

. 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（小平 国府台 仙台 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
医師

実施状況	記入者	利用者 I D	
1 月 日	平成()年()月()日		
2 時 間	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)	
	ｺﾝﾀｸﾄ時間	(): () ~ (): () 24 時間表記	
	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()		
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 以下6以降の記録は不要 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 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)		
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			
算定している		算定していない	

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	初診料	電話再診料			
	往診料	緊急往診加算	夜間加算	深夜加算	
	先方から要請があった場合のみ請求可	診療時間加算	死亡診断加算	16 km超の算定	
	在宅患者訪問診療料	外来管理加算	乳幼児加算	幼児加算	診療時間加算
		在宅ターミナルケア加算	看取り加算	死亡診断加算	16 km超の算定
	通院・在宅精神療法(700点 400点 330点)	20歳未満加算			
	精神科継続外来支援・指導料	抗不安薬又は睡眠薬を3剤以上投与による減算	保健師等による療養生活環境整備支援加算	特定薬剤副作用評価加算	
精神科退院指導料	精神科地域移行支援加算				

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()

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()

平成24年度4月改定版

サービスコード記録

福 社
事 業 所

実施状況	記入者	利用者 I D		
1 月 日	平成 () 年 () 月 () 日			
2 時 間	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)		
	ｺﾝﾀｸﾄ時間	(): () ~ (): () 24 時間表記		
	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	看 護 師	名 P S W 名 医 師 名 その他 名		
	准看護師	名 O T 名 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)			

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	サービス利用計画なし・未契約				
	サービス利用支援(1,600単位/月)		継続サービス利用支援(1,300単位/月)		
利用上限額管理加算(150単位/月)					
(2) 地域相談支援	サービス利用計画なし・未契約				
	地域移行支援サービス費(2,300単位/月)				
	退院・退所月加算(2,700単位/月)		集中支援加算(500単位/月)		
地域定着支援	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ます)					
(1) 地域移行支援	障害福祉サービス事業の体験利用加算(300単位/日)				
	体験宿泊加算(300単位/日)		体験宿泊加算(700単位/日)		
(2) 地域定着支援	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)	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
(4) その他	市委託事業				

支援の実施内容(電話でｺﾝﾀｸﾄした場合も含まます)

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 ｶﾞ計画の作成・ｱﾏｯｼﾞﾒﾝﾄ・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年度4月改定版

サービスコード記録

訪問看護
ステーション

実施状況	記入者	利用者 I D	
1 月 日	平成()年()月()日		
2 時 間	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)	
	ｺﾝﾀｸﾄ時間	(): () ~ (): () 24時間表記	
	記録・準備	()分	
3 スタッフ <small>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</small>	看 護 師	名 P S W 名 医 師 名 その他 名	
	准看護師	名 O T 名 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)		
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)			
24時間対応体制加算		24時間連絡体制加算	特別管理加算
訪問看護情報提供療養費		訪問看護ターミナルケア療養費	在宅患者連携指導加算

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			長時間加算 特別地域訪問看護加算
(2)2~3回目の訪問			精神科緊急時訪問看護加算
(3)4回目以上の訪問の場合			長時間精神科訪問看護加算
			夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算
			退院時共同指導加算 退院支援指導加算
			複数名精神科訪問看護加算
4~12回目の訪問			特別管理指導加算
13回目以降の訪問			
その他の場合			在宅患者緊急時等カンファレンス加算

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()

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)

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 ｸﾞﾗﾌﾞﾙの作成・ｸﾞﾗﾌﾞﾙの調整・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: _____

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
2. 1週間以内の退院・転院の予定が決まっている
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
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)
5. 既に当院在宅支援室の訪問支援(PORT)の利用者である

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)

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) 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である
3. 診断名(ICD-10): 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: 父 母 配偶者 きょうだい(____人) 祖父 祖母 子(____人) 他()
9. これまでの重大な問題歴: 自殺企図 殺人 放火 暴行 わいせつ行為 他()

ケアマネジメント基準: あてはある状況に 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

	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	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)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	いいえ	
		1	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				
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。		点		

在宅支援室(PORT)記入欄

. 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()	
. ACT 導入基準(参考)		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		
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		
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	1)入院回数	2回以上(今回は含めない)
	2)入院日数	100日以上
	3)医療中断	6か月以上
		いずれかに該当

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 <input checked="" type="checkbox"/>	
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である			
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			
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である			
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている			
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			
6. 入院前の外来が他院での通院である			
7. 既に ACT または当院の訪問看護の利用者である			

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	
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	
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている	
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	
6. 入院前の外来が他院での通院である	
7. 既に SACT の利用者である	

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. <u>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</u>	できない:2	休みがち・不安定:1	できる:0
	B. <u>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)</u>	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	いいえ	
	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		

. 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: * _g 身長: cm	
8. 同居家族: 1)有 2)無 有の場合: 父 母 配偶者 きょうだい(_人) 祖父 祖母 子(_人) 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()	
. 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		
2. 表面[問題行動]のAまたはBにチェックが入っている		

3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	1)入院回数 2回以上(今回は含めない)	いずれかに該当
	2)入院日数 90日以上	
	3)医療中断 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	
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	
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	
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)	
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	
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	
7. 既にアウトリーチチームの利用者である	
8. 3 か月以内に退院の見込みがない	
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	

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
		はい	いいえ	
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	1	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	
治療の困難性	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	
	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	
経済問題	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	
	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
家族状況	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		

.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: 父 母 配偶者 きょうだい(_人) 祖父 祖母 子(_人) 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()
.参考情報	
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	
2. 表面【問題行動】のAまたはBにチェックが入っている	
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	1)入院回数 2回以上(今回は含めない)
	2)入院日数 90日以上
	3)医療中断 6か月以上
いずれかに該当	
あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>	

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 より選択	賃金 (時給換算)	労働・活動時間 (1週間あたり)	職種 より選択	仕事・活動内容 (具体的に記述)	備考
年 月 日 ~ 年 月 日	, , , , ,	円	時間	, , , ,		
年 月 日 ~ 年 月 日	, , , , ,	円	時間	, , , ,		

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。

- :フルタイム就労(一般) :アルバイト・パートタイム(一般) :フルタイム就労(障害者雇用)
- :アルバイト・パートタイム(障害者雇用) :精神障害者ステップアップ雇用
- :障害者試行雇用(トライアル雇用) :委託訓練 :就労継続支援事業など就労準備機関での活動
- :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。)

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。

- :(自社・事業体・法人) 運営主 :専門職(医師・教師・法律家など) :関連専門職(看護職・技術職など)
- :事務職 :技能職(電気・土木作業など) :営業職・販売員 :工場職員 :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
	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	
	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？

年収か月収が当てはまるほうに 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	
訓練等給付	生活介護*	回	時間	
	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	
区市町村） 地域生活支援事業	就労継続支援 B 型	回	時間	
	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 型	回	時間	
	地域活動支援センター 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） 地域生活支援	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?

- 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。
- 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	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	
------	--	-----	--

・ 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	頻度	週	回 or 月
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

・ 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】

. 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、該当する欄に必要な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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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:					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 (具体的な内容:)	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 にレをご記入ください。

34	訪問支援特別加算に該当(月2回を限度)	1時間以上	1時間未満
35	欠席時対応加算に該当		
36	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)		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):					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:					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:					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:					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:					本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID()
12 本人と共に働く職場開拓・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"/>		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"/>		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"/>		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"/>		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"/>		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:					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:					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"/>		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"/>		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:					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"/>		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:					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:					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:					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:					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	
------	--	-----	--

・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

・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 () (180 単位/回を加算) 02 精神障害者退院支援施設加算 () (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 (ジョブコーチ 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 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="font-size: 1.2em;">→</td> <td>区分 (</td> <td>10 単位/日</td> <td>6 単位/日)</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 1.2em;">→</td> <td>職種 (</td> <td>社会福祉士</td> <td>P S W 介護福祉士)</td> </tr> </table> 02 加算していない	→	区分 (10 単位/日	6 単位/日)	→	職種 (社会福祉士	P S W 介護福祉士)
→	区分 (10 単位/日	6 単位/日)						
→	職種 (社会福祉士	P S W 介護福祉士)						
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								

- ・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() (500単位/日を加算) 02 医療連携体制加算() (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=

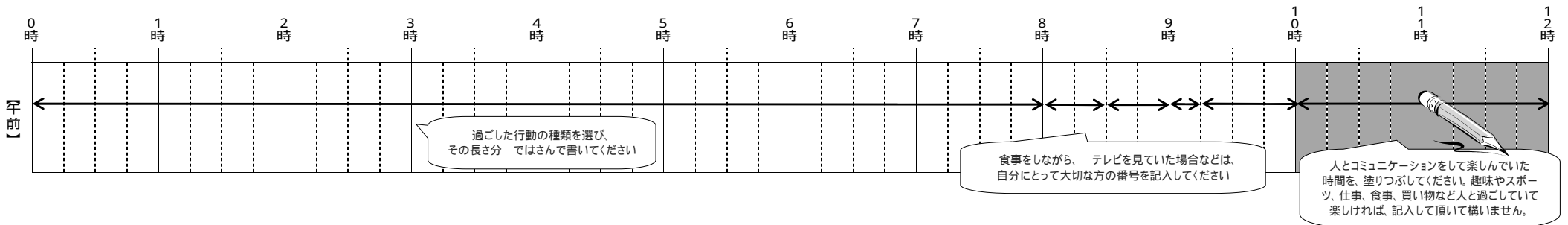
生活の過ごし方について (「生活時間の構成」調査票)

・昨日の生活を思い浮かべた時に、以下のそれぞれの項目にどれくらい時間を使いましたか？(昨日が休日の場合は、一番ちかい平日を思い出してください)。1日の過ごし方について下の表に、矢印()と番号を使って書き入れてください。
 ・そのうち、人とコミュニケーションをとって楽しんでいた時間を、 でぬりつぶしてください。

