員番号順に並べて一覧にしたデータを作成すること。なお、再受診勧告通知を送付する者については、別途とりまとめて作成し報告すること。

##### ウ 有所見者名簿

有所見者の受診者情報、有所見項目及び判定内容を記載したデータを作成すること。

##### エ 健康診断実施報告書作成用データ

労働安全衛生規則（昭和 47 年労働省令第 32 号）第 52 条に基づく、様式第 6 号を作成するために必要なデータを作成すること。

##### オ 成人病検診助成金交付申請書

兵庫県市町村職員共済組合の示す成人病検診助成金交付申請書並びに成人病検診受検者名簿(a)及び(b)のデータを作成すること。

#### (7) 特定健診データの作成・提供

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 27 条第 2 項及び第 3 項の規定に基づき、市が実施する労働安全衛生法に基づく健康診断の記録を提供すること。

##### ア 対象者

兵庫県市町村職員共済組合及び公立学校共済組合の組合員で、4 月 1 日から当年度において 40 歳以上 75 歳以下の年齢に達する者

#### イ 健診項目等

別表「健診項目等」に掲げる項目（服薬歴、喫煙習慣等の状況に係る調査は、別紙1「標準的な質問票」に準じるものとする。また、詳細な健診の項目は医師の判断により実施された場合に限る。）

#### ウ 特定健診データの提供方法等

国が定める標準的なデータファイル仕様(XKL形式)で、別紙2「データファイル仕様詳細」を参考に、DVD-R または CD-R に記録した電磁的記録により提供すること。提供期日は健康診断を実施した日から25日以内とする。

#### エ 提供先

受託者から兵庫県市町村共済組合へ直接提供すること。

なお、健診項目にもれ・不備があった場合は、別途兵庫県市町村共済組合に報告すること。「別紙3：特定健康診査受診結果表」

#### オ その他

特定健診データの提供に関して、兵庫県市町村共済組合と覚書を締結する必要がある場合は、覚書を締結すること。

### 10 職員の安全確保上の問題への対応

- (1) 受託者は、次のアからウまでに掲げる事案の発生を知った場合には、直ちにその旨を市に報告し、遅滞なく書面により報告しなければならない。

#### ア 健診の実施に関わる事故

#### イ 受診する職員の個人情報の漏えい、滅失又はき損

#### ウ その他業務の遂行に支障が生じるおそれのある事案

- (2) 受託者は、前号イその他の個人情報の安全確保に関わる場合には、直ちに市に対し、当該事案の内容、経緯、被害状況等を報告するとともに、市の指示に従い、被害の拡大防止又は復旧のために必要な措置等を行わなければならない。
- (3) 受託者は、事案の内容、影響等に応じて、その事案関係及び再発防止策の公表、当該事案に関わる本人への対応等の措置を市と協力して講じなければならない。

### 11 個人情報の保護

受託者が健診業務を行うに当たって取り扱う個人情報については、市が保有する個人情報として、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）の適用を受けるものとする。

### 12 仕様書の変更・追加

この仕様書の内容については、市が必要と認める場合に別途協議のうえ、変更及び追加を行うことができるものとする。



### 13 その他

- (1) この仕様書に記載されていない事項であっても、当然必要と認められる軽微な作業については、市と協議のうえ適正に実施すること。また、記載外の事項で問題が生じた場合は、直ちに市と協議のうえ実施すること。
- (2) 本業務に係る消耗品・機器及び搬入・運搬等の諸経費は、全て受託者が負担すること。
- (3) 各データの引き渡しに当たっては、コンピュータウイルス対策及び個人情報管理に対し、必要かつ十分な措置を講じること。
- (4) 業務履行のため貸与したデータ、名簿等は、契約期間終了後速やかに市に返還するものとする。また、契約期間終了前であっても、市が返還を求めた場合はこれに応じて速やかに返還すること。
- (5) 受託者は、健診結果等の記録は少なくとも5年間保存し、市が指示する方法で消去又は廃棄すること。また、受託者は個人情報の保護の重要性を認識し、個人の権利を侵害することの無いよう適切に取り扱うこと。
- (6) 健診日時、会場の変更は原則として行わないこととするが、天災等のやむを得ない事情があった場合、双方協議のうえ変更するものとする。
- (7) 検診車の駐車場所等については、市の指示に従うこと。
- (8) 受託者は、本業務の実施にあたり本仕様書又はその他の事項に疑義が生じたときには、市と協議し、その指示に従うこと。

