

【就学児サポート調査票】放課後等デイサービス(小学生以上)を利用する児童

直近1か月程度の状態に基づきチェックしてください。

「できる時とできない時がある場合」は、「できない場合」に基づき判断してください。

児童氏名:	調査日:	/ /
	調査者:	

市役所使用欄

- 加算非該当
- 放デイ加算サポートI 調査票合計点数13点以上
- 放デイ加算個別サポートI 重度 ... 調査票1~4のうち3つ以上全介助
- 放デイ加算強度行動障害I 強度行動障害 20点以上
- 放デイ加算強度行動障害II 強度行動障害 30点以上
- 訪問支援加算ケアニーズ 重症心身障害児／医ケア児／身体I・2級／療育A／精神I級
- 訪問支援加算強度行動障害 強度行動障害 20点以上

I 日常生活動作

	介助なし	一部介助	全介助
①食事	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 食べ物に特別な配慮を要する(きざみ食、流動食など) <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 特別な食器・道具を使用する <input type="checkbox"/> 声かけ等の支援が部分的に必要	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう、腸ろう)や中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 食事の開始から終了まで、全てにおいて全面的に支援が必要
②排泄	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> トイレトレーニングを行っている(夜だけおむつ等) <input type="checkbox"/> ふき取り・服の着脱等に支援が必要 <input type="checkbox"/> 促しが必要	<input type="checkbox"/> おむつを使用 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 集尿器や畜尿器・畜便器(ストマ)使用 <input type="checkbox"/> 便をさわるなどの行為がみられる
③入浴	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 入浴する際に動いていて、見守り等配慮が必要 <input type="checkbox"/> 身体・髪を洗う等自分で行うが、仕上げや声かけが必要	<input type="checkbox"/> シャワーベッド等の器具を使用 <input type="checkbox"/> 常時抱っこで入浴する必要がある <input type="checkbox"/> 入浴・洗髪・洗顔に強い拒否や恐怖感がある
④移動	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 階段や砂利道等の条件によって介助が必要 <input type="checkbox"/> 公共交通機関ではパニックになりやすく利用できない <input type="checkbox"/> 立ち止まる・座り込む・寝転ぶ等でスムーズな移動が難しい	<input type="checkbox"/> バギーや車いす等が必要 <input type="checkbox"/> 装具を装着している <input type="checkbox"/> ひとりでは移動できない(常時抱っこや手つなぎ) <input type="checkbox"/> 信号が分からない・飛び出しがある
1~4のうち、3つ以上『全介助』に☑ …放課後等デイサービス加算個別サポート重度 I			

II 意思疎通、行動障害および精神症状(支援の頻度)

項目ごとの上段に説明や事例を挙げています。当てはまる事例があれば☑し、下段の頻度等にも☑をつけてください。

	支援不要 (0点)	支援が必要な場合がある (1点)	常に支援が必要 (2点)	
⑤コミュニケーション (対応項目⑩)		他者に対する自分の意思伝達の方法について		
<input type="checkbox"/> ことばでのやりとりができる		<input type="checkbox"/> 家族や先生など決まった人や話題や状況のみできる <input type="checkbox"/> 会話以外(絵カード・手話・筆談・点字等)を使用する		
⑥説明の理解 (対応項目⑩)		他者からの説明の理解と支援方法について		
<input type="checkbox"/> 簡単なことばで説明すると理解できる		<input type="checkbox"/> 一つのことはできるが、同時に2つ以上のことを指示されると行動が困難になる <input type="checkbox"/> 絵カードやジェスチャー等を使うと理解できる		
⑦大声・奇声を出す (対応項目⑤)		<input type="checkbox"/> 時間帯と場所を選ばず、周囲が驚いたり、迷惑となるような大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物などを使って周囲に不快な音を立てる		
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 月に1回以上		
		<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要		
⑧異食行動 (対応項目⑥)		<input type="checkbox"/> 食べられないものを口に入れて感触遊びをしたり、確認したりする <input type="checkbox"/> 服の袖を噛んだり、紐を口に入れることがある		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> まれにある		<input type="checkbox"/> 月に1回以上 <input type="checkbox"/> 週に1回以上		
		<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(飲み込んでしまいそうなものを置かない等常に配慮が必要)		
⑨多動・行動停止 (対応項目⑤)		<input type="checkbox"/> 落ち着きがなくウロウロとする <input type="checkbox"/> いつも動いている、しゃべっている <input type="checkbox"/> 体の一部を動かしている <input type="checkbox"/> 特定の対象にこだわって動かなくなってしまう		
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 月に1回以上		
		<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要		

