

作業療法士によるサービス

はじめに

評価用紙(別紙①～④)を用いてADLや上肢機能中心の評価を行い、結果の説明と家庭でできるリハビリテーションの指導を行います。評価用紙の作成により、筋ジストロフィー患者に必要な評価項目を統一化し、評価者間のばらつきを少なくしました。また、2泊3日という短期間で問題点の焦点化を行いやすくするために、アンケートを用いて、業務の効率化を図っています。ポートサービスの利用が2回目以降の方は、前回の結果との比較も行い身体機能の変化と予後予測に基づいた指導を行います。

1.手順

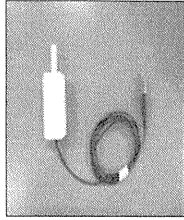
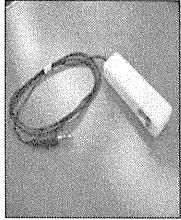
1日目は入院時、ご本人やご家族へアンケート記入を依頼し、その後食事動作評価を行います。午後よりアンケートを参考にしながらADL評価を行い、必要に応じて代替スイッチ調整や自助具導入等も行っています。アンケートは円滑な情報収集と問題点の焦点化を図る為に実施しています。2日目は障害段階分類や簡易上肢機能検査などの上肢機能評価を中心にを行います。また評価・指導内容を作業療法報告書に記入し、ご自宅郵送報告書も分かりやすい内容に書き換え作成します。3日目の合同カンファレンスは報告書内容についてコメントを行います。

2.評価内容

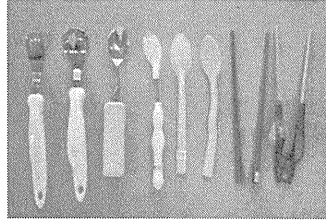
【日程】	【内容・方法】	【備考】
<1日目>3単位 ※アンケート ・代替スイッチ調整(図1) ・代替スイッチ使用時写真 ※食事動作評価(昼食) ・自助具導入(図2) ・マウス(図3) ※ADL評価	ご本人、ご家族へ記入を依頼 マイクロ、ジョイスティックから選定 摂食動作、姿勢等の評価 ウィル、かるまげ、滑り止めシートなど マウス、ソフト紹介 動作確認、聞き取り、アンケートを参考	特殊タイプ使用時のみ 必要に応じて導入
<2日目>3単位 ※障害段階分類 ※握力、ピンチ力 ・簡易上肢機能検査 ※手指写真 ・車椅子評価 ※上肢関節可動域 ※上肢徒手筋力評価 ※指導 ※作業療法報告書作成 ※ご自宅郵送報告書作成	上肢運動機能障害度分類:1～13段階 手指筋力測定機器セット(EG-200)(図4) STEF 肢位:前腕回外位 動作:手指関節屈伸 姿勢、ジョイスティック(図5)の操作性など 評価結果や前回との変化点を説明 内容を簡潔明瞭に記入	測定が困難な場合 「測定不能」と記載する Active

<3 日目> ※総合カンファレンス	評価結果と指導内容の説明を行う。2 回目以降の方には前回結果との比較も行う。	
----------------------	--	--

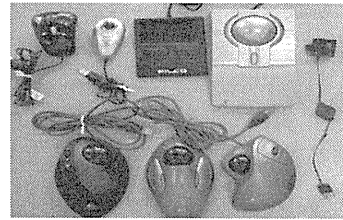
※必須項目



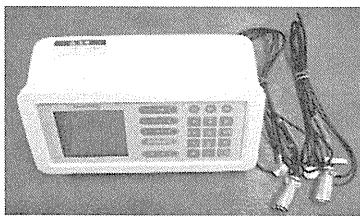
【図 1: 代替スイッチ】



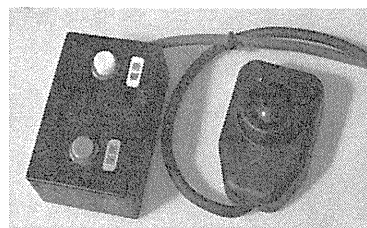
【図 2: 自助具】



【図 3: マウス】



【図 4: 手指筋力測定機器セット】



【図 5: 車椅子コントローラー】



3. 評価用紙(報告書)記入時の注意点

- ・作業療法報告書: 別紙①参照

4. 最終日カンファレンス時に指導する際の注意点

当院作業療法では以下の点を考慮しながら指導を行っています。

- ◆ **疲労感:** 負荷の大きい運動は筋の破壊を引き起こす危険性が高いため注意が必要です。疲労は動作の実用性が乏しくなり動作遂行に時間と努力を要する時期(stage3~6)に多くみられます。
 - 翌日に疲労や疼痛を残さない程度の運動量を目安にします。
 - ・ 疲労が生じた場合は、休息により機能回復を待ちます。
 - ・ 実用性がある日常生活動作は積極的に、実用性はないが可能な動作は介助の元で疲労が残らない程度に行います。
- ◆ **姿勢:** 姿勢の左右非対称や脊柱変形は、局所的な圧迫による痛みや不快感を誘発し、ADL 制限や心肺機能へ影響する為、日常生活でよく取っている姿勢の検討も必要となります。また筋ジストロフィー患者は上肢の筋力低下を体幹や頸部の動きで代償しながら ADL を遂行している為、脊柱変形により坐位バランスが低下すると、上肢を使う ADL が制限されます。
 - 脊柱変形予防のため、可能な範囲で左右対称な姿勢を取り入れます。
 - ・ 脊柱の対称性を維持するためアームサポートの工夫を行います。
 - ・ 机・椅子の高さ調整や机の縁に前腕を当てて寄りかかることで上肢の操作性を高めます。

