

精神医療審査会事務局強化に関するアンケート調査
－平成 24 年度厚生労働科学研究：追加調査－

I. センター名をご記入ください（ 都道府県・ 市）

II. 精神医療審査会事務局業務（以下、センター審査会事務局業務）強化についてお聞きます。

II－（1）

貴センターでは、センター審査会事務局業務の機能について、現在より強化する必要性があると思えますか。あてはまるものを1つ選び、数字に○をつけてください。

1 強化する必要がある 2 強化する必要はない 3 わからない 4 その他

※ 1を選んだセンターは「II－（2）」にお進みください。

※ 2、または4を選択されたセンターはその理由についてお聞かせください

II－（2）

事務局業務強化に必要な対応について、あてはまるものをすべて選び、アルファベットに○をつけてください。その他を選んだ場合、その内容についてご入力ください。

- a 担当課を創設する
- b 担当職員を増員する
- c 専門職種を増員する
- d 非常勤職員を増員する
- e その他 →その他内容
()

II－（3）

法改正を受けて、センター審査会事務局業務への精神保健福祉士の登用についてお聞きます。あてはまるものを1つ選び、数字に○をつけてください。またその理由についてご記入ください。

- 1 必置とする必要性がある
- 2 必置とする必要性はない
- 3 どちらでもない

→II－（3）の回答理由

III 現在のセンター審査会事務局業務の体制についてお聞きます。

III－（1）

センター審査会事務局業務の担当課、係等についてお聞きます。

①センター審査会事務局業務を担当する職員数について、該当するアルファベットに○をつけてください。5名以上の場合は人数をお知らせください。

a 1名 b 2名 c 3名 d 4名 e 5名以上 → 【 】名

精神医療審査会事務局強化に関するアンケート調査

－平成 24 年度厚生労働科学研究：追加調査－

②センター審査会事務局業務に関わる職種とその人数についてお聞きします。該当する職種に担当者の人数をお書きください。

- a 精神科医 【 】名
- b 精神保健福祉士 【 】名
- c 保健師 【 】名
- d 看護師 【 】名
- e 臨床心理士 【 】名
- f その他 【 】名 →その他の職種をお書きください【 】

③センター審査会事務局業務に配置されている専任職員の有無についてお聞かせください。

- 1 専任職員の配置あり
- 2 専任職員の配置なし

「1. あり」を選んだセンターは④へお進みください。

「2. なし」を選んだセンターはⅢ－（2）へお進みください

④専任職員（ありの場合）の職種と人数について、該当する職種（常勤/非常勤）の担当者人数をお書きください。

- a 精神科医(常勤) 【 】名
- b 精神保健福祉士(常勤) 【 】名
- c 保健師(常勤) 【 】名
- d 看護師(常勤) 【 】名
- e 臨床心理士(常勤) 【 】名
- f その他(常勤) 【 】名
- g 精神科医(非常勤) 【 】名
- h 精神保健福祉士(非常勤) 【 】名
- i 保健師(非常勤) 【 】名
- j 看護師(非常勤) 【 】名
- k 臨床心理士(非常勤) 【 】名
- l その他(非常勤) 【 】名

Ⅲ－（2）①貴センターでは、センター審査会事務局業務に精神保健福祉士がかかわっていますか。

- 1 かかわっている
- 2 かかわっていない
- 3 その他

1 を選択したセンターは②へお進みください。

2、3 を選択したセンターは③、④をご回答ください。

②「1 かかわっている」を選択したセンターにお聞きします。

センター審査会事務局業務における精神保健福祉士についてお聞きします。あてはまるものを1つ選び、数字に○をつけてください。また、その理由（②－1）と登用理由（②－2）についてご記入ください。

精神医療審査会事務局強化に関するアンケート調査
－平成 24 年度厚生労働科学研究：追加調査－

- 1 今後、精神保健福祉士の増員を予定している
- 2 今後、精神保健福祉士の増員を検討している
- 3 現行を維持する（精神保健福祉士の増員等の予定はない）
- 4 精神保健福祉士担当から他の職種に変更する
- 5 未定である

②－1

②の回答理由【

②－2

精神保健福祉士を登用した（している）理由について、あてはまるものをすべて選択し、アルファベットに○をつけてください。その他を選んだ場合、その他の内容をご入力ください。

- a 精神科医療と障害福祉の両面に専門性を有する
- b 入院治療や処遇面における権利擁護の視点を有する
- c 精神保健福祉に係わる法制度に精通している
- d 利用者である精神障害者の代弁性を有する
- e 処遇面でマネジメントを行う、調整する視点を有する
- f 治療者ではない、支援者としての視点を有する
- g 入院治療のなかで他職種との連携に関する視点を有する
- h その他 → その他の内容【

