

| 記載項目 | | 記載内容 | 必須項目 |
|------------|----|---|------|
| 運営体制について | 1 | <ul style="list-style-type: none"> ・貴社の定款、会社概要、経営理念、組織体制等をご記載ください。 ・組織体制については、実際の保健指導に従事する人数を職種ごとにご記載ください。 ・保健指導の業務統括者が持つ資格はどれですか。 (常勤の医師 ・ 常勤の保健師 ・ 常勤の管理栄養士) ・専門職について、貴社における勤務年数及び保健指導の経験年数も合わせてご記載ください。 また、上記を含め、契約実績、特徴などを含めた貴社のアピールポイントをご記載ください。 | ○ |
| | 2 | <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導(初回面談)、支援計画の立案・実績評価に関する業務を行うのはどなたですか。 (医師 ・ 保健師 ・ 管理栄養士 ・ 一定の保健指導経験のある看護師) ・各業務において担当者が異なる場合はそれぞれについてご記載ください。 また、その場合、担当者間で適切に情報共有されるかどうかについても、計画書や報告書の共有等ご記載ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の継続支援において、上記4つの職種以外が業務を行うことがあればご記載ください。 その場合、業務の担当者は、上記4つの職種とどのように連携をとっていますか。 | ○ |
| 設備・運営等について | 3 | プライバシーマークまたはISMSを取得していますか。(はい・いいえ) ⇒ いいえの場合は【別紙】情報の取扱についてをご記載ください。 | ○ |
| | 4 | 保健指導を実施するためにどのような体制を備えていますか。次の項目についてご記載ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・1会場につき1日に従事可能な専門職の最大人数 ・実施時間(平日と休日それぞれの実施可能時間帯及び17:30以降の実施可能回数) ・実施可能な曜日(土曜、日曜、祝日の実施可能回数) | ○ |
| | 5 | 初回面談を行う際、対象者のプライバシーに対してどのような配慮をしていますか。 また、スペース確保のために、パーティション等の仕切りを用意することは可能ですか。 | |
| | 6 | 緊急時の対応マニュアルはありますか。(はい・いいえ) ⇒ はいの場合はそのマニュアルを提出してください。 | |
| | 7 | <ul style="list-style-type: none"> ・対応可能な申込方法についてご記載ください。 ・申込や問い合わせ対応における担当者の人数及び受付場所をご記載ください。 ・申込から初回面談までの流れについてご記載ください。(申込受付期限や予約確認通知、必要書類の送付等) ・電話申込の場合、申込の可能な受付時間をご記載ください。 | ○ |
| | 8 | 業務を実施する上で問題が発生した場合、業務統括者にすみやかに報告、相談できる体制がとれますか。(はい・いいえ) ⇒ はいの場合はその内容を記入してください。 | ○ |
| | 9 | <ul style="list-style-type: none"> ・申込状況や保健指導の実施状況については、定期的な報告のみでなく発注者の求めに応じた随時の報告も実施できますか。(はい・いいえ) ・オンラインで進捗管理ができるツールを使用する等、発注者で随時状況の把握が可能な場合はその旨ご記載ください。 | ○ |
| | 10 | <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導対象者からの苦情対応窓口を明示し、苦情内容を記録、保存して発注者及び業務統括者に報告していますか。(はい・いいえ) ・苦情対応マニュアルはありますか。(はい・いいえ) ⇒ はいの場合はマニュアルを提出してください。 <ul style="list-style-type: none"> ・賠償保険等への加入状況をご記載ください。 | |
| | 11 | 写真付身分証を携帯し、対象者の求めに応じて提示するよう保健指導実践者に教育していますか。 | |
| | 12 | 保健指導実践者の健康管理を行うとともに、保健指導を実施する施設や備品の感染対策を実施していますか。(はい・いいえ) ⇒ はいの場合はその内容を記入してください。 | |
