

「平成20年度社会的養護における施設ケアに関する実態調査」

# アセスメント調査票

(母子生活支援施設・就学前児童用)

本調査は2日間タイムスタディ調査の調査期間における対象世帯(児童)の状態を把握するものです。

## 〈ご回答の方法〉

1. ご記入に先立ち、説明資料「アセスメント票の記入要領【就学前児童用】」を必ずお読みください。
2. 本調査票には、2日間タイムスタディ調査の対象となった世帯の就学前の児童全員の状態をご記入ください。
3. 「施設ID(英数字5桁)」及び「母子ID(数字3桁)」は、調査対象母子一覧表に基づいてご記入ください。
4. ご不明点につきましては下記のコールセンターで受け付けております。お気軽にお問い合わせくださいますようお願い致します。
5. 回答が終わりましたら記載内容をご確認の上、貴施設で設定されたスケジュールに合わせて調査事務局までご返送ください。

### 【コールセンター】

「平成20年度社会的養護における施設ケアに関する実態調査」調査事務局  
(みずほ情報総研)

TEL: 0120-701-181 (受付時間: 9時30分~17時00分)

FAX: 03-5281-5443

# アセスメント票（就学前児童用）

施設ID

--	--	--	--	--

（5桁の英数字）

母子ID

--	--	--

（3桁の数字・世帯の当該児童のIDを記入してください）

## I. 基本属性

当該児童に関する基本属性を回答してください。

問1 生年月

西暦

--	--	--	--

年

--	--

月

問2 性別

1. 男

2. 女

問3 貴施設への入所年月

当該児童の貴施設への入所年月及び入所回数、措置変更の状況について記入してください。

西暦

--	--	--	--

年

--	--

月

問3-1 貴施設への入所回数

1. 1回(初回) 2. 2回目 3. 3回目 4. 4回目 5. 5回目以上 6. 不明

問3-2 他の児童福祉施設の有無

1. 有り

2. 無し

0 貴施設への入所前の居所

1. 乳児院 2. 児童養護施設 3. 情緒障害児短期治療施設  
4. 児童自立支援施設 5. 母子生活支援施設 6. 里親  
7. 上記以外の児童福祉施設 8. その他  
( ) ( )

問4 入所後の一時保護の経験

1. 有り

2. 無し

3. 不明

問5 通園の状況

当該児童の通園の状況について、以下の項目から1つだけ選んでください。

1. 良好

2. やや問題あり

3. 問題あり

4. 判断困難

5. 通園していない

問5-1 通園先

問6で1から4を選択した場合に回答ください。通園先はどこですか。

施設内併設

1. 保育所

2. 幼稚園

3. その他 ( )

施設外

1. 保育所

2. 幼稚園

3. その他 ( )

**II. 親(主たる保護者)の状況** 親(主たる保護者)がいない場合は、「III. 児童の状況」へ進んでください。

**問8 親(主たる保護者)の状況** 当該児童の親(主たる保護者)の状況および続柄を記入してください。

1. いる	0. 続柄(あてはまるもの全てに○)					
	1. 実父	2. 実母	3. 養(継)父	4. 養(継)母	5. 祖父	6. 祖母
2. いない	7. 兄弟姉妹	8. 義兄弟姉妹	9. 伯(叔)父	10. 伯(叔)母	11. 里親	
	12. その他( )					

＝「III. 対象児童の状態」にお進みください(問9はとばしてください)。

**問9 養育に関する問題及び保護者対応の困難さの状況** 親(主たる保護者)の養育に関する問題及び保護者対応の困難さの状況についてそれぞれ回答してください。

人格障害傾向	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	※人格障害傾向の診断や疑いが見られる場合等。
抑うつ傾向	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	※抑うつ傾向が1週間以上続いている場合等。
アルコール乱用・依存	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	※飲酒により仕事や家事ができないことがある場合等。
薬物乱用・依存	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	※麻薬、覚醒剤、シンナー、精神治療薬、鎮痛剤等の乱用・依存
子どもへの愛着形成の困難	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	※かわいと思えない、受容できない、無関心等
不安傾向	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
パニック障害	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
統合失調症の疑い	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
知的障害	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
施設の指導に従わない	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
クレームが多い	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	
長時間の電話や頻回の来園(クレーム以外の相談等)	1. 有り	2. 無し	3. 判断困難	

### Ⅲ. 対象児童の状態

現在の状態を評価してください。

**問 10 出生時の状況** 当該児童の出生時の状況について記入してください。

出生時体重	1. ( ) グラム	2. 不明
在胎週数 36 週以前の早期での出産	1. はい ( ) 週 ( ) 日	2. いいえ 3. 不明
修正年齢 ※乳児期のみ	( ) 歳 ( ) ヶ月	
出産後の問題	0 具体的な内容(当てはまるもの全てに○)	
	1. 有り	1. 保育器の使用 2. 2週間以上の入院 3. 発育不全 4. 先天性の異常 5. その他 ( )
	2. 無し	
疾患および障害関連の問題	1. 有り(疾患および障害名: ) 2. 無し	

