

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

【個別調査票】

【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】

- ※ 本調査票は、令和6年11月30日時点の利用者のうち、低栄養状態のリスク分類が「高リスク」に該当する5名の方を対象としてください。ただし、該当する利用者が5名未満の場合は該当者全員を対象としてください。ID欄は貴施設の管理用にご利用ください。
- ※ 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

- ※ 半年後を目処に、個別調査にご協力いただいた方に対して追跡調査を予定しています。追跡調査時には個別調査票のIDを使用するため、同封の「個別調査票ID管理シート」にご記入のうえ、同シートを貴施設にて保管いただきますようお願い申し上げます。同シートの提出は不要です。
- ※ 調査対象者には、同封の「個別調査用同意説明書」を用いて調査概要をご説明いただき、同意が得られた場合は、別紙の「説明および協力同意書」にご本人または代諾者の署名をいただいでください。同意書の提出は不要です。
- ※ 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くださいますようお願いいたします。

0. 貴施設の全老健会員番号、この利用者に割り振る利用者IDについてお伺いします。

001. 全老健会員番号と利用者IDをご記入ください。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は回答対象となる利用者で重複がないように選択してください。									
(1) 全老健会員番号	1	-			-				
(2) 利用者ID (1つに○)	01	02	03	04	05				

1. この利用者の基本情報についてお伺いします。

101. 性別 (1つに○)	1. 男性	2. 女性
102. 年齢	_____ 歳	
103. BMI	_____	
104. 貴施設での在所日数	_____ 日	
105. 要介護度 (1つに○)	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3	4. 要介護4 5. 要介護5 6. 申請中・区分変更申請中
106. 認知症高齢者の日常生活自立度 (1つに○)	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M	
107. 障害高齢者の日常生活自立度 (主なもの1つに○)	1. 自立 2. J1 3. J2 4. Å1 5. Å2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明	
108. 貴施設への入所 (1つに○)	1. 今回初めて 2. 過去に入所あり 3. 不明	

2. 現在の疾患や認知症の状態についてお伺いします。

201. 現在の疾患や認知症の状態			
(1) 疾患や認知症の状態のうち、主なもの1つについて、(2)内の選択肢の番号を記入してください。			
(2) 当てはまるすべての疾患や認知症の状態((1)で回答した主傷病含む)に○をつけてください。			
1. 脳梗塞	8. 貧血	15. 前頭側頭型認知症	22. 骨折
2. 脳出血	9. 筋ジストロフィー	16. 悪性腫瘍 (部位: _____)	23. 膝関節疾患
3. 心不全	10. 多発硬化症	17. 肺炎	24. 関節リウマチ
4. 心筋梗塞	11. パーキンソン病関連	18. COPD	25. 骨髄疾患
5. 心房細動	12. アルツハイマー型 認知症	19. 糖尿病	26. 尿路感染症
6. 高血圧	13. 血管性認知症	20. 腎不全	27. スモン病
7. 低アルブミン血症	14. レビー小体型認知症	21. 廃用症候群	28. その他

202. 現在の認知症の状態(それぞれ1つに○)							
※201.で「12.アルツハイマー型認知症」「13.血管性認知症」「14.レビー小体型認知症」「15.前頭側頭型認知症」のいずれかを選択した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) ミニメンタルステート検査(MMSE)	1. 評価あり(____)点	2. 評価なし	3. 不明				
(3) ICFステージング	認知症～オリエンテーション	1	2	3	4	5	不明
	認知症～コミュニケーション	1	2	3	4	5	不明
	認知症～精神活動	1	2	3	4	5	不明

3. 現在の気になる症状や口腔内の健康状態についてお伺いします。

301. この利用者について、現在の気になる症状や口腔内の状態についてお伺いします。(それぞれ1つに○)	
(1) 息苦しさの訴えがありますか。	1. あり 2. なし
(2) 開口することはできますか。 ※上下の前歯の間に指2本分(縦)入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)は「2. できない」をお選びください。	1. できる 2. できない
(3) 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられますか。 ※本人にしっかりかみしめられない認識がある場合、または義歯を入れても奥歯がない場合は「2. できない」をお選びください。	1. できる 2. できない
(4) ブクブクうがいができますか。 ※歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合、膨らませた頬を左右に動かせない場合は「2. できない」をお選びください。	1. できる 2. できない
(5) 口臭で気になる症状はありますか。	1. あり 2. なし
(6) 口腔乾燥で気になる症状はありますか。	1. あり 2. なし
(7) 歯の汚れが見られますか。 ※歯の表面、歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「1. あり」をお選びください。	1. あり 2. なし
(8) 舌の汚れが見られますか。 ※舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れがある場合には「1. あり」をお選びください。	1. あり 2. なし
(9) 歯肉の腫れや出血が見られますか。 ※歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)、歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合には「1. あり」をお選びください。	1. あり 2. なし
(10) 義歯の不具合が見られる、または訴えはありますか。	1. あり 2. なし
(11) 発声や会話の不明瞭さがありますか。	1. あり 2. なし

