

資料2 調査票

(都道府県版)

市町村保健センターと 他部署・他機関との連携に関する調査

この調査は、保健センターと他の部署や機関との連携がうまくいっている事業を調査することで、包括的支援体制の構築促進を目指している研究です。

そこで、貴都道府県内にある『保健センター（ただし、政令指定都市と特別区にあるものを除く）』の事業^(注)で、**行政組織内の他部署や外部の機関・団体との連携がうまくいっている事業**、およびそれに関わっている保健センターについてお伺いします。なお、昨今、保健センターの名称は様々ですが、保健センターと同じような内容の機関であれば**名称は保健センターでなくてもかまいません**。また、保健センターが連携の中心である事業に限定しておりません。『健康づくり』**以外の連携も含めてご回答ください**。

注：活動が行われていれば、予算措置の有無は問いません。

「連携がうまくいっている」とは、具体的には、この5年程度の期間をみた場合に、保健センターが、以下の①～⑤の多くを満たすような状態です。

- ① 個人としてではなく、組織として他分野（他部署、民間など）と連携しながら、保健事業を実施している。
- ② 保健センターが地域づくりの拠点やステークホルダー・担い手のひとつとして機能し、活動している。
- ③ 協力を要請したり、要請されたりといった、相互支援・協働の関係である。
- ④ 相手の組織がどのような立場・意向で連携しているか把握できている。
- ⑤ 保健センターと相手組織が情報の共有を十分している。

事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、回答者の主観的な判断や印象で結構です。不明な項目は空欄のままで結構です。

★アンケートは11ページまであります。可能な限り最後までご記入ください。

★ご記入いただいたアンケートは、研究班用メールアドレス(hcnw@tmig.or.jp)へ、本アンケートの受信後2週間程度でお返しいただければ幸いです。

調査における倫理的配慮

調査実施にあたりまして、以下のことを厳守いたします。

- ◆ 知り得たデータは、本研究目的以外で使用することはありません。
- ◆ 研究へのご参加は自由意思です。研究にご協力いただけなかった場合でも、不利益になるようなことは一切ありません。
- ◆ 結果の公表は、統計的に処理し、回答者個人や、下記の事業紹介を除いては地域・地区名を特定することはありません。
- ◆ うまくいっている事業としてご紹介いただいた取り組みについて、当該団体に問い合わせを行う場合があります。その場合は事前にご連絡させていただきます。
- ◆ 調査票の返送をもって研究協力への同意があったものとさせていただきます。

お問い合わせ先

東京都健康長寿医療センター研究所

佐々木 (03-3964-3241 内線 4257)、深谷 (同 内線 4266)

研究班用メールアドレス (hcnw@tmig.or.jp)

貴都道府県内にある『保健センター（ただし、政令指定都市と特別区のものを除く）』の事業のうち、他の機関や部署とうまく連携できている事業について、代表的なものを最大 3 つご記入ください。なお、事業の予算措置の有無は問いませんし、活動が継続していれば目的は変わってもかまいません。また、保健センターは、名称が保健センターでなくても、保健センターと同じような組織や施設であれば結構です。

事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、あるいはご記入いただかなくとも結構です。

まずは 1 つめの事業についてお伺いします。

問 1 その事業の名称はなんと申しますか。正式名称でなくても結構です。

--

問 2 その事業を実施・事業に関与している保健センターの所在地と名称をご記入ください。複数ある場合は代表的な保健センター 1 つをご記入ください。

保健センターのある市町村名	
保健センター名	

問 3 この事業はおおよそ何年くらい継続していますか。以下の選択肢のうち 1 つの○をクリックしてください。

<input type="radio"/> 5年未満	<input type="radio"/> 10年以上
<input type="radio"/> 5年以上 10年未満	<input type="radio"/> わからない

問 4 この事業で対象となっている方は主にどのような方でしょうか（複数選択可）。

<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 児童（小学生～高校生まで含む）
<input type="checkbox"/> 乳幼児とその親、妊婦とパートナー	<input type="checkbox"/> 障がい児・者
<input type="checkbox"/> 成人一般	<input type="checkbox"/> 生活困窮者
<input type="checkbox"/> その他（	）
<input type="checkbox"/> 特定の対象は設定していない	

問 5 この事業の連携はどちらからもちかけられましたか。

<input type="radio"/> 保健センターからもちかけた	
<input type="radio"/> 他機関・他部署からもちかけられた	
<input type="radio"/> その他（	）
<input type="radio"/> よくわからない	

問6 この事業の連携において、保健センターは現在どのような役割を担っていますか。当てはまるもの1つの○をクリックしてください。

- 連携の中心となっている。
- 他の機関や部署などが連携の中心で、そこに参加している。
- ゆるやかなネットワークで、とくに中心となっている機関・団体などはない。
- 必要に応じて、後方から支援している。
- その他 ()

