

添付資料

調査票

調査票については、発送時に誤字、単位の誤り、不適切な表現が含まれていたため、関係者各位には多大なご迷惑をおかけしたことをお詫び申し上げます。第2回目以降の発送には、それらを修正した、ここに収録している調査票を使用しました。

市区町村における保健機能に関するアンケート調査票 (保健所設置市・特別区用 修正済)

<このアンケート調査について>

このアンケート調査は、現今の地域保健医療福祉の各種事業が、住民の身近な地方公共団体である市区町村で推進されるという流れの中で、各市区町村におけるマンパワーをはじめとする保健福祉等サービスの現状を分析し、今後の我が国全体の保健医療事業の推進のための基礎資料とすることを目的としております。

大変ご多忙の中、ご負担をおかけすることになりますが、この調査の趣旨をご理解いただき、何とぞご協力賜りますようお願いいたします。

なお、本調査結果は統計的に処理し、個別の市区町村の内容が公表されることはありません。

<ご記入にあたってのお願い>

アンケート調査票は、原則として平成20年4月1日現在の状況でご記入をお願いします。なお、この時点のデータがない場合には、これに近い年月日現在をご記入下さい。

また、平成20年4月1日以降に合併した市町村の場合は、その時点の内容及び年月日をご記入下さい。

それぞれの設問に対する回答は、該当する番号を で囲み、空欄があるものについては、具体的にご記入下さい。ご記入いただいたアンケート調査票は、同封の返信用封筒に入れて平成21年1月20日までにご返送下さい。

【調査主体機関】 財団法人 日本公衆衛生協会
 【問い合わせ先】 株式会社 シムテクノ総研(担当者:鈴川、山岸)
 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-4-3
 T E L 03-3556-1641 F A X 03-3556-1688
 E-mail a-suzu@stri.co.jp

都道府県名		市区町村名	
地方公共 団体区分	1 政令指定都市 2 中核市 3 保健所政令市 4 特別区		
記入者 連絡先	職名 : _____ 氏名 : _____	TEL : _____ FAX : _____ E-mail : _____	

問1 貴市区の保健・環境・福祉部門の組織体制はどのようになっていますか。
 本庁組織、保健所、保健センターそれぞれについて記入して下さい。
 (該当項目すべてに 印)

必ず組織図を添付して下さい

本庁組織	1 保健・環境・福祉部門がそれぞれ単独組織 2 保健と福祉が一体で環境部門が単独 3 保健と環境が一体で福祉部門が単独 4 保健・環境・福祉部門が一体化 5 その他 ()
保健所	1 本庁(区役所)と保健所がそれぞれ別組織 2 本庁(区役所)と保健所が一体化した組織 3 その他 ()
	4 福祉事務所とは別組織 5 福祉事務所と統合した組織 6 その他 ()
	【環境衛生部門について】 7 廃棄物行政の担当部門 7-1 あり 7-2 なし 8 大気・水質等環境行政の担当部門 8-1 あり 8-2 なし
保健センター	1 本庁(区役所)と保健センターがそれぞれ別組織 2 本庁(区役所)と保健センターが一体化した組織 3 保健センターは保健所の下部組織 4 その他 ()

問2 貴市区の保健・医療・福祉部門について、今後、組織再編の予定はありますか。ある場合は組織形態を簡略に記入して下さい。
 (印はひとつ)

1 再編はすでに実施した 2 再編の予定がある [組織形態] 3 再編の予定はない
--

問3 貴市区では保健・福祉・環境関連施設として、どのようなものを設置していますか。
施設の有無と施設数を記入して下さい。

下表 問3、問4の「保健センター類似施設」とは、次のものを言います。
母子健康センター、農村検診センター、国保健康管理センター、老人福祉センター(A型)
地域福祉センター、健康増進センター、その他の市区保健事業のための施設

	施設の有無	施設数
ア 保健所	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所
イ 保健センター	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所
ウ 保健センター類似施設	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所
エ 衛生研究所 (環境研究所等を含む)	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所
オ 精神保健福祉センター	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所
カ 健康科学(増進)センター	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所
キ その他()	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所

