

こども家庭科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び
発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究

令和6年度 総括・分担研究報告書

令和7年(2025年) 5月

研究代表者 内山 登紀夫

目 次

I. 総括研究報告

- 発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の
必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究・・・・・・1
研究代表者 内山 登紀夫

II. 研究分担報告

1. 発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントシートと手引きの作成・・・7
研究代表者 内山 登紀夫
研究分担者 稲田 尚子
小林 真理子
下野 九理子
川島 慶子
宇野 洋太
2. 発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントの有用性に関する検討：
ケースビネットの評定による検討・・・・・・12
研究分担者 稲田 尚子
研究代表者 内山 登紀夫
研究分担者 小林 真理子
下野 九理子
川島 慶子
宇野 洋太
3. 発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントシートの有用性に関する検討：
自治体におけるインタビュー調査・・・・・・20
研究分担者 小林真理子
4. 発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントシートの有用性に関する検討：
医療従事者におけるインタビュー調査・・・・・・27
研究分担者 下野 九理子
研究分担者 宇野 洋太

5. 発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントシートの有用性に関する検討：
教育・保育機関を対象としたインタビュー調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
研究分担者 川島 慶子
研究分担者 宇野 洋太

6. イングランドにおける発達障害の子どもを対象にした福祉サービスの
システムと課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
研究代表者 内山 登紀夫
研究分担者 川島 慶子

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・48

Ⅳ. 付録 手引き

「発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の
必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究」

令和6年度 総括研究報告書

研究代表者 内山 登紀夫 (福島学院大学)

【研究要旨】

障害特性や家庭・地域の状況に応じた合理的配慮が求められる中、現状では自治体間で支給決定基準が大きく異なり、特に医師の診断書提出を条件とする自治体では受診待ちが支援開始の遅れを招いている。本研究は、発達障害のある子どもが障害児サービスを利用する際の「支給決定」プロセスにおける課題を明らかにし、合理的な支援ニーズのアセスメント手法とその活用手引きを開発・検証することを目的として行われた。

研究では、生物・心理・社会モデルに基づき、子どもの特性、家族の状況、社会資源の活用可能性を3～5段階で評価する「支援ニーズのアセスメントシート」と、その実施手順を解説する「手引き」が開発された。自治体、医療機関、保育・教育機関向けにそれぞれ構成され、医療機関向けには診断書の雛形も提示した点も特長である。自治体の職員のみが情報収集するのではなく、子どもに関わる複数の機関の関係者が同じフォーマットで子どもの状態と環境を評価し、自治体の勘案調査では、それらの情報を総合して判定できるよう設計された。アセスメントシートと手引きは、自治体の支給決定に関わる職員、相談支援専門員、医療機関の小児科医、児童精神科医、保育・教育機関の保育士・幼稚園教諭・教員等を対象に、架空事例を元に使用してもらい、アセスメントシートの使いやすそうな点、改善点、手引き全体に関する意見・コメント等を個別にインタビュー調査にて聴取した。アセスメントツールの評価の結果、評価の方向性が概ね一致し、ツールの有効性が示された。自治体からは、非専門職員でも活用可能な点が高く評価された一方で、アセスメント結果と実際の支給決定との整合性をどう取るかという課題が指摘されたが、地域の支援のリソースや予算等は自治体によって差があり、一律に評価の結果と福祉サービスの支給日程を対応させることは難しい実情がある。医療現場からは、診断書フォーマットの明瞭性や網羅性が好意的に受け取られたものの、医師の負担感や、家庭や地域情報の評価は行政側が担うべきとの意見も出された。教育・保育現場では、共通ツールの導入による情報共有の効果が期待されつつ、地域支援制度への知識不足が評価の障害となっていることが明らかとなった。また、英国との比較調査では、イングランドの「ショートブレイク」など保護者支援に焦点を当てた制度設計が見られたが、支援開始までの待機期間が長く、保護者の自己努力が求められる点で課題も多く、日本とは制度目的や評価手法に大きな差異があることが分かった。これらの結果を踏まえ、アセスメントシートは「子どもの状態と環境のサマリーシート」と名称を変更して、手引きの内容と共に修正がなされた。

総合的に、本研究は、アセスメントの質と客観性向上、自治体職員の専門性強化、相談支援体制の再構築、医療機関との役割分担明確化といった、制度運用面の多くの課題を浮き彫りにした。ツール導入に加え、申請プロセスの透明化、支援情報の提供、行政・教育・医療の連携体制強化といった総合的な改革が必要であると結論づけられる。最終的に本研究は、「子どもの状態と環境のサマリーシート」と「手引き」という実践的ツールを提供することで、発達障害児とその家族の支援ニーズを多面的に評価し、支援の質的向上と継続性を支える基盤を構築する重要な一歩となった。

【研究分担者】

稲田 尚子 (大正大学)
宇野 洋太 (大正大学)
川島 慶子 (福島学院大学)
小林 真理子 (山梨英和大学)
下野 九理子 (大阪大学)

A. 研究目的

発達障害の子どもは生来性の認知障害のために障害特性に配慮した育て方や教育、すなわち合理的配慮の提供が必要である。すなわち、発達障害の子どもへの発達支援は、障害特性や子どもの置かれた環境から生じる不利益をアセスメントし、障害特性から生じる子どもの負担を最小限にし、子どもと、その養育者のウェルビーイングを高め、子どもの社会的包摂を目指すことである。

そうした発達支援においては地域資源の活用を前提に発達障害児と保護者の支援ニーズを適切に評価し、障害児サービスの受給決定を行うことが必要である。しかし、このような障害児サービスの受給決定の基準は地域、自治体により多様であるのが現状である。例えば、受給の条件として医師の診断書提出を求めている自治体が一定数あり、受診待機の要因の一つになっている可能性も考えられている。

本研究の目的は、(1) 発達障害児が障害児サービスを利用するに際しての受給決定の要件の実態を明らかにすること、(2) 受給決定を担当する自治体職員などが、発達障害児が障害児サービスを利用する必要性を判定できるアセスメント方法の開発、(3) 自治体が発達障害児の障害児サービスの必要性を適切にアセスメントするための手引きを作成すること、の3点である。

とりわけ、本研究における最大の目的は、障害児サービスのニーズ判定のためのアセスメントとして、課題の趣旨に応じて受給者証発行を担当する自治体職員等が子どもの障害特性・適応行動に加えて地域および家族のアセスメントを包括的かつ簡便に実施できる方法を開発する点にある。

令和6年度は、受給決定を担当する自治体職員などが、発達障害児が障害児サービスを利用する必要性を判定できるアセスメント方法の開発、および自治体が発達障害児の障害児サービスの必要性を適切にアセスメントするための手引きを作成することを目的として実施した。

B. 研究方法

1) 対象

全国の自治体の障害児福祉サービスの受給者証発行に関わる部署の職員、障害児相談支援事業所の職員、医療機関の児童精神科医、小児科医で、障害児福祉サービスの診断書発行の経験がある者を対象とし、機縁法で募集し、研究に協力が得られた23名であった。

2) 手続き

個別にインタビュー調査を実施する。まず、障害児通所支援事業サービスの受給決定のための勘案調査の場面を想定して、当該研究班が開発したアセスメントシートおよびその使用法について解説した「手引き」(付録参照)を読んでもらった。その後、架空事例3例についてアセスメントシートを用いて評価をしてもらい、また、アセスメントシートと手引きについて、対面もしくはオンライン会議システムを用いて意見を聴取した。

3) インタビュー内容

①アセスメントシートについて、使いやすそうな点、使いにくそうな点・改善したほうがよいと思われる点、②手引きについて、意見・コメントを自由に話してもらった。

4) 倫理的配慮

本研究については、福島学院大学の倫理審査委員会の承認を受けて実施された(令5-院-004, 令6-院-005)。Web上で調査の趣旨等、倫理的配慮事項を説明し、同意する場合には「研究内容を理解し、本研究の参加に同意する」のボタンをクリックしてもらい、同意を得た。

C. 研究結果と考察

1. 支援ニーズのアセスメントシートと手引きの作成

本研究は、発達障害児が障害児支援サービスを利用する際の支援ニーズを的確に把握し、それに基づいた受給決定を行うためのアセスメントシートと手引きの開発を目的とした。令和5年度の調査では、受給者証の発行における手続きの簡素化が進んでいる一方で、子どもの障害特性が十分に理解されないままサービス利用が開始されるケースも明らかとなった。また、アセスメントの実施体制には地域差が大きく、事務職員のみで対応している自治体も多く存在した。このような状況を踏まえ、本研究班は、生物・心理・社会モデルに基づいた多面的評価が可能な『支援ニーズアセスメントシート』を開発し、子ども・家族・社会資源の3要因を5段階で評定する構成とした。また、子どもの特性だけでなく、環境要因や家族状況も評価に取り入れることで、より現実的な支援設計が可能となった。併せて作成した手引きでは、専門職だけでなく一般職員にも対応可能な実用的内容を盛り込み、制度運用の実効性を高める工夫を施した。本研究は、支援の質向上と公正な受給決定の実現に資する重要な試みである。

2. 発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントの有用性に関する検討

(1) ケースビネットの評定による検討

開発したアセスメントシートの有用性を確認するため、3つの異なる事例（ケースビネット）を用いて、自治体職員、児童精神科医、小児科医、障害児相談支援専門員ら18名にアセスメントを依頼した。その結果、事例1および2では全体的に高い支援ニーズが確認され、特に身辺自立、睡眠、家庭の社会経済状況、家族・親族のサポート等において「困難」～「非常に困難」の評価が多くみられた。一方、事例3では家庭環境および地域資源面では「良好」と評価される一方で、多動性や読み書き困難など一部の子どもの特性に関しては支援の必要性が示された。

各項目の評定には一定のばらつきが見られたものの、最頻値およびその前後の値（±1段階）に多くの評価が集中しており、評価者間で大きな判断の乖離はなかった。特に、支援ニーズが高く設定された事例では、評価の方向性が概ね一致していたことから、シートの有効性が示唆された。また、「こだわり」「対人関係」など主観的要素を含む項目ではばらつきが大きかったが、これは今後の改善点といえる。

総じて、支援ニーズアセスメントシートは、多様な専門職が共通の視点で情報を整理・評価するツールとして有用であり、実際の支援ニーズ判定の場面でも一定の実用性を持つことが明らかとなった。

(2) 自治体のインタビュー調査より

本研究では、障害児サービスの受給決定のための資料となるアセスメントシートの有用性について、自治体の受給者証発行に関わる担当者にインタビュー調査により明らかにし、改良のための意見を収集することを目的として行った。

その結果、まず市町村のサイズによってアセスメントシートに対する意見や課題点に差異は見受けられなかった。次に、多くの市町村では、必ずしも専門知識を有しない、発達障害児の支援に従事したことのない事務職員が支給決定を担当しており、本アセスメントシート及びその手引きは、発達障害に関する解説や保護者から子どもの発達や家庭環境等を聴取しやすくなるという点で有効性が示唆された。一定の基準で支給決定に必要な子どものアセスメントを可能にし、公平性、効率性、客観性を担保という点で有益であることが示唆された。一方、仮に導入した場合、アセスメントシートの結果とサービスの支給決定との間でどのように整合性を持たせるかとの指摘もなされた。

最後に、本研究で開発したアセスメントシートは、発達障害児の支援サービス利用前に子どもと家族のニーズを多面的に把握するための基礎的資料として有用であることが示された。一方で、支給決定後に当該の支援機関との間でアセスメントシートを用いて収集した情報を支援

や連携等に活用できるような仕組みづくりの検討が課題である。

(3) 医療機関のインタビュー調査より

下野分担研究報告書は、障害児サービスの受給決定に際して医療機関が作成する医師意見書・診断書のフォーマットと手引きを開発し、その有用性を医師へのインタビュー調査を通じて検討した成果である。研究の背景には、多くの自治体で医師の診断書や他の専門機関の所見などが申請に必要とされている実態がある（令和5年に実施したWeb調査では、医師の診断書・意見書が必須の自治体は0%であったが、いずれかの専門家による所見等が必要な自治体は半数以上であった）。また、新規申請のために医療機関を受診する利用者が少なくないこと（38%）や、初診までの待機期間が長期間に及ぶケースがあること、診断・アセスメントの質が担保されていない場合があるという課題認識がある。

インタビュー調査は、発達障害児の診療に日常的に携わる小児科医6名に対して行われた。医師からは、開発された診断書フォーマットについて、確認すべき項目が明確である点や、項目が網羅されている点が使いやすいという意見が得られた。

一方、改善点として多数の指摘があった。養育者の困難感について、養育者自身の自覚がない場合の判断方法の必要性、視覚的な見やすさの工夫（色分けなど）、困難さの程度のグラデーションをより細かくすること、診断書フォーマットと支援ニーズアセスメントシートが重複することの煩雑さ、てんかん発作などの医学的配慮事項の追加、医学的観点から推奨される療育内容の選択肢化、サマリーシートの評定用語の検討（「スコア」ではなく「課題あり」など）、社会資源の5段階評定の分かりにくさ、医療機関で行う検査結果を行政職員が理解できるかという懸念、地域の福祉サービスや自治体サポートに関する医師の知識不足を補う具体例の提示、登園・登校状況や学校サポートに関する選択肢形式の導入などが挙げられた。

また、困難度のアセスメントシートを医師が記入するのは負担が大きいと、保護者への質問紙として使うのが適切であるという意見や、受給者証発行の観点からは、医師は子どもの要因の評価に注力し、家族要因や社会資源は自治体職員が聞き取るべきであるという指摘があった。限られた診療時間内での聞き取りの困難さも課題として挙げられた。全体的な意見として、学校教員への簡便な解説の必要性や、保護者の用語理解の難しさ、行政担当者向け手引きとしては適切な量であること、そして自治体による安易な受給者証発行への問題意識が示された。

これらの結果から、受給者証発行のための医師意見書・診断書フォーマット作成は有用である可能性が示唆されたが、様式や内容にはさらなる改良が必要であり、医療機関での実用性を高めるための工夫（電子カルテ連携など）も求められると結論づけられている。

(4) 教育・保育機関のインタビュー調査より

本研究は発達障害児が障害福祉サービスを利用するに際しての多面的なアセスメントシートの有用性や改良点に関する意見を聴取することを目的し、教育・保育機関を対象としたインタビュー調査を実施した。その結果、アセスメントシートと手引きの有用性と改善点について、多機関が共通したツールを使用することで子どもの支援ニーズが焦点化され、実態把握及び実務にも役立つ等の意見があった一方で、各地域の発達支援システムや福祉サービスに関する情報について現場レベルの職員が十分に把握していないため、評価の難しさがあり解説や具体例などを手引きに加えてほしいなどの要望があった。このように、地域全体の発達支援システムや事業に関する情報共有に関する課題も明らかとなった。今後は、地域特性に合わせた本ツールの活用について検討が必要である。

3. 英国のシステムとの比較による検討

英国の行政職員・療育機関スタッフ・保護者へのインタビュー調査に基づき、英国イングランドにおける自閉スペクトラム症等の発達障害

を持つ子どもへの学校外支援制度を明らかにした。中心となる支援制度は「ショートブレイク」であり、障害児に遊びや社会的活動の機会を提供し、保護者に休息の時間を保障することが主目的である。支援の入り口は地域の Family Information Service (FIS) であり、情報提供と他機関への橋渡しを担う。障害児の包括的支援には、教育・保健・福祉の三領域が統合された「EHCP (Education Health Care Plan: 教育・保健・ケアプラン)」が存在するが、作成には最大 20 週間を要し、専門家不足や予算削減の影響で待機期間が長期化している。軽度の障害児に対しては、地域の一般的活動や SEN サポートを通じた対応が行われている。保護者は支援を受けるために自ら情報収集と主張を行う必要があり、地域格差が顕著である。日本の児童発達支援との比較では、英国のショートブレイクが遊びとレスパイトに重点を置く一方、日本は発達支援 5 領域に基づいた包括的支援を提供しており、両国で制度の目的と設計に大きな差異が見られる。特に日本の受給者証発行のためのアセスメント制度との比較において、EHCP は参考になりやすく、地域に適合したバイオ・サイコ・ソーシャルモデルに基づく独自の方法が必要とされる。

D. 総合考察

これらの分担研究報告書から、発達障害児サービスの受給決定プロセスには、迅速な発行という良い側面がある一方で、根深い課題が多数存在することが明らかとなった。

最も大きな課題の一つは、受給決定におけるアセスメントの質と客観性の不足である。自治体職員の多くが専門知識や支援経験のない事務職であり、アセスメント方法も多様で、書類審査や保護者からの聞き取りのみで行われる場合がある。これにより、支給日数の決定が保護者の希望や一律基準に依存しがちであり、子どもの真のニーズに基づいた適切な支援量や内容に繋がっていない可能性が指摘されている。

また、相談支援事業所の機能不全が、この課題をさらに深刻化させている。人員不足や経営上の困難により、相談支援専門員による計画相

談が十分に提供されず、セルフプランの割合が高い状態が続いている。セルフプランでは保護者の負担が大きく、適切なサービス選択や併用、モニタリングが行われにくい現状がある。相談支援は本来、制度の中核をなす機能であるが、実態として十分に果たされていないことが、プロセスの分かりにくさや混乱の一因となっている。

医療機関の関与も、受給決定プロセスにおける重要な要素であるが、課題を抱えている。多くの自治体で診断書やそれに準ずる書類が必要とされるため、医療機関への受診待機が長期化し、早期支援の妨げとなる場合がある。医師の診断書の内容や様式にもばらつきがあり、行政側が必要とするアセスメント情報が十分に得られない場合がある。医師からは、診断書作成の負担や、医学的観点からサービス利用の必要性を判断することの難しさも示唆された。

これらの課題に対し、稲田分担研究で開発された支援ニーズアセスメントシートのような、多角的な視点から支援ニーズを包括的に把握できるアセスメントツールの開発は有効な取り組みである。しかし、ツールの導入だけでは不十分であり、自治体職員の専門性向上、評価基準の明確化、関係機関との連携強化といった運用面の改善が不可欠である。また、相談支援体制の抜本的な強化、特に子どもを対象とした相談支援専門員の増員や質の担保、セルフプラン利用者への手厚いサポート体制の整備が喫緊の課題である。保護者への分かりやすい情報提供やガイダンスの充実、申請手続きの簡素化・オンライン化、そして「障害児」といった用語への配慮も求められる。

結論として、発達障害児が真に必要な発達支援サービスへ円滑かつ適切に繋がるためには、受給決定プロセスに関わる各主体の実態と課題を深く理解し、単一の解決策ではなく、アセスメント方法の改善、相談支援体制の強化、医療機関との連携、自治体内外の協力体制構築、そして保護者支援の充実を組み合わせた多角的なシステム再構築が必要であると強く示唆される研究成果であった。

E. 結論

本研究においては、障害児通所支援に係る受給者証発行の実態に関して多角的な調査を実施し、制度運用上の諸課題を浮き彫りにした。これを踏まえ、研究班は課題解決に資する実践的ツールとして、「発達障害のある子どもへの障害児サービス利用の支給決定に関する手引き」および「子どもの状態と環境のサマリーシート」を作成した。

これらの資料は、バイオサイコソーシャルモデルの枠組みに依拠し、発達障害を有する子どもとその家族のニーズを包括的に把握することを目的としている。すなわち、対象児の発達特性や生活環境、家族の支援状況などを多面的に評価し、それらの情報を支援関係者間で共有することで、より適切で継続的な支援の構築に資するものである。なお、本ツールは受給日数の決定を直接の目的とするものではなく、支援の質的向上とその継続性の確保を主眼に置いている点に留意すべきである。

障害児サービスとしての受給者証は、児童発達支援や放課後等デイサービス等の利用を可能にするものであるが、これに対して本手引きおよびサマリーシートは、支援対象児とその保護者の困難や支援ニーズを多角的に把握する評価ツールとして位置づけられる。また、保護者、行政、医療、教育、福祉といった複数の専門領域を横断する情報共有を促進するとともに、乳幼児期から学齢期、さらには青年期に至るまで、子ども時代を通じた縦断的な支援の継続性を担保するための枠組みとしても機能し得るものである。

今後、本ツールが発達障害のある子どものアセスメント実践において広く活用され、関係機関における支援の一貫性と質の向上に寄与することが強く期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・稲田尚子・内山登紀夫・鈴木さとみ・宇野洋太,発達障害児における障害児サービスの受給決定プロセスに関する実態調査—全国の自治体のWEB調査の結果から—,大正大学カウンセリング研究所紀要(47),17-23,2025-03.
- ・内山 登紀夫,発達障害者支援法成立から 20 年現在の発達障害理解の課題,心と社会,55 巻 3 号 ,Page52-57,2024.09.

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

令和6年度 こども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の
必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究」

分担研究報告書

発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントシートと手引きの作成

研究代表者	内山 登紀夫	福島学院大学
研究分担者	稲田 尚子	大正大学
	小林 真理子	山梨英和大学
	下野 九理子	大阪大学
	川島 慶子	福島学院大学
	宇野 洋太	大正大学カウンセリング研究所

【研究要旨】

本研究は、発達障害児が障害児支援サービスを利用する際の支援ニーズを的確に把握し、それに基づいた受給決定を行うためのアセスメントシートと手引きの開発を目的とした。令和5年度の調査では、受給者証の発行における手続きの簡素化が進んでいる一方で、子どもの障害特性が十分に理解されないままサービス利用が開始されるケースも明らかとなった。また、アセスメントの実施体制には地域差が大きく、事務職員のみで対応している自治体も多く存在した。このような状況を踏まえ、本研究班は、生物・心理・社会モデルに基づいた多面的評価が可能な『支援ニーズサマリーシート』を開発し、子ども・家族・社会資源の3要因を5段階で評定する構成とした。また、子どもの特性だけでなく、環境要因や家族状況も評価に取り入れることで、より現実的な支援設計が可能となった。併せて作成した手引きでは、専門職だけでなく一般職員にも対応可能な実用的内容を盛り込み、制度運用の実効性を高める工夫を施した。本研究は、支援の質向上と公正な受給決定の実現に資する重要な試みである。

A. 研究目的

令和5年度の調査（内山，2023）によって、地域によっては極めて簡便な手続きで受給者証が交付され、児童発達支援や放課後等デイサービスの利用が迅速に開始されていることが明らかとなった。一見するとこの制度は円滑なサービス開始を可能にする利点を有するが、同時に保護者が子どもの障害特性を十分に理解しないまま療育が

開始されるという問題も内在している。令和5年度の調査結果および研究班での討議を踏まえ、本研究では、発達障害児が障害児サービスを利用する際の、支援ニーズの把握及び、それに基づく受給決定に係るアセスメントシートおよび手引きを開発することを目的として行った。

アセスメントの方法の実態を把握するために令和5年度調査（内山，2023）で、全

国の 17 自治体に対してインタビュー調査を実施した結果、受給者証発行のためにアセスメント方法は多様であり必要とされる書類についても医師の診断書、療育手帳、就学相談の資料等であった。これらの書類提出についても任意としている自治体が複数あった。また受給者証発行のアセスメント担当者については保健師や社会福祉士などの福祉系専門職などの専門職が担当する場合に加えて、一般事務職員のみで判定が行われている事例もあることが明らかになった。その内容も短時間の面接や電話による保護者へのインタビューのみで子どもの直接観察をしない場合や、中には書面の内容のみで判定される場合も複数あった。つまり勘案調査を実施しているのは自治体の窓口が多く、特に専門性がない事務職が実施する場合が少なくないことがわかった。現場の職員も支給日数を適切に判定することが難しく「利便性重視」で保護者の申請通りに決定する自治体や、申請者の状況に限らず一定の日数を事前に設定している自治体も少なくなかった。

このような状況の中で、アセスメントを作るのはかなり難易度の高い作業となる。

発達障害児の行政サービス受給の適否に係る判断は正確な子どものアセスメントについての訓練を受けた専門家が実施することが好ましいことは言うまでもないが、本調査で明らかになった現状を踏まえた上で、現在の我が国で実施可能な改善策を提案することが本研究班の役割であると考えている。

そこで本研究班の作成する手引きでは、保健師や社会福祉士等の資格をもつ行政職員がアセスメントを実施することを推奨し

つつ、地域の実情に応じて一般事務職員であっても親子のニーズが把握できるような「手引き」も合わせて作成した。

B. アセスメントシートの開発

現在、障害児通所給付費の支給にあたって、療育手帳の有無のみが実質的なアセスメントの代替となり、十分な評価を経ずに受給者証が発行される事例が散見される。このような形式的運用は、個々の児童の実際の支援ニーズを適切に反映しない可能性がある。また、支給決定に際し「サポート加算」の適用可否が重視されすぎる傾向にあり、アセスメント本来の目的が軽視されるという課題も指摘される。

従来用いられてきた「5 領域 11 項目」による評価指標は、①食事から⑪読み書きに至る 11 項目で構成されており、限定された行動・能力領域のみに焦点が当てられるリスクがある。とりわけ、この評価枠組みでは発達障害に特有の特性、たとえば社会的相互作用や感覚処理の困難さ、注意の偏りといった重要な要素がほとんど反映されておらず、発達障害児の支援ニーズの把握には不十分であるといえる。

これを受けて、令和 6 年度の事務処理要領において、こども家庭庁が新たに示した「障害児の調査項目（5 領域 20 項目）」が導入された。この新しい評価項目は、児童の発達状況および支援ニーズを総合的に捉えるための標準的指標であり、より精緻なアセスメントを可能にしている。具体的には、「健康・生活」「感覚・運動」「認知・行動」「言語・コミュニケーション」「人間関係・社会性」の 5 つの領域にわたり、20 項目の視点から包括的に児童の状態を評価

する構成となっている。これにより、社会性やコミュニケーションに関する特性が明示的に評価対象となり、発達障害児に特有のニーズも把握しやすくなった点は評価できる。

しかしながら、5 領域 20 項目はすべて「子ども本人の特性」に関する観察項目で構成されており、障害の社会モデル的視点、すなわち「環境との相互作用において生じる困難」や「合理的配慮の必要性」といった観点が欠落していることが課題である。子どもの特性のみを評価対象とするアセスメントでは、どのような支援環境を整えれば困難が緩和されるのかという支援構築の視点が希薄となる懸念がある。

加えて、家族、とくに発達障害の特性を有する保護者や、支援ニーズの高い家庭の状況を十分に把握する枠組みも現行の評価項目には含まれていない。園・学校・医療機関など、子どもを取り巻くサービス提供環境の機能や適合性に対する評価の視点も必要である。今後は、個人の特性評価に加え、環境調整や家族支援の必要性を見据えた多面的かつ統合的なアセスメント手法の開発が求められる。障害児支援のエキスパートである複数の児童精神科医、小児科医、臨床心理士、臨床発達心理士から構成される本研究班のメンバーで、発達障害に特化して障害児支援のニーズ判定の指標を検討するために、生物・心理・社会的な側面の指標について検討した。

上記を踏まえ、研究班では、『支援ニーズサマリーシート』を作成した。家族要因、社会資源要因、子どもの要因の3つの要因から構成され、それぞれ3項目、7項目、14項目である。「非常に良好」(1)～「非

常に困難」(5)の5段階で評定する。

家族要因は、家庭の社会経済状況、保護者のメンタルヘルス、養育の困難感、社会資源要因は、家族・親族のサポート、利用可能な地域の福祉サービス資源、自治体の保健領域でのサポート、登園・登校状況、園や学校でのサポート、福祉・療育機関でのサポート、医療機関でのサポート、であった。子ども要因は、対人関係、コミュニケーション、こだわり、多動・衝動性、不注意、感覚の問題、読み書き、運動・不器用、身辺自立、睡眠、不安・緘黙、問題行動、いじめの被害、身体状態(病弱)、であった。

