

# 要介護高齢者や障害者の摂食嚥下障害への 基本的な対応フローチャート

Ver.2.0

～福祉現場での安全な食支援を目指して～



令和6年3月

宮城県リハビリテーション支援センター

## 目 次

はじめに	1
1-1 摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート	2
1-2 摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャートの説明	3
(1) 表1 “摂食嚥下障害を疑う症状” で該当項目をチェック	3
(2) 表2 “早急に対応を検討すべき症状” で該当項目をチェック	4
(3) 多職種で安全な食支援を検討・見直し	4
(4) “摂食嚥下障害を疑う症状” の変化を評価	5
(5) スクリーニング検査の実施及び総合的な評価	5
スクリーニング検査について	6
(参考) 「食物による窒息事故防止のためのチェックシート」について	8
2-1 “食形態アップ” する場合の基本的な対応フローチャート	10
2-2 “食形態アップ” する場合の基本的な対応フローチャートの説明	11
(1) 表1 “摂食嚥下障害を疑う症状” で該当項目をチェック	11
(2) “食形態アップ” の可否を評価	12
(3) 1段階 “食形態アップ” した食物1品を入れた食事を1食/日提供	12
(4) さらに量や摂取頻度を段階的に増やして提供	13
(5) 1段階 “食形態アップ” した食物の量や摂取頻度等の調整	13
(6) 1段階 “食形態アップ” した食事を3食/日提供	14
学会分類2021（食事）早見表	15
1段階 “食形態アップ” の具体例	16

## はじめに

多くの福祉現場では、要介護高齢者や障害者の摂食嚥下障害について評価や対応がよくわからず、誤嚥等の不安を抱えながら食支援している状況を踏まえ、評価や対応を適切に行えるように「要介護高齢者や障害者の摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」(Ver.1.0)を平成29年3月に作成しました。

作成後7年が経過し、現場の意見等を踏まえ改訂を行い、名称を「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」に変更しました。さらに、食形態を上げる場合の対応をまとめた「“食形態アップ”する場合の基本的な対応フローチャート」を追加し、全体を「要介護高齢者や障害者の摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」(Ver.2.0)として令和6年3月に作成しました。

### フローチャート(Ver.2.0)の特徴・活用について

- ① 本フローチャートは、要介護高齢者や障害者の摂食嚥下障害について、適切に評価や対応を行うことが難しい状況にある福祉現場を主に対象としています。多職種が評価や対応について共通理解・認識を持つためのツールとしても本フローチャートは活用できます。

[摂食嚥下障害について、適切に評価や対応を行うことが難しい状況の例]

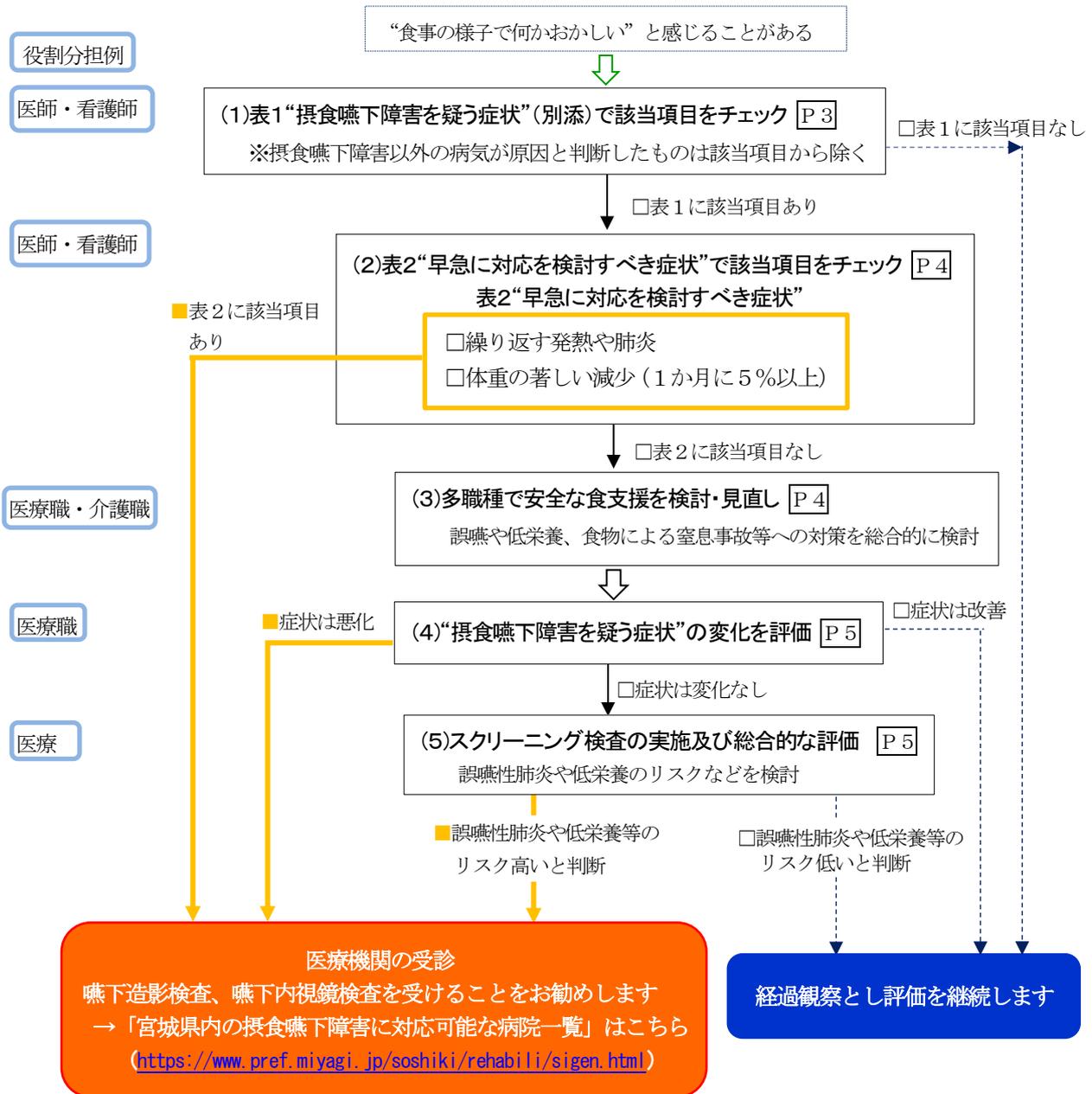
- ・職員が摂食嚥下障害の専門的な知識をあまり持っていない
- ・スクリーニング検査をどう活用してよいかわからない
- ・摂食嚥下障害について相談できる医療関係者が身近にいない
- ・訪問で嚥下内視鏡検査の対応ができる医療機関がない
- ・嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受診させるべきかわからない
- ・食形態を上げてよいのかわからない

