

一般社団法人日本総合健診医学会  
優良総合健診施設認定 申請書

一般社団法人 日本総合健診医学会 理事長殿

優良総合健診施設認定基準を遵守することを誓約の上、優良総合健診施設の認定を申請いたします。

|                     |   |        |   |
|---------------------|---|--------|---|
| 受付日                 | 年 月 日 (学会事務局が記入)  |        |   |
| 記入日                 | 年 月 日   | 施設会員番号 | B |
| 施設名                 |   |        |   |
| 施設長氏名               | 印   | 施設長役職  |   |
| 所在地                 | (〒 - )  |        |   |
| 電話番号                |   | FAX 番号 |   |
| 施設<br>ホームページ URL    | ※優良総合健診施設の認定取得後、当学会ホームページでご紹介いたします。                     |        |   |
| 施設設立日               | 年 月 日   |        |   |
| 総合健診開始日             | 年 月 日   |        |   |
| 本学会入会年月日            | 年 月 日   |        |   |
| 経営主体                |   |        |   |
| 経営者<br>(経営主体の長)     |   |        |   |
| 事務連絡担当者名            |   | 役職     |   |
| 事務連絡担当者<br>電話番号(直通) |   |        |   |
| 連絡先<br>E メールアドレス    | 0と"0"、"1"と"l"、"2"と"z"、"-と"_"などの区別がつくよう階書体ではっきりとご記入ください。 |        |   |

(注) 優良総合健診施設認定審査料¥100,000 は、認定申請書ご提出後、請求させていただきます。  
なお、本学会への振込手数料はご負担くださいますようお願い申し上げます。

※お預かりした個人情報は、当学会の個人情報取扱規定で定めている利用目的以外では使用いたしません。

# 優良総合健診施設認定基準 充足状況確認表

「優良総合健診施設認定基準」(左欄)を充たしているか確認するため、以下の各項目について、ご施設の現状をご記入ください。なお、確認事項は「総合健診」を対象としています。(バス健診や法定健診等は除く)

※充足状況確認表(本紙)の番号は「優良総合健診施設認定基準と認定更新要綱」に合わせた表記となっています。

※記入欄に空白が無いが、提出する前に必ず確認をお願いいたします。

## Ⅲ. 優良総合健診施設認定基準

総合健診施設が優良施設として認定されるには、本学会が定めた優良総合健診施設認定基準を充足していることが必要である。

|   |  |         |
|---|--|---------|
| <b>1 本学会の会員であること</b>  |  |         |
| 本項(1)、(2)にいう「施設長」は「健診部門の責任者」でもよい。                                 |  |         |
| (1)施設長が本学会個人会員(正会員・一般会員)であること。                                    |  |         |
| ①本学会個人会員である施設長が退任した時は、後任者が本学会個人会員として入会すること。                       | 施設長氏名                                    | 会員番号    |
|   |  |         |
| ②施設長が申請までの3年間で1回以上、本学会の学術大会に参加していること。                             | 参加大会年度／参加回                               |         |
|   | 年度／第                                     | 回学術大会参加 |
| (2)施設長以外に施設に所属する医師2名が本学会正会員であること。                                 | 氏名                                       | 会員番号    |
|   |  |         |
|   | 氏名                                       | 会員番号    |
|   |  |         |
| (3)本学会の施設会員であること。   | 施設会員入会状況 (どちらかに○をつける)                    |         |
|   | ( )入会している<br>( )入会していない ⇒ 認定条件を充たしていません。 |         |
| (4)施設に所属する看護師・保健師・臨床検査技師・放射線技師・管理栄養士等のいずれか1名以上が本学会一般会員であることが望ましい。 | 一般会員入会状況(どちらかに○をつける)                     |         |
|   | ( )入会している<br>( )入会していない                  |         |

## 2 施設の独立性

健診フロアが独立しており、円滑に総合健診が行われるようレイアウトされていること。独立したフロアで総合健診を実施していない場合は健診受診者と一般診療受診者との交錯がないこと。

病院または診療所に併設されている場合も、受付、診察室、面接室、放射線検査室、生理検査室などが外来部門から独立して設置されていること、もしくは機能的に分離(※)されていること。

