

看護師によるサービス

はじめに

平成 20 年に患者の日常生活自立度に着目し、病状の進行に沿ったADL評価表を作成しました。それにより入院患者のADL状態を把握し、今後の生活指導に繋げることができると考えました。しかし、看護師間で評価にばらつきがあったため、新たに評価用紙(別紙)を作成し、これにより評価の指標が統一化され、短期入院サービス患者の ADL 状態を把握しやすく、退院後の生活指導に繋げることができるようになりました。

1. 手順

入院前、外来より入院の予約を受けたら関係各部署(指導室・リハビリ・栄養科・薬剤科)に連絡します。また、パスに従って心エコーとホルターEKGの予約を入れます。

入院後、看護師が ADL 評価表(別紙1参照)を記載します。2 度目以降では前回は参考にします。最終日に退院時 ADL 報告書(別紙2参照)を記載し、合同カンファレンスで退院指導を行います。

2. 評価内容

1) 11 のカテゴリーを 8 段階に区分(別紙3参照)

- ①呼吸:人工呼吸器は、鼻マスクNIPPV・気切も含む。酸素吸入は呼吸器装着しなくても 6 点
- ②食事:4 点までは自力摂取。5 点からは全介助で、食種の変化で判断します。7 点の濃厚流動食は経口摂取します。
- ③歯磨き:歯磨きが出来なければ、整髪・爪切りは出来ないと判断します。
- ④更衣:衣類の着脱に要する時間は判断に関係しません。
- ⑤清潔:入浴のこととします。2 点の身体の一部とは、足のつま先。背中などは、4 点の半介助とします。
- ⑥体位変換:2・3・4・6・8 点は、次の体位変換までの時間。微調整とは、体位変換後の上下肢体などの調整時間を意味します。
- ⑦排尿:2 点はトイレ・ベッドどちらでも可。4 点は車いすでの尿器介助。5 点の腹部圧迫はオムツでも可です。
- ⑧排便:2 点は見守りが必要。5 点の座敷トイレは当病棟で臥床したまま出来るトイレのことです。
- ⑨手の動き:在宅には無く、3 段階評価。工夫とは、改造や特殊なナースコールを意味します。
- ⑩姿勢:3 点までは立位が出来る、4 点から 6 点までは座位が出来る、7 点は変形による寝たきり、補助具とは、装具やクッション、背もたれは、車椅子や椅子とします。
- ⑪移動:6 点までは、移動手段。3 点は自力での立ち上がり。4 点は歩行器までは介助が必要。7 点は電動車椅子だが、時々介助で押したり、手押し車椅子を併用とします。

2) 各カテゴリー毎に現在の状態で当てはまるものに○をつけて点数を書きます。

3) カテゴリーの中で 2 つ以上当てはまる時は、すべてに○をつけて高い方の点数とします。

(看護介入度が高いため)

- 4) 当てはまらない時は備考欄に状態を記入します。
- 5) 最終日にADL評価表をもとに退院指導します。
- 6) 2回目以降の入院で前回のADL評価表と比較し状態把握し指導に繋がります。

3. 評価用紙(報告書)記入時の注意点

退院時ADL報告書記載手順参照。

4. 最終日カンファレンス時に指導する際の注意点

退院時ADL報告書に基づき患者、家族に説明を行います。全体的な評価や注意点をコメント欄に記載します。

看護部	ADL評価表			氏名	入院			年	月	日		
	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	点数	備考		
呼吸	安楽な呼吸が出来る。	労作時に息苦しさがある	昼間時間を決めて呼吸器装着	夜間のみ、呼吸器装着	昼間の決まった時間と夜間の呼吸器装着	酸素併用	終日呼吸器装着。(マスク、気切)	呼吸器装着し酸素使用				
食事	自力摂取可能	セッティングすれば自力摂取可能	開口機能低下と上肢機能低下で、食べこぼしが多い	自力摂取途中より介助を要する	全介助	嚥下障害あり、トロミをつけて、全介助	濃厚流動食(全介助)	経管栄養				
歯磨き	自力可	必要物品を準備すれば自力可		歯ブラシを持たせれば自力可		しあげ磨きが必要		全介助				
更衣	衣類の出し入れができ、自力更衣可	出し入れはできないが、自力更衣可	近くにセッティングすれば、自力更衣可	ボタン、ファスナー類のみ介助	上着、または、ズボンどちらかは自力可能	上着または、ズボンどちらかは、半分以上自力可能	上着または、ズボンどちらかは、半分以上介助	全介助				
清潔	自力で出来る。	身体の一部介助	髪が洗えない	途中から介助が必要となる	全介助(浴槽に入れる)	全介助(シャワー浴)	全介助でアンビューなどの補助呼吸が必要(時々)	全介助にて呼吸器装着したまま入浴				
体位変換	必要なし。	コール対応(わずかではあるが自力で重心を動かすことができる)	3時間毎(わずかではあるが自力で重心を動かすことができる)	90分毎	微調整に5分以内	1時間	微調整に5分以上かかる	30分ごと				
排尿	自立	一部介助すれば、終日、トイレで排尿できる	終日、トイレに移動介助すれば、排尿できる	夜間のみ尿器使用	終日、介助で尿器で排尿できる	昼間介助で尿器で排尿できる、夜間オムツ使用	終日、オムツ使用	バルン挿入				
排便	自力可	少しの介助でトイレで排便出来る	移動のみ介助が必要	坐位保持に固定必要	座敷トイレで排泄	ベッド上で便器使用	便意あり、おむつ使用。	便意なくおむつに失禁				
手の動き	できる。			工夫すればできる				できない。				
姿勢	脊柱変形なし	脊柱変形はあるが、立位可能	補助具を利用して、立位可能	端坐位可能	背もたれがあれば坐位可能	脊柱変形があり、補助具で坐位可能	四肢の変形	寝たきり				
移動	歩行可能	杖、手すりなどを使えば歩行可能	立ち上がり可能	歩行器使用	車椅子	電動車椅子	電動車椅子から、介助で移動がおおくなる	車椅子を介助移動				

