

# 卷末資料

令和3年度 市町村保健活動調査票

市町村保健センター（類似施設を含む）調査票

令和3年度  
市町村保健活動調査票  
—新型コロナウイルス感染症下の市町村の取り組みに関する調査—

本調査は、毎年、日本公衆衛生協会を委託元に「地域保健総合推進事業」の一環として全国の市町村（特別区を含みます）を対象に実施しております。この調査で得られた回答は、市町村の保健活動に関する基礎データとなるものです。本年度のテーマは、「新型コロナウイルス感染症下の市町村の取り組みに関する調査」です。お忙しいところ恐縮ですが、本庁にも調査へのご協力のほどよろしくお願い申し上げます。回答内容が差し支えある質問項目があれば、回答をとおぼしていただいても結構です。

【記入者情報】

貴都道府県名 \_\_\_\_\_

貴市町村名 \_\_\_\_\_ 貴市町村コード \_\_\_\_\_

ご担当部署名 \_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_

ご担当者名 \_\_\_\_\_ ご担当者の職名 \_\_\_\_\_ 課 \_\_\_\_\_

ご連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ (内線) \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

※ この調査票は、令和3年11月1日現在の状況を、各市町村で1都ご記入ください。

実施主体：一般財団法人 日本公衆衛生協会  
調査実施：株式会社 社会医療研究所  
(株式会社 サーベイリサーチセンター)

「調査内容」に関すること：株式会社 社会医療研究所  
企画部 担当：弓橋（ゆづ）  
電話 03-3256-8934  
調査票の再発行に関すること：株式会社 サーベイリサーチセンター  
電話 0120-941-727 担当：山村・平野

一般財団法人 日本公衆衛生協会

<人口規模>

F1. 貴市町村の人口をご記入ください。 F2. 貴市町村は保健所設置市ですか。

人口  人  人

1. はい 2. いいえ

<担当者>

F3. 貴市町村の保健推進部門に配置されている職種とその人数（常勤/非常勤）をご記入ください。いない場合は「0」とご記入ください。

	常勤	非常勤	常勤	非常勤
① 保健師	人	人	人	人
② 管理栄養士・栄養士	人	人	人	人
③ 保健運動指導士	人	人	人	人
④ 健康運動実践指導者	人	人	人	人
⑤ 医師	人	人	人	人

(注) 常勤と非常勤については、雇い上げの職員であっても常勤（フルタイム勤務）としている場合は、常勤の人数に加えてください。産休・育休など特別休暇中の方も含みます。また、嘱託、非常勤においても常勤と同等（目安：週4日以上かつ1日6時間以上）で勤務している場合は、常勤の人数に加えてください。

<新型コロナウイルス感染症の状況>

問1 令和3年11月1日までの期間において、貴市町村の新型コロナウイルス感染症の感染者

(陽性者) 数の累計をご記入ください。いない場合は「0」とご記入ください。

感染者 (陽性者) 数の累計  人

<地域住民の健康や保健事業への影響>

問2 貴市町村では、新型コロナウイルス感染症が発生する前と比べて、下記の状況はどのように変化しましたか。(人数・件数等を正確に比べる必要はございません。主観的視点でご回答ください)

問2-1 家庭訪問が重要な母子（ハイリスクな者）を訪問できなくなった、断られたりしたこと (0は一つだけ)

1. とも増えた 2. 増えた 3. 変わらぬ 4. 減った 5. とも減った

＜新型コロナウイルス感染症への対応＞

問5 新型コロナウイルス感染症の円滑な実施に向け、どのような取り組みを行いましたか。(Oはいくつでも)

1. 接種会場へのシャトルバスの運行等の交通手段の確保
2. 接種会場への来所が困難な若年への巡回接種
3. 外国人居住者への外国語・やさしい日本語等による案内周知
4. 期間滞在の外国人への支援
5. ホームレスへの支援
6. 相談接種、大学・学校接種への支援
7. その他( )
8. その他( )

問6 貴市町村では、保健所への応援を行いましたか。保健所設置市の場合、自治体での応援を含めてお答えください。(Oは一つだけ)

