

## 新潟市健康経営認定制度実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、新潟市健康づくり推進基本計画に基づき、働き盛り世代の健康づくりを推進することを目的に、経営者が従業員を人的資本ととらえ、経営者による戦略的な健康づくり事業を通じて、従業員の活力向上と生産性の向上により組織の活性化をめざす経営手法である「健康経営」の考え方を取り入れ、事業所内での健康づくりを積極的に進める市内事業所及び各種団体を「新潟市健康経営認定事業所」に認定し、広く取組事例等の普及及び啓発を進める、新潟市健康経営認定制度（以下「本制度」という。）の実施にあたり、必要な事項を定める。

### (用語の定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号の定めるところによる。

#### (1) 市内事業所

「市内事業所」とは、市内に本社・本店、支社・支店、営業所等を有する事業所及び各種団体（NPO法人、公益法人等を含む）をいう。

#### (2) 審査会

「審査会」とは、本制度に申し込みをした市内事業所（以下「応募事業所」という。）の健康経営の取組状況等について審査する「新潟市健康経営認定審査会」をいう。

### (制度内容等)

第3条 本制度の内容は次の各号のとおりとする。

- (1) 新潟市健康経営認定事業所の募集に関すること。
- (2) 応募事業所の認定等の審査に関すること。
- (3) 認定を受けた市内事業所に対する、取り組みの継続的な支援に関すること。
- (4) その他、本制度の実施に必要な業務に関すること。

2 審査会の運営に関し必要な事項は、別に定めるものとする。

### (応募資格)

第4条 応募資格は、営利・非営利は問わず、次の各号の要件を全て満たす市内事業所とする。ただし、本制度の目的に照らし、市長が不適切であると判断した場合は対象外とする。

- (1) 市税を滞納していないこと。
- (2) 民事再生法（平成11年法律第225号）及び会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく再生又は更生手続開始の申立てがなされていない者であること。
- (3) 暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61条）第2条第2号

に規定する暴力団をいう。)、又は暴力団員(同条第3号に規定する暴力団員をいう。)  
が経営、運営に関係している企業等ではないこと。

(4) 代表者の他に従業員が1名以上いること。

(応募)

第5条 本制度に申込みをする者は、次の各号に掲げる書類を市長が定める期間内に提出  
しなければならない。

(1) 新潟市健康経営認定応募用紙(第1号様式)

(2) 前号のほか、市長が必要と認める書類

(認定)

第6条 認定は、次の各号の手続きを経て基準に該当するものについて、審査会の審査結  
果に基づき、市長が決定する。

(1) 事務局による応募書類の審査

(2) 審査会における審査

(3) 応募事業所への電話・電子メール及びファクスによるヒアリング

(4) 応募事業所への訪問ヒアリング

2 認定の手続きは、前項第1号及び第2号を必須とし、必要に応じて前項第3号または  
第4号を行う。

3 第1項第2号の審査は、応募事業所により提出された資料等を基に、審査会において  
審議し、その取組状況に応じて、「ブロンズクラス」、「シルバークラス」、「ゴールドク  
ラス」、「認定外」に区分する。

4 前項の区分は、次のとおりとする。

(1) ブロンズクラス

経営者が健康経営の概念を理解し、健康経営宣言等で明文化しているもの

(2) シルバークラス

ブロンズクラスの要件を満たし、更に健康経営の推進体制の整備、従業員の健康  
課題の把握及び健康課題に即した取り組みを行っているもの

(3) ゴールドクラス

シルバークラスの要件を満たし、更に健康課題に即した取り組みの結果を評価し、  
次の取り組みにつなげているもの

(4) 認定外

第1号に満たないもの

(認定の通知)

第7条 市長は、第6条第4項第1号から第3号の認定区分に該当する事業所(以下「認  
定事業所」という。)に対し、「新潟市健康経営認定通知書」(第2号様式)によりその  
旨を通知するものとし、後日、認定証を交付できるものとする。