氏名:

様

年 月 日

退院時ADL報告書

項目	レベル	評価基準	備考
呼吸		1:終日人工呼吸器装着。(マスク、気切) 2:昼間の決まった時間と夜間の人工呼吸器装着 3:夜間のみ、人工呼吸器装着 4:昼間時間を決めて人工呼吸器装着 5:安楽な呼吸が出来る。	
食事動作		1:全介助 2:自力摂取途中より介助を要する 3:はし又はスプーンを持たせれば自力摂取可能 4:準備すれば自力摂取可能 5:自立	
歯磨き		1:全介助 2:しあげ磨きが必要 3:歯ブラシを持たせれば自立可 4:必要物品を準備すれば自立可 5:自立	
更衣		1:全介助 2:上着、または、ズボンどちらかは自力可能 3:ボタン、ファスナー類のみ介助 4:自立	
入浴		1:全介助 2:身体の一部介助(髪・背中) 3:自立	
体位変換		1:夜間3回以上 2:夜間3回 3:夜間2回 4:夜間1回 5:必要なし。	
排泄		1:ベッド上で排泄 2:介助にて排便はトイレ、排尿は尿器を使用 3:一部介助すればトイレで排泄 4:自立	
移乗 車椅子 ↑↓ ベッド		1:全面介助 2:一部介助 3:見守り 4:自立	
移動		1:自力では不可 2:電動車椅子の操作はできる 3:手動の車椅子は操作できる 4:杖、手すりなどを使えば歩行可能 5:歩行可能	
合計	／40		
コメント			

独立行政法人国立病院機構大牟田病院看護部
担当

(2011.9改正)

退院時ADL報告書記載手順

項目	レベル	評価基準	備考
呼吸		1: 終日人工呼吸器装着。(マスク、気切) 2: 昼間の決まった時間と夜間の人工呼吸器装着 3: 夜間のみ、人工呼吸器装着 4: 昼間時間を決めて人工呼吸器装着 5: 安楽な呼吸が出来る。	呼吸の状態 人工呼吸器装着している患者様に対するの注意点 人工呼吸器の種類
食事動作		1: 全介助 2: 自力摂取途中より介助を要する 3: はし又はスプーンを持たせれば自力摂取可能 4: 準備すれば自力摂取可能 5: 自立	食事動作の調整の仕方 ① 自助道具の選択 ② 食事内容の種類 ③ 補助食品: 体重減少がみられる患者様に勧める
歯磨き		1: 全介助 2: しあげ磨きが必要 3: 歯ブラシを持たせれば自立可 4: 必要物品を準備すれば自立可 5: 自立	歯磨き・うがいの仕方及び道具のアドバイス
更衣		1: 全介助 2: 上着、または、ズボンどちらかは自力可能 3: ボタン、ファスナー類のみ介助 4: 自立	前開きシャツ等のアドバイス 衣類の素材(伸縮性のあるもの)
入浴		1: 全介助 2: 身体の一部介助(髪・背中) 3: 自立	入浴方法や福祉サービスの利用方法のアドバイス (入浴用椅子・手すり等のアドバイス)
体位変換		1: 夜間3回以上 2: 夜間3回 3: 夜間2回 4: 夜間1回 5: 必要なし。	床ずれの予防について 1) 体位変換の時間の目安 2) マット 3) 被覆剤
排泄		1: ベッド上で排泄 2: 介助にて排便はトイレ、排尿は尿器を使用 3: 一部介助すればトイレで排泄 4: 自立	排泄方法アドバイス 尿器・差し込み便器・ゴム便器等の使用方法について オムツについて
移乗 車椅子 ↑↓ ベッド		1: 全面介助 2: 一部介助 3: 見守り 4: 自立	方法や移乗時の注意点
移動		1: 自力では不可 2: 電動車椅子の操作はできる 3: 手動の車椅子は操作できる 4: 杖、手すりなどを使えば歩行可能 5: 歩行可能	方法や移動時の注意点
合計	／40		
コメント	各個人にあった全体的なアドバイス 異常時のSOSの出し方		

独立行政法人国立病院機構大牟田病院看護部
担当

(2011.9改正)

