

## 【障がい児支援区分の算出にかかる日常生活の状況聴き取り票】

◆各設問にて複数の項目に該当する場合には、より支援や配慮等を要する場合に基づき評価し、上位の点数にて障がい児支援区分を決定して下さい。(点数として計上できるのは1項目のみ)

◆障がい児支援区分の算出においては、必要に応じて別紙1～4を活用して下さい。

| 1. 食事の準備、摂食及び後片付けに関する支援 |  | 点数 |
|-------------------------|--|----|
| 着眼点                     | 準備とは配膳された食事を食卓まで運ぶこと、後片付けとは食べた食器類を所定の場所まで運ぶこと等とする。食事に介助が必要な人は準備や後片付けもできないと考えてよい。   |    |
| 配点                      | 選択肢  |    |
| 2点<br>(全介助)             | <input type="checkbox"/> 自分では食べることができない(鼻腔チューブ等からの摂取を含む)<br><input type="checkbox"/> 手づかみで口に運ぶことはできるが、スプーンやフォークを使うことは難しい   |    |
| 1点<br>(一部介助)            | <input type="checkbox"/> 食事を運んだり後片づけをすることはできない<br><input type="checkbox"/> 食事中、食器に手を添える等の援助が要る<br><input type="checkbox"/> 食事を終えるまでに非常に長い時間(1時間以上)がかかる<br><input type="checkbox"/> 他人のものに手を出すので見守りが必要(一対一の対応でなくてもよい)<br><input type="checkbox"/> 刻み食やミキサー食、カロリー・食物制限等の特別食が必要 |    |
| 0点                      | <input type="checkbox"/> 多少の食べこぼしはあるが一人で食事ができる。準備や後片付けは指示すればできる  |    |

| 2. 排泄行為に関する支援 |  | 点数 |
|---------------|--|----|
| 着眼点           | トイレへの移動および着衣の上げ下ろし、後始末も含む。女性については生理の後始末も含む。  |    |
| 配点            | 選択肢  |    |
| 2点<br>(全介助)   | <input type="checkbox"/> 常時おむつをしている<br><input type="checkbox"/> 常時付き添って介助する必要がある   |    |
| 1点<br>(一部介助)  | <input type="checkbox"/> 一つ一つの動作に指示はいるが、指示があれば一人でできる<br><input type="checkbox"/> 夜間定期的にトイレに連れていくことが必要(夜間のみのオムツ使用を含む)<br><input type="checkbox"/> 週1～2回以上失敗がある(下着を汚す・失禁・夜尿を含む)<br><input type="checkbox"/> 見守りや一部介助が必要な時がある |    |
| 0点            | <input type="checkbox"/> 排泄は概ね自立している   |    |

| 3. 入浴の介助、入浴中の見守り等の支援 |   | 点数 |
|----------------------|---|----|
| 着眼点                  | 準備とは着替えやタオルを揃える等とし、後片付けとは脱いだ物を所定の場所に持って行く等とする。  |    |
| 配点                   | 選択肢   |    |
| 2点<br>(全介助)          | <input type="checkbox"/> 一緒に入って全面的に介助している   |    |
| 1点<br>(一部介助)         | <input type="checkbox"/> 洗い残しがあり、その都度介助が必要<br><input type="checkbox"/> 入浴の準備や後片付けはできない<br><input type="checkbox"/> 常時見守りが必要(発作、転倒の恐れやこだわり行動のため) |    |
| 0点                   | <input type="checkbox"/> 背中や髪も洗うことができるが、不十分なところがあり、月2～3回まで一緒に入って洗い直しが必要<br><input type="checkbox"/> 促しがあれば、一人で入浴し、準備や後片付けもできる                   |    |

| 4. 屋内及び屋外での移動に関する介助 |   | 点数 |
|---------------------|---|----|
| 着眼点                 | 自宅内から近隣(最寄り駅)の範囲での移動能力で判断する。交通機関を利用する移動は含まない。   |    |
| 配点                  | 選択肢   |    |
| 2点<br>(全介助)         | <input type="checkbox"/> 屋内移動についても直接介助を必要とする<br><input type="checkbox"/> 危険が認識できていないため、常時目が離せない(高所からの飛び降り、飛び出し等)<br><input type="checkbox"/> 屋内移動については介助を要しないが、屋外においては直接介助が必要 |    |
| 1点<br>(一部介助)        | <input type="checkbox"/> 一人で歩けるが同行し、転倒や発作があるため、もしくは信号や標識が理解できない等のため、声かけや一部介助が必要   |    |
| 0点                  | <input type="checkbox"/> 最寄の駅または停留所、決まった店など一人で行き、家まで帰る  |    |

