

入間市重度心身障害者福祉手当 超重症心身障害児チェックシート

本様式は、入間市重度心身障害者福祉手当支給条例施行規則第6条に基づく超重症心身障害児の認定にあたり、医療的ケアのスコア判定を行うために必要となるものです。何卒ご協力いただきますようお願いいたします。

フリガナ		生年月日	年 月 日	超重症
氏 名				対象
身障手帳	1 級 ・ 2 級	療育手帳	○A ・ A	対象外
		児相判定	最重度 ・ 重度	

	項 目	点数	備 考	採点
呼吸管理	1 レスピレーター管理	1 0 点	※1	点
	2 気管内挿管、気管切開	8 点		点
	3 鼻咽頭エアウェイ	5 点		点
	4 O ₂ 吸入又はSpO ₂ 90%以下の状態が10%以上	5 点		点
	5 1 回／時間以上頻回の吸引	8 点		点
	6 回／日以上頻回の吸引	3 点		
	6 ネブライザー (6回／日以上又は継続使用)	3 点		点
食事機能	7 I V H (中心静脈栄養法)	1 0 点		点
	8 経口摂取 (全介助)	3 点	※2	点
	経管 (経鼻・胃ろうを含む。)	5 点	※2	
	9 腸ろう・腸管栄養	8 点	※2	点
	持続注入ポンプ使用 (胃ろう・腸管栄養時)	3 点		
補 足	10 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回／日以上	3 点		点
	11 持続する透析 (腹膜灌流を含む。)	1 0 点		点
	12 定期導尿 (3回／日以上)	5 点	※3	点
	13 人工肛門	5 点		点
	14 体位変換 (6回／日以上)	3 点		点
			合計	点

※1 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどは、レスピレーター管理に含む。
※2 8、9は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。
※3 人工膀胱を含む。

「超重症心身障害児」とは… 重症心身障害児のうち、運動機能が座位までであって、かつ、以下のスコア表の各項目に規定する状態が6か月以上継続する場合に、それぞれのスコアを合算し、その合計が25点以上の障害児とする。

(署名欄)

記入日

年

月

日

医療機関名：

所在地：

医師氏名：

連絡先：