

第7回愛媛クリニカルパス研究会

誤嚥性肺炎に対する チーム医療とクリニカルパス

医局	黒田 太良、宮岡 弘明、山本 昌也、緑川 和重
薬剤部	渡部 遥
検査部	高市 祐子
リハビリテーション科	山崎 準平、大野 留美、芳崎 瑞穂
看護部	東 良子、松本 久美子、徳野 みどり、青木 美春、 澤田 博美、三本松 つる子
医事課	後藤 道洋、古川 栄子、佐藤 美穂
栄養科	小笠原 喜代江

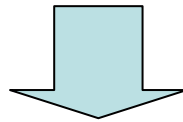
はじめに…

誤嚥性肺炎とは、

- 細菌が唾液や胃液とともに肺に流れ込んで生じる肺炎で、**高齢・寝たきりの人**に多い
- 再発を繰り返すため、薬が効きにくい
→**耐性菌**が発生しやすく、
多くの高齢者の**死亡原因**になっている。
- 高齢化社会を迎え、**患者数・医療費ともに著増**することが予想される。

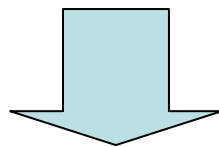
誤嚥性肺炎患者の問題点

- 再発しやすい
- 多科の協力が必要
- 低栄養になりやすく、疾病治癒が遅れる
- 退院後の受け入れ施設探しに時間がかかる
- 胃瘻造設・ポート留置などが必要となり、施設では管理困難なため、医療機関が必要
- 病院入院から在宅・施設への政策誘導による救急病院の疲弊

