

< A-1. 胃瘻療養患者に対する胃瘻交換の際の摂食・嚥下機能の推移調査票 (初回) >

< 調査者 >

所属	(例: ○○病院, ○○科など)	施設 I D
氏名*	連絡先*	

※ 回答内容について、お問い合わせする場合がございます。差し支えなければ氏名・連絡先をお聞かせください。
上記目的以外に個人情報を使用いたしません。

< 患者 >

患者 I D	(例: カルテ番号等)	性別	1. 男性 2. 女性	生年月日	西暦 年 月 日
記入年月日: 西暦 年 月 日					

1. 嚥下障害の原疾患 (発症時期: 西暦 年 月 日) (○印はいくつでも 主たる疾患には◎)

1. 脳梗塞 (部位等)	5. 脳血管性認知症	9. 誤嚥性肺炎
2. 脳出血 (部位等)	6. アルツハイマー型認知症	10. 癌 (部位等)
3. くも膜下出血	7. パーキンソン病	11. その他 ()
4. 頭部外傷	8. 廃用症候群	

2. 併存疾患 (○印はいくつでも)

1. 心筋梗塞	6. 慢性肺疾患	11. 片麻痺	15. 白血病
2. うっ血性心不全	7. 結合組織疾患	12. 腎疾患	16. リンパ腫
3. 末梢血管障害	8. 潰瘍性疾患	13. 末梢のダメージを伴う糖尿病	17. 肝疾患 (中等度以上)
4. 脳血管疾患	9. 肝疾患	14. 腫瘍	18. 転移性腫瘍
5. 認知症	10. 糖尿病		19. エイズ

3. 居住形態 (○印はひとつ)

1. 在宅 (本人を含め 人家族)	4. 有料老人ホーム
2. 介護老人福祉施設	5. その他 ()
3. 特別養護老人ホーム	

4. 胃瘻造設時期・胃瘻交換の回数・胃瘻のタイプ・次回胃瘻交換予定日

(1) 胃瘻造設時期 : 西暦 年 月 日

(2) 胃瘻交換の回数 : 回目・不明

(3) 胃瘻のタイプ : 1. 胃内固定 (バルーン・バンパー) 2. 体外固定 (バルーン・バンパー)

(4) 次回胃瘻交換予定日 : 西暦 年 月 日

5. 意識レベル (JCS)・認知症の程度の (各項目○印はひとつ)

(1) JCS : 清明・I・II・III (2) 認知症の程度 : なし・I・II・III・IV・V

6. 寝たきり度・要介護度・mRS (各項目○印はひとつ)

(1) 寝たきり度 : なし・J・A・B・C

(2) 要介護度 : なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

(3) mRS : 0・1・2・3・4・5・6

7. 栄養状態	8. 口腔咽頭局所所見 (各項目○印はひとつ)
(1) 身長 : cm	(1) 口腔衛生 : 1. 良好 2. やや不良 3. 不良
(2) 体重 : kg	(2) 構音 : 1. 良好 2. 不良 3. 不可
(3) アルブミン : g/dl	(3) 発声 : 1. 良好 2. 嚙声あり 3. 不可
(4) 摂取エネルギー : kcal/day	
(5) CC : cm	

9. 肺炎や呼吸状態 (各項目○印はひとつ)

(1) 誤嚥性肺炎既往 : 1. なし 2. あり (1. 1回 2. 繰り返している)

(2) 人工呼吸器 : 1. なし 2. あり

(3) 気管切開 : 1. なし 2. あり (1. レティナ 2. スピーチ 3. カフなし 4. カフあり 5. その他 ())

(4) 発熱 : 1. なし 2. 時々あり 3. 頻繁にあり

(5) 痰 : 1. なし 2. 少量 3. 多量

(6) 痰の喀出 : 1. 可能 2. 不可能

10. 摂食・嚥下障害のスクリーニングテスト (各項目○印はひとつ)

(1) RSST : 1. 可 () 回/30秒 2. 指示に従えず不可

(1)-1. テスト時の姿勢 : 1. 座位・2. 座位以外 ()

(2) MWST : 5・4・3・2・1・不可

(2)-1. テスト時の姿勢 : 1. 座位・2. 座位以外 ()

(3) FT : 5・4・3・2・1・不可

(3)-1. テスト時の姿勢 : 1. 座位・2. 座位以外 ()

11. 現在の摂食・嚥下リハビリテーション介入の有無等

(1) 機能訓練 : 1. なし 2. あり (職種: 1. 看護師 2. ST 3. 歯科衛生士 4. その他 () (頻度: 週 回)

(2) 経口摂取 : 1. 全て可 2. 一部可 3. 不可 (可の場合の内容:)

(3) 経口摂取の割合で該当するところに×をつけてください (VASで記載してください)

