

当院における誤嚥性肺炎患者の 臨床的特徴

手稻溪仁会病院 リハビリテーション部 言語聴覚士
石川 智也 山本 奈緒子

札幌市病院学会 利益相反の開示

筆頭演者名：石川 智也

私は本演題に関して、開示すべき利益相反
はありません

1.はじめに

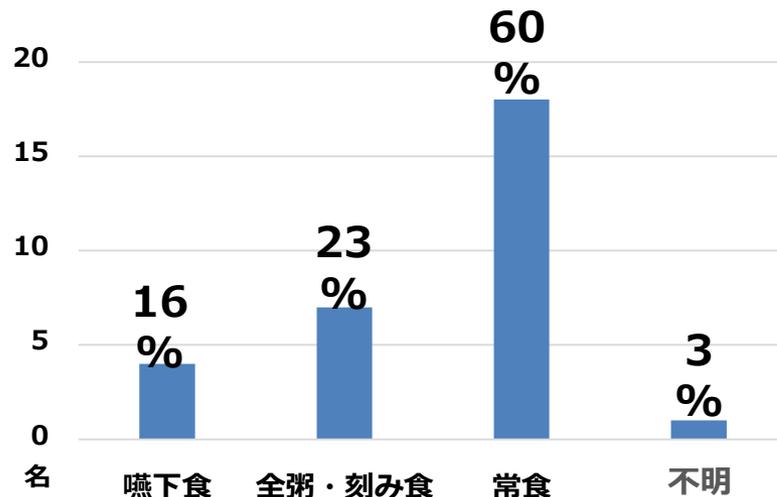
- 当院は地域医療支援病院として、急性期総合医療を提供しており、摂食嚥下障害や肺炎に対するST処方が多い。
- 急性期治療を経て自宅退院となった場合でもその後再発する例を経験する。今回は再発予防を目的に身体・認知・嚥下機能を調査した。

2.対象

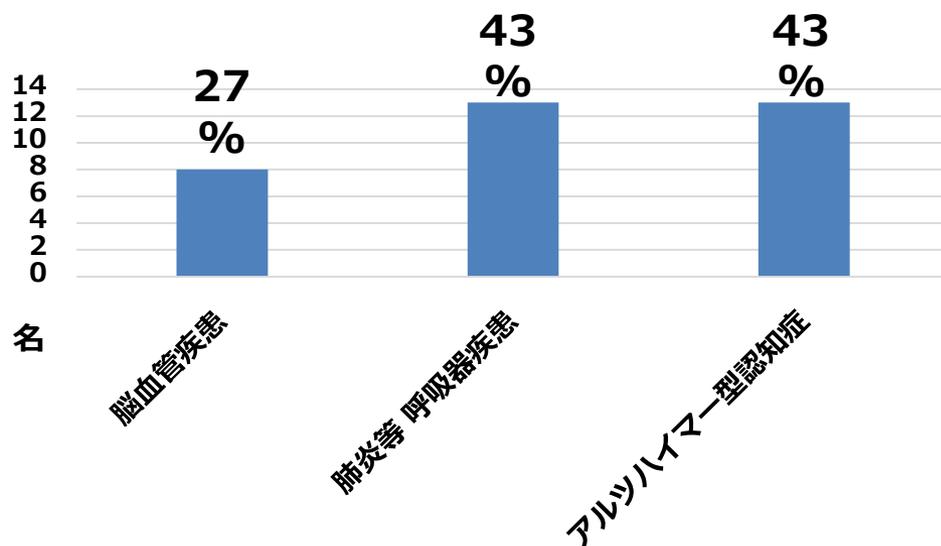
2016/4/1から2021/3/31までに、誤嚥性肺炎の診断でSTが介入した30名

性別) 男性13名/女性17名
年齢) 平均82歳 (63~101)
入院前) 86%が自宅で生活
介護保険) 要介護73%

入院前の食事形態



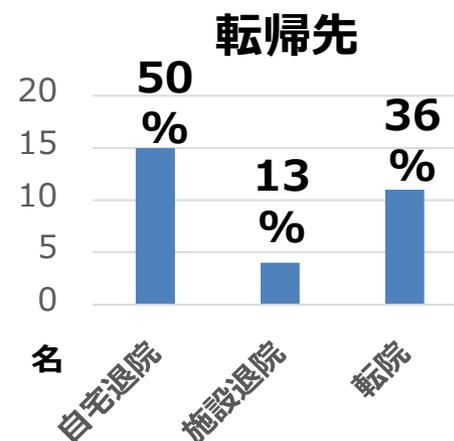
既往歴(重複あり)