2 市長は、第6条第4項第4号の認定区分に該当する事業所に対し、「新潟市健康経営認定外通知書」（第3号様式）によりその旨を通知するものとする。

（認定期間及び再認定）

第8条 認定期間は、応募の翌年度の4月1日から3年間とする。ただし、認定期間中に区分変更を目的として再度応募することを妨げるものではない。

2 認定事業所は、認定期間が満了する年度に、再度申請し、審査を受けることで認定を継続することができる。

（認定マーク）

第9条 認定事業所は、本市が定める「認定マーク」を利用することができる。ただし、その使用の際には、別に定める方法により、認定年度及び認定期間を明らかにすることとする。

（認定の取消）

第10条 市長は、申請内容に虚偽がある又は申請内容と実際の取組内容に著しく隔たりがあると判断する場合に、一度認定された事業所の認定を取り消すことができる。

2 市長は、認定事業所が認定期間内に、重大かつ悪質な事案で法令等に違反し、処分等を受けた場合など、認定を取り消すことができる。

3 市長は、前2項に従い認定の取消を実施するにあたり、審査会の意見を聴取することができる。

（その他）

第11条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年7月2日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年7月8日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年7月28日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年7月5日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年7月6日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年7月6日から施行する。

※応募用紙記入の際は「新潟市健康経営認定制度のお知らせ」及び「応募用紙記載例」を確認してください。  
 ※記入いただいた情報は、本制度の認定と認定後の支援及び健康づくりのデータ分析のために使用します。

《確認事項》

相違ない場合○を記入

本制度は応募事業所による自己申告に基づいて判断するものであり、この適否の判断根拠となった取組が実際に行われていることの説明責任は応募事業所が負うことを承諾します。	
市税の滞納はありません。	
民事再生法及び会社更生法に基づく再生又は更生手続開始の申立てをしていません。	
暴力団、又は暴力団員が経営、運営に関係している事業所ではありません。	
「にいがたヘルスパートナー」登録制度に登録しています。(登録申請中も可)	

上記確認事項をはじめ応募用紙の内容に相違ありません。

記入日： 年 月 日 代表者氏名

●事業所の概要

フリガナ										フリガナ				
事業所名称										代表者役職				
										代表者氏名				
所在地	〒									設立年月		業種 *下分類から選択してください		
										年 月				
従業員数 (※経営者、役員も含んだ応募事業所の合計人数を記入してください。)	正社員・正職員①			非正規社員・非正規職員②			総従業員数(①+②)			①農業、林業 ②漁業 ③鉱業、採石業、砂利採取業 ④建設業 ⑤製造業 ⑥電気・ガス・熱供給・水道業 ⑦情報通信業 ⑧運輸業、郵便業 ⑨卸売業、小売業 ⑩金融業、保険業 ⑪不動産業、物品賃貸業 ⑫学術研究、専門・技術サービス業 ⑬宿泊業、飲食サービス業 ⑭生活関連サービス業、娯楽業 ⑮教育、学習支援業 ⑯医療、福祉 ⑰複合サービス事業 ⑱サービス業(他に分類されないもの) ⑲公務(他に分類されるものを除く)				
	10代~20代	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性				合計	
	30代			0人			0人	0人	0人				0人	
	40代			0人			0人	0人	0人				0人	
	50代			0人			0人	0人	0人				0人	
	60代以上			0人			0人	0人	0人				0人	
	合計	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人				0人	
50人以上の事業場に該当しますか※1						はい・いいえ								
正社員の傷病による 休職者数、退職者数 在職・休職中死亡者数			長期欠勤・休職者数			退職者数※2			在職・休職中死亡者数※2					
			メンタルヘルスの不調			その他			メンタルヘルスの不調			その他		
			人			人			人			人		
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(国保) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> その他(													

