

# 5分で判定！ 高齢者肺炎の摂食嚥下機能 評価法のASAP

長神康雄 (北九州中央病院呼吸器内科)

大森政美 (戸畑共立病院リハビリテーション科言語聴覚士)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶ 登録手続

- 1 高齢者肺炎を取り巻く現状 ————— p2
- 2 ASAP の実際 ————— p5
- 3 ASAP の摂食嚥下機能評価法としての有用性 ————— p13
- 4 ASAP の予後予測因子としての有用性 ————— p15
- 5 ASAP を活用し、素早い対応を ————— p17

▶ 販売サイトはこちら

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

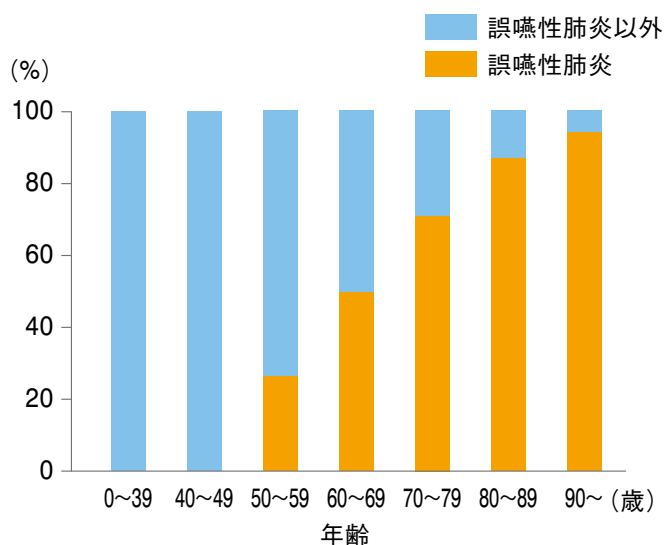
▶ Webコンテンツ一覧

# 1 高齢者肺炎を取り巻く現状

## (1) 超高齢社会における高齢者肺炎診療の重要性

65歳以上の高齢者では嚥下障害はよく認められ、罹患率は13.8～37.6%という報告もある<sup>1)2)</sup>。嚥下障害が誤嚥性肺炎を引き起こすことはよく知られている。日本呼吸器学会から刊行された『成人肺炎診療ガイドライン2017』では、65歳以上の肺炎を高齢者肺炎と定義しており<sup>3)</sup>、実際に肺炎の年齢階級別の受診率は65歳以上から大幅に増加する。

わが国の肺炎入院症例では、年齢が上がるほど誤嚥性肺炎の比率が増加し、70歳以上では大部分が誤嚥性肺炎と考えられている(図1)<sup>4)</sup>。2019年の肺炎の年齢階級別死亡率では、98%が65歳以上の高齢者肺炎であり、その多くは誤嚥性肺炎と考えられる。



**図1** 日本の肺炎入院症例における誤嚥性肺炎の年代別頻度 (文献4より改変)

実は、国際的に明確な誤嚥性肺炎の定義は存在しない。一般的には口腔、咽頭や胃の内容物の喉頭や下気道への吸入によって引き起こされた(細菌性)肺炎を示すことが多い。

2021年の死因統計では、誤嚥性肺炎は6位で約4万9000人である。ただし、5位の肺炎(約7万3000人)の多くは誤嚥性肺炎と考えられる上

に、誤嚥のない老衰は少ないため、3位の老衰(15万2000人)にも誤嚥性肺炎は多く関連していることを考慮すると、誤嚥性肺炎関連死者数の実態は年間20万人を超えていると予想される。

わが国は2021年の高齢化率が29.1%と超高齢社会を迎えており、高齢者肺炎ならびにその大部分を占める誤嚥性肺炎の診療の重要性は高い。

## (2) 早期からの経口摂取開始の重要性

以前は、高齢者肺炎で誤嚥性肺炎を疑った際には、絶食にすることが多かった。しかし現在は、絶食による低栄養の増悪、サルコペニアの増悪、口腔汚染に伴う口腔嚥下機能低下などの問題が指摘されている。

