

◎ 機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning)

- 支援開始時の対象者の状態を、症状の重症度と機能レベルの2つの側面から評価してください。
- 下記の採点基準を91～100点から順に読み進めていき、症状の重症度、又は機能レベルのどちらか悪い方が当てはまる得点範囲(例:31-40点)を決めてください。その際、精神的に健康から病気までを一つのつながったものと仮定して、心理的、社会的、職業的機能を考慮してください。身体的(または環境的)制約による機能の障害は含めないでください。
- 次に、その10点の得点範囲内での点数を決めてください。例えば、45、68、72のように、得点範囲内で適当と思う点数をひとつ決め、一番下の回答欄に記入してください。

点 数	機能の全体的評価尺度
91～100点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81～ 90点	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動にも興味を持ち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
71～ 80点	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学校で一時遅れをとる)。
61～ 70点	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または社会的、職業的もしくは学校の機能に、いくらかの困難がある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能がかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51～ 60点	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐怖発作がある)、または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
41～ 50点	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする)、または社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
31～ 40点	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的であいまい、または関係性がなくなる)、または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面で粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
21～ 30点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意思伝達や判断に粗大な欠陥がある(例:時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、またはほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中、床についている、仕事も家庭も友達もない)。
11～ 20点	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる)、または意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい破裂か無言症)。
1～ 10点	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0点	情報不十分。

GAF 得点 点

◎ 社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule: SBS)

- ・対象者の、支援開始時の典型的な行動について評価してください。
- ・評価に際しては、行動の程度(重症度)と、頻度を考慮に入れますが、迷った場合は、程度より頻度に重きをおいて評価し、1～21のそれぞれの項目について、最もあてまはる番号に1つずつ〇をおつけください。

1 コミュニケーション	0	1	2	3	4
スタッフと率先して会話できるか。	自発的にできる	自発的にできるが長く続かない	ほとんどできないが、時に自発的に話す	拒否的	応答しない
2 会話内容の一貫性	0	1	2	3	4
話の内容のつじつまが合うか。精神疾患のために一貫性を失っていないか。	一貫性あり	時々つじつまが合わない(月1～2回)	しばしばつじつまが合わない(週1回)	頻繁につじつまが合わない(週1回以上)	常に一貫性がない
3 会話の奇妙さ	0	1	2	3	4
一般の多くの人が奇妙と思う内容であるか。	奇妙さはない	時々奇妙(月1～2回)	しばしば奇妙(週1回)	とても頻繁に奇妙な話題(毎日)	常に奇妙な話題
4 社会との適切な接触	0	1	2	3	4
バス停で、次にバスはいつ来るのか尋ねられたら、適切に対応できるか。	対応できる	時々不適切(月1～2回)	しばしば不適切(週1回)	ほとんどいつも不適切(週1回以上)	対応できない
5 敵意に満ちた交流	0	1	2	3	4
言語的・身体的敵意があるか。	ほとんどなし	時々軽度の敵意がある(月1～2回以上)	しばしば敵意や脅しがある(週1回)	ほとんどの接触は敵意ある言葉による(週1回以上)	頻繁な敵意のある言葉や動作
6 関心をひく振る舞い	0	1	2	3	4
人の関心を独占しようとするか、他の人に関心を向けると、怒りっぽくなるか。	なし	時々関心をひこうとするが、周囲が他人に関心を向けても気にしない	時々関心をひき、周囲が他人に関心を向けると怒る	常に他人の関心を要求する	常に他人の関心を要求し、周囲が他人に関心を向けると怒る
7 自殺・自傷の企図と行動	0	1	2	3	4
(3以上は明らかに自殺を目的としていたと見られるとき)	なし	間接的にほのめかす(過去1カ月)	直接的に語る(過去1カ月)	何らかの自殺企図や自殺行為をほのめかす行動(過去1カ月)	重大な自殺企図または自殺行為(過去1カ月)
8 パニック、恐怖症	0	1	2	3	4
ある特定の状況下における不安や一般的な不安に、どの程度悩まされているか。	なし	時々軽度の不安がある	不安や緊張があるが、何とか生活ができる	ほとんどいつも不安があるか不安発作が頻発する	常に極度の緊張・不安がある
9 過活動性	0	1	2	3	4
目的もなく歩き回る、不必要な動きが多いなどの行動があるか。	なし	時々ある(月1～2回)	しばしばある(週1回)	頻繁にある(毎日)	長時間、定期的にある
10 独語、空笑	0	1	2	3	4
決して社交上のものではない行動が見られるか。	なし	時々ある(月1～2回)	しばしばある(月3回)	頻繁にある(週1回以上)	きわめて頻繁にある(毎日)
11 妄想の行動化	0	1	2	/	
妄想に基づいて行動を起こそうと決意するか否か。(例:数百万円持っていると思い使い込む)	なし	月1回あった	月2回以上あった		
12 奇妙な姿勢、動き	0	1	2	3	4
奇妙な型にはまった動き、不快で不適切な姿勢があるか。	なし	時々ある(月1～2回)	しばしばある(週1回)	頻繁にある(週1回以上)	きわめて頻繁にある(毎日)

