

厚生労働科学研究費補助金

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**

平成 23 年度 - 平成 25 年度 総合研究報告書

研究代表者 伊藤順一郎

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

平成 26 (2014) 年 3 月

目 次

・総合研究報告

「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 ... 3

・付録 39

・研究成果の刊行に関する一覧 105

・研究ご協力機関一覧 109

. 総合研究報告書

「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

独）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

小括

本研究は、地域精神科医療モデルを構築し、その効果を検証する多施設共同研究を中心に据えている。

初年度である平成 23 年度は、この研究に共通の基本プロトコルを作成し、それにしたがって、各研究協力機関におけるモデルプログラムを構築し、その多面的な効果評価のベースライン調査を実施した。2 年目である平成 24 年度は、中核となる 4 つの医療機関で、初年度に構築した「多職種アウトリーチチームによるケアマネジメント」と「認知機能リハビリテーションと援助付き雇用」の臨床活動に対して、対照群をおき 1 年間の追跡調査を開始した。そのうえで、効果評価とケア内容のプロセス調査を行い、さらに医療経済学的効果について必要なデータ収集を実行した。他の 2 つの医療機関では、初年度に「認知機能リハビリテーションと援助付き雇用」のシステム構築を行い、対照群をおいたうえで 1 年間の追跡調査による効果評価やプロセス調査、医療経済学的効果についてのデータ収集をした。3 年目の平成 25 年度は、追跡調査の終結の年であり、データ収集を完了し、分析を実施した。以上の研究を、「多施設共同の、対照群をおいての比較研究」と位置づけている。

本年度集約した、多施設共同研究の最終結果を下記にまとめる。

まず、多職種アウトリーチチームの研究では、介入群 67 名と対照群 74 名がベースラインにおいて研究に同意し、1 年後フォロー時点では介入群 53 名と対照群 62 名が調査継続状態にあった。平均年齢、GAF、診断などで有意差はなかったが、割り付けのスクリーニング合計得点 ($p = .015$)、SBS 総合得点 ($p = .005$) で介入群が有意に高く、WHO-QOL26 で介入群が有意に低かった ($p = .027$)。

介入群に行われた 8,536 回のコンタクト中 29.2% が報酬有の実コンタクト、30.6% が報酬無の実コンタクト、40.2% が電話コンタクトとであった。対象者に対して月平均 5.9 ± 5.2 回の頻度で実コンタクトをとっており、月平均で 301.8 ± 236.8 分の実コンタクトを行っていた。診療報酬で請求できない最も多い理由は、『入院中の病棟訪問』(28.5%) で、次に『契約前の関わり(入院中)』(23.0%) であったが、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。また初回入院中に月当たり 8.8 回、月に 297 分程度の実コンタクトを行っていた。退院後は月当たり 4 回前後の有報酬コンタクトと 1 回程度の非報酬コンタクトを行っていた。総コンタクト時間は平均月約 300 分前後で、頻度・量ともに横ばいで推移していた。

介入の効果をみると、全体での結果として、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が有意であった ($p = .007$)。また、支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果をみると、月 180 分以上(介入群の上位 70%) に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交

相互作用が有意 ($p = .008$)、月 240 分以上 (介入群の上位 50%) に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』($p = .028$) および WHO-QOL26 総合得点 ($p = .016$) 『心理的領域』($p = .027$) 『全般的満足度』($p = .028$) にて交互作用が有意であった。対象層別の効果評価をみると、旧来の Assertive community treatment (ACT) の対象者に近い重症精神障害者層 (A 層) と、本研究における軽症層 (B 層) に分けたところ、A 層では WHO-QOL26 総合得点 ($p = .016$) 『環境領域』 ($p = .045$) 交互作用が有意であった。B 層では SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった ($p = .005$)。

医療経済評価では、介入群・対照群の間に、医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。WHO-QOL26 上昇における費用対効果 (CER) を分析すると、CER が高い順に介入群 (月 240 分以上コンタクト) > 介入群 A 層 > 介入群全体 > 介入群 B 層 > 対照群 B 層 > 対照群全体 > 対照群 A 層となった。対比する支援に対して増分費用効果費 (ICER) が低い = 通常の治療に加えて更なる効果を得るための追加コストが低かったのは、介入群 A 層への支援、次に介入群月 240 分以上コンタクト層への支援であった。

次に、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の研究については、無作為割付によって認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援を受ける群 (CR+SE 群) と仲介型ケアマネジメントによる就労支援のみを受ける群 (仲介型群) の 2 群に振り分けられた。分析対象者は CR+SE 群 47 名、仲介型群 47 名、合計 94 名となった。この 2 群においてベースライン時の患者属性や臨床的評価には GAF 得点 (仲介群 > CR + SE 群) を除いて有意差はなく、割付は概ね成功した。

臨床関連指標についてみると、GAF 得点、BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点について交互作用に有意差がみられた (GAF 得点: $F = 6.569$, $p < .01$ 言語性記憶: $F = 4.674$, $p < .05$, 作業記憶: $F = 3.971$, $p < .05$, 文字流暢性: $F = 6.240$, $p < .01$, 符号課題: $F = 6.771$, $p < .01$, Composite Score: $F = 6.753$, $p < .01$)。これらの変数について単純主効果の検討を行った結果、群ごとにみると CR+SE 群では認知機能リハビリテーション (CR) を受けた前後で、仲介型群と比べて有意に得点が改善しており、12 ヶ月後でもその改善が維持されていたか、あるいはさらに得点が改善していた。また時点ごとの比較では、GAF 得点はベースライン時と 4 ヶ月時で仲介型群が CR+SE 群と比べて有意に得点が高かったが、12 ヶ月後時点では CR+SE 群の得点の上昇によって両群の有意差がなくなった。BACS の各下位領域の得点については 4 ヶ月後時点では言語性記憶、作業記憶、符号課題および総合得点で、また 12 ヶ月後時点では BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点で CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に得点が高かった。

就労関連指標では、群間に大きな差が見られ、就労率について CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に多い対象者が就労した (63.8%)。加えて、就労した者の就労回数、雇用契約を結んでいた期間である合計就労期間、実際に働いた日数である合計就労日数のいずれも、CR+SE 群は仲介型群と比べて多く、また長かった。就労した者の離職回数を検討すると、両群間に有意差はなかった。また、本研究を遂行する過程で 6 つの研究協力機関はその支援体制から 3 つの支援タイプに分類することができ、副次的に支援タイプ別にも就労関連指標について整理した結果、CR+SE 群の就労率をもっともよかった支援タイプは、「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タイプ (地域事業所型) であり、次いで「医療機関に就労支援員を配置」する支援タイプ (医療機関型) であった。

プロセスデータを分析すると、支援タイプにおける臨床的不均一性 (clinical heterogeneity) が確認されたが、就労アウトカムとサービス内容の分析では、就労者は就労前と就労中に 1 ヶ月当たり平均で 6 時間の個別就労支援に関連するサービスと、1 ヶ月当たり 1.5 時間の個別生活支援に関連するサービスを受けており、未就労者と比較し有意に多かった。特に個別就労支援時間の長さは、16 ヶ月間の就労の有無 (OR = 1.04, p = .035) や就労日数の長さ (Coefficient = .31, p = .010) と関係していた。

医療経済評価の結果から、医療・社会的コストについて、介入群の 12 ヶ月間の合計コストは、対照群と比較し、ごくわずかに上回る結果となった。他方、介入群と対照群における積み上げコストの特徴は異なり、介入群では所得保障費が高かった。また、福祉・公的サービス費やデイケア費は、認知リハビリや就労支援が活発化する中盤までに多くのコストが費やされ、終盤には減少する傾向があった。対照群においては、福祉・公的サービス費が 12 ヶ月継続して一定の割合を占めたほか、入院医療費が全体のコストを押し上げる形となった。費用対効果 (CER) について、介入群における就労期間 (日) の CER は 2 万 972 円であった。他方、対照群の CER は 5 万 3,024 円であった。就労が 1 日伸びた分の増加コストである増分費用効果比 (ICER) は、本研究の場合 1,015 円 (365 日分を仮定すると、約 37 万円) であった。

結果から、多職種アウトリーチチームによるケアマネジメントでは、支援プロセスの履行状況が高い群や利用者の重症度が重い群を中心に、QOL を中心とした介入効果が見られた。認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を組み合わせた就労支援では、全体として、認知機能の改善が見られ、また、就労についても成果をあげた。また、個別就労支援の密度が、就労の有無や就労日数に大きく影響を与えていることが明らかになった。また、多職種アウトリーチ、認知機能リハビリテーション + 援助付き雇用の両者とも、医療経済的には、対照群に比して有意なコスト上昇とは言えず、ほぼ同等のコストの範囲で収まっており、QOL や就労日数といった指標についての費用対効果は良好と判断された。すなわち、2 つの支援プログラムは、今後の普及においても実現可能性が高いと言える。

ただし、現行の診療報酬等の制度のもとでは、両プログラムとも、支援の実施に十分な報酬が保障されているとは言えず、今後、制度上のインセンティブをつけることが求められる。また、実施にあたっては、臨床スタッフの支援技術の習熟が重要であり、研修の必要性が強調される。

スタッフの意識調査の結果から、モデルを導入していない全国 11 の精神科医療機関のアウトリーチ部門またはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群 (n = 89) として、スタッフの臨床姿勢を比較したところ、本研究に参与したスタッフ (介入群) はリカバリー態度尺度において 2 年後得点が、EBP への態度尺度において 1 年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示していた。利用者からの評価も調査したが、介入群ではその多くがスタッフの自己評価と同等であることが確認され、有用な支援が適切に行われていたことが示唆された。

なお、本総合研究報告書では、以上の「多施設共同の、対照群をのいたの比較研究」の成果とともに、各年度に行った「関連研究」についても一部紹介した。

総合研究報告 その1

地域精神科医療モデルに関する、多施設 共同の、対照群を有する比較研究

A. 研究の背景

現在の日本の精神保健施策は入院中心から地域生活中心への改革期にある、と私たちは捉えている。この改革の意味するところは、大きく2つある。

1つは、主たる治療の場を精神科病棟から地域社会へ移行していくことである。もう1つは、“症状の軽減のための治療”から、“質の高い生活の実現のための治療”へと、精神科医療の目標概念を変更していくことである。

言葉を変えて言えば、これは精神科医療を、入院精神科医療を中心とした仕組みから、地域精神科医療を中心とした仕組みに改めていくということである。また、その地域精神科医療も、利用者のリカバリー あたりまえの人生を取り戻す、市民としての生活を取り戻す のプロセスを支援する方向性を持つものにしていく必要があるということである。

これは、医療をベースにしながらも包括的なサポートを行える仕組みが地域精神科医療において必要なこと意味する¹⁾。地域精神科医療の先進地の実績に学べば、精神病棟における長期間の治療を廃絶し、その代わりに、短期の入院治療と、デイケアやショートケアを用いた精神科リハビリテーション、そして、多職種アウトリーチチームによる地域生活支援と危機予防の実施、市民生活の重要な要素である就職を速やかに可能にする就労支援システムなどが、仕組みの具体的要素として必要であることがわかる。また、支援技法としては、医学的なアセスメントに基づく治療技法（薬物療法など）ばかりでなく、本人の生活能力に注目し、本人の希望や長所、持っている技能、環境の利点などに注目し、それらの成長を支えようと、地域社会にある一般的

なさまざまな資源（informal resource）も活用するストレングス・モデルによるケアマネジメントの導入・定着も重要である²⁾。

これらを実現するために、臨床研究が具体的なモデルを構築し、あるべき地域精神科医療のかたちを、期待される成果とともに提示していくことの意味は大きいであろう。

本邦の先行研究を振り返れば、伊藤、西尾らは Assertive community treatment（ACT: 包括型地域生活支援プログラム）、Individual placement and support（IPS: 個別職場定着と就労支援）について、我が国における初めての実証研究に成功し、それぞれのプログラムの普及、定着に努めてきた^{3,4)}。また、池淵、佐藤らは認知機能リハビリテーションの有効性について実証的研究を行っている⁵⁾。これらの文脈から、本研究では、これら個別のプログラムを組み合わせ、ニーズのある利用者への確にサポートが行える、地域精神科医療システムのモデルを作成し、その成果とともに情報発信をしていくことを意図した。

さて、この研究のモデルで中核となるのは医療機関である。モデルの普及可能性を高めるためには、本研究が入院中心の医療を地域精神科医療に変換することの意義について説得力を持つ資料としての価値をもつ必要がある。そのためには、2つの要素が求められる。

1つは、本研究における臨床的成果が、明快到に提示されることである。もう1つは、本研究で示すモデルを一般臨床に敷衍した場合のコスト費用対効果を明らかにすることである。

我が国の精神科医療は民間の精神科医療機関にその多くを委ねられ、発展してきた。地域精神科医療が充実したありようを示すためには、これら民間精神科医療機関が、入院中心の実践を改め地域生活中心の精神保健医療福祉の拠点となることに、臨床的にも、経営的にも強い動機をもつような、ガイドラインの作成と、診療報酬をはじめとした費用体系の手直しが必要である。そこで、本研究では、臨床的アウトカムのみならず、プログラムの

費用対効果等、診療報酬改定などに際して情報提供として有用な試料となる調査を実施した。

B. 研究の方法

本研究は、医療機関の協力を仰いで、「地域精神科医療モデル」を構築しその効果を検証する、多施設共同研究の形式をとった。すなわち、共通の基本プロトコルを作成し、それにしたがって、各研究協力機関にモデルプログラムを構築し、そのアウトカムとコストについて、多面的な評価を実施した。

1. モデルの構築

本研究は医療機関を中心とした地域精神科モデル医療の構築を基本に置いた。中核となる研究協力の医療機関は初年度前半に以下の2つのサービスプログラムを医療機関および地域の資源を活用して構築した。

1) 多職種アウトリーチチーム(重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価研究)

多職種アウトリーチチームは、以下の特徴を持つ。

- (1) 看護師、精神保健福祉士、作業療法士、医師等の複数職種による、アウトリーチチームが構成され、このチームがケースの状況により臨機応変に、アウトリーチを中心とした、包括的な支援を行うこと
- (2) 利用者のニーズ把握、支援プランの作成にあたってはストレングス志向のケアマネジメントを行うこと
- (3) 対象者を当該入院時にスクリーニングによって選定した後は、入院中から関与を開始し、入院から退院、地域生活まで一貫したケアマネジメントが行われること

2) 認知機能リハビリテーションと援助付き

雇用(重症精神障害者に対する認知機能リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援研究)

認知機能リハビリテーション(以下、認知リハ)と援助付き雇用では、下記の実践モデルを構築した。

- (1) 「Cogpack」日本語版を用いた認知リハの実施(概ね3ヵ月:12週間)
- (2) 就労準備活動:履歴書の書き方や面接の練習など、求職活動をはじめの上でのごく一般的な準備を最低4回、集団または個別で実施
- (3) 就職前支援、就職後の継続支援、場合によっては退職と再就職の支援も含める「日本版個別援助付き雇用モデル」による就労支援を1年間、実施。ここでいう、「日本版個別援助付き雇用モデル」(暫定版)は、以下の様な特徴をもつ
Place then Train モデルであること
ケアマネジメント(=個別性を重視した支援)を提供していること
生活支援、就労支援、医療に関する支援が密接に連携していること
生活支援を担当するケースマネジャー(CM)と就労支援担当者(ES)との間に密接な情報交換があること
最低限、就労支援担当者がアウトリーチサービス(企業訪問、同行支援、ジョブコーチなど就労維持のための支援)を実施すること

副たる研究協力医療機関は、以上のいずれかのサービスプログラムを医療機関および地域の資源を活用して構築した。いずれのプログラムを構築するにあたって、スタッフは研究班が実施した研修を受け、患者の希望や願望、長所や持っている技能、環境の有利な点などに注目し、それらを活用しながら、患者の地域生活の充実を図る、ストレングス・モデルによるケアマネジメントを共通の支援

技法とするように努めた。

研究協力機関については、図 1 を参照のこと。また、多施設共同研究の 3 年間の研究プロトコルの概要は図 2 を参照のこと。

2. 割り付け方法と対照群

本研究の多職種アウトリーチチームと援助付き雇用の研究においては、割り付け方法や対照群の設け方が異なる。

1) 重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価

本研究は、純粋なランダム化比較試験ではなく、介入群・対照群を利用者の居住地区によって振り分ける準実験法を用いた。すなわち、対象医療機関を中心に一定のキャッチメントエリアを定め、そのエリア内に居住の対象患者を介入群に、エリア外に居住し一定の条件を満たす患者を対照群とした。対象者のエントリー期間は平成 23 年 11 月～平成 25 年 3 月である。エントリーの方法は、(1)各地区の全新規入院患者について、スクリーニング票によるスクリーニングを実施。重篤度・生活困難度が一定点数以上の者を研究対象候補者として選定、(2)候補者の現居住地の所在により、その所在が各地区に設けたキャッチメントエリア内外のいずれに存在するかによって、介入群と対照群に振り分ける、(3)候補者に対して研究に関する説明を行い、同意した者を各研究の参加者として位置付ける、(4)退院後に介入群にはアウトリーチチームの支援が行われる、対照群には対象医療機関の通常の精神科医療が行われる、とした。本研究には、国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター国府台病院、東北福祉大学せんだんホスピタル、3 地区を選定した。なお、帝京大学医学部附属病院においては、新規外来患者に対するアプローチとして実施されたため、独自の研究という位置づけとした。