※No.5～No.11のチェック項目については、以下の選択肢(共通)を用いて下さい。

| 配点           | 選択肢  |   |
|--------------|--|---|
| 2点<br>(全介助)  | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)支援や配慮等が必要。 |   |
|              | 判断基準   | ・聴き取り日前の1週間に週5日以上現れている場合 または、<br>・聴き取り日前の1ヶ月間に5日以上現れている週が2週以上ある場合   |
| 1点<br>(一部介助) | <input type="checkbox"/> 週1回以上の支援や配慮等が必要。      |   |
|              | 判断基準   | ・聴き取り日前の1ヶ月間に毎週1回以上現れている場合 または、<br>・聴き取り日前の1ヶ月間に2回以上現れている週が2週以上ある場合 |
| 0点           | <input type="checkbox"/> 上記のどれにも該当しない場合        |   |

| 5. 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や、危険の認識に欠ける行動への対応 |  | 点数 |
|--|--|----|
| 着眼点  | 家、施設等の場面や程度に関係なく、週のうちの頻度で確認する。一日に何回対応しても日数単位で判断し、施設等での予防的事前対応についても具体的な内容が把握できれば計上する。 |    |

| 6. 睡眠障がい並びに食事及び排泄にかかる不適応行動(多飲水・過飲水含む)への対応 |   | 点数 |
|---|---|----|
| 着眼点                                       | 季節的に集中する場合は平均して算定する。<br>施設等での予防的事前対応についても具体的な内容が把握できれば計上する。 |    |

| 7. 自傷行為並びに他人及び物に対する粗暴な行為への対応 |   | 点数 |
|------------------------------|---|----|
| 着眼点                          | 自分または他者、物に被害を与えるものに限って、計上する。季節的に集中する場合は、平均して算定する。<br>家、施設等の場面もしくは程度に関係なく、週のうちの頻度で確認。施設等での予防的事前対応についても具体的な内容が把握できれば計上する。 |    |

| 8. 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する状態への対応 |  | 点数 |
|-------------------------------------|--|----|
| 着眼点                                 | 抑うつ気分により、ひどく悲観的であったり考えがまとまらないため、日常生活に支障をきたす場合。時に死にたいといったそぶりを示し、危険を防止するために誰かがそばについているなどの配慮が必要とされる場合をいう。 |    |

| 9. 再三の手洗いや繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかる状態への対応 |  | 点数 |
|--|--|----|
| 着眼点                                    | ある考えに固執したり、特定の行為を反復したり、あるいは儀式的な行為にとらわれることで、日常生活に支障をきたす場合。例えば、必要以上に手を洗う・施錠を確認するなどの行為がある場合をいう。 |    |

| 10. 他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない状態。また、自室に閉じこもって何もしないでいる状態への対応 |  | 点数 |
|---|--|----|
| 着眼点   | 人と合うと緊張したり、恥ずかしく思ったり、危害を加えられるのではないかと不安が強く、外出や集団参加ができない場合をいう。行動を計画したり実行したりする意欲に乏しいため、周りから言われないと何もしないでいる状態もあてはまる。行動を促す他者からの働きかけがあっても動かない場合も含まれる。 |    |

| 11. 学習障がいのため、読み書きが困難な状態への対応 |   | 点数 |
|-----------------------------|---|----|
| 着眼点                         | 学習障がいのため、読み書き(文章を読むこと、書くこと)について、支援が必要かどうかを確認する。 |    |

【特別調査項目】

日常生活の状況聴き取り票(別紙1)

