

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面を評価します。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

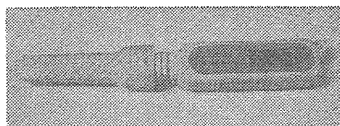
咬合力、口唇力、舌圧は徒手的な評価ではなく、それぞれを測定する機器を用いて測定します。各基準値は測定機器会社が提示しているデータを参考にしています。

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】

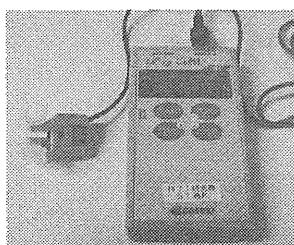
（舌圧:kPa）舌背にバルーン部を乗せ、軽く上下口唇を閉じてもらい、舌と口蓋にて押しつぶすように力を上方に入れてもらいます。バルーン部を歯で噛んでいないか、舌の中心に乗っているかに注意しながら測定します。【図3・図4】



【図1】OCCLUSAL

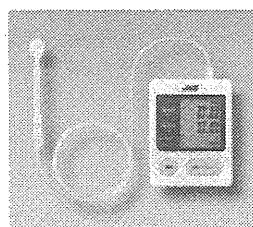
FOECE-METER

長野計器 株式会社



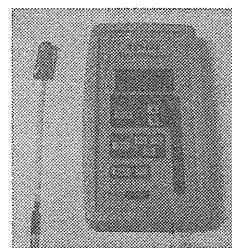
【図2】LIP DE CUM

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. Model2.1

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のため、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

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。

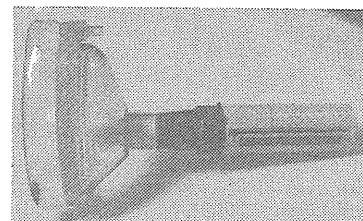
◆咽頭機能

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？						

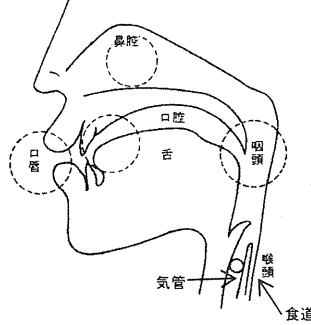
摂食嚥下機能評価用紙

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:トビ無し・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:トビ無し・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
			左:	kN
下顎・歯列	開口位: mm	オープンバイト: 有(mm)・無	口唇力	kN
口唇	横引き: mm	突出: mm	舌圧	kPa
舌	挺舌幅: mm	左右差: 有・無		
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)		タ(正常・やや低下・低下)	
	カ(正常・やや低下・低下)		ラ(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:	1回目:	1回目: 1a:嚥下無,ムセ無,湿サ声or呼吸変有
2回目: 秒	2回目: 秒	2回目:	2回目:	2回目: b:嚥下無,ムセ有
3回目: 秒	3回目: 秒	3回目:	3回目:	3回目: 2 :嚥下有,ムセ無,呼吸変有
4回目: 秒	4回目: 秒	4回目:	4回目:	4回目: 3a:嚥下有,ムセ無,湿サ声有
5回目: 秒	5回目: 秒	5回目:	5回目:	5回目: b:嚥下有,ムセ有
計 回	計 回	計:回	計:回	計:回
		Lv:	Lv:	Lv:
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				

<評価結果>前回との比較	<指導内容>	
<p>◆食事形態(病院食)</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"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食</p> <p><input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 経管</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>		
<p>◆口腔機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p> <p>変化ありの場合: <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 噛む力 <input type="checkbox"/> 舌の力</p> <p><input type="checkbox"/> 口を開けた時の縦幅</p>		
<p>◆咽頭機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p>		
<p>◆咳反射機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p>	<p>咳反射機能とは、通常空気しか入ることのない気管内に食べ物などが入るとむせたり、咳こんだりして異物を外に出そうという体の防衛反応のことです。</p>	
<p>《食形態の変更》</p> <p><input type="checkbox"/> 現状で問題なし <input type="checkbox"/> 変更必要</p> <p><input type="checkbox"/> 形態の変更不必要だが注意点あり</p>		
<p>◆コメント</p>		