2) 重症精神障害者に対する認知機能リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援

一定の条件を満たす対象者を、無作為割り付けにて介入群と対照群に振り分けるランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial :RCT デザイン) を採用した。すなわち、以下の 5 条件、(1)研究協力施設に外来通院中であること、(2)主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病であること、(3)年齢が 20-45 歳であること、(4)研究開始時に就労を希望しているもの、(5)一定の認知機能障害が認められるもの (BACS-J によるスクリーニング) を性別、年齢、スクリーニング課題で層別化した上で乱数による無作為割り付けを実施し、介入群および対照群に割り付けた。そのうえで、介入群には、上述の認知リハおよび「日本版個別援助付き雇用モデル」(暫定版)による個別就労支援を実施した。

一方、対照群には、研究協力施設である医療機関内に就労支援担当者を 1 名配置し、この担当者がいわゆるブローカー型の就労支援を実施した。面接は月に 1 回定期的に行われ、その時々に対象者のニーズに合わせて最善と思われる機関にリファーを行った。ブローカー型支援の結果、リファー先の地域の就労支援機関においてケアマネジメントが実施されるケースも当然想定されるが、これは妨げなかった。

3. 評価方法、アウトカムと尺度

本研究は地域精神科モデル医療の構築ならびに普及を最終的な目標としているため、アウトカム評価だけでなく、プロセス評価、医療経済学的評価などを実施した。また、スタッフの支援行動についてのスタッフ自身や利用者の意識についての評価も同時に実施した。

1) アウトカム評価

「多職種アウトリーチチーム」の効果に関しての主たるアウトカム指標は、地域滞在日数とした。そのほか入院回数、救急利用回数、

治療中断歴、逮捕/拘留歴等のサービス利用の在り方の変化、精神症状などを臨床的指標とした。また、患者の生活に与える影響として、QOL、生活時間の構成の変化に関する指標、生活機能の評価などをアウトカム指標として採用した。

「認知リハと援助付き雇用」の主たるアウトカム指標は、就労率、就労継続日数、総賃金などを含む就労関連指標であった。認知リハの効果判定としての神経心理検査等でとえられる認知機能、作業能力や、精神症状評価、生活時間の構成の変化なども臨床関連指標として採用した。

2) プロセス調査

「多職種アウトリーチチーム」や「認知リハビと援助付き雇用」、それぞれにサービスコード票を作成し、データ収集を行った。スタッフが研究対象者にサービスを提供した際に、自身の行ったサービスを、サービスコード票に記載した。

3) 医療経済評価

「多職種アウトリーチチーム」、「認知リハビと援助付き雇用」のいずれにおいても、データ収集は、(1)医療機関のレセプト調査、(2)サービスコードによる支援量・人的コストの把握調査、(3)日本語版 Client Service Receipt Inventory: CSRI-J)を用いた社会資源利用により生じるコスト集計調査を基本とした。これらより、介入群、対照群のコストの総計および、継続的なコストの推移を求め、費用対効果分析も行うこととした。

現行の制度ではいわゆる「持ち出し(赤字)」となるサービスのコストについては、サービスコードを用いて調査した。

4) スタッフ意識と利用者意識

モデルを実施する4エリアで直接モデルに携わる臨床スタッフを介入群(n=96)とし、モデルを導入していない全国11の精神科医

療機関でアウトリーチ部門かつまたはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群(n=89)として、スタッフの支援行動についての意識調査を実施した。本研究に關与したスタッフの臨床における意識の変化を調べるのがその目的であった。自記式調査票を用い、モデル実践開始前(ベースライン)とその1年後、2年後の3時点でスタッフの支援態度や意識を評価した。

自記式調査票には、属性および臨床経験等の調査のほか、(1)ストレンクス志向の支援態度尺度、(2)日本語版 Recovery Attitude Questionnaire (RAQ)、(3)日本語版 Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)、(4)精神障がい者に対する肯定的態度:改訂版(肯定的態度尺度)、(5)統合失調症に対する社会的距離尺度(社会的距離尺度)、(6)日本版 Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI)を用いて評価が行われた。

一方、本研究による介入がスタッフのストレンクス志向の支援態度に及ぼす影響を利用者の視点から把握すること、および、スタッフ側と利用者側の視点による一致の程度を確認し、今後の支援関係の質の向上のための知見を得ることを目的としてスタッフに対する利用者の認識調査を実施した。介入研究の協力機関において、研究参加1年後の経過時(平成24年11月~平成26年4月)、(1)介入群および対照群に割り付けられた精神障害をもつ当事者を対象とした無記名自記式調査(利用者版評価)および、(2)介入群の支援にあたるスタッフを対象とした無記名自記式調査(スタッフ版自己評価)を実施した。利用者版評価では、既存のスタッフ版尺度をもとに、「利用者版支援者ストレンクス態度尺度(10項目)」を作成し使用した。

4. 倫理委員会の承認

いずれの研究に関しても、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の審査を受けた。

1) 「多職種アウトリーチチームのサービス記述および効果評価に関する研究」(2011年

- 8月1日 No. 23-036)
- 2) 「日本版個別援助付き雇用モデルと認知リハを用いた就労支援が精神障害をもつ人の就労に与える影響に関する研究」(2011年8月1日 No. 23-038)
 - 3) 「モデル導入・実施が支援スタッフの意識・態度に及ぼす影響の検討」(2011年8月1日 No. 24-039)
 - 4) 「支援スタッフの意識・態度に及ぼす影響の利用者評価に基づく検討」(2012年11月13日 No. 24 - 475)

C. 研究の結果

本節では平成25年度総括・研究分担報告書に掲載した研究報告をまとめる。

1. 多職種アウトリーチチームのプロセス評価と効果評価

1) 基本プロトコルと対象者の属性

(1) 調査測度：

1年ごとに(1)カルテによる精神科医療等の利用調査(2)症状・機能評価(3)利用者に対する自記式調査(4)医療経済評価：レセプト、サービスコード、CSRI-J、を用いて評価した。

(2) 対象者のエントリー状況：

介入群67名・対照群74名が研究に同意し、1年後フォロー時点では介入群53名・対照群62名が調査継続状態にあった。対象者のフローチャートを図3にしめす。

(3) 対象者のベースライン時の基礎属性：

各群の対象者のベースライン時の基礎属性は、平均年齢は介入群40.9±11.3才、対照群40.8±11.4才であった。GAFは介入群42.0±10.1、対照群44.6±11.1であった。対象者の診断は統合失調症圏の患者が介入群67.3%(n=37)・対照群68.3%(n=43)であった。地域割り付けを行ったもののスクリーニング合計得点(p=.015)・SBS総合得点(p

=.005)で介入群が有意に高く、WHO-QOL26で介入群が有意に低かった(p=.027)。

2) 支援プロセスの実態とサービス記述

(1) 方法：

プロトコルに基づき、介入群の対象者に提供された支援をサービスコードにより把握し、55ケース(8,536コンタクト)を分析対象とした。また経時的な変化をたどる分析については、サービス中断調査事例等を除いた52ケース(8,188コンタクト)を分析対象とした。

(2) 結果：

8,536回のコンタクト中、2,489回(29.2%)が報酬有の実コンタクト、2,613回(30.6%)が報酬無の実コンタクト、3,434回(40.2%)が電話コンタクトとなっていた。また対象者に対して月平均5.9±5.2回の頻度で実コンタクトをとっており、また月平均で301.8±236.8分の実コンタクトを行っていた。診療報酬で請求できない最も多い理由は『入院中の病棟訪問』(28.5%)で、次に『契約前の関わり(入院中)』(23.0%)であったが、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。また、初回入院中に月当たり8.8回、月に297分程度の実コンタクトを行っていた。退院後は月あたり4回前後の有報酬コンタクト、1回程度の非報酬コンタクトを行っていた。総コンタクト時間は平均月約300分前後で、頻度・量ともに横ばいで推移していた。

(3) 考察：

支援行為のかなりの割合が診療報酬上で無報酬になっていることが明らかになった。特に入院中・契約前の段階にかなりの労働量が割かれているのに対し、報酬上の裏付けがないことが理由と考えられた。多職種アウトリーチ支援のような柔軟な対応を求められる枠組みにおいては、きわめて多様な支援の様相を呈し、報酬上請求できない理由も多岐にわたっている。こうした部分を鑑みて制度設計

を行う必要があると考えられた。

3) 効果評価：

(1) 方法：

時期（BL時・1年後時）と群（介入群・対照群）を要因とした二元配置の反復測定・共分散分析を行い、時期と群の交互作用を検定することで、2群の得点の変動パターン之差を精査した。

(2) 結果：

全体での結果：

SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が有意であった。（ $p = .007$ ）

支援プロセスの履行状況別の結果：

(i)月 180 分以上（介入群の上位 70%）に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった（ $p = .008$ ）

(ii)月 240 分以上（介入群の上位 50%）に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』（ $p = .028$ ）および WHO-QOL26 総合得点（ $p = .016$ ）・『心理的領域』（ $p = .027$ ）・『全般的満足度』（ $p = .028$ ）にて交互作用が有意であった。

対象層別の効果評価：

旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者層（A 層）本研究における軽症層（B 層）に分けたところ、A 層では、WHO-QOL26 総合得点（ $p = .016$ ）・『環境領域』（ $p = .045$ ）で交互作用が有意であった。B 層では SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった（ $p = .005$ ）。

(3) 考察：

本研究では複数施設において入院中から地域生活支援の高いニーズもつ対象者を捕捉し、多職種アウトリーチ支援を行うことによる効果評価を行った。支援プロセスの履行状況別の効果評価および層別の効果評価を行っ

たことで、十分な支援量を提供した層に主観的 QOL を中心に介入効果が現れており、また対象層別に異なる影響が現れる可能性があることを明らかにした。

4) 医療経済評価

(1) 方法：

医療経済的な評価を行うためレセプト調査・サービスコード・CSRI-J を用いて 1 年間に投入された医療・社会的コストを算出し、各費用および合計費用について介入群と対照群で t 検定により差を検定した。また WHO-QOL26 得点をメインアウトカムにした場合の費用対効果および増分費用効果費を算出した。さらにこれらの分析については全体での介入群と対照群の比較、月 240 分以上実コンタクトがあった介入群と対照群全体の比較、介入群 A 層・対照群 A 層の比較および介入群 B 層と対照群 B 層の比較を行った。

(2) 結果：

費用の比較

各分析において医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。

費用対効果（CER）

WHO-QOL26 上昇における費用対効果（CER）は高い順に介入群（月 240 分以上コンタクト）（223,958 円/点）> 介入群 A 層（325,383 円/点）> 介入群全体（363,580 円/点）> 介入群 B 層（408,839 円/点）> 対照群 B 層（557,654 円/点）> 対照群全体（1,158,769 円/点）> 対照群 A 層（-468,460 円/点）だった。

増分費用効果費（ICER）

対比する支援に対して増分費用効果費（ICER）が低い = 通常の治療に加えて更なる効果を得るための追加コストが低かったのは、介入群 A 層への支援（46,288 円/点（WHO-QOL26））、次に介入群月 240 分以上コンタクト層への支援（69,499 円/点（WHO-QOL26））であった。

(3) 考察：

本報告では対照群と比べて医療・社会的コスト費は必ずしも高くないことが明らかになった。また『月 240 分以上コンタクトをする集中して支援した場合』ないし『対象層を A 層に限定した場合』の ICER が比較的低いことから、医療経済的な観点を鑑みても、多職種アウトリーチでは一定の濃度で支援を行うこと、また対象層を A 層のような重症層に限定することは、妥当であると考えられた。

2. 重症精神障害者に対する認知機能リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援

1) 基本プロトコルと対象者の属性：

6 サイト合計 111 名から文書による同意が得られ、無作為割付によって認知リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援を受ける群 (CR+SE 群) と仲介型ケアマネジメントによる就労支援のみをうける群 (仲介型群) の 2 群に振り分けられた。その後、両群で研究対象外のものや同意撤回者が生じ、分析対象者は CR+SE 群 47 名、仲介型群 47 名、合計 94 名となった。対象者のフォローチャートを図 4 に示す。この 2 群においてベースライン時の患者属性や臨床的評価には GAF 得点 (仲介群 > CR + SE 群) を除いて有意差はなく、割付は概ね成功した。

2) 臨床関連指標のアウトカム

(1) 方法：

各評価測度の得点についてベースライン時、4 カ月時、12 カ月時の推移を群別に検討するため群と時期を独立変数、各評価測度得点を従属変数とし、GAF 得点についてはは繰り返しのある二元配置分散分析、その他の変数はベースライン時に両群間で有意差がみられた GAF 得点を共変数として投入する繰り返しのある二元配置共分散分析を実施した。

(2) 結果：

GAF 得点、BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点について交互作用に有意差がみられた (言語性記憶 : $F=4.674$, $p<.05$, 作業記憶 : $F=3.971$, $p<.05$, 文字流暢性 : $F=6.240$, $p<.01$, 符号課題 : $F=6.771$, $p<.01$, Composite Score : $F=6.753$, $p<.01$)。

これらの変数について単純主効果の検討を行った結果、群ごとにみると CR+SE 群では認知リハ (CR) を受けた前後であるベースライン時と 4 カ月後で仲介型群と比べて有意に得点が改善しており、12 カ月後でもその改善が維持されているあるいは、さらに得点が改善していた。また時点ごとの比較ではまず GAF 得点についてはベースライン時と 4 カ月時で仲介型群が CR+SE 群と比べて有意に得点が高かったが、12 カ月後時点では CR+SE 群の得点の上昇によって両群の有意差がなくなった。

BACS の各下位領域の得点については 4 カ月後時点では言語性記憶、作業記憶、符号課題および総合得点で、また 12 カ月後時点では BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点で CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に得点が高かった。

(3) 考察：

CR+SE 群は CR によって認知機能の多くの下位領域と全般的な認知機能が改善し、なおかつ CR が終了後もその改善が維持されていたことが示唆された。認知機能の改善によって対象者の生活に良い変化がもたらされ、これが全般的機能の評価である GAF 得点の上昇につながったと考えられる。精神症状については両群とも 3 時点で大きな変化はなく、CR や就労支援の精神症状に対する影響は見られなかったがこれは先行研究の知見とも一致する結果であった。

3) 就労関連指標のアウトカム

(1) 結果：

群間の就労関連指標には大きな差が見られた。就労率について CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に多い対象者が就労して、全体の63.8%が就労していた。CR+SE 群は研究開始から3-4ヵ月間はCRと就労準備活動のみを行い、地域における求職活動はしないことがプロトコルで定められていたことから、実質的には8-9ヵ月間の間に上記の就労率を達成した。加えて、就労した者の就労回数、雇用契約を結んでいた期間である合計就労期間、実際に働いた日数である合計就労日数のいずれもCR+SE 群は仲介型群と比べて多く、また長かった。さらに両群の就労した者について離職回数を検討すると、両群間に有意差はなかった。

本研究を遂行する過程で6つの研究協力機関はその支援体制から3つの支援タイプに分類することが出来、副次的に支援タイプ別にも就労関連指標について整理した結果、CR+SE 群の就労率がもっともよかった支援タイプは、「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タイプ（地域事業所型）である国府台・仙台サイトであり（就労率：100%）であった。次いで就労率がよかったのは「医療機関に就労支援員を配置」する支援タイプ（医療機関型）の小平・ひだサイトであった（就労率50%）。

(2) 考察：

本研究で実施された認知リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援は、重い精神障害をもつ人の就労とその維持に対して効果的であることが示唆された。また、支援タイプ別にみると、1つの機関内に就労支援専門員と生活支援員の両方が所属することは重い精神障害をもつ人の就労支援を実施する際に重要であると考えられた。

4) プロセスデータ分析

(1) 方法：

援助付き雇用における支援タイプ別（医療機関型、連携型、地域事業所型）のサービス内容やサービス提供時間を把握すること、および就労アウトカムに関連するサービス内容を検証することを目的に、サービスコード票を用いたプロセス調査を行った。サービス提供時間の検証には、1対1換算のサービス提供時間（実サービス提供時間÷利用者数×スタッフ数）を用いた。また、サービス内容は「認知リハビリテーション+ビジネスマナー」、「個別就労支援」、「個別生活支援」、「集団プログラム」、「その他」の5つのカテゴリーに分けて分析を行った。