13 ひんしゆく・マナー	0	1	2	3	4
食事中にひんしゆくをかうような癖や習慣はないか。(例：陰部を搔く、大きな放屁を平気でする、鼻をほじるなど)	礼儀正しい	おおむね礼儀正しい	時々ひんしゆくをかう行為がある	しばしばひんしゆくをかう行為がある	ほとんどがひんしゆくをかう振る舞いである
14 破滅的行動	0	1	2	3	
財産、所有物などを破滅するに至った行動があるか。	なし	時々物を壊すといっぺすが、破滅行動はない	しばしば物を壊すといっぺすが	1か月以内に怒りにまかせて物を壊したことがある	
15 抑うつ	0	1	2	3	
「生まれてこなかったほうがよかった」とか、「人生なんて意味がない」とつぶやいたことがあるか。(自殺企図は評価しない)	なし	時々ある(月1、2回短期で)	週1回程度で長期の抑うつがある	頻繁にある(毎日)	
16 性的逸脱行動	0	1	2	3	4
公衆ではなく、特定の他者に向けられる性的行動はないか。	なし	いくらか性的なことに心を奪われている(月1、2回程度)	しばしば、好ましくない性的接近をするなど、不適切な性的振る舞いがある	しばしば陰部を露出するなど、明らかに不適切な性的振る舞いがある	頻繁に、度を越した振る舞いがあり、家庭生活や社会生活に支障がある
17 身だしなみ・清潔度	0	1	2	3	4
清潔、髪の手入れ、更衣ができていないか。失禁や奇妙な服装をしていないか。	注意を要しない	時々注意を要する	不適切で奇妙な格好のため、しばしば身なりに注意を要する	清潔に無頓着であり、かなり注意や助言が必要	著しく清潔に無頓着。注意しなければ汚臭や失禁の恐れがある
18 動きの鈍さ	0	1	2	3	4
座るのが異常に遅い、歩くのが異常に遅いなどないか。(年齢、身体的な状態は考慮する)	なし	時々中程度にあるが、普段はない	中程度に動作が鈍い	常に中程度に動きが鈍く、時には極めて遅くなる	極めて動きが鈍い
19 異常な活動性の低さ	0	1	2	3	4
刺激を加えなければ座ったまま何もしない状態(中程度に非活動的な状態)はあるか。(動きの鈍さと活動性の低さは別に評価する)	なし	時々あるが、普段はなし	ある	しょっちゅうあり、極めて活動性が低い時もある	極めて活動性が低い
20 集中力	0	1	2		
テレビ、読書などに、自分から集中できるか。	問題なし	集中できない時がある	一度に数分だけ集中できる		
21 社会的適応を妨げる行動	0	1	2	3	4
1～20以外の行動で、社会的適応を妨げる行動があるか(例：喫煙、過食・拒食、盗癖、強迫行為、睡眠障害、飲酒)	そのような行動異常はみられない	過去1カ月以上前にあった	過去1カ月以内に数回あった	頻繁にある	かなり頻繁にある

ご回答ありがとうございました。
未回答の項目がないか今一度ご確認の上、提出をお願いいたします。

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業

平成24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)
「アウトリーチ(訪問支援)に関する研究」

調査票B (支援終了時)

支援対象者ID：

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業
調査票B（支援終了時）

記入日	年 月 日
スタッフID	

支援終了事由	01 治療につながっており、障害者自立支援法・介護保険法によるサービス等を活用するなどして、地域生活の継続が可能な状態 02 主診断F0・F2・F3以外への変更 03 支援開始後、約6ヶ月経過 04 サービス提供エリア外への転出 05 入院（入院形態： ）・施設入所 06 死去 07 チーム側の都合（ ） 08 その他（ ）
--------	--

