

## 令和6年度三原市メンタルヘルスサポート事業業務仕様書

1 業務名称 三原市メンタルヘルスサポート事業業務

2 履行期間 令和6年4月1日から令和7年3月31日まで

3 目的

本業務は、三原市民を対象に、メンタルヘルスチェック及びカウンセリングを実施することで、メンタルヘルス不調者の早期発見及び早期介入を行い、重症化を予防することを目的とする。

4 事業対象者

本業務の対象者は次のとおりである。予約受付時に身分証明書等を必ず確認し、他の業務と区分すること。

- (1) 相談時に三原市に住所を有する者であり、かつ医療機関でメンタルヘルスの治療を行っていない者。
- (2) 相談時にメンタルヘルスチェック表で軽いうつ状態、高ストレス状態にある者と判断される者、及びカウンセリングにより改善の効果が望める者。
- (3) このほか市が必要と認める場合はこの限りでない。

5 業務内容

(1) 相談室の周知

広く市民に周知し、利用を促すためのあらゆる手段の周知方法を考案し、実施すること。

(2) 相談室の開設

カウンセリング日は次の条件を満たすこととし、期間は令和6年4月1日から令和7年3月31日までとする。カウンセリング予約対応は、受託者が行い、事務対応日時は市と協議の上決定する。

ア 相談日は祝日と年末年始（12月29日から1月3日）を除く日とし、年間160件の相談枠の確保ができること。

イ 午前・午後に偏らず、利用者が利用しやすい時間帯を設定すること。

ウ 公共施設を除く場所で相談室を開設し、受託者が部屋の確保を行うこと。

エ 令和6年度の開設日を原則次の表のとおりとする。ただし、困難な案件が生じた場合には、速やかに市と協議し、代替日に開設すること。

オ 月毎の開設回数の基準は、受託者が別途提出すること。

開設日（○内は開設日数：年間 101 日）

上半期（50 日）

月	日（曜日）	月	日（曜日）
4月 ⑨	2（火）、3（水）、9（火） 10（水）、16（火）、17（水） 23（火）、24（水）、30（火）	7月 ⑩	2（火）、3（水）、9（火）、10（水） 16（火）、17（水）、23（火）、24（水） 30（火）、31（水）
5月 ⑨	1（水）、7（火）、8（水）、 14（火）、15（水）、21（火）、 22（水）、28（火）、29（水）	8月 ⑧	6（火）、7（水）、13（火） 14（水）、20（火）、21（水） 27（火）、28（水）
6月 ⑧	4（火）、5（水）、11（火） 12（水）、18（火）、19（水） 25（火）、26（水）	9月 ⑧	3（火）、4（水）、10（火） 11（水）、17（火）、18（水） 24（火）、25（水）

下半期（49 日）

月	日（曜日）	月	日（曜日）
10月 ⑩	1（火）、2（水）、8（火） 9（水）、15（火）、16（水） 22（火）、23（水）、29（火） 30（水）	1月 ⑧	7（火）、8（水）、14（火）、15（水） 21（火）、22（水）、28（火）、29（水）
11月 ⑧	5（火）、6（水）、12（火）、 13（水）、19（火）、20（水） 26（火）、27（水）	2月 ⑦	4（火）、5（水）、12（水）、18（火）、 19（水）、25（火）、26（水）
12月 ⑧	3（火）、4（水）、10（火）、11（水） 17（火）、18（水）、24（火） 25（水）	3月 ⑧	4（火）、5（水）、11（火）、12（水） 18（火）、19（水）、25（火）、 26（水）

(3) 相談しやすい部屋の確保と環境の整備

相談室・相談対応する場所は、公共施設を除く場所を確保し、次の配慮を行うこと。

- ア 利用しやすい場所を確保すること。
- イ 相談者が安心して相談できる空間であること。
- ウ 圧迫感を感じにくい広さの部屋の確保と環境の工夫を行うこと。
- エ 待合時にゆったりと待つことができ、相談者間のプライバシーが保てること。
- オ 外部からの騒音対策や相談内容が外へ漏れない部屋であること。
- カ 託児等、その他相談者が期待する工夫ができること。