- ◆ 自助具: 上肢の筋力低下により、物品の操作性や持久力が低下します。その為、食事などの反復動作では疲労・倦怠感を訴える事が多くなります。
 - ・ 使用する道具は、重さがあると把持や操作が困難なため、可能な限り軽量のものを選定します。
 - ・ 食事ではウィル、かるまげなど、軽量で滑りにくく把持しやすいものを選定します。
 - ・ 手の届く範囲に使用物品を置きます。
- ※当院では箸・スプーン(図 2)やマウス(図 3)のデモ機を入院中に貸出し、導入の検討を促しています。
- ◆ 介助量・サービス: 過保護防止や介助量軽減のため介助方法やサービス内容の再検討を提案します。
- ◆ 社会的役割: 個々が担っている役割を考慮しながら介入しています。
 - 学童: 学校生活の情報収集およびアドバイス
 - 授業を受ける姿勢、道具の工夫、校内の移動方法、靴の身体への影響など
 - 主婦: 家事動作の軽減、調理機器・方法の紹介など
 - 社会人(就労者): 通勤手段、仕事内容、勤務日数、職場環境調整など
 - 非就労者: 日中の生活状況など
- ◆ PC 関連機器の紹介: 上肢の残存機能に応じて使用しやすい機器を紹介しています。
 - マウス: トラックボール付きのもの ソフト: ハーティラーダー、オペレートナビなど
- ※トラックボールは、マウスのように全体を持ち上げて動かさなくても、指先や手の平で操作可能
- ◆ ホームエクササイズ: 日常生活の習慣的な肢位の影響により関節拘縮が起こりやすい為、肢位が偏らないよう、他動運動やストレッチ等をご本人・ご家族へ指導します。また、2 回目以降の方には前回と比較しポイントを絞った指導を行っています。
- ◆ ADL: 筋ジストロフィー患者の日常生活動作における自立度は、高い順に食事→整容→更衣→排泄→入浴となっており、当院でも食事を含めた指導が大半を占めています。指導では自立度を促すよりも、環境調整や自助具導入により動作が楽に行えるよう工夫しています。
 - 詳細は別紙①参照

5. 評価用紙および記入例

- ・ アンケート用紙: 別紙②参照
- ・ アンケート用紙記入例: 別紙⑤
- ・ 作業療法報告書: 別紙③参照
- ・ 作業療法報告書記入例: 別紙⑥参照
- ・ ご自宅郵送報告書: 別紙④参照
- ・ ご自宅郵送報告書記入例: 別紙⑦参照

引用参考文献

- 1) 風間忠道ほか: デュシェンヌ型筋ジストロフィー ADL とその周辺—評価・指導・介護の実際. 1994

作業療法報告書(ポートサービス)

ID	氏名	生年月日	年齢	歳
診断名	評価日	評価者		
同居家族	サービス内容	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア		
社会資源	環境調整	<input type="checkbox"/> 自立支援法 <input type="checkbox"/> 介護保険法 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室		

<食事> 普通 キザミ ミキサー 経管栄養

項目	自立	一部介助	全介助
セッティング			
摂食用具を取り上げる			
食物を口に運ぶ			
液状食物を口に運ぶ			
食べこぼし	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
摂食時の環境	<input type="checkbox"/> 床	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス

各項目:自立、一部介助、全介助の3段階で評価

箸 スプーン

箸 スプーン 手づかみ

コップ ストロー スプーン

①食形態:1口大カットなど具体的に
②使用器具:箸orスプーン
③摂取時間:20分以下or20分以上
④動作分析:代償動作の有無

<整容>

項目	自立	一部介助	全介助
磨く			
口をゆすぐ			
洗顔			
手洗い			
整髪			
整容時の環境	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> イス

手動 電動

洗う 拭く

洗う 拭く

①歯磨き:手動or電動 虫歯の有無
②洗顔、手洗い:洗面台orタオル
③整髪:習慣の有無

<排泄>

項目	自立	一部介助	全介助
便器への移乗			
便器の使用			
後始末			
尿意の認識	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
環境	<input type="checkbox"/> 床	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス

洋式 和式 ポータブル

トイレ 尿器 ポータブル

紙で拭く ウォシュレット

便器の様式がライフサイクルで変化していないか確認
→洋式以外なら改修も含め指導が必要

<更衣>

項目	自立	一部介助	全介助
上衣			
前開き着			
下衣			
靴下			
留め具	<input type="checkbox"/> ベルト	<input type="checkbox"/> 紐	<input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> ジッパー <input type="checkbox"/> ベルクロ

座位 臥位 立位

座位 臥位 立位

座位 臥位 立位

運動機能的側面からみた難易度:
かぶりシャツ、ズボン→前あきシャツ→靴下

<入浴>

項目	自立	一部介助	全介助
浴室内での姿勢保持			
洗体			
体を流す			
浴槽の出入り			
体を拭く			

立位 座位 臥位

抱える リフト

①入浴場所:在宅or施設
②主な介助者:家族orヘルパー
③改修:手すりの位置、浴槽の高さ

<移動>

項目	自立	一部介助	全介助
自宅内移動			
屋外移動			
介助	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	

W/C EW/C 歩行

独歩 いざり 抱える

W/C EW/C 歩行 車の運転

独歩 いざり 抱える

歩行 具 有 無

電動車いす操作に必要な
ジョイスティックの評価

ROM	筋力	左側	右側	筋力	ROM
		屈曲	屈曲		
		伸展	伸展		
		外転	外転		
		内転	内転		
		屈曲	屈曲		
		伸展	伸展		
		掌屈	掌屈		
		背屈	背屈		

上肢運動機能障害度分類

- 500g以上の重量を利き手に持って前方へ直上挙上する
- 500g以上の重量を利き手に持って前方90°まで直上挙上する
- 重量無しで利き手を前方へ直上挙上する
- 重量無しで利き手を前方90°まで挙上する
- 重量無しで肘関節90°まで挙上する
- 机上で肘伸展により手を水平前方へ移動する
- 机上で体幹の反動を利用し肘伸展により手を水平前方へ移動する
- 机上で体幹の反動を利用し肘伸展を行ったのち手の運動で水平前方へ移動する
- 机上で手の運動のみで水平前方へ移動する
- 優位な手でコピー用紙(葉書サイズ:10×14.8cm)をひっくり返すことができる
- 優位な手でコース立方体(2.7×2.7×2.7cm)を母指対立位で握ることが出来る
- 優位な手でコース立方体(2.7×2.7×2.7cm)を母指対立位で握ることが出来ないが手指の動きがある
- 手指が全く動かない

手指の写真(回外位での手指屈曲・伸展)

上肢運動機能障害度:13段階

握力

右	kg
左	kg

ピンチ力

3指	側腹
右	
左	

簡易上肢機能検査

右	正常域平均得点
左	

手指使用状況

パソコン ゲーム リモコン 勉強

使用時間	
使用時姿勢	

習慣的な動作を把握し、同一方向への反復した運動を避けるよう指導

<コメント>

手指筋力測定機器(SAKAI社製 EG-220)
2Kg、10Kgいずれかのセンサーを使用

評価の総括:問題点のpickup、前回の比較
指導内容の記載:新たなADL方法の説明、自助具の紹介、自主訓練

作業療法ポートサービス アンケート用紙

診療上の参考にさせていただきますので、入院患者本人の状況を記載してください。

入院患者氏名： _____

記載日 _____

共通質問
同居家族はいますか？
公的サービスは何か使われていますか？ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> その他 (_____)
その頻度と内容を聞かせてください
住んでいる階数は何階ですか？ <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階以上
住宅環境はどれに当てはまりますか？ <input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> 集合住宅(エレベーター無し) <input type="checkbox"/> 集合住宅(エレベーター有り) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
トイレについているものにチェックをつけて下さい <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 体を預けるための柵 <input type="checkbox"/> 昇降式便座 <input type="checkbox"/> ウォシュレット <input type="checkbox"/> その他 (_____)
浴室についているものにチェックをつけて下さい <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> その他 (_____)
玄関についているものにチェックをつけて下さい <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> その他 (_____)
前回ポートサービス時と変わった点はどこかありますか？ <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
今回気になる点はどこかありますか？ <input type="checkbox"/> 手の力 <input type="checkbox"/> 手の関節の動き <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 姿勢 <input type="checkbox"/> 車いすの操作 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

