

## 資料編



## 資料編

資料No	資料名
資料1	ジョブデザイン・サポートプログラムのご案内
資料2	ジョブデザイン・サポートプログラムを希望される方へ ～初回相談から正式利用までの流れ～
資料3	ジョブデザイン・サポートプログラムのご案内 ～雇用事業所の方へ～
資料4	職業センター利用申請者に係る主治医の意見書
資料5	職業センタープログラム受講申請書
資料6	M-ストレス・疲労アセスメントシート(IV) 本人用
資料7	生活リズム表
資料8	ジョブデザイン・サポートプログラム利用者に係る情報提供について(依頼)
資料9	情報提供書
資料10	ジョブデザイン・サポートプログラムの実施に係る職業リハビリテーション計画
資料11	ジョブデザイン・サポートプログラム利用者に係る情報提供について



# ジョブデザイン・サポートプログラム (JDSP) ごあんない

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
障害者職業総合センター 職業センター

## ジョブデザイン・サポートプログラムの概要

気分障害等の精神疾患により休職中で復職を目指す方々の“復職したい”という思いを実現するために、休職者の方、復職先の事業所の方に、主治医の助言を得ながら職場復帰の支援を行うプログラムです。

## 対象者

気分障害などの精神疾患により休職中で、復職を希望されている方。本プログラムは継続した通所が必要となるため、日常生活に支障がない程度に病状が安定している方が対象です。プログラム実施には、休職者の方・事業所・主治医の三者の同意が必要です。

## 1週間のスケジュール（例）

	月	火	水	木	金
10:15	朝のミーティング・ラジオ体操				
10:30	個別作業	個別作業	ジョブリハーサル (集団作業)	SSTを援用した 対人技能訓練	個別作業
12:00	昼休み				
13:00	グループ ミーティング	運動	ジョブリハーサル (集団作業)	個別作業	個別作業
15:00	休憩				
15:15	帰りのミーティング				
15:30					

※1週間の基本的な活動内容です。内容や参加頻度は個人によって異なります。

## プログラムの内容

グループ ミーティング	テーマに基づいてディスカッションを行います。他の受講者との意見交換を通じて、自身の休職原因に関連した事柄について、様々な視点から検討・整理を行います。 例) ストレスについて、認知行動療法を援用したリワークノートの活用方法、自分の価値観を確認する、復職にあたって確認しておきたいこと…etc.
SSTを 援用した 対人技能訓練	職場の対人場面を取り上げ、ロールプレイを行うことにより、柔軟なコミュニケーションスキルを身につけ、普段から自分も相手も大切に考える考えや自己表現の習得をめざします。 例) 休職後初めて職場に出向いた時の対応、上司に至急の仕事を依頼された時の対応、復職面談…etc. (* SST: Social Skills Training)
個別作業	読書やワークサンプル幕張版などを行い、集中力・注意力・持続力の向上を図ります。 * ワークサンプル幕張版は、PCを使用するOA課題、書類作成等の事務課題、商品管理等の実務課題があります。
ジョブリハーサル (集団作業)	職場を想定して、他の受講者と協力して仕事を進める練習を行います。受講者の一人がリーダー役を担い、リーダーの指示のもとで、皆で分担して作業を完成させます。 模擬的な仕事場面を体験することにより、自分の仕事ぶりや課題、ストレス等について振り返り、復職後の仕事の進め方について準備します。
運動	ストレッチやバドミントン等を行い、緊張の軽減や体力の増進を図ります。

## 実施期間

事前相談の中で個別に実施時期および期間を設定します。  
期間は最長24週間です。なお、プログラムの再受講はできません。

## プログラム実施の流れ

### 問い合わせ

・初回相談(予約制)を行い、当プログラムの概要の説明を行います。

### 事前相談& コーディネート

・週に2回程度、プログラムを見学いただき、面談して復帰のための課題を整理します。  
・休職者・事業所・主治医の意向を確認し、職場復帰の進め方を検討、調整します。  
・支援の実施内容について計画を策定します。

### プログラムの 実施

・復帰のためのウォーミングアップとして週に3~5日通所していただきます。  
・利用期間は、ご本人及び事業所の状況に応じて12~24週間の範囲で個別に設定します。

### 職場復帰& フォローアップ

・職場復帰の時期について調整を行います。  
・職場復帰後の安定した継続勤務のための支援を行います(6ヶ月間)。

## ご利用にあたって（留意事項）

1. 本プログラムは、復職への準備性を高めることが目的です。治療や医学的リハビリテーションではありません。

2. 本プログラムは、職場復帰の考え方について整理することを提案します。そのため、この結果を復職の可否判断に利用することはできません。

事業所の方には、職場復帰に関する就業規則や職場復帰に関する考え方などについて確認させていただきます。また、配置転換等も含め総合的に検討することをお願いいたします。

3. 実施期間を通じて、休職者の方及び事業所の方と相談を行います。

事業所の方には、職場復帰にあたっての打合せ、復職後の職務内容に関する情報提供、プログラムで使用する作業材料の提供等について、ご協力をお願いいたします。

4. 技法開発のためのデータ収集・活用にご協力をお願いいたします。

個人を特定できる情報は公開いたしません。なお、詳細については別途資料によりご説明いたします。

5. その他

受講費用は無料です。

交通費、昼食代は自己負担となります。



グループミーティングの様子

## ジョブデザイン・サポートプログラムでの技法開発

障害者職業総合センター職業センターでは、地域障害者職業センターをはじめとする職業リハビリテーション機関等を通じて把握した開発ニーズをふまえ、これまでの支援技法では効果が現れにくい障害のある方を対象に、先駆的な職業リハビリテーションを実施し、支援技法の開発・改良を行っています。平成25、26年度は、グループミーティングのテーマの一つとして、アンガーマネジメント支援を組み入れています。

ジョブデザイン・サポートプログラムは、正式受講者の同時期の受け入れを5名程度とし、受講者のニーズに合わせた個別プログラムを実施しています。

アンガーマネジメント支援とは、怒りのマネジメントを学ぶ機会です。アンガーマネジメント支援では、怒りは誰しも抱くことのある自然な感情と捉えます。そして、自分の怒りの感情に気づき、感情を上手く処理したり、相手に上手く伝える方法を工夫することにより、復職後の職場における人間関係をスムーズに保つことをめざします。