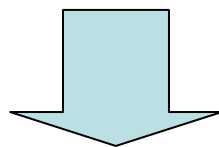


入院期間の延長

これまで主治医1人が抱え込んでいた問題を
種々の職種からアプローチしてサポート

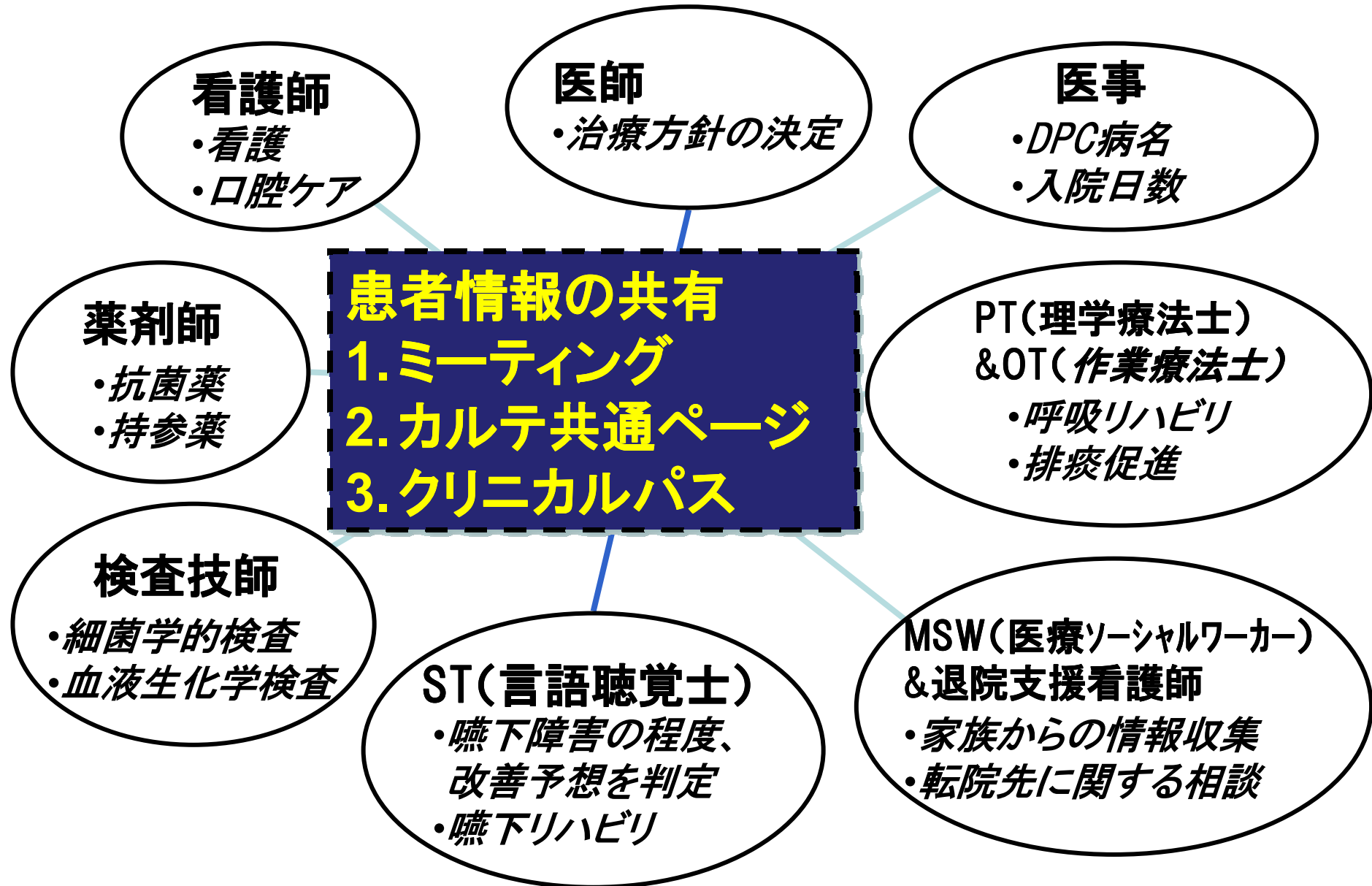


チーム医療が重要



- 主治医の負担軽減
- 治療が速やかに行え、予防策も実施可能
→円滑な受け入れが可能になる。

肺炎に関するチーム医療





チームミーティング (症例検討)

誤嚥性肺炎のクリニカルパス作成

- 誤嚥性肺炎に対する効率的な、標準的治療を行う。
- チーム医療の円滑化を図る。

重症度により区分

軽症・中等症

重症・超重症

病期により区分

入院時・急性期

慢性期・退院準備期

軽症①

	入院時（原則1、2日目）		
	Goal:		
	期間： / () ~ / ()		
DPC 病名		副傷病名	呼吸不全・胸水
入院時評価	A-DROP 1.男性 70,女性 75 歳以上 2.BUN \geq 21mg/dL or 脱水あり 3.SpO ₂ \leq 90% (PaO ₂ \leq 60Torr) 4.意識障害 5.血圧(収縮期) \leq 90mmHg	⇒判定 【 軽症・中等症・重症・超重症 】	軽症：該当0 中等症：該当1～2 重症：該当3 超重症：該当4～5 (ただしショックがあれば)

重症①

ID[

	入院時（原則1、2日目）		
	Goal:		
	期間： / () ~ / ()		
DPC 病名		副傷病名	呼吸不
入院時評価	A-DROP 1.男性 70,女性 75 歳以上 2.BUN \geq 21mg/dL or 脱水あり 3.SpO ₂ \leq 90% (PaO ₂ \leq 60Torr) 4.意識障害 5.血圧(収縮期) \leq 90mmHg	⇒判定 【 軽症・中等症・重症・超重症 】	軽症：該当0 中等症：該当1～2 重症：該当3 超重症：該当4～5 (ただしショックがあれば1項目の2)
アウトカム			
輸液	ヴィーン D 500ml × 1 ヴィーン 3G 500ml × 3	or	ヴィーン D 500ml × 1 ヴィーン 3G 500ml × 2
抗生剤	基本的に投与間隔で調整だが、()は投与量の		

軽症

抗生物質	腎機能低下時の投与間隔(時間)	
	<input type="checkbox"/>	(ユナシン S (1.5g) 1V + 生食 TN 100ml) × 4 (6 時間毎)
	<input type="checkbox"/>	(モダシン(1g) 1V + 生食 TN 100ml) × 2 (12 時間毎)
	<input type="checkbox"/>	(ファーストシン(1g)1V + 生食 TN 100ml) × 2(12 時間毎)
	<input type="checkbox"/>	(ロセフィン 1g キット) 2 キット × 1 (24 時間毎)
	<input type="checkbox"/>	(ゾシン(4.5g) 1 V + 生食 TN100ml) × 3(8 時間毎)
酸素吸入	SpO ₂ ≤ 90% : O ₂ 2L(鼻カニューレ)で開始 SpO ₂ ≥ 93%キープで	

