

こ発第 1444 号
令和 3 年 3 月 30 日

各児童発達支援事業所 管理者 様

福岡市こども未来局こども部こども発達支援課長

令和3年度報酬改定における児童発達支援の「個別サポート加算(Ⅰ)」の
創設に伴う対応について(依頼)

日頃から、本市障がい児福祉行政にご協力いただきありがとうございます。

令和 3 年 2 月 4 日、国から令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定の概要が示されたところですが、児童発達支援について、著しく重度及び行動上の課題のあるケアニーズの高い障がい児の支援を充実させる観点から、児童発達支援及び医療型児童発達支援は 5 領域 11 項目の調査項目によるスコアを用いて判定した結果、一定の要件に該当する障がい児を受け入れたことを評価する加算「個別サポート加算(Ⅰ)」が創設されました。

基本的には、市町村が支給決定の際に「個別サポート加算(Ⅰ)」の該当の有無を判定することとされていますが、令和 3 年 4 月から全ての利用者について判定を行うことは困難であるため、各事業所ごとに 5 領域 11 項目の調査を実施していただき、その調査結果の内容を基に、当課において「個別サポート加算(Ⅰ)」の判定を行うこととしました。各事業所におかれましては、別紙調査要領をご確認頂いたうえで、ご対応をお願いします。

大変ご多忙のところ、申し訳ありませんが、全事業所の個別サポート加算(Ⅰ)の円滑な設定のため、よろしくお願い申し上げます。

【問い合わせ先】

〒810-8620 福岡市中央区天神 1 丁目 8 番 1 号

福岡市こども未来局 こども部 こども発達支援課 事業所指定・指導係

担当 坂田、長谷川、立花

(TEL)092-711-4178 (FAX)092-733-5534

事業者指定専用アドレス: syougaiji-jigyousyashitei@city.fukuoka.lg.jp

～調査要領～

1.調査実施事業所

本市の「児童発達支援」及び「医療型児童発達支援」の支給決定を受けた児童の受け入れを行っている児童発達支援事業所(非重心)及び医療型児童発達支援事業所(非重心)

※複数の児童発達支援事業所(非重心)及び医療型児童発達支援事業所(非重心)を利用している場合、利用者負担上限額管理事業所が本調査を行うものとする。(但し、対象者の利用者負担上限月額が0円等の場合、事業所間の調整のうえ、利用者負担上限額管理事業所事業所以外の事業所が当該事務を行うことも可能とする。)事務担当事業所は、併用先の事業所の当該児童に関する報酬算定に大きく影響するため、本通知を十分にご確認いただき、遺漏のないようお願いします。

2.調査対象児

令和3年4月1日時点(契約予定者も含む)で契約している障がい児(※重症心身障がい児も含む)※重症心身障がい児が重心型児童発達支援事業所又を利用した場合は、個別サポート加算(Ⅰ)の算定対象にはならない。例外として、重症心身障がい児が非重心の事業所を利用し、重症心身障がい児以外の基本報酬を算定することになる場合は、個別サポート加算(Ⅰ)も算定可能となるため、調査が必要。

3. 提出書類

＜郵送にて提出を行うもの＞

市内児童発達支援センターの場合

- ①「個別サポート加算(Ⅰ)対象児リスト」(別紙1参照)
- ②「勘案事項整理票・日常生活の状況調査(障がい児通所支援)」(別紙2参照)

市内児童発達支援センター以外の場合

- ①「個別サポート加算(Ⅰ)対象児リスト」(別紙1参照)
- ②乳幼児等サポート調査・給付決定時調査 調査票」(別紙3参照)

＜電子メールにて提出を行うもの＞

- ①「個別サポート加算(Ⅰ)対象児リスト」(別紙1)

本リストについては、郵送においてもご提出いただきますが、電子メールにおいて、ご提出いただく個別サポート加算(Ⅰ)対象児リスト(別紙1参照)については、個人情報記載されている内容については、削除したものを下記の提出先に送信してください。

(個人情報削除の手順)

・事業所において作成した「個別サポート加算(Ⅰ)対象児リスト」(別紙1参照)(Excel)をコピーする。
・コピーした「個別サポート加算(Ⅰ)対象児リスト」(別紙1参照)(Excel)の「支給決定保護者氏名」「保護者フリガナ」「保護者生年月日」「支給決定児童氏名」「児童フリガナ」「児童生年月日」「郵便番号」「住所」の欄に記載されている内容を削除する。(該当セルを空白にする。)

(郵送の提出先)

提出先: 〒810-8620 福岡市中央区天神1丁目8番1号

福岡市役所こども未来局こども発達支援課 事業所指定・指導係

※封筒の表面に「個別サポート加算(Ⅰ)対象児リスト同封」と朱書きで記載をお願いします。

(電子メールの提出先)

提出先: syougaiji-jigyousyashitei@city.fukuoka.lg.jp

※メールの件名に「(貴事業所名を入力してください)個別サポート加算(Ⅰ)対象児リストの提出について」と記入してください。

4.提出期限

令和3年4月15日(木)【必着】

※期日までに提出が無い場合、また、書類の不備等がある場合は、個別サポート加算(Ⅰ)の算定ができない場合がありますので、予めご了承ください。

なお、どうしても期日までに提出が間に合わない場合は、個別にご相談ください。

(可能な限り対応いたしますが、個別サポート加算(Ⅰ)の有効期間の始期について、変動する可能性があります。)