(4) カウンセリング業務

ア カウンセリングを行う者（以下「相談員」という。）

- a 相談員は、カウンセリング経験を5年以上有する臨床心理士とし、1名以上配置すること。

- b 相談員は臨床心理士資格を証明（登録証明書）する写しを委託者に提出すること。
- c 受託者は、相談員に増員や変更があった時は、登録証明書の写しを添えて、任意の様式で市に届け出ること。

#### イ 利用回数

初回相談を1回とし、生涯3回までを利用可能とする。ただし、3回を超える利用や、開設日以外でのカウンセリング利用は、受託者と利用者間での契約とし、利用を妨げるものではない。

#### ウ カウンセリングに関する業務内容

相談時間は原則9時から18時30分までの間とする。1人当たりの相談時間の上限は90分とし、時間内でメンタルヘルスチェックの結果の説明、アセスメント、カウンセリング支援、記録を行うものとする。また、相談時間内に、相談継続のアセスメント、次回の予約調整を任意の様式で行う。

なお、医療機関、学校等への出向連携、発達検査、心理療法等は本事業には含まない。

#### エ 予約受付

予約受付時間は、平日の月曜日から金曜日の8時から17時までとする。対応は受託者で行い、予約受付状況が把握できる工夫を行うこと。

予約は開設日の前週の金曜日までとし、キャンセルは開設日の前日の午後5時までとする。

#### オ 相談記録

メンタルヘルスチェックシート（別紙1）、問診（申込書・問診票（様式第1号））、相談（カウンセリングを含む）記録を任意様式にて行い、常に業務の経過を明らかにしておく。

#### カ カウンセリング（受付）後の対応

業務にあたっては、委託者（市）と定期的に調整を図りながら実施する。また、必要に応じて次の相談先の情報提供を行う。委託者（市）の求めがあった場合には、相談内容連携結果等を適宜報告する。

特に次の場合の内容については、受託者から委託者（市）へ報告し、リスク管理をすること。

- ① 自殺企図や虐待等の疑いを含む案件を把握した場合。
- ② 早期の相談対応が必要であるが、受託者側で相談枠の空きに余裕がない等、対応ができない場合。
- ③ カウンセリング終了後、市による継続支援を必要とする場合。

#### キ その他

相談員は、相談予約がない場合や相談枠に空きがある場合にも、開設時間内は相談以外の業務に充てる等、相談室を開設した状態にしておくこと。

### (5) 相談員の資質向上

カウンセリングの資質向上に向けて、受託者は内部・外部研修への積極的な参加を相談員へ促すこととする。また、相談員が新たに増員した場合にも、相談対応に向けた研修や指導体制を整えるものとする。

#### (6) 個別台帳による管理

相談時に作成する記録表・アセスメント票・個別支援計画票については、受託者で鍵のかかる場所で管理し、個人情報の保護を徹底する。不測の事態が発生し、委託者（市）へ報告が必要となった場合、記録の提出については、事前に協議して決定するものとする。

### 6 相談の流れ・指定様式

#### (1) 事業の流れ

利用希望者予約（申込み）→受付→相談→市へ報告・請求

#### (2) 指定様式

ア 三原市メンタルヘルスサポート事業申込書兼問診票（様式第1号）

イ 三原市メンタルヘルスサポート事業実施報告書（様式第2号）

ウ 三原市メンタルヘルスサポート事業委託料請求書（様式第3号）

### 7 報告と請求

(1) 受託者は、委託者（市）が定める方法で毎月、業務の実施報告と請求を行うこと。

(2) 報告と請求に当たり、毎月の利用者のメンタルヘルスチェック票（別紙1）、三原市メンタルヘルスサポート事業申込書兼問診票（様式第1号）と別に定める三原市メンタルヘルスサポート事業実施報告書（様式第2号）を提出し、三原市メンタルヘルスサポート事業委託料請求書（様式第3号）を翌月10日までに市に提出すること。

