

誤嚥性肺炎

50の疑問に答えます

[編著] 吉松由貴 (飯塚病院呼吸器内科)

[著] 山入和志 (大阪市立総合医療センター呼吸器内科)



推薦のことば

もともと緩和ケアを目指していた呼吸器内科医である吉松医師と山入医師の雄編です。淀川キリスト教病院の元同僚であり、全人的医療を当たり前のものとして血肉にしてきた二人です。中を歩くだけで全体からハートウォーミングなオーラが出ている病院で切磋琢磨した二人の高齢者医療に対する熱意はただならぬものを感じます。

まったくの余談ですが、私は医学生の頃、淀川キリスト教病院に憧れていて、同病院のマッチングの筆記試験と面接を受けたことがあります。あまりに人気だったため（応募は200人を超えていたと思う）、まったくマッチ上位に入れなかった記憶があります。

今後、市中肺炎よりも遭遇する頻度が高い疾患が誤嚥性肺炎です。高齢化社会を迎えるにあたり、どの診療科も避けては通れません。20年前の医師国家試験なら「絶食」、「アンピシリン／スルバクタム」を選べば正解がもらえましたが、今の医療現場では違います。絶食、安静臥床、抗菌薬というモノトーンな誤嚥性肺炎診療は前時代的となったのです。

「医師が指示しても、リスクが高いから他職種は食べさせたくないという」、「絶食にしないと、再度誤嚥したときにインシデントになってしまう」、「老衰だからあまり無理させたくない」など、医療従事者側にはいろいろな思いがあるでしょう。私も「自分の家族ならこうしたいけど」と本音を持っていても、医療安全的な側面を考慮して対応しなければならない病院側の事情もよくわかります。落としどころに迷って「絶食、内服時の

み飲水可」という指示を出している医師もいるかもしれません。しかし、本書ではその矛盾点を優しく指摘しています。私も、誤嚥性肺炎の患者さんから幾度となく「死んでもいいから食べたい」と言われたことがあります。呼吸器内科医になったばかりの頃「それはだめです」と言ってしまった対応を、今でも悔やんでいます。

誤嚥性肺炎は、個々の医療従事者だけでなく病院全体のポリシーが問われる疾患です。多職種が集まって、協力してゴールに向かって歩き出さねばいけません。ただ肺炎を治療するだけでなく、退院後の生活を考え何度も話し合わなければ、解決できない問題がたくさんあります。

私にとって、誤嚥性肺炎とは、どちらかといえば医療者が苦しい思いをして対峙する疾患だと思っていました。しかし、著者の二人は決して悩み苦しみ抜く疾患として捉えておらず、患者さんに何ができるだろうかという突破口を見つけることをまるで楽しみにしているかのような、前向きな姿勢です。

たぶんそれは、「何を以て誤嚥性肺炎の治療と成すか」について、見えている景色が私たちと少し違うからかもしれません。であれば、一度本書で視点を変えてみませんか。

国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
倉原 優

はじめに

誤嚥性肺炎の診療は、単調なようで、奥深い世界です。鑑別診断や抗菌薬治療はもちろん、栄養面への介入、体調の変化への対応、他職種との協力的体制、家族背景や退院後の生活への配慮、終末期医療……。医師として長く臨床をしていくうえで、大切なことがたくさん詰まっています。これほどの全人医療を教わる機会はなかなかありません。若手の頃に患者さんに向き合って真摯に診療することで、専門分野に進んでからも必ず役に立つものです。

私たちは卒後まだ何もわからないときに、淀川キリスト教病院の呼吸器内科で、研修を始めさせていただきました。それはそれはあたたかい先生方に、医師としての在り方を昼夜、教わりました。誤嚥性肺炎の患者さんを主治医として受け持ち、全人医療を目の当たりにしました。研修後も呼吸器内科を専攻し、患者さんのために身を粉にして働く先生方の仲間に入れていただき、育てていただきました。思いやりあふれる看護師に、患者さんに尽くす心を教わりました。各療法士や栄養士、薬剤師、社会福祉士にいつも助けられ、広い視野をもって、導いていただけていました。

