

II. 親(主たる保護者)の状況

親(主たる保護者)がいない、または、不明の場合は、「Ⅲ 児童の状況」へ進んでください。

問8 障害者手帳の所持

親(主たる保護者)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	2. 未判定(申請中)	3. 無し	4. 不明
療育手帳(知的障害者福祉手帳)	1. 所持	2. 未判定(申請中)	3. 無し	4. 不明
精神障害者保健福祉手帳	1. 所持	2. 未判定(申請中)	3. 無し	4. 不明

問9 養育の困難度

親(主たる保護者)の養育困難度について回答してください。

身体疾患・障害による養育困難度	1. 疾患・障害のため養育できない状態 3. 多少の困難はあるが養育できる状態 5. 判断困難	2. 養育できるものの困難を引き起こす状態 4. 養育については問題ない
知的障害による養育困難度	1. 疾患・障害のため養育できない状態 3. 多少の困難はあるが養育できる状態 5. 判断困難	2. 養育できるものの困難を引き起こす状態 4. 養育については問題ない
精神障害による養育困難度	1. 疾患・障害のため養育できない状態 3. 多少の困難はあるが養育できる状態 5. 判断困難	2. 養育できるものの困難を引き起こす状態 4. 養育については問題ない

問10 養育に関する問題の状況

親(主たる保護者)の養育に関する問題の状況について回答してください。

人格障害傾向	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	※人格障害傾向の診断や疑いが見られる場合等。 ※抑うつ傾向が1週間以上続いている場合等。 ※飲酒により仕事や家事ができないことがある場合等。 ※かわいみと思えない、受容できない、無関心等
抑うつ傾向	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
アルコール乱用	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
子どもへの愛着形成の困難	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
不安傾向	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
パニック傾向	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
統合失調症の疑い	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
虐待傾向	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	

III. 対象児童の状態

現在の状態を評価してください。

問 11 出生時の状況

当該児童の出生時の状況について回答ください。

出生時体重が 2,500 グラム未満	1. はい()グラム 2. いいえ 3. 判断困難
在胎週数 36 週以前の早期での出産	1. はい()週()日 2. いいえ 3. 判断困難
出産後の問題	1. はい 1. 保育器の使用 2. 2 週間以上の入院 3. 発育不全 4. 先天性の異常 5. その他() 2. いいえ
疾患および障害関連の問題	1. はい(疾患および障害名:) 2. いいえ

問 12 身体、発育の状態

現在の当該児童の体重と身長を記入してください。

身長	cm
体重	kg

問 13 栄養状態

現在の当該児童の栄養状態を記入してください。

哺乳・離乳食等の形態	1. ミルクのみ	2. ミルクに加え離乳食を開始している	3. 離乳食は完了した(幼児食)	4. その他	5. 判断困難
食欲の状態	1. 正常	2. やや不振	3. かなり不振	4. 拒食状態	5. 判断困難

問 14 睡眠の状況(現在の状態を評価)

当該児童の最近 1ヶ月間の睡眠の様子について、以下の各質問にお答えください。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、普段の生活を送ることのできた日の睡眠の様子についてお答えください。

1. 寝床に入る時刻(消灯時刻)を教えてください。

午後()時()分

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

はい いいえ

はい の場合 → 最大で()時間()分違った

3. 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

- 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)

4. 一晩に平均して何回、目を覚ましますか。

合計()回

- 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。

5. 4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

- 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。

6. 朝に目覚める平均時刻を教えてください。

午前 () 時 () 分

● 寝床を離れる時刻ではなく、覚醒する時刻です。

7. 一日に平均して何回、お昼寝をしますか。

合計 () 回

8. 7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

● 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。

9. 当該児童の寝つきの習慣について、当てはまるところにチェックしてください。当てはまらない、もしくは乳幼児であるため判定できない場合には、右端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. 当てはまらない判定できない
寝る時刻になっても寝床に入るのを嫌がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一人で寝るのを嫌がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暗い部屋で寝るのを怖がる	<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) [具体的な記入:]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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、指しゃぶりなど) [具体的に記入:]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 当該児童の睡眠中の行動について当てはまるものがあれば、チェックしてください。当てはまらない、もしくは乳幼児であるため判定できない場合には、右端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. 当てはまらない判定できない
寝言を言う	<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"/>
夜泣きをする	<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"/>
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"/>
歯ぎしりをする	<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"/>
大きないびきをかか	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
怖い夢を見る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 当該児童の朝の目覚めについて当てはまるものがあれば、チェックしてください。当てはまらない、もしくは乳幼児であるため判定できない場合には、右端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. 当てはまらない判定できない
目が覚めたとき機嫌がわるい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>
目覚める時刻が早過ぎる	<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"/>

12. 当該児童の昼間の眠気について当てはまるものがあれば、チェックしてください。当てはまらない、もしくは乳幼児であるため判定できない場合には、右端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. 当てはまらない判定できない
とても眠そうにしている	<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"/>

問 15 愛着形成における課題

児童の状態として当てはまるものを回答ください(複数回答)

