

国東市摂食嚥下機能支援事業

「ごくん²支援」でサポートします！



国東市在宅医療・介護連携推進運営会議

国東市摂食嚥下機能支援部会 (平成29年3月)

国東市摂食嚥下機能支援事業 「ごくん²支援」



<目的>

摂食嚥下機能障害を有する高齢者等に対して多職種が協働での支援体制を構築し、可能な限り「自分の口で食べる」ことへの支援につなげていく

<掲載内容>

1、国東市摂食嚥下機能支援「ごくん²支援」イメージ図

2、国東市摂食嚥下機能支援の流れのイメージ

3、摂食嚥下機能支援対応フローチャート

4、摂食嚥下障害のアセスメントを導くアルゴリズム

5、摂食嚥下チェックシート

<ツールⅠ>

6、各アセスメントシート

<ツールⅠ>

食物認知、姿勢・動作、口腔アセスメント、咀嚼能力評価、嚥下機能、嚥下機能訓練

7、摂食嚥下アセスメントシート（要約版）

<ツールⅡ>

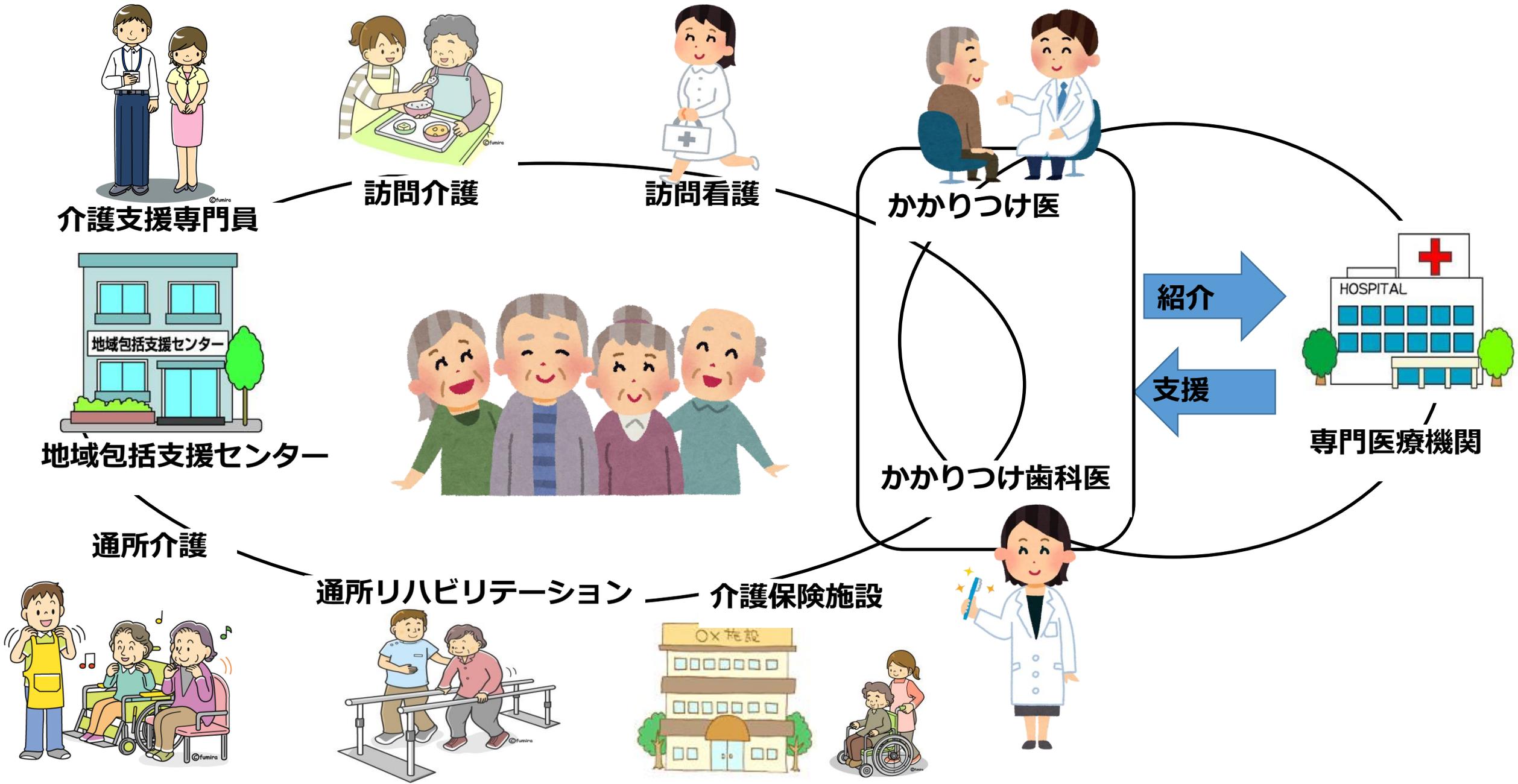
8、診療情報提供書

<ツールⅢ>

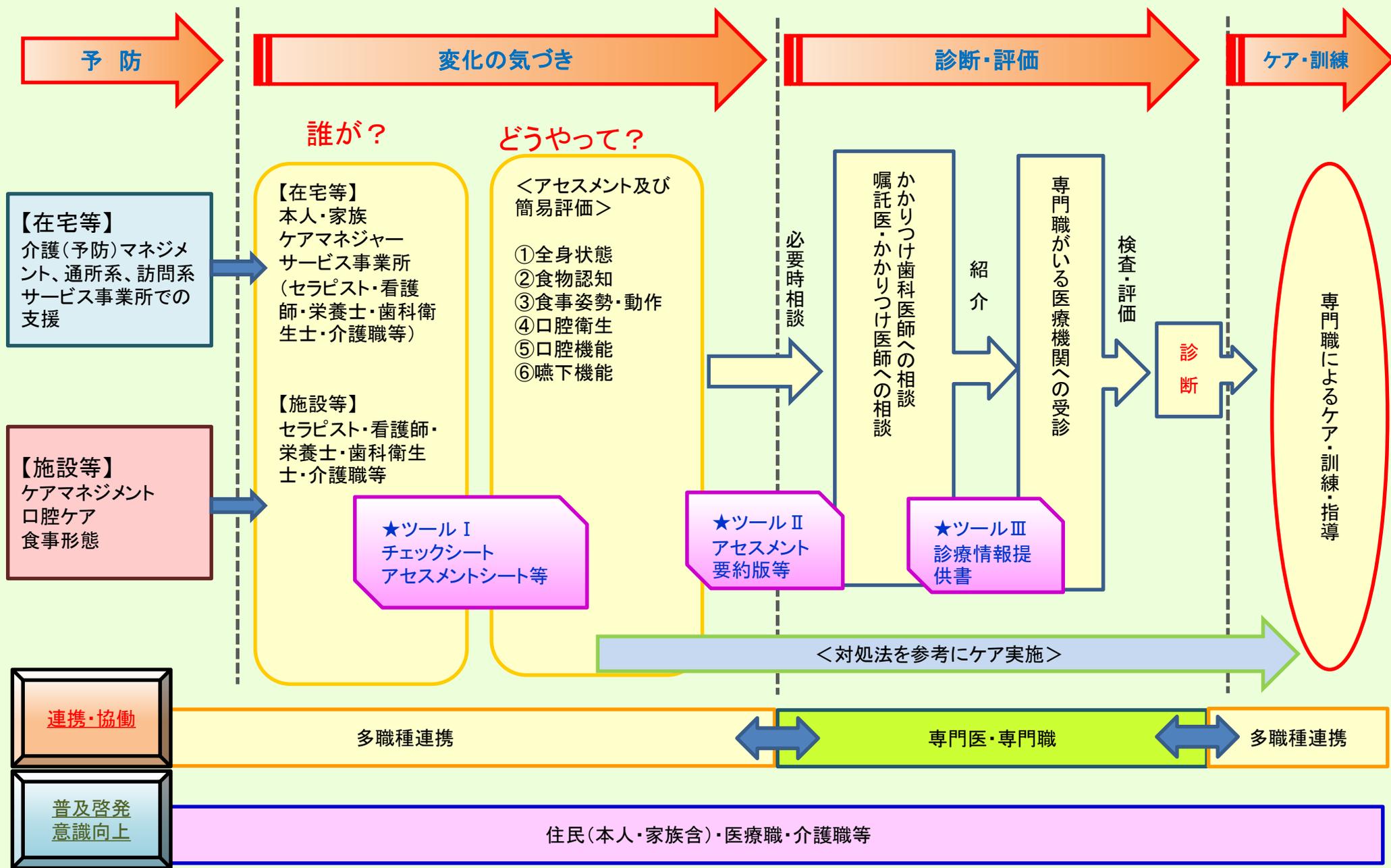


飲み込み等が気になる方がいらしたら、まず、チェックシートから活用してみてくださいね。

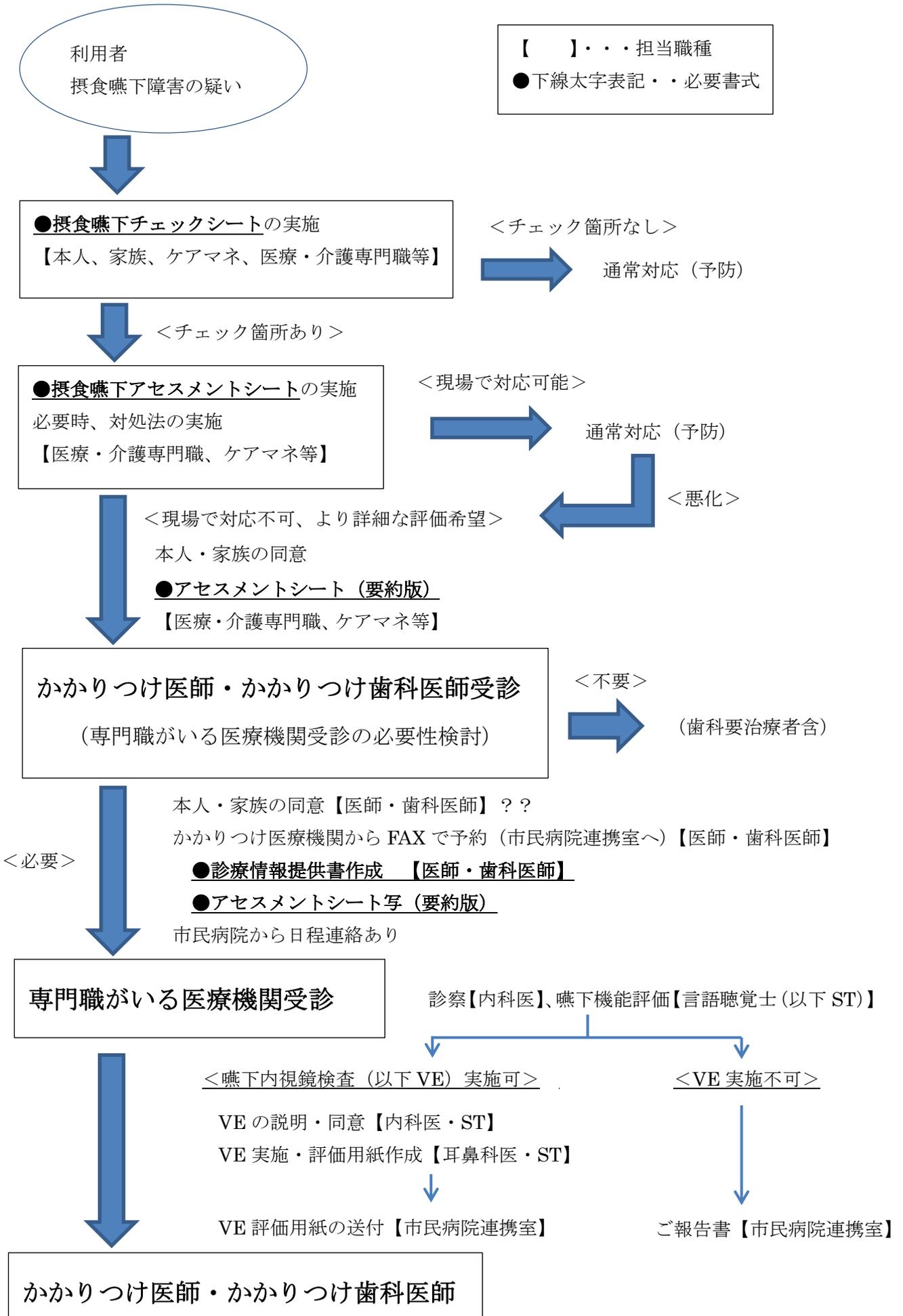
国東市摂食嚥下機能支援『ごくん²支援』イメージ図



<国東市摂食嚥下機能支援の流れのイメージ>



摂食嚥下機能支援対応フローチャート



摂食嚥下障害のアセスメントを導く アルゴリズム

◇目的◇

摂食嚥下障害者を**評価・支援する視点**の統一化

生活において問題が生じた場合、**評価や対応方法の流れ・方向づけ**を行うために活用する。

摂食嚥下チェックシート

◇目的◇

支援する上での、観察・評価内容を把握し、

見る視点の統一化を図る。

摂食嚥下障害のどの側面の障害があるのかを把握する

※ひとつでもチェックがついた場合は、アルゴリズムに従って
評価・対処方法へつなげる

各アセスメントシート

◇目的◇

項目ごとの評価を行い、障害の理解をすすめる。

障害に対する対処方法が選択できる。

専門医受診や他事業所等への情報提供の一助とする。

摂食嚥下障害のアセスメントを導くアルゴリズム

摂食嚥下トラブル



摂食嚥下チェックシート

全身状態

食物認知

食事姿勢及び動作

口腔衛生

口腔機能

嚥下機能

姿勢評価

上肢・
手指の評価

口腔ケア

咀嚼評価

嚥下評価

環境調整

姿勢の調整

摂食動作の工夫
(食事内容)