退院時ADL報告書記入例

項目	レベル	評価基準	備考
呼吸	1	1: 終日人工呼吸器装着。(マスク、気切) 2: 昼間の決まった時間と夜間の人工呼吸器装着 3: 夜間のみ、人工呼吸器装着 4: 昼間時間を決めて人工呼吸器装着 5: 安楽な呼吸が出来る。	24時間呼吸器装着されているが、食事時は本人希望で呼吸器外して摂取されています。呼吸器装着したまま飲み込みの練習をされると、もっと楽に食事が出来ると思います。
食事動作	3	1: 全介助 2: 自力摂取途中より介助を要する 3: はし又はスプーンを持たせれば自力摂取可能 4: 準備すれば自力摂取可能 5: 自立	1回量を少なめにしてゆっくりしたペース(30回噛むなど)でむせないようにして食べて下さい。
歯磨き	1	1: 全介助 2: しあげ磨きが必要 3: 歯ブラシを持たせれば自立可 4: 必要物品を準備すれば自立可 5: 自立	歯磨きは介助が必要ですが、うがいは上手に出来ます。 うがいの時はムせないように注意して下さい。
更衣	2	1: 全介助 2: 上着、または、ズボンどちらかは自力可能 3: ボタン、ファスナー類のみ介助 4: 自立	自力で可能ですが、ズボン着用時はバランスをくずして転倒がない様にする為に介助が必要です。 上着は前開きを利用すると着せやすいと思います。
入浴	2	1: 全介助 2: 身体の一部介助(髪・背中) 3: 自立	1年前は自力で入浴可。現在はシャワー浴で自力で可能。浴槽に入る為のリストを希望されていますが、福祉サービスを利用されると良いと思います。
体位変換	5	1: 夜間3回以上 2: 夜間3回 3: 夜間2回 4: 夜間1回 5: 必要なし。	夜間に1回排尿されるとのことですが、床ずれを予防する為にも、排尿した後、身体の向きを排尿前と違う方に変えて寝るようにして下さい。 少しは自力で側臥位になれますので、出来るところはなるべく、自力でしましょう。
排泄	2・3	1: ベッド上で排泄 2: 介助にて排便はトイレ、排尿は尿器を使用 3: 一部介助すればトイレで排泄 4: 自立	車椅子に乗車したまま尿器を使用して上手に排泄できます。 排尿時、トイレに移動する際は、できるだけ2人でかかえるようにして下さい。
移乗 車椅子 ↑↓ ベッド	1	1: 全面介助 2: 一部介助 3: 見守り 4: 自立	移動の時は2人で介助して下さい。 座位バランスも良いのでベッドばかりではなく昼間は車椅子で過ごされたいかがでしょうか。
移動	2・3	1: 自力では不可 2: 電動車椅子の操作はできる 3: 手動の車椅子は操作できる 4: 杖、手すりなどを使えば歩行可能 5: 歩行可能	移動の時は2人で介助して下さい。
合計	/40		
コメント	<ul style="list-style-type: none"> ・食事: 食事はバランスよく食べるよう心がけて下さい。 ・体重が増加すると自力での移動が出来にくくなりますので注意してください。 ・介護者が高齢の為、今後介護困難が予想されます。長期生活の場の確保が必要となります。在宅か入院を福祉サービスをもっと利用されながら決められると良いと思います。 ・日常生活において疲労されない程度にリハビリを行いながら、自分のペースで動かれて下さい。 		

独立行政法人国立病院機構大牟田病院看護部
担当

(2011,9改正)

栄養士によるサービス

はじめに

栄養管理室ポートサービス評価表(別紙1)を用いて、普段の食事形態を含めた食事内容についての聞き取り調査から、栄養障害リスクを予想し栄養指導を行います。またポートサービスが2回目以降の方は前回までとの比較検討をし、指導後の実践状況なども踏まえて再評価・プランニングを行います。入院期間中はその方の咀嚼嚥下機能に合わせた形態で、さらに心臓疾患のある人は適塩に慣れて頂くために原則として減塩食(1日6g未満)を提供しています。

1.手順

栄養管理室ポートサービス評価表に沿って、各項目を本人または家族から聞き取ります。さらに、客観的により正確に評価するため、可能な際には事前に本人および保護者の協力のもと、自宅での3日間の食事内容の写真を撮っていただくこともあります。聞き取った内容から、《食事形態》《食事内容》《塩分制限》が適当か評価し、内容に応じて指導・相談を行います。

2.評価内容

2-1) 栄養管理室ポートサービス評価表の内容

- ① 患者基本情報
- ② 身体状況
 - ・身長、体重の変化。体重の増減があった場合は期間も確認する
- ③ 推定必要エネルギー量およびたんぱく質量
 - ・Harris-Benedict の計算式より推定エネルギー必要量を算出。筋ジストロフィー患者では活動量の低下や筋肉量の低下によりエネルギー必要量の増減が生じる為、体重の変動をみながら調節する
 - ・必要たんぱく質量を算出。通常 1.0~1.2g/kgBWとし、病態別によりこれに当てはまらない場合もあるため主治医に確認する
- ④ 食事回数・時間
- ⑤ 調理担当者
 - ・普段の調理担当者(調理技術や調理知識を含む)
- ⑥ 現在の食事形態
 - ・普段の食事形態を手書きで入力する
 - (例)固形・軟菜・一口大・あら刻み・刻み・ミキサー・とろみの有無
- ⑦ 咀嚼嚥下障害の有無
- ⑧ 望ましい食事形態
 - ・望ましい形態、とろみの要・不要(言語聴覚士より情報提供して頂く)
- ⑨ 食事摂取量
 - ・評価表各項目の平均的な摂取状況を聞き取り過剰、許容範囲内、過小の3段階で評価

- ・必要エネルギー量になるよう目安量を記入する
- ・栄養補助食品の有無を確認する(薬剤より出ているエンシュア、ラコール、その他を含む)

2-2) 栄養指導

聞き取った情報をふまえて以下の3点に特に注意して指導します。

① 食事形態

現状の食事形態と望ましい食事形態に相違がないか確認します。変更が必要な場合は、望ましい食事形態を認識して実施へと導くよう支援を行います。自分ではむせの自覚症状がない場合でも、サイレントアスピレーション等、自覚症状以上に摂食嚥下機能が低下している場合も少なくありません。

言語聴覚士の摂食嚥下機能評価を参考に、適切な食品、調理方法などについて提案します。調理担当者の負担を減らし、形態調整を継続できるようにレトルト・冷凍食品等の紹介など必要な場合は行います。

② 食事内容(摂取エネルギー量の過不足、摂取栄養素量)

