

(別紙)

強度行動障害児支援加算確認票

事業所名	
対象児童名	
受給者証番号	
対象児童住所	

以下の基準表で計算し、20点以上の場合は、強度行動障害児支援加算の対象になります。事業所の児童発達支援管理責任者及び支援を担当する強度行動障害支援者養成研修修了者と面談し、当てはまる項目に○をつけてください。

行動障害の内容	1点	3点	5点
ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	週に1回以上	1日に1回以上	1日中
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
激しいこだわり	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回
激しい器物破損	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
睡眠障害	月に1回以上	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、過食、反すう等の食事に関する行為	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
排せつに関する強度の障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
激しい多動	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	ほぼ毎日	1日中	絶えず
沈静化が困難なパニック			あり
他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為			あり
	小計		
	合計		

上記の件について、事業所から説明を受けましたので、強度行動障害児支援加算基準適合の判定を希望します。

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____

支援者署名 _____

受給者(保護者)署名 _____