

脳卒中急性期 嚥下初期評価・経口開始判断シート

スクリーニング → 詳細評価 → 経口条件・中止基準・再評価を1枚で整理

原則：食事・水分・経口薬の前に嚥下スクリーニング。異常／実施困難なら、状態に応じて詳細評価をできるだけ早く行う。

基本情報

患者ID / 氏名

評価日時 / 評価者

発症 / 入院

スクリーニング日時

実施者 / 方法

STEP 1 嚥下スクリーニングの結果を確認する

日本脳卒中学会の急性期指針では、摂食嚥下スクリーニングは可能な限り入院後24時間以内が望ましいとされています。経口開始前に確認し、結果で次の行動を分けます。

☐	未実施	食事・水分・経口薬は原則保留	医師・看護と代替経路 / 実施時期を相談
☐	通過	施設プロトコルに沿って経口条件を設定	状態変化時は再評価
☐	要精査 / 実施困難	ST・医師等による詳細評価へ	必要に応じてVE / VFを検討

STEP 2 詳細評価を行える条件を整える

確認	領域	評価できる条件	要調整なら先に行うこと
☐	覚醒・理解	覚醒が保て、評価に参加できる	時間帯・体位・原因を確認し再評価
☐	呼吸・分泌	呼吸が安定し、分泌物対応が可能	呼吸管理・吸引・排痰を優先
☐	姿勢	体幹・頭頸部を安全に保持できる	ポジショニングを調整
☐	口腔	口腔内を観察・ケアできる	口腔ケア、義歯・乾燥などを調整
☐	気道防御	声・咳・分泌物を評価できる	所見が不良なら無理に試行しない

STEP 3 経口の扱いと条件を決める

判定 ☐ 経口保留 ☐ 条件付き経口 ☐ 経口可 「可／不可」だけでなく、条件と中止基準まで記載

食形態 / 液体

一口量・ペース

姿勢・見守り・介助

内服の扱い

中止・相談のサイン

☐ 呼吸状態の悪化 ☐ 湿性嚔声 / 咳・むせの出現や増悪 ☐ 分泌物を処理できない ☐ 覚醒低下 ☐ 明らかな口腔残留・送り込み困難

むせがない＝安全とは限りません。所見が一致しない / 安全な条件を決めきれない場合は、ベッドサイド評価だけで押し切らない。

VE / VFを検討する場面

☐ スクリーニング要精査 / 実施困難で重症度・誤嚥リスクを明確にしたい ☐ ベッドサイドだけでは食形態・内服・介助条件を決めきれない ☐ サイレント誤嚥を疑う / 所見が食い違う

共有・再評価メモ

共有：経口の扱い / 食形態・液体 / 一口量 / 姿勢 / 見守り・介助 / 中止基準 / 内服 / 次の再評価条件