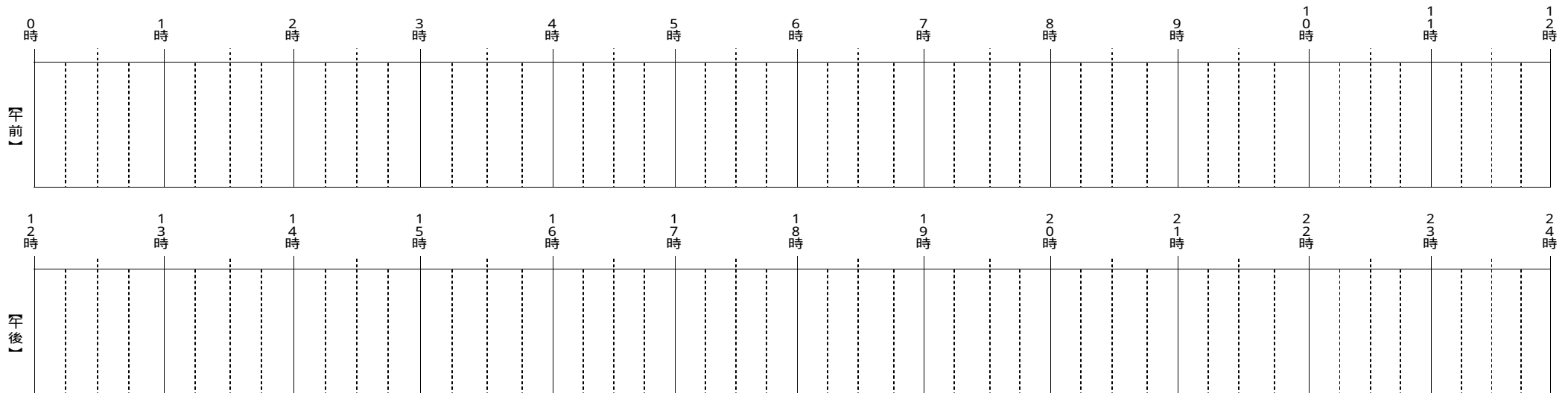
【時間の過ごし方の種類】

睡眠	仕事(一般の就労)	買い物	スポーツ
身支度(着替え・洗顔・化粧)	学業	移動(通勤・通学を除く)	21 ボランティア活動
トイレ	社会活動(政治や宗教活動)	テレビ・ラジオ・新聞・雑誌	22 交際・つきあい
入浴	家事	休養・くつろぎ	23 受診・療養・入院
食事	介護・看護	病気のため仕方なく家で休んでいた	24 生活の相談・調整事や訪問支援
通勤・通学・通所のための時間	育児	学習・研究(学業以外の勉強)	25 デイケアや作業所・就労支援事業所への通所
		趣味・娯楽	26 その他

【例(午前中のみ)】



【記入欄】



スタッフの支援態度(追跡調査): 調査票

ID:

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」へのご協力をお願い

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、お願い申し上げる次第です。

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：贅川 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）

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行き、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. 本人の上手いといった経験も上手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

・精神の病気をお持ちの方のリカバリーについて、あなたのお考えをお聞かせください。
 次の各文を読んで、1-16の質問に対して、あなたのお考えにもっとも近い右欄の番号 1 に を付けて下さい。

リカバリーは、私たちが皆共有する、過程であり経験です。人は、愛する人の死や離婚、身体の障害や重い精神の病気などを経験した時に、リカバリーという課題にぶつかります。うまくいったリカバリーとは、その経験が起きたという事実や、その影響がまだあるという事実や、また、その人の人生が永遠に変わったという事実を変えることはありません。むしろ、その人が変化し、その人にとっての、それらの出来事の意味もまた変わるということの意味します。その出来事はもはや、その人の人生の一番中心的なことではないのです。(Anthony, 1993)

	まったくそう思わない	そう思わない	どちらでもない	そう思う	とてもそう思う
1. リカバリーの過程にある人は、ほかの人からのサポートが必要である	1	2	3	4	5
2. 何が原因と考えているにせよ、精神の病気からのリカバリーは可能である	1	2	3	4	5
3. 自分の精神の病気をよく理解することは、リカバリーに役立つ	1	2	3	4	5
4. リカバリーには信念が必要である	1	2	3	4	5
5. たとえ精神の病気の症状があったとしても、リカバリーは起こり得る	1	2	3	4	5
6. リカバリーの過程にある人は、時には後戻りすることもある	1	2	3	4	5
7. 精神の病気からのリカバリーのしかたは、人によって異なる	1	2	3	4	5
8. 精神の病気からのリカバリーは、精神保健の専門職者の手助けがなくても起こり得る	1	2	3	4	5
9. 重い精神の病気を持つ人は誰でも、リカバリーするために励むことができる	1	2	3	4	5
10. 精神の病気からリカバリーするような人は、そもそも精神の病気と言うほどではなかった	1	2	3	4	5
11. リカバリーの過程には希望が必要である	1	2	3	4	5
12. リカバリーとは、かつての状態に戻るということではない	1	2	3	4	5
13. 精神の病気についての偏見は、リカバリーの進行を遅らせることがある	1	2	3	4	5
14. 精神の病気のためにおきた結果からのリカバリーは、病気そのものからのリカバリーよりも難しいことがある	1	2	3	4	5
15. 家族もまた、自分の大切な家族の精神の病気による影響からリカバリーすることを必要としている場合がある	1	2	3	4	5
16. リカバリーには勇気が必要である	1	2	3	4	5

次の質問で新しいタイプの治療や介入を用いることに対するあなたの気持をお聞きます。

マニュアル化された治療や介入とは、マニュアルで要点をまとめられたり構造化されたあるいは事前に決められた方法に従うことになっていたりする特定のガイドラインや構成要素を持つすべての介入を意味します。1-15の質問に対して、あなたのお考えにもっとも近い右欄の番号 1つ に を付けて下さい。

	全く当てはまらない	わずかに当てはまる	中程度当てはまる	よく当てはまる	非常によく当てはまる
1. クライアントを援助するために新しいタイプの治療や介入を用いてみたい。	0	1	2	3	4
2. 治療マニュアルに従わなくてはなかったとしても、新しいタイプの治療や介入を試みようと思う。	0	1	2	3	4
3. クライアントへの対処法について、私は研究者よりもよく知っている。	0	1	2	3	4
4. 研究者が開発した新しくかつ異なるタイプの治療や介入を用いよと思う。	0	1	2	3	4
5. 研究に基づいた治療や介入は、臨床的に用をなさない。	0	1	2	3	4
6. 臨床経験は、マニュアル化された治療や介入を用いることより重要である。	0	1	2	3	4
7. 私はマニュアル化された治療や介入を用いるつもりはない。	0	1	2	3	4
8. たとえ、従来使用してきたものとはかなり異なっていたとしても、新しい治療や介入を試みようと思う。	0	1	2	3	4

あなたが初めての治療や介入の訓練を受けた場合、その治療や介入を利用する可能性について、あなたのお考えについてお聞きます。9-15の質問に対して、あなたのお考えにもっとも近い右欄の番号 1つ に を付けて下さい。

	全く当てはまらない	わずかに当てはまる	中程度当てはまる	よく当てはまる	非常によく当てはまる
9. その治療や介入が直観的に魅力だと感じた場合。	0	1	2	3	4
10. その治療や介入が「理にかなっている」と思った場合。	0	1	2	3	4
11. その治療や介入を上司から命じられた場合。	0	1	2	3	4
12. その治療や介入を組織から命じられた場合。	0	1	2	3	4
13. その治療や介入を行政機関から命じられた場合。	0	1	2	3	4
14. その治療や介入を用いた同僚が満足していた場合。	0	1	2	3	4
15. その治療や介入を正しく用いるための訓練を十分に受けたと感じた場合。	0	1	2	3	4

・精神の病気をお持ちの方についてのあなたの考えをお聞きします。

以下の 1-19 の質問に対して、あなたのお考えにもっとも近い右欄の番号 1 つに を付けて下さい。

	まったくそう 思わない	あまりそう 思わない	ややそう 思う	大いにそう 思う
1. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、結婚し家庭生活を営むことができると思う	0	1	2	3
2. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、人生上の様々な決断(治療についてや職業・結婚・道路といった)について考えたり、決定したりする力をもっていると思う	0	1	2	3
3. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、自らの人生の責任を負うことができると思う	0	1	2	3
4. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、自己の疾患について理解する力をもっていると思う	0	1	2	3
5. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、失敗を乗り越えることができると思う	0	1	2	3
6. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、子供をもち、育てることができると思う	0	1	2	3
7. 私は精神障がいをもつ多くの人は、同じ障がいをもつ人達の相談相手や支援者になることができると思う	0	1	2	3
8. 私は、精神障がいをもつ人であっても、能力があればどのような職業につくことも可能だと思う	0	1	2	3
9. 私は、精神障がいをもつ多くの人は、十分な治療や環境調整によって回復することは可能だと思う	0	1	2	3
10. 私は、精神障がいをもつ多くの人は、平均的市民と同程度に信頼をおけると思う	0	1	2	3
11. 私は、精神障がいをもつ人の隣に住んでもかまわない	0	1	2	3
12. 私は、精神障がいをもつ人の施設が自分の住居の近隣にできてかまわない	0	1	2	3
13. 私は、機会があれば精神障がいをもつ人と親しい友人になるかもしれない	0	1	2	3
14. 私は、精神障がいをもつ人と一緒に働いても良い	0	1	2	3
15. 私が、未婚であれば精神障がいをもつ人と、恋愛をすることがあるかもしれない	0	1	2	3
16. 私は、精神障がいをもつ人自身がやりたいと思うことへの挑戦を支持するようにしている	0	1	2	3
17. 私は精神障がいをもつ人と一緒に活動したり、行動することが多い	0	1	2	3
18. 私は、精神障がいをもつ人に、その人自身の状況や援助についてきちんと説明するようにしている	0	1	2	3
19. 私は、精神障がいをもつ人に自分のことも率直に話している	0	1	2	3

以下の質問を読み、あなたの考えにもっとも当てはまるもの番号 1 つに をつけてください。

	そう 思わない	あまり 思わない	ある 程度 そう 思う	そう 思う
1. 統合失調症で入院していたことのある人とは、付き合わないのが一番である	0	1	2	3
2. 統合失調症を患ったことのある人の近所で暮らすことになったら、それは私にとって苦になるだろう。	0	1	2	3
3. 統合失調症を患ったことのある教師は、学校で教えることを許可されるべきではない。	0	1	2	3
4. 私は統合失調症を患ったことのある人が運転するタクシーには乗りたくない。	0	1	2	3
5. もし、統合失調症を患ったことのある男性と自分の娘が結婚したいと言ったならば、娘がどうであれ私は結婚に反対するだろう。	0	1	2	3