5.スケジュール

令和 3 年 3 月 30 日	こども発達支援課から、本市の「児童発達支援」及び「医療型児童発達支援」の支給決定を受けた児童の受け入れを行っている児童発達支援事業所(非重心)及び医療型児童発達支援事業所(非重心)に対して、5 領域 11 項目の調査依頼。
令和 3 年 4 月 15 日頃	<u>事務担当事業所より個別サポート加算(Ⅰ)対象児リストの提出締切。</u>
令和 3 年 4 月 19 日頃	こども発達支援課は、上記事業所から提出された書類の内容を精査し、個別サポート加算(Ⅰ)の要件判定を行ったうえで、対象児について、個別サポート加算(Ⅰ)の支給決定。
令和 3 年 4 月 30 日頃	<p>こども発達支援課より、個別サポート加算(Ⅰ)対象児の保護者に対し、以下の書類を送付。</p> <p>・「児童発達支援給付決定に係る個別サポート加算(Ⅰ)について(お知らせ)(別紙 5 参照)</p> <p>※既に受給者証送付済の児童について、受給者証の差し替えは行いません。上記通知をもって、個別サポート加算の決定がなされているものと取り扱います。</p> <p>※<u>令和 3 年 4 月 15 日までに提出があったもの</u>については、<u>令和 3 年 4 月 1 日を個別サポート加算(Ⅰ)の有効期間の始期とする支給決定</u>を行います。</p>
令和 3 年 5 月 1 日から 令和 3 年 5 月 10 日まで	<p>事業所は、個別サポート加算(Ⅰ)対象児の保護者に対し、「児童発達支援給付決定に係る個別サポート加算(Ⅰ)について(お知らせ)」(別紙 5 参照)の写しの提供を依頼し、その内容を確認したうえで、請求を行う。</p> <p><u>※このとき、事務担当事業所は、併用先の事業所にも個別サポート加算(Ⅰ)の有無について、情報提供を行うこと。</u></p>

6.調査の手順

(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

※調査時の年齢を基に, 要件判定を行うこと。

① 通所先が児童発達支援センターの場合

児童発達支援センターについては, 障がい児通所支援の『児童発達支援』の有効期間の更新の際に, 5 領域 11 項目の調査を実施していただいているため, 改めて調査を実施して頂く必要はありません。直近の 5 領域 11 項目の調査結果を基に, 個別サポート加算(Ⅰ)対象児リストの作成をお願いします。また, 対象児の保護者に対し, 「個別サポート加算の創設について」(別紙 6 参照)を配布していただいたうえで, 『個別サポート加算(Ⅰ)の内容』及び『報酬算定の内容』について, また『個別サポート加算(Ⅰ)の要件判定にあたって, 直近の調査内容を活用する』ことについて, 周知していただくようお願いします。

② ①以外

(1)対象児の保護者に対し, 「個別サポート加算の創設について」(別紙 6 参照)を配布していただいたうえで, 『個別サポート加算(Ⅰ)の内容』及び『報酬算定の内容』に『個別サポート加算(Ⅰ)の要件判定にあたって 5 領域 11 項目の調査の実施が必要である』ことについて, 説明を行う。

(2)「乳幼児等サポート調査・給付決定時調査 調査票」(別紙 3 参照)を用いて, 各調査項目について, 聞き取りを行ったうえで, 調査結果を記入する。

※各調査項目の聞き取りにあたっては, 「乳幼児サポート調査 留意事項」(別紙 4 参照)を参考にして, 聞き取りを行ってください。

(3)各児童の調査結果を基に, 個別サポート加算(Ⅰ)対象児リスト(別紙 1 参照)の作成を行う。

以上

（個別サポート加算（Ⅰ）対象児リスト）

事業所名

事業所番号

担当者名

担当者連絡先

本リストは郵送及び電子メールの両方で提出を行う必要があります。

なお、電子メールでご提出いただく分については、**個人情報に記載されている内容について削除したもの**を下記の提出先に**令和3年4月15日まで**に下記の提出先に送信してください。

※メールの件名に「（貴事業所名を入力してください）個別サポート加算（Ⅰ）対象児リストの提出について」と記入してください。

- （個人情報削除の手順）
- 作成した「個別サポート加算（Ⅰ）対象児リスト」(Excel)をコピーする。
 - コピーした「個別サポート加算（Ⅰ）対象児リスト」(Excel)の「支給決定保護者氏名」「保護者フリガナ」「保護者生年月日」「支給決定児童氏名」「児童フリガナ」「児童生年月日」「郵便番号」「住所」の欄に記載されている内容を削除する。（該当セルを空白にする）

送信先:syougaiji-jigyousyashitei@city.fukuoka.lg.jp（福岡市役所こども未来局こども発達支援課 事業所指定・指導係 専用アドレス）