- ② 在宅や施設の要介護高齢者や障害者にとって通院は負担が大きいことから、嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査(※)の受診の判断は適切に行うことが求められています。「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」ではその受診の目安を説明しています。
- ③ 可能であれば、検査を依頼する予定の医師、歯科医師に、「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」をツールとして、受診すべき基準を確認しておくことをお勧めします。そうすることで、よりの確な医療機関受診につながることはもとより、医療・福祉関係者の顔の見える関係づくりにも役立ちます。
- ④ 「“食形態アップ”する場合の基本的な対応フローチャート」は、「学会分類2021(食事)早見表」(P15に掲載)の段階にもとづき1段階“食形態アップ”する場合の対応をまとめたものです。
- ⑤ 本フローチャートは、施設や地域の状況に応じて改変し利用していただくこともできます。なお、内容そのまま紙媒体、ウェブで利用する場合はその旨を明記ください。また、内容を改変し紙媒体、ウェブで利用する場合は、本フローチャートを改変して作成したことを明記してください。

### (※) 嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査について

嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査は、嚥下(飲み込み)の機能に異常がないか等を調べる検査で、嚥下機能の評価するために行ったスクリーニング検査の結果により精査が必要になった場合や、訓練中の状況把握、食レベル変更などのときに行なわれます。嚥下造影検査は、レントゲン室でエックス線を照射し検査します。嚥下内視鏡検査は、診察室などで鼻腔から約3mmの内視鏡(カメラ)を挿入し検査しますが、持ち運びができるので往診先での検査も可能です。これらの検査では、食べ物や飲み物を実際に食べていただき、その様子を観察します。検査の所要時間は30分程度です。検査結果から誤嚥の有無をはじめ安全な食支援に必要な情報を得ることができます。

## 1-1 摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート



❖本フローチャートでは、嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをお勧めする目安を示していますが、フローチャートの結果にかかわらず、誤嚥や窒息事故などの不安が続いている場合や判断が難しい場合は嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをご検討ください。

## 1—2 摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャートの説明

本フローチャートは、摂食嚥下障害の疑いのある要介護高齢者や障害者を対象に、摂食嚥下障害の評価や誤嚥、低栄養、食物による窒息事故等への対応をまとめたものです。

### (1) 表1 “摂食嚥下障害を疑う症状” で該当項目をチェック

医師・看護師

食支援している要介護高齢者や障害者の方について、“食事の様子で何かおかしい”と感じることがある場合、摂食嚥下障害や上部消化管障害の疑いがあります。

医師、看護師が、表1 “摂食嚥下障害を疑う症状” の該当項目の有無をチェックするとともに、さらにその症状について摂食嚥下障害もしくは上部消化管障害が原因かどうか検討します。

表1 “摂食嚥下障害を疑う症状”

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 食事中や食後にむせる                                 | <input type="checkbox"/> 食事がのどに詰まりそうになることがある |
| <input type="checkbox"/> 咳が出る（特に夜間）                                 | <input type="checkbox"/> 飲み込む時に上を向く          |
| <input type="checkbox"/> 声がかすれてきた（声の変化）                             | <input type="checkbox"/> 口を開けたまま飲み込む         |
| <input type="checkbox"/> 物が飲み込みづらい、のどに食べ物が残る感じがある、食事をすると疲れるなどの訴えがある | <input type="checkbox"/> よだれが多い              |
| <input type="checkbox"/> 嚥下後に口の中に食べ物が残る                             | <input type="checkbox"/> 食べ物が口からこぼれる         |
| <input type="checkbox"/> 食事を7割摂食する摂食時間が30分以上                        | <input type="checkbox"/> 喘鳴がある               |
| <input type="checkbox"/> 食事内容の変化（汁物や硬いものを食べなくなった等）                  | <input type="checkbox"/> 発熱がある               |
| <input type="checkbox"/> 食べ物の逆流                                     | <input type="checkbox"/> 体重の減少               |
| <input type="checkbox"/> 食べ物が胸につかえる                                 | <input type="checkbox"/> 食事時の呼吸の乱れ（呼吸切迫）     |
|   | <input type="checkbox"/> のどに痰がからむ            |



(注) 上部消化管障害を疑う症状を含む。

➤ 「表1に該当項目なし」の場合、経過観察とします。

⇒ 経過観察とし評価を継続します へ

➤ 「表1に該当項目あり」で症状の原因が摂食嚥下障害や上部消化管障害であると判断した場合、早急な対応が必要かどうか検討します。なお、摂食嚥下障害や上部消化管障害以外の病気が原因と判断したものは該当項目から除きます。

⇒ (2)表2 “早急に対応を検討すべき症状” で該当項目をチェック へ

※経鼻経管栄養や気管切開をしている方について

経鼻経管栄養や気管切開をしている方が経口摂取をし、表1の症状が認められる場合は主治医に相談しましょう。

## (2) 表2 “早急に対応を検討すべき症状” で該当項目をチェック

医師・看護師

医師、看護師が、表2 “早急に対応を検討すべき症状” があるかどうかチェックを行います。

表2 “早急に対応を検討すべき症状”

