

# 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.2.2.1

～福祉現場での安全な食支援を目指して～



宮城県リハビリテーション支援センター

令和8年5月

## 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) 誤嚥性肺炎発症リスクについての評価	5
誤嚥性肺炎発症リスク評価の具体例	7
(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

福祉現場における安全な食支援を目指し、平成29年3月に「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)を作成しました。令和6年3月には、名称を「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」に変更するとともに、「“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)として作成しました。

本フローチャートは現場で広く活用していただけるよう随時検討、更新しており、このたび「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.2.2.1)を作成しました。

## 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
- ・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 本フローチャートを内容そのまま紙媒体、Webサイトで利用する場合は出典を記載してください(記載例は以下のとおりです)。

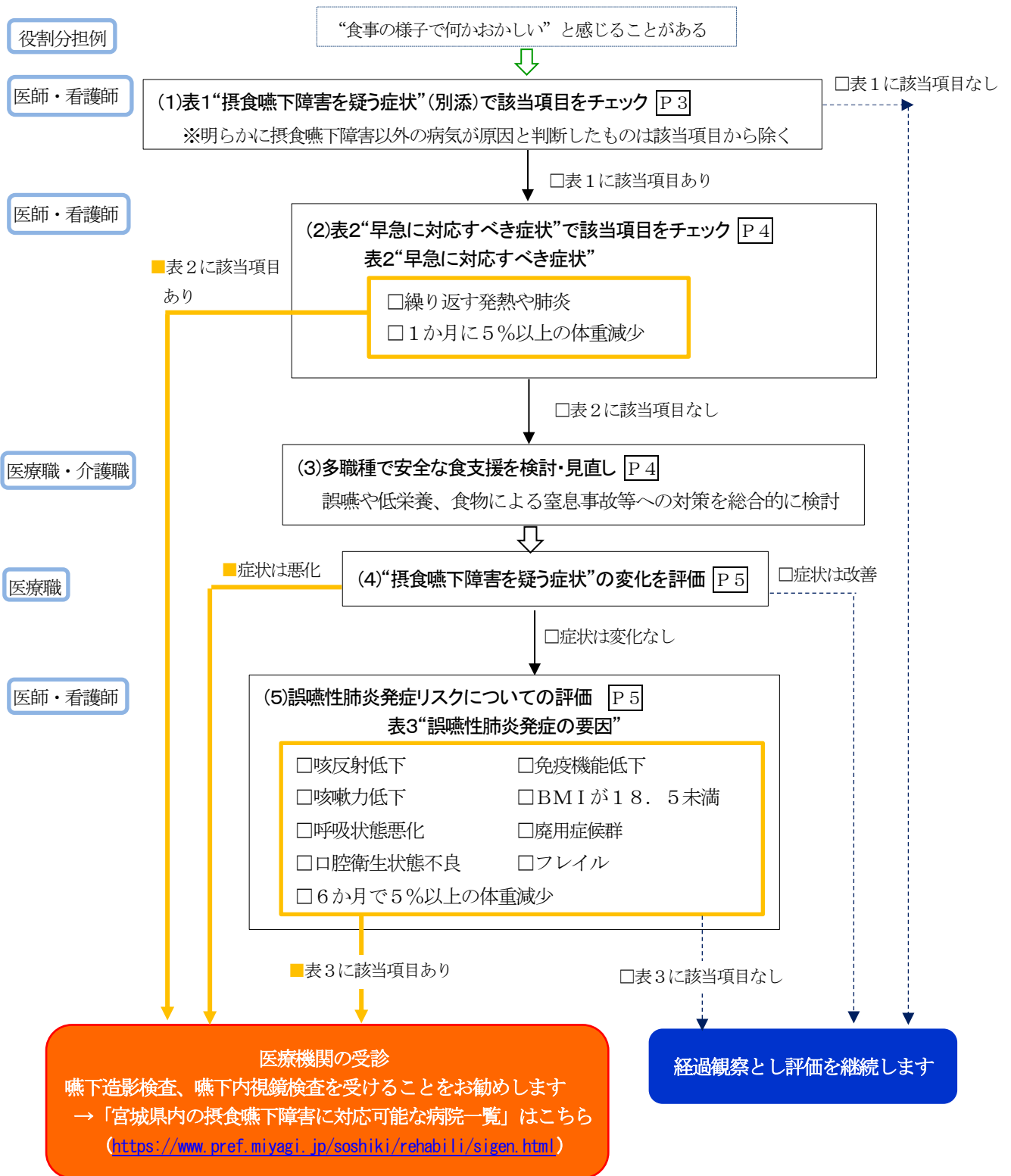
出典：「要介護高齢者や障害者の摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」(Ver.2.2.1)  
(宮城県リハビリテーション支援センター)