※1 労働安全衛生法上、50人以上の事業場に該当するかどうかで判断してください。

※2 退職者数、在職・休職中死亡者数は、前年度(令和4年4月~令和5年3月)の数を記入してください。

応募区分	<input type="checkbox"/> 初めて応募 <input type="checkbox"/> 再応募 ↓ 前回の応募年度と認定クラス 令和 [      ] 年度※3 <input type="checkbox"/> ブロンズ <input type="checkbox"/> シルバー <input type="checkbox"/> ゴールド			
------	---	--	--	--

※3 応募年度は、認定期間の前の年となります。(例：令和4年4月1日から認定を受けている場合は、応募年度は令和3年度となります)

フリガナ										フリガナ	
担当者名 (応募書類に関する問合せ先)										所属	
電話				FAX				E-mail			

認定希望クラス (1つ選択)	<input type="checkbox"/> ブロンズクラス <input type="checkbox"/> シルバークラス <input type="checkbox"/> ゴールドクラス		
-------------------	--	--	--

認定された場合、認定クラスや事業所名を新潟市ホームページ等で公開します。 希望しない場合は、右記にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 公開を希望しない
---	-----------------------------------

※ 今後の健康経営の取組に役立てていただくため、希望クラスに関わらず、以下の評価項目について可能な限り回答の記入をお願いします。

認定の基準（I-1）  
全ての事業所：1項目該当

I 健康経営宣言	
フロンティアクラスに関する評価項目	1 従業員の健康管理を経営課題の一つとして捉え、健康づくりに事業所として取り組んでいくことをどのように明文化していますか（以下から明文化しているものを選択または記入してください） ●明文化していることがわかる資料を添付すること
	<input type="checkbox"/> 事業所独自の健康経営宣言・企業理念・経営方針で明文化している
	<input type="checkbox"/> 親会社・グループ会社の健康経営宣言で明文化している
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ）新潟支部が行う「健康経営宣言書」で明文化している
<input type="checkbox"/> その他（ ）	【宣言書の周知方法】複数回答可 <input type="checkbox"/> 社内に掲示（下記掲示場所にもチェック） → <input type="checkbox"/> 外部の方が立ち入れる場所 → <input type="checkbox"/> 従業員のみが立ち入る場所 <input type="checkbox"/> ホームページへの掲載 <input type="checkbox"/> 従業員にメール・イントラネットで配信 <input type="checkbox"/> その他（ ）

