

2024年度JKA補助事業 検診車の整備について、2回目の自己評価を行ってください。

・提出期限：2026年4月30日(木)

・提出先：p2024hyoka@keirin-autorace.or.jp

《自己評価書(2回目) 記入のしかた・記入例について》

- * 青字部分は記入例です。記入の際、参考にしてください。
- * 水色箇所は記入箇所、ピンク色の項目は選択肢の中からひとつを選択していただく項目、緑色の項目は複数選択可の選択項目となります。
- * 以下の【記入にあたっての注意点】もご一読のうえ、ご記入ください。

2024年度自己評価書(2回目) 様式・記入例 ↓

【記入にあたっての注意点】

整理番号	2024P	-	075	補助事業者名	公益財団法人〇〇〇協会	補助事業名	検診車の整備
------	-------	---	-----	--------	-------------	-------	--------

2024年度 JKA補助事業 自己評価書(2回目)

作成日	2026	年	4	月	20	日	作成者	競輪 花子
-----	------	---	---	---	----	---	-----	-------

1. JKA補助 検診車について (2024年度補助事業で整備された検診車についてご記入ください)

車台(車体)番号	AB1CDE-23456	登録番号(ナンバー)	品川 830 あ 1234	
種類 (補助対象装備) ※選択してください	☐ 循環器検診車 ☐ 胸部循環器検診車 ☒ 胸部X線デジタル検診車 ☐ 胃部X線デジタル検診車 ☐ 胃胸部併用X線デジタル検診車 ☐ 婦人検診車またはマンモグラフィ検診車 ☐ 胸部・マンモグラフィ検診車 ☐ 婦人・マンモグラフィ検診車 ☐ マンモグラフィ・超音波検診車 ☐ 婦人・マンモグラフィ・超音波検診車 ☐ CT検診車			
上記以外の装備	特になし			
導入形態 ※選択してください	☐ 更新 ☒ 新規 ☐ 増車			
多言語対応装備	☒ 選択 ☐ ない ☐ ある⇒	(内容)	3 カ国語対応 (対応言語) 英語、中国語、ポルトガル語	
障がい者対応装備	☒ 選択 ☐ ない ☐ ある⇒	(内容)	昇降用リフト	
配備施設名	公益財団法人〇〇〇協会 〇〇健診センター			
施設の所在地	〇〇県〇〇市〇〇1丁目2番3号			
検診車所有台数	1. 法人全体で所有している台数	22	台 (内容)	胃部X線デジタル検診車3台、胸部X線デジタル検診車4台、胃・胸部X線デジタル検診車5台、胸部X線検診車2台、マンモグラフィ・X線検診車2台、婦人科検診車3台、胃・胸部X線検診車1台、循環器検診車2台
	2. 1の内、JKA補助事業で導入した台数	6	台 (内容)	胃部X線デジタル検診車1台、胸部X線デジタル検診車2台、胃・胸部X線デジタル検診車2台、循環器検診車1台

◆整理番号、補助事業者名(法人名)を記入してください。

◆作成日、作成者を記入してください。

◆車台番号とナンバーを記入してください。(※車台番号は車検証に記載されている番号になります。)

◆あてはまるものをひとつ選択してください。

◆上記「種類」で選択した装備以外で検診車に搭載した装備があれば記入してください。

◆あてはまるものをひとつ選択してください。
!! 注意 !! 「更新」: 既存の検診車と同種(装備)の検診車を導入し、既存検診車は廃車又は廃車予定
「新規」: 既存の検診車と異なる種類(装備)の検診車を導入した
「増車」: 既存の検診車と同種(装備)の検診車を導入した

◆多言語対応装備を導入した場合は、「ある」を選択した上で、何か国語に対応しているか、その対応言語数(日本語は除く)及び具体的な対応言語について「(内容)欄」に記入してください。多言語対応装置を導入していない場合は「ない」を選択してください。

◆障がい者対応装置を導入した場合は「ある」を選択した上で、導入した装置の具体的な内容を記入してください。障がい者対応装置を導入していない場合は「ない」を選択してください。