摂食嚥下機能評価用紙 質問紙							
氏名	〇〇〇〇様	ID	●●●●●●	性別	男	評価日	20△△/△/△・△・△
生年月日	19◎◎年◎月◎日			年齢	14才	診断名	DMD
主訴:	安全な食形態を教えて欲しい				評価者	ST: 酒井	
《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、咳でねむれなかっ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？ ⇒ 自宅 食事を作る人は？ ⇒ 母親 昼は給食 自宅・学校共に食形態の変更は可能。 話し難さなどは出てきましたか？ ⇒ なし 前回と飲み方で変わったことはありますか？ ⇒ 特に変化なし 風邪でもないのに熱や痰などが出たことがありますか？ ⇒ ある 2年前に肺炎になった。誤嚥性肺炎とは言われなかった。 食べ物を詰まらせた事がありますか？ ⇒ お芋で食べている時に詰まらせたことがある。背中を叩いてとれた。 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？ ⇒ なし 喘息などの既往がありますか？ ⇒ なし その他: 学校の先生より安全な食事を教えて欲しいと言われている。家族構成: 父・母、姉、本人、弟の五人暮らし。近くの〇〇病院に週に2回行っている。火曜日が理学療法で金曜日は作業療法、言語療法は受けていない。学校は母親が送り迎えしている。学校の給食は今のところみんなと同じ食べ物を食べている。歯並びが気になっているので定期的に歯科に通っている。矯正はしていない。聴取: 母親							

摂食嚥下機能評価用紙							
氏名	〇〇〇〇様	ID	●●●●●	性別	男	評価日	20△△/△/△・△・△
生年月日	19◎◎年◎月◎日			年齢	14才	診断名	DMD
主訴:	安全な食形態を教えて欲しい					評価者	ST:酒井
《食事場面》	経口摂取:有		自立度:自立				
自宅での食事	固形:軟飯軟菜 一口大 親指大					水分:トクなし	
病院食形態	固形:軟飯軟菜スライスカット					水分:トクなし	
姿勢	ベッド上座位 90度			上肢(利手)	食具	右 大スプーン	
一口量	固形 5cc程度(多めムラあり)					液体:5cc 普通	
咀嚼～嚥下	固形 1～2口ごとに嚥下(普通)			口唇での取り込み		正常	
嚥下時のムセ	固形 なし 有の場合→嚥下前・嚥下直後・嚥下後しばらくして						
	液体 なし 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	湿性嚙声(なし)		咽頭貯留音(なし)		SpO ₂	食前 98 % 安定	
摂取時間および量	20 分		摂取量:全量			食中 97 ~98 % 安定・変動有	
疲労度	(やや疲労)						
嚥下特徴	1～2ごとに一回嚥下、口に溜め込みながら、咀嚼しながら食べている。						
《発声・構音機能》	指示理解:良好						
呼吸	自発呼吸			呼吸回数:20 回/分			
発声	有声音の表出可			com方略:音声			
	発声持続:a:11秒						
	発話明瞭度:特に問題なし。			声の異常:なし			
咳嗽	意図的に可 CPF:200						
喉頭挙上範囲	2/3～1/3横指					咬合力右:右測定不能(42) kN	
下顎・歯列	開口位:37mm		オープンバイト:有 1.4mm			左:左測定不能(90、62)kN	
口唇	横引き:72 mm		突出:40mm		口唇力:5.5、5.5、5.1 kN		
舌	挺舌幅:問題なし(24mm)		左右差:無		舌圧:29、28、30 kPa		
顔面(頬の膨らめ)	可 弱い		左右差:無				
構音	バ(正常) タ(正常)						
	カ(正常) ラ(正常)						
《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】 →空嚥下の際は息を吸って空気を丸ごと飲んでいる。						
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:1秒	1回目: 秒	1回目:1	1回目:2	1回目: 2	1a:嚥下無、ムセ無、湿サ声or呼吸変有		
2回目:3秒	2回目: 秒	2回目:2	2回目: 2	2回目: 4	b:嚥下無、ムセ有		
3回目:6秒	3回目: 秒	3回目:4	3回目: 3	3回目: 3	2:嚥下有、ムセ無、呼吸変有		
4回目:8秒	4回目: 秒	4回目: 4	4回目: 4	4回目: 4	3a:嚥下有、ムセ無、湿サ声有		
5回目:・・・秒	5回目: 秒	5回目: 5	5回目: 5	5回目: 5	b:嚥下有、ムセ有		
計 6回	計 回	計:3回	計:1回	計:2回	4:嚥下有、ムセ無、呼吸変・湿サ声無		
結果:問題なし		Lv:5	Lv:5	Lv:5	5:4+追加嚥下が30秒以内に		
		結果:5			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							
3(15・36・42)回/60秒							
結果:低下あり サイレントアスピレーション疑いあり。							
◆コメント							
<p>今回がST2回目のボートの介入となります。</p> <p>咬合力の明らかな低下が確認されています。咬合力の測定器で測定不能なレベルです。硬いものの咀嚼は難しいと判断出来ます。</p> <p>咳反射テストで成績の低下が確認されています。サイレントアスピレーションの可能性が有ります。</p> <p>20△△/△/△にVF検査実施。VF検査コメント。</p> <p>わずかな喉頭蓋谷部残留を認めますが、喉頭侵入や誤嚥はほとんどありません。</p> <p>舌圧の低下が認められますが、食事摂取方法は軟飯スライスカットの現状維持で良いと思います。</p> <p>御本人に嚥下評価の結果を説明し、学校でも軟菜一口大(小指爪程) パン粥に変更した方が良いことを説明しました。</p>							