⑩不安定な行動 (対応項目⑤)	□突然の予定変更や、人・物がいつもと違う等があると、不安になりパニック状態や落ち着きがなくなる、行動が停止するなどの行動がみられる □パニック、突然泣き出すことがある		
	□ない	□月に1回以上	□週に1回程度以上 □日常的に支援が必要
⑪自らを傷つける行為 対応項目⑦	□自分の身体や頭を叩いたり、床や壁に打ちつける □爪かみや自分の髪をひっぱる		
	□ない □まれにある	□月に1回以上 □週に1回以上	□常時、見守りや個別対応などの配慮が必要 □血が出る・肉が見えるなどの激しい自傷行為がある
⑫他人を傷つける行為 (対応項目⑦)	□他人を叩く、髪の毛を引っ張る、蹴る、押す □暴言や、相手を侮辱したり、からかったりする □物をこわしたり投げたりする		
	□ない □まれにある	□月に1回以上 □週に1回以上	□常時、見守りや個別対応などの配慮が必要
⑬不適切な行為 (対応項目⑦)	□他人に急に接近したり、のぞき込んだり、体に触ったりする □断りもなく人のものを持ってくる □ささいなことでかんしゃくを起こす		
	□ない □まれにある	□月に1回以上	□週に1回程度以上 □日常的に支援が必要
⑭突発的な行為 (対応項目⑤)	□危険の認識が弱く、道路に飛び出す、高い場所からの飛び降り等をする □手にしたものを持ち出る □迷子や行方不明になる		
	□ない □まれにある	□月に1回以上	□週に1回程度以上 □日常的に支援が必要
⑮過食・反すう等 (対応項目⑥)	□異常な量を食べる □環境の変化によって食べられなくなる □故意に嘔吐を繰り返す □極度な偏食 □咀嚼・嚥下の課題がある □アレルギー食対応、宗教食対応が必要		
	□ない □まれにある	□月に1回以上	□週に1回程度以上 □日常的に支援が必要
⑯てんかん発作 (対応項目⑤)	てんかんの診断・発作の頻度について		
	□過去のてんかん歴なし	□てんかんの経過観察あり(服薬なし)	□てんかんの診断あり □服薬により発作を予防している □月に1回以上の発作 □週に1回以上の発作
⑰そううつ状態 (対応項目⑧)	□前後の脈絡なく急に泣いたり、笑ったりする □日常の活動への興味や意欲が感じられない □睡眠障害に関する診断や治療 □気分安定剤などの薬物を使用 □テンションが異常に高い □怒りやすい		
	□ない □まれにある	□月に1回以上	□週に1回程度以上 □日常的に支援が必要
⑱反復的行動 (対応項目⑨)	□決まったルーティンをしないと次の行動に移れない □言葉やTVのフレーズを繰り返す □気になることを何度も聞き返す □何度も確認しないと次の行動に移れない		
	□ない	□月に1回以上	□週に1回程度以上 □日常的に支援が必要
⑲対人面の不安緊張集団への不適応 (対応項目⑩)	□一定期間学校へ行けない、事業所の中に入れない、家に引きこもる □集団に参加できず、個別に対応が必要 □感覚過敏(音・光・色等を過剰に感じる、皮膚感覚過敏) □緊張状態が強く、身体症状がでている(チック・爪かみ・場面緘默等)		
	□ない	□月に1回以上	□週に1回程度以上 □日常的に支援が必要
⑳文字の読み書き (対応項目⑪)	文字を介したコミュニケーション、字の読み書きについて		
	□支援不要	□一部理解はできるが、見守りや口頭で補足説明が必要 □書くことはできないが、パソコン等の代用手段を使用	□学習障害の診断 □点字・手話の使用 □外国語(翻訳が必要) □読み書き、理解に全面的な支援が必要
項目ごとのチェックの数	_____個 × 0点	_____個 × 1点 = _____点	_____個 × 2点 = _____点

合計 点