

# 抗菌薬だけで終わらせない 誤嚥性肺炎診療実践ガイド



河北総合病院総合診療科副部長／上野原市立病院管理者特別補佐

## 松本朋弘

2006年神奈川歯科大学卒業。2007年鶴見大学・東邦大学口腔外科で歯科医師臨床研修を修了。2011年鶴見大学大学院口腔外科学専攻を修了（歯学博士）し、同年、東海大学医学部へ編入学，2016年卒業。練馬光が丘病院で初期研修後，2018年より同院総合救急診療科にて勤務。2024年より上野原市立病院内科医長・総合診療科科長。2026年10月より現職。医師，歯科医師，歯学博士，内科専門医，病院総合診療認定医・特任指導医，総合診療特任指導医，日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士，介護支援専門員，上級臨床倫理認定士，ICLS・JMECCインストラクター。

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| 1 はじめに：「肺炎」だけを診ない                         | p02 |
| 2 時間軸で診る：Trajectory curveとPatient Journey | p03 |
| 3 “誤嚥性肺炎の原因”は何なのか                         | p05 |
| 4 入院時の評価と絶飲食（NPO）の考え方                     | p07 |
| 5 口腔評価と嚥下評価                               | p10 |
| 6 「食べる口」を支える：口腔ケア・姿勢・食事介助                 | p14 |
| 7 経口摂取をどう進めるか：食形態・食上げ・栄養管理                | p17 |
| 8 治療目標を共有する：ACP・TLT・安全と尊厳                 | p21 |
| 9 多職種でつなぐ：退院後の生活まで見据える                    | p24 |
| 10 症例で見る：抗菌薬だけでは見えなかったもの                  | p27 |
| 11 まとめ：誤嚥性肺炎診療とはPatient Journeyを守ることであり   | p28 |

### アイコン説明

-  注意事項／課題・問題点
-  補足的事項／エッセンス
-  お役立ち／スキルアップ
-  関連情報へのリンク

### HTML版

スマホでも読みやすいブラウザ表示です。本コンテンツ購入後、無料会員登録することでご利用いただけます。

### 無料会員登録

無料会員登録の手順の解説です。

### オリジナルコンテンツ

日本医事新報社のオリジナルWebコンテンツや関連書籍を検索できます。

### ご利用にあたって

本コンテンツに記載されている事項に関しては、発行時点における最新の情報に基づき、正確を期するよう、著者・出版社は最善の努力を払っております。しかし、医学・医療は日進月歩であり、記載された内容が正確かつ完全であると保証するものではありません。したがって、実際、診断・治療等を行うにあたっては、読者ご自身で細心の注意を払われるようお願いいたします。

本コンテンツに記載されている事項が、その後の医学・医療の進歩により本コンテンツ発行後に変更された場合、その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応等による不測の事故に対して、著者ならびに出版社は、その責を負いかねますのでご了承下さい。

- 誤嚥性肺炎は、単なる細菌性肺炎ではなく、「食べる」「暮らす」「楽しむ」「どう生きるか」「死に向かう」を含む複合課題である。
- 失敗は2つある。1つは抗菌薬だけで終わること、もう1つは十分な評価がなく「終末期」と決めてしまうことである。
- 実践の鍵は、Trajectory curveが浮かび上がる詳細な病歴聴取、口腔評価、嚥下評価、適切な歯科介入、栄養管理、ポジショニング、食事介助、薬剤調整、ワクチン、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を含む本人の価値観・人生目標・意向・選好の把握と共有、そして実現可能なケア移行を、初期から同時並行で考え抜くことである。
- アウトカムは解熱や酸素飽和度の改善だけではない。再び口から食べられることだけでもない。苦痛が和らぐこと、戻りたい場所に戻れること、その人らしい時間を過ごすこと、その人の物語をつなぐこと、そして死の質(QOD)を見据え、家族や見守る人も含めて納得できる死に向かうことである。



