**生活習慣病予防健診選定基準等に関する調査書**

　　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。**  **（設問１１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  　　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  　　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  　　再委託先機関名  　　所在地  　　所要日数 |

|  |  |
| --- | --- |
| ５　診察・検査等以外の個人情報を取り扱う業務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　施設内で診察・検査以外の個人情報を取り扱う検査以外の業務を実施している  ロ　外部に再委託している（複数あって記載しきれない場合は、業務名・再委託先名称・所在地を別紙等に記載してください。）  再委託業務  　　再委託先名称  　　所在地 |
| ６　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放射線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　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　名  放射線技師　　　　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　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  再委託先住所  担当（読影）医師　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　名  放射線技師　　　　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　名  契約年月日　　　　　年　　　月　　日～　　　年　　　月　　日  ハ　乳がん検診を実施していない⇒**設問８**をご回答ください。 |
| ７　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　　　　　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　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  再委託先住所  担当医師　　　　　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　名  契約年月日　　　　　年　　　月　　日～　　　年　　　月　　日  ハ　子宮頸がん検診は実施していない⇒**設問８**をご回答ください。 |
| ８　乳がん検診・子宮頸がん検診の再委託先の確保について  **【設問６・７で「ハ」に該当する機関（自機関でも再委託でも実施不可の機関）のみご回答ください】** | 協会けんぽの生活習慣病予防健診を受託いただくにあたり、原則乳がん検診・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。  しかし、契約時に機関の地域の実情(近隣に再委託ができる機関が存在しない)等を考慮し、当該検査の実施体制が整わない場合でも、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、該当する項目に〇を付けてください。   1. 再委託先の確保が可能となる見込みがある　令和　　年　　　月頃～ 2. 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 3. 自機関で実施可能となる見込みがある　令和　　年　　月頃～ 4. その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ９　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  再委託先住所  担当医師　　　　　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　名  契約年月日　　　　　年　　　月　　日～　　　年　　　月　　日 |
| １０　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。**  **(続)**  １０　胃内視鏡検査の実施状況について | 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  再委託先住所  担当医師　　　　　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　名  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ④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）  ⑤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　※税込）  ロ　徴収している（鼻腔実施時差額費用　　　　　　　円　※税込）  ハ　徴収していない |
| １１　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  ・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　　　　　　　～  　・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。 |
| １２　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  **(続)**  １２　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に○で囲んでください。  月　　火　　水　　木　　金　　土　　日  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 |
| １３　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １４　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を記載してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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 |
| １５　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。  保存年数　　　　　　年保存  保管場所　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １６　受診者に対する健診結果通知について  **(続)**  １６　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の対応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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １７　「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。  　イ　実施　　　ロ　未実施  実施している場合の対象検査項目及び実施方法  対象検査項目  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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 |
| １８　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １９　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。(指導区分、単位を含む)  ●実施日：　　 　　年　　月　　日  ●確認に使用したデータ（該当する方に○を付けてください。）  （　）「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。  （　）その他  ※使用したデータを記入してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●結果（該当する方に○を付けてください。）  （　）一致している。　　（　）一致していない。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **（続）**  １９　協会・受診者への健診結果について | ③　**令和６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。（該当する方に○を付けてください。）  （　）有　　（　）無  ④　上記③で有の場合、改修または変更を実施した時期を記載してください。  　（　　　　年　　　　月）    ⑤　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。）  　　（　）確認している。　　（　）確認していない。  ※確認した場合は、確認方法を記入してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑥　**令和７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う予定はありますか。（該当する方に○を付けてください。）  （　）有　　（　）無  ⑦上記⑥で有の場合、改修または変更予定時期を記載してください。  　（　　　　年　　　　月　　予定） |
