

沖医発第1278号
令和2年1月29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)

令和2年度特定健診・特定保健指導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、平成20年度より、特定健診・特定保健指導の集合契約を実施しているところです。

令和2年度におきましても、本会が取りまとめる特定健診等の集合契約を堅持すべく各保険者と協議を重ねて参りました結果、「令和2年度の契約内容の概要」(別紙1)、「令和2年度特定健診・特定保健指導(内訳書)」(別紙2)に示した単価にて、各代表保険者と契約を締結するはこびとなりました。

特定健診等の契約につきましては単年度契約を原則としているため、令和2年度分の契約について改めて貴施設の参加意思を確認させていただきたくご連絡申し上げます。

本集合契約への参加につきましては、「依頼概要」(別紙3)並びに「契約参加条件」(別紙4)をご確認のうえ、「委任状」(別紙5)に必要事項をご記入いただき、来る2月17日(月)までに所属地区医師会へ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

令和 2 年度の契約内容の概要

1. 特定健康診査・特定保健指導の項目及び単価

別紙 2 の「令和 2 年度特定健康診査・特定保健指導 (内訳書)」をご参照下さい。

2. 特定保健指導

国の標準プログラムに則った支援形態

①動機付け支援

初回面接 (個別面接またはグループ支援 1 回)、3 か月後の評価
対象者個々に合った内容で、分かりやすく質の高い資料等の配布

②積極的支援 (実施内容概略)

初回面接及び「個別支援またはグループ支援を 1 回以上」、継続支援形態は電話、メール・手紙・FAX 等 (最低要件 180 ポイント以上)、3 か月後の評価

3. 料金

①市町村国保

| | | 令和 2 年度 | |
|-----------------|-----|---------|---------|
| | | 集団健診 | 個別健診 |
| 特定健診等 (基本健診) | | 6,802 円 | 7,150 円 |
| 追加健診 | | 60 円 | 60 円 |
| 詳細な健診 | 貧血 | 315 円 | 315 円 |
| | 心電図 | 1,048 円 | 1,363 円 |
| | 眼底 | 629 円 | 1,258 円 |

②被用者保険

| | | 令和 2 年度 | |
|--------------------|--------------------|----------|---------|
| | | 集団健診 | 個別健診 |
| 特定健診等 | | 7,150 円 | 7,150 円 |
| 詳細な健診 | 貧血 | 242 円 | 242 円 |
| | 心電図 | 1,430 円 | 1,430 円 |
| | 眼底 | 1,232 円 | 1,232 円 |
| | 血清クレアチニン (eGFR) | 121 円 | 121 円 |
| 特定保健指導 (動機付け支援) | | 8,470 円 | |
| 特定保健指導 (積極的支援) | | 25,120 円 | |

令和2年度特定健診・特定保健指導(内訳書)

| 市町村国保 | | | | | | |
|-----------|----------|----------------|---------------------------|--------|--------|------|
| 特定健康診査項目 | | | 2年度1人当たりの委託料単価 (消費税含む) | | | |
| | | | 集団健診 | | | |
| 基本的な健診の項目 | 診察 | 質問(問診) | ○ | 6,802円 | 7,150円 | |
| | | 計測 | 身長 | | | ○ |
| | | | 体重 | | | ○ |
| | | | BMI | | | ○ |
| | | | 腹囲 | | | ○ |
| | | | 理学的所見(身体診察) | | | ○ |
| | | 血圧 | ○ | | | |
| | 脂質 | 中性脂肪 | ○ | 6,802円 | 7,150円 | |
| | | HDL-コレステロール | ○ | | | |
| | | LDL-コレステロール | ■ | | | |
| | | Non-HDLコレステロール | ■ | | | |
| | 肝機能 | GOT | ○ | 6,802円 | 7,150円 | |
| | | GPT | ○ | | | |
| | | γ-GTP | ○ | | | |
| | 代謝系 | 空腹時血糖 | ■ | 6,802円 | 7,150円 | |
| | | 随時血糖(3.5h以上) | ■ | | | |
| | | 尿糖 | ○ | | | |
| | | ヘモグロビンA1c | ○ | | | |
| | 腎機能 | 尿蛋白 | ○ | 6,802円 | 7,150円 | |
| | 貧血検査 | ヘマトクリット値 | □ | | | 315円 |
| 血色素測定 | | □ | | | | |
| 赤血球数 | | □ | | | | |
| 心電図検査 | 12誘導心電図 | □ | 1,048円 | 1,363円 | | |
| 眼底検査 | 眼底検査 | □ | 629円 | 1,258円 | | |
| 追加健診項目 | 尿潜血 | ○ | 60円 | 60円 | | |
| | 尿酸 | ○ | | | | |
| | 血清クレアチニン | ○ | | | | |
| | eGFR | ○ | | | | |

