

介護認定調査票及び認定調査票(特記事項) 記入等の手引き

1. 用紙記入の注意事項

【介護認定調査票について】

- ・介護認定調査票は、3枚で1セットとなります。
すべての用紙に被保険者番号を記入してください。
- ・記入はボールペンで行なってください。
- ・チェックは枠内に「レ」で記入してください。
- ・数字は右記例を参考に記入してください。

数字例) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

【認定調査票(特記事項)について】

- ・印刷は片面で印刷してください(両面印刷は不可)。
- ・用紙は必ずプリンターから印刷した用紙を使用してください。
プリンターで印刷した用紙を複写して使用しないようにしてください(コピー機使用不可)。
- ・認定調査票(特記事項)は、最大3枚にまとめてください。
すべての用紙に被保険者番号を記入してください。
- ・記入はボールペンで行なってください。
- ・特記事項記入カツールの利用方法は、P7～8を参考にしてください。
- ・特記事項記入カツールは、設定を変更しないでください。

2. 介護認定調査票の記載内容及び注意点

介護認定調査票1枚目 (帳票番号70)

訪問調査票は概況調査に関わる部分は、必須部分とそうでない部分があります。(必須部分は本資料にて示しています。)

基本調査項目は全て必須です。
チェックは枠内に「レ」で行ってください。

実施日・調査員番号を記入してください。
※元号「5 = 令和」のため記入不要です
※実施日は、申請日もしくは申請日以降であることを確認してください。

現在のサービスは択一の項目です。
いずれかを選択してください。

※新規の場合は「なし」、要支援区分がある方は「予防給付・総合事業」、要介護区分がある方は「介護給付」を選択してください。

「施設利用」を選択した場合は、該当する欄に記入してください。

「1-1麻痺等」「1-2関節可動域制限」は、該当する個所にチェックを付け、合計を記入してください。

選択した部位が無い場合でも、合計欄に0を必ず記入してください。

記入必須項目

該当すれば記載をする項目

介護認定調査票 1 (OCR用) 【記入例】
枠内に
マーカー

70

保険者番号 282046 被保険者番号 000

概況調査
調査対象者
カナ 氏名 性別 男 女 生年月日 明 治 大 正 昭 和 年 月 日 () 才

調査実施者
実施日 令和 5 年 月 日 所属TEL
調査員 番号 0000 氏名 所属機関

現在受けているサービス
 介護給付 予防給付
総合事業 なし 家族状況 0: 独居 (夫婦のみ)
 1: 同居 (夫婦のみ)
 2: 同居 (その他)

現在状況 01: 居宅、02: 老人福祉施設、03: 老人保健施設、05: 認知症対応型共同生活介護、
06: 特定施設入居者生活介護、07: 医療機関(療養)、08: 医療機関(療養以外)、09: その他施設等、
10: 介護療養型医療施設、11: 養護老人ホーム、12: 軽費老人ホーム、13: 有料老人ホーム、14: その他(高齢者向け住宅)

※施設の場合は、調査先を必ず記入

居室の場合
該当するものに記入 (複数回答可)
「夜間訪問介護」・「地域介護福祉入所」・「地域特定施設入居」・「定期巡回随時対応」・「看護小規模」は介護給付のみの項目です。
受けている居室介護の内容 (厚労省に準拠する)
夜間訪問介護 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリ 訪問看護 訪問リハビリ 訪問生活介護 訪問生活介護 訪問生活介護 訪問生活介護
地域介護福祉入所 地域特定施設入居 福祉用具貸与 福祉用具販売 小規模居宅介護 認知症共同生活
市町村特別給付 () 住宅改修 有 無 ※住宅改修はサービスの合計に含まれません
※調査実施場所が、居住地以外の場合(施設・病院・家族宅等)は、下記の該当する欄に記入してください。
・施設名・病院名 住所 電話番号 () -
・居住地が住民票と異なる場合 住所 家族宅・その他 []

基本調査 痲痺・拘縮は「有」の場合は合計欄にチェックした数を記入。「無」の場合は「0」を記入

第1群 身体機能・起立動作
1-1 麻痺等 (複数回答可) 回答合計 左 upper 右 upper 左 lower 右 lower その他
1-2 拘縮 (複数回答可) 回答合計 肩関節 肘関節 膝関節 その他
1-3 寝返り できる つまれば可 できない 1-5 座位保持 できる 自分で支えれば可 支えが必要 できない
1-4 起き上がり できる つまれば可 できない 1-6 両足立位 できる 支えが必要 できない