1. はい
2. いいえ

問6-1へ

問6-1 応援で行ったため態をお答えください。(Oはいくつでも)

1. 精神的医学調査
2. 健康観察
3. 電話相談対応
4. 検体採取
5. クラスター発生施設等の現地調査
6. 広域療養者支援
7. その他( )

問7 貴市町村では、新型コロナウイルス感染症の対応のため、応援を受け入れましたか。(Oは一つだけ)

1. はい
2. いいえ

問7-1へ

問7-1 応援の形態をお答えください。(Oはいくつでも)

1. HEAT
2. 市の自治体
3. 教育機関 (HEAT以外)
4. 看護協会・医師会
5. 人材派遣会社
6. その他( )

問7-2 受けた応援の内容をお答えください。(Oはいくつでも)

1. 精神的医学調査
2. 健康観察
3. 電話相談対応
4. 検体採取
5. クラスター発生施設等の現地調査
6. 在宅療養者支援
7. その他( )

問8(P5)へ

問2-2 家庭訪問が必要な成人・高齢者(ハイリスクな者)を訪問できなかったり、断られたりしたこと(Oは一つだけ)

1. とても増えた
2. 増えた
3. 変わらない
4. 減った
5. とても減った

問2-3 心身機能、生活活動、社会参加などの低下が懸念される高齢者の人数(Oは一つだけ)

1. とても増えた
2. 増えた
3. 変わらない
4. 減った
5. とても減った

問2-4 医療機関の受診控えによって、疾病のコントロールが不良になった人数(Oは一つだけ)

1. とても増えた
2. 増えた
3. 変わらない
4. 減った
5. とても減った

問3 貴市町村では、乳児医療全戸訪問事業(こどもおはなちゃん事業)で「エジンバラ産後うつ病質問票」を使用していますか。(Oは一つだけ)

1. はい
2. いいえ
3. 事業自体を未実施

問4へ

問3-1 令和元年度と令和2年度の「エジンバラ産後うつ病質問票」の取り組み状況についてご記入ください。いない場合は「0」とご記入ください。

	令和元年度	令和2年度
①実施人数	人	人
②ハイリスク者(9点以上)の人数	人	人

問4 貴市町村の令和元年度と令和2年度の健診・検診の受診率、要介護認定率(小数点以下第2位で四捨五入し、小数点第1位まで表示)をそれぞれご記入ください。

	令和元年度	令和2年度
①1歳6か月児健康診査	%	%
②特定健康診査	%	%
③胃がん検診	%	%
④乳がん検診	%	%
⑤要介護認定率	令和元年度末時点 %	令和2年度末時点 %

問 8 貴市町村では、自宅療養者やその家族への支援（食料を含む）について、どのような取り組みを行いましたか。(Oはいくつでも)

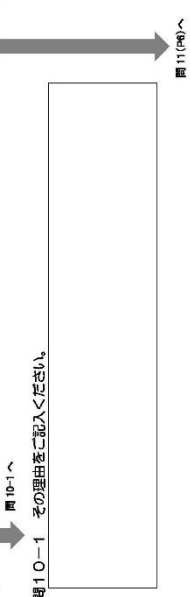
1. 食料品や日用品の配達
2. 血中酸素飽和度を測るパルスオキシメーターの貸与
3. オンライン学習に必要なホワイトボード等の貸与
4. 換気ができない子どもの一時的滞在に関する支援
5. 介護ができない高齢者の一時滞在に関する支援
6. 保健所、管内市町村間の生活支援に必要となる個人情報の提供
7. その他 ( )
8. 特になし

問 9 貴市町村では、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点における災害対策について、どのような取り組みを行いましたか。(Oはいくつでも)

1. 災害対策に関する会議の実施
2. 災害対策マニュアル等の整備・見直し
3. 災害発生時のコミュニケーションの実施
4. 避難所における衛生管理のガイドラインの整備・見直し
5. 分散避難のためのホテル・旅館などの民間施設・団地等との調整
6. 在宅避難者への食料・物資配給などの支援またはその準備
7. 福祉施設・介護施設等への支援またはその準備
8. その他 ( )
9. 特になし

