

平成24年5月21日

人間ドック実施指定施設 各位

社団法人全日本病院協会
会 長 西澤 寛俊
人間ドック委員会
委員長 西 昂

平成23年度人間ドックに関する調査について(お願い)

平素より本会人間ドック事業の運営につきまして格段のご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。

当協会人間ドック委員会では年1回、人間ドックの質の向上を目指し、人間ドックの実施状況並びに検査成績についての調査を実施しております。調査結果は専門家による総評を頂いて報告書として取り纏め、自己評価にご活用頂けるよう、ご回答いただいた皆様に配付いたします。また健康保険組合連合会等の関係者へ配付し、意見交換の場において活用するなど、当協会人間ドック事業の有効性を広く周知して頂く為にも活用いたします。

なお当協会人間ドック実施指定施設は、人間ドック実施状況を当協会人間ドック委員会に報告することが指定内規にて定められておりますので、当調査にてご報告くださいますようお願いいたします。

つきましては平成23年度(平成23年4月～平成24年3月)の人間ドック実施状況をご記入のうえ、平成24年6月21日(木)までに事務局宛にご提出ください。利用者がいない場合でも必ずご提出くださいますようお願い申し上げます。

ご多忙の中恐れ入りますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

- この調査票は郵送またはFAX用です。
- Eメールによる回答をご希望の方は全日本病院協会ホームページより調査票(Eメール用)をダウンロードし、Eメールにてお送りください。
- 全日本病院協会ホームページ <http://www.ajha.or.jp/hms/medicalcheckup/>

【お問合せ】

(社) 全日本病院協会事務局人間ドック委員会
〒101-8373 東京都千代田区三崎町3-7-12 清話会ビル7F
T E L 03-3234-5165
F A X 03-3237-9366
Eメール ningendock@ajha.or.jp

平成23度人間ドックに関する調査

社団法人全日本病院協会 人間ドック委員会

■今回ご回答いただきました資料を本調査以外の用途に使用することは一切ありません。調査目的達成後は適切に廃棄処分いたします。

■提出期日 平成24年6月21日(木)必着

■提出方法及び提出先 以下いずれかの方法によりご提出ください。

①同封の返信用封筒にて返送 ②FAXにて返信／FAX03-3237-9366

記入日	平成 年 月 日
会員番号	※ 本調査票が封入されていた封筒に記載されている会員番号をご記入ください。
施設名	
施設住所	〒 —
TEL	
FAX	
Eメール	
記入者氏名	
記入者所属 部署／役職	

【お問合せ先】

社団法人全日本病院協会事務局 人間ドック委員会
〒101-8378 東京都千代田区三崎町3-7-12清話会ビル7F
TEL03-3234-5165 FAX03-3237-9366
Eメール ningendock@ajha.or.jp

HP

1. 人間ドック利用者数について

平成23年度(平成23年4月～平成24年3月)の人間ドック利用者数についてご記入ください。

(1) 日帰り人間ドック利用者数

単位:人

	総利用者数(イ)※1		健保連(ロ) ※2		ゼンセン(ハ) ※3		その他(ニ) ※4	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
平成23年 4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
平成24年 1月								
2月								
3月								
合 計								

※1 (イ)=(ロ)+(ハ)+(ニ)

※2 健保連(ロ)には、全日病指定の健康保険組合連合会関係の日帰り人間ドック利用者数をご記入ください。

※3 ゼンセン(ハ)には、全日病指定のUIゼンセン同盟関係の日帰り人間ドック利用者数をご記入ください。

※4 その他(ニ)とは貴施設で独自で実施している日帰り人間ドックなどの利用者数をご記入ください。

なお、法定健診(老人保健法による基本健康診査、労働安全衛生法による一般健康診査)は除いてご記入ください。

(2) 日帰り以外人間ドック利用者数

	男 性	女 性
一泊人間ドック利用者数	年間 人	年間 人
二泊以上人間ドック利用者数	年間 人	年間 人
生活習慣病健診利用者数 ※1	年間 人	年間 人
その他の健診利用者数 ※2	年間 人	年間 人

※1 特定健診、協会けんぽ(旧政府管掌)の生活習慣病健診、それに準ずる企業健診など。

※2 一般検診、定期検診など

2. 人間ドックに係る職種別職員数について

貴施設における人間ドック実施に係る職種別職員数(平成24年3月31日現在)をご記入ください。
(施設全体の職員数ではないのでご注意ください)

