

<資料2>

令和7年度特定健診・特定保健指導(内訳書)(案)

市町村国保					
特定健康診査項目				7年度1人当たりの委託料単価 (消費税含む)	
				集団健診	個別健診
基本的な健診の項目	診察	質問(問診)	○	6,792円	7,150円
		身長	○		
		体重	○		
		BMI	○		
		腹囲	○		
		理学的所見(身体診察)	○		
		血圧	○		
	脂質	中性脂肪	○		
		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	○		
		GPT	○		
		γ-GTP	○		
	代謝系	空腹時血糖	■		
		随時血糖(3.5h以上)	■		
		尿糖	○		
		ヘモグロビンA1c	○		
	腎機能	尿蛋白	○		
詳細な健診の項目	貧血検査	ヘマトクリット値	□	229円	242円
		血色素測定	□		
		赤血球数	□		
	心電図検査	12誘導心電図	□	1,358円	1,430円
	眼底検査	眼底検査	□	585円	1,232円
追加健診項目		尿潜血	○	114円	121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				7年度1人当たりの委託料単価 (消費税含む)		
				集団健診	個別健診	
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		○		
		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		○		
		GPT		○		
		γ-GTP		○		
	代謝系	空腹時血糖		■		
		随時血糖(3.5h以上)		■		
		尿糖		○		
		ヘモグロビンA1c		■		
	腎機能	尿蛋白		○		
	詳細な健診の項目	貧血検査	ヘマトクリット値			
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	初回面接の形態		個別支援		25,120円
		3ヶ月以上の継続的な支援	実施ポイント数	180ポイント以上		
			主な実施形態	個別支援A 電話B 等		
		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で可

※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。