

運営についての重要事項に関する規程の概要〔健診機関〕

* 複数の実施機関を抱えている法人の場合は、各実施機関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■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	2020年4月1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 ^{注1)注2)}	J A高知病院 J A高知健診センター	
	所在地 ^{注1)}	(郵便番号)	783 - 8509
		(住所)	高知県南国市明見字中野526-1
	電話番号 ^{注1)}	088 - 863 - 8510	
	FAX番号	088 - 863 - 8520	
	健診機関番号 ^{注3)}	3910410913	
	窓口となるメールアドレス	jakensin@kouseiren.ja-kochi.or.jp	
	ホームページ ^{注4)}	http://www.kouseiren.ja-kochi.or.jp/	
	経営主体 ^{注1)}	高知県厚生農業協同組合連合会	
	開設者名 ^{注1)}	代表理事理事長 舩田 郁男	
	管理者名 ^{注5)}	センター長 岩村 伸一	
	第三者評価 ^{注6)}	<input checked="" type="checkbox"/> 実施（実施機関：日本人間ドック学会） <input type="checkbox"/> 未実施	
	認定取得年月日 ^{注6)}	平成27年4月1日 更新	
	契約取りまとめ機関名 ^{注7)}	高知県医師会	
所属組織名 ^{注8)}	高知県厚生農業協同組合連合会		

注1) 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に届け出る（あるいは届け出ている）内容と同一の内容とする

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) 届出により支払基金から番号が交付されている機関のみ記載

注4) ホームページを開設している機関のみ記載。複数ある場合は最も機関の概要がわかる情報が掲載されているサイト（例：自院ページ、地区医師会ページ、医療情報提供制度に基づく都道府県ホームページ等）のアドレスを記載

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

注7) 個別契約のみで、どこのグループにも属していない場合は記載不要

注8) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、主として注2の例にあるような法人を想定（医師会は除く）。なお、契約取りまとめ機関名との包含関係としては、契約取りまとめ機関≧本部組織>機関（支部・支店等）となる。

スタッフ情報 ^{注9)}		常勤	非常勤
	医師		1人
看護師		11人	0人
臨床検査技師		0人	14人
上記以外の健診スタッフ ^{注10)}		6人	1人

注9) 特定健康診査に従事する者を記載。（兼務可）

注10) 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 ^{注11)}	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙
	血液検査	<input checked="" type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 一部委託 <input type="checkbox"/> 全部委託
	心電図検査	<input checked="" type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 外部依頼で実施

眼底検査	■独自で実施 □外部依頼で実施
内部精度管理 ^{注12)}	■実施 □未実施
外部精度管理 ^{注12)}	■実施（実施機関：日本医師会他） □未実施
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	■有 □無

注11) 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を記載。※医療機関は原則として「有」であると想定される。

注12) 血液検査や眼底検査等を外部に委託している場合には、委託先の状況について記載。

運営に関する情報	特定健康診査の実施形態	□個別		実施日時	受診時間 〔 〕 (例:平日 9:00-17:00、月・木 13:00-17:00 など)	
		■ 集団 ^{注13)}	■施設型	実施日時	受診時間 〔平日 9:00-10:00 受付 要予約 〕 (例:平日 13:00-17:00、第3木曜日の午後 など)	
			□巡回型	実施期間	受診時間 〔 〕 (例:通年で実施、7月以降の平日 13:00- など)	
	巡回型健診の実施地域		(例:高知県全域、高知市)			
	特定健康診査の単価 ^{注14)}		円以下/人			
	救急時の応急処置体制 ^{注15)}		■有 □無			
	苦情に対する対応体制 ^{注16)}		■有 □無			

注13) 「施設型」を指定した場合は従来の個別健診「特定時期」、「巡回型」を指定した場合は従来の集団健診単価となる。施設型、巡回型の両方を実施する機関は、どちらもチェックすること。

注14) 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15) 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」であると想定される。

注16) 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」であると想定される。

検査方法に関する情報 ^{注17)}	総コレステロール	■可視吸光光度法 □紫外吸光光度法 □その他
	中性脂肪	■可視吸光光度法 □紫外吸光光度法 □その他
	HDL コレステロール	■可視吸光光度法 □紫外吸光光度法 □その他
	LDL コレステロール	■可視吸光光度法 □紫外吸光光度法 □その他
	AST(GOT)	■紫外吸光光度法 □その他
	ALT(GPT)	■紫外吸光光度法 □その他
	γ-GT(γ-GTP)	■可視吸光光度法 □その他
	アルブミン	■可視吸光光度法 □その他
	ヘモグロビンA1c	□免疫学的方法 ■HPLC □酵素法 □その他
	尿糖	■試験紙法(機械読み取り) □試験紙法(目視法)
	尿蛋白	■試験紙法(機械読み取り) □試験紙法(目視法)
	血清クレアチニン	■可視吸光光度法 □その他
	血清尿酸	■可視吸光光度法 □その他

注17) 血液検査を外部に委託している場合には、委託先の検査方法を記載。

その他	実施可能な特定健康診査の件数	年間 1000 人	1日当たり 5 人
-----	----------------	-----------	-----------