

# 令和5年度 和光市女性特有のがん検診業務委託仕様書

## 1 和光市女性特有のがん検診の概要

### (1) 委託業務名

和光市女性特有のがん検診

### (2) 目的

がん検診の重要性の認識と受診の動機付けを醸成・向上させ、がん検診の受診促進を図るとともに、がんの早期発見と正しい健康意識の普及啓発、健康の保持・増進を図ることを目的として実施する。実施に際しては、各検診を本人の希望で組み合わせて受診したいという市民のニーズがあること、市内に子宮頸がん・乳がん検診を同日で受診できる医療機関が少ないことから、乳がん・子宮頸がん・大腸がん・肺がん検診を同日で実施し、がん検診の受診率向上を図る。

さらに、全国健康保険協会埼玉支部が実施する協会けんぽ特定健康診査（以下「協会けんぽ特定健診」という。）については、協会けんぽの被保険者のうち被扶養者の利便性向上、市民の特定健診受診率、がん検診受診率の向上を図るため、和光市女性特有のがん検診と同時実施とする。

また、市民の利便性及び検診を円滑に行うため、検診業者に電話予約受付から検診実施、結果返却までの一連の業務を委託する。

### (3) 契約期間

令和5年4月3日から令和6年3月31日まで

### (4) 検診実施日・対象人数

検診実施日は、次のア～イとする。各日程で実施する検診項目の詳細は、別紙1を参照すること。

ア 8月女性特有のがん検診（3日間実施） 日程：令和5年8月上旬頃

イ 令和5年2月女性特有のがん検診（3日間実施） 日程：令和6年2月上旬頃

※ 各月2日間は、土日祝日に実施すること。

※ 受付時間については、午前の部8：00～11：00、午後の部13：00～15：30とする（15分間隔で受付実施／受付は1枠あたり8～9名程度とする）。

※ 各日程の定員は221名とする。

※ 検診会場はすべて和光市保健センターとする。

## (5) 検診項目・対象者

### ア 検診項目

検診項目は下記（ア）～（イ）とする。各検診の測定内容については、別紙2を参照すること。

（ア） がん検診（子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診・肺がん検診）

（イ） 骨粗しょう症検診

※ 女性特有のがん検診では、協会けんぽ特定健診も同時実施することを条件とする。

### イ 対象者

各検診の対象者については、別紙2を参照すること。また、「新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業」（以下「がんクーポン券事業」という。）の対象者は別紙3を参照すること。

## 2 委託する業務の内容及び提案を求める事項

### (1) 検診実施全般について

検診実施にあたっては、下記ア～キを遵守すること。

ア 受診者のプライバシーに十分配慮して実施すること。

イ 受診時、受診者の移動の順序を明確にし、表示や案内係を配置、受診者が受診の流れを理解できるように説明する等、円滑かつ快適に受診できるようにすること。

ウ 受診者の待ち時間を少なくするよう努力すること。やむを得ず、待ち時間が生じる場合は、受診者が不快を感じないよう環境に配慮すること。

エ 検査着を使用する場合は、洗濯(クリーニング)してある衣類を受診者数分用意すること。また、ブーツ等靴の着脱が困難な対象者のためにスリッパを用意すること。使用済みの検査着は密閉した袋に入れて保管管理すること。

オ 会場設営、検診に必要な物品等は原則としてすべて用意すること。

カ 毎日検診終了後は、使用施設の清掃・消毒及び窓等施錠の確認を行うこと。

キ 不測の事態が発生した場合には、市担当者と協議し対応を決定すること。

### (2) 検診実施前の業務

#### ア 予約受付業務

予約受付業務は、電話予約及びウェブ予約の2通りとし、それぞれ定員を設けて、分けて先着順で予約を受け付ける。

(ア) 予約受付期間

受付期間は以下のとおりとすること。

① 8月実施分

令和5年6月下旬頃の数日間 9:00～19:00

② 令和6年2月実施分

令和5年12月中旬頃の数日間 9:00～19:00

※ ウェブ受付は、開始初日の時間は電話と同時に開始するが、それ以降は、24時間受付可能とすること。

(イ) 実施事項

① 電話予約受付

予約受付時の電話対応の具体的な内容・流れ（トークスクリプト）を作成すること。

② ウェブ予約受付

③ 予約者データ（カナ氏名・住所・電話番号・受診項目等）の提出

予約者情報は、検診実施までに計6回程度、市とやりとりを行う。

**【提案を求める事項1】**

- ウェブ予約・電話予約の実施体制
- 予約者データの提出方法・個人情報管理体制

イ 予約票・問診票・発送用封筒の作成

配布物は事前に市の承認を得ること。

ウ 予約票・問診票・アンケートの発送

受診予定者については発送の5～8日前までに市から指示する。予約票・問診票等は原則和光郵便局から発送すること。

**【提案を求める事項2】**

- 検診をよりよくするための取り組み・方策  
(例：受診者を増やすための方策、継続受診への動機づけを図る方策等)
- 予約票・問診票が手元に届くまでのスケジュール

