|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  | 利用者氏名 |  | 保護者氏名 |  |
| 確認日 |  | 事業所名 |  | 確認者氏名 |  |

**医療的ケア児にかかる新判定スコア表（ケアニーズ対応加算用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療的ケア（診療の補助行為）** | | **基本スコア** | |
| **日中** | **夜間** |
| １ 人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む）の管理 注）人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。 | | □ | |
| 2  気管切開の管理 注）人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。（人工呼吸器10点＋人工呼吸器見守り０～２点＋気管切開８点） | | □ | |
| 3  鼻咽頭エアウェイの管理 | | □ | |
| 4  酸素療法 | | □ | □ |
| 5  吸引（口鼻腔・気管内吸引） | | □ | |
| 6  ネブライザーの管理 | | □ | □ |
| 7  経管栄養 | (1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻 | □ | |
| (2) 持続経管注入ポンプ使用 | □ | |
| 8  中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など） | | □ | |
| 9 皮下注射 注）いずれか一つを選択 | (1) 皮下注射（インスリン、麻薬など） | □ | □ |
| (2) 持続皮下注射ポンプ使用 | □ | □ |
| 10  血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む） 注) インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を加点しない。 | | □ | □ |
| 11  継続的な透析（血液透析、腹膜透析を含む） | | □ | |
| 12  導尿 注）いずれか一つを選択 | (1) 利用時間中の間欠的導尿 | □ | □ |
| (2) 持続的導尿（尿道留置カテ－テル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ） | □ | □ |
| 13  排便管理 注）いずれか一つを選択 | (1) 消化管ストーマ | □ | □ |
| (2) 摘便、洗腸 | □ | □ |
| (3) 浣腸 | □ | □ |
| 14  痙攣時の 坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 注）医師から発作時の対応として上記処置の指示があり、過去概ね1年以内に発作の既往がある場合 | | □ | |

※医療的ケア児を要件としてケアニーズ対応加算（保育所等訪問支援）を算定される場合は保護者に聞き取り、申立書と一緒にご提出ください。

※この用紙は、経過措置期間終了日の令和７年３月３１日までに限り使用が可能です。