※健診と診療で曜日を分けたり時間帯を分けているなど、配慮されていること。

以下3つのいずれかの数字に○をつける

1. 健診フロアが独立している
2. 健診フロアは独立していない（院内併設など）が、機能的な分離を行っている。  
【以下に詳細を記入ください】

3. 上記以外 ⇒ 認定条件を充たしていません。

## 3 基準検査項目

表1(省略)に示す基準検査項目を総合健診において実施していること。

以下どちらかの数字に○をつける

1. 実施している
2. 未実施 ⇒ 認定条件を充たしていません。

## 4 品質管理

### (1) 総合健診の品質管理

総合健診に関わる全てについて信頼性を保証するという概念に基づいて環境が整えられ、機器整備、文書取扱、内部情報伝達の正確性等を保証できる管理体制が構築されていること。

|   |                             |   |     |
|---|-----------------------------|---|-----|
| ①施設長(または健診部門責任者)以外の「総合健診の信頼性を管理する担当者」が任命されていること。                        | 信頼性管理担当者氏名を記入する。            |   |     |
|   | 精度管理研修会 参加日および参加者を記入する。     |   |     |
| ②職員の1名以上が、本学会が主催する精度管理研修会および優良施設認定基準研修会の双方に、申請までの3年間に少なくとも1回以上出席していること。 | 参加日                         | 年 | 月 日 |
|   | 氏名                          |   |     |
|   | 優良施設認定基準研修会 参加日および参加者を記入する。 |   |     |
|   | 参加日                         | 年 | 月 日 |
| ③品質に関する文書や機器整備記録等が明確であること。  | 氏名                          |   |     |

## (2) 検体検査設備

- ① 検体検査を自施設内で実施している施設においては、内部精度管理を定期的に行って検査精度を維持するとともに、本学会が行う外部精度管理調査において検体検査の全ての項目を網羅し、かつ 2 回以上連続して「良好」の成績を維持していること。
- ② 検体検査を外部業者に委託(以下「外注」という。)している施設においては、当該施設の責任において本学会が行う外部精度管理調査の検体検査の全ての項目を網羅して受け、かつ 2 回以上連続して「良好」の成績を維持していること。
- ③ 外注している施設においては、定期的に外注先の内部精度管理の報告を受け、本学会からの要請があった場合は、直ちにその内容と成績を提示できること。
- ④ 基準検査項目の結果が、全受診者の当日面接に間に合うように報告されていること。

基準検査項目の検体検査実施状況を選択肢 1.~3.からいずれか 1 つを選択し、○をつける。

1. 検体検査を自施設で実施している。

※プランチラボや院内受託方式(FMS)は、外注の扱いとなります。

2. 一部の検査は自施設で行い、一部の検査を外注している。

\*外注項目に○をつけてください。

【生化学】 総蛋白 / アルブミン / クレアチニン / 尿酸 / 総コレステロール / HDLコレステロール / LDLコレステロール / 中性脂肪 / 総ビリルビン / AST(G O T) / ALT(G P T) /  $\gamma$ -G T( $\gamma$ -G T P) / ALP / 血糖(空腹時) / HbA1c

【血液学】 赤血球 / 白血球 / 血色素 / ヘマトクリット / 血小板数 / MCV / MCH / MCHC

【血清学】 CRP / 血液型(ABO) / 血液型(Rh) / 梅毒反応 / HBs抗原

【尿】 蛋白 / P H / 尿糖 / 沈渣 / 潜血 / 比重

【便】 潜血

3. 検体検査は全て外注している。

当学会外部精度管理調査について、直近 1 年間の参加回、成績を記入する。

|     |                      |    |          |
|-----|----------------------|----|----------|
| 年 第 | 回 ( 検体 / 画像診断・生理機能 ) | 成績 | 良好 / 要調整 |
| 年 第 | 回 ( 検体 / 画像診断・生理機能 ) | 成績 | 良好 / 要調整 |
| 年 第 | 回 ( 検体 / 画像診断・生理機能 ) | 成績 | 良好 / 要調整 |
| 年 第 | 回 ( 検体 / 画像診断・生理機能 ) | 成績 | 良好 / 要調整 |

