

令和3年4月1日から

児童発達支援に

## 個別サポート加算(Ⅰ) が創設されます

令和3年度の国の報酬改定により、より手厚い支援を必要とする子どもへのきめ細かい支援を評価するために、個別サポート加算(Ⅰ)が創設されます。

### 加算の対象となるサービス

児童発達支援

医療型児童発達支援

### 加算の対象となる児童の要件

受給者証を発行する際の調査票（裏面参照）の調査内容をもとに対象要件（裏面参照）を満たすお子さんについては、個別サポート加算(Ⅰ)の対象となります。

既に受給者証をお持ちの場合は、発行の際の調査票をもとに対象となるか確認のうえ、追加決定いたします。追加決定の対象となったお子さんについては、4月以降、個別に通知いたします。

### 個別サポート加算(Ⅰ)の取り扱い

これまでの基本報酬にあわせて、個別サポート加算(Ⅰ)として100単位／日が算定されます。

※加算算定後も、受給者証に記載されている利用者負担上限月額を超えて負担額が発生することはありません。

※無償化対象児童については、利用者負担は発生しません。利用者負担以外の費用（医療費や、センター以外の事業所における食費等の現在実費で負担しているもの）は引き続き別途お支払いください。

問い合わせ先：福岡市こども未来局こども発達支援課

TEL:092-711-4178

FAX：092-733-5534

(個別サポート加算(Ⅰ)対象要件)

サービス	対象要件	
児童発達支援	3歳未満の場合	食事、排泄、入浴及び移動の項目で、全介助又は一部介助である項目が2以上
医療型 児童発達支援	3歳以上の場合	以下の①及び②に該当すること ① 食事、排泄、入浴及び移動の項目で、全介助又は一部介助である項目が1以上 ② 食事、排泄、入浴及び移動以外の項目（行動障害および精神症状の各項目）で、 ほぼ毎日（週5日以上）ある又は週に1回以上ある項目が1以上

(調査項目)

項 目					
日常生活動作 (身体介護)	① 食事(3歳以上) ※おかずを刻んでもらうなど	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 自立
	② 排せつ(5歳以上) ※便器に座らせてもらうなど	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 自立
	③ 入浴(5歳以上) ※身体を洗ってもらうなど	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 自立
	④ 移動 ※手をかしてもらうなど	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 自立
⑤行動障がいおよび精神症状					
(1)	強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 週1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 月1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> ない
(2)	睡眠障がいや食事・排せつに係る不適応行動。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 週1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 月1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> ない
(3)	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"/> ほぼ毎日支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 週1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 月1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> ない
(4)	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"/> ほぼ毎日支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 週1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 月1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> ない
(5)	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"/> ほぼ毎日支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 週1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 月1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> ない
(6)	他者と交流することの不安や緊張のため外出できない。また、自室に閉じこもって何もしないでいる。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 週1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 月1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> ない
(7)	学習障害のため、読み書きが困難。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 週1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> 月1回以上の支援や配慮等が必要	<input type="checkbox"/> ない