

介護施設利用者の摂食嚥下機能の  
維持・改善に関する調査

【施設調査票】

【本調査票中の用語の定義について】

- ※ 本調査票では、便宜的に以下のように用語を定義しています。  
利用者:入所サービス利用者を指します。短期入所療養介護の利用者は含みません。

【調査票のご記入について】

- ※ 選択式の設問は、該当の番号に○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)」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いただいて構いません。
- ※ 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6年11月30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、施設調査票と個別調査票をまとめて、令和7年1月31日(金)迄に、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願いいたします。

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				

- ※ 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。

1. 貴施設の概況についてお伺いします。

101. 貴法人、または貴施設の関連法人が運営しており、密接に連携している施設（貴施設の併設病院や併設施設を含む）の有無をお答えください。	
1. あり	2. なし

102. 貴法人、または貴施設の関連法人が運営しており、密接に連携している施設（貴施設の併設病院や併設施設を含む）の病床種別や施設種別をお選びください。	
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・不明
5. 障害者施設等病棟	
10. 有床診療所（11を除く）	14. 介護老人保健施設
11. 訪問看護事業所	15. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
12. 介護療養型医療施設（介護療養病床）	16. 自宅に類する施設（医療機関、介護保険施設以外）
13. 介護医療院	

103. 貴施設が令和6年11月1日現在に算定する施設類型について、当てはまるものをお選びください。（○は一つ）	
1. 超強化型    2. 強化型    3. 加算型    4. 基本型    5. その他型    6. 療養型	

104. 令和6年11月30日 午前0時時点の、貴施設の入所定員と利用者数についてご記入ください。 ※該当する者がいない欄には「0（ゼロ）」とご記入ください。	
(1) 入所定員	_____ 床
(2) 入所サービスの利用者（実人数）	_____ 人
(3) 短期入所療養介護の利用者（実人数）	_____ 人

105. 104. で回答した利用者の要介護度の分布(実人数)をご記入ください。  
 ※入所サービスの利用者についてのみお答えください。  
 ※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」をご記入ください。

(1) 要介護1	_____人
(2) 要介護2	_____人
(3) 要介護3	_____人
(4) 要介護4	_____人
(5) 要介護5	_____人
(6) 区分変更(新規)申請中	_____人

106. 貴施設の職員の人数を雇用形態別にご記入ください。  
 ※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」をご記入ください。  
 ※非常勤職員について、委託などで雇用関係にない専門職種は含みません。  
 ※非常勤職員について、同一法人の別施設から非常勤的に勤務する専門職は含みません。

	常勤	非常勤(常勤換算)※
(1) 医師	_____人	_____人
(2) 歯科医師	_____人	_____人
(3) 看護職員	_____人	_____人
(4) 介護福祉士	_____人	_____人
(5) 介護職員(4を除く)	_____人	_____人
(6) 管理栄養士	_____人	_____人
(7) 栄養士(6を除く)	_____人	_____人
(8) 歯科衛生士	_____人	_____人
(9) 言語聴覚士	_____人	_____人
(10) 理学療法士	_____人	_____人
(11) 作業療法士	_____人	_____人
(12) 上記に当てはまらない職員	_____人	_____人

※非常勤職員の常勤換算方法に定めがない場合は、以下の方法で算出してください。

常勤換算後の職員数は、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位までをご記入ください。

- ・1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

2. 貴施設の、摂食嚥下機能が低下している方の発生状況についてお伺いします。

201. 貴施設における、令和6年11月30日 午前0時時点の食事の提供状況（提供者数）についてご記入ください。併用している場合は、該当するすべての選択肢にカウントしてください。 ※入所サービスの利用者についてのみお答えください。 ※該当する者がいない欄には「0（ゼロ）」とご記入ください。	
(1) 経管栄養摂取者数	_____ 人
うち、経鼻経管栄養の利用者数	_____ 人
うち、胃ろうの利用者数	_____ 人
うち、腸ろうの利用者数	_____ 人
うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数	_____ 人
(2) 静脈栄養摂取者数	_____ 人
うち、中心静脈栄養の利用者数	_____ 人
うち、末梢静脈栄養の利用者数	_____ 人
(3) 嚥下機能に配慮した食事提供者数	_____ 人
(4) 常食の提供者数	_____ 人

202. 貴施設における、令和6年11月30日 午前0時時点の利用者の低栄養のリスクの状況についてご記入ください。下記の「低栄養状態のリスク分類の指標」を参照してお答えください。

