

乳幼児等サポート調査票【児童発達支援及び医療型児童発達支援】

児童氏名(年齢)		()歳	記入日	年 月 日
記入者氏名		児童との関係()	受給者証番号	
			電話番号	

【調査実施者の方へ】

- ・各調査項目の「サポート調査判定結果欄」に✓をつけてください。
- ・適切な支援や環境が整っていない状況(例:保護者や慣れている支援者がいない状況、初めての場所等)を想定して記入してください。
- ・「できる時とできない時がある場合」は、「できない場合」に基づき記入し、項目がまたがる場合は支援の度合いが高い方の項目を採用してください。
- ・各項目を判定する上で、行動上のサポートの度合いを判定するため、通常の発達の範囲かどうかは問わないものとします。

調査項目	サポート調査判定結果欄(「介助なし」、「一部介助」、「全介助」のいずれかに✓をしてください)			状態の例(当てはまる状態に✓してください)
	介助なし	一部介助	全介助	
①食事 食事の開始から終了までの行為				一部介助…必要時に随時支援(見守り,声かけを含む)が必要。食事を開始する前に,食べ物を食べやすくする等の支援を行っている。 全介助…全面的(常時)に支援が必要。行為の目的や内容を理解していない。経管栄養(胃ろう,腸ろう等)や中心静脈栄養を行っている <input type="checkbox"/> 軟食,きざみ食,過度な食物アレルギーなど配慮が必要 <input type="checkbox"/> 一度に口に詰め込まないよう,飲み込みや嘔む行為を指導している <input type="checkbox"/> 何でも手づかみで食べる <input type="checkbox"/> 特別なコップや食器,道具を使って食べることをサポートしている。 <input type="checkbox"/> 著しい偏食(水が飲めない,食べられるものが極端に少ないなど) <input type="checkbox"/> 感覚過敏(温度や食感,食器のこだわり等)により配慮が必要
②排泄 尿(便)意の発現から排尿(便)の後始末までの行為				一部介助…必要時に随時支援(見守り,声かけを含む)が必要。ふき取りが不十分なため,支援者が部分的にやり直している。尿意・便意はないが,時間を決めるなどして,「一連の行為」を自分でやっている。 全介助…全面的(常時)に支援が必要。行為の目的や内容を理解していない。ふき取りが不十分なため,支援者が対象者自身の行った箇所を含めて全面的にやり直している。 【次のような場合は一部介助に✓してください】 <input type="checkbox"/> 立ち便器,和式便器など形状によって排せつが困難 <input type="checkbox"/> トレーニングのために定時で排泄チェックをしている <input type="checkbox"/> 促しがなければ自分からトイレに行くことが難しい <input type="checkbox"/> 決まった場所でしか排泄をしたがらない 【次のような場合は全介助に✓してください】 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 尿意などを自分から伝えられない <input type="checkbox"/> オムツや尿とりパッドなどを使用している(週1回以上) <input type="checkbox"/> 排泄ごとにふき取りの支援が必要 <input type="checkbox"/> 便をいじったり,排泄する場所ではない所で行う <input type="checkbox"/> ストマ,尿カテーテルなどを使用 <input type="checkbox"/> 失敗が多く対応が必要(1週間に1回以上。オムツは使用していない場合も含む) <input type="checkbox"/> 洗腸や摘便が必要
③入浴 入浴時の脱衣から着衣までの行為				一部介助…必要時に随時支援(見守り,声かけを含む)が必要。体や髪を洗う,拭く行為が不十分なため支援者が部分的にやり直している。 全介助…全面的(常時)に支援が必要。行為の目的や内容を理解していない。体や髪を洗う,拭く行為が不十分なため支援者が対象者自身の行った箇所を含めて全面的にやり直している。医療上の必要により入浴を禁止されており,配慮しながら清拭が必要。その他の事情で清拭しか行えない。 【次のような場合は一部介助に✓してください】 <input type="checkbox"/> 自分でできるが,準備や入浴から上がるまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 自分でできるが,1人で入浴させることはできないので見守りや配慮が必要 <input type="checkbox"/> 感覚過敏があり,洗髪や洗顔,洗身に拒否があるため支援が必要 <input type="checkbox"/> タオルなどにこだわりがあり配慮が必要 【次のような場合は全介助に✓してください】 <input type="checkbox"/> 首の座りが悪かったり,体幹が弱く配慮が必要 <input type="checkbox"/> 常時抱っこで入浴 <input type="checkbox"/> シャワーベットの器具を使用 <input type="checkbox"/> 洗身などに強い拒否から泣く,シャワーを怖がるなどあるため支援が必要
④移動 日常生活に必要な場所への移動				一部介助…自分でできるが,部分的に(見守りや声かけ等含む)の支援が必要。 全介助…支援者による対象者の身体に触れる支援が全面的に必要。転倒防止等のため,移動中は常に抱っこや手をつなぐ等,常時の付き添いが必要。医療上の必要により自力での移動を禁止されている。 【次のような場合は一部介助に✓してください】 <input type="checkbox"/> 階段など条件によって介助が必要 <input type="checkbox"/> 歩行速度が他児と異なるため個別の対応が必要 <input type="checkbox"/> 途中で座り込んだり,寝転んだりするため対応が必要 <input type="checkbox"/> 感覚過敏があり,外履きや靴下などに配慮が必要 <input type="checkbox"/> 公共交通機関はパニックになりやすく利用できない <input type="checkbox"/> 道順などにこだわりがある 【次のような場合は全介助に✓してください】 <input type="checkbox"/> 常時手をつなぐ又は抱っこ等で移動 <input type="checkbox"/> 首の座りが悪かったり,体幹が弱く抱っこに配慮が必要 <input type="checkbox"/> 装具などを装着している <input type="checkbox"/> 常時バギーや車イスなどが必要 <input type="checkbox"/> 道路への飛び出し,障害物の回避ができないなどで見守りが必要

