

問2) 不適切な養育を受けた子どもの行動チェックリスト

(Maltreated Child's Behavior Checklist (MCBC))

※対象児童の年齢に応じたチェックリストを使用してください。

記入上の注意

以下の要領にしたがって質問紙に記入してください。

各項目には選択肢が用意されています。あてはまる選択肢の番号に○をつけてください。

2. あまり深く考えず、普段の印象をお答えください。

3. 質問項目には全てお答えください。

MCBC は小学校就学以降の子どもを対象としたチェックリストです。子どもが小学生以上の場合にお答えください。トラウマを経験した子どもの状態をチェックするための質問 55 項目が列記されています。子どもの行動を観察する機会のある成人（児童養護施設や児童相談所の職員、学校教職員など）が、子どもの様子を思い浮かべながら、すべての質問項目に答えてください。

その質問内容が「ほとんど当てはまらない」場合には 0、「どちらかといえば当てはまらない」場合には 1、「どちらかといえば当てはまる」場合には 2、「当てはまる」場合には 3 に○をつけてください。

0: 当てはまらない

1: どちらかといえば当てはまらない

2: どちらかといえば当てはまる

3: 当てはまる

どちらかといえば当てはまらない
 どちらかといえば当てはまる
 当てはまらない
 当てはまる

(1)	職員等などの大人の怒りをかうような言動が見られる	0	1	2	3
(2)	遊びや趣味などで夢中になれるものがない	0	1	2	3
(3)	放火や弄火(火遊び)がある	0	1	2	3
(4)	パニックを起こしたときなどに自分の持ち物を破いたり壊したりする	0	1	2	3
(5)	大人や年長者に対して挑発的な態度をとる	0	1	2	3
(6)	悲しいときに無表情である	0	1	2	3
(7)	学用品などの物をよくなくす	0	1	2	3
(8)	イライラする	0	1	2	3
(9)	大暴れをして物を壊したり、人に殴りかかったりするなどのいわゆる「パニック状態」になる	0	1	2	3
(10)	他の子と年齢に不相应な性的かかわりがある	0	1	2	3
(11)	かつあげをしている	0	1	2	3
(12)	落ち着きがない	0	1	2	3
(13)	自分を誇示するような言動がある	0	1	2	3
(14)	カッターで腕を切るなどのセルフカット(リストカット)がある	0	1	2	3
(15)	この子が身体接触を求めてくるとき、どこか「性的ニュアンス」を感じる	0	1	2	3
(16)	年少の子どもに対して、威圧的な態度をとる	0	1	2	3
(17)	将来の夢がまったく持てない	0	1	2	3
(18)	万引きをする	0	1	2	3
(19)	「どうせ自分なんか…」などと、自己を卑下したようなことを言う	0	1	2	3
(20)	食べ物に執着する	0	1	2	3
(21)	否定的な感情の表現(悲しい、腹が立つなど)がない	0	1	2	3
(22)	何事につけても自信がない	0	1	2	3
(23)	興奮したときに自分の頭を壁にぶつけるなど、自分の身体を痛めつける行為をする	0	1	2	3
(24)	悪夢を見る	0	1	2	3
(25)	生まれてこなければよかったなどと口にする	0	1	2	3
(26)	「どうせ大人は～」と、大人への不信感を口にする	0	1	2	3