※ご回答がおわかりましたら、IVにおすすみください。

③現在、精神保健福祉士が審査会事務局業務にかかわっていないセンターのみ回答をしてください。精神保健福祉士の今後の登用について、あてはまるものを1つ選び、数字に○をつけてください。

- 1 登用を予定である
- 2 登用を検討している
- 3 現行を維持する
- 4 他の職種に変更する
- 5 未定である

③の選択理由：【

2014年3月10日

〇〇〇〇〇

管 理 者 様

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（精神障害分野）
研究分担者 中村 和彦（障害研究班）
（北星学園大学）

研究調査へのご協力をお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

現在、2012年度から2014年度の3カ年計画で、厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））により『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』に取り組んでおります。本研究は、「医療研究班」「行政研究班」「障害研究班」「介護研究班」の4班を構成し、精神保健福祉士の活動を評価するとともに、新たな諸課題に対応すべく、介入方法とその普及方法の開発をおこない、厚生労働施策に資するエビデンスを提示すること目的としております。

障害研究班は、広く障害福祉サービス領域をその研究対象としており、これまでに釧路市、東広島市、三原市等で、相談支援事業所を中心としたインタビュー調査を実施してまいりました。この度、さらなる研究推進のため、札幌市障がい者相談支援事業所を対象とした郵送による調査を計画致しました。

つきましては、下記の通り、調査にご協力いただきたく、お願いする次第です。

何卒、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

- 調査内容 : ①貴事業所の職員構成、保有資格等、②貴事業所が抱える課題、③相談内容における精神保健医療福祉にかかる内容、④その他（連携や研修に関すること等）
- 調査方法 : 郵送による（別途、お送り致します調査用紙にご回答いただき、ご返送いただきたく存じます）。
- 調査期日 : 2014年3月10日（月）～3月25日（火）
- 倫理的配慮 : ①本調査への協力は任意であり、協力いただけなかった場合においても、一切の不利益を被らないことを保証致します。
②研究発表の際には、ご回答いただいた機関はすべて匿名化し、推測され得る情報も研究成果の創造性や独自性に影響しないよう排除致します。
③取得したデータにつきましては、当該研究の目的以外で使用されることは一切ありません。

以 上

連絡先：北星学園大学 社会福祉学部
福祉臨床学科 中村 和彦
Tel : 011-891-2731（内線 1606）
e-mail : z00520@hokusei.ac.jp

【 調 査 票 】

1. 貴事業所の事業開始年月日をお書き下さい。

_____年 _____月 _____日

2. 貴事業所の職員構成についてご回答下さい。

職 名	常 勤 非常勤の別	保 有 資 格 等	障害者領域での 実践経験年数	他の領域での 経験年数
管理者				
相談支援専門員				
相談支援専門員				
相談員				

※保有資格については、番号でご回答下さい。複数の場合には、すべてお書き下さい。なお、その他については、具体的にお書き下さい。

- ①相談支援専門員研修 ②社会福祉士 ③精神保健福祉士 ④介護福祉士 ⑤ケアマネージャー
⑥保健師 ⑦看護師 ⑧作業療法士 ⑨保育士 ⑩その他

3. 相談の中で、精神疾患、精神障害に関連する内容は増えてきているとお感じになりますか。

- ① 確実に増えている ② あまり増えていない ③ むしろ減っている ④ほとんどない

4. 精神疾患、精神障害に関連する相談の中で、事業所として課題になっていることがあれば、具体的にお書き下さい。

8. 他機関との連携について、課題等、何かありましたら自由にお書き下さい。

9. 指定特定相談支援事業の「計画相談支援」について、抱えておられる課題がありましたら、自由にお書き下さい。

10. 指定一般相談支援事業の「地域移行支援」について、抱えておられる課題がありましたら、自由にお書き下さい。

11. 指定一般相談支援事業の「地域定着支援」について、抱えておられる課題がありましたら、自由にお書き下さい。

12. 職員研修についてお尋ねします。事業所として実施している研修内容（他で実施のものへの参加も含む）で、あてはまるものがあれば、その番号に○印をお書き下さい。その他のものがあれば具体的にお書き下さい。（複数回答可）

- | | | |
|--------------|---------------|-----------------|
| ① 相談技法（面接技法） | ② アセスメント方法・技法 | ③ 連携技法（他機関や地域等） |
| ④ 支援計画の立案 | ⑤ モニタリング技法 | ⑥ 評価方法・技法 |
| ⑦ 接遇・マナー | ⑧ 専門職倫理 | ⑨ 苦情対応・解決 |
| ⑩ その他（ | | ） |

