

利用者氏名（ _____ ）

- 私は、移動支援事業の利用申請にあたり、障害支援区分認定調査に係る資料を福知山市が確認することに同意します。また、利用状況等を利用している事業所や相談支援事業所等に確認することに同意します。

※ 記入の際の御留意の上、御記入ください ※

●食事、排泄、入浴及び移動の各日常生活動作のそれぞれについて、やや時間がかかって
も支援なしに1人で行える場合は、一部支援に該当しません

●通常の発達において必要な支援を受けている場合は、「支援が必要」にはなりません。

●「できたりできなかつたりする場合は」、「できない状況」を想定して記入してください。

【できない状況の例】

- ・知的障害、精神障害や発達障害が原因で、やる気が低下したり多動がある
- ・内部障害や難病等が原因で、筋力低下したり、疲労を感じやすい
- ・慣れていない状況や初めての場所
- ・運動機能によるもの

●「ほぼ毎日」、「週に1回以上」、「月に1回以上」の目安は、以下のとおりです。

・ほぼ毎日

「記入日前の1週間に5日以上」又は「記入日前の1か月間に5日以上現れている週が2週以上」

・週に1回以上

「記入日前の1か月間に毎週1日以上」又は「記入日前の1か月間に2回以上現れている週が2週以上」

・月に1回以上

記入日前の1か月間に、1回以上現れている場合。

1については、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方又は自立支援医療費（精神通院）の支給を受けている方は、以下に記入してください。

1 行動援護調査項目（児・者）

判定基準	区分	判断基準 ・ 例
コミュニケーション	支障がない 会話以外の方法、特定の者であればコミュニケーション可 独自の方法でコミュニケーション可 コミュニケーションできない	日常生活におけるコミュニケーションには支障がない 手話、意思伝達装置等でコミュニケーションできる 特定の相手、話題であれば、コミュニケーションできる 本人独自の身振りやしぐさでコミュニケーションする コミュニケーションできているか判断できない 意思表示できない
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	説明を全て理解し、それに反応（返事、うなづき、無視等）できる 説明を全てでは理解できず、説明に応じた行動ができない 説明を理解できているか判断できない
大声、奇声等を出す	支援が不要、月に1回まで支援が必要 週に1回以上 ほぼ毎日	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 物などを使って周囲に不快な音を立てる
異食行動	支援が不要、月に1回まで支援が必要 週に1回以上 ほぼ毎日	食べられないものを口に入れたり、飲み込んだりする 異食行動するので、あらかじめ対策をとる必要がある
多動・行動停止	支援が不要、月に1回まで支援が必要 週に1回以上 ほぼ毎日	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
不安定な行動	支援が不要、月に1回まで支援が必要 週に1回以上 ほぼ毎日	予定や手続き、日頃から慣れている人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、興奮する等のパニック状態になる 不安や焦り等から衝動的な行動がある
自らを傷つける行為	支援が不要、月に1回まで支援が必要 週に1回以上 ほぼ毎日	傷跡が残るほど自分の体を傷つけたり、頭髪を抜く等 自分の体を傷つけるので、あらかじめ対策を取る必要がある
他人を傷つける行為	支援が不要、月に1回まで支援が必要 週に1回以上 ほぼ毎日	他人を傷つけたり、壁やガラス等を割ることで他人を傷つける 他人を傷つけるので、あらかじめ対策をとる必要がある
不適切な行為 例： 急に他人に抱きつく、断りもなく物を持ってくる	支援が不要、月に1回まで支援が必要 週に1回以上 ほぼ毎日	興味や関心が優先する、適切な意思表示ができない、判断能力が不十分等により、不適切な行為がある 不適切な行為をするので、あらかじめ対策をとる必要がある
突発的な行動	支援が不要、月に1回まで支援が必要 週に1回以上 ほぼ毎日	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、突然そちらへ走っていき突発的な行動をするので、あらかじめ対策をとる必要がある
過食・反すう等	支援が不要、月に1回まで支援が必要 週に1回以上 ほぼ毎日	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
てんかん	てんかんはない、年に1回以上 月に1回以上 週に1回以上	服薬によりコントロールされているが、環境が変化した場合におこる発作の回数

