

		ユニット1	ユニット2	ユニット3	ユニット4	ユニット5	ユニット6	ユニット7	ユニット8
在 院 期 間	① 1か月未満	人	人	人	人	人	人	人	人
	② 1か月以上3か月未満	人	人	人	人	人	人	人	人
	③ 3か月以上6か月未満	人	人	人	人	人	人	人	人
	④ 6か月以上1年未満	人	人	人	人	人	人	人	人
	⑤ 1年以上5年未満	人	人	人	人	人	人	人	人
	⑥ 5年以上10年未満	人	人	人	人	人	人	人	人
	⑦ 10年以上20年未満	人	人	人	人	人	人	人	人
	⑧ 20年以上	人	人	人	人	人	人	人	人

問11 平成24年4月から6月の3か月間における、貴院の精神一般病棟からの退院（もしくは転院）についてお聞きします。

ユニット（病棟）ごと該当する患者数をご記入ください。

*なお、1)からの合計が、最上段の「ユニット（病棟）ごとの退院、転院患者」と同じ数値になるようにしてください。

** ユニットの番号は、問8と一致するようにしてください。

	ユニット1	ユニット2	ユニット3	ユニット4	ユニット5	ユニット6	ユニット7	ユニット8
ユニット（病棟）ごとの退院、転院患者数	人	人	人	人	人	人	人	人
1) 入院前の住居に退院	人	人	人	人	人	人	人	人
2) 住居を新たに設定して退院 (グループホーム、ケアホームを除く)	人	人	人	人	人	人	人	人
3) 障害者自立支援法に基づくグループホーム、 ケアホームに入居	人	人	人	人	人	人	人	人
4) 介護保険、障害福祉、児童福祉に係る施設に入所 (3)を除く)	人	人	人	人	人	人	人	人
5) 他の精神科病院に転院	人	人	人	人	人	人	人	人
6) 精神科以外の病院に転院	人	人	人	人	人	人	人	人
7) 自死による死亡	人	人	人	人	人	人	人	人
8) 自死以外での死亡	人	人	人	人	人	人	人	人
9) その他	人	人	人	人	人	人	人	人
10) 不明	人	人	人	人	人	人	人	人

7) 日中活動や福祉サービスに関する 情報提供や利用支援								
8) 家族との関係に関する相談援助								
9) 仲間づくりのための支援								

問 13-2) 平成 24 年 6 月の 1 か月間の患者の家族を対象とした支援に係る業務についてお聞きします。

実施した業務	ユニット1	ユニット2	ユニット3	ユニット4	ユニット5	ユニット6	ユニット7	ユニット8
1) アセスメント								
2) 本人の退院に関する支援								
3) 本人の病状や障害に関する相談援助								
4) 経済的な支援のための制度等の 情報提供や利用支援								
5) 本人の日中活動や福祉サービスに 関する情報提供や利用支援								
6) 本人との関係に関する相談援助								

問 13-3) 平成 24 年 6 月の 1 か月間の関係職種ならびに関係機関との連絡調整に係る業務についてお聞きします。

実施した業務	ユニット1	ユニット2	ユニット3	ユニット4	ユニット5	ユニット6	ユニット7	ユニット8
1) 入院療養計画作成や入院中の患者に係る業務								
2) 退院支援計画の作成や退院調整に係る業務								
3) 地域の関係者とのケア会議								
4) 院内のケアカンファレンス								

