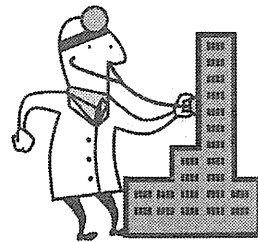




## Ⅱ. 歩行が不安定な時期（デュシェンヌ型の場合 小学校2～4年生）

△ 歩くときに身体が大きく揺れたり、床からの立ち上がりや階段昇降ができなくなったりと、筋力の低下のためできない動作が増えてきて、安全面に配慮が必要になり時期です。そこで、以下のことに注意します。

- ・ 転んだときに頭を打たないように保護帽をかぶります
- ・ 訓練のときも怪我をしないように介助者が側にいるようにします
- ・ 歩きにくい長い距離や人混みは車椅子の併用を考えましょう
- ・ 足の変形の程度が左右で大きく差があると、姿勢や歩き方にかたよりができ背骨の変形を起こしやすいですので注意しましょう
- ・ 足の怪我や捻挫で何日も安静にしていると、急速に歩きにくくなります。また、痛めた足をかばう悪い癖が残らないように病院で診てもらいましょう。



### ★一般的プログラム★

#### ① 足のストレッチ

上記の「歩行が特に問題ない時期」と同様に行いますが、左右で変形に差があるときは、変形が強いほうを重点的に行いましょう。

#### ② 起立訓練

上記の「歩行が特に問題ない時期」と同様に行いますが、歩きにくいときは回数・時間を増やしましょう。

#### ③ 歩行訓練

1日30分～1時間程度。

起立訓練後などで足の筋肉を伸ばした後に歩く方が安全です。

途中歩きにくくなったら、足を伸ばしてあげると歩きやすいです。



#### ④ 動作訓練

立ち上がり（床から立てれば床から、難しければ台を使って、それも無理なときは椅子から）、四つ這い（手や肘の筋を伸ばし手がしっかりつけるように）等。

#### ⑤ 筋力訓練

「歩行が特に問題ない時期」の筋力訓練で可能なものを続けます。安全に運動する方法として固定自転車こぎ・水泳なども取り入れましょう。



### Ⅲ. 歩けない（非常に歩きにくい）が床上の動きは楽にできる時期

（デュシェンヌ型の場合 小学校4～6年生）

⚠ 歩けても一日に何度も転ぶようなら、普段の移動は車椅子にし、歩行は介助者が付き添える時に十分に注意して行いましょう。

まだ歩けるときは、下肢装具を作成すると装着には手間がかかりますが、長時間の立位訓練や下肢や脊柱の変形の予防ができ、歩行訓練もできます。

生活面では着替えなど身の回りの動作でできることは励まして自分でさせましょう。車椅子はできるだけ自分で動かし、周囲の人も不用意に介助しないようにします。

この時期に、下肢の変形も起こり始めるので、予防のための訓練が必要で、普段から姿勢や座り方にも十分注意しましょう。



#### ★一般的プログラム★

##### ① ストレッチと関節可動域訓練

動かせるところは自分で動かしてその後を手伝います。首・肩から指先まで一日一回は動かしましょう。足のストレッチは踵を壁に寄せ仰向けに寝て膝の上に砂袋をのせて矯正します。他にも、体を捻る運動を行いましょう。（図4）

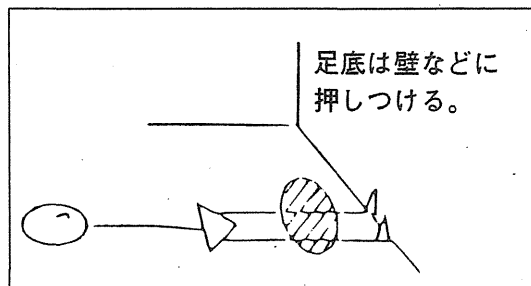


図 4

##### ② 起立訓練

装具をつけている場合、1日1～2時間

装具は下肢の変形を防止するために起立訓練以外の時も装着しましょう。

##### ③ 動作訓練



四つ這い、できなければずり這い（できりだけ手をつけて左右対称の姿勢で）、起き上がり、車椅子こぎ（一日20分程度）



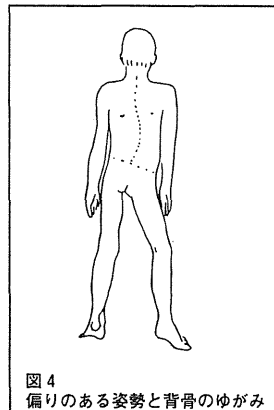
## IV. 床上での移動が難しくなってくる時期

(デュシェンヌ型の場合 小学校6年～中学校)

