

## 【電子書式 (Word) の利用について】

概況や特記事項は、その記載がそのまま認定審査会の資料になります。

大量の資料を読み込む審査会委員のために、手書きではなく、電子書式を用いて作成していただきますようお願い申し上げます。

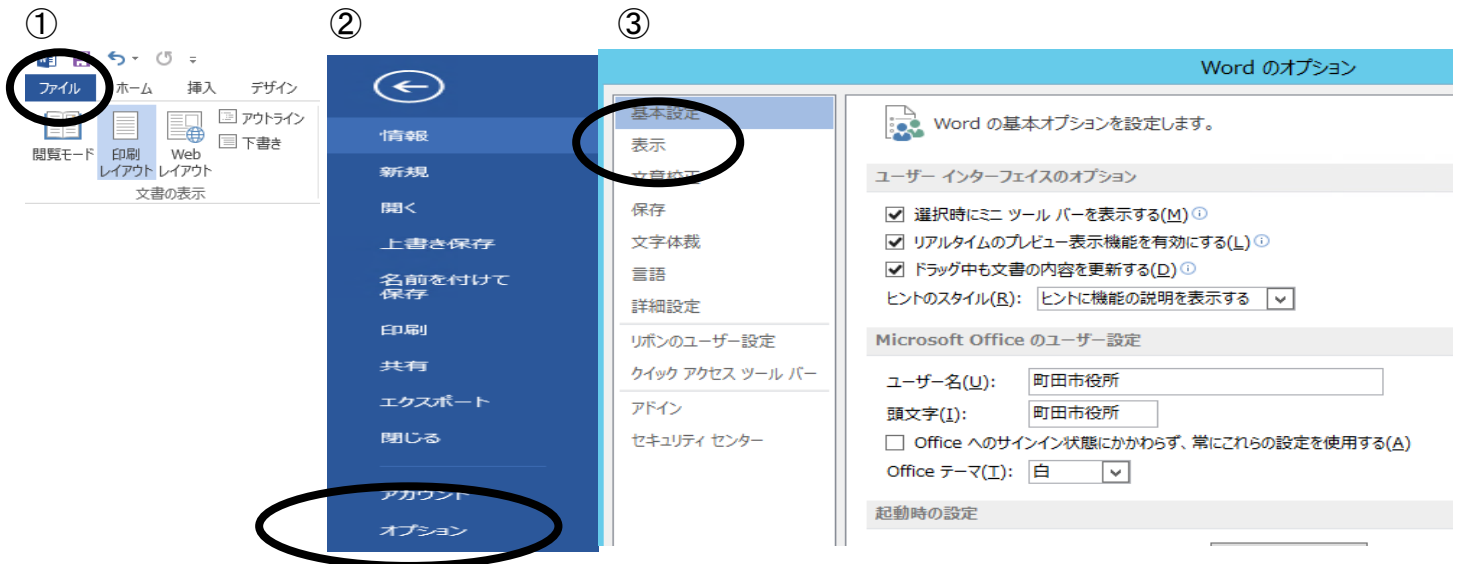
電子書式を町田市ホームページからダウンロードし、記事を入力の後、認定調査票に印刷してください。