(2) 結果：

支援タイプにおける臨床的不均一性（clinical heterogeneity）が確認された（16ヵ月間の1人当りの1対1換算のサービス提供時間の合計は、医療機関型=3,452分、連携型=6,509分、地域事業者型=10,887分であった。就労アウトカムとサービス内容の分析では、就労者は就労前と就労中に1ヵ月当たり平均で6時間（就労前：約373分、就労前+就労中：約360分）の個別就労支援に関連するサービスと、1ヵ月当たり1.5時間の個別生活支援に関連するサービス（就労前：約90分、就労前+就労中：約87分）を受けており、未就労者と比較し有意に多かった。特に個別就労支援時間の長さは、16ヵ月間の就労の有無（OR=1.04 [95% CIs=1.01 to 1.07], p=.035）や就労日数の長さ（Coefficient=0.31 [95% CIs=0.08 to 0.55], p=.010）と関係していた。他方、集団プログラムについては、単変量解析と多変量解析の両方で就労アウトカムとの関係は見られなかった。

(3) 考察：

最も就労率（88.2%：就労継続A型、特例小会社なし）の高い地域事業所型のサービス内容から、重度の精神障害を持った人への就

労支援には、個別性の高い支援の重要性が示唆された。また、就労支援の開始時期や就職時期の前後には集中的かつ濃密なサービスが必要であると推測された。効果的な就労支援を実施するためには、個別かつ時期によって集中的なサービスを供給できるシステムの展開が重要であり、それを可能にする制度改正へのアプローチが今後の課題として示唆された。

5) 医療経済評価

(1) 方法：

分析対象者は92名（介入群：45名、対照群：47名）であった。就労やコストに関するデータは、レセプトや日本版クライアントサービス受給票、サービスコード票、職場開拓記録票、アウトカム・モニタリングシートなどから収集した。

(2) 結果：

介入群の就労者数（ $n=30$ ）は対照群の就労者数（ $n=12$ ）より有意に多かった（ $\chi^2=15.678$, $p<0.001$ ）。また、平均就労期間についても、介入群（85.9日, [sd=88.5日]）が対照群（33.0日, [sd=82.1日]）より長い結果となった（ $z=3.857$, $p<.001$ ）。

費用の比較

コストに関して、対照群の12ヵ月間の合計コスト（174万7,533円, [sd=158万4,114円]）と比較し、介入群の合計コスト（180万1,255円, [sd=109万9,031円]）はごくわずかに上回る結果となった。他方、介入群と対照群における積み上げコストの特徴は異なった。介入群では所得保障費（64万654円, [sd=61万6,173円]）が高かった。また、福祉・公的サービス費（42万6,142円, [sd=48万8,183円]）やデイケア費は、認知リハや就労支援が活発化する中盤までに多くのコストが費やされ、終盤には減少する傾向があった。対照群においては、福祉・公的サービス費（49万826円, [sd=60万

4,149円]）が12ヵ月継続して一定の割合占めたほか、入院医療費（43万7,713円, [sd=121万4,728円]）が全体のコストを押し上げる形となった。

費用対効果（CER）

介入群における12ヵ月間の就労1日当りのコスト、つまり就労期間（日）のCERは2万972円であった。他方、対照群のCERは5万3,024円であった。

増分費用効果比（ICER）

就労が1日伸びた分の増加コストである増分費用効果比（ICER）は、本研究の場合1,015円（365日分を仮定すると、約37万円）であった。

(3) 考察：

英国やWorld health organizationのICERの基準（約340万円～約510万円以下で費用対効果あり）を参考にすると、認知リハと援助付き雇用は、日本の従来型の就労支援と比較して、費用対効果が高い実践と判断できた。

3. 地域精神科医療モデルの実践がスタッフの支援態度に及ぼす影響の検討

1) 支援態度の2年間フォローアップ

(1) 方法：

モデルを実施する4エリアで直接モデルに携わる臨床スタッフを介入群（ $n=96$ ）とし、モデルを導入していない全国11の精神科医療機関でアウトリーチ部門またはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群（ $n=89$ ）とした。ストレングス志向支援尺度、リカバリー態度尺度などで構成される自記式調査票を用い、モデル実践開始前（ベースライン）とその1年後、2年後の3時点でスタッフの支援態度・意識を評価した。

(2) 結果：

3時点すべてにおいて回答が得られた介入群59名、対照群44名に対する繰り返しありの

二要因分散分析の結果、介入群はリカバリー態度尺度において2年後得点が、EBPへの態度尺度において1年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示した（群の主効果）。

各時点で回答が得られた全対象者について、繰り返しなしの二要因分散分析を行った結果、ストレンクス志向支援尺度の「本人参加と意思決定」下位尺度の自信度はすべての時点で介入群は対照群よりも有意に高い得点を示し、介入群では、1年後よりも2年後で有意に高い得点を示した。またEBPへの態度尺度では、介入群がベースラインよりも1年後で有意に高い得点を示した。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示した（群の主効果）。

(3) 考察：

本研究班で構築した「地域生活中心」を推進する地域精神科医療モデルにおける実践により、臨床スタッフのリカバリー志向の態度が高まり、支援チーム全体としてもストレンクス志向支援を実施する自信が高まると考えられた。また、介入群ではリカバリー志向やストレンクス志向の高い支援が実施されている（質の担保）ことが示唆された。

2) 利用者版評価に基づく検討

(1) 方法：

研究の協力機関において、研究参加1年後の経過時（平成24年11月～平成26年4月）

介入群および対照群に割り付けられた精神障害をもつ当事者を対象とした無記名自記式調査（利用者版評価）および、介入群の支援にあたるスタッフを対象とした無記名自記式調査（スタッフ版自己評価）を実施した。利用者版評価では、既存のスタッフ版尺度をもとに、「利用者版支援者ストレンクス態度尺度（10項目）」を作成し、使用した。

(2) 結果

介入群においては、利用者による評価では研究種別に関わらず同等であることが確認される反面、スタッフによる自己評価では「認知機能リハ+援助付き雇用」の支援者の方がストレンクス志向での支援の実施度・自信度が高いことが明らかになった。

「多職種アウトリーチ」の利用者版評価では、介入群の利用者は対照群に比ベスタッフに対する評価が高く、特に、「クライシスプランの協働作成」「スタッフ自身の自己開示」「地域における支援活動の実施」において顕著であった。一方、「認知機能リハ+援助付き雇用」の対照群の利用者は、支援態度に対する評価が介入群同様に高く、介入の有無による差異は見られなかった。

さらに、利用者版評価の大半項目において、スタッフ自身の評価と共通していることが確認されるとともに、利用者の方が高評価である項目（クライシスプランの協働作成、支援計画の協働作成）やスタッフの方が高評価である項目（スタッフ自身の自己開示、地域における支援活動の実施）も確認され、いくつかの側面においては、利用者-スタッフ間での意識に差異が見られることも明らかになった。

D. 考察

1. 多職種アウトリーチチームの「地域精神科医療モデル」における意味

1) 多職種アウトリーチチームは臨床的に効果的か

多職種アウトリーチチームのアウトカムについて、ACTの有効性はすでに多くの先行研究があり、我が国における追試研究も成果を出している⁶⁾。しかしながら、本研究のように、ACTばかりでなく、さまざまな形のアウトリーチチーム全体の成果をみるとなると、チームの構造や、対象者層のばらつきから、

介入の効果が不鮮明になる。そこで、本研究では、(1)支援プロセスの履行状況と(2)対象層という視点のもとに分析を行ない、介入の効果を明らかにしてきた。

まず、支援プロセスの履行状況による効果への影響であるが、介入群に投入された支援量を目安に、月180分以上(介入群の上位70%)、月240分以上(介入群の上位50%)と限定して評価を行った結果、主観的QOLおよびSBS(社会行動尺度)を中心に、観察された効果の大きさは『月240分以上の接触をした対象に限定した分析』>『月180分以上の接触をした対象に限定した分析』>『介入群全体の分析』という状況にあった。

すなわち、今回の研究では、重症な精神障害者の地域生活支援を行うためには一定の濃度で関わる必要があることが示された。とくに月240分以上(週換算で60分以上)の実接触をとった場合に結果が顕著だったことは、臨床的な関わりを行う上での重要な示唆である。量に関するモニタリングや規定が、効果を上げるうえで重要な要素であることは、今後の制度設計をするうえでも、見落とせない観点である。

また、とくに影響が見られたのは、主観的QOLに関する指標であり、対照群では時期の単純主効果が認められない(ほぼ横ばい)のに対して、介入群では時期の単純主効果が認められることから、通常のサービスでは1年間の対象者の主観的QOLを向上させないものの、アウトリーチサービスを十分に受けた対象者は主観的QOLが向上すると推察された。これは、重い精神障害者においても、アウトリーチ支援を展開し、関わりのあるように変化させることで、その生活状況は改善されうる可能性を示している。

「関わりつけやすい軽症の対象者だから効果があるのではないか」という疑義については、月240分以上の接触をつけている対象者の方が、スクリーニング合計得点が高い(生活困難度が高い)ことから、この疑

義はひとまず退けてよい。むしろ逆に、生活困難度の高い対象者の方が、支援のニーズを利用者・関係者ともに感じているため、結果的に支援の濃度が高まりやすい、という方が妥当な推論であるといえる。

次に、対象層別の効果評価であるが、対象をA層(旧来のACTの対象者に近い重症精神障害者)とB層(旧来のACTの対象層からは離れている比較的軽症な層および統合失調症・感情障害圏以外の者)で分けると異なる結果が示された。具体的には、A層では主観的QOLを中心に介入効果が見られており、これらは中程度(偏 $\eta^2=0.06$)もしくは大程度(偏 $\eta^2=0.16$)の効果と解釈された。B層ではSBSの下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が観測された($p=.004$, 偏 $\eta^2=.134$)。これらは大程度(偏 $\eta^2=0.16$)に近い効果と解釈された。

これらの結果は、同じ多職種アウトリーチサービスといっても効果のあり方が対象層によって異なることを意味している。A層では主観的QOLを中心に介入効果が示唆されたが、A層は地域生活上の困難度が高い対象である。アウトリーチサービスの提供が具体的に生活状況を改善し、主観的QOL上の得点上昇として現れたのではないかと考えられる。他方で、SBSの下位尺度得点の改善は見られなかったが、若干重篤な層であるためそうした行動には影響がもたらされなかったのかもしれない。症状・機能上の変化は伴わなくとも、効果量も大きい形で生活の質・満足度を上げられることが示唆されたことは、大きな意味をもつと考えられる。

逆にB層ではSBS上の問題行動の一部の改善について示唆されたが、他方で主観的QOL上の変化は対照群と有意な差をみなかった。B層ではスクリーニング合計得点がA層に比べて比較的低い層であるため生活の困窮度も低く、アウトリーチサービスによる顕著な変化をもたらさなかったのかもしれない。しかしA層に比べて問題行動の一部が改善示

唆されることから、介入が無為であるとはいえないであろう。

以上より、多職種アウトリーチ支援は、対象層別に異なる影響が現れる可能性があり、より重症である A 層では主観的 QOL に象徴される生活改善への影響、比較的軽症な B 層では SBS の陽性症状に伴う行動への影響が示唆された。これまでをまとめれば、多職種アウトリーチによる支援は QOL の増加を目的に、重症度の高い層に実施することで、より効果をもたらすといえる。その場合も、月 240 分以上(週換算で 60 分以上)の実サービスが可能なような、関係づくりや支援モデルの構築が、より良い効果を上げるためには目指す必要があることが示唆された。

2) 多職種アウトリーチチームのサービスプロセスでは、現在どのようなコストの問題があるか

本研究では多職種アウトリーチチームの支援状況について詳述したが、その中で支援行為のかなりの割合が診療報酬上で無報酬になっていることが明らかになった。時間ベースで換算した場合、全臨床時間の 57.7%が報酬有の実コンタクトではあるものの、33.4%が無報酬の実コンタクト、8.9%が電話コンタクトであり、全臨床時間の半分弱が無報酬となっていることになる。

この理由としては、もっとも多くあげられたのは『入院中の病棟訪問』(28.5%)で、次に『契約前の関わり(入院中)』(23.0%)であった。研究エントリー時の、患者 1 人あたり平均入院期間 79.4 日に平均して投入されている支援は、電話 63 分、無報酬コンタクト 709 分、有報酬コンタクト 79 分であり、合計で 800 分を超えている。これは月当りに直せば約 300 分であり、かなりの労働量を割いていることが明らかになった。

一方、退院後のケアについては、支援経過 6 ヶ月を経過してもコンタクト頻度・時間の総量は、激変していない。総コンタクト時間

は平均月約 300 分と横ばいで推移しており、本研究で対象とするような重症精神障害者へのアウトリーチ活動はインテンシブかつ継続的な関わりが必要であることを示していた。このようななか、一日複数回実コンタクトも稼働日数の 11.7%、全体の回数の 12.2%を占めており、これも無報酬コンタクトの一因であった。

以上、多職種アウトリーチ支援のような柔軟な対応を求められる枠組みにおいては、きわめて多様な支援の様相を呈し、それが堆積して、無報酬のコンタクト時間が半分弱を数えるようになっている。今後、多職種アウトリーチチームを普及するにあたっては、1 つ 1 つの行為に対して報酬を付与していく形式の報酬体系でこれらに対応するには限界もあり、「まるめ」の管理料などの方式での対応も検討されるべきであると考えた。

3) 多職種アウトリーチ支援は、費用対効果から見ても有効か

介入群と対照群にかかる費用を集約して比較すると、医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。一般にアウトリーチをすることで追加コストがかかると考えられがちであるが、そのような仮説は否定された。QOL の向上を中心に介入効果があるのに対してコストは必ずしも対照群と比べて高くないという事実は、多職種アウトリーチ支援の展開・制度化を考えるうえで非常に大きな意味をもつと考えられる。

これを、費用対効果で試算すると、費用対効果が高い支援は、介入群(月 240 分以上コンタクト) > 介入群 A 層 > 介入群全体 > 介入群 B 層 > 対照群 B 層 > 対照群全体 > 対照群 A 層という順になった。一方、増分費用効果費(ICER)を算出してみると、対比する通常の支援に対して、最も増分費用効果費が低い=通常の治療に加えて更なる効果を得るための追加コストが低かったのは、介入群 A 層への支援(46,288 円/点(WHO-QOL26))、次に

介入群月 240 分以上コンタクト層への支援 (69,499 円/点 (WHO-QOL26)) であった。

『月 240 分以上コンタクトをする集中して支援した場合』ないし『対象層を A 層に限定した場合』の ICER が、介入群全体または介入群 B 層の ICER より低いことから、医療経済的な観点で判断しても多職種アウトリーチでは一定の濃度で支援を行うこと、また対象層を A 層のような重症層に限定することは、妥当な方針であると考えられた。

2. 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の「地域精神科医療モデル」における意味

1) 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の組み合わせは臨床的に有用か

本研究の成果を、簡単に再掲すれば、認知リハ (CR) と援助付き雇用 (SE) 群は CR によって認知機能の多くの下位領域と全般的な認知機能が改善し、なおかつ CR が終了後もその改善が維持されていたことが臨床的指標として示唆された。認知機能の改善によって対象者の生活に良い変化がもたらされ、これが全般的機能の評価である GAF 得点の上昇につながったと考えられる。

一方、就労率についても、CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に多い対象者が就労して、全体の 63.8% が就労していた。加えて、就労した者の就労回数、雇用契約を結んでいた期間である合計就労期間、実際に働いた日数である合計就労日数のいずれも CR+SE 群は仲介型群と比べて多く、また長かった。さらに両群の就労した者について離職回数を検討すると、両群間に有意差はなかった。

これらのことから、本研究で実施された認知リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援は重い精神障害をもつ人の就労とその維持に対して効果的であることが示唆されている。

また、1 年後の就労関連指標をみると、「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タ

イプ (地域事業所型) > 「医療機関に就労支援員を配置する」支援タイプ (医療機関型) > 「医療機関と就労支援機関が緊密な連携を実施」する支援タイプ (連携型) であった。就労回数、合計就労期間、合計就労回数についても同様の傾向が見られた。

これらより、1 つの機関内に就労支援専門員と生活支援員の両方が所属することは重い精神障害をもつ人の就労支援を実施する際に重要であると考えられた。これは、Cook らが Employment Intervention Demonstration Program Measure で推奨した在り方を支持する結果であった⁷⁾。

2) 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を有効にするためのプロセスとは

1 対 1 換算のサービス提供時間の長かった地域事業所型では高い就労率 (88.2%) を示したことから、重い障害を持った人に対する就労支援には、集中的な個別サービスを提供する必要があると考えられた。具体的には、認知リハ後の具体的な就労支援を始める時期と対象者が就労を開始する時期に集中的なサービスを提供する必要があったと推測される。就労支援初期と就職前後の濃密なサービスの重要性^{8),9)}や就労期間との関係¹⁰⁾は米国の先行研究でも指摘されており、日本の援助付き雇用でもその重要性が実証されたと考えられる。

また、16 ヶ月間の就労状態 (就労の有無) や就労期間、就労日数とサービス内容の関連について、就労した利用者は、就労前あるいは就労中に受けた「個別就労支援」、「個別生活支援」のサービス量 (1 対 1 換算のサービス提供時間) が有意に多かった。この結果から、本研究の対象となった重度の精神障害を持った人の就労支援には、個別の手厚い支援が必要になると示唆され、他方、「集団プログラム」特に就労に直接関係しない「その他のプログラム」については、就労アウトカムへの効果は疑問が残った。

