

表5 センターへの登録基準（重要度の高いもの3つを選択）

n=143	度数	%
病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること	47	32.87
本人に就労の意欲があること	110	76.92
病状が安定していること	77	53.85
通院や服薬が安定していること、 もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること	33	23.08
生活リズムが整っていること	33	23.08
住居や家族関係など生活状況が安定していること	8	5.59
何らかの交通手段を利用し通所・通勤が可能なこと	9	6.29
就労について主治医が賛成していること	84	58.74
就労について家族が賛成していること	5	3.50
デイケアや就労継続B型など 就労準備のための機関で通所実績があること	12	8.39
その他	5	3.50

表6 利用者の紹介先

n=143	度数	%
就労移行支援事業所	55	38.46
就労継続支援B型	75	52.45
障害者職業センター	13	9.09
地域活動支援センター	81	56.64
行政による若年者就労支援機関(ジョブカフェ等)	9	6.29
医療機関(デイケアや外来ワーカーなど)	80	55.94
その他	34	23.78

表 7 求職支援開始基準（重要度の高いもの3つを選択）

n=183	度数	%
病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること	47	25.68
本人に就労の意欲があること	114	62.30
病状が安定していること	97	53.01
通院や服薬が安定していること、 もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること	36	19.67
生活リズムが整っていること	48	26.23
住居や家族関係など生活状況が安定していること	8	4.37
何らかの交通手段を利用し通所・通勤が可能なこと	11	6.01
就労について主治医が賛成していること	108	59.02
就労について家族が賛成していること	4	2.19
自機関が定める、 もしくは他機関の求める職業アセスメントを終えていること	25	13.66
自機関が定める、 もしくは他機関の求める就労訓練機関への通所を終えていること	3	1.64
職業生活に必要な作業能力が一定程度認められること	14	7.65
職業生活に必要な社会性が一定程度認められること	25	13.66
その他	7	3.83

表 8 医療に関する支援の実施内容（頻度の高いもの3つ）

n=188	度数	%
服薬支援	48	25.53
自立支援医療・手帳の取得支援	69	36.70
受診同行	20	10.64
診察への同席	116	61.70
主治医への連絡	74	39.36
主治医への提案	7	3.72
ソーシャルワーカーへの連絡・相談	142	75.53
カンファレンスやケア会議の提案	59	31.38
セカンドオピニオンのための支援	2	1.06
その他	1	0.53

表 9 精神障害の障害特性に関する困難（もっとも強く感じるもの3つ）

n=199	度数	%
病識がない、もしくは障がい受容が進んでいない	121	60.80
就労の意欲が不安定であること	86	43.22
病状が不安定であること	129	64.82
来所が不安定であること	14	7.04
障がいの開示に積極的でない場合があること	25	12.56
障がいの状態がわかりづらいこと	51	25.63
本人の希望と家族の希望もしくは支援者の支援方針が食い違っていること	58	29.15
社会経験が不足していること	5	2.51
就労経験が不足していること	15	7.54
社会的スキルが不足していること	57	28.64
その他	18	9.05

表 10 精神障害の障害特性以外に関する困難（もっとも強く感じるもの3つ）

n=199	度数	%
制度が想定しているマンパワーの不十分さ	120	60.30
事業所の支援スタッフの離職率の高さ	20	10.05
事業所の支援スタッフの給与水準の不十分さ	36	18.09
支援する際にトライアル雇用が使いづらいこと	28	14.07
短時間雇用が企業から受け入れられづらいこと	71	35.68
(現時点では)精神障がい者が みなし雇用扱いとなっていること	21	10.55
企業側に精神障がいをもつ人を受け入れた経験が少ない、 もしくは偏見があること	150	75.38
制度上は医療との連携が想定されているにも関わらず 医療側に周知されていないこと	65	32.66
その他	36	18.09

※表 11 以降についてはすべて H24 年 4 月以降に支援を開始した精神障害者、最初の 5 ケースに関するものである。

表 11 手帳種別内訳

	度数	%
1級	16	2.1
2級	419	53.9
3級	216	27.8
非所持	127	16.3
合計	778	100

表 12 診断内訳

n=778	度数	%
統合失調症	387	49.7
感情障害	199	25.6
不安障害等	36	4.6
パーソナリティ障害	23	3
発達障害	60	7.7
てんかん	27	3.5
その他	46	5.9