※入所サービスの利用者についてのみお答えください。

※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」とご記入ください。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
人数	_____人	_____人	_____人

参照：低栄養状態のリスク分類の指標

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

203. 貴施設において、利用者の低栄養のリスクの状況に係る判断に関与している専門職等をお選びください。(該当するすべてに○)

- |               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| 1. 医師         | 8. 歯科衛生士                    |
| 2. 歯科医師       | 9. 言語聴覚士                    |
| 3. 看護職員       | 10. 理学療法士                   |
| 4. 介護福祉士      | 11. 作業療法士                   |
| 5. 介護職員(4を除く) | 12. 上記に当てはまらない職員            |
| 6. 管理栄養士      | 13. 低栄養のリスクの状況に係る判断を実施していない |
| 7. 栄養士(6を除く)  |                             |

204. 貴施設における、令和6年11月30日 午前0時時点の利用者の嚥下機能、食事動作について、「R4システム版ICFステージング」の評価方法に基づき伺います。以下の状態のそれぞれに該当する人数をご記入ください。

状態が日によって異なる場合は、その中でもよりよい状態を基本として判断してください。

※入所サービスの利用者についてのみお答えください。

※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」とご記入ください。

【ICFステージング嚥下機能】	
(1) 【ステージ5の判断】固めの食事(肉など)を含む普通の食事を、噛んで食べているかどうかを判断する。	_____ 人
(2) 【ステージ4の判断】ストロー、吸い飲み等を使用して水分・流動物をむせずに飲むことを、ふだんから行っているかどうかで判断する。	_____ 人
(3) 【ステージ3の判断】咬断や吸引はできないけれど、口の中に十分やわらかい食べ物を入れれば、飲み込みを行う場合がステージ3である。	_____ 人
(4) 【ステージ2の判断】やわらかいもののみ、口腔内に食べ物をため込まず、嚥下を行っているかどうかで判断する。	_____ 人
(5) 【ステージ1の判断】やわらかいものであっても(例えば嚥下食)飲み込みができず、ふだんから行っていない場合、あるいは、誤嚥の危険性が高く嚥下を行っていない場合は、ステージ1と判断する。胃ろうの使用は、ステージ1と判断する。	_____ 人
【ICFステージング食事動作】	
(6) 【ステージ5の判断】ステージ5は、提供された食べ物を箸やフォーク、スプーン、ナイフ等を使用して、上手に食べているかどうかで判断する。	_____ 人
(7) 【ステージ4の判断】提供された食べ物を、食べこぼし等はあるが、なんとか自分で食べている場合は、ステージ4と判断する。	_____ 人
(8) 【ステージ3の判断】食事の際、本人の姿勢や食べ物の位置の調整などが必要かどうかで判断する。	_____ 人
(9) 【ステージ2の判断】食事の準備だけでなく、食べる動作にも介助を行っている場合は、ステージ2である。	_____ 人
(10) 【ステージ1の判断】食事の動作に対する直接介助を行っても食べることができない場合は、ステージ1と判断する。	_____ 人

3. 貴施設の、摂食嚥下機能が低下している方への対応状況等についてお伺いします。

301. 貴施設における、令和6年11月30日時点の介護給付費の算定人数をご記入ください。 ※入所サービスの利用者についてのみお答えください。 ※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」とご記入ください。	
(1) 栄養マネジメント強化加算	_____ 人
(2) 経口移行加算	_____ 人
(3) 経口維持加算(Ⅰ)	_____ 人
(4) 経口維持加算(Ⅱ)	_____ 人
(5) 口腔衛生管理加算(Ⅰ)	_____ 人
(6) 口腔衛生管理加算(Ⅱ)	_____ 人
(7) 療養食加算	_____ 人
(8) 再入所時栄養連携加算	_____ 人

302. 貴施設で実施している、摂食嚥下機能が低下している方へのトレーニングや特別な配慮・支援等に 関与する専門職等をお選びください。(実施の有無をお選びください。実施の場合は関与する専門職 をお選びください)													
	実施している(当てはまる職種すべてに○)												
	1. 医師	2. 歯科 医師	3. 看護 職員	4. 介護 福祉士	5. 介護 職員(4を 除く)	6. 管理 栄養士	7. 栄養 士(6を除く)	8. 歯科 衛生士	9. 言語 聴覚士	10. 理学 療法士	11. 作業 療法士	12. その他	13. 実施 してい ない
(1) 嚥下訓練(直接訓練)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(2) 嚥下訓練(間接訓練)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(3) 口腔ケア(※歯科専門職による専門的口腔清掃含む)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(4) 食事内容や食形態に関する指導	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(5) 生活機能向上に向けた指導	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(7) 上記以外の方法での配慮・支援等	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

