

## 障害福祉サービス等の利用を希望される保護者様へ

○ 医療的ケアを必要とする障害のある18歳未満のお子さんが、児童発達支援・放課後等デイサービス・短期入所（ショートステイ）といったサービスの利用を希望する場合、必要な医療的ケアや、見守りの必要性等を主治医に判定してもらい、その「判定スコア」を市町村等に提出する必要があります。

○ ただし、利用するサービスや、事業所が算定する報酬によっては、主治医による判定が不要な場合があるため、以下の項目を確認し、主治医に「判定スコア」を作成してもらう必要があるかどうかを確認してください。

### Q1 利用するお子さんはNICU等から退院する予定又は退院して間もないですか？

1 : いいえ

2 : はい

「1:いいえ」の  
場合

「2:はい」の場合

「判定スコア」が必要となる可能性があるため、市町村の担当窓口に連絡して確認してください。

### Q2 利用を希望するサービスは以下のどれになりますか？

1 : 児童発達支援  
(※ 医療型児童発達支援は含みません。)

2 : 放課後等デイサービス

3 : 短期入所  
(※ 重度障害者等包括支援で実施する場合があります。)

4 : その他

「1」「2」「3」の  
いずれかに該  
当する場合

「4:その他」だけに該当する場合

「判定スコア」の作成は不要です。

**Q3 サービスを利用するときに、下の1～14のいずれかの医療的ケアを受ける必要がありますか？**

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 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                         |                                    |
| 2 気管切開の管理   |                                    |
| 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  | (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）  |                                    |
| 11 継続的な透析（血液透析、腹膜透析を含む）   |                                    |
| 12 導尿   | (1) 利用時間中の間欠的導尿                    |
|   | (2) 持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ） |
| 13 排便管理   | (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<br>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 |                                    |



1～14のいずれかに該当する場合、以降のサービス別に確認をしてください。



1～14のいずれにも該当しない場合

「判定スコア」の作成は不要です。

## 1. 児童発達支援 ・ 放課後等デイサービス

**Q4 利用する（予定を含む）事業所では、あなたの子どもに医療的ケアを提供することに伴う報酬の請求は、以下のどの報酬を請求することになると聞いていますか？**

**※ 不明な場合、事業所に問い合わせをお願いします。**

- |                     |
|---------------------|
| 1 : 医療連携体制加算        |
| 2 : 医療的ケア区分に応じた基本報酬 |
| 3 : 看護職員加配加算        |

### **⇒ 1だけの場合**

事業所において、医療的ケアの必要性を把握することが可能な場合もあるため、「判定スコア」の用意が必要かどうかについて、事業所にお問い合わせください。

### **⇒ 2がある場合**

「判定スコア」を主治医に作成してもらってください。その後、「判定スコア」を市町村に提出して、医療的ケア区分を受給者証に記載してもらってください。そのとき、「判定スコア」のコピーを用意（※1）し、事業所に提供してください。また、自宅でもコピーを保管してください。（※2）

### **⇒ 3がある場合**

「判定スコア」を主治医に作成してもらってください。その後、「判定スコア」を事業所に提出してください。（※1）また、自宅でもコピーを保管してください。（※2）

- （※1）複数の事業所で医療的ケアを受ける場合、それぞれの事業所に新判定スコアを提供できるようコピーの用意をお願いします。
- （※2）判定スコアは、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、同じものを使用して市町村に提出することが可能であるため、自宅での保管をお願いします。

## 2. 短期入所

**Q5 利用する（予定を含む）事業所では、あなたのお子さんに医療的ケアを提供することに伴う報酬の請求は、以下のどの報酬を請求することになると聞いていますか？**

**※ 不明な場合、事業所に問い合わせをお願いします。**

1：医療連携体制加算

2：医療型短期入所サービス費

### ⇒ 1だけの場合

事業所において、医療的ケアの必要性を把握することが可能な場合もあるため、「判定スコア」の用意が必要かどうかについて、事業所にお問い合わせください。

### ⇒ 2がある場合

重症心身障害児（※1）に該当しない場合、「判定スコア」を主治医に作成してもらってください。その後、「判定スコア」を市町村に提出して、16点以上である場合は、医療型短期入所の対象となる旨を記載した受給者証が発行されます。「判定スコア」は、自宅でもコピーを保管してください。（※2）

（※1）重症心身障害児に該当するか否かは自治体で判定します。重症心身障害児である場合は、判定スコアの提出がない場合等でも、医療型短期入所の対象となります。

（※2）判定スコアは、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、同じものを使用して市町村に提出することが可能であるため、自宅での保管をお願いします。