2.対象

入院直後から退院までリハ実施、入院平均12日（3～32日）
退院時指導全例実施

1年以内に再発しなかった群：初発群
再発した群：再発群に分類



①初発群(17例)
男性10人 女性7人
平均84歳（63～101歳）

②再発群(13例)
男性7人 女性6人
平均86歳（68～98歳）

基本情報、既往歴等は無作為に抽出
除外基準）人工呼吸器使用例、気管切開例、入院中発症例

3. 検討項目-ST初回介入時-

身体機能：FIM運動項目の合計

認知機能：FIM認知項目の合計

（ FIM：機能的自立度評価法）

嚥下機能：Gr（藤島の摂食・嚥下能力のグレード）

RSST（反復唾液嚥下テスト）

MWST（改訂水飲みテスト）

4.方法・統計

方法1) FIMを以下の3つに分類した

運動：全介助	(13~26点)
一部介助	(27~79点)
自立	(80~91点)

認知：全介助	(5~10点)
一部介助	(11~29点)
自立	(30~35点)

方法2) GrはGr1-3、Gr4-6、Gr7、Gr8-10に分類

統計) 後ろ向き研究

マンホイットニーのU検定(SPSS.ver21)

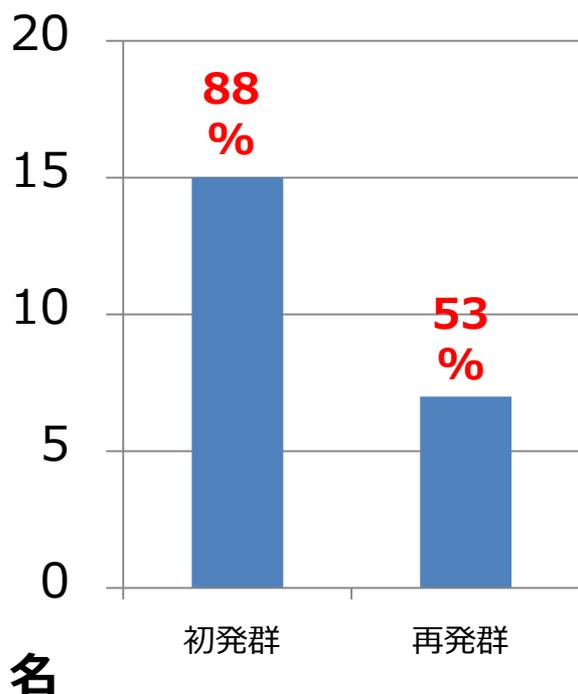
※統計学的有意差 $p < 0.05$

結果

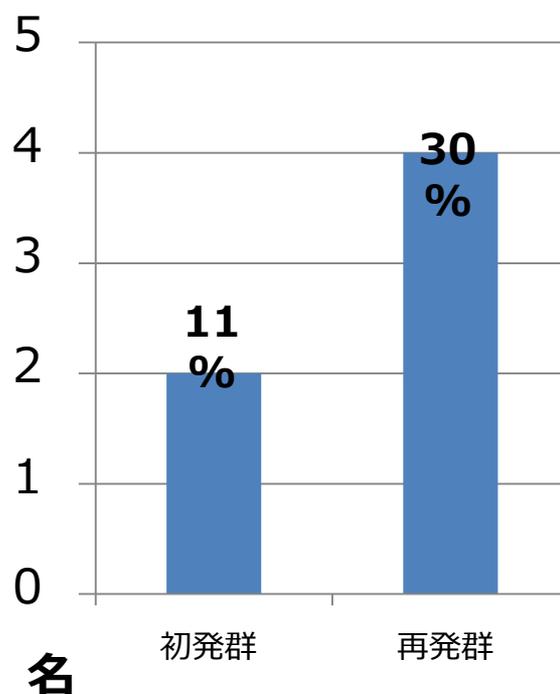
5.結果①身体機能：FIM運動

両群に有意差はないが($p < 0.202$)、全介助例が多い傾向