筋肉量の低下とともに活動量が低下し肥満傾向にある場合もあります。筋ジストロフィーの患者では筋肉の低下とともに心機能も低下するため、肥満は心臓に負担をあたえます。そのため、BMI25以上の患者には減量の指導を行います。

また、咀嚼・嚥下機能の低下から食事時間の延長、疲労感の増強が起こり、その結果摂取量が低下します。やせの患者には、エネルギー必要量をみたくよう、食事形態の調整や間食、栄養補助食品などの工夫の指導を行います。

③ 塩分制限

筋ジストロフィーでは、しばしば心筋の障害をきたし、慢性心不全が問題となります。その為慢性心不全治療、または予防の為に減塩指導(塩分6g未満)を行います。病院食との味付けの比較や食塩含有量の多い食品の摂取頻度を聞き取り、食べやすい減塩食を説明します。

また、増粘剤の過使用は塩分摂取過多にもつながるため注意します。

3. 評価用紙(報告書)記載時の注意点

聞き取り、評価に使用した様式(栄養管理室ポートサービス評価表)を用いて報告書を作成します。食事内容を過剰・許容範囲・過小の3区分のみで評価することが難しい場合や調理法など個別に評価、指導する内容があればコメントに記入します。

薬剤内服時の注意やアドバイスも薬剤部と連携して行います。水分にとろみが必要な場合、内服時の水分にもとろみが必要である旨の説明や、嚥下機能にあわせた薬剤の形状(錠剤、粉末、吸引等)の選択・調整を依頼します。

4.最終カンファレンス時に指導する際の注意点

カンファレンスでは、まず問題点など特に他職種と情報共有すべき内容を確認し合います。その後患者や付き添い者に対して、食事形態、摂取エネルギー量や栄養素量、摂取塩分量について評価を行った結果の説明に加え、食品の摂取目安量、調理方法等の指導を行います。事前に栄養個人指導を行った内容について要点を絞って、再確認します。

①食事形態

言語聴覚士による摂食嚥下機能の評価・説明後、現在の食事形態と異なる場合は適切な食事形態の調理方法等指導します。

②食事内容(摂取エネルギー量の過不足、摂取栄養素量)

摂取エネルギー量の過不足による体重変化や、食事のバランスについて評価し結果を伝えます。食事の問題点を抽出し、指導を行います。また、必要エネルギー量を食事により充足できない場合は、飲み物やゼリー等、食事形態に合わせて栄養補助食品を紹介します。

③減塩の指導

減塩の必要性を理解し、実践できるよう具体的な方法を交えて指導します。

ご自宅で介護する場合、介護者の負担を考え実践可能な内容の指導や提案をすることが必要となります。そのためにはまず病気の進行状況、調理担当者の介助負担、ご本人の治療や食事に対する姿勢、生活環境など、患者の抱えている様々な問題を把握してサポートしていくことが大切です。

別紙1 ポートサービス評価表
 栄養管理室

日付 年 月 日

①氏名		性別	男性	女性	年齢		歳
②身長	cm	②体重	kg		②BMI	kg/m ²	
②体重について	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 体重減少あり —()kg/()か月 <input type="checkbox"/> 体重増加あり +()kg/()か月 <input type="checkbox"/> 不明 ★あなたの体重は ※目標体重は()kgです。 <input type="checkbox"/> 適正です まずは()kgを <input type="checkbox"/> 心臓に負担をかけないためにも減量が望ましいです 目指しましょう。こまめに体重を <input type="checkbox"/> やせのようです。体重を増やす工夫が必要です 測ることが大切です。						
③1日に必要な栄養量	エネルギー()kcal		たんぱく質()g				
④食事回数	<input type="checkbox"/> 朝()時 <input type="checkbox"/> 昼()時 <input type="checkbox"/> 夕食()時 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> 不規則						
⑤調理担当者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他()						
⑥現在の食事形態							
⑦咀嚼嚥下障害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり (<input type="checkbox"/> 咀嚼障害あり <input type="checkbox"/> 送り込みに障害あり)						
⑧望ましい食事形態	<input type="checkbox"/> 経口食 <input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 経鼻、 <input type="checkbox"/> 胃瘻) └ <input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> あら刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー 液体には、 <input type="checkbox"/> とろみが必要です。(飲水、汁物等)汁には具を入れないようにしましょう。 <input type="checkbox"/> 今はとろみをつける必要はありません。						
⑨食事摂取量		摂取状況	過剰	許容範囲	過小	目安量	特記事項
	主食(ご飯・パン・麺)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	果物		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	肉類		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	魚類		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	卵類		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	乳製品		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	油類(マヨネーズ含)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	野菜類		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	加工品・漬物		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	味付け		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	汁物		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	菓子類摂取量		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> 栄養補助食品() エネルギー()kcal たんぱく質()g						
<コメント>							

