



公印省略

1 疾病第 6 1 2 号

令和元年 5 月 1 0 日

各郡市医師会長 殿

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課長
(難 病 等 助 成 係)

令和元年度原爆被爆者健康診断費基準額について

原子爆弾被爆者に対する援護につきましては、平素から格別の御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標記について、別紙のとおりお知らせします。

各基準額は昨年度と変更ありません。

なお、胃部エックス線検査の撮影方法は、直接撮影を原則とし、実施医療機関の状況によりやむを得ない場合は、間接撮影も可能としておりますので、その旨申し添えます。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

令和元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)	5,400円 (2,041円※1 529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 又は 内視鏡検査) 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、コルポスコプ検査※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. 胃部エックス線検査 (直接撮影) 11,952円 (間接撮影) 7,647円 内視鏡検査 15,723円 B. 4,893円 (3,672円※3) C. 9,429円 問診、視診、触診のみ 3,046円 D. 6,718円 (5,616円※4 2,268円※5) E. 4,212円 F. 1,814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 6,900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)

※精密検査の支払い金額内訳内に6,900円を超えている受診者がいても、検査人員数×基準単価の額内に収まっているのであれば支払っても差し支えない旨確認済み。(厚生労働省健康局総務課援護予算係確認済み)

【胃部エックス線検査の撮影方式は、直接撮影を原則とし、実施医療機関の状況によりやむを得ない場合は、間接撮影も可能とする】

被爆者健康診断の実施について（登録申出書）

- 健診の方法
 - (1)被爆者の方が、実施医療機関の中から選んで、予約をし、来院します。
 - (2)医療機関では、被爆者健康手帳の提示を受け、検査を行います。
 - (3)検査後、被爆者健康手帳に結果を記入すると共に、必要な指導を行います。
 - (4)請求書等を北九州市、福岡市、久留米市、大牟田市の医療機関においては県庁がん感染症疾病対策課へ、それ以外の医療機関においては管轄の保健福祉環境・保健福祉事務所へ提出します。
- 実施時期

(定期健診) 5月から6月までと10月から11月までの年2回

(希望健診) 随時

※被爆者の方は、定期健診を年2回と希望による健診を年2回受けることができます。（希望健診のうち1回はがん検診を受けることができます。）
- 検査項目等（基準額については、令和元年4月1日以降から適用）

検査の種類	検査項目	基準額
1 一般検査 (定期検査及び希望健診)	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)	5,400円 (2,041円※1 529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又は内視鏡検査） 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、コルポスコプ検査※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. 胃部エックス線検査 (直接撮影) 11,952円 (間接撮影) 7,647円 内視鏡検査 15,723円 B. 4,893円(3,672円※3) C. 9,429円(問診、視診、 触診のみは3,046円) D. 6,718円 (5,616円※4)(2,268円※5) E. 4,212円 F. 1,814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6,900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）

※精密検査の支払い金額内訳に 6,900 円を超えている受診者がいても、検査人員数×基準単価の額内に収まっているのであれば支払っても差し支えない。

【胃部エックス線検査の撮影方式は、直接撮影を原則とし、実施医療機関の状況によりやむを得ない場合は、間接撮影も可とする】

4 問い合わせ先

- 実施医療機関登録申出について 福岡県医師会(Tel 092-431-4564) (FAX 092-411-6858)
- 実施・請求について 管轄の保健福祉環境事務所・保健福祉事務所又は県庁がん感染症疾病対策課(Tel 092-643-3267)

※登録申込み欄 ⇒ 申請区分に○をつけてください。（新規登録 ・ 登録内容変更 ・ 登録削除）

医療機関名	代 表 者		所 在 地			
			〒			
Tel 番号 (市外局番から)	がん検査（できる項目を○で囲んでください。）					
	胃がん	肺がん	乳がん	子宮がん	大腸がん	多発性骨髄腫