○予約者データの提出方法・個人情報管理体制

### (3) 検診当日の実施体制

検診当日は、ア～ケの業務についてスタッフを配置すること。

- ア 受付・検診の説明・誘導・最終確認
- イ 会計（自己負担金受理、領収書発行等）
- ウ 問診等
- エ 大腸がん検診検体回収
- オ 肺がん検診（検査技師）
- カ 乳がん検診（検査技師）
- キ 子宮頸がん検診（医師・看護師）
- ク 骨粗しょう症検診（看護師等の専門職）
- ケ 検診実施責任者

乳がん検診・子宮頸がん検診・協会けんぽ特定健診の検査技師・看護師・医師は女性とする。

#### 【提案を求める事項3】

○効率的な運用・検診の円滑な進行のためのスタッフ配置体制

### (4) 健診当日の業務

#### ア 受付業務

全ての検診について、本人確認書類や受診券等の提示をうけ、検診受診条件の該当しているか確認のうえ、自己負担額を徴収し、領収書を発行すること。「がんクーポン券事業」対象者の場合は、無料クーポン券を回収すること。

#### イ 各がん検診

(ア) 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成28年2月4日健発0204第13号厚生労働省健康局長通知）（改正内容を含む）に基づき実施すること。

(イ) 乳がん検診・肺がん検診の二重読影を行った医師2名及び子宮頸がん検診を行った細胞検査技師・細胞診断医名を結果票に明記すること。

(ウ) 該当がんの治療中や経過観察中等のがん検診対象者とならない者が問診の段階で申告した場合は、検診を中止すること。その際には、本人が対象外であることをわかりやすく説明し、理解及び納得してもらうよう対応すること。

(エ) 検診日当日に大腸がん検診の検体を提出できなかった者、肺がん検診の問診結果

により喀痰検査の対象となった者については、後日回収日を設定し、市に来庁のう  
え検体回収を行うこと。後日回収分の検査結果を含めて、結果通知票を作成するこ  
と。

(オ) 問診等で聴取した内容については、検診結果に記載する等して反映させること。

(カ) 体調不良等の事情により、予約した検診が実施できなかった場合は、該当する検  
査項目に関する自己負担額は徴収しないものとする。キャンセルの理由については、  
事業報告書で報告すること。

### (5) 検診実施後の業務

検診結果は、市の指定した日付にて和光郵便局より対象者へ普通郵便にて郵送すること。

## 3 報告・提出書類・費用の請求について

下記の報告書を、市が指定する期日・形式・媒体で提出すること。

### (1) 検診実施前に提出するもの

ア がん検診精度管理チェックリスト（別紙4）

イ 乳がん検診に係る読影医、撮影診療放射線技師リスト（別紙5）

### (2) 検診実施日当日に提出するもの

ア 受付名簿（受診項目、無料クーポン券利用者等を記載した一覧表）

イ 事業報告書

※ 事業報告書については、記載内容を再度確認のうえ、翌日以降すみやかにデータ  
及び紙媒体で提出する。

ウ 各種無料クーポン券、受診券の再発行申請書・名簿

エ 検便、喀痰の後日回収者名簿

オ 検診当日に回収したアンケート用紙

### (3) 検査結果に応じて報告・提出するもの

各がん検診において、受託者の検診医が、検査結果から早急な精密検査や治療が必要  
と判断された場合には、すみやかに市に電話連絡のうえ、該当者のリスト、該当者に配  
布する紹介状、検診結果ならびにがん検診の場合にはレントゲン撮影結果（CD-R）を市  
へ提出すること。

### (4) 検診結果発送日の前週末までに提出するもの

検診結果のデータ化にあたっては、市が指定する様式に合わせてデータを正確に作成し、納品するものとする。データ報告については、暗号化ソフト ED を利用し、パスワード設定したうえで提出する。

