

〒
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