

介護施設利用者の摂食嚥下機能の 維持・改善に関する追跡調査

【個別調査票】

【調査について】

- ※ 本調査は、令和6年度介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた調査において、個別調査にご協力いただいた方に対して、その後の状況を伺う為に行います。前回調査時にご記入いただいた「個別調査票 ID管理シート」をご確認いただき、対象者の状況についてご回答をお願いいたします。
- ※ 継続調査となりますので、今回改めて同意書を取り付けていただく必要はありません。
- ※ 各設問について、該当するものに○をご記入ください。
- ※ 数値を記入する設問は、各設問の注記に従って数値をご記入ください。また、該当しない場合は「0（ゼロ）」、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ※ 回答が困難な設問や、回答したくない設問は、未記入のままご返送頂いて構いません。
- ※ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、摂食嚥下機能への各種介入に関係する複数職種で協議のうえご回答ください。
- ※ 特に断りのない限り、令和7年5月31日現在の状況についてご回答ください。
- ※ 記入が終わりましたら、令和7年10月17日（金）迄に、同封の返信用封筒にてご返送くださいますようお願いいたします。

0. 貴施設名、この利用者に割り振っている利用者ID等についてお伺いします。

都道府県									
貴施設名									
全老健 会員番号	1	-			-				
電話番号					ご担当者名				
利用者ID (1つに○)	01	02	03	04	05				

※全老健会員番号は送付封筒に記載された「1-数字2桁-数字4桁」をご記入ください。

※利用者IDは前回調査時の「個別調査票ID管理シート」をご確認いただき、回答対象となる利用者のIDを必ず選択してください。

1. 令和7年5月31日時点の利用者の状況をご回答ください。

101. 当該利用者は貴施設に入所継続していますか(再入所を含む)
1. していない ⇒ 設問2へ
2. している ⇒ 設問3へ

2. 入所継続していない場合の利用者の状況についてお伺いします。

※101. で「1. していない」を選択した場合にご回答ください。

201. 理由について、当てはまるもの1つに○をつけてください。	
1. 死亡(令和 年 月 日) (死因:)	
2. 病気による退所(令和 年 月 日) (理由:)	
3. その他の退所(令和 年 月 日) (理由:)	
202. 退所先について、当てはまるもの1つに○をつけてください。	
病院(10を除く)	
1. 一般病床(2、3、4、5を除く)	6. 療養病床(2、4を除く)
2. 回復期リハビリテーション病棟(床)	7. 結核病床・感染症病床
3. 地域包括医療病棟	8. 精神病床
4. 地域包括ケア病棟(床)	9. その他
5. 障害者施設等病棟	
10. 有床診療所	13. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
11. 介護医療院	14. 在宅復帰(自宅)
12. 介護老人保健施設	15. 自宅に類する施設(医療機関、介護保険施設以外)
203. 令和7年5月31日現在の居場所をご回答ください。	
1. 202.の退所先と同様	5. その他の施設
2. 病院(有床診療所以外)	6. 在宅復帰(自宅)
3. 有床診療所	7. 死亡
4. 介護保険施設	8. 不明

※入所継続していない方についての設問は以上です。調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。

※以降の設問は、101. で「2.している」を選択した場合にご回答ください。

3. 入所継続している場合の利用者の状況についてお伺いします。

301. 低栄養状態のリスクについてご記入ください。	
(1)身長(cm)	_____ cm
(2) 体重(kg)	_____ kg
(3)BMI(kg/m ²)	_____ kg/m ²
(4)体重減少率(3%以上の体重減少)	1. あり(_____ kg/ 6ヶ月) 2. なし
(5)血清アルブミン値(g/dl)	_____ g/dl

4. 認知症の状態についてお伺いします。

401. 認知症の状態(それぞれ1つに○) ※「アルツハイマー型認知症」「血管性認知症」「レビー小体型認知症」「前頭側頭型認知症」のいずれかの場合にご回答ください。			
(1) 長谷川式認知症 スケール(HDS-R)	1. 評価あり(_____)点	2. 評価なし	3. 不明
(2) ミニメンタルテスト 検査(MMSE)	1. 評価あり(_____)点	2. 評価なし	3. 不明

5. 認知機能や食事等についてお伺いします。

501. 認知機能や食事等について、「R4システム版ICFステージング」の評価方法に基づきご回答ください。						
(1)認知症～オリエンテーション	1	2	3	4	5	不明
(2)認知症～コミュニケーション	1	2	3	4	5	不明
(3)認知症～精神活動	1	2	3	4	5	不明
(4)食事～嚥下機能	1	2	3	4	5	不明
(5)食事～食事動作および食事介助	1	2	3	4	5	不明