## 1 はじめに：「肺炎」だけを診ない

高齢患者が肺炎で入院した。抗菌薬の投与が始まった。家族は「治りますか？ また食べられますか？」と尋ねる。誤嚥性肺炎診療の難しさは、ここから始まる。問題は肺炎だけではない。口腔環境、嚥下、栄養、姿勢、食事介助、薬剤、家族の支援力、退院先、本人の価値観までが絡む。だからこそ、診療は「治す」と「支える」を同時に進める必要がある。本稿では、誤嚥性肺炎を“肺炎”で終わらせず、“食べる”と“物語”につなぎ直すための実践を整理する。

誤嚥性肺炎は、細菌性肺炎の一型として扱うだけでは見落としが多い。実際には、嚥下障害、低栄養、口腔衛生不良、フレイル、認知症、薬剤の影響、生活機能低下が重なって発症する。臨床上的失敗は2つある。1つは抗菌薬だけで終わること、もう1つは十分な評価がなく「終末期」と決めてしまうことである。アウトカムは解熱や酸素飽和度の改善だけではない。再び口から食べられること、苦痛が和らぐこと、戻りたい場所に戻れること、そして死の質(quality of death: QOD)を見据えた意思決定も含まれる<sup>1)~5)</sup>。

近年のEDAR(eating and drinking with acknowledged risks)の概念は、誤嚥リスクをゼロにすることだけを目標とせず、快適さ、尊厳、自律性を重視した意思決定の重要性を示している<sup>6)</sup>。オスラー(William Osler, 1849~1919)に帰せられる「良い医師は病気を治療し、偉大な医師は病人



Link 〈Web 医事新報掲載記事〉

誤嚥性肺炎[私の治療]



### EDARによる意思決定

EDARとは、嚥下障害に伴う誤嚥、窒息、低栄養、脱水などのリスクが残る場合でも、本人の意思・価値観やQOL、代替手段の利益と負担を多職種で検討し、リスク低減策と再評価方法を共有した上で、経口摂取を継続するかを判断する意思決定プロセスである<sup>6)</sup>。

を治療する」という言葉は、この領域でとりわけ重い。他方、カント（Immanuel Kant, 1724～1804）が人間を単なる手段ではなく、目的それ自体として扱うべきだと述べたように、「再発予防」の名のもとに患者を安全管理の対象へ還元しない視点も必要である。食べることは単なる栄養摂取ではなく、快楽であり、関係性であり、生活そのものである。

## 2 時間軸で診る：Trajectory curveとPatient Journey

### 1 Trajectory curveによる介入判断

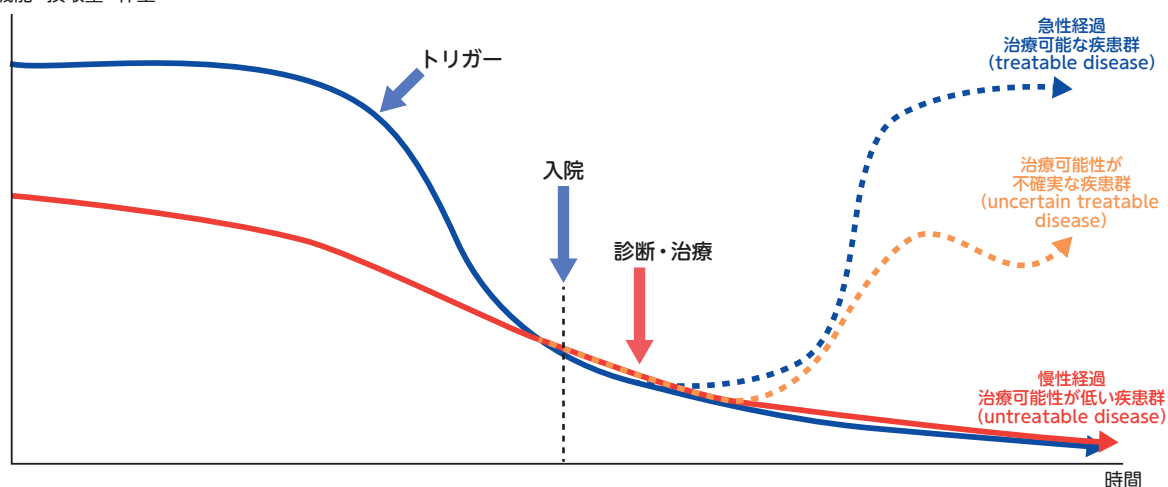
誤嚥性肺炎は、1回の入院だけを切り取っても本質が見えにくい。もともとの食べ方、食べていたもの、食事介助の有無、口腔環境、栄養状態、体重変化の変遷、家族の介護力、外来・歯科・訪問診療とのつながり、退院後の生活まで含めて診る必要がある。急性の落ち込みなのか、慢性進行の一部なのかにより、精査の深さも、介入の強さも、退院支援の方向性も変わる。急性経過時に詳細な病歴聴取の末に、入院前に明らかなトリガーがあり、もしその治療に介入できれば、もとの生活に回復する見込みは高いだろう（図1）。しかし、原因精査をせず、抗菌薬のみの治療であれば、回復の可能性を摘むことになる。反対に、慢性経過であり、誤嚥性肺炎そのものを繰り返しているような場合では、積極的な治療介入は、無益なだけでなく、