⚠ 身体全体での動きがほとんどできなくなる一方、成長に伴い脊柱の変形が進みやすい時期です。脊柱変形の進行予防には体幹装具を作成する方法もあります。呼吸訓練もこの時期から始めます。手動式車椅子では不慣れたため電動車いすも作成していきます。



の進行予防には体幹装具を作成する方法もあります。呼吸訓練もこの時期から始めます。手動式車椅子では不慣れたため電動車いすも作成していきます。



### ★一般的プログラム★

#### ① 起立訓練

下肢の変形が進んでいなければ実施できます。

#### ② ストレッチと関節可動域訓練



図5

一日1～2回すべての関節を動かしましょう。そのとき、自分でも精一杯動かすようにすれば筋力維持にもつながります。

体幹は、仰向けで15分くらい砂袋を使って背骨のゆがみを矯正した状態で寝ます。(図5)

この時、呼吸訓練を一緒にするといいでしょう。他にも、体幹や首を横に曲げたり、捻る運動もしましょう。

#### ③ 動作訓練

すり這いまたは座位の保持を5分くらい、寝返り、上肢を使う作業。

#### ④ 呼吸訓練

腹式呼吸・発声練習・深呼吸(呼吸に合わせて腕を開いたり閉じたりするとより効果的)など。訓練時間は5分くらいを目安にしましょう。やりすぎて酸素をとりすぎ頭がふらふらすることがあるので注意しましょう。



腹式呼吸



## V. 背もたれなしでは座れない時期 (デュシェンヌ型の場合 中学校2～3年生)

⚠ この時期は変形が急速に進行する心配はなくなりますが、呼吸機能が低下してくると風邪をこじらせる心配がありますから、呼吸の介助方法も練習しましょう。

座ってばかりいると疲れる上に、姿勢が崩れてくるので時々仰向けに寝て姿勢を直しましょう。

体幹装具や下肢装具・手の装具も体に合っているか確認しながら使用していきましょう。

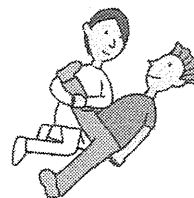
① 長下肢装具 ② 体幹装具



### ★一般的プログラム★

#### ① 関節可動域訓練

すべての関節を一日1～2回、機能の残っている手首や指は特に念入りに動かします。



#### ② 体幹の変形進行予防

砂袋を使った矯正15分程度。横に曲げたり捻り運動は胸郭の柔軟性を保つ効果があります。

#### ③ 呼吸訓練

腹式呼吸：息を吸うときに鼻から吸ってお腹を膨らませ、吐くときに口をすぼめてゆっくり吐きお腹をへこませ呼吸で、ゆっくりした効率の良い呼吸です。こうすると、胸の隅々まで空気をゆきわたらせることができます。慣れてきたら、横隔膜の訓練としてお腹の上に1～3kgの重りを乗せて行います。

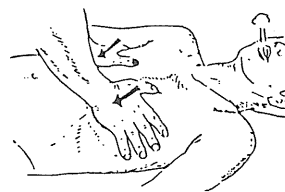
発声練習：一息でできるだけ長く「アー」とお腹の底から発声を続ける練習です。「カラオケ」などで大きな声で歌うのも同じ効果があります。

