**令和6年度　生活習慣病予防健診選定基準等に関する調査書**

別添2

令和5年　　　月　　　日　現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設概要 | 健診機関名称 |  |
| 健診機関コード |  |
| 所在地 |  |
| 所属・担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| １　生活習慣病予防健診で指定された検査項目を実施するに必要な医師及び臨床検査技師等が確保されていますか。 | イ　自身の健診機関のみで確保しているロ　一部再委託等により確保している**※様式１「生活習慣病予防健診機関従事者名簿」に記入してください****（８の検診車スタッフも含む）。** |
| ２　血液に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。**※再委託をしている場合は、再委託先との契約書（写）を提出してください。** | イ　施設内で検査を実施しているロ　外部に再委託している　　※両方に当てはまる場合はイ・ロともに〇を付けてください |
| 再委託先機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 所要日数 |  |
| ３　尿に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。**※再委託をしている場合は、再委託先との契約書（写）を提出してください。** | イ　施設内で検査を実施しているロ　外部に再委託している　※両方に当てはまる場合はイ・ロともに〇を付けてください |
| 再委託先機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 所要日数 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ４　便に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。**※再委託をしている場合は、再委託先との契約書（写）を提出してください。** | イ　施設内で検査を実施しているロ　外部に再委託している　※両方に当てはまる場合はイ・ロともに〇を付けてください |
| 再委託先機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 所要日数 |  |
| ５　マンモグラフィ機器の設置若しくは外部委託先はありますか。また、検診を実施するに必要な医師及び臨床放射線検査技師が確保されていますか。（代表者のみ氏名記載）**※再委託をしている場合は、再委託先との契約書（写）を提出してください。** | イ　マンモグラフィ機器を設置している |
| 担当（読影）医師 | 人数　　　　名 | 氏名（代表1名）： |
| 放射線技師 | 人数　　　　名 | 氏名（代表1名）： |
| ロ　マンモグラフィ機器は設置していないが再委託先がある |
| 再委託先名称 |  |
| 再委託先所在地 |  |
| 担当（読影）医師 | 人数　　　　名 | 氏名（代表1名）：  |
| 放射線技師 | 人数　　　　名 | 氏名（代表1名）： |
| 契約年月日 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| ※再委託先のため医師・技師の人数・氏名が不明の場合は「不明」とご記入ください。 |
| ６　子宮頸がん検診は院内で実施していますか。（担当医師は代表者のみ記載）**※再委託をしている場合は、再委託先との契約書（写）を提出してください。** | イ　院内で実施している |
| 担当医師 | 人数　　　　名 | 氏名（代表1名）： |
| ロ　院内で実施できないが再委託先がある |
| 再委託先名称 |  |
| 再委託先所在地 |  |
| 担当医師 | 人数　　　　名 | 氏名（代表1名）： |
| 契約年月日 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| ※再委託先のため医師・技師の人数・氏名が不明の場合は「不明」とご記入ください。 |
| ７　眼底検査は院内で実施していますか。（担当医師は代表者のみ記載）**※再委託をしている場合は、再委託先との契約書（写）を提出してください。** | イ　院内で実施しているロ　院内で実施できないが再委託先がある |
| 再委託先名称 |  |
| 再委託先所在地 |  |
| 担当医師 | 人数　　　　名 | 氏名（代表1名）： |
| 契約年月日 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| ８　検診車を有していますか。 | イ　保有している。　・検診車　　　　　　　台　　　　　胃部のみ　　　　　台　→撮影方法　〔直接　間接　デジタル〕　　　　　胸部のみ　　　　　台　→撮影方法　〔直接　間接　デジタル〕　　　　　胃部、胸部　　　　台　→撮影方法　〔直接　間接　デジタル〕　　　　　マンモグラフィ　　台○を付けてください（撮影方法）・検診車スタッフ　　　　名　　　　　医師　　　　　　名、技師　　　　　名　　　　　看護師　　　　　名、事務員　　　　名、その他　　　　　名　・稼働範囲　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（稼働範囲例「道内全域」「100㎞圏内」「道央~道東」等）　・検診車派遣条件（人数等）　　　　　　　　人以上で稼働　・受付、待合及び更衣スペース　　確保している・確保していない確保していない場合の対応方法　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）ロ　保有していない。 |
| ９　生活習慣病予防健診を実施することが可能な、曜日、人数について | ①　当協会の生活習慣病予防健診の実施曜日を○で囲んでください。月　　火　　水　　木　　金　　土　　日（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※「土曜日は隔週」等②　協会けんぽの生活習慣病予防健診の1日の最大受入れ可能人数と年間の受入れ可能人数はそれぞれ何人ですか。**※可能な限り正確な人数を記載してください。**1日　最大　　　　　人　　年間　計　　　　　　人③　協会けんぽの生活習慣病予防健診**以外の健診（事業者健診・健保組合の健診等）も含め**、貴健診機関の全ての健診について、1日の最大受入れ可能人数と年間の受入れ可能人数をそれぞれ記載してください。1日　最大　　　　　人　　年間　計　　　　　　人 |
| 10　内部精度管理について生化学検査等の検査に関してＸ－Ｒ管理図法等を用いた精度管理を毎日実施していますか。 | イ　毎日実施している精度管理方法名　①（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）③（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）ロ　外部に再委託している（再委託先名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 11　外部精度管理への参加状況について**※最新の外部精度管理結果（写）（複数ある場合結果の良いものを一通）を提出してください。検体再委託の場合は、再委託先で保有している外部精度管理結果の（写）を提出してください。** | ①　参加している精度管理名に〇をつけてください（複数回答可）。イ・日本医師会臨床検査精度管理調査ロ・日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査ハ・北海道臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査ニ・全国労働衛生団体連合会総合精度管理ホ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②　上記、精度管理調査結果において問題があった場合院内で検討会等を開催していますか。イ　実施　　　ロ　未実施 |
| 12　健診施設の機能評価の認定等の取得状況について | 　健診の関係学会等が実施している健診施設の各種機能評価の認定等の取得状況を記載してください。特になければ「なし」で結構です。　記載事項：関係学会名／認定等の種類／認定（更新）年月日／認定期間　 |
| 13　健診結果データの保存について | 受診者の健診結果データ、レントゲンフィルム等健診結果データの管理体制が整っていますか。お忘れなくご記入ください（保管場所）保存年数　　　　　　年保存保管場所　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 14　受診者に対する健診結果通知について | ①システム等に受診者の検査数値等を登録する際、複数人で確認する等の対応を実施していますか。イ　実施　　　ロ　未実施②健診結果を送付する際に、送付先誤りや他者の健診結果通知の混入等の送付誤りがないように複数人で確認する等、点検を実施していますか。　イ　実施　　　ロ　未実施③健診結果は、概ね１４日以内に通知していますか。イ　通知しているロ　通知していない（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 15　「要治療者」または「要精密検査」の方への受診勧奨等について | ①健診の結果「要治療者」または「要精密検査」となった受診者に、医療機関の受診の勧奨を実施していますか。お忘れなくご記入ください（実施方法）　イ　実施　　　ロ　未実施実施している場合の実施方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②上記①で勧奨を行っている場合、勧奨の結果を記録していますか。　イ　記録している　　ロ　記録していない |

