

厚生労働省 平成 24 年度障害者総合福祉推進事業 報告書

発達障害児者のアセスメントツールの効果的使用と その研修について

平成 25 年 3 月

特定非営利活動法人アスペ・エルデの会

目 次

I. 発達障害児者のアセスメントツールの効果的使用とその研修について[要旨]	4
II. 事業の目的と概要	6
III. 発達障害をめぐる近年の状況に関する調査	8
IV. アセスメントツールの妥当性・有用性に関する調査	15
V. 医療・福祉機関におけるアセスメントツールの利用実態に関する調査	27
VI. 発達障害児者の支援とアセスメントに関するガイドラインの作成	41
付録資料【1】 施設調査質問紙	46
付録資料【2】 自由記述欄の回答	51

I. 発達障害児者のアセスメントツールの効果的使用とその 研修について[要旨]

○アセスメントツールの効果的使用のあり方

(何をアセスメントするか) (誰がアセスメントするのか) (どこでアセスメントするか) (どういうアセスメントツールを用いるのか) (何のため誰のためのアセスメントなのか) ⇒ 発達障害と診断される(発達障害の障害特性を持つ)人に対して、わが国のどこに住んでいようが、同じアセスメントツールを同じように用いて、障害の程度や支援ニーズを明確にでき、個々の能力・特性にあった支援を行うために!

- ① 発達障害者支援法に定義された発達障害である、もしくは、そうした障害特性を有していること ⇒ 発達障害の障害特性の把握がまず必要である。専門医の養成は非常に重要であるが、一方で、一定の研修によって支援の専門家が使用できる信頼性・妥当性のある標準化されたアセスメントツールの使用によって、支援のスタートを切ることができるようにすることが必要である。M-CHAT, PARS, ADHD-RS など、実施可能なものの研修は必要である。
- ② 障害者総合支援法の枠組みのなかでの事業として支援を行うためには、現状、支援程度区分判定を用いるが、現状の区分は発達障害の障害特性を十分に反映するものとはなっていない。身体機能の障害判定のスキームと、知的障害・精神障害・発達障害のような行動と適応の機能の障害のスキームは基本的に異なる。発達障害においては、適応状況(不適応状況)の側面で、生活状況や生活の質を評価することが重要である。⇒ 標準化された信頼性・妥当性の高い適応行動の尺度(VABS II)の活用。適応状況から把握することで必要な支援が明確になる。感覚過敏性や強度行動障害など不適応状況に関する把握も必要である。支援において、何を優先順位の高いものとするのかを考えるには、生活の上で何ができており、何ができていないのかといった適応状況の把握が最優先となる。支援の成果は、適応状況の改善で一定の評価を行うこともできる。
- ③ 知能検査や発達検査などの能力・状態評価を加味することで、現実的な支援内容の把握が可能になる。知的障害の合併、精神症状の合併などの把握を行うことで就労の可能性など、追加の評価も可能になる。⇒ 知的能力よりも適応評価が優先される。
- ④ 環境をアセスメントすることも重要で、家族の養育機能や支援する事業所の支援技術の評価など、客観的に把握しておくことで、実施可能な支援の質を評価することができる。その際、客観的なアセスメントツールにおいて、何を実施可能か、支援を担えるのは誰かなどの把握も重要である。親の精神的健康に対する評価は不可欠である。⇒ 特に虐待的な対応のある場合、環境側の評価が必要であるし、地域移行などを考える場合に

も、受け皿の評価も必要である。

- ⑤ 障害特性評価のための基本的なアセスメントツールや、適応行動（不適応行動）の評価のための客観的なアセスメントツールは、支援に携わる支援者は実施できるような研修を行っていき、個別の支援計画立案の基礎として活用できるようにすることが必要である。⇒ 施設独自のアセスメントツールでなく、世界標準の信頼性・妥当性のある標準化されたアセスメントツールの使用が推奨される。独自のツールだけの使用の場合、支援の効果把握などが客観的になりにくい。

○アセスメントツールの普及の必要性

発達障害児者についてのアセスメントの実態調査から、特に障害児者福祉施設・事業所において、有効なアセスメントの実施ができていない現状が明らかになった。従来、発達障害児者のアセスメントに関しては、主として医療モデルの中で、①障害の診断や障害特性把握のために用いられるものや、②教育モデルなどのなかで、障害児者のもつ知的能力などの能力把握を行う、という2つの側面での使用が中心で、実際に障害児者福祉で必要とされる、③（障害の度合いの把握と必要な支援提供につながる）生活状況や適応状況の把握が、支援者の教育・研修においても、実際の障害程度認定から個別支援計画作成に至る過程においても、十分に活用されてこなかったことが明らかになったと言える。

また、①障害の診断や障害特性把握においても、わが国では、診断は医師がするものであるが、客観的な信頼性・妥当性を有するアセスメントツール、特に、**Gold Standard** と呼ばれるようなツールにおいては、世界標準の障害特性把握が可能であり、専門医が不足する中では、効果的な支援のためにも、有効活用されなければならないが、発達障害の代表的な評価尺度はここ数年にやっと日本語版が整いつつある現状であり、今後の普及が必要となっている。

②能力把握に関しては、臨床心理学領域では、知能検査やパーソナリティ検査において、一定の伝統があり、教育研修も行われてきているが、こうした部分でのアセスメントが障害特性把握と混同されて、知能検査のプロフィールから診断的なことを言及する場合もあり、発達障害のアセスメントのなかでの位置づけを明確にする必要がある。

③生活状況や適応状況の把握に関しては、障害福祉領域を中心に必要とされているのだが、今まで世界標準の評価尺度がなく、そのために高機能広汎性発達障害などの知的障害はない発達障害に対する支援が提供できない問題が生じていた。日本語版の標準化ができた今、普及を進めることが必要である。

Ⅱ. 事業の目的と概要

1. 事業の背景と目的

新たな「障害者総合支援法案」においては、「指定障害福祉サービス事業者等の責務」において「支援を、障害者等の立場に立って行うように努めなければならない」と盛り込まれており、発達障害支援においては未開発な面も多く、障害者の立場に立った適切な支援を行っていく必要がある。

発達障害への支援は、乳幼児期から成人期までの各ライフステージに沿った一貫した支援を行うことが必要であり、発達障害児者の早期発見や適切な対応のためには、発達障害を正確に判別できるアセスメントツールが必要である。

これまでも多くのアセスメントツールが作成・導入されているが、実際の支援の場での効果や留意点の検証については十分になされていない。このため、支援につながるアセスメントツールの効果的使用について、調査・研究結果の整理を踏まえてガイドラインを作成し、支援者への普及啓発の方法も考察する。

2. 事業の概要

上記のような背景を踏まえ、本事業では以下の4つの課題について検討を行った。

(1) 発達障害をめぐる近年の状況に関する調査

近年、発達障害に関する学術的研究がめまぐるしい勢いで進展しており、ICDやDSMなどの医学的な診断基準も改訂が進められている。また、国内では平成16年に発達障害者支援法が成立し、平成19年から発達障害児への特別支援教育が開始されるなど、法体制や行政的支援の枠組みも整備されつつある。そこで、本事業ではまず発達障害をめぐるこうした状況の変化について整理するための先行調査を行った。

(2) アセスメントツールの妥当性・有用性に関する調査

支援の現場となる医療・福祉機関では、知的能力や個々の発達障害特性の程度だけでなく、現実の日常生活に適応するための能力（適応行動もしくは生活能力）を包括的に評価するためのアセスメントツールが求められている。そのようなニーズに応えるツールとして、Vineland 適応行動尺度第二版（Vineland-II）の日本版が開発されているが（2013年出版

予定)、Vineland-II が実際に様々な発達障害を抱える人々の日常生活上の困難さや支援ニーズをどの程度把握しうるかについて、未だ十分な検討がなされていない。そこで本事業では、400 名程度の発達障害児者（知的障害、自閉症スペクトラム障害（ASD）、注意欠如多動性障害（ADHD））を対象に、Vineland-II によるアセスメントを実施し、米国精神医学会の診断分類（DSM-IV-TR）に基づく診断分類ごとの Vineland-II の結果を比較する。これにより、種々の発達障害によってもたらされる生活上の困難さと支援ニーズを Vineland-II によってどの程度明確に捉えることができるか検討する。

(3) 医療・福祉機関におけるアセスメントツールの利用実態に関する調査

近年、医学・心理学領域の研究の進展により、発達障害の概念が明確化されるとともに、発達障害に関連するアセスメントツール（検査・尺度）が全世界的に多数開発されてきた。日本で利用可能なツールの数も、この 10 年の間に急速に増加した。しかし、支援の現場となる医療機関および福祉機関において、発達障害の概念は未だ十分には浸透しておらず、発達障害に関連するアセスメントツールの普及も進んでいない現状が見られる。スペクトラム（連続体）の概念によって表されているように、同一の診断が与えられる発達障害児者であっても、その症状や能力には大きな個人差があり、複数の障害を合併しているケースも少なくなく、その状態像は千差万別である。したがって、個々のケースの状態を客観的な基準において個別的に評価することは、公平かつ効果的な支援のために不可欠である。そこで本事業では、発達障害児者の支援に携わる全国の医療機関および福祉機関を対象に、アセスメントツールの利用実態に関するアンケート調査を行った。

(4) 発達障害児者の支援とアセスメントに関するガイドラインの作成

上記調査事業の結果およびこれまでの国内外の研究知見を踏まえ、発達障害児者の支援とアセスメントに関するガイドラインを作成する。発達障害の客観的な診断基準や知能検査に加えて、これまで取り上げられることが少なかった「現実の生活場面への適応」に必要となる「適応行動の評価」の解説も取り上げ、今後の発達障害福祉に重要な貢献を果たすガイドラインとなることを目指す。作成にあたっては、これまで多くのアセスメントツールの開発に携わってきた小児精神医学・臨床心理学領域の代表的な研究者が執筆を進めていく。

Ⅲ. 発達障害をめぐる近年の状況に関する調査

1. 発達障害をめぐる国内外の動き

1) 国内の動き

平成 16 年 12 月に発達障害者支援法が国会を通過し、平成 17 年度から施行された。この法律の成立は国会議員が中心となり、医療、教育、福祉、心理などの関係者が 10 ヶ月にわたって検討してきた結果であった。文部科学大臣と厚生労働大臣が連名で署名しており、いわゆる理念法である。この法律施行の結果として、平成 22 年 12 月の障害者自立支援法の改訂、平成 23 年 7 月の障害者基本法の改訂の中で、身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）と明記され、発達障害が法案上も障害の仲間入りをした。対人関係面や、コミュニケーション面に課題を抱え、社会適応に困難を来たす、知的障害を伴わない自閉症者たちは支援の外にいたが、正式に支援の対象になった。

教育では平成 19 年度から特別支援教育が正式に始まり、その対象児は発達障害児などであり、「学習障害、高機能自閉症、注意欠如多動性障害など」とされた。平成 14 年の文科省調査では、教育上の配慮を要する児童生徒は、平成 14 年度通常教育に 6.3%、平成 24 年度調査で 6.5%いるとされた。同様に、特別支援教育に在籍する生徒は平成 14 年度で 1.2%、24 年度に 1.4%とされており、合わせて平成 14 年度で 7.5%、24 年度で 7.9%となる。特別支援教育を開始する背景には、平成 4 年から 11 年まで開かれた、「学習障害に関する協力者会議」の結論があった。通常学級に在籍し、知的障害はないが学力に極端な遅れを示す生徒への対応が問題となっていた。知的障害がない以上通常学級に在籍すべきだが、学力に加え、行動上の問題や対人関係面で課題を抱える“発達障害”のある子どもたちが増加していた。これらの生徒に対しては、通常学級に在籍して特別支援学級に通級や、あるいは固定の通常学級への在籍などが正式に可能となった。

発達障害者支援法の中では、「対象者（児）は、脳機能の障害であって、その障害が通常低年齢に発症するもののうち、ICD の F8（学習能力の特異的発達障害、広汎性発達障害など）および F9（多動性障害、行為障害、チック障害など）に含まれるもの」とされた（図 1）。ICD（International Classification of Diseases：WHO が使用している、医療の国際疾病分類）を使って定義しており、Fコード（精神科）の大カテゴリーのうち、F8、F9 を支援対象とした。学習障害、広汎性発達障害、注意欠如多動性障害などをまとめて“発達障害”としてまとめて支援しようとする点がその特徴である。実際に臨床場面でお目にかかる子どもたちは広汎性発達障害、注意欠如多動性障害、学習障害、協調運動障害、コミュニケーション障害などが重複して存在することが珍しくない。世界的には、異なる定義を行っている国もあるが、我が国の定義を臨床面から合理的な捉え方とする考え方もある。

(参考) ICD-10 (疾病及び関連保健問題の国際統計分類) 第5章 精神及び行動の障害 (F00-F99)		<法律>		<手帳>		
F00-F69	統合失調症や気分(感情)障害など	精神保健福祉法		精神保健福祉手帳		
F70-F79	知的障害<精神遅滞>		知的障害者福祉法	療育手帳		
F80-F89	心理的発達の障害 (自閉症・アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、 学習障害など)		発達障害者支援法			精神保健福祉手帳
F90-F98	小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 (注意欠陥多動性障害、トゥレット症候群など)					

(図1 障害保健福祉関係主管課長会議等資料, (1)平成23年2月22日実施分より抜粋, 障害者自立支援法等の改正について, 関連資料1, pp.11より)

2) 海外での動き

米国では1960年代から発達障害 (Developmental Disabilities) という公衆衛生学に基づく概念があり、重度の精神遅滞や脳性麻痺などが支援の対象となってきた。日本での発達障害 (Developmental Disorders) 概念に近いものについては、クリントン大統領時代に、ADHD について、NIMH (国立精神保健研究所) を中心に大規模研究が行われ、いくつかの治療法の比較研究が行われ、薬物治療を中心とする治療法の有用性が示された。またブッシュ大統領時代に、我が国と比較すると約100倍の予算が自閉症に計上され、生物学的な研究が積極的に行われている。米国の場合は、これらの研究を国家的プロジェクトとして行い、診断や治療についての先進な方策を見出して行こうとする方向性が見られる。

英国では2009年に自閉症法 (Autism Act) が作られ、様々な支援が可能になっている。日本ではWHOによるICDに基づく診断基準が使用され、広汎性発達障害 (PDD)、多動性障害 (HD)、学力の特異的発達障害 (SDD) が使用されるが、英国では自閉症スペクトラム障害 (ASD)、注意欠如 (多動性) 障害 (ADHD/ADD)、特異的学習障害 (SLD) が使用されている。国内で使われる精神遅滞 (MR) が英国では学習障害 (LD=Learning Disability) とされている。国内のSDDは英国ではDyslexia (読字障害)、Dyscalculia (計算障害)、Dysgraphia (書字障害) にあたる。このあたりの用語、疾病概念については、国によって異なっており混乱する場合がある。

2. 各発達障害の特徴について

1) 広汎性発達障害

対人関係、コミュニケーションの障害、独特の考え方や行動のし方を持つ自閉性障害や、対人関係の障害と独特の考え方・行動様式を持つアスペルガー障害がその中心である。予

後調査の一つからは、精神遅滞（知的障害）の重い者、軽い者、ない者に分けられ、論じられている。

相手の気持ちが分からないし、自分の気持ちを伝えられないために、友人関係を作るのが苦手な場合が多い。思考の柔軟さに欠けて、融通が利かなかつたり、杓子定規な対応が目立つことがある。言葉を厳密に解釈しすぎたり、自分なりの解釈をしたり、意味を取り違えることもある。特に大勢での会話の中では、だれとだれの話か理解しにくいこともある。興味が限定されており、特定の事柄ばかりに集中して、他の事柄にはほとんど興味を示さず、マイペースである。感覚の感受性が特別であり、極端に敏感な場合と鈍感な場合があり、成人になっても続いている。後から遡って調べた際、低年齢でのエピソードとしては、下記のようなものが挙げられる。

「1歳までは手がかからなかった」、あるいは「這い這いの頃から大変だった」、と記憶が分かれる。2歳まででは、刺激に対する極端な反応、人見知りが無い、呼名回避、言語遅滞などが目立つ。就学までには、多動で迷子になる、玩具に興味を示さない、玩具を本来の目的に使わない、一人遊びを好む、形式的な遊びに留まる、こだわりが目立つ、「グルグル回っても目が回らない」、「乗り物酔いがひどい」、視線回避、睡眠覚醒リズムの障害などがある。また視聴覚・触覚などの感覚過敏/鈍麻があり、騒々しい環境や特定の音（運動会のピストル、トイレの流水音等）を嫌がる、味覚や触感・色に基づく偏食等もみられることがある。就学後は一旦安定期になることが多いが、知的水準や言語遅滞の重い場合を中心に、いわゆる“パニック”（不穏）が生じたり、睡眠障害がみられることがある。小学校高学年以上になると、母親より体力が強くなるため、“パニック”様の興奮や自傷・他害がある際には対応が困難となる。

2) 注意欠如多動性障害

不注意、多動・衝動性が三徴とされるが、不注意だけでも、多動・衝動性だけの場合もある。注意の持続が特定の事柄にばかり集中しており、全体に対する注意の配分ができない。周囲からは、なぜ興味を示すか分からない。騒々しい環境などでは、情報処理が難しいためか、自己コントロールが苦手で、不安定となる。通常の注意の仕方よりは、クールダウンやカームダウンが有効である。成長につれて多動は目立たなくなるが、不注意は成人になっても持続している。衝動性は周囲の環境因が強く影響し、静かな少人数の環境では安定している。7才するまでには症状が出現することになっており、下記のようなものが知られている。

「多動性」については、「(座っていても)手足や身体を動かす」「離席する」「余暇活動などに落ち着いて参加できない(はしゃぎ回ってしまう)」「多弁」など6項目が含まれる。但し幼児期にはどの子どもも多動の傾向があり、小学校低学年迄は離席は時にみられ得るなど、年齢によって変化しやすい項目であり注意を要する。クラスで多くの生徒が離席するようであれば、学級運営が正常になされているかも評価する必要がある。また小学校高

学年以降には、明らかな多動は目立たなくなり、“落ち着かない感じの自覚”“多弁”に注目して問診する必要がある。

「衝動性」については、「質問が終わらないうちに出し抜けに答える」「順番を待てない」「他者の行動を中断させたり割り込んだりする（会話やゲーム等）」の3項目が挙げられている。

3) その他

医学における LD では、読字障害、書字障害、算数能力障害などが知られている読字障害としては、教科書を読むのが苦手で、「文節を切れない」、「形の似た字を取り違える」、「行を飛ばしたり再読する」、「文字は読めても、内容を理解できない」などがある。書字障害としては、「文章を読んで理解する力はあるが、文字が書けない」、「文字をなかなか覚えられず、字が不正確である」、「原稿用紙のマスの中に書けない」、「鏡文字（左右が逆になる）になる」、「へんかつくりが逆になる」などが見られる。算数能力障害としては、「算数用語や符号の理解にかける」、「数字を認識しない」、「数字を正しく並べることができない」、「物が何個あるか言えない」などが挙げられる。

極端な運動上の課題を抱えている発達性協調運動障害では、「物を落とす」、「不器用である」、「スポーツが出来ない」などが見られる。コミュニケーション障害では、「語彙が著しく限定されている」、「適切な文章を作れない」などの表出性言語障害、「文章や用語が理解できない」受容・表出混合性言語障害、「音声の使用、表現などが用いられない」音韻障害、「同じ単語、音節が反復する」吃音などがある。

これらの背景には、視覚・聴覚からの情報の受容、統合、表出のどこかに遅れや偏りが生じる、一種の認知障害が存在し、その結果として学習面の課題を抱えると思われる。

3. 発達障害の診断基準の改訂

発達障害の医学的診断は国際分類によっており、国内では WHO による ICD と、米国精神医学会による DSM が用いられている。自閉症については、欧州の自閉症研究者たちによる自閉症スペクトラムという診断も用いられている。ICD や DSM は約 10 年ごとに改定が行われており、ICD は第 10 版、DSM は第 4 版改訂版が使用されている。

2013 年 5 月には DSM 第 5 版が発表されることになっており、その草稿が公表されている。(2015 年に予定されている) ICD の改訂も DSM の改訂と大きな違いがないようになされると言われており、DSM-V の改訂内容に目を配っておくことは、意義のあることである。現時点で確認できている草案では、Neurodevelopmental Disorder（神経発達障害（仮訳））の下に、Intellectual Developmental Disorders、Communication Disorders、Autism Spectrum Disorder、Attention Deficit/Hyperactivity Disorder、Specific Learning Disorder、Motor Disorders がおかれている。それぞれのカテゴリは以下の障害を含んでいる。

A00-01	Intellectual Developmental Disorders
A00	Intellectual Developmental Disorders
A01	Intellectual or Global Developmental Delay Not Elsewhere Classified
A02-04	Communication Disorders
A02	Language Disorder
A03	Speech Disorder
A04	Social Communication Disorder
A05	Autism Spectrum Disorder
A06-07	Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
A06	Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
A07	Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Not Elsewhere Classified
A08	Specific Learning Disorder
A09-16	Motor Disorders
A09	Developmental Coordination Disorder
A10	Stereotypic Movement Disorder
A11	Tourette's Disorder
A12	Chronic Motor or Vocal Tic Disorder
A13	Provisional Tic Disorder
A14	Tic Disorder Not Elsewhere Classified
A15	Substance-Induced Tic Disorder
A16	Tic Disorder Due to Another Medical Condition

1) 知的障害

DSM-Vにおいて、精神遅滞（Mental Retardation）は知的発達障害（仮訳）（Intellectual Developmental Disorders）の表記に変更されており、これまで主に知能検査の結果と現在の適応機能で評価されていたが、草案では、社会適応機能の評価が診断に主に影響するようになるという。また、他に分類されない知的または広範な発達の遅れ（仮訳）（Intellectual or Global Developmental Delay Not Elsewhere Classified）については、DSM-IV-TRで特定不能の広汎性発達障害（PDD-NOS）の診断を受けていた人々の多くが該当するようになるという。

2) 広汎性発達障害

広汎性発達障害は、自閉症スペクトラム障害（ASD）と変更され、診断基準も大きく変わる予定である。これまで重視されていた言語の有無、会話の継続などに代わって、非言語的コミュニケーションが重視されており、新たに感覚感受性の特異性が診断基準に入っ

できそうである。また3才までには何らかの特徴が確認できる点については、具体的な年齢が取り外され、幼児期という漠然としたものになりそうである。これまで使用してきた「アスペルガー障害」や「他に分類されない広汎性発達障害」という疾患名が使用されなくなる。別途、社会的相互関係の障害が重視されそうである。

自閉症スペクトラム障害（ASD）という診断名は、欧州の自閉症研究者たちが使用してきた、三つ組みの障害という概念に基づくと同じである。しかし、三つ組みに基づく、ASDとDSM-5のASDでは内容が異なっている。三つ組みでは、①人との相互交渉、②コミュニケーションの障害、③想像力の発達の障害であるが、DSM-5では①社会的相互関係の障害、②行動、興味、活動の様式が中心になっており、「想像力の発達の障害」は脱落している。Wing,Lはこの点について問題としている。

なお、社会性の障害と限局した行動・興味の診断基準のどちらか一方だけ満たす場合については、草案においてそれぞれ別のカテゴリにおいて扱われている。社会性の障害の基準を満たす場合には、Communication Disordersの下位カテゴリであるSocial Communication Disorderに該当し、限局した行動・興味の診断基準を満たす場合には、Stereotypic Movement Disorderに該当するとされる。

3) 注意欠如多動性障害

注意欠如多動性障害については、名称は変わらず、これまでの、不注意優勢、多動・衝動性優勢、混合型とする三つの下位分類は四つに分けられる。現在の不注意優勢型は、多動衝動性9項目を3～5項目満たす不注意優勢型と、1～2項目満たす不注意優勢（限定）型に分けられる。下位分類とされているが、経過から移行が見られるため、現在の状態と変更予定である。何らかの症状が見られる年齢については、7才から12才に引き上げられる。これまで広汎性発達障害と注意欠如多動性障害が重複した場合は、診断上は広汎性発達障害を優先することになっていたが、次の改訂からは併記診断が可能になる予定である。また、現在の診断基準は年少者を前提に作成してあると考えられるので、成人における診断を考慮して、成人になってからの診断基準がいくつか追加されている。

4) その他

学習障害（LD=Learning Disorders）では、これまでの読字、書字、計算の障害をほぼ踏襲している。協調性運動障害は、チック障害などとともに、運動性障害という範疇に入りそうである。

4. 現状と課題

発達障害は支援法が成立してからまだ約8年しか経過していない。国、都道府県、市区町村が中心となって、発達障害の啓発・普及が行われてきた。発達障害がいくつかの法律

上も明記され、障害の一つとして認められつつある。発達障害者支援センターは都道府県、政令都市に設置され、相談業務や支援体制の整備が行われてきている。ハローワークにおける特別枠を利用した就労も行われ、ジョブコーチなどの導入も行われている。教育においても特別支援教育が始まり、校内にはコーディネーターが任命され、専門家チームも導入され、個別支援計画も作られ始めている。いくつかの分野で発達障害への支援は進みつつある。この結果として国民の間に“発達障害”という言葉は知られるようになってきているが、内容について適切に理解されているかについては疑問な点もある。

IV. アセスメントツールの妥当性・有用性に関する調査

本項では、様々な臨床群の分類・診断の補助や、個々の障害児者の支援ニーズの把握とそれに基づく個別支援計画の策定において、Vineland適応行動尺度第二版（Vineland-II）の日本版が有効に機能するか否かを検証した結果を報告する。

発達障害児者への具体的な支援計画の策定や行政サービスの実施を考える上で、個々の支援ニーズを的確に把握することが必要となる。しかし、国内では発達障害児者の支援ニーズを客観的に把握するための基本的なツールが開発・普及されておらず、もっぱら知的機能に基づいた評価のみが行われてきた現状がある。国際的にはすでに障害程度は知能指数（IQ）だけでなく、適応行動（adaptive behavior）の観点からも評価されており、高機能ASDやADHDなど、知的能力以外の側面に障害を抱える人々への支援が充実してきている。前章で述べたように2013年5月に刊行が予定されるDSM-Vでも、知的発達障害（従来の知的障害にあたる）の診断において、知的能力よりも社会適応の観点が重視されるようになるという。しかし、日本ではまだ障害の程度についてはIQが基準となっており、対人関係や社会性など日々の生活や行動上の適応の困難さが明らかでもIQが高いと評価されない現状がある。そのため、知的機能以外の面で様々な生活上の困難を示す発達障害児者が、必要な支援を受けられないという不都合が生じている。このような状況を改善するために、近年、Vineland-II日本版の開発が進められてきている。

Vineland-II（Sparrow et al., 1984, 2005）は日常生活への適応に必要となる適応行動を包括的に評価するためのツールとして、国際的に広く利用されている。Vineland-IIの尺度構成を表2.1に示す。Vineland-IIは適応行動を測定する「コミュニケーション」、「日常生活スキル」、「社会性」、「運動スキル」の4領域と不適応行動を測定する「不適応行動」領域から構成されており、各領域に2つまたは3つの下位領域が設定されている。この尺度構成は、アメリカ知的障害学会、アメリカ心理学会、アメリカ科学アカデミーという米国の3学会により支持され、生活上の全ての領域を万遍なくカバーすることが理論的に裏づけられている。

表 2.1 Vineland-II の尺度構成

主領域および下位領域*	内容
コミュニケーション領域	
受容言語	対象者がどのように話を聞き、注意を払い、何を理解しているか。
表出言語	対象者が何を語り、情報を集めて提供するためにどのような言葉やセンテンスを使うか。
読み書き	対象者が文章の組み立てかたについて何を理解し、何を読み書きするか。
日常生活スキル領域	
身辺自立	対象者がどのように食事し、服を着て、身の回りの衛生を実施しているか。
家事	対象者がどのような家事を行っているか。
地域生活	対象者が時間、お金、電話、コンピュータおよび仕事のスキルをどのように使っているか。
社会性領域	
対人関係	対象者が他人とどのように関わっているか。
遊びと余暇	対象者がどのように遊び、余暇の時間を使っているか。
コーピングスキル	対象者が他人に対する責任と気配りをどのように示しているか。
運動スキル領域	
粗大運動	対象者が協応運動のために腕と脚をどのように使っているか。
微細運動	対象者が物を操るために手と指をどのように使っているか。
不適応行動領域	
内在化問題	対象者が不安・抑うつ、食事・睡眠の困難、社会的関わりの回避など、本人のウェルビーイングに影響を与える行動をどの程度示すか。
外在化問題	対象者が多動・衝動性や攻撃行動など、周囲への影響を生じさせる行動をどの程度示すか。
その他の問題	対象者が習癖、不注意など、内在化・外在化問題のいずれにも属さない行動をどの程度示すか。