表 13 機能の程度

	n	軽度		やや軽度		中等度		やや重度		重度	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	776	66	8.50	171	22.00	305	39.20	179	23.00	55	7.10
統合失調症	387	30	7.75	82	21.19	168	43.41	85	21.96	22	5.68
感情障害	199	20	10.05	50	25.13	72	36.18	42	21.11	15	7.54
発達障害	60	7	11.67	10	16.67	26	43.33	11	18.33	6	10.00

表 14 紹介元

	n	特に無し (自分で探し て来所)		就労移行 支援 事業所		就労継続 支援 B型		地域活動 支援 センター		医療機関		保健所		役所		ハローワーク		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	777	119	15.30	79	10.20	53	6.80	38	4.90	104	13.40	14	1.80	51	6.60	164	21.10	155	19.90
統合失調症	387	64	16.54	41	10.59	38	9.82	25	6.46	58	14.99	7	1.81	30	7.75	59	15.25	65	16.80
感情障害	199	31	15.58	22	11.06	8	4.02	8	4.02	26	13.07	3	1.51	10	5.03	52	26.13	39	19.60
発達障害	59	11	18.64	4	6.78	1	1.69	3	5.08	7	11.86	0	0.00	2	3.39	10	16.95	21	35.59

表 15 支援要素 (①関係づくり・アセスメント、②就労前訓練、③生活支援、④医療と関わりのある支援、⑤求職に関する支援、⑥その他) の実施数

	n	0		1つ		2つ		3つ		4つ		5つ		6つ	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	13	1.67	17	2.19	68	8.74	97	12.47	70	9.00	464	59.64	49	6.30
統合失調症	387	5	1.29	11	2.84	32	8.27	47	12.14	29	7.49	241	62.27	22	5.68
感情障害	199	5	2.51	3	1.51	20	10.05	27	13.57	22	11.06	106	53.27	16	8.04
発達障害	60	2	3.33	1	1.67	8	13.33	6	10.00	8	13.33	33	55.00	2	3.33

表 16 求職に関する支援が未実施もしくは優先順位が低かったもの

	n	度数	%
全体	778	324	41.60
統合失調症	387	160	41.34
感情障害	199	91	45.73
発達障害	60	22	36.67

表 17 求職に関する支援が未実施もしくは優先順位が低かったもののその理由

	n	病識		意欲		病状		服薬・通院		不規則生活		住居・家族		通勤・通所	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
	229	27	8.30	26	8.00	75	23.10	6	1.90	14	4.30	10	3.10	7	2.20
統合失調症	114	12	10.53	12	10.53	37	32.46	4	3.51	9	7.89	4	3.51	4	3.51
感情障害	61	10	16.39	9	14.75	20	32.79	0	0.00	2	3.28	5	8.20	2	3.28
発達障害	11	1	9.09	1	9.09	3	27.27	0	0.00	1	9.09	0	0.00	0	0.00

  

	n	主治医・家族		評価		訓練		作業能力		社会性		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
	229	5	1.50	4	1.20	11	3.40	8	2.50	13	4.00	23	7.10
統合失調症	114	3	2.63	4	3.51	6	5.26	2	1.75	7	6.14	10	8.77
感情障害	61	1	1.64	0	0.00	2	3.28	1	1.64	2	3.28	7	11.48
発達障害	11	1	9.09	0	0.00	0	0.00	1	9.09	2	18.18	1	9.09

表 18 「関係づくり・アセスメント」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	機関内での面接		地域での見学・面接		自機関での評価		他機関での評価	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	642	82.52	284	36.50	157	20.18	183	23.52
統合失調症	387	320	82.69	148	38.24	81	20.93	82	21.19
感情障害	199	160	80.40	73	36.68	44	22.11	42	21.11
発達障害	60	53	88.33	17	28.33	8	13.33	26	43.33

表 19 「就労前訓練」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	自機関での訓練		他機関での訓練	
		度数	%	度数	%
全体	778	57	7.33	295	37.92
統合失調症	387	23	5.94	163	42.12
感情障害	199	15	7.54	62	31.16
発達障害	60	7	11.67	20	33.33

表 20 「生活支援」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	自立生活支援		家族支援	
		度数	%	度数	%
全体	778	81	10.41	208	26.74
統合失調症	387	42	10.85	102	26.36
感情障害	199	21	10.55	45	22.61
発達障害	60	3	5.00	21	35.00