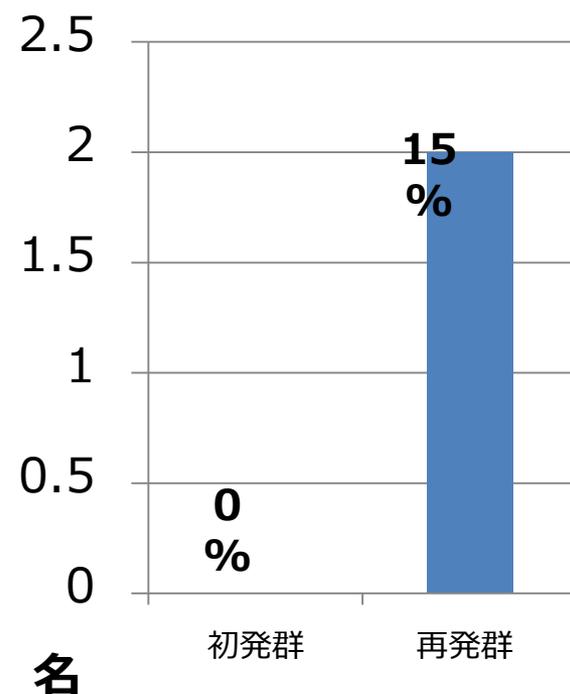
全介助



一部介助



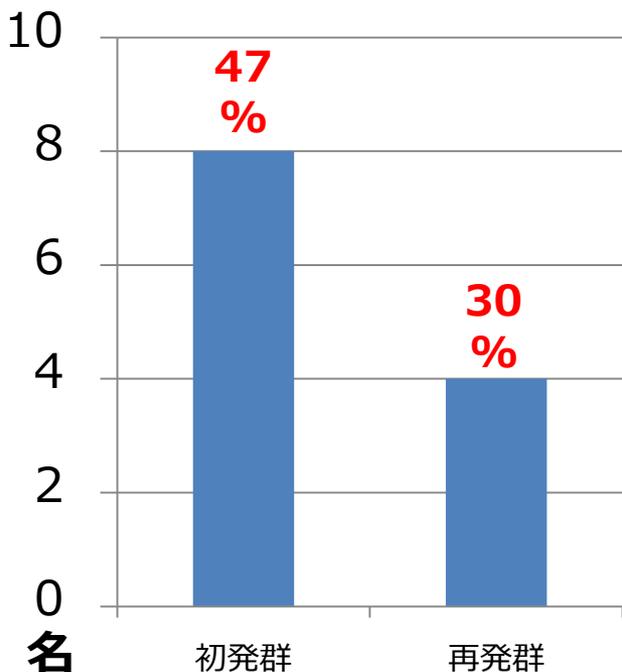
自立



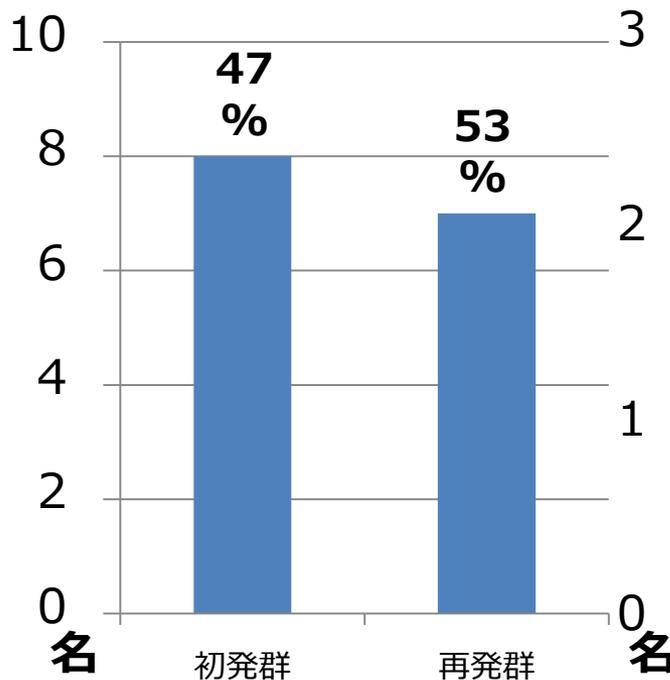
5.結果②認知機能：FIM認知

両群に有意差はないが($p < 0.216$)、身体介助より認知面に関する介助が少ない傾向

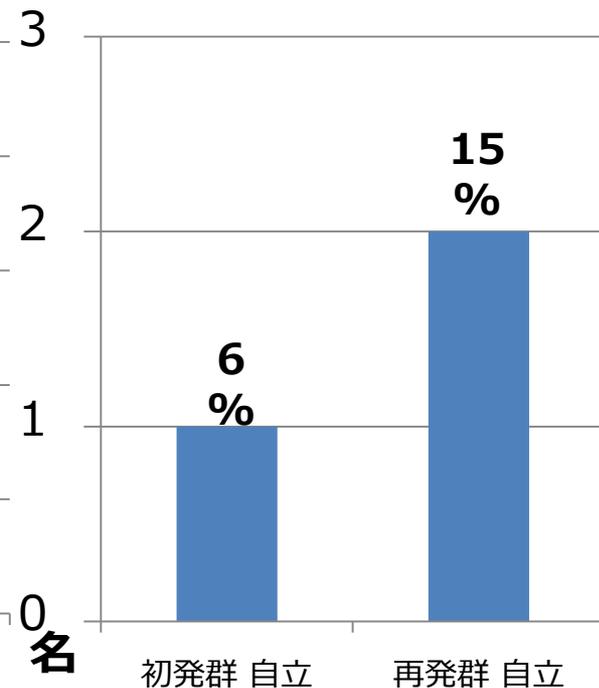
全介助



一部介助



自立

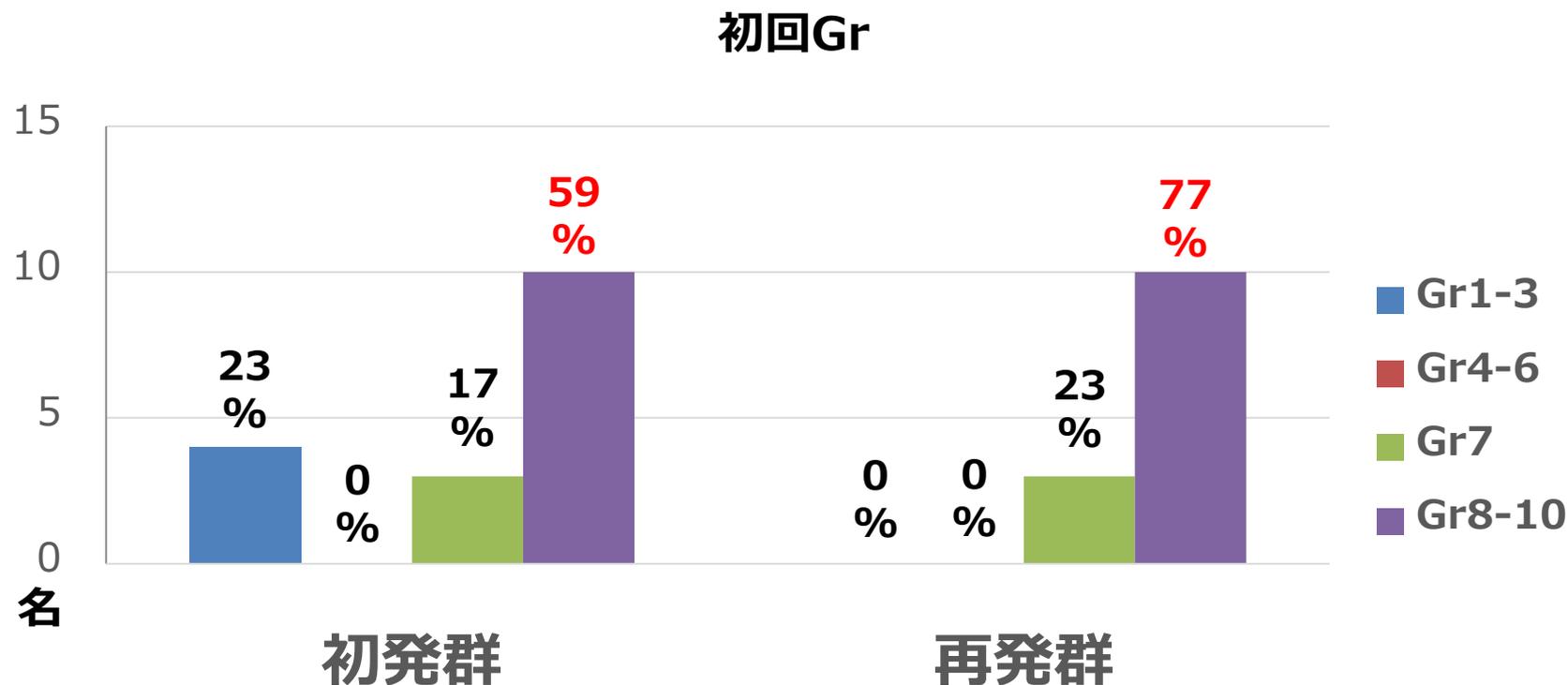


5.結果③嚥下機能

Gr (p<0.284) RSST (p<0.483) MWST (p<0.193)

