

(1) 調査日時の調整

- 予め調査対象者等と訪問日の日時を調整してください。日程の調整には「3、調査実施日の連絡先」へご連絡ください。また「ご家族の立合い」「担当ケアマネジャーの立合い」がある場合は、必ず日程調整をしていただき、同席の上で調査をお願いします。
- 骨折で入院したばかりや手術直後などで状況が一時的に急変している場合は、必ず三郷市介護保険課に事前にご連絡ください。適切な調査時期をご相談させていただきます。
- 実施場所は、日頃の状況を把握できる本人の生活の場で行ってください。
(原則、ショートステイ中やデイサービスでの調査の実施は避けてください。やむをえない場合は、必ず三郷市介護保険課にご相談ください。)
- 調査先が病院・施設の場合には、そちらへの事前連絡・調整もお願いします。

(2) 調査開始の前に

- 調査訪問時には「身分証明書(介護支援専門員証)」および「市で交付している介護認定調査員証」を携帯し、必ず入室前、調査時等に提示してください。

＜注意事項＞	・挨拶など礼儀正しい姿勢	・丁寧で分かりやすい言葉遣い
	・質問の順番は各自で工夫	・例を挙げたり具体的な表現を用いる

次の①～③を訪問前に説明してください。

- ①認定調査の目的・・・介護保険サービスを利用するには、要介護認定を受けていただく必要があり、今日はその認定のための調査であること。
- ②認定調査内容・・・基本調査の74項目は全国共通であり、調査は1時間位を目安にしていること。
項目によってはお体に触れて腕や足の動きを確認させていただくことや、かなり細かくお尋ねすることがあるので、ご理解とご協力をお願いしたいこと。
- ③守秘義務・・・・伺った内容は要介護認定以外で使用することはないので、安心してほしいこと。

(3) 調査の実施

- 調査判断の基準は、必ず「2009 改訂版認定調査員テキスト」に基づき判断してください。

(4) OCR 用紙の記入

- 別添「OCR を記入する際の注意とお願い」をご覧ください。

(5) 特記事項の記入

- 別添「Word ファイル版の特記事項について」をご覧ください。
- 別添「特記事項を記入する際の留意点」をご覧ください。

(6) その他

- 提出書類は「認定調査票(OCR 用紙)」「認定調査票(特記事項)」「請求書(※)」です。
(※)三郷市と随時契約を行う事業所に限ります。
- 必要に応じて選択の変更・特記事項の加除修正、特記事項・概況調査欄の未記入や記載の不足等がある場合には問合せをする場合があります。

三郷市介護保険課 介護認定係 ☎048-930-7791 (直通)

【OCR用紙の記入の仕方】

※「黒ボールペン」または「黒鉛筆」でご記入ください
 ※修正は修正テープをご使用ください
 （枠が消えても読み取れるため、枠をなぞり書かないでください。）
 ※マーク漏れやマークの重複がないか、提出前にご確認ください

【介護支援専門員証】

※調査員の身分確認のために
「登録番号」と「有効期間」を
ご記入ください

【資格コード】

※取得されている資格のコード
(複数ある場合にはコードの
数字が小さいほう)を
ご記入ください

【实施日】

※西暦での数字をご記入ください
例「2021年12月01日」
一桁の場合、ゼロもご記入ください。

【I. 調査実施者（記入者）】

※調査実施者氏名をご記入ください
(委託先調査員の余白に氏名を
ご記入ください)
※実施場所は、該当項目に必ず☑を
つけてください

【Ⅱ. 調査対象者】

※家族等連絡先をご記入ください
(立合い施設職員等の氏名・連絡先可)

【Ⅲ. 現在受けているサービス状況】

※サービス利用がない場合には、
全て空欄をお願いします
※「ゼロ」は記入せず空欄のままに
してください

※該当項目を記入する場合には、
右記の例のように、**右詰めで**
ご記入ください

【施設等利用】

※従来「その他の施設」の施設種別が
令和3年改正により
更に細かく区分けされました。
選択の際にご注意ください。
※施設入所や入院の場合には、
施設名、郵便番号、住所、電話番号
をご記入ください。

