

巻末資料（質問紙）

1. 都道府県・歯科口腔保健担当部局用
 - 1) 【本票】
 - 2) 【別紙】 #1
2. 市区町村・歯科口腔保健担当部局用 【本票】 #2
3. 都道府県・食育担当部局用
 - 1) 【本票】
 - 2) 【別紙】 #1
4. 市区町村・食育担当部局用 【本票】 #3
5. 都道府県型保健所用

#1 【別紙】の調査票として10件分を送付されたが、内容が同じため、ここでは1件分のみ示す

#2 調査票は【本票】のほかに【別紙】もあるが、内容的に1-2)と同じため、割愛した

#3 調査票は【本票】のほかに【別紙】もあるが、内容的に3-2)と同じため、割愛した

巻末資料 1-1) 都道府県・歯科口腔保健担当部局用【本票】

都道府県_歯科保健担当部局様用 【本票】

都道府県の歯科保健ご担当者様

《御回答にあたって》

- ①回答欄は 色のセルです。
 - ②単回答設問＝1つだけ選択(SAと表記)は、回答欄のプルダウンリストから選択肢を選んで表示させてください。
 - ③複数回答設問＝いくつでも選択(MAと表記)は、該当する選択肢をチェック(クリック)してください。色付セルのどこからでもチェック可能です。チェック後は緑色のセルに変わります。
 - ④自由回答設問＝自由に入力(FAと表記)は、回答欄に直接入力してください。
 - ⑤数値回答設問＝数字を入力(NAと表記)は、回答欄に直接入力してください。
- ※回答のあったセルは 色に変わりますので、御確認に御活用ください。

本調査に御協力いただける場合、**御回答の前に必ず下記にチェック**を入れたうえで、各質問への御回答をお願いいたします。

(御同意いただけない際は、本調査への御回答とデータの御送信は御不要です。)

なお、同意のチェックがなく、御回答いただき、データを御送りいただいた場合は、本研究参加への同意があったものとして扱わせていただきます。

☐ **本調査の目的を理解し、研究参加に同意します。**

1. 都道府県名を御入力ください。(FA)

(都・道・府・県も御入力)

2. 歯科口腔保健を担当する担当部署
(部課)名を御入力ください。(FA)

3. 「歯科口腔保健の推進に関する条例」について伺います。

① 貴自治体では「歯科口腔保健の推進に関する条例」を制定していますか。(SA)

1 はい 2 いいえ → 4. へ

↓ 「はい」を選んだ方は、②～④も御回答ください。

② 条例名を御入力ください。(FA)

③ 上記条例の制定年度(西暦)(FA):

年度

④ 上記条例に「食育」に関する記載はありますか。(SA)

1 はい 2 いいえ

4. 「歯科口腔保健の推進に関する計画」について伺います。

① 貴自治体では「歯科口腔保健の推進に関する計画」を策定していますか。(SA)

1 単独で策定している 2 他の計画と一体的に策定している 3 策定していない → 5. へ

「1 単独で策定している」を選んだ方は②～⑤、
↓ 「2 他の計画と一体的に策定している」を選んだ方は③～⑤
も御回答ください。

② 上記計画中に「食育」に関する記載はありますか。(SA)

1 はい

2 いいえ

↓ 「はい」を選んだ方は、「食育」という文言は何カ所に記載されているか、お分かりですか。(SA)

【注】磁気化されている「歯科口腔保健の推進に関する計画」の文書を PC で読み込んで検索機能を用いて数えていただくことを想定して質問させていただきました。大まかな数で結構です。

「わかる」を選んだ方は、
↓ 記載箇所数も御回答ください。(FA)

1 わかる

2 わからない

→ 箇所

③ 計画名を御入力ください。(FA)

④ この計画では「食育や栄養などに関連した歯科口腔保健の目標」を設定していますか。(SA)

1 設定している

2 設定していない → 5. へ

↓ 「はい」を選んだ方は、⑤目標も御回答ください。(FA)

⑤ 「食育や栄養などに関連した歯科口腔保健の目標」を御入力ください。(FA)

【注】目標値は回答していただく必要はありません。

目標1:

目標2:

目標3:

目標4:

目標5:

5. 2で回答された「歯科口腔保健を担当する部署」が管轄する
今年度の歯科口腔保健推進事業全体の予算額を御入力ください。(NA)

千円

6. 今年度、「食育や栄養に関連した歯科口腔保健の事業」を行っていますか。
コロナ禍等の理由により現在中断中のものも含めて御回答ください。(SA)

