

資料編

1. アンケート調査 調査票

都道府県における災害福祉支援ネットワークの構築及び 精神保健福祉士の参加等の状況に関するアンケート調査

調査票

<回答していただく方のご連絡先>

都道府県名	
部署名	
役職・名前	
電話番号	
メールアドレス	

※ご入力いただいた「役職・名前」「電話番号」「メールアドレス」へ、ご回答内容について事業担当者より連絡させていただきます。調査報告書上での掲載は「都道府県名」「部署名」までとし、個人情報は非公開といたします。

<災害福祉支援ネットワークに関する質問>

問1 貴都道府県では、厚生労働省が策定した災害福祉支援ガイドラインに基づく災害福祉支援ネットワークを構築されていますか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/> 1. すでに構築している	} → 続いて問2をお答えください
<input type="checkbox"/> 2. 現在構築中である	
<input type="checkbox"/> 3. 構築の予定はあるが、未着手である	} → 3と4を選択された都道府県は、その理由をお聞かせください。
<input type="checkbox"/> 4. 構築の予定はない	
<input type="checkbox"/> 5. その他	} → 内容を具体的にお聞かせください。
内容を具体的にお聞かせください。	

※選択肢に係る説明

1. すでに構築している：

災害時における活動内容等の調整・協議を行うため、行政・福祉関係者・防災関係者等で構成されるネットワーク会議が設置され、災害時においてDWA Tが派遣できる又は福祉施設間において相互に人員を派遣できる協力体制が構築されている状態を指します。

2. 現在構築中である：

ネットワーク構築に向けて、庁内調整の実施、関係団体と協定に向けての協議体等を設けて検討をしている状態を指します。

3. 構築の予定はあるが、未着手である：

ネットワーク構築を考えているものの、協議体の設置等、具体的な検討には至っていない状態を指します。

問2 問1で災害福祉支援ネットワークを「1. すでに構築している」「2. 現在構築中である」と回答した都道府県にうかがいます。災害福祉支援ネットワーク（以下「ネットワーク」）の内容について、以下の項目を（予定も含めて）お答えください。

※未定の場合は「未定」、特にない場合は「特になし」とご入力ください。

① ネットワークの名称	
② ネットワークの主管部局	
③ ネットワークの事務局	
④ 地域防災計画における災害時の福祉支援体制の位置づけ（1つ選択）	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無（位置づける予定もなし） <input type="checkbox"/> 3. 今後計画に位置づける予定 <input type="checkbox"/> 4. その他 ※内容をお書きください <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
⑤ ネットワークの構成員 （参加部署、団体等をすべてご記入ください）	
⑥-1 ⑤で精神保健福祉士協会等※の参加がない都道府県にうかがいます。ネットワークへの参加をしていない経緯をお聞かせください。（1つ選択）	<input type="checkbox"/> 1. ネットワークの参加を呼びかけたが断られた <input type="checkbox"/> 2. 参加を呼びかける団体として認識していなかった <input type="checkbox"/> 3. その他 ※具体的に理由をお書きください <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> 4. （構築中で）未定のため
⑥-2 今後ネットワークに精神保健福祉士協会等の参加を進めていくにあたって、どのような情報や取り組みが必要とお考えですか。	
⑥-3 精神保健福祉士協会等の立場で、ネットワークに参加していくために必要な取り組みがありましたらご教示ください。	

※精神保健福祉士の職能団体の名称が、都道府県によって精神保健福祉士協会または精神保健福祉士会である関係で「精神保健福祉士協会等」としております。

<災害派遣福祉チームに関する質問>

問3 貴都道府県では、災害派遣福祉チームを設置（組成）されていますか。（1つ選択）

<input type="checkbox"/> 1. すでに設置している <input type="checkbox"/> 2. 設置に向け調整中である	} → 続いて問4をお答えください
<input type="checkbox"/> 3. 設置の予定はあるが、未着手である <input type="checkbox"/> 4. 設置の予定はない	
3と4を選択された都道府県は、その理由をお聞かせください。	
→ 設問は以上です。ありがとうございました！	
<input type="checkbox"/> 5. その他 内容を具体的にお聞かせください。	
→ 設問は以上です。ありがとうございました！	

問4 問3で災害派遣福祉チームを「1. すでに設置している」「2. 設置に向け調整中である」と回答した都道府県にうかがいます。災害派遣福祉チーム（以下「チーム」）の内容について、以下の項目を（予定も含めて）お答えください。

※未定の場合は「未定」、特にない場合は「特になし」とご入力ください。

① チームの名称 (例：〇〇県DWA Tなど)	
※DWAT、DCAT等複数のチームがある場合は、都道府県において設置運営要綱等を定めている（予定している）チームについて記載してください。	
② 災害時のチームの招集方法 (例：ネットワーク本部から協力団体に登録チーム員の派遣を要請する。)	
③ チームの登録人員（人数） ※職種ごとに登録人数または登録の状況をお答えください。	社会福祉士 登録あり→（ ）人 （ ）登録なし （ ）未定
	精神保健福祉士 登録あり→（ ）人 （ ）登録なし （ ）未定
	介護福祉士 登録あり→（ ）人 （ ）登録なし （ ）未定
	その他 具体的な職種と人数をご記入ください