検体検査の結果報告について、選択肢 1.~3.からいずれか 1 つを選択し、○をつける

1. 基準検査項目の結果は、全て面接に間に合うように報告されている。

2. 基準検査項目の内、一部の検査項目については当日面接に間に合うように報告されていない。  
(面接に間に合っていない検査項目について○をつける。)

【生化学】 総蛋白 / アルブミン / クレアチニン / 尿酸 / 総コレステロール / HDLコレステロール / LDLコレステロール / 中性脂肪 / 総ビリルビン / AST(G O T) / ALT(G P T) /  $\gamma$ -G T( $\gamma$ -G T P) / ALP / 血糖(空腹時) / HbA1c

【血液学】 赤血球 / 白血球 / 血色素 / ヘマトクリット / 血小板数 / MCV / MCH / MCHC

【血清学】 CRP / 血液型(ABO) / 血液型(Rh) / 梅毒反応 / HBs抗原

【尿】 蛋白 / P H / 尿糖 / 沈渣 / 潜血 / 比重

【便】 潜血

3. 基準検査項目の結果が、当日面接に間に合っていない。

### (3) 情報管理システム

|   |   |
|---|---|
| ①健診に関わる情報を電子的に保存できる健診情報管理システムを保有していること。但し、併設施設との共用も認める。 | 選択肢 1.～3.からいずれか 1 つを選択し、○をつける                                     |
|   | 1. 自施設で健診情報管理システムを保有している  |
|   | 2. 自施設では健診情報管理システムを保有していないが、併設する施設のシステムを使用している。                   |
|   | 3. 上記以外 ⇒ 認定条件を充たしていません。  |
| ②資料、データなどが健診情報管理システムに保管され、個人情報取扱責任者が任命されていること。          | 選択肢 1.～2.からいずれかを選択し、○をつける   |
|   | 1. 健診資料、データの専用保管室を設けている。  |
|   | 2. 健診資料、データの専用保管室を設けていない。<br>⇒ 認定条件を充たしていません。                     |
|   | 個人情報取扱責任者の氏名を以下に記入する。   |
| ③受診者統計、施設調査票、精度管理調査等の報告書等を含め電子媒体による出力に対応していること。         | 選択肢 1.～2.からいずれかを選択し、○をつける   |
|   | 1. 当学会が指定する電子媒体(Excel ファイル等)を使用し、各種データを報告している。                    |
|   | 2. 各種データの報告等において、当学会が指定する電子媒体の使用に対応することが出来ない。<br>⇒ 認定条件を充たしていません。 |
|   |   |

### (4) 施設要員

以下の要員が確保されていること。但し、①の 1.以外は併設施設内の他の部門との兼務を認める。

#### ①医師

- 健診経歴を有する専従の健診医(人間ドック健診専門医であることが望ましい)が 1 名以上常勤していること。
  - 面接医がいること。
  - 胸部X線、上部消化管X線、超音波、マンモグラフィ(実施施設のみ)の各画像読影医がいること。
  - 心電図及び眼底写真読影医がいること。
  - 婦人科医が婦人科健診を実施していること。
  - 婦人科細胞診の細胞採取は婦人科医によること。
- ②臨床検査技師: 2 名以上在籍していること。
- ③診療放射線技師: 2 名以上在籍していること。
- ④看護師または保健師: 2 名以上在籍していること。
- ⑤個人情報取扱責任者: 1 名以上任命されていること。

各職種の人数を記載する。

- ・外注している場合は、その他欄に「外注」と記載する。
- ・検査を行っていない場合は、その他欄に「未実施」と記載する。
- ・常勤者について、病院等と兼務している場合は、週の勤務時間の 80%以上が健診業務の場合は「専任」とし、それ以外は「兼任」とする。

|                    | 常勤 |    | 非常勤 | その他 |
|--------------------|----|----|-----|-----|
|                    | 専任 | 兼任 |     |     |
| ①医師                |    |    |     |     |
| 1.健診医(専任)          | 名  |    |     |     |
| 2.面接医              | 名  | 名  | 名   |     |
| 3.胸部X線読影医          | 名  | 名  | 名   |     |
| 上部消化管X線読影医         | 名  | 名  | 名   |     |
| 超音波 読影医            | 名  | 名  | 名   |     |
| マンモグラフィ(実施施設のみ)読影医 | 名  | 名  | 名   |     |

