

「放課後等デイサービス」を申請する方は、下表の回答をお願いします。

児童氏名：

この調査にて、児童の特性及び行動上のケアニーズの高さを判定し、個別にサポートが必要かどうかを確認します。「様式第22号」の食事、排せつ、入浴及び移動のうち3つ以上の項目で全介助を必要とする児童。または、下表に掲げる項目の区分に応じ、算出した点数の合計が**13点以上**である児童が「**個別サポート加算(Ⅰ)対象児**」となります。

各事業所が、「個別サポート加算(Ⅰ)対象児」を支援した場合に1回につき『90単位または120単位』の加算が上乗せされます。

調査対象の児童の状態は、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、日常生活において行動上、どの程度の支援(配慮の度合や頻度等)を必要としているかで判断してください。

また、「できるとき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。(点数がまたがる場合は、高い方の点数を採用してください。)

なお、☐の記入が無い場合は「支援不要」と判断いたします。

(1)「様式第22号」の食事、排せつ、入浴及び移動のうち、3つ以上「全介助」となった場合は右欄に○を付けてください。⇒

該当(120単位)

(2)上記の(1)にて、非該当となった場合は、**下表の各項目のうち、該当する選択肢に☑をつけ、小計及び合計欄に点数をご記入ください。**

裏面「強度行動障がい児支援加算の算定に係る調査票」にもご記入ください。

No.	項目	0点	1点	2点
1	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支援不要 ・日常生活(新規の場所や初見の人でも)における口頭での自分の意思の伝達に支障がない。など	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある ・口頭でのコミュニケーションに苦手がかり、配慮を必要とする。・絵カード等を利用すれば、自分の意思の伝達できる。 ・思ったことを言葉で表現し、相手に伝えることに苦手がかりがある。など	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 ・身振り手振り、クレーン動作などの行動でのみ自分の意思を伝えられる。・発語がほとんどない、発語あるが独語状態が多い。やりとりが一方通行。など
2	説明の理解	<input type="checkbox"/> 支援不要 ・簡単な口頭での説明をおおむね理解し、うなずいたり、返事をしたりし、説明に伴った行動ができています。など	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある ・簡単な口頭での説明であっても理解できないことが多い。 ・1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。・視覚支援などで補正すると理解が促進する。など	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 ・簡単な口頭での説明も理解が難しい。・説明を理解できているか判断できない。・日常生活の中で、パターン化された特定の行為(座る、食べる等)のみ理解できる。など
3	大声・奇声を出す	<input type="checkbox"/> 支援不要 ・周囲が驚いたり、他者が迷惑となるような大声や奇声を出す。 ・物などを使って周囲に不快な音を出して。・時間帯と場所を選ばず大声・奇声を出す。など	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:月1回程度以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(習慣化している 例:週1回程度以上)
4	異食行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:飲み込みはしないが口に含むことがある。)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(例:物があると口に含み、飲み込んでしまう)
5	多動・行動停止	<input type="checkbox"/> 支援不要 ・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、その対象にこだわって動かなくなってしまう。 【多動】・周囲と協調できず、絶えず動いてしまう。またはマイペースに周囲と無関係に動いてしまう。・常時走り回る。1箇所に留まることが難しい。 ・絶えず喋っている。・体の一部を常時動かしている。【行動停止】・本人の意思とは関係なく、次の行動に移ることが難しい。など	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:月1回程度以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(習慣化している 例:週1回程度以上)
6	不安定な行動	<input type="checkbox"/> 支援不要 ・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等、行動が不安定になる。・不安、恐怖、焦燥等からして衝動的な行動がある。・パニック、突然泣き出すことがある。	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:月1回程度以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(習慣化している 例:週1回程度以上)
7	自らを傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(該当行為がある)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(常時見守りや個別対応などの配慮が必要な状態)