● 6ページの「アンケート項目」「提出前チェック」もご記入ください

認定の基準（II-1～12）  
50人以上の事業所：1～4は必須かつ8/12項目該当  
50人未満の事業所：1は必須かつ7/12項目該当

II 健康経営推進体制	
シルバークラスに関する評価項目	1 事業所代表者が健康診断やがん検診を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 事業所代表者の健康経営に対する意思が具現化されていますか <input type="checkbox"/> はい（取組について選択または記入してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 各種健診等（定期事業所健診、特定健診、ストレスチェック）を受診するよう勧めている <input type="checkbox"/> 事業所代表者が健康づくりの取組に参加している <input type="checkbox"/> 健康づくりに関する勉強会を開催している <input type="checkbox"/> 体操スペースや休憩スペースを設置している <input type="checkbox"/> 「新潟市ウオーキングチャレンジ」に事業所として取り組んでいる <input type="checkbox"/> 予防接種にかかる経費の金銭的補助をしている <input type="checkbox"/> 予防接種の補助以外に感染症予防・まん延防止対策に関する取組を行っている <input type="checkbox"/> その他（ ）
	3 健康経営を進めるために、組織としての位置づけはありますか <input type="checkbox"/> はい（選択または記入してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 安全衛生委員会等（50人未満の事業所では類似の会議体）で従業員の健康について取り上げている <input type="checkbox"/> その他社内会議の中で従業員の健康について取り上げている <input type="checkbox"/> 産業医等（労働安全衛生法で50人以上の事業所において選任を義務付けられているもの）を選任している <input type="checkbox"/> （安全）衛生推進者（10人以上かつ50人未満の事業所）を選任している <input type="checkbox"/> その他（ ）
	4 従業員の健康の保持・増進のための担当者がいますか <input type="checkbox"/> はい（主のものを1つ選択または記入してください） <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 担当する従業員を決めている（衛生管理者・（安全）衛生推進者・健康保険委員・その他（ ）） <input type="checkbox"/> 役員や管理職が担当している <input type="checkbox"/> 係長・グループリーダー等が担当している <input type="checkbox"/> 事業所代表者が自らが行っている <input type="checkbox"/> その他（ ）	
5 健康保険組合等との連携をしていますか <input type="checkbox"/> はい（連携内容を選択または記入してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 健康保険組合等に事業所健診の結果を提供している。 （※40歳以上の従業員について事業所健診と特定健診を兼ねている場合は健康保険組合等へ健診結果の提供が必要です。） <input type="checkbox"/> 健康保険組合等が実施する健康づくりイベントやサービス等を利用している <input type="checkbox"/> 40歳以上の従業員で特定保健指導の対象となった者が健康保険組合が行う特定保健指導を受けている <input type="checkbox"/> その他（ ）	
6 定期健診後、必要な従業員に保健指導や医療機関への受診をするよう勧めていますか <input type="checkbox"/> はい（勧めている内容を選択または記入してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 保健指導や受診のための休暇や職免制度がある <input type="checkbox"/> 保健指導や受診が必要な従業員に対して声かけや面談を行っている →声かけや面談実施者は、どのような立場の方ですか（衛生管理者・（安全）衛生推進者・健康保険委員・その他（ ）） <input type="checkbox"/> 従業員に対して、健診受診後の医療機関受診の重要性を広く周知している <input type="checkbox"/> 医療機関に受診した結果を提出するよう義務付けている <input type="checkbox"/> その他（ ）	

シルバークラスに関する評価項目	<b>7 従業員に各種がん検診を受診するよう勧めていますか</b>
	<input type="checkbox"/> はい（勧めている内容を選択または記入し、がん検診名を記入してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 職場健診（集団健診・人間ドック等）で受けられる体制がある （検診名： <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> その他（ ））
	<input type="checkbox"/> 自治体のがん検診を勧めている （検診名： <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> その他（ ））
	<input type="checkbox"/> その他（ ）（検診名）
	<b>8 従業員の健康づくりを進めるために外部の専門家等を活用したことがありますか</b>
	<input type="checkbox"/> はい（利用した専門家の職種・団体等を選択してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合等の保健師、看護師 <input type="checkbox"/> 産業保健総合支援センターの支援事業
	<input type="checkbox"/> 地域産業保健センターの支援事業 <input type="checkbox"/> 行政の保健師等
	<input type="checkbox"/> 地域の医療機関の医師や看護師を含む、産業医・産業保健師・産業看護師等
	<input type="checkbox"/> 中小企業診断士、社会保険労務士等
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<b>9 従業員に対して健康情報の提供を定期的に行っていますか</b>	
<input type="checkbox"/> はい（取組内容を選択または記入してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> ポスターなどの掲示 <input type="checkbox"/> 朝礼 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> 新聞や社内報 <input type="checkbox"/> イントラネットで配信	
<input type="checkbox"/> メール（ <input type="checkbox"/> 独自作成 <input type="checkbox"/> にいがたヘルスパートナー登録事業所・協会けんぽ等のメールの内容を従業員へ転送・掲示等で共有）	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<b>10 通院や治療が必要な従業員が治療と仕事を両立できる取組（治療と仕事の両立支援）を行っていますか</b>	
<input type="checkbox"/> はい（取組内容を選択または記入してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 通院のための休暇や職免制度がある（取得が認められる病気が限られている場合は病名等を記入してください： ）	
<input type="checkbox"/> 精密検査が必要な従業員や治療中断者、未治療者等への声かけや面談を行っている	
<input type="checkbox"/> 職場復帰、仕事と治療の両立支援の観点で、社内または社外に相談窓口を設けている	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<b>11 （女性の従業員がいる場合のみ）女性の健康保持・増進に特化した取組を行っていますか</b>	
<input type="checkbox"/> はい（取組内容を選択または記入してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 女性従業員はいない	
<input type="checkbox"/> 妊娠中の従業員に対する業務上の配慮（健診時間の確保、休憩時間の確保、通勤負担の緩和等）を行っている	
<input type="checkbox"/> 管理職や従業員に対して、女性特有の健康課題に関する教育等を実施している（各種検診の勉強会やチラシの配布等）	
<input type="checkbox"/> 婦人科検診の補助を行っている <input type="checkbox"/> 女性専用の健康相談を実施している	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<b>12 （非正規の従業員がいる事業所のみ）非正規の従業員の健康状態を把握していますか</b>	
<input type="checkbox"/> はい（取組内容を選択または記入してください・複数回答可） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非正規の従業員はいない	
<input type="checkbox"/> 健康診断を実施もしくは健康診断の結果を把握している <input type="checkbox"/> 健康状態を各所属等で把握している	
<input type="checkbox"/> 健康状態について、派遣元会社等と情報交換・共有を行っている	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

