医療事故の再発防止に向けた提言
第 22 号

入院早期に発生した食物による窒息に係る死亡事例の分析

2026年 8月

医療事故調査・支援センター
（一般社団法人 日本医療安全調査機構）

本提言の関連資料
・提言の一覧

「再発防止に向けた提言書」の趣旨

本提言書は、医療事故調査・支援センターに様々な医療機関から報告された個々の死亡事例の調査報告書をもとに、類似事例を集積し、その共通点・類似点を調査・分析して、情報提供するものです。

本提言書の位置づけは、学会から出される指針と異なり、「死亡に至ることを回避する」という視点で、再発防止の考え方を示したものであり、これにより、医療従事者の裁量を制限したり、あるいは新たな義務や責任を課したりするものではありません。

このようなことを踏まえ、提言書は、利用される方が個々の医学的判断、患者の状況、年齢、本人やご家族の希望、さらには、医療機関の診療体制や規模等を総合的に勘案して、ご活用していただきたくお願いします。

なお、この提言書は、医療法第６条の１６の規定に基づき、同様の死亡事例が発生しないよう、再発防止と医療安全の確保を目的として情報提供するものであり、係争等の解決の手段として利用されることを目的としているものではありません。

医療事故の再発防止に向けた提言（第22号）の公表にあたって

一般社団法人 日本医療安全調査機構
理事長　門脇　孝

一般社団法人日本医療安全調査機構は、2015 年 10 月より開始された医療事故調査制度に基づき、医療事故調査・支援センターとして、医療の安全を確保し医療事故の再発防止、医療の質向上を目指すべく日々取り組んでおります。

医療は近年、ますます高度化・多様化しており、その中で医療機関は重大な医療事故が起こらないよう院内において日々予防に取り組まれていることと思います。しかしながら、医療の提供の場においては、時に予期しない形で患者が死亡するという重大事象が発生する場合があり、それらの事例をセンターに報告いただいております。制度開始以来、10 年 10 か月が経過し、センターに報告された院内調査結果報告書は 3,400 件を超えました。この結果報告書から「医療事故の再発防止に向けた提言」として、これまでに 21 の提言書を公表してきました。

このたび、センターとして第 22 号の医療事故の再発防止に向けた提言をまとめるに至り、分析課題として「入院早期に発生した食物による窒息に係る死亡事例」を取り上げました。食事は、生活の質（Quality of Life、以下「QOL」）を左右する重要な要素であります。同時に、入院中の食事摂取は、窒息など生命に関わる重大な事故につながることがあります。そのため、医療安全の観点から、食事が関連する窒息は重要な検討事項となります。入院早期の食物による窒息で死亡に至った事例は、医療事故調査制度において 13 例報告されており、その重大性に鑑み、今回の提言をまとめました。

医療事故調査制度の目的は、医療現場の安全の推進です。安全な医療を提供するためには、多方面からの様々な取り組みや努力が求められます。「医療事故の再発防止に向けた提言」は、センターに報告されている死亡事例をその時点の専門的知見および医療安全の観点から検討し、「予期せぬ死亡を回避する」ために作成しております。広い知見から検討される学術団体などから発表されるガイドラインとは区別されるものであり、また、医療従事者の裁量を制限したり、義務づけたりするものではありません。各医療機関においては、規模や体制など、その環境や事情が異なっていることなどもありますが、本提言書がそれぞれの医療機関の入院早期に発生した食物による窒息に係る事故の回避に広く活用されることを祈念いたします。また、センターとしては、本制度がその一助となるよう、臨床現場に資する提言になっているかを今後も検証しながら、対象事例をもとに現場に即した情報提供を行うことに引き続き努めてまいります。

最後になりますが、本提言書をまとめるにあたり、院内調査結果報告書や追加情報提供などのご協力をいただいた医療機関およびご遺族、事例を詳細に分析し再発防止の検討をいただいた専門家の皆様のご理解とご協力に心より感謝申し上げます。

医療事故の再発防止に向けた提言（第22号）

入院早期に発生した食物による窒息に係る死亡事例の分析

＜対象事例13例の特徴＞

- 80歳以上は10例、緊急入院が10例、入院当日の初回食で窒息に至った事例は7例であった。
- 緊急入院10例の原因となった疾患は、大腿骨近位部骨折が6例、肺炎（疑いを含む）が2例、脳血管障害疑い1例、不明熱1例であり、10例とも摂食時の体位はリクライニング位であった。
- 認知症を併存している事例は8例であった。
- 「常食」や「常菜」など食形態のレベル*が高い食事が提供された事例は12例であった。

【入院に伴う食物による窒息の危険性】

提言 1 入院の原因となった病態や、安静度の制限などによる食事環境の変化が、食物による窒息リスクとなる。さらに、加齢や基礎疾患による身体機能の低下があると窒息のリスクは高まる。
入院前の食生活（食形態、食べ方など）の情報、骨折など入院の原因となった病態、入院前後の認知機能の変化に関する情報から、総合的に窒息の危険性について検討する。

【食形態の選択と確認】

提言 2 《入院時の食形態の選択》
窒息リスクに関連する情報がある場合は、食形態のレベル*を入院前よりも下げる必要があるか検討する。その際、主食と副食の形態をそろえた「嚥下調整食**」が導入されている場合は活用する。

提言 3 《選択した食形態の確認》
窒息リスクに関連する情報がある場合は、食事の食べ方を観察し、選択した食形態が患者の摂食嚥下機能に適しているか確認する。

【摂食時の体位調整】

提言 4 リクライニング位で食事をする場合は、頭頸部が軽度前屈となる姿勢（下顎と胸部の間が4横指程度）に調整することが望ましい。

【窒息発見時の対応】

提言 5 食事中にチョークサイン、発声不能、咳嗽不能、吸気性喘鳴、顔面蒼白やチアノーゼが見られたら、窒息を疑い、直ちに応援を要請するとともに、背部叩打法や腹部突き上げ法などによる気道異物除去の応急手当を行う。

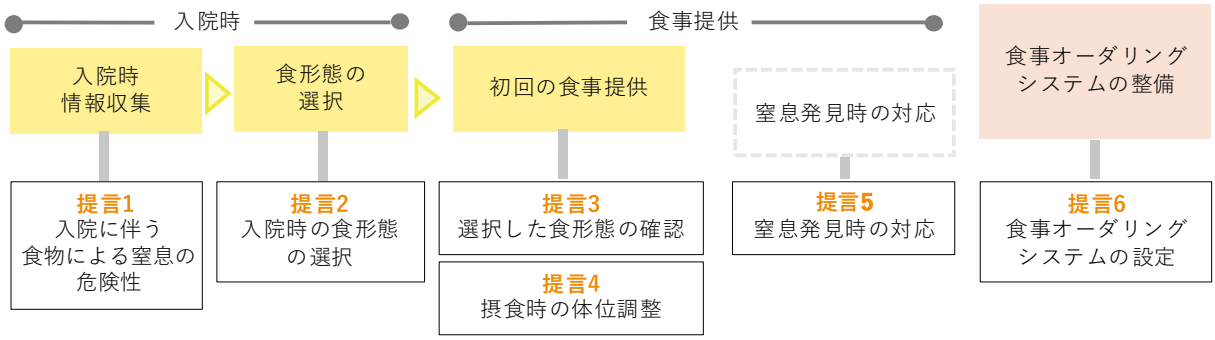
【食事オーダリングシステムの設定】

提言 6 食事オーダリングシステムを導入している医療機関は、自動的に「常食」がオーダーされないようにシステムを設定することが望ましい。

*食形態のレベル：食物の形態や性状を段階的に分類することを指す。レベルが高いほど常食に近く、レベルが低いほど食物の形がなく、なめらか

**嚥下調整食　：嚥下機能のレベルに合わせて、主食と副食の形態やとろみ、食塊のまとまりやすさなどを調整した食事

【 入院から初回の食事提供の流れと提言内容 】



目　　次

1．はじめに …… 5

1）食物による窒息について …… 5

2）専門分析部会設置の経緯 …… 6

3）提言に関連するこれまでの医療安全の主な取り組み …… 6

2．分析方法 …… 7

1）対象事例の抽出 …… 7

2）対象事例の情報収集と整理 …… 7

3）専門分析部会の実施 …… 7

3．対象事例の概要 …… 8

4．再発防止に向けた提言と解説 …… 14

5．学会・企業等へ期待（提案）したい事項 …… 28

6．おわりに …… 29

7．文献 …… 30

8．資料 …… 32

【本提言書における用語の説明】

リクライニング位	リクライニング機能があるベッドや車椅子の背もたれを使用し、体幹を後方に傾ける姿勢
食形態のレベル	食物の形態や性状を段階的に分類することを指す。レベルが高いほど常食に近く、レベルが低いほど食物の形がなく、なめらか
嚥下調整食	嚥下機能のレベルに合わせて、主食と副食の形態やとろみ、食塊のまとまりやすさなどを調整した食事
食事オーダリングシステム	医師が入力した食事指示を電子カルテと連動し、食事提供に関連する部門へ伝達・共有するシステム

1. はじめに

1）食物による窒息について

社会の超高齢化に伴い、摂食嚥下障害を有する患者は増加している。摂食嚥下障害は誤嚥性肺炎や低栄養、筋力・歩行能力の低下に伴う QOL の低下だけでなく、窒息により患者の生命に深刻な影響を及ぼしうる。

摂食嚥下機能は、臨床的には先行期（認知期）、準備期、口腔期、咽頭期、食道期の 5 つの段階（表 2 参照）に分けられるが、食物による窒息は、これらの各段階における機能低下により生じうる。認知機能が低下すると、先行期において食物の認識や適切な摂食ペースの調整が困難となり、かき込みや早食いにより窒息が生じる危険性がある。また、歯の欠損、義歯の不適合や舌の運動障害などにより、準備期における咀嚼や食塊形成が不十分となり、粉砕されていない食物が咽頭へ送られることで窒息が生じうる。咽頭期における嚥下反射の惹起の問題、さらに食道期の異常によっても、胃内容物が咽頭まで逆流し窒息が生じうる。

本専門分析部会では、これまで医療事故調査・支援センターに報告された事例のうち、入院早期に食物により窒息し、死亡に至った 13 例を対象として分析した。対象事例 13 例の特徴は、80 歳以上が 10 例、緊急入院 10 例のうち 6 例が大腿骨近位部骨折であった。これらを詳細に分析した結果、入院の原因となった病態や、安静度の制限などによる食事環境の変化など、入院に伴う変化が食物による窒息リスクに影響していると考えられた。このことから、入院に伴う食物による窒息の危険性、食形態の選択と確認、摂食時の体位調整、窒息発見時の対応、食事オーダリングシステムの設定について提言をまとめた。

