

1. 調査票

A 票

摂食嚥下障害に対する「医療資源」に関するアンケート調査票

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 施設 (SA)

- 病院
- クリニック
- 訪問看護ステーション
- その他

■ Q2 病床 (SA)

- 無床
- 有床

■ Q3 施設名 (FA)

施設名 ( )

■ Q4 施設の所在・連絡先

郵便番号 ( )

施設の住所 ( )

ご担当者のお名前 ( )

TEL ( )

FAX ( )

E-mail ( )

施設内所属部署 (診療科目など) ( )

■ Q5 ご回答者の職種 (SA)

- 医師
- 歯科医師
- 看護師
- 栄養士
- 保健師
- ケアマネージャー
- その他 ( )

■ Q6 貴方の施設には摂食嚥下障害患者がいますか？ (SA)

- 主訴のある患者がいる
- 主訴は無くても疑わしい患者がいる
- 疑わしい患者がいない
- 不明

■ Q7 成人・高齢者の摂食嚥下障害へ対応していますか？ (SA)

- している
- 連携先に紹介
- していない

■ Q8 前問で成人・高齢者の摂食嚥下障害へ対応「している」を選んだ方にお聞きします。

直近1年間において月平均何件くらい対応していますか。それぞれについて数値でお答えください。※ない場合は0件と入力ください。(FA)

外来 \_\_\_\_\_件

入院 \_\_\_\_\_件

訪問 \_\_\_\_\_件

■ Q9 前問で成人・高齢者の摂食嚥下障害への対応で「連携先に紹介」を選んだ方にお聞きします。直近1年間において月平均何件くらい対応していますか。それぞれについて数値でお答えください。※ない場合は0件と入力ください。(FA)

外来 \_\_\_\_\_件

入院 \_\_\_\_\_件

訪問 \_\_\_\_\_件

■ Q10 前問で成人・高齢者の摂食嚥下障害へ対応「していない」を選んだ方にお聞きします。連携先が必要ですか？ (SA)

- 必要
- 不要

■ Q11 小児の摂食嚥下障害へ対応していますか？ (SA)

- している
- 連携先に紹介
- していない

- Q12 前問で小児の摂食嚥下障害へ対応「している」を選んだ方にお聞きします。直近1年間において月平均何件くらい対応していますか。それぞれについて数値でお答えください。※ない場合は0件と入力ください。(FA)

外来 \_\_\_\_\_件

入院 \_\_\_\_\_件

訪問 \_\_\_\_\_件

- Q13 前問で小児の摂食嚥下障害への対応で「連携先に紹介」を選んだ方にお聞きします。直近1年間において月平均何件くらい対応していますか。それぞれについて数値でお答えください。※ない場合は0件と入力ください。(FA)

外来 \_\_\_\_\_件

入院 \_\_\_\_\_件

訪問 \_\_\_\_\_件

- Q14 前問で小児の摂食嚥下障害へ対応「していない」を選んだ方にお聞きします。連携先が必要ですか？(SA)

必要

不要

- Q15 嚥下訓練が施行可能ですか？(SA)

可

否

嚥下訓練が可能な他施設を紹介している

- Q16 前問で嚥下訓練の施行が「可能」を選んだ方にお聞きします。直近1年間において月平均何件くらい対応していますか。それぞれについて数値でお答えください。※ない場合は0件と入力ください。(FA)

外来 \_\_\_\_\_件

入院 \_\_\_\_\_件

訪問 \_\_\_\_\_件

- Q17 嚥下内視鏡検査が施行可能ですか？(SA)

可

否

嚥下内視鏡検査が可能な他施設を紹介している

- Q18 前問で嚥下内視鏡検査の施行が「可能」を選んだ方にお聞きします。直近1年間において月平均何件くらい対応していますか。それぞれについて数値でお答えください。※ない場合は0件と入力ください。(FA)

外来 \_\_\_\_\_件  
入院 \_\_\_\_\_件  
訪問 \_\_\_\_\_件

- Q19 嚥下造影検査が施行可能ですか？(SA)