認定の基準（Ⅲ-1～6）

50人以上の事業所：1・2は必須かつ5/6項目該当

50人未満の事業所：1・2は必須かつ4/6項目該当

シルバークラスに関する評価項目	<b>Ⅲ 健康課題の把握と取組</b>
	<b>1 年1回の定期事業所健診の受診率を事業所として把握していますか</b>
	<input type="checkbox"/> はい 受診率（ ）% <input type="checkbox"/> いいえ
	<b>2 40歳以上の従業員の特定健診受診率を事業所として把握していますか</b>
	<input type="checkbox"/> はい 受診率（ ）% <input type="checkbox"/> いいえ
	<b>3 健康診断の結果、要指導及び要医療になった従業員の割合を事業所として把握していますか</b>
	<input type="checkbox"/> はい（要指導 ）%、要医療（ ）% <input type="checkbox"/> いいえ
<b>4 ストレスチェック結果から従業員の傾向を事業所として把握していますか</b>	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（ <input type="checkbox"/> 今後把握予定 <input type="checkbox"/> 把握予定なし） <input type="checkbox"/> ストレスチェックを実施していない	
<b>5 従業員の生活状況について事業所として把握していますか</b>	
<input type="checkbox"/> はい（把握方法及び把握事項を選択または記入してください・複数選択可） <input type="checkbox"/> いいえ （把握方法： <input type="checkbox"/> 健診結果から把握 <input type="checkbox"/> 独自のアンケート調査等で把握 <input type="checkbox"/> 職員状況申告書等で把握）	
<input type="checkbox"/> 毎日のように飲酒している従業員の割合（ ）% <input type="checkbox"/> 血圧、糖尿病などの生活習慣病で治療している従業員が多い	
<input type="checkbox"/> 車通勤の従業員が多い <input type="checkbox"/> 超過勤務（残業）が多い <input type="checkbox"/> 休暇取得が少ない <input type="checkbox"/> 急な欠勤が多い	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<b>6 従業員が抱える体調不良の傾向を事業所として把握していますか</b>	
<input type="checkbox"/> はい（把握方法及び把握事項を選択または記入してください・複数選択可） <input type="checkbox"/> いいえ （把握方法： <input type="checkbox"/> 健診結果から把握 <input type="checkbox"/> 独自のアンケート調査等で把握 <input type="checkbox"/> 日頃のコミュニケーションで把握）	
<input type="checkbox"/> 腰痛・肩こり <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> ドライアイ <input type="checkbox"/> 花粉症・アレルギー <input type="checkbox"/> 慢性的な疲労 <input type="checkbox"/> メンタルの不調	
<input type="checkbox"/> 歯周病・虫歯 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

