

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: キ。 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 旧カンオペアコース基準)	
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	あてはまる場合 <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	いずれかに該当 <input type="checkbox"/>
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"/> 90日以上
3)医療中断	<input type="checkbox"/> 6か月以上

【エンボスを以下に押す】

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

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・転院の予定が決まっている(院内での転棟のぞく)	<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り、退院後当院を使う可能性がない	<input type="checkbox"/>
7. 既にアウトリーチチームの利用者である	<input type="checkbox"/>
8. 3 か月以内に退院の見込みがない	<input type="checkbox"/>
9. 退院先がアウトリーチのキャッチメントエリア外である	<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 (5 点以上は裏面も記入して下さい)		_____ 点		

Ⅲ. 対象者の基本属性		
1. 住所:		
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: *。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、デイナーケア	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		
あてはまる場合 <input 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	

クライアントサービス受給指標
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いますか? 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お休みしましたか? 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	支給額/月 合計 円	
	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。

施設種別・サービス名		過去3ヵ月の 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	
地域生活支援 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、精神科医療を受けた場合にのみ、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ができます。

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 複数名訪問 回	時間	
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

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	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	

【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 ＞

通常の始業時間		時	分	朝の申し送り	開始時間	時	分
通常の終業時間		時	分		終了時間	時	分
昼の休憩	開始時間	時	分	夕方申し送り	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】

【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 主担当者名	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 主担当者の職種 (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 主担当者の専門職の資格(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。

	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(実習専用に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)

【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)	合計 費用 円	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()

≪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):						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:						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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等) 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(_____)
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、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等) 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(_____)
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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)	

【就労支援】事業所調査票

記載年月日 _____ 年 ___ 月 ___ 日

施設ID		施設名	
------	--	-----	--

**I. 現在、貴事業所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
社会福祉士	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
介護福祉士	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
無資格	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

**II. 個別就労支援事業における加算（就労移行支援サービス費等）を行っている場合は、
1～7のそれぞれについて、該当する項目番号に○をつけてください。**

1 就労移行支援サービス費	01 定員 20 人以下 (850 単位)
	02 定員 21 人以上 40 人以下 (759 単位)
	03 定員 41 人以上 60 人以下 (727 単位)
	04 定員 61 人以上 80 人以下 (683 単位)
	05 定員 81 人以上 (647 単位)
2 就労移行支援体制加算	01 定着率が 5 分以上 1 割 5 分未満 (21 単位/日を加算)
	02 定着率が 1 割 5 分以上 2 割 5 分未満 (48 単位/日を加算)
	03 定着率が 2 割 5 分以上 3 割 5 分未満の場合 (82 単位/日を加算)
	04 定着率が 3 割 5 分以上 4 割 5 分未満の場合 (126 単位/日を加算)
	05 定着率が 4 割 5 分以上の場合 (189 単位/日を加算)
3 精神障害者退院支援施設加算	01 精神障害者退院支援施設加算 (I) (180 単位/回を加算)
	02 精神障害者退院支援施設加算 (II) (115 単位/回を加算)
	03 01・02 のいずれも加算していない
4 初期加算 (30 単位/日)	01 加算している 02 加算していない
5 就労支援関係研修修了加算 (11 単位/日)	01 加算している ⇒ (i ジョブコーチ ii ジョブコーチ以外)
	02 加算していない
6 福祉専門職員配置加算	01 加算している <ul style="list-style-type: none"> ▶ 区分 (i 10 単位/日 ii 6 単位/日) ▶ 職種 (i 社会福祉士 ii PSW iii 介護福祉士)
	02 加算していない
7 施設外就労加算 (100 単位/日)	01 加算している 02 加算していない

Ⅲ. 就労移行支援サービスにおけるその他の加算を行っている場合は、次の8～10のそれぞれについて、該当する項目番号に○をつけてください。また、その他の加算を行っている場合は、11に具体的にご記入ください。

8 医療連携体制加算	01 医療連携体制加算（Ⅰ）（500 単位/日を加算） 02 医療連携体制加算（Ⅱ）（250 単位/日を加算） 03 01・02 のいずれも加算していない
9 利用者負担上限額管理加算 (150 単位/回、月 1 回まで)	01 加算している 02 加算していない
10 食事提供体制加算 (42 単位/日)	01 加算している 02 加算していない
11 その他の加算	加算名 () () 単位 加算名 () () 単位 加算名 () () 単位 加算名 () () 単位 加算名 () () 単位 加算名 () () 単位

※それぞれの加算についての詳細は、下記の URL をご参照ください。

http://selp-shiga.net/filemgmt_data/files/kasanikou.pdf#search=

調査協力機関臨床スタッフ 各位

「精神科臨床スタッフの意識・態度に関する調査」へのご協力のお願い

謹啓 時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

このたびは、厚生労働科学研究費補助金による研究プロジェクト“「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究”の一部として、精神科臨床スタッフの支援における意識・態度の継続的な把握を目的とした自記式調査にご協力頂きたく、お願い申し上げます。

