

# 公 示

次のとおり、公募します。

公 示 第 59 号  
令和6年9月9日

支出負担行為担当官  
千葉労働局総務部長 近江 謙一

## 1 公募の内容

原子力施設等における緊急作業従事者等の健康の保持増進のための指針(平成27年8月31日付け健康の保持増進のための指針公示第6号。以下、「指針」という。)に基づく事業で、次の2に掲げる事業を行う医療機関等。

## 2 事業の内容

- (1) 平成23年3月11日に発生した東日本大震災による東京電力福島第一原子力発電所における厚生労働大臣が指定する緊急作業(電離放射線障害防止規則第59条の2第1項の規定に基づき厚生労働大臣が指定する緊急作業(平成23年厚生労働省告示第402号)で定める緊急作業。以下「指定緊急作業」という。)に従事していた者に対して行う、指針に基づくがん検診等の実施。
- (2) 指定緊急作業期間中に通常放射線業務の被ばく上限を超える線量を被ばくした労働者については、がん等晩発性の健康障害の発生が懸念されるとともに、緊急作業従事者等が抱く健康上の不安を解消するため、緊急作業従事者が離職した後を含め、それらに対する検査等、適切な長期的管理を実施することから、指針の定めるところにより、定期的かつ継続的にがん検診等を行うもの。

## 3 事業の実施期間

令和6年11月1日から令和7年3月31日まで

## 4 公募に参加する者に必要な資格に関する事項

- (1) 予算決算及び会計令第70条の規定に該当しない者であること。なお、被保佐人又は被補助人であって、契約締結のために必要な同意を得ている者は、同条中、特別な理由がある場合に該当する。
- (2) 予算決算及び会計令第71条の規定に該当しない者であること。
- (3) 厚生労働省から業務等に関し指名停止を受けている期間中でないこと。

## 5 事業を全て実施できる要件

県内に所在する医療機関で以下の選定基準等を満たしていること。なお、健康診断を専門とする医療機関等が白内障に関する眼の検査を実施する近隣の医療機関と契約を結び下記の要件を満たすことは差し支えない。

- (1) 指針第2の2及び第4の3に基づく検査（以下、「国が指定する検査」という。）に関し専門的知識及び経験を有する医師が充員されており、当該医師がその検査を実施できること。なお、電離放射線障害予防規則に基づく健康診断を実施している等、放射線に関する診断等に知識を有する医師が望ましいこと。また、白内障に関する眼の検査に関しては、日常的に眼科領域の診療等に従事している医師が行うことが望ましいこと。
- (2) 臨床検査技師等、国が指定する検査を円滑に遂行するために必要な者が充員されていること。
- (3) 細隙灯顕微鏡や眼の水晶体の写真撮影機材等、検査の種類に応じて必要な設備が装備されていること。

なお、別途、千葉労働局長の定める契約条件に合意できることが、契約に際し必要となること。

また、必要に応じて、上記条件の確認のため当該医療機関を訪問することがあること。

## 6 公募内容等の条件を満たす旨の意思表示

この公募内容等の条件を満たしている者で、参加を希望する者は、以下により意思表示を行うこと。

- (1) 意思表示期限 令和6年9月27日（金）午前10時まで
- (2) 意思表示先 千葉労働局労働基準部健康安全課（担当：坂本）
- (3) 意思表示方法
  - ① 上記意思表示先へ「原子力施設等における緊急作業従事者等の健康の保持増進のための指針に基づいて行うがん検診等の実施事業に係る公募内容等の条件を満たす旨の意思表示について」（別紙1）、「誓約書」（別紙2）、及び「役員一覧」（別紙2-2）を提出し選定基準等の確認を受ける。
  - ② 意思表示に当たっては文書を持参又は郵送することとし、郵送する場合は書留とすること。電子ファイル、ファクシミリでの提出は受け付けない。
- (4) 意思表示様式 意思表示先（電話：043-221-4312）にて交付する。

## 7 契約

### (1) 委託契約の締結

委託契約は、千葉労働局と選定された者の代表との間で別に提示する委託契約書に基づき締結することとなる。

ただし、契約条件が合意しない場合には委託契約の締結が出来ないものである。

(2) 委託費の支払

委託医療機関が当該がん検診等を実施した月の翌月の15日までに指定の様式でがん検診等に要した費用請求を行い、千葉労働局が審査・確定した費用を支払う精算払となる。

健康診断費の単価等については別紙3によるものとする。

8 再委託の制限

(1) 委託契約の全部を再委託することはできない。

(2) 委託契約の一部を再委託（委託契約の目的となる行為を第三者に委託、請け負わせることで、物品費等の支出は含まない。）する場合には、千葉労働局の承認を受けるものとする。

