

出國報告（出國類別：開會）

第30屆日本吞嚥障礙復健學會年會暨國際研討會

服務機關：成大醫院

姓名職稱：郭素娥主任、鄭惠華營養師

派赴國家：日本福岡

出國期間：113/08/29-113/08/31

報告日期：113/10/07

摘要

日本已邁入超高齡社會，在面對老年人吞嚥困難造成的營養問題經驗比我們豐富，作法也很齊全，雖然日本的吞嚥困難飲食分類和我們使用的 IDDSI 分類不同(日本的分類僅有 4 級)，但是大原則是相同的。造成吞嚥困難的原因有很多，包括：上消化道癌症、肌少症、年齡、疾病因素等，對於不同原因造成的吞嚥困難都有其對應的營養治療方法，在供餐方面也是。在台灣因為市售的吞嚥困難飲食半成品或成品很少，日本因為需求人口多，廠商能大量製作提供給醫院烹煮後供餐，不僅解決耗時費力的問題，在營養及味道方面也能取得平衡，研討會交流不僅了解日本對於吞嚥困難的營養治療策略、供餐形式，也看到了各式各樣的嚥下食及應用方法。

關鍵字：吞嚥困難、嚥下食、IDDSI

目次

目的.....	P.1
過程.....	P.2
心得.....	P.10
建議事項.....	P.11

一、 目的

日本已邁入超高齡社會，在咀嚼／吞嚥困難的研究不僅全面，而且較我們深入，不論是醫院的營養治療策略或是廠商開發介護食（吞嚥困難飲食）都已有良好的基礎，台灣也已進入高齡社會，在醫院病人對咀嚼／吞嚥困難餐點需求漸增，但是不論是醫院或產業實行或開發介護食都還未成熟，透過參加這個研討會希望能借鏡日本經驗，了解未來醫院供餐可以投入的方向或策略，並因應數年後即將營運的成大老人醫院的需求。

- (一) 欲了解日本在吞嚥困難病人的營養治療策略
- (二) 欲了解日本醫院吞嚥困難飲食的供餐與應用
- (三) 欲了解日本吞嚥困難飲食商業配方(餐點)的應用

二、 過程

本次由營養部主任郭素娥及營養師鄭惠華，於 2024 年 08 月 30 日至 31 日前往日本福岡參加第 30 回日本吞嚥復健學會研討會(The 30th annual meeting of the Japanese society of dysphagia rehabilitation)，並各發表壁報一篇：

- 1.Outcomes of nutrition intervention of esophagus, head and neck cancer patients
- 2.Enhancing Dysphagia Care: Implementation of IDDSI Guidelines in VFSS Procedures.

(一)會議議程

日程表 第 1 日目 2024 年 8 月 30 日 (金)

