

Ⅲ 対象者の基本属性		
1. 住所:		
-----		
→1)キャッチメントエリア内      2)キャッチメントエリア外		
2. 生年月日: 西暦 年 月 日( 歳)		
3. 診断名(ICD-10):		
4. 過去1年間の入院回数(今回の入院は含まない): _____回		
5. 生保受給: 1)有 2)無		
6. 身体合併症: 1)糖尿病 2)他(            )	7. 身長・体重: 体重:   kg 身長:   cm	
8. 同居家族: 1)有 2)無 ⇒有の場合: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> きょうだい(人) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 他(    )		
9. 婚姻状況: 1)既婚 2)未婚 3)離別・死別	10. 発症年齢: _____歳	
11. 障害年金の受給: 1)有 2)無	12. 自立支援医療の利用: 1)有 2)無	
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定		
14. 地域の主たる支援者: 1)有 2)無		
⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____		
15. 過去3か月間の社会資源利用状況(1か月に1回以上利用のあるもの、複数回答)		
-----		
1)デイケア、デイナイトケア	6)相談支援事業	
2)訪問看護	7)就労支援	
3)ホームヘルプサービス	8)グループホームなど共同住居	
4)作業所など日中活動の場	9)ショートステイなど短期入所施設	
5)地域活動支援センターなど集う場	10)その他(                            )	
Ⅳ. 参考情報(SACT旧カシオペアコース基準)		
あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>		
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	<input type="checkbox"/>	
2. 表面【問題行動】のAまたはBにチェックが入っている	<input type="checkbox"/>	
-----		
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	1)入院回数 <input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない)	いずれかに該当 <input type="checkbox"/>
	2)入院日数 <input type="checkbox"/> 90日以上	
	3)医療中断 <input type="checkbox"/> 6か月以上	

記入日: 2011年 月 日

記入者:

【1】対象者の基本属性	
ID:	性別(男・女)
1.住所:	1) 板橋区 2) 北区 3) キャッチメントエリア外
2.生年月日	西暦 年 月 生( 歳)
3.診断名(ICD-10):	
4.同居家族の有無 1) 有 2) 無 →有りの場合:1) 父 2) 母 3) 配偶者 4) きょうだい( 人) 5) 祖父 6) 祖母 7) 子( 人) 8) その他	
5.結婚歴 1) 未婚 2) 配偶者有 3) 離婚 4) 死別	6.過去1年間の入院回数 回
7.障害年金 1) 有:障害( )年金 級 2) 無	8.生保受給 1) 有 2) 無
9.就業有無 1) 有 2) 無	10.身体合併症:
11.地域の主たる支援者 1) 無 2) 有 →有りの場合 所属: 支援者名:	
12.過去3か月間の社会資源利用状況(1ヶ月に1回以上利用のあるもの、複数回答)	
1) デイケア、デイナイトケア	6) 相談支援事業
2) 訪問看護	7) 就労支援
3) ホームヘルプサービス	8) グループホームなど共同住居
4) 作業所など日中活動の場	9) ショートステイなど短期入所施設
5) 地域活動支援センターなど集う場	10) その他( )

【2】アウトリーチケアマネスクリーニング		あてはまる場合
除外基準	年齢が15歳未満もしくは65歳以上である	<input type="checkbox"/>
	主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである	<input type="checkbox"/>
	初診患者ではない	<input type="checkbox"/>

【3】ケアマネジメント導入基準:特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい		はい	いいえ
A	6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心に担う)を遂行できていない	1	0
	6ヶ月間同居者以外と対人関係が持っていない	1	0
B	食事、洗濯など生活を維持するうえでの課題を6か月以上一貫して遂行できない	1	0
	生活に必要な外出が6か月以上一貫してできない	1	0
	金銭管理、諸手続きなど複雑な地域生活の課題がサポートなしではできない	1	0
C	支援をする家族がいない(拒否的、非協力的、天涯孤独)	1	0
	家族との間に軋轢や葛藤があり、ストレスになっている	1	0
D	職場、隣人などの環境に大きなストレスがあり、専門家の支援が必要な状況にある	2	0
合計得点		点	

# サービスコード記録

医療機関  
コメディカル

I 実施状況		記入者		利用者 I D				
1 月 日	平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日							
2 時 間	① 移 動	( ) 分※往路分のみ ⇒ 主たる移動手段 (徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)						
	② コンタクト時間	( ) : ( ) ~ ( ) : ( ) ※24 時間表記						
	③ 記録・準備	( ) 分						
3 スタッフ ※1人が複数資格を保有している場合、主たる資格を1つ選択する	① 看護 師	名	③ P S W	名	⑤ 医 師	名	⑦ その他	名
	② 准看護 師	名	④ O T	名	⑥ 心 理 職	名		
4 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅	04 病院・診療所 (外来等)	07 電話 (発信)					
	02 グループホーム	05 入院中の病棟訪問	08 電話 (受信)					
	03 事業所、訪問看護部門	06 地域 (役所、買い物、散歩等)	09 その他 ( )					
5 コンタクト相手	01 本人	02 家族	03 スタッフ (同機関他部署)	04 スタッフ (外部)	05 その他 ( )			
6 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル	} 以下7以降の記録は不要						
	02 訪問したが不在							
	03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録							
7 状 況 【○は1つ】	01 通常時	03 拒否・コンタクト困難時	05 契約前の訪問					
	02 ケア会議	04 退院後1カ月以内の訪問						
	【緊急時：週4日以上 of 支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】							
	06 緊急時 (病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合)							
	07 緊急時 (生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)							