## プログラムを利用された方々の感想

### ● 休職者の方

- ・病気やストレスとのつきあい方について学んだことで、自分を見つめ直し、休職原因を振り返ることができた。
- ・実際の職場場面を想定して作業や会話をすることで、自分の考え方や行動を確認したり対処方法を試すことができ、復職に対する自信が持てた。
- ・利用開始当初は緊張して不安だったが、同じ立場のメンバーと話し合ったり経験を共有したりでき、孤独感が薄れた。

### ● 事業所の方

- ・プログラム参加により生活リズムを整えることができ、また病状を本人が理解したことで体調管理ができるようになり、復職まで円滑に進められた。
- ・本人の課題を客観的に整理し、職場として配慮すべき事項についても提案いただいたことで、復職のための目標設定を共有できた。



## お問い合わせ

障害者職業総合センター  
職業センター開発課援助係  
〒261-0014  
千葉県美浜区若葉3-1-3  
TEL 043-297-9112  
FAX 043-297-9060

### (交通)

JR京葉線海浜幕張駅北口より徒歩15分  
JR総武線幕張駅より徒歩20分  
通所にあたり、海浜幕張駅・幕張本郷駅  
からマイクロバスを利用することができます。



2013.4



# ジョブデザイン・サポートプログラムを希望される方へ

## ～初回相談から正式利用までの流れ～

障害者職業総合センター職業センター

### 初回相談の予約

- ・病院の担当者の方から、職業センターに相談予約を入れていただきます。
- ・相談予約をいただいた時点で、ご本人のお名前や勤務先等を病院の担当者の方からお聞きすることになります。

### 初回相談

- ・職業センターに来所していただき、ジョブデザイン・サポートプログラムについての説明を受けた上で施設見学をしていただきます。
- ・【初回相談時点でプログラムの利用希望を決められた方】正式利用開始までに、プログラムの利用について雇用事業所から同意を得る必要がありますので、まずご本人から雇用事業所の担当者に、別紙「ジョブデザイン・サポートプログラムのご案内」の内容をご説明いただきます。また、「主治医の意見書」をご本人から主治医にお渡しし作成をご依頼いただくこととなります。初回相談以降、ご本人の現在の状況や希望について数回に分けてお聞きします。次回の相談日の予約は、病院の担当者から入れていただきます。
- ・【プログラムを利用するかどうか少し考えたいという方】後日、利用希望の有無について、病院の担当者の方にお伝え下さい。利用を希望される方は、次回の相談日の予約を病院の担当者から入れていただきます。

### 相談・見学

- ・職業センターに来所していただき、現在の状況（体調、生活リズム）、経歴（職歴、病歴）、復職に向けた課題や職場に対する考え、希望する支援内容等についてお聞きします。所要時間は1回につき数時間で、数回、実施します。
- ・集団プログラム（約2時間）を2回以上見学していただきます。
- ・相談を円滑に進めていくために、相談資料を作成していただきます。また、病院から必要な情報を提供いただくことがあります。
- ・相談や見学の日時については、病院の担当者を通じてご連絡します。

### 合同ミーティング

- ・病院において、ご本人、病院の担当者、職業センターの担当者間でミーティングを行います。このミーティングでは、復職に向けた課題と支援内容、支援期間、雇用事業所との調整方針等について打ち合わせを行います。所要時間は1時間程度です。

### 雇用事業所訪問の準備

- ・雇用事業所訪問の日程調整を、ご本人にしていただきます。ご本人による調整が難しい場合は、職業センターがご本人に代わって日程調整することができます。
- ・ご本人と職業センター担当者間で、雇用事業所に訪問した際の説明事項を確認します。

### 雇用事業所訪問1回目

- ・ご本人と職業センター担当者が雇用事業所を訪問し、ジョブデザイン・サポートプログラムについて説明します。また、雇用事業所の担当者から、復職の要件や支援内容に対する要望等についてお聞きします。

### 雇用事業所訪問の準備

- ・職業センターが作成した「支援計画」について、ご本人と職業センター担当者間で確認し、同意をいただける場合には「同意書」にご本人の署名が必要になります。また、ご本人から雇用事業所担当者に対して「支援計画」の内容について説明していただきますので、説明の仕方についての事前の打ち合わせを職業センターにて行います。
- ・主治医にも、ご本人から「支援計画」を説明した上で「主治医の同意書」の提出を依頼していただきます。

### 雇用事業所訪問2回目

- ・ご本人と職業センター担当者が雇用事業所を訪問し、雇用事業所の担当者に対し、ご本人から「支援計画」の内容を説明していただきます。雇用事業所が「支援計画」の内容に対して同意いただける場合、「同意書」の提出が必要であることを、ご本人から雇用事業所に説明・依頼していただくこととなります。

### 利用開始

- ・ご本人、主治医、雇用事業所の「同意書」がそろった時点で、正式利用になります。
- ・利用期間の標準は、4週間～12週間程度ですが、最長24週間まで利用できます。
- ・週2～3日の通所から始めることも可能です。

※初回相談から正式利用開始まで、おおよそ1ヵ月程度です。

## ジョブデザイン・サポートプログラムのご案内

～雇用事業所の方へ～

〒261-0014  
千葉市美浜区若葉3-1-3  
(開発課援助係)043-297-9112



### ジョブデザイン・サポートプログラムとは何ですか？

休職中で復職を目指す方々の“復職したい”という思いを実現するために、医療機関の復職支援プログラム(リワークプログラム)を終了された方を対象とし、ご本人が通院している医療機関と連携しながら、職場の環境に近い作業場面の下で、職場復帰に向けたウォーミングアップをしていただきます。また、円滑な復職を進めていくために、雇用事業所の担当者との間で、職場復帰後の職務内容等に関する調整を行います。

