

# NST・嚥下連絡票（神奈川Ver,3.0）

平成 年 月 日作成

担当者御中

1 患者情報	年 月 日生 歳	認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 患者ID	
2 診断名	( 年 月 日発症)	
3 既往歴	摂食嚥下関連： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 頭頸部術後 <input type="checkbox"/> ： 栄養管理関連：	
4 体格	身長 cm 体重 kg ( <input type="checkbox"/> 自称 <input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 実測 → 測定日 ) BMI: 体重kg / (身長m) <sup>2</sup>	
5 呼吸状態	酸素投与： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( L/分) 酸素飽和度 % 自己排痰： <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 可能 夜間吸引： <input type="checkbox"/> 必要 ( ) 回程度 発音： <input type="checkbox"/> さ声 <input type="checkbox"/> ガラガラ声	
6 嚥下機能	藤島の摂食状況レベル： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 評価日( ) 反復唾液嚥下テスト： 回/30秒 (実施日 ) フードテスト： 点/5点 (実施日 ) 改訂版水飲みテスト： 点/5点 (実施日 ) VF(実施日 ) VE (実施日 )	
7 栄養管理	必要エネルギー量 ( ) kcal 必要水分量 ( ) ml Alb値 ( ) g/dl 測定日 摂取経路： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 代替 【経腸→ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう】 【経静脈→ <input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/> TPN	
8 食事内容	当施設名称 ( ) →栄養価 (Kcal) 摂取量：主食 ( ) 割・副食 ( ) 割	
	主食 <input type="checkbox"/> 粥ゼリー <input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 (ベタつき調整食品添加 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( ) 分粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> ： 副食 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> ミキサー (ペースト) <input type="checkbox"/> きざみ ( <input type="checkbox"/> あんかけあり) <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ：	
【学会類2013】 <input type="checkbox"/> コード0j <input type="checkbox"/> コード0t <input type="checkbox"/> コード1j <input type="checkbox"/> コード2-1 <input type="checkbox"/> コード2-2 <input type="checkbox"/> コード3 <input type="checkbox"/> コード4		
9 食事環境	場所： <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> いす 用具： <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 小スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 { <input type="checkbox"/> ばね付き箸 <input type="checkbox"/> ( ) スプーン <input type="checkbox"/> 自助皿 <input type="checkbox"/> ： 姿勢： <input type="checkbox"/> フリー <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> ベットアップ・リクライニング ( ) 度 顔の向き： <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き <input type="checkbox"/> 正面 食事環境の整備： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
10 食事状況	食事介助： <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自力 食事回数： ( ) 回/日 食事に要する時間： ( ) 分 むせ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし 口腔内残し： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 吸引の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 摂食方法、介助のテクニック <input type="checkbox"/> 複数回嚥下 → 嚥下した後に、空嚥下をしてもらう <input type="checkbox"/> 他： <input type="checkbox"/> 交互嚥下 → ( <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> とろみ) を他の食品と交互に食べる	
11 水の飲み方	とろみ調整食品 (増粘剤) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 → (製品 ) を使用し、100mlに ( <input type="checkbox"/> 0.5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> g) 混入 学会のとろみ分類： <input type="checkbox"/> 段階1 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 段階2 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 段階3 濃いとろみ	
12 服薬管理	経路： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経口+経管 <input type="checkbox"/> ( ) 方法： <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー埋込 <input type="checkbox"/> 食物混入 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> ( )	
13 口腔管理	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 口腔内環境： <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 要注意 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 口腔のケア： <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要確認 <input type="checkbox"/> 自力 うがい： <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる ケア用品： <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> くるりナブラシ <input type="checkbox"/> 不織布 <input type="checkbox"/> ： 義歯： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上顎あり <input type="checkbox"/> 下顎あり <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 安定剤使用 <input type="checkbox"/> 要歯科受診	
14 リハビリ	リハビリテーションの内容	
15 本人家族希望 その他報告等		

状態は変化する可能性があります。何かご不明な点は下記連絡先までお問い合わせください。よろしくお願い申し上げます。

【病院・施設名】

記入担当者名 (職種)

( )

# NST・嚥下連絡票（神奈川Ver3.0）

# 読み方マニュアル

## 嚥下調整食品の学会分類2013（日本摂食・嚥下リハビリテーション学会）

●食事の分類早見表：使用には「嚥下調整食品学会分類2013」も参照ください（<http://www.jsdr.or.jp/>）

コード	形態	特色・必要な咀嚼能力・例
0j ゼリー	均質で、付着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー、丸のみ可能	重度の症例に対する評価・訓練用で食べ方も工夫 たんぱく質含有量が少ない、物性を配慮したゼリー
0t とろみ	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水	重度の症例に対する評価・訓練用 たんぱく質含有量が少ない、とろみ濃度は他を参照
1j ゼリー	均質で、付着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー、プリン、ムース状 表面のざらつき有り、丸のみ可能	たんぱく質含有量は問わないが物性に配慮 お粥ゼリー、卵豆腐 押しつぶしが必要ならコード3、離水はコード4
2-1	均質でなめらか <b>ピューレ、ペースト、ミキサー食</b>	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られる 口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの
2-2	<b>粒がある不均質なものをピューレ、ペースト、ミキサー食</b>	※簡単な操作：口に入れたものを広がらずに送り込める能力がある程度は必要となる
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（のど）でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がなく、誤嚥のリスクに配慮したもの	歯や補綴物がなくても舌と口蓋の押しつぶし、適量を送り込める、まとめる（食塊形成）能力が必要 水分がサラサラの液体でない全粥、5分粥、やわらかい煮込みハンバーグ、やわらかい卵料理、あんかけをしたやわらかい煮物
4	硬すぎず、ばらけにくく、粘りつきにくいもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	歯がなくても、歯槽堤間（歯肉）で押しつせる能力以上全粥、素材に配慮された和洋中の煮物、卵料理など

### 他の分類との比較（UDF：ユニバーサルデザインフード）

0j	0j	嚥下食ピラミッドL0 / 嚥下困難者用食品評価基準Ⅰ / スマイルケア食：赤C
1j	0t	嚥下食ピラミッドL3の一部
	1j	嚥下食ピラミッドL1～L2 / 嚥下困難者用食品評価基準Ⅱ / UDF区分4 / スマイルケア食：赤B
2-1	2-1	嚥下食ピラミッドL3 / 嚥下困難者用食品評価基準Ⅱ・Ⅲ / UDF区分4 / スマイルケア食：赤A
2-2	2-2	嚥下食ピラミッドL3 / 嚥下困難者用食品評価基準Ⅱ・Ⅲ / UDF区分4 / スマイルケア食：赤A
3	3	嚥下食ピラミッドL4 / UDF区分3 / 高齢者ソフト食 / スマイルケア食：黄C・黄Bの一部
4	4	嚥下食ピラミッドL4 / UDF区分1・2 / 高齢者ソフト食 / スマイルケア食：黄A・黄Bの一部

### ●とろみの段階

段階1:薄いとろみ	段階2:中間のとろみ	段階3:濃いとろみ
スプーンを傾けるとすっと流れおちる / フォークの歯の間から素早く流れ落ちる / ストローで容易に吸うことができる	スプーンを傾けるとトロトロと流れる / フォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちる / ストローで吸うのは抵抗がある	スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくい / フォークの歯の間から流れ出ない / ストローでは吸うことは困難
LST値36～43(粘度50～150)	LST値32～36(粘度150～300)	LST値30～32(粘度300～500)

### 藤島の嚥下状況のレベル

摂食状況のレベル			
摂食嚥下障害を示唆する問題あり(注1)	経口なし	Lv.1 嚥下訓練(注2)を行っていない	注1:例)覚醒不良、口からのこぼれ、ムセ等 注2:専門家、指導された介護者、本人が行う訓練 注3:嚥下調整食品、表面の一覧表参照 注4:特別食べにくいもの:パサつくもの、堅いもの、水など
		Lv.2 食物を用いない嚥下訓練を行っている	
		Lv.3 ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている	
	経口と代替栄養	Lv.4 1食分未満の(楽しみレベル)嚥下食(注3)を経口摂取も代替栄養が主体	
		Lv.5 1-2食の嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養も行っている	
		Lv.6 3食の嚥下食の経口摂取が主体で、不足分の代替栄養を行っている	
	経口のみ	Lv.7 3食の嚥下食を経口摂取している 代替栄養なし	
		Lv.8 特別食べにくいもの(注4)を除いて、3食経口摂取している	
		Lv.9 食物の制限なく、3食を経口摂取している	
	正常	Lv.10 摂食嚥下障害に関する問題はなし(正常)	

### 嚥下機能評価

●RSST（反復唾液嚥下テスト）：嚥下運動（空嚥下）を30秒間に何回起こせるかを観察する。3回未満で嚥下障害疑い

●改訂版水飲みテスト（MWST）

→3ccの冷水を口腔底に注ぎ嚥下してもらう

●フードテスト（FT）

→ティースプーン1杯のゼリーを嚥下してもらう

MWST・FT採点：3点以下で嚥下機能低下の疑い

1点；嚥下なし・むせるand/or呼吸切迫

2点；嚥下あり・呼吸切迫

3点；嚥下あり・呼吸良好・むせるand/or湿性嘔声・口腔内中等度残留

4点；嚥下あり・呼吸良好・むせない・口腔内残留ほぼなし

5点；4点の症状に加え、追加空嚥下が30秒以内に2回可能

●VE（嚥下内視鏡検査）：鼻からのファイバー下で嚥下を評価

●VF（嚥下造影検査）：レントゲン透視下で嚥下を評価