

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センター
において聞き取って記入してください。

6 家族構成

1) 一緒に住んでいる人は誰ですか。（当てはまるもの全てに○）

また、それぞれの人数も書いてください。

- | | | |
|------------|---------|---------|
| 1. 配偶者 | 2. 子供 | _____ 人 |
| 3. 子供の配偶者 | 4. 孫 | _____ 人 |
| 5. 実父 | 6. 実母 | |
| 7. 義父 | 8. 義母 | |
| 9. 兄弟姉妹 | 10. その他 | _____ 人 |
| 11. ひとり住まい | | |

2) 一緒に住んでいる人のうち、主な介護者は誰ですか。前問1)のうち、当てはまる番号を1つ記入してください。

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

7 疾患既往歴

1) 要支援者又は特定高齢者となった原因は何ですか。

(当てはまるもの全てに○) (初回のみ回答必要)

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） | 2. 心臓病 |
| 3. がん（悪性新生物） | 4. 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） |
| 5. 関節疾患（リウマチ等） | 6. 認知症 |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 視覚・聴覚障害 | 10. 骨折・転倒 |
| 11. 高齢による衰弱 | 12. その他 |
| 13. 不明 | |

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

8 過去3カ月間の入院

1) 過去3カ月間に入院しましたか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい

2. いいえ

----> 1-1) 「1. はい」の場合は、それぞれの入院ごとに、「入院年月日」、「入院期間」、「入院の原因となった疾患」を記入してください。なお、入院の原因となった疾患については、以下の枠内から選んで記入してください。

	入院年月日	入院期間	入院の原因となった疾患 (下の枠内から1つだけ 選んでください。)
(例)	平成18年4月6日	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> 日間	1
1回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
2回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
3回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
4回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	

【 入院の原因となった疾患の種類 】

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） | 2. 心臓病 |
| 3. がん（悪性新生物） | 4. 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） |
| 5. 関節疾患（リウマチ等） | 6. 認知症 |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 視覚・聴覚障害 | 10. 骨折・転倒 |
| 11. 高齢による衰弱 | 12. その他 |
| 13. 不明 | |

II 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

9 生活機能に関する状況（基本チェックリスト）

以下の項目につき、「はい」か「いいえ」のいずれかに○を付けてください。

	質問項目	回答	
1)	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2)	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3)	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4)	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5)	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6)	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7)	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8)	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9)	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10)	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11)	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12)	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	1. はい	0. いいえ
13)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14)	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15)	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16)	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17)	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18)	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19)	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20)	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21)	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22)	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23)	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24)	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25)	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) 12)については、BMI（＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)）が18.5未満の場合に「1. はい」とする。

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

10 主観的QOL

このアンケートは、あなたがご自分の健康をどのように考えているかをお伺いするものです。あなたが毎日どのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知る上で参考になります。

以下の項目について、それぞれ一番よく当てはまるもの1つに○を付けてください。

1) 全体的にみて、過去1カ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

(一番よく当てはまるもの1つに○)

- | | |
|----------|-------------|
| 1. 最高に良い | 2. とても良い |
| 3. 良い | 4. あまり良くない |
| 5. 良くない | 6. ぜんぜん良くない |

2) 過去1カ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。(一番よく当てはまるもの1つに○)

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1. ぜんぜん、妨げられなかった | 2. わずかに妨げられた |
| 3. 少し妨げられた | 4. かなり、妨げられた |
| 5. 体を使う日常活動ができなかった | |

3) 過去1カ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。(一番よく当てはまるもの1つに○)

- | | |
|------------------|--------------|
| 1. ぜんぜん、妨げられなかった | 2. わずかに妨げられた |
| 3. 少し妨げられた | 4. かなり、妨げられた |
| 5. いつもの仕事ができなかった | |

4) 過去1カ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

(一番よく当てはまるもの1つに○)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. ぜんぜんなかった | 2. かすかな痛み |
| 3. 軽い痛み | 4. 中くらいの痛み |
| 5. 強い痛み | 6. 非常に激しい痛み |

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

5) 過去1カ月間、どのくらい元気でしたか。（一番よく当てはまるもの1つに○）

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. 非常に元気だった | 2. かなり元気だった |
| 3. 少し元気だった | 4. わずかに元気だった |
| 5. ぜんぜん元気でなかった | |