13. 実施していないが、今後、実施したい／実施が必要だ（研修機会が必要である）と考えておられる研修内容について、あてはまるものがあればその番号に○印をお書き下さい。（複数回答可）

- | | | |
|--------------|---------------|-----------------|
| ① 相談技法（面接技法） | ② アセスメント方法・技法 | ③ 連携技法（他機関や地域等） |
| ④ 支援計画の立案 | ⑤ モニタリング技法 | ⑥ 評価方法・技法 |
| ⑦ 接遇・マナー | ⑧ 専門職倫理 | ⑨ 苦情対応・解決 |
| ⑩ その他（ | | ） |

14. その他、何かございましたら、自由にお書き下さい。

ご協力、誠にありがとうございました。

別添資料 1 地域包括支援センターを対象とした第一次調査の依頼文書

平成 25 年 月 日

地域包括支援センターの長 様

「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」(介護班)
アンケート調査へのご協力について (依頼)

謹啓

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私どもは、厚生労働科学研究費補助金による標記調査研究に取り組む研究グループです。突然にこのような調査協力をお願い申し上げる失礼をお許し下さい。このアンケート調査は、地域包括支援センターのみなさまの連携に係る業務評価の課題を明らかにした上で、地域包括支援センターの人員配置基準の見直しや診療報酬・介護報酬改定への反映を要望するための根拠資料として活用することを念頭に実施するものです。

調査の趣旨、回答要領などは下記の通りです。ご多用の折、ご負担をおかけして誠に申し訳ございませんが、この調査へのみなさまのご理解ご協力を心よりお願い申し上げます。

謹白

記

1. 調査趣旨 要介護者等もしくはその同居親族などに精神疾患がみられる事例は少なくないとされます。しかし、介護領域と精神保健医療福祉領域との連携は不十分であり、そのため支援に際して地域包括支援センターのみなさまが苦慮されておられる状況も報告されています。そこで、精神保健福祉士等との連携実態を把握し、連携の促進を図る上での制度的課題を明確化する必要があると考えました。
2. 調査方法 アンケート調査です。貴センターの活動記録などを参照して頂く必要のある設問が多くご負担をおかけすることと存じますが、政策提言につなげるためには具体的な数値で根拠を示す必要があるため、ご理解をお願い致します。どうしても回答が困難な項目がございましたら、可能な部分だけのご回答でも結構です。
回答された調査票は、同封の返信用封筒にて **7月12日(金)まで** (当日消印有効) にご返送願います。併せて第2次調査へのご協力の可否もうかがいたいと存じます。
3. 調査対象 広島県内および石川県内の全ての地域包括支援センターにご協力をお願いしております。できるだけ多くの方にご回答頂きたく存じます。
4. 倫理的配慮 この調査へのご協力は任意です。結果は数値で表現され、ご回答者が特定されたり個人情報が開示されたりすることはございません。調査結果は研究目的にのみ活用されます。調査票の回収、集計作業を委託する業者との間でも、倫理的配慮に関する契約を締結しております。また、介護班責任者の所属大学において研究倫理審査を受審し、倫理上の問題がないことが承認されております。

以上

<介護班責任者(厚生労働科学研究費補助金による研究の分担研究者)>

県立広島大学保健福祉学部 教授 金子 努

<アンケート調査に関するお問い合わせ先>

県立広島大学保健福祉学部 金子 努 〒723-0053 広島県三原市学園町1番地の1

Tel : 0848-60-1176

E-mail : kaneko@pu-hiroshima.ac.jp

別添資料2 地域包括支援センターを対象とした第一次調査の調査票

調査票の左上に、「所在地・事業所名・No+バーコードを印字して調査票を送付」

〒
所在地
事業所名 御中
No+バーコード

地域包括支援センター対象の調査票

1. 貴センターの併設施設等（注1）についてお答えください。（平成25年3月末時点）

（注1）ここでの「併設施設等」の対象は、「同一法人または系列法人で、なおかつ、同一建物内・同一敷地内、隣接敷地内にある施設・事業所」とします。

（1）併設施設等の有無について、あてはまる番号に○をしてください。

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 併設あり（⇒（2）にも回答してください） | 2. 併設なし（⇒2.へ進んでください） |
|-------------------------|----------------------|