↑ 該当するものに○をしてください。

★★2、3については、利用者が18歳未満の場合にのみ記入してください★★

2 身体機能・日常生活動作について

項目	支援度合	判 断 基 準
歩行	全面的な支援が必要	全面的に支援を要する。自力では全く歩行できない。
	部分的な支援が必要	身体に触れる支援が部分的に必要。
	見守り等の支援が必要	見守り、声掛け等身体に触れない支援が必要。杖等が必要。
	支援が不要	支援がなくても自分で歩行ができる。
移乗	全面的な支援が必要	全面的に支援を要する。寝たきり等により移乗ができない。
	部分的な支援が必要	身体に触れる支援が部分的に必要。
	見守り等の支援が必要	見守り、声掛け等身体に触れない支援が必要。車いすを臀部の下に差し入れる必要がある。
	支援が不要	支援がなくても自分で移乗ができる。
移動	全面的な支援が必要	全面的に支援を要する。常時の付き添いが必要。
	部分的な支援が必要	身体に触れる支援が部分的に必要。
	見守り等の支援が必要	見守り、声掛け等身体に触れない支援が必要。頻繁に休憩が必要。
	支援が不要	支援がなくても自分で移動ができる。
排尿	全面的な支援が必要	排尿のための一連の行動に全面的に支援を要する。
	部分的な支援が必要	声掛け、清拭等部分的な支援により、自力で排尿できる。ストマ、おむつ、尿とりパット等を使用している。
	支援が不要	支援がなくても自分で排尿ができる。
排便	全面的な支援が必要	排便のための一連の行為に全面的に支援を要する。
	部分的な支援が必要	声掛け、清拭等部分的な支援により、自力で排便できる。ストマ、おむつ等を使用している。
	支援が不要	支援がなくても自分で排便ができる。
食事	全面的な支援が必要	食事のための一連の行為に全面的に支援を要する。
	部分的な支援が必要	見守りまたは部分的な支援により、自力で食事できる。
	支援が不要	支援がなくても自分で食事ができる。
入浴	全面的な支援が必要	全面的に支援を要する。清拭のみ行っている等。
	部分的な支援が必要	声掛け、洗い直し等部分的な支援により、自力で入浴できる。
	支援が不要	支援がなくても自分で入浴できる。

該当するものに○をしてください。なお「歩行」は自力歩行についての判断ですが、「移動」に関しては、手段は問いません。



【例】

車椅子を使用すれば移動できる

自力歩行できるが一人では不安感が強く目的地へ移動できない

3 行動障害等について

判定基準	区 分	例
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	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回以上 <input type="checkbox"/> ない	特定の考え、物や服、人等に対するこだわりがある。 食事中に席を離れる。部屋の中を動き回る。 予定や支援者、環境等の変化を受け入れられず、思いどおりにならないと大声・奇声を発する等興奮した状態になる。
睡眠障害や食事・排せつに係る不適応行動	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回以上 <input type="checkbox"/> ない	夜間の不眠を改善するために睡眠薬を服用している。就寝時間になっても眠らない。眠りが浅い。夜中に目を覚ます。偏食がある。食べ過ぎる。食事を取らない。水分をとり過ぎる。
自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回以上 <input type="checkbox"/> ない	傷跡が残るほど傷つける。頭髪を抜く、血が出るくらい爪を噛む等 おもちゃを壊す、絵本を破る等
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。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回以上 <input type="checkbox"/> ない	場面や気持ちの切り替えが難しい。 周囲の状況を確認せず突然飛び出す等の行動がある。 危険な物や行為を理解していない。
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。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回以上 <input type="checkbox"/> ない	特定の考えに固執し、特定の行為を繰り返す、儀式的な行為にとらわれる等により、動作に時間がかかり日常生活に支障が生じる場合がある。同じ質問を繰り返す等
他者と交流することの不安や緊張、感覚過敏等のため外出や集団参加ができない。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回以上 <input type="checkbox"/> ない	人と会うと緊張状態になる。人見知りが激しい。 自室にこもって何もしないでいる。
学習障害のため、読み書きが困難。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回以上 <input type="checkbox"/> ない	自分の名前を言えない又は書くことができない。 物や色、動物等の名前を理解して言うことができない又は書くことができない。

↑ 該当するものに○をしてください。