当時は呼吸器内科を学んだのちに緩和ケア医になると偶然にも同じ目標を抱いていた二人が、今も呼吸器内科医の道を歩んでいるのは、決して偶然には思えません。初めの5年間で教わったことを基盤に、嚥下やリハビリを学んできた吉松と、感染症領域で修練を積んだ山入が力を合わせ、一冊の本となりました。誤嚥性肺炎の診療で抱く疑問を、少しでも解決へ導く道しるべとなることを願っております。

2021年11月

飯塚病院 呼吸器内科

吉松由貴

大阪市立総合医療センター 呼吸器内科

山入和志

目次

推薦のことば	ii
はじめに	iv

第1章 誤嚥性肺炎かなと思ったら(外来編) 1

Q01 そもそも誤嚥性肺炎って?	2
誤嚥性肺炎の定義はなぜ難しい／誤嚥性肺炎は、区別しなければならないのか／病名ではなく、患者さんを見て診療する	
Q02 誤嚥性肺炎と誤嚥性肺臓炎の区別は?	5
発症する背景の違い／誤嚥性肺臓炎では抗菌薬は不要?	
Q03 胸部CTは必要?	8
胸部CT検査を行う目的を明確に／誤嚥性肺炎と紛らわしい疾患を見逃さないように	
Q04 鑑別疾患は?	11
咳や熱を繰り返す疾患／呼吸不全をきたす疾患／肺に異常陰影をきたす疾患／発熱をきたし、誤嚥性肺炎の治療で改善してしまう疾患	
Q05 外来での原因精査は必要?	14
緊急性の高い病態を見逃さないために／嘔吐があった場合にはその原因検索を／お薬手帳を確認し、薬の調整歴を聴取	
Q06 グラム染色は必要?	17
喀痰グラム染色の特性を理解しよう／誤嚥性肺炎におけるグラム染色の意義／グラム染色は簡便だが修練も欠かせない	
Q07 血液培養や尿中抗原検査は必要?	20
誤嚥性肺炎で血液培養は必要ない?／尿中抗原検査は低侵襲	
Q08 入院適応は?	23
入院の判断に用いられる客観的指標とその限界／入院しなければ、できないこと／すぐに決断することが難しいとき	

q09	抗菌薬選択のポイントは？	27
	嫌気性菌カバーは必要？／広域抗菌薬は必要？	
q10	外来ではどのような面談が必要？	31
	外来での病状説明でできる配慮／心肺停止時の対応	

第2章 入院で受け持つことになったら(病棟編) 35

q11	病歴聴取や身体診察で、気を付けることは？	36
	多面的に情報を集めよう／狙いを定めた身体診察をしよう	
q12	誤嚥の原因の調べ方は？	40
	誤嚥性肺炎の原因疾患を、見逃さないために／臓器別に考える誤嚥性肺炎の原因／医原性の誤嚥性肺炎／もれなく評価するために：チェックリストの活用	
q13	原因疾患に応じた対応は？	46
	神経疾患は、先行期に注目／消化器疾患には、生活指導を／呼吸器疾患では、呼吸を整える／サルコペニアには、栄養とリハビリを	
q14	はじめの指示の出し方は？	51
	安静度：離床も治療の一つ／体位ドレナージ：褥瘡予防と混同しない／酸化化：高めればよいわけではない／口腔ケア：初日から少しずつ、保湿もしっかりと	
q15	はじめは絶食？	54
	治療であり訓練でもある、経口摂取の継続／それでも、どうしても絶食が必要なとき／絶食が不要な、ほとんどの症例／入院時の習慣にしておきたい、簡単な嚥下評価	
q16	薬だけ続けていい？	58
	「絶食、内服時のみ飲水可」の指示に秘めた矛盾／それでもなお、必要な内服薬であるか／それでもなお、絶食が必要な嚥下機能であるか／「とろみ水で内服」や「粉碎」の落とし穴／安全に服薬してもらうために：飲み方の工夫／安全に服薬してもらうために：処方者の工夫	
q17	口腔ケアのコツは？	63
	口腔ケアは、なぜ嫌がられるのか／声かけと姿勢作りから始まる口腔ケア／保湿に始まり、保湿に終わる／開口してくれないとき／苦痛になりやすいところを抑えた対策／忘れてはいけない、義歯のケア／困ったときは、早めに相談を	