- 繰り返す発熱や肺炎
- 体重の著しい減少（1か月に5%以上）

➤「表2に該当項目あり」の場合、誤嚥性肺炎のリスクが高い、または低栄養が強く疑われるので、嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをお勧めします。したがって、早急に医療機関への受診をご検討下さい。

⇒医療機関の受診 へ

➤「表2に該当項目なし」の場合、安全な食支援について検討しましょう。

⇒(3)多職種で安全な食支援を検討・見直し へ

## (3) 多職種で安全な食支援を検討・見直し

医療職・介護職

誤嚥、低栄養、食物による窒息事故等への対策を多職種で総合的に検討します。

なお、摂食嚥下障害や上部消化管障害は食物による窒息のリスクとなります。表1 “摂食嚥下障害疑う症状” に該当項目あることから、食事中は見守りと嚥下状態の確認（一口ずつ嚥下を確認、口腔内に食物が残っていないか等）を行います。

※宮城県リハビリテーション支援センターでは「食物による窒息事故防止のためのチェックシート」（P8に記載）を作成しています。

＜現在の咀嚼能力や嚥下機能に、食形態、食事姿勢、介助方法が合っていないと考える場合＞

嚥下機能や咀嚼能力に応じた食形態、食事姿勢、介助方法、摂食のペース、一口量、食品の大きさや固さ等を検討します。なお、食形態を下げる場合もあります。

＜上部消化管障害が疑われた場合＞

食後の座位保持、就寝時のベットアップ等を行うとともに、上部消化管障害の治療が必要かどうか検討します。

＜摂食嚥下障害に影響を及ぼす薬剤を服用している場合＞

薬剤を処方した医師に相談します。また、服用している薬剤が摂食嚥下障害をきたす副作用があるかどうかわからない場合は、処方した医師や薬剤師に確認します。

＜口腔機能が低下し食物を十分に咀嚼することができない場合＞

咀嚼能力に応じた食形態の検討とともに、義歯の装着や歯科医療機関への受診を検討します。

＜意識レベルが低下した状態や眠り込んだ状態で食物を食べることがある場合＞

意識レベルがJCS 1桁（注）よりもよいことを確認し食事を開始します。

食事中に意識レベルが低下し、JCS 2桁以上（注）になったら食事は中断します。

（注）JCSは意識障害を評価する指標です。JCS 1桁は「刺激しないでも覚醒している状態」、JCS 2桁は「刺激すると覚醒し、刺激をやめると眠り込む状態」、JCS 3桁は「刺激しても覚醒しない状態」のことで、JCS 2桁とJCS 3桁がJCS 2桁以上に該当します。

＜口腔内の衛生状態が不良な場合＞

口腔内の衛生状態が不良であるほど誤嚥性肺炎リスクが高くなるので、口腔ケアの実施方法等を検討します。必要に応じて歯科医師、歯科衛生士による指導の実施も検討します。

＜食事の摂取量が不足している場合＞

栄養補助食品の提供、栄養ケアマネジメントの実施、経管栄養の必要性等について検討します。

<要介護・要支援の高齢者や知的障害者が食事を自立して食べている場合>

食事介助が必要かどうか検討します。

<認知症もしくは認知機能が低下している、摂食行動の異常（早食い、溜め込み、詰込み、丸飲み、一口量が多い、舌を出して食べる等）がある場合>

食物による窒息事故のリスクについて特に注意を払い、食事中は見守り、嚥下状態の確認を確実にを行います。

#### (4) “摂食嚥下障害を疑う症状” の変化を評価

医療職

食支援の見直しをした後に、“摂食嚥下障害を疑う症状” の変化について医療職が評価します。

なお、その評価結果から、食支援を再検討する場合があります。

➤ 「症状は改善」 の場合、経過観察とします。

⇒ 経過観察とし評価を継続します へ

➤ 食支援の見直しを行っても「症状は悪化」 の場合、医療機関で嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをお勧めします。

⇒ 医療機関の受診 へ

➤ 食支援の見直しを行っても「症状は変化なし」 の場合、スクリーニング検査を実施し、誤嚥性肺炎や低栄養等のリスクについて検討しましょう。

⇒ (5)スクリーニング検査の実施及び総合的な評価 へ

#### (5) スクリーニング検査の実施及び総合的な評価

医療職

医療職がスクリーニング検査である反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテスト、フードテストを実施し、評価します（これらのスクリーニング検査はP6に記載）。また、検査の精度を上げるため頸部聴診法（注）を同時に行うことをお勧めします。なお、スクリーニング検査を実施するにあたっては意識レベルがJCS1桁（刺激しないでも覚醒している状態のこと）よりもよく、全身状態も安定していることが必要です。

スクリーニング検査結果とともに、食支援見直し後の症状、全身状態などを総合的に評価し、誤嚥性肺炎や低体重等のリスクについて判断します。なお、発熱、体重減少、食事中の呼吸の乱れ、痰量が多い（特にクリーム色や黄色の痰）、食事中や食後の頻繁なむせ等が認められる場合は、特に慎重に判断します。

（注）頸部聴診法は飲食物を嚥下する際の嚥下音や嚥下前後の呼吸音を頸部より聴診し、摂食嚥下障害を評価するスクリーニング検査です

➤ 「誤嚥性肺炎、低栄養等のリスク高いと判断」 した場合、医療機関で嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをお勧めします。嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けて、安全に食べることができる食形態、食事姿勢、介助方法などを評価してもらいましょう。

⇒ 医療機関の受診 へ

➤ 「誤嚥性肺炎、低栄養等のリスク低いと判断」 した場合、経過観察とします。

⇒ 経過観察とし評価を継続します へ

## スクリーニング検査について

スクリーニング検査は組み合わせで実施することが多いです。  
なお、スクリーニング検査の精度については各種研究等で確認されていますが、精度が100%のものはありません。