## II 診療報酬で請求した場合に記録してください (該当する診療報酬にチェックしてください)

8 請求内容	<input type="checkbox"/> 精神科退院前訪問指導料	⇒	<input type="checkbox"/> 共同指導加算
	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護・指導料 (I)	⇒	<input type="checkbox"/> 複数訪問加算 <input type="checkbox"/> 急性増悪時の頻回算定
	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護・指導料 (II)	⇒	<input type="checkbox"/> 3時間超加算

## III 診療報酬で請求しない場合に記録してください

9 請求しない理由 【該当する全てに○】	01 職員の資格が該当外	04 退院日当日の訪問
	02 期間内における回数制限以上の訪問	05 同日内の2回目以上の訪問
	03 入院日当日の訪問	06 その他 ( )

## IV 支援の実施内容 (電話でコンタクトした場合も含まれます)

10 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助 (移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ( )

# サービスコード記録

医療機関  
医師

I 実施状況		記入者	利用者 I D
1 月 日	平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
2 時 間	① 移 動	( ) 分※往路分のみ ⇒ 主たる移動手段 (徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)	
	② コンタ外時間	( ) : ( ) ~ ( ) : ( ) ※24 時間表記	
	③ 記録・準備	( ) 分	
3 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅	04 病院・診療所 (外来等)	07 電話 (発信)
	02 グループホーム	05 入院中の病棟訪問	08 電話 (受信)
	03 事業所、訪問看護部門	06 地域 (役所、買い物、散歩等)	09 その他 ( )
4 コンタ外相手	01 本人 02 家族 03 スタッフ (同機関他部署) 04 スタッフ (外部) 05 その他 ( )		
5 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル	} 以下6以降の記録は不要	
	02 訪問したが不在		
	03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録		
6 状 況 【○は1つ】	01 通常時	03 拒否・コンタクト困難時	05 契約前の訪問
	02 ケア会議	04 退院後 1 カ月以内の訪問	
	【緊急時：週 4 日以上 of 支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】		
	06 緊急時 (病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合)		
	07 緊急時 (生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)		

## II 診療報酬で請求した場合に記録してください (該当する診療報酬にチェックしてください)

7 請求内容	<input type="checkbox"/> 初診料
	<input type="checkbox"/> 電話再診料
	<input type="checkbox"/> 往診料 ⇒ <input type="checkbox"/> 緊急往診加算 <input type="checkbox"/> 夜間加算 <input type="checkbox"/> 深夜加算
	※先方から要請があった場合のみ請求可 <input type="checkbox"/> 診療時間加算 <input type="checkbox"/> 死亡診断加算 <input type="checkbox"/> 16 km超の算定
	<input type="checkbox"/> 外来管理加算
	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問診療料 ⇒ <input type="checkbox"/> 乳幼児加算 <input type="checkbox"/> 幼児加算 <input type="checkbox"/> 診療時間加算
	<input type="checkbox"/> 在宅ターミナルケア加算 ( <input type="checkbox"/> 10,000 点 <input type="checkbox"/> 2,000 点 )
<input type="checkbox"/> 死亡診断加算	
<input type="checkbox"/> 16 km超の算定	
<input type="checkbox"/> 通院・在宅精神療法 ( <input type="checkbox"/> 500 点 <input type="checkbox"/> 400 点 <input type="checkbox"/> 330 点 ) ⇒ <input type="checkbox"/> 20 歳未満加算	
<input type="checkbox"/> 精神科継続外来支援・指導料	
<input type="checkbox"/> 精神科退院指導料	

## III 診療報酬で請求しない場合に記録してください

8 請求しない理由 【該当する全てに○】	01 期間内における回数制限以上の訪問	04 退院日当日の訪問
	02 同日内の 2 回目以上の訪問	05 その他 ( )
	03 入院日当日の訪問	

## IV 支援の実施内容 (電話でコンタクトした場合も含まれます)

9 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助 (移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ( )

# サービスコード記録

福 社  
事 務 所

## I 実施状況

	記入者		利用者 I D	
1 月 日	平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日			
2 時 間	① 移 動	( ) 分※往路分のみ ⇒ 主たる移動手段(徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)		
	② コンタ外時間	( ) : ( ) ~ ( ) : ( ) ※24 時間表記		
	③ 記録・準備	( ) 分		
3 スタッフ ※1人が複数資格を保有している場合、主たる資格を1つ選択する	① 看 護 師	名	③ P S W	名
	② 准看護師	名	④ O T	名
	⑤ 医 師	名	⑦ そ の 他	名
4 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅	04 病院・診療所(外来等)	07 電話(発信)	
	02 グループホーム	05 入院中の病棟訪問	08 電話(受信)	
	03 事業所、訪問看護部門	06 地域(役所、買い物、散歩等)	09 その他( )	
5 コンタ外相手	01 本人	02 家族	03 スタッフ(同機関他部署)	04 スタッフ(外部)
	05 その他( )			
6 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル	} 以下7以降の記録は不要		
	02 訪問したが不在			
	03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録			
7 状 況 【○は1つ】	01 通常時	03 拒否・コンタクト困難時	05 契約前の訪問	
	02 ケア会議	04 退院後1カ月以内の訪問		
	【緊急時：週4日以上支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】			
	06 緊急時(病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合)			
	07 緊急時(生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)			