入院早期に発生した食物による窒息に係る死亡事例は、種々の規模の医療機関で発生しており、加齢に伴う認知機能の低下や、骨折や脳血管障害などによる日常生活動作の制限を背景に有する例が多かった。患者の超高齢化、慢性的な医療人材不足といった本邦の現状に鑑み、本提言書で示す対策ですべての事象を回避できるものではないが、入院早期の食物による窒息を防ぐために、本提言が医療機関に広く普及し医療安全向上の一助となることが望まれる。

2）専門分析部会設置の経緯

医療事故調査・支援センターにおける再発防止の検討は、報告された事例から再発防止委員会（P34 参照）が分析課題（テーマ）を選定し、テーマごとにその専門領域の医療従事者からなる専門分析部会（P34 参照）を設置し、提言をとりまとめている。

摂食嚥下障害を有する患者へのアプローチとしては、これまでにも、「誤嚥の予防」という観点を中心に、入院前の食形態の把握、入院時の栄養状態・口腔アセスメントなどが提唱されてきた[1)]。一方で、「窒息の予防」という観点では具体的な方法論が確立されておらず、実践が乏しいことが指摘されている[2)]。本邦においては、高齢化の進行とともに摂食嚥下機能が低下した患者における食物による窒息の増加が懸念されることから、専門分析部会を設置して再発防止策を検討した。

3）提言に関連するこれまでの医療安全の主な取り組み

〇公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業

・医療安全情報 No.117「他施設からの食種情報の確認不足」（2016 年 8 月）

・医療安全情報 No.170「咀嚼･嚥下機能が低下した患者に合わない食物の提供」（2021 年 1 月）

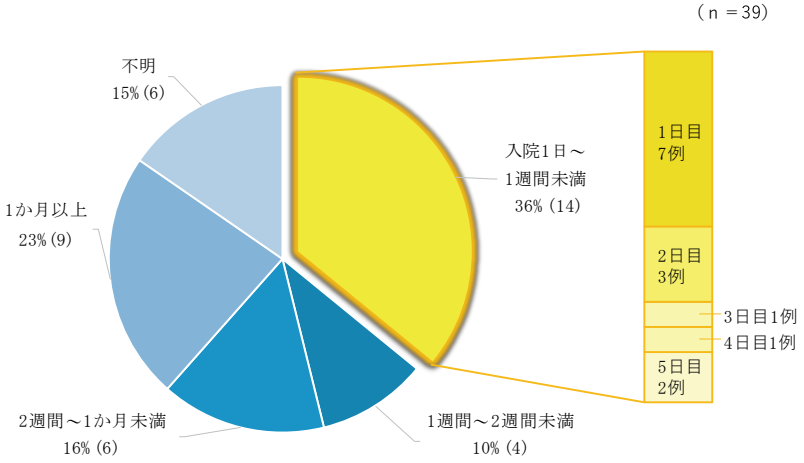
2. 分析方法

1）対象事例の抽出

2015 年 10 月～2025 年 2 月に医療事故調査・支援センターに提出された院内調査結果報告書 2,914 件のうち、吐物や異物による窒息事例を除いたところ、食物による窒息に関連した死亡事例は 39 例であった。

食物による窒息が発生した時期に注目すると、入院から 1 週間以内に発生した事例が 14 例と多く、すべて入院初日から 5 日以内に発生していた。14 例のうち術後に発生した 1 例（入院 5 日目）は、手術の影響により入院時とは患者の状態が変化していることから除外し、入院初日に発生した 7 例と、入院 5 日までに発生した 6 例の計 13 例を分析の対象事例とした。

図 1　院内調査結果報告書における食物による窒息の発生時期



2）対象事例の情報収集と整理

医療事故調査・支援センターへ提出された院内調査結果報告書に記載された情報をもとに専門分析部会で分析し、確認が必要な部分に関しては、可能な範囲で報告医療機関の協力を得て追加の情報収集を行い、整理した（8.資料 参照）。

3）専門分析部会の実施

○第 1 回　2024 年 10 月 11 日
○第 2 回　2024 年 12 月　5 日
○第 3 回　2025 年　3 月 17 日
○第 4 回　2025 年　8 月　7 日
○第 5 回　2025 年 11 月 21 日
・その他、電子媒体などによる意見交換を行った。

3. 対象事例の概要

事例概要は、院内調査結果報告書および追加の情報をもとに、専門分析部会が以下の①～⑤に整理し、作成した。

①年齢 / 入院時病名 / 入院区分、②入院時の病態、入院前の窒息リスクに関連する情報（摂食嚥下機能に影響する疾患、入院前の食生活に関する情報など）、③入院時の食事指示や摂食嚥下機能評価に関する情報、④事象発生日の食事提供後の経過、⑤死因など

＜入院当日に窒息が生じた事例＞

事例 1　常食を提供

① 90 歳代、大腿骨頚部骨折のため緊急入院した患者。

② 受診時、不穏行動あり。誤嚥性肺炎の既往あり。介護施設では全粥・きざみ食で、自己摂取していた。

③ 入院日時と診療科を入力すると、デフォルト設定の常食が自動入力される食事オーダリングシステムの仕様であった。入院時の摂食嚥下機能評価は「障害あり」と判定した。

④ 初回食で常食を提供。体位をリクライニング位とし、箸が使いにくそうなためスプーンに変更後、嚥下状態を確認し、介助者は退室。約 20 分後に訪室すると、呼吸停止の状態で発見。口腔内の食物を用手除去し、吸引後に喉頭蓋付近の食物を鑷子で除去したが、約 1 時間後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖有、死亡時画像診断（Autopsy imaging、以下「Ai」）有。

事例 2　常食を提供

① 80 歳代、大腿骨転子部骨折のため緊急入院した患者。

② うつ病の既往あり。介護施設では全粥・三分菜で、とろみ剤を使用。早食い傾向があり、噛まずに丸のみするためスプーンを使用せず箸を使用していた。歯の欠損はあるが義歯なし。

③ 当該診療科では予約入院、緊急入院ともに、常食を入力するルールとなっており、常食と入力。

④ 初回食で常食を提供。体位をリクライニング位とし、食事をセッティングし、箸でむせなく摂取していることを確認後、介助者は退室。約 15 分後に訪室すると、顔面蒼白、全身チアノーゼ、意識レベルが低下し微弱呼吸の状態で発見。胸骨圧迫を開始し、経鼻エアウェイを挿入し吸引。3 日後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 有。

事例 3　常食を提供

① 80 歳代、大腿骨転子部骨折のため緊急入院した患者。

② 39℃台の発熱あり。認知症、慢性硬膜下血腫、パーキンソン症候群、うつ病の既往あり。介護施設では全粥・きざみ食で、とろみ剤を使用。早食いの傾向や、口腔内に食物をため込み、咀嚼や飲み込みに時間がかかっていた。上顎義歯のみ装着、下顎歯欠損あり。

③ 食事オーダリングシステムのデフォルト設定である全粥・軟菜から常食に変更。摂食嚥下機能評価は「嚥下障害なし」「入院前の食形態を提供」と判定していた。

④ 初回食で常食を提供。体位をリクライニング位とし食事をセッティングし、介助者は退室。食事中 2 回訪室したが変化なし。最終訪室から約 20 分後に訪室すると、口腔内に食物をため込み、心肺停止の状態で発見。食物残渣を用手除去し、吸引したが、約 1 時間半後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 有。

事例 4　常食を提供

① 80 歳代、肺炎のため緊急入院した患者。

② 認知症、脳梗塞、誤嚥性肺炎の既往、食物による窒息歴あり。自宅では肉を一口大としていた。食事中のむせあり。

③ 家族より前日までパンを食べていたと情報あり、常食と入力。言語聴覚士へ摂食嚥下機能の評価を依頼した。

④ 入院後、入眠と覚醒を繰り返し、呂律不良あり。初回食で常食を提供。体位をリクライニング位とし、配膳後に介助者は退室。約 20 分後に訪室すると、心肺停止の状態で発見。胸骨圧迫を開始し、食物残渣を吸引したが、約 30 分後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 有。

事例 5　常食を提供

① 80 歳代、脳梗塞疑いのため緊急入院した患者。

② 脳梗塞の既往あり。自宅では家族と同じ食事を自己摂取していた。1 か月前まで食事によるむせがあったが、入院時は情報を把握していなかった。受診時 JCS Ⅰ -1。手のしびれや構音障害あり、座位保持困難。

③ 本人へ確認し、常食と入力。

④ 初回食で常食を提供。体位をリクライニング位とし、スプーンを準備し、食事をセッティング。食器を持つ手が不安定で、摂食ペースが速く、むせあり。約 15 分後、痰が絡むような音と咳込みあり。介助者が中座し、5 分後に戻ると咳払いし苦悶していた。口腔内の食物を用手除去し、背部叩打するが、呼吸停止。病棟内に応援を要請し、吸引、用手で 4 cm ほどの食塊を除去したが、約 1 時間後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 有。

事例 6　常食を提供

① 80 歳代、特発性正常圧水頭症疑いのため予定入院した患者。

② 認知症の既往、食物による窒息歴あり。介護施設では全粥・一口大で、早食い傾向あり。

③ 外来通院時の診療録を確認し、常食と入力。

④ 初回食で常食を提供。デイルームに配膳され、車椅子で移動し食事摂取開始。自己摂取でむせていないことを確認し、介助者は退室。約 15 分後に口腔内に食物をため込み、呼吸停止の状態で発見。口腔内の食物を用手除去し吸引。胸骨圧迫を開始し、院内緊急コールを実施。約 7 時間後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 無。

事例 7　常食を提供

① 70 歳代、肺癌手術のため転入院した患者。

② 認知症、脳梗塞、うつ病の既往あり。転院元では常食を自己摂取していた。前回入院時は、異物誤飲や食事のかき込みがあり、軟菜食を提供していた。

③ 転院元の情報より、摂食嚥下機能に問題はないと判断し、常食と入力。

④ 初回食で常食を提供。ベッド上に長座位で食事摂取しており、数口摂取したところを確認後、介助者は退室。約 20 分後に下膳のため訪室すると、顔面蒼白、口腔内から米飯が溢れ、心肺停止の状態で発見。胸骨圧迫を開始し、院内緊急コールを実施。吸引したが、食物残渣で挿管困難。心拍再開するが、約 17 時間後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 無。