支援終了時の対象者の状況についてご回答下さい。（支援終了時または事業終了時）

1 世帯状況（複数選択可） （現在同居している人を全て選択して下さい）	01 父親 02 母親 03 兄弟姉妹 04 配偶者 05 息子・娘 06 おじ・おば 07 いとこ 08 友人 09 独居 10 その他（ ）
2 居住形態	01 自宅 02 賃貸住宅（一軒家） 02 賃貸住宅（一集合住宅） 03 その他（ ）
3 経済状況（複数選択可）	01 本人の収入 02 家族の収入 03 障害者年金 04 老齢年金 05 遺族年金 06 福祉サービス利用等による収入 07 生活保護 08 その他（ ） 09 なし（無収入） 10 不明
4 就労状況	01 正規職員（フルタイム勤務で期間の定めのない労働契約により雇用されている労働者） 02 パート（正規職員以外の労働者でパート、アルバイト、準職員、嘱託職員、臨時職員などの名称にかかわらず、週の所定労働時間が正規職員よりも短く、期間の定めのある労働契約により雇用されている労働者） 03 その他（ ） 04 専業主婦（主夫） 05 無職 06 不明

<p>5 現在の診断名</p> <p>※主診断名と副診断名について、それぞれ該当する番号をご記入ください</p>	<p>主診断名</p> <p>副診断名</p> <p>F0 症状性を含む器質性精神障害 F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 F3 気分（感情）障害 F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害 F7 精神遅滞（知的障害） F8 心理的発達の障害 F9 小児期および青年期に通常発症する行動及び情緒の障害、及び特定不能の精神障害 10 その他（不明・その他の診断）</p>
<p>6 精神科処方薬の服薬状況</p>	<p>現在服薬：01 している 02 していない</p> <p>支援中の服薬期間： 年 月 日～ 年 月 日</p>
<p>7 現在の処方内容 （薬剤名および一日服薬量をご記載下さい）</p>	<p>服薬管理方法：01 自己管理 02 家族管理 03 スタッフ管理 04 その他（ ）</p> <p style="text-align: right;">(CP 換算 mg)</p>
<p>8 自立支援医療費（精神通院）</p>	<p>01 利用あり（利用期間： 年 月～ 年 月）</p> <p>02 利用なし</p>
<p>9 精神障害者保健福祉手帳</p>	<p>01 あり（ 級） 02 なし</p>
<p>10 医療保険サービス（複数選択可） （支援開始時から支援終了時の間に利用したサービスおよび契約に至ったサービスと、利用期間についてご記入下さい）</p>	<p>01 精神科通院医療（ 回／ 週）（ 年 月～ 年 月）</p> <p>02 精神科訪問看護（ 回／ 週）（ 年 月～ 年 月）</p> <p>03 精神科デイケア（ 回／ 週）（ 年 月～ 年 月）</p> <p>04 なし</p>
<p>11 障害者自立支援法等に係るサービス（複数選択可） （支援開始時から支援終了時の間に利用したサービスおよび契約に至ったサービスと、利用期間についてご記入下さい）</p>	<p>01 就労移行支援事業（ 年 月～ 年 月）</p> <p>02 就労継続支援A型（ 年 月～ 年 月）</p> <p>03 就労継続支援B型（ 年 月～ 年 月）</p> <p>04 自立支援（生活支援、訪問型）（ 年 月～ 年 月）</p> <p>05 自立支援（宿泊型）（ 年 月～ 年 月）</p> <p>06 居宅介護（ホームヘルプ）（ 年 月～ 年 月）</p> <p>07 生活介護（ 年 月～ 年 月）</p> <p>08 地域活動支援センター（ 年 月～ 年 月）</p> <p>09 グループホーム・ケアホーム（ 年 月～ 年 月）</p> <p>10 施設入所支援（ 年 月～ 年 月）</p> <p>11 短期入所（ショートステイ）（ 年 月～ 年 月）</p> <p>12 その他（ 年 月～ 年 月）</p> <p>13 なし</p>