- Q18 吸引の目安や、排痰のコツは？** 68
 吸引は第一選択ではなく、最後の手段／痰を喀出させる 4 つの要素と、それぞれへの介入／
 どうしても吸引が必要なとき／吸引の、よくある誤解
- Q19 呼吸リハビリテーションは、いつ行う？** 73
 リハビリを依頼する前に：心構え／呼吸理学療法：運動療法を行える呼吸状態に／早期離床と
 運動療法：元気に帰るために／訓練効果を最大化するために：他職種にできること
- Q20 不穏時の鎮静や抑制は、やむを得ない？** 76
 なぜ不穏なのか？ 原因を探る努力を／鎮静や抑制は、なぜよくないのか／鎮静や抑制がどう
 しても必要なとき
- Q21 STの介入は、いつ依頼する？** 79
 STに依頼するための、前提条件／STに何を相談したいかを明確に／嚥下評価や嚥下食の必要
 性を、患者さん本人に伝えよう／患者さんやご家族の意向を共有しよう／嚥下の専門家：摂
 食・嚥下障害看護認定看護師／日常生活を訓練に
- Q22 食上げはいつ、どのようにする？** 83
 はじめの食形態／食事をただみるだけではない、観察のポイント／食形態の段階的アップの基
 準／食形態の段階的アップの方法／食形態を上げ下げする目安
- Q23 むせない誤嚥は、どうみつける？** 88
 「むせる」の意味すること／「むせない誤嚥」とは／「むせない誤嚥」のみつけ方／「むせな
 い誤嚥」の防ぎ方／誤嚥をしても、肺炎にならないように
- Q24 嚥下内視鏡や嚥下造影はいつ行う？** 92
 誤嚥の証明で終わらない：診断的評価と治療的評価／検査はあくまでも検査：実生活に即した
 評価を／嚥下内視鏡／嚥下造影／嚥下エコー
- Q25 胃管やCVはいつ使う？** 97
 栄養療法は治療の一部／現状と目標に応じて、必要な栄養摂取量を判断する／末梢点滴で、
 栄養状態を維持するには／経口摂取を 1 日も早く、少しでも多く取り入れよう／3 日間食べ
 られそうにないときは、胃管を入れる／3 日間消化管を使えそうにないときは、CVカテー
 テルを入れる／苦痛をきたしにくい胃管の入れ方／合併症を起こしにくい胃管の管理／メリハリ
 のある使用を
- Q26 気管切開があっても食べられる？** 102
 気管カニューレやカフは、気道分泌物を増やす／気管カニューレは、嚥下にも不利に働く／気
 になるカフ圧の調整／経口摂取に向けて、気管切開のウィーニングを／気管切開があっても行
 える嚥下訓練／声が出る喜びを取り戻す「送気訓練」

