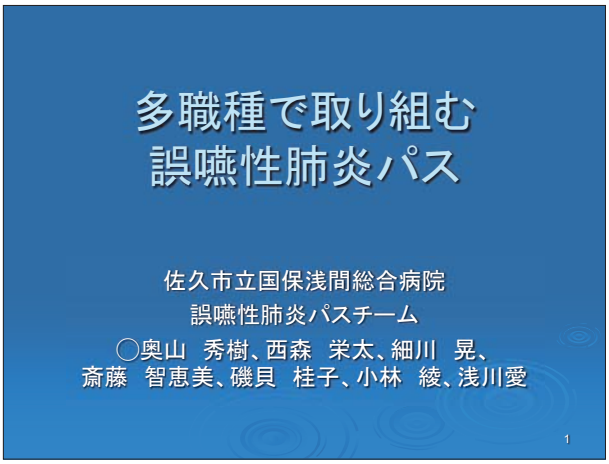
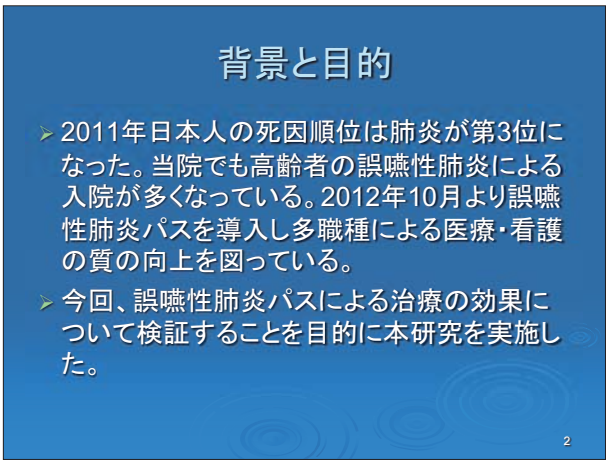
4）森山美知子；家族看護モデル　東京：医学書院、1995

演題 240

多職種で取り組む誤嚥性肺炎パス

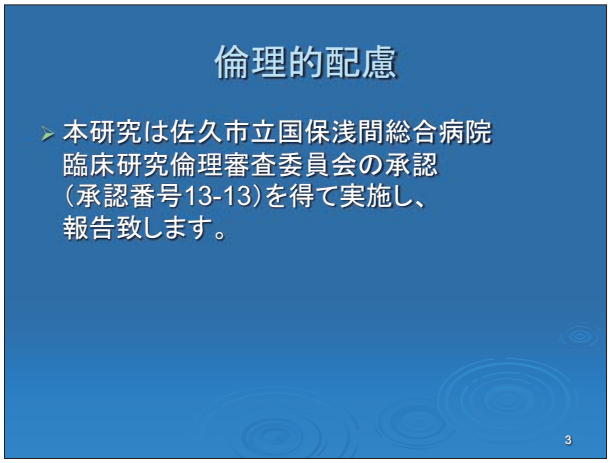
発表者　**奥山　秀樹**　（長野県：佐久市立国保浅間総合病院 診療部）
共同研究者　西森　栄太、細川　晃、斎藤　智恵美、磯貝　桂子、小林　綾、浅川　愛



