

I 調査実施者

|             |     |       |    |   |   |   |
|-------------|-----|-------|----|---|---|---|
| 事業者番号・調査員番号 |     | 実施年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 調査者氏名       |     |       |    |   | 時 | 分 |
| 実施場所        | ( ) |       |    |   |   |   |

II 調査対象者

|        |        |          |    |     |         |
|--------|--------|----------|----|-----|---------|
| フリガナ   |        | 生 年 月 日  | 年  | 月   | 日 ( 歳 ) |
| 対象者氏名  |        |          |    |     |         |
| 現住所    | 申請年月日  |          | 令和 | 年   | 月 日     |
|        | 電 話    |          | -  | -   |         |
| 過去の認定  | 前回認定結果 |          |    |     |         |
|        | 有効期限   | 年        | 月  | 日 ~ | 年 月 日   |
| その他連絡先 | 〒 -    | 電 話      | -  | -   |         |
|        | 氏名     | 様 関係 ( ) |    |     |         |

III 現在受けているサービスの状況 サービス利用：

|   |   |   |   |    |   |
|---|---|---|---|----|---|
| 在宅利用（調査月のサービス利用回数を記入、用具貸与は調査日時点、用具販売は過去6月の品目数）          |   |   |   |    |   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)・訪問型サービス | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与         | 品目 |   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護                   | 月 | 回 |   |    |   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護                     | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売 ( )   | 品目 |   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション              | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 住宅改修                 |    |   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導                 | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護            | 月  | 日 |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)・通所型サービス     | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護     | 月  | 日 |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)        | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護    | 月  | 日 |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)        | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護   | 月  | 日 |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)         | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 月  | 日 |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護              | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 月  | 日 |
| <input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [ ]                    |   |   | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | 月  | 回 |
| <input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス [ ]             |   |   | <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護        | 月  | 日 |

|   |   |
|---|---|
| 施設利用  | 施設連絡先   |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1<br><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1<br><input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2<br><input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1<br><input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)<br><input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)<br><input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)<br><input type="checkbox"/> その他の施設 <input type="checkbox"/> 居宅(施設利用なし) | 施設名 _____<br>_____ 病棟・ _____ 階 _____<br>入院・入所日 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>施設住所 _____<br>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 調査対象者の主訴、家族状況、居住環境等について特記すべき事項

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> | <p>・かかりつけ医 ( )</p> <p>・入院歴 ( )</p> |
| <p>・希望のサービス ( )    ・担当者 ( )    ・第3者確認 ( )</p>                           |                                    |

## 認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてにチェックを入れてください。（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） |
|-------|--------|--------|--------|--------|---------------|

1-2 拘縮有無について、あてはまる番号すべてにチェックを入れてください。（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） |
|-------|--------|--------|--------|---------------|

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

- |               |                |         |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

- |               |                |         |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

- |        |                 |                |         |
|--------|-----------------|----------------|---------|
| 1. できる | 2. 自分の手で支えればできる | 3. 支えてもらえればできる | 4. できない |
|--------|-----------------|----------------|---------|

1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

- |             |                |         |
|-------------|----------------|---------|
| 1. 支えなしでできる | 2. 何か支えがあればできる | 3. できない |
|-------------|----------------|---------|

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

- |               |                |         |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

- |               |                |         |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

- |             |                |         |
|-------------|----------------|---------|
| 1. 支えなしでできる | 2. 何か支えがあればできる | 3. できない |
|-------------|----------------|---------|

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

- |             |         |        |           |
|-------------|---------|--------|-----------|
| 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 |
|-------------|---------|--------|-----------|

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

- |             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

**1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

1. 普通（日常生活に支障がない）
2. 約1m離れた視力確認表の図が見える
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えない
5. 見えているのか判断不能

**1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

1. 普通
2. 普通の声がやっと聞き取れる
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞こえない
5. 聞こえているのか判断不能

**2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 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 えん下について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

- |        |         |         |
|--------|---------|---------|
| 1. できる | 2. 見守り等 | 3. できない |
|--------|---------|---------|

**2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**2-7, 8, 9 あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

|                | 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|----------------|-------------|---------|--------|
| 7. 口腔清潔（はみがき等） | 1           | 2       | 3      |
| 8. 洗顔          | 1           | 2       | 3      |
| 9. 整髪          | 1           | 2       | 3      |

**2-10, 11 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。**

|                 | 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-----------------|-------------|---------|---------|--------|
| 10. 上衣の着脱       | 1           | 2       | 3       | 4      |
| 11. ズボン、パンツ等の着脱 | 1           | 2       | 3       | 4      |

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

1. 週1回以上

2. 月1回以上

3. 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる
2. ときどき伝達できる
3. ほとんど伝達できない
4. できない

3-2, 3, 4, 5, 6, 7 あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

|                           |        |         |
|---------------------------|--------|---------|
| 2. 毎日の日課を理解することが          | 1. できる | 2. できない |
| 3. 生年月日や年齢を答えることが         | 1. できる | 2. できない |
| 4. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが | 1. できる | 2. できない |
| 5. 自分の名前を答えることが           | 1. できる | 2. できない |
| 6. 今の季節を理解することが           | 1. できる | 2. できない |
| 7. 自分がいる場所を答えることが         | 1. できる | 2. できない |

3-8, 9, あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

|                 |       |           |       |
|-----------------|-------|-----------|-------|
| 3-8. 徘徊することが    | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 9. 外出すると戻れないことが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |

4-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

|                              |       |           |       |
|------------------------------|-------|-----------|-------|
| 4-1. 物を盗られたなど被害的になることが       | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 2. 作話することが                   | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 3. 泣いたり笑ったりして感情が不安定になることが    | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 4. 昼夜が逆転することが                | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 5. しつこく同じ話をすることが             | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 6. 大声をだすことが                  | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 7. 介護に抵抗することが                | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 8. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが      | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 9. 1人で外に出たがり目が離せないことが        | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 10. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 11. 物を壊したり、衣類を破いたりすることが      | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 12. ひどい物忘れが                  | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 13. 意味もなく独り言や独り笑いをすることが      | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 14. 自分勝手に行動することが             | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| 15. 話がまとまらず会話にならないことが        | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

|             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

|             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

|        |                 |           |         |
|--------|-----------------|-----------|---------|
| 1. できる | 2. 特別な場合を除いてできる | 3. 日常的に困難 | 4. できない |
|--------|-----------------|-----------|---------|

5-4 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

|             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

|             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

6 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてにチェックを入れてください。

(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（人工肛門）の処置 |
|        | 5. 酸素療法                               | 6. レスピレーター（人工呼吸器） | 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（血圧、心拍、酸素飽和度等）              |                   | 11. じょくそうの処置 |                  |
| 失禁への対応 | 12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等） |                   |              |                  |

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけチェックを入れてください。

|                          |    |     |      |      |       |       |     |     |     |
|--------------------------|----|-----|------|------|-------|-------|-----|-----|-----|
| 障害高齢者の日常生活自立度<br>(寝たきり度) | 自立 | J 1 | J 2  | A 1  | A 2   | B 1   | B 2 | C 1 | C 2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度           | 自立 | I   | II a | II b | III a | III b | IV  | M   |     |

認定調査票（特記事項）