| | 13 | 保健指導実践者が商品等の勧誘・販売・不当な償還を行わないよう教育指導していますか。また、違反した場合の罰則規定の明確化を行っていますか。 | |

| 記載項目 | 記載内容 | 必須項目 |
|---------------------|---|------|
| 14 | <p>・動機付け支援及び積極的支援について、支援パターンを複数提示してください。(例:電話・手紙・メール・チャットなどの使用及び回数と時期)</p> <p>・積極的支援については、アウトカム評価及びプロセス評価が分かるようにご記載ください。</p> | ○ |
| 15 | <p>独自の保健指導プログラムやマニュアルを作成していますか。(はい・いいえ) ⇒はいの場合は提出してください。</p> | ○ |
| 16 | <p>・保健指導で使用する教材や記録用紙、媒体(アプリやスマートウォッチ等の機器を含む)はありますか。(はい・いいえ) ⇒はいの場合は見本や資料を提出してください。</p> <p>・保健指導の効果がわかる実績があればそれも合わせて提出してください。(提出内容は本事業の主旨を踏まえたもののみ提出してください。本事業で使用を考えている検討段階の内容も可能です。)</p> | ○ |
| 17 | <p>プログラムの科学的根拠および妥当性を確保するために、専門家による評価や助言を受けていますか。(はい・いいえ)⇒はいの場合は具体的な内容をご記載ください。</p> | |
| 保健指導について | <p>どのようにして、対象者の特性を考慮した保健指導を実施しますか。次の2つの事例について実際の面接を想定した保健指導の内容を記入してください。(それぞれについて行動変容ステージ及び目標を決定したうえで、面接時の導入から終了までできるだけ指導内容がわかるよう詳細にご記載ください。)</p> <p>また、【記載内容17】で提出する教材や媒体のうち、この事例に使用するものがあれば明記してください。</p> <p>【事例①】 42歳 男性 事務職 既往歴なし 初めて特定保健指導の対象となったことに危機感を感じ、自ら申し込んだ。身長176cm、体重80.2kg、BMI25.9、腹囲91cm 血圧 138/75mmHg、空腹時中性脂肪168mg/dL、HDLコレステロール60mg/dL、LDLコレステロール125mg/dL、空腹時血糖 92mg/dL、HbA1c5.4%、AST21U/L、ALT18U/L、γ-GTP29U/L 喫煙歴なし 飲酒量1回あたり3～4合 飲酒頻度週2～3回 通勤にて1日20分程度歩行 週末はこどもと外で2時間程度遊んでおり、それが良い運動になっていると感じている。 朝食は和食の献立。昼食はカップラーメンで済ませることが多い。平日は帰宅が遅く、夕食は10時頃になる。</p> <p>【事例②】 49歳 女性 保育士 血圧で一度受診したことがあるが、その後未受診。5年前から特定保健指導の対象となっているが、仕事が忙しく一度も利用したことがない。今回職場の担当者から強く勧められ受講した。 身長154cm、体重60kg、BMI25.3、腹囲104cm 血圧 145/78mmHg、空腹時中性脂肪129mg/dL、HDLコレステロール51mg/dL、LDLコレステロール135mg/dL、空腹時血糖 136mg/dL、HbA1c6.0%、AST17U/L、ALT12U/L、γ-GTP19U/L 喫煙歴なし 飲酒歴なし 通勤は自転車(20分) 運動習慣なし 朝食は果物やヨーグルトのみ、昼食は持参したお弁当かコンビニのおにぎりで10分くらいで済ませる。夕食は20時頃でその後必ずアイスを食べる。</p> | |
| 人材育成について | <p>19 保健指導実践者に対してどのような研修や教育を実施していますか。具体的な研修内容や参加状況についてご記載ください。また、新規採用者に対する研修プログラムや、研修計画等があれば合わせて提出してください。</p> | ○ |
| 20 | <p>保健指導の実施記録はどのような項目について記録していますか。 また、保健指導実践者が確実に記録を残しているかどのように確認していますか。 その他、保健指導実践者へのOJTについて、工夫している点をご記載ください。</p> | |
