

運営についての重要事項に関する規程の概要[健診機関]

- \*健診と保健指導の両方を実施する者は、保健指導機関分とは別々に作成・掲出等すること。
- \*多くの拠点を抱えている法人の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・掲出等すること。
- \*選択肢の項目については、□を■にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

|      |       |               |
|------|-------|---------------|
| 更新情報 | 最終更新日 | 平成19年 11月 19日 |
|------|-------|---------------|

\*下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。

|                      |                           |        |   |
|----------------------|---------------------------|--------|---|
| 機関情報                 | 機関名 <sup>注1)注2)</sup>     |        | 大山クリニック   |
|                      | 所在地 <sup>注1)</sup>        | (郵便番号) | 753-0814  |
|                      |                           | (住所)   | 山口県山口市吉敷下東四丁目11番1号  |
|                      | 電話番号 <sup>注1)</sup>       |        | 083-901-4118  |
|                      | FAX番号                     |        | 083-901-4119  |
|                      | 健診機関番号 <sup>注3)</sup>     |        |   |
|                      | 窓口となるメールアドレス              |        | <a href="mailto:yohyama@c-able.ne.jp">yohyama@c-able.ne.jp</a>              |
|                      | ホームページ <sup>注4)</sup>     |        | http://   |
|                      | 経営主体 <sup>注1)</sup>       |        | 大山クリニック   |
|                      | 開設者名 <sup>注1)</sup>       |        | 大山洋一  |
|                      | 管理者名 <sup>注5)</sup>       |        | 大山洋一  |
|                      | 第三者評価 <sup>注6)</sup>      |        | <input type="checkbox"/> 実施（実施機関： ） <input checked="" type="checkbox"/> 未実施 |
|                      | 認定取得年月日 <sup>注6)</sup>    |        | 年 月 日   |
|                      | 契約取りまとめ機関名 <sup>注7)</sup> |        | 山口県医師会  |
| 所属組織名 <sup>注8)</sup> |                           | 山口市医師会 |   |

- 注1) 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に届け出る（あるいは届け出ている）内容と同一の内容とする
- 注2) 正式名称で記載。複数拠点を持つ法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば拠点名、法人名+拠点名（例：「株式会社△△サービス〇〇店」「財団法人〇〇 △△健診センター」等）であればその通りに記載
- 注3) 届出により支払基金から番号が交付されている機関のみ記載
- 注4) ホームページを開設している機関のみ記載。複数ある場合は最も機関の概要がわかる情報が掲載されているサイト（例：自院ページ、地区医師会ページ、医療情報提供制度に基づく都道府県ホームページ等）のアドレスを記載
- 注5) 特定健康診査を実施する各拠点における常勤の管理者。但し、管理上支障がない場合は、健康診査機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（医師等による兼務は可）。
- 注6) 何らかの評価機関において、評価を受けた場合のみ記載
- 注7) 個別契約のみで、どこのグループにも属していない場合は記載不要
- 注8) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、主として注2の例にあるような法人を想定（医師会は除く）。なお、契約取りまとめ機関名との包含関係としては、契約取りまとめ機関≧本部組織>機関（支部・支店等）となる。

| スタッフ<br>情報 <sup>注9)</sup>   |    |    | 常勤 | 非常勤 |
|-----------------------------|----|----|----|-----|
|                             | 医師 |    | 1人 | 人   |
| 看護師                         |    | 1人 | 1人 |     |
| 臨床検査技師                      |    | 人  | 人  |     |
| 上記以外の健診スタッフ <sup>注10)</sup> |    | 1人 | 人  |     |

- 注9) 特定健康診査に従事する者のみを記載。
- 注10) 医師・看護師・臨床検査技師以外で、特定健診の業務運営に必要な者（受付、身体計測、データ入力や発送、健診バスの運転等）。

|              |                                  |  |
|--------------|----------------------------------|--|
| 施設及び<br>設備情報 | 受診者に対するプライバシーの保護 <sup>注11)</sup> | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
|              | 個人情報保護に関する規程類                    | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
|              | 受動喫煙対策                           | <input checked="" type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙 <input type="checkbox"/> なし |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 血液検査                       | <input type="checkbox"/> 独自で実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 (委託機関名: リンテック) |
| 眼底検査                       | <input type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 委託 (委託機関名: )                 |
| 内部精度管理 <sup>注12)</sup>     | <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施                  |
| 外部精度管理 <sup>注12)</sup>     | <input checked="" type="checkbox"/> 実施 (実施機関: 日本医師会など) <input type="checkbox"/> 未実施  |
| 健診結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無                     |

