

認定調査実施にあたってのお願い

令和7年1月

静岡市 介護保険課

《目次》

1. 認定調査員の役割	1 頁
2. 調査の流れ	2 頁
3. 要介護認定調査依頼書	3 頁
4. 調査票(概況調査)記載方法	4～6頁
5. 調査票(特記事項)記載方法	7 頁
6. (参考)認定調査連絡箋(表面) 記載例	8 頁
7. (参考)調査項目概要(連絡箋裏面)	9 頁
8. (参考)調査票送付票 記載例	10 頁
9. (参考)認定調査票作成補助シート	11～12 頁

この冊子は、認定調査を実施する際、【要介護認定 認定調査員テキスト 2009】に記載のない事項について静岡市の対応方法をまとめたものです。基本的な調査方法につきましては、【要介護認定 認定調査員テキスト 2009】を参考にしてください。

《調査票送付先及び各区の連絡先》

○葵福祉事務所 高齢介護課 介護保険第1係

〒420-8602 静岡市葵区追手町5番1号

TEL: 054-221-1180

○駿河福祉事務所 高齢介護課 介護保険係

〒422-8550 静岡市駿河区南八幡町10番40号

TEL: 054-287-8679

○清水福祉事務所 高齢介護課 介護保険係

〒424-8701 静岡市清水区旭町6番8号

TEL: 054-354-2116

《この冊子に関するお問い合わせ先》

○静岡市役所 介護保険課 給付・認定係

〒420-8602 静岡市葵区追手町5番1号

TEL: 054-221-1374

1. 認定調査員の役割

調査員は、被保険者や立会者からは静岡市職員と同様に見られます。言葉使いや身だしなみに注意し、真摯な対応を心がけましょう。

また、調査員は、実際に申請者と会って審査に必要な情報を提供する重要な立場にあります。調査の際は以下のポイントに留意してください。

①公平公正な調査…要介護認定調査は、全国一律の方法によって公平公正で客観的かつ正確に行われる必要がある。

②中立な調査…調査対象者に特定のサービス等の利用の勧奨や宣伝を行うなどの営利活動を行わない。

③守秘義務…在職中だけでなく退職後も、正当な理由無しに、調査に関して知り得た個人の秘密を漏らしてはならない。

その他、被保険者等に審査の結果の見込みを伝えることはトラブルに繋がりますので控えるようお願いいたします。

2. 認定調査の流れ

(1) 調査日の日程調整

原則として、要介護認定調査依頼書が届いた翌日には「連絡先電話」に連絡し、調査の日時・場所等を調整する。また、返送期限は依頼書の発送から12日以内です。期日までに提出できない場合は調査を依頼した区の高齢介護課に連絡してください。

日程調整時、以下のような状況がないか確認し、該当する状況があった場合には、必ず依頼元の区の高齢介護課に連絡してください。

- ・本人の状態が安定していない。
- ・調査場所に変更がある。
- ・本人の日頃の状況を把握できる場所での調査ができない。
- ・本人の日頃の状況を知る人が立会えない。

(2) 調査の実施

調査前に、「認定調査連絡箋（表面）と調査項目（裏面）」を作成してください。静岡市HPに原本データが掲載されています。ご活用ください。

掲載場所：静岡市HP →健康・医療・福祉→福祉・介護→介護福祉→介護事業者のみなさまへ→
要介護認定関連事務 → 要介護認定調査で使用する様式

調査は、要介護認定調査員テキスト2009に基づいて実施してください。

調査終了後、作成した「認定調査連絡箋（表面）と調査項目（裏面）」を調査対象者または介護者に渡してください。

認定調査票作成補助シートをご活用ください。

(3) 調査票の作成

調査票： 認定調査票（概況調査） ・ 概況調査IV.及び特記事項

記載時の注意事項

- ・汚損した際は新しい用紙に書き直してください。
- ・できるだけボールペンで記入してください。鉛筆もしくはシャープペンシルは2B以上のものを使用し、濃く記入する。黒以外の色は使用しないでください。
- ・枠の中心に記入する。枠に触れない、はみ出さないようにしてください。
- ・数字はまっすぐに記入してください。
- ・チェックミスや書き損じをした場合は消しゴム又は修正テープでしっかりと消してください。

(4) 調査票の提出

「調査票（概況調査・特記事項）」と「認定調査票 送付票2枚（高齢介護課提出分1枚、事業所返送用1枚）」を調査を依頼した区の高齢介護課に持参、又は返信用封筒にて提出してください。