認定の基準（Ⅲ-7～8）

全ての事業所：7は「はい」が必須、8の課題について、健診受診率に関する取り組み以外に1つ以上の取り組みを実施していること。取組内容についてヒアリングをする場合あり。

7 健診結果等から従業員の健康状況を事業所として把握していますか

はい（把握している項目についてその割合を記入してください）  いいえ

	見血者 の割合	見血者 の割合	見脂者 の割合	合25 以上（ BMI の割	喫煙 する者	合な い動 者習 の慣 割が	運 動 者 の 割 が	睡 眠 が と れ て 十 分 な 体 質	合 す る 人 の 割	朝 食 を 欠 食	健 診 受 診 率	指 導 や 診 察 を 受 け て い な い 者 の 割 合	健 診 受 診 率 に 関 する 調 査 （ 新 潟 市）	（ そ の 他 ）	（ そ の 他 ）
数値	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
参考値（健康課題と判定する目安）	17.8% 以上	12.5% 以上	33.0% 以上	27.1% 以上	20.3% 以上	77.2% 以上	26.3% 以上	15.6% 以上	81.5% 以下						
出典	R3定期健康 診断実施結果 （全国）	R3定期健康 診断実施結果 （全国）	R3定期健康 診断実施結果 （全国）	R1国民健康・ 栄養調査 （全国）	R1国民健康・ 栄養調査 （全国）	R1国民健康・ 栄養調査 （全国）	R2新潟市民 の健康づくり に関する調査 （新潟市）	R2新潟市民 の健康づくり に関する調査 （新潟市）	H24労働者 健康状況調査 （全国）						

8 該当する事業所の健康課題に○をつけてください

事業所の健康課題に○をつけてください→															
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記の健康課題に対し、以下の取組の中で取り組んでいるものに○印をつけてください

取組															
食事に 関する 取組	朝食（または昼食・夕食）の提供や金銭的補助をしている														
	社員食堂などで提供する食事のカロリーや塩分などを表示している														
運動に 関する 取組	食事や飲酒に関する研修や講座を実施している														
	自動販売機で販売する飲料等を健康に配慮をしたものにして														
禁煙に 関する 取組	その他（ ）														
	就業時間中は禁煙の規定を設けている														
休養・ 心に関 する 取組	専門職による禁煙相談を勧めている														
	その他（ ）														
健診・ がん検 診に関 する 取組	超過勤務（残業）を少なくする取組を実施している														
	休憩・休暇をとりやすい環境づくり（休憩室、休暇取得を促すキャンペーンなど）をしている														
歯に関 する 取組	担当者や専門家、専門機関に相談できる機会を設けている														
	ストレスチェックの集団分析結果を活用している														
その他 取組	その他（ ）														
	健診未受診者に受診を促すよう声かけをしている														
歯に関 する 取組	事業所健診、特定健診、がん検診に関する講座や研修を行っている														
	事業所健診、特定健診の見方や理解を促す工夫をしている														
その他 取組	その他（ ）														
	食後の歯磨き、デンタルフロスの使用を推奨している														
その他 取組	歯科健診の実施や費用の助成制度を設けている														
	その他（ ）														

● 6ページの「アンケート項目」「提出前チェック」もご記入ください

シルバークラスに関する評価項目



認定の基準(Ⅳ-1~6)

全ての事業所：1~3該当、4~6は設問に沿って具体的に記入。  
健康課題に即した取組について結果を評価し、次につなげているか審査する。

Ⅳ 取組結果

1 Ⅲ-8で掲げた健康課題に対する取組内容の振り返りを事業所として行っていますか

はい（以下をすべて記入してください） いいえ

・振り返りの機会 安全衛生委員会 既存の会議 独自に設定 その他（ ）

・振り返りの頻度 年 回

・振り返りに参加するメンバー 経営者 役員や管理職 健康管理の担当者 その他従業員

医師 看護師・保健師等 その他（ ）

2 取組による従業員の変化を把握していますか

はい（以下をすべて記入してください） いいえ

・体調不良・病気を理由とした休暇 減った 変化はない 増えた 把握していない

・従業員に身体的な変化があった あった なかった 把握していない

・社内のコミュニケーションがより良くなった 良くなった 変化はない 悪くなった 把握していない

・従業員の仕事に対するモチベーションが高くなった 高くなった 変化はない 低くなった 把握していない

・その他（ ）

3 取組前後でデータの変化を把握していますか（改善が評価のポイントではありません）

はい（以下のうち把握しているものを記入してください） いいえ

血圧が有所見だった従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %） 血糖が有所見だった従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %）