項番	受給者証番号	支給決定保護者氏名	保護者フリガナ	保護者生年月日	支給決定児童氏名	児童フリガナ	児童生年月日	郵便番号	住所	現在の支給決定内容	個別サポート加算該当の有無
〈例〉	2200000000	福岡 太郎	フクオカ タロウ	S55.3.1	福岡 花子	フクオカ ハナコ	H25.4.1	810-8620	福岡県福岡市中央区天神1丁目8番1号	児童発達支援(重心)	該当
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											

勘案事項整理票・日常生活の状況調査（障がい児通所支援）

調査実施者

氏名		調査実施日	令和	年	月	日
----	--	-------	----	---	---	---

調査対象者

申請者（保護者）		続柄		児童氏名	
----------	--	----	--	------	--

家族構成	氏名	年齢	続柄	職業（勤務・通学時間・休日等）	心身の状況 （通院の有無、福祉サービスの受給状況）
通学状況	学校名・通級指導教室			通学日及び通学時間	通学方法
通院状況	医療機関名		病名		通院間隔
通所支援 利用目的				環境	

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	

日常生活の状況調査票(特記事項)

調査日: 年 月 日

児童氏名:

日常生活動作(身体介護)

(①食事) (スプーン・箸)で(自分・介助者)により摂取

むせたり飲み込みにくい(有・無) 食べこぼし(有・無) 食事の意欲(有・無) 食べ物で遊ぶ(有・無)

食べやすくするための介助(有・無) 無) 過食や他人の食事を食べる(有・なし)

見守り(要・不要) 声かけ(有()無)

(②排せつ) (家のトイレ・ポータブルトイレ) トイレへの移動(尿意を感じて1人で・声かけで・全介助)

服の上げ下げ介助(有・無・見守り) 後の拭き取り(有・無・見守り)

オムツ(夜のみ・常用・外出のみ・無)

(③入浴) 誰と(1人・介護者) 浴槽への入り方(1人で・抱きかかえる・支える・見守り) 洗身洗髪(1人・全介助・洗い残しを介助・見守り) 声かけ(有()無)

(④移動) 屋内: 別の部屋やトイレへの移動(1人・壁や手すりにつかまって・這う・抱える・手を引く) 声かけ(有()無) 家の中を動きまわる(有・無) 屋外に飛び出す(有・無)

屋外: 車いす使用(有・無) 飛び出し・走り出し・立ち止まり・座り込み(有・無)

行動障がいおよび精神状況

ほぼ毎日支援や配慮等が必要 : 調査日前の1週間に週5回以上(1か月間に5日以上(週が2週以上でも可))ある

週1回以上の支援や配慮等が必要 : 調査日前の1か月間に週1回以上ある

月1回以上の支援や配慮等が必要 : 調査日前の1か月間に1回以上ある

(⑤-①不安定行動) 特定の物や行為に強いこだわり: 移動コース固執や状態固執等(有・無) 飛び出しや動き回るなどの多動(有・無) 奇声や地団駄、動かなくなるなどのパニック(有・無) 危険の認識に欠ける行動(有・無)

(⑤-②不適応行動) 寝付きが悪い、昼夜逆転、夜中遊びなど睡眠障害(有・無) 食器を投げる、座っていない、拒食、過食、異食、多飲水や過飲水などの食事の問題行動(有・無) 不適応排泄行動(有・無)

(⑤-③粗暴行為) 爪はぎ、頭打ち、咬みつきなどの自傷行為(有・無) 咬みつき、蹴る、殴、髪抜きなどの他傷行為(有・無) 壁や家具、ガラスなど器物破損行為(有・無)

(⑤-④憂鬱で悲観的) 抑うつ気分により悲観的であったり考えがまとまらないなど日常生活に支障をきたす(有・無)

(⑤-⑤反復的行動) 再三の手洗いや繰り返し確認のため日常動作に時間がかかる(有・無)

(⑤-⑥対人面の不安緊張) 他者と交流することの不安や緊張のため外出ができない。長期にわたって引きこもり状態が続く(有・無)

(⑤-⑦学習障がいのため、読み書きが困難(有・無))

追加特記事項 (訪問中の児のようす・親の様子、集団保育・学校、コミュニケーション能力、医療等の状況を記入する)

乳幼児等サポート調査・給付決定時調査 調査票

【児童発達支援及び医療型児童発達支援】

調査対象児童氏名	
年齢(調査日時時点)	歳

調査日時	
------	--

調査票記入者氏名	
(所属)	

【調査実施者の方へ】

- 別紙の「乳幼児等サポート調査留意事項」に沿って、各調査項目の「サポート調査判定結果欄」に✓をつけ、「サポート加算対象の判定」に、調査対象児童の年齢に応じた要件に該当する場合は✓をつけてください。
- その調査結果について、「通常の発達において必要とされる介助等を除くと、いずれの判定結果になるか。」という視点で判定し、「給付決定時調査判定結果欄」に✓をつけてください。

調査項目	サポート調査判定結果欄		
	介助なし	一部介助	全介助
① 食事			
② 排泄			
③ 入浴			
④ 移動			
⑤ 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動又は危険の認識を欠く行動	なし	週1回以上	ほぼ毎日
⑥ 睡眠障害又は食事若しくは排泄に係る不適応行動(多飲及び過飲を含む。)			
⑦ 自分や他人の身体を叩いたり傷つけたりする行為又は器物損壊行為			
⑧ 気分がふさぎこんだ状態又は思考力が低下した状態			
⑨ 反復的行動(再三の手洗い又は繰り返しの確認を含む)			
⑩ 対人面の不安緊張、感覚過敏、集団への不適応又は引きこもり			
⑪ 読み書きが困難な状態(学習障害によるものを含む。)			