## II 提供したサービス区分にチェックしてください(電話でコンタクトした場合も含まれます)

8 サービスの内容						
(1) 相談支援事業	サービス利用計画 なし・未契約 <input type="checkbox"/>		利用計画 あり⇒	サービス利用計画ありの場合		
				利用計画 I <input type="checkbox"/>	利用計画 II <input type="checkbox"/>	特別地域加算 <input type="checkbox"/>
(2) 生活訓練 (訪問による)	報酬あり		報酬無し			
	1時間 未 満 <input type="checkbox"/>	1時間 以 上 <input type="checkbox"/>	期間内における回数制 限以上の訪問で無報酬 <input type="checkbox"/>	同日内の2回目以 上の訪問で無報酬 <input type="checkbox"/>	電話コンタ外で 無報酬 <input type="checkbox"/>	
(3) その他	退院促進 <input type="checkbox"/>			市委託事業 <input type="checkbox"/>		

## III 支援の実施内容(電話でコンタクトした場合も含まれます)

9 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助(移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ( )

# サービスコード記録

訪問看護  
ステーション

I 実施状況		記入者				利用者 I D		
1 月 日	平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日							
2 時 間	① 移 動	( ) 分※往路のみ → 主たる移動手段 (徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)						
	② コンタ外時間	( ) : ( ) ~ ( ) : ( ) ※24 時間表記						
	③ 記録・準備	( ) 分						
3 スタッフ ※1人が複数資格を保有している場合、主たる資格を1つ選択する	① 看護 師	名	③ P S W	名	⑤ 医 師	名	⑦ そ の 他	名
	② 准看護師	名	④ O T	名	⑥ 心 理 職	名		
4 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅	04 病院・診療所 (外来等)		07 電話 (発信)				
	02 グループホーム	05 入院中の (病棟) 訪問		08 電話 (受信)				
	03 事業所、訪問看護部門	06 地域 (役所、買い物、散歩等)		09 その他 ( )				
5 コンタ外相手	01 本人	02 家族	03 スタッフ (同機関他部署)	04 スタッフ (外部)	05 その他 ( )			
6 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル	} 以下7以降の記録は不要						
	02 訪問したが不在							
	03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録							
7 状 況 【○は1つ】	01 通常時	03 拒否・コンタクト困難時		05 契約前の訪問				
	02 ケア会議	04 退院後 1 カ月以内の訪問						
	【緊急時：週 4 日以上の支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】							
	06 緊急時 (病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合)							
	07 緊急時 (生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)							

## II 診療報酬で請求した場合に記録してください (該当する診療報酬にチェックしてください)

8 請求内容	訪問看護 管理療養費	訪問看護 基本療養費	24 時間対応 体制加算	訪問看護情報 提供療養費	難病等複数回 訪問加算	複数名訪問 看護加算
(1) 月の初回訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(2) 2~3 回目の訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(3) 4 回目以上の訪問の場合						
① 週の訪問が日曜日から数えて 4 回目以上の場合 (特別訪問看護指示書が出ている)						
4~12 回目の訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 回目以降の訪問 ⇒		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② その他の場合 (①以外や特別訪問看護指示書が出ていない場合)						
4~12 回目の訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13 回目以降の訪問 ⇒		<input type="checkbox"/>				
(4) その他の加算	<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算		<input type="checkbox"/> 在宅患者緊急時カンファレンス加算			
	<input type="checkbox"/> 緊急訪問看護加算		<input type="checkbox"/> 重症者管理加算			

## III 診療報酬で請求しない場合に記録してください

9 請求しない 理由 【該当する全てに○】	01 職員の資格が該当外 (PSW・心理士等)	04 退院日当日の訪問
	02 期間内における回数制限以上の訪問	05 同日内の 2 回目以上の訪問
	03 入院日当日の訪問	06 その他 ( )

## IV 支援の実施内容 (電話でコンタクトした場合も含まれます)

10 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助 (移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ( )

Client Service Receipt Inventory - Japanese version (CSRI-J)

調査ID:	調査年月日: 年 月 日	第 回目	記載者職種(ES/PCN)・氏名:
-------	--------------	------	-------------------

1. 雇用状態と賃金

就労・活動期間 (西暦で記入)	就労・活動形態 ①より選択	賃金 (時給換算)	労働・活動時間 (1週間あたり)	職種 ②より選択	仕事・活動内容 (具体的に記述)	備考
年 月 日～ 年 月 日	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii, ix	円	時間	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii		
年 月 日～ 年 月 日	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii, ix	円	時間	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii		

① 就労・活動形態について、上表内の対応する番号1つに○をつけてください。

i : フルタイム就労 (一般)    ii : アルバイト・パートタイム (一般)    iii : フルタイム就労 (障害者雇用)  
iv : アルバイト・パートタイム (障害者雇用)    v : 精神障害者ステップアップ雇用  
vi : 障害者試行雇用 (トライアル雇用)    vii : 委託訓練    viii : 就労継続支援事業など就労準備機関での活動  
ix : その他 (デイ・ケア通所なども含みます。詳細は備考欄に具体的に記述してください。)

② 職種について、上表内の対応する番号1つに○をつけてください。

i : (自社・事業体・法人) 運営主    ii : 専門職 (医師・教師・法律家など)    iii : 関連専門職 (看護職・技術職など)  
iv : 事務職    v : 技能職 (電気・土木作業など)    vi : 営業職・販売員    vii : 工場職員    viii : その他