問 10 貴市町村では、外部とのWeb会議が可能なパソコン等の情報機器は十分ありますか。(Oは一つだけ)

1. 台数が十分にあり使いたい場合は、すぐに使用可能
2. 台数が限られているが、あまり不便はない
3. 台数が限られており、かなりの調整が必要
4. 外部とのWeb会議が可能な情報機器はない → 問 10-1



問 11 貴市町村では、新型コロナウイルス感染症の拡大防止、健康二次被害防止等に向けて、ITを活用した保健・福祉事業について、どのような取り組みを行いましたか。(Oはいくつでも)

1. オンラインで健康づくり、介護支援、妊婦・母子等に関する教室を実施
2. オンラインで健康や医療等の相談を実施
3. オンラインで「通いの場」など、住民同士の交流の場の提供
4. 録画した動画を自治体のホームページで公開
5. 録画した動画をYouTubeで配信
6. その他 ( )
7. 特になし

問 12 貴市町村では、新型コロナウイルス感染症の感染者やその家族等への差別・偏見を防止するため、どのような取り組みを行いましたか。(Oはいくつでも)

1. 事例の集約
2. ホームページでの注意喚起・啓発
3. 自治体の広報紙での注意喚起・啓発
4. ホスターやリーフレット等での注意喚起・啓発
5. テレビやラジオ等のメディアでの注意喚起・啓発
6. 相談体制の強化
7. 児童・生徒や保護者に対する、感染症に関する教育や人権教育
8. その他 ( )
9. 特になし

<自治体内における取り組み>

問 13 貴市町村の健康推進部門（保健所協働市は保健所を含む）において、令和元年度と令和2年度のメンタル不調で1週間以上休んだ職員数をそれぞれご記入ください。いない場合は「0」とご記入ください。

①令和元年度	人
令和2年度	人

問 18 新型コロナウイルス感染症下の保健事業の実施などについて、特に困ったことがありますらご記入ください。

問 19 新型コロナウイルス感染症への取り組みや、そうした中ででの保健事業の実施などについてユニークな取り組みや、特に工夫したことなどがありませんらご記入ください。

～ご協力 ありがとうございます～

問 14 貴市町村では、自治体職員向けのメンタルヘルス対策について、どのような取り組みを行いましたか。(〇はい×いいえ)

1. 職員への相談窓口
2. 職員向けのストレス等への対処法（セルフケア）の普及
3. 管理職への研修や情報提供（ラインケア）の実施
4. 職員向けのメンタルヘルス初期の体制整備（自治体内部健康スタッフ等によるケア）
5. 外部の専門機関による支援（外部資源によるケア）
6. ストレスチェックの実施
7. メンタルヘルスに関する調査の実施
8. 業務時間外に積極的に把握しての対応
9. 担当した感染患者・相談件数等の業務量の見える化
10. 職員同士が本音などを話せるしくみ
11. 他の自治体の職員と本音などを話せるしくみ
12. 職場復帰後の再発防止策の検討・実施
13. その他（
14. 特にない

問 15 貴市町村では、第 1 波から第 5 波およびその後において、新型コロナウイルス感染症に関する施設などの訪問件数、相談件数を把握していますか。(〇はい×いいえ)

1. おおむね継続して把握
2. 把握できなかった時期がある
3. 把握していない

問 16 貴市町村の保健推進部門（保健所設置市は保健所も含む）において、令和 2 年度と令和 3 年度に保健師実習をそれぞれ受け入れられましたか。(〇はそれぞれ一つだけ)

①令和 2 年度	1. はい	2. いいえ
②令和 3 年度	1. はい	2. いいえ

問 17 貴市町村において、新任保健師は令和 2 年度と令和 3 年度に、新任期保健師の段階別団長（団長候補も含む）をそれぞれ受領しましたか。(〇はそれぞれ一つだけ)