(3) 利用者の相談内容やその他について委託者（市）の求めがあった場合には応じること。

(4) 相談結果報告書（別紙2）を毎回の相談ごとに作成し、様式第1号から第3号と併せて毎月提出すること。

(5) 他機関と連携をした場合には、メンタルヘルスサポート事業他機関連携報告書（別紙3）を提出すること。

(6) 事業の実績と評価について年度ごとに行い、報告書（任意様式）を作成して市に提出すること。評価には利用者の感想等客観的な評価を含めること。

### 8 アンケートの実施

本事業の利用が終了したと判断された相談者に対し、カウンセリングルーム「ここケア」アンケート（別紙4）と返信用封筒を配布し、協力を求める。

### 9 守秘義務の徹底

カウンセリングを実施した者は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退

いた後も同様とする。

#### 10 打ち合わせ協議

- ア 本業務の履行に係る打合せ協議は、業務の実施段階に応じて適宜行うものとする。
- イ 業務を行うに当たり、定めた内容以外の提案・必要な措置等が発生した場合は、その都度市と協議し、決定する。
- ウ 相談者とのトラブルや体調の急変や転倒事故など不測の事態が発生した時は、適切に対応処理するとともに市に速やかに報告する。
- エ 打ち合わせ協議の結果は、受託者が記録・整理の上、当該打合せ協議後、任意様式にて速やかに市に提出し、受託者と委託者で1部ずつ保管する。返答が必要な事項については期日までに必ず報告する。

様式第1号

三原市メンタルヘルスサポート事業申込書兼問診票

記入日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

※必要事項を記入，又は該当するものに○を付けてください。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
名前		男・女	年 月 日	歳
住所	〒 三原市			
電話番号	( ) —	携帯	—	—
メールアドレス	_____			
職業学校	1 会社員 2 公務員 3 自営業 4 パート・アルバイト 5 主婦 6 無職 7 学生 (小・中・高・短大・大学・専門学校) 8 休職中 9 就活中 10 その他 ( )			
医療保険の種類	1 社会保険 2 国民健康保険 3 その他 ( )			
精神科通院歴	1 なし 2 過去通院歴あり →通院歴ありの場合： ( ) 年頃 ( ) クリニック・病院・医院 カウンセリング経験 ( 有 ・ 無 )			
治療中の病気	1 あり (病名： _____, 受診医療機関： _____) 2 なし			
家族構成	世帯区分		同居者の続柄，年齢を記入	
	1 単身世帯 2 同居世帯 (同居者について右欄に記入してください)	例) (続柄 夫, 30 歳) 1 (続柄 _____, _____ 歳) 2 (続柄 _____, _____ 歳) 3 (続柄 _____, _____ 歳) 4 (続柄 _____, _____ 歳) 5 (続柄 _____, _____ 歳) 6 (続柄 _____, _____ 歳)		
来所経緯	1 ホームページ 2 チラシ 3 市広報 4 知人からの紹介 5 市の機関からの紹介 6 その他 ( )			
困りごと (複数可)	1 人間関係 2 家族問題 3 育児 4 介護 5 職場・仕事 6 学校 7 こころの病気 8 からだの病気 9 性格 10 将来不安 11 ひきこもり 12 依存症 13 ト라우マ 14 その他 [ ]			
現在困っていること，解決したいこと等を記入してください。				

※問診票の情報は三原市へ提供します。個人情報の保護に留意し相談事業に関する目的以外に使用しません。

三原市 メンタルヘルスサポート事業実施報告書

( )月分

事業者名

住所

氏名

印

- 1 相談室開設回数( )回
- 2 予約数( )人
- 3 相談実施数( )人 【内訳 1回目( )人 2回目( )人 3回目( )人】
- 4 相談者の所属 会社員( )人 公務員( )人 自営業( )人 パート・アルバイト( )人  
主婦( )人 無職( )人 学生( )人 休職中( )人 就活中( )人
- 5 相談者の世帯状況 単身世帯( )人 同居世帯( )人
- 6 来所経緯 ホームページ( )人 チラシ( )人 市広報( )人 知人からの紹介( )人 市機関からの紹介( )人  
その他( )人

相談日 (曜日)	予約または 実施の時間	実施及び キャンセル の区分	【相談内容】 1人間関係 2家族問題 3育児 4介護 5職場・仕事 6学校 7こころの病気 8からだの病気 9性格 10将来の不安 11ひきこもり 12依存症 13トラウマ 14その他 ※番号を記載 重複あり	名 前	性別	住 所	生年月 日	年齢	相談延 回数 (利用上 限3回のう ち何回目 の相談か を表示)	精神科カウ ンセリング受診 歴の有無	継続・終了 変更予約	メンタルヘルス チェック票点数
例 5(火)	11-12	キャンセル		三原 太郎	男	三原市城町1-2-1	H●.2.5	18	1/3	なし	●変更/△予約	●点(数字のみ)
1						三原市						
2						三原市						
3						三原市						
4						三原市						
5						三原市						
6						三原市						
7						三原市						
8						三原市						
9						三原市						
0						三原市						