かかりつけ医 (囁託含む)

かかりつけ歯科医師 (囁託含む)

食形態の調整
(トロミ剤の
検討)

代償手段の検討
嚥下機能訓練

専門職がいる医療機関受診

飲み込みの状態を専門的に評価

診療情報提供書

ツールⅢ

摂食嚥下用

年 月 日

受診先医療機関名

依頼医療機関又は嘱託医・施設医

診療科:

先生

担当医師:

氏名		生年 月日: 年 月 日生 (満 歳)	
様性別:			
主訴 症状			
主疾患	<input type="checkbox"/> 悪性新生物 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 難治性神経疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患(鬱病など) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 → HbA1c (月 日値) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 [詳細]		
嚥下に関連する 既往歴			
アレルギー の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 局所麻酔剤 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 薬剤名: 症状: 食品: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (食品名:)		
栄養方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 併用		
摂取方法	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事形態	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー(とろみ)粥 副食: <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> カット食 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 嚥下訓練食 (<input type="checkbox"/> Ot <input type="checkbox"/> Oj) 水分: とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)		
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ベッド上		
検査目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 経口摂取開始可能か? <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 食形態up可能か? <input type="checkbox"/> 現在の嚥下機能の確認 <input type="checkbox"/> むせ、痰が多く、食形態のdownが必要か? <input type="checkbox"/> PEG造設前の評価 <input type="checkbox"/> その他 () [詳細]		

摂食嚥下チェックシート

評価日 年 月 日

(ふりがな) 氏名		様、(男・女)、T・S		年	月	日生、(満	歳)	ア セ ス メ ン ト シ ー ト へ
全身状態	① 肺炎と診断されたことがある(過去6ヶ月間)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	② やせてきた(6ヶ月間で2~3kgの体重減少がある)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	③ この半年で微熱が続いている	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
食物認知	④ 食事を食べようとしない	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	B
	⑤ 食事のペースが速い(嚥下する前に次の一口を含んでしまう)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	⑥ 口に入れたまま止まってしまう	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
姿勢・動作	⑦ 食事の際、姿勢を保てない(前後・左右に傾く)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	C
	⑧ 臀部に痛みがある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	⑨ 顎が上がっている(首が後ろに傾く)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
口腔衛生	⑩ 自力で食べる事が出来ない	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	D
	⑪ 口臭がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	⑫ 口が乾いている	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	⑬ 歯や歯茎又は義歯が汚れている	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
口腔機能	⑭ 舌が白くなっている	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	E
	⑮ 食べるのが遅くなった(過去6ヶ月間)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	⑯ 硬いものが食べにくくなった(過去6ヶ月間)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	⑰ 口から食べ物がこぼれる	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	⑱ 口の中に食べ物が残る	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	⑲ ぐらぐらと動いている歯がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
嚥下機能	⑲ 義歯の不具合がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	E
	⑳ 食事中にむせる	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	㉑ よく咳をする	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	㉒ 痰が絡む(ゴロゴロ)、声が変わる(ガラガラ声)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
	㉓ 飲み込むのに苦労する事がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ	
㉔ 食事中に呼吸が荒くなる(ゼエゼエ)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>			いいえ		

国東市摂食嚥下機能支援事業

※上記の項目で1つでも「はい」にチェックがいたら該当分野のアセスメントシートでチェックしてみましょう

※本人及び家族がチェックした場合は1つでもチェックがいたら専門の方へ相談しましょう

摂食嚥下アセスメントシート(食物認知)

氏名 _____

評価日: 年 月 日

A

チェック項目		対処法
自力摂取(自分ですくうこと)ができる場合		
□はい・□いいえ	配膳しても食べようとしない	まめな声かけ、促し
		一口だけ介助で味わう
		香り立つ食材の配膳
		なじんだ食器類の活用、模様のない食器や食物と違う色の食器への変更(例: 黒い茶碗にご飯をつぐ) ※図1
□はい・□いいえ	食物以外の物に手を触れ食べようとしない	食事に集中出来る環境作り(例: 筆立てや花瓶、人形など、食べ物以外の物品を置かない。TVを消す、カーテンを引く。)
□はい・□いいえ	食器を並び替えるばかりで食べようとしない	ワンプレート方式: 丼物や大皿に盛り付け ※図2
		一度に配膳する品数を減らす(食べてから次を配膳する) ※図3
		お弁当箱の活用
□はい・□いいえ	スプーンや食器などには触れるが食べる行為には至らない	食事動作のきっかけを支援(例: 介助者と一緒に箸やスプーンを持ち、一口介助するなど食具の持ち方や動作の促し) ※図4 おにぎりやサンドイッチなど道具を使わずに食べられる食物を用意
□はい・□いいえ	食事のペースが速い	小さなスプーンに変更 ※図5
□はい・□いいえ	口につめ込み過ぎてしまう	声かけを行い、スピードを遅らせる
(重度)介助摂取の場合		
□はい・□いいえ	口を開けない顔をそむける介助者の手を押し返す	好物の活用(例: 本人の嗜好品を一品加える)
		食物をすくったスプーンを下唇に触れる、舐めてもらう
		本人の手に介助者の手を添えて、食物を口に運ぶ動作を支援
□はい・□いいえ	いったん口に入れた食物を吐き出す	痛みなど、食べたくない原因への対応(例: 口内炎などの傷や義歯が合っていない事への対応)
		食事時間の変更(例: 一旦中止し、時間を下げて)
□はい・□いいえ	口に溜め込んだまま飲み込まない	声かけ、やさしく身体に触れて気持ちを食事に戻す
		異なる食感や味覚(甘味・塩味など)、温かい物冷たい物を交互に介助
		好物や冷たい物で飲み込みやすくする
		頬や顎の下をマッサージする ※図6 口唇や口腔内をスプーンや指で刺激する

