

# 特別重度支援加算対象者認定意見書

提出年月日

年 月 日

〒 720 - 8501  
福山市東桜町3番5号

福山市長 様

事業者番号							
事業者及び その事業所の名称 代表者	印						

下記のとおり、特別重度支援加算の認定に関し、本事業所で対象者について評価を行った結果を報告します。

記

受給者証番号							
支給決定障害者 (保護者) 名前					支給決定に係る 児童名前		

特別重度支援加算Ⅰ 該当

運動機能：座位以下 かつ 判定スコア  点 (10点以上が加算対象)

<所見を伺った当該事業所の医師または指示書作成の主治医等について>

医師名前 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

※別紙の特別重度支援加算対象者判定表を添付すること

特別重度支援加算Ⅱ 該当

※短期入所中に必要とする医療行為全てにチェックすること

8回/日以上のお痰吸引

ストーマケア

人工呼吸器使用

経腸栄養による栄養維持

中心静脈注射・中心静脈栄養

褥瘡(第3度以上に限る)ケア

人工腎臓(週2回以上)かつ重篤な合併症

気管切開の医学的管理

常時モニター測定(心電図・血圧・動脈血酸素飽和度)

特別重度支援加算Ⅰ・Ⅱ 非該当

## 特別重度支援加算対象者判定表

判 定 年 月 日	年 月 日	
判定表記入者	職名	
	名前	

項 目	該当項目に○	スコア
レスピレーター管理		10
気管内挿管、気管切開		8
鼻咽頭エアウェイ		5
O <sub>2</sub> 吸入又はSpO <sub>2</sub> 90パーセント以下の状態が10パーセント以上		5
1回／時間以上の頻回の吸引		8
6回／日以上以上の頻回の吸引		3
ネブライザー6回／日以上又は継続使用		3
I V H		10
経口摂取(全介助)		3
経管 (経鼻・胃ろう含む)		5
腸ろう・腸管栄養		8
持続注入ポンプ使用 (腸ろう・経管栄養時)		3
手術・服薬で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／以上		3
継続する透析 (腹膜灌流を含む)		10
定期導尿3回／日以上		5
人工肛門		5
体位交換6回／日以上		3
合計点数		

※当該状態が6か月以上継続している項目のみ対象

※当該事業所の医師の所見または主治医等からの指示書に基づいて判定すること