

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5年度～令和6年度 総合研究報告書

令和7年(2025年) 5月

研究代表者 内山 登紀夫

# 目 次

## I. 総合研究報告

- 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. 研究成果の刊行に関する一覧表 …………… 19

## III. 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5年度～令和6年度

総合研究報告書

研究代表者 内山 登紀夫（福島学院大学）

**【研究要旨】**

本研究は、発達障害児を対象とした障害児通所支援サービスの受給決定プロセスの実態と課題を明らかにし、支援の質的向上と継続性を目指したツール開発を目的として、令和5年度および6年度にわたって実施された。調査手法としては、全国の自治体・事業所・利用者（保護者）を対象とした半構造化インタビューと Web アンケートを用い、多角的に制度運用の現状を把握した。

調査結果から、受給決定プロセスには自治体間で大きなばらつきがあり、判断基準の標準化が進んでいない実態が明らかとなった。特に、支給日数は保護者の希望により上限に設定される傾向が強く、判断を担う自治体職員の多くが専門的資格を有していないことも課題であった。また、相談支援専門員の人材不足やバーンアウト、制度理解の不十分さが、セルフプランの増加や支援の質の低下につながっていた。

これらの課題を踏まえ、研究班は「こどもの状態と環境のサマリーシート」「医師意見書フォーマット」など、支援の必要性を多面的かつ客観的に把握するためのツールを開発し、その使用方法を「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」にまとめた。これらのツールは、支給日数を直接決定するためのものではなく、関係者間の情報共有を促進し、連携と協働を強化することを目的としている。

また、ツールの開発にあたっては、研究班での討議を重ねた草案をもとに、行政、医療、教育・福祉の現場関係者からのフィードバックを反映し、実用性と現場適応性を考慮して改訂を行った。さらに、ケースビネットを用いた試行により、支援ニーズの妥当性とツールの有用性を検証した。

加えて、英国のEHCP（Education, Health and Care Plan）制度との比較から、多職種による包括的なアセスメント体制の必要性や、地域差への対応、制度設計上の注意点などの示唆も得られた。

本研究は、支援の必要性を適切に把握し、多機関連携を推進するための実践的なツールを提示した。今後は、開発されたツールを現場で活用しながら、さらなる評価・改訂を通じて、発達障害児とその保護者の支援の改善につなげることが期待される。

## 【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

発達障害を有する児は、生来性の認知障害に起因する障害特性に配慮した養育や教育、すなわち合理的配慮の提供が必要とされている。発達支援は、障害特性および置かれた環境から生じうる不利益をアセスメントし、児の負担を最小限に抑え、児とその養育者のウェルビーイングを高め、社会的な包摂を目指すものである。このような発達支援の実現には、地域資源の活用を前提とした発達障害児と保護者の支援ニーズの適切なアセスメント、そして障害児サービスの受給決定が不可欠である。しかし、現在の障害児サービスの受給決定基準は地域や自治体によって多様であることが現状の課題として挙げられる。特に、受給要件として義務とはしないまでも医師の診断書提出を要望する自治体が一定数存在し、これが医療機関の受診待機を生じさせ、早期支援の妨げとなっている可能性が指摘されている。

本研究は、この現状を踏まえ、以下の3点を目的として実施された。第一に、発達障害児が障害児サービスを利用する際の受給決定要件の実態を明らかにすること。第二に、受給決定に関与する行政担当者や専門家を対象に、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すること。第三に、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である。特に、障害児サービスのニ

ズ判定のためのアセスメントとして、受給者証発行を担当する自治体職員や専門家等が、生物心理社会モデルに応じた児の支援ニーズを包括的かつ簡便に実施できる方法の開発が、本研究の最大の目的とされた。

令和5年度は、地域差も考慮した受給決定プロセスの実態と課題の明確化に重点を置き、令和6年度は、アセスメント方法の開発および手引きの作成を目的として実施された。

本研究は、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。Web調査においては、調査の趣旨や倫理的配慮事項が説明され、同意を得た上で回答が収集された。

## B. C. 研究方法と結果

### 1. 令和5年度

令和5年度に実施された本研究は、発達障害児に対する障害児通所支援サービスの受給決定プロセスの実態と課題を明らかにすることを目的として、全国規模のインタビュー調査およびWebアンケート調査を実施した。調査手法としては、自治体、通所支援事業所、相談支援事業所および利用者（保護者）への半構造化インタビュー調査と、自治体および利用者を対象としたWeb調査が併用された。

インタビュー調査では、まず自治体調査として、人口規模別に類型化した12自治体が参加し、そのうち10自治体に対しインタビューが行われた。調査項目は、受給者証発行のプロセス、判断基準、発行までの平均期間、医療機関への期待、マニュアル整備に対する要望などであり、自治体ごとの運用実態の差異が浮き彫りとなった。特に、アセスメント方法や支給日数の決定については自治体ごとに独自の基準（ローカルルール）があること、支給日数については保護者の希望がそのまま反映される傾向が多く認め

られた。また、セルフプラン率が高い自治体では、保護者への負担が増大する一方、適切な支援ニーズの把握が難しくなるとの指摘もあった。

次に、通所支援事業所・相談支援事業所を対象とした調査では、計 17 事業所が参加した。受給者証発行までのプロセスに大きな支障はないとの評価も見られたが、サービスの利用が保護者の希望によって拡大傾向にあることや、複数の事業所を併用するケースが増えており、必ずしも児の支援ニーズに即していない可能性があることが課題として挙げられた。加えて、相談支援事業所では、慢性的な人員不足やバーンアウトによる離職、経営上の困難が深刻化しており、継続相談や支援の質を担保することが困難であるという問題も浮上した。保護者への対応においては、信頼関係の構築、受給制度の丁寧なガイダンス、障害という言葉に対する配慮などが重要視されている。

利用者インタビュー調査では、9 名の保護者（母親 8 名、父親 1 名）から詳細な聞き取りがなされた。結果として、受給者証制度に対する理解が十分でないままサービス利用が開始されているケースが多く見られた。特にセルフプランでは、保護者自身が事業所の選定や利用可能日数の調整を行う必要があり、制度の複雑さに対する戸惑いや負担感が顕著であった。また、児の障害の理解と制度理解の両立が求められる初期段階において、保健師や相談支援専門員の支援が重要であることが示唆された。一方、医療機関に対しては、診断取得のハードルの高さや児童精神科医の不足、診断書内容のばらつきが課題として指摘され、さらには「障害者」という受給者証の名称への心理的抵抗も確認された。

Web 調査は、全国 1,741 の自治体から 180 自治体を無作為抽出し、41 自治体（回収率 21.8%）が回答した。受給者証発行に必要な期間は「1 ヶ月

以内」または「2 週間以内」とする自治体が大半であったが、判断プロセスは自治体ごとに大きく異なっていた（**図 1**）。医師の診断書・意見書が必須である自治体はなかったものの、療育手帳や発達検査結果など、何らかの専門的所見の提出を求める自治体が過半数を占めた（**図 2**）。

また、支給日数を決定する部署の半数以上が「専門資格を持たない事務職のみ」で構成されているという実態も明らかとなり、約 70%の自治体が「支援の必要性を資料から判断するのは容易でない」と回答している。そのため、多くの自治体では保護者の希望を尊重して支給日数を決定する傾向が強く、合理的かつ客観的な支援ニーズの判定が困難である実態が示された。

利用者への Web 調査では、202 名が回答し、申請から発行までの期間は「約 1 ヶ月（40.1%）」「約 2 週間（29.7%）」が大半を占めた。診断書の提出を求められたのは 42.6%であり、受診先としては小児科が最多で、児童精神科も一定数含まれていた。診断取得のための待機期間は「約 1 ヶ月」が最多であったが、「2～3 ヶ月以上」に及ぶ回答も 3 割を超えており、早期診断とサービス開始のタイミングにギャップが生じていることが示唆された。セルフプラン作成者は全体の 44.1%、そのうち 47.2%が支援を受けずに作成していた。手続きの煩雑さ、判断基準の不明確さ、自治体間格差に対する不満が多く寄せられたことは、制度の透明性と公平性を問う重要な示唆である。

総じて、本研究は、障害児通所支援サービスの受給決定プロセスが全国的に統一されておらず、自治体や関係機関による対応のばらつき、制度理解の困難、支援の適正性に関する課題を明らかにした。今後は、合理的かつ客観的なアセスメント基準の整備、相談支援体制の強化、受給制度に関する情報提供の充実などが急務で