日程表 第 1 日目	福岡国際会議場				
	第 1 会場 3F メインホール+203+204	第 2 会場 2F 201+202	第 3 会場 4F 409+410	第 4 会場 4F 411+412	第 5 会場 4F 413+414
8:30	8:30-8:40 開会式				
8:40-9:20	8:40-9:20 会長講演 寛がついた 630 年 ～小児の摂食嚥下の光と影～ 座長：香取 幸太 演者：弘中 祥司				
9:00	9:25-10:25 教育講演 1 First and Last and Always で考える小児の摂食嚥下 座長：近藤 和泉 演者：渡邊 賢礼	9:00-10:30 シンポジウム 1 精神疾患の摂食嚥下障害 座長：石山 寿子 演者：高橋 美美 弘中 祥司 石山 寿子 石橋 雄介	9:00-9:50 一般口演 2 基礎研究 1 [02]01-05 座長：飯田 貴俊	9:00-9:50 一般口演 9 基礎研究 3 [09]01-05 座長：戸部 謙	9:00-9:50 一般口演 16 高齢者 1 [016]01-05 座長：飯田 良平
10:00	10:35-11:35 特別講演 1 摂食嚥下における漏洩知新 座長：弘中 祥司 演者：藤原 一志	10:40-12:10 シンポジウム 2 いつでもどこでも楽しく食べるために ～学際的の食支援を考える～ 座長：曾根 謙 演者：森田 明恵 幸田 尚子 幸田 尚子	9:55-10:45 一般口演 3 基礎研究 2 [03]01-05 座長：江藤 文江	9:55-10:45 一般口演 10 基礎研究 4 [010]01-05 座長：辻村 恭徳	9:55-10:45 一般口演 17 高齢者 2 [017]01-05 座長：吉田 光由
11:00			10:50-11:50 一般口演 4 教育 1-その他 1 [04]01-06 座長：田村 文雄	10:50-11:50 一般口演 11 その他 2-大会長特別企画種 [011]01-06 座長：渡邊 賢礼	10:50-12:00 一般口演 18 高齢者 3 [018]01-07 座長：野原 祥司
12:00					
13:00		12:25-13:25 ランチョンセミナー 1 座長：戸部 文 演者：堀野崎 淳子 小島 隆一 佐々木 通 共催：株式会社吉野家 森永乳業クリニコ株式会社	12:25-13:25 ランチョンセミナー 2 座長：上田 廣文 共催：株式会社フロンティア	12:25-13:25 ランチョンセミナー 3 座長：飯田 貴介 堀下 淳 共催：日清オイログループ株式会社	12:25-13:25 ランチョンセミナー 4 座長：若林 秀隆 演者：新藤 貴二 共催：株式会社明治
13:30-14:10	14:10-15:40 教育講演 2 Preventative and Therapeutic Approach to Oropharyngeal Dysphagia Using Swallow Strength Training Exercises 座長：才藤 栄一 演者：Razza Shaikur	JSPEN 合同シンポジウム 摂食嚥下障害の栄養治療: First and Last and Always 座長：若林 秀隆 演者：荒金 英樹 森 雅志 山根 由紀子 藤谷 淳子	14:15-15:15 一般口演 5 臨床研究 1 [05]01-06 座長：谷口 裕重	14:15-15:15 一般口演 12 訓練-治療 2 [012]01-06 座長：中山 美利	14:15-15:15 一般口演 19 訓練-治療 4 [019]01-06 座長：古藤 純一
14:00	15:15-16:15 教育講演 3 食形態の判断 座長：堀下 淳 演者：藤谷 淳子	15:50-17:20 パネルディスカッション 1 フレイル対策を通じた「健康長寿 まちづくり」をどう実現するの 座長：飯島 英夫 演者：山口 浩平 川崎 謙 定原 昌孝 高橋 裕紀	15:20-16:20 一般口演 6 臨床研究 2 [06]01-06 座長：高橋 謙	15:20-16:20 一般口演 13 地域リハ-在宅 1 [013]01-06 座長：石田 謙	15:20-16:20 一般口演 20 地域リハ-在宅 3 [020]01-06 座長：西脇 恵子
15:00	16:25-17:25 教育講演 4 摂食嚥下障害の リハビリテーション栄養 座長：武原 裕 演者：若林 秀隆		16:25-17:25 一般口演 7 臨床研究 3 [07]01-06 座長：寺中 智	16:25-17:15 一般口演 14 地域リハ-在宅 2 [014]01-05 座長：中根 敏子	16:25-17:25 一般口演 21 地域リハ-在宅 4 [021]01-06 座長：長谷 聡志
16:00					
17:00					
17:30-18:35	17:35-18:35 教育講演 5 食べるを支える、 食べられないを支える 座長：村上 誠 演者：堀谷 武	17:30-18:30 一般口演 1 訓練-治療 1 [01]01-06 座長：木村 百合香	17:30-18:30 一般口演 8 訓練-治療 1 [08]01-06 座長：堀本 勇	17:30-18:30 一般口演 15 訓練-治療 3 [015]01-06 座長：金沢 英樹	17:30-18:30 一般口演 22 外科的治療 [022]01-06 座長：二藤 雅香
18:45-20:30	懇親会/会場：福岡サンパレスホテル&ホール 2F パレスルーム				

日程表 第2日目 2024年8月31日(土)