入院患者ご本人が主婦の方への質問
調理は疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
食事の片づけは疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
掃除は疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
洗濯は疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
買い物は疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
ゴミ出しは疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
育児は手伝ってくれる人がいますか？ <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 近隣家族 <input type="checkbox"/> ほとんどいない <input type="checkbox"/> 全くいない

入院患者ご本人が学童の方(または保護者)への質問	
学年を記載してください	通学距離はどの程度ですか？(距離もしくは時間)
通学時には何を持って行きますか？	通学途中に階段・段差はありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
通学手段は何を使っていますか？ <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 ()	
教室は何階にありますか？	学校にエレベーターはありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
学校内での移動手段はどうしていますか？ <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス(自走) <input type="checkbox"/> 車イス(介助)	学校の椅子に背もたれはありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 一部有り <input type="checkbox"/> 無し
授業で疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない	
体育で疲れますか？ <input type="checkbox"/> 行わない <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない	
書字で疲れますか？ <input type="checkbox"/> 行わない <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない	
給食で疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない	

入院患者ご本人が会社員の方への質問	
通勤手段は何を使っていますか？ <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 ()	
通勤途中に階段・段差はありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	通勤距離はどの程度ですか？(距離もしくは時間)
通勤時には何を持って行きますか？	勤務先のイスに背もたれはありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
勤務先は何階にありますか？	勤務先にエレベーターはありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
勤務時間はどの程度ですか？	
勤務内容は主にどのようなものですか？	
次の日まで疲労が残っていることがありますか？ <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 全くない	

その他、気になることや伝えておきたいことなど自由にご記載ください

ご協力ありがとうございました

作業療法報告書(ポートサービス)

ID	氏名	生年月日	年齢	0歳
診断名	評価日	評価者		
同居家族	サービス内容		<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア	
社会資源	<input type="checkbox"/> 自立支援法 <input type="checkbox"/> 介護保険法	環境調整	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室	

<食事> 普通 キザミ ミキサー 経管栄養

項目	自立	一部介助	全介助	
セッティング				
摂食用具を取り上げる				<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン
食物を口に運ぶ				<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手づかみ
液状食物を口に運ぶ				<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロウ <input type="checkbox"/> スプーン
食べこぼし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
摂食時の環境	<input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス			

<整容>

項目	自立	一部介助	全介助	
磨く				<input type="checkbox"/> 手動 <input type="checkbox"/> 電動
口をゆすぐ				
洗顔				<input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 拭く
手洗い				<input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 拭く
整髪				
整容時の環境	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス			

<排泄>

項目	自立	一部介助	全介助	
便器への移乗				<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブル
便器の使用				<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル
後始末				<input type="checkbox"/> 紙で拭く <input type="checkbox"/> ウォシュレット
尿意の認識	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
環境	<input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス			

<更衣>

項目	自立	一部介助	全介助	
上衣	かぶり着			<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位
	前開き着			<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位
下衣				<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位
靴下				<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位
留め具	<input type="checkbox"/> ベルト <input type="checkbox"/> 紐 <input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> ジッパー <input type="checkbox"/> ヘルクロ			

<入浴>

項目	自立	一部介助	全介助	
浴室内での姿勢保持				
洗体				<input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位
体を流す				
浴槽の出入り				<input type="checkbox"/> 抱える <input type="checkbox"/> リフト
体を拭く				

<移動>

項目	自立	一部介助	全介助	
自宅内移動				<input type="checkbox"/> W/C <input type="checkbox"/> EW/C <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> いざり <input type="checkbox"/> 抱える
屋外移動				<input type="checkbox"/> W/C <input type="checkbox"/> EW/C <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> いざり <input type="checkbox"/> 抱える
介助	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 歩行補助具 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

ROM	筋力	左側	右側	筋力	ROM
		屈曲	屈曲		
		伸展	伸展		
		外転	外転		
		内転	内転		
		屈曲	屈曲		
		伸展	伸展		
		掌屈	掌屈		
		背屈	背屈		

上肢運動機能障害度分類

- 500g以上の重量を利き手に持って前方へ直上挙上する
- 500g以上の重量を利き手に持って前方90°まで直上挙上する
- 重量無しで利き手を前方へ直上挙上する
- 重量無しで利き手を前方90°まで挙上する
- 重量無しで肘関節90°まで挙上する
- 机上で肘伸展により手を水平前方へ移動する
- 机上で体幹の反動を利用し肘伸展により手を水平前方へ移動する
- 机上で体幹の反動を利用し肘伸展を行ったのち手の運動で水平前方へ移動する
- 机上で手の運動のみで水平前方へ移動する
- 優位な手でコピー用紙(葉書サイズ:10×14.8cm)をひっくり返すことができる
- 優位な手でコース立方体(2.7×2.7×2.7cm)を母指対立位で握ることが出来る
- 優位な手でコース立方体(2.7×2.7×2.7cm)を母指対立位で握ることが出来ないが手指の動きがある
- 手指が全く動かない

握力

右	kg
左	kg

ピンチ力

右	3指	側腹
左		

簡易上肢機能検査

右	正常域平均得点
左	

手指使用状況

- パソコン ゲーム リモコン 勉強

使用時間	
使用時姿勢	

<コメント>

【作業療法】

担当作業療法士

<評価結果>	<指導内容>
<p style="text-align: center;">関節の動き(関節可動域)</p> 肩関節 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし 肘関節 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし 手首・指 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	
<p style="text-align: center;">日常生活動作</p> 食事 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし トイレ <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし 身だしなみ <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし 着替え <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	
<p style="text-align: center;">その他</p> <input type="checkbox"/> 疲労感に対する指導 <input type="checkbox"/> 社会的役割に対する指導 <input type="checkbox"/> 姿勢に対する指導 <input type="checkbox"/> 介助量・サービスに対する指導 <input type="checkbox"/> PC関連機器の紹介 <input type="checkbox"/> 生活スタイルに対する指導 <input type="checkbox"/> ホームエクササイズの指導 <input type="checkbox"/> 自助具に対する指導	
コメント	