健康増進等施設とは、厚生労働省が定めた健康増進施設認定制度に基づく、運動型・温泉利用型・温泉利用プログラム型健康増進施設を指します。

問4 貴市区では、保健・福祉に関する「総合相談窓口」を設置していますか。
(印はひとつ)

1 設置している	1-1 保健所に設置
	1-2 保健センターに設置
	1-3 保健センター類似施設()に設置
	1-4 その他()
2 設置していない	
3 その他()	

問5 貴市区における保健・福祉・環境部門の専門職員の配置についてお聞かせ下さい。

行政部門の常勤職員のみについて、主たる勤務先別に配置人員を記入して下さい。
 なお、「保健センター類似施設」については、前頁の問3 印を参照して下さい。
 但し、病院等医療機関については除いて下さい。

(平成 年 月 日現在)

	本 庁 支所含む		保健所		保健センター		保健センター 類似施設	
		人		人		人		人
ア 医師		人		人		人		人
イ 歯科医師		人		人		人		人
ウ 獣医師		人		人		人		人
エ 薬剤師		人		人		人		人
オ 保健師		人		人		人		人
カ 助産師		人		人		人		人
キ 看護師		人		人		人		人
ク 准看護師		人		人		人		人
ケ 理学療法士		人		人		人		人
コ 作業療法士		人		人		人		人
サ 歯科衛生士		人		人		人		人
シ 診療放射線技師		人		人		人		人
ス 診療エックス線技師		人		人		人		人
セ 臨床検査技師		人		人		人		人
ソ 衛生検査技師		人		人		人		人
タ 管理栄養士		人		人		人		人
チ 栄養士		人		人		人		人
ツ 社会福祉士		人		人		人		人
テ 介護福祉士		人		人		人		人
ト 事務職員		人		人		人		人
ナ その他()		人		人		人		人
再掲 医療社会事業員		人		人		人		人
計		人		人		人		人

再 掲	精神保健福祉士(PSW)		人		人		人		人
	精神保健福祉相談員		人		人		人		人
	栄養指導員		人		人		人		人
	健康運動指導士		人		人		人		人
	健康運動実践指導者		人		人		人		人

【その他の保健関連施設】

	衛生研究所 (環境研究所等を含む)	精神保健 福祉センター	健康科学 センター	その他 ()
ア 医師	人	人	人	人
イ 歯科医師	人	人	人	人
ウ 獣医師	人	人	人	人
エ 薬剤師	人	人	人	人
オ 保健師	人	人	人	人
カ 助産師	人	人	人	人
キ 看護師	人	人	人	人
ク 准看護師	人	人	人	人
ケ 理学療法士	人	人	人	人
コ 作業療法士	人	人	人	人
サ 歯科衛生士	人	人	人	人
シ 診療放射線技師	人	人	人	人
ス 診療エックス線技師	人	人	人	人
セ 臨床検査技師	人	人	人	人
ソ 衛生検査技師	人	人	人	人
タ 管理栄養士	人	人	人	人
チ 栄養士	人	人	人	人
ツ 社会福祉士	人	人	人	人
テ 介護福祉士	人	人	人	人
ト 事務職員	人	人	人	人
ナ その他()	人	人	人	人
再掲 医療社会事業員	人	人	人	人
計	人	人	人	人

再掲	精神保健福祉士(PSW)	人	人	人	人
	精神保健福祉相談員	人	人	人	人
	栄養指導員	人	人	人	人
	健康運動指導士	人	人	人	人
	健康運動実践指導者	人	人	人	人

問6 貴市区の、保健・医療・福祉関連の主な施設の整備状況についてお聞かせ下さい。

主な施設とは、以下のものを指します。

身体障害者施設：グループホーム、福祉ホーム、授産・更生・養護施設、生活支援センター等

知的障害者施設：グループホーム、福祉ホーム、通勤寮、授産・更生施設、福祉工場、知的障害者施設、知的障害児通園施設、生活支援センター等

精神障害者施設：グループホーム、福祉ホーム、援護寮、授産施設、福祉工場、小規模作業所、生活支援センター等

老人福祉センター：老人福祉センターおよび老人憩いの家、老人休養ホームも含む

(平成 年 月 日現在)