1 (2) 過去3カ月のあなたが就労で得た収入額はおいくらですか？

円 (税抜 or 税込)

1 (3) あなたは、就労先に自身の病気のことについて伝えてありますか？

1 : はい    0 : いいえ

2 (1) 過去3カ月、病気による理由で何日間お仕事を休みましたか？

日

2 (2) (1)の休んだ日数のうち、精神疾患の症状や精神的疲労でお休みした日は何日間ですか？

日

3. 精神保健福祉手帳あるいは他の障害に関わる手帳を持っていますか？

0 : なし    1 : 精神障害者保健福祉手帳 ( 級)    2 : 身体障害者手帳 ( 級)    3 : 療育手帳 ( 級)

4 (1) あなたは、過去3カ月、所得を保証・援助する何らかの制度を利用していますか？

1: はい 0: いいえ

4 (2) (1)で「1: はい」の場合は、具体的にどんな制度を利用していますか？

	制度・手当・年金	利用・受給状況	月割支給額 (等級)	
年金保険	障害基礎年金	1: はい 0: いいえ	級	支給額/月 合計 円
	障害厚生年金	1: はい 0: いいえ	級	
	障害共済年金	1: はい 0: いいえ	級	
	遺族基礎年金	1: はい 0: いいえ	級	
	遺族厚生年金	1: はい 0: いいえ	級	
	遺族共済年金	1: はい 0: いいえ	級	
	その他の年金( )	1: はい 0: いいえ	級	
雇用保険 (失業保険)	失業等給付金 (求職者給付・就職促進給付・教育訓練給付・雇用継続給付込み)	1: はい 0: いいえ	支給額/月	円
	その他( )	1: はい 0: いいえ	支給額/月	円
労働者災害補償 保険	(補償)一時金を含めた何らかの給付金	1: はい 0: いいえ	支給額/月	円
介護保険	等級で定められたサービス額(第2号被保険者)	1: はい 0: いいえ	支給額/月	円
医療保険	医療保険について、下記の給付や手当金などを貰った場合は、当てはまる保険を次の中から選んでください。	0: 国民健康保険 1: 組合健康保険 2: 共済-国家公務員 3: 共済-地方公務員 4: 共済-市立教職員 5: 協会けんぽ 6: 船員保険 7: その他( ) 8: なし		
	療養の給付、移送費、傷病手当金、出産育児一時金、葬祭費の合計		支給額/月	円
公的扶助	生活保護(世帯ごとに振り込まれる額)	1: はい 0: いいえ	支給額/月 合計	円
	生活保護・その他(家賃などの現物支給: )	1: はい 0: いいえ		
障害に関する制 度や手当など (社会手当・社 会サービス)	自立支援医療(精神通院医療)制度(自立支援法)	1: はい 0: いいえ	<del>支給額/月 合計 円</del>	
	特別児童扶養手当	1: はい 0: いいえ		
	障害児福祉手当	1: はい 0: いいえ		
	特別障害者手当	1: はい 0: いいえ		
	経過的福祉手当	1: はい 0: いいえ		
	特別障害給付金制度	1: はい 0: いいえ		
	その他( )	1: はい 0: いいえ		
都道府県/ 区市町村/ 社会福祉協 議会の事業	精神障害者福祉特別乗車券	1: はい 0: いいえ	支給額/月	円
	タクシー利用券	1: はい 0: いいえ	支給額/月	円
	その他の都道府県 / 区市町村からの給付金( )	1: はい 0: いいえ	支給額/月	円
	その他の都道府県 / 区市町村からの貸付金( )	1: はい 0: いいえ	支給額/月	円
	その他( )	1: はい 0: いいえ	支給額/月	円

5. あなたの主たる収入源や生活資金として当てはまるもの1つに○をつけてください。

0: (自分の)収入 1: 生活保護 2: 年金 3: 家族の扶養 4: 貯金 5: その他( )

6. あなたの総収入はおいくらですか？

※年収か月収か当てはまるほうに○をつけ、当てはまる番号と税の状態の( )に○をつけてください

年収	又は	月収	
1: ( ) 800,000 円以下	6: ( )	65,000 円以下	⇒右の額は、 ・税抜( ) ・税込( )
2: ( ) 800,001 - 1,030,000 円	7: ( )	65,001 - 85,000 円	
3: ( ) 1,030,001 - 1,300,000 円	8: ( )	85,001 - 110,000 円	
4: ( ) 1,300,001 - 2,000,000 円	9: ( )	110,001 - 160,000 円	
5: ( ) 2,000,001 円以上	10: ( )	160,001 円以上	