近年の研究では、誤嚥性肺炎高齢者で早期(入院2日以内)に経口摂取した群は、そうでない群と比較して入院期間・抗菌薬投与期間が短くなり、サルコペニアによる嚥下障害の予防も認められ、医療費の抑制にもつながることが明らかになった<sup>5)~8)</sup>。また、経口摂取できるかどうかは際どいレベルの重度の嚥下障害のある誤嚥性肺炎高齢者に、水ゼリーを提供した群と絶食とした群を比較した結果、水ゼリーを提供した群のほうが最終的な誤嚥割合も肺炎再発も少なかったと報告されている<sup>9)</sup>。

少しでも食べる楽しみを提供し、Quality of Life (QOL)の向上を図る意味も含め、誤嚥性肺炎高齢者においては、たとえ少量であっても経口摂取させることが重要である。

## (3) 栄養管理の現状と問題点

誤嚥性肺炎における早期の経口摂取の重要性を証明した研究がある一方で、日常診療においては不必要な絶食管理が行われている場面も散見される。7万例を超える誤嚥性肺炎高齢者を調査した結果、入院1週間後に約35%、入院2~4週間後にも約30%の症例で、絶食かつ静脈栄養のみであったという衝撃的な報告がある<sup>10)</sup>。

誤嚥性肺炎を取り巻く問題点として、嚥下障害のマネジメントを行う際

に中心となる言語聴覚士の不足がある。2022年4月の時点で、わが国に言語聴覚士は約3万8000人しかいない。急性期病院においても言語聴覚士が足りておらず、入院早期に専門的な嚥下評価を行うことができない病院は多い。また、言語聴覚士の7割以上は病院に勤務しており、介護施設などには常勤していないことも多い。嚥下障害のある高齢者は病院だけでなく介護施設入居者や在宅にも多数いる。需要に対して言語聴覚士の数は少なすぎると言わざるをえない。

#### (4) 従来の摂食・嚥下機能検査法

摂食・嚥下機能評価で、最も信頼性が高い検査は嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査であるが、誤嚥性肺炎発症直後の呼吸状態が不安定なときに実施するのは現実的には難しい。また、病院の設備の問題で実施できないことも多い。そのため、わが国では一般的に言語聴覚士や看護師などが摂食・嚥下機能のスクリーニング評価法を実施している。

摂食・嚥下機能のスクリーニング評価法には、反復唾液嚥下テスト (Repetitive Saliva Swallowing Test : RSST)、水飲みテスト (Water Swallowing Test : WST)、改訂水飲みテスト (Modified Water Swallowing Test : MWST)、食物テスト (Food Test : FT) などがある<sup>11)~14)</sup>。RSSTは認知症の患者には使用しにくい。また、いずれの検査も誤嚥リスクはある程度判定できるものの、食事形態の選択はできない。

海外では、Standardized Swallowing Assessment (SSA)、Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST<sup>®</sup>)、Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST)、Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) などのスクリーニング検査が実施されている<sup>15)~18)</sup>。MASA以外の3つは、異常所見と判定されたら言語聴覚士などの専門家に相談するものであり、食事形態の選択はできない。

本来、MASAは急性期脳卒中中の摂食・嚥下機能評価法であるが、近年では高齢者肺炎を含む脳卒中以外の患者の評価にも有用であることが報告さ

れている<sup>19)~21)</sup>。MASAは摂食・嚥下機能の重症度や推奨される食事形態の決定にも役立つ。しかし、MASAを実施するには嚥下機能評価に習熟している必要があるため、実施できる職種(リハビリテーション科医、言語聴覚士など)は限られている。

## (5) 摂食・嚥下機能に習熟していなくても実施できる ASAP の開発

上記の理由で、筆者らは嚥下機能に習熟していない医療従事者(リハビリテーション科医以外の医師、看護師、理学療法士など)でも実施できる高齢者肺炎患者の嚥下機能スクリーニング法が必要と考え、Assessment of Swallowing Ability for Pneumonia (ASAP) を開発した<sup>22)</sup>。

## 2 ASAP の実際 (動画 1)

### (1) 概要

ASAPは大きくわけて下記の2つの部分から構成される。

- ① 嚥下に関連する脳神経機能の評価に必要な、意識と発声・呼吸機能に関する情報
- ② 咽頭反応とクリアランスを含む嚥下機能の評価

Leopoldらは、嚥下障害を5期(先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期)に分類した<sup>23)</sup>。ASAPは咽頭期を中心に先行期・準備期・口腔期を評価するが、食道期の評価は含まれていない。

ASAPについて解説した動画を示す(動画 1)。