Q27	食べてくれないとき、どうする？	107
	食欲低下をきたす疾患を見逃していないか／食べられる口になっているか／食欲をそそる食事であるか／食欲を落とさない環境であるか／食べない患者さんのゆくえ	
Q28	とろみを嫌がられるとき、どうする？	111
	まずは、とろみの必要性を再評価するところから／段階的にとろみをなくす方法：LIP／とろみを飲みやすくする工夫／とろみを使わずに、安全に飲水する方法／患者さんの価値観	
Q29	培養での検出菌の評価は？	115
	検出菌と原因菌の違い／菌種による違い／血液培養陽性の場合は感染源を再考する	
Q30	治療効果判定はいつ、どのようにする？	119
	臓器特異的な指標を意識する	
Q31	熱が再燃したら、広域抗菌薬に変更する？	121
	発熱の原因を突き詰める／どの抗菌薬に変更する？	
Q32	また誤嚥してしまったので、絶食？	124
	誤嚥をした原因をとことん探る／誤嚥から肺炎に至った原因を探る／絶食以外の選択肢を、多職種で考える／それでも絶食が必要なとき	
Q33	誤嚥性肺炎を予防する薬は？	128
	薬での誤嚥性肺炎の予防を考える前に／嚥下機能を改善させうる薬／上部消化管逆流を改善させる薬／気道感染を予防する薬	
Q34	胃瘻やCVポート、誤嚥防止術の適応は？	133
	まず知っておきたいガイドラインの推奨／胃瘻の考え方／中心静脈ポートの考え方／誤嚥防止術の考え方／大前提は本人の意思	
Q35	入院中の面談で気を付けることは？	138
	段階を踏んで／退院後の生き方を考える	
Q36	算定できる加算は？	141
	摂食機能療法／摂食嚥下支援加算／周術期等口腔機能管理料	

第3章 退院に向けて(退院支援・地域連携編) 143

- Q37 退院か、転院か？** 144
転院先をもっと知ろう／退院先をもっと知ろう／最も大切にしたい、患者さんの希望／ないがしるにたくない、ご家族の意向
- Q38 転院が不安といわれたら？** 148
急性期病院としての役割を果たす／不安の原因を探る
- Q39 診療情報提供書の書き方は？** 151
苦労した事柄が、相手の求める情報とは限らない／書き忘れやすい、大切なこと／誤嚥性肺炎の診療情報提供書チェックリスト
- Q40 退院時の食事指導は？** 155
指導内容には優先順位をつけて、柔軟に組み立てる／入院中の指導のひと工夫／退院後にながっていく指導の工夫／市販品の活用
- Q41 受診の目安や、地域との連携は？** 159
訪問看護師を、大いに頼ろう／不調時の対応を決めておこう／緊急性の高い症状を伝えよう／慢性期疾患の視点を共有しよう／日誌やアクションプラン、嚥下パスポートの活用
- Q42 誤嚥しやすい患者さんを外来でみるには？** 163
肺炎を予防し、早めに治療するために／他職種の視点を役立てる／高齢者を地域でみる：MMIの活用
- Q43 家でもできる評価や訓練は？** 166
食事場面の観察は、立派な嚥下評価／生活を訓練にしよう
- Q44 肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンの効果は？** 170
肺炎球菌ワクチン／インフルエンザワクチン

第4章 どうしてもよくならないとき(緩和ケア編) 175

- Q45 嚥下機能がよくなるかどうかの見極めは?** 176
嚥下機能が、なぜ悪いのか/嚥下機能の、どこが悪いのか/期間を決めて、客観的に評価する/患者さんの意欲や、地域の医療資源も重要
- Q46 ご家族に納得してもらうには?** 179
試行錯誤の道のりを、ともに歩む/食べられない理由が、食欲や食物認知にあるとき/食べられない理由が、誤嚥のとき/ご家族の真意に、耳を澄ませよう
- Q47 「死んでもいいから食べたい」といわれたら?** 183
まず患者さんの真意を知るところから/経口摂取をすることが真意であるならば
- Q48 生命予後の予測方法は?** 186
「今回、退院できますか」/「退院後、どれぐらい生きられますか」
- Q49 痰絡みなど、つらい症状を緩和するには?** 189
肺炎の症状緩和を難しくさせるもの/苦痛をかえて増やさないように/咳や痰絡みを和らげるには/呼吸困難を和らげるには
- Q50 ご家族のケアは?** 193
大切な人が誤嚥性肺炎になるということ/ケアをするチームの一員としてのご家族を支える/ケアをされる側としてのご家族を支える

