

**特別養護老人ホームに対する外部医療機関からの
食支援実態と連携希望有無アンケート調査**

下記アンケートに御協力をお願いいたします。

< 施設とあなたご自身についてお答えください。 >

Q1 貴施設では摂食嚥下障害患者がいますか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.主訴としている 患者がいる
- 2.主訴は無くても疑わしい患者がいる
- 3.疑わしい患者がいない
- 4.不明

Q2 貴施設に入居している摂食嚥下に問題のある患者に対して、摂食嚥下機能の評価やリハビリテーションを行うことが可能な紹介先はありますか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.ある Q3 へ
- 2.ない Q5 へ

Q3 「ある」とご回答された方にお聞きいたします。紹介先の施設と診療方法を全てご選択下さい。

3-1 紹介先の選択[通院]

- 1.病院（医科）
- 2.診療所（医科）
- 3.診療所（歯科）
- 4.紹介先なし
- 5.その他

3-2 紹介先の選択[訪問]

- 1.病院（医科）
- 2.診療所（医科）
- 3.診療所（歯科）
- 4.訪問看護ステーション
- 5.紹介先なし
- 6.その他

Q4 Q3 で紹介先をご回答いただいた方にお聞きいたします。貴施設で摂食嚥下に問題のある患者に対して、その患者対応を依頼した件数を紹介先毎に教えてください。Q3 でご回答いただきました紹介先について全てご記入下さい。なお、依頼のない場合には「0」をご記入下さい。

4-1 病院(医科)

4-1-1 患者対応を依頼した件数(件程度/月)

4-1-2 そのうち訪問を依頼した件数(件程度/月)

4-2 診療所(医科)

4-2-1 患者対応を依頼した件数(件程度/月)

4-2-2 そのうち訪問を依頼した件数(件程度/月)

4-3 診療所(歯科)

4-3-1 患者対応を依頼した件数(件程度/月)

4-3-2 そのうち訪問を依頼した件数(件程度/月)

4-4 訪問看護ステーション

4-4-1 患者対応を依頼した件数(件程度/月)

4-5 その他

4-5-1 患者対応を依頼した件数(件程度/月)

4-5-2 そのうち訪問を依頼した件数(件程度/月)

Q5 Q2 で「ない」とご回答いただいた方にお聞きいたします。摂食嚥下障害への対応が可能な医療機関の紹介が必要ですか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.必要 Q6 へ
- 2.不要 Q7 へ

Q6 Q5 で「必要」とご回答いただいた方にお聞きいたします。どのような施設の紹介を必要としますか？該当する施設とその診療方法を全てご選択下さい。また、その理由もご記入下さい。

6-1 紹介先の選択【通院】

- 1.病院（医科）
- 2.診療所（医科）
- 3.診療所（歯科）
- 4.必要なし
- 5.その他

6-2 紹介先の選択【訪問】

- 1.病院（医科）
- 2.診療所（医科）
- 3.診療所（歯科）
- 4.訪問看護ステーション
- 5.必要なし
- 6.その他

必要とする理由

Q7 Q5 で「不要」とご回答いただいた方にお聞きいたします。どのような理由からそう思いますか？その理由をご記入下さい。

Q8 貴地域で摂食嚥下や食事内容、摂取方法、栄養状態の問題について多職種連携が行われている取り組みはありますか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.ある（検討中のものも含む） Q9 へ
- 2.ない Q10 へ
- 3.不明 Q10 へ

Q9 Q8 で「ある」とご回答いただいた方にお聞きいたします。その地域ではどのような連携がとられているか、簡単に構いませんのでご記入いただけますでしょうか？

Q10 Q8 で「ない」または「不明」とご回答いただいた方にお聞きいたします。本調査では、全国各地で摂食嚥下や食事内容、摂取方法、栄養状態の問題に関して有効な連携が取られている地域を探して、事例紹介をしたいと考えています。その上で、その地域の施設等と直接、連絡や情報交換をしたいと思いませんか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.思う Q11 へ
- 2.思わない Q12 へ
- 3.わからない Q12 へ

Q11 Q10 で「思う」とご回答いただいた方にお聞きいたします。

この研究班では医療や介護の現場の情報交換をスムーズにし、さらなる地域包括ケアの実現を検討しております。皆さまの中には、介護施設で実際にむせこんでいる患者さんがいてもどのように対応すればよいかわからない、また訪問してくれる医療機関がどこにあるかわからない、などの理由で摂食嚥下の問題への対応が困難になった経験をお持ちの方もおられると思います。

そこで、本研究班の班員とアンケートにご回答いただいた方でメーリングリストを作成し、情報交換の場としてご活用いただければと思います。また、メーリングリストにつきましては、今後登録者を募り、ネットワークを拡大することも考えております。

以上を踏まえ、あなたはメーリングリストに参加したいと思いますか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.参加を希望する アドレス入力へ
- 2.参加を希望しない Q12 へ

メーリングリスト用のメールアドレスの登録

Q12 Q10 で「思わない」または「わからない」とご回答いただいた方にお聞きいたします。どのような理由からそう思いますか？その理由をご記入下さい。

Q13 貴施設においては、昨年度(2014年度)まで経口維持加算()及び経口維持加算()を算定していましたか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.経口維持加算() 経口維持加算()ともに算定していた Q14へ
- 2.経口維持加算()を算定していた Q14へ
- 3.経口維持加算()を算定していた Q14へ
- 4.いずれも算定していなかった Q15へ

Q14 Q13 で「算定していた」とご回答いただいた方にお聞きいたします。本年度(2015年度)から経口維持加算の要件が変更となりましたが、算定件数に影響はありましたか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.増加した
- 2.減少した
- 3.影響はない

その要因をご記入ください。

Q15 Q13 で「算定していなかった」とご回答いただいた方にお聞きいたします。本年度(2015年度)から経口維持加算の要件が変更となりましたが、算定を開始しようと思えますか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.思う
- 2.思わない
- 3.わからない

どのような理由からそう思いますか？その理由をご記入下さい。

Q16 本調査結果等の情報をメールで受け取ることに同意していただけますか？該当するものをひとつご選択下さい。

- 1.同意する
- 2.同意しない

Q17 あなたが在籍している施設名をご記入下さい。

施設名

Q18 貴施設の所在地、摂食嚥下障害患者の対応部署、ご連絡先などをご記入下さい。

1.郵便番号

2.施設の住所

3. 摂食嚥下障害患者の対応部署

4. 摂食嚥下障害患者の対応ご担当者のお名前

5.ご担当者の職種

6.電話番号

7.FAX

8.E-mail

9.アンケートご回答者 上記に記載いただきましたご担当者と異なる場合はお名前をご記載下さい。

ご回答ありがとうございました。