この1年間(勤務年数が1年に満たない方は、仕事に就いてから今まで)において、精神障がいをお持ちの方や、その支援にかんして、あなたの考え方や気持ちに変化はありましたか？ ご自由にお書きください。

あなたの仕事、職場の現状についてお答えください。

以下の質問について、右欄の4段階で評定し、当てはまるもの番号 1 つに をつけてください。

	全く そう 思わない	あまり そう 思わない	やや そう 思う	大いに そう 思う
1. この職場では、安心して自分の限界(私の苦手な領域の能力等)について他の人に知ってもらえる	0	1	2	3
2. この職場では、安心して他の人に助けてもらえる	0	1	2	3
3. この職場では、安心して自分自身の成功や能力について他の人と分かち合える	0	1	2	3
4. この職場では、私自身の仕事に対する情熱を自由に他の人分かち合える	0	1	2	3
5. この職場では、自分の喜びや、感動などを他の人と分かち合える	0	1	2	3
6. この職場では、安心して面倒な感情(傷つきや喪失感や不安)を他の人と分かち合える	0	1	2	3

7. この職場では、安心して、困難や失敗などを他の人に話せる	0	1	2	3
8. この職場では、自分の気持ちを素直に表すことができる	0	1	2	3
9. この職場では、担当する患者や対象者への治療や援助について問題に直面したとき必要な支援を受けられる	0	1	2	3
10. この職場では、知識や経験、自分自身を広げることができる	0	1	2	3
11. この職場では、素直にものがいえる	0	1	2	3
12. この職場では、自分の働きによって、自信を得ている	0	1	2	3
13. この職場の経営者は、安心して、職員と情報を分かち合う	0	1	2	3
14. この職場では、いつも派閥が生まれる	0	1	2	3
15. この職場では、己を抑え他の職員と協調していくことが何より求められる	0	1	2	3
16. この職場では、他の人の行動が、よく噂になる	0	1	2	3
17. この職場では、会議の後、いつも噂話風に他の人の否定的なことを言う	0	1	2	3
18. この職場では、荒立てないことが何より重要とされる	0	1	2	3
19. この職場では、他の人と異なったことをすると浮いてしまう	0	1	2	3
20. この職場では、スタッフ間の葛藤によって患者や対象者の治療や援助が混乱することがある	0	1	2	3
21. この職場では、自分の専門性とチームの方針との両立が難しい	0	1	2	3
22. この職場では、必要以上に他の人の目を気にしないでよい	0	1	2	3
23. この職場では、かなりマイペースでいられる	0	1	2	3
24. この職場では、自分の責任課題については、自分なりのやり方で行うことができる	0	1	2	3
25. この職場では、窮屈な感じがしない	0	1	2	3
26. この職場では、他の人の顔を伺わなくてよい	0	1	2	3
27. この職場では、職員同士に高い尊敬の念がある	0	1	2	3
28. この職場では、職員は“縄張り”や“担当部署”を維持することよりも、互いに支えあう大きな集団としてお互いを考えている	0	1	2	3
29. この職場では、個々人の違いを大目に見る	0	1	2	3
30. この職場では、違いや対立を隠さずオープンに扱われる	0	1	2	3
31. この職場では、各人の個性を自由にのびのびと、発揮することができる	0	1	2	3
32. この職場での自分の業務量は多いと感じる	0	1	2	3
33. この職場では、いくつかの役割を同時にこなさなければならない	0	1	2	3

この1年間(勤務年数が1年に満たない方は、仕事に就いてから今まで)を目安として、以下のようなことを思ったり、感じたりすることがどれくらいの頻度でありましたか。右欄の当てはまる頻度の数字 1 つに をつけてください。

	全くない	まれに(年々3回)	たまに(月1回)	ときどき(月々3回)	しばしば(週1回)	しょっちゅう(週々3回)	いつも(毎日)
1. 仕事で心身ともがっかり疲れたと感じることが...	0	1	2	3	4	5	6
2. 一日の仕事が終わると疲れはててぐったりすることが...	0	1	2	3	4	5	6
3. 朝起きた時また仕事に行かなければならないかと思うと疲れを感じる事が...	0	1	2	3	4	5	6
4. 一日中働くことは本当にストレスであると思うことが...	0	1	2	3	4	5	6
5. 職場でおきる問題をうまく解決していると思うことが...	0	1	2	3	4	5	6
6. 仕事で精力を使い切ってしまったと感じることが...	0	1	2	3	4	5	6
7. 自分は職場で役に立っていると思うことが...	0	1	2	3	4	5	6
8.この仕事を始めてから以前のように仕事に興味をもてなくなったと思うことが...	0	1	2	3	4	5	6
9. 仕事に対して熱意をもてなくなったと思うことが...	0	1	2	3	4	5	6
10. 自分は仕事ができると思うことが...	0	1	2	3	4	5	6
11. 仕事で何かをやりとげ気分がうきうきすることが...	0	1	2	3	4	5	6
12. この仕事の中でやりがいのあることをたくさんしてきたと思うことが...	0	1	2	3	4	5	6
13. 仕事のことですらいろいろとわずらわされたくないと思うことが...	0	1	2	3	4	5	6
14.自分がしている仕事は何かの役に立っているかということはどうでもよいと思うことが...	0	1	2	3	4	5	6
15. 自分がしている仕事の意味や大切さがわからなくなることが...	0	1	2	3	4	5	6
16. 仕事をうまくやれる自信を感じる事が...	0	1	2	3	4	5	6

この1年間にあなたが受けた研修をお書きください(箇条書きで具体的に列挙してください)。

ストレングス志向の支援態度（利用者評価）：調査票

けんきゅう
研究に参加されている皆さま

スタッフの支援に対するアンケートへのご協力をお願い

私たちは、精神障害をもっている、皆さんが希望する地域での生活を実現できるようにする
「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデルの研究をおこなっています。この研究
の一部で、皆さんに関わるスタッフの支援のあり方も考えています。

そこで皆さんから、ふだんスタッフがあなたにどのように支援を行っていると思うかをアンケート
で教えて頂き、皆さんにとって良い支援を考えていきたいと思ひます。

下の説明を読み、ぜひアンケートにご協力をお願いします。ご協力いただける場合、アンケート
に答えた後は、一緒にお渡しする封筒に入れて封をして、担当スタッフに渡して下さい。

<調査について>

アンケートの答えに正解や不正解はありません。スタッフがどのように支援をしていると思
うか、あなたが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、その質問は飛ばしても構いません。

アンケートにはあなたの名前は書きません。あなたを担当しているスタッフは、あなたがど
のように答えたのかを知ることができません。

あなたが一人で答えることが難しい場合、スタッフが答える手伝いをします。

手伝うスタッフは、普段あなたに支援を行うスタッフとは別の人が行います。

アンケートの答えは、他の方の答えと合わせて全体的に分析します。あなた一人だけの答え
を取り上げることは一切ありません。

アンケートは、この研究の目的以外では一切使用しません。

アンケートを断っても、あなたが不利になることは一切ありません。

ご不明な点がありましたら、下の連絡先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づく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）

（お問い合わせ先）

〒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）

下の1～10の文を読んで、あなたを担当するスタッフが、文に書いてあるようなことを普段あなたに、どのくらいしていると思いますか？
 それぞれについて、「0：そう思わない」から「3：そう思う」までのなかで、もっとも近いと思うものの番号に を付けて下さい。

	そう 思わ ない	あ ま り そ う 思 わ ない	や や そ う 思 う	そ う 思 う
1. スタッフは、あなたがやってみたくて言ったことに「いいね」と言ってくれる。	0	1	2	3
2. スタッフは、あなたの ストレンクス を活かし伸ばしていく方法を、一緒に何かをしながら考えてくれる。	0	1	2	3
3. スタッフはあなたがやりたいことや支援計画と一緒に考え、あなた自身が決められるようにサポートしてくれる。	0	1	2	3
4. スタッフは、あなたの調子が悪い時に、あなた自身が何を行えばよいか、周りの人に何をしてほしいかを一緒に考えてくれる。	0	1	2	3
5. スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくしない。	0	1	2	3
6. スタッフは、あなた自身の個性をしっかりと見て話をしてくれる。	0	1	2	3
7. スタッフは、障害者だけが利用する福祉サービス以外にも紹介してくれ、あなたが選べるようになっている。	0	1	2	3
8. スタッフは、あなたがうまくできたことや、出来なかったことを聞いてくれて、それを次に生かせるように話を進めてくれる。	0	1	2	3
9. あなたの支援の大部分は、病院外や施設外で行われる。	0	1	2	3
10. スタッフは、障害の程度や病気の状態から、あなたがやりたいと思っていることをやめるように言う。	0	1	2	3

「ストレンクス」とは(2問目)

あなたや、あなたのまわりの環境がもつ“強さ”のことを表します。たとえば・・・

- あなたの性格や才能(長所、良い点など)、あなたが何かに関心を持っていることなどは**あなたの強さ**です。
- 相談できる仲間がいること、通える喫茶店や趣味のお店があるなど、あなたが地域で生活していくうえで利用できる、あなたの周りにある人、もの、**機会は、環境の強さ**です。

ストレングス志向の支援態度（スタッフ自己評価）：調査票

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グス（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グス（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. 本人の上手いといった経験も上手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

.H24年4月以降に登録された「求職中の精神障がい者」最初の5名の方の属性、支援内容および転帰

任意の登録ID	甲時点				乙時点										丙時点																																																											
	障害種別判断の根拠	手続の等級	診断の等級	機能の程度	紹介元	①-1	①-2	①-3	①-4	①-5	①-6	①-7	①-8	①-9	①-10	①-11	①-12	①-13	①-14	①-15	①-16	①-17	①-18	①-19	①-20	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿
	障害種別判断の根拠	手続の等級	診断の等級	機能の程度	紹介元	①-1	①-2	①-3	①-4	①-5	①-6	①-7	①-8	①-9	①-10	①-11	①-12	①-13	①-14	①-15	①-16	①-17	①-18	①-19	①-20	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿
	障害種別判断の根拠	手続の等級	診断の等級	機能の程度	紹介元	①-1	①-2	①-3	①-4	①-5	①-6	①-7	①-8	①-9	①-10	①-11	①-12	①-13	①-14	①-15	①-16	①-17	①-18	①-19	①-20	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿

任意の登録ID	甲時点				乙時点										丙時点																																																											
	障害種別判断の根拠	手続の等級	診断の等級	機能の程度	紹介元	①-1	①-2	①-3	①-4	①-5	①-6	①-7	①-8	①-9	①-10	①-11	①-12	①-13	①-14	①-15	①-16	①-17	①-18	①-19	①-20	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳																														
	障害種別判断の根拠	手続の等級	診断の等級	機能の程度	紹介元	①-1	①-2	①-3	①-4	①-5	①-6	①-7	①-8	①-9	①-10	①-11	①-12	①-13	①-14	①-15	①-16	①-17	①-18	①-19	①-20	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿
	障害種別判断の根拠	手続の等級	診断の等級	機能の程度	紹介元	①-1	①-2	①-3	①-4	①-5	①-6	①-7	①-8	①-9	①-10	①-11	①-12	①-13	①-14	①-15	①-16	①-17	①-18	①-19	①-20	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿

ご記入が面倒を思いますが、こちらの項目は本調査のもっとも肝の部分となっております。みなさまの日頃の支援の状況をお知らせ頂くため、何卒ご記入漏れの無いようご協力をお願いいたします。
(裏面にもご記入をお願いします)

登録日 任意の ID	障害種別 判断の根拠	手帳 の等級	診断 (1)	機能の 程度 (2)	紹介元	[支障のウエイト(※3)②] 下記の支障についてウエイトの高かった順に順位をつけ、数字を記入										乙時点 業務の進捗(※3)② 下記のうち、登録後半年間の間に就労した期間もしくは採用したウエイト形態金工の回数と合計日数を記入 登録から1年間の 実績(10)									
						①-1	①-2	①-3	①-4	①-5	①-6	①-7	①-8	①-9	①-10		①-11	①-12	①-13	①-14	①-15	①-16	①-17	①-18	①-19
						①-1	①-2	①-3	①-4	①-5	①-6	①-7	①-8	①-9	①-10	①-11	①-12	①-13	①-14	①-15	①-16	①-17	①-18	①-19	①-20
						②-1	②-2	②-3	②-4	②-5	②-6	②-7	②-8	②-9	②-10	②-11	②-12	②-13	②-14	②-15	②-16	②-17	②-18	②-19	②-20
						③-1	③-2	③-3	③-4	③-5	③-6	③-7	③-8	③-9	③-10	③-11	③-12	③-13	③-14	③-15	③-16	③-17	③-18	③-19	③-20
						④-1	④-2	④-3	④-4	④-5	④-6	④-7	④-8	④-9	④-10	④-11	④-12	④-13	④-14	④-15	④-16	④-17	④-18	④-19	④-20
						⑤-1	⑤-2	⑤-3	⑤-4	⑤-5	⑤-6	⑤-7	⑤-8	⑤-9	⑤-10	⑤-11	⑤-12	⑤-13	⑤-14	⑤-15	⑤-16	⑤-17	⑤-18	⑤-19	⑤-20
						⑥-1	⑥-2	⑥-3	⑥-4	⑥-5	⑥-6	⑥-7	⑥-8	⑥-9	⑥-10	⑥-11	⑥-12	⑥-13	⑥-14	⑥-15	⑥-16	⑥-17	⑥-18	⑥-19	⑥-20
						⑦-1	⑦-2	⑦-3	⑦-4	⑦-5	⑦-6	⑦-7	⑦-8	⑦-9	⑦-10	⑦-11	⑦-12	⑦-13	⑦-14	⑦-15	⑦-16	⑦-17	⑦-18	⑦-19	⑦-20
						⑧-1	⑧-2	⑧-3	⑧-4	⑧-5	⑧-6	⑧-7	⑧-8	⑧-9	⑧-10	⑧-11	⑧-12	⑧-13	⑧-14	⑧-15	⑧-16	⑧-17	⑧-18	⑧-19	⑧-20
						⑨-1	⑨-2	⑨-3	⑨-4	⑨-5	⑨-6	⑨-7	⑨-8	⑨-9	⑨-10	⑨-11	⑨-12	⑨-13	⑨-14	⑨-15	⑨-16	⑨-17	⑨-18	⑨-19	⑨-20
						⑩-1	⑩-2	⑩-3	⑩-4	⑩-5	⑩-6	⑩-7	⑩-8	⑩-9	⑩-10	⑩-11	⑩-12	⑩-13	⑩-14	⑩-15	⑩-16	⑩-17	⑩-18	⑩-19	⑩-20
						⑪-1	⑪-2	⑪-3	⑪-4	⑪-5	⑪-6	⑪-7	⑪-8	⑪-9	⑪-10	⑪-11	⑪-12	⑪-13	⑪-14	⑪-15	⑪-16	⑪-17	⑪-18	⑪-19	⑪-20
						⑫-1	⑫-2	⑫-3	⑫-4	⑫-5	⑫-6	⑫-7	⑫-8	⑫-9	⑫-10	⑫-11	⑫-12	⑫-13	⑫-14	⑫-15	⑫-16	⑫-17	⑫-18	⑫-19	⑫-20
						⑬-1	⑬-2	⑬-3	⑬-4	⑬-5	⑬-6	⑬-7	⑬-8	⑬-9	⑬-10	⑬-11	⑬-12	⑬-13	⑬-14	⑬-15	⑬-16	⑬-17	⑬-18	⑬-19	⑬-20
						⑭-1	⑭-2	⑭-3	⑭-4	⑭-5	⑭-6	⑭-7	⑭-8	⑭-9	⑭-10	⑭-11	⑭-12	⑭-13	⑭-14	⑭-15	⑭-16	⑭-17	⑭-18	⑭-19	⑭-20
						⑮-1	⑮-2	⑮-3	⑮-4	⑮-5	⑮-6	⑮-7	⑮-8	⑮-9	⑮-10	⑮-11	⑮-12	⑮-13	⑮-14	⑮-15	⑮-16	⑮-17	⑮-18	⑮-19	⑮-20
						⑯-1	⑯-2	⑯-3	⑯-4	⑯-5	⑯-6	⑯-7	⑯-8	⑯-9	⑯-10	⑯-11	⑯-12	⑯-13	⑯-14	⑯-15	⑯-16	⑯-17	⑯-18	⑯-19	⑯-20
						⑰-1	⑰-2	⑰-3	⑰-4	⑰-5	⑰-6	⑰-7	⑰-8	⑰-9	⑰-10	⑰-11	⑰-12	⑰-13	⑰-14	⑰-15	⑰-16	⑰-17	⑰-18	⑰-19	⑰-20
						⑱-1	⑱-2	⑱-3	⑱-4	⑱-5	⑱-6	⑱-7	⑱-8	⑱-9	⑱-10	⑱-11	⑱-12	⑱-13	⑱-14	⑱-15	⑱-16	⑱-17	⑱-18	⑱-19	⑱-20
						⑲-1	⑲-2	⑲-3	⑲-4	⑲-5	⑲-6	⑲-7	⑲-8	⑲-9	⑲-10	⑲-11	⑲-12	⑲-13	⑲-14	⑲-15	⑲-16	⑲-17	⑲-18	⑲-19	⑲-20
						⑳-1	⑳-2	⑳-3	⑳-4	⑳-5	⑳-6	⑳-7	⑳-8	⑳-9	⑳-10	⑳-11	⑳-12	⑳-13	⑳-14	⑳-15	⑳-16	⑳-17	⑳-18	⑳-19	⑳-20
						㉑-1	㉑-2	㉑-3	㉑-4	㉑-5	㉑-6	㉑-7	㉑-8	㉑-9	㉑-10	㉑-11	㉑-12	㉑-13	㉑-14	㉑-15	㉑-16	㉑-17	㉑-18	㉑-19	㉑-20
						㉒-1	㉒-2	㉒-3	㉒-4	㉒-5	㉒-6	㉒-7	㉒-8	㉒-9	㉒-10	㉒-11	㉒-12	㉒-13	㉒-14	㉒-15	㉒-16	㉒-17	㉒-18	㉒-19	㉒-20
						㉓-1	㉓-2	㉓-3	㉓-4	㉓-5	㉓-6	㉓-7	㉓-8	㉓-9	㉓-10	㉓-11	㉓-12	㉓-13	㉓-14	㉓-15	㉓-16	㉓-17	㉓-18	㉓-19	㉓-20
						㉔-1	㉔-2	㉔-3	㉔-4	㉔-5	㉔-6	㉔-7	㉔-8	㉔-9	㉔-10	㉔-11	㉔-12	㉔-13	㉔-14	㉔-15	㉔-16	㉔-17	㉔-18	㉔-19	㉔-20
						㉕-1	㉕-2	㉕-3	㉕-4	㉕-5	㉕-6	㉕-7	㉕-8	㉕-9	㉕-10	㉕-11	㉕-12	㉕-13	㉕-14	㉕-15	㉕-16	㉕-17	㉕-18	㉕-19	㉕-20
						㉖-1	㉖-2	㉖-3	㉖-4	㉖-5	㉖-6	㉖-7	㉖-8	㉖-9	㉖-10	㉖-11	㉖-12	㉖-13	㉖-14	㉖-15	㉖-16	㉖-17	㉖-18	㉖-19	㉖-20
						㉗-1	㉗-2	㉗-3	㉗-4	㉗-5	㉗-6	㉗-7	㉗-8	㉗-9	㉗-10	㉗-11	㉗-12	㉗-13	㉗-14	㉗-15	㉗-16	㉗-17	㉗-18	㉗-19	㉗-20
						㉘-1	㉘-2	㉘-3	㉘-4	㉘-5	㉘-6	㉘-7	㉘-8	㉘-9	㉘-10	㉘-11	㉘-12	㉘-13	㉘-14	㉘-15	㉘-16	㉘-17	㉘-18	㉘-19	㉘-20
						㉙-1	㉙-2	㉙-3	㉙-4	㉙-5	㉙-6	㉙-7	㉙-8	㉙-9	㉙-10	㉙-11	㉙-12	㉙-13	㉙-14	㉙-15	㉙-16	㉙-17	㉙-18	㉙-19	㉙-20
						㉚-1	㉚-2	㉚-3	㉚-4	㉚-5	㉚-6	㉚-7	㉚-8	㉚-9	㉚-10	㉚-11	㉚-12	㉚-13	㉚-14	㉚-15	㉚-16	㉚-17	㉚-18	㉚-19	㉚-20
						㉛-1	㉛-2	㉛-3	㉛-4	㉛-5	㉛-6	㉛-7	㉛-8	㉛-9	㉛-10	㉛-11	㉛-12	㉛-13	㉛-14	㉛-15	㉛-16	㉛-17	㉛-18	㉛-19	㉛-20
						㉜-1	㉜-2	㉜-3	㉜-4	㉜-5	㉜-6	㉜-7	㉜-8	㉜-9	㉜-10	㉜-11	㉜-12	㉜-13	㉜-14	㉜-15	㉜-16	㉜-17	㉜-18	㉜-19	㉜-20
						㉝-1	㉝-2	㉝-3	㉝-4	㉝-5	㉝-6	㉝-7	㉝-8	㉝-9	㉝-10	㉝-11	㉝-12	㉝-13	㉝-14	㉝-15	㉝-16	㉝-17	㉝-18	㉝-19	㉝-20
						㉞-1	㉞-2	㉞-3	㉞-4	㉞-5	㉞-6	㉞-7	㉞-8	㉞-9	㉞-10	㉞-11	㉞-12	㉞-13	㉞-14	㉞-15	㉞-16	㉞-17	㉞-18	㉞-19	㉞-20
						㉟-1	㉟-2	㉟-3	㉟-4	㉟-5	㉟-6	㉟-7	㉟-8	㉟-9	㉟-10	㉟-11	㉟-12	㉟-13	㉟-14	㉟-15	㉟-16	㉟-17	㉟-18	㉟-19	㉟-20
						㊱-1	㊱-2	㊱-3	㊱-4	㊱-5	㊱-6	㊱-7	㊱-8	㊱-9	㊱-10	㊱-11	㊱-12	㊱-13	㊱-14	㊱-15	㊱-16	㊱-17	㊱-18	㊱-19	㊱-20
						㊲-1	㊲-2	㊲-3	㊲-4	㊲-5	㊲-6	㊲-7	㊲-8	㊲-9	㊲-10	㊲-11	㊲-12	㊲-13	㊲-14	㊲-15	㊲-16	㊲-17	㊲-18	㊲-19	㊲-20
						㊳-1	㊳-2	㊳-3	㊳-4	㊳-5	㊳-6	㊳-7	㊳-8	㊳-9	㊳-10	㊳-11	㊳-12	㊳-13	㊳-14	㊳-15	㊳-16	㊳-17	㊳-18	㊳-19	㊳-20
						㊴-1	㊴-2	㊴-3	㊴-4	㊴-5	㊴-6	㊴-7	㊴-8	㊴-9	㊴-10	㊴-11	㊴-12	㊴-13	㊴-14	㊴-15	㊴-16	㊴-17	㊴-18	㊴-19	㊴-20
						㊵-1	㊵-2	㊵-3	㊵-4	㊵-5	㊵-6	㊵-7	㊵-8	㊵-9	㊵-10	㊵-11	㊵-12	㊵-13	㊵-14	㊵-15	㊵-16	㊵-17	㊵-18	㊵-19	㊵-20
						㊶-1	㊶-2	㊶-3	㊶-4	㊶-5	㊶-6	㊶-7	㊶-8	㊶-9	㊶-10	㊶-11	㊶-12	㊶-13	㊶-14	㊶-15	㊶-16	㊶-17	㊶-18	㊶-19	㊶-20
						㊷-1	㊷-2	㊷-3	㊷-4	㊷-5	㊷-6	㊷-7	㊷-8	㊷-9	㊷-10	㊷-11	㊷-12	㊷-13	㊷-14	㊷-15	㊷-16	㊷-17	㊷-18	㊷-19	㊷-20
						㊸-1	㊸-2	㊸-3	㊸-4	㊸-5	㊸-6	㊸-7	㊸-8	㊸-9	㊸-10	㊸-11	㊸-12	㊸-13	㊸-14	㊸-15	㊸-16	㊸-17	㊸-18	㊸-19	㊸-20
						㊹-1	㊹-2	㊹-3	㊹-4	㊹-5	㊹-6	㊹-7	㊹-8	㊹-9	㊹-10	㊹-11	㊹-12	㊹-13	㊹-14	㊹-15	㊹-16	㊹-17	㊹-18	㊹-19	㊹-20
						㊺-1	㊺-2	㊺-3	㊺-4	㊺-5	㊺-6	㊺-7	㊺-8	㊺-9	㊺-10	㊺-11	㊺-12	㊺-13	㊺-14	㊺-15	㊺-16	㊺-17	㊺-18	㊺-19	㊺-20
						㊻-1	㊻-2	㊻-3	㊻-4	㊻-5	㊻-6	㊻-7	㊻-8	㊻-9	㊻-10	㊻-11	㊻-12	㊻-13	㊻-14	㊻-15	㊻-16	㊻-17	㊻-18	㊻-19	㊻-20
						㊼-1	㊼-2	㊼-3	㊼-4	㊼-5	㊼-6	㊼-7	㊼-8	㊼-9	㊼-10	㊼-11	㊼-12	㊼-13	㊼-14	㊼-15	㊼-16	㊼-17	㊼-18	㊼-19	㊼-20
						㊽-1	㊽-2	㊽-3	㊽-4	㊽-5	㊽-6	㊽-7	㊽-8	㊽-9	㊽-10	㊽-11	㊽-12	㊽-13	㊽-14	㊽-15	㊽-16	㊽-17	㊽-18	㊽-19	㊽-20
						㊾-1	㊾-2	㊾-3	㊾-4	㊾-5	㊾-6	㊾-7	㊾-8	㊾-9	㊾-10	㊾-11	㊾-12	㊾-13	㊾-14	㊾-15	㊾-16	㊾-17	㊾-18	㊾-19	㊾-20
						㊿-1	㊿-2	㊿-3	㊿-4	㊿-5	㊿-6	㊿-7	㊿-8	㊿-9	㊿-10	㊿-11	㊿-12	㊿-13	㊿-14	㊿-15	㊿-16	㊿-17	㊿-18	㊿-19	㊿-2