6) 過去1カ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。（一番よく当てはまるもの1つに○）

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. ぜんぜん、妨げられなかった | 2. わずかに、妨げられた |
| 3. 少し、妨げられた | 4. かなり、妨げられた |
| 5. つきあいができなかった | |

7) 過去1カ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。（一番よく当てはまるもの1つに○）

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. ぜんぜん悩まされなかった | 2. わずかに悩まされた |
| 3. 少し悩まされた | 4. かなり悩まされた |
| 5. 非常に悩まされた | |

8) 過去1カ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。（一番よく当てはまるもの1つに○）

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. ぜんぜん、妨げられなかった | 2. わずかに、妨げられた |
| 3. 少し、妨げられた | 4. かなり、妨げられた |
| 5. 日常行う活動ができなかった | |

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

13 認知的活動

以下の項目について、それぞれ当てはまるもの1つに○を付けてください。

1) テレビを見る。(当てはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回 | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回 | 5. 年に1回以下 | |

2) ラジオを聞く。(当てはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回 | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回 | 5. 年に1回以下 | |

3) 新聞を読む。(当てはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回 | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回 | 5. 年に1回以下 | |

4) 雑誌を読む。(当てはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回 | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回 | 5. 年に1回以下 | |

5) 本を読む。(当てはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回 | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回 | 5. 年に1回以下 | |

6) トランプ、麻雀などのゲームをする。(当てはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回 | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回 | 5. 年に1回以下 | |

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

14 落ち込みやすさ

年をとってくると、うつ状態になることも多くなってきますが、適切な支援により改善することも分かってきましたので、適切な評価が必要となっています。これは、世界中で最も広く行われている「うつ検査」です。

なお、最近の様子（1カ月間程度）について聞く評価項目であり、若いころからの性格や人生観について聞くものではありません。

以下の項目につき、「はい」か「いいえ」のいずれかに○を付けてください。

質問項目	回答	
1) 基本的に自分の人生に満足している。	1. はい	2. いいえ
2) 活動や興味がかなり減った。	1. はい	2. いいえ
3) 人生は空虚だと感じる。	1. はい	2. いいえ
4) 飽きてしまうことが多い。	1. はい	2. いいえ
5) たいていいつも元気がある。	1. はい	2. いいえ
6) 何か悪いことが自分の身に降りかかるのではないかと恐れている。	1. はい	2. いいえ
7) たいていいつも幸せである。	1. はい	2. いいえ
8) 無力感を覚えることが多い。	1. はい	2. いいえ
9) 外出したり何か新しいことをするより、家にいる方がいい。	1. はい	2. いいえ
10) 普通の人より、記憶に障害が多いと感じる。	1. はい	2. いいえ
11) 今生きていることは素晴らしいと思う。	1. はい	2. いいえ
12) 今の自分の生き方には価値がないと感じる。	1. はい	2. いいえ
13) エネルギーに溢れている。	1. はい	2. いいえ
14) 自分の状況には望みがない。	1. はい	2. いいえ
15) 他の多くの人は、自分よりいい状態（いい人生を送っている）と思う。	1. はい	2. いいえ

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

15 ふだんの過ごし方

以下の項目について、それぞれ当てはまるもの1つに○を付けてください。

1) 日中、おもに過ごす場所はどこですか。(当てはまるもの1つに○)

- | | |
|------------------|----------|
| 1. 自宅外 | 2. 自宅敷地内 |
| 3. 自宅屋内（自分の部屋以外） | 4. 自分の部屋 |

2) 日中、おもな過ごし方はどれですか。(当てはまるもの1つに○)

- | | |
|---------------|-------------|
| 1. 自宅外の仕事（役割） | 2. 家の仕事（役割） |
| 3. 趣味 | 4. 主にテレビ |
| 5. その他 | 6. 特になし |

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

16 口腔機能の状態

以下の項目について、当てはまるもの1つに○を付けてください。

1) 自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛しめられますか。

(当てはまるもの1つに○)

1. 両方できる 2. 片方だけできる 3. どちらもできない

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 運動器の機能向上を図るための介護予防プログラムの内容等