福岡国際会議場						
第1会場 3F メインホール+ 203+204		第2会場 2F 201+202		第3会場 4F 409+410	第4会場 4F 411+412	第5会場 4F 413+414
8:30	8:30-9:30 教育講演6 発声訓練で嚥下機能は改善するのか？ 一声を使うことと嚥下の関係ー 座長：福岡 謙之 演者：倉塚 雅子	8:30-10:00 シンポジウム7 機器を用いた嚥下評価の重要性 一嚥下機能評価は実際に 十分浸透しているか？ 座長：武原 格 演者：皆井 忠人 藤原 孝 中川 聖雄 高原 由貴子	8:30-9:30 交流会1【栄養】 嚥下調整食の美味しさと栄養素を アップデートしませんか？ 座長：島津 さゆり 佐川 一平 演者：内海 明美 藤原 夏次	8:30-9:30 交流会2【看護】 少ささ聞けない！それぞれの場所 必要なケアデュークと連携の秘訣 座長：都築 智恵 西山 勇司 演者：伊藤 美和 水野 光人 加藤 節子	8:30-9:30 交流会3【歯科衛生士】 歯科衛生士は他職種とコミュニケーション が取れていますか？～在宅編～ 座長：梅田 幸子 藤原 忠貞 演者：徳川 純子 近田 紀子	
	9:40-10:40 教育講演7 KTBCを活用した インクルーシブな食支援 座長：深田 純子 演者：小山 茂美		10:10-11:40 シンポジウム8 臨床で役に立つ機器の開発 一器具と技術の融合が生み出す摂食 嚥下リハビリテーションの発展ー 座長：才谷 笑一 演者：才谷 笑一 藤原 けい子 戸部 玄 佐藤 明雄 橋本 麗子	9:35-10:35 一般口演32 栄養1 [032]01～06 座長：酒島 幸博	9:35-10:35 一般口演36 地域リハ-在宅5 [036]01～06 座長：水上 美樹	9:35-10:35 一般口演40 口腔ケア1 [040]01～06 座長：江川 弘子
10:00						
11:00	10:50-11:50 特別講演2 摂食-嚥下障害を変える 京のまちづくり 座長：藤井 航 演者：荒金 英樹		10:40-11:30 一般口演33 栄養2 [033]01～05 座長：工藤 美香	10:40-11:40 一般口演37 看護1 [037]01～06 座長：三尾 遼人	10:40-11:40 一般口演41 口腔ケア2 [041]01～06 座長：渡邊 理沙	
12:00		12:00-13:00 ランチョンセミナー5 座長：戸部 玄 演者：西崎 隆 西山 聖博 共催：ニュートリー株式会社	12:00-13:00 ランチョンセミナー6 座長：若林 秀隆 演者：菊谷 修文 共催：森永乳業クリニコ株式会社	12:00-13:00 ランチョンセミナー7 座長：西谷 武 演者：平野 浩彦 共催：株式会社大塚製薬工場 イーエヌ大塚製薬株式会社	12:00-13:00 ランチョンセミナー8 座長：藤原 一郎 演者：西岡 弘次 松下 淳 共催：株式会社フードケア	
13:00						
14:00	14:00-15:30 30周年特別企画 JSDR30周年記念シンポジウム 40周年に向けて 会員の皆様へ伝えたいこと 座長：鎌倉 やよい 演者：西井 美穂 中川 祥司 橋本 雅子 加賀谷 真	13:20-14:50 公衆シンポジウム 食支援における、病院と在宅との 連携解決のための専門職の役割と課題 座長：五島 朝幸 演者：五島 朝幸 石山 寿子 湯浅 京保子 辻 秀治 高田 裕平	13:20-14:20 一般口演34 栄養3 [034]01～06 座長：堀野崎 淳子	13:20-14:20 一般口演38 看護2 [038]01～06 座長：野末 真司	13:20-14:20 一般口演42 評価-診断5 [042]01～06 座長：赤田 昌隆	
15:00		14:55-15:25 一般口演31 ステージ(回復期)2 [031]01～03 座長：大橋 幸子	14:25-15:25 一般口演35 栄養4 [035]01～06 座長：内海 明美	14:25-15:25 一般口演39 教育2 [039]01～06 座長：浅田 美江	14:25-15:15 一般口演43 評価-診断6 [043]01～05 座長：前川 英夫	
15:35-15:45	閉会式					
16:00						
17:00						

