

**【就労移行支援事業所用】就労支援 サービスコード**

<b>1 利用者ID</b>	<b>2 記載日</b> 年 月 日	<b>3 主担当者名</b>	<b>4 就労支援か就労後継続支援か</b> 01 就労支援 02 継続支援
<b>5 主担当者の職種</b> (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 ( )		<b>6 主担当者の専門職の資格(免許)種類</b> (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 ( )	
<b>7 施設外で支援を提供した場合の行き先(事業所支払)</b> (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)			<b>合計費用</b>  円

《支援内容》 サービスを提供した場合は、該当する欄に必要事項をご記入ください。

項目	回数(回)	合計時間(分)	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
<b>8</b> 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( )
<b>9</b> 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( )
<b>10</b> インテーク面接(関係づくり・アセスメント) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>11</b> プランニング 就労支援のための計画作成 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>12</b> 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:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>13</b> 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:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>14</b> 本人と共に行う職場開拓・同行支援(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>15</b> 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 type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>16</b> 企業内での支援:職場実習&職場定着のための支援 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>17</b> 施設外支援または実習(実習専用に契約している企業内において) 備考:				<input type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>18</b> 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 type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>19</b> 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 type="checkbox"/>	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID( )
<b>20</b> 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:				<input type="checkbox"/>	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:				<input type="checkbox"/>	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:				<input type="checkbox"/>	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:				<input type="checkbox"/>	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:				<input type="checkbox"/>	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:				<input type="checkbox"/>	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:				<input type="checkbox"/>	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:				<input type="checkbox"/>	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:				<input type="checkbox"/>	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:				<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 訪問支援特別加算に該当(月2回を限度) ⇒ <input type="checkbox"/> 1時間以上 <input type="checkbox"/> 1時間未満
35	<input type="checkbox"/> 欠席時対応加算に該当
36	<input type="checkbox"/> 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):			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input 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"/>	<input 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"/>	<input 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"/>	<input 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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	ディ 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)	





