

強度行動障害基準表

※太枠内を直近1か月の状況でご記入ください。

保護者氏名	○○ □□
児童氏名	○○ ○○
記入者氏名	△△ △△
記入日	令和6年5月17日

合計	28	点
I (20点以上)	II (30点以上)	非該当

行動障害の内容	説明	頻度					
		週に1回以上	1日に1回以上	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回	1日中
ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、爪をはぐなど	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、殴り、髪引き、頭突きなど、相手がケガをしかねないような行動など	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐ、外出を拒み通す、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などを壊し、その結果危害が本人にも周りにも大きいもの、服を何としてでも破ってしまうなど	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベットについていられず人や物に危害を加えるなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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動	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げる、椅子に座っていられず皆と一緒に食事ができない、便や釘、石などを食べる異食、体に異常をきたしたことがある拒食、特定の物しか食べない偏食など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排せつに関する強度の障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁になすりつけたり、脅迫的に排尿排便行動を繰り返すなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出し、目を離すと一時も座れず走り回る、ベランダの上など高く危険なところに登るなど	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	耐えられないような大声を出す、一度泣き始めると大泣きが何時間も続くなど	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
沈静化が困難なパニック	一度パニックが出ると、体力的にもとても抑えられず止められない状態を呈する	/				<input checked="" type="checkbox"/>	あり
他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行動	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、関わっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある	/				<input checked="" type="checkbox"/>	あり