## 健診項目一覧表

### 定期健康診断

|    | 健診項目                                                                                                                                                  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 計測（身長・体重測定）                                                                                                                                           |
| 2  | 尿検査（糖、蛋白、ウロビリノーゲン、潜血）                                                                                                                                 |
| 3  | 視力検査（遠方視力 5m各眼）                                                                                                                                       |
| 4  | 聴力検査（2ch）                                                                                                                                             |
| 5  | 心電図検査（安静時心電図）                                                                                                                                         |
| 6  | 血圧測定                                                                                                                                                  |
| 7  | 胸部 X 線デジタル撮影 1 方向                                                                                                                                     |
| 8  | 医師診察                                                                                                                                                  |
| 9  | 血液化学検査<br>血糖、赤血球数（RBC）、白血球数（WBC）、血色素量（Hb）、Ht、総蛋白（TP）、AST（GOT）、ALT（GPT）、 $\gamma$ -GTP、LAP、クレアチニン、尿酸（UA）、尿素窒素（BUN）、TG、T-Ch、HDL-Ch、T-BiL、ALP、LDH、LDL-ch |
| 10 | HbA1c ※40 歳以上正職員摂食者・血糖値 111 以上                                                                                                                        |
| 11 | 肝炎検査（HBs 抗原定性、HBs 抗体定性、HCV 抗体第三定性）                                                                                                                    |
| 12 | PSA ※50 歳以上の男性希望者                                                                                                                                     |
| 13 | 腹囲測定 ※35 歳及び 40 歳以上                                                                                                                                   |
| 14 | 胃部 X 線デジタル撮影 8 方向 ※希望者                                                                                                                                |
| 15 | 眼底検査（両眼） ※希望者                                                                                                                                         |
| 16 | 大腸がん検査（2 回法） ※希望者                                                                                                                                     |

|      |     |     |       |     |       |   |
|------|-----|-----|-------|-----|-------|---|
| 事務局長 | 次 長 | 課 長 | 副 課 長 | 主 幹 | 副 主 幹 | 係 |
|      |     |     |       |     |       |   |

(伺い)

下記のとおり、申請がありましたので  
助成金を交付してよろしいか。

処理日：     /     送金日：     /

|                                                                                     |                |                                             |      |         |                |              |      |         |  |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------|------|---------|----------------|--------------|------|---------|--|---|
| 成 人 病 検 診                                                                           |                | 所属所コード                                      |      |         |                |              |      | 決定額     |  | 円 |
| 助 成 金 交 付 申 請 書                                                                     |                | 所 属 所 名                                     |      |         |                |              |      |         |  |   |
| 実施年月日                                                                               |                | 令和    年    月    日    ~    令和    年    月    日 |      |         |                |              |      |         |  |   |
| 医療機関名                                                                               |                |                                             |      |         |                |              |      |         |  |   |
| 受 検 者 数                                                                             |                | (a) 組合員    名                                |      |         |                | (b) 組合員    名 |      |         |  |   |
| 請 求 金 額    円                                                                        |                |                                             |      |         |                |              |      |         |  |   |
|                                                                                     |                |                                             |      |         |                |              |      |         |  |   |
|                                                                                     | ( a )   組 合 員  |                                             |      |         | ( b )   組 合 員  |              |      |         |  |   |
| 検 査 項 目                                                                             | 検査料金<br>(税込単価) | 助成金額                                        | 受検者数 | 請 求 金 額 | 検査料金<br>(税込単価) | 助成金額         | 受検者数 | 請 求 金 額 |  |   |
| 胃 部 X 線                                                                             |                | 3,740                                       |      |         |                | 3,740        |      |         |  |   |
| 心 電 図 測 定                                                                           |                | 1,650                                       |      |         |                |              |      |         |  |   |
| 尿    検    査                                                                         |                | 110                                         |      |         |                | 110          |      |         |  |   |
| 血 液 検 査                                                                             |                | 3,190                                       |      |         |                | 3,025        |      |         |  |   |
| H b A 1 c                                                                           |                | 660                                         |      |         |                | 660          |      |         |  |   |
| 眼 底 検 査                                                                             |                | 1,210                                       |      |         |                | 1,210        |      |         |  |   |
| 大腸がん 2回法                                                                            |                | 1,045                                       |      |         |                | 1,045        |      |         |  |   |
| 大腸がん 1回法                                                                            |                | 770                                         |      |         |                | 770          |      |         |  |   |
| P S A 検 査                                                                           |                |                                             |      |         |                | 2,101        |      |         |  |   |
|                                                                                     | 小 計    ( a )   |                                             |      |         | 小 計    ( b )   |              |      |         |  |   |
| 上記のとおり申請します。<br>兵庫県市町村職員共済組合理事長    様<br>令和    年    月    日<br><br>所属所長    職 名<br>氏 名 |                |                                             |      |         |                |              |      |         |  |   |

- 1. 太線の中を記入してください。
- 2. 実施後速やかに申請してください。
- 3. 検査料金(税込単価)が助成金額を下回った場合は、検査料金が請求金額となります。

【添付書類確認欄】

- ☐ 成人病検診受検者名簿(a)(b)
- ☐ 医療機関等の領収書又は請求書の写し(検査項目・単価・受検者数が確認できるもの)



|      |     |     |     |     |     |   |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| 事務局長 | 次 長 | 課 長 | 副課長 | 主 幹 | 副主幹 | 係 |
|      |     |     |     |     |     |   |

(伺い)