最初に下記にご記入をお願いいたします。

事業所名：

ご住所およびご連絡先：（ご住所）_____（ご連絡可能電話番号）_____

ご記入者名：_____様 ご連絡可能 Email：_____

・記入される方について伺います。（該当する選択肢に、もしくは数字をご記入ください）

性別

1.男性

2.女性

年齢

_____歳

・事業所について伺います。

所属する法人の形態

1. 社会福祉法人

2. NPO

3. 医療法人

4. 財団法人

5. その他（具体的な資格名：_____）

所属する法人が実施している他の事業の有無

1. 無（次項にお進みください）

2. 有（-1にご回答の上、次項にお進みください）

- 1 事業内容（複数回答可）

1. 就労移行支援事業

2. 就労継続支援 A 型

3. 就労継続支援 B 型

4. ケアホーム・グループホーム・福祉ホーム

5. 医療機関

6. 障害者委託訓練事業

7. その他（具体的な事業内容：_____）

障害者就業・生活支援センターを開始した時期

_____年_____月

第1号職場適応援助者（ジョブコーチ：以下 JC）助成金認定の有無

1. 無

2. 有

H24年4月時点の貴事業所の担当する圏域の人口規模

約_____万人

-1 H24年4月～H25年3月の新規登録者数

_____名

-2 H25年3月時点の全登録者数

_____名

-1 (H24年4月～H25年3月の新規登録者)の障がいの内訳と就労の転帰 (H25年7月末時点)

- ・それぞれの欄に該当する人数をご記入ください。
- ・「a 求職中の新規登録者数」には、既に仕事がありジョブコーチ等の利用を目的として登録した人は含みません。
- ・1人の利用者さんがb,c,dのうち、複数の項目に該当される場合には、一番就労期間の長かったものにカウントしてください。(1人の利用者さんを複数の項目にダブルカウントしないようお願いいたします。)
- ・d.過渡的就労には実習、委託訓練、社会適応訓練は含みません。トライアル雇用もしくはステップアップ雇用を利用した場合のみカウントしてください。

	a. 求職中の新規登録者数	b. 一般求人による就労	c. 障害者求人による就労	d. 過渡的就労 (トライアル雇用もしくはステップアップ雇用)
1. 身体障がいのみ				
2. 知的障がいのみ				
3. 精神障がいのみ				
4. 発達障がいのみ				
5. 身体と知的の合併				
6. 身体と精神の合併				
7. 身体と発達の合併				
8. 知的と精神の合併				
9. 知的と発達の合併				
10.精神の発達の合併				
11. その他(具体的に ご記入ください)				

これまでも障害種別ごとの就職者数については、厚生労働省やハローワーク、それぞれの障害ごとの家族会などで調査が実施されてきましたが、障害を合併した方を視野に入れた調査は初めてだと思われます。これらの方々への対応は、地域で支援を展開されているみなさまにとっては喫緊の課題ではないかと思えます。是非、みなさまのご協力で支援の現状を発信して参りたいと考えております。



ご面倒と存じますが
ご記入漏れの無いよう、何卒お願い申し上げます。

スタッフの人数および属性 ご記入者様を含む全てのスタッフの方についてご回答ください

任意の スタッフ ID	-1 性別	-2 年齢	-3 勤務形態 ¹⁾	-4 1週間の 勤務時間 ²⁾	就労支援経験年数		-7 資格の有無と資格名 ⁵⁾	-8 JC資格 の有無
					-5 3障害 ³⁾	-6 精神障害 ⁴⁾		
例) A	男性/女性	34歳	常勤/非常勤	30H(育休中)	0年	3年	無/有(有の場合:a・b・c・d/e:看護師)	無/有
(ご記入者様)	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:	無/有

- 1) 常勤：通常勤務中は1週間の勤務時間が40時間以上の方（時短勤務中はこの限りではありません）
非常勤：1週間の勤務時間が40時間未満の方
- 2) 常勤の方は通常勤務中の方であれば「40時間」、育休など時短勤務中の方は勤務している1週間の平均的な勤務時間、非常勤の方は事業所と契約している勤務時間を記入
- 3) 3障害すべてを対象とした就労支援に携わったすべての経験年数の合計
- 4) 精神障害がある方の就労支援にはじめて携わって以降の経験年数の合計
- 5) 選択肢：a 精神保健福祉士，b 社会福祉士，c 第1号職場適応援助者，d 作業療法士，e その他（具体的な資格名）
で「有」と回答されている場合，第1号JC資格をもつ方について必ずその旨ご記入ください。