独立行政法人国立病院機構 大牟田病院

担当者氏名

別紙1 ポートサービス評価表(記入例)
 栄養管理室

日付 年 月 日

①氏名		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	43 歳		
②身長	171 cm	②体重	72 kg	②BMI	24.6 kg/m ²		
②体重について	<input checked="" type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 体重減少あり ()kg/()か月 <input type="checkbox"/> 体重増加あり ()kg/()か月 <input type="checkbox"/> 不明 ★あなたの体重は ※目標体重は(64)kgです。 <input type="checkbox"/> 適正です まずは(70)kgを <input checked="" type="checkbox"/> 心臓に負担をかけないためにも減量が望ましいです 目指しましょう。こまめに体重を <input type="checkbox"/> やせのようです。体重を増やす工夫が必要です 測ることが大切です。						
③1日に必要な栄養量	エネルギー(1500)kcal たんぱく質(65)g						
④食事回数	<input checked="" type="checkbox"/> 朝(8)時 <input checked="" type="checkbox"/> 昼(11)時 <input checked="" type="checkbox"/> 夕食(17)時 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> 不規則						
⑤調理担当者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他()						
⑥現在の食事形態	ごぼうなどの硬いものは避けて柔らかい食事。刻むなどはしていない。汁にとろみもつけていません。						
⑦咀嚼嚥下障害の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり(<input type="checkbox"/> 咀嚼障害あり <input type="checkbox"/> 送り込みに障害あり)						
⑧望ましい食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 経口食 <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻、 <input type="checkbox"/> 胃瘻) └ <input checked="" type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> あら刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー 液体には、 <input type="checkbox"/> とろみが必要です。(飲水、汁物等)汁には具を入れないようにしましょう。 <input checked="" type="checkbox"/> 今はとろみをつける必要はありません。						
⑨食事摂取量		摂取状況	過剰	許容範囲	過小	目安量	特記事項
	主食(ご飯・パン・麺)	200 g	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	180g	
	果物	毎日	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ぶどうでは半房りんごでは半玉程度。	
	肉類	昼or夕	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		スライス状にカット
	魚類	昼or夕	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	卵類	3日に1個	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	乳製品	低脂肪乳 ヨーグルト	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日の内どちらか	
	油類(マヨネーズ含)	炒め物が多い	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	炒め調理は1食1品以下	
	野菜類	100g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	350g	
	加工品・漬物	控えている	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	味付け	和食中心	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		減塩醤油を試してください
	汁物	朝のみ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日1杯以下	
	菓子類摂取量	なし	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> 栄養補助食品() エネルギー()kcal たんぱく質()g						
<コメント> サラダがお嫌いということで野菜が少ないこと、炒めることが多いため油の摂取につながっていると思われます。蒸した野菜にノンオイルドレッシングをかけたり、炒めるときは油なしにするなど好きなものをやめる以外にもエネルギーを控える方法があります。 さらに和食中心ということでお醤油を使用した料理が多いと思います。今回サンプルをお渡した減塩醤油はいかがでしょうか。是非お試しください。							

独立行政法人国立病院機構 大牟田病院

担当者氏名

理学療法士によるサービス

はじめに

評価用紙(別紙①～④)を用いて身体機能(呼吸機能を含む)や動作能力などの評価を行い、結果の説明と家庭で出来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が統一化され、評価者による評価項目のばらつきがなくなり、患者個々の特徴がとらえ易くなりました。ポートサービスの利用が2回目以降の方は、初回時や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

2枚(別紙①②)の評価用紙を用いて行います。まず、理学療法士が評価用紙(別紙①)を用いて、主訴、疼痛、関節可動域、脊柱変形、筋力、呼吸機能、補装具使用状況、家屋環境の評価等を行います。別紙②を用いて基本動作能力の評価を行います。その結果をもとに、結果説明とホームエクササイズ指導、本人・家族への報告書を作成します(別紙③)。

2. 評価内容

筋ジストロフィーポートサービス運動機能・呼吸機能等の評価用紙(別紙①)の内容

- ・患者基本情報:氏名、年齢、性別、身長、体重、発育歴
 - ・主訴、主な介助者
 - ・リハビリテーション:現在受けているリハビリテーションの状況
 - ・車いす適合評価
 - ・補装具適合評価
 - ・家屋状況評価
 - ・教育の現状把握:現在の学校生活や進学の予定など
 - ・関節可動域検査、筋力検査、握力:上肢の測定はOT部門より引用する
 - ・移動速度評価:歩行の歩容・歩数・スピード、車いす駆動のスピード
 - ・疼痛
 - ・脊柱胸郭の評価:X線画像より側弯の角度の測定(カーブの始めと終わりの椎体を頂椎から結んだ角度。Ferguson法を参照。)
 - ・コミュニケーション能力
- 呼吸機能評価
- ・経皮的酸素飽和度(SpO₂)、脈拍数:パルスオキシメーターで測定する。
 - ・呼吸数:ストップウォッチで1分間の呼吸数を測定する。
 - ・咳の最大流量(Cough Peak Flow; CPF):ピークフローメーターにマウスピースもしくはフェイスマスクを使用して測定する。
 - ・アシスト CPF: CPF測定時に咳のタイミングに合わせて測定者が両手で胸郭を圧迫して介助する。
- ・肺活量 VC、%肺活量(%VC)、アシスト VC:スパイロメーターで測定する。アシスト VCはVC測定時に呼気のタイミングに合わせて測定者が両手で胸郭もしくは腹部を圧迫して介助する。
- ・自覚症状(いつ、どのように、どれくらい)
例:「運動した後次の日に疲れが残ることがありますか」、「夜十分休んだのに、朝だるさが残る

ことがありますか」など。

- ・呼吸器使用の有無(呼吸器の種類、「装着している」時間帯)
- ・筋ジストロフィー機能障害度分類ステージ 1～8:別紙③の機能障害度分類表を参考にステージを判定し、別紙①に記入する。

筋ジストロフィー基本動作の評価用紙(別紙②)内容

基本動作(階段を上がる・降りる、歩く、立っている、しゃがむ、床から立ち上がる、椅子に座る、椅子から立ち上がる、座位バランス、四つ這い、ずり這い、寝転ぶ、起き上がり、寝返り)の各項目を0～6レベルで段階づけし、58点満点中の合計点を付けます。(抜粋「筋ジストロフィーのリハビリテーション」浅野らによる検査表を参照 監修大竹進)