## 7. 福祉・地域サービス・施設利用

※1. 対象者に卓上カレンダーなどを見せて、3カ月のサービス及び施設の利用状況（頻度・時間）をたずねてください。

※2. 対象者が事業所名だけを覚えている場合、施設名を記録し、インターネットや電話などで各事業所種別について調べることもできます。

施設種別・サービス名		過去3カ月の 利用回数	合計利用 時間(h)	施設名
障害者自立支援法におけるサービス（*主に身体・知的・発達障害者向けのサービス）				
介護給付	居宅介護（ホームヘルプ）	回	時間	
	重度訪問介護*	回	時間	
	同行援護*	回	時間	
	行動援護	回	時間	
	重度障害者等包括支援*	回	時間	
	療養介護*	回	時間	
	生活介護*	回	時間	
訓練等給付	自立支援・自立訓練（通所型）	回	時間	
	自立支援・自立訓練（訪問型）	回	時間	
	就労移行支援	回	時間	
	就労継続支援 A 型	回	時間	
	就労継続支援 B 型	回	時間	
地域生活支援事業 （区市町村）	移動支援事業（ガイドヘルプ）	回	時間	
	地域活動支援センター I 型	回	時間	
	地域活動支援センター II 型	回	時間	
	地域活動支援センター III 型	回	時間	
	相談支援事業	回	時間	
	コミュニケーション支援事業*	回	時間	
	日常生活用具給付等事業*	回	時間	
	その他の事業（ ）	回	時間	
事業（都府県）	専門性の高い相談支援事業*	回	時間	
	その他の事業（ ）	回	時間	
その他の相談支援サービス				
市区町村自治体（市役所の障害福祉課など）における相談窓口		回	時間	
保健所		回	時間	
精神保健福祉センター（都府県によっては、こころの健康総合センター）		回	時間	
市町村保健センター		回	時間	
福祉事務所		回	時間	
障害福祉サービス事業所：自立支援法移行前の小規模通所授産施設		回	時間	
障害福祉サービス事業所：自立支援法移行前の小規模作業所		回	時間	
障害福祉サービス事業所：その他の自立支援法移行前の事業所（ ）		回	時間	
相談支援事業所：地域活動支援センター I 型（指定委託）		回	時間	
相談支援事業所：その他の都府県からの委託相談窓口（ ）		回	時間	
相談支援事業所：その他の区市町村からの委託相談窓口（ ）		回	時間	
学校等教育機関		回	時間	
成年後見制度（身上見守り・財産保護の活動含む）		回	時間	
日常生活自立支援事業（自立支援・財産保護の活動含む）		回	時間	
セルフヘルプ・グループ（患者・当事者会、家族会や断酒会なども含む）		回	時間	
その他（ ）		回	時間	
その他の就労支援サービス				
障害者就業・生活支援センター（なかぼつ）		回	時間	
ハローワーク（公共職業安定所）		回	時間	
障害者職業センター		回	時間	
障害者能力開発校		回	時間	
職業リハビリテーションセンター		回	時間	
その他（ ）		回	時間	
対照群の支援者による就労・生活支援		回	時間	

8. 住居サービス

(1) あなたが普段住んでいる場所として当てはまるもの1つに○をつけてください。

0: 自宅 1: 福祉住居サービス (グループ・ホーム、ケア・ホームなど) 2: その他 ( )

(2) (1)で、「0: 自宅」を選んだ方は、同居されている方の有無を教えてください。

※同居されている方がいる場合は、同居されている方すべてに○をつけてください。

0: なし 1: あり  
 (1: ありの場合)⇒ 0)父, 1)母, 2)配偶者, 3)きょうだい ( )人  
 4)祖父, 5)祖母, 6)子 ( )人, 7)その他 (続柄: )人

(3) (1)で「1: 福祉住居サービス」を利用している場合、以下の回答をお願いします。

施設種別・サービス名		過去3カ月の 利用日数	施設名
介護給付	短期入所(ショートステイ)	日	
	障害者支援施設での夜間ケア等(施設入所支援)	日	
	共同生活介護(ケアホーム)・	日	
訓練等給付	自立支援・自立訓練(宿泊型)(旧援護寮)	日	
	共同生活援助(グループホーム)・	日	
地域生活支援事業	福祉ホーム・	日	
	その他( )	日	

あなたの精神科の主治医がいる医療機関以外で、精神科医療をうけた場合にのみ、以下の質問について、教えてください

9. 過去3ヵ月、主治医のいる医療機関以外の精神科医療機関の外来やデイ・ケア、訪問看護を利用しましたか？

※1. 対象者に卓上カレンダーなどを見せて、3ヵ月のサービス及び施設の利用状況(頻度・時間)をたずねてください。

※2. 対象者が事業所名だけを覚えている場合、施設名を記録し、インターネットや電話などで各事業所種別について調べることもできます。

サービス名	過去3カ月の利用回数	合計利用時間(h)	施設名など
医師の診察	回		
訪問看護 (備考欄に何名の看護師か記入)	単独の訪問	回	時間
	複数名訪問	回	
精神科デイ・ケア (6時間)	回		
精神科ショート・ケア (3時間)	回		
精神科ナイト・ケア (4時間)	回		
精神科デイ・ナイト・ケア (10時間)	回		

10. 過去3ヵ月、主治医のいる医療機関以外の精神科病院に入院しましたか？

病棟種別	過去3カ月の 利用日数	入院の理由	入院形態 (1つに○をつけてください)	施設名
精神科療養病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
精神科救急病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
精神科急性期治療 病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
上記以外の精神科病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
他科の病棟 (急性薬物 ICU など)	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	

11. 過去3ヵ月、主治医のいる医療機関以外の精神科医療機関から、お薬をもらいましたか？

お薬の名称	量 (可能なら)	錠 (可能なら)	頻度 (一日何回)	どのくらいの期間、そのお薬を使用していますか
	mg	錠	1日 回	週間
	mg	錠	1日 回	週間
	mg	錠	1日 回	週間

**【多職種アウトリーチ】事業所調査票（管理的時間調査票）**

記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

施設ID		施設名	
------	--	-----	--

I. 日常業務の時間配分、定期的な会議等の頻度、参加人数、その職種について、  
下記の空欄にご記入ください。

《 毎日のこと 》

通常の出発時間		時	分	朝の申し送り	開始時間	時	分
通常の出発時間		時	分		終了時間	時	分
昼の休憩	開始時間	時	分	夕方の申し送り	開始時間	時	分
	終了時間	時	分		終了時間	時	分
その他休憩時間			分				