記載例: 経管のみ × 経口のみ

記載欄: 経管のみ 経口のみ

(4)-1 経口からの摂取カロリー: kcal (4)-2 経管からの摂取カロリー: kcal

< A-2. 胃瘻療養患者に対する胃瘻交換の際の摂食・嚥下機能の推移調査票 (2回目以降) >

< 調査者 >

所属	(例: ○○病院、○○科など)	施設ID
氏名*		連絡先*

* 回答内容について、お問い合わせする場合がございます。差し支えなければ氏名・連絡先をお聞かせください。
上記目的以外に個人情報を使用いたしません。

< 患者 >

患者ID	(例: カルテ番号等)	性別	1. 男性 2. 女性	生年月日	西暦 年 月 日
------	-------------	----	-------------	------	----------

記入年月日: 西暦 年 月 日

<p>1. 次回胃瘻交換予定日</p> <p>次回胃瘻交換予定日: 西暦 年 月 日</p>	
<p>2. 意識レベル (JCS)・認知症の程度 (各項目○印はひとつ)</p> <p>(1) JCS : 清明・I・II・III</p> <p>(2) 認知症の程度 : なし・I・II・III・IV・V</p>	
<p>3. 寝たきり度・要介護度・mRS (各項目○印はひとつ)</p> <p>(1) 寝たきり度 : なし・J・A・B・C</p> <p>(2) 要介護度 : なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5</p> <p>(3) mRS : 0・1・2・3・4・5・6</p>	
<p>4. 栄養状態</p> <p>(1) 身長 : _____ cm</p> <p>(2) 体重 : _____ kg</p> <p>(3) アルブミン : _____ g/dl</p> <p>(4) 摂取エネルギー : _____ kcal/day</p> <p>(5) CC : _____ cm</p>	<p>5. 口腔咽頭局所所見 (各項目○印はひとつ)</p> <p>(1) 口腔衛生 : 1. 良好 2. やや不良 3. 不良</p> <p>(2) 構音 : 1. 良好 2. 不良 3. 不可</p> <p>(3) 発声 : 1. 良好 2. 嚙声あり 3. 不可</p>
<p>6. 摂食・嚥下障害のスクリーニングテスト (各項目○印はひとつ)</p> <p>(1) RSST: 1. 可 () 回/30秒 2. 指示に従えず不可</p> <p>(1)-1. テスト時の姿勢: 1. 座位・2. 座位以外 ()</p> <p>(2) MWST: 5・4・3・2・1・不可</p> <p>(2)-1. テスト時の姿勢: 1. 座位・2. 座位以外 ()</p> <p>(3) FT : 5・4・3・2・1・不可</p> <p>(3)-1. テスト時の姿勢: 1. 座位・2. 座位以外 ()</p>	
<p>7. 現在の摂食・嚥下リハビリテーション介入の有無と経過 (各項目○印はひとつ)</p> <p>(1) 機能訓練 : 1. なし 2. あり (職種: 1. 看護師 2. ST 3. 歯科衛生士 4. その他 () (頻度: 週 回)</p> <p>(2) 発熱 : 1. なし 2. 時々あり 3. 頻繁にあり</p> <p>(3) 痰 : 1. なし 2. 少量 3. 多量</p> <p>(4) 経口摂取 : 1. 全て可 2. 一部可 3. 不可 (可の場合の内容:)</p> <p>(5) 経口摂取の割合で該当するところに×をつけてください (VASで記載してください)</p> <p>記載例: 経管のみ _____ × _____ 経口のみ _____</p> <p>記載欄: 経管のみ _____ 経口のみ _____</p> <p>(6)-1 経口からの摂取カロリー: _____ kcal (6)-2 経管からの摂取カロリー: _____ kcal</p>	
<p>8. 予後 (下記の転帰等があった場合記載してください)</p> <p>(1) 胃瘻除去 : _____ 年 月 日</p> <p>(2) 肺炎 : _____ 年 月 日 (原因: 1. 食物の誤嚥 2. 唾液の誤嚥 3. 逆流物の誤嚥 4. 細菌性)</p> <p>(3) 死亡 : _____ 年 月 日 (死因:) (死亡診断書に記載した死因をご記入ください)</p>	

< B-1. 胃瘻療養患者に対する摂食・嚥下リハビリテーションの効果 (初回) >

< 調査者 >

所属	(例: ○○病院, ○○科など)	施設ID	
氏名*		連絡先*	

* 回答内容について、お問い合わせする場合がございます。差し支えなければ氏名・連絡先をお聞かせください。
上記目的以外に個人情報を使用いたしません。

< 患者 >

患者ID	(例: カルテ番号等)	性別	1. 男性 2. 女性	生年月日	西暦 年 月 日
------	-------------	----	-------------	------	----------