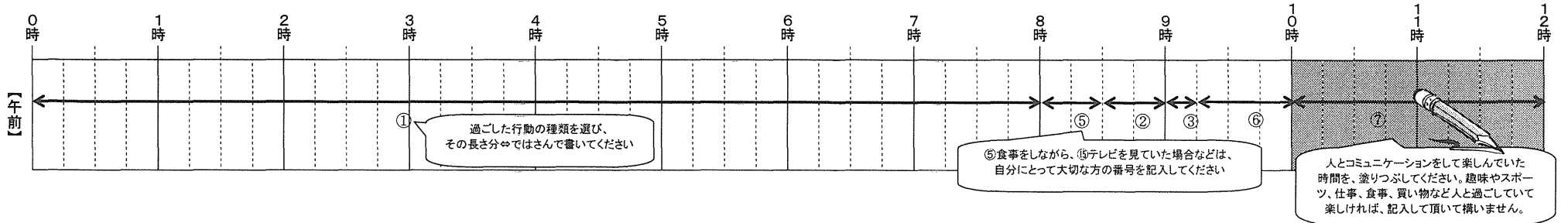
〇〇〇生活の過ごし方について〇〇〇（「生活時間の構成」調査票）

I. 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。  
 II. 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。

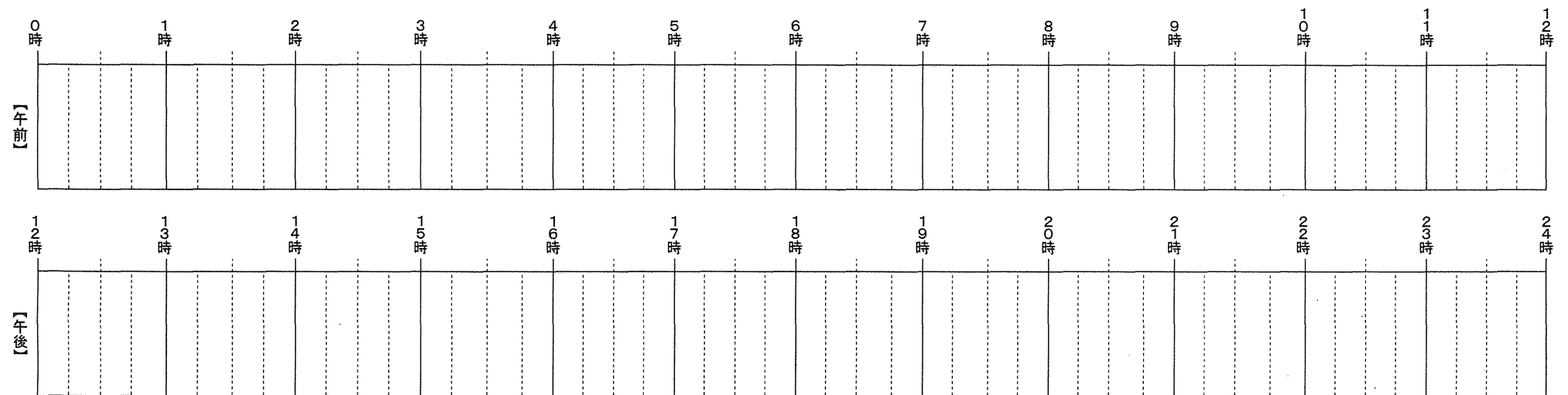
【時間の過ごし方の種類】

- |                  |                 |                    |                        |
|------------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| ① 睡眠             | ⑦ 仕事(一般の就労)     | ⑬ 買い物              | ⑳ スポーツ                 |
| ② 身支度(着替え・洗顔・化粧) | ⑧ 学業            | ⑭ 移動(通勤・通学を除く)     | ㉑ ボランティア活動             |
| ③ トイレ            | ⑨ 社会活動(政治や宗教活動) | ⑮ テレビ・ラジオ・新聞・雑誌    | ㉒ 交際・つきあい              |
| ④ 入浴             | ⑩ 家事            | ⑯ 休養・くつろぎ          | ㉓ 受診・療養・入院             |
| ⑤ 食事             | ⑪ 介護・看護         | ⑰ 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       |
| ⑥ 通勤・通学・通所のための時間 | ⑫ 育児            | ⑱ 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 |
|                  |                 | ⑲ 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、お願い申し上げます。

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。
- ご不明な点がございましたら、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：賛川 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）



1. 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を行い、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

II. 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つに○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

Ⅲ. 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か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

IV. 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持っていると思う	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持っていると思う	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。

V. 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ってもらえる	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くてよい	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、他の人の顔色を伺わなくてよい	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が多いと感じる	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2~3回)	た ま に (月1回)	た ま で き (月2~3回)	し ば し ば (週1回)	し ば し ば し ば (週2~3回)	し ば し ば し ば し ば (毎日)
1. 仕事で心身ともにつらくな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・・・	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. 仕事のことですぐわ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・・・	0	1	2	3	4	5	6

VI. 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)。

VI. 最後あなた自身のことについて、お伺いいたします。

1) 基礎情報

職種 (1つに○)	1) 医師 2) 看護師・准看護師 3) 臨床心理技術士	4) 精神保健福祉士 5) 作業療法士 6) 薬剤師	7) その他 ( )
現在の職種の経験年数	年                      ヶ月		
精神科領域の経験年数	年                      ヶ月		
現在の所属 (主なもの1つに○)	1) デイケア 2) 訪問看護 3) 外来 4) 在宅支援室	5) 社会復帰・リハビリテーション部門 6) 医局 7) 急性期病棟 8) 慢性期・療養病棟	9) 地域活動支援センター 10) 就労移行・継続支援事業所 11) その他 ( )
担当受け持ちの有無	1) あり → ありの場合、右欄の附問 にお答え下さい。 2) なし	附問) 当該支援に関わる頻度として1つに○を 付けて下さい。 a) 専属(ほぼ毎日) b) 業務の一部(だいたい50%以上) c) 業務の一部(だいたい50%未満)	
勤務形態	1) 常勤                      2) 非常勤・パート		
あなたの年齢	歳		
あなたの性別	1) 男性                      2) 女性		
あなたの最終学歴	1) 高校卒業 2) 専門学校卒業 3) 大学卒業 4) 大学院卒業 5) その他( )		

2) 次の援助技法について、これまでにあなたが臨床で関わったご経験があるかどうか、あてはまるものに○をつけ、ご経験がある場合にはおおよその経験年数をご記入ください。

援助技法	経験の有無	経験年数
包括型地域生活支援プログラム(ACT)	あり    なし	年                      ヶ月
その他のアウトリーチ支援(訪問看護等)	あり    なし	年                      ヶ月
個別就労支援(IPS)	あり    なし	年                      ヶ月
その他の就労支援	あり    なし	年                      ヶ月
認知機能リハビリテーション	あり    なし	年                      ヶ月
認知行動療法	あり    なし	年                      ヶ月
本人に対する心理教育プログラム	あり    なし	年                      ヶ月
家族に対する心理教育プログラム	あり    なし	年                      ヶ月
社会生活技能訓練(SST)	あり    なし	年                      ヶ月
ケアマネジメント	あり    なし	年                      ヶ月

★★★ご協力ありがとうございました★★★

最後に書き漏れがないかご確認いただき、回収用封筒に入れて担当者に提出して下さい。



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<sup>きょうりやく</sup>のお願い<sup>ねが</sup>