重症

抗生物質	腎機能低下時の投与間隔(時間) [() は投与量の調整]	
	<input type="checkbox"/>	(ゾシン(4.5g) + 生食 TN100ml) × 3(8 時間毎)
	<input type="checkbox"/>	{(マシパール(1g) キット)+(ダラシン S(600mg)1A+生食 100ml)}4 × (6 時間毎)
	<input type="checkbox"/>	チエナム、メロペンのうち1剤
	<u>重症群はいずれかを追加</u>	<input type="checkbox"/> アミカシン、ゲンタシン、トブラシン、エクサシン
	<input type="checkbox"/> シプロキサ	
<u>補助療法</u>	<input type="checkbox"/> ステロイド[]	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> IG-CSF []	<input type="checkbox"/>

内服薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 (有・無) <input type="checkbox"/> 当院持参薬 (有・無) (続行・中止) <input type="checkbox"/> 他院持参薬 (有・無)	
ネブライザー	<input type="checkbox"/> 吸入 A <input type="checkbox"/> その他 ()	
細菌学的検査	<input type="checkbox"/> 喀痰培養	<input type="checkbox"/> 血液培養 <input type="checkbox"/> 抗酸菌検査
一般検査	<input type="checkbox"/> 胸部 X線 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部 CT <input type="checkbox"/> 採血	
呼吸リハビリ	<input type="checkbox"/> 発症前の ADL 能力 (起き上がり、座位、立位、歩行能力 等) (別紙チェックシート)	
嚥下リハビリ	<input type="checkbox"/> 嚥下障害に関する問診票 記入	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 口腔内チェック	<input type="checkbox"/> 状態に応じたケア実施
他科紹介	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科
食事	<input type="checkbox"/> 絶飲食	<input type="checkbox"/> 飲水のみ可 (トロミドリンク)
活動度	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 院内歩行 <input type="checkbox"/> 病棟歩行 <input type="checkbox"/> ベッド上安静 (トイレ歩行可・不可・ボウアブ特化)	尿測 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 毎日 () 時間 <input type="checkbox"/> 時間尿 () # <input type="checkbox"/> パルカカテーテル挿入
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 (可・不可)	<input type="checkbox"/> 清拭
説明・指導	<input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 褥瘡対策診療計画書	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント <input type="checkbox"/> DPC 入力 <input type="checkbox"/> 退院指導 (口腔ケア、吸引)
バリアンス		
介護保険	<input type="checkbox"/> 有・無	

口腔ケア勉強会



口腔ケアについての
勉強会



症例:86歳 女性

主訴:発熱、食欲不振

既往歴:67歳 子宮筋腫(手術)

82歳 右大腿部頸部骨折(保存加療)

現病歴:グループホーム入所中であつた。

平成20年5月16日頃より食欲不振が出現した。

同月19日より発熱、喀痰が出現したため近医を受診し、
当院紹介受診となる。

胸部CT上左下肺野に浸潤影を認め、血液検査上炎症反応
の上昇を認めたため肺炎の診断で入院となった。

入院時現症: 体温 37.9°C、血圧 142/70mmHg、脈拍 96/分

SpO₂ 92%

眼瞼結膜 貧血なし、眼球結膜 黄疸なし

胸部 左下肺野背側にcoarse crackle聴取

皮膚turgor低下なし

経過

チームミーティング

カルテ
共通ページ

•カルテ共通ページ作成
•ゴール設定(14日目安に退院)

•主治医:肺炎は治癒
•ST:経口摂取可能だが
必要エネルギー摂取
困難か?
↓
胃瘻造設に関する議論

•退院の目途
•懸念事項
→今後も誤嚥する可能性
→グループホームとの連携



結語

- クリニカルパスを利用することで効率的・標準的な治療計画をたてることができた。
- チームを組織し、各職種間の円滑な連携を図ることができた。
- ミーティング・勉強会を通じて「誤嚥性肺炎」や「口腔ケア」の重要性を再認識でき、チーム外の職員にも認知度が向上した。

今後の課題

- 共通カルテに対する各職種による認識の相違のため、記載が十分活用できていない。
- 栄養状態の悪い高齢者が多く、NST(Nutrition Support Team)との連携を図っていく必要性がある。
- クリニカルパスはまだまだ作成段階で、さらなる改良を重ねていく必要がある。

終わりに…

今回は**誤嚥**性肺炎のクリニカルパスを中心に
チーム医療を見直してみました。

これを**ご縁**に今後ともよろしくお願いします。