作業療法ポートサービス アンケート用紙

診療上の参考にさせていただきますので、入院患者本人の状況を記載してください。

入院患者氏名： 大牟田 太郎

記載日 2000/0/0

共通質問
同居家族はいますか？ 母、弟
公的サービスは何か使われていますか？ <input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 通院リハ <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> その他 (_____)
その頻度と内容を聞かせてください (ヘルパー: 5/W 通院リハ: 1/W)
住んでいる階数は何階ですか？ <input checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階以上
住宅環境はどれに当てはまりますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> 集合住宅(エレベーター無し) <input type="checkbox"/> 集合住宅(エレベーター有り) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
トイレについているものにチェックをつけて下さい <input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 体を預けるための棚 <input type="checkbox"/> 昇降式便座 <input type="checkbox"/> ウォシュレット <input type="checkbox"/> その他 (_____)
浴室についているものにチェックをつけて下さい <input checked="" type="checkbox"/> シャワー <input checked="" type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> その他 (_____)
玄関についているものにチェックをつけて下さい <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> その他 (_____)
前回ポートサービス時と変わった点はどこかありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
今回気になる点はどこかありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 手の力 <input checked="" type="checkbox"/> 手の関節の動き <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 姿勢 <input type="checkbox"/> 車いすの操作 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

入院患者ご本人が主婦の方への質問
調理は疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
食事の片づけは疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
掃除は疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
洗濯は疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
買い物は疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
ゴミ出しは疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない <input type="checkbox"/> 行わない
育児は手伝ってくれる人がいますか？ <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 近隣家族 <input type="checkbox"/> ほとんどいない <input type="checkbox"/> 全くいない

入院患者ご本人が学童の方(または保護者)への質問	
学年を記載してください 〇〇特別支援学級 中等部〇年	通学距離はどの程度ですか？(距離もしくは時間) 30分程度
通学時には何を持って行きますか？ かばん	通学途中に階段・段差はありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し
通学手段は何を使っていますか？ <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (自宅近くからスクールバスの送迎がある)	
教室は何階にありますか？ 1階	学校にエレベーターはありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
学校内での移動手段はどうしていますか？ <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 車イス(自走) <input type="checkbox"/> 車イス(介助)	学校の椅子に背もたれはありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 一部有り <input type="checkbox"/> 無し
授業で疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input checked="" type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない	
体育で疲れますか？ <input type="checkbox"/> 行わない <input checked="" type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない	
書字で疲れますか？ <input type="checkbox"/> 行わない <input checked="" type="checkbox"/> 大変疲れる <input type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない	
給食で疲れますか？ <input type="checkbox"/> 大変疲れる <input checked="" type="checkbox"/> 時々疲れる <input type="checkbox"/> ほとんど疲れない <input type="checkbox"/> 全く疲れない	

入院患者ご本人が会社員の方への質問	
通勤手段は何を使っていますか？ <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 ()	
通勤途中に階段・段差はありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	通勤距離はどの程度ですか？(距離もしくは時間)
通勤時には何を持って行きますか？	勤務先のイスに背もたれはありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
勤務先は何階にありますか？	勤務先にエレベーターはありますか？ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
勤務時間はどの程度ですか？	
勤務内容は主にどのようなものですか？	
次の日まで疲労が残っていることがありますか？ <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 全くない	

その他、気になることや伝えておきたいことなど自由にご記載ください

最近、ご飯を食べるのがきつくなっている気がする。何か良い方法等があれば入院中に教えて欲しい。指の動き、力も少しずつ落ちてきている感じがする。指が曲がってきていることが気になる。

ご協力ありがとうございました

作業療法報告書(ポートサービス)

ID	9999999	氏名	大牟田 太郎 様	生年月日	20〇〇/〇月/〇日	年齢	〇歳
診断名	デュシェンヌ型筋ジストロフィー		評価日	20〇〇/〇月/〇日		評価者	
同居家族	母、弟		サービス内容	<input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア			
社会資源	<input checked="" type="checkbox"/> 自立支援法 <input type="checkbox"/> 介護保険法		環境調整	<input type="checkbox"/> 玄関 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 浴室			

<食事> 普通 キザミ ミキサー 経管栄養

項目	自立	一部介助	全介助
セッティング			<input type="radio"/>
摂食用具を取り上げる	<input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 箸 <input checked="" type="checkbox"/> スプーン
食物を口に運ぶ	<input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 箸 <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手づかみ
液状食物を口に運ぶ	<input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input checked="" type="checkbox"/> スプーン
食べこぼし	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
摂食時の環境	<input type="checkbox"/> 床 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス		
食形態:一口大にカット 摂取時間:15分程度(一口量多い) 姿勢:両股関節屈曲拘縮(約-70°)あり、ベッド上座位は膝立て位。 T7程度の高さまでテーブルを挙げ手関節を乗せる。頸部+手関節の屈曲にて口元まで運搬。箸開きがやや弱くすくような動作である。			

<整容>

項目	自立	一部介助	全介助
磨く	<input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 手動 <input type="checkbox"/> 電動
口をゆすぐ	<input type="radio"/>		
洗顔	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> 洗う <input checked="" type="checkbox"/> 拭く
手洗い	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> 洗う <input checked="" type="checkbox"/> 拭く
整髪			<input type="radio"/>
整容時の環境	<input checked="" type="checkbox"/> ベッド上 <input checked="" type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス		
洗顔・手洗い:タオル使用。 水道栓:レバー式のみ可能。 プッシュ式歯磨き粉(泡状)使用。			

<排泄>

項目	自立	一部介助	全介助
便器への移乗			<input type="radio"/>
便器の使用	<input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル
後始末	<input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 紙で拭く <input checked="" type="checkbox"/> ウォシュレット
尿意の認識	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
環境	<input type="checkbox"/> 床 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス		
ベッド上で自分で尿器を使用すること可能。			

<更衣>

項目	自立	一部介助	全介助
上衣	かぶり着 <input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位
前開き着	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位
下衣	<input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位
靴下	<input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位
留め具	<input type="checkbox"/> ベルト <input type="checkbox"/> 紐 <input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> ジッパー <input checked="" type="checkbox"/> ベルクロ		
ほとんどかぶりシャツを着用。 前開きシャツでは後方に回すなどに介助要す。			

