川崎市重度障害者訪問看護サービス等支援事業申請書

（宛先）　川崎市長

次のとおり、重度障害者訪問看護サービス等支援事業の利用を申請します。

なお、申請にあたり、階層区分の決定に関する事務を処理するため、私の世帯の生活保護受給の有無、市民税課税状況を川崎市が確認することに同意します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者住所 | 〒　　　　　－ | | |
| 川崎市　　　　区 | （電話番号：　　　－　　　－　　　） | |
| 申請者氏名 |  | | （利用者との続柄：　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本人情報** | ふりがな |  | **住　所** | 〒　　　　　－ | |
| **氏　名** |  | 川崎市　　　　区 | |
| **手帳・等級** | 身体障害（　１　 ２　 ３　 ４　 ５　 ６　 級） | | | |
| 知的障害（　Ａ１　 Ａ２　 Ｂ１ 　Ｂ２　 ） | | | 精神障害（　１ 　２ 　３ 　級） |
| **訪問看護**  **利用状況** | 医療保険利用　 　 医療保険・介護保険併用（介護度：　１　 ２　 ３　 ４　 ５　） | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **世帯の状況** | **氏　名** | **続　柄** | **氏　名** | **続　柄** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **利用希望訪問看護機関** | **機関①** | **機関名称** |  |
| **所在地** | 〒　　　　－ |
| （電話番号：　　　－　　　－　　　） |
| **機関②** | **機関名称** |  |
| **所在地** | 〒　　　　－ |
| （電話番号：　　　－　　　－　　　） |
| **サービス内容** | | ①本人及び介護者の療養生活に関する相談・助言 |
| ②本人及び介護者の健康観察・看護指導 |
| ③体位交換及び褥瘡の予防等の看護サービス |
| ④その他必要な看護に関すること |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身体状況評価** | **診 断 名** |  | | | | | |
| **運動機能** | 座位まで　　　座位以上可 | | | 判定スコア（裏面　１ 判定基準点数） | | 点 |
| **医療的ケアの有無** | | 有 | （裏面　２ 医療的ケアの状況にチェックを入れてください） | | 無 | |
| 【評価記入者】機関名：  職　種：　　　　　　　　　氏名： | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜事務処理欄＞  （この欄は記入しないでください。） | 利用額負担区分（該当する区分をチェック） | | | |
| 利用者負担無 | 一般１(障害児) | 一般１(障害者) | 一般２ |

１　判定基準

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ 運動機能 | 座位まで | | （チェック欄） |
| ２　判定スコア | (1) レスピレーター管理（注１） | １０ |  |
| (2) 気管内挿管、気管切開 | ８ |  |
| (3) 鼻咽頭エアウエイ | ５ |  |
| (4) Ｏ２吸入またはＳｐＯ２９０％以下の状態が１０％以上 | ５ |  |
| (5) １回／時間以上の頻回の吸引（注２） | ８ |  |
| (6) ６回／日以上の頻回の吸引（注２） | ３ |  |
| (7) ネブライザー　６回／日以上または継続使用 | ３ |  |
| (8) ＩＶＨ（中心静脈栄養） | １０ |  |
| (9) 経口摂取（全介助）（注３） | ３ |  |
| (10) 経管（経鼻・胃ろう含む）（注３） | ５ |  |
| (11) 腸ろう・腸管栄養（注３） | ８ |  |
| (12) 持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時） | ３ |  |
| (13) 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 |  |
| (14) 継続する透析（腹膜灌流を含む） | １０ |  |
| (15) 定期導尿（３回／日以上）（注４） | ５ |  |
| (16) 人工肛門 | ５ |  |
| (17) 体位交換　６回／日以上 | ３ |  |
| ＜判定＞  １の運動機能が座位までであり、かつ、２の判定スコアの合計が２０点以上の場合 | | スコア  総計 | 点 |
|

注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。

注２　(5)(6)はいずれかを選択。

注３　(9)(10)(11)はいずれかを選択。

注４　人工膀胱を含む。

２　医療的ケアの状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 人工呼吸器管理（注１） | （チェック欄） | ７ | ＩＶＨ（中心静脈栄養） | （チェック欄） |
| ２ | 気管内挿管、気管切開 |  | ８ | 経管（経鼻・胃ろうを含む） |  |
| ３ | 鼻咽頭エアウェイ |  | ９ | 腸ろう・腸管栄養 |  |
| ４ | 酸素吸入 |  | １０ | 継続する透析（腹膜灌流を含む） |  |
| ５ | ６回／日以上の頻回の吸引 |  | １１ | 定期導尿（３回／日以上）（注２） |  |
| ６ | ネブライザー６回／日以上または継続使用 |  | １２ | 人工肛門 |  |

注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。

注２　人工膀胱を含む。