【基本調査】

※選択した項目に ☒ をつけてください
※特記事項とのズレにご注意ください

※1-1.2「麻痺・拘縮」と、
6群「特別な医療」については、
該当がない場合は空欄にて
お願いします。

介護支援専門員登録番号		有効期限		～		資格コード			
認定調査票 概況調査		保険者 番号 1 1 2 3 7 5		被保険者 番号 0 0 0 0		0 5 6 1 4			
調査 実施日 年 月 日		実施場所 ☐ 被保険者宅 ☐ 申請者宅 ☐ 入所(施設)施設 ☐ その他							
調査員 委託先調査員 番号		所属機関		番号					
過去に 認定 前日認定日 年 月 日 初回 2回目以降		前回 認定結果		☐ 非該当 ☐ 要支援 ☐ 要介護					
対象者 生年月日 () 歳		申請日		性別					
現住所 〒		〒		電話 (					
家族等 連絡先 氏名 (		電話 (		調査対象者との関係 (					
調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であることに基づいて行います。本人の同意をいって書面を出している等、通常の調査でない場合に調査票を付添うて下さい。									
現在受けているサービス状況 認定調査実施月のサービス利用額(円/月)、特定福祉用具販売は半年間の品目数、福祉用具貸与は品目数を記入。									
訪問介護(サービスA)・訪問型サービス	月	日	訪問介護)短期入所介護(サービスB)	月	日	訪問介護)小規模多機能型居宅介護	月	日	
訪問介護)訪問看護	月	日	訪問介護)特定施設入居者生活介護	月	日	訪問介護)認知症対応型共同生活介護	月	日	
訪問介護)訪問型サービスC	月	日	訪問介護)福祉用具貸与	月	日	品目	地域定着型特定施設入居者生活介護	月	日
訪問介護)居宅介護支援指導	月	日	特定(介護予防)福祉用具販売	月	日	品目	地域定着型特定老人福祉施設入居者生活介護	月	日
通所介護(サービスD)・通所型サービス	月	日	住宅改修の有無についてチェックをつけてください。	月	日	定期訪問・随時対応型訪問介護看護	月	日	
通所介護)通所型サービスE	月	日	住宅改修 あり ☐ なし ☐	月	日	登録小規模多機能型居宅介護	月	日	
訪問介護)短期入所生活介護(サービスF)	月	日	後援型訪問介護	月	日				
訪問介護)短期入所生活介護(サービスG)	月	日	訪問介護)認知症対応型通所介護	月	日				
あるいは他のサービスを受けてください。 ☐ 市町村特別給付 [☐] ☐ 介護保険給付以外の在宅サービス [☐]									
施設等利用がある場合、該当するものにチェックして下さい。									
☐ 介護サービス施設	☐ 介護老人保健施設	☐ 介護療養型医療施設	☐ 介護施設	☐ 特定施設入居者生活介護施設	☐ 短期対応型共同生活介護施設(グループホーム)	☐ 介護費用減額(グループホーム)	☐ 介護費用減額(グループホーム)		
☐ 児童福祉施設	☐ 児童福祉施設(養育施設以外)	☐ 児童老人ホーム	☐ 障害老人ホーム	☐ 有料老人ホーム	☐ 有料老人ホーム	☐ 有料老人ホーム	☐ その他の施設等		
※1 特定施設入居者生活介護費用助成を認める。 ※2 サービス付高齢者向け住宅の記録を受けているものを認める。									
施設名 施設住所		電話 (							
家族状況 ☐ 独居 ☐ 両方(夫婦のみ) ☐ 両方(その他)		(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)							
基本状況 以下の各群の項目の当てはまる箇所にチェックをつけてください。									
1. 身体機能の有無 (認知症を含む) 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 ☐ その他									
2. 両側の有無 (認知症を含む) 肩 肘 膝 足 ☐ その他									
3. 視力 できる ☐ つかまれば可 ☐ できない									
4. 聴き取り できる ☐ つかまれば可 ☐ できない									
5. 認知保持 できる ☐ 自分だけ覚えて ☐ 覚えが必要 ☐ できない									
6. 歩行の自立 できる ☐ 歩かなくては ☐ できない									
7. 歩行 できる ☐ つかまれば可 ☐ できない									
8. 立ち上がり できる ☐ つかまれば可 ☐ できない									
9. 月曜日の自立 できる ☐ 歩かなくては ☐ できない									
10. 洗身 介助されて ☐ 介助なし ☐ 行っていない									
11. 1つ着脱 介助されて ☐ 一部介助 ☐ 全介助									
12. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
13. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
14. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
15. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
16. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
17. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
18. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
19. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
20. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
21. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
22. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
23. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
24. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
25. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
26. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
27. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
28. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
29. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
30. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
31. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
32. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
33. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
34. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
35. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
36. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
37. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									
38. 履き 履ける ☐ 履ける ☐ 履けない									

資格コード	
番号	資格名
1	医師
2	歯科医師
3	薬剤師
4	保健師
5	助産師
6	(准)看護師
7	理学療法士
8	作業療法士
9	社会福祉士
10	介護福祉士
11	ソーシャルワーカー
12	福祉事務所現業員等
13	ホームヘルパー
14	介護職員
15	その他福祉関係者
16	行政関係者
99	その他