わが国における精神保健施策は、入院中心から地域生活中心への変革期にあり、精神科医療機関にも大きな役割・機能の変革が求められています。本プロジェクトはこれに応えるべく、アウトリーチ支援と就労支援を軸とする地域精神科医療モデルの構築・効果検証を進めていますが、モデルが機能するためにはスタッフの意識・態度も大きな役割を果たすと考えております。

そこで、モデルに関わる方から関わっていない方まで幅広くご協力頂き、日常の実践における意識・態度を継続的に把握するアンケート調査を用いた研究を計画しました。つきましては、以下の＜調査について＞をお読みになり、本研究の趣旨へのご理解を賜り、ご協力頂けますようお願い申し上げます。

ご協力頂けます場合は次ページ以降の質問に回答のうえ、回収用封筒に入れて担当者に提出して下さい。ご協力いただいた方には、後日、担当者より薄謝（QUOカード1,000円分）をお渡しいたします。

謹白

＜調査について＞

- 本調査の回答に正解や不正解はありません。皆さんが普段行っていること、感じていることを率直にお答えください。回答したくない質問がありましたら、飛ばして頂いても構いません。
- この調査は無記名で行い、回答はコード化して統計的に処理しますので、結果の公表に際してあなた一人の回答を取り上げたり、あなたの回答が特定されることは一切ありません。
- 調査結果は、研究目的以外では一切使用しません。
- あなたの回答とID番号のみ研究者が把握します。回答を貴院の他の人が見ることはありません。
- 調査へのご協力は任意です。ご協力頂けない場合でも、不利益を被ることは一切ありません。
- ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

厚生労働科学研究費補助金

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究

研究代表者：伊藤順一郎（国立精神・神経医療研究センター社会復帰研究部 部長）

分担研究者：賛川 信幸（日本社会事業大学社会事業研究所 准教授）

（問い合わせ先）

〒187-8553 東京都小平市小川東町四丁目1番1号

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所社会復帰研究部

電話番号 042-346-2168 （担当：種田綾乃）

1. 次の1～19が表す各支援行動に対して、あなたが日常実践の中で「A. どの程度行っているか（実施度）」、および「B. それを行う自信がどの程度あるか（自信度）」について、右欄のもっとも当てはまると思う番号1つに○を付けて下さい。

※各項目中の「本人」は、サービス利用者（患者）のことを表します。

	A. 実施度				B. 自信度			
	ほとんど行っていない	あまり行っていない	だいたい行っている	行っている	全く自信がない	あまり自信がない	まあまあ自信がある	自信がある
1. 本人の病状が不安定になる可能性があると感じた場合でも、本人の挑戦したいという気持ち（就職や恋愛など）に、まずは肯定的なコメントを返す。	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 本人の個人および環境の持つストレンクス（長所・強み）を、本人との対話や行動のなかで一緒に見つける。	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 本人の個人および環境のもつストレンクス（長所・強み）を活かし、伸ばしていく方法を、本人との対話や行動のなかで一緒に考える。	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 目標設定や支援計画づくりは、本人と共に考え、本人が主体的に選択できるようサポートする。	0	1	2	3	0	1	2	3
5. クライシス（危機的状況）時に、本人が自分で行うと良いこと、周囲の人にやってほしいことなどを、事前に本人と一緒に考える。	0	1	2	3	0	1	2	3
6. アセスメント票や支援計画の作成は本人と一緒にいき、共有する（本人もコピーをもっている等）。	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 支援者の個人的なことだと思われるような話題は、本人には一切話さない。	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 病気や症状以外の本人の個性、価値観などについても積極的に焦点を当てて本人と会話をする。	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 本人が家族や友人・同僚など身近な人と、どのような関係であることを望んでいるかを尋ねる。	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 目標設定や支援計画づくりのカンファレンス・話し合いは、本人が参加して行う。	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 本人の希望を実現するために利用する資源は、障害者等のためにあるサービスを優先して検討する。	0	1	2	3	0	1	2	3
12. アセスメント票や支援計画には、本人の言葉を積極的に活用する。	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 本人の上手くいった経験も上手くいかなかった経験も、次の活動を行う際に役立つ体験と捉え、本人がそれを活用しやすいように対話を進める。	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 支援計画は、支援活動の大部分が地域社会の中で（入院中の者に対しては、すみやかに病院の敷地外で）行われるように作る。	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 支援にあたっては、本人が地域生活を送る上で望むことややりたいこと、現在の課題などを尋ねる。	0	1	2	3	0	1	2	3
16. アセスメント票と支援計画は、本人と一緒に定期的に見直し、更新する。	0	1	2	3	0	1	2	3
17. 障害の程度や病状の様子から、本人にはできないと判断される本人の希望や願いは、あきらめるように説得する。	0	1	2	3	0	1	2	3
18. 他の職種と情報を共有し、自分の専門職種の枠にとらわれず支援する。	0	1	2	3	0	1	2	3
19. 本人に、支援者たちとの関わりの中でどんなことができると良いと思うのかに焦点を当てて尋ねる。	0	1	2	3	0	1	2	3