- ⑥ 本フローチャートは施設や地域の状況に応じて編集・加工等して利用していただくこともできます。その場合、編集・加工等を行ったことを記載してください(記載例は以下のとおりです)。  
「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.2.2.1)  
(宮城県リハビリテーション支援センター)を改変して作成

## (※) 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、嚥下機能を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。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



## 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”と感ずることがある場合、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、食事をするとう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、明らかに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が、経口摂取をして表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 “早急に対応すべき症状”

- 繰り返す発熱や肺炎
- 1か月に5%以上の体重減少

➤ 「表2に該当項目あり」の場合、誤嚥性肺炎や低栄養が疑われます。他の疾患が原因であっても、早急な対応が必要です。症状の原因を適切に特定するためにも、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

➤ 「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。

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。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。

問題点	対 策
食物をうまく飲み込めない	・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
食物を十分に咀嚼することができない	・食形態の検討 ・義歯の装着や歯科医療機関への受診を検討
上部消化管障害が疑われる	・食後の座位保持、就寝時のベットアップ等を行う。 ・上部消化管障害の治療が必要かどうか検討
摂食嚥下障害に影響を及ぼす薬剤を服用	・薬剤を処方した医師に相談 ・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分からない場合は、処方した医師や薬剤師に確認
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	・意識レベルがJCS 1桁(注)よりもよいことを確認し、食事を開始する ・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する  (注) JCSは意識障害を評価する指標 ・JCS 1桁：刺激しないでも覚醒している状態 ・JCS 2桁：刺激すると覚醒し刺激をやめると眠り込む状態 ・JCS 3桁：刺激しても覚醒しない状態 なお、JCS 2桁とJCS 3桁がJCS 2桁以上に該当
口腔内の衛生状態が不良	・口腔ケアの実施方法を検討 ・歯科医師、歯科衛生士による指導の実施を検討
食事の摂取量が不足	・栄養補助食品の提供、栄養ケアマネジメントの実施 ・経管栄養の必要性の検討

問題点	対 策
要介護・要支援者や知的障害者が食事を自立して食べている	・食事介助の必要性等を検討
認知機能が低下している、摂食行動に異常（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	・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行う。

#### (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、評価後に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、誤嚥性肺炎発症のリスクを検討しましょう。

⇒ (5) 誤嚥性肺炎発症のリスクについての評価 へ

#### (5) 誤嚥性肺炎発症リスクについての評価

医師・看護師

誤嚥性肺炎は誤嚥により必ず発症するわけではありません。

食支援の見直しを行っても「症状は変化なし」 の場合、誤嚥性肺炎発症リスクを評価するため医師、看護師が、表3 “誤嚥性肺炎発症の要因” に該当あるかどうかチェックを行います。

表3 “誤嚥性肺炎発症の要因”

<input type="checkbox"/> 咳反射低下	<input type="checkbox"/> 免疫機能低下
<input type="checkbox"/> 咳嗽力低下	<input type="checkbox"/> BMI が 18.5 未満
<input type="checkbox"/> 呼吸状態悪化	<input type="checkbox"/> 廃用症候群
<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良	<input type="checkbox"/> フレイル (※)
<input type="checkbox"/> 6 か月で 5% 以上の体重減少	

