

C 申請条件

書面調査票の下記項目において一定基準（申請条件）を設け、基準に満たない施設の訪問調査は見合わせることにします。書面調査票の項目と照らし合わせて、再度ご確認ください。

●基本事項

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律にもとづく特定健康診査および特定保健指導の委託基準を満たす体制であること。詳細は厚生労働大臣の告示を参照のこと。

●実施形式

- ・ 特定健康診査のみ実施、特定保健指導のみ実施、両方実施のいずれの形式でもよい。

●機関設立年月日

- ・ 機関設立後、(或いは業務開始後) 1年以上経過していることが望ましい。

●健診・保健指導業務従事職員数

- ・ 責任医師は常勤であること。
- ・ 責任医師は病院併設であっても健診専任が望ましい。但し、健診業務において責任と権限がもてる立場であるなら兼務でもかまわないこととする。
- ・ 責任医師とは施設長または健診業務における代表医師（健診部長等）をさす。

●学会等の認定医・専門医数

- ・ 日本内科学会認定医等、内科系専門医（消化器・呼吸器・循環器等）や日本医師会認定産業医または日本人間ドック学会認定人間ドック認定医が1人以上いることが望ましい。
- ・ 特定保健指導の実施者は、国や地方公共団体等が実施する一定の研修を修了していることが望ましい。

●受診者数

- ・ 受診者数は、高齢者の医療の確保に関する法律による特定健康診査を含む全ての健診（生活習慣病健診や人間ドック健診など）の合計受診者数において、年間 500 人以上を最低基準とする。
- ・ 受診後のフォローアップの観点から、継続受診者数を把握していることとする。

●特定保健指導の実施対象者

- ・ 特定健康診査機関は、関係法令（省令、告示等）を遵守し、特定健康診査の受診者の選定・階層化を行い特定保健指導の対象者を可能な限り計上できる体制であること。

●その他

- ・ 特定健康診査機関における巡回型、特定保健指導機関における非施設型の場合においても、同様の条件を満たすことを原則とする。

D 特定健康診査・特定保健指導機関 機能評価基準チェック表 I

<複合版>

1. 基本的事項と組織体制

1.1. 機関の運営方針が確立している

1.1.1. 機関の理念・基本方針などの運営規程が確立している

1.1.1.1. 機関の理念・基本方針などの運営規程が明文化されている－①

1.1.1.2. 機関の理念・基本方針が職員に周知され、受診者・利用者にも示されている－①

1.2. 事業計画が確立している

1.2.1. 年度事業計画が作成されている

1.2.1.1. 年度事業計画に基づき予算書が作成されている－①

1.2.2. 年度事業報告が作成されている

1.2.2.1. 年度事業報告書・決算報告書が作成されている－②

1.3. 健診・保健指導を行う組織体制が確立している

1.3.1. 実態に即した組織図が作成されている

1.3.1.1. 組織図が作成されている－②

1.3.2. 健診・保健指導を統括する管理者が明確にされている

1.3.2.1. 健診業務を統括する管理者が明確になっている－①

1.3.2.2. 保健指導業務を統括する者が明確になっている－①

1.3.3. 業務の役割や責任が明確にされている

1.3.3.1. 職務分掌、職務規程等が整備されている－③

1.3.3.2. 職務分掌・職務規程等の教育がされている－③

1.3.4. 健診・保健指導を行うためのスタッフ数が適切である

1.3.4.1. 医師数が適切である－①

1.3.4.2. 看護師数が適切である－①

1.3.4.3. 保健師数が適切である－①

1.3.4.4. 臨床検査技師数が適切である－③

1.3.4.5. 管理栄養士数が適切である－①

1.3.4.6. 事務職員等の数が適切である－③

1.4. 関係法令が遵守されている*1

1.4.1. 関係する法令が遵守されている

1.4.1.1. 高齢者医療確保法およびその他の関係法令が遵守されている－②

1.5.職員の教育体制が確立している

1.5.1.全職員を対象とした教育プログラムが確立している

1.5.1.1.年間の教育プログラムが作成され実施されている－②

1.5.1.2.教育プログラムの内容が適切である－②

1.5.1.3.接遇に関する教育がなされている－③

1.5.1.4.学会等が主催する研修会、講習会に参加するしくみがある－②

1.5.2.専門領域別に教育がなされている

1.5.2.1.医師に対する教育が適切である－②

1.5.2.2.看護師・保健師・臨床検査技師等に対する教育が適切である－②
(一部③含む)