リハ実施年月日: 西暦 年 月 日

1. 嚥下障害の原疾患 (発症時期: 西暦 年 月 日) (○印はいくつでも 主たる疾患には◎)			
1. 脳梗塞 (部位等)	5. 脳血管性認知症		
2. 脳出血 (部位等)	6. アルツハイマー型認知症		
3. くも膜下出血	7. パーキンソン病		
4. 頭部外傷	8. 廃用症候群		
9. 誤嚥性肺炎			
10. 癌 (部位等)			
11. その他 ()			
2. 併存疾患 (○印はいくつでも)			
1. 心筋梗塞	6. 慢性肺疾患	11. 片麻痺	15. 白血病
2. うっ血性心不全	7. 結合組織疾患	12. 腎疾患	16. リンパ腫
3. 末梢血管障害	8. 潰瘍性疾患	13. 末梢のダメージを伴う糖尿病	17. 肝疾患 (中等度以上)
4. 脳血管疾患	9. 肝疾患	14. 腫瘍	18. 転移性腫瘍
5. 認知症	10. 糖尿病	19. エイズ	
3. 居住形態 (○印はひとつ)			
1. 在宅 (本人を含め 人家族)	4. 有料老人ホーム		
2. 介護老人福祉施設	5. その他 ()		
3. 特別養護老人ホーム			
4. 利用している介護サービス (各項目○印はひとつ)			
(1) 訪問看護	: 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)		
(2) 訪問介護	: 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)		
(3) 訪問リハビリ	: 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)		
(4) 訪問入浴	: 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)		
(5) 通所ケア	: 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)		
(6) 通所リハビリ	: 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)		
5. 胃瘻造設時期, 造設理由, 現在までの経緯			
(1) 胃瘻造設時期	: 西暦 年 月 日		
(2) 理由	: 1. 摂食・嚥下障害 2. 認知症 3. 低栄養 4. その他 ()		
(3) 現在までの経緯	:		
6. 意識レベル (JCS)・認知症の程度 (各項目○印はひとつ)			
(1) JCS	: 清明・I・II・III (2) 認知症の程度 : なし・I・II・III・IV・V		
7. 寝たきり度・要介護度・mRS (各項目○印はひとつ)			
(1) 寝たきり度	: なし・J・A・B・C		
(2) 要介護度	: なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
(3) mRS	: 0・1・2・3・4・5・6		
8. 栄養状態			
(1) 身長	: _____ cm		
(2) 体重	: _____ kg		
(3) アルブミン	: _____ g/dl		
(4) 摂取エネルギー	: _____ kcal/day		
(5) CC	: _____ cm		
9. 口腔咽頭局所所見 (各項目○印はひとつ)			
(1) 口腔衛生	: 1. 良好 2. やや不良 3. 不良		
(2) 構音	: 1. 良好 2. 不良 3. 不可		
(3) 発声	: 1. 良好 2. 嚙声あり 3. 不可		
(4) 発声持続時間	: _____ 秒		

10. 肺炎や呼吸状態（各項目○印はひとつ）

- (1) 誤嚥性肺炎既往： 1. なし 2. あり (1. 1回 2. 繰り返している)
- (2) 人工呼吸器： 1. なし 2. あり
- (3) 気管切開： 1. なし 2. あり (1. レティナ 2. スピーチ 3. カフなし 4. カフあり 5. その他 ())
- (4) 発熱： 1. なし 2. 時々あり 3. 頻繁にあり
- (5) 痰： 1. なし 2. 少量 3. 多量
- (6) 痰の喀出： 1. 可能 2. 不可能

11. 摂食・嚥下障害のスクリーニングテスト（各項目○印はひとつ）

- (1) RSST： 1. 可 () 回/30秒 2. 指示に従えず不可
- (1)-1. テスト時の姿勢： 1. 座位 2. 座位以外 ()
- (2) MWST： 5・4・3・2・1・不可
- (2)-1. テスト時の姿勢： 1. 座位 2. 座位以外 ()
- (3) FT： 5・4・3・2・1・不可
- (3)-1. テスト時の姿勢： 1. 座位 2. 座位以外 ()

12. 記載当日の摂食・嚥下の現況（各項目○印はひとつ）

- (1) 摂食・嚥下状況スケール： 5・4・3・2・1
- ① 経口摂取している場合のメニュー： 1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. トロミ付き刻み食 5. ミキサー食
- ② 1食に要する時間： 平均 () 分
- ③ 経口摂取の割合で該当するところに×をつけてください（VASで記載してください）
- 記載例：経管のみ _____ × _____ 経口のみ
- 記載欄：経管のみ _____ 経口のみ
- ④-1 経口からの摂取カロリー： _____ kcal
- ④-2 経管からの摂取カロリー： _____ kcal
- ⑤ 食事介助のレベル： 1. 自立 2. 要監視 3. 部分介助 4. 全介助
- ⑥ 訓練に対する意欲： 本人 1. 非常にあり 2. あり 3. なし 4. 認知症・意識障害等で確認不可
家族 1. 非常にあり 2. あり 3. なし 4. 認知症・意識障害等で確認不可
- 備考

