

特定保健指導のアウトソーシング先等実態調査票(案)

- 本調査は次にあげる事業者を対象とした調査です。
- ①平成18年度に市区町村の老人保健事業の基本健康診査を受託している事業者
- ②平成18年度に企業から生活習慣病予防健診等を受託している事業者
- ③平成20年度からの「特定健診・保健指導」において、特定保健指導事業を行う可能性がある事業者
- 別ファイルの「保健指導の内容」および「アウトソーシング基準」をご覧になりご回答ください。
- 集計した結果につきましては「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」および関連する検討会等での資料や事業者名簿を作成し、地方自治体・関係団体への情報提供をおこないますのであらかじめご了承ください。
- 調査項目は平成19年1月1日現在の状況でご回答ください。

調査に関するお問い合わせ先
 厚生労働省健康局総務課保健指導室 担当 二宮 須藤
 TEL 03-5253-1111(内線 2392 2391) FAX 03-3503-8563

貴事業者の連絡先を下記に記入してください。

フリガナ 名 称		
主たる事務所の 所在地または住所	〒(-)	
	電話番号	
	E-mail	
法人の種別		
担当者の職・氏名	職 名	
	フリガナ	
	氏 名	

1 貴事業者について教えてください。

(1) 現時点(平成19年1月1日)で実施している健診および保健指導事業について当てはまる項目の番号一つを枠の中に記入してください。

番号	
----	--

- ① 健診事業のみ実施 ⇒(2)にお進みください
※ここでの健診とは老人保健事業の基本健診のこと。保健指導を付加的に行っている程度のものは健診事業として扱う。
 - ② 健診事業と保健指導事業を実施
 - ③ 保健指導事業のみ実施
- } ⇒(3)にお進みください

(2) (1)で①と回答された方におうかがいします。保健指導事業を行う予定はありますか。当てはまる項目の番号一つを枠の中に記入してください。

番号	
----	--

- ① 予定あり ⇒開始時期が決まっていれば記入してください (年 月)
- ② 予定なし ⇒ 5 にお進みください
- ③ 未定

- (3) 平成20年度から「特定健診・保健事業」を実施に際し、次の①～⑤の分類のうち、貴事業者の事業形態に最も近いと思われるか。当てはまる項目の番号一つを枠の中に記入してください。

番号	
----	--

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(非常勤を含む)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・診療所が保健指導を実施する場合(生活習慣病指導管理料等の保険診療によるものを除く)。

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(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や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・管理栄養士等起業タイプ

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 その他

2 保健指導のスタッフの人員についてお聞きます。

- (1) 現時点(平成19年1月1日)で保健指導を実施するスタッフについて、当てはまる項目の番号一つを枠の中に記入してください。

番号	
----	--

① いる ⇒現在のスタッフ数を下表に記入してください。

② いない

資格	人 数		
	常勤	非常勤 (常勤換算)	合計
① 医師	人	() 人	0 人
② 保健師	人	() 人	0 人
③ 管理栄養士	人	() 人	0 人
④ その他	0 人	0 人 (0) 人	0 人
()	人	() 人	0 人
()	人	() 人	0 人
()	人	() 人	0 人
()	人	() 人	0 人
()	人	() 人	0 人

注 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。なお、常勤者の勤務時間は法定労働時間(1日8時間、週40時間)で計算してください。

例) 非常勤者の勤務時間の合計が週80時間(例:週5日4時間勤務の非常勤者が4名)の場合、「80÷40=2」となり、「2」と記載。

(2) 平成20年度からの「特定健診・保健指導」の実施に向けて、保健指導のスタッフの人員を確保または増員する予定がありますか。当てはまる項目の番号一つを枠の中に記入してください。

番号	
----	--

- ① 予定あり ⇒確保を予定している人数を下表に記入してください。
- ② 予定なし
- ③ 未定

資格	人 数		
	常勤	非常勤 (常勤換算)	合計
① 医師	人	人 () 人	0 人
② 保健師	人	人 () 人	0 人
③ 管理栄養士	人	人 () 人	0 人
④ その他	0 人	0 人 (0) 人	0 人
()	人	人 () 人	0 人
()	人	人 () 人	0 人
()	人	人 () 人	0 人
()	人	人 () 人	0 人
()	人	人 () 人	0 人

注 資格を限定せずに確保を予定されている場合は、その他の欄の()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されている場合は、その他の欄の()内に「②または③」と記載してください。

3 保健指導に関する事業を行っている(行う予定がある)場合は、当てはまる項目の枠すべてに○を付けてください。

- ① 個別相談指導
- ② 通信(手紙、電話、インターネット等)を活用した指導
- ③ 集団指導(生活習慣病、メタボリックシンドロームに関する講義等)
- ④ 集団指導(運動の実践提供)
- ⑤ 集団指導(栄養の実践提供)
- ⑥ その他 ⇒ [その他の具体的な内容]

4 保健指導のアウトソーシングに関することでご意見・ご感想があれば枠の中に記入してください。(自由記載)

5 今後も「特定健診・保健指導」に関する調査に御協力いただけますか。当てはまる項目の枠に○を付けてください。

- はい いいえ

ご回答ありがとうございました。