あり、保護者・関係機関・行政の三者が協働して支援体制の再構築を図ることが求められる。

## 令和5年度考察

令和5年度の調査結果は、発達障害児の障害児サービス利用における受給決定プロセスの現状について、いくつかの根深い課題を浮き彫りにした。

良い点としては、受給者証発行までの期間が多くの自治体でおおむね1か月以内に対応できていること、比較的短期間でサービスが開始されることが挙げられる。支給日数の決定において保護者の意向を柔軟に反映する体制が一定程度存在しており、家族の状況やニーズに応じた対応が可能となっている点も重要である。さらに、事業所や相談支援専門員、保健師といった関係職種による保護者への支援の取り組みが一部において見られ、現場レベルでの連携努力が確認された。

課題や改善すべき点は以下の通りである。

第一に、受給決定プロセスが標準化されておらず、自治体間で求められる情報や支給決定日数の基準に大きな差がある。児のアセスメントに基づかず一律に支給日数が決まる場合や、保護者の希望が優先される場合が多い。特に専門的知見を有しない事務職のみで支給決定を行っている自治体が多数存在し、判断の妥当性や透明性が担保されていないという課題がある。当初、本研究班では自治体において福祉や心理などの専門知識と経験があるスタッフが活用できるアセスメントツールの作成を検討していたが、このような自治体職員の実態を踏まえ、総合的な要発達支援度判定ツールの活用可能性は極めて低いと判断された。

第二に、医療機関との連携に関しては、児童精神科医の不足、診断書作成のばらつき、長期

の受診待機などが支援開始の遅延につながっている。一部で医療機関の待機期間の課題が深刻である。行政アンケートでは診断書を必須と回答したのは0件であったが、保護者調査では38%が医療機関の受診が必要と回答した（**図3**）。行政と保護者の間に認識のずれがあることが明らかであり、より丁寧な説明が求められる。このことが初診までの待機期間を長期化させ、早期支援の妨げとなっている可能性がある。一部では医師による診断・アセスメントが質量ともに担保されていないケースや、診断書の内容に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も示唆された。医療機関の受診を待っているのは支援が遅れるため、診断前の支援（「診断前支援」）が必要と考えられた。しかし、保護者の判断のみで支援を開始することは最小限とし、可能な限り客観的な指標（乳幼児健診の記録、保健師の見立て、保育士・教師の記録、知能テスト・発達検査データなど）で発達障害の可能性を確認すべきであると研究班の意見は一致した。

第三に、相談支援体制の脆弱性が指摘される。制度の全体像が保護者に十分に伝わっておらず、特にセルフプランを選択した家庭では、事業所選定や手続きの負担が大きく、制度利用に際して強い困難を感じている。このような困難は相談支援が適切に機能することで改善される。しかしながら、相談支援専門員の人員不足や離職の多さ、経営上の課題により、継続的な支援やサービスの質の確保が困難となっている。そのため相談支援専門員による計画相談が十分に提供されておらず、セルフプランの割合が高い現状が確認された。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実態がある。本来、相談支援は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。相談支援事業所のマンパワー不足は喫緊の課題であり、特に児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必要である。

第四に、申請プロセスの分かりにくさが利用者にとって大きな負担となっている。ホームページでの情報提示があっても、申請プロセスをどこから開始するかが把握しにくく、相談支援の利用困難さからセルフプランを勧められたり、先に利用可能な事業所を見つけてから申請するよう指示されたりするなど、本来の制度設計が想定している申請プロセスと実態が大きく乖離していることが分かりにくさの一因と考えられた。現状に即した使いやすいプロセスへの整備が喫緊の課題であろう。加えて、受給者証の「障害児・者」という名称に対する心理的抵抗感も保護者の間で指摘された。

## 課題の背景

障害児通所支援サービスの受給決定プロセスにおいて明らかとなった「改善すべき点」の背景となる要因を考察する。

受給決定プロセスの非標準化と自治体間格差の存在は、児童福祉行政における「地方自治体の裁量の大きさ」に起因すると考えられる。障害児サービスの支給決定は、原則として市町村単位で実施されるため、各自治体の組織体制、人材の専門性、財政状況、過去の運用慣行などが判断基準やアセスメント方法に直接的な影響を与えている。国としての指針や基準が抽象的である場合、それをどのように解釈・運用するかは各自治体に委ねられるため、地域ごとに制度運用のばらつきが生じやすい構造になっている。また、障害児分野に特化した行政職員の配

置が限定的であることも、専門性の不足と判断基準の不統一を招いている要因といえる。

セルフプラン増加による保護者負担の増大と制度理解の困難の背景には、相談支援専門員の人員不足によって計画相談の提供が困難になっている現状がある。また、計画相談の対象とならないケースや、相談支援事業所との関係性が築けない保護者がセルフプランを選択する傾向もある。一方で、制度自体が専門用語や複雑な手続きによって構成されており、初めて支援を受けようとする保護者にとっては理解が困難であることも想定される。障害の診断を受けた直後の保護者は心理的に混乱していることも多く、冷静に制度を理解・判断することが難しい。支援開始初期の段階で、制度と支援ニーズの理解を同時並行で求められる構造自体が、負担を増幅させる原因となっている。

相談支援体制の脆弱性は、相談支援専門員の人員不足、バーンアウト、事業所の経営不安定性など、制度上の構造的問題と報酬体系の不備による影響が大きい。現行制度では、相談支援業務の報酬単価が低く設定されている場合が多く、業務負担に見合った収益が得られにくい。そのため、多くの相談支援事業所が人材確保に苦慮しており、特に地方圏では若年専門職の定着が難しい状況にある。また、相談支援専門員に求められる業務は多岐にわたるが、研修機会やスーパービジョンの体制が不足しているため、実践力を維持・向上させる継続的支援が困難となっている。

医療機関との連携不全と診断取得の困難は、児童精神科医の絶対数が少ないこと、専門医療機関が都市部に偏在していることが、診断取得の遅れと地域格差の主因である。また、医療側と福祉側で制度や目的の認識が一致していないケースもあり、診断書の書き方や必要項目が統

一されていないことから、医療情報の行政的活用が難しくなっている。医療現場は臨床的診断を重視する一方、福祉行政はアセスメント資料としての診断書を求める傾向があり、両者の目的の乖離が調整されないまま制度が運用されている点も、実務上の障壁となっている。

制度名称や手続きの心理的障壁は、「障害者」という文言を含む受給者証の名称や書類表記が、障害受容の初期段階にある保護者にとって心理的負担となりうる点に現れる。これは、制度設計段階での当事者・家族の視点が十分に取入れられてこなかったことの反映ともいえる。また、行政手続きにおける書類の複雑さや窓口対応への不満をあげる保護者もいることから、一部の保護者にとって制度へのアクセスの障壁を高めているのかもしれない。こうした構造的な要因が制度利用の不均等性を助長している。

以上より、制度の運用実態における課題は、地方自治制度、人的資源の限界、支援体制の未整備、専門機関間の連携不全、制度設計上の視点の偏りといった多層的・構造的な要因に基づいており、単一の施策ではなく包括的かつ協働的な対応が求められる。また、複数の自治体で、「以前は家庭訪問等も行い丁寧な聞き取りやアセスメントができていたが、最近では事例が多すぎて丁寧なアセスメントは困難」であるとの訴えが見られた。障害福祉を利用する利用児童数は近年増加しており厚生労働省の資料によれば、平成 24 年度から令和 5 年度にかけて、障害児通所支援サービスの利用者数は大幅に増加している。具体的には、児童発達支援の利用者数は約 5.7 倍、放課後等デイサービスの利用者数は約 11.1 倍に増加した。また、こども家庭庁の資料によると、児童発達支援事業所の利用者数は、平成 24 年の児童福祉法改正以降、令和 4 年度には約 15 万人に達し、事業所数も約 1 万 2,000 箇

所に増加している。このような急速な利用児と事業所の増加に現在の制度が適合不可能になっている可能性がある。

このように課題は多様であるが、制度運用の標準化と透明化が求められる。全国共通のアセスメントツールや判断基準を策定し、支給決定の妥当性と公平性を確保することが必要である。これにはチェックリストや点数表を活用した簡易アセスメントシステムの導入が有効である。また、セルフプランの適正な運用を図るために、申請時に簡易な面談や支援員による事前確認を義務づけるなど、保護者が孤立して意思決定しないような支援体制の整備が必要である。

次に、相談支援体制の強化が求められる。相談支援専門員の養成や研修機会の拡充、業務の ICT 化による負担軽減、経営基盤の安定化支援などが考えられる。小規模事業所が連携して支援機能を共有する仕組みも有効である。あわせて、保護者向けのわかりやすい制度の説明をしたガイドブックや動画の開発などにより制度理解の促進を図ることが望ましい。

