

問6 家庭復帰の見通し 当該児童の家庭復帰の見通しについて以下の項目から1つだけ選んでください。

1. 親(主たる保護者)がない	
2. 親(主たる保護者)がいる(以下についても回答ください)	
1. 家庭復帰の見込み有り	2. 当面の家庭復帰の見込みはないが、復帰に向け調整中
3. 家庭復帰困難又は見込み無し	4. 判断困難

問7 通学の状況 当該児童の通学の状況について、以下の項目から1つだけ選んでください。

1. 良好	2. やや問題あり	3. 問題あり	4. 判断困難
-------	-----------	---------	---------

問7-1 通学先

場所	1. 施設併設	2. 施設外	
通学先	1. 小学校普通学級	2. 小学校特別支援学級	3. 中学校普通学級
	4. 中学校特別支援学級	5. 高等学校	6. 特別支援学校(小学部)
	7. 特別支援学校(中学部)	8. 特別支援学校(高等部)	9. その他()

II. 親(主たる保護者)の状況

親(主たる保護者)がない、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	2. 養育できるものの困難を引き起こす状態
	3. 多少の困難はあるが養育できる状態	4. 養育については問題ない
	5. 判断困難	
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	2. 養育できるものの困難を引き起こす状態
	3. 多少の困難はあるが養育できる状態	4. 養育については問題ない
	5. 判断困難	
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	2. 養育できるものの困難を引き起こす状態
	3. 多少の困難はあるが養育できる状態	4. 養育については問題ない
	5. 判断困難	

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。 ※かわいいと思えない、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

現在の児童の状態を評価してください。

問 11 情緒・行動上の問題（現在の状態を評価）

- ・情緒・行動上の問題状況の各項目について、現在の児童の状態を「0.評価対象外/1.疑いなし/2.やや疑いあり/3.疑いあり/4.確かに問題あり/5.判断困難」のいずれかで評価してください。
- ・各項目を評価する際の詳細説明は記入要領をご参照ください。

	0.評価対象外	1.疑いなし	2.やや疑いあり	3.疑いあり	4.確かに問題あり	5.判断困難
1. 自閉的傾向 (人に対して反応しない、視線が合わない等)	0	1	2	3	4	5
2. 養育者との関係性(なつかない、過度の反抗、養育者への暴力等)	0	1	2	3	4	5
3. 注意欠陥・多動傾向 (落ち着かない、過度の注意散漫等)	0	1	2	3	4	5
4. 反社会的行動傾向(いじめ、過度なけんか、嘘、性的問題、窃盗等)	0	1	2	3	4	5
5. 抑うつ傾向(継続的な落ち込み、食欲不振、自殺念慮等)	0	1	2	3	4	5
6. 学習障害傾向 (特異的な読み書き・計算の問題)	0	1	2	3	4	5
7. 物質使用 (アルコール、タバコ、薬物等)	0	1	2	3	4	5
8. 自傷行為 (抜毛、頭打、リストカット、自殺未遂等)	0	1	2	3	4	5
9. 集団不適応(不登校、学校等でのいじめられ、孤立、反抗等)	0	1	2	3	4	5
10. 社会的引きこもり (長期にわたる外出拒否)	0	1	2	3	4	5
11. 排泄問題 (夜尿、遺糞など)	0	1	2	3	4	5
12. 摂食障害傾向 (拒食、過食、異食など)	0	1	2	3	4	5
13. 睡眠問題 (不眠、過眠など)	0	1	2	3	4	5
14. 言語能力の発達遅延・障害	0	1	2	3	4	5
15. 知的障害	0	1	2	3	4	5
16. 施設内における他児へのいじめ	0	1	2	3	4	5
17. 施設内における他児からのいじめ	0	1	2	3	4	5

問 12 日常生活能力の発達（現在の状態を評価）

現在の発達状況を[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	0	1	2	3	4

問 13 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 14 被虐待体験の有無 当該児童の入所前の被虐待体験有無を回答してください（現在認識しているものについて回答）。

1. 有り	2. 無し
-------	-------

問 14-1 虐待の種類 【被虐待体験有りの場合】当該児童が虐待を受けた種類を以下の項目の中から選んでください（複数回答）。

1. 身体的虐待	2. 性的虐待	3. ネグレクト	4. 心理的虐待	5. その他	6. 判断困難
----------	---------	----------	----------	--------	---------

問 15 主な身体疾患・障害 【身体疾患・障害の有無】当該児童の主な身体疾患・障害を以下の項目の中から選んでください。

1. 無し			
2. 有り（主な身体疾患・障害を以下の項目の中から選んでください。（複数回答））			
1. 外科系	2. 内臓系	3. アトピー性皮膚炎	4. アトピー以外の皮膚の病気
5. 泌尿器の病気	6. 耳鼻科・眼科の病気	7. 喘息	8. 喘息以外のアレルギーの病気
9. 視覚障害	10. 聴覚障害（難聴）	11. 言語・音声障害（ろうあ）	12. 肢体不自由
13. 内部（内臓）障害	14. 免疫機能障害	15. その他（_____）	

問 16 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	※確定診断は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 16-1 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（音調障害、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、恐怖症障害、分離不安障害、反応性愛着障害、解離性障害、転換性障害、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 17 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 18 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 19 家族療法の実施状況 当該児童の家族理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

問 20 子どもの趣味、生活上の楽しみ 当該児童の趣味、生活上の楽しみとしてあてはまるものすべてに○をしてください。

1. 勉強	6. スポーツ	11. 書道
2. 読書	7. 外国語の学習	12. 作文・作詩などの文書作成
3. 映画鑑賞	8. 手芸・裁縫	13. 舞踊
4. 音楽鑑賞	9. 料理	14. ゲーム
5. 楽器演奏、歌をうたう	10. お絵かき、絵画制作	15. パソコン
		16. その他
		17. 特に無し

問 21 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下さい。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回答ください。

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. お昼寝をしますか。

はい いいえ

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眠くない 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"/>
一人で寝るのが怖い	<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"/>
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、特定の動作など) [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"/>
大きないびきをかく	<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"/>

※問 25 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 25-1 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。

1. 基本的欲求の充足	8. 家族病理などの理解
2. 日常生活・学習援助(しつけと教育)	9. 家族援助
3. 自立援助	10. 悩みや不安の理解、共感
4. 発達上の問題発見、原因理解	11. 楽しみ、趣味の共有
5. 問題行動・障害の理解と対応	12. 愛着形成、コミュニケーション
6. 職員間、専門機関との連携	13. 学校での問題への対応
7. 家族問題の発見、原因理解	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。