|                                   |   |   |   |  |
|-----------------------------------|---|---|---|--|
| 4.心電図読影医                          | 名 | 名 | 名 |  |
| 眼底写真読影医                           | 名 | 名 | 名 |  |
| 5.婦人科医<br>(婦人科細胞診の細胞採取は婦人科医によること) | 名 | 名 | 名 |  |
| ②臨床検査技師                           | 名 | 名 | 名 |  |
| ③診療放射線技師                          | 名 | 名 | 名 |  |
| ④看護師                              | 名 | 名 | 名 |  |
| 保健師                               | 名 | 名 | 名 |  |

|                            |                   |           |             |                          |
|----------------------------|-------------------|-----------|-------------|--------------------------|
| 眼圧検査は医師、看護師、または視能訓練士によること。 | 担当している職種全てに○をつける。 |           |             |                          |
|                            | ( ) 1.医師          | ( ) 2.看護師 | ( ) 3.視能訓練士 | ( ) 4.その他⇒認定条件を満たしていません。 |

|   |             |  |           |  |
|---|-------------|--|-----------|--|
| 本学会が認定する総合健診指導士、総合健診業務管理士が常勤し、受診者統計、施設調査票、精度管理調査などの業務にたずさわることが望ましい。 | 在籍者人数を記入する。 |  |           |  |
|   | 総合健診指導士     |  | 総合健診業務管理士 |  |
|   | 人           |  | 人         |  |

#### (5) フォローアップ

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| ①健診後の状況が適切に把握できていること。  | 選択肢 1.～2.からいずれかを選択し、○をつける                 |  |  |  |
|  | 1. 健診後の受診者の状況を適切に把握している。                  |  |  |  |
|  | 2. 健診後の受診者の状況は把握していない。<br>⇒認定条件を満たしていません。 |  |  |  |
| ②要精検、要治療者への対応が適切に行われていること。<br>具体的には、再検査や精密検査、治療(受診)勧奨の際に紹介できる連携医療機関があって、紹介と結果のフィードバックが適確に行われ記録されていること。 | 連携医療機関・施設名を記入する。                          |  |  |  |
|  |   |  |  |  |

### 5 面接・指導

医師による診察と、医師による総合判定説明の面接および指導を総合健診受診者全員に対して受診当日行なえること。

面接・指導の際には基準検査項目の結果が揃っていること。

|                           |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|
| 選択肢 1.～3.からいずれかを選択し、○をつける |  |  |  |  |
| 1.                        | 総合健診受診者全員に医師による診察と総合判定説明の面接指導を行い、やむを得ず当日面接が出来ない場合、後日早い時期に実施している。 |  |  |  |
| 2.                        | 総合健診受診者の希望者にだけ面接を実施している。⇒認定条件を満たしていません。                          |  |  |  |
| 3.                        | その他 ※詳細を以下に記入する  |  |  |  |

## 6 一般社団法人健康評価施設査定機構への入会

本認定制度は一般社団法人健康評価施設査定機構（以下「査定機構」）という第三者により認証された方法である。本認定制度による認定の取得を希望する施設は、本認定制度を利用するため査定機構に入会している必要がある。

健康評価施設査定機構への入会状況について、以下のいずれかの数字に○をつける

1. 既に入会している。
2.            年            月    入会予定
3. 入会していない。⇒認定条件を充たしていません。

## VI. 認定要件の変化に伴う取扱い

優良総合健診施設認定後、認定要件の変化に伴う取扱いは以下のとおりとする。

### 1 認定要件に変更があった場合

・施設の合併・統合・売却や経営者または経営主体の交代、移転等による内部レイアウトの変更など、優良総合健診施設の認定に関わる要件に変更が生じた場合は、3年に一度の認定更新とは別に、変更が生じた日から3ヶ月を経過する日までに変更手続きを行わなければならない。

選択肢からどちらかを選択し、○をつける

優良総合健診施設の認定基準を満たす主要要件の変更（施設の合併・統合・売却や経営者や経営主体の交代、移転等による内部レイアウトの変更などの施設状況の変更、個人会員の異動、施設長・信頼性管理担当者・個人情報取扱責任者の変更等）について、3か月以内に規定の文書をもって届け出ますか？