アセスメントの方法としては、自治体の窓口単独でアセスメントするのではなく、医療機関、保育所・幼稚園、小学校等、子どもに関わる機関が日々の行動・様子を総合して評定し、受給者証の支給申請の際に持参してもらい、その情報をもとに追加で質問をすることにより、最終的な支援ニーズの判定をすることを想定している。

得点化については、総合得点によって、受給者証の支給量の目安を定めてほしいという意見も前年度調査であがってきたが、自治体の規模や予算、障害児支援の事業所数などの地域資源など、自治体によってバラツキがあること、支援ニーズの判定に関わる自治体の職員が事務職員であることを考慮し、カットオフ等は設定しないこととした。

研究班で開発した支援ニーズのアセスメント方法の特徴は、(1)生物・心理・社会モデルに基づき、子どもの要因に加え、家族のメンタルヘルスや経済状況等、そして地域の関係機関のサポートの量なども含め

て把握することができる調査票であること、
(2) 窓口で最初から情報収集しなくて済むように、他機関からの情報提供シートを開発し、窓口での支援ニーズサマリーシートと同じ項目で構成されていること、である。

C. 手引きの作成

本手引きは、発達障害のある子どもを対象とした障害児支援制度の運用において、実務上有効かつ実践的な評価と支援の指針を提供することを目的として作成された。これは、本研究班の主たる関心が発達障害にあることに基づき、調査・分析結果を踏まえて発達障害に特化した内容としたものである。

本手引きの中核的な目的は、支援に関わる行政担当者および保護者が、児の障害特性について一定の把握と共通理解を得ることを促進し、その理解を基盤として個別の支援ニーズに応じた適切なサービス提供につなげることである。とりわけ、ひとり親家庭や複合的困難を抱える世帯に対して、支援が実質的に届くよう制度設計を意識する必要がある。たとえば、保育所等訪問支援や巡回支援、認定こども園や学校との連携を通じて、包括的かつ持続的なインクルーシブ支援の推進が求められ本手引きの策定において重視された点は、現在の日本の制度的・人的資源の状況に即して、現場で実際に使用可能なものであることである。短時間で実施可能な評価方法であっても、保護者と子どもの双方のニーズを同時に把握できるよう配慮しており、家族単位での支援が実現できる構成とした。また、支援ニーズの把握とサービス選定においては、

個人の生物学的側面のみならず、心理的・社会的側面を含めた「バイオサイコソーシャルモデル」に基づく評価が可能となるよう工夫されている。

さらに、本手引きは、制度の実務的運用に関わる専門職の現状も踏まえて作成されている。すなわち、多忙を極める医師に対しては、短時間で診断書や意見書を作成できるように配慮し、また、専門知識を十分に有していない可能性がある行政職員に対しては、簡便かつ明快な解説を添えることで理解を補助することを意図している。これにより、制度の実効性を高め、支援の質の向上に資することを目指している。

手引きの構成は以下に示す。

- ・はじめに
- ・手引きの対象
- ・障害児通所支援制度利用の受給者証の支給決定にかかる手続きの手引き
- ・自治体向け 子どもの状態と環境の評価
- ・医療機関向け 障害児通所支援制度利用、受給者証発行についての医師意見書・診断書作成の手引き
- ・保育所、幼稚園、子ども園、学校向け 子どもの情報提供書作成の手引き
- ・事例集

D. 考察

本研究は、発達障害児が障害児支援サービスを利用する際の支援ニーズを的確に把握し、それに基づいた受給決定を行うためのアセスメントシートと手引きの開発を目的とした。令和5年度の調査では、受給者証の発行における手続きの簡素化が進んでいる一方で、子どもの障害特性が十分に理解されないままサービス利用が開始される

ケースも明らかとなった。また、アセスメントの実施体制には地域差が大きく、事務職員のみで対応している自治体も多く存在した。このような状況を踏まえ、本研究班は、生物・心理・社会モデルに基づいた多面的評価が可能な『支援ニーズサマリーシート』を開発し、子ども・家族・社会資源の3要因を5段階で評定する構成とした。また、子どもの特性だけでなく、環境要因や家族状況も評価に取り入れることで、より現実的な支援設計が可能となった。併せて作成した手引きでは、専門職だけでなく一般職員にも対応可能な実用的内容を盛り込み、制度運用の実効性を高める工夫を施した。本研究は、支援の質向上と公正な受給決定の実現に資する重要な試みである。

E. 結論

本研究は、発達障害児の支援ニーズを多面的に把握し、公正かつ実効性のある受給決定を可能とするアセスメントシートと手引きを開発した。現場の実態に即し、専門職・一般職双方に活用可能な実践的ツールとして、今後の制度運用の改善に寄与することが期待される。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

I. 参考文献

・内山登紀夫他（2023）発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究 こども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究

分担研究報告書

発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントの有用性に関する検討：
ケースビネットの評定による検討

研究分担者	稲田 尚子	(大正大学)
研究代表者	内山 登紀夫	(福島学院大学)
研究分担者	小林 真理子	(山梨英和大学)
	下野 九理子	(大阪大学)
	川島 慶子	(福島学院大学)
	宇野 洋太	(大正大学)

【研究要旨】

本研究は、発達障害児が障害児サービスを受ける必要性を適切に判定するためのアセスメント方法を開発し、その有用性を検討することを目的とした。現在、支給決定の判断材料となる調査項目は主に子どもの要因に限定されており、家庭環境や地域資源といった心理・社会的要因が十分に考慮されていない。さらに、支給判定を行う自治体の職員は必ずしも福祉・医療の専門職とは限らず、アセスメントの標準化と簡便化が求められている。これを踏まえ、研究班では生物・心理・社会モデルに基づく「アセスメントシート」を開発し、子どもの特性、家庭要因、地域資源の3側面を含む複数の項目について、5段階で評価する形式とした。

開発したシートの有用性を確認するため、3つの異なる事例（ケースビネット）を用いて、自治体職員、児童精神科医、小児科医、障害児相談支援専門員ら18名にアセスメントを依頼した。その結果、事例1および2では全体的に高い支援ニーズが確認され、特に身辺自立、睡眠、家庭の社会経済状況、家族・親族のサポート等において「困難」～「非常に困難」の評価が多くみられた。一方、事例3では家庭環境および地域資源面では「良好」と評価される一方で、多動性や読み書き困難など一部の子どもに関する特性に関しては支援の必要性が示された。

各項目の評定には一定のばらつきが見られたものの、最頻値およびその前後の値（±1段階）に多くの評価が集中しており、評価者間で大きな判断の乖離はなかった。特に、支援ニーズが高く設定された事例では、評価の方向性が概ね一致していたことから、シートの有効性が示唆された。また、「こだわり」「対人関係」など主観的要素を含む項目ではばらつきが大きかったが、これは今後の改善点といえる。

総じて、支援ニーズサマリーシートは、多様な専門職が共通の視点で情報を整理・評価するツールとして有用であり、実際の支援ニーズ判定の場面でも一定の実用性を持つことが明らかとなった。

A. 研究目的

本研究の目的は、支給決定を担当する自治体職員などが、発達障害児が障害児サービスを利用する必要性を判定できるアセスメント方法を開発し、その有用性を検討することである。とりわけ、こどもの障害児サービスのニーズ判定のための総合的なアセスメントとして、心理学的、社会的側面についても情報収集しているものの、現在は支給決定のための調査項目として5領域20項目が提示されており、子どもの要因しか考慮されていない現状がある。生物学的、心理学的、社会的側面も含め包括的にアセスメントしている情報を、支援ニーズの判定に活用していくことが求められる。また、支給決定に関わるニーズ判定に関わる職員の多くは、自治体の事務職員である実態も明らかになり、自治体の窓口のみでアセスメントするのではなく、保育所、幼稚園、学校等、子どもに関わる機関からも情報収集し、情報を集約していく必要性が考えられた。

本研究では、子どもの障害特性・適応行動に加えて、地域および家族のアセスメントを包括的かつ簡便に実施できる方法を開発することを目的とする。

B. 研究方法

開発された支援ニーズアセスメントシートの有用性の検討

3つの事例のケースビネットを用意して、自治体の職員、小児科医、児童精神科医、障害児相談支援専門員18名にケースビネットを読んでもらい、各事例について、評価は1（非常に良好）～5（非常に困難）の5段階で行われ、各項目の評価の分布を集計した。

事例1の概要

本事例は、発達障害の特性が疑われる4歳児と、その育児に困難を感じている母親に関するものである。

1歳半健診以降、癩癩や感覚過敏（音・触覚など）が見られ、3歳半健診でも診察を強く嫌がる様子があった。4歳時点で母親から「育児の疲れ」に関する相談があり、心理相談を通じて子どもに発達障害の特性があること、母には抑うつ傾向があることが示唆された。

子どもは、言語発達や対人関係に著しい遅れは見られないものの、感覚過敏やトイレの未自立、こだわり行動、不安傾向、睡眠の不規則さ、問題行動（他児を叩く）などの課題がある。発達障害の診断や専門的療育の必要性が高いが、地域資源は乏しく、医療機関へのアクセスも悪い。

母は精神的な不調がある中で育児をほぼ一人で担っており、家庭的・社会的支援が限られていることから、親子ともに多面的な支援が求められるケースである。

事例2の概要

重度知的障害を伴う自閉スペクトラム症の幼児で、母親も知的障害の可能性のある事例である。

生後から運動発達が全体的に遅れ、1歳半健診時には発語なし・目が合わない・名前を呼んでも反応しないなど、言語・対人・運動面での著しい発達遅滞と多動が指摘された。母親は育児に不安があり、離乳食を作らず通常食を早期に与えるなど、育児行動に配慮が必要な状況だった。心理相談では、母が質問の理解や回答に時間を要し、返答も一貫性に欠けていたことから、知的障害の可能性が示唆された。本人には発達の遅れが認められ、早期療育の必要性が伝えられた。母も同意し、父も含めた今後の支援に前向きな姿勢を示した。

現在、本人は最近保育園に週 5 日通い始め、加配がついている。発語や指さしといった前言語的コミュニケーションが乏しく、対人応答性も低い。多動傾向があり、園では落ち着きがない様子。トイレの自立や衣服の着脱、食具使用など身辺自立の面でも著しい遅れがある。睡眠も不安定で、夜間覚醒後に一人でテレビを見ることがある。問題行動としては、時折自傷(頭を叩く)や強い不安反応(ぬいぐるみで泣く)が見られる。

家庭は経済的に厳しく、母は無職で、父は派遣労働者。母方祖母は認知症で同居しており、母が介護も担っている。福祉サービスは現在未導入で、医療機関への受診歴もないが、心理士・保健師による支援が継続中であり、今後の療育・相談支援体制の整備が課題となっている。親子ともに多方面からの継続的な支援が必要なケースである。

事例 3 の概要

通常級に在籍する読み書き困難と注意特性が疑われる小学生の事例である。

1 歳半健診では寝つきの悪さの報告はあったが、発達面での特筆すべき指摘はなかった。3 歳健診では会場を走り回る様子があったが、保護者は特に問題と捉えておらず、支援にはつながらなかった。

本児は公立小学校の通常級に在籍する小学 2 年生で、家庭は両親・姉との 4 人暮らし。小学校入学当初は授業中の立ち歩きがみられたが、担任や学校の柔軟な対応により現在は落ち着いている。最近、読み書きの困難が目立つようになり、音読の宿題を嫌がる、漢字テストを白紙で出す、ノートを全く取らない等の様子がみられている。一方で、授業内容はよく理解しており、発言も活発である。多動傾向や不注意(忘れ物など)もあり、教員の配慮がなければ落ち着きが保ちにくいと考えられる。

保護者は新設の放課後等デイサービスでの学習

支援に関心を持ち、サービス利用のため受給者証を希望している。学校とは良好な連携があり、特別支援コーディネーターも含めた支援がなされている。これまで医療機関の受診歴はないが、今後の検討課題とされている。

家庭は経済的に安定しており、両親とも健康で育児協力体制も整っている。母方祖父母からの支援もあり、家庭的には安定した基盤がある。本人の学習面・注意特性への理解と継続的な支援のためには、学校支援に加えた福祉的支援の導入が望まれる事例である。

C. 研究結果

(1) 3 事例の支援ニーズの評定

事例 1

事例 1 では、子どもの全体的な支援ニーズは高く (Table1)、特に「身辺自立」(4=83.3%)、「睡眠」(4=66.7%)、「不安・緘黙」(4=72.2%)、「こだわり」(4=61.1%)、「問題行動」(4=61.1%) などにおいて「困難」レベルの評定が多数を占めた。また、「家庭の社会経済状況」においても「どちらともいえない」または「困難」とする評定が全体の 94.4%を占め、家庭環境の課題も顕著であった。

事例 2

事例 2 では、「家庭の社会経済状況」(4=58.8%、5=41.2%)や「家族・親族のサポート」(5=70.6%)といった家族・地域資源面の困難さが明確に示された (Table2)。全体として、多くの項目で「どちらともいえない」や「困難」寄りの評定が多く、複合的な支援ニーズが示唆された。

事例 3

事例 3 は、他の 2 事例と比較して相対的に支援ニーズが低い傾向が見られた (Table3)。「家庭の社

会経済状況」では約 9 割が「非常に良い」または「良い」と評価し、「家族・親族のサポート」(1=35.3%、2=64.7%)も充実していた。しかし、「多動・衝動性」(4=58.8%)、「読み書き」(4=64.7%)、「運動・不器用」(4=58.8%)など、子どもの個別の発達特性に関する困難さは依然として存在し、限定的ながら支援の必要性が認められた。

(2) 評定の一致率

評定結果には一定のばらつきが見られたものの、多くの項目において最頻値(モード)とその前後の値(±1段階)に全体の大多数が集中しており、評価者間の判断にはある程度の一貫性が認められた。たとえば、事例1では「保護者のメンタルヘルス」「養育の困難感」「不安・緘黙」などの項目で「4(困難)」が最頻値であり、評定の大部分が「3」～「5」の範囲に収まっていた。事例2では「家族・親族のサポート」「家庭の社会経済状況」などが「5(非常に困難)」に集中しつつ、「4」を含めた前後の値にも一定の回答が分布していた。

一方、評価がばらつく項目としては、「こだわり」や「運動・不器用」「対人関係」などが挙げられる。これらは、行動観察の主観的解釈に依存する側面が強く、評価者の臨床的経験や解釈の枠組みにより認識が異なりやすい項目であったと考えられる。ただし、これらの項目においても、最頻値を中心とした範囲(±1段階)での評定に限定すれば、評価の方向性は概ね一致していた。

また、事例3のように支援ニーズが比較的低いと想定されたケースにおいても、家族や社会資源が「1(非常に良好)」または「2(良好)」と評価される傾向が多く見られ、想定と整合的な結果が得られていた。

D. 考察

3事例を通じて、支援ニーズのアセスメントシートは、家庭環境、地域資源、子どもの特性の3要素にまたがる支援ニーズの把握に有効であることが示唆された。特に、従来の子ども中心の評価項目に加え、家族および地域の支援状況を構造的に捉えることで、支援の優先度や方向性の判断がしやすくなる可能性がある。

評定のばらつきは存在するものの、想定される最頻値とその隣接値の範囲に多くの評価が集約されており、実際のアセスメント現場においては参考指標としての信頼性を十分に有していると考えられる。以上の結果から、支援ニーズアセスメントシートは、家族要因、社会資源、子どもの発達特性という複数の観点から支援の必要性を把握する上で一定の有用性を有しているといえる。

他方、評定項目によっては、非常に良好、両行の判断が難しい項目もあり、評定の段階及び文言については再考の余地がある。

E. 結論

本研究により開発された支援ニーズアセスメントシートは、発達障害児の支援ニーズを家族要因・社会資源・子どもの特性という三側面から包括的に把握するための有効なツールであることが示された。実際のアセスメントにおいては評価のばらつきが一部に見られたものの、多くの項目で評価は最頻値とその前後に集中しており、評価者間の判断は一定の一致を保っていた。今後は、項目の定義や評価基準の明確化、評価者への研修の充実を図ることで、さらなる信頼性と実用性の向上が期待される。本シートは、障害児サービスの受給判定の質向上に資する重要なアセスメントツールとなり得る。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

Table1. 事例1 アセスメントシート結果表

	1 非常に良い	2 良い	3 どちらとも いえない	4 困難	5 非常に困 難	x 記載なし
家庭の社会経済状 況	0 (0.0%)	1 (5.6%)	9 (50.0%)	8 (44.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
保護者のメンタル ヘルス	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (16.7%)	12 (66.7%)	3 (16.7%)	0 (0.0%)
養育の困難感	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (22.2%)	11 (61.1%)	3 (16.7%)	0 (0.0%)
家族・親族のサポ ート	0 (0.0%)	7 (38.9%)	8 (44.4%)	2 (11.1%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)
利用可能な地域の 福祉サービス資源	0 (0.0%)	3 (16.7%)	5 (27.8%)	6 (33.3%)	4 (22.2%)	0 (0.0%)
自治体の保健領域 でのサポート	0 (0.0%)	10 (55.6%)	5 (27.8%)	2 (11.1%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)
登園・登校状況	3 (16.7%)	11 (61.1%)	2 (11.1%)	2 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
園や学校でのサポ ート	0 (0.0%)	5 (27.8%)	5 (27.8%)	8 (44.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
福祉・療育機関で のサポート	0 (0.0%)	1 (5.6%)	1 (5.6%)	10 (55.6%)	6 (33.3%)	0 (0.0%)
医療機関でのサポ ート	0 (0.0%)	2 (11.1%)	2 (11.1%)	5 (27.8%)	9 (50.0%)	0 (0.0%)
対人関係	0 (0.0%)	1 (5.6%)	7 (38.9%)	7 (38.9%)	0 (0.0%)	3 (16.7%)
コミュニケーション	1 (5.6%)	5 (27.8%)	7 (38.9%)	4 (22.2%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)
こだわり	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (22.2%)	11 (61.1%)	3 (16.7%)	0 (0.0%)
多動・衝動性	0 (0.0%)	7 (38.9%)	8 (44.4%)	2 (11.1%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)
不注意	5 (27.8%)	5 (27.8%)	7 (38.9%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)
読み書き	3 (16.7%)	1 (5.6%)	11 (61.1%)	3 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
運動・不器用	5 (27.8%)	6 (33.3%)	5 (27.8%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)
身辺自立	0 (0.0%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	15 (83.3%)	2 (11.1%)	0 (0.0%)
睡眠	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	12 (66.7%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)
不安・緘黙	1 (5.6%)	0 (0.0%)	3 (16.7%)	13 (72.2%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)
問題行動	0 (0.0%)	1 (5.6%)	5 (27.8%)	11 (61.1%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)
いじめの被害	3 (16.7%)	4 (22.2%)	8 (44.4%)	2 (11.1%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)
身体状態 (病弱)	11 (61.1%)	6 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)

Table2. 事例2 アセスメントシート結果表

	1 非常に良い	2 良い	3 どちらともいえない	4 困難	5 非常に困難	x 記載なし
家庭の社会経済状況	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (58.8%)	7 (41.2%)	0 (0.0%)
保護者のメンタルヘルス	2 (11.8%)	6 (35.3%)	6 (35.3%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)
養育の困難感	1 (5.9%)	1 (5.9%)	7 (41.2%)	5 (29.4%)	3 (17.6%)	0 (0.0%)
家族・親族のサポート	2 (11.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (17.6%)	12 (70.6%)	0 (0.0%)
利用可能な地域の福祉サービス資源	1 (5.9%)	3 (17.6%)	6 (35.3%)	4 (23.5%)	0 (0.0%)	2 (11.8%)
自治体の保健領域でのサポート	2 (11.8%)	12 (70.6%)	3 (17.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
登園・登校状況	2 (11.8%)	8 (47.1%)	7 (41.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
園や学校でのサポート	5 (29.4%)	5 (29.4%)	7 (41.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
福祉・療育機関でのサポート	2 (11.8%)	1 (5.9%)	9 (52.9%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
医療機関でのサポート	1 (5.9%)	1 (5.9%)	9 (52.9%)	6 (35.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
対人関係	1 (5.9%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	8 (47.1%)	2 (11.8%)	3 (17.6%)
コミュニケーション	0 (0.0%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	11 (64.7%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)
こだわり	4 (23.5%)	3 (17.6%)	7 (41.2%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)
多動・衝動性	0 (0.0%)	2 (11.8%)	4 (23.5%)	8 (47.1%)	3 (17.6%)	0 (0.0%)
不注意	1 (5.9%)	2 (11.8%)	12 (70.6%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)
読み書き	1 (5.9%)	0 (0.0%)	12 (70.6%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)
運動・不器用	0 (0.0%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	13 (76.5%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)
身辺自立	2 (11.8%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	7 (41.2%)	7 (41.2%)	0 (0.0%)
睡眠	1 (5.9%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	12 (70.6%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)
不安・緘黙	1 (5.9%)	1 (5.9%)	3 (17.6%)	10 (58.8%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)
問題行動	0 (0.0%)	1 (5.9%)	3 (17.6%)	11 (64.7%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)
いじめの被害	3 (17.6%)	4 (23.5%)	8 (47.1%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)
身体状態（病弱）	8 (47.1%)	5 (29.4%)	3 (17.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)

Table3. 事例3 アセスメントシート結果表

	1 非常に良い	2 良い	3 どちらともいえない	4 困難	5 非常に困難	x 記載なし
家庭の社会経済状況	10 (58.8%)	5 (29.4%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)
保護者のメンタルヘルス	8 (47.1%)	7 (41.2%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)
養育の困難感	1 (5.9%)	5 (29.4%)	6 (35.3%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
家族・親族のサポート	6 (35.3%)	11 (64.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
利用可能な地域の福祉サービス資源	2 (11.8%)	5 (29.4%)	9 (52.9%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
自治体の保健領域でのサポート	0 (0.0%)	1 (5.9%)	16 (94.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
登園・登校状況	10 (58.8%)	6 (35.3%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
園や学校でのサポート	11 (64.7%)	6 (35.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
福祉・療育機関でのサポート	2 (11.8%)	9 (52.9%)	6 (35.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
医療機関でのサポート	0 (0.0%)	4 (23.5%)	12 (70.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)
対人関係	0 (0.0%)	10 (58.8%)	7 (41.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
コミュニケーション	1 (5.9%)	9 (52.9%)	7 (41.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
こだわり	5 (29.4%)	5 (29.4%)	6 (35.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)
多動・衝動性	1 (5.9%)	1 (5.9%)	4 (23.5%)	10 (58.8%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)
不注意	1 (5.9%)	2 (11.8%)	5 (29.4%)	8 (47.1%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)
読み書き	1 (5.9%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	11 (64.7%)	4 (23.5%)	0 (0.0%)
運動・不器用	1 (5.9%)	0 (0.0%)	4 (23.5%)	10 (58.8%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)
身辺自立	2 (11.8%)	11 (64.7%)	4 (23.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
睡眠	9 (52.9%)	6 (35.3%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不安・緘黙	6 (35.3%)	6 (35.3%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
問題行動	1 (5.9%)	5 (29.4%)	6 (35.3%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
いじめの被害	4 (23.5%)	7 (41.2%)	6 (35.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
身体状態(病弱)	7 (41.2%)	7 (41.2%)	3 (17.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

分担研究報告書

発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントシートの有用性に
関する検討：自治体におけるインタビュー調査

研究分担者 小林 真理子 (山梨英和大学)
研究協力者 武部 正明 (相模女子大学)
槻館 尚武 (山梨英和大学)

【研究要旨】

発達障害の支援においては地域資源の活用を前提に発達障害児と保護者の支援ニーズを適切に評価し、障害児サービスの受給決定を行うことが必要であるが、現状として、障害児サービスの受給決定の基準やアセスメントは地域、自治体により異なり、格差や不平等が生じている。

本研究では、障害児サービスの受給決定のための資料となるアセスメントシートを開発し、その有用性について、自治体の受給者証発行に関わる担当者にインタビュー調査により明らかにし、改良のための意見を収集することを目的とする。

その結果、まず市町村のサイズによってアセスメントシートに対する意見や課題点に差異は見受けられなかった。次に、多くの市町村では、必ずしも専門知識を有しない、発達障害児の支援に従事したことの無い事務職員が支給決定を担当しており、本アセスメントシート及びその手引きは、発達障害に関する解説や保護者から子どもの発達や家庭環境等を聴取しやすくなるという点で有効性が示唆された。一定の基準で支給決定に必要な子どものアセスメントを可能にし、公平性、効率性、客観性を担保という点で有益であることが示唆された。一方、仮に導入した場合、アセスメントシートの結果とサービスの支給決定との間でどのように整合性を持たせるかとの指摘もなされた。

最後に、本研究で開発したアセスメントシートは、発達障害児の支援サービス利用前に子どもと家族のニーズを多面的に把握するための基礎的資料として有用であることが示された。一方で、支給決定後に当該の支援機関との間でアセスメントシートを用いて収集した情報を支援や連携等に活用できるような仕組みづくりの検討が課題である。

A. 研究目的

本研究では、障害児サービスの受給決定のための資料となるアセスメントシートを開発し、その有用性について、インタビュー調査により明らかにし、改良のための意見を収集することを目的とする。

B. 研究方法

インタビュー調査を実施した。
インタビュー調査は、障害児通所支援事業サービスの受給決定のための勘案調査の際に、当該研究班が開発したアセスメントシートおよびその使用方法について解説した「手引き」(別添資料参照)を使用してもら

い、もしくは使用することを想定してもらい、自治体の担当者に、対面もしくはオンライン会議システムを用いて行った。

C. 結果

インタビュー調査は、8自治体に実施した。以下は、市町村サイズ、調査対象者職種の内訳である。

市町村サイズによる内訳

A : 1 万人以上町村	2
B : 10 万人未満小都市	3
C : 20 万人以上中核市	1
D : 70 万人以上政令指定都市	2
計	8

調査対象者職種内訳

行政（事務）	3
※その他 社会福祉職 2 心理職 1 保健師 1 不詳 1	5
計	8

以降では、まず各質問に対するインタビュー結果を要約し、次いで「人口1万人以上の町村(A)」「人口10万人未満の小都市(B)」の順に、自治体規模ごとに担当者から寄せられた具体的な意見を示す。

質問 1

アセスメントシートの使いやすさ点

- ◆アセスメントシートを使用することで、聞き落とし・聞き忘れがなくなる。
- ◆社会資源・経済状況を含む家庭環境などの項目があり、全体像を確認できる。
- ◆調査時、従来訊きにくいことも、質問項目に入っているため、質問しやすい。

A : 1 万人以上町村
<ul style="list-style-type: none"> ・聞き落としした、聞き忘れたなど、気が付くのにいいなと思った。 ・事務職は、見るとわかりやすいと思う（障害の説明書きが良い） ・家庭の経済状況から全体が網羅されているので使いやすい。 ・社会資源の項目があるため、今までの支援歴が把握しやすい。
B: 10 万人未満小都市
<ul style="list-style-type: none"> ・見るべきポイントが明示してあるのはわかりやすい ・担当者として確認したい点が網羅してある ・項目が定められていることで「この部分を聞き取りしなければ」と意識できるのが良い。 ・項目の中に入っていれば家族要因についても「皆さんにお聞きしているので」とサラッと聴きやすい。 ・児童の状態だけでなく、周りの環境も知ることで、どのようなサポートが必要なのかがわかりやすくなると感じた。 ・全くの事務の経験しかないため、こういう聴き方が参考になる。
C: 20 万人以上中核市
<ul style="list-style-type: none"> ・必要な質問項目の聞き落としがなくなるものと思われる。 ・支給量の検討、とりわけ、虐待環境や著しい行動障害の際の支給量決定の理由書の裏付けとなるデータを得やすい。
D : 70 万人以上政令指定都市
<ul style="list-style-type: none"> ・聴取のポイントがわかりやすくなる。 ・聴取の視点が明確なのでわかりやすくなる。親ごさんに聞きにくい項目でもシートにあるので聴かないといけないとい