(二)各報告議題重點摘述

8/30 更自由的外食! 一起幫病人想 B 計畫吧

1. 飲食計畫可考慮 2 個因素:經濟能力和生活能力，不同的經濟能力和生活能力給予的計畫不同。
2. 給病人的飲食計畫可分成 ABCD：B 計畫是指病人的經濟有餘力，食生活力（包含烹調能力的的生活能力）也高，這類對象可以給予一些市售的介護食，讓病人有多一些的選擇，生活品質也會比較好。

8/30 JSPEN 攝食嚥下障礙的營養治療：First and Last and Always

1. 京介食:為了解決高齡和功能障礙的病人不能享受飲食的樂趣，和以往只重視機能面的介護食不同，考慮到吃的人的心理層面、感性面，開發具有美味、美觀、季節感、在地飲食文化等的介護食或相關產品，透過醫療和產業結合，受到醫療界認證的介護食，提供病人更多的選擇。
2. 肌少症造成的吞嚥障礙包括：舌壓降低，食糰形成，舌頭運動機能，口腔內食物殘留，舌壓 $<20\text{kpa}$ 要給予嚥下食(吞嚥困難質地調整飲食)。
3. 肌少症病人熱量給予 $\geq 30\text{Kcal/kg/IBW}$ ，IFIS(Food intake level scale)改善狀況比給予 $<30\text{Kcal}$ 的來得好。
4. 老嚥是指健康的高齡者有吞嚥功能低下，但不是吞嚥障礙，要預防吸入性肺炎，窒息，營養不良等可能會因吞嚥功能衰弱而引起的問題。跟吞嚥機能良好的高齡者比，這群對象有舌壓低、口腔乾燥、最大步行速度、舌頭肌肉量減少的差異。
5. 介入下列方法可預防社區高齡者的口腔衰弱：
 - A. 參加社會活動
 - B. 做口腔和身體運動，並攝取適合的質地調整飲食，可以改善口腔和身體機能。
 - C. 接受營養教育和設定人生目標也可以改善衰弱。

8/31 營養交流集會—新式吞嚥困難質地調整飲食調理法

1. 過去吞嚥困難質地調整飲食的作法是在打碎的菜色中加入水或高湯及塑形劑，再用調理機攪打均勻，因為加水或高湯會稀釋營養素，導致熱量太低，新式0加水調理法是用稀飯取代水或高湯，這樣可提高熱量，而且不會增加體積。
2. 食物 100g+稀飯 100g=粥凍
3. 稀飯可以提前做好冷凍分裝成一次會使用的量，這樣就可以舒緩一些製作時間上的壓力，供餐可以更順利。
4. 因為是加入稀飯，質地調整更能符合吞嚥困難飲食質地的分類標準，熱量也會比高。
5. 導入新式0加水調理法的效果：一天熱量攝取增加 140 大卡，蛋白質增加 2g。
6. 成本會比傳統作法高。
7. 新式0加水調理法可用在製作符合 IDDSI level 3 &4 的食物

8/31 活用 KTBC 的全面的飲食支援

1. KT Balance Chart, KTBC 是分成 4 大項全方位、多面向評估由口進食的工具，包括：進食意願、全身狀態、呼吸狀態、口腔狀態、認知功能、咀嚼／餵食、吞嚥、姿勢／耐久性、用餐動作、活動／行動力、進食狀況、食物型態、營養等 13 項目的評估。
2. KTBC 評分表:每一項目 5 分評分法，1 分最差，5 分最好。
3. 反思醫療愈進步，非經口灌食使用率愈高，為了避免吞嚥功能不佳通常會對吞嚥困難的病人做吞嚥攝影，吞嚥攝影如果發現病人會有誤嚥的危險，醫師就會建議不要再由口進食改成鼻灌食或胃造口灌食，病人可能從此不能再由口進食，但是進食／吞嚥不是只靠喉嚨，是否真從此不能再由口進食。
4. 急性期避免由口進食，等恢復期之後，即使吞嚥功能不佳，只要病人有進食意願，可以透過 KTBC 評估，再由護理師或家人輔助進食，透過改善進食姿勢，食物型態，慢慢訓練，大多數的病人是可以回復由口進食，也能改善生活品質。