8	他人を傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援不要 ・他人を叩く、髪の毛を引っ張る、蹴る等、他人を傷つける行為がある。・物を壊したり、物を投げたりする等、他人を傷つける危険性がある。 ・相手を侮辱する等、心理的に相手を傷つける行為がある。・他人を叩く、髪の毛を引っ張る、蹴る、押す等の行為がある。 ・物を壊したり、投げたりする行為がある。・暴言(バカ、死ね等)、相手を侮辱したり、からかったり、いじめたりする行為がある。 ・他人へ過剰な注意や干渉によるトラブルを起こすことがある。など	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(該当行為がある)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(常時見守りや個別対応などの配慮が必要な状態)
9	不適切な行為	<input type="checkbox"/> 支援不要 ・興味や関心が優先したり、適切な意思表示ができなかったり、判断能力が不十分だったりする等により、不適切な行為がある。・うそをつく。 ・見知らぬ人に対し、過度に親しげな振る舞いをする。(例えば、抱きつき、膝の上に乗るなど)・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。 ・断りもなく人の物を持ってきてしまう。盗む。・感情のコントロールに困難があり、些細な出来事で直ぐにかんしゃくをおこしたり、周囲の人とトラブルになりやすい。 ・自慰行為がある。・過度に人や物の臭いを嗅ぐ行為がある。・意思が伝えられないために、友達を叩いてしまう、物を投げるなどの行為で表現する。など	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:月1回程度以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(習慣化している 例:週1回程度以上)
10	突発的な行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:月1回程度以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(習慣化している 例:週1回程度以上)
11	過食・反すう等	<input type="checkbox"/> 支援不要 【食に関する行動上の問題】・過食、拒食(例: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など)がある。 ・際限なく水を飲み続ける。・極度な偏食(例:白米だけしか食べない等、特定の物だけしか食べない)あり、食事面で配慮している。・嘔吐を繰り返す。 【食に関する特別な配慮】・アレルギー食対応が必要。・咀嚼(噛む行為)、嚥下(飲み込む行為)の課題があり配慮が必要。(例:きざみ、ミキサー食など)など	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:月1回程度以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(習慣化している 例:週1回程度以上)
12	てんかん	<input type="checkbox"/> 支援不要 過去にてんかん歴なし	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある ・てんかんの経過観察あり ・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。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 ・てんかんの診断あり ・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)。
13	そううつ状態	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:月1回程度以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(通常または習慣化している 例:週1回程度以上)
14	反復的行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:月1回程度以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(通常または習慣化している 例:週1回程度以上)
15	対人面の不安緊張、集団生活への不適応	<input type="checkbox"/> 支援不要 ・人との関係で緊張状態になり、集団生活の場面に参加できなくなったり、参加しても行動に移せない。・緊張状態が強く、身体症状が出ている。 ・一定期間学校へ行けなかったり、事業所の中に入れなかったり、家に引きこもっている状態(※一定期間にわたって引きこもり状態である場合は、「常に支援が必要」を選択する。) ・集団活動に苦手がかりあり、個別に対応が必要。・新しい場所など慣れない場所に行くとき動けなくなり、会話ができなくなる。・緘黙がある。 ・不安緊張が高まるとその場にいられなくなる、もしくはその場で動けなくなってしまう。・ファンタジーの世界に入ってしまう、やりとりが成立しない。 ・チック(目をパチパチさせたり、「オッ」など意図しない声が出てしまうなど)など身体症状にあらわれている。など	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある(例:月1回程度以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要(通常または習慣化している 例:週1回程度以上)
16	読み書き	<input type="checkbox"/> 支援不要 ・何らかの支援がなくても、文字の読み書き及び意味の理解ができる。など	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある ・文字の読み書き及び意味の理解の一部を自分で行えないため、部分的に支援(見守りや声かけ等の支援を含む)が必要。 ・一部理解はできるが、見守りや口頭で補足の説明が必要。など	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 ・文字の読み書き及び意味の理解に関して全面的に支援が必要。・文字に興味を示さない。・学習障害の診断がある。 ・文字では理解できず、コミュニケーションツールを使用することで理解できる。
小計(点)				

合計  点

判定  該当(90単位) ・ 非該当