### ◇ 反復唾液嚥下テスト (RSST)

30秒間での繰り返しの嚥下運動を評価するテスト。

人差し指で舌骨、中指で甲状軟骨を触知した状態で、唾液を連続して嚥下するよう指示。喉頭隆起が中指を乗り越えた場合に、嚥下1回とする。30秒間の嚥下回数を数える。

30秒間に3回未満の場合に「問題あり」とする。なお、口頭による指示の理解が不良な場合は判定不可。

### ◇ 改訂水飲みテスト (MWS T)

3mlの冷水を嚥下させて誤嚥の有無を判定するテスト。

冷水3mlを口腔底に注ぎ（冷水が咽頭に直接流れるのを防ぐため）、嚥下を指示。嚥下後、反復嚥下を2回行わせる。判定基準が4点以上であれば最大2回繰り返し、最も悪い点を評点とする。

#### 評価基準

1. 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫
2. 嚥下あり、呼吸切迫
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嘔声
4. 嚥下あり、呼吸良好、むせなし
5. 4に加え、反復嚥下が30秒以内可能に2回可能

(※) 冷水3mlはシリンジを用いて口腔底に注ぐことが望ましいが、シリンジがない場合は、茶さじ一杯（約2.5ml）の冷水を口腔底に注ぎ改訂水飲みテスト (MWS T) を行う。

### ◇ フードテスト (FT)

茶さじ一杯（約4g）のプリンを食させて評価するテスト。嚥下後の口腔内残留が評価の対象となっている点が改訂水飲みテストと異なる。茶さじ一杯（約4g）のプリンを舌背前部に置き、嚥下を指示。嚥下後、反復嚥下を2回行わせる。判定基準が4点以上であれば最大2回繰り返し、最も悪い点を評点とする。

#### 評価基準

1. 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫
2. 嚥下あり、呼吸切迫
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嘔声、口腔内残留中等度
4. 嚥下あり、呼吸良好、むせなし、口腔内残留ほぼなし
5. 4に加え、反復嚥下が30秒以内に2回可能

#### 〔組み合わせの例〕

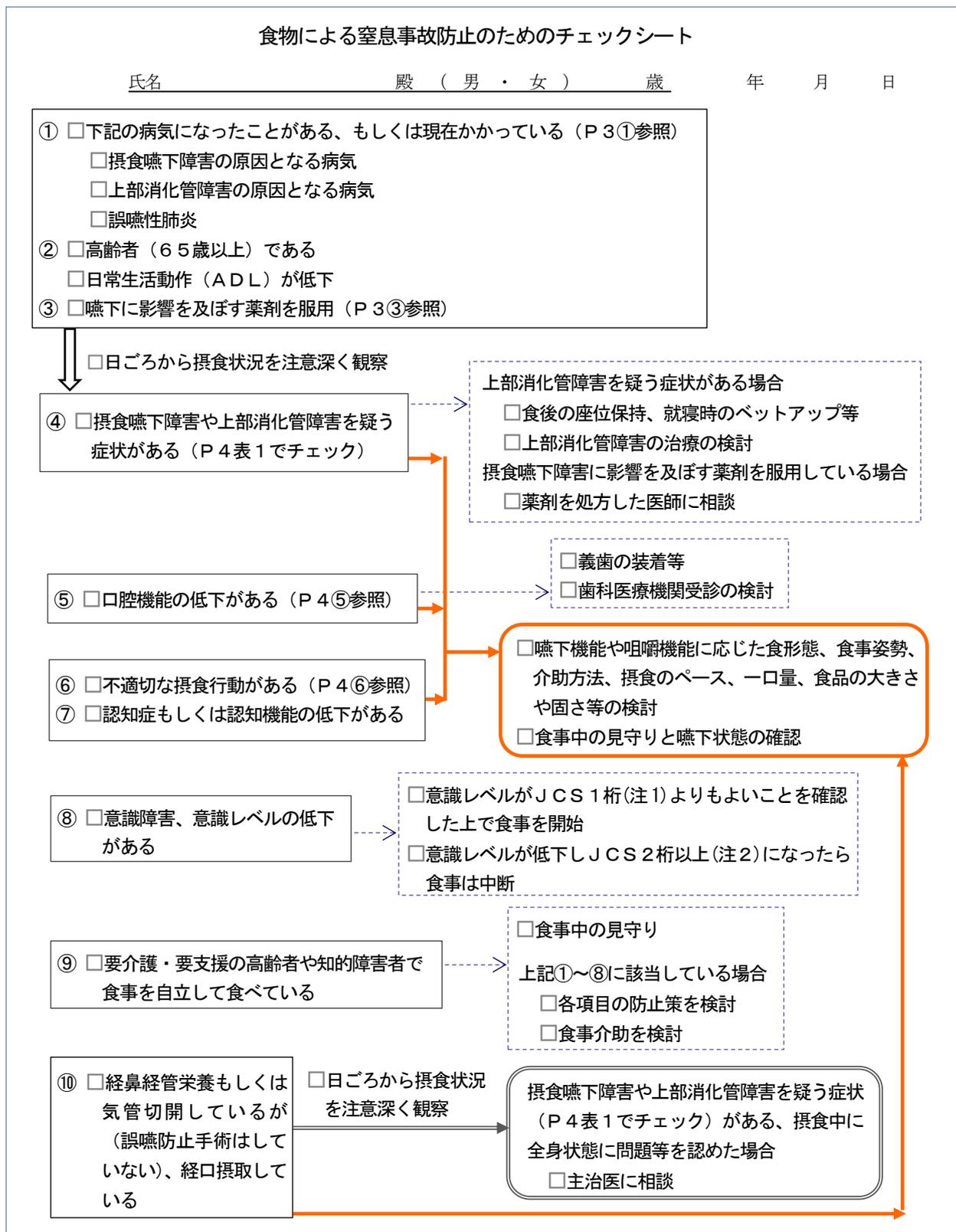
反復唾液嚥下テストで唾液の嚥下ができれば、冷水3mlで改訂水飲みテストを実施。改訂水飲みテストで4点以上なら、次に茶さじ一杯（約4g）のプリンでフードテストを行う。

