

短期入所を申請する方は、ご記入の上ご提出ください。

短期入所重度障がい者支援加算 調査票

児童氏名（カタカナ） (歳)	調査日 年 月 日
-----------------------------	----------------------------

以下の項目を読んで、該当する方に○をつけてください。

1	歩行・移乗・排尿・排便の <u>すべてに</u> 、見守りや介助が必要ですか。	必要	一部必要／ 必要ない
2	両上肢・両下肢 <u>すべてに</u> 、麻痺（欠損、筋力の低下、拘縮を含む）がありますか。	ある	一部ある／ ない
3	「寝返り」できますか。	できない	できる／ 何かにつかまればできる
4	レスピレーター（人工呼吸器）の装着はありますか。	ある	ない
5	療育手帳のA 1を持っていますか。	はい	いいえ
6	意思を他者へ伝達することができますか。	できない／ ほとんどできない／ ときどきできる／	できる

以下、職員記入欄

① 判定基準項目（該当に○） → 1・2・3・4・5・6 I 類（5以外すべて） ・ II 類（4以外すべて） ・ III 類（6） ・ 非該当			
② 障がい児支援区分（該当に○）		③ 重度障がい者支援加算（該当に○）	
3	5 領域 2 0 項目で (1)(2)(3)(9)の判断項目④が3つ以上 または、 5 領域 1 1 項目の読替え項目の5に 「全介助」がある	⇒	I 類またはII 類 該当 ⇒ 重度障がい者支援加算 I
			III 類 該当 ⇒ 行動関連項目 10 点以上 (点) Yes ⇒ 重度障がい者支援加算 I No ⇒ 非該当
			非該当 ⇒ 非該当
2	5 領域 2 0 項目で (1)(2)(3)(9)の判断項目③・④が3つ以上 または、 5 領域 1 1 項目の読替え項目の5に 「一部介助」がある	⇒	行動関連項目 10 点以上 Yes ⇒ 重度障がい者支援加算 II No ⇒ 非該当
1	障がい児支援区分 3・2 に非該当 かつ 5 領域 2 0 項目 (1)(2)(3)(9)の判断項目③・④が1つ以上	⇒	非該当
【行動関連項目 18 点以上】 ※要・事業所事前相談 強度行動障がい判定基準表の添付 なし ・ あり (点) 非該当 ・ 20 点以上（加算算定可） ・ 30 点以上（行動関連 18 点以上該当）			