問7 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所内におけるどの部署と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> その自治体内の他の保健センター | <input type="checkbox"/> 生活困窮者部門 |
| <input type="checkbox"/> 国保部門 | <input type="checkbox"/> 学校教育部門 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者支援部門 | <input type="checkbox"/> 生涯学習部門 |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援部門 | <input type="checkbox"/> まちづくり部門 |
| <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援部門 | <input type="checkbox"/> 産業振興部門 |
| <input type="checkbox"/> 役所内の連携はない | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問8 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所外のどのような機関・団体等と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ |
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・連合自治会等 | <input type="checkbox"/> 医師会・歯科医師会等の職能団体 |
| <input type="checkbox"/> 企業 | <input type="checkbox"/> 住民組織・NPO・ボランティア団体 |
| <input type="checkbox"/> 商店・商店街 | <input type="checkbox"/> 保育園・学校など |
| <input type="checkbox"/> 福祉サービスの事業者や施設 | <input type="checkbox"/> 子育て支援センター/子育て世代包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 | <input type="checkbox"/> その他公的施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> その他民間施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 役所外との連携はない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問9 この事業の連携について、以下の4つの視点から、わかる範囲でご記入ください。

【連携することになった経緯】

【連携の現状】

【連携の成果】

【連携の今後の見通し】

問10 この事業の連携について、どのような点が特徴だと思いますか。

次に連携がうまくいっている 2 つめの事業（ただし、政令指定都市と特別区で行われているものは除く）についてお伺いします。事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、あるいはご記入いただかなくとも結構です。

ご紹介いただける事業が 2 つの場合は、[こちら](#)をクリックして、最後のページの間 31 にお進みください。

問 11 その事業の名称はなんと申しますか。正式名称でなくても結構です。

--

問 12 その事業を実施・事業に関与している保健センターの所在地と名称をご記入ください。複数ある場合は代表的な保健センター 1 つをご記入ください。

保健センターのある市町村名	
保健センター名	

問 13 この事業はおおよそ何年くらい継続していますか。以下の選択肢のうち 1 つの○をクリックしてください。

<input type="radio"/> 5 年未満	<input type="radio"/> 10 年以上
<input type="radio"/> 5 年以上 10 年未満	<input type="radio"/> わからない

問 14 この事業で対象となっている方は主にどのような方でしょうか（複数選択可）。

<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 児童（小学生～高校生まで含む）
<input type="checkbox"/> 乳幼児とその親、妊婦とパートナー	<input type="checkbox"/> 障がい児・者
<input type="checkbox"/> 成人一般	<input type="checkbox"/> 生活困窮者
<input type="checkbox"/> その他（	）
<input type="checkbox"/> 特定の対象は設定していない	

問 15 この事業の連携はどちらからもちかけられましたか。

<input type="radio"/> 保健センターからもちかけた	
<input type="radio"/> 他機関・他部署からもちかけられた	
<input type="radio"/> その他（	）
<input type="radio"/> よくわからない	

問 16 この事業の連携において、保健センターは現在どのような役割を担っていますか。当てはまるもの1つの○をクリックしてください。

- 連携の中心となっている。
- 他の機関や部署などが連携の中心で、そこに参加している。
- ゆるやかなネットワークで、とくに中心となっている機関・団体などはない。
- 必要に応じて、後方から支援している。
- その他 ()

問 17 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所内におけるどの部署と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> その自治体内の他の保健センター | <input type="checkbox"/> 生活困窮者部門 |
| <input type="checkbox"/> 国保部門 | <input type="checkbox"/> 学校教育部門 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者支援部門 | <input type="checkbox"/> 生涯学習部門 |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援部門 | <input type="checkbox"/> まちづくり部門 |
| <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援部門 | <input type="checkbox"/> 産業振興部門 |
| <input type="checkbox"/> 役所内の連携はない | |
| <input type="checkbox"/> その他 | () |

問 18 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所外のどのような機関・団体等と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ |
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・連合自治会等 | <input type="checkbox"/> 医師会・歯科医師会等の職能団体 |
| <input type="checkbox"/> 企業 | <input type="checkbox"/> 住民組織・NPO・ボランティア団体 |
| <input type="checkbox"/> 商店・商店街 | <input type="checkbox"/> 保育園・学校など |
| <input type="checkbox"/> 福祉サービスの事業者や施設 | <input type="checkbox"/> 子育て支援センター/子育て世代包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 | <input type="checkbox"/> その他公的施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> その他民間施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 役所外との連携はない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 19 この事業の連携について、以下の4つの視点から、わかる範囲でご記入ください。

【連携することになった経緯】

【連携の現状】

【連携の成果】

【連携の今後の見通し】

問 20 この事業の連携について、どのような点が特徴だと思えますか。

最後に連携がうまくいっている3つめの事業（ただし、政令指定都市と特別区で行われているものは除く）についてお伺いします。事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、あるいはご記入いただかなくとも結構です。