#### 【留意事項】

- 「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」では、嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをお勧めする目安を示していますが、このフローチャートの結果にかかわらず、誤嚥や窒息事故などの不安が続いている場合や判断が難しい場合は、嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをご検討ください。
- 宮城県リハビリテーション支援センターのホームページに「宮城県内の摂食嚥下障害に対応可能な病院一覧」を掲載していますので、ご活用ください。  
<https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/rehabili/sigen.html>
- 医療機関を受診の際は、スクリーニング検査結果や全身状態等のデータを持参しましょう。

(参考)「食物による窒息事故防止のためのチェックシート」について

宮城県リハビリテーション支援センターでは、「食物による窒息事故防止のためのチェックシート」(以下、「窒息防止チェックシート」)を作成しています。「窒息防止チェックシート」は、食支援している方の摂食状況を観察して食物による窒息事故のリスクを把握するためのもので、摂食嚥下障害の疑いがない方も対象としています。また、「窒息防止チェックシート」では、本フローチャート表1(P3)“摂食嚥下障害疑う症状”を用いて、その症状をチェックすることとしています。



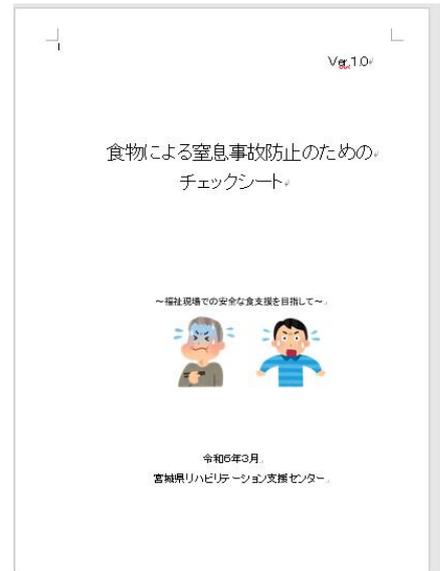
「窒息防止チェックシート」は宮城県リハビリテーション支援センターのホームページに掲載していますので、ご活用ください。

<https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/rehabili/rehashien3-1.html>

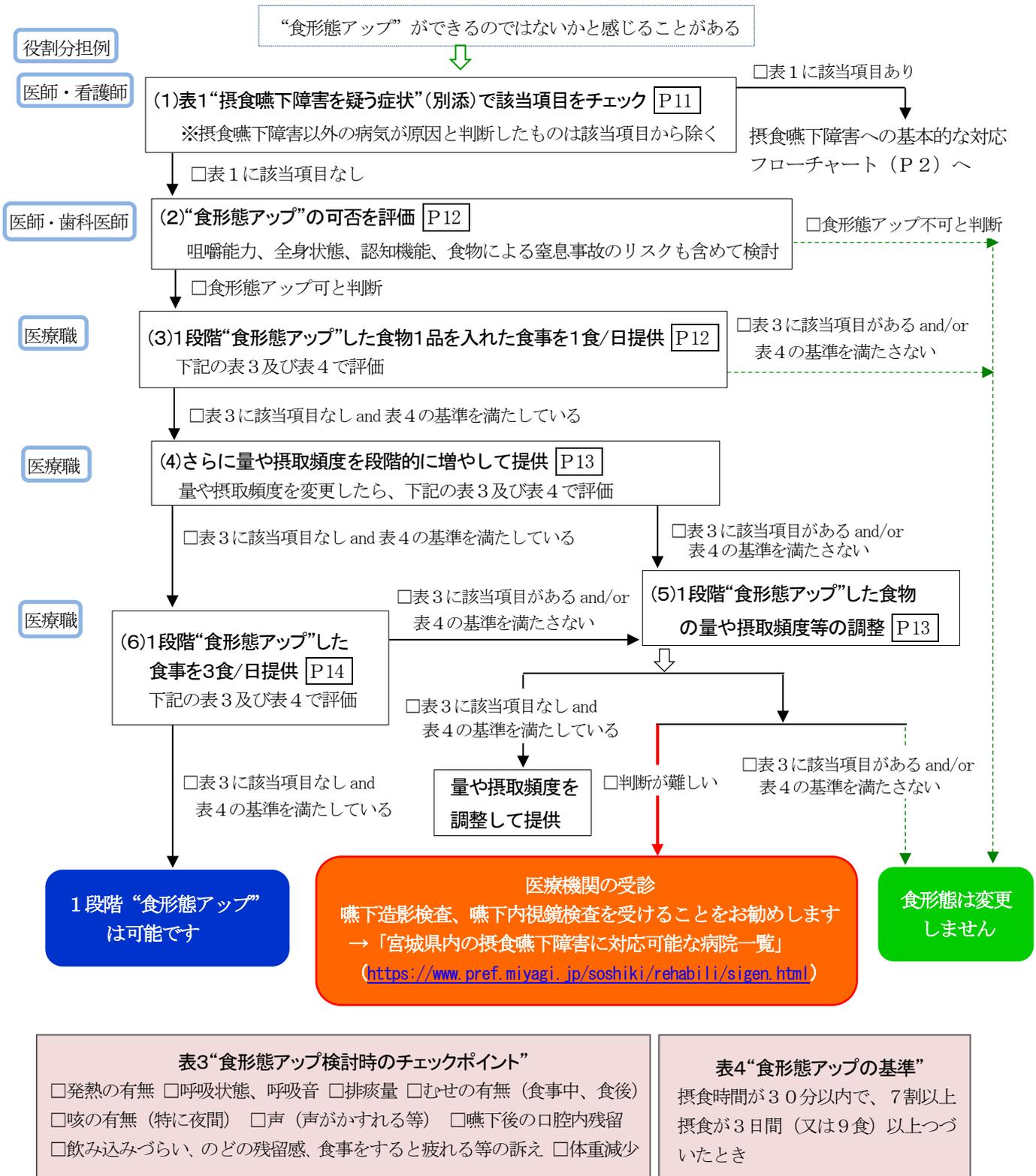
### 「窒息防止チェックシート」を活用した「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」の使用例

