

保健指導のアウトソーシング先となる事業者の動向把握について（案）

1 アウトソーシング先として想定される保健指導の事業者の類型について

(1) 健診機関タイプ

既存の健診機関が保健師、管理栄養士等を雇用し、健診と併せて保健指導を行う場合

(2) 病院・診療所タイプ

病院・診療所が保健指導部門を設け、保健指導を行う場合

(3) 民間企業タイプ

株式会社等が保健指導を実施する場合

①産業保健の分野で保健指導を実施している企業が事業を拡大する場合

②健康関連サービス業種等の企業が保健指導を実施する場合

(4) 保健師・管理栄養士起業タイプ

保健師、管理栄養士等が起業してNPO法人等を立ち上げ、保健指導を行う場合

(5) 市町村タイプ

市町村（国保又は保健部門等）が直接保健指導を行う場合（他の保険者の加入者の保健指導も受託して行う場合）

2 類型ごとの事業者の動向の把握について

現時点で把握可能な範囲で、関係団体等の協力を得て、事業者数、事業者毎の保健指導に従事する保健師・管理栄養士等の数や保健指導対象者の数など調査を行うこととするが、将来的には、各都道府県の保険者協議会が定期的に調査・把握するものとする。

(1) 健診機関タイプ

都道府県は、市町村の協力を得て、既存の健診機関（老人保健事業における健診の委託先等）に対し、保健指導を行う意向があるかどうか調査する。

国は、日本総合健診医学会、日本人間ドック学会に対し、傘下の健診機関が保健指導を行う意向があるかどうか調査を依頼する。

(2) 病院・診療所タイプ

都道府県は、都道府県医師会に対し、域内の病院・診療所が保健指導を行う意向があるかどうか、調査を依頼する。

国は、日本医師会に対し、都道府県医師会に当該調査への協力を呼びかけてもらうよう依頼する。

(3) 民間企業タイプ

都道府県は、地域の経済団体等に対し、保健指導を行う意向のある企業の状況把握を依頼する。

国は、日本経済団体連合会等に対し、広域にわたって、保健指導を行う意向のある企業の状況把握を依頼する。

(4) 保健師・管理栄養士起業タイプ

都道府県は、域内の看護協会、栄養士会に対し、保健指導を行う意向のある会員の状況把握を依頼する。

国は、日本看護協会、日本栄養士会に対し、地域の団体に当該情報提供への協力を呼びかけてもらうよう依頼するとともに、日本看護協会等において保健指導を行う予定があるかどうか調査する。

(5) 市町村タイプ

国や国保中央会において全国の市町村（国保又は保健部門）における保健指導の実施予定を把握する。

2 保健指導のスタッフについて

保健指導を実施するスタッフの人数(資格別)について以下の欄に記入してください。

資格	人数					
	既に確保している人数		確保を予定している人数		合計	
	常勤	非常勤 (常勤換算)	常勤	非常勤 (常勤換算)	常勤	非常勤 (常勤換算)
①医師	人	(人)	人	(人)		(人)
②保健師	人	(人)	人	(人)	人	(人)
③管理栄養士	人	(人)	人	(人)	人	(人)
④看護師	人	(人)	人	(人)	人	(人)
⑤栄養士	人	(人)	人	(人)	人	(人)
⑥健康運動指導士	人	(人)	人	(人)	人	(人)
⑦その他	人	(人)	人	(人)	人	(人)
()	人	(人)	人	(人)	人	(人)
()	人	(人)	人	(人)	人	(人)

注1 資格を限定せずに確保を予定している場合は、その他欄の()内に「資格限定なし」として記載してください。また、保健師と管理栄養士という複数の資格に限定して確保を予定している場合は、その他欄の()内に「②又は③」と記載してください。

注2 非常勤欄の「常勤換算」は、「非常勤者の勤務時間の合計」を「常勤者の勤務時間」で割った数を記載してください。例えば、非常勤者の勤務時間の合計が16時間(例:4時間勤務の非常勤者が4名)で、常勤者の勤務時間が8時間の場合は、「 $16 \div 8 = 2$ 」となり、「2」と記載してください。

3 保健指導の実施対象者について

平成20年度及び平成21年度の保健指導実施対象者数の見込みについて分かる範囲で以下の欄に記入してください。

	H20年度	H21年度
動機づけ支援	(人)	(人)
積極的支援	(人)	(人)

4 保健指導の事業内容について

(1) 「動機づけ支援」型の保健指導の事業を行う予定がある場合は、事業内容を教えてください。

- ・ ITの活用 (あり ・ なし)
- ・ 個別相談の活用 (あり ・ なし)
- ・ その他 (具体的な事業内容:)

(2) 「積極的支援」型の保健指導の事業を行う予定がある場合は、事業内容を教えてください。

- ・ ITの活用 (あり ・ なし)
- ・ 個別相談の活用 (あり ・ なし)
- ・ 運動の実践提供 (あり ・ なし)
- ・ 栄養教室の実践提供 (あり ・ なし)
- ・ その他 (具体的な事業内容:)

5 保健指導事業者の事業内容について

既に保健指導の事業を実施している場合は、その実績について以下の欄に記入してください。

事業の内容(動機づけ支援型か、積極的支援型か)	実施年	実施人数(年間)
	年から 年まで	(人)
	年から 年まで	(人)
	年から 年まで	(人)

6 保健指導事業者の事業所について

事業所の情報について以下の欄に記入してください(複数の事業所がある場合はそれぞれについて記入してください)。

【事業所1】

フリガナ			
名称			
事業所の所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
事業所の連絡先	電話番号		FAX番号
保健指導事業の提供予定地域			

【事業所2】

フリガナ			
名称			
事業所の所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
事業所の連絡先	電話番号		FAX番号
保健指導事業の提供予定地域			

【事業所3】

フリガナ			
名称			
事業所の所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
事業所の連絡先	電話番号		FAX番号
保健指導事業の提供予定地域			