

令和7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）の令和7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

令和7年4月1日契約分…令和7年3月13日（木）必着

※3月13日以降も随時受付をしますが、書類が届いてから契約書送付まで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、ご留意ください。

2 募集条件

- （1）令和7年4月1日から令和8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4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、地元の郡市医師会へお問い合わせください。

(別紙)

令和7年度福岡県後期高齢者健康診査委託契約申込書

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

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

状況欄に○又は△を記載してください。

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（自院で健診を行い、分析のみ検査センター等で行う場合を含む）

「△」…再委託により実施（詳細健診項目を他の実施機関へ委託する）

令和7年度後期高齢者健康診査内容

区分		内容	
健康診査 ※8	基本的な健診の項目	高齢者の特性を踏まえた健康状態の把握※1	
		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※2
			HDL-コレステロール
			LDL-コレステロール※3
		肝機能検査	AST(GOT)
			ALT(GPT)
			γ-GT(γ-GTP)
		血糖検査※4	空腹時血糖
			ヘモグロビン A1c
		尿検査※5	糖
			蛋白
	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※5	
		尿潜血	
		ヘモグロビンA1c	
		血清アルブミン	
		貧血検査※6	赤血球数
			血色素量
			ヘマトクリット値
	詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)※7	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	

※1 制度上質問票は必須ではないが、高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に

把握する必要がある。受診者が質問表を持参せず、実施機関が高齢者の特性を踏まえた健康状態を把握するうえで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 中性脂肪検査においては、空腹時中性脂肪を測定すること。やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、絶食 10 時間未満に、随時中性脂肪による脂質検査を行う。
- ※3 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。
- ※4 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、食事開始時から 3.5 時間以上絶食 10 時間未満に、随時血糖による血糖検査を行う。
- ※5 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（この場合発注者から受注者に委託費用は支払われない）。
- ※6 保険者独自の追加健診項目の血清クレアチニン、貧血検査は、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、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。
- ※7 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。
- ※8 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	当該年度の健診結果等において、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（当該年度の健診結果等において、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、前年度の健診結果等において、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） 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 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
血清クレアチニン及び eGFR	当該年度の健診結果等において、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 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 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

令和7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	8,232 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。
	保険者独自の追加健診項目（必須）	尿酸	52 円
		血清クレアチニン及びeGFR	120 円
		尿潜血	9 円
		ヘモグロビンA1c	117 円
		血清アルブミン	121 円
		貧血検査	230 円
	詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）	貧血検査	230 円
		心電図検査	1,430 円
		眼底検査（両眼）	1,232 円
		血清クレアチニン及びeGFR	120 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、貧血検査を実施した場合は、追加健診項目6項目の総額（649円）から血清クレアチニンの金額（120円）、貧血検査の金額（230円）を差し引いた4項目の総額（299円）とする。