介護予防ケアプランに含まれる「運動器の機能向上」を図るための介護予防プログラムの内容等について、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 17 について)

1) 実施事業者名 (_____)

2) 運動器の機能向上の開始年月

平成 _____ 年 _____ 月

3) 1月当たりの実施回数

月 _____ 回

4) 1回当たりの実施時間 (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) 運動器の機能向上を必要とする理由 (当てはまるもの全てに○)

1. 疾患 (脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患、関節疾患など)
2. 手術・退院直後の運動器の機能低下
3. 口腔及び摂食・嚥下機能の問題
4. 生活における大きな出来事 (死別、転居など) による精神的ストレス
5. 廃用症候群 (生活不活発病) や生活機能低下 (買い物、食事づくりなど)
6. 閉じこもり
7. うつ
8. 認知症
9. その他

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。

6) 実施方法 (当てはまるもの全てに○)

1. グループ体操
2. マシンによる筋力増強訓練
3. マシンによらない筋力増強訓練
4. 持久性訓練(自転車こぎ、水中ウォーキングなど)
5. 日常生活動作に関わる訓練
6. レクリエーション・ゲーム
7. その他

7) 運動器の機能の状態

- ・ 小数点一桁まで記入。
- ・ 「4. 5m歩行時間(通常速度)」を除き、2回測定し、良い方の値を記入。
- ・ 「1. 握力」及び「2. 開眼片足立ち時間」は、左右のいずれを測定したかに○をつける。

- | | | | |
|-----------------------|---|----|------------------|
| 1. 握力 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | kg | (1. 右 2. 左) |
| 2. 開眼片足立ち時間 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 秒 | (1. 右 2. 左) |
| 3. TUG(Timed Up & Go) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 秒 | |
| 4. 5m歩行時間(通常速度) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 秒 | |
| 5. 5m歩行時間(最大速度) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 秒 | |

8) サービス提供の職種 (当てはまるもの全てに○)

- | | | |
|----------|----------------|--------------|
| 1. 医師 | 2. 理学療法士 | 3. 作業療法士 |
| 4. 言語聴覚士 | 5. 保健師 | 6. 看護師及び准看護師 |
| 7. 柔道整復師 | 8. あん摩マッサージ指圧師 | 9. 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) 運動器の機能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

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。

5) 低栄養状態のおそれが生ずることとなった理由 (当てはまるもの全てに○)

1. 疾患 (脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患、発熱、風邪など)
2. 手術・退院直後の栄養状態
3. 口腔及び摂食・嚥下機能の問題
4. 生活における大きな出来事 (死別、転居など) による精神的ストレス
5. 廃用症候群 (生活不活発病) や生活機能低下 (買い物、食事づくりなど)
6. 閉じこもり
7. うつ
8. 認知症
9. その他

6) 栄養相談の実施方法 (当てはまるもの全てに○)

1. 通所による個別型 (栄養相談など)
2. 通所による小グループ型 (栄養教育、料理教室など)
3. 訪問による栄養相談等
4. その他

7) 栄養相談において実施したこと (当てはまるもの全てに○)

1. 低栄養状態や栄養改善等に関する情報の提供
2. 食事・食生活への助言
3. 食形態に関する助言
4. 食材料の調達に関する助言
5. 食事づくりに関する技術指導や実演
6. 一般高齢者施策による栄養教室、料理教室などの紹介や調整
7. ボランティアによる支援の紹介や調整
8. 家族による支援に関する助言や調整
9. 配食の支援の紹介や調整
10. 健康補助食品等の紹介や調整
11. その他

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。

8) 栄養の状態

(1) 体重の変化

現在の体重

kg ・ 不明

1カ月前の体重

kg ・ 不明

3カ月前の体重

kg ・ 不明

6カ月前の体重

kg ・ 不明

(2) BMI

(3) 血清アルブミン値 (当てはまるもの1つに○)

1. 把握している

2. 把握していない

-----> g/dl (測定日：平成____年____月____日)

(4) 食事摂取量 (当てはまるもの1つに○)

1. 良好 (76%~100%)

2. 不良 (75%以下)

9) サービス提供の職種 (当てはまるもの全てに○)