※福祉用具

…過去6か月間の購入品目数
をご記入ください

※住宅改修

…過去に利用歴があれば、**あり**に☑してください
(全く利用歴がなければ、**なし**に☑してください)

【IV. 家族状況】

※該当する状況に ☒ を
つけてください

※施設や病院等にいる場合、
調査対象者の状況を
どのように選択するか等、
詳細が国から提示され次第
お伝えします。
判断に迷う場合、現時点では
空欄でも構いません。

【この内容は、市ホームページでもご覧いただけます。】

【URL】 <http://www.city.misato.lg.jp/5231.htm>
(三郷市役所ホームページ→福祉部→介護保険課)

Word ファイル版の特記事項について

ヘッダー部分に下記の項目を入力してください。

(ヘッダー部分をダブルクリックすると入力できるようになります。)

【入力項目】

※  ⇨ 「被保険者番号」「対象者名」「調査日」をご記入ください。

※  ⇨ 「112375」「05510」の数字は編集せず、そのままにしてください。

ゼロを含めた 10 桁の
被保険者番号をご記入ください

調査票にある調査対象者名を
ご記入ください

介護保険認定調査 調査票

保険者番号 112375 被保険者番号 0000123456 対象者名 フルネームを記入 05510

認定調査票 (特記事項) 三郷市

調査日 2021 年●月●日

ヘッダー 概況

調査日を西暦でご記入ください

介護保険認定調査 調査票

保険者番号 112375 被保険者番号 0000123456 対象者名 フルネームを記入 05510

認定調査票 (特記事項) 三郷市

調査の特記事項

1 ページ目

調査の特記事項

2 ページ目

※調査の特記事項は、1 ページ目に【概況】をご記入ください。

※別ページ「特記事項を記入する際の留意点」を参考にご記入ください。

特記事項を記入する際の留意点

三郷市
令和3年12月版

① 記入時の注意点

- 個人を特定できる記載はしない。(氏名・職業・地名・病院施設の固有名詞等)
- 手書きの場合はボールペンを使用し、丁寧な字でお書きください。
(修正は修正テープを使用し、枠外にはみ出ないようにしてください。)
(審査会資料はFAXで受取った文字のように印刷されますので、小さすぎる文字は避け、適度な隙間・行間を設けて作成してください。)
- 特記事項をパソコンで作成される場合は、三郷市のホームページから様式をダウンロードできます。
〔 介護保険課 → 介護保険 → 認定調査票「特記事項」様式(事業者向け) 〕
URL: <http://www.city.misato.lg.jp/5231.htm>
- 三郷市の特記事項様式以外の場合には「A4用紙[余白設定]上3cm、下2cm、左右2cm程度」を設け、項目順に記載してください。(余白には記入しないでください。)

② 概況調査は必ず記入してください。

- 申請種別(新規・更新・区分変更) ● 調査場所(自宅、病室、施設等) ● 調査同席者(続柄等)
- 家族状況、家族等による支援内容(独居、日中独居、介護者の有無、家族構成等)
- 居住環境(戸建・集合住宅、段差や手すりの有無、エレベーター等の有無、住居の周辺環境等)
- 病歴 ● 施設入所中や入院中等の状況(経緯、時期、退所・退院予定、他者とのかわり等)
- 日常的に使用している機器、福祉用具の有無 ● 毎日の過ごし方
- 申請理由 ● 介護保険内外サービス利用状況や希望 ● 意向 ● 関係機関

③ 必ず記載する特記事項

- 下記の項目については、選択肢にかかわらず具体的に記載をお願いします。
- 選択に迷った場合は、特記事項の項目に○で囲ってください。特記事項には選択に迷った理由とその状況と内容を具体的に記載してください。