※『歯科口腔保健を行っている＝はい』の場合は、それぞれの事業内容を御回答
ください。最大10事業まで回答可能です。

別紙回答欄へのボタンを押すと画面が切り替わります。

1 はい

2 いいえ

↓
「はい」を選んだ方は、別紙回答欄も御回答ください。

別紙回答欄へ

7. 市町村で行われている「食育や栄養に関連した歯科口腔保健の事業」についてお尋ねします。

① 過去 5 年間、「食育や栄養に関連した歯科口腔保健の事業」に関して以下の支援を
行ったことがありますか。該当するものを選択してください。
「行った」を選択した方は、年間の実施回数を御記入ください。(各SA)

「行った」を選んだ方は、
↓ 回数も御回答ください。(FA)

・担当者会議の開催	1 行っていない 2 行った		→ 年 回
・研修会の開催	1 行っていない 2 行った		→ 年 回
・事業媒体、資料の作成、提供	1 行っていない 2 行った		→ 年 回
・非常勤等の専門職等の人材育成	1 行っていない 2 行った		→ 年 回
・市町村への人的支援	1 行っていない 2 行った		→ 年 回
・その他(FA) ↓に内容を御回答ください。	1 行っていない 2 行った		→ 年 回

(具体的に)

②「食育や栄養に関連した歯科口腔保健の事業」を推進するため、市町村に対してどのような支援が必要と思いますか。(FA)

10. 今後、今回のアンケート調査結果や本研究班で作成した成果物などについて御連絡したいと考えております。差し支えなければ、電話番号とメールアドレスを御入力ください。(FA)

電 話 番 号 : - -

メー ル ア ド レ ス : @

～ 御協力、ありがとうございました。～

御回答いただいたファイルは、下記をクリックし、
表示されたWEB受付画面よりお送りください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

※お手数ですが、ブラウザが起動しない場合は、下のアドレスをコピー＆ペースト
していただくか、アドレスを入力してアクセスください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

アップロード（送信）の際は、下記の『ファイル名規則に沿った名前』の
エクセルファイル または zip形式で圧縮した1ファイル
をお送りください。

※パスワード付zipファイルでお送りいただく際は、
パスワードの入力もお願いします。

<ファイル名の付け方例>

(変更前：送信元ファイル名) 〇〇都道府県〇〇課 歯科保健担当回答票.xlsx



(架空の組織名です) 貴県歯科保健推進課 歯科保健担当回答票.xlsx

※ ↑ 担当部署（部課）名の後ろは
『全角スペース 1 文字』が
入ります。

なお、上記WEBよりの御送信が難しい場合は、
下記の E-mail アドレスへファイルを添付して御送信ください。

niph@speed-r.co.jp

◆メールの件名は【食育・歯科保健調査】をお願いします。

また、メールの本文は御不要です。

巻末資料 1-2) 都道府県・歯科口腔保健担当部局用【別紙】

都道府県_歯科保健担当部局様用 【別紙】

1 件目

「食育や栄養に関連した歯科口腔保健事業」回答欄

本設問へ戻る

2 件目を回答する

1) 事業名を御入力ください。(FA)

2) 事業の予算額を御入力ください。(NA)

 千円

3) 事業の目的について、下記のうちあてはまるものすべてを御回答ください。(MA)

☐ 1 う蝕対策

☐ 2 歯周病対策

☐ 3 小児の口腔機能育成対策

☐ 4 高齢者の口腔機能低下対策

☐ 5 障害者対策

☐ 6 その他 → (具体的に)

4) 事業の対象層のライフステージとしてあてはまるものすべてを御回答ください。(MA)

☐ 1 限定なし

☐ 2 乳幼児

☐ 3 園児等

☐ 4 小学生

☐ 5 中学生

☐ 6 若年層 (15~34 歳)

☐ 7 中年層 (35~64 歳)

☐ 8 高齢層 (65 歳以上)

5) 事業の内容としてあてはまるものすべてを御回答ください。(MA)

☐ 1 啓発 (媒体作成)

☐ 2 健康教育

☐ 3 保健指導

☐ 4 研修

☐ 5 会議

☐ 6 イベント

☐ 7 その他 → (具体的に)

6) 事業を計画する際に参考にした図書・ガイド・マニュアル等がありますか。(SA)

1 はい

2 いいえ

↓ 「はい」を選んだ方は、タイトルも御回答ください。(FA)

タイトル:

7) 事業の形態としてあてはまるものすべてを御回答ください。(MA)

☐ 1 直営

☐ 2 委託

→ 団体名:

☐ 3 補助

→ 団体名:

☐ 4 その他

→ (具体的に)

8) 事業には歯科専門職以外の技術職が従事しましたか。(SA)

1 はい

2 いいえ

↓ 「はい」を選んだ方は、職種名も御回答ください。(FA)

職種名:

9) 本事業に関する内容を Web で情報発信されていますか。(SA)

1 はい

2 いいえ

↓ 「はい」を選んだ方は、URLも御回答ください。(FA)

URL:

1 件目の事業についての質問は以上です。

本設問へ戻る

引き続き2件目を回答する

卷末資料 2 市区町村・歯科口腔保健担当部局用【本票】

市区町村_歯科保健担当部局様用 【本票】

市区町村の歯科保健ご担当者様

《御回答にあたって》

- ①回答欄は

 色のセルです。
- ②単回答設問＝１つだけ選択（SAと表記）は、回答欄のプルダウンリストから選択肢を選んで表示させてください。
- ③複数回答設問＝いくつでも選択（MAと表記）は、該当する選択肢をチェック（クリック）してください。色付セルのどこからでもチェック可能です。チェック後は緑色のセルに変わります。
- ④自由回答設問＝自由に入力（FAと表記）は、回答欄に直接入力してください。
- ⑤数値回答設問＝数字を入力（NAと表記）は、回答欄に直接入力してください。
- ※回答のあったセルは

 色に変わりますので、御確認に御活用ください。

本調査に御協力いただける場合、御回答の前に必ず下記にチェックを入れたうえで、各質問への御回答をお願いいたします。
 （御同意いただけない際は、本調査への御回答とデータの御送信は御不要です。）

なお、同意のチェックがなく、御回答いただき、データを御送りいただいた場合は、本研究参加への同意があったものとして扱わせていただきます。

☐
 本調査の目的を理解し、研究参加に同意します。

1. 都道府県名を御入力ください。(FA)

 （都・道・府・県も御入力）

2. 市区町村名を御入力ください。(FA)

 （市・区・町・村も御入力）

3. 歯科口腔保健を担当する担当部署（部課）名を御入力ください。(FA)

4. 前問（3）で回答された部署の職種別人数と歯科口腔保健事業に携わる人数を教えてください。ここでは、行政職員として採用されているものとし、事業の時だけ雇い入れる講師等は含まないでください。(各FA)

職種	歯科保健事業を担当する部署の職員数				左記のうち歯科口腔保健事業を担当する職員数			
	常勤		会計年度任用職員		常勤		会計年度任用職員	
事務職		名		名		名		名
医師		名		名		名		名
歯科医師		名		名		名		名
保健師		名		名		名		名
管理栄養士（栄養士）		名		名		名		名
歯科衛生士		名		名		名		名
その他		名		名		名		名
その他		名		名		名		名

5. 「歯科口腔保健の推進に関する条例」について伺います。

① 貴自治体では「歯科口腔保健の推進に関する条例」を制定していますか。(SA)

1 はい 2 いいえ → 6. へ

↓ 「はい」を選んだ方は、②～④も御回答ください。

② 条例名を御入力ください。(FA)

③ 上記条例の制定年度(西暦)(FA):

年度

④ 上記条例に「食育」に関する記載はありますか。(SA)

1 はい 2 いいえ

6. 「歯科口腔保健の推進に関する計画」について伺います。

① 貴自治体では「歯科口腔保健の推進に関する計画」を策定していますか。(SA)

1 単独で策定している 2 他の計画と一体的に策定している 3 策定していない → 7. へ

↓ 「1 単独で策定している」を選んだ方は②～⑤、
「2 他の計画と一体的に策定している」を選んだ方は③～⑤
も御回答ください。

② 上記計画中に「食育」に関する記載はありますか。(SA)

1 はい 2 いいえ

↓ 「はい」を選んだ方は、「食育」という文言は何カ所に記載されているか、お分かりですか。(SA)

【注】磁気化されている「歯科口腔保健の推進に関する計画」の文書を PC で読み込んで検索機能を用いて数えていただくことを想定して質問させていただきました。大まかな数で結構です。

「わかる」を選んだ方は、
↓ 記載箇所数も御回答ください。(FA)

1 わかる 2 わからない

→ 箇所

③ 計画名を御入力ください。(FA)

④ この計画では「食育や栄養などに関連した歯科口腔保健の目標」を設定していますか。(SA)

1 設定している 2 設定していない → 7. へ

↓ 「はい」を選んだ方は、⑤目標も御回答ください。(FA)

⑤ 「食育や栄養などに関連した歯科口腔保健の目標」を御入力ください。(FA)

【注】目標値は回答していただく必要は結構です。

目標1:

目標2:

目標3:

目標4:

目標5:

7. 3で回答された「歯科口腔保健を担当する部署」が管轄する
今年度の歯科口腔保健推進事業全体の予算額を御入力ください。(NA)

千円

8. 今年度、「食育や栄養に関連した歯科口腔保健の事業」を行っていますか。
コロナ禍等の理由により現在中断中のものも含めて御回答ください。(SA)
※『歯科口腔保健を行っている＝はい』の場合は、それぞれの事業内容を御回答
ください。最大10事業まで回答可能です。
別紙回答欄へのボタンを押すと画面が切り替わります。

1 はい

2 いいえ

↓
「はい」を選んだ方は、別紙回答欄も御回答ください。

別紙回答欄へ

9. 都道府県からの「食育や栄養に関連した歯科口腔保健の事業」に関する支援についてお尋ねします。

- ① 過去5年間、「食育や栄養に関連した歯科口腔保健の事業」に関して、以下の支援を受けたことがありますか。該当するものを選択してください。
「受けた」を選択した方は、年間の実施回数を御記入ください。(各SA)

「受けた」を選んだ方は、
↓ 回数も御回答ください。(FA)

・担当者会議の開催	1 受けていない 2 受けた		→	年		回
・研修会の開催	1 受けていない 2 受けた		→	年		回
・事業媒体、資料の作成、提供	1 受けていない 2 受けた		→	年		回
・非常勤等の専門職等の人材育成	1 受けていない 2 受けた		→	年		回
・市町村への人的支援	1 受けていない 2 受けた		→	年		回
・その他(FA) ↓に内容を御回答ください。	1 受けていない 2 受けた		→	年		回

(具体的に)

- ② 「食育や栄養に関連した歯科口腔保健の事業」を推進するため、国や都道府県からどのような支援が必要と思いますか。(FA)

10. 今後、今回のアンケート調査結果や本研究班で作成した成果物などについて御連絡したいと考えております。差し支えなければ、電話番号とメールアドレスを御入力ください。(FA)

電話番号： - -

メールアドレス： @

～ 御協力、ありがとうございました。～

御回答いただいたファイルは、下記をクリックし、
表示されたWEB受付画面よりお送りください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

※お手数ですが、ブラウザが起動しない場合は、下のアドレスをコピー＆ペーストしていただくか、アドレスを入力してアクセスください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

アップロード（送信）の際は、下記の『ファイル名規則に沿った名前』の
エクセルファイル または zip形式で圧縮した1ファイル
をお送りください。

※パスワード付zipファイルでお送りいただく際は、
パスワードの入力をお願いします。

<ファイル名の付け方例>

（変更前：送信元ファイル名） 〇〇都道府県△△市区町村□□課 歯科保健担当回答票.xlsx



（架空の組織名です） 貴県貴市歯科保健推進課 歯科保健担当回答票.xlsx

※ ↑ 担当部署（部課）名の後ろは
『全角スペース1文字』が
入ります。

なお、上記WEBよりの御送信が難しい場合は、
下記の E-mail アドレスへファイルを添付して御送信ください。

niph@speed-r.co.jp

◆メールの件名は【食育・歯科保健調査】をお願いします。

また、メールの本文は御不要です。

卷末資料 3-1) 都道府県・食育担当部局用【本票】

都道府県_食育担当部局様用 【本票】

都道府県の食育ご担当者様

《御回答にあたって》

①回答欄は色色のセルです。

②単回答設問＝１つだけ選択（SAと表記）は、回答欄のプルダウンリストから選択肢を選んで表示させてください。

③複数回答設問＝いくつでも選択（MAと表記）は、該当する選択肢をチェック（クリック）してください。色付セルのどこからでもチェック可能です。チェック後は緑色のセルに変わります。

④自由回答設問＝自由に入力（FAと表記）は、回答欄に直接入力してください。

⑤数値回答設問＝数字を入力（NAと表記）は、回答欄に直接入力してください。

※回答のあったセルは色色に変わりますので、御確認に御活用ください。

本調査に御協力いただける場合、**御回答の前に必ず下記にチェック**を入れたうえで、各質問への御回答をお願いいたします。
 （御同意いただけない際は、本調査への御回答とデータの御送信は御不要です。）

なお、同意のチェックがなく、御回答いただき、データを御送りいただいた場合は、本研究参加への同意があったものとして扱わせていただきます。

☐

本調査の目的を理解し、研究参加に同意します。

1. 都道府県名を御入力ください。(FA)

（都・道・府・県も御入力）

2. 食育推進計画を担当する担当部署（部課）名を御入力ください。(FA)

3. 現在の総合計画（総合計画に類似する計画を含む）、首長マニフェスト（類似するものを含む）に「食育」に関することが明記されていますか。(各SA)

① 総合計画
 1 はい
 2 いいえ

② 首長マニフェスト
 1 はい
 2 いいえ

4. 貴自治体における第１次～直近の食育計画について、名称・期間（西暦）、計画担当部課名を御入力ください。(各FA)

食育計画	名称	期間（西暦4桁）		計画担当部課
		開始年度	終了年度	
第1次				
第2次				
第3次				
第4次				

食育計画	名称	期間（西暦4桁）		計画担当部課
		開始年度	終了年度	
第1次				
第2次				
第3次				
第4次				

5. 現在の食育推進計画の策定に関して下記に示す歯科関係者の参画(会議への参加、意見の提出など)の有無についてお尋ねします。
それぞれについて、あてはまるものをお選びください。(各SA)

① 行政の歯科保健担当部局	1 はい	2 いいえ	
② 歯科医師会	1 はい	2 いいえ	
③ 歯科衛生士会	1 はい	2 いいえ	
・その他(FA) ↓に内容を御回答ください。	1 はい	2 いいえ	
(具体的に)			

6. 貴自治体では現在の食育推進計画に、国の第4次食育基本推進計画の目標値「ゆっくりよく噛んで食べる国民を増やす」と同じないし同様の目標を設定していますか。(SA)

1 はい	2 いいえ	
↓ 「はい」を選んだ方は、目標名も御回答ください。(FA)		
目標名:		

7. 貴自治体における現在の食育推進計画に歯科口腔保健関連の目標を設定していますか。(SA)

1 はい	2 いいえ → 9.へ	
↓ 「はい」を選んだ方は、8. 目標も御回答ください。(FA)		

8. 歯科口腔保健関連の目標を御入力ください。【注】目標値は入力していただくなくても結構です。(FA)

目標1:	
目標2:	
目標3:	
目標4:	
目標5:	

9. 下記に示す歯科関係者は食育推進会議のメンバーですか。
それぞれについて、あてはまるものをお選びください。(各SA)

① 行政の歯科保健担当部局	1 はい	2 いいえ	
② 歯科医師会	1 はい	2 いいえ	
③ 歯科衛生士会	1 はい	2 いいえ	
・その他(FA) ↓に内容を御回答ください。	1 はい	2 いいえ	
(具体的に)			

10. 今年度の食育事業全体の予算額を御入力ください。(NA)

	千円
----------------------	----

11. 貴自治体の食育推進計画策定課では、今年度、「歯科口腔保健に関連した食育事業」を行っていますか？。コロナ禍等の理由により現在中断中のものも含めて御回答ください。(SA)

※『食育事業を行っている＝はい』の場合は、それぞれの事業内容を御回答ください。最大10事業まで回答可能です。

別紙回答欄へのボタンを押すと画面が切り替わります。

1 はい

2 いいえ

↓
「はい」を選んだ方は、別紙回答欄も御回答ください。

別紙回答欄へ

12. 貴自治体では「市町村の食育事業」を推進するため、次の支援をどのくらい行っていますか。(各SA)

「行っている」を選んだ方は、
↓ 回数も御回答ください。(FA)

・担当者会議の開催	1 行っていない 2 行っている		→	年		回
・研修会の開催	1 行っていない 2 行っている		→	年		回
・事業媒体、資料の作成、提供	1 行っていない 2 行っている		→	年		回
・非常勤等の専門職等の人材育成	1 行っていない 2 行っている		→	年		回
・市町村への人的支援	1 行っていない 2 行っている		→	年		回
・その他(FA) ↓に内容を御回答ください。	1 行っていない 2 行っている		→	年		回

(具体的に)

13. 今後、今回のアンケート調査結果や本研究班で作成した成果物などについて御連絡したいと考えております。差し支えなければ、電話番号とメールアドレスを御入力ください。(FA)

電話番号： - -

メールアドレス： @

～ 御協力、ありがとうございました。～

御回答いただいたファイルは、下記をクリックし、
表示されたWEB受付画面よりお送りください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

※お手数ですが、ブラウザが起動しない場合は、下のアドレスをコピー＆ペースト
していただくか、アドレスを入力してアクセスください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

アップロード（送信）の際は、下記の『ファイル名規則に沿った名前』の
エクセルファイル または zip形式で圧縮した1ファイル
をお送りください。

※パスワード付zipファイルでお送りいただく際は、
パスワードの入力もお願いします。

<ファイル名の付け方例>

（変更前：送信元ファイル名） 〇〇都道府県〇〇課 食育担当回答票.xlsx



（架空の組織名です） 貴県食育推進課 食育担当回答票.xlsx

※ ↑ 担当部署（部課）名の後ろは
『全角スペース1文字』が
入ります。

なお、上記WEBよりの御送信が難しい場合は、
下記の E-mail アドレスへファイルを添付して御送信ください。

niph@speed-r.co.jp

◆メールの件名は【食育・歯科保健調査】をお願いします。

また、メールの本文は御不要です。

巻末資料 3-2) 都道府県・食育担当部局用【別紙】

都道府県_食育担当部局様用 【別紙】

1 件目

「歯科口腔保健に関連した食育事業」回答欄

本設問へ戻る

2 件目を回答する

1) 事業名を御入力ください。(FA)

2) 事業の予算額を御入力ください。(NA)

 千円

3) 事業の目的について、下記のうちあてはまるものすべてを御回答ください。(MA)

- ☐ 1 家庭における食育の推進
- ☐ 2 学校・保育所等における食育の推進
- ☐ 3 地域における食育の推進
- ☐ 4 食育推進運動の展開
- ☐ 5 生産者と消費者との交流の促進、環境と調和のとれた農林漁業の活性化等
- ☐ 6 食文化の継承のための支援等
- ☐ 7 食品の安全性、栄養その他の食生活に関する調査、研究、情報の提供及び国際交流の促進

4) 事業の対象層のライフステージとしてあてはまるものすべてを御回答ください。(MA)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ 1 限定なし | ☐ 2 乳幼児 | ☐ 3 園児等 |
| ☐ 4 小学生 | ☐ 5 中学生 | ☐ 6 若年層 (15～34 歳) |
| ☐ 7 中年層 (35～64 歳) | ☐ 8 高齢層 (65 歳以上) | |

5) 事業の内容としてあてはまるものすべてを御回答ください。(MA)

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 1 啓発 (媒体作成) | ☐ 2 健康教育 | ☐ 3 保健指導 |
| ☐ 4 研修 | ☐ 5 イベント | |
| ☐ 6 その他 | → (具体的に) <input type="text"/> | |

6) 事業を計画する際に参考にした図書・ガイド・マニュアル等がありますか。(SA)

1 はい 2 いいえ

↓ 「はい」を選んだ方は、タイトルも御回答ください。(FA)

タイトル:

7) 事業の形態としてあてはまるものすべてを御回答ください。(MA)

☐ 1 直営

☐ 2 委託

→ 団体名:

☐ 3 補助

→ 団体名:

☐ 4 その他

→ (具体的に)

8) この事業に貴自治体の歯科保健技術職は関与していますか。(SA)

1 はい

2 いいえ

↓ 「はい」を選んだ方は、職種名も御回答ください。(FA)

職種名:

9) 本事業に関する内容を Web で情報発信されていますか。(SA)

1 はい

2 いいえ

↓ 「はい」を選んだ方は、URLも御回答ください。(FA)

URL:

1 件目の事業についての質問は以上です。

本設問へ戻る

引き続き2件目を回答する

巻末資料 4 市区町村・食育担当部局用【本票】

市区町村_食育担当部局様用 【本票】

市区町村の食育ご担当者様

《御回答にあたって》

- ①回答欄は 色のセルです。
 - ②単回答設問＝１つだけ選択（SAと表記）は、回答欄のプルダウンリストから選択肢を選んで表示させてください。
 - ③複数回答設問＝いくつでも選択（MAと表記）は、該当する選択肢をチェック（クリック）してください。色付セルのどこからでもチェック可能です。チェック後は緑色のセルに変わります。
 - ④自由回答設問＝自由に入力（FAと表記）は、回答欄に直接入力してください。
 - ⑤数値回答設問＝数字を入力（NAと表記）は、回答欄に直接入力してください。
- ※回答のあったセルは 色に変わりますので、御確認に御活用ください。

本調査に御協力いただける場合、**御回答の前に必ず下記にチェック**を入れたうえで、各質問への御回答をお願いいたします。

（御同意いただけない際は、本調査への御回答とデータの御送信は御不要です。）

なお、同意のチェックがなく、御回答いただき、データを御送りいただいた場合は、本研究参加への同意があったものとして扱わせていただきます。

☐ **本調査の目的を理解し、研究参加に同意します。**

1. 都道府県名を御入力ください。(FA)

（都・道・府・県も御入力）

2. 市区町村名を御入力ください。(FA)

（市・区・町・村も御入力）

3. 食育推進計画を担当する担当部署（部課）名を御入力ください。(FA)

4. 前問(3)で回答された部署の職種別人数と食育事業に携わる人数を教えてください。
ここでは、行政職員として採用されているものとし、事業の時だけ雇い入れる講師等は含まないでください。(各FA)

職種	食育事業を担当する部署の職員数				左記のうち食育事業を担当する職員数			
	常勤		会計年度任用職員		常勤		会計年度任用職員	
事務職		名		名		名		名
医師		名		名		名		名
歯科医師		名		名		名		名
保健師		名		名		名		名
管理栄養士(栄養士)		名		名		名		名
歯科衛生士		名		名		名		名
その他		名		名		名		名
その他		名		名		名		名