9 その他

(1) 委託手続において使用する言語及び通貨

日本語及び日本国通貨

(2) 契約保証金

免除

(3) 本事業の公募のために提出された書類の取扱

① 提出された書類は返却しない。

② 提出された書類は本事業の公募に関する目的以外には使用しない。

③ 作成及び提出に係る費用は全て応募者の負担とする。

④ 担当者等から提出される公募関係書類は事業者としての決定であることを要し、押印が省略された公募関係書類に虚偽記載等の不正が発覚した場合は、契約解除や違約金の徴取をする場合がある。

【本件担当連絡先】

住 所： 〒260-8612 千葉市中央区中央 4-11-1 千葉地方第2 合同庁舎

担 当： 千葉労働局労働基準部健康安全課（担当：坂本）

電 話： 043-221-4312

令和 年 月 日

支出負担行為担当官  
千葉労働局総務部長 近江 謙一 殿

所在地  
名称  
代表者名

原子力施設等における緊急作業従事者等の健康の保持増進のための指針に基づいて行うがん検診等の実施事業に係る公募内容等の条件を満たす旨の意思表示について

当〇〇〇は、貴局が公募する標記の実施事業に応募したいので、その旨を表示します。なお、当団体は下記記載の事項について相違ないことを申し添えます。

記

- 1 当団体は、予算決算及び会計令第70条の規定に該当しません。
- 2 当団体は、予算決算及び会計令第71条の規定に該当しません。
- 3 当団体は、厚生労働省から業務等に関し指名停止を受けておりません
- 4 その他

別添の「暴力団等に該当しない旨の誓約書」及び「国が指定する検査を全て実施できる要件」を満たすことを証明できる書面等（例示：医師免許証の写し、臨床検査技師免許証等の写し、機械器具の存在及び使用状況等を示す文書（写しで可）・写真等）添付。

(担当者)

氏名

TEL

FAX

支出負担行為担当官  
千葉労働局総務部長 殿

## 誓約書

( ) 私  
( ) 当社

は、下記1及び2のいずれにも該当しません。また、将来においても該当することはありません。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、意義は一切申し立てません。

また、当方の個人情報警察に提供することについて同意します。

### 記

#### 1 契約の相手方として不適当な者

- (1) 法人等（個人、法人又は団体をいう。）の役員等（個人である場合はその者、法人である場合は役員又は支店若しくは営業所（常時契約を締結する事務所をいう。）の代表者、団体である場合は、代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。）が、暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。）であるとき
- (2) 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしているとき
- (3) 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与しているとき
- (4) 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしているとき
- (5) 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有しているとき

#### 2 契約の相手方として不適当な行為をする者

- (1) 暴力的な要求行為
- (2) 法的な責任を超えた不当な要求行為
- (3) 取引に関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為
- (4) 偽計又は威力を用いて契約担当官等の業務を妨害する行為
- (5) その他各号に準ずる行為

令和 年 月 日

住 所 :  
社 名 :  
代表者名 :