（2）貴センターの併設施設等に、下記の施設・機関はありますか。あてはまる番号に○をしてください。

	併設
①居宅介護支援事業所	1有 ・ 2無
②在宅介護支援センター	1有 ・ 2無
③介護老人福祉施設（地域密着型を含む）	1有 ・ 2無
④介護老人保健施設	1有 ・ 2無
⑤病院（⑦～⑧以外）	1有 ・ 2無
⑥診療所（⑨以外）	1有 ・ 2無
⑦精神病床を有する病院（精神科病院）	1有 ・ 2無
⑧精神病床はないが精神科を標榜する病院（総合病院等）	1有 ・ 2無
⑨精神科を標榜する診療所	1有 ・ 2無

2. 貴センターの職員の状況（平成25年3月末時点）についてお答えください。

（注2）平成25年3月末時点で、産休・育休等何らかの理由で実際の職務に就いていない者は数に含まれません。

（1）包括的支援業務の職員配置を、常勤換算で（注3）記入してください。

ア 包括的支援業務のみに従事する職員（専従）		計	人	計	人	
(内訳)	保健師	a 保健師	常勤	人	非常勤	人
		b 経験ある看護師	常勤	人	非常勤	人
	社会福祉士	c 社会福祉士	常勤	人	非常勤	人
		d 3年以上従事 of 社会福祉主事等（注4）	常勤	人	非常勤	人
	e 主任介護支援専門員	常勤	人	非常勤	人	

イ 指定介護予防支援にも従事する職員（兼務）			計	人	計	人
(内訳)	保健師	f 保健師	常勤	人	非常勤	人
		g 経験ある看護師	常勤	人	非常勤	人
	社会福祉士	h 社会福祉士	常勤	人	非常勤	人
		i 3年以上従事の社会福祉主事等（注4）	常勤	人	非常勤	人
	主任介護支援専門員		常勤	人	非常勤	人
ウ その他の専門職員（注5）			常勤	人	非常勤	人
エ その他の事務職員			常勤	人	非常勤	人

（注3）【換算人員の算定方法】「職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間」で計算してください。（端数が出た場合には、小数点以下第2位を四捨五入して記入してください。）

<例> 1週間の勤務時間を32時間としている事業所で以下の職員がいた場合

Aさん（1週間の勤務時間8時間）、Bさん（同4時間）、Cさん（同12時間）
⇒24時間（8時間+4時間+12時間）÷32時間=0.75人 ⇒「0.8」を記入。

<例> 常勤5人、非常勤1人、合計6人配置の地域包括支援センターの場合

①「ア包括的支援事業のみに従事する職員（専従）」として、社会福祉士1人及び主任介護支援専門員1人を常勤で配置。

⇒「ア」欄の「c社会福祉士」及び「e主任介護支援専門員」の常勤欄にそれぞれ「1」を記入。

②「イ指定介護予防支援にも従事する職員（兼務）」として、保健師1人が常勤で配置。

⇒「イ」欄の「f保健師」の常勤欄に「1」を記入。

（注4）福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上又は介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、かつ、高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者

（注5）理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士等。

（2）精神保健福祉士資格を有する職員の人数を記入してください。

常勤	人	非常勤	人
----	---	-----	---

（3）精神保健福祉士資格を有する職員がいる場合、その職員についてお答えください。（注6）

①・② 保有資格について、下記の選択肢からあてはまるすべての番号を記入してください。

③ 常勤・非常勤の別について、あてはまる番号に○をしてください。

④ 勤続年数を記入してください。（注7）

	①主たる資格（1つ）	②他に保有している資格（①を除くすべて）	③常勤・非常勤の別	④勤続年数
職員 a			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 b			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 c			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 d			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 e			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 f			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 g			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 h			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 i			1 常勤・2 非常勤	年 か月

1 介護支援専門員、2 介護福祉士、3 社会福祉士、4 精神保健福祉士、5 保健師、6 助産師、7 看護師、
 8 准看護師、9 ホームヘルパー1級、10 ホームヘルパー2級、11 ホームヘルパー3級、12 医師、
 13 歯科医師、14 薬剤師、15 理学療法士、16 作業療法士、17 視能訓練士、18 義肢装具士、
 19 歯科衛生士、20 言語聴覚士、21 あん摩マッサージ指圧師、22 はり師、23 きゅう師、
 24 柔道整復師、25 栄養士、26 その他

(注6) 合計人数が(2)の回答と一致するように記入してください。

(注7) 非常勤職員に関しては、実際に就業している年数を記入してください(雇用契約期間が1年であっても、実際に就業している年数が2年であれば、2年と記入してください。)

