

会 員 各 位

柏 市 医 師 会
 担当理事 平野江利香
 会 長 長瀬 慈村

令和4年度 健保連・協会健保・共済組合（県医集合契約B） 特定健診・特定保健指導の実施について

新春の候、先生にはますますご健勝のことと存じます。

さて、来年度の千葉県医師会集合契約に係る特定健診・特定保健指導につきましてご案内申し上げます。参加される際は別添の実施機関届に記載をして、2月18日(金)までに医師会事務所へご返送をお願いいたします。 **F A X 7147-1711**

《健診等の内容・委託料》

健診の種類	健診内容	委託料(税込)	支払条件	
特定健康診査	基本的な健診項目 既往歴調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況調査含む） 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・HDLコレステロール・LDLコレステロール） 肝機能検査（GOT・GPT・γ-GTP） 血糖検査（空腹時血糖・ヘモグロビンA1c・随時血糖のいずれか） 尿検査（糖・蛋白）	8,100 円 血清クレアチニン検査含む	健診実施後に一括支払 受診券の窓口徴収額と保険者負担をご確認下さい。 窓口徴収額がある場合は、受診者より徴収してください。	
	詳細健診項目	貧血検査(赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値)		899 円
		心電図検査		1,430 円
		眼底検査 ①		1,232 円
	血清クレアチニン検査及び eGFR ②	基本的健診に含む		
特定保健指導	動機付け支援 (動機付け支援相当) 初回の面接形態は①又は②のどちらかを実施 ①個別面接1回(20分以上) ②グループ面接(8名以下)1回(80分以上) 実績評価 3ヶ月後の実績評価を面接又は通信(電子メール、電話、FAX、手紙等)で実施	8,470 円	(1)受診者負担 (2)保険者負担 ・面接支援終了後に保険者負担額の8/10支払 ・実績評価後に保険者負担額の2/10支払	
	積極的支援	初回時面接、形態は①又は②のどちらかを実施 ①個別面接1回(20分以上) ②グループ面接(8名以下)1回(80分以上) 3ヶ月以上の継続的な支援 直接面接(個別・グループ)支援を1回以上支援Aの方法で180ポイント以上 又は、支援Aの方法で160ポイント以上 支援Bの方法で20ポイント以上の合計で180ポイント以上の支援を実施 ※支援A・Bの内容は厚労省のプログラム(改訂版)参照	25,120 円	(1)受診者負担(初回時) (2)保険者負担 ・初回終了後に4/10 【実績評価まで達成の場合】 ・実績評価後に6/10 【脱落等により終了の場合】 ・5/10に実施済みポイント数の割合を乗じた金額
		3ヶ月以上の継続的な支援後に実績評価を面接又は通信(電子メール、電話、FAX、手紙等)で実施		

①：眼底検査については、他院に再委託できる場合のみ「△」を記してください(眼科と話がついていて、健診機関で費用を電子請求し、健診機関から眼底検査費用を支払うということ)。

②：血清クレアチニン検査は、必須検査項目です(必ず実施し、報告してください)。

◎詳しくは、千葉県医師会HPの特定健診のページをご覧ください。

<https://www.chiba.med.or.jp/personnel/examination/index.html>

《県医集合契約Bに関しての特に留意頂きたい事項》 その他は下記をご参照ください。

- ・一年間の契約です。中途での登録内容の追加及び削除と、契約解除は出来ません。
- ・法人化等による健診・保健指導機関番号の変更は届出ください。
- ・健診結果の通知は、実施医療機関が行ってください。

千葉県特定健康診査および特定保健指導の集合契約 B について

(健保組合・全国健康保険協会(協会けんぽ)・共済組合等(被用者保険の家族等)の特定健診
特定保健指導における集合契約(B)について)

健保組合・全国健康保険協会・共済組合等(被用者保険の家族等)の特定健診および特定保健指導は、代表保険者と千葉県医師会が契約し実施します。(契約書の関連資料については、千葉県医師会ホームページに掲載いたします。)

実施主体	健保組合・全国健康保険協会・共済組合等の保険者
委託者	委託契約書に掲載の保険者
受託者	公益社団法人千葉県医師会
実施機関	実施機関届を提出した会員医療機関
健診等内容	別紙健診等内容表参照
契約単価	別紙内訳書参照