1. 一人遊びが多い、大人を求めない	2. 大人の顔色を伺う	3. 人よりも物に対する興味が強い
4. 身体が硬く手足に緊張感がある	5. 音に過敏である	6. 自傷行為がみられる
7. 表情が乏しい	8. 笑わない	9. 目がうつろで活気がない
10. 初めての場所怖がらない、または極端にいやがる	11. 奇声に近い大泣き	12. 激しい怒りや感情の表出をする
13. 入所時泣かなかった	14. 誰にでも抱かれる	15. 抱かれていてもその人を見ずに遠くを見ている
16. 人見知り、後追いが無い	17. 声を立てて笑わない	18. 初めての食事でも抵抗しない

問 16 発達状況 (現在の状態を評価)

(デンバー式発達スクリーニング検査およびデンバー式発達判定法に基づく。記入要領を参照ください。)

粗大運動に	0. 判断困難	1. 疑いなし	2. やや疑いあり	3. 疑いあり	4. 遅れあり
微細運動に	0. 判断困難	1. 疑いなし	2. やや疑いあり	3. 疑いあり	4. 遅れあり
言語的発達に	0. 判断困難	1. 疑いなし	2. やや疑いあり	3. 疑いあり	4. 遅れあり
社会的発達に	0. 判断困難	1. 疑いなし	2. やや疑いあり	3. 疑いあり	4. 遅れあり

問 17 日常生活能力の発達 (現在の状態を評価)

現在の児童の状態を[1.年齢以上/2.年齢相当/3.やや遅れている/4.遅れている/5.判断困難]のいずれかで評価してください。評価の基準については記入要領を必ずご参照ください。

	1.年齢以上	2.年齢相当	3.やや遅れている	4.遅れている	5.判断困難
日常生活能力の発達(あてはまる所に○)					

問 18 知能および発達検査結果 (最新の数値を記入)

検査年月日 (最新)	西暦 年 月 日
知能指数 (IQ)	_____
発達指数 (DQ)	_____
検査の種類	1. WISC-III知能検査 2. 田中ビネー知能検査 3. 新版K式発達検査 4. 津森・稲毛乳幼児精神発達検査 5. 遠城寺式乳幼児分析的発達検査法 6. その他 ()

問 22 主な精神疾患・障害

当該児童の精神障害の状況について、医師の診断、または疑いがあるか否かを回答してください。

1. 診断有り又は疑い有り	2. 無し
---------------	-------

※確定診断がないが疑いがある場合は、「診断有り又は疑い有り」としてください。

問 22-1 主な精神疾患・障害の状況

【診断有り又は疑い有りの場合】当該児童の精神疾患・障害の状況について回答してください。

発達障害系	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※精神遅滞、学習障害、広汎性発達障害、発達性協調運動障害、コミュニケーション障害(音韻障害、吃音等)等
行動障害系	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※注意欠陥・多動性障害、行為障害、反抗挑戦性障害等
不安障害系	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害、恐怖性障害、分離不安障害、反応性愛着障害、解離性障害、転対性障害、その他身体表現性障害等
気分障害系	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※うつ病性障害、気分変調性障害、双極性障害等
その他の精神障害	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※摂食障害、排泄障害、選択性緘黙、常同運動障害、性障害及び性同一障害、睡眠障害、人格障害、統合失調症、その他の精神障害

問 23 通院、服薬治療の状況

当該児童の通院、服薬治療の状況について該当するものに○をつけてください。

診療科	通院	服薬治療	診療科	通院	服薬治療
小児科・新生児科	有り	有り	小児神経科	有り	有り
外科	有り	有り	耳鼻科	有り	有り
脳外科	有り	有り	皮膚科	有り	有り
整形外科	有り	有り	歯科	有り	有り
口腔外科	有り	有り	眼科	有り	有り
循環器科	有り	有り	(産)婦人科	有り	有り
精神科、心療内科	有り	有り	その他	有り	有り

問 24 障害者手帳の所持

当該児童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(1級)	2. 所持(2級)	3. 所持(3~6級)	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(3~6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、ここでは所持している場合には「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 25 家族療法の実施状況

当該児童の家族療法の実施状況について、以下の各設問に回答してください。

家族療法の実施有無	1. 有り	2. 無し	
家族療法の必要性	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難

IV. 児童のケアニーズに対する充足状況

問 26 支援ニーズ 当該児童の現時点における家族再統合、自立支援の必要度を回答してください。

家族再統合の必要度 1.非常にニーズがある 2.ある程度ニーズがある 3.当面はあまりニーズがない

問 27 施設ケアニーズ 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られますか。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場合を想定して評価ください。

100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	0%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

※問 27 で2から 11 を選択した場合(ケアニーズの充足度が 100%ではない場合)のみお答えください。

問 27-1 具体的なケアの内容

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。

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的欲求の充足 2. 日常生活・学習援助(しつけと教育) 3. 自立援助 4. 発達上の問題発見、原因理解 5. 問題行動・障害の理解と対応 6. 職員間、専門機関との連携 7. 家族問題の発見、原因理解 | <ol style="list-style-type: none"> 8. 家族病理などの理解 9. 家族援助 10. 悩みや不安の理解、共感 11. 楽しみ、趣味の共有 12. 愛着形成、コミュニケーション 13. 学校での問題への対応 14. その他() |
|--|---|

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。