単位:人

職 種	常 勤		非常勤	合計
	専 任 ※1	兼 任 ※2		
健診業務担当	医師			
	臨床検査技師			
	衛生検査技師			
	診療放射線技師 (レントゲン技師を含む)			
	保健師			
	看護師			
	准看護師			
	管理栄養士			
	栄養士			
	その他 ※3			
事務業務担当	事務長			
	医事業務			
	一般事務			
	その他			
合 計				

※1 専任とは、人間ドック業務に責任を持ち、対処する職員のことです。

※2 兼任とは、人間ドック業務に加え他の業務を実施する職員のことです。

※3 特定保健指導を実施する職員をご記入ください(歯科医師・薬剤師・助産師・歯科衛生士等)。

3. 人間ドックに必要な検体検査について

(1) 検体検査について、該当する□に○をご記入ください。

- すべての検体検査を自施設内で実施している
- 一部外部に外注している

(2) 貴施設及び外注先で受けている外部精度管理事業について、該当する□に○をご記入ください。
(複数回答可)

- 日本医師会
- 都道府県医師会
- 日本臨床衛生検査技師会
- 都道府県臨床衛生検査技師会
- 全国労働衛生団体連合会
- 日本衛生検査所協会
- 日本アイソトープ協会
- その他()

4. 実施状況について

1	貴施設で、日帰り人間ドックの実施可能な人数は何名ですか。	1日 1週間	名 名
2	貴施設で、一泊人間ドックの実施可能な人数は何名ですか。	1日 1週間	名 名
3(1)	貴施設で実施している一泊人間ドックの病床数は何床ですか。		床
3(2)	上記(1)のうちホテルドックの病床数は何床ですか。		床
4	受診者の権利・施設理念を掲示していますか。	はい	・ いいえ
5	専任医師が1名以上常勤していますか。	はい	・ いいえ
6	内科・外科・眼科・婦人科など他科医師の指導を受ける体制を有していますか。	はい	・ いいえ
7	臨床検査・生理検査室には、臨床検査技師が常勤していますか。	はい	・ いいえ
8	エックス線写真、心電図の読影に責任をもつ医師がいますか。	はい	・ いいえ
9	検査データの精度管理が十分行われていますか。	はい	・ いいえ
10	利用者への結果説明および生活指導を行っていますか。	はい	・ いいえ
11	要精密検査者・要治療者に対してフォローアップを行っていますか。	はい	・ いいえ
12	病歴、検査記録の整理保管が適切に行われていますか。	はい	・ いいえ
13	細胞診が適切に行われていますか。	はい	・ いいえ
14(1)	日帰り人間ドックの平均所要時間はどのくらいですか。 (該当する□に○をご記入ください)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2時間未満 2～3時間未満 3～4時間未満 4～5時間未満 5時間以上 ()時間
14(2)	上記、設問14(1)のうち、平均待ち時間はどのくらいですか。 (該当する□に○をご記入ください)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1時間未満 1～1.5時間未満 1.5～2時間未満 2時間以上 ()時間
15	人間ドックに関する待ち時間調査を実施していますか。	はい	・ いいえ
16	個人情報の保護に配慮がなされていますか。	はい	・ いいえ
17(1)	利用者への要精密検査率は何%ですか。 【計算式】要精密検査者数(1項目以上該当者)÷人間ドック総利用者数×100		%
17(2)	そのうちフォローアップがなされた実績は何%ですか。 【計算式】フォローアップ者数(他施設含む)÷要精密検査者数×100		%
18(1)	利用者への要治療率は何%ですか。 【計算式】要治療者数(1項目以上該当者)÷人間ドック総利用者数×100		%
18(2)	そのうちフォローアップがなされた実績は何%ですか。 【計算式】フォローアップ者数(他施設含む)÷要治療者数×100		%

19(1) 人間ドックの検査項目を十分に実施し得る設備(臨床検査室・生理検査室・放射線検査室等)並びに機器を有していますか。 はい・一部委託・いいえ

19(2) 以下の、健保連の基本検査項目の中で、外部委託している検査項目の□に○をご記入ください。

基本検査項目		回答欄
身体計測	身長	
	体重	
	肥満度	
	BMI	
	腹囲	
生理	血圧測定	
	心電図	
	心拍数	
	眼底検査	
	眼圧検査	
	視力検査	
	聴力検査	
	呼吸機能検査	
超 X 音線波・	胸部X線	
	上部消化管X線	
	腹部超音波	
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	
	CRP	
血清学	血液型(ABO)	
	血液型(Rh)	
	梅毒反応	
	HBs抗原	

