

# 児童発達支援利用児にかかる調査票

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に伴い、児童発達支援の利用にあたり、この調査が必要となりました。お子さんの現在の様子について、ご回答ください。

記入年月日 令和 年 月 日

受給者証番号	児童名 (生年月日)	回答者 (続柄)
	( H・R 年 月 日 )	( )

それぞれの項目について、当てはまる  に  をつけてください。

(一部介助、全介助の場合は、具体的な介助内容についても、 に  をつけてください)

項目	介助の様子について		
① 食事	<input type="checkbox"/> 全て自分で行うことができる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守りや声かけをして、安全面に気を付けている <input type="checkbox"/> 食事時に一部サポートをしている <input type="checkbox"/> 偏食・こだわり (食べ物の形・温度・食感) がある	<input type="checkbox"/> 全介助 (食事の全面的なサポートをしている)
② 排せつ	<input type="checkbox"/> 全て自分で行うことができる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 大人の促しによってトイレに行く <input type="checkbox"/> 大人が拭き取りの仕上げをしている <input type="checkbox"/> トイレの場所・形状によってできないときもある	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 大人が拭き取りをしている <input type="checkbox"/> 排せつの失敗が多い (週1以上)
③ 入浴	<input type="checkbox"/> 全て自分で行うことができる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守りや声かけをしている <input type="checkbox"/> 洗髪・洗身・洗顔が不十分のため、一部サポートしている <input type="checkbox"/> 感覚過敏やこだわりがある	<input type="checkbox"/> 全介助 (洗髪・洗身・洗顔の全面的なサポート)
④ 移動	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 道順や移動方法などにこだわりがある <input type="checkbox"/> 移動中、途中で立ち止まったり、座り込むことがある	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常時、抱っこ・手つなぎ <input type="checkbox"/> ハギー、車いす <input type="checkbox"/> 道路への飛び出し

お子さんが慣れていない環境 (初めての場所・人、慣れている支援者がいない場合など) における支援について、当てはまる様子・頻度について、それぞれ  に  をつけてください。

⑤ こだわり・多動などの様子について		頻度
大声・奇声を出す	<input type="checkbox"/> 時間帯・場所などを選ばず、大声・奇声をだす <input type="checkbox"/> 物などを使って周囲が驚くような不快な音をだす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
多動・行動停止	特定のものや人 (対象がはっきりしない場合も含む) に対する興味関心から <input type="checkbox"/> 周囲とは無関係に、絶えずまたはマイペースに動く <input type="checkbox"/> 体の一部を常に動かしている	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
不安定な行動	<input type="checkbox"/> 突然の予定変更があるとパニックになる、不安になり落ち着きなくなる <input type="checkbox"/> 特定の物・人への固執があり、それが無くなると不安になる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
突発的な行動	<input type="checkbox"/> 気になること (もの) があると、手をつないでいても突然走っていってしまう <input type="checkbox"/> 道路への飛び出し、高いところからジャンプ、熱いものなど危険なものに触れようとする	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
てんかん	<input type="checkbox"/> 経過観察中 (服薬なし) <input type="checkbox"/> てんかんの診断あり	
⑥ 睡眠・食事などの様子について		頻度
異食行動	<input type="checkbox"/> 食べられないものを飲み込む、口に入れる (未然に予防している場合も含む) <input type="checkbox"/> ものを口に入れて感触遊びをしたり、確認する行為がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
過食など	<input type="checkbox"/> 過食・過飲・拒食、吐き戻しがある <input type="checkbox"/> 極度な偏食があるため、食事面で気を付けている	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上