### 【ダウンロード場所】

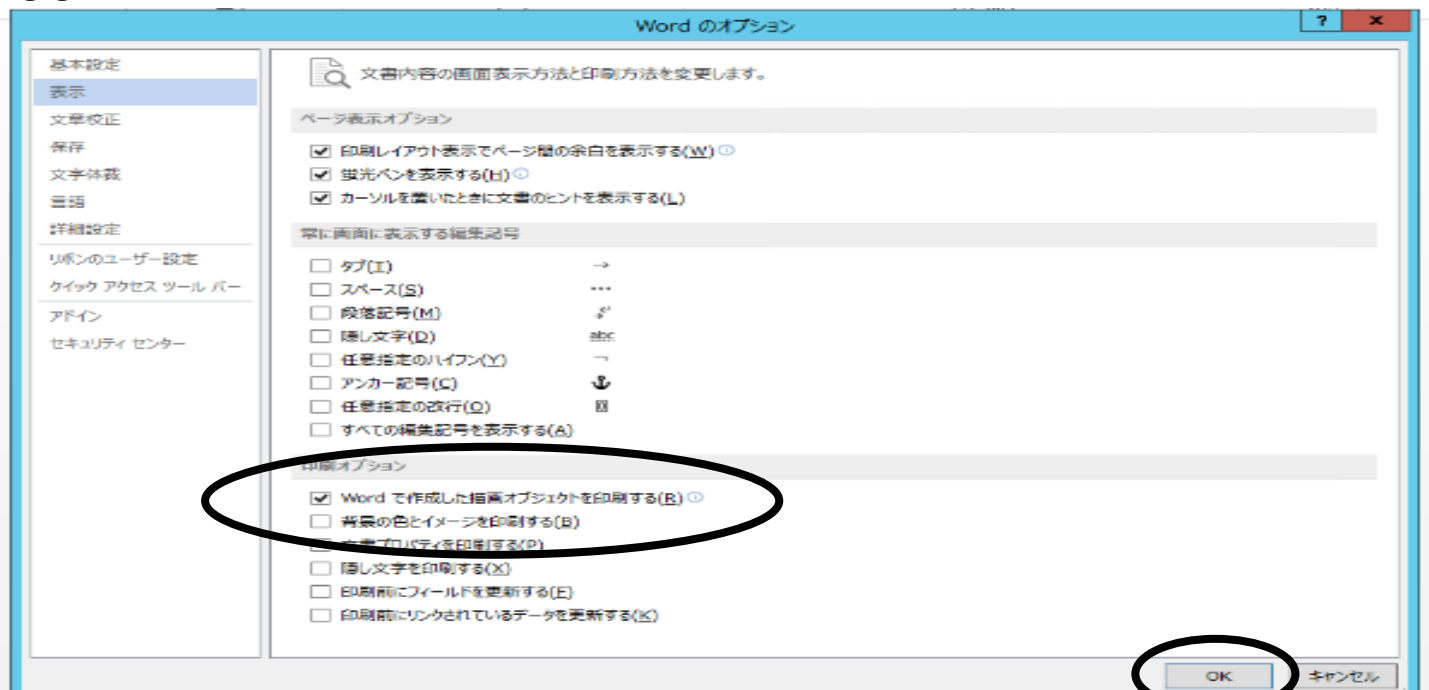
- トップページ → 医療・福祉 → 介護保険 → 事業者の方へ
- 介護保険認定調査票（概況・特記事項）と調査票の記入例
- 介護保険認定調査票（概況・特記事項）
- 概況・特記事項シート【入力用】

### 【印刷時の設定】

- ① Word 画面左上「ファイル」を選択する。
- ② 「オプション」を選択する。
- ③ 「表示」を選択する。
- ④ 「Word で作成した描画オブジェクトを印刷する (R)」のレ点を外す。
- ⑤ 右下「OK」を選択



④⑤



# 認定調査の注意事項 と 認定調査票の記入方法

## 1 注意事項

### 【日程調整にあたって】

- ・ 認定申請書に記載された「調査連絡先」へ連絡し、日程調整してください。
- ・ 『町田市役所から依頼を受け、介護保険の認定調査を実施する「〇〇〇事業所の△△」です。』と名乗ってください。
- ・ 調査日を決める際、提出期限よりも、調査対象者の体調やご家族等の都合を優先してください。
- ・ 入退院・入退所した場合、その日から1週間以上空けて調査してください。

### 【調査にあたって】

- ・ 介護支援専門員証を携帯してください。
- ・ 所属する事業所の営業行為と受け取られる言動を行わないでください。
- ・ 調査対象者やその家族に対して良識ある態度をとり、不快感を与えないよう配慮してください。
- ・ 憶測に基づき、予想される介護度や認定結果の話を絶対にしないでください。
- ・ 病院や施設での調査の際、看護師や施設職員への聞き取りもお願いします。
- ・ 集中治療室（ICU）での調査は行わないでください。