問14 平成24年6月の1か月間の患者本人を対象とした支援の結果についてお聞きします。

設問に該当する件数をユニット（病棟）ごとにご記入ください（予定を含む）。

*ユニットの番号は、問8と一致するようにしてください。

支援の結果（支援の結果して生じたこと） （予定を含む）	ユニット1	ユニット2	ユニット3	ユニット4	ユニット5	ユニット6	ユニット7	ユニット8
1) 生活保護の受給	人	人	人	人	人	人	人	人
2) 障害年金の受給	人	人	人	人	人	人	人	人
3) 精神障害者保健福祉手帳の取得	人	人	人	人	人	人	人	人
4) 3)以外の障害者手帳の取得	人	人	人	人	人	人	人	人
5) 介護保険、障害福祉、児童福祉 に係るサービスの利用（6）を除く）	人	人	人	人	人	人	人	人
6) 介護保険、障害福祉、児童福祉 に係る施設への入所	人	人	人	人	人	人	人	人
7) 精神科病院への転院	人	人	人	人	人	人	人	人
8) 精神科病院以外の病院への転院	人	人	人	人	人	人	人	人
9) 精神科デイケアの利用	人	人	人	人	人	人	人	人
10) 就職	人	人	人	人	人	人	人	人
11) 復職	人	人	人	人	人	人	人	人
12) 就学	人	人	人	人	人	人	人	人
13) 復学	人	人	人	人	人	人	人	人
14) 就職、就学以外の活動（趣味活動、 ボランティア等）の開始	人	人	人	人	人	人	人	人
15) 当事者活動（AA、断酒会、NA 等を含む） への参加	人	人	人	人	人	人	人	人
16) 家族関係の改善	人	人	人	人	人	人	人	人
17) 社会的支援体制の整備、強化	人	人	人	人	人	人	人	人
18) 入院前の住居への退院	人	人	人	人	人	人	人	人
19) 新しく住居を設定して退院	人	人	人	人	人	人	人	人

ご協力ありがとうございました。

なお、今回ご記入いただきました内容に基づき、今後、聞き取り調査や更なるアンケート調査をお願いする場合がございます。

その際には、お手数ですが、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

平成 25 年 2 月 12 日

都道府県・政令指定都市
精神保健福祉主管課 課長様

厚生労働科学研究
分担研究者 伊東 秀幸
(田園調布学園大学 教授)

アンケート調査の協力について (依頼)

早春の候、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、この度、「平成 24 年度厚生労働科学研究障害対策研究事業（精神分野）精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究」の一環といたしまして、都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉主管課を対象に精神保健福祉士の業務実態等の把握を目的としたアンケート調査を別紙の通り実施することになりました。

つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力賜われますようお願い申し上げます。

ご回答いただきましたアンケート票は、同封の返信用封筒を用いて、平成 25 年 3 月 5 日までにご返送いただきますようお願いいたします。

本アンケートに記載いただきました内容につきましては、調査以外の目的では使用いたしません。

また、本アンケートに関する問い合わせにつきましては、メールにていただきますようお願いいたします。

問い合わせ先
伊東秀幸 mail: h-ito@dcu.ac.jp

都道府県・政令指定都市名： _____

1. 以下の設問にお答えください

(1) 精神保健福祉領域主幹課名をご記入ください。 _____

(2) 担当者数をご記入ください。 _____ 名

(3) 担当者の職種についてご記入ください（事務職、専門職：精神保健福祉士・保健師・看護職・その他）

(4) 管内人口をご記入ください（ ）万人

(5) 管内保健所数および精神保健福祉士が配置されている保健所数を記入ください。

管内保健所数 総数 （ ）箇所

内、精神保健福祉士が配置されている保健所数 （ ）箇所

(6) 管内市町村数および精神保健福祉士が配置されている市町村数をご記入ください。

管内市町村 総数 （ ）箇所

内、精神保健福祉士が配置されている市町村数 （ ）箇所

2. 精神保健福祉士の配置に関する設問

2-①都道府県、政令指定都市本課で精神保健福祉士を登用していますか

1 登用している → 別紙 設問3、及び設問5にお進みください

2 登用していない → 設問4にお進みください

4 精神保健福祉士（PSW）が配置されていない都道府県、政令指定都市にお聞きします。

4-① PSW が配置されない理由についてご記入ください。

4-②今後の PSW 配置についてお知らせください

1. 今後 PSW の配置を考えている → 何年以内をご検討されていますか () 年以内を検討

2. 現在検討中の段階

3. 配置の予定はない → その理由をお知らせください（4-①と同じであれば記入不要です）

設問 4 をご回答いただきましたら、設問 6 にお進みください。

5 精神保健福祉士を配置している都道府県、政令指定都市にお聞きします。

5-①行政機関に配置されている精神保健福祉士に期待される役割をご記入ください。

5-②精神保健福祉士が行政機関に配置に必要な条件とは何であると考えますか。

すべての都道府県、政令指定都市にお聞きします。

6 管内市町村について

管内市町村のうち、精神保健福祉業務が活発に展開されているところをご紹介下さい。併せて精神保健福祉士（PSW）の配置状況についてもご記入ください（配置＝1、非配置＝2）。

※10箇所程度教えていただきたいと思います。

	市町村名	活発に取り組んでいる精神保健福祉業務内容	PSWの配置
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

7 組織図（業務担当）・職員図について

* 貴センターの組織図をお送りください（所報に記載されている組織図をコピーしてお送りください）

8. 今後、行政における精神保健福祉士（P S W）に期待される役割等について、ご意見がございましたら自由にご記入ください。

[]

