

一般社団法人 日本総合健診医学会
総合健診施設 機能調査票

優良総合健診施設認定委員会

【ご回答いただくにあたって】

- 優良総合健診施設認定を取得されている(または取得予定の)ご施設は必ずご回答をお願いいたします。
- 本機能調査票は、診療管理者、看護管理者、事務管理者で関連する対象領域を適切に分担して、十分に合意した上で記入をお願いいたします。
- 5段階評価の項目の評価基準は以下のとおりです。
 - 5: 極めて模範的である(すばらしい取り組みとして学会誌やHPなどで公開することがあります)
 - 4: 基準を超え、模範的である
 - 3: 標準的なレベルである
 - 2: 改善を要する点がある
 - 1: 基準を全く満たさない
 - NA: Not Applicable(該当しない)

(留意点)

- ・原則として、小項目の3段階評価が全てaのときは「4」を付けてください。
cがあったら「2」を選択してください。
その他は「3」です。
- ・施設において、他施設に対して模範的と言える項目(取り組み)には評価「5」を選択して、最終ページにその理由を記載してください。
- ・Pマーク・ISO/IEC27001を取得している場合は、次の項目はa評価としてください。
1.5.1.2 / 1.5.1.3 / 1.5.1.4 / 1.5.1.5 / 1.5.2.2 / 1.5.2.3 / 1.5.2.4 / 6.5.1.1 / 6.5.1.2 / 6.6.3.1

- 3段階評価の項目の評価基準は以下のとおりです。
 - ・大多数の項目に判断基準を記載しました。記載されているところでは記載内容に従ってa, b, cを選択してください。
 - ・判断基準が特に設定されていない場合は、以下の基準で回答してください。
(bで合格点です。aはすばらしい取り組みとします。)
 - a: 要件を満たし、かつ優れている
 - b: 要件を満たしている(基準相当)
 - c: 要件が欠けている
 - NA: Not Applicable(該当しない)

■ 評価の基準になる書類の例について

「必要書類」は実査(新規、更新を含む)を受ける際に必要な書類の例です。調査票提出時の添付は不要です。

「仕組み」や「手段」「体制」など、項目別に求められる書類の例は以下のとおりです。

機能評価票の項目	書類の種類と例
〇〇する仕組みがある	委員会や組織ならば設置規程(または規定)、アンケートや苦情ならその手順書。例えば「感染管理委員会規程(または規定)」など。
〇〇する手段がある	アンケートや苦情などの手順書。「健診マニュアル」など。
〇〇の改善が行なわれている	議事録(報告、検討した記録)や対応記録。「運営会議 議事録の該当部分」など。
〇〇が周知されている	周知内容を職員や受診者が確認する方法とその記録。例えば、議事録と対になった回覧内容、捺印、職員研修会の参加記録など。
〇〇が積極的に行われている	議事録や報告書(出張報告書、復命書、苦情対応記録など)
〇〇する体制が整えられている	組織図や委員会などの設置規程(または規定)。
〇〇を評価している	評価のために使う書類(保健指導評価票や研修記録の実物、できれば記入されたもの)
〇〇を定期的に見直している	見直したという議事録や改訂履歴が分かるもの
〇〇している	具体的な手順が書かれた書類とチェックリストなどの現物

■ 提出について

・学会ホームページよりご提出ください。

※メールでの提出は受け付けておりませんので、ご注意ください。

・提出したデータは必ず保存しておいてください。(再提出を求める場合があります。)

* * ご不明な点は下記までお問合せください。* *

一般社団法人 日本総合健診医学会 事務局

TEL:03-5413-4400 / FAX:03-5413-0016

お問合せ専用ページ: <https://ihp.jp/ihp/ui/contact>

2026年度 総合健診施設機能調査票 目次

- 1 組織の運営と地域における役割
 - 1.1 施設の理念と基本方針
 - 1.2 施設の役割
 - 1.3 管理者・幹部のリーダーシップ
 - 1.4 組織の運営
 - 1.5 情報管理機能の整備と活用
 - 1.6 関係法令の遵守(コンプライアンス)
 - 1.7 職員の教育・研修
- 2 受診者の権利と責務、安全確保
 - 2.1 受診者の権利と責務、医療者の倫理
 - 2.2 説明と同意
 - 2.3 受診者の安全確保
 - 2.4 感染管理
- 3 受診環境と受診者サービス
 - 3.1 接遇と案内
 - 3.2 利便性とバリアフリー
 - 3.3 プライバシー確保への配慮(個人情報保護法の厳格な遵守と組織への確実な浸透伝達の徹底)
 - 3.4 受診環境の整備
 - 3.5 快適な環境
- 4 健康評価・健康指導
 - 4.1 健診の体制
 - 4.2 健診の要員体制
 - 4.3 健診の質を改善する体制が整えられている
 - 4.4 受診者との連携体制が構築されている
- 5 組織運営と機能
 - 5.1 医師部門
 - 5.2 保健看護部門
 - 5.3 臨床検査部門(検体検査部門)
 - 5.4 画像診断部門
 - 5.5 健康診断記録管理部門
- 6 施設運営と施設管理
 - 6.1 職場環境管理
 - 6.2 経営管理
 - 6.3 施設・設備管理
 - 6.4 物品管理
 - 6.5 業務委託
 - 6.6 危機管理

2026年度 総合健診施設機能調査票

施設会員番号

←施設会員番号を必ず入力してください

1 組織の運営と地域における役割

1.1 施設の理念と基本方針

1.1.1	理念および基本方針(目指すべき方針)が確立されている。	未回答有
1.1.1.1	理念および基本方針が策定され、受診者の立場で予防医療の実践に関わる事柄が明文化されている。 ☞必要書類 理念、基本方針がわかるもの(病院併設の場合は病院と一体となってもよいが、少なくとも基本方針は健診部門で作成されていること。) ※判断基準 特に設定せず	☐
1.1.1.2	施設の理念・基本方針が職員に周知され、利用者にも示されている。 ☞必要書類 理念、基本方針が記載されたパンフレット、施設案内、HPのハードコピーなど ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 院内向けとしては会議報告、通知、採用時オリエンテーションなどで掲載、通知されていること。受診者向けとして待合ホールや受付などに掲示されていること。HPやパンフレットにも掲載されていること。	☐

1.2 施設の役割

1.2.1	地域・職域における施設の役割・機能が明確にされている。	未回答有
1.2.1.1	地域・職域(企業・健保)におけるデータに基づいたニーズが把握され、適切な広報活動がなされている。 ☞必要書類 広報活動を示す書類(例:施設だより、病院だより、HPのハードコピー) ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 地域や企業に対して広報活動を行なっている実績をみて判断する。何もしていないときはc。	☐
1.2.1.2	地域・職域(企業・健保)における施設の役割が設定され、適切に機能しているとともに、健診内容などの情報提供がなされている。 ☞必要書類 企業、健保との契約書や企業などへ情報提供や連絡を行った記録 ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 病院だより、施設だよりなどに健康診断の記載があり、料金なども掲載されていること。企業や健保との契約担当者が明確であること。	☐

1.3 管理者・幹部のリーダーシップ

1.3.1	管理者・幹部は施設運営に対して適正なリーダーシップを発揮している。	未回答有
1.3.1.1	運営上の問題をよく把握している。 ☞必要書類 運営会議などの議事録 ※判断基準 特に設定せず	☐
1.3.1.2	健診の質・安全の向上に意欲を持ち、その改善に指導力を発揮している。 ☞必要書類 運営会議などの議事録 ※判断基準 特に設定せず	☐