<評価結果>前回との比較	<指導内容>
◆食事形態(病院食) <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> その他 ()	自宅では硬さによって一口大の大きさを変更しているとのことでした。 
◆口腔機能 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 変化ありの場合: <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 噛む力 <input type="checkbox"/> 舌の力 <input type="checkbox"/> 口を開けた時の縦幅	前回と同様に噛む・舌の力の著しい低下が確認されました。噛む力は測定不能なほど低下が確認されました。
◆咽頭機能 <input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	特に変化はありませんでした。
◆咳反射機能 <input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	咳反射機能とは、通常空気しか入ることのない気管内に食べ物が入るとむせたり、咳こんだりして異物を外に出そうという体の防衛反応のことです。 前回と同様に咳反射能力の低下が確認されました。
《食形態の変更》 <input type="checkbox"/> 現状で問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 変更必要 <input type="checkbox"/> 形態の変更不必要だが注意点あり	噛む力、舌の力が低下しています。食事を軟らかいものに変更する必要が有ります。ごはんは軟飯以下、おかずは軟らかい物を一口サイズより小さくする必要が有ります。
◆コメント 前回と同様に噛む力の低下が確認されていますので、硬い食べ物になると噛みきれない事が有ると考えられます。詳しい飲み込みの検査では一口サイズ(小指の爪程)が理想であるといった結果でした。咳反射能力の低下も確認されています。気管に食べ物が入ってもムセが起り難く、肺炎になる可能性が強くなります。噛む力の低下、舌の力の低下、咳反射機能の低下が有りますので、食べやすい・飲みやすい食形態に変更する事が必要と判断されます。食事中にムセが毎回出るようになったり、原因不明の発熱等が続きましたら、誤嚥(気管に食物が入ること)の可能性が有りますので、主治医に相談・報告して下さい。	

児童指導員によるサービス

はじめに

ポートサービスにおける心理・福祉相談支援は、当院では児童指導員(療育指導室)が担当しています。心理的な支援として心理発達知能検査を行い、また福祉支援として本人または家族と個別福祉面談(以下、福祉面談)をポートサービス利用期間内に行います。現状の在宅生活において、見直しが必要な事柄や、本人、家族の希望など、それぞれの検査や面談で把握した内容を踏まえ相談に応じ、必要時には関係機関との連携も図り、支援を行います。

1. 手順

2日目の15:00から心理発達知能検査を実施します。福祉面談は、アセスメントシート(☆別紙1)を用いて、本人または家族に聞き取りを行います。検査の結果や福祉面談によって抽出された課題に対して、助言を行い、報告書(☆別紙4)を作成します。

2. 評価内容

◆心理発達知能検査

主なバッテリー:WAIS-Ⅲ、WISC-Ⅲ、田中ビネー知能検査V

①実施前に過去の検査実施状況を確認します

- ・いつ実施したか … 前回より間隔が空いてない場合は実施を検討します。
- ・前回実施時の様子 … 環境調整などの特別な配慮が必要です。

②検査時の年齢や検査の目的、病状等を確認し、検査メニューを決定します

- ・現状や前回との比較により、病状の進行に伴う知能面への影響を把握します。また、結果をもとに日常生活への影響を推測し、合同カンファレンス時、本人や家族へのアドバイスを行います。
- ・その他、検査が必要となる場合として、就学関係、療育手帳申請、成年後見制度利用などがあります。
- ・身体機能の制限があり、動作性検査が実施困難な場合は、言語性検査のみ実施します。

