

羽曳野市 認定調査にあたってのお願い

◎不適切な為、適切な介助の方法で選択した場合

→文頭に「★印」マークをつけて、なぜ不適切なのか記載してください。

○2-1 移乗

→着座は選択に含まない。

○2-2 移動

→転倒の頻度を記載。屋外での介助は選択に含まれない。

○2-5.6 排尿・排便

→「頻度」「失敗の有無」を必ず記載。

○2-12 外出

→移動手段を記載。

○3-4 短期記憶

→初めは「直前の行動」で必ずチェック。

曖昧な場合や、同席者がいない場合は3品（ペン・時計・視力確認表）提示を行う。

○4-3.6 感情不安定 大声をだす

→理由があつての行動の場合は内容を特記に記載するが、「ない」を選択。

例) 亡くなった夫の写真を見る度に泣く/看護師を大声で呼ぶ 等

○4-12 ひどい物忘れ

→必ず、「対応」を記載。自分で解決している場合は、「ない」を選択。

例) 鍵をなくすことが週1回あるが、自己にて探し出す。→「ない」になる。

○5-1 薬の内服

→飲み忘れがないか確認。

○5-3 日常の意思決定

→2者選択程度であればできる（指さしでも可）→「日常的に困難」を選択。

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。本人が能力を失って意思疎通が困難な状態等、通常の状態でない場合は調査を行って下さい。

認定調査票（概況調査）

0431

I.	調査実施者（記入者）	市区町村コード 2 7 2 2 2	実施日時 年 月 日 時
	管理市町村コード 実施場所	調査対象者番号	
忘れずに「✓」を！			
実施日は全てのページに記載！			
II.	調査対象者	過去の認定 初回・2回目以降（前回認定 年 月 日）	前回認定結果
	被保険者番号 （対象者番号）	生年月日	年 月 日
	ふりがな	現住所	
	対象者氏名		
「現在受けているサービスの状況」は必ずチェックをしてください。 ↓ 「なし」か「予防給付サービス」か「介護給付サービス」にチェック ※住宅改修のみでサービス利用がなくてもチェックは必要です。			
III.	現在受けているサービス	認定調査を行う過去6月の品目	現在受けているサービスの状況
	現在受けているサービスの状況	なし ☐ 予防給付サービス・総合事業 ☐ 介護給付サービス ☐	
在宅利用	訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス	月 日 回	・（介護予防）福祉用具貸与 品目
	・（介護予防）訪問入浴介護	月 日 回	・特定（介護予防）福祉用具販売 品目
	・（介護予防）訪問看護	月 日 回	・住宅改修 あり ☐ なし ☐
	・（介護予防）訪問リハビリテーション	月 日 回	・夜間対応型訪問介護 月 日
	・（介護予防）居宅療養管理指導	月 日 回	・（介護予防）認知症対応型通所介護 月 日
	・通所介護（デイサービス）・通所型サービス	月 日 回	・（介護予防）小規模多機能型居宅介護 月 日
	・（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	月 日 回	・（介護予防）認知症対応型共同生活介護 月 日
	・（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）	月 日 回	・地域密着型特定施設入居者生活介護 月 日
	・（介護予防）短期入所療養介護（療養ショート）	月 日 回	・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 日
	・（介護予防）特定施設入居者生活介護	月 日 回	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 日 回
・看護小規模多機能型居宅介護	月 日 回		
施設等利用	市町村特別給付	介護保険給付外の在宅サービス	
	施設等連絡先	施設等名	
※入院・入所・入居の場合は、要記載			
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下さい。	
	※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）	
署名欄			
署名	印鑑可 ・同席者の代筆可	同席者 同席者がいる場合は署名	調査員名 調査員が必ず署名

- ・チェックは□内からはみ出さないように、✓を記してください。
 ・「1-1」と「1-2」と「6群(特別な医療)」で訂正がある場合は、二重線をお願いします。

認定調査票(基本調査)

