

## 乳幼児等サポート調査票

児童氏名	調査時年齢 満 才 か月	調査日 年 月 日
記入者氏名	記入者の所属 (事業所が作成した場合のみ)	保護者署名 (事業所が作成した場合のみ)

各項目の例示も参考にしつつ、該当する支援の状況にチェック☑をお願いします。

※「全介助」「一部介助」を選択した場合、該当する具体例にチェック☑していただくか、具体例の該当がない場合には、「その他」にチェック☑し( )内に状況を記載ください。

- ・全介助 一連の行為のすべてにおいて支援を必要である(支援が100%必要)
- ・一部介助 一連の行為の一部を自分で行うことができる(支援が1~99%必要)
- ・介助なし 一連の行為をすべて自分で行うことができ、支援を必要としない(支援が0%必要)

項目	支援の状況	具体例(該当するものすべてにチェック☑してください)
① 食事	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう、腸ろう)を行っている <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養を行っている <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<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"/> 安全面での配慮 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 著しい偏食 <input type="checkbox"/> 感覚過敏(食形態(温度、食感)のこだわり、食器のこだわり等) <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 介助なし	
② 排せつ	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> おむつ等を使用 <input type="checkbox"/> 尿カテーテルを留置している <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> トイレトレーニングを行っている <input type="checkbox"/> 大人の促しが必要 <input type="checkbox"/> 自宅のトイレ以外では出来ない <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 介助なし	
③ 入浴	<input type="checkbox"/> 全介助	<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"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自分で行えるが、1人で入浴させることはできない <input type="checkbox"/> 洗髪や洗顔、洗身に拒否を示す <input type="checkbox"/> 入浴する際に常に動いていて、見守り等の配慮が必要 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱に支援が必要 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 介助なし	
④ 移動	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 常時バギーや車いすなど移動用具が必要 <input type="checkbox"/> 常時抱っこでの移動が必要 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 階段の昇り降り等、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る <input type="checkbox"/> 移動が安定せず途中で立ち止まる、座り込む、寝転んだりする <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 介助なし	

裏面もご記入ください。

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"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 大声・奇声を出す <input type="checkbox"/> 多動・行動停止…周囲と無関係に動いてしまう、1箇所に留まれない、次の行動に移ることが難しいなど <input type="checkbox"/> 不安定な行動…特定の物・人へ固執する、パニック、突然泣き出す、突然の予定変更があると不安になる <input type="checkbox"/> 突発的な行動…突発的に道路に飛び出す、手を繋いでいても手を振り切り、気になる方に行くなど <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他( )
⑥	睡眠障害又は食事若しくは排泄に係る不適応行動(多飲及び過飲を含む。)	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 異食行動…食べられないものを口に入れる <input type="checkbox"/> 過食・反すう等…過食、拒食がある、嘔吐を繰り返すなど <input type="checkbox"/> 昼夜逆転(睡眠)…入眠障害、睡眠時間の不安定さ(短時間睡眠、長時間睡眠等)、早朝覚醒など <input type="checkbox"/> その他( )
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"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 自ら傷つける行為…自分の頭を叩いたり、床や壁に打ちつける <input type="checkbox"/> 他人を傷つける行為…他人を叩く、髪を引っ張る、蹴る、押す、物を壊したり投げたりするなど <input type="checkbox"/> 不適切な行動…見知らぬ人に対し抱きつく、過度に人や物の臭いを嗅ぐ行為など <input type="checkbox"/> その他( )
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"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> そううつ状態…過度な興奮状態、怒りやすい、日常の活動への興味や意欲が感じられないなど <input type="checkbox"/> その他( )
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"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 反復的行動…日常生活の中で、決まったルーティン(例: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 <input type="checkbox"/> その他( )
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	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> なし    週1回以上は「支援が必要な場合がある」 ほぼ毎日は「常に支援が必要」と読み替え
		<input type="checkbox"/> 対人面の不安緊張・集団への不適応…集団参加できない、不安緊張が高まるとその場で動けなくなる <input type="checkbox"/> 説明の理解…同時に2つ以上のことを指示されると行動が困難など <input type="checkbox"/> コミュニケーション…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、会話のやりとりはなく、一方的に話しかける <input type="checkbox"/> その他( )
⑪	読み書きが困難な状態(学習障害によるものを含む。)	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> なし    週1回以上は「支援が必要な場合がある」 ほぼ毎日は「常に支援が必要」と読み替え
		<input type="checkbox"/> 読み書き…文字を介したコミュニケーション、また、文字を読むこと、書くことが困難 <input type="checkbox"/> 絵本や本に興味を示さない、文字や数字に興味を示さないなど <input type="checkbox"/> その他( )

稲城市使用欄

個別サポート加算(Ⅰ)

該当

非該当

担当者

重症心身障害者	
身体障害者手帳 1級 2級	
愛の手帳 1度 2度	
精神障害者保健福祉手帳 1級	

短期入所単価区分※必要時に判定

項目	該当	判定基準
区分 3		①～④の3以上が「全介助」、又は⑤～⑪の1以上が「ほぼ毎日」
区分 2		①～④の3以上が「全介助」若しくは「一部介助」、又は⑤～⑪の1以上「週に1回以上」
区分 1		区分3又は2に該当しない児童で、⑤～⑪の1以上が「全介助」又は「一部介助」