③本人の同意を得て実施します

- ・実施に際しては、実施の目的を本人に伝え、同意を得ます。
- ・結果についてはカンファレンス時に説明することを伝えます。詳細を知りたい場合は、本人または家族から医師に希望してもらうよう伝えます。

④報告書を作成し、医師へ提出します

- ・検査実施不可の場合も、その旨報告書を作成し、医師へ提出します。

◆福祉面談

①実施前に前回の記録やカルテなどからある程度現状を把握しておきます

②アセスメントシート(☆別紙1)に沿って、本人または家族に面談を実施します

- ・過去に利用したことがある方は、変更点がないかも踏まえ現状を再確認します。

③面談の中で必要と思われる項目に対しては、情報提供や連絡調整を行います(経過は☆別紙3に記載)

・その際、本人または家族の希望を聞きながら慎重に行います。

④ポートサービス利用に関して履歴(☆別紙2)に記載します

◆最終日カンファレンス

・心理発達知能検査、また福祉面談から抽出された生活課題への対応について助言します。

◆退院後の報告書(☆別紙4)

・地域生活支援センターや学校から報告書の要求があった場合、本人・家族の了承のもと、送付します。

3. 評価時の注意点

◆心理発達知能検査

・検査の実施にあたり、患者が「私は頭が悪いから」などと不快感を示す場合もあります。そのために、事前に検査の目的・内容を本人または家族に説明する必要があります。それでも拒否される場合は、検査結果にも影響するため、無理して実施せず、その旨、医師に報告します。

・検査中は患者の体調等に変化がないか配慮します。

・検査が長時間にわたり、苦痛を伴うこともあるので、場合によっては数回に分けて実施するようにします。

・“わからないこと”を問う作業であり、検査中の患者の様子をみながら、中止や数回に分けて実施することなど配慮する必要があります。

◆福祉面談

・アセスメントシート(☆別紙1)には必要と思われる項目を列挙しているため、本人に該当しない項目については話題にしないようにします。

・他の職種からも様々な質問(本当はあまり言いたくないことも含めて)を受けているということを意識して、面談を行います。

・初めて利用される方は、家庭の事情等を詳細に話さなくてはいけないことに戸惑う場合もあるため、実施前に面談の目的を伝える必要があります。

◆報告書

・本人、家族が理解しやすいよう、専門用語はできるかぎり使わないようにします。

・コメント欄に心理検査の得点などをどの程度詳細に報告をするかは個別の配慮が必要です。

4. 最終日カンファレンス時に指導する際の注意点

・検査の結果や面談内容への助言を行う場合は、端的にわかりやすく、専門用語は使わないなどの基本的な配慮が必要です。

・本人、家族の他に(学校の先生やヘルパーなど)カンファレンス参加者がいる場合は事前に把握しておきます。また、支援機関(学校、ヘルパーなど)から病院スタッフに対して、「病院の専門職」という立場から本人、家族へより効果的な助言をしてほしいという要望が出される場合もあり、その都度検討し、必要な支援を行います。

5. 評価用紙および記入例
(別紙1)

ポートサービスアセスメントシート(福祉・心理部門)

_____年____月____日現在

基本事項	I D		ふりがな 氏名			
	性別	男・女	生年月日	(歳)	行政機関	
	診断名	告知・未告知			職業・学校	
	身体障害者手帳	なし・あり(級)・手続き中			(障害名)	
	療育手帳	なし・あり(-)・手続き中				
	精神保健福祉手帳	なし・あり(級)・手続き中				
	障害福祉サービス受給者証	なし・あり(区分)・手続き中			(利用サービス)	
	介護保険	対象外・なし・あり(認定)・手続き中				
	年金	なし・あり (種類)				
	各種手当	なし・あり (種類)				
重度障害者医療	なし・あり	生活保護	なし・あり	担当ケースワーカー		
家族状況					連絡先	
					(住所)	
					(連絡先)	
					備考	
関係機関	名称		利用目的	利用頻度	担当者・連絡先	
ADL / 心理検査	移動	独歩・杖など使用 手動WC・電動WC	心理検査			
			実施日	検査名	FIQ	VIQ
	食事	自力・一部介助・全介助				
	排泄	自力・一部介助・全介助				
	入浴	自力・一部介助・全介助				
	更衣	自力・一部介助・全介助				
日常生活用具・補装具	現在使用しているもの		住宅環境	<input type="checkbox"/> 戸建住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階 EV・階段) <input type="checkbox"/> 改修済み <input type="checkbox"/> 未改修 <input type="checkbox"/> 改修不可		
	作製日			備考		
	現在作製進行中のもの					

