

認定調査実施・調査票作成に当たってのお願い（墨田区）

1 調査日時の調整

「介護保険要介護・要支援認定等申請書（写）」の「連絡先」欄の「訪問調査時の立会い」に「可」を選択された方へ、必ず電話により連絡をとり、調査日時を調整してください。

2 調査票作成について

墨田区公式ウェブサイトにて、認定調査票の原稿データをダウンロードし、「概況調査の（1611）」及び「特記事項（1404・1406）」の作成・印刷をお願いします。

↓↓ 格納場所 ↓↓

トップページ > 健康・福祉 > 高齢者への支援 > 介護保険事業者向け情報 > 認定調査票データ
ファイルのダウンロード
(トップページから「認定調査票」でも検索できます。)

印刷ミスをしてしまった場合は、白紙の用紙に背景も含めて再印刷の上、ご提出ください。

3 調査票記入方法について

- (1) すべてのページについて、必ず枠内に収まるように記入してください。一番外側の枠外に書かれた文字等は、機械で読み取りできません。
- (2) 手書きで記入する際は、黒色のボールペン(鉛筆・消えるボールペン不可)を使用してください。
- (3) 文字やチェックの修正は、修正テープを使用し、消え残しがないようご注意ください。(消してしまった枠の追記は不要です。)
- (4) 略語は使用せず、簡潔かつ明瞭な記載をお願いします。
例) ○病院 ×HP / ○デイサービス ×DS など
- (5) 特記事項は、「選択根拠」「手間」「頻度」の3つのポイントに留意し記載してください。
日常生活動作が自立している方や寝たきりのような状況の方であっても、選択肢に関わらず、第4群を除くすべての項目においてその状況や行われている介助の方法を特記事項に記載してください。
- (6) 特記事項(1404・1406)について、各1枚で書ききれない場合は、送付した用紙をコピーの上、印刷・提出してください(各頁最大3枚で収まるように記載してください)。

特記事項については、同封の記入例を参照の上、
認定調査員テキスト(2009改訂版)の基準に従ってご記入をお願いします。

【連絡先】墨田区福祉部介護保険課 認定・調査担当
〒130-8640
墨田区吾妻橋1-23-20
電話：03-5608-6169
FAX：03-5608-6938

提出期限が遅れる場合はご一報ください。

保険者番号

131078

被保険者番号

調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であるときに実施して下さい。
本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査

自宅外の場合は、
「病院」又は「施設」と
記入してください。

I. 調査実施者(記入者)

実施日時	令和 7 年 1 月 1 日 1 4 時	実施場所	☐ 自宅内 ☒ 自宅外 → (施設)
記入者氏名	墨田 太郎	所属機関	

II. 調査対象者

過去の認定 (前回認定)	前回認定結果	申請日	申請区分
(フリガナ) 対象者氏名	性別	生年月日	(歳)
現住所	電話		
家族 連絡先 氏名() 調査対象者との関係()	電話		

調査を行った月の在宅サービスを選択し、
利用回数を記入してください。

III. 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。福祉用具貸与は調査日時点の、特定福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)			
☐ 予防給付・総合事業	☒ 介護給付	☐ なし	
訪問介護(ホームヘルプ) ・訪問型サービス	月 回	通所リハビリテー ション(デイケア)	月 回
訪問入浴介護	月 回	短期入所生活介 護(ショートステイ)	月 日
訪問看護	月 回	短期入所療養介 護(療養ショート)	月 日
訪問リハビリ テーション	月 回	特定施設入居 者生活介護	月 日
居宅療養管理 指導	月 回	福祉用具貸与	品目
通所介護(デイサービス) ・通所型サービス	月 回	特定福祉用具販 売	品目
夜間対応型訪 問介護	月 日	地域密着型特定施 設入居者生活	月 日
認知症対応型 通所介護	月 日	看護小規模多機能 型居宅介護	月 日
小規模多機能 型居宅介護	月 日	認知症対応型共 同生活介護	月 日
住宅改修	☐ あり ☒ なし	定期巡回・随時対応型 訪問介護型	
住宅改修の有無を 選択してください。 (期間は問いません)		地域密着型所 福祉施設入所 介護	
入院・入所中の施設の 種類を選択してください。		過去6か月以内の品目数を 記入してください。	
施設等連絡先 〒 -	施設等名 ()		
入院先・入所施設の情報を記入してください。 電話 - -			

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

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)、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※家族状況 ☒ 独居 ☐ 同居(夫婦のみ) ☐ 同居(その他)
(家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載)