脂質が有所見だった従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %） 肥満（BMIが25以上）の従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %）

喫煙している従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %） 運動習慣のない従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %）

睡眠で十分な休養がとれていない従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %） 朝食を欠食する従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %）

健診受診率（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %） 健診で要指導、要医療の判定を受けた従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %）

健診で要指導、要医療だが指導や診療を受けていない従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %） 健診で正常の判定(有所見が1項目もない状態)の従業員の割合（ 年 月 %）⇒（ 年 月 %）

その他（ ）

4 上記（Ⅳ-2・3）で改善した項目がありましたか

はい（分析を行い、改善した理由として考えられることを記入してください） いいえ

例) 血圧計を置き、毎日測る従業員が増えたことで、健康に関する会話が弾みコミュニケーションが活発になった。健診の受診効果を説明し、定期的を受診勧奨したことで、健診受診率が上がった。屋内禁煙とし、禁煙について啓発したため、禁煙者が増えた。

5 上記（Ⅳ-2・3）で悪化した（改善されなかった）項目がありましたか

はい（分析を行い、悪化した（改善されなかった）理由として考えられることや現状を記入してください） いいえ

例) 血圧の有所見者の割合について改善はなかったが、血圧計を置いたため、毎日測る従業員が増えた。運動のイベントは、参加率が低く、参加した従業員の意識は改善されたが、運動習慣のない者の割合の改善までいかなかった。健診後の指導や受診の必要性について、周知が十分にできず、指導や診療を受けていない従業員の割合が改善しなかった。

6 振り返りの結果（上記Ⅳ-2~5）を踏まえ、取組の変更や追加する点、新たに取り組むものはありますか

はい（以下に変更点を記入してください） いいえ（以下に変更点がない理由を記入してください）

例) 高血圧予防のため、血圧測定だけでなく、食生活について減塩を重点的に従業員に伝える。多くの従業員に運動のイベントに参加してもらうよう、社内でインセンティブ（粗品等特典）を考え参加率向上につなげる。