提出前に、基本調査票と特記事項の内容が別人のものになっていないか確認してください。

同じ事業所内であれば、複数の調査員が作成した調査票を1枚の送付票にまとめても結構です。ただし、認定結果通知を迅速に行うため、数日分をまとめて提出するのではなく、調査票作成後速やかに提出してください。

3. 要介護認定調査依頼書

第 号

令和 年 月 日

委託事業所 御中

静岡市長 名

介護保険 要介護認定調査依頼書

返送期限

お忙しいところ恐縮ですが、次の方について要介護認定調査を行い、認定調査票を令和 年 月 日までに御返送いただきますようお願い申し上げます。また、その際には送付票の添付も併せてお願い申し上げます。

なお、備考欄に◎の表示のある方は、至急認定結果が必要な方です。

申請番号	被保険者氏名	性別	生年月日	被保険者電話	申請理由	調査区分	調査不可日等	備考
被保険者番号				連絡先電話	調査区分			
申請年月日	調査先住所			連絡先氏名	現介護度			
202512345	静岡 太郎	男	S10.4.1	054-000-1111	更新		月・水・金	
123456				090-222-3333	介護保険		デイ	
R7.4.1	静岡市葵区追手町5番1号			静岡 花子	要介護4			

調査の日程調整は、「連絡先電話」に電話してください。
 ※連絡先電話に繋がらない場合、「被保険者電話」には連絡せず、依頼元の区に確認してください。

依頼元の区の高齢介護課

問い合わせ先

〇〇〇-〇〇〇〇

静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号

静岡市役所 〇〇福祉事務所 高齢介護課

電話番号 054-〇〇〇-〇〇〇〇

4. 調査票（概況調査）記載方法

I. 調査実施者(記入者)		申請番号	
全ての調査票に 同じ日を記載 例:令和7年4月17日 ⇒ 5 7年 4月 17日		依頼書と同じ	
5 年 月 日 <small>令和: 5</small>		申請番号 <input type="text"/>	
実施場所 <input type="text"/>		自宅内・自宅外	
ふりがな	所属機関・部署・工		
記入者氏名	『当該年度』の 調査員コードを記入	調査員コード <input type="text"/>	病院・施設調査は 「自宅外」
II. 調査対象者			
今回の申請	新規 <input type="radio"/> 更新 <input checked="" type="radio"/> 区分変更	申請年月日	令和 年 月 日
調査対象者 氏名	ふりがな	性別 男・女	生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日生 歳
現住所 (訪問調査先)	〒 調査先が自宅以外の場合は、下記のサービス利用状況にも記載。 住所地ではなく、調査先を記入。		
家族等 連絡先	氏名() 調査対象者との関係()	※家族状況 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他) <input type="checkbox"/> <small>(家族状況については、上のいずれかにチェックする)</small>	

施設・病院調査時は、在宅を想定して選択。
 2世帯住宅の場合は、同居の家族状況で判断。

現在受けているサービスの状況

- ・回数・日数等の確認ができない場合は未記入とし、概況IVに確認できない理由を記載する。
- ・記入欄が2桁しかないサービスについて、100回を超える場合には「99」と記入する。概況IVに正しい回数を記入する。
- ・暫定ケアプランによりサービスを利用している場合、概況IVに暫定ケアプランによる利用である旨を記載する。
- ・自費で介護保険の適用となるサービスを利用（限度額以上の利用等）している場合、利用回数・日数等に含める。概況IVに自費である旨を記載する。
- ・お試し利用は含めない。

「予防給付」：要支援1・2でサービス利用。
 「介護給付」：要介護1～5でサービス利用。
 「なし」：サービス利用なし。また、入所・入院時。

Ⅲ. 現在受けているサービスの状況

※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)

必須 予防給付 <input checked="" type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/>	訪問介護 月 <input type="text"/> ① 回	訪問入浴介護 月 <input type="text"/> 回	訪問看護 月 <input type="text"/> ② 回	訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> 回
居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> ③ 回	通所介護 月 <input type="text"/> 回	通所リハビリテーション 月 <input type="text"/> 回	短期入所生活(特養等) 月 <input type="text"/> 日	短期入所療養介護(療養ショート) 月 <input type="text"/> 日
特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> 日	福祉用具貸与 ④ 品目	特定福祉用具販売 ⑤ 品目	住宅改修 あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護 月 <input type="text"/> 日
認知症対応型通所介護 月 <input type="text"/> 日	小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> 日	認知症対応型共同生活介護 月 <input type="text"/> 日	地域密着型特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> 日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 <input type="text"/> 日
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 <input type="text"/> 回	看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> 日	介護保険給付以外の在宅サービス ⑥ 例)配食型見守りサービス週1回		