下記のとおり、申請がありましたので  
助成金を交付してよろしいか。

記入例

処理日：     /     送金日：     /

|                                                                                                      |                |                                           |      |         |                |                       |      |         |  |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|------|---------|----------------|-----------------------|------|---------|--|---|
| 成 人 病 検 診                                                                                            |                | 所 属 所 コー ド                                |      | 7       | 5              | 1                     | 0    | 決 定 額   |  | 円 |
| 助 成 金 交 付 申 請 書                                                                                      |                | 所 属 所 名                                   |      | 〇 〇 市   |                |                       |      |         |  |   |
| 実 施 年 月 日                                                                                            |                | 令 和 5 年 1 月 11 日    ~    令 和 5 年 1 月 11 日 |      |         |                |                       |      |         |  |   |
| 医 療 機 関 名                                                                                            |                | 〇〇市立〇〇病院                                  |      |         |                |                       |      |         |  |   |
| 受 検 者 数                                                                                              |                | ( a ) 組 合 員    3    名                     |      |         |                | ( b ) 組 合 員    2    名 |      |         |  |   |
| 請 求 金 額    41,151    円                                                                               |                |                                           |      |         |                |                       |      |         |  |   |
|                                                                                                      |                |                                           |      |         |                |                       |      |         |  |   |
|                                                                                                      |                | ( a ) 組 合 員                               |      |         |                | ( b ) 組 合 員           |      |         |  |   |
| 検 査 項 目                                                                                              | 検査料金<br>(税込単価) | 助成金額                                      | 受検者数 | 請 求 金 額 | 検査料金<br>(税込単価) | 助成金額                  | 受検者数 | 請 求 金 額 |  |   |
| 胃 部 X 線                                                                                              | 4,070          | 3,740                                     | 1    | 3,740   | 4,070          | 3,740                 | 1    | 3,740   |  |   |
| 心 電 図 測 定                                                                                            | 1,320          | 1,650                                     | 3    | 3,960   |                |                       |      |         |  |   |
| 尿 検 査                                                                                                | 110            | 110                                       | 3    | 330     | 110            | 110                   | 2    | 220     |  |   |
| 血 液 検 査                                                                                              | 3,025          | 3,190                                     | 3    | 9,075   | 3,025          | 3,025                 | 2    | 6,050   |  |   |
| H b A 1 c                                                                                            |                | 660                                       |      |         | 660            | 660                   | 1    | 660     |  |   |
| 眼 底 検 査                                                                                              | 1,210          | 1,210                                     | 3    | 3,630   | 1,210          | 1,210                 | 2    | 2,420   |  |   |
| 大腸がん 2回法                                                                                             | 1,045          | 1,045                                     | 3    | 3,135   | 1,045          | 1,045                 | 2    | 2,090   |  |   |
| 大腸がん 1回法                                                                                             |                | 770                                       |      |         |                | 770                   |      |         |  |   |
| P S A 検 査                                                                                            |                |                                           |      |         | 2,101          | 2,101                 | 1    | 2,101   |  |   |
|                                                                                                      | 小 計    ( a )   |                                           |      | 23,870  | 小 計    ( b )   |                       |      | 17,281  |  |   |
| 上記のとおり申請します。<br>兵庫県市町村職員共済組合理事長    様<br>令和 5 年 1 月 25 日<br><br>所属所長    職 名    〇〇市長<br>氏 名    兵庫   太郎 |                |                                           |      |         |                |                       |      |         |  |   |

1. 太線の中を記入してください。
2. 実施後速やかに申請してください。
3. 検査料金(税込単価)が助成金額を下回った場合は、検査料金が請求金額となります。

【添付書類確認欄】

- ☒ 成人病検診受検者名簿(a)(b)
- ☒ 医療機関等の領収書又は請求書の写し(検査項目・単価・受検者数が確認できるもの)



## 成人病検診助成金の受検者名簿の提供方法について

次のレイアウトにより電子データを作成し、貴庁の定める方法により本組合医療保健課へ提出してください。

### 1 成人病検診助成金 CSV ファイルレイアウト

| 項目名       | 入力する内容                     | 備考                 | EXCEL の列名 |
|-----------|----------------------------|--------------------|-----------|
| 整理番号      | 整数値を入力                     | 重複しない連番であること       | A         |
| 所属所コード    | 組合員の所属所を入力                 | 数字 3 桁             | B         |
| 企業コード     | 組合員の企業を入力                  | 数字 1 桁             | C         |
| 証番号       | 組合員の証番号を入力                 | 数字 5 桁             | D         |
| 組合員氏名（カナ） | 組合員の氏名を半角カナで入力             | 苗字と名前の間半角スペース 1 文字 | E         |
| 組合員生年月日   | 組合員の生年月日を入力                | 西暦年/月/日 形式         | F         |
| 組合員区分     | (a)組合員は a<br>(b)組合員は b を入力 | 半角小文字 1 文字         | G         |
| 検診日       | 検診日を入力                     | 西暦年/月/日 形式         | H         |
| 胃部        | 胃部検診を受けた場合 1               | 受けていない場合は 0        | I         |
| 心電図       | 心電図検診を受けた場合 1              | 受けていない場合は 0        | J         |
| 尿         | 尿検診を受けた場合 1                | 受けていない場合は 0        | K         |
| 血液        | 血液検診を受けた場合 1               | 受けていない場合は 0        | L         |
| HbA1c     | HbA1c 検診を受けた場合 1           | 受けていない場合は 0        | M         |
| 眼底        | 眼底検診を受けた場合 1               | 受けていない場合は 0        | N         |
| 大腸 1      | 大腸 1 検診を受けた場合 1            | 受けていない場合は 0        | O         |
| 大腸 2      | 大腸 2 検診を受けた場合 1            | 受けていない場合は 0        | P         |
| PSA       | PSA 検診を受けた場合 1             | 受けていない場合は 0        | Q         |