①令和 2 年度	1. はい	2. いいえ	3. 新任者がいなかった
②令和 3 年度	1. はい	2. いいえ	3. 新任者がいなかった

# 市町村保健センター（類似施設を含む）調査票

## 市町村保健センター（類似施設含む）調査帳票

この帳票は、前回調査の貴市区町村の回答が記入してあります。変更や訂正等があれば直接「赤色」のペン等で訂正してください。なお、空欄箇所は、前回調査で無回答の箇所ですので、ご記入ください。  
 (注) 貴施設が既に廃止、もしくは保健センターとして使わなくなった場合は、調査票の全体に×印をつけて、ご返送ください。詳しくは緑色の用紙「調査票のご記入にあたって」をご参照ください。

市町村コード \_\_\_\_\_

都道府県名 \_\_\_\_\_ 市区町村名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設郵便番号 \_\_\_\_\_

施設住所 \_\_\_\_\_

施設電話番号 \_\_\_\_\_ 施設 Fax 番号 \_\_\_\_\_

開設年月 \_\_\_\_\_

施設全体の延べ床面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> 保健センターのみの延べ床面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

施設の種別 \_\_\_\_\_ 施設形態 \_\_\_\_\_

複合相手施設 \_\_\_\_\_



複合相手施設に追加があれば、下記の該当箇所に○印をお付けください。(○印はいくつでも)

1. 福祉関係	2. 医療関係	3. その他
1. 地域包括支援センター	1. 病院	1. 役場(所)
2. デイサービスセンター	2. 診療所	2. 子育て世代包括支援センター
3. 老人福祉センター	3. 歯科診療所	3. 公民館
4. 在宅介護支援センター	4. 休日・夜間診療所	4. 図書館
5. 障害児通園施設等	5. 訪問看護ステーション・センター	5. 児童館
6. 小規模作業所等	6. 健診センター	6. フィットネスセンター
7. 社会福祉協議会	7. 保健所	7. コミュニティセンターや集会所
8. ボランティアセンター	8. 医師会・歯科医師会	8. 温泉施設(温泉のみ)
9. 保育園・保育所	9. 薬剤師会	9. プール(温水含む)
10. 子育て支援センター・ファミリーサポートセンター	10. 看護協会	10. ショッピングセンター等
11. その他( )	11. その他( )	11. その他( )

施設に常駐している職員数(訂正の他、ブランクの箇所にも人数をご記入ください)

職種	常駐職員数	職種	常駐職員数
事務職	名	理学療法士	名
医師	名	作業療法士	名
歯科医師	名	歯科衛生士	名
保健師	名	放射線技師	名
助産師	名	その他の保健・福祉・医療職等	名
看護師	名	その他の職員	名
栄養士	名		
(うち管理栄養士:再掲)	( 名)		

施設長の有無と職種・職制(該当する箇所に○印をお付けください)

有無	1. 常勤でいる(a.専任 b.兼任)	2. 非常勤でいる(a.専任 b.兼任)	3. いない
職種	1. 事務職 2. 医師 3. 保健師 4. その他( )		
職制	1. 部長・次長職相当 2. 課長職相当 3. 課長補佐職相当 4. 係長職相当 5. その他( )		

ご協力ありがとうございました

令和3年度  
「市町村保健活動調査」  
「市町村保健センター（類似施設を含む）調査」  
調査研究委員会名簿

役名	氏名	所属
委員長	増田 和茂	公益財団法人健康・体力づくり事業財団
委員	尾島 俊之	浜松医科大学健康社会医学講座
委員	島田 美喜	至誠学舎立川 至誠児童福祉研究所
委員	鳩野 洋子	九州大学大学院医学研究院保健学部門
委員	弓場 英嗣	株式会社社会保険研究所

(五十音順)

令和3年度地域保健総合推進事業  
「市町村保健活動調査」  
「市町村保健センター（類似施設を含む）調査」  
報告書

令和4年3月

編集・発行 日本公衆衛生協会

分担事業者 島田美喜（至誠学舎立川 至誠児童福祉研究所）

〒190-0022 東京都立川市錦町 6-26-17

TEL 042-540-0088

FAX 042-524-2580

※無断転載および複製を禁じます。