

資料編

第1部 精神保健福祉援助実習の認定実習指導者養成研修プログラム

第2部 精神保健福祉士養成課程の実習・演習担当教員養成講習プログラム

【第1部 精神保健福祉援助実習の認定実習指導者養成研修プログラム】

資料1-1

JAPSW 発第09-250号
2009年12月1日

社団法人日本精神保健福祉士協会 構成員 各位

社団法人日本精神保健福祉士協会
会長 竹中秀彦 [公印略]

「精神保健福祉援助実習に係る実習施設における実習指導者の 指導内容に関する現況調査」への協力をお願い

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、本協会事業に格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本協会では、今年度、厚生労働省の障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）（補助金事業）としまして、「精神保健福祉士養成カリキュラム改正に伴う実習指導者・教員養成研修のプログラム開発事業」（以下「本事業」という。）に取り組んでおります。

この度、本事業の一環としまして、その指標を得る一助とするため、標記の「精神保健福祉援助実習に係る実習施設における実習指導者の指導内容に関する現況調査」（以下「調査」という。）を実施させていただくことになりました。

調査の対象者は、本協会の研修認定精神保健福祉士であり、かつ精神保健福祉士国家資格登録から3年度以上経過している方々500人を、本協会会員名簿より抽出させていただいております。調査の実施には、個人名および所属機関名は無記名とし、結果は統計的に処理させていただきます。ご協力をいただいた方や所属機関にご迷惑をおかけすることは一切ありません。

つきましては、調査の趣旨をご理解いただき、率直なご回答をお寄せくださいますようお願い申し上げます。

年末を迎えご多用の時期かと存じますが、**本年12月31日（木）まで**に同封の返信用封筒にて、本協会事務局宛にご返送ください（大変恐縮ですが、集計作業等の都合上、ファックス、Eメール等でのご返送はご遠慮ください）。

なお、本調査の集計分析結果は、厚生労働省に報告書として提出するほか、構成員各位にもご報告させていただく予定です。

何卒ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

【問い合わせ】

社団法人日本精神保健福祉士協会（担当：坪松）
〒160-0015 東京都新宿区大京町2-3-3
四谷オーキッドビル7F
TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993
E-mail: office@japsw.or.jp

精神保健福祉援助実習に係る実習施設における 実習指導者の指導内容に関する現況調査

社団法人日本精神保健福祉士協会

以下の設問について、選択肢のあるものは番号に「○」を付けて、その他は（ ）内にご回答をご記入ください。選択肢は、特に記載のない場合は、1つを選んで「○」を付けてください。

《I》回答者の基本属性

問1 あなたの性別・年齢を教えてください。

1-① 性別 1. 男性 2. 女性

1-② 年齢 1. 25歳未満 2. 25歳～30歳未満 3. 30歳～35歳未満
4. 35歳～40歳未満 5. 40歳～45歳未満 6. 45歳～50歳未満
7. 50歳～55歳未満 8. 55歳～60歳未満 9. 60歳以上

問2 あなたの精神保健福祉分野におけるソーシャルワーカー（精神科ソーシャルワーカーまたは精神保健福祉士）としての通算従事年数を教えてください。

1. 通算で（ ）年 2. 従事したことはない

問3 あなたの主たる所属機関（1か所）についてお伺いします。

3-① 所属機関を教えてください。

1. 精神科病院 2. 総合病院 3. 精神科診療所 4. 保健所 5. 精神保健福祉センター
6. 地域活動支援センター 7. 福祉ホーム 8. グループホーム 9. ケアホーム
10. 就労移行支援事業 11. 就労継続支援事業 12. 自立訓練事業 13. 授産施設
14. 生活訓練施設 15. 福祉工場 16. 地域生活支援センター 17. 小規模作業所
18. 高齢者関連施設 19. 教育機関 20. 都道府県庁 21. 市町村役場 22. 福祉事務所
23. 相談支援事業所 24. その他（ ）

3-② 所属機関が「医療機関」の場合、所属部署を教えてください。

1. ソーシャルワーカー部門 2. コメディカル部門 3. 事務部門 4. 看護部門
5. 診療部門 6. その他（ ）

3-③ 所属機関でのあなたの職位を教えてください。

（ ）

問4 あなたの所属機関には、あなたを含めて精神保健福祉士は何人いますか。（ ）人

4-① そのうち、資格取得後3年以上の実務経験（＝実習指導者の要件）を有する方は、あなたを含めて何人ですか。

（ ）人

問5 あなたがお持ちの資格をすべて教えてください(複数回答可)。

1. 社会福祉士 2. 介護福祉士 3. 介護支援専門員 4. 看護師 5. 保健師
6. 精神保健福祉士のみ 7. その他 ()