<入浴>

項目	自立	一部介助	全介助
浴室内での姿勢保持	<input type="radio"/>		
洗体			<input type="checkbox"/> 立位 <input checked="" type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位
体を流す			<input type="radio"/>
浴槽の出入り			<input checked="" type="checkbox"/> 抱える <input type="checkbox"/> リフト
体を拭く			<input type="radio"/>
福祉用具(シャワーチェア)頻度:4/w ヘルパーによる全介助			

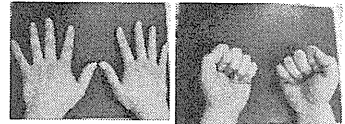
<移動>

項目	自立	一部介助	全介助
自宅内移動			<input type="checkbox"/> W/C <input type="checkbox"/> EW/C <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> いざり <input checked="" type="checkbox"/> 抱える
屋外移動			<input type="checkbox"/> W/C <input checked="" type="checkbox"/> EW/C <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> いざり <input type="checkbox"/> 抱える
介助	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 歩行補助具 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
EW/Cは普通型ジョイスティック 自走にて外出可能			

ROM	筋力	左側	右側	ROM
170	1	屈曲	屈曲	170
40	2	伸展	伸展	40
160	2	外転	外転	160
0	2	内転	内転	0
150	2	屈曲	屈曲	150
-60	2	伸展	伸展	-60
60	3	掌屈	掌屈	60
55	3	背屈	背屈	55

上肢運動機能障害度分類

- 500g以上の重量を利き手に持って前方へ直上挙上する
- 500g以上の重量を利き手に持って前方90°まで直上挙上する
- 重量無しで利き手を前方へ直上挙上する
- 重量無しで利き手を前方90°まで挙上する
- 重量無しで肘関節90°まで挙上する
- 机上で肘伸展により手を水平前方へ移動する
- 机上で体幹の反動を利用し肘伸展により手を水平前方へ移動する
- 机上で体幹の反動を利用し肘伸展を行ったのち手の運動で水平前方へ移動する
- 机上で手の運動のみで水平前方へ移動する
- 優位な手でコピー用紙(葉書サイズ:10×14.8cm)をひっくり返すことができる
- 優位な手でコース立方体(2.7×2.7×2.7cm)を母指対立位で握ることができる
- 優位な手でコース立方体(2.7×2.7×2.7cm)を母指対立位で握ることが出来ないが手指の動きがある
- 手指が全く動かない



握力

右	5.0 kg
左	3.5 kg

ピンチ力

3指	側腹
右 2kg	2kg
左 1.25kg	1.75kg

簡易上肢機能検査

右	55	正常域平均得点
左	68	〇歳～〇歳 〇点

手指使用状況

パソコン ゲーム リモコン 勉強

使用時間	1日3時間
使用時姿勢	床座位、車いす座位

<コメント>

初回入院で日常生活動作と上肢機能の評価を実施しました。
 食事に関しては、テーブルに手関節を固定し、手関節の動きと頭頸部、体幹を屈曲し代償動作にて口元まで運搬している状況でした。この動きの反復により側彎の増強につながる可能性がありますので、入院中に試験的に柄の長いスプーンを使ってもらい代償動作を最小に出来るよう実施しています。また、箸よりスプーン(小)を使用することで一口量の調節を行うと良いかと考えます。
 更衣に関しては、前開きのシャツを除き自立していました。機能維持のために継続して自分で出来る動作は続けるように指導しました。
 上肢機能に関しては、現在は手指に著明な拘縮等はないようです。1日3時間程度ゲームをしているとのことでしたので、終わった後は伸展方向へのストレッチを指導しました。また、自主訓練用の資料を渡し指導しました。

【作業療法】

担当作業療法士

<評価結果>	<指導内容>
<p style="text-align: center;">関節の動き(関節可動域)</p> 肩関節 <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし 肘関節 <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし 手首・指 <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	<p>初回で特に肘を伸ばす運動での制限がありました。自宅、学校でもストレッチを実施するようにして下さい。また、同じ姿勢(肘を曲げたまま)を持続しないように注意して下さい。</p>
<p style="text-align: center;">日常生活動作</p> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし 身だしなみ <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし 着替え <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	<p>食事動作時の代償動作を最小にするための工夫が必要かと考えます。具体的には、テーブルの高さを高くする。軽量で柄の長いスプーンを使用する等です。 更衣動作では、かぶりシャツを中心にできる動作は継続して下さい。</p>
<p style="text-align: center;">その他</p> <input type="checkbox"/> 疲労感に対する指導 <input type="checkbox"/> 社会的役割に対する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 姿勢に対する指導 <input type="checkbox"/> 介助量・サービスに対する指導 <input type="checkbox"/> PC関連機器の紹介 <input type="checkbox"/> 生活スタイルに対する指導 <input checked="" type="checkbox"/> ホームエクササイズへの指導 <input checked="" type="checkbox"/> 自助具に対する指導	<p>自助具はリハ通院中の病院でも購入可能です。ご検討下さい。</p>
<p>コメント</p>	
<p>初回入院で日常生活の実施状況と手、腕の動きの評価をしました。 食事では、体を曲げて食べる代償動作の反復により側彎の増強につながる可能性があります。入院中に試験的に柄の長いスプーンを使ってもらい代償動作を最小に出来るようにアドバイスさせて頂きました。また、箸よりスプーン(小)を使用することで一口量の調節を行うとよいと考えます。着替えでは、機能維持のためにも継続して自分で出来る動作は続けるようにするとよいと考えます。 手、腕の動きでは、肘関節以外は著明な関節の制限はないようです。1日3時間程度ゲームをしているとのことでしたので、終わった後はしっかりと伸ばす方向へのストレッチを行って下さい。また、自主訓練用の資料を参考に実施して下さい。</p>	

言語聴覚士からのサービス

はじめに

摂食嚥下機能(発声・構音機能も含む)について、質問紙(別紙①)、評価用紙(別紙②)を用いて情報収集や評価を実施します。アンケート・評価結果から評価時の症状の説明を行い、食形態の提示や家庭で気をつけて頂きたいことなどの指導を行い、後日報告書として別紙③を送付します。評価用紙を用いることで、評価項目が統一化され、患者様の重症度等の障害像が把握しやすくなりました。

当院の言語聴覚療法の歴史は浅く、ポートサービスに介入し始めて2年経過したほどで、このような形で報告するにはまだ問題点が多く残っていますが、今回は現時点での紹介をさせていただきます。