3. 評価用紙(報告書)・記入時の注意点

- (1)徒手筋力検査 MMT は、+・-まで細かな変化が把握できるように記入する。
- (2)起立困難な方や変形・拘縮の強い方などの身長はノギスとメジャーを使用し分割して臥位で測定する。
(①～⑥の合計)。
 - ①A頭頂部～B乳様突起を結ぶ線と頸椎棘突起の交点
 - ②B～C両腸骨稜を結ぶヤコビー線と腰椎棘突起の交点
 - ③C～D大転子中央
 - ④D～E膝関節裂隙
 - ⑤E～F外果下端
 - ⑥F～G踵底面
- (3)呼吸機能検査の肺活量 VC、%肺活量(%VC)、アシスト VC、CPF は各3回測定し、最大の数値を記入する。

4. 最終日カンファレンス時の指導する際の注意点

(1)検査・評価結果に基づき退院後、ご家庭でも出来る必要なリハビリテーション(関節可動域、基本動作訓練、呼吸訓練、補装具作成、介助方法など)を指導します。本人への告知の有無を確認して、予後予測を踏まえて行っています。

1)ストレッチ指導時の注意点

関節可動域制限がない時期から毎日、入浴後にストレッチを実施するように指導する。足関節、膝関節、股関節、さらには、手指、手関節、肘関節、肩関節は重要です。歩けなくなった時期でも、起立台や斜面台を用いた立位訓練を行うことは推奨されており、また、関節可動域制限があっても進行を予防する、痛みを誘発させない、臥位、座位の姿勢を良好に保つためにも継続する必要があります。

2)筋力訓練指導時の注意点

筋力増強訓練に際して最も注意すべきことは過用性筋力低下です。筋力維持を目的とした運動処方、これと廃用性筋力低下を起こさない至適運動量で行わなければなりません。状況によっては日常生活活動レベルでも使いすぎになる可能性もあるため、運動療法場面だけでなく、学校生活や日常生活場面の運動量も考慮した筋力維持が必要であります。目安としては、疲労や疼痛を残さない、心拍数(120bpm～130bpm)などで行うと良いです。

3)呼吸機能指導時の注意点

呼吸機能が低下すると、有効な咳が出来なくなり、気道分泌物の排出が困難になったり、肺胞換気量の低下、肺炎や無気肺および睡眠時と覚醒時に呼吸障害を起こすようになります。目標は、

肺や胸郭の可動性を保ち、肺のコンプライアンスを維持して、覚醒時や睡眠時の肺胞換気を確保し、咳の力を高めて有効な気道内分泌除去をはかることです。

12歳以上になると以下のような指標を使用します。

CPF<270L/min: 風邪等で痰が多量・粘稠になってきたら、排痰困難による急性呼吸不全・窒息の危険がある。

CPF<160L/min: 普段でも、排痰困難や誤嚥を認め、誤嚥性肺炎、急性呼吸不全、窒息の危険がある。

上記の方に対しては、徒手の咳介助や器械的咳介助、深呼吸、腹式呼吸、舌咽頭呼吸などの指導をします。

4) 装具・車椅子等の指導時の注意点

変形や起立・歩行困難な時期に装具・車椅子を導入します。

成長期や予後の変化を予測して作製する必要があります。

※当院では学童期患者用に機能障害度別のリハビリテーション指導用プログラムを作成しました。

(デュシェンヌ型筋ジストロフィー患者さんの家庭・学校で行なえる機能訓練(別紙④) 5枚組)

※告知済みの方用です。未告知の場合は「デュシェンヌ型筋ジストロフィー患者さんの」という部分を消して使っています。

(2) リハビリテーション科報告書の作成(後日ご自宅へ郵送)

これを踏まえて今回の評価結果と指導の要点をまとめたリハビリテーション科報告書 PT 用(別紙③)を作成し、後日ご自宅へ郵送します。

筋ジサポートサービス 実施要項(理学療法部門)

実施日:入院3日目(水曜日)

評価&指導 13:00~15:00(パスに沿って)

実施記録(評価・報告書等)用紙作成 15:00~15:30

カンファレンス 15:30~

※原則として、経時的変化を把握する為に2度目以降の患者の場合は1度目と同 PT が担当します。

<評価&訓練>

ポートサービス評価用紙(別紙①②)に沿って患者の評価を行います。今回の評価結果をもとに、2度目以降の患者の場合は前回との比較も行い、患者本人及びご家族、同席者へ評価結果を説明します。その後、評価に基づき家庭で出来る必要なリハビリテーション(関節可動域・基本動作・日常生活動作・呼吸訓練、補装具作成、介助方法など)を指導します。本人への告知の有無を確認したうえで、予後予測を踏まえ今後必要となってくる訓練や経過予測も説明します。また、質問や相談に合わせ必要なアドバイスをを行います。

水曜日

13:00~15:00

<書類>

院内 LAN ポートサービスリハビリテーション科フォルダに、患者氏名ファイルを作成し入力します。

- ・ポートサービス評価用紙 2 枚(運動機能評価・基本動作検査表)
- ・リハビリテーション科指導報告書

水曜日訓練後

15:30 までに

【担当 PT 保管用書類】

- ・ポートサービス評価用紙 2 枚(運動機能評価・基本動作検査表)
- ・リハビリテーション科指導報告書
- ・リハビリテーション処方箋(3部綴りのリハビリ用)
- ・リハビリテーション実施記録

【病棟カルテ保管用書類】(担当療法士がカルテに添付)

- ・ポートサービス評価用紙 2 枚のコピー
 - ・リハビリテーション科指導報告書のコピー3枚(病棟カルテ表紙裏に差し込む)
- 病棟カルテ用、外来カルテ用、患者様送付用(パンチで穴を開けない)