	貴市区町村の 設置施設数			その他(民間等) 設置施設数			備 考
健康増進関連							
ア 健康増進等施設			ヶ所			ヶ所	
障害者関連施設							
イ 身体障害者施設			ヶ所			ヶ所	
ウ 知的障害者施設			ヶ所			ヶ所	
エ 精神障害者施設			ヶ所			ヶ所	
オ 生活支援センター			ヶ所			ヶ所	
カ その他 ()			ヶ所			ヶ所	
居宅福祉関連機能(老人・障害者)							
キ ショートステイ			人分			人分	
ク デイサービス			人分			人分	
ケ 在宅介護支援センター			ヶ所			ヶ所	
コ 訪問看護ステーション			ヶ所			ヶ所	
サ その他 ()			ヶ所			ヶ所	
老人福祉関連施設							
シ 特別養護老人ホーム			人分			人分	
ス 養護老人ホーム			人分			人分	
セ 老人福祉センター			ヶ所			ヶ所	
ソ その他 ()			人分			人分	

健康増進等施設とは、厚生労働省が定めた健康増進施設認定制度に基づく、運動型・温泉利用型・温泉利用プログラム型健康増進施設を指します。

人数については、居宅福祉関連機能では一日当たりの利用許容者数、老人福祉関連施設では定員をそれぞれ記入下さい。

アンケートはこれで終わりです。ご協力ありがとうございました。

市区町村における保健機能に関するアンケート調査票

(一般市町村用 修正済)

<このアンケート調査について>

このアンケート調査は、現今の地域保健医療福祉の各種事業が、住民の身近な地方公共団体である市区町村で推進されるという流れの中で、各市町村におけるマンパワーをはじめとする保健福祉等サービスの現状を分析し、今後の我が国全体の保健医療事業の推進のための基礎資料とすることを目的としております。

大変ご多忙の中、ご負担をおかけすることになりますが、この調査の趣旨をご理解いただき、何とぞご協力賜りますようお願いいたします。

なお、本調査結果は統計的に処理し、個別の市町村の内容が公表されることはありません。

<ご記入にあたってのお願い>

アンケート調査票は、原則として平成20年4月1日現在の状況でご記入をお願いします。なお、この時点のデータがない場合には、これに近い年月日現在をご記入下さい。また、平成20年4月1日以降に合併した市町村の場合は、その時点の内容及び年月日をご記入下さい。

それぞれの設問に対する回答は、該当する番号を で囲み、空欄があるものについては、具体的にご記入下さい。ご記入いただいたアンケート調査票は、同封の返信用封筒に入れて平成21年1月20日までにご返送下さい。

【調査主体機関】 財団法人 日本公衆衛生協会
 【問い合わせ先】 株式会社 シムテクノ総研（担当者：鈴川、山岸）
 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-4-3
 T E L 03-3556-1641 F A X 03-3556-1688
 E-mail a-suzu@stri.co.jp

都道府県名	市町村名	
地方公共 団体区分	1 人口30万人以上の市 2 人口20万人以上30万未満の市 3 人口10万人以上20万未満の市 4 その他の市 5 町村	
記入者 連絡先	職名： _____ 氏名： _____	TEL： _____ FAX： _____ E-mail： _____

問1 貴市町村の保健・環境・福祉部門の組織体制はどのようになっていますか。
本庁組織、保健センターそれぞれについて記入して下さい。
(該当項目すべてに 印)

必ず組織図を添付して下さい

本庁組織	1 保健・環境・福祉部門がそれぞれ単独組織 2 保健と福祉が一体で環境部門が単独 3 保健と環境が一体で福祉部門が単独 4 保健・環境・福祉部門が一体化 5 その他()
保健センター	5 本庁(区役所)と保健センターがそれぞれ別組織 6 本庁(区役所)と保健センターが一体化した組織 7 その他()

問2 貴市町村の保健・福祉部門について、今後、組織再編の予定はありますか。ある場合は組織形態を簡略に記入して下さい。
(印はひとつ)

4 再編はすでに実施した 5 再編の予定がある 組織形態 6 再編の予定はない
--

問3 貴市町村では保健・福祉関連施設として、どのようなものを設置していますか。施設の有無と施設数を記入して下さい。

下表 問3、問4の「保健センター類似施設」とは、次のものを言います。
母子健康センター、農村検診センター、国保健康管理センター、老人福祉センター(A型)
地域福祉センター、健康増進センター、その他の市区町村保健事業のための施設