13. 嚥下内視鏡検査結果（各項目○印はひとつ）

- (検査中最も評価が良かったもの)
- (1) PAS： 1・2・3・4・5・6・7・8
- (2) 喉頭蓋谷残留： 一・±・+
- (3) 梨状窩残留： 一・±・+
- (検査中最も評価が悪かったもの)
- (4) PAS： 1・2・3・4・5・6・7・8
- (5) 喉頭蓋谷残留： 一・±・+
- (6) 梨状窩残留： 一・±・+
- (7) 摂食・嚥下障害重症度分類： 7・6・5・4・3・2・1
- (8) 指導した摂食・嚥下状況スケール： 5・4・3・2・1
- (8)-1 経口摂取を許可した場合のメニュー：
1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. トロミ付き刻み食 5. ミキサー食
- (8)-2 食形態以外の指導内容： 1. なし 2. 間接訓練 3. 嚥下代償法 4. 胃瘻拔去
(指導内容について、誰にどのようにどんな頻度で行かせたのかを具体的に下記に記載してください)
- ① 実施頻度： _____ 回/(週・月) ② 1回あたりの実施時間： _____ 分間
- ③ 主な嚥下リハビリ実施者： 1. 医師 2. 歯科医師 3. ST 4. PT 5. 歯科衛生士 6. 保健師
7. 看護師 8. 栄養士 9. ヘルパー 10. 家族 11. その他 ()
- ④ 嚥下リハビリの方法： ()

次回ご回答予定日：西暦 年 月 日

< B-2. 胃瘻療養患者に対する摂食・嚥下リハビリテーションの効果 (2回目以降) >

< 調査者 >

所属	(例: ○○病院, ○○科など)	施設ID	
氏名*		連絡先*	

* 回答内容について、お問い合わせする場合がございます。差し支えなければ氏名・連絡先をお聞かせください。
上記目的以外に個人情報を使用いたしません。

< 患者 >

患者ID	(例: カルテ番号等)	性別	1. 男性 2. 女性	生年月日	西暦 年 月 日
------	-------------	----	-------------	------	----------

リハ実施年月日: 西暦 年 月 日

<p>1. 利用している介護サービス (変更がなければ記載不要です)</p> <p>(1) 訪問看護 : 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)</p> <p>(2) 訪問介護 : 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)</p> <p>(3) 訪問リハビリ : 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)</p> <p>(4) 訪問入浴 : 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)</p> <p>(5) 通所ケア : 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)</p> <p>(6) 通所リハビリ : 1. 未利用 2. 利用している → (週 回)</p>	
<p>2. 意識レベル (JCS)・認知症の程度 (○印はひとつ)</p> <p>(1) JCS : 清明・I・II・III (2) 認知症の程度 : なし・I・II・III・IV・V</p>	
<p>3. 寝たきり度・介護度・mRS (○印はひとつ)</p> <p>(1) 寝たきり度 : なし・J・A・B・C</p> <p>(2) 要介護度 : なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5</p> <p>(3) mRS : 0・1・2・3・4・5・6</p>	
<p>4. 栄養状態</p> <p>(1) 身長 : _____ cm</p> <p>(2) 体重 : _____ kg</p> <p>(3) アルブミン : _____ g/dl</p> <p>(4) 摂取エネルギー : _____ kcal/day</p> <p>(5) CC : _____ cm</p>	<p>5. 口腔咽頭局所所見 (各項目○印はひとつ)</p> <p>(1) 口腔衛生 : 1. 良好 2. やや不良 3. 不良</p> <p>(2) 構音 : 1. 良好 2. 不良 3. 不可</p> <p>(3) 発声 : 1. 良好 2. 嚙声あり 3. 不可</p> <p>(4) 発声持続時間 : _____ 秒</p>
<p>6. 摂食・嚥下障害のスクリーニングテスト (各項目○印はひとつ)</p> <p>(1) RSST: 1. 可 () 回/30秒 2. 指示に従えず不可</p> <p>(1)-1. テスト時の姿勢: 1. 座位 2. 座位以外 ()</p> <p>(2) MWST: 5・4・3・2・1・不可</p> <p>(2)-1. テスト時の姿勢: 1. 座位 2. 座位以外 ()</p> <p>(3) FT : 5・4・3・2・1・不可</p> <p>(3)-1. テスト時の姿勢: 1. 座位 2. 座位以外 ()</p>	
<p>7. 記載当日の摂食・嚥下の現況 (各項目○印はひとつ)</p> <p>(1) 摂食・嚥下状況スケール: 5・4・3・2・1</p> <p>① 経口摂取している場合のメニュー: 1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. トロミ付き刻み食 5. ミキサー食</p> <p>② 1食に要する時間: 平均 () 分</p> <p>③ 経口摂取の割合で該当するところに×をつけてください (VASで記載してください)</p> <p>記載例: 経管のみ _____ × _____ 経口のみ</p> <p>記載欄: 経管のみ _____ 経口のみ</p> <p>④-1 経口からの摂取カロリー: _____ kcal</p> <p>④-2 経管からの摂取カロリー: _____ kcal</p> <p>⑤ 食事介助のレベル : 1. 自立 2. 要監視 3. 部分介助 4. 全介助</p> <p>⑥ 発熱 : 1. なし 2. 時々あり 3. 頻繁にあり</p> <p>⑦-1 痰 : 1. なし 2. 少量 3. 多量</p> <p>⑦-2 痰の咯出 : 1. 可能 2. 不可能</p> <p>⑧ 訓練に対する意欲 : 本人 1. 非常にあり 2. あり 3. なし 4. 認知症・意識障害等で確認不可</p> <p>家族 1. 非常にあり 2. あり 3. なし 4. 認知症・意識障害等で確認不可</p> <p>(その他備考)</p>	
<p>8. 嚥下内視鏡検査結果 (各項目○印はひとつ) 333</p>	