通常の発達において必要とされる介助等を除くと、いずれの判定結果になるか。

給付決定時調査判定結果欄		
介助なし	一部介助	全介助

※調査不要

個別サポート加算(Ⅰ)の対象の判定

○ 3歳未満の場合: サポート調査判定結果で①～④のうち、2以上が全介助又は一部介助となる。	
○ 3歳以上の場合: サポート調査判定結果で①～④の1以上が「全介助」又は「一部介助」で、かつ、⑤～⑪の1以上が「ほぼ毎日」又は「週1回以上」になる。	

※調査時の年齢を基に、要件判定を行ってください。

乳幼児等サポート調査 留意事項

【個別サポート加算Ⅰ（児童発達支援・医療型児童発達支援）】

調査実施上の留意点	<ul style="list-style-type: none">・調査対象の児童の状態は、適切な支援や環境が整っていない状況（例：保護者や慣れている支援者がいない状況、初めての場所等）を想定して判断する。・「できる時とできない時がある場合」は、「できない場合」に基づき判断する。（項目がまたがる場合は、高い方の項目を採用する）・各項目を判定する上で行動上のサポートの度合を判定するため、通常の発達の範囲かどうかは問わないものとする。・聞き取りを保護者に行う際には、具体例を適宜参考に示しながら聞き取りを行うこと。・聞き取りは、児童が主に利用している児童発達支援センター（福祉型・医療型）、児童発達支援事業所、障害児相談支援事業所、かかりつけ医等、本人の状態をよく知っている者から聴取し、総合的に勘案することも差し支えない。
-----------	---

①食事			
項目	介助なし	一部介助	全介助
目的	食事に関する一連の行為について、支援が必要かどうか確認する。 ※一連の行為とは、食事の開始から終了までの行為。		
解釈	・何らかの支援がなくても、「一連の行為」の全てを自分で行うことができる場合。	・「一連の行為」の一部を自分で行えないため、部分的（必要時に随時）に支援（見守りや声かけ等の支援を含む）が必要な場合。 ・食事を開始する前に、食べ物を食べやすくする等の支援を行っている場合。	・「一連の行為」の全てを自分で行えないため、全面的（常時）に支援が必要な場合。 ・「一連の行為」の目的や内容を理解していない場合。 ・経管栄養（胃ろう、腸ろう等）や中心静脈栄養を行っていて、全面的に支援を受けている場合。
具体例		・食べ物に特別な配慮をする必要がある。 →軟食、きざみ、ミキサー食、流動食、経管栄養（経口・胃ろう）、中心静脈栄養、宗教食、過度な食物アレルギー、特別なカロリー制限など配慮がある場合。 ・一度に口に詰め込まないよう等、安全面での配慮が必要。 ・都度、嚥下（飲み込む行為）や咀嚼（噛む行為）の指導をしている。 ・嚥下等に配慮された特性のコップや食器等を使用しており、食事のサポートを行っている場合。 ・食べるのに何でも手づかみ、スプーン等の道具が特性のものであったり、また道具を使って食べることにサポートを行っている場合。 ・著しい偏食がある。（水が飲めない、食べられるものが極端に少ない等） ・感覚過敏(食形態(温度、食感)のこだわり、食器のこだわり等)により配慮が必要。	
②排せつ			
項目	介助なし	一部介助	全介助
目的	排せつに関する一連の行為について、支援が必要かどうかを確認する。 ※一連の行為とは、尿意（便意）の発現から排尿（排便）後の後始末までの行為をいう。		
解釈	・何らかの支援がなくても、「一連の行為」の全てを自分で行うことができる場合。	・「一連の行為」の一部を自分で行えないため、部分的（必要時に随時）に支援（見守りや声かけ等の支援を含む）が必要な場合。 ・「清拭」行為が不十分なため、支援者等が部分的にやり直している場合。 ・尿意・便意はないが、時間を決めるなどして、「一連の行為」を自分で行っている場合。	・「一連の行為」の全てを自分で行えないため、全面的（常時）に支援が必要な場合。 ・「一連の行為」の目的や内容を理解していない場合。 ・「清拭」行為が不十分なため、支援者等が対象者自身の行った箇所を含めて全面的にやり直している場合。 ・集尿器や畜尿袋（ストマ）、おむつ、尿とりパット等を使用したり、尿カテーテルを留置して、全面的に支援を受けている場合。 ・支援者等が間欠導尿を行っている場合。 ・畜便袋（ストマ）、おむつ等を使用したり、人工肛門を造設して、全面的に支援を受けている場合。 ・支援者等が浣腸、摘便を行っている場合。
具体例		・立ち便器、和式便器等、トイレの形状によって排せつが困難な場合。 ・トイレトレーニングのために、排泄時間の記録、定時での排泄チェックを行っている。 ・大人の促しがなければ、自発的にトイレに行くことが難しく、配慮が必要な場合。 ・決まった場所でしか排泄をしたがらない場合。例）決まった便器でしか出来ない。自宅のトイレ以外では出来ないなど。	・頻尿で何回もトイレに行きたがる。 ・尿意等を自分から伝えられない。 ・便こねの行為があったり、排尿する場所ではない所で行為を行うため見守りが必要。 ・排泄の失敗などが多く、都度対応が必要。（頻度は1週間に1回以上。オムツは使用せずに対応している場合も含む） ・集尿器や畜尿袋（ストマ）、おむつ、尿とりパット等を使用したり、尿カテーテルを使用している。 ・畜便袋（ストマ）、おむつ等を使用したり、人工肛門を造設している。 （頻度は1週間に1回以上。オムツは使用せずに対応している場合も含む） ・排泄の度ごとに職員による清拭が必要となる。