#### Trajectory curveを用いた治療方針の考え方

本稿でいうTrajectory curveは、疾患やフレイルの進行に伴う身体・生活機能の時間的変化を概念的に示すものであり、個々の患者の予後を精密に予測する曲線ではない。急性の可逆的低下か、慢性進行性の低下かを見きわめ、精査・治療・リハビリテーション・ACPの強度を考えるための枠組みとして用いる<sup>7)</sup>。

### 図1 誤嚥性肺炎におけるTrajectory curveと介入判断

機能・摂取量・体重



急性経過、慢性経過、治療可能性が不確実な経過を区別する

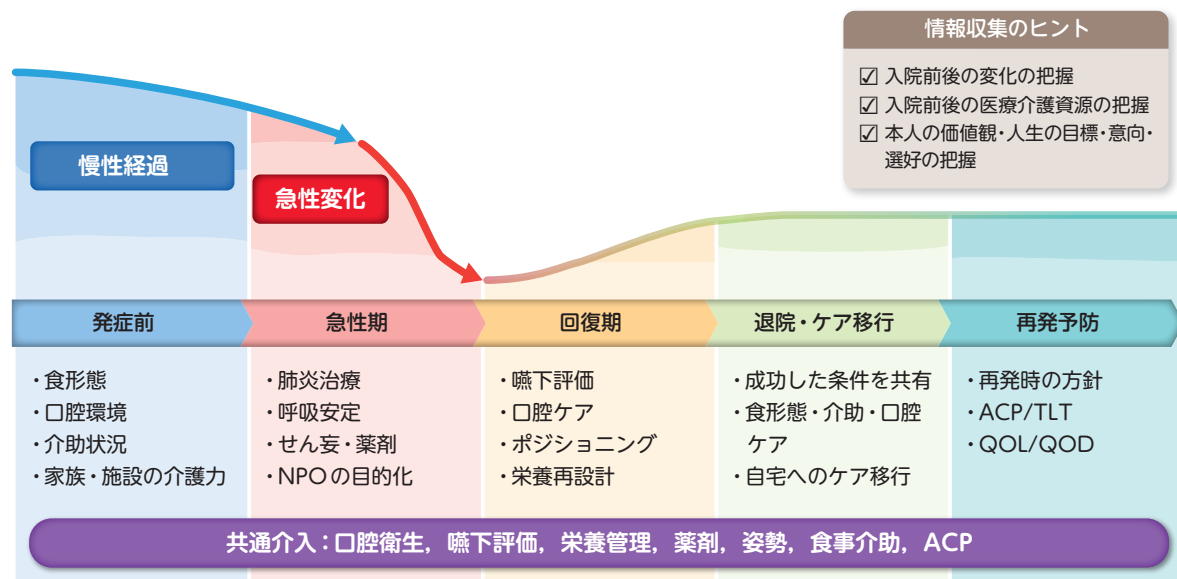
青点線（急性経過）：原疾患のTrajectory curveと相違あり→治療・介入によって改善可能な原因（Treatable cause）を探索  
オレンジ点線（治療可能性が不確実な経過）：治療反応性が不明確→time-limited trial（TLT）を設定し、目標と患者負担を再検討  
赤線（慢性経過）：原疾患のTrajectory curveと相違なし→QOL/QODを意識したケアの提案