1.4 組織の運営

1.4.1	組織規程(または規定)に基づいた運営がされている。	未回答有
1.4.1.1	組織運営の基本を定めた規程(または規定)がある。(就業規程、給与規程、行動規程、倫理規定) ☞必要書類 就業規程、給与規程、服務規程、(または各規定)など ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 これらの規程(または規定)があり、改訂履歴があることを判断基準とする。	☐
1.4.1.2	組織的な構造と指揮命令系統が明確にされている。 ☞必要書類 組織図 ※判断基準 「感染管理担当」「医療安全担当」「災害対策担当」「情報管理担当」などが直ちに判る組織図であるときはa。組織図に記載はないものの、これらが部署として組織(または担当として任命)されている場合はb、組織図上に明記されていない場合はc。	☐
1.4.1.3	健診を統括する管理者が任命され責任分担が明確にされている。 ☞必要書類 組織図 ※判断基準 組織図上で確認できること。1.4.1.2に同じ。	☐

1.5 情報管理機能の整備と活用

1.5.1 情報管理機能が整備されている。		未回答有
1.5.1.1	自施設で健診情報管理システムを保有している。 ☞必要書類 特に設定せず。システムの取扱説明書等 ※判断基準 健診情報管理システムを保有しているか、自施設では保有していないが、併設する施設のシステムを使用していればa。	☐
1.5.1.2	情報を管理する部署または担当者が存在する。 ☞必要書類 組織図 ※判断基準 Pマーク・ISO/IEC27001取得施設はa。組織図で確認できること。できないときはc。情報管理部署が独立しているときは設置規程(または規定)が明確であること。	☐
1.5.1.3	受診者の個人情報保護を確実にする方法がとられている。 ☞必要書類 個人情報保護や情報開示に関する規程(または規定)。取扱手順書、情報管理室の入退室規程(または規定)、システム運用規程(または規定)など ※判断基準 Pマーク・ISO/IEC27001取得施設はa。取得していなくてもほぼ同等の規程(または規定)や手順であればa。これらの規程(または規定)がはっきりしないときはc。	☐
1.5.1.4	情報管理に必要な教育・研修が行われている。 ☞必要書類 マイナンバーに関する研修記録など ※判断基準 情報管理部門だけでなく、職員全体に行なわれていること。全体に、かつ年一回以上行われている場合、もしくはPマーク・ISO/IEC27001取得施設はa。過去3年間に全く実績がないときはc。	☐
1.5.1.5	個人情報の保護に関する法令・ガイドラインが遵守されている。 ☞必要書類 個人情報保護や情報開示に関する規程(または規定)。取扱手順書、情報管理室の入退室規程(または規定)、システム運用規程(または規定)など ※判断基準 Pマーク・ISO/IEC27001取得施設はa。	☐
1.5.2 健診記録が適切に管理されている。		未回答有
1.5.2.1	受診者情報の一元化が図られている。 ☞必要書類 特になし ※判断基準 IDや保管が一元化されているならばa。一元化していないが、その他の方法で追跡可能な場合はb。	☐
1.5.2.2	収納場所や情報機器が整備され安全が確保されている。 ☞必要書類 クライアントやパソコンなどのログイン手順やログイン情報を確認できる書類(画面のハードコピーでもよい)等。また、クライアントなどの除却記録や廃棄記録。管理部門や情報機器収納場所への入退室基準を示した文書等 ※判断基準 システムへのログインや入退室の手順、機器の登録、除却等の手順があり、それに従って実施した記録(チェックリストでもよい)やシステムや機器の除却記録等が残されていること。システムを外部と接続しているときは暗号化などの方法で保護する手段の有無も判断材料とする。以上を満たしているとき、もしくはPマーク・ISO/IEC27001取得施設はa。入退室基準やログイン手順、廃棄または除却の書類(記録)がないときや手順が不明なものはc。その他はb。	☐
1.5.2.3	開示請求に対応する体制、手順を確立している。 ☞必要書類 診療録の開示手順書、開示するときの書類(実際に使われたものがあるとよい。) ※判断基準 Pマーク・ISO/IEC27001取得施設はa。 実査の判断基準 開示請求があった場合のマニュアルがあり、開示請求において責任者の確認が行なわれていること(が書類上明確に分かること)。	☐
1.5.2.4	個人情報を含む廃棄物が適切に処理されている。 ☞必要書類 診療録その他の廃棄手順書と廃棄記録 ※判断基準 廃棄手順が明確であり、かつ、廃棄記録が明確である場合、もしくはPマーク・ISO/IEC27001取得施設はa。一切記録がないときはc。その他はb。	☐
1.5.3 運営に必要な情報が収集され活用されている。		未回答有
1.5.3.1	健診実績に関する基本的な情報が把握され、報告・検討されている。 ☞必要書類 運営会議などで健診実績などが報告された記録 ※判断基準 健診の実績が集計され、会議などで報告されて運営に活用されていればa。報告されていないときはc。その他はb。	☐
1.5.3.2	統計資料が作成され、健診や経営の改善に活用されている。 ☞必要書類 運営会議などで統計などが報告された記録 ※判断基準 統計資料があり、職員全体に報告され周知されているときはa。作成されていないときはc。その他はb。	☐

1.6 関係法令の遵守(コンプライアンス)

1.6.1	関係する法令が遵守されている。	未回答有
1.6.1.1	医療法上の施設基準を満たしている。 ☞必要書類 開設届、労働保険関係成立届、雇用保険適用事業所設置届、その他の届出書類 ※判断基準 特に設定せず	☐
1.6.1.2	眼圧検査は医師、看護師、視能訓練士により行われている。 ☞必要書類 担当者の職種が分かる書類。 ※判断基準 医師、看護師、視能訓練士ならa、それ以外ならc。bの設定なし。	☐
1.6.1.3	その他の法令が遵守されている。 ☞必要書類 各種薬剤の保管庫の施錠や放射線室の掲示、感染性廃棄物保管庫の掲示など ※判断基準 薬剤保管庫、劇薬保管庫、感染性廃棄物保管庫の掲示・表示が出ており、法令に従っていればa。掲示・表示がない場合はc。掲示・表示があっても法令に従っていない場合もc。眼圧測定を検査技師が行っている場合はc。bの設定なし。	☐

1.7 職員の教育・研修

1.7.1	全職員を対象とした教育・研修が実施されている。	未回答有
1.7.1.1	全職員を対象として教育・研修の年間計画が立てられ、プログラムが作成され、実施されている。 ☞必要書類 医療安全、感染対策、個人情報保護、接遇、権利や責務、倫理などを含む職員全体に対する研修記録、各職種で決められている研修計画と記録 ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 特に医療安全と感染対策は少なくとも年2回以上の研修を行っているか(改正医療法に基づく)は必須(行なわれていないときはc)。医薬品の安全使用や医療機器の安全使用の研修が定期的に行われている場合は高く評価する。また、接遇は最低でも新規採用時に行なわれていること。接遇研修の記録が過去数年の一つもないときはc。	☐
1.7.1.2	教育・研修の実施記録が残され、評価されている。 ☞必要書類 実施時期、内容、テキスト、受講者名、アンケート等確認できるもの ※判断基準 必要な時期に必要な研修が実施されていることが実施記録で確認できること。開催記録等で確認できるときはa、実施しているが記録がなく確認ができない場合はb。明らかに実施していない場合はc。	☐
1.7.2	施設外の教育・研修の機会が活用されている。	未回答有
1.7.2.1	各職種の外部学会・教育・研修活動への参加が奨励され、全職員の質の向上を図る努力がなされている。 ☞必要書類 職員が学会や研究会、講習会に参加した記録と報告書(復命書) ※判断基準 各職種が外部での研修会や講習に参加できる仕組みがあること。また、参加記録があること。直近3年間での実績が、各職種が様々な施設外で開催された学会、研究会、講習会(研修会を含む)に参加しているならばa。仕組みがない、参加実績がないなどはc。その他はb。	☐
1.7.2.2	研究会や研修会での内容が職員間で共有されている。 ☞必要書類 内容を職員に周知したことを示す書類 ※判断基準 職員全員が内容を確認したことを施設で捕捉しているならa(書面、PC等で確認できること)。ただ、内容を回覧するだけではb。周知していないときはc。	☐