ひとやすみ

食事指導を守れず誤嚥したと思ったら……/グラム染色と感染対策/経口第3世代セフェム系抗菌薬は不要?/大人しい患者さんだと思っていたら……/感染症診療と誤嚥性肺炎/J-Oslerと誤嚥性肺炎/簡単で美味しい栄養剤の工夫/地域へパトンをつなぐ、退院前ST訪問/呼吸器内科の愛車「えんげ号」/主治医からみた、誤嚥性肺炎/「ビールを飲みたい」といわれたら/誤嚥性肺炎から学ぶ緩和ケア/呼吸器内科に進んだ道

- 索引 197
プロフィール 204

食べてくれないとき、 どうする？

患者さんが嚥下食をなかなか食べてくれません。食べないなら施設では面倒をみられないといわれて、困っています。末梢点滴を併用して、療養型病院へ転院が妥当でしょうか。
(3年目循環器内科専攻医)

入院すると、食事が合わず、食べられない患者さんを多くみかけます。他疾患なら「退院したら食べるよ」と元気に帰って行かれることもあります。誤嚥性肺炎ではそう簡単にはいかず、ご家族や施設からの期待も感じるだけに、主治医として悩むところです。

食欲低下をきたす疾患を見逃していないか

嗜好の問題かと思っていたら、食欲を低下させる病態が隠れていることがあります。きちんと確定診断をつけることでその疾患の治療や食欲の改善にもつながります。頻度が高いのは、薬剤性の味覚障害や食思不振です。薬剤に伴う口渇や傾眠、倦怠感が食事摂取量に影響することもあります。服用している薬剤を、食事摂取という視点で見直しましょう。その他、逆流性食道炎や消化管潰瘍、腫瘍など消化器疾患が想起しやすいですが、甲状腺機能低下症や副腎不全など全身症状をきたす疾患、亜鉛など微量元素の欠乏による味覚障害、抑うつや認知症など認知機能・精神面の影響も考えます。食欲はあるのに、呼吸器疾患による息切れや脳血管障害による麻痺のため食事の動作が困難になっていることもあります。与えられた割り箸やスプーンが使い

にくいことが言い出せていないだけということもあります。食事の様子を観察し、なぜ食べられないのかを見極めましょう。

食べられる口になっているか

しっかり覚醒して消化管が動いていても、口に痛みや不快感があって食べられないこともあります。口腔内の観察を習慣化しましょう。ライトや舌圧子を用いて、咽頭後壁、唇の裏側、舌の裏もよく観察します。乾燥、出血や潰瘍、口腔カンジダ症はないでしょうか。こびりついた汚れを丁寧に落とし、口腔内の保湿をするだけでも、効果が得られます。また、動揺菌や歯牙欠損、義歯不適合のため、咀嚼や食塊形成がうまくできていないだけかもしれません。できれば一度、歯科衛生士や歯科医にみてもらうよう手配します。

食欲をそそる食事であるか

食事の提供方法を改善するだけで、摂取量が増えることがあります。嗜好の問題として軽視せず、多職種で介入しましょう。病院食は塩分制限などの理由から薄味になりがちです。味が合わなくて摂取量が足りていないようなら、制限を再考しましょう。塩分量を制限して血管リスクを低下させることも重要ですが、誤嚥性肺炎をきたした低栄養状態の患者さんにとっては、さらに**栄養状態が悪化することのほうが喫緊の課題**かもしれません。栄養士と相談して梅干しや佃煮を提供したり、好みのものをご家族に持参してもらったり、患者さんと一緒に院内の売店で選んだりすることもあります。加齢や認知症の初期症状として嗅覚障害が出やすいため、食事の味を感じにくくなります。香辛料も取り入れて風味豊かにするとよいとされます。また、冷めた食事は美味しさが半減します。温度は咽頭へのよい刺激にもなるので、冷たいものはしっかり冷やし、温かいものは温かいまま提供します。

嚥下食は見た目がよいとはいえ、食欲をそそりにくい要因となっています。特にペースト状では何の料理かわからないため、料理名を伝えたり、食

器を配慮したり、できれば材料ごとにペースト状にすると味が保たれます（例えば、煮野菜をすべてミキサーにかけるのではなく、にんじん、大根、ブロッコリーを別々にペースト状にして配膳すると、それぞれの味が保たれ、見た目にも色鮮やかです）。