① 訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> ・1日のうち、午前・午後で利用している場合は、「2回」と算定する。 ・介護タクシーも含む。往復利用の場合は、「2回」と算定する。
② 訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険適用の場合は、「介護保険給付以外の在宅サービス」に記載する。 ・訪問看護ステーションの理学療法士等の訪問も、訪問看護で算定する。
③ 居宅療養管理指導	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士等による訪問指導が該当する。
④ 福祉用具貸与	<ul style="list-style-type: none"> ・調査日時点での利用品目数を記入する。 ・手すり等の同じ品目を複数貸与・付属品(サイドテーブル・介助バー等)を複数種類貸与などの場合は、「1品目」として算定する。 ・ベッド一式(本体・マット・付属品)を貸与している場合は、「3品目」として算定する。
⑤ 特定福祉用具販売	<ul style="list-style-type: none"> ・過去6か月以内に購入した品目数を記載する。
⑥ 介護保険給付以外の在宅サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者福祉サービス(配食サービス、おむつ券、緊急通報サービス、理美容サービス等)を記載する。 審査会資料には掲載されないため、自費で介護保険サービスを利用しているものや、特記すべきサービスがあれば概況に記載する。

A) 老人福祉施設・老人保健施設・介護医療院・医療機関（医療保険適用療養病床）・医療機関（療養病床以外）の場合

III. 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）

なし <input checked="" type="checkbox"/> 予防 給付 <input type="checkbox"/> 介護 給付 <input type="checkbox"/>	訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問入浴介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問 リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
居宅療養 管理指導 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	通所 リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	短期入所生活 介護（特養等） 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	短期入所 療養介護 （療養ショート） 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
特定施設入居者 生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	福祉用具貸与 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	特定福祉 用具販売 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	住宅改修 あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	夜間対応型 訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
認知症対応 型通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	小規模多機能 型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	認知症対応型 共同生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型 特定施設入 居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型介護 老人福祉施設入 所者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護 施設等利用 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	看護小規模 多機能型 居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	介護保険給付以外の在宅サービス		

介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 グループホーム
 特定施設入居者生活介護適用施設 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} サービス付き高齢者向け住宅^{※1} その他の施設等

施設等連絡先 〒 施設等名() TEL - -

施設等連絡先・施設等名・TEL を記載する。

B) 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・その他の施設等の場合

III. 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）

なし <input checked="" type="checkbox"/> 予防 給付 <input type="checkbox"/> 介護 給付 <input type="checkbox"/>	訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問入浴介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問 リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
居宅療養 管理指導 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	通所 リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	短期入所生活 介護（特養等） 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	短期入所 療養介護 （療養ショート） 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
特定施設入居者 生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	福祉用具貸与 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	特定福祉 用具販売 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	住宅改修 あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	夜間対応型 訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
認知症対応 型通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	小規模多機能 型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	認知症対応型 共同生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型 特定施設入 居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型介護 老人福祉施設入 所者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護 施設等利用 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	看護小規模 多機能型 居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	介護保険給付以外の在宅サービス		

介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 グループホーム
 特定施設入居者生活介護適用施設 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} サービス付き高齢者向け住宅^{※1} その他の施設等

施設等連絡先 〒 施設等名() TEL - -

施設等連絡先・施設等名・TEL を記載する。

サービス利用に関わらず「なし」に✓

サービス利用があれば、「予防給付」か「介護給付」に✓し、サービス欄に数字を記載

C) グループホーム・特定施設入居者生活介護適用施設を利用中の場合

III. 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）

なし <input type="checkbox"/> 予防 給付 <input checked="" type="checkbox"/> 介護 給付 <input type="checkbox"/>	訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問入浴介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問 リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
居宅療養 管理指導 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	通所 リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	短期入所生活 介護（特養等） 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	短期入所 療養介護 （療養ショート） 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
特定施設入居者 生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	福祉用具貸与 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	特定福祉 用具販売 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	住宅改修 あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	夜間対応型 訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
認知症対応 型通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	小規模多機能 型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	認知症対応型 共同生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型 特定施設入 居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型介護 老人福祉施設入 所者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護 施設等利用 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	看護小規模 多機能型 居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	介護保険給付以外の在宅サービス		