<p>12 介護保険法等に係るサービス（複数選択可） （支援開始時から支援終了時の間に利用したサービスおよび契約に至ったサービスと、利用期間についてご記入下さい）</p>	<p>01 訪問介護（ホームヘルプ）（ 年 月～ 年 月） 02 訪問看護（ 年 月～ 年 月） 03 訪問リハビリテーション（ 年 月～ 年 月） 04 通所介護（ 年 月～ 年 月） 05 通所リハビリテーション（ 年 月～ 年 月） 06 短期入所（ショートステイ）（ 年 月～ 年 月） 07 認知症対応型通所介護（ 年 月～ 年 月） 08 小規模多機能介護型居宅介護（ 年 月～ 年 月） 09 認知症対応型共同生活介護（ 年 月～ 年 月） 10 介護老人保健施設（ 年 月～ 年 月） 11 介護老人福祉施設（ 年 月～ 年 月） 12 その他（ 年 月～ 年 月） 13 なし</p>
<p>13 利用したその他のサービス（複数選択可） （支援開始時から支援終了時の間に利用したサービスと、利用期間についてご記入下さい）</p>	<p>01 保健所保健師による訪問 02 市町村保健師による訪問 03 福祉事務所による訪問 04 その他（生活サポート事業）（ ） 05 なし</p>
<p>14 対象者および支援内容の経過</p>	<p>時 期 経 過</p> <p>.....</p>
<p>15 対象者との関係作り （対象者への支援の期間を通して、ケース・家族との関係作りのためにどのような働きかけをしたか、具体的にご記入下さい。）</p>	

16 支援計画の達成度 (「活動実績報告(支援開始時)」p.4「6 支援開始時の支援計画」と対比しご記入下さい。)	日常生活の維持、生活技術の獲得・拡大 (衣・食・環境整備・金銭管理など)	達成した	まあまあ達成した	あまり達成していない	達成していない
	対人関係の構築・維持 (スタッフ・家族・近隣住民など)	達成した	まあまあ達成した	あまり達成していない	達成していない
	家族への支援 (情報提供・エンパワメントなど)	達成した	まあまあ達成した	あまり達成していない	達成していない
	精神症状の悪化や増悪防止 (服薬支援・受療支援・危機介入など)	達成した	まあまあ達成した	あまり達成していない	達成していない
	身体症状の発症や進行防止 (医療処置・服薬支援・受療支援など)	達成した	まあまあ達成した	あまり達成していない	達成していない
	社会生活に関する支援 (交通・IT・公的手続きなど)	達成した	まあまあ達成した	あまり達成していない	達成していない
	住環境・社会生活に関する支援 (家探し・大家交渉・引越しなど)	達成した	まあまあ達成した	あまり達成していない	達成していない
	就労・教育に関する支援 (職探し・職場調整・ジョブコーチなど)	達成した	まあまあ達成した	あまり達成していない	達成していない
	その他()	達成した	まあまあ達成した	あまり達成していない	達成していない
(以下に具体的にご記入下さい)					
17 相談者の満足度 (最初にアウトリーチチームに相談した人が、チームの支援を受けてどのように感じているかを聴取して下さい。)	チームの支援の質はどの程度だったか。	とても良かった	まあまあ良かった	あまり良くなかった	全く良くなかった
	望んでいた支援は受けられたか。	十分に受けられた	だいたい受けた	あまり受けなかった	全く受けなかった
	どの程度必要としていた支援だったか。	ほぼ全て必要	だいたい必要	あまり必要ではなかった	全く必要ではなかった
	この支援を同じ境遇の人に勧めるか。	絶対する	すると思う	しないと思う	絶対にしない
	支援の量に満足しているか。	とても満足	まあまあ満足	やや不満	かなり不満
	支援によって問題へのより良い対処に役立ったか。	大いに役立った	まあまあ役立った	あまり役立たなかった	全く役立たなかった
	全体的に支援に満足しているか。	とても満足	だいたい満足	不満	かなり不満
	必要時、また同じ支援が受けたいか。	絶対受ける	受けると思う	受けないと思う	絶対受けない

◎ 機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning)

- 支援終了時の対象者の状態を、症状の重症度と機能レベルの2つの側面から評価してください。
- 下記の採点基準を91～100点から順に読み進めていき、症状の重症度、又は機能レベルのどちらか悪い方が当てはまる得点範囲(例:31-40点)を決めてください。その際、精神的に健康から病気までを一つのつながったものと仮定して、心理的、社会的、職業的機能を考慮してください。身体的(または環境的)制約による機能の障害は含めないでください。
- 次に、その10点の得点範囲内での点数を決めてください。例えば、45、68、72のように、得点範囲内で適当と思う点数をひとつ決め、一番下の回答欄に記入してください。