## 2 電子データの仕様等について

型式： CSV ファイル

ファイル名： 所属所コード、企業コード、成人病名簿.csv

例 所属所コード 751、企業コード 0 の所属所の場合 → 7510 成人病名簿.csv

その他：

- ・ 企業を設定している所属所は、企業ごとに名簿を作成してください。
- ・ 組合員の区分は混在していても構いません。
- ・ 検診日は混在していても構いません。
- ・ メールで提出される際は、件名欄に所属所名と「成人病検診助成金」を入力願います。
- ・ CSV ファイルの 1 行目に、項目名の入力是不要です。

標準的な質問票

別紙 1

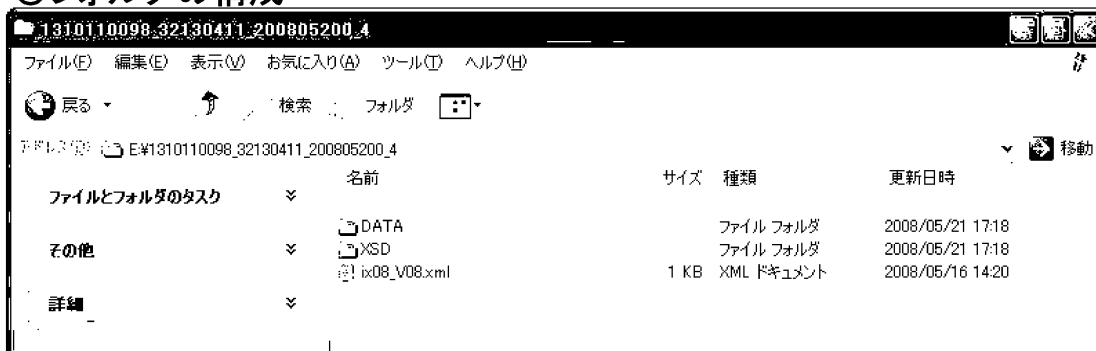
(記号-番号 - ) 氏 名

|     | 質問項目                                                                                 | 回答                                                                                                                         |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-3 | 現在、aから c の薬の使用の有無※                                                                   |                                                                                                                            |
| 1   | a. 血圧を下げる薬                                                                           | ①はい ②いいえ                                                                                                                   |
| 2   | b. インスリン注射又は血糖を下げる薬                                                                  | 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、慢性腎臓病や慢性の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る。                                                                   | ①はい ②いいえ                                                                                                                   |
| 8   | 現在、たばこを習慣的に吸っている。<br>（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者） | ①はい ②いいえ                                                                                                                   |
| 9   | 20歳の時の体重から10kg以上増加している。                                                              | 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年以上実施している。                                                   | 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る。                                                   | 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。                                                               | ①はい ②いいえ                                                                                                                   |
| 13  | 食事をかんで食べるとき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<br>②歯や歯ぐき、かみわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある<br>③ほとんどかめない                                                         |
| 14  | 人と比較して食べる速度が速い。                                                                      | ①速い ②ふつう 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回以上ある。                                                          | ①はい ②いいえ                                                                                                                   |
| 16  | 朝昼夕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回以上ある。                                                                    | ①はい ②いいえ                                                                                                                   |
| 18  | お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度                                                             | ①毎日 ②時々③ほとんど飲まない（飲めない）                                                                                                     |
| 19  | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎25度（110ml）、ウイスキーダブル一杯（60ml）、ワイン2杯（240ml） | ①1合未満 ②1～2合未満<br>③2～3合未満 ④3合以上                                                                                             |
| 20  | 睡眠で休養が十分とれている。                                                                       | 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すか。                                                          | ①改善するつもりはない<br>②改善するつもりである（概ね6か月以内）<br>③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている<br>④既に改善に取り組んでいる（6か月未満）<br>⑤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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。                                                    | ①はい ②いいえ                                                                                                                   |

※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。

□の枠内は必須の項目ですので、必ず記入してください。

## ◎フォルダの構成



①[DATA] … 健診・保健指導データ格納用フォルダ

②[XSD] … スキーマファイル格納フォルダ(健診データの電子的管理の整備に関するホームページ[<http://tokuteikenshin.jp/>])の凍結バージョンを使用)

