

★マークシートは鉛筆で記入する
★マークは○とし、ぬりつぶしはしないこと
★特記事項はパソコンで入力してください

在宅サービス利用の方は基本的に居宅で調査してください

在宅サービス利用の場合でも、有料老人ホームなどの施設に入所している場合は「入院(所)施設内」に○をつけてください
※長期でショートステイ利用中など、特別な事情がある場合はご連絡ください

◎調査場所は、原則として、
普段対象者が生活している場所としますが、
やむを得ず入院中に調査する場合は、認定担当にご相談ください

◎入退院直後、施設入退所直後など、
本人の身体状況や生活状況が変化した場合は、
調査項目において過去1週間の状況で
より頻回に見られる状況で記入する項目が多いことから、
最低でも一週間空けて調査してください

在宅利用についてマークする
施設利用の場合は「なし」にマークする

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
福祉用具販売は過去6ヶ月の品目数
住宅改修は過去に改修を行ったことがあるかどうか

数字が一桁の場合は頭に「0」をつける

家族状況を記入してください
(特記すべき事項は、特記事項用紙に記入してください)

61		地域コード		調査対象者コード		202400012345	
認定調査票		所要時間		13:30~14:30			
概況調査		1. 調査実施者(記入者)		被保険者番号		0123456789	
氏名		石川 長寿		フリガナ		イシカワ ナガヒサ	
実施場所		居宅内・入所(院)施設内・その他()		実施日		06年05月01日	
II. 調査対象者		過去の認定		初回(2回目以降)		前回認定結果	
調査対象者氏名		小松 介子		性別		男()女()	
現住所		〒923-8650 小松市小馬出町91番地		生年月日		明治・大正 昭和 13年1月1日生 86歳	
家族等連絡先		同上 小松 寿		調査対象者との関係		夫	
立会人		小松 護		本人との関係		長男	
電話		0761-24-8147		090-1234-5678			
II. 現在受けているサービスの状況についてチェックおよ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。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6ヶ月の品目数を記載)							
現在受けているサービスの状況 ☐ なし ☒ 予防給付 ☐ 介護給付							
訪問介護(ホームヘルプ・訪問型サービス)		月 0 0 2		通所介護(デイサービス・通所型サービス)		月 月 日	
(介護予防)訪問介護		月 月 日		(介護予防)通所介護		月 月 日	
(介護予防)訪問看護		月 月 日		(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)		月 月 日	
(介護予防)訪問リハビリテーション		月 月 日		(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)		月 月 日	
(介護予防)居宅療養管理指導		月 月 日		(介護予防)特定施設入居者生活介護		月 月 日	
訪問看護()		月 月 日		訪問介護()		月 月 日	
施設等利用		月 月 日		施設等利用		月 月 日	
☐ 介護老人福祉施設		☐ 介護療養型医療施設		☐ 特定施設入居者生活介護(療養型以外)		☐ 介護医療院	
☐ 介護老人保健施設		☐ 地域包括ケアシステム(介護予防・生活支援)		☐ 療養老人ホーム()		☐ 軽費老人ホーム()	
施設等連絡先		施設等名		電話		-	
郵便番号		-		住所		-	
※1 特定施設入居者生活介護施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の増設を受けているものを除く。							
IV. 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住状況(外出が困難になるなど日常生活に支障となるような 介護の必要性)、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、上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)							
基本調査							
第1群 身体機能・起居動作				1-4 起き上がり			
1-1 麻痺等の有無(複数回答可)				① つかぬ ② できる ③ できない			
① ない ② 左上肢 ③ 右上肢				① つかぬ ② できる ③ できない			
④ 左下肢 ⑤ 右下肢 ⑥ その他(四肢の欠損)				① つかぬ ② できる ③ できない			
1-2 拘縮の有無(複数回答可)				① つかぬ ② できる ③ できない			
① ない ② 肩関節 ③ 股関節				① つかぬ ② できる ③ できない			
				① つかぬ ② できる ③ できない			

調査した日と時刻を記入
(令和06年⇒06)