2 受診者の権利と責務、安全確保

2.1 受診者の権利と責務、医療者の倫理

2.1.1	受診者の権利に関する方針が明確である。	未回答有
2.1.1.1	受診者の権利と責務が明文化されている。 ☞必要書類 受診者の権利と責務が記載されたもの(配布物や掲示に記載されていること) ※判断基準 明文化されていること、施設内の分かりやすいところに掲示されていることの2点を満たしたらa。明文化していないときはc。その他はb。	☐
2.1.1.2	受診者の権利と責務が職員に周知され、受診者・家族に適切な説明がなされている。 ☞必要書類 受診者の権利や責務を示した書類の提示方法について判るもの ※判断基準 受付など受診者に見えところに掲示されているときa。掲示されていないときはc。その他はb。	☐

2.1.2 職業倫理に関する方針が明確である。		未回答有
2.1.2.1	職業倫理に関する方針が明文化され、職員に周知されている。	☐
	☞必要書類 倫理規程(または規定) ※判断基準 倫理規程(または規定)が作成されている、かつ職員が直ちに閲覧できるならばa。作成されているだけではb。ないときはc。	
2.1.3 臨床研究に関する倫理が明確で、委員会・規程(または規定)がある。		未回答有
2.1.3.1	臨床研究に関する規程(または規定)があり、周知されている。	☐
	☞必要書類 研究に関する倫理規程(または規定)や倫理委員会規程(または規定)、議事録など ※判断基準 倫理規程(または規定)の内、研究に関する規定があること。病院併設の場合、病院と一緒にてもよい。職員だけでなく受診者にも明示されているときはa(掲示する必要はないが、求められたときに直ちに提示できること)。尚、受診者データを集計して公表することも広い意味で研究と考えること。本学会での受診者統計の回答も臨床研究に該当する。	

2.2 説明と同意

2.2.1 説明を行い同意を得る体制、手順が確立している。		未回答有
2.2.1.1	説明と同意を取得する方法が適切である。	☐
	☞必要書類 内視鏡などの同意書の取得手段と手順書、同意書。検査を中止する基準について記載した文書など ※判断基準 例えば、内視鏡の同意を医師が取得している場合で、内容も事故の可能性や合併症などがきちんと記載されていればa、そうでないときはb。医師以外が説明して受診者の署名を得ているときはcまたはb。特に、説明(同意)内容が、不明瞭な場合、内容を記載した文書が渡されていない場合はc。また、体調その他の理由で検査の一部を行わない場合の基準が明文化されていなければ、内視鏡の同意書についてaであってもb。	
2.2.1.2	同意を取得した文書が適切に保管されている。	☐
	☞必要書類 同意書の保管方法を記載した文書 ※判断基準 診療録と一緒に保管されていればa。電子カルテではスキャンされて取り込まれているときはa。電子カルテでもスキャンされていない場合はb。紙カルテでは、別に保存されていて直ちに参照できる仕組みであればb、直ちに参照できないときはc。	

2.3 受診者の安全確保

2.3.1 安全確保のための組織体制を確立している。		未回答有
2.3.1.1	安全確保のための方針・手順・体制が明確である。	☐
	☞必要書類 医療安全マニュアルと組織図。安全を統括する委員会の設置規程(または規定)や議事録。ここで言う安全は、健診を行なっているときの安全についてである。災害時については6.6で取り扱うので含めない。 ※判断基準 医療安全マニュアルがあり、マニュアルに定例開催(毎月・年〇回等々)の明記があり、議事録等が整備されていればa、定例開催の明記はなく、不定期な開催であればb、開催実績が無ければc。	
2.3.1.2	医療事故発生時の対応手順が明文化され、周知されている。	☐
	☞必要書類 採血時に神経損傷を起こしたときの対応手順など(医療安全マニュアルの該当ページ)。救急カートやAEDの配置を示す書類 ※判断基準 事故の際の対応手順が、安全対策マニュアルや事故防止マニュアルに記載されていて救急カートやAEDが各所に配置されているときはa、記載がなく、かつ救急カートやAEDの配置がない場合c。その他はb。	
2.3.2 安全確保のための活動が行われている。		未回答有
2.3.2.1	医療安全に関する教育や研修が適切に行われている。	☐
	☞必要書類 医療安全講習の記録 ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 講習に参加した人を施設として確認できていること。参加できなかった人に対してどのように周知したのかを判断材料にする。何らかの方法で周知し、周知されたことを施設が確認しているときはa。周知するだけではb。周知がないときはc。(感染管理も同じ)。また、ACLSやICLSの有資格者数も参考にする。	

2.3.2.2	インシデント、アクシデントレポートが作成され、報告された事例および安全対策が検討され、改善が図られている。	
☞必要書類	インシデントレポートの実物と集計、分析、報告した記録(病院併設の場合は、病院と一緒に検討、討議されてもよいが、レポート自体は健診部門から出されたものであること。)	
※判断基準	特に設定せず	
実査の判断基準	報告、検討、周知が行なわれている実例。少なくとも年に一件以上はあるのが通常である。同じような内容のインシデント、アクシデントが繰り返されているときはc。	

2.4 感染管理

2.4.1	感染管理体制を確立している。	未回答有
2.4.1.1	感染防止対策のマニュアルが整備され、隔離方法を確立するなど活用されている。	
☞必要書類	感染対策マニュアル、および感染管理委員会の設置規程(または規定)、議事録など	
※判断基準	感染管理責任者が任命されていること(兼任可)。感染対策マニュアルがあること。併設施設では全体での感染管理委員会に健診部門から参加していること。判断基準は、原則として、委員会が定期的に行われているときはa、不定期はb、過去一年間に一回もないときはc。	
実査の判断基準	議事録で開催回数は確認する。また、心電図の電極や呼吸機能検査のマウスピースの廃棄方法についても判断材料とする。	
2.4.2	職員に対して、感染管理についての教育活動が行われている。	未回答有
2.4.2.1	職員に対して、採用時および定期的に教育・研修を実施している。	
☞必要書類	感染対策研修会の記録	
※判断基準	健診部門の職員が参加していることを確認する。全員参加でb。開催記録が見つからないときはc。全員参加しており、かつ、履修後の知識の確認を行っているときなど、事後のフォローまで行っているときはa。	
2.4.2.2	感染管理に関する情報が関連部署に提供されている。	
☞必要書類	感染管理報告や感染症情報などが職員に周知されたことを示す文書	
※判断基準	議事録や感染症情報を健診部門で閲覧した記録など。閲覧した記録があり、職員全員に周知されたことが確認できるしくみならばa、閲覧した記録があるだけはb。閲覧した記録がないときはc。	
2.4.3	職員への感染予防策が実施されている。	未回答有
2.4.3.1	感染性疾患を予防し、対策を実施する仕組みがある。	
☞必要書類	感染対策マニュアルや安全対策マニュアル	
※判断基準	結核性疾患やインフルエンザなどが健診中の受診者に発見された場合の対処が明確であること。対処が明文化されているときはa、対処ははっきりしているが明文化されていないときはb、他はc。	
2.4.3.2	予防接種についての情報を提供し、実施状況が把握されている。	
☞必要書類	感染対策マニュアルや安全対策マニュアル。予防接種の実施状況を示す書類。職員に対して感染症の発生状況をお知らせした記録など	
※判断基準	感染症情報の周知や予防接種(特にHBやインフルエンザ)の接種状況を見る。例として、HBを施設負担で積極的に行っているようなときはa。各自任せのときはb。職員のHBs抗体価のチェックさえ行っていないときはc。	

3 受診環境と受診者サービス

3.1 接遇と案内

3.1.1	一般患者と健診受診者の動線が配慮されている。	未回答有
3.1.1.1	診療と健診のスペースが互いに独立している。	
☞必要書類	施設平面図	
※判断基準	この項目は、健診専門施設や病院併設であっても施設の入口や受付、検査室、診察室などが独立している施設を想定している。同じ建屋内にあるが、ワンフロアを完全に健診専用としている施設も3.1.1.2ではなく、こちらを選択する。 <u>学会の指定する基本検査項目の検査や採血、面接などが保険診療部門内の設備を使用して実施している場合はNAとして、3.1.1.2で回答する。</u> 完全に分離していればa、待合室を含めて不完全であればb、該当なしNA。cの設定なし。	