介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 グループホーム
 特定施設入居者生活介護適用施設 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} サービス付き高齢者向け住宅^{※1} その他の施設等

施設等連絡先 〒 施設等名() TEL - -

施設等連絡先・施設等名・TEL を記載する。

「予防給付」か「介護給付」に✓

月の最大日数を記載

利用に関わらず「なし」

月の最大日数を記載

5. 調査票（特記事項）記載方法

62

保険者 静岡市

依頼書で確認

概況調査と同じ日

概況調査Ⅳ. 及び特記事項

調査対象者氏名 _____

被保険者番号 _____

申請番号

調査日 _____

年 _____

月 _____

日 _____

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）、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

- ・ 固有名詞、個人の特定に繋がる可能性のある情報等（調査対象者・家族・主治医等の氏名、地名、商品名、入所・入院施設名、サービス提供事業者名等）は使用せず、普通名詞で記入する。
- ・ 審査会資料として表示されることに留意する。
- ・ 置かれている環境等（調査対象者の家族状況、居住環境等）の他に記載する内容の例としては、傷病・既往歴、今後のサービス利用の意向、立合者及び聞き取り者（本人との関係性等も記入する）等が挙げられる。
- ・ 施設等利用の場合は、医療機関における病床の種別（精神病棟等）や障害福祉サービス（グループホーム）等、調査対象者の状況について、介護の必要性を判断する際に参考となる事項についても記入する。

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. 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 聴力

(1, 2) 例) ベッド端座位で実施。両上肢は自力 1/2・保持可、他動では規定値まで可。両下肢は自
() 力で規定動作可。その他の関節に可動域制限なし。(1)「右上肢」・「左上肢」(2)「ない」
() を選択。

- ・ 基本調査項目の群ごとに、項目番号を順番通り () に記入した上で、具体的な内容を記載する。
- ・ 文面は「敬語・敬称なし」で統一し、専門用語、略語を使用しない。
- ・ 固有名詞、個人の特定に繋がる可能性のある情報等（調査対象者・家族・主治医等の氏名、地名、商品名、入所・入院施設名、サービス提供事業者名等）は使用せず、普通名詞で記入する。
- ・ 選択に迷った場合は、理由（選択根拠）を特記事項に記載する。
- ・ 調査員として審査判定に必要と判断した内容はもれなく記載する。
- ・ 介護の手間や頻度に関係する内容を簡潔明瞭に記載する。
- ・ 記載内容は両面 1 枚の様式内におさめること。
- ・ 審査会資料に、選択肢の項番は記載されないため、選択肢を記入する場合は、項番ではなく、「ない」や「介助されていない」等と記入する。 例：～の状況から「介助されていない」を選択した。

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. 2-2 移動. 2-3 えん下. 2-4 食事摂取. 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 スボン等の着脱. 2-12 外出頻度

(1-13) 例) 調査時・日頃とも、少し大きめの声で聞き取れる。「普通の声がやっと聞き取れる」
() を選択。

書ききれない場合は他の群の空欄箇所を利用し、() に基本調査項目の群と番号を記入する。

7

6. (参考)認定調査連絡箋 記載例

認定調査連絡箋

介護保険の認定調査を次のとおり行いました。

調査の内容は裏面の調査項目について実施しました。

実施日 : RO 年 O 月 O 日(O)

実施場所 : 自宅・自宅以外()

調査員 :

O O

問合先 : 本で行いました『認定調査』内容につきまして、

ご不明な点や疑問があれば、下記までご連絡ください。

OOOO居宅介護支援事業所

〒OOO-OOOO

静岡市O区OO町O番O号

TEL : OOO-OOO-OOOO

7. (参考)調査項目概要(連絡箋裏面)

要介護認定調査について

認定調査における調査項目は、以下の74項目です。

調査結果は、要介護認定を行ううえで重要な資料となるため、認定調査は全国一律の基準に基づき、公平かつ的確に行われる必要があります。

そのためには、危険がないと考えられれば実際に行う行為を行っていただき、確認を行います。何らかの理由により実際に行う行為を行っていただけなかった場合や、時間や状況によって、できたり、できなかったりする場合は、介護者等から日頃の状況を聞き取ります。認定調査により得た情報は、介護認定審査会で介護の手間として判断されることとなります。