| ２０　個人情報の取扱いについて  **（続）**  ２０　個人情報の取り扱いについて | ①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 |
| ②受診記録を情報提供サービス（または電子媒体）で協会に報告するまでのデータ一連の手順（データ廃棄（消去）まで含む）についての概要を記載してください。  （例）自機関の健診システムより結果データを出力→インターネット環境のある別端末へ出力データを移行→健診ソフトで結果データ作成・出力→情報提供サービスへアップロード→インターネット端末の結果データを消去 |
| ③セキュリティ対策についてどのような教育体制がとられているか記入してください。（マニュアル等があれば添付してください。） |
| ④セキュリティインシデント発生時にどのような体制がとられているか記入してください。（マニュアル等があれば添付してください。） |
| 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、どのような情報セキュリティ対策を実施しているか記載してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２２　ＵＳＢトークンの管理等について  **（続）**  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．施錠できるキャビネット等へ保管し、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．特段保管方法を決めていない。  　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トークンを全て現物確認し、（Jから始まる）管理番号を記載してください。 |
| 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。 |
| 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  できない場合は、その理由を記入してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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　過去の事務処理誤りに係る再発防止策の実行状況についてご記入ください。 | 1. 過去５年間の事務処理誤りの有無を記入してください。   　　（　有・無　）   1. 過去５年間の事務処理誤りが「有」の場合、事案の概要と再発防止策を記入してください。   ≪事案の概要≫  ≪再発防止策≫   1. 再発防止策の実施状況について具体的にご記入ください。 |
| ２６　オンライン資格確認の導入状況  ※右記について、いずれか該当するものにチェックをつけてください。 | **既存型**  □ 導入済み  □ 導入予定あり（　　　　年　　　　月）  □ 導入予定なし  □ 検討中　※導入にあたっての課題等があればご記入ください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **資格確認限定型**  □ 導入済み  □ 導入予定あり（　　　　年　　　　月）  □ 導入予定なし  □ 検討中　※導入にあたっての課題等があればご記入ください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２７　職員の健診について | 貴機関の職員は生活習慣病予防健診を利用していますか。  　イ　利用している　　　ロ　利用していない  利用している場合は、事業所記号（数字８桁）を記入してください。  （　　　　　　　）  利用していない場合は、その理由を記載してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２８　加入している健診関係団体等について | 以下の健診関係団体等のうち、貴機関が加入している団体等にチェックしてください（複数選択可）。   * １：日本病院会 * ２：日本人間ドック・予防医療学会 * ３：日本総合健診医学会 * ４：全日本病院協会 * ５：全国労働衛生団体連合会 * ６：結核予防会 * ７：予防医学事業中央会 * ８：未加入 |
| ２９ 健診施設の機能評価の認定等の取得状況について | 以下の健診の関係団体等が実施している健診施設の各種機能評価の認定等について、貴機関が取得しているものをすべてチェックしてください（申請中のものを含む）。  また、認定（更新）年月日、認定期間を記載してください。   * １：健診施設機能評価（日本人間ドック・予防医療学会）   認定（更新）年月日　　　　　　　　　認定期間   * ２：優良総合健診施設（日本総合健診医学会）   認定（更新）年月日　　　　　　　　　認定期間   * ３：健康保険組合連合会・UAゼンセン人間ドック認定（全日本病院協会）   認定（更新）年月日　　　　　　　　　認定期間   * ４：労働衛生サービス機能評価（全国労働衛生団体連合会）   認定（更新）年月日　　　　　　　　　認定期間   * ５：いずれも未取得 |
| ３０ 健保連人間ドック健診の実施有無について | 貴機関は、健保連人間ドックを実施していますか。   * １：実施している * ２：実施していない |
| ３１ 協会けんぽの人間ドック健診の実施希望有無等について  **※詳細について、郵送でお送りしている資料「保健事業の一層の推進（健診体系の見直し）について」もご参照ください。**  **（続）**  ３１ 協会けんぽの人間ドック健診の実施希望有無等について | ①　当協会では令和８年度から人間ドック健診（健保連人間ドック健診と同項目）を新たに実施します。貴機関の実施希望有無をご記入ください（「２：希望しない」を選択した場合は、以下②～③は記入不要です）。   * １：希望する * ２：希望しない   ②　（項番29で「５：いずれも未取得」、かつ項番30で「２：実施していない」と回答した機関のみ回答してください）当協会の人間ドック健診の実施にあたっては、当協会が定める指定条件（※）について、以下の健診関係団体等から認定を受けている機関を対象とする予定です。認定にあたり申請を予定する健診関係団体等をいずれか選択してください。   * １：日本人間ドック・予防医療学会/日本病院会 * ２：日本総合健診医学会 * ３：全日本病院協会 * ４：全国労働衛生団体連合会 * ５：未定   ※健診団体連絡協議会において取りまとめられた「適切な健保連人間ドック健診に臨まれる要件」と同条件とする予定  ③　（①で「１：希望する」と回答した機関は回答してください）②の条件に加え、当協会の人間ドック健診の実施にあたっては、人間ドック健診を受診した特定保健指導該当者に対して、特定保健指導の初回面談を健診当日に実施、かつその継続的支援及び実績評価まで実施できる体制を有している機関を対象とする予定です。貴機関の実施体制について、いずれか選択してください（複数選択不可）。   * １：既に体制を有している * ２：契約締結時までに体制を整備する予定 * ３：当日の実施不可   人間ドック健診実施に関連する内容については、協会けんぽの人間ドック健診の円滑な開始に向けて、各健診団体との情報交換等において使用する場合がありますので、予めご了承ください。 |
| ３２　生活習慣病予防健診検査費用の請求について  **※令和6年度請求期限は**  **令和7年4月10日（木）とします。**  **ご協力をお願いします。** | 生活習慣病予防健診検査費用の協会への請求は遅延していませんか。  イ　遅延していない  ロ　遅延している  「ロ　遅延している」の場合、遅延理由をご記入ください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３３　令和７年度における名称等の変更予定について | 令和７年度中に、貴機関の名称や所在地の変更予定はありますか？  イ　ある  　　・名称変更予定　　（令和　　年　　　月頃）  　　・所在地変更（移転）予定　　（令和　　年　　　月頃）  ロ　ない |
| ３４　生活習慣病予防健診に関するご意見・ご要望等について | ご意見・ご要望等ございましたら、ご記入ください。 |

代表者または責任者名　　　　　　　　　　　　　　　　　**印**

**押印もお願いいたします。**