3.1.1.2	診療と健診でスペースを共有するが、時間帯で分離している。	☐
	☞必要書類 施設平面図と外来診療と健診の業務時間帯が明確にされている書類 ※判断基準 3.1.1.1に該当しない施設を想定している。基本検査項目に記載された検査や採血などが保険診療部門と併用されている場合は3.1.1.1ではなくこちらを選択する。時間帯が分離されていることが明確であればb、時間帯の分離が不完全であればc。aの設定なし。	
3.1.2	接遇、応対に配慮している。	未回答有
3.1.2.1	受付や案内・掲示などの応対に配慮している。	☐
	☞必要書類 受付や健診の進行手順を示した手順書 ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 施設内見学で受付の外観や掲示を確認する。受付に「氏名を呼ばれたくない人は申し出ること」の掲示があるか、手順としてあるか?(3.5.1.1参照)手順がないときはc、掲示等がないときもc。	
3.1.2.2	受診者の受付、検査予定・内容の説明が適切になされている。	☐
	☞必要書類 受付手順を示した書類 ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 施設内見学で、受付で預るものを実際に確認する。分かりやすいものでa、コース内容などが受付で明示されないときはb、説明されていないときはc。	
3.1.3	担当者名や責任者名が明確である。	未回答有
3.1.3.1	担当者名や責任者名が明確である。	☐
	☞必要書類 なし ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 施設内見学で確認する。全室表示ならa、全くないのはc。	
3.1.4	施設の案内・掲示が適切である。	未回答有
3.1.4.1	受診者の案内に配慮がなされ、わかりやすい表示が設けられている。	☐
	☞必要書類 なし ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 健診の導線が明確で初めて訪れた受診者にも不安がない表示がなされている。明示されていなくても、案内係などの配置で迷うことがなければ、aまたはb。案内表示を施設内見学で確認すること。避難経路も掲示されていることを施設内見学で確認する。避難経路が掲示されていないときはc(消防法)。	
3.1.4.2	案内・掲示には必要な情報が含まれている。	☐
	☞必要書類 なし ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 現場で判断する。検査室の案内や倫理、権利、安全などの掲示をみる。これらの掲示が分かりにくい、もしくは見つからないときはc。掲示物が多すぎてわからないのもc。	
3.1.5	受診待ち時間に配慮がなされている。	未回答有
3.1.5.1	受診待ち時間の状況を調査し、改善している。	☐
	☞必要書類 待ち時間調査の結果とその分析、改善記録 ※判断基準 待ち時間調査が年に複数回行なわれて改善活動が行なわれている場合はa、調査が全くない場合はc。その他はb。	
3.1.5.2	待ち時間への配慮が適切である。	☐
	☞必要書類 なし ※判断基準 待ち時間に健康情報などを提供しているならa。何も無いのはc。(待合室の雑誌やTV、DVD、ポスターなど)。bの設定なし。	

3.2 利便性とバリアフリー

3.2.1	利便性に配慮されている。	未回答有
3.2.1.1	施設へのアクセスに配慮がなされている。	☐
	☞必要書類 受診案内など ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 バスやタクシー、電車など施設への移動手段や駐車場の配置など。身障者や老人でもアクセスしやすいかどうかで判断する。	
3.2.1.2	携帯電話の使用についてのルールがある。	☐
	☞必要書類 受診案内文書 ※判断基準 受診中の携帯電話の使用可否について場所も明示されておればa、案内があればb、その他はc	
3.2.1.3	土曜・日曜・祝日および夜間等に健診を実施する体制や、性別を考えた健診を実施する体制がある。	☐
	☞必要書類 祝祭日、土日での実施、レディースデイなどを実施していればそれが分かる書類	

	※判断基準 特に設定せず
	実査の判断基準 土曜、日曜、休日や祝祭日に(毎月でなくてよい)実施している、レディースデイを設けている、女性専用待合室を設置しているなどで判断する。

3.2.1.4	施設内のバリアフリーが確保されている。	
	☞必要書類 平面図 ※判断基準 玄関、トイレ、聴力検査室などがバリアフリーであること。基本的に人の手を借りずに施設内を移動できるときはa、段差などを人の手で対処しているはb。対処方法が手順を含めて全くないのはc。	

3.3 プライバシー確保への配慮(個人情報保護法の厳格な遵守と組織への確実な浸透伝達の徹底)

3.3.1	受診者・保健指導受診者のプライバシーが確保されている。	未回答有
3.3.1.1	受診者の呼び出しに配慮がなされている。	
	☞必要書類 呼び出し手順を記載したもの(健診の手順書でもよい。) ※判断基準 呼び出しに姓名ではなく番号で呼ぶなどの手段があり、受診者に知らされているならばa。氏名で呼ばない方法がない場合はc。	
3.3.1.2	検査室や診察室が個別に仕切られている。	
	☞必要書類 なし ※判断基準 検査室や診察室が仕切られていてお互いが見えないこと。かつ他の受診者の声が聞こえないならばa、仕切られていても声が聞こえる構造はb。仕切りがないのはc。	
3.3.1.3	検体などが人目に触れないように配慮されている。	
	☞必要書類 検体保管、搬送を含む処理手順を記載したもの ※判断基準 検体の氏名などが他の受診者から簡単に確認できるのはc。また、検体が採取後速やかに回収されていないときもc。	

3.4 受診環境の整備

3.4.1	整備体制を確立している。	未回答有
3.4.1.1	受診環境を整備する担当部署または担当者が置かれている。	
	☞必要書類 組織図や委託契約書 ※判断基準 清掃を委託している場合は委託契約書を確認する。委託先との連絡手段が明確であること、委託先の責任者が明確であること。どれか不明瞭であればb。全てはつきりしないのはc。	
3.4.2	施設内の清潔管理が適切に行われている。	未回答有
3.4.2.1	施設内の清掃が十分に行われ整理整頓がなされている。	
	☞必要書類 清掃に関する規程(または規定)、規約、手順書、清掃記録、清掃のチェックリストなど ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 スリッパが消毒されているか、眼底検査、眼圧検査、視力検査機器、身長体重測定などでの消毒方法を判断材料にする。清潔かどうか整理整頓されているかは、施設内見学で確認する。(3.5.1も同様)	
3.4.3	禁煙に取り組んでいる。	未回答有
3.4.3.1	施設内禁煙である(「施設内」とは施設が管理している場所と考える。)	
	☞必要書類 なし ※判断基準 施設内(敷地内)が完全に禁煙でa、それ以外はc。	

3.5 快適な環境

3.5.1	やすらぎへの配慮がなされている。	未回答有
3.5.1.1	採光・彩色に配慮され、静寂が保たれ、インテリアにも配慮されている。	
	☞必要書類 なし ※判断基準 特に設定せず	
3.5.1.2	受診者数に応じてくつろげるスペースがあり、快適な環境が確保されている。	
	☞必要書類 平面図など ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 待合室、更衣室、トイレなどの清潔さ、広さ、臭気、ロッカーの数などで判断する。待合室の椅子が明らかに少ないときはc。ロッカーとトイレも同様に判断する。また、視力検査など直接顔などに触れる機器の清潔を保つ工夫がなされているかも判断材料とする。	

