

事 務 連 絡

平成 2 4 年 3 月 5 日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局老人保健課

認定調査員テキスト 2009 改訂版の再改正について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、認定調査員テキスト 2009 改訂版については、平成 24 年 4 月 1 日からの介護保険制度等の改正に伴い、認定調査員テキスト 2009 改訂版の一部を改正し、厚生労働省のホームページに掲載した旨、平成 24 年 3 月 1 日付事務連絡でお知らせしたところです。

しかしながら、改正後の認定調査員テキスト 2009 の一部に改正漏れがありましたので、別紙の通り再改正を行い、厚生労働省のホームページに掲載しましたのでご連絡いたします。

(URL : http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/text2009_2.pdf)

なお、当該テキストについては、平成 24 年 4 月 1 日以降の申請に係る認定調査から使用するようご注意ください。

ご迷惑をおかけして申し訳ありませんが、よろしく願いいたします。

認定調査員テキスト2009改訂版 改正箇所 (平成23年3月版からの改正箇所)

番号	箇所	修正前	修正後
1	146ページ 調査項目の定義と選択肢の選択基準等及び特記事項の記載例 5行目	家族、介護職種の行う類似の行為は含まない。	家族、介護職種の行う類似の行為は含まないが、「7. 気管切開の処置」における開口部からの喀痰吸引(気管カニューレ内部の喀痰吸引に限る)及び「9. 経管栄養」については、必要な研修を修了した介護職種が医師の指示の下に行う行為も含まれる。
2	158ページ 認定調査票(概況調査) Ⅲ 現在受けているサービスの状況	/	別添の通り、「Ⅲ 現在受けているサービスの状況」に「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と「複合型サービス」を追加。

認定調査票

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下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	平成 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）	
ふりがな		所属機関		
記入者氏名				

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回め以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果		非該当・要支援（ ）・要介護（ ）	
ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
対象者氏名					
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係（ ）			電話	- -

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。

在宅利用 【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月の品目数を記載】					
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回	
<input type="checkbox"/> 複合型サービス	月	日			
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []					
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス []					

施設利用	施設連絡先
<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(ケアハウス等) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設	施設名 _____ 郵便番号 _____ 施設住所 _____ 電話 _____

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

--