5. 現在の総合計画（総合計画に類似する計画を含む）、首長マニフェスト（類似するものを含む）に「食育」に関することが明記されていますか。（各SA）

① 総合計画	1 はい	2 いいえ	
② 首長マニフェスト	1 はい	2 いいえ	

6. 貴自治体では食育推進計画を策定していますか。（SA）

1 はい 2 いいえ → 14. へ

↓ 「いいえ」を選んだ方は、14. へお進みください。

7. 貴自治体における第1次～直近の食育計画について、名称・期間（西暦）、計画担当部課名を御入力ください。（各FA）

食育計画	名称	期間（西暦4桁）		計画担当部課名
		開始年度	終了年度	
第1次				
第2次				
第3次				
第4次				

9. 現在の食育推進計画の位置づけについてお尋ねします。
下記のうちあてはまるものを1つお選びください。（SA）

- 1 「市町村食育推進計画」単独で作成
 2 健康・保健・医療・福祉関連の計画と一体的に作成
 3 農林水産関連の計画と一体的に作成
 4 自治体の総合的な計画と一体的に作成
 5 その他の計画と一体的に作成

9. 現在の食育推進計画の策定に関して下記に示す歯科関係者の参画（会議への参加、意見の提出など）の有無についてお尋ねします。
それぞれについて、あてはまるものをお選びください。（各SA）

① 行政の歯科保健担当部局	1 あり	2 なし	
② 歯科医師会	1 あり	2 なし	
③ 歯科衛生士会	1 あり	2 なし	
④ その他(FA) ↓に内容を御回答ください。	1 あり	2 なし	

（具体的に）

10. 貴自治体では現在の食育推進計画に、国の第4次食育基本推進計画の目標値「ゆっくりよく噛んで食べる国民を増やす」と同じないし同様の目標を設定していますか。（SA）

1 はい 2 いいえ

↓ 「はい」を選んだ方は、目標名も御回答ください。（FA）

目標名:

11. 貴自治体における現在の食育推進計画に歯科口腔保健関連の目標を設定していますか。（SA）

1 はい 2 いいえ → 13. へ

↓ 「はい」を選んだ方は、12. 目標も御回答ください。(FA)

12. 歯科口腔保健関連の目標を御入力ください。【注】目標値は入力していただく必要は結構です。(FA)

目標1:

目標2:

目標3:

目標4:

目標5:

13. 食育推進会議について伺います。

① 貴自治体では食育推進会議が設置されていますか。(SA)

1 はい 2 いいえ → 14. へ

↓ 「はい」を選んだ方は、②も御回答ください。

② 下記に示す歯科関係者は食育推進会議のメンバーですか。
それぞれについて当てはまるものをお選びください。(各SA)

① 行政の歯科保健担当部局

1 はい

2 いいえ

② 歯科医師会

1 はい

2 いいえ

③ 歯科衛生士会

1 はい

2 いいえ

④ その他(FA) ↓に内容を御回答ください。

1 はい

2 いいえ

(具体的に)

14. 3で回答された「食育推進計画を担当する担当部署」が管轄する
今年度の食育事業全体の予算額を御入力ください。(NA)

千円

15. 貴自治体の食育推進計画策定課では、今年度、「歯科口腔保健に関連した食育事業」を行っていますか。コロナ禍等の理由により現在中断中のものも含めて御回答ください。(SA)

※『食育事業を行っている＝はい』の場合は、それぞれの事業内容を御回答
ください。最大10事業まで回答可能です。

別紙回答欄へのボタンを押すと画面が切り替わります。

1 はい 2 いいえ

↓
「はい」を選んだ方は、別紙回答欄も御回答ください。

別紙回答欄へ

16. 都道府県からの「歯科口腔保健に関連した食育事業」に関する支援についてお尋ねします。

① 過去5年間、「歯科口腔保健に関連した食育事業」に関して、以下の支援を受けた
ことがありますか。該当するものを選択してください。

「受けた」を選択した方は、年間の実施回数を御記入ください。(各SA)

「受けた」を選んだ方は、
↓ 回数も御回答ください。(FA)

・担当者会議の開催

1 受けていない 2 受けた

→ 年 回

・研修会の開催	1 受けていない 2 受けた		→ 年 回
・事業媒体、資料の作成、提供	1 受けていない 2 受けた		→ 年 回
・非常勤等の専門職等の人材育成	1 受けていない 2 受けた		→ 年 回
・市町村への人的支援	1 受けていない 2 受けた		→ 年 回
・その他(FA) ↓に内容を御回答ください。	1 受けていない 2 受けた		→ 年 回

(具体的に)