4. 現在の処方内服薬の状況についてお伺いします。

401. 処方内服薬の状況(それぞれ1つに○)		
※1銘柄1種類として数え、頓服薬は除いてください。持参薬は含めてください。		
(1) 処方内服薬((2)、(3)、(4)を含む)	1. あり (_____ 種類)	2. なし
(2) 睡眠導入剤	1. あり	2. なし
(3) 抗認知症薬	1. あり	2. なし
(4) 向精神薬(抗うつ薬や抗てんかん薬等)	1. あり	2. なし

5. 摂食嚥下機能や食事動作について、「R4システム版ICFステージング」の評価方法に基づきお伺いします。

501. 【ICFステージング嚥下機能】の状態のうち、当てはまるもの1つに○をつけてください。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。	
(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。	
(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。	
(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。	
(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。	
(5) 【ステージ1の判断】やわらかいものであっても(たとえば嚥下食)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。	

502. 【ICFステージング食事動作】の状態のうち、当てはまるもの1つに○をつけてください。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。	
(1) 【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。	
(2) 【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。	
(3) 【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。	
(4) 【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。	
(5) 【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。	

503. 【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 4. 間歇的口腔食道経管栄養法	2. 胃ろう 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 10. その他の形態の主食 ()	8. 軟飯 9. 全粥
【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) 14. 常菜 (粗きざみ:1cm程度) +とろみあん	12. 常菜 (一口大:1.5~2cm程度) 15. 常菜 (きざみ:0.2cm程度)
	13. 常菜 (粗きざみ:1cm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) 20. 軟菜食 (粗きざみ:1cm程度) +とろみあん	18. 軟菜食 (一口大:1.5~2cm程度) 21. 軟菜食 (きざみ:0.2cm程度)
19. 軟菜食 (粗きざみ:1cm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) 26. 均質なゼリー、プリン、ムース	24. ミキサー食、ペースト食 (不均質) 27. その他 ()	25. ミキサー食、ペースト食 (均質)

504. 503.にて【経口摂食】のいずれかを選択した場合にお伺いします。 (503.で【非経口栄養法】のみをお選びいただいた方は505.にお進みください)		
(1) 食事姿勢をとるときに利用する主なものをお選びください。(1つに○)	1. いす・ベンチ 3. ベッド	2. 車いす 4. その他
(2) (1)でのリクライニング角度をお選びください。(1つに○)	1. 仰臥位 4. ~60度	2. ~30度 5. 61度~リクライニングなし
(3) 食事姿勢をとるとき、足底の接地の工夫をしていますか。当てはまるものをお選びください。(1つに○)	1. 工夫している	2. 工夫していない
(4) 食事のときによく見られる動作をお選びください。 (当てはまるものすべてに○) ※介助摂食であれば、「4. その他」をお選びください。	1. 早食いをしている 3. 食べ物をこぼしている	2. かきこみ食べをしている 4. その他
(5) 食事のときにむせていますか。(1つに○)	1. むせている	2. むせていない
(6) 水を飲むときにむせていますか。(1つに○)	1. むせている	2. むせていない
(7) 飲み込みにくいという訴えがありますか。(1つに○)	1. あり	2. なし

6. 誤嚥性肺炎や窒息の発生状況についてお伺いします。

601. 令和6年9月1日から令和6年11月30日までの3か月間の状況についてお伺いします。(それぞれ1つに○)		
(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
うち、誤嚥性肺炎の既往歴の有無	1. あり	2. なし
うち、他の医療機関への受診の有無	1. あり	2. なし
うち、認知機能低下による異食等を起因とする誤嚥性肺炎の発生の有無	1. あり	2. なし
(5) 窒息の発生の有無	1. あり	2. なし
うち、窒息の既往歴(窒息のエピソード含む)の有無	1. あり	2. なし
うち、食事を起因とする窒息の有無	1. あり	2. なし

602. 601.の(1)から(5)が発生したときに、この利用者が受けた検査をお選びください。(当てはまるものすべてに○)	1. 胸部レントゲン検査	2. 血液検査	3. 胸部CT検査
	4. その他		

603. 601.の(1)から(5)が発生したときに、この利用者が受けた処置をお選びください。(当てはまるものすべてに○)	1. バイタルサインや意識状態の確認	2. 吸引	3. タッピング
	4. 気道確保	5. 投薬	6. 異物除去
	7. 人工呼吸	8. 心臓マッサージ	9. その他

7. 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。

701. 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整)	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

702. 令和6年9月1日から令和6年11月30日までの3か月間における、この利用者に対する多職種によるミールラウンドの実施回数をご記入ください。※実施していない場合は「0」とお書きください。 ※同日に複数回行った場合は1回としてカウントしてください。 ※経口維持加算の算定の有無にかかわらず実施回数をご記入ください。 ※在所日数が3か月未満の場合は、すべての期間における実施回数をご記入ください。	_____回
---	--------

703. 入所から現在までの間で、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。★★★