1. 手順

当院の言語聴覚療法では、入院して初回の食事の前に情報収集を行い、実際の食事場面での嚥下機能の評価します。翌日にその他の評価の実施と自宅で出来るトレーニング・注意点の指導をリハビリテーション室にて実施しています。最終日に摂食嚥下評価を統括し最終的な報告、指導を患者本人、ご家族、同席者に行います。ポートサービスの利用が2回目以降の方は、前回の結果との比較も行い摂食嚥下機能の変化と予後予測に基づいた指導を行います。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が連携して、今回のポートサービスの結果とホームエクササイズの要点をまとめたリハビリテーション科報告書を、後日ご自宅へ郵送します。

【日程】	【内容・方法】	【備考】
<1日目> ・情報収集(質問紙 別紙①) ・初回の食時介入(昼食) (別紙②食事場面の項目)	入院後、摂食・嚥下機能の予測、情報収集の為に面談を実施。 次いで、《食事場面》の評価を行う。	ここで食事形態を検討・変更を行う。
<2日目> ・摂食嚥下機能評価(別紙②) ST: 摂食嚥下機能評価用紙清書	《発声・構音機能》・《嚥下機能スクリーニング検査》を行う。ご本人、ご家族へ評価結果報告と指導を実施。	
<3日目> ・総合カンファレンス ST: リハビリテーション科報告書作成(別紙③)	ご本人、ご家族へ評価結果と指導内容の確認を行う。VF・VE 検査を実施した際はその結果も説明する。	2回目以降の方には前回結果との比較も行う。

【表1】

※リハビリテーション科報告書(別紙③)は他報告書と共に後日郵送する。

2. 評価内容

摂食嚥下機能評価用紙 質問紙(別紙①)

摂食嚥下機能の評価・指導を行う上で必要な事前情報を面談にて聴取します。

質問紙の内容は 大熊るり、藤島一郎 他: 摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発. 摂食嚥下リハ誌 6(1):3-8,202 を引用し使用しています。

摂食嚥下機能評価用紙（別紙②）

摂食嚥下機能の評価はこの用紙に沿って行っていきます。

大きな枠組みとして、《食事場面》《発声・構音機能》《嚥下機能スクリーニング検査》に分けています。《食事場面》は入院して初回の食事で実際の食事場면을評価します。翌日に《発声・構音機能》《嚥下機能スクリーニング検査》を評価します。

リハビリテーション報告書【言語聴覚療法】摂食嚥下機能評価（別紙③）

項目としては、◆食事形態(病院食) ◆口腔機能 ◆咽頭機能 ◆咳反射機能 《食形態の変更》 ◆コメントを作成しました。

3. 評価用紙(報告書)記入時の注意点

ポートサービスは半年～2年の間隔で断続的に関わる為に、経時的な問題があり、例えば、正常範囲内でも明らかに正常なのか、幾分か疑いがあったのか等の短い間隔で連続的に関わっていれば把握できていた症状なども、把握できないことがあります。現在、一般的に使用されている評価ではわずかな変化を比較できないことがあります。また、疾患の進行スピードに個人差があるためにどれほどの進行があったかを客観的に評価する必要があります。そこで、咬合力、口唇力、舌圧に関しては測定器を用いることにしました。また、口唇や舌の可動域範囲では測定値をmmで記載することにしました。

摂食嚥下機能評価用紙 質問紙(別紙①)

引用した質問内容にて情報収集が出来ない情報で、ポートサービスにて経験的に必要だった以下の項目を追加しました。

施設か在宅か？

自宅では無く施設入所されている方もおられ、施設の場合は食事形態の変更が施設で可能かといった問題点がありました。

食事を作る人は？

自宅で作られているのか、お弁当や惣菜を店などで購入しているのかを知ります。食形態の変更が可能か、食形態の変更の指導を行う対象者は誰かを知っておく必要があります。

話し難さなどは出てきましたか？

構音・発声と嚥下は密接な関わりを持っています。嚥下面の変化は自覚されていなくても、構音面・発声面の変化は気付かれている方がいるためです。話し難さを自覚されている人は嚥下機能のチェックが入っていても嚥下機能の低下を疑う材料となります。

前回と飲み込みで変わったことはありますか？

前回と飲み込みが変わっていないかを質問します。また、スクリーニング結果と自覚が一致しているかの判断の材料にもします。

風邪でもないのに熱や痰などが出た事がありますか？

不顕性の誤嚥の可能性の材料にします。

食べ物を詰まらせた事がありますか？

実際に食物を詰ませた経験がある患者様が少なくありません。どのような形態の食べ物を詰ませたか？どの形態が摂食困難であるかの情報を得るためです。

レモンや柑橘系の食物に対してアレルギーなどがありますか？

喘息などの既往がありますか？

咳反射テストの評価前にクエン酸に対するアレルギーが無いか聴取しておきます。また、参考情報として喘息の既往についても聴取しておきます。

摂食嚥下機能評価用紙（別紙②）

《食事場面》は実際の食事場面を評価し、《発声・構音機能》《嚥下機能スクリーニング検査》はリハビリテーション室にて評価を実施しています。

《食事場面》

評価用紙に沿って食事場面の観察・評価を行います。ムセ以外の誤嚥兆候として、湿性嘔声、咽頭残留音、SpO₂を測定しています。当院では食事動作に与える制限を少なくする為に、下肢で測定するか、手首装着型のパルスオキシメーターを用いています。

《発声・構音機能》

運動範囲

運動範囲は医療用ノギスを用いて数値を測定します。下顎の可動域では最大開口位で上下前歯間を測ります。オープンバイトがある場合は閉口位での上下前歯間を測定します。口唇の横引き・突出は左右口角間を測定します。舌の挺舌範囲は、最大挺舌位での舌尖から前歯の距離を計測します。

筋力

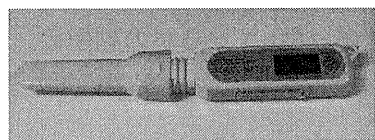
咬合力、口唇力、舌圧は徒手的な評価ではなく、それぞれを測定する機器を用いて測定します。各基準値は測定機器会社が提示しているデータを参考にしています。

信頼性を得るために全て3回ずつ行います。咬合力のみ左右3回ずつ行います。

（咬合力:kN）機器を小臼歯に平行に当て、噛むように促します。噛み合わせを考慮し、噛む位置を変更する場合もあります（その場合は部位も記載します）。左右共に測定します。【図1】

（口唇力:kN）上下口唇に機器をはめ込み、閉口する方向に力を入れるように促します。その際、歯が測定機器部分に当たらないように注意します。【図2】

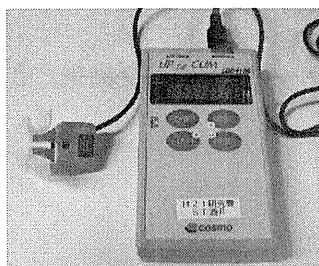
（舌圧:kPa）舌背にバルーン部を乗せ、軽く上下口唇を閉じてもらい、舌と口蓋にて押しつぶすように力を上方に入れてもらいます。バルーン部を歯で噛んでいないか、舌の中心に乗っているかに注意しながら測定します。【図3・図4】



