

放課後等デイサービス利用児にかかる調査票

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に伴い、放課後等デイサービスの利用にあたり、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

児童氏名 (生年月日)	回答者氏名 (続柄)
(年 月 日)	()
手帳等取得状況	
<input type="checkbox"/> 手帳 (身体・療育・精神・自立支援) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級) <input type="checkbox"/> 診断書・意見書 <input type="checkbox"/> その他 ()	

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、安全面に気をつけている <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"/> バギー、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、慣れていない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。

項目	支援について	頻度
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"/> 特定の人とのみ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ことで、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"/> 一方的に話しかけたり、独り言のように話すため、自分の意思を伝えられているか判断がつかない	
説明の理解 (相手の言葉を理解)	<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"/> 1つのことはできるが、同時に2つ以上のことを説明されると行動が困難になる <input type="checkbox"/> 常に支援が必要 <input type="checkbox"/> 口頭での説明に返事・頷きがなく、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・寝るなど) のみ理解できる	
大声・奇声を出す	<input type="checkbox"/> 周囲が驚くような大声や奇声をだす <input type="checkbox"/> 物などを使って不快な音を出す	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上

項目	支援について	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
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、または絶えず喋っている	<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がなくなる <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
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、自分の体を傷つける行為がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
他人を傷つける行為	<input type="checkbox"/> 他人をたたく、蹴る、押す、髪を引っ張るなど他人を傷つける行為がある <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 <input type="checkbox"/> 他人に抱きつく、覗き込む、急接近 <input type="checkbox"/> 他人へ意図的な反抗、過度な要求 <input type="checkbox"/> 過度に人や物の匂いを嗅ぐ	<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）があると突然走っていってしまう <input type="checkbox"/> 危険の認識が弱く、道路への飛び出しや高いところからジャンプする行為がある	<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"/> 極度な偏食があり、食事面で配慮している	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
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	
そううつ状態	<input type="checkbox"/> うつに関連する行動がある（興味、意欲の低下、睡眠障害など） <input type="checkbox"/> そうに関連する行動がある（気分の高揚、過度な興奮、多弁など）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
反復的行動	<input type="checkbox"/> 特定の行為を繰り返す <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）を行わないと、次の行動にうつりにくい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上
対人面の不安緊張、集団生活への不適応	<input type="checkbox"/> 一定期間、登校でき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
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・学習障害の診断がある）	

市 使 用 欄

○個別サポート加算（I）調査

日常生活動作3項目以上全介助	3項目以上 ・ 3項目未満	個別サポート加算（I）重度	該当 ・ 非該当
合計	計 点	個別サポート加算（I）	該当 ・ 非該当

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。

お子さんの感覚や運動、コミュニケーションに関する、当てはまる様子について、それぞれ に をつけてください。

領域	項目	支援について
健康・運動	衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で衣類の着脱ができる <input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば衣類の着脱ができる <input type="checkbox"/> 一部支援が必要である <input type="checkbox"/> 常に支援が必要である
感覚・運動	聞こえ	<input type="checkbox"/> 特に問題がなく聞こえる <input type="checkbox"/> 補聴器などの補助装具があれば聞こえる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい音がある / 過敏等で補助装具が必要である <input type="checkbox"/> 音や声を聞き取ることが難しい
	口腔機能	<input type="checkbox"/> 噛んで飲み込むことができる <input type="checkbox"/> 柔らかい食べ物を押しつぶして食べることができる <input type="checkbox"/> 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込むことができる <input type="checkbox"/> 哺乳瓶などを使用している / 口から食べるのが難しい
	座る	<input type="checkbox"/> 一人で座り、手を使って遊ぶことができる <input type="checkbox"/> 手で支えて座ることができる <input type="checkbox"/> 身体の一部を支えると座ることができる <input type="checkbox"/> 座るために全身を支える必要がある
	目と足の協応	<input type="checkbox"/> ケンケンが3回以上できる <input type="checkbox"/> 交互に足を出して階段を昇り・降りできる <input type="checkbox"/> 両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる <input type="checkbox"/> 階段は同じ足を先に出して昇る <input type="checkbox"/> どの動きも難しい
言語・コミュニケーション	意思の表出	<input type="checkbox"/> 言葉を使って伝えることができる <input type="checkbox"/> 身振りで伝えることができる <input type="checkbox"/> 泣いたり怒ったりして伝える <input type="checkbox"/> 意思表示が難しい

お子さんが、中学生・高校生の場合は、以下の設問ご回答ください。

お子さんのコミュニケーションに関する、当てはまる様子について、それぞれ に をつけてください。

領域	項目	支援について
コミュニケーション	言葉遣い	<input type="checkbox"/> 適切な言葉遣いや態度で表現することができる <input type="checkbox"/> 時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる <input type="checkbox"/> ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい <input type="checkbox"/> 適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい
	やりとり	<input type="checkbox"/> やり取りをすることができる <input type="checkbox"/> 配慮があればやりとりができる / やり取りをしようとする <input type="checkbox"/> やり取りをすることが難しい
	集団適応力	<input type="checkbox"/> 参加することができる <input type="checkbox"/> たまに参加することができる <input type="checkbox"/> ほとんど参加することがない <input type="checkbox"/> 参加することが難しい