注11) 健診時における、必要な箇所(問診・相談や脱衣を要する検査項目の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無

注12) 血液検査や眼底検査等を外部に委託している場合には、委託先の状況について記載。

|          |                             |      |  |
|----------|-----------------------------|------|--|
| 運営に関する情報 | 実施日及び実施時間 <sup>注13)</sup>   | 特定時期 | (例: 6月第2週の平日 13:00-17:00)  |
|          |                             | 通年   | 平日(月・火・水・金) 8:30-18:00 (木・土) 8:30-13:00  |
|          | 特定健康診査の単価 <sup>注14)</sup>   |      | 13091円以下/人   |
|          | 特定健康診査の実施形態 <sup>注13)</sup> |      | <input checked="" type="checkbox"/> 施設型 ( <input type="checkbox"/> 要予約・ <input checked="" type="checkbox"/> 予約不要)<br><input checked="" type="checkbox"/> 巡回型 ( <input checked="" type="checkbox"/> 要予約・ <input type="checkbox"/> 予約不要) |
|          | 巡回型健診の実施地域                  |      | 山口市内   |
|          | 救急時の応急処置体制 <sup>注15)</sup>  |      | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
|          | 苦情に対する対応体制 <sup>注16)</sup>  |      | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |

注13) どちらだけでも、どちらも記載可

注14) 特定健康診査の「基本的な健診の項目」(いわゆる必須項目)の一式を実施した場合の単価(契約先によって多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額)を記載。なお、単価には消費税を含む。

注15) 緊急時に医師が迅速に対応できる体制の有無(医師が常駐していない機関の場合は、医師と緊密に連携し緊急時には搬送もしくは医師が駆けつける体制となっているか)。※医療機関は原則として「有」と想定される

注16) 受診者や保険者による苦情が発生した場合に、それを受け付け、改善、申し立て者への結果報告等を行う窓口や担当等が設けられているか。※医療機関は原則として「有」と想定される

|     |                                       |    |  |       |       |
|-----|---------------------------------------|----|--|-------|-------|
| その他 | 掲出時点の前年度における特定健診の実施件数 <sup>注17)</sup> | 年間 | 172人   | 1日当たり | 約1.4人 |
|     | 実施可能な特定健康診査の件数                        | 年間 | 336人   | 1日当たり | 約1.4人 |
|     | 特定保健指導の実施                             |    | <input checked="" type="checkbox"/> 有(動機付け支援) <input type="checkbox"/> 有(積極的支援) <input type="checkbox"/> 無 |       |       |

注17) 平成19年度・20年度の掲出については、事業主健診(労働安全衛生法)及び基本健康診査(老人保健法)の実施件数を記載(実績等のない機関については記載不要)。

## 運営についての重要事項に関する規程の概要[保健指導機関] (案)

- \* 健診と保健指導の両方を実施する者は、健診機関分とは別々に作成・掲出等すること。
- \* 多くの拠点を抱えている事業者の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・掲出等すること。
- \* 選択肢の項目については、□を■にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

|      |       |   |   |   |
|------|-------|---|---|---|
| 更新情報 | 最終更新日 | 年 | 月 | 日 |
|------|-------|---|---|---|