- 0:当てはまらない
 1:どちらかといえば当てはまらない
 2:どちらかといえば当てはまる
 3:当てはまる

どちらかといえば当てはまらない
 どちらかといえば当てはまる
 当てはまらない
 当てはまる

(27)	自分で自分の体を殴る	0	1	2	3
(28)	常におやつを求めている	0	1	2	3
(29)	喫煙する	0	1	2	3
(30)	朝起きられない	0	1	2	3
(31)	スポーツや趣味で得意だったり、自信を持っていることがない	0	1	2	3
(32)	他の子と性的な遊びをする	0	1	2	3
(33)	多動でじっとしていることができない	0	1	2	3
(34)	感情が表情に表れない	0	1	2	3
(35)	職員や他の子どもからの金品の持ち出しがある	0	1	2	3
(36)	「死にたい」ともらす	0	1	2	3
(37)	大人の心を傷つける言動がある	0	1	2	3
(38)	異性の身体にベタベタ触れたがる	0	1	2	3
(39)	不登校の傾向がある	0	1	2	3
(40)	泣かない	0	1	2	3
(41)	強者に対する態度と弱者に対する態度が極端に異なる	0	1	2	3
(42)	学校で居眠りをしている	0	1	2	3
(43)	過食がある	0	1	2	3
(44)	年齢に比べて性的な事柄に対する関心が高い	0	1	2	3
(45)	無断欠席が多い	0	1	2	3
(46)	肯定的な感情の表現(うれしい、たのしいなど)がない	0	1	2	3
(47)	大人に対して反抗的な態度を示す	0	1	2	3
(48)	大量に服薬する	0	1	2	3
(49)	昼夜逆転である	0	1	2	3
(50)	人の神経を逆なでする	0	1	2	3
(51)	衝動的に行動してしまう	0	1	2	3
(52)	無断外泊がある	0	1	2	3
(53)	勉強で何か得意な分野や自信を持っているものがまったくない	0	1	2	3
(54)	怒りをもつと大暴れをする	0	1	2	3
(55)	注意の集中が出来ない	0	1	2	3

IV. 児童のケアニーズ 等

問 22 ケアニーズの充足状況に関する評価	当該児童のケアニーズはどの程度充足されていると考えますか。現状の職員数・施設状況等というサービス提供体制上の制約がないものと仮定して評価してください(あてはまる番号1つを○)。			
充足されている	ほとんど充足されている	あまり充足されていない	充足されていない	
4	3	2	1	

※問 22 で2または1を選択した場合にのみお答えください。

問 22-1 不足しているケアの内容	当該児童にとって不足しているケア内容として優先順位の高いものを3つまでお答えください。	
1. 身の回りのケア	2. 愛着形成、コミュニケーション	
3. 学習支援	4. 個別指導・面接	
5. 専門的な心理ケア	6. 専門的な医療ケア	
7. 自立支援に関するケア(就労、進学、自活等)	8. 家族再統合に向けてのケアやファミリーソーシャルワーク	
9. 関係機関との連携	10. その他 ()	

問 22-2 どのような環境が整備は当該児童のケアニーズに対する充足度を高めることができるとお考えですか。自由に記入してください(例 職員数の増加、職員のスキルアップ、等)

問 23 睡眠習慣の状況	当該児童の最近1ヶ月間の睡眠の様子について思い出していただき、以下の各質問に回答してください。本人が回答できる項目についてはそれも加味してお答えください。何か特別な理由で(例 風邪にかかり体調が悪かったなど)普段と様子が違っていた日ではなく、普段の生活を営むことのできた日の睡眠の様子について回答ください。 ※睡眠習慣について出来る限り実態を把握して回答してください(不明の欄への○チェックは極力避けてください)。
--------------	--

当該児童の寝つき習慣について、当てはまるところに○チェックしてください。

	1. ほとんどいつも (5~7日/週)	2. ときどき (2~4日/週)	3. まれ (1日/週かそれ以下)	4. 無い又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
寝る時刻になっても眠くない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠気が無くて寝床に入るのが嫌だ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一人で寝るのが怖い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暗い部屋で寝るのが怖い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
からだや頭を、揺すったり、リズムカルに動きながら寝つく(例:ベッドに頭をぶつけるなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[具体的な記入:]					
寝つくのに特別な物品、もしくは儀式が必要である(例:特別な人形や毛布、特定の動作など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[具体的に記入:]					