産休・育休等何らかの理由で実際の職務に就いていない期間は、勤続年数から除いてください。

3. ケアマネジメントの実施状況についてお答えください。

(1) 平成24年度一年間の総合相談件数(延件数、重複可)をお答えください。

総合相談件数(延件数、重複可)	件
うち、権利擁護(成年後見人、高齢者虐待)に関すること	件

(2) 地域包括支援センターが開催もしくは参加するカンファレンス(注8)についてお答えください。

(注8) ここでいうカンファレンスとは、利用者や家族への支援に関する協議全般を指します。サービス導入時、変更時に開催されるサービス担当者会議に限るものではありません。

① 平成24年度一年間の回数(延回数)および対象事例数(実事例数)をお答えください。(注9)

回数	対象事例数	うち、認知症事例数	うち、精神疾患の困難事例数
回	件	件	件

(注9) 認知症事例数と精神疾患の困難事例数は、本人が該当のみでなく、家族が該当の場合も含めて回答してください。

② 平成24年度一年間に開催もしくは参加したカンファレンスのうち、下記の人が参加した回数(延回数)および対象事例数(実事例数)をお答えください。

	実施回数	対象事例数
a 精神科医	回	件
b 行政の保健師	回	件
c 病院・診療所の精神保健福祉士	回	件
d 障害福祉に関する相談支援事業所の精神保健福祉士	回	件
e 居宅介護支援事業所の介護支援専門員	回	件

(3) 平成24年度一年間の医療機関からの退院時カンファレンスへの参加回数(延回数)についてお答えください。

退院時カンファレンスに出席した回数	回
そのうち、精神科医療機関からの退院のカンファレンスへの出席回数	回

(4) 平成 24 年度一年間に、**精神障害者がかかわるケースの依頼**があった時、その**依頼を断ったこと**がありますか。

「ある」場合は、**断った理由**として、下記で該当するものすべてに○をしてください。

a 精神障害者に対応できるスタッフが不足していた	
b 依頼者の希望に沿えない	
c 依頼者の所在地が担当エリア外だった	
d その他 (<input type="text"/>)	

4. **連携** (注10) の実施状況についてお答えください。

(注10) ここでいう連携とは、「入院時情報連携可算」など加算対象とするものだけではなく、支援のための情報のやり取りを対面・メール・FAX などによって交わすこと全般を指します。

(1) **精神疾患の困難事例**に関して、次のところとはどの程度**連携**していますか。それぞれについて、最も当てはまる数字に○をしてください。

①行政の保健師	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
②精神科病院・診療所 (精神保健福祉士との連携等)	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
③障害福祉に関する相談支援事業所	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
④その他 (<input type="text"/>)	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない

(2) **精神保健福祉士との連携**についてお答えください。

①**精神保健福祉士の業務内容**について知っていますか。最も当てはまるものを1つ選び、番号に○をしてください。

十分知っている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全く知らない
---------	-------------------	--------

②平成 24 年度一年間に、**精神保健福祉士と連携したケース**は何件ありますか。

③ ②に該当するケースでは、**どのような方法で連携**していますか。最もよくあてはまる数字を1つ選び、○をしてください。

a 精神保健福祉士の所属機関を訪問する。	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
b 主にメールや FAX でやり取りをし、必要ある場合に面談する。	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
c 電話、メール、FAX で連絡をとる (面談はしない)。	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
d 主に診療情報提供書、連携パス等の書類によって連絡をとる。	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
e 病院等で開催するカンファレンスを通じて連携をとる。	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
f サービス担当者会議等に参加し連携をとる。	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
g 利用者、家族を通じて話を聞く。	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない
h その他 (<input type="text"/>)	いつもしている	5 · 4 · 3 · 2 · 1	全くしていない

④ ②に該当するケースは、**支援困難な状況が改善**されましたか。最も当てはまる数字を1つ選び、○をしてください。

- | | | |
|----------------|-------------|--------------|
| 1. 改善されたケースが多い | 2. ある程度改善する | 3. どちらともいえない |
| 4. ほとんど変わらない | 5. 全く変わらない | |

(3) 次に挙げる**関係機関との連携**に、課題はありますか。当てはまる番号に○をしてください。

	課題
①精神科・心療内科を標榜する医療機関（連携の例：医師会や医療機関に対して、高齢介護の分野においてどのようなことが課題になっており、その解決のためにどのような部分で医療機関の協力が必要であるのかを理解してもらうとともに、医療機関、主治医にとってどのような情報・資料が必要であるのかを地域包括支援センターが把握するために、医療機関に出向き、情報収集と連携を図っている等）	1あり・2なし
②精神科・心療内科以外の医療機関（連携の例：支援困難事例を抱える介護支援専門員に対して、解決に向けた助言や協力を得られるよう一定の実績のある居宅介護支援事業所を紹介している等）	1あり・2なし
③介護保険サービス事業所	1あり・2なし
④障害福祉に関する相談支援事業所	1あり・2なし
⑤地域のインフォーマルサービス（連携の例：一人暮らし高齢者の居住する団地の自治会と連携し、安否確認の取り組みを行っている等）	1あり・2なし
⑥公的機関（連携の例：リスクの高い（虐待・消費者被害・徘徊等）高齢者を発見し専門機関につなぐネットワーク構築とともに、警察から情報を得ながら医療機関や行政等と連携を図る等）	1あり・2なし
⑦入院（所）・退院（所）時	1あり・2なし

