

		無い	たまに有る	有る	よく有る	年齢的に不可能
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
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26 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ほどの程度充足されていると考えますが、現状の職員数や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)つは◎			
	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26で2または1を選択した場合にのみお答えください。

問26-1 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26-2 どのような環境が整えば当該児童のケアニーズに対する充足度を高めることができるとお考えですか。自由に記入してください(例:職員数の増加、職員のスキルアップ等)。

問27 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、普段の生活を営む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、当てはまるものを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寢床に入るのを嫌がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一人で寝るのを嫌がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暗い部屋で寝るのを怖がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
からだや頭を、揺すったり、リズムカルに動きながら寝つく(例: ベッドに頭をぶつけるなど) [具体的な記入:]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝つくのに特別な物品、もしくは儀式が必要である(例: 特別な人形や毛布、指しゃぶりなど) [具体的に記入:]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	1. ほとんどいつも (5~7日/週)	2. ときどき (2~4日/週)	3. まれ (1日/週かそれ以下)	4. 無い又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
寝言を言う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おねしょをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜泣きをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠ったまま落ち着きなく体がよく動く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠ったまま歩きだす、行動をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯ぎしりをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠っている間に体の一部がピクつく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大きなびきをかき	<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
目が覚めるとき機嫌がわるい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寢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. ない又は年齢的に当てはまらない	5. 不明
とても眠そうにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
活動(食事や遊びなど)している最中にも突然眠ってしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 寝床に入る時刻(消灯時刻)を教えてください。

午後 () 時 () 分 不明

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

はい いいえ 不明
 はい の場合 → 最大で () 時間 () 分 違った

7. 寝床に入ってから、寝つくまでに、平均してどれだけ時間がかかりますか。

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

8. 1晩に平均して何回、目を覚ましますか。

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

9. 8の質問でお答えいただいた夜間の目覚めの合計時間ほどのくらいですが。

合計 () 時間 () 分 不明
 ● 目を覚まさない場合には、「0時間0分」と記入してください。

10. 朝に目覚める平均時刻を教えてください。

午前 () 時 () 分 不明
 ● 寝床を離れる時刻ではなく、覚醒する時刻です。

11. 1日は平均して何回、お昼寝をしますか。

合計 () 回 不明

12. 11の質問でお答えいただいたお昼寝の合計時間はどのくらいですが。

合計 () 時間 () 分 不明
 ● お昼寝をしない場合には、「0時間0分」と記入してください。

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

「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

(母子生活支援施設以外・就学後児童用)

本調査は2日間タイムスタディ調査の対象ユニット等に所属する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【就学後児童用】」を必ずお読み下さい。
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ユニット等に所属する就学後の児童全員の状態をご記入下さい。
3. 「施設ID(英数字5桁)」及び「児童ID(数字2桁)」は、調査対象児童一覧表に基づいてご記入下さい。
4. 不明点など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下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下さい。

【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（就学後児童用）

施設ID (5桁の英数字)

児童ID (2桁の数字)

1. 基本属性

当該児童についてご回答ください。

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 措置変更の有無	0. 貴施設への措置変更前の居所 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()
	1. 有り 2. 無し

問4 入所後の一時保護の経験

1. 有り 2. 無し 3. 不明

問5 養護問題発生理由 (入所時点)

当該児童の養護問題が発生した家庭の状況(理由)を以下の項目の中から最大4つまで選んでください。

1. 父の死亡	2. 母の死亡	3. 父の行方不明	4. 母の行方不明
5. 父母の離婚	6. 両親の未婚	7. 父母の不和	8. 父の拘禁
9. 母の拘禁	10. 父の入院	11. 母の入院	12. 家族の疾病の付添い
13. 次子出産	14. 父の就労	15. 母の就労	16. 父の精神障害等
17. 母の精神障害等	18. 父の放任・怠だ	19. 母の放任・怠だ	20. 父の虐待・酷使
21. 母の虐待・酷使	22. 棄児	23. 養育拒否	24. 破産等の経済的理由
25. 児童の問題による監護困難	26. その他()	27. 不詳	

問6 入所理由 (児童自立支援施設のみ)

当該児童の入所理由としてあてはまるもの全てを選んでください。

1. 強盗等	2. 暴力非行	3. 窃盗	4. 放火・火遊び
5. 薬物非行	6. 家庭内非行	7. 校内非行	8. 施設不適応
9. 家出・浮浪・徘徊	10. 性非行	11. 不良交遊	12. 生活指導を要する
13. その他()			