2. 当該児童の睡眠中の行動について当てはまるものが有れば、チェックしてください。

	1. ほとんどいつも (5~7日/週)	2. ときどき (2~4日/週)	3. まれ (1日/週かそれ以下)	4. 無い又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
寝言を言う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おねしょをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜泣きをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠ったまま落ち着きなく体がよく動く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠ったまま歩きだす、行動をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯ぎしりをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠っている間に体の一部がピクつく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大きないびきをか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠っている間に子供の息が止まっているように見える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠っている間に子供の息が詰まりかけたり、息が荒くなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜中に目を覚ますと、水分か食物をとらないと再び寝つけない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜中に叫び声を上げたり、汗をかいたり、慰めようもないほど泣きじゃくって目を覚ます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
怖い夢を見る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 当該児童の朝の目覚めについて当てはまるものが有れば、チェックしてください。

	1. ほとんどいつも (5~7日/週)	2. ときどき (2~4日/週)	3. まれ (1日/週かそれ以下)	4. 無い又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
目が覚めたとき気分が悪い、イライラする 周りから見て、機嫌が悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目が覚めても寝床からなかなか起き出せない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
はっきり目が覚めるまでに時間がかかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
朝、目覚める時刻が早過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
朝、食欲がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 当該児童の昼間の眠気について当てはまるものが有れば、チェックしてください。

	1. ほとんどいつも (5~7日/週)	2. ときどき (2~4日/週)	3. まれ (1日/週かそれ以下)	4. 無い又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
昼間なのにととも眠い 周りから見て、とても眠そうにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ぼんやりして集中力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分が悪い、イライラする 周りから見て、機嫌が悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
活動(食事や遊びなど)している最中にも突然眠ってしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 寝床に入る時刻(消灯時刻)を教えてください。

午後 () 時 () 分 不明

6. 寝床に入る時刻が、一番早い日と遅い日で1時間30分以上違いましたが、当てはまる方にチェックしてください。

はい いいえ 不明
 はい の場合 → 最大で () 時間 () 分 違った

7. 寝床に入ってから、寝つくまでに、平均してどれだけ時間がかかりますか。

() 時間 () 分 不明

- 1時間未満の場合には“() 時間”のところに“0”と記入してください。
- 例：午後8時30分頃に寝床に入り午後9時頃に寝つく場合 → 0時間30分)

8. 一晩に平均して何回、目を覚ましますか。

合計 () 回 不明

- いったん寝ついた後から、朝しっかり起きるまでの途中の目覚め回数です。

9. 8の質問でお答えいただいた夜間の目覚めの合計時間はどのくらいですか。

合計 () 時間 () 分 不明

- 目を覚まさない場合には、「0時間0分」と記入してください。

10. 朝に目覚める平均時刻を教えてください。

午前 () 時 () 分 不明

- 寝床を離れる時刻ではなく、覚醒する時刻です。

11. お昼寝をしますか。

はい いいえ 不明

12. 11の質問でお答えいただいたお昼寝の合計時間はどのくらいですか。

合計 () 時間 () 分 不明

- お昼寝をしない場合には、「0時間0分」と記入してください。

アセスメント票の設問は以上です。タイムスタディデータの分析等において非常に貴重な資料となりますので各設問に記入漏れ、誤りがないか再度ご確認ください。
調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

「平成20年度社会的養護における施設ケアに関する実態調査」

アセスメント調査票

(母子生活支援施設・世帯票)

本調査は2日間タイムスタディ調査の調査期間に
おける対象世帯の状態を把握するものです。

<ご回答の方法>

1. ご記入に先立ち、説明資料「アセスメント票の記入要領【世帯票】」を必ずお読みください。
2. 本調査票には、2日間タイムスタディ調査の対象となった世帯の状態をご記入ください。
3. 「施設ID（英数字5桁）」及び「母子ID（数字3桁）」は、調査対象母子一覧表に基づいてご記入ください。
4. ご不明点につきましては下記のコールセンターで受け付けております。お気軽にお問い合わせくださいますようお願い致します。
5. 回答が終わりましたら記載内容をご確認の上、貴施設で設定されたスケジュールに合わせて調査事務局までご返送ください。

