

# サイレント誤嚥スクリーニング5点セット記録シート

基本情報	
患者ID _____	評価日 _____
評価者 _____	場所 _____

固定条件 / 評価前確認
<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 30-45° <input type="checkbox"/> 軽度前屈 <input type="checkbox"/> 覚醒良好 <input type="checkbox"/> 眠気あり <input type="checkbox"/> 呼吸安定 <input type="checkbox"/> 痰増加 <input type="checkbox"/> SpO2 確認 <input type="checkbox"/> 口腔ケア前 <input type="checkbox"/> 口腔ケア後 中止注意      ex) 強い呼吸苦、湿声持続、咳発作、覚醒低下

5点セット記録			
項目	みる点	所見	判断 / 次の一手
RSST	空嚥下の回数	ex) 回数、努力感、声質変化	<input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> 共有
MWST	少量水で確認	ex) むせ、湿声、呼吸変化	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 条件変更 <input type="checkbox"/> 中止
WST	連続飲水の持久性	ex) 中断、疲労、湿声の時点	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 翌日再確認
咳テスト	防御反応の質	ex) 最大咳、連続咳、有声 / 無声	<input type="checkbox"/> 咳弱い <input type="checkbox"/> 背景あり <input type="checkbox"/> 共有
口腔衛生	乾燥 / 汚染 / 舌苔	ex) 乾燥、義歯、ケア前後の差	<input type="checkbox"/> ケア依頼 <input type="checkbox"/> 再観察 <input type="checkbox"/> 精査相談

総合判定 / 一言まとめ	
総合判定	<input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要再評価 <input type="checkbox"/> 精査相談 <input type="checkbox"/> 中止・共有
一言まとめ	ex) 湿声と口腔乾燥が目立ち、同条件で再評価 ex) 体位調整と口腔ケア後の変化を比較

再評価メモ / 共有事項
ex) 同条件で再評価 / 口腔ケア後の変化 / 精査相談の要否 _____ _____ _____