不慣れな食べ物は摂取が進みません。昔ながらの和食を食べて生活していた患者さんが、病院食のトマトスープやマンゴーゼリーを前にして、きょとんとされているのをみかけます。献立に配慮するか、慣れたものをご家族に持参してもらうことも検討しましょう。

食欲を落とさない環境であるか

食事を摂取する環境も大きな影響をもたらします。テレビや会話の音で食事に集中できなかつたり、排泄物のおいのため食思を減退させたりしていませんか。ベッドで体幹角度をあまり上げずに食べていて傾眠傾向となっていたり、丸まった姿勢になり胃が圧迫されたりして食欲が出ていないこともあります。きちんと座位をとったり、窓際へ移動したりすると食欲が発揮されることもあります。また、食事の時間帯が合っていないこともあります。年齢や基礎疾患とともに日内リズムが変動しやすくなります。特に高齢の患者さんは朝のほうが、摂取量が多いことがわかっています。朝食にカロリーの多いものを提供するとよいでしょう。一度に多量にとるのは疲労や腹部膨満感を伴うため、間食や分割食にして、こまめにとれるようにすると疲労も出にくく有用です。介護者の負担を増やさないよう、間食はプリンや栄養剤などの既製品を活用します。服薬時に水ではなく栄養補助食品やジュース、牛乳で飲んでもらうようにすると、自然とカロリーを摂取できます。薬物動態に問題をきたさないか、薬剤師に相談するとよいでしょう。

嚥下は喉元でごくんと飲み込むところだけでなく、**一連の動作**です。お腹が減って、何を食いたいかなと考えて、うがいや歯磨きをして口をすっきりさせ、食卓に着き、食事をみてどれから食べようかと考え、食べ物をお箸で取って口へ運んで……。これらの動作を抜きにして、ベッドで寝ていたところを起こされて、いきなり口へ食べ物を入れられても、美味しいと感じにく

いですし、うまく飲み込めません。介助ではなく自力摂取に変え（あるいはご家族に介助してもらい）、監視しすぎないようにすると自然と食べられるようになることもあります。医療者は嚥下を医学的にとらえがちですが、生活として広い視野でみると、摂取できない原因がわかることもあります。

食べない患者さんのゆくえ

介入できる病態がなく、食形態や院内での環境調整も難しいようであれば、療養環境の変更の判断を迫られることになります。時間をかけた栄養療法や理学療法で体力が回復し、食事がとれそうであれば、慢性期病院への転院も選択肢になります。ただし可逆的とは言い難い衰弱をきたしているときや、環境要因のため食事をとれていないときには、転院をしたからといって状況が好転することは望みにくくなります。患者さんやご家族とよく話し合しましょう。

慣れた部屋で、慣れた家族や介護者との生活に戻ると、安心できるのか、食事がとれるようになることもあります。食事がとれない場合には、またいつでも再入院ができること、相談に乗ることを伝えたくて、思い切って退院させる英断も大切です。また、食事をとれなくて衰弱したとしても慣れた自宅や施設で過ごすことを希望している場合には、訪問看護師や施設職員ともよく話し合います。ご家族との対話については、**Q46** (p.179へ) もお読みください。

まとめ

食欲不振をきたす薬剤や疾患、味覚障害、認知機能・精神面の変化、口腔内の異常を探ります。食事内容や環境を改善できないか、関連他職種と検討します。慣れた環境へ戻ることも含めて、よく相談しましょう。

(吉松)

とろみを嫌がられるとき、 どうする？

水分にとろみをつけるように指導すると、嫌がられることがよくあります。とろみがないと誤嚥をしやすいので、リスクを説明しますが、わかってもらえません。どうしたらよいでしょうか？
(言語聴覚士)

とろみの使用は気軽に指示しがちですが、ほとんどの患者さんが嫌がりません。私たちが味見をする程度なら飲めますが、24時間365日、とろみのあるものしか飲めないとすると、喉の渇きがなかなか癒えませんね。患者さんの生活に大きく関わることで、切り札を一つでも多く持ち、誠意をもって対応できるようにしておきましょう。