◆日常生活の状況聴き取り票による聴き取りを行うにあたっては、通常の発達において必要とされる支援は除くものとします。

◆特別調査項目については、勘案事項整理票や日常生活の状況聴き取り票の基本項目についての聞き取りを行う際に把握できた情報から、該当しないことが明らかな場合には聞き取りを省略していただいで結構です。

| チェック項目                                |   | チェック欄         |   |
|---------------------------------------|---|---------------|---|
| 着眼点                                   |   |               |   |
| <b>1. たん吸引など常時医療的な介護が必要である</b>        |   | <b>該当・非該当</b> |   |
| 着眼点                                   | 常時におよぶ医療的な介護が必要な場合として、気管切開している方に対するたん吸引を想定しているが、たん吸引以外でも、これと同等またはこれ以上の負担が介護者に発生する医療的介護を要する場合についても該当するものとする。医療的な介護が常時必要かどうかを確認する項目であり、医療的な介護をヘルパーが行っているか、家族が行っているかは問わない。 | ○             | × |
| メモ                                    |   |               |   |
| <b>2. 重度の身体障がいと重度の知的障がいの重複障がい児である</b> |   | <b>該当・非該当</b> |   |
| 着眼点                                   | 【別紙2】障がい児支援区分チェックシート（重度の身体障がい・知的障がいの重複障がい）により判定   | ○             | × |
| メモ                                    |   |               |   |
| <b>3. 行動援護の対象者である</b>                 |   | <b>該当・非該当</b> |   |
| 着眼点                                   | 【別紙3】行動援護対象者（児童）チェックシートにより判定  | ○             | × |
| メモ                                    |   |               |   |

◆下記の設問のすべてについて、「該当」の категорияにあてはまる回答をされた、重度の肢体不自由(身体障がい者手帳1級または2級)と、重度の知的障がい(療育手帳AまたはA相当と判定を受けた方)の重複障がい者について、特別基準の対象となります。

◆なお、設問は認定調査から引用したものであり、「判定基準」欄の上段に、該当する認定調査の設問項目の番号を記載しています。判断基準・解釈等については認定調査マニュアルの該当箇所をご参照下さい。

| 判定基準 |           | 非該当                        |            |                 | 該当              |                           |                           |                           |                         |                    |
|------|-----------|----------------------------|------------|-----------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------|
| ①    | 麻痺等の有無    | 1<br>四肢のうち麻痺していないものが一肢以上ある |            |                 | 2<br>四肢すべてが麻痺   |                           |                           |                           |                         |                    |
|      |           | 1-1                        | 1<br>支援が不要 | 2<br>見守り等の支援が必要 | 3<br>部分的な支援が必要  |                           |                           |                           |                         |                    |
| ②    | 寝返り       |                            |            |                 | 2               | 3                         | 4                         |                           |                         |                    |
|      |           | 1-9                        |            |                 |                 | 1<br>支援が不要                | 2<br>見守り等の支援が必要           | 3<br>部分的な支援が必要            | 4<br>全面的な支援が必要          |                    |
| ④    | 排尿        |                            |            |                 | 1<br>支援が不要      | 2<br>部分的な支援が必要            | 3<br>全面的な支援が必要            |                           |                         |                    |
|      |           | 2-4                        |            |                 |                 | 1<br>支援が不要                | 2<br>部分的な支援が必要            | 3<br>全面的な支援が必要            |                         |                    |
| ⑤    | 排便        |                            |            |                 | 1<br>支援が不要      | 2<br>部分的な支援が必要            | 3<br>全面的な支援が必要            |                           |                         |                    |
|      |           | 2-5                        |            |                 |                 | 1<br>支援が不要                | 2<br>部分的な支援が必要            | 3<br>全面的な支援が必要            |                         |                    |
| ⑥    | コミュニケーション |                            |            |                 | 1<br>日常生活に支障がない | 2<br>特定の者であればコミュニケーションできる | 3<br>会話以外の方法でコミュニケーションできる | 4<br>独自の方法でコミュニケーションできる   | 5<br>コミュニケーションできない      |                    |
|      |           | 3-3                        |            |                 |                 | 1<br>日常生活に支障がない           | 2<br>特定の者であればコミュニケーションできる | 3<br>会話以外の方法でコミュニケーションできる | 4<br>独自の方法でコミュニケーションできる | 5<br>コミュニケーションできない |

【行動援護対象者(児童)チェックシート】

日常生活の状況聴き取り票(別紙3)

