調査実施日　令和　　年　　月　　日　被保険者氏名　　　　　　　　　　　被保険者番号

認 定 調 査 票（ 特 記 事 項 ）

調査全体に係る事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （調査場所） | 在宅 特養 老健 介護医療院 特定施設 グループホーム 医療機関 サ高住 その他（ 　　　　） | | |
| （家族の状況） | 独居　日中独居（　　時～　　時）　同居者の介護力なし・本人含む（　　）人 | | |
| （主な介護者） | 妻　夫　嫁　娘　息子　ヘルパー　病院・施設職員　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| （虐待・介護放棄） | 無・有（状況 |  | ） |
| （住環境の制約） | 無・有（状況 |  | ） |

※以下、□で囲ってある項目は、実際の介助の方法に基づき選択し、具体的な「介護の手間」と「頻度」を記載してください。（適切な介助が行われていない場合は「不適切な介護」で判断してください。）

不適切な介護　　無 ・ 有 （ 介助の不足 ・ 過剰な介助 ）

１　身体機能・起居動作

1-1麻痺　 1-2拘縮 　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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認動作…行えなかった項目と理由（ | |  | ） | |
| (１・２) |  | | |
|  |  | | |
| (３) |  | | |
| (４) |  | | |
| (５) |  | | |
| (６) |  | | |
| (７) |  | | |
| (８) |  | | |
| (９) |  | | |
| (１０) |  | | |
| (１１) |  | | |
| (１２) |  | | |
| (１３) |  | | |

不適切な介護　　無 ・ 有 （ 介助の不足 ・ 過剰な介助 ）

２　生活機能

2-1移乗　 2-2移動　 2-3えん下 　2-4食事　 2-5排尿　 2-6排便　 2-7口腔清潔　 2-8洗顔　 2-9整髪

2-10上衣の着脱　 2-11ズボン等の着脱　 2-12外出頻度

(7)口臭（無・有）・歯（無・有）・義歯（無・有…合っている・合っていない・使っていない）

|  |  |
| --- | --- |
| (１) |  |
| (２) |  |
| (３) |  |
| (４) |  |
| (５) |  |
| (６) |  |
| (７) |  |
| (８) |  |
| (９) |  |
| (１０) |  |
| (１１) |  |
| (１２) |  |

３　認知機能　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者番号

3-1意思の伝達　3-2毎日の日課を理解　3-3生年月日を言う　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徘徊　3-9外出して戻れない

|  |  |
| --- | --- |
| (１) |  |
| (２) |  |
| (３) |  |
| (４) |  |
| (５) |  |
| (６) |  |
| (７) |  |
| (８) |  |
| (９) |  |

４　精神・行動障害

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

|  |  |
| --- | --- |
| (　　) |  |
| (　　) |  |
| (　　) |  |
| (　　) |  |
| (　　) |  |
| (　　) |  |
| (　　) |  |
| (　　) |  |
| (　　) |  |

不適切な介護　　無 ・ 有 （ 介助の不足 ・ 過剰な介助 ）

５　社会生活への適応

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

|  |  |
| --- | --- |
| (１) |  |
| (２) |  |
| (３) |  |
| (４) |  |
| (５) |  |
| (６) |  |

６　特別な医療　※急性疾患への対応は除く

|  |  |
| --- | --- |
| (　　) |  |
| (　　) |  |
| (　　) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | | 自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ |
| （選択根拠） |  | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | 自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ |
| （選択根拠） |  | |
|  | | |
|  | | |

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ください。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を行ってください。

保険者番号　131185　　被保険者番号

認定調査票（概況調査）

Ⅰ　調査実施者（記入者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日時 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分～　時　　分（所要時間　　時間　　分） | | | |
| 実施場所 | 自宅内　・　自宅外（ | | | ） |
| ふ り が な |  | 所属機関 | 電話 | |
| 記入者氏名 |  |

Ⅱ　調査対象者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 過去の認定 | 初回　・　２回目以降 | 前回認定結果 | | 非該当・要支援（　　）・要介護（　　） | |
| ふ り が な |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和  年　月　日（　　歳） |
| 対象者氏名 |  |
| 現 住 所 | 〒　　　　－ | | | 電　話 |  |
|  | | |
| 立会人等  連 絡 先 | 氏名（） | | | 電　話 |  |
| 調査対象者との関係（） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 調査対象者の家族状況、居住環境、日常的に使用する機器・器械の有無、傷病、既往歴、サービス利用意向等 |  |

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載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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の、  特定（介護予防）福祉用具販売は過去６月の品目数を記載］ | | | | | | | | | | |
| 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス | | | | 月 |  | 回 | 看護小規模多機能型居宅介護 | 月 |  | 日 |
| □ (介護予防)訪問入浴介護 | | | | 月 |  | 回 | 夜間対応型訪問介護 | 月 |  | 日 |
| (介護予防)訪問看護 | | | | 月 |  | 回 | (介護予防)認知症対応型通所介護 | 月 |  | 日 |
| (介護予防)訪問リハビリテーション | | | | 月 |  | 回 | (介護予防)小規模多機能型居宅介護 | 月 |  | 日 |
| (介護予防)居宅療養管理指導 | | | | 月 |  | 回 | (介護予防)認知症対応型共同生活介護 | 月 |  | 日 |
| 通所介護(デイサービス)・通所型サービス | | | | 月 |  | 回 | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 月 |  | 日 |
| (介護予防)通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ(デイケア) | | | | 月 |  | 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)短期入所生活介護(ｼｮｰﾄｽﾃｲ) | | | | 月 |  | 日 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 月 |  | 回 |
| (介護予防)短期入所療養介護(療養ｼｮｰﾄ) | | | | 月 |  | 日 | 住宅改修　なし・あり( | | | ) |
| (介護予防)特定施設入居者生活介護 | | | | 月 |  | 日 | 市町村特別給付( | | | ) |
| (介護予防)福祉用具貸与 | 品目( | | | | | | | | | ) |
| 特定(介護予防)福祉用具販売 | 品目( | | | | | | | | | ) |
| 介護保険給付以外の在宅サービス | | ( |  | | | | | | | ) |

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 利 用 | |
| 介護老人福祉施設　　介護老人保健施設　　介護医療院　　特定施設入居者生活介護適用施設  認知症対応型共同生活介護適用施設（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ）　医療機関（医療保険適用療養病床）　医療機関（療養病床以外）  養護老人ﾎｰﾑ※１　軽費老人ﾎｰﾑ※１　有料老人ﾎｰﾑ※１※２　ｻｰﾋﾞｽ付き高齢者向け住宅※１　その他の施設等 | |
| 施 設 等 連 絡 先 | |
| 施設名  郵便番号　　　　－  住　　所 | 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