点 数	機能の全体的評価尺度
91～100点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81～ 90点	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動にも興味を持ち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
71～ 80点	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学校で一時遅れをとる)。
61～ 70点	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または社会的、職業的もしくは学校の機能に、いくらかの困難がある(例:時にする休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能がかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51～ 60点	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐怖発作がある)、または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
41～ 50点	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする)、または社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
31～ 40点	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的であいまい、または関係性がなくなる)、または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面で粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
21～ 30点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意思伝達や判断に粗大な欠陥がある(例:時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、またはほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中、床についている、仕事も家庭も友達もない)。
11～ 20点	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる)、または意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい破裂か無言症)。
1～ 10点	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0点	情報不十分。

GAF 得点 点

◎ 社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule: SBS)

- ・対象者の、支援終了時の典型的な行動について評価してください。
- ・評価に際しては、行動の程度(重症度)と、頻度を考慮に入れますが、迷った場合は、程度より頻度に重きをおいて評価し、1~21のそれぞれの項目について、最もあてまる番号に1つずつ〇をおつけください。

1 コミュニケーション	0	1	2	3	4
スタッフと率先して会話できるか。	自発的にできる	自発的にできるが長く続かない	ほとんどできないが、時に自発的に話す	拒否的	応答しない
2 会話内容の一貫性	0	1	2	3	4
話の内容のつじつまが合うか。精神疾患のために一貫性を失っていないか。	一貫性あり	時々つじつまが合わない(月1~2回)	しばしばつじつまが合わない(週1回)	頻繁につじつまが合わない(週1回以上)	常に一貫性がない
3 会話の奇妙さ	0	1	2	3	4
一般の多くの人が奇妙と思う内容であるか。	奇妙さはない	時々奇妙(月1~2回)	しばしば奇妙(週1回)	とても頻繁に奇妙な話題(毎日)	常に奇妙な話題
4 社会との適切な接触	0	1	2	3	4
バス停で、次にバスはいつ来るのか尋ねられたら、適切に対応できるか。	対応できる	時々不適切(月1~2回)	しばしば不適切(週1回)	ほとんどいつも不適切(週1回以上)	対応できない
5 敵意に満ちた交流	0	1	2	3	4
言語的・身体的敵意があるか。	ほとんどなし	時々軽度の敵意がある(月1~2回以上)	しばしば敵意や脅しがある(週1回)	ほとんどの接触は敵意ある言葉による(週1回以上)	頻繁な敵意のある言葉や動作
6 関心をひく振る舞い	0	1	2	3	4
人の関心を独占しようとするか、他の人に関心を向けると、怒りっぽくなるか。	なし	時々関心をひこうとするが、周囲が他人に関心を向けても気にしない	時々関心をひき、周囲が他人に関心を向けると怒る	常に他人の関心を要求する	常に他人の関心を要求し、周囲が他人に関心を向けると怒る
7 自殺・自傷の企図と行動	0	1	2	3	4
(3以上は明らかに自殺を目的としていたと見られるとき)	なし	間接的にほのめかす(過去1カ月)	直接的に語る(過去1カ月)	何らかの自殺企図や自殺行為をほのめかす行動(過去1カ月)	重大な自殺企図または自殺行為(過去1カ月)
8 パニック、恐怖症	0	1	2	3	4
ある特定の状況下における不安や一般的な不安に、どの程度悩まされているか。	なし	時々軽度の不安がある	不安や緊張があるが、何とか生活ができる	ほとんどいつも不安があるか不安発作が頻発する	常に極度の緊張・不安がある
9 過活動性	0	1	2	3	4
目的もなく歩き回る、不必要な動きが多いなどの行動があるか。	なし	時々ある(月1~2回)	しばしばある(週1回)	頻繁にある(毎日)	長時間、定期的にある
10 独語、空笑	0	1	2	3	4
決して社交上のものではない行動が見られるか。	なし	時々ある(月1~2回)	しばしばある(月3回)	頻繁にある(週1回以上)	きわめて頻繁にある(毎日)
11 妄想の行動化	0	1	2	/	
妄想に基づいて行動を起こそうと決意するか否か。(例:数百万円持っていると思い使い込む)	なし	月1回あった	月2回以上あった		
12 奇妙な姿勢、動き	0	1	2	3	4
奇妙な型にはまった動き、不快で不適切な姿勢があるか。	なし	時々ある(月1~2回)	しばしばある(週1回)	頻繁にある(週1回以上)	きわめて頻繁にある(毎日)