(検査中最も評価が良かったもの)

(1) PAS : 1・2・3・4・5・6・7・8

(2) 喉頭蓋谷残留 : －・±・＋

(3) 梨状窩残留 : －・±・＋

(検査中最も評価が悪かったもの)

(4) PAS : 1・2・3・4・5・6・7・8

(5) 喉頭蓋谷残留 : －・±・＋

(6) 梨状窩残留 : －・±・＋

(7) 摂食・嚥下障害重症度分類 : 7・6・5・4・3・2・1

(8) 指導した摂食・嚥下状況スケール : 5・4・3・2・1

(8)-1 経口摂取を許可した場合のメニュー :

1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. トロミ付き刻み食 5. ミキサー食

(8)-2 食形態以外の指導内容 : 1. なし 2. 間接訓練 3. 嚥下代償法 4. 胃瘻抜去

(指導内容について、誰にどのようにどんな頻度で行わせたのかを具体的に下記に記載してください)

9. 予後 (下記の転帰等があった場合記載してください)

経口摂取確立もしくは胃瘻抜去

(1) 介入開始から全面的な経口摂取の確立に至った期間 : _____ 年 _____ 月

(2) 全面的な経口摂取の確立から胃瘻抜去に至った期間 : _____ 年 _____ 月

(3) 経口摂取の確立以外に胃瘻抜去に必要であった要因 (主なもののみ○印はいくつでも)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. 進行性の疾患でない | 9. 必要時再度胃瘻造設可能 |
| 2. 年齢が若い (_____ 歳代) | 10. 自己抜去を繰り返す |
| 3. 継続的な嚥下機能の観察が可能 | 11. その他 (_____) |
| 4. 本人の意向 | 備考 |
| 5. 家族の意向 | |
| 6. 本人が協力的 | |
| 7. 家族が協力的 | |
| 8. 通所系のサービスを受けるため | |

(4) 全面的に経口摂取が確立したが胃瘻抜去しなかった場合の要因 (主なもののみ○印はいくつでも)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 進行性の疾患 | 9. 必要時再度胃瘻造設不可能 |
| 2. 高年齢 (_____ 代) | 10. 他職種のコンセンサスが得られない |
| 3. 継続的な嚥下機能の観察が不可能 | 11. その他 (_____) |
| 4. 本人の意向 | 備考 |
| 5. 家族の意向 | |
| 6. 本人が非協力的 | |
| 7. 家族が非協力的 | |
| 8. 通所系のサービスが受けられている | |

肺炎 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(原因 : 1. 食物の誤嚥 2. 唾液の誤嚥 3. 逆流物の誤嚥 4. 細菌性)

死亡 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(死因 : _____) (死亡診断書に記載した死因をご記入ください)