0412

市区町村コード **27222** 対象者番号 **0000000000** 調査日 **0000** 年 **00** 月 **00** 日

1-1	麻痺 (複数回答可)	☐ 1) ない ☐ 2) 左上肢 ☐ 3) 右上肢 ☐ 4) 左下肢 ☐ 5) 右下肢 ☐ 6) その他(四肢の欠損)	3-1	意思の伝達	☐ 1) できる ☐ 2) ときどきできる ☐ 3) ほとんど不可 ☐ 4) できない
1-2	拘縮 (複数回答可)	☐ 1) ない ☐ 2) 肩関節 ☐ 3) 股関節 ☐ 4) 膝関節 ☐ 5) その他(四肢の欠損)	〈特記事項を必ず記載する項目〉 「1-7」「2-1」「2-2」 「2-5」「2-6」「2-12」「7群」 は選択肢に関わらず必ず記載してください。		
1-3	寝返り	☐ 1) できる ☐ 2) つかまれば可 ☐ 3) できない			
1-4	起き上がり	☐ 1) できる ☐ 2) つかまれば可 ☐ 3) できない			
1-5	座位保持	☐ 1) できる ☐ 2) 自分で支えられ可 ☐ 3) 支えが必要			
1-6	両足での立位	☐ 1) できる ☐ 2) 支えが必要 ☐ 3) できない			
1-7	歩行	☐ 1) できる ☐ 2) つかまれば可 ☐ 3) できない	3-9	外出して居られない	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
1-8	立ち上がり	☐ 1) できる ☐ 2) つかまれば可 ☐ 3) できない	4-1	被害的	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
1-9	片足での立位	☐ 1) できる ☐ 2) 支えが必要 ☐ 3) できない	4-2	作話	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
1-10	洗身	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助 ☐ 4) 行っていない	4-3	感情が不安定	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
1-11	つめ切り	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助	4-4	昼夜逆転	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
1-12	視力	☐ 1) 普通 ☐ 2) 1m先が見える ☐ 3) 目の前が見える ☐ 4) ほとんど見えず ☐ 5) 判断不能	4-5	同じ話をする	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
1-13	聴力	☐ 1) 普通 ☐ 2) やっと聞こえる ☐ 3) ほとんど聞こえず ☐ 4) ほとんど聞こえず	4-6	大声を出す	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
2-1	移乗	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助	提出前に確認を！ □基本調査の記入漏れ、複数選択はありませんか？ □基本調査の選択と特記事項の内容に矛盾はありませんか？		
2-2	移動	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助			
2-3	えん下	☐ 1) できる ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) できない	4-11	嘔吐	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
2-4	食事摂取	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助	4-12	ひどい物忘れ	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
2-5	排泄	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助	4-13	独り言・独り笑い	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
2-6	排便	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助	4-14	自分勝手に行動する	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
2-7	口腔清潔	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助	4-15	話がまとまらない	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
2-8	洗顔	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助	5-1	薬の内服	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助
2-9	整髪	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助	6群の「特別な医療」は、①実施頻度、②継続性、③実施者、 ④当該医療を必要とする理由を必ず特記事項に記載してください。 ※急性期による対応の場合は特記のみ		
2-10	上衣の着脱	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助			
2-11	ズボン等の着脱	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助			
2-12	外出頻度	☐ 1) 週1回以上 ☐ 2) 月1回以上			
6	特別な医療 (複数回答可)	処置内容 ☐ 1) 点滴の管理 ☐ 2) 中心静脈栄養 ☐ 3) 透析 ☐ 4) ストーマの処置 ☐ 5) 酸素療法 ☐ 6) レスビレーター ☐ 7) 気管切開の処置 ☐ 8) 疼痛の看護 ☐ 9) 経管栄養 特別な対応 ☐ 10) モニター測定 ☐ 11) じよくそうの処置 ☐ 12) カテーテル			
7	日常生活自立度	障害高齢者自立度 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 認知症高齢者自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			

認定調査票(特記事項)

0408

市区町村コード **27222**

対象者番号

調査日 年 月 日

- 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記
1-1 麻痺等の有無、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

実施日は全てのページに記載を！
※パソコン出力の場合は、対象者番号の記載を忘れずに

- 生活機能に関連する項目についての特記事項

4-15 移がせとしない

関連する項目についての特記事項
の管理、5-3 日常の意思決定、
買物、5-6 簡単な調理
の特記事項

連する項目についての特記事項
自立度（寝たきり度）、
生活自立度

- ・はみださないよう枠内に記載してください。
- ・2B 以上の濃い鉛筆または、ボールペンで記載してください。
- ※パソコン出力の場合は、**10ポイント以上**で記載
- ・簡潔に、項目ごとにまとめ、群ごとに1行ずつ空けてください。
- ・用紙が足りない場合は、コピーして利用してください。

動作確認内容は日頃と同様と聞き取る。

1-1

1-2

.

1-13 普通の大きさで . . .

群ごとに一行ずつ空けて記載

2-1

.

2-5・6 独居のため、自分で排泄をしているが、～のような状況で不適切と判断。

～が適切な介助であるため「一部介助」を選択する。

.

**「実際の介助の方法」が不適切な場合は、
不適切と判断する理由と適切な介助方法を記載**

4-13 何もないところに向かって一人で話しかけていることがある。(2回/週)

家族は特に対応をしていない。

**行動により発生している
介護の手間(対応や時間等)が
あるか確認を！
あれば頻度も併せて記載**

**頻度を必ず記載！ ※特に2群と4群
例:「毎日」、「〇回/週」、「入所後〇回」等**

7-1 J2: 近所なら一人で外出する。公共交通機関の利用はできない。

7-2 ○○: