

佐久地域食事・栄養に関するサマリー

平成 22 年 6 月作成

(平成 30 年 7 月改定)

長野県佐久保健福祉事務所

目 次

「佐久地域食事・栄養に関するサマリー」の改定にあたって	1
様式 1	2
様式 2	3
別紙「食事分類表」	4
様式 1 の記入要領	5
様式 2 の記入要領	7
別紙「食事分類表」記入要領	9

「佐久地域食事・栄養に関するサマリー」の改訂にあたって

平成 30 年 7 月

長野県佐久保健福祉事務所

1 はじめに

管内の病院・福祉施設等の入院患者・利用者の食事・栄養に関する情報を円滑に相互に伝達することを目的として、平成 22 年 6 月に佐久保健福祉事務所管内の「食事・栄養に関するサマリー」を作成し、各施設等で活用してきました。

作成から 8 年が経過し、医療・介護・地域が連携して、適切な食事提供を地域内で継続するためには、サマリーにより共有する栄養情報の内容を見直すことが課題となってきました。そのため、医療・介護・地域の各分野の管理栄養士等による検討会を開催し、地域内でサマリーがより有効に活用されるよう、その内容を検討し「佐久地域食事・栄養に関するサマリー」の様式等を改訂することとしました。

また、今後もサマリーを活用していく際に課題等がある場合には、必要に応じて検討・修正していきます。

2 改訂主な内容

- (1) 提供内容及び提供方法、食事に関する問題点等の選択肢の増
- (2) 食事形態について、「嚥下調整食学会分類 2013」による分類コードを記載
- (3) 「嚥下調整食学会分類 2013」を共通スケールとして、各施設の食事分類がどのような食事形態なのかを見える化するため、各施設の食事分類表の作成を推奨

3 運用について

- (1) 記入者 管理栄養士・栄養士
- (2) 対象者 食事摂取・栄養状態に課題のある者等
- (3) 提供方法 可能な範囲で、看護・利用者提供書等に添付する

4 様式及び記入要領について

- (1) 様式 1 基本の改定様式
- (2) 様式 2 退院時共同指導料算定のために示された別紙様式 50「看護及び栄養管理等に関する情報(2)」に示された必須項目を入れた様式例。
指導料を算定する場合には、こちらの様式の項目が必要なため、確認の上使用してください。
- (3) 別紙 食事分類表を各施設できるだけ作成し、様式 1、様式 2 に添付する
- (4) 様式の配布 エクセル形式の様式ファイルは佐久保健福祉事務所ホームページからダウンロードしてください。

この情報は当院、当施設に入院、利用中に提供していた食事内容の情報です。
服薬等の情報については、医療・利用者情報提供書等でご確認ください。

記入日 平成 年 月 日
 担当 管理栄養士・栄養士
 記入 管理栄養士・栄養士
 所属名
 連絡先電話 () (内線)
 E-mail

氏名	ふりがな	様	男・女	食事に関連する既往歴・疾患名など ^{*1}
生年月日	M・T・S・H 年 月 日		歳	

身長	cm	/ /	BMI
体重	kg	/ /	kg/m ²
体重の変動			

血液検査		その他検査項目	検査値	検査日
Alb	g/dl	/ /		/ /
Hb	g/dl	/ /		/ /

(経管栄養)

経腸栄養剤	品名		総投与エネルギー量 kcal	<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃婇 <input type="checkbox"/> その他 ()
	指示量	朝 ml 昼 ml 夕 ml		投与速度 ml/h r
水分	品名	白湯 ()		
	指示量	朝 ml 昼 ml 夕 ml		
特記事項				

(経口栄養)

提供食事内容		<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 特別食 (食種)		
エネルギー kcal	たんぱく質 g	脂質 g	食塩相当量 g	()
食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 () 重量 () g		
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ (cm角) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()		
*別紙参照 嚥下調整食		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	学会分類 2013	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 1-j <input type="checkbox"/> 0-t <input type="checkbox"/> 0-j
食事摂取量		主食 割	副食 割	
水分摂取状況	とろみ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (学会分類2013の段階 <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い) <input type="checkbox"/> ゼリー		
使用食器		<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン(<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小) <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他 ()		
飲み物		<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> ヤクルト <input type="checkbox"/> その他 ()		
補助食品の使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { 内容 使用理由と頻度		
食物アレルギー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原因食品:)		
制限が必要な食品		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (制限食品:)	ワルファリン使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嗜好		好きな物		嫌いな物
摂取方法		<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事に関する問題点		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 食べこぼし (<input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少) <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 麻痺 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> その他 ())		
歯の状況		<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 自歯		
特記事項				

食事・栄養に関するサマリー(様式2)

(栄養部門 ↔ 栄養部門)

この情報は当院、当施設に入院、利用中に提供していた食事内容の情報です。
服薬等の情報については、医療・利用者情報提供書等でご確認ください。

評価日 平成 年 月 日
 担当 管理栄養士・栄養士
 記入 管理栄養士・栄養士
 所属名
 連絡先電話 () (内線)
 E-mail

氏名	ふりがな	男・女	食事に関連する既往歴・疾患名など ^{※1}		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	歳			
身長	cm / /	BMI	下腿周囲長	握力	過去(週間)の体重変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 減少(kg %)
体重	kg / /	kg/m ²	cm	kgf	
検査・その他	A l b g/dl / /	Hb g/dl / /	その他	/ /	
身体所見	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 嚥下困難障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難障害 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 食物認識 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 消化器症状(<input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘) <input type="checkbox"/> 浮腫(<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯不適 <input type="checkbox"/> 食べこぼし(<input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少) <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 麻痺(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他()				

栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸 (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃婇 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 静脈)				
食事回数	回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> その他()				
1日栄養量	エネルギー	たんぱく質	食塩	水分	その他
必要栄養量	kcal/標準体重kg kcal/現体重kg	g/標準体重kg g/現体重kg	g	ml	
摂取栄養量	kcal/標準体重kg kcal/現体重kg	g/標準体重kg g/現体重kg	g	ml	

(経口栄養)

食種	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 特別食(食種)				
食事形態	主食	朝	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他()	重量	g
		昼	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他()	重量	g
		夕	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他()	重量	g
副食	食形態	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> さざみ(cm角) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()			
*別紙参照	嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	学会分類2013	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 1-j <input type="checkbox"/> 0-t <input type="checkbox"/> 0-j	
食事摂取量	主食	割	副食	割	
とろみ調整食品の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (学会分類2013の段階 <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い) <input type="checkbox"/> ゼリー				
使用食器	<input type="checkbox"/> 端 <input type="checkbox"/> スプーン(<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小) <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他()				
飲み物	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> ヤクルト <input type="checkbox"/> その他()				
補助食品の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { 内容 使用理由と頻度				
その他影響する問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原因食品:)				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原因食品:)				
禁止食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (制限食品:) <input type="checkbox"/> ワルファリン使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
嗜好	好きな物		嫌いな物		
摂取方法	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				

(経管栄養)

経腸栄養剤	品名				総投与エネルギー量	kcal
	指示量	朝 ml	昼 ml	夕 ml	投与速度	ml/h r
水分	品名	白湯 ()				
	指示量	朝 ml	昼 ml	夕 ml		
特記事項						

栄養管理・栄養指導等の経過	
栄養管理上の注意点と課題	

別紙【食事分類表】

学会分類2013		自施設で対応しているの食事分類					
コード	名称	主食		副食			
		名称	提供食	食形態の名称 or 商品名	形態の説明	可能ならば 写真を掲載	提供食
0	j 嚥下訓練食j		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	t 嚥下訓練食t		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
1	j 嚥下調整食1j		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
2	1 嚥下調整食2		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	2 嚥下調整食2		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
3	嚥下調整食3		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4	嚥下調整食4		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
普通食			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

様式 1 「食事・栄養に関するサマリー①」の記入要領

項 目	記 入 内 容 等
管理栄養士・栄養士名	記入内容等の情報がわかる、担当管理栄養士・栄養士名及びサマリーを記入した管理栄養士・栄養士名と連絡先を記入してください。
既往歴・疾患名など	食事の提供に関係がある既往歴や疾患名などについて記入してください。(その他の内容については看護サマリー等で確認する。)
身長・体重・BMI	最新の測定値と測定日をそれぞれ記入してください。
体重の変動	体重の増減があったら、その時期と状況について記入してください。
血液検査等	直近で実施した検査結果と検査日を記入してください。 Alb、Hb以外に実施している食事提供に係りのある検査については、検査項目、検査値、検査日を記入してください。
経管栄養	<p>[経腸栄養剤]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 使用している栄養剤の品名を記入してください。 ■ 総投与エネルギー量と朝・昼・夕の指示量を記入してください。 ■ 投与速度は把握している場合のみ記入してください。 <p>[水分]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 白湯以外は () 内に品名を記入してください。 ■ 朝・昼・夕の指示量を記入してください。指示量にフラッシュ分の水分は含まない <p>[特記事項]</p> <p>制限やとろみ等、特記事項がある場合は記入してください。</p>
経口栄養	<p>[提供食事内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 一般食・特別食の該当するものに☑を記入してください。特別食の場合は食種を () に記入してください。 ■ エネルギー、たんぱく質、脂質、食塩相当量、その他配慮していた栄養素等提供している食事の給与栄養量を記入してください。 <p>[食事形態]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 主食 該当項目に☑と提供量を記入してください。 ■ 副食 該当項目に☑を記入してください。(※きざみは大きさを記入) <ul style="list-style-type: none"> ・ 食形態：とろみのついていない状態 ・ 嚥下調整食：該当状況に☑記入。必要の場合は学会分類の嚥下レベルに☑：別紙分類表を参照する。 <p>[食事摂取量]</p> <p>直近 1 週間の平均量を記入してください。</p> <p>[水分摂取状況]</p> <p>該当する状況に☑を記入してください。(とろみの段階は学会分類 2013 で確認する)</p>

経口栄養	<p>[使用食器] 使用している食具等に☑を記入してください。</p> <p>[飲み物] 提供している飲み物に☑を記入してください。</p> <p>[補助食品の使用] ■有無について☑を記入してください。 ■有の場合は使用食品の名称（末尾のアルファベット等を略さない）、使用量、使用頻度、使用理由を記入してください。</p> <p>[食物アレルギー] ■有無について☑を記入してください。 ■有の場合は該当する食品名を（ ）内に記入してください。</p> <p>[制限が必要な食品] ■有無について☑を記入する。 ■有の場合は該当する食品名を（ ）内に記入してください。</p> <p>○嗜好 把握していた「好きな物」「嫌いな物」を記入してください。</p> <p>○摂取方法 該当する状況に☑を記入する。</p> <p>○食事に関する問題点 該当する項目に☑を記入してください。</p> <p>○歯の状況 該当する状況に☑を記入してください。</p>
特記事項	上記以外に情報提供が必要な内容を記入する。

様式2「食事・栄養に関するサマリー②」の記入要領

項目	記入内容等
管理栄養士・栄養士名	記入内容等の情報がわかる、担当管理栄養士・栄養士名及びサマリーを記入した管理栄養士・栄養士名と連絡先を記入してください。
既往歴・疾患名など	食事の提供に関係がある既往歴や疾患名などについて記入してください。(その他の内容については看護サマリー等で確認する。)
身長・体重・BMI	最新の測定値と測定日をそれぞれ記入してください。
下腿周囲長・握力	測定値を記入。不明の場合は不明と記入
体重の変化	体重の変化について評価の期間(週)と、増減があったら、その時期と状況について記入してください。
血液検査等	直近で実施した検査結果と検査日を記入してください。Alb、Hb以外に実施している食事提供に関係のある検査については、検査項目、検査値、検査日を記入してください。(測定していない場合は測定無しと記載)
身体所見	該当する項目に☑を記入してください。
栄養補給法	該当する項目に☑を記入してください。
食事回数	回数、該当項目に☑を記入してください。
1日の栄養量	必要栄養量及び摂取栄養量について、標準体重および現体重当たりの数値を記入してください。
経口栄養	<p>[食事形態]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■主食 該当項目に☑と提供量を記入してください。 ■副食 該当項目に☑を記入してください。(※きざみは大きさを記入) <ul style="list-style-type: none"> ・食形態：とろみのついていない状態 ・嚥下調整食：該当状況に☑記入。必要の場合は学会分類の嚥下レベルに☑(別紙分類表を参照する)。 <p>[食事摂取量]</p> <p>直近1週間の平均量を記入してください。</p> <p>[とろみ調整食品の使用]</p> <p>該当する状況に☑を記入してください。 (とろみの段階は学会分類2013で確認する)</p> <p>[使用食器]</p> <p>使用している食具等に☑を記入してください。</p> <p>[飲み物]</p> <p>提供している飲み物に☑を記入してください。</p>

<p style="text-align: center;">経口栄養</p>	<p>[補助食品の使用]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 有無について☑を記入してください。 ■ 有の場合は使用食品の名称（末尾のアルファベット等を略さない）、使用量、使用頻度、使用理由を記入してください。 <p>[食物アレルギー]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 有無について☑を記入してください。 ■ 有の場合は該当する食品名を（ ）内に記入してください。 <p>[制限が必要な食品]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 有無について☑を記入する。（治療、服薬、宗教上などによる事項） ■ 有の場合は該当する食品名を（ ）内に記入してください。 <p>○嗜好 把握していた「好きな物」「嫌いな物」を記入してください。</p> <p>○摂取方法 該当する状況に☑を記入する。</p>
<p style="text-align: center;">経管栄養</p>	<p>[経腸栄養剤]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 使用している栄養剤の品名を記入してください。 ■ 総投与エネルギー量と朝・昼・夕の指示量を記入してください。 ■ 投与速度は把握している場合のみ記入してください。 <p>[水分]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 白湯以外は（ ）内に品名を記入してください。 ■ 朝・昼・夕の指示量を記入してください。指示量にフラッシュ分の水分は含まない <p>[特記事項] 制限やとろみ等、特記事項がある場合は記入してください。</p>
<p style="text-align: center;">特記事項</p>	<p>上記以外に情報提供が必要な内容を記入する。</p>

別紙【食事分類表】記入要領

○各施設ごとに食事分類表をできる限り作成してください。

項 目		記 入 内 容 等
主食	名称	各施設で対応している主食の食種を、学会分類に基づき形態別に記入してください。 (学会分類の形態は学会分類 2013 (食事) 早見表を参考とする。)
	提供食	対象者に提供していた食種に☑する。
副食	食形態の名称 or 商品名	各施設で対応している副食の食種の名称を、学会分類に基づき形態別に記入してください。(または使用している商品名を記入してください) (学会分類の形態は学会分類 2013 (食事) 早見表を参考とし、各施設の食種を学会分類の形態に近い欄に記入してください。) 該当する食種がない場合は空欄で良い
	形態の説明	各食種について、記入例を参考に調理方法等の説明を記載してください。
	写真	各施設が実際に提供している、各食種(形態)を見える化するため、食種ごとの写真を可能な限り掲載してください。 【留意点】 ○食形態をできるだけ容易に比較できるよう、掲載する料理の写真はできるだけ魚料理とする。 ○料理の形態が明確になるよう、食器はできるだけ色の濃いものを使用するなど、盛り付け食器の選択にもできるだけ配慮してください。
	提供食	対象者に提供していた食種に☑する。

