

児童名： _____ 年齢： _____ 歳 記入者： [父 ・ 母 ・ その他 ()]

項目ごとに該当する□にチェックをし、ご返送ください

調査項目	判断基準		
① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 食事の開始から終了まですべて一人でできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけ、おかずを刻むなどの一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要
② 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 すべて自分で済ませることができる	<input type="checkbox"/> 見守りや誘導の声かけ、便座に座らせる、拭き直しなど一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 1週間に1回以上おむつ等を使用するなど、全面的に介助が必要
③ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 すべて自分で済ませることができる	<input type="checkbox"/> 身体を洗う、仕上げ作業をするなど一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要。
④ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 外出において、一人で安全に移動できる 例) 一人で安全に公園へ行って帰ることができる。	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけ、手を貸すなど一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 常時手をつなぐ、抱っこ、バギー、車イスを使用するなど、全面的に介助が必要。

調査項目	具体例	サポート調査判定結果欄		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・(多動) マイペースに周囲と無関係に動いてしまう。一箇所に留まることが難しい。 ・(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。 ・突然の予定変更があると次の行動ができなくなる。 ・気になる事があると、手をつないでいても手を振り切り、気になる方へ行ってしまう場合がある。 	<input type="checkbox"/> ・支援不要 ・希に ・月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
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。)	<ul style="list-style-type: none"> ・食べられないものを口に入れる。 ・過食、拒食がある。口に入れたものを飲み込めず、口に溜めたままにする。 ・睡眠リズムが崩れやすく昼夜逆転。 	<input type="checkbox"/> ・支援不要 ・希に ・月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
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	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の身体を傷つける行為がある。 ・他人に手をあげる、物を投げる等他人を傷つける行為がある。 ・急に人に抱きつく。断りもなく物を持ってくる。 	<input type="checkbox"/> ・支援不要 ・希に ・月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日

調査項目	具体例	支援不要	週1回以上	ほぼ毎日
⑧ 気分がふさぎ込んだ状態又は思考力が低下した状態	・気分が憂鬱または高揚により日常生活・社会生活に支障が生じる。	<input type="checkbox"/> ・支援不要 ・希に ・月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
⑨ 反復的行動（再三の手洗い又は繰り返しの確認を含む）	・特定の行為を繰り返し行う。 ・いつも同じおもちゃを並べて遊んでいる。	<input type="checkbox"/> ・支援不要 ・希に ・月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
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	・家族や園の先生とはコミュニケーションをとれるが、同年代の子とはコミュニケーションをとるのが難しい。 ・感覚が過敏で大きな音が苦手。 ・集団行動が難しく、声かけなどの支援が必要。 ・人見知りがあり、自分から他人へ声をかけることが苦手。	<input type="checkbox"/> ・支援不要 ・希に ・月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
⑪ 読み書きが困難な状態（学習障害によるものを含む。）	文字の読み書きの支援	<input type="checkbox"/> ・支援不要 例) 絵本を一人で読み、意味の理解ができる。	<input type="checkbox"/> ・部分的な支援が必要 ・一部は理解できる 例) 自分の名前の読み書きができる。読むことはできるが、書くことはできない。	<input type="checkbox"/> ・全面的な支援が必要 ・まだ読み書きの練習はしていない。 ・まだ読み書きはできない。

備考

以下の欄は職員が使用します。

個別サポート加算（I） 該当 非該当

サポート調査は、通常の発達の範囲内かどうかを問わずに純粋に介助等の要否を付ける。

3歳未満	食事、排泄、入浴及び移動の項目で、全介助又は一部介助である項目が2以上
3歳以上	1及び2に該当 1 ①～④の項目で、「全介助」又は「一部介助」が1以上 2 ⑤～⑪の項目で、「ほぼ毎日」又は「週に1回以上」が1以上

児童区分 給付決定時調査は、通常の発達において必要とされる介助等は除く。

3	①～④で「全介助」が3項目以上 又は、⑤～⑪で「ほぼ毎日」が1項目以上
2	①～④で「全介助」若しくは「一部介助」が3項目以上 又は⑤～⑪で「週に1回以上」が1項目以上
1	児童区分3又は2に該当せず、①～④のうち「一部介助」又は「全介助」が1項目以上