基本検査項目		回答欄
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(GOT)	
	ALT(GPT)	
	γ-GT(γ-GTP)	
	ALP	
	血糖(空腹時)	
HbA1c		
尿	蛋白	
	PH	
	尿糖	
	沈渣	
	潜血	
	比重	
便	潜血	
問診・診察	内科	

20 貴施設が実施しているオプション検査項目について、該当する□に○をご記入ください。

検査項目	回答欄
内視鏡(胃・小腸・大腸)	
カプセル内視鏡	
CT検査	
MRI検査	
MRA検査	
PET検査	
マンモグラフィ	
マンマエコー	
骨塩測定	

検査項目	回答欄
子宮がん検査(子宮頸部細胞診・内診)	
腫瘍マーカー検査	
喀痰細胞診	
血圧脈派検査(ABI等)	
ヘリコバクテリ菌検査	
内分泌ホルモン検査	
動脈硬化に関する検査	
その他	

5-1. 疾病調査について(男性)

平成23年度、貴施設で実施した日帰り人間ドック総利用者数についてご記入ください。

単位:人

		40歳未満			40～50歳未満			50～60歳未満			60～65歳未満			65～75歳未満			75歳以上		
総利用者数 ※1																			
A+B ※2																			
判定 ※2		C	D1	D2	C	D1	D2	C	D1	D2	C	D1	D2	C	D1	D2	C	D1	D2
1	糖尿病																		
2	高血圧																		
3	高脂血症																		
4	高コレステロール血症																		
5	高尿酸血症																		
6	血液疾患																		
7	リウマチ疾患																		
8	血清・梅毒反応																		
9	心電図異常																		
10	呼吸器疾患																		
11	食道・胃疾患																		
12	十二指腸疾患																		
13	小腸疾患																		
14	大腸・肛門疾患																		
15	肝疾患																		
16	胆嚢疾患																		
17	膵臓疾患																		
18	その他の消化器疾患																		
19	眼科疾患																		
20	耳鼻科疾患																		
21	腎・尿路疾患																		
22	前立腺疾患																		
23	その他の疾患																		
特定 保健 指導	肥満(BMI)	25未満	25以上		25未満	25以上		25未満	25以上		25未満	25以上		25未満	25以上		25未満	25以上	
	腹囲	85cm未満	85cm以上		85cm未満	85cm以上		85cm未満	85cm以上		85cm未満	85cm以上		85cm未満	85cm以上		85cm未満	85cm以上	
	特定保健指導対象者 ※3				情報提供	動機付け支援	積極的支援	情報提供	動機付け支援	積極的支援	情報提供	動機付け支援	積極的支援	情報提供	動機付け支援				

※1 日帰り人間ドック総利用者数(イ) = 健保連(ロ) + UIゼンセン(ハ) + その他(ニ)

※2 A:異常なし、B:軽度異常あるも日常生活に支障なし、C:軽度異常あり生活習慣改善または経過観察を要す、D1:要治療、D2:要精密検査、E:現在治療中

※3 平成20年4月より開始された特定健診・特定保健指導を実施している場合はご記入ください。

特定保健指導対象者については参考資料をご確認ください。

5-2. 疾病調査について(女性)

平成23年度、貴施設で実施した日帰り人間ドック総利用者数についてご記入ください。

単位:人

		40歳未満			40～50歳未満			50～60歳未満			60～65歳未満			65～75歳未満			75歳以上		
総利用者数 ※1																			
A+B ※2																			
判定 ※2		C	D1	D2	C	D1	D2	C	D1	D2	C	D1	D2	C	D1	D2	C	D1	D2
1	糖尿病																		
2	高血圧																		
3	高脂血症																		
4	高コレステロール血症																		
5	高尿酸血症																		
6	血液疾患																		
7	リウマチ疾患																		
8	血清・梅毒反応																		
9	心電図異常																		
10	呼吸器疾患																		
11	食道・胃疾患																		
12	十二指腸疾患																		
13	小腸疾患																		
14	大腸・肛門疾患																		
15	肝疾患																		
16	胆嚢疾患																		
17	膵臓疾患																		
18	その他の消化器疾患																		
19	眼科疾患																		
20	耳鼻科疾患																		
21	腎・尿路疾患																		
22	婦人科疾患																		
23	乳房疾患																		
24	その他の疾患																		
特定 保健 指 導	肥満(BMI)	25未満	25以上		25未満	25以上		25未満	25以上		25未満	25以上		25未満	25以上		25未満	25以上	
	腹囲	90cm未満	90cm以上		90cm未満	90cm以上		90cm未満	90cm以上		90cm未満	90cm以上		90cm未満	90cm以上		90cm未満	90cm以上	
	特定保健指導対象者 ※3				情報提供	動機付け支援	積極的支援	情報提供	動機付け支援	積極的支援	情報提供	動機付け支援	積極的支援	情報提供	動機付け支援				