記入例

別紙【食事分類表】

病院・施設名 ○○○病院

学会分類2013		自施設で対応しているの食事分類					
コード	名称	主食		副食			
		名称	提供食	食形態の名称 or 商品名	形態の説明	可能ならば 写真を掲載	提供食
0	j 嚥下訓練食j		<input type="checkbox"/>	エンゲリード			<input type="checkbox"/>
	t 嚥下訓練食t		<input type="checkbox"/>	トロミ水			<input type="checkbox"/>
1	j 嚥下調整食1j	おもゆゼリー	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
2	嚥下調整食2	ミキサー粥	<input type="checkbox"/>	ミキサー食	軟菜食に適度にだし汁を加えてミキサーにかけた後、とろみ剤を加えてはちみつ状の粘度を付ける		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
3	嚥下調整食3	5分粥	<input type="checkbox"/>	ソフト食	軟菜食をミキサーをかけた後、ゲル化剤を使用し、ゼリー状化する		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4	嚥下調整食4	全粥	<input type="checkbox"/>	特細きざみ	軟菜食を0.5cm角程度にカット（とろみが必要な人には汁や水気の多いものにとろみをつける）		<input type="checkbox"/>
		軟飯	<input type="checkbox"/>	きざみ	軟菜食を1cm角程度にカット		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
普通食			<input type="checkbox"/>	きざみ	軟菜食を1cm角程度にカット		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	軟菜食	噛みにくいもの、硬い物は除き、食材は加熱調理を基本として柔らかくする。		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	常食			<input type="checkbox"/>

【参考】

学会分類2013(食事)早見表 抜粋

コード	名称	形態	目的・特色	主食の例
0	嚥下訓練食j	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・残留した場合も吸引が容易 ・たんぱく質含有量少ない 	
	嚥下訓練食t	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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	
1	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	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔外で既に適切な食塊状となるもの(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付ける必要がある ・Oj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
2	嚥下調整食2	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
		ピューレ・ペースト・ミキサー食など、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)でも柔らかく、離水もなく付着性も低い粥類
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。多量の離水がない。	<ul style="list-style-type: none"> ・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
4	嚥下調整食4	かたさ・ばらけやすさ・粘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。	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥と窒息リスクを配慮して素材の調理方法を選んだもの ・歯が無くても対応可能だが、上下の歯槽堤間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要でたと口蓋間で押しつぶすことは困難 	軟飯、全粥 など

学会分類2013(とろみ)早見 抜粋

	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
性状の説明 (飲んだとき)	<ul style="list-style-type: none"> ・「drink」という表現が適切なたろみの程度 ・口に入れると口腔内に広がる液体の種類・味や温度によっては、とろみが付いていることがあまり気にならない場合もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・明らかにとろみがあることを感じ、かつ「drink」という表現が適切なたろみの程度 ・口腔内での動態はゆっくりですぐには広がらない ・舌の上でまとめやすい ・ストローで吸うのは抵抗がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・明らかにとろみが付いていて、まとまりがよい ・送り込むのに力が必要 ・スプーンで「eat」という表現が適切なたろみの程度 ・ストローで吸うことは困難
性状の説明 (見たとき)	<ul style="list-style-type: none"> ・スプーンを傾けるとすっと流れ落ちる ・フォークの間から素早く流れ落ちる ・カップを傾け、流れ出た後はうすら跡が残る程度の付着 	<ul style="list-style-type: none"> ・スプーンを傾けるととろとろと流れる ・フォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちる ・カップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたような付着 	<ul style="list-style-type: none"> ・スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくい ・フォークの間から流れ出ない ・カップを傾けても流れ出ない(ゆっくりと塊となって落ちる)

※学会分類2013は、概説、総論、学会分類2013(食事)学会分類2013(とろみ)からなり、上記早見表はそれぞれの分類から作成された早見表の抜粋です。

本分類表を使用するにあたっては「嚥下調整食学会分類2013」の本文を必ず参照してください。