【コールセンター】

「平成20年度社会的養護における施設ケアに関する実態調査」調査事務局
(みずほ情報総研)

TEL：0120-701-181（受付時間：9時30分～17時00分）

FAX：03-5281-5443

問7-1 退所理由 (退所の見込みがある場合)		【Q7で1・2・3・4を選択した場合】 当該世帯の退所理由を以下の項目から1つだけ選択してください。複数の項目に該当する場合は、最も主たる理由を選択してください。	
1.経済的自立度が高まったので	2.日常生活・身辺、精神的自立が高まったので	3.子どもの年齢が20歳を超したので	4.希望退所
5.再婚するので	6.復縁するので	7.住宅事情が改善したため	8.母子分離に至ったため
9.その他（具体的に：_____）			

問7-2 退所先（見込み）		【Q7で1・2・3・4を選択した場合】 当該世帯の具体的な退所先（見込み）を以下の項目から1つだけ選択してください。	
1.入所時の母子を維持しての退所		0.予定している退所先（見込み）	
		1.公営住宅	2.民間アパート
		3.母親の実家	4.親族宅
		5.夫宅（再婚の場合）	6.夫宅（復縁の場合）
		7.他の母子生活支援施設	8.その他（具体的に：_____）
2.母子分離に至った場合の退所	母親	0.予定している退所先（見込み）	
	児童	0.予定している退所先（見込み）	
		1.公営住宅	2.民間アパート
		3.母親の実家	4.親族宅
		5.夫宅（再婚の場合）	6.夫宅（復縁の場合）
		7.その他（具体的に：_____）	
		1.他の児童福祉施設	2.父親宅
		3.親族宅	4.里親宅
		5.その他（具体的に：_____）	

II. 母親の状況 現在の母親の状況を評価してください。

問8 情緒・行動上の問題状況（母親にかかわる事項）
母親にかかわる情緒・行動上の問題状況の各項目について、現在の母親の状況を「1.疑い無し」/「2.やや疑い有り」/「3.疑い有り」/「4.確かに問題有り」/「5.判断困難」のいずれかで評価してください。

	1.疑い無し	2.やや疑い有り	3.疑い有り	4.確かに問題有り	5.判断困難
1. 家事能力の不足、家事への負担感 (掃除、洗濯、食事作り、栄養管理等健康保持を含む)	1	2	3	4	5
2. 生活リズムの乱れ (昼夜逆転、極端な夜更かし、不規則な食事等)	1	2	3	4	5
3. 計画的な消費など金銭管理 (借金、多重債務、金銭感覚の欠如等)	1	2	3	4	5
4. 書類の理解、作成等識字に関する課題 (園や学校のプリントを読めない、役所の書類が理解できない等)	1	2	3	4	5
5. 言葉、生活文化の違い等による課題	1	2	3	4	5
6. 生育歴に依拠するもの (被虐待歴、親に愛されなかった思い、親への拒否感、望まない妊娠・出産、若年での出産等)	1	2	3	4	5
7. 慢性疾患や障害 (日常生活に支障を及ぼす程度の慢性疾患、身体虚弱、知的障害、身体障害、精神障害等)	1	2	3	4	5
8. 不定愁訴など心理面での訴え (不眠、偏頭痛等を含む)	1	2	3	4	5
9. 依存傾向 (アルコール・薬物への依存、ギャンブル、買い物依存等)	1	2	3	4	5
10. 自傷行為 (リストカット、自殺未遂等)	1	2	3	4	5

アセスメント調査票（世帯票）

施設ID (5桁の英数字)

母子ID (3桁の数字・世帯の母親のIDを記入してください)

