

認定調査票(概況調査)

実施日、裏面日付、認定調査票(特記事項)の日付の確認

I. 調査実施

市区町村コード

管理市町村コード

実施場所 ☐ 居宅内 ☐ 居宅外

実施日時 年 月 日

調査者番号

居宅内→自宅、家族宅、知人宅、ショート利用中含む(お泊りデイ含む)
居宅外→入院、入所、介護付き老人福祉施設等、高齢者住宅等

II. 調査対象者

調査実施者(記入者) 所属機関 _____ 調査員が所属する事業所名 _____

実施者氏名 _____ 調査員氏名 _____ 調査員電話番号 _____ 事業所の電話 _____

住宅改修のみ利用の場合でも、
予防・総合 or 介護にチェック
してください。

記入不要

㊟「介護医療院」
・医療機能、介護機能、生活機能を備えた介護保険施設。
・機能一要素介護者に対し、長期療養「日常的な医学管理」
「看取り、ターミナルケアと生活機能」

㊦「特定施設入居者生活介護適用施設」+㊨or㊩
・介護付き有料老人ホーム等に入居し、居宅サービスの「特定施設入居者生活介護」を利用している場合(入居している施設が介護保険のサービスを提供している場合は、こちらをチェックしてください。また、「III.現在受けているサービスの状況」の、「特定施設入居者生活介護」もしくは「地域密着型特定施設入居者生活介護」に、利用日数を記入してください。

㊧「養護老人ホーム」※特定施設入居者生活介護適用施設を除く
・原則 65 歳以上、経済的理由、身体上、精神上または環境上の理由により在宅で生活することが困難な方で(利用者、扶養義務者の)所得に応じて入所する措置施設。
・「III. 現在受けているサービスの状況」に利用しているサービスの回数を記入してください。
・杉並区内は松風園のみ。

㊨「軽費老人ホーム」※特定施設入居者生活介護適用施設を除く
・主に 60 歳以上で身体機能の低下や家庭環境等の理由により在宅で生活することが困難な方が入所する施設。
・杉並区内は松風園のみ。
※特定施設の指定があれば㊦+㊨に利用日数記入してください。

III. 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

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 月の品目を記載

現在受けているサービスの状況 (なし ☐ 予防・総合 ☐ 介護 ☐)

①(介護予防)訪問看護(ホームヘルプ) ・介護型サービス	月			回	⑫(介護予防)福祉用具貸与			品
②(介護予防)訪問入浴介護	月			回	⑬・特定(介護予防)福祉用具販売 (過去 6 ヶ月に購入した福祉用具)			品
③(介護予防)訪問看護	月			回	⑭・住宅改修 (介護保険での住宅改修有無(過去含む))	あり ☐ なし ☐		
④(介護予防)訪問リハビリテーション	月			回	⑮・夜間対応型訪問介護 (調査までに利用した実日数)	月		日
⑤(介護予防)居宅療養管理指導	月			回	⑯(介護予防)認知症対応型通所介護	月		日
⑥(介護予防)通所介護(デイサービス) ・通所型サービス	月			回	⑰(介護予防)小規模多機能型居宅介護 (泊り含む利用日数)	月		日
⑦(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月			回	⑱(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月		日
⑧(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ) (調査月の利用実日数)	月			日	⑲・地域密着型特定施設入居者生活介護 (調査月の利用日数)	月		日
⑨(介護予防)短期入所療養介護 (老健・診療所)	月			日	⑳・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (調査月の利用日)	月		日
⑩(介護予防)特定施設入居者生活介護 (調査月の日数)	月			日	㉑・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (調査までに利用した実日数)	月		回
㉒・看護小規模多機能型居宅介護 (調査までに利用した実日数)	月			日				

介護保険給付外の在宅サービス

自費や暫定で利用しているサービス、区の介護用品支給等。

施設等利用

☒ 介護老人福祉施設 ☒ 介護老人保健施設 ☒ 介護療養型医療施設 ☒ 介護医療院 ☒ 特定施設入居者生活介護適用施設

☒ 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) ☒ 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 ☒ 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 (_____) _____

電話 _____

㉓(例)セントケア看護小規模模範

㉔新規申請で、過去に住宅改修を行っている場合は「なし」にチェックしてください。

㉕夜間に定期巡回や通報により訪問介護士が行うサービス。

㉖基本的にサービス計画表があり、月の回数は決まっていますが、随時必要に応じてサービスを受けることができます。

㉗認知症高齢者グループホーム+㉘

㉙市区町村の指定を受けた定員 29 名以下の有料老人ホーム、軽費老人ホーム等+㉚

㉛市区町村の指定を受けた定員が 29 名以下の介護老人福祉施設+㉜
(例)ハートフル成田東

いずれかに必ずチェックしてください。
施設入所、入院中の方は、在宅の場合に家族と同居することとなるかどうかで選択してください。

IV. 調査対象者の家族状況、調査の立会人について記入してください。

※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

※家族状況 ☐ 独居 ☐ 同居(夫婦のみ) ☐ 同居(その他)

立会人氏名 _____ 家族、知人、ケアマネ、施設、病院職員等 _____ 対象者との関係 (_____) _____ 電話番号 (_____) _____

㉝〜㉞に該当しない施設。
(例)障害者施設等