

区分	項目				基本 項目	詳細 項目	追加 検査	単価※8	
全員実施 ※7	初診料	診察	既往歴等の調査 （「標準的な質問票」に基づき、 服薬歴及び喫煙習慣の状況 に係る調査を含む）		○※1			2,646	
			診察 （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	血圧		○				
	生化学的 検査（Ⅰ）	肝機能検査	1	AST（GOT）	○			917	
			2	ALT（GPT）	○				
			3	γ-GT（γ-GTP）	○				
		血中脂質検査	4	空腹時中性脂肪（又は随時中性脂肪）	○※2				
			5	HDLコレステロール	○				
			6	LDLコレステロール （non-HDLコレステロール）	○※3				
		血糖検査	7	空腹時血糖（又は随時血糖）	○※4				
		腎臓機能検査	8	血清クレアチニン値（eGFR）		○※6－2	○※6－2		
		生化学的検査（Ⅰ）判断料			○				1,334
		血液学 的検査	血糖検査	ヘモグロビンA1c		○			
	血液学的検査判断料			○			1,158		
	血液採取料				○			364	
	尿検査 （半定量）	尿糖				○※5			241
		尿蛋白				○※5			
	事務手数料								296
	消費税（10%）								741
計								8,151	
（医師の 判断に基 づき選 択的 実施）	貧血 D005-5	赤血球数				○※6		214 （税抜195）	
		血色素量							
		ヘマトクリット値							
	心電図				○※6		1,324 （税抜1,204）		
	眼底検査（片側） （両側）				○※6－ 1		570 （税抜519） 1,120 （税抜1,019）		
合計 ※9									
眼底検査片側のみの場合								10,259	
眼底検査両側の場合								10,809	

注釈

- ※1 服薬歴や喫煙歴及び既往歴を把握する必要があるため、別紙「標準的な質問票」の項目に添って実施する。なお、質問票は当該機関にて準備する。
- ※2 空腹時中性脂肪であることを明らかにすること。なお、10 時間以上食事をしていない場合を空腹時中性脂肪とし、食事開始から 10 時間未満を随時中性脂肪とする。
- ※3 中性脂肪が 400 mg/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。
- ※4 空腹時血糖であることを明らかにすること。なお、10 時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とし、食直後（食事開始から 3.5 時間未満）を除き随時血糖とする。
- ※5 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）。
- ※6 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、他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、医師が個別に判断する。
また、特定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者については、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する。

【参考】詳細な健診の項目に係る判定基準

(1) 12 誘導心電図

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

(2) 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

*当該年度の特定健康診査の結果等のうち、(2) ①のうち a、b のいずれの血糖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) ②のうち a、b、c のいずれかの基準に該当した者も含む。

(3) 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

(4) 血清クレアチニン検査

当該年度の健診結果等において、①血糖が以下の 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血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl 以上
 b HbA1c (NGSP) 5.6%以上
 c 随時血糖 100mg/dl 以上

出典：標準的な健診・保健指導プログラム（「第2編 健診 第6章」

※6-1 眼底検査は、片眼の眼底撮影を行う。ただし、高血糖者または医師が必要と認める者に対しては、両眼の眼底撮影を行うことができる。その上で、所見の判定がより重症な側の所見を記載すること。また、両眼の撮影を行う場合は、※6に加えて片眼の撮影が不十分と判断した理由も詳述すること。

※6-2 血清クレアチニン検査は、詳細な健診項目該当者以外は追加検査(保険者独自に実施)として全員に実施し、eGFRにより腎機能を評価すること。

なお、詳細な健診項目該当者は詳細項目、それ以外の者は追加項目にて医療保険者に送付する結果データにおいて知らせること。eGFRは、次式により算出する。

男性：eGFR (ml/分/1.73 m²) = 194 × 血清クレアチニン値^{-1.094} × 年齢^{-0.287}

女性：eGFR (ml/分/1.73 m²) = 194 × 血清クレアチニン値^{-1.094} × 年齢^{-0.287} × 0.739

※7 特定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、当該結果通知を対面により実施する場合、受診した者と特定健康診査の実施後速やかに面談できない場合は郵送により実施するものとする。

※8 「特定健康診査の内容及び委託料表」の単価について、全員実施の項目は「税抜単価＋消費税10%」、該当者の項目は「税込単価、()内は税抜単価」にて記載することとする。

※9 「合計」の金額は、「全員実施」「該当者(医師の判断に基づき選択的に実施)」の全項目を行った際の合計を示す。