

◆乳幼児等サポート調査【児童発達支援】

【申請者氏名: _____ 児童氏名: _____ 年齢(記入日時点): _____ 歳】

※同意事項: 調査に際し、相談支援事業所や通所支援事業所等の関係機関へ児童に関する聞き取り等を行うことに同意します。

あてはまる項目の口にチェックをして下さい			
食事	<input type="checkbox"/> 食べ物に特別な配慮をする必要がある(軟食、きざみ、ミキサー食、流動食、過度な食物アレルギー、特別なカロリー制限 など) <input type="checkbox"/> 一度に口に詰めこまないよう等、安全面での配慮が必要 <input type="checkbox"/> 食事の都度、嚥下(飲み込む行為)や咀嚼(噛む行為)の指導をしている <input type="checkbox"/> 嚥下等に配慮された特性のコップや食器等を使用し、食事のサポートをしている <input type="checkbox"/> 食べるのに何でも手づかみ、スプーン等の道具が特性のものであったり、また道具を使って食べることにサポートを行っている <input type="checkbox"/> 着しい偏食がある <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)により配慮が必要 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう、腸ろう等)や中心静脈栄養を行っていて、全面的に支援を受けている		
	<input type="checkbox"/> 立ち便器、和式便器等、トイレの形状によって排せつが困難 <input type="checkbox"/> トイレトレーニングのために、排泄時間の記録、定時での排泄チェックを行っている <input type="checkbox"/> 大人の促しがなければ、自発的にトイレに行くことが難しく、配慮が必要 <input type="checkbox"/> 決まった場所でしか排泄をしつづけない(決まった便器でしか出来ない、自宅のトイレ以外では出来ないなど)		
排泄	<input type="checkbox"/> 頻尿で何回もトイレに行きたがる <input type="checkbox"/> 尿意等を自分から伝えられない <input type="checkbox"/> 便こねの行為があったり、排尿する場所ではない所で行うため見守りが必要 <input type="checkbox"/> 排泄の失敗が多く、都度対応が必要(頻度は1週間に1回以上、オムツは使用せずに対応している場合も含む) <input type="checkbox"/> 集尿器や蓄尿袋(ストマ)、おむつ、尿とりパット等を使用したり、尿カテーテルを使用している <input type="checkbox"/> 蓄尿袋(ストマ)、おむつ等を使用したり、人工肛門を造設している(頻度は1週間に1回以上、オムツは使用せずに対応している場合も含む) <input type="checkbox"/> 排泄の度ごとに職員による清拭が必要となる		
	<input type="checkbox"/> 入浴の準備行為に時間がかかったり、入浴しても上がるまでに時間がかかる等、見守りや配慮が必要 <input type="checkbox"/> 「身体や髪、顔を洗う、拭く」行為が不十分なため、見守りや声掛けを行ったり、部分的にやり直しが必要 <input type="checkbox"/> 感覚過敏があり、洗髪や洗顔、洗身に拒否を示すため、対応が必要 <input type="checkbox"/> 石鹸やシャンプー、タオルなどにこだわりがあり、配慮が必要 <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		
入浴	<input type="checkbox"/> 入浴する際に首の座りが悪かったり、体幹が弱く配慮が必要である <input type="checkbox"/> 常時抱っこで入浴の必要がある <input type="checkbox"/> シャワーを怖がる、浴槽を嫌がるなど、入浴への恐怖感がある <input type="checkbox"/> 洗髪や洗顔、洗身に強い拒否を示し泣くため、対応が必要 <input type="checkbox"/> シャワーベット等の器具を使用して、入浴している場合		
	<input type="checkbox"/> 階段や未舗装道路(砂利道等)等の条件によって介助が必要になることがある <input type="checkbox"/> 歩行速度が他児と異なる(速い/遅い)ため、個別の対応が必要 <input type="checkbox"/> 道順や手段にこだわりがある <input type="checkbox"/> 感覚過敏等があり、外履きや靴下などに配慮が必要 <input type="checkbox"/> 公共交通機関ではパニックになりやすく、利用できない <input type="checkbox"/> 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		
移動	<input type="checkbox"/> 常時手をつなぐ状態や、常時抱っこ等で移動が必要な状態 <input type="checkbox"/> 抱っこをして移動するが、首の座りや体幹が弱く抱っこに配慮が必要である <input type="checkbox"/> 常時バギーや車イス、お散歩カートなど移動用具が必要な場合 <input type="checkbox"/> 道路への飛び出しがあり、信号を理解できない、障害物の回避が出来ないなどの理由で見守りが必要 <input type="checkbox"/> 装具などを装着しているため、移動する際に配慮が必要		
	<input type="checkbox"/> 常時手をつなぐ状態や、常時抱っこ等で移動が必要な状態 <input type="checkbox"/> 抱っこをして移動するが、首の座りや体幹が弱く抱っこに配慮が必要である <input type="checkbox"/> 常時バギーや車イス、お散歩カートなど移動用具が必要な場合 <input type="checkbox"/> 道路への飛び出しがあり、信号を理解できない、障害物の回避が出来ないなどの理由で見守りが必要 <input type="checkbox"/> 装具などを装着しているため、移動する際に配慮が必要		
あてはまる項目および頻度の口にチェックをして下さい			
又強 いは 危 こ だ わ り の 認 識 を 欠 く 行 動 等 の 不 安 定 な 行 動	大 声 ・ 奇 声 を 出 す	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 物などを使って周囲に不快な音を立てる場合	頻度 □週1回以上 □ほぼ毎日
	行 多 動 ・ 停 止	<input type="checkbox"/> 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、思うとおりになら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 <input type="checkbox"/> 常時走り回る、絶えず喋っている、体の一部を常時動かしている <input type="checkbox"/> 短時間(5~10分程度)であれば指示に応じるが、その後すぐ同じ行動を繰り返す	頻度 □週1回以上 □ほぼ毎日
	行 不 動 安 定 な	<input type="checkbox"/> 予定や手続き、日頃から慣れている支援者や状況等が変わることが受け入れられず、突然大声を出したり、泣き出したり、興奮する等のパニック状態になる等、行動が不安定になる <input type="checkbox"/> 不安、恐怖、焦燥等から衝動的な行動をしたり、行動を停止したりする	頻度 □週1回以上 □ほぼ毎日
	行 突 発 的 な	<input type="checkbox"/> 関心が強い物や人(対象が明確でない場合も含む)を見つけたら、突然気になる方へ走って行ってしまったり、突発的な行動がある <input type="checkbox"/> 危険の認識が弱く、道路への飛び出しや自分の身体能力を超えた高さから飛び降りる等の行為がある	頻度 □週1回以上 □ほぼ毎日
	て ん か ん	<input type="checkbox"/> てんかんの経過観察あり ・服薬対応までしていないが、てんかんの経過観察を行っている <input type="checkbox"/> てんかんの診断あり ・てんかんの診断がある(薬で発作を予防している場合も含む) ・発熱時に抗けいれん薬等で対応している ・薬の服用状況の確認を常に行っている	