・貴センターの精神障がいのある方に対する支援について伺います

以降の質問では支援の流れのうち「登録」部分、就業・生活支援センターが実施する求職期に必要なさまざまな支援のうち「求職活動への支援」部分と「医療に関する支援」部分について伺います。

就労に至るまでの支援の流れは個性が高いものと思いますが、貴センターにおいて比較的良く見られる支援の流れを想定してご回答ください。

精神障がいを持つ方が登録を希望する際の受け入れ項目の有無

1. 無 (次項にお進みください) 2. 有 (-1、 -2 にご回答の上、次項にお進みください)

- 1 受け入れ項目について、下記のうち重要度の高いものから3つに

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. 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 | |
| 2. 本人に就労の意欲があること | 3. 病状が安定していること |
| 4. 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 | |
| 5. 生活リズムが整っていること | 6. 住居や家族関係など生活状況が安定していること |
| 7. 何らかの交通手段(徒歩、自転車、自家用車、公共交通機関等)を利用し通所・通勤が可能なこと | |
| 8. 就労について主治医が賛成していること | 9. 就労について家族が賛成していること |
| 10. 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
(具体的な通所期間の目安があれば記入:) | |
| 11. その他(具体的にご記入ください): | |

- 2 受け入れ項目に照らして受け入れ外となったケースの紹介先(複数回答可)

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1. 地域活動支援センター | 2. 就労継続支援B型 |
| 3. 医療機関(デイケアや外来ワーカーなど) | 4. 障害者職業センター |
| 5. 就労移行支援事業所 | 6. 行政による若年者就労支援機関(ジョブカフェ等) |
| 7. その他(具体的にご記入ください): | |

精神障がいのある方に関する求職活動への支援開始の基準の有無

1. 無 2. 有 (-1 にご回答の上、次項にお進みください)

- 1 基準となる項目について、下記のうち重要度の高いものから3つに

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. 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 | |
| 2. 本人に就労の意欲があること | 3. 病状が安定していること |
| 4. 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 | |
| 5. 生活リズムが整っていること | 6. 住居や家族関係など生活状況が安定していること |
| 7. 何らかの交通手段(徒歩、自転車、自家用車、公共交通機関等)を利用し通所・通勤が可能なこと | |
| 8. 就労について主治医が賛成していること | 9. 就労について家族が賛成していること |
| 10. 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 | |
| 11. 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 | |
| 12. 職業生活に必要な作業能力が一定程度認められること | |
| 13. 職業生活に必要な社会性が一定程度認められること | |
| 14. その他(具体的にご記入ください): | |

精神障がいのある方に関する求職活動への支援実施時に医療に関する支援も行っていますか？

1. 無 (-2 にご回答の上、次項にお進みください) 2. 有 (-1 にご回答の上、次項にお進みください)

↓

- 1 貴センターが実施する支援のうち、頻度の高いもの3つに

1. 服薬支援 (薬の飲み方や服薬の有無のチェック)
2. 自立支援医療・手帳の取得支援
3. 受診同行 (診察の同席はしない)
4. 診察への同席
5. 主治医への連絡 (主治医意見書作成の依頼や就労にむけての支援に関する報告等)
6. 主治医への提案 (就労に際し必要と思われる処方内容や薬の飲み方、受診間隔に関する提案)
7. 主治医のいる医療機関のソーシャルワーカーへの連絡・相談 (上記 4 や 5 に関する調整依頼)
8. 医療機関と地域の支援機関が合同で実施するカンファレンスやケア会議の提案
9. セカンドオピニオンのための支援
10. その他 (具体的にご記入ください)

↓

- 2 -1 に挙げられているような支援を行っていない理由 (複数回答可)

1. 多くのケースで医療機関との連携の必要性がない
2. 多くのケースで医療機関との連携は必要とを感じるが、マンパワーが不足している
3. 自機関スタッフの医療的情報の不足のため、何をどのように相談してよいかわからない
4. 主治医の就労に対する知識や理解、関心の不足のために協力を得ることが難しい
5. 主治医以外に医療機関の窓口となるスタッフがおらず、協力を求めづらい
6. その他 (具体的にご記入ください)

・ 貴センターが精神障がいのある方に対して就労支援を行う際に感じる困難について伺います。

- 1 精神障がい者の障がい特性に関する困難でもっとも強く感じるもの3つに

1. 病識がない、もしくは障がい受容が進んでいない
2. 就労の意欲が不安定であること
3. 病状が不安定であること
4. 来所が不安定であること
5. 障がいの開示に積極的でない場合があること
6. 「精神症状」の内容など、障がいの状態がわかりづらいこと
7. 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
8. 社会経験 (買い物や公共交通機関の利用など) が不足していること
9. 就労経験が不足していること
10. 社会的スキル (人付き合いのスキル) が不足していること
11. その他 (具体的にご記入ください)

- 2 -1 に挙げた精神障がい者の障がい特性以外で困難を感じる項目3つに

1. 制度が想定しているマンパワーの不十分さ	2. 事業所の支援スタッフの離職率の高さ
3. 事業所の支援スタッフの給与水準の不十分さ	4. 支援する際にトライアル雇用が使いづらいこと
5. (障がい者雇用は週 20 時間以上からカウントされるため) 短時間雇用が企業から受け入れられづらいこと	
6. (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	
7. 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	
8. 制度上は(主治医意見書など) 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	
9. その他(具体的にご記入ください)	

・精神障がいのある方に対する就労支援に関する今後の要望について伺います。

-1 今後精神障がいがある方への支援に関して研修を実施するとすれば、どのような研修が必要と感じますか？
下記の例も参考に自由にご記入ください。

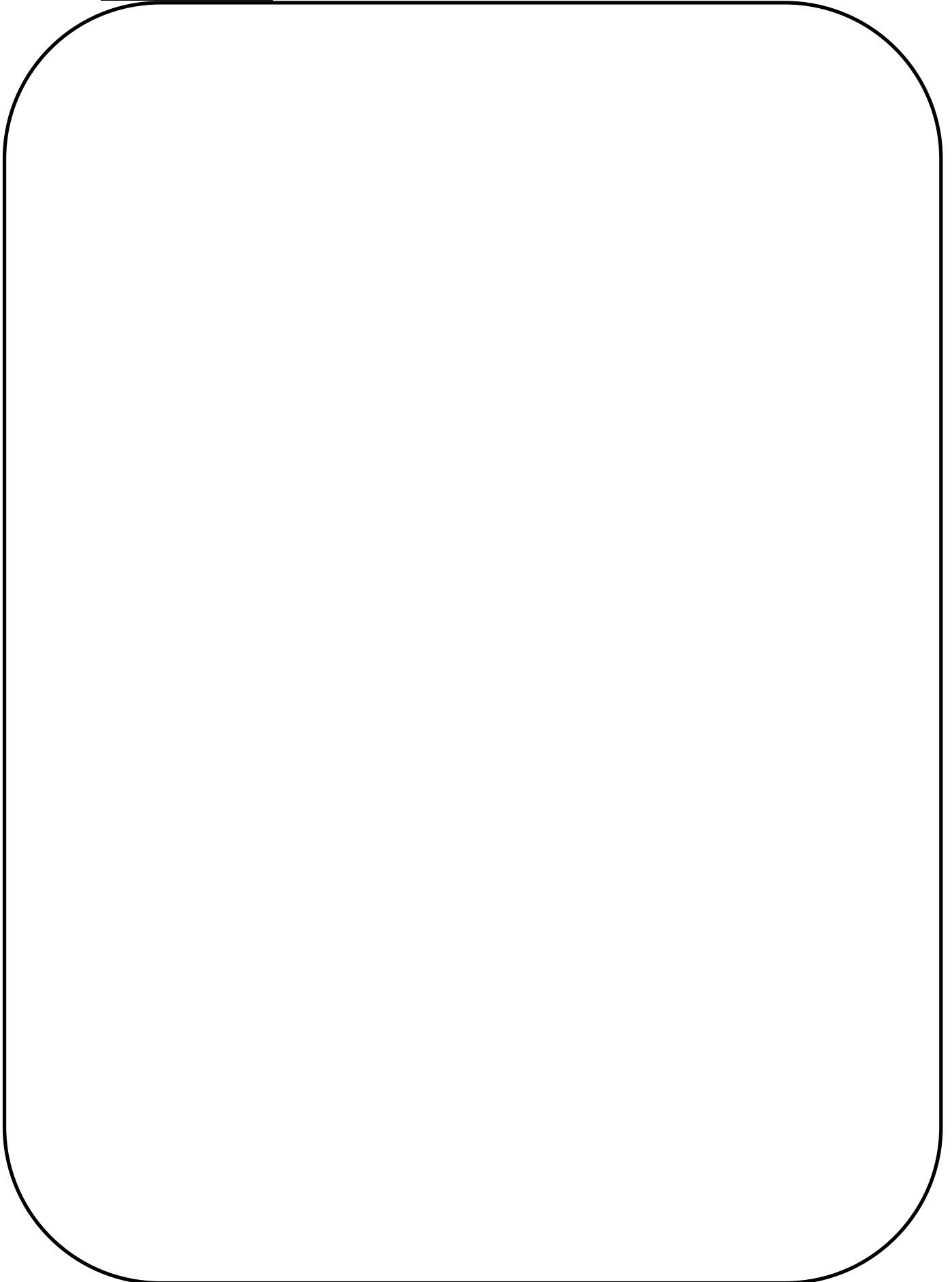
例：企業に対する精神障がいの障がい特性や就労支援制度に関する研修の実施

医療機関に対する精神障がいのある方に対する就労支援制度に関する研修の実施

就業・生活支援センターに対する精神障がいに関する研修(特に医学的な側面について)の実施 他

次ページにも質問があります！

-2 その他、精神障がいのある方に対する就労支援に関して困難を感じる場面や要望等自由記述にてお教えください。



ひきつづき別紙 A 3 版用紙の質問にもご回答をお願いいたします。

日本版 IPS 型就労支援のスタンダード（標準モデル）第 1 版

2013 年 3 月 25 日

・ 日本版 IPS 型就労支援標準モデルの趣旨

IPS(Individual Placement and Support)型支援の実践に際して求められる事項を、日本版 IPS 標準モデルとして以下に示した。当支援モデルは重度の精神疾患をもつ人の個々のニーズに合わせた支援をチームアプローチで行う集中度の高い就労支援モデルである。IPS 型就労支援は利用者のリカバリーを志向する支援であり、IPS の 8 原則に準拠している（ ．IPS の 8 原則参照）。日本版標準モデルはこの 8 原則に準拠し、我が国で行う IPS 型就労支援の標準として提示する。当支援アプローチは就労支援や生活訓練を提供する地域の支援機関や精神科デイケアなど様々な機関で実施されうる。運営指針は当該機関の所在地や運営形態などに応じて個別に取り決められるべきであるが、当モデルはその共通項を示したものである。

