

食べる力を確かめる

「気づきのチェックシート」

年 月 日 お名前 様 記入者名

三つの視点		<input type="checkbox"/>	以下の状態がある場合、摂食嚥下機能障害が潜在している場合があります。
A 先行期 食事は楽しいですか <small>(飲食物の形・量・質等の認識のプロセス)</small>		1	食事中に姿勢がくずれ、独りで座れなくなってきた。
		2	食べる時に、首が後ろにのけぞってしまう。
		3	食事を楽しみにしていない。
		4	食事をしながら、寝てしまう。
		5	食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断する。食事に集中できない。
		6	食事又はその介助をいやがる。
		7	食事に時間がかかり、つかれる。
		8	次から次へと食べ物を口に運ぶ。
B 準備期 じっくり噛めますか <small>(噛み砕き・食塊形成にするプロセス)</small>		1	口の中が乾燥している。
		2	口の中の汚れや、口臭が増してきた。
		3	噛むことが難しくなってきた。
		4	固いものを避けて、柔らかいものばかり食べるようになった。
		5	上下の奥歯や入れ歯が噛み合っていない。
		6	口から食べ物やよだれがこぼれる。
		7	食べた後、口の中に食べ物のかすが、よく残っている。
C 口腔・咽頭・食道期 しっかりと飲みますか <small>(食塊を口腔から胃まで送るプロセス)</small>		1	食物をなかなか飲み込まず、飲み込みに時間がかかる。
		2	口の中に食べ物がたまり、食事中や食後ににごった声になる。
		3	食べ物を1回で飲み込めず、何度もごっくんをする。
		4	頻繁にむせたり、せきこんだりする。
		5	口の中はきれいだが、食事中や食後ににごった声に変わる。
		6	食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、がらがらした声が出る。
		7	最近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に吐いてしまったことがある。
D 栄養		8	食事の量に問題がある。(拒食、過食、偏食など)

ご相談・機能評価・支援等をご希望の場合は、

西多摩三師会「摂食嚥下機能障害評価・支援協力医療機関」窓口までご連絡下さい