深呼吸：深くゆっくりとした呼吸を繰り返します。はくときは口をすぼませます。

など呼吸機能に合った量で行います。

#### ④ 呼吸介助訓練

深呼吸や咳をするのを助ける用手胸郭介助法や痰を出しやすくするための体位のとりかたや介助方法を病院のスタッフのアドバイスを受けましょう。



用手胸郭圧迫法



運動機能評価用紙										
氏名: 大牟田太郎様		ID: 1234567	性別: 男		評価日: 平成23年4月1日		3回目			
生年月日: 平成12年3月4日				11歳		診断名: デュシェンヌ型(DMD)				
身長: 135 cm		体重: 33 kg			評価者: 理学療法士 橘 花子					
《主訴》 長く歩いたら疲れてこけてしまう。			《主な介助者》 両親・妹2人			《リハビリ》 週1回外来理学療法実施。				
		《筋力》		《握力》		《呼吸機能》				
頸部	前屈	2			右	左	自覚症状: 無			
	後屈	2					いつ: どのように:			
体幹	前屈	1			7.0kg	7.0kg	どれくらい:			
	後屈	1			《ROM》(°)		呼吸器: 無			
		右		左		右		左		
肩関節	屈曲	3	3	+	n.p	n.p	種類: 時間帯:			
	伸展	2	2		n.p	n.p	SpO2(%) <input type="text" value="98"/> 呼吸数(回/分) <input type="text" value="16"/>			
	外転	3	3		n.p	n.p	HR(bpm) <input type="text" value="89"/>			
	内転	3	3		n.p	n.p	CPF(L/min) <input type="text" value="150"/>			
肘関節	屈曲	3	+	3	n.p	n.p	assist CPF(L/min) <input type="text" value="160"/>			
	伸展	3	+	3	+	n.p	n.p	介助部位 上部胸郭		
手関節	背屈	3	+	4	n.p	n.p	VC(L) <input type="text" value="2.00"/>			
	掌屈	4		4	n.p	n.p	assist VC(L) <input type="text" value="2.20"/>			
股関節	屈曲	2		2	115	120	介助部位 上部胸郭			
	伸展	2		2	20	15	《車椅子》作成日: H 年 月 日			
	外転	2		2	25	30	タイプ: <input type="text"/>			
	内転	1	+	1	+	5	0	《装具》作成日: H 年 月 日		
膝関節	屈曲	4		3	+	145	145	《家屋状況》 住宅改修済み		
	伸展	3		3		0	0			
足関節	背屈	3		3		-10	-10			
	底屈	3		4		n.p	n.p			
《移動速度》(10m)		分	秒	歩数						
歩行			10秒66	24						
車椅子駆動				動作						
機能障害度 ステージ2c										
《疼痛》 VAS 1					《教育》 現在普通小学校に進学。今後は未定。					
《コミュニケーション》 input: 良好 output: 良好					《備考》 仮性肥大(+) 登はん性起立(+) 自宅は布団を使用している。 自宅から小学校までは下り坂を含め、800m程度の距離がある。15分程度の通学時間を要す。 坂道を上るときは後ろ向きで歩く。					
《脊柱・胸郭》 側弯 Th12/L1左凸1度・Th4/5右凸6度					10m歩行: 手押し車 12秒48 26歩数					

基本動作検査用紙

氏名	大牟田太郎 様	ID	1234567	性別	男	評価日	平成23年4月1日
生年月日	平成12年3月4日	年齢	11	歳		評価者	理学療法士 橋 花子

項目	レベル	判定基準
階段を上る	2	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	3	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	3	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	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	1	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	1	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	2	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	3	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: 立ち上がろう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	4: 座位で体幹を後方に10度以上傾けて保てる → 一端座位 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 → 一端座位 両手は大腿の上に置く 2: 支持なしで座位がとれる → 一端座位 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 → 一端座位であること 0: 座位保持不能
四つ這い	4	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らない
ずり這い	3	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	1	3: 手をつかずにゆっくりと仰向けに寝転ぶ 2: 肘をつけ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	3	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	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 38 / 58