さらに、基本属性や交絡要因を調整した多変量解析の結果では、就労状態や就労日数の長さに関係するのは、「個別就労支援」の時間の長さのみであった。就労アウトカムの向上のためには、生活支援や集団プログラムという従来の支援の枠を超えて、個別の就労支援により多くの時間を費やすことを念頭にしたサービス供給システムを展開させる必要性があると示唆された。これは、地域精神科モデルを形成するうえで、重要な所見になると予想される。なぜなら、本研究で認められた、医療機関型や連携型における比較的少ない1対1換算のサービス提供時間は、就労支援担当者(ES)の不在や人員不足、あるいは在宅・リハビリテーション部門の絶対的なマンパワー不足が関連しているかもしれないからである。今後、各就労支援員やケースマネージャーが担当する利用者数に上限を設けるなど、個別に対応できる時間を確保するための構造的変化が必要かもしれない。

3) 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を費用対効果から見ても有用か

介入群におけるコストの積み上げの特徴として、対照群と比較し、所得保障費が高かったことが挙げられる。年金や生活保護は当事者の生活の安定にとって大きな意味を持つ。対照群と比べ、介入群では就労者数が多かったが、年金や生活保護の受給者数も多かった。対象者が安定して就職活動をできた理由の1つは、年金や生活保護の受給により生活の日々の生活が経済的に追い込まれていなかったからかもしれない。本研究においては、研究開始時期から、対照群より介入群で所得保障を利用している対象者数が多かったが、それ以外にも介入群の所得保障費の積み上げコストが多くなった理由としては、各サイトのケースマネージャーや就労支援員が対象者の就労後も所得保障の減額がないように調整した結果、あるいは対象者が所得保障を不要とするだけの収入を得られなかった可能性、そ

して対照群が家族からの援助をより多く受けて生活していた可能性などが推測された。

また、介入群における福祉・公的サービス費およびデイケア費の特徴は、研究開始から就職支援が活発な中盤までに多くのコストが費やされた点である。特に4ヵ月目までは、認知リハビリが行われている期間であったことが影響していると示唆される。

赤字(持ち出し)部分については、対象者の多くが就労した中盤以降に増加する傾向にあった。これは就労前後にアウトリーチの機会が増えるにもかかわらず、現行の診療報酬制度ではデイケアスタッフのアウトリーチ活動に対して報酬がないことや、利用期限がある就労移行支援事業所は対象者が就労した場合に契約を打ち切り、その後のサービスは持ち出しになっている現状が反映されたものと推察される。

一方、対照群におけるコストの特徴は、総合福祉法下のサービス費およびそれ以外の福祉・就労・公的サービス費が多かったことである。これに関しては、各サイトの対照群のケアマネージャーによる調整先が、トレーニング型あるいは継続的な通所を前提とした生活や就労支援機関などであったため、対象者の一部が長期間にわたって高頻度で支援機関を利用したことが影響していると推測される。対照群のコストとしての特徴として最も顕著だったのは、入院医療費であった。対照群の入院した対象者は8名であったが、一人当たりの合計コストでは、全体の4分の1を占める。就労という挑戦をする場合には、対象者が心理的に揺らぐ場面がある。仲介型の支援では、その揺れを支援しきれず、入院に至ると最終的にコストの側面でも負担が大きくなると示唆された。

Cost effectiveness plane における ICER の座標は、臨床的效果はあるが、コストが高い領域に位置した。この領域に ICER が位置する場合、ICER の値をどのように考えるかが重要になる。本研究における ICER は、就労

が1日増える分のコストの平均的な増加額を指している。そこで、本研究の結果から得た ICER (1,015 円) に 365 (1 年の日数) を掛け、就労期間が1年伸びた場合の ICER を仮定すると、37 万 475 円となる。英国^{11,13)}や WHO¹⁴⁾の基準を参考にすれば、本研究における認知リハと援助付き雇用は十分に費用対効果が高い実践と考えられた。

3. 地域精神科モデル医療のこれから

本研究で焦点をあてた、多職種アウトリーチチームによるケアマネジメントと、認知リハと援助付き雇用が、従来の医療的関与と最も異なるところは、それが精神症状の安定や治癒といった病理的要素の改善を目標としたものではなく、人としての生活機能の向上を目指そうとしたものであるという点である。当然、その過程には、疾病の安定や再発の予防も視野に入れられるが、それが第一の目的ではない。「地域社会の中で暮らし続けたい」「障害をもっていても、仕事をしたい」という、本人の希望があって、その希望の実現のために、何をしていくことが必要なのか、どのように環境を整えることが求められているのかという観点から、支援は実施された。本報告書の中では、いまだ十分に言及されていないが、薬物療法の選択も各支援チームのチーム精神科医によって、このような文脈にそってなされている。本研究の眼目は、これらのプログラムを医療機関を中心に多職種チームで実施することで、現存する我が国の精神科医療機関を中心とした支援モデルを、利用者の地域生活を重んじる支援にどの程度変えていくことができるかにあった。

そして、すでに詳述したように、多職種アウトリーチチームによるケアマネジメントでは、支援プロセスの履行状況が高い群、また、利用者の重症度が重い群を中心に、QOL を中心とした介入効果をもたらすこと認められた。認知リハと援助付き雇用を組み合わせた就労支援では、全体として、認知機能の改善が見

られ、また、就労についても成果をあげたが、個別就労支援の密度が、就労の有無や就労日数に大きく影響を与えていることが明らかになった。そして、重要なこととして、多職種アウトリーチ、認知機能リハ+援助付き雇用の両者とも、医療経済的には、対照群に比して有意なコスト上昇はなく、ほぼ同等のコストの範囲で収まっており、QOL や就労日数といった指標についての費用対効果は良好と判断された。すなわち、二つの支援プログラムは、施策の中に位置づけられやすく、今後の普及の実現可能性が高いと言える。

ただし、現行の診療報酬等の制度のもとでは、両プログラムとも、支援の実施に十分な報酬の保障がされているとは言えない。一般の精神科医療機関が、これらを本格的に実施するにあたっては、今後の制度上のインセンティブをつけることが求められる。同時に、実施にあたって臨床スタッフの支援姿勢の変化、支援技術の習熟が重要であり、研修の必要性が強調される。

研修の重要性については、本研究でも十分に意識して、多施設共同研究の研究分担者、研究協力者には、各医療機関において、患者が、自分自身の生活をとりもどすこと(リハビリ)の支援をする姿勢をスタッフに浸透するように努めていただいたし、科学的根拠に基づく支援の重要性も伝えていただいたと思う。具体的には、3年間で計7回の合同研修、事例検討、各サイトの見学などを行ってきた。これらは、スタッフの支援行動に対する意識の変化に反映された。

モデルを導入していない全国 11 の精神科医療機関のアウトリーチ部門かつまたはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群 (n=89) として、本研究に關与したスタッフの臨床姿勢を比較したところ、本研究に關与したスタッフ(介入群)はリハビリ態度尺度において2年後得点が、EBP への態度尺度において1年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された。そ

他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示していた。利用者からの評価も調査したが、介入群ではその多くがスタッフの自己評価と同等であることが確認され、有用な支援が適切に行われていたことが示唆された。

4. 本研究の限界

1) 全体

最後に、本研究の限界について述べる。

まず、2つのプログラムの研究に共通する問題として、本研究のマスクキングは、レセプト・データだけに限定されていた。アウトカムに関する情報収集や CSRI-J を利用した情報収集は、各対象者のケアマネージャーによって行われた。よって一定の観察者バイアスは否定できない。また、プロセス研究で用いたサービスコードの分析は、それぞれの支援に費やされた時間を提示できるが、支援の質は評価できなかった。また、サービスコード調査は現場スタッフの記載に頼る調査手法である。実際にはサービスを提供したにもかかわらず、何らかの理由により、スタッフがそのサービスを記載しなかった場合、そのようなサービスはデータには反映されていない。

2) 多職種アウトリーチチームに関する研究

多職種アウトリーチチームの研究においてはみられる限界は、以下の様である。第1には、介入群・対照群の対象者の偏りである。地域による割り付けを行った際にいくつかの基礎属性に有意差が見られた。統計的には調整したうえで分析を行ったが、対象層が異なる可能性は否定できない。第2には介入効果が現れた変数の範囲である。本研究では、プログラムの目標の一つである精神科医療の利用の低減、すなわち入院日数や入院回数などの精神科医療の利用状況には、大きな効果が見られなかった。過去の先行研究においても、多職種アウトリーチ支援ではこれらの変数に有意な影響があることが知られているが¹⁵⁾、

本研究では影響を認めなかった。この原因としてはフォローアップ期間が1年と短く、初回入院による症状のスタビライズの方が介入の有無より強く影響している可能性、対象層が従来の ACT の基準より広く取られているため状態像が軽い可能性、などが考えられる。第3には実施地域により介入の支援量を完全に統一することができなかった。それぞれの地域で可能な多職種アウトリーチチーム支援を行ったことにより、介入に頻度・量にはかなりのばらつきが出ている。支援プロセスの履行状況別の効果評価によって、こうした問題をコントロールし新たな知見も得たが、より統一的な支援を行うことで研究の精度を向上させられた可能性は否定できない。

3) 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用に関する研究

認知リハと援助付き雇用の研究では、以下のような限界がある。第1に、プロセス調査における研究デザインは、一定期間のクロスセクショナル調査である。よって、変数間の因果関係を明確にすることはできない。第2に、本研究では、支援タイプあるいはサイト別の臨床的不均一性を認めたが、サイト間の就労者の極端な偏りなどから、多変量解析の際にクラスタリング・エフェクト (clustering effect) を調整した分析ができなかった。第3に、医療経済研究は社会の視点に立ったが、家族の損失などについてのデータは、収集していない。たとえば、対象者が入院をして、その家族が仕事を休む場合には、社会的な損失があったかもしれない。第4には、比較的短い追跡期間があげられる。対照群の対象者においてはトレーニング型あるいは継続的な通所を前提とした支援機関を利用した者が少なからずいる。そのような対象者にとって、12 ヶ月で就労するのは難しかったかもしれない。また、介入群の所得保障の問題についても、追跡期間が長ければ、所得保障の減額に到達する対象者が現れたかもしれない。

これらの限界は、今後のさらなる厳密な研究に向けた課題でもある。

E. まとめ

本研究は地域精神科医療モデルを構築しその効果を検証する多施設共同研究を中心に据えた。3年間の結果として平成25年度集約した結果を下記にまとめる。

1. 多職種アウトリーチチームの効果

1) 多職種アウトリーチチームの研究では、介入群 67 名・対照群 74 名が研究に同意し、1 年後フォロー時点では介入群 53 名・対照群 62 名が調査継続状態にあった。平均年齢、GAF、診断などで有意差はなかったが、割り付けのスクリーニング合計得点($p = .015$)・SBS 総合得点 ($p = .005$) で介入群が有意に高く、WHO-QOL26 で介入群が有意に低かった ($p = .027$)。

2) 介入群に行われた 8536 回のコンタクト中 29.2%が報酬有の実コンタクト、30.6%が報酬無の実コンタクト、40.2%が電話コンタクトとであった。また対象者に対して月平均 5.9 ± 5.2 回の頻度で実コンタクトをとっており、また月平均で 301.8 ± 236.8 分の実コンタクトを行っていた。診療報酬で請求できない最も多い理由は『入院中の病棟訪問』(28.5%)、次に『契約前の関わり(入院中)』(23.0%)であったが、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。また初回入院中に月当たり 8.8 回、月に 297 分程度の実コンタクトを行っていた。退院後は月あたり 4 回前後の有報酬コンタクト、1 回程度の非報酬コンタクトを行っていた。総コンタクト時間は平均月約 300 分前後で、頻度・量ともに横ばいで推移していた。

3) 介入の効果としては、()全体での結果として、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が有意であった。(p

$= .007$)。)支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果をみると、月 180 分以上 (介入群の上位 70%) に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意 ($p = .008$)、月 240 分以上 (介入群の上位 50%) に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』($p = .028$) および WHO-QOL26 総合得点 ($p = .016$)・『心理的領域』($p = .027$)・『全般的満足度』($p = .028$) にて交互作用が有意・有意傾向であった。()対象層別の効果評価をみると、旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者層 (A 層) と、本研究における軽症層 (B 層) に分けたところ、A 層では、WHO-QOL26 総合得点 ($p = .016$)・『環境領域』($p = .045$) で交互作用が有意であった。B 層では SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった ($p = .005$)。

4) 医療経済評価では、介入群・対照群のあいだに、医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。WHO-QOL26 上昇における費用対効果 (CER) を分析すると、CER が高い順に介入群 (月 240 分以上コンタクト) > 介入群 A 層 > 介入群全体 > 介入群 B 層 > 対照群 B 層 > 対照群全体 > 対照群 A 層とならんだ。対比する支援に対して増分費用効果費 (ICER) が低い = 通常の治療に加えて更なる効果を得るための追加コストが低かったのは、介入群 A 層への支援、次に介入群月 240 分以上コンタクト層への支援であった。

2. 認知機能リハビリテーションとの効果

1) 認知リハと援助付き雇用の研究については、無作為割付によって認知リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援を受ける群 (CR+SE 群) と仲介型就労支援のみを受ける群 (仲介型群) の 2 群に振り分けられた。分析対象者は CR+SE 群 47 名、

仲介型群 47 名、合計 94 名となった。この 2 群においてベースライン時の患者属性や臨床的評価には GAF 得点(仲介群 > CR + SE 群) を除いて有意差はなく、割付は概ね成功した。

- 2) 臨床関連指標についてみると、GAF 得点、BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点について交互作用に有意差がみられた。これらの変数について単純主効果の検討を行った結果、群ごとにみると CR+SE 群では認知リハ(CR) を受けた前後で、仲介型群と比べて有意に得点が改善しており、12 ヶ月後でもその改善が維持されているかさらに得点が改善していた。また時点ごとの比較では、GAF 得点はベースライン時と 4 ヶ月時点で仲介型群が CR+SE 群と比べて有意に得点が高かったが、12 ヶ月後時点では CR+SE 群の得点の上昇によって両群の有意差がなくなった。BACS の各下位領域の得点については 4 ヶ月後時点では言語性記憶、作業記憶、符号課題および総合得点で、また 12 ヶ月後時点では BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点で CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に得点が高かった。
- 3) 就労関連指標では、群間に大きな差が見られ、就労率について CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に多い対象者が就労した(63.8%)。加えて、就労したものの就労回数、雇用契約を結んでいた期間である合計就労期間、実際に働いた日数である合計就労日数のいずれも CR+SE 群は仲介型群と比べて多く、また長かった。就労したものの離職回数を検討すると、両群間に有意差はなかった。また、本研究を遂行する過程で 6 つの研究協力機関はその支援体制から 3 つの支援タイプに分類することが出来、副次的に支援タイプ別にも就労関連

指標について整理した結果、CR+SE 群の就労率がもっともよかった支援タイプは、「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タイプ(地域事業者型) であり、次いで「医療機関に就労支援員を配置」する支援タイプ(医療機関型) であった。

- 4) プロセスデータの分析では、支援タイプにおける臨床的不均一性(clinical heterogeneity) が確認されたが、就労アウトカムとサービス内容の分析では、就労者は就労前と就労中に 1 ヶ月当たり平均で 6 時間の個別就労支援に関連するサービスと、1 ヶ月当たり 1.5 時間の個別生活支援に関連するサービスを受けており、未就労者と比較し有意に多かった。特に個別就労支援時間の長さは、16 ヶ月間の就労の有無(OR=1.04 [95% CIs=1.01 to 1.07], p=0.035) や 就 労 日 数 の 長 さ (Coefficient=0.31 [95% CIs=0.08 to 0.55], p=0.010) と関係していた。
- 5) 医療経済評価としては、医療・社会的コストは、介入群の 12 ヶ月間の合計コストが、対照群と比較し、ごくわずかに上回る結果となった。他方、介入群と対照群における積み上げコストの特徴は異なり、介入群では所得保障費が高かった。また、福祉・公的サービス費やデイケア費は、認知リハや就労支援が活発化する中盤までに多くのコストが費やされ、終盤には減少する傾向があった。対照群においては、福祉・公的サービス費が 12 ヶ月継続して一定の割合占めたほか、入院医療費が全体のコストを押し上げる形となった。費用対効果(CER) としては、介入群における就労期間(日) の CER は 2 万 972 円であった。他方、対照群の CER は 5 万 3,024 円であった。就労が 1 日伸びた分の増加コストである増分費用効果比(ICER) は、本研究の場合 1,015 円(365 日分を仮定すると、約 37

万円)であった。

3. スタッフ意識

- 1) モデルを導入していない全国 11 の精神科医療機関のアウトリーチ部門かつまたはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群 (n= 89) として、スタッフの臨床姿勢を比較したところ、本研究に關与したスタッフ(介入群)はリカバリー態度尺度において 2 年後得点が、EBP への態度尺度において 1 年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示していた。
- 2) 利用者からの評価も調査したが、介入群ではその多くがスタッフの自己評価と同等であることが確認され、有用な支援が適切に行われていたことが示唆された。

文献

- 1) Substance Abuse and Mental Health Services Administration: National Census Statement on Mental Health Recovery. National Mental Health Information Center, US Government, 2006
- 2) Rapp CA, Goscha RJ: The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities 2nd Edition, Oxford University Press, Oxford, 2006.
- 3) 平成 19 年度(こころの健康科学)「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」総合研究報告書(主任:伊藤順一郎)
- 4) 平成 19 年度(労働安全衛生総合研究)「精神障害者の職業生活における再発予防と就労継続支援のための新たなアプローチの開発研究」総合研究報告書(主任:西尾雅明)
- 5) 平成 22 年度(障害者対策総合)「精神障害者の認知機能障害を向上させるための「認知機能リハビリテーション」に用いるコンピュータソフト「Cogpack」の開発とこれを用いた「認知機能リハビリテーション」効果検討に関する研究」総合研究報告書(主任:池淵恵美)
- 6) J. Ito, I. Oshima, M. Nishio, et al: The effect of Assertive Community Treatment in Japan. Acta Psychiatr Scand 2011; 123: 398-401
- 7) Cook JA, Lehman AF, Drake R, et al: Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. Am J Psychiatry, 162(10):1948-56, 2005.
- 8) Bond GR, Becker DR, Drake RE, et al: A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. Rehabil Couns Bull 40:265-284, 1997.
- 9) Bond GR, Peterson AE, Becker DR, et al: Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). Psychiatr Serv 63:758-763, 2012.
- 10) Howard LM, Heslin M, Leese M, et al: Supported employment: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 196(5):404-411, 2010.
- 11) McCabe C, Claxton K, Culyer AJ: The NICE cost-effectiveness threshold: what it is and what that means. Pharmacoeconomics 26:733-744, 2008.
- 12) Appleby J, Devlin N, Parkin D: NICE's cost effectiveness threshold. BMJ 335(7616):358-359, 2007.
- 13) National Institute for Health and Care Excellence (NICE): The guidelines manual: Process and methods guides, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), London, 2012.