ゴールドクラスに関する評価項目

● 6ページの「アンケート項目」「提出前チェック」もご記入ください

●アンケート項目

アンケート項目	<p><b>1 この認定制度を知ったきっかけは何ですか（複数回答可）</b></p> <p><input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>市報 <input type="checkbox"/>テレビCM <input type="checkbox"/>セミナーや講習会での案内 <input type="checkbox"/>メールマガジン <input type="checkbox"/>認定事業所からの紹介  <input type="checkbox"/>協会けんぽ等保険者からの紹介 <input type="checkbox"/>支援事業所からの紹介 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
	<p><b>2 健康経営に取り組んだきっかけは何ですか（複数回答可）</b></p> <p><input type="checkbox"/>経営者からの発信 <input type="checkbox"/>担当者からの発信 <input type="checkbox"/>従業員の健康状態の改善  <input type="checkbox"/>社内の健康経営の推進 <input type="checkbox"/>認定制度ロゴマークの活用 <input type="checkbox"/>採用への好影響  <input type="checkbox"/>国や県、市の動向 <input type="checkbox"/>プロポーザル方式による業者選定の際の加点優遇  <input type="checkbox"/>建設工事入札参加資格申請の際の加点優遇 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
	<p><b>3 健康経営にどのような効果を感じていますか（以下から選択または記入してください・複数回答可）</b></p> <p><input type="checkbox"/>採用への好影響 <input type="checkbox"/>離職率の改善 <input type="checkbox"/>傷病による休暇の減少 <input type="checkbox"/>生産性の向上  <input type="checkbox"/>事業所のイメージアップ <input type="checkbox"/>契約や受注等の向上 <input type="checkbox"/>職場の雰囲気・一体感の向上  <input type="checkbox"/>まだ効果を感じていない <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
	<p><b>4 健康経営を推進するために大切だと思うことは何ですか（優先度が高いものを順に1から3まで番号を入れてください）</b></p> <p>（ ） 経営者からの発信 （ ） 金銭的投資 （ ） 社内のコミュニケーション          （ ） 健康情報の提供 （ ） 環境整備（施設面・制度面） （ ） 健康診断結果の把握          （ ） 労働衛生関連の法令順守 （ ） その他（ ）</p>
	<p><b>5 健康経営を推進するために、どのような内容のセミナーを希望しますか（以下から選択または記入してください・複数回答可）</b></p> <p><input type="checkbox"/>健康経営の進め方 <input type="checkbox"/>労災防止・法令遵守（コンプライアンス）など労務管理  <input type="checkbox"/>職場内のコミュニケーション活性化 <input type="checkbox"/>従業員のモチベーションアップ <input type="checkbox"/>人材育成  <input type="checkbox"/>生活習慣病（高血圧や糖尿病等） <input type="checkbox"/>食生活（減塩やバランスの良い食事について等） <input type="checkbox"/>運動（運動方法等）  <input type="checkbox"/>その他の病気や症状（腰痛、歯、眼等）（具体的な症状・病名があれば記入）  <input type="checkbox"/>禁煙 <input type="checkbox"/>メンタルヘルス <input type="checkbox"/>治療等と仕事の両立支援 <input type="checkbox"/>新潟市健康経営認定制度のクラスアップ  <input type="checkbox"/>ハラスメント <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
	<p><b>6 健康経営に今後どのような効果を期待していますか（以下から選択または記入してください・複数回答可）</b></p> <p><input type="checkbox"/>採用への好影響 <input type="checkbox"/>離職率の改善 <input type="checkbox"/>傷病による休暇の減少 <input type="checkbox"/>生産性の向上  <input type="checkbox"/>事業所のイメージアップ <input type="checkbox"/>契約や受注等の向上 <input type="checkbox"/>職場の雰囲気・一体感の向上  <input type="checkbox"/>メンタルヘルス不調による休職者を減らす <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
	<p><b>7 健康経営を進める上での課題や悩みがあればご記入ください</b></p>

●提出前チェック

<input type="checkbox"/>	<p><b>応募用紙に記入漏れはありませんか。</b>          ブロンズは2ページ、シルバーは4ページ、ゴールドは5ページまで記入が必要です。          印刷の際、記載内容が欠けていないかも確認ください。</p>	<input type="checkbox"/>	<p><b>2ページ「I 健康経営宣言」における健康経営を明文化していることがわかる資料（健康経営宣言書等）は添付しましたが。</b>          ※クラスや応募回数（新規・更新）に関わらず、必ず添付が必要です。</p>
--------------------------	---	--------------------------	---

第2号様式（第7条関係）

年 月 日

新潟市健康経営  
認定通知書

<事業所名>

<代表者名> 様

新潟市長

㊟

年 月 日に応募のありました、新潟市健康経営認定について、審査の結果、貴事業所を「新潟市健康経営認定事業所」として決定しましたので、下記のとおり通知いたします。

記

・認定クラス : ○○○○クラス

・認定期間 : ○○年4月1日 から ○○年3月31日 まで

第3号様式（第7条関係）

年 月 日

新潟市健康経営  
認定外通知書

<事業所名>

<代表者名> 様

新潟市長

㊟

年 月 日に応募のありました、新潟市健康経営認定について、審査の結果、貴事業所の認定を見送ることになりましたので、通知いたします。