

# 在宅医療における 誤嚥性肺炎との向き合い方

医療法人社団彩黎会 ホームオン・クリニックつくば  
林 靖孝

## 【はじめに】

2007年に65歳以上の人口割合が全人口の21%を超え、超高齢社会となった日本において、在宅医療への関心は年々高まってきている。現場では各種疾患の平常時管理を中心に、急性増悪時の対応から看取りまで幅広い対応が求められる。終末期が徐々に忍び寄る中で、心身の衰えを患者や家族と共に認識、且つ受容し、死を意識しながらも患者や家族の「らしさ」を少しでも維持していくには、正しく全人的対応が重要である。

本稿では、人生の終末期において誰もが遭遇し得る嚥下障害、それにより生じる誤嚥性肺炎への対応を中心に、我々が目指す訪問診療のあり方について論じさせて頂きたい。

## 【在宅医療の実際】

在宅医療は「何らかの事情により通院困難な状態にあり」「診療拠点から半径16km圏内に住む者」を対象として行われ、その原因疾患は多岐に渡る。介護支援専門員、看護師、医師、さらには薬剤師、訪問介護員、理学療法士等、患者状態に合わせて集まった多職種で介護者を取り巻くチームを構成する。

訪問時は患者の身体状況把握だけでなく、装飾品等も含めた家庭環境も観察し、患者の価値観や人生のあり方を少しでも感じ取るようにする。そして、「患者の希望に沿うこと」と「介護者が続けられること」を重視したケアをチームで考えていく。ケアの思案と実施、そして微調整を繰り返すことで在宅医療は成立する。また、訪問開始時、既に死期が迫っているケースもあるため、患者や家庭の情報を少しでも多く把握できるよう紹介元医療機関との連携を強化しておくことが重要である。

## 【在宅医療現場での発熱】

発熱は頻繁に認められる問題であり、気管支炎／肺炎、軟部組織感染、尿路感染、感冒が原因疾患としては多い。しかし、病的な原因を有さない発熱も少なくないため、現場では解熱剤を適宜使用しつつ、治療の必要性を検討している。

## 【在宅での誤嚥性肺炎の診断と治療】

肺炎の診断において、「頻呼吸」、「断続性ラ音（crackles）」、「SpO<sub>2</sub>低下」は有用な兆候である。しかし、80歳以上の高齢者では平均呼吸回数が20回と多く個人差も10～20回と大きいこと、cracklesも非特異的所見として普段から聴取することも多いこと、肺炎であっても発熱を認めないことが少なくないといったことがあるため、定期訪問時、即ち「普段の状態」との比較が重要である。

誤嚥性肺炎を疑うケースの大半は廃用症候群の状態であるため、肺炎と

類似の兆候を認める心不全との鑑別が重要となる。その鑑別においては、短時間で容易に行えるポケットエコーが有用且つ便利である。肺エコーではA Line（胸膜と平行に走る高エコーラインで正常肺を示す）及びB Line（胸膜と垂直に認める高エコーですりガラス陰影を示す）の評価、心エコーでは心房径や収縮の有無、心室壁運動の評価等を大まかに行っている。あくまで筆者個人の印象だが、肺炎診断におけるポケットエコーは胸部CTには及ばないものの、呼吸停止なし、臥位撮影の胸部単純レントゲンよりは評価しやすいと感じている。

治療検討時は、肺炎の状態や基礎疾患の状態を把握することに加え、療養現場の許容力（介護力）も把握することが重要であり、それらを基に薬剤の投与経路や投与薬剤を決定している。なお、終末期と判断される場合においては抗菌薬投与を行わないことも選択肢となる。

誤嚥性肺炎の治療は発症時の抗菌薬投与だけではなく、早期の経口摂取再開や口腔ケア、リハビリテーションの介入等もまた重要な治療である。肺炎が軽快した後も、それらを継続して行うことは、再発予防や発症時の重症化予防に繋がる。中でも、患者状態に関わらず行える口腔ケアは特に重要であり、早期から歯科チームと連携しオーラルフレイルの予防をめざすようにしている。

## 【誤嚥性肺炎発症の先にあるもの】

前述のような予防措置を積極的に継続しても、年齢を重ねたり基礎疾患が進行したりすることで、誤嚥性肺炎は繰り返しやすいようになっていく。仮に、肺炎を生じることがなかったとしても、加齢、認知症症状の進行、筋力低下の進行、栄養状態の悪化等は相互に影響し合い、それらが絡み合うことで、やがて全身状態は急速に悪化するようになる。そうした時がくれば、例えば褥瘡形成など、嚥下障害とは直接関係しない諸問題も乱立しやすくなり、正に「終末期状態」となる。こうした事態が生じた際、どのように対応するかといったことを事前に熟慮しておこうというのが、アドバンス・ケア・プランニング（ACP、いわゆる「人生会議」）である。ではこのACPとは、いつどのように行えばよいものなのであろうか。

国内外の報告をみても、終末期であると判断することは容易ではないことが分かる。そこで筆者は、人生の終末期において誰もが経験しやすい「誤嚥性肺炎の経過」の視点から、ACPのあり方を考え、実践している。例えば、身体の傾きがやや目立ちやすくなったなど、日常の中でみられる小さな変化を患者や介護者と共に認識し、その事態への対策を皆で考える（筋力低下を示唆する所見がある今の問題点と予想される今後の経過を伝えつつ、まずは今の対策を思案する）ことを繰り返し、積み重ねていくことで、徐々に終末期のあり方をイメージしていくといった具合である。在宅医療においては、「良いときも悪いときも共にあり、時を共有すること」の先にACPの結論が見えてくると信じている。

## 【おわりに】

在宅医療は、一人の方の人生の最も大切な時間を、最も大切な空間で、共に過ごさせて頂けるという大変にありがたいものである。在宅医療に携っていると、患者、家族、他職種スタッフへの感謝の念が一日の終わりには無限ループのように湧き上がってくる。この「感謝の念の無限ループ」を感じている時の幸福感は筆舌に尽くし難く、多くの方に体感して頂きたいと願っている。