	施設の有無	施設数
ア 保健所	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所
イ 保健センター類似施設	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所
ウ その他()	1 ある 2 なし	<input type="text"/> ヶ所

問4 貴市町村では、保健・福祉に関する「総合相談窓口」を設置していますか。
(印はひとつ)

1 設置している	1-1 保健センターに設置 1-2 保健センター類似施設()に設置 1-3 その他()
2 設置していない	
3 その他()	

問5 貴市区町村における保健・福祉・環境部門の専門職員の配置についてお聞かせ下さい。

行政部門の常勤職員のみについて、主たる勤務先別に配置人員を記入して下さい。
 なお、「保健センター類似施設」については、前頁の問3 印を参照して下さい。
 但し、病院等医療機関については除いて下さい。

(平成 年 月 日現在)

	本 庁 支所含む			保 健 センター			保健センター 類似施設		
			人			人			人
ア 医師			人			人			人
イ 歯科医師			人			人			人
ウ 獣医師			人			人			人
エ 薬剤師			人			人			人
オ 保健師			人			人			人
カ 助産師			人			人			人
キ 看護師			人			人			人
ク 准看護師			人			人			人
ケ 理学療法士			人			人			人
コ 作業療法士			人			人			人
サ 歯科衛生士			人			人			人
シ 診療放射線技師			人			人			人
ス 診療エックス線技師			人			人			人
セ 臨床検査技師			人			人			人
ソ 衛生検査技師			人			人			人
タ 管理栄養士			人			人			人
チ 栄養士			人			人			人
ツ 社会福祉士			人			人			人
テ 介護福祉士			人			人			人
ト 事務職員			人			人			人
ナ その他()			人			人			人
再掲 医療社会事業員			人			人			人
計			人			人			人

再 掲	精神保健福祉士(P S W)			人			人			人
	精神保健福祉相談員			人			人			人
	栄養指導員			人			人			人
	健康運動指導士			人			人			人
	健康運動実践指導者			人			人			人

問6 貴市区町村の、保健・医療・福祉関連の主な施設の整備状況についてお聞かせ下さい。

主な施設とは、以下のものを指します。

身体障害者施設：グループホーム、福祉ホーム、授産・更生・養護施設、生活支援センター等

知的障害者施設：グループホーム、福祉ホーム、通勤寮、授産・更生施設、福祉工場、知的障害者施設、知的障害児通園施設、生活支援センター等

精神障害者施設：グループホーム、福祉ホーム、援護寮、授産施設、福祉工場、小規模作業所、生活支援センター等

老人福祉センター：老人福祉センターおよび老人憩いの家、老人休養ホームも含む

(平成 年 月 日現在)

	貴市区町村の 設置施設数			その他(民間等) 設置施設数			備 考
健康増進関連							
ア 健康増進等施設			ヶ所			ヶ所	
障害者関連施設							
イ 身体障害者施設			ヶ所			ヶ所	
ウ 知的障害者施設			ヶ所			ヶ所	
エ 精神障害者施設			ヶ所			ヶ所	
オ 生活支援センター			ヶ所			ヶ所	
カ その他 ()			ヶ所			ヶ所	
在宅福祉関連機能							
キ ショートステイ			人分			人分	
ク デイサービス			人分			人分	
ケ 在宅介護支援センター			ヶ所			ヶ所	
コ 訪問看護ステーション			ヶ所			ヶ所	
サ その他 ()			ヶ所			ヶ所	
老人福祉関連施設							
シ 特別養護老人ホーム			人分			人分	
ス 養護老人ホーム			人分			人分	
セ 老人福祉センター			ヶ所			ヶ所	
ソ その他 ()			人分			人分	

健康増進等施設とは、厚生労働省が定めた健康増進施設認定制度に基づく、運動型・温泉利用型・温泉利用プログラム型健康増進施設を指します。

人数については、居宅福祉関連機能では一日当たりの利用許容者数、老人福祉関連施設では定員をそれぞれ記入下さい。

アンケートはこれで終わりです。ご協力ありがとうございました。