4 健康評価・健康指導

4.1 健診の体制

4.1.1 健診の仕組み		未回答有
4.1.1.1	健診実施について、管理責任者を置き、標準の手順書が作成されていて、定期的に見直している。 ☞必要書類 健診全体の進行手順やコンピュータシステムの取り扱い手順、それらを見直した記録（進行手順にパニック値への対応も記載されていること。） ※判断基準 一年に一回定期的に手順書の見直しが行われているときはa。過去3年間に見直した記録がないときはc。その他はb。	☐
4.1.1.2	健診項目が適切である。 ☞必要書類 現在行なっている検査項目リスト（健診コースに分けたリストがあると良い。オプション検査項目リストなども。） ※判断基準 基準項目がすべて実施されているだけでなく、定期的に見直していればa、されていなければc。基準項目が全て実施されていても、項目を定期的に見直した記録がなければb。	☐
4.1.1.3	医師による結果報告が健診当日に行われている。 ☞必要書類 面接を受けた人の人数を示す書類 ※判断基準 結果説明に基準検査項目に記載された検体検査の結果が全て説明されていることが最低条件。画像診断はシングルチェックでもよいが当日行なわれた画像診断についても説明されていること。その上で、当日面接90%以上はa、80～90%未満はb。他はc。	☐
4.1.1.4	日常生活習慣等に関する保健指導が、医師または保健師、看護師によりなされている。 ☞必要書類 保健指導を行なった内容を示す書類 ※判断基準 保健師単独で受診者の半数以上に行なわれているときはa。医師と看護師両方で半数以上に行なっている場合、または、保健師が単独で行なっているが半数以下のときはb。その他はc。	☐
4.1.1.5	食生活に関する指導が、医師または管理栄養士によりなされている。 ☞必要書類 栄養指導を行なった内容を示す書類 ※判断基準 4.1.1.4の「保健師」を管理栄養士と読み替えて判断する。	☐
4.1.1.6	運動に関する指導が、医師または健康運動指導士によりなされている。 ☞必要書類 運動指導を行なった内容を示す書類 ※判断基準 4.1.1.4の「保健師」を健康運動指導士と読み替えて判断する。	☐
4.1.1.7	精密検査の指示および実施状況が適切である。 ☞必要書類 各種検査に対して精密検査を指示した率と実施率を示す書類 ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 精密検査、再検査、の率、追跡率で判断する。最も多い検査でも指示率はだいたい数%程度に納まる（例外は上部消化管内視鏡）。精密検査または再検査の指示率が50%以上はc、1～20%はa、その他はbとして、施設の規模とフォローの実態を把握して判断する。施設調査票の記載を基に判断する。	☐
4.1.1.8	健診結果の判断基準が明確である。 ☞必要書類 判定基準を示した書類 ※判断基準 施設として判断基準を作成してあればよい。明文化されている場合はa。全くない場合はc。その他はb。	☐
4.1.1.9	受診時に過去の健診結果がすぐに参照できるようになっている。 ☞必要書類 コンピュータシステムで直ちにみえることが必要。参考書類として、コンピュータ画面のハードコピーや健診成績書のサンプル ※判断基準 総合健診医学会はコンピュータシステムを使用することを前提としているので、結果もコンピュータ上で見せることを想定している。紙で見せているときは過去データとの比較方法について判断材料にする。当日面接時に過去2回分以上の結果と比較ができるならばa。「比較しない」「比較は後日」などは全てc。その他はb。	☐
4.1.1.10	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。 ☞必要書類 受診者統計や年報、月報などが作成され運営会議で報告されて検討した記録 ※判断基準 受診者統計や年報が作成され、企業健保組合などに報告されている場合はa、統計資料を作成していない場合はc、それ以外はb。	☐

4.2 健診の要員体制

4.2.1 医師数が適切である。		未回答有
4.2.1.1	適切な医師を確保している。	☐
	☞必要書類 健診業務に従事している医師のリストと採用基準、採用手順、免許証の確認方法を記載した書類 ※判断基準 健診部門に専従の医師が在籍するときはa、それ以外はb。cの設定なし。 実査の判断基準 採用基準、採用手順、免許証の確認方法を記載した書類を確認する。特に免許証の確認は「施設が原本を預りコピーする」ことが最低条件。	
4.2.1.2	人間ドック健診専門医が健診業務に従事している。	☐
	☞必要書類 人間ドック健診専門医の認定証 ※判断基準 健診部門に専従の「人間ドック健診専門医」が在籍していればa。人間ドック健診専門医が併設施設を含めて在籍していない場合、在席しているが健診に全く関与していない場合はc。それ以外はb。	
4.2.1.3	その他の専門医や認定医が健診業務に従事している。	☐
	☞必要書類 人間ドック健診専門医以外の専門医と認定医の認定証 ※判断基準 循環器、消化器、呼吸器、放射線などの専門医(健診部門専属の医師がこれらの資格を保持している場合も含む)が健診部門に関わる判定(判読、読影を含む)を行っているときはa。全くいない場合はc。その他はb。 実査の判断基準 人間ドック健診専門医以外の専門医について確認する。循環器、消化器、呼吸器、腎臓、糖尿病、放射線科など。他に検診マンモグラフィ読影認定医師など。	
4.2.2 医療職の職員数が適切であり、認定資格取得に積極的である。		未回答有
4.2.2.1	適切な数の保健師および看護師が業務に従事している。	☐
	☞必要書類 各職種の職員リストと取得資格のリスト ※判断基準 特に設定せず	
4.2.2.2	適切な数の臨床検査技師と認定臨床検査技師が業務に従事している。	☐
	☞必要書類 健診に携わる認定臨床検査技師(専従、兼任を含む)の認定証やリスト ※判断基準 健診部門に専従の検査技師がいて、超音波検査を含む各種生理機能検査を行い、検体検査の精度管理も行なっているときはa。 専従の検査技師がおらず、検体検査の精度管理も他部門で行なっているときはc。それ以外はb。 超音波検査士が超音波検査を全て行なっていることが望ましい。	
4.2.2.3	適切な数の診療放射線技師と認定放射線技師が業務に従事している。	☐
	☞必要書類 認定放射線技師の認定証やリスト ※判断基準 マンモグラフィ撮影認定技師、医療画像情報精度管理士、医療情報技師、胃がん検診専門技師、超音波検査士などが在籍し健診での撮影業務を行っていること。 超音波検査士が超音波検査を全て行なっていることが望ましい。技師の数は適切だが、認定技師が全くいない場合はb。	
4.2.2.4	管理栄養士数が適切である。	☐
	☞必要書類 なし ※判断基準 健診部門に専従の管理栄養士がいるときはa、兼任も含めて全く関与がないときはc。その他はb。	
4.2.2.5	総合健診指導士が総合健診に積極的にに関わり質の確保に努力している。	☐
	☞必要書類 総合健診指導士認定証 ※判断基準 当面いなくてもbでよい。いたらa。	
4.2.2.6	総合健診業務管理士が積極的にに関わり、質の確保に努力している。	☐
	☞必要書類 総合健診業務管理士の認定証 ※判断基準 当面いなくてもbでよい。いたらa。	
4.2.2.7	事務職員が適切に確保されている。	☐
	☞必要書類 事務職員の数や保有資格(情報処理技術者、医療健康情報管理者など)を示す書類 ※判断基準 特に設定せず	

4.3 健診の質を改善する体制が整えられている

4.3.1	健診の質を改善するための仕組みがある。	未回答有
4.3.1.1	予防医療・健診に関する検討会・研究会が定期的に開催されている。 ☞必要書類 研究会の開催記録、勉強会の開催記録 ※判断基準 施設内での研究会や研修会、勉強会が少なくとも年に6回以上ある時はa、開催されているが年6回未満のときはb。全くないときはc。	☐
4.3.1.2	健診実績や症例報告をまとめ、報告・検討している。 ☞必要書類 学会、研究会、講習会などでの発表記録 ※判断基準 施設内外を問わず、学会、研究会などで施設の実績が発表(報告)されていること。ないときはc。発表されているときで3年間に一回以上ある時はa。	☐
4.3.1.3	健診の質に関する評価指標を設定し、質の改善に役立てている。 ☞必要書類 クリニカルインディケーターが公表されていることを示す書類。改善を行なった記録 ※判断基準 公表されており、かつ改善記録がある場合はa、公表されているが改善記録がない場合はb。公表されていないときはc。	☐