### 【その他】

- ・ 依頼時にお送りした認定申請書の写しは、認定調査票と共に町田市へお送りください。
- ・ 作成した認定調査票は、コピーを取り、大切に保管してください。提出後、調査内容の確認のために町田市から電話する場合があります。
- ・ 次の場合、町田市介護保険課認定係調査担当（042-724-4365）へご連絡ください。
  - ・ 提出期限を過ぎる場合
  - ・ 調査対象者の体調急変などで認定調査の実施の可否について判断に迷う場合
  - ・ 調査対象者が病院・施設等に入ることが判明した場合

## 2 記入方法

- ・ 認定調査票には被保険者番号が記載されていますので、調査対象者を間違えないでください。
- ・ 認定調査票は、機械で読み取りますので、お送りした原本を使用してください。
- ・ ホチキスや穴あけパンチを使用しないでください。汚れにもご注意ください。
- ・ マークシートは、鉛筆でチェック項目のマスを黒く塗りつぶしてください（斜線やレ点は不可）。
- ・ 数字欄は、鉛筆ではっきりとご記入ください（例：068の区別）。

### 【概況・特記事項について】

- ・ 記載がそのまま認定審査会の資料になりますので、電子書式（Word）を用いて作成してください。
- ・ 個人名や病院名、施設名、商品名等を記入しないでください。
- ・ 特記事項は、なるべく1枚に収めてください。
- ・ 3-3「生年月日や年齢を言う」は、その両方を回答できなかった場合、特記事項へ記入してください。
- ・ 3-4「短期記憶」や【4群】の各項目に関わる事柄で気になる点は、特記事項へ記入してください。
- ・ 次の項目は必須記入事項です。下記の選択項目で1)を選択した場合でも、必ず記入してください。

【1群】 1-1「麻痺」、1-2「拘縮」、1-7「歩行」、1-10「洗身」

【2群】 2-2「移動」、2-4「食事摂取」、2-5「排尿」、2-6「排便」 2-10「上衣の着脱」  
2-11「ズボン等の着脱」、2-12「外出頻度」

【3群】 3-1「意思の伝達」

【5群】 5-1「薬の内服」、5-2「金銭の管理」、5-3「日常の意思決定」

【7群】 7-1「寝たきり度」、7-2「認知症自立度」

○認定調査票（概況調査）

0411

### 認定調査票（概況調査）

調査は、調査対象者が通常の住居（調査対象となる状態）に居住している場合に実施して下さる。調査対象者が通常の住居に居住していない場合は再調査を行って下さい。

I. 調査実施者（担当者）  
 市区町村コード 50201 実施日時 2015年03月10日  
 管理市町村コード 50201 調査者番号 00000001500  
 実施場所 自宅内

II. 調査対象者  
 過去の認定 初回（2回目以降）（前回認定2014年08月20日） 前回認定結果（要支援1）  
 特保番号 0000000001 生年月日 昭和8年 3月 1日  
 ふりがな にはんたろう 現住所 日本市123-123  
 対象者氏名 日本 太郎 性別  
 電話番号 - - - - - 性  
 申請日 2015年02月23日 調査回目 01  
 家族等連絡先住所氏名 対象者との関係（ ） 電話番号