調査項目

第1群 身体機能・起居動作（20項目） 高齢者の麻痺、拘縮、寝返りといった基本的な動作や起居に関する能力を確認します。
第2群 生活機能（12項目） 食事摂取、排泄など、生活上の障害に対する介助の状況を確認します。
第3群 認知機能（9項目） 意思の伝達、短期記憶など、認知機能の程度を確認します。
第4群 精神・行動障害（15項目） 被害的、昼夜の逆転、介護に抵抗など、認知症等による行動障害の有無と程度を確認します。
第5群 社会生活への適応（6項目） 金銭の管理、買物など、地域での社会生活を維持するために必要な能力や介助の状況を確認します。
その他過去14日間にうけた特別な医療について（12項目） 点滴の管理や透析など、医師の指示に基づき看護師等によって実施される行為を確認します。
日常生活自立度 寝たきり度や認知症等について、日常生活の自立の程度を確認します。

8. (参考)調査票送付票 記載例

〒420-8602 静岡市葵区追手町5番1号
静岡市役所居宅介護支援事業所
(054)123-4567

←リストの返送先・代行事業者名・電話番号をご記入ください。

認 定 調 査 票 送 付 票

提出年月日 R7年 4 月 1 日

No.	対象者氏名	No.	対象者氏名
1	静岡 花子	9	
2	葵 次郎	10	
3	駿河 三郎	11	
4	清水 次子	12	
5		13	
6		14	
7		15	
8		16	

提出者サイン

静岡 太郎

受付者サイン (市で記入)

介護 三郎

受付印

9. (参考)認定調査票作成補助シート

認定調査票作成補助シート

申請番号	申請日
被保番号	提出日

I 調査実施者

調査日	年 月 日() :
調査員氏名	実施場所 自宅内 ・ 自宅外

II 調査対象者 (代行業者:)

今回申請	新規・区分変更・更新	前回認定	非・要支援	要介護
ふりがな				
対象者氏名	男・女	生年月日	T・S	年 月 日 歳
現住所		電話		
訪問調査先				

III 現在受けているサービスの状況について頻度を記入
介護保険サービス 継続利用・暫定利用・新規利用希望
在宅利用 認定調査を行った月の利用回数を記入

施設利用 施設・病院に入所(院)している
 施設名 []
介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 グループホーム その他の施設
特定施設入居者生活介護適用施設 医療機関(医療保険適用療養病床 療養病床以外)
養護老人ホーム 軽費老人ホーム 有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅

事前電話聞き取り 住所確認・4群聞き取り 別かどうか・駐車(輪)場 有・無
 調査候補日:
 申請理由:

立会:
立会者 配偶者・子(続柄) ()・ケアマネ・他()

家族構成 誰と一緒に住んでいるか・日中独居で過ごすことはあるか
 独居・夫婦のみ・同居者()

既往歴・現病歴 入院・退院・通院・手術歴
高血圧 高脂血症 脳血管疾患 肺炎 心筋梗塞 狭心症
心不全 癌() 骨折() 脊柱管狭窄症 変形性膝関節症
糖尿病 腎不全 緑内障 白内障
その他()

1-1 麻痺等の有無(有無) 筋力の低下や麻痺による四肢の動きにくさの有無
 調査方法についてはテキストP31~35参照
 1 ない
 2 左上肢 前・横・掌上・保持 *円背は顎まで
 3 右上肢 前・横・掌上・保持
 4 左下肢 伸展
 5 右下肢 伸展
 6 その他 欠損(), 上肢下肢以外の麻痺等()

1-2 拘縮の有無(有無) 力を抜いた状態で他動的に動かした時の関節可動域制限の有無
 調査方法についてはテキストP36~40参照
 1 ない
 2 肩関節 前・横 *円背は顎まで
 3 股関節 屈曲・外転 *25cm離れるか
 4 膝関節 伸展・屈曲
 5 その他 欠損(), その他の関節()

1-3 寝返り(能力) 左右のどちらかに身体の向きを変え安定した状態になることができるか
 就寝場所 ふとん・ベッド・欄付き
 1 できる
 2 つかまればできる *つかまえるもの(ベッド欄・ひも・布団の端・サイドレール・)
 3 できない 理由()
 介助()