1. 管理栄養士

2. 栄養士 (栄養管理業務に関し5年以上の実務経験を有する栄養士)

3. その他

10) 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

11) 栄養改善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

-----> 11-1) 「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

12) 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

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。

19 口腔機能の向上を図るための介護予防プログラムの内容等

介護予防ケアプランに含まれる「口腔機能の向上」を図るための介護予防プログラムの内容等について、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 19 について)

1) 実施事業者名 (_____)

2) 口腔機能の向上の開始年月

平成 _____ 年 _____ 月

3) 1月当たりの実施回数

月 _____ 回

(1) 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等による専門的サービス

月 _____ 回

(2) 介護職員等による基本的サービス

月 _____ 回

4) 実施時間 (言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等による専門的サービス)

(1) グループ (1回当たり) (当てはまるもの1つに○)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 10分未満 | 2. 10分以上20分未満 |
| 3. 20分以上30分未満 | 4. 30分以上 |

(2) 個別 (1回当たり) (当てはまるもの1つに○)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 10分未満 | 2. 10分以上20分未満 |
| 3. 20分以上30分未満 | 4. 30分以上 |

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。

5) 口腔機能の向上を必要とする理由 (当てはまるもの全てに○)

1. 疾患 (脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患、発熱、風邪など)
2. 手術・退院直後の口腔機能の低下
3. 口腔ケアの習慣がない (歯みがき、入れ歯の手入れなど)
4. 生活における大きな出来事 (死別、転居など) による精神的ストレス
5. 廃用症候群 (生活不活発病) や生活機能低下 (買い物、食事づくりなど)
6. 閉じこもり
7. うつ
8. 認知症
9. その他

6) 実施方法

(1) 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等による専門的サービス

(当てはまるもの全てに○。個別・集団の別、部位の別についても当てはまるもの全てに○。)

1. 口腔機能の向上の説明

2. 健口体操

3. 口腔清掃の指導

-----▶ (1. 個別 2. 集団) (1. 歯 2. 入れ歯 3. 舌)

4. 口腔清掃の実施

-----▶ (1. 個別 2. 集団) (1. 歯 2. 入れ歯 3. 舌)

5. 咀嚼機能訓練

-----▶ (1. 個別 2. 集団)

6. 嚥下機能訓練

-----▶ (1. 個別 2. 集団)

7. 構音・発声訓練

-----▶ (1. 個別 2. 集団)

8. 呼吸法に関する訓練

-----▶ (1. 個別 2. 集団)

9. 食事姿勢や環境についての指導

-----▶ (1. 個別 2. 集団)

10. その他

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。

(9) 食事を残す量 (残食量) (当てはまるもの1つに○)

1. ない 2. 少量ある (1/2未満) 3. 多量にある (1/2以上)

(10) 口臭 (当てはまるもの1つに○)

1. ない 2. 弱い 3. 強い

(11) 舌・歯・入れ歯などの汚れ (当てはまるもの1つに○)

1. ある 2. 多少ある 3. ない

(12) 食事後の口腔内に食物残渣 (当てはまるもの1つに○)

1. なし・少量ある 2. 中程度ある 3. 多量にある

(13) 舌苔 (当てはまるもの1つに○)

1. なし・少量ある 2. 中程度ある 3. 多量にある

(14) 義歯あるいは歯の汚れ (当てはまるもの1つに○)

1. なし・少量ある 2. 中程度ある 3. 多量にある

(15) 口腔衛生習慣のための声かけの必要性 (当てはまるもの1つに○)

1. 必要なし (口腔衛生習慣が維持されている。声かけをしなくても自発的に歯みがきや入れ歯の手入れをしている。)
2. 必要あり (口腔衛生習慣が低下している。声かけをしなければ歯みがきや入れ歯の手入れをしない。)
3. 不可 (認知症等により声かけに応じられない。)

(16) 反復唾液嚥下テスト (RSST) の積算時間 (小数点以下は四捨五入)

1回目 秒

2回目 秒

3回目 秒

(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

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。

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

---▶ 9-1) 「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 |
|-------------|-------------|---------|

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。

20 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20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）
 1. あり（具体的な内容： _____ ）
 2. 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○）
 1. できている
 2. 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○）。

 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