

支援の程度に関する調査票

記入者氏名： _____ サービス利用者氏名： _____

- ・ 行動援護の支給申請を行う方 : ①のみ記入
- ・ 放課後等デイサービスの支給申請を行う方 : ①と②の両方を記入

※放課後等デイサービスの支給決定の更新を申請する場合は、ご利用の事業所（複数の事業所を利用する場合は上限管理事業所または利用日数の多い事業所）から、お子様の状態像に関する説明を受けたうえで記入ください。また、説明を受けた際には、次の事項を記入してもらってください。

事業所名： _____ 担当者： _____ TEL： _____

「調査項目」ごとに、「支援の程度」欄の該当するものを○で囲む

	調査項目	支援の程度						
		(0点)			(1点)	(2点)		
①	コミュニケーション	日常生活に支障がない			特定の者	会話以外の方法	独自の方法	コミュニケーションできない
	説明の理解	理解できる			理解できない		理解できているか判断できない	
	大声・奇声を出す	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	異食行動	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	多動・行動停止	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	不安定な行動	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	自らを傷つける行為	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	他人を傷つける行為	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	不適切な行為	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	突発的な行動	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	過食・反すう等	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	てんかん	年1回以上			月1回以上		週1回以上	
②	そううつ状態	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	反復的行動	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	対人面の不安緊張、集団生活への不適応	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援	
	読み書き	支援が不要			部分的な支援が必要		全面的な支援が必要	

※記載方法などについてご不明な点がございましたら、各区障害高齢課・宮城総合支所保健福祉課へお問い合わせください。