

# 介護状況確認書

年 月 日

(介護者) 住所

(介護者) 氏名

重度障害者（児）介護手当更新申請に必要ですので、介護状況について記入してください。

<p>※以下の項目について、該当する番号を○で囲み必要事項を記入してください。 裏面以降にも記入箇所があります。</p>
<p>1. 介護者と障害者（児）との同居・別居について</p> <p>1 同居</p> <p>2 別居</p>
<p>2. 介護について</p> <p>1 主として申請者（介護者）が一人で行っている。</p> <p>2 他の家族（ ）と一緒にいる。</p> <p>3 ヘルパー等を利用している。（ 時 ～ 時まで）（ 曜日）</p>
<p>3. 介護者の外出時について</p> <p>1 障害者が1人で家にいる。</p> <p>2 他の者（ ）が介護している。</p> <p>3 その他（ ）</p>
<p>※次に裏面以降の介護状況について、身体障害者手帳をお持ちの方は⑤まで、療育手帳をお持ちの方は⑦までそれぞれA～E（C）のいずれかを☑してください。 なお、<u>A～E(C)までを選択する際はチェック項目（詳細な状況）について、あてはまるものすべてにチェック☑をつけてください。</u></p>

## ①食事について

<input type="checkbox"/>	A. 全介助	<input type="checkbox"/> 介護者がすべて食べさせる <input type="checkbox"/> 食物の経口摂取が不可能 <span style="padding-left: 100px;">(胃ろう等)</span>
<input type="checkbox"/>	B. 身体を支えているとスプーンで食べられる	<input type="checkbox"/> 常に介護者が身体を支えていると食事を口へ運べる <input type="checkbox"/> 食事の際に体勢を支える用具が必要
<input type="checkbox"/>	C. にぎり箸又はスプーンで食べられる	<input type="checkbox"/> 食事を自力で口へ運ぶことができるが、食事をこぼすことが1日に1回以上ある <input type="checkbox"/> 皿を順番に食べやすい位置に動かすのに毎回介護が必要 <input type="checkbox"/> 器の底にある食物をすくって口へ運ぶのに毎回介護が必要
<input type="checkbox"/>	D. 自分で食べられるが時間を要し、時々手伝う	<input type="checkbox"/> 食事の用意をすれば、時間をかけて自分で食べる事が可能 <input type="checkbox"/> 食事をこぼす、又は介護者が何かの手伝いをする事があがるが、頻度としては1日に1回未満
<input type="checkbox"/>	E. 介護不要	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる

## ②排泄について

<input type="checkbox"/>	A. おむつ使用	<input type="checkbox"/> おむつ替えを介護者が行っている <input type="checkbox"/> 定期的に摘便している
<input type="checkbox"/>	B. 便器使用	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ等を使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ等とおむつの併用
<input type="checkbox"/>	C. トイレへ連れて行き、用を足す	<input type="checkbox"/> トイレで用を足すが、ズボンの上げ下げに介護が必要 <input type="checkbox"/> トイレで用を足すが、後始末に介護が必要 <input type="checkbox"/> 便器への移乗に介護が必要 <input type="checkbox"/> トイレへ行く時とポータブルトイレ等を使用する時がある
<input type="checkbox"/>	D. トイレまで連れて行くと、自分で用を足せる	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動に介護がいるが、特に手伝わなくても自分で用が足せる
<input type="checkbox"/>	E. 介護不要	<input type="checkbox"/> すべて自分で行える

### ③入浴について

<input type="checkbox"/>	A. 入浴が困難又は清拭している	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービスを利用 <input type="checkbox"/> デイサービス先で入浴介助を受けている <input type="checkbox"/> 入浴せず、タオルなどで体をふいている
<input type="checkbox"/>	B. 全介助	<input type="checkbox"/> 入浴時、全面的に介護が必要
<input type="checkbox"/>	C. 衣服の着脱や浴槽への入出動作に介護が必要	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱や浴槽への入出に介護が必要 <input type="checkbox"/> 洗髪や身体は自力で洗える
<input type="checkbox"/>	D. 浴室まで連れて行くのと、自分で入浴ができる	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動に介護がいるが、見守っていれば自分で入浴に関するすべての動作が可能
<input type="checkbox"/>	E. 介護不要	<input type="checkbox"/> すべて自分で行える