食物認知

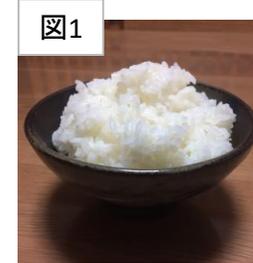


図1



図2



図3



〇〇さん、お箸を持って、お昼ご飯を食べましょう。美味しいですよ。



図4



図5



図6

※参考文献: 認知症高齢者への食支援と口腔ケア/編著 平野浩彦、認知症高齢者の自立摂食の維持に向けて/平野浩彦

摂食嚥下アセスメントシート(嚥下機能)

氏名 _____

評価日: ____年 ____月 ____日

チェック項目		考えられること(疑われること)
嚥下機能	食事中にむせる	□はい・□いいえ 食事開始時 食事に集中出来ていない、覚醒が不十分
		□はい・□いいえ 食事後半 提供している食事の量が多い、食事時間が長くなり疲労に繋がっている
		□はい・□いいえ 固形物 一口量が多い 嚙むことで水分が出てくる様な食材を用いていないか(例:果物、高野豆腐など) 飲み込みの機能と食物形態が適切でない
	□はい・□いいえ 良く咳をする	上手く飲みこめなかった食べ物のカスが喉に残り、その後 気管に落ち込む(食後しばらくたってから咳が出る場合)
		□はい・□いいえ 痰がゴロゴロと絡む 食事中にガラガラ声になる 飲み込む力が弱くなり、一回の飲み込みでは喉に残ってしまう 同じ形態の物ばかり食べる事で、喉に残り易くなっている
	□はい・□いいえ 飲み込むのに苦労する事がある(いつまでも口の中にある)	食べ物をまとめることが出来ていない(口の中の知覚や舌運動の低下) トロミの粘度が強すぎる(トロミ剤を使用している方)
		□はい・□いいえ 食事中に呼吸が荒くなる(ゼエゼエ) 発熱 倦怠感・食欲不振 痰の性質・量の変化 背もたれの角度が適切でない(ベッドまたはリクライニング車椅子で介助の方) 誤嚥している危険もあり。全身状態も併せてかかりつけ医(囑託医)に相談を