1. 健診前の確認

・受診券と被保険者証により必ず資格のご確認をお願いします。資格がない場合等、医療保険者より返戻されることがありますのでご注意ください。

・千葉県医師会の集合契約(B契約)については、「健保連集合B」や「集合B」と受診券に記載されています。その記載がない場合は、千葉県医師会の集合契約ではありませんので、疑問がある場合は、必ず健診前に健康保険組合等にお問い合わせください。(千葉県医師会 HP 医療関係者の皆様へ 特定健診 に契約委託元保険者一覧が掲載されていますので、そちらでもご確認いただけます。)

・受診券は受診後、必ず回収してください。(医療機関の控えか、請求時提出か、としてお使いください。)

・特定保健指導の利用券で、特定健診を実施しても支払われません。必ず特定健診の受診券か確認の上、特定健診を実施してください。

2. 健診等内容

別紙健診内容表参照

●血糖検査 (空腹時血糖・ヘモグロビン A1c・随時血糖の取扱い)

空腹時血糖を優先し、食後10時間を経過していないなどでやむを得ず空腹時血糖検査が実施できない場合、ヘモグロビン A1c を測定。ヘモグロビン A1c を測定しない場合は、随時血糖を測定。

●詳細健診な健診の実施方法

平成31年度より、(4)血清クレアチニン検査は、判定数値や医師の判断に関係なく、必須項目となります。必ず検査を実施し、報告をしてください。

その他、(1)貧血検査 (2)心電図 (3)眼底検査 は、以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める方に実施します。(但し、受診者本人の希望や実施基準に該当しない場合は、詳細な健診は実施できません。)。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を保険者へ示すと共に、受診者に説明することが求められています。

なお、ほかの医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の疾患により医療機関において管理されている者については、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断をしてください。また、健康診査の結果から、直ちに医療機関を受診する必要があると判断された方については、確実な受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施してください。

* 実施機関届において、○を記した医療機関において実施できます。(千葉県医師会HP 医療関係者の皆様へ 特定健診 の実施機関名簿にてご確認ください。)眼底検査で△を付けられている医療機関においては、眼底検査実施の医療機関を紹介し、受診医療機関が一括して結果報告と費用請求を行います。眼底検査に要した費用は、受診医療機関から眼底検査実施機関に支払ってください。)

(1)貧血検査

- ・ 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

(2)心電図

- ・ 当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧が90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者

(3)眼底検査

- ・ 当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、b のうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、c のうちいずれかの基準に該当した者
- | | |
|------|----------------------|
| ① 血圧 | a 収縮期血圧 140mmHg以上 |
| | b 拡張期血圧 90mmHg以上 |
| ② 血糖 | a 空腹時血糖 126mg/dl以上 |
| | b HbA1c(NGSP) 6.5%以上 |
| | c 随時血糖 126mg/dl以上 |

(眼底検査は、当該年度の特定健康診査の結果等のうち、①のうちa、b のいずれの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の結果が②のうちa、b、c のいずれかの基準に該当した者も含む。)

(4)血清クレアチニン検査

基本健診項目と同様、必ず検査を実施し、報告してください。

●メタボリックシンドローム判定

健診結果に基づき、下記の要領で判定を記入してください。

①	腹囲 男性 ≥ 85 cm	女性 ≥ 90 cm
	+	+

①に加えて、以下のうち2項目以上に該当

①に加えて、以下のうち1項目が該当

②

血糖	: 空腹時血糖 ≥ 110 mg/dl(ヘモグロビン A1c の場合 $\geq 6.0\%$ かつ/または 服薬中の者
脂肪	: 中性脂肪 ≥ 150 mg/dl かつ/または HDL コレステロール < 40 mg/dl かつ/または服薬中の者
血圧	: 収縮期血圧 ≥ 130 mm Hg かつ/または拡張期血圧 ≥ 85 mm Hg かつ/または服薬中の者

↓

基準該当

↓

予備群該当

非該当は上記に該当しない者

3. 委託料単価

この通知の1枚目<<健診等の内容・委託料>>をご参照ください。

* 保険者負担額は受診券に記載されています。医療保険者によって異なりますので、必ず受診券で確認してください。(わかりにくい場合は、受診券を発行している健康保険組合にお問い合わせください。)

