（医ケア　様式第２号）

**豊中市医療的ケアのある重症心身障害者支援にかかる**

**施設運営補助金明細書（日額補助）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |

　　　　年　　　　月分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | 対象者氏名 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾁｪｯｸ欄 |  | 医療的ケアの内容 | スコア |
|  | 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等を含む）の管理 | １０ |
|  | 2 | 気管切開の管理 | ８ |
|  | 3 | 鼻咽頭エアウェイの管理 | ５ |
|  | 4 | 酸素療法 | ８ |
|  | 5 | 吸引（口鼻腔・気管内吸引） | ８ |
|  | 6 | ネブライザーの管理 | ３ |
|  | 7 (1) | 経管栄養（経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻） | ８ |
|  | 7 (2) | 経管栄養（持続経管注入ポンプ使用） | ３ |
|  | 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） | ８ |
|  | 9 (1) | 皮下注射（インスリン、麻薬など） | ５ |
|  | 9 (2) | 皮下注射（持続皮下注射ポンプ使用） | ３ |
|  | 10 | 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む） | ３ |
|  | 11 | 継続的な透析（血液透析、腹膜透析を含む） | ８ |
|  | 12 (1) | 導尿（利用時間中の間欠的導尿） | ５ |
|  | 12 (2) | 導尿（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）） | ３ |
|  | 13 (1) | 排便管理（消化管ストーマ） | ５ |
|  | 13 (2) | 排便管理（摘便、洗腸） | ５ |
|  | 13 (3) | 排便管理（浣腸） | ３ |
|  | 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 | ３ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 判定スコア  合計 | | 単価 | | 利用回数 | | 欠席回数 | | 回数合計 | | 当月分補助金交付申込額 | |
|  | 点 |  | 円 |  | 回 |  | 回 |  | 回 |  | 円 |