

## 平成30年度後期高齢者健康診査実施機関の募集について

福岡県後期高齢者医療広域連合では、後期高齢者医療制度の被保険者を対象とした後期高齢者健康診査（個別健診）の平成30年度実施機関を募集します。

希望される保険医療機関等は、下記により必要書類を添えてお申込みください。

### 記

#### 1 提出期限

平成30年4月1日契約分 平成30年3月16日（金）必着

※3月16日以降も随時受付をしますが、書類が届いてから契約締結まで2週間程度かかります。健診の実施は、契約日以降にしかできませんので、ご注意ください。

#### 2 募集条件

- (1) 平成30年4月1日から平成31年3月31日まで通年で健康診査を実施すること（※年度途中での辞退は認めない）。
- (2) 社会保険診療報酬支払基金に健康診査実施機関の登録をしていること。
- (3) 健診結果のデータ化を行い、福岡県国民健康保険団体連合会との間で、健診データの授受及び費用決済が可能であること。

#### 3 申込方法

次の書類を「福岡県後期高齢者医療広域連合健康企画課」へ郵送にて提出すること。

- (1) 後期高齢者健康診査委託契約申込書（別紙）
- (2) 社会保険診療報酬支払基金の特定健診・特定保健指導機関届の写し又は社会保険診療報酬支払基金の健診等機関コード決定通知書の写し

#### 4 健診項目及び実施方法

特定健診の実施項目及び実施方法に準じ、福岡県後期高齢者健康診査実施要綱により実施する（別紙1参照）。

#### 5 健康診査委託料

健康診査委託料の単価については、別紙2参照。

#### 6 問い合わせ先

福岡県後期高齢者医療広域連合お問い合わせセンター

〒812-0044 福岡市博多区千代四丁目1番27号

TEL 092-651-3111

E-mail tekisei@fukuoka-kouki.jp

※ 福岡県医師会加入の保険医療機関は、地元の都市医師会へお問い合わせください。

(別紙)

平成30年度福岡県後期高齢者健康診査委託契約申込書

平成 年 月 日

(あて先)

福岡県後期高齢者医療広域連合長

申込者 住所

氏名

印

後期高齢者健康診査実施機関として、福岡県後期高齢者医療広域連合との委託契約を希望するので、下記のとおり申込みます。

記

1 特定健診・特定保健指導機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 実施機関名

3 所在地

4 郵便番号

5 電話番号

6 経営主体

7 開設者名

8 詳細健診（貧血検査、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン及びeGFR）の実施状況

項目	状況
貧血検査	
心電図検査	
眼底検査	
血清クレアチニン及びeGFR	

自院で実施する場合は 「○」、  
再委託により実施する場合は 「△」、  
実施できない場合は 「×」を記入してください。

## 平成30年度後期高齢者健康診査内容

区分		内容	
健康診査 ※6	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) ※1	
		自覚症状及び他覚症状の検査	
		身体計測	身長
			体重
			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 ※2
		肝機能検査	GOT
			GPT
			γ-GTP
		血糖検査 ※3	空腹時血糖
	ヘモグロビン A1c		
	尿検査 ※4	糖	
		蛋白	
	詳細な健診の 項目(医師の 判断による追 加項目) ※5	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(両眼)			
血清クレアチニン及びeGFR			
保険者独自の 追加健診項目 (必須)	尿酸、血清クレアチニン及びeGFR ※6、尿潜血、ヘモグロビン A1c		

※1 制度上質問票は必須ではないが、服薬歴や喫煙歴及び既往歴は把握する必要がある。受診者が質問表を持参せず、実施機関が服薬歴等の把握において質問票を使用する場合には、当該機関にて質問票を準備する。

※2 中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後に採血する場合は、LDLコレステロールに代えて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)検査でも可。

※3 血糖検査においては、空腹時血糖及びヘモグロビンA1cを測定すること。やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、食直後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 腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者に対する尿検査につ

いては、検査不能として実施を行わない場合も認めるものの、その他の項目については全て実施すること。実施されなかった場合は完全に実施するまで何度も実施するか、未実施扱いとする(この場合甲から乙に委託費用は支払われない)。

※5 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)を実施する場合は、実施基準第1条第1項第10号に基づき行うこと。また、受診者に十分な説明を行うと共に、医療保険者に送付する結果データにおいてその理由を詳述することとする。なお、血清クレアチニンについてはeGFRの値を算出し明記すること。

※6 保険者独自の追加健診項目の血清クレアチニンは、詳細な健診の項目非該当者全員に実施するものとする。なおeGFRの値を算出し明記すること。

※7 健康診査の結果を受診者に通知する際には、結果内容に合わせた、実施基準第3条に基づく必要な情報を提供するものとする。また、結果通知は原則として対面で実施するものとし、健康診査の実施後速やかに面談できない場合のみ郵送により実施するものとする。

実施基準第1条第1項第10号(一部抜粋)

貧血検査	貧血の既往症を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査	当該年度の健康診査の結果等において、収縮期血圧が140 mm Hg以上若しくは拡張期血圧が90 mm Hg以上の者又は自覚症状及び他覚症状の有無の検査において不整脈が疑われる者
眼底検査	<p>当該年度の健康診査の結果等において、次のア又はイの項目について、それぞれ当該ア又はイに掲げる基準に該当せず、かつ当該イの項目の結果について確認することができない場合においては、前年度の健康診査の結果等において、当該イの項目について、当該イに掲げる基準に該当した者</p> <p>ア 血圧 収縮期血圧が140 mm Hg以上 又は拡張期血圧が90 mm Hg以上</p> <p>イ 血糖 空腹時血糖値が126mg/dl以上、 ヘモグロビンA1cが6.5%(NGSP値)以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上</p>
血清クレアチニン及びeGFR	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、次のア又はイの項目について、それぞれ当該ア又はイに掲げる基準に該当した者</p> <p>ア 血圧 収縮期血圧が130 mm Hg以上 又は拡張期血圧が85 mm Hg以上</p> <p>イ 血糖 空腹時血糖値が100mg/dl以上、 ヘモグロビンA1cが5.6%(NGSP値)以上 又は随時血糖値が100mg/dl以上</p>

## 平成30年度後期高齢者健康診査委託料（単価表）

区分		1人当たり委託料単価 （消費税及び地方消費税 含む）		支払条件		
		【個別健診】				
健康診査	基本的な健診の項目		7,714円		健診実施後に一括 ※ 健診単価には、 消費税・検査結果 通知費・情報提供 料・電子的データ 提出に係る費用を 含む。	
	詳細な健診 の項目 （医師の判 断による追 加項目）	貧血検査	226円			
		心電図検査	1,404円			
		眼底検査 （両眼）	1,209円			
		血清クレアチニン 及びeGFR	118円			
	追加健診 項目 （必須）	尿酸	4項目 293円	51円		
		血清クレアチニン 及びeGFR		118円		
		尿潜血		9円		
ヘモグロビンA1c		115円				

注) 追加健診項目の請求金額について

詳細な健診の項目による血清クレアチニン及びeGFRを実施した場合は、追加健診項目4項目の総額（293円）から血清クレアチニン及びeGFRの金額（118円）を差し引いた3項目の総額（175円）とする。