**問 11 身体・発育の状態** 調査時点における当該児童の体重と身長を記入してください。(小数第1位まで)

身長	cm
体重	kg

**問 12 栄養状態** 調査時点における当該児童の栄養状態を記入してください。

哺乳・離乳食等の形態	1. ミルクのみ	2. ミルクに加え離乳食を開始している
	3. 離乳食は完了した(幼児食)	4. その他 5. 判断困難
摂食の状態	1. 問題無し	
	0 具体的状況(あてはまるもの全てに○)	
	2. 問題有り	1. 小食 2. 過食 3. 拒食 4. 異食 5. 偏食 6. 食事に時間がかかる
	3. 判断困難	

**問 13 発達状況(現在の状態を評価)**

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

粗大運動に	0. 判断困難	1. 疑い無し	2. やや疑い有り	3. 疑い有り	4. 遅れ有り
微細運動に	0. 判断困難	1. 疑い無し	2. やや疑い有り	3. 疑い有り	4. 遅れ有り
言語的発達に	0. 判断困難	1. 疑い無し	2. やや疑い有り	3. 疑い有り	4. 遅れ有り
社会的発達に	0. 判断困難	1. 疑い無し	2. やや疑い有り	3. 疑い有り	4. 遅れ有り

**問 14 日常生活能力の発達(現在の状態を評価)**

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

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

**問 15 知能および発達検査結果（最新の数値を記入）**

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

**問 16 情緒・行動上の特徴（現在の状態を評価）**

現在の児童の状態を[0.評価対象外/1.疑い無し/2.やや疑い有り/3.疑い有り/4.確かに問題有り/5.判断困難]のいずれかで評価してください。評価の基準については記入要領を必ずご参照ください。

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

**問 17 被虐待体験の有無** 当該児童の入所前の被虐待体験有無を回答してください(現在認識しているものについて回答)。

1. 有り	2. 疑い有り	3. 無し
-------	---------	-------

**問 17-1 虐待の種類** 【被虐待体験有りの場合】、当該児童が虐待を受けた種類を以下の項目の中から選んでください(複数回答)。

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

**問 18 定期的に通院している疾患、障害名および通院回数等**

1. 無し				
2. 有り (以下にも回答してください)				
疾患名・障害名 ※記入要領参照	通院中の診療科 ※記入要領参照	通院回数 (過去1年当たり)	服薬状況	
[ ]		回	1. 有り	2. 無し
[ ]		回	1. 有り	2. 無し
[ ]		回	1. 有り	2. 無し

**問 19 精神科への入院経歴**

1. 有り	2. 無し	3. 不明
-------	-------	-------

**問 20 精神疾患・精神障害の状況**

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

1. 診断有り	2. 疑い有り	3. 無し
---------	---------	-------

**問 20-1 精神疾患・精神障害の状況**

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

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

**問 21 当該児童の障害者手帳の所持状況**

当該児童の障害者手帳所持の状況について、以下の設問に回答してください。

身体障害者手帳	1. 1級	2. 2級	3. 3～6級	4. 未判定(申請中)	5. 無し
療育手帳(知的障害者福祉手帳)	1. 重度	2. 中度	3. 軽度	4. 未判定(申請中)	5. 無し
精神障害者保健福祉手帳	1. 1級	2. 2級	3. 3～6級	4. 未判定(申請中)	5. 無し

※療育手帳の障害程度区分は自治体によって異なりますが、ここでは所持している場合には「重度、中度、軽度」の3区分とします。「最重度」区分が存在する場合は「重度」に含めてください。

**問 22 家族への支援状況**

当該児童の家族等に対する面接や家庭訪問など継続的な家族支援の状況について記入してください。

実施実績	1. 有り	2. 無し
------	-------	-------

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

※年齢に応じたチェックリストを使用してください。

記入上の注意

以下の要領にしたがって質問紙に記入してください。

1. 各項目には選択肢が用意されています。あてはまる選択肢の番号に○をつけてください。
2. あまり深く考えず、普段の印象をお答えください。
3. 質問項目には全てお答えください。

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

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

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

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

2. お子さんの普段の行動から以下のような様子が見られますか？

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

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

3. お子さんには次のようなことがありますか？

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

◎「2歳から6歳未満児用」

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

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

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

2. お子さんの普段の行動から以下のような様子が見られますか？

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



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

3. お子さんには次のようなことが有りますか？

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

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

#### IV. 児童のケアニーズ等

##### 問 24 ケアニーズの充足状況に関する評価

当該児童のケアニーズはどの程度充足されていると考えますか。現状の職員数、施設状況等といったサービス提供体制上の制約がないものとして評価してください(あてはまる番号1つに○)。