また、医療機関との連携改善も重要である。診断書の記載内容を統一するためのフォーマットを整備し、医師に求められる情報項目を明確にすることで、判断材料の質を向上させる必要がある。さらに、医療機関・自治体・相談支援機関の三者の情報交換を行うことが求められる。診断の待機期間が長期化していることへの対策としては、医師の診断がなくても支援が開始される方法の制定が必要である。担当の自治体の事務職員は療育や保育、教育の現場を知らず、発達障害の知識や支援経験がないことが多いことから、現場を知る機会や研修参加の確保や、専門職の配置、専門職との連携機会の設定が強く望まれる。

これらの改善策を通じて、制度の公平性、透明性、持続可能性を高めるとともに、発達障害児とその家族が必要とする支援をタイムリーに受けられる体制の構築が求められる。行政、医療、福祉の各関係機関が連携し、現場の声を反映した制度運用を行うことが今後の課題である。

### **本研究班が可能な現実的な対応策**

本研究班は2年と期限が限られており、令和5年度調査で明らかになった課題の多くは、障害児支援施策のあり方と密接に関係しており短期間に解決することは不可能である。例えば相談支援専門員を増やすことは容易ではないし、専門知識のない行政職員が受給者証の発行を行っているという実態を短期間に変えることも不可能であろう。

本研究班で実現可能な内容を研究班員、こども家庭庁担当者で協議した。その結果、2年目の令和6年度に向けて次のような対策を検討することにした。

### **「こどもの状態と環境サマリーシート」と「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」を開発（図4）**

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「こどもの状態と環境サマリーシート」と、解説書を作成した。こどもの状態と環境サマリーシート（以下、「サマリーシート」と記載）は、生物・心理・社会モデルに基づいた多面的アセスメントが可能であり、児・家族・社会資源の3要因を主に5段階で評定する構成とすることを計画した。児の特性だけでなく、環境要因や家族状況もアセスメントに取り入れることで、より現実的な支援設計が可能になると期待された。サマリーシートを活用するための「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（以下「手引き」）」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が盛り込まれ、制度運用の実効性を高める工夫をすることとした。開発された「サマリーシート」の有用性を確認するため、ケースビネットを用いた評定検討を行った。

### **医師意見書・診断書フォーマットの開発**

多くの自治体で医師の診断書や専門機関の所見が必要とされる実態や、医療機関の待機期間、診断・アセスメントの質の課題を踏まえ、医師意見書・診断書フォーマットと、その使用のための解説を「サマリーシート」と「手引き」に加えた。

## **2. 令和6年度**

令和6年度は、「こどもの状態と環境サマリーシート」と「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」を開発した。受給日数の決定を直接の目的とするものではなく、「発達支援の必要性の判定のためのアセスメント」の方法であり、支援の必要性の把握を主たる目的として設計されている。本

受給日数の決定の参考にすることを目的としなかったのは、2年間の調査を通じて受給日数の決定には各自治体の地域的・制度的事情が密接に関連していることが明らかとなったからでもある。具体的には、医療機関や障害児通所支援事業所等の社会資源の量的制約および供給体制の違い、各自治体における制度運用に関する独自の方針や判断基準が、支給日数の設定に影響を及ぼしていた。

研究班で開発して「こどもの状態と環境サマリーシート」は、生物・心理・社会モデルに基づいた多面的アセスメントが可能であり、児・

家族・社会資源の3要因を主に5段階で評定する構成となっている。これにより、児の特性だけでなく、環境要因や家族状況もアセスメントに取り入れることで、より現実的な支援設計が可能となる。「手引き」は、専門職だけでなく一般職員にも対応可能なように発達障害支援に必要な最低限の情報を盛り込んだ。対象児の発達特性、生活環境、家族の支援状況などを多面的にアセスメントし、支援関係者間で情報を共有することで、より適切で継続的な支援の構築に資するものである。そのため、各自治体が発達障害の子どもとその保護者にとって、どのような支援ニーズがあるのかを把握しやすくすることで、児童発達支援などの療育サービスに限らず行政として提供すべきサービスがなにかをわかりやすく「見える化」した。

### 有用性の検討

開発したアセスメントシートの有用性を確認するため、ケースベネットを用いた評価検討が実施された。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名によるアセスメントの結果、評価者間で大きな判断の乖離は見られず、特に支援ニーズが高い事例では評価の方向性が概ね一致しており、シートの有効性が示唆された。一方で、「こだわり」「対人関係」など主観的要素を含む項目でのばらつきは今後の改善点とされた。

自治体へのインタビュー調査でも、「サマリーシート」及び手引きは、専門知識を持たない事務職員にとって、発達障害に関する解説や保護者からの聞き取りやすさという点で有効性が示唆され、一定の基準で支給決定に必要な児のアセスメントを可能にし、公平性、効率性、客観性を担保する点で有益であると示唆された。しかし、導入した場合のシート結果とサービス

支給決定との整合性をどのように持たせるか、支給決定後にシートを用いて収集した情報を支援や連携に活用できる仕組み作りなどが課題として指摘された。

教育・保育機関へのインタビュー調査では、多機関が共通ツールを使用することの有用性（支援ニーズの焦点化、実態把握、実務への役立ち）が指摘された。一方、地域の発達支援システムや福祉サービスに関する情報が現場レベルの職員に十分に把握されていないため、評価の難しさがあり、解説や具体例を手引きに加えてほしいという要望があった。地域全体での情報共有の課題も明らかとなった。

これらの研究成果から、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、支給決定プロセスに関わる行政担当者や医師や保育士などの支援者が、それぞれの役割と課題を理解し協力体制を構築し、児と保護者支援の充実をはかることが必要である。特に、早期支援の観点から「診断前支援」が必要と考えられ、医療機関の診断・アセスメントは支援と並行して実施されていくべきである。開発されたアセスメントツールと手引き/「サマリーシート」は、支援ニーズを多角的に把握するための基礎資料として有用であり、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期待される。

### **D. 総合考察**

これらの令和5年度および令和6年度の研究成果を通じて、発達障害児サービスの支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改めて確認された。

最も大きな課題は、支給決定におけるアセスメントの質と妥当性の不足である。これにより、

児の真のニーズが把握されないままに、保護者の希望やサービス事業所の意向、自治体ごとの一律基準で受給者症が発行されることがある。

相談支援事業所の機能不全は、この課題をさらに深刻化させている。人員不足等による計画相談の不十分さやセルフプラン率の高さが、適切なサービス選択・併用やモニタリングを妨げている。相談支援体制の抜本的な強化、特に児を対象とした相談支援専門員の増員や質の担保が喫緊の課題である。

医療機関の関与も課題を抱えており、診断書取得のための受診待機長期化が早期支援を阻害している。また、診断書の内容のばらつきや、医師の診断書作成負担、医学的観点からのサービス必要性判断の難しさも示唆された。

これらの課題に対し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が求められる。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、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・オンライン化なども検討すべきである。

### 障害児支援サービス利用におけるアセスメントツールの比較検討

本稿では、発達障害児が障害児支援サービスを利用する際の受給決定プロセスに関連して用いられるアセスメントツールについて、従来の「5領域 11 項目」調査、その改定版である「5領域 20 項目」調査、および本研究で開発された「こどもの状態と環境サマリーシート」を比較検討する。これらのツールは、いずれも障害児への適切な支援に資することを目的としているが、その焦点や構成、活用場面において差異が

認められる。特に「こどもの状態と環境サマリーシート（以降、「サマリーシート」）が多領域の専門家間での連携ツールおよび行政職員の教育ツールとして機能する可能性について考察する。

### 5 領域評価との比較

「5 領域 11 項目」調査及び「5 領域 20 項目」調査は、市町村が行う障害児通所給付費の支給決定事務において、障害児の心身の状態や介助の必要性等を把握するために使用される行政手続き上のツールである。これらの調査は、「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つの領域に基づいているものの、主に介助の必要性や障害の程度といった、児の機能的な「できない点」に焦点が当てられがちである。令和6年4月以降の「5 領域 20 項目」では11項目では乏しかった発達障害特性についての項目が増え、発達障害児に配慮された評価基準といえる。主に行政手続き上の基準として使用されている。

これに対し、本研究班において開発された「サマリーシート」や「手引き」は、上述の支給決定プロセスの課題、特にアセスメントの質的不足や関係機関間の情報共有の不十分さを背景に開発された実践的ツールである。本ツールは、生物・心理・社会モデルの枠組みに依拠しており、児単独の特性だけでなく、家族状況や社会資源といった環境要因を含めた多角的な視点から児の支援ニーズを包括的に把握することを目的としている。具体的には、「児」「家族」「社会資源」という3つの要因を多段階で評定する形式が採用されているとされる。