昼夜逆転 (睡眠)	<input type="checkbox"/> 睡眠リズムが崩れやすく、昼夜逆転している、または睡眠時間が不安定 <input type="checkbox"/> 頻回に途中で起きる、夜立きがある、早朝に目覚める <input type="checkbox"/> 睡眠について治療中である	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
<b>⑦ 自分や他人を傷つける行為について</b>		<b>頻度</b>
自らを傷つける行為	<input type="checkbox"/> 自分の頭を叩く、頭を床や壁に打ち付けるなどの行為がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
他人を傷つける行為	<input type="checkbox"/> 他人をたたく、蹴る、押す、髪を引っ張るなどの行為がある <input type="checkbox"/> 壁を叩く・壊す行為、物を投げるなど他人を傷つける可能性がある <input type="checkbox"/> 他人に暴言を吐いたり、からかったりする行為がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
不適切な行為	興味が優先され、適切な意思表示・判断ができないことにより、以下の行動がある場合 <input type="checkbox"/> 些細なことで頻繁にかんしゃくを起こす <input type="checkbox"/> 気持ちが上手に伝えられないため他人をたたく、物を投げるなどの行為で表現する <input type="checkbox"/> 他人に過度に親しげな振る舞いをする(急に抱きつく、膝の上ののるなど)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
<b>⑧ 気分がふさぎこんだ状態について</b>		<b>頻度</b>
そううつ状態	<input type="checkbox"/> 気持ちが悲観的になり、日常生活への興味・意欲が感じられない様子がある <input type="checkbox"/> 気分の高揚、過度な興奮、怒りやすい様子がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
<b>⑨ 反復的行動について</b>		<b>頻度</b>
反復的行動	<input type="checkbox"/> 特定の行為を繰り返すため、動作に時間がかかる <input type="checkbox"/> 物の位置にこだわりがあり、位置を変更すると混乱する <input type="checkbox"/> 日常的なルーティン(順番・道順など)を行わないと、次の行動がうつりにくい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
<b>⑩ 対人面について</b>		<b>頻度</b>
対人面の不安緊張、集団生活への不適応 :	<input type="checkbox"/> 一定期間、集団生活の場所(保育園・事業所など)へ入れない状態が続いている <input type="checkbox"/> 集団参加は短時間のみできる <input type="checkbox"/> 集団生活の不安緊張から、動けない・会話が成立できない様子がある <input type="checkbox"/> 自分の世界に入ると、やりとりが成立しにくい <input type="checkbox"/> 感覚過敏による配慮が必要(音、光、皮膚感覚など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
説明の理解 (他者の言葉を理解する)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある <input type="checkbox"/> 簡単な口頭での説明に返事はするが、行動が伴わないことがある <input type="checkbox"/> 口頭での説明のほか、ジェスチャーなどを加えると、理解しやすい <input type="checkbox"/> 常に支援が必要 <input type="checkbox"/> 口頭での説明に返事・あいづちがなく、理解できているか判断がつかない <input type="checkbox"/> 日常生活の中でパターン化された言葉(食べる・座るなど)は理解できる	
コミュニケーション (自分の意思を伝える)	<input type="checkbox"/> 支援不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある <input type="checkbox"/> 特定の人であればコミュニケーションがとれる <input type="checkbox"/> コミュニケーションツールを使用すると、自分の意思を伝えられる <input type="checkbox"/> 常に支援が必要 <input type="checkbox"/> 会話のやりとりではなく、行動で自分の意思を伝える <input type="checkbox"/> オウム返し、日常生活の中でパターン化された言葉でのみ返答する	
<b>⑪ 読み書きについて</b>		
読み書き	<input type="checkbox"/> 支援不要 (文字の読み書き・意味の理解ができる) <input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (一部理解できている、書くことはできないが代用手段で補っているなど) <input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (文字の理解はまだできない)	

児童の様子について、児童発達支援事業所や相談支援事業所などへ聞き取りを行うことに同意します。

令和 年 月 日

氏名(保護者)

市 使用 欄

〇個別サポート加算(I)調査

<input type="checkbox"/> 3歳未満	①~④のうち、2項目以上が介助(全介助または一部介助)	個別サポート加算(I) 該当・非該当
<input type="checkbox"/> 3歳以上	①~④のうち、1項目以上が介助 かつ⑤~⑪のうち1項目以上が「ほぼ毎日」または「週1回以上」	