③[ix08\_V08.xml] … 交換用基本情報ファイル

\*CLAIMSフォルダ、su08\_V08.xmlファイルはあってもよい

## ◎フォルダ名称

表 1 ルートフォルダ名規則

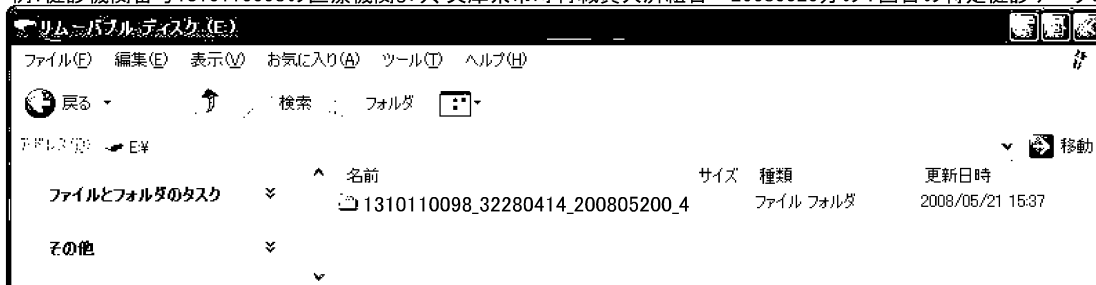
| 長さ   | 内容                                                                                                                         | フォーマット        | 例          |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 8～10 | 提出元機関番号 ※健診機関番号を設定(健診機関番号がない場合は、保険医療機関番号を設定)                                                                               |               | 1234567890 |
| 7～10 | 提出先機関番号 ※保険者番号32280414を設定                                                                                                  | nnnnnnnn[nnn] | 1234567899 |
| 8    | 提出年月日                                                                                                                      | yyyymmdd      | 20070612   |
| 1    | 同じ送信元機関から同じ送信先機関に同じ日に複数回送信する場合(同日分割送信)、送信回数識別番号。1回目の送信では0とし、同日に2回目以降の送信をする場合、1、2、3、…と増やしていく。最大9までとする。1回で送信を完了する場合にも0を指定する。 | n             | 0          |
| 1    | 実施区分コード (表 5)                                                                                                              | n             | 1          |

「1:特定健診情報」又は「4:他の健診結果受領分」を設定

表 5 実施区分コード (特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き 付属資料 7 別表 3)

| コード名    | コード | 内容         | 備考              |
|---------|-----|------------|-----------------|
| 実施区分コード | ①   | 特定健診情報     |                 |
|         | 2   | 特定保健指導情報   |                 |
|         | 3   | 国への実施結果報告  |                 |
|         | ④   | 他の健診結果の受領分 | 事業主健診の結果を受領した場合 |

例: 健診機関番号1310110098の医療機関より、兵庫県市町村職員共済組合へ20080520分の1回目の特定健診データの場合

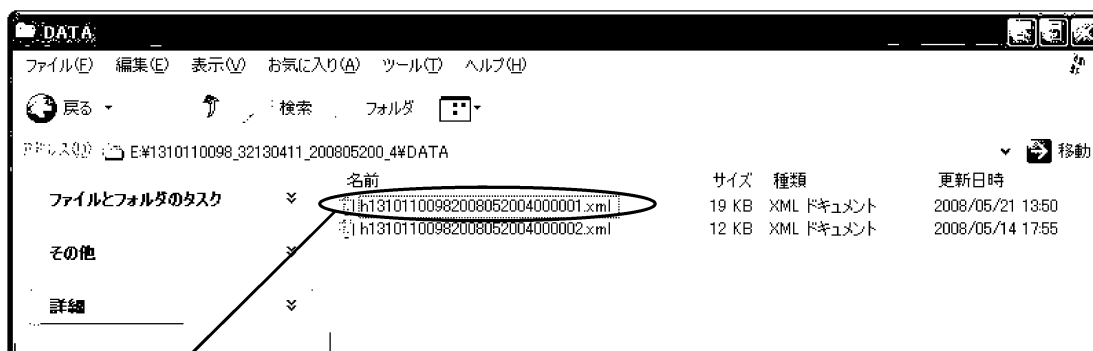




## ◎データxml名称(DATAフォルダ内)

表 8 特定健診・特定保健指導ファイル命名規則

| 開始位置 | 長さ | 内容                                                                                                                        | フォーマット     | 例          |
|------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 1    | 1  | h:特定健診データファイル<br>c:特定健診決済情報ファイル<br>g:特定保健指導データファイル<br>p:特定保健指導決済情報ファイル                                                    | X          | h          |
| 2    | 10 | 健診機関番号<br>健診機関番号がない場合は、保険医療機関番号を設定                                                                                        | nnnnnnnnnn | 1234567899 |
| 12   | 8  | ファイル生成日付またはアーカイブ生成日付                                                                                                      | yyyymmdd   | 20070612   |
| 20   | 1  | 同じ送信元機関から同じ送信先機関に同じに複数回送信する場合（同日分割送信）、送信回数識別番号。1回目の送信では0とし、同じに2回目以降の送信をする場合、1、2、3、…と増やしていく。最大9までとする。1回で送信を完了する場合にも0を指定する。 | n          | 0          |
| 21   | 1  | 種別「1:特定健診情報」又は「4:他の健診結果受領分」を設定                                                                                            | n          | 1          |
| 22   | 6  | 同一フォルダ内で同一ファイル名とならないように振られた6桁の数字                                                                                          | nnnnnn     | 000005     |
| 28   | 4  | 拡張子「.xml」                                                                                                                 | -          | .xml       |



例:

|   |             |          |             |     |
|---|-------------|----------|-------------|-----|
| h | 健診機関番号      | ファイル生成日付 | 重複しない番号     | 拡張子 |
|   | 特定健診データファイル |          | 1又は4        |     |
|   |             |          | 送信回数(0=1回目) |     |

## ◎ix08\_V08の設定

Microsoft Internet Explorer

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) お気に入り(A) ツール(T) ヘルプ(H)

アドレス: C:\Documents and Settings\kikinc105\Desktop\ix08\_V08.xml

Google C 検索 の 設定 ☆ ブックマーク ポップアップを許可 チェック 次へ送信 設定

セキュリティ保護のため、コンピュータにアクセスできるアクティブ コンテンツは表示されません。Internet Explorer で制限されています。オプションを表示するには、ここをクリックしてください。