裏面へ続く

調査項目	サポート調査判定結果欄(「なし」、「週1回以上」、「ほぼ毎日」のいずれかに✓をしてください)			
	なし	週1回以上	ほぼ毎日	状態の例(当てはまる状態に✓してください)
⑤強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動又は危険の認識を欠く行動				<input type="checkbox"/> 周囲が驚いたり、他者が迷惑となるような大声や奇声を時間帯と場所を選ばず出す <input type="checkbox"/> 物などを使って周囲に不快な音を立てる <input type="checkbox"/> 特定の物や人(対象が明確でない場合も含む)に対する興味関心が強く、思うとおりにならないと多動になったり、動かなくなってしまう <input type="checkbox"/> 常時走り回ったり、1か所に留まることが難しい <input type="checkbox"/> 絶えず喋っている <input type="checkbox"/> 体の一部を常時動かしている <input type="checkbox"/> 5～10分程度であれば指示に応じることができるが、その後すぐ同じ行動を繰り返してしまう <input type="checkbox"/> 手にしたものを突発的に投げてしまう <input type="checkbox"/> バランス感覚がアンバランスのために転びやすい、怪我をしやすい、高いところから落ちやすい <input type="checkbox"/> 予定や手続き、日頃から慣れている支援者や状況等が変わることが受け入れられず、突然大声を出したり、興奮する等のパニック状態になる <input type="checkbox"/> 突然泣き出すことがある <input type="checkbox"/> 突然の予定変更があると次の行動ができなくなる。また、不安になり落ち着きがなくなってしまう、行動が停止する <input type="checkbox"/> 気になるものや事柄があると、手を繋いでいても手を振り切り、気になる方に行ってしまう、迷子や行方不明になることがある(常に見守りが必要)。 <input type="checkbox"/> 危険の認識が弱く、突発的に道路に飛び出したり、自分の身体能力を超えた高さから飛び降りる、熱いものなど危険なものに手を出してしまう 【次のような場合は週1回以上に✓してください】 服薬対応までしていないが、てんかんの経過観察を行っている。 【次のような場合ほぼ毎日に✓してください】 てんかんの診断がある(薬で発作を予防している場合も含む)。
⑥睡眠障害又は食事若しくは排せつに係る不適応行動(多飲及び過飲を含む。)				<input type="checkbox"/> 昼夜逆転、夜間に何度も起きる、夜泣きへの対応が必要 <input type="checkbox"/> おもちゃ、腐った食べ物、落ちて明らかに汚れている食べ物、服の袖など食べられないものを口に入れたり、飲み込んだりする(周囲に置かないなど配慮している場合を含む)。 <input type="checkbox"/> 過食や過飲、拒食、反すう、著しい偏食など食の問題行動がある
⑦自分や他人の身体を叩いたり傷つけたりする行為又は器物損壊行為				<input type="checkbox"/> 自分の頭を叩く、床や壁に打ちつける、自分をつねる <input type="checkbox"/> 傷口を触るなどしてなかなか治らない <input type="checkbox"/> 自分で口に指を入れて吐く <input type="checkbox"/> 衣服を破る <input type="checkbox"/> 他人を叩く、髪を引っ張る、押すなどがある。 <input type="checkbox"/> 物を壊したり、投げたりする <input type="checkbox"/> 暴言(バカ、死ねなど)、いじめたりする <input type="checkbox"/> 他人へ過剰に干渉してトラブルを起こす。 <input type="checkbox"/> 見知らぬ人に抱きつく、膝の上に座るなど <input type="checkbox"/> うそをつく <input type="checkbox"/> 断りもなく人の物を持ってきてしまう <input type="checkbox"/> 感情のコントロールが難しく、些細なことでも頻繁にかんしゃくをおこす <input type="checkbox"/> 自慰行為がある <input type="checkbox"/> 過度に人や物の臭いを嗅ぐ <input type="checkbox"/> 不適切な場所で排便・放尿がある。
