

WG:SSR 議事録

2020/01/20

参加者：五島先生・越後・山上・袴田・倉科・平塚・柳谷・藤井・稲山・栗原

○SSR とは

- ・ 老年人口 66,000 人
- ・ 嚥下障害は在宅だと 10,000 人以上(16.9%) いる
- ・ 新食研の存在意義について

○症例検討

- ・ 歩けるのに誤嚥性肺炎を発症した症例
- ・ 圧迫骨折から 1 週間寝たきりになったときに歩行ができなくなった
- ・ リハビリ介入をし終了を検討した段階で誤嚥性肺炎を発症して入院した
- ・ 起き上がり、立ち上がり、歩行までスムーズに介入できた
- ・ 屈筋群をあまり使うことができず、つっぱったまま腕の力で引っ張るように起き上がっていた

- ・ 越後さんからすると、誤嚥性肺炎のリスクがあることが予測できた

→どこで？

- ・ 端座位姿勢で頸部後方が短縮しているように見えた？
- ・ 端座位姿勢では肩よりも耳が前にでていた
- ・ 寝返りをしたい方向の手で身体を反らしながら（頭を押し付けながら）重心を移動して起き上がっていた
- ・ 身体は反っているのに頭部だけ前方に飛び出していた
- ・ 生活歴：茶道を趣味でおこなっていたため、背筋が伸びているが骨盤は後傾していた
- ・ 脊柱のどこかだけが過度に屈曲しており、腰痛が強かった
- ・ 仰向けのままつま先を見る姿勢をとることができなかった（シャキア 0 秒の評価）
- ・ 座位では頸部を伸ばすことができなかった
- ・ 日常生活において、頸部の屈筋群を使用する機会がないのではないか
- ・ 誤嚥性肺炎のリスク因子（意識レベルや神経系、口腔内の清潔など）はほとんどなかったが、誤嚥性肺炎を起こした
- ・ 結論
 - ・ 寝返り、起き上がり、姿勢評価は誤嚥性肺炎のリスク管理になるのではないか

○まとめ

- ・そもそも日常生活での頸部屈曲筋の活動は
 - ・寝返り、顔を上げるなどがある
- ・人間の動作パターン
 - ・悟空のパターン→屈曲方向・手首も内側
 - ・ベジータのパターン→進展方向・手指も外側に向かっている
- ・頭部が前方位にいると頭部の重心が身体の上にないため、頸部の後方で支えており負荷が強い
- ・寝返りや起き上がりで屈曲筋群を使用しない場合、嚥下筋の筋力低下を招く可能性がある
- ・頭部前方位では抗重力位での屈曲筋群をほとんど使用していないため、嚥下筋の筋力低下を招く可能性がある。
- ・動作や姿勢から誤嚥性肺炎のリスク管理ができる可能性がある
- ・発症前からの介入なため、誤嚥性肺炎の発症数自体の減少、誤嚥性肺炎からの胚葉を予防の可能性はある。
- ・寝返り・起き上がりは「できる・できない」の評価ではなく、「方法」の評価が重要である。

○SSR の目標

- ・PT/OT が寝返り、起き上がりでは手すりに捕まらないで出来るように指導する理由の一つとして周知する
- ・「できる ADL」ではなく、「方法」が重要であることを他職種（特にケアマネ）に知ってもらう
- ・ST や Ns が嚥下評価に寝返り、起き上がりの動作分析や端座位姿勢を評価するようになる

○今後

- ・寝返り→頸部が屈曲しているか
- ・起き上がり→頸部が屈曲しているか
- ・端座位→頭部前方位か否か
- ・誤嚥性肺炎の既往があるかないか
- ・反復唾液嚥下テスト（RSST）
- ・などに関連があるとなれば、今回の説は立証になるのではないか？
- ・学会発表を目指してデータを集めていかないか！？

○議論

- ・そもそもシャキア自体が舌骨筋群の訓練としてスタートしているので、シャキアができない＝嚥下のリスクがあるというのは間違いない

- ・ どうやってデータをとっていく？
- ・ これ以外にも何かとるべきデータはある？
- ・ 誤嚥は施設内のケアではキーワードになる
 - ・ 普段どうやって食事姿勢をとっているか、が重要になる
 - ・ セラピストが話しても主体は現場の人のため、中々うまく機能しない
 - ・ 施設の方々でも繋がるような根拠が作れるといいな
 - ・ 本によっても違うのは困る
 - ・ 現場がどのようになっているか、を調べるのも重要では
- ・ 今まで正額面、矢状面を見ていたが今後は今回のようにやるのか？
 - ・ 今までのに加えてこの要素も加えるといいのではないか、という提言
- ・ 他の在宅リハの方々の勉強会としての役割もあっても良いのではないか
 - ・ たくさんの視点の症例報告があれば良いデータがとれるのではないか
- ・ 嚥下の反射が低い人は首が硬い人が多い
 - ・ 安静時の嚥下の回数が少なくなっているとみていることで困っている！
- ・ 専門的な知識がない人の場合、何をしたらいい？
 - ・ 誰でもやれる方法を作れないか？
- ・ 今までのデータだと困難事例ばかりで中々データがとれなかったが、今回の内容ならば利用者の生のデータがとれるのではないか
 - ・ 誤嚥性肺炎を起こしていない人の予防につながるのではないか
 - ・ PT が嚥下評価は専門外だったは、筋肉のことならば見れるので評価出来る人が増えるのではないか
 - ・ 伸展パターンの起き上がりの人はどうすれば変わる？
 - ①頭を上げて(ファーストステップ) ②オンエルボー③オンハンド という動作を習得していく
- ・ 手すりを見ると無意識的に引っ張っている
- ・ 誤嚥性肺炎の前兆はなかったのか？
 - ・ 症例の写真だとリスクがあるように見にくい
 - ・ 常食を食べていたところもリスクがあったのでは？
 - ・ 水分摂取にもリスクはあったのでは？
- ・ 対象は動ける方、指示がとおる方
- ・ できる、できないではないため、動作の習慣性に着目するといいのではないか
- ・ 後頭部が離せるかどうかにはまずは着目してもいいのではないか？
- ・ 日常的に首の筋肉を使っているかどうか
 - ・ 顎を丸めて首を曲げることができるかどうか、がリスク因子になるのではないか
- ・ 頭の後ろにタオル入れますね、という声かけでタオルが入るかどうかで評価をしていた
- ・ 首やばそう、という人が頭をあげられるかどうかを見るといいのでは？

- 評価自体はシャキアでいいのでは？
- シャキアの評価が嚙下に影響するのかどうか、を根拠作ってもいいのでは？
 - おへそのぞきましよう、などの声掛けで統一するといいのでは？
- **SSR** の意味合いとずれてしまうと思われるので、続けるのであれば別グループにしたほうが良いのではないか
 - 一度、越後さんのほうでイメージをかためる