【図1】OCCLUSAL

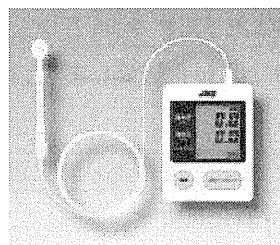
FOECE-METER

長野計器 株式会社



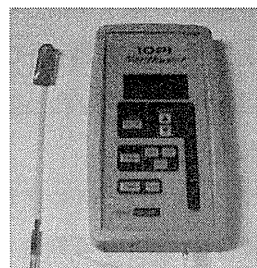
【図2】LIP DE CUM

コスモ計器



【図3】JMS 舌圧測定器

株式会社ジェイ・エム・エス



【図4】Iowa Oral Performance

Inst. Model 2.1

IOPI Northwest Co LLC

《嚥下機能スクリーニング検査》

嚥下機能スクリーニング検査として、【反復唾液飲みテスト】、【改定水飲みテスト】、【咳反射テスト】を用いており、以下の文献を参考に実施しています。

スクリーニングの評価判定のみではなく、反復唾液飲みテストならば、初発の嚥下までの時間、喉頭挙上の範囲、努力性、強弱、30秒間に惹起した合計回数等の判定基準に関わらない情報も有用な情報として扱っています。また嚥下機能の経過を比較するデータとしても用いています。咳反射テストでは筋ジストロフィーでの有用性がまだ不十分なため、サイレントアスピレーションの有無の参考データとして扱っています。これらを含む嚥下機能スクリーニング検査のエビデンスは、脳卒中疾患に対し、神経筋疾患、今回の筋ジストロフィー疾患は検査の有用性について課題が残っており、今後検討が必要な状況であり、現在データの蓄積中です。

【反復唾液飲みテスト】

嚥下時の最大喉頭挙上範囲が1横指以下のことがあります。その場合は1横指以下でも1回とカウントしています。触診で喉頭の確認が難しい場合は聴診器で嚥下音をカウントしています。

小口和代・他：機能的嚥下障害スクリーニングテスト「反復唾液飲みテスト」(the Repetitive Saliva Swallowing Test:RSST)の検討，(1)正常値の検討．リハ医学 37:375-382, 2000. 小口和代・他：機能的嚥下障害スクリーニングテスト「反復唾液飲みテスト」(the Repetitive Saliva Swallowing Test:RSST)の検討．(2)妥当性の検討．リハ医学 37:383-388, 2000. 鄭 漢忠・他：反復唾液嚥下テストは施設入所者の摂食・嚥下障害をスクリーニングできるか？ 摂食・嚥下リハ学会誌 3(1):29-33, 1999.

【改定水飲みテスト】

才藤栄一：平成13年度厚生科学研究補助金(長寿科学研究事業)、「摂食・嚥下障害の治療・対応に関する統合的研究」統括研究報告書．2002, pp1-17.

【咳反射テスト】

サイレントアスピレーションの有無を評価します。以下の論文より、当院では吸入器にクエン酸水溶液を入れ噴霧し、1分間マスクを当て、咳反射の回数を数えます。1分間で5回咳反射が惹起されなければ、サイレントアスピレーションが疑われるとされています。

W. Robert Addington, DO; Robert E. Stephens, PhD; Katherine A. Gilliland, RN, MSN. Stroke. 1999; 30:1203-1207.

リハビリテーション報告書【言語聴覚療法】摂食嚥下機能評価(別紙③)

項目としては

◆食事形態(病院食) ◆口腔機能 ◆咽頭機能 ◆咳反射機能 ◆食形態の変更 ◆コメントを作成しました。

以下に各項目の内容・記載項目を記載していきます。

◆食事形態(病院食)

前回入院時の食形態と比較し、初回 変化あり 変化なしのいずれかにチェックを付けます。下のチェック項目には今回の病院食の形態にチェックし、特殊形態についてはその他()にフリーで記載することにしまし

た。

指導内容欄には食事場面の観察での問題点、指導内容を記載します。

◆口腔機能

前回入院時の口腔機能と比較し、初回 変化あり 変化なしのいずれかにチェックを付けます。

咬合力、口唇力、舌圧、開口位を主に比較対象としています。その他の口腔機能に顕著な変化がある場合は指導内容欄にフリーコメントで記載します。口腔機能に変化があった場合は、口唇 噛む力 舌の力 口をあけた時の縦幅のいずれか変化があった項目にチェックを付けます。

指導内容には、咬合力、口唇力、舌圧、開口位、その他、で何に変化があったのか、またどれくらい変化があったのかを記載します。また健常者と比較しどのくらい能力が保たれているか記すこともあります。

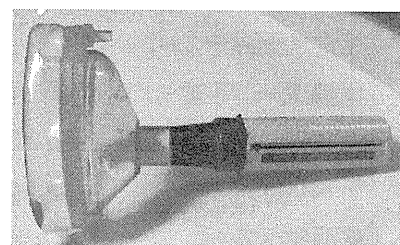
◆咽頭機能

前回入院時の口腔機能と比較し、初回 変化あり 変化なしのいずれかにチェックを付けます。比較対象として、反復唾液飲みテスト、改定水飲みテストの結果、及び頸部聴診の所見等で比較します。指導内容には、どのように低下があったのか、どのような注意が必要なのかを記載します。

◆咳反射機能

前回入院時の咳反射機能と比較し、初回 変化あり 変化なしのいずれかにチェックを付けます。咳反射機能はクエン酸ネブライザー検査の結果を比較対象としました。

指導内容には咳反射機能の簡単な説明文を初めから記入しています。フリーコメント欄に咳反射テストの結果とその結果からの注意点を記載します。咳反射機能の咽頭部の異物を感知する能力と、喀出する能力を別々に記載しています。喀出する能力はCPFを測定する機器【図 5】にてSTでも測定しますが、PTにも協力してもらい指導しています。



【 図 5 】 Mini-Wright
Peak-Flow-Meter Low Range
Clement Clarke International

《食形態の変更》

今回のポートサービスの結果から、現状で問題なし 変更必要 形態の変更は不必要だが注意点ありのいずれかをチェックします。この項目だけは、前回との比較ではなく、今回の評価単独での記載となり、上記の結果から食形態の提示を行います。指導内容には、どの形態が適切であるかを具体的に記載します。口腔機能の咬合力と関連して記載することが多くあります。