#### ご本人への支援

- 休職原因の分析と再発予防策の検討
- 職場復帰後の働き方の整理
- 職場復帰に係る不安の解消
- 職場内対人スキルの回復と向上

#### 雇用事業所への支援

- 労働環境の整備に関する助言
- 職務内容の調整(職務再設計)
- ご本人の障害特性や雇用管理上配慮を要する事項の伝達

#### 医療機関との連携

- 効果的な支援方法の共有
- 一体的なアプローチ

◆支援の具体的内容は、ご本人の状況に応じて個別に検討します。標準的な利用期間は、4週間～12週間です。

### プログラムの正式利用までに、どんな準備が必要ですか？

#### <ご本人>

円滑な復職をしていただくための「支援計画」を当センターが策定します。この「支援計画」を策定するためには、ご本人との相談を綿密にさせていただくことが必要になりますので、正式利用までに、数回、当センターに来所いただく他、医療機関の担当者同席の下でミーティングを行います。これらの準備に要する期間はおよそ1ヶ月程度です。

#### <雇用事業所>

「支援計画」を策定するためには、雇用事業所の担当者の方からも、ご意見をお伺いすることが必要になります。このため、正式利用開始前に数回、当センター職員が、ご本人と共に雇用事業所を訪問させていただきます。そして、「支援計画」の内容について、雇用事業所の担当者の方からも同意をいただいた後、プログラムを正式利用していただくこととなります。

これらの準備や所定の手続き、プログラム内容等の詳細につきましては、当センター職員が雇用事業所を訪問させていただいた際、雇用事業所の担当者の方にご説明いたします。

## 職業センター利用申請者に係る主治医の意見書

氏名	(男・女)	年 月 日生 ( 歳)
住所	〒  TEL	

診断名 ;

病名や病気のことについて、本人や家族には、どのように説明していますか。

病歴・治療歴	発病の時期	年 頃	現在の通院の状況	月 回程度
	入院の状況	過去	回程度	
		通算	年位	
	前回入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	

服薬の内容 (名称、処方量/錠数、服用回数)

_____	_____ mg	_____ 錠	_____ 回 / 日
_____	_____ mg	_____ 錠	_____ 回 / 日
_____	_____ mg	_____ 錠	_____ 回 / 日
_____	_____ mg	_____ 錠	_____ 回 / 日
_____	_____ mg	_____ 錠	_____ 回 / 日
_____	_____ mg	_____ 錠	_____ 回 / 日

【生活歴】

--

【現在の状態】

① 医 療 面	現在の精神症状（具体的な症状と程度）
	症状の安定度（安定の程度、安定してからどの位の期間になるか等）
	服薬の態度（自己管理の状況等）
	その他の留意事項

② 行 動 面	行動特性と課題
	本人が苦手とする場面や状況
	調子を崩すときの前兆（症状を崩す誘因なども含めて）

③ 生 活 面	日常生活場面での課題等
	家族関係や家族の支援の状況

【職業センターで指導する上の留意事項】

職業センターの指導上で望むこと

避けた方がよいと思われる作業や場面等

健康管理上の留意事項等

既往症

現在の状況

① 血圧 /mmHg

② Hb抗原（宿泊棟利用者のみ）

③ てんかん発作

無・有（有の場合は、下記に具体的に記入して下さい）

共同生活における留意点等（共同生活に不都合な疾患又は当プログラム受講に当たっての総合意見）

自己管理の状況

以上のおり意見を述べる。

作成日 平成 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
障害者職業総合センター職業センター長 殿

医療機関名  
所在地  
電話番号

主治医氏名  
(作成者の場合は不要)

㊟

作成者氏名

㊟

(職名 )

## 職業センタープログラム受講申請書

平成 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

障害者職業総合センター

職業センター長 殿

このたび、貴センターのプログラムを受講したいので申請します。

プログラム名	ジョブデザイン・サポートプログラム		
フリガナ			
受講申請者名			
生年月日	年	月	日生 ( 歳)
住 所	〒		
	TEL	FAX	
連絡者等氏名		本人との関係	
連絡者等住所	〒		
	TEL	FAX	

注) 連絡者等の氏名・住所欄には、ご本人と連絡がつかない時などに、ご本人に代わってご連絡を受けていただける方をご記入ください。

M-ストレス・疲労アセスメントシート (Ⅳ)  
[Makuhari Stress and Fatigue Assessment Sheet]

氏 名	
記入日	年 月 日

## フェイスシート

作成日 年 月 日

## (1) 基本属性

ふりがな ①氏名		②性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	③生年月日 (年齢)	年 月 日 歳
④住所	〒 連絡先			
⑤最寄駅	駅名・バス停名	自宅から、最寄駅までの距離 ( ) で ( ) 分くらい		
⑥通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
⑦来所経路 (紹介者)	( )			
⑧家族構成	名前	年齢	備考	
⑨免許資格	免許、資格の名称	取得年	備考	
		年 月		
		年 月		
		年 月		

## (2) 学歴

	名称	卒業等	在籍期間	専攻等
中学		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在籍	年 月	
		<input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> その他	年 月	
高校		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在籍	年 月	
		<input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> その他	年 月	
専門学校		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在籍	年 月	
		<input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> その他	年 月	
大学		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在籍	年 月	
		<input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> その他	年 月	
その他		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在籍	年 月	
		<input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> その他	年 月	

## (3) 職場復帰の希望について

事業所の定めている休職期間	年 月 日間 ( 年 月 ~ 年 月 )
職場復帰の希望時期	年 月頃
希望部署	<input type="checkbox"/> 元の部署 <input type="checkbox"/> 配置転換 ( ) <input type="checkbox"/> 会社に一任 <input type="checkbox"/> わからない
出勤の調整希望	出勤日数 週 日から始めたい
※必ず調整できるわけではありません。	出勤時間 1日 時間から始めたい