施設に入所している方全員について、「窒息防止チェックシート」により食物による窒息事故のリスク把握を行います。

- 「窒息防止チェックシート」の項目④（表1 “摂食嚥下障害疑う症状”）に該当ある方は、この「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」を活用し、誤嚥、低栄養、食物による窒息事故等への対策を総合的に検討します。
- 項目④（表1 “摂食嚥下障害を疑う症状”）に該当はないが他の項目のいずれかに該当ある方は、「窒息防止チェックシート」を参考に、その防止策を検討します。
- 「窒息防止チェックシート」の項目①～⑩のいずれにも該当ない方は、日ごろから摂取状況を観察し、「窒息防止チェックシート」によるリスク把握を継続します。



## 2-1 “食形態アップ”する場合の基本的な対応フローチャート



(※) 表3及び表4は柴本勇、2015.<sup>8)</sup>を参考に作成。

❖本フローチャートは、「学会分類2021(食事)早見表」(P15参照)の段階にもとづき1段階“食形態アップ”する場合の対応の目安を示しています。なお、フローチャートの結果にかかわらず“食形態アップ”したい、不安がある、判断できない場合などは、嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをご検討ください。

## 2-2 “食形態アップ”する場合の基本的な対応フローチャートの説明

本フローチャートは、食支援している要介護高齢者や障害者の方について、「学会分類 2021（食事）早見表」（※）の段階にもとづき1段階“食形態アップ”する場合の対応をまとめたものです。

（※）「学会分類 2021（食事）早見表」とは、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整委員会が作成した「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」の食事（嚥下調整食）についての早見表のことで、食事（嚥下調整食）の段階は大きく5段階としています。本フローチャートでは、食形態の段階は、「学会分類 2021（食事）早見表」にもとづいたものとしています。この「学会分類 2021（食事）早見表」はP15に掲載していますので、ご活用ください。

### （1）表1 “摂食嚥下障害を疑う症状”で該当項目をチェック

医師・看護師

施設や在宅で生活している要介護高齢者や障害者が入院し、入院前より食形態の難易度が一時的に下がった状態で退院されることがあります。退院後、全身状態が回復し、入院前と同じ食形態に戻ることが可能になった場合でも、福祉現場では、誤嚥等の不安から、入院中の食形態のままの食事を提供していることがあります。

支援している要介護高齢者や障害者の方について、食形態の難易度を上げること（以下、“食形態アップ”）ができるのではないかと感じる必要がある場合、それを検討してみましょう。

医師、看護師が、表1 “摂食嚥下障害を疑う症状”の該当項目の有無をチェックし、さらにその症状について摂食嚥下障害が原因かどうか検討します。

表1 “摂食嚥下障害を疑う症状”（再掲）

<input type="checkbox"/> 食事中や食後にむせる <input type="checkbox"/> 咳が出る（特に夜間） <input type="checkbox"/> 声がかすれてきた（声の変化） <input type="checkbox"/> 物が飲み込みづらい、のどに食べ物が残る感じがある、食事をするやと疲れるなどの訴えがある <input type="checkbox"/> 嚥下後に口の中に食べ物が残る <input type="checkbox"/> 食事を7割摂食するのに摂食時間が30分以上 <input type="checkbox"/> 食事内容の変化（汁物や硬いものを食べなくなった等） <input type="checkbox"/> 食べ物の逆流 <input type="checkbox"/> 食べ物が胸につかえる	<input type="checkbox"/> 食事がのどに詰まりそうになったことがある <input type="checkbox"/> 飲み込む時に上を向く <input type="checkbox"/> 口を開けたまま飲み込む <input type="checkbox"/> よだれが多い <input type="checkbox"/> 食べ物が口からこぼれる <input type="checkbox"/> 喘鳴がある <input type="checkbox"/> 発熱がある <input type="checkbox"/> 体重の減少 <input type="checkbox"/> 食事中の呼吸の乱れ（呼吸切迫） <input type="checkbox"/> のどに痰がからむ
--	--



（注）上部消化管障害を疑う症状を含む。

➤ 「表1に該当項目あり」の場合、「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」（P2）を活用して対応を検討します。なお、摂食嚥下障害以外の病気が原因と判断したものは該当項目から除きます。

⇒ 摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート（P2） へ

➤ 「表1に該当項目なし」の場合、“食形態アップ”ができるか検討します。

⇒ (2) “食形態アップ”の可否を評価 へ

## (2) “食形態アップ”の可否を評価

医師、歯科医師

咀嚼能力、全身状態、認知機能、食物による窒息事故のリスクも含めて“食形態アップ”の可否を評価し、医師、歯科医師がそれを判断します。

なお、「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」の「学会分類2021（食事）早見表」（P15参照）に、食形態の段階ごとに必要な咀嚼能力が記載されています。また、「食物による窒息事故防止のためのチェックシート」をP8に掲載していますので、あわせてご活用ください。

➤ 「“食形態アップ”不可と判断」した場合、食形態は変更しません。

⇒ 食形態は変更しませんへ

➤ 「“食形態アップ”可と判断」した場合、“食形態アップ”した食物を提供してみます。

⇒ (3) 1段階“食形態アップ”した食物1品を入れた食事を1食/日提供へ

## (3) 1段階“食形態アップ”した食物1品を入れた食事を1食/日提供

医療職

“食形態アップ”できると判断できたら、「学会分類2021（食事）早見表」（P15参照）の段階にもとづき、現在より1段階“食形態アップ”した食物1品を入れた食事を1食/日を提供してみましょう。

この食事を摂食してもらい、医療職が、表3“食形態アップ検討時のチェックポイント”の該当項目の有無をチェックするとともに、表4の基準を満たしているか評価します。

表3 “食形態アップ検討時のチェックポイント”

発熱の有無 呼吸状態、呼吸音 排痰量 むせの有無（食事中、食後）  
咳の有無（特に夜間） 声（声がかすれる等） 嚥下後の口腔内残留  
飲み込みづらい、のどの残留感、食事をすると疲れる等の訴え 体重減少