◆検診車を配備した施設名及びその施設の所在地(住所)を記入してください。

◆法人が所有する検診車について記入してください。(今回補助事業で導入した分も含む)
1. 法人全体で所有している台数及び検診車の種類ごとの所有台数を記入してください。
2. 法人が所有する検診車のうち、JKA補助事業で導入した台数及び検診車の種類ごとの所有台数を記入してください。

検診範囲	配備施設から 約	100	km
------	----------	-----	----

◆施設を中心として半径約何キロ範囲を検診範囲としているか記入してください。

巡回先（利用開始から2026年3月末まで）巡回先数、受診者数については、延べ数をご記入ください。						
検診の種類	1. 検診可能な機関がない、または少ない地域			2. 1以外の地域		
	地域名(区市町村)	巡回先数	受診者数	地域名(区市町村)	巡回先数	受診者数
事業所検診 (学校教職員等の検診を含む)	〇〇市、〇〇町、〇〇村	3	75	〇〇区、〇〇市、〇〇市	231	8,580
学校での検診 (児童・生徒・学生の検診に利用)	〇〇町	1	82	〇〇市	3	437
住民検診 (各自自治体主催)	〇〇市、〇〇町	4	356	〇〇区、〇〇市、〇〇市	37	1,784
その他⇒						

◆今回補助事業で導入した検診車の巡回先について記入してください。
検診の種類(事業所検診、学校での検診、住民検診、その他)ごとに、「1. 検診可能な機関がない、または少ない地域」及び「2. それ以外の地域」それぞれについて、地域名・巡回先数・受診者数を記入してください。(※巡回先数・受診者数については延べ数)
なお、どのような地域が「検診可能な機関がない・少ない地域」という基準等は特にありませんので事業者様自身で「検診可能な機関がない・少ない地域」と判断した地域を記入してください。

利用開始日			2025	年	2	月	24	日	※巡回先数、受診者数については、延べ数をご記入ください。					
運行月	稼働 日数 (日)	巡回 先数 (箇所) ※	受診 者数 (人) ※	障がい者 受診者数 (人)	運行距離 (km)		運行月	稼働 日数 (日)	巡回 先数 (箇所) ※	受診 者数 (人) ※	障がい者 受診者数 (人)	運行距離 (km)		
1	2024年 7月					10	2025年 6月	25	27	1,204	3	1,827.4		
2	2024年 8月					11	2025年 7月	20	23	957		1,159.3		
3	2024年 9月					12	2025年 8月	18	20	840		1,082.1		
4	2024年 10月					13	2025年 9月	20	23	957		1,275.8		
5	2024年 11月					14	2025年 10月	22	24	1,034	3	1,358.6		
6	2024年 12月					15	2025年 11月	23	26	1,037		1,513.2		
7	2025年 1月					16	2025年 12月	15	19	624		739.5		
8	2025年 2月	2	2	83	52.6	17	2026年 1月	9	13	528	1	491.3		
9	2025年 3月	18	19	670	734.2	18	2026年 2月	13	13	687		686.1		
10	2025年 4月	22	24	936	2	1,006.7	19	2026年 3月	18	22	1,173	1,067.7		
11	2025年 5月	22	24	984		1,342.3	計		247	279	11,314	9	14,336.8	

◆「巡回先」で記入した「巡回先数」の合計と、月ごとの利用状況で記入した「巡回先数」の合計は基本的に同じ値になります。(黄色部分)。

◆「巡回先」で記入した「受診者数」の合計と、月ごとの利用状況で記入した「受診者数」の合計は同じ値になります(オレンジ部分)。

◆① 今回補助事業で導入した検診車の利用開始日を記入してください。

◆② それぞれ月ごとの実績を記入してください。
・稼働日数…今回導入した検診車をひと月のうち何日稼働したか、稼働日数を記入してください。
・巡回先数…今回導入した検診車で何箇所巡回したか、延べ巡回先数を記入してください。
・受診者数…今回導入した検診車で検診を受けた受診者の延べ数を記入してください。
(例: 同一人物がその月に2回受診した場合→2人 とカウント)
・障がい者受診者数…今回導入した検診車で検診を受けた受診者のうち、障がい者受診者数の延べ数を記入してください。
・運行距離…今回導入した検診車の運行距離を記入してください。

