

就学児サポート調査票

児童氏名	
年齢（調査日時点）	歳

記入日	
記入者	
事業所確認者 事業所名・氏名	
署名 (保護者自筆)	

★記入にあたっての注意事項★

- ・各項目の例示も参考にしつつ、該当する区分（全介助、一部介助など）にチェック☑をお願いします。
- ・「支援が必要な状態にある直近の1か月間」に基づき判断してください。

1 日常生活動作

★①～④の項目のチェック基準★

- ・「全介助」→調査対象の児童が全く何もできない（支援が100%必要）、
- ・「介助なし」→調査対象の児童が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）
- ・「一部介助」→調査対象の児童が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）

※「全介助」「一部介助」を選択した場合、該当する具体例に○していただくか、具体例の該当がない場合には、具体例の余白に児童の状況を記載ください。

項目	区分	具体例
①食事 食事の開始から 終了まで	<input type="checkbox"/> 全介助	・経管栄養（胃ろう、腸ろう）や中心静脈栄養を行っていて、全面的に支援が必要な場合 []
	<input type="checkbox"/> 一部介助	・食べ物に特別な配慮を要する（きざみ食、流動食など） ・安全面での配慮、食べ物を小さくする等の支援 ・手づかみ ・著しい偏食 ・感覚過敏(食形態(温度、食感)のこだわり、食器のこだわり等) など []
	<input type="checkbox"/> 介助なし	
②排泄 尿意（便意）の 発現から排尿 （排便）後の後 始末までの行為	<input type="checkbox"/> 全介助	・集尿器や畜尿器・畜便器（ストマ）使用。 ・おむつ、尿取りパット等を使用。 ・尿カテーテルを留置し、全面的に支援を受けている場合 []
	<input type="checkbox"/> 一部介助	・トイレトレーニングを行っている（夜だけおむつ）。 ・支援者の促しが必要。 ・特定の場所のトイレ以外では出来ない。 ・トイレの形状によって排泄が困難。 []
	<input type="checkbox"/> 介助なし	
③入浴 入浴の脱衣から 着衣までの行為	<input type="checkbox"/> 全介助	・シャワーベッド等の器具を使用して、支援者による全面的な支援が必要な場合 ・常時抱っこで入浴する必要がある場合 []
	<input type="checkbox"/> 一部介助	・「一連の行為」を自分で行えるが、見守りや声掛け等の支援が必要な場合 ・「身体や髪、顔を洗う・拭く」行為が不十分なため、支援者が部分的にやり直している場合 ・入浴する際常に動いていて、見守り等配慮が必要。 []
	<input type="checkbox"/> 介助なし	

項目	区分	具体例
④移動	<input type="checkbox"/> 全介助	<ul style="list-style-type: none"> ・常時バギーや車いすなど移動用具が必要な場合 ・常時抱っこでの移動が必要な場合 ・医療上の必要により移動を禁止されている場合
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<ul style="list-style-type: none"> ・階段等の条件によって介助が必要になることがある ・道順や手段にこだわりがある。 ・公共交通機関ではパニックになりやすく、利用できない。 ・移動が安定せず、途中で立ち止まったり、座り込んだり、寝転んだりするため対応が必要。
	<input type="checkbox"/> 介助なし	

2 意思疎通、行動障害および精神症状

★⑤～⑩の項目のチェック基準★

・「常に支援が必要」→調査対象の児童への常時見守りや個別対応などの配慮が日常的に必要な場合、または調査対象の児童の行動が習慣化している場合（例：1週間以上）

・「支援が必要な場合がある」→該当行為がある場合、時々あるいは部分的な支援が必要な場合（例：月1回程度以上）

※「常に支援が必要」「支援が必要な場合がある」を選択した場合、該当する具体例に○していただくか、具体例の該当がない場合には、具体例の余白に児童の状況を記載ください。

項目	点数	区分	具体例
⑤コミュニケーション 他者に対する自分の意思伝達に支援が必要かどうか	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・重度の知的障害、精神障害、意識障害等のため、コミュニケーションできない場合 ・コミュニケーションできているかどうか判断できない場合。 ・オウム返し ・独自の方法（本人独特の身振りや仕草、まばたき）でコミュニケーションができる。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションツール（絵カード、ICT活用、PECS等）を用いるとコミュニケーションができる。 ・手話や筆談、点字等を用いている。 ・特定の人（保護者など）しか理解できないサインで意思表現する。 ・慣れない場所・人、人前では表情が硬く、話すことが難しい状態。 ・吃音がある。
	0	<input type="checkbox"/> 支援不要	
⑥説明の理解 他者からの説明の理解に支援が必要かどうか	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単な口頭での説明をしても、うなづきや返事が見られず、理解できていると考えられない。 ・理解しているのか判断できない。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単な口頭での説明を聞いてうなずいたり、返事をするが、その後の行動が伴わないことがある。 ・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。 ・コミュニケーションツール、ジェスチャーで補足すると理解が促進する。
	0	<input type="checkbox"/> 支援不要	
⑦大声・奇声を出す どの程度の支援（配慮度の度合いや頻度）を必要としているか	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動あり)	<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場合 ・物などを使って周囲に不快な音を立てる場合 ・時間帯と場所を選ばず大声・奇声を出す。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	