《 定期的に行うこと 》

コア会議（運営会議）				ケースカンファレンス			
頻 度	週	回 or 月	回	頻 度	週	回 or 月	回
参 加 人 数				参 加 人 数			
看 護 師			人	看 護 師			人
准看護師			人	准看護師			人
P S W			人	P S W			人
O T			人	O T			人
心 理 職			人	心 理 職			人
医 師			人	医 師			人
そ の 他			人	そ の 他			人

II. 現在、貴事業所（あるいは貴部門）で勤務している方々の職種・勤務形態別に、  
人数、前月1カ月の労働日数、1カ月の実労働時間について下記空欄にご記入ください。

職種・勤務形態		人 数	前月の実労働日数の合計	前月の実労働時間の合計
精 神 科 医	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
看 護 師	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
准 看 護 師	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
精神保健福祉士	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
作 業 療 法 士	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
心 理 職	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
その他（ ）	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間

【裏面に続きます】

Ⅲ. その他、日常的、定期的な業務がありましたら、その内容と時間をご記載ください。

【例：定期的な勉強会や連絡会、備品の点検、棚卸し 等】

カルテによるアウトカム票

ID		エントリー時 退院日	年 月 日
----	--	---------------	-------

※過去1年に他院に通院・入院している場合は、他院に問い合わせのうえ、確認すること

【退院時】

過去1年の2ヵ月以上の医療中断歴(初診の場合は無し) カルテ上本人の受診が2ヵ月以上間隔がある場合に記録する	
2ヵ月間以上の中断を記録 最終本人受診日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	本人受診再開日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去1年の精神科救急利用歴	
年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去1年の逮捕歴(逮捕状による逮捕・現行犯逮捕・緊急逮捕 など犯罪を構成するもののみ)	
逮捕された日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	内容

過去1年間の精神科入退院歴(※エントリー時の入院は含めない)		
入院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	退院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	入院時の入院形態
過去6ヵ月の入院回数( )回	過去6ヵ月の入院日数( )日回	
過去1年の入院回数( )回	過去1年の入院日数( )回	
過去1年の逮捕・拘留・留置・禁固・懲役日数(逮捕までは至らずとも触法行為を行って留置された日数も含む)		
拘束開始日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	拘束終了日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	

1. 合併症 * 調査時点より過去1ヵ月間に、精神疾患以外の身体疾患の治療履歴がある場合を「有り」とする。	
① なし → 3. 血液データへ進む	
② 有り 病名 A( ) 病名 B( ) 病名 C( ) 病名 D( ) 病名 E( ) 病名 F( )	
2. 合併症の治療施設	
→ ①. 院内で治療中 → 院内で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)	
②. 他院で治療中 → 他院で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)	
③. その他( ) → あてはまる病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)	
3. 直近の血液データ (検査日 年 月 日)	
血糖値	
HbA1c	
総コレステロール	
HDL コレステロール	
LDL コレステロール	
中性脂肪	

【6か月後】

過去6か月の2ヵ月以上の医療中断歴(初診の場合は無し) カルテ上本人の受診が2ヵ月以上間隔がある場合に記録する	
2ヵ月間以上の中断を記録 最終本人受診日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	本人受診再開日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6か月の精神科救急利用歴	
年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6ヶ月の逮捕歴(逮捕状による逮捕・現行犯逮捕・緊急逮捕 など犯罪を構成するもののみ)	
逮捕された日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	内容

過去6か月の精神科入退院歴(※エントリー時の入院は含めない)		
入院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	退院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	入院時の入院形態
過去6か月の入院回数( )回 過去1年の入院回数( )回	過去6か月の入院日数( )日 過去1年の入院日数( )日	
過去6ヶ月の逮捕・拘留・留置・禁固・懲役日数(逮捕までは至ら ずとも触法行為を行って留置された日数も含む)		
拘束開始日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	拘束終了日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	

1. 合併症 * 調査時点より過去1ヵ月間に、精神疾患以外の身体疾患の治療履歴がある場合を「有り」とする。
② なし → 3. 血液データへ進む
② 有り 病名 A( ) 病名 B( ) 病名 C( ) 病名 D( ) 病名 E( ) 病名 F( )
2. 合併症の治療施設
→ ①. 院内で治療中 → 院内で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F) ②. 他院で治療中 → 他院で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F) ③. その他( ) → あてはまる病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)
3. 直近の血液データ (検査日 年 月 日)
血糖値
HbA1c
総コレステロール
HDL コレステロール
LDL コレステロール
中性脂肪

【1年後】

過去6か月の2ヵ月以上の医療中断歴(初診の場合は無し) カルテ上本人の受診が2ヵ月以上間隔がある場合に記録する	
2ヵ月間以上の中断を記録 最終本人受診日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	本人受診再開日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6か月の精神科救急利用歴	
年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6ヶ月の逮捕歴(逮捕状による逮捕・現行犯逮捕・緊急逮捕 など犯罪を構成するもののみ)	
逮捕された日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	内容