図1

<コップ飲み>

- ・ 一口量が多い
- ・ 首の角度が大きい



<吸飲み>

- ・ 一口量が多い
- ・ 首の角度が大きい



<ストロー飲み>

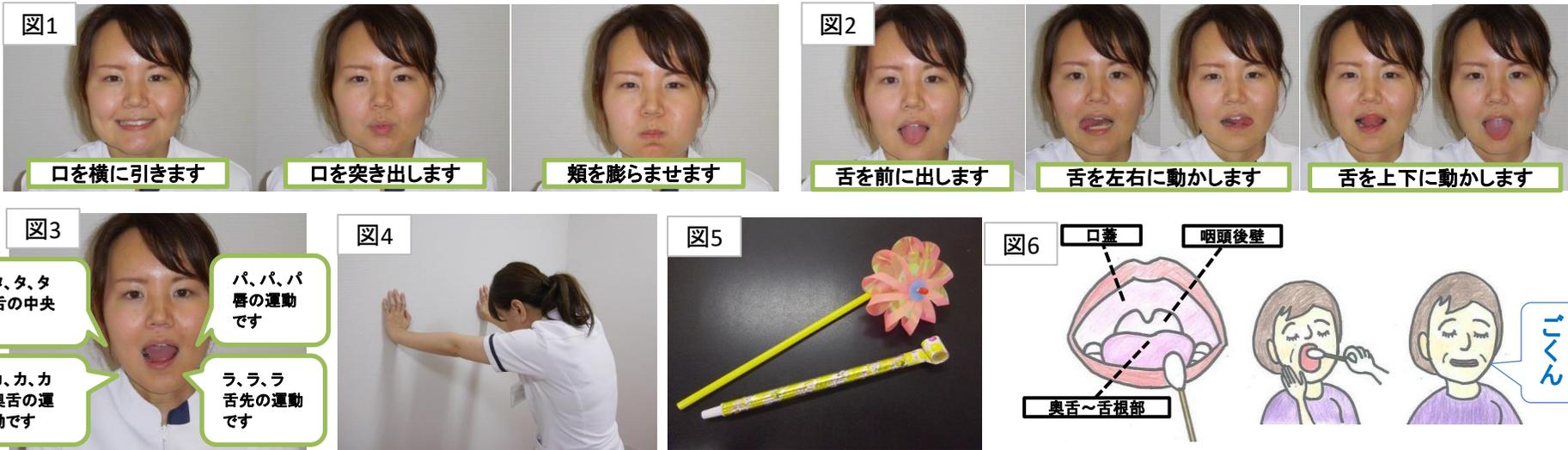
- ・ 一口量は少ない
- ・ 首の角度は小さい

※現場で対応され改善が見られない時は、かかりつけ医(囑託医)へ相談をしてください

嚥下機能訓練

訓練名		目的	方法
基本訓練	首の運動	口唇、舌、頬、首など 飲み込みに関わる筋の強化	前・後・左右・回旋とゆっくり時間をかけて動かします
	口の運動		<ul style="list-style-type: none"> 口唇を「ウ」と前に突き出したり、「イー」と横引きをします 口を大きく開け、舌を「べーっ」と出来るだけ長く出します。次に口の両端、上唇の順に舐めます。 頬を膨らませたり、すぼめたりします。 ※図1、2
	歌唱、早口言葉、発声訓練		好きな歌やパ(口唇閉鎖)、タ(食物の送り込み)、カ(咽への送り込み)を含んだ文の音読 ※図3
	呼吸・咳払い訓練	誤嚥防止	1.お腹に当てた手を押し返す様に大きく鼻から息を吸い、口をすぼめてゆっくり息を吐きます 2.机や壁を強く押して「エッエッ」と声を出し、可能であれば咳払いをします。 ※図4
飲み込み機能訓練に関わる	ブローイング訓練	呼吸機能、口唇の閉鎖、鼻への息漏れの改善	巻き笛や風車、細長くちぎったティッシュを、出来るだけ長くゆっくりと吹く。 ※図5
	アイスマッサージ	飲み込みの反射を起こり易くする	凍った綿棒で口腔内(舌の手前から奥・口蓋弓)を数回刺激し唾を飲み込む ※図6 ※アイスマッサージ用の綿棒を使用すること
	裏声発声法	喉仏を上げる筋の強化	高音域(裏声)を発声して貰う様に促し、その状態で数秒維持

注1: 上記の訓練は一例であり基本的な内容ですが、(アイスマッサージなど)出来るだけ専門職の助言を受けながら実施してください。



姿勢・動作アセスメントシート

		チェック項目	対処法
姿勢・動作	□はい・□いいえ	体幹が左右前後に傾く	左右にクッションを入れて姿勢を整える。
			車椅子から椅子に座り変える。床であれば座椅子を使用する。
			姿勢を整える。(図1参照)
	□はい・□いいえ	長時間の座位が困難	クッションを敷く。(福祉用具の選定)
			除圧をまめに行う。
			高さや素材の違う椅子へ変更する。
	□はい・□いいえ	臀部の痛みを訴える	痛みの原因は何かを特定する。(痔核、痩せすぎ、座面が硬いなど)
			痛みの原因が不明な場合は専門医へ受診。
			クッションを敷く。
	□はい・□いいえ	頸部が後屈しがちである	頸部を正中位に戻し、前屈位にする。
リクライニング機能などのある椅子(車椅子)へ変更する。(図2参照)			
姿勢を整える。(図3参照)			
□はい・□いいえ	箸・スプーンがうまく使えない	柄を太くする。(図4参照)	
		自助具を使用する。(図4参照)	
		縁の高い皿に変えてみる。(図4参照)	
□はい・□いいえ	口まで食物を運べずこぼしてしまう	先の曲がったスプーンを使用する。(図4参照)	
		肘をテーブルについて食事をする。	
		食器と身体の距離を近づける。(テーブルにかさ上げできる台を置く)	

図1 姿勢の調節



※ずっけ座り(仙骨座り)