(4) 居宅介護支援事業所に所属する**介護支援専門員に対する個別支援**に、次の課題はありますか。当てはまる番号に○をしてください。

	課題
①相談窓口	1あり・2なし
②支援困難事例に対する介護支援専門員への支援	1あり・2なし
③精神疾患に関わる支援困難事例に対する介護支援専門員への支援	1あり・2なし
④認知症に関わる支援困難事例に対する介護支援専門員への支援	1あり・2なし
⑤個別事例に対するサービス担当者会議開催支援	1あり・2なし
⑥質の向上のための研修	1あり・2なし
⑦ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導	1あり・2なし
⑧介護支援専門員同士のネットワーク構築	1あり・2なし
⑨介護支援専門員に対する情報支援	1あり・2なし
⑩ケアプランの趣旨に基づいてサービスが提供されるよう、居宅サービス事業所等への研修等の働きかけ	1あり・2なし
⑪その他（_____）	1あり・2なし

5. 貴センターでは、次のことは課題になっていますか。当てはまる番号に○をしてください。

	課題
①職員の力量不足	1あり・2なし
②業務量に対する職員数の不足	1あり・2なし
③職員の入れ替わりの早さ	1あり・2なし
④業務量が過大 ⇒「課題あり」の場合、追加質問にもお答えください。	1あり・2なし
⑤関係機関との連携が十分でない ⇒「課題あり」の場合、追加質問にもお答えください。	1あり・2なし
⑥専門職の確保 ⇒「課題あり」の場合、追加質問にもお答えください。	1あり・2なし
⑦その他 ()	1あり・2なし

※次の(1)～(3)は、④・⑤・⑥の項目で「課題あり」と回答した場合のみ、お答えください。

「課題あり」と回答していない場合は、6. に進んでください。

(1)「④業務量が過大」に「課題あり」と回答した事業所にお尋ねします。

次の各業務は「業務量が過大」の要因として該当しますか。当てはまる番号に○をしてください。

	該当の有無
a 介護予防支援業務（介護予防プラン作成）	1該当・2非該当
b 総合相談	1該当・2非該当
c 支援困難事例対応	1該当・2非該当
d 会計・申請・書類作成等の事務処理	1該当・2非該当
e その他 ()	1該当・2非該当

(2)「オ 関係機関との連携が十分でない」に「課題あり」と回答した事業所にお尋ねします。次の各関係機関は、「連携が十分でない」に該当しますか。当てはまる番号に○をしてください。

	該当の有無
a フォーマルサービス機関	1該当・2非該当
b インフォーマルサービス（家族、近隣、友人、ボランティア、NPO団体等）	1該当・2非該当
c 市区町村	1該当・2非該当
d その他 ()	1該当・2非該当

(3)「カ 専門職の確保」に「課題あり」と回答した事業所にお尋ねします。次の各項目は「専門職の確保」に課題がある要因に該当しますか。当てはまる番号に○をしてください。

	該当の有無
a 予算の確保が難しい	1該当・2非該当
b 人材不足	1該当・2非該当
c その他 ()	1該当・2非該当

6. 次のような報酬・制度を、どの程度望みますか。最も当てはまる数字を1つ選び、○をしてください。

1) 介護報酬や介護保険制度

①地域包括支援センターへの精神保健福祉士の配置	強く望む	5・4・3・2・1	全く望まない
②地域包括支援センターの設置基準となる人員数の増加	強く望む	5・4・3・2・1	全く望まない

2) 診療報酬における医療機関の評価

③地域包括支援センターが医療機関と連携した際に医療機関に診療報酬が算定される仕組み	強く望む	5・4・3・2・1	全く望まない
④地域包括支援センターが開催するカンファレンスに精神保健福祉士が参加した時に、所属する医療機関に診療報酬が算定される仕組み	強く望む	5・4・3・2・1	全く望まない
⑤地域ケア会議に精神保健福祉士が参加した時に、所属する医療機関に診療報酬が算定される仕組み	強く望む	5・4・3・2・1	全く望まない
⑥介護支援専門員以外の地域包括支援センター職員も、介護支援連携指導料の算定対象となる仕組み	強く望む	5・4・3・2・1	全く望まない
⑦精神科医療機関の認知症治療病棟や精神療養病棟の入院患者も介護支援連携指導料の算定対象となる仕組み	強く望む	5・4・3・2・1	全く望まない