1-4 起き上がり(能力) 寝た状態から上半身を起こすことができるか
 1 できる 常時、ギャッジアップか
 2 つかまればできる *何かにつかまる・自分の体の一部を支えにする・手や肘をつけて加重する
 3 できない 理由()
 介助()

1-5 座位保持(能力) 背もたれがない状態で座位の状態を10分程度保持できるか
 1 できる 具体的な状況下(食事中・洋式トイレ・受診時の待合室)の能力で評価する。
 2 自分の手で支えればできる *手すり()に加重
 3 支えてもらえればできる *支え(大腿・クッション等・車いすの背もたれ・)
 4 できない 理由()

1-6 両足での立位保持(能力) 平らな床の上で10秒程度立位保持できるかどうか
 1 できる
 2 支えがあればできる *壁・手すり・机・椅子・杖・歩行者・自分の膝等
 3 できない

前回調査時からの変化
 なし あり ()

3-1 意思の伝達(能力) 意思を伝達できるか
 1 調査対象者が意思を他者に伝達できる 伝達する意思の合理性は問わない
 2 時々伝達できる(出来る時と出来ない時がある)
 3 ほとんど伝達できない(特定の場合にまれにできる、「お腹すいた」「痛い」等のみ)
 4 できない

3-2 毎日の日課の理解(能力) 起床・就寝、食事等のおおまかな内容について理解しているか
 1 できる 起床: 就寝:
 2 できない

3-3 生年月日や年齢を言う(能力) 生年月日か年齢のいずれか一方を答えることができるか
 1 できる *誕生日の数日のずれ、2歳までの誤差は「できる」
 2 できない T/S 年 月 日 歳

3-4 短期記憶(能力) 調査直前にしていたことについて、記憶しているか
 1 できる 上記の質問で確認が難しい場合は、3品提示(ペン・時計・視力確認表)を行う
 2 できない

3-5 自分の名前を言う(能力) 自分の性もしくは名前のどちらかを答えることができるか
 1 できる *旧姓でも答えることが出来れば「できる」
 2 できない

3-6 今の季節を理解する(能力) 調査日の季節を答えることができるか
 1 できる *季節に多少のずれがあっても「できる」 春、夏、秋、冬(初、終)
 2 できない

3-7 場所の理解(能力) 自分がいる場所を答えることができるか
 1 できる *施設・自宅などの区別がつけば「できる」 自宅、病院、施設、その他()
 2 できない

3-8 徘徊(有無) 歩き回る、車いすで動き回る、ベットの周りを回り回る等目的もなく動き回る行動の頻度
 *頻度:()回/月-()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

3-9 外出すると戻れない(有無) 外出すると戻れない行動の頻度
 *頻度:()回/月-()回/週 居室や居住棟から出て自宅や自宅に戻れない場合も含む
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

1-7 歩行(能力) 継続して5m程度歩くことができるか
 1 できる リハビリの訓練中は評価しない
 2 つかまればできる *杖・歩行者・壁・家具・自分の膝等・介護者が支える・手引き
 3 できない *()mずつ・歩行禁止・寝たきり

1-8 立ち上がり(能力) 椅子等膝がほぼ直角に屈曲している状態から立ち上がることができるか
 1 できる 床からの立ち上がりは含まない
 2 つかまればできる * ベッド欄・手すり・自分の膝等
 3 できない * 介護者が支える・引き上げる

1-9 片足での立位保持(能力) 平らな床の上で左右いずれかの足を1秒程度上げることができるか
 1 できる 段差、階段、浴槽の出入りの様子
 2 支えがあればできる * 壁・手すり・椅子の背・欄
 3 できない * 介護者が支える

1-10 洗身(介助の方法) 浴室内で全身を洗う行為に介助が行われているかどうか
 * 湯船・シャワー・機械浴 自宅 週()回・デイ等 週()回 入浴、洗髪は含まない
 1 介助されていない
 2 一部介助 *見守りも含む
 3 全介助 * 全て洗身し直す場合も含む
 4 行っていない * 清拭のみ(回/月・週)

1-11 つめきり(介助の方法) つめ切りの一連の行為に介助が行われているかどうか
 *状況 手:右()左() 足:右()左()
 介助が必要な理由()
 1 介助されていない
 2 一部介助
 3 全介助 *全てやり直す場合も含む

1-12 視力(能力) 見えるかどうか *眼鏡・老眼鏡 有・無 白内障・緑内障・黄斑変性
 1 普通(日常生活に支障がない) *新聞・雑誌の文字が見える
 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 (理由(例:指示が通らない等):)

1-13 聴力(能力) 聞こえるかどうか *補聴器 有・無
 1 普通
 2 普通の声がやっと聞き取れる *聞き返し
 3 かなり大きな声なら何とか聞き取れる *耳元で大きな声
 4 ほとんど聞こえない *耳元でも聞こえない
 5 聞こえているのか判断不能 (理由(例:指示が通らない等):)

2-1 移乗(介助の方法) 臀部を移動させ、いす等へ乗り移る行為に介助が行われているか
 1 介助されていない 介助理由()
 2 見守り等 *声かけ・指示・お尻に差入れ
 3 一部介助 *手を添える・体を支える
 4 全介助 *抱える・ストレッチャー

2-2 移動(介助の方法) 食事・入浴・排泄等のための移動に介助が行われているか
 *移動機会: トイレ・食堂・居間・洗面所・浴場 *転倒 有・無 いつ()
 1 介助されていない *独歩・伝い歩き・歩行器・車いす自乗・這う 外出時は含まない
 2 見守り等 * 声かけ・指示(介護者が手を触れない)
 3 一部介助 * 段差で車いすを押す・手を引く・体を支える(介護者が手を触れる)
 4 全介助 * 車いす・ストレッチャー

2-3 えん下(能力) 経口摂取の際に嚥下ができるか
 * 回/日 常食・とろみ・きざみ・ミキサー・流動食・高カロリー飲料・経管栄養
 1 できる
 2 見守り等 *「できる」「できない」のいずれにも含まれない場合
 3 できない

2-4 食事摂取(介助の方法) 配膳後の食器から口に入れるまでの行為に介助が行われているか
 *箸・スプーン・自動具
 1 介助されていない
 2 見守り等 *声かけ・指示・皿の置き換え
 3 一部介助 *食べやすくする為の介助(食卓で小さく切る・スプーンにのせる)含む
 4 全介助 *中心静脈栄養・経管栄養の注入介助含む

2-5 排尿(介助の方法) 排尿行為に介助が行われているか
 *昼()回・夜()回 * 布下着・パット・紙パンツ・紙おむつ・導尿・ウロストーマ・バルーン
 *失敗の有無: 有・無 頻度()
 1 介助されていない
 2 見守り等 *介助者(), 介助内容(), トイレ誘導含む
 3 一部介助 *介助者(), 介助内容(スポン上げ下げ・拭く・水洗し・ポータブルトイレ処理)
 4 全介助 *介助者(), 介助内容()

2-6 排便(介助の方法) 排便行為に介助が行われているか
 *昼()回・夜()回 * 布下着・パット・紙パンツ・紙おむつ・ストーマ
 *失敗の有無: 有・無 頻度()
 1 介助されていない
 2 見守り等 *トイレ誘導含む
 3 一部介助 *介助者(), 介助内容(スポン上げ下げ・拭く・水洗し・ポータブルトイレ処理)
 4 全介助 *介助者(), 介助内容()

4-5 同じ話をする(有無) じっくり同じ話をする行動の頻度を評価する
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-6 大声をだす(有無) 周囲に迷惑となるような大声を出す行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-7 介護に抵抗(有無) 介護に抵抗する行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-8 落ち着きなし(有無) 「家に帰る」などと言い落ち着きがない行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-9 一人で出たがる(有無) 一人で外に出たがり目が離せない行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-10 収集癖(有無) いろいろなものを集めたり、無断で持ってきたりする行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-11 物や衣類を壊す(有無) 物や衣類を破壊する、またはしようとする行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-12 ひどい物忘れ(有無) 物忘れにより周囲が何らかの対応をとっている
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-13 独り言・独り笑い(有無) 意味もなく独り言や独り笑いをする行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-14 自分勝手に行動する(有無) 明らかに周囲の状況に合致しない自分勝手に行動する頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-15 話がまとまらない(有無) 話の内容に一貫性がない、話題を次々に変える、質問に対して全く無関係な話が続く等、会話が成立しない行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4群メモ欄

2-7 口腔清潔(介助の方法) 歯磨き等の行為に介助が行われているか
 *全て自分の歯・部分入歯・総入歯
 1 介助されていない
 2 一部介助 *介助者()
 *介助内容()準備・常時付添う声かけ・義歯出し入れ・洗浄・入歯洗浄剤
 3 全介助 *やり直し・口をすすぎ吐き出す行為だけができる