＜入院２日目に窒息が生じた事例＞

事例８　常食を提供

① 90 歳代、大腿骨頚部骨折のため緊急入院した患者。

② 認知症の既往あり。介護施設では、米飯・パン食、副食は一口大で、自己摂取していた。リクライニング位時に体が左側に傾きやすかった。

③ 常食を入力後、高齢のため、朝食のパンを米飯へ変更。食事摂取状況の評価は「嚥下障害なし」と判定した。

④ 入院 2 日目、常食を提供。体位をリクライニング位とし、食事をセッティング。米飯に味噌汁をかけて一口飲み込み、むせがないことを確認し、介助者は退室。約 40 分後に口腔内に食物をため込み、心肺停止の状態で発見し、院内緊急コールを実施。口腔内の食物を用手除去し吸引。気管挿管後、心拍再開するが、約 1 か月後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 無。

事例９　パン・常菜を提供

① 90 歳代、大腿骨転子部骨折のため緊急入院した患者。

② 脳梗塞の既往あり。介護施設での食形態は不明、食事をセッティング後、自己摂取していた。食事摂取時や内服時にむせあり。

③ 食事オーダリングシステムの設定上「主食と副食はそれぞれ指示が必要」で、パン禁止の入力も別途必要であったが、全粥のみ入力。

④ 入院 2 日目、パン食の献立のため、パン・常菜を提供。体位をリクライニング位とし、食事介助していたが、介助者が他患者の対応のため中座し、約 10 分後に帰室すると、呼名反応なく、SpO_2 60％台。吸引したが改善せず、心停止となり院内緊急コールを実施。気管挿管時、口腔内の咀嚼されていないハムを除去し、心拍再開するが、約 3 時間後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 有。

事例 10　軟飯・軟菜を提供

① 80 歳代、誤嚥性肺炎疑いのため緊急入院した患者。

② 認知症、誤嚥性肺炎の既往あり。介護施設では、軟飯食を自己摂取していた。早食い傾向あり。

③ 入院時より食事摂取にて咳込みあり。誤嚥性肺炎の程度から、嚥下障害の程度は軽度と判断され、常食と入力した。入院 2 日目の朝食時、「硬い」と訴えあり、軟飯・軟菜へ食事変更した。

④ 入院 2 日目、軟飯･軟菜を提供。体位をリクライニング位とし、食事をセッティング。一口介助し、むせがないことを確認し介助者は退室。約 20 分後に訪室すると、顔面蒼白、呼吸停止の状態で発見。口腔内に食物あり、米粒様残渣を少量吸引。胸骨圧迫を開始し、気管挿管後、心拍再開するが、約 8 か月後に死亡。

⑤ 死因は、低酸素脳症。解剖無、Ai 無。

＜入院３日目に窒息が生じた事例＞

事例 11　パン・常菜を提供

① 60 歳代、不明熱のため緊急入院した患者。

② 認知症、アルコール使用障害の既往あり。自宅では粥食。つかえ感あり。

③ 常食の朝食はパンが提供される献立であった。本人へ確認し、医師指示簿にて常食を指示。

④ 入院 3 日目、パン・常菜を提供。配膳後、介助者は退室。リクライニング位で食事を自己摂取中、同室にいた看護師が、顔色不良となりベッド上に倒れ込んだ患者に気づいた。院内緊急コールを実施後、口腔内のパンを除去し吸引。気管挿管後、心停止となり胸骨圧迫するが、約 1 時間後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 無。

＜入院４日目に窒息が生じた事例＞

事例 12　７分粥・常菜を提供

① 30 歳代、大腿骨頚部骨折・両側恥骨骨折のため緊急入院した患者。

② 誤嚥性肺炎、うつ病、末期心不全、発達障害の既往あり。自宅では粥食、副食はきざみ食。むせがあり、誤嚥しやすく介助により摂取。

③ 食事オーダリングシステムのデフォルト設定は常食・常菜であった。食事オーダリングシステムの設定上「主食と副食はそれぞれ指示が必要」であったが、前回入院時と同じ 7 分粥のみ入力。副菜はデフォルトの常菜が提供された。

④ 入院 4 日目、体位をリクライニング位 60 度として食事をセッティングし、介助者は自己摂取を見守っていた。肉団子を摂取後、苦悶表情となり、2 つに割れた肉団子を吐き出した。咳込んだ後、食物残渣が出たが、SpO_2 80％台へ低下。側臥位とし背部叩打、酸素を増量するが、意識レベルが低下、喉頭展開時、肉片を吸引。院内緊急コールを実施し、気管挿管したが、約 2 週間後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 無。

＜入院５日目に窒息が生じた事例＞

事例 13　常食を提供

① 90 歳代、被殻出血後のリハビリ目的で転入院した患者。

② 認知症、脳梗塞の既往があり体幹保持困難。摂食・嚥下能力グレード：Gr.8（特別嚥下しにくい食品を除き 3 食経口摂取可）、JCS Ⅰ-3。転院元での食形態は不明。

③ 入院時、家族より「ご飯でなければ食べない」と情報提供があり、常食と入力。食事摂取状況にはむらがあり、自力摂取が可能な時と、介助を要する時があった。

④ 入院 5 日目、体位をリクライニング位 80 度とし、食事を促すが摂取しないため介助した。シイタケを咀嚼中にむせ込み、口唇チアノーゼが出現。呼名に反応せず、胸骨圧迫を開始。喉頭展開し、喉頭を塞いでいたシイタケを除去後、食物残渣を吸引。気管挿管したが、約 1 時間後に死亡。

⑤ 死因は、窒息。解剖無、Ai 無。

表 1　対象事例の概要

太字：入院前の摂食嚥下機能に関連する情報　　**太字**：入院に伴う窒息リスク

事例番号			事例 1	事例 2	事例 3	事例 4	事例 5	事例 6	事例 7
病床数			300 床台	400 床台	300 床台	300 床台	400 床台	300 床台	300 床台
入院区分			緊急	緊急	緊急	緊急	緊急	予定	予定（転院）
入院時病名			**大腿骨頚部骨折**	**大腿骨転子部骨折**	**大腿骨転子部骨折**	**肺炎**	**脳梗塞疑い**	特発性正常圧水頭症疑い	肺癌（手術目的）
入院後の安静度			ベッド上	ベッド上	ベッド上	室内フリー	フリー	フリー	フリー
事象発生日			入院初日初回食	→	→	→	→	→	→
食事オーダリングシステム		主食と副食の連動	なし	なし	なし	あり	なし	あり	あり
		オーダリング状況	自動（デフォルト設定は常食）	手動	手動（デフォルト設定は全粥/軟菜）	手動	手動（デフォルト設定は常食）	手動	手動
事象発生時に提供した食形態			常食	常食	常食	常食	常食	常食	常食
窒息リスクを認識するための情報	先行期に関連する情報	入院前の食形態	**全粥きざみ食**	**全粥三分菜とろみ剤使用**	**全粥きざみ食とろみ剤使用**	**肉一口大**	家族と同程度	**全粥一口大**	**前医：常食前回入院時：軟菜食**
		年代	**90 歳代**	**80 歳代**	**80 歳代**	**80 歳代**	**80 歳代**	**80 歳代**	**70 歳代**
		窒息リスクとなる疾患	**誤嚥性肺炎**	**うつ病**	**認知症慢性硬膜下血腫パーキンソン症候群うつ病**	**認知症脳梗塞誤嚥性肺炎**	**脳梗塞**	**認知症**	**認知症脳梗塞うつ病**
		認知機能や摂食嚥下機能に影響する薬剤の服用	**抗精神病薬**	**睡眠薬**	**抗精神病薬睡眠薬**	**抗精神病薬睡眠薬**	なし	なし	**睡眠薬**
		過去の食物による窒息のエピソード	不明	不明	不明	**あり**	不明	**あり**	不明
		入院前の食べ方	不明	**早食い丸のみ**	**早食いため込み**	**むせ**	**むせ**	**早食い**	**かき込み**
		摂食動作※	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立
		摂食時の体位	**リクライニング位**	**リクライニング位**	**リクライニング位**	**リクライニング位**	**リクライニング位**	車椅子	**長座位**
	準備期に関連する情報	歯の欠損	なし（総義歯装着）	**欠損あり（義歯なし）**	**下顎歯欠損あり（上顎義歯のみ装着）**	なし（部分義歯装着）	不明	不明	不明
		義歯の不適合	不明	―	不明	不明	―	―	―

※ 摂食動作：食物を認知し、口に運ぶまでの動作

事例 8	事例 9	事例 10	事例 11	事例 12	事例 13
300 床台	600 床台	200 床台	100 床台	900 床以上	200 床台
緊急	緊急	緊急	緊急	緊急	予定（転院）
大腿骨頚部骨折	**大腿骨転子部骨折**	**誤嚥性肺炎疑い**	**不明熱**	**大腿骨頚部骨折 両側恥骨骨折**	被殻出血 （保存療法後）
ベッド上	ベッド上	不明	あり （詳細不明）	ベッド上	フリー
2 日目	2 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目
あり	なし	なし	オーダリングシステムなし	なし	あり
手動	手動(主食のみ) （デフォルト設定は常食）	手動 （デフォルト設定は常食）		手動(主食のみ) （デフォルト設定は常食）	手動
常食	全粥（パン） 常菜	軟飯・軟菜 （入院時：常食）	**常食 （パン）**	七分粥 常菜	**常食** 家族より「ご飯でなければ食べない」と情報提供
米飯 **副食一口大**	不明	**軟飯**	**粥食**	**粥食 きざみ食**	前医での 食形態不明
90 歳代	**90 歳代**	**80 歳代**	60 歳代	30 歳代	**90 歳代**
認知症	**脳梗塞**	**認知症 誤嚥性肺炎**	**認知症 アルコール使用障害**	**誤嚥性肺炎 うつ病 末期心不全**	**認知症 脳梗塞**
睡眠薬	**抗うつ薬**	**睡眠薬**	なし	**抗うつ薬 抗精神病薬 抗不安薬 睡眠薬**	なし
不明	不明	不明	不明	不明	不明
不明	**むせ**	**早食い**	**つかえ感**	**誤嚥しやすい むせ**	**摂取状況にむらがある**
自立	自立	自立	自立	自立	介助
リクライニング位	**リクライニング位**	**リクライニング位**	**リクライニング位**	**リクライニング位**	**リクライニング位**
なし （総義歯装着）	なし （部分義歯装着）	不明	なし （総義歯装着）	不明	不明
不明	不明	ー	不明	不明	ー

4. 再発防止に向けた提言と解説

●QOLとしての食事と、窒息予防としての食事の考え方

食欲は人間の基本的欲求の一つで、食事はQOLを左右する重要な要素であり、治療に対する意欲にも大きく影響を及ぼすものである。そのため、入院中であっても患者の摂食機能や嗜好から食事に対するニーズを把握し、安全な食事を提供することは重要である。一方で、その人らしく過ごすことに重点をおいて食事が選択される場合もある。

対象事例13例のうち、80歳以上の患者が10例、緊急入院が10例、入院当日の初回食において窒息に至った事例が7例であった。高齢者の多くは老年症候群を背景とした摂食嚥下障害を抱えており、食事に伴う窒息を完全に予防することは困難な状況にある。しかし、治療を目的として入院した患者が、入院早期に食事により窒息死する事態は、医療安全の観点から可能な限りの回避を目指し、対策を講じる必要がある。

そのため、本提言書では、限られた患者情報から摂食嚥下機能の把握が難しい状況においても、入院早期の食物による窒息を防ぐための再発防止策を検討した。

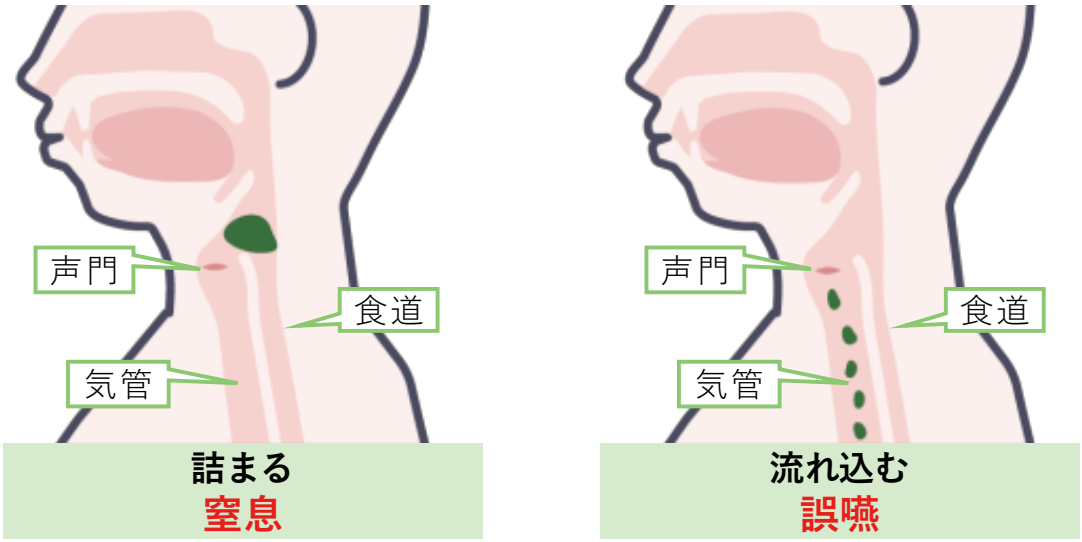
●窒息と誤嚥は異なる

窒息、気道閉塞、誤嚥が混同される傾向にあるため、本提言書ではこれらの用語を整理した。

窒息とは、主に呼吸が障害されることによって血液中のガス交換ができず血中酸素濃度が低下し、脳や心筋、肺などの臓器が機能障害を起こした状態をいう[3)]。気道閉塞は気道が部分的にあるいは完全に塞がれる状態を指す。一方、誤嚥は、食物や唾液、胃内容物などが声門下腔に流入する現象のことであり、誤嚥性肺炎や慢性的な肺の合併症を引き起こす（図2参照）。

窒息と誤嚥は、いずれも気道に異物や分泌物が入り込むことは共通しているが、誤嚥ではすぐに心停止に至るリスクは低い。完全に気道が閉塞すると短時間で窒息に至り、心停止に陥るリスクが極めて高くなる。救命には異物除去が最優先されることから、窒息と誤嚥は区別して対応することが必要である。

図2　窒息と誤嚥の違い



●摂食嚥下5期モデルと窒息リスクに関連する情報

食物による窒息を防ぐためには、患者の摂食嚥下機能に応じた食形態で食事を提供することが重要であり、食形態の選択にあたっては、患者の摂食嚥下機能をアセスメントすることが必要となる。

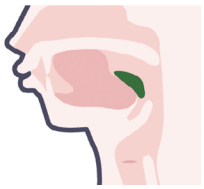
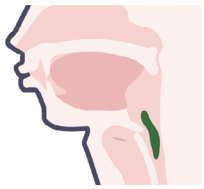
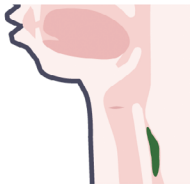
「摂食嚥下」とは、食物を認識し、口腔に取り込み、咀嚼して食塊を形成し、咽頭から食道を通過して胃に到達するまでの一連の過程を指し、関連する諸器官が精緻に協調することで正しく機能する。摂食嚥下の一連の過程は、学問的な視点や目的によっていくつかのモデルがあるが、本提言書では食物の認知から食道への搬送までを含む「摂食嚥下 5 期モデル」[4]を用いた（表 2 参照）。

近年では、入院患者の高齢化に伴い、誤嚥による肺炎の合併が生命予後や QOL に影響を及ぼすことが課題として認識され、摂食嚥下機能評価や摂食嚥下リハビリテーションなど、医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士などで構成された、多職種チームによる体系的な誤嚥予防対策が取り組まれるようになっている。誤嚥予防を目的として汎用されている Eating Assessment Tool-10[5]（以下「EAT-10」）などの摂食嚥下機能のスクリーニング検査は、「嚥下」を簡易的に評価するものであり、摂食嚥下 5 期モデルのうち、主に「口腔期」および「咽頭期」の評価に該当する。

一方、窒息は誤嚥と比較すると発生頻度が低く、窒息予防を目的としたスクリーニング方法の標準化や普及が進んでいない現状がある。窒息の多くは、摂食の入り口である「先行期（認知期）」において、意識レベルや認知機能の低下に起因する一口量の誤認・早食いといった摂食ペースを調整する機能に関係する問題、「準備期」における歯の欠損や咀嚼力の低下、食塊形成の問題に起因することが多い。

表 2 に、摂食嚥下 5 期モデルの各過程において、摂食嚥下機能低下や障害が生じる原因と、機能低下や障害を示唆する患者情報を整理した。摂食嚥下 5 期モデルのうち窒息との関連が強い「先行期（認知期）」や「準備期」（いずれも「摂食」に該当）に関する情報が、窒息の危険性を検討するうえで重要である。

表２　摂食嚥下５期モデルと窒息リスクに関連する情報

<table>
<tr><th colspan="2">摂食嚥下５期モデル</th><th colspan="2">機能低下や障害が
生じる原因</th><th colspan="2">機能低下や障害を示唆する患者情報
（窒息リスクに関連する情報）</th></tr>
<tr><td>1. 先行期
（認知期）
</td><td>・食物を認知し、口に運ぶ
・視覚、嗅覚、記憶、食欲などが関与し、食物を認識して適切な一口量や摂食ペースを調整</td><td rowspan="2">摂食</td><td>・認知機能の低下
・意識障害
・加齢</td><td colspan="2">・窒息リスクとなる疾患
（認知症、脳血管障害、神経・筋疾患、誤嚥性肺炎、頭頸部腫瘍など）
・認知機能や摂食嚥下機能に影響する薬剤の服用
・入院前の食形態が常食以外
・入院前の食べ方（早食い、丸のみ、ため込み、かき込み）
・食物による窒息エピソード</td></tr>
<tr><td>2. 準備期
</td><td>・口腔内に食物を取り込み、上下の臼歯により食物を噛み砕く
・食物を咀嚼し、唾液と混ぜ合わせることで食塊を形成</td><td>・歯の欠損
・義歯の不適合
・舌の運動障害
・唾液分泌低下
・加齢</td><td>・義歯の未装着</td><td rowspan="4">摂食嚥下機能のスクリーニング検査例
・EAT-10
・聖隷式嚥下質問紙
・嚥下障害リスク他者評価尺度
・反復唾液嚥下テスト（RSST）
・改訂水飲みテスト（MWST）
・フードテスト（FT）</td></tr>
<tr><td>3. 口腔期
</td><td>・食塊を舌で咽頭へ送り込む
・舌が前方から挙上し口蓋に接して（舌口蓋閉鎖）食塊を後方へ移送、舌後方（舌根部）が収縮し、食塊を咽頭へ送り込む</td><td rowspan="3">嚥下</td><td>・舌の運動障害
・加齢</td><td rowspan="2">・食形態
・嚥下機能障害</td></tr>
<tr><td>4. 咽頭期
</td><td>・食塊を咽頭から食道へ送り込む
・食塊が咽頭に到達すると嚥下反射が起こり、軟口蓋が挙上して鼻咽腔を閉鎖、舌骨・喉頭が挙上するとともに下咽頭収縮筋輪状咽頭部が弛緩して食道入口部が開大し、同時に咽頭筋の収縮によって食塊を食道へ送り込む
・喉頭挙上や喉頭筋の収縮による喉頭口や声門閉鎖により気道を防御する</td><td>・嚥下反射惹起遅延
・咽頭収縮の低下
・喉頭口、声門閉鎖不全
・食道入口部開大不全
・加齢</td></tr>
<tr><td>5. 食道期
</td><td>・食塊を食道から胃に送る（蠕動運動）
・食道の蠕動運動により食塊が胃に送られる</td><td>・胃内容物の逆流
・加齢</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

【入院に伴う食物による窒息の危険性】

提言 1 入院の原因となった病態や、安静度の制限などによる食事環境の変化が、食物による窒息リスクとなる。さらに、加齢や基礎疾患による身体機能の低下があると窒息のリスクは高まる。
入院前の食生活（食形態、食べ方など）の情報、骨折など入院の原因となった病態、入院前後の認知機能の変化に関する情報から、総合的に窒息の危険性について検討する。