| 被用者保険 | | | | | | |
|-----------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------|------|
| 特定健康診査項目 | | | 2年度1人当たりの委託料単価 (消費税含む) | | | |
| | | | 集団健診 | | | |
| 基本的な健診の項目 | 診察 | 質問(問診) | ○ | 7,150円 | 7,150円 | |
| | | 計測 | 身長 | | | ○ |
| | | | 体重 | | | ○ |
| | | | BMI | | | ○ |
| | | | 腹囲 | | | ○ |
| | | | 理学的所見(身体診察) | | | ○ |
| | | 血圧 | ○ | | | |
| | 脂質 | 中性脂肪 | ○ | 7,150円 | 7,150円 | |
| | | HDL-コレステロール | ○ | | | |
| | | LDL-コレステロール | ■ | | | |
| | | Non-HDLコレステロール | ■ | | | |
| | 肝機能 | GOT | ○ | 7,150円 | 7,150円 | |
| | | GPT | ○ | | | |
| | | γ-GTP | ○ | | | |
| | 代謝系 | 空腹時血糖 | ■ | 7,150円 | 7,150円 | |
| | | 随時血糖(3.5h以上) | ■ | | | |
| | | 尿糖 | ○ | | | |
| | | ヘモグロビンA1c | ■ | | | |
| | 腎機能 | 尿蛋白 | ○ | 7,150円 | 7,150円 | |
| | 貧血検査 | ヘマトクリット値 | □ | | | 242円 |
| 血色素測定 | | □ | | | | |
| 赤血球数 | | □ | | | | |
| 心電図検査 | 12誘導心電図 | □ | 1,430円 | 1,430円 | | |
| 眼底検査 | 眼底検査 | □ | 1,232円 | 1,232円 | | |
| 血液検査 | 血清クレアチニン (eGFRによる腎機能の評価を含む) | □ | 121円 | 121円 | | |
| 特定保健指導 | 動機付け支援 | 初回面接時(個別面接20分等) 終了時評価(電話5分等) | | 8,470円 | | |
| | 積極的支援 | 3ヶ月以上の継続的な支援 | 初回面接時の形態 | 個別支援 180ポイント以上 個別支援A 電話B 等 | 25,120円 | |
| | | | 主な実施形態 | | | |
| | | 終了時評価の形態 | 電話 等 | | | |

- ※○…必須項目
- ※□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目
- ※□…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、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データにおいて、その理由を詳述することとする。
- ※■…いずれかの項目の実施可
- ※生理中の女性や、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を実施されなかった場合は、上記の単価から、尿検査の費用273円を差し引いた金額を甲に請求することとする。
- ※他の法令に基づく健診(介護保険における生活機能評価等)を特定健康診査と同時に実施し、他の法令に基づく健診が優先的に費用を負担する場合、乙あるいは実施機関は、上記の単価から、重複する検査項目の費用(他の法令に基づく健診で負担するべき金額)を差し引いた金額を委託料とし、そこから自己負担額を差し引いた金額を甲に請求することとする。
- ※特定保健指導は、被用者保険のみの契約となる(市町村国保との契約はない)。
- ※中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合は、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)で評価を行うことができる。
- ※やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする(被用者保険のみ)。
- ※市町村国保における血清クレアチニン(eGFR含む)については、これまで通り追加健診項目として行い、被用者保険については詳細な健診項目として行うこととする。

依頼概要

1. 依頼内容

沖縄県医師会が取りまとめる令和2年度特定健診・特定保健指導等の集合契約への参加有無の確認に伴う委任状の提出

2. 回答方法

①支払基金へ「特定健診・特定保健指導機関届（保険医療機関）」を提出する。

※既に特定健診等を実施している場合は支払基金への届出は不要です。

※届出の状況は支払基金ホームページで確認できます。

(http://www.ssk.or.jp/kikankensaku/html/pref_47.html)

※本様式は支払基金ホームページにて入手できます。

(http://www.ssk.or.jp/yoshiki/yoshiki_09_h30t.html)

※ホームページを閲覧できない場合は、所属地区医師会にお問い合わせ下さい。

②所属地区医師会へ「委任状」（別紙5）を提出する。

※添付の「委任状」（別紙5）に必要事項をご記入の上、2月17日（月）までに**所属地区医師会**へFAX又は郵送にてご提出下さい。

【各地区医師会 FAX および住所】

| | | |
|----------|---------------------------------|------------------|
| 北部地区医師会 | 〒905-0009 名護市宇茂佐の森 5-2-7 | FAX:0980-52-6737 |
| 中部地区医師会 | 〒904-0113 北谷町字宮城 1-584 | FAX:098-936-8207 |
| 浦添市医師会 | 〒901-2132 浦添市伊祖 3-3-1(101) | FAX:098-874-2362 |
| 那覇市医師会 | 〒900-0034 那覇市東町 26-1 | FAX:098-860-6696 |
| 南部地区医師会 | 〒901-0411 八重瀬町字友寄 891-1 | FAX:098-835-7033 |
| 宮古地区医師会 | 〒906-0007 宮古島市平良字東仲宗根 807-5(2F) | FAX:0980-73-7325 |
| 八重山地区医師会 | 〒907-0004 石垣市字登野城 548-4 | FAX:0980-82-3652 |