ご協力いただき誠にありがとうございました。

この調査のご回答をしてくださったご担当者様のお名前、連絡先をご記入ください。

- お名前 _____
- 所属・係等 _____
- 職種 _____
- 連絡先 _____

平成 25 年 2 月 12 日

精神保健福祉センター所長様

厚生労働科学研究
分担研究者 伊東 秀幸
(田園調布学園大学 教授)

アンケート調査の協力について (依頼)

早春の候、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、この度、「平成 24 年度厚生労働科学研究障害対策研究事業（精神分野）精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究」の一環といたしまして、精神保健福祉センターを対象に精神保健福祉士の業務実態等の把握を目的としたアンケート調査を別紙の通り実施することになりました。

つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

ご回答いただきましたアンケート票は、同封の返信用封筒を用いて、平成 25 年 3 月 5 日までにご返送いただきますようお願いいたします。

本アンケートに記載いただきました内容につきましては、調査以外の目的では使用いたしません。

また、本アンケートに関する問い合わせにつきましては、メールにていただきますようお願いいたします。

問い合わせ先
伊東秀幸 mail: h-ito@dcu.ac.jp

都道府県・政令指定都市名またはセンター名： _____

※本調査における「センター」とは精神保健福祉法上の精神保健福祉センター機能以外も含めて「センター」としています。例えば、診療部門やデイケア部門のあるセンターにおいては、診療部門やデイケア部門を含めて「センター」を意味します。

1-① 貴センターにはセンター部門の以外の機能がありますか

- 1 センター部門の機能のみ →設問2へお進みください
- 2 センター部門以外の機能がある →設問1-②へお進みください

1-② 他の機能区分で該当するものすべてに丸をつけてください。

- 1 入院部門
- 2 救急部門
- 3 診療部門
- 4 デイケア部門 →主たる対象 (_____)
- 5 社会復帰部門
- 6 その他 → (_____)

2 以下のセンター業務のうち、主担当はどの職種が担っていますか。該当する番号を選択番号一覧より1つだけ選び、主担当欄に数字をご記入ください。その他を選択した場合、職種をその他欄にご記入ください

選択番号一覧

- 1 精神科医師 2 精神保健福祉士 (PSW) 3 保健師 4 看護師 5 保健師
- 6 臨床心理技術者 7 作業療法士 8 事務職 9 その他

	主担当 (数字で記入)	その他の場合の職種名
ア 企画立案		
イ 技術指導及び技術援助		
ウ 人材育成		
エ 普及啓発		
オ 調査研究		
カ 精神保健福祉相談		
キ 組織育成		
ク 精神医療審査会の審査に関する事務		
自立支援医療 (精神通院医療)		
ケ 及び精神障害者保健福祉手帳の判定		

3 貴センターの建物についてお聞きします。該当する数字に丸をつけてください。

- 1 単独庁舎
- 2 合同庁舎
- 3 その他

4 貴センターで今後、積極的に取り組む必要があると思われる事業について、以下から5つを選択し、その番号をご記入ください。また、現在、業務量として比重の高い事業について、同様に5つ選択してください。

今後、積極的に取り組む必要がある事業

() () () () ()

現在、業務量の比重が高い事業

() () () () ()

- (1) 精神保健福祉相談 (2) 精神科救急情報センター (3) 診察・診療
- (4) 関係団体等育成援助 (5) 市町村に対する技術協力援助業務
- (6) 保健所に対する技術協力援助業務 (7) その他の関係機関に対する技術協力援助業務
- (8) 精神科デイケア (9) 調査研究業務 (10) 医療観察法関連業務
- (11) 普及啓発事業 (12) 自立支援医療の判定業務 (13) 社会適応訓練事業
- (14) 自殺予防関連事業 (15) 保健福祉手帳の判定業務 (16) アルコール・薬物関連事業
- (17) 犯罪被害者関連事業 (18) 精神医療審査会業務 (19) 思春期関連事業
- (20) 災害時心のケア事業 (21) 障害者自立支援法関連業務 (22) 当事者活動支援
- (23) 産業精神保健関連事業 (24) DV関連事業 (25) 就労支援事業
- (26) 移送関連事業 (27) 自閉症対策 (28) 引きこもり対策 (29) 虐待問題対策
- (30) その他