表 21 「医療と関わりのある支援」に関連する支援の実施（複数回答可）

n	服薬支援		受診同行		診察への同席		主治医への連絡		主治医への提案		病院ワーカーへ 連絡・相談		医療機関への ケア会議等提案		
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	778	65	8.35	71	9.13	72	9.25	134	17.22	31	3.98	217	27.89	45	5.78
統合失調症	387	36	9.30	33	8.53	33	8.53	69	17.83	15	3.88	112	28.94	26	6.72
感情障害	199	20	10.05	17	8.54	18	9.05	36	18.09	11	5.53	55	27.64	12	6.03
発達障害	60	0	0.00	7	11.67	6	10.00	8	13.33	2	3.33	14	23.33	5	8.33

表 22 「求職に関わりのある支援」に関連する支援の実施（複数回答可）

n	オフィス内での 求職活動に関する 相談・援助		実習		HW等 他支援機関 への同行		その人に あった 仕事の開拓		
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	778	257	33.03	257	33.03	364	46.79	289	37.15
統合失調症	387	137	35.40	137	35.40	189	48.84	152	39.28
感情障害	199	68	34.17	57	28.64	91	45.73	76	38.19
発達障害	60	18	30.00	27	45.00	29	48.33	22	36.67

表 23 2ヶ月以上の対面コンタクトがなくなるまでの期間、人数および割合

n	3か月以内		6か月以内		12か月以内		
	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	778	128	16.45	199	25.58	313	40.23
統合失調症	387	57	14.73	101	26.10	146	37.73
感情障害	199	41	20.60	55	27.64	98	49.25
発達障害	60	11	18.33	12	20.00	19	31.67



表 24 登録から1年間の就労転帰

	n	就労なし		訓練機関のみあり		就労あり	
		度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	300	38.56	76	9.77	402	51.67
統合失調症	387	144	37.21	37	9.56	206	53.23
感情障害	199	85	42.71	16	8.04	98	49.25
発達障害	60	19	31.67	6	10.00	35	58.33

表 25 登録から1年間の間に就労したものの就労先

	n	一般求人での就労				障がい者求人での就労				過渡的就労		支援機関外訓練	
		勤務時間週20h以上		勤務時間週20h未満		健全者と同じ職場		特例子会社・就労継続支援A型(雇用契約有)		トライアル雇用・ステップアップ雇用		委託訓練・実習・社会適応訓練他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	400	68	17.00	34	8.50	158	39.50	89	22.25	15	3.75	36	9.00
統合失調症	204	30	14.71	19	9.31	79	38.73	48	23.53	7	3.43	21	10.29
感情障害	98	23	23.47	7	7.14	37	37.76	18	18.37	6	6.12	7	7.14
発達障害	35	4	11.43	2	5.71	15	42.86	9	25.71	1	2.86	4	11.43

表 26 登録から1年間の間に就労したものの就労先別就労期間

	n	一般求人での就労				障がい者求人での就労				過渡的就労		支援機関外訓練	
		勤務時間週20h以上		勤務時間週20h未満		健全者と同じ職場		特例子会社・就労継続支援A型(雇用契約有)		トライアル雇用・ステップアップ雇用		委託訓練・実習・社会適応訓練他	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
全体	398	132.51	94.45	91.97	74.13	138.17	92.96	154.49	100.55	80.87	66.41	52.83	62.39
統合失調症	203	98.51	17.99	122.11	78.86	134.74	85.19	156.65	101.15	54.86	40.07	38.62	38.58
感情障害	98	95.89	20.00	48.14	42.89	159.68	108.24	176.72	106.25	89.83	80.77	81.71	113.91
発達障害	35	54.37	27.19	47.50	60.10	141.07	89.90	145.89	100.84	90.00	-	43.00	32.27

## IV. 付録

## 付録 リスト

### A 多職種アウトリーチ

1. サービスコード（コメディカル）
2. サービスコード（医師）
3. サービスコード（福祉事業所）
4. サービスコード（訪問看護ステーション）
5. スクリーニング票（①小平 ②国府台 ③仙台 ④地方）
6. CSRI-J（対照群用調査票）
7. カルテ調査票
8. 管理的時間調査票