う理由づけに持っていける面もある。

質問2

アセスメントシートの改善点

- ◆専門職以外の一般行政担当者が理解しやすい内容にしてほしい。
- ◆「こどもの声」を記載する箇所がほしい。
- ◆選択肢の再検討（選択肢数・判別の難しさ・「どちらでもない」「非常に」の項目）
- ◆使用しやすさ（アプリ化・レイアウト・解説動画）
- ◆現在の調査項目（5領域20項目）とアセスメントシートとの連動してほしい。
- ◆アセスメントシートの結果と支給決定の内容との連動方法が不明
- ◆本シートを使用して支給量と保護者の希望のサービス量とに齟齬が生じた場合の対応が難しい。

A：1万人以上町村

- ・文字が多い。
- ・事務職から「緘黙」って何？と聞かれることが多い
- 摂食障害の拒食と過食の対応の違いが分かりにくい事務職も多い
- ・子どもの声を記載する箇所があるといい（例 お子さんが普段何がつらいと言っているか、事業所の体験についての子どもの感想など、子どものニーズを把握してから事業所に行ってほしい、2か所以上は子どもに体験に行ってほしいと思う）
- ・服薬の項目があると良い。てんかんなど、併存症で服薬管理を事業所に求める

- こともある。転入してくる方もおり、アセスメントシートにあると漏れがなくなるので、便利だと思う。
- ・利用可能な地域の福祉サービス資源は、保護者の意向や家庭状況もあり、行政側として入力しにくい。
- ・チェックリスト表に、要因別の違いがわかるよう線種を変えるなどのレイアウトをしたほうがよい。

B：10万人未満小都市

- ・選択肢の極端なもの（「非常に」）は選びづらい（対面の場合はあり得るかもしれないが）。
- ・「どちらでもない」と選んだ場合にも意味がある。これを備考欄に書くことを明示すると良いのではないか。例えば“報告がないだけ”というところで「どちらでもない」を選ぶ場合がある。
- ・現在はご家庭の「経済状況」を評価していない。この点は聞きづらく、どこまで聞けるのか心配（保護者がどの程度気にすされるのか、それが「子どもの療育に関係あるのか？」と問われたら、突っ込んで聞けない）。
- ・アプリ化した方が使いやすい。
- ・未就学児バージョンと小学生バージョンに分けた方がいいかもしれない。
- ・「非常に良い」と「良い」の判別、「非序に困難」と「困難」の判別が難しい
- ・アセスメントシートの「いじめ」は被害だけなのか加害も含むのか？→加害も含む

C：20万人以上中核市

- ・現在、「障害児の調査項目（5領域20項目）によりチェックをしている。発達障害児のみの調査だけではないため、まずはこの調査項目を使用する。そのため、

「障害児の調査項目（5領域20項目）にはない項目をピックアップしてもらい、発達障害に特化した調査項目にしてもらうほうが、調査時間・内容とも有効となる。

・チェックリストの項目は必要だが、5段階評価にする必要性が少ない。「どちらとも言えない」となることが多く、評価段階をつくるのなら、4段階でよいのではないか。

・個別サポート加算・強度行動障害児加算についても受給書証発行時に支給量として検討するため、その部分に連動できるような評価項目であるとなおいい。

D：70万人以上政令指定都市

・「本アセスメントシートの使い方」という説明・解説動画（オンデマンド配信）があると、よいと思う。

・仮に本シートを使用してその結果と親の希望のサービス量（事業所の希望利用日数）とに齟齬があった場合、どうするかが課題と思う。例えば、生活介護では基準ができたが、児童発達支援や放課後等デイサービスではそういう基準はないし、基準は難しい。発達障害は、障害の重篤度が可視化しにくいとも思う。私見ではあるが、発達期という点からも「今困っていないけど、予後良好にするために今やっておいた方がよい」ということもあると思う。今の不応度のみで決めるのがよいとも思わない。

質問3

「手引き」を利用した感想・意見

◆一般行政職が利用する手引きとしては、社会資源・制度のスタンダード、障害の基礎的知識・面談の在り方などを知

る上で重要。

◆シートに聴取のポイントがまとまっていること、家庭環境の評価などにより使い方次第で業務の効率化になるかもしれない。

A：1万人以上町村

・障害区分の調査員の研修に行くと、行った後に対応がよくなるため、こうした資料は役立つと思う

・家族、家庭評価、学校教育機関と自治体の評価は異なると思う。

・児童発達支援、放デイによっても年齢に違いがあるので、年齢で項目に違いがあっても良いかもしれない。就学後は学習が入ってくるが、未就学では読み書きなどは「非該当」のチェック欄があると良い。

・福祉サービス事業所の決定時期は、この通りと思ってはいる。ケースバイケースではあるが、原点に立ち返る思いがした。サービスが必要な方に支援をするのが大事と思っている。

・福祉サービスの資源の項目は具体的に何か、例があるとよい。

・発達障害全般についての記載があるため、(異動等により)初めて事務を行う者にとっては、わかりやすい。大まかな方向性を決めるうえでもかなり手がかりになり役立つと思う。行政職は、新しい異動先に着任すると、まずその部署の専門用語調べからはじめる

・最初に発達障害全般に当てはまることとして障害の概要や名称が解説されていて、わかりやすいと思った。子どもの特性についてもわかりやすいと思った。

・事務として担当者になって、初めての

方もわかりやすいと思う。言葉（専門用語）を覚えることが求められる。
B:10 万人未満小都市
<ul style="list-style-type: none"> ・できれば「サマリーシート」とか馴染みのない用語は使わないでもらえると助かる。 ・障害についての専門的な知識があるわけではないので、症状の説明は、すごくありがたい。 ・発達障害児のアセスメントとともに、家庭環境の評価ができるのは良い。 ・事務業務の負担軽減ができれば利用するのは良いのではと思う。 ・発達障害がどのような障害かが書かれており、障害の特性を分かった上で聞き取りを行えるのではないかと思った。
C:20 万人以上中核市
<ul style="list-style-type: none"> ・障害児通所給付費調査指標マニュアルがあり、それとの整合性をどうするのか気になるところである。このマニュアル自体、知的を想定した指標なのか発達障害なのか、幼児なのか児童なのか、一律なところが年齢と発達段階をどのように考えているのか、調査員としては疑問を感じるところがある。
D:70 万人以上政令指定都市
<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉職等の専門職であれば聴取のポイントなどを教わっているが、事務職（行政職）が面接する場合、面接の態度や障害の基礎知識等を教わることなく窓口で対応する。そういう点で障害の基礎知識が書かれている手引きがあるとありがたいはず。 ・サービスや手当の制度は学ぶが、障害のことを学ぶ機会はない。特に、発達障害のことを学ぶ機会がないのでこの手引きがあると役立つ。また、その説明のボ

リュームが適切。たくさんになると、読まないかもしれない。事例集があると、得点化のイメージがしやすい。事例集がないと、どの基準で何点にしてよいか悩む。

質問 4 その他の意見として

<ul style="list-style-type: none"> ◆既に独自のアセスメントを行っていた場合、さらに本シートを使用することで負担増になる可能性がある。（自治体側の負担） ◆本シートの結果とサービスの支給決定とで整合性を持たせるのか、持たせないのか。（支給決定との整合性） ◆本シートでのアセスメント結果や収集した情報に関するその後の支援機関との共有がなされていない。（情報の引継ぎの問題）
--

A:1 万人以上町村
<ul style="list-style-type: none"> ・5 領域 11 項目と一緒に勘案書を作成していて、聞き取り内容を書いており、勘案書を書くときに使える。
B:10 万人未満小都市
<ul style="list-style-type: none"> ・5 領域 20 項目でも多いので、さらに負担が増えるのが心配。タブレットなどに簡単に打ち込めるといい。本市では「発達障がい児（者）支援室が 20 年くらい前からあり、常勤の心理職が勤務。WISC, バインランド、PARS, SDQ などの評価も以前から行なっている。親のニーズが明らかでない事例は保育園などで TASP を実施。健診からフォローされる事例も多い。支給日は原則 23 日、マックス 27 日。最近は保育所がわりに児童発達支援を使う人が増えているように感じる。受給者証を発行する前に、まず事業所を見学して

もらって、どんな所が親に理解してもらおうようにしている。事業所がここ数年急増、本土からくる事業者もいる。移住者も増えている、移住の際に児発や放デイがあるかという問い合わせもある。

C:20 万人以上中核市

・本市では、受給者証発行の調査者は、児は保健師か看護師、者は社会福祉士が担当することになっている。受給者証発行に関わる調査は極めて専門性を要求されるため、上記の専門職が行うこととしている。

・昨今、インクルーシブ理念をもとに、保育所・幼稚園・こども園で児童発達支援事業を導入するところが増えてきている。この事業が適切に専門性をもって、発達支援が行われているかを評価するしくみがない。

D:70 万人以上政令指定都市

・このアセスメントシートの結果と、支給決定の内容とをどう連動させるか？は難しい課題と思う。実際、窓口では市独自の聴き取りシートを使用して聴取しているがその聴取した内容で支給決定しているわけではない。また、虐待等の事態でなければ事業所に引き継がれるわけでもない。

D. 考察

1 自治体における受給者証発行までの現状

前年度の報告書で報告した通り、多くの自治体で事務職員が勘案調査をしているが、その職員は児童発達支援事業所などの現場を知らず発達障害の知識や支援の経験もないことが多く、サービスの支給日数については、自治体によって決定基準が異なるこ

とや、子どものアセスメントに基づかず一律に支給日数が決まっている自治体が多く、一律でない場合でも基本的に保護者の希望通りの日数が支給されていることが少なくない実態が明らかとなっている（内山，2023）。また、民間事業所へのインタビュー調査では、障害児通所支援事業所からの意見として、保護者の希望どおりに支援日数が支給される地域では、実際に支給されている日数と、現場で感じる子どもの発達支援が必要であると感じる日数とは乖離があるという指摘もみられた。

2 アセスメントシート開発と有効性

こうした前提を踏まえ、本研究では発達障害児サービスの受給決定のための資料となるアセスメントシートを開発し、その有用性について、市町村でサービスの支給決定を担う自治体職員にインタビュー調査を行い、アセスメントシートの有効性と課題点を抽出することとした。その結果、まず市町村のサイズによってアセスメントシートに対する意見や課題点に差異は見受けられなかった。次に、多くの市町村では、専門職と事務職員、あるいは事務職員のみが支給決定を担当しており、必ずしも専門知識を有しない、発達障害児の支援に従事したことのない事務職員にとって本アセスメントシート及びその手引きは、障害に関する解説や保護者から子どもの発達や家庭環境等を聴取しやすくなるという点で有効性が示唆された。職員の人事異動が定期的に行われる市町村にとって、誰が支給決定に関する業務を担っても一定の基準で支給決定に必要な子どものアセスメントを可能にし、公平性、効率性、客観性を担保という点で有益であることが示唆された。

3 アセスメントシートに関する課題

一方、既に独自のアセスメントを行っている自治体では、さらに本シートを使用することで負担増になる可能性があるという意見も出された。また、仮に導入した場合、アセスメントシートの結果とサービスの支給決定との間でどのように整合性を持たせるかかとの指摘もなされた。現状では、不十分であった支給決定に係る子どものアセスメント結果が本アセスメントシートの導入によりより正確な状態のアセスメントが可能となり得るが、その結果とサービスの支給日数や事業所の選択への支援としては活用されるのか、どう活用するのかまで決めていくことも必要であるといった課題も確認された。

4 アセスメントシートと仕組み作りの重要性

最後に、現在、支給決定後に当該の支援機関（例 療育センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス、学校等）との間で支給決定の際に市町村が収集した情報が十分に共有・活用されていない現状があることから、本アセスメントシートでのアセスメント結果や収集した情報を支援や連携等に活用できるような仕組みづくりも検討していく必要がある。

E. 結論

発達障害児の支援サービス利用前のためのアセスメントシートを開発し、子どもと家族のニーズを多面的に把握するための有用な基礎的資料となることがわかった。

今後、支給決定後に支援機関との間でアセスメントシートを用いて収集した情報を支援や連携等に活用できるような仕組みづくりも検討していく必要がある。

F. 健康危険情報 特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 引用・参考文献

内山登紀夫他（2023）発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究 こども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究

分担研究報告書

発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントシートの有用性に
関する検討：医療従事者におけるインタビュー調査

研究分担者 下野 九理子（大阪大学大学院連合小児発達学研究所）
研究分担者 宇野 洋太（大正大学カウンセリング研究所）
研究協力者 平田 郁子（大阪大学大学院連合小児発達学研究所）

【研究要旨】

発達障害児への支援・療育サービスの受給決定を行う際に、医師の診断書を必要とすることがある。その場合の医師としては、かかりつけの小児科クリニック、発達外来担当医、児童精神科医など様々であり、診断書のフォーマットも決まったものはない。

本研究では、医療機関向け障害児通所支援制度利用、受給者証発行についての医師意見書・診断書作成の手引きを作成し、その有用性について医療機関の診断書作成を日常診療で行なっている医師にインタビュー調査を行い、改良することを目的とした。

インタビューの結果、診断書に記載すべき内容が決まっていた方が抜けがなく良いとする意見がある一方で、詳細に困り感の程度や項目数が増えると負担感が増すというデメリットもあった。また、詳細な手引きが別紙としてついているのは非専門医に対して親切である反面、ページ数が多いと日常診療での使いにくさもあり、診断書フォーマット中に診断名と症状名、その程度のチェックを入れるようなフォーマットが望まれている。また、詳細な診断書を提出するのであれば、受給者証を発行する、ということへの貢献のみならず、受給日数やその後の療育・支援の方向性にも反映して欲しいという意見も聞かれた。今後さらにフォーマットを改善することと、それが電子カルテに対応できることが実用化に向けて必要である。

A. 研究目的

本研究では、障害児サービスの受給決定に用いる診断書のフォーマットと手引きを開発し、その有用性についてインタビュー調査を通じて検証した。さらに、今後の改良に向けた意見を収集することも目的とした。

B. 研究方法

日常的に発達障害児の診療に携わる小児科医および児童精神科医に対し、インタビュー調査を実施した。インタビューは、研究班が作成した「医療機関向け障害児通所支援制度利用、受給者証発行に関する医師意見書・診断書作成の手引き」を患者が持参し

た状況を想定し、対面形式で行った。

C. 結果

インタビュー調査は、6施設（大学病院、総合病院、クリニック）の医師9名（小児科医6名、児童精神科医3名）を対象に実施した。自治体規模の内訳は、10万人未満が3名、20万人以上の中核市が4名、50万人以上の政令指定都市が2名であった。

診断書フォーマットの評価

<使いやすい点>

- ・手引きに重要な点が簡潔に記載されており、多忙な臨床医にも読みやすい。

- ・手引きや解説を読むことで、経験や知識が少ない医師への教育効果も期待できる。

項目が Bio-psycho-social モデルに基づいて設定されており、多面的な評価が可能である。

- ・確認すべき項目が明確で分かりやすい。

項目がよく練られている。

- ・項目からニーズや課題が見えやすい。

- ・5段階評定も評価しやすい。

- ・リストアップされているため、抜けがない点が良い。

- ・診断書としては確定診断に至っていないケースもあるため、(疑い)診断も記載できる方が良い。

- ・評定者の経験や知識の程度によって評定の重み付けが変わるため、複数の立場の評定者間で比較できる点は適切であると考えられる。

<改善点>

- ・養育者の困難感について、養育者自身に自覚があまりない場合、どのように判断す

べきか。例えば、学校は困っているが母親は困っていないケースなど、状況が分かりやすいようにすべきである。

- ・視覚的に見やすいよう色分けすることが望ましい。自治体のサポートが手厚い地域では、利用可能な部分を色濃く表示するなどすると分かりやすい。

- ・相談に来る時点で「困難」「非常に困難」な者が多いため、もう少し「困難」の段階を7段階にするなど、グラデーションを設けるべきである。

- ・診断書フォーマットと困難感のサマリーシートが二重に存在するのは煩雑である。

- ・てんかん発作の有無については、医学的配慮が必要な疾患の項目に含めるべきである。

- ・手引きのコメントには記載されていた「感覚の問題」がアセスメントシートから抜けている。これは重要な項目であるため、アセスメントシートにも追加すべきであると考えられる。

- ・「感情制御」や「疲労」に関する項目もあった方が、支援ニーズをより拾いやすいのではないかと考える。

- ・トラウマ反応の有無について記入できる項目が必要である。

- ・情報がなくてもかかわらず、問題の有無を評価する不適切さを避けるため、「情報なし」の項目を作成するか、情報がなければ入力しないことを明示すべきである。

- ・「記載なし」と「どちらともいえない」の使い分けに迷う場面があるため、使い分けに関する注釈などがあっても良いかもしれない。

- ・「困難」と「非常に困難」の境界や、「どち

らともいえない」と「困難」の境界をシンプルに記載することで、評価者間のばらつきを軽減できるのではないか。

- ・福祉サービス利用時の医学的観点からの留意事項の項目において、受給者証発行後に必要と思われる療育内容を選択肢に入れば、診断書フォーマットを使用するメリットがあるかもしれない。

- ・サマリーシートのスコアは「課題あり」や「問題あり」の方が良い。「社会資源」の5段階は分かりにくい。「非常に良い」とは何を指すのか。

- ・本手引きの対象となる診断において、医療機関で検査可能な検査項目について、医療機関で検査を行った場合、その結果の提供を推奨しているのか、あくまで診断の参考にしているのかが不明確である。結果を提供しても行政側で理解できる者がいるか分からない。

- ・利用可能な地域の福祉サービスや自治体のサポート、福祉療育機関でのサポートについて知らない医師が多いので、具体例を示す方が良い。

- ・登園・登校状況は「毎日登校」「部分登校」「遅刻・早退あり」など、園や学校でのサポートの評価は「支援学級」「通級指導教室」「加配あり」など、選択肢がある方が良い。

- ・困難度のサマリーシートを医師が記載するとなると負担が大きいため、保護者への質問紙として使用するのが適当である。

- ・受給者証発行の観点からいうと、家族要因や社会資源については自治体職員が聴取すべきことであり、医師は子ども要因の評価をメインにすべきではないか。

- ・診断名とそれに関連する症状が並んで書

かれている方が選びやすい。困難度のサマリーシートは、限られた診療時間の中で聞き取りをして記載するのが大変であると考ええる。

全体的な意見

学校の教員によっては、未だに発達障害という認識がない者もいるため、このような簡潔な解説が必要である。親と教師の評価が異なる場合がある。

手引きを行政の者がどの程度読んでくれるか懸念される。親は衝動性などの用語の理解に乏しく「活発なだけ」という認識の者もあり、聞き方や用語の定義がどこまで共有できるか難しい。行政担当者向けの手引きとしては、この分量で良いと考える。

自治体で安易に受給者証を出すのは問題であると考ええる。

D. 考察

内山登紀夫他(2023)の「発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究」によれば、受給者証発行に当たり「医師の診断書・意見書が必ず必要」な自治体は0件であり、「医師の診断書・意見書あるいは他の専門機関・専門家による所見のいずれかの提出が必要」という自治体が半数以上であった。実際に新規申請のために医師の診断書・意見書を提出した割合は38%、32%であり、新規申請のために医療機関を受診した数も38%に上っていた。

受診した診療科は小児科・小児神経が44.2%、児童精神科が33.3%であったが、専

門医療機関の初診までの待機が長いと、かかりつけの小児科で診断書を発行してもらっているケースもかなりあると推察される。

小児の発達外来や児童精神科において発達検査や発達障害特性についての評価を行っている医療機関と、普段のかかりつけクリニックでは、1症例にかける診察時間や立場も異なり、診断書の内容も異なってくると考えられる。受給者証発行とは、障害によって生じる生活上の困難さをアセスメントし、その必要性に応じた支援・療育の支給を決定することであるため、精神障害者手帳の主治医意見書に準じるような形で、一定の基準に沿った書式や程度評価が望ましい。

今回、診断書フォーマットと手引き案を作成し、医師へのインタビューを行った結果、フォーマットがある方が抜けがなく、記載すべき内容が明確であるという点で多くの医師から評価された。本フォーマットにおける項目立てや5段階評価は妥当であり、使いやすいという意見が多く聞かれた。さらに、こうしたフォーマットや手引きがあることで、経験や知識が少ない医師にとっても記載しやすく、かつ教育的であるという意見もあった。

一方、手引きについては、外来で目を通すには書類の分量が多いという評価であった。しかし、手引きは書類を記載する際に毎回読むものではないため、日常臨床業務に実装した際に医師にとってどの程度の負担になるかは今後確認が必要である。また、診断書とは別に困難度のサマリーシートで段階評価を行うのは時間がかかるため、自治体担当者が聴取する家族要因や社会資源につ

いては、医師が評価すべき内容から分けた方がよいとの意見もあった。他方で、評定者がどれほどケースの経験や知識があるかで評定の重み付けが変わるため、複数の立場の評定者間で比較できることは適切であると考えられるという意見もあり、今後検討が必要な点でもある。

長所

医師が評価した診断書フォーマットと手引き案の長所として、まず使いやすさと教育的機能が挙げられる。手引きが簡潔にまとめられており、多忙な臨床現場でも使用しやすいとの評価が得られた。また、経験の浅い医師にとっても参考となる内容であり、教育効果も期待されている。次に、Bio-psycho-socialモデルに基づく構成であり、医学的評価にとどまらず、子ども・家庭・環境資源などの多面的な要素を網羅し、支援ニーズを多角的に捉える設計となっている。3点目は構造的な明確さである。リストアップされた項目や5段階評価によって、記載すべき内容が明確であり、漏れが生じにくい構成になっている。4点目はケース比較が可能な設計である。評定者による評価が可視化され、立場の異なる専門職間での比較や合議が可能になる点は、将来的なチームアセスメントに有効であると考えられる。

短所

短所については以下の通りである。まず、養育者の主観とのギャップが挙げられる。養育者自身の困難認識が乏しい場合の評価が難しく、第三者(例:学校)とのギャップに対応できる記載様式の工夫が求められる。

次に、評価項目の一部不足があり、「感覚の問題」「感情制御」「疲労」「トラウマ」など、支援ニーズと関連が深い但未記載の項目があり、今後の改訂での追加が望まれる。3点目は評価基準の曖昧さである。「困難」と「非常に困難」の境界など、評定の基準にばらつきが出る可能性が指摘されており、注釈や記載例の明示が必要である。4点目は情報が不十分な場合の対応であり、情報不足の際に「記載なし」と「どちらともいえない」の使い分けが不明瞭であり、記入指針のさらなる整備が求められる。5点目は書式・運用上の負担であり、サマリーシートや複数の評価ツールを併用することが時間的・心理的負担となり得る。特に限られた診療時間で記入することの現実的な困難が指摘された。最後に、福祉資源に関する知識の前提であり、地域資源への理解が必要とされる部分があるが、多くの医師がそれらに詳しくないという現状に対応した補助的情報や記入例が不足している。

小児科医と児童精神科医の視点の違い

本報告書の結果を踏まえると、小児科医と児童精神科医の間には視点の違いが示唆される。

主な診療対象において、小児科医は身体疾患との併存例や広範な小児疾患を扱う一方、児童精神科医は発達特性や行動・感情面の障害を主とする症例を扱う。診察時間については、小児科医の外来では比較的短時間診療が多いが、児童精神科医は初診やフォローで比較的長めに時間を取ることが可能なかもしれない。

フォーマットに対する評価としては、小

児科医は記載すべき項目が明示されていて使いやすいという実務的な視点を持ち、児童精神科医は評定の重み付けや記述内容の精度に対して高い要求を持つ傾向がある。サマリーシートの活用については、小児科医は保護者への質問紙としての活用が望ましいと考える傾向があるが、児童精神科医は多面的視点からの統合的評価を好む傾向がある。このように、小児科医は制度運用における実用性や簡便さを重視し、児童精神科医は臨床妥当性や精度に重点を置く傾向があると考えられる。

ただし、今回の調査に協力いただいた小児科医および児童精神科医は少数にとどまり、その意見は全体を代表するものとは言い難い。したがって、より包括的な知見を得るためには、今後さらなる調査の実施が求められる。

今後の課題と提案

(1) アセスメント項目の拡充と定義の明確化

「感覚」「感情調整」「疲労」「トラウマ」など、実臨床で重要な項目の追加。

各評価段階（困難／非常に困難など）についての基準例や注釈の明示。

(2) 役割分担の明確化

医師が評価する範囲（例：子ども要因）と自治体が評価する範囲（例：家庭・資源）を分けることで、記載負担を軽減し、混乱を防ぐ。

(3) 実装上の工夫

電子カルテで記載・出力できる形式に対応し、業務効率を向上させる。

手引きの分量削減や構成見直しにより、

必要な場面で必要な情報に迅速にアクセスできる構造とする。

(4) 多職種連携の促進

診断書の評価項目を医師・相談支援専門員・保育士・教師などが共有できるよう統一フォーマット化し、チームアセスメントとして活用する。

(5) 医師への情報提供の強化

地域資源や支援内容の具体例を記載した補足資料の整備。

E. 結論

調査で用いた診断書フォーマットと手引きは、多忙な医師にとっての実用性と教育的意義を両立するツールとして一定の評価を得た。一方で、評価対象の明確化、記入の負担軽減、地域資源への理解不足への対応といった課題が指摘された。小児科医と児童精神科医の視点の違いを踏まえ、今後は職種横断的で段階的な記入支援モデルの構築が求められる。また、医療現場の負担軽減と制度的有効性を両立するためには、フォーマットの柔軟な運用設計と、自治体・医療・福祉機関の連携体制の強化が不可欠であると考えられる。

このような医師からの意見をもとに研究班で議論を行い、「サマリーシート」と「手引き」を改変し完成版を作成した。名称について「こどもの状態と環境サマリーシート」と改称し、手引き案については「発達障害のある子どもへの障害児サービス利用の支給決定に関する手引き」改称し完成させた。受給者証発行のための医師の診断書・意見書フォーマットの作成は、その有用性を示すことができた。一方で、その様式や内容に

はさらなる改良が望まれ、将来的には各医療機関の電子カルテで利用されやすい形式にしていくことも必要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 引用・参考文献

内山登紀夫他 (2023) 発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究 こども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究

令和6年度 こども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の
必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究」

分担研究報告書

発達障害児の障害児サービス利用に係るアセスメントシートの有用性に 関する検討：教育・保育機関を対象としたインタビュー調査

研究分担者 川島 慶子 (福島学院大学)
宇野 洋太 (大正大学カウンセリング研究所)
研究代表者 内山 登紀夫 (福島学院大学)

【研究要旨】

本研究は発達障害児が障害福祉サービスを利用するに際しての多面的なアセスメントシートの有用性や改良点に関する意見を聴取することを目的し、教育・保育機関を対象としたインタビュー調査を実施した。その結果、アセスメントシートと手引きの有用性と改善点について、多機関が共通したツールを使用することで子どもの支援ニーズが焦点化され、実態把握及び実務にも役立つ等の意見があった一方で、各地域の発達支援システムや福祉サービスに関する情報について現場レベルの職員が十分に把握していないため、評価の難しさがあリ解説や具体例などを手引きに加えてほしいなどの要望があった。このように、地域全体の発達支援システムや事業に関する情報共有に関する課題も明らかとなった。今後は、地域特性に合わせた本ツールの活用について検討が必要である。