※1 日帰り人間ドック総利用者数(イ)＝健保連(ロ)＋UIゼンセン(ハ)＋その他(ニ)

※2 A:異常なし、B:軽度異常あるも日常生活に支障なし、C:軽度異常あり生活習慣改善または経過観察を要す、D1:要治療、D2:要精密検査、E:現在治療中

※3 平成20年4月より開始された特定健診・特定保健指導を実施している場合はご記入ください。
特定保健指導対象者については参考資料をご確認ください。

6. 要精密検査件数について

貴施設で実施した日帰り人間ドック総利用者数(イ)のうち、要精密検査件数(健診時の同時検査含む)についてご記入ください。

検査項目	総利用者数	要精密検査指示数	精密検査実績数 (他施設含む)
胃透視	人	人	人
内視鏡	人	人	人
胸部X線検査総数	人	人	人
腹部超音波総数	人	人	人
婦人科	人	人	人
乳腺	人	人	人

7. 要治療件数について

貴施設で実施した日帰り人間ドック総利用者数(イ)のうち、要治療件数についてご記入ください。

検査項目	総利用者数	要治療指示数	治療実績数 (他施設含む)
胃透視	人	人	人
内視鏡	人	人	人
胸部X線検査総数	人	人	人
腹部超音波総数	人	人	人
婦人科	人	人	人
乳腺	人	人	人

8. がん症例について

貴施設で実施した日帰り人間ドック総利用者数(イ)のうち、発見されたがん症例についてご記入ください。
記入用紙が足りない場合には、コピーをしてご記入ください。

NO. 1

病名	01:肺 02:食道 03:胃 04:小腸 05:大腸 06:直腸					
	07:肛門 08:肝臓 09:胆のう 10:膵臓 11:腎臓 12:膀胱					
	13:前立腺 14:甲状腺 15:乳房 16:子宮 17:卵巣					
	99:その他()					
性別		1:男 2:女	年齢	歳		
進行度(早期・進行)		1:早期 2:進行 3:不明				
治療	放射線治療	1:有 2:無 3:不明				
	薬物治療	1:有 2:無 3:不明				
	手術	1:有 2:無 3:不明 <input type="checkbox"/> 内視鏡的手術(経胸腔鏡手術・経腹腔鏡手術等含む) <input type="checkbox"/> 非内視鏡的手術				

NO. 2

病名	01:肺 02:食道 03:胃 04:小腸 05:大腸 06:直腸					
	07:肛門 08:肝臓 09:胆のう 10:膵臓 11:腎臓 12:膀胱					
	13:前立腺 14:甲状腺 15:乳房 16:子宮 17:卵巣					
	99:その他()					
性別		1:男 2:女	年齢	歳		
進行度(早期・進行)		1:早期 2:進行 3:不明				
治療	放射線治療	1:有 2:無 3:不明				
	薬物治療	1:有 2:無 3:不明				
	手術	1:有 2:無 3:不明 <input type="checkbox"/> 内視鏡的手術(経胸腔鏡手術・経腹腔鏡手術等含む) <input type="checkbox"/> 非内視鏡的手術				

NO. 3

病名	01:肺 02:食道 03:胃 04:小腸 05:大腸 06:直腸					
	07:肛門 08:肝臓 09:胆のう 10:膵臓 11:腎臓 12:膀胱					
	13:前立腺 14:甲状腺 15:乳房 16:子宮 17:卵巣					
	99:その他()					
性別		1:男 2:女	年齢	歳		
進行度(早期・進行)		1:早期 2:進行 3:不明				
治療	放射線治療	1:有 2:無 3:不明				
	薬物治療	1:有 2:無 3:不明				
	手術	1:有 2:無 3:不明 <input type="checkbox"/> 内視鏡的手術(経胸腔鏡手術・経腹腔鏡手術等含む) <input type="checkbox"/> 非内視鏡的手術				