表4 “食形態アップの基準”

摂食時間が30分以内で、7割以上摂食が  
3日間（又は9食）以上つづいたとき

(※) 表3及び表4は柴本勇、2015.<sup>8)</sup>をもとに作成。

➤ 「表3に該当項目があるand/or表4の基準を満たさない」と評価した場合、食形態は変更しません。

⇒ 食形態は変更しませんへ

➤ 「表3に該当項目なしand表4の基準を満たしている」と評価した場合、量や摂取頻度を段階的に増やして提供してみます。

⇒ (4) さらに量や摂取頻度を段階的に増やして提供へ

#### (4) さらに量や摂取頻度を段階的に増やして提供

医療職

1段階“食形態アップ”した食物について、その量や摂取頻度を段階的に増やして提供します。食事姿勢や介助方法なども必要に応じて検討します。

量や摂取頻度等の条件を変更したら必ず医療職が、表3“食形態アップ検討時のチェックポイント”及び表4“食形態アップの基準”を満たしているかどうかについて評価します。

なお、これらの条件は複数同時に変更しません。条件を変更し誤嚥等生じた場合に、その原因を特定し対処するためです。また、量や摂取頻度は体調に応じて調整しましょう。

➤量や摂取頻度増やして提供し、「表3に該当項目がある and/or 表4の基準を満たさない」と評価した場合、増やす前の量や摂取頻度にとどめることなどを検討します。

⇒(5)1段階“食形態アップ”した食物の量や摂取頻度等の調整へ

➤量や摂取頻度を段階的に増やし、1食あたりの量のある程度増やして3食/日提供しても「表3に該当項目なし and 表4の基準を満たしている」と評価した場合、1段階“食形態アップ”した食事にして提供してみます。

⇒(6)1段階“食形態アップ”した食事を3食/日提供へ

#### (5) 1段階“食形態アップ”した食物の量や摂取頻度等の調整

医療職

1段階“食形態アップ”した食物について、その量や摂取頻度を増やしたことで問題が認められたら、医療職は安全に食べられる量や摂取頻度等を検討し、調整して提供します。また摂食状況等によっては、“食形態アップ”をしないことも検討します。

“食形態アップ”に不安がある、判断が難しい場合などは、医療機関で嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けて、“食形態アップ”をできるかどうかを評価してもらうことをお勧めします。

➤量や摂取頻度等を調整して提供すれば、「表3に該当項目なし and 表4の基準を満たしている」と評価した場合、その量や調整頻度等に調整して提供してみます。

⇒量や摂取頻度等を調整して提供へ

➤量や摂取頻度等を調整して提供しても、「表3に該当項目がある and/or 表4の基準を満たさない」と評価した場合、食形態は変更しません。

⇒食形態は変更しませんへ

➤「判断が難しい」と評価した場合、医療機関で嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをお勧めします。嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けて、安全に食べることができる食形態、食事姿勢、介助方法などを評価してもらいましょう。

⇒医療機関の受診へ

## (6) 1段階“食形態アップ”した食事を3食/日提供

医療職

1段階“食形態アップ”した食物の量や摂取頻度を段階的に増やして提供しても問題がなければ、全食品を1段階“食形態アップ”した食事を3食/日提供してみましょう。

➤ 1段階“食形態アップ”した食事を3食/日提供し、「表3に該当項目がある and/or 表4の基準を満たさない」と評価した場合、増やす前の量や摂取頻度にとどめることなどを検討します。

⇒(5)1段階“食形態アップ”した食物の量や摂取頻度等の調整へ

➤ 1段階“食形態アップ”した食事を3食/日提供しても「表3に該当項目なし and 表4の基準を満たしている」と評価した場合、1段階“食形態アップ”することができます。

⇒1段階“食形態アップ”は可能ですへ

(注) ただし、量や摂取頻度は体調に応じて調整します。また、1段階“食形態アップ”した食事の摂取を継続して問題が認められた場合は、量や摂取頻度等を再検討します。

### [留意事項]

- ・ 摂食中に、頻回なむせや湿性嘔声を生じた場合や覚醒状態、顔色、呼吸状態、全身状態に問題を認めた場合は、**ただちに**食物の摂食を中止します。その場合は、食形態は上げないこととします。
- ・ 「“食形態アップ”する場合の基本的な対応フローチャート」は「学会分類2021（食事）早見表」（P15参照）にもとづき1段階“食形態アップ”する場合の対応の目安を示しています。
- ・ 「学会分類2021（食事）早見表」にもとづく1段階“食形態アップ”した食事が提供できず、2段階以上の“食形態アップ”をしたい場合、嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをご検討ください。  
(例：嚥下調整食3の食事がメニューになく提供できず、嚥下調整食2-2から嚥下調整食4に“食形態アップ”をしたい場合など。)
- ・ また、本フローチャートの結果にかかわらず、“食形態アップ”したい、不安がある、判断できない等の場合も、嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を受けることをご検討ください。
- ・ 宮城県リハビリテーション支援センターのホームページに「宮城県内の摂食嚥下障害に対応可能な病院一覧」を掲載しておりますので、ご活用ください。  
<https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/rehabili/sigen.html>
- ・ 医療機関を受診の際は全身状態等のデータを持参しましょう。
- ・ “食形態は変更しません”とした場合でも、全身状態や摂食状況などが改善し安定したら再評価してみましょう。

学会分類 2021(食事) 早見表

コード 【I-8 項】	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力 【I-10 項】	他の分類との対応 【I-7 項】
0	j 嚥下訓練食品 0j	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんぱく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッド L0 えん下困難者用食品許可基準 I
	t 嚥下訓練食品 0t	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ* のどちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんぱく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッド L3 の一部 (とろみ水)
1	j 嚥下調整食 1j	均質で、付着性・凝集性・かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている (少量をすくってそのまま丸呑み可能) 送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある 0j に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など	(若干の食塊保持と送り込み能力)	嚥下食ピラミッド L1・L2 えん下困難者用食品許可基準 II UDF 区分 かまなくてもよい(ゼリー状) (UDF:ユニバーサルデザインフード)
2	1 嚥下調整食 2-1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの (咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッド L3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF 区分 かまなくてもよい
	2 嚥下調整食 2-2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッド L3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF 区分 かまなくてもよい
3	嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭ではらげず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥 など	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッド L4 UDF 区分 舌でつぶせる
4	嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの 歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥など	上下の歯槽提間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッド L4 UDF 区分 舌でつぶせる および UDF 区分 歯ぐきでつぶせる および UDF 区分 容易にかめるの一部