### B 認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用モデル

1. サービスコード（就労移行）
2. サービスコード（デイケア）
3. 事業所調査票

### C 多職種アウトリーチ・個別援助付雇用モデル共通 生活時間調査票

### D スタッフ支援態度

1. スタッフ調査票
2. ストレングス志向（利用者評価）
3. ストレングス志向（スタッフ評価）

### E 関連研究

1. 障害者就業・生活支援センター調査票（利用者状況）
2. 上記 記述例
3. 障害者就業・生活支援センター調査票（事業所）
4. 日本版 IPS 型就労支援スタンダード

# 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
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)
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	<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"/> 長時間精神科訪問看護・指導加算
			<input type="checkbox"/> 夜間・早朝訪問看護加算 <input type="checkbox"/> 深夜訪問看護加算
			<input type="checkbox"/> 精神科緊急訪問看護加算
	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護・指導料 (II)	⇒	<input type="checkbox"/> 3時間超加算
<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護・指導料 (III)	⇒	<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"/> 長時間精神科訪問看護・指導加算	
		<input type="checkbox"/> 夜間・早朝訪問看護加算 <input type="checkbox"/> 深夜訪問看護加算	
		<input type="checkbox"/> 精神科緊急訪問看護加算	

## 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	05 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	06 同日内の2回目以上の訪問
	03 入院日当日の訪問	07 事業所内での支援
	04 入院中の (病棟) 訪問	08 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みます)

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 02 グループホーム 03 事業所、訪問看護部門	04 病院・診療所 (外来等) 05 入院中の病棟訪問 06 地域 (役所、買い物、散歩等)	07 電話 (発信) 08 電話 (受信) 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 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 以下6以降の記録は不要		
6 状 況 【○は1つ】	01 通常時 02 ケア会議 03 拒否・コンタクト困難時 04 退院後 1 カ月以内の訪問 05 契約前の訪問 【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)		
7 在宅時医学総合管理料 (月単位で包括評価) の算定の有無			
<input type="checkbox"/> 算定している <input type="checkbox"/> 算定していない			

## 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"/> 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"/> 看取り加算 <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"/> 700 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"/> 抗不安薬又は睡眠薬を 3 剤以上投与による減算	
	⇒ <input type="checkbox"/> 保健師等による療養生活環境整備支援加算	
	⇒ <input type="checkbox"/> 特定薬剤副作用評価加算	
<input type="checkbox"/> 精神科退院指導料	⇒ <input type="checkbox"/> 精神科地域移行支援加算	

## 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 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 入院日当日の訪問	05 同日内の 2 回目以上の訪問
	03 入院中の (病棟) 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みます)

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 ( )

平成24年4月改訂版

# サービスコード記録

福 社  
事 業 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
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 報酬上の評価

8 月単位で包括評価されているものについてチェックしてください																
(1) 計画相談支援	<input type="checkbox"/> サービス利用計画なし・未契約 <input type="checkbox"/> サービス利用支援 (1,600 単位/月) <input type="checkbox"/> 継続サービス利用支援 (1,300 単位/月) <input type="checkbox"/> 利用上限額管理加算 (150 単位/月)															
(2) 地域相談支援	<input type="checkbox"/> サービス利用計画なし・未契約 <input type="checkbox"/> 地域移行支援サービス費 (2,300 単位/月) <input type="checkbox"/> 退院・退所月加算 (2,700 単位/月) <input type="checkbox"/> 集中支援加算 (500 単位/月)															
地域定着支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援サービス費 [体制確保分] (300 単位/月)															
9 上記の月単位での包括請求以外に、今回のコンタクトについて個別に請求する報酬項目があれば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)																
(1) 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業の体験利用加算 (300 単位/日) <input type="checkbox"/> 体験宿泊加算 I (300 単位/日) <input type="checkbox"/> 体験宿泊加算 II (700 単位/日)															
(2) 地域定着支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援サービス費 [緊急時支援分] (700 単位/日)															
(3) 生活訓練 (訪問による)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">報酬あり</th> <th colspan="3">報酬無し</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 時間 未 満</td> <td>1 時間 以 上</td> <td>期間内における回数制限以上の訪問で無報酬</td> <td>同日内の2回目以上の訪問で無報酬</td> <td>電話コンタクトで無報酬</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	報酬あり		報酬無し			1 時間 未 満	1 時間 以 上	期間内における回数制限以上の訪問で無報酬	同日内の2回目以上の訪問で無報酬	電話コンタクトで無報酬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	報酬あり		報酬無し													
1 時間 未 満	1 時間 以 上	期間内における回数制限以上の訪問で無報酬	同日内の2回目以上の訪問で無報酬	電話コンタクトで無報酬												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
(4) その他	<input type="checkbox"/> 市委託事業															