過去6か月の精神科入退院歴(※エントリー時の入院は含めない)		
入院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	退院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	入院時の入院形態
過去6ヵ月の入院回数( )回 過去1年の入院回数( )回	過去6ヵ月の入院日数( )日 過去1年の入院日数( )日	
過去6ヶ月の逮捕・拘留・留置・禁固・懲役日数(逮捕までは至ら ずとも触法行為を行って留置された日数も含む)		
拘束開始日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	拘束終了日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	

1. 合併症 * 調査時点より過去1ヵ月間に、精神疾患以外の身体疾患の治療履歴がある場合を「有り」とする。
③ なし → 3. 血液データへ進む
② 有り 病名A( ) 病名B( ) 病名C( ) 病名D( ) 病名E( ) 病名F( )
2. 合併症の治療施設
→ ①. 院内で治療中 → 院内で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F) ②. 他院で治療中 → 他院で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F) ③. その他( ) → あてはまる病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)
3. 直近の血液データ (検査日 年 月 日)
血糖値
HbA1c
総コレステロール
HDL コレステロール
LDL コレステロール
中性脂肪

## 【デイ・ケア用】就労支援 サービスコード

1 利用者ID：	2 記載日： 年 月 日	3 担当者名
5 施設外で支援を提供した場合の行き先（事業所支払） （具体的な場所_____：所要時間_____分）（行きのみ） （具体的な場所_____：所要時間_____分）（行きのみ） （具体的な場所_____：所要時間_____分）（行きのみ）		4 職種（該当番号に○をつける） 01 作業療法士 02 精神保健福祉士 03 看護師 04 臨床心理士 05 医師 06 その他（_____）
合計 費用  円		

≪支援内容≫ サービスを提供した場合は、該当する欄に必要事項をご記入ください。

項目	回数 (回)	合計 時間 (分)	診療報酬外		複数対象者支援
			勤務 時間 外	デイ ケア 外	
6 認知機能リハビリテーション(Cogpack を用いたコンピュータトレーニング) 備考(複数の対象者を同時に支援した場合等):			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
7 認知機能リハビリテーション(言語グループ) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
8 インテーク面接(関係づくり・アセスメント) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
9 プランニング(就労支援のための計画作成) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
10 個別の履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
11 グループによる履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
12 本人と共に行う職場開拓・同行支援(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに向く、企業等の見学・訪問・下見等) 備考:			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
13 担当スタッフのみで行う職場開拓(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに向く、企業等の見学・訪問・下見等) 備考:			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
14 ジョブコーチ等企業内での支援:職場実習&職場定着のための支援 備考:			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
15 担当スタッフのみの企業の担当者との相談等 <対面> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む) 備考:			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
16 担当スタッフのみの企業の担当者との相談等<電話・Eメール> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む) 備考:			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
17 本人との相談・面接・フォロー <対面> (就労後のフォロー、退職・転職相談、年金や生活保護受給に関する相談等も含む) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
18 本人との相談・面接・フォロー <電話・Eメール> (就労後のフォロー、退職・転職相談、年金や生活保護受給に関する相談等も含む) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )



	項目	回数 (回)	合計 時間 (分)	診療報酬外		複数対象者支援	
				勤務 時間 外	デイ ケア 外		
19	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング <対面> ※医師やその他の職種に助言を求める行為を含む 備考:			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
20	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング <電話・Eメール> ※医師やその他の職種に助言を求める行為 を含む 備考:			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
21	ケア会議(本人、担当者、他1名以上による就労のための支援計 画の作成に係る会議) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
22	就労支援担当者ユニットのミーティング(当該対象ケース支援に ついてのスーパービジョン、コンサルテーションや求人等の情報 共有等就労支援担当者複数による会議) 備考:			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
23	就労支援ではない、利用者の生活支援(訪問での支援) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
24	就労支援ではない、利用者の生活支援(施設内での支援) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
25	就労支援ではない、利用者の生活支援(電話及びメールでの支援) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
26	その他( _____ ) 備考:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )

### <担当スタッフが自己負担した費用>

自己負担で、サービスを提供した場合は下記に記入してください(※事業所負担を除いた額を記載してください)

27	交通費(具体的な場所 : 所要時間 分) (具体的な場所 : 所要時間 分) (具体的な場所 : 所要時間 分)	合計費用 ( _____ 円)
28	喫茶店等での飲み物代	合計費用 ( _____ 円)
29	プライベートで使用している携帯電話による通話・Eメール	通話回数 ( _____ 回) メール回数 ( _____ 回) 合計通話時間 ( _____ 分)
30	その他 ※具体的にどのような事にどのくらいの費用がかかったかを記述してください ☆事柄  ☆合計費用 ( _____ 円)	

## 【就労移行支援事業所用】就労支援 サービスコード

1 利用者ID	2 記載日 年 月 日	3 担当当事者名	4 就労支援か就労後継続支援か 01 就労支援 02 継続支援
5 担当当事者の職種（該当番号に○） 01 サービス管理責任者 02 職業指導員 03 生活支援員 04 就労支援員 05 その他（ ）		6 担当当事者の専門職の資格（免許）種類（該当番号に○） 01 社会福祉士 02 精神保健福祉士 03 介護福祉士 04 作業療法士 05 看護師 06 その他（ ）	
7 施設外で支援を提供した場合の行き先（事業所支払） （具体的な場所 _____：所要時間 _____分）（行きのみ） （具体的な場所 _____：所要時間 _____分）（行きのみ） （具体的な場所 _____：所要時間 _____分）（行きのみ）			合計費用  円