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8" ?>
- <index xmlns="http://tokuteikenshin.jp/checkup/2007" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xsi:schemaLocation="http://tokuteikenshin.jp/checkup/2007 ./XSD/ix08_V08.xsd">
  <interactionType code="6"/>「6」又は「9」を設定
  <creationTime value="20080520" />
  <sender>
    <id extension="1310110098" root="1.2.392.200119.6.102" />
  </sender>
  <receiver>
    <id extension="32280414" root="1.2.392.200119.6.101" />
  </receiver>
  <serviceEventType code="4"/>「1」又は「4」を設定
  <totalRecordCount value="2" />
</index>
```

ページが表示されました

マイコンピュータ

決済データがない場合→健診データのファイル数を設定  
決済データがある場合→健診データのファイル数+決済データのファイル数を設定

表 8 種別コード (特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き 付属資料・別表 1)

| コード名  | コード | 内容                     | 備考          |
|-------|-----|------------------------|-------------|
| 種別コード | 1   | 特定健診機関又は特定保健指導機関から代行機関 | 請求          |
|       | 2   | 代行機関から特定健診機関又は特定保健指導機関 | 返戻          |
|       | 3   | 代行機関から保険者              | 請求          |
|       | 4   | 保険者から代行機関 (未決済データの場合)  | 返戻請求        |
|       | 5   | 保険者から代行機関 (決済データの場合)   | 過誤請求        |
|       | 6   | 特定健診機関又は特定保健指導機関から保険者  | 代行機関を介しない場合 |
|       | 7   | 保険者から特定健診機関又は特定保健指導機関  |             |
|       | 8   | 保険者から保険者               |             |
|       | 9   | その他                    |             |
|       | 10  | 保険者から国 (支払基金)          | 実施結果報告      |
|       | 11  | 代行機関から保険者へ確認依頼         | 確認依頼        |
|       | 12  | 予備                     |             |
|       | 13  | 予備                     |             |

表 11 OID 一覧

| OID                  | 説明                  | 備考 |
|----------------------|---------------------|----|
| 1.2.392.200119.6.101 | 保険者番号               |    |
| 1.2.392.200119.6.102 | 特定健診機関番号/特定保健指導機関番号 |    |
| 1.2.392.200119.6.103 | 代行機関番号              |    |
| 1.2.392.200119.6.105 | 地方公共団体コード           |    |

表 9 実施区分コード (特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き 付属資料・別表 3)

| コード名    | コード | 内容                | 備考 |
|---------|-----|-------------------|----|
| 実施区分コード | 1   | 特定健診情報            |    |
|         | 2   | 特定保健指導情報          |    |
|         | 3   | 国 (支払基金) への実施結果報告 |    |
|         | 4   | 他の健診結果の受領分        |    |

## ◎データxmlに含まれる項目の設定

①兵庫県市町村職員共済組合 ...32280414を設定  
の保険者番号

②被保険者証等記号 ...組合員証の記号(3桁)を設定

③被保険者証等番号 ...組合員証の番号を設定

④受診者の郵便番号・住所 ...ダミーデータを設定

例：郵便番号 000-0000、住所 あ

⑤受診券情報と保険者情報(/ClinicalDocument/participant)は定義しない  
(5、6ページの「3.2.3.4 受診券情報と保険者情報」は定義しない)

⑥プログラム種別コード

特定健診・特定保健指導の電子的標準様式に仕様するOID表

| OID                   | コード表名称          | コード：値 または説明                                                                                                                                                           |
|-----------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2.392.200119.6.1002 | 「010」又は「030」を設定 | 000：不明<br>010：特定健診<br>020：広域連合の保健事業<br>030：事業者健診(労働安全衛生法に基づく健診)<br>040：学校健診(学校保健法に基づく職員健診)<br>050：生活機能評価<br>060：がん検診<br>090：肝炎検診<br>990：上記いずれでもない健診(検診)<br>100：特定保健指導 |
|                       | プログラム種別コード      |                                                                                                                                                                       |

|                  |               |
|------------------|---------------|
| 特定健診の電子的なデータ標準様式 | Version: 1.27 |
| 特定健診情報ファイル 仕様説明書 |               |
|                  |               |

### 3.2.3.4 受診券情報と保険者情報

受診者が健診実施時に属した保険者の情報および、その保険者が発行した受診券に関する情報を表現する。表 8 に示す項目が含まれる。なお、保険者番号については、recordTarget (XML 仕様 No: 6) の中で記述される保険者番号と同一でなければならない。万一、値が異なる場合には、recordTarget (XML 仕様 No: 6) の中で記述される保険者番号のほうが正しいものとして処理される。受診券が発行されないケースでは本要素 ClinicalDocument/participant は出現しない。

表 8 受診券情報と保険者情報へのマッピング項目

| No | 項目名           | XML 仕様 No | XPath                                                                            |
|----|---------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|
|    | 受診券有効期限       | 9.4.1     | /ClinicalDocument/participant/time/high/@value                                   |
|    | 受診券整理番号       | 9.6.1     | /ClinicalDocument/participant/associatedEntity/id/@extension                     |