## 「こどもの状態と環境サマリーシート」と「手引き」のねらい（図5、6、7、8）

### 多職種協力のツールとしての機能

本「サマリーシート」と「手引き」は、障害児支援に関与する多領域の専門家が協力してアセスメントを実施するための共用ツールとして機能することも目的としている。従来の「5領域項目」が行政の支給決定手続きに特化し、多職種専門家による詳細なアセスメントが十分に組み込まれていない現状があるのに対し、本「サマリーシート」は生物・心理・社会モデルに基づく多面的なアセスメントを通じて、児や家族の困難さや支援ニーズを多角的に把握することを可能とする。これにより、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が促進され、関係者間での共通理解に基づいた個別支援計画の策定に資すると考えられる。現行の制度においても、障害児支援利用計画の作成において相談支援専門員が多角的なアセスメントを行うこととされているが、相談支援体制の機能不全や人員不足が指摘されており、また、医療機関との連携や診断書の内容のばらつきも課題となっている。本「サマリーシート」は、標準化された包括的なアセスメント項目と、関係機関間での情報共有を意図した構成により、これらの課題に対して、多領域の専門家が共通の枠組みで児と家族を理解し、連携を図るための基盤を提供することも意図している。

### 啓発・教育ツールとしての機能

さらに、本「サマリーシート」及び「手引き」は、行政職員など、必ずしも発達障害に関する専門知識や支援経験を持たない者にとっての教育ツールとしても機能しうる。多くの自治体職員が事務職であり、現場経験や専門知識が不足

していることが、アセスメントの質や客観性の不足に繋がっている。本「サマリーシート」が依拠する生物・心理・社会モデルは、児の困難さを単に障害特性や機能の欠損として捉えるのではなく、個人要因、家族要因、環境要因の相互作用の中で理解しようとするものである。この視点は、従来の障害の状態や介助の必要性に焦点を当てた「5領域項目」とは異なり、より包括的に児と保護者の支援ニーズの理解を促すものである。「手引き」と併せて本「サマリーシート」を使用することで、行政職員は、「手引き」に記載されているような発達障害についての最低限の知識に加えて、児の発達特性が生活や環境の中でどのように現れているか、家族がどのような状況にあり、どのような社会資源が存在するかといった、生物・心理・社会モデルに基づくアセスメントの考え方を実践的に学ぶ機会を得られると考えられる。これにより、職員の専門性の向上に繋がり、児一人ひとりのニーズに基づいた支援の必要性をより深く理解できるような視点を提供できる可能性がある。過去の調査においても、新たなアセスメント項目を用いた際に、職員が事業者視点から児主体視点への着眼点の変容を経験したことが示唆されており、本「サマリーシート」も同様に、アセスメントに携わる者の視点を変容させる教育的効果を持ちうると考えられる。

## 出発点としての「こどもの状態と環境サマリーシート」

本研究班の課題は「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」であり、研究班で開発して「サマリーシート」と「手引き」の目的は発達支援の必要性の判断を主な目的としており、2年間の調査で得

られた地方自治体の担当職員の実態なども踏まえて、現実的に実施可能な最低限のアセスメントを行うためのツールという側面もある。実際の療育指導や保護者支援については、より専門的で包括的なアセスメントのもとに行われることが望ましいことはいうまでもない。あくまでも障害児サービスを利用するための出発点であり、受給者証の更新までに、専門家による専門的なアセスメントがされるべきである。

結論として、本研究班によって開発された「こどもの状態と環境サマリーシート」および関連資料は、従来の行政手続きに特化した「5領域項目」調査とは異なり、生物・心理・社会モデルに基づいた包括的なアセスメントを可能とし、多領域の専門家間での共通理解と情報共有を促進する共用ツールとしての高い潜在性を有する。同時に、発達障害概念やより多角的な児理解の視点を、アセスメント実務を通じて行政職員に提供する教育ツールとしての機能も期待される。これらのツールが地域の実践において広く活用され、自治体職員の専門性向上や関係機関の連携強化が進むことで、発達障害児一人ひとりの真のニーズに基づいた、質の高い支援が安定的に提供されるようになることが強く期待される。

今後の課題としては、これらのツールが地域の実情に合わせてどのように活用され、関係機関の連携や支援の質向上に繋がるかを引き続き検討していく必要がある。

### 英国の療育制度からの示唆

日本の障害児通所給付費の受給決定プロセスは、申請から決定までの迅速性という利点がある一方で、その実効性に関する課題が複数指摘されている。支給決定が児の真のニーズに基づいているか、また関係機関との連携が十分かと

いった点は、サービスの質の根幹に関わる問題である。本稿では、英国における障害児への学校外支援制度、特に「Short break」や「EHCP (Education, Health and Care Plan)」に関する報告書を参照し、日本の受給決定プロセスが抱える課題に対する示唆を得るとともに、英国の制度における「包括的評価に伴う待機期間の長期化」という課題を踏まえ、日本における制度設計の方向性について考察する。

### 英国の療育制度における「Short break」と「EHCP」

英国イングランドの学校外支援制度の中心は「Short break」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（レスパイト）を保障することを主目的としている。Short breakは、比較的重度の知的障害を伴う児などが利用することが多いが、EHCPが必須ではない場合もある。その目的は日本の児童発達支援が重視する発達支援の5領域（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）に基づく包括的な支援とは異なり、遊びや保護者のレスパイトに重点が置かれている。

障害児の包括的な支援計画としては、「EHCP」が存在する。これは0歳から25歳までの特別な教育的ニーズや障害を持つ児・若者に対し、教育・医療・福祉の連携による包括的な支援を提供するための法的文書である。EHCPは、通常の学校等で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、児や家族の希望、教育的・健康・社会的ケアのニーズ、期待される成果、必要な支援内容（教育、医療、社会的ケア）などが盛り込まれる。アセスメントは複数の専門家が関与する包括的なプロセスであり、法的拘束力を持つ。

## 英国 EHCP における課題と日本制度への示唆

英国の EHCP は、教育・医療・福祉の横断的な視点から児を包括的に捉え、支援計画を策定するという理念においては、日本の受給決定プロセスにおけるアセスメントの質的向上を目指す上で重要な示唆を含んでいる。日本の現状課題として、自治体職員の専門性不足や書類審査への依存が指摘される中で、多領域の専門家が連携し、生物・心理・社会モデルのような包括的な枠組みで児のニーズを評価することの重要性が示される。

しかし、英国の EHCP 制度には、深刻な課題が存在する。最も大きな課題の一つが、EHCP 作成のためのアセスメントにおける待機期間の長期化である。法律で定められた 20 週間という期限が守られず、20 週間以上待つことが常態化している。専門家不足や予算削減がこの問題の背景にある。EHCP がいないために、必要な支援、特に特別支援学校への入学や具体的なサービス利用ができず、家庭で待機せざるを得ない児もいる。保護者は必要な支援を「勝ち取る」ために自ら情報収集し、主張する必要があると感じており、保護者の負担は大きい。

この英国の経験は、日本が受給決定プロセスにおけるアセスメントを包括的かつ専門的なものへと質的に向上させる際に、極めて重要な示唆を与える。すなわち、単に EHCP のような包括的アセスメントの形式を導入するだけでは、専門家リソースや体制が不十分な日本では、アセスメントの待機期間が長期化し、かえってサービス利用へのアクセスを困難にし、既存の混乱をさらに深める可能性が高い。日本の受給者証発行システムは、EHCP の複雑さや課題と著しく相違しており、EHCP のアセスメントをモデルにすることは適切ではない。

英国の制度は、基本的な教育ニーズを学校教育の枠組みで対応し、学校外の福祉サービスである Short break は遊びやレスパイトに重点を置くなど、支援の場と機能がある程度分化している点も日本の制度運用を考察する上で参考となる。日本の通所支援が担うべき機能、学校との連携・役割分担、地域におけるインクルージョンの推進を明確化し、その上で児のニーズに最も適した支援が提供されるように、受給決定プロセスにおけるアセスメントと判断基準を再構築する必要がある。

日本の障害児通所給付費の受給決定プロセスは、アセスメントの質、相談支援体制、関係機関連携、保護者支援において複数の課題を抱えている。英国の療育制度、特に EHCP は、教育・医療・福祉の連携による包括的アセスメントという理念において示唆深いものの、その運用において待機期間の長期化という深刻な問題を抱えており、この点を踏まえずに安易に複雑なアセスメントシステムを導入すれば、日本の現状では更なる混乱を招くリスクが高い。