ア 個人別検診結果通知票のコピー（A4版）

イ 検診結果一覧表の電子媒体（Excel データ）

ウ 検診結果一覧表の電子媒体（市指定の CSV 形式データ）

※ CSV データについては、必ず文字コードが Unicode 対応のものとする。

#### （5）検診終了後、請求書と同時に提出するもの

ア 統計表（受診者数、性別・年齢別受診項目等市の指定する項目を集計）

イ 業務完了報告書（請求書に基づく項目を集計）

ウ スタッフ従事者名簿

エ 通知発送控え

#### （6）市が指定した時に提出するもの

ア 回収した各種無料クーポン券

イ がん検診等問診票

ウ 回収したアンケートの結果及び分析内容

#### （7）費用の請求・支払い

結果郵送後すみやかに3（5）の書類を添付して遅延なく請求すること。なお、請求する際は、各種検診、検診前後の業務、結果返却業務委託料等の内容を実施月ごとにまとめ、請求すること。請求書様式については、市が指示する。

## 4 その他

### （1）新型コロナウイルス感染症への対応

次に掲げる場合に該当するときは、市と受託者が協議のうえ、実施日程等を変更または実施を中止するものとする。

ア 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言が発出されたとき、または国及び埼玉県による事業等の自粛要請があったとき。

イ 検診実施日程の属する月の2ヶ月前の時点で市内の新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」という。）状況により検診を実施することが適当でないと市が認めるとき。

## (2) その他

### ア 個人情報の取り扱いについて

- (ア) 受託者は個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、和光市個人情報保護条例等を遵守すること。
- (イ) 受託者は、検診データをネットワークに接続していないパソコンで使用して作成し、電子媒体等に保存し、施錠可能な場所で保管すること。
- (ウ) 委託期間が終了した場合は、受託者は全ての個人情報について市へ提出し、個人が特定できるデータを消去すること。なお、実績等の分析にデータを使用する必要がある場合は、個人が特定されない処理をして使用すること。

### イ その他留意事項

- (ア) 検診実施場所の準備及び撤収については、施設の開錠や施錠を含め受託者が全て行う。準備は健診日当日の受付時間前30分までに完了し、受付時間前に受診者が来庁した場合等、待合案内を行う等誠意を持って対応するものとする。
- (イ) 施設の鍵及び施設利用許可証等必要物品については、市が事前に受託者に貸与するため、使用及び保管等取り扱いは検診実施責任者が厳重に注意する。検診準備については、実施施設等の状況が許す場合には、市の許可を得て検診日前の準備を行うことができる。撤収については、施設を使用する前の現状のレイアウトに復帰し、電源や窓の施錠等をきちんと確認したうえで、市の担当者に報告する。会場の鍵の保管、開場等については別紙6のとおり厳重に管理及び実施する。
- (ウ) 検診関係書類を契約期間終了後においても5年間は保存すること。ただし問診票は、原本を市の指定する方法で納品する。受診券、問診票は、基本的な健診（長寿医療健診は除く）とがん検診に分けて、健診日、受付番号順に並べ、健診日毎に仕切りを入れて、市の文書ファイリング用保存箱で納品する。アンケート・各種クーポン券については、市が指定した保存箱を使用し、指定した順番で保管し納品する。
- (エ) 電話申込みの状況に応じて、各時間帯の申込人数枠と各年代の申込人数枠等について、受託者、市協議のうえ、対応変更ができるものとする。
- (オ) 実施に関する詳細な内容については、あらかじめ市と協議するとともに、業務の遂行にあたって疑問が生じたときは、必ず市の指示を受けて実施すること。
- (カ) 新型コロナに係る集団検診業務での取扱いについては、感染者発生が継続している状況を踏まえ、下記（キ）～（シ）のとおり対応する。対応に当たっては原則として、健診8団体が作成した「健康診断実施時における新型コロナウイルス感染症