●入院の原因となった病態、治療による摂食嚥下機能への影響

入院の原因となった病態や、その治療が摂食嚥下機能に影響を及ぼすことは少なくない。対象事例 13 例のうち、緊急入院が 10 例であり、その原因となった疾患は、大腿骨近位部骨折 6 例、肺炎（疑い含む）2 例、脳血管障害疑い 1 例、不明熱 1 例であった。緊急入院となる場合は、急性期のため病態が安定しておらず、症状が変化しやすい。脳血管障害や発熱など、意識レベルが変化する病態もある。大腿骨近位部骨折では、治療の一環として行う安静度の制限により、摂食時の体位が入院前と変化し、ベッド上リクライニング位となる場合がある。リクライニング位での食事摂取では、頭部が後屈しやすく、食物による窒息リスクが高まる可能性がある。これらの病態および治療下では、入院前よりも摂食嚥下機能が低下し、食物による窒息リスクが高まる可能性があることを認識する必要がある。

また、対象事例 13 例のうち 10 例が 80 歳以上であった。加齢や基礎疾患による身体機能の低下があると、摂食嚥下機能も低下する。さらに、緊急入院などによる環境変化に伴い、せん妄の発症や認知機能低下を生じやすく、入院前よりも窒息リスクが高まる可能性がある。

医師や看護師など食事指示や食形態の変更に関与する医療従事者は、入院の原因となった病態や、その治療が摂食嚥下機能に及ぼす影響について認識することが重要である。

●食物による窒息リスクを把握するための情報

摂食嚥下機能を捉えるためには、摂食嚥下 5 期モデルの「先行期（認知期）」および「準備期」に関する情報を把握することが重要である。これらの情報は、入院時に患者の基本情報として収集されていることが多く、これらの基本情報が窒息の危険性を検討するための重要な指標となる。

摂食嚥下 5 期モデルの「先行期（認知期）」に該当する情報として、認知機能や摂食嚥下機能に影響する疾患や薬剤の服用の有無、入院前の食形態や食べ方、過去に食物による窒息のエピソードがある、などがある。

食物による窒息リスクとなる疾患には、認知症、脳血管障害、神経･筋疾患、誤嚥性肺炎、頭頸部腫瘍などが挙げられる。特に認知機能の低下は、食物の認識、適切な一口量や摂食ペースの調整、口腔内の食塊処理などの能力を低下させ、窒息リスクを高める。対象事例 13 例をみると、認知症 8 例、脳血管障害 5 例、誤嚥性肺炎 4 例、うつ病 4 例、パーキンソン症候群 1 例であった。

また、抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬などを服用していた事例は 9 例あった。薬剤の副作用により、認知機能や摂食嚥下機能が低下する可能性もあるため、服用中の薬

剤を把握する必要がある。

入院前の食形態や食べ方に関する情報は、入院後の食形態を検討するために重要である。そのため、入院前の食形態を確認するとともに、その食形態となった理由も確認する。また、食器を口元に近づけて一気に食物を口に入れる「かき込み」、通常より速いペースで食事する「早食い」、食物をほとんど咀嚼せずに飲み込む「丸のみ」、食物を飲み込まずに口腔内に長時間ためてしまう「ため込み」など、食べ方の特徴についても確認する。食物による窒息のエピソードがある場合は、繰り返す可能性が高いため[6)]、何の食品で窒息が生じたのかについて確認する。対象事例 13 例のうち、「早食い」や「むせ」など、窒息リスクの高い食べ方の特徴があった事例は 11 例、過去に食物による窒息があった事例は 2 例であった。

摂食嚥下 5 期モデルの「準備期」に該当する、咀嚼機能に関する情報は、食物を咀嚼し食塊形成が可能であるか確認するために重要な情報となる。普段は義歯を装着している患者が、緊急入院時などで、義歯を持参できなかった場合は、歯が欠損している状態となり、咀嚼機能の低下につながる。咀嚼機能の低下は「丸のみ」や「早食い」の誘因になり、窒息リスクが高まるため、歯（特に臼歯）の欠損や、義歯不適合について確認する。

窒息の危険性を検討する際には、入院前の食生活（食形態、食べ方など）に関する情報に加えて、入院の原因となった病態、および入院前後の認知機能に関する情報から検討することが重要である（表 3 参照）。

●情報の一元化と共有

対象事例の中には、認知症、早食いの特徴がある、入院前の食形態が「全粥・きざみ食」などの窒息リスクに関連する情報を得ていたが、窒息リスクが高いと認識されず、常食が提供され窒息に至ったものもあった。窒息リスクに関連する情報は、入院時に患者の基本情報として収集されていることが多いが、分散して記録されることで、窒息リスクを把握しにくい場合がある。入院前の食形態や食べ方に関する情報などを、患者に関わる多職種間で共有することは、食形態の選択や患者に適した食事であるか確認する際に非常に重要となる。そのため、窒息リスクに関する情報を一元化するために記録様式を作成するなど、情報を集約し患者の窒息リスクを把握できるよう医療機関で工夫されたい。

表３　食物による窒息リスクに関連する情報

□ 意識レベルの低下や変動を来たしうる病態がある
（意識障害、発熱、せん妄など）
□ 摂食時の体位がリクライニング位である
□ 窒息リスクとなる疾患がある
（認知症、脳血管障害、神経・筋疾患、誤嚥性肺炎、頭頸部腫瘍など）
□ 認知機能や摂食嚥下機能に影響する可能性のある薬剤を服用している
□ 入院前の食形態が常食以外である
□ 過去に食物による窒息のエピソードがある
□ 入院前の摂食時の特徴として、早食い、丸のみ、ため込み、かき込みがある
□ 摂食時、むせ、湿性咳嗽、湿性嗄声（痰がからんだようなガラガラ声）がある
□ 歯の欠損（義歯の未装着を含む）、義歯の不適合、舌の運動障害がある

【食形態の選択と確認】

提言 2 《入院時の食形態の選択》
窒息リスクに関連する情報がある場合は、食形態のレベルを入院前よりも下げる必要があるか検討する。その際、主食と副食の形態をそろえた「嚥下調整食」が導入されている場合は活用する。

●窒息リスクに関連する情報がある場合の食形態の選択

一般的に窒息リスクとなる食形態は、口腔内で扱うには大きすぎるもの（りんごの塊など）、丸くて滑りやすいもの（玉こんにゃくなど）、硬く水気のないもの（乾パンなど）、付着性の高いもの（餅など）、繊維質なもの（硬い肉、セロリなど）、圧縮可能なもの（パン、米飯）などが報告されている[7]。通常、常食の場合、窒息のリスクとなる食形態が含まれるため、食形態のレベルが下がるほど、窒息リスクが低い。

対象事例 13 例のうち、9 例が常食、常菜など入院前よりも食形態のレベルが高い食事が提供されていた。入院の原因となった病態やその治療に伴い、入院前よりも摂食嚥下機能が低下することが考えられるため、食事指示を行う医師は、入院前よりも食形態のレベルを下げる必要があるか検討することが重要である。また、入院時の情報収集で、過去に食物による窒息のエピソードがあるなど、窒息リスクが特に高いと考えられる場合は、入院後に摂食嚥下機能を評価してから、食事を提供する方法もある。食形態の決定に時間を要する場合は、入院前の食形態よりもレベルを下げたり、一時的に禁食とする方法も考えられる。その際は、患者や家族へ窒息予防を目的とした対応であることや、摂食嚥下機能の確認後、患者に適した食形態で食事提供することを説明し、理解を得ておくことも重要である。食物による窒息リスクに関連する情報（表 3 参照）に該当がない場合は、入院前の食形態を参考に検討する。

コラム1：ごはんに味噌汁をかけると危険!?
～二相性食品による窒息や誤嚥のリスク～

とろみのないサラサラな液体は、咽頭を通過する速度が速く、まとまらずに口腔や咽頭内で散らばりやすく、誤嚥しやすいことが知られている。液体と固形物の両方を含む食物（二相性食品）は、液体成分が嚥下開始前に高率に下咽頭に到達することが報告されており[8]、食物による窒息や誤嚥のリスクを高める。対象事例では、ご飯に味噌汁をかけたことで、二相性食品となった例があった。対象事例 13 例中、介助者が二相性食品による窒息の危険性を認識していた事例は 1 例であり、9 例では食事介助に関するマニュアルが病棟に配置されていたが、二相性食品に関する記載はなく、二相性食品の危険性について認識されていない現状があった。

調理の段階では二相性食品でなくても、食事提供や摂取の段階で物性が変化し二相性となることがある。粥はスプーンについた唾液アミラーゼにより、でんぷんが分解され離水が生じる。離水を防ぐ対策として、調理時にでんぷん分解酵素を添加する、取り分け用のスプーンと小鉢を用いるなどがある。

●嚥下調整食の活用

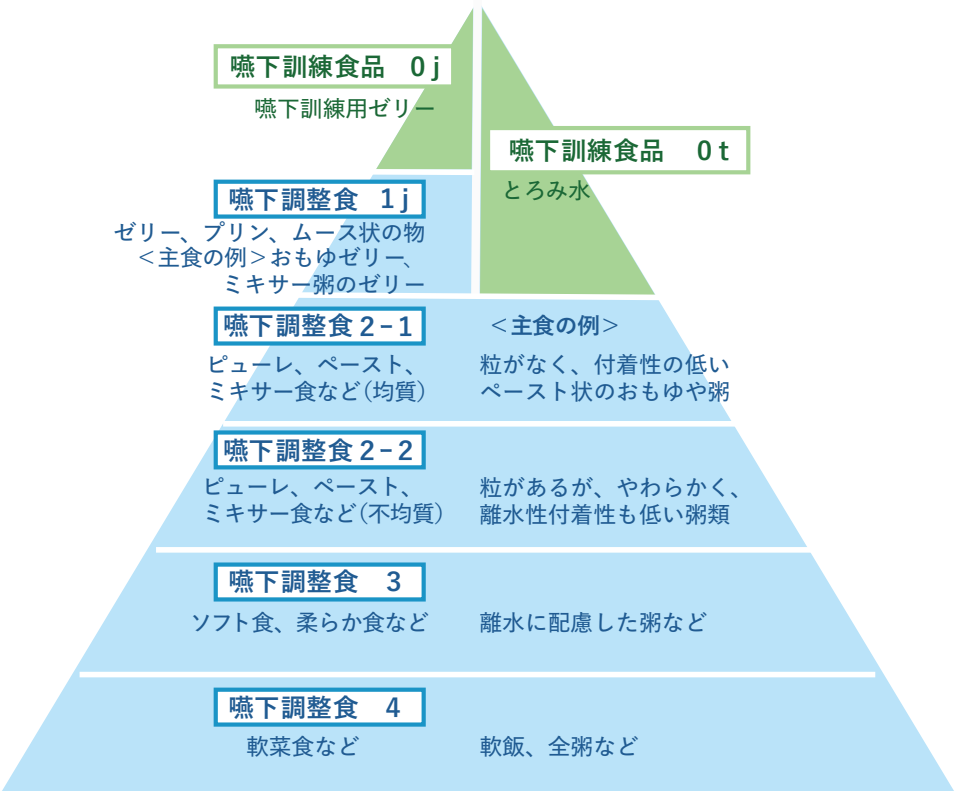
「嚥下調整食」とは、摂食嚥下機能を考慮し、嚥下機能のレベルに合わせて主食と副食の形態を変え、とろみをつけたり、食塊のまとまりやすさを調整した食事である。日本摂食嚥下リハビリテーション学会では、嚥下調整食の分類として「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」[9]（図 3 参照）を作成している。