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

1. 良好 2. やや問題有り 3. 問題有り 4. 判断困難

問7-1. 通学先

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

問8. 家庭復帰の見通し 当該児童の家庭復帰の見通しについて以下の項目から1つだけ選んでください。

1. 家庭復帰の見込み有り 2. 当面の家庭復帰の見込みは無いが、復帰に向け調整中
3. 家庭復帰困難又は見込み無し 4. 判断困難 5. 親(主たる保護者)がいない

問9. 面会・外出・外泊の状況 面会・外出・外泊の有無及び有りの場合の頻度について回答してください。

面会の有無	1. 有り	2. 無し	有りの場合の頻度	1か月に () 回	又は1年に () 回
外出の有無	1. 有り	2. 無し	有りの場合の頻度	1か月に () 回	又は1年に () 回
外泊の有無	1. 有り	2. 無し	有りの場合の頻度	1年に () 回	

問10. 退所予定の有無 調査時点において当該児童の具体的な退所予定があれば記入してください。

1. 退所予定有り	0. 予定時期	西暦 _____ 年 _____ 月 頃
	0. 予定している行き先	1. 自活(就職、進学) 2. 保護者宅 3. 親戚宅 4. 里親宅 5. 知人・友人宅 6. 児童養護施設 7. 情緒障害児短期治療施設 8. 児童自立支援施設 9. 母子生活支援施設 10. 他の児童福祉施設 () 11. 医療機関 12. その他 ()
2. 退所予定無し		

II. 親(主たる保護者)の状況

問11. 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 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 ()
2. いない	2. いない = 「Ⅲ. 対象児童の状態」にお進みください(問12はとばしてください)。

問12 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

現在の児童の状態を評価してください。

問13 情緒・行動上の問題(現在の状態を評価)
 情緒・行動上の問題状況の各項目について、現在の児童の状態を0(評価対象外)・1(疑い無し)・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。
 各項目を評価する際の詳細説明は記入要領を参照ください。

	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. 物質使用 (アルコール、タバコ、薬物等)	0	1	2	3	4	5
8. 自傷行為 (抜毛、頭打、リストカット、自殺未遂等)	0	1	2	3	4	5
9. 集団不適応 (不登校、学校等でのいじめられ、孤立、反抗等)	0	1	2	3	4	5
10. 社会的引きこもり (長期にわたる外出拒否)	0	1	2	3	4	5
11. 排泄問題 (夜尿、遺糞など)	0	1	2	3	4	5
12. 摂食障害傾向 (拒食、過食、異食など)	0	1	2	3	4	5
13. 睡眠問題 (不眠、過眠など)	0	1	2	3	4	5

	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
14. 言語能力の発達遅延・障害	0	1	2	3	4	5
15. 知的障害	0	1	2	3	4	5
16. 施設内における他児へのいじめ	0	1	2	3	4	5
17. 施設内における他児からのいじめ	0	1	2	3	4	5

問14 日常生活能力の発達（現在の状態を評価）
 現在の発達状況を「1.年齢以上の年齢相当」/「2.やや遅れている」/「3.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①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 (上記検査値の種類)	1. WISC-Ⅲ知能検査 2. 田中ビネー知能検査 3. 新版K式発達検査 4. 津森・稲毛乳幼児精神発達検査 5. 遠城寺式乳幼児分析的発達検査法 6. その他()

問16 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16-1 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17 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. なし
[]		回	1. 有り 2. なし
[]		回	1. 有り 2. なし

問18 精神科への入院経験

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

問19 精神疾患・精神障害 当該児童の精神障害の状況について、医師の診断、または疑いがあるかを回答してください。

1. 診断有り又は疑い有り 2. 無し ※確定診断はないが疑いがある場合は、「診断有り又は疑い有り」としてください。

問19-1 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)
行動障害系	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※注意欠陥・多動性障害、行為障害、反抗挑戦性障害等
不安障害系	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害、恐怖性障害、分離不安障害、反応性愛着障害、解離性障害、転位性障害、その他身体表現性障害等
気分障害系	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※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、選択性缄黙、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20 障害者手帳の所持 当該児童の障害者手帳所持の状況について、以下の設問に回答してください。

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

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

問21 アルバイトの実施状況(中学生以上)

1. アルバイトをしている 2. アルバイトをしていない 3. アルバイト先を探している

問22 希望している進路(中学生以上)

1. 進学 2. 就職 3. その他() 4. 未定

問23 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