## ④歩行について

<input type="checkbox"/>	A. 歩行不可能	<input type="checkbox"/> まったく歩けない <input type="checkbox"/> 室内の移動において車椅子、電動車椅子を使用
<input type="checkbox"/>	B. 這う又は支えると歩ける。	<input type="checkbox"/> 床を這って室内の移動が可能 <input type="checkbox"/> 身体を支えていれば、室内を歩いて移動可能
<input type="checkbox"/>	C. 伝い歩き可能	<input type="checkbox"/> 壁や手すり等を持つことで、介護がなくても室内の同じ階の移動が可能 <input type="checkbox"/> 支えがない状態では両足で立位を保持できない <input type="checkbox"/> 立ち上がり動作に介助が必要
<input type="checkbox"/>	D. 装具を使うと、ひとり歩き可能	<input type="checkbox"/> 歩行器や装具を使用すれば、自力で庭へ出て、再び部屋に戻ることができる <input type="checkbox"/> イスやベッドから、自力で立ち上がる
<input type="checkbox"/>	E. 介護不要	<input type="checkbox"/> 屋外でひとり歩きが可能

## ⑤衣服の着脱

<input type="checkbox"/>	A. 全介助	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱に全面介護が必要 (介護者が全て手伝う)
<input type="checkbox"/>	B. 手または足にとお せるが、他はすべ て介助が必要	<input type="checkbox"/> 自分でズボンに最後まで足をと おすことができない  <input type="checkbox"/> 自分で長袖の服に最後まで腕 をとおすことができない
<input type="checkbox"/>	C. 手足をとおす程度 で、ほとんど介護 を要する	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱時、介護者が体勢 を変える(支える)必要がある  <input type="checkbox"/> ボタンを留める、チャックを 上げる等ができない  <input type="checkbox"/> 自分で靴下を履けない
<input type="checkbox"/>	D. 簡単な衣服は自分 で着脱できる	<input type="checkbox"/> ボタンを留める、チャックを 上げる等ができる  <input type="checkbox"/> 自分で靴下を履ける
<input type="checkbox"/>	E. 介護不要	<input type="checkbox"/> すべて自分で行える

⑥放浪性（単独外出の可否）

<input type="checkbox"/>	<p>A. じっとしていることがなく、異常に動きまわり片時も目を離せない</p> <p><b>危険感知</b></p> <p>(できる/できない)</p>	<input type="checkbox"/> 一人で外出ができない (させられない)
<input type="checkbox"/>	<p>B. よく動きまわるが常に気をつける必要はない</p>	<input type="checkbox"/> 慣れた行き先であれば一人で外出可能
<input type="checkbox"/>	<p>C. ほとんどない</p>	<input type="checkbox"/> 一人で外出できる

## ⑦けいれん・発作

<input type="checkbox"/>	<p>A. 生命・身体に危険を伴うようなけいれん、発作がたびたびあり、片時も目を離せない</p>	<input type="checkbox"/> 生命に危険を及ぼすような発作が起こる可能性が常にある  <input type="checkbox"/> てんかんの大発作が週に1回以上ある  <input type="checkbox"/> 怪我を伴う自傷行為の恐れがあり、目が離せない
<input type="checkbox"/>	<p>B. けいれん、発作が時々ある</p>	<input type="checkbox"/> 軽微な発作、ヒステリー発作等があるが、頻度としては1ヶ月に1回未満である
<input type="checkbox"/>	<p>C. ほとんどない</p>	<input type="checkbox"/> けいれん、発作等はない