1.5.2.3.事務員・助手等のスタッフに対する教育が適切である－②

1.5.3.認定医・専門医等の資格取得と更新がなされている

1.5.3.1.各学会等の認定医・専門医の資格が取得されている－②

1.5.3.2.医師以外の職種で、関連資格が取得されている－②

1.6.継続的な質改善のしくみがある

1.6.1.継続的な質改善に取り組むしくみがある

1.6.1.1.質改善を統括する部署がある－③

1.6.1.2.質改善の具体的な取り組みがなされている－③

1.6.1.3.質改善活動の見直しが行われている－③

1.7.地域・職域との関係が適切である

1.7.1.企業・健保等への情報提供や広報活動が積極的になされている

1.7.1.1.企業・健保等へ健診・保健指導内容および価格などの機関概要の情報が提供されている－①

1.7.1.2.一般利用者に対して適切な広報活動がなされている－①

1.7.1.3.健診・保健指導実績をもとに統計処理されたデータについて企業・健保等へのフィードバックが適切になされている－①

1.8.地域の医療機関等との連携が適切になされている

1.8.1.必要に応じて地域の適切な医療機関等との連携が図られている

1.8.1.1.連携している医療機関等が定められている－①

*1 労働安全衛生法や学校保健法等、他の健診と特定健康診査の関係については「高齢者の医療の確保に関する法律 第二十条および第二十一条」等にもとづき、他の法令に基づく健診が優先されることに注意すること。その他には人事院規則、介護保険法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律などがある。さらに関係法令には医師法などの各身分法、消防法、労働基準法、廃棄物処理法などを含む。

2. 受診者・利用者の満足と安心

2.1. 受診者・利用者のプライバシーへの配慮がなされている

2.1.1. 検査や診察、指導を受ける際のプライバシーが確保されている

2.1.1.1. 検査室は個別に仕切られ、外から見えない構造になっている－①

2.1.1.2. 診察室・問診室・指導室は個別に仕切られ、外部に声が聞こえない構造になっている－①

2.2. 受診後のフォローアップが適切になされている

2.2.1. 精密検査や医療機関への受診が必要と判定された受診者については、受診経過のフォローがなされている

2.2.1.1. 必要な受診者については受診経過のフォローがなされ記録が残されている－③

2.2.1.2. 受診医療機関との情報交換がなされている－③

2.3. 受診者・利用者の意見を反映する体制が確立している

2.3.1. 受診者・利用者からの問い合わせに対応するしくみが確立している

2.3.1.1. 受診者・利用者からの問い合わせに対応する担当者が定められている－②

2.3.1.2. 受診者・利用者からの問い合わせの対応手順が定められている－②

2.3.1.3. 受診者・利用者からの問い合わせの内容等が分析され、改善に役立てられている－②

2.3.2. 受診（利用）前、受診（利用）中、受診（利用）後における受診者・利用者の意見や要望を積極的に把握するしくみがある

2.3.2.1. 受診者・利用者の意見や要望を把握するための調査が行われている－③

2.3.2.2. 受診者・利用者の意見や要望に対応するしくみがある－①

2.3.2.3. 受診者・利用者からの意見や要望を反映した改善活動がなされている－②

2.4. 受診者・利用者の利便性に配慮がなされている

2.4.1. 受診者・利用者が受診・利用しやすいような運営に配慮されている

2.4.1.1. 受診者・利用者にとって健診・保健指導が受けやすくなるよう利便性に配慮している－①

2.5. 設備・環境が適切に整備されている

2.5.1. 適切な環境が整えられている

2.5.1.1. 健診・保健指導実施に必要な設備が整備されている－①

(* 巡回型の場合、検診車両を確認)