記入はボールペンで行なってください。

被保険者番号の記入漏れにご注意ください。

・調査対象者氏名・カナ
・性別 ・生年月日 ・年齢

調査員氏名・所属機関を記入してください。
調査員番号は8桁で記入してください。
※PDFのテキスト機能で入力して、印刷することが可能です。

いずれか1つを選択し該当する番号を記入してください。
記入がない場合はエラーとなり読み込みができません。

いずれか1つを選択し該当する番号を記入してください。
記入がない場合はエラーとなり読み込みができません。

居室の場合の記入欄になります。
調査を実施した月のサービス利用状況を、各回数、日数、品数、全て右詰めで記入してください。
夜間訪問、地域特定、地域福祉、定期巡回、複合型サービスは介護給付の場合のみ数値を記入してください。

サービスの合計は、数字記入部の合計を記入します。合計が実際に0の場合は、「0」を記入してください。

住宅改修は択一で、回答個数の合計には含まれません。

訪問調査票2枚目

基本調査項目は全て必須です。
 チェックは枠内に「レ」で行ってください。

介護認定調査票 2 (OCR用)

【記入例】
 枠内に
 チェック

711

保険者番号

282046

被保険者番号

000

基本調査

第1群 身体機能・起居動作

1-7 歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
1-9 片足の立位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない					
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 1m先が見える	<input type="checkbox"/> 目の前が見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えず	<input type="checkbox"/> 判断不能			
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やっと聞こえる	<input type="checkbox"/> 大声が聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえず	<input type="checkbox"/> 判断不能			

第2群 生活機能

2-1 移乗	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
2-2 移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
2-3 えん下	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない		2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-11 スボンの着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-6 排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満	

第3群 認知機能

3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> とくどきできる	<input type="checkbox"/> ほとんど不可	<input type="checkbox"/> できない	3-6 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3-2 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3-3 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-9 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
3-5 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない						

第4群 精神・行動障害

4-1 被害的	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-7 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-2 作話	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-8 落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-3 感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-9 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-10 収集癖	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-5 同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-11 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-6 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある

記入はボールペンで行ってください。

被保険者番号の記入漏れにご注意ください。

基本調査項目は、各項目とも、どれか1つを選択してください。

記入必須項目

訪問調査票3枚目

基本調査項目は全て必須です。
チェックは枠内に「レ」で行ってください。

— 72 介護認定調査票3 (OCR用) 【記入例】レ 枠内にチェック —

保険者番号 被保険者番号

基本調査

第4群 精神・行動障害

4-13 独り言・独り笑い ない 時々ある ある

4-14 自分勝手に行動する ない 時々ある ある

4-15 話がまとまらない ない 時々ある ある

第5群 社会生活への適応

5-1 薬の内服 介助されていない 一部介助 全介助

5-2 金銭の管理 介助されていない 一部介助 全介助

5-3 日常の意思決定 できる 特別除 困難 できない

5-4 集団への不適応 ない 時々ある ある

5-5 買い物 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

5-6 簡単な調理 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

過去14日間にうけた特別な医療について (あてはまる番号すべてにチェック)

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. レスビレーター (人工呼吸器)

7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養

10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度) 11. じょくそうの処置

12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

回答合計

日常生活の自立度について

1. 障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

2. 認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

記入はボールペンで行なってください。

被保険者番号の記入漏れにご注意ください。

複数選択項目です。該当する個所にチェックを付け、合計を記入してください。

選択した項目が無い場合は、合計欄に0を必ず記入してください。

記入必須項目

3. 訪問調査票(特記事項)の記載内容及び注意点

被保険者番号の記入漏れにご注意ください。

訪問調査票(特記事項)1枚目

認定調査票 (特記事項)

20
保険者番号
2 8 2 0 4 6

0 0 0

特記事項を記入するときは、括弧内にそれぞれの調査群内の該当項番を記入してください。

ページ
1

特記事項

1. 身体機能・起居動作
()
()
()
()
()
()
()
()

※2-5排泄、2-6排便の項目は、①排泄の方法 ②排泄の頻度 ③失敗の有無 ④昼夜の違い の4つのポイントを必ず記載してください。

2. 生活機能
()
()
()
()
()
()
()
()
()