したがって、日本の制度改革は、英国の EHCP が直面する課題を教訓とし、アセスメントの質の向上を追求しつつも、そのプロセスを日本の実情に合わせて慎重に設計する必要がある。具体的には、生物・心理・社会モデルに基づく包括的なアセスメントツールの活用を進めつつ、自治体職員の専門性強化、相談支援体制の抜本的強化、医療・教育を含む関係機関間の有機的な連携、そして保護者への積極的な支援と情報提供を組み合わせた多角的なシステム再構築こそが求められる。これにより、単に行政手続きとしてサービス利用を可能にするだけでなく、個々の子どもの真のニーズに基づいた、より適切かつ効果的な支援に繋がる受給決定プロセスを実現することが、今後の重要な課題である。

英国の制度は、支援の場と機能の分化という点でも、日本の通所支援の役割を再定義する上での議論を促すものである。

## E. 結論と提言

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。

本研究班は、受給者証発行に際して必要な事項を抽出し「発達障害のある児への障害児サービス利用の支給決定に関する手引き（「手引き」と略称）」および「こどもの状態と環境のサマリーシート（「サマリーシート」と略称）」を作成した。これらのツールは生物・心理・社会モデルの枠組みに依拠し、発達障害を有する児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。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。

多職種間の情報共有を促進するとともに、継続した支援を実施するための情報源としても使用できる。

また、日本の実情を考慮した出発点としての最低限のアセスメントであることにも留意する必要がある。更新時までには、より専門的なアセスメントを行うことが望ましいことは研究班全員の意見が一致した。

本ツールが発達障害のある児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。

医療受診の実態把握からは、診断書取得のための医療機関待機期間が長期化するケースが多く、早期支援の観点から「診断前支援」が必要である。

少なくとも初回の受給者証発行については医師の診断書あるいは意見書を必須とすべきではなく、必要なアセスメントを経て早期に支援を開始すべきである。

しかし、更新時までには医師の受診も含め、生物・心理・社会モデルに基づくアセスメントを受けることを推奨する。

本ツールを活用することにより、診断前支援に必要な出発点としてのアセスメントが可能になる。

行政担当者と支援者との間で情報の共有が促進され、双方の専門性の違いを相互に理解・尊重しつつ、情報を補完し合う関係が構築されることが期待される。こうした協働の枠組みを通じて、発達障害児およびその保護者に対する支援の質的向上と一貫性の確保が可能となることから、本ツールの活用をそのための実践的手段として提言する。

本ツールの開発にあたっては、研究班内での継続的な討議を通じて草案を作成し、その後、行政担当者、医師、保育士等の関係者から意見を収集・反映しながら改訂を重ねるというプロセスを経た。今後は、実際の現場における使用を通じてさらなる実用性の検証を行い、関係者からのフィードバックを継続的に収集することで、ツールの改善を継続して行うことも必要である。

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、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対策が必要であり、今後の課題である。

(参考資料)

(いずれも 2025 年 4 月 30 日現在アクセス可能)

- ・厚生労働省(2017)児童発達支援ガイドライン  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000171670.pdf>
- ・こども家庭庁(2024)児童発達支援ガイドライン(令和6年7月)  
[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/7692b729-5944-45ee-bbd8-f0283126b7db/b4c800f4/20241101\\_policies\\_shougaijishien\\_shisaku\\_guideline\\_tebiki\\_01.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/7692b729-5944-45ee-bbd8-f0283126b7db/b4c800f4/20241101_policies_shougaijishien_shisaku_guideline_tebiki_01.pdf)
- ・こども家庭庁(2024)放課後等デイサービスガイドライン(令和6年7月)  
[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/0ff6d844-e785-416a-9bbc-194938099218/c6b4dc19/20240709\\_councils\\_shingikai\\_shougaiji\\_shien\\_0ff6d844\\_05.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0ff6d844-e785-416a-9bbc-194938099218/c6b4dc19/20240709_councils_shingikai_shougaiji_shien_0ff6d844_05.pdf)
- ・こども家庭庁(2024)令和6年度障害福祉サービス等報酬改定(障害児支援関係)の改定事項。  
[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/253aba4f-3ce0-4aa1-a777-3d42440f1ca2/25400d3f/20240412\\_policies\\_shougaijishien\\_shisaku\\_hoshukaitei\\_45.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/253aba4f-3ce0-4aa1-a777-3d42440f1ca2/25400d3f/20240412_policies_shougaijishien_shisaku_hoshukaitei_45.pdf)

**F. 健康危険情報** なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

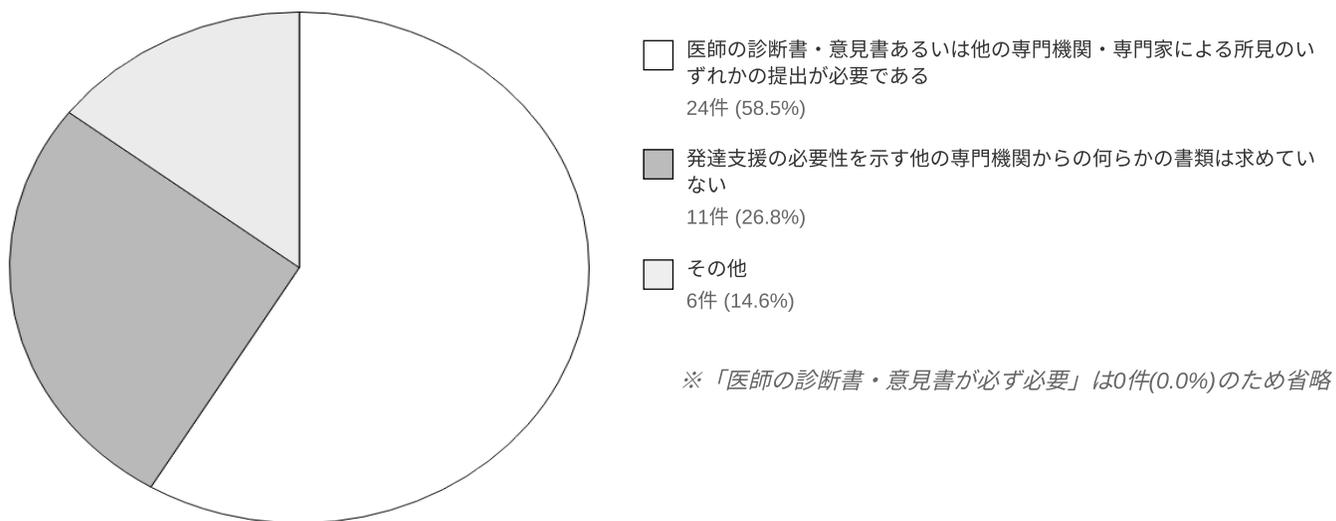
- ・稲田尚子・内山登紀夫・鈴木さとみ・宇野洋太, 発達障害児における障害児サービスの受給決定プロセスに関する実態調査ー全国の自治体の WEB 調査の結果からー, 大正大学カウンセリング研究所紀要(47), 17-23, 2025-03.

- ・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.
  - ・内山登紀夫, 自閉症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, 2023-06.
- ### 2. 学会発表
- ・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, 26, 2023-11.
  - ・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, 51, 2023-11.
  - ・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, 2023-11.

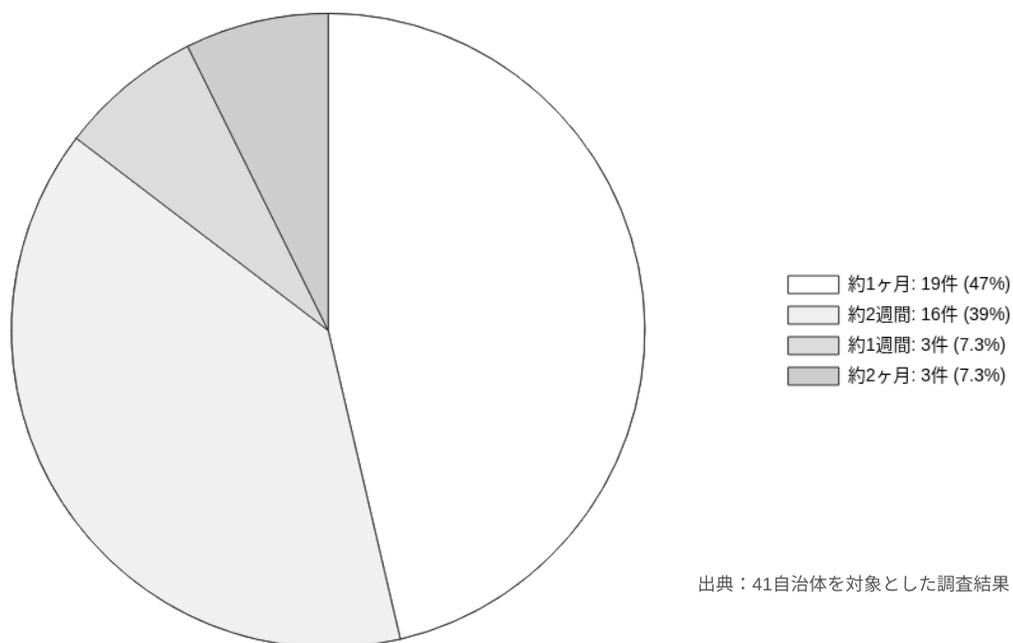
## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