## 役員一覧

令和 年 月 日

法人名	
-----	--

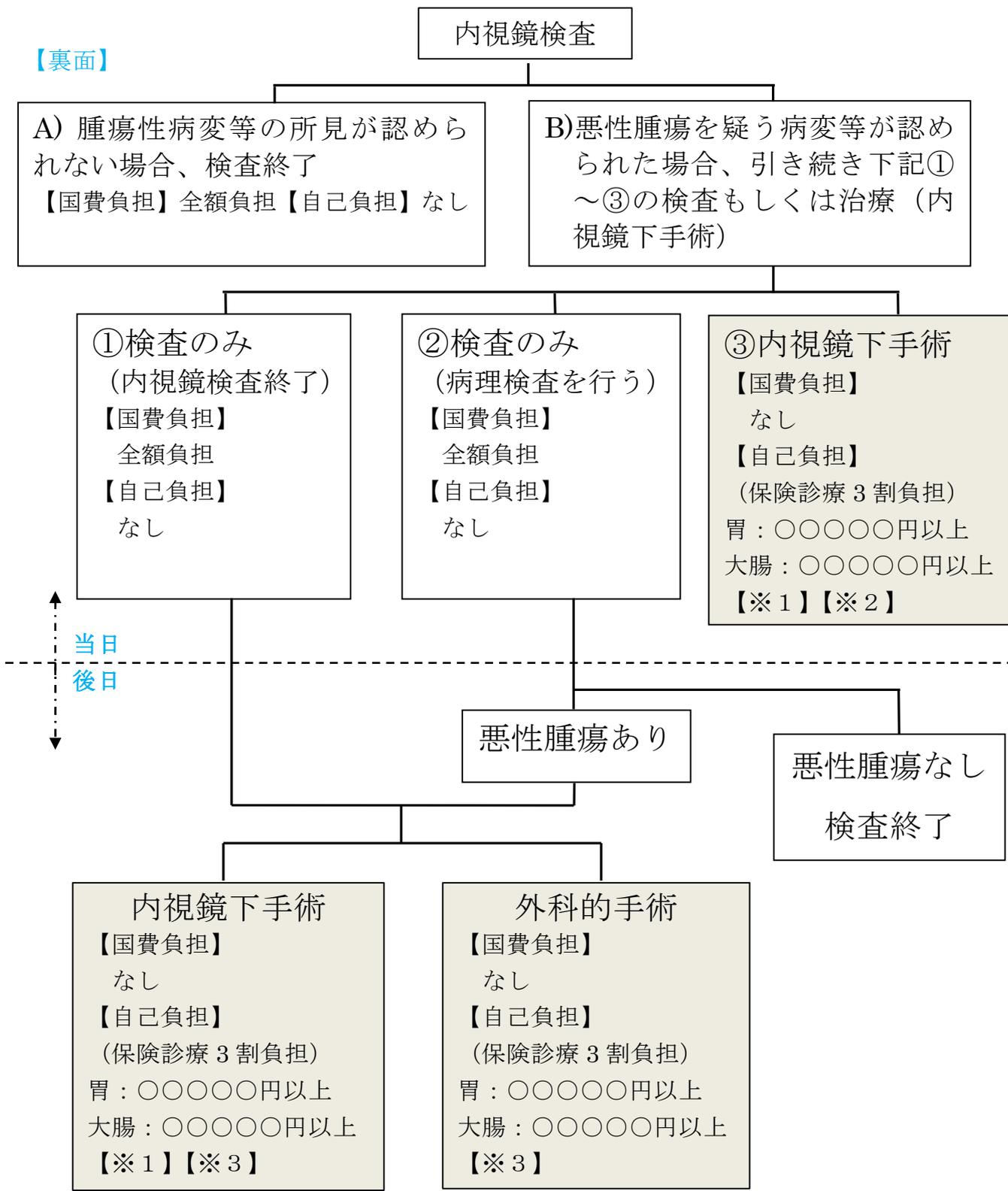
※ 必ずフリガナを記入

役職名	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	住所
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	
	( )	M T S H 年 月 日	男・女	