8/31 高齡者的食慾和營養及質地調整飲食

1. 高齡者食慾本身就會較差，再加上咀嚼及吞嚥功能變差，會有老人厭食症的狀況。
2. 肌少症的老年人蛋白質給予用標準體重來計算， $IBW(Kg)*2g/day$
3. 飲食中加入 MCT 來增加熱量，但不增加體積
4. 食型態 IDDSI level 愈低，食慾愈差，除了要考慮熱量及營養強化之外，嚥下食的外觀、食感也要考慮，讓病人有多種選擇，才能改善營養問題。

(三) 本次參與發表壁報之內容

Outcomes of nutrition intervention of esophagus, head and neck cancer patients

Su-E Kuo, Chin-Min Chang, Hui-Hsin Lee, Hsin-Chin Lu

Dept. of Nutrition Services, National Cheng Kung University Hospital

Background and aims

Esophagus, head & neck cancer account for 10.5% of all cancer deaths in Taiwan. Dysphagia and poor intake are common symptoms and cause high risk of malnutrition. We established the standards of process of patient nutrition care, from early screening, intervention and monitoring to prevent advanced poor prognosis. This study was aimed to analyze the outcomes of intervention.

Methods

All patients were screened with MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) within 48 hours as hospitalization and repeated once a week. Esophagus, head & neck cancer patients with MUST score ≥ 2 with /without poor intake were visited by dietitians (v1) and followed (v2) based on patient's condition. Changes of calorie and protein intake (v2-v1/v1), percentage changes of patient with adequate calorie and protein intake ($\geq 75\%$ of estimated requirement) were measured as intervention outcomes. Data were collected from Jan 2024 to Dec 2024.

Results

MUST screening rate was 95.6% during 2024, 374 patients were included, average aged 62.3 ± 10.3 years old, body height was 166.9 ± 6.6 cm and weighted 62.3 ± 14.1 . Daily calorie and protein intake were 1078 ± 618 kcal and 50.6 ± 17.0 g separately at baseline (V1), and increase to 1843 ± 582 kcal and 88.6 ± 32.6 g (V2). Both calorie and protein intake showed significant increase ($p < 0.001$) after intervention. Patients with poor intake (consumed under 75% of requirement) showed more benefits from intervention, calorie and protein intakes increase 166.4% and 143.4% ($p < 0.001$). Percentage of patients with adequate calorie and protein intake were 37.4% and 38.5% at baseline, significantly increased to 86.6% and 85.8% after intervention.

Conclusions

Nutrition intervention could ameliorate cancer patients' intake, thus improve nutrition status. Patients with poor intake got more benefits from nutrition intervention, it revealed that early detection and intervention is crucial.

Enhancing Dysphagia Care: Implementation of IDDSI Guidelines in VFSS Procedures

Hui-Hua Cheng¹, Shih-Ting Tien^{1,4}, Hui-Hsin Lee^{1,4}, Wen-Hsin Wang^{1,4},

Yi-Jen Chen², Shu-Wei Tsai^{2,4}, Hui-Chen Su^{3,4}

¹Department of Nutritional Services, National Cheng Kung University Hospital, Tainan, Taiwan

²Department of Otolaryngology, National Cheng Kung University Hospital, Tainan, Taiwan

³Department of Neurology, National Cheng Kung University Hospital, Tainan, Taiwan

⁴Chewing and Swallowing Center, National Cheng Kung University Hospital, Tainan, Taiwan

Background and aims

The prevalence of dysphagia among hospitalized elderly patients was approximately 38%, with even higher rates observed among individuals with stroke, Parkinson's disease, and head and neck cancer. The Video Fluoroscopic Swallow Study (VFSS) has been considered the gold standard for assessing patients with swallowing disorders. During VFSS examinations, patients were administered various food textures to aid medical professionals in identifying the underlying causes of swallowing difficulties. Moreover, the International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI) has formulated a framework delineating different food textures. Food preparation for VFSS is imperative to ensure consistency. Thus, the objective of this study was to establish a standard protocol for VFSS food preparation.