◆コメント

全体を統括したコメントと、上記の項目・指導内容で記載不足の点や、追記記載が必要な点に関して記載します。

4. 最終日カンファレンス時に指導する際の注意点

評価結果に基づき、患者本人と必要に応じてご家族、同席者への検査・評価結果の説明を行います。

説明内容としては別紙③に準じ、どの機能が低下しているか、そのためにどのような対応が必要かの助言・指導を行います。食事方法(安全姿勢となる角度や一口量)や食事の形態(現状維持でよいのか、形態を変えていくべきなのか、食べないほうがよい食材、水分摂取時のとろみの有無など)、ホームエクササイズの方法などを話します。また、2回目以降のポートサービス利用の方に対しては、前回との比較を行った評価結果の説明・指導を行います。患者本人に病名が告知されているのか、されていないのか、どこまで指導してよいかを事前にご家族に聞いておくことが必要になります。

5. 評価用紙及び記入例

摂食嚥下機能評価用紙 質問紙

氏名		ID		性別	男・女	評価日
生年月日				年齢	才	診断名
主訴						評価者

《摂食・嚥下障害の質問紙》

1. 肺炎と診断されたことがありますか？	A.繰り返す	B.一度だけ	C.なし
2. やせてきましたか？	A.明らかに	B.わずかに	C.なし
3. 物が飲みにくいと感じたことがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
4. 食事中にむせることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
5. お茶を飲むときにむせることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
6. 食事中や食後それ以外の時にも、のどがゴロゴロ(たんがからんだ感じ)することがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
7. のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
8. 食べるのが遅くなりましたか？	A.たいへん	B.わずかに	C.なし
9. 硬いものが食べにくくなりましたか？	A.たいへん	B.わずかに	C.なし
10. 口から食べ物がこぼれることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
11. 口の中に食べ物が残ることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
12. 食物や酸っぱい液がのどに戻ってくることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
13. 胸に食べ物が残ったり、つまった感じがすることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
14. 夜、咳でねむれなかつたり目覚めることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
15. 声がかすれてきましたか？(がらがら声、かすれ声等)？	A.たいへん	B.わずかに	C.なし

判定

Aの回答：一つでもあれば摂食・嚥下障害ありと判定、数が多ければより重度

Bの回答：一つでもあれば摂食・嚥下障害の疑いあり、数が多ければより疑いが強い

Cの回答：Cのみの時は摂食・嚥下障害の可能性はきわめて低い

施設か在宅か？

食事を作る人は？

話し難さなどは出てきましたか？

前回と飲み込みで変わったことはありますか？

風邪でもないのに微熱や痰などが出たことがありますか？

食べ物を詰まらせた事がありますか？

レモンや柑橘系の食物に対しアレルギーなどがありますか？

喘息などの既往がありますか？

摂食嚥下機能評価用紙						
氏名		ID		性別	男・女	評価日
生年月日:				年齢	才	診断名
主訴:						評価者
《食事場面》 経口摂取:有・なし 自立度:自立・一部介助・全介助						
自宅での食事	固形:普通食 その他()			水分:トロ無し・有 コップ・ストロー		
病院食形態	固形:普通・軟飯菜食(そのまま・一口大)・キザミ・ミキサー			水分:トロ無し・有 コップ・ストロー		
姿勢	座位・車椅子 度・ベッド上 度		上肢(利手)	食具	右・左・箸・スプーン(大・中・小)	
一口量	固形 cc程度(少なめ・普通・多め・ムラ有)		液体 cc程度(少なめ・普通・多め・ムラ有)			
咀嚼～嚥下	固形 口ごとに嚥下(遅め・普通・速い・ムラ有)		口唇での取り込み		正常・やや低下・低下	
嚥下時のムセ	固形 多い・時々・まれに・なし・ムラあり 有の場合→嚥下前・嚥下直後・嚥下後しばらくして					
	液体 多い・時々・まれに・なし・ムラあり 有の場合→嚥下前・嚥下直後・嚥下後しばらくして					
その他の誤嚥兆候	湿性嘔声(あり・なし) 咽頭貯留音(あり・なし)		SpO ₂		食前 ~ % 安定・変動有	
摂取時間および量	分 主/副: / 割				食中 ~ % 安定・変動有	
口腔残渣	なし・ややあり・かなりある		口腔内残渣(部位)		舌背・舌縁・口腔前庭	
疲労度	(なし・やや疲労・かなり疲労)					
嚥下特徴						
《発声・構音機能》 指示理解: 良 不良()						
呼吸	自発呼吸・外部機器管理()			呼吸回数		
発声	有声音の表出可・不可(気切:)			com方略:(音声・人工喉頭・口形・AAC)		
	発声持続:a: 秒					
	発話明瞭度:			声の異常:無・有()		
咳嗽	意図的に可・不可(非常に弱い・弱い・通常)			CPF:		
喉頭挙上範囲	横指			咬合力右: kN		
下顎・歯列	開口位: mm	オープンバイト:有(mm)・無		左: kN		
口唇	横引き: mm	突出: mm		口唇力 kN		
舌	挺舌幅: mm	左右差:有・無		舌圧 kPa		
顔面(頬の膨らめ)	可・不可		左右差:有・無			
構音	バ(正常・やや低下・低下)			夕(正常・やや低下・低下)		
	カ(正常・やや低下・低下)			ヲ(正常・やや低下・低下)		
《嚥下機能スクリーニング検査》						
【反復唾液のみテスト】			【改定水飲テスト】			
基準:30秒で2回以下が異常			基準:5秒以内にむせずに飲めれば正常,それ以外は,嚥下障害疑い			
1回目: 秒	1回目: 秒	1回目: 秒	1回目: 秒	1回目: 秒	1a:嚥無,ムセ無,湿サ声or呼吸変有	
2回目: 秒	2回目: 秒	2回目: 秒	2回目: 秒	2回目: 秒	b:嚥下無,ムセ有	
3回目: 秒	3回目: 秒	3回目: 秒	3回目: 秒	3回目: 秒	2:嚥下有,ムセ無,呼吸変有	
4回目: 秒	4回目: 秒	4回目: 秒	4回目: 秒	4回目: 秒	3a:嚥下有,ムセ無,湿サ声有	
5回目: 秒	5回目: 秒	5回目: 秒	5回目: 秒	5回目: 秒	b:嚥下有,ムセ有	
計 回	計 回	計 回	計 回	計 回	4:嚥下有,ムセ無,呼吸変・湿サ声無	
結果:		結果:		結果:	5:4+追加嚥下が30秒以内に 2回可能	
【咳反射テスト】基準:1分間に5回ムセが出現すれば特に問題なし						
結果:						
◆コメント						