3) 行政の取り組み

⑧市町村担当課への精神保健福祉士の配置	強く望む	5・4・3・2・1	全く望まない
⑨市町村保健センター・保健所への精神保健福祉士の配置	強く望む	5・4・3・2・1	全く望まない

4) その他、望まれる報酬・制度があればお書きください。

⑩ _____

7. 介護サービス事業所と精神保健福祉士の連携などに関して、より詳しいアンケート調査にもご協力いただきたいと思いますと考えています。調査票をお送りしますので、ご検討いただけるでしょうか。当てはまる番号に○をしてください。

1 協力を検討する ・ 2 協力できない

*** ご協力ありがとうございました。返信用封筒に入れて、投函をお願いします。***

別添資料3 居宅介護支援事業所を対象とした第一次調査の依頼文書

平成 25 年 月 日

指定居宅介護支援事業所の長 様

「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」(介護班)
アンケート調査へのご協力について (依頼)

謹啓

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私どもは、厚生労働科学研究費補助金による標記調査研究に取り組む研究グループです。突然にこのような調査協力をお願い申し上げる失礼をお許し下さい。このアンケート調査は、居宅介護支援事業所のみなさまの連携に係る業務評価の課題を明らかにした上で、介護報酬および診療報酬への反映を要望するための根拠資料として活用することを念頭に実施するものです。

調査の趣旨、回答要領などは下記の通りです。ご多用の折、ご負担をおかけして誠に申し訳ございませんが、この調査へのみなさまのご理解ご協力を心よりお願い申し上げます。

謹白

記

1. 調査趣旨 要介護者等もしくはその同居親族などに精神疾患がみられる事例は少なくないとされます。しかし、介護領域と精神保健医療福祉領域との連携は不十分であり、そのため支援に際して居宅介護支援事業所のみなさまが苦慮されておられる状況も報告されています。そこで、精神保健福祉士等との連携実態を把握し、連携の促進を図る上での制度的課題を明確化する必要があると考えました。
2. 調査方法 アンケート調査です。貴事業所の活動記録などを参照して頂く必要のある設問が多くご負担をおかけすることと存じますが、政策提言につなげるためには具体的な数値で根拠を示す必要があるため、ご理解をお願い致します。どうしても回答が困難な項目がございましたら、可能な部分だけのご回答でも結構です。
回答された調査票は、同封の返信用封筒にて 7月12日(金)まで (当日消印有効) にご返送願います。併せて第2次調査へのご協力の可否もうかがいたいと存じます。
3. 調査対象 広島県内および石川県内の全ての指定居宅介護支援事業所にご協力をお願いしております。できるだけ多くのみなさまにご回答頂きたく存じます。
4. 倫理的配慮 この調査へのご協力は任意です。結果は数値で表現され、ご回答者が特定されたり個人情報が開示されたりすることはございません。調査結果は研究目的にのみ活用されます。調査票の回収、集計作業を委託する業者との間でも、倫理的配慮に関する契約を締結しております。また、介護班責任者の所属大学において研究倫理審査を受審し、倫理上の問題がないことが承認されております。

以上

<介護班責任者(厚生労働科学研究費補助金による研究の分担研究者)>

県立広島大学保健福祉学部 教授 金子 努

<アンケート調査に関するお問い合わせ先>

県立広島大学保健福祉学部 金子 努 〒723-0053 広島県三原市学園町1番地の1

Tel : 0848-60-1176

E-mail : kaneko@pu-hiroshima.ac.jp

別添資料 4 居宅介護支援事業所を対象とした第一次調査の調査票

調査票の左上に、「所在地・事業所名・No+バーコードを印字して調査票を送付」

〒
所在地
事業所名 御中
No+バーコード

居宅介護支援事業所対象の調査

1. 貴事業所の併設施設等（注1）についてお答えください。（平成25年3月末時点）

（注1）ここでの「併設施設等」の対象は、「同一法人または系列法人で、なおかつ、同一建物内・同一敷地内、隣接敷地内にある施設・事業所」とします。

（1）併設施設等の有無について、あてはまる番号に○をしてください。

1. 併設あり（⇒（2）にも回答してください）	2. 併設なし（⇒2.へ進んでください）
-------------------------	----------------------