(※) 日本版フレイル基準 (J-CHS 基準) を P 6 に記載していますので参照ください。

➤ 「表3に該当項目あり」 の場合、誤嚥性肺炎発症リスクが高い可能性がありますので、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。また、表3に該当項目がなくても誤嚥性肺炎発症の不安がある場合検査を受けることを検討しましょう。なお、症状の原因がよくわからない場合、症状の原因を特定するためにもこれらの検査を受けることは有益です。

⇒ 医療機関の受診 へ

➤ 「表3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

(※) 日本版フレイル基準（J-CHS基準）

項目	評価基準
体重減少	6か月で、2kg以上の（意図しない）体重減少
筋力低下	握力：男性＜28kg、女性＜18kg
疲労感	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする
歩行速度	通常歩行速度＜1.0m/秒
身体活動	① 軽い運動・体操をしていますか？ ② 定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答

これは、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが2020年に改訂したものです。5つの評価基準のうち、3項目以上に該当するものをフレイル、1項目または2項目に該当するものをプレフレイル、いずれも該当しないものを健常としています。

なお、介護保険制度においてフレイルは健常から要介護へ移行する中間の段階とされていますが、日本版フレイル基準（J-CHS基準）においては、要介護者であっても3項目以上該当すればフレイルと評価されます。

**【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リスクの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。
- ・安全のため食形態の難易度を下げることがありますが、食形態の難易度を下げると、食べる楽しみが減少し、食欲が低下し低栄養につながることもあります。食形態の難易度を下げる必要があるのか判断が難しい場合も、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。

## 誤嚥性肺炎発症リスク評価の具体例

- ・ Aさんは80歳の男性
- ・ 要介護3
- ・ 既往歴（認知症、脳梗塞）
- ・ 表1の該当項目である症状の「食事中や食後にむせる」は、食支援の見直しを行っても変化なし
- ・ 食欲が低下しておりBMIは1.7
- ・ 日中ほとんど椅子に座って過ごしている
- 表3に該当項目がある（BMIが18.5未満、フレイル）



“誤嚥性肺炎発症リスクは高い”  
という評価に



- ・ Bさんは30歳の男性
- ・ 知的障害者（中度：療育手帳B該当）
- ・ 既往歴（特になし）
- ・ 表1の該当項目である症状の「食事中や食後にむせる」は、食支援の見直しを行っても変化なし
- ・ 食欲はありBMIは2.1
- ・ 昼間は活発に動き回っている
- 表3に該当項目がない



“誤嚥性肺炎発症リスクは低い”  
という評価に



(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」を作成し、ホームページに掲載しています。

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

**食物による窒息事故防止のためのチェックシート**

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 ( 男 ・ 女 ) \_\_\_\_\_ 歳      年    月    日

①  下記の病気になったことがある、もしくは現在かかっている (P 3①参照)

摂食嚥下障害の原因となる病気

上部消化管障害の原因となる病気

誤嚥性肺炎

②  高齢者 (65歳以上) である

日常生活動作 (ADL) が低下

③  嚥下に影響を及ぼす薬剤を服用 (P 3③参照)

日ごろから摂食状況を注意深く観察

④  摂食嚥下障害や上部消化管障害を疑う症状がある (P 4表1でチェック)

上部消化管障害を疑う症状がある場合

食後の座位保持、就寝時のベットアップ等

上部消化管障害の治療の検討

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

義歯の装着等

歯科医療機関受診の検討

⑤  口腔機能の低下がある (P 4⑤参照)

⑥  不適切な摂食行動がある (P 4⑥参照)

⑦  認知症もしくは認知機能の低下がある

嚥下機能や咀嚼機能に応じた食形態、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の検討

食事中的見守りと嚥下状態の確認

⑧  意識障害、意識レベルの低下がある

意識レベルがJCS 1桁(注1)よりもよいことを確認した上で食事を開始

意識レベルが低下しJCS 2桁以上(注2)になったら食事は中断

⑨  要介護・要支援の高齢者や知的障害者で食事を自立して食べている

食事中的見守り

上記①～⑧に該当している場合

各項目の防止策を検討

食事介助を検討

⑩  経鼻経管栄養もしくは気管切開しているが (誤嚥防止手術はしていない)、経口摂取している

日ごろから摂食状況を注意深く観察

摂食嚥下障害や上部消化管障害を疑う症状 (P 4表1でチェック) がある、摂食中に全身状態に問題等を認めた場合

主治医に相談

「食物による窒息事故防止のためのチェックシート」と「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」を併せて活用しましょう