<最終日カンファレンス>

参加者:ご本人、ご家族、(時に教諭や福祉サービス担当者)、医師、看護師、栄養士、指導員、薬剤師、PT、OT、ST
今回のポートサービスで行った評価結果、指導内容を説明します。

水曜日 15:30~

<事務手続き>

医事へ

- ・リハビリテーション処方箋(医事用)
- ・リハビリテーション実施記録 FAX

退院まで

運動機能評価用紙									
氏名:		ID		性別:		評価日:		回目	
生年月日:				歳		診断名:			
身長:		cm		体重:		kg		評価者: 理学療法士	
《主訴》			《主な介助者》			《リハビリ》			
		《筋力》			《握力》		《呼吸機能》		
頸部	前屈			右	左	自覚症状: いつ: どのように: どれくらい: _____ 呼吸器: <input type="text"/> 種類: _____ 時間帯: _____			
	後屈								
体幹	前屈			kg kg		SpO ₂ (%) <input type="text"/> 呼吸数(回/分) <input type="text"/> HR(bpm) <input type="text"/>			
	後屈			《ROM》(°)					
				右	左	右	左		
肩関節	屈曲					CPF(L/min) <input type="text"/> assist CPF(L/min) <input type="text"/> 介助部位 _____ VC(L) <input type="text"/> assist VC(L) <input type="text"/> 介助部位 _____			
	伸展								
	外転								
	内転								
肘関節	屈曲					《車椅子》 作成日: H 年 月 日 タイプ: <input type="text"/>			
	伸展								
手関節	背屈					《装具》 作成日: H 年 月 日			
	掌屈								
股関節	屈曲					《移動速度》(10m) 分 秒 歩数 歩行 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 車椅子駆動 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 動作			
	伸展								
	外転								
	内転								
膝関節	屈曲					機能障害度 ステージ			
	伸展								
足関節	背屈					《疼痛》 VAS _____ 《コミュニケーション》 input : _____ output: _____ 《脊柱・胸郭》 側弯 _____			
	底屈								
《教育》									
《備考》									

基本動作検査用紙

氏名	ID	性別	評価日
生年月日	年齢	歳	評価者 理学療法士

項目	レベル	判定基準
階段を上る		6: 手すりを使わずに昇れる(1足1段) 5: 手すりを使わずに昇れる(2足1段) 4: 手で膝を支えれば手すりを使わずに昇れる 3: 片手を手すりにかければ昇れる(片手手すり+膝手押さえも含む) 2: 両手を手すりにかければ昇れる(前向き) 1: 両手を手すりにすがって昇れる(前向き) 0: 昇れない
階段を降りる		5: 手すりを使わずに降りられる(1足1段) 4: 手すりを使わずに降りられる(2足1段) 3: 片手を手すりにかければ降りられる 2: 両手を手すりにかければ降りられる(前向き) 1: 両手を手すりにすがって降りられる(横向き、後向き) 0: 降りられない
歩く		4: 普通または軽度の動揺性歩行(肩甲帯のみの動揺) 3: 著明な動揺性歩行 2: 物につかまれば独りで歩ける(手すり、壁など) 1: 何らかの補助があれば歩ける(平行棒、車椅子、手引き、装具など) 0: 歩けない
立っている		4: 左右の踵をつけて30秒以上立っている 3: 足を広げれば30秒以上立っている 2: 足を広げればなんとか立っている(5秒以上30秒未満) 1: 物につかまれば立っている(5秒以上上体を起こし直立位となること) 0: 立っていない
しゃがむ		4: ゆっくりしゃがめる(膝関節屈曲30度で1秒以上停止ができる) 3: 手で膝を支えればゆっくりとしゃがめる(膝関節屈曲30度で1秒以上停止ができる) 2: 崩れるようにしゃがむがその姿勢(しゃがみ位)が保てる 1: 崩れるようにしゃがむがそのまますわってしまう(しゃがみ位が保てない) 0: しゃがめない
床から立ち上がる		4: 手を使わずに立ち上がる 3: 床に手を使わずに手で膝を押して立ち上がる 2: 床に手を付き手で膝を押して立ち上がる 1: 物につかまれば立ち上がれる(完全に直立位となること) 0: 立ち上がれない
椅子に座る		3: 手を使わずにゆっくりすわれる(膝関節屈曲30度で1秒以上停止ができる) 2: 手を膝についてゆっくりすわれる(膝関節屈曲30度で1秒以上停止ができる) 1: 支えきれずドスンとすわる(膝関節屈曲30度一時停止できない) 0: すわれない

項目	レベル	判定基準
椅子から立ち上がる		4: 手を使わずに立ち上がる 3: 膝に手をつけて立ち上がる 2: 座面または床に手をつけて立ち上がる 1: 立ち上がるとして腰を浮かせるが立ち上がれない(両臀部が座面から離れる事) 0: 腰を浮かせる事もできない
座位バランス		4: 座位で体幹を後方に10度以上傾けて保てる → 端座位 両手は大腿の上に置く 3: 座位で体幹を後方に10度未満傾けて保てる → 端座位 両手は大腿の上に置く 2: 支持なしで座位がとれる → 端座位 両手は大腿の上に置く 1: 手の支持があればすわっていられる → 端座位であること 0: 座位保持不能
四つ這い		5: 3m這行5秒未満 4: 3m這行5秒以上15秒未満 3: 3m這行15秒以上30秒未満 2: 3m這行30秒以上 1: 移動はできないが自力で四つ這い位になれる 0: 自力で四つ這い位になれない
ずり這い		4: 3mずり這い30秒未満 3: 3mずり這い30秒以上60秒未満 2: 3m這行60秒以上120秒未満 1: 3mずり這い120秒以上または方向転換のみ可能 0: 方向転換もできない
寝転ぶ		3: 手をつかずにゆっくりと仰向けに寝転ぶ 2: 肘をついてゆっくりと仰向けに寝転ぶ 1: 支えきれず倒れるように寝転ぶ 0: 寝転べない
起き上がり		4: 手を使わずに起き上がる 3: 手をつけて起き上がる(5秒未満) 2: 手をつけて起き上がる(5秒以上) 1: 途中までしか起き上がれない(両肩が床から離れること) 0: 体幹を起こすこともできない
寝返り		4: 普通の速さで寝返りができる(3秒未満) 3: 時間をかければ寝返りができる(3秒以上15秒未満) 2: 寝返りに15秒以上要すまたは背臥位より腹臥位までなれる 1: 背臥位より側臥位または半腹臥位までなれる 0: 背臥位より側臥位になることもできない