## MSFASシート(Ⅳ) シートA

## 自分の生活習慣・健康状態、回復状況をチェックする

日常の生活習慣や健康状態とストレス・疲労は密接に関係しています。

生活習慣の崩れがストレスや疲労の原因になることもあれば、生活習慣の崩れにより、ストレスや疲労がたまっていることに気づく場合もあります。

自分の生活習慣を把握し、ストレスや疲労との関係を考えてみましょう。

また、節目ごとに回復状況を整理して、無理のない職場復帰のあり方を考えるきっかけにしましょう。

氏名

記入日 年 月 日

## 1 自分の生活習慣を振り返ってみましょう

A 生活習慣 年 月 日記入

次の(1)~(4)、(6)~(10)の質問について、それぞれ、あてはまるところに一つチェック(レ)をつけてください。  
 (5)は、あてはまるもの全てにチェック(レ)をつけてください。

(1)タバコを吸いますか \_\_\_\_\_

吸う 1日  本くらい

吸わない

止めた

特記事項

(2)お酒を飲みますか \_\_\_\_\_

飲む 週  日くらい 1回量

飲まない

止めた

特記事項

(3)1日の生活リズムを教えてください \_\_\_\_\_

・ 起床時間  時  分ごろ

・ 就寝時間  時  分ごろ

・ 平均睡眠時間  時間程度

(4)生活リズムが、変化することがありますか \_\_\_\_\_

大体一定している

時々崩れる

殆ど一定していない

特記事項

(5)睡眠の質を教えてください \_\_\_\_\_

※あてはまるもの全てに○をつけてください

(薬を飲んでいる状態で)よく眠れる

寝付きが悪い

途中で目が覚めるが、また眠ることができる

途中で目が覚めて、眠れない

朝起きられない

特記事項

(6)食生活は規則的ですか \_\_\_\_\_

毎日、ほぼ同じ時間帯に3食、食事をとっている

時間は不規則だが、3食、食事をとっている

食事を抜いてしまうことが多い

特記事項

(7)食欲はありますか \_\_\_\_\_

いつも食欲がある

時々、食欲がなくなる

いつも、あまり食欲がない

特記事項

(8)食事の内容を教えてください \_\_\_\_\_

毎日、栄養バランスのよい食事をとっている

だいたい、栄養バランスのよい食事をとっている

偏食が多く、栄養バランスがよいとは言えない

特記事項

(9)体重が5キロ以上、変化したことがありますか \_\_\_\_\_

5kg以上、変化したことがある

変化なし

特記事項

(10)スポーツをしていますか \_\_\_\_\_

(散歩やストレッチも含む)

定期的に行っている 内容

気が向いたらする 頻度

殆どしない

特記事項

(11)腰痛、肩こり、鼻炎、アレルギーなどはありますか \_\_\_\_\_

ある 症状

ない

## 2 復職準備過程の節目ごとに、ご自身の回復状況を確認しましょう

次の質問について、それぞれ、「できている」は「○」、「できていない」は「×」、「どちらとも言えない」は「△」を書いてください。  
 ※(15)は、「高まっている」は「○」、「低い」は「×」、「どちらとも言えない」は「△」を書いてください。

項目	日付		記入例							あなたの記録 * 下のセルに、○/△と日付を記入します。						
	現在	リワーク開始直後	1か月後	2か月後	復職直後	1か月後	3か月後									
生活リズム	(1) 生活記録表等を使い、自分の生活リズム、気分体調のパターンをチェックする	×	△	○	○	○	○	○								
	(2) 朝、決まった時間に起きることが	△	△	○	○	○	○	○								
	(3) 屋敷がなくても1日起きていることが	△	△	○	○	○	○	○								
	(4) 夜、(薬を使っても)十分に寝ることが	△	△	△	△	△	△	△								
	(5) 勤務時間に合わせた生活を継続することが	△	△	○	○	○	○	○								
	(6) 遅刻・早退をせずに施設や会社に通うことが	/	○	○	○	○	○	○								
	(7) 週末、十分に休養をとることが	/	○	○	○	○	○	○								
(8) 毎日、体を動かす(ウォーキング、水泳など)ことが	×	×	×	△	△	△	△									
(9) 毎日、1時間程度、新聞や雑誌を読むことが	△	△	○	○	○	○	○									
(10) 仕事に関連した本やレポートを集中して読むことが	×	△	○	○	○	○	○									
(11) 仕事に関連した本やレポートを集中して読み、その内容を要約することが	×	△	△	○	○	○	○									
(12) 2時間程度、作業に集中することが	×	△	○	○	○	○	○									
(13) 半日程度、作業に集中することが	×	×	△	○	○	○	○									
(14) 本来の勤務時間に相当する時間、作業に集中することが	/	×	×	△	○	○	○									
(15) 職場復帰への意欲が*	△	△	○	○	○	○	○									
(16) 自分どの程度疲労しているかの理解が	△	○	○	○	○	○	○									
(17) 疲労を蓄積させない方法の理解が	×	×	△	○	○	○	○									
(18) 自分にとって何がストレスとなりやすいかの理解が	×	×	△	○	○	○	○									
(19) ストレス状態の自分の反応(ストレスサイン*注1)について、理解が	△	△	△	○	○	○	○									
(20) ストレス状態を悪化させない方法についての理解が	×	×	△	△	○	○	○									
(21) 必要に応じて、体調や仕事のことを上司や産業保健スタッフ他に相談することが	○	○	○	○	○	○	○									

\*注1: ストレスサインの例: 人と話すのが億劫になる、忘れ物が増える、食欲が落ちる、寝つきが悪くなる

参考・引用文献: 「うつ」からの社会復帰ガイド, うつ・気分障害協会編, 岩波アクティブ新書, 2004.

