

## ●放課後等デイサービスの基本報酬の区分における指標●

食事、排せつ、入浴及び移動のうち3以上の日常生活動作について全介助を必要とする障害児又は別表に掲げる項目の欄の区分に応じ、その項目が見られる頻度等をそれぞれ同表の0点の欄から2点の欄までに当てはめて算出した点数の合計が13点以上である障害児

※項目の判断基準は障害支援区分の取扱いに準ずる

記入日：            年            月            日

利用者氏名：

※役場記入欄※

合計	点
----	---

【別表】 ※当てはまる項目にレ点を付ける。

項目	0点	1点	2点
<b>コミュニケーション</b> <small>(家族や支援者等と意思の疎通ができる)</small>	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 特定の者であればコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる	<input type="checkbox"/> 独自の方法でコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> コミュニケーションできない
<b>説明の理解</b> <small>(本人が使用するコミュニケーション方法での説明の度合い)</small>	<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> 理解できない	<input type="checkbox"/> 理解できているか判断できない
<b>大声・奇声を出す</b> <small>(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)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>異食行動</b> <small>(食べられないものを口に入れたり飲み込もうとする)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>多動・行動停止</b> <small>(興味関心が強く多動になったり、その対象にこだわって動かなくなる)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>不安定な行動</b> <small>(状況等が変わることが受け入れられず、パニック状態になる等、行動が不安定になる)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>自らを傷つける行為</b> <small>(自分の体を叩いたり傷つけたりする行動)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>他人を傷つける行為</b> <small>(他人を叩いたり蹴ったりする行動)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>不適切な行為</b> <small>(興味優先したり判断能力が不十分により他人に抱きついたり物を持ってきたりする等)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>突発的な行動</b> <small>(突然走っていきなくなるなど)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>過食・反すう等</b> <small>(過食、過飲、拒食や一度飲み下したものを口の中に戻す等、食に関する問題がある)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>てんかん</b> <small>(てんかん発作の有無)</small>	<input type="checkbox"/> 年1回以上	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上
<b>そううつ状態</b> <small>(気分の憂鬱、又は高揚により危険防止の支援が必要な場合)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>反復的行動</b> <small>(特定の行為を反復したり儀式的な行為にとらわれる等により日常生活に支障がある)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>対人面の不安緊張、集団生活への不適応</b> <small>(人に会うことで緊張状態、又は不安になり外出等ができない)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援が必要
<b>読み書き</b> <small>(文章を読む、書くことについて支援が必要かどうか)</small>	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 部分的な支援が必要	<input type="checkbox"/> 全面的な支援が必要