③入浴			
項目	介助なし	一部介助	全介助
目的	入浴に関する一連の行為について、支援が必要かどうかを確認する。 ※一連の行為とは、入浴の脱衣から着衣までの行為をいう。		
解釈	・何らかの支援がなくても、「一連の行為」の全てを自分で行うことができる場合。	・「一連の行為」の一部を自分で行えないため、部分的（必要時に随時）に支援が必要な場合。 ・「身体や髪、顔を洗う・拭く」行為が不十分なため、支援者等が部分的にやり直している場合。	・「一連の行為」の全てを自分で行えないため、全面的（常時）に支援（見守りや声かけ等の支援を含む）が必要な場合。 ・「一連の行為」の目的や内容を理解していない場合。 ・「身体や髪、顔を洗う・拭く」行為が不十分なため、支援者等が対象者自身の行った箇所を含めて全面的にやり直している場合。 ・医療上の必要により入浴を禁止されており、配慮しながら清拭が必要な場合。 ・その他の事情で清拭しか行えない場合。
具体例		・「一連の行為」を全て自分で行えるが、入浴の準備行為に時間がかかったり、入浴しても上がるまでに時間がかかったりすることがあり、見守りや配慮が必要。 ・「一連の行為」を全て自分で行えるが、1人で入浴させることはできない。（見守りや声かけを含む） ・感覚過敏があり、洗髪や洗顔、洗身に拒否を示すため、対応が必要。 ・石鹸やシャンプー、タオルなどにこだわりがあり、配慮が必要。 ・入浴する際に常に動いていて、見守り等の配慮が必要。	・入浴する際に首の座りが悪かったり、体幹が弱く配慮が必要である。 ・常時抱っこで入浴の必要がある。 ・シャワーを怖がる、浴槽を嫌がるなど、入浴への恐怖感がある場合。 ・洗髪や洗顔、洗身に強い拒否を示し泣くため、対応が必要。 ・シャワーベット等の器具を使用して、入浴している場合。
④移動			
項目	介助なし	一部介助	全介助
目的	移動（日常生活における必要な場所への移動）について、支援が必要かどうかを確認する。		
解釈	・何らかの支援がなくても、自分で「移動」ができる場合。	・自分で「移動」はできるが、部分的に（見守りや声かけ等含む）の支援が必要な場合。	・支援者等による対象者の身体に触れる支援が全面的に必要な場合。（「支援者等による対象者の身体に触れる支援」を行ったうえで「移動」をする必要がある場合。） ・転倒防止等のため、移動中は常に抱っこや手をつなぐ等、常時の付き添いが必要な場合。 ・医療上の必要により、自力での移動を禁止されている場合。
具体例		・階段や未舗装道路（砂利道等）等の条件によって介助が必要になることがある。 ・歩行速度が他児と異なる（速い／遅い）ため、個別の対応が必要。 ・道順や手段にこだわりがある。 ・感覚過敏等があり、外履きや靴下などに配慮が必要。 ・公共交通機関ではパニックになりやすく、利用できない。 ・移動が安定せず途中で立ち止まったり、座り込んだり、寝転んだりするため対応が必要。	・常時手をつなぐ状態や、常時抱っこ等で移動が必要な状態。 ・抱っこをして移動するが、首の座りや体幹が弱く抱っこに配慮が必要である。 ・常時バギーや車イス、お散歩カートなど移動用具が必要な場合。 ・道路への飛び出しがあり、信号を理解できない、障害物の回避が出来ないなどの理由で見守りが必要。 ・装具などを装着しているため、移動する際に配慮が必要。