## MSFAS (Ⅳ) シートB

## ストレスや疲労を解消する方法を整理する

ストレスや疲労がたまらないよう、上手に解消する方法は、色々あります。

このシートでは、自分が興味を持っていること、好きなことを整理しながら、どのようなときに、心や体がリラックスしているかを考えましょう。

氏名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

## B 1 ストレスや疲労を解消する方法を整理しましょう。

年 月 日記入

(1) あなたがリラックスしている時、幸福感を感じる時は、どんな時ですか？ (あてはまるものに幾つでもチェック(レ)をつけてください)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> お風呂に入っているとき    | <input type="checkbox"/> コーヒー、お茶を飲んでいるとき |
| <input type="checkbox"/> タバコを吸っているとき    | <input type="checkbox"/> 食事をしているとき       |
| <input type="checkbox"/> 子どもと遊んでいるとき    | <input type="checkbox"/> おしゃべりしているとき     |
| <input type="checkbox"/> マッサージ等をうけているとき |  |
| <input type="checkbox"/> 趣味の活動 ( )      | をしているとき                                  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )        |  |
| <input type="checkbox"/> 分からない          | <input type="checkbox"/> 特にない            |

(2) あなたの好きなこと、趣味は何ですか？(あてはまるものに、幾つでもチェック(レ)をつけてください)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> スポーツ観戦 ( )      | <input type="checkbox"/> 散歩                    | <input type="checkbox"/> アロマセラピー        |
| <input type="checkbox"/> スポーツ ( )        | <input type="checkbox"/> ドライブ                  | <input type="checkbox"/> マッサージ、指圧       |
| <input type="checkbox"/> 歌を唄う            | <input type="checkbox"/> 音楽を聴く                 | <input type="checkbox"/> 車、オートバイ、自転車、電車 |
| <input type="checkbox"/> 楽器を弾く ( )       | <input type="checkbox"/> 旅行                    | <input type="checkbox"/> ファッション         |
| <input type="checkbox"/> カラオケ            | <input type="checkbox"/> ダンス、踊り                | <input type="checkbox"/> 買い物            |
| <input type="checkbox"/> 映画              | <input type="checkbox"/> 芝居等                   | <input type="checkbox"/> 美術館巡り          |
| <input type="checkbox"/> 写真              | <input type="checkbox"/> 陶芸                    | <input type="checkbox"/> 動物の世話          |
| <input type="checkbox"/> 茶道              | <input type="checkbox"/> 書道                    | <input type="checkbox"/> 手品             |
| <input type="checkbox"/> 華道(フラワーアレンジメント) | <input type="checkbox"/> ガーデニング(庭いじり、家庭菜園、畑仕事) | <input type="checkbox"/> 友人との雑談         |
| <input type="checkbox"/> 絵、イラストを描く       | <input type="checkbox"/> 文章を書く                 | <input type="checkbox"/> パソコン           |
| <input type="checkbox"/> 料理、お菓子作り        | <input type="checkbox"/> 手芸、編み物等               | <input type="checkbox"/> AV機器           |
| <input type="checkbox"/> 読書              | <input type="checkbox"/> 外国語(英会話など)            | <input type="checkbox"/> テレビ            |
| <input type="checkbox"/> ファミコン、ゲーム       | <input type="checkbox"/> 模型、プラモデル              | <input type="checkbox"/> ビデオを見る         |
| <input type="checkbox"/> パチンコ            | <input type="checkbox"/> 競馬、競輪など               | <input type="checkbox"/> アマチュア無線        |
| <input type="checkbox"/> マージャン           | <input type="checkbox"/> マンガ                   | <input type="checkbox"/> ボランティア ( )     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )         | <input type="checkbox"/> 特になし                  |   |

(3) 余暇について

① 現在の余暇の過ごし方は？(自由記述)

② あなたの余暇の過ごし方は、次のどれにあてはまりますか？(あてはまるものに、一つチェック(レ)をつけてください)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 必要に応じ、家族や友人と調整をし、計画を立てる。              |
| <input type="checkbox"/> 自分で計画を立てる。                            |
| <input type="checkbox"/> 自分では計画を立てないが、家族や友人に計画を立てたり、誘ってくれるよう頼む |
| <input type="checkbox"/> 自分では計画を立てないが、誘われたら参加する。               |
| <input type="checkbox"/> 誘われても、参加しないことが多い。                     |

(4) その他、あなたの興味があることがあれば書いてください(食べ物、場所、活動、その他何でもかまいません)。

## MSFAS (Ⅳ) シートC

## あなたが受けているサポートについて整理する

ストレスで悩んだ時などに、家族や友人など、周りの人に話をすることで、気持ちが楽になったり、よいアドバイスを得られる場合があります。

また、支援機関や制度を活用することによっても、安心したり、物理的に楽になる場合もあります。

現在、あなたが、どのようなサポートを活用しているか、整理してみましょう。

氏名

記入日 年 月 日

## 1 周りの人間関係について考えましょう。

年 月 日記入

(1) あなたが、病気や復職のことを相談をする人について記入してください。最もよく相談する人から、順番に記入してください。

No.	自分との関係 (例: 母親、友人、主治医、産保 スタッフなど)	相談内容 (あてはまるものに、幾つでもチェック(レ)をつけてください)
1		<input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> 金銭関係 <input type="checkbox"/> 体調や健康 <input type="checkbox"/> 恋愛や結婚 <input type="checkbox"/> 友人関係 <input type="checkbox"/> 親族や家族関係 <input type="checkbox"/> 日常の雑務、過ごし方 <input type="checkbox"/> その他
2		<input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> 金銭関係 <input type="checkbox"/> 体調や健康 <input type="checkbox"/> 恋愛や結婚 <input type="checkbox"/> 友人関係 <input type="checkbox"/> 親族や家族関係 <input type="checkbox"/> 日常の雑務、過ごし方 <input type="checkbox"/> その他
3		<input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> 金銭関係 <input type="checkbox"/> 体調や健康 <input type="checkbox"/> 恋愛や結婚 <input type="checkbox"/> 友人関係 <input type="checkbox"/> 親族や家族関係 <input type="checkbox"/> 日常の雑務、過ごし方 <input type="checkbox"/> その他
4		<input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> 金銭関係 <input type="checkbox"/> 体調や健康 <input type="checkbox"/> 恋愛や結婚 <input type="checkbox"/> 友人関係 <input type="checkbox"/> 親族や家族関係 <input type="checkbox"/> 日常の雑務、過ごし方 <input type="checkbox"/> その他
5		<input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> 金銭関係 <input type="checkbox"/> 体調や健康 <input type="checkbox"/> 恋愛や結婚 <input type="checkbox"/> 友人関係 <input type="checkbox"/> 親族や家族関係 <input type="checkbox"/> 日常の雑務、過ごし方 <input type="checkbox"/> その他