|  |  |
| --- | --- |
| 16　連携医療機関について | 精密検査・治療が必要な者に対して適切な措置のとれる連携医療機関を記載してください。 |
| 連携医療機関名 |  |
| 17　胃内視鏡検査の実施状況について**※再委託をしている場合は、再委託先との契約書（写）を提出してください。** | ①胃内視鏡検査は実施していますか。イ　実施している　　　ロ　実施していない②胃内視鏡検査を実施している場合、院内で実施していますか。イ　院内で実施しているロ　院内で実施できないが再委託先があるハ　院内で実施しているが、再委託先もある |
| 再委託先名称 |  |
| 再委託先所在地 |  |
| 担当医師 |  |
| 契約年月日 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| ③胃内視鏡検査を実施している場合、どのような者に対して実施していますか。イ　希望者に実施　　　ロ　医師の判断に基づき実施ハ　その他の条件で実施（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）③胃内視鏡検査を実施している場合、経口・鼻腔の割合はどれくらいですか。　経口（　　　　　　割）　　　鼻腔（　　　　　　割）④胃内視鏡検査を実施している場合、差額費用を徴収していますか。イ　徴収している（経口実施時差額費用　　　　　　　　円）ロ　徴収している（鼻腔実施時差額費用　　　　　　　　円）　ハ　徴収していない　※経口、鼻腔ともに徴収している場合は、イ・ロ両方に○をつけて、　　金額を記入してください |