②「歯科口腔保健に関連した食育事業」を推進するため、国や都道府県からどのような支援が必要と思いますか。(FA)

13. 今後、今回のアンケート調査結果や本研究班で作成した成果物などについて御連絡したいと考えております。差し支えなければ、電話番号とメールアドレスを御入力ください。(FA)

電話番号： - -

メールアドレス： @

～ 御協力、ありがとうございました。～

御回答いただいたファイルは、下記をクリックし、表示されたWEB受付画面よりお送りください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

※お手数ですが、ブラウザが起動しない場合は、下のアドレスをコピー＆ペーストしていただくか、アドレスを入力してアクセスください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

アップロード（送信）の際は、下記の『ファイル名規則に沿った名前』の
エクセルファイル または zip形式で圧縮した1ファイル
をお送りください。

※パスワード付zipファイルでお送りいただく際は、
パスワードの入力をお願いします。

<ファイル名の付け方例>

(変更前：送信元ファイル名) 〇〇都道府県△△市区町村□□課 食育担当回答票.xlsx



(架空の組織名です)

貴県貴市食育推進課 食育担当回答票.xlsx

※ ↑ 担当部署（部課）名の後ろは
『全角スペース1文字』が入ります。

なお、上記WEBよりの御送信が難しい場合は、
下記の E-mail アドレスへファイルを添付して御送信ください。

niph@speed-r.co.jp

◆メールの件名は【食育・歯科保健調査】をお願いします。

また、メールの本文は御不要です。

巻末資料 5) 都道府県型保健所用

都道府県型保健所様用 【本票】

都道府県型保健所 食育・歯科保健ご担当者様

《御回答にあたって》

- ①回答欄は 色のセルです。
 - ②単回答設問＝1つだけ選択(SAと表記)は、回答欄のプルダウンリストから選択肢を選んで表示させてください。
 - ③複数回答設問＝いくつでも選択(MAと表記)は、該当する選択肢をチェック(クリック)してください。色付セルのどこからでもチェック可能です。チェック後は緑色のセルに変わります。
 - ④自由回答設問＝自由に入力(FAと表記)は、回答欄に直接入力してください。
 - ⑤数値回答設問＝数字を入力(NAと表記)は、回答欄に直接入力してください。
- ※回答のあったセルは 色に変わりますので、御確認に御活用ください。

本調査に御協力いただける場合、**御回答の前に必ず下記にチェック**を入れたうえで、各質問への御回答をお願いいたします。

(御同意いただけない際は、本調査への御回答とデータの御送信は御不要です。)

なお、同意のチェックがなく、御回答いただき、データを御送りいただいた場合は、本研究参加への同意があったものとして扱わせていただきます。

☐ **本調査の目的を理解し、研究参加に同意します。**

1. 都道府県名を御入力ください。(FA)

(都・道・府・県も御入力)

2. 保健所名を御入力ください。(FA)

3. 担当部署(部課)名を御入力ください。(FA)

食育

歯科保健

4. 管轄市町村における食育事業との関わりの有無について御入力ください。

① 食育推進計画への助言・資料提供

1 あり

2 なし

② 食育推進事業への参画

1 あり

2 なし

③ 食育事業への人的支援

1 あり

2 なし

④ 歯科に関連した食育事業への人的支援

1 あり

2 なし

10. 今後、今回のアンケート調査結果や本研究班で作成した成果物などについて御連絡したいと考えております。差し支えなければ、電話番号とメールアドレスを御入力ください。(FA)

電話番号：

- -

メールアドレス：

@

～ 御協力、ありがとうございました。～

御回答いただいたファイルは、下記をクリックし、
表示されたWEB受付画面よりお送りください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

※お手数ですが、ブラウザが起動しない場合は、下のアドレスをコピー＆ペースト
していただくか、アドレスを入力してアクセスください。

<https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/niph/hoken/>

アップロード（送信）の際は、下記の『ファイル名規則に沿った名前』の
エクセルファイル または zip形式で圧縮した1ファイル
をお送りください。

※パスワード付zipファイルでお送りいただく際は、
パスワードの入力をお願いします。

<ファイル名の付け方例>

（変更前：送信元ファイル名） 〇〇都道府県△△保健所 食育・歯科保健担当回答票.xlsx



（架空の組織名です） 貴県中央保健所 食育・歯科保健担当回答票.xlsx

※ ↑ 担当部署（部課）名の後ろは
『全角スペース1文字』が
入ります。

なお、上記WEBよりの御送信が難しい場合は、
下記の E-mail アドレスへファイルを添付して御送信ください。

niph@speed-r.co.jp

◆メールの件名は【食育・歯科保健調査】をお願いします。

また、メールの本文は御不要です。