

レスパイトケア補助金スコア表

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

項 目	点数	合計
1 レスピレーター管理*1	10点	
2 気管内挿管・気管切開	8点	
3 鼻咽頭エアウェイ	5点	
4 O ₂ 吸入又はSpO ₂ 90%以下の状態が10%以上	5点	
5 1回／時間以上頻回の吸引	8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	
7 IVH	10点	
8 経口摂取（全介助）*2	3点	
経管（経鼻・胃ろう含む）*2	5点	
9 腸ろう・腸管栄養*2	8点	
持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）	3点	
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	
11 継続する透析（腹膜灌流を含む）	10点	
12 定期導尿（3回／日以上）*3	5点	
13 人工肛門	5点	
14 体位変換 6回／日以上	3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。

事業所名 _____

担当者 _____

判定日 _____