

(案)

職域におけるがん検診実施状況調査票案

健康保険組合名	
担当部署・担当者名	
電話	
E-mail	

第1 「被保険者」について、平成25年度のがん検診実施状況についてお伺いします。

1 被保険者数をお教えてください。

千葉県在住者については概数で結構です。わからない場合は「不明」とご記入ください。

	被保険者数	(内) 千葉県在住者
男性	人	人
女性	人	人

2 がん検診の実施状況について、該当する項目に○及び必要事項への記入をお願いいたします。

(1) がん検診を実施していますか。

* がん検診は、

- ・ がん検診として単独で実施している
(契約医療機関で実施、集団検診で実施等、実施方法は問いません)
- ・ 定期健康診断または特定検診と同時に実施している
- ・ 人間ドックで実施している

等の場合を問わず、下表にある5項目について、いずれかの検査方法で実施している場合に「実施している」とします。1項目だけでも実施しているものがあれば、「ア 実施している」を選んでください。

がん検診の検査方法は下記のいずれかに該当するものとします

- ア 実施している → (2) (3) へ
イ 実施していない → (4) ~ (6) へ

検診名	検査方法
胃がん	胃部エックス線撮影、内視鏡検査
肺がん	胸部エックス線撮影、喀痰、CT
大腸がん	便潜血検査、内視鏡検査
乳がん	乳房エックス線撮影(マンモグラフィ)、視触診、超音波(エコー)
子宮頸がん	細胞診

(2) ~ (3) は「ア がん検診を実施している」場合にお答えください。

(2) がん検診の内容と、負担金についてお教えてください。

実施している項目に○をつけ、対象年齢等を記載してください。5項目以外のがん検診も実施している場合は、その他に検診名を記載し、具体的な内容もご記入ください。

用紙は、「がん検診として単独に実施」「定期健診または特定健診と併せて実施」「人間ドックと併せて実施」の3種類があります。それぞれ該当する用紙、すべてにご記入ください。

がん検診として単独に実施

* 対象年齢がない場合は「なし」、人数等が不明の場合は「不明」とご記入ください。

* 対象条件には、希望者のみ、定員あり、対象年齢が○歳以上の他に指定された年齢がある、乳がん・子宮頸がん以外に性別による制限がある場合などに、具体的な内容を記載してください。

実施に○	検診名	対象年齢	受診対象者数 (概数可)	受診者数 (概数可)	主催 (いずれかに○)	対象条件
	胃がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	大腸がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	肺がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	乳がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	子宮頸がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
その他		歳以上	人	人	事業主・健保	
その他		歳以上	人	人	事業主・健保	

○がん検診の実施の費用については、受診者の自己負担がありますか。

ア 自己負担なし（検診の費用は全額、事業主または健保が負担）

イ 一部自己負担

定期健診または特定健診と併せて実施

* 対象年齢がない場合は「なし」、人数等が不明の場合は「不明」とご記入ください。

* 対象条件には、希望者のみ、定員あり、対象年齢が〇歳以上の他に指定された年齢がある、乳がん・子宮頸がん以外に性別による制限がある場合などに、具体的な内容を記載してください。

実施に〇	検診名	対象年齢	受診対象者数 (概数可)	受診者数 (概数可)	主催 (いずれかに〇)	対象条件
	胃がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	大腸がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	肺がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	乳がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	子宮頸がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
その他		歳以上	人	人	事業主・健保	
その他		歳以上	人	人	事業主・健保	

〇がん検診の実施の費用については、受診者の自己負担がありますか。

ア 自己負担なし（検診の費用は全額、事業主または健保が負担）

イ 一部自己負担

人間ドックと併せて実施

* 対象年齢がない場合は「なし」、人数等が不明の場合は「不明」とご記入ください。

* 対象条件には、希望者のみ、定員あり、対象年齢が〇歳以上の他に指定された年齢がある、乳がん・子宮頸がん以外に性別による制限がある場合などに、具体的な内容を記載してください。

実施に〇	検診名	対象年齢	受診対象者数 (概数可)	受診者数 (概数可)	主催 (いずれかに〇)	対象条件
	胃がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	大腸がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	肺がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	乳がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
	子宮頸がん	歳以上	人	人	事業主・健保	
その他		歳以上	人	人	事業主・健保	
その他		歳以上	人	人	事業主・健保	

〇がん検診の実施の費用については、受診者の自己負担がありますか。

ア 自己負担なし（検診の費用は全額、事業主または健保が負担）

イ 一部自己負担

(3) がん検診について、受診を勧奨するような広報をしていますか。

- ア 組合員全体に勧奨している
- イ 未受診者に対して勧奨している。
- ウ 何もしていない。

(4)～(6)は「イ がん検診を実施していない」場合にお答えください。

(4) がん検診を実施していない理由について、該当する項目に○お教えください。(複数回答可)

- ア 費用が高い・予算が不足
- イ 加入者からの要望がない
- ウ 実施が労働安全衛生法等で義務付けられていない
- エ わからない
- オ その他 ()

(5) 今後、がん検診を実施していく予定がありますか

- ア 予定がある
- イ 予定はない

(6) 組合員に対して、居住する市町村でがん検診が受診できる等、がん検診受診についての情報提供を行っていますか。

- ア 行っている
- イ 行っていない

全員がお答えください。

第2 「被扶養者」について、平成25年度のがん検診実施状況についてお伺いします。

1 被扶養者数をお教えください。

千葉県在住者については概数で結構です。わからない場合は「不明」とご記入ください。

	被扶養者数	(内) 千葉県在住者
男性	人	人
女性	人	人

2 がん検診の実施状況について、該当する項目に○及び必要事項への記入をお願いいたします。

- ア 実施している (a 胃がん b 肺がん c 大腸がん d 乳がん e 子宮頸がん)
- イ 実施していない (a 今後実施予定あり b 今後実施予定なし)

第3 千葉県は、がん検診受診率向上に向けた取組をしており、職域の受診状況を継続して把握し、役立てたいと考えています。来年度以降、がん検診実施状況について情報提供をしていただきたいと思いますが、御協力いただくことは可能ですか。

- ア 可能
- イ 不可能