14)World Health Organization: Cost-effectiveness thresholds: results for 14 WHO regions. CHOosing Interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE), World Health Organization, Geneva, 2005.

15)Marshall M, Lockwood A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2, 1998

図 1 : 多施設共同研究の構成

【多施設共同研究テーマ】

A: 重症精神障害者に対する多職種アウトリーチのサービス記述と効果評価研究

サービスコード票を用いたプロセスデータ分析
(吉田光爾: 分担)

効果評価 (吉田光爾: 分担)

医療経済的研究 (吉田光爾、泉田信行: 分担)

B: 重症精神障害者に対する認知機能リハと個別援助付き雇用の組み合わせによる就労支援のサービス記述と効果評価研究

効果評価 (臨床関連アウトカムおよび
就労関連 アウトカム)
(佐藤さやか: 分担)

サービスコード票を用いたプロセスデータ分析
(山口創生: 協力)

医療経済評価
(山口創生: 協力、泉田信行: 分担)

共通:

スタッフの意識調査 (贅川信幸: 分担)

利用者の認識調査 (種田綾乃: 協力)

《参加サイト》

国立精神・神経医療研究センター病院・小平市周辺地区
(A 研究、B 研究) (坂田増弘: 分担)

国立国際医療研究センター国府台病院・市川周辺地区
(A 研究、B 研究) (佐竹直子: 分担)

東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区
(A 研究、B 研究) (西尾雅明: 分担)

帝京大学病院・板橋区周辺地区
(A 研究、B 研究) (池淵恵美: 分担)

○ひだクリニック・流山市周辺地区
(B 研究) (石井和子: 協力)

○長岡病院・長岡京市周辺地区
(B 研究) (臼井卓也: 協力)

肥前精神医療センター・神埼郡周辺地区
(A 研究・地方モデル) (杠 岳文: 協力)

湖南病院・湖南圏域
(A 研究・地方モデル) (榎林理一郎: 協力)

琉球病院・国頭郡周辺地区
(A 病院・地方モデル) (村上優、照屋初枝: 協力)

熊本市こころの健康センター・熊本市周辺地区
(B 研究・地方モデル) (井形るり子: 協力)

民間企業 (リクルートスタッフィング)
(B 研究関連) (川上祐佳里: 協力)

・・・中核協力機関

○・・・副たる協力機関、対照群あり

・・・地方モデル研究協力機関、対照群なし

・・・その他の研究協力機関

図 2: 多施設共同研究の進め方

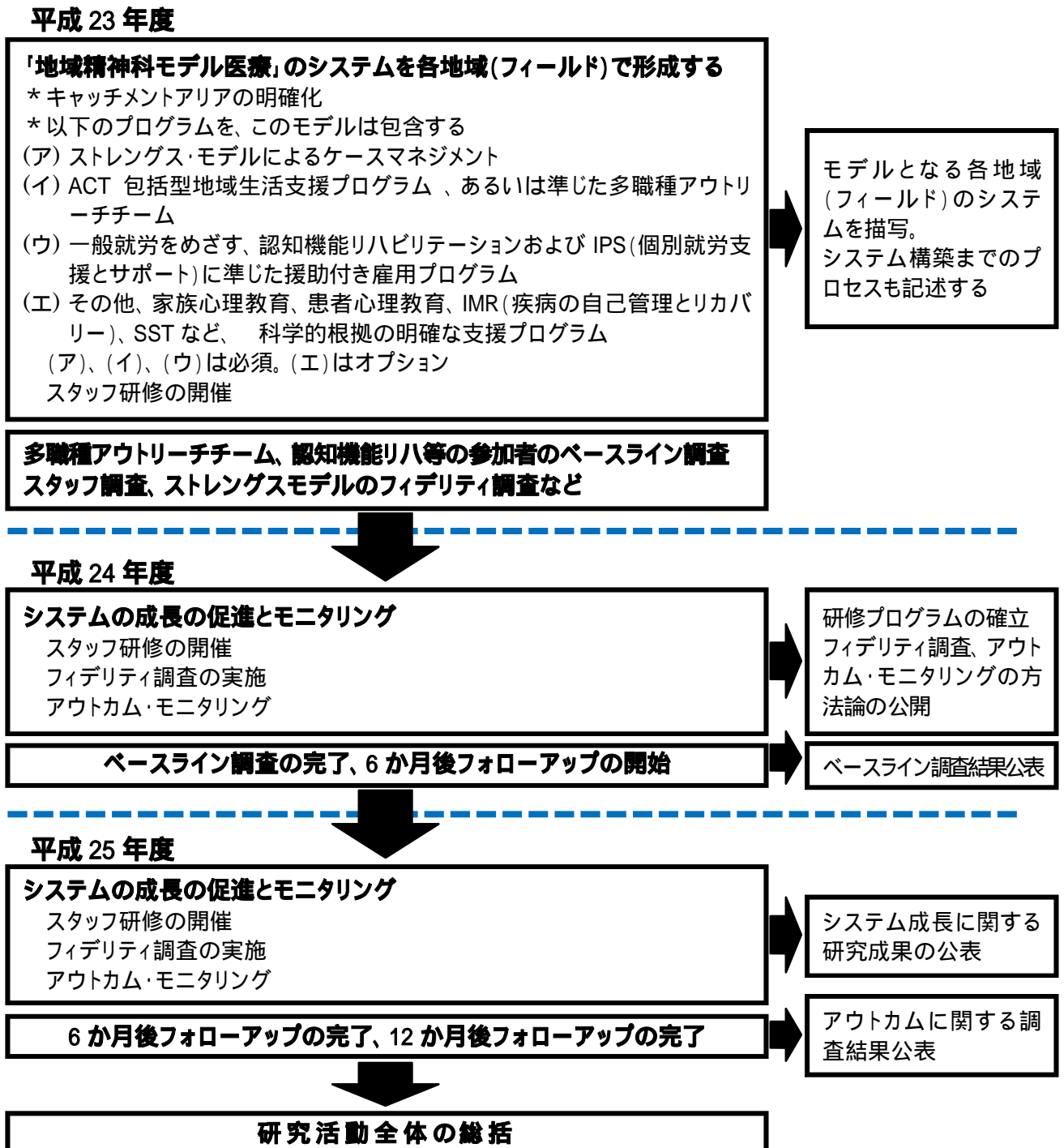
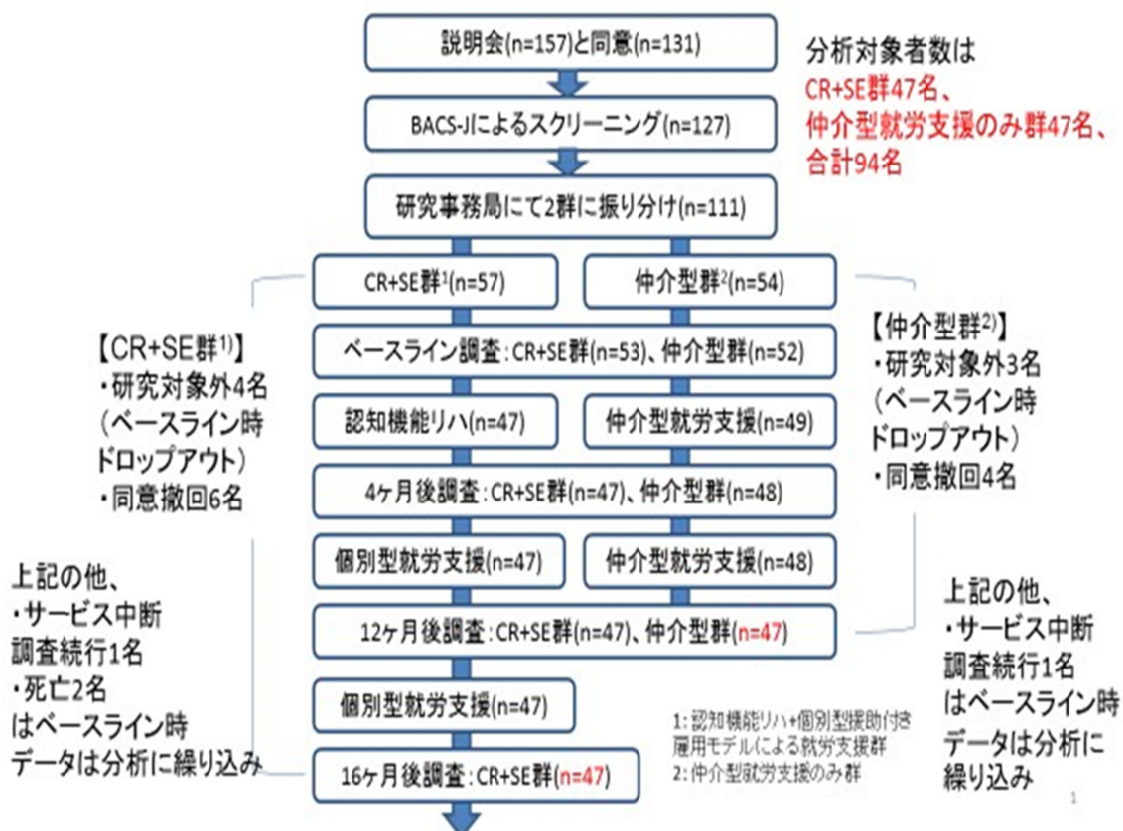


図3：多職種アウトリーチ研究における対象者のリクルートからフォローアップまでのフロー



図 4：認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデル研究の対象者の
リクルートとフォローアップのフロー



総合研究報告 その2

関連研究について

以下は、本研究班において、各年度に実施した「関連研究」の成果の一覧である。

年度ごとに集約して述べる。

A. 平成 23 年度関連研究について

1. 全国 ACT 事業所による診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究

(研究分担者 吉田光爾)

1) 方法：

現在の Assertive Community Treatment (ACT:包括型地域生活支援プログラム)の臨床活動に関して、どの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのか/いないのかを明らかにする実態調査を行い、今後の多職種

アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的に実施した。全国の ACT 活動のうち ACT ネットワークに参加し診療報酬をベースにした活動を行っている 7 事業所に協力を依頼し、全利用者のうち 15%を無作為に抽出した(51 ケース)。その利用者ならびに、利用者の支援に係わる関係者への個別的な実コンタクト・電話コンタクトに関する支援内容について、平成 23 年 11 月半ば～12 月半ばの 1 ヶ月間に渡り、日常のサービス記録からサービスコード票に転記して調査を行った。

2) 結果：

ACT の臨床活動をサービスコード票への記載から分析した結果、全利用者のうち 15%を無作為に抽出した(51 ケース)に対する 1 ヶ月間のコンタクトは、実対面コンタクト 857 回、電話コンタクト 407 回であった。職種は医師が 8.9% (n=75)、看護職を中心とし

たコンタクトが 36.0% (n=302)、作業療法士を中心としたコンタクトが 17.5% (n=147)、精神保健福祉士を中心としたコンタクトが 30.5% (n=256) であった。また、全コンタクトの 15%弱は週 4 回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であった。

診療報酬の状況については無報酬のコンタクトの割合が、医師が 13.3% (n=10)、看護師が 24.8% (n=75)、作業療法士が 19.7% (n=29)、精神保健福祉士が 38.0% (n=97) であった。また全職種の 1 ヶ月間・51 ケースに支援した合計の総臨床時間に対して、全体の 40.9%である 602 時間 21 分が無報酬となっていた。

2. 地域精神保健福祉医療における支援スタッフのストレングス志向の支援態度評価尺度の開発

(研究分担者 贅川信幸)

1) 方法 :

多施設共同による、地域精神科医療モデルづくりとその効果検証のために、携わる支援スタッフの「ストレングス志向の支援態度」を測定する自記式評価尺度を開発した。アイテムプールから作成した 19 項目を用いて、3 精神科医療機関の臨床スタッフ 332 名を対象に予備調査を行った。

2) 結果 :

支援スタッフの「ストレングス志向の支援態度」を測定する自記式評価尺度を開発した。アイテムプールから作成した 19 項目を用いて、3 つの精神科医療機関の臨床スタッフ 332 名を対象に予備調査を行った。291 名から回答が得られ(回収率 87.7%) 構造方程式モデルによる確証的因子分析の結果、11 項目の 3 下位尺度 (Person-Centered Approach, Shared Decision Making, Strength-Focused Approach) が一定程度の適合度で確認された。また、概ね良好な併存的妥当性 (リカバリー態度尺度との Pearson の積率相関係数[r] :

0.12 ~ 0.23, $p < 0.05$) 再検査信頼性 (ICC: 0.76 ~ 0.84) および内的整合性 (Cronbach の α 係数: 0.65 ~ 0.87) が確認された。

B. 平成 24 年度関連研究について

1. 医療経済研究: 精神障害者が利用する制度やサービスの利用状況に関する調査ツールの作成

(研究協力者 山口創生)

(研究分担者 泉田信行)

1) 方法 :

個別の精神保健福祉サービスについての医療経済評価の結果がサービスの法制化に大きく影響を持つ英国で開発された、サービス・コストを調べる面接調査ツールである、クライアントサービス受給票 (Client Service Receipt Inventory: CSRI) を参考に、日本版の CSRI-J を作成した。

CSRI-J では、(1) 所得、(2) 生活保護、障害年金などの所得保障制度の利用額、(3) その他の社会保険制度、(4) 利用した福祉サービス、(5) 病気による損失や間接費、(6) カルテ/レセプト・データから得ることができない医療サービスを収集できるような項目を設定した。作成した項目について、臨床現場で働く職員、医療経済の専門家および行政職から助言とコンセンサスを得て、最終版とした。

2) 結果 :

CSRI の原版を基本にしながら、日本の制度の現状に合わせ、項目を作成した。具体的な項目の例を下記にあげる。(1) 雇用と所得保障の把握について、対象者の雇用形態や時給、労働日数、欠勤日などの項目を設けた。また、精神障害者が利用可能な各種障害年金や生活保護、失業等給付金、福祉手当などの項目を設け、研究対象者が利用した所得保障の総額を把握できるようにした。(2) 福祉・医療サービスに関連する項目として、障害者

自立支援法における基本的な福祉・住宅サービス（介護給付と訓練等給付）を中心に、市町村や都道府県の相談事業に関する項目を設けた。また、自治体、精神保健福祉センター、ハローワークや社会福祉事務所などの公的サービスにおける相談窓口のほか、障害者就労支援センターなど地方自治体独自の取り組みを設けた。(3) 医療サービスに関しては、カルテやレセプト・データを入手できない精神科医療機関で受けた医療サービスについて、研究対象者が把握可能であると推測される範囲で、外来診療、訪問看護、デイケア等についての項目を設けた。

2. 多職種アウトリーチに関する研究： Assertive Community Treatment における 各種の支援内容の比較に関する研究：サー ビスコードの分析から

（研究分担者 吉田光爾）

1) 方法：

本研究は、平成 20-22 年度厚生労働科学補助金障害保健福祉総合研究事業『精神障害者の退院促進と地域生活支援のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究』（研究代表者 伊藤順一郎）におけるデータを再集計した。本調査では、対象施設として、全国各地で実施されている ACT プログラムのうち 5ヶ所を選択、協力を得た。対象者は対象施設の利用者のうち、(1)調査開始時点の過去 1 年間に精神科病棟を退院した患者のうち、(2)診断が統合失調症あるいは双極性障害、かつ(3)文書及び口頭で同意を得た者とした。これらの者に対して、ACT プログラムとして提供されたケアの内容を把握するプロセス調査をサービスコード票を用いて、ベースライン時と、1年後の 2 時点において各 1 ヶ月間行った、その資料を職種間による差異という観点から再集計、分析した。

2) 結果：

NS のコンタクト 244、OT のコンタクト

155、PSW のコンタクト 115 について分析を行った。各職種の平均コンタクト時間に有意差はなかった。「ケアマネジメントに関する実行率」に関する項目でも多くの項目で有意差がなかったが、『本人・家族との関係作り』において職種間で実行率に有意差が見られ、NS>OT,PSW>OT であった。「日常生活支援に関する支援強度」でも多くの項目で有意差はなかったが、『整容に関する支援』において支援強度に有意差がみられ NS>OT であった。「コミュニケーションに関する支援強度」では、「スタッフとの関係性の構築」、「コミュニケーション能力の向上」、「近隣住民との関係」、「本人との付き合いに関する家族支援」、「家族自身の困難に関する支援」、「家族へのエンパワメント」などの項目で職種間に有意差が見られた。「症状に関する支援強度」では「精神症状に関する支援」、「睡眠に関する支援」、「通院行動の支援」、「危機介入」、「副作用の観察と対処」、「身体症状の観察と対処」、「身体合併症の観察と対処」、「生活習慣に関する援助」、「排泄の援助」の項目で職種間に有意差が見られた。「社会生活支援に関する支援強度」では有意差のある項目は多くないが、「住環境を保つための援助」に関して、NS>OT となっていた。

3) 考察：

職種間で支援強度に有意差のない項目は 47 項目中 29 項目であり、具体的には ケアマネジメント は 9 項目中 8 項目、日常生活支援 は 9 項目中 8 項目、社会生活に関する支援 は 7 項目中 6 項目に有意差がなく、共通かつ基盤となる支援領域として ACT のスタッフが従事している領域と考えられた。他方、看護師では 症状に関する支援 で作業療法士や精神保健福祉士に対して支援強度が高くなっていた。また精神保健福祉士では コミュニケーションに関する支援 で支援強度が高くなっていた。

各職種はケアマネジメントを基盤とした超

職種的な役割をとりつつも、各職種の特徴を生かした支援も同時に行われていることが明らかになった。現行の診療報酬制度では、訪問支援に関しては精神保健福祉士の評価は低くなっているが、本研究結果からは、ACTの支援では看護師や作業療法士が必ずしもPSWの上位互換的な存在ではない、という状況が明白であり、将来的に多職種アウトリーチチーム支援を制度化する場合には、こうした診療報酬上の問題については是正されるべきと考えられた。

3. 日本のIPS型就労支援実施機関を対象とした郵送調査結果の報告

(研究分担者 下平美智代)

1) 方法:

本研究ではIPS型就労支援の日本版フィデリティ尺度を開発することを最終的な目標に据え、米国のオリジナルモデルの理念や基本構造を重視しつつ、日本の制度のなかでも実施可能な日本版IPS型就労支援スタンダード(標準モデル)を、実践家や有識者と共に作成した。スタンダード作成の方法として、エキスパートコンセンサスによる合意で内容を決定した。「エキスパート」は、研究者およびスタンダード作成委員会メンバー(実践家および有識者)で構成され、スタンダード原案から合計7回の修正を行った。

2) 結果:

21機関中、20機関より回答を得た。対象機関の実施主体で最も多かったのは就労移行支援事業所の9機関(内1機関は株式会社)、次いで精神科病院デイケアが5機関、ACTに特化した訪問看護ステーションが2機関、市区町村から受託している地域の就労支援センターが2機関、訪問型生活訓練1機関、障害者就業・生活センター1機関であった。1機関の就労支援員(ES)数の平均は3.9人(SD=2.8)で専任のESを持たない機関から10名のESを雇用している機関まで多様であ

った。各機関の各「ESのエフォート率」の自己評価の平均は58%(SD=26.5)であった。また、IPS型就労支援では、ケアマネージャーとなるべき生活支援スタッフが機関内にいることやESのスーパーバイザーがいることが組織構造的な特徴であるが、我が国のIPS実施機関では、生活支援を行うスタッフがいると回答した機関は20機関中14機関(70%)であり、スーパーバイザーについては機関内にいると回答した機関は20機関中8機関(40%)のみであった。

フィデリティ評価からみた特徴としては、ESが生活支援員を兼ねるなど、就労支援に専念できない状況があり、ケアマネージャー的役割をとる生活支援担当者とのチームアプローチで支援が実施されていない機関も少なかつた。ESを支えるシステムとしてのユニットやスーパーバイザーを持つ機関も半数に満たず、組織構造としてはIPS型就労支援の特徴を必ずしも備えていないことが分かった。一方で、ESが提供するサービス内容はIPS型就労支援の特徴に比較的忠実であった。このことから、日本では、組織構造も含めたプログラムとしてIPSを実施している機関は少ないが、サービス内容については高い率でIPSの特徴的な支援を実践しているという姿が浮き彫りになった。

就労支援の実績については、適切に雇用率を算出できたのは13機関のみであった。雇用率を算出できた機関の利用者合計平均は191.7人(SD=195.4)であった。障害者雇用率の平均は19.8%(SD=9.4)、一般雇用率の平均は6.1%(SD=5.0)であり、雇用率全体では平均25.9%(SD=10.2)であった。この13機関の自己評価フィデリティ、ES数、ESエフォート率について雇用率との関連をSpearmanの相関分析で検定してみたところ、雇用率はフィデリティ得点とは有意な相関が示されず($\rho = -.041$, $p = .893$)、ES数とは有意傾向のある正の相関が示され($\rho = .515$, $p = .072$)、ESエフォート率とは有意な正の相関

が示された ($\rho = .591, p = .033$)

4. 「日本版 IPS 型就労支援スタンダード(標準モデル)」作成に係る研究

(研究分担者 下平美智代)

1) 方法 :

本研究では IPS 型就労支援の日本版フィデリティ尺度を開発することを最終的な目標に据え、米国のオリジナルモデルの理念や基本構造を重視しつつ、日本の制度のなかでも実施可能な日本版 IPS 型就労支援スタンダード(標準モデル)を、実践家や有識者と共に作成した。スタンダード作成の方法として、エキスパートコンセンサスによる合意で内容を決定した。「エキスパート」は、研究者およびスタンダード作成委員会メンバー(実践家および有識者)で構成され、スタンダード原案から合計 7 回の修正を行った。

2) 結果 :

スタンダード原案から 7 回の修正で、日本版 IPS 型就労支援標準モデル第 1 版が完成した。スタンダードは 4 つのパートから構成された。まず、「日本版 IPS 型就労支援標準モデルの趣旨」で、趣旨の説明をおこない、「IPS 型就労支援の 8 原則」で日本版としての 8 原則を記述した。オリジナル版の 8 原則からの修正として、「一般雇用」の定義については、「障害者雇用」を含めた。一般雇用については「最低賃金以上の一般求人と障害者求人」での雇用とした。また、補足説明として、「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」と記述した。また、日本では、IPS 実践に取り組んでいる機関で

も、専任の ES もしくはケアマネージャーがいない、あるいはスーパーバイザーのいない機関が少なくないということが、当研究班の調査により判明しているが、この支援プログラムで重要な機能を果たす専門職であることから、「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」にこれらの支援スタッフの定義を記述することとした。

スタンダードの最終章は「標準モデル内容」とした。標準モデル内容は、(1)スタッフ配置、(2)組織、(3)サービスの大項目からなり、これはオリジナルプログラムのフィデリティ尺度 IPS-25 の下位尺度と合わせた。

IPS-25 では、「スタッフ配置」3 項目、「組織」8 項目、「サービス」14 項目である。「スタッフ配置」の日本版の項目は IPS-25 と内容は基本的に同じであるが、日本版標準モデルでは、ケースロードについての詳細な補足説明が加えた。「組織」は、項目数は同じであるが、アメリカでは、精神保健チームに就労支援スペシャリストが入る、という構造になっているが、日本版標準モデルでは、就労支援スペシャリストとケアマネージャーが同じ組織に所属していること、その 2 つの専門家が医療機関のスタッフ(例えば利用者の主治医やソーシャルワーカー)と対面でミーティングするなどして連携する、という内容に変更した。「サービス」の項目もアメリカ版フィデリティの項目とほぼ同じであるが、「IPS 型就労支援サービスの開始の定義」と「退職支援」を追加した。

C. 平成 25 年度関連研究について

1. 「地方モデル」の検討に関する研究

(研究分担者：吉田光爾)

1) 方法 :

平成 25 年度より、地方都市における地域精神科医療のモデルのありかたを検討すべく「地方モデル」の研究協力機関を選定した。これは、キャッチメントエリアの広さや社会

資源の密度の異なる地方都市において、基本プロトコルに準じたプログラムを実施し、その地方の特色に合わせて修正した点も含め、ケア内容、医療経済学的効果についてのデータ収集を行おうとしているものである。研究協力は4つの医療機関に依頼した。うち、3つの医療機関では、平成25年度前半の半年間に多職種アウトリーチチームによる支援のシステム構築を行い、対照群をおかずに6カ月の追跡調査で臨床的効果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。残りの1つの医療機関では、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用のシステム構築を行い、やはり対照群をおかずに、1年間の追跡調査で臨床的効果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。

2) 結果：

多職種アウトリーチチームに関しては、実施した3つのサイトのデータを統合して、地方モデルの全般的記述と短期アウトカムについて記述ができた。多施設共同研究同様のスクリーニングとインフォームドコンセントによって25名がエントリーした。対象者の臨床像は多施設共同研究を実施した、都市部の対象者とほぼ同様であった。サービスコード票の集計結果によると、コンタクト頻度や時間およびチーム構成はプロトコルに沿ったものが実施可能であった。しかし、全サービスの43%が診療報酬を請求できないサービスであり、必要な支援に報酬がつかない状況がみられた。これは本人を含むケア会議、その他の治療に関する職員同士の会議など所属先の異なる複数の専門職が一人の患者の支援を実施する際に費用の請求先がない、訪問看護ステーションの職員が入院中の患者の退院前支援に入る際にも請求できない状況が生まれる、などによるもので、日本の精神科医療(保健)がネットワークによるチーム支援を想定していないことによるものと思われた。

臨床的成果としては、6ヵ月後の対象者の社会機能や全般的機能、および生活時間の構

成における他者とのコミュニケーション時間には有意な改善がみられた。ただし、追跡期間6ヵ月間に再入院者は7人(28%)あり、この7人は、インデックス入院期間の長さ、退院時精神症状の重さや社会機能の低さ等に共通点はなかった。一方で、サイトによる入院率の違いが見られたことから、支援体制や環境の違いが再入院に関係している可能性が示唆された。

以上から、地方サイトにおける多職種アウトリーチは、都市部でのアウトリーチと同様の臨床像をもつ対象者にニーズがあることが示された。しかしながら、多機関によるネットワークの多職種チーム支援を実施するには、制度的に必要なサービスが無報酬となってしまうという問題が指摘できた。また、地域メンタルヘルスの観点からは、危機介入に対応できるキャッチメントエリアの設定が不可欠であることが示唆された。

一方、地方モデルの認知機能リハビリテーションと援助付き雇用は、診療所機能を持つ精神保健福祉センターで、他の医療機関に主治医を持つ統合失調症者を対象に実施した。80%以上出席した12名について、11名が機能の改善を示し、全員のGAF得点が改善した。終了後は10名が就労や家庭内の家事、2名が就労移行支援事業所への通所となった。一般就労できた2名については、就労継続が13ヵ月および8ヵ月であり、現在まで続いている。

認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の組み合わせによる就労と就労継続には一定の効果がみられ、それらは6ヵ月以上持続したといえた。

2. 日本版IPS型就労支援のフィデリティ評価ツール開発に係る研究

(研究分担者：下平美智代)

1) 方法：

日本版IPS型就労支援フィデリティ評価ツールを開発し、ツールの信頼性と妥当性の検

証を行うことを第一の目的に、日本のIPS型支援実施機関の特徴を記述することを副次的目的として、調査研究を行った。

平成24年度研究では、前述のように10項目のGOI、25項目のJIPS-25を作成した。この評価ツールを用いて、日本で精神障害者を対象とした個別就労支援を実施している17機関を対象にフィデリティ調査を行った。

2) 結果：

10項目のGOI、25項目のJIPS-25よりなる評価ツールを用いて、日本で精神障害者を対象とした個別就労支援を実施している17機関を対象にフィデリティ調査を行ったところ、1機関を除く16機関のJIPS-25評価点が74点以上であった（IPS-25では、73点以下について「援助付雇用とはいえない」と判定する）。

調査で取得したデータから、GOI、JIPS-25共に評価者間信頼性が確認された。妥当性については、IPS標榜群（n=12）はそうでない群（n=5）よりもGOIおよびJIPS-25の得点が高い傾向にあったことから、弁別的妥当性が確認できた。また、IPSを標榜する機関はそうでない機関と比較して、新規登録者数は少ない傾向にあり、就職率および離職率は高い傾向にあった。また、JIPS-25と就職率および離職率とは有意な正の相関が示された。ただし、JIPS-25の下位項目「地域ベースのサービス」の評価の高い機関ほど離職率は低いという結果も示された。

3.障害者就業・生活支援センター全国悉皆調査 （研究分担者：佐藤さやか）

1) 方法：

本研究では、今後さらに社会的要請が高まるであろうと予想される精神障害者の雇用施策に関する基礎的資料を提供するため、障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者に対する就労支援の実態を明らかにすることを目的とし、調査を実施した。調査対象は、

平成24年5月1日現在、厚生労働省「障害者就業・生活支援センター事業」によって設置されている全国のセンター、合計316カ所である。調査期間は平成25年6月初旬から2週間程度、調査手法は郵送調査である。

評価項目としては、事業所の属性（法人の種類別、事業実施年数など）、勤務スタッフの属性（年齢、性別、職種、経験年数など）、支援の実績（障害種別ごとの就労者数、就労率、制度利用実績など）指定した一定期間に実施した精神障害者への就労支援の内容に対する回答、などとし、調査票を作成した。

2) 結果：

調査の回収率は62.97%であった。本調査の結果から、全事業所の平均スタッフ数は4.56±1.91人であり、少人数で1年間の平均新規登録者数69.59±54.99人、さらに平均全登録者343.75±206.83人を支援している実態が明らかとなった。スタッフは介護や教育など医療となじみが深いとは言えないバックグラウンドをもつもの多く、精神障害を対象とした平均支援経験年数は4.37±4.85年で精神障害の障害特性など医療に関連する研修のニーズが高いことも明らかとなった。

障害種別ごとの就労転帰では知的障害では求職中のもの52.1%、障害者求人によって就労しているもの37.6%であった一方、精神障害では求職中のもの68.6%、障害者求人によって就労しているものが19.1%であった。

精神障害者に対する支援実態では、調査に回答した199機関のうち、多くの機関が登録や求職に関する支援開始にあたってなんらかの基準を設けており、いずれも「就労の意欲があるか」、「病状が安定しているか」、「就労について主治医が賛成しているか」の3点を重視している機関が多かった。また精神障害者の支援にあたって困難感・負担感を尋ねた結果、障害特性に関連する項目では「病識がない、もしくは障害受容が進んでいない」、「就労の意欲が不安定であること」、「病状が不安

定であること」に特に困難を感じている機関が多かった。

精神障害をもつ個別ケースについて支援のプロセスを6つの支援要素：(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)その他に分け、その実施数について尋ねたところ、7割弱のケースでほぼすべての要素を網羅する支援がなされている一方、利用者にとってもっともニーズが高い「求職に関する支援」が未実施ないしは後回しになっているケースが4割程度みられた。登録を試してみたものの就労意欲や病状の不安定さによって求職のための支援まで行き着けていない場合が少なからずあることが示唆された。

就労転帰については、過渡的雇用や委託訓練、実習、社会適応訓練などの訓練も含めて何らかの就労機会があったものが約半数であった。就労先をみると障害者求人によって同じ職場に勤めたものの割合がもっとも多く、特例子会社や雇用契約の有る就労継続支援A型を合わせると全体の6割が障害者求人による雇用によって就労していた。これに加えて2割弱のものが一般求人による週20時間以上の雇用で就労していた。ただ、就労先別の平均就労期間をみるといずれの就労先においても半年に満たない平均就労期間となっていた。

. 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
コメディカル

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
	准看護師	名 O T	名 心 理 職
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 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	
	02 訪問したが不在		
	03 訪問したが拒否		
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)		

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	精神科退院前訪問指導料	共同指導加算
	精神科訪問看護・指導料()	複数訪問加算 急性増悪時の頻回算定
		長時間精神科訪問看護・指導加算
		夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算
		精神科緊急訪問看護加算
		3時間超加算
	精神科訪問看護・指導料()	複数訪問加算 急性増悪時の頻回算定
	精神科訪問看護・指導料()	長時間精神科訪問看護・指導加算
		夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算
		精神科緊急訪問看護加算