《支援内容》 サービスを提供した場合は、該当する欄に必要事項をご記入ください。

No.	項目	回数 (回)	合計 時間 (分)	うち勤務 時間外 (分)	ジョブ コーチ 支援事業	複数対象者支援
8	認知機能リハビリテーション(Cogpack を用いたコンピュータトレーニング) 備考(複数の対象者を同時に支援した場合等):			/	/	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
9	認知機能リハビリテーション(言語グループ) 備考:			/	/	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
10	インテーク面接 (関係づくり・アセスメント) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
11	プランニング 就労支援のための計画作成 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
12	個別の履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
13	グループによる履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
14	本人と共に行う職場開拓・同行支援(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
15	担当スタッフのみで行う職場開拓(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
16	企業内での支援:職場実習&職場定着のための支援 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
17	施設外支援または実習(実習専用契約している企業内において) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
18	担当スタッフのみの企業の担当者との相談等 <対面> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
19	担当スタッフのみの企業の担当者との相談等<電話・Eメール> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )
20	本人との相談・面接・フォロー <対面> (就労後のフォロー、退職・転職相談) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( _____ )

項目	回数 (回)	合計 時間 (分)	うち勤務 時間外 (分)	ジョブ コーチ 支援事業	複数対象者支援
21 本人との相談・面接・フォロー <電話・Eメール> (就労後のフォロー、退職・転職相談) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID(____)
22 本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング <対面> ※医師やその他の職種に助言を求める行為を含む 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID(____)
23 本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング <電話・Eメール> ※医師やその他の職種に助言を求める行為を含む 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID(____)
24 ケア会議(本人、担当者、他1名以上による就労のための支援計 画の作成に係る会議) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID(____)
25 就労支援担当者ユニットのミーティング(当該対象ケース支援について のコンサルテーションや求人等の情報共有等就労支援担当者複数による会議) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID(____)
26 その他(____) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID(____)
27 就労支援ではない、利用者の生活支援(訪問での支援) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID(____)
28 就労支援ではない、利用者の生活支援(施設内での支援) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID(____)
29 就労支援ではない、利用者の生活支援(電話及びEメールでの支援) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID(____)

### <担当スタッフが自己負担した費用>

自己負担で、サービスを提供した場合は下記に記入してください(※事業所負担を除いた額を記載してください)

30	交通費(具体的な場所 : 所要時間 分) (具体的な場所 : 所要時間 分) (具体的な場所 : 所要時間 分)	合計費用 ( 円)
31	喫茶店等での飲み物代	合計費用 ( 円)
32	プライベートで使用している携帯電話による通話・Eメール (具体的内容: )	通話回数 ( 回) メール回数 ( 回) 合計通話時間 ( 分)
33	その他 ※具体的にどのような事にどのくらいの費用がかかったかを記述してください ☆事柄  ☆合計費用 ( 円)	

### <支援サービス費加算の該当状況>

支援サービス費加算該当の場合は口にしをご記入ください。

34	<input type="checkbox"/> 訪問支援特別加算に該当(月2回を限度) ⇒ <input type="checkbox"/> 1時間以上 <input type="checkbox"/> 1時間未満
35	<input type="checkbox"/> 欠席時対応加算に該当
36	<input type="checkbox"/> 利用者負担上限額管理加算に該当(月1回を限度)

Client Service Receipt Inventory - Japanese version (CSRI-J)

調査ID:	調査年月日: 年 月 日	第 回目	記載者職種(ES / PCM)・氏名:
-------	--------------	------	---------------------

1. 雇用状態と賃金

就労・活動期間 (西暦で記入)	就労・活動形態 ①より選択	賃金 (時給換算)	労働・活動時間 (1週間あたり)	職種 ②より選択	仕事・活動内容 (具体的に記述)	備考
年 月 日～ 年 月 日	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii, ix	円	時間	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii		
年 月 日～ 年 月 日	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii, ix	円	時間	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii		

① 就労・活動形態について、上表内の対応する番号1つに○をつけてください。

i : フルタイム就労 (一般)    ii : アルバイト・パートタイム (一般)    iii : フルタイム就労 (障害者雇用)  
iv : アルバイト・パートタイム (障害者雇用)    v : 精神障害者ステップアップ雇用  
vi : 障害者試行雇用 (トライアル雇用)    vii : 委託訓練    viii : 就労継続支援事業など就労準備機関での活動  
ix : その他 (デイ・ケア通所なども含みます。詳細は備考欄に具体的に記述してください。)

② 職種について、上表内の対応する番号1つに○をつけてください。

i : (自社・事業体・法人) 運営主    ii : 専門職 (医師・教師・法律家など)    iii : 関連専門職 (看護職・技術職など)  
iv : 事務職    v : 技能職 (電気・土木作業など)    vi : 営業職・販売員    vii : 工場職員    viii : その他

1 (2) 過去1カ月のあなたが就労で得た収入額はおいくらですか？

円 (税抜 or 税込)

1 (3) あなたは、就労先に自身の病気のことについて伝えていますか？

1 : はい    0 : いいえ

2 (1) 過去1カ月、病気による理由で何日間お仕事を休みましたか？

日

2 (2) (1)の休んだ日数のうち、精神疾患の症状や精神的疲労でお休みした日は何日間ですか？

日

3. 精神保健福祉手帳あるいは他の障害に関わる手帳を持っていますか？

0: なし    1: 精神障害者保健福祉手帳 ( 級)    2: 身体障害者手帳 ( 級)    3: 療育手帳 ( 級)