⑧気分がふさぎこんだ状態又は思考力が低下した状態				<input type="checkbox"/> 急に泣いたり、笑ったりする <input type="checkbox"/> 日常生活で意欲が感じられない <input type="checkbox"/> 睡眠が安定しない(入眠できない、夜中に何度も目を覚ます、昼夜逆転など) <input type="checkbox"/> 気分の高揚、多動・多弁、過度な興奮状態 <input type="checkbox"/> 怒りやすい
⑨反復的行動(再三の手洗い又は繰り返しの確認を含む)				<input type="checkbox"/> 言葉やTVのフレーズを繰り返し話す <input type="checkbox"/> 何かに気になると、時や場所を選ばず寄って行ってしまう <input type="checkbox"/> 特定のおもちゃでしか遊ばない <input type="checkbox"/> スケジュールや物の置く位置などが変わると混乱したり、戸の開閉を過度に気にして閉まっていなくてパニックになるので配慮が必要 <input type="checkbox"/> 気になることを何度も聞き返す <input type="checkbox"/> くるくる回るものやキラキラするものに集中して動けなくなることがある <input type="checkbox"/> 紐などを常に持ち、常に動かしている <input type="checkbox"/> 半身を前後に揺らしたり、ジャンプを繰り返すなど時と場所に依って配慮が必要 <input type="checkbox"/> 決まったルーティン(服を着る順番が決まっているなど)を行わないと次の行動にうつれない
⑩対人面の不安緊張、感覚過敏、集団への不適応又は引きこもり				<input type="checkbox"/> 短時間もしくは全く集団参加できず個別に支援が必要 <input type="checkbox"/> 不安が高まるとその場にいらなくなる又は動けなくなる <input type="checkbox"/> チック(目をパチパチ、意図しないで声が出てしまうなど) <input type="checkbox"/> 爪かみ、指しゃぶり。緘黙。 <input type="checkbox"/> ファンタジーの世界に入ってしまう、やりとりが成り立たない <input type="checkbox"/> 感覚過敏(音が過剰に聞こえる、光や色を過剰に感じるなど)があるため配慮が必要 【次のような場合は週1回以上に✓してください】 <input type="checkbox"/> 簡単な説明を聞いて返事をするが、行動が伴わないことがある <input type="checkbox"/> 同時に2つ以上のことを指示されると行動が困難 <input type="checkbox"/> 絵カードやジェスチャーで理解が促される <input type="checkbox"/> 手話、点字等を用いる <input type="checkbox"/> 特定の人(保護者など)としかコミュニケーションがとれない <input type="checkbox"/> 慣れない場所や人前では話すことが難しい <input type="checkbox"/> 吃音がある 【次のような場合ほぼ毎日に✓してください】 <input type="checkbox"/> 簡単な説明をしても返事などが見られない、又は理解しているのか判断できない <input type="checkbox"/> パターン化された特定の行為(座る、食べるなど)のみ理解できる <input type="checkbox"/> 会話のやりとりではなく、一方的に話しかけたり、独り言のように話したりする <input type="checkbox"/> オウム返して返答 <input type="checkbox"/> 行動でのみ自分の意思を伝えられる(他者の手を引いておもちゃを取らせるなど) <input type="checkbox"/> パターン化された内容のみ自分の意思を伝える(ご飯と言うなど)
⑪読み書きが困難な状態(学習障害によるものを含む。)				【次のような場合は週1回以上に✓してください】 <input type="checkbox"/> 一部理解はできるが、見守りや口頭で補足の説明が必要 <input type="checkbox"/> 書くことはできないが、パソコン等の代用手段を使用すればできる 【次のような場合ほぼ毎日に✓してください】 <input type="checkbox"/> 文字では理解できず絵カードなどを使用して理解できる <input type="checkbox"/> 絵本や本に興味を示さない <input type="checkbox"/> 学習障害の診断がある
個別サポート加算(Ⅰ)の対象の判定(※市記入)				
□3歳未満:①～④のうち、2以上が「全介助」又は「一部介助」 □3歳以上:①～④の1以上が「全介助」又は「一部介助」かつ⑤～⑪の1以上が「ほぼ毎日」又は「週1回以上」				
短期入所の区分判定(※市記入) □区分1 □区分2 □区分3				