13 ひんしゆく・マナー	0	1	2	3	4
食事中にひんしゆくをかうような癖や習慣はないか。(例：陰部を掻く、大きな放屁を平気でする、鼻をほじるなど)	礼儀正しい	おおむね礼儀正しい	時々ひんしゆくをかう行為がある	しばしばひんしゆくをかう行為がある	ほとんどがひんしゆくをかう振る舞いである
14 破滅的行動	0	1	2	3	
財産、所有物などを破滅するに至った行動があるか。	なし	時々物を壊すといっぺすが、破滅行動はない	しばしば物を壊すといっぺすが	1か月以内に怒りにまかせて物を壊したことがある	
15 抑うつ	0	1	2	3	
「生まれてこなかったほうがよかった」とか、「人生なんて意味がない」とつぶやいたことがあるか。(自殺企図は評価しない)	なし	時々ある(月1、2回短期で)	週1回程度で長期の抑うつがある	頻繁にある(毎日)	
16 性的逸脱行動	0	1	2	3	4
公衆ではなく、特定の他者に向けられる性的行動はないか。	なし	いくらか性的なことに心を奪われている(月1、2回程度)	しばしば、好ましくない性的接近をするなど、不適切な性的振る舞いがある	しばしば陰部を露出するなど、明らかに不適切な性的振る舞いがある	頻繁に、度を越した振る舞いがあり、家庭生活や社会生活に支障がある
17 身だしなみ・清潔度	0	1	2	3	4
清潔、髪の手入れ、更衣ができていないか。失禁や奇妙な服装をしていないか。	注意を要しない	時々注意を要する	不適切で奇妙な格好のため、しばしば身なりに注意を要する	清潔に無頓着であり、かなり注意や助言が必要	著しく清潔に無頓着。注意しなければ汚臭や失禁の恐れがある
18 動きの鈍さ	0	1	2	3	4
座るのが異常に遅い、歩くのが異常に遅いなどないか。(年齢、身体的な状態は考慮する)	なし	時々中程度にあるが、普段はない	中程度に動作が鈍い	常に中程度に動きが鈍く、時には極めて遅くなる	極めて動きが鈍い
19 異常な活動性の低さ	0	1	2	3	4
刺激を加えなければ座ったまま何もしない状態(中程度に非活動的な状態)はあるか。(動きの鈍さと活動性の低さは別に評価する)	なし	時々あるが、普段はなし	ある	しょっちゅうあり、極めて活動性が低い時もある	極めて活動性が低い
20 集中力	0	1	2		
テレビ、読書などに、自分から集中できるか。	問題なし	集中できない時がある	一度に数分だけ集中できる		
21 社会的適応を妨げる行動	0	1	2	3	4
1～20以外の行動で、社会的適応を妨げる行動があるか(例：喫煙、過食・拒食、盗癖、強迫行為、睡眠障害、飲酒)	そのような行動異常はみられない	過去1カ月以上前にあった	過去1カ月以内に数回あった	頻繁にある	かなり頻繁にある

ご回答ありがとうございました。
未回答の項目がないか今一度ご確認の上、提出をお願いいたします。

支援対象者 ID :

平成 24 年度精神障害者アウトリーチ推進事業

調査票 B (支援終了時) 別紙

記入日

年

月

日

本事業で提供いたしましたサービスに関して、アンケートへのご協力をお願いします。
鉛筆あるいは黒か青のペン・ボールペンで、当てはまる選択肢の番号に○をつけて下さい。
なお、ご病気やお体が不自由で、ご自身での記入が難しい方は、ご家族などの協力によるご記入
をいただければ幸いです（そのような場合でも対象者ご本人のお考えをご記入下さい）。

