

公益社団法人全国老人保健施設協会  
「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の  
作成に係る調査研究事業」  
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  
〈調査へのご協力のおお願い〉

当施設では、公益社団法人全国老人保健施設協会からの依頼を受け、当施設において、摂食嚥下機能の維持・改善に向けた指導や対応を受けている利用者を対象とした調査に協力しています。この調査は、全国の介護老人保健施設を対象に実施されているもので、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組をさらに強化するにあたっての課題等を検討することを目的として実施するものです。

調査にご協力いただける場合は、当施設で把握している、現在の疾患や認知症の症状、服薬しているお薬、摂食嚥下機能や食事動作の状態や対応、誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況といった情報を、調査主体である公益社団法人全国老人保健施設協会に無記名で提供させていただきます。

当施設において、低栄養状態のリスク分類が「高リスク」に該当する利用者を対象に、調査へのご協力をお願いしていますが、調査への協力は任意です。調査協力を希望されない場合は、いつでもお申し出ください。調査に協力しないことで不利益が生じることは一切ありません。また、途中で調査協力をやめたい場合は、いつでもやめることができます。

調査にご協力いただける場合でも、施設名や調査に協力いただいた方の氏名が特定される形で結果が公表されることはありません。また、調査を通じて、当施設から全国老人保健施設協会に対し、お名前などの個人情報を提供することはありません。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

施設名 : \_\_\_\_\_

# 「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の

## 作成に係る調査研究事業」の調査概要

### 1. 調査の目的等

本調査研究事業は、厚生労働省による令和6年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)の交付を受け、介護老人保健施設を対象として実施します。

介護老人保健施設等における誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応や摂食嚥下機能の測定方法等の実態を把握する調査を行い、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組をさらに強化するにあたっての課題等を検討するための基礎資料とすることを目的として実施するものです。介護老人保健施設等における摂食嚥下機能が低下した人およびそのリスクがある要介護高齢者等への対応方法等を整理することにより、高齢者施設における誤嚥性肺炎への取組を強化していきたいと考えております。

### 2. 調査の内容

■調査の対象： 以下に該当する方を調査対象としています。

- ・ 令和6年11月30日時点で、低栄養状態のリスク分類が「高リスク」に該当する利用者5名(該当する利用者が5名未満の場合、利用者全員を対象としてください)。
- ・ 低栄養状態のリスク分類は下表をご参照ください。「高リスク」の項目にひとつでも該当する場合は「高リスク」、「低リスク」のすべての項目に該当する場合は「低リスク」、それ以外の場合は「中リスク」と判断します。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

令和6年3月15日 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険最新情報 Vol.1217「別紙様式 4-1-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例)」より作成

## ■調査の方法

- ・ 調査協力に同意いただいた方について、当施設が把握している現在の疾患や認知症の症状、服薬しているお薬、摂食嚥下機能や食事動作の状態や対応、誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況といった情報を、当施設の職員が調査票に記入します。
- ・ 半年後を目処に、調査にご協力いただいた方について、追跡調査を予定しています。

## 3. 調査にご協力いただく場合の配慮

- 個人情報の取扱いに十分配慮し、法令を遵守します。
  - ・ 調査実施主体に提出する調査票には、お名前などの個人が特定できる情報を記入する欄はなく、符号のみで処理する仕組みとなっております。
  - ・ また、個人が特定できるような情報がそのまま公表されることはありません。
  - ・ 調査に同意いただいた場合でも、いつでも同意を取り消すことができます。
- 調査に協力したくない場合は、同意いただく必要はありません。また、調査の途中や調査の後でも、いつでも同意を撤回することができます。
- 調査協力に同意されない場合でも、あるいは同意された後で同意を取り消される場合でも、いかなる不利益も発生致しません。