図2 リクライニングとティルトの違い



図4



※縁の高い皿

※柄を太くしたスプーン

図1の説明

姿勢と車椅子を見る際のポイント

- ①座面の奥行きは長すぎないか?(座面の奥行きが大腿の長さより長すぎると、骨盤が後傾して坐骨が前に滑りやすくなる)※仙骨座りになっている。
- ②フットレストの高さは適切ですか?(大腿部で体重をしっかり支えていないと、坐骨は前に滑ってきます。)
- ③足の位置は膝より前に位置していないですか?(フットレストに乗る足の位置が膝の位置より前になると、骨盤が後傾しやすくなる。)

車椅子での円背姿勢の対処法

- ①介助によって少しでも脊柱が伸ばせるなら
→背張り(バックサポート)調整できる車椅子を使用し、背中にかかる圧力を逃がし、できるだけ骨盤を起こした姿勢で座ってもらう
- ②介助では脊柱が伸びにくく、食事・水分摂取時に頸部が後方に反るとき、食物・水分の送り込みに苦勞するときは・・・
→ティルトやリクライニング機能突付き車椅子で全体を上向きにし、頸部後屈(伸展)位にならないように注意する。
(枕、クッションを使用し頸部を前に倒し、顎を引くように姿勢を整える)

口腔アセスメントシート

C

評価日： 年 月 日

各項目の該当する一つにチェックをしてください
 まずは自分の口の中と見比べてください

氏名 _____

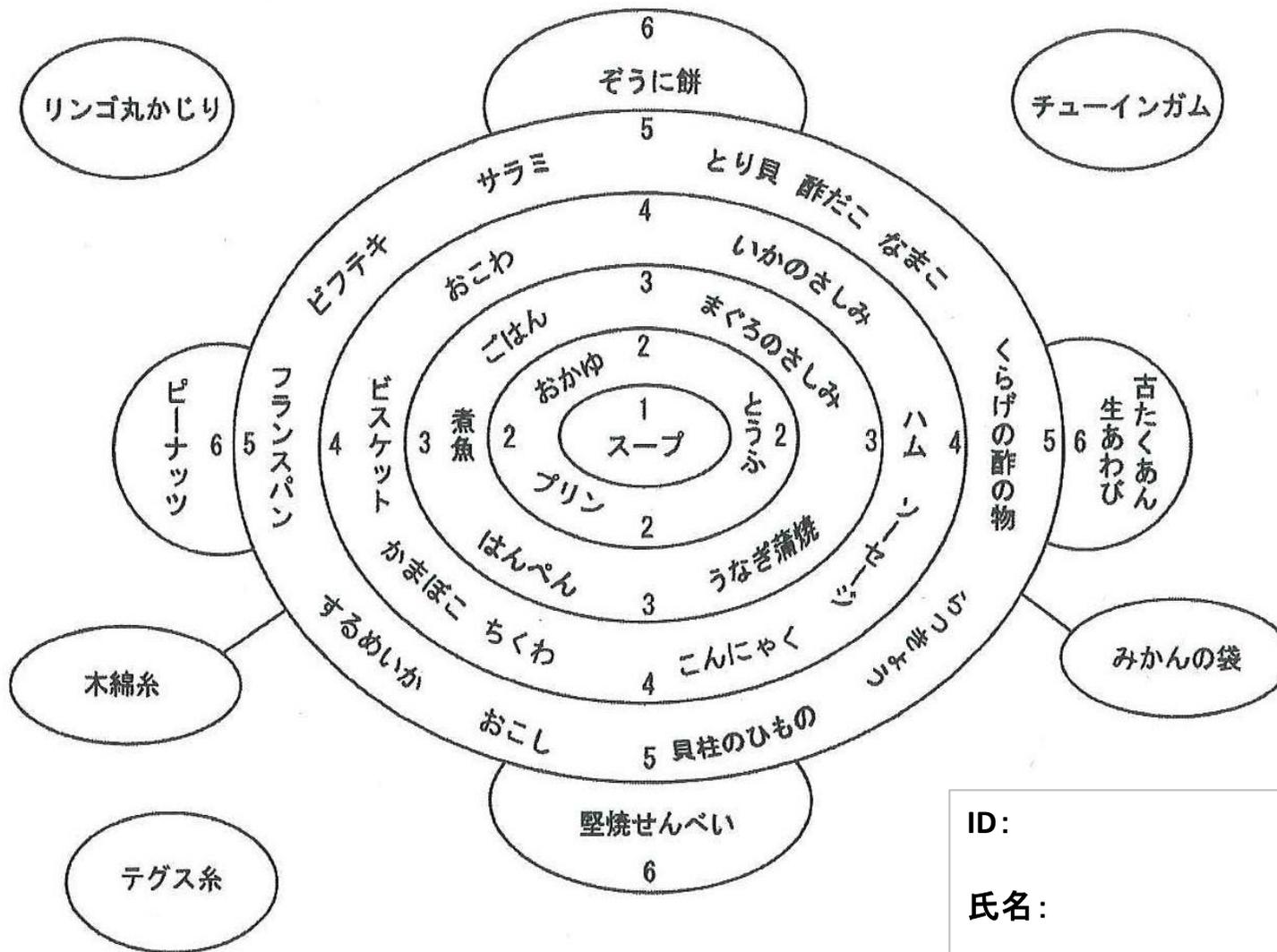
		<input type="checkbox"/>	口を開けてくれる	<input type="checkbox"/>	口誤嚥性肺炎・肺炎の既往がある	<input type="checkbox"/>	ほとんど口を開けてくれないので口腔ケアができない
開口		<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	少しは口を開いてくれるので口腔ケアができる	<input type="checkbox"/>	室内に口臭を感じる
口臭		<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	口に近づくと口臭を感じる	<input type="checkbox"/>	あり(嚥下反射が低下している)
よだれ		<input type="checkbox"/>	唾液がある	<input type="checkbox"/>	唾液が少なく、ネバネバしている	<input type="checkbox"/>	唾液が少なく、カラカラしている
口腔乾燥・唾液		<input type="checkbox"/>	きれいで歯垢・食物残渣がない 動く歯はない	<input type="checkbox"/>	部分的に歯垢や食物残渣がある 動く歯はあるがケアの妨げにならない程度	<input type="checkbox"/>	歯垢や歯石が多量に付着 抜けそうな歯がある
歯・義歯		<input type="checkbox"/>	ピンク色で潤いがある	<input type="checkbox"/>	乾燥・発赤などの色調の変化がある	<input type="checkbox"/>	自然出血・潰瘍・カンジダがある
粘膜	舌	<input type="checkbox"/>	舌乳頭がある	<input type="checkbox"/>	舌が白くなっている(舌苔)、舌乳頭がない(平滑舌)	<input type="checkbox"/>	分泌物などが強固に付着している
	口唇	<input type="checkbox"/>	平滑で亀裂がない	<input type="checkbox"/>	亀裂がある、口角炎がある		
	歯肉	<input type="checkbox"/>	引き締まっている	<input type="checkbox"/>	腫脹、ブラッシング時に出血がある		
			問題なし 現状のケアを継続してください	要注意 1つでもチェックがあり改善が無ければ、専門職へ相談してください。		問題あり 1つでもチェックがついたら、治療・専門的介入が必要です。	

