



「公印省略」

22健第434号
平成22年4月23日

県医師会長
各都市医師会長

} 殿

福岡県保健医療介護部健康増進課長
(保健事業係)

平成22年度原爆被爆者健康診断費基準額について

本県の被爆者援護施策には、日頃より御協力いただき、お礼申し上げます。

このことについて、先にお知らせしましたとおり、5月1日から6月30日まで第1回
原子爆弾被爆者定期健康診断を実施しますが、厚生労働省より正式に健診単価の連絡があ
りましたので、別紙のとおり通知します。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 名取一幸
会長 蒲池 壽

平成22年度原爆被爆者健康診断費基準額一覧表

検査の種類	検査項目	基準額
1 一般検査 (定期健診及び希望健診)	a. 視診、問診、聴診、打診及び触診 b. CRP検査 c. 血球数計算 d. 血色素検査 e. 尿検査 f. 血圧測定 (g. 肝臓機能検査 (AST検査法、ALT検査法及びγ-GTP検査法) ※1、 h. ヘモグロビンA1c検査※2)	4,946円 (1,985円※1 525円※2)
2 がん検査 (希望健診のみ)	A. 胃がん (問診、胃部エックス線検査) B. 肺がん (問診、胸部エックス線検査、喀痰細胞診※3) C. 乳がん (問診、視診、触診、乳房エックス線検査) D. 子宮がん (問診、視診、内診、子宮頸部細胞診、体部細胞診※4、コルポスコピー検査※5) E. 大腸がん (問診、便潜血検査) F. 多発性骨髄腫 (問診、血清蛋白分画検査)	A. 11,494円 B. 4,632円 (3,528円※3) C. 9,041円 問診、視診、触診のみ2,835円 D. 6,363円 (2,835円※4 1,575円※5) E. 3,969円 F. 1,722円
3 精密検査	上記の検査の結果、医師が必要と認めた検査	診療報酬点数により算定した額と 6,518円のいずれか低い方の額

※印については、医師が必要と認めた場合に実施 (単価については加算)

改正後

2 この交付金の交付額は、次により算出するものであること。

(1) 略

(2) (1)により選定した額の合計額を交付額とする。

1 種 目	2 基 準 額	3 対 象 経 費
検 査 費	次に掲げる額の合計額 1 診療報酬点数表を採用している医療機関に委託して一般検査（定期及び希望。以下同じ。）を実施した場合は、次による算定額 $4,946円 \times \text{延検査人員数}$ （規則第9条第3項第7号に規定するAST検査法、ALT検査法、γ-GTP検査法による肝臓機能検査（以下「肝臓機能検査」という。）を実施した場合は、次による算定額を加算する。 $1,985円 \times \text{肝臓機能検査延検査人員数}$ （規則第9条第3項第8号に規定するヘモグロビンA1c検査を実施した場合は、次による算定額を加算する。 $525円 \times \text{延検査人員数}$ 2 略	略

改正前

2 この交付金の交付額は、次により算出するものであること。

(1) 略

(2) (1)により選定した額の合計額を交付額とする。

1 種 目	2 基 準 額	3 対 象 経 費
検 査 費	次に掲げる額の合計額 1 診療報酬点数表を採用している医療機関に委託して一般検査（定期及び希望。以下同じ。）を実施した場合は、次による算定額 $4,935円 \times \text{延検査人員数}$ （規則第9条第3項第7号に規定するAST検査法、ALT検査法、γ-GTP検査法による肝臓機能検査（以下「肝臓機能検査」という。）を実施した場合は、次による算定額を加算する。 $1,985円 \times \text{肝臓機能検査延検査人員数}$ （規則第9条第3項第8号に規定するヘモグロビンA1c検査を実施した場合は、次による算定額を加算する。 $525円 \times \text{延検査人員数}$ 2 略	略

改正後

1 種目	2 基準額	3 対象経費
	3 診療報酬点数表を採用している医療機関に委託してがん検査を実施した場合は、次による算定額 (1) 胃がん検診 直接撮影を実施した場合 <u>11,494円</u>×延検査人員数 間接撮影を実施した場合 <u>7,309円</u>×延検査人員数 (2) 肺がん検診 <u>4,632円</u>×延検査人員数 (喀痰細胞診検査を実施した場合は 3,528円を加算する。) (3) 乳がん検診 <u>2,835円</u>×延検査人員数 (乳房X線検査を実施した場合は<u>6,206円</u>を加算する。) (4) 子宮がん検診 <u>6,363円</u>×延検査人員数 (頸部・体部の細胞診検査を実施した場合は 2,835円を、コルポスコープ検査を実施した場合は 1,575円を加算する。) (5) 大腸がん検診 <u>3,959円</u>×延検査人員数 (6) 多発性骨髄腫 <u>1,722円</u>×延検査人員数 4～6 略	略

改正前

1 種目	2 基準額	3 対象経費
	3 診療報酬点数表を採用している医療機関に委託してがん検査を実施した場合は、次による算定額 (1) 胃がん検診 直接撮影を実施した場合 <u>11,305円</u>×延検査人員数 間接撮影を実施した場合 <u>7,215円</u>×延検査人員数 (2) 肺がん検診 <u>4,600円</u>×延検査人員数 (喀痰細胞診検査を実施した場合は 3,528円を加算する。) (3) 乳がん検診 <u>2,835円</u>×延検査人員数 (乳房X線検査を実施した場合は<u>5,681円</u>を加算する。) (4) 子宮がん検診 <u>6,363円</u>×延検査人員数 (頸部・体部の細胞診検査を実施した場合は 2,835円を、コルポスコープ検査を実施した場合は 1,575円を加算する。) (5) 大腸がん検診 <u>3,959円</u>×延検査人員数 (6) 多発性骨髄腫 <u>1,722円</u>×延検査人員数 4～6 略	略

改正前

1 種目	2 基準額	3 対象経費
交通手当	略	略
事務費	略	略

(注) 略
3～7 略

様式第1～5 略

改正後

1 種目	2 基準額	3 対象経費
交通手当	略	略
事務費	略	略

(注) 略
3～7 略

様式第1～5 略