行動障害及び精神障害				
⑤強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動又は危険の認識を欠く行動				
項目		なし	週 1 回以上	ほぼ毎日
大声・奇声を出す	目的	日常生活において行動上、どの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	・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場合。 ・物などを使って周囲に不快な音を立てる場合を含む。		
	具体例		・時間帯と場所を選ばず大声・奇声を出す。	
多動・行動停止	目的	日常生活において行動上、どの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	・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場合。		
	具体例		○ 多動 ・周囲と協調できず、絶えず動いてしまう。またはマイペースに周囲と無関係に動いてしまう。 ・常時走り回る、1箇所に留まることが難しい。 ・絶えず喋っている。 ・体の一部を常時動かしている。 ・5～10分程度であれば指示に応じることができるが、その後すぐ同じ行動を繰り返してしまう。 ・ゆっくりした行動が難しい。（例：歩くことができず、すぐに走ってしまう等） ・バランス感覚がアンバランスのために転びやすい、怪我をしやすい、高いところから落ちやすい。 ○行動停止 ・本人の意思とは関係なく、次の行動に移ることが難しい。	
不安定な行動	目的	日常生活において行動上、どの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	・予定や手続き、日頃から慣れている支援者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等、行動が不安定になる場合。		
	具体例		・特定の物・人へ固執することで安定を図り、それが無くなったり、変更してしまうと不安定になってしまう。 ・パニック、突然泣き出すことがある。 ・突然の予定変更があると次の行動ができなくなる。また、不安になり落ち着きがなくなってしまうたり、行動が停止する。	
突発的な行動	目的	日常生活における行動上の危険性で、どの程度の支援を必要としているかを確認する。		
	解釈	・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、突然気になる方へ走って行ってしまう等、突発的な行動がある場合。 ・危険の認識が弱く、道路への飛び出しや自分の身体能力を超えた高さから飛び降りる等の行為がある。		
	具体例		・手にしたものを突発的に投げてしまう。 ・気になるものや事柄があると、大人から勝手に離れてしまい、迷子や行方不明になることがある。（常に見守りや防止するための環境設定が必要） ・気になることがある場合に、手を繋いでいても手を振り切り、気になる方に行ってしまう場合がある。 ・危険の認識が弱く、突発的に道路に飛び出したり、自分の身体能力を超えた高さから飛び降りる、熱いものなど危険なものに手を出してしまう。	
てんかん	目的	日常生活においてどの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	過去にてんかん歴なし	てんかんの経過観察あり	てんかんの診断があり
	具体例		・服薬対応までしていないが、てんかんの経過観察を行っている。	・てんかんの診断がある。（薬で発作を予防している場合も含む。） ・発熱時に抗けいれん座薬等で対応をしている。 ・薬の服用状況の確認を常に行なっている。
⑥睡眠障害又は食事若しくは排せつに係る不適応行動（多飲及び過飲を含む。）				
項目		なし	週 1 回以上	ほぼ毎日
異食行動	目的	日常生活における行動上の危険性で、どの程度の支援を必要としているかを確認する。		
	解釈	・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がある場合。 ・異食行動を未然に抑えるため、異食しそうなものを周囲に置かないなど配慮が必要な場合。		
	具体例		・食べられないもの（例：石や砂、玩具類、腐った食べ物、地面に落ちて明らかに汚れている食べ物、酒類、洗剤類など）を口に入れる。 ・物を口に入れて感触遊びをしたり、確認したりする行為がある。 ・服の袖を噛んだり、紐を口に入れることがある。	
過食・反すう等	目的	日常生活において行動上、どの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	・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場合。		
	具体例		○食に関する行動上の問題 ・過食、拒食（例：異常な量を食べる、環境の変化によって食べられなくなるなど）がある。 ・口に入れたものを飲み込めず、口に溜めたままにする。 ・際限なく水を飲み続ける。 ・極度な偏食（例：白米だけしか食べない等、特定の物だけしか食べない）あり、食事面で配慮している。 ・嘔吐を繰り返す。	
昼夜逆転（睡眠）	目的	日常生活において行動上、どの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	・夜に寝られなかった結果、日中寝てしまう、夜になると活動的となり寝ようとしない等、昼夜の生活が逆転することで、日中の生活に支援が生じている場合。		
	具体例		・睡眠リズムが崩れやすく、昼夜逆転がある。 ・頻回に途中で起きる。夜泣き、夜驚への対応が必要である。 ・入眠障害、睡眠時間の不安定さ（短時間睡眠、長時間睡眠等）、早朝覚醒等がある。 ・睡眠障害に関する診断や治療をしている。	