次回ご回答予定日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

< C . 胃瘻選択基準の把握調査票 >
<調査者>

所属	(例：〇〇病院、〇〇科など)	施設ID
氏名*		連絡先*

* 回答内容について、お問い合わせする場合がございます。差し支えなければ氏名・連絡先をお聞かせください。
上記目的以外に個人情報を使用いたしません。

<患者>

患者ID	(礼：カルテ番号等)	性別	1. 男性 2. 女性	生年月日	西暦 年 月 日
記入年月日：西暦 年 月 日					

1. 嚥下障害の原疾患（発症時期：西暦 年 月 日）（○印はいくつでも 主たる疾患には◎）			
1. 脳梗塞（部位等）	5. 脳血管性認知症	9. 誤嚥性肺炎	
2. 脳出血（部位等）	6. アルツハイマー型認知症	10. 癌（部位等）	
3. くも膜下出血	7. パーキンソン病	11. その他（）	
4. 頭部外傷	8. 廃用症候群		
2. 併存疾患（○印はいくつでも）			
1. 心筋梗塞	6. 慢性肺疾患	11. 片麻痺	15. 白血病
2. うっ血性心不全	7. 結合組織疾患	12. 腎疾患	16. リンパ腫
3. 末梢血管障害	8. 潰瘍性疾患	13. 末梢のダメージを伴う糖尿病	17. 肝疾患（中等度以上）
4. 脳血管疾患	9. 肝疾患	14. 腫瘍	18. 転移性腫瘍
5. 認知症	10. 糖尿病	19. エイズ	
3. 意識レベル（JCS）・認知症の程度（各項目○印はひとつ）			
(1) JCS : 清明・I・II・III			
(2) 認知症の程度 : なし・I・II・III・IV・V			
4. 寝たきり度・要介護度・mRS（各項目○印はひとつ）			
(1) 寝たきり度 : なし・J・A・B・C			
(2) 要介護度 : なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
(3) mRS : 0・1・2・3・4・5・6			
5. 栄養状態			
(1) 身長 : _____ cm	(4) 摂取エネルギー : _____ kcal/day		
(2) 体重 : _____ kg	(5) CC : _____ cm		
(3) アルブミン : _____ g/dl			
6. 胃瘻造設の理由（理由として重大な順を□内に数字でご記入ください）			
<input type="checkbox"/> 経口摂取不可能	<input type="checkbox"/> QOL改善	<input type="checkbox"/> 胃瘻造設依頼	
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 生命維持	<input type="checkbox"/> その他（）	
<input type="checkbox"/> 投薬路確保	<input type="checkbox"/> 認知症		
7. 入院中の嚥下リハの概要（各項目○印はひとつ）			
(1) 行った評価			
1. 嚥下造影 2. 嚥下内視鏡 3. スクリーニングテスト 4. その他（） 5. なし			
(2) 評価者			
1. 医師（科） 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 言語聴覚士 5. その他（） 6. なし			
(3) 訓練者			
1. 医師（科） 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 言語聴覚士 5. その他（） 6. なし			

8. 胃瘻造設の判断をするために行った嚥下評価（実施したものに○印）	
1. 嚥下造影	評価者の職種（ ）
2. 嚥下内視鏡	評価者の職種（ ）
3. 反復唾液嚥下テスト	評価者の職種（ ）
4. 改訂水飲みテスト	評価者の職種（ ）
5. フードテスト	評価者の職種（ ）
6. 嚥下の様子の単純観察	評価者の職種（ ）
7. その他（ ）	評価者の職種（ ）
8. 特に行っていない	評価者の職種（ ）
9. 転院・退院先（○印はひとつ）	
1. 回復期病院	5. 特別養護老人ホーム
2. 療養型病院	6. 有料老人ホーム
3. 在宅	7. その他（ ）
4. 介護老人保健施設	
10. 転院・退院後の経口摂取可否の目途（各項目○印はひとつ）	
(1) 転院・退院先での専門的な介入： 1. 可能 2. 不可能 3. 不明 可能な場合→： 1. 全面的に可 2. 部分的に可 3. 不可 4. 不明 不可能な場合→： 1. 全面的に可 2. 部分的に可 3. 不可 4. 不明 （考えられる理由）	
11. 転院・退院後の摂食・嚥下の状況に対する申し送り事項（各項目○印はひとつ）	
(1) 転院・退院直後の経口摂取について： 1. 不可 2. 一部可 3. 記載なし 4. その他（ ）	
(2) 経口摂取復帰への見込み： 1. 不可 2. 状況により可 3. 記載なし 4. その他（ ）	
(3) 摂食・嚥下リハの指示： 1. なし 2. あり （指示ありとした場合は下記の情報を申し送ったかも記載してください）	
(3)-1 経口摂取開始する際の条件： 1. なし 2. あり 3. 記載なし	
(3)-2 間接訓練メニュー： 1. なし 2. あり 3. 記載なし	
(3)-3 家族もしくは本人の経口摂取の希望： 1. なし 2. あり 3. 記載なし	
備考	