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 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()

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 ｶﾞ計画の作成・ｱﾏﾈｼﾞﾝｸﾞ・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

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
		外来管理加算		
	在宅患者訪問診療料	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		
	02 訪問したが不在 <u>以下7以降の記録は不要</u>		
	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		
	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)			

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・ｱﾏｽﾞﾈﾝﾄ・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		
	02 訪問したが不在 <u>以下7以降の記録は不要</u>		
	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		
	02 ケア会議		
	03 拒否・ｺﾝﾀｸﾄ困難時 05 契約前の訪問		
	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	
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	
		特別管理加算	
		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	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)		長時間精神科訪問看護加算
	4~12回目の訪問		夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算
	13回目以降の訪問		退院時共同指導加算 退院支援指導加算
	その他の場合		複数名精神科訪問看護加算
			特別管理指導加算
			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 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: _____

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 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

. 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			
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			

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)

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: 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)											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">1) デイケア、デイナイトケア</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">6) 相談支援事業</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2) 訪問看護</td> <td style="padding: 2px;">7) 就労支援</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3) ホームヘルプサービス</td> <td style="padding: 2px;">8) グループホームなど共同住居</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4) 作業所など日中活動の場</td> <td style="padding: 2px;">9) ショートステイなど短期入所施設</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5) 地域活動支援センターなど集う場</td> <td style="padding: 2px;">10) その他()</td> </tr> </table>		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()
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-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											
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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-top: 1px dashed black; padding: 2px;">1)入院回数</td> <td style="width: 50%; border-top: 1px dashed black; padding: 2px;">2回以上(今回は含めない)</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black; padding: 2px;">2)入院日数</td> <td style="border-top: 1px dashed black; padding: 2px;">100日以上</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black; padding: 2px;">3)医療中断</td> <td style="border-top: 1px dashed black; padding: 2px;">6か月以上</td> </tr> </table>	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				
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										
あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>											
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。

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: ㎏ 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		
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	

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	本人と共に行動する職場開拓・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、該当する欄に必要な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=

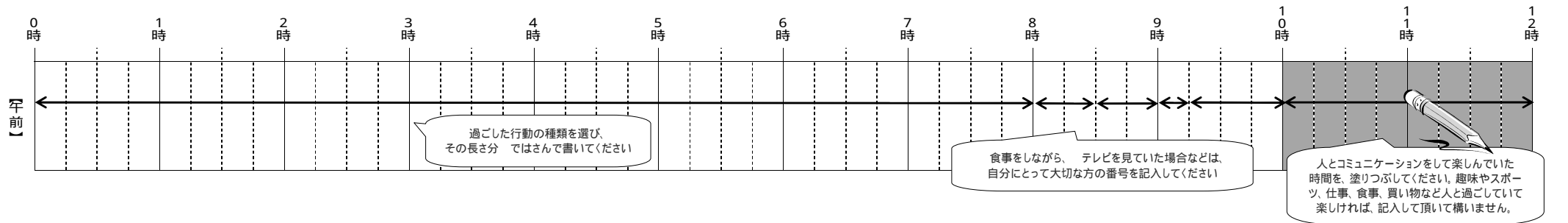
生活の過ごし方について (「生活時間の構成」調査票)

・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。

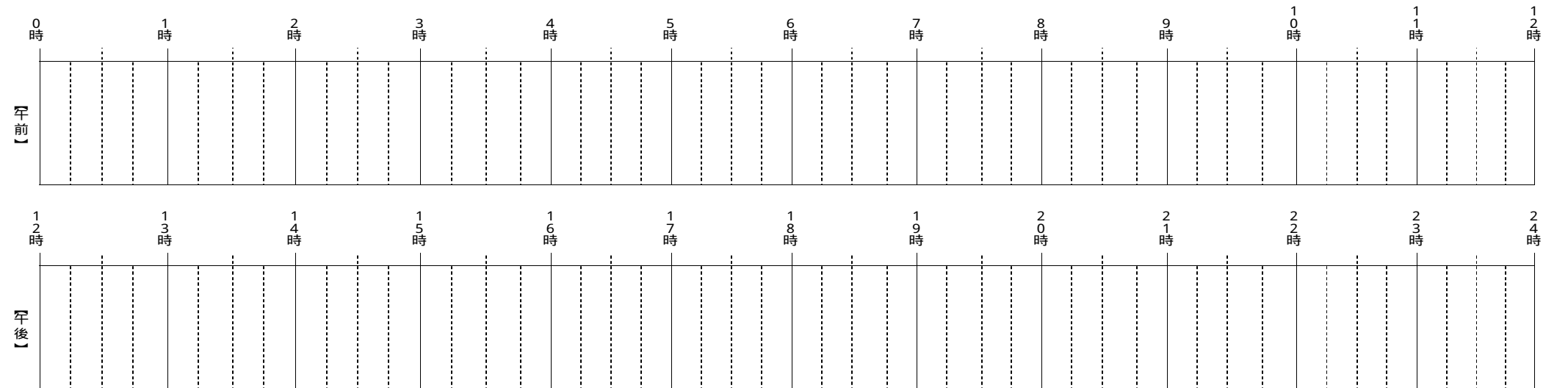
【時間の過ごし方の種類】

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. 仕事のことでするい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いと言ったことに「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

登録日 任意の ID	障害種別 判断の根拠 12.1	手帳 の等級 12.1	診断 の等級 12.1	機能の 程度 12.1	紹介元 12.1	甲時点										乙時点										丙時点																																											
						[支援のウエイト(※3)②] 下記の支援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																																																															
①-1										②-1										③-1										④-1										⑤-1										⑥-1										⑦-1									
①-2										②-2										③-2										④-2										⑤-2										⑥-2										⑦-2									
①-3										②-3										③-3										④-3										⑤-3										⑥-3										⑦-3									
①-4										②-4										③-4										④-4										⑤-4										⑥-4										⑦-4									
①-5										②-5										③-5										④-5										⑤-5										⑥-5										⑦-5									
①-6										②-6										③-6										④-6										⑤-6										⑥-6										⑦-6									
①-7										②-7										③-7										④-7										⑤-7										⑥-7										⑦-7									
①-8										②-8										③-8										④-8										⑤-8										⑥-8										⑦-8									
①-9										②-9										③-9										④-9										⑤-9										⑥-9										⑦-9									
①-10										②-10										③-10										④-10										⑤-10										⑥-10										⑦-10									
①-11										②-11										③-11										④-11										⑤-11										⑥-11										⑦-11									
①-12										②-12										③-12										④-12										⑤-12										⑥-12										⑦-12									
①-13										②-13										③-13										④-13										⑤-13										⑥-13										⑦-13									
①-14										②-14										③-14										④-14										⑤-14										⑥-14										⑦-14									
①-15										②-15										③-15										④-15										⑤-15										⑥-15										⑦-15									
①-16										②-16										③-16										④-16										⑤-16										⑥-16										⑦-16									
①-17										②-17										③-17										④-17										⑤-17										⑥-17										⑦-17									
①-18										②-18										③-18										④-18										⑤-18										⑥-18										⑦-18									
①-19										②-19										③-19										④-19										⑤-19										⑥-19										⑦-19									
①-20										②-20										③-20										④-20										⑤-20										⑥-20										⑦-20									
①-21										②-21										③-21										④-21										⑤-21										⑥-21										⑦-21									
①-22										②-22										③-22										④-22										⑤-22										⑥-22										⑦-22									
①-23										②-23										③-23										④-23										⑤-23										⑥-23										⑦-23									
①-24										②-24										③-24										④-24										⑤-24										⑥-24										⑦-24									
①-25										②-25										③-25										④-25										⑤-25										⑥-25										⑦-25									
①-26										②-26										③-26										④-26										⑤-26										⑥-26										⑦-26									
①-27										②-27										③-27										④-27										⑤-27										⑥-27										⑦-27									
①-28										②-28										③-28										④-28										⑤-28										⑥-28										⑦-28									
①-29										②-29										③-29										④-29										⑤-29										⑥-29										⑦-29									
①-30										②-30										③-30										④-30										⑤-30										⑥-30										⑦-30									
①-31										②-31										③-31										④-31										⑤-31										⑥-31										⑦-31									
①-32										②-32										③-32										④-32										⑤-32										⑥-32										⑦-32									
①-33										②-33										③-33										④-33										⑤-33										⑥-33										⑦-33									
①-34										②-34										③-34										④-34										⑤-34										⑥-34										⑦-34									
①-35										②-35										③-35										④-35										⑤-35										⑥-35										⑦-35									
①-36										②-36										③-36										④-36										⑤-36										⑥-36										⑦-36									
①-37										②-37										③-37										④-37										⑤-37										⑥-37										⑦-37									
①-38										②-38										③-38										④-38										⑤-38										⑥-38										⑦-38									
①-39										②-39										③-39										④-39										⑤-39										⑥-39										⑦-39									
①-40										②-40										③-40										④-40										⑤-40										⑥-40										⑦-40									
①-41										②-41										③-41										④-41										⑤-41										⑥-41										⑦-41									
①-42										②-42										③-42										④-42										⑤-42										⑥-42										⑦-42									
①-43										②-43										③-43										④-43										⑤-43										⑥-43										⑦-43									
①-44										②-44										③-44										④-44										⑤-44										⑥-44										⑦-44									
①-45										②-45										③-45										④-45										⑤-45										⑥-45										⑦-45									
①-46										②-46										③-46										④-46										⑤-46										⑥-46										⑦-46									
①-47										②-47										③-47										④-47										⑤-47										⑥-47										⑦-47									
①-48										②-48										③-48										④-48										⑤-48										⑥-48										⑦-48									
①-49										②-49										③-49										④-49										⑤-49										⑥-49										⑦-49									
①-50										②-50										③-50										④-50										⑤-50										⑥-50										⑦-50									
①-51										②-51										③-51										④-51										⑤-51										⑥-51										⑦-51									
①-52										②-52										③-52										④-52										⑤-52										⑥-52										⑦-52									
①-53										②-53										③-53										④-53										⑤-53										⑥-53										⑦-53									
①-54										②-54										③-54										④-54										⑤-54										⑥-54										⑦-54									
①-55										②-55										③-55										④-55										⑤-55										⑥-55										⑦-55									
①-56										②-56										③-56										④-56										⑤-56										⑥-56										⑦-56									
①-57										②-57										③-57										④-57										⑤-57										⑥-57										⑦-57									
①-58										②-58										③-58										④-58										⑤-58										⑥-58										⑦-58									
①-59										②-59										③-59										④-59										⑤-59										⑥-59										⑦-59									
①-60										②-60										③-60										④-60										⑤-60										⑥-60										⑦-60									
①-61										②-61										③-61										④-61										⑤-61										⑥-61										⑦-61									
①-62										②-62										③-62										④-62										⑤-62										⑥-62										⑦-62									
①-63										②-63										③-63										④-63										⑤-63										⑥-63										⑦-63									
①-64										②-64										③-64										④-64										⑤-64										⑥-64										⑦-64									
①-65										②-65										③-65										④-65										⑤-65										⑥-65										⑦-65									
①-66										②-66										③-66										④-66										⑤-66										⑥-66										⑦-66									
①-67										②-67										③-67										④-67										⑤-67										⑥-67										⑦-67									
①-68										②-68										③-68										④-68										⑤-68										⑥-68										⑦-68									
①-69										②-69										③-69										④-69										⑤-69										⑥-69										⑦-69									
①-70										②-70										③-70										④-70										⑤-70										⑥-70										⑦-70									
①-71										②-71										③-71										④-71										⑤-71										⑥-71										⑦-71									
①-72										②-72										③-72										④-72										⑤-72										⑥-72										⑦-72									
①-73										②-73										③-73										④-73										⑤-73										⑥-73										⑦-73									
①-74										②-74										③-74										④-74										⑤-74										⑥-74										⑦-74									
①-75										②-75										③-75										④-75										⑤-75										⑥-75										⑦-75									
①-76										②-76										③-76										④-76										⑤-76										⑥-76										⑦-76									
①-77										②-77										③-77										④-77										⑤-77										⑥-77										⑦-77									
①-78										②-78										③-78										④-78										⑤-78										⑥-78										⑦-78									
①-79										②-79										③-79										④-79										⑤-79										⑥-79										⑦-79									
①-80										②-80										③-80										④-80										⑤-80										⑥-80										⑦-80									
①-81										②-81										③-81										④-81										⑤-81										⑥-81										⑦-81									
①-82										②-82										③-82										④-82										⑤-82										⑥-82										⑦-82									
①-83										②-83										③-83										④-83										⑤-83										⑥-83										⑦-83									
①-84										②-84										③-84										④-84										⑤-84										⑥-84										⑦-84									
①-85										②-85										③-85										④-85										⑤-85										⑥-85										⑦-85									
①-86										②-86										③-86										④-86										⑤-86										⑥-86										⑦-86									
①-87										②-87										③-87										④-87										⑤-87										⑥-87										⑦-87									
①-88										②-88										③-88										④-88										⑤-88										⑥-88										⑦-88									
①-89										②-89										③-89										④-89										⑤-89										⑥-89										⑦-89									
①-90										②-90										③-90										④-90										⑤-90										⑥-90										⑦-90									
①-91										②-91										③-91										④-91										⑤-91										⑥-91										⑦-91									
①-92										②-92										③-92										④-92										⑤-92										⑥-92										⑦-92									
①-93										②-93										③-93										④-93										⑤-93										⑥-93										⑦-93									
①-94										②-94										③-94										④-94										⑤-94										⑥-94										⑦-94									
①-95										②-95										③-95										④-95										⑤-95										⑥-95										⑦-95									
①-96										②-96										③-96										④-96										⑤-96										⑥-96										⑦-96									
①-97										②-97										③-97										④-97										⑤-97										⑥-97										⑦-97									
①-98										②-98										③-98										④-98										⑤-98										⑥-98										⑦-98									
①-99										②-99										③-99										④-99										⑤-99										⑥-99										⑦-99									
①-100										②-100										③-100										④-100										⑤-100										⑥-100										⑦-100									
①-101										②-101										③-101										④-101										⑤-101										⑥-101										⑦-101									
①-102										②-102										③-102										④-102										⑤-102										⑥-102										⑦-102									
①-103										②-103										③-103										④-103										⑤-103										⑥-103										⑦-103									
①-104										②-104										③-104										④-104										⑤-104										⑥-104										⑦-104									
①-105										②-105										③-105										④-105										⑤-105										⑥-105										⑦-105									
①-106										②-106										③-106										④-106										⑤-106										⑥-106										⑦-106									
①-107										②-107										③-107										④-107										⑤-107										⑥-107										⑦-107									
①-108										②-108										③-108										④-108										⑤-108										⑥-108										⑦-108									
①-109										②-109										③																																																	

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

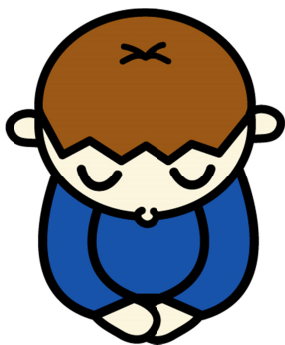
_____名

-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。

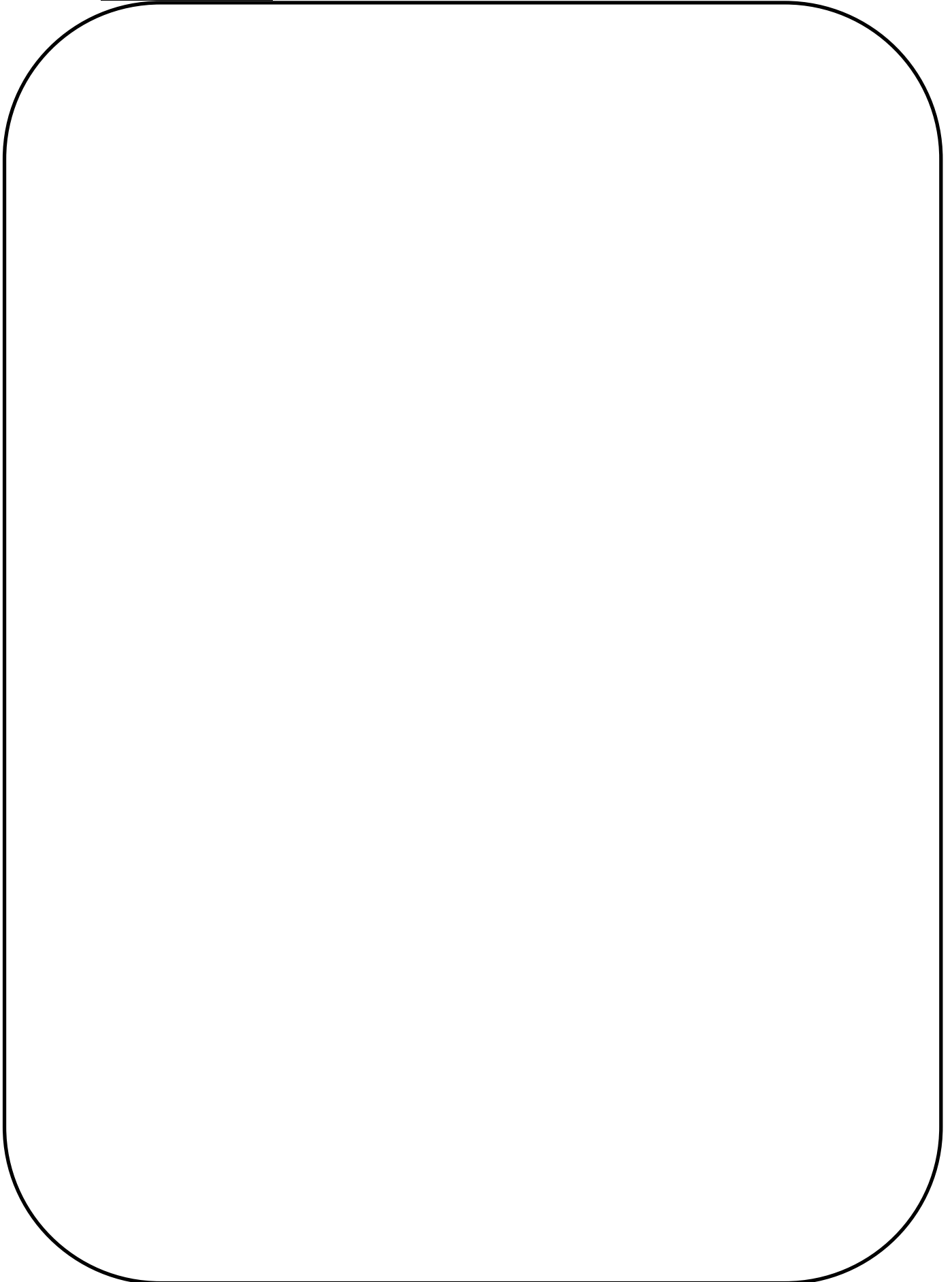
例：企業に対する精神障がいの障がい特性や就労支援制度に関する研修の実施

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、リハビリを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、インターク、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）】