※裏面に続く

あてはまる項目および頻度の□にチェックをして下さい

係る睡眠障害又は食事若しくは排せつに	異食行動	<input type="checkbox"/> 食べられないものを口に入れたり、飲み込んだりする異食行動がある <input type="checkbox"/> 異食行動を未然に防止するため、異食しそうなものを周囲に置かないなど配慮が必要 <input type="checkbox"/> 飲み込むまでには至らないが、物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 <input type="checkbox"/> 衣類の袖を噛んだり、紐を口に入れることがある	頻度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
	反過す食う等	<input type="checkbox"/> 過食や過飲、拒食、反すう等、食に関する行動上の問題がある <input type="checkbox"/> 食に関して特別な配慮事項がある(アレルギー食対応、宗教食対応、きざみ食やミキサー食対応が必要 など)	頻度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
	(昼夜逆転)	<input type="checkbox"/> 睡眠リズムが崩れやすく昼夜逆転することがある <input type="checkbox"/> 頻回に途中で起きる、夜泣きや夜驚への対応が必要 <input type="checkbox"/> 入眠障害、短時間睡眠または長時間睡眠、早朝覚醒等がある <input type="checkbox"/> 睡眠障害に関する診断や治療をしている	頻度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
する自分や他人の身体を傷つけたり傷ついたり	け自らを傷つ	<input type="checkbox"/> 自分の体を叩いたり、頭を床に打ち付けたりなど、自分の体を傷つける行為がある場合。 (自分を叩く、つねる。傷口を触ったり、ほじったりして治らない。自分で口に指を入れて嘔吐する。衣服を破る。 など)	頻度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
	け他人を傷つ	<input type="checkbox"/> 他人を叩く、髪の毛を引っ張る、蹴る等、他人を傷つける行為がある <input type="checkbox"/> 物を壊したり、物を投げたりする等、他人を傷つける危険性がある <input type="checkbox"/> 相手を侮辱する、暴言を吐く等、心理的に相手を傷つける行為がある <input type="checkbox"/> 他人への過剰な注意や干渉によるトラブルを起こすことがある	頻度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
	行不適切な	<input type="checkbox"/> 興味や関心が優先したり、適切な意思表示ができなかったり、判断能力が不十分等により、不適切な行為がある <input type="checkbox"/> 見知らぬ人に対し、過度に親しげな振る舞いをする、急に接近する、のぞき込む、身体に触る等の行為がある <input type="checkbox"/> 断りなく人のものを持ってきてしまう <input type="checkbox"/> 感情のコントロールが困難で些細なことでもかんしゃくを起こし、周囲とトラブルを起こす	頻度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
気分がふさぎこころが低下した状態	状態	<input type="checkbox"/> 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には抑鬱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(いきなり泣いたり、笑ったりする。興味や意欲が感じられない。 など) <input type="checkbox"/> 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、注意力が散漫であるため、その結果は失敗に終わることが多く、社会生活に影響を及ぼす(多動多弁、過度な興奮状態。 など) <input type="checkbox"/> 気分安定剤などを服用している	頻度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
反復的行動	反復的行動	<input type="checkbox"/> ある考えに固執し、特定の行為を反復したり、儀式的な行為にとられる等により、動作に時間がかかり日常生活に支障が生じる(決まったルーティンを行わないと次の行動にうつれない。 など) <input type="checkbox"/> 特定の場所や玩具でしか遊ばない、決まった道以外を通るとパニックになる <input type="checkbox"/> スケジュールや物を置く位置が変わると混乱したり、ドアの開閉が過度に気になり、きちんと閉まっていないとパニックになる	頻度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
集団の不安緊張、感覚過敏、	対人面の不安緊張	<input type="checkbox"/> 人との関係が緊張状態になり、集団生活の場面に参加できなかったり、参加しても行動に移せない <input type="checkbox"/> 緊張状態が強く、身体症状が出ている <input type="checkbox"/> 感覚過敏(音、光、温度、食感などに過剰に反応する)により日常生活の適用に困難があり配慮が必要 <input type="checkbox"/> 一定期間、保育園や事業所等にいけないなど、引きこもり状態である <input type="checkbox"/> 新しい場所、慣れない場所では動けなくなり、会話もできない <input type="checkbox"/> 緘黙がある、チック症状や爪かみ、指しゃぶりがあある	頻度 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
	説明の理解	<input type="checkbox"/> 簡単な説明であっても理解できないことが多く、説明に応じた行動ができないことが多い(返事はするが、行動には移せない など) <input type="checkbox"/> コミュニケーションツールや手話等を用いたり、ジェスチャーで補足するとおおむね理解ができる <input type="checkbox"/> 1つのことはできるが、同時に2つ以上のことを指示されると行動が困難になる <input type="checkbox"/> 簡単な口頭での説明に対しても返事がないなど、理解が難しい <input type="checkbox"/> 説明を理解できているか判断できない <input type="checkbox"/> 日常生活の中で、パターン化された特定の行為(座る、食べる など)のみ理解できる	
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 慣れていない場面等では、口頭でのコミュニケーションが難しく配慮が必要である <input type="checkbox"/> コミュニケーションツール(絵カード、ICTの活用、PEGS等)や手話、筆談、点字等を用いると、おおむね理解ができる <input type="checkbox"/> 特定の人(保護者など)としかコミュニケーションが取れない <input type="checkbox"/> コミュニケーションツール等を用いても、自分の意思の伝達ができない <input type="checkbox"/> 自分の意思の伝達ができているかどうか判断が困難 <input type="checkbox"/> 一方的に話しかけたり、オウム返しで返答するのみで、会話のやり取りが成立しない	
困難な書き状態	読み書き	<input type="checkbox"/> 文字の読み書き及び意味の理解の一部を自分で行えないため、補足で説明したり部分的に支援(見守りや声かけ等の支援を含む)が必要 <input type="checkbox"/> 書くことはできないが、パソコン等の代用手段の使用が可能 <input type="checkbox"/> 文字の読み書き及び意味の理解に関して全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/> 学習障害の診断を受けている	