〔施設での活用例〕

入所者全員の食物による窒息事故リスクについて、本チェックシートで把握

- ・項目④（“摂食嚥下障害を疑う症状”）に該当ある方  
→「摂食嚥下障害への基本的な対応フローチャート」も活用し、食物による窒息事故防止とともに誤嚥、低栄養等への対策を総合的に検討
  
- ・項目④以外の項目に該当ある方  
→本チェックシートを参考に、食物による窒息事故の防止策を検討
  
- ・該当項目がない方  
→日頃から摂取状況を観察し、食物による窒息事故防止のリスク把握を継続

## 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

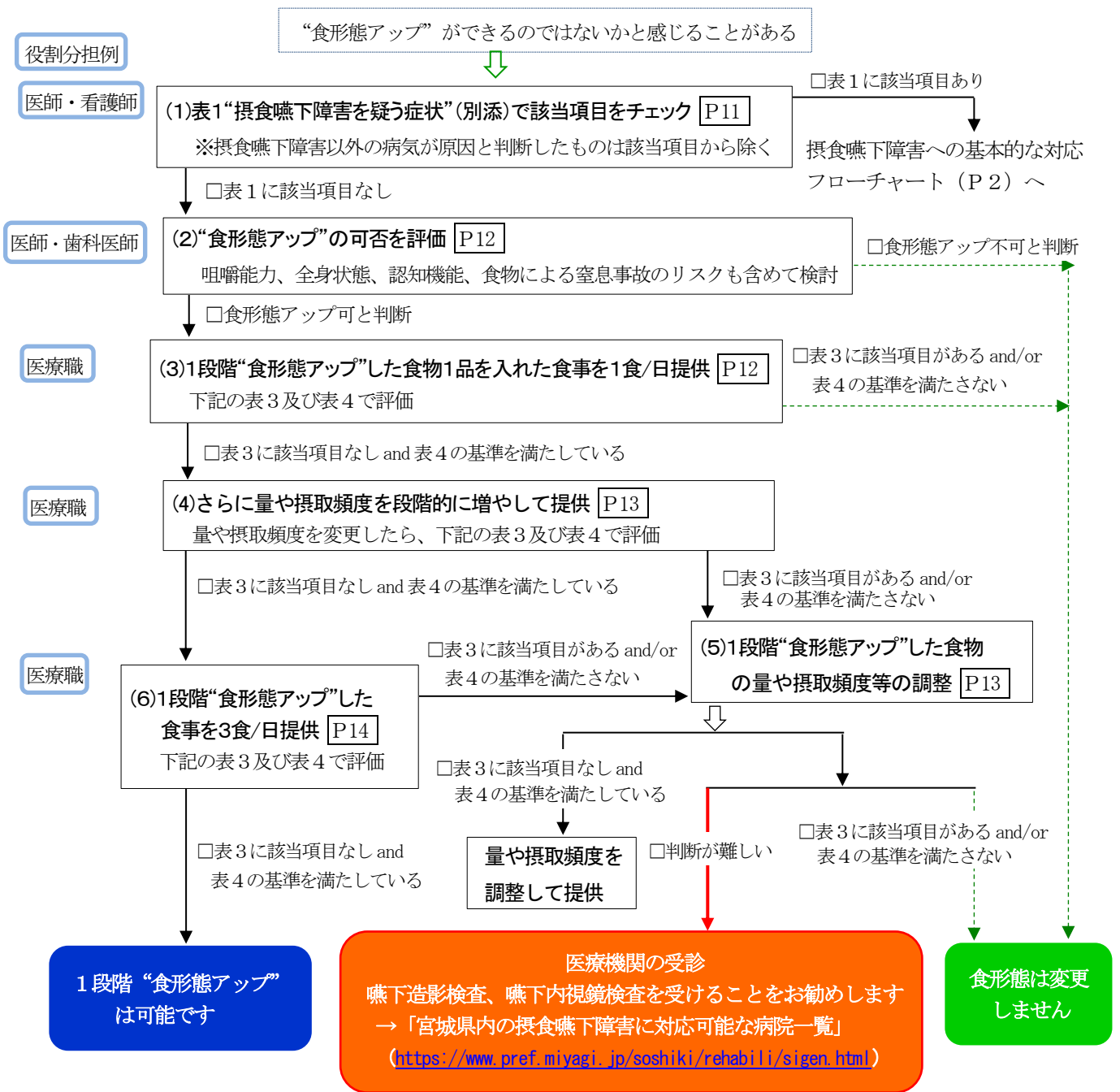


表3“食形態アップ検討時のチェックポイント”

- 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.<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。

## 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おり、この早見表はP15に掲載していますので活用ください。ただし、この早見表には常食の記載はありません。“食形態アップ”して常食の食物を提供する場合の留意事項をP14に掲載していますので、ご参照ください。

### （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こともある場合、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"/> 食事がのどに詰まりそうになったことがある |
| <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割摂食するのに摂食時間が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) 量や摂取頻度は体調に応じて調整します。また、問題が認められた場合は、すみやかに量や摂取頻度、さらに食形態を下げることも検討します。なお、食形態を下げて変更前の食形態の食事を提供しても、問題が認められる場合は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、対応を検討してみましょう。

### [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。
- ・「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。