あなたが受けた治療／ケアの質はどの程度でしたか	とてもよい	よい	まあまあ	よくない
あなたが望んでいた治療／ケアは受けられましたか	とてもよい	よい	まあまあ	よくない
治療／ケアのプログラムは、どの程度あなたが必要としていたものでしたか	とてもよい	よい	まあまあ	よくない
もし知人が同じ援助を必要としていたら、この治療／ケアプログラムを推薦しますか	とてもよい	よい	まあまあ	よくない
困っていることに対して十分に時間をかけた援助を受けたと満足していますか	とてもよい	よい	まあまあ	よくない
治療／ケアを受けたことで、あなたが問題に効果的に対処できるよう役立ちましたか	とてもよい	よい	まあまあ	よくない
全体として、一般的にいて、あなたが受けた治療／ケアに満足していますか	とてもよい	よい	まあまあ	よくない
また援助が必要となったとき、この治療／ケアのプログラムに戻りたいと思いますか	とてもよい	よい	まあまあ	よくない

ご回答ありがとうございました。

未回答の項目がないか今一度ご確認の上、

同封いたしました返信用封筒に封入し、お近くのポストにご投函ください。

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業【日報】

スタッフID	
支援対象者ID	
日付	
開始時間	
終了時間	
手段	
交通費	
移動時間	

1. ケア計画の作成・ケアマネジメント

1) ケアへの導入への本人への働きかけ [直接]		
ケアへの導入への本人への働きかけ [間接]		
2) 本人・家族との関係づくり [直接]		
本人・家族との関係づくり [間接]		
3) アセスメントの実施(再実施含む) [直接]		
アセスメントの実施(再実施含む) [間接]		
4) 利用できるサービス内容や社会資源に関する基本的な情報の提供 [直接]		
利用できるサービス内容や社会資源に関する基本的な情報の提供 [間接]		
5) ケア計画の作成(再作成含む) [直接]		
ケア計画の作成(再作成含む) [間接]		
6) ケア会議の開催(再開催含む) [直接]		
ケア会議の開催(再開催含む) [間接]		
7) サービスや社会資源の利用導入のための援助(情報提供・付き添い見学など) [直接]		
サービスや社会資源の利用導入のための援助(情報提供・付き添い見学など) [間接]		
8) サービスや社会資源の利用状況のモニタリング(利用状況の確認、通所の支援など) [直接]		
サービスや社会資源の利用状況のモニタリング(利用状況の確認、通所の支援など) [間接]		
9) 関係機関・関係者との連絡・調整 [直接]		
関係機関・関係者との連絡・調整 [間接]		

2. 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得

1) 食生活(食事内容・程度・調理など)に関する援助		
2) 活動性・生活リズムに関する援助		
3) 生活環境の整備(洗濯・掃除・生活用品など)に関する援助		
4) 整容(身体保清・服装など)に関する援助		
5) 金銭管理(収支バランス・予算・節約など)に関する援助		
6) 安全確保(火気取扱い・防犯など)に関する援助		
7) 家庭内役割(育児・介護など)に関する援助		
8) 趣味・余暇活動に関する援助		
9) 買い物に関する援助		

3. 対人関係の維持・構築

1) スタッフとの関係性の構築		
2) コミュニケーション能力を高める援助(感情の表出・コミュニケーションスキルを高める援助)		
3) 他者(友人や異性)との関わりに関する援助		
4) 他の医療福祉スタッフとの関わりに関する援助		
5) 家族との関係に対する本人への援助		
6) 近隣の住民との関わりに関する援助		

4. 家族への援助

1) 本人とのつきあい方に対する家族への援助(本人への接し方、症状・服薬に関する情報提供・心理教育など)		
2) 家族自身の困難(自身の経済・健康問題等)や将来・生活設計に関する援助		
3) 家族へのエンパワメント(ねぎらう・対処を肯定的に評価する・自己効力感を高める)		

5. 精神症状の悪化や増悪を防ぐ

1) 精神症状に関する援助(妄想・幻覚・不安のアセスメント、症状対処に関する援助など)		
2) 睡眠の援助(睡眠習慣・睡眠薬の使用に関する援助など)		
3) 服薬行動援助(内服確認・頓服の飲み方指導・服薬準備等)		
4) 通院行動の援助(受診付き添い・通院確認など)		
5) 危機時の介入(自傷他害、症状悪化、緊急の受診・入院など)		
6) 薬物療法の副作用の観察と対処(パーキンソン症状・口渇など)		

6. 身体症状の発症や進行を防ぐ

1) 身体症状の観察と対処(バイタルサイン測定・未治療の身体症状の対応)		
2) 身体合併症の観察と対処(インシュリン注射など医療処置を含む)		
3) 生活習慣(喫煙・飲酒・運動・栄養)に関する援助		
4) 排泄(排泄状況の確認・排泄コントロール)の援助		

