

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局 老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

要介護認定等の見直しについて

Vol.71

平成21年3月31日

厚生労働省老健局老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきます
ようよろしくお願ひいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3944)

FAX：03-3595-4010

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局 老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

要介護認定等の見直しについて

Vol.71

平成21年3月31日

厚生労働省老健局老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきます
ようよろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3944)

FAX：03-3595-4010

老発第0331005号
平成21年3月31日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長

要介護認定等の実施について

要介護認定等に係る申請等については、従前「要介護認定等の実施について」（平成18年3月17日老発第0317001号厚生労働省老健局長通知。以下「平成18年3月老発第0317001号通知」という。）により取り扱われていたところであるが、今般、「要介護認定等基準時間の推計の方法（平成12年厚生省告示第91号）の一部を改正する件」（平成21年厚生労働省告示第189号）が公布され、平成21年4月1日から施行されることに伴い、要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、平成21年4月1日から適用することとしたので、通知する。

なお、本通知の発出に伴い、平成18年3月老発第0317001号通知は平成21年3月31日をもって廃止する。

記

1 要介護認定等に係る申請

(1) 要介護認定（要支援認定）の新規申請及び更新申請

要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）を受けようとする被保険者は、別添 1-1 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村（要介護認定を実施する広域連合及び一部事務組合等を含む。以下同じ。）に申請を行うものとする。ただし、当該被保険者が介護保険法施行規則（平成 11 年厚生労働省令第 36 号。以下「規則」という。）第 26 条第 1 項の規定により被保険者証の交付を受けた第二号被保険者以外の第二号被保険者（以下「被保険者証未交付第二号被保険者」という。）であるときは、当該申請書に被保険者証を添付することは要しない。要介護更新認定又は要支援更新認定を受けようとする場合も同様とする。

(2) 要介護認定（要支援認定）区分変更申請

要介護状態区分又は要支援状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、別添 1-2 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

(3) サービスの種類指定の変更申請

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 37 条第 1 項の規定に基づき介護給付等対象サービスの種類の指定を受けた被保険者が当該指定に係る居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の変更の申請を行う場合は、別添 1-3 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

(4) その他

(1) から (3) に係る申請について、別添 1-1、1-2 及び 1-3 に示す様式と異なる様式を使用することは差し支えないが、規則の各条に規定する申請書への記載事項に加え、別添 1-1、1-2 及び 1-3 に示す事項を含むものとする。

2 要介護認定に係る調査の実施者

(1) 市町村職員による認定調査

要介護認定に係る調査（以下「認定調査」という。）のうち、新規の要介護認定申請に係る認定調査については、市町村職員が実施する。

(2) 指定市町村事務受託法人への委託

ただし、市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。

(3) 指定居宅介護支援事業者等への委託

市町村は、新規の要介護認定に係る認定調査を除き、認定調査を指定居宅

介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設若しくは地域包括支援センター（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）又は介護支援専門員であって規則第40条第5項の要件を満たすものに委託することができる。

（4）認定調査員

市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知（「認定調査員等研修事業の実施について」（平成20年6月4日老発第0604001号）により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修（認定調査員研修）を修了した者（以下「認定調査員」という。）が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2に示す認定調査票を用いて認定調査の対象者（以下「調査対象者」という。）に関する認定調査を実施する。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。

3 主治医の意見の聴取

要介護認定申請を受理した市町村は、審査対象者の主治医（当該調査対象者の主治医がない場合は、市町村の職員たる医師又は市町村が指定する医師。以下同じ。）に対し、別途老人保健課長名で通知する「主治医意見書記入の手引き」に従って、別添3に示す主治医意見書への意見の記載を求め、記載された主治医意見書を回収する。

4 介護認定審査会での審査判定

介護認定審査会は、認定調査の結果及び主治医意見書の内容に基づき、本職通知（「介護認定審査会の運営について」（平成21年3月31日老発第0331006号））に規定する方法により審査判定を行う。

5 住所移転後の要介護認定の取扱い

法第36条に規定する、要介護認定に係る事項を証明する書面の様式は別添4の通りとする。

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

〇〇市(町村)長様
次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|----|----|----|---|---|---|-------|-------|---|---|---|---|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | 男 | ・ | 女 | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 險 | 前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small> | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | 要支援状態区分 1 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 有効期限 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 期間 | | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 期間 | | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 期間 | | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | | |
| 有・無 | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 期間 | | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出 代 行 者 | 名称 | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治 医 | 主治医の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療保険者名 | | | | | | | | | | | | | | | | 医療保険被保険者証 記号番号 | | | | | | | |
| 特定疾病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

〇〇市(町村)長様
次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------|----------------|----|---|---|---|----|---------|---|---|---|--|--|--|------|-------|---|---|---|-------|----|---|---|---|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 性別 | 男 | ・ | 女 | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保 険 | 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 要支援状態区分 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 有効期限 | 平成 | 年 | 月 | 日 | から | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 者 | 変更申請の理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | |
| | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | |
| 有・無 | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出 代 行 者 | 名称 | 該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | | | | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療保険者名 | | | | | | | | | | | | | | 医療保険被保険者証 記号番号 | | | | | | | | |
| 特定疾病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

〇〇市(町村)長 様
次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------|---|---|---|---|---|---------|---|---|---------------------------|--|--|------|-------|---|---|-------|----|---|---|---|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | 性別 | 男 | ・ | 女 | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| | 現に受けている要介護・要支援 | 要介護状態区分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 要支援状態区分 | 1 | 2 | 有効期限 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消徐を求める旨 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類指定 変更理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療保険者名 | | | | | | | | | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | | | | | | | | |
| 特定疾病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | 記入者氏名 | 所属機関 |

II 調査対象者

| | | | |
|------------|---------------------------|--------|-----------------------|
| 過去の認定 | 初回・2回目以降 (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 |
| 対象者氏名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳） |
| 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"/> 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。

| |
|--|
| |
|--|

認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

- | | | | | | |
|-------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| 1. ない | 2. 左上肢 | 3. 右上肢 | 4. 左下肢 | 5. 右下肢 | 6. その他（四肢の欠損） |
|-------|--------|--------|--------|--------|---------------|

1-2 拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

- | | | | | |
|-------|--------|--------|--------|---------------|
| 1. ない | 2. 肩関節 | 3. 股関節 | 4. 膝関節 | 5. その他（四肢の欠損） |
|-------|--------|--------|--------|---------------|

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|--------|-----------------|----------------|---------|
| 1. できる | 2. 自分の手で支えればできる | 3. 支えてもらえればできる | 4. できない |
|--------|-----------------|----------------|---------|

1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|----------------|---------|
| 1. 支えなしでできる | 2. 何か支えがあればできる | 3. できない |
|-------------|----------------|---------|

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|----------------|---------|
| 1. 支えなしでできる | 2. 何か支えがあればできる | 3. できない |
|-------------|----------------|---------|

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|--------|-----------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 | 4. 行っていない |
|-------------|---------|--------|-----------|

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 普通（日常生活に支障がない）
2. 約1m離れた視力確認表の図が見える
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えない
5. 見えているのか判断不能

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 普通
2. 普通の声がやっと聞き取れる
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞こえない
5. 聞こえているのか判断不能

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|--------|---------|---------|
| 1. できる | 2. 見守り等 | 3. できない |
|--------|---------|---------|

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上

2. 月1回以上

3. 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる

2. ときどき伝達できる

3. ほとんど伝達できない

4. できない

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください

1. できる

2. できない

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-4 短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない