

精神発達調査について
(実施要領第 20 項第 3 号)

○ 目 的

小児期にジフェニルアルシン酸にばく露したと認められ、精神遅滞が継続している者について、より綿密な病態やその経過の把握等を行う。

○ 対 象

小児期にジフェニルアルシン酸にばく露し、精神遅滞がみられたものであって、検討会の意見を聴いて調査の必要があると認められる者

○ 実施主体

茨城県

○ 調査内容

- ・ 精神発達調査票（別紙 1、別紙 2）

月 1 回、家族が記入し提出

- ・ 子どもの行動チェックリスト

年 1 回、家族が記入し提出

- ・ 精神発達状態報告票（別紙 3）

年 1 回、医師が記入し提出

月1回作成

 受付年月日 平成 年 月 日
 受付者所属()
 氏名()

調査票 ① (平成 年 月分)

対象者氏名 :	年齢 :	歳	性別 :	男・女
学校・学年 :	<input type="checkbox"/> 小学校	年	<input type="checkbox"/> 中学校	年
	<input type="checkbox"/> 高校	年	<input type="checkbox"/> その他()	
記入者氏名	対象者との続柄()			
記入日 :	平成	年	月	日

この1ヶ月の状況について、以下の質問にお答え下さい。

I 日常生活、学校や地域における状況

1 日常の状態中最もよくあてはまるものはどれですか。

- ① 概ね、通常の学校・家庭・職場の生活を維持している。
 ② 努力して、通常の学校・家庭・職場の生活を維持している。
 ③ 通常の学校・家庭・職場の生活はできないが、身の回りのことはできる。
 ④ 一部又は時々、介助が必要であるが、身の回りのことはだいたいできる。
 ⑤ 身の回りのことで常に介助が必要である。

※その他何かあれば記載してください。

2 上記1について、学校や保健所等に相談しましたか。

- ① 相談した
 ② 相談していない

上記2で「①相談した」と回答した方は、3～5をお答えください。

3 どちらに相談しましたか。(複数回答可)

- ① 学校
 ② 保健所
 ③ 市保健センター
 ④ 福祉事務所
 ⑤ 児童相談所
 ⑥ その他()

4 どなたから支援がありましたか。(複数回答可)

- ① 学級担任
 ② 特別支援教育コーディネーター
 ③ 学校心理士
 ④ 行政職員
 ⑤ その他()

5 この1ヶ月で、学校や地域における活動に参加しましたか。

またその参加頻度はどの程度ですか。(複数回答可)

- ① スポーツの参加 ()回
 ② クラブ・趣味の同好会活動 ()回
 ③ 菜園・動物飼育などの活動 ()回
 ④ 旅行・キャンプなどの活動 ()回
 ⑤ その他() ()回
 ⑥ 特になし

6 上記の支援や活動を通じて、学校や家庭において困っている課題が改善しましたか。

- ① 改善した
 ② 改善しなかった

※(「①改善した」と回答された方のみ)どのような課題が改善されましたか。

※(「②改善しなかった」と回答された方のみ)どのような内容になれば、課題の改善につながると感じましたか。

7 同じ年頃の他の子と比べて、友達とのつきあいはどのくらいできますか。

- ① 友達は多く、仲良く遊んでいる
 ② 友達は同じくらいおり、仲良く遊んでいる
 ③ 友達は少ないが、仲良く遊んでいる
 ④ 友達と仲良く遊ぶことができない

上記7で「④友達と仲良く遊ぶことができない」と回答された方は、8をお答えください。

8 その理由についてあてはまるものはどれですか(複数回答可)

- ① 他の子と関わろうとしない
 ② 自分の健康や生活の状況について理解してもらえない
 ③ いじめがある
 ④ その他 ()

9 学校の宿題や課題はどのくらいできていますか

- ① 自分で概ねこなしている
 ② 自分で努力してこなしている
 ③ 手助けが必要だが、こなしている
 ④ 手助けがあってもこなすことができない

10 家庭での学習はどのくらいできていますか

- ① 自分で概ねこなしている
 ② 自分で努力してこなしている
 ③ 手助けが必要だが、こなしている
 ④ 手助けがあってもこなすことができない

11 上記の状況について、学校の理解は得られていますか。

- ① 学校全体の理解が得られている
 ② 学校全体の理解は得られていないが、学級の担任の理解は得られている
 ③ 理解が得られていない

II 福祉サービス等の利用状況

1 現在、福祉や学校のサービスを利用していますか。

- ① 利用している
 ② 利用していない

※(「①利用している」と回答された方のみ)どのような課題があり、利用されていますか。

上記1で「①利用している」と回答した方は、2～5をお答えください。

2 その種類と1月の利用回数、1回当たり時間を記入して下さい。(複数回答可)