<p>④ チームへの登録に際して要件があれば、<u>該当するものすべて</u>を選択してください。</p>	<p>() 1. 職能団体等の団体からの推薦があること () 2. 登録に係る所属機関の承諾が得られていること () 3. 登録にあたり研修等を受講すること () 4. その他 ※具体的に要件をお書きください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>() 5. 特に要件は定めていない () 6. 未定</p>
<p>⑤ チームへの登録前または登録後の研修等の実施状況（1つ選択）</p>	<p>() 1. 研修を実施している ※研修の具体的な内容をお書きください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>() 2. 研修の予定がある ※予定している研修の具体的な内容をお書きください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>() 3. 研修は実施（予定）していない () 4. 未定</p>
<p>⑥ チームにおける精神保健福祉士に対する役割期待として、どのようなことがありますか。 ※精神保健福祉士が参加していない場合でも、参加した場合を想定してご回答ください。</p>	

質問は以上となります。ご回答いただきありがとうございました。

<回答済の調査票送信先>
contact2020@japsw.or.jp

2. 質的調査 インタビューガイド

(1) 災害派遣福祉チーム (DWAT) の派遣活動に参加した経験を有する精神保健福祉士

調査の質問項目 (インタビューガイド)

【対象：災害派遣福祉チームの活動経験がある精神保健福祉士】

※質問の順番は、前後することがあります。

1. 基本的な属性についてお尋ねします。
 - 1) 所属
 - 2) 職種
 - 3) 保健医療福祉領域での実務経験年数
2. 災害派遣福祉チームの活動に参加することとなった経緯を教えてください。
(事前登録のきっかけ、登録(活動)にあたっての不安及びその解消法など)
3. 参加された災害支援活動の内容について教えてください。
 - 1) チームの構成
 - 2) 活動時期(活動依頼がいつ入り、何日後に活動したのか、業務による派遣か否か、その間の準備・調整などを含む)
 - 3) 活動内容
 - 4) チーム内での役割分担
 - 5) その他
4. 実際の災害支援活動に参加されたご経験を通じて感じられた「災害支援における精神保健福祉士の固有の役割」があれば、お考えをお聞かせください。
5. 精神保健福祉士として災害支援活動に参加する際の難しさ(障壁となる事柄)にはどんなことがあるとお考えですか。
6. 今後、災害支援活動への精神保健福祉士の参加を広げていくために、どのようなことが必要とお考えですか。

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

(2) 災害派遣福祉チーム (DWAT) の派遣活動に参加した経験または派遣調整等に関与した経験を有する他職種

調査の質問項目 (インタビューガイド)

【対象：災害派遣福祉チームの活動経験がある他職種等】

※質問の順番は、前後することがあります。

1. 基本的な属性についてお尋ねします。
 - 1) 所属
 - 2) 職種
 - 3) 保健医療福祉領域での実務経験年数
2. 災害派遣福祉チームの活動に参加することとなった経緯を教えてください。
(事前登録のきっかけ、登録(活動)にあたっての不安及びその解消法など)
3. 参加された災害支援活動の内容について教えてください。
 - 1) チームの構成
 - 2) 活動時期(活動依頼がいつ入り、何日後に活動したのか、業務による派遣か否か、その間の準備・調整などを含む)
 - 3) 活動内容
 - 4) チーム内での役割分担
 - 5) その他
4. 実際にチームとして精神保健福祉士と災害支援活動を共にされた感想をお聞かせください。※活動を共にされたご経験がない場合は、精神保健福祉士がいたら良かった、ということがあればお聞かせください。
5. 災害支援活動における精神保健福祉士の役割や有効性はどんなところにあるか、お考えをお聞かせください。
6. 今後、災害支援活動への精神保健福祉士の参加を広げていくために、どのようなことが必要とお考えですか。

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

(3) 災害派遣精神医療チーム (DPAT) の派遣活動に参加した経験を有する精神保健福祉士

調査の質問項目 (インタビューガイド)

【対象：災害派遣精神医療チームの活動経験がある精神保健福祉士】

※質問の順番は、前後することがあります。

1. 基本的な属性についてお尋ねします。
 - 1) 所属
 - 2) 職種
 - 3) 保健医療福祉領域での実務経験年数
2. 災害派遣精神医療チームの活動に参加することとなった経緯を教えてください。
(事前登録のきっかけ、登録(活動)にあたっての不安及びその解消法など)
3. 参加された災害支援活動の内容について教えてください。
 - 1) チームの構成
 - 2) 活動時期(活動依頼がいつ入り、何日後に活動したのか、業務による派遣か否か、その間の準備・調整などを含む)
 - 3) 活動内容
 - 4) チーム内での役割分担
 - 5) その他
4. 実際の災害支援活動に参加されたご経験を通じて感じられた「災害支援における精神保健福祉士の固有の役割」があれば、お考えをお聞かせください。
5. 精神保健福祉士として災害支援活動に参加する際の難しさ(障壁となる事柄)にはどんなことがあるとお考えですか。
6. 今後、災害支援活動への精神保健福祉士の参加を広げていくために、どのようなことが必要とお考えですか。

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

厚生労働省 令和2年度障害者総合福祉推進事業

**精神保健福祉士の災害時の対応における役割の明確化と支援体制に関する調査研究
報告書**

令和3（2021）年3月 発行

発行 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

所在地 〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F

TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993

E-Mail : office@jamhsw.or.jp URL : <https://www.jamhsw.or.jp/>