問6 精神保健福祉援助実習指導について伺います。

6-① あなたは国家資格制定後、精神保健福祉援助実習指導の経験がありますか。

1. ある → 6-② 2. ない → 6-④

6-② 「ある」場合、年度毎の受け入れ人数と受け入れ時間を分かる範囲で教えてください。

※途中で所属機関を異動されている場合、現在の所属機関での受入状況のみをお答えください。

年度	受け入れ人数	実 習 時 間					
2006年	人	90時間(12日):	人	180時間(24日):	人	その他:	人
2007年	人	90時間(12日):	人	180時間(24日):	人	その他:	人
2008年	人	90時間(12日):	人	180時間(24日):	人	その他:	人

6-③ あなたの所属機関では実習指導はどのように行われていますか。

1. 1人の実習生に対して1人の精神保健福祉士が専任で担当
2. 1人の実習生に対して複数の精神保健福祉士が担当
3. その日のプログラムにあわせて担当は変わるが、日々の振り返りは1人の精神保健福祉士が担当
4. その他 ()

6-④ 「ない」場合、その理由を教えてください(複数回答可)。

1. 所属機関の方針 2. 実習依頼がない 3. 3年以上の経験がないため
4. 時間的余裕がないため 5. 実習指導者研修を受けていないため
6. 実習指導に自信がないため 7. 上司・先輩が担当者であるため
8. 実習指導の知識がないため 9. その他 ()

○全員にお伺いします。

6-⑤ 実習指導を担当することに不安があるとすれば、どのような点ですか(複数回答可)。

1. 所属機関の協力 2. 実習プログラム作成 3. 実習スーパービジョンの方法
4. 相談者の有無 5. 他職種の協力 6. 特になし
7. その他 ()

問7 実習指導者研修会への参加について

7-① 日本精神保健福祉士協会主催の指導者研修会(2000~2001年)、実習指導者養成研修(2002~2008年)の受講、また都道府県精神保健福祉士協会主催の実習指導者研修会の受講経験はありますか。

- ア. 指導者研修会の受講 1. ある 2. ない
イ. 実習指導者養成研修の受講 1. ある 2. ない
ウ. 都道府県協会が主催の実習指導者研修会の受講 1. ある 2. ない 3. 未実施

7-② 今後、精神保健福祉援助実習を受け入れる際に「実習指導者養成研修」の受講が必須となった場合、受講を希望されますか。

1. する 2. 条件次第 ※「1」または「2」を選んだ方は7-③にもお答えください。
3. しない (⇒理由をご記入ください))

○7-②で「1」または「2」と答えた方にお伺いします。

7-③ 実習指導者研修会はどの程度の日数であれば参加可能ですか。

1. 1日 2. 2日間 3. 3日間 4. その他 ()

7-④ 実習指導者研修会はどの地域で開催すると参加が可能ですか (複数回答可)。

1. 北海道ブロック 2. 東北ブロック 3. 関東・信越ブロック 4. 東海・北陸ブロック
5. 近畿ブロック 6. 中国ブロック 7. 四国ブロック 8. 九州・沖縄ブロック
9. どこでも可

以下の設問は、《Ⅰ》「問3」でお答えいただいた「主たる所属機関」の状況でお答えください。

《Ⅱ》実習マネジメントについて

問1 実習受け入れ基準について伺います。

1-① 実習受け入れの基準を設けていますか。

1. いる → 1-②へ 2. いない → 問2へ

1-② 「いる」場合、どのような判断基準ですか (複数回答可)。

1. 養成校の種別 2. 養成コースの種別 3. 実習期間 4. 養成校の教育方針
5. 実習委託費 6. 年間受け入れ人数 7. 同時受け入れ人数 8. 実習生の意欲
9. 養成校の所在地 10. 実習生の出身地域 11. 教員とのネットワーク
12. その他 ()

問2 受け入れの決定の判断は誰が行っていますか (複数回答可)。

1. 実習指導者 2. 施設管理者 3. 所属長 4. 所属部署での合議
5. 関連部門の合議 (実習受け入れ委員会等)
6. その他 ()

問3 実習について所属機関ではどのような評価をされていますか。

1. 実習教育を精神保健福祉士の必要な業務と位置付けられている
2. 実習教育は必要なことだと理解されている 3. 他職種からの協力が得られている
4. 実習に対して否定的 5. 特に評価されていない
6. その他 ()