

問24 不適切な養育を受けた子どもの行動チェックリスト (Maltreated Child's Behavior Checklist: MCBC)

※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下さい。

1. 各項目には其程度が用意されています。当てはまる其程度の番号に○をつけて下さい。
2. あまり深く考えず、普段の印象をお答え下さい。
3. 質問項目には全てお答え下さい。

MCBC は小学校就学以降の子どもの対象としたチェックリストです。子どもが小学生以上の場合にお答えください。トラウマを経験した子どもの状態をチェックするための質問 55 項目が列記されています。子どもの行動を観察する機会のある成人(児童養護施設や児童相談所の職員、学校教職員など)が、子どもの様子を思い浮かべながら、すべての質問項目に答えてください。

その質問内容が「ほとんど当てはまらない」場合には 0、「どちらかといえば当てはまらない」場合には 1、「どちらかといえば当てはまる」場合には 2、「当てはまる」場合には 3 に○をつけてください。

- 0: 当てはまらない
- 1: どちらかといえば当てはまらない
- 2: どちらかといえば当てはまる
- 3: 当てはまる

どちらかといえば当てはまらない
 どちらかといえば当てはまる
 当てはまらない
 当てはまる

(1) 職員等などの大人の怒りをかうような言動が見られる	0	1	2	3
(2) 遊びや趣味などで夢中になれるものがない	0	1	2	3
(3) 放火や弄火(火遊び)がある	0	1	2	3
(4) パニックを起こしたときなどに自分の持ち物を破いたり壊したりする	0	1	2	3
(5) 大人や年長者に対して挑発的な態度をとる	0	1	2	3
(6) 悲しいときに無表情である	0	1	2	3
(7) 学用品などの物をよくなくす	0	1	2	3
(8) イライラする	0	1	2	3
(9) 大暴れをして物を壊したり、人に殴りかかったりするなどのいわゆる「パニック状態」になる	0	1	2	3
(10) 他の子と年齢に不相応な性的かかわりがある	0	1	2	3
(11) かつあげをしている	0	1	2	3
(12) 落ち着きがない	0	1	2	3
(13) 自分を誇示するような言動がある	0	1	2	3
(14) カッターで腕を切るなどのセルフカット(リストカット)がある	0	1	2	3
(15) この子が身体接触を求めてくるとき、どこか「性的ニュアンス」を感じる	0	1	2	3
(16) 年少の子どもに対して、威圧的な態度をとる	0	1	2	3
(17) 将来の夢がまったく持てない	0	1	2	3
(18) 万引きをする	0	1	2	3
(19) 「どうせ自分なんか…」などと、自己を卑下したようなことを言う	0	1	2	3
(20) 食べ物に執着する	0	1	2	3
(21) 否定的な感情の表現(悲しい、腹が立つなど)がない	0	1	2	3
(22) 何事につけても自信がない	0	1	2	3
(23) 興奮したときに自分の頭を壁にぶつけるなど、自分の身体を痛めつける行為をする	0	1	2	3
(24) 悪夢を見る	0	1	2	3
(25) 生まれてこなければよかったなどと口にする	0	1	2	3
(26) 「どうせ大人は～」と、大人への不信感を口にする	0	1	2	3

- 0:当てはまらない
 1:どちらかといえば当てはまらない
 2:どちらかといえば当てはまる
 3:当てはまる

当てはまらない
 どちらかといえば当てはまらない
 どちらかといえば当てはまる
 当てはまる

(27)	自分で自分の体を殴る	0	1	2	3
(28)	常におやつを求めている	0	1	2	3
(29)	喫煙する	0	1	2	3
(30)	朝起きられない	0	1	2	3
(31)	スポーツや趣味で得意だったり、自信を持っていることがない	0	1	2	3
(32)	他の子と性的な遊びをする	0	1	2	3
(33)	多動でじっとしていることができない	0	1	2	3
(34)	感情が表情に表れない	0	1	2	3
(35)	職員や他の子どもからの金品の持ち出しがある	0	1	2	3
(36)	「死にたい」ともらす	0	1	2	3
(37)	大人の心を傷つける言動がある	0	1	2	3
(38)	異性の身体にベタベタ触れたがる	0	1	2	3
(39)	不登校の傾向がある	0	1	2	3
(40)	泣かない	0	1	2	3
(41)	強者に対する態度と弱者に対する態度が極端に異なる	0	1	2	3
(42)	学校で居眠りをしている	0	1	2	3
(43)	過食がある	0	1	2	3
(44)	年齢に比べて性的な事柄に対する関心が高い	0	1	2	3
(45)	無断欠席が多い	0	1	2	3
(46)	肯定的な感情の表現(うれしい、たのしいなど)がない	0	1	2	3
(47)	大人に対して反抗的な態度を示す	0	1	2	3
(48)	大量に服薬する	0	1	2	3
(49)	昼夜逆転である	0	1	2	3
(50)	人の神経を逆なでする	0	1	2	3
(51)	衝動的に行動してしまう	0	1	2	3
(52)	無断外泊がある	0	1	2	3
(53)	勉強で何か得意な分野や自信を持っているものがまったくくない	0	1	2	3
(54)	怒りをもつと大暴れをする	0	1	2	3
(55)	注意の集中が出来ない	0	1	2	3

IV. 児童のケアニーズ 等

問25 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。現状の職員数の施設状況等といったケアニーズ提供体制上の制約がないものと仮定して評価してください。(当てはまる番号に○)			
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25で2または1を選択した場合にのみお答えください。

問25-1 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25-2 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26 睡眠習慣の状況	当該児童の最近1ヶ月間の睡眠の様子について思い出していただき以下の各質問に回答してください。本人が回答できる項目については特にお答えください。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ない日でもなく、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回答ください。 ※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。(不明の相への「リンク」は押し進めください)
-------------	--

1. 当該児童の寝つき習慣について、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眠くない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠気が無くて寝床に入るのが嫌だ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一人で寝るのが怖い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暗い部屋で寝るのが怖い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[具体的な記入:]					
寝つくのに特別な物品、もしくは儀式が必要である(例: 特別な人形や毛布、特定の動作など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[具体的に記入:]					

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
目が覚めたとき気分が悪い、イライラする 周りから見て、機嫌が悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目が覚めても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"/>
朝、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
昼間なのにとっても眠い 周りから見て、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"/>
ぼんやりして集中力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分が悪い、イライラする 周りから見て、機嫌が悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
活動(食事や遊びなど)している最中にも突然眠ってしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 寝床に入る時刻(消灯時刻)を教えてください。

午後 () 時 () 分 不明

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

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

「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	<input type="text"/>	(5桁の英数字)
------	----------------------	----------

母子ID	<input type="text"/>	(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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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

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	
()	()	()

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 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 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	⇒「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	1. 有り	0. 具体的な内容 (当てはまるもの全てに○) 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. 具体的な状況 (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基づいて回答)。

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	※精神遅滯、学習障害、広汎性発達障害、発達性協調運動障害、コミュニケーション障害(音韻障害、吃音等)等
行動障害系	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※注意欠陥・多動性障害、行為障害、反抗挑戦性障害等
不安障害系	1. 確定診断有り	2. 疑い有り	3. 判断困難	※パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害、恐怖性障害、分離不安障害、反応性愛着障害、解離性障害、転換性障害、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
------	-------	-------