## 1段階“食形態アップ”の具体例

Aさんは80歳の男性、要介護3で特別養護老人ホーム入所し、入れ歯を使用し嚥下調整食4（上下の歯槽堤間で押しつぶすことができるもの）を介助されて食べていました。Aさんは施設で転び、足を骨折、病院に入院、手術を受けました。Aさんは入院中、全身状態、嚥下機能が低下し、嚥下調整食2-2（ミキサー食）を提供されていました。また、入れ歯も使用せずあわなくなっていました。

Aさんは退院し、施設に戻ってきました。訪問歯科診療で入れ歯の調整を開始しましたが、まだ使えません。Aさんの体調はまだ完全に回復していないことなどを踏まえ、食事は、病院と同じ嚥下調整食2-2を提供することになりました。

その後、しばらくするとAさんは順調に回復しました。入れ歯はまだあわないのですが、「以前のような食事が食べたい」と訴えます。職員さんも“食形態アップ”ができるのではないかと考えています。

そこで「“食形態アップ”する場合の基本的な対応フローチャート」を活用し、Aさんの食形態を嚥下調整食3（舌と口蓋で押しつぶすことができるもの）に上げることができるかどうか検討することにしました。

- ✓ 表1“摂食嚥下障害を疑う症状”に該当項目なし
- ✓ 嚥下調整食3は咀嚼しなくても食べることができる
- ✓ 食事介助している
- ✓ 全身状態良好

以上から、誤嚥のリスクは低く、また「食物による窒息事故防止のためのチェックシート」（P8参照）で食物による窒息防止にも対応することにより、嚥下調整食3に食形態アップ可という判断になりました。

下記1)から8)の順に、嚥下調整食3の食事の量や摂取頻度を段階的に増やして提供することにしました。本フローチャートの基準（表3及び表4）を満たしたら、1)から8)の次の段階に進みます。

- 1) 昼食に嚥下調整食3の食物を1品入れて提供
- 2) 昼食に嚥下調整食3の食物を1品ずつ増やす
- 3) 昼食に嚥下調整食3の食物を3品～4品入れて提供
- 4) 朝食と昼食に嚥下調整食3の食物を3品～4品入れて提供
- 5) 嚥下調整食3の食物を3品～4品入れた食事を1日3食提供
- 6) 昼食に嚥下調整食3の食事を提供
- 7) 朝食と昼食に嚥下調整食3の食事を提供
- 8) 嚥下調整食3の食事を1日3食提供

表3 “食形態アップ検討時のチェックポイント”

- 発熱の有無 呼吸状態、呼吸音 排痰量 むせの有無（食事中、食後）
- 咳の有無（特に夜間） 声（声がかすれる等） 嚥下後の口腔内残留
- 飲み込みづらさ、のどの残留感、食事をすると疲れる等の訴え 体重減少

表4 “食形態アップの基準”

摂食時間が30分以内で、7割以上摂食が3日間（又は9食）以上つづいたとき

(※) 表3及び表4は柴本勇、2015. 8) をもとに作成。

Aさんが嚥下調整食3を問題なく食べることができるようになったら、今度は嚥下調整食4に“食形態アップ”することができるかどうか本フローチャートを活用し、検討することにしています。Aさんは、歯科衛生士による訪問口腔衛生指導を受けて、入れ歯に慣れるトレーニングを行っています。



## 【参考文献】

- 1) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 医療検討委員会：摂食嚥下障害の評価 2019：https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/assessment2019-announce.pdf?0717（2024年3月4日閲覧）
- 2) 野原幹司：嚥下内視鏡検査 概要・必要物品・管理. 第3分野 摂食嚥下障害の評価, 第2版, 医歯薬出版, 30-37, 2016
- 3) 武原格：嚥下造影 概要・必要物品・造影剤. 第3分野 摂食嚥下障害の評価, 第2版, 医歯薬出版, 60-66, 2016
- 4) 公益財団法人長寿科学振興財団：摂食・嚥下障害の診断：https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/sesshokushougai/shindan.html（2024年3月4日閲覧）
- 5) 大熊るり：嚥下障害－診断と治療－：https://www.peg.or.jp/care/enge/enge02.html（2024年3月4日閲覧）
- 6) 日本言語聴覚士協会 摂食・嚥下小委員会：経管栄養から経口栄養へ移行する際の基本手順, 日本言語聴覚士協会, 2005
- 7) 岡田澄子, 小島千枝子：直接訓練の概念・開始基準・中止基準. 第4分野 摂食嚥下リハビリテーションの介入Ⅱ直接訓練・食事介助・外科治療, 第2版, 医歯薬出版, 2-6, 2015
- 8) 柴本勇：段階的摂食訓練の考え方. 第4分野 摂食嚥下リハビリテーションの介入Ⅱ直接訓練・食事介助・外科治療, 第2版, 医歯薬出版, 7-15, 2015
- 9) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食委員会：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：https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual.pdf（2024年3月4日閲覧）

要介護高齢者や障害者の摂食嚥下障害への  
基本的な対応フローチャート

Ver.2.0

令和6年3月

宮城県リハビリテーション支援センター

〒981-1217 宮城県名取市美田園二丁目1-4

TEL (022) 784-3588 FAX (022) 784-3593

ホームページ <https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/rehabili/>

多職種連携で安全な食支援をすすめよう!



宮城県リハビリテーション支援センター  
のシンボルマーク「あんずちゃん」