# リハビリテーション科

2011年4月1日

氏名 大牟田太郎

様

同席者:  本人  父親  母親  その他

【理学療法】

担当理学療法士

橋 花子

＜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 checked="" 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>前回(半年前)と比較して大きな変化はありませんが、今後、車いすに乗る機会が増えてくると、関節(足首、膝、股関節など)が硬くなったり、変形する可能性がある思います。</p> <p>週一回の外来リハのときなど関節を十分に動かしてもらってください。また、ご自宅では足首・膝・股関節を中心に入浴後、ストレッチして下さい。</p> <p>変形の予防として、例えば足首は足首まで覆うようなハイカットの靴など履かれてみてはいかがでしょうか。</p>																									
<p>◆筋力</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p> <p><input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input checked="" type="checkbox"/> 肘</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 手の指 <input checked="" type="checkbox"/> 股</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 膝 <input checked="" type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> 脊柱</p>	<p>筋力は全身的に徐々に落ちてきています。筋力的には車いす導入時期と考えます。普段の生活場面では、車いすを利用したり、リハビリやホームエクササイズで歩いたり、立ったりする練習を行ってみて下さい。しかしながら、ご病気のことを考慮し過度な負荷をかけすぎないということ、また無理をすると背骨が曲がったり、痛みが出たりすることを考えて下さい。</p>																									
<p>◆呼吸機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input checked="" 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>大きな変化はありませんが、咳の力が弱くなっています。前回の指導同様、ご家族でいろいろな会話を楽しんだり、大きな声で歌ったり、息こらえの訓練(5分程度)や深呼吸の練習(5分程度)などすると呼吸機能の維持につながると考えます。</p>																									
<p>◆装具・車椅子</p> <p><input checked="" 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>車椅子導入の検討が必要です。</p>																									
<p>◆動作能力</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p>	<p>階段の上り・降り、しゃがむ、床から立ち上がる、四つ這い、ずり這い、寝転ぶの動作能力の低下を認めます。</p>																									
<p>機能障害度(厚生省研究班、新分類)</p> <p>ステージ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 階段昇降可能</p> <p><input type="checkbox"/> a 手の介助なし</p> <p><input type="checkbox"/> b 手の膝おさえ</p> <p><input type="checkbox"/> 2 階段昇降可能</p> <p><input type="checkbox"/> a 片手手すり</p> <p><input type="checkbox"/> b 片手手すり+手の膝おさえ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> c 両手手すり</p> <p><input type="checkbox"/> 3 椅子から起立可能</p> <p><input type="checkbox"/> 4 歩行可能</p> <p><input type="checkbox"/> a 独歩で5m以上</p> <p><input type="checkbox"/> b 一人では歩けないが、物につかまれば歩ける(5m以上)</p> <p><input type="checkbox"/> i) 歩行器</p> <p><input type="checkbox"/> ii) 手すり</p> <p><input type="checkbox"/> iii) 手びき</p> <p><input type="checkbox"/> 5 起立歩行は不可能であるが、四つ這いは可能</p> <p><input type="checkbox"/> 6 四つ這いも不可能であるが、ずり這いは可能</p> <p><input type="checkbox"/> 7 ずり這いも不可能であるが、座位保持は可能</p> <p><input type="checkbox"/> 8 座位保持も不可能であり、常時臥床状態</p>	<p>ずり這いタイプ別特徴</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ずり這いタイプ</th> <th>伸脚運動パターン</th> <th>骨盤の運動</th> <th>下肢の運動</th> <th>スピード</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>前足型 前向きタイプ</td> <td>前向きパターン</td> <td>側方準上屈位</td> <td>大きな股内外旋運動</td> <td>速い</td> </tr> <tr> <td>後足型 後向きタイプ</td> <td>側屈パターン 伸脚の屈曲</td> <td>屈曲</td> <td>比較的小さな股内外旋運動</td> <td>中庸</td> </tr> <tr> <td>前足型 前向きタイプ</td> <td>前向きパターン</td> <td>後方準上屈位</td> <td>両脚が床につかない股外旋位のまま</td> <td>遅い</td> </tr> <tr> <td>後足型 後向きタイプ</td> <td>前向きパターン</td> <td>後方準上(わずら)</td> <td>両脚が床についた状態の股外旋位</td> <td>非実用的</td> </tr> </tbody> </table>	ずり這いタイプ	伸脚運動パターン	骨盤の運動	下肢の運動	スピード	前足型 前向きタイプ	前向きパターン	側方準上屈位	大きな股内外旋運動	速い	後足型 後向きタイプ	側屈パターン 伸脚の屈曲	屈曲	比較的小さな股内外旋運動	中庸	前足型 前向きタイプ	前向きパターン	後方準上屈位	両脚が床につかない股外旋位のまま	遅い	後足型 後向きタイプ	前向きパターン	後方準上(わずら)	両脚が床についた状態の股外旋位	非実用的
ずり這いタイプ	伸脚運動パターン	骨盤の運動	下肢の運動	スピード																						
前足型 前向きタイプ	前向きパターン	側方準上屈位	大きな股内外旋運動	速い																						
後足型 後向きタイプ	側屈パターン 伸脚の屈曲	屈曲	比較的小さな股内外旋運動	中庸																						
前足型 前向きタイプ	前向きパターン	後方準上屈位	両脚が床につかない股外旋位のまま	遅い																						
後足型 後向きタイプ	前向きパターン	後方準上(わずら)	両脚が床についた状態の股外旋位	非実用的																						
<p>◆コメント</p> <p>今回で3回目となります。現在の問題の一つに「こける回数が増えた」ことがあると思います。筋力が少しずつ落ちていることや体力・持久力の低下に伴いこけやすくなっていると考えます。したがって、移動手段に車いす(手でこぐタイプもしくは電動車いす)を検討してもよい時期ではないかと感じます。例えば、長距離になるとき(登校時、下校時、外出など)は車いすを使用し、近い距離(学校内の移動)は押し車を使用して歩く(両膝にサポーターを装着して)などしてみてはいかがでしょうか。</p>																										