| 21 | <p>保健指導利用者及び発注者から意見を提出できる機会を設けていますか。また、寄せられた意見や要望をどのようにしてサービスの改善に結び付けていますか。</p> | |
| 保健指導の客観的評価・質の向上について | <p>22 事業評価について、どのような形で発注者に報告することができますか。現在実施している事業等の評価内容を匿名化後、見本として提出してください。</p> | ○ |
| 23 | <p>・保健指導の実績評価をどのように次年度の業務改善に結びつけていますか。 ・保健指導に関する研究や質の向上のために、学会や雑誌等で発表した機会がありますか。(はい・いいえ) ⇒はいの場合は抄録・雑誌等を提出してください。</p> | |

【別紙】情報の取扱について
 プライバシーマークまたはISMSを取得していない場合に記入してください。

| | 記載内容 |
|----|---|
| 1 | 個人情報の保護に対する考え方や方針はどのようなものですか。また、その公示・明示はどのようにしていますか。 |
| 2 | 個人情報を利用する目的を特定し公表または通知していますか。 |
| 3 | 安全管理対策を講じるための組織体制がありますか。 |
| 4 | 個人データの漏えい等の問題が発生した場合等における報告連絡体制及び2次被害を防止するための措置が講じられていますか。 |
| 5 | 個人情報に対する問い合わせや苦情があった場合の対応や窓口の設置等の体制や社内へのフィードバック体制がありますか。 |
| 6 | 雇用契約時の個人情報保護に関する規定がありますか。 |
| 7 | 新規従業員を含む従業員に対して定期的な教育研修を行っていますか。 |
| 8 | 内容を最新のものに保つための更新の手順を決めていますか。 |
| 9 | 保健指導で用いた質問表・記録等を決められた方法で記録されていますか。 |
| 10 | プライバシーに配慮し不用意に開示されないよう確実な管理がされていますか。 |
| 11 | 施設での対面指導、呼び出しなどにおけるプライバシーへの配慮をしていますか。 |
| 12 | 対象者から個人情報の開示・訂正・利用停止についての窓口、手続き方法が明確に示されており、開示等を行うかの決定について通知していますか。 |
| 13 | 個人情報を第三者に提供する場合は個人情報を提供する際は本人の同意を得ていますか。 |
| 14 | IDとパスワードの定期的な変更などの管理をしていますか。 |
| 15 | インターネット上での情報の性質に応じて複数のパスワードを設けていますか。 |
| 16 | 暗号化などによる秘匿性の確保をしていますか。 |
| 17 | 通信の起点・終点識別のための認証をしていますか。 |
| 18 | リモートログイン制御機構による安全管理をしていますか。 |
| 19 | 不正ソフトウェア対策をしていますか。 |
| 20 | ネットワーク上からの不正アクセスの防止策をしていますか。 |
| 21 | 情報の区分管理とアクセス権限の管理をしていますか。 |
| 22 | アクセスの記録(点検を含む)をしていますか。 |
| 23 | 情報機器設置場における情報システムにアクセスしない作業後の定期的確認がされていますか。 |
| 24 | サービスを提供することについての同意を得ていますか。 |
| 25 | 同意しない個人についてはインターネット上から個人情報のアクセスができないような措置が講じられていますか。 |
| 26 | 情報管理システムの安全管理について扱う情報の範囲、情報の取扱いや保存方法と期間を設定していますか。 |
| 27 | データ改ざん防止対策をしていますか。 |
| 28 | 保守作業時に関わる作業員、作業内容、作業結果の確認がされていますか。 |
| 29 | 責任者の設定がなされていますか。 |
| 30 | 個人データが消去されないための保護媒体の劣化防止、検索可能性の確保がされていますか。 |
| 31 | 不要となったデータの廃棄・消去を確実に行う手順を定めていますか。 |
| 32 | 個人情報の盗難・紛失・盗視を防止するための措置が講じられていますか。 |
| 33 | 情報システム機器、末端設置場所の施錠・入退制限・記録、チェーンなどによる固定等の物理的安全管理措置がなされていますか。 |
| 34 | 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版(厚生労働省 令和5年5月)に則っていますか。 |