独立行政法人国立病院機構大牟田病院 療育指導室

ポータルサービスアセスメントシート(福祉・心理部門)

H23年 9月 16日現在

基本事項	ID	12345678	みりがな氏名	おおむた たろう 大牟田 太郎	本人への告知については事前にカルテ等で確認しておく。		
	性別	(男) 女	生年月日	S59.11.1	26 歳		
	診断名	(告知・未告知)	デュシェンヌ型筋ジストロフィー	職業・学校	無職		
	身体障害者手帳	なし・(あり)	(級)	手続き中	(障害名)	障害者手帳および受給者証の内容より書き写す。	
	療育手帳	(なし)・あり	(-)	手続き中	筋ジストロフィー 呼吸機能障害		
	精神保健福祉手帳	(なし)・あり	(級)	手続き中			
	障害福祉サービス受給者証	なし・(あり(区分 5))	手続き中		(利用サービス)	居宅介護	
	介護保険	(対象外)・なし・あり(認定)	手続き中				
	年金	なし・(あり)	(種類)	障害基礎年金1級	経済的な支援を視野に入れ、情報提供も含めて確認する。		
	各種手当	(なし)・あり	(種類)				
重度障害者医療	なし・(あり)	生活保護	(なし)・あり	担当ケースワーカー			
家族状況	<p>祖母76歳 母50歳 父51歳 妹22歳 妹24歳</p>			連絡先	生活保護の場合、ケースワーカーとの連携が必要な場合がある。		
				(住所)	××県××市××区××		
				(連絡先)	012-××-×××××× キーパーソンの選定も含め確認する		
関係機関	名称	利用目的	利用頻度	担当者・連絡先			
	中央病院 神経内科	NPPV管理	月1回	111-1111 田中msw			
	南リハビリテーションセンター	訪問リハ	週3回(月・水・金)	222-2222 佐藤msw			
	Aヘルパーセンター	訪問入浴	毎日				
ADL/心理検査	移動	独歩・杖など使用 手動WC・電動WC	心理検査				
	食事	自力・一部介助・全介助	実施日	検査名	FIQ	VIQ	PIQ
	排泄	自力・一部介助・全介助	H20.8.1	WAIS-III	87	90	83
	入浴	自力・一部介助・全介助					
	更衣	自力・一部介助・全介助					
日常生活用具・補装具	現在使用しているもの	住宅環境	<input type="checkbox"/> 戸建住宅 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅(6階(EV)・階段) <input checked="" type="checkbox"/> 改修済み <input type="checkbox"/> 未改修 <input type="checkbox"/> 改修不可				
	電動車いす		備考) 自治体の住宅改修費制度を利用し、1年前に改修済み				
	作製日 H17.4.1						
	現在作製進行中のもの						
	新しい電動車いすを申請中						

生活の全体像を把握し、支援の必要性を検討する。

補装具には、耐用年数もあるため、作製日も確認しておく。

改修履歴または予定を確認する。制度を利用した場合は、記入しておく。

(別紙2)
履歴

日付	内容	変更の有無	担当者
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	

独立行政法人国立病院機構大牟田病院 療育指導室

(別紙4)

ポータルサービス 心理・福祉相談報告

氏名: _____ 様

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

面談・検査実施日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

◆現状確認◆

確認項目	有 無	内 容
福祉サービス	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
関係機関	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
生活状況(家庭、生活動作、住宅)	変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
日常生活用具、補装具	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
心理検査	実施 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