【図1】 医師の診断書・意見書の提出 (n=41)



【図2】 受給者証発行までの平均所要日数 (n=41)

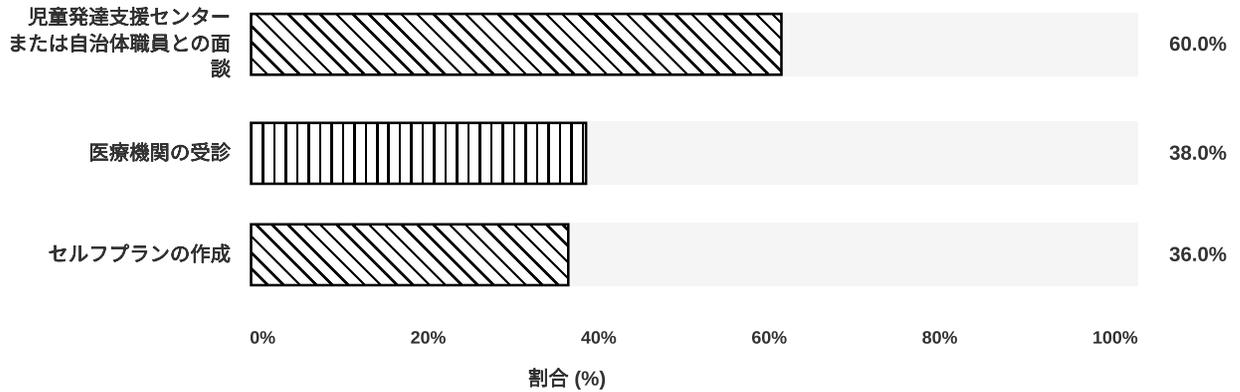


出典：41自治体を対象とした調査結果

【図3】 受給者証発行「新規申請」のために必要だったこと

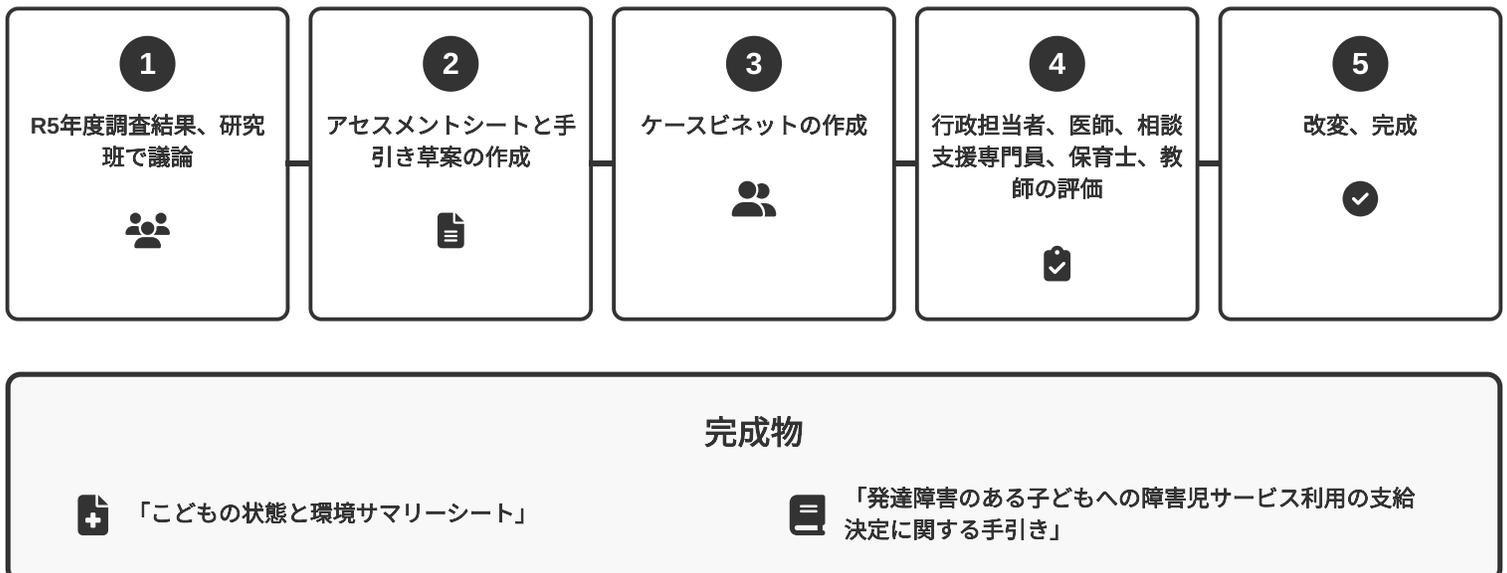
保護者調査 (n=200)

上位3事項を表示



【図4】

## 障害児支援サービス利用におけるアセスメントツールの作成経過



## 【図5】 多職種協力のツールとしての機能(1)：概要と目的

### 多職種協力ツールとしての概要

- 👥 多領域の専門家が協力してアセスメントを実施するための共用ツール
- 🧠 生物・心理・社会モデルに基づく多面的なアセスメント
- 🔍 児や家族の困難さや支援ニーズを多角的に把握

- ⚠️ 従来の「5領域項目」は行政の支給決定手続きに特化
- 多職種専門家による詳細なアセスメントを組み込む

## 【図6】 多職種協力のツールとしての機能(2)：詳細と効果

### 情報共有と連携の強化

- 🔄 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の促進
- 📄 標準化された包括的なアセスメント項目により関係機関間での情報共有を促進
- 🤝 関係者間での共通理解を促進

### 現行制度の課題への対応

- ⚠️ 相談支援体制の機能不全や人員不足の課題
- 🏥 医療機関との連携や診断書の内容のばらつきの課題
- 👥 多領域の専門家が共通の枠組みで連携を図るための基盤を提供

## 【図7】 啓発・教育ツールとしての機能

### 専門知識を持たない職員への教育効果

- ☒ 行政職員など、必ずしも発達障害の専門知識を持たない人も対象とした啓発ツール
- 🔄 生物・心理・社会モデルによる包括的な理解の促進

### 視点の変容と実践的学び

- 💡 「手引き」と併用することで実践的な学びの機会を提供
- 🕒 事業者視点からこども主体視点への着眼点の変容を促進

- “ 「児の発達特性が生活や環境の中でどのように現れているか、家族がどのような状況にあり、どのような社会資源が存在するか」といった視点を提供
- ↑ 職員の専門性の向上につながり、児一人ひとりのニーズに基づいた支援の理解を深化