まずは、とろみの必要性を再評価するところから

患者さんが嫌がるとろみを、入院中は無理に飲んでもらっていても、退院後も続けられるとは限りません。退院後にとろみの指示を守れたのはわずか4割という報告もあります¹⁾。肺炎のリスクの低い患者さんでは、とろみを使用しなくても肺炎の頻度は変わらなかったというデータもあります²⁾。とろみの指示を守れたとしても飲水量が減ってしまい、脱水になることもあります。患者さんを説き伏せる前に、まずは本当にとろみが必要かを考え直しましょう。

水分にとろみを加えると、まとまりが出て喉へ送り込みやすくなり、流れる速度も低下するため誤嚥しにくくなります。とろみの濃度を濃くするほど

誤嚥は減る一方で、固形に近づくため飲み込む力が必要になり、**咽頭に残留しやすくなります**。つまり、とろみさえつければ安全とは限らないのです。入院時にひとまず指示したとろみを漫然と継続するのではなく、その都度、必要性や適切なとろみの程度、代替案を評価しましょう。高熱があり呼吸状態の悪い入院時と、これらが改善してからでは、嚥下機能は異なります。ベッドサイドでの水飲みテストのほか、嚥下内視鏡や嚥下造影を行うこともあります。ただし、検査では安全に飲水できたとしても、慌てて飲んだ場合など、条件が異なれば誤嚥をするかもしれません。とろみを変えた場合は、数日間は、**飲水以外の条件を変えず、誤嚥の徴候がないかを観察**します。

段階的にとろみをなくす方法：LIP

Liquid Intake Protocol (LIP) は、とろみを段階的になくしていくための便利な方法です³⁾。第一段階では水とお茶のみ、とろみをなくします。この段階をクリアすれば、第二段階ですべての液体（牛乳やジュース、味噌汁など）のとろみをなくします。それぞれの段階で、はじめの3日間は昼食時だけとろみをなくし、問題がなければ4日目から3食ともとろみをなくし、1週間経過をみて発熱やむせこみの頻度、摂取方法などに変わりがなければ、クリアしたと判断します。詳細はぜひ原著をご参照ください。

とろみを飲みやすくする工夫

とろみをなくせないとしても、濃度は必要最小限に設定しましょう。また、冷やしたり温めたりすると、飲みやすくなります。さらに、とろみを嫌がる背景には、準備の煩わしさが関係していることもあります。スティックタイプのとろみ粉を用いると毎回の計量が省けますし、とろみがついたお茶やコーヒーの既製品も販売されていますので、紹介すると喜ばれることがあります。また、濃厚なジュース（ネクター）やエンシュア® などの栄養剤、ポタージュスープなどであれば、増粘剤（とろみ粉）を使わなくても自然なとろみがあります。

とろみを使わずに、安全に飲水する方法

それでもどうしてもとろみなしの水分を飲水したい場合は、代わりに飲水前に徹底的に口腔ケアを行うことと、とろみなしの水分を摂取できる時間帯などを細かく指定することで誤嚥性肺炎のリスクを軽減できるとされています。Frazier Free Water Protocolというプロトコルです⁴⁾。適応を慎重に選び、かつ指示を厳重に守れば、誤嚥性肺炎はあまり増えないことがわかっています⁵⁾。