ご紹介いただける事業が2つの場合は、[こちら](#)をクリックして、最後のページの間31にお進みください。

問21 その事業の名称はなんと申しますか。正式名称でなくても結構です。

--

問22 その事業を実施・事業に関与している保健センターの所在地と名称をご記入ください。複数ある場合は代表的な保健センター1つをご記入ください。

保健センターのある市町村名	
保健センター名	

問23 この事業はおおよそ何年くらい継続していますか。以下の選択肢のうち1つの○をクリックしてください。

<input type="radio"/> 5年未満	<input type="radio"/> 10年以上
<input type="radio"/> 5年以上10年未満	<input type="radio"/> わからない

問24 この事業で対象となっている方は主にどのような方でしょうか（複数選択可）。

<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 児童（小学生～高校生まで含む）
<input type="checkbox"/> 乳幼児とその親、妊婦とパートナー	<input type="checkbox"/> 障がい児・者
<input type="checkbox"/> 成人一般	<input type="checkbox"/> 生活困窮者
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 特定の対象は設定していない	

問25 この事業の連携はどちらからもちかけられましたか。

<input type="radio"/> 保健センターからもちかけた
<input type="radio"/> 他機関・他部署からもちかけられた
<input type="radio"/> その他（ ）
<input type="radio"/> よくわからない

問 26 この事業の連携において、保健センターは現在どのような役割を担っていますか。当てはまるもの1つの○をクリックしてください。

- 連携の中心となっている。
- 他の機関や部署などが連携の中心で、そこに参加している。
- ゆるやかなネットワークで、とくに中心となっている機関・団体などはない。
- 必要に応じて、後方から支援している。
- その他 ()

問 27 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所内におけるどの部署と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> その自治体内の他の保健センター | <input type="checkbox"/> 生活困窮者部門 |
| <input type="checkbox"/> 国保部門 | <input type="checkbox"/> 学校教育部門 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者支援部門 | <input type="checkbox"/> 生涯学習部門 |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援部門 | <input type="checkbox"/> まちづくり部門 |
| <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援部門 | <input type="checkbox"/> 産業振興部門 |
| <input type="checkbox"/> 役所内の連携はない | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 28 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所外のどのような機関・団体等と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ |
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・連合自治会等 | <input type="checkbox"/> 医師会・歯科医師会等の職能団体 |
| <input type="checkbox"/> 企業 | <input type="checkbox"/> 住民組織・NPO・ボランティア団体 |
| <input type="checkbox"/> 商店・商店街 | <input type="checkbox"/> 保育園・学校など |
| <input type="checkbox"/> 福祉サービスの事業者や施設 | <input type="checkbox"/> 子育て支援センター/子育て世代包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 | <input type="checkbox"/> その他公的施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> その他民間施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 役所外との連携はない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 29 この事業の連携について、以下の4つの視点から、わかる範囲でご記入ください。

【連携することになった経緯】

【連携の現状】

【連携の成果】

【連携の今後の見通し】

問 30 この事業の連携について、どのような点が特徴だと思いますか。

<ここからは全員がお答えください>

問 31 最後になりますが、本件について、後日問い合わせをさせていただく必要がある場合に備え、担当者のご連絡先などをお伺いします。

貴都道府県庁名	
本件についての問い合わせ連絡先	
担当者様の所属部署名と担当者様名	

問 32 調査に関する連絡事項などがございましたら、下記の枠内にご記入ください。

--

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました

調査票は、研究班用メールアドレス (hcnw@tmig.or.jp) へ、本アンケートの受信後 2 週間程度でお返しいただければ幸いです。

市町村保健センターと 他部署・他機関との連携に関する調査

この調査は、保健センターと他の部署や機関との連携がうまくいっている事業を調査することで、包括的支援体制の構築促進を目指している研究です。

そこで、貴自治体にある『保健センター』の事業^(注)で、**行政組織内の他部署や外部の機関・団体との連携がうまくいっている事業**、およびそれに関わっている保健センターについてお伺いします。なお、昨今、保健センターの名称は様々ですが、保健センターと同じような内容の機関であれば**名称は保健センターでなくてもかまいません**。また、保健センターが連携の中心である事業に限定しておりません。『健康づくり』以外の連携も含めてご回答ください。

注：活動が行われていれば、予算措置の有無は問いません。

「連携がうまくいっている」とは、具体的には、この5年程度の期間をみた場合に、保健センターが、以下の①～⑤の多くを満たすような状態です。

- ① 個人としてではなく、組織として他分野（他部署、民間など）と連携しながら、保健事業を実施している。
- ② 保健センターが地域づくりの拠点やステークホルダー・担い手のひとつとして機能し、活動している。
- ③ 協力を要請したり、要請されたりといった、相互支援・協働の関係である。
- ④ 相手の組織がどのような立場・意向で連携しているか把握できている。
- ⑤ 保健センターと相手組織が情報の共有を十分している。

事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、回答者の主観的な判断や印象で結構です。不明な項目は空欄のまま結構です。

★アンケートは11ページまであります。可能な限り最後までご記入ください。

★ご記入いただいたアンケートは、研究班用メールアドレス(hcnw@tmig.or.jp)へ、本アンケートの受信後2週間程度でお返しいただければ幸いです。

調査における倫理的配慮

調査実施にあたりまして、以下のことを厳守いたします。

- ◆ 知り得たデータは、本研究目的以外で使用することはありません。
- ◆ 研究へのご参加は自由意思です。研究にご協力いただけなかった場合でも、不利益になるようなことは一切ありません。
- ◆ 結果の公表は、統計的に処理し、回答者個人や、下記の事業紹介を除いては地域・地区名を特定することはありません。
- ◆ うまくいっている事業としてご紹介いただいた取り組みについて、当該団体に問い合わせを行う場合があります。その場合は事前にご連絡させていただきます。
- ◆ 調査票の返送をもって研究協力への同意があったものとさせていただきます。

お問い合わせ先

東京都健康長寿医療センター研究所

佐々木 (03-3964-3241 内線 4257)、深谷 (同 内線 4266)

研究班用メールアドレス (hcnw@tmig.or.jp)

貴自治体内にある『保健センター』の事業のうち、他の機関や部署とうまく連携できている事業について、代表的なものを最大3つご記入ください。なお、事業の予算措置の有無は問いませんし、活動が継続していれば目的は変わってもかまいません。また、保健センターは、名称が保健センターでなくても、保健センターと同じような組織や施設であれば結構です。

事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、あるいはご記入いただかなくとも結構です。

まずは1つめの事業についてお伺いします。

問1 その事業の名称はなんと申しますか。正式名称でなくても結構です。

--

問2 その事業を実施・事業に関与している保健センターの名称をご記入ください。複数ある場合は代表的な保健センター1つをご記入ください。

保健センター名	
---------	--

(注) 自治体内に保健センターが1つしかない場合は、その名称をご記入ください。

問3 この事業はおおよそ何年くらい継続していますか。以下の選択肢のうち1つの○をクリックしてください。

<input type="radio"/> 5年未満	<input type="radio"/> 10年以上
<input type="radio"/> 5年以上10年未満	<input type="radio"/> わからない

問4 この事業で対象となっている方は主にどのような方でしょうか(複数選択可)。

<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 児童(小学生~高校生まで含む)
<input type="checkbox"/> 乳幼児とその親、妊婦とパートナー	<input type="checkbox"/> 障がい児・者
<input type="checkbox"/> 成人一般	<input type="checkbox"/> 生活困窮者
<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 特定の対象は設定していない	

問5 この事業の連携はどちらからもちかけられましたか。

<input type="radio"/> 保健センターからもちかけた
<input type="radio"/> 他機関・他部署からもちかけられた
<input type="radio"/> その他()
<input type="radio"/> よくわからない

問6 この事業の連携において、保健センターは現在どのような役割を担っていますか。当てはまるもの1つの○をクリックしてください。

- 連携の中心となっている。
- 他の機関や部署などが連携の中心で、そこに参加している。
- ゆるやかなネットワークで、とくに中心となっている機関・団体などはない。
- 必要に応じて、後方から支援している。
- その他 ()

問7 この事業は、市（区）役所内におけるどの部署と連携していますか。わかる範囲で結構です。当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自治体内の他の保健センター | <input type="checkbox"/> 生活困窮者部門 |
| <input type="checkbox"/> 国保部門 | <input type="checkbox"/> 学校教育部門 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者支援部門 | <input type="checkbox"/> 生涯学習部門 |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援部門 | <input type="checkbox"/> まちづくり部門 |
| <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援部門 | <input type="checkbox"/> 産業振興部門 |
| <input type="checkbox"/> 役所内の連携はない | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問8 この事業は、市（区）役所外のどのような機関・団体等と連携していますか。わかる範囲で結構です。当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ |
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・連合自治会等 | <input type="checkbox"/> 医師会・歯科医師会等の職能団体 |
| <input type="checkbox"/> 企業 | <input type="checkbox"/> 住民組織・NPO・ボランティア団体 |
| <input type="checkbox"/> 商店・商店街 | <input type="checkbox"/> 保育園・学校など |
| <input type="checkbox"/> 福祉サービスの事業者や施設 | <input type="checkbox"/> 子育て支援センター/子育て世代包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 | <input type="checkbox"/> その他公的施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> その他民間施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 役所外との連携はない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問9 この事業の連携について、以下の4つの視点から、わかる範囲でご記入ください。

【連携することになった経緯】

--

【連携の現状】

--

【連携の成果】

--

【連携の今後の見通し】

--

問10 この事業の連携について、どのような点が特徴だと思いますか。

--

次に連携がうまくいっている2つめの事業についてお伺いします。事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、あるいはご記入いただかなくとも結構です。

ご紹介いただける事業が2つの場合は、[こちら](#)をクリックして、最後のページの間31にお進みください。

問11 その事業の名称はなんと申しますか。正式名称でなくても結構です。

--

問12 その事業を実施・事業に関与している保健センターの名称をご記入ください。複数ある場合は代表的な保健センター1つをご記入ください。

保健センター名	
---------	--

(注) 自治体内に保健センターが1つしかない場合は、その名称をご記入ください。

問13 この事業はおおよそ何年くらい継続していますか。以下の選択肢のうち1つの○をクリックしてください。

<input type="radio"/> 5年未満	<input type="radio"/> 10年以上
<input type="radio"/> 5年以上10年未満	<input type="radio"/> わからない

問14 この事業で対象となっている方は主にどのような方でしょうか(複数選択可)。

<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 児童(小学生~高校生まで含む)
<input type="checkbox"/> 乳幼児とその親、妊婦とパートナー	<input type="checkbox"/> 障がい児・者
<input type="checkbox"/> 成人一般	<input type="checkbox"/> 生活困窮者
<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 特定の対象は設定していない	

問15 この事業の連携はどちらからもちかけられましたか。

<input type="radio"/> 保健センターからもちかけた
<input type="radio"/> 他機関・他部署からもちかけられた
<input type="radio"/> その他 ()
<input type="radio"/> よくわからない

問 16 この事業の連携において、保健センターは現在どのような役割を担っていますか。当てはまるもの1つの○をクリックしてください。

- 連携の中心となっている。
- 他の機関や部署などが連携の中心で、そこに参加している。
- ゆるやかなネットワークで、とくに中心となっている機関・団体などはない。
- 必要に応じて、後方から支援している。
- その他 ()

問 17 この事業は、市（区）役所内におけるどの部署と連携していますか。わかる範囲で結構です。当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自治体内の他の保健センター | <input type="checkbox"/> 生活困窮者部門 |
| <input type="checkbox"/> 国保部門 | <input type="checkbox"/> 学校教育部門 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者支援部門 | <input type="checkbox"/> 生涯学習部門 |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援部門 | <input type="checkbox"/> まちづくり部門 |
| <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援部門 | <input type="checkbox"/> 産業振興部門 |
| <input type="checkbox"/> 役所内の連携はない | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 18 この事業は、市（区）役所外のどのような機関・団体等と連携していますか。わかる範囲で結構です。当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ |
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・連合自治会等 | <input type="checkbox"/> 医師会・歯科医師会等の職能団体 |
| <input type="checkbox"/> 企業 | <input type="checkbox"/> 住民組織・NPO・ボランティア団体 |
| <input type="checkbox"/> 商店・商店街 | <input type="checkbox"/> 保育園・学校など |
| <input type="checkbox"/> 福祉サービスの事業者や施設 | <input type="checkbox"/> 子育て支援センター/子育て世代包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 | <input type="checkbox"/> その他公的施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> その他民間施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 役所外との連携はない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 19 この事業の連携について、以下の4つの視点から、わかる範囲でご記入ください。

【連携することになった経緯】

【連携の現状】

【連携の成果】

【連携の今後の見通し】

問 20 この事業の連携について、どのような点が特徴だと思えますか。

最後に連携がうまくいっている3つめの事業（ただし、政令指定都市と特別区で行われているものは除く）についてお伺いします。事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、あるいはご記入いただかなくとも結構です。

ご紹介いただける事業が2つの場合は、[こちら](#)をクリックして、最後のページの間31にお進みください。

問21 その事業の名称はなんと申しますか。正式名称でなくても結構です。

--

問22 その事業を実施・事業に関与している保健センターの名称をご記入ください。複数ある場合は代表的な保健センター1つをご記入ください。

保健センター名	
---------	--

(注) 自治体内に保健センターが1つしかない場合は、その名称をご記入ください。

問23 この事業はおおよそ何年くらい継続していますか。以下の選択肢のうち1つの○をクリックしてください。

<input type="radio"/> 5年未満	<input type="radio"/> 10年以上
<input type="radio"/> 5年以上10年未満	<input type="radio"/> わからない

問24 この事業で対象となっている方は主にどのような方でしょうか（複数選択可）。

<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 児童（小学生～高校生まで含む）
<input type="checkbox"/> 乳幼児とその親、妊婦とパートナー	<input type="checkbox"/> 障がい児・者
<input type="checkbox"/> 成人一般	<input type="checkbox"/> 生活困窮者
<input type="checkbox"/> その他（	）
<input type="checkbox"/> 特定の対象は設定していない	

問25 この事業の連携はどちらからもちかけられましたか。

<input type="radio"/> 保健センターからもちかけた	
<input type="radio"/> 他機関・他部署からもちかけられた	
<input type="radio"/> その他（	）
<input type="radio"/> よくわからない	

問 26 この事業の連携において、保健センターは現在どのような役割を担っていますか。当てはまるもの1つの○をクリックしてください。

- 連携の中心となっている。
- 他の機関や部署などが連携の中心で、そこに参加している。
- ゆるやかなネットワークで、とくに中心となっている機関・団体などはない。
- 必要に応じて、後方から支援している。
- その他 ()