※所属地区医師会にて取りまとめの上、沖縄県医師会に一括して提出されます。

※沖縄県医師会にて集約後、各代表保険者と令和2年度の集合契約を締結致します。

③特定健診・特定保健指導実施機関情報をホームページ等に掲載する。

※「運営についての重要事項に関する規定の概要」の内容を、自院ホームページもしくは地区医師会ホームページ、国立保健医療科学院ホームページ等に掲載していただく必要があります。詳しくは所属地区医師会にお問い合わせ下さい。

※国立保健医療科学院ホームページへの情報掲示は、インターネットから直接登録可能です。(https://kenshin-db.niph.go.jp/kenshin/)

④特定健診に係る請求事務を確認する。

※特定健診の請求事務は、自院で実施する方法と代行機関に委託する方法があります。

※北部地区医師会、中部地区医師会、那覇市医師会等では、請求事務の代行を請け負っています。請求事務の代行を希望される場合は、所属地区医師会等へお問い合わせ下さい。

3. 回答期限および委任状提出先

令和年2月17日（月）までに**所属地区医師会へご提出**下さい。

契約参加条件

- 沖縄県医師会の会員であること
- 本集合契約は単年度契約であり、年度途中の辞退は認められないことを了承していること
- 沖縄県医師会の集合契約の料金、内容、趣旨を理解していること
- 国の示す委託基準を遵守していること
- 国の示す「標準的な健診・保健指導プログラム」および「手引き」のルールに基づくことができること
- 特定健診で集合契約参加をする場合、特定健診（市町村国保の追加健診含む）・詳細健診項目 4 項目については全て実施できること（自施設で実施、再委託いずれでもよいが、全て実施できること）
- 本会の集合契約以外の集合契約（日本病院協会/日本人間ドック学会等がとりまとめる集合契約 A）にも参加する場合、契約書条文に則って、必ず何れかの低い健診等料金で実施すること（本会集合契約、集合契約 A の両方に契約した場合、実施内容が同一であれば契約単価の安い方が適用されることが契約条文にあることを理解すること）
- システム対応が整っており、国で定める標準的な電子的様式（XML 形式）にて特定健診・特定保健指導結果および決済データを送付（送信）できること（自施設で対応、委託いずれでもよいが、最終的に送付（送信）できること）
- 令和元年度の特定健診を他の機関で受けた場合でも、令和 2 年度の特定健診を実施することが可能なこと
- 特定保健指導の場合、他の機関で特定健診を受けた場合でも、特定保健指導を実施することが可能なこと
- 市町村国保、被用者保険ともに健診を実施できること
- 特定健診以外の 40 歳未満（生活保護受給者含む）の健診、75 歳以上（後期高齢者）の健診も併せて実施できること

委任状（令和2年度特定健診等集合契約）

| | | |
|-------|--------------|---|
| (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。

下記に記入した業務範囲に限って、沖縄県医師会が集合契約を締結する各代表保険者並びに市町村および沖縄県後期高齢者医療広域連合との、特定健康診査・健康診査および（または）特定保健指導の実施に関する令和2年度の集合契約を締結すること。

| 受託業務 ※1 | | | | | | | | | |
|---------|------|---------|----------|-----|----|----------|--------|-------|-------------|
| 特定健康診査 | | | | | | | 特定保健指導 | | |
| 実施形態 ※2 | | 追加健診 ※3 | 詳細な健診 ※4 | | | | 動機付支援 | 積極的支援 | 健診当日初回面接 ※5 |
| 集団健診 | 個別健診 | | 貧血 | 心電図 | 眼底 | 血清クレアチニン | | | |
| セ | | ○ 必須 | | | | | | | |

- ※1 受託業務の欄は、受託する項目に「○」を記入すること
 ※2 施設内に一般外来とは別に健診専用の受付がある場合は、「集団健診」欄の「セ」に○を記入すること
 ※3 尿潜血、尿酸、血清クレアチニン、eGFR は、追加健診として必須となります（市町村国保のみ）
 ※4 詳細な健診の欄は、自施設において実施できる項目に「○」、再委託により実施する項目に「△」を、必ず記入すること（血清クレアチニンは被用者保険のみ）
 ※5 健診当日に初回面接の受託業務を行う場合、動機付け支援および積極的支援業務の両方の受託を行うこと
 ※6 特定健診の請求事務を外部に委託する施設は、委託先を以下に記入すること

| | | |
|--------|-----------|--|
| (代行機関) | 請求事務代行機関名 | |
|--------|-----------|--|

記

(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