前回認定の介護度を記入

調査に誰が立ち会ったか記入
※家族の都合等で、調査の立会いができない場合はご連絡ください
※感染対策により、家族等の立会いが不可の場合は、家族了承の上、「感染対策のため、立会い不可 家族了承済」など記入

はつらつシニア支援事業の利用について
・従前相当、基準緩和
⇒「訪問型サービス」、「通所型サービス」に
回数を記入
・その他(短期集中予防サービス、地域サポートクラブetc)
⇒「介護保険給付以外の在宅サービス」に
利用中のサービス名を記入

《施設等連絡先について》
病院入院中・施設入所中の場合は
施設名・連絡先を記入

《希望するサービスについて》
別紙の特記事項には記載せずに
この欄に記入

【特記事項の記入上の注意点等について】

☆小松市のホームページからダウンロードして記入してください☆
[高齢・介護]→[要介護認定の申請方法について(認定関係様式等)]→[ケアマネジャー向け]内にあります

「できる」「介助されていない」を選択した場合も、必ず特記事項を記入してください(すべての項目)

調査対象者コード、調査日、被保険者番号は、Wordのヘッダーの編集から入力できます
手書きでも差し支えありません

調査対象者コードは、認定調査票マークシートの右上「調査対象者コード」(例では202400012345)を記入してください。

各調査項目について、**点線間には1行に複数行を記入せず、1行には1行のみ記入するようにしてください**
(行が足りなくなった場合は、行の挿入(追加)を行い、次の行に記入してください)
余った場合は行を削除しても差し支えありません
なるべく3枚で収まるようにお願いします

調査対象者コード	202400012345
査票	所望時間 13:30~14:30
実施日	06年05月01日
支援事業所	〇〇
調査員コード	99999

この数字は消さない、動かさないでください。

調査委対象者コード(12桁)になるように記入ください。
(各セルに1つずつ数字をご記入ください。)

32

※なるべく3枚で収まるようにお願いします。

調査対象者コード

202400012345

調査日

6

年

4

月

1

日

保険者番号

172031

被保険者番号

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

認定調査票 (特記事項)

●概況調査

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・器械の有無について特記すべき事項を記入してください。

※地名や施設名等の個人が特定できるような情報は記載しないでください。
例:「〇〇県在住」→「県外在住」
「〇〇ホームに入所」→「特養に入所」
「〇〇病院に入院中」→「市内病院に入院中」
※利用希望のサービスは記入しないでください。

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無 (有無)、1-2 拘縮の有無 (有無)、1-3 寝返り (能力)、1-4 起き上がり (能力)、1-5 座位保持 (能力)、1-6 両足での立位 (能力)、1-7 歩行 (能力)、1-8 立ち上がり (能力)、1-9 片足での立位 (能力)、1-10 洗身 (介助)、1-11 つめ切り (介助)、1-12 視力 (能力)、1-13 聴力 (能力)

1-1、1-2 右上肢は、自力では水平まで上げられず、規定の4分の3までしか挙上できない。他動では、水平まで挙上できた。左上肢・右下肢・左下肢は、自力、他動とも水平まで挙上でき、麻痺・拘縮はない。

1-3 ベッド柵につかまり、なんとか体の向きを変えることができる。

1-4

1-5

1-6

1-7

1-8

1-9

1-10

1-11

1-12

1-13

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗 (介助)、2-2 移動 (介助)、2-3 えん下 (能力)、2-4 食事摂取 (介助)、2-5 排尿 (介助)、2-6 排便 (介助)、2-7 口腔清潔 (介助)、2-8 洗顔 (介助)、2-9 整髪 (介助)、2-10 上衣の着脱 (介助)、2-11 スポン等の着脱 (介助)、2-12 外出頻度 (有無)

2-1

32

※なるべく3枚で収まるようにお願いします。

調査対象者コード

202400012345

調査日

6

年

4

月

1

日

保険者番号

172031

被保険者番号

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

(2-2)

(2-3)

(2-4)

(2-5)

(2-6)

(2-7)

(2-8)

(2-9)

(2-10)

(2-11)

(2-12)

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達 (能力)、3-2 毎日の日課を理解 (能力)、3-3 生年月日を言う (能力)、3-4 短期記憶 (能力)、3-5 自分の名前を言う (能力)、3-6 今の季節を理解 (能力)、3-7 場所の理解 (能力)、3-8 徘徊 (有無)、3-9 外出して戻れない (有無)