## 【図8】 出発点としての「こどもの状態と環境サマリーシート」

### サマリーシートの位置づけ

- 📄 実施可能な最低限のアセスメントを行うためのツール
- 🚩 障害児サービスを利用するための「出発点」

### 研究班の課題と目的

- ☒ 発達支援の必要性の判断を主な目的として開発
- 👥 地方自治体の担当職員の実態を踏まえた現実的な設計

### 今後の展望

- 📄 実際の療育指導や保護者支援には、より専門的で包括的なアセスメントが必要
- 🔄 受給者証の更新までに、専門家による専門的なアセスメントが実施されるべき

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。

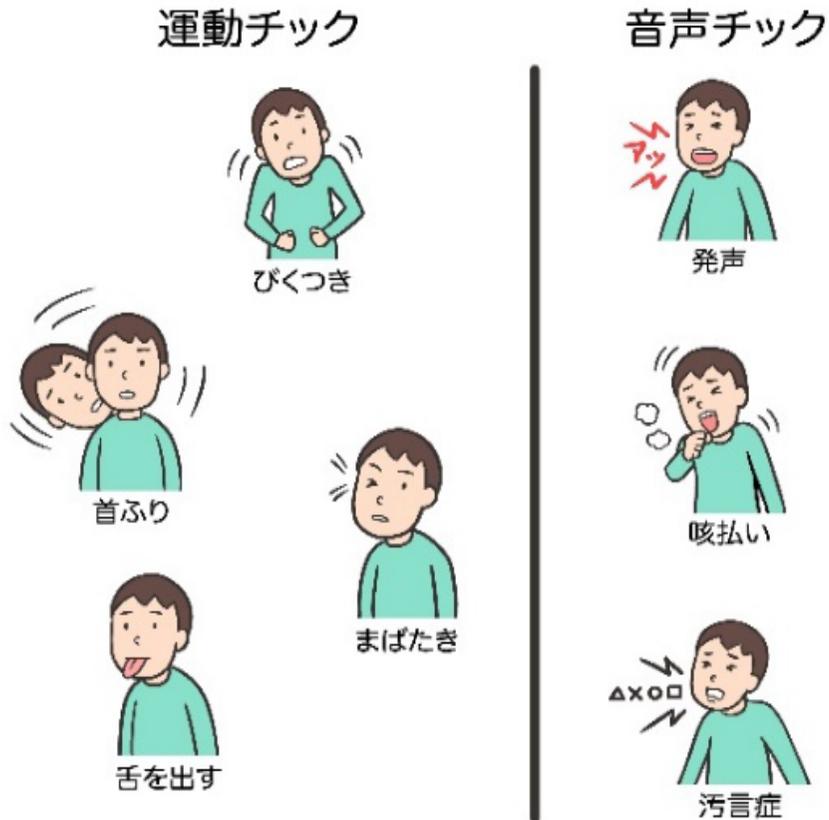
たとえば縄跳びをするときに、縄の位置を見て、どのタイミングで飛ばせば良いか、自分の身体はどこにあるのかなどの情報をまとめて、体を動かすのが協調運動です。うまくいかないと、バランスが悪く転びやすかったり、手先が不器用だったり、運動ができなかったり、さまざまな困難が生じます。



#### 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合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。

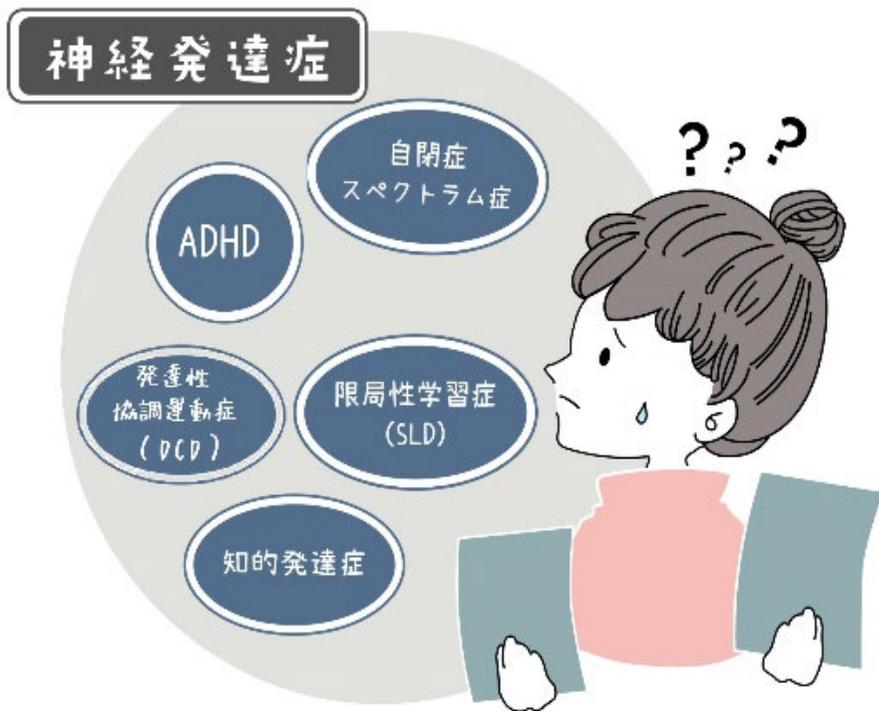
### 2) 保護者の心情に配慮する

「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。



■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切です。

## ● 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、衣服の接触到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。評価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癇癪を起こす。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】

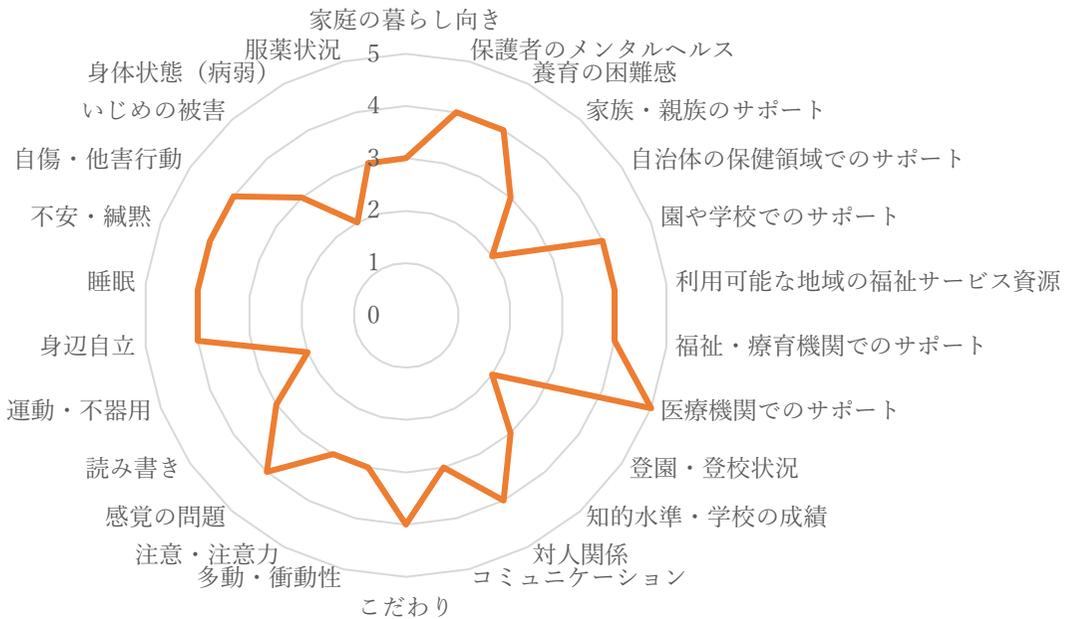
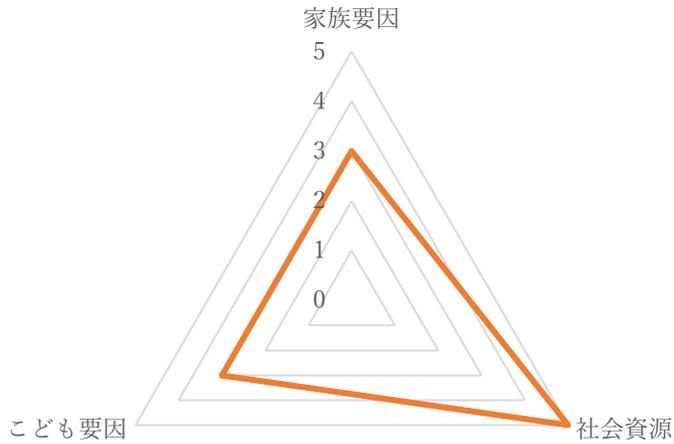
●**服薬状況**

⇒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。

子どもの発達的な課題についても「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、子どもの発達的なニーズに加え、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】