独立行政法人国立病院機構大牟田病院

## 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。

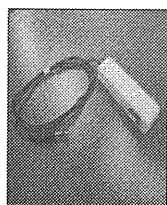
### 2.評価内容

【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

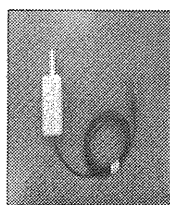


<p>&lt;3日目&gt; ※総合カンファレンス</p>	<p>評価結果と指導内容の説明を行う。2回目以降の方には前回結果との比較も行う。</p>	
-----------------------------------	----------------------------------------------	--

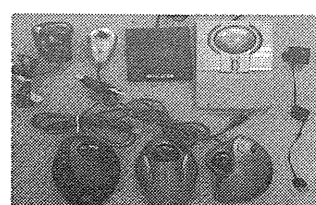
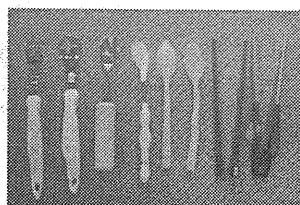
※必須項目



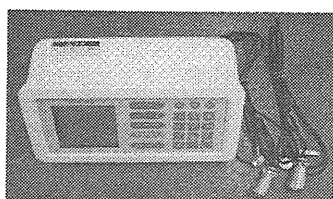
【図 1: 代替スイッチ】



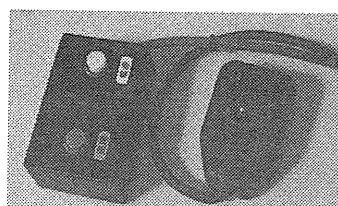
【図 2: 自助具】



【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"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室			

<食事> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養		<整容>	
項目 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 摂食時の環境	各項目: 自立、一部介助、全介助の3段階で評価 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス	項目 磨く 口をゆすぐ 洗顔 手洗い 整髪 整容時の環境	自立 一部介助 全介助 <input type="checkbox"/> 手動 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 拭く <input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 拭く <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス
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		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>		<更衣>	
項目 便器への移乗 便器の使用 後始末 尿意の認識 環境	自立 一部介助 全介助 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 紙で拭く <input type="checkbox"/> ウォシュレット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> イス	項目 上衣 前開き着 下衣 靴下 留め具	自立 一部介助 全介助 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 立位 <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
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		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>		<移動>	
項目 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	自立 一部介助 全介助 <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 抱える <input type="checkbox"/> リフト	項目 自宅内移動 屋外移動 介助	<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 <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 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 歩行 具 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 電動車いす操作に必要なジョイスティックの評価
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		手指の写真(回外位での手指屈曲・伸展)	

