

令和3年8月24日

各事業所認定調査ご担当者様

姫路市介護保険課

### 認定調査票の様式変更について（お知らせ）

日頃から本市の介護保険事業の推進にご理解・ご協力を賜り、感謝申し上げます。

この度、「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について」（老老発 0816 第1号）に基づき、下記のとおり姫路市で用いている認定調査票の様式を一部変更することとなりました。

なお、様式変更に伴い、「姫路市認定調査の手引き」も改訂されております。手引きは姫路市ホームページよりダウンロード可能となっておりますので、あわせてご確認ください（<https://www.city.himeji.lg.jp/bousai/0000002541.html>）。

### 記

#### 1 様式の変更点（裏面参照）

(1) 「Ⅲ 現在受けているサービスの状況」の施設種別に以下の施設種別を追加

- ・養護老人ホーム ・軽費老人ホーム（ケアハウス）
- ・有料老人ホーム ・サービス付き高齢者向け住宅

※「その他施設」は障害者支援施設等の選択肢にない施設種別の施設に入所している場合に選択してください。

(2) 「調査対象者の家族状況」欄を追加

「独居」「同居（夫婦のみ）」「同居（その他）」の3つのいずれかを選択してください。

**※在宅の場合に家族と同居することとなるか否かの観点で選択します。**

施設入所者であっても、在宅において家族と同居することが想定される場合はその状況に基づいて選択し、配偶者不在等により在宅において家族と同居することが想定されない場合は、「独居」を選択します。

#### 2 その他注意事項

医療機関における病床の種類（精神病床等）や障害福祉サービス等についても、「Ⅳ 特記すべき事項」欄に記入してください。

#### 3 問い合わせ先

〒670-8501 姫路市安田四丁目1番地

姫路市役所 介護保険課 認定担当

電話：079-221-2447 FAX：079-221-2925

以上

(新) 調査票様式

内容確認

市町村コード  
28201

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

帳票ID  
741

姫路市 介護保険認定調査票

I 調査実施者(記入者)

調査実施日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	事業者番号 <input type="text"/>	事業者名 <input type="text"/>
調査実施場所 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 入所・入院・他(シヨート中)	調査員番号 <input type="text"/>	調査員名 <input type="text"/>

II 調査対象者

対象者氏名 フリガナ <input type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	現住所 <input type="text"/>	〒 <input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/>
生年月日 1明治 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2大正 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	家族等 <input type="text"/>	氏名( )	関係( )	

「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」を追加。  
※障害者支援施設等の場合は、引き続き「その他施設」にチェックしてください。

III 現在受けているサービスの状況

在宅利用 (複数回答可)	訪問介護(ホームヘルプ) <input type="text"/> 回/月	訪問入浴介護 <input type="text"/> 回/月	訪問看護 <input type="text"/> 回/月	リハビリ <input type="text"/> 回/月	介護予防 <input type="text"/> 回/月	夜間対応型訪問介護 <input type="text"/> 回/月	認知症対応型通所介護 <input type="text"/> 回/月	小規模多機能型居宅介護 <input type="text"/> 回/月	共同生活介護(グループホーム) <input type="text"/> 回/月	入居型生活介護 <input type="text"/> 回/月	地域密着型 <input type="text"/> 回/月	施設型 <input type="text"/> 回/月	居宅介護 <input type="text"/> 回/月	その他 <input type="text"/> 回/月	回答個数 <input type="text"/>
--------------	---------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------

施設利用	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<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)	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養以外)	<input type="checkbox"/> その他の施設	<input type="checkbox"/> 介護送迎院	
あり	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	施設所在地・施設名 <input type="text"/>					電話番号 <input type="text"/>

IV 特記すべき事項 (サービス利用希望、介護者の状況、虐待の有無等、居住環境)

・立会い 無/有( )	※家族状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他)
該当するものに必ずチェックしてください。	

1 身体機能・起居動作に関連する項目 (調査当日の状況と日頃の状況が違う場合、概ね過去1週間の頻回な状況で選択する 10・11除く)

1. 麻痺等の有無 (複数回答可) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損等) <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 回答個数 <input type="text"/> 個	7. 歩行(5m程度) <input type="checkbox"/> つまらないうでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
2. 拘縮の有無 (複数回答可) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損等) <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 回答個数 <input type="text"/> 個	8. 立ち上がり <input type="checkbox"/> つまらないうでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
3. 寝返り <input type="checkbox"/> つまらないうでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	9. 片足での立位(1秒程度) <input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
4. 起き上がり <input type="checkbox"/> つまらないうでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	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
5. 座位保持(10分間程度) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる <input type="checkbox"/> できない	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
6. 両足での立位保持(10秒程度) <input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	12. 視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mで見える <input type="checkbox"/> 目の前で見る <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能
	13. 聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能

1-2. 膝関節に軽度の拘縮がある場合、1-1. 左右下肢確認動作は可動域内で行う 1-7. 歩行「つまらないうでできる」は視力障害者のつたい歩き等を含む

<<記入のしかた>> <input checked="" type="checkbox"/> 誤った時 <input checked="" type="checkbox"/>	数字は文字見本をもとに枠内に丁寧に記入してください										
	[文字見本] <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

あてはまる項目をチェック  してください。介助が不適切と判断した場合は、項目番号に○を付けてください。

※介助が不適切と判断した場合(独居、日中独居、介護放棄、介護抵抗、同居者要介護状態、自立阻害等)において、適切な介助の方法に基づいて選択することができる項目(1・2・5群の一部 全16項目)

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。