7. 社会生活の援助

1) 交通機関の利用や移動に関する援助		
2) 銀行・郵便局・役所、電話・インターネット等の利用の援助		

8. 住環境に関する援助

1) 住居確保に関する援助(家探し・手続き・引っ越しなど)		
2) 住居環境を保つための援助(修繕・大家交渉など)		

9. 就労・教育に関する援助

1) 求職・就労開始の援助(職探し、面接同行、職場調整など)		
2) 就労継続に関する援助(ジョブコーチ、職場調整など)		
3) 教育・修学に関する援助		

10. 対象者のエンパワメント

1) 不安の傾聴・軽減		
2) 自己効力感、コントロール感を高める援助		
3) 肯定的フィードバック(できていることをねぎらう・支持する)		

11. その他

1) 自己研鑽(参考図書、研修会など)		
2) アウトリーチチーム運営に関する事務作業(ケースに因らない全体的なもの)		
3) 本研究のために使用した時間(日報、ケア会議記録など)		

12. 経過記録

--	--	--

資料 8

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業【会議】

1 会議の категория	01 ケースカンファレンス 02 評価検討委員会 03 その他		
2 会議名			
3 開催年月日・開始時刻・終了時刻	開催年月日(yyyy/mm/dd)	開始時刻	終了時刻
4 コーディネーター(スタッフID)			
5 アウトリーチチームからの参加者 (スタッフID)			
6 会議の参加したアウトリーチ チーム以外のメンバー	職種・所属・立場		人数
			人
			人
			人
			人
			人
7 話し合われた対象者数			人
8 会議で話し合われた内容について具体的にご記入ください。			

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業

平成24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)
「アウトリーチ(訪問支援)に関する研究」

調査票C (支援終了後6・12・18ヶ月)

支援対象者ID：

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業
調査票C（支援終了後6・12・18ヶ月）

記入日	年 月 日
スタッフID	

支援終了後または事業終了後の対象者の状況についてご回答下さい。

1 支援終了後経過期間	01 6ヶ月	02 12ヶ月	03 18ヶ月
2 世帯状況（複数選択可） （現在同居している人を全て選択して下さい）	01 父親 03 兄弟姉妹 05 息子・娘 07 いとこ 09 独居	02 母親 04 配偶者 06 おじ・おば 08 友人 10 その他（ ）	
3 居住形態	01 自宅 02 賃貸住宅（集合住宅）	02 賃貸住宅（一軒家） 03 その他（ ）	
4 経済状況（複数選択可）	01 本人の収入 03 障害者年金 05 遺族年金 07 生活保護 09 なし（無収入）	02 家族の収入 04 老齢年金 06 福祉サービス利用等による収入 08 その他（ ） 10 不明	
5 就労状況	01 正規職員（フルタイム勤務で期間の定めのない労働契約により雇用されている労働者） 02 パート（正規職員以外の労働者でパート、アルバイト、準職員、嘱託職員、臨時職員などの名称にかかわらず、週の所定労働時間が正規職員よりも短く、期間の定めのある労働契約により雇用されている労働者） 03 その他（ ） 04 専業主婦（主夫） 05 無職		
6 精神障害者保健福祉手帳	01 あり（ 級）	02 なし	03 不明
7 自立支援医療費(精神通院)	01 利用あり（利用期間： 年 月～ 年 月） 02 利用なし 03 不明		
8 支援終了後の入院期間 （支援終了時または前回記入時から現在までの入院についてご記入下さい）	01 あり（以下に具体的に記載して下さい） 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 年 月 日～ 年 月 日（入院形態）任意・医保・措置 02 なし		

<p>14 利用したその他のサービス（複数回答可） （支援終了時または前回記入時から現在までに利用したサービスと、利用期間についてご記入下さい）</p>	<p>01 保健所保健師による訪問 (回) (年 月～ 年 月) 02 市町村保健師による訪問 (回) (年 月～ 年 月) 03 福祉事務所による訪問 (回) (年 月～ 年 月) 04 その他 () (回) (年 月～ 年 月) 05 なし</p>
<p>15 支援終了時または前回記入時から現在までの支援対象者の経過</p>	<p>時 期 経 過</p> <p>.....</p>