4.4 受診者との連携体制が構築されている

4.4.1	受診者、家族－医療者のパートナーシップを構築する体制がある。	未回答有
4.4.1.1	受診後のフォローアップに応じて、適切なアドバイスを行う仕組みがある。 ☞必要書類 受診後のフォローアップを行う仕組みや担当部門を示した手順書、追跡した記録。(精密検査・再検査を指摘した未受診者に対し、3ヶ月、6ヶ月後に受診の確認をとる仕組み) ※判断基準 3～6箇月後に電話などで受診勧奨しているときはa。葉書を送るだけはb。仕組みがないのはc。仕組みが合っても明文化されていないものはb。	☐
4.4.1.2	必要な受診者については、受診後のフォロー体制が整い、その記録が残されている。 ☞必要書類 他施設へ紹介した場合の追跡手順とその記録(病院併設の場合は院内他科受診の申し込み手順や追跡手順。) ※判断基準 追跡結果が健診システムに登録されて次回の受診時に直ちに参照できるならa。登録されていない、返事をスキャナで取り込むだけはc。それ以外はb。	☐
4.4.1.3	受診者(家族を含む)からの問い合わせに対応する手順が明文化されている。 ☞必要書類 受診者からの問合せに対する手順書(受診前・受診中・受診後の質問を含む) ※判断基準 手順書として明文化されているときはb。新入社員に分かりやすいものであればa。	☐
4.4.1.4	受診者からの意見や要望を集め要約し、活動に活かしている。 ☞必要書類 アンケートや質問を収集し分析した記録、その内容を職員に周知した記録 ※判断基準 アンケートなどを集計分析して改善した記録があるときで収集期間が年間通しての場合a、特定の期間だけの場合や改善記録が見つからないときはb。収集していないのはc。	☐

5 組織運営と機能

5.1 医師部門

5.1.1	医師部門の体制を確立している。	未回答有
5.1.1.1	管理・責任体制が明確である。 ☞必要書類 組織図 ※判断基準 組織図で医師の位置づけ等、体制が明示されていればa、わからないものはc。bの設定なし。	☐

5.1.2 必要な医師が確保され、運営されている。		未回答有
5.1.2.1	X線画像、超音波検査の読影は、画像診断専門医により行われている。	☐
	☞必要書類 放射線専門医認定証、ダブルチェックの手順を示したマニュアル(読影または判定が遠隔読影を含む外部委託の場合は、委託契約書、委託先の読影医の認定証、及び画像送信の手順とその結果の返却手順が記された書類) ※判断基準 ダブルチェックで行われ、過去画像との対比が行われていればa(専門医1名を含む)、シングルチェックだけではb、それ以外ならc。ダブルチェックの時期は最終結果送付までに行なわれていればよい。	
5.1.2.2	心電図の判定は、循環器専門医により行われている。	☐
	☞必要書類 循環器専門医認定証(読影または判定が遠隔読影を含む外部委託の場合は、委託契約書、委託先の読影医の認定証、及び画像送信の手順とその結果の返却手順が記された書類) ※判断基準 ダブルチェック(循環器専門医1名を含む)で行われていればa、専門医(人間ドック健診専門医を含む)のシングルチェックならb、それ以外ならc。	
5.1.2.3	眼底写真の判定は、眼科医または熟練した担当医により行われている。	☐
	☞必要書類 眼科医の専門医認定証(読影または判定が遠隔読影を含む外部委託の場合は、委託契約書、委託先の読影医の認定証、及び画像送信の手順とその結果の返却手順が記された書類) ※判断基準 眼科専門医で行われていればa、人間ドック健診専門医ならb。それ以外はc。	
5.1.2.4	婦人科検査(細胞採取含む)は、婦人科医により行われている。	☐
	☞必要書類 婦人科専門医認定証 ※判断基準 婦人科医ならa、それ以外ならc。bの設定なし。	
5.1.2.5	病理細胞診は専門医とスクリーナーの有資格者で行われている。	☐
	☞必要書類 病理医が判断したことを示す書類。病理専門医認定証、スクリーナー証(外部委託は委託先で確認する必要がある。) ※判断基準 病理専門医とスクリーナーで判断しているときはa。それ以外はc。bの設定なし。	
5.1.3 医師部門に必要な教育・研修が実施されている。		未回答有
5.1.3.1	医師の能力や実績が把握され、評価されている。	☐
	☞必要書類 業績評定に該当する書類など ※判断基準 定期的に(少なくとも年1回)行なわれているときはa。全くないときはc。bの設定なし。	
5.1.3.2	必要な教育・研修が実施されている。	☐
	☞必要書類 医師の学会参加、研修会参加記録、報告書など ※判断基準 職員である医師(施設長でなくても良い)が、過去3年間に日本総合健診医学会で筆頭、共同を問わず発表(論文を含む)があったらa。他の学会でも過去3年間に筆頭発表が一回以上あるときはa。日本総合健診医学会以外での筆頭演者でない発表はb。日本総合健診医学会学術大会に出席しているが発表がないときもb(毎年参加であっても)。施設の職員である医師が、直近3年間に日本総合健診医学会学術大会に一回も参加していないときはc。	

5.2 保健看護部門

5.2.1 保健看護部門の体制を確立している。		未回答有
5.2.1.1	保健看護部門を管理する責任体制を確立している。	☐
	☞必要書類 組織図と職員リスト ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 組織図で管理責任体制がはっきりしていること	
5.2.1.2	保健看護部門の業務分担と連携が適切に行われている。	☐
	☞必要書類 運用規程(または規定)などで、保健看護部門の職員が行なう業務が定義されているもの ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 業務規程(または規定)や業務要項などで確認できること	

5.2.2 保健看護部門の個々の職員を活かすような組織が作られ、運営されている。		未回答有
5.2.2.1	専門能力を活かし機能や役割に見合った人員配置をしている。	☐
	☞必要書類 職員リスト。認定看護師の認定証 ※判断基準 専従の保健師または認定看護師が1名以上いるときはa。保健師と認定看護師が全くいないときはどんなに看護職の人数が多くてもb。	
5.2.2.2	保健看護部門の職員の能力評価が行われている。	☐
	☞必要書類 施設で行なっている卒後教育の計画、その報告 ※判断基準 卒後教育の計画があること、管理職が各自の教育の進み具合を確認できていることの2点を満たしたらa。計画されているが本人が進捗を管理しているだけはb。(卒後)教育の計画がない、教育の進捗管理を全く行っていないなど他は全てc。	
5.2.2.3	専門領域についての必要な教育・研修を実施している。	☐
	☞必要書類 施設内外で行なわれている研修や講習、学会への参加リスト、報告書 ※判断基準 複数の講習会や学会への参加があったらb。全くないときはc。(当面は直近の3年間とする)	
5.2.2.4	保健看護の質を改善するための仕組みがある。	☐
	☞必要書類 健診部門として行なわれた改善の記録 ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 健診についての改善であること。	
5.2.2.5	学会、研究会、研修会での発表や論文投稿が積極的に行われている。	☐
	☞必要書類 学会、研修会などの発表実績、講師の実績など ※判断基準 当面、過去に一つもない場合はc、直近3年間に一つ以上有ればa。その他はb。	

5.3 臨床検査部門(検体検査部門)

5.3.1 臨床検査部門の体制を確立している。		未回答有
5.3.1.1	機能に見合った設備・機器が整備され安全にも配慮されている。	☐
	☞必要書類 機器リスト、機器の使用マニュアル、点検マニュアル、安全マニュアルやチェックリスト等 ※判断基準 日々の点検(始業時点検や終業時点検)が確実に実行されており、その記録が明確であるときはa。点検が行われているが内容が不明瞭なものはb。点検記録がない、点検していないなどはc。 自施設で検査を行っており、ISO15189を取得している場合はa。 検体検査を外部委託している場合は、委託先の管理状況を定期的に確認していること。	
5.3.1.2	検査部門で必要な教育・研修が実施されている。	☐
	☞必要書類 施設内外で行なわれている研修や講習、学会への参加リスト、報告書 ※判断基準 複数の講習会や学会への参加があったらb。全くないときはc。(当面は直近の3年間とする) 自施設で検査を行っており、ISO15189を取得している場合はa。	
5.3.2 臨床検査部門が適切に運営されている。		未回答有
5.3.2.1	検査業務についての手順を確立している。(点検、トラブルも含む)	☐
	☞必要書類 日常の業務マニュアル、点検表、内部精度管理や外部精度管理の手順。保守契約を行なっているときはその記録。内部精度管理記録、試薬管理簿、再検率、再検基準などの見直し記録。外注している場合は外注先の内部精度管理記録と外部精度管理調査結果を確認していることとその記録。パニック値の取扱手順を示したもの。 ※判断基準 内部精度管理や外部精度管理の手順書や記録と修正した記録がはっきりしていればa。手順も修正記録も全くないときはc。また、外部委託の場合は検体の一時保管場所や保管方法についても判断材料とする。 自施設で検査を行っており、ISO15189を取得している場合はa。	