303. 302. で回答した配慮・支援等について、具体例や工夫等がございましたら、ご記入ください。「(7) 上記以外の方法での配慮・支援等」を選択された場合、具体例をご記入ください。(自由記述)

(自由記述欄)

304. 貴施設で多職種によるミールラウンドを実施している場合には関与している専門職等をお選びください。(該当するすべてに○)

1. 医師	8. 歯科衛生士
2. 歯科医師	9. 言語聴覚士
3. 看護職員	10. 理学療法士
4. 介護福祉士	11. 作業療法士
5. 介護職員(4を除く)	12. その他
6. 管理栄養士	13. ミールラウンドを実施していない
7. 栄養士(6を除く)	

305. 令和6年11月1日から令和6年11月30日までの1か月間の多職種によるミールラウンドの実施回数別人数をご記入ください。※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」とご記入ください。

(1) 12回以上(週3回以上) ※栄養マネジメント強化加算の算定基準	_____人
(2) 1～11回(週3回未満)	_____人
(3) 実施していない	_____人

306. 貴施設で提供する嚥下調整食・食形態・おやつ提供状況についてお伺いします。(該当するすべてに○)

(1) 貴施設での嚥下調整食の提供状況についてお選びください。	1. 提供あり	2. 提供なし			
(2) 貴施設において提供可能な主食の食形態をすべてお選びください。	1. 米飯	2. 軟飯	3. 全粥	4. その他の形態の主食 (_____)	
(3) 貴施設において提供可能な主菜・副菜の食形態をすべてお選びください。((2)で答えた主食は除く)	<常菜>				
	1. 常菜(カットなし)	2. 常菜(1口大:1.5～2cm程度)	3. 常菜(粗きざみ:1cm程度)	4. 常菜(粗きざみ:1cm程度) +とろみあん	5. 常菜(きざみ:0.2cm程度)

	＜軟菜食＞	
	7. 軟菜食(カットなし)	10. 軟菜食(粗きざみ:1cm程度) +とろみあん
	8. 軟菜食(1口大:1.5~2cm程度)	11. 軟菜食(きざみ:0.2cm程度)
	9. 軟菜食(粗きざみ:1cm程度)	12. 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＞	
13. やわらか食、ソフト食(押しつぶし可能なもの)	16. 均質なゼリー、プリン、ムース	
14. ミキサー食、ペースト食(不均質)	17. その他( )	
15. ミキサー食、ペースト食(均質)		
(4) 貴施設における間食(おやつ)の選択基準についてすべてお選びください。	1. 全員に市販の間食(おやつ)を加工せずに提供している	3. 利用者の摂食嚥下機能に合わせた形態の間食(おやつ)を施設内で調理して提供している
	2. 利用者の摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食(おやつ)を加工して提供している	4. 間食(おやつ)は提供しない
(5) 親族等から持ち込みされる間食(おやつ)についてすべてお選びください。	1. 確認せずに提供している	3. 利用者の摂食嚥下機能次第でお断りすることがある
	2. 利用者の摂食嚥下機能に合わせて加工等して提供している	4. 持ち込みはお断りしている

307. 貴施設における、令和6年11月30日 夕食時点の食事介助の状況についてお伺いします。以下のそれぞれに該当する人数をご記入ください。

※入所サービスの利用者についてのみお答えください。

※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」とご記入ください。

(1) 食事介助の必要な利用者数	_____ 人
(2) 食事介助に従事する職員数	_____ 人

308. 貴施設において参照している食形態の指標をお選びください。  
(該当するすべてに○)

1. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021	5. 施設の独自基準
2. 嚥下食ピラミッド	6. 地域の独自基準
3. ユニバーサルデザインフード	7. その他
4. スマイルケア食	8. 特に指標は決めていない

4. 貴施設における、誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況・対応についてお伺いします。

※ 人数を記入する設問には、該当する利用者の実人数(頭数)をご記入ください。

※ 該当がない場合は、「0(ゼロ)」とご記入ください。

401. 令和6年9月1日から令和6年11月30日までの3か月間の利用者の状況についてお伺いします。	
(1) 発熱が発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、インフルエンザが発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、新型コロナウイルス感染症が発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
(2) 誤嚥が発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、誤嚥の既往のある(VE検査等での所見がある者に限定せず、むせのエピソードがある者も含む)利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、食事に起因する誤嚥が発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
(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)等が発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
(4) 誤嚥性肺炎※が発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、誤嚥性肺炎の既往のある利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、貴施設内で対応した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、医療機関を受診した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、認知機能低下による異食等に起因する誤嚥性肺炎が発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
(5) 窒息が発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、窒息の既往のある(窒息しそうだったエピソードがある者も含む)利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人
うち、食事に起因する窒息が発生した利用者数(同一人物は1とカウント)	_____ 人