本事業では、以下の臨床群を対象にVineland-II日本版を実施し、各群のスコアプロフィールを検討した。

- ・ 知的障害（軽度、中等度、重度）
- ・ ASD（高機能、軽度MR合併、中等度MR合併、重度MR合併）
- ・ ADHD
- ・ 視覚障害および聴覚障害
- ・ その他（複数の障害の合併、診断不明など）

視聴覚障害を除く臨床群には、知的・発達障害に精通する医師によって、DSM-IV-TR (APA, 2000) に基づいて各障害の診断を受けている人々が選出された。視聴覚障害群については、特別支援学校（盲学校・聾学校）に通う児童生徒から選出された。ASD群における知的障害の合併を除き、複数の障害（例えば、視覚障害と知的障害）を合併している個人は対象に含めなかった。「その他」には様々な障害が含まれるためスコアプロフィールは検討しなかった。

（１） 知的障害

アメリカ知的障害学会では、知的障害の診断にあたって、知的機能（IQ）が平均より2標準偏差下回るだけでなく、適応機能に関しても、1つ以上の領域か総合点で、一般群より2標準偏差以下の得点が見られることを必須条件としており（AAMR, 2002, p. 76）、アメリカ精神医学会の発行するDSM-IVでも同様の診断基準が設けられている。しかし国内には、全年齢における適応機能を評価するための標準化された尺度が存在しないため、上記のような基準での適応機能の客観的評価を行うことができない現状がある。また、医療・福祉・教育などの現場で知的障害児者への支援を行うにあたり、日常的な生活スキルの体系的な評価ツールが存在しない現状は、個々の支援ニーズに即した柔軟な支援計画の策定を困難にしている。ここでは、Vineland-II日本版が、知的障害児者の適応機能の評価ツールとして有効に機能するか否かを検証した。

知的障害を有する約50名を対象に調査を実施した。ASD、ADHDなど、他の障害を合併する個人は対象から除外した。知的障害の程度の分類については、原版と同様、慣習的なIQ範囲を使用した。IQはウェクスラー式知能検査またはビネー式知能検査によって得られた数値であった。

- ・ 軽度MR群：IQ範囲が50～69
- ・ 中等度MR群：IQ範囲が35～49

- ・ 重度MR群：IQが34以下

Vineland-IIの得点は、適応行動尺度の下位領域と不適応行動尺度については一般母集団（障害を持たない一般の人々）の平均が15、標準偏差が3となるよう得点化され、得点の取りうる範囲は1点から24点である。したがって、例えば12点であれば「やや低い」（一般母集団の中で下位15.9%の位置）、9点であれば「かなり低い」（下位2.3%）、6点であれば「きわめて低い」（下位0.1%）と評価することができる。逆に平均よりも得点が高い方向についても、18点であれば「やや高い」（上位15.9%）、21点であれば「かなり高い」（上位2.3%）、24点であれば「きわめて高い」（上位0.1%）と評価できる。

一方、適応行動の領域と総合点については平均が100、標準偏差が15となるよう得点化され、得点の取りうる範囲は20点から160点である。したがって、例えば85点であれば「やや低い」（一般母集団の中で下位15.9%の位置）、70点であれば「かなり低い」（下位2.3%）、55点であれば「きわめて低い」（下位0.1%）と評価することができる。得点が高い方向についても、115点であれば「やや高い」（上位15.9%）、130点であれば「かなり高い」（上位2.3%）、145点であれば「きわめて高い」（上位0.1%）と評価できる。

軽度 MR 群の結果

- ・ 「適応行動総合点」の平均は約50点で、一般群（非臨床群）の平均値を3標準偏差以上下回っていた。
- ・ 各領域の平均得点はいずれも70を下回っており、アメリカ知的障害学会の示す知的障害の診断基準（1つ以上の領域か総合点で70以下の得点）に一致していた。4領域全体の平均値は約60点であり、一般群（非臨床群）の平均より3標準偏差程度低かった。これはIDEA（Individuals with Disabilities Education Act）の求める知的障害の要件を満たしている（IDEA、1999）。
- ・ 領域得点のパターンを見ると、コミュニケーションが特に低い得点を示した。
- ・ 下位領域の平均値のパターンは、この群が、主として学校に関連する行動である「読み書き」領域のスキルに乏しいことを示している。これが、上述の「コミュニケーション」領域の低得点をもたらしている。
- ・ 「日常生活スキル」領域では、「家事」の平均得点は相対的に高かった。「社会性」の3下位領域はほぼ同程度の平均得点を示した。
- ・ これらの結果は、原版における19-86歳の軽度MR群の結果と類似している。このことは、日本版の軽度MR群の多くが青年期の対象者で構成されていることを反映していると考えられる。青年期以降は非臨床群の得点が多くの下位領域で上限に達して分散が小さくなる一方、知的障害者では特に一般の学校で習得される「読み書き」のスキルを中心に、

定型発達者との開きが生じることを示唆している。

中等度MR群の結果

- ・ 中等度MR群の適応行動機能の水準は、軽度MR群よりも一貫して低かった。この群の「適応行動総合点」の平均値は約30点で、一般群（非臨床群）の平均値を4標準偏差以上下回っていた。
- ・ 領域得点のパターンは平坦であり、一般的な知的障害の状態像と一致し、全ての領域にわたって適応機能の障害が表れていることが示された。領域得点は、いずれも一般群（非臨床群）の平均値を4標準偏差以上下回っていた。
- ・ 各領域の平均得点は、軽度知的障害群の得点を1～2標準偏差程度、下回っていたが、全般的に得点が低いパターンは類似していた。
- ・ 下位領域の得点のパターンも、軽度MR群と中等度MR群でよく似ていた。両群とも、下位領域得点の平均は、「読み書き」と「地域生活」が相対的に低く、「受容言語」や「家事」は相対的に高いパターンを示していた。しかし、軽度MR群に比べ、中等度MR群では「遊びと余暇」の低さが顕著であった。
- ・ これらの結果は、原版における19-86歳の中等度MR群の結果と類似している。このことは、日本版の中等度MR群の大部分が成人の対象者によって構成されていることを考えれば自然な結果である。

重度MR群の結果

- ・ 中等度MR群よりも一貫して得点が低かった。適応行動総合点の平均は約20点であり、多くの対象者が下限である20点を示した。
- ・ 中等度MR群と同様、主領域の得点プロフィールは平坦であった
- ・ 下位領域のパターンは中等度MR群と極めて類似しており、「読み書き」、「地域生活」、「遊びと余暇」、「微細運動」が顕著に低く、「受容言語」、「家事」、「対人関係」、「粗大運動」は相対的に高かった。
- ・ これらの結果は、原版における19-86歳の重度MR群の結果と類似している。このことは、日本版の重度MR群の大部分が成人の対象者によって構成されていることを考えれば自然な結果である。

知的障害群の「不適応行動」尺度の得点

- ・ いずれの群も、一般群（非臨床群）と比べて得点が高かったが、軽度MR群と中度MR群は、いずれの下位尺度得点および総合点も標準値よりわずかに高い程度であった。

軽度MR群と中等度MR群の間では、上述のように適応行動では大きな差が見られたが、不適応行動ではそのような差が見られなかった。

- ・ 重度MR群の各下位尺度得点および総合点は、標準値より1標準偏差以上高かった。
- ・ 下位尺度間の差は一貫しておらず、軽度MR群では「外在化」が「内在化」より高かったが、中度MR群では同程度であり、重度MR群では「内在化」が「外在化」より高かった。ただし、いずれも下位尺度間の差は小さかった。

知的障害群の結果の要約

以上をまとめると、知的障害児者の適応機能の指標としてのVineland-II日本版の利用は、臨床的なエビデンスに裏付けられているといえる。

- ・ いずれの知的水準の群においても、「適応行動総合点」と主領域の得点の平均に見られる全般的適応機能の水準には明らかな問題がある。いずれの群も、これらの得点は一般群（非臨床群）を2標準偏差以上下回っており、アメリカ知的障害学会の示す知的障害の診断基準を満たしている。
- ・ 全ての水準の知的障害において、全領域にわたる適応機能の問題が表れており、これはアメリカ知的障害学会（2002）の定義に沿っている。
- ・ 全ての水準の知的障害において、原版の成人群と同様のスコアプロファイルが示された。このことから、Vineland-IIは文化を超えた基本的な適応機能の評価尺度として機能することが示唆され、これを用いて日本人の知的障害児者の適応評価を行うことの妥当性が確認された。

（2）自閉症スペクトラム障害

近年、自閉症の概念はめまぐるしい変遷を遂げている。1990年代から、自閉症やアスペルガー症候群の研究者らの間で自閉症スペクトラム障害（ASD）の概念が用いられるようになった。この概念は、一般的に、DSM-IV-TRの広汎性発達障害における自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害の3つの障害を包含するものとして想定されている。この概念では、これらの障害をカテゴリーカルに分類するのではなく、複数の症状の程度を連続的な次元（スペクトラム）の上で捉えることが提唱されている。この概念は2013年度に出版予定のDSM-Vでも取り入れられることが発表されている。

ASDの概念が提唱されるようになった背景には、知的能力に問題がない高機能自閉症や言語能力に障害のないアスペルガー障害を有する人々が、当初考えられていたよりも多く存在し、生活の様々な局面で困難を抱えていることが明らかになってきたという事実があ

る。これらの障害を有する人々は、知能、学力の面で顕著な問題を示さないために、適切な医療的・福祉的支援を受けられないことが多く、中には、未診断のまま成人を迎え、就職後に適応の問題を示すといったケースも少なくない。こうした障害を早期に発見し、適切な支援を行っていく上では、生活全般にわたる適応能力を体系的に評価することが不可欠であるが、日本には、こうした評価を行うための標準化されたツールが存在せず、知的障害のない発達障害児者が十分な支援を受けられない状況が続いてきた。海外ではVineland ABSやVineland-IIが、ASD児者の適応上の困難を評価するツールとして国際的に広く利用されている。ここではVineland-II日本版によってASD児者の適応機能の問題をどの程度明確に把握することができるかを検討する。

ASDの概念に基づき、自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害のいずれかの診断を有する約250名を対象者とした。男女比は約4:1であったが、これは一般的なASD有病率の男女比に近い。知的水準に基づいて以下の4群を設定し、スコアプロフィールを検討した。知的水準が不明であった対象者は、この分析からは除外した。IQはウェクスラー式知能検査またはビネー式知能検査によって得られた数値であった。

- ・ 高機能群：IQが70以上
- ・ 軽度MR合併群：IQ範囲が50～69
- ・ 中等度MR合併群：IQ範囲が35～49
- ・ 重度MR合併群：IQが34以下

高機能群の結果

- ・ 「適応行動総合点」の平均は約70点で、一般群（非臨床群）の平均を2標準偏差以上下回っている。IQの平均値が約100であることを考えると、知的機能と適応機能の乖離がきわめて顕著であることがうかがわれる。
- ・ 「コミュニケーション」領域と「社会性」領域の得点が低く、「日常生活スキル」領域と「運動スキル」領域の得点は比較的高かった。このパターンは、コミュニケーションや社会性の障害を中核症状とするASDの特徴を忠実に反映している。
- ・ 下位領域では「表出言語」、「対人関係」、「遊びと余暇」の得点が特に低かった。これらの下位領域の平均得点は一般群（非臨床群）の平均を2標準偏差程度、下回っていた。この結果もDSM-IV-TRの自閉性障害の診断基準である、社会性と表出言語の障害を裏付けている。一方、「読み書き」や「微細運動」の得点は比較的高く、学業面での適応の問題が生じにくい高機能ASDの特徴をよく反映している。
- ・ 以上の結果は、原版における「発語あり自閉症群」の結果とよく類似している。

軽度 MR 合併群の結果

- ・ 「適応行動総合点」の平均は約50点と、一般群（非臨床群）の平均を3標準偏差以上下回っていた。この水準は、非ASDの軽度MR群と同程度であった。これは、非ASDの軽度MR群とASDの軽度MR合併群の対象者の年齢の違いによる影響が大きいと考えられる。非ASDの軽度MR群の平均年齢は18歳であるのに対し、ASDの軽度MR合併群の平均年齢は13歳と低い。Vineland-IIは、青年期以降、標準化に用いられる一般群（非臨床群）の得点が上限に達し、天井効果により分散が減少するため、年齢が高くなるほど臨床群の標準得点が低く算出されやすくなる。したがって、上述のような年齢差のもとで両群の得点が等しかったという事実は、両群の年齢が等しければ、非ASDの軽度MR群よりもASDの軽度MR合併群が低い得点を示す可能性を示唆している。
- ・ 領域得点のパターンは、高機能群ときわめて類似しており、「コミュニケーション」や「社会性」の領域で顕著に低い得点が見られた。非ASDの軽度MR群と比較すると、「社会性」領域の得点のみが約1標準偏差程度下回っていた。
- ・ 下位領域では、「表出言語」、「地域生活」、「遊びと余暇」の得点が低く、一般群（非臨床群）の平均を2.5～3.5標準偏差程度下回っていた。全体のパターンは高機能ASD群と類似していたが、高機能ASD群で見られた「読み書き」における相対的な得点の高さは軽度MR合併群では見られず、「地域生活」の相対的位置も高機能ASD群に比べると低くなっていた。
- ・ 以上の結果は、原版における「発語なし自閉症群」の結果ときわめて類似している。

中等度 MR 合併群の結果

- ・ 「適応行動総合点」の平均は約30点と、一般群（非臨床群）の平均を4標準偏差以上下回っていた。この水準は、非ASDの中等度MR群と同程度であった。前項と同様、この結果も両群の年齢の違いによる影響が大きいと考えられ、年齢が等しければ、ASDの中等度MR合併群の方が低得点を示す可能性が高い。
- ・ 領域得点のパターンは、高機能群や軽度MR合併群ときわめて類似しており、「コミュニケーション」や「社会性」の領域で顕著に低い得点が見られた。非ASDの中等度MR群と比較すると、「社会性」領域の相対的な落ち込みが顕著であった。
- ・ 下位領域のパターンは、軽度MR合併群とよく類似しており、「表出言語」、「地域生活」、「遊びと余暇」の得点が特に低かった。ただし、高機能群や軽度MR合併群で相対的に高得点を示した「微細運動」の相対的位置が下がっていた。

重度 MR 合併群の結果

- ・ 「適応行動総合点」の平均は約20点で、非ASDの重度MR群と同様、多くの対象者が下限である20点を示した。このことは、重度の知的障害を有する場合、個人間の得点の差が表れにくいことを示唆している。
- ・ 領域得点のパターンは、他のASD群と類似し、「コミュニケーション」や「社会性」の領域で低得点が見られたが、多くの対象者で得点が下限に達しているため、領域間の差はそれほど顕著に表れなかった。
- ・ 下位領域のパターンは、中等度MR合併群ときわめて類似しており、「表出言語」、「地域生活」、「遊びと余暇」の得点が特に低かった。

ASD 群の「不適応行動」尺度の得点

- ・ 「不適応行動」尺度については、いずれの群も「内在化問題」や「不適応行動総合点」が「外在化問題」より高いという一貫したパターンを示した。
- ・ 高機能ASD群、軽度MR合併群、中等度MR合併群は全般的に同程度の水準で、「内在化問題」と「不適応行動総合点」が一般群（非臨床群）より1.5標準偏差前後高く、「外在化問題」は1標準偏差程度高かった。
- ・ 重度MR合併群は、他の3群より全般的に水準が高く、「内在化問題」と「不適応行動総合点」が一般群より2標準偏差程度高く、「外在化問題」が1.5標準偏差程度高かった。いずれの知的水準においても、非ASDのMR群と比較して、「内在化問題」や「不適応行動総合点」が高得点を示した。

ASDは対人関係上の困難や感覚面の問題から、不安、抑うつなどの内在化問題を合併しやすいことが指摘されている。上述の結果はこうした研究知見と一致しており、Vineland-II日本版の「不適応行動」尺度の妥当性を示している。また、全ての知的水準で非ASDのMR群とは異なる一貫した得点パターン（「内在化問題」の相対的な高得点）が見られたことから、「不適応行動」尺度は、知的水準に関わらずASDの行動特徴を明確に反映することが示された。

ASD 群の結果の要約

- ・ 知的能力に障害のない高機能ASD児者でも、Vineland-II日本版によって測定される適応機能には顕著な障害が見られた。このことから、知的能力とは別に、Vineland-II日本版による適応機能の評価を行うことの重要性が示された。
- ・ いずれの知的障害の水準でも、「コミュニケーション」や「社会性」領域で特に顕著な障害が見られ、非ASDのMR群と比較しても、「社会性」領域の障害は顕著であった。このことから、Vineland-II日本版によってDSM-IV-TRなどの規定するASDの中核症状を明

確に把握可能であることが示された。

- ・ 不適応行動尺度では、非ASDのMR群とは異なり、「内在化問題」が顕著に高い得点パターンを示した。この結果は、ASDが内在化問題と結びつきやすいという研究知見と一致しており、Vineland-IIの妥当性を示している。
- ・ 高機能群や軽度MR合併群の結果は、原版の「発語あり自閉症群」と「発語なし自閉症群」の結果にそれぞれ類似していた。このことは、Vineland-II日本版が原版と同様の精度でASD児者の特徴を把握できることを示唆している。

(3) 注意欠如多動性障害 (ADHD)

注意欠如多動性障害 (ADHD) もASDと同様、知的能力に問題がなくても適応機能に障害をきたすことが知られている。ADHDによる多動性や不注意によって学業場面への適応が阻害されやすく、衝動性の問題から対人関係上の不適応につながることも多い。こうしたADHDによる適応機能の問題について、Vineland-II日本版による評価の妥当性を検証した。

調査の対象となったのは、約20名であった。一般的なADHDの有病率と一致して、対象者には男性が多かった。

「適応行動総合点」の平均値は約70点であり、一般群（非臨床群）を2標準偏差程度下回った。IQの平均値が約100であることを考えると、ADHDの症状によって適応機能に著しい問題が生じていることが示唆される。高機能ASD群と同様、「コミュニケーション」と「社会性」領域に特に顕著な問題を示したが、いずれも高機能ASD群よりはやや得点が高かった。下位領域の得点パターンも高機能ASD群と類似していたが、「遊びと余暇」で高機能ASD群より高い得点を示した。これらの結果は、社会性そのものの障害であるASDとは異なり、ADHDにおける対人関係の問題は多動・衝動性や不注意による二次的な障害として生じることを反映している。ただし、「遊びと余暇」の得点は約10点であり、一般群に比べると1.5標準偏差程度下回っている。

不適応行動尺度では、高機能ASD群とは対照的に、「内在化問題」より「外在化問題」で高得点を示した。このことは、対人関係上の不適応から内在化問題を抱えやすいASDとは異なり、衝動性の高さから攻撃、非行などの外在化問題を生じやすいADHDの特徴を明確に反映している。

特に児童期において、ASDとADHDの判別の難しさが指摘されることは多い。実際、上述のようにVineland-IIの適応行動尺度では、「遊びと余暇」の下位領域を除いては、高機能ASD群とADHD群のプロフィールは類似していた。しかし、不適応行動尺度においては、両群の

プロフィールは明確に異なるパターンを示していた。したがって、これら2つの尺度を組み合わせて使用することで、ASDやADHDの診断を補助する有効な情報を得ることができると考えられる。

(4) 視覚障害と聴覚障害

Vineland ABSやVineland-IIは、知的障害や発達障害だけでなく、精神障害、身体障害、脳機能障害など、様々な障害を抱える人々の適応評価に使用されている。視覚・聴覚障害も、その一つである。視覚・聴覚障害者の行動とスキルについて評価することで、介護者や教師が自立の水準を向上するための支援のシステムやプログラムを作成するのに役立つ。そこでここでは、Vineland-II日本版により、視聴覚障害者の適応機能を評価しうるか否かを検討した。

学力に影響を及ぼすレベルの視覚障害（全盲または弱視）または聴覚障害（聾または難聴）がある人を調査の対象とした。対象者は特別支援学校を通じて募集された。十分なサンプルサイズを確保するため、視覚障害者と聴覚障害者を単一の群に統合して分析を行った。知的障害など他の障害を合併しているケースは分析から除外した。男女比は1:4で女性の比率が高かった。

「適応行動総合点」の平均は約55点で、一般群（非臨床群）の平均値を約3標準偏差下回っていた。4領域の全てで顕著な低得点が見られたが、特に「コミュニケーション」や「日常生活スキル」の得点が低く、一般群の平均値を3標準偏差以上下回っていた。下位領域レベルでも全般的に得点が低かった。不適応行動尺度では、いずれの下位尺度および不適応行動総合点の平均値も一般群よりやや高かったが、ASD群やADHD群に比べると全体に得点が低く、軽度MR群や中等度MR群と同程度であった。

(5) 結果のまとめ

以上の検討から、Vineland-IIにより、様々な障害を抱える人々の状態像を明確に把握できることが示された。知的障害児者の「適応行動総合点」と主領域の平均得点は一般群（非臨床群）を2標準偏差以上下回っており、これはアメリカ知的障害学会（2002）の定義とDSA-IV-TRによる知的障害の診断基準に沿っている。また、知的能力に障害のない高機能ASD群、ADHD群、視聴覚障害群においても、「適応行動総合点」の平均値は一般群（非臨床群）を2標準偏差以上下回っていることが示され、知的能力のアセスメントとは別に、適応行動のアセスメントを行うことの必要性が強く示唆された。

また、Vineland-IIによって知的障害の程度による適応機能の差異を識別することも可能であることが示された。知的障害では、軽度MR群と中等度MR群、重度MR群を比べると、程度が重い群ほどVineland-IIの総合点と主領域、下位領域の平均が一貫して低くなっていた。ASD群でも、知的水準の異なる4群を比較すると、知的水準が低い群ほど、Vineland-IIの総合点と主領域、下位領域の平均が一貫して低かった。

また、主領域と下位領域の得点パターンを検討することで、ある障害内、あるいは障害間で適応行動・不適応行動の問題を区別するために有効な情報を得られることも示された。知的障害群は、Vineland-IIの主領域の得点のプロフィールが比較的平坦であり、不適応行動の得点も重度MR群を除いては平均的な水準にあった。それに対し、ASD群では、DSM-IV-TRの診断基準に一致し、「コミュニケーション」や「社会性」で顕著な低得点が見られ、不適応行動も「内在化問題」を中心に高得点が見られた。ADHD群は、適応行動尺度のパターンは、「遊びと余暇」がやや高い以外はASD群と同様であったが、不適応行動ではASD群と対照的に「外在化問題」の得点が高かった。視聴覚障害群は、MR群と同様に平坦なプロフィールが得られたが、軽度MR群に比べ「コミュニケーション」の得点が高く、不適応行動が全体にASD群やADHD群よりも低かった。

以上のように、Vineland-IIを用いて様々な障害を抱える人々の現実の生活上の支援ニーズを明確に把握できることが示された。Vineland-IIの日本版については2013年中の出版化が予定されており、今後の発達障害児者への行政的・医療的支援において重要な役割を果たしていくことが期待される。

文献

- American Association on Mental Retardation. (2002). *Mental retardation definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997, 20 U.S.C. 1401 et seq. (1999).
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition, Survey Forms Manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson, Inc.

V. 医療・福祉機関におけるアセスメントツールの利用実態に関する調査

1. はじめに

近年、医学・心理学領域の研究の進展により、発達障害の概念が明確化されるとともに、発達障害に関連するアセスメントツール（検査・尺度）が全世界的に多数開発されてきた。日本で利用可能なツールの数も、この 10 年の間に急速に増加した。また、発達障害者支援法や障害者自立支援法などの法体系の整備により、従来の法制度の中では十分な支援がなされてこなかった自閉症スペクトラム障害（ASD）、注意欠如多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）などの発達障害を有する人々への支援の体制も整いつつある。

しかし、その支援の現場となる医療機関および福祉機関において、発達障害の概念はまだ十分には浸透しておらず、発達障害に関連するアセスメントツールの普及も進んでいない現状が見られる。スペクトラム（連続体）の概念によって表されているように、同一の診断が与えられる発達障害児者であっても、その症状や能力には大きな個人差があり、複数の障害を合併しているケースも少なくなく、その状態像は千差万別である。したがって、個々のケースの状態を客観的な基準において個別的に評価することは、公平かつ効果的な支援のために不可欠である。そこで本事業では、発達障害児者の支援に携わる全国の医療機関および福祉機関を対象に、アセスメントツールの利用実態に関するアンケート調査を行った。調査の目的は主に以下の 3 点である。

第 1 の目的は、**医療・福祉機関の種別ごとのアセスメントツールの利用状況を明らかにすること**である。医療機関としては、発達障害の診療を掲げる全国の病院やクリニック、福祉機関としては、発達障害者支援センター、児童相談所、保健センター、障害者自立支援法（新法）または支援費制度（旧法）に基づく福祉施設・事業所を対象に全国的な調査を実施し、各機関種別でのアセスメントツールの利用実態を検討する。第 2 の目的は、**アセスメントツールの利用を規定する要因を探索的に検討すること**である。地域、設置・運営主体、利用者年代、利用者定員（施設規模）の 4 要因によって、アセスメントツールの利用状況に差異が見られるか否かを検討する。また、アセスメントツールを利用していない機関には直接その理由を尋ね、アセスメントツールの普及における問題点を分析する。第 3 の目的は、本事業で作成するガイドラインの主たる読者となるであろう医療・福祉の現場から、**アセスメントツールに関する疑問や本ガイドラインに対する要望を引き出すこと**である。そうした疑問や要望を、ガイドラインの開発チーム全体で共有することで、現場のニーズに沿ったガイドラインの開発を目指すとともに、今後のアセスメントツール開発における課題を探る。

2. 方法

a. 調査対象と有効回答数

全国 2790 の医療機関・福祉機関を対象に調査を実施した。医療機関については、日本小児神経学会の小児神経専門医および日本児童青年精神医学会の認定医が在籍する全機関に調査を実施した。福祉機関については、発達障害者支援センター、児童相談所、保健センター、障害者自立支援法（新法）または支援費制度（旧法）に基づく福祉施設・事業所を調査対象とした。ただし、福祉施設・事業所については、知的・発達障害児者を主たる対象としていない施設も多く存在するため、ここでは日本知的障害者福祉協会の会員となっている施設・事業所のみを調査対象とした。発達障害者支援センター、児童相談所については国内の全箇所に対して調査を実施し、保健センターおよび福祉施設・事業所については、該当機関から 5 機関あたり 1 機関をランダムに抽出し、調査を実施した。調査対象機関に対してアンケートを郵送し、同封の返信用封筒による返信を求めた。

機関種別ごとの有効回答数を表 1 に示す。有効回答率は、機関種別によってばらつきが見られ、保健センターが 13.5% とかなり低く、医療機関も 22.9% とやや低かった。福祉施設・事業所や児童相談所では、郵送調査としては比較的良好な回答率が得られた。発達障害者支援センターの回答率は 69.5% と高かった。なお、調査は匿名で行われており、機関種別ごとの回答数の集計は各機関による機関種別に関する回答に基づくものであるため、機関種別に関する回答がなかった機関については「不明」としている。

表 1 調査対象と有効回答数

機関種別	配布数	回答数	回答率
医療機関	926	212	22.9%
発達障害者支援センター	82	57	69.5%
児童相談所	226	109	48.2%
保健センター	524	71	13.5%
福祉施設・事業所	1032	390	37.8%
不明		40	
合計	2790	879	31.5%

b. 調査内容

アンケートは主に以下の 4 点から構成された。1 点目に、機関の基本的情報を得るため、地域、設置・運営主体、機関種別、利用者年代、利用者の障害種別とその割合、利用者定員、記入者の職種について尋ねた。

2 点目に、アセスメントツール全般に関する利用状況などについて尋ねた。具体的な項目としては、第 1 に、利用者に対するアセスメントの際、一般的なツール（標準化された知能検査や評定尺度など）を利用している、機関で独自に作成したツールを利用している、