可  
 否  
 嚥下造影検査が可能な他施設を紹介している

- Q20 前問で嚥下造影検査の施行が「可能」を選んだ方にお聞きします。直近1年間において月平均何件くらい対応していますか。それぞれについて数値でお答えください。※ない場合は0件と入力ください。(FA)

外来 \_\_\_\_\_件  
入院 \_\_\_\_\_件

- Q21 本アンケートの案内の入手先を教えてください。(媒体はWEB、セミナー、雑誌、メーリングリスト、郵送物、配布物等全てに該当いたします)(SA)

学会(日本摂食嚥下リハビリテーション学会、老年医学会、老年歯科医学会、在宅医学会)  
 医師会  
 歯科医師会  
 医療関連団体(PDN、HDC)  
 個人  
 その他( )

- Q22 今後、本調査結果を元に摂食嚥下障害に対する施設様のリストを公開予定ですが、摂食嚥下障害への対応が可能とお答えいただいた場合、施設様のお名前と連絡先、また対応可能内容について公開することに同意いただけますでしょうか？(SA)

同意する  
 同意しない

■ Q23 前問で「同意する」を選んだ方にお聞きします。公開について同意いただけるものを下記よりお選びください。(MA)

- 施設名
- 施設の住所
- ご担当者のお名前
- TEL
- FAX
- E-mail
- 施設内所属部署（診療科目など）
- ご回答者の職種
  
- 上記すべてに同意する

※ 本アンケート調査は、WEB サイトに回答ページを設けた形式であり、上記はその内容をまとめたものである。

## B 票

### 摂食嚥下障害に対する「有効事例」に関するアンケート

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 施設名 (FA)

施設名 ( )

#### ■ Q2 施設の所在・連絡先 (FA)

郵便番号 ( )

施設の住所 ( )

ご担当者のお名前 ( )

TEL ( )

FAX ( )

E-mail ( )

施設内所属部署 (診療科目など) ( )

#### ■ Q3 施設 (SA)

- 病院
- クリニック
- 訪問看護ステーション
- 介護老人保健施設
- 特別養護老人ホーム
- 有料老人ホーム
- その他 ( )

#### ■ Q4 貴施設では摂食嚥下障害患者がいますか？ (SA)

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

■ Q5 貴施設では摂食嚥下に問題のある患者が退院する際、その患者をフォロー可能な紹介先はありますか？ (MA)

- 病院 (医科)
- 診療所 (医科)
- 診療所 (歯科)
- 訪問看護ステーション
- その他
- ない
- その他 (                                  )

■ Q6 貴施設で摂食嚥下に問題のある患者が退院する際、その患者をフォロー可能な紹介先の件数を教えてください。※数字は半角で入力してください。(FA)

病院 (医科)                                  \_\_\_\_\_ 件程度 / 月  
診療所 (医科)                                \_\_\_\_\_ 件程度 / 月  
診療所 (歯科)                                \_\_\_\_\_ 件程度 / 月  
訪問看護ステーション                     \_\_\_\_\_ 件程度 / 月  
その他                                         \_\_\_\_\_ 件程度 / 月

■ Q7 前問で「ない」と答えた場合のみお答えください。フォロー可能な施設の紹介が必要ですか？ (SA)

- 必要
- 不要

■ 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取られている取り組みはありますか？ (SA)

- ある
- ない
- 不明

■ Q9 前問で「ある」と答えた場合のみお答えください。どのような連携がとられているかを簡単にご記載いただけますでしょうか？ (FA)

■ Q10 前問で「ない」、「不明」と答えた場合のみお答えください。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、その地域と直接、連絡なり情報交換をしたいと思いませんか？ (SA)

- 思う
- 思わない

■ Q11 本アンケートの案内の入手先を教えてください。媒体はWEB、セミナー、雑誌、メール、リスト、郵送物、配布物等全てに該当いたします。(SA)

- 学会（日本摂食嚥下リハビリテーション学会、老年医学会、老年歯科医学会、在宅医学会）
- 医師会
- 歯科医師会
- 医療関連団体
- 個人
- その他（ ）

■ Q12 本調査結果等の情報をメールで受け取ることにご同意いただけますか？ (SA)

- 同意する
- 同意しない

※ 本アンケート調査は、WEB サイトに回答ページを設けた形式であり、上記はその内容をまとめたものである。