様式第3号

三原市メンタルヘルスサポート事業委託料請求書

令和 年 月分

請求額	円
(税抜額	<u>円 + 税額</u> 円)
請求日	令和 年 月 日
三原市長 様	
請求者	
	印



# 三原市メンタルヘルスチェック表(うつ状態を調べるSRQ) 別紙1

次の質問の各項目について、当てはまるところに○をつけてください。

質問	いいえ	はい		
		時々	しばしば	常に
1 体がだるく疲れやすいですか	0	1	2	3
2 騒音が気になりますか				
3 最近気が沈んだり気が重くなることがありますか	0	1	2	3
4 音楽を聞いて楽しいですか				
5 朝のうち特に無気力ですか	0	1	2	3
6 議論に熱中できますか				
7 くびすじや肩がこって仕方がないですか	0	1	2	3
8 頭痛持ちですか				
9 眠れないで朝早く目ざめることがありますか	0	1	2	3
10 事故やけがをしやすいですか				
11 食事がすすまず味がありませんか	0	1	2	3
12 テレビをみて楽しいですか				
13 息がつまって胸が苦しくなることがありますか	0	1	2	3
14 のどの奥に物がつかえている感じがしますか	0	1	2	3
15 自分の人生がつまらなく感じますか	0	1	2	3
16 仕事の能率があがらず何をしてもおっくうですか	0	1	2	3
17 以前にも現在と似た症状がありましたか	0	1	2	3
18 本来は仕事熱心で几帳面ですか	0	1	2	3
<b>合計</b>				

東邦大学方式SRQ-Dより

## 採点方法

「いいえ」は0点、「ときどき」は1点、「しばしば」は2点、「常に」は3点

\*質問2.4.6.8.10.12については加点点なし

合計



合計が11点以上の方は  
うつ傾向の心配があります。

相談室(ここケア)や保健福祉課で相談できます。

※カウンセリングをご利用希望の方は、このチェック表にご記入の上、  
相談室(ここケア)にご持参ください。

相談に必要な情報(氏名、所属、性別、生年月日、住所など)を三原市へ提供しますので  
同意願います。

署名 \_\_\_\_\_



## メンタルヘルスサポート事業 他機関連携報告書

(R . 月分)

番号	対象者名	初回相談日	連携日	連携理由	連携先
1		年 月 日	年 月 日		
2		年 月 日	年 月 日		
3		年 月 日	年 月 日		
4		年 月 日	年 月 日		
5		年 月 日	年 月 日		
6		年 月 日	年 月 日		
7		年 月 日	年 月 日		
8		年 月 日	年 月 日		
9		年 月 日	年 月 日		
10		年 月 日	年 月 日		

\*連携実績がある月には、報告書と併せて提出してください。

## カウンセリングルーム「ここケア」アンケート

カウンセリングルーム「ここケア」で相談された感想をお聞かせください。  
個人が特定されることはありませんのでありのままにご記入ください。

当てはまる番号に○をつけ、記載欄に記入をお願いします。

1 今回は何回目の相談ですか。

- (1) 1回目 (2) 2回目 (3) 3回目

2 主な相談内容は何ですか。

[ ]

3 悩み事は軽減されましたか。そのように感じた理由を記入してください。

- (1) 軽減された (2) どちらかという軽減された

(3) どちらとも言えない (4) 軽減されなかった

理由

[ ]

4 予約時の電話対応はいかがでしたか

- (1) よかった (2) どちらとも言えない (3) よくなかった

理由

[ ]

5 相談員のカウンセリングはいかがでしたか。

- (1) よかった (2) どちらとも言えない (3) よくなかった

理由

[ ]

6 感想・意見を自由にご記入ください。

[ ]

\*ご協力ありがとうございました。返信用封筒に入れて郵送してください。

三原市保健福祉課