ツールを利用していない、のいずれかを選択するよう求めた。第2に、一般的なツールを利用している場合、どの領域のアセスメント利用しているかについて、「知的能力」、「発達状況」、「生活能力」、「問題行動」、「各発達障害の傾向」のうち、あてはまるもの全てを選択するよう求めた。第3に、有用なアセスメントツールがあれば今後利用したいと思う領域について、「知的能力」、「発達状況」、「生活能力」、「問題行動」、「各発達障害の傾向」、「一般的なアセスメントツールの利用は考えていない」のうち、あてはまるもの全てを選択するよう求めた。第4に、一般的なアセスメントツールを利用していない場合、その理由について、「人員不足（実施する知識や技能を持った職員がいない）」、「知識不足（国内で利用可能なアセスメントツールについて把握していない）」、「予算不足（予算がない）」、「必要性を感じない」、「その他」のうち、あてはまるもの全てを選択するよう求めた。「必要性を感じない」を選択した場合、その理由に関して自由記述による回答を求めた。また、「その他」を選択した場合、その具体的内容について自由記述による回答を求めた。

3点目に、個々のアセスメントツールの利用状況を把握するため、知的能力、発達状況、生活能力、問題行動、ASD 症状、ADHD 症状、LD 症状、運動機能の8領域から国内で使用されている主なツールのリストを提示し、各ツールについて、機関内で実施している頻度および他機関に依頼している頻度を尋ねた。頻度については、全く使用しない、年に1度程度、年に数回程度、日常的に使用、のいずれかを選択するよう求めた。また、提示したリストにないツールを利用している場合、そのツールの名称を記載し、利用頻度を回答するよう求めた。

最後に、知的・発達障害児者のアセスメントと支援に関して、自機関における現状の課題、国や研究機関への要望、ガイドラインに盛り込んでほしい内容などを自由記述で回答するよう求めた。

3. 結果

a. アセスメントツール全般の利用状況

機関種別ごとのアセスメントツール全般の利用状況を検討した。ただし、機関によっては医療機関と他の機関を併設するものもあったため、それらの機関については医療機関の集計にのみ含めた（以下の集計も同様）。医療機関や児童相談所では一般的ツールの普及が進んでおり、いずれも9割を超えていた。発達障害者支援センターや保健センターでは、一般的ツールを利用している機関は7~8割にとどまった。福祉施設・事業所では、一般的ツールの普及率が2割以下ときわめて低く、独自のツールを利用するか、いずれのツールも利用していない機関が大部分であった。

福祉施設・事業所の集計について、施設・事業種別ごとの内訳を検討した結果、「児童発達支援」では、比較的一般的ツールの普及率が高く、約8割の機関が一般的ツールを利用していた。「障害児入所施設」も一般的ツールの普及率が比較的高かった。このように児童

を対象とする福祉施設・事業所では、一般的ツールが比較的良好に利用されている傾向が見取れた。一方、成人を対象とする福祉施設・事業所では、全体に一般的ツールを利用している機関が2割前後で、1割に満たない種別も見られた。

一般的ツールを利用している領域に関する集計を検討した結果、全般に、知能検査・発達検査が比較的良好に利用される傾向が見られた。自閉症、ADHDなどの発達障害特性については、医療機関、発達障害者支援センター、児童相談所でも、一般的ツールの普及率は5割程度までにとどまり、保健センターや福祉施設・事業所では特に普及率が低かった。生活能力、問題行動については、全体に一般的ツールの普及率が低い傾向が見られた。

現在、一般的ツールを利用していない機関における、有用なツールがあれば利用したいと思う領域に関する集計を検討した。医療機関では、診断に直接関わる知能検査・発達検査や発達障害の傾向に関するツールを利用したいとする割合が比較的高かった。発達障害者支援センターでは、全体に割合が高く、特に生活能力に関するツールを利用したいとする割合が最も高かった。福祉施設・事業所では、支援計画に関連の深い生活能力や問題行動に関するツールを利用したいとする割合が比較的高かった。

b. 個々のアセスメントツールの利用状況

表2に知能検査・発達検査領域における個々のアセスメントツールの利用状況を示す。ここでは、各ツールについて、施設内で実施している、もしくは、他機関に依頼している機関の数を示している（以下同様）。全体にウェクスラー式（WISC、WAISなど）の知能検査を利用している機関が最も多い傾向にあるが、乳幼児を対象とした健診を行っている保健センターではK式の発達検査がより多く利用されている。

表2 知能検査・発達検査の利用状況

機関種別	ウェクスラー式	ビネー式	K-ABC	K式	その他
医療機関	196 (90.3%)	131 (60.4%)	106 (48.8%)	141 (65.0%)	38 (17.5%)
発達障害者支援センター	36 (81.8%)	18 (40.9%)	17 (38.6%)	18 (40.9%)	11 (25.0%)
児童相談所	108 (99.1%)	105 (96.3%)	64 (58.7%)	96 (88.1%)	47 (43.1%)
保健センター	26 (35.1%)	27 (36.5%)	5 (6.8%)	38 (51.4%)	14 (18.9%)
福祉施設・事業所	33 (9.3%)	40 (11.3%)	8 (2.3%)	24 (6.8%)	11 (3.1%)
不明	18 (45.0%)	12 (30.0%)	5 (12.5%)	10 (25.0%)	6 (15.0%)

表3に生活能力（適応行動）および問題行動（不適応行動）領域における個々のツールの利用状況を示す。生活能力領域では、S-M社会生活能力検査が比較的多く用いられる傾向にある。福祉施設・事業所では、知的障害者福祉協会版のアセスメントが比較的多く用いられているが、割合は6.5%ときわめて小さい。問題行動領域では、CBCLを利用する機関が比較的多いが、児童相談所の43.1%を除けば、いずれも3割以下の割合にとどまっている。

る。

表 3 生活能力・問題行動に関するツールの利用状況

機関種別	S-M社会 生活能力検査		知的障害者 福祉協会版		CBCL		TRF		SDQ		その他	
医療機関	78	(35.9%)	3	(1.4%)	61	(28.1%)	29	(13.4%)	33	(15.2%)	7	(3.2%)
発達障害者 支援センター	18	(40.9%)	0	(0.0%)	4	(9.1%)	1	(2.3%)	5	(11.4%)	1	(2.3%)
児童相談所	92	(84.4%)	0	(0.0%)	47	(43.1%)	25	(22.9%)	4	(3.7%)	10	(9.2%)
保健センター	4	(5.4%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(1.4%)
福祉施設・事業所	17	(4.8%)	23	(6.5%)	3	(0.8%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	7	(2.0%)
不明	5	(12.5%)	1	(2.5%)	5	(12.5%)	2	(5.0%)	2	(5.0%)	0	(0.0%)

表 4 に自閉症特性に関する個々のアセスメントツールの利用状況を示す。全体に PARS (日本自閉症協会広汎性発達障害評定尺度) を利用している機関が比較的多く、医療機関、発達障害者支援センター、児童相談所では、半数前後の機関で用いられている。乳幼児を対象とした健診を行う保健センターでは、M-CHAT の利用割合が比較的高いが、9.5%にとどまっている。

表 4 自閉症特性に関するツールの利用状況

	M-CHAT		PARS		CARS		PEP		その他	
医療機関	42	(19.4%)	109	(50.2%)	69	(31.8%)	36	(16.6%)	15	(6.9%)
発達障害者支援センター	4	(9.1%)	25	(56.8%)	4	(9.1%)	12	(27.3%)	6	(13.6%)
児童相談所	8	(7.3%)	46	(42.2%)	12	(11.0%)	10	(9.2%)	5	(4.6%)
保健センター	7	(9.5%)	4	(5.4%)	1	(1.4%)	1	(1.4%)	0	(0.0%)
福祉施設・事業所	1	(0.3%)	7	(2.0%)	4	(1.1%)	6	(1.7%)	7	(2.0%)
不明	4	(10.0%)	7	(17.5%)	3	(7.5%)	1	(2.5%)	2	(5.0%)

表 5 に ADHD 特性および LD 特性に関する個々のツールの利用状況を示す。ADHD 特性では、ADHD-RS (ADHD 評価スケール) を利用する機関が比較的多く、医療機関では 63.6% の割合にのぼっている。その他の ADHD 関連のツールの普及率はきわめて低い。LD 特性に関する評定尺度である LDI-R は、医療機関、発達障害者支援センター、児童相談所での利用割合が 1~2 割程度となっている。

表5 ADHD特性・LD特性に関するツールの利用状況

機関種別	ADHD-RS		Conners 3		CAADID		CAARS		LDI-R		その他	
医療機関	138	(63.6%)	14	(6.5%)	5	(2.3%)	7	(3.2%)	31	(14.3%)	8	(3.7%)
発達障害者 支援センター	11	(25.0%)	0	(0.0%)	1	(2.3%)	1	(2.3%)	7	(15.9%)	2	(4.5%)
児童相談所	39	(35.8%)	4	(3.7%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	24	(22.0%)	2	(1.8%)
保健センター	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
福祉施設・事業所	4	(1.1%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(0.3%)	0	(0.0%)
不明	4	(10.0%)	1	(2.5%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(5.0%)	1	(2.5%)

表6に運動機能に関する個々のツールの利用状況を示す。いずれの尺度もほとんど利用されていないのが現状である。

表6 運動機能に関するツールの利用状況

機関種別	DCDQ		M-ABC		その他	
医療機関	6	(2.8%)	4	(1.8%)	9	(4.1%)
発達障害者 支援センター	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
児童相談所	1	(0.9%)	0	(0.0%)	3	(2.8%)
保健センター	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(1.4%)
福祉施設・事業所	0	(0.0%)	1	(0.3%)	0	(0.0%)
不明	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(2.5%)

選択肢として挙げなかったツールを利用している場合には、そのツール名を記入するよう求めた。そのうち、2つ以上の回答があったものを表7に示す。発達検査、認知機能検査、パーソナリティ検査などが多く挙げられた。

表7 その他のツールの利用状況（2つ以上の回答があったもののみ）

検査名	回答数
TOM 心の理論課題検査法	7
DN-CAS 認知評価システム	6
KIDS 乳幼児発達スケール	6
P-F 絵画欲求不満テスト	5
遠城寺式・乳幼児分析的発達検査	4
ITPA 言語学習能力検査	4
津守・稲毛式精神発達質問紙	4
JSI-R (Japanese Sensory Inventory Revised)	3
PVT-R 絵画語彙発達検査	3
SCT 文章完成法	3
バウムテスト	3
フロスティック視知覚検査	3
AAPEP 青年期・成人期心理教育診断評価法	2
HTPP	2
MAS 行動動機診断スケール	2
TTAP	2
描画検査	2
ベンダーゲシュタルト検査	2
読み書きスクリーニング検査	2
ロールシャッハテスト	2

c. 福祉施設・事業所におけるアセスメントツール利用に関連する要因

以下、調査対象となった5つの機関種別の中でも、アセスメントツールの普及が特に遅れている**福祉施設・事業所**（表2参照）に焦点を絞り、アセスメントツールの利用に関した現状を概観する。

まず、地域別の福祉施設・事業所におけるアセスメントツール全般の利用状況を検討した。その結果、一般的ツールを利用している割合は、地域によってそれほど顕著な差は見られなかったが、全体的に東日本の各地域より西日本の各地域でやや多い傾向が見られた。

次に設置・運営主体別のアセスメントツールの利用状況を検討した。公設公営の福祉施設・事業所では一般的ツールの普及率が約3分の2と最も高かった。公設民営や民設公営の福祉施設・事業所では約3~4割が一般的ツールを利用していた。民設民営になると、一般的ツールの普及率は約2割と低くなり、公設公営の施設・事業所の約4分の1にとどまった。

18歳未満の利用者の有無別の福祉施設・事業所におけるアセスメントツール全般の利用状況を検討した。18歳未満の利用者がいる施設・事業所では、一般的ツールの普及率が約6割にのぼったが、18歳未満の利用者がいない施設・事業所では、一般的ツールの普及率が約1割と約5分の1にとどまった。

最後に利用者定員別の福祉施設・事業所におけるアセスメントツール全般の利用状況を

検討した。利用者定員が100名以下の施設・事業所では、一般的ツールの普及率が2割代にとどまっていたが、100名を超える福祉施設・事業所では普及率が約6割にのぼっていた。

d. アセスメントツールを利用しない理由

一般的なアセスメントツールを利用していないと回答された機関について、その理由を尋ねた結果を検討した。医療機関、保健センター、福祉施設・事業所では、「人員不足」を理由にあげる機関が最も多かった。発達障害者支援センターでは、「その他」の理由に続き、「予算不足」を理由にあげる機関が最も多かった。

上記質問において、「必要性を感じない」を選択した機関には、その理由を自由記述形式で尋ねた。「一般的なツールでは対象者の個性を測定することはできない」、「個人の特性を数値化することで、特定のレッテルを貼ることになってしまい、かえって実態が見えにくくなる」、「検査・尺度は精度が悪く、誤診を生じやすいなどの問題があるため、現場での使用には適さない」、「児童相談所や医療機関で検査が行われているので、福祉施設で改めて検査を行う必要はない」、「施設で作成した独自のツールを使用していて、特に問題がないので、一般的な検査の必要性を感じない」などの回答が得られた。

一般的なアセスメントツールを利用していない理由に「その他」を選択した機関には、その内容を自由記述形式で尋ねた。「現在、職員が勉強中で、今後利用する予定である」、「当事者本人が面接やヒアリングに対して拒否的であり、生活改善につながらない」、「一般診察の業務が多忙なため、時間の余裕がない」、「県より指導のツールを使い、準じて作成すべきと考えている」、「専門機関ではないため」などの回答が得られた。

e. ガイドラインやアセスメントに関する要望

最後に、ガイドラインやアセスメント一般に関する要望について、自由記述形式で回答を求めた。代表的な回答を、ガイドラインに対する要望（表8）、アセスメントツール導入の課題（表9）、アセスメントツールに関する要望（表10）の3つのカテゴリに分類して示す。

表8 ガイドラインに対する要望（一部抜粋）

アセスメントの結果をどのように暮らしや職場、学校で活かしていけるかがとてもわかりにくく、現場の困り感に結びつかないアセスメントが多い。困り感から要素をアセスメントしていけるようなガイドラインであってほしい。
利用者の現在の能力や障害状況を客観的に評価することの必要性は感じているが、成人の場合、どのようなケースで必要なのか、ツールを使用して評価したことを具体的にどう活かせるのかを知りたい。
病院と大学が大きすぎて、指導・検査をしている部門がバラバラで重複も多く、連絡がとりにくい。アセスメントの材料をどのようにして手に入れられるか、どのような時に使う

か、必要所要時間等を一覧できるガイドラインを刊行して欲しい。
アセスメント結果がどのように支援に活用できるか、アセスメントツールの目的と活用法などについて、使用上の留意点などの説明や助言といった形で示されると助かる。

表9 アセスメントツール導入の課題（一部抜粋）

専任の臨床心理士がいないため、十分な検査体制ができていない。発達障害に対しては、専門スタッフもないため、他の専門機関や療育施設に紹介している。職員（心理士等）の必要性が科内で広がらず、必要なアセスメントを施設内で行うことが難しい。
心理検査などを実施する際に保険点数がとれないことがあり、仕事に対する正当な評価が望まれる。
各種発達検査の実施について安価で研修が受けられる、あるいはビデオ研修できるような仕組みがあると良い。
障害者（児）のケアマネジメントにおいては、「一般的なツール」を用いることが一般的になっておらず、そのほとんどが相談支援専門員の力量にかかっている。今後はツールを利用できる専門職の配置など施策にもりこんでいただきたい。
アセスメントに使用する器材の購入と、実施する心理士の人件費および手間を考えると、新たに始めようという診療所は増えにくいのではないかと思う。

表10 アセスメントツールに関する要望（一部抜粋）

様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。
アセスメントツールの電子化が望まれる。
発達障害⇨生物学的要因が大きかったとしても、環境因⇨愛着の形成不全により、問題が増幅したり、症状が拡大するという実感あり。愛着障害の絡み具合を分析・整理するような評価法がほしい。
療育による変化について、客観的に数値化できるものがないので、心理士や保護者へのフィードバックもできにくい状況にある。保育士、児童員が療育・観察の中で気づいた点を簡単にチェックでき、評価できる尺度があれば、日々の指導の振り返りもでき、児童の状況についても保護者と共有しやすく、子どもへの理解も深まるのでは。
コミュニケーション能力や社会性などの発達経過をみていく指標がまだ一般化されていない。子どもの状況（知的面以外）を統合的に評価し、介入の効果など、経過を比較できるツールを全国的に共有できれば。

4. 考察

a. アセスメントツールの利用状況について

アセスメントツール全般の利用の有無を尋ねたところ、機関種別によって一般的なアセ

アセスメントツールを利用している割合に差が見られた。児童相談所では、回答のあった全ての機関で一般的ツールを利用していた。医療機関も9割を超える機関で一般的ツールを利用していたが、一部には利用していない機関も見られた。発達障害者支援センターや保健センターでは、一般的ツールの普及率は7～8割にとどまった。福祉施設・事業所では特に普及が遅れており、一般的ツールを利用しているのは2割弱の機関にとどまった。以上の結果から、**児童相談所を除き、わが国の医療・福祉機関では、必ずしもアセスメントツールの普及が十分に進んでいない現状が明らかになった。**このことは、発達障害の医学的診断を下す医療機関や発達障害児者を専門に扱う発達障害者支援センターでもアセスメントツールが利用されていない機関があることや、知的・発達障害児者を対象とする福祉施設・事業所における一般的ツールの利用が2割以下にとどまることによって明確に示されている。

アセスメントツールを利用している領域としては、知能検査や発達検査など、認知機能の検査を利用している機関が多い一方で、生活適応能力、問題行動、発達障害特性に関するツールは普及率が低く、医療機関でも約半数までにとどまった。このことから、わが国の**医療・福祉の現場における発達障害児者のアセスメントは、IQなどの認知機能の評価が中心となっている**ことが示唆された。多様な状態像を示す発達障害児者への支援にあたっては、認知機能のみならず、生活能力、問題行動、発達障害特性など、幅広い側面について多角的にアセスメントを行うことが重要であるが、そのような理解が現場には十分に浸透していない可能性が考えられる。一方で、日本で利用できる生活能力、問題行動、発達障害特性に関するツールは、近年になって充実してきたものの、知能検査・発達検査に比べて研究・開発が遅れたことが、普及の遅れの一因になっている可能性も考えられる。実際、発達障害者支援センターや福祉施設・事業所において、有用なアセスメントツールがあれば利用したい領域として、生活能力、問題行動、発達障害特性を挙げる機関が多かったことは、この可能性を支持している。

個々のツールの利用状況を尋ねた結果、知能検査・発達検査では、全般的にウェクスラー式の知能検査が最もよく用いられている傾向が見られた。ビネー式知能検査に比べ、多面的に認知能力を評価できる点などが現場の支持を集めていると推察される。乳幼児を対象にすることが多い保健センターや児童相談所では**K式**の発達検査も比較的多く用いられており、対象の年齢によって知能検査と発達検査を使い分けている可能性が示唆された。

生活適応能力に関するツールは、**S-M** 社会生活能力検査が8割以上の児童相談所で用いられていたが、医療機関、発達障害者支援センターにおける利用は4割程度にとどまり、保健センター、福祉施設・事業所ではほとんど利用されていなかった。知的障害者福祉協会版アセスメントも、ごく一部の福祉施設・事業所で用いられているのみであった。生活適応能力に関しては、標準的なアセスメントツールの開発が遅れてきた経緯があり、最も広く利用される**S-M** 社会生活能力検査も、1980年を最後に改訂が行われていないし、十分なデータに基づく標準化と信頼性・妥当性の検証が行われているとは言い難い。しかし、

全章で述べたように国際的に幅広く利用されている Vineland 適応行動尺度 II (Vineland-II) の日本版が現在、標準化の最終段階にあり、本年中の出版が予定されている。発達障害児者への支援においては、潜在的な知的能力よりも、むしろ実際の日常生活に適応するためのスキルに着目することが有効である場面も多く、今後、Vineland-II などの生活適応能力に関するアセスメントが医療・福祉の現場に広く普及することが期待される。

問題行動に関するツールは、利用している機関が全体に少なく、最も多い CBCL でも児童相談所で約 4 割、医療機関で約 3 割、その他の機関では 1 割以下にとどまった。この原因の一つには、代表的な問題行動の尺度である CBCL、TRF、SDQ のいずれも、児童青年を対象とした尺度であり、成人が適用範囲外となっていることが考えられる。上述の Vineland-II には、生活能力を測定する適応行動尺度とは別に、問題行動を測定する不適応行動尺度が含まれている。この不適応行動尺度は 3 歳以上の全年代に適用可能であり、比較的少数の項目で幅広い問題行動を把握できることから、支援の現場における実用性も高いと考えられる。

自閉症特性に関するツールでは、面接形式の PARS が最も多く用いられており、医療機関、発達障害者支援センター、児童相談所では約半数の機関で利用されていた。質問紙形式の尺度に比しての測定精度の高さと、国際的に広く利用される ADI-R、ADOS、PEP などの検査に比しての実施の容易さが、PARS の普及を促進する要因になっていると考えられる。ただし、PARS は 3 歳児未満では測定の妥当性が低下する可能性も指摘されており、乳幼児健診を行う保健センターでは 2 歳児までを対象とする M-CHAT の方が比較的多く用いられている。

ADHD に関するツールでは、質問紙形式の ADHD-RS が最も多く用いられていた。Conners 3、CAADID、CAARS は出版から日が浅いこともあり、まだ現場には広く普及していない現状が見られた。LD に関する評定尺度である LDI-R は、1~2 割前後の医療機関、発達障害者支援センター、児童相談所で利用されているにとどまった。LDI-R は気づきのための評定尺度であり、診断には標準的な学力検査によるアセスメントが必要になるが、国内では LD のアセスメントに特化した検査ツールが必ずしも十分に整備されておらず、今後の研究開発の進展が望まれる。

b. 福祉施設・事業所におけるアセスメントツールの利用に関連する要因について

本調査の対象となった 5 つの機関種別の中で最もアセスメントツールの普及が遅れていた福祉施設・事業所について、その普及に関連する要因を探索的に検討した。まず地域によるアセスメントツールの利用状況の差異を検討したところ、地域間に大きな差は見られず、わずかに東日本よりも西日本で一般的ツールが多く利用されている傾向が見られたのみであった。関東地方や近畿地方などの都市部で特に普及が進んでいるというような結果は見られなかった。

2 点目に、設置・運営主体による差異を検討したところ、公設公営の施設・事業所では 3

分の2が一般的ツールを利用していたが、公設民営や民設公営の施設・事業所では3~4割、民設民営の施設・事業所では2割弱が利用しているにとどまった。このことは、自治体が設置や運営の主体となっている施設・事業所の方が、アセスメントツールの普及が進んでいることを示している。ただし、この結果は、自治体が設置や運営をしている施設・事業所の方が、後述する18歳未満の利用者を対象としているものが多い(53.9%)ことによる可能性があるため、注意が必要である。

3点目に、18歳未満の利用者の有無による差異を検討したところ、18歳未満の利用者がいる施設・事業所はそうでない施設・事業所の5倍の割合で一般的ツールを利用していた。このことから、**18歳未満の利用者の有無が一般的ツールの普及を決定する重要な要因となっている**ことが示唆された。実際、アセスメントツールには18歳未満を適用範囲とするものが多く、成人に適用可能なツールが少ないことがこの結果の一因となっていると考えられる。また、成人の利用者の場合、すでに医療・相談機関などで様々なアセスメントが行われているケースが多いことも一因として考えられる。しかし、本書で詳細に述べられるように、アセスメントは単に診断を与えることのみを目的として行われるものではなく、利用者の現在の状態を把握し、適切な支援計画を策定したり、実際に支援を実施した後にその効果を把握する目的でも行われるべきものである。その意味では、18歳以上のみを対象とする福祉施設・事業所でも、アセスメントツールがより広く普及していくことが望まれる。

最後に、利用者定員による差異を検討したところ、利用者定員が100名までの施設・事業所では一般的ツールの普及率が2割程度にとどまったが、101名以上の施設・事業所では約3倍の6割程度が一般的ツールを利用していた。このことから、**利用者定員が100名を超える大規模な福祉施設・事業所では、アセスメントツールの普及が比較的進んでいる**ことが示された。ただし、101名以上の施設・事業所は全体の10%程度にすぎず、利用者定員の影響は限定的であることがうかがわれる。

以上をまとめると、福祉施設・事業所では、特に利用者年代によってアセスメントツールの利用状況が大きく異なり、18歳未満の利用者がいない機関で特に普及が遅れていることが明らかになった。設置・運営主体による差も見られたが、これは18歳未満を対象とする機関の多くが公設または公営であるのに対し、18歳以上を対象とする機関の大部分が民設民営であることを反映していると考えられる。また、利用者定員の影響は、100名を超える大規模な施設・事業所についてのみ見られ、全体への影響は限定的であることが示唆された。

c. アセスメントツールを利用しない理由について

全ての機関種別の中で一般的なアセスメントツールを利用していない機関に対して、その理由を尋ねた結果について検討した。提示した選択肢のうち、「**人員不足**」を選択する機関が最も多く、特に医療機関や保健センターではその傾向が顕著であった。福祉施設・事

業所では「知識不足」を選択する機関も比較的多かった。また、発達障害者支援センターでは「予算不足」を選択する機関が相対的に多かった。

全体の1割程度の機関が「必要性を感じない」を選択していた。その理由について尋ねたところ、一般的ツールでは個性を測定できない、レッテルを貼ることにつながる、精度が悪い、他の機関ですで行われている、施設独自のツールで問題ない、利用者の障害の程度に適したツールがない、などの理由があげられた。これらの見解はある程度的を射ている部分もあるが、誤解も含まれている。こうした誤解については、「アセスメントツールを用いることの重要性（3）：Q&A」の中で詳細に述べる。

また「その他」を選択した機関に、その内容を自由記述形式で尋ねたところ、今後利用予定である、利用者が拒否的である、時間的余裕がない、自治体の指示するツールを使用している、専門機関ではない、利用者の支援計画の立案に有効なツールがない、などの理由があげられた。

d. アセスメントやガイドラインに関する要望について

ガイドラインやアセスメント一般に関する要望について、自由記述形式で回答を求めたところ、ガイドラインに対する要望、アセスメントツール導入の課題、アセスメントツールに関する要望、という3つのカテゴリに関する回答が寄せられた。

ガイドラインに対する要望としては、どのようなケースにどのアセスメントが必要なのか、アセスメントツールをどのように入手できるか、アセスメントの結果をどのように活用できるか、といった点をわかりやすくまとめてほしいという要望が多く挙げられた。本ガイドラインはこれらの要望に沿った形で作成することを編集委員会で確認した。

アセスメントツール導入の課題としては、専門の職員を配置することの難しさ、保険点数のシステムの問題、研修および実施のコストなどが多く挙げられていた。また、アセスメントツールに関する要望としては、汎用性が広い簡便なツールを開発してほしい、電子化が望まれる、環境因の影響を併せて分析する評価法が欲しい、変化を客観的に数値化できるツールが欲しい、社会性などの発達を評価する指標が欲しいなどの意見が多く挙げられた。

5. おわりに

発達障害支援の現場において、どの程度アセスメントツールが活用されているのか、その実態を探るべく全国の医療機関および福祉機関を対象に、アセスメントツールの利用実態に関するアンケート調査を行った。以下に、当初の目的3点それぞれについての結果と見出された現状について簡単に纏める：

目的1. 医療・福祉機関の種別ごとのアセスメントツールの利用の有無

児童相談所や医療機関においては高い割合で一般的ツールを利用していたが、福祉施設・事業所では、特に一般的なアセスメントツールの普及が遅れており、多様な状態像を示す発達障害児者への支援にあたって、認知機能のみならず、生活能力、問題行動、発達障害特性など、幅広い側面について多角的にアセスメントを行うことが難しい現状が示唆された。

