

# 認 定 調 査 に つ い て

富士市介護保険課 認定担当

問い合わせ先 TEL 0545-55-2765 (直通)

0545-51-0123 (代表)

- 《調査日》 平日、日中の時間帯で実施します。(所要時間 40分から1時間程度)  
申請後、調査員が電話にて調査日時の相談をします。
- 《調査場所》 自宅、または生活している場所(入院先、入所先等)で行います。  
原則、デイサービスやショートステイ先での調査は実施できません。
- 《調査員》 市の職員または市から委託された訪問調査員が伺います。
- 《立会い》 ご家族などの立会いをお願いしています。普段の様子を正しく把握するために  
**日常の様子がわかる方が同席**してください。
- 《調査内容》 概ね過去1週間の日常生活動作や介助の方法を確認します。  
詳しくは裏面をご覧ください。
- 《注意事項》 正しく調査をするために、心身の状態が安定している時に実施します。入院・退院  
直後など、生活環境が変わった際には、1週間程度経過した後に調査します。  
また、手術の前後や発熱などで体調が悪い時は調査ができません。状況が変化した  
場合には、早めにご連絡ください。

## 同席される方へのお願い

1 調査項目について事前にご確認のうえ、下記の点に心がけてください。

**\*普段の状況を正しく把握できないと、適正な調査・認定ができません。**

① 気づいたことは遠慮なく伝える

・調査員には、業務上知り得た秘密を守る義務が法律で課せられています。

② 困っていることはできるだけ具体的に伝える

・実例を挙げて、その頻度も合わせて伝えてください。

・一日の中でも状況変化が大きい場合は、その状況も伝えてください。

③ ありのままの状況を正確に伝える

・調査をお受けになる方に、安心して普段通りに振舞うよう伝えてください。

・本人の前では話しづらいような内容は、メモを渡して伝える、本人とは別の部屋で伝えるなどの配慮をお願いします。



2 調査員は公用車で訪問します。駐車スペースの確保をお願いします。

# 訪問調査では以下の項目について質問します



●調査項目・判定基準は全国共通です●

## ●過去 1 週間の 身体状況や介助の方法について ★は実際に確認します

- ★ 1. 麻痺（まひ）や筋力低下はありますか
- ★ 2. 関節の動く範囲に制限はありますか
- ★ 3. 寝返りができますか
- ★ 4. 起き上がりができますか
- ★ 5. 10分間いす等に座ることができますか
- ★ 6. 10秒間両足で立つことができますか
- ★ 7. 5m続けて歩くことができますか
- ★ 8. いす等から立ち上がることができますか
- ★ 9. 1秒間片足で立つことができますか
- 10. 身体はどのように洗っていますか
- 11. つめはどのように切っていますか
- ★12. 視力について（手元や離れたものが見えますか）
- ★13. 聴力について（普通の大きさの音が聞こえますか）
- 14. いす等に座る時、どのようにしていますか
- 15. 必要な場所への移動はどのようにしていますか
- 16. 食べ物の飲み込みができますか
- 17. 食事はどのように食べていますか
- 18. 排尿はどのようにしていますか
- 19. 排便はどのようにしていますか
- 20. 歯磨きや義歯の洗浄等はどのようにしていますか
- 21. 洗顔はどのようにしていますか
- 22. 整髪はどのようにしていますか
- 23. 上着の着替えはどのようにしていますか
- 24. スポンの着替えはどのようにしていますか
- 25. 過去 1 か月間で何回外出しましたか
- 26. 何らかの方法で意思を伝えることができますか
- ★27. 日課を理解していますか
- ★28. 生年月日、年齢を言えますか
- ★29. 5分前に何をしていたか思い出せますか
- ★30. 自分の名前を言えますか
- ★31. 今の季節を理解していますか
- ★32. 自分が今いる場所を理解していますか
- 33. 薬はどのように内服していますか
- 34. 金銭はどのように管理していますか
- 35. 日常の意思決定が自分でできますか
- 36. 集団（家族以外）への不応はありますか
- 37. 買い物はどのようにしていますか
- 38. 簡単な調理（炊飯・レンジ等での温め・即席めんの調理）はどのようにしていますか

## ●過去 1 か月間の症状について ある場合は、具体的な様子と回数を教えてください

- 39. 目的もなくウロウロ動き回ることがありましたか
- 40. 一人で外出して戻れなくなることがありましたか
- 41. 被害的になることがありましたか
- 42. 作り話をすることがありましたか
- 43. 理由なく、泣いたり怒ったりして感情が不安定になることがありましたか
- 44. 昼夜が逆転し夜活動することがありましたか
- 45. しつこく同じ話をすることがありましたか
- 46. 理由なく大声を出すことがありましたか
- 47. 介護に抵抗することがありましたか
- 48. 「家に帰る」等と言い、落ち着きがなくなることがありましたか
- 49. 一人で外に出たがり目が離せないことがありましたか
- 50. いろいろな物を集めたり、無断で持ってきたりすることがありましたか
- 51. 物を壊したり破いたりすることがありましたか
- 52. 生活に支障となるひどい物忘れがありましたか
- 53. 意味もなく独り言や独り笑いをすることがありましたか
- 54. 周囲の状況に合致しない自分勝手な行動をすることがありましたか
- 55. 話がまとまらず、会話にならないことがありましたか

## ●過去 2 週間に次のような医療的処置を 医師、看護師等により受けたことが ありましたか？

- 点滴
- 中心静脈栄養
- 人工透析
- 人工肛門の処置
- 酸素療法
- 人工呼吸器
- 気管切開の処置
- 疼痛の看護（がんの痛みのコントロール等）
- 経管栄養
- モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）
- 床ずれの処置
- カテーテル（排尿のためのもの）



これらの質問以外でも介護の手間となっていることがあれば調査員に伝えてください