ROM 筋力 左側 右側 筋力 ROM 肩 肘 手	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 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> ゲーム <input type="checkbox"/> リモコン <input type="checkbox"/> 勉強 使用時間 使用時姿勢	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	手指が全く動かない 評価の総括: 問題点のpick up、前回との比較 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	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分類 <input type="checkbox"/> 500g以上の重量を利き手に持って前方へ直上挙上する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 重量無しで利き手を前方へ直上挙上する <input type="checkbox"/> 重量無しで利き手を前方90°まで挙上する <input type="checkbox"/> 重量無しで肘関節90°まで挙上する <input type="checkbox"/> 机上で肘伸展により手を水平前方へ移動する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 机上で手の運動のみで水平前方へ移動する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 手指が全く動かない 上肢運動機能障害度: 13段階	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
------------------------------------	--------------------	----------------------	----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

## 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 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にありますか？ <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にありますか？ <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	通学距離ほどの程度ですか？(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	通勤距離ほどの程度ですか？(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"/> ストロー <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"/> ベルクロ		

<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
- 机上で肘伸展位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位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位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

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	

<コメント>

<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 20〇〇/〇/〇

<b>共通質問</b>
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にありますか？ <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にありますか？ <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 ( _____ )
<b>入院患者ご本人が主婦の方への質問</b>
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 2000/0月/0日 年齢 0歳
診断名 デュシェンヌ型筋ジストロフィー 評価日 2000/0月/0日 評価者
同居家族 母、弟 サービス内容 ヘルパー 通院リハ 訪問リハ 訪問看護 デイケア
社会資源 自立支援法 介護保険法 環境調整 玄関 トイレ 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 自立 一部介助 全介助
摂食用具を取り上げる 自立 一部介助 全介助
食物を口に運ぶ 自立 一部介助 全介助
液状食物を口に運ぶ 自立 一部介助 全介助
食べこぼし 有 無
摂食時の環境 床 ベッド上 車イス 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。頭部+手関節の屈曲にて口元まで運搬。着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 自立 一部介助 全介助
口をゆすぐ 自立 一部介助 全介助
洗顔 自立 一部介助 全介助
手洗い 自立 一部介助 全介助
整髪 自立 一部介助 全介助
整容時の環境 ベッド上 車イス イス
洗顔・手洗い:タオル使用。
水道栓:レバー式のみ可能。
ブッシュ式歯磨き粉(泡状)使用。

<排泄>
項目 自立 一部介助 全介助
便器への移乗 自立 一部介助 全介助
便器の使用 自立 一部介助 全介助
後始末 自立 一部介助 全介助
尿意の認識 有 無
環境 床 ベッド上 車イス 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 かつり着 自立 一部介助 全介助
前開き着 自立 一部介助 全介助
下衣 自立 一部介助 全介助
靴下 自立 一部介助 全介助
留め具 ベルト 紐 ボタン ジッパー 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 自立 一部介助 全介助
洗体 自立 一部介助 全介助
体を流す 自立 一部介助 全介助
浴槽の出入り 自立 一部介助 全介助
体を拭く 自立 一部介助 全介助
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
自宅内移動 W/C EW/C 歩行
屋外移動 W/C EW/C 歩行
介助 要 不要 歩行補助具 有 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 筋力 ROM
170 1 屈曲 屈曲 1 170
40 2 伸展 伸展 2 40
160 2 外転 外転 2 160
0 2 内転 内転 2 0
150 2 屈曲 屈曲 2 150
-60 2 伸展 伸展 2 -60
60 3 掌屈 掌屈 3 60
55 3 背屈 背屈 3 55

握力 ピンチ力
右 5.0 kg 3指 側腹
左 3.5 kg 右 2kg 側腹
左 1.25kg 1.75kg

簡易上肢機能検査
右 55 正常域平均得点
左 68 0歳~0歳 0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

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

<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。

<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行え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かと考えます。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かと考えます。            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を評価します。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. 摂食嚥下リハ会誌 6(1):3-8,202 を引用し使用しています。