I. 基本属性 当該世帯に関する基本属性を回答してください。

問1 世帯児童数 当該世帯の児童数を入力してください。

人

問2 母親の年齢 貴施設への入所時の当該世帯の母親の年齢を以下の年齢階級から選んでください。

1. 19歳以下 2. 20～24歳 3. 25～29歳 4. 30～34歳 5. 35～39歳 6. 40～44歳 7. 45～49歳 8. 50歳以上

問3 貴施設への入所年月 当該世帯の貴施設への入所年月を入力してください。

西暦 年 月

問4 主たる入所理由 当該世帯の主たる入所理由を以下の項目から1つだけ選んでください。

1. 夫などからの暴力 2. 児童虐待 3. 入所前の家庭環境の不適切 4. 母親の心身の不安定
5. 職業上の理由 6. 住宅事情 7. 経済事情 8. その他 ()

※【夫などからの暴力】家庭内で夫や恋人などからの暴力被害、身体的に受ける暴力だけでなく、性的・心理的に苦痛をもたらす行為も含む。
 ※【児童虐待】父親、母親、又は双方からの児童虐待(身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待等)。
 ※【入所前の家庭環境の不適切】同居人との折合いが悪い、母子それぞれの友達が出入りして生活の場が失われている等。
 ※【母親の心身の不安定】母親が心身の病気のため児童に対する十分な監護を行えない場合等。
 ※【住宅事情】母子が一纏に生活するのに適当な住宅が得られない場合等。
 ※【経済事情】住居費等の支出を軽減し、稼働能力を増加させる等の経済的向上を支援する場合等。

問5 生活保護受給状況 当該世帯のタイムスタディ調査時点での生活保護受給の有無を回答してください。

1. 有り 2. 無し

問6 母親の就業状況 当該世帯の母親のタイムスタディ調査時点での就業の状況を以下の項目から1つだけ選んでください。

1. 事業主 2. 常用勤労者 3. 臨時・日雇・パート 4. その他就業 5. 未就業 6. 不明

問6-1 未就業の理由 【Q6で5を選択した場合】
主たる未就業の理由を以下の項目から1つだけ選んでください。

1. 技術を身につけるため講習・学校等に通って就業準備中 2. 乳幼児等の世話がある
3. 疾病がある、若しくは虚弱である 4. 精神的・身体的な障害がある
5. 児童に障害・疾病があり介護が必要 6. 求職中(条件にあった求人がない等)
7. 就労意欲がない・就労習慣が身につけていない 8. その他 ()

問7 退所の見込み タイムスタディ調査時点での当該世帯の退所の見込みを以下の項目から1つだけ選んでください。

1. 3か月以内に退所見込み 2. 1年以内に退所見込み 3. 適当な住宅さえあれば退所できる
4. 末子が年齢制限に達するまで退所困難 5. 現時点での退所見込みはない 6. その他 ()

	1. 疑い無し	2. やや疑い有り	3. 疑い有り	4. 確かに問題有り	5. 判断困難
11. 摂食障害傾向 (拒食、過食、異食)	1	2	3	4	5
12. 抑うつ傾向 (継続的な落ち込み、食欲不振、自殺念慮等)	1	2	3	4	5
13. 性格上の問題 (攻撃的、衝動的、共感性の不足、自己中心的、虚言癖等)	1	2	3	4	5
14. 精神状態 (育児ノイローゼ、引きこもり、脅迫的な行動等)	1	2	3	4	5
15. 対人コミュニケーション上の問題 (集団不適応、被害感、思い込みが激しい、対人関係ストレス等)	1	2	3	4	5

問9 情緒・行動上の問題状況(母子関係にかかわる事項)

母子関係にかかわる情緒・行動上の問題状況の各項目について、現在の母親の状態を「1. 疑い無し/2. やや疑い有り/3. 疑い有り/4. 確かに問題有り/5. 判断困難」のいずれかで評価してください。