本人の負担になる可能性も出てくる。実臨床ではそのどちらとも言えない治療可能性が不確実なケースがほとんどである。そういった場合には、後述の期限付きの根治的治療（time-limited trial：TLT）を用いて、本人の可能性を最大化し、同時に本人の負担を最小化する取り組みが有用であると筆者は感じている<sup>2)4)7)</sup>。

## 2 Patient Journeyを診療に生かす

誤嚥性肺炎は繰り返すことも多く、1回目の入院と、複数回目の入院では、患者本人の状態や、環境、介入方法も様々である。誤嚥性肺炎だからと言って、介入方法は共通のものもあるにせよ、個別性が高い。それは入院前後のPatient Journeyの差だと言える。どのような生活、食事をしてきたか、そしてどこに帰るのかを押さえ、入院中に模索する介入方法が医療者の独りよがりにならないように、入院前後の医療介護資源をしっかりと把握し、適切な範囲での介入を決めることが重要である（図2）<sup>8)9)</sup>。さらに、肺炎治療は苦痛を伴うものである。嚥下調整食1つをとっても、本人が食べたくないと思うこともあるかもしれない。その治療は何のためなのか、我々は常に問いながら、本人の価値観を鑑みながら診療に携わることが要求される。

### 図2 誤嚥性肺炎のPatient Journeyと介入



誤嚥性肺炎は「1回の肺炎」ではなく、発症前の食べ方から退院後の再発予防まで続く時間軸の中でとらえる  
 NPO：絶飲食，ACP：アドバンス・ケア・プランニング，TLT：期限付きの根治的治療，QOL：生活の質，QOD：死の質  
 （文献8，9より作成）

ここでPatient Journeyをもう少し明示的にとらえておきたい。患者経験価値（patient experience：PX）は、患者や家族が医療に接する各場面で

「何を経験したか」をみる視点であり、Patient Journeyは、その経験を時間軸の上に並べ、どの段階で、誰が、どのような感情と障壁に直面しているかを可視化する方法論である。誤嚥性肺炎のこの旅路は、救急受診や入院の時点から始まるのではない。もともとの生活、食べ方、口腔環境、家族の介護力、外来・歯科・訪問診療とのつながりの中で既に始まっており、退院後、再入院、施設入所、在宅看取りまで続く。したがって、1回の入院だけを切り取っても本質は見えない。

### 3 誤嚥性肺炎を増悪・再発させる「悪循環」を断つ

誤嚥性肺炎の背景には、典型的な悪循環がある。肺炎で食べられない→嚥下機能が落ちる→低栄養が進む→絶飲食 (nil per os: NPO) が長引く→活動性が下がり、さらに肺炎が長引く、または再発する。不要なNPOや安静はこの悪循環を強める(表1)。