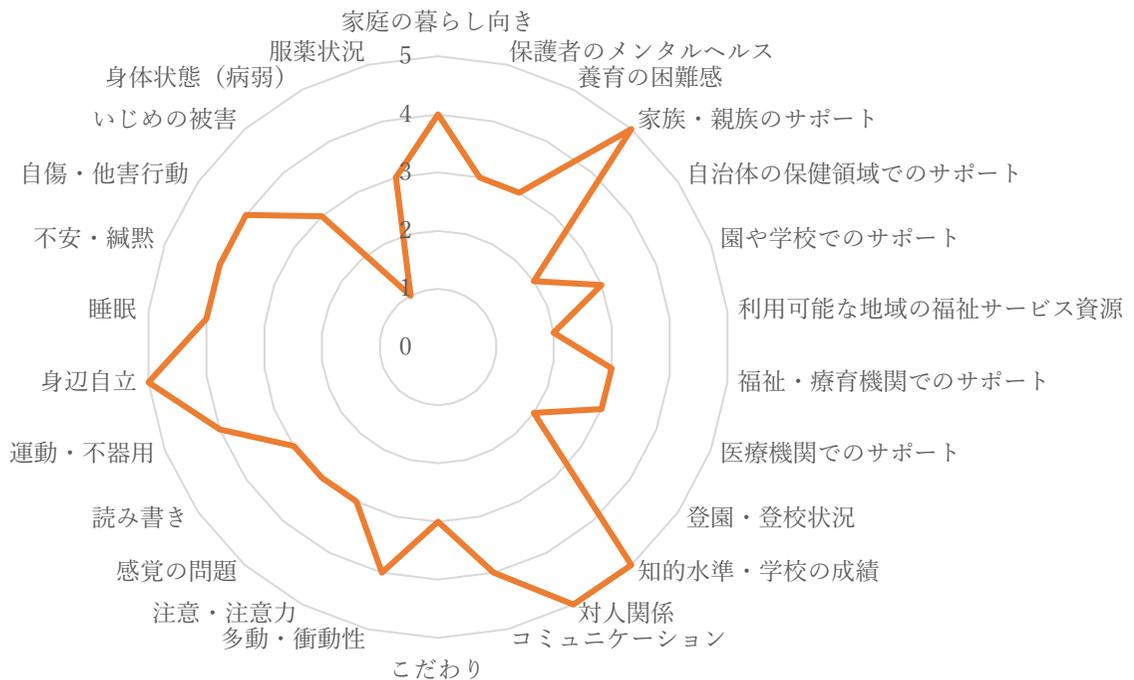
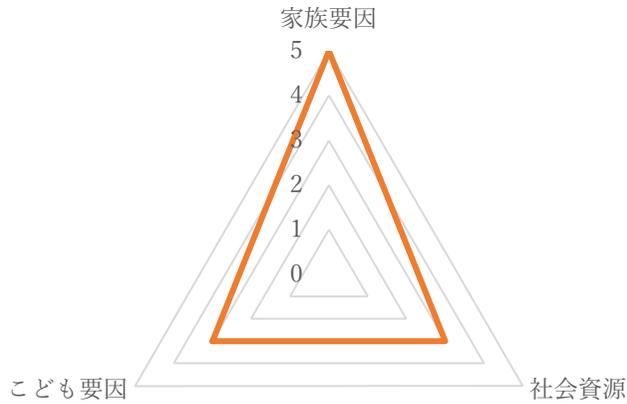
●**服薬状況**

⇒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

⇒走るのは好きだが、それ以外の運動は苦手で、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】

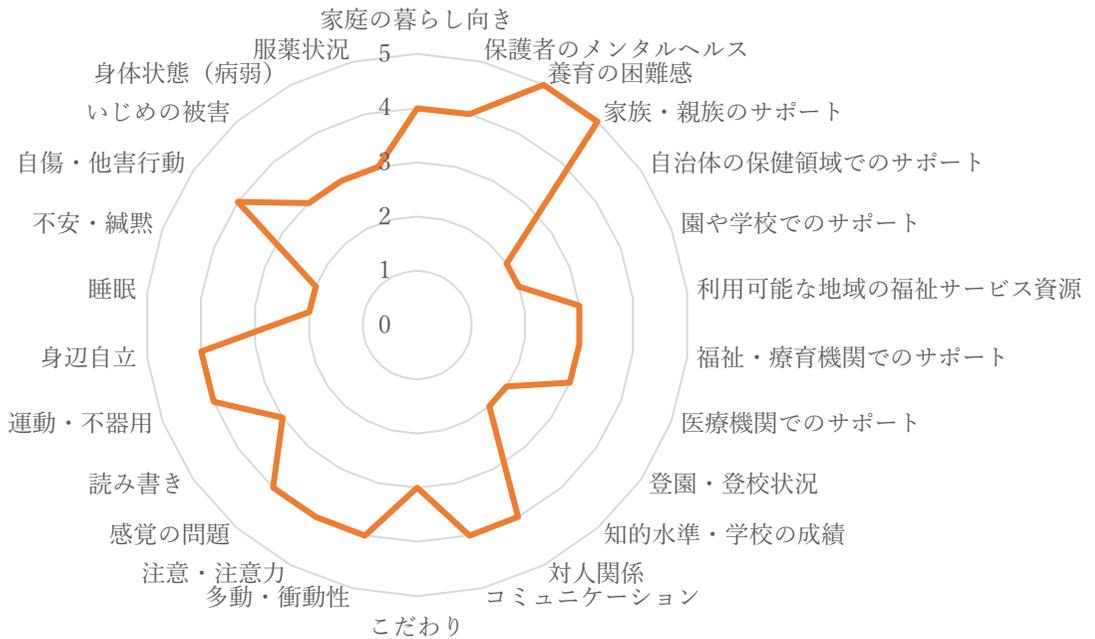
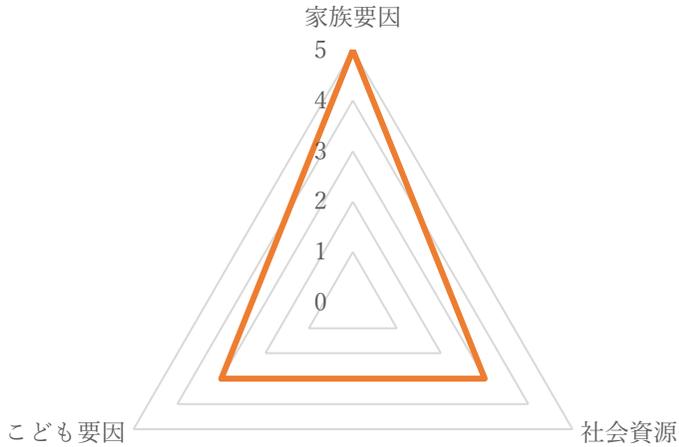
●服薬状況

⇒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】

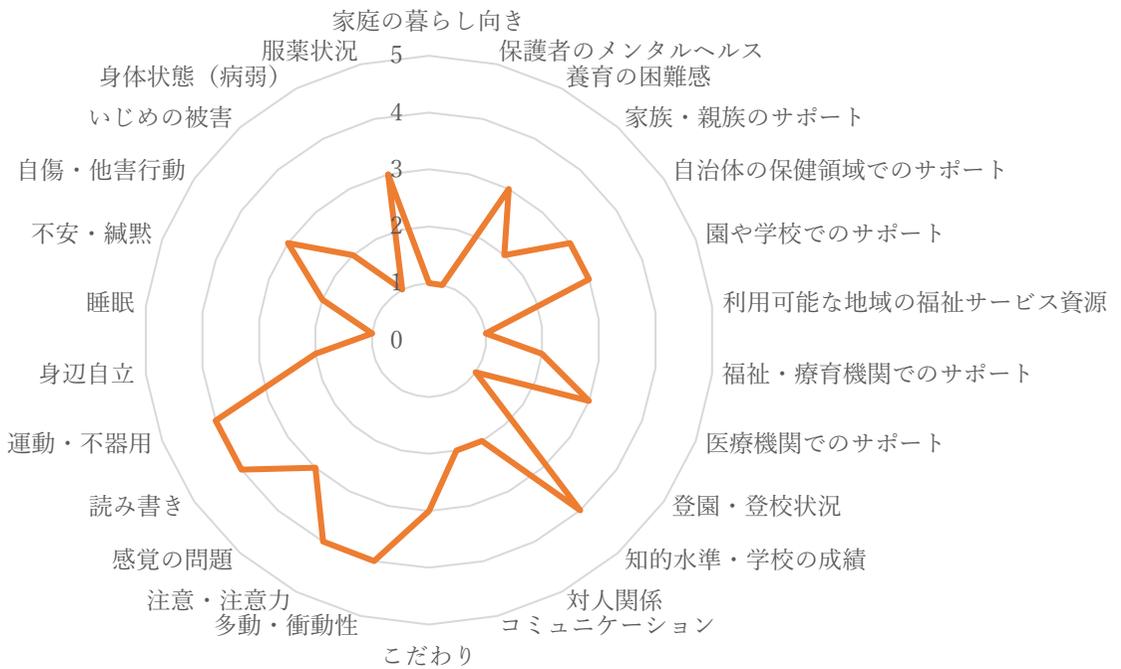
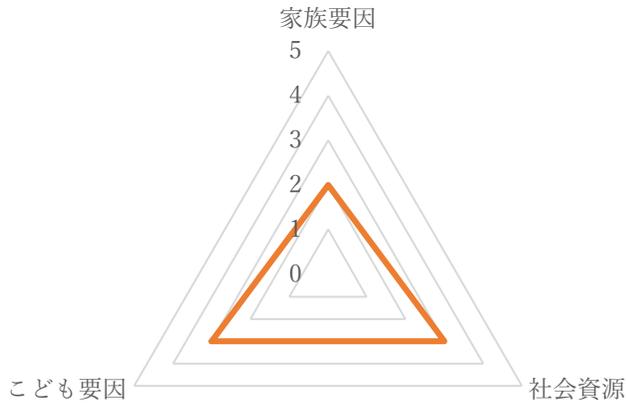
●**服薬状況**

⇒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。