NO. 4

病名	01:肺 02:食道 03:胃 04:小腸 05:大腸 06:直腸					
	07:肛門 08:肝臓 09:胆のう 10:膵臓 11:腎臓 12:膀胱					
	13:前立腺 14:甲状腺 15:乳房 16:子宮 17:卵巣					
	99:その他()					
性別		1:男 2:女	年齢	歳		
進行度(早期・進行)		1:早期 2:進行 3:不明				
治療	放射線治療	1:有 2:無 3:不明				
	薬物治療	1:有 2:無 3:不明				
	手術	1:有 2:無 3:不明 <input type="checkbox"/> 内視鏡的手術(経胸腔鏡手術・経腹腔鏡手術等含む) <input type="checkbox"/> 非内視鏡的手術				

NO.

病名	01:肺 02:食道 03:胃 04:小腸 05:大腸 06:直腸					
	07:肛門 08:肝臓 09:胆のう 10:膵臓 11:腎臓 12:膀胱					
	13:前立腺 14:甲状腺 15:乳房 16:子宮 17:卵巣					
	99:その他()					
性別		1:男 2:女	年齢	歳		
進行度(早期・進行)		1:早期 2:進行 3:不明				
治療	放射線治療	1:有 2:無 3:不明				
	薬物治療	1:有 2:無 3:不明				
	手術	1:有 2:無 3:不明 <input type="checkbox"/> 内視鏡的手術(経胸腔鏡手術・経腹腔鏡手術等含む) <input type="checkbox"/> 非内視鏡的手術				

NO.

病名	01:肺 02:食道 03:胃 04:小腸 05:大腸 06:直腸					
	07:肛門 08:肝臓 09:胆のう 10:膵臓 11:腎臓 12:膀胱					
	13:前立腺 14:甲状腺 15:乳房 16:子宮 17:卵巣					
	99:その他()					
性別		1:男 2:女	年齢	歳		
進行度(早期・進行)		1:早期 2:進行 3:不明				
治療	放射線治療	1:有 2:無 3:不明				
	薬物治療	1:有 2:無 3:不明				
	手術	1:有 2:無 3:不明 <input type="checkbox"/> 内視鏡的手術(経胸腔鏡手術・経腹腔鏡手術等含む) <input type="checkbox"/> 非内視鏡的手術				

参考資料

特定保健指導対象者の選定方法について<抜粋>

(出典：「標準的な健診・保健指導プログラム確定版」第2編健診第3章保健指導対象者の選定と階層化)

ステップ1

○腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する

- ・腹囲 M \geq 85cm、F \geq 90cm →(1)
- ・腹囲 M<85cm、F<90cm かつ BMI \geq 25 →(2)

ステップ2

○検査結果、質問票より追加リスクをカウントする。

○①～③は内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上場合にのみをカウントする。

- ①血糖※
 - a 空腹時血糖 100mg/dl 以上 又は
 - b HbA1c の場合 5.2% 以上 又は
 - c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②脂質
 - a 中性脂肪 150mg/dl 以上 又は
 - b HDL コレステロール 40mg/dl 未満 又は
 - c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③血圧
 - a 収縮期 130mmHg 以上 又は
 - b 拡張期 85mmHg 以上 又は
 - c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)

④質問票 喫煙歴あり

※血糖検査については、HbA1c 検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、保健指導を行う上で有効であるとともに、絶食による健診受診を受診者に対して、事前に通知していたとしても、食事を摂取した上で健診を受診することにより、必ずしも空腹時における採血が行えないことから、空腹時血糖とHbA1c 検査の両者を実施することが望ましいが、空腹時血糖とHbA1c の両方を測定している場合には、メタボリックシンドロームの診断基準として用いられている空腹時血糖を使用する。

ステップ3

ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け

(1)の場合

- ①～④のリスクのうち
- 追加リスクが2以上の対象者は 積極的支援レベル
- 1の対象者は 動機づけ支援レベル
- 0の対象者は 情報提供レベル とする。

(2)の場合

- ①～④のリスクのうち
- 追加リスクが3以上の対象者は 積極的支援レベル
- 1又は2の対象者は 動機づけ支援レベル
- 0の対象者は 情報提供レベル とする。

ステップ4

○前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL(Quality of Life)の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

○血圧降下剤等を服薬中の者(質問票等において把握)については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

○市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。

○医療機関においては、生活習慣病指導管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を活用することが望ましい。

なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は了解の下に、保健指導等を行うことができる。