\* 下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。

|                      |                            |                                   |                                |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 機関情報                 | 機関名 <sup>注1)注2)</sup>      |                                   |                                |
|                      | 所在地 <sup>注1)</sup>         | (郵便番号)                            | —                              |
|                      |                            | (住所)                              |                                |
|                      | 電話番号 <sup>注1)</sup>        |                                   | —                              |
|                      | FAX番号                      |                                   | —                              |
|                      | 保健指導機関番号 <sup>注3)</sup>    |                                   |                                |
|                      | 窓口となるメールアドレス               |                                   | @                              |
|                      | ホームページ <sup>注4)</sup>      | http://                           |                                |
|                      | 経営主体 <sup>注1)</sup>        |                                   |                                |
|                      | 開設者名 <sup>注1)</sup>        |                                   |                                |
|                      | 管理者名 <sup>注5)</sup>        |                                   |                                |
|                      | 保健指導業務の統括者名 <sup>注6)</sup> |                                   |                                |
|                      | 第三者評価 <sup>注7)</sup>       | <input type="checkbox"/> 実施（実施機関： | ) <input type="checkbox"/> 未実施 |
|                      | 認定取得年月日 <sup>注7)</sup>     |                                   | 年 月 日                          |
|                      | 契約取りまとめ機関名 <sup>注8)</sup>  |                                   | (例:〇〇市医師会、結核予防会)               |
| 所属組織名 <sup>注9)</sup> |                            |                                   |                                |

- 注1) 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に届け出る（あるいは届け出ている）内容と同一の内容とする
- 注2) 正式名称で記載。複数拠点を持つ法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば拠点名、法人名+拠点名（例：「株式会社△△サービス〇〇店」「財団法人〇〇 △△健診センター」等）であればその通りに記載
- 注3) 届出により支払基金から番号が交付されている機関のみ記載
- 注4) ホームページを開設している機関のみ記載。複数ある場合は最も機関の概要がわかる情報が掲載されているサイト（例：自院ページ、地区医師会ページ、医療情報提供制度に基づく都道府県ホームページ等）のアドレスを記載
- 注5) 特定保健指導を実施する各拠点における常勤の管理者。但し、管理上支障がない場合は、保健指導機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（統括者との兼務は可）。
- 注6) 統括者とは、特定保健指導を実施する各拠点において、動機付け支援及び積極的支援の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者（常勤の医師・保健師・管理栄養士）。各拠点において、当該拠点に配置されている保健師等の保健指導実施者を束ね、各実施者が担当する保健指導対象者への支援の実施状況等を包括的に管理している者を想定。拠点ごとに配置し、複数拠点の兼務は不可。
- 注7) 何らかの評価機関において、評価を受けた場合のみ記載
- 注8) 個別契約のみで、どこのグループにも属していない場合は記載不要
- 注9) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、主として注2の例にあるような法人を想定（医師会は除く）。なお、契約取りまとめ機関名との包含関係としては、契約取りまとめ機関≧本部組織>機関（支部・支店等）となる。

|            |                            |   |                   |
|------------|----------------------------|---|-------------------|
| 協力業者<br>情報 | 協力業者の有無(積極的支援)             | <input type="checkbox"/> 全て自前で実施 <input type="checkbox"/> 支援形態・地域等で部分委託 |                   |
|            | 協力業者名・委託部分 <sup>注10)</sup> | 業者名 (例:財団法人〇〇埼玉支部)  | 委託部分 (例:埼玉県・運動指導) |
|            |                            | 業者名 (例:△△株式会社九州コールセンター)   | 委託部分 (例:九州7県・電話)  |
|            |                            | 業者名   | 委託部分 (例:全国・電子メール) |
|            |                            | 業者名   | 委託部分 (例:北海道・個別)   |
|            |                            | 業者名   | 委託部分              |
|            |                            | 業者名   | 委託部分              |
|            |                            | 業者名   | 委託部分              |
|            |                            | 業者名   | 委託部分              |