対策について」(改正内容を含む)に基づき実施する。なお、新型コロナ感染の終息が確認された場合には、市の決定・指示に基づき、下記(キ)～(シ)の対応を解除する。

- (キ) 集団検診業務に携わる市及び受託者の職員は、最低限国及び県が公表する新型コロナウイルス感染者の療養期間を参考に市が決定した期間(健診前から健診日まで)の検診実施日2週間前から体温測定及び健康観察を行う。万一、職員に発熱や風邪症状等がみられる場合や、PCR検査等の陽性者の濃厚接触者に該当する場合は、検診業務には参加せず、代替職員で対応する。その際、業務内容の引継ぎ等円滑に検診が実施できるような体制を準備する。
- (ク) 集団検診業務の際は、毎日業務前後には使用する備品・文具等の消毒並びに換気を行い、飛沫・接触感染防止に努める。
- (ケ) 4(1)定めにより検診の日程等を変更したとき又は中止した場合の費用負担等については、市及びに受託者が協議のうえ決定する。
- (コ) 同事業に携わる市及び受託者の職員とその同居者が新型コロナに罹患または濃厚接触者となった場合には、市並びに受託者ともに速やかに連絡し、事業実施の可否等を協議並びに調整する。
- (サ) 検診日は、職員はマスクを着用し、手洗いや定期的な換気の実施、ソーシャルディスタンスを考慮した検診の待合・検診場所の配置及び導線確保による密接・密閉・密集防止等新型コロナ感染防止に最大限配慮し業務を実施する。なお、換気のため一部窓や扉を開放して健診を実施する場合は、受診者のプライバシーに配慮し、かつ検診書類等個人情報保護を厳守すること。
- (シ) 新型コロナ感染拡大防止のため、受診者に健診日のマスク着用や咳エチケット、密接・密閉・密集防止の協力を検診予約書式等を活用して事前に周知し、検診日に受診者が感染予防対策を実践するようにする。加えて、最低限予約通知受理日から検診日までの健康観察や検温の実施を依頼し、風邪症状等新型コロナ感染の可能性がある場合には、検診に参加しないこと(来所しても確実に参加できないこと)を事前に書面にて周知すること。また、検診後約2週間の期間にPCR検査等が陽性並びに濃厚接触者に該当した場合や、発熱や風邪症状等の体調不良が数日間継続して見られる場合等には速やかに市または受託者に連絡することを周知する。

### 令和5年度 成人対象の集団健診年間スケジュール

【注意事項】●は受診必須項目／認知症検診は全6回実施

		7月国保集団健診（6日間）					8月女性特有のがん検診（3日間）			9月集団健診（6日間）					10月集団健診（5日間）					11月集団健診（6日間）					12月国保集団健診（4日間）				2月女性特有のがん検診（3日間）						
実施形態・回数	平日	休日	日																																
	3回	3回	曜日																																
国保集団健診	8回	2回	160	160	160	160	160	160	221	221	221	160	160	160	160	160	96	160	160	160	160	160	160	160	120	160	160	160	160	160	160	160	221	221	221
集団健診	13回	4回	電話																																
合計	33回	回	Web																																
女性限定日		●					●			●					●					●					●				●						
受付時間	午前	8：00～12：00					8：00～11：00			8：00～12：00 ※ただし坂下公民館は8：30開始					8：00～12：00開始					8：00～12：00 ※ただし総合福祉会館は8：30開始					8：00～12：00				8：00～11：00						
	午後	×					13：00～15：30			×					×					×					×				13：00～15：30						
自己負担額	会場	保健センター					保健センター			保健センター					坂下公民館	保健センター					保健センター	総合福祉会館	保健センター			保健センター				保健センター					
基本的な健診	国保特定健診	令和6年3月31日時点の年齢が40～74歳 ※和光市国保加入者が対象		●					×			○					○					○					○				○				
	長寿医療健診	健診受診日に75歳以上		×					×			○					○					○					○				○				
	30代健診	健診受診日に30～39歳 ※ただし、S59/31以前の方を除く		×					×			○					○					○					○				○				
	がん検診	X線	検診受診日に40歳以上		●					○			○					○					○					○				○			
喀痰	50歳以上かつ喫煙指数600以上		○					○			○					○					○					○				○					
大腸がん	検診受診日に40歳以上		●					○			○					○					○					○				○					
胃がん	検診受診日に40歳以上		○					×			○					○					○					○				○					
前立腺がん	検診受診日に55歳以上		○					×			○					○					○					○				○					
乳がん	1方向	検診受診日に30～39歳、50歳以上の女性		○					○			○					○					○					○				○				
	2方向	検診受診日に40～49歳の女性		○					○			○					○					○					○				○				
	子宮頸がん		検診受診日に20歳以上の女性		○					○			○					○					○					○				○			
その他	骨粗しょう症検診	令和5年4月1日時点の年齢が40、45、50、55、60、65、70、75、80歳の女性 ※乳がん・子宮頸がん同日受診が条件		×					○			×					×					○					×				×				
	認知症検診	令和5年4月1日時点の年齢が64、70、73歳		×					○			○					○					○					○				○				
	肝炎ウイルス検診	検診日に40歳以上かつ今まで未受診		○					×			○					○					○					○				○				
受付期間		6月初旬から中旬頃まで					6月下旬の数日間 9：00～19：00			7月中旬頃の数日間 9：00～20：00					8月中旬頃の数日間 9：00～20：00					9月中旬頃の数日間 9：00～20：00					10月中旬から下旬頃まで				12月中旬頃の数日間 9：00～19：00						
申込について		郵送申込 ※通知発送、受付は和光市が実施					電話とWeb予約			電話とWeb予約					電話とWeb予約					電話とWeb予約					郵送申込 ※通知発送・受付は和光市が実施				電話とWeb予約						
結果返却説明会 ＜受付時間＞9：30～11：30		8月下旬で2日間					結果は郵送			10月上旬から中旬で2日間					11月中旬で2日間					12月上旬から中旬で2日間					2024年1月中旬で2日間				結果は郵送						
特定健診データ／国保連への提出期限（翌々月5日）		9月5日（火）					／			11月6日（月）					12月5日（火）					2024年1月5日（木）					2024年2月5日（月）				／						
請求書提出日（結果郵送月の翌月末まで）		9月29日（金）					10月31日（火）			11月30日（木）					12月28日（木）					2024年1月31日（水）					2024年2月28日（水）				2024年 3月15日（金）						