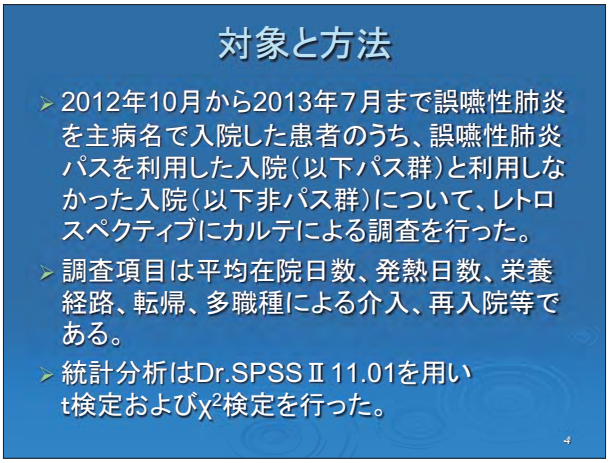


【緒言】

2011年日本人の死因順位は肺炎が第３位になり、当院でも高齢者の誤嚥性肺炎による入院が多くなっている。しかし主治医による肺炎の治療は実施されるが、経口摂取に向け多職種で介入することが少なかった。そこで2012年10月より誤嚥性肺炎パスを導入し多職種による医療・看護の質の向上を図っている。今回、誤嚥性肺炎パスによる治療の効果について検証することを目的に本研究を実施したので、その結果を報告する。

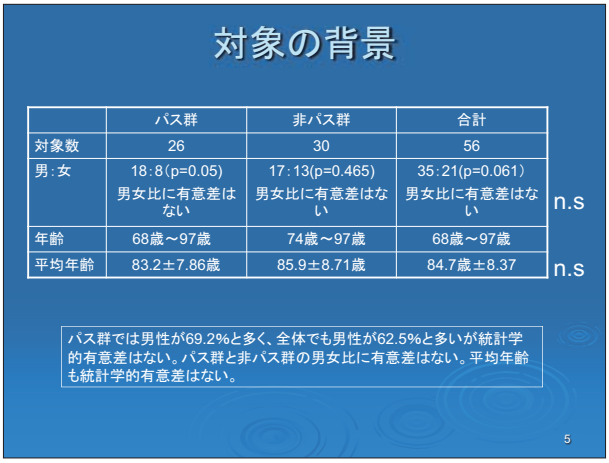


なお、本研究は佐久市立国保浅間総合病院臨床研究倫理審査委員会の承認（承認番号13－13）を得て実施し、報告する。

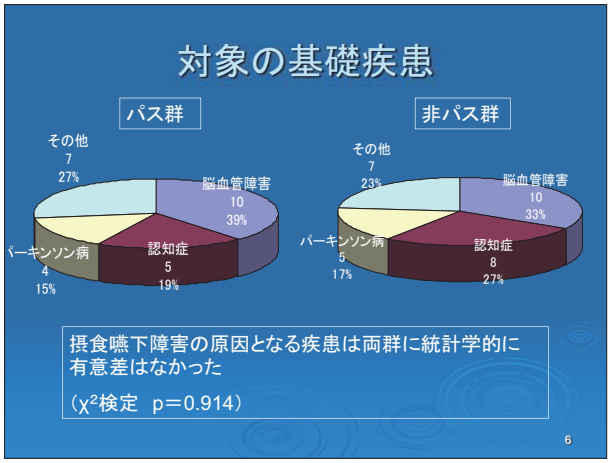


【対象と方法】

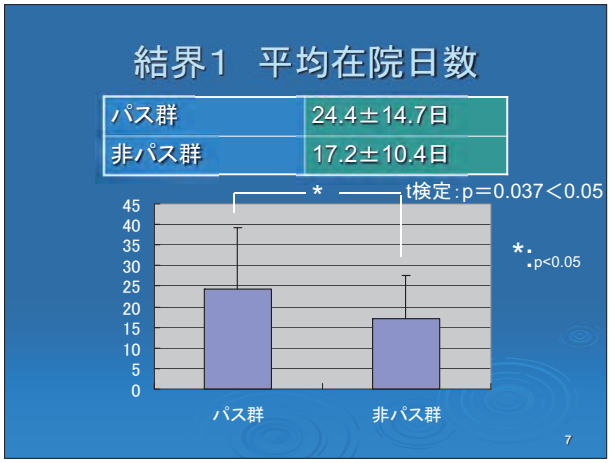
2012年10月から2013年７月まで誤嚥性肺炎を主病名として入院した患者のうち、誤嚥性肺炎パスを利用した入院（以下パス群）と利用しなかった入院（以下非パス群）について、レトロスペクティブにカルテによる調査を行った。調査項目は平均在院日数、発熱日数、栄養経路、転帰、多職種による介入、再入院等である。統計分析はDr.SPSSⅡ11.01を用いて検定およびχ２検定を行った。



対象はパス群が26入院で平均年齢83.2歳、非パス群が30入院で平均年齢は85.9歳。パス群で男性が69.2％と多い傾向にあった。全体でも男性が62.5％と多かった。しかし統計学的に有意差は認められなかった。



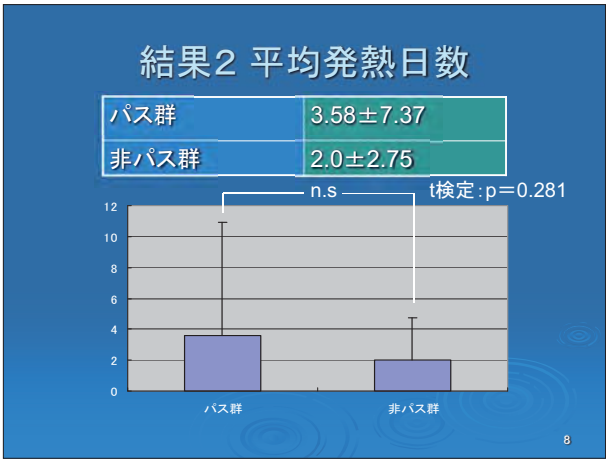
基礎疾患は脳血管障害と認知症が多く、両方を合わせるとパス群で59％非パス群で60％を占めていた。以下パーキンソン病・その他になっていた。両群に統計学的な有意差は認められなかった。



【結果】

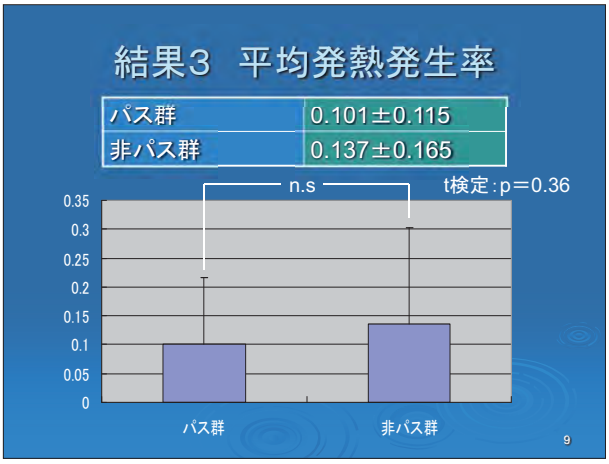
1.平均在院日数

パス群が24.4日、非パス群で17.2日とパス群が統計学的に有意に多かった。パスそのものの日数は14日に設定しているが、パスを外れて入院を継続した症例が多かったことが原因と考えられる。また非パス群では後述するように数日での死亡退院が多く、在院日数が少なかったと考えられる。