III. 現在  
 認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防給付サービスは調査日時点の、特定（介護）給付サービスの利用回数を記入。）  
 現在受けているサービスの状況 なし  介護給付サービス  介護給付サービス   
 ・（介護予防）訪問介護（ホームヘルプ）訪問型サービス  
 ・（介護予防）訪問入浴介護  
 ・（介護予防）訪問看護  
 ・（介護予防）訪問リハビリテーション  
 ・（介護予防）居宅介護管理指導  
 ・（介護予防）通所介護（デイサービス）通所型サービス  
 ・（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）  
 ・（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）  
 ・（介護予防）短期入所療養介護（老健・診療所）  
 ・（介護予防）特定施設入居者生活介護  
 ・看護小規模多機能型居宅介護  
 市町村特別給付 介護保険給付外の在宅サービス  
 施設利用  
 介護老人福祉施設  介護老人保健施設  介護療養型医療施設  
 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム）  特定施設入居者生活介護適用施設（ケアハウス等）  
 医療機関（医療保険適用療養病床）  医療機関（療養病床以外）  その他の施設  
 施設連絡先 施設名（ ） 電話 - -

2枚目と3枚目の調査日にも同じ日付を記入

介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・医療機関に入所中の場合は「なし」を塗りつぶし、該当施設を塗りつぶす。

- ① 調査を実施した日時を記入してください。
- ② サービスの利用状況について記入してください。  
 ※現在受けているサービスの状況については、該当するマスを塗りつぶしてください。  
 ※在宅利用にて介護保険給付以外のサービスを利用している場合、その内容を記入してください。
- ③ 施設利用の場合、該当するマスを塗りつぶし、施設連絡先等を記入してください。  
 ※「その他の施設」・・・軽費老人ホーム・養護老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・シルバーピア・特定の指定を受けていない有料老人ホーム等

IV. 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・福祉の有無等について特記すべき事項を記入してください。

商店街近くの古い日本家屋平屋に独居。住改にて風呂、トイレ、廊下に手すり設置済み。一人娘家族は車で2時間ほどの他県居住（娘勤務中）、週一回デイサービスを利用している。主は3週間前に外で転倒し、腰、右膝を強打。骨折には至らなかったものの両膝変形性関節症の持病を抱えていた為、現在も痛みが継続している。ADL低下が著しく、一人での外出は難しい。本人、娘ともデイサービスによるリハビリの増回を希望するために区分変更。

- ・居住環境、主な介護者、現在の状況、申請理由を必ず記入してください。
- ・前回調査の資料があり、今回、身体的状態や精神的状態が改善・悪化している場合、その旨を記入してください。
- ・用紙の最下部に、調査実施者等の記入欄がありますので、認定調査員氏名と所属事業所及びその連絡先を記入してください。



○認定調査票（基本調査）の記入方法

認定調査票(基本調査①)		0402
市区町村コード	50201	対象者番号 0000000001
		調査日 2015年03月10日
1-1 麻痺等の有無 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) 左上肢 <input type="checkbox"/> 3) 右上肢 <input type="checkbox"/> 4) 左下肢 <input type="checkbox"/> 5) 右下肢 <input type="checkbox"/> 6) その他(四肢の欠損)	1 2
1-2 拘縮の有無 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) 肩関節 <input type="checkbox"/> 3) 股関節 <input type="checkbox"/> 4) 膝関節 <input type="checkbox"/> 5) その他(四肢の欠損)	
1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> 1) つかまらないでできる <input checked="" type="checkbox"/> 2) 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 3) できない	
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまらないでできる <input checked="" type="checkbox"/> 2) 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 3) できない	
1-5 座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 3) 支えてもらえばできる <input type="checkbox"/> 4) できない	
1-6 両足での立位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 2) 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> 3) できない	
1-7 歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 1) つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 3) できない	
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまらないでできる <input checked="" type="checkbox"/> 2) 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 3) できない	
1-9 片足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支えなしでできる <input checked="" type="checkbox"/> 2) 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> 3) できない	
1-10 洗身	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 介助されていない <input type="checkbox"/> 2) 一部介助 <input type="checkbox"/> 3) 全介助 <input type="checkbox"/> 4) 行っていない	

① 調査日をご記入ください。(1枚目の実施日と3枚目の調査日にも同じ日付を記入)

② 該当するマスを塗りつぶしてください。

なお、前回の調査で該当した項目には、番号の下に線が引かれています。

○認定調査票（特記事項）の記入方法

認定調査票(特記事項)		0408
市区町村コード	50201	対象者番号 0000000001
		調査日 2015年03月10日
1. 身体機能・起居動作に関する項目についての特記事項	<p>1-1 麻痺の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力</p> <p>2. 生活機能に関する項目についての特記事項</p> <p>2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排便、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗髪、2-9 髪梳、2-10 上衣の着脱、2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出経路</p> <p>3. 認知機能に関する項目についての特記事項</p> <p>3-1 意思の伝達、3-2 毎日の日課を理解、3-3 全年月日を言う、3-4 短期記憶、3-5 自分の名前を言う、3-6 今の季節を理解、3-7 場所の理解、3-8 排便、3-9 外出して戻れない</p>	
(1-1) 背もたれ付椅子座位にて動作確認。3週間前に転倒以降、腰右膝痛は継続も両下肢上	<p>1枚目の実施日と2枚目の調査日にも同じ日付を記入</p>	
(1-2) 両膝変形性関節症にて両膝関節90度より深い屈曲困難、右膝強打後、右膝屈伸時痛み		
(1-3, 4) ベッド使用、腰痛も続いており、痛み確認しつつ柵を掴み向きを変え、加重して上		
(1-7) 特に掴まりなく何とか5~6mは歩行可。腰、膝痛から右下肢引きずりつつ歩くも不安		
(1-8) テーブルに両手付き上肢力入れ加重しないと自らの下肢の力だけでは立ち上がれない。		
(1-9) 家具、手ずりに掴まることで左下肢重心にて可。日ごろも玄関段差は手すり使用。		
(1-10) 洗身は自ら行えている。腰痛で深い座位ができないため、足先まで手が届かないが、足先をこすり合わせて何とか洗う。		
(1-11) 足爪は腰痛と同様の屈曲制限があり手が届かないため、娘来訪時に切ってもらっている。		
(2-2) 目的の場所へは自ら移動できている。歩く距離が長くなると膝痛増すため所々家具に掴まり移動。移動に時間を要するようになった。戸外は杖使用も転倒の不安あり、必ず娘が付き添っている。		
(2-4) 桶使用で自力摂取可。ここ一週間程食欲低下しているという。(2-5) 動作移動に時間がかかるため早めに行くようにしている。間に合わず尿もれが週2~3階あるためパット昼夜使用、自ら交換する。		
(2-6) 便秘症にて薬でコントロール。便が間に合わないことは無く、一連の動作を自分で行っている。		
(2-10, 11) 立ったままでの着脱衣はふらつき転倒しそうになるため必ず椅子等座位で行う。ズボン足通すまで時間かかるが、自助具(ハンドキャッチャー)使用し、介助無く穿くことができる。		
(3-1) 小声で聞き取りにくい意思伝達はできる。(3-4) 娘に確認する場面が合ったが自ら解答できた。日ごろも娘に何かと確認することが増えたとの話あり。		
(4-12) 仕舞い忘れが増え、探し物をするとも1日1回あると本人。少しすると見つかるが月に2回くらいは娘と一緒に探さないと見つからないとのこと。(娘からは転倒以降物忘れが増えているとのこと)		
(5-1) 自ら服薬カレンダーに一包化された薬を仕分けしている。今のところ飲み忘れはない。		
(5-2) 銀行へは娘に行ってもらっても通帳内容把握しており、出納も管理できている。		
(5-3) 突発的な事例で理解が難しい場合は娘に相談する者の判断は自ら行っており判断内容も妥当(娘より)		
(5-5) 日用品、食材は週1回来訪してくれる娘にまとめて依頼して買って来てもらう。		
(5-6) 朝はパン、昼はトルトド、夜は副菜のみ配食利用。炊飯レンジ温めは自ら行えている。		
(7-1) A 2選択。嚥下病悪化により一人外出困難、身のことは介助無く行うも、日中寝たり起きたりの生活のため選択。		
(7-2) I 選択。転倒後に物忘れが増えてきており、娘対応要することがあるため選択。		