## ＜検診項目と内容＞

検診業務名	内 容
子宮頸がん検診	問診、内診、子宮頸部細胞診（ベセスダシステムによる判定）
乳がん検診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問診</li> <li>・両乳房X線検査（1方向・二重読影含む）・・・30～39歳、50歳以上</li> <li>・両乳房X線検査（2方向・二重読影含む）・・・40～49歳</li> </ul>
大腸がん検診	問診・免疫学的便潜血反応検査(2日法)
肺がん検診	問診、胸部X線間接撮影(二重読影、結核含む) <医師が必要と認めた場合や問診の結果喫煙指数が600以上の方> 喀痰細胞診検査(3日間蓄痰)
骨粗しょう症検診	問診、骨密度測定検査（DEXA法）

## ＜検診対象者及び自己負担額＞

	検診名	対象者	自己負担額
がん検診	子宮頸がん	受診日において20歳以上の人 (同疾病にて治療中、経過観察中の人除く)	700円以内
	乳がん	受診日において30歳以上の人(同疾病にて治療中、経過観察中の人・授乳中・豊胸術後の人除く) 両乳房X線検査1方向(30歳～39歳、50歳以上) 両乳房X線検査2方向(40歳～49歳)	1方向800円以内 2方向900円以内
	大腸がん	受診日において40歳以上の人 (同疾病にて治療中、経過観察中の人除く)	300円以内
	肺がん (エックス線撮影)	受診日において40歳以上の人 (同疾病にて治療中、経過観察中の人除く)	200円以内
	肺がん(喀痰検査)	受診日において50歳以上かつ医師が必要と認めた場合や問診の結果喫煙指数が600以上の人(同疾病にて治療中、経過観察中の人除く)	300円以内
その他	骨粗しょう症検診	前年度の年齢(当該年度4月1日時点)が40.45.50.55.60.65.70.75.80歳の女性かつ集団健診で同日に乳がん検診または子宮頸がん検診を受診する人(同疾病にて治療中、経過観察中の人除く)	300円以内

<新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業>

1 対象者

以下の(1)(2)の要件を満たすものとする。

- (1) 検診日において和光市に住民登録がある人。
- (2) 下記の<検査別・生年月日別のがん検診無料クーポン券の対象者一覧表>に該当する生年月日の女性。

2 実施方法

- (1) 検診受診時に、本人確認書類(原則住所が記載されているもの。)や受診券等の提示をうけ、対象年齢に該当するかを確認のうえ、事前に市から送付している和光市がん検診無料クーポン券を回収する。
- (2) クーポン券を忘れた場合は、女性特有のがん検診予約票の裏面にある無料クーポン券再発行委任の承諾欄にチェックしてもらい回収する。この用紙は、健診後に市へ提出する。

<検査別・生年月日別のがん検診無料クーポン券の対象者一覧表>

生年月日	子宮頸がん検診 無料クーポン券	乳がん検診 無料クーポン券
H14.4.2～H15.4.1	◎	
H9.4.2～H10.4.1	◎	
H4.4.2～H5.4.1	◎	
S62.4.2～S63.4.1	◎	
S57.4.2～S58.4.1	◎	◎
S52.4.2～S53.4.1		◎
S47.4.2～S48.4.1		◎
S42.4.2～S43.4.1		◎
S37.4.2～S38.4.1		◎