2.5.1.2. 施設の温度、湿度、空調、静けさの管理が適切になされている－②

2.5.2.施設内の清潔に配慮されている

2.5.2.1.施設内清掃が行き届いている－①

2.5.3.禁煙の配慮がなされている

2.5.3.1.禁煙が徹底している－①

2.5.3.2.禁煙に関する表示が適切である－①

3. 健診・保健指導の質の確保

3.1.責任体制が明確にされている

3.1.1.検査や保健指導の担当者が明確にされている

3.1.1.1.担当者が定められ、受診者・利用者にわかるようになっている－①

3.1.2.医師による診察と検査結果の判定がなされている

3.1.2.1.医師による診察と結果報告がなされている－②

3.1.2.2.医師による検査結果の判定が行われている－②

3.2.適切な健康評価・健康指導がなされている

3.2.1.健診成績の標準化がなされている

3.2.1.1.健診結果の判断基準が適切である－②

3.2.1.2.健診結果を提示するためのフォーマットが作成されている－①

3.2.2.特定保健指導が適切になされている

3.2.2.1.保健指導内容が適切に組み入れ実施されている－①

3.2.3.健診・保健指導結果が経時的に管理され有効利用されている

3.2.3.1.過去の健診・保健指導結果が適切に保管されている－①

3.3.検査精度の管理がなされている*2

3.3.1.精度管理の担当者が明確にされている

3.3.1.1.健診の精度管理を統括する責任者が明確にされている－②

3.3.1.2.検査ごとの精度管理担当者が明確にされている－②

3.3.1.3.検査精度に関して検討する場が設けられている－②

3.3.2.内部精度管理を行っている

3.3.2.1.精度管理に関する規定が設けられている－②

3.3.2.2.内部精度管理が定期的に行われている－①

3.3.2.3.検査精度に関して問題がある際の対処方法が明確になっている－①

3.3.3.外部の精度管理サーベイに参加している

3.3.3.1.外部の精度管理サーベイに参加している－①

3.3.3.2.外部の精度管理サーベイの結果を活用するしくみがある－②

3.3.3.3.検査委託先の外部の精度管理サーベイの結果を活用するしくみがある－②

3.4.検査機器の管理が適切になされている

3.4.1.検査機器の点検が行われている

3.4.1.1.検査機器ごとに管理担当者が明確になっている－③

3.4.1.2.検査機器の日常的な点検が行われている－③

3.5.感染管理の体制が整備されている

3.5.1.職員が感染防止対策に取り組んでいる

3.5.1.1.職員の感染防止マニュアルが整備されている－②

3.5.2.医療廃棄物の処理が適切になされている

3.5.2.1.廃棄物の分別・保管が適切である－②

3.5.2.2.廃棄物が適切に処理されたことが確認されている－②

3.6.健診・保健指導の有用性を検討している

3.6.1.健診・保健指導の有用性のエビデンスを収集し、分析している

3.6.1.1.健診・保健指導の有用性について分析を行い機関内で検討している－③

*2 特定健康診査で巡回型の場合の検体の精度管理の在り方は、厚生労働科学研究事業の「健康診査の精度管理に関する研究班」が示す手順を遵守すること（「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の添付資料＜健康診査における精度管理の在り方＞で明示）。