(2) 家族は、あなたの症状や体調についてどの程度、理解してくれますか？

No.	あなたとの関係 (例: 父、妻など)	症状や体調に関する理解の程度	主治医等との関わり	備考
1		<input type="checkbox"/> 理解がある <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 積極的に関わっている <input type="checkbox"/> 頼めば受診に同行する <input type="checkbox"/> 関わりはない	
2		<input type="checkbox"/> 理解がある <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 積極的に関わっている <input type="checkbox"/> 頼めば受診に同行する <input type="checkbox"/> 関わりはない	
3		<input type="checkbox"/> 理解がある <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 積極的に関わっている <input type="checkbox"/> 頼めば受診に同行する <input type="checkbox"/> 関わりはない	
4		<input type="checkbox"/> 理解がある <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 積極的に関わっている <input type="checkbox"/> 頼めば受診に同行する <input type="checkbox"/> 関わりはない	
5		<input type="checkbox"/> 理解がある <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 積極的に関わっている <input type="checkbox"/> 頼めば受診に同行する <input type="checkbox"/> 関わりはない	

## 2 活用している制度について整理しましょう。

年金等 社会保 障関係 他	受給の有無	種類 (級・期間など)	受給額	備考
	<input type="checkbox"/> 受給中 } → <input type="checkbox"/> 申請中 } <input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 傷病手当金 ( ~ 年 月迄 ) <input type="checkbox"/> その他の給付(共済制度等) ( ~ 年 月迄 ) 医療の公費負担 生活保護 親族の収入		*家計について特に心配していることはありますか？
手帳の 所持	手帳の有無	手帳の種類 (級・程度)	備考	
	<input type="checkbox"/> ある } → <input type="checkbox"/> 申請中 } <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 精神障害福祉手帳 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )		

## MSFAS (IV) シートD

これまで携わった仕事について整理する

職場の環境（仕事の内容や労働条件、職場の雰囲気など）により、あなたが感じるストレスや疲労は、ずいぶん違ったものになるでしょう。  
自分にとって、働きやすい職場を考えるために、これまで携わった仕事や職場環境について、整理してみよう。

氏名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



1 これまで携わった仕事について整理してみましょう。

(1) 事業所名

(入社年： )

入社理由：

(2) これまで従事した職務について、新しいものから記入してください。(勤務時間内の「実働時間」は、一番多いときで何時間(1日、または1ヵ月単位)働いていたか記入してください。)

部署名・職位	職務内容	勤務時間/在職期間等		仕事の難易度	仕事の忙しさ	職場の人間関係	満足度	健康状態	配置された部署について
例 総務部総務課 係長	総務全般	8時 (実働)	45分 79時間/	17時 30分	<input checked="" type="checkbox"/> 難しかった <input type="checkbox"/> 簡単だった	<input checked="" type="checkbox"/> 大変だった <input type="checkbox"/> 良かった	<input type="checkbox"/> 不満だった <input checked="" type="checkbox"/> 満足していた (やりがいがあった) <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> 好調だった <input checked="" type="checkbox"/> 不調だった <不調の状況> 胃痛、不眠、集中力の欠如	<input checked="" type="checkbox"/> 希望通り <input type="checkbox"/> 希望していたが 期待通りではない <input type="checkbox"/> 希望していなかった
1		H5年 (実働)	4月 ～ 1年	～ 1年	<input checked="" type="checkbox"/> 難しかった <input type="checkbox"/> 簡単だった	<input type="checkbox"/> 大変だった <input checked="" type="checkbox"/> 良かった	<input type="checkbox"/> 不満だった <input checked="" type="checkbox"/> 満足していた (やりがいがあった) <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> 好調だった <input checked="" type="checkbox"/> 不調だった <不調の状況>	<input type="checkbox"/> 希望通り <input type="checkbox"/> 希望していたが 期待通りではない <input type="checkbox"/> 希望していなかった
2		年 (うち休職期間)	月 ～ 年	～ 年	<input type="checkbox"/> 難しかった <input checked="" type="checkbox"/> 簡単だった	<input type="checkbox"/> 大変だった <input checked="" type="checkbox"/> 良かった	<input type="checkbox"/> 不満だった <input checked="" type="checkbox"/> 満足していた (やりがいがあった) <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> 好調だった <input checked="" type="checkbox"/> 不調だった <不調の状況>	<input type="checkbox"/> 希望通り <input type="checkbox"/> 希望していたが 期待通りではない <input type="checkbox"/> 希望していなかった
3		年 (実働)	月 ～ 年	～ 年	<input type="checkbox"/> 難しかった <input checked="" type="checkbox"/> 簡単だった	<input type="checkbox"/> 大変だった <input checked="" type="checkbox"/> 良かった	<input type="checkbox"/> 不満だった <input checked="" type="checkbox"/> 満足していた (やりがいがあった) <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> 好調だった <input checked="" type="checkbox"/> 不調だった <不調の状況>	<input type="checkbox"/> 希望通り <input type="checkbox"/> 希望していたが 期待通りではない <input type="checkbox"/> 希望していなかった
4		年 (実働)	月 ～ 年	～ 年	<input type="checkbox"/> 難しかった <input checked="" type="checkbox"/> 簡単だった	<input type="checkbox"/> 大変だった <input checked="" type="checkbox"/> 良かった	<input type="checkbox"/> 不満だった <input checked="" type="checkbox"/> 満足していた (やりがいがあった) <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> 好調だった <input checked="" type="checkbox"/> 不調だった <不調の状況>	<input type="checkbox"/> 希望通り <input type="checkbox"/> 希望していたが 期待通りではない <input type="checkbox"/> 希望していなかった
5		年 (実働)	月 ～ 年	～ 年	<input type="checkbox"/> 難しかった <input checked="" type="checkbox"/> 簡単だった	<input type="checkbox"/> 大変だった <input checked="" type="checkbox"/> 良かった	<input type="checkbox"/> 不満だった <input checked="" type="checkbox"/> 満足していた (やりがいがあった) <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> 好調だった <input checked="" type="checkbox"/> 不調だった <不調の状況>	<input type="checkbox"/> 希望通り <input type="checkbox"/> 希望していたが 期待通りではない <input type="checkbox"/> 希望していなかった