< D . 胃瘻造設後申し送り事項調査票 >
<調査者>

所属	(例：〇〇病院、〇〇科など)	施設ID
氏名*	連絡先*	

* 回答内容について、お問い合わせする場合がございます。差し支えなければ氏名・連絡先をお聞かせください。
上記目的以外に個人情報を使用いたしません。

<患者>

患者ID	性別	1. 男性 2. 女性	生年月日	西暦 年 月 日
記入年月日：西暦 年 月 日				

1. 胃瘻造設入院前の居住形態 (〇印はひとつ)			
1. 在宅 (本人を含め 人家族)	4. 有料老人ホーム		
2. 介護老人福祉施設	5. 回復期病棟		
3. 特別養護老人ホーム	6. その他 ()		
2. 胃瘻造設入院の契機 (疾患の場合発症時期：西暦 年 月 日) (〇印はひとつ)			
1. 脳梗塞 (部位等)	5. 誤嚥性肺炎	9. 低栄養	
2. 脳出血 (部位等)	6. 骨折 (部位等)	10. 胃瘻造設目的	
3. くも膜下出血	7. イレウス	11. その他 ()	
4. 頭部外傷	8. 褥瘡		
3. 併存疾患 (〇印はいくつでも)			
1. 心筋梗塞	6. 慢性肺疾患	11. 片麻痺	15. 白血病
2. うっ血性心不全	7. 結合組織疾患	12. 腎疾患	16. リンパ腫
3. 末梢血管障害	8. 潰瘍性疾患	13. 末梢のダメージを伴う糖尿病	17. 肝疾患 (中等度以上)
4. 脳血管疾患	9. 肝疾患	14. 腫瘍	18. 転移性腫瘍
5. 認知症	10. 糖尿病		19. エイズ
4. 意識レベル (JCS)・認知症の程度 (各項目〇印はひとつ)			
(1) JCS : 清明・I・II・III			
(2) 認知症の程度 : なし・I・II・III・IV・V			
5. 胃瘻造設入院前の寝たきり度・要介護度・mRS (各項目〇印はひとつ)			
(1) 寝たきり度 : なし・J・A・B・C			
(2) 要介護度 : なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
(3) mRS : 0・1・2・3・4・5・6			
6. 胃瘻造設入院直前の栄養摂取方法 (各項目〇印はひとつ)			
(1) 摂食・嚥下状況スケール： 5・4・3・2・1			
① 経口摂取している場合のメニュー： 1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. トロミ付き刻み食 5. ミキサー食			
② 1食に要する時間： 平均 () 分			
③ 経口摂取の割合で該当するところに×をつけてください (VASで記載してください)			
記載例：経管のみ _____ × _____ 経口のみ			
記載欄：経管のみ _____ 経口のみ			
④-1 経口からの摂取カロリー： _____ kcal			
④-2 経管からの摂取カロリー： _____ kcal			
⑤ 食事介助のレベル： 1. 自立 2. 要監視 3. 部分介助 4. 全介助			
7. 胃瘻造設入院直前の摂食・嚥下障害の症状 (〇印はいくつでも)			
1. なし	4. 食事介助困難		
2. ムセ	5. その他 ()		
3. 摂取量が少ない			



胃療造設退院後に貴施設に戻ってきた場合に記載してください。

8. 意識レベル（JCS）・認知症の程度（各項目○印はひとつ）
(1) JCS : 清明・I・II・III
(2) 認知症の程度 : なし・I・II・III・IV・V
9. 寝たきり度・要介護度・mRS（各項目○印はひとつ）
(1) 寝たきり度 : なし・J・A・B・C
(2) 要介護度 : なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
(3) mRS : 0・1・2・3・4・5・6
10. 転院・退院後の摂食・嚥下の状況に対する申し送り事項（各項目○印はひとつ）
(1) 転院・退院直後の経口摂取について : 1. 不可 2. 一部可 3. 記載なし 4. その他 ()
(2) 経口摂取復帰への見込み : 1. 不可 2. 状況により可 3. 記載なし 4. その他 ()
(3) 入院中の摂食・嚥下リハの経過について : 1. なし 2. あり 3. 記載なし
(4) 摂食・嚥下リハの指示 : 1. なし 2. あり
(指示ありとした場合は下記の情報を申し送ったかも記載してください)
(4)-1 経口摂取開始する際の条件 : 1. なし 2. あり 3. 記載なし
(4)-2 間接訓練メニュー : 1. なし 2. あり 3. 記載なし
(4)-3 家族もしくは本人の経口摂取の希望 : 1. なし 2. あり 3. 記載なし
備考

研究者名簿

研究代表者

近藤和泉（独立行政法人国立長寿医療研究センター・医師）

研究分担者

才藤栄一（藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学 I 講座・医師）
東口高志（藤田保健衛生大学医学部外科緩和医療学講座・医師）
早坂信哉（大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科・医師）
植田耕一郎（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
戸原玄（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野・歯科医師）
菊谷武（日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学・歯科医師）
内藤真理子（名古屋大学大学院医学系研究科予防医学・歯科医師）

