

## 運営についての重要事項に関する規程の概要 [健診機関]

- \*健診と保健指導の両方を実施する者は、保健指導機関分とは別々に作成・掲出等すること。
- \*多くの拠点を抱えている法人の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・掲出等すること。
- \*選択肢の項目については、□を■又は☑にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

更新情報	最終更新日(記入日)	年 月 日
------	------------	-------

※下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。

機関情報	機関名 <small>注1)注2)</small>		
	所在地 <small>注1)</small>	(郵便番号)	—
		(住所)	
	電話番号 <small>注1)</small>		— —
	FAX番号		— —
	健診機関番号 <small>注1)注3)</small>		
	窓口となるメールアドレス		@
	ホームページ <small>注4)</small>		http://
	経営主体 <small>注1)</small>		
	開設者名 <small>注1)</small>		
	管理者名 <small>注5)</small>		
	第三者評価 <small>注6)</small>		<input type="checkbox"/> 実施（実施機関： ） <input type="checkbox"/> 未実施
	認定取得年月日 <small>注6)</small>		年 月 日
	契約取りまとめ機関名		滋賀県医師会
所属組織名		滋賀県医師会	

注1 (太枠の箇所) 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に届け出ている内容と同一の内容とする。

※変更があった場合は、「特定健診・特定保健指導機関変更届」の提出が必要です。（届出用紙等提出先：滋賀県医師会）

注2) 正式名称で記載。複数拠点を持つ法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば拠点名、法人名+拠点名（例：株式会社△△サービス〇〇店）「財団法人〇〇 △△健診センター」等）であればその通りに記載

注3) 保険医療機関番号を記載。

注4) 自院ホームページを開設している機関は記載、開設していない場合には滋賀県医師会ホームページを記載

注5) 特定健康診査を実施する各拠点における常勤の管理者。但し、管理上支障がない場合は、健康診査機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（医師等による兼務は可）

注6) 何らかの評価機関において、評価を受けた場合のみ記載

スタッフ 情報 <small>注7)</small>		常 勤	非常勤
	医師	人	人
	看護師	人	人
	臨床検査技師	人	人
	上記以外の健診スタッフ <small>注8)</small>	人	人

注7) 特定健康診査に従事する者のみを記載。

注8) 医師・看護師・臨床検査技師以外で、特定健診の業務運営に必要な者（受付、身体計測、データ入力や発送、健診バスの運転等）。

施設及び 設備情報	受診者に対するプライバシー の保護 <small>注9)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	個人情報保護に関する規程類	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	受動喫煙対策 <small>注「なし」は不可</small>	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙 <input type="checkbox"/> なし

施設及び 設備情報	血液の検体検査 <small>注 委託の場合は委託先を記載</small>	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 委託 (委託機関名: _____)
	内部精度管理 <small>注要実施</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
	外部精度管理 <small>注10</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 (実施機関: 滋賀県医師会) <input type="checkbox"/> 未実施
	眼底検査 <small>注 いずれかを選択</small>	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 再委託により実施 (委託機関名: 滋賀県眼科医会)
	健診結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

注9) 健診時における、必要な箇所(問診・相談や脱衣を要する検査項目の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無 ※医療機関は原則として「有」と想定される

注10) 滋賀県方式で請求する機関が委託する血液検査の外部精度管理は「滋賀県医師会」が実施

運営に関する情報	実施日 及び 実施時間	実施時期 <small>注 いずれかを選択</small>	<input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 特定時期 ( _____ 月～ _____ 月) (例: 6月～1月)	
		実施時間 <small>注 診療時間の場合にはその時間を記入</small>	月	(例: 第2・4月曜の9:00-12:00, 16:00-18:00)
		火		
		水		
		木		
		金		
		土		
		日		
		注記	(記入例: 眼底検査は、上記実施時間のうち金・土曜日は実施できません)	
		特定健康診査の単価 <small>注11</small>	8,437 円以下/人	
	特定健康診査の実施形態 <small>注 複数選択可</small>	広報	<input type="checkbox"/> 施設型 ( <input type="checkbox"/> 要予約・ <input type="checkbox"/> 予約不要)	
実態		要予約機関において、日時指定の完全予約制か? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		一般の外来患者に混じって健診を実施するか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	救急時の応急処置体制 <small>注12</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	苦情に対する対応体制 <small>注13</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

注11) 特定健康診査の「基本的な健診の項目」(いわゆる必須項目)の一式を実施した場合の単価(契約先によって多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額)を記載。なお、単価には消費税を含む。

注12) 緊急時に医師が迅速に対応できる体制の有無(医師が常駐していない機関の場合は、医師と緊密に連携し緊急時には搬送もしくは医師が駆けつける体制となっているか)。※医療機関は原則として「有」と想定される

注13) 受診者や保険者による苦情が発生した場合に、それを受け付け、改善、申し立て者への結果報告等を行う窓口や担当等が設けられているか。※医療機関は原則として「有」と想定される

その他	前年度の特定健診の実施件数 <small>注14</small>	年間	人	1日当たり	人
	実施可能な特定健康診査の件数	年間	人	1日当たり	人
	特定保健指導の実施	<input type="checkbox"/> 有(動機付け支援) <input type="checkbox"/> 有(積極的支援) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(初回面接のみ(動機付け支援・積極的支援))			
	請求方法 <small>注 自院と滋賀県方式の併用の場合は、両項目とも記入</small>	<input type="checkbox"/> 滋賀県方式(滋賀県医師会が構築した請求システム)で請求 <input type="checkbox"/> 自機関で電子化( <input type="checkbox"/> フリーソフトを使用、 <input type="checkbox"/> その他システムを使用)			
	尿検査の測定方法 <small>注15</small>	<input type="checkbox"/> 試験紙法(機械読み取り) <input type="checkbox"/> 試験紙法(目視法)			

注14) 後期高齢者健康診査・生活機能評価を含む

注15) 滋賀県方式で請求する機関は記載(自機関で電子化し請求する機関については記載不要)。