5 貴センターの職員配置状況について、下記の表にご記入ください。

※兼務があった場合には主たる業務の職種でカウントをしてください。1名の職員が1職種となるようにご記入をお願いいたします。

	常勤	非常勤
精神科医師	人	人
精神保健福祉士 (PSW)	人	人
保健師	人	人
看護師	人	人
臨床心理技術者	人	人
作業療法士	人	人
事務職	人	人
その他 ()	人	人

PSW が「0」の場合→設問 6 へ
PSW がいる場合→別紙 設問 7、8 へ

- 5 職員配置において「精神保健福祉士 (PSW)」が「0人 (常勤非常勤合わせて)」のセンターは設問 6 をご回答おねがいします。
- 精神保健福祉士 (PSW) が配置されているセンターは別紙の設問 7 (精神保健福祉士 (PSW) 個別属性)、設問 8 のご回答おねがいします。

6 精神保健福祉士 (PSW) が配置されていないセンターにお聞きします。

6-① PSW が配置されない理由についてご記入ください。

6-②今後の PSW 配置についてお知らせください

1. 今後 PSW の配置を考えている → 何年以内をご検討されていますか () 年以内を検討

2. 現在検討中の段階

3. 配置の予定はない → その理由をお知らせください (4-①と同じであれば記入不要です)

設問 6 をご回答いただきましたら、設問 9 にお進みください。

ここからは全てのセンターにお聞きします。

9-①貴センターにとって精神保健福祉士（PSW）は必要ですか。該当する数字に丸をつけてください

- 1 必要である
- 2 どちらかといえば必要である
- 3 どちらともいえない
- 4 どちらかといえば必要ではない
- 5 必要でない

9-②精神保健福祉センターからみて、精神保健福祉士（PSW）に対する期待度は一般的にどの程度だと考えますか。該当する数字に丸をつけてください。

- 1 期待している
- 2 やや期待している
- 3 どちらともいえない
- 4 あまり期待していない
- 5 期待していない

10 センターに配置されている保健師についてお聞きします。保健師が積極的に取り組む必要がある業務で優先度の高いものを5つお選びください。該当する項目の数字（1から30）を以下のかっこ内にご記入ください。その他がある場合、業務内容をご記入ください。

() () () () ()

その他の業務内容 ()

- (1) 精神保健福祉相談 (2) 精神科救急情報センター (3) 診察・診療
(4) 関係団体等育成援助 (5) 市町村に対する技術協力援助業務
(6) 保健所に対する技術協力援助業務 (7) その他の関係機関に対する技術協力援助業務
(8) 精神科デイケア (9) 調査研究業務 (10) 医療観察法関連業務
(11) 普及啓発事業 (12) 自立支援医療の判定業務 (13) 社会適応訓練事業

選択項目は5ページ（裏ページ）にもございます。

- (14) 自殺予防関連事業 (15) 保健福祉手帳の判定業務 (16) アルコール・薬物関連事業
 (17) 犯罪被害者関連事業 (18) 精神医療審査会業務 (19) 思春期関連事業
 (20) 災害時心のケア事業 (21) 障害者自立支援法関連業務 (22) 当事者活動支援
 (23) 産業精神保健関連事業 (24) DV関連事業 (25) 就労支援事業
 (26) 移送関連事業 (27) 自閉症対策 (28) 引きこもり対策 (29) 虐待問題対策
 (30) その他

9 管内市町村について

9-1 管内市町村のうち、精神保健福祉業務が活発に展開されているところをご紹介下さい。併せて精神保健福祉士（PSW）の配置状況についてもご記入ください（配置＝1、非配置＝2）。

※10 箇所程度教えていただきたいと思います。

	市町村名	活発に取り組んでいる精神保健福祉業務内容	PSW の配置
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

8			
9			
10			

10 同じ都道府県内に政令市センターあるいは都道府県センターがあるセンターに対する質問です。該当するセンターのみお答えください。

10-① センター相互で救急に関する定期的な連絡会議を開催していますか

- 1 開催している
- 2 開催していない

10-② その他の連絡会議等で、センター相互で定期的に連絡会議等を開催していますか

(救急に関する連絡会議以外)

- 1 開催している
- 2 開催していない

開催している場合→どの職種が調整役を担っていますか 職種名 ()

10-③ 連絡会議の具体的な内容についてご記入ください (会議名、会議内容等の概略)

[]

11 組織図 (業務担当)・職員図について

* 貴センターの組織図をお送りください (所報に記載されている組織図をコピーしてお送りください)

この次のページ (7ページ) が最後の質問となっています。