4. 運営の合理性

4.1.情報管理が適切に行われている

4.1.1.データを保管する場所が定められ安全が確保されている

4.1.1.1.データを保管する場所および利用できる人が定められている－②

4.1.1.2.情報機器のデータへのアクセス制限が考慮されている－②

4.1.2.個人情報保護に配慮した管理体制が整備されている

4.1.2.1.個人情報の取り扱いに関する規約が定められている－①

4.1.2.2.個人情報の取り扱いに関する教育が行われている－①

4.1.2.3.検査室で他の受診者の個人情報がわからないように配慮されている
－①

4.1.2.4.個人情報に関する書類等の廃棄物が適切に処理されている－①

4.2.安全管理体制が確立している

4.2.1.機関の安全管理体制が確立している

4.2.1.1.衛生委員会および安全衛生委員会が組織されている－③

4.2.1.2.防火管理が行われている－③

4.2.1.3.職員の健康管理が行われている－①

- 4.2.2.セーフティマネジメントの体制が整えられている
 - 4.2.2.1.セーフティマネジメントのマニュアルが整備されている－③
- 4.2.3.機関で発生した事故やインシデントへの対応がなされている
 - 4.2.3.1.事故やインシデントを報告するしくみがある－②
 - 4.2.3.2.事故発生時の対応手順が定められている－②
 - 4.2.3.3.受診者・利用者の状態が急変した場合に対応するしくみがある－①
- 4.3.受診者・利用者に関する統計資料が作成されている
 - 4.3.1.受診者・利用者に関する統計資料が作成され、運営に活用されている
 - 4.3.1.1.受診者・利用者に関する統計資料を作成する担当者がある－③
 - 4.3.1.2.統計資料が運営に活用されている－③
- 4.4.委託による業務の管理が適切になされている
 - 4.4.1.委託業者の選定が適切に行われている
 - 4.4.1.1.委託業者の選定が公正に行われている－②
 - 4.4.2.委託業務の管理がなされている
 - 4.4.2.1.委託業務の質と効率の評価が行われている－②
 - 4.4.2.2.検体検査の外部委託管理が適切に行われている－①

E 特定健康診査機関 機能評価基準チェック表Ⅱ
< 健診版 >

1. 基本的事項と組織体制

1.1. 機関の運営方針が確立している

1.1.1. 機関の理念・基本方針などの運営規程が確立している

1.1.1.1. 機関の理念・基本方針などの運営規程が明文化されている－①

1.1.1.2. 機関の理念・基本方針が職員に周知され、受診者にも示されている－①

1.2. 事業計画が確立している

1.2.1. 年度事業計画が作成されている

1.2.1.1. 年度事業計画に基づき予算書が作成されている－①

1.2.2. 年度事業報告が作成されている

1.2.2.1. 年度事業報告書・決算報告書が作成されている－②

1.3. 健診を行う組織体制が確立している

1.3.1. 実態に即した組織図が作成されている

1.3.1.1. 組織図が作成されている－②

1.3.2. 健診を統括する管理者が明確にされている

1.3.2.1. 健診業務を統括する管理者が明確になっている－①

1.3.3. 業務の役割や責任が明確にされている

1.3.3.1. 職務分掌、職務規程等が整備されている－③

1.3.3.2. 職務分掌・職務規程等の教育がされている－③

1.3.4. 健診を行うためのスタッフ数が適切である

1.3.4.1. 医師数が適切である－①

1.3.4.2. 看護師数が適切である－①

1.3.4.3. 臨床検査技師数が適切である－③

1.3.4.4. 事務職員等の数が適切である－③

1.4. 関係法令が遵守されている*1

1.4.1. 関係する法令が遵守されている

1.4.1.1. 高齢者医療確保法およびその他の関係法令が遵守されている－②

1.5. 職員の教育体制が確立している

1.5.1. 全職員を対象とした教育プログラムが確立している

1.5.1.1. 年間の教育プログラムが作成され実施されている－②

1.5.1.2. 教育プログラムの内容が適切である－②

1.5.1.3. 接遇に関する教育がなされている－③

1.5.1.4.学会等が主催する研修会、講習会に参加するしくみがある－②

1.5.2.専門領域別に教育がなされている

1.5.2.1.医師に対する教育が適切である－②

1.5.2.2.看護師・臨床検査技師等に対する教育が適切である－②(一部③含む)

1.5.2.3.事務員・助手等のスタッフに対する教育が適切である－②

1.5.3.認定医・専門医等の資格取得と更新がなされている

1.5.3.1.各学会等の認定医・専門医の資格が取得されている－②

1.6.継続的な質改善のしくみがある

1.6.1.継続的な質改善に取り組むしくみがある

1.6.1.1.質改善を統括する部署がある－③

1.6.1.2.質改善の具体的な取り組みがなされている－③

1.6.1.3.質改善活動の見直しが行われている－③

1.7.地域・職域との関係が適切である

1.7.1.企業・健保等への情報提供や広報活動が積極的になされている

1.7.1.1.企業・健保等へ健診内容および価格などの機関概要の情報が提供されている－①

1.7.1.2.一般利用者に対して適切な広報活動がなされている－①

1.7.1.3.健診実績をもとに統計処理されたデータについて企業・健保等へのフィードバックが適切になされている－①

1.8.地域の医療機関等との連携が適切になされている

1.8.1.必要に応じて地域の適切な医療機関等との連携が図られている

1.8.1.1.連携している医療機関等が定められている－①

*1 労働安全衛生法や学校保健法等、他の健診と特定健康診査の関係については「高齢者の医療の確保に関する法律 第二十条および第二十一条」等にもとづき、他の法令に基づく健診が優先されることに注意すること。その他には人事院規則、介護保険法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律などがある。さらに関係法令には医師法などの各身分法、消防法、労働基準法、廃棄物処理法などを含む。