5.3.2.2	複数の外部の精度管理サーベイに定期的に参加し、改善活動が行われている。	☐
	☞必要書類 施設が参加した外部精度管理サーベイの結果（総合健診医学会の精度管理調査を含むこと。） ※判断基準 自施設で検体検査を行っており、かつ、ISO15189を取得している場合は、ISO15189の取得時期に関わらずa。 ISO15189を取得していないが検体検査を自施設で行っている場合は、複数の外部精度管理調査に参加しており、良好な結果を2年以上維持できていればa。参加しているサーベイが1箇所だけの場合は結果の如何を問わずc。その他はb。 検体検査を外部委託している場合は、本学会の精度管理サーベイを外注先任せにせず、施設の職員が回答の管理をおこなっていて、良好な結果を2年以上維持できていればa。参加しているサーベイが1箇所だけの場合は結果の如何を問わずc。その他はb。	
5.3.2.3	検査業務を改善する仕組みがある。	☐
	☞必要書類 内部精度管理や外部精度管理の結果や試薬管理簿、外注先の精度管理調査結果を見て業務改善活動を行った記録 ※判断基準 運営会議などで報告されたことを示す議事録や結果を見て業務改善を行なった記録など。報告の記録が見つからないときはc。記録があっても業務改善が行なわれた記録がないときはb。 自施設で検査を行っており、ISO15189を取得している場合はa。	

5.4 画像診断部門

5.4.1	画像診断部門の体制を確立している。	未回答有
5.4.1.1	画像診断部門に必要な機器が整備され、安全に配慮されている。	☐
	☞必要書類 機器リスト、機器操作マニュアル、機器の安全管理マニュアル ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 各検査機器にマニュアルがあり、日常点検マニュアルがあること。	
5.4.1.2	画像診断部門で必要な教育・研修が実施されている。	☐
	☞必要書類 施設内外で行なわれている研修や講習、学会への参加リスト、報告書 ※判断基準 複数の講習会や学会への参加があったらb。全くないときはc。（当面は直近の3年間とする）	
5.4.2	画像診断部門が適切に運営されている。	未回答有
5.4.2.1	画像診断部門における業務手順を確立している。	☐
	☞必要書類 業務マニュアル、点検表、保守契約、保守を行った記録など。レントゲンに関しては照射録 ※判断基準 日々の点検(始業時点検や終業時点検)が確実に実行されており、その記録が明確であるときはa。点検記録がないのはc。記録はあっても、点検内容が明確でないものはb。	
5.4.2.2	画像診断部門の業務を改善する仕組みがある。	☐
	☞必要書類 業務改善が実際に行われた記録 ※判断基準 実際に改善した記録があればbとする。改善活動があっても記録がない、または改善活動がないときはc。	

5.5 健康診断記録管理部門

5.5.1	健康診断記録管理部門の体制を確立している。	未回答有
5.5.1.1	健康診断記録管理部門に必要な職員が確保されている。	☐
	☞必要書類 組織図（当該担当者、当該部署が明確であること。） ※判断基準 明確でないときはc。兼任でもよいが、一部門(部署)として位置づけられているときはb。	

5.5.1.2	健康診断記録管理部門に必要な機器が整備され安全が確保されている。	☐
	☞必要書類 情報機器のリストや取り扱いマニュアル。トラブルが起きたときの対応手順など ※判断基準 サーバー室の施錠や入退室記録についての運用手順、健診システム(含電子カルテ)へのアクセス権限について判断する(サーバー室の温度値設定は実査の施設内見学で確認する。)。前記の運用手順が決まっていればb、それに加えて入退室記録が記録できていて、アクセス権限も職種によって決められていて、明文化されていればa。	
5.5.1.3	健康診断記録管理部門に必要な教育・研修が実施されている。	☐
	☞必要書類 個人情報保護、プライバシーなどにかかわる講習記録 ※判断基準 健診データ管理部門の担当者に参加しているときはb。担当者全員が参加しているときはa。担当者の参加記録がないときはc。	
5.5.2	健康診断記録管理部門が適切に運営されている。	未回答有
5.5.2.1	健康診断記録管理部門における業務手順が確立している。	☐
	☞必要書類 診療情報の取り扱い規程(または規定)や搬送を含む運用手順、診療録やフィルムなどの保管方法、開示方法、廃棄方法を示した手順書。廃棄記録 ※判断基準 診療録、フィルム、心電図など紙で運用している場合の保管や廃棄手順、コンピュータ保管の場合はその抹消手順。いずれも明文化されていることが必須。廃棄記録も揃っていること、診断名がICD10で検索できる仕組みがあることと開示請求に対する開示方法も文書化されているときはa。これらの手順の全てが明文化されていないものはc。その他はb。	
5.5.2.2	健康診断記録管理部門の業務を改善する仕組みがある。	☐
	☞必要書類 実際に改善した記録 ※判断基準 実際に改善した記録があればよい(b)。仕組みがないときはc。	

6 施設運営と施設管理

6.1 職場環境管理

6.1.1	職員の労働安全衛生に取り組んでいる。	未回答有
6.1.1.1	安全衛生委員会が設置され、産業医が選任されている。	☐
	☞必要書類 安全衛生委員会の設置規程(または規定)、構成人員、議事録、衛生管理者の選任届、産業医の選任届、産業医の認定証など ※判断基準 病院併設の場合は安全衛生委員会の構成要員に健診部門の職員が含まれていること。含まれていないときはc。安全衛生委員会(若しくは同等の会議)が月一回以上行なわれており、職場巡視も月一回以上開催されていることが記録(議事録併記でもよい)で確認できるときはa。ここで言う開催記録は過去一年程度を想定する。	
6.1.1.2	定期的な職員の健康診断が行われている。	☐
	☞必要書類 法定の職員健康診断の受診率を示す書類(定期健康診断、特定業務、特殊健康診断、深夜業などの健康診断も含める) ※判断基準 原則として、100%でa。90%以下はc。その他はb。	
6.1.1.3	職員の事故防止対策がある。	☐
	☞必要書類 医療安全マニュアル ※判断基準 特に設定せず	
6.1.2	職場環境が整備されている。	未回答有
6.1.2.1	福利厚生活動が積極的に行われている。	☐
	☞必要書類 職員の福利厚生に関する実施記録など ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 保育所がある、保養所などとの契約があるなど。	
6.1.2.2	セクハラ・パワハラなど対応マニュアルがあり、働きやすい職場環境に配慮されている。	☐
	☞必要書類 該当するマニュアル ※判断基準 マニュアルがあれば基本はb。ないときはc。マニュアルがあってもそれ以外の様々な活動が行なわれているときはa。	