問 27 この事業は、市（区）役所内におけるどの部署と連携していますか。わかる範囲で結構です。当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自治体内の他の保健センター | <input type="checkbox"/> 生活困窮者部門 |
| <input type="checkbox"/> 国保部門 | <input type="checkbox"/> 学校教育部門 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者支援部門 | <input type="checkbox"/> 生涯学習部門 |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援部門 | <input type="checkbox"/> まちづくり部門 |
| <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援部門 | <input type="checkbox"/> 産業振興部門 |
| <input type="checkbox"/> 役所内の連携はない | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 28 この事業は、市（区）役所外のどのような機関・団体等と連携していますか。わかる範囲で結構です。当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ |
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・連合自治会等 | <input type="checkbox"/> 医師会・歯科医師会等の職能団体 |
| <input type="checkbox"/> 企業 | <input type="checkbox"/> 住民組織・NPO・ボランティア団体 |
| <input type="checkbox"/> 商店・商店街 | <input type="checkbox"/> 保育園・学校など |
| <input type="checkbox"/> 福祉サービスの事業者や施設 | <input type="checkbox"/> 子育て支援センター/子育て世代包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 | <input type="checkbox"/> その他公的施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> その他民間施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 役所外との連携はない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 29 この事業の連携について、以下の4つの視点から、わかる範囲でご記入ください。

【連携することになった経緯】

--

【連携の現状】

--

【連携の成果】

--

【連携の今後の見通し】

--

問 30 この事業の連携について、どのような点が特徴だと思いますか。

--

＜ここからは全員がお答えください＞

問 31 最後になりますが、本件について、後日問い合わせをさせていただく必要がある場合に備え、担当者のご連絡先などをお伺いします。

貴自治体名	
本件についての問い合わせ連絡先	
担当者様の所属部署名と担当者様名	

問 32 調査に関する連絡事項などがございましたら、下記の枠内にご記入ください。

--

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました

調査票は、研究班用メールアドレス (hcnw@tmig.or.jp) へ、本アンケートの受信後 2 週間程度でお返しいただければ幸いです。

調査票
(有識者版)

市町村保健センターと 他部署・他機関との連携に関する調査

この調査は、保健センターと他の部署や機関との連携がうまくいっている事業を調査することで、包括的支援体制の構築促進を目指している研究です。

そこで、あなたご存じの『保健センター』の事業^(注)で、**行政組織内の他部署や外部の機関・団体との連携がうまくいっている事業**、およびそれに関わっている保健センターについてお伺いします。なお、昨今、保健センターの名称は様々ですが、保健センターと同じような内容の機関であれば**名称は保健センターでなくてもかまいません**。また、保健センターが連携の中心である必要はありませんので、『健康づくり』**以外の連携も含まれます**。

注：活動が行われていれば、予算措置の有無は問いません。

「連携がうまくいっている」とは、具体的には、この5年程度の期間をみた場合に、保健センターが、以下の①～⑤の多くを満たすような状態です。

- ① 個人としてではなく、組織として他分野（他部署、民間など）と連携しながら、保健事業を実施している。
- ② 保健センターが地域づくりの拠点やステークホルダー・担い手のひとつとして機能し、活動している。
- ③ 協力を要請したり、要請されたりといった、相互支援・協働の関係である。
- ④ 相手の組織がどのような立場・意向で連携しているか把握できている。
- ⑤ 保健センターと相手組織が情報の共有を十分している。

事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、わからない項目は飛ばしていただいて結構です。

★アンケートは11ページまであります。可能な限り最後までご記入ください。

★ご記入いただいたアンケートは、研究班用メールアドレス(hcnw@tmig.or.jp)へ、本アンケートの受信後2週間程度でお返しいただければ幸いです。

調査における倫理的配慮

調査実施にあたりまして、以下のことを厳守いたします。

- ◆ 知り得たデータは、本研究目的以外で使用することはありません。
- ◆ 研究へのご参加は自由意思です。研究にご協力いただけなかった場合でも、不利益になるようなことは一切ありません。
- ◆ 結果の公表は、統計的に処理し、回答者個人や、下記の事業紹介を除いては地域・地区名を特定することはありません。
- ◆ うまくいっている事業としてご紹介いただいた取り組みについて、当該団体に問い合わせを行う場合があります。その場合は事前にご連絡させていただきます。
- ◆ 調査票の返送をもって研究協力への同意があったものとさせていただきます。

お問い合わせ先

東京都健康長寿医療センター研究所

佐々木 (03-3964-3241 内線 4257)、深谷 (同 内線 4266)

研究班用メールアドレス (hcnw@tmig.or.jp)

あなたがお存じの『保健センター』の事業のうち、他の機関や部署とうまく連携できている事業について、代表的なものを最大 3 つお伺いします。なお、事業の予算措置の有無は問いませんし、保健センターは、名称が保健センターでなくても、保健センターと同じような組織や施設であれば結構です。