目的 2. アセスメントツールの利用を規定する要因の探索

地域、設置・運営主体、利用者年代、利用者定員（施設規模）の 4 要因によって、アセスメントツールの利用状況に差異が見られるか否かを検討したところ、公設公営機関で最も一般的ツールの普及率が高く、対して、民設民営における普及率は、公設公営の約 4 分の 1 に留まっており、施設経営上、予算に関わる理由も考えられた。また、利用者が 18 歳以上の施設・事業所ではアセスメントツールの普及率が 11.1%にしか過ぎず、成人支援の現場において有効なアセスメントを行うことが難しい現状が推し量れた。更に、アセスメントツールの普及率は、利用者数が 100 名以上と多い施設において 65.0%にのぼり、大規模になるほど予算もついてアセスメントを施行しやすくなるのではないかと推察された。実際、アセスメントツールを利用しない理由は、「人員」と「予算」の不足を挙げる機関が目立っていた。

目的 3. 本ガイドラインに対する要望

実際はなかなか一般的ツールを用いての包括的なアセスメントがなされていない福祉現場ではあるが、現場の声として「必要性は感じているがアセスメント結果をどう支援に活かして良いのか分からない」「人員・経費・研修不足」といった機関の制約や限界を訴える内容が目立った。福祉現場も指針や経験不足の中で困っており、使い勝手の良いアセスメントの開発や、日々の業務に直接活かせるガイドライン策定を望まれていることが伺えた。

VI. 発達障害児者の支援とアセスメントに関するガイドラインの作成

上記調査事業の結果およびこれまでの国内外の研究知見を踏まえ、発達障害児者の支援とアセスメントに関するガイドラインを作成した。発達障害の客観的な診断基準や知能検査に加えて、これまで取り上げられることが少なかった「現実の生活場面への適応」に必要な「適応行動の評価」の解説も取り上げ、今後の発達障害福祉に重要な貢献を果たすガイドラインとなることを目指した。作成にあたっては、これまで多くのアセスメントツールの開発に携わってきた小児精神医学・臨床心理学領域の代表的な研究者が執筆を進めた。以下に、ガイドラインの目次と執筆者を示す。なお、ガイドラインは成果物として別に添付した。

目次と執筆者（敬称略）

第1章 発達障害児者の支援とアセスメントに関するガイドライン[要旨]

第2章 発達障害児者の心理アセスメントの現状と有効な活用の仕方

第1節：福祉機関における心理アセスメントの活用の実態

アンケート調査による実態

（伊藤大幸・松本かおり：浜松医科大学）

福祉領域における心理アセスメント活用の課題

（田中尚樹：NPO 法人アスペ・エルデの会）

アセスメントツールを用いることの重要性（1）：数値化することの意味

（代表村上隆：中京大学）

アセスメントツールを用いることの重要性（2）：信頼性・妥当性の解説

（代表村上隆：中京大学）

アセスメントツールを用いることの重要性（3）：Q&A

（代表村上隆：中京大学）

第2節：心理アセスメントを活用することの有効性

心理アセスメントとは

（明翫光宜：中京大学）

環境状況の悪化が発達に及ぼす影響

（山村淳一：浜松医科大学）

触法リスク

（望月直人：浜松医科大学）

第3章 発達障害領域でよく使用されるアセスメントツール

第1節：知能検査・発達検査

[個別式検査]

- ウェクスラー式知能検査 (岡田智：北海道大学)
ビネー検査 (代表井上雅彦：鳥取大学)
K式発達検査 (清水里美：平安女学院大学短期大学部保育科)
ベイリーⅡ乳幼児発達検査 (中澤潤：千葉大学)
K-ABC (石隈利紀：筑波大学)

[質問紙による検査]

- ASQ (橋本圭司：国立成育医療研究センター)
その他の知能検査・発達検査【津守式発達検査・遠城寺式発達検査・KIDS】
(永田雅子：名古屋大学)
知能検査・発達検査の総括 (染木史緒：ニューヨーク市立大学)

第2節：適応行動（生活能力）のアセスメント

- Vineland 適応行動尺度Ⅱ (萩原拓：北海道教育大学)
その他の適応行動（生活能力）の検査【SMと旭出】
(名越斉子：埼玉大学)
適応行動のアセスメントの総括
(染木史緒：ニューヨーク市立大学)

第3節：情緒と行動の問題のアセスメント

- CBCL・TRF (井潤知美：大正大学)
SDQ (平澤紀子：岐阜大学)
ABC-J (小野善郎：和歌山県精神保健福祉センター)
感覚プロフィール (岩永竜一郎：長崎大学)
反復行動尺度修正版 (稲田尚子：国立精神神経センター)
不適応行動のアセスメント：強度行動障害
(野村和代：浜松医科大学)
不適応行動のアセスメントの総括
(井上雅彦：鳥取大学)

第4節：ASDのアセスメント

- M-CHAT (稲田尚子：国立精神神経センター)
PARS (安達潤：北海道教育大学)
CARS (黒田美保：淑徳大学)

PEP	(三宅篤子：国立精神神経医療研究センター)
TTAP	(梅永雄二：宇都宮大学)
DISCO	(内山登紀夫：福島大学)
ADI-R	(土屋賢二：浜松医科大学)
ADOS	(黒田美保：淑徳大学)
AQ	(黒田美保：淑徳大学)
ASD	アセスメントツールの総括 (黒田美保：淑徳大学)

第5節：ADHD・LD・DCD その他のアセスメント

ADHD-RS、Conners3

(田中康雄：こころと育ちのクリニック むすびめ)

Conners' Adult ADHD Rating Scales：CAARS

(染木史緒：ニューヨーク市立大学)

LDI-R (海津亜希子：独立行政法人国立特別支援教育総合研究所)

全国標準学力検査 NRT／集団基準準拠検査

(伊藤大幸：浜松医科大学)

音読検査 (小枝達也：鳥取大学)

言語系のアセスメント：ITPA や PVT

(大岡治恵：日本福祉大学中央福祉専門学校)

読み書き/計算のアセスメント

(野田航：浜松医科大学)

運動機能のアセスメント：DCDQ、M-ABC2

(中井昭夫：福井大学)

日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査 (JMAP)

・日本版感覚統合検査 (JPAN)

(岩永竜一郎：長崎大学)

第4章 アセスメントツールの活用の仕方

発達障害の発見、診断のためのアセスメント

第1節：知的障害 (宮地泰士：あけぼの学園)

第2節：ASD (涌澤圭介：宮城県拓桃医療療育センター)

第3節：ADHD (竹林淳和：浜松医科大学)

第4節：LD (小枝達也：鳥取大学)

第5節：DCD (中井昭夫：福井大学)

第5章 支援計画のためのアセスメントの活用

- 第1節：知的障害 (小笠原恵：東京学芸大学)
第2節：ASD (白石雅一：宮城女学院大学)
第3節：よく見られる併存障害：ADHD/LD/DCD (岩永竜一郎：長崎大学)

第6章 発達障害のアセスメント事例

- (1) 乳幼児の健診がきっかけで医療に来談した ASD：1歳半・3歳
(黒田美保)
- (2) 乳幼児健診のケース ASD 以外の発達障害：1歳半・3歳
(浜松医科大学地域支援ネットワーク室)
- (3) 乳幼児健診のケース 知的障害
(小笠原恵：東京学芸大学)
- (4) 就学時検診が絡んだケース：5歳
(稲田尚子)
- (5) 就学時検診が絡んだケース：5歳
(浜松医科大学地域支援ネットワーク室)
- (6) 学童期：ASD (アスペ・エルデの会ディレクター)
- (7) 学童期：不登校・行動上の問題
(斎藤真善：北海道教育大学)
- (8) 不器用：乳幼児期と学童期
(代表岩永竜一郎：長崎大学)
- (9) 青年期・成人期の ASD・ADHD：中高生と成人
(アスペ・エルデの会ディレクター)
- (10) 成人期：強度行動障害
(野村和代：浜松医科大学)

第7章 アセスメントの展望

第1節：発達障害の精神医学的診断学とバイオマーカーの展望

- ASD の精神医学的診断 (内山登紀夫：福島大学)
ASD のバイオマーカー (松崎秀夫：福井大学)
ADHD・LD・DCD の精神医学的診断
(市川宏伸：東京都立小児総合医療センター)
ADHD 等のバイオマーカー (竹林淳和：浜松医科大学)
発達障害の精神医学的診断学とバイオマーカーの総括
(森則夫：浜松医科大学)

第2節：心理アセスメントから支援プランの策定

(辻井正次：中京大学)

発達障害児者の支援とアセスメントに関するガイドライン作成のまとめ

発達障害児者についてのアセスメントの実態調査から、特に障害児者福祉事業所において、有効なアセスメントの実施ができていない現状が明らかになった。従来、発達障害児者のアセスメントに関しては、主として医療モデルの中で、①障害の診断や障害特性把握のために用いられるものや、②教育モデルなどのなかで、障害児者のもつ知的能力などの能力把握を行う、という2つの側面での使用が中心で、実際に障害児者福祉で必要とされる、③(障害の度合いの把握と必要な支援提供につながる)生活状況や適応状況の把握が、支援者の教育・研修においても、実際の障害程度認定から個別支援計画作成に至る過程においても、十分に活用されてこなかったことが明らかになったと言える。

また、①障害の診断や障害特性把握においても、わが国においては診断は医師がするものであるが、客観的な信頼性・妥当性を有するアセスメントツール、特に、**Gold Standard**と呼ばれるようなツールにおいては、世界標準の障害特性把握が可能であり、専門医が不足する中では、効果的な支援のためにも、有効活用されなければならないが、発達障害の代表的な評価尺度はここ数年にやっと日本語版が整いつつある現状であり、今後の普及が必要となっている。

②能力把握に関しては、臨床心理学領域では、知能検査やパーソナリティ検査において、一定の伝統があり、教育研修も行われてきているが、こうした部分でのアセスメントが障害特性把握と混同されて、知能検査のプロフィールから診断的なことを言及する場合もあり、発達障害のアセスメントのなかでの位置づけを明確にする必要がある。

③生活状況や適応状況の把握に関しては、障害福祉領域を中心に必要とされているのだが、今まで世界標準の評価尺度がなく、そのために高機能広汎性発達障害などの知的障害はない発達障害に対する支援が提供できない問題が生じていた。日本語版の標準化ができた今、普及を進めることが必要である。

発達障害児者のアセスメントステップ

<1>障害の診断と障害特性把握・・・標準化された信頼性妥当性のあるツールの活用

<2>障害程度の把握と支援ニーズの把握 ⇒ 生活状況・適応状況の把握・・・標準化された信頼性妥当性のあるツールの活用。適応状況から把握することで必要な支援が明確になる。過敏性や強度行動障害など不適応状況に関する把握も必要である。

<3>発達状況・能力把握・・・支援の基盤として、知能(認知)・コミュニケーション・運動機能等の実態の把握を加味することで、現実的な支援の内容を位置づけられる。

<4>環境アセスメントとして、家庭環境や家族の養育機能、支援機関・施設の支援力量などの把握も必要である。家族・支援者に実施可能な支援計画ですることも重要である。

<5>以上、<1>から<4>のステップを理解し、特に<1><2>においては、一定の客観的なツールを用いて、すべての支援者が実施できるようにする必要がある。

知的・発達障害児者のアセスメントに関する実態調査

－効果的な支援法へと繋げるガイドライン作成のために（平成24年度障害者総合福祉推進事業）－

拝啓

貴機関におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

不躰ながらこの度、私ども NPO 法人アスペ・エルデの会では、厚生労働省より平成24年度障害者総合福祉推進事業「発達障害児者のアセスメントツールの効果的使用とその研修について」をお引き受けする運びとなりました。この事業は、利用者の方の特性を把握したり、福祉や医療等の現場で、個別の支援計画を作成したり、支援の効果を見るために、どのようなアセスメントを使っていけば良いのか、ということに関するガイドラインを作成し、標準的な、利用者の特性把握や支援計画の作成をよりスムーズに現場で実施出来るようにすることを目的としています。そのため、知的・発達障害児者のアセスメント（障害の程度や生活の能力、困難さの把握）に対応可能な医療機関、福祉支援機関及び発達障害者支援センターにおいて、実際にどのようなアセスメントがなされているのか実態調査を行うことを第1の目的としております。調査を通し、支援現場における現状の課題を把握し、知的・発達障害児者の効果的なアセスメントと支援に繋がるガイドラインを作成することが第2の目的となります。ガイドラインの作成にあたっては、これまで多くのアセスメントツールの開発に携わってきた、小児精神医学・臨床心理学領域の代表的な研究者を検討委員会に据え、その監督のもとで、豊富な臨床経験と研究業績を持つ事業担当者が執筆を進めていきます。

つきましては、発達障害児者のアセスメントの内容と現場の課題を把握すべく、実際に、知的・発達障害児者のアセスメントに携わっておられる医師や看護師、精神保健福祉士、心理士などの支援者の皆さまに、簡単な質問紙へのご回答をお願いし、調査用紙をお送りする次第です。ご協力頂いた結果を元に、知的・発達障害児者の包括的アセスメントと支援にかかるガイドラインを策定し、**全国の医療機関・福祉機関・事業所等にご活用いただくことで、当事者にも還元していく**所存です。

ご協力頂きましたご機関には、完成したガイドラインを無償でお送りさせて頂く予定でございます。調査においては、あくまで現場の実態を総合的に把握するのみであり、個々の機関について取り上げることはありません。また、NPO 法人アスペ・エルデの会の個人情報保護規定に基づき、得られた結果についての厳密な個人情報保持を遵守致します。

日々の業務に大変お忙しい中、誠に恐れながら、添付の質問紙調査へのご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

ご記入下さいました質問紙は、同封の返信用封筒にて
12月10日（月）までにご返送（投函）をお願いいたします

敬具

2012/11/24

NPO 法人アスペ・エルデの会 CEO/中京大学現代社会学部教授 辻井正次
NPO 法人アスペ・エルデの会ディレクター/中京大学心理学部講師 明翫光宜
NPO 法人アスペ・エルデの会事務局長 田中尚樹

知的・発達障害児者のアセスメントに関するアンケート

(ここでいうアセスメントは、専門機関で行う心理検査だけではなく、実際に利用者の方についての特性評価や実態把握を行うこと全般を指しています)

※この調査は匿名調査で、最後の機関名の記入は任意となります。

I お勤めの機関の所在地域について該当する箇所にチェック (✓) を付けて下さい。

- 北海道 東北 関東 中部
 近畿 中国 四国 九州

II 機関の設置主体および運営主体について該当する箇所にチェック (✓) を付けて下さい。

- 公設公営 公設民営 民設公営 民設民営

III 機関の種別について該当する全ての箇所にチェック (✓) を付けて下さい。

- 医療機関 発達障害者支援センター 児童相談所
 児童発達支援(障害児通所施設) 障害児入所施設 重症心身障害児施設
 知的障害者更生施設 知的障害者授産施設 共同生活援助・介護
 自立訓練 就労移行 支援就労継続支援(A型・B型)
 生活介護 障害者支援施設(入所)
 保健センター その他 ()

IV 利用者の年代について該当する全ての箇所にチェック (✓) を付けて下さい。

- 乳幼児 児童(6歳以上) 成人(18歳以上)

V 利用者の障害種別について該当する全ての箇所にチェック (✓) を付け、利用者全体における大まかな割合をかつこ内に記入して下さい(集計の便宜上、ここでの「発達障害」は知的障害の合併を除きます)。

- 知的障害(利用者の %)
 精神障害(利用者の %)
- 発達障害(利用者の %)
 身体障害(利用者の %)

VI 施設全体の利用者定員(または一日のおおよその利用者数)について該当する箇所にチェック (✓) を付けて下さい。

- 25人以下 26~50人 51~75人 76~100人
 101~150人 150~200人 201人以上 不明

VII ご記入いただいている支援者ご本人の職種について該当する箇所にチェック (✓) を付け、その職種の経験年数をご記入下さい。

- 医師(精神科医・小児科医) 看護師 社会福祉士
 精神保健福祉士 言語聴覚士 作業療法士 理学療法士
 心理士 指導員 保育士 保健師 心理職公務員
 その他 ()
職種の種類 () 年

VIII 利用者のアセスメントの状況についてお尋ねします。
該当する箇所にチェック（✓）を付けてご回答下さい。

- ① 利用者の障害程度や生活能力などを把握するために何らかの共通のツール（例：知能検査、評定尺度、問診票など）によるアセスメントを施設内で実施、または周辺の医療機関・相談機関等に依頼されていますか？

＜回答は1つのみ＞

- 一般的なツール（国内で販売されている知能検査や評定尺度など）によるアセスメントを実施・依頼している → ②へお進みください
- 一般的なツールは使用せず、機関・施設独自のツール（問診票など）によるアセスメントを実施している → ③へお進みください
- 上記のようなツール（一般的なツールや独自のツール）は使用せず、面接によるヒアリングや行動の様子によって個別に把握している → ③へお進みください

- ② 以下のうちどの領域について、一般的なツールを用いたアセスメントを実施・依頼していますか？

＜複数回答可＞

また、チェックをつけた項目は、実施・依頼の頻度について、1～3の数字のいずれかに○をつけてご回答ください。＜○付けは各領域ごとに1つ＞

（1：年に1度程度使用・依頼、2：年に数回使用・依頼、3：日常的に使用・依頼）

- 知的能力（知能） → 使用頻度 （ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 発達状況（発達検査） → 使用頻度 （ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 生活能力 → 使用頻度 （ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 問題行動 → 使用頻度 （ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 各発達障害の傾向 → 使用頻度 （ 1 ・ 2 ・ 3 ）

- ③ 今後、利用者の支援計画を立てる上で、有用なアセスメントツールがあれば利用したいと思う領域はありますか？＜複数回答可＞

- 知的能力（知能）
- 発達状況（発達検査）
- 生活能力
- 問題行動
- 各発達障害の傾向
- 一般的なアセスメントツールの利用は考えていない

- ④ 一般的なアセスメントツールを利用されていない場合、その理由をお答えください。＜複数回答可＞

- 実施する知識や技能を持った職員がいない
- 国内で利用可能なアセスメントツールについて把握していない
- 予算がない（各種検査用紙の購入費・人件費など）
- 一般的なツールを用いてアセスメントを行う必要性を感じない
- 必要性を感じない理由をご記入ください。

（ ）

- その他（ ）

IX 知的・発達障害に関する個々のアセスメントツールの利用状況についてお尋ねします。下記のアセスメントツールを施設内で実施している頻度、及び、(保護者が受診する等して) 周辺の医療機関や相談機関などに依頼している頻度について、対象の年代ごとに以下のいずれかの数字を記入してご回答ください。(下記のようなアセスメントツールを利用していない場合は回答せずに次のページにお進みください。)

実施(機関内で実施) (0 : 全く使用しない、1 : 年に1度程度、2 : 年に数回、3 : 日常的に使用)

依頼(他機関に依頼) (0 : 全く依頼しない、1 : 年に1度程度、2 : 年に数回、3 : 日常的に依頼)

アセスメントツール	乳幼児		児童		成人	
	実施	依頼	実施	依頼	実施	依頼
*記入例	0	0	3	1	2	2
■知能検査・発達検査						
ウェクスラー式知能検査 (WISC-IV、WAIS-III など)						
田中ビネー知能検査						
K-ABC (K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリー)						
新版 K 式発達検査						
その他 右にご記入下さい ()						
■生活能力・問題行動						
新版 S-M 社会生活能力検査						
知的障害者福祉協会版アセスメントシステム (プランゲート)						
CBCL (子どもの行動チェックリスト-親用)						
TRF (子どもの行動チェックリスト-教師用)						
SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)						
その他 右にご記入下さい ()						
■自閉症スペクトラム障害の傾向・症状						
M-CHAT (乳幼児期自閉症チェックリスト修正版)						
PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)						
CARS (小児自閉症評定尺度)						
ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)						
ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule)						
PEP (自閉症児・発達障害児教育診断検査: PEP-R 等)						
その他 右にご記入下さい ()						
■ADHD・LD の傾向・症状						
ADHD-RS (診断・対応のための ADHD 評価スケール)						
Conners 3 (コナーズ 3 ADHD 評価スケール 日本語版)						
CAADID (CAADID 成人 ADHD 診断面接ツール 日本語版)						
CAARS (CAARS 成人 ADHD 評価尺度 日本語版)						
LDI-R (LD 判断のための調査票)						
その他 右にご記入下さい ()						
■運動機能						
DCDQ (Developmental Disorder Coordination Questionnaire)						
M-ABC2 (Movement Assessment Battery for Children)						
その他 右にご記入下さい ()						
■その他						
()						
()						
()						

注：検査の対象年齢に該当しない年代は黒く塗りつぶしてあるので、記入は不要です。

- X 知的・発達障害児者へのアセスメントと支援に関して、貴機関における現状の課題、国や研究機関への要望、ガイドラインに盛り込んでほしい内容など、率直なご意見をお聞かせ下さい。＜例＞・職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行することが難しい。・様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。・国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。

以上でアンケートは終了です。ご多忙の折、調査にご協力下さり、誠に有難うございました。

ガイドラインが刊行された暁には、貴機関へ無償にて郵送させていただきますので、送付先のご住所と機関名を以下にご記入下さい（任意）。

【機関名】 _____

【ご住所】 〒 _____

（必要であればご担当者のお名前もご記入下さい→ _____ ）

<ご記入後、同封の返信用封筒にて12月10日（月）までにご返送（投函）下さい>

2012/11/24

【問い合わせ先】

NPO 法人アスペ・エルデの会ディレクター/中京大学心理学部講師 みょうがんみつのり 明翫光宜

質問：一般的なアセスメントツールを利用されていない場合、その理由をお答えください
 (「必要性を感じない」を選択した理由)。

障害が重度
感度が悪い。他障害による行動異常の誤診を生じやすい等。
障害特性は、日々生活環境により変化する物な為。
知能検査等は県の判定機関が行う為。
法人独自なものでさしつかえがないため
日常生活を基本に利用者の一日のサイクルを考慮優先
施設独自の「あんしんノート」がその機能を持っており、使用中。
既に医療機関、児相などで多くの検査がなされている。
利用者の個別アセスメントをすることで、課題や今後の支援内容が見えてくる。全員に共通の一般的なツールは必要ない。
数値も大切ですが、各利用者の行動や様子を大切にしている為
常時又は、定期的に専門医にかかり、連携しているため。
機能の障害はあまり問題にしない。生きにくい原因は何にあるか、生育歴、家族歴や学校時代の状況、環境などを知り、その是正をはかることで、かなり障害は軽減するし、本人の意志に寄り添うことで問題行動などはなくなってくる。
あてはまらない方が多い。障害を先に見てしまうため。
施設の特徴や、利用者さん一人一人個性がありますので、一人一人に合ったアセスメントが必要だから。
療育手帳の判定である程度予測出来、ヒアリングで対応できる。
独自のツールを使用しているため。
軽度な発達障害をチェックできるツールがない。
健診で気になる子どもさんを専門へ結びつけている。
法人本部からアセスメントツールについての指示がない
1人1人の利用者の知的発達の状態のみに着目した対応は考えていない。生活者としてその人全体を把握して個別に対応することが大切だと認識しているから。
成人施設である為、発達の変化が大きくないから。
社労移行で実績を挙げているが、一般的ツールでは合致しない
当方のサービス提供においては何の支障もないため。必要時、別部署所属の発達支援担当者の協力が得られるため。

現在行っている障害者自立支援法の事業に適していると思われるものが見当たらない
現在のところ、独自のツールを使用して支障がない為
生活の中で必要な支援については、以前より使用している支援計画の様式があるため。※学校、幼稚園、保育所への訪問または個別の相談での必要に応じて右記の検査を行っています。
独自に作成した。
時間に限りがあるため
一般的なツールは、他の医療機関や教育機関ですでに実施していることが多く、相談内容が、行動観察や保護者からの日常生活情報を詳細にきく事が支援をしていく上で役に立つため。
施設独自のツールで良いと思うから

質問：一般的なアセスメントツールを利用されていない場合、その理由をお答えください（「その他」の記述内容）。

PEP-3 や WISC-4 はあるが、全員を対象に実施していない
健診等の短時間で気になる親子を把握していくため。チェックのついた親子は専門相談につなげ、その相談にて各専門職のツールを用いてアセスメントをしている。
相談者の主訴により、必要な場合はセンター所属の臨床心理士により実施している。
実施できる職員が少なく、時間がとれない。ほとんどが、重度知的障害者であるため、既知の検査法では十分な評価ができない
一般診察の業務が多忙のため、時間の余裕がない
適当なアセスメントツールが見つからない
現在の保険診療の時代では、総合病院でも今日なお、心理判定評価をする専門スタッフの常勤にできない（給与面で）状況があるのではないかと危惧されます。一方、受診をする時間と交通費など、負担が大変な生活者（家庭も）あるように思われます。その点、簡単なスクリーニングの方法があれば、それはそれで大事だと思います。（これまでもあったと思いますが）
今年度より取り組み開始予定
必要があれば、医療機関へ依頼している。
地域活動支援センターのみの利用者には、一般的なアセスメントツールは使用せず、面談のみとなっています。（技能をもった職員がいない為）但し、相談支援専門員が関わる利用者においては、障害者ケアマネのアセスメントを使用。
現在、知的障害のある人の支援尺度（SIS）を勉強中で、今後利用する予定である。
一般的なツールを用いてのアセスメントをする時間的余裕が職員にない。
現施設利用者の個別支援計画立案に有効な既存ツールが無い
時間の制約があるため、時間に見合った報酬が得られないため、手軽に入手できるようにしてほしい。
児童相談所からの情報、小児科、精神科 Dr による相談を常時実施（必要に応じ児心理士による検査依頼）
専門機関ではないため。
アセスメントツールを利用する機会がなかった。
発達障害と確定診断を受けて入所する児童の中のかなりの割合が、育ちの環境、学びの環境での貫い損いやイジメなどによる心理的影響を強く受けている為、純粋に発達障害の視点だけでは、子ども自身を理解、把握しきれない側面を多く持っている。
ご利用開始前に、学校やご家族による状況の把握がなされている場合が多い。そうでない

方がご利用希望であがった場合は考えたい。
必要に応じて専門機関に依頼している
県で示しているアセスメントツールを使用している。
施設にあったツールがない
利用しているが、Ⅷ-①で選択できない。
児童相談所にて実施している。
一般的なアセスメントツールを参考に施設内で様式を作成した。
知能検査が主体でなく、生活、健康、就労を支える事業所である為、そこに重点をおいたアセスメント様式にしています。
一部使用し、他は独自で作成したものを使用
一般のツールは時間がかかりすぎる。また、AS版、MR合併版と項目を変えてあるシートに基づいてアセスメントを行っている。M-CHAT、PARS、その他持っているが、ASに特化した幼児・学齢対応の物がほしい。ESDMの改変版みたいなものもほしいです。
利用者の同意を得ることが困難である。
時間が足りない。
知能と生活力や作業力で必ずしも比例しない人がある。
現在は、今まで本人に関わってきたの情報を家族、特殊支援学校、その他事業所などからの提供を受け、アセスメントに生かしています。
介護認定調査
入所前に知能検査が行われていればする必要はない。最近はされていない場合があるので、入所後に実施したい時がある。
・それぞれ医療機関で診断、評価はあると考えられるが、その内容は工房での支援者まで届いていない。・当事者本人は面接やヒアリングに対しても拒否的であるし、「行かない・行きたくない」が優先し生活改善につながらない。
療育施設を紹介している。
県より指導のツールを使い、準じて作成すべきと考えている
施設で所定の様式があるため
必要に応じて利用している。
県で進めているものがある。本人の気持ちを引き出すものも必要。
発達検査は他課で実施
1・6健診や3健のフォローで、相談やサークルを実施している。その中で必要時心理士がアセスメントツール（田中ビネーorK式）を使い、その結果により保健師も一緒に支援している。
入所時、見相で知能検査等行い、データがある為

相談支援事業所のため
アセスメントツールを利用する時間的余裕がない
個別支援計画の中の評価項目により調査、把握している
役に立つアセスメントツールがあれば利用したい（大人向けのもの）
一般的なアセスメントツールが、施設に全てマッチしているとは思えません。
アセスメント実施に関して、施設内で把握したい事項を端的に取り入れるため、施設独自のツールを使用している。
他の機関に紹介している
以前は必要性を感じなかったが、最近利用者の状況把握としてツールを利用したという思いがある
支援学校卒業生がほとんどなので、学校からのデータを利用している。