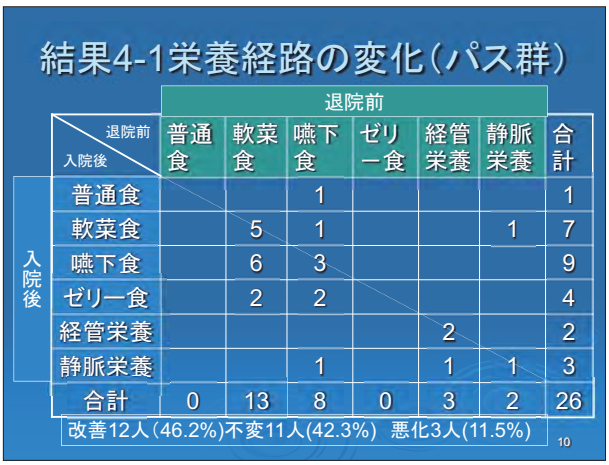
2. 平均発熱日数

パス群で3.58日、非パス群で2.0日とパス群で多かったが、統計学的に有意差は認められなかった。



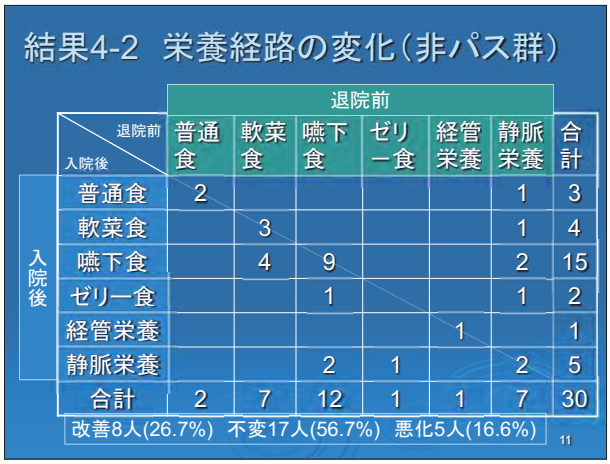
3. 平均発熱発生率

これは発熱日数を入院日数で除した値で、統計学的に有意差は認められなかったが、パス群が0.101と非パス群の0.137に比較し低く、平均発熱日数とは逆の結果になった。

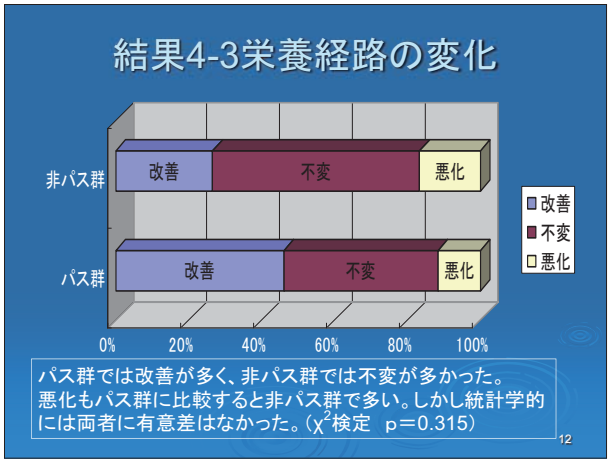


4. 栄養経路の変化

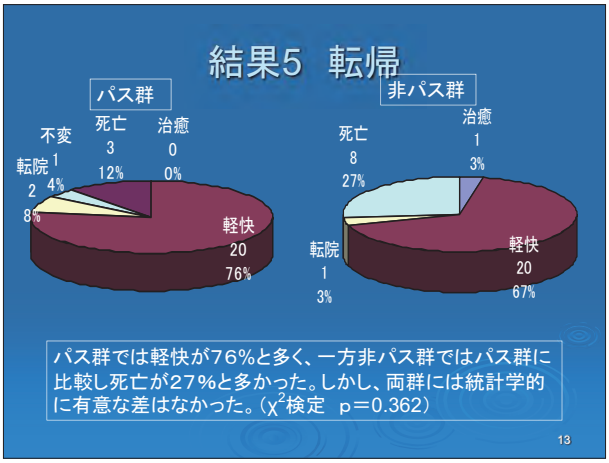
パス群における入院後と退院前の栄養経路の変化は、改善が12人（46.2%）不変が11人（42.3%）悪化が３人（11.5%）であった。



一方、非パス群における入院後と退院前の栄養経路の変化は、改善が８人（26.7%）不変が17人（56.7%）悪化５人（16.6%）であった。

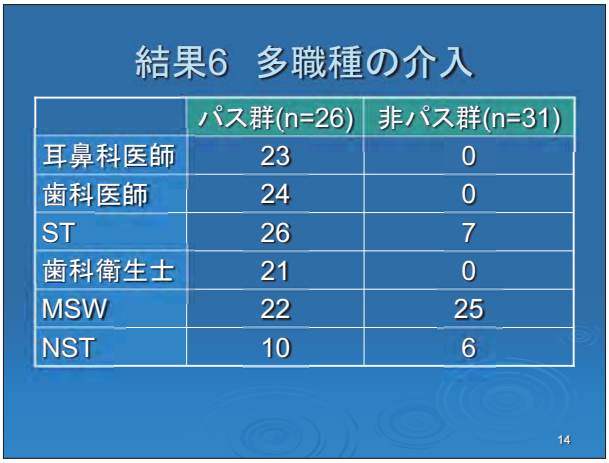


両群の栄養経路の変化をスライド12に示す、統計学的に有意差は認められなかったが、パス群で改善が多く非パス群で不変が多かった。これは経口摂取に向けパス群で多職種による介入があったことが要因と考えられる。