・ IPS 型就労支援の 8 原則

- (1) 働きたいと思う全ての精神障害者が対象
* 障害が重いことや、支援者側の視点による「意欲の低さ」「不安定さ」などで除外されない。
- (2) 就労支援の専門家と精神保健福祉の専門家はチームとなり支援する。
- (3) 一般雇用（一般企業や公的機関等事業体の障害者雇用を含む）を目標とする。
- (4) 社会保障（生活保護・障害年金など）に関する相談サービスを提供する。
- (5) 働きたいと本人が希望したら、迅速に求職活動を始める。
- (6) 就職後のフォローアップは継続的に行われる。
- (7) 利用者の好みや希望に基づいて、支援者は企業関係者とコンタクトをとり関係づくりを行う。
- (8) 以上(1)~(7)は利用者の好みや希望が優先される。

・ IPS 型就労支援における主要な支援スタッフの機能的名称と定義

(1) 就労支援スペシャリスト

< 全体の機能 >

「就労支援スペシャリスト」は役割（機能）の名称であり、国家資格や認定資格の名称ではない。この役割をとる者の呼称は各機関によって異なっている（例：就労支援スタッフ、就労カウンセラーなど）。この役割を取る者の全体的な機能とは、利用者が自分の職業的な目標やリカバリーに一致する雇用を獲得し、維持するよう支援することを通じて IPS 型就労支援を実行することである。

< 期待される職務 >

- a. 利用者に関わり、就職という目標に向けて協力的関係を築く。
- b. 継続的に利用者の求職上の好みやニーズと職業上の機能をアセスメントする。
- c. 利用者のニーズや興味に一致する仕事を目指して雇用担当窓口とのコンタクトや職場開拓を行い、求職活動を支援する。
- d. 利用者が就労を持続できるように、個別の、期限を限定しない継続支援を提供する。

- e. 事業主（企業担当者）と仕事の調整を行い、継続支援を含む事業主（企業担当者）への教育やサポートを利用者の同意のもと提供する。
- f. 利用者がサービスを離脱するときに必要に応じてアウトリーチサービスを提供する。
- g. 就労支援を精神保健医療チームとの連携のもと行うために、利用者のケアマネージャーや医療スタッフと定期的に会う。
- h. 利用者、ケアマネージャーと共に個別の就労支援計画を作成し、定期的に更新する。
- i. 直接サービス時間の半分以上は、就労支援スペシャリストが所属する事業所の外で提供される。

< 資質と職歴 >

下記 a～c のいずれかに当てはまり、かつ重度精神障害者支援の経験があるか学ぶ意志のある者で、精神保健医療福祉チームの一員として働くことのできる人。

- a. 自身の入職・転職などの社会経験や企業などにおける人事に関わる職業経験を含めた就労支援に関する豊富な知識や技術のある者。
- b. 精神保健福祉士、看護師、保健師、作業療法士等、精神保健医療福祉の領域における知識や技術、臨床経験がある者。
- c. 職業リハビリテーションの領域での支援経験がある者。

(2) ケアマネージャー

< 全体の機能 >

「ケアマネージャー」は役割(機能)の名称であり、国家資格や認定資格の名称ではない。この役割をとる者の呼称は各機関によって異なっている(例:生活支援担当スタッフ, ケースマネージャーなど)。この役割をとる者の全体的な機能とは、利用者の生活上のニーズをくみ取り、リカバリーを目指す目標の設定や行動計画の策定を行うことである。

< 期待される職務 >

- a. 利用者の生活に近い場で頻繁に利用者とい信頼関係をつくる。
- b. 利用者が就労支援を受けている場合は、就労支援スペシャリストとチームとなり就職活動中のメンタル面や生活面の相談に乗ることを通して、利用者を支える。
- c. 就労支援スペシャリストとは定期的に会って利用者の支援についてミーティングを行う。
- d. 包括型のケアマネジメントを提供する。包括型のケアマネジメントとは、仲介(様々なサービスリソースの紹介とつなぎ)だけでなく、支持的カウンセリング、役所への同行、様々な公的サービスを受けるための手続きの支援、通院同行、買い物同行、および家族調整や生活調整などの直接支援を総合的に行う。
- e. dを行うために積極的なアウトリーチ活動を展開する。
- f. 利用者がサービスを離脱するときに必要に応じてアウトリーチサービスを提供する。必要であれば、職業的な焦点がなくとも利用者とのコンタクトを維持する。

< 資質と職歴 >

精神保健福祉士、看護師、保健師、作業療法士等、精神保健医療福祉領域における知識や技術、臨床経験がある者で、かつ重度精神障害者支援の経験があり、精神保健医療福祉チームの一員として働くことのできる人。

(3) スーパーバイザー

< 全体の機能 >

「スーパーバイザー」は役割(機能)の名称であり、国家資格や認定資格の名称ではない。この役割をとる者の呼称は各機関により異なっている(例:所長、主任、サービス管理責任者、士長など)。スーパーバイザーは機関内に雇用されている者で、就労支援スペシャ

リストの評価や査定をし、チームをまとめ、機関内外の関係者との調整を行い、かつ就労支援に関する相談、助言、指導等を行う。

<期待される職務>

- a. 就労支援スペシャリストの行う支援のアウトカムやスキルの向上等の指導や管理をする。
- b. 定期的なスーパービジョンを行い、就労支援スペシャリストとともに、利用者の就職や就労継続の手助けとなる新たな方法やアイデアを確認する。
- c. 就労支援スペシャリストが主体的かつ積極的に支援活動を展開できるように各就労支援スペシャリストとコミュニケーションをとる。
- d. 新人、もしくは支援に困難を感じている就労支援スペシャリストに同行し、実地で観察、モデリング、スキルに関するフィードバックを行う。
- e. 就労支援スペシャリストとともに、支援の実績についての目標を立てる。

<資質と職歴>

下記、a~cのいずれかに当てはまり、かつ重度精神障害者の就労支援の実務経験が5年以上あり、就労支援スペシャリストの指導や助言ができるほどの専門知識と技術、経験があり、チームをまとめる能力、機関内外の関係者との調整を行うなどのコーディネート力がある者。

- a. 自身の入職・転職などの社会経験や企業などにおける人事に関わる職業経験を含めた就労支援に関する豊富な知識や技術のある者
- b. 精神保健福祉士、看護師、保健師、作業療法士等、精神保健医療福祉の領域における知識や技術、臨床経験がある者
- c. 職業リハビリテーションの領域での支援経験がある者

．標準モデル内容

(1)スタッフ配置

ケースロードの大きさ：

就労支援スペシャリストは個別のケースロードを持つ常勤換算*の就労支援スペシャリスト一人につき、最大20名までの利用者を担当する。

常勤かつ専従の就労支援スペシャリストは、週32時間以上勤務しており、その人の業務の中で、業務時間の70%以上(だいたい週5日の内4日)を就労支援に従事している者を意味する。ただし、フィデリティ評価上の常勤換算*の計算では、便宜上40時間/週で1名と数える。例として、週16時間2名、週40時間1名の就労支援スペシャリストがいる場合、 $(16 + 16 + 40) / 40 = 1.8$ 常勤換算1.8人。もし、機関でIPSを利用している人が40人いる場合は、 $40 / 1.8$ で、1名の就労支援スペシャリストのケースロードは22人となる。

就労支援スペシャリスト：

就労や就労継続に関わるサービスのみを提供する。

就労支援スペシャリストの提供するサービス：

それぞれの就労支援スペシャリストが、インテーク、関係づくり、アセスメント、就職活動支援、就職後継続・同行支援など、就労支援に関わる全てのサービスを行う。

(2)組織

精神保健支援と就労支援の統合（組織構造）：

- 機関には一人の利用者を支援する就労支援スペシャリストと担当ケアマネージャーがいる。
- 就労支援スペシャリストとケアマネージャーは同一機関に所属している。
- 就労支援スペシャリストとケアマネージャーはチームとなり就労や就労継続に関する支援を行う。

精神保健支援と就労支援の統合（連携の質）：

- 就労支援スペシャリストとケアマネージャーは担当する利用者の支援状況について情報を共有したり相談したりするために、少なくとも週に1度はミーティングを行う。
- ケアマネージャーは、利用者の通院する精神科医療機関のソーシャルワーカーや精神科医と積極的に連携し医療的側面も含む生活支援を包括的に行う。
- ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは利用者の通院する精神科の医師やソーシャルワーカーと、利用者の通院同行やケア会議などを通して連携する。
(可能であれば、利用者に関する記録等の共有がなされるとよい。)

就労支援スペシャリストと職業リハビリテーションにおける支援スタッフとの連携：

就労支援スペシャリストは情報交換や新規の利用者の紹介を得るために、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センターなど、他の就労支援機関とも情報交換等、頻繁にコンタクト（電話・メール・対面）をとる。

就労支援ユニット（就労支援スペシャリストのチーム）：

同じ機関に所属する、2人以上の常勤の就労支援スペシャリストが、就労支援ユニットを形成している。1つのユニットには1人のスーパーバイザーがいる。彼らは毎週、ケースに関するスーパービジョン的なミーティング/カンファレンスをもち、支援方法を確認したり、求人情報を共有したりする。彼らは必要に応じてお互いのケースロードをカバーする。1機関に就労支援スペシャリストが1名だけの場合は、近隣の地域にある他機関の就労支援ユニットに入るか、他機関の就労支援スペシャリストとユニットを組む。この場合は、就労支援スペシャリスト間のケースロードのカバーはないが、グループスーパービジョンによる支援方法の振り返りや支援方法についてのアイデアの交換、および求人情報の共有が行われる。

就労支援ユニットのスーパーバイザーの役割：

スーパーバイザーは就労支援ユニットを指揮する。就労支援スペシャリストのスキルは、成果に基づいたスーパービジョンを通して発展し、改善される。

スーパーバイザーの役割としては、以下の5項目がある：

- i. 就労支援スペシャリストの行う支援のアウトカムやスキルの向上等の指導や管理をする。
- ii. 週1回のスーパービジョンを行い全利用者の状況をレビューする。そのなかで就労支援スペシャリストとともに利用者の就職や就労継続の手助けとなる新たな方法