Methods

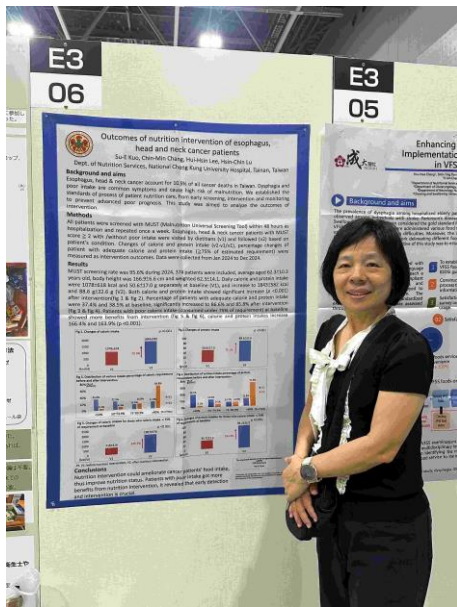
The hospital's dietitians collaborated with otolaryngologists and speech-language pathologists (SLPs) to discuss and reach a consensus. Various food textures compliant with IDDSI levels were provided, and information technology was employed to optimize the ordering system. The satisfaction of utilizing standardized examination foods for VFSS was assessed through questionnaires.

Results

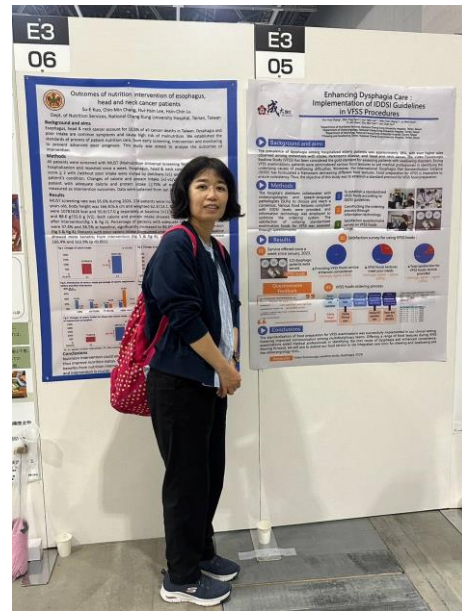
We supplied moderately thick and extremely thick liquidized drinks corresponding to IDDSI levels 3 and 4 for VFSS examinations. Additionally, pureed and minced moist foods suitable for IDDSI levels 4 and 5 were provided, including several types of cookies. The integration of information technology into the ordering system streamlined staff workflow. Questionnaire responses indicated a 100% overall satisfaction rate among doctors and SLPs regarding the use of VFSS food.

Conclusions

The standardization of food preparation for VFSS examinations was successfully implemented in our clinical setting, fostering improved communication among multidisciplinary teams. Offering a range of food textures during VFSS examinations aided medical professionals in identifying the root cause of dysphagia and enhanced convenience. Moving forward, we will aim to extend our food service to the integrated care clinic for chewing and swallowing and the otolaryngology clinic.



參與海報發表-E306



參與海報發表-E305

(四) 嚥下食產品展覽



增稠劑



嚥下食-能量凍



日本嚥下食分類食品展示



嚥下食便當-有很多菜色，可排成循環菜單，一個便當在日本約一餐外食的價格



針對吞嚥困難病人設計的嚥下食產品，對應 IDDSI 4 舌頭壓飲食



針對吞嚥困難病人設計的嚥下食產品，對應 IDDSI 5 & 6 細碎 & 軟質飲食



嚥下食年菜－讓吞嚥困難的病人也可以吃年菜，視覺也有享受(但是價格高昂)



嚥下食年菜－讓吞嚥困難的病人也可以吃年菜，視覺也有享受(但是價格高昂)