・ 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

著書

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	ページ	出版年
佐藤さやか	障害者就労・生活支援センター	樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信他(編)	今日の精神疾患治療指針	医学書院	東京	703	2012
伊藤順一郎	第7章 地域精神医療をめぐる倫理的な問題とはなにか	中谷陽二, 岡田幸之 責任編集	シリーズ生命倫理学 第9巻:精神科医療	丸善出版	東京	101-114	2013
西尾雅明, 梁田英磨	A C Tによる訪問支援活動 東北福祉大学での実践から	精神保健福祉白書編集委員会編	精神保健福祉白書 2014年版	中央法規出版	東京		2013

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
池淵恵美	統合失調症の認知機能リハビリテーション	神経心理学	26(3)	196-203	2011
池淵恵美	モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案	精神神経学雑誌	114(1)	42-48	2012
池淵恵美	我が国における就労支援モデルの構築	精神科臨床サービス	12	436-448	2012
石川正憲, 坂田増弘, 富沢明美, 大迫充江, 大島真弓, 佐藤さやか, 伊藤順一郎	医療機関からみたアウトリーチ活動及び就労支援の現実と課題	日本社会精神医学会雑誌	21(3)	388-391	2012
伊藤順一郎	わが国におけるIPSの現状と今後を考える	職業リハビリテーション	26(1)	56-59	2012
伊藤順一郎	アウトリーチはいつ, どこから?	臨床作業療法	9(2)	126-130	2012
大迫充江, 大島真弓, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎	デイケアにおける多職種チームによるケアマネジメント	日本社会精神医学会雑誌	21(3)	403-409	2012
大島真弓, 大迫充江, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎	デイケアにおける就労支援	日本社会精神医学会雑誌	21(3)	410-416	2012
佐竹直子	総合病院精神科と精神科地域サービスの連携のあり方について - 千葉県市川市における精神科地域医療モデル -	日本社会精神医学会雑誌	21(1)	124-133	2012

佐藤さやか	認知機能リハビリテーション	Schizophrenia Frontier	13(1),	53-57	2012
下平美智代, 山口創生, 高原優美子, 佐藤さやか	アメリカ, バーモント州の当事者による地域センター「アナザウェイ」の紹介	臨床精神医学	41(12)	1783-1786	2012
富沢明美, 坂田増弘, 伊藤明美, 佐藤さやか, 伊藤順一郎	急性期病棟におけるケアマネジメントと密接に連携したアウトリーチ活動	日本社会精神医学会雑誌	21(3)	396-402	2012
山口創生, 下平美智代, 吉田光爾, 他	精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール: 日本版クライアントサービス受給票の開発の試み	精神医学	54(12)	1225-1236	2012
Yoshida K, Ito J	Recovery-Oriented Community-Based Mental Health Service in Japan	International Journal of Mental Health	41(2)	29-37	2012
吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行, 伊藤順一郎	Assertive Community Treatment における診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究	臨床精神医学	41(12)	1767-1781	2012
片山(高原)優美子, 山口創生, 種田綾乃, 吉田光爾	精神障害者の援助付き雇用および個別職業紹介とサポートに関する効果についての長期的な追跡研究のシステムティック・レビュー	社会福祉学	54(1)	28-41	2013
下平美智代, 山口創生, 伊藤順一郎	日本における精神障害者の地域生活支援: 千葉県市川市の取り組み	海外社会保障研究	182	4-15	2013
山口創生, 吉田光爾, 種田綾乃, 片山優美子, 坂田増弘, 佐竹直子, 佐藤さやか, 西尾雅明, 伊藤順一郎	重症精神障害者におけるセルフ・マネジメントと精神症状や機能との関連の検証: クロスセクショナル調査	社会問題研究	63	99-107	2013
池淵恵美, 初瀬記史, 江口のぞみ, 稲垣晃子, 久保田佳美, 大矢かな子, 田谷由貴子, 納戸昌子, 吉田久恵, 條川佐和, 細海理子	外来患者に生活支援・ケアマネジメントサービスはどの程度必要かー精神科初診患者の全数調査	臨床精神医学	印刷中		2014
Sato S, Iwata K, Furukawa S, Matsuda Y, Hatsuse N, Ikebuchi E	The Effects of the Combination of Cognitive Training and Supported Employment on Improving Clinical and Working Outcomes for People with Schizophrenia in Japan	Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health	10	18-27	2014
種田綾乃, 山口創生, 佐藤さやか, 他	重度精神障害者に対する就労支援: individual placement and support を中心に	精神保健研究	60	73-79	2014

・ 研究ご協力機関一覧

研究ご協力機関一覧

平成 23 年度

多職種アウトリーチチーム研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科 / 在宅支援室「PORT」

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 / 医療福祉相談室 / 訪問看護室

市川市基幹型支援センターえくる

社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所

特定非営利活動法人千葉精神健康福祉ネット M ネット ハピネス行徳 / 里見工房

特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所

特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科 / S-ACT

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科外来

認知機能リハビリテーションと日本型援助付雇用モデルの研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科 / デイケア

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 / 医療福祉相談室

NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド

社会福祉法人サンワーク 就労移行支援事業所サンワーク就労センター

特定非営利活動法人いちされん 市川市障害者就労支援センターアクセス

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科 / デイケア

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科 / デイケア

特定非営利活動法人障害者支援情報センター障害者就労・生活支援センターアイ・キャリア

【他】

医療法人社団宙妻会ひだクリニック 精神科デイ・ナイトケア

財団法人長岡記念財団 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

障害者就業・生活支援センターアイリス

株式会社リクルートスタッフィング

全国 ACT 事業所による診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究

【ACT 事業所】

- ACT-H 北海道立緑ヶ丘病院附属音更リハビリテーションセンター
S-ACT 東北福祉大学せんだんホスピタル
ACT-J 特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS
ぴあクリニック 医療法人社団互啓会ぴあクリニック /
株式会社ぼっけ訪問看護ステーション不動平
ACT-K たかぎクリニック / ねこのて訪問看護ステーション /
特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション
ACT-Zero 岡山 大和診療所 / 訪問看護ステーション宙
NACT ころろクリニックせいわ / 訪問看護ステーション浜田「こころ」

ストレングス志向性のスタッフ調査研究

- 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院
精神科 / 在宅支援室「PORT」 / デイケア
独立行政法人国立国際医療研究センター 国府台病院 精神科 / 医療福祉相談室 / 訪問看護室
市川市基幹型支援センターえくる
社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所
特定非営利活動法人千葉精神健康福祉ネット M ネット ハピネス行徳 / 里見工房
特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所
特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J
特定非営利活動法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド
東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科 / S-ACT
特定非営利活動法人 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ
帝京大学附属病院 精神科外来 / デイケア
社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル
特定医療法人万成病院
社会医療法人近森会 近森病院第二分院
独立行政法人国立病院機構 帯広病院 精神科 / デイケア
独立行政法人国立病院機構 花巻病院 精神科 / デイケア / 訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院 精神科 / デイケア / 在宅支援室
独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 精神科 / デイケア / 訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 榊原病院 精神科 / 訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター 精神科 / デイケア / 在宅支援室
独立行政法人国立病院機構 やまと精神医療センター 精神科 / デイケア
独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター 精神科 / デイケア
独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター 精神科 / デイケア
独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
精神科 / デイケア / 訪問看護室 / 地域医療支援室

平成 24 年度

多職種アウトリーチチーム研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科 / 在宅支援室「PORT」

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 / 医療福祉相談室 / 訪問看護室
市川市基幹型支援センターえくる

社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所

特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳 / 里見工房

特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所

特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科 / S-ACT

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科外来

【他】

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

独立行政法人国立病院機構 琉球病院 精神科 / 地域連携室

医療法人 周行会 湖南病院 / 湖南クリニック / 地域活動支援センター風

認知機能リハビリテーションと日本型援助付雇用モデルの研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科 / デイケア

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 / 医療福祉相談室

NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド

社会福祉法人サンワーク 就労移行支援事業所サンワーク就労センター

特定非営利活動法人いちされん 市川市障害者就労支援センターアクセス

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科 / デイケア

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科 / デイケア

特定非営利活動法人障害者支援情報センター障害者就労・生活支援センターアイ・キャリア

【他】

医療法人社団宙妻会ひだクリニック 精神科デイ・ナイトケア

財団法人長岡記念財団 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

障害者就業・生活支援センターアイリス
株式会社リクルートスタッフィング
熊本市こころの健康センター デイケア

ストレンクス志向性のスタッフ調査研究

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院
精神科 / 在宅支援室「PORT」 / デイケア
独立行政法人国立国際医療研究センター 国府台病院 精神科 / 医療福祉相談室 / 訪問看護室
市川市基幹型支援センターえくる
社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所
特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳 / 里見工房
特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所
特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J
特定非営利活動法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド
東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科 / S-ACT
特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ
帝京大学附属病院 精神科外来 / デイケア
社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル
特定医療法人万成病院
社会医療法人近森会 近森病院第二分院
独立行政法人国立病院機構 帯広病院 精神科 / デイケア
独立行政法人国立病院機構 花巻病院 精神科 / デイケア / 訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院 精神科 / デイケア / 在宅支援室
独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 精神科 / デイケア / 訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 榊原病院 精神科 / 訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター 精神科 / デイケア / 在宅支援室
独立行政法人国立病院機構 やまと精神医療センター 精神科 / デイケア
独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター 精神科 / デイケア
独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター 精神科 / デイケア
独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
精神科 / デイケア / 訪問看護室 / 地域医療支援室

日本版援助付き雇用スタンダード研究および就業・生活支援センター全国悉皆調査(五十音順)

一般社団法人 訪問看護ステーション Q-ACT
医療法人 社団更生会 草津病院 就労支援センター ワークネクスト
医療法人 社団宙麦会 ひだクリニック 精神科デイ・ナイトケア
医療法人 社団二山会 宗近病院 精神科 デイケア ほのぼの
医療法人 尚生会 就労移行支援事業(創) C.A.C
医療法人 清風会 就労支援センター オンワーク
医療法人 北斗会 さわ病院 デイケア
学校法人 滋慶学園 東京福祉専門学校 地域活動・相談支援センター かさい

公益財団法人 住吉偕成会 住吉病院 / すみよし障がい者就業・生活支援センター
 社会福祉法人 あすなる福祉会 障害福祉サービス事業 多機能型事業所 あすなる
 社会福祉法人 桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院 医療相談室
 東京都指定就労移行支援事業所 就労移行支援センター フリーデザイン
 特定非営利活動法人 いちされん 障害者就業・生活支援センター いちされん
 特定非営利活動法人 大阪精神障害者就労支援ネットワーク
 JSN 茨城 / JSN 門真 / JSN 新大阪
 特定非営利活動法人 京都メンタルケア・アクション ACT-K 就労支援センター そらいる
 特定非営利活動法人 コミュネット楽創 就労移行支援事業所コンポステラ
 特定非営利活動法人 Switch 障害者福祉サービス事業所 スイッチ・センダイ
 特定非営利活動法人 NECST
 障害者就職サポートセンタービルド / コースキャリアセンターフラッグ
 特定非営利活動法人 ゆるら 社会生活サポートセンター こみっと
 特定非営利活動法人 リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J
 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院 デイケア
 浜松市パーソナル・サポート・センター（青少年就労支援ネットワーク静岡）

平成 25 年度

多職種アウトリーチチーム研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科 / 在宅支援室「PORT」

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 / 医療福祉相談室 / 訪問看護室

市川市基幹型支援センターえくる

社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所

特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳 / 里見工房

特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所

特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科 / S-ACT

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科外来

【他】

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

独立行政法人国立病院機構 琉球病院 精神科 / 地域連携室

医療法人 周行会 湖南病院 / 湖南クリニック / 地域活動支援センター風

認知機能リハビリテーションと日本型援助付雇用モデルの研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科/デイケア

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科/医療福祉相談室

NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンター ビルド

社会福祉法人サンワーク パル

特定非営利活動法人いちされん 市川市障害者就労支援センター“アクセス”

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科/デイケア

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科/デイケア

特定非営利活動法人障害者支援情報センター障害者就労・生活支援センターアイ・キャリア

【他】

医療法人社団宙麦会ひだクリニック 精神科デイ・ナイトケア

財団法人長岡記念財団 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

障害者就業・生活支援センターアイリス

株式会社リクルートスタッフィング

熊本市こころの健康センター デイケア

ストレンクス志向性のスタッフ調査研究

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院

精神科/在宅支援室「PORT」/デイケア

独立行政法人国立国際医療研究センター 国府台病院 精神科/医療福祉相談室/訪問看護室

市川市基幹型支援センターえくる

社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所

特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳/里見工房

特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所

特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

特定非営利活動法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科/S-ACT

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ

帝京大学附属病院 精神科外来/デイケア

社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル

特定医療法人万成病院

社会医療法人近森会 近森病院第二分院

独立行政法人国立病院機構 帯広病院 精神科/デイケア

独立行政法人国立病院機構 花巻病院 精神科/デイケア/訪問看護室

独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院 精神科/デイケア/在宅支援室

独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 精神科 / デイケア / 訪問看護室
 独立行政法人国立病院機構 榊原病院 精神科 / 訪問看護室
 独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター 精神科 / デイケア / 在宅支援室
 独立行政法人国立病院機構 やまと精神医療センター 精神科 / デイケア
 独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター 精神科 / デイケア
 独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター 精神科 / デイケア
 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
 精神科 / デイケア / 訪問看護室 / 地域医療支援室
 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科 / 在宅支援室「PORT」/ デイ
 ケア
 独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 / 医療福祉相談室 / 訪問看護室
 市川市基幹型支援センターえくる
 社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所
 特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳 / 里見工房
 特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所
 特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J
 独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 / 医療福祉相談室
 NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンター ビルド
 東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科 / S-ACT
 東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科
 特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ
 帝京大学附属病院 精神科外来 / デイケア

IPS 型就労支援フィデリティ評価ツール作成に係る研究（五十音順）

一般社団法人 FLaT 就労支援センターFLaT
 医療法人社団 慈雲堂病院 地域連携推進部 デイケア室
 医療法人社団 宙麦会 ひだクリニック
 医療法人尚生会 就労移行支援事業所（創）シー・エー・シー
 医療法人清風会 就労支援センター オンワーク
 医療法人北斗会 さわ病院デイケアセンター
 NPO 法人 大阪精神障害者就労支援ネットワーク JSN 茨木
 NPO 法人 京都メンタルケアアクション ACT-K 就労支援センター そらいる
 NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンター ビルド
 NPO 法人 NECST ユースキャリアセンター フラッグ
 社会福祉法人あすなる ジョブサポートセンター あすなる
 社会福祉法人東康会 就労支援センターらぼーる宇城
 特定非営利活動法人コミュネット楽創 就労移行支援事業所コンポステラ
 特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所 スイッチ・センダイ
 特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J
 特定非営利活動法人ゆるら 社会生活サポートセンター こみっと
 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院デイケア

厚生労働科学研究費補助金
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

平成 23 年度 - 平成 25 年度 総合研究報告書

発行日 平成 26 年 3 月
発行者 研究代表者 伊藤順一郎
発行所 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
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1