⑦自分や他人の身体を叩いたり傷つけたりする行為又は器物損壊行為				
項目		なし	週 1 回以上	ほぼ毎日
自ら傷つける 行為	目的	日常生活における行動上の危険性で、どの程度の支援を必要としているかを確認する。		
	解釈	・自分の体を叩いたり、頭を床に打ち付けたりなど、自分の体を傷つける行為がある場合。		
	具体例		・自分の頭を叩いたり、床や壁に打ちつける。 ・自分をつねる。 ・傷口を触ったり、ほじったりして治らない。 ・自分で口に指を入れて嘔吐する。 ・衣服を破ることがある。	
他人を傷つける 行為	目的	日常生活における行動上の危険性で、どの程度の支援を必要としているかを確認する。		
	解釈	・他人を叩く、髪の毛を引っ張る、蹴る等、他人を傷つける行為がある場合。 ・壁を壊したり、物を投げたりする等、他人を傷つける危険性がある場合。 ・相手を侮辱したり等、心理的に相手を傷つける行為がある場合。		
	具体例		・他人を叩く、髪を引っ張る、蹴る、押す等の行為がある。 ・物を壊したり、投げたりする行為がある。 ・暴言（バカ、死ね等）、相手を侮辱したり、からかったり、いじめたりする行為がある。 ・他人へ過剰な注意や干渉によるトラブルを起こす場合がある。	
不適切な 行動	目的	日常生活において行動上、どの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	・興味や関心が優先したり、適切な意思表示ができなかったり、判断能力が不十分だったりする等により、不適切な行為がある場合。 例：急に他人に抱きつく、断りもなく物をもってきてしまう、他人をのぞき込む、急に他人に接近する。		
	具体例		・見知らぬ人に対し、過度に親しげな振る舞いをする。（例えば、抱きつく、膝の上に座るなど） ・うそをつく。 ・断りもなく人の物を持ってきてしまう、盗む。 ・感情のコントロールに困難があり、些細な出来事がきっかけで頻繁にかんしゃくをおこす。 ・自慰行為がある。 ・過度に人や物の臭いを嗅ぐ行為がある。 ・不適切な場所で放便・放尿がある。 ・意思が上手く伝えられないために、友達を叩いてしまう、物を投げるなどの行為で自分の意思を表現する。	
⑧気分がふさぎこんだ状態又は思考力が低下した状態				
項目		なし	週 1 回以上	ほぼ毎日
そううつ状態	目的	日常生活において行動上、どの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	・気分が憂鬱で悲観的になったり、時には抑鬱気分により思考力が低下し、考えがまとまらないため、日常生活に支障をきたす場合。 ・気分の高揚により、様々なことを思いつき、次々と行動に移すが、注意力が散漫であるため、その結果は失敗に終わること多く、社会生活に影響を及ぼす場合。 ※「そう」または「うつ」の、どちらかだけの行動に該当でも差し支えない。		
	具体例		○うつに関連する行動 ・前後の脈絡なく急に泣いたり、笑ったりする。 ・日常の活動への興味や意欲が感じられない。 ・睡眠に課題がありリズムが崩れやすく、睡眠が安定しない、まとまった睡眠がとれない。 （例：入眠できない、夜中に何度も目を覚ます、昼夜逆転等） ・睡眠障害に関する診断や治療をしている。 ○そうに関連する行動 ・気分の高揚 ・多動・多弁 ・過度な興奮状態 ・怒りやすい	
⑨反復的行動（再三の手洗い又は繰り返しの確認を含む）				
項目		なし	週 1 回以上	ほぼ毎日
反復的行動	目的	日常生活において行動上、どの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	・ある考えに固執し、特定の行為を反復したり、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。		
	具体例		・物や行為にこだわり特定の行為を反復する。（例：言葉やTVのフレーズを繰り返して話す、機械類をずっと見ていたり、気になると時や場所を選ばず寄って行ってしまふ、特定の玩具でしか遊ばないなど） ・スケジュールや物の置く位置などが変わると混乱し元に戻すように求めたり、戸の開閉を過度に気にし、きちんと閉まっていないとパニックを起こすため配慮が必要。 ・自分の気になることを、何度も聞き返す。 ・くるくる回るものやキラキラするものに集中し、動けなくなることがある。 ・回る物や紐などを常に持ち、それらを常に動かしている。 ・上半身を前後に揺らす、ジャンプを繰り返すなどがあり、時と場所に応じて配慮が必要。 ・日常生活の中で、決まったルーティン（例：服を着る順番が決まっているなど）を行わないと次の行動にうつれない。 ・日常生活の中で、決まった道以外を通るとパニックになる。	