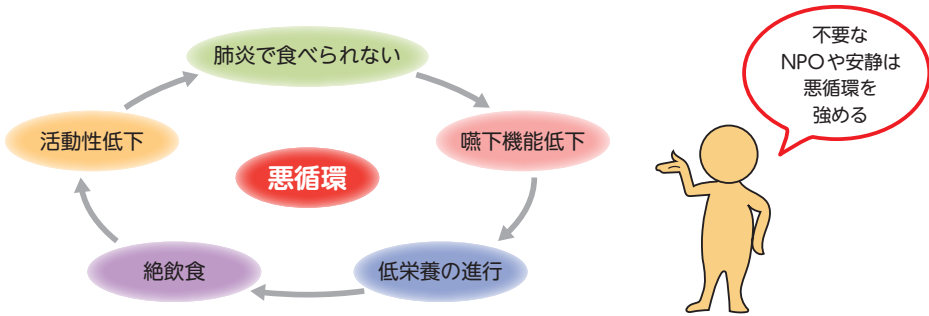


表1 誤嚥性肺炎の起こりやすい問題と初期からの介入

| 段階           | 起こりやすい問題                  | 初期からの介入                                                                   |
|--------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 入院当日～入院2～3日後 | 肺炎・急性炎症、発熱、痰、呼吸状態悪化、せん妄   | 抗菌薬・呼吸管理と同時に、口腔・姿勢・栄養の評価を開始。同時に本人のMatters Most, QOL, ACPを評価。介助者の考えももれなく聴取 |
| 入院3～14日後程度   | 不要なNPO、安静、低栄養、サルコペニア      | NPOの目的・期間・解除条件を明記し、NPOの必要性を繰り返し再評価。並行して、口腔ケア、早期離床、嚥下評価、栄養介入、食事支援を行う       |
| 退院・ケア移行期     | 介助法の不一致、ケア移行できない介入、再発、再入院 | 元の施設・環境で可能なケアの限界を把握。介助者の負担を見積もり、ケア移行可能な姿勢・食形態・介助法を施設・在宅へ引き継ぐことを念頭に置く      |

QOL:生活の質, ACP:アドバンス・ケア・プランニング, NPO:絶飲食

## 3 “誤嚥性肺炎の原因”は何なのか

### 1 治療可能な原因を探す

高齢者が肺炎を起こし、食事中的むせや認知症があると、すぐに「誤嚥性

FASSは、スプーン操作だけでなく、姿勢調整、顎位、視認性、ペース配分、次の一口の準備までを含む総合技術として食事介助をとらえる。患者の嚥下機能だけでなく、その能力を引き出す介助環境を評価する視点が重要である<sup>32)</sup>。

## 7 経口摂取をどう進めるか：食形態・食上げ・栄養管理

### 1 経口摂取再開前に確認すること

経口摂取再開は「ゼリーを食べられたから食事開始」といった1回の合否判定によるものではない。安全性、効率、持久力、本人の受け入れ、栄養・水分の充足、退院先での再現可能性を、時間を追って確認するプロセスである。送り込み、食塊形成、舌・口蓋での押しつぶし、歯槽堤・歯・義歯での咀嚼を観察し、能力に合う食形態を選ぶ。

#### ▶ 経口摂取再開前の条件

- ・呼吸・覚醒・咳嗽・痰・口腔内・姿勢が、スクリーニング実施時と同等以上に安定している
- ・食事前に口腔ケアを行い、義歯、疼痛、口腔乾燥、汚染物の残留を調整する
- ・患者が最も覚醒している時間帯を選び、疲労前に開始する

#### ▶ 経口摂取再開時の進め方

- ・一口量、食形態、液体粘度、姿勢、介助法を同時に複数変更しない。何が効いたかわかるよう、一変数ずつ試す
- ・本人へ食事の時間、内容、味を伝え、見える位置から提示する。本人の拒否・好みも評価所見とする

### 2 機能に応じた開始食の選択

「学会分類 2021」(「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」)<sup>33)</sup>は、施設間で食形態を共有するための共通言語である。コード番号は単純な安全性・重症度の順序を示すものではなく、全例を0jまたは0tから開始する必要はない。開始食は、食塊形成、保持・送り込み、咀嚼、咽頭通過、疲労、嗜好を考慮して選ぶ(表12)<sup>33)</sup>。実際の食事場面では、食塊形成能力と咀嚼能力に応じて食形態を選び、送り込み・保持・押しつぶし・咀嚼を観察する(図8)。