有意差なし

両群とも入院時の食事形態は普通食が多い



考察

6.考察① 身体機能：FIM運動

両群に有意差なし

しかし、3分類では両群とも全介助例が多い

入院前

- ・ 要介護
- ・ 脳血管疾患、呼吸器疾患



入院

- ・ 発熱や倦怠感
- ・ 環境変化
- ・ 活動量低下の可能性



- ・ **早期に入院前に可能であったADL状況**
- ・ **主な介助者や、実際の介助内容の把握**

6. 考察② 認知機能：FIM認知

両群に有意差なし

しかし、身体介助より認知面に関する介助が少ない傾向

入院前

- ・ 家族や施設内である程度自立して生活できる程の認知機能



入院

- ・ 肺炎に伴う意識障害
- ・ 理解力や記憶等に影響

- ・ **認知機能の中でも、障害されている認知機能や、現状のコミュニケーション能力の把握**

6. 考察③ 嚥下機能

RSST, MWST, 嚥下Gr 有意差なし

入院前

- 食べ慣れていた食事
- 家族等と同じ食事形態
- 自力摂取に近い形



入院

- 嚥下評価結果が低い
- 変動する可能性



- **安静時の口腔内の痰や唾液の量や粘性等の衛生状態、また口腔ケアやサクシヨンの必要性やその頻度等といった不顕性誤嚥につながるリスク管理が必要**

6. 考察③ 嚥下機能

入院前の食事は嚥下食20%以下で**60%が常食**
治療後63%がもとの場所へ退院し**退院時指導を実施**

- STの指導内容を退院後も継続するのは難しい
- 退院後は常食を摂取する傾向



退院後の食事環境に近い形での直接的嚥下訓練の実施



7.まとめ

- 生活の場を想定したADLや、退院時の身体機能、認知機能に合わせた具体的な指導が必要。
- 入院中には経時的に状態の変化を追って検討していく必要があった。
- 今後も研鑽を積み、再発予防に向けた効果的な情報共有や指導、治療等を検討したい。

8.参考文献

1. 厚生統計協会:厚生の指標 国民衛生の動向, 厚生統計協会, 東京, 2010, 47~71.
2. 誤嚥性肺炎の病態および原因菌について (赤田.2019)
3. 脳血管障害患者の肺合併症発症関連因子の検討 (星.1998)
4. 脳血管障害における嚥下障害発症の関連因子の研究 (大木.2006)
5. 高齢者市中肺炎の重症度分類と予後予測(樋口.2007)
6. 誤嚥性肺炎発症にかかわる要因の検討(安武.2011)
7. 施設における誤嚥性肺炎・気道感染症発症の関連因子(桑沢.2011)
8. 高齢化地域における誤嚥性肺炎患者複数回入院群の検討(竹中,2011)
9. 統合失調症の嚥下障害者における誤嚥性肺炎発症の要因について(斎藤.2013)
10. 回復期脳血管障害患者の誤嚥性肺炎発症要因の検討(松村.2014)
11. 後期高齢者誤嚥性肺炎の臨床的特徴(小野.2015)
12. 肺炎を再発する高齢者の特徴(河崎.2016)
13. 誤嚥と誤嚥性肺炎について考える(大下.2016)
14. 呼吸器疾患患者の誤嚥性肺炎リスクを考える(鈴木.2018)
15. 誤嚥性肺炎地域連携クリニカルパスの必要性ー誤嚥性肺炎患者の特徴からの検討ー(田澤.2018)
16. 当院における肺炎発症に関わる因子の検討(古村.2018)
17. 介護療養型医療施設における誤嚥性肺炎発症の関連因子の検討(郡山.2019)
18. 回復期脳血管障害経管栄養例の誤嚥性肺炎の発症要因(宮上.2019)
19. 高齢誤嚥性肺炎患者の転帰に影響する要因の検討(宮下.2019)
20. 慢性閉塞性肺疾患患者における誤嚥性肺炎の発症と関連因子の検討(大橋.2019)
21. A精神科病院の病棟内食堂で食事摂取可能な入院患者における誤嚥性肺炎リスクの影響要因と予防に向けた支援(清野.2021)
22. Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, et al: Predictors of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? Dysphagia, 13: 69-81, 1998.
23. 中央社会保険医療協議会 FIMの概要,2017
24. 脳卒中の摂食・嚥下障害(藤島.1993)
25. 画像 : <https://www.irasutoya.com/>