注10) 協力業者がある場合のみ、例に従って明瞭簡潔に記載。

| スタッフ<br>情報 <sup>注11)</sup>     | 自機関内    |                                |     |                                | 協力業者 <sup>注10)</sup> |                                |
|--------------------------------|---------|--------------------------------|-----|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|
|                                | 常勤      |                                | 非常勤 |                                | 総数                   | 左記のうち一定の研修修了者数 <sup>注13)</sup> |
|                                | 総数      | 左記のうち一定の研修修了者数 <sup>注13)</sup> | 総数  | 左記のうち一定の研修修了者数 <sup>注13)</sup> |                      |                                |
| 医師                             | 人       | 人                              | 人   | 人                              | 人                    | 人                              |
| (上記のうち、日本医師会認定健康スポーツ医)         | 人       | 人                              | 人   | 人                              | 人                    | 人                              |
| 保健師                            | 人       | 人                              | 人   | 人                              | 人                    | 人                              |
| 管理栄養士                          | 人       | 人                              | 人   | 人                              | 人                    | 人                              |
| 看護師(一定の保健指導の実務経験のある者)          | 人       | 人                              | 人   | 人                              | 人                    | 人                              |
| 専門的知識及び技術を有する者 <sup>注12)</sup> | THP取得者  | 人                              | 人   | 人                              | 人                    | 人                              |
|                                | 健康運動指導士 | 人                              | 人   | 人                              | 人                    | 人                              |
| 事務職員                           | 人       | 人                              | 人   | 人                              | 人                    | 人                              |

注11) 特定保健指導に従事する者のみを記載。

注12) 医師、保健師、管理栄養士以外について記載。

注13) 一定の研修とは、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」にある「健診・保健指導の研修ガイドライン(確定版)」に定める研修をいう。

| 保健指導<br>の実施体制          | 保健指導事業の統括者                  | 初回面接、計画作成、評価に関する業務を行う者   | 積極的支援における<br>3ヶ月以上の継続的な支援を行う者  |  |  |  |
|------------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|
|                        |                             |  | 個別支援   | グループ支援   | 電話支援   | 電子メール支援 <sup>注14)</sup>  |
| 医師                     | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 |
| (上記のうち、日本医師会認定健康スポーツ医) | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 |
| 保健師                    | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 |
| 管理栄養士                  | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 |
| 看護師(一定の保健指導の実務経験のある者)  |                             | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 |
| 専門的知識及び技術を有する者         | THP取得者                      |  | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 |
|                        | 健康運動指導士                     |  | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤<br><input type="checkbox"/> 協力業者 |

\*該当する項目を全て選ぶこと(複数選択可)

注14) FAXや手紙等も含む

|          |                                  |                                |  |
|----------|----------------------------------|--------------------------------|--|
| 施設及び設備情報 | 利用者に対するプライバシーの保護 <sup>注15)</sup> | <input type="checkbox"/> 有     | <input type="checkbox"/> 無   |
|          | 個人情報保護に関する規程類                    | <input type="checkbox"/> 有     | <input type="checkbox"/> 無   |
|          | 受動喫煙対策                           | <input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 | <input type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙 <input type="checkbox"/> なし |
|          | 指導結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用       | <input type="checkbox"/> 有     | <input type="checkbox"/> 無   |