個人名や施設名、病院名等、個人が特定できる固有名詞は記入しないでください。
概況に記入した介護の手間は特記事項にも記入してください。

保険者番号

131078

被保険者番号

□□□□□□□□□□

頁番号

□

(1-1) 椅子の上で確認動作を実施。左右の上肢と下肢はそれぞれ規定の高さまで掌上保持することができた。

(1-2) 拘縮はない。

(1-3・4) ベッド柵に掴まりながら寝返り・起き上がりを行う。

(1-5) 何も掴まらずに10分間程度の座位保持をすることができる。

(1-6・7・8) 支えなく、両足での立位保持、歩行、立ち上がりを行うことができる。歩行時はふらつきがみられるが、転倒はない。

(1-9) 片足立位は、行うことができない。

(1-10) シャワー浴、前面部は自分で洗う。

(1-11) 手足ともに自身で爪を切っている。

(1-12) 手元の小さい文字を見ることができる。

(1-13) 普通の大きさの声を **手間** とができる。

第1群、第2群は選択が「できる」/「介助されていない」の場合でもどのように動作を行っているのか特記に記載してください。

(2-1) ベッドから車椅子への移乗は職員4人がかりで行っている。

(2-2) 施設内の移動は常に職員の見守りのもと歩く。**屋外**は職員が車椅子を押している。

頻度より見守りを選択。

補足の手間

(2-3・4) むせ込みなく嚥下できる。普通食を自分で食べることができる。

(2-5・6) 排尿・排便について、日中はズボンの上げ下ろし、清拭、トイレの洗浄の動作は介助なく行うことができる。**夜間**はポータブルトイレに排泄し、後片付けは職員が行っている。頻度より介助されていないを選択。

補足の手間

(2-7) 義歯の取り外しは自身で行い、洗浄は介助者が行う。一部介助を選択。

(2-8) 職員が蒸しタオルを渡して自分で拭く。

(2-9) 整髪は自分の手で行う。

(2-10・11) 上衣・ズボンの着脱は自身で行うが、衣服を裏返しのまま着用している。不適切な状況と判断し、適切な介助の方法を選択する。

選択根拠

着脱行為には介助は必要ないが見守りを要すると判断し「見守り等」を選択する。

(2-12) 月2回、職員の付き添いのもと、タクシーを使って、通院している。

(3-1) 口頭で自分の意思を伝えることができる。

頻度・手間

(3-2) 日課の理解がなく、日々のスケジュールを答えることができない。

(3-3) 生年月日は正答。年齢は回答できない。

(3-4) 調査直前に行っていたことを覚えていた。日頃も短期記憶に問題はない。

短期記憶は、調査直前の行動について質問してから、日頃の様子を聞き取ってください。

保険者番号

131078

被保険者番号

□□□□□□□□□□

頁番号

□

(3-5)フルネームを正答した。(3-6)季節は正答

頻度

手間

(3-7)入居している施設名を答えた。

(3-8)夜間に施設内を一人で歩いていることが、週3回程ある。都度、職員が部屋に連れ戻している。

(3-9)部屋の場所がわからなくなり、職員が部屋に誘導することが過去2回あったが、日頃は自分で戻っている。特記のみ。

(4-1・2)「見知らぬ人が来て、自分の食べ物に毒を入れていった」と話をすることが月に2,3回ある。その都度職員が傾聴する対応をとっている。

頻度

手間

(4-12)自室の場所について、場所が不安になり職員に何度か聞くことがあるが、日頃は聞かずに戻っていることから、物忘れはないと判断する。特記のみ。

第3群、4群の選択に該当しない場合でも、
特異な場合は聞き取り内容を記載してください。

(5-1)内服はない。現在は薬を点滴によって投与している。

(5-2)金銭管理は妻が行っている。

手間

(5-3)医療やケアプランなど、複雑な内容の意思決定には家族が介入している。

(5-4)頻回ではないが他入居者と大きな声で話すことがある。場面からみて不適応とまでは言えないため「ない」を選択。

(5-5・6)買い物・調理は全て施設管理。

選択に迷ったら、
具体的な状況とその内容を必ず
記入してください。

(6-1)点滴の針の留置あり。毎日、訪問看護の看護師が薬を投与している。今後も継続予定。

特別な医療は、「実施頻度」、「継続性」、「実施者」
を記入してください。

(7-1)[A2]日中、起きている時間が長いが、介助者がいても外出は困難。

(7-2)[a]日中を中心にせん妄状態になることがあり、指示が通らなかつたり不安を訴えたりすることがある。

日常生活自立度は、
「選択肢」と「選択根拠」を記
入してください。