やアイデアを確認する。

- iii. 就労支援スペシャリストが主体的かつ積極的に支援活動を展開できるように各就労支援スペシャリストとコミュニケーションをとる。
- iv. 新人、もしくは支援に困難を感じている就労支援スペシャリストに同行し、実地で観察、モデリング、スキルに関するフィードバックを行う。
- v. 就労支援スペシャリストとともに、支援の実績を改善するための目標を立てる。

除外基準なし：

- 意欲の強弱に関わらず働くことに興味があるすべての利用希望者は、職業準備性の要因、物質乱用、精神症状、暴力行為の履歴、認知機能障害、治療を遵守しないことなどに関係なく、サービスにアクセスできる。これらは、支援の過程においても同様である。
- 就労支援スペシャリストは、利用者の過去の退職の理由や職歴の数にかかわらず、ひとつの仕事が終了したら、次の仕事に関しても支援を提供する。
- 外部の職業リハビリテーションによる審査基準において、利用希望者が支援対象外と判断されたとしても、IPS 支援機関は、その支援結果によらず支援を提供する。利用希望者は、公式にあるいは非公式に排除されない。

機関が一丸となって利用者の一般雇用実現に重点的に取り組む：

- 機関は複数の方法を通して利用者の「一般雇用」（3- 参照）を促進する。利用者とのインタビューには「一般雇用」に興味があるかについての質問が含まれている。
- 機関には、就労や IPS 型就労支援サービスに関する文書による掲示物がある（例：パンフレット、掲示板、ポスター）。
- 機関は、特に重い精神疾患をもった人の支援に力をいれる。
- 機関は、利用者が仕事についての話（いかに仕事を見つけ就職したか、今どのように働いているか、働き始めてからのことなど）を他の利用者やスタッフと共有できるように支援する（例：雇用案内イベントやピアサポートグループでの発表や機関のニュースレター等の記事として掲載するなど）。
- 機関は、一般雇用率（年度の利用登録者に対する雇用率 = 「就労者数」÷「年度内に IPS 支援への登録している人（申込書あり）」）を測定し、その情報を機関や法人の上層部やスタッフと共有する。

経営陣が援助付き雇用を支援する：

機関もしくは法人の経営陣チームメンバー（例：理事長、役員、理事、院長など）が、IPS 型就労支援の実施と継続に関して支援する。経営陣チームの 5 つの重要な要素のすべてが行われている。

- ・ 科学的根拠に基づく IPS 型支援への理解がある
- ・ フィデリティ調査を受ける
- ・ フィデリティの結果と就労率実績の結果を照らし合わせて問題を明確にする
- ・ 高いフィデリティと就労率をあげるための改善・努力計画をたてる
- ・ の計画を実行する

(3)サービス

IPS 型就労支援サービスの開始の定義：

IPS 型就労支援サービスの開始は、利用希望者が IPS 型就労支援の申込書を記載し、機関がそれを受け付けた年月日とする。就労支援スペシャリストあるいはケースマネージャーは、IPS 型就労支援サービスの利用を希望する本人の意思とサービス開始日を明記した書類を作成する。

社会保障に関する個別相談を提供する：

- IPS 型就労支援では、すべての利用者が、新しい仕事を始める前に、個別の経済的な計画を得るための支援を受けることができる。また、利用者が勤務時間や給与の変化について意思決定をする必要がある際に、経済的計画の支援を受けることができる。
- 就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーは、就労に関連する福利厚生、生活保護、児童扶養手当、自立支援医療、障害年金、他の収入源等についての説明とそれらが、総収入にどの程度影響するか説明する。あるいは、説明できる担当者に確実につなぐ。

障害の開示：

求職活動に際して、就労支援スペシャリストは障害があることの開示・非開示についての客観的な情報を利用者に提供し、利用者本人が決定できるよう支援する。

職業的アセスメント：

- 初期の職業的アセスメントは、複数回に渡って行われ、一般就労における職業経験の情報とともに更新される。
- 利用者の好み、経験、特技、ストレングス、個人的な交流、などの情報を含む職業プロフィールは、新たな仕事の経験とともに随時更新される。
- 職業的アセスメントを進めながら、利用者の住居等の環境的アセスメントも同時に行う。
- 情報源は、利用者自身、支援チーム、臨床記録、利用者の許可があれば家族や以前の雇用主からのものを含む。（*実習について：明確な利用者の希望があれば別だが、基本的にはアセスメントのための実習を前提にしない。）

一般雇用のための迅速な求職活動：

初期の職業的アセスメントを行うことや、利用者あるいは就労支援スペシャリストが一般雇用について雇用担当窓口（ハローワーク、企業、事業主など）と最初に直接接触するのは、IPS 型就労支援参加後 30 日以内である。

個別化された求職活動：

- 就労支援スペシャリストは、求人（すなわち、すぐに利用できる仕事）を優先させるのではなく、利用者の好み（それぞれの個人が楽しむことや彼らの目標に関連する）やニーズ（経験、能力、症状、健康など）に基づき、仕事との良いマッチングを行うために、事業主や雇用担当窓口と交渉する。
- 個別の求職計画は、職業的アセスメント / 職業プロフィールや新たな仕事 / 職業訓練などの経験からの情報とともに作られ、更新される。（*実習について：明確な利用者の希望があれば別だが、基本的にはアセスメントのための実習を前提にしない。）

職場開拓 頻繁な雇用担当窓口（ハローワークや企業担当者）とのコンタクト：

- それぞれの就労支援スペシャリストは、求職者たちのために、雇用担当窓口と、毎日のようにコンタクトを取る。
- 就労支援スペシャリストは、ハローワーク、企業や事業主とのコンタクトを記録するために、職場開拓の記録をする。

職場開拓 雇用主（企業担当者）とのコンタクトの質：

- 就労支援スペシャリストは、雇用主のニーズを理解するようにつとめる。
- IPS 型就労支援は雇用主に対してもサービスを提供できることを伝える。
- 就労支援スペシャリストは、利用者のストレングスが雇用主のニーズに見合うことを説明する。
- 就労支援スペシャリストは、複数回の訪問を通して、雇用主との関係を構築する。

職場開拓の多様性：

就労支援スペシャリストは、利用者たちが異なる種類の仕事に就けるよう支援する。

雇用主の多様性：

就労支援スペシャリストは、利用者たちが多様な企業や雇用主からの仕事に就けるよう支援する。

一般雇用：

- 一般雇用とは、ハローワーク等で紹介される最低賃金以上の一般求人と障害者求人を指す。派遣や季節労働も一般雇用に含める。
- 最低賃金が支払われていても、障害者だけを1つの会社やセクションに集めて指導員的立場のスタッフが管理するような職場は目標としない。
- 上記については、本人の選択として、またリカバリーの過程として否定するものではない。しかし、IPS 型支援ではソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）を重要視し、一般市民と共に働く職場を一般雇用として目標とする。

個別ニーズと個別支援：

- 利用者は、仕事、利用者の好み、職歴、ニーズなどに基づいた、仕事をするための異なる種類の支援を受ける。異なる種類の支援とは、精神保健福祉支援（例：薬の変更、社会技能訓練、励まし）に関わるチームメンバー、家族、友人、同僚、就労支援スペシャリストを含む、さまざまな人々によって提供される。
- 就労支援スペシャリストは、利用者の要望により、雇用主にも支援を提供する（例：教育的な情報、仕事上の便宜）。
- 就労支援スペシャリストは、キャリア開発、すなわち教育の支援、より魅力的な仕事、またはより望ましい職務に関しても、支援を提供する。

期限のない継続支援：

- 就労支援スペシャリストは、利用者が仕事を始める 1 週間前以内、仕事を始めて 3 日以内、仕事を始めて最初の 1 ヶ月は毎週利用者と対面でコンタクトを取る。また、利用者が安定して仕事を継続している場合も、希望があれば、平均で 1 年間以上は毎月利用者と会う。
- 利用者が安定して仕事を継続している場合は、就労継続に関する支援を減らしていく。
- 就労支援スペシャリストは、利用者が失業したことを知ったら 3 日以内に、コンタクトを取る。
- 就労支援スペシャリストは、利用者の雇用継続のためだけでなく、退職のための支援や転職に関する支援も行う。休職・復職の支援も行う。

退職支援：

- 利用者が退職の意志を表明したら、面談等で詳細に事情を聴く。
- 利用者と企業、双方が納得する形で退社するための支援を行う（例：どのように企業側に話をするか、最終日をいつに設定するかなど話し合いを利用者で行う）。
- 就労支援スペシャリストは出勤最終日に利用者と一緒に職場にあいさつに行くなどの支援を行う。
- 失業に伴う手続きについての支援を行う。

地域ベースのサービス：

関係づくり、求職活動、フォローアップ支援などの職業サービスは、すべての就労支援スペシャリストによってオフィスの中ではなく、普通の地域の中で提供される。

コンタクトが取れなくなった利用者へのアプローチ～積極的關係づくりとアウトリーチ～：

- 一定期間の経過や利用者が約束どおりの時間や場所に現れないことを理由に就労支援サービスを終了しない。
- 利用者が精神症状の影響で外に出られなくなったり、外部との交流を持ちにくくなったりすることもあるので、支援チームのメンバーは自宅や利用者の住む地域に複数回訪問する。
- 利用者との関係づくりと上記のようなアウトリーチは、チームのメンバーによって行われ、これらのアウトリーチ支援は確実に記録に残される。
- 必要がある場合は、家族ともかかわりをもつ。
- 利用者がもはや仕事をする意欲がない、あるいは IPS 型就労支援を継続するつもりがないことが明確になったら、就労支援スペシャリストによる就労に関するアウトリーチを終了する。

本スタンダード作成は、厚生労働省科学研究費補助金難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業（精神疾患関係研究分野）『「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』の一部として実施された。連絡先：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（担当：下平美智代 メール shimodaira@ncnp.go.jp 電話 042-346-2168）【作成者：下平美智代，山口創生，吉田光爾，佐藤さやか，片山優美子，伊藤順一郎，日本版 IPS スタンダード作成委員会*（*池田克之，池田真砂子，大島みどり，清澤康伸，香田真希子，本多俊紀，西尾雅明）】