質問: 知的・発達障害児者へのアセスメントと支援に関して、貴機関における現状の課題、国や研究機関への要望、ガイドラインに盛り込んでほしい内容など、率直なご意見をお聞かせ下さい。<例>・職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行することが難しい。・様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。・国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。

障がい支援区分が7区分に分かれているが、利用者の障がいの特性はさまざまである。知的障がい者の区分は、もうすこし幅をもたせてほしい。重度の方においては、職員配置が1.7対1以上がないにもかかわらず、1対1で対応しなければならない方が多く利用されている。これ以上の加配はむずかしいのでしょうか。
障害者（児）のケアマネジメントにおいては、「一般的なツール」を用いることが一般的になっておらず、そのほとんどが相談支援専門員の力量にかかっている。今後はツールを利用できる専門職の配置など施策にもりこんでいただきたい。特に障害児相談には有効と思われる。
ADI-R や PEP-R など、簡単に実施できない（資格、金銭的制限）ツールが診療に標準化されると困る。どこの施設でも実施可能なツールで、かつ頻度の高いアセスメント方法が標準化されることを希望します。
アセスメントの結果どのようにくらしや職場、学校で活かしていけるかがとてもわかりにくく、現場の困り感に結びつかないアセスメントが多い。困り感から要素をアセスメントしていけるようなガイドラインであってほしい。（どのアセスメントを使えばよいかも含めて）
予算がなくてテスト用紙購入、テストバッテリー購入ができない
専門職の不足。その原因の1つである待遇の改善など。
専任の臨床心理士がいないため、十分な検査体制ができていない。NICU フォローアップや発達の遅れている児に対しての発達検査が何とかできている状況である。発達障害に対しては、専門スタッフもいないため、他の専門機関や療育施設に紹介している。
4分診療の開業医はまさに上記2項目「職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行することが難しい」、「様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい」が希望です。
民営なので診療報酬の点でこのようなアセスメントは困難（マンパワー、場所、時間全ての点において理解、協力は得られない）いかに時間内で多人数の診察ができるのかを常に求められている。
職員（心理士さん等）の必要性が科内で広がらず、必要なアセスメントを施設内で行うこ

とが難しい。
利用者の方の現在の能力や障害状況を客観的に評価することの必要性は感じていますが、成人の方の場合、どのようなケースで必要なのか、ツールを使用して評価したことを具体的にどう活かせるのかを知りたいです。また、現場の職員が使いやすく、わかりやすいツールや、ツールを活用した支援の実例など具体的であるとよいと思います。
・例文にある2項目。様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。(特に専門的な資格の必要のないツール)・既存のアセスメントツール表の特徴(どのような子にどのような場面を把握するため)のような記載があると誰が関わっても理解しやすい。
当機関では、発達障害に関しては治療、訓練は他院に依頼し、診断およびその補助のみを行っています。(マンパワー不足のため)ですので、あまり積極的に発達障害をアセスメント、支援出来ない状況です。
医療機関の外来で実施可能な質問形式のアセスメント方法の評価充実を望みます。(開業小児科医)
施設では能力的、人間的に余裕がないので、更生相談所で行い、結果を教えてほしい。
職員の知識、技術の不足から事業所内で必要な支援を行うことが難しい。
知的・発達の障害だけでなく、精神障害の方にも対応できるアセスメントツールがあればとても便利だと思います。
職員のスキルがない。有効なアセスメントツールを研究したり、さがしたりすることが不十分であった。使いやすいツールやガイドラインがあれば、ぜひ紹介してほしい。
アセスメントに関するツールが出れば、生育歴などのきちんとした聴取や発達検査なく「診断」してしまう心配があります。そのあたりをよろしくおねがいします。
現状の予算の中で(紹介費)、人員配置、育成はとても頭が痛いのが実際の所です。色々な外部機関でツールを使ったアセスメントの必要性は認識しているが、予算・人員・余裕がないのが正直な所です。愛の手帳取得時の知能検査結果・就労時の職業判定程しか活用できていません。
幼少期の自閉傾向の有無と現在の状態の情報収集のために、PARSの実施をしているが、利便性は高くはない。多角的に全体像を把握するツールや、様々な発達障害の傾向を一度に把握できるツールがあるとアセスメントしやすく感じる。
アセスメントと支援は一体化したものが望ましい。①早期介入:アセスメントと支援方法、乳幼児期早期。②思春期自己認知と他者理解、アセスメントと支援方法。③学習障害の評価と支援方法
・病院と大学が大きすぎて、指導・検査をしている部門がバラバラで重複も多く、連絡がとりにくい。・アセスメントの材料をどのようにして手に入れられるか、どのような時に

使うか、必要時間等を一覧できる物を出して欲しい。

当院の近隣に療育病院があるため、明らかな知的・発達障害の児はそちらに紹介している。ただ、border line の児が少なからず存在しており、そういった児に関しては極力当院でも見るようにしている。ただ、知能・心理検査を施行できるスタッフがおらず、基本的には医師の診察・アドバイスのみとなっている。従って、外来で短時間で施行できる比較的簡便なアセスメントツールがあれば助かるのと、border line の児に関してのガイドラインもあれば助かる。

アセスメントツールに関しては特に期待を持っていない。

措置の時代は総合判定により、医師の診断や各種判定資料を得、それが基本となり、課題が生じた時にもそうした資料に立ちもどる事によって、支援方法を見出して来ましたが、現在はこれらの基礎資料がなく、問題行動など、個別の対応度の高い人たちへの支援には苦勞しています。知能や発達の度合のアセスメントツールとその利用法がわかるようになれば、積極的に利用したいと考えます。

たくさんの調査票、指標がありますが、どう活用されているのか勉強不足でした。医療以外の現場でどう活用されているのかと思いました。教育の現場の支援能力の偏在はあると思われ、診断よりも対応と個別支援でのノウハウ、学習場面でのノウハウの普及を希望します。

診察をして下さる所が増えることが望ましいが、アセスメントに使用する器材の購入と、実施する心理士の人件費および手間を考えると、新たに始めようという診療所は増えにくいのではないかと思います。時に学校から WISC をとるようにとわれたとして受診される方がいるが、むしろ学校や教育センターで検査をしてそれを基に保護者と会談の上で医療機関のご利用を勧めていただくという流れを徹底していただきたい。そうすると教育センターで地域の中の支援を必要としている（もしくはニーズのある）子どもたちを把握することも容易となる。当院は一般小児科と併用しているため、院内で乳児が泣くなどし、検査を実施する環境としては必ずしも最良とは言えない。教育センターからの紹介のお子さんでも、実施した心理検査の結果すら持参させず口頭で保護者に受診を指示している例が目立つ。効果的な支援計画のためには上記の流れを守ることと、書面での情報提供が基本と考える。

項目毎に重心が入っておりますので、その点は御理解の上でのことと存じますが、「発達障害」のことばが誤解を招くこともある様に思っています。何か別によい表現がないでしょうか。「発達障害」ということばがまだ若く、未熟であり、それ自体が発達障害かと思っています。当面は適当な「説明語」なり形容詞をつけ加えて「…発達障害」としたらと存じています。

1. H17 設置以来、書記料変わらず、職員の●給、昇給に重大な支障が出ている。その為、本来事業以外に大学院、大学、専門学校等での非常勤講師 S.C 等でしのいでいる●●、県立等と違うしんどさがある。2. 土・日・平日午後、夜間、緊急相談対応が増えており、職員の負荷がひどくなっている。3. 新施策はいいが、●の follow-up 体制への不信がある。4. 事業費が●●●はゼロに等しく、苦戦。

診断そのものより特性の●●アセスメントがほしい。現場での利用頻度が高い。

上記の例に全く同感です。施設内で発達検査を実施するための人員、能力がないため、児童相談所や総合療育センター内の心理判定部門に検査を依頼しているというか、逆にそちらでの判定結果を利用させてもらっているのが現状です。結果については、心理士から説明してもらわないと日々の療育に生かせませんし、療育による変化について、客観的に数値化できるものがないので、心理士や保護者へのフィードバックもできにくい状況にあります。保育士、児童員が療育・観察の中で気づいた点を簡単にチェックでき、評価できる尺度があれば、日々の指導の振り返りもできますし、児童の状況についても保護者と共有しやすく、子どもへの理解も深まるのではないかと思います。

児童精神科へ紹介するタイミングを盛り込んで下さい。

発達障害の特性を示すケースでも、生得的なものか、環境要因によるものかの見極めに難しさを感じます。

・発達障害の傾向を一度に把握できる（数値化された）個別検査の開発（知的障害に対する WISC のようなもの）
・発達障害の基準の見直し（明確化）
・発達障害の重症度について

診療センターの中だけで、子どものすべての療育をするのは難しいので地域の療育施設、教育機関と連携して発達支援を行っています。知的発達については K 式または WISC など発達の状態を客観的に共有し継続的に経過をみていくことができますが、コミュニケーション能力や社会性などの発達を経過をみていく指標がまだ一般化されていません。子どもの状況（知的面以外）を統合的に評価し、介入の効果など経過を比較できるツールがあり全国的に共有できればいいと考えます。

・支援できる施設を作ってほしい。

既存のツールの詳細が把握できていないので、利用可能なアセスメントツール等のガイドラインを教えてほしい。

専門的なアセスメントや判定は専門機関に丸投げ状態であると同時に、現実的な支援としては個々の利用者で全く違うことがよくあり、専門的な判定が微妙に当てになっていない時がある。能力の精査と実生活における能力判定、支援のあり方等がより密接に関連、連動するツールのようなものはないものか？

職員の知識不足によるアセスメントの弱さが課題と感じます。自閉症などの専門的な支援

方法の弱さを感じます。
県立のため職員の異動があり、専門性の継続に困難も。人員削減の方針で訪問支援や相談支援といった、市町支援の体制が不十分。
知識・技能・人材の不足により、アセスメントツールを施設内で施行することは難しいのが現状です。生活能力や問題行動の把握と同時に、その方の特性に応じた支援方法のポイントを明確にしたものがあればありがたく思います。
・心理職が多忙のためもあり、新たな心理検査導入には消極的・あまり高いレベルでの検査所見の必要性が要求されると、自分のところではみることができないと言う医療機関が多くなれないか心配（採算性も多少は考慮すべき）
ADI-Rなどの信頼性、特異性の高い診断ツールの整備を望む
地域の特徴を考慮してのガイドラインの作成（難しい）と思います。
職員の資質（経験やスキル）によってアセスメント結果が異なることがある。そのため、視点の統一を図る必要がある。
アセスメントツールは大切だが、ツールの限界についての研究をすすめていただきたい。 （例）※以前はPARS、CARSを使用していたが、ネグレクトなどのmaltreatmentによる行動異常の子どももひっかかってしまう。※LDI-RやAD/HD-RSでcut offを越えていた→他障害の診断（例：Mild Mental Retardation）→依頼した施設（学校）等とのやりとりが疎外などがまだ起こっています。（こちらの例は研究というより広報ですね）
一般小児科外来の中で、発達障害とその周辺の子ども達を診療しています。専門的アセスメントを行う医療機関に紹介する前のスクリーニングを行う診療ができればと思っております。できるだけフォローの空白を作らないためにも①とりあえずの方向性を示してあげられる簡易なアセスメントツールがないか（時間がないので）②保護者の心理状態、家族状況など、患児をとりまく環境に対するアセスメントツールができないだろうか。③多くのアセスメントツールがあり、どれを参考にすればよいのか悩んでしまう。一般小児科医が気楽に（カゼと同様に）さらっとスクリーニングして専門機関に紹介してさしあげたい。
自治体でSSTなど療育の充実を、もっと予算がほしい。県の高等特別支援学校を増やして、就労へ向けてほしい。皆あきらめている。幼・小・中一貫の発達障害専門の学園を公立で作ってほしい。（環境の変化をキラウので）校医と養護教諭とのさらなる連携を。ポスター、コマーシャルで知識の普及を。大学での、小児科医の教育、中学、高校での発達障害授業（性教育とともに）中3まで各市町の丸福で経済支援を。自由●に●●外来診療を守るためカウンセリング診療報酬のアップを。（診療時間が一般外来より長い）
現在は利用者がいないが、今後支援の必要性が発生してくる事も考えられるため、ガイドライン等見せていただきたい。

様々な発達障害傾向を把握できる簡便なツールがあれば利用したいと思いますが、どんなに細やかにアセスメントを行ったとしても、実際の日々の支援に生かすには職員のスキルや生き方、考え方、施設としての理念や支援の方向性が共通理解されていることが大切と考えます。まだまだスキル不足で利用法についても紹介して頂きたいと考えます。

各種発達検査の実施について、安価で研修が受けられる、あるいはビデオ研修できるような仕組みが（DVD など）あるとよいです。

・アセスメントのスキルを身につけるための研修会の実施を希望します。・発達障がい者・児支援センターとの有機的な連携を望みます。・アセスメント後につながる支援方法、特に従来の知的障がい者支援施設内での実践例等知りたい。

独自のアセスメントシートを使用。現在のところ支障はない。

DSM が 2013 年に改定されることは、御存知のことと思います。私が医者になって 3 回目の変更です。自閉症に関しては、分類、呼び名までかわる予定です。これだけ診断基準とかがかわる病気を本当にそういう病気の性質があると考えていいのかと私は疑問に思っています。自閉症では正常人にくらべて、脳のどこそこの活動がおちているとか言われていますが、生のデータはすべて、正常人と重なっています。最近、環境要因もつよいと言われてきています。「みんな違うよね」ではダメなんですか。援助が必要な人には援助をしたらいいし、病名がつく、つかないとは関係なく、必要なら援助できる制度がいいと思います。アセスメントツールは人の見る目をしばります。「こういう所ができてないな」とか。でも、できない所があってもいいんじゃないでしょうか。その人のいい所を援助して、社会に出ていってもらえるようにするのが支援者のすべきことだと思います。

本来は小児科で、現在は小児をみる機会がほとんどありませんのでアンケートにお答えする内容をほとんど持っておりません。かつて、〇市の就学相談の小委員会に数年参加した記憶がありますが、様々な職種の方々の評価や物語を（両親など勿論ですが）参考に意見を述べていたと思います。答えにならず恐縮です。小児科医として support する立場では、身体的な条件を基本的に診断し、発達の課程での生活の中での物語を傾聴し、その時点での支援のあり方を考えることが多かったと思います。（様々なスケールでの評価が色々なされていた方々が多くありましたが…）過去には、親の生活がきびしい、公的機関に受診・あるいは評価に伺うことも出来ずにいた方もありましたが…。継続したサポートから落ちこぼれてしまった care も経験したことがあります…。評価以前の問題で…恐縮です…が…。

施設利用のアセスメントは、本人、家族からの聞き取りで行っている。支援に課題を感じた場合に府の知的障害者更生相談所に相談をしている状況である。共通のアセスメントツールとして支援の手立てをつかめるような方法があれば、是非取り入れたいです。

施設内で実施することが難しい。

<p>上記（例）にもあるが、簡便なツールの開発・普及、利用可能なアセスメントツールの利用法と紹介をして頂きたい。</p>
<p>検査は人手・時間がかかるわりに診療報酬が低く、検査担当者を充実させることが難しい。 （検査にかかわらず診療そのものがそう言える）</p>
<p>①各地域での、公的機関と民間機関のネットワークをつくらうとしているが、それを進めていく上で、「簡便なツール」の開発は、とても有用となっていくと思う。②特別児童扶養手当を高機能自閉症児に適用していく上で、ガイドラインをつくってほしい。</p>
<p>デュシェンタ型筋ジストロフィーなど神経筋疾患小児の発達障害の支援（学校教育）を国際ガイドラインに基づいて（HPに公開）実施できる体制や指導を強化してほしいと思います。</p>
<p>各医療機関、相談機関（子ども発達センター含む）でも使用しているアセスメントツールが異。結果が把握しづらい。統一されることは難しいと思うので、福祉関係者対象のアセスメントツールの解説、利用法の研修がもっと日常的に開催されることを望む。教育関連でない情報が入りにくい。これからは生活支援においても、きちんとしたアセスメントは必要と考える。</p>
<p>・職員の数、予算の問題で十分な支援となっていない現状。・より専門的なアセスメントツールについての研修会を実施して欲しい。（PEP、TTAP等）</p>
<p>当センターにおいては、発達障害の診断された方はいませんが、疑わしい方は利用されています。様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。</p>
<p>・課題が同じでも、その要因が障害の重複、年齢、環境などにより個々様々で、ひとくくりにする（表でわかる等）ことが難しく、複雑になるばかりである。</p>
<p>①一般病院の小児科なので、急性期疾患の対応、予防接種、健診などがあり、他の診療とのかねあい時間調整が大変難しい。②国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインで詳しく紹介してほしい。③ガイドラインの作成よろしく願います。</p>
<p>①十分な医療保険上でのアセスメント作票への評価。②地域での連携が抑制的なきが多い。排除の方向。文化の未成熟。③小児科からのキャリーオーバー児への保険上の評価を。④何よりも学校での教師の理解がここ田舎では全く不十分。（もちろん都市部でも）偏差値教育の中でDrop out していつている。</p>
<p>施設内では、個別支援計画立案の関係上必要なアセスメントは実施しているものの、P3にあげられているような検査等については、実施できていません。幼少時に既に行った検査等の結果についても情報がもらえていない現状であり、〈例〉にあるようなツールがあると良いと感じます。</p>
<p>マンパワー不足の機関であっても、これだけは実施が望ましいというアセスメントツール</p>

<p>について勉強したいと思っております。よろしく願いいたします。</p>
<p>ツールの使用法の特徴を説明して欲しい。版●なく使用出来るようにして欲しい。時間に見合った報酬が得られる保険制度にして欲しい。いわゆる発達障害があったとしても、その人自身が受容して社会生活でき易い社会環境を作っていく方針も必要だと思います。診断がレットルはりになってはいけないと思います。</p>
<p>アセスメントツールについて勉強不足でアンケートに答えられるだけのものがありません。当施設でガイドラインが必要かどうか判断しかねます。申し訳ございません。</p>
<p>児童精神科医による診断が、発達障害には不可欠と考えるが、県内の医療機関は予約で一杯である。また、発達障害では？と不安をかかえて相談窓口を訪れる親が増えている。インターネット時代なので、簡便で誰でもできるチェックリストが普及するか、もしくは地域の保健師レベルで取り扱えるものがあれば良いと思える一方で、専門家用に確実にスクリーニングできたり、支援手がかりがすぐに出たり、それも簡便で信頼性のある検査が欲しい。WISC-IIIの普及でWISC-III神話のようなものができたが、WISC-IIIは時間がかかり、再検査でプロフィール変化が大きく、このプロフィールが出たから、この発達障害が疑われるというものではなかった。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行することが難しい。 ・様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。 ・国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。
<p>アセスメント後の課題や情報についての自己評価や背景の理解力を認識できるツール等あれば紹介して欲しい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・自閉症、発達障害の方々の支援をスムーズに行う為にも、支援スタッフが、容易に利用し簡潔な支援のあり方が導かれるようなツールがあってもよいのではないかと思う。あとは、一人ひとりの利用者に応じて変化させていくことが肝心だが…。
<p>医療以外の場でも WISC などは色々な場で行われるようになってきているため、実施に当たっては、母子手帳への明記などを義務づけて欲しいと感じています。複数回の実施などには、気を付けるべきと考えます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・課題 Lost の問題もあって (?) 臨床心理士が居ない。精神科もなくなった。 ・様々な発達障害傾向の診断・重症度などを check できるアセスメントツールがあればよいが、「ふつうの」小児科医でも使いやすいものがよい。 ・ただ評価はできても中々治療や療育にまでは通常の医療機関ではもっていけない。(ので、個々の症状への対応が簡単に載せてあるとよい) ・そういったアセスメントツールをどのように手に入れるか、又、安価でないと困る。

当地方では小児の検査のできる心理士が不足している。当科でも専属の心理士はなく精神科、療育センターなどの他施設に紹介している。又、いいガイドラインがあったり、検査で診断がついたとしても療育の場もごく限られている。(当科でもマンパワーetc 無理。)検査はいろいろあるが、医師が精通していないので「どのように検査を選択したらいいのか」から提案してほしい。結果から支援法がよりみえやすいガイドラインにしてほしい。ちょっとずれるかも知れないが、幼稚園や保育所、学校での具体的な対応を改善する。理解を深めてもらうことが不可欠。

アセスメントツールを利用できるような研修会やDVD 等があるのでしょうか？私が知らないだけかもしれませんが。重症心身障害児者の評価を行うことのできる、検査法を教えてください。

発達障害児の乳幼児健診で利用できるように問診票とスクリーニング票

当事業所は昔ながらの手法で利用者のアセスメントを行っている為、ガイドライン等が有用なもので有れば、是非活用させて頂きたい。

個別支援計画作成のソフトを使用しアセスメントを入力し、課題を抽出、計画書を作成している。利用者さんの状況を把握するためのツールとしては、有効であると思うが、本人の想いや要望を反映するには、十分な時間をかけじっくりと取り組む必要がある。なかなか、そういう時間を作るのが難しい状況である。

・心理士の診療報酬が算定できるようにして欲しい。現在言語聴覚士で行っているが、これのマンパワー確保も困難。・ADHD の客観的テスト方法を開発して欲しい。行動観察、チェックリストでは特に不注意優勢型の拾い上げが難しい。・ガイドラインを利用すれば、医療機関でなくても対応が可能な流れを作ってほしい。医療機関のキャパシティを越えている現状がある。・相談支援機関のマンパワーを充実させてほしい。・学校の真の支援体制の充実をすすめてほしい。

なかなか丁寧なアセスメントを行う時間的余裕がもてないという現状がありますが、私どものセンターでは、支援者（支援機関）からの申し出があったときにツールを活用したアセスメントを行うということにしています。目的別に（生活能力とか発達状況とか etc）、15分くらいでおおまかなことのみ把握できる簡易アセスメントツールがあるととてもうれしいです。

施設は時間的にも余裕がなく、必要時のみ専門機関で行っています。

日常診療に忙しく十分な時間を取ることができない。(開業小児科医) 開業小児科医のため、コストを考慮すると院内ではかなり困難(コスト、時間、マンパワー等すべて)しかし、満足できる紹介機関がない。(特に診療までの待ち時間が長期となる)紹介して1ヵ月以内になんとかしてほしい。

・診療上の保険請求で、小児特定疾患カウンセリング科が2年間しか請求できない。もう

<p>少し長くしてほしい。・アセスメントを依頼できる施設を増やしてほしい。</p>
<p>知的レベル、発達レベルを判定する簡便なアセスメントツール、特に15才以上～成人にも対応できるもの。すでに多くのものがあるが、専門職の熟練を要する人でないと難しいので、3～5段階ぐらいにクラス分けできる程度のもので良いから、ナース、介護師でも対応できるもの。</p>
<p>CARS等是有用と思われるが、スキル及び時間的な制約等で十分利用できていない。心理士、医師の研修の機会が増えると良い。アセスメントツールの利用法については、ガイドラインに記載してほしい。</p>
<p>これまで、このようなツールは全く利用していませんでしたが、これを機会にこうしたツールにも関心を持って、支援に活かさせていけたらと思っております。</p>
<p>個別支援計画作成に伴うアセスメントの内容、見直しを検討しています。今後新しいツールが作成できましたら参考にさせて頂ければ幸いです。アンケート協力につながるかどうか不安ですが、別紙記入の通りです。宜しくお願い致します。</p>
<p>・発達障害診断のための検査（主にwais-III等）については、医療機関で実施されたものの結果を持参してもらっていますが、医療機関によって検査結果を開示してもらえない場合がある。・更正相談所の総合判定の結果についても、本人・家族が情報開示請求をしないともらえない。・当機関では、就労ニードのある人にはGATBや幕張版ワークサンプル等の職業評価を行っているが、発達障害の部分での就労上の課題がわかりやすく評価できるものがあると良い。</p>
<p>上の例に掲げられている通りに職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行することが難しい。また、高齢化が進んでいることから、能力の変化（低下）が常にあり、それに対応していつているのが実態です。</p>
<p>リハビリテーションスタッフの中に小児を評価できる人が少ない。発達障害の子どもの受診が多く、評価やケアが間に合わない。行政や市の療育機関に評価を依頼しても、ケースが多いためかすぐ対応してもらえない。様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。（これはそのまま私の希望です）アセスメントまでたどりつけない軽度発達障害例が数多く存在する。彼らを早期に支援開始するためには、医療・療育機関の充実だけでなく、幼稚園、小学校の教師に発達障害の最低限の知識や対応方法を広く啓蒙する必要がある。学校現場の発達障害に対する理解の無さ、誤った認識による誤った対応。非科学的思考による個別性を無視した全体主義的、画一的教育…等々。学校教育には問題が山積みです。教員養成過程で、発達障害や障害児教育をもっとしっかり行う必要があります！！</p>

アセスメントはできるが、支援ができないのが当機関の現状です。しかしそれは全国的にも同じと思われます。学校の支援、発達障害児へは通級のみでなく、もっと特性に特化したクラスができるといいと思います。小、中はそれでも支援体制ができつつありますが、通常高校の体制、支援学校（情緒障害の支援学校がない）の体制が問題と思います。発達障害に特化した支援学校のクラスがほしいです。

当クリニックには臨床心理士は多数いるが、知的・発達障害へのアセスメントをやる心理士はごくわずかで困っている。主治医は診察で時間がとれず、マンパワーが欲しいところである。

利用者が多いのでアセスメントは必要なものにしぼっておこなっている。本アンケートの中にSTやOTが日常的に使用しているアンケートツールがない。療育の現場の実態とズレがある。

県の子ども女性センターや公立の小中学校において香川県では、田中ビネー検査が実施されており、医療機関では、WISC-IIIやWISC-IVにて知的障害あるいは境界知能と判定されても、これらの機関の検査では基準を満たさないため、療育手帳の申請や特別支援学級の利用が出来ないケースが多数あり、現場とし困っている状況がある。

基本的なものは、ガイドライン等で紹介し、あとは各事業所にあった型に肉付けしていけばいいのではないか。

・障害特性を幅広くまた精度の高いツールがあると良い。・様々なツールがあるが、メリットデメリット、また一般的に有要なツールか否かの情報がほしい。

・強度行動障害判定基準の見直しをお願いしたい。

当施設においては、定員50人に対し入園希望者が多く、ゆえに重度の子どもから入園する傾向にある。そこに対し職員配置の最低基準が1:4というのは、よりよい療育を展開する上では厳しい。（実際は1:3.5程で運営）また、保護者支援（家庭支援）を必要とするケースも増加傾向にあり、他機関との連携が不可欠になってきている。それらの傾向に対応しうる職員のスキルアップが望まれる。

アセスメントツールとその利用法についてガイドラインがあれば良い。現場によっては異なると思うので、分野別に分けた内容であれば効果的に活用できるのでは。

障害者総合支援法の障害支援区分がアセスメント機能を含むものになり、支援者にその詳細について開示する仕組みが必要と感じています。

・新版K式を導入したいが、マンパワー、スキル不足でなかなか導入できない。・国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法について情報がほしい。・評価を支援に結びつけるスキルが不足している。・発達障害の診断・治療ができる医療機関が限られており、紹介先をさがすのにとっても苦労している。（予約しても数ヶ月先になったりする）・他機関に紹介する場合、どんな情報をどの程度提供することが当事者の福祉にかなうのか。個