	1月当たり	1回当たり時間
<input type="checkbox"/> ① 生活訓練	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ② 言語訓練	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ③ 行動援護・外出支援	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ④ 学童保育	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑤ 日中一時預かり・デイサービス(④以外)	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑥ 居宅介護サービス	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑦ 短期入所サービス	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑧ 相談窓口の利用	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑨ その他()	(月 回)	(時間)

上記2で①②と回答された方は、3にお答え下さい。

3 利用により、課題が改善しましたか。

- ① 改善した
 ② 改善しなかった

※(「①改善した」と回答された方のみ)どのような課題が改善されましたか。

※(「②改善しなかった」と回答された方のみ)どのような内容になれば、課題の改善につながると感じましたか。

上記2で③～⑨と回答された方は、4にお答え下さい。

4 利用により、学校や家庭において困っている課題が改善しましたか。

- ① 改善した
 ② 改善しなかった

※(「①改善した」と回答された方のみ)どのような点が改善されましたか。

※(「②改善しなかった」と回答された方のみ)どのような内容になれば、課題の改善につながると感じましたか。

5 現在受けている福祉サービス等の自己負担の月額はどのくらいですか。

わかる範囲(おおまかな金額)で結構です。

月額(万 千円くらい)

上記1で「②利用していない」と回答した方は、6をお答えください。

6 その理由をお答え下さい。(複数回答可)

- ① 自分(家族)でできることは自分(家族)で解決したい
 ② どのようなサービスがあるのか分からない
 ③ 提供される福祉サービスの時間と希望するサービスの時間が合わない
 ④ 費用がかかるためサービスを受けられない
 ⑤ 福祉サービスを受けたが対応が悪く(不親切等)、以後、受けていない
 ⑥ 福祉サービスを利用する必要がない
 ⑦ 必要な福祉サービスがない
 ⑧ その他(

III 治療状況

1 現在、医師から処方されて服用されている薬(漢方を含む)はありますか。

- ① ある
 ② ない

2 (上記1で「①利用している」と回答した方のみ) その種類と量を記入して下さい。

薬剤名	1日量	回数
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)

調査票②-1 (平成 年 月分)

最近4ヶ月の行動を最もよくあらわしている欄の数字に○を記入して下さい。

	ない、もしくは、 ほとんどない	ときどきある	しばしばある	非常に しばしばある
1 行動や言葉が同じくらいの年齢の子と比べて幼い	0	1	2	3
2 身だしなみがきちんとできない	0	1	2	3
3 あいさつができない	0	1	2	3
4 やってはいけないことをした後でも悪いとは思わないようである	0	1	2	3
5 おねしょやおもらしをする	0	1	2	3
6 トイレ以外で大便をする	0	1	2	3
7 食べ物でないもの(土・紙など)を口にする	0	1	2	3
8 明瞭な発音ができない	0	1	2	3
9 何か話そうとするとどもる	0	1	2	3
10 爪をかんだり、髪の毛をむしったりする	0	1	2	3
11 食べ過ぎる	0	1	2	3
12 食事を拒んだり、過度に偏食をする	0	1	2	3
13 卑猥な言葉をいう	0	1	2	3
14 身体の一部がひきつったりピクピク動いたりする	0	1	2	3
15 周りからの呼びかけや刺激に対して、過度に反応する	0	1	2	3
16 眠り過ぎる	0	1	2	3
17 眠れずにずっと起きている	0	1	2	3
18 睡眠中に突然起き出し、叫び声をあげるなどをする	0	1	2	3
19 自分の性器をいじることがある	0	1	2	3
20 頭を壁に打ちつける、手を咬むなど、自分が傷つくことをする	0	1	2	3