はい

いいえ

・要件の変更手続きが行われた場合は、新規の認定審査に準じて再度書類審査と実査を受けるものとする。この実査に要する費用は申請施設の負担とし、実査に先立ち前納とする。金額については別途定める。審査書類並びに入金が確認された後、実査の日程を通知する。

・要件変更による再審査により認定を受けた施設の優良総合健診施設認定期間は、次期認定期間に至る残余期間とする。

選択肢からどちらかを選択し、○をつける

認定要件の変更による再審査、および（必要に応じて行う）実査、再審査による認定残余期間について、上記記載内容を確認、了承しましたか。

はい

いいえ

### 2 認定取得後に認定基準を満たさなくなると認められた場合

・一旦認定を受けた施設において、その後の書類審査または実地審査において認定基準に満たないとされた施設については、「改善勧告」を行う。改善勧告を行なった施設に対しては、最長1年間の改善努力期間を設け、この期間中に施設として認定基準を満たすよう改善する必要がある。改善努力期間中に限り、優良総合健診施設としての欠格事項に関する健保連への通知は保留する。

・改善勧告を受けた施設が改善努力期間内に認定基準を満たしたとして更新認定を再度希望する場合は、定められた書類を作成して本学会事務局宛てに提出し、更新審査を改めて受けなければならない。審査費用（別途請求する金額）は前納とする。

| 選択肢からどちらかを選択し、○をつける   |    |     |
|---|----|-----|
| 認定期間中の書類審査または実地審査において、認定基準を満たさず「改善勧告」を受けた場合の改善努力期間中の措置と、施設の対応すべき内容について、上記記載内容を確認、了承しましたか。   | はい | いいえ |
| <p>・改善勧告を受けた施設であって、改善努力期間内に更新審査を受けることができなかった施設は、改善努力期間の終了とともに自動的に優良総合健診施設の認定を取り消すこととする。また健保連へもその旨を通知し、健保連との指定契約も同時に取り消すものとする。</p>   |    |     |
| 選択肢からどちらかを選択し、○をつける   |    |     |
| 改善努力期間内に更新審査を受けなかった場合の、優良総合健診施設認定および指定契約の取り消しについて、上記記載内容を確認、了承しましたか。  | はい | いいえ |
| <h3>3 改善勧告によらない認定の取り消し</h3> <p>・次の各号に該当する場合、委員会の審議を経た上で施設認定を辞退することを勧告する。</p> <p>①要件の変更について、事由発生から3ヶ月を経過しても届け出がない場合。</p> <p>②検察または国税等による立件などの不祥事が発生した場合。</p> <p>③虚偽の申告によって施設認定を取得したことが判明した場合。</p> <p>④その他、認定施設として適格でないと委員会が判断した場合。</p> <p>施設認定を辞退するよう勧告したにもかかわらず、改善も行なわれず、辞退もしない施設に対しては、委員会で審議の上、本学会理事会の議を経て認定を取り消すことがある。</p> <p>・施設認定を一旦辞退もしくは取り消された施設が再び施設認定を希望した場合は、新規に申請を行なう施設と同様の手続きによるものとする。</p> |    |     |
| 選択肢からどちらかを選択し、○をつける   |    |     |
| 改善勧告によらない認定の取り消し、および施設認定を一旦辞退もしくは取り消された場合の再認定について、上記記載内容を確認、了承しましたか。  | はい | いいえ |

| その他  |    |     |
|--|----|-----|
| 優良総合健診施設としての信頼性を維持するために、施設、設備の保守、保全に努め、職員の研修に継続して努力することができますか？ | はい | いいえ |
| 優良総合健診施設認定後、3年ごとに認定更新審査を受けることとなりますが、常に認定基準を満たす努力を継続できますか？      | はい | いいえ |

上記の優良総合健診施設認定の条件全てを了解し、その他各種規定を遵守することを誓約の上、申請書を提出いたします。

なお、認定申請書に記載した内容の誤りや記入漏れがないことは事前に確認済みです。

令和            年            月            日

施設長名： \_\_\_\_\_ (印)