

障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア（医師用）

確認ポイント

医療的ケア判定スコアは、医療的ケアを必要とする者が障害福祉サービス等（通所サービスや（短期）入所施設等）を利用するにあたり、どの程度の看護職員の配置を必要とするか等を判断するためのスコアです。患者が必要とする医療的ケア等について、下部の記載要領に沿って記載をお願いします。

| | | |
|-------|-------------|----------|
| 医療機関名 | 医療機関 住所地 | 〒 ー |
| | 連絡先 電話番号 | |

| | | | |
|--------------------|--|--|---|
| 患者氏名 | | | 年 |
| 初回判定年月日 （初回記入欄） | | | |

NICU等から退院した障害児の居宅介護や短期入所等の支給決定の要否等を勧案する際の資料としてご活用ください。

支給決定の更新時に、医療的ケアの状況や主治医の医療機関が変わらない場合、同じ用紙を使用して市町村に提出することが可能としたため、この欄を設けています。
用紙について、保護者にコピーを保管するよう御案内をお願いします。

| | | |
|----------------------------|---|---|
| NICU等から退院した児童の保護者の負担軽減の必要性 | 有 | 無 |
|----------------------------|---|---|

※ NICU等から退院して間もない（若しくは退院する予定の）児童の場合に限りチェックを付けてください。

※ 在宅における児童の養育に係る負担が著しく、ホームヘルパーやショートステイ等の必要性があると思われる場合に「有」に○を付けてください。

| | | | | | | | | |
|----------|--------------------|-------|---|---|---|------|--------|---------|
| 更新時 用 | ①更新判定 （2回目記入欄） | 判定年月日 | 年 | 月 | 日 | 医師氏名 | （ふりがな） | 連絡先電話番号 |
| | | | | | | | | ー |
| | ②再更新判定 （3回目記入欄） | 判定年月日 | 年 | 月 | 日 | 医師氏名 | （ふりがな） | 連絡先電話番号 |
| | | | | | | | | ー |

※ 障害福祉サービス等は1年に1回程度（サービスによっては3年に1回程度）更新が必要です。更新時に裏面の医療的ケアスコアの内容に変更がない場合、上記の①更新判定（または②再更新判定）の欄に、判定年月日、医師氏名、連絡先電話番号のみ記載して、申請者に提供してください。医療的ケアの内容に変更があった場合は、新たに判定スコアを作成してください。

裏面の医療的ケア判定スコア 記載要領

【基本スコア】

申請者が日中及び夜間※においてそれぞれ必要とする医療的ケア（診療の補助行為）について、該当する行為に☑を付けてください。

※ 「日中」とは障害児者が通所サービス事業所を利用する時間帯（朝～夕方）、「夜間」とは障害児者が（短期）入所施設を利用する深夜帯を含めた全時間帯を指します。

【見守リスク】

いわゆる「動ける医療的ケア児者」が、自発運動等により装着されている医療機器の作動等を妨げる可能性があるかどうかを評価します。該当する医療的ケアがある場合に、見守リスクの基準（目安）を参考に該当する見守りの程度のうちいずれか一つに☑を付けてください。

障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア(医師用)

| 医療的ケア(診療の補助行為) | 基本スコア | | 基本スコア | 見守りスコア | | | 見守りスコアの基準(目安) | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|-------------|
| | 日中 | 夜間 | | 高 | 中 | 低 | 見守り高の場合 | 見守り中の場合 | 見守り低の場合(0点) |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | | 10点 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発呼吸がない等のために人工呼吸器抜去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに対応する必要がある場合(2点) | 直ちにではないがおおむね15分以内に対応する必要がある場合(1点) | それ以外の場合 |
| 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) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ抜去に対して直ちに对应する必要がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| 3 鼻咽頭エアウェイの管理 | <input type="checkbox"/> | | 5点 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 上気道狭窄が著明なためにエアウェイ抜去に対して直ちに对应する必要がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 4 酸素療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8点 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響がもたらされる場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 5 吸引(口鼻腔・気管内吸引) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 6 ネブライザーの管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点 | | | | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | 8点 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| | (2) 持続経管注入ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> | 3点 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 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) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5点 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点) | | それ以外の場合 |
| | (2) 持続皮下注射ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血糖測定とその後の対応が頻回に必要な可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| 12 導尿 注)いずれか一つを選択 | <input type="checkbox"/> | | 5点 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により導尿カテーテルを抜去する可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 13 排便管理 注)いずれか一つを選択 | <input type="checkbox"/> | | 5点 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により排便管理器具を抜去する可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 14 痙攣時の坐位 注)医師から発作時の対応が指示されている場合 | <input type="checkbox"/> | | 5点 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により坐位器具を抜去する可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |

●上記の各項目にチェックが入っていれば、合計欄が空欄の場合であっても有効な書類として取り扱ってください。

●その際は、提出先(市町村又は事業所)において計算して、医療的ケアスコアの確認をお願いします。

●療養介護・短期入所・福祉型障害児入所施設については、合計スコアの「日中」と「夜間」のうち、高い方の点数を医療的ケアスコアとしてください。

●児童発達支援・放課後等デイサービスについては、合計スコアの「日中」の点数を医療的ケアスコアとしてください。

| | | | | | | | |
|------------|------|-------------|--|--------------|------|--------------|--|
| (a)基本スコア合計 | | (b)見守りスコア合計 | | (a)+(b)判定スコア | | (a)+(b)判定スコア | |
| <日中> | <夜間> | | | <日中> | <夜間> | | |