患者さんの価値観

とろみについて考えるとき、患者さんがどのような生活を送りたいかという人生観を共有することは、嚥下機能の評価と同じぐらい大事かもしれません。医学的に（生命予後を延長させるために）より安全な方法を医療従事者は提案します。しかし、糖尿病の食事制限もそうであるように、美味しいものを食べたいと思うことも、間違いではないのです。あるいは末期癌の患者さんで、それまで制限していた飲酒を許可することがありますね。誤嚥性肺炎においても、こうした慢性疾患とうまく付き合う視点や、緩和ケアの精神が求められているように感じます。**とろみを強いる姿勢を少し緩めて**、患者さんとじっくり話してみたいかがでしょう。もし絶対にとろみを使いたくないのであれば、退院後にこっそりととろみをやめてしまわれるよりも、**入院中から多職種で対策を検討する**ほうが心強いのではないのでしょうか。例えば姿勢や摂取する際の一口量、スプーンを用いる、事前に口腔ケアをする、などといった対策をとることも一つかもしれません。どのようにすれば少しでも安全に水分をとれるか、またどのような体調のときにはなるべくとろみを用いたほうがよいか、工夫をお伝えできると喜ばれるかもしれません。

まとめ

とろみの必要性を評価したうえで、可能ならとろみをなくすことを試みましょう。継続する必要がある場合には、より美味しく、快適に利用できる手段を伝え、継続可能な方法を模索します。

(吉松)

[参考文献]

- 1) Shim JS, et al. Factors associated with compliance with viscosity-modified diet among dysphagic patients. *Ann Rehabil Med*. 2013; 37: 628-632.
- 2) Kaneoka A, et al. A systematic review and meta-analysis of pneumonia associated with thin liquid vs. thickened liquid intake in patients who aspirate. *Clin Rehabil*. 2017; 31: 1116-1125.
- 3) 福山小百合, 他. とろみを外すプロトコルの開発と有用性・安全性の検討. *嚥下医学*. 2018; 7: 211-215.
- 4) Panther K. The Frazier Free Water Protocol. *Dysphagia*. 2005; 14: 4-9.
- 5) Gillman A, et al. Implementing the free water protocol does not result in aspiration pneumonia in carefully selected patients with dysphagia: A systematic review. *Dysphagia*. 2017; 32: 345-361.

吉松由貴（よしまつ・ゆき）

飯塚病院呼吸器内科

兵庫県神戸市生まれ。イギリス、シンガポール、アメリカを経て、大阪教育大学附属池田中highで学ぶ。2011年大阪大学医学部卒業。淀川キリスト教病院の初期研修、同院呼吸器内科の後期研修を経て、2016年より現職。浜松市リハビリテーション病院、聖隷浜松病院で摂食嚥下に関して研修。日本摂食嚥下リハビリテーション学会評議員。バルセロナ自治大学嚥下障害修士号。兵庫医科大学大学生理学講座研究生。自他ともに認める食いしん坊であり、初期研修中に痩せていく同期12人とは裏腹に、同志の山入とただ二人、順調に体重が増加。

好きな言葉は夢。座右の銘は「二兎を追う者しか二兎を得ず」。

「病に縛られない生き甲斐ある人生をすべての人に」を使命に、模索を続けている。

山入和志（やまいり・かずし）

大阪市立総合医療センター呼吸器内科

大阪府大阪市生まれ。和歌山県岩出市で育ち、智辯学園和歌山中highで学ぶ。2011年名古屋大学医学部卒業。淀川キリスト教病院での初期研修、同院呼吸器内科での後期研修、大阪市立十三市民病院での勤務を経て、大阪市立大学大学院臨床感染制御学で感染症を学び、2021年博士号取得。同年より現職。

尊敬する人は中村直志、羽生善治。趣味はサッカー、将棋。

人生はHIPHOP。好きな言葉は「志」。

吉松とはよきお友だち。一緒に本が書いて男泣き。だらしのない自分をサポートしてくれたたくさんの方々への御恩を、これから診療・教育という形でお返ししていきたい。

誤嚥性肺炎 50の疑問に答えます

2021年12月4日 第1版第1刷 ©

編著者 吉松由貴 YOSHIMATSU, Yuki
著者 山入和志 YAMAIRI, Kazushi
発行者 宇山閑文
発行所 株式会社金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地
振替 01030-1-15605
電話 075-751-1111 (代)
<https://www.kinpodo-pub.co.jp/>
組版・装丁 HON DESIGN
装丁イラスト Yurika Hirano
印刷・製本 モリモト印刷株式会社

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1885-3

JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構 (電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。