2. 受診者の満足と安心

2.1.受診者のプライバシーへの配慮がなされている

2.1.1.検査や診察を受ける際のプライバシーが確保されている

2.1.1.1.検査室は個別に仕切られ、外から見えない構造になっている－①

2.1.1.2.診察室・問診室は個別に仕切られ、外部に声が聞こえない構造になっている－①

2.2.受診後のフォローアップが適切になされている

2.2.1.精密検査や医療機関への受診が必要と判定された受診者については、受診経過のフォローがなされている

2.2.1.1.必要な受診者については受診経過のフォローがなされ記録が残されている－③

2.2.1.2.受診医療機関との情報交換がなされている－③

2.3.受診者の意見を反映する体制が確立している

2.3.1.受診者からの問い合わせに対応するしくみが確立している

2.3.1.1.受診者からの問い合わせに対応する担当者が定められている－②

2.3.1.2.受診者からの問い合わせの対応手順が定められている－②

2.3.1.3.受診者からの問い合わせの内容等が分析され、改善に役立てられている－②

2.3.2.受診前、受診中、受診後における受診者の意見や要望を積極的に把握するしくみがある

2.3.2.1.受診者の意見や要望を把握するための調査が行われている－③

2.3.2.2.受診者の意見や要望に対応するしくみがある－①

2.3.2.3.受診者からの意見や要望を反映した改善活動がなされている－②

2.4.受診者の利便性に配慮がなされている

2.4.1.受診者が受診しやすいような運営に配慮されている

2.4.1.1.受診者にとって健診が受けやすくなるよう利便性に配慮している－①

2.5.設備・環境が適切に整備されている

2.5.1.適切な環境が整えられている

2.5.1.1.健診実施に必要な設備が整備されている－①

(※巡回型の場合、検診車両を確認)

2.5.1.2.健診施設の温度、湿度、空調、静けさの管理が適切になされている－②

2.5.2.施設内の清潔に配慮されている

2.5.2.1.施設内清掃が行き届いている－①

2.5.3.禁煙の配慮がなされている

2.5.3.1.禁煙が徹底している－①

2.5.3.2.禁煙に関する表示が適切である－①

3. 健診の質の確保

3.1.責任体制が明確にされている

3.1.1.検査の担当者が明確にされている

3.1.1.1.担当医（者）が定められ、受診者にわかるようになっている－①

- 3.1.2.医師による診察と検査結果の判定がなされている
 - 3.1.2.1.医師による診察と結果報告がなされている－②
 - 3.1.2.2.医師による検査結果の判定が行われている－②
- 3.2.適切な健康評価・健康指導がなされている
 - 3.2.1.健診成績の標準化がなされている
 - 3.2.1.1.健診結果の判断基準が適切である－②
 - 3.2.1.2.健診結果を提示するためのフォーマットが作成されている－①
 - 3.2.2.健診結果が経時的に管理され有効利用されている
 - 3.2.2.1.過去の健診結果が適切に保管されている－①
- 3.3.検査精度の管理がなされている*2
 - 3.3.1.精度管理の担当者が明確にされている
 - 3.3.1.1.健診の精度管理を統括する責任者が明確にされている－②
 - 3.3.1.2.検査ごとの精度管理担当者が明確にされている－②
 - 3.3.1.3.検査精度に関して検討する場が設けられている－②
 - 3.3.2.内部精度管理を行っている
 - 3.3.2.1.精度管理に関する規定が設けられている－②
 - 3.3.2.2.内部精度管理が定期的に行われている－①
 - 3.3.2.3.検査精度に関して問題がある際の対処方法が明確になっている－①
 - 3.3.3.外部の精度管理サーベイに参加している
 - 3.3.3.1.外部の精度管理サーベイに参加している－①
 - 3.3.3.2.外部の精度管理サーベイの結果を活用するしくみがある－②
 - 3.3.3.3.検査委託先の外部の精度管理サーベイの結果を活用するしくみがある－②
- 3.4.検査機器の管理が適切になされている
 - 3.4.1.検査機器の点検が行われている
 - 3.4.1.1.検査機器ごとに管理担当者が明確になっている－③
 - 3.4.1.2.検査機器の日常的な点検が行われている－③
- 3.5.感染管理の体制が整備されている
 - 3.5.1.職員が感染防止対策に取り組んでいる
 - 3.5.1.1.職員の感染防止マニュアルが整備されている－②
 - 3.5.2.医療廃棄物の処理が適切になされている
 - 3.5.2.1.廃棄物の分別・保管が適切である－②
 - 3.5.2.2.廃棄物が適切に処理されたことが確認されている－②