研究協力者

新田國夫（新田クリニック・医師）
秋山正子（白十字訪問看護ステーション・看護師）
丸山道生（東京都保健医療公社大久保病院外科・医師）
野原幹司（大阪大学歯学部顎口腔機能治療部・歯科医師）
巨島文子（京都第一赤十字病院神経内科・医師）
福村直毅（鶴岡協立リハビリテーション病院・医師）
若林秀隆（横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科・医師）
岡田晋吾（北美原クリニック・医師）
岩佐康行（原土井病院・歯科医師）
橋本正明（公立能登総合病院・医師）
長谷剛志（公立能登病院・歯科医師）
古屋純一（岩手医科大学・歯科医師）
馬場尊（足利赤十字病院 リハビリテーション科・医師）
近藤国嗣（東京湾岸リハビリテーション病院・医師）
荒井泰助（新八千代病院・医師）
原田恵司（岐阜保健短期大学リハビリテーション科・言語聴覚士）
尾崎健一（独立行政法人国立長寿医療研究センター病院・医師）
加賀谷斉（藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学 I 講座・医師）
柴田斉子（藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学 I 講座・医師）
稲本陽子（藤田保健衛生大学医療科学部 リハビリテーション学科・言語聴覚士）
和田聡子（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
井上統温（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
佐藤光保（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
三瓶龍一（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
飯田貴俊（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
原豪志（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
島野嵩也（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
山崎康弘（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
中山洸利（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
金村彩子（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
熊倉綾乃（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
若狭宏嗣（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・歯科医師）
石山寿子（日本大学歯学部摂食機能療法学講座・言語聴覚士）
吉野篤緒（駿河台日本大学病院脳神経外科・救急科・医師）
木村百合香（東京都健康長寿医療センター耳鼻咽喉科・医師）
平野浩彦（東京都健康長寿医療センター歯科・口腔外科・歯科医師）

粟谷剛 (あわや歯科医院・歯科医師)
 川上剛司 (くまもと温石病院・歯科医師)
 高井英月子 (済生会松阪総合病院歯科口腔外科・歯科医師)
 辻村亨 (辻村外科病院・医師)
 龍口幹雄 (龍口歯科医院・歯科医師)
 森崎重規 (鶴岡クリニック歯科口腔外科・歯科医師)
 酒井雅司 (緑風荘病院・医師)
 西山竜 (駿河台日本大学病院 消化器肝臓内科・医師)
 齋藤貴之 (こばやし歯科クリニック・歯科)
 百崎良 (東京慈恵医科大学附属第三病院リハビリテーション科・医師)
 重栖由美子 (総合病院一心病院・看護師)
 長谷川真基 (しずさと診療所・医師)
 水野英彰 (目白第二病院・医師)
 中島理晴 (日野病院・医師)
 小山珠美 (東名厚木病院・看護師)
 古賀規貴 (大塚クリニック・医師)
 上出杏里 (東京慈恵会医科大学 リハビリテーション医学講座・医師)
 西山竜 (駿河台日本大学病院 消化器科・医師)
 奥永良樹 (牧山中央病院外科・医師)
 石田力大 (牧山中央病院外科・歯科医師)
 中村由紀子 (済生会山形済生病院・医師)
 若杉葉子 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野・歯科医師)
 原豪志 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野・歯科医師)
 山崎康弘 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野・歯科医師)
 川越正平 (あおぞら診療所・医師)
 山口朱見 (あおぞら診療所・歯科衛生士)
 森寛子 (京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 健康情報学)
 稲田啓次 (日野病院・医師)
 本岡大道 (城ヶ崎病院・医師)
 加藤香代 (仙台社会保険病院・看護師)
 舘宏 (小樽協会病院・歯科医師)
 山田勲 (恵愛堂病院・医師)
 草場謙至 (長崎北病院・言語聴覚士)
 長村洋 (オサムラククリニック・医師)
 岩渕博史 (国立病院機構栃木病院 歯科口腔外科・歯科医師)
 平野功 (平野在宅ケアクリニック・医師)
 後藤勝正 (独立行政法人国立病院機構 西別府病院)
 河形純子 (市立伊丹病院)
 丸野禎 (医療法人社団 宗仁会・理事長)
 青野英幸 (済生会中和病院)
 藤本治道 (岩国第一病院)
 佐藤勉 (ふよう病院)
 島津さおり (額田記念病院)
 田中孜 (岐阜県厚生農業協同組合連合会 高山記念病院・院長)
 具栄作 (医療法人 浜名会 浜名病院)
 三野原元澄 (浪江堂 三野原病院)
 米澤高明 (入善老人保健施設 こぶしの庭)
 木平百合子 (宇都宮社会保険介護老人保健施設)
 加藤小代子 (益田市立 介護老人保健施設 くにさき苑)
 坂口始津代 (介護老人保健施設 サンガーデン府中)
 井上智夫 (甲南介護老人保健施設)

吉馴健太郎 (医療法人社団 健粋会 介護老人保健施設 桃源苑)
(介護老人保健施設 ハーモニーガーデン)
持井香織 (さかい幸朋苑)
小松真由美 (特別養護老人ホーム 信夫の里)
佐藤恵巳 (社会福祉法人 育清会 特別養護老人ホーム 柿田川ホーム)
小笠原拓司 (特別養護老人ホーム 八甲荘・施設長)
泉伸光 (特別養護老人ホーム 桂葉)
松本秀一 (特別養護老人ホーム 大和園・園長)
廣本賢郎 (特別養護老人ホーム 任運荘・施設長)