4ヶ月に1回作成

調査票②-2（平成 年 月分）

最近4ヶ月の行動を最もよくあらわしている欄の数字に○を記入して下さい。

	ない、もしくは、 ほとんどない	ときどきある	しばしばある	非常に しばしばある
1 気分が落ち込んで、元気がない	0	1	2	3
2 過度に自分が悪いと思ってしまう	0	1	2	3
3 不安で落ち着きがなかったり、訴えたりする	0	1	2	3
4 過度に元気があり、活動的である	0	1	2	3
5 普段より過度にしゃべる	0	1	2	3
6 何か行動しなければと急いでいる	0	1	2	3
7 手や体などを何度も洗わないと気がすまない	0	1	2	3
8 家の鍵や窓を閉めたかなど、何度も確認する	0	1	2	3
9 部屋から出たがらず、家族との接触を避けようとする	0	1	2	3
10 行動が止まって次の行動に移れなくなったり、固まってしまうりする	0	1	2	3
11 物事を被害的に受けとめる	0	1	2	3
12 存在しないものが聞こえたり見えたりする	0	1	2	3
13 空想したり、現実と違うことを話したりする	0	1	2	3
14 他人に対して、取っ組み合いのけんかをしたり、威嚇したりする	0	1	2	3
15 わざと物を壊す	0	1	2	3
16 好かれようとしたり、しなければならぬものを避けるために、うそをつく	0	1	2	3
17 大人の指示やルールを守ることを積極的に反抗または拒否する	0	1	2	3
18 わざと他人をいらだたせることをする	0	1	2	3
19 自分の失敗や不作法な振る舞いを、他人のせいにする	0	1	2	3
20 他人に意地悪したり、過度に攻めたりする	0	1	2	3

4ヶ月に1回作成

調査票②-3（平成 年 月分）

最近4ヶ月の行動を最もよくあらわしている欄の数字に○を記入して下さい。

	ない、もしくは、 ほとんどない	ときどきある	しばしばある	非常に しばしばある
1 学校の勉強で、細かいところまで注意を払わなかったり、不注意な間違いをしたりする。	0	1	2	3
2 手足をそわそわ動かしたり、椅子の上でもじもじしたりする。	0	1	2	3
3 課題や遊びの活動で注意を集中し続けることが難しい。	0	1	2	3
4 授業中や座っているべきときに席を離れてしまう。	0	1	2	3
5 直接話しかけられているのに、聞いていないようにみえる。	0	1	2	3
6 きちんとしていなければならないときに、走り回ったり、高い所へよじ登ったりする。	0	1	2	3
7 指示に従うことができず、やるべき宿題や仕事を最後までやり遂げることができない。	0	1	2	3
8 遊びや趣味の活動におとなしく参加することが難しい。	0	1	2	3
9 物事を順序立てて行うことが難しい。	0	1	2	3
10 じっとしていない、または何かに駆り立てられるように活動する。	0	1	2	3
11 学校の勉強や宿題など、精神的に努力を続けるものを避けたり、嫌がったりする	0	1	2	3
12 時と場所をわきまえずにしゃべり続けてしまう	0	1	2	3
13 課題や活動に必要なものをなくしてしまう。	0	1	2	3
14 質問が終わらないうちに出し抜けに答えてしまう	0	1	2	3
15 外からの刺激によって、すぐ気が散ってしまう	0	1	2	3
16 順番を待つのが難しい	0	1	2	3
17 毎日の活動について忘れてしまう	0	1	2	3
18 友だちにちょっかいを出したり、邪魔したりする	0	1	2	3
19 学校に行くと、よく忘れ物をしている	0	1	2	3
20 遊んでいるときにケガをすることが多い	0	1	2	3

4ヶ月に1回作成

調査票②-4（平成 年 月分）

最近4ヶ月の行動を最もよくあらわしている欄の数字に○を記入して下さい。

	ない、もしくは、 ほとんどない	ときどきある	しばしばある	非常に しばしばある
1 表情や身振りが乏しい	0	1	2	3
2 相手の質問に答えず、自分の考えにこだわって話す	0	1	2	3
3 ビデオやDVDの特定した画面を繰り返し見たり、同じ絵を何度も描いたりする	0	1	2	3
4 一人遊びを好み、同年齢の友達がなかったり、仲間に入らなかつたりする	0	1	2	3
5 同じ質問をしつこくしたり、オウム返しをしたりする	0	1	2	3
6 身支度の順序にこだわり、急に変わると混乱する	0	1	2	3
7 自分が興味のあるものについて、他人に見せたり、話したりすることが乏しい	0	1	2	3
8 本人だけに通じる言葉話す	0	1	2	3
9 全身や身体の一部を、同じパターンで動かし続けることがある	0	1	2	3
10 周りの気持ちがわからず、場に合わないことを話したり行動をする	0	1	2	3
11 相手と一緒にごっこ遊びをすることが難しい	0	1	2	3
12 物の一部の様子や動きなどに熱中する	0	1	2	3
13 悪気なく失礼なことを言うてしまう	0	1	2	3
14 同じフレーズを繰り返し用いて話す	0	1	2	3
15 一つもしくは限られた趣味や活動に興味を示し、熱中する	0	1	2	3
16 相手と視線を合わせず会話をする	0	1	2	3
17 連想した話題に次々と話が飛ぶ	0	1	2	3
18 自分の身体の一部を見入ることがある	0	1	2	3
19 過度に回りくどく、詳しく話す	0	1	2	3
20 いつも同じ道順で行き来することにこだわる	0	1	2	3

(フリガナ) 氏名 ()		平成 年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
1 診断名	(1) 主な精神発達障害 _____ (2) 合併した精神発達障害 _____ (3) 身体合併症 _____ 療育手帳 (有・無、種別 _____ 級)		
2 症状の経過 及び治療内容等 (初発症状、 症状の経過、 治療内容等を 記載してくだ さい。)	症状の経過： 治療の経過・内容： 1年前と比較した症状： <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 軽快		
3 現 症※	知能、記 憶、学習及 び注意の障 害	() には具体的な状況、程度、頻度等を記入 <input type="checkbox"/> 知的障害(精神遅滞)： <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 最重度 知能指数又は発達指数(IQ・DQ ()) テスト方式() () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 学習の困難： <input type="checkbox"/> 読み <input type="checkbox"/> 書き <input type="checkbox"/> 算数 <input type="checkbox"/> その他 () () <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 () <input type="checkbox"/> 注意障害 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	広汎性発達 障害関連症 状	<input type="checkbox"/> 相互的な社会関係の質的障害 () <input type="checkbox"/> コミュニケーションのパターンにおける質的障害 () <input type="checkbox"/> 限定した常同的で反復的な関心と活動 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	意識障害	<input type="checkbox"/> てんかん発作：症状 () 頻度 (回/月・年) 最終発作 (年 月 日) 治療：薬剤名 () 1日量 () 用量 (回/日) <input type="checkbox"/> 精神運動発作 () <input type="checkbox"/> 昏迷 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	精神障害	1. 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 () <input type="checkbox"/> 易刺激性・興奮 () <input type="checkbox"/> 憂うつ気分 () <input type="checkbox"/> その他 () 2. 躁(そう)状態 <input type="checkbox"/> 行為心迫 () <input type="checkbox"/> 多弁 () <input type="checkbox"/> 感情高揚 () <input type="checkbox"/> 易刺激性 () <input type="checkbox"/> その他 () 3. 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 () <input type="checkbox"/> 妄想 () 4. 不安・不穏状態 <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 () <input type="checkbox"/> 強迫体験 () <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 () 5. その他 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

	情動及び行動の障害 情動及び行動の障害	<input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 () <input type="checkbox"/> 多動 () <input type="checkbox"/> 食行動の異常 () <input type="checkbox"/> チック・汚言 () <input type="checkbox"/> その他 ()
4	検査所見	(検査名、検査結果及び検査時期を記入してください。)
5	現在の生活環境	<input type="checkbox"/> 在宅： <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 入院・入所（施設名） ()
	日常生活能力の判定	1. 適切な食事摂取： <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない 2. 身の清潔保持及び規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない 3. 金銭管理と買物 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない 4. 通院と服薬（要・不要） <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない 5. 他人との意思伝達及び対人関係 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない 6. 身の安全保持及び危機対応 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない 7. 社会的手続及び公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない 8. 趣味・娯楽への関心及び文化的社会的活動への参加 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
	日常生活能力の状態※	<input type="checkbox"/> 日常生活及び社会生活は普通にできる。 <input type="checkbox"/> 日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 <input type="checkbox"/> 日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 身の回りのことはほとんどできない。
6	現在の障害福祉サービス等の利用状況（該当する項目をチェックし、具体的な内容、頻度、時期を記載してください。※生活保護以外については、障害者自立支援法に規定するサービスに限る。）	<input type="checkbox"/> 生活訓練 () <input type="checkbox"/> 言語訓練 () <input type="checkbox"/> 行動援護・外出支援 () <input type="checkbox"/> 日中一時預かり・デイサービス () <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス () <input type="checkbox"/> 短期入所サービス () <input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス () <input type="checkbox"/> 生活保護（有・無） ()
7	備考	
年 月 日		
医療機関所在地		
名 称		
電話番号		
医師氏名 (自筆又は記名捺印)		

※おおむね過去1年間の状態について記載してください。