## MSFAS (IV) シートE

## 病気に関する情報を整理する

ストレスや疲労の中には、病気が原因で生じるものがあります。病気に関する適切な知識をもつことで、ストレスや疲労を軽減する手がかりを探ることや容易になります。また、自分の病気の初期の現れ方や症状を知っておくことで、早めの治療や相談につなげることができます。

病気に関して、自分がどの程度、どの様に理解しているか、整理してみましょう。

氏名 \_\_\_\_\_

記入日            年            月            日 \_\_\_\_\_

## 1 病気の発症からこれまでの状況を整理しましょう。

年 月 日記入

## (1) 医療機関等の関係機関から、病気についてどのような説明を受けていますか。

関係機関の名称	診断名	説明を受けた内容(実施された検査等を含む)

## (2) 最初に病気が発症したと思われる時の状況を整理しましょう

①病気が発症した時期 (例: 年 月頃、単身赴任先で、プロジェクトが終わった直後)

②病気が発症した当時の様子□

(治療開始前の様子) 例: 3ヶ月くらい、頻繁な頭痛、ミスの増加、微熱があった。涙ぐむことが増え、ある日起きれなくなる。	*
(治療開始当時の様子) 例: 最初の1ヶ月位は一日寝ていた。気分は~だった。	*

③病気が発症した原因として考えられること

## (3) 病気が再発、または症状が再燃した時の状況を整理しましょう(再発・再燃の経験がある方のみで結構です)

①再発・再燃した時期	②再発・再燃時の様子	③想定される再発・再燃の原因	備考

## ④病気の再発・再燃の前に現れるサイン(兆候)はありますか？

サインの有無	自覚しているサイン	周囲から指摘されるサイン
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 分からない		

## (4) 治療・リハビリの経過について整理しましょう

## ①入院歴

医療機関名	入院期間	入院のきっかけ
	年 月 ~ 年 月 期間計 年 ヶ月	
	年 月 ~ 年 月 期間計 年 ヶ月	
	年 月 ~ 年 月 期間計 年 ヶ月	

## ②通院歴

医療機関名	通院期間	通院のきっかけ
	年 月 ~ 年 月 期間計 年 ヶ月	
	年 月 ~ 年 月 期間計 年 ヶ月	
	年 月 ~ 年 月 期間計 年 ヶ月	
	年 月 ~ 年 月 期間計 年 ヶ月	

## ③現在の診察の頻度と診察時間について教えてください。

・診察頻度: 概ね 週ごと      ・診察時間: 概ね 分くらい

## 2 服薬状況を整理しましょう。

## ①薬の管理について、あてはまるものに一つチェック(レ)をつけてください

- 自分で管理をし、薬を飲み忘れることはない  
 自分で管理をしているが、たまに飲み忘れる  
 自分で管理をしているが、時々、飲み忘れる  
 薬を飲み忘れるため、家族が、薬を管理している  
 その他 ( )

## ②薬の飲み方に関する、医師からの諸注意(例:不安時は、〇〇を2錠までなら追加してよい)

. \_\_\_\_\_  
 . \_\_\_\_\_  
 . \_\_\_\_\_

## ③薬の副作用を感じますか？

- 感じる  
 感じない  
 分からない

## ④副作用の症状について教えてください。また、( )内には強く感じるものから順番をつけてください。

. \_\_\_\_\_ ( )      . \_\_\_\_\_ ( )  
 . \_\_\_\_\_ ( )      . \_\_\_\_\_ ( )  
 . \_\_\_\_\_ ( )      . \_\_\_\_\_ ( )

## ⑤主治医に、不安な点や薬の調整他について、相談をしていますか？

- その都度相談する(内容: )  
 たまに相談する(内容: )  
 あまり相談しない

## 3 病気に対する、自分の感じ方や対処している方法を整理しましょう。

## (1) 日常生活の上で、病気の影響を感じることがありますか？また、それに対して対処している方法があれば、教えてください。

日常生活で感じる病気の影響や自分の変化など	対処している方法
. _____	. _____
. _____	. _____
. _____	. _____
. _____	. _____

## MSFAS (Ⅳ) シートF

## ストレス・疲労が生じる状況について整理する

ストレスや疲労と上手につきあうために大切なことは、自分がどのような場面でストレスを感じたり、疲れやすいのかを知り、そのようなときの、心や身体のサインに気づくことです。

このシートでは、ストレスや疲労が生じる状況について整理し、自分のストレスや疲労のサイン(兆候)を探し、対処方法を検討する機会を設けることを目的としています。

また、ストレスや疲労が生じる状況に対する対処方法について検討できるよう、「参考：対処方法の検討シート」も付いています。使い方を練習の上、復職後の生活においても適宜活用されると良い

氏名

---

記入日            年            月            日

---

## 1 ストレスや疲労に関する周辺情報

年 月 日記入

(1) ストレスを感じた状況について、①～④まで整理してみましょう。④については、自分1人で思いつかない場合、スタッフとの相談やグループミーティング等で相談しながら記入してください。

No.	【①状況】不安になったり、緊張したり、イライラしたのは、どのような状況の時でしたか？	【②行動】その時に、どのような対処行動をとりましたか？	【③結果】②の対処行動をとった結果、どうなりましたか？	【④今後】今後、似た様な状況の時に、実際に試すことができそうな対処行動としてどのようなものが考えられるでしょうか？
例	上司から、連日残業を指示をされたとき	体調が優れないのを言い出せず、我慢して残業を続けた。	自分ばかりが残業しているようで不満に。疲れとストレスもたまった。	うまく断る練習をする。早めに健康管理室に相談に行く。
1				
2				
3				

(2) ストレスや疲労があるときに、心身に現れるサイン（兆候）としてどのようなものがありますか？次の中から、あなたに当てはまるサインに、幾つでもチェック（レ）を付けてください。そのうち、特に強く感じるサインを上位3つ選び、順位の口に数字を記入してください。