3-1

3-2

3-3

3-4

3-5

3-6

3-7

3-8、9

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項 (※全て有無)

4-1 被害的、4-2 作話、4-3 感情が不安定、4-4 昼夜逆転、4-5 同じ話をする、4-6 大声を出す、4-7 介護に抵抗、4-8 落ち着きなし、4-9 一人で出たがる、4-10 収集癖、4-11 物や衣類を壊す、4-12 ひどい物忘れ、4-13 独り言・独り笑い、4-14 自分勝手に行動する、4-15 話がまとまらない

4-1

4-1

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服 (介助)、5-2 金銭の管理 (介助)、5-3 日常の意思決定 (能力)、5-4 集団への不適応 (有無)、5-5 買い物 (介助)、5-6 簡単な調理 (介助)

5-1

32

※なるべく3枚で収まるようにお願いします。

調査対象者コード

202400012345

調査日

6

年

4

月

1

日

保険者番号

172031

被保険者番号

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

(5-1)

(5-2)

(5-3)

(5-4)

(5-5)

(5-6)

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療 (有無)

6-1

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)、7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

7-1

7-2

※行が不足の場合は、各群に行を追加してください。
ここには行を追加しないでください。

特記事項の記入方法について

(1) 認定調査票(特記事項) 概況調査欄

■地名や施設名等の個人が特定できるような情報、利用希望のサービスは記入しないでください。(マークシートのIV欄 特記すべき事項に記入してください。)

例:「〇〇県在住」→「県外在住」

「〇〇特別養護老人ホームに入所」→「特養に入所」

「〇〇病院に入院中」→「市内病院に入院中」

「本人は施設への入所を希望されている。」→特記すべき事項に記入

(2) 各調査項目への特記事項欄

■点線内には1行につき、1行のみ記入してください。(複数行の記入はしない。)

1行でおさまらない場合は、改行して点線の下次の行に続きを記入してください。

■通所サービスを利用されている場合は、自宅と通所時両方の状況を記入してください(すべての項目共通)。

■必ず全ての項目について、記入して下さい。

該当がない場合、特記事項に「該当なし」と記入してください。

6群「特別な医療」に該当がない場合は、「〇〇様に確認。該当項目なし。」等記入をお願いします。

■「できる」「介助されていない」の項目については、どのようにできるか、具体的にご記入ください。「一部介助」や「全介助」の場合、どのような介助をしているかを記入してください。

■マークシートの選択番号だけを記入しないでください。

例:「1を選択」、「①」→「1. できる」を選択する。」「1. できる」を選択する。」

※審査会委員には、マークシートの番号が表示されない資料をお渡ししていますので、番号だけでは選択肢がわかりません。

■(1-1)、(1-2)については、以下の点に注意して記入してください。

・項目をひとまとめにせず記入してください。

悪い例:(1-1, 2)

- ・(1-1)各部位の状態を「左右上下肢その他部位」に分けて記入し、挙上の高さ、静止の状況などを記入してください。
- ・(1-2)各部位の状態を「肩、膝、股関節、その他の部位」の関節別に分けて記入し、挙上の高さなどを記入してください。

■(2-5)、(2-6)については、日中及び夜間の排泄回数を記入してください。

■3群項目については、調査時と日頃が異なる場合、日頃の状況についても記入してください。

※(3-4)については、調査時の直前記憶の質問・日頃の様子、記憶テストの有無を記入してください。

■(5-6)については、定義に記載の「炊飯・温め・即席めんの調理」について、有無及び頻度を記載してください。

■(7-2)認知症高齢者の日常生活自立度については、身体的理由ではなく、認知機能の低下によっておこる症状・行動を記入してください。

(認知面での理由により、金銭管理、服薬管理ができない、着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる等。)

(3)その他

■事務局からお電話し、聞き取りした項目等は、事務局で追記・修正いたします。

※情報開示請求があった場合、認定調査票及び特記事項を開示することとなります。トラブル防止のため、市に提出した調査票と相違がないよう統一ください。