項目	点数	区分	具体例
⑧異食行動	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・食べられないもの(例:石や砂、おもちゃ、地面に落ちて汚れている食べ物等)を口に入れる。 ・ものを口に入れて感触遊びをしたり、確認したりする行為がある。 ・服の袖を噛んだり、紐を口に入れることがある。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑨多動・行動停止 どの程度の支援(配慮の度合いや頻度)を必要としているか	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・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、思う通りにいか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場合 ・絶えず動いてしまう、絶えず喋っている。 ・ゆっくりした行動が難しい(例:歩くことができず、すぐに走ってしまう等)。 ・本人の意思とは関係なく、次の行動に移ることが難しい。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑩不安定な行動 どの程度の支援(配慮の度合いや頻度)を必要としているか	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・突然の予定変更があると次の行動ができなくなる。また、不安になり落ち着きがなくなってしまうたり、行動が停止する。 ・日頃から慣れている支援者や周りの環境が変化すると、パニック状態となってしまう。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑪自らを傷つける行為	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の頭を叩いたり、床や壁に打ちつける。 ・自分をつねる。 ・傷口を触ったり、ほじったりして治らない場合。 ・自分で口に指を入れて嘔吐する。 ・衣服を破ることがある。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑫他人を傷つける行為	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑬不適切な行為	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・見知らぬ人に対して過度に親しい振る舞いをする(例:抱きつく、膝の上に乗る等)。 ・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。 ・過度に人や物の臭いを嗅ぐ行為がある。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑭突発的な行動	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・関心の強い物や人(対象が明確でない場合も含む)を見つけたら、突然そちらに走って行ってしまおう等、突発的な行動がある場合。 ・突発的な行動があるが、それを防ぐための支援を行っている場合
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	

項目	点数	区分	具体例
⑮過食・反すう等 (食に関する行動上の問題)	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動(支援)あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・過度な偏食(例:白米だけしか食べない等、特定の物だけしか食べない)があり、食事面で配慮している。 ・故意に嘔吐を繰り返している。 ・食に関する特別な配慮(アレルギー食、宗教食対応、咀嚼・嚥下の配慮)が必要。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動(支援)あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑯てんかん	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・てんかんの診断がある ・薬で発作を予防している場合
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑰そううつ状態	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動(支援)あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・気分が憂鬱で悲観的になったり、時には抑うつ気分により思考力が低下し、考えがまとまらないため、日常生活に支障をきたす場合。 ・気分の高揚により、様々なことを思いつき、次々と行動に移すが、注意力散漫であるため、失敗に終わることが多く、社会生活に影響を及ぼす場合。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動(支援)あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑱反復的行動	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・物や行為にこだわり特定の行為を反復する(例:言葉やTVのフレーズを繰り返す、機械類をずっと見ていたり、気になると時々場所を選ばず寄って行ってしまふ、特定のおもちゃでしか遊ばない等)。 ・スケジュールや物を置く位置などが変わると混乱し元に戻すように求めたり、戸の開閉を過度に気にし、きちんとしまっていないとパニックを起こすため、配慮が必要。 ・日常生活の中で決まった習慣(例:服を着る順番が決まっている等)を行わないと次の行動に移れない。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑲対人面の不安 緊張、集団への 不適応又は引きこもり どの程度の支援 (配慮の度合い や頻度)を必要 としているか	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動(支援)あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・全く集団に参加できず、個別に対応が必要。 ・家族や家族以外の社会参加の機会を拒否したり、その場においても一緒に行動できない場合。 ・短時間しか集団に参加できず、個別に対応が必要。 ・緊張状態が強く、身体症状が出ている(例:チック、爪噛み、指しゃぶり、緘黙がある)。 ・感覚過敏により適応に困難がある(音・光・色等を過剰に感じる、皮膚感覚過敏)。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動(支援)あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	
⑳読み書き 文字を介したコ ミュニケーション、 字の読み書き について支援 が必要かどうか	2	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (日常的・週1日以上該当行動(支援)あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・絵本や本に興味を示さない。 ・外国語でのコミュニケーションが必要なため、翻訳を行っている。 ・学習障害のため、読み書きが困難。 ・視覚障害や盲重複障害のため、点字を利用している場合。
	1	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (時々・月1日程度該当行動(支援)あり)	
	0	<input type="checkbox"/> なし	

江東区使用欄

1. 全介助 個 (3個以上で該当) 確認日 年 月 日
 2. 点 (13点以上で該当) 適用月 年 月

⇒個別サポート加算 (I)

該当 非該当 確認者