※誤嚥性肺炎:本調査では、下記の表に示す「誤嚥のリスク」がある方に発生する可能性がある肺炎と定義します。

誤嚥のリスク	
原因	病態
嚥下機能低下	意識障害 全身虚弱、長期臥床 脳血管障害 慢性神経疾患(認知症、パーキンソン病等) 医原性(気管切開チューブ留置、経管栄養、頭頸部手術、鎮静薬、睡眠薬、抗コリン薬など口内乾燥を来す薬剤等)
胃食道機能不全	胃食道逆流 食道機能不全または狭窄 医原性(経腸栄養、胃切除等)

成人肺炎診療ガイドライン2024より作成

402. 貴施設の利用者に、発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の、貴施設での対応状況についてお伺いします。	
(1) 貴施設において発生した場合の対応方針が定められているものをすべてお選びください。	
1. 発熱	4. 誤嚥性肺炎
2. 誤嚥	5. 窒息
3. 異食	
(2) 発生時に対応する体制や実施している処置についてお伺いします。	
(a) 関与する職員等をすべてお選びください。	
1. 医師	8. 歯科衛生士
2. 歯科医師	9. 言語聴覚士
3. 看護職員	10. 理学療法士
4. 介護福祉士	11. 作業療法士
5. 介護職員(4を除く)	12. その他
6. 管理栄養士	13. 体制や処置の方針は整備されていない
7. 栄養士(6を除く)	
(b) 発生時に実施している検査をすべてお選びください。(他の医療機関での実施を含む)	
1. 胸部レントゲン検査	3. 胸部CT検査
2. 血液検査	4. その他
(c) 発生時に施設内で実施している処置をすべてお選びください。	
1. バイタルサインや意識状態の確認	6. 異物除去
2. 吸引	7. 人工呼吸
3. タッピング	8. 心臓マッサージ
4. 気道確保	9. その他
5. 投薬	
(d) 施設内での対応が困難な状況をすべてお選びください。	
1. 医師不在時に発生する	4. 病態の急変が見られる
2. 看護師不在時に発生する	5. 発生した利用者に重症化リスクがある
3. 処置を実施するのに必要な設備がない	6. その他

(e) 施設内での対応が困難な場合の対応方針をすべてお選びください。	
1. あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する	3. 救急車を呼ぶ
2. 1以外の連携病院に連絡して搬送する	4. 対応方針は決まっていない
(f) 【(e)で1. または2. を選択した場合】その病院の救急の対応状況をお選びください。((e)で1. または2. を選択しなかった場合は、(g)へお進みください。)	
1. 夜間・休日等の救急対応可能	2. 夜間・休日等の救急対応不可
(g)対応方針の周知に際して実施している事項をすべてお選びください。	
1. マニュアルを整備している	4. その他対応方針の周知のための取組を実施している
2. 研修を実施している(座学や動画視聴、会議など。訓練は除く)	5. 対応方針が決まっていない
3. 訓練を実施している	

403. 誤嚥や窒息が発生した後の、食形態への配慮についてお伺いします。	
(1) 発生後の食形態についてお選びください	1. 食形態を変更している      2. 食形態を変更していない
(2) 発生後、摂食嚥下機能の再評価を実施し、必要に応じて食形態の変更を検討する体制の有無をお選びください。	1. あり                                      2. なし

5. 貴施設における、摂食嚥下機能に関連した評価方法についてお伺いします。

501. 貴施設において、経管栄養や静脈栄養を実施している利用者に対する、摂食嚥下機能や体力等の状態の変化に応じた評価の実施の有無をお答えください。	
1. あり	2. なし

	実施している(当てはまる職種すべてに○)												13. 実施していない
	1. 医師	2. 歯科医師	3. 看護職員	4. 介護福祉士	5. 介護職員(4を除く)	6. 管理栄養士	7. 栄養士(6を除く)	8. 歯科衛生士	9. 言語聴覚士	10. 理学療法士	11. 作業療法士	12. その他	
(1) 栄養状態の評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(2) 口腔衛生状態の評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(3) 咀嚼機能の評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(4) 嚥下内視鏡検査(VE)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(5) 嚥下造影検査(VF)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(6) 反復唾液嚥下テスト(RSST)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(7) 改訂水飲みテスト(MWST)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(8) フードテスト	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(9) 頸部聴診	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(10) 食後の咳の状況に関する評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(11) 食後の痰の状況に関する評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(12) 食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(13) 生活の広がりに向けた評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(14) その他の方法での評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