① 稼働日数が10日に満たない月がある場合、その理由と事業者様自身が稼働状況をどのように判断されているかをお教えください。
また、上記利用状況について、特記事項がございましたらご記入ください。

◆稼働日数が10日に満たない月がある場合、その理由を記入してください。
(なぜその月は稼働日数が少なかったのか)
また、10日未満だった月について、稼働状況に問題がある・ない、またその理由など事業者様自身の判断を記入してください。

2025年2月については、利用開始月であり利用開始日が2月24日と月末であったため、稼働日数が10日未満となった。
2026年1月については、1月は閑散期であり、また、年始ということもあって巡回健診を希望する事業所が少なかったため稼働日数が10日未満となった。
ただし、年間通して全体的には稼働日数・受診者数ともに計画通り実施できているため問題ないと考えている。

② 当該検診車の導入前後を比較して、どのような効果がありましたか。“その他”の効果がある場合、右枠にその内容をご記入ください。

JKA補助 検診車 導入の効果 (複数選択可)	☒ 稼働日数が増加した。	☒ 受診者の身体的負担が軽減された。	☒ 受診者数が増加した。
	☒ より短時間で検診ができるようになった。	☒ 受診者の精神的負担が軽減された。	☐ 訪問エリアが拡大した。
	☐ 受診者の自己負担額が少なくなった。	☒ 操作者の身体的負担が軽減された。	☐ 運用コストが下がった。
	☒ より精度の高い検診が可能になった。	☒ 操作者の精神的負担が軽減された。	
	☐ その他 ⇒		

◆複数選択可です。効果があった項目について、あてはまるものすべてにチェックを入れてください。

「その他」を選択した場合、その詳細を記入してください。

③ 上記②「導入の効果」の中で最も効果があったと思われるものを一つ挙げ、その詳細をご記入ください。

最も効果があったこと ⇒	受診者の精神的負担が軽減された。
--------------	------------------

耳が聞こえづらい方や外国人の受診者に対して、多言語に対応した音声やイラストを用いた検査支援システムを使うことにより、指示内容がイメージとして見えるため、正確な指示を伝えることが可能となり、安心して検査を受けてもらうことが可能となった。

- ◆上記②で選択した項目のうち、最も効果があったと思われるものをひとつ選択してください。
(プルダウンで選択ができます)
- ◆上記「最も効果があったこと」で選択した項目について、具体的にどのような効果があったのか、その詳細を記入してください。

2. 以下の評価項目について、ご記入ください。

個別の評価項目について、交付誓約書添付の『事前計画／自己評価書(3／5) 4. 補助事業の事前計画』の、達成状況等を把握し、ご記入ください。

○採点基準については、2024年度補助事業実施に関する事務手続要領『別冊評価要領』p27,28「自己評価スコアリングガイド」をご参照ください。

(1) 受益者 (ニーズ)		検診車を更新したことで、高精度・高効率な検診を安定して実施できるようになり、また、検診車による巡回健診のニーズが高い高齢者の多い地域や山間部の住民に対しても検診を実施することができ、受益者である県民等のニーズに応えることができた。			採点 4
(2) 事業内容	事業の新規性	搭載する大容量の蓄電池システムにより、胸部X線撮影に必要な電力と空調の電力をすべて確保できるようになったため、課題となっていたディーゼル発動発電機を使用する際に発生する騒音と排ガスの問題が解決した。			採点 4
	事業の発展性	多言語音声・映像対応胃胸部併用X線デジタル検診車を導入したことにより、肺がん検診、胃がん検診の受診機会が増加し、肺がん、胃がんの早期発見、早期治療により、生存率向上に貢献している。また、受診機会を増やすだけでなく、多言語音声・映像対応検査支援システムを利用することにより、聞こえづらい方や、外国人の方のもとより、初めて検査を受けて頂く方に対しても安心、安全に検査を受けてもらうことに貢献している。			採点 4
(3) 達成目標	事業の成果・波及	【達成値】 月平均 (4～3月) ※自己評価1回目から変化があった場合に記入ください。 1.稼働日数 19日 2.受診者数 880人	【達成状況】 1. 106% 2. 107%	【具体的内容】 年間(2025年4月～2026年3月)の月平均稼働日数は19日、月平均受診者数は880人であり、当初目標を上回る利用状況となった。	採点 4