3 自己負担金

無料とする。

## 「子宮頸がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>1. 受診者への説明</b>			
1	検査結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明し、要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	精密検査の方法について説明していますか。(精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	精密検査結果は市へ報告すること、またほかの医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明していますか。※ ※精密検査結果は、個人の同意がなくても市や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検診の有効性(細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検診受診の継続(隔年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多く、また近年増加傾向にあることなどを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以上6項目を記載した資料を受診者全員に個別に配布していますか。(ポスターや問診票等持ち帰れない資料や口頭説明のみは不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 検診機関での精度管理</b>			
1	検診項目は、医師による子宮頸部の検体採取による細胞診のほか、問診、視診を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	実施している細胞診の種類はどちらですか。(該当する方に○)	<input type="checkbox"/> 液状検査法 <input type="checkbox"/> 従来法	
3	採取器具は何を使用していますか。		
4	細胞診は、直視下に子宮頸部及び膣部表面の全面擦過により細胞を採取し(注1)、迅速に処理(固定)していますか。※ ※採取した細胞は直ちにスライドガラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に攪拌懸濁し固定すること	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	細胞診の業務(細胞診の判定も含む)を外部に委託していますか。また、委託している場合、委託機関はどちらですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		委託機関(施設名)	
6	検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行っていますか。※ ※不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	検診結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	問診では、妊娠及び分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 「子宮頸がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
10	問診の上、症状(体がんの症状含む)のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	問診記録は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	視診は膣鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	医師の在籍状況について(人数を記入)	男性	女性
<b>3. 細胞診判定施設での精度管理</b>			
1	細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けていますか。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っていますか。(注2)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	細胞診陰性と判断された検体は、その10%以上について、再スクリーニングを行っていますか。市から求められた場合、再スクリーニング施行率の報告を求められた場合報告できる体制を取っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	細胞診結果の報告には、ベセスダシステムを用いていますか。(注3)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、細胞診結果に明記していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	がん発見例については、過去の細胞所見の見直しを行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	標本は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注1)一般社団法人日本婦人科がん検診学会 子宮頸部細胞採取の手引き参照

(注2)公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照

(注3)ベセスダシステムによる分類: The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition及びベセスダシステム 2001アトラス 参照

住所

商号または名称

代表取締役氏名

健診機関コード

## 「大腸がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>1. 受診者への説明</b>			
1	便潜血検査陽性で要精密検査となった場合には、原則として内視鏡検査により必ず精密検査を受ける必要があること(便潜血検査の再検は不適切であること)を事前に明確に説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	精密検査の方法について説明していますか。(検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はS状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	精密検査の結果は市へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明していますか。※ ※精密検査結果は、個人の同意がなくても市や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検診の有効性(便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検診受診の継続(毎年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以上6項目を記載した資料を受診者全員に個別に配布していますか。(ポスターや問診票等持ち帰れない資料や口頭説明のみは不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 検査の精度管理</b>			
1	検査は、免疫便潜血検査2日法を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	便潜血検査キットに関して①～③についてご記入ください。		
	① 検査キット名( ) 販売元( )		
	② 測定方法( <input type="checkbox"/> 用手法 <input type="checkbox"/> 自動分析装置法 )		
	③ カットオフ値(定性法の場合は検出感度) ( )		
3	大腸がん検診マニュアル(2013年日本消化器がん検診学会発行)に記載された方法に準拠して行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>3. 検体の取り扱い</b>			
1	採便方法についてチラシやリーフレット(採便キットの説明書など)を用いて受診者に説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	採便後即日(2日目)回収を原則としていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 「大腸がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
4	受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検査施設では検体を受領後冷蔵保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	検体回収後原則として24時間以内に測定していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	検診結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

