

問 18 定期的に通院している疾患、障害名および通院回数等				
1. 無し				
2. 有り (以下にも回答してください)				
疾患名・障害名 ※記入要領参照	通院中の診療科 ※記入要領参照	通院回数 (過去1年当たり)	服薬状況	
[ ]		回	1. 有り	2. 無し
[ ]		回	1. 有り	2. 無し
[ ]		回	1. 有り	2. 無し

問 19 精神科への入院経験		
1. 有り	2. 無し	3. 不明

問 20 精神疾患・精神障害の状況		
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	2. 疑い有り	3. 無し

問 20-1 精神疾患・精神障害の状況		【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、転位性障害、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 21 当該児童の障害者手帳の所持状況		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. 1級	2. 2級	3. 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. 重度	2. 中度	3. 軽度	4. 未判定(申請中)	5. 無し	
精神障害者保健福祉手帳	1. 1級	2. 2級	3. 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 22 家族への支援状況		当該児童の家族等に対する面接や家庭訪問など継続的な家族支援の状況について記入してください。	
実施実績	1. 有り	2. 無し	

**問 23 養育問題のある子どものためのチェックリスト (Checklist for Maltreated Infant (CMTI))**

※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。

1. 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。

**「生後6か月から2歳未満児用」(2歳以上6歳未満の児童は○印の設問へ進んでください)**

1. お子さんに以下のような状況が見られますか？年齢的にまだできないと思われる事柄については「n」とお答えください。

	無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能
1 ある特定の状況で、急に激しく泣くなど、表情や態度が変化することがある	1	2	3	4	n
2 些細なことでびくびくして不安そうにする	1	2	3	4	n
3 急に泣き出して止まらなくなる	1	2	3	4	n
4 普通以上に怖がる特定の人や物や場面がある	1	2	3	4	n
5 夜泣きが激しい	1	2	3	4	n
6 感情の起伏が激しい	1	2	3	4	n
7 ひとりで遊んでいることが多い	1	2	3	4	n

以後の設問において、お子さんにとって特別な存在である大人(担当職員やその他職員)のことを「特別な大人」と称します。もしそのような「特別な大人」がいない場合には、担当職員を対象としてお答えください。

2. お子さんの普段の行動から以下のような様子が見られますか？

	無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能
8 表情が乏しい	1	2	3	4	n
9 大人と関わろうとしない	1	2	3	4	n
10 「特別な大人」に対していい子ぶる、外面がいい	1	2	3	4	n
11 生き生きとしている	4	3	2	1	n
12 友達と仲良く遊ぶ	4	3	2	1	n
13 慰められてもなかなか気持ちが落ち着かない	1	2	3	4	n
14 ちょっとしたことでも怖がって自由に遊ばない	1	2	3	4	n
15 「特別な大人」に抱かれていても、遠くをボーっと見ている	1	2	3	4	n
16 突然固まって、ぼーっとした表情をする	1	2	3	4	n
17 嫌なことがあったとき、怖い時、痛みを感じたときに、固まってしまったり、凍り付いてしまう	1	2	3	4	n
18 いつもいらいらしている	1	2	3	4	n
19 遊びに集中できない	1	2	3	4	n

		無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能
20	悲しそうにしている	1	2	3	4	n
21	笑顔が少ない	1	2	3	4	n
22	凍りついた目あるいはうつろな目をしている	1	2	3	4	n
23	大人がいても自分で危険な行動をとる	1	2	3	4	n

3. お子さんには次のようなことがありますか？

		無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能
24	人のものをとったりする	1	2	3	4	n
25	ぐずることが多い	1	2	3	4	n
26	床や壁に自分の頭を打ち付けることがある	1	2	3	4	n
27	すぐに激しい泣き方になる	1	2	3	4	n

◎「2歳から6歳未満児用」

1. お子さんに以下のような状況が見られますか？年齢的にまだできないと思われる事柄については「n」とお答えください。

		無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能
1	ある特定の状況で、急に激しく泣くなど、表情や態度が変化することがある	1	2	3	4	n
2	ある特定の状況で、こちらとかかわらなくなってボーっとしていることがある	1	2	3	4	n
3	急に泣き出して止まらなくなる	1	2	3	4	n
4	親が「出来ていた」と言うことでも出来なくなっていることがある	1	2	3	4	n
5	寝つきが悪い	1	2	3	4	n
6	周囲に対して攻撃的である	1	2	3	4	n

以後の設問において、お子さんにとって特別な存在である大人(担当職員やその他職員)のことを「特別な大人」と称します。もしそのような「特別な大人」がいない場合には、担当職員を対象としてお答えください。

2. お子さんの普段の行動から以下のような様子が見られますか？

		無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能
7	表情が乏しい	1	2	3	4	n
8	嫌なことがあったとき、怖い時、痛みを感じたときに、「特別な大人」に近づいて慰めを求めようとせず、固まってしまう	1	2	3	4	n

		無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能
9	「特別な大人」に対していい子ぶる、外面がいい	1	2	3	4	n
10	危ないことを平気でする	1	2	3	4	n
11	表情が明るい	4	3	2	1	n
12	「特別な大人」の言うことを素直に聞く	4	3	2	1	n
13	慰められてもなかなか気持ちが落ち着かない	1	2	3	4	n
14	すぐに「特別な大人」に頼る	1	2	3	4	n
15	依存心が強い	1	2	3	4	n
16	大人に気に入られようと可愛い子ぶる	1	2	3	4	n
17	誰にでもべたべたしてくる	1	2	3	4	n
18	ちょっとしたことで怖がって自由に遊ばない	1	2	3	4	n
19	「特別な大人」に抱かれていても、遠くをぼーっと見ている	1	2	3	4	n
20	突然固まって、ぼーっとした表情をする	1	2	3	4	n
21	嫌なことがあったとき、怖い時、痛みを感じたときに、固まってしまったり、凍り付いてしまう	1	2	3	4	n
22	「特別な大人」を困らせるような行動を多くとる	1	2	3	4	n
23	過度に警戒している	1	2	3	4	n
24	常に緊張している	1	2	3	4	n
25	いつもいらいらしている	1	2	3	4	n
26	遊びに集中できない	1	2	3	4	n
27	悲しそうにしている	1	2	3	4	n
28	笑顔が少ない	1	2	3	4	n
29	年齢不相応に動きが少ない	1	2	3	4	n
30	凍りついた目あるいはうつろな目をしている	1	2	3	4	n
31	目をあわせて笑いあうことが少ない	1	2	3	4	n
32	自分から甘えてくることが少ない	1	2	3	4	n
33	甘え方が下手である	1	2	3	4	n
34	次々に別の大人を求める	1	2	3	4	n
35	視線を合わせるが少ない	1	2	3	4	n
36	ちょっとしたことで固まってしまう	1	2	3	4	n
37	「特別な大人」を求めてくるがすぐに他に向かう	1	2	3	4	n
38	「特別な大人」を求めていながら、ちょっとした事で避けてしまう	1	2	3	4	n
39	ひとりの大人と集中して遊べない	1	2	3	4	n
40	特定の大人との強いかわりができない	1	2	3	4	n

3. お子さんには次のようなことが有りますか？

	無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能	
41	人のものをとったりする	1	2	3	4	n
42	友達と仲良く遊ぶ	4	3	2	1	n
43	気分や感情が急に変わる	1	2	3	4	n
44	ミルクや食事の量や速度にムラがある	1	2	3	4	n
45	活動が激しい時と遅い(おとなしい)時があり、一定しない	1	2	3	4	n
46	興奮するととめることが出来ない	1	2	3	4	n
47	気に入らないと通常以上に激しく泣く	1	2	3	4	n
48	泣き出すとなかなか止まらない	1	2	3	4	n
49	ぐずることが多い	1	2	3	4	n
50	かんしゃくが多い	1	2	3	4	n
51	かっとなると暴力的になる	1	2	3	4	n
52	一つの行動から他の行動への切り替えがうまくいかない	1	2	3	4	n
53	大きな音を怖がる	1	2	3	4	n
54	大きな声で話す傾向がある	1	2	3	4	n
55	注射などを極端に嫌がる	1	2	3	4	n
56	転びやすい	1	2	3	4	n
57	不安定な場所を好む	1	2	3	4	n
58	ボール投げが年齢相応に出来ない	1	2	3	4	n
59	危険を顧みず、高いところに上ったり、飛び降りたりする	1	2	3	4	n
60	すぐに激しい泣き方になる	1	2	3	4	n
61	他人をもののように扱う	1	2	3	4	n
62	その場にあったことと表情が一致していない	1	2	3	4	n
63	友だちにやさしい	4	3	2	1	n
64	ルールが守れない	1	2	3	4	n
65	よくけんかをする	1	2	3	4	n
66	友だちに暴力を振るう	1	2	3	4	n
67	人のものをもって自分のテリトリーにためておく	1	2	3	4	n
68	小さい子に暴力を振るう	1	2	3	4	n
69	大人の言うことにことごとく反抗する	1	2	3	4	n
70	他の子をいじめる	1	2	3	4	n
71	力の強い子に支配されやすい	1	2	3	4	n
72	想像力が豊かである	4	3	2	1	n

		無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能
73	力の強い人と弱い人に対する態度が全く違う	1	2	3	4	n
74	年齢不相应に性的な言葉を発する	1	2	3	4	n
75	汚い言葉を多用する	1	2	3	4	n
76	ものの扱いが乱雑である	1	2	3	4	n
77	非常に衝動的な行動をする	1	2	3	4	n
78	ストーリーのある遊びができる	4	3	2	1	n
79	集中力がない	1	2	3	4	n
80	遊びが次々に変わる	1	2	3	4	n
81	ままごとを楽しくできる	4	3	2	1	n

#### IV. 児童のケアニーズ 等

##### 問 24 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 24 で2または1を選択した場合にのみお答えください。

##### 問 24-1 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 24-2 どのような環境が整えば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 25 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。  
※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)。

1. 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。

	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寝床に入るのを嫌がる	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>
大きないびきをかく	<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
目が覚めたとき機嫌がわるい	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>
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
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"/>
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分以上違いましたか。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. 一日に平均して何回、お昼寝をしますか。

合計 ( ) 回  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。**