* 受診者負担額(窓口負担額)の計算方法について

基本健診 ; $8,100$ 円(委託料単価) - 保険者負担額上限額 = 受診者負担額

詳細健診 ; $3,561$ 円(委託料単価計) - 保険者負担額上限額 = 受診者負担額

例1: 受診券に特定健診(基本部分) 保険者負担額上限額 $7,150$ 円と記載の場合

$8,100$ 円 - $7,150$ 円 = 950 円 受診者が窓口で負担する額は 950 円

例2: 受診券に特定健診(詳細部分) 保険者負担上限額 $3,400$ 円と記載の場合で、

詳細健診すべて行った場合

$3,561$ 円 - $3,400$ 円 = 161 円 受診者が窓口で負担する額は 161 円

例3: 受診券に特定健診(詳細部分) 保険者負担上限額 $3,400$ 円と記載の場合で、

眼底検査以外行った場合

(899 円 + $1,430$ 円) = $2,329$ 円 保険者負担上限額 $3,400$ 円なので、
受診者が窓口で負担する額は無し

4. 健診の請求・健診データ電子化

・請求は、健診データファイルを電子化し、支払基金(または国保連合会)に直接送信する方法(オンライン)、電子化した健診データファイルを電子媒体(MO,CD 等)で送付する方法等があります。

・医療機関で電子化される際には、詳細項目のクレアチニン検査の対象者コードは詳細健診の「1」を入力し、実施理由には「基本項目として実施」と入力ください。また、社保は支払基金へ、国保は国保連合会へ請求してください。電子媒体の送付にあたっては、個人情報の送付となることから、安全性が確保された形での送付をお勧めします。また、下記ホームページからフリーソフトがダウンロードできます。国立保健医療科学院特定健診・特定保健指導情報の電子化に関するホームページをご参照ください。(<https://kenshin-db.niph.go.jp/soft/>)

・千葉県医師会では、オンライン等による請求が困難な会員医療機関向けに、健診データの電子化代行委託(1件300円税別)を受けています。【健診等データ電子化代行委託】の項をご確認ください。

5. 健診等の結果通知

・健診等の結果通知については、健診業務と一体を為すものとされておりますので、必ず実施機関で行ってください。

【お願い】

・保険医療機関コードを変更された場合は千葉県医師会事務局までご連絡ください。国保連合会と支払基金に変更の届出を行います。

6. 健診等データ電子化代行委託

・千葉県医師会では、健診データの電子化代行委託を受けています。平成22年度より、特定健康診査に加え特定保健指導の電子化代行委託をお受けしています。

電子化代行に係る委託業者は、「ICheck株式会社 経営企画部 医療サービス室」です。

〒101-0031 東京都千代田区東神田2丁目8-16GLEAMS AKIHABARA 201号室

TEL:03-5839-2575 FAX:050-3737-2235

・千葉県医師会特定健診・特定保健指導にかかる集合契約(集合B契約)における電子化代行(ICheck株式会社)をご利用いただく際の提出書類については、以下のとおりです。
(* 特定保健指導記録票は、千葉県医師会ホームページ →医療関係者の皆様へ →特定健診 →電子化代行業務においてご確認ください。)

・特定健康診査の記録票については、千葉県医師会指定の記録票をご利用願います。記録票の追加希望につきましては、千葉県医師会(または地区医師会)までお申し出ください。

・特定健康診査の記録票は、4枚複写になっています。(質問票・入力業者送付・健診機関控用・受診者本人用)このうち、

別紙

千葉県医師会長 様

実施機関届(社保 集合契約 B/令和4年度)

提出期限 : 令和4年2月18日(金)

提出先 : FAX 7147-1711 (柏市医師会)

健康・保健指導 機関番号※3	実施機関名	郵便番号 (ハイフンあり)	所在地※4	電話番号※5 (ハイフンあり)	受託業務※6			請求方法 該当の 番号記載
					特定健康診査	特定保健指導		
					①医師会代行で (県)	②自院でオンラインで	③自院で電子媒体 で(CD等)	
					詳細な健診※1	健診当日 初回面接※2	積極的支援	
					貧血	動機付け支援		
					心電図			
					眼底※7			

※1 詳細な健診の欄については、自院で実施できる項目に「○」、他院に再委託(眼底等)により可能な場合は「△」を記入(委託先がある場合のみ「△」を記入)。

※2 健診当日に初回面接を行う実施機関は、受診日に特定健康診査を行い、その日のうちに結果を診て特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」を行う機関のみとなる。(この欄に「○」をつけられるのは、動機付け・積極的支援両方可能な実施機関のみ)

※3 健診・保健指導機関番号の欄については、社会保険診療報酬支払基金千葉支部へ機関届を提出、付番された機関番号を記入。

※4 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※5 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※6 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する(あるいは該当する)項目に「○」を記入。

※7 眼底検査だけ実施の健診機関は受付けておりません。近隣医療機関から「眼底検査」のみ請け負う場合、この届出は必要ありません。