## 4. 調査の実施体制および連絡先

### ■調査研究事業の研究班の班員構成：

田中 志子	介護老人保健施設大誠苑 理事長 ※担当副会長
松田 晋哉	産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授 ※担当副会長
大河内 二郎	介護老人保健施設竜間之郷 施設長 ※班長
岩澤 由子	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部 部長
枝広 あや子	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
海老原 覚	東北大学大学院 医学系研究科 臨床障害学分野 教授
大磯 義一郎	一般社団法人 日本医療安全学会 理事長
岡崎 達馬	東北大学大学院 医学系研究科 臨床障害学分野 准教授
佐原 博之	公益社団法人 日本医師会 常任理事
中本 匡治	介護老人保健施設安寿 副施設長
藤本 七映	介護老人保健施設いこいの森 言語聴覚士
松垣 竜太郎	産業医科大学 産業生態科学研究所 作業関連疾患予防学研究室 助教
元家 玲子	公益社団法人 日本栄養士会 福祉職域担当理事
山野 雅弘	介護老人保健施設紀伊の里 理事長

■ 調査事務局:

公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

TEL:03-3432-4165 FAX:03-3432-4177 または 03-3432-4172

メールアドレス: research@roken.or.jp

担当: 業務部 中里(ナカサト) 歌田(ウタダ) 中島(ナカジマ)

5. 調査に関するお問合せ先

施設名: \_\_\_\_\_

役 職: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

誠に恐縮でございますが、取組の趣旨をご理解のうえ、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、別紙の「説明および協力同意書」にご署名をお願いします。

なお、同意された後でも、いつでも同意を撤回することができます。その場合は、上記5. の問合せ先までお知らせください。

※この用紙は、同意した方が同意を撤回する場合にお使いください

令和6年度「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の  
作成に係る調査研究事業」

## 協力同意撤回書

私は、「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の作成  
に係る調査研究事業」に協力することに同意しましたが、その同意を撤回することを、

(施設名) \_\_\_\_\_ の

(担当者名) \_\_\_\_\_ に伝え、

ここに同意撤回書を提出します。

年 月 日

御署名 \_\_\_\_\_ (サイン可)

代筆の場合は、立会人名(必須)

代諾者(又は代筆者) \_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_\_ ]

(本人との関係) \_\_\_\_\_

代諾者(代筆)で署名した理由

- ※ 同意書は必ずご本人が署名してください。  
※ やむを得ず、自署が不可能で、施設職員が立会いのもと、ご本人の同意が確認でき、ご家族又は法定代理人が代筆する場合、代筆で署名した理由をご記入ください。

以上

令和6年度「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の  
作成に係る調査研究事業」

## 説明および協力同意書

私は、「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の作成に係る調査研究事業」の調査内容を説明のうえ、当施設及び本調査研究事業の研究班において、以下の事項を遵守することを説明いたしました。

- ◆ 本事業において収集したデータは、個人が特定できるような情報がそのまま公表されることはありません。
- ◆ 調査協力者に対するケアやサービスに影響が生じることや不利益が生じるものではありません。また、調査協力に同意された後で同意を取り消される場合でも、いかなる不利益も発生致しません。

施設名：\_\_\_\_\_ 説明者名：\_\_\_\_\_

施設長：\_\_\_\_\_ 宛

私は以上について十分な説明を受け、その趣旨・調査内容について了承した上で、本調査に協力することに同意します。

年 月 日

御署名 \_\_\_\_\_ (サイン可)

代筆の場合は、立会人名(必須)

代諾者(又は代筆者) \_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_\_ ]

(本人との関係) \_\_\_\_\_

代諾者(代筆)で署名した理由

- ※ 同意書は必ずご本人が署名してください。
- ※ やむを得ず、自署が不可能で、施設職員が立会いのもと、ご本人の同意が確認でき、ご家族又は法定代理人が代筆する場合、代筆で署名した理由をご記入ください。

以上

【本件問合せ先】

(担当者) \_\_\_\_\_

※同意書原本は調査票とともに当施設にて規程に基づき保管・廃棄いたします。ご本人控については、コピー等でお返しさせていただきますのでお申し出ください。