- | | | |
|---|-------------------------------|--|
| □1-1・2: 麻痺等・拘縮 | } | 麻痺拘縮の状況、屋内外の歩行状況、
および 補装具や福祉用具使用の有無等 |
| □1-5・7: 座位保持・歩行 | | |
| □2-1・2: 移乗・移動 | → | 介助者・介助方法・頻度・場所等 |
| □1-10: 洗身 | } | 介助者・介助方法・頻度・具体的な状況等 |
| □2-4~6: 食事摂取・排尿・排泄 | | |
| □2-10・11: 上衣・ズボン等の着脱 | | |
| □2-12: 外出頻度 | → | 外出の目的や方法・頻度・同行者の有無 |
| □3-1~7: 調査当日および日頃の具体的な状況 | | |
| □3-8・9: 内容・頻度・介護の手間や対応の有無 | | |
| □4 群: 精神行動障害 | } | 「ある」「ときどきある」を選択した場合 → 内容・頻度・介護の有無
※4-12のみ、介護の対応を取らなければならない状況も記す |
| □5-4: 集団への不適応 | | |
| 留意点) 4群項目は、予防策を講じているために「ない」場合、予防策や環境的配慮等を記す | | |
| □6 群: 特別な医療「ある」を選択した場合 | → 実施頻度・継続性・実施者・当該医療行為を必要とする理由 | |
| 留意点) 6群項目にない「インスリン自己注射・外用薬塗布・点眼薬等」の状況があれば記す | | |
| □7-1: 障害高齢者の日常生活自立度 | } | 7群の自立度は重要項目のため、
その選択理由・根拠を記入してください |
| □7-2: 認知症高齢者の日常生活自立度 | | |
| ⇒自立度を判定するに当たって「暴言・暴行」「不潔行為」「異食行動」等、認定調査項目に含まれていない認知症に関する症状については、特記事項に記載してください | | |

特記事項を記入する際の留意点（記入例）

三郷市
令和3年12月版

① 記入時の注意点

- 個人を特定できる記載はしない。（氏名・職業・地名・病院施設の固有名詞等）

例）

氏名 「〇〇」と子どもの名前／歌手の名前／自分の名前を繰り返す・・・等

職業 会社員、自営業、パート、派遣業、夜間勤務・・・等

地名 市内、市外、近隣市、県外、遠方・・・等

病院施設 リハビリ病院、精神科病院、現在入所中の施設、2カ所のデイサービス・・・等

② 概況調査は必ず記入してください。

- ・申請種別（新規・更新・区分変更） ・調査場所（自宅、病室、施設等） ・調査同席者（続柄等）
- ・家族状況、家族等による支援内容（独居、日中独居、介護者の有無、家族構成等）
- ・居住環境（戸建・集合住宅、段差や手すりの有無、エレベーター等の有無、住居の周辺環境等）
- ・病歴 ・施設入所中や入院中等の状況（経緯、時期、退所・退院予定、他者とのかわり等）
- ・日常的に使用している機器、福祉用具の有無 ・毎日の過ごし方
- ・申請理由 ・介護保険内外サービス利用状況や希望 ・意向 ・関係機関

※ 要介護認定は「介護の手間（基準時間）」を評価指標のものさしにして審議を行います。

※ 「介護の手間」は様々な心身及び生活上の影響因子（環境なども含む）の組み合わせから、結果的に生じています。このため、「認定調査票」の基本調査1～7群の「介護の手間」に影響がある（背景となる）個別の事情・状況について、上記の項目を踏まえて簡潔に記入してください。

例1）新規申請。自宅居間にて娘（近隣市在住）が立合い調査。主は戸建住宅（2階建）に息子夫妻、孫夫妻、ひ孫との6人家族。夫は10年前に他界。家族は自営業（同敷地内）のため日中独居だが、夜間や休日は家族が交替で介護をしている。日中はベッド上でテレビを見て過ごす、トイレ等の移動時に転倒し、あざも見られたため、主治医から介護保険を勧められ申請に至る。家族は手すりや杖等の福祉用具、外出の機会としてデイサービス利用を希望。

例2）区分変更申請。入院中の病室にてケアマネが立合い調査。調査後、看護師からも聴取。自宅は集合住宅（エレベーターなし）4階に妻と2人暮らし。H30.9月中旬に脳梗塞で緊急入院し、現リハビリ病院を経てH30.12月末に自宅退院予定。リハビリにより入院前のADLとほぼ変化ないが、構音障害と高次脳機能障害により認知機能や注意力、遂行機能の低下があり、指示理解に時間がかかり、精神的な不安定さも増え、見守りや声掛け等を要す。介護量の増加から、退院後のショートステイやデイサービスの利用回数を増やしたいとの希望。

例3）更新申請。自宅寝室にて、妻は通院中のためケアマネのみ立合い調査。4～5年前からパーキンソン病で身障手帳2級所持。薬効によりオンオフ状態があり、午前中は居間や通所リハにいますが、昼以降は動作緩慢でベッド上で過ごすことが多い。戸建（1階は自営業事務所、2～3階は自宅）だが、2階玄関までの外階段が急勾配で何度か躓き、昇降時は必ず介護者が付添う。玄関には開閉の鍵と音センサーを付けて一人で出ないよう対策。屋内は杖で独歩だが、すり足で歩幅が狭く躓く。障害者制度で自宅屋内に階段昇降機を設置。介護保険では半日型通所リハを週3回、杖のレンタルを利用。主、家族ともにリハビリを継続したいとの希望。