充足されている	ほとんど充足されている	あまり充足されていない	充足されていない
4	3	2	1

※問 24 で2または1を選択した場合にのみお答えください。

##### 問 24-1 不足しているケアの内容

当該児童にとって不足しているケア内容として優先順位の高いものを3つまでお答えください。

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1. 身の回りのケア               | 2. 愛着形成、コミュニケーション             |
| 3. 学習支援                  | 4. 個別指導・面接                    |
| 5. 専門的な心理ケア              | 6. 専門的な医療ケア                   |
| 7. 自立支援に関するケア(就労、進学、自活等) | 8. 家族再統合に向けてのケアやファミリーソーシャルワーク |
| 9. 関係機関との連携              | 10. その他 ( )                   |

問 24-2 どのような環境を整えば当該児童のケアニーズに対する充足度を高めることができるとお考えですか。自由に記入してください(例:職員数の増加、職員のスキルアップ等)。

**問 25 睡眠の状況**  
(現在の状態を評価)

当該児童の最近1ヶ月間の睡眠の様子について、以下の各質問にお答えください。何か特別な理由で(例:風邪にかかり体調が悪かったなど)、普段と様子が違っていた日ではなく、普段の生活を送ることのできた日の睡眠の様子についてお答えください。  
※睡眠習慣について出来る限り実態を把握して回答してください(不明の欄へのチェックは極力避けてください)。

1. 当該児童の寝つきの習慣について、当てはまるところにチェックしてください。

	1. ほとんどいつも (5~7日/週)	2. ときどき (2~4日/週)	3. まれ (1日/週かそれ以下)	4. 無い又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
寝る時刻になっても寝床に入るのを嫌がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一人で寝るのを嫌がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暗い部屋で寝るのを怖がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
からだや頭を、揺すったり、リズムカルに動きながら寝つく(例:ベッドに頭をぶつけるなど) [具体的な記入: ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝つきの特別な物品、もしくは儀式が必要である(例:特別な人形や毛布、指しゃぶりなど) [具体的に記入: ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 当該児童の睡眠中の行動について当てはまるものが有れば、チェックしてください。

	1. ほとんどいつも (5~7日/週)	2. ときどき (2~4日/週)	3. まれ (1日/週かそれ以下)	4. 無い又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
寝言を言う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おねしょをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜泣きをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠ったまま落ち着きなく体がよく動く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠ったまま歩きだす、行動をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯ぎしりをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠っている間に体の一部がピクつく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大きないびきをかく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠っている間に子供の息が止まっているように見える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠っている間に子供の息が詰まりかけたり、息が荒くなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜中に目を覚ますと、水分か食物をとらないと再び寝つけない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜中に叫び声を上げたり、汗をかいたり、慰めようもないほど泣きじゃくって目を覚ます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
怖い夢を見る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 当該児童の朝の目覚めについて当てはまるものが有れば、チェックしてください。

	1. ほとんどいつも (5~7日/週)	2. ときどき (2~4日/週)	3. まれ (1日/週かそれ以下)	4. 無い又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
目が覚めたとき機嫌がわるい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝床からなかなか起き出せない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
はっきり目が覚めるまでに時間がかかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目覚める時刻が早過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
朝、食欲がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 当該児童の昼間の眠気について当てはまるものが有れば、チェックしてください。

	1. ほとんどいつも (5~7日/週)	2. ときどき (2~4日/週)	3. まれ (1日/週かそれ以下)	4. 無い又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
とても眠そうにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
活動(食事や遊びなど)している最中にも突然眠ってしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 寝床に入る時刻(消灯時刻)を教えてください。

午後 ( ) 時 ( ) 分	<input type="checkbox"/> 不明
----------------	-----------------------------

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

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
<input checked="" type="checkbox"/> はい の場合 → 最大で ( ) 時間 ( ) 分 違った		

7. 寝床に入ってから、寝つくまでに、平均してどれだけ時間がかかりますか。

( ) 時間 ( ) 分	<input type="checkbox"/> 不明
● 1時間未満の場合には“( ) 時間”のところに“0”と記入してください。	
● 例：午後8時30分頃に寝床に入り午後9時頃に寝つく場合 → 0時間30分	

8. 一晩に平均して何回、目を覚ましますか。

合計 ( ) 回	<input type="checkbox"/> 不明
● いったん寝ついた後から、朝しっかり起きるまでの途中の目覚め回数です。	

9. 8の質問でお答えいただいた夜間の目覚めの合計時間はどのくらいですか。

合計 ( ) 時間 ( ) 分	<input type="checkbox"/> 不明
● 目を覚まさない場合には、「0時間0分」と記入してください。	

10. 朝に目覚める平均時刻を教えてください。

午前 ( ) 時 ( ) 分	<input type="checkbox"/> 不明
● 寝床を離れる時刻ではなく、覚醒する時刻です。	

11. 一日に平均して何回、お昼寝をしますか。

合計 ( ) 回	<input type="checkbox"/> 不明
----------	-----------------------------

12. 11の質問でお答えいただいたお昼寝の合計時間はどのくらいですか。

合計 ( ) 時間 ( ) 分	<input type="checkbox"/> 不明
● お昼寝をしない場合には、「0時間0分」と記入してください。	

アセスメント票の設問は以上です。タイムスタディデータの分析等において非常に貴重な資料となりますので各設問に記入漏れ、誤りがないか再度ご確認ください。  
調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