### “食形態アップ”して常食の食物を提供する場合について

- ・「“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が、この早見表に常食の記載はありません。嚥下調整食4の食事を提供して問題はなく、常食に“食形態アップ”できるかどうかを検討する場合、本フローチャートは活用することができます。ただし、常食の提供については、より慎重な対応が求められます。
- 常食を安全に食べるためには、咀嚼できる能力が必要です。“食形態アップ”の可否を評価する場合（P12（2）参照）、提供する常食の食物を咀嚼し飲み込めるかどうかの評価が特に必要となります。
- また、常食の食物には咀嚼や飲みこみの難易度が容易なものから難しいものまで幅広くあり、窒息や誤嚥を起こしやすい食物まであります。よって、“食形態アップ”可と判断し、常食の食物を提供する場合（P12（3）～P14（6）参照）、咀嚼能力及び嚥下機能に応じた食物を選定し提供する必要があります。
- さらに、その大きさや固さにも留意し、食べやすい調理を行い、一口量や介助方法も工夫し、水分で口の中を湿らせて食べさせるようにするなど窒息事故や誤嚥がおこらないよう十分注意します。
- なお、常食提供の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、また咀嚼や口腔機能に問題ありと認められる場合は歯科医療機関受診をご検討ください。

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. 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、検討することになっています。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）
- 10) 一般社団法人日本呼吸器学会：誤嚥性肺炎：https://www.jrs.or.jp/citizen/disease/a/a-12.html（2026年2月20日閲覧）
- 11) 池永康規：長期化した誤嚥性肺炎後生活機能低下からの回復. 誤嚥性肺炎とリハビリテーション, 医歯薬出版, 708-716, 2024
- 12) 公益財団法人長寿科学振興財団：フレイルの診断：https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/frailty/shindan.html（2026年2月20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.2.2.1

平成29年3月作成 Ver.1.0  
令和6年3月改訂 Ver.2.0  
令和7年3月一部改訂 Ver.2.1  
令和8年3月一部改訂 Ver.2.2  
令和8年5月一部修正 Ver.2.2.1

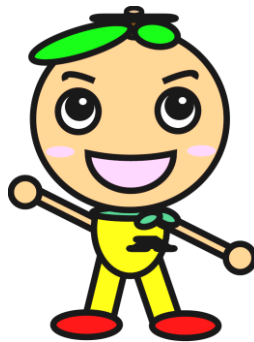
#### 宮城県リハビリテーション支援センター

〒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」