3.6.健診の有用性を検討している

3.6.1.健診の有用性のエビデンスを収集し、分析している

3.6.1.2.健診の有用性について分析を行い機関内で検討している－③

*2 特定健康診査で巡回型の場合の検体の精度管理の在り方は、厚生労働科学研究事業の「健康診査の精度管理に関する研究班」が示す手順を遵守すること（「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の添付資料＜健康診査における精度管理の在り方＞で明示）。

4. 運営の合理性

4.1.情報管理が適切に行われている

4.1.1.データを保管する場所が定められ安全が確保されている

4.1.1.1.データを保管する場所および利用できる人が定められている－②

4.1.1.2.情報機器のデータへのアクセス制限が考慮されている－②

4.1.2.個人情報保護に配慮した管理体制が整備されている

4.1.2.1.個人情報の取り扱いに関する規約が定められている－①

4.1.2.2.個人情報の取り扱いに関する教育が行われている－①

4.1.2.3.検査室で他の受診者の個人情報がわからないように配慮されている－①

4.1.2.4.個人情報に関する書類等の廃棄物が適切に処理されている－①

4.2.安全管理体制が確立している

4.2.1.機関の安全管理体制が確立している。

4.2.1.1.衛生委員会および安全衛生委員会が組織されている－③

4.2.1.2.防火管理が行われている－③

4.2.1.3.職員の健康管理が行われている－①

4.2.2.セーフティマネジメントの体制が整えられている

4.2.2.1.セーフティマネジメントのマニュアルが整備されている－③

4.2.3.機関で発生した事故やインシデントへの対応がなされている

4.2.3.1.事故やインシデントを報告するしくみがある－②

4.2.3.2.事故発生時の対応手順が定められている－②

4.2.3.3.受診者の状態が急変した場合に対応するしくみがある－①

4.3.受診者に関する統計資料が作成されている

4.3.1.受診者に関する統計資料が作成され、運営に活用されている

4.3.1.1.受診者に関する統計資料を作成する担当者がある－③

4.3.1.2.統計資料が運営に活用されている－③

4.4.委託による業務の管理が適切になされている

4.4.1.委託業者の選定が適切に行われている

4.4.1.1.委託業者の選定が公正に行われている－②

4.4.2.委託業務の管理がなされている

4.4.2.1.委託業務の質と効率の評価が行われている－②

4.4.2.2.検体検査の外部委託管理が適切に行われている－①

F 特定保健指導機関 機能評価基準チェック表Ⅲ

<保健指導版>

1. 基本的事項と組織体制

1.1.機関の運営方針が確立している

1.1.1.機関の理念・基本方針などの運営規程が確立している

1.1.1.1.機関の理念・基本方針などの運営規程が明文化されている－①

1.1.1.2.機関の理念・基本方針が職員に周知され、利用者にも示されている－①

1.2.事業計画が確立している

1.2.1.年度事業計画が作成されている

1.2.1.1.年度事業計画に基づき予算書が作成されている－①

1.2.2.年度事業報告が作成されている

1.2.2.1.年度事業報告書・決算報告書が作成されている－②

1.3.保健指導を行う組織体制が確立している