A. 研究目的

本研究では、発達障害児が障害児サービスを利用する際の、支援ニーズの把握及び、それに基づく受給決定に係るアセスメントシートを開発し、その有用性について、インタビュー調査を行い、改良のための意見を収集することを目的とした。

B. 研究方法

学校・保育機関を対象とし、教員及び保育士等へ個別またはグループにてインタビュー調査を実施した。

インタビュー調査では、本研究班で作成した『発達障害のある子どもへの障害児サ

ービス利用の支給決定に関する手引き（アセスメントシート含む）』（以下、手引き）を用い、架空事例4件について、アセスメントシートへの記入（評価）を行ってもらった。その後、手引きやアセスメントシートの使いやすさ、改良点について自由に意見を述べてもらった。インタビューは、対面またはオンラインにて実施した。時間は、アセスメントシートへの記入も含め約1時間から1時間半とした。

C. 結果

インタビュー調査は、教育機関及び保育所等の教員と保育士5名に実施した。

障害児サービス利用の支給決定に係る情報提供等の経験については、「経験あり」3名（内容：書類提出1名、電話応答2名）、「経験なし」2名であった。

1. アセスメントシートについて

① 所要時間：架空事例についてのアセスメントシートへの記入に要する時間は、いずれの対象者も1ケースにつき概ね15分以内であった（全4ケースで1時間以内）。

② アセスメントシートの使いやすさ

・自治体、教育機関、福祉機関などが同一のシートを使うことで、関係者間の評価の違いや視点の差が浮き彫りになり、支援のポイントが把握しやすくなる。

・家庭状況や社会資源なども含めて多角的な視点で子どものアセスメントができるため、実態の把握に役立つ。

・チェックシート内の質問項目から、評価のポイントを知ることができる。

・実際に本アセスメントシートの記入依頼（情報提供依頼）が来ても、チェック式のため、評価者（担任等）の回答の負担は少ないと思う。

③ 改善点

・質問項目の構成や順序、分類について整理されるとわかりやすい。子どもの特性に関する質問項目を先にした方が評価しやすかったり、面接で確認する際にも話しやすかったりすると思う。

・質問項目に使用されている社会資源の項目に「福祉」「保健」など似ているものが続くが、具体的にイメージしにくいので、例を手引書内に入れるか用語の説明を加えてもらえるとわかりやすい。

・「こだわり」についての評価の仕方が難しかった。こだわりの有無ではなく、困難さにつながっているときに評価する点について説明がほしい。

・保護者のメンタル（発達の偏りも含め）や養育困難感については、評価の難しさがある。保護者自身のメンタル面について教員に伝えることは少ないかもしれない。

・発達障害のある子どもを担当するなどの経験の有無によって評価の精度が変わってしまうかもしれない。

④ その他

・地域の既存のシステムの中で、どのように機能させるかも課題

・保護者と一緒に評価しても良いかもしれない。

2. 手引きについて

① 使いやすさ

・各障害に関する概要が書かれているのがわかりやすい。

・子どもの評価の項目や評価のポイントなどが記載されているため、アセスメントの視点の学びとなり、今後の子どもの発達障害特性への気づきにもつながると思った。

② 改善点

・学校では、社会資源の情報を把握しにくいだけでなく、十分に知らないことも多い。母子保健、福祉サービスなどについて、説明や具体例があるとよい。

・こども園では、「福祉サービスの資源」は、療育で一括りに理解していることもある。保健所や巡回相談など、様々な社会資源についての知識が十分でな

いため解説があるとよい。携わったことがあるもの出ないと、こうした情報は知らないことが多い。

③ その他

- ・ 教員側が学校での対応に困り感を持っているが、発達障害の特性や福祉とのつながり方について、理解が進んでいない実態がある。そこをどう支援していくかも必要であると感じる。教育/保育機関でも福祉サービスに関する研修などがあるとよい。
- ・ 発達の基礎知識（通常の発達や発達年齢とのギャップなど）とともに、発達障害の子どもの支援ニーズの実態についての知識も必要だと感じた。一方で、時代によって変化する精神医学の知識については、どの程度把握しておくべきか難しい。
- ・ 受給者証がなくても支援は必要であると思う。給付決定に至らない場合でも、発達特性への理解と支援が重要である。特に学習障害（LD）は高校以降でも多く、継続的な支援が必要である。

D. 考察

本研究では、教育／保育の現場を対象として、障害児サービスの支給決定に係るアセスメントツールの開発とその手引きについて、インタビュー調査にてその有効性及び改良点の意見をまとめた。

各機関において独自にアセスメントの実施や教育・支援目標の作成については、日常業務の中で経験するものの、福祉サービスの支給決定に係る情報提供のための書類作成等の経験には個人差があり、アセスメントシートへの回答評価の質は知識や経験

に影響することが課題として述べられ、それを補うためにも、手引きにおけるわかりやすい表現や解説、具体例の追加などが求められた。また、聞き取りが円滑に展開しやすいよう、質問項目の順番について、子どもに直接関連する事柄から、家庭状況、社会資源へと移るようにするなどの改善点もあげられている。

特に、教育と保育の現場のいずれにおいても、社会資源や福祉サービスの項目で、地域の発達支援システム及び事業、連携等について振り返りがみられ、各自治体で異なる福祉サービスや事業内容に関する知識の共通理解の機会が求められていることが明らかとなった。各自治体規模での事業概要の説明や連携についての研修会の開催など、現場の一人ひとりまで浸透するような普及啓発が必要であることが示唆された。

シートの有用性については、福祉サービスの支給決定への活用に限らず、地域の中で多機関が共通して使用することで、評価の違いが可視化され、支援の焦点が明確になるなど、実際の支援にも役立つことが期待される。しかしながら、この情報を集約するのは支給決定にかかる書類の1つであることから行政となることが想定され、支援の現場に役立てるとなると、集まった情報をどのように共有していくのかなど、次のステップとして検討を行う必要がある。

また、保護者も一緒に評価できるようなシステムがあるとよいなどの意見も挙げられており、保護者と支援者が子どもの支援ニーズを共通認識するためのツールとしての活用も期待される。

アセスメントシートは個々の評価者の経験や障がいの理解に影響されることが懸念

されるが、1つの機関だけでなく多機関共通で使用することを前提とすることで、全体的な支援ニーズの過小・過大評価を防ぐことが可能と考える。先も述べたが、地域でどのように本手引き及びアセスメントシートを既存の事業に取り込み活用していくか、今後は、自治体の規模・体制・状況なども踏まえた、地域特性に合わせた活用方法についても検討が必要である。

E. 結論

アセスメントシートと手引きの有用性と改善点について、多機関が共通したツールを使用することで子どもの支援ニーズが偏りすくなく、明確化される等の意見があった一方で、各地域の発達支援システムや福祉サービスに関する情報は現場レベルでは十分に共有されていないなどの地域全体の課題も明らかとなった。今後は、地域特性に合わせた本ツールの活用についての検討が必要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 参考文献

- ・内山登紀夫他（2023）発達障害児の障害

児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究 こども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究

・本田秀夫（2015）発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価（平成25年度～27年度）厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 身体・知的等障害分野

分担研究報告書

イングランドにおける発達障害の子どもを対象にした福祉サービスのシステムと課題

研究分担者	内山 登紀夫	(福島学院大学)
研究分担者	川島 慶子	(福島学院大学)
研究協力者	蜂矢 百合子	(よこはま発達クリニック)
	伊瀬 陽子	(福島県発達障がい者支援センター)

【研究要旨】

本報告は、英国イングランドにおける自閉スペクトラム症等の発達障害を持つ子どもへの学校外支援制度を明らかにすることを目的とし、行政職員・療育機関スタッフ・保護者へのインタビュー調査に基づき構成されている。中心となる支援制度は「ショートブレイク」であり、障害児に遊びや社会的活動の機会を提供し、保護者に休息の時間を保障することが主目的である。支援の入り口は地域の Family Information Service (FIS) であり、情報提供と他機関への橋渡しを担う。障害児の包括的支援には、教育・保健・福祉の三領域が統合された「EHCP (教育・保健・ケアプラン)」が存在するが、作成には最大 20 週間を要し、専門家不足や予算削減の影響で待機期間が長期化している。軽度の障害児に対しては、地域の一般的活動や SEN サポートを通じた対応が行われている。保護者は支援を受けるために自ら情報収集と主張を行う必要があり、地域格差が顕著である。日本の児童発達支援との比較では、英国のショートブレイクが遊びとレスパイトに重点を置く一方、日本は発達支援 5 領域に基づいた包括的支援を提供しており、両国で制度の目的と設計に大きな差異が見られる。特に日本の受給者証発行のためのアセスメント制度との比較において、EHCP は参考になりにくく、地域に適合したバイオ・サイコ・ソーシャルモデルに基づく独自の方法が必要とされる。

A. 研究目的

英国イングランドにおける自閉症のある子どもの療育機関における支援とその利用要件について、行政、療育機関、保護者へのインタビュー調査から得られた知見を報告する。本研究班の目的の一つは、「発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立」である。その参考とするため、発達障害支援の歴史が長く多様なサービスが提供されている英国における自閉スペクトラム症を始めとする発達障害の支援体制や課題、発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法を調査した。本研究班の目的に鑑み今回の調査は日本の障害児福祉に該当する学校以外のサービスの体制を中心に行った。

以降、本稿では学校と区別するため、日本の児童発達支援や放課後等デイサービスに該当する学校外の障害児サービス機関は service provider と表現されることが多いが、それを本稿では英国の教育省 (Department for Education) 管轄の学校教育と区別して「英国の療育機関」あるいは単に「療育機関」と表記する。発達障害の発見と支援までの流れ、英国の療育機関の実態とその利用要件を把握することを目的とした。なお本調査の対象はイングランドの南部地区が中心であり、スコットランドとウェールズは含まれていない。

B. 研究方法

調査は 2024 年 2 月に実施され、イングランドにおいて発達障害支援に関わる行政関係者、療育

機関のスタッフ、保護者、および、複数の専門家を対象にインタビュー調査と文献調査を行った。調査前、調査後においてもイングランドの研究参加者とは頻りに情報交換を行った。本報告では、それらの結果に基づきイングランドの障害児支援のシステムと課題について報告する。主な内容は以下の対象者に対し実施したインタビュー調査を参考にしている。

(1) 相談支援機関：オックスフォード州およびサリー州の FIS (Family Information Service) 職員各 1 名にオンラインで実施。

(2) 療育機関：チャレンジャーズおよびレッツプレイの名称の療育機関の職員に対し、直接訪問後に施設見学および対面で実施。

(3) 保護者：上記療育機関を利用する子ども（自閉症児）の保護者数名と、英国に 1 年以上在住する外国人の自閉症児の保護者に対し、療育機関内とリモートにてインタビューを実施した。

インタビュー内容は、療育機関については早期支援の概要、利用までの流れ/要件、課題、放課後支援事業の質維持について、療育機関については放課後支援の概要、利用までの流れ/要件、課題について、保護者については診断、療育機関利用までの流れ/要件、課題、そして発達支援の必要性を判断するためのアセスメントの方法についても調査した。インタビュー記録は対象者の同意を得て音声記録を行い記載の参考にした。イングランドにおいて政府の基本的な方針はあるものの、その取り組みの実態は州や地域によって大きく異なる点に留意する必要がある。

C. 研究結果

1. 英国における一般的な診断と支援の流れ

イングランドにおける発達障害の診断と支援までの一般的な流れは、子育ての困り感から始まり、居住する州の相談機関（FIS など）へ申し込みを行い、検査/評価を経て、EHCP (Education, Health and Care Plan) が作成され、これをもって公的な支援サービス（学校の選定や教育・福祉サービス）の利用に至る。以下、インタビュー内容の理解のために必要な Short breaks（以下、ショートブレイクと記載）、FIS

と EHCP の概要を記載する。

ショートブレイク学校の外での支援

ショートブレイクは放課後あるいは学校に登校していない子どもへの支援の総称である。イングランドの障害児支援におけるショートブレイクは、障害のある子どもや若者、そしてその家族やケアラーを支援するための重要なサービスである。ショートブレイクは、障害児本人に多様な活動の機会を提供し、同時に日常的にケアを担う家族やケアラーに休息やリフレッシュの時間を与えることを目的としている。ショートブレイクの主な内容は、障害児がスポーツ、アート、レクリエーションなどのアクティビティに参加できる機会を提供することである。これにより、子どもたちは新しい経験を積み、社会的なスキルを身につけることができる。一方で、家族やケアラーは一時的にケアから解放され、自身の時間を持つことができるため、精神的・身体的な負担の軽減につながることを目指している。サービスの形態は多様であり、短期間の宿泊型サービス、日帰りのアクティビティ、訪問型のサポート、グループ活動などが含まれる。利用者は地方自治体（カウンシル）を通じて申請し、必要に応じて補助金の支給やサービスの選択が可能である。利用には毎年の申請が必要である。

ショートブレイクの提供は地方自治体の責任であるが、実際の運営は民間非営利団体が担っている場合が多い。これらの団体は、レスパイトケアや各種アクティビティ、相談支援など、幅広いサービスを展開している。地域によってサービス内容や利用条件が異なるため、利用する保護者は各自治体の窓口や公式ウェブサイトを確認する必要がある。

FIS (Family Information Service) :

Family Information Service (以下 FIS と記載) は、イングランドにおいて地方自治体が提供する公的な情報提供サービスであり、0 歳から 25 歳までの子どもとその家族を対象とする。中でも特別支援教育や障害児支援領域において重要な役

割を果たしている。FIS は、保育、教育、医療、福祉、経済支援などに関する地域の情報を一元的に提供し、必要に応じて各機関への橋渡しを行う。特に障害のある子どもをもつ家庭に対しては、特別支援学校・支援サービス・福祉給付の情報提供、レスパイトケアの紹介、保護者支援グループの紹介などが行われる。また、家庭の言語的・文化的背景に応じた多言語支援も提供される。FIS は、障害児家庭が複雑な支援制度の中で適切なサービスにアクセスできるよう支援する、地域における包括的な相談窓口である。法的根拠としては、Childcare Act 2006 および Special Educational Needs and Disability Code of Practice (2015 年) があり、各自治体において FIS の設置と運用が義務づけられている。

発達障害サービスにおける FIS の役割は以下のとおりである。福祉サービスの情報を保護者に提供し、困難ケースには事業所の紹介や手配のサポートを行う。幼児期は保健師、幼稚園教諭、知人、FIS リーフレットなど様々なルートで情報が得られ、GP あるいは小児科医により診断された場合は FIS に知らされる。予算額は自治体によって異なり、事業内容や質に地域差がある。オックスフォード州の FIS には多くの予算が配分されている一方、地域によっては予算がなく機能していないこともあり地域格差が存在する。FIS のスタッフは適性のある人が配置されるが、特に資格要件はなく、現場研修と経験によりスキルアップしていくと考えられる。

SEN と EHCP (Education, Health and Care Plan):

イングランドにおける SEN (Special Educational Needs: 特別な教育的ニーズ) とは、障害の有無にかかわらず、同年齢の子どもと比べて学習面で著しい困難があり、通常の教育だけでは十分な進歩が見込めない子どもに対して、特別な教育的手立てが必要とされる状態を指す概念である。SEN は医学的な障害カテゴリーとは異なり、一人ひとりの子どもの学習上の困難や必要な支援に着目した教育的な枠組みである。学校では SEN 登録簿に記録し、SEN コーディネーター (SENCo) が中心となって、個々のニーズに応じた支援計

画を立て、保護者や専門家と連携しながらサポートを行う。SEN は、認知・学習、コミュニケーション、社会・情緒・精神的健康、感覚・身体など多様な領域にわたる困難を対象とし、0 歳から 25 歳までの子どもや若者に適用される包括的な支援制度である。

EHCP

イングランドの障害児支援における EHCP (Education, Health and Care Plan: 教育・健康・ケアプラン) は、0 歳から 25 歳までの特別な教育的ニーズや障害を持つ子どもや若者に対して、教育・医療・福祉の各分野が連携して包括的な支援を提供するための法的文書である。EHCP は、通常の学校や保育園、カレッジが提供できる範囲を超えた追加的な支援が必要な場合に作成される。一般的な SEN サポートで十分な効果が得られないと判断された場合、保護者や学校、または 16 歳以上の本人が地方自治体に申請し、必要性が認められれば作成される。EHCP の作成プロセスは、まず保護者からの申請を受けて地方自治体がアセスメントを行い、子ども自身や家族、教育機関、医療専門職、福祉関係者などから幅広く情報を収集する。評価の結果、通常の SEN サポートでは不十分と判断された場合にのみ、EHCP が発行される。

EHCP には、以下のような内容が盛り込まれている。

- 子どもや家族の希望や意見 (Section A)
 - 特別な教育的ニーズの詳細 (Section B)
 - 関連する健康上のニーズ (Section C)
 - 関連する社会的ケアのニーズ (Section D)
 - 期待される成果 (Section E)
 - 必要な特別教育的支援 (Section F)
 - 必要な医療的支援 (Section G)
 - 必要な社会的ケア支援 (Section H)
 - 通うべき学校や教育機関の名称 (Section I)
 - 直接支払いの詳細 (Section J)
 - 評価に用いたすべての助言や情報 (Section K)
- EHCP は法的拘束力を持ち、地方自治体や指定さ

れた教育機関は、プランに記載された支援を必ず提供しなければならない。支援内容は具体的かつ詳細に記載され、例えば言語療法、作業療法、専門スタッフによる個別指導、特別な機器の提供などが含まれる場合がある。EHCPは毎年少なくとも一度は見直され、子どもの成長やニーズの変化に応じて内容が更新される。また、プランの内容や支援の質に不満がある場合は、保護者や本人が異議申し立てを行うことも可能である。

EHCPの対象となるのは、ADHDや自閉症、学習障害、重度の身体障害など、通常の教育支援だけでは十分な進歩が得られない子どもが多い。EHCPを持つことで、教育・医療・福祉の各分野が連携し、子ども一人ひとりのニーズに合わせた支援を計画的かつ継続的に提供できる体制が提供されることになっている。

2. EHCPの作成について必要な日数やアセスメントについて

EHCPの作成には、申請から最終的なプラン発行まで最大20週間と法定で定められている。具体的な流れは以下の通りである。

- 申請から6週間以内に地方自治体がアセスメント実施の可否を決定する。
- 16週目までにアセスメントを終え、EHCPが必要かどうかを判断する。
- 16~20週目にドラフトプランが作成され、保護者や本人が意見を述べる期間が設けられる。
- 20週目までに最終的なEHCPが発行される。

関与する専門家は、子どものニーズに応じて異なるが、主に以下の専門家が関与する。教育心理学者(Educational Psychologist)(学習や認知、行動面の評価を担当)、SENコーディネーター(SENCo)、必要に応じて言語療法士、作業療法士、理学療法士などのセラピスト、ソーシャルワーカーや医療関係者、保護者、場合によっては本人も意見を述べる。

アセスメントは多面的に行われる。主に以下の領域が含まれる。

- 認知・学習(Cognition and Learning)
- コミュニケーション・相互作用(Communication

and Interaction)

- 感覚・身体(Sensory/Physical)
- 情緒・精神的健康(Emotional and Mental Health)
- 社会的ケアや家庭環境

これらのアセスメントは、観察、面談、専門家による評価、保護者や学校からの報告書など多様な方法で行われる。アセスメントの結果をもとに、子どもの強みと課題、必要な支援内容、期待される成果(アウトカム)をEHCPに反映する。

EHCP作成には最大20週間かかり、複数の専門家が多面的なアセスメントを実施し、教育・医療・福祉の観点から総合的な支援計画が立てられる。

EHCPとSEN

EHCP(Education, Health and Care Plan)が必要な子どもと、SEN(Special Educational Needs)サポートだけで対応される子どもには、支援の必要性や内容、法的保障などに明確な違いがある。

まず、SENサポートだけで対応される子どもは、学校や保育園、カレッジなどの通常の教育現場で追加的な支援が必要とされるが、その支援は各教育機関が持つ通常の予算やリソースの範囲内で対応可能な場合である。SENサポートは、例えば授業内容の調整、特別な教材の使用、1対1や小グループでの補助、専門家のアドバイスなど、比較的柔軟かつ即時に実施できる支援が中心である。この段階では、診断がなくても支援が開始でき、保護者や教師、SENコーディネーター(SENCo)が協力して計画を立て、進捗を定期的に見直す。一方で、EHCPが必要な子どもは、SENサポートで提供できる範囲を超えた、より複雑かつ多面的な支援が求められるケースである。EHCPは、教育現場の通常の支援やリソースでは十分な進歩や成果が得られない場合に、地方自治体による法的なアセスメントを経て発行される。EHCPには、教育だけでなく医療や福祉の分野も含めた総合的な支援内容が詳細に記載され、地方自治体にはプランに記載された支援を必ず提供する法的義務が課される。また、EHCPは教育機関を移る場合も引

き継がれ、継続的な支援が保障される。SEN サポートのみで対応できる子どもは、通常の教育現場での追加的な支援で十分な進歩が見込めるが、EHCP が必要な子どもは、より専門的かつ法的に保障された支援が不可欠なほど、複雑かつ重度のニーズを持つ点が大きな違いである。

OFSTED (Office for Standards in Education, Children's Services and Skills)

OFSTED は主に学校のクオリティコントロールを行う公的な組織である。以下のような役割を担っている- 学校（通常の学校校・特別支援学校の両方）や障害児向け施設、児童福祉サービスなどを対象に、教育・ケアの質、子どもの学習成果、安全性、インクルーシブ教育の実践状況などを監査・評価する。障害児や特別な教育的ニーズ (SEND) を持つ子どもへの支援が、法令やガイドライン (SEND Code of Practice 等) に沿って適切に行われているかを確認し、必要に応じて改善勧告を行う。サービスが一体的に提供されているかについても共同で評価を実施する。評価結果は公表され、保護者や地域社会が学校や施設の選択や改善の指標とすることができるほか、教育現場の透明性と説明責任の確保にも資する。

3. インタビュー調査

(1) 行政に対するインタビュー結果

● オックスフォード州 FIS: 対象者は各自治体居住の障害児・者である。福祉サービス利用のつなぎ役を担い、困難ケースのサポートも行う。ショートブレイク事業では、年齢、障害のタイプによってサービスがあり、自閉スペクトラム症向けのより専門性の高いサービスとしてはイエロー・サブマリン (ASD、ADHD、知的障害対象、職業訓練など) が該当する。ショートブレイクの事業内容は地方自治体に委ねられており、オックスフォード州は発達障害の子どもが多い中で予算確保に努力している。事業所の質は、委託契約時の定期的なモニタリングや監査、問題発生時の指導などで担保を図る。スタッフの資格要件としては Play work の考え方（遊びは子どもの権利であり、自由

選択・自己主導・内発的動機に基づくべきとし、子どもが自分の意思で遊ぶ機会を最大限に保障すること、そして大人はその環境を整え支援する立場であることを強調する考え方、イングランドでは公式に採用されているわけではないが広く普及している) がある。ショートブレイクの利用申請は家族や専門家から可能であり、支援機関がアセスメントを行うが、保護者が利用を希望しても断られる場合に FIS が介入することもある。支援機関の数は地方自治体がコントロールしている。

● サリー州 FIS: 早期支援コーディネーターは、複雑なニーズや障害を持つ 5 歳未満の子どもと家族を対象とする。担当地区を東西で分け、予約後に家庭訪問を行い、評価に基づいてプランを作成する。レスパイトの要請が高いと感じている。全人的であること、子ども中心に置くこと、長所を活かすことを大切に、家族が良いスタートを切れるよう支援する。地域の専門家から一定の評価を得ており、対応する子どもの半分は医療的なニーズ、残りの半分は自閉スペクトラム症で、睡眠、言語、摂食などの重度の問題を抱える子どもが多い。早期に支援を開始するように努力しているが、レスパイト以外のサポートは難しいと感じる。ニーズのある子どもが増加し、診断やパスウェイ（支援を得るための手順）を持つ子どもが増え、支援が回らなくなっている。紹介基準は家族の同意と、子どもに 3 種類以上の職種が関わっていることである。紹介元は小児科医、セラピスト、看護師、保健師、早期教育専門家、虐待支援機関など多岐にわたる。子どものニーズだけでなく、家族のニーズが高い場合もあり（住居の問題、貧困、メンタルヘルス、きょうだい児）、未熟児の増加に伴い複雑なニーズを持つ子どもも増えている。学齢期の自閉症の診断待ち期間は 1 年～1 年半ほどで、診断後の支援は十分ではない。診断後に孤独を感じる保護者が多く、睡眠などの問題が起きて再受診が難しく、コーディネーターの支援が必要となる。オンラインの保護者勉強会などが開催されている。コーディネーターにつながる子どもは「見つけやすい子ども」である。1 人あたり 12～18 件のケースを担当し、月に 20 家族

程度の勉強会に関わることもあるが、紹介の15～20%程度しか対応できていない。早期のサポートを目的とし、プライベートサービスへつながることもあるが、3歳くらいで事業所につながり、就学を迎えてしまうケースもある。

(2) 療育機関に関するインタビュー結果

① **チャレンジャーズ**：慈善団体として寄付金で運営されている。共通理念は障害に関わらず排除しないことであり、重度の子どもも受け入れている。イングランドでは支援計画を立てて行政に提出するが、予算を減らされ、足りない部分を寄付金で賄っている。行政予算だけでは成り立たず、費用の35%が寄付金に依存している。自治体も財政難であり、サリー州では発達障害の子どもは学校外サービス予算が40%削減された。利用料は親が少額を負担し、自治体が残りを支払うが、1対1のサポートが必要な場合は慈善団体の費用負担が増える。事業所利用のための条件は地域によって異なり、障害証明を求めない施設もあるが、ハンプシャー地域ではゲートウェイカードと呼ばれる行政機関が発行する証明書がないと助成金が得られない。重度の子どもが増え、1対1のサポートを求めるケースが増加している。EHCPを取得するためには educational psychologist などの診断が必要であるが、専門家が少ないため現在は待機期間が長い。施設は EHCP 申請途中や待機者の子どもも受け入れている。EHCP は作成に時間がかかり、発行された時には子どもの状態が変わっていることもある。EHCP 作成には親も書類作成のサポートが必要となる。週3日以上サービス提供は EHCP がある子どもに限られる。EHCP を申請していない場合は3日以内、申請途中でも制限がある可能性がある。利用日数はオフステッド監査で厳しくチェックされる。

② **レッツプレイ**：2001年に家族の希望で設立され、Short break として市と契約を結んだ。13-25歳、ホリデイ、アフタースクールの3タイプがある。費用の半分は州からの補助、半分は寄付で賄われている。パンデミック中も脆弱な子どもたちのためにオープンしており、ソーシャルワーカー

