

資料

誤嚥性肺炎を起こした高齢患者の摂食嚥下機能評価と 再発予防ケアの継続の実際

～高齢患者 3 名の入院中ならびに施設入所後 4 週間の事例報告～

磯 光江^{1§}, 住田悠慈², 川島和代¹

要 旨

本研究の目的は、誤嚥性肺炎で入院した高齢患者 3 名を対象とし、入院中ならびに退院してから施設入所後 4 週間の摂食嚥下機能の評価を行い、また誤嚥性肺炎再発予防のケアが各施設へどのように継続されているのかを明らかにすることである。結果、今回の対象者らが入院していた G 病院では、早期から言語聴覚士 (Speech Therapist: 以下 ST) が介入し摂食嚥下機能訓練が開始され、対象者らは施設入所後 4 週間は著明な嚥下機能の低下はなく、誤嚥性肺炎を再発することはなかった。しかし退院時、各施設に対して摂食嚥下機能訓練の内容についての情報提供はなく、その訓練の継続はされていなかった。また、3 事例とも覚醒に影響を及ぼす薬物の長期服用が摂食嚥下機能を低下させ、誤嚥性肺炎を招いた可能性が示唆された。今後、長期的な誤嚥性肺炎の再発防止のためには、施設が移行しても訓練の継続や覚醒に影響を及ぼす薬剤知識の教育が高齢患者の支援者に対しても必要であろう。

キーワード 高齢者, 摂食嚥下機能障害, 誤嚥性肺炎, 医療・介護連携

1. はじめに

高齢化に伴って増加している疾患の一つに、誤嚥性肺炎があげられる。高齢者の肺炎の 70% 以上が誤嚥性肺炎といわれており¹⁾、加齢や脳血管障害や脳変性疾患に起因した摂食・嚥下機能の低下が大きく関与していることが示唆されている²⁾。そのような患者に対して、早期からリハビリテーションや食形態を工夫して摂食嚥下機能の維持・向上に取り組んでいるにも関わらず、誤嚥性肺炎による再入院率に改善の変化がみられていない³⁾。このままの状況が続けば誤嚥性肺炎による死亡者数は増加の一途をたどることが予測されている⁴⁾。

病院で摂食嚥下訓練や食形態の変更などのケアを行ったとしても患者の退院先に同様のケアが引き継がれなければ再発を繰り返す。地域包括ケアシステムが構築されつつある現在、病院内でケアを完結させるのではなく、いかに地域につなげていくかという連携が重要である。誤嚥性肺炎の再発を予防するためにも、病院と施設間における情報提供およびケアの継続が、患者の退院時に誰に対してどのように情報が提供され、摂食嚥下機能

向上のケアが退院先の施設ではどのように引き継がれているのかを実際に事例を追跡していきながら確認していく必要があると考えた。

そこで本研究の目的は、誤嚥性肺炎で入院した高齢患者 3 名を対象とし、入院中ならびに退院してから施設入所後 4 週間の摂食嚥下機能の評価を行い、また誤嚥性肺炎再発予防のためのケアが施設へどのように継続されているのかを明らかにすることである。さらに、病院から施設へ退院する高齢患者の入院前・中・後の経過と情報提供の内容を明らかにすることによって、高齢者の誤嚥性肺炎再発予防における支援内容に示唆を得ることができる。