咀嚼能力評価シート

(山本式総義歯咀嚼能率判定表改編)

※咬めるものに○をつけてください。飲み込めるかどうかは問いません。

D



ID: _____

氏名: _____

評価日: _____ 年 _____ 月 _____ 日



嚥下内視鏡検査（VE）について

○VEとは？

- ・約3mm程度の内視鏡（ファイバースコープまたは電子内視鏡）を用いて実施する
- ・鼻から内視鏡を入れた状態で、口から食べて食物の飲み込みの状態を観察する
- ・所要時間は10～30分程度（検査目的による）

○VEの長所

- ・被ばくが無い
- ・実際の食べ物を用いることができる
- ・咽喉頭内を直接観察できる（咽喉頭の器質的・機能的異常を観察）
- ・痰や唾液の貯留を観察できる
- ・誤嚥の検出もある程度は可能
- ・ポータブルであればベッドサイドでも可能

○VEの短所

- ・観察できる部位が咽頭・喉頭に限定される
- ・嚥下反射の瞬間は視野が狭くなる
- ・検査時の不快感（原則として局所麻酔剤は使用しないため）
- ・検査食品を少量誤嚥する可能性がある
- ・まれに鼻出血することがある（止血可能で少量）

○VEで分かること

- ・嚥下機能の診断（嚥下反射や咳反射の有無など）
- ・安全な食形態の決定（トロミ、ゼリー、嚥下食など）
- ・安全な姿勢、ペースの決定
- ・誤嚥を防ぐための代償的アプローチ（複数回嚥下、交互嚥下）
- ・むせない誤嚥（不顕性肺炎）の発見
- ・リハビリテーション手技の適応

●国東市民病院でのVEの適応

- ・全身状態が安定している（呼吸器疾患など酸素吸入中の方などは除く）
- ・指示に応じられ、座位保持が可能である
- ・検査目的が明確である
- ・本人・家族、かかりつけ医の同意を得ている

※検査当日、ご本人の状態等によっては検査できない場合がある

●検査目的

- ・経口摂取可能か？
- ・現在の嚥下機能の確認
- ・食形態のアップが可能か？
- ・ムセや痰が多く、食形態のダウンが必要か？
- ・胃ろう造設前の評価

明確な検査目的
が必要です





国東市摂食嚥下機能支援事業