◆支援実施◆

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内 容
<input type="checkbox"/> 福祉サービス <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 窓口紹介 <input type="checkbox"/> 内容説明 <input type="checkbox"/> 業者紹介 <input type="checkbox"/> 手続き方法 <input type="checkbox"/> 支援センター	
<input type="checkbox"/> 生活 (<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 各種手当 <input type="checkbox"/> 保険) <input type="checkbox"/> 住宅 (<input type="checkbox"/> 公営 <input type="checkbox"/> 改造助成) <input type="checkbox"/> 日常生活用具・補装具 (<input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 車いす)	

◆連絡調整◆

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	課・施設名	内 容
<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 支援センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他		

◆コメント◆

独立行政法人国立病院機構大牟田病院 療育指導室
担当 _____

ポートサービス 心理・福祉相談報告

氏名: 大牟田 太郎 様

平成 23年 9月 23日

面談・検査実施日 平成 23年 9月 17日

◆現状確認◆

確認項目	有 無	内 容
福祉サービス	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
関係機関	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
生活状況(家庭、生活動作、住宅)	変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
日常生活用具、補装具	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	変更 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	新しい電動車いす申請中
心理検査	実施 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	検査名

◆支援実施◆

<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	内 容
<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービス <input checked="" type="checkbox"/> 情報提供 <input checked="" type="checkbox"/> 窓口紹介 <input type="checkbox"/> 内容説明 <input type="checkbox"/> 業者紹介 <input type="checkbox"/> 手続き方法 <input type="checkbox"/> 支援センター	ご家族の休息や遠方への外出などに備え、ショートステイとして日常的に利用できる病院や施設を探しておかれることに関して情報提供等をさせていただきました。
<input type="checkbox"/> 生活 (<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 各種手当 <input type="checkbox"/> 保険) <input type="checkbox"/> 住宅 (<input type="checkbox"/> 公営 <input type="checkbox"/> 改造助成) <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活用具・補装具 (<input type="checkbox"/> 自助具 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす)	車いす申請後の流れについてご説明させていただきました。

◆連絡調整◆

<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	課・施設名	内 容
<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 支援センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他		今後必要に応じて調整させていただきます。

◆コメント◆

今回は主に車いす申請後の手続きの確認と日常的に利用できる場所の検討についてお話をさせていただきました。

車いすに関しては、市役所から給付決定の通知が届いたらご連絡ください。その後、業者に連絡し、作製が始まることとなります。

また、これまでショートステイ等は利用されたことがないとのことでしたが、急なご家族の都合等により介護する方が不在になったり、時にはご家族の休息として利用できる場所をどこか確保しておくことについておすすめします。当院をはじめ、近隣の施設の利用を検討され、実際に利用してみて、緊急時に安心して過ごすことができる場所を探していきましょう。何かありましたら、いつでもご連絡ください。

独立行政法人国立病院機構大牟田病院 療育指導室
担当 ○○○○

薬剤師によるサービス

はじめに

筋ジストロフィーの患者は、筋ジストロフィーの病型や年齢、基礎疾患などにより、服用している薬の種類や投与方法は様々である。また、患者の嚥下能力、薬への理解度にも差がある。このため、薬への理解が不十分であったり、投与方法や薬の剤形などが不適切であったりすると服薬アドヒアランスが著しく低下する可能性がある。

そこで服薬アドヒアランスの向上、維持を目指して主に以下の活動を行っている。

手順

1) 服薬状況の確認

持参薬の鑑別、患者及びその家族などへの面談を行う。面談では別紙1の内容を確認する。これにより、服薬に関する問題点、改善点を把握する。

2) 処方内容の説明

服用中の薬剤について患者または薬剤の管理者が薬効、用法、副作用などの説明を受け、服薬意義を理解することにより服薬アドヒアランスを良好に維持するように努める。

3) 医師への提案

確認した内容や多職種からの情報などを基に患者それぞれに合った薬剤や投与方法、剤形の検討を行い、必要であれば医師へ提案を行う。

4) カンファレンス

多職種からの情報や意見をもとに検討する事項がある場合は検討をする。現在服用中の薬剤について患者または薬剤の管理者に対し、再度用法用量、効果、副作用、日常生活での注意点などを説明する。また、多職種間で検討した内容で患者に説明が必要な事項がある場合は説明をする。

5) 報告書の提出

現在の処方内容や今回のポート入院での変更点、日常生活で気をつけることなどを報告書としてまとめ、提出する。報告書は別紙2の様式を用いる。

評価内容

評価用紙(別紙1)の内容について評価する。