⑩対人面の不安緊張、感覚過敏、集団への不適応又は引きこもり				
項目		なし	週1回以上	ほぼ毎日
対人面の不安緊張・集団への不適応	目的	日常生活において行動上、どの程度の支援（配慮の度合や頻度等）を必要としているかを確認する。		
	解釈	・人との関係で緊張状態になり、集団生活の場面に参加できなかったり、参加しても行動に移せない場合。 ・緊張状態が強く、身体症状が出ている場合。 ・感覚に過敏さがあるため、特定の物しか食べられない、着ることができないなど配慮が生じる場合。 ※一定期間にわたって引きこもり状態である場合は、「ほぼ毎日」を選択。		
	具体例		・一定期間保育園・事業所等へ行けなかったり、事業所の中に入れなかったり、家に引きこもっている状態。 ・全くもしくは短時間しか集団参加できず、個別に対応が必要。 ・新しい場所など慣れない場所に行くと動けなくなり、会話ができなくなる。 ・不安緊張が高まるとその場にいられなくなる、もしくはその場で動けなくなってしまう。 ・アイコンタクトが乏しく（話しているときや話しかけられているときに相手の顔を見ない）配慮を必要としている。 ・チック（目をパチパチさせたり、「オッ」など意図しないで声が出てしまうなど）など身体症状にあらわれている場合。 ・爪かみ、指しゃぶりがあある。 ・緘黙がある。 ・ファンタジーの世界に入ってしまう、やりとりが成立しない。 ・感覚過敏により日常生活への適応に困難があるため配慮が必要。(例：温度、食感、音が過剰に聞こえる、つま先立ちで歩く、光や色を過剰に感じる、皮膚感覚が過敏で同じ服しか着ることができないなど)	
項目		なし （※支援不要に該当）	週1回以上 （※支援が必要な場合があるに該当）	ほぼ毎日 （※常に支援が必要に該当）
説明の理解	目的	他者からの説明の理解に、どの程度の支援を必要としているかを確認する。		
	解釈	・簡単な口頭での説明をおおむね理解し、うなずいたり、返事をしたりし、説明に伴った行動ができている場合。	・簡単な口頭での説明であっても理解できないことが多く、説明に応じた行動ができないことが多い場合。 ・コミュニケーションツールや手話等を用いると、おおむね理解ができる場合。	・簡単な口頭での説明も理解が難しい場合。 ・説明を理解できているか判断できない場合。
	具体例		・簡単な口頭での説明を聞いてうなずいたり、返事をするが、その後の行動が伴わないことがある。 ・1つのことはできるが、同時に2つ以上のことを指示されると行動が困難になる。 ・コミュニケーションツールを用意することで、理解が促される。 ・ジェスチャーで補足すると理解が促進する。	・簡単な口頭での説明をしても、うなづきや返事などが見られず、理解できていると考えられない、又は、理解しているのかを判断ができない。 ・日常生活の中で、パターン化された特定の行為（座る、食べる等）のみ理解できる。
項目		なし （※支援不要に該当）	週1回以上 （※支援が必要な場合があるに該当）	ほぼ毎日 （※常に支援が必要に該当）
コミュニケーション	目的	他者に対する自分の意思の伝達に、どの程度の支援を必要としているかを確認する。		
	解釈	・日常生活（新規の場所や初見の人でも）における口頭での自分の意思の伝達に支障がない場合。	・慣れていない場面等では、口頭でのコミュニケーションが難しく配慮を必要とする場合。 ・コミュニケーションツール（絵カード、ICTの活用、PECS等）を利用すれば、自分の意思の伝達ができる場合。	・コミュニケーションツール等を用いても、自分の意思の伝達ができない場合。 ・自分の意思の伝達ができているかどうか判断が困難な場合。
	具体例		・コミュニケーションツール（絵カード、ICTの活用、PECS等）を用いるとコミュニケーションができる。 ・手話、点字等を用いている。 ・外国語でのコミュニケーションが必要なために、翻訳アプリの導入等、配慮が必要。 ・特定の人（保護者など）しか理解できないサインで意思を表現する。 ・特定の人（保護者など）としかコミュニケーションがとれない。 ・慣れない場所や人前では、表情が硬く話すことが難しい。 ・吃音がある。	・会話のやりとりはなく、一方的に話しかけたり、テレビのコマーシャルの台詞などを独り言のように話したりするが、自分の意思の伝達ではない。 ・相手からの話しかけにそのままオウム返しで返答している。（例：「わかった」という問いかけに「わかった」と返答するが、意味が理解できていない場合等） ・行動でのみ自分の意思を伝えられる。（例：冷蔵庫の前に行く、他者の手を引いておもちゃを取らせる等） ・日常生活上パターン化された内容のみ、自分の意思を伝える場合。（例：ご飯と言う、おもちゃのみ指さしする等）
⑪読み書きが困難な状態（学習障害によるものを含む。）				
項目		なし （※支援不要に該当）	週1回以上 （※支援が必要な場合があるに該当）	ほぼ毎日 （※常に支援が必要に該当）
読み書き	目的	文字を介したコミュニケーション、また、文字を読むこと、書くことについて支援が必要かどうかを確認する。		
	解釈	・何らかの支援がなくても、文字の読み書き及び意味の理解ができる場合。	・文字の読み書き及び意味の理解の一部を自分で行えないため、部分的に支援（見守りや声かけ等の支援を含む）が必要な場合。	・文字の読み書き及び意味の理解に関して全面的に支援が必要な場合。
	具体例		・一部理解はできるが、見守りや口頭で補足の説明が必要。 ・書くことはできないが、パソコン等の代用手段を使用すればできる場合。	・文字では理解できず、コミュニケーションツールを使用することで理解できる。 ・絵本や本に興味を示さない。 ・学習障害の診断がある。 ・外国語でのコミュニケーションが必要なために、翻訳を行なっている。

〒

福岡市 区 丁目 番 号

様

福岡市こども未来局こども部こども発達支援課長

児童発達支援給付決定に係る「個別サポート加算1」について（お知らせ）

日頃から、福岡市の障がい福祉行政にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

さて、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が可能となるように、「個別サポート加算1」が創設されました。

すでに受給者証をお届けしておりますが、受給者証を発行する際に行っている調査を基に、下記のとおり「個別サポート加算1」を追加決定しておりますのでお知らせいたします。

記

受給者証番号	*****
通所給付決定保護者氏名	福岡 太郎
給付決定に係る児童氏名	福岡 花子
給付決定内容	児童発達支援（重心・医ケアⅠ） 20日/月 令和3年4月1日～令和4年3月31日 児童発達支援個別サポート加算1 令和3年4月1日～令和4年3月31日

※このお知らせは、受給者証とともに大切に保管してください。児童発達支援利用にあたり、事業所から「個別サポート加算1」の有無について確認される場合があります。その際には、このお知らせを事業所へお示しください。

※調査項目については、裏面調査票をご参照ください。

（お問い合わせ先）

福岡市こども未来局こども発達支援課事業所指定・指導係
電話：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

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 16 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