（2）貴事業所の併設施設等に、下記の施設・機関はありますか。あてはまる番号に○をしてください。

併設有りの場合は、介護支援専門員兼務の有無についても、あてはまる番号に○をしてください。

	併設	(併設有りの場合) 介護支援専門員兼務の有無
①地域包括支援センター	1有 ・ 2無	1有 ・ 2無
②在宅介護支援センター	1有 ・ 2無	1有 ・ 2無
③介護老人福祉施設（地域密着型を含む）	1有 ・ 2無	1有 ・ 2無
④介護老人保健施設	1有 ・ 2無	1有 ・ 2無
⑤病院（⑦～⑧以外）	1有 ・ 2無	1有 ・ 2無
⑥診療所（⑨以外）	1有 ・ 2無	1有 ・ 2無
⑦精神病床を有する病院(精神科病院)	1有 ・ 2無	1有 ・ 2無
⑧精神病床はないが精神科を標榜する病院（総合病院等）	1有 ・ 2無	1有 ・ 2無
⑨精神科を標榜する診療所	1有 ・ 2無	1有 ・ 2無

2. 貴事業所の職員の状況（平成25年3月末時点）についてお答えください。

（注2）平成25年3月末時点で、産休・育休等何らかの理由で実際の職務に就いていない者は数に含まれません。介護支援専門員の業務を実施している管理者は、介護支援専門員の人数に含まれます。

（1）職員の人数をお答えください。

	常勤	人	非常勤	実人数	人、換算人数	人
①介護支援専門員（居宅介護支援事業所に専従）	常勤	人	非常勤	実人数	人、換算人数	人
②介護支援専門員（併設事業所と兼務） ※貴事業所での勤務時間により換算（注3）	常勤	人	非常勤	実人数	人、換算人数	人
③その他の職員（事務職員など）	常勤	人	非常勤	実人数	人、換算人数	人

（注3）【換算人員の算定方法】「職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間」で計算

してください。(端数が出た場合には、小数点以下第2位を四捨五入して記入してください。)

<例> 1週間の勤務時間を32時間としている事業所で以下の職員がいた場合

Aさん(1週間の勤務時間8時間)、Bさん(同4時間)、Cさん(同12時間)

⇒24時間(8時間+4時間+12時間)÷32時間=0.75人 ⇒「0.8」を記入。

(2) **精神保健福祉士資格を有する職員の人数**を記入してください。

常勤	人	非常勤	人
----	---	-----	---

(3) **精神保健福祉士資格を有する職員**がいる場合、その職員についてお答えください。(注4)

①・② **保有資格**について、下記の選択肢からあてはまるすべての番号を記入してください。

③ **常勤・非常勤の別**について、あてはまる番号に○をしてください。

④ **勤続年数**を記入してください。(注5)

	①主たる資格(1つ)	②他に保有している資格(①を除くすべて)	③常勤・非常勤の別	④勤続年数
職員 a			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 b			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 c			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 d			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 e			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 f			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 g			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 h			1 常勤・2 非常勤	年 か月
職員 i			1 常勤・2 非常勤	年 か月

1 介護支援専門員、2 介護福祉士、3 社会福祉士、4 精神保健福祉士、5 保健師、6 助産師、7 看護師、8 准看護師、9 ホームヘルパー1級、10 ホームヘルパー2級、11 ホームヘルパー3級、12 医師、13 歯科医師、14 薬剤師、15 理学療法士、16 作業療法士、17 視能訓練士、18 義肢装具士、19 歯科衛生士、20 言語聴覚士、21 あん摩マッサージ指圧師、22 はり師、23 きゅう師、24 柔道整復師、25 栄養士、26 その他

(注4) 合計人数が(2)の回答と一致するように記入してください。

(注5) 非常勤職員に関しては、実際に就業している年数を記入してください(雇用契約期間が1年であっても、実際に就業している年数が2年であれば、2年と記入してください。)

産休・育休等何らかの理由で実際の職務に就いていない期間は、勤続年数から除いてください。

3. **ケアマネジメントの実施状況**についてお答えください。

(1) **平成25年3月中の居宅介護支援費**の状況についてお答えください。

①**特定事業所加算**の算定状況について、あてはまる番号に○をしてください。

1 加算(I) ・ 2 加算(II) ・ 3 加算なし

⇒「加算(II)」もしくは「加算なし」に該当する場合にお尋ねします。

加算をとっていない理由に、「地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースを受託していない」に該当しますか。あてはまる番号に○をしてください。

1 該当 ・ 2 非該当