503. 貴施設の利用者のうち、摂食嚥下機能が低下した方への評価について、貴施設と併設する医療機関で実施しているものをお選びください。(該当するすべてに○)

- |                    |                                |
|--------------------|--------------------------------|
| 1. 栄養状態の評価         | 8. フードテスト                      |
| 2. 口腔衛生状態の評価       | 9. 頸部聴診                        |
| 3. 咀嚼機能の評価         | 10. 食後の咳の状況に関する評価              |
| 4. 嚥下内視鏡検査(VE)     | 11. 食後の痰の状況に関する評価              |
| 5. 嚥下造影検査(VF)      | 12. 食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価 |
| 6. 反復唾液嚥下テスト(RSST) | 13. 生活の広がりに向けた評価               |
| 7. 改訂水飲みテスト(MWST)  | 14. その他の方法での評価                 |

504. 502. 及び503. で回答した評価について、具体例や工夫等がございましたら、ご記入ください。「(14) その他の方法での評価」を選択された場合、具体例をご記入ください。(自由記述)

(自由記載欄)

6. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明の方法についてお伺いします。

601. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明の実施状況をお選びください。(該当するすべてに○)

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. 利用者・ご家族ともに説明している | 3. ご家族のみに説明している |
| 2. 利用者の方に説明している     | 4. 説明を実施していない   |

602. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明を行う職種をお選びください。(該当するすべてに○)

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 医師         | 7. 栄養士(6を除く) |
| 2. 歯科医師       | 8. 歯科衛生士     |
| 3. 看護職員       | 9. 言語聴覚士     |
| 4. 介護福祉士      | 10. 理学療法士    |
| 5. 介護職員(4を除く) | 11. 作業療法士    |
| 6. 管理栄養士      | 12. その他      |

603. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明のタイミングをお選びください。(該当するすべてに○)	
1. 入所時	3. 状態の変化に応じて
2. ケアプラン作成時	4. その他( )

604. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明の方法をお選びください。(該当するすべてに○)	
1. 対面での説明	3. 文書(入所時説明書等)での説明
2. オンラインでの説明	4. その他( )

605. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明の内容をお選びください。(該当するすべてに○)	
1. 誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いこと	4. 急変・急死する可能性があること
2. 肺炎等の状態が重症化する可能性があること	5. その他( )
3. 急変時、病院へ救急搬送を行う場合があること	

606. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明時に確認する内容をお選びください。(該当するすべてに○)	
口腔内の状況について	
1. 入れ歯の有無	7. これまでの嚥下機能に関する処置・訓練内容
2. 入れ歯の調整や修理の必要性の有無	8. 継続したほうがよい訓練内容・その方法
3. 直近の歯科受診の状況	9. 食形態に関する情報・留意事項
4. 咀嚼機能の状況(奥歯のかみ合わせの有無を含む)	10. その他の口腔内の状況
5. これまでの咀嚼機能に関する処置・訓練内容	11. 口腔内の状況について確認していない
6. 嚥下機能の状況	
その他の状況について	
12. 服薬上の禁忌に関する情報・留意事項	15. その他
13. 既往歴	16. その他の状況について確認していない
14. 行っている特別な配慮・誤嚥等の所見	

607. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明時の、具体例や工夫している点があればご記入ください。(自由記述)	
(自由記載欄)	

608. 貴施設において、利用者の摂食嚥下機能を基準として、さらに摂食嚥下機能に配慮した食形態の変更(例えば、常食を摂食できる利用者に対して、軟菜食を提供する等)を実施したことがありますか。その経験の有無をお答えください。	
1. あり	2. なし
609. 貴施設において、利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る苦情を受けた経験はありますか。その経験の有無をお答えください。	
1. あり	2. なし
610. 貴施設において、利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟(和解を含む)が起きたことがありますか。その経験の有無をお答えください。	
1. あり	2. なし
611. 【610で1. を選択した場合】貴施設において、利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟(和解を含む)が起きた時の状況について、ご記入ください。(自由記述)	
(自由記載欄)	

★★★ 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。★★★  
 ★★★ 個別調査票へのご回答もよろしくお願いいたします。★★★