|    | 受診券を発行した保険者番号 | 9.8.1     | /ClinicalDocument/participant/associatedEntity/scopingOrganization/id/@extension |

受診券情報と保険者情報の XML 仕様を表 9 に示す。

表 9 受診券情報と保険者情報の XML 仕様

| No    | XPath                                   | 説明                                                                                                                                         | 多重度  | 選択性 |
|-------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| 9     | /ClinicalDocument/participant           |                                                                                                                                            | 0..1 | O   |
| 9.1   | @typeCode                               | HL7 ポキャブラリドメイン ParticipationType から所有者を示す「HLD」を設定。                                                                                         | 1..1 | M   |
| 9.2   | functionCode                            | 受診券の情報であることを示す情報                                                                                                                           | 1..1 | M   |
| 9.2.1 | @code                                   | 受診券券面種別コードを示す「1」を設定。                                                                                                                       | 1..1 | M   |
| 9.2.2 | @codeSystem                             | 受診券・利用券の券面種別コードのための OID。「1.2.392.200119.6.208」を設定。                                                                                         | 1..1 | M   |
| 9.3   | time                                    | 受診券の有効期間                                                                                                                                   | 1..1 | M   |
| 9.4   | time/high                               | 有効期間の終了日すなわち有効期限                                                                                                                           | 0..1 | M   |
| 9.4.1 | @value                                  | 「受診券有効期限」、書式は「YYYYMMDD」。                                                                                                                   | 1..1 | M   |
| 9.5   | associatedEntity                        | 受診券と発行者の識別情報。                                                                                                                              | 1..1 | M   |
| 9.5.1 | @classCode                              | HL7 ポキャブラリドメイン RoleClass から「IDENT」を設定。                                                                                                     | 1..1 | M   |
| 9.6   | associatedEntity/id                     | 受診券整理番号                                                                                                                                    | 1..1 | M   |
| 9.6.1 | @extension                              | 「受診券整理番号」に対応する文字列。数字 11 桁固定。(別表5参照)                                                                                                        | 1..1 | M   |
| 9.6.2 | @root                                   | 受診券整理番号のための OID。「1.2.392.200119.6.209.nnnnnnnnn」を設定。ここで nnnnnnnnn は XML 仕様 No.9.8.1 に記述される保険者番号 8 桁の先頭に 1 をつけて 9 桁とした番号。OID 表も参照のこと。       | 1..1 | M   |
| 9.7   | associatedEntity/scopingOrganization    | 受診券を発行した保険者の保険者情報。                                                                                                                         | 1..1 | M   |
| 9.8   | associatedEntity/scopingOrganization/id | 受診券を発行した保険者の保険者番号。                                                                                                                         | 1..1 | M   |
| 9.8.1 | @extension                              | 「受診券を発行した 保険者番号」。送信側（ファイル作成側）は recordTarget (XML 仕様 No. 6) の中で記述される保険者番号 8 桁と同一番号を設定する。省略はできない。ファイル受信側では無視してよく、仮に本属性が recordTarget (XML 仕様 | 1..1 | M   |

|                  |               |
|------------------|---------------|
| 特定健診の電子的なデータ標準様式 | Version: 1.27 |
| 特定健診情報ファイル 仕様説明書 |               |

|       |      |                                        |      |   |
|-------|------|----------------------------------------|------|---|
|       |      | No. 6) の中で記述される保険者番号と異なっていた場合にも無視してよい。 |      |   |
| 9.8.2 | root | 保険者番号の OID、「1.2.392.200119.6.101」を設定   | 1..1 | M |

受診券と保険者情報の XML サンプルを以下に示す。