住所

商号または名称

代表取締役氏名

健診機関コード

## 「乳がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>1. 受診者への説明</b>			
1	要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	精密検査の方法や内容について説明していますか。(精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと、及びこれらの検査の概要など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	精密検査結果は市へ報告すること、またほかの医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明していますか。※ ※精密検査結果は、個人の同意がなくても市や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検診の有効性(マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検診受診の継続(隔年)、ブレスト・アウェアネス(乳房を意識する生活習慣)、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性を説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以上6項目を記載した資料を受診者全員に個別に配布していますか。(ポスターや問診票等持ち帰れない資料や口頭説明のみは不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 問診及び撮影の精度管理</b>			
1	問診記録は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	問診では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、過去の受診状況等を聴取していますか。※ ※質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	乳房エックス線撮影装置が日本医学放射線学会の定める仕様基準(注1)を満たしていますか。乳房エックス線撮影装置名と併せてご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	乳房エックス線撮影装置名		
4	両側乳房について内外斜位方向撮影を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	40歳以上50歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の2方向を撮影していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	乳房エックス線撮影における線量および写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構の行う施設画像評価を受けていますか。(該当するものに○) ⇒評価CまたはD、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること	A C	B D
		施設画像評価を受けていない	
7	撮影を行う撮影技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会(注2)を修了していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	撮影技師数 名のうち、資格Aランク 名、Bランク 名 ⇒撮影技師リスト(別紙参照)の作成をお願いします。		

## 「乳がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
8	事前に乳房エックス線撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市に提出していますか。(書式は任意)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 「乳がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>3. 乳房エックス線読影の精度管理</b>			
1	読影は二重読影を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会(注意2)を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	読影医師数      名のうち、資格Aランク      名、Bランク      名 ⇒読影医師リスト(別紙参照)の作成をお願いします。		
2	二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	乳房エックス線画像は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検査結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注1)乳がん検診に用いるエックス線装置の使用基準:マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第7版 マンモグラフィガイドライン第4版参照

(注2)乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会  
基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構(旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会)の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

住所

商号または名称

代表取締役氏名

健診機関コード

## 「肺がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>1. 受診者への説明</b>			
1	要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること(喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど)を事前に明確に説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	精密検査の方法について説明していますか。(精密検査はCT検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	精密検査の結果は市へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明していますか。※ ※精密検査結果は、個人の同意がなくても市や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検診の有効性(胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検診受診の継続(毎年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以上6項目を記載した資料を受診者全員に個別に配布していますか。(ポスターや問診票等持ち帰れない資料や口頭説明のみは不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 質問(問診)、及び撮影の精度管理</b>			
1	検診項目は、質問(医師が自ら対面で行う場合は問診)、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が600以上だった者(過去における喫煙者を含む)への喀痰細胞診としていますか。※ ※質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	質問(問診)では喫煙歴、妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取していますか。また最近6か月以内の血痰などの自覚症状のある場合には、検診ではなく、すみやかに検診機関を受診し、精査を行うように勧めていますか。		<input type="checkbox"/> いいえ
3	質問(問診)記録は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医または肺がん診療に携わる医師による胸部エックス線の画質の評価とそれに基づく指導を行っていますか。(注1)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	撮影機器に関して①～③についてご記入ください。(注2)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	①種類は何ですか。 (該当項目に○)	( 直接撮影 ・ 間接撮影 ・ デジタル方式 )	
5	②フィルムサイズは何ですか。		

## 「肺がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	③モニタ撮影の有無	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	④(デジタルの場合)日本肺癌学会が定める画像処理法を用いていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	1日あたりの実施可能人数は何人ですか。		
8	事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、提示していますか。(書式は任意)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>3. 胸部エックス線読影の精度管理</b>			
1	読影の際は、2名以上の医師によって読影し、うち一人は肺がん診療に携わる医師もしくは放射線科の医師を含めていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	2名のうちどちらかが「要比較読影」としたものは、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	比較読影の方法は、「読影委員会等に委託する」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	(モニタ読影を行っている場合)読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	読影結果の判定は「肺がん検診の手引き」(日本肺癌学会集団検診委員会編)の「肺癌検診における胸部X線写真の判定基準と指導区分」によって行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	胸部エックス線画像は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	胸部エックス線検査結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>4. 喀痰細胞診の精度管理</b>			
1	細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関(施設名)をご記入ください。	委託機関(施設名)	
2	採取した喀痰は、2枚以上のスライドに塗抹し、湿固定の上パニコロウ染色を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行っていますか。(注3)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 「肺がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
4	同一検体から作成された2枚以上のスライドを、2名以上の技師によりスクリーニングしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	標本は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	喀痰細胞診検査結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注1)肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影:日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第8版より  
背腹一方向撮影を原則とする。適格な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけされ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの。

(注2)日本肺癌学会編集 肺癌取扱い規約 改訂版8版より

(注3)喀痰の処理方法・染色法:公益財団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作成マニュアル」参照  
細胞診判定:肺癌取扱い規約、日本肺癌学会HP「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」参照