|  |  |
| --- | --- |
| 18　高濃度乳房への対応について | ①マンモグラフィ検査による乳房構成を受診者に通知していますか。　イ　通知している　　　ロ　通知していない②高濃度乳房で健診結果が判定できなかった場合、どのように受診者へ通知していますか。　イ　異常なし　　　ロ　判定不能　　　ハ　その他（　　　　　　　　）③高濃度乳房と判明した受診者が希望した場合、超音波検査を実施することはできますか。イ　実施できる　　ロ　実施できない |
| 　協会・受診者への健診結果について | ①　検査値による指導区分の基準範囲を様式２に記入してください。②　健診受診者への「健診結果通知票の検査数値等」と「協会へ提出した健診結果データの数値等」が一致していますか。［実施日］　　　 　　年　　　月　　　日［確認に使用したデータ］　イ　「健診結果通知票」と「協会へ提出した健診結果データ」を確認した　ロ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）［結果］　イ　一致している　　ロ　一致していない③　当該調査書の作成年度において、協会へ提出する健診結果データの作成に関わるシステムの改修または変更を行った実績はありますか　イ　ある　（改修・変更日　　　　　　年　　　　月）　ロ　ない　④　上記③で有の場合、改修または変更後、「貴健診機関が保有するデータ」と「協会へ提出した健診結果データの数値等」が正しく作成できることを確認しましたか。（該当する方に○を付けてください。）　イ　確認している（確認方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　ロ　確認していない |
| 20　個人情報の取扱いについて | 個人情報の取扱い規程を定めていますか。イ　定めているロ　定めていない |
| 21　情報提供サービスの利用等について | ①　情報提供サービスを利用する端末設置場所を記載してください。　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ②　情報提供サービスにログインするためのパスワードの管理方法について記載してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ③　情報提供サービスからダウンロードできる健診予定者名簿等に設定されているパスワードの管理方法について記載してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④　情報提供サービスを使用する端末について、情報セキュリティ対策を施されているか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 22　ＵＳＢトークンの管理等について | ①　ＵＳＢトークンの保管方法について記載してください。　イ．施錠できる場所に保管し、必要に応じて都度、使用している。　ロ．施錠できない場所に保管している。　ハ．パソコン等に挿入したままである。　ニ．特段取扱いを決めていない。　ホ．その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| ②　ＵＳＢトークンの利用管理について記載してください。　イ．申請した使用端末場所以外で使用できないように、管理簿等を作成のうえ、どこでだれが使用しているか管理している。　ロ．特段取扱いを決めていない。　ハ．その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ③　貴健診機関で所持しているＵＳＢトークンを現物確認し、Jから始まる管理番号を記載してください。各健診機関様に**2～4本お渡ししております**。**※必ず現物確認をされますようお願いいたします。** |
| 23　社会保険料納付状況について | 直近１年分（12ケ月分）の健康保険料、厚生年金保険料に関する納付が確認できる領収証（写）等を提出してください。健康保険組合や共済組合にご加入の場合は、日本年金機構による厚生年金保険料の証明と、健康保険組合もしくは共済組合による健康保険料の証明、両方が必要です。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 24　他保険者と特定保健指導の委託契約を締結していますか。（該当する方に〇を付けてください。）※現在、協会けんぽと特定保健指導の委託契約を締結している場合は、回答不要です。 | イ　している　①委託契約している保険者を記載してください。　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②特定保健指導実績評価者数（前年度の実績を記載してください。）年間　約　　　　　　　　　　　　　　人③実施可能な特定保健指導実績評価者の見込数年間　約　　　　　　　　　　　　　　人　　　④当協会と特定保健指導の委託契約を締結できますか。・できる　　・できない（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）ロ　していない特定保健指導を実施していない場合は、その理由を記載してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 25　事業者健診データの提供について | ①　当協会に事業者健診データを提供するため、事業者健診データの提供に係る契約を締結していますか。イ　締結している　　　ロ　締結していない締結していない場合は、その理由を記載してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ②　上記①で契約している場合は、事業者の代わりに健診実施機関が保険者に定期健康診断等の結果を提供するため、『厚生労働省労働基準局長通知「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について」（基発1223第５号・保発1223第１号）』別添２健康診断委託契約書ひな型を活用していますか（※）。イ　活用している （契約している事業者数：　　　　　　社）ロ　活用していない　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　）（※）上記①の契約は、当協会と健診実施機関様が契約を締結し、健診実施機関様から当協会にデータを提供していただくという形です。一方、上記②は健診実施機関様が受診する事業者と直接契約を締結し、当協会にデータを提供していただくというものです。お心当たりのない場合は「ロ　活用していない」をご選択になり、理由を「事業所との契約がないため」となさってください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 26　乳がん検診・子宮頸がん検診の再委託先の確保について【**乳がん検診・子宮頸がん検診を実施できない機関（自機関でも再委託でも不可の機関）のみご回答ください**】※生活習慣病予防健診実施要綱2.（1）、生活習慣病予防健診・肝炎ウイルス検査事務処理要領7.（1）及び別紙1「健診実施機関の選定基準」参照 | 協会けんぽの生活習慣病予防健診実施機関となるためには、原則として乳がん検診と子宮頸がん検診も、自機関もしくは再委託によって実施可能な体制が必要です（※）。ただし、契約時において健診実施機関の所在地の地域の実情（近隣に再委託できる機関が存在しない）等に鑑みて、当該検査の実施体制が整わない場合であっても、例外的に契約締結しているケースがございます。今回、契約締結から一定の期間が経過していますので、再委託先の確保の目途について、下記の該当する項目に○を付けてご回答願います。イ.　再委託先の確保が可能となる見込みがある令和　　年　　月頃～ロ.　再委託先の確保に向けて、交渉中であるハ.　再委託先を探しているが、近隣に再委託可能な機関が存在しないニ.　自機関で実施可能となる見込みがある　令和　　年　　月頃～ホ.　その他（理由： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

 代表者または責任者名　　　　　　　 　 印

（※担当者様名義で結構です）