注15) 保健指導時における、必要な箇所(個別面接の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無

|  |                                   |  |  |   |       |
|--|-----------------------------------|--|--|---|-------|
| 運営に関する情報                                       | 実施日及び実施時間 <sup>注16)</sup>         | 特定時期<br>通年   | (例: 6月第2週の平日13:00-17:00)<br>(例: 平日9:00-17:00、土曜夜間) |   |       |
|  | 実施地域 <sup>注17)</sup>              | (例: 岡山県全域、広島県福山市)  |  |   |       |
|  | 実施サービス <sup>注18)</sup>            | <input type="checkbox"/> 動機付け支援  |  | <input type="checkbox"/> 積極的支援  |       |
|  | 実施形態 <sup>注18)</sup>              | <input type="checkbox"/> 施設型   |  | <input type="checkbox"/> 非施設型   |       |
|  | 継続的な支援の形態や内容 <sup>注18)</sup>      | <input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> グループ支援 <input type="checkbox"/> 電子メール支援 <sup>注14)</sup>   |  | <input type="checkbox"/> 電話支援 <input type="checkbox"/> 運動実習 <input type="checkbox"/> 調理実習 |       |
|  | 標準介入期間(積極的支援) <sup>注19)</sup>     | <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 4ヶ月 <input type="checkbox"/> 5ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月  |  |   |       |
|  | 課金体系                              | <input type="checkbox"/> 完全従量制(従量単価×人数)  |  | <input type="checkbox"/> 固定費+従量単価×人数  |       |
|  | 標準的な従量単価 <sup>注20)</sup>          | 動機付け   | 円以下/人  | 積極的   | 円以下/人 |
|  | 単価に含まれるもの <sup>注18・注21)</sup>     | <input type="checkbox"/> 教材費(紙類のみならず万歩計等機器類や血液検査キット等も含む)<br><input type="checkbox"/> 会場・施設費 <input type="checkbox"/> 交通費(指導者の) <input type="checkbox"/> 材料費(調理実習)<br><input type="checkbox"/> 通信費・事務費 <input type="checkbox"/> 一定回数の督促 |  |   |       |
|  | 単価に含まれない追加サービスの有無 <sup>注18)</sup> | <input type="checkbox"/> 調査・計画費 <input type="checkbox"/> データ分析費 <input type="checkbox"/> 各種案内代行費<br><input type="checkbox"/> 特に無し  |  |   |       |
|  | 積極的支援の内容 <sup>注22)</sup>          | (例: 合計240ポイントの継続支援を実施。特に、集団での栄養指導を実施)  |  |   |       |
|  | 救急時の応急処置体制 <sup>注23)</sup>        | <input type="checkbox"/> 有   |  | <input type="checkbox"/> 無  |       |
|  | 苦情に対する対応体制 <sup>注24)</sup>        | <input type="checkbox"/> 有   |  | <input type="checkbox"/> 無  |       |
|  | 保健指導の実施者への定期的な研修                  | <input type="checkbox"/> 有   |  | <input type="checkbox"/> 無  |       |
| インターネットを用いた保健指導における安全管理の仕組みや体制 <sup>注25)</sup> | <input type="checkbox"/> 有        |  | <input type="checkbox"/> 無                         |   |       |

注16) どちらだけでも、どちらも記載可 注17) 非施設型の保健指導を実施している場合についてのみ記載

注18) 複数回答可 (項目「単価に含まれない追加サービスの有無」において「特に無し」と他との複数選択は不可)

注19) 最も標準的な支援メニューにおける所要期間 (対象者による遅延・延長は考慮に入れない)。いずれか一つを選択

注20) 最も標準的な支援メニューの単価 (一つのメニューでも、契約人数の多少等により多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額) を記載

注21) 営業費用、採用・研修等費用、その他間接コスト等は、単価の中の人件費に含まれる利益・技術料等から適宜配分するものと考え

注22) 項目「標準的な従量単価」の積極的支援の単価における標準的な支援内容を明瞭・簡潔に記載。

注23) 緊急時に医師が迅速に対応できる体制の有無 (医師が常駐していない機関の場合は、医師と緊密に連携し緊急時には搬送もしくは医師が駆けつける体制となっているか)。※医療機関は原則として「有」と想定される

注24) 利用者や保険者による苦情が発生した場合に、それを受け付け、改善、申し立て者への結果報告等を行う窓口や担当等が設けられているか。※医療機関は原則として「有」と想定される

注25) インターネットを利用した保健指導 (介入のみならず事務的なやり取りや記録等も含む) を行う機関のみ記載 (「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」第3編第6章(4)2)「④保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準」の項目fを参照のこと)

|     |  |      |     |   |       |   |
|-----|--|------|-----|---|-------|---|
| その他 | 掲出時点の前年度<br>の特定保健指導の<br>実施件数 <sup>注26)</sup>               | 動機付け | 年間  | 人   | 1日当たり | 人 |
|     |  | 積極的  | 年間  | 人   | 1日当たり | 人 |
|     | 実施可能な特定保<br>健指導の件数   | 動機付け | 年間  | 人   | 1日当たり | 人 |
|     |  | 積極的  | 年間  | 人   | 1日当たり | 人 |
|     | 掲出時点の前年度の参<br>加率(参加者/案内者)・脱落<br>率(脱落者/参加者) <sup>注26)</sup> | 動機付け | 参加率 | %   | 脱落率   | % |
|     |  | 積極的  | 参加率 | %   | 脱落率   | % |
|     | 特定健康診査の実施  |      |     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |   |

注26) 平成19年度・20年度の掲出については、事業主健診の事後指導等類似の指導における実績値を記載（実績等のない機関については記載不要）。参加率については機関において案内発送まで受託している場合のみ記載可能