<p>人情報保護の関係で判断に迷うことが多い。</p>
<p>療育や相談の経験が豊富なスタッフが TEACEH など勉強している。CARS、PEP、TTAP、ADI-R、ADOS 等も理解しているが、1つ1つを行うには、時間と労力がかかるため、assessment に盛り込みながら、直接問診で評価している傾向がある。できる限り簡便で評価できる実地的ツールがあると嬉しいです。</p>
<p>・人材の確保</p>
<p>発達障害の診断基準を設けることに現場では様々な問題があります。医師による診断基準が一定しないこと、発達期にあらわれるので確定診断が難しい。被虐待児との区別が難しい etc などあり、誰がアセスメントするのかアセスメントのツールの信頼性など十分検討しておくことが必要だと思います。</p>
<p>発達障害という概念自体が曖昧で科学的（医学的）に確立されてはいないのに、発達障害という言葉だけがひとり歩きしている。便宜的に作られた診断基準はあるが、障害の原因やその治療（対応）に関しては定説はない。この段階でアセスメントテストを普及させることにより、発達障害のレッテル貼りが一段と促進されることにならないか。もっともらしい「ガイドライン」の作成に、どれだけの意味があるのか。発達障害の専門家と称する先生たちは、どう考えているのでしょうか。</p>
<p>アセスメントと支援のできる職員の確保が難しい。当センターは乳幼児を対象としているが、乳幼児の発達臨床のできる人材が確保できない。予算があっても求人応募者がなく欠員が続いたりしている。専門職に対する評価が自治体（職場）によってちがうので雇用条件に差が出る。こうした専門職の賃金基準など示してもらえるとよい。</p>
<p>個別支援計画作成の時、アセスメントを実施しているが、利用者が 50 才を超えある程度の生活能力はあるので、見守りが主の支援になっています。程度区分によっては、6 の方もいますが、身体障害をあわせもっているため水分補給、排泄の介助やベッドメイキングの介助、通信（家族）の代行等個別に支援するようになっています。アセスメントシートは、すぐ管研修で参考になったものを使用しています。</p>
<p>・職員の慢性的な人材不足により、身体的にも精神的にも余裕のない職場となっているため、必要なアセスメントが正しく行われなことがある。・若い職員の不足、不定着により、職員全体のスキル不足が考えられる。正しいアセスメントが行われなことに繋がる。・一般的なアセスメントツールと共に、やはり個別に正しいアセスメントができなければ、良い支援にはつながらないと思う。一般的なものを活用した上で、現場で使える個別アセスメント表を考えて行きたい。</p>
<p>一般病院のため、必要な評価検査を施設内で施行することが困難。むしろ、教育センターや支援センターで実施していたたぎ、結果を活用している。その方が、医療費負担も少なく、患児家族にとってはメリット。発達障害児者は基本病気ではないので、病院で治すと</p>

<p>かといった発想はしていない。学校、地域社会での支援を充実して欲しい。</p>
<p>成人の発達障害の診断を行っている機関だが、成人まで未診断で経過していることもあり、診断がグレーゾーン域の方が多く、はっきりと診断しにくい。また様々な不適応状態となっているため、精神的合併症も併発しており、診断困難である。そのため地域の診療所、病院ではPDDの診断を求めて多くの方がこられるが、グレーゾーン域に対するカットオフ値もなく、診断ができない状態である。このような問題を解決できるような、ある程度客観的な判断ができるようなガイドラインの作成を望みます。</p>
<p>○県内においては、子どもの数に比べて医療機関、知的・発達障害の診療機関が圧倒的に少ない。</p>
<p>当院には臨床心理士がいないため、小児科医が発達検査を行い、数に限界がある。その為、療育センターや療育機関、児相で発達検査含め検査を施行していただき、結果をもらっている。大きい病院と時間的余裕がないと困難。療育センターや施設との協力が不可欠と思われる。</p>
<p>・職員のスキル不足にて、必要なアセスメントを施行することが難しい。・アセスメントツールの紹介とその利用法について知りたい。・高齢化に伴う認知症スケールの知的障害者版がほしい。</p>
<p>PEP-3を手に入れる事が出来た為、数名実施できるようにして、アセスメントに利用してきた。活用の仕方は独自のもので、結果を日中の活動に活かしている。（自閉症の利用者が多い為）もっと他ができるようにしたい。様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡易ツールを幼少から大人まで一貫して使用できる、活かす事のできるものが支援に関わる者の中で一般的になるようにしてほしい。（以前、船曳式特性チャートの紹介があり、これはいいツールだと感じた。このようなものが広まればと思う。）IX表のようにツールの欄紹介・ツールの入手方法、価格が分かるようなものが欲しい。</p>
<p>サービス等の利用がある。個別相談等によりアセスメントし、法定サービスにつなげたりするため、専門職の配置はない。福祉施策を紹介したり、相談内容を基に関係機関と連携を行うことはできる。</p>
<p>保護者の子どもに対する思いが影響しにくい生活能力をアセスメントできるツールがあるとよいと思います。</p>
<p>診療時間の確保が困難なので外来の診療報酬の見直しをしてほしい。またはアセスメントをパラメディカルスタッフが行えるようにわかりやすく簡便で、結果についてスタッフ間の共有が行えるツールがあると大変ありがたい。ADOSが日本語化されることを強く望む。</p>
<p>※発達障害児の多さに比べ、対応する機関が少なく、当地区では5ヵ月待ちである。当クリニックも必要性を痛感、対応したいが多忙、赤字部門となる為、積極的にふみだせないでいる。親の苦悩、子の不利益大と思う。※よいアセスメントツールがあれば、是非導入</p>

したい。
質の高いサービス提供が行う為にも、発達障害等のアセスメント様式の統一化や職員配置（増員）の法整備も必要。
様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。
発達障害の幼児から成人まで多数の相談を受けており、1年の新患は1000人あまりに達しています。迅速な診断と助言には、詳細な生育歴、職歴、本人の周囲が気になること、困っていることの情報（当センターでは学齢児は独自の詳しいアンケート、成人は併設の発達障害者支援センターでの聞き取り）と、面接による本人とのやり取りが決定的に重要です。初診の面接と家族への説明で2時間程度かかってしまいますが、十分な経験、診断力のある医師が確保できません。特に小児科医、精神科医の確保が難しい状況が続いています。社会的ニーズが爆発的に増える中で、診断、診療の大変さから、むしろ消極的になっている小児科医、精神科医が増えていると思います。従来 of 保健医療の中での実践は難しく、やはり専門的な療育センター、支援センターでの対応が主体になると思います。発達障害への理解、支援がいかに社会にとってプラスとなるか、訴え続ける必要があると思います。この分野の専門家が何とか増えていきますように。
ものさしとして、専門職（心理士等）でなくとも使えるツールで統一基準となるものが欲しい。
①アセスメント後に保護者に渡せるようなリーフレットも一緒に作成してほしい。②市町村の健診で保健師さんが使うことができると早期の療育につながるので、乳幼児（1才6ヶ月児及び3才児）をターゲットにした様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールがあれば良いと思います。
知的障害者、発達障害者については、標準的なアセスメントツールが認知されておらず、国における評価基準である障害程度区分は、暫定的なもので、療育手帳（知的障害者福祉法）の評価基準は公表されていない。知的障害、発達障害を評価する標準的なアセスメントツールを国が示してくれることを希望します。情緒、精神障害からくる問題行動も的確に反映し、PDCA サイクルでブラッシュアップしていくようなガイドラインであることを希望します。
てんかん治療に特化した診療をしており、その中に知的発達障害児者も1割程度おられますが、その対応については他院との連携で行っております。
療育手帳を申請される方の中に発達障害の方が見受けられますが、知的障害がなく、療育手帳の該当基準に達しないため、支援の対象とならない方がいらっしゃいます。対人接触不良、学習面の遅れ等があるという状態像からは、療育手帳に該当するような方と同等の支援が必要と思われませんが、適切な機関での対処が難しく、対応に苦慮しています。
音声ガイドによるアセスメントツールがあると内容を理解しやすいと思う。

基本は個別支援計画だと思います。一つのアセスメントツールで、その方の全体像や必要な支援がわかるようになると良いと思います。

必要に応じてアセスメントツールを利用することとしているが、継続して対応を行うケースが多くはないので、結果として面接や行動観察を通じてのアセスメントが中心になる。

VIIIの④の通りです。行動障害と知的障害（軽度～境界線級）を併せ持つ子どもたちの多くが乳幼児期～児童期の育ちの環境に恵まれず、心に大きな影響と傷を抱えて入所してくる場合が多く、丁寧に生育歴をたどり、隙間をうめ、重荷を取り除くということが日常の中で続いています。攻撃され罵声を浴び、支援者自身が心身ともに限界寸前という現場で、本当に知的障害児を主たる支援対象にしている障害児施設が、発達障害の子ども達を支援していく場としてふさわしいのか考えさせられます。そんな現状も含めて、支援のポイントをつかむキッカケになる様なガイドラインが出来ればうれしいです。

当事業所は成人の福祉事業を行っています。関わりが始まるのは早い方で18歳、高齢になってから利用開始される方も少なくありません。数値的な障害程度、判定は情報として得ることができますが、データで表せない情報が不足している場合が多々あります。医療と併せて主治医制度のような、その方の様々な情報を残せられる制度があればと思います。

アセスメントツールの使い方についてのガイドラインは欲しいです。民間で行う場合、どうしても人と時間をかけることになるので、精神科の診療報酬との兼ね合いも気になります。

・乳幼児健診でのスクリーニング後、健診後のフォロー事業にてアセスメントを実施しています。アセスメントを実施する専門職自体が少ないこと、予算の確保が悩みです。・健診後のフォロー事業で相談や小集団教室に来ていただいたとしても、その後療育機関や発達障害等を診察する医療機関が少ないです。受け皿が少ないです。・様々な療育支援があるのは仕方がないと思いますが、一組の親子が様々な内容の療育を受けている。連携が難しい。

・連携していける支援先の情報。・時間がかかることの経済的な問題。

わたしの病院は高齢者療養型病院で、小児科医の私が赴任し、まだ一般小児科外来をしている程度です。小児神経科医として、この分野に関しても診療を広げていきたい希望はありますが、まだそこまでの体制になっていないのが現状です。

・学校内での支援方針作成のために、小・中学校からアセスメントを依頼されることが多く困っています。教育分野でのマンパワー拡充を要望します。・当県においては、発達障害児のアセスメントと支援について児童相談所が担うところがまだまだ大きく、児童虐待の増加に伴って負担が増しています。発達障害者支援センターと特別支援教育におけるマンパワーの増強を望みます。

プランゲートと施設独自の物を使用しており、現在はそれで何とか対応出来ています。ガイドランが出来ましたら、参考にしたいと思っていますので宜しくお願い致します。

・正確なアセスメントをするために、家庭訪問をしたり、個別面談をするための時間の余裕と、人員配置が必要。・じっくりケース会議をしたり、研修をする時間のゆとりがない。・重い障害のある人との付き合いは、ていねいにゆっくりしなければならないので、限りなく時間がかかる。お金の計算や、送迎や電話対応など、雑用が多すぎる。施設の事務職員を増やしてほしい。

私たちの作業所は高い工賃を目指し、各自の能力、知識の向上を目指して達成可能な努力目標を定め働くことの意欲向上、意識づくりを行ってきた。働いて収入を得て、そのことで心豊かな生活の糧にする。集団で働くことにより、社会人としてのモラルを高める。工賃は社会人として社会に貢献した証であると信じて皆さん毎日頑張っている。支援者はこのような思いを持って頑張っている。良質な支援スタッフの確保ができ、リストラをしなくて済むよう、報酬の改定を要望します。

心理検査の点数だけが一人歩きしており、結果が十分に支援に活かされていない。検査をする側がもっと、検査そのものについて、また、その結果をどのように活かすのかについて説明する必要がある。

当市では、他所と異なり、知的・発達障害児の相談・判定は発達相談支援センターの役割となっております。しかし、実態としては、虐待、不登校、非行等を主訴とした相談の中で、多数の知的・発達障害をもつ子供たちに会っています。二次障害についてのアセスメントツール、虐待による発達のおくれとの違いについても考慮していただけると重複した問題をかかえる子供たちに役立つと思います。又、LDの傾向をみる時に、年齢相応の学力をどのようにとらえたらよいか迷います。標準的な学力検査と基準点、特に書字、読解、計算が苦手となりやすいところについての基準があると助かります。又、発達障害は重複して特徴がみられることが多いので、例えば自閉傾向中度、ADHD傾向（衝動性）重度 etc というような、各傾向とその強さがわかるようなツールだと、全体像としてとらえやすくなると思います。ツールが必要ない位特徴的な子供ではなく、判断に迷うような子供に使えるものがあるとよいのですが…。

発達障がい児・者、各々の特性が専門的な知識がなくても理解できるようなアセスメントツールがあれば活用したいです。

職員のスキル不足で施設内ではアセスメントする事は非常に困難な状況にある。相談支援からの情報と聞き取りで決定するのが現状である。（例）にもある様に様々な発達障がいを一度に把握出来る使いやすいツールの開発は望むところである。

機関宛てにアセスメントツールに関する情報やその使用方法に関する研修開催などの情報が欲しい。アセスメントを分析しての支援が出来ているとは、現状言い難いため、ぜひ

<p>有用なアセスメントツールを利用して利用者支援に活かしていきたい。</p>
<p>知的障害および身体障害の障害支援区分 1～6 に合った、アセスメントがあると、一人一人に合った支援計画が作成しやすいと思います。</p>
<p>誰もが住み慣れた地域で暮らすために、障がい特性を理解したユニバーサルな社会の実現を目指していかなければならない。そのためには、共通理解、共通意識の拡大が必要であり、地域力の向上が求められている。インクルーシブな教育や啓発、広報活動の具体化等を展開していかなければならないと感じている。</p>
<p>PsT 等コワーカーがいないため、医師が自らアセスメントしている。卒後研修にはよいが、長時間（すべてのアセスメントに数時間）かかってしまう。アセスメントには全国的にもマンパワー不足。</p>
<p>当センターは、○県精神保健福祉センターに発達障害者支援センターが併設されており、○県全域を支援の対象としています。○県は広域で市町村数も多いため、当センターでは直接的な支援から、長野県下 10 の圏域の支援者への支援に方針転換しています。今回のお尋ねのアセスメントツールについては、早期発見では、市町村の健診場面での M-CHAT の利用、学齢期以降についてはウエクスラー式知能検査を中心とする、「支援に生かすためのツールの利用」のためのアセスメント研修を今年度から開始しています。また、ICF の視点をアセスメントに取り入れたり、ライフステージを通して切れ目のない支援を提供するために、本人・家族が所持して支援機関からの情報を書き入れられる情報シートの作成と普及を図ることになっています。したがって、今回お尋ねの項目の多くにお答えはできませんが、今回の調査結果を参考にさせていただきたいと思いますのでご恵与ください。</p>
<p>それぞれ特性や生活環境も違うので、1つのツールで一様に当事者のことを把握することは難しいと思います。支援者側がどのような視点でどこに焦点を当てて当事者の状況把握に努めたらよいか、その指針のようなものがあれば、より深いアセスメントがより多くの方に対して実施できるのではと思います。</p>
<p>① 経済的な自立ができない。報酬が低い。②人事異動により、職員のスキルの維持が難しい。</p>
<p>PARS の研修会はどこでしているのか情報が手に入りません。</p>
<p>基本のアセスメントは一緒でも、福祉種別によってアセスメントしたい内容が違い、一般的なアセスメント+独自で細かくアセスメントしたい内容を加味した内容で実施しているのが現状で、本人の状況が変わって福祉種別が変わる際、アセスメントの内容も変わってくるが、変わった場合に基本的なアセスメント内容は過去からの変化が見られるが、独自の部分は、アセスメントの時点での現状しか分からない。現状の理解の為でもあるが、過去からの変化が分かれば、もっと有効にアセスメントが利用出来ると思う。ただ、全ての</p>

種別に対応できるアセスメントを行うと、項目が多くなりすぎ時間が掛かり過ぎる。共通・独自共にいい所は有るが、時間でなくアセスメントの実施者側の力量を上げる必要もでてくる。分かりやすく、扱いやすいツールが有ると良い。

・準備に時間がかからないアセスメントツールが欲しい・安価なものが欲しい

発達障害ケースに利用しやすいアセスメントツールの紹介があれば、是非参考にしたいです。

・様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。・国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。

医療機関ではなく、福祉型施設であり、職員に心理職も居ない為、簡単に取り組める遠城寺式や津守・稲毛式で行なっているのが現状である。しかし、一元化に伴ない、自閉症～肢体不自由児までが一度にアセスメントできるような検査があれば、紹介してほしい。

重度者、特に言葉も持たず、自らの意志を表すことのできない利用者に対して、どのようなツールがあるのか教えてもらいたい。

発達相談の依頼が年々増加する中で、職員が不足しており、半年～数年毎の経過観察しかできないため、特定の知能・発達検査以外のアセスメントが行えない。生活能力や問題行動については、聴取による情報収集のみである。一般的なツールを用いて、保護者や関係者と課題を整理し、今後の支援について話し合っていきたいとの思いはあり、面談時間や回数を検討していきたい。

・小児科。・自前のスタッフを持たないため、精神科や脳外科の臨床心理士へ検査依頼している。・マンパワー不足のため幅広い検査は難しい。

アセスメントできる職員の確保が今後の課題です。財政事情が厳しい中、臨時的雇用もままならない状況です。タイムリーな支援のために、タイムリーに検査等できることが理想ですので、技術職がいる施設等、増えていくことを希望しています。

生活能力や問題行動についてなど、施設での生活において、支援を効果的に進めていけるような、支援の実情に沿ったガイドラインやツールがあると利用者様の把握が行いやすく、支援の評価も図りやすいのではと感じます。特に問題行動など、評価・基準の図りにくいものなどは、統一した評価が図れるようになると良いのではと思います。

研修 etc は web で実施してほしい。(ツールができた場合)成人、一般の精神科医のためのガイドラインが必要。知能検査の結果を拡大解釈したゴミ箱診断がなされる、又、この様な例はしばしば overdiagnosis となっているように考える。R/O や併存障害についてのアセスメントについても、ガイドラインで明確かつ Systematic に述べられる事が重要と考える。さらに適切な啓もうが必要と思われる。

利用者のアセスメントを実施する際、障害程度や生活能力、行動特性を把握するためにはアセスメントツールによるアセスメントを実施することの必要性を感じる時がある。しか

し、それ以前の問題として、職員の中にアセスメントツールに関する知識を持っている者がいないため、当施設に適したアセスメントツールが何なのか分からない。
利用可能なアセスメントツールについての情報提供と許諾権が必要な場合の手続き方法について、ガイドラインに示してほしい。
様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。「遠城寺式」のような、診療室で簡単に診断の傾向をつかめ、心配する家族にも説明しやすいものがよい。…と思います。
発達障がい児、グレーゾーンの子たちの受け皿がない
・一般の支援員が使用できるようなツール。・医療機関にも通用するようなツール。・アセスメントの結果から、どのような支援が必要なのかを提示してくれる。
当園は主に知的障がい児者が入所する施設である。入所年数の長い利用者が多く、入所当時の判定・診断で「精神遅滞、自閉症、その他」が殆んどで、その当時の診断をベースに現在支援が行われている。しかし現状では知的障がいよりも合併的な障がい特性が表出している場合が多く、あらためて専門的な検査や診断が必要なのでは？と考えさせられる。しかし、職員のスキル不足により、どのようなアセスメントを行えば良いかわからず、また経費的負担や時間的な制約の事も考えると手を付け難い本音の部分がある。そういった点ではアセスメントを行うことで発達障がい傾向を把握できるツールがあれば良いと考える。あわせて、成人を対象としたより簡易なツールもあればと思う。
診断をうけるまでに時間がかかる。診断されても、適切にフォローできる専門機関がない。地元保育士の姿勢・技術にかかっている。
アセスメントに時間がかかる。
ガイドラインの末尾に乳幼児、児童、成人期のアセスメント●●の簡略な記載シート●を入れてほしい。（個人的に報告書の形式は整えているが、共通のものがあると利用しやすい（見やすい））
職員の知識と技術不足、しっかりと発達障害について学び、理解している者が少なく統一した支援につながりにくい。
アセスメントツールの必要性は十分に認識しているが、実際にそれを活用しているのは現場職員であり、人的余裕が減り経験年数や知識の差などの課題を抱えている。特に就労継続支援事業については、日々の生産性の向上、利用者の工賃向上に大きく影響することは避けられない現状があり、この先も導入には様々な課題が多い。
発達障害者支援センターとしてアセスメントの依頼を受けることがあるが、特に児相のように判定機能もなく、権限等もないので検査などして提供してもそれらがどのように支援に活かされているのか分からない。支援計画の項目を充たすだけに終わってしまう。
様々な発達障害傾向を1度に把握できる簡単なツールがあったらいい。

知的な遅れを伴わない発達障害（とりわけ自閉症スペクトラム障害）の日常生活における生活困難度をアセスメントできるツールがほしい。
重度知的障害の人の多い施設ですので、現状では太田ステージが活用されています。中には就労する利用者さんもおられますので、その場合は TTAP（移行アセスメント）が有効で市内の専門家に依頼することもあります。
利用者のアセスメントについて、不十分であると感じている。使い易いアセスメントツールがあれば使ってみたい。また、全国的に通用する統一された書式のようなものがあれば、利用者にとっても良いのではないかと思う。
希望者（受診者）が多く、初診から 4～5 月後でないとはアセスメントができない。料金（保険点数）がそれなりにつけば、もっと他施設で心理療法士を雇って行えると思う。
国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。専門機関が少なく予約しても数ヶ月先の診察になってしまう。専門家を育てることが急務。あるいは、ガイドラインを充実させ、一般診療医のレベルアップをはかる。就学と就労支援の充実を。
障害全般についてのアセスメントツールがあれば利用したい。発達障害についての特性や対応方法の具体例がほしい。高齢の方に必要なアセスメントと今後考えられる危険性がわかる資料と対応策。
支援の難しい重度障害者の受け入れに対し、他利用者様への影響が大きいので、重度障害者の対応方法と民間施設で対応しきれなかった場合の受け皿が必要だと感じています。利用者様のニーズ（日中活動の充実、地域移行）と対して、法人または施設として応えられていない部分が多いです。理由として資金面、人員、実行にうつすまでの多くの手続き（行政手続、地域の理解、保護者様、ご家族様の理解）が挙げられます。
アセスメントツールとその利用法について紹介してほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・発達障害の認識は高まりつつあると感じる。家庭や学校、社会でちょっとした工夫でできる配慮を一般に広めていくことが望まれる。広く障害のある方に対する態度を啓発することも大切と思う。 ・診断の有無にあまりこだわらず、苦手な点にすんなりサポートが受けられるという社会を目指したい。 ・特に「診断」については、受け止めることができる人とさらに混乱を招く人とがおられ、その方その方に合わせた介入のバリエーションがいろいろと考える。まず、診断ありきでは支援が進まないこともある。 ・軽度の大人の知的障害者に支援に繋がっていない人が多いことも見逃されている。
<ul style="list-style-type: none"> ・発達障害傾向が分かる簡便で客観的なツールがほしい。（限られた面接時間で多くの情報が網羅できるような） ・転居後に支援機関が変わっても引き継ぎやすいように、国内である程度共通したツールを用いることが必要。 ・テストバッテリーの組み方を含めて、より多くの期間が利用しているツールを知りたい。

発達障害においては個々の特性（個性）により対応に苦慮しています。特に就労支援の場合、本人の特性に合った職場に出合う事は少なく、職場が本人に合わしてくれる事は無いです。就労支援の場に専門の機関や人員配置があれば良いと思います。現在、障害のある人の就職（就労）と無い人のそれとの間にグレーゾーン的な所が多く広がっているような気がします。障害の認定や本人の障害受容があれば支援は可能と思われませんが、そのままであれば地域の貴重な労働力が失われると同時に2次的な心配も多くあります。

WISCIVなど検査用具の購入費が高い。対症例が少ない。

新体系への移行に伴い、急いでアセスメント様式を見直し、一部変更等になり不十分さを感じている。今後、利用者の障害の程度や生活の実情を的確に把握するため、研修を重ね、よりよいアセスメントを行っていきたいと思う。そのためのツール等があれば活用していきたい。

・療育機関が不足している（特に思春期以上）（現在は訓練は小学生までとしている）
・診療報酬体系も不十分でこのままでは病院経営を圧迫しかねない。
・心理士のカウンセリングに対して診療報酬の評価を行ってほしい（小児神経科の病院において）

簡便なアセスメントツールの開発

丁寧なアセスメントが良いケアプラン作成につながるとは思います。新しいスタッフが多く、なかなか力量が伴わない現実があります。アセスメント様式よりは、人材育成に力を入れていく段階だと感じています。

IQ（知能指数）は、発達障害児者の社会参加能力を示す上では、ほとんど役に立たないと言われて久しい。そんな中で、障害者の社会参加を就労という角度から支援している私たちにとっては、生きたツールの完成を願ってやまない。繰り返しになるが、現在の本人の有する能力と不足している能力、さらにいわゆる伸びしろとして持っている能力などが可視化（「見える化」）できるようなツールを開発していただくと、支援の方向性も定めやすく大変有効だと考える。また、ツールとしての設問・選択肢には、判断に迷うものやあいまいなものを無くし、利用者によって結果のブレが出にくいものを作成していただきたい。

・知的障害のある方への支援につながるアセスメントツールを開発してほしい。
・高齢になった知的障害のある方に対する支援のあり方について、また、具体的な支援方法などを提示してほしい。
・1人1人の利用者に対して十分な支援ができるだけマンパワーを確保できるだけの経済的な助成が欲しい。
・知的障害のある方に、理解しやすい表現方法を教えてほしい。

M-CHAT、PERS、PEPの研修会を参加しやすい形で実施して頂きたいと思います。

施設等で行うアセスメントは、前ページのようなものを参考にしてICFやストレングスのモデルを使用したもので良いと思います。それぞれの機関が役割を果たしてアセスメント

<p>を完成させるという形で良いと思います。</p>
<p>・M-CHAT、PARS を●●の中でどう活用していけるのか、具体的な説明がほしい。（事例等を通して） ・東北でも研修会を開いてほしい。</p>
<p>・児童相談所にて知能検査を実施しているため、当園ではその他の検査を用いてアセスメントを行うことが多い。そのため、行動面からのアセスメントが多くなる。 ・重度の知的障害を持つ児童のアセスメントについて、知的側面以外にも、行動面、情趣面等細かな発達の変化を見られるアセスメントツールを紹介してほしい。（K式、遠城寺式、KIDSより細かく見られるイメージ）</p>
<p>マンパワー、時間不足で全くアセスメントができていません。評価目的で発達支援センターにお願いしても知能検査のみで終わってしまうことが多く、具体的なアドバイスに結びつかない例が見受けられます。生活の中で場面による差が大きい児に対して支援から漏れないようにする簡便なツールがほしいと思います。</p>
<p>・保護者自身が発達障害、あるいは精神障害（またはその傾向）があるため、子どもに二次的要因として発達障害としての様相が示されるようになってきているケースは年々増えており、その受け入れ口として児童発達支援事業所を選択せざるを得ない現状がみられるようになってきている。そうしたケースは子どもへの発達支援と共に保護者への支援として送迎も含め多大な労力・時間が取られている。特別加算も含め、制度的なテコ入れがさらに必要な段階に入っていると考えている。アセスメントにおいても生来的なものか、二次的なものを精査できる方法を研究しなくてはならないのではないかと。</p>
<p>入所施設の中では職員が介護業務に追われてしまい客観的なアセスメントが必要と思いつながりながら実施できていません。簡易にアセスメントできるツールがあれば、是非利用したいと思います。</p>
<p>機関ごとの集計の中に、相談内容別の集計も載せてほしい。 ・療育手帳交付にあたっての判定で、どの検査を使用しているか、発達検査の対象年齢を超えていて、知能検査不能の場合はどうしているか、がわかると良い。</p>
<p>アセスメント及び個別支援計画について統一された型があると良い。</p>
<p>単にツールの開発や普及だけでなく、その意味や背景にある特性や理論などを理解した上で使いこなせる人材の養成をあわせて行ってほしいと思います。また、意味がわからず画一的に用いる人もいるので、マニュアル化されすぎることへの若干の懸念があります。</p>
<p>公的機関におけるアセスメントの標準化とケアのクオリティーの確保を●●ためのケアシステム。アセスメントシステムの登録●●制度などが創設されることが必要と思います。</p>
<p>アセスメントツールの存在は知っていても、利用・活用までは至っていない。わかりやすい利用法等を紹介して頂きたい。</p>

WISC等の専門的な検査を実施したいが、心理士がおらず実施できていない。近くの公的病院に依頼すると数ヵ月待たされる。診療所で医師が自ら行えるツールを開発、販売してほしい。

入所時や療育手帳の判定(更新)の際に行う児童相談所の心理判定を活用しています。それ以外はADLやIADLの様子を記載するアセスメントを行っています。児相の判定の回数は2~3年に一度で活用するには不十分なため、施設内で行えると支援にいかせると思います。職員でも行える簡単な心理アセスメントツールが欲しいです。