6. 栄養摂取の方法についてお伺いします。

601. 栄養摂取の方法をお選びください。			
【非経口栄養法】 (この利用者に提供している方法をすべてに○)	1. 経鼻経管栄養	2. 胃ろう	3. 腸ろう
	4. 間歇的口腔食道経管 栄養法	5. 中心静脈栄養	6. 末梢静脈栄養
【経口摂取】のうち、 主食 (この利用者に提供している食形態をすべてに○)	7. 米飯	8. 軟飯	9. 全粥
	10. その他の形態の主食 (_____)		
【経口摂取】のうち、 主食以外 (この利用者に提供している食形態をすべてに○)	<常菜>		
	11. 常菜(カットなし)	12. 常菜 (一口大:1.5～2cm程度)	13. 常菜 (粗きざみ:1cm程度)
	14. 常菜 (粗きざみ:1cm程度) +とろみあん	15. 常菜 (きざみ:0.2cm程度)	16. 常菜 (きざみ:0.2cm程度) +とろみあん

＜軟菜食＞		
17. 軟菜食(カットなし)	18. 軟菜食 (1口大:1.5～2cm程度)	19. 軟菜食 (粗きざみ:1cm程度)
20. 軟菜食 (粗きざみ:1cm程度) +とろみあん	21. 軟菜食 (きざみ:0.2cm程度)	22. 軟菜食 (きざみ:0.2cm程度) +とろみあん
＜ソフト食、ペースト食など＞		
23. やわらか食、ソフト食 (押しつぶし可能なもの)	24. ミキサー食、ペースト食 (不均質)	25. ミキサー食、ペースト食 (均質)
26. 均質なゼリー、プリン、 ムース	27. その他 ()	

7. 誤嚥性肺炎や窒息の発生状況についてお伺いします。

701. 令和6年12月1日から令和7年5月31日までの6か月間の状況についてお伺いします。	
(1) 発熱の有無	1. あり 2. なし
うち、インフルエンザ罹患の有無	1. あり 2. なし
うち、新型コロナウイルス感染症罹患の有無	1. あり 2. なし
(2) 誤嚥の発生の有無	1. あり 2. なし
うち、誤嚥の既往歴(VE検査等での所見に限定せず、 むせのエピソード含む)の有無	1. あり 2. なし
うち、食事を起因とする誤嚥の有無	1. あり 2. なし
(3) 認知機能低下による異食(食べ物でないものを食べる、 石けん水等飲み物でないものを飲む行為)等の発生の有無	1. あり 2. なし
(4) 誤嚥性肺炎の発生の有無	1. あり 2. なし
発生時期(月) ※(4)で「1.あり」を選択した場合にご回答ください。	_____月
発生理由 ※(4)で「1.あり」を選択した場合にご回答ください。	1. 利用者の疾患による 2. 利用者の衰退による 3. ケアの手技や知識不足による 4. その他()
(5)誤嚥性肺炎発生時の対応について	1. 医療機関へ搬送 2. 施設内で治療・療養(入所継続)
施設で行った治療についてご回答ください ※(5)で「2.施設内で治療・療養(入所継続)」を選択した場合に ご回答ください。(自由記述)	(自由記述欄)
(6) 窒息の発生の有無	1. あり 2. なし
発生理由 ※(6)で「1.あり」を選択した場合にご回答ください。	1. 利用者の疾患による 2. 利用者の衰退による 3. ケアの手技や知識不足による 4. その他()

(7)食事摂取量に変化はありましたか	1. 減った 2. 変わらない 3. 増えた
--------------------	------------------------------

8. 摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況についてお伺いします。

801. 令和6年12月1日から令和7年5月31日までの6か月間における、この利用者への摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況をお選びください。(それぞれ1つに○)		
(1) 嚥下訓練(直接訓練)	1. 実施した	2. 実施しなかった
(2) 嚥下訓練(間接訓練)	1. 実施した	2. 実施しなかった
(3) 口腔ケア(歯科専門職による専門的口腔清掃含む)	1. 実施した	2. 実施しなかった
(4) 食事内容や食形態に関する特別な配慮	1. 実施した	2. 実施しなかった
(5) 生活機能向上に向けた指導	1. 実施した	2. 実施しなかった
(6) その人に合った環境調整((4)以外のフィッティング、皿の位置の工夫、特別な補助具の準備等)	1. 実施した	2. 実施しなかった
(7) 上記以外の対応	1. 実施した	2. 実施しなかった
802. 令和6年12月1日から令和7年5月31日までの間で、この利用者に対する摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等を経て、嚥下機能や食事動作での改善の有無をお選びください。(主なもの1つに○)	1. 向上した 2. 低下した 3. 変わらない	

★★★ 調査項目は以上です。調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。★★★