事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、あるいはご記入いただかなくとも結構です。

まずは 1 つめの事業についてお伺いします。

問 1 その事業の名称はなんと申しますか。正式名称でなくても結構です。

--

問 2 その事業を実施・事業に関与している保健センターの所在地と名称をご記入ください。複数ある場合は代表的な保健センター 1 つをご記入ください。

保健センターのある市町村名	
保健センター名	

問 3 この事業はおおよそ何年くらい継続していますか。以下の選択肢のうち 1 つの○をクリックしてください。

<input type="radio"/> 5 年未満	<input type="radio"/> 10 年以上
<input type="radio"/> 5 年以上 10 年未満	<input type="radio"/> わからない

問 4 この事業で対象となっている方は主にどのような方でしょうか（複数選択可）。

<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 児童（小学生～高校生まで含む）
<input type="checkbox"/> 乳幼児とその親、妊婦とパートナー	<input type="checkbox"/> 障がい児・者
<input type="checkbox"/> 成人一般	<input type="checkbox"/> 生活困窮者
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 特定の対象は設定していない	

問 5 この事業の連携はどちらからもちかけられましたか。

<input type="radio"/> 保健センターからもちかけた
<input type="radio"/> 他機関・他部署からもちかけられた
<input type="radio"/> その他（ ）
<input type="radio"/> よくわからない

問6 この事業の連携において、保健センターは現在どのような役割を担っていますか。当てはまるもの1つの○をクリックしてください。

- 連携の中心となっている。
- 他の機関や部署などが連携の中心で、そこに参加している。
- ゆるやかなネットワークで、とくに中心となっている機関・団体などはない。
- 必要に応じて、後方から支援している。
- その他 ()

問7 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所内におけるどの部署と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> その自治体内の他の保健センター | <input type="checkbox"/> 生活困窮者部門 |
| <input type="checkbox"/> 国保部門 | <input type="checkbox"/> 学校教育部門 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者福祉部門 | <input type="checkbox"/> 生涯学習部門 |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援部門 | <input type="checkbox"/> まちづくり部門 |
| <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援部門 | <input type="checkbox"/> 産業振興部門 |
| <input type="checkbox"/> 役所内の連携はない | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問8 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所外のどのような機関・団体等と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ |
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・連合自治会等 | <input type="checkbox"/> 医師会・歯科医師会等の職能団体 |
| <input type="checkbox"/> 企業 | <input type="checkbox"/> 住民組織・NPO・ボランティア団体 |
| <input type="checkbox"/> 商店・商店街 | <input type="checkbox"/> 保育園・学校など |
| <input type="checkbox"/> 福祉サービスの事業者や施設 | <input type="checkbox"/> 子育て支援センター/子育て世代包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 | <input type="checkbox"/> その他公的施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> その他民間施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 役所外との連携はない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問9 この事業の連携について、以下の4つの視点から、わかる範囲でご記入ください。

【連携することになった経緯】

【連携の現状】

【連携の成果】

【連携の今後の見通し】

問10 この事業の連携について、どのような点が特徴だと思いますか。

次に連携がうまくいっている2つめの事業についてお伺いします。事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、あるいはご記入いただかなくとも結構です。

ご紹介いただける事業が2つの場合は、[こちら](#)をクリックして、最後のページの問31にお進みください。

問11 その事業の名称はなんと言いますか。正式名称でなくても結構です。

--

問12 その事業を実施・事業に関与している保健センターの所在地と名称をご記入ください。複数ある場合は代表的な保健センター1つをご記入ください。

保健センターのある市町村名	
保健センター名	

問13 この事業はおおよそ何年くらい継続していますか。以下の選択肢のうち1つの○をクリックしてください。

<input type="radio"/> 5年未満	<input type="radio"/> 10年以上
<input type="radio"/> 5年以上10年未満	<input type="radio"/> わからない

問14 この事業で対象となっている方は主にどのような方でしょうか（複数選択可）。

<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 児童（小学生～高校生まで含む）
<input type="checkbox"/> 乳幼児とその親、妊婦とパートナー	<input type="checkbox"/> 障がい児・者
<input type="checkbox"/> 成人一般	<input type="checkbox"/> 生活困窮者
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 特定の対象は設定していない	

問15 この事業の連携はどちらからもちかけられましたか。

<input type="radio"/> 保健センターからもちかけた
<input type="radio"/> 他機関・他部署からもちかけられた
<input type="radio"/> その他（ ）
<input type="radio"/> よくわからない

問 16 この事業の連携において、保健センターは現在どのような役割を担っていますか。当てはまるもの1つの○をクリックしてください。

- 連携の中心となっている。
- 他の機関や部署などが連携の中心で、そこに参加している。
- ゆるやかなネットワークで、とくに中心となっている機関・団体などはない。
- 必要に応じて、後方から支援している。
- その他 ()

問 17 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所内におけるどの部署と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> その自治体内の他の保健センター | <input type="checkbox"/> 生活困窮者部門 |
| <input type="checkbox"/> 国保部門 | <input type="checkbox"/> 学校教育部門 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者福祉部門 | <input type="checkbox"/> 生涯学習部門 |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援部門 | <input type="checkbox"/> まちづくり部門 |
| <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援部門 | <input type="checkbox"/> 産業振興部門 |
| <input type="checkbox"/> 役所内の連携はない | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 18 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所外のどのような機関・団体等と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ |
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・連合自治会等 | <input type="checkbox"/> 医師会・歯科医師会等の職能団体 |
| <input type="checkbox"/> 企業 | <input type="checkbox"/> 住民組織・NPO・ボランティア団体 |
| <input type="checkbox"/> 商店・商店街 | <input type="checkbox"/> 保育園・学校など |
| <input type="checkbox"/> 福祉サービスの事業者や施設 | <input type="checkbox"/> 子育て支援センター/子育て世代包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 | <input type="checkbox"/> その他公的施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> その他民間施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 役所外との連携はない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 19 この事業の連携について、以下の4つの視点から、わかる範囲でご記入ください。

【連携することになった経緯】

【連携の現状】

【連携の成果】

【連携の今後の見通し】

問 20 この事業の連携について、どのような点が特徴だと思いますか。

最後に連携がうまくいっている3つめの事業についてお伺いします。事業の詳細が分からない、判断がつきにくい場合もあるかと思いますが、あなたの主観的な判断や印象で結構ですし、あるいはご記入いただかなくとも結構です。

ご紹介いただける事業が2つの場合は、[こちら](#)をクリックして、最後のページの間 31 にお進みください。

問 21 その事業の名称はなんと言いますか。正式名称でなくても結構です。

--

問 22 その事業を実施・事業に関与している保健センターの所在地と名称をご記入ください。複数ある場合は代表的な保健センター 1つをご記入ください。

保健センターのある市町村名	
保健センター名	

問 23 この事業はおおよそ何年くらい継続していますか。以下の選択肢のうち1つの○をクリックしてください。

<input type="radio"/> 5年未満	<input type="radio"/> 10年以上
<input type="radio"/> 5年以上10年未満	<input type="radio"/> わからない

問 24 この事業で対象となっている方は主にどのような方でしょうか（複数選択可）。

<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 児童（小学生～高校生まで含む）
<input type="checkbox"/> 乳幼児とその親、妊婦とパートナー	<input type="checkbox"/> 障がい児・者
<input type="checkbox"/> 成人一般	<input type="checkbox"/> 生活困窮者
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 特定の対象は設定していない	

問 25 この事業の連携はどちらからもちかけられましたか。

<input type="radio"/> 保健センターからもちかけた
<input type="radio"/> 他機関・他部署からもちかけられた
<input type="radio"/> その他（ ）
<input type="radio"/> よくわからない

問 26 この事業の連携において、保健センターは現在どのような役割を担っていますか。当てはまるもの1つの○をクリックしてください。

- 連携の中心となっている。
- 他の機関や部署などが連携の中心で、そこに参加している。
- ゆるやかなネットワークで、とくに中心となっている機関・団体などはない。
- 必要に応じて、後方から支援している。
- その他 ()

問 27 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所内におけるどの部署と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> その自治体内の他の保健センター | <input type="checkbox"/> 生活困窮者部門 |
| <input type="checkbox"/> 国保部門 | <input type="checkbox"/> 学校教育部門 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者福祉部門 | <input type="checkbox"/> 生涯学習部門 |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援部門 | <input type="checkbox"/> まちづくり部門 |
| <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援部門 | <input type="checkbox"/> 産業振興部門 |
| <input type="checkbox"/> 役所内の連携はない | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 28 この事業は、その保健センターのある市区町村の役所外のどのような機関・団体等と連携していますか。わかる範囲で結構ですので、当てはまるもの全ての□をクリックしてください。

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ |
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・連合自治会等 | <input type="checkbox"/> 医師会・歯科医師会等の職能団体 |
| <input type="checkbox"/> 企業 | <input type="checkbox"/> 住民組織・NPO・ボランティア団体 |
| <input type="checkbox"/> 商店・商店街 | <input type="checkbox"/> 保育園・学校など |
| <input type="checkbox"/> 福祉サービスの事業者や施設 | <input type="checkbox"/> 子育て支援センター/子育て世代包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 | <input type="checkbox"/> その他公的施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> その他民間施設・団体 () |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 役所外との連携はない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 29 この事業の連携について、以下の4つの視点から、わかる範囲でご記入ください。

【連携することになった経緯】

【連携の現状】

【連携の成果】

【連携の今後の見通し】

問 30 この事業の連携について、どのような点が特徴だと思いますか。

＜ここからは全員がお答えください＞

問 31 最後になりますが、本件について、後日問い合わせをさせていただく必要がある場合に備え、担当者のご連絡先などをお伺いします。

ご所属	
お名前	
本件についての問い合わせ連絡先	

問 32 調査に関する連絡事項などがございましたら、下記の枠内にご記入ください。

--

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

調査票は、研究班用メールアドレス (hcnw@tmig.or.jp) へ、本アンケートの受信後 2 週間程度でお返しいただければ幸いです。