## 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)

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

# サービスコード記録

訪問看護  
ステーション

<b>I 実施状況</b>		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 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)								
<b>8 報酬上の評価 (月単位で包括評価されているものについてチェックしてください)</b>								
<input type="checkbox"/> 24 時間対応体制加算		<input type="checkbox"/> 24 時間連絡体制加算		<input type="checkbox"/> 特別管理加算				
<input type="checkbox"/> 訪問看護情報提供療養費		<input type="checkbox"/> 訪問看護ターミナルケア療養費		<input type="checkbox"/> 在宅患者連携指導加算				

## 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、又は○をしてください)

9 請求内容	訪問看護 管理療養費	精神科訪問看護 基本療養費	各 種 加 算		
(1) 月の初回訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	I II III IV	<input type="checkbox"/> 長時間加算 <input type="checkbox"/> 特別地域訪問看護加算		
(2) 2~3 回目の訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	I II III IV	<input type="checkbox"/> 精神科緊急時訪問看護加算		
(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)		<input type="checkbox"/> 長時間精神科訪問看護加算		
	4~12 回目の訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	I II III IV	<input type="checkbox"/> 夜間・早朝訪問看護加算 <input type="checkbox"/> 深夜訪問看護加算	
	13 回目以降の訪問 ⇒		I II III IV	<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算 <input type="checkbox"/> 退院支援指導加算	
	② その他の場合		<input type="checkbox"/>	I II III IV	<input type="checkbox"/> 複数名精神科訪問看護加算
					<input type="checkbox"/> 特別管理指導加算
				<input type="checkbox"/> 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	

## III 診療報酬で請求しない場合に記録してください

10 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)	05 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	06 同日内の 2 回目以上の訪問
	03 入院日当日の訪問	07 事業所内での支援
	04 入院中の (病棟) 訪問	08 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みます)

11 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 ( )

# ケアマネジメント入院時スクリーニング票

小平地区用

氏名: _____	病棟主治医: _____	入院日: ____年__月__日
ID : _____	外来主治医: _____	記入日: ____年__月__日
性別:(男・女)	担当 SW(いれば): _____	記入者: _____

I 除外基準	あてはまる場合☑
1. 鑑定入院・医療観察法による入院である	<input type="checkbox"/>
2. 1週間以内の退院・転院の予定が決まっている	<input type="checkbox"/>
3. 検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり戻る病院が初めから決まっている	<input type="checkbox"/>
4. 入院前の外来が他院での通院である (退院後, センター病院を使う可能性がない)	<input type="checkbox"/>
5. 既に当院在宅支援室の訪問支援(PORT)の利用者である	<input type="checkbox"/>

↓上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック  
(※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

II 対象者の基本情報	
1. 居住地域: 小平市・東村山市・東大和市・国分寺市・武蔵村山市・東久留米市・立川市・清瀬市・他( )	
2. 生年月日: ____年__月__日( ____歳)	⇒ <input type="checkbox"/> 年齢が15歳未満もしくは65歳以上である
3. 診断名(ICD-10): _____	⇒ <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
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. これまでの重大な問題歴: <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 放火 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> わいせつ行為 <input type="checkbox"/> 他( )	

III ケアマネジメント基準 あてはまる状況に○をしてください。特に断りのない場合、過去1年の状況でお答え下さい			
問題行動	A. 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行できない	できない:2	できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)について遂行できず継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1 不要:0
問題行動	1. 家族への暴力、暴言、拒絶をしたことがある	はい 1	いいえ 0
	2. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為があったことがある	1	0
	3. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	1	0
	4. 自殺企図をしたことがある	1	0
	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0
	6. 上記以外の理由による警察・保健所介入があったことがある	1	0
治療の困難性	1. 過去1年間の入院回数が1回以上である (今回の入院を含まない)	2	0
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が2ヶ月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0
	3. 外来受診をしないことが2ヶ月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0
	4. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、又は治療の必要性を理解していない	1	0
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある。また入院生活に必要な財源がない	1	0
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない(ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった(警察・保健所は除く)	1	0
	2. 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0
	3. 同居家族自身が困難な問題(介護・障害・貧困・重病・虐待・教育問題等)を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0
合計得点		点	
5点以上の場合ケアマネジメントを導入。裏面は在宅支援室(PORT)が記入。			