◆下記の設問により導き出される点数の合計が10点以上となる場合について、行動援護及び障がい児特別基準の対象となります。  
 ◆なお、設問は認定調査から引用したものであり、「判定基準」欄の上段に、該当する認定調査の設問項目の番号を記載しています。判断基準・解釈等については認定調査マニュアルの該当箇所をご参照ください。

| 判定基準 |                     | 0点                 |            |                 | 1点   | 2点  |
|------|---------------------|--------------------|------------|-----------------|--|---|
| ①    | 3-3<br>コミュニケーション    | 1. 日常生活に支障がない      |            |                 | 2. 特定の者であればコミュニケーションできる<br>3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる | 4. 独自の方法でコミュニケーションできる<br>5. コミュニケーションできない |
| ②    | 3-4<br>説明の理解        | 1. 理解できる           |            |                 | 2. 理解できない  | 3. 理解できているか判断できない                         |
| ③    | 4-7<br>大声・奇声を出す     | 1. 支援が不要           | 2. 希に支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 | 4. 週に1回以上の支援が必要                                    | 5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要                      |
| ④    | 4-16<br>異食行動        | 1. 支援が不要           | 2. 希に支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 | 4. 週に1回以上の支援が必要                                    | 5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要                      |
| ⑤    | 4-19<br>多動・行動の停止    | 1. 支援が不要           | 2. 希に支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 | 4. 週に1回以上の支援が必要                                    | 5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要                      |
| ⑥    | 4-20<br>不安定な行動      | 1. 支援が不要           | 2. 希に支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 | 4. 週に1回以上の支援が必要                                    | 5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要                      |
| ⑦    | 4-21<br>自らを傷つけるなど行為 | 1. 支援が不要           | 2. 希に支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 | 4. 週に1回以上の支援が必要                                    | 5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要                      |
| ⑧    | 4-22<br>他人を傷つける行為   | 1. 支援が不要           | 2. 希に支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 | 4. 週に1回以上の支援が必要                                    | 5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要                      |
| ⑨    | 4-23<br>不適切な行為      | 1. 支援が不要           | 2. 希に支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 | 4. 週に1回以上の支援が必要                                    | 5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要                      |
| ⑩    | 4-24<br>突発的な行動      | 1. 支援が不要           | 2. 希に支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 | 4. 週に1回以上の支援が必要                                    | 5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要                      |
| ⑪    | 4-25<br>過食・反すう等     | 1. 支援が不要           | 2. 希に支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 | 4. 週に1回以上の支援が必要                                    | 5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要                      |
| ⑫    | てんかん発作              | 年1回以上              |            |                 | 月1回以上  | 週1回以上                                     |
|      |                     | 右の合計点数が10点以上であれば該当 |            |                 | 1点×( )項目＝  | 2点×( )項目＝                                 |

【障がい児支援区分算定表】

日常生活の状況聴き取り票(別紙4)

| 番号              | 項目                                 | 評価点数                     |                          |                          |
|-----------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                 |                                    | 2点                       | 1点                       | 0点                       |
| 1               | 食事に関する支援                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2               | 排せつに関する支援                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3               | 入浴に関する支援                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4               | 移動に関する支援                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1~4 チェック箇所の合計数  |                                    | A                        | B                        | C                        |
| 5               | 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動、危険の認識に欠ける行動 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6               | 睡眠障がいや食事・排せつに係る不適応行動(多飲水・過飲水含む)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7               | 自傷行為や他人・物に対する粗暴な行為                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8               | 悲観的・思考力低下                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9               | 再三の手洗い・繰り返しの確認                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10              | 他者と交流することの不安や緊張、感覚過敏により外出できない      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11              | 学習障がいのため、読み書きが困難                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5~11 チェック箇所の合計数 |                                    | D                        | E                        | F                        |
| 1~11 合計点数       |                                    | 小計                       |                          |                          |
|                 |                                    | 合計                       |                          |                          |

| 番号 | 項目                          | 該当・非該当                   |
|----|-----------------------------|--------------------------|
| 特1 | 痰吸引など常時医療的な介護が必要である         | <input type="checkbox"/> |
| 特2 | 重度の身体障がいと重度の知的障がいの重複障がい児である | <input type="checkbox"/> |
| 特3 | 行動援護の対象者である                 | <input type="checkbox"/> |

**短期入所の区分設定**

Aが3以上、またはDが1以上なら **区分3**

A+Bが3以上、またはEが1以上なら **区分2**

区分3、2に該当しない場合で  
AまたはBのいずれかが1以上なら **区分1**

**同行援護の加算決定区分**

短期入所の区分が **区分3** なら **区分4以上相当**

短期入所の区分が **区分2** なら **区分3相当**

**居宅介護の区分設定**

- 合計点数が1~3点なら **区分1**
- 合計点数が4~6点なら **区分2**
- 合計点数が7点以上なら **区分3**
- 合計点数が7点以上で、  
特1~特3のいずれかに該当するなら **特別区分**