アセスメントは支援する上で、とても重要なものだと思います。最近、他の福祉サービス事業所、行政、教育機関、医療機関等と連携を図りながら支援する機会が多くなってきましたが、各機関のアセスメントの内容等が様々で当事者の本人像を把握する視点のズレを感じることがあります。当事者の幼児期から青年期、成人期までを上手くつないだ、誰もが把握しやすいアセスメントがあれば支援しやすくなるかなと思います。

多種多様なので、統一化したものベーシックなもののガイドライン化が望ましい。

・少し論点がずれるかもしれないが、療育手帳の判断基準に関して、国で統一したものやガイドラインを示してほしい。

高齢の方が多くもあり、早急にアセスメントツールの必要性は感じていない。モニタリングとアセスメントシートでの対応をしている。

・生活能力を簡便に把握できるツールを開発してほしい。・学習能力を簡便に把握できるツールを開発してほしい。

発達障害⇨生物学的要因が大きかったとしても、環境因⇨愛着の形成不全により、問題が増幅したり、症状が拡大するという実感あり。愛着障害の絡み具合を分析・整理するような評価法がほしい。

経験・知識のない職員が多いため、日々の実践に追われ必要なアセスメントをじっくりと行う事は難しく、その都度状況に応じツールは使用せず行っている現状である。

ADOSやESDMなど、素晴らしいものであることはわかっているが、ライセンス取得は現実的に不可能のように思える。また、研修も少なく高額である。似たようなもので皆が使えるようなものがあったら使いたい。また、PARSも簡略版もあるが、幼児期、学齢期に分けて、また、ASに特化したようなもっともっと簡便なツールがあれば開発してほしいです。利用者の7割がASの方ですが、もっともっとASに特化したものがあってもいいように思います。

心理士不在の状況では、評価可能な機関にお願いせざるを得ない。又、評価が出来ても、心理療法が可能でなければ十分な効果が期待できない。病院では器質的な異常を鑑別するにとどめ、薬物療法と分離することは望ましいと思えない。簡単な質問紙で専門施設に紹介するなどスムーズに運べれば双方に良いのではないかな。

<p>時間がかかって保険診療内で実施する使命がある中で、コストパフォーマンスが悪くて、思うように診療できない。</p>
<p>障害が重く会話が困難な利用者のアセスメントを支援計画に反映させる事が非常に難しい。利用者のニーズをいかにくみ取るかが課題となっている。そういった重度利用者の生活能力や問題行動を把握できるアセスメントツールを紹介して欲しい。</p>
<p>①ADDS、ADI-Rの国内利用の増加:国内研修回数増加、日本語での出版。②医療機関として、診療に手間ひまがかかるが、診療報酬が少ない。小児特定疾患カウンセリング料は2年内しか使えない。患者は2年で通院終了しないので、もっと使える年数をのばしてほしい。(18才まで)③当院では、まだリハビリはしていないが、将来的にST or OTをやりたいと思っている。リハビリ●数も小児加算などがとればよいと思う。</p>
<p>・障害児者手帳制度の整理(療育手帳の全国共通規準化、発達障害児者手帳の制度化、障害福祉サービス受給者証との関係性あるいは統合。)・アセスメントツールも大事であるが、根拠のある支援ツールを開発、紹介してほしい。</p>
<p>①教育や保育など各市町村の現場のスタッフが使用できる比較的簡易なアセスメントツールがあると有難い。②アセスメントツールの電子化が望まれる。たとえば…、a. 結果の集計や分析をするソフトの開発と普及。(廉価で) b. 様々な器具を使うのではなく、PC画面上で検査ができて、その集計や分析やシート作成も一体化しているソフトの開発と普及。③WISCなどのツールの使用のための研修会を実施するためのスキルを各市町村や各都道府県の教育委員会がもてるように取り組んでもらいたい。</p>
<p>子供が飽きないように短時間でできる知能検査を作っていただきたい。5分間程で衝動性・多動性のある子供は検査に集中できなくなります。</p>
<p>上記の〈例〉にある様な簡素化されて分かり易いツールがあれば紹介してほしい。また、施設独自のツールを使用している施設があれば参考にしたい。</p>
<p>・児童相談所の役割は児童虐待や触法児童等、法に基づく相談に移りつつある。しかしそういった相談の中には、一定数知的障害や発達障害の疑われる子供が存在する。このため、法的対応の場で(例えば子どもの処遇決定についての)ものを言う上で後ろ盾になるようなツールがあればという思いはもつところである。</p>
<p>乳幼児～成人まで使用でき、あまりスキルを必要としない、より簡便な社会生活面(能力)アセスメントツールを開発してほしい。</p>
<p>1歳6か月児検診、3歳児検診後、必要なケースで精神発達精密健康診査として児童相談所に依頼している。専門的な内容であり、マンパワー不足にて施設内でアセスメントを行うことは困難な状況である。知的・発達障害児者への理解を深め、支援していく為に必要な情報を得て行きたい。</p>
<p>日々の相談業務に追われて、当方でアセスメントを施行することが困難である。WISCⅢの</p>

事例紹介、支援方法について、紹介してほしい。

当所は療育手帳の取得を希望して、発達障害を抱える児童と保護者が相談に来るが、生活上の支援は必要でも、知的な能力が高いために、療育手帳の取得ができずに福祉制度の活用が十分にできないといった場合がある。障害手帳制度の拡充も含め、知的障害のない発達障害児への支援制度がさらに手厚くなってほしい。また、生活上の適応能力を簡便にアセスメントできるツールができてほしい。

・職員のマンパワー、スキル不足にて、必要なアセスメントが実行難。・フォロー児の療育専門機関、専門医の不足。・保育所における保育士の技術フォローアップ体制の不足。・発達障害傾向を把握できる簡便なツールのみならず、集団健診の場における効果的な活用方法の提示。など

できれば ADI-R や ADOS などのアセスメントツールを使いたいと考えています。ただ、研修を受けるにも機材を購入するにも、費用を手出しのような形になるので、実現しづらい状況です。一律で近いサービスや支援を受けるにはまだまだ至っていないところがあり、もどかしい思いを抱えたまま仕事をしているのが現状です。簡便なアセスメントツールは一次スクリーニングには有効なので、検診などのはじめの窓口でつかうことができるようになっていけると良いのでは？と思います。

・発達障害の外来診療への保険点数確保が必須。・発達障害の外来診療での心理療法、カウンセリングへの保険点数確保が必須。

具体的な支援につながり易いアセスメントや事例集が欲しい。

職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で行うことが難しいため、様々な発達障害傾向を短時間で把握できる簡便なツールを開発してほしいです。

もとの状態と支援をしているから予防、制御できていることはわけて考えるべき。素因としてもっている又は過去にあった事柄についても区分には反映させるべき、又それを含めたアセスメントの書式、3Q を入れた書式やコミュニケーションの特性を入れた（対応のやり方も）書式がほしい。

集計していませんが、非行、虐待等の問題があるケースで、児童が何らかの発達障害を有しているケースが少なくない印象があります。鑑別にとどまらず、支援効果の評価も含めた支援プログラムのご紹介をその臨床上の使い勝手の良さ等も含めてガイドラインで示していただきますようお願いいたします。

各種の申請手帳（書類）に IQ チェックを義務づけられている。おおよその知的能力は問診でも可能であるが、それでは許されないことが多い。他機関に依頼しても迅速な対応をしてくれないことも多い。

療育施設、医療機関（児童を診断できる HP）の不足。知的障害を伴わない発達障害児への支援制度不足。（サービスを含む）福祉、医療、教育をまたがって支援できる機関が必

要。

前ページの各種アセスメントツールがどのようなものか知りません。有用なツールなのでしょうか。個別支援計画を立てる上で必要なのでしょうか。各事業者は、現状では独自のアセスメント表でその人の個別支援計画を立てていると思います。共通のアセスメント表があれば使用したいと思いますが、他機関に依頼しなければならない複雑なアセスメントツールではなく、各自で使用できる、簡便なアセスメントツールの開発をお願いします。

・手帳、年金の申請希望の成人年令受診者が急増しているが、診断をひき受ける医療機関が乏しい、反面生育歴もチェックせず問診のみで診断する医療機関もあり非常に混乱している。ガイドラインには、成人の生育歴チェックの要点、必要なテストバッテリー等を加えていただきたい。・又、臨床心理士をおいていない医療機関も多く、おいている医療機関においても検査実施、その説明、障害告知のプロセスは時間を要し、コストパフォーマンスの観点で困難を伴う公的機関がその役割をもっと担うことを考えて欲しい。

人手不足のため、1人の児童に多様なアセスメントを実施して助言等をする時間がない。発達障害児（高IQ）に対して、療育手帳は対応していない。実際には必要に応じて交付しているが、条件付きであり、発達障害児全てには対応していない。国レベルで発達障害児への支援手帳等について検討してもらいたい。

アセスメントの重要性は認識しているが、アセスメントツールに対する知識・活用するスキルともに不足しているため、多くの事を教えてほしいと思います。

・マンパワー不足。・支援を必要とする各領域においてより客観性の高いアセスメントツールが利用できることが望ましい。

当施設で診断を行い療育は他施設へお願いしている現状であるため、現時点では、自閉症スペクトラム障害のアセスメントツールを利用していないが、今後少しずつ自己告知ペアレントトレーニング等に取り組んでいく予定であるため、その利用法やガイドラインがあると非常に助かると思います。又、当施設周辺で利用可能な療育訓練施設等の一覧も併記してもらえると助かります。

成人期においては、二次的な症状または主症状として精神疾患をもつ方が多数おり、発達検査のみではその判断が難しい。一方、治療をすることができないセンターにおいて、より侵入的な心理アセスメントを行うことは、リスクが大きいため、実施するべきではないという医師の意見の元、医療機関を紹介せざるを得ないが、そこまでのつなぎのために発達検査を実施している現状もある。

・保健センターでの発達相談事業として実施している。当施設の担当職員（保健師）は、検査スキルを持っていない。実際の支援者は雇い上げの形態で、年間80回程度の相談日の中で対応しなければならない。・検査をする事で「自分の子供が障害を持っているのか」と不安に感じてしまうので実施に際しては評価や方向性までその児（母子）に寄り添うよ

うにしている。・面接でのアセスメントが可能なツール（問診項目）があるとよい。（特に乳幼児検診時の）
・虐待を受け多動等の発達障害に似た状態像を呈していたり、発達障害とそれ以外の要因が複雑に絡んでいる場合が多いと感じる。発達障害と養育環境からくる問題とを区別する指標となるものがあれば使いたい。・安価で簡便なアセスメントツールがあれば嬉しい。
・日中活動の中で簡易的に障害特性が把握できるようなツールがあればよい。・インフォーマルな場面で評価するための項目がわかるようなものがあればよい
・遠城寺式など内容が時代に合っていないものがあり困る。・アセスメントツールを作った機関は十分に研修を受けられる機会を提供してほしい。
特殊支援学校在学中、卒業生の受け入れをしております。こうした若い方について、簡便なツールなりが開発されることを期待します。発達障害児が増えている状況もあり将来的に共通理解を得やすいツールなども期待します。
・特別支援教育に関連して、アセスメントや診断を求められることが多く、対応できる専門機関（医療機関）が圧倒的に不足している。病院から「検査できる職員がいない」と当所に検査依頼があり、対応に苦慮している。（マンパワー不足）・検査の希望は多いが、虐待対応等他の相談もあり、職員不足で対応が難しい。・専門機関として対応できる検査を増やしたいが（DN-CAS等）、公的機関で税込不足から検査用紙代に事欠く実態である。・中学校までの特別支援教育のルートは整いつつあるが、その後の道がなく社会に出ていきにくい子供が多い。高校での支援をもっと明確に位置づけてほしい。
・アセスメントツール等を利用して実際の支援では使用しづらい点が多く、特に自閉症の方のアセスメントツール不足を感じます。ツールを使用したら個別支援計画に反映するようなツールも作って欲しい。
・アセスメント技術の向上が課題。・アセスメント様式の見直しが必要。※どんな様式がありどのように活用していくか施設として取り組んでいく必要があると思います。・障害特性にあわせたアセスメントツールの選択も必要と感じています。
仮に簡便なツールを開発されたとして、評価するのは人間であり、その人の主観（捉え方）などによって評価に誤差が生じる。例えば障害程度区分判定調査にしても記入する者によってかなり大きな差が生じているのが現状です。評価する側の力量が重要になると思います。
・検査法の講習会・セミナー等にかかる費用は自己負担によるところが大きいと感じる。講習会・セミナー等の事業に対して費用の一部について国から補助があるとよいと考える。
現状として、職員の経験年数やスキルにより、アセスメントにも大きな差が生じてしまう傾向がある為、今後誰がたてても結果が同じとなるようなわかりやすく詳細なアセスメン

<p>トツールを開発していただきたいと思います。</p>
<p>高齢の方が多い生活支援中心の施設ですが、介護・医療の対応も余儀なくされている現状。しかしその為の体制が整わずベストな支援が行き渡らない。本人の状態に合った介護・医療への施設異動等スムーズに行える環境整備をお願いしたい。</p>
<p>・各職員が検査員となり数値を出していくが、見取り方が職員個々によってバラつきがあるのが現状である。事業所の特性上、発達についての見取りは不可欠であり、支援の方向性を探るうえで重要なものであることから支援者、保育者が実施できる発達検査で誤差・ズレの少ない検査があると良いと思う。</p>
<p>当所では療育手帳交付あるいはその再判定のために知的検査・発達検査を行っている。通常知的障害とされる IQ 範囲を超える発達障害児・者からの交付希望があり苦慮している。国に対しては療育手帳制度の法制化と知的障害児・者の定義、障害程度認定の国基準を明示してほしい。また、知的障害を合併していない発達障害児は、非行・不登校・家庭不適応等の問題を生じて来談する。専門職種でなくても発達障害の傾向や問題を把握できる簡便なツールを開発してほしい。</p>
<p>当園での療育の効果を見るために年度当初と年度末に遠城寺を実施していますが、高機能のお子さんはスケールアウトする領域があり困ることがあります。デンバーⅡやキッズ等を利用した事もありますが、(年度で)わかりづらく、以前使用していた遠城寺に今年度よりもどしました。全員実施するので短時間でしかも一目で発達の状況が分かるような検査があればうれしいです。通園以外の外来(グループ療育等)に来る利用者が100名を超えています。就学前のお子さんの発達状況が短時間で分かるものがあればうれしいです。</p>
<p>様々な発達障害等を把握できる簡便なツールを紹介してほしい</p>
<p>・職員のスキル不足で必要なアセスメントを事業所内で実施することが難しい。・国内で利用可能なアセスメントツールとその方法について、ガイドラインの中で紹介してほしい。</p>
<p>人的資源の不足。発達をきちんと診せる医師(専門でなくとも一定の理解が必要)</p>
<p>・児童相談所で対応しているケースの保護者には、知的障害、発達障害、精神障害のある人が多く、その養育の影響を受けて、子どもの育ちも複雑に歪んだ形になっています。支援に苦勞しているところです。・自閉症スペクトラム障害のアセスメントツールをほとんど使用できていないので、今後取り入れていきたいところですが、不適切な養育を受けて二次障害が多発している子どもについても、弁別力があるものなのか教えていただきたいです。</p>
<p>臨床心理士の先生に発達検査をしていただいていることと、保護者が各自通っている医療機関においての検査を受けていることによって、子どもの状態は把握することができるので、現状としては特に問題はありません。けれども、保育士という職種の私達は直接</p>

こういった検査をすることがないので、一般的な検査ツールのことは知っていても、具体的理解はできていません。また、数々のツールを知りません。様々なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介があればいいと思います。

・職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行することが難しい。
・様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。
・国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。

教育・医療・福祉どのサービスをご利用いただくにあたっては利用者の方を出来るだけ客観的に理解・把握することが可能で、またお一人の人生の流れの中でサポートできるような共通のアセスメント体系があれば非常にありがたいと考える。言い訳ばかりになってしまい恐縮であるが、現場の日常的な多忙さや一事業所単位での力量の限界等を思えば、今回のような事業に期待するところは大きいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

・マンパワー不足・ADL-R、ADOS 未修得・LD 診断のスキル不足

ご担当先生。お世話になっております。このたびは大変有意義な調査を実施いただき、ありがとうございます。別紙のとおり回答しますのでよろしくお願いいたします。

福祉の事業所で、アセスメントツールの使い方等が十分理解できていない

アセスメントツールに対する知識が乏しく、その有効性や妥当性等、活用する為の下地が整っていない。又、アセスメントの結果を実際の個別支援計画へどの様に反映させるか等、活用の仕方の理解不良がある。そこで、ガイドライン内にアセスメントツールの紹介ならびにその具体的な活用法をお教えいただきたい。

児童相談所における児童虐待やぐ犯ケースの中には、発達障害がベースにあり、二次障害による悪循環となっているものも多く見られる。発達障害に対する理解や支援に関しては、発達障害支援センター等が設置される等整備されつつある。今後は、発達障害による二次障害に対するより専門的な治療施設や児童精神科の整備が必要と考えている。

発達障害については、障害児者として意識されることなく通常の保育園・学校等で生活する中で、本人や家族、支援者が困難を抱える事例が多い点が問題視されている。したがって、一般向けで、わかりやすく、支援につながりやすい、という観点から選定されるものが必要と思われる。なお、〇県では、講談社から発売している下記の黒澤礼子著の「発達障害に気づいて・育てる完全ガイド」によるアセスメントを導入した発達障害支援ツール「子育てファイルふくいっ子（仮称）」を平成 23 年度に作成し、県内への普及を図っている。平成 24 年度は広範な普及のため、アセスメントの「短縮版」を〇県と著者とで共同開発を進めているところであり、今後支援ツールの運用支援も含めて県内市町への普及をさらに進めることとしている。ちなみにアセスメントは次の考え方により福井県の支援ツールに導入されている。〇心理職などの専門職でなくても、保健師・保育師・教員など

<p>が使用可能なこと○診断のためではなく、支援につなげる目的であること○乳幼児期から就学時期まで各年齢で使用可能なこと○評価手法の効果が検証されていること。また、今年度、保育園や学校にて使用することにより、発達障害の見立てや個人のスキルアップにつながるのと現場の意見も出ている。</p>
<p>当施設におきましては、職員のスキル不足もあり、利用可能なアセスメントツールについて把握出来ておらず、実際の支援現場で施行する事が困難な現状にあります。個々の利用者の障害傾向の把握について、ツールの開発を望みます。利用可能なアセスメントツールとその利用についてガイドラインの策定と、また当施設においても活用させて頂きたく、御送付頂ければ幸いです。</p>
<p>アセスメントには標準化された検査と行動様式等の個別把握との併用がよいと思います。</p>
<p>限られた時間の中で施行でき、感度、特異度の高いツールがほしい。乳幼児のADHDの評価しやすいツールを開発してほしい。医療モデルに拠らない発達障害児を支える地域の拠点を整備してゆけるだけの国の体制づくりを望んでいます。</p>
<p>発達障がいかどうかの診断を希望される保護者が増えているが、医療機関で対応できるところが限られており、紹介に苦慮している。</p>
<p>〈現状の課題〉急激な高齢化の為、職員のスキル・施設内のハード面での問題〈国への要望〉資金面でのサポート〈ガイドラインに盛り込んでほしい内容〉高齢者に対しての道筋</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・心理士養成のための公的研修の実施（障害者福祉職員対象）及び、心理職の社会的地位の向上。 ・保健師（母子保健担当者）における乳幼児の発達に関してのアセスメント力にバラつきが大きい。 ・健診後のフォローアップとしての教室等の実施に関しては療育的な早期対応による成果のみならず、虐待防止にもおおいに役立っている。公的資金の投入の拡大も含め、もっと重視すべきである。
<p>発達検査は今後、心理士の資格をもった者ではないとできなくなると研修で伺ったが、実際のところ現実的な話なのか知りたい。また、この場合の心理士の範囲はどこまでなのか知りたい。</p>
<p>そもそもアセスメントツールに関する知識に乏しい。</p>
<p>専任のテスター、臨床心理士不在のため不定期に来院する心理士に依頼もしくは、近隣の施設に依頼しなければならない。</p>
<p>知識・技能不足や職員不足もあり、簡便なツールがあれば助かります。</p>
<p>私の施設は生活介護ですが、就労Bの施設に通所される人達をみていると、複合的な問題（障害程度区分では表われない）がある人達がいて、自分で行動できる分だけ返って大変なことがある。特に善悪の判断の弱い人達が多く、事件にかかわる。障害者総合福祉法となる時、そういう面も考慮される障害程度区分になれば、就労Bの職員数もふやすことができ、問題も減るのではないだろうか。乱筆、乱文鉛筆書きで申しわけありません。</p>

市町村の保健センターは障害の有無にかかわらず、全ての住民を対象とした相談を行う一方、発達障害をはじめとする障害、疾病の早期発見、早期支援の場です。そのため、乳幼児に関していえば、保護者にわかりやすく受け入れやすいアセスメントと支援が求められています。わが市では乳幼児健診場面にK式発達検査やMチャットを導入する工夫もしていますが、その有効性と同時に危険性も感じています。乳幼児健診におけるアセスメントの現状および有効なアセスメントツール＝健診に参加した保護者にわかりやすく、具体的な支援がともなったツールがあれば紹介いただきたい。

・アセスメントツールの紹介希望（自閉傾向を併せもつ重度知的障害者のアセスメントツール）

成人（学令を過ぎた）後、行き場のない発達障害の人たちへの支援（生活）の為、施設を運営しています。家族会員として、勉強会・講演会・施設利用をすすめています。ニーズは多様であり、具体的な支援機関がない、行こうとはしない現状が続いています。理解ある人が支援する場所（就労を含めて）が見つかるようになって欲しいと思っています。ていねいでやさしさのある関わりが基本になれば、支援が信頼されないように思います。医療や福祉や生活がトータルに把握できるような支援者が欲しいです。

・職員の知識、技能不足の為アセスメントツールの使用は行っていない。・自閉症の利用者については、より深く本人の特性を知り、支援に生かすアセスメントがあればと考えるが、その他の利用者については特にその必要を認めない。・知能検査を受けたことがあるか否かわからないまま施設を利用される方が多い為、検査の機会があればと思う。

・各事業所における支援者のスキルアップを図るような研修体系の構築と併せて、いくつかの事業所合同での研修や合同カンファ等の仕組みのなかで利用者支援の向上に寄与できるのではないだろうか。・知的、発達障がい児者への支援では、特に地域内外を含め、ご本人の年齢やライフステージの変化に対し、シームレスな支援を受けられる体制が必要と考える。その体制作りのための事業所間連携の一步となると考える。

利用可能なアセスメントツールについて、ガイドラインの中で詳しく紹介してほしい。限られた診療時間の中で活用できる簡便なアセスメントツールを開発してほしい。

・通所の施設ではアセスメントの実施が難しい。・利用者、職員他が把握できるツールを開発して欲しい。

アセスメントは、支援の方向性を決める時の情報収集として非常に重要なことと認識していますし、そのために有用性の高いアセスメントツールが広まっていくことを期待します。そのためには、アセスメント結果がどのように支援に活用できるか、アセスメントツールの目的と活用法などについて使用上の留意点などで説明や助言といった形で示されると助かります。多種多様な職種をもつ支援者、専門家にとっても共通言語として使えるようなアセスメントツール開発に期待しています。

アセスメントを元に、実際支援するのが難しい。特に就労支援をしながら、利用者の生活の支援をするには、時間がない。(通所の為)措置制度では、田中ビネー式での評価をしていた。(市役所)今は、契約制度になってからは、やっていない。就労希望者には職業評価を外部へお願いすることもある。

職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行することが難しい。

グレーゾーンの方のアセスメントについて考えて欲しい。

・アセスメント法については、これまで開発されて来ているものから選択して正確に診断を心掛けることは可能になりつつあります。各々の症例のかかえる問題には多様性があるので障害発見のための簡便なツールには落とし穴があるようにも思います。・今後は対応の為のツールの開発に力を入れるべきと思います。書字、読字障害、日常生活動作、試みるべき療法について開発し系統立てて頂ければと思います。・就労の場の展開とサクセスストーリーの積み重ねをし、知らせて頂きたいと思います。

療育手帳の更新等で知能検査等が必要ないのか検討してほしい。

アセスメントに関しては利用者の方の行動、様子で把握しているのが現状であるが、ツールがあるのなら利用してみたいと思います。

種々なアセスメントツールが出ており、もう少し発達障害を把握するアセスメントツールとして全国での使用の差などはいたしかたないが、統一できるようなものがあると、受ける方や保護者の方へのアセスメントツールの信憑性も得られるのではないかと思います。

・県の各地域において、発達障害の特性把握や具体的な対応方法につながるアセスメントができる機関が少ないこと(特に大人に関して)。・高機能タイプの幼児さんの特性や得意不得意を把握する検査ツールがないこと。・TTAP に関して、高機能の方の特性やスキル等の十分なアセスメントが難しいこと。・発達障害の方の社会性やコミュニケーションについてアセスメントを行う場やツールがないこと。

障害福祉分野において、現制度で定められているアセスメント～支援計画の策定、チェックの流れについて、標準化されたものがないため、それぞれの事業所が個々に作成した様式を用いているのが現状であり、大きな課題だと感じています。当事業所でも、様式を整備することとアセスメントを支援に結びつけることについて、きちんと時間を割いて取り組もうと思っていますが、日常の支援に追われなかなか形にするまでには至っていません。様式の標準化を是非お願いしたいところです。

県の発達障害者支援センターや、総合療育センターなどが、医療的な治療を要さない、療育指導が必要な方々に対する支援を充実させ、行動障害などを伴い、医療的介入が必要な方々を医療機関に紹介するというきちんとした枠組みを整備して頂きたい。ただ「福祉サービスを利用するための書類を書いてほしい」という理由で、受診される方がこれ以上増

えると、児童精神科の開業医は、書類におわれて、診療業務ができなくなります。（最終的には発達障害に関わる医者は医療ができなくなり、やめてしまう。）

・発達障害と合併症がひきおこす、病気とその周囲をとりまく環境において、多様なニーズが併せ持っているが、全てのニーズを把握でき、病状に合った支援機関を利用出来る様、医療機関や各事業所、学校、公共事業所などの連携が重要となってくる。・発達障害児の病状に併った支援機関への位置づけを示して頂きたい。

全国的に共通した簡単なもの。（記入式よりチェックが多いもの）

ADL 及び APDL、IADL 等、必要最低限のチェック項目の統一をはかり、全国的に煩雑、多種多様化を避ける必要を感じる。判定項目等にもリンクした ISO 化を検討してほしい。

・重度の知的障害の行動特性を簡便に把握できるツールが必要・職員間で検査の結果、わかったことを短時間でシェアできるような方法を開発してほしい。

学校の先生に対する何らかの対応がガイドラインがあってもよいと思うことがあります。

発達障害児に対する相談に対してその傾向を把握できる、使いやすい標準的なアセスメントツールがあれば便利だと思し、また助言につながる解釈までしっかり整理されると支援の助けになります。

例にもあげてあることがまさに当てはまります。マンパワー不足があり、外来で簡便に発達障害傾向を把握できるツールの開発をのぞみます。心理や ST を実施する際に保険点数がとれないことがあり、仕事に対する正当な評価がのぞまれます。

・客観的な視点で評価できるアセスメントツールがあれば活用したい。また、職員がアセスメントツールを使いこなすための研修等があると良い。・アセスメントと実際の支援とを結ぶガイドラインがあれば良いと感じている。

診断する機関ではないので、検査はあくまでも保護者の希望によります。臨床心理士さんの確保が困難な現状です。ケースのひろいあげ、アセスメント（不十分ですが）のあとの支援ツールが希薄です。

支援をする際に心理検査で発達段階や発達課題を明らかにする必要性を感じているが、事業所内には検査を実施したり、検査結果を解釈できる職員がおらず、他の機関との連携もできていない。

身体障害と発達障害の重複しているケースが多くあります。その場合でも利用できる tool があればと思います。

・様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。・国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。

やはり職員のマンパワー不足が気になり必要なアセスメントを施設内で行う事が難しくなっています。

・発達障害傾向についてだけでなく、行為、強迫、愛着、不安など包括的にアセスメントできるツールを開発して欲しい。・評価者の経験値によって左右されないツールや方法を紹介して欲しい

現状では、知的・発達障害の相談は、療育センターを紹介することが多く、児相では主に療育手帳判定を行っています。性行相談の中に発達障害・精神障害が疑われるケースも有、その場合は精神科診察をすすめています。マンパワーの不足・経験の浅い職員がいる中で、発達障害を把握できるツールがあると便利だと思います。又、児童精神科が不足しているので、情報を頂ければ嬉しいです。発達障害者で生活に困難さを感じている人は多く、福祉サービスにのりにくい現状であって、IQ等にかかわらず発達障害の手帳等もできればと思うこともあります。

知的障害とは別で、発達障害児者を対象とする手帳制度を国として実施してほしい。短時間で実施できるものや保健師が健診で使用できるツールを開発してほしい。

・心理職等の専門職の配置がなく、一般的なアセスメントツールを利用して施設内でアセスメントすることができない現状がある。・心理職等の専門職以外の職員でも簡単に発達障害傾向等を把握できるようなツールがあれば、利用し支援に活用したいと考えている。

・定期的ではなく必要に応じて、自閉症の方の評価は実施し、生活面に生かせるように考えています。・更生相談所でのK式の検査結果などが、ご本人、ご家族の同意の上ではありますが、きちんと開示されれば支援に反映できることが多いと思います。・できる、できないではなく、できそうなこと、芽ばえが確認できる評価が望ましいと思います。アセスメントを何故するのかの確認ができていないと結果的には意味がないので、アセスメントの意味や活用の仕方について、丁寧にガイドラインには記載していただきたいです。

・思春期の発達障害について、くわしいガイドラインがあると助かります。特徴として思春期の患者様が増えています。

当市では発達検査を別の部署で実施していることから、保健センターで把握したケースは必要に応じて紹介している。保健センターは保護者が発達検査を受けるまでの支援に時間をかけています。発達疑いのある児の簡易なアセスメントがあれば、育児教室を実施しているので、児の発達評価に利用したいと思います。

・客観的に障がいや能力を理解する為のものも必要ですが、本人の希望や願い、気持ちを引き出すものも必要です。・成果主義（馬の鼻先ににんじん）的な国の施策は、もちろん効果的でもありますが、成果を上げれば減算になる（就労移行）場合もあり、フォローも必要です。また、成果主義だけではやって行けない、また、それさえ意味の無い所も有るのでないか。

発達障がいに限らず、様々な障がい傾向を一度に把握できる簡単なツールを開発してほしい。

・愛着形成の面で不十分な生育歴をもつ児童の中に問題行動を多発する傾向がある。問題行動の背景にあるものが、器質的な要因に拠るものなのか、環境因によるものなのかを簡便にアセスメントできるツールがあれば有用。（施設入所児童の場合、細かな生育歴を把握するのが困難なケースが多い）・障害受容（本人、保護者）も把握できるツールがほしい。

児童相談所、更生相談所よりの情報を元に聞きとりにより、アセスメントを実施している。

発達障害者支援センターと連携を取っているのですが、今のところアセスメントツールの必要性を感じておりません

発達障がい者支援センターには、幅広い相談が寄せられるため、スタッフに専門性の高い知識や技量が求められ、自分自身も含めスタッフをどのように研修していくかが課題です。（・対象の幅広さ：知的障がいのあるなしや年齢（幼児、小学生、思春期、成人）による状態像や支援方法の違い。・相談者の立場がさまざま：本人、親、配偶者、きょうだい、先生、上司、支援者など、それぞれの心情の理解と支援の仕方。・評価のスキル、支援方法の知識と経験。ライフステージごとの特徴や支援のポイントの知識、二次障がいへの知識、社会資源や福祉、就労サービスの情報集約して説明する力。相談に応じるスキル、カウンセリングのスキル etc…。・研修の講師として、発達障がいの特性と支援についてわかりやすく伝える力。・関係機関のスタッフと上手にコミュニケーションをとり、マネージメントをしていく力。）

様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。

利用者への様々なツールを用いたアセスメントの重要性は理解するが、事業所だけでは充分に行うことは難しい。行政、医療、相談支援機関等との連携が必要。

現状では、発達検査は他機関に依頼しており、自己の施設内で施行することは、スキル不足などにより難しい。

・職員のマンパワー不足・職員のスキルアップのための専門研修の開催

・職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行することが難しい。・様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。・国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。（日常勤務の中で記録が必要となり、生活介護・入所の部分と記入し虐待防止の中での当施設支援の特別記録記入など、一人一人に必要です。スタッフの限られた中での支援の充実を目指している中で、課題となることも山積みです。それでも日々の中利用者の笑顔に支えられている状態です。よろしく願い致します。追伸、新体系に移行する以前、就労等についてのアセスメントを行ったことがありましたが、文章での記述の部分で表現が難しく、現在は必要な方のみ行っていますが…。（入院時、病院で提示されたもの等））こんなことをこの部分に記入して申し訳ありません。

<p>当事業所は就労移行という事もあり、実習や座学の組み立て等での特性把握にもアセスメントツールの必要性は感じておりますが、職員のスキルアップも社会情勢や地域環境的にも難しさがある。事業所への利用希望を持っている発達障害の方も多く、ガイドラインの作成は支援計画の作成には必要であると思う。</p>
<p>職員のスキルが不足していることもあり、知能検査などアセスメントツールを使用することができない。施設内で必要なアセスメントを行うことができるようなツールの開発や職員のスキル習得のための講習会を開催して欲しい。職員のスキルアップの必要性を強く感じています。</p>
<p>利用者は知的障害者が中心で発達障害に関してはアセスメントもそうだが、日常の支援自体、支援員のスキル不足な状況である。そんな現状でもアセスメントを実施し、日々の支援に生かせるツールを紹介していただきたい。</p>
<p>健診や相談で乳幼児と保護者とかかわることが多い。発達障害傾向が把握できる、健診等での問診内容についても知りたい。</p>
<p>職員のマンパワー不足にて、必要なアセスメントができないこともある。非行・虐待児童への対応に忙殺されています。</p>
<p>職員のマンパワー不足が深刻で、丁寧にみることに限界を感じています。発達障害をみれる医師の育成、必要性の喚起が大切かと思えます。</p>
<p>・未就学児については、保健サイドとの連携・学齢児は教育現場との連携・非行ケースや虐待ケースの背景にある発達障害について</p>
<p>知的・発達障害者の専門支援指導員の養成が急務であるとともに各障害者支援員の体制の確立を図っていきたい。</p>
<p>今のところは、当施設でのアセスメントで満足している。</p>
<p>地域の山間地にあります。検査等を依頼するにも別の市町に頼まないといけないので、時間がかかります。施設内でスタッフが行えるアセスメント（簡易なものでも）あると大変助かります。</p>
<p>他施設でどのようなアセスメントを使っているか学び取り入れられる部分は取り入れていきたい。</p>
<p>当所では、直接支援は成人期が主であり、ケースの中で必要があれば検査を実施いたしますが、検査のみの支援は行っておりません。地域の機関での実施となっております。地域の支援体制整備を考える上では、アセスメントツールの普及と併せてアセスメントツールの利用を通して支援者に必要な視点を身につけて頂くことが重要と考えております。また、診断機能をもたない機関でのアセスメントツールの実施の場合には、導入からフィードバックの方法、そして支援へのつなげ方まで丁寧にを行うことが大切であり、そこまでの研修が必要なのではないかと考えます。どのような機関で、誰が、誰をアセスメントしそ</p>

の結果をどう生かしていくのが良いか？といったことまで見込んだツールの開発と普及の在り方を検討していくことを望みます。

公的意味合いの強い当センターでは、数をこなすことが精一杯でいろいろなアセスメントツールを使いこなすところまでいきません。

・職員のスキルに影響されにくいアセスメントツール、スクリーニングツールがほしい。・健診時の短時間しか観察できないので、短時間でできる精度の高いスクリーニングツールがあれば良い。・スクリーニングでひっかけても、後の支援、相談、検査、療育機関が少なく待機時間が長い。

各アセスメントツールが高額であるため、購入が難しい。

知的・発達障害児の専門機関が近くにないため、近隣の自治体の中でも、心理士等の臨時雇用ができるところが、月1回程度相談日を設定している現状です。現在は乳幼児の健康診査での経過観察や保育園、保護者等からの相談に対して、心理士または言語聴覚士が個別に面接しています。その結果さらに詳しい検査や療育が必要な場合に、専門機関へ紹介するという流れになっています。専門職の確保は、人材確保・予算の両面から年々困難な状況です。

様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。

発達障害傾向を把握できるアセスメントツールを紹介してほしい。

(1) 様々なアセスメントツールがあり選択が難しい。有効性があるスタンダードなツールを絞って紹介してほしい。(2) 新しいツールを開発するのであれば“生活能力・問題行動”について重点的に進めてほしい。特に現状のツールでは“支援者(周囲の人間)との関わりにくさ”のアセスメントが自傷などと同じポイントでは、問題の大きさに比較して不十分で、他害だけでなく“支援を拒否する”“支援者が1人では関われない状況がある”など多くの項目を設定し、現実的な問題の大きさを評価できる尺度が必要だと考える。また、他害などについて“日に頻繁な”などの尺度があるが、現実には支援を実施して1日100回の他害が50回に変容することもあるのに対して、アセスメントではポイントが変化しない状況がある。尺度の細分化が必要。

・アセスメントに要する時間や用紙の価格などと診療報酬の可否や点数が必ずしも相関しないため、一部のアセスメントツールは、診療において有用であっても研究目的以外での施行が難しい。・ADI-Rの様な言葉の壁の大きいツールや著作権の問題で個人での対応が難しいツールは、学術団体などが積極的に関与し、日本における学術研究の世界に向けた発信をサポートしていただきたい。

発達障害について障害傾向(程度)の認定基準を設置し、障害者手帳制度を制定してほしい。

<p>複数の発達障がい者の特性アセスメントができ有効な支援方法までチャートのような形式で可視化できるツールを開発してほしい。（口頭説明だけでは理解しにくい保護者への支援ツールとしても活用できるように）</p>
<p>・療育手帳の判定基準を全国で統一してほしい。</p>
<p>・職員のマンパワーやスキル不足の指導は当施設でも施行できていない。・不登校児の学校や家・病院などの連携をするような、あるいは利用できる施設の情報提供をしていただけるようなユニットがあればありがたい。・アセスメントツールは紹介してほしい。</p>
<p>これまでは独自のアセスメントツールを使用していましたが、今年よりプランゲートを使用しています。これは、システム導入によるものですが、利用者のニーズを適正に把握できているのか疑問があります。どちらにしても、障がいの傾向や知能・生活能力の適正な把握のためには、先に記載の各種アセスメントツールを活用しないといけないと考えています。やはり課題は、それらのツールを使用できる職員に限られているという現状にあります。もっとやさしく覚えられるものがあればと感じています。</p>
<p>知能検査や PARS 等は県内でもよく使われているが、正しく実施できる人がまだまだ少なく、研修機会の充実や人材育成が必要だと感じている。</p>
<p>合併により支所施設として存続しているが、人口減少、施設利用者数も減少により、職員数も減少している。・アセスメントを施行することは難しい。・発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。</p>
<p>・幼児期の対応が多く、診断まで至らないことが多いため、検査結果を基に具体的な支援方法について検討している。個々によって対応は異なるが、アセスメント（傾向）→支援（具体的）がわかりやすくまとまったものがあると助かる。また、結果の保護者への伝え方についての例があると参考になる。</p>
<p>・ADIR や ADOS について国内での研修機会を設けて頂きたい。・マンパワー不足のため、知能検査以外のアセスメントツールは医師が実施するしかなく、時間的制約が大きい。・小児特定疾患カウンセリング料が2年で切れないようにしてもらいたい。</p>
<p>アセスメントツールの利用方法や活用方法についてのガイドラインの中で紹介をぜひお願いします。</p>
<p>・職員のマンパワーやスキル不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行することが難しい。・様々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発してほしい。・国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。</p>
<p>当保健センターでは、乳幼児健診を実施し、言語、行動面等でフォローの必要な児を関係機関へ紹介するまでの役割分担となっており、個別支援計画の作成は行っていません。</p>

発達障害のアセスメントが簡単にできるツールがほしい。新しいアセスメントツールが開発されても、導入に必要な経費捻出、使いこなせるようになるための研修（研修費用の面でも、スーパーバイザーの不在もあるので。）が難しい。

国内で利用可能なアセスメントツールとその利用法についてガイドラインの中で紹介してほしい。

いろいろな研修の中でアセスメントの様式を見ますが、統一されていないことと、本人の状況がよくわかるようなアセスメントツールが必要だと思います。またそのアセスメントによって支援への手がかりがわかるようなものだと、とても良いと思います。

○学園では、知的障害を伴わない発達障害児を支援するため、独自のアセスメント手法と具体的な支援手順を考案開発し、A県内のほか、B県、C県、D県、E県の一部市町村で実施されています。他の地域でもいろいろなツールがあり、使用されていると思いますので、それらの機能一覧をまとめ示してほしい。

・育てにくさを感じている保護者が簡単に発達障害（疑い）があるかをチェックできるツール（各年齢）の開発（スタッフ）
・なぜ早期療育が必要か療育すると何が変るのが保護者に理解しやすいパンフレット。
・様々な発達障害を check できる保護者向けのアンケートの開発。
・知的がボーダー又は高機能の方の療育施設が不足してる。療育施設を増やすのではなく、保育園、幼稚園で療育を補助できる制度や専門スタッフの配置を検討してほしい（職員可配制度とは別に）

・専門職の確保が難しい。保健センターでの乳幼児健診、発達障害等のグレーゾーン対象の教室、その他の相談で乳幼児をみれる心理士に入っていたきたいが、確保が難しい。

支援に関して。発達障害児者について、知能検査において IQ71～80、81～90 程度の児者に行動特性上の問題解決のためや早期の療育を提供することができるよう、発達障害児者に対する療育手帳交付に関する指針をお示しいただきたいと望んでいます。

発達障害特性のスペクトラム度合いを把握できるようなアセスメントツールがあるとよい。当センターでは、生育歴の詳細なききとり、及び知能検査（ウエクスラー系）心理検査を用いて、アセスメントを行っている。

② 設内でアセスメントを実施していくには、事業の内容から見ても非常に厳しいです。しかし、フォーマルにしてもインフォーマルにしても、アセスメントがなければ支援へつないでいくことは難しいと思われます。また、アセスメントツールの開発をされるならば、その結果の報告の仕方まで提示していただいた方が混乱は少ないと思われます。②報告書（まとめ方）の例や、アセスメント結果に基づいた支援の組み立て方の一例等があれば、参考にさせていただきたいです。

発達障害に対する支援というのは、知れば知るほど難しさを感じます。幼児・学童期は、その子の子だけでなく、家族支援の方が難しいケースが少なくありません。成人期の支援においては、二次障害に陥っているケースに悩まされ、支援者・家族が精神的に追い込まれるといった状況が見られる場合があります。また、発達障害をきちんと理解してくれている医師が少ない。

今回の調査等は厚生労働省事業とのことだが、文部科学省～学校関係へも同様の調査やガイドライン作成をしてほしい。H24年4月18日付、厚生労働省・文部科学省連名通知「児童福祉法の改正による教育と福祉の連携の一層の推進について」にあるように、福祉事業所の個別支援計画と、学校の個別の教育支援計画等を連携させていくためには、アセスメントの共有も必要であることから。

知的、発達障害の本態が十分に理解できていない現状でのアセスメントはたいへん困難な仕事だと思います。スッキリとしたアセスメントツールの開発に期待しております。

国として、療育手帳を知的障害者手帳として法制化し、明確な判定基準を提示してもらいたい。

今回は診療所の児童精神科外来を中心に回答しました。肢体不自由児の知的レベルをはかるスケールがないのが困ります。外国人の知能検査の妥当性にもこまっています。是非これらへの対応できるツールがほしいです。ADI-Rが国内で大っぴらにつかえるようになるとうよいと思います。（ただしマンパワーがあるかと言うと問題はありますが…）。

障害者（知的障害者）への調査は必要であるが、知的障害の判定は相談所が実施する療育手帳の判定であり、ある程度の年齢を過ぎれば再判定不要となっている。記されているような調査、判定は行っていないのが現状である。障害程度区分の判定では、知能、生活、問題行動、運動機能、医療面等々の調査、判定項目になっているようです（今後見直し検討中）

・マンパワーが足りず、細かな継続的な支援ができていない。

知的・発達障害児の早期発見に向けて、研修会に参加する等して学習し、スキルを高める努力をしていますが、軽微な場合は、その線引きが難しく保護者への関わりも（気付きをあたえる）非常に困難で苦慮しています。今回作成されるガイドラインが実践的に使用できる内容である事を期待しています。

国・県においてアセスメントスキルの向上の為の研修を定期的実施してほしい。

・利用児の顔写真や活動中の写真（紙媒体に保存可能であれば動画と音声も）が、標準で添付する様式であるとよい。一部の機関が添付しても、他機関では添付しない場合「プライバシー侵害の恐れ」という理由で利用児や保護者の理解を得にくいから。本人の全体像を把握するという、アセスメントの機能を考えると必要だと思う。・障害観の転換に対応するために「〇〇程度の補助があれば〇〇できる」という捉え方ができる様式であるとよい。利用児の年齢と、一般的なその年齢の子どもの生活を想定し、活動に参加するために必要な支援が明らかになればよいと思う。・個人情報保護の観点から「口頭で伝えても書面に残さない」「書面に残しても他機関には伝えてほしくない」などの確認できるよう、項目ごとにチェック欄を設けたものが標準であってほしい。

当学園は公立であり、支援の蓄積が困難であること、また、自閉症の方が多い中での環境設定を改善したくても、工夫の限界を感じている。アセスメントツール等、一定の基準には期待します。

厚生労働省の作成依頼により障害者職業総合センターが公開している「就労支援のためのチェックリスト」を活用している。理由としては当法人が自立と就労を第一目標として日々の支援を展開でき、社会貢献できる尺度として有効な指標となっていること。学校・就労移行支援事業所・家庭との連携の中で支援のレパトリーが広がる。アセスメントツールとして最適である。

検査する部屋に入れられない子、泣いて検査ができない子もいるので親等の聞き取りのできるツールの開発、紹介をしてほしい。

様々な発達障害傾向を一度に把握出来る簡便なツールを開発してほしい。

発達障害が疑われる子どもたちに対しては、現在使用している新版K式以外のアセスメントも実施できれば良いと思うが、フォロー健診の中では時間的な制約が大きいため、実施は非常に困難であるのが現状です。

専門性を持った機関として位置付け、考慮した人事を継続して欲しい。

紀の川市では、乳幼児健診後のフォロー、幼稚園、保育所での気になる子ども対象に発達相談を実施している。幼稚園、保育所では親の理解がえられず支援にはいりにくいケースが少なくない。幼稚園、保育所での保育士等からの発達障害児の親支援についてが課題にあげられる。

例に記載されているような内容についても感じているところですので、知りたいです。また、支援の仕方がわかるようなアセスメントツールがあると良いと思います

①職員のマンパワー不足は明らかです。施設内で種々の検査を施行することはできません。専門の職員を雇うことも考えていますが、決断ができません。普通のクリニック（小児科）にとって知的・発達障害児者のアセスメントと支援はなかなか難しい課題です。圧倒的に「時間」が不足しています。時間さえ充分にあれば、もう少しはできるのだらうとは思いますが。今のところ、小児科をけずって、発達障害等に特化したクリニックに移行させることは、難しいのではと思っています。時間のかからないアセスメントツールがあれば使ってみたいとは思いますが。②結局のところ、この方面への支援は、やろうと思ってもなかなか進まないことが一種のあきらめにつながりつつあります。今回のこの研究成果に期待するところがあります。

・センターの職員の経験年数が若く、スーパーバイザーがいない。・〇市という土地柄、地域の課題を施策に反映させていくことが困難。・障がい児相談について〇市では、平成25年度から実施予定であるが「障がい児」という発達期に関わる中での専門性は非常に高く、それが〇の特定相談支援事業所はどこまで理解しているのか不安である。

知的障害者の高齢化や認知症に対応するアセスメントツールがあれば、利用させていただきたいと思います。

アセスメントの必要性はあり、実施するにあたっては、利用方法等のガイドラインは必需品と考えます。しかしながら、どのような方法を介しても一機関内での評価にとどまってしまう傾向にあり、本人像を決めつけてしまっているのが現状です。アセスメントツールに関しては、どこでも誰でも使用でき、外部へも渡しやすい内容になることを願います。

アセスメントツールに関する職員の専門的な知識と技能を含むツールや、それを学ぶための研修会等について紹介して欲しい。

1、PDDの基準を示して欲しい。2、知的・発達障害の明確な行政上の基準を示して欲しい。3、行政機関では、異動が多く、経験年数が浅い職員が対応することもあるため、国や研修機関でアセスメント、支援計画に関しての研修を開催して頂きそれに参加できるようにして欲しい。

診療所で使える簡便なテストがほしい

職員のマンパワー、スキル不足、アセスメントの方法について全体的に何をどのように活用していくかのところの知識不足。できれば職種を問わず現場でアセスメントしやすいものがよい（職種を集められないため）が研修は必要でしょうね。東京・大阪でなく、金額もかからないものがよいが…（県内だとうれしい）できる人とつながる（お金をかけず）にはどうしたらよいでしょう。

①心理士の仕事への診療報酬がないことが決定的な問題。これまでSTにある程度役割を果たしてきてもらったが、ST●の対応には限界がある。現在4名の心理で診断、告知、個別支援（児童●●セスを一●利用）しているが、保険限度スレスレとなり不安を感じながらの運営である。一日も早い国家資格●をねがっている。②保育所や学校との連携活動の中で、●●的や情報提供が●●●相手のとき保健請求●であると、学校への●●●提供 etc に評価がないので、経営上難点、学校 etc へ情報提供への評価が欲しい。③医療の関与の必要なケースが多いが①②が解決されないと参入がふえないのでは。

親が check していった、振り返ると障害特性や対応がわかるようなもので安価なツールが欲しいです。フロステッグや、S-M 社会能力検査などは併用していますが、ADHD 傾向、広汎性発達障害についてわかりやすいものを希望します。

アセスメントツールは以前(数年前)に静岡県太田ステージで生活介護の利用者を測定し、アセスメントや支援計画に利用していました。しかし数年で職員がいそがしかったりして、使用しなくなりました。職員が簡単に測定でき、使用できるツールがあればと思います。

ABA に精通した（熟達した）専門職の養成

障害の有無を判定できる専門職が不足している。また、診断された後の支援していく場が少ないため、必要な支援を受けることが困難であることも多い。

自閉傾向や多動傾向などがセルフチェックできる簡易ツールを開発して欲しい。

入所児童が重度・最重度である為、それ用のアセスメントが欲しい。

発達障害の場合、知能検査による IQ だけでは実態が見えてこないし、複数のアセスメント評価の重要性を感じる。今後、ヴァインランドが翻訳され、不適応行動尺度についても評価できることで、社会性能力を知るバッテリーとなることに期待している。

利用者の能力を多方面から分析できるツールがほしい。

臨床に関しては様々な発達障害と評価するツールはそれぞれあるので、医師などが対象にあわせて適切に選択し、評定を解釈する力量が必要だと思っています。研究に関しては、標準化された構造化面接がより簡便に利用できる環境を整えば、●学などの基礎となる研究がやりやすくなるように思います。

・単発的な学習の機会はあるが、継続的に学ぶ機会や場がない。・視覚障害、聴覚障害、肢体不自由など、他の障害が合併している子どもなどへのアセスメントのノウハウに乏しい。・アセスメントツールが数多く出まわっているが、どのツールを活用していいのかわからない。・国には、より活用しやすく、手厚い支援が可能となる施策を考えてほしい。

・マンパワーやスキルの不足から必要なアセスメントを行うことは難しい。・あまり専門的な知識はなくても簡易に行えて発達障害等の傾向がわかるツールがあればいいと思う。・職業評価を職業センターにお願いすることはあるが、頻繁にはお願い出来ない状況

<p>にある。簡単で安価なツールがあればと思う。</p>
<p>ある程度国内で統一した診断が出せるようになるとよいと思います。ADHD を一生懸命にされている施設では ADHD の割合が高く、ADHD の症状の強いアスペルガー症候群は ADHD と診断されます。合併（発達障害の）についての考え方、そもそも DSM-IV（改訂されるようですが）に問題があるのでは？と思っています。</p>
<p>・アセスメントツールの数が増え、対象児のためといえ 3 時間費をやして実施しても医療点数として請求できない現状に苦慮している。・統一されたアセスメントツールができることで、他の機関とも共通の理解をもってその子を理解できるようになってほしい。・アセスメントを実施してもそこから支援につなげられるように職員のスキルアップのための研修を実施していただきたい。・簡便なアセスメントツールが出回ることで、専門家でない者が安易に判断し、対応することが懸念される。</p>
<p>数年間、白沢方式を使用して来ました。今年施設独自のものに少し変えてみました。今後相談支援事業をする上で、障がい者の全体像がわかるような方式と御本人の望むこと、困り感、リアルニーズなども含めて、アセスメントの中で把握できるような様式があれば良いと思います。</p>
<p>日々、生活支援や就労支援に追われており、なかなかアカデミックな考え方をすることができません。大まかな支援の方法とかがわかるものがあるとひとつの指標にはなるのかなァーとは思いますが…。</p>
<p>・職員のマンパワー不足にて、必要なアセスメントを施設内で施行するには限りがある。・幼稚園・保育園（所）などで専門家へ相談する判断材料となるようなアセスメントツールがあるとよいと思う。</p>
<p>・アセスメントツールを実施するために、時間を要することが多い（実施時間＋評定作業）・アセスメントツールの実施にあたっては、実施及び評定作業にスキルが必要なことから、実施可能なスタッフが限られてしまう。・地域の支援機関（特に母子保健領域）で利用可能な簡便なアセスメントツールがあるとよい。</p>
<p>・様々な発達障害の傾向や症状等を一度に把握できる簡便なツール。・ヴァインランド適応行動検査（日本版）の簡易版。・発達障害思春期・成人期向けの感情コントロールや自己認識を促すグッズ、マニュアル。</p>
<p>・当施設の現状は、利用契約時に公的機関より送られた判定書での知能発達くらいであり、主たるアセスメントは本人との面談や聞き取りで把握して支援を行っています。・職員の専門性の不足により、専門的なアセスメントは行っていない。使用した事がない為、その有効性が解りません。〈希望〉・発達障害の方に共通の傾向や行動が把握できるツールが必要です。・発達障害の方の特性（こだわり等）が重いのか、軽いのか解る尺度があればと思います。・発達、知能、生活能力等の検査等は専門機関が行い、その判定結果のみを</p>

知る状況であり、本人さんの把握は施設の活動や精神科主治医のアドバイスに頼っている。生活に促した解りやすく又、支援と結びついたアセスメントツールがあればと思います。

就労支援 B 型一本の事業所です。利用者の中には半数に近い人達が生活介護の領域ですが、日中活動においてはスタッフの手を取りながらも一年半が経過しました。利用者さんでそれだけ問題とされる人もいないので、特に不自由を感じることはありませんが、IQ がどれくらいあるのかも知らされていない人達もいますので自分の所でそうした検査がやれるのであれば今後も大いに活用してゆきたいと思っています。

初任者向けのツールがあると助かります。研修会等で紹介いただいた中から、使用している状況です。

③ 々な発達障害傾向を一度に把握できる簡便なツールを開発して頂きたい。②ガイドラインの紹介

全てを保険点数に入れてほしい。コストがとれないと人をやとえない。

アセスメントはあくまでアセスメントであり、支援とは表裏一体と思いますが、アセスメントでの課題が支援することで、必ずしも改善、向上するものではない場合もあるという事を国や研究機関等は理解してほしいと思っています。

・発達段階をつないで有効にアセスメント情報を活用する手立て。・アセスメントツール使用にあたっての資格基準(倫理面から検討必要)。※設問 V については、入所利用者の割合を記載したが、診療所の外来患者として地域の方の利用がある。その割合としては、知的障害 30%、発達障害 60%、精神障害 10%、身体障害 0%となっている。

・年齢別、遊びの種類や遊び方のチェックリストの開発によって発達の偏りを理解したい。・こどもの特性の全体像が把握できるような自閉症三つ組以外の感覚過敏性や運動面(全体・手先)の不器用さ、食行動の特徴なども網羅したチェックリストの開発。

名アセスメントツールの特徴、必要性、また使用ケースなどを紹介してほしい。

(回答が読めない場合●等で表記)