<項目>	<順位>	<項目>	<順位>	<項目>	<順位>	<項目>	<順位>
<input type="checkbox"/> 眠くなる		<input type="checkbox"/> あくびが出る		<input type="checkbox"/> 頭が痛くなる		<input type="checkbox"/> 頭がぼーっとする	
<input type="checkbox"/> 目が疲れる		<input type="checkbox"/> ものがぼやける		<input type="checkbox"/> 肩がこる		<input type="checkbox"/> 全身がだるい	
<input type="checkbox"/> 汗が出る		<input type="checkbox"/> 手足が震える		<input type="checkbox"/> 姿勢が崩れる		<input type="checkbox"/> 独り言が増える	
<input type="checkbox"/> ため息が出る		<input type="checkbox"/> 周囲が気になる		<input type="checkbox"/> よそみが増える		<input type="checkbox"/> 能率が下がる	
<input type="checkbox"/> ミスが増える		<input type="checkbox"/> イライラする		<input type="checkbox"/> 表情が硬くなる		<input type="checkbox"/> 口調が変わる	
<input type="checkbox"/> 貧乏ゆすりをする				<input type="checkbox"/> 分からない		<input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> その他							

(3) 疲れを感じやすいのは、どのような作業内容、条件の時ですか？疲労時の対応方法についても併せて記入してください（記入できる欄だけで構いません）。

作業条件	記入例	休職に入る前	年 月 日(任意の時点)
作業内容	客先にて、一人で先方の要望や質問に対応する		
作業条件 (場所や時間などの物理的状況、人的状況他)	・客先での待機時間が長引いてきた時 ・分からないことを聞く担当者が誰なのか不明の時		
対応方法	<input type="checkbox"/> 休憩を取る <input type="checkbox"/> 休憩は取らない(取りたくないから) <input type="checkbox"/> 休憩を取りたいが我慢する <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 休憩を取る <input type="checkbox"/> 休憩は取らない(取りたくないから) <input type="checkbox"/> 休憩を取りたいが我慢する <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 休憩を取る <input type="checkbox"/> 休憩は取らない(取りたくないから) <input type="checkbox"/> 休憩を取りたいが我慢する <input type="checkbox"/> その他

(4) 意欲的に（または、あまり疲れを感じずに）作業ができるのは、どのような作業内容、条件の時ですか？

作業条件	休職に入る前	年 月 日(任意の時点)
作業内容		
作業条件 (場所や時間などの物理的状況、人的状況など)		

NIVR(障害者支援部門)

氏名 ( )

上半期目標:

月 生活リズム表

曜日	日付	睡眠・外出等の時間																								疲労度		気分・指数			食事	備考	
		睡眠計		起床時		開始時		終了時		PM	良		朝	良	反																		
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM				PM																	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	PM	PM	AM							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23											
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23												
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23													
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23														
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23															
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																			
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																					
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																						
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																							
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																								
15	16	17	18	19	20	21	22	23	AM																	PM	AM						

文 書 番 号  
平成 年 月 日

医療法人社団雄仁会  
メディカルケア虎ノ門 院長 殿

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
障害者職業総合センター  
職業センター長

ジョブデザイン・サポートプログラム利用希望者に係る  
情報提供について(依頼)

当センターの業務運営につきましては、日頃から格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、貴院より、当センターのジョブデザイン・サポートプログラムをご紹介いただきました下記対象者につきまして、今後の支援の参考とするため、ご多忙のところ恐縮に存じますが、情報提供いただきますようお願い申し上げます。

なお、貴院に情報提供依頼する旨について、ご本人の同意を得ていることを申し添えます。

記

- 1 対象者氏名
- 2 生年月日 昭和 年 月 日
- 3 依頼書類 各種検査結果、貴院での状況等

担当：開発課援助係

〇〇



記入日： 年 月 日

## 情報提供書

氏名	性別	生年月日・年齢	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S 年 月 日( 歳)	
事業所名	部署	職種	職位
受診経路			
<input type="checkbox"/> 産業医の紹介 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフの紹介 <input type="checkbox"/> 上司・同僚の紹介 <input type="checkbox"/> 職場以外の知人の紹介 <input type="checkbox"/> HP等で自ら探して <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> その他:			
対象プログラム	休職回数とその期間		
<input type="checkbox"/> 医療連携型 <input type="checkbox"/> ビジネス基礎力再構成	① 年 月～ 年 月( 年 ヶ月)		
選定理由	② 年 月～ 年 月( 年 ヶ月)		
	③ 年 月～ 年 月( 年 ヶ月)		
	④ 年 月～ 年 月( 年 ヶ月)		
	休職期限: 年 月 日		
	心理検査		
	STAI:状態不安 点 特性不安 点		
	CES-D: 点		
	WAIS: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済		
リワークプログラム内での様子			



事 務 連 絡  
平成 年 月 日

医療法人社団雄仁会  
メディカルケア虎ノ門 院長 殿

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
障害者職業総合センター職業センター  
開発課長

ジョブデザイン・サポートプログラム利用者に係る  
情報提供について

当センターの業務運営につきましては、日頃から格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、貴院より紹介いただき当センターのジョブデザイン・サポートプログラムを利用している対象者につきまして、貴院のご支援をいただきたく、下記の通り当センターでの状況について情報提供いたします。ご多忙のところ恐縮に存じますが、ご対応いただきますようお願い申し上げます。

なお、貴院に情報提供する旨について、ご本人の同意を得ていることを申し添えます。

記

1	対象者氏名	
2	生年月日	昭和 年 月 日
3	情報提供内容	
4	ご依頼したい事項	<input type="checkbox"/> プログラム実施にあたりご助言いただきたい。 <input type="checkbox"/> その他( )
5	担当者氏名 (連絡先)	



障害者職業総合センター職業センター実践報告書 No.26

精神障害者職場再適応支援プログラム  
リワーク機能を有する医療機関と連携した復職支援

---

発行日	平成 26 年 3 月
編集・発行	独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター職業センター 〈所在地〉〒261-0014 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3 〈電話〉 043-297-9043(代表) 〈URL〉 <a href="http://www.nivr.jeed.or.jp">http://www.nivr.jeed.or.jp</a>
印刷・製本	株式会社ブルーホップ



NIVR