

Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

21 アクティビティの内容等

介護予防通所介護において実施している場合のアクティビティの内容等について、お答えください。

「1月当たりの実施回数」については、調査開始時は予定される回数を記入し、その後（開始後3カ月毎）は調査月の前月の実績回数を記入してください。

ID番号

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

氏名等

_____（1. 男 2. 女）

記入日

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日（項目 21 について）

1) 実施事業者名（ _____ ）

2) アクティビティの開始年月

平成 ____ 年 ____ 月

3) 1月当たりの実施回数

月 ____ 回

4) 実施時間（1回当たり）（当てはまるもの1つに○）

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 |
| 3. 1時間以上2時間未満 | 4. 2時間以上 |

5) 過去3カ月間の事故発生（当てはまるもの1つに○）（初回は回答不要）

- あり（具体的な内容： _____ ）
- なし

6) アクティビティに関して、目標が設定できていますか。（当てはまるもの1つに○）

- できている
- できていない

→ 6-1) 「1. できている」と回答した方（当てはまるもの1つに○）。

- 目標に向けて努力している
- 目標に向けて努力していない

Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

(17) オーラルディアドコキネシス（口の動き）

（それぞれ 10 秒間に言える回数を測定し 10 で除し、1 秒間あたりに換算した数を記載）

パ

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

 回/秒

タ

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

 回/秒

カ

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

 回/秒

(18) 頬の膨らまし（空ぶくぶくうがい）（当てはまるもの1つに○）

1. 左右十分可能 2. やや十分 3. 不十分

8) 専門的サービス提供の職種（当てはまるもの全てに○）

1. 医師 2. 歯科医師 3. 歯科衛生士
4. 保健師 5. 看護師又は准看護師 6. 言語聴覚士
7. その他

9) 過去3カ月間の事故発生（当てはまるもの1つに○）（初回は回答不要）

1. あり（具体的な内容： ）
2. なし

10) 口腔機能の向上に関する目標の設定（当てはまるもの1つに○）

1. できている 2. できていない

┆

--> 10-1) 「1. できている」と回答した方（当てはまるもの1つに○）

1. 目標に向けて努力している
2. 目標に向けて努力していない

11) 家族による支援の有無（当てはまるもの1つに○）

1. 積極的な支援あり 2. 消極的な支援あり 3. 支援なし