

# 1. 総則（医療的ケアスコア及び医療的ケアスコアについて）②

| 医療的ケア（診療の補助行為）  | 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                       | 基本スコア  | 高                        | 中                        | 低                        | 見守り高の場合   | 見守り中の場合                          | 見守り低の場合<br>(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<br>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はカウントする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10点    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自呼吸がない等のために人工呼吸器除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<br>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点＋気管切開8点）                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8点     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ除去に対して直ちに対応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"/> | <input type="checkbox"/> | 5点     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 上気道狭窄が著明なためにエアウェイ除去に対して直ちに対応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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | 8点     | <input type="checkbox"/> | <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  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8点     | <input type="checkbox"/> | <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         |
| 8 中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧治療薬、麻薬など）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点     | <input type="checkbox"/> | <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         |
| 9 皮下注射<br>注）いずれか一つを選択   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8点     | <input type="checkbox"/> | <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         |
| 10 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む）<br>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"/> | 5点     | <input type="checkbox"/> | <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         |
| 11 継続的な透析（血液透析、腹膜透析を含む）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点     | <input type="checkbox"/> | <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         |
| 12 導尿<br>注）いずれか一つを選択  | <input type="checkbox"/> | <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         |
| 13 排便管理<br>注）いずれか一つを選択  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5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         |
| 14 痙攣時の座薬挿入、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                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により持続的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         |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5点     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合（1点）                    |                                  | それ以外の場合         |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合（1点）                    |                                  | それ以外の場合         |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 痙攣が10分以上重複する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性が高い場合（2点）          |                                  | それ以外の場合         |

14項目の基本スコアと見守りスコアの合計が医療的ケアスコアとなる。