## ↓在宅支援室(PORT)記入欄

IV 基礎情報							
1. 正式な住所							
----- 1)キャッチメントエリア内⇒介入群、2)キャッチメントエリア外⇒CTRL 群							
4. 婚姻状況 1)既婚 2)未婚 3)離別・死別	5. 発症年齢 歳						
6. 障害年金の受給 1)有 2)無	7. 自立支援医療の利用 1)有 2)無						
8. 障害程度区分 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定							
2. 地域の主たる支援者 1)有 2)無							
⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____							
3. 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( )						
V ACT 記入基準(参考)							
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いずれか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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">1)入院回数</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/>2回以上(今回は含めない)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2)入院日数</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/>100日以上</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3)医療中断</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/>6か月以上</td> </tr> </table>	1)入院回数	<input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない)	2)入院日数	<input type="checkbox"/> 100日以上	3)医療中断	<input type="checkbox"/> 6か月以上
1)入院回数	<input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない)						
2)入院日数	<input type="checkbox"/> 100日以上						
3)医療中断	<input type="checkbox"/> 6か月以上						
あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>							
いずれかに該当 <input type="checkbox"/>							

# ケアマネジメント入院時スクリーニング票

- ・入院後 1 週間以内にご記入ください。
- ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
- ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。
- ・本用紙は回収いたしますので、カルテポケットに入れてください。

入院日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入者： \_\_\_\_\_

病棟主治医： \_\_\_\_\_

		あてはまる状況に○		
問題行動	A. 6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を担えない	できない:2	休みがち・不安定:1	できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)ができず、継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1	不要:0
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0	
	6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0	
治療の困難性	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった(初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0	
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない (ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0	
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった (警察・保健所はのぞく)	1	0	
	2. 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0	
	3. 同居家族自身が困難な問題(介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等)を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0	
合計得点		点		
医療福祉相談室参照用		あてはまる場合☑		
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である		<input type="checkbox"/>		
2. 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"/>		
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である		<input type="checkbox"/>		
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている		<input type="checkbox"/>		
5. 検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり、戻る病院が初めから決まっている		<input type="checkbox"/>		
6. 入院前の外来が他院での通院である		<input type="checkbox"/>		
7. 既に ACT または当院の訪問看護の利用者である		<input type="checkbox"/>		

↓ 医療福祉相談室 記入欄  
(5点以上で除外基準に合致していなければ対象)

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. ACT-J 導入基準							
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いずれか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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">1)入院回数</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/>2回以上(今回は含めない)</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">2)入院日数</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/>100日以上</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">3)医療中断</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/>6か月以上</td> </tr> </table>	1)入院回数	<input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない)	2)入院日数	<input type="checkbox"/> 100日以上	3)医療中断	<input type="checkbox"/> 6か月以上
1)入院回数	<input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない)						
2)入院日数	<input type="checkbox"/> 100日以上						
3)医療中断	<input type="checkbox"/> 6か月以上						
いずれかに該当 <input type="checkbox"/>							

# ケアマネジメント入院時スクリーニング票

・入院後1週間以内にご記入ください。  
 ・ことわりのない限り過去1年間の状況で、ご記入ください  
 ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。

記入者: \_\_\_\_\_

病棟主治医: \_\_\_\_\_

入院日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

I. 除外基準	あてはまる状況に○
1. 年齢が15歳未満もしくは65歳以上である	<input type="checkbox"/>
2. 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"/>
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	<input type="checkbox"/>
4. 1週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている	<input type="checkbox"/>
5. 検査やmECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり、戻る病院が初めから決まっている	<input type="checkbox"/>
6. 入院前の外来が他院での通院である	<input type="checkbox"/>
7. 既にSACTの利用者である	<input type="checkbox"/>

↓上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック  
 (※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

		あてはまる状況に○		
問題行動	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)を担えない	できない:2	休みがち・不安定:1	できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)ができず、継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1	不要:0
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0	
6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0		
治療の困難性	1. 過去1年間の入院回数が1回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が2か月以上あった(初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが2か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談があるor入院生活に必要な財源がない	1	0	
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない(ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0	
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった(警察・保健所はのぞく)	1	0	
	2. 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0	
	3. 同居家族自身が困難な問題(介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等)を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0	
<b>合計得点 (5点以上は裏面も記入して下さい)</b>		_____ <b>点</b>		