	1. 疑い無し	2. やや疑い有り	3. 疑い有り	4. 確かに問題有り	5. 判断困難
1. 子どもへの愛着形成の困難 (かわいいと思えない、受容できない、無関心等)	1	2	3	4	5
2. 育児・養育力(知識)の不足 (発達理解不足、離乳食の作り方・入浴のさせ方の無知・事故が多い等)	1	2	3	4	5
3. 虐待傾向 (虐待及び厳しい体罰、罵声、病院に連れて行かない、健診・予防接種未受診等)	1	2	3	4	5
4. 密着、抱え込み状態 (子どもの行動束縛、親戚付き合いや友達との交流をさせない、過保護・過干渉等)	1	2	3	4	5
5. 価値観の強要 (子どもより自分の欲求を優先、自分の価値観を押し付ける等)	1	2	3	4	5
6. 母子の逆転 (子どもへの過度の依存、子どもが母親に命令する等)	1	2	3	4	5

問10 障害者手帳所持の状況 母親の障害者手帳所持の状況について、以下の設問に回答してください。

身体障害者手帳	1. 所持(1級)	2. 所持(2級)	3. 所持(3~6級)	4. 未判定(申請中)	5. 無し
療育手帳(知的障害者福祉手帳)	1. 所持(重度)	2. 所持(中度)	3. 所持(軽度)	4. 未判定(申請中)	5. 無し
精神障害者保健福祉手帳	1. 所持(1級)	2. 所持(2級)	3. 所持(3級)	4. 未判定(申請中)	5. 無し

※療育手帳の障害程度区分は自治体によって異なりますが、ここでは所載している場合には「重度、中度、軽度」の3区分とします。「最重度」区分が存在する場合は「重度」に含めてください。

問11 定期的な通院の状況等 母親の定期的な医療機関への通院の状況等について、以下の各設問に回答してください。

	有りの場合 通院回数 (過去1年当たり)	有りの場合 服薬状況
1. 精神科・心療内科への通院有無	1. 有り 2. 無し	回
2. 精神科・心療内科での投薬の有無	1. 有り 2. 無し	1. 有り 2. 無し
3. 精神科・心療内科以外の診療科への通院有無	1. 有り 2. 無し	回
4. 精神科・心療内科以外の診療科での投薬の有無	1. 有り 2. 無し	1. 有り 2. 無し

問12 心理療法の状況		母親の心理療法の状況について、以下の各設問に回答してください。	
1. 施設における心理療法の実施有無	1. 有り	2. 無し	
2. 施設外における心理療法の実施有無	1. 有り	2. 無し	
3. 心理療法の必要性	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難

Ⅲ. 世帯のケアニーズに対する充足状況

問13 ケアニーズの充足状況に関する評価		当該世帯のケアニーズはどの程度充足されていると考えますが、現状の職員数、施設状況等といったサービス提供体制上の制約がないものとして評価してください(あてはまる番号1つに○)			
充足されている	ほとんど充足されている	あまり充足されていない	充足されていない		
4	3	2	1		

※問13で2または1を選択した場合にのみお答えください。

問13-1 不足しているケアの内容		当該世帯にとって不足しているケア内容として優先順位の高いものを3つまでお答えください。	
1. 身の回りのケア	2. 愛着形成、コミュニケーション		
3. 学習支援	4. 個別指導・面接		
5. 専門的な心理ケア	6. 専門的な医療ケア		
7. 自立支援に関するケア(就労、進学、自活等)	8. 家族再統合に向けてのケアやファミリーソーシャルワーク		
9. 関係機関との連携	10. その他 ()		

問13-2 どのような環境が整えば当該世帯のケアニーズに対する充足度を高めることができるとお考えですか。自由に記入してください(例、職員数の増加、職員のスキルアップ、母子分離、等)。

世帯票の設問は以上です。記入漏れがないか再度ご確認ください。
調査にご協力いただきありがとうございました。