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。

こうせいろうどうかがくけんきゅうひほじょきん  
厚生労働科学研究費補助金

ちいきせいかつちゅうしん すいしん ちいきせいしんかいりょう こうかけんしょう かん けんきゅう  
「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

どくりつぎょうせいほうじんこくりつせいしん しんけいりりょうけんきゅう せいしんほけんけんきゅうしょ しゃかいふつきけんきゅうぶ  
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 <strong>ストレンクス</strong> 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、病院内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持つストレングス(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を行い、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. 本人の上手くいった経験も上手く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

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

位置 10	登録日	甲時点							乙時点											丙時点																																						
		障害種別 判断の段階	手帳 の等級	障害 【病】	機能の 程度 【弱】	紹介先	【支援のウエイト(※3)】 下記の支援についてのウエイトの高かった順に順位をつけ、数字を記入 【支援の内容】 上記①から⑮までの支援の中で下記のうち、実際に実施した支援に/											求職中の 有無【有/無】	【支援の転帰(※4)】 下記のうち、登録後1年間の間に就労した順優先(は利用したサービスの種類)と合計日数を記入 【支援の転帰】 人数・種別							登録から1年間の 転帰【有/無】																																
							1-1	1-2	1-3	1-4	1-5	1-6	1-7	1-8	1-9	1-10	1-11		1-12	1-13	1-14	1-15	1-16	1-17	1-18		1-19	1-20																														
24年	__月__日	I 手帳の所持 II 医療機関からの 情報 III その他	1級 2級 3級 非所持	重度 中等度 やや軽度 程度	I 相談 (自分で探して費用) II 就労移行支援 事業所 III 就労継続支援 B型 IV 地域活動支援 センター V 医療機関 VI 保健所 VII その他	I 相談 (自分で探して費用) II 就労移行支援 事業所 III 就労継続支援 B型 IV 地域活動支援 センター V 医療機関 VI 保健所 VII その他	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	有/無	1-1	1-2	1-3	1-4	1-5	1-6	1-7	1-8	1-9	1-10	1-11	1-12	1-13	1-14	1-15	1-16	1-17	1-18	1-19	1-20	1-21	1-22	1-23	1-24	1-25	1-26	1-27	1-28	1-29	1-30	1-31	1-32	1-33	1-34	1-35	1-36	1-37	1-38	1-39	1-40	1-41	1-42	1-43	1-44	1-45	1-46	1-47	1-48	1-49	1-50

位置 11	登録日	甲時点							乙時点											丙時点																																						
		障害種別 判断の段階	手帳 の等級	障害 【病】	機能の 程度 【弱】	紹介先	【支援のウエイト(※3)】 下記の支援についてのウエイトの高かった順に順位をつけ、数字を記入 【支援の内容】 上記①から⑮までの支援の中で下記のうち、実際に実施した支援に/											求職中の 有無【有/無】	【支援の転帰(※4)】 下記のうち、登録後1年間の間に就労した順優先(は利用したサービスの種類)と合計日数を記入 【支援の転帰】 人数・種別							登録から1年間の 転帰【有/無】																																
							1-1	1-2	1-3	1-4	1-5	1-6	1-7	1-8	1-9	1-10	1-11		1-12	1-13	1-14	1-15	1-16	1-17	1-18		1-19	1-20	1-21	1-22	1-23	1-24	1-25	1-26	1-27	1-28	1-29	1-30	1-31	1-32	1-33	1-34	1-35	1-36	1-37	1-38	1-39	1-40	1-41	1-42	1-43	1-44	1-45	1-46	1-47	1-48	1-49	1-50
24年	__月__日	I 手帳の所持 II 医療機関からの 情報 III その他	1級 2級 3級 非所持	重度 中等度 やや軽度 程度	I 相談 (自分で探して費用) II 就労移行支援 事業所 III 就労継続支援 B型 IV 地域活動支援 センター V 医療機関 VI 保健所 VII その他	I 相談 (自分で探して費用) II 就労移行支援 事業所 III 就労継続支援 B型 IV 地域活動支援 センター V 医療機関 VI 保健所 VII その他	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	有/無	1-1	1-2	1-3	1-4	1-5	1-6	1-7	1-8	1-9	1-10	1-11	1-12	1-13	1-14	1-15	1-16	1-17	1-18	1-19	1-20	1-21	1-22	1-23	1-24	1-25	1-26	1-27	1-28	1-29	1-30	1-31	1-32	1-33	1-34	1-35	1-36	1-37	1-38	1-39	1-40	1-41	1-42	1-43	1-44	1-45	1-46	1-47	1-48	1-49	1-50

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