住所

商号または名称

代表取締役氏名

健診機関コード



## 健診実施施設の鍵の貸与、開錠等に関する実施要領

## 1 目的

この要領は、和光市国保集団健診、集団健診、女性特有のがん検診の実施にあたり、受託者が健（検）診実施前の会場準備等を迅速かつ円滑に実施することを目的とする。

## 2 事前準備、鍵の保管及び利用について

- (1) 市は、事前に受託者に健診実施施設の鍵または施設利用許可証を貸与する。保健センターについては、市は受託者が開錠を適切に実施できるよう、セキュリティ解除方法等について事前に説明する。
- (2) 保健センターの鍵の貸与の日程等については、市受託者協議のうえ決定し、貸与に際しては手渡しで行うとともに、和光市保健センター鍵授受簿（別添参照）を記載し、押印する。
- (3) 受託者は、保健センターの鍵の管理者、保管場所、開錠実施者を定める。
  - ア 保健センターの鍵の管理  
個人情報管理責任者等から選任し、決まり次第市に報告する。
  - イ 保健センターの鍵の保管場所  
受託者の社内に保管し、保管にあたっては常時施錠かつ特定の職員のみアクセスできる環境とし、紛失や盗難等を防止するための環境を整備した場所とする。保管場所は事前に、市に報告する。  
鍵の出納は、健診実施責任者等が責任をもって実施する。
  - ウ 保健センターの鍵の開（施）錠実施者  
事業報告書に氏名を記載し、市に報告する。原則、健診実施責任者が実施する。万一責任者が開錠の対応ができないことが予測される場合には、事前に市に受託者の職員による代替者を連絡し、了解を得る。

## 3 健診実施施設の開錠

- (1) 受託者は、市が事前に配布した開錠日程表に定められた時刻で、健診実施施設の開錠や会場準備を実施する。ただし、状況に応じて、定められた時刻以外でも、市からの依頼があった場合は対応する。
- (2) 健（検）診日は、鍵は開（施）錠実施者が常時保管するものとし、定期的に鍵の所在を確認し、紛失や盗難等に厳重に注意する。
- (3) 健診実施施設内で事故等緊急事態が発生した場合には、直ちに現場に急行し適切な処置を施すとともに、すみやかに市に報告する。ただし、健診実施施設内で対応することを原則とする。
- (4) 開錠については、健（検）診日の業務報告書に、開（施）錠時間と開（施）錠実施者名の記載及び押印を行うとともに、市へ報告する。
- (5) 鍵の返却時期については、貸与の際に市が指定した日付で速やかに返却する。受託

者は、返却期日を厳守する。

#### 4 その他

- (1) 受託者は、開錠及び鍵の保管等に際して、厳重なる注意をもって行う。
- (2) 受託者は、開錠後は健診に使用する部屋のみ入室できるものとし、健診に使用予定でない部屋（保健センター事務室等）への入室を禁ずる。
- (3) 受託者は、検診終了後は、開錠時の各部屋の備品等の配置と同じ現状復帰を行う。
- (4) 本取り決め事項内容の実施に関して、受託者の責めに帰すべき事由により、市に損害が生じた場合、市は当該事由の直接の結果として、現実に被った通常の損害に限り、受託者に対し損害の賠償を請求することができるものとする。
- (5) 実施要領に定めのない事項や疑義が生じた事項については、その都度市と受託者協議のうえ決定するものとする。

## 和光市保健センター鍵授受簿（令和5年度集団健診等実施）

NO.	受託者への 貸与日	市貸与品 市貸与者印	借用者 部署 氏名 (受託者)	返却予定日	備考 (鍵受 理者氏 名)	返却日付 返却物等
1	R 年 月 日 時 分			R 年 月 日 時 分		
2	R 年 月 日 時 分			R 年 月 日 時 分		
3	R 年 月 日 時 分			R 年 月 日 時 分		
4	R 年 月 日 時 分			R 年 月 日 時 分		
5	R 年 月 日 時 分			R 年 月 日 時 分		
6	R 年 月 日 時 分			R 年 月 日 時 分		
7	R 年 月 日 時 分			R 年 月 日 時 分		
8	R 年 月 日 時 分			R 年 月 日 時 分		
9	R 年 月 日 時 分			R 年 月 日 時 分		

○鍵の受け渡し及び鍵の管理については、契約時に市と受託者が協議のうえ決定した方法により実施します。