合計 0 / 58

リハビリテーション科

年 月 日

氏名 _____ 様

同席者: 本人 父親 母親 その他

【理学療法】



担当理学療法士

＜評価結果＞前回との比較	＜指導内容＞
<p>◆関節可動域</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p> <p><input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘</p> <p><input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 手の指 <input type="checkbox"/> 股</p> <p><input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> 脊柱</p> <p><input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 横向き</p>	
<p>◆筋力</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p> <p><input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘</p> <p><input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 手の指 <input type="checkbox"/> 股</p> <p><input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> 脊柱</p>	
<p>◆呼吸機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p> <p><input type="checkbox"/> 腹式呼吸 <input type="checkbox"/> 深呼吸 <input type="checkbox"/> 舌咽頭呼吸</p> <p><input type="checkbox"/> 発声訓練 <input type="checkbox"/> 呼吸介助</p>	
<p>◆装具・車椅子</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p> <p><input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> コルセット <input type="checkbox"/> 装具</p>	
<p>◆動作能力</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p>	

機能障害度（厚生省研究班、新分類）

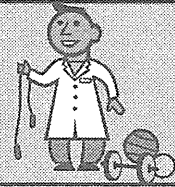
- ステージ
- 1 階段昇降可能
 - a 手の介助なし
 - b 手の膝おさえ
 - 2 階段昇降可能
 - a 片手手すり
 - b 片手手すり+手の膝おさえ
 - c 両手手すり
 - 3 椅子から起立可能
 - 4 歩行可能
 - a 独歩で5m以上
 - b 一人では歩けないが、物につかまれば歩ける(5m以上)
 - 5 起立歩行は不可能であるが、四つ這いは可能
 - i) 歩行器
 - ii) 手すり
 - iii) 手びき
 - 6 四つ這いも不可能であるが、ずり這いは可能
 - 7 ずり這いも不可能であるが、座位保持は可能
 - 8 座位保持も不可能であり、常時臥床状態

ずり這いタイプ別特徴

ずり這いタイプ		体幹運動パターン	骨盤の運動	下肢の運動	スピード
前進型	前足タイプ 	側屈パターン	後方早上回転	大きな股内外旋運動	速い
	後足タイプ 	側屈パターン 体幹の回旋	前屈	比較的小さな股内外旋運動	中間
後進型	前足タイプ 	前屈パターン	後方早上回旋	両膝が床につかない股外旋位のまま	速い
	後足タイプ 	側屈パターン	後方早上(わずか)	両膝が床についた状態の股外旋位	身直用的

◆コメント

デュシェンヌ型筋ジストロフィー患者さんの 家庭・学校で行える機能訓練



I. 歩行が特に問題ない時期 (デュシェンヌ型の場合 幼稚園～小学校1・2年生)

⚠ 活発に動くことで成長を促しながら、筋肉を使いすぎて負担をかけないように適度に休息をとりましょう。

★ 一般的プログラム★

① 足の筋肉のストレッチ (図1)

入浴後に行うと良く伸びます。

② 起立訓練 (図2)

壁に背中をもたれてふくらはぎ(アキレス腱)を伸ばします。

一回10～15分、1日2回程度。

歩く前の登校前や下校前に行うと歩きやすくなります。



図 1

③ 動作訓練

一日30分以上の歩行。四つ這い(指を伸ばして)、膝立ち歩き、床からの立ち上がり、階段昇降など。

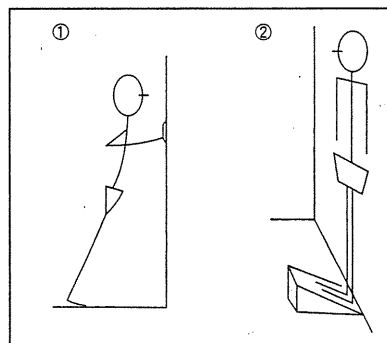


図 2

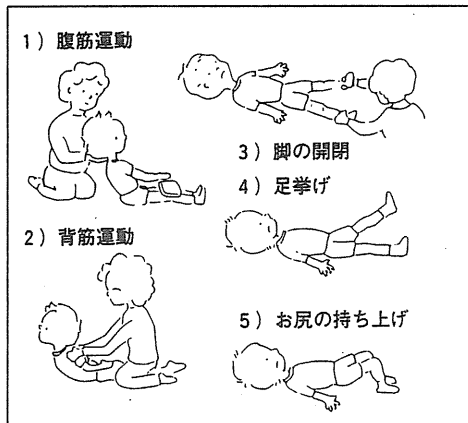


図 3

④ 筋力訓練

(図3)

腹筋・背筋・お尻の持ち上げ運動・足上げ運動など。