口腔照護產品－口腔濕潤、口腔清洗之各種產品



業務用的軟質魚片 & 魚漿，購買後加工就可以供餐

心得

過去在開發吞嚥困難飲食時，雖然也有參考一些日本網站的資料，知道日本在吞嚥困難飲食這一塊走得很前端，但是這一次參加國際研討會更是真的見識到日本在咀嚼/吞嚥困難照護這一部分所下的功夫，而且持續在進步，和數年前比較又增加了許多不同等級的嚥下食食品，適口性也提高不少。從口腔保健照護到吞嚥困難飲食都發展得很完善，以嚥下食(日本吞嚥困難飲食稱為嚥下食)來說不只考慮營養及功能性，連視覺及美味都考慮進去了，因為本部也有嘗試開發吞嚥困難的質地調整飲食，所以知道這部分其實是不容易的，為了讓有需要的人也能保有尊嚴，以及愉快的進食，日本在這一塊也開發出很多讓人看到眼睛一亮並驚嘆的產品。

「活用 KTBC 全面的飲食支援」這堂課不只接收到過去沒有的知識與觀點，也是一堂很好的反思課程，過去接受到的觀念都是如果吞嚥功能不佳會造成嗆咳就不要讓病人由口進食，於是只要病人被判定吞嚥功能不佳，很多人可能一輩子都不能再由口進食，但是其實就像演講者說的，吞嚥不是只靠喉嚨，還有病人的意志以及很多面向可以訓練，所以是不是真的 1、2 次的嗆咳就剝奪病人吃的權利？我們是不是太過依賴吞嚥攝影？我覺得這是很好的反思點。雖然台灣要做到 KTBC 那樣的評估及支援還有很長的一大段路要走，但是如果善用這個評估工具，對於病人是非常有幫助的，而且課程中的個案因為病人想從嘴巴吃，靠著病人的意志，做了一些訓練，病人體重從 28Kg 到最後增加至 50Kg，而且最後可以去餐廳吃飯，這如果只靠管灌是不能會有的進步，因為從嘴巴吃感受到食物的美味，病人有生活品質，也比較有活下去的力量。

這次也學到一個新方法，新式 0 加水調理法，本部在開發質地調整飲食時也常會有要摸索到底要加多少水，多少塑型劑才能是最佳的硬度，或者才不會稀釋掉熱量或營養素的困擾，但是如果採用日本的這個新烹調方法，調整稠度似乎可以變得比較輕鬆，而且粥也可以提前做好冷凍，這樣在時間上可以比較從容，對於要實際供餐，可行性相對提高，未來可以嘗試看看。

日本嚥下食真的很多元，不管是哪一個分級的產品都有，品項也很多，覺得日本的病人其實蠻幸福的，選擇真的很多元，自己煮的吃膩了就吃市售的，照顧者也不一定每天每餐都要自己準備食物，偶爾也可以喘息一下，整體大環境都有提供支援與支持，台灣還需要一段時間才能趕上腳步，希望未來我們的病人也能這麼幸福。

建議事項

1. 本院吞嚥飲食新菜色開發未來可嘗試採用新式 0 加水調理法，這樣不僅質地軟硬度較好控制，而且也拉高成品的熱量，讓病人不用吃大量的食物也能達到營養需求（因為通常這類病人食慾有時會較差，進食量也比較少）。
2. 新式 0 加水調理法的稀飯是先冷凍分裝要使用時再復熱，和日本新型態供餐形式--新速涼供餐相似，這個供餐形式的好處是可以在較不忙的時間準備餐點，這樣可以減少供餐壓力，稀飯冷凍再復熱並不會影響口感或味道，所以提前做好稀飯冷凍是可行的方式。
3. 日本嚥下食產品品項已經多到可以組成循環菜色的便當，而且價格也不貴，似乎部分醫院也有採用市售產品，台灣目前只有幾家廠商有引進或自己研發吞嚥困難質地調整飲食的產品，目前餐食變化少且價格高昂，難以廣泛推展。未來如果產品增多，除了醫院自己製作供應之外，部分採用市售產品增加菜色變化，可以舒緩普遍餐飲人力不足的問題，也是可以納入考量。