きざみ食は、歯の欠損などによる咀嚼機能低下に対し、広く提供されてきた。しかし、凝集性が低いため食塊形成が難しく、誤嚥のリスクを高めることが指摘されており[10]、嚥下調整食には含まれない。きざみ食を提供する場合は、とろみをつけるなどの工夫をすることで凝集性を高めることができる。

対象事例 13 例のうち、主食と副食の形態のレベルが異なり、主食は形態のレベルを下げた粥食であったが、副食の常菜で窒息した事例が 2 例あった。対象事例の医療機関 13 施設のうち、11 施設で嚥下調整食が導入されていたが、嚥下調整食を提供していた事例はなかった。嚥下調整食は、段階的な食形態の変更が容易になるだけでなく、主食と副食の形態がそろった食事を提供することができる。

患者に適した嚥下調整食を選択できるように、自施設の食形態の名称が学会分類コードのどれに対応するのか、食物の性状を写真付きで一覧にした対応表を作成している医療機関もある。しかし、実際には嚥下調整食を導入していても、院内で活用しているのは摂食嚥下を専門とするチームが中心であることが多い。そのため、栄養管理部門や栄養サポートチームなどが中心となり、嚥下調整食の活用方法を具体的に示すなど、嚥下調整食について自施設で周知することが望ましい。

図 3　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（学会分類 2021）



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. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌 . 2021 , 25(2) , p.135-149.[9] を参考に許可を得て改変
※本図を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2021」の本文を熟読されたい

【食形態の選択と確認】

提言 3 《選択した食形態の確認》
窒息リスクに関連する情報がある場合は、食事の食べ方を観察し、
選択した食形態が患者の摂食嚥下機能に適しているか確認する。

●食べ方を観察し、選択した食形態が適しているか確認

窒息リスクに関連する情報がある患者の食形態を決定した後は、患者を担当する医療従事者が摂食状況を観察し、提供した食形態が患者の摂食嚥下機能に適しているか確認することが望ましい。

対象事例 13 例のうち、7 例が入院当日の初回食（常食）により窒息に至った。摂食嚥下機能は、入院の原因となった病態や安静度の制限による食事環境の変化などの影響を受ける可能性がある。入院当日は患者の情報が限られる場合も少なくなく、その中で食形態を選択せざるを得ない場合が多いことから、特に初回の食事の際に、食べ方を観察することが重要である。

食物をいつまでも咀嚼し、咀嚼回数が多くなっている場合や、繰り返し飲み込む動作がある場合は、患者にとって食物が硬く、付着性（粘度）が高い食形態である可能性が考えられる。食事中にむせや湿性嗄声、飲み込んだ後の呼吸の乱れや口腔内残留が多い場合も、提供した食形態が患者の摂食嚥下機能に適していない可能性があるため、このような場合は食形態のレベルを下げることを検討する（表 4 参照）。

摂食状況の観察にあたっては、医療スタッフに限りがあり、常時付き添うことは難しい。業務状況に応じて看護師などが入れ替わることもあるため、観察者が交代する場合は、交代時に観察した情報を引き継ぐことが望ましい。

表 4　食形態が適しているか確認するための観察項目

□ いつまでも咀嚼している
□ 飲み込む動作を繰り返している
□ 食事中にむせたり、湿性嗄声（痰がからんだようなガラガラ声）に変わる
□ 飲み込んだ後に呼吸が乱れる
□ 飲み込んだ後に食塊が口腔内に残留している

【摂食時の体位調整】

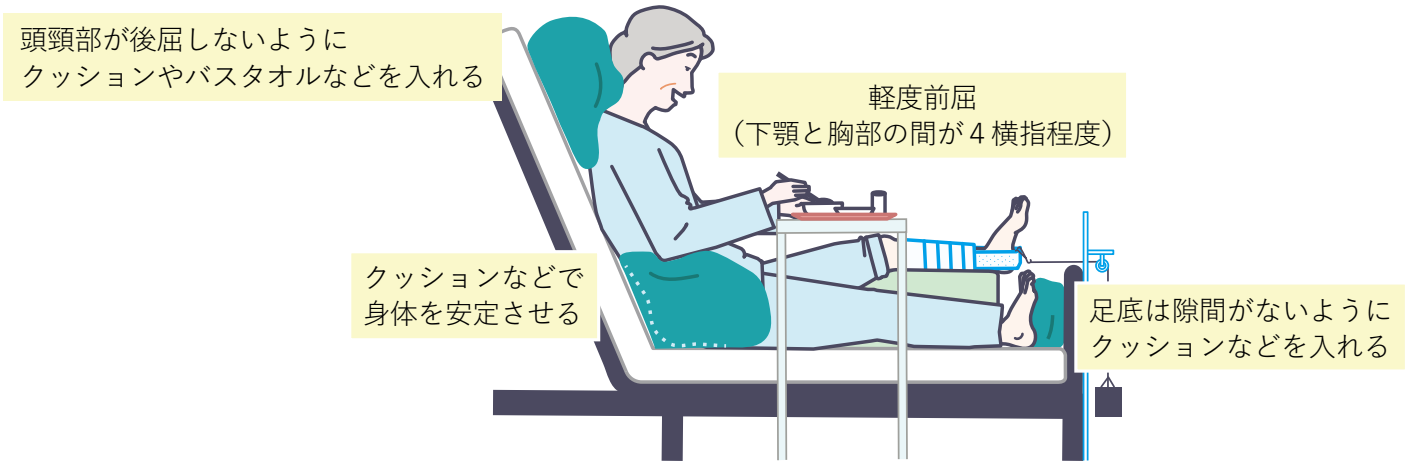
提言 4 リクライニング位で食事をする場合は、頭頸部が軽度前屈となる姿勢（下顎と胸部の間が 4 横指程度）に調整することが望ましい。

●摂食時は頭頸部を軽度前屈位に調整

食物で窒息に至る要因の一つに、摂食時の姿勢がある。摂食時の基本姿勢は座位であるが、入院患者では治療上の理由で体位が制限されることがある。対象事例 13 例のうち、11 例がベッド上リクライニング位、1 例が長座位、1 例が車椅子座位で食事を摂取していた。リクライニング位だった 11 例のうち 6 例は骨折などにより、入院後に床上安静が必要となっていた。

食物による窒息を防ぐためには、摂食時の頭頸部のポジショニングは、下顎と胸部の間が 4 横指程度（握りこぶし 1 つ分）とされている[11]。患者がベッド上リクライニング位で摂食する際は、頭頸部が軽度前屈となる姿勢（下顎と胸部の間が 4 横指程度）に調整することが望ましい。テーブルが高すぎると視線が上がり、頭部が後屈しやすくなり、低すぎると体幹が前傾し、顎が前に突き出るような姿勢になりやすいため、視線が自然と少し下に向き、軽度前屈位が保てるようにテーブルの高さにも注意する。ベッド上リクライニング位は、背もたれの挙上だけでは頭頸部が後屈する可能性があるため、必要時、バスタオルやクッションなどを挿入して調整する（図 4 参照）。体幹を保持できない場合は、嚥下運動や咳嗽力を維持するため、体幹・骨盤・足底をクッションなどで支持し安定させるとよい[12]。骨折などの場合は、安静度に応じて可能な範囲で、摂食時は端座位や車椅子座位とすることが望ましい。端座位や車椅子座位の場合は、上半身が後屈しないように座り、足底を床や足台に接地し、安定した座位を維持することが重要である。なお、背もたれがない長座位の場合は、姿勢保持に腹直筋や腹斜筋による支持が必要となり、体幹が不安定になりやすいため、食事姿勢としては推奨されない。

図 4　ベッド上リクライニング位での食事姿勢の例
〈大腿骨近位部骨折患者の場合〉



【窒息発見時の対応】

提言 5　食事中にチョークサイン、発声不能、咳嗽不能、吸気性喘鳴、顔面蒼白やチアノーゼが見られたら、窒息を疑い、直ちに応援を要請するとともに、背部叩打法や腹部突き上げ法などによる気道異物除去の応急手当を行う。

●食物による窒息を疑う症状

食物により喉頭入口部が塞がることで、食事中にチョークサイン（図 5 参照）、発声不能、咳嗽不能、吸気性喘鳴、顔面蒼白や急激なチアノーゼなどの症状が出現する。

図 5　チョークサイン



対象事例 13 例のうち、3 例は食事中のむせや咳嗽の後に発声不能となりチアノーゼが出現し、8 例は呼名反応がない状態で発見された。窒息すると発声不能となるため、周囲が気づきにくく、発見が難しい場合もあるが、食物による窒息は、誤嚥とは異なり短時間で心停止に陥るリスクが高い。そのため、発見者は食物による窒息を疑う症状を早期に捉える必要がある。

食事中にむせが見られた場合は、患者が有効な咳ができるように、やや前傾姿勢をとり、呼吸が落ち着くまで新たに飲食物を口腔に入れないようにする。

●窒息を疑ったら直ちに応援要請と気道異物除去

食物による窒息が疑われた場合、重篤な後遺症や死亡を防ぐためには、5 分以内に異物を除去することが求められる[13]。そのために、まずは大声で助けを呼び、病棟内だけではなく、同時に、院内緊急時体制に応じた緊急連絡を実施し、応援を要請する。院内の急変対応の手順に準じ、速やかに気道確保を実施することが望ましい。

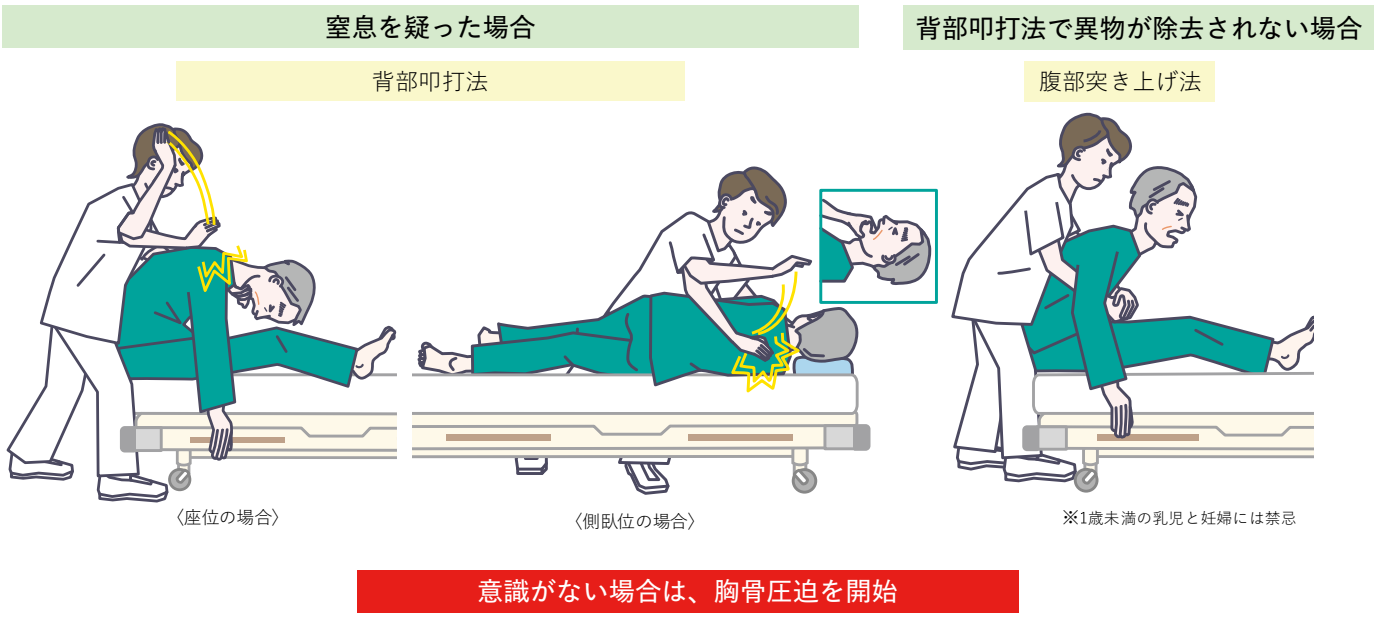
対象事例 13 例のうち、院内緊急コールを実施していたのは 6 例であり、そのうち発見から 3 分以内に院内緊急コールを実施していた事例は 3 例であった。窒息時間が 6 分を超えると、予後も著しく悪化すると報告されている[13]。現場に居合わせた人による応急手当が行われた場合は、行われなかった場合に比べて良好な転帰となる割合が約 2 倍に増加するとされている[14]ことからも、窒息が疑われる場合は、直ちに応援要請し、人員を確保するとともに、気道異物を除去する応急手当を行うことが重要である。

気道異物除去は、まず背部叩打法を行い、背部叩打法で異物が除去できなかった場合は、腹部突き上げ法を行う。患者が呼名に反応せず、意識がない場合には、直ちに胸骨圧迫を開始する[15]（図 6 参照）。対象事例 13 例のうち、意識消失前に発見された事例は 4 例で、背部叩打法が実施された事例は 2 例、腹部突き上げ法が実施された事例はなかった。

院内の食物による窒息事例において、最初に試みられた異物除去の方法としては吸引が最多であったという報告がある[3]。対象事例 13 例すべてにおいても吸引が実施されていた。しかし、吸引は大き

な異物を取り除くには十分な吸引圧が得られない場合が多く、食物による窒息への対応として推奨されるものではない。異物除去や胸骨圧迫を実施中、口腔内に異物が見える場合には、マギール鉗子などで取り除く場合もあるため、救急カートに常備しておくとよい。異物が見えない場合の盲目的な掻き出しは、逆に異物をのどの奥に押し込む可能性があるため行わない[16]。

図６　気道異物除去の方法



【食事オーダリングシステムの設定】

提言 6 食事オーダリングシステムを導入している医療機関は、自動的に「常食」がオーダーされないようにシステムを設定することが望ましい。

●自動オーダー設定時の検討事項

超高齢社会に伴い、入院患者に占める高齢者の割合は増加している。加齢に伴う摂食嚥下機能の低下がある高齢者は増えることから、食事オーダリングシステムのデフォルト設定として自動的に常食が選択される運用は、窒息リスクの観点から注意が必要である。自動オーダーで常食がデフォルト設定されている場合は、患者の摂食嚥下機能が確認されないまま、常食が提供されることとなり、窒息の危険性が高まることになる。

対象事例の医療機関 13 施設のうち、12 施設で食事オーダリングシステムを導入していた。そのうち、入院時に診療科を入力するとデフォルト設定された食事指示が自動オーダーされる医療機関が 2 施設（常食設定 1 施設、欠食設定 1 施設）あった。

食事オーダリングシステム上の工夫は、食物による窒息を防ぐ防御壁として重要である。元々食形態のレベルが低い食事を摂取している患者に、自動入力で常食が提供されることを回避するための工夫として、70 歳以上の緊急入院患者の初回食は、食形態のレベルが低い食事に設定している施設もある[17]。食事オーダリングシステムの自動オーダーが業務の効率化に寄与する場合もあるため、どの「食種」をデフォルト設定にするかについては、各医療機関の病院機能や業務負担、システム改修コストなどを総合的に検討することが重要である。検討にあたっては、食事指示のデフォルト設定を確認し、どのような食形態の設定が適しているのか、食事提供に携わる診療部門、医療安全管理部門、栄養管理部門、情報管理部門などが連携して、実施可能な方法を検討することが望ましい。

●食種以外の選択項目の追加

食事オーダリングシステムには、入院確定のために、食事指示を別途入力する必要がある仕様となっている場合がある。対象事例 13 例のうち、入院確定のために食事指示の入力が必要だった医療機関は 6 施設あった。緊急入院時など、患者の摂食嚥下機能に関する情報の把握ができていない段階で、食事指示の入力が必要となる場合もあるため、「食形態 要確認」など、不足情報の確認を促す項目を設けることも一案である。ただし、食事が中止されたままにならないように、食事指示を確認するタイミングや、多職種チームなどへ相談する時期などについて、速やかに医師と相談し、対応できるよう院内で取り決めておくことが望ましい。

コラム2：粥食を選んだのに、副食は唐揚げ？
～主食と副食の形態が連動していないことがある！～

食事オーダリングシステムにおいて、主食と副食が連動していない仕様となっている場合がある。対象事例の医療機関 13 施設のうち、主食と副食の指示が連動していない仕様の医療機関は 7 施設あった。主食に粥食を入力しても、副食の入力がなかったため、副食はデフォルト設定の常菜が提供され、主食と副食で形態のレベルが異なり、窒息した事例が 2 例あった。

また、食形態の変更と、麺食やパン食の禁止指示が連動していない仕様もあり、主食で粥食を選択しても、麺食の禁止指示が必要な医療機関は 10 施設、パン食の禁止指示が必要な医療機関は 8 施設あった。

食事オーダリングシステムの仕様は、主食と副食のそれぞれで食形態の指示が必要な場合や、パンや麺の禁止指示が必要な場合などシステムごとに異なるため、自施設の仕様や設定について確認しておくことが重要である。また、「嚥下調整食」のようなセットメニューを活用することで、主食と副食の形態がそろっていない食事の提供を減らすことができる。

5. 学会・企業等へ期待（提案）したい事項

学会･企業等には以下の課題に取り組み､さらなる医療安全の向上につながることを期待する。

●学会等への要望

入院時の食事提供に携わる領域の学会・団体（日本リハビリテーション医学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本整形外科学会、日本看護科学学会、日本老年看護学会、日本救急医学会、医療の質・安全学会、日本栄養士会など）には、以下のことを期待する。

・食物による窒息に関する医療安全情報の周知・啓発

入院時に患者の窒息リスクが認識されないまま、入院前よりも食形態のレベルが高い食事が提供され、入院早期に食物により窒息し、不幸な転帰となる事例があることについて、学術集会などにおける注意喚起が望まれる。

●企業への要望

・食事オーダリングシステムにおける食種以外の選択項目の追加

オーダリングシステムの食種選択項目に､「食形態 要確認」など患者情報の確認を促す項目を標準仕様として備えることが望まれる。

6. おわりに

本提言書では、医療事故調査・支援センターに報告された、入院早期に発生した食物による窒息に係る死亡事例の 13 例について詳細な分析を行い、6 つの提言を行った。

まず加齢や基礎疾患による身体機能の低下に伴い、摂食嚥下機能も低下しうることを念頭に置く。さらに、入院の原因となった病態や、骨折などによる食事姿勢の変化が加わることにより、食物による窒息リスクは高まる。食物による窒息の危険性は、入院前の食生活（食形態、食べ方）、歯の欠損や義歯の不適合などの口腔内情報、入院の原因となった病態、認知機能の変化に関する情報から検討する。

食形態の選択において、窒息リスクに関連する情報がある場合には、入院前の食形態よりもレベルを下げる必要があるかを検討する。嚥下調整食の提供体制が整備されている場合には、主食と副食の形態のレベルをそろえた段階的な献立設定が有用である。さらに、摂食状況を観察し、選択した食形態が患者の摂食嚥下機能に適しているか確認する。

食事による窒息を防ぐためには、摂食時の姿勢が重要である。今回の対象事例のうち、大腿骨近位部骨折例が約半数を占めていたことから、リクライニング位で食事をする場合は、頭頸部が軽度前屈となる姿勢に調整することを提言した。

窒息発見時の対応として、食事中にチョークサイン・発声不能・咳嗽不能・吸気性喘鳴・顔面蒼白・チアノーゼなどがあれば食物による窒息を疑い、直ちに応援を要請するとともに、背部叩打法や腹部突き上げ法などの気道異物除去の応急手当を行う。

食事オーダリングシステムを導入している医療機関においては、自動的に「常食」が提供されないようにシステムを設定することが望まれる。

また提言として詳述できなかった重要事項については、コラムとして、「二相性食品による窒息や誤嚥のリスク」、「食事オーダリングシステムにおいて主食と副食の形態が連動していないリスク」についても取り上げた。

最後に原因分析、再発防止に取り組み、院内調査結果報告書の共有にご協力をいただいた医療機関に謝意を表するとともに、亡くなられた患者さんやご遺族に対して深甚なる弔意を表します。この提言書が、医療安全の向上に向かう一歩として、医療従事者に役立つことを祈念いたします。

7. 文献

1) 伊東七奈子, 内田智久, 宇田川実, 他：経口摂取における医療安全. 日本静脈経腸栄養学会雑誌.2019, 34(3), p.173-178.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspen/34/3/34_173/_pdf/-char/ja
（2026 年 7 月 21 日閲覧）

2) Akiyama N, Uozumi R, Akiyama T, et al.：Choking injuries: Associated factors and error-producing conditions among acute hospital patients in Japan. PLOS ONE.2022, 17(4), e0267430.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9045662/
（2026 年 7 月 21 日閲覧）

3) 五十嵐豊, 乗井達守：気道異物による窒息を防ぐための基礎知識. 患者安全推進ジャーナル. 2022 ,70, p.10-17.
https://www.psp- jq.jcqhc.or.jp/download/10310?wpdmdl=10310&refresh=679ac8d6dcec81738197206
（2026 年 7 月 21 日閲覧）

4) 迫田綾子：POTTスキルで解決～食事ケアの困りごと 看護で食べるよろこびを
COMMUNITY CARE.2025,27(5),p.46-48.

5) Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, et al. : Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008;117(12):919-24.

6) 迫田綾子：窒息リスク評価の標準化をめざして .
COMMUNITY CARE.2025,27(1),p.36-40.

7) Saccomanno S, Saran S, Paskay LC , et al.：Risk factors and prevention of choking. European Journal of Translational Myology . 2023, 33(4),11471.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10811631/
（2026 年 7 月 21 日閲覧）

8) Saitoh E, Shibata S, Matsuo K, et al.：Chewing and food consistency: effects on bolus transport and swallow initiation. Dysphagia. 2007, 22(2), p.100-107.

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. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌. 2021 , 25(2), p.135-149.
https://www.jsdr.or.jp/news/news_20210907.html
（2026 年 7 月 21 日閲覧）

10) 金谷節子：摂食・嚥下障害に対する栄養調理の対応.摂食・嚥下障害の評価法と食事指導/金子芳洋.向井美恵 編. 医歯薬出版.2001,p.138-162.

11) 迫田綾子：図解 ナース必携　誤嚥を防ぐポジショニングと食事ケア - 食事のはじめからおわりまで . 三輪書店 ,2013,p.8.

12) POTT プロジェクト：誤嚥を防ぐポジショニングと食事ケアの技術伝承 - ポジショニングで食べる喜びを伝える POTT プログラム -. ベッド上ポジショニング.
https://pott-program.jp/pott4.html
（2026 年 7 月 21 日閲覧）

13) Igarashi Y, Norii T, Kim SH, et al.：Airway obstruction time and outcomes in patients with foreign body airway obstruction: multicenter observational choking investigation. Acute Medicine & Surgery. 2022, 9(1), e741.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8918414/
（2026 年 7 月 21 日閲覧）

14）Norii T, Igarashi Y, Yoshino Y,et al.：The effects of bystander interventions for foreign body airway obstruction on survival and neurological outcomes: Findings of the MOCHI registry. Resuscitation. 2024, 199,110198.
https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(24)00091-1/fulltext
（2026 年 7 月 21 日閲覧）
15）日本蘇生協議会 監修：JRC 蘇生ガイドライン 2025. 医学書院 , 2026.p.56-57.
16）高橋恵里 , 五十嵐豊：急性期病院における窒息対策 . Journal of Clinical Rehabilitation.2023,32（5）,p.473-477.
17）西平淳子 , 神村美奈子 , 仲嵩緑 , 他：高齢緊急入院患者の窒息の未然防止－食形態の標準化と安全管理 . 患者安全推進ジャーナル . 2022 ,70, p.33-37.

8. 資料

入院早期に発生した食物による窒息　情報収集項目*

*本提言の検討時に整理した項目である

項目			具体的項目
基本情報	患者情報	年齢・性別	年齢:　　歳　　性別:□男　　□女
		診断名	
		診療科	
入院形態		入院区分	□緊急　　□予定(転院含む)
		入院経路	□自宅　　□介護・福祉施設　　□他医療機関　　□他:
死因	解剖・Ai	解剖結果（推定含む）	
		Ai 結果（推定含む）	
窒息リスクの認識	入院前の情報	窒息リスクとなる疾患	□認知症　□脳血管障害　□神経・筋疾患　□頭頸部腫瘍　□誤嚥性肺炎 □無
		過去の食物による窒息のエピソード	□有(窒息した食物:　　)　□無
		認知機能や摂食嚥下機能に影響する薬剤の服用	□抗うつ薬　□抗不安薬　□抗精神病薬　□睡眠薬　□抗てんかん薬 □オピオイド系鎮痛薬　□抗コリン薬　□その他(　　) □無
		入院前の食形態	□常食 □常食以外 主食:□軟飯　□粥食　□他: 副食:□軟菜　□一口大　□きざみ　□とろみ　□他: □嚥下調整食(内容:　　) □他:
		食べ方の特徴	□早食い　□丸のみ　□ため込み　□かき込み　□むせ □無
		歯の欠損	□有　　□無　　□不明
		義歯	□部分義歯(上・下)　　□総義歯 □未持参(上・下)　　□不適合あり(上・下) □無
	病態や治療による影響	入院時の意識レベル	□清明　□JCS I □JCS II～JCS III　□傾眠　□せん妄 □他:
		安静度指示	□有(　　)　□制限なし
食形態の選択と確認	食形態の選択	提供された食形態	主食:(　　) 副食:(　　) □自施設における嚥下調整食の導入　□有　□無
	食形態の確認	確認するための観察項目	□いつまでも咀嚼している　□飲み込む動作を繰り返している □食事中にむせや湿性嗄声がある　□飲み込んだ後に呼吸が乱れる □飲み込んだ後に食塊が口腔内に残留している
摂食時の体位調整	体位・頭頸部姿勢	摂食時の体位	□車椅子座位　□座位 □ベッド上リクライニング位〔　　度、軽度前屈(□有　□無　□不明)〕 □端座位　□長座位 □他:
		観察者	□看護師　□他:

項目			具体的項目
窒息発見時の対応	症状・所見	発見時の症状・所見	□チョークサイン(のどを押さえて苦しそうな姿) □発声不能　□咳嗽不能　□吸気性喘鳴　□顔面蒼白 □チアノーゼ　□意識消失　□呼吸停止　□血圧低下 □他:
	対応	応援要請	□部署内への要請 □院内緊急コール(発見から　分後に実施)
		気道異物除去の実施	□背部叩打法　□腹部突き上げ法 □胸骨圧迫　□他:
食事オーダリングシステムの整備	システムの設定	入院時食事オーダーに関する設定	□入院予約時に自動入力　□入院確定時に別途指示入力 □他:
		食事指示の初期設定	□有 □常食　□軟飯・軟菜　□全粥・軟菜 □他: □無
		主食指示と副食指示の連動	□有　□無
		食形態とパン・麺等の禁止指示の連動 (常食以外の食形態を選択した際)	□有　□無 □他:

専門分析部会 部会員

部会長	坂井　孝司	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
部会員	五十嵐　豊	一般社団法人 日本救急医学会
	井上　誠	一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会
	兼岡　麻子	一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会
	鎌倉やよい	公益社団法人 日本看護科学学会
	小林健太郎	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
	那須　真弓	一般社団法人 日本老年看護学会
	南須原康行	一般社団法人 医療の質・安全学会
	宮崎　純一	公益社団法人 日本栄養士会
	百崎　良	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会

利益相反
医療事故調査・支援センターは、専門分析部会 部会員が自己申告した本提言書に関する利益相反の状況を確認した。

再発防止委員会 委員

委員長	松原　久裕	地方独立行政法人 さんむ医療センター疾病予防センター センター長
副委員長	後　信	九州大学病院 医療安全管理部 部長・教授
委員	荒井　康夫	北里大学未来工学部・大学院未来工学研究科 准教授
	上野　道雄	公益社団法人 福岡県医師会 参与
	加藤　良夫	栄法律事務所 弁護士
	隈丸　拓	横浜市立大学 データサイエンス研究科 教授
	児玉　安司	新星総合法律事務所 弁護士
	小松原明哲	早稲田大学理工学術院 創造理工学部経営システム工学科 教授
	坂井　浩美	前公益社団法人 東京都看護協会 教育部 次長
	坂井　喜郎	公益社団法人 日本精神科病院協会 理事
	寺井美峰子	公益財団法人 田附興風会 医学研究所北野病院 看護部長
	原　眞純	帝京大学医学部附属溝口病院 病院長
	藤原　慶正	公益社団法人 日本医師会 常任理事
	舟越　亮寛	一般社団法人 日本病院薬剤師会 常務理事
	松井　豊	独立行政法人 医薬品医療機器総合機構医療機器安全対策・基準部 医療安全情報管理課 課長補佐
	門司　達也	公益社団法人 日本歯科医師会 理事
	矢野　真	日本赤十字社 総合福祉センター
	山蔭　道明	一般社団法人 日本医学会連合 理事
	山口　育子	認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長
	山本　智美	公益社団法人 日本助産師会 副会長

医療事故の再発防止に向けた提言　第22号
入院早期に発生した食物による窒息に係る死亡事例の分析

2026年8月　発行

編集・発行　：　医療事故調査・支援センター（一般社団法人 日本医療安全調査機構）
TEL　：　代表　03-5401-3021

E-mail:　contact@medsafe.or.jp

〒105-0013　東京都港区浜松町2-8-14　浜松町TSビル2階

一般社団法人日本医療安全調査機構は、医療法第6条の15により「医療事故調査・支援センター」の指定を受け、同法第6条の16各号に掲げる業務（以下「調査等業務」という）を行うものです。
本提言書に掲載する内容は、同法第6条の11等に則り報告された情報に基づいて作成されています。これらの情報は、作成時点の情報に基づいており、その内容を将来にわたり、保証するものではありません。
本提言書の全部または一部を無断で複製複写（コピー）することは、著作権法上での例外を除き禁じられています。