Link

日本摂食嚥下リハビリテーション学会  
嚥下調整食分類 2021



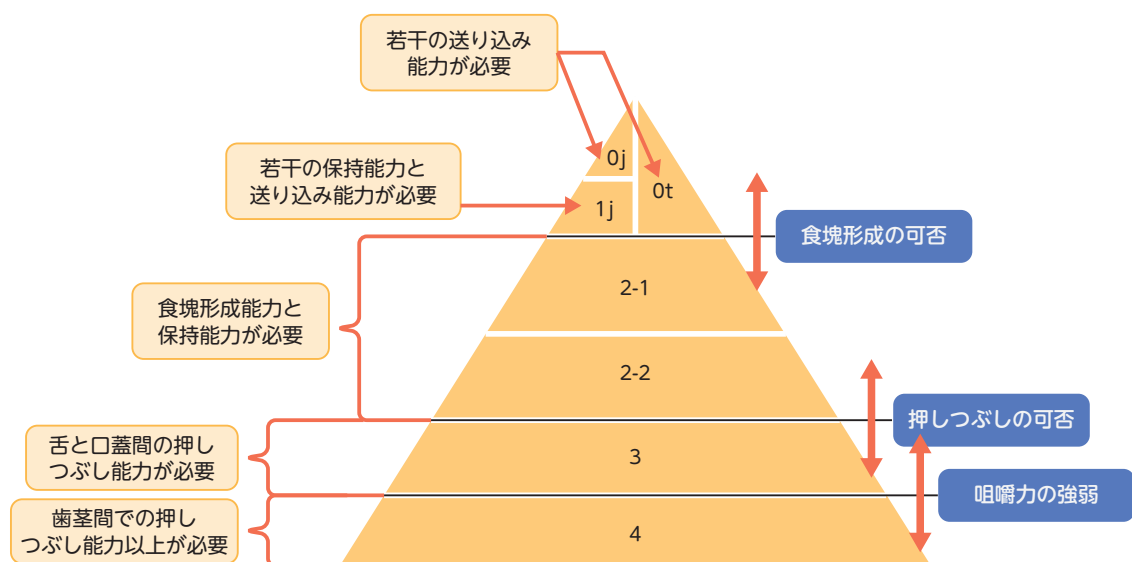
**表12** 学会分類2021とベッドサイドでの評価ポイント

| コード番号   | 食形態                 | ベッドサイドで確認すること                   |
|---------|---------------------|---------------------------------|
| 0j/0t   | ゼリー食, とろみ水          | 嚥下惹起, 咳・湿性嚔声, 呼吸, 残留の自己処理       |
| 1j      | 食塊状のゼリー・プリン・ムース状のもの | 一口量, 送り込み, 口腔保持, 疲労, 離水         |
| 2-1/2-2 | ミキサー食               | 舌でまとめて送る力, 付着, 嚥下までの時間, 口腔内残留   |
| 3       | ソフト食                | 押しつぶし, 食塊形成, ばらけ・離水, 口腔内残留      |
| 4       | 酵素処理食など             | 咀嚼の側方運動, 義歯・疼痛, 窒息リスク, 食事時間, 疲労 |

jはゼリー状, tはとろみ状の略

(文献33より作成)

**図8** 嚥下機能に応じた食形態選択



食塊形成能力と咀嚼能力を組み合わせることで開始食を選ぶ。「むせるか」だけでなく、①嚥下までの時間、②口腔内残留、③残留を自力で処理できるか、④左右口角の動き、⑤下顎の側方運動、⑥舌と下顎の分離運動、⑦食事後半の疲労を観察する

### 3 食上げの評価時点と中止基準

食上げの最適な固定間隔を示す高品質なエビデンスはなく、病態の変化速度に合わせる。急性期では、初回再開時と食形態変更時に食事場を直接観察し、必要に応じて毎食、少なくとも毎日再評価する。安定後は間隔を広げる。これはガイドラインの一律規定ではなく、急性期での実務提案である(表13)。