やエッセンシャルワーカーの家族が利用した。夏休みなどは待機者リストがあり、いずれのタイプも満員で多くの家族が待機している。地域には障害診断を受けている子どもが多く、近くに特別支援学校も開校された。高機能自閉症や知的障害のない子どもは通常学校に通えるが、チャレンジングな行動があると通常の学校では受け入れが難しい場合がある。不登校の子どもも受け入れている。以前はどんな障害の子どもも受け入れていたが、2024年4月1日から対象を中程度以上の障害に変更し、高機能自閉症や傾向のある子どもは除外された。EHCP を手に入れた子どもであれば支援が必要であることが分かり、特にセクション B (セクション B は子どものすべての特別教育的ニーズ (SEN) を詳細に記載するセクションであり、学習、言語・コミュニケーション、認知、感覚、社会的・情緒的・行動的な困難など、各分野のニーズを網羅的に明記され、診断名ではなく、実際のニーズの具体的な記述が求められる) に記載がある場合は基準となる。活動内容は、ごっこ遊び、感覚遊びなど遊び中心であり、子どもによって決まっているわけではない。コミュニケーション支援として iPad アプリやサイン言語なども活用されている。料理など生活スキル指導を行うこともある。学校との連携もあり、学校で大変な時に情報が共有され、静かな空間を用意するなどの対応が取られる。個別支援計画は、好きなもの・苦手なもの、基本情報、コミュニケーション、行動、医学的内容を1枚程度にまとめたものである。スタッフは子どもと過ごせる人であることが第一義であり、採用プロセス (紹介状、犯罪歴チェック) や事業所での1週間のトレーニングがある。トレーニングでは投薬、胃ろう栄養、子どもの保護、手話、iPad (コミュニケーションボード)、かんしゃくへの対応 (身体拘束しない方法、クールダウン) などが指導される。Disabled Children's Services から Short break に対する期待があり、4か月に1回のチェックがある。スタッフのクオリティチェックも行われる。家族は通常送迎のみだが、ファミリーデイやサマーパーティーで交流する機会がある。宿泊施設もあり、泊りの練習の機会として利用される。幼児期から利

用し、診断後の利用につなげるケースや、年齢別のクラブ（ゲーム、ジム）もあり、幼い子どもたちの楽しみにされている。運営予算は不安定であり、行政からの補助はあるがチャリティー活動が不可欠である。ニーズの高い子どもの受け入れに対する評価は、政権交代により変化し、以前は高く評価されていたものが現在は低くなる傾向がある。

(3) 保護者に関するインタビュー結果

ケース 1: 18 ヶ月で子どもの発達特性に気づき、GP（かかりつけ医）からパスウェイに乗せられた。1 年半後の 3 歳で診断を受け、ST などの支援を受けた。自治体のサービスも利用したが、自身で調べてロコミやソーシャルメディアでチャレンジャーズを見つけた。行政の境界域に居住しており、行政からのお知らせが届きにくい区域であった。チャレンジャーズは申し込みが殺到するため広報をあまりしていない。ロンドン（リッチモンド、キングストーン）ではサービス利用料が自治体によって支払われる金額が異なると聞いている。

ケース 2: 12 歳と 3 歳の ASD の子どもがおり、下の子はほぼ無言語である。4 歳から休暇中のサービスを利用していた。特別支援学校に通っていたが、今は別の学校に通っている。放課後サポートがなく、送迎や準備が複雑で、金銭面の問題も大きい。子どもが重度なサポートを必要とするため、一般的な児童クラブ利用は難しい。以前利用していたチャレンジャーズのサービスも行政予算削減で利用できなくなった。学校での一日（算数、ST、OT、音楽、外遊びなど）はバランスよく過ごしているが、放課後に水泳や音楽療法などを試みたが、疲弊して拒否するようになった。学校では料理や理科も行うが、ルーティンを重視している。診断は小さい時に受け、レスパイト目的でサービス利用を開始した。学校の噂や自身での調査でチャレンジャーズにつながった。サリー州に住んでいるが FIS を知らなかった。学校には link worker（子ども・家族と、学校・医療・福祉・心理支援・地域サービスなどをつなげる中間支援者。明確な国家資格ではないが、多くの地域で存在す

る）がおり、事業所と連携する場合があるが、リンクワーカーがいるかどうかは学校による。サービスを安定して使用できるまで 8 年かかり、診断された時にサポート情報がなく孤独を感じた。地域によって異なり、継続性のなさがある。自閉症診断は「宝探し」のように、良い情報やサービスを親自身が見つけなければならない責任を感じる。心理士が支援必要と言っても学校で断られる場合がある。

ケース 3（外国人）: 6 歳と 3 歳の子どもがおり、それぞれ母国で自閉スペクトラムと ADHD、自閉スペクトラムと知的障害の診断を受けている。イングランドでは小児科受診待ちで、次男は 9 ヶ月待ちで比較的早いと言われた。イングランドでの受診は、GP から自治体の発達支援チームに紹介状がかけられ、チームが受診必要性を判断し、受け入れられてから小児科受診につながる流れである。この仕組みは自治体によって異なる。弟（3 歳）は A 区の 0～5 歳対象の自閉症サポートチームの週 1 回セッションとプログラム（療育のようなもの）を利用しており、家に必ず来てもらえる。言語聴覚士（SLT）も NHS と提携しており、6 ヶ月に 1 回評価に来てくれる。これらはすべて公的なサービスで費用はかからない。母国での診断書を基に利用できたが、現地では診断がないと通常利用できない。外国の診断書を受け入れてもらえないケースも多く、自身の経験はラッキーだったと感じる。EHCP を取得するためには母国の診断書は基本的に役に立たず、イングランドで改めて診断を受ける必要があると言われたため、イングランドでの小児科受診を待っている。イングランドでの専門医受診は NHS を利用しており無料だが、プライベートは高額である。GP からの紹介を受けて、区の発達専門サービスチームが受診必要性を判断するプロセスを経て、小児科受診となる。GP の予約も待たされる。EHCP がないと特別支援学校への出願ができない。特別支援学校や公立小学校の自閉症専門クラスは倍率が非常に高い。長男（6 歳）はメインストリームの公立小に通っており、EHCP を取得して加配などの支援を受けているが、学校のリソース不足のため EHCP のバンドル資金に頼っている。通常級で

も EHCP が必要となることが多いのは、公立学校の資金不足が背景にある。EHCP が付かない場合、通常クラスに入るかホームスクーリングの選択肢がある。EHCP 待ちで家で待っている子どもや、時短で通っている子どももいる。学校に上がると放課後デイサービスのようなものがなく、学校以外のリソースが乏しいため、親が仕事を辞めざるを得ない状況も多い。地域の差もあり、B 区では放課後支援について聞いたことがない。EHCP により潤沢な予算が付けられた時期もあったが、現在は予算がカットされ続けている。予算は子どもに付き、学校が使用する。コロナ明けから申請者が爆増し、診断が追いつかず、診断基準の変更が議論されているほど、イングランドでも発達障害の子どもが増えていると言われている。診断が遅れることでサービスを受けられない家族も増えている。イングランドに来てから、自閉症の子どもの評価を受け、現状の問題点を明らかにするアセスメントを実施し個別計画作成を行った。診断の一環として聴覚や視力検査を受ける場合がある。これらはサポートチームがハブとなり、各方面に連絡してくれるため、親が中心になって走り回る必要がない点が便利である。しかし、行政側が忘れることも多いため、親からの主張が必要である。学校に対しても主張し、支援を勝ち取る必要がある。自己主張しないと必要な支援が得られず、学校に都合の良いようにされてしまう場合がある。情報収集はインターネット、母国出身者向けの親の会、Facebook グループなどが役立ち、公園などで発達支援の話をしている保護者に声をかけるなど、「足を使う」ことも重要である。学校が企画する「コーヒーモーニング」なども保護者同士のつながりを広げる場となる。親が自分で動かないと正しい情報にたどり着くのは難しいと感じている。EHCP 取得による予算増（特に母国語を話せる補助教員の配置など）や、特別支援学校への入学が今後の大きなステップである。

D. 考察

1. 障害児支援の対象について

我々が訪問したショートブレイクでサービスを受けている子どもたちは、一見して重度の知的

障害があった。診断は知的障害（多くの場合重度あるいは最重度）、重度の知的障害を伴う自閉症、知的障害を伴う身体障害の子どもたちである。ショートブレイクは制度上必ずしも重度の子どものみを対象とするわけではないが、EHCP のある子どもが優先されることや、EHCP の取得に時間がかかることや、障害が重度であったり問題行動があることを理由に特別支援学校や特別支援学級に在籍できない子どもも対象にすることから、重度の子どもが多いと思われる。なお英国全体において障害が重度であることを理由に特別支援教育からは排除される子どもは一定する存在する。

ではイングランドにおいて、EHCP (Education, Health and Care Plan) を持たない軽度の知的障害、ADHD、知的障害のない自閉スペクトラム症の子どもは、放課後や学校外の支援を①ユニバーサルサービス（一般サービス）：多くの自治体や地域団体が提供するスポーツクラブやアートやダンスのグループなど、全ての子どもが利用できる活動に参加する。②ターゲットサービス（特定ニーズ向けサービス）：軽度～中等度の支援が必要な子ども向けに、特別な配慮やサポート付きの放課後活動や短期プログラムが提供されている。これには、SEN (Special Educational Needs) 登録や学校からの推薦があれば利用できるものもあり、必ずしも EHCP は必要とされない。③学校内での SEN サポート：学校の SEN コーディネーター (SENCo) や学習支援アシスタントが、放課後や課外活動の際にも個別の配慮や支援を行うことがある。

これらのサービスは、通常の学校予算や体制の範囲内で実施される。

つまり日本では児童発達支援や放課後等デイサービスを利用することが想定される比較的軽度の発達障害の子どもたちはイングランドでは学校教育の枠組みの中で、支援を受けていることが多い。

イングランドの学校外における障害児支援はショートブレイクが中心であり、比較的重度の知的障害を伴う自閉スペクトラム症はショートブレイクを利用することが主要な選択肢となるようである。

2. イングランドと日本のサービス内容に異同について

(1) 学校教育とショートブレイクの相違

特別支援教育を受けつつ放課後や休日などにショートブレイクを利用する子どもに対するサービス内容はどのように異なるのだろうか。これについて複数の行政担当者、サービス事業者、保護者の多くは次のように答えた。特別支援教育は、通常の学級や特別支援学級、特別支援学校など多様な学びの場で、個々の教育的ニーズに応じた指導や合理的配慮を受けることを目的としている。これにより、自立や社会参加に必要な知識・技能を身につけることができる体制が整えられている。一方、ショートブレイクは、障害のある子どもや若者が学校外でさまざまな活動や体験を通じて、社会的スキルや自立性、友人関係などを育む機会を提供するものである。例えば、アウトドア活動やクラフトワークショップ、グループ活動などを通じて、子どもたちは学校での学びを補完し、実生活で役立つスキルや自信を身につけることができる。

(2) 日本の児童発達支援とショートブレイクの異同

日本の児童発達支援は、「児童発達支援ガイドライン」に基づき、障害のある子どもの健やかな成長、発達、およびその自立を目指している。その基本理念には、障害の特性を踏まえたニーズに応じた発達支援、合理的配慮、家族支援、地域社会への参加・包摂（インクルージョン）、事業所や関係機関と連携した切れ目のない支援の提供が含まれる。提供すべき支援の内容には、子ども本人への支援である本人支援を中心に、「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」という5つの領域の視点を網羅した総合的な支援が行われることが基本である。これに加え、家族支援、保育所等や学校への移行支援、地域支援・地域連携もあわせて行われることが基本とされており、子どもと家族を包括的に支援することを

目指している。個別支援計画を作成し、これに基づき、個々の子どもの発達段階や特性に応じた多様な療育的支援が提供される。このように、児童発達支援は、療育と生活全般にわたる包括的な支援を通じて、長期的な成長・自立や地域での生活を支えることを目指していると言える。

対照的に、ショートブレイクは障害のある子どもや若者が家族から離れてリラックスしたり、友達と楽しく過ごしたりする機会を提供することと、同時に家族（特に親や介護者）に介護の責任から解放される「休息」（レスパイト）を与えることを主な目的としている。つまり子どもに遊ぶ場を設定し楽しめる時間と場所を設定すること、そして保護者のレスパイトやレクリエーションに焦点を当てたサービスである点で、日本の児童発達支援とは目的が異なると言える。イングランドの関係者児童発達ガイドラインに記載されている5領域の多くが学校で行うことが想定されており、ショートブレイクの間では子どもが楽しく遊ぶことを主目的にしていた。実際、見学した療育機関でも子どもに対してスキルを教えるような場はほとんど設定されていなかった。

3. 発達障害とEHCP

EHCPを得るためのアセスメントの待機期間が非常に長く、社会問題となっている。EHCPがないため特別支援学校に入らず、通常学校でも支援がうまくいかない子どもや、家で待機しており具体的なサービスが全く受けられない子どももいる。サリー州ではEHCPの評価の受付をストップしている状況があるとの情報もあった。EHCPは子どもに予算が付く形で、その予算を学校が使用する。公立学校はお金がないためEHCPの予算に頼る傾向があり、一人のEHCP予算を他の生徒に分配している状況もある。永住者でない場合、保護者が直接受け取るDLA（Disability Living Allowance、障がいのある子どもを持つ家庭に関連する給付金）は申請できない。EHCPの予算はカットされ続けているため、必要な支援を受けるだけの額がもらえない場合がある

4. その他の課題

財政難により行政予算が削減されており、療育機関は慈善団体として寄付金に大きく依存して運営している。学校外のサービス、特に学齢期以降の放課後支援が不足しており、親が仕事を辞めざるを得ない状況も生じている。サービスの質維持や人手不足も課題として挙げられる。保護者は自ら情報収集し、行政や学校に対して積極的に主張を行わなければ、必要な支援を「勝ち取る」必要があると感じている。A区のように、親が中心となって走り回る必要のないハブ機能を持つ発達支援チームを持つ地域も存在するが、確立されているのは少数派である。このように、イングランドの自閉症児支援は、公的な仕組みが存在する一方で、予算不足、地域格差、待機期間、学校外支援の不足といった構造的な課題を抱えており、保護者の負担が大きい現状があると言える。

5. サービス利用のためのアセスメントについて

(1) EHCP をめぐって

イングランドにおける自閉症のある子どもの支援は、診断から EHCP 作成、そしてサービス利用へとつながる一般的な流れ（パスウェイと呼ばれる）があるものの、地域差が非常に大きいことが明らかとなった。特に、診断や EHCP の待機期間の長さが深刻な課題であり、この間、必要なサービスを受けられない家族が多く存在する。本調査の目的は日本における受給者証発行のためのアセスメントの参考のためにイングランドの制度を調査することであった。イングランドの専門家や保護者に「障害児支援をうけるためのアセスメント」について質問すると、EHCP をあげる。前述のように EHCP は非常に抱括的で手間のかかるアセスメントであり複数の専門家に関与し、20 週もの日数が必要とされる。EHCP のアセスメントを受けるための待機機関が長期にわたること、専門家の不足など問題が山積みである。その割に保護者の満足度は高くないようで、筆者らがインタビューした保護者の多くが待機が長く手続きが煩雑、専門家の対応に問題があることなどの訴えが多かった。イングランドでは、EHCP は正式なアセスメント依頼を受けてから 20 週間以内に発行し

なければならないと法律 SEND 規則（2014 年）に明記されており、20 週間という期限は厳格に守るべきものとされているが、保護者や関係者の多くが 20 週以上待つことが常態化されていると述べていた。日本の障害児支援における受給者証発行のシステムとの相違が著しいこと、イングランドにおいても成功しているとは言い難いことから EHCP で行われてるアセスメントをモデルにはできないと考えられた。

(2) EHCP をもたない子どものサービス

イングランドでは、EHCP を持たない軽度の知的障害、ADHD、高機能 ASD の子どもも、学校や地域のユニバーサルサービス、ターゲットサービス、SEN サポートなどを通じて放課後の支援を受けている。また、ショートブレイクも、ニーズアセスメントを経て利用できる場合もあり EHCP は必須条件ではない。ニーズアセスメントの方法については地域や自治体によって具体的な制度が異なり統一的方法はない。インタビュー調査で言及されたハンプシャー地域で障害児サービスを利用するための「ゲートウェイカード（Gateway Card）」は、障害や追加的な支援ニーズを持つ 0～17 歳の子どもと若者が、地域のコミュニティ活動やプレイスキーム、バディスキームなど、ショートブレイクプログラムを含む各種支援サービスにアクセスするための認証カードである。申請条件 0～17 歳で障害や追加的な支援ニーズがあり、レジャー活動等に参加する際にサポートが必要であることであり、申請には、医師や学校、専門家からの証明書、DLA（Disability Living Allowance）や PIP（Personal Independence Payment）の受給証明、EHCP（Education, Health and Care Plan）のいずれかが必要である。地域限定であり、発行のための条件も多様であり、統一したアセスメントとはいえず日本の受給者証発行のために参考にはならないと考えられた。

E. 結論

英国イングランドの学校外の障害児支援のシステム、サービスを受けるためのシステムを検討した。学校外の障害児支援の中心はショートブレ

イク制度であった。しかし、その主目的は子どもに遊びの時間を提供することと親のレスパイトであり、日本の児童発達支援ガイドラインで示されているような 5 領域にわたる包括的な内容ではない。アセスメントシステムとして EHCP があるが、これは非常に多くの課題があり日本のモデルにするのは適切ではないと思われた。EHCP 以外のアセスメントは地域により異なり、内容も多様であった。

一方、日本の障害児支援は全国共通のシステムがあり、日本の実情に適合してアセスメント方法が必要である。特に本研究班の目的である受給者証発行のためのアセスメント方法は、バイオ・サイコ・ソーシャルモデルに基づいた日本の実情にあった方法が必要である。

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

文献

- 1) Statutory guidance: Short breaks for disabled children
<https://www.gov.uk/government/publications/short-breaks-for-disabled-children>
- 2) Education, health and care plans, Reporting year 2024 : <https://explore-education-statistics.service.gov.uk/find-statistics/education-health-and-care-plans/2024>

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
内山登紀夫・ 稲田尚子・ 鈴木さとみ・ 宇野洋太	発達障害児における障害児サービスの 受給決定プロセスに関する実態調査－ 全国の自治体のWEB調査の結果から－	大正大学カウ ンセリング研 究所 紀要	47	17-23	2025
内山登紀夫	発達障害者支援法成立から20年 現在 の発達障害理解の課題	心と社会	55巻3号	52-57	2024
内山登紀夫	自閉スペクトラム症支援アップデート	児童青年精神医 学とその近接領 域	64巻3号	297	2023
稲田尚子・ 内山登紀夫	障害児相談支援の現状と課題 相談支 援専門員への全国アンケート調査の結 果から	日本児童青年精 神医学会総会抄 録集	64回	E-P-26	2023
内山登紀夫	障害児支援サービス制度の課題	日本児童青年精 神医学会総会抄 録集	64回	np51	2023
内山登紀夫	「大人の自閉スペクトラム症と子ども の自閉スペクトラム症」障害者を支え る共生社会 現代社会における知的障 害・発達障害者のQOLを考える	日本発達障害学 会研究大会発表 論文集	58回	36	2023



発達障害のある子どもへの
障害児サービス利用の
支給決定に関する手引き

はじめに

この手引きは、障害児支援サービスの支給決定プロセスに関わる自治体職員の方、障害児相談 支援事業所の相談員の方、保健医療・福祉・教育に関するさまざまな方を対象にしています。

発達障害のある子どもに対する包括的なニーズ判定のための指針のひとつにしていただきたいと思います、作成しました。ぜひ、ご活用ください。

《手引きの構成》

「本手引きの対象」、「自治体向け」、「医療機関向け」、「保育所、幼稚園、子ども園、学校向け」、事例集から構成されています。ご自分の職種の部分だけ読めば理解できるようになっています。例えば受給者証発行を担当される自治体職員の方は「本手引きの対象」と「自治体向け」の部分をご覧ください。事例集を読みつつサマリーシートに記載することで評価のイメージがつかめると思います。同じ一人の子どもを保育所の保育士と医療機関の医師が評価することも可能です。それぞれの評価したサマリーシートを共有したり、分担して評価するような使い方も可能です。また同じ子どもを 1 年から 2 年ごとに評価すると成長や変化を把握しやすくなります。それぞれの地域や職場の実情にあわせて柔軟に使って頂ければと思います。

《本手引きの対象》

発達障害（知的障害を含む）、すなわち DSM-5 や ICD-11 などの医学的診断基準では神経発達症群に相当する子どもたちが主な対象です。

代表的な障害は、知的障害などの知的発達症群、注意欠如多動症、自閉スペクトラム症、限局性学習症、発達性協調運動症、チック・トゥレット症候群、吃音などです。

なお、本手引きでは自閉スペクトラム症、ADHD、学習障害、知的障害などの障害を「発達障害」と総称することもあります。

※発達障害全般に当てはまること（下記の3つが共通事項です）

- ・発達期（0歳から18歳）に特性が明らかになる
- ・基本的には生まれつきの脳機能の違いがある
- ・特性は一定期間継続する

1) 知的障害

知的発達症、知的能力障害、知的障害、精神遅滞もほぼ同義で使用されます。知的機能の遅れと適応行動の障害で定義されます。知的機能の評価には知能テスト、適応行動の評価には適応行動尺度などを用います。

知的機能の遅れがある場合は、言葉の発達の遅れや、同年齢の子どもよりも学習が遅れることがサインになります。

適応行動の違いは、家庭や園・学校などでのコミュニケーションや身辺自立の遅れなどで判断されます。

2) 注意欠如多動症 (ADHD:Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

不注意、多動、衝動的な行動が同年齢の子どもより目立つことが特徴です。不注意には忘れ物、なくしものが多い、気が散りやすい、一度ははじめたことを最後までやり遂げる前に別のことをはじめてしまうなどがあります。多動は動きの多さ、落ち着きのなさ、おしゃべりなどがあり、衝動性はよく考えないで突発的に行動してしまうことなどを指します。

3) 自閉スペクトラム症 (ASD:Autism Spectrum Disorder)

同年代の子どもや大人との相互的な交流のあり方や、興味関心のありかたが定型発達の子どもの異なる、言葉の遅れ、切り替えが苦手、感覚的敏感さや鈍感さがあることなどで定義されます。

「自閉」の用語からは、内気だったり、自分の世界にひきこもっていたりする印象があるかもしれませんが、内向的なタイプだけではありません。一方的に人と関わってくるタイプや、受身的には関わられる子など、さまざまなタイプの子がいます。知的障害と合併することが比較的多いことも知られています。



4) 限局性学習症 (SLD: Specific Learning Disorder)

一般的な知能は正常の範囲内で、視力や聴力の障害がなく、園や学校で指導を受けてきたのにもかかわらず、読字、書字、算数など特定の学業的技能に著しい困難があらわれます。

文字を発音できない、文章を読めるけど時間がかかる、読み間違いが多い、形の似ている字を間違える、文字や単語を抜かして読む、文章の内容を理解することが難しい、学年相応の文字が書けない、書き間違いが多い、作文が苦手、計算間違いが多いなどが主な特性です。

5) 発達性協調運動症 (DCD :Developmental Coordination Disorder)

運動や動作がぎこちなく、不器用なことが特徴です。

「協調」とは、目から入る視覚情報や触覚などの外部から入ってくる情報、さらに自分の身体の位置など内部の情報をまとめ上げて、どのように体を動かすのかをプランする能力です。

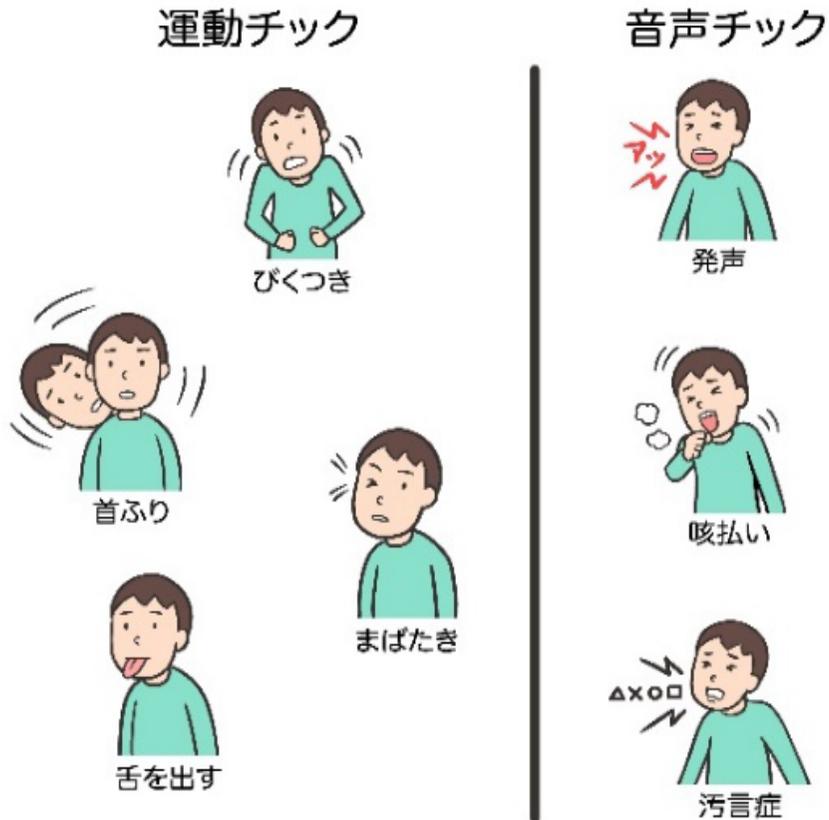
たとえば縄跳びをするときに、縄の位置を見て、どのタイミングで飛ばせば良いか、自分の身体はどこにあるのかなどの情報をまとめて、体を動かすのが協調運動です。うまくいかないと、バランスが悪く転びやすかったり、手先が不器用だったり、運動ができなかったり、さまざまな困難が生じます。



6) チック・トゥレット症候群

チックとは、本人の意思とは関係なく生じる素早い身体の動きや発声です。まばたきや肩の動きなどの運動チック、声を出す鼻をすするなどの音声チックがあります。

トゥレット症候群は運動チックと音声チックの両方が同時期あるいは別の時期に出現することが特徴です。



7) 吃音

吃音 (きつおん) は滑らかに話せない障害です。

始まりの音を繰り返す (例：り、り、りんご)、引き伸ばし (例：りーんご)、すぐに言葉がでなくて時間がかかる (例：「(無音の時間がある) りんご」) などのタイプがあります。

声を出す時にうまく出てこないでなんとか声を出そうと、顔面や身体に力を入れたり、身体を反らせたり、顔をゆがめるなどの運動を伴うこともあります。

自治体向け

障害児通所支援制度利用の 支給決定に関する手引き

担当者の方へ

平成 24 年施行の児童福祉法改正において、障害児や家族にとって身近な地域で、発達を支援するために必要な福祉サービス受けられるようになりました。

利用できる福祉サービスには、幼児向けの児童発達支援、就学児向けの放課後等デイサービスなどがあります。このような障害児通所支援を利用するために通所受給者証（以下、受給者証）が必要です。受給者証を取得することで、利用料の 9 割が自治体によって負担され、1 割の自己負担でサービスを利用できます。この手引きは、新たに児童通所支援を利用する子どもに、受給者証を発行する担当者の立場から 情報を要約するための手引きです。

※用語について

WHO の診断基準である ICD-11 は本手引き作成中に日本語版が出版されていないため、アメリカ精神医学会の診断基準である DSM-5-TR を参考にしました。一般に我が国で用いられている用語も採用しています。

専門的な内容も含まれますので、可能なら保健師やケースワーカー、保育士などの専門職とも共同あるいは相談の上でアセスメントされることをおすすめします。

《面談の際の基本的な態度》

面談の申し込みは、保護者がわが子の特性に気づいたり、診断を受けた直後であったりするケースも多いことを知っておきましょう。

子どもの発達面の状況やニーズ、障害特性を理解するプロセスの真っ只中にあり、さらに複雑な障害児支援サービスへの理解を同時並行で進めている状況や心情への配慮が必要です。まずは、そのような保護者の状況や心情を汲み取りながら、面談に臨みましょう。