3. 認知機能
()
()
()
()

※4. 精神・行動障害の項目は、該当する状況・頻度・介助者の手間を必ず記載してください。

4. 精神・行動障害
()
()
()
()
()
()

5. 社会生活への対応
()
()
()
()

6. 特別な
()
()

7. 1.障害高齢者自立度
2.認知症高齢者自立度

()内には、左部の群に沿った番号を記入してください。

例)1群の5 ⇒ (5)

1群の6と8 ⇒ (6・8)

調査項目に対応する特記事項を記入してください。

記入必須項目

枠外や罫線がない部分には記入をしないでください。

4. 特記入カツールの入力方法

◆ 認定調査票(特記事項) 1～3枚目

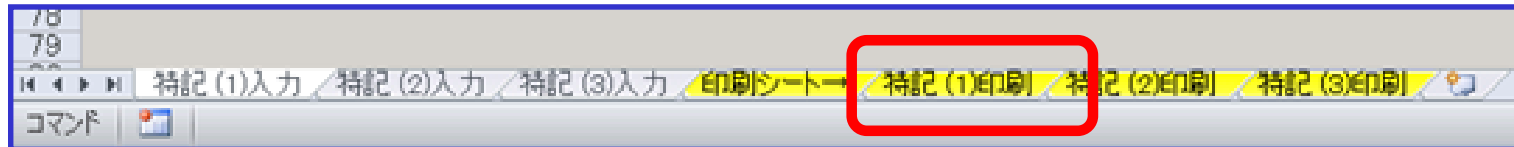
- ・特記2枚目以降は、特記(2)(3)のシートに入力をしてください。
- ・入力のページ番号を間違えないようご注意ください。

この画面は、入力用となりますので、印刷をしないよう注意してください！

①被保険者証番号	赤い字で「被保険者証番号(半角10桁)→」横の枠をダブルクリックして、番号を入力してEnterを押すと、認定調査票(特記事項)の番号枠内に自動表示されます。
②特記事項	色つきセルの部分に入力していきますが、文字が色つき部分から消えた文字は印字されないため、色つき部分内に文字が納まるように入力してください。なお、改行したい場合は、Alt+Enterを押すと改行できます。
③項目番号	()内に項目番号を入力してください。 P6を参考に入力してください。
④各項目の特記内容	色つきセルの部分に入力していきますが、文字が色つき部分から消えた文字は印字されないため、色つき部分内に文字が納まるように入力してください。 1行に納まらない時は、次の行に続きの文章を入力してください。 ※審査会委員が読みにくいため、 <u>文章の続きを特記事項の2枚目に書かないようにしてください。</u> ※入力方法は、サンプルを参照してください。

5. 特記入カツールの印刷方法

①Excel画面下の黄色シート「特記(1)印刷」をクリックします。【下図参照】



②特記事項の印刷画面が表示されます。【下図サンプル参照】

認定調査票 (特記事項)	
20	ページ 1
保険者番号 2 8 2 0 4 0	被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
特記事項 息子夫婦と同居。日中は誰かが家にいる状態ではあるが、目が行き届かない場合があるとのこと。脳梗塞の後遺症で右片麻痺がある。昨年トイレはリフォームし洋式に変更したため自分でトイレにいけるようになったが、認知機能の低下が見られ、入浴時に介護抵抗あり、家族の介護負担がある。本人はデイサービスに行きたがらないものの、家族は少しでも介護負担を減らしたいため、サービスを利用したいと考えている。	
1.	(1・2) 右肩関節に痛みあり60度位しか挙上できず、右上肢の挙上も60度位しか、右膝の他動動作できたものの、右下肢は45度
身体	()位しか挙上できなかった。また、右手指に力入れられず、フォーク等も持てない。「右上下肢」「その他」が「ある」
	()と選択する。(1-3・4) ベッド柵につかまらなさと、身体の向きを変える動作、起き上がり動作ができなかった。

～注意！～
上記の画面で文字が納まっても、
入力画面で色つきセルから、はみ出して入力した文字は、
印字されませんので、ご注意ください。

③印刷前に「印刷プレビュー」で、途切れた文章がないかを確認をして、印刷をしてください。

※ 入力画面を印刷しないよう注意してください。

※ 認定調査票(特記事項)2～3枚目も同様に「特記(2)印刷」「特記(3)印刷」のシートから、印刷をしてください。