2-8 洗顔(介助の方法) 洗顔行為に介助が行われているかどうか
 1 介助されていない
 2 一部介助 *常時付添う・声かけ・準備・衣服の濡れ
 3 全介助

2-9 整髪(介助の方法) 整髪行為に介助が行われているかどうか
 1 介助されていない
 2 一部介助 *準備・常時付添う声かけ
 3 全介助 *すべてやり直す場合も含む

2-10 上衣の着脱(介助の方法) 上衣の着脱に介助が行われているかどうか
 1 介助されていない
 2 見守り等 *常時付添う見守り・認知症等の確認・指示・声かけ
 3 一部介助 *袖通しのみ本人
 4 全介助 *介護者が着脱全体の介助を行っている

2-11 スポン等の着脱(介助の方法) スポン等の着脱に介助が行われているかどうか
 1 介助されていない
 2 見守り等 *常時付添う見守り・認知症等の確認・指示・声かけ
 3 一部介助 *足通しのみ本人
 4 全介助 *介護者が着脱全体の介助を行っている

2-12 外出の頻度(有無) 1回概ね30分以上、敷地外へ出る頻度
 1 週1回以上
 2 月1回以上(月1~3回) 買い物・受診・デイサービス・習い事
 3 月1回未満
 徘徊や救急搬送や入院後は外出と考えない

4-1 被害的(有無) 物を取られたなどと被害的になる行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-2 作話(有無) 事実とは異なる話をする頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-3 感情が不安定(有無) 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

4-4 昼夜逆転(有無) 昼夜の逆転がある行動の頻度
 *頻度:()回/月・()回/週
 1 ない 2 ときどきある(月1~3回)3 ある(週1回以上)

5-1 薬の内服(介助の方法) 薬の内服の介助が行われているか
 *内服()回/日
 1 介助されていない *薬局での一包装
 2 一部介助 *介助者() 仕分け・薬や水の用意・声かけ
 3 全介助 *介助者() 口に入れる・経管栄養(胃ろう)注入

5-2 金銭の管理(介助の方法) 金銭の管理の介助が行われているか
 1 介助されていない
 2 一部介助 *引き落としなどの指示の有無
 3 全介助 *介助者()

5-3 日常の意思決定(能力) 毎日の暮らしにおける活動に関して意思決定できるかどうか
 1 できる(特別な場合でもできる) * 治療方針・ケアプラン等を含む
 2 特別な場合を除いてできる * 介助者() 番組・服等の選択はできる
 3 日常的に困難 * 介助者() 慣れ親しんだ状況でほとんどできない
 4 できない * 介助者()

5-4 集団への不適応(有無) 家族以外の集まりに参加することを強く拒否、適応できない等、
 1 ない 明らかに周囲の状況に合致しない行動の頻度
 2 ときどきある(月 回) 介助者()
 3 ある(週 回) 介助内容()

5-5 買い物(介助の方法) 日用品を選び、代金を支払う行為に介助が行われているか
 1 介助されていない * 自分で電話・インターネット等で注文して自宅に届けてもらう
 2 見守り等 * 介助者()、理由() 声かけ・指示
 3 一部介助 * 介助者()、理由() 棚から選ぶ・取る・支払い
 4 全介助 * 介助者()、理由()

5-6 簡単な調理(介助の方法) 炊飯・弁当・惣菜・レトルト食品・冷凍食品の加熱、即席めん調理
 1 介助されていない 介助が行われているかどうか 配下膳、後片付けは含まない
 2 見守り等 * 介助者()、理由()
 3 一部介助 * 介助者()、理由()
 4 全介助 * 介助者()、理由()

6 過去14日間にうけた特別な医療(有無) *医師か医師の指示に基づき看護部等によるもののみ
 いつから 誰が実施 継続予定か *継続して実施されているもののみ
 1 点滴の管理(留置針含む) 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 レスレーター(人工呼吸器)
 7 気管切開の処置 8 疼痛の看護(がん末期に相当するひどい痛み)
 9 経管栄養(経口・経鼻・胃ろう)
 10 モニター測定(24時間継続的に測定) 血圧・心拍・心電図・呼吸数・酸素飽和度
 11 じょくそうの処置
 12 カテーテル(尿の排泄のためのカテーテル)コンドームカテーテル・留置カテーテル・ウロストーマ

7 日常生活自立度
 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 認知高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M