《給付決定時調査におけるこどもの状況と環境サマリーシート》

障害児通所支援の給付決定においては、現状では5領域20項目の調査を行っている自治体が多く、主に介助の有無や行動障害等の課題のみを把握する内容となっています。発達障害のある子どもに対する給付決定においては、5領域20項目で把握される内容だけでなく、子どもの全体的な発達状況、家族の社会経済的状況、地域資源等も総合して、本人と家族を取り巻く環境を総体的に把握することが肝要です。それにより、適切な発達支援の必要性や支給量の判断につながります。

子どもの状況と環境サマリーシート（10ページ）は、その目的のためにご使用いただけます。

《給付決定時の調査の方法》

給付決定時の調査の方法は、全国調査により自治体によってさまざまであることがわかりました。給付対象の子どもに直接会うことなく保護者の面接だけで調査している場合もあれば、家庭訪問を実施し家庭の状況についても調査している自治体もありました。

障害児支援サービスを直接的に受給するのは子ども本人なので、少なくとも子どもと保護者の両方に直接会って調査することを徹底しましょう。

《初回の申請の際の留意点》

1) 診断前でもできるだけ速やかに支援につなげる

子どもの発達面のニーズに本人や周囲が気づいたら、できるだけ速やかに支援につなげるのが肝要です。この段階で医療機関における診断書は必須ではないので、過去の相談情報等を利用したり、福祉サービスの紹介者から現在の状態に関する情報を収集・集約したりし、支援のニーズを判定していきましょう。

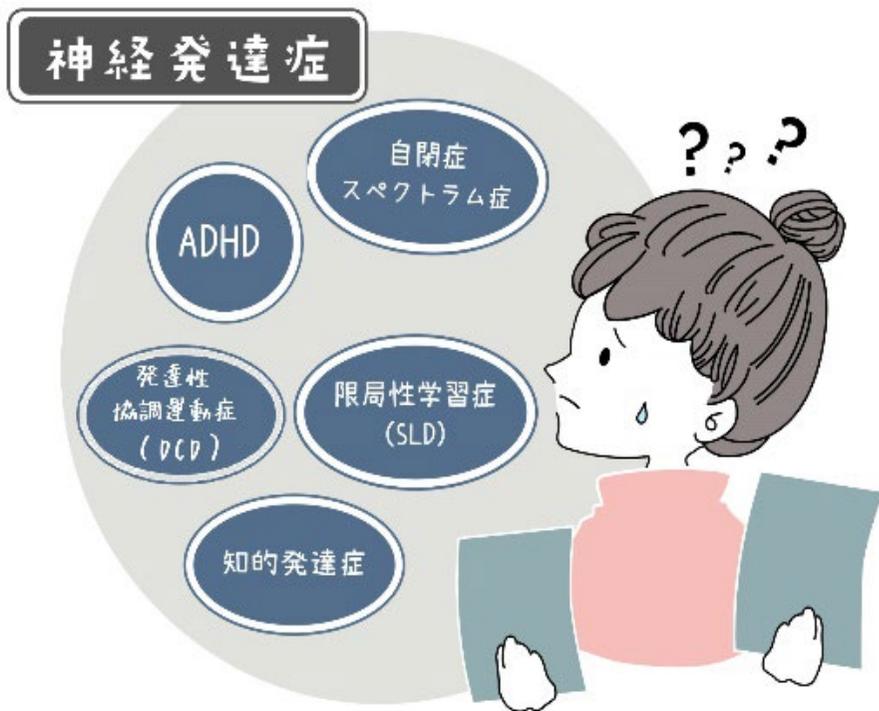
2) 保護者の心情に配慮する

「面談の際の基本的な態度」でも述べたように、面接時にはとりわけ子どもの障害や診断の理解に加え、福祉サービスや受給者証などのサービス利用のシステムの理解を同時に進めている心情への配慮が求められます。

3) 「障害」の文言とそれに対する保護者の想いに配慮する

保護者の中には、障害について事前に十分な説明を受けておらず、受給者証や送付書類を見て、はじめて障害児に対するサービスであることを知り、衝撃を受ける方もいることが明らかになっています。

ご自身の自治体の受給者証や交付文書に、「障害」という文言が書かれているか確認し、いずれの場合でも保護者の「障害児通所の福祉サービス」に対する理解の状況を、丁寧に確認しながら申請手続きを進めましょう。



《利用する福祉サービス事業所の決定時期》

障がい者通所受給者証を申請する際、事前に利用可能な事業所を見つけることを指示する自治体もあるようです。利用可能な事業所がある場合に受給者証を発行するという、実際的な理由は理解できますが、本来は発達支援のニーズの程度に応じた利用日数が支給され、その上で事業所の利用を検討する流れであることを認識しておきましょう。

また、自分の自治体や周辺地域にどの程度、障害児通所支援サービスが充足しているのか、あるいは不足しているのか、地域の実情の把握も重要となります。

《更新時に向けて伝えてほしいこと》

1) セルフプランから計画相談へ

サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成の際に、「セルフプラン」として、本人や家族（介助者）等が計画を作成している場合も少なくありません。

本人と家族が自分自身で必要なサービスの利用を計画できるのはセルフ・アドボカシーや自己決定支援の観点からよい面もあります。一方で、保護者が一人で計画している場合もあり、専門家等を含めた第三者の客観的な視点に欠ける場合もあります。

セルフプランの場合は、まずはサービス等利用計画書を誰がどのようにして作っているかを確認し、次回の更新時までにはできるだけ専門家に相談することをすすめましょう。障害児相談支援専門員や相談支援事業所の数は、需要に対して残念ながら不足しているため、これらに限定せず、心理職や他の専門職も含め、さまざまな専門家に相談しながら一緒に作成するよう促していきましょう。

2) 客観的な心理検査の推奨

更新時までには、発達面の包括的なアセスメントとして、心理検査の受検をすすめましょう。

発達障害のある子の場合、知的水準よりもむしろ現在の生活への適応とその程度が重要となります。知能検査、発達検査だけでなく、適応行動および発達特性を評価する心理検査も含め、できるだけ包括的なアセスメントをすすめてください。

受給者証が最初に発行された後、2年以内の心理検査の受検が推奨されます。それにより、子ども本人のニーズがより明確になります。心理検査を継続的に実施していくことで、子どもの成長や変化が定量的に理解できます。また、複数の側面について包括的にアセスメントすることで、子どもの全体像が把握され、支援の優先順位が示されます。



自治体向け

子どもの状態と環境の評価

分類	項目	1	2	3	4	5	具体例
家族要因	家庭の暮らし向き	非常にゆとりがある	ゆとりがある	どちらともいえない	苦しい	非常に苦しい	
	保護者のメンタルヘルス	非常に安定している	安定している	どちらともいえない	支援が必要	常に支援が必要	
	養育の困難感	余裕をもって対応できる	対応できる	何とか対応できる	対応に苦慮している	対応に非常に苦慮している	
	家族・親族のサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
社会資源	自治体の保健領域でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
	園や学校でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
	利用可能な地域の福祉サービス資源	非常に充実している	充実している	必要に応じて受けられる	ほとんどない	まったくない	
	福祉・療育機関でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
	医療機関でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
子ども要因	登園・登校状況	毎日喜んで登校している	毎日登校している	登校をしるが登校している	時々休む	ほとんど休む	
	知的水準・学校の成績	非常に良い	良い	年齢相応	軽度の遅れ/制限がある	中等度～重度の遅れ/制限がある	
	対人関係	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	コミュニケーション	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	こだわり	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	多動・衝動性	非常に落ち着いている	落ち着いている	年齢相応	多動・衝動性が目立つ	多動・衝動性が非常に目立つ	
	注意・注意力	非常に注意深い	注意深い	年齢相応	不注意が目立つ	不注意が非常に目立つ	
	感覚の問題	-	-	年齢相応	困難	非常に困難	
	読み書き	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	運動・不器用	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	身辺自立	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	睡眠	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	不安・緘黙	非常に安定している	安定している	年齢相応	軽度の不安	強い不安	
	自傷・他害行動	-	-	ない	軽度の問題	中度/重度の問題	
	いじめの被害	-	-	ない	軽度の被害	中度/重度の問題	
	身体状態(病弱)	非常に健康	健康	どちらともいえない	病弱	非常に病弱	
	服薬状況	-	-	服薬の必要がない	定期的に服薬し、副作用がない	多剤併用や副作用が強く調整が必要	
その他							

子どもの支援ニーズを把握する場合は、子どもの状態だけでなく家族や地域資源の状況など多角的な視点からの把握が必要です。

この「子どもの状態と環境のサマリーシート」は、限られた時間で生物・心理・社会（Bio-Psycho-Social：BPS）モデルを考慮して親子にとって必要な支援を包括的な視点でアセスメントすることを目指しています。

シートの項目にある状態について可能な範囲で把握してください。それぞれの項目について、3つないし5つの選択肢から、対象のお子さんに当てはまる部分をチェックします。各項目の解説は、以降に記載します。

家族・園・社会資源などについての評価のポイント

● 家庭の暮らし向き(SES:Socio Economic State)

⇒家庭の社会経済状況を把握しておきましょう。SES が低い場合は保護者の支援ニーズが高いことがあります。

● 保護者のメンタルヘルス

⇒保護者のメンタルヘルスは重要なポイントです。発達障害の保護者は抑うつ状態や不安状態の頻度が高く、発達障害の特性があることもあります。メンタル状態を簡便に把握する方法としてK6（気分・不安障害のスクリーニングテスト）があります。

	0 点	1 点	2 点	3 点	4 点
1) 神経過敏に感じますか					
2) 絶望的と感じますか					
3) そわそわおちつきがなく感じますか					
4) 気分が沈んで、なにがあっても気が晴れなく感じますか					
5) なにををするのも、骨折り（おっくう）だと感じますか					
6) 自分は価値がない人間だと感じますか					

※0点:全くない 1点:少しだけ 2点;ときどき 3点:たいてい 4点:いつも で評価します。

※合計が5点未満の場合、とくに問題はありませぬ。合計が5点～10 点ならストレス状態が推察されるため要観察となります。10 点以上は受診が必要な状態と考えられます。

引用文献:古川壽亮,大野裕,他.一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究,平成 14 年度厚生労働科学費 補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究/研究協力報告書

● 養育の困難感

⇒保護者がどの程度、育児に困難を感じているかを、相談時に把握してください。

● 家族・親族のサポート

⇒家族のサポートがどの程度あるのか、協力してくれる親族はいるのかなどを、聴き取りましょう。

● 自治体の保健領域でのサポート

⇒行政で把握されている状況を評価してください。保健師や医療の専門家のサポートについても評価します。

● 園や学校でのサポート

⇒園や学校で行われているサポートの状況について評価してください。

● 利用可能な地域の福祉サービス資源

⇒行政で把握されている地域のリソースの状況を評価してください。

● 福祉・療育機関でのサポート

⇒児童発達支援、放課後等デイサービス、相談支援、放課後学童クラブなど、地元で利用可能な機関について評価してください。

● 医療機関でのサポート

⇒発達障害(知的障害含む)の医療サービスの状況について評価しましょう。発達障害を診療する医療機関が地域に存在するのか、初診や再診の待機状況なども参考にしてください。

子どもの特性や状態についての評価のポイント

● 登園・登校状況

⇒登園・登校しぶり、不登園・不登校などがあるのか確認しましょう。

● 知的水準・学校の成績

⇒全体的な知的水準、発達水準などを確認しましょう。心理学的検査を受けていない場合は、学校の成績等を確認しましょう。

● 対人関係

⇒園や学校などの社会的場面で、どのような関係をもてるかを想定して判断します。大人との関係と、子ども同士の関係は、分けて評価します。大人も親など慣れた人と、そうでない人とでは異なることがあります。親との関係だけでなく、親以外の他人とも適切に関わっているかどうかを確認します。大人への関心のあり方、人と物のどちらに関心が強いかなども評価します。

⇒短時間の面接で1対1の関係では普通に交流できるようにみえても、それだけで対人関係の問題がないと判断しないよう注意しましょう。

⇒定型発達では同年代の子どもに対しての関心は1歳前に出現します。発達障害の場合、大人とは遊べても、同年代の子どもと対等な関係を築いたり、集団で遊んだりするのは困難なことが珍しくありません。子ども同士の関係については園や学校の情報があると参考になります。

● コミュニケーション

⇒家庭の日常生活で親、園や学校の先生、同年代の他の子どもとのコミュニケーションが年齢相応に可能か評価します。

家庭のような慣れた場面でも、親の日常的な指示が理解できない場合や、園や学校などのような集団の場面で他の子どもの動きを見て判断しているような場合は、理解やコミュニケーションに困難があることが疑われます。

⇒話す能力については3歳すぎても自分の名前がフルネームで言えない、二語文（「ブーブ、のる」など）が出ていない場合は、明らかに表出言語の遅れがあります。定型発達では5歳になれば、簡単な言葉のやりとりができます。保護者が「大人の言うことはわかります」と言っても、具体的にどれくらいの指示を理解しているのかチェックすることが必要です。

● こだわり、興味の範囲が狭い、切り替えや切り上げの苦手さ

⇒自閉スペクトラム症では、さまざまな物（図鑑、パズル、動画、場所、おもちゃなど）にこだわりが出現することがあります。また、予定の変更や、遊びなどの活動から別の行動への切り替え、切り上げなどの変化に抵抗が強いのも自閉スペクトラム症の特性です。

シートの「こだわり」の項目の「非常に良い」「良い」は、好きな趣味や勉強などに打ち込むようなポジティブな意味あいの強い、日常生活に支障のない「こだわり」をイメージしています。



● 多動・衝動性

⇒同年齢の子どもと比べて、落ち着きがない、座っていなければならない場面で離席が多い、ソワソワする、喋りすぎる、自分の番を待てないなどが多動の特徴です。一方、衝動性が強いと、買い物の際に目が離せない、親のそばにいないであちこちに行ってしまう、考える前に行動しているなどがみられます。ADHD の特性として有名ですが、幼児期の多動や衝動性は自閉スペクトラム症でもしばしば見られます。

● 注意・注意力

⇒ASD, ADHD にみられる注意移行の障害とは、何か気になることが目に入ってくると、それに注目してしまい、次の情報に注意を移すことが難しくなる状態です。注意移行に課題があると、食事や会話をしているときにテレビで気になる番組が始まると、食事の手が止まり、テレビに見入ってしまいます。一度あることに集中してしまうと、別のことに注意を移行するのが難しいのです。

● 感覚の問題

⇒感覚の問題は子どもが苦痛に感じていることが多いので、苦痛を軽減できるよう、とくに配慮が必要です。よくある特性は以下のとおりです。

- ・ <音への反応>音に敏感なことが多い一方で、呼んでも振り向かないなど
- ・ <光・視覚への反応>視線が合わなかったり、光るものを見つめたりする
- ・ <触覚>触られることを嫌がったり、衣服の接触に敏感だったりする
- ・ <ニオイ>ニオイに敏感で物や人のニオイを嗅いだり、特定のニオイを嫌がったりする

● 読み書き

⇒小学生以降、知的には正常にもかかわらず、読み書き計算などがスムーズにできない場合は、限局性学習症（学習障害）の可能性があります。さまざまな支援をしても困難が継続するのが限局性学習症の特徴で、単に読めない・書けない障害ではなく、読めても不正確だったり、時間がかかったり、多大の努力を要することが重要な点です。

限局性学習症の子どもや成人は、「常に頑張って読んだり書いたり」していますが、その結果だけで保護者や教師から「やれば読める、書ける」などと思われがちで、努力不足と非難されやすいようです。

● 運動・不器用

⇒運動が苦手だったり、手先が不器用だったりすることがあります。体育やスポーツが苦手なほか、靴紐が結べない、文房具やおもちゃをうまく扱えないなど、不器用さは日常生活や本人の自尊心に対して影響を与えます。



● 身辺自立

⇒トイレや食事、着脱などが年齢相応にできるかを評価します。ASDでは、できる・できないの能力の評価だけでなく、おむつを嫌がることや、特定のトイレしか使えないことなどが、自立度に影響する場合があります。

また、清潔であることの必要性の理解もチェックします。汚れた手をしゃぶる、拾ったものを口にに入れる、排泄物をいじるなどの行動は、発達障害・知的障害の存在を示唆しています。

● 睡眠

⇒睡眠の障害は発達障害で頻度が高く、保護者のメンタルにも影響を与えやすいので把握する必要があります。問題がある場合は、睡眠衛生の指導や薬物療法も検討されます。

● 不安・緘黙

⇒発達障害の子ども、特に ASD では通常は恐怖や不安を感じない状況でも、強い恐怖や不安を感じていることがよくあります。

緘黙は自宅では話すのに園や学校で話さないなど、特定の場所で話せなくなる状態で、不安が背景にあることが多いです。

● 自傷・他害行動

⇒かんしゃく、他害、自傷などの、いわゆる問題行動といわれる行動の背景には、さまざまな発達障害の特性が関係しています。わがまま、しつけの問題などと安易に捉えないことが大事です。

● いじめの被害

⇒発達障害の子どもは、いじめの被害にあいやすく、登園しぶりや不登校、不安や不眠などのメンタルな症状にもつながります。

● 身体状態(病弱)

⇒知的障害を合併しやすい先天性異常(ダウン症など)、てんかん、病弱などの身体状態についても概要を把握します。

● 服薬状況

⇒発達障害の特性や行動、メンタルヘルス(不安・うつ・睡眠など)に関する薬の服用をしていることもあります。アレルギーやぜんそくなど身体的な薬は対象外とし、副作用の有無や、薬の調整・変更があったかどうかを把握します。

● その他

⇒上記に当てはまらない、重要と思われる事項について記載してください。

学齢期に障害児通所事業を利用する場合の留意点

学齢期に障害児通所支援事業を利用する場合、申請に至った背景に留意する必要があります。たとえば、下記のようなケースが考えられます。

- 対象児自身が、放課後の時間を学校の友だちと遊んだり、自分の時間を楽しみたい気持ちが強かったりする場合
- 多動や他害、感覚の問題のため、放課後児童クラブや学童保育、地域の児童館の利用が困難になっている場合
- 自閉症の特性があるにもかかわらず、複数の事業所の利用を（希望）している場合
- 対象児以外に常時ケアの必要な者（乳児、障害児者、高齢者等）が家族にいたり、養育者にメンタルヘルスの問題がある場合

このような事例では、子どもの気持ちが置き去りにされたまま、事業所の利用検討が進められてしまうリスクがあります。子どもは、親や周囲の都合で「行かされている」と捉えていることも珍しくありません。

子どもの支援ニーズよりも、養育環境や家庭の支援ニーズが優先されて放課後等デイサービスの利用が開始・継続している場合は、保護者の同意を得て、相談支援専門員等がコーディネーター的役割を担い、学校や放課後デイサービスにおける子どもの様子や、家族等の状態についてモニタリングする体制の構築を行うことが推奨されます。

ただし、相談支援専門員との相談が難しい地域も多いようです。その場合、相談支援専門員の他にコーディネーター的な役割を担える専門職としては、学校の特別支援教育コーディネーター、スクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラーなどが考えられます。

医療機関向け

障害児通所支援制度利用、 受給者証発行についての 医師意見書・診断書作成の手引き

診断書フォーマット

■こどもの名前（ ）

生年月日：

性別：

作成時年齢： ____歳 ____ヶ月

診断書作成日：

*上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

医師氏名：

医療機関名：

医療機関所在地：

専門：

小児科 小児神経科 児童精神科 精神科

リハビリテーション科

その他（ ）

■診断名：

知的障害

自閉スペクトラム症

注意欠如多動症

限局性学習症

発達障害

上記以外の発達障害（ ）

■下記の状態が該当する

- 対人関係の違い
- コミュニケーションの違い
- こだわり
- 多動・衝動性
- 不注意
- 読み書き
- 不器用
- 身辺自立の遅れ
- 睡眠障害
- 不安・緘黙
- 自傷・他害行動
- いじめの被害

■その他の情報（健診所見や心理テスト結果など）

■てんかん発作の有無 あり、なし（ありの場合は注意事項）

■医学的配慮が必要な身体疾患 あり、なし（ありの場合は診断名）
()

■福祉サービスの利用時に医学的観点からの留意事項

診 断 書

■こどもの名前〈 _____ 〉

生年月日:

性 別:

作成時年齢: _____ 歳 _____ ヶ月

診断書作成日:

*上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

医師氏名:

医療機関名:

医療機関所在地:

専門: 小児科 小児神経科 児童精神科 精神科 リハビリテーション科

その他 (_____)

■診断名:

- 知的障害
- 自閉スペクトラム症
- 注意欠如多動症
- 限局性学習症
- 発達障害
- 上記以外の発達障害(_____)

■下記の状態が該当する

- 対人関係の違い
- コミュニケーションの違い
- こだわり
- 多動・衝動性
- 不注意
- 読み書き
- 不器用
- 身辺自立の遅れ
- 睡眠障害
- 不安・緘黙
- 自傷・他害行動
- いじめの被害

■その他の情報(健診所見や心理テスト結果など)

■てんかん発作の有無 あり、なし (ありの場合は注意事項)

■医学的配慮が必要な身体疾患 あり、なし (ありの場合は診断名)
(_____)

■福祉サービスの利用時に医学的観点からの留意事項

子どもの状況と環境のサマリーシート

分類	項目	1	2	3	4	5	具体例
家族要因	家庭の暮らし向き	非常にゆとりがある	ゆとりがある	どちらともいえない	苦しい	非常に苦しい	
	保護者のメンタルヘルス	非常に安定している	安定している	どちらともいえない	支援が必要	常に支援が必要	
	養育の困難感	余裕をもって対応できる	対応できる	何とか対応できる	対応に苦慮している	対応に非常に苦慮している	
	家族・親族のサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
社会資源	自治体の保健領域でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
	園や学校でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
	利用可能な地域の福祉サービス資源	非常に充実している	充実している	必要に応じて受けられる	ほとんどない	まったくない	
	福祉・療育機関でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
	医療機関でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
子ども要因	登園・登校状況	毎日喜んで登校している	毎日登校している	登校をしぶるが登校している	時々休む	ほとんど休む	
	知的水準・学校の成績	非常に良い	良い	年齢相応	軽度の遅れ/制限がある	中等度～重度の遅れ/制限がある	
	対人関係	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	コミュニケーション	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	こだわり	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	多動・衝動性	非常に落ち着いている	落ち着いている	年齢相応	多動・衝動性が目立つ	多動・衝動性が非常に目立つ	
	注意・注意力	非常に注意深い	注意深い	年齢相応	不注意が目立つ	不注意が非常に目立つ	
	感覚の問題	—	—	年齢相応	困難	非常に困難	
	読み書き	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	運動・不器用	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	身辺自立	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	睡眠	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	不安・緘黙	非常に安定している	安定している	年齢相応	軽度の不安	強い不安	
	自傷・他害行動	—	—	ない	軽度の問題	中度/重度の問題	
	いじめの被害	—	—	ない	軽度の被害	中度/重度の問題	
	身体状態(病弱)	非常に健康	健康	どちらともいえない	病弱	非常に病弱	
	服薬状況	—	—	服薬の必要がない	定期的に服薬し、副作用がない	多剤併用や副作用が強く調整が必要	
	その他						

子どもを生物・心理・社会モデルにもとづいて評価でき、子どもだけでなく家族、地域の特性をポジティブな面も含めて評価できます。

それぞれの項目について、対象のお子さんについて把握している状況を3つないし5つの選択肢から、当てはまる部分にチェックをしてください。各項目の解説は下記を参照してください。

主治医の方へ

この手引きは、新たに児童通所支援を利用する子どもに、医師の立場から診断書・意見書を作成するための手引きです。

平成24年施行の児童福祉法改正において、障害児や家族にとって身近な地域で、発達を支援するために必要な福祉サービス受けられるようになりました。利用できる福祉サービスには、幼児向けの児童発達支援、就学児向けの放課後等デイサービスなどがあります。

このような障害児通所支援を利用するために通所受給者証（以下、受給者証）が必要です。受給者証を取得することで、利用料の9割が自治体によって負担され、1割の自己負担でサービスを利用できます。

自治体によっては受給者証の発行に医師の診断書や意見書が必要になるため、保護者から主治医に診断書・医師意見書を依頼されることがあります。先生が、当該の子どもに障害児支援が必要と判断された場合は、医師意見書あるいは診断書の作成をお願いします。

受給者証の発行は障害児全般が対象ですが、本手引きは発達障害の診断をする際に参考にしていただくために作成しました。用語はDSM-5-TRを参考にしましたが、一般に用いられている用語も採用しています。

※意見書・診断書の書き方

医師意見書・診断書作成例を別紙で提示します。「発達障害の疑い」という場合も含めて福祉サービスの利用が必要な状況だと判断されましたら 診断書を作成してください。診断は未定でも、子どもの発達障害特性が明らかな場合は意見書を作成してください。

診断名については、診断に該当する項目にチェックを入れてください。知的障害と自閉スペクトラム症など、複数の診断が合併する場合には、それぞれチェックが必要です。

特定の診断名は保留するが発達障害と診断できる場合は、発達障害にチェックを入れてください。「下記の特性がある」項目は、該当する項目にチェックを入れて、こどもの特性について評価します。評価方法については手引きを参考にしてください。

※本手引きの対象となる診断（2 ページ参照）

この手引きでは主に DSM-5（ICD-11 もほぼ同様です）の神経発達症群を対象にしています。具体的には知的発達症群（知的発達症、知的能力障害、知的障害、精神遅滞）、注意欠如多動症、自閉スペクトラム症、限局性学習症、吃音、発達性協調運動症、チック症・トゥレット 症候群などです。

※すでにあるデータの活用

下記の状態を可能な範囲で確認してください。診断や評価の参考になると思います。

- ・ 3歳児健康診査、あるいは医療機関等で発達の遅れや偏りを指摘されている Y N
- ・ 過去に知能テスト（WIPSSCI、WISC、田中ビネー、K式等）の情報がある Y N
- ・ 療育手帳がある（「愛の手帳」など地域によっては別名称のこともある） Y N

※医療機関等で検査が可能なとき

下記の検査が可能な場合は、実施すると参考になります。知的障害の診断には知能テストと適応能力検査の両方を行うことが推奨されます。

- ・ 知能テスト：WIPSSCI、WISC、田中ビネー、新版K式等
- ・ 適応能力検査：Vineland-II 適応行動尺度、S-M 社会生活能力検査など
- ・ 自閉症特性を把握するための検査：PARS-TR、CARS など
- ・ ADHD 特性を把握するための質問紙：ADHD-RS など

※上記のデータなどが得られる場合は診断書フォーマットの「その他の情報欄」に記載してください。

家族・園・社会資源などについての評価のポイント

● 家庭の暮らし向き (SES: Socio Economic State)

⇒家庭の社会経済状況について評価してください。SES が低い場合は保護者への支援ニーズが高いことがあります。

● 保護者のメンタルヘルス

⇒保護者のメンタルヘルスについて評価してください。簡便に把握する方法として K6 (気分・不安障害のスクリーニングテスト) があります。

	0 点	1 点	2 点	3 点	4 点
1) 神経過敏に感じますか					
2) 絶望的と感じますか					
3) そわそわおちつきがなく感じますか					
4) 気分が沈んで、なにがあっても気が晴れなく感じますか					
5) なにをするのも、骨折り (おっくう) だと感じますか					
6) 自分は価値がない人間だと感じますか					

※0点:全くない 1点:少しだけ 2点;ときどき 3点:たいてい 4点:いつも で評価します。

※合計が5点未満の場合、とくに問題はありませぬ。合計が5点~10点ならストレス状態が推察されるため要観察となります。10点以上は受診が必要な状態と考えられます。

引用文献:古川壽亮,大野裕,他.一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究,平成14年度厚生労働科学費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究/研究協力報告書

● 養育の困難感

⇒保護者が養育困難を訴える時や、診察で把握できる場合に評価してください。

● 家族・親族のサポート

⇒保護者からの訴えや相談などがあり、診察で把握できる場合に評価してください。

● 自治体の保健領域でのサポート

⇒先生の把握されている状況を評価してください。

● 園や学校でのサポート

⇒園や学校でのサポートの状況について評価してください。

● 利用可能な地域の福祉サービス資源

⇒先生が把握されている状況の評価してください。

● 福祉・療育機関でのサポート

⇒児童発達支援、放課後等児童デイサービス、相談支援、放課後学童クラブなど、地元で利用可能な機関について評価してください。

● 医療機関でのサポート

⇒発達障害（知的障害含む）の医療サービスの状況について評価してください。発達障害を診療する医療機関が地域に存在するかどうかや、初診や再診の待機状況なども参考にしてください。

子どもの特性と状態についての評価のポイント

● 登園・登校状況

⇒登園・登校しぶり、不登園・不登校について評価してください。

● 知的水準・学校の成績

⇒知能検査、発達検査の結果をもとに、全般的な知的水準について評価してください。検査結果がない場合は、学校の成績から評価してください。

● 対人関係

⇒対人関係については園や学校などの社会的場面で、大人や子どもとどのような関係をもてるかを想定して判断します。大人との関係と子ども同士の関係に分けて評価します。

大人との関係は、親のような慣れた人と、そうでない人とでは異なることがあります。親との関係だけでなく、家族以外の他人とも適切に関われるか確認します。大人への関心のあり方、人と物のどちらに関心が強いかなども評価します。

⇒診察室における1対1の関係では一定の対人への関心があったとしても、それだけで対人関係の問題がないと判断しないようにしましょう。

⇒定型発達では同年代の子どもに対しての関心は1歳前に出現します。発達障害の場合、大人とは遊べても、同年代の子どもと対等な関係を築いたり、集団で遊んだりするのは困難なことが珍しくありません。子ども同士の関係については園や学校の情報があると参考になります。

● コミュニケーション

⇒家庭の日常生活の中で親、園や学校の先生、同年代の他の子どもとのコミュニケーションが年齢相応に可能か、評価します。

家庭のような慣れた場面でも、親の日常的な指示が理解できない場合や、園や学校などのような集団の場面で他の子どもの動きを見て判断しているような場合は、理解やコミュニケーションに困難があることが疑われます。

⇒表出コミュニケーションについては、3歳過ぎても自分の名前がフルネームで言えない、二語文（「ブーブ、のる」など）が出ていない場合は明らかに表出言語の遅れがあります。

● こだわり、興味の範囲が限定的、切り替えや切り上げの苦手

⇒自閉スペクトラム症では、さまざまな物（図鑑、パズル、動画、場所、おもちゃなど）に対して、こだわりが出現することがあります。シートの「こだわり」の項目の「非常に良い」「良い」は、好きな趣味や勉強などに打ち込むようなポジティブな意味あいの強い、日常生活に支障のない「こだわり」をイメージしています。

また、予定の変更や、遊びなどの活動から別の行動への切り替え、切り上げなどの変化に抵抗が強いのも自閉スペクトラム症の特性です。

● 多動・衝動性

⇒同年齢の子どもと比べて、落ち着きがない、座っていないなければならない場面で離席が多い、ソワソワする、喋りすぎる、自分の番を待てないなどが多動の特徴です。一方、衝動性が強いと買い物の際などに目が離せない、親のそばにいないであちこちに行ってしまう、考える前に行動している、などがみられます。ADHDの特性として有名ですが、幼児期の多動や衝動性は自閉スペクトラム症でもしばしばみられます。



● 注意・注意力

⇒ASD,ADHD にみられる注意移行の障害とは、何か気になることが目に入ってくると、それに注目してしまい、次の情報に注意を移すことが難しくなる状態です。注意移行に課題があると、食事や会話をしているときにテレビで気になる番組が始まると、食事の手が止まり、テレビに見入ってしまいます。一度あることに集中してしまうと、別のことに注意を移行するのが難しいのです。

● 感覚の問題

⇒感覚の問題は子どもが苦痛に感じていることが多いので、苦痛を軽減できるよう、とくに配慮が必要です。よくある特性は以下のとおりです。

- ・ <音への反応>音に敏感なことが多い一方で、呼んでも振り向かないなど
- ・ <光・視覚への反応>視線が合わなかったり、光るものを見つめたりする
- ・ <触覚>触られることを嫌がったり、衣服の接触に敏感だったりする
- ・ <ニオイ>ニオイに敏感で物や人のニオイを嗅いだり、特定のニオイを嫌がったりする



● 読み書き

⇒小学生以降、知的には正常にもかかわらず、読み書き計算などがスムーズにできない場合は限局性学習症（学習障害）の可能性があります。さまざまな支援をしても困難が継続するのが限局性学習症の特徴で、単に読めない・書けない障害ではなく、読めても不正確だったり、時間がかかったり、多大の努力を要することが重要な点です。

限局性学習症の子どもや成人は「常に頑張って読んだり書いたり」していますが、その結果だけで保護者や教師から「やれば読める、書ける」などと思われがちで、努力不足と非難されやすいようです。

● 運動・不器用

⇒発達障害では運動が苦手だったり、手先が不器用だったりすることがあります。体育やスポーツが苦手なほか、靴紐が結べない、文房具やおもちゃをうまく扱えないなど、不器用さは日常生活や本人の自尊心に対して影響を与えます。

● 身辺自立

⇒トイレや食事、着脱などが年齢相応にできるかを評価します。ASDでは、できる・できないの能力の評価だけでなく、おむつを嫌がることや、特定のトイレしか使えないことなどが、自立度に影響する場合があります。また、清潔であることの必要性の理解もチェックします。汚れた手をしゃぶる、拾ったものを口にいれる、排泄物をいじるなどの行動は、発達障害・知的障害の存在を示唆します。

● 睡眠

⇒睡眠の障害は発達障害では頻度が高く、保護者のメンタルにも影響を与えやすいので把握する必要があります。必要に応じて、睡眠衛生の指導や薬物療法も検討されます。

● 不安・緘黙

⇒発達障害の子ども、特にASDでは通常は恐怖や不安を感じない状況でも、強い恐怖や不安を感じていることがよくあります。

緘黙は自宅では話すのに園や学校では話さないなど、特定の場所で話せなくなる状態で、背景には不安やストレスがあることが多いです。

● 自傷・他害行動

⇒かんしゃく・他害・自傷などの、いわゆる問題行動といわれる行動の背景には、さまざまな発達障害の特性が関係しています。わがままとか、しつけの問題などと安易に捉えないことが大事です。

● いじめの被害

⇒発達障害の子どもは、いじめの被害にあいやすく、登園しぶりや不登校、不安や不眠などのメンタルな症状にもつながります。

● 身体状態(病弱)

⇒知的障害を合併しやすい先天性異常(ダウン症など)、てんかん、病弱などの身体状態についても概要を把握します。

● 服薬状況

⇒発達障害の特性や行動、メンタルヘルス(不安・うつ・睡眠など)に関する薬の服用について記載してください。アレルギーやぜんそくなど身体的な薬は対象外です。副作用の有無や、薬の調整・変更があったかどうかを記載してください。

● その他

⇒上記に当てはまらない、重要と思われる事項について記載してください。

学齢期に障害児通所事業を利用する場合の留意点

学齢期に障害児通所支援事業を利用する場合、申請に至った背景に留意する必要があります。たとえば、下記のようなケースが考えられます。

- 対象児自身が、放課後の時間を学校の友だちと遊んだり、自分の時間を楽しみたい気持ちが強かったりする場合
- 多動や他害、感覚の問題のため、放課後児童クラブや学童保育、地域の児童館の利用が困難になっている場合
- 自閉症の特性があるにもかかわらず、複数の事業所の利用を（希望）している場合
- 対象児以外に常時ケアの必要な者（乳児、障害児者、高齢者等）が家族にいたり、養育者にメンタルヘルスの問題がある場合

このような事例では、子どもの気持ちが置き去りにされたまま、サービスの利用検討が進められてしまうリスクがあります。子どもは、親や周囲の都合で「行かされている」と捉えていることも珍しくありません。

子どもの支援ニーズよりも、養育環境や家庭の支援ニーズが優先されて放課後等デイサービスの利用が開始・継続している場合は、保護者の同意を得て、相談支援専門員等がコーディネーター的役割を担い、学校や放課後デイサービスにおける子どもの様子や、家族等の状態についてモニタリングする体制の構築を行うことが推奨されます。

ただし、相談支援専門員との相談が難しい地域も多いようです。その場合、相談支援専門員の他にコーディネーター的な役割を担える専門職としては、学校の特別支援教育コーディネーター、スクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラーなどが考えられます。

保育所、幼稚園、 子ども園、学校向け

子どもの情報提供書作成の手引き

担当者の方へ

この手引きは、先生が担当するお子さんが発達支援のための福祉サービスを利用する際に必要になる、勘案調査（福祉サービスの必要性を総合的に判定するための調査）の参考となる情報提供書を作成するためのマニュアルです。

保護者が子ども向けの療育・支援機関の利用を希望された場合に、自治体から受給者証を発行してもらう必要があります。情報提供書とは、子どもの状況を把握するための一助とするため、園や学校などの状態についての情報をまとめた書類です。

保護者が希望された場合にはお手数ですが記入をお願いします。

子どもの支援ニーズの把握のために

子どもの支援ニーズを把握する際には、子どもの状態だけでなく家族や地域資源の状況など多角的な視点から把握しなければなりません。そのため、子どもの情報だけでなく、家族の情報など先生が把握されている内容についても記載が必要です。この手引きの評価は、限られた時間で生物・心理・社会モデルを考慮して、親子にとって必要な支援を包括的な視点でアセスメントすることを目指しています。

子どもの状態について可能な範囲で把握してください。それぞれの項目について、3つないし5つの選択肢から、対象のお子さんに当てはまる部分をチェックしてください。

以下にどのような視点で評価するか解説します。情報がまったくなく判断ができない場合は空欄にしてください。

園・教育機関対象の自治体担当者向け 子ども・児童・生徒の状況と環境について

分類	項目	1	2	3	4	5	具体例
家族要因	家庭の暮らし向き	非常にゆとりがある	ゆとりがある	どちらともいえない	苦しい	非常に苦しい	
	保護者のメンタルヘルス	非常に安定している	安定している	どちらともいえない	支援が必要	常に支援が必要	
	養育の困難感	余裕をもって対応できる	対応できる	何とか対応できる	対応に苦慮している	対応に非常に苦慮している	
	家族・親族のサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
社会資源	自治体の保健領域でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
	園や学校でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
	利用可能な地域の福祉サービス資源	非常に充実している	充実している	必要に応じて受けられる	ほとんどない	まったくない	
	福祉・療育機関でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
	医療機関でのサポート	手厚い	十分	必要時に最低限	不十分	ほとんどない	
子ども要因	登園・登校状況	毎日喜んで登校している	毎日登校している	登校をしぶるが登校している	時々休む	ほとんど休む	
	知的水準・学校の成績	非常に良い	良い	年齢相応	軽度の遅れ/制限がある	中等度～重度の遅れ/制限がある	
	対人関係	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	コミュニケーション	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	こだわり	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	多動・衝動性	非常に落ち着いている	落ち着いている	年齢相応	多動・衝動性が目立つ	多動・衝動性が非常に目立つ	
	注意・注意力	非常に注意深い	注意深い	年齢相応	不注意が目立つ	不注意が非常に目立つ	
	感覚の問題	-	-	年齢相応	困難	非常に困難	
	読み書き	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	運動・不器用	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	身辺自立	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	睡眠	非常に良い	良い	年齢相応	困難	非常に困難	
	不安・緘黙	非常に安定している	安定している	年齢相応	軽度の不安	強い不安	
	自傷・他害行動	-	-	ない	軽度の問題	中度/重度の問題	
	いじめの被害	-	-	ない	軽度の被害	中度/重度の問題	
	身体状態（病弱）	非常に健康	健康	どちらともいえない	病弱	非常に病弱	
	服薬状況	-	-	服薬の必要がない	定期的に服薬し、副作用がない	多剤併用や副作用が強く調整が必要	
	その他						

家族・園・社会資源などについての評価のポイント

● 家庭の暮らし向き

⇒家庭の社会経済状況について、わかる範囲で評価してください。

● 保護者のメンタルヘルス

⇒保護者のメンタルヘルスについて評価してください。保護者は抑うつ状態や不安状態の頻度が高く、発達障害の特性があることもあります。

● 養育の困難感

⇒保護者が養育困難を感じているかなど、保護者面談での様子などを参考に、わかる範囲で評価してください。

● 家族・親族のサポート

⇒家族・親族のサポートについて、わかる範囲で評価してください。

● 自治体の保健領域でのサポート

⇒先生が把握されている状況を評価してください。保健師・医師など医療の専門家のサポートの有無についても評価します。

● 園や学校でのサポート

⇒先生の園や学校のサポートについて評価してください。

● 利用可能な地域の福祉サービス資源

⇒先生が把握されている状況を評価してください。

● 福祉・療育機関でのサポート

⇒児童発達支援、放課後等デイサービス、相談支援、放課後児童クラブや学童保育など、地元で利用可能な機関について評価してください。

● 医療機関でのサポート

⇒発達障害（知的障害含む）の医療サービスの状況について評価します。発達障害を診療する医療機関が地域に存在するか、初診や再診の待機状況なども参考にしてください。地元や通院できる範囲に発達障害を診てくれる医師がいない場合などは、「困難」か「非常に困難」が該当するでしょう。

子どもの特性と状態についての評価のポイント

● 登園・登校状況

⇒登園・登校しぶり、不登園・不登校について評価してください。

● 知的水準・学校の成績

⇒全体的な知的水準、発達水準などを評価してください。小学生以上では学力について同学年の子どもと比較して評価してください。なお読み書きの苦手さが特に目立つ場合には、読み書きの項目にチェックしてください。

● 対人関係

⇒園や学校などの社会的場面で、どのような関係をもてるかを想定して判断します。大人との関係と子ども同士の関係は、分けて評価します。大人も親など慣れた人と、それ以外の人では異なることがあります。

親との関係だけでなく、親以外の他人と適切に関われているかどうかを確認します。大人への関心のあり方、人と物のどちらに関心が強いかなども評価します。

⇒特に子ども同士の関係は園や学校など集団場面でしか見られないので、重要な情報になります。発達障害の場合、大人とは遊べても同年代の子どもと対等な関係を築き集団で遊ぶのは困難なことが珍しくありません。子ども同士の関係については園や学校の情報があると参考になります。

● コミュニケーション

⇒園や学校の先生、同年代の他の子どもとのコミュニケーションが年齢相応に可能か、評価します。

園や学校など集団の場面で、他の子どもの動きを見て判断しているような場合は、理解コミュニケーションに困難があることが疑われます。

⇒同年代の他の子どもと比較して、話す能力や理解する能力について評価してください。

● こだわり、興味の範囲が限定的、切り替えや切り上げの苦手

⇒こだわりの強さはASDの主な特性のひとつです。図鑑、パズル、動画、場所、おもちゃなどへのこだわりの強さを評価します。シートの「こだわり」の項目の「非常に良い」

「良い」は、好きな趣味や勉強などに打ち込むようなポジティブな意味あいの強い、日常生活に支障のない「こだわり」をイメージしています。

また、予定の変更や、遊びなどの活動の別の行動への切り替え、切り上げなどの変化に応じられるかどうかも大切なポイントです。

● 多動・衝動性

⇒同年齢の子どもと比べて、落ち着きがない、座っていなければならない場面で離席が多い、ソワソワする、喋りすぎる、自分の番を待てないなど、多動や衝動性について評価します。

● 注意・注意力

⇒ASD, ADHD にみられる注意移行の障害とは、何か気になることが目に入ってくると、それに注目してしまい、次の情報に注意を移すことが難しくなる状態です。注意移行に課題があると、たとえば、給食やおやつの時間にお友だちに話しかけられると、食事の手が止まり、おしゃべりに夢中になってしまいます。一度あることに集中してしまうと、別のことに注意を移行するのが難しいのです。

● 感覚の問題

⇒感覚の問題は子どもが苦痛に感じていることが多いので、苦痛を軽減できるよう、とくに配慮が必要です。よくある特性は以下のとおりです。

<音への反応>音に敏感なことが多い、呼んでも振り向かないなど

<光・視覚への反応>視線が合わなかったり、光るものを見つめたりする

<触覚>触られることを嫌がったり、衣服の接触に敏感だったりする

<ニオイ>ニオイに敏感で物や人のニオイを嗅いだり、特定のニオイを嫌がったりする



● 読み書き

⇒小学生以上の場合、読み書き計算の能力を、同学年の子どもと比較して評価します。

● 運動・不器用

⇒運動や体育が苦手だったり、手先が不器用だったりすることがあります。靴紐が結べない、文房具やおもちゃをうまく扱えないなど、不器用さの有無も評価します。

● 身辺自立

⇒トイレや食事、着脱などが年齢相応にできるかを評価します。

● 睡眠

⇒睡眠の障害は発達障害では頻度が高く、保護者のメンタルにも影響を与えやすいので把握する必要があります。

● 不安・緘黙

⇒緘黙は自宅では話すのに園や学校では離さないなど特定の場所で話せなくなる状態で、背景には不安やストレスがあることが多いです。

● 自傷・他害行動

⇒かんしゃく・他害・自傷などの、いわゆる問題行動といわれる行動の背景には、さまざまな発達障害の特性が関係しています。わがままとか、しつけの問題などと安易に捉えないことが大事です。

● いじめの被害

⇒発達障害の子どもは、いじめの被害にあいやすく、登園しぶりや不登校、不安や不眠などのメンタルな症状にもつながります。

● 身体状態(病弱)

⇒知的障害を合併しやすい先天性異常（ダウン症など）、てんかん、病弱などの身体状態についても概要を把握します。

● 服薬状況

⇒発達障害の特性や行動、メンタルヘルス（不安・うつ・睡眠など）に関する薬の服用について確認してください。アレルギーやぜんそくなど身体的な薬は対象外です。副作用の有無や、薬の調整・変更があったかどうかを確認してください。

● その他

⇒上記に当てはまらない、重要と思われる事項について記載してください。

事例集

発達障害の子どもへの支援ニーズを勘案する際のモデル事例として架空ケースを作成しました。一般的な行政担当者(専門家ではない)が面談することを前提に記載しています。評定例を記載していますが、あくまで参考のため、「正解例」ではありません。

実際に担当の子どもを評価するときは、評価者の職種や立場により、無理のない範囲で評価するようにします。

事例1

ASDのある男児 4歳

<過去の記録>

1歳半健診で「かんしゃく」「おびえる」「夜泣き」などの心配を母が訴え、経過フォロー。3歳半健診にて大泣きして診察を嫌がる。問診で特定の音を嫌がる。その後、保健師に対して父母で相談したが、「特に問題を感じない」とのことでフォローを辞退した。

4歳になり、母自身が子どもの対応で疲れるため、母の問題なのか、子どもの問題なのか相談したいと保健所保健師に連絡あり。

心理相談に導入、子どもには発達障害の特性があること、母は抑うつ状態が疑われると報告された。まずは子どもの療育を勧められた。

<行政担当者による母との面談・アンケートによる情報>

単語を話したのは1歳半、2歳から2語文、トイレの自立が遅く現在もオムツをつけている。服の肌触りを気にする、タグやチクチクした感触を嫌がる。音にも敏感、シャンプーを嫌がる。偏食はない。車が好きで、駐車場やユーチューブで延々と見たがる。

園には行くが、運動会には参加しない。学芸会など人が多い状況では、固まる。家庭では機嫌が良いが、時々、よくわからない理由で癩癩を起こす。週5日、子ども園に通園。

母は穏やかな態度で、これまでの経過を話す。やや疲れた様子はあるが、特に目立った特徴はない。服装や身だしなみも平均的。精神科には「うつ状態」で通院しているが、5分程度の診察で抗うつ剤と睡眠薬を処方されているだけとのこと。

子どもは自分の名前や年齢はしっかり答える。落ち着きはないが、母の側にいることはできる。一見して明らかな障害があるようには見えない。

《家族要因》

●家庭の社会経済状況

⇒父母ともに仕事をしているが、家計は楽ではないと言う。【評定3】

●保護者のメンタルヘルス

⇒母親は結婚前から、抑うつ・不安などのため、断続的に精神科に通院している。【評定4】

●養育の困難感

⇒父は子育てに関与する気がなく、実質的に母のワンオペ状態。【評定4】

●家族・親族のサポート

⇒父のサポートはないが、母方の祖父母は近所に住んでいるためサポートがあり、なんとか生活が維持できている。【評定3】

《社会資源》

●自治体の保健領域でのサポート

⇒担当の保健師が月に2回程度、家庭訪問をして相談に乗っている。また行政が雇用する心理職の相談も受けられる。発達障害を専門にする医療機関には車で1時間以上かかり、予約をしても1年以上の待機がある。

【評定2】

●園や学校でのサポート

⇒子ども園では本人の特性に合わせて柔軟に指導しようとする意欲はある。しかし専門知識はなく、対応に苦慮している。【評定4】

●利用可能な地域の福祉サービス資源

⇒児童発達支援事業所は車で30分、県内に一件あるのみ。通っている地域の子ども園は比較的受け入れが良い。【評定4】

●福祉・療育機関でのサポート

⇒児童発達支援事業所は利用可能だが、希望者が多く週1回と言われている。保護者が送迎しなければならないが、自宅から遠方にあり、車で片道1時間かかるため、困難が予想される。【評定4】

●医療機関でのサポート

⇒実質的に発達障害の支援が可能な医療機関が、受診可能な範囲にはない。一般の小児科や精神科はあるが、保護者は精神科の受診には抵抗がある。【評定5】

《子ども要因》

●登園・登校状況

⇒子ども園に通っており、登園しぶりは無い。母が車で送迎する必要があるが、体調が悪いときが多く、その場合は祖父後が車で送迎している。【評定2】

●知的水準・学校の成績

⇒心理検査は受けたことがないが、母は特に遅れを感じていない。【評定3】

●対人関係

⇒園ではほかの子どもに自分から関わることは少なく、一人で遊んでいることが多い。ほかの子どもに話しかけられると応じ、拒否することはない。園での集団活動は、少し遅れつつも周りの子どもの様子を見ながら参加している。【評定4】

●コミュニケーション

⇒母からの情報、直接面談では特に問題を感じない。【評定3】

●こだわり

⇒車へのこだわりが強く、母は困っている。【評定4】

●多動・衝動性

⇒少し落ち着きがないが、年齢相応に思える。【評定3】

●不注意

⇒特に問題を感じない。【評定3】

●**感覚の問題**

⇒触覚の過敏がある。【評定4】

●**読み書き**

⇒年齢的に読み書きできないのは当然。【評定3】

●**運動・不器用**

⇒運動は得意。特に不器用は感じない。【評定2】

●**身辺自立**

⇒トイレは未自立。オムツをつけると、その中に大便をする。子ども園ではトイレにいかず我慢していることが多い。たまに小便をもらす。【評定4】

●**睡眠**

⇒睡眠は不規則。子ども園での昼寝の時間を嫌がり、起きている。家では寝つきが悪く、母親は寝かしつけるのに苦労している。【評定4】

●**不安・緘黙**

⇒子ども園の行事では固まってしまう、不安そうにしている。家では不安はない。緘黙傾向もない。【評定4】

●**問題行動**

⇒園では、「たまに他の子どもを叩くことがある」と言われた。詳しいことは母も把握していない。【評定4】

●**いじめの被害**

⇒いじめられたという情報はない。【評定3】

●**身体状態(病弱)**

⇒身体的には健康。風邪などもあまりひかない。【評定2】

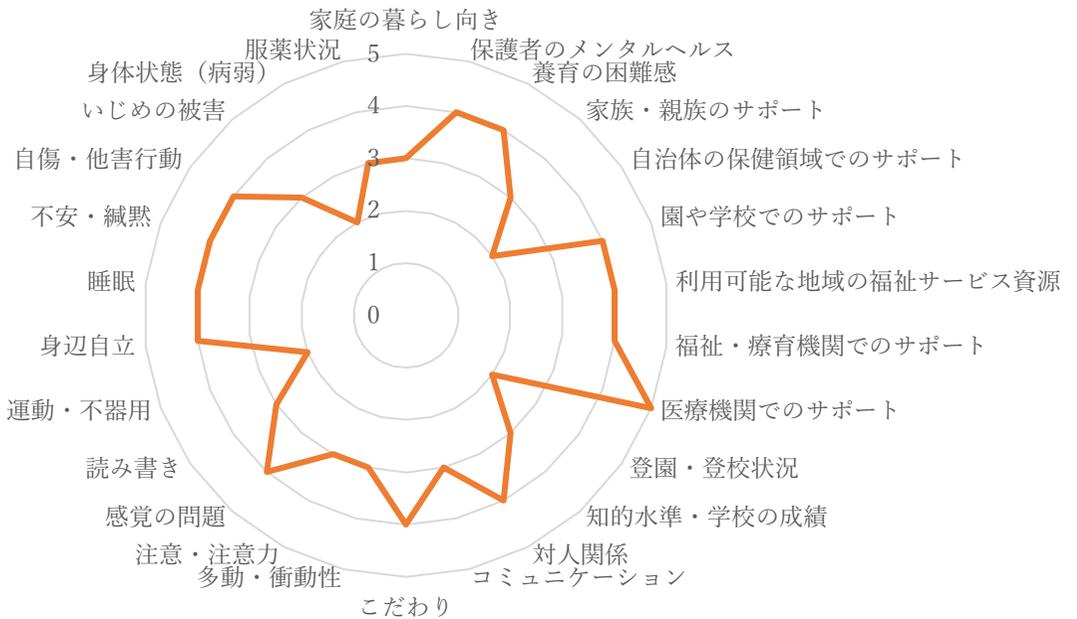
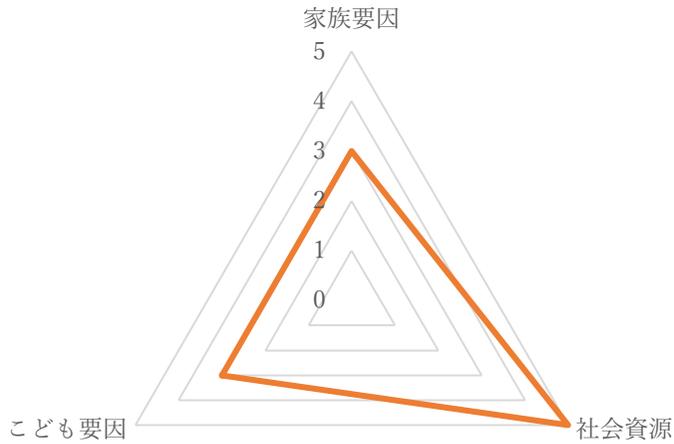
●**服薬状況**

⇒服薬はしていない。【評定3】

●**その他**

⇒特記事項は、特にない

事例1のチャート



<プラン>

母は療育を希望。子どもは週5日子ども園に通所しているが、発達障害の特性を考慮した対応は受けていない。

母親は結婚前から精神科に断続的に通院。現在も抗うつ薬などを処方されている。

児童発達支援事業所が一番近い事業所でも、通所に1時間かかる。にもかかわらず、母も子ども園の担当者も「専門的な支援を受けたい」という希望があり、週1回程度の療育機関の利用が必要と思われる。保育所等訪問支援もあるとよいが、地域的に保育所等訪問支援を提供している事業所はないため断念せざるを得ない。保健所の保健師、心理職の支援も継続しつつ、医療機関の予約をすすめる。

事例2

重度知的障害を伴うASDのある幼児 3歳

母親も知的障害がある可能性

<過去の記録>

生後、首の座り、お座り、ハイハイ等運動面の発達がすべてゆっくりで、歩き始めは1歳5か月であった。1歳半健診時に、発語はなく、目が合わない、名前を呼んでも振り向かないなど、対人面、言語面、運動面の発達の遅れや多動さが顕著であり、保健師が心理相談をすすめて、面談につながった。

母親は離乳食を作らず、7、8か月から普通食を食べさせており、育児の面でも心配がある家庭である。心理相談でも、母親は心理士の質問に対して何度か聞き返す様子があった。心理士はわかりやすくかみくだいて質問し、母はそれに対してゆっくり答えるが、返答内容もちぐはぐだった。

子どもの発達の課題についても「特に気にならなかった」と話した。子どもの発達について、対人面、言語面、運動面についてゆっくりであることを伝え、早期からの専門的な支援をすすめると同意した。

心理士と保健師の協議の結果、子どもの発達のニーズに加え、母親に知的な障害がある可能性も示唆された。母親には、医療機関への受診、発達支援センターで心理検査を受けること、保育園への就園および加配の申請をすすめた。

また、父親も一緒に相談に行くことを伝え、母親は了承した。福祉サービスの利用については、障害児相談支援事業所を紹介し、具体的なサービス内容の検討をすすめた。

<行政担当者による母との面談・アンケートによる情報>

保健師から1歳半健診を含めた過去の健診や心理相談時の記録が共有された。対人面、言語面、運動面の遅れや多動さがある。家ではお気に入りの毛布をかぶって過ごしている。気分は穏やかで、かんしゃくを起こしたりなどはめったにない。

先週から週5日保育園に通い始めた。加配がついている。

母は無職で父親も派遣労働者であり、家庭の経済的状況はあまりよくない。

<家族要因>

●家庭の社会経済状況

⇒母は無職で父親も派遣労働者であり、大家族で生活しており家庭の経済的状況はよくない【評定4】

●保護者のメンタルヘルス

⇒メンタルヘルスの問題はない【3】

●養育の困難感

⇒発達面に遅れのある本児に加え、きょうだい3人の育児もあり、そもそも養育の大変さがある。本児に対する養育困難感はない。【評定3】

●家族・親族のサポート

⇒父の両親と母の父親はすでに他界しており、母方の祖母は認知症と一緒に住んでいる。母親は祖母の介護も必要である。【評定5】

<社会資源>

●自治体の保健領域でのサポート

⇒担当の保健師が月に2回程度家庭訪問をして相談にのっている。【評定2】

●園や学校でのサポート

⇒保育園では週5日加配が付き、保育が開始したばかりである。【評定3】

●利用可能な地域の福祉サービス資源

⇒児童発達支援事業所は複数ある地域。【評定 2】

●福祉・療育機関でのサポート

⇒現在はなし【評定 3】

●医療機関でのサポート

⇒医療機関にはかかっていない。【評定 3】

<子ども要因>

●登園・登校状況

⇒保育園に就園したばかり。登園しぶりはない。【評定 2】

●知的水準・学校の成績

⇒検査は受けていないが、発達状況から重度の遅れが考えられる。【評定 5】

●対人関係

⇒視線も合わず、名前を呼んでも振り向かないなど、人への関心や応答、いずれも非常に弱い。【評定 5】

●コミュニケーション

⇒発語がなく、人とのやりとりには使えていない。指さし等の前言語コミュニケーション行動も少ない。【評定 4】

●こだわり

⇒特にこだわりはない。【評定 3】

●多動・衝動性

⇒落ち着きがない。園では走り回っているよう。【評定 4】

●不注意

⇒非該当【評定 3】

●感覚の問題

⇒偏食等なく、大きな感覚の問題はない【評定 3】

●読み書き

⇒非該当（年齢的に読み書きできないのは当然）【評定3】

●**運動・不器用**

⇒運動発達は遅れている。独歩は17か月。【評定4】

●**身辺自立**

⇒トイレは未自立。ずっとオムツ着用で、意思表示もない。
衣服の着脱もすべて大人がやっている。食事も手づかみで食べ、スプーン、フォークなどの道具は使わない。【評定5】

●**睡眠**

⇒睡眠は安定しない。夜中に途中覚醒があり、保護者は眠いので対応しないが、テレビをつけるとしばらくテレビを見ている。【評定4】

●**不安・緘黙**

⇒初めての場面や、初対面の人は苦手で、固まる。ぬいぐるみが苦手で、家にあるぬいぐるみを見て泣く。【評定4】

●**問題行動**

⇒時々自分の頭をたたいている。【評定4】

●**いじめの被害**

⇒いじめられたという情報はない。【評定3】

●**身体状態(病弱):**

⇒身体的には健康、風邪などもあまりひかない。【評定1】

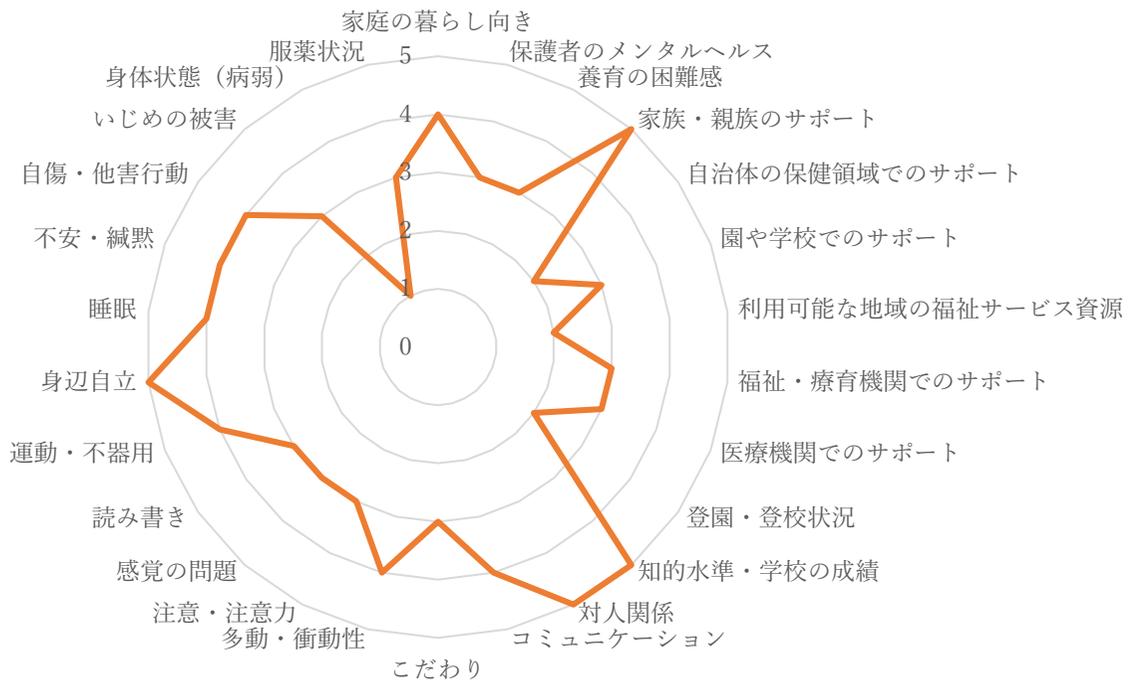
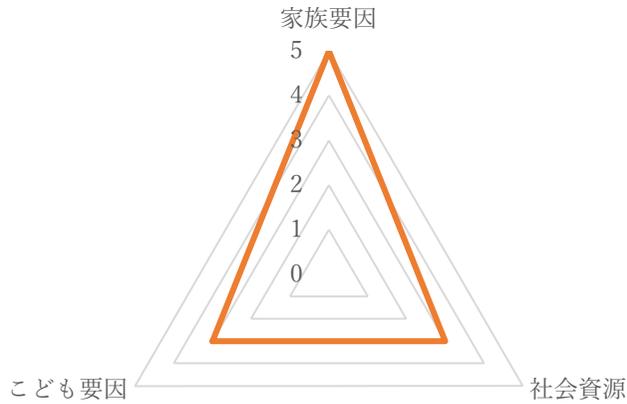
●**服薬状況**

⇒服薬はしていない。【評定3】

●**その他**

特記事項ない

事例2のチャート



事例3

虐待が疑われる小学3年生

<受付の記録>

公立小学校 通常クラス3年生。父母、本児、弟（3歳）の4人家族。母親から電話。他の子を叩く、つねる、乱暴的と学校から電話があった。教師から専門家に相談するようにいわれ、幼児期に何度か面談した保健師に連絡したところ、療育機関をすすめられた。そのため受給者証を希望して来所したいとのこと。

<過去の記録>

面談の前に、保護者の許可を得て担当保健師から過去の記録を聴取した。以下はその概要である。

幼児期に母親から子どもの育て方が不安であると保健師に相談があった。産後よりエジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）が高得点であることから定期的に保健師が訪問していた。乳幼児健診でも母親の訴えが多く、母自身ストレスが多い様子だった。子どもが泣くとどうしていいかわからず、叱りつけることで対応していた。弟の対応にも不安があり、弟の訪問も行っている。

保健所の心理相談で心理師から療育機関の利用をすすめられた。両親は発達障害を疑っておらず、行動上の問題とみているが、保健師や心理師はASDかADHDを疑っている。ただ、そのことを保護者に伝えたことはない。学校でも発達障害を疑っているかもしれないが、特に情報はない。

<保護者との面談>

子どもが荒れたときにどのように対応して良いかわからない。学校から電話がかかってくると、何か言われるのではないかと恐怖で、電話にでれない。家にいると弟とけんかをするのでイライラして、叩くことがある。

友人の母親から放課後等デイサービスを利用すると放課後に預かってもらえると言ったので、毎日でも預けたい。すでにA事業所とは連絡をとっており、週5日預かってくれることになっている。

<家族要因>

母は産後抑うつ状態になった可能性が強く、ストレス状況でメンタルヘルスについての支援が必要。子どもへの対応についても具体的な支援の方法を伝えていく必要があるが、これまでそのような情報提供を受けていない。

●家庭の暮らし向き

⇒父親のみ就労しており、母は専業主婦。暮らし向きは楽ではないと語る。【評定4】

●保護者のメンタルヘルス

⇒現在、母親のストレス状態は高いが、医療機関等受診したことはない。【評定4】

●養育の困難感

⇒本児と弟への育児の困難感が強く、どう対応してよいか分からない。特に泣かれると対応にとっても苦慮し、どなったり、叩いてしまうこともある。【評定5】

●家族・親族のサポート

⇒父母の両親ともに健在だが、以前から関係があまりよくなく、もう数年以上会っていない。育児のサポートは全く得られない。父親は残業が多いが、母親が家事をこなすことができないため、帰宅後かなり家事を担っている。【評定5】

<社会資源>

●自治体の保健領域でのサポート

⇒保健師は月に2回程度訪問で話を聞いてくれる。【評定2】

●園や学校でのサポート

⇒学校から子どものことで何か言われるのではないかと、電話に出れず、学校の担任と話をしていない状況が長く続いている。学校では、本児はスクールカウンセラーと2週間に1回、話をする事になっている。【評定2】

●利用可能な地域の福祉サービス資源

⇒地域には、いくつかの障害児通所支援事業所があり、必要時には受蹴られる。【評定3】

●福祉・療育機関でのサポート

⇒まだ利用していない。【評定3】

●医療機関でのサポート:

⇒医療機関は利用していない。【評定3】

<子ども要因>

●登園・登校状況

⇒毎日登校している。【評定2】

●知的水準・学校の成績

⇒学校の成績はあまりよくはない。【評定2】

●対人関係

⇒学校での対人関係のことなど、よく分からない。クラスメイトを叩いたり、つねったりしているようである。友だちは少ないのではないかと思う。【評定4】

●コミュニケーション:

⇒家では、あまり話さなくなった。弟とは話しているようだが、家では子ども部屋にすることが多く、会話は少ない。【評定4】

●こだわり

⇒特になし。【評定3】

●多動・衝動性

⇒衝動的に暴言をはくことがあると学校から言われている。【評定4】

●注意・注意力

⇒忘れ物、なくしものが多く、整理整頓が苦手である。【評定4】

●感覚の問題

⇒音への過敏さがあり、教室の中はうるさい、と話したりする。些細な音にもよく気づく。【評定4】

●読み書き

⇒特に問題ない【評定3】

●運動・不器用

⇒走るの好きだが、それ以外の運動は苦手、球技はほぼやらない。【評定4】

●身辺自立

⇒何日も同じ服を着ていたり、やや清潔感に欠ける様子がある。【評定4】

●睡眠

⇒早寝早起きである。【評定2】

●不安・緘黙

⇒特に不安はなく、安定している【評定2】

●自傷・他害行動

⇒時々、クラスメイトを叩くことがある。家でも荒れて、テレビを壊したことがあった【評定4】

●いじめの被害

⇒いじめはない【評定3】

●身体状態(病弱):

⇒健康であるが、やせていて、栄養状態があまりよくない。【評定3】

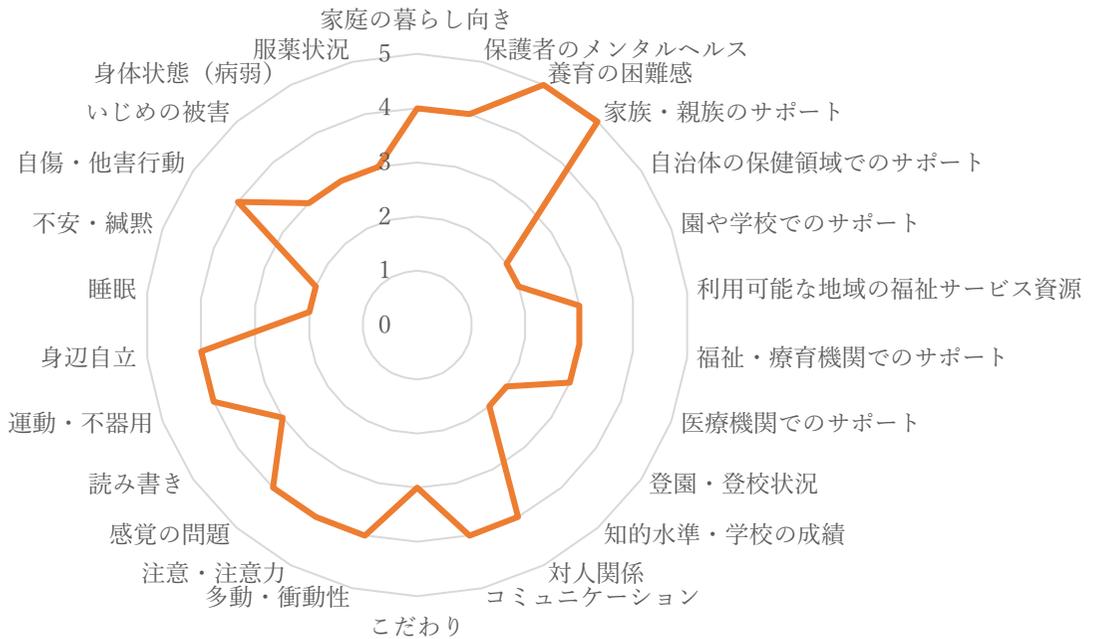
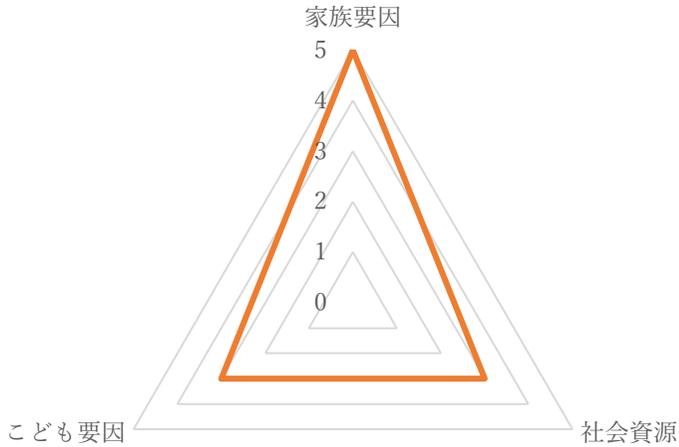
●服薬状況

⇒服薬していない【評定3】

●その他

⇒特記事項なし

事例3のチャート



事例4

ADHD・LD が疑われる小学2年生の男児

<受付の記録>

公立小学校通常クラス2年生。父母、本児、姉（小5）の4人家族。

父親から電話。放課後等デイサービスで学習支援を希望するため、受給者証の発行を希望するとのこと。

小1の時から教室での立ち歩きがあり、学校が教室内での対応を工夫してくれ、だいぶ落ち着いてきている。2年生になり、教科書の読み書きに時間がかかることに気づいた。そんな中、近所に放課後等デイサービスができ、サービス内容の1つに学習支援があると知った。相談に行ったところ受け入れ可能だが、受給者証をもらうように言われた。

受給者証が何なのかもわからないがとりあえず電話しているとのこと。

<過去の記録>

保護者との面談の前に、許可を得て過去の健診記録等を確認した。

1歳6か月健診時に、寝つきが悪いことなどの報告があったものの、特段、発達面でのニーズに関する記載はない。3歳健診時は、集団健診の場面で会場を走り回っていたようだが、保護者は「男の子で元気いっぱい」と捉えており、特に困り感等を訴えることはなかった、とのことであった。

<保護者との面談>

学校はととてもよく対応してくれているが、2年生になって読み書きの苦手さがあるのではないかと思いはじめた。特に音読の宿題を嫌がり、なんとか読むが時間がかかる。漢字のテストも、最近は白紙で提出している。授業で言われたことはよく理解でき、発表もよくしているが、ノートは一切とらない。

小1の頃にあった授業中の立ち歩きは、担任の先生が座席の位置を工夫してくれ、こまめに声かけしてくれたり、授業中にみんなで教室内を移動するようなワークを取り入れてくれたりすることで、現在はあまり問題にはならなくなってきた。読み書きの苦手さが気になり、今度担任の先生と面談予定。そんな中、近所の新設の放課後等デイサービスの

案内を見て、問い合わせたところ、受給者証をもらうように言われた。受給者証があると、保護者負担が少なく、利用できると聞いたとのこと。

<家族要因>

●家庭の暮らし向き

⇒父母ともに専門職として仕事をしていて、家計はかなり安定している。【評定1】

●保護者のメンタルヘルス

⇒両親ともに特にメンタルヘルスの問題はなく、心身共に健康である。

【評定1】

●養育の困難感

⇒父親も協力的であるが、家で宿題をサポートするのが大変。【評定3】

●家族・親族のサポート

⇒母方の祖父母が近所に住んでおり、よくサポートしてもらっている。【評定2】

<社会資源>

●利用可能な地域の福祉サービス資源

⇒地域で活用可能な福祉支援は、放課後等デイサービスのみ、学校で本児にどのような支援が可能かについては情報がない。【評定3】

●自治体の保健領域でのサポート

⇒幼児期、特に問題に気づかず来ているので、現在までサポートはない。【評定3】

●園や学校でのサポート:

⇒担任の先生と特別支援コーディネーターの先生がいずれもベテランで、子どもの特性に合わせてとてもよく対応してもらっている。【評定1】

●福祉・療育機関でのサポート:

⇒現在、福祉的なサービスは利用していないが、近所に新設される放課後等デイサービスを週1回利用できると言われている。【評定2】

●医療機関でのサポート:

⇒医療機関の受診はまだ検討していないが、近隣に児童精神科、小児神経内科がある。待機期間は不明。【評定3】

<子ども要因>

●登園・登校状況:

⇒毎日楽しく登校している。【評定1】

●知的水準・学校の成績

⇒学校の成績はあまりよくない。【評定4】

●対人関係

⇒仲の良いクラスメイトが複数いて、休み時間や放課後に遊んだりしている。友人関係での困り事はない。【評定2】

●コミュニケーション:

⇒母からの情報、直接面談では特に問題を感じない。【評定2】

●こだわり

⇒特にない。【評定3】

●多動・衝動性

⇒落ち着きがないが、学校では配慮してもらっているため授業に参加できている。配慮なしでは立ち歩きが増えそう。【評定4】

●不注意

⇒忘れ物、なくしものは多いが、家庭と学校で連携して対応している。【評定4】

●感覚の問題

明らかな感覚の問題は把握されていない。【評定3】

●読み書き

⇒読み書きに困難があるようで、読みのスピードが遅く、書くのも嫌がる。

【評定4】

●**運動・不器用**

⇒手先が不器用で、靴ひもは今もまだ結べない。【評定4】

●**身辺自立**

⇒特に問題はない。夜の歯磨きは保護者が声をかける必要があるが、言えばできる。【評定2】

●**睡眠**

⇒睡眠は良好、寝つきもよく夜9時から朝7時まで10時間寝ている。

【評定1】

●**不安・緘黙**

⇒特に不安はなく、安定している。【評定2】

●**自傷・他害行動**

⇒たまに他の子どもを叩いてしまうことがあるが、先生に言われて仲直りできる。【評定3】

●**いじめの被害**

⇒いじめられたという情報はない。【評定2】

●**身体状態(病弱):**

⇒身体的には健康、風邪などもあまりひかない。【評定1】

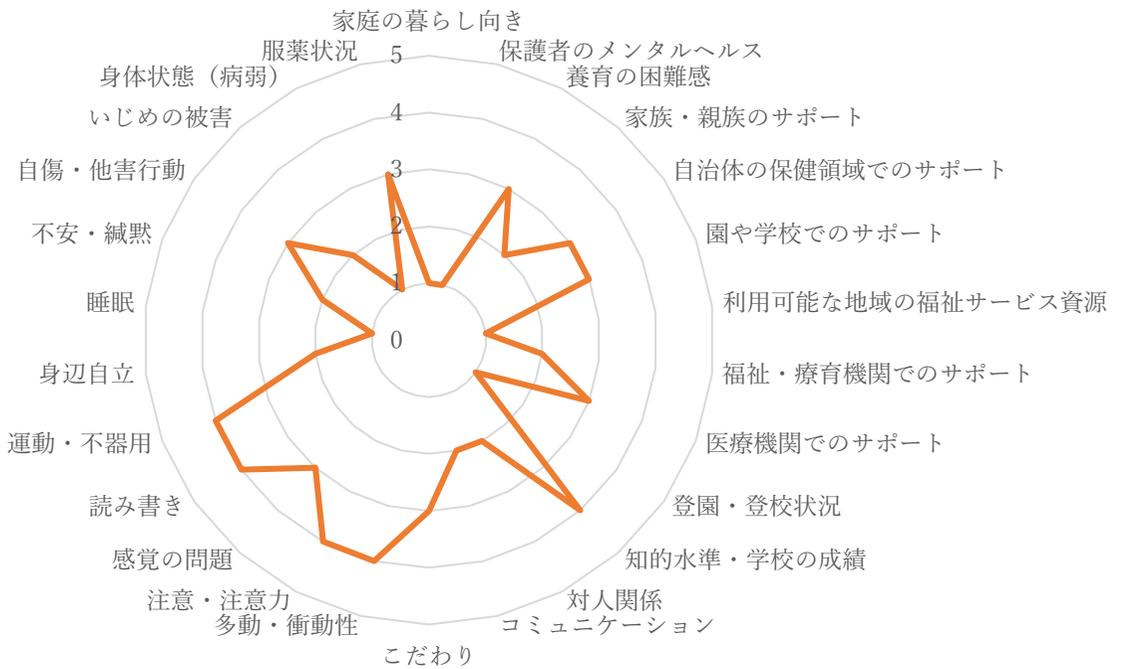
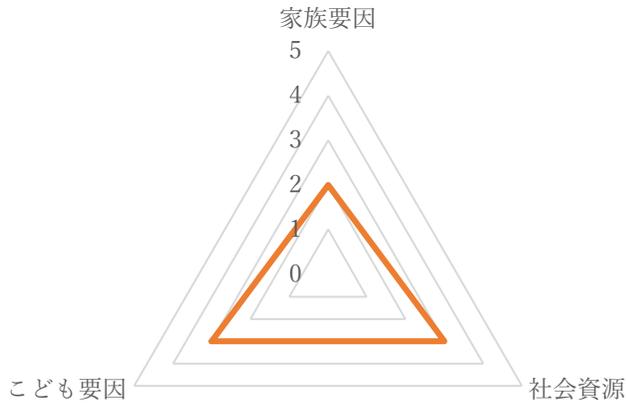
●**服薬状況**

⇒服薬はしていない【評定3】

●**その他**

⇒特記事項ない。

事例4のチャート



<プラン>

保護者は療育を希望しているが、学校では合理的配慮を受けて、おおむね適応している。現在、本人のニーズとしてあげられている読み書きの問題に関しては、放課後等デイサービス等の福祉のサービスを利用するよりも、まずは通級指導等を検討し、学校内で対応・連携してもらう方が、優先度が高いと思われるため、そのように伝えた。

宿題についても、家庭でサポートするより、内容や量を調整してもらう対策が適切だと考えられることも伝えた。

また、読み書きに関しては、医療機関や教育センター等でのアセスメントを案内した。



発達障害のある子どもへの 障害児サービス利用の 支給決定に関する手引き

著 者：内山登紀夫・稲田尚子

発行日：2025年5月10日

発行所：福島学院大学 福祉学部 内山登紀夫研究室

〒960-8035 福島県福島市本町2-2-10 セト川俣屋

編 集：TIGRE

※本文の無断転載・複製・複写は禁止いたします。

※診断書、サマリーシートはご自由にご活用ください。

この手引きは令5-6年度 こども家庭科学研究費補助金

(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

研究課題名 (課題番号):発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究 (23DA1701) (研究代表者内山登紀夫、【研究分担者】稲田尚子、宇野洋太、川島慶子、小林真理子、下野九理子)研究協力者(槻館尚武、鈴木さとみ、武部正明、平田郁子)、によって作成されました。研究調査にご協力いただいた研究協力者、自治体職員、専門家・支援者のみなさまに感謝いたします。

こども家庭庁長官 殿

機関名 福島学院大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 遠藤 克弥

次の職員の令和5年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業2. 研究課題名 発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の
必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究3. 研究者名 (所属部署・職名) 福祉学部福祉心理学科・教授(氏名・フリガナ) 内山 登紀夫 (ウチヤマ トキオ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	福島学院大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 山梨英和大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 塚本 俊也

次の職員の令和6年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の
必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 人間文化学部人間文化学科 教授

(氏名・フリガナ) 小林真理子 ・ コバヤシ マリコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	福島学院大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 学校法人 大正大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 神達 知純

次の職員の令和6年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の
必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) カウンセリング研究所・客員研究員
(氏名・フリガナ) 宇野 洋太 (ウノ ヨウタ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	福島学院大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 学校法人 大正大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 神達 知純

次の職員の令和6年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の
必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 臨床心理学部 臨床心理学科・准教授

(氏名・フリガナ) 稲田 尚子 (イナダ ナオコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	福島学院大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 福島学院大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 遠藤 克弥

次の職員の令和5年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の
必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 特任講師

(氏名・フリガナ) 川島 慶子 (カワシマ ケイコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	福島学院大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7 年 1 月 15 日

こども家庭庁長官 殿

機関名 国立大学法人大阪大学

所属研究機関長 職 名 大学院医学系研究科長

氏 名 熊ノ郷 淳

次の職員の令和6年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び
発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院連合小児発達学研究所・教授
(氏名・フリガナ) 下野 九理子・シモノ クリコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	福島学院大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)
なし

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。