1.3.1.実態に即した組織図が作成されている

1.3.1.1.組織図が作成されている－②

1.3.2.保健指導を統括する管理者が明確にされている

1.3.2.1.保健指導業務を統括する者が明確になっている－①

1.3.3.業務の役割や責任が明確にされている

1.3.3.1.職務分掌、職務規程等が整備されている－③

1.3.3.2.職務分掌・職務規程等の教育がされている－③

1.3.4.保健指導を行うためのスタッフ数が適切である

1.3.4.1.医師数が適切である－①

1.3.4.2.保健師数（・看護師数）が適切である－①

1.3.4.3.管理栄養士数が適切である－①

1.3.4.4.事務職員等の数が適切である－③

1.4.関係法令が遵守されている*1

1.4.1.関係する法令が遵守されている

1.4.1.1.高齢者医療確保法およびその他の関係法令が遵守されている－②

1.5.職員の教育体制が確立している

1.5.1.全職員を対象とした教育プログラムが確立している

1.5.1.1.年間の教育プログラムが作成され実施されている－②

1.5.1.2.教育プログラムの内容が適切である－②

1.5.1.3.接遇に関する教育がなされている－③

- 1.5.1.4.学会等が主催する研修会、講習会に参加するしくみがある－②
- 1.5.2.専門領域別に教育がなされている
 - 1.5.2.1.医師に対する教育が適切である－②
 - 1.5.2.2.看護師・保健師等に対する教育が適切である－②
 - 1.5.2.3.事務員・助手等のスタッフに対する教育が適切である－②
- 1.5.3.認定医・専門医等の資格取得と更新がなされている
 - 1.5.3.2.各学会等の認定医・専門医の資格が取得されている－②
 - 1.5.3.3.医師以外の職種で、関連資格が取得されている－②
- 1.6.継続的な質改善のしくみがある
 - 1.6.1.継続的な質改善に取り組むしくみがある
 - 1.6.1.1.質改善を統括する部署がある－③
 - 1.6.1.2.質改善の具体的な取り組みがなされている－③
 - 1.6.1.3.質改善活動の見直しが行われている－③
- 1.7.地域・職域との関係が適切である
 - 1.7.1.企業・健保等への情報提供や広報活動が積極的になされている
 - 1.7.1.1.企業・健保等へ保健指導内容および価格などの機関概要の情報が提供されている－①
 - 1.7.1.2.一般利用者に対して適切な広報活動がなされている－①
 - 1.7.1.3.保健指導実績をもとに統計処理されたデータについて企業・健保等へのフィードバックが適切になされている－①
- 1.8.地域の医療機関等との連携が適切になされている
 - 1.8.1.必要に応じて地域の適切な医療機関等との連携が図られている
 - 1.8.1.1.連携している医療機関等が定められている－①

*1 保健指導は健診と異なり、特定保健指導よりも優先されるような他の法令に基づく保健指導はないことに注意すること。さらにその他の関係法令には医師法などの各身分法、消防法、労働基準法などを含む。

2. 利用者の満足と安心

- 2.1.利用者のプライバシーへの配慮がなされている
 - 2.1.1.指導を受ける際のプライバシーが確保されている
 - 2.1.1.1.相談等の面接室は個別に仕切られ、外から見えない構造になっている－①
 - 2.1.1.2.相談等の面接室は個別に仕切られ、外部に声が聞こえない構造になっている－①