```
<ClinicalDocument>
...
<participant typeCode="HLD">
<functionCode code="1" codeSystem="1.2.392.200119.6.208" />
<time>
<!-- high value of time -->
<high value="20080331" />
</time>

<associatedEntity classCode="IDENT">
<!-- participant -->
<id extension="11223344551" root="1.2.392.200119.6.209.131130685"
/>

<!-- participant -->
<scopingOrganization>
<!-- participant --> 31130685 -->
<id extension="31130685" root="1.2.392.200119.6.101" />
</scopingOrganization>
</associatedEntity>
</participant>
...
</ClinicalDocument>
```

## 特定健康診査受診結果表(その他健診分) \* 必須項目

|           |     |               |   |   |   |
|-----------|-----|---------------|---|---|---|
| 記 号 一 番 号 | 氏 名 | 生年月日<br>(西暦)  | 年 | 月 | 日 |
| —         |     | 健診年月日<br>(西暦) | 年 | 月 | 日 |

|            |                |    |              |               |
|------------|----------------|----|--------------|---------------|
| 区 分        | 1:事業者健診(パート先等) |    | 2:人間ドック(自主的) | 3:その他(自主的に健診) |
| 健 診<br>機 関 | コード            | 名称 | 所在地          |               |
|            |                |    |              |               |

\* コードが不明な場合は、名称・所在地のみ記入

\*区分は該当するものに○を付ける

| No | 項目                   | 備 考                                      |
|----|----------------------|------------------------------------------|
| 1  | 身長                   | (cm)                                     |
| 2  | 体重                   | (kg)                                     |
| 3  | BMI                  | 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 少数点以下第2位を四捨五入         |
| 4  | 内臓脂肪面積               | (cm)、内臓脂肪面積の場合(cm2)<br>いずれか1項目設定されていればよい |
|    | 腹囲(実測)               |                                          |
|    | 腹囲(自己判定)             |                                          |
|    | 腹囲(自己申告)             |                                          |
| 5  | 既往歴                  | 1:あり、2:なし                                |
| 6  | 具体的な既往歴              | 「既往歴」が1(特記すべきことあり)の場合、必須となる              |
| 7  | 自覚症状                 | 1:あり、2:なし                                |
| 8  | 自覚症状に対する所見           | 「自覚症状」が1(特記すべきことあり)の場合、必須となる             |
| 9  | 他覚症状                 | 1:あり、2:なし                                |
| 10 | 他覚症状に対する所見           | 「他覚症状」が1(特記すべきことあり)の場合、必須となる             |
| 11 | 収縮期血圧(1回目)           | (mmHg)<br>いずれか1項目設定されていればよい              |
|    | 収縮期血圧(2回目)           |                                          |
|    | 収縮期血圧(その他)           |                                          |
| 12 | 拡張期血圧(1回目)           | (mmHg)<br>いずれか1項目設定されていればよい              |
|    | 拡張期血圧(2回目)           |                                          |
|    | 拡張期血圧(その他)           |                                          |
| 13 | 中性脂肪(可視吸光光度法)        | (mg/dl)<br>いずれか1項目設定されていればよい             |
|    | 中性脂肪(紫外吸光光度法)        |                                          |
|    | 中性脂肪(その他)            |                                          |
| 14 | HDLコレステロール(可視吸光光度法)  | (mg/dl)<br>いずれか1項目設定されていればよい             |
|    | HDLコレステロール(紫外吸光光度法)  |                                          |
|    | HDLコレステロール(その他)      |                                          |
| 15 | LDLコレステロール(可視吸光光度法)  | (mg/dl)<br>いずれか1項目設定されていればよい             |
|    | LDLコレステロール(紫外吸光光度法)  |                                          |
|    | LDLコレステロール(その他)      |                                          |
| 16 | GOT(AST)(可視吸光光度法)    | (IU/l)<br>いずれか1項目設定されていればよい              |
|    | GOT(AST)(その他)        |                                          |
| 17 | GPT(ALT)(可視吸光光度法)    | (IU/l)<br>いずれか1項目設定されていればよい              |
|    | GPT(ALT)(その他)        |                                          |
| 18 | γ-GT(γ-GTP)(可視吸光光度法) | (IU/l)<br>いずれか1項目設定されていればよい              |
|    | γ-GT(γ-GTP)(その他)     |                                          |

\* 検査法が不明の場合は、その他に記入する

|           |     |  |               |   |   |   |
|-----------|-----|--|---------------|---|---|---|
| 記 号 一 番 号 | 氏 名 |  | 生年月日<br>(西暦)  | 年 | 月 | 日 |
| —         |     |  | 健診年月日<br>(西暦) | 年 | 月 | 日 |

| No | 項目                | 備 考                                                         |
|----|-------------------|-------------------------------------------------------------|
| 19 | 空腹時血糖(電位差法)       | (mg/dl)                                                     |
|    | 空腹時血糖(可視吸光光度法)    | いずれか1項目設定されてい<br>ればよい                                       |
|    | 空腹時血糖(紫外吸光光度法)    |                                                             |
|    | 空腹時血糖(その他)        | ※「空腹時」とは、食後10時間以上                                           |
|    | HbA1c(免疫学的方法)     | (%)                                                         |
|    | HbA1c(HPLC)       |                                                             |
|    | HbA1c(酵素法)        | いずれか1項目設定されてい<br>ればよい                                       |
|    | HbA1c(その他)        |                                                             |
|    | 随時血糖(電位差法)        | (mg/dl)                                                     |
|    | 随時血糖(可視吸光光度法)     | いずれか1項目設定されてい<br>ればよい                                       |
|    | 随腹時血糖(紫外吸光光度法)    |                                                             |
|    | 随腹時血糖(その他)        | ※「随時」とは、食後3.5時間以上                                           |
| 20 | 尿糖(試験紙法(機械読み取り))  | いずれか1項目設定されてい<br>ればよい<br>(-、±、+、++、+++、生理中測定不能、腎疾患測定不<br>能) |
|    | 尿糖(試験紙法(目視法))     |                                                             |
| 21 | 尿蛋白(試験紙法(機械読み取り)) | いずれか1項目設定されてい<br>ればよい<br>(-、±、+、++、+++、生理中測定不能、腎疾患測定不<br>能) |
|    | 尿蛋白(試験紙法(目視法))    |                                                             |
| 22 | メタボリックシンドローム判定    | 1:基準該当、2:予備軍該当、3:非該当、4:判定不能                                 |
| 23 | 保健指導レベル           | 1:積極的支援、2:動機付け支援、3:なし、4:判定不能                                |
| 24 | 医師の診断(判断)         |                                                             |
| 25 | 健康診断を実施した医師の氏名    |                                                             |
| 26 | 服薬1(血圧)           | 1:あり、2:なし                                                   |
| 27 | 服薬2(血糖)           | 1:あり、2:なし                                                   |
| 28 | 服薬3(脂質)           | 1:あり、2:なし                                                   |
| 29 | 喫煙                | 1:あり、2:なし                                                   |

\* 検査法が不明の場合は、その他(尿は目視法)に記入する