- ◆交付誓約書添付の事前計画／自己評価書(3／5)の目標に対し、どれだけ達成できたかを記入してください。
採点欄については、別シートのスコアリングガイドを参照の上、採点してください。
(点数はプルダウンで選択できます)
- ◆(3)達成目標については、1回目の自己評価時から達成状況などに変化があった場合、変化があった後(現在)の状況について記入してください。
!! 注意 !! ・「達成値」現時点での「実績値」を記入してください。
・「達成状況」のパーセンテージについては、1回目の自己評価時との比較ではなく、事前計画／自己評価書(3／5)記入の内容と比較して算出してください。

3. 実際に当該検診車を利用した感想(受診者の声、操作者の声、職員の声等)をお聞かせください。

・車内が広く、快適だった。以前よりも検診にかかる時間が短くなってよかった。モニターがあって受診方法がわかりやすかった。(受診者の声)

・外国語対応機能が予想以上に有効だった。リアルタイムで撮影画像を確認できるのがよい。(操作者の声)

・以前より検診をスムーズに行えるようになった。(職員の声)

- ◆実際に今回導入した検診車を利用した受診者、操作者及び職員の声を記入してください。

4. 当該検診車自体、または当該検診車を利用した検診活動について、メディア等で紹介された事例がございましたらご記入ください。

〇〇新聞(〇〇年〇月〇日)
検診車導入についての掲載があった。

◆導入した検診車自体についてや、検診車を利用した検診活動について、新聞や雑誌、テレビやラジオ等メディアで紹介された事例があれば記入してください。
特になければ「特になし」と記入してください。

5. 今後、検診車を整備・機器載せ替えをする予定はありますでしょうか(JKAに補助要望するしないに関係なく、およそ10年以内の予定について)。
また、その理由を右枠内にご記入ください。

☒ ある ☐ ない

理由

対策型がん検診は、公的資金である税金が使用される公共的な医療サービスであり、利益を最大化することが重要である。対象者全員に一律かつ平等にがん検診を受けてもらうためには、検診車が必要不可欠であるとともに、この目的を達成するために、継続的に検診車を整備する必要がある。

◆JKAに補助要望をするしないに関わらず、今後およそ10年以内で検診車を整備する予定があれば「ある」を選択し、なければ「ない」を選択してください。また、その理由を記入してください。

6. 検診車による検診にかかわる社会環境・制度の変化、事業分野を取り巻く状況や課題をお聞かせください。
また、JKA以外で検診車への助成等を行っている団体についてご存知であれば教えてください。

車両の価格が高騰しており、検診車の更新が難しくなっている。
胃がん検診は厚労省のがん検診実施のための指針により内視鏡検査の一次検査導入が認められたため、内視鏡検査の導入の要望が多くなっているが、医師不足もあり、当面はX線による検診を継続する必要があると思われる。

検診車への助成を行っている団体として認知しているのは、〇〇〇財団、〇〇〇協会。

◆事業分野における問題や課題等を記入してください。
また、社会環境・制度の変化、国の施策、それらに関する影響等がありましたら併せて記入してください。

◆助成等を受けたことがある・ないに関わらず、検診車整備の助成等を行っている団体をご存知であればその団体名を記入してください。

7. 上記1～6についての補足や、JKAに対するご要望等がございましたらご記入ください。

更新に伴う費用も高額であり、法人単独で更新するのも限界があるため、今後も検診車整備事業への補助を行ってほしい。

◆この自己評価の補足や、JKAに対する要望等がございましたら記入してください。

以上となります。 ご協力ありがとうございました。 p2024hyoka@keirin-autorace.or.jp までご送信ください。

【検診車】