

公 示

次のとおり、公募します。

令和6年11月29日

支出負担行為担当官
石川労働局総務部長 秋葉 大輔

1 公募内容

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、又は従事した労働者については、「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日策定。以下「指針」という。）に基づき、事業者は、指定緊急作業に従事した間に受けた放射線の実効線量が50ミリシーベルトを超えた者（以下「特定緊急作業従事者等」という。）に対し、その被ばく線量に応じて、おおむね1年ごとに1回、がん検診等を実施するとされている。また、指針では、国は、特定緊急作業従事者等のうち、現に職業に就いていない者等の一定の要件を満たす者に対し、がん検診等の検査等に要する費用の全部又は一部を援助するとされている。

このため、石川労働局では、特定緊急作業従事者等に対するがん検診等の実施に係る医療機関を公募するものである。

2 国が指定する検査

国が指定する検査は、指針第2の2の規定に基づく検査及び指針第5の3の規定に基づく一般健康診断に相当する検査（労働安全衛生規則第44条に定める項目の検査。以下「一般健康診断相当の検査」という。）とする。

なお、さいげきとう細隙灯顕微鏡による白内障に関する眼の検査（以下「白内障に関する眼の検査」という。）を行う場合には、併せて眼の水晶体の写真撮影を実施するとともに、一連の検査として視力検査及び眼圧検査を実施しこれらを含めた評価を行う。また、一般健康診断相当の検査を実施する場合には、併せて白血球数及び白血球数百分率の検査を実施する。

国が指定する検査には、上記の眼の水晶体の写真撮影、視力検査及び眼圧検査等が含まれるものとする。

3 医療機関の選定要件

次に示す要件を満たすものの中から、援助対象者の利便も考慮して選定する。

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上記の要件を満たすことは差し支えないこと。

- (1) 国が指定する検査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。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。
- (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) 細隙灯頭^{さいげきとう}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おり、また、(公社)全国労働衛生団体連合会の行う総合精度管理事業に参加している等、精度管理に努めていること。
- (4) 胸部 CT においては、検査による被ばく量を考慮し、低線量 CT を実施できる医療機関であることが望ましい。

3 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、被補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。

4 国が指定する検査及びその単価

別添1「国が指定する検査及びその単価等」のとおりとする。

5 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12月16日(月)17時まで
- (2) 意思表示先 石川労働局労働基準部健康安全課 担当 山中
- (3) 意思表示方法 上記意思表示先へ、「特定緊急作業従事者等に対するがん検診等に係る医療機関の指定等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)を提出すること。意思表示の書面は持参することとし、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:076-265-4424)にて交付する。

6 契約

(1) 委託契約の締結

委託契約は、石川労働局支出負担行為担当官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健康診断を実施した月の翌月の30日までに指定の様式「特定緊急作業従事者等に係る検査費請求書」で健康診断に要した費用請求を行い、石川労働局が審査・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、別添1「国が指定する検査及びその単価等」によるものとする。

7 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、石川労働局の承認を受けるものとする。

8 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。

【本件担当 連絡先】

住 所：〒920-0024 石川県金沢市西念三丁目四番一号
金沢駅西合同庁舎五階

担 当：要求部局 石川労働局労働基準部健康安全課 担当 山中

電 話：076-265-4424

F A X：076-265-4431

国が指定する検査及びその単価等

1. 検査及びその単価

検査項目		内 容 等	金 額
内障に関する眼の検査		細隙灯顕微鏡による白内障に関する眼の検査	3,200円
		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	3,800円
甲状腺の検査等	甲状腺の検査	頸部超音波検査	3,500円
		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ン(free T4)の検査	9,000円
	胃がん検診	胃エックス線透視検査	8,100円
		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	11,500円
		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	28,400円
		ヘリコバクター・ピロリ抗体検査	3,100円
	肺がん検診	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	6,100円
		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	4,000円
		胸部エックス線の検査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	21,400円
		喀痰細胞診と併せて胸部CT検査を実施した場合	25,400円
	大腸がん検診	便潜血検査(2回)	1,100円
		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	16,600円
		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	33,500円
	その他の検査	肝炎検査	3,200円
腎機能検査、血清電解質検査		2,900円	
一般健康診断相当の検査	一般健康診断相当の検査	9,500円	
	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	7,400円	

2. 検査事務経費

内 容 等	金 額
白甲状腺の検査等の検査を実施した場合検査を実施した者 1 人当たり	3,000円
受診日時の調整、案内及び検査結果通知等として、受診者 1 人当たり	1,000円
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。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。	3,000円

令和 年 月 日

支出負担行為担当官
石川労働局総務部長 秋葉 大輔 あて

所在地
名 称
代表者名 印

特定緊急作業従事者等に対するがん検診等に係る医療機関の
指定等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、貴局が公募する特定緊急作業従事者等に係る健康診断実施の医療機関として応募したいので、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、石川労働局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

国が指定する検査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、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等であること。

上記を証明できる書面等（写しで可）及び検査機械器具の存在、使用状況等を示す文書（写しで可）・写真等を添付

(担当者) 氏名 TEL FAX