(注) 本様式には、法人の登記事項証明書に記載されている役員全員を記入してください。

原子力施設等における緊急作業従事者の健康の保持増進のための指針に基づいて行うがん検診等にかかる国が指定する検査の費用

- 1 細隙灯顕微鏡による白内障に関する眼の検査については3,200円を請求する。なお、医師が必要と認め、前眼部に加えて後眼部の検査を実施した場合には3,800円を請求する。
- 2 甲状腺の検査等
  - (1) 甲状腺の検査  
頸部超音波検査については3,500円を請求する。なお、医師が必要と認め、採血による甲状腺刺激ホルモン(TSH)、遊離トリヨードサイロニン(free T3)及び遊離サイロキシシン(free T4)の検査を併せて実施した場合には9,000円を請求する。
  - (2) 胃がん検診  
胃エックス線透視検査については8,100円を請求する。また、胃エックス線透視検査に代えて胃内視鏡検査を実施した場合には11,500円を請求する。なお、内視鏡検査中に、医師が必要であると認めて内視鏡下生検及び病理検査を行った場合は、28,400円を請求する。  
ヘリコバクター・ピロリ抗体検査を実施した場合には3,100円を請求する。
  - (3) 肺がん検診  
胸部エックス線検査及び喀痰細胞診については6,100円を請求する。なお、受診者が放射線被ばくを伴う検査を望まない場合であって、胸部エックス線検査を実施しない場合には4,000円を請求する。なお、胸部エックス線検査の結果及び被ばく線量から医師が必要と認め、胸部CT検査を併せて実施した場合には21,400円を請求する。さらに喀痰細胞診を併せて実施した場合は25,400円を請求する。
  - (4) 大腸がん検診  
便潜血検査(2回)については1,100円を請求する。なお、医師が必要と認め、大腸内視鏡検査を併せて実施した場合は、16,600円を請求する。さらに、内視鏡検査中に、医師が必要であると認めて内視鏡下生検及び病理検査を行った場合は、33,500円を請求する。
  - (5) その他の検査  
肝炎検査については3,200円を請求する。腎機能検査、血清電解質検査については2,900円を請求する。
- 3 一般健康診断相当の検査については9,500円を請求する。肺がん検診により胸部エックス線検査を実施し、一般健康診断相当の検査において胸部エックス線検査を省略する場合には7,400円を請求する。
- 4 上記(2)の検査を実施した場合には、検査事務経費相当分として、(2)の検査を実施した者1人当たり3,000円を請求する。
- 5 受診日時の調整、案内及び検査結果通知等に伴う事務費相当分として、受診者1人当たり1,000円を請求する。
- 6 指定医療機関が、受診者の同意を得て、追加検査、精密検査に使用することを目的として、診療状況を示す文書を添えて他の医療機関へ紹介した場合は3,000円を請求する。また、指定医療機関において、画像の貸与料又はコピー料を定めている場合には、当該貸与料またはコピー料を加算する。



※1：病変の状態により別途治療が必要になる場合があります。  
 ※2：原則、1回の内視鏡挿入で終了します。  
 ※3：検査とは別の日の治療となります。

様式第3号

## 特定緊急作業従事者等に係る受診旅費請求書

労働局長 殿

下記の医療機関において国が指定する検査を受診したので、受診に要した旅費を請求します。

請求年月日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療機関名		
受診年月日		
受診者氏名	ふりがな	生年月日
		昭・平 年 月 日
住所		
電話番号		
個人番号*		

\*特定緊急作業従事者等被ばく線量等記録手帳等に記載されている「個人番号」を記載して下さい。

振込先口座 名義人氏名	ふりがな	
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農協 組合	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	
口座番号	第 号	

交通機関利用日	利用交通機関名	利用区間	交通費
令和 年 月 日		—	円
令和 年 月 日		—	円
令和 年 月 日		—	円
令和 年 月 日		—	円

### 【注意】

- 公共交通費は普通乗車運賃のみ支給いたします。
- 自家用自動車を使用した場合、受診に要したとされる距離を区間とともに記載してください。距離に応じて旅費を支給します。
- 受診旅費の請求は、国が指定する検査を受診した都度請求してください。なお、請求書は受診した日から一週間以内に提出してください。
- 国が指定する検査を受けるのに宿泊が必要と考えられる場合には、都道府県労働局へ照会してください。また、宿泊費の請求には必ず領収書を添付してください。
- 受診旅費の受領は銀行の口座振り込みに限定されます。
- 不明な点等がありましたら、受診した医療機関又は都道府県労働局にご紹介ください。

特定緊急作業従事者等に係る指定医療機関報告

		労働局	
指定医療機関名			
代表者職氏名			
所在地			
契約締結年月日			
担当者氏名等	所属	氏名	
	連絡先電話番号		
選定要件該当性 <small>(医師等の氏名、知識・経験、機材の状況等を記載)</small>	ア 専門的知識及び経験を有する医師の充員の状況		
	イ 検査を円滑に遂行するために必要な者の充員の状況		
	ウ 検査に必要な設備の装備等の状況		
委託医療機関の分類 <small>(該当するものに○を付す。)</small>	ア 一般健康診断相当の検査を実施する医療機関		
	イ 甲状腺検査、がん検診(胃・肺・大腸)、肝炎検査、腎機能検査、血清電解質検査を実施する医療機関		
	ウ 白内障に関する眼の検査を実施する医療機関		
	エ 上記アからウを実施する医療機関		

※ 医療機関と契約した場合には、遅滞なく本様式により報告すること。なお、本様式は医療機関ごとに作成すること。