

主訴6 「むら食い」「遊び食べ」「食べる意欲がない」「食に興味がない」「食べ物をうけつけない」

視点1 : 環境

確認事項

(当該児について該当する項目にチェック☑してください)

- 食事に集中できる環境（テレビ、おもちゃ等）になっているか
- 食事時間が規則正しく、空腹の時間がつくられているか
- 食形態が児の口腔機能の発達に合っているか
(軟らかすぎないか、かたすぎないか)
- 母の調理技術はどれくらいか
- ひと口の量が嚥下がスムーズに行える量か
- 熱すぎたり、冷たすぎたりしないか
- 気候にあっているか
- 食事をする椅子やテーブルなどが児に合っているか
- 口腔内の食べ物の嚥下が終わっていないのに
次の食べ物を口に運んでいないか
- 保護者がじっとさせていないか
- 児はすべてのことについて意欲はあるか

理由

(なぜしない・できないのか)

- 食事に集中できない
- かたさが合っていない
- ひと口の量が多い
- 食べ物の温度が
適温でない
- 食べやすい姿勢が
とれない
- 急がせて
食べさせている
- 活動量、
運動量が少ない

視点2 : 口腔機能

<p style="text-align: center;">確認事項 (当該児について該当する項目にチェック☑してください)</p>	<p style="text-align: center;">理由 (なぜしない・できないのか)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> スムースに飲み込める料理はどんな料理か <input type="checkbox"/> お茶などの水分をとる時にむせていないか <input type="checkbox"/> よだれが多くないか 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 嚥下機能が弱い
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 食べ物を口にためていないか 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 飲み込むタイミングがとれていない
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 舌が前後左右に動いているか (離乳食1回食：舌が出ていないか 3回食：歯茎食べが出来ているか、丸のみしていないか) <input type="checkbox"/> おもちゃや手をなめることができるか <input type="checkbox"/> 食べる機能の発達が月齢相当になっているか <input type="checkbox"/> 舌の位置が口を閉じた時に上顎についているか (口を閉じた時に口角が下がっていないか。口が開いていないか) <input type="checkbox"/> 舌小帯が前の方までついていないか (ハート舌) 引き抜き多ければ切る必要あり 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 舌の動きが弱い

視点2：口唇機能

確認事項 (当該児について該当する項目にチェック☑してください)
<input type="checkbox"/> 食べている時に口が閉じられているか (口が開いたままだと陰圧にならず飲み込めない)

理由 (なぜしない・できないのか)
<input type="checkbox"/> 筋緊張が低く、 口が開いたままになっている
<input type="checkbox"/> 鼻呼吸できず、 口呼吸になっている

視点2：運動機能

確認事項 (当該児について該当する項目にチェック☑してください)
<input type="checkbox"/> 屈曲位がとれているか (体が反るとのみこめない。低体重児に多くみられる)

理由 (なぜしない・できないのか)
<input type="checkbox"/> 体幹が弱い

視点3 : 感覚 (触覚)

確認事項

(当該児について該当する項目にチェック☑してください)

- 触られるのを嫌がるか
- オモチャを口にいれるか

理由

(なぜしない・できないのか)

- 離乳食が
うまく進まない
- ドロドロを嫌がる

視点3 : 感覚 (視覚)

確認事項

(当該児について該当する項目にチェック☑してください)

- 食器具が顔に近づくと怖がっているか

理由

(なぜしない・できないのか)

- 食器具が顔に
近づくと怖い

視点4 : 認知

確認事項

(当該児について該当する項目にチェック☑してください)

- 生活リズムが整っているか
- 排便は適当か
- 食べ物を認識しているか
- こだわりはないか
- 絶えず動き回っていないか
- 目に入ったものにすぐ反応していないか
- 覚醒レベルがさがっていないか

理由

(なぜしない・できないのか)

- 切り替えがきかない
- 食べる事に興味がない
- 気分のムラがある
- 嫌いなものは
食べないと決めている