5. 転帰

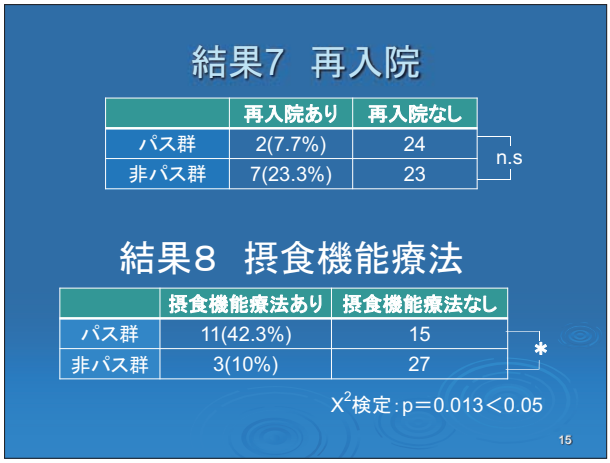
パス群は軽快が76%と多く、一方非パス群では軽快が67%であり、次いで死亡が27%とパス群の12%と比較し多かった。しかし統計学的に有意差は認められなかった。



	パス群(n=26)	非パス群(n=31)
耳鼻科医師	23	0
歯科医師	24	0
ST	26	7
歯科衛生士	21	0
MSW	22	25
NST	10	6

6. 多職種の介入

非パス群ではMSWとSTおよびNSTの介入があるものの他の職種の介入はなく、一方パス群では多職種が多くの入院で介入していた。その結果VE・VFによる摂食嚥下の検査や評価、そして摂食機能療法の実施による経口摂取に向けた取り組みがなされたと考えられる。



	再入院あり	再入院なし	
パス群	2(7.7%)	24	n.s
非パス群	7(23.3%)	23	

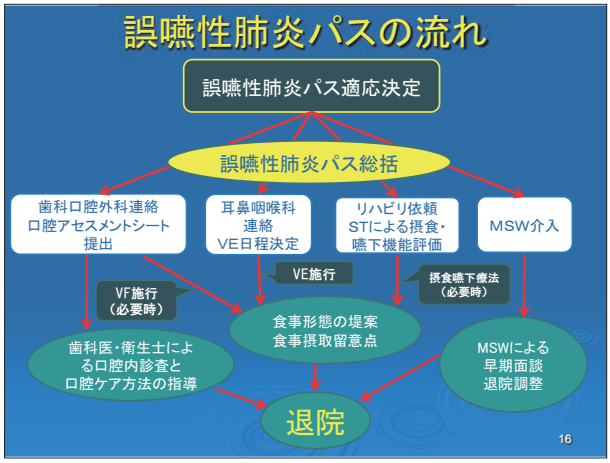
	摂食機能療法あり	摂食機能療法なし	
パス群	11(42.3%)	15	*
非パス群	3(10%)	27	