2.2.利用者の意見を反映する体制が確立している

2.2.1.利用者からの問い合わせに対応するしくみが確立している

2.2.1.1.利用者からの問い合わせに対応する担当者が定められている－②

2.2.1.2.利用者からの問い合わせの対応手順が定められている－②

2.2.1.3.利用者からの問い合わせの内容等が分析され、改善に役立てられている－②

2.2.2.利用前、利用中、利用後における利用者の意見や要望を積極的に把握するしくみがある

2.2.2.1.利用者の意見や要望を把握するための調査が行われている－③

2.2.2.2.利用者の意見や要望に対応するしくみがある－①

2.2.2.3.利用者からの意見や要望を反映した改善活動がなされている－②

2.3.利用者の利便性に配慮がなされている

2.3.1.利用者が利用しやすいような運営に配慮されている

2.3.1.1.利用者にとって保健指導が受けやすくなるよう利便性に配慮している－①

2.4.設備・環境が適切に整備されている

2.4.1.適切な環境が整えられている

2.4.1.1.保健指導実施に必要な設備が整備されている－①

2.4.1.2.施設の温度、湿度、空調、静けさの管理が適切になされている－②

2.4.2.施設内の清潔に配慮されている

2.4.2.1.施設内清掃が行き届いている－①

2.4.3.禁煙の配慮がなされている

2.4.3.1.禁煙が徹底している－①

2.4.3.2.禁煙に関する表示が適切である－①

3. 保健指導の質の確保

3.1.責任体制が明確にされている

3.1.1.保健指導の担当者が明確にされている

3.1.1.1.担当者が定められ、利用者にはわかるようになっている－①

3.2.適切な健康評価・健康指導がなされている

3.2.1.特定保健指導が適切になされている

3.2.1.1.保健指導内容が適切に組み入れ実施されている－①

3.2.2.保健指導結果が経時的に管理され有効利用されている

3.2.2.1.過去の保健指導結果が適切に保管されている－①

3.3.感染管理の体制が整備されている

3.3.1.職員が感染防止対策に取り組んでいる

3.3.1.1.職員の感染防止マニュアルが整備されている－②

3.4.保健指導の有用性を検討している

3.4.1.保健指導の有用性のエビデンスを収集し、分析している

3.4.1.1.保健指導の有用性について分析を行い施設内で検討している－③

4. 運営の合理性

4.1.情報管理が適切に行われている

4.1.1.データを保管する場所が定められ安全が確保されている

4.1.1.1.データを保管する場所および利用できる人が定められている－②

4.1.1.2.情報機器のデータへのアクセス制限が考慮されている－②

4.1.2.個人情報保護に配慮した管理体制が整備されている

4.1.2.1.個人情報の取り扱いに関する規約が定められている－①

4.1.2.2.個人情報の取り扱いに関する教育が行われている－①

4.1.2.3.面接室等で他の利用者の個人情報がわからないように配慮されている－①

4.1.2.4.個人情報に関する書類等の廃棄物が適切に処理されている－①

4.2.安全管理体制が確立している

4.2.1.機関の安全管理体制が確立している。

4.2.1.1.衛生委員会および安全衛生委員会が組織されている－③

4.2.1.2.防火管理が行われている－③

4.2.1.3.職員の健康管理が行われている－①

4.2.2.セーフティマネジメントの体制が整えられている

4.2.2.2.セーフティマネジメントのマニュアルが整備されている－③

4.2.3.機関で発生した事故やインシデントへの対応がなされている

4.2.3.1.事故やインシデントを報告するしくみがある－②

4.2.3.2.事故発生時の対応手順が定められている－②

4.2.3.3.利用者の状態が急変した場合に対応するしくみがある－①

4.3.利用者に関する統計資料が作成されている

4.3.1.利用者に関する統計資料が作成され、運営に活用されている

4.3.1.1.利用者に関する統計資料を作成する担当者がある－③

4.3.1.2.統計資料が運営に活用されている－③

4.4.委託による業務の管理が適切になされている

4.4.1.委託業者の選定が適切に行われている

4.4.1.1.委託業者の選定が公正に行われている－②

4.4.2.委託業務の管理がなされている

4.4.2.1.委託業務の質と効率の評価が行われている－②

評価項目数の比較

複合版			
領域	大項目	中項目	小項目
1. 基本的事項と組織体制	8	14	32
2. 受診者の満足と安心	5	8	16
3. 健診の質の確保	6	12	22
4. 運営の合理性	4	8	18
	23	42	88

健診版			
領域	大項目	中項目	小項目
1. 基本的事項と組織体制	8	14	28
2. 受診者の満足と安心	5	8	16
3. 健診の質の確保	6	11	21
4. 運営の合理性	4	8	18
計	23	41	83

保健指導版			
領域	大項目	中項目	小項目
1. 基本的事項と組織体制	8	14	29
2. 利用者の満足と安心	4	7	14
3. 保健指導の質の確保	4	5	5
4. 運営の合理性	4	8	17
計	20	34	65