6.2 経営管理

6.2.1 計画的に運営されている。		未回答有
6.2.1.1	年度ごとに事業計画が作成され職員に周知されている。 ☞必要書類 複数年の年度事業計画を職員全員に周知した記録(運営会議の議事録など) ※判断基準 毎年の計画を周知した記録があるならa。策定だけではb。策定がはっきりしないときはc。	☐
6.2.1.2	中長期に渡る事業計画が作成されている。 ☞必要書類 現在以降の事業計画(複数年にわたる計画)を示すもの。または、運営会議などで提示され検討したことを示す議事録 ※判断基準 健診部門の中長期計画が策定されて周知されているならa。策定だけはb。策定がはっきりしないときはc。	☐
6.2.1.3	事業計画に職員の意見が反映されている。 ☞必要書類 事業計画を作成したときの議事録など。職員の意見を反映したことが記載されたもの ※判断基準 意見が反映されているならばa。作成記録がないときはc。その他はb。	☐
6.2.1.4	年度ごとに事業報告が作成されている。 ☞必要書類 年報、事業報告など ※判断基準 年報や事業報告が作成されて公開されていること。職員に対してだけの公開ではb、他の施設や市民などへも公開されているときはa。職員への公開がないときはc。	☐
6.2.2 会計業務が適切に行われている。		未回答有
6.2.2.1	会計処理の手順が明確である。 ☞必要書類 様々な会計処理の手順書 ※判断基準 手順書がないときはc。あっても分かりにくいときはb。	☐
6.2.2.2	会計報告が運営会議などで行われている。 ☞必要書類 会計報告が行われた議事録 ※判断基準 毎月、年度終了時などに行われていること。報告された記録が確認できるときはb。報告内容を職員が確認していることが分かるならばa。記録が確認できない(議事録がない)ときはc。	☐
6.2.2.3	出納業務が適切である。 ☞必要書類 出納担当者が明確となる文書、出納手順の文書。また、実際の出納文書 ※判断基準 健診の会計だけでなく、その他の支出も含めた手続きがはっきりしていること。はっきりしているときはa。手順が全くないときはc。その他はb。	☐

6.3 施設・設備管理

6.3.1 施設・設備の管理体制が確立されている。		未回答有
6.3.1.1	施設・設備の管理責任者がいる。 ☞必要書類 組織図等で明確に判るもの ※判断基準 特に設定せず	☐
6.3.1.2	施設・設備の年次保守計画が立てられ、保守管理が適切に行われている。 ☞必要書類 年間保守契約や複数の年次にわたる保守計画など ※判断基準 特に設定せず	☐
6.3.1.3	施設・設備の定期点検マニュアルなどが整備されている。 ☞必要書類 定期点検マニュアル、保守マニュアル ※判断基準 特に設定せず	☐
6.3.2 廃棄物の処理が適切に行われている。		未回答有
6.3.2.1	廃棄物処理の管理責任者がいる。 ☞必要書類 組織図等で明確に判るもの ※判断基準 組織図で管理責任者が明確に分かるときはa。組織図上に記載がないときはc。記載されていてもすぐに分かる組織図でないときはb。	☐

6.3.2.2	廃棄物の分別・梱包・表示が適切である。	☐
	☞必要書類 なし ※判断基準 特に設定せず 実査の判断基準 感染性廃棄物の廃棄ボックスのシール、設置場所の確認。特に、採血後のアルコール綿の処理や肺機能のマウスピースが適切に廃棄されているか。	
6.3.2.3	廃棄物の保管・廃棄状況が適切である。	☐
	☞必要書類 保管場所の施錠や入退室記録、およびマニフェスト ※判断基準 法定の掲示の大きさ、掲示場所、内容に注意する。法定どおりでa。マニフェスト(産業廃棄物管理票)を確認する。ないときはc。保管場所も関係者以外入れないこと(誰でも入れる状態ではc)、他の非感染性廃棄物と一緒にでないこと。	

6.4 物品管理

6.4.1	物品の管理体制が確立している。	未回答有
6.4.1.1	物品購入の責任者が定められており、その手続きが適切である。	☐
	☞必要書類 購入手続きを示す手順書 ※判断基準 購入手続きを示す手順書や担当者が明確であればa。手順書がなく担当者もわからないときはc。その他はb。	
6.4.1.2	適正な在庫量を定め、管理されている。	☐
	☞必要書類 在庫管理状況を示す書類 ※判断基準 在庫管理の状況が管理担当者に分かるようになっていればa。担当者が把握できないときはc。その他はb。	

6.5 業務委託

6.5.1	委託業者の選定が適切である。	未回答有
6.5.1.1	委託業者の選定手順が適切である。	☐
	☞必要書類 委託業者の選定手順を示す書類や選定経過を示す書類 ※判断基準 Pマーク・ISO/IEC27001取得施設はa。 実査の判断基準 業務委託を行なっている場合、その契約書があること。昼食の仕出しなども含まれる。	
6.5.1.2	委託業者の管理を適切に行っている。	☐
	☞必要書類 賠償責任保険加入を確認できる書類(契約書に含まれていてもよい) ※判断基準 Pマーク・ISO/IEC27001取得施設、もしくは賠償責任保険に加入していればa。加入していないときはc。bの設定なし。	

6.6 危機管理

6.6.1	安全管理体制を確立している。	未回答有
6.6.1.1	医療安全委員会が組織されている。	☐
	☞必要書類 医療安全の委員会の委員会規程(または規定)や議事録 ※判断基準 委員会が定期開催されているときはb。委員会が設置されていないときはc。医療安全管理者が組織図上で明示されていること。	
6.6.1.2	施設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。	☐
	☞必要書類 事故やインシデントの対応記録とその分析、周知した実例 ※判断基準 安全衛生委員会などの議事録において、インシデント報告や対応が行なわれた記録があること。インシデントを報告しているだけはc、集計していればb、集計結果を分析し報告して改善活動が行われていればa。	
6.6.1.3	事故を防止するための検討を行う場がある。	☐
	☞必要書類 医療事故が起きた場合に対策委員会を立ち上げる規程(または規定)、安全対策委員会の設置規程(または規定)など ※判断基準 規程(または規定)があり、改訂履歴がはっきりしているときはa。規程があるが改訂履歴が不明なものはb。規程がないときはc。	

6.6.2 災害発生時の対応体制が整っている。		未回答有
6.6.2.1	停電時の対応体制など独自の防災マニュアルがある。	☐
	☞必要書類 防災マニュアル。非常用の備蓄品リストなど ※判断基準 大災害のときの対応にも触れられていること。独自のマニュアルがあって備蓄品のリストがあるときはa。マニュアルがあるだけはb。マニュアルも備蓄品もないときはc。	
6.6.2.2	防災訓練が年1回以上実施されている。	☐
	☞必要書類 防災訓練記録(過去3年以上) ※判断基準 防災訓練が年1回以上実施されていればa。他はc。bの設定なし。	
6.6.2.3	責任体制と緊急連絡網が明確にされている。	☐
	☞必要書類 緊急連絡網や災害時の体制を示すもの ※判断基準 特に設定せず	
6.6.3 保安体制が適切である。		未回答有
6.6.3.1	施設への出入りに関する規程(または規定)が定められている。	☐
	☞必要書類 施設への入退室に関する規程(または規定) ※判断基準 施設の施錠や巡回などについてを意味する。これらの規程(または規定)が不明確ならばc。Pマーク・ISO/IEC27001取得施設はa。	
6.6.3.2	保安を管理する体制が整い、保安管理業務の内容が適切である。	☐
	☞必要書類 保安に関する体制を示す手順書など。委託している場合は委託契約書 ※判断基準 明文化されていればa。全くないときはc。bの設定なし。	
6.6.4 訴訟などが発生した場合に対応する体制が整えられている。		未回答有
6.6.4.1	担当者が明確にされている。	☐
	☞必要書類 訴訟などの対応手順と担当者を明記した書類 ※判断基準 対応手順が明文化されていればa。対応手順が明文化されていないときはc。bの設定なし	
6.6.4.2	的確な状況把握がなされる仕組みがある。	☐
	☞必要書類 対応手順を示す書類(フローチャートでもよい) ※判断基準 6.6.4.1に同じ	
6.6.4.3	病院賠償責任保険に加入している。	☐
	☞必要書類 保険加入者証 ※判断基準 ないときにc。加入してればa。bの設定なし。	

以下の質問にもお答えください。

5段階評価で「5」を付けた項目があるときはその理由を記載してください。