7. 再入院

パス群で26例中2例、非パス群では30例中7例で、非パス群で再入院は多かったが、統計学的に有意差は認められなかった

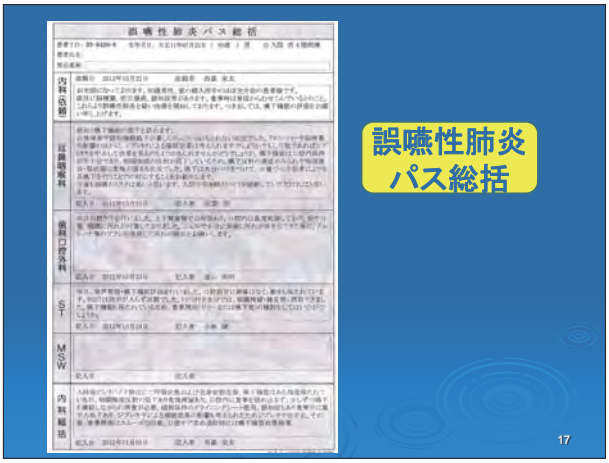
8. 摂食機能療法

実施はパス群26例中11例、非パス群で30例中3例であり、統計学的にパス群で有意に多かったという結果であった。これは多職種による介入の結果、経口摂取に向けた取り組みの一環と考えられる。

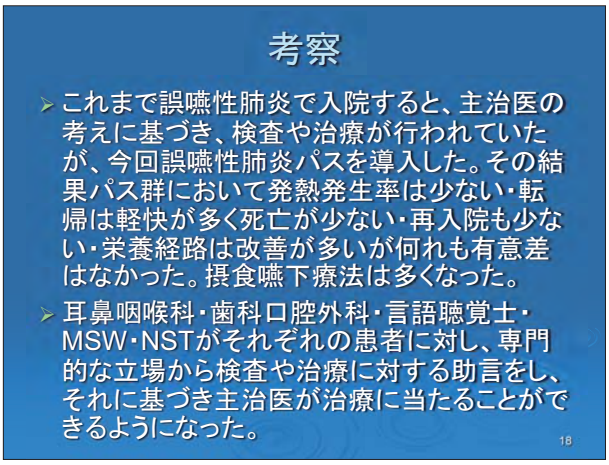


【考察】

当院の誤嚥性肺炎パスは14日で設定されており、その特徴は電子カルテ上の誤嚥性肺炎パス総括で多職種が連携していることにあり、退院に向け可能な限り経口摂取を目指している。

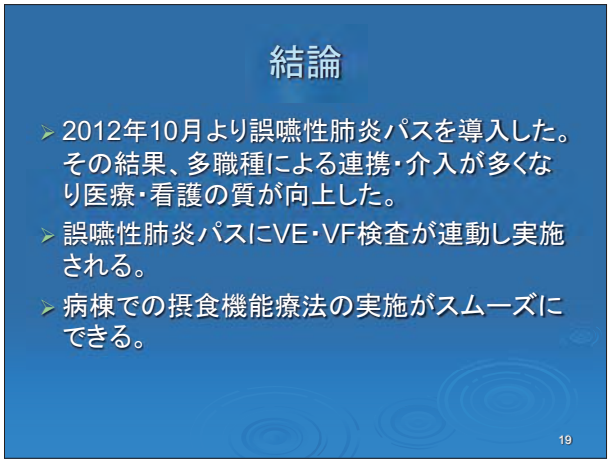


スライドに示すのが誤嚥性肺炎パス総括の１例で、それぞれの職種が電子カルテ上で記載できるようになっている。



これまで誤嚥性肺炎で入院すると、主治医の考えに基づき、検査や治療が行われていたが、経口摂取に向けての取り組みがやや少なかった。そこで2012年10月に誤嚥性肺炎パスを導入した。その結果非パス群と比較しパス群において発熱発生率は少なかった・転帰は軽快が多く死亡が少なかった・再入院も少なかった・栄養経路は改善が多かったという結果が得られた。しかし何れも統計学的に有意差は認められなかった。一方摂食嚥下療法の実施においてはパス群で統計学的に有意に多かった。

耳鼻咽喉科・歯科口腔外科・言語聴覚士・MSW・NST がそれぞれの患者に対し、専門的な立場から検査や治療に対する助言をし、それに基づき主治医が肺炎の治療だけでなく経口摂取に向け治療に当たることができるようになった。



【結論】

2012年10月より誤嚥性肺炎パスを導入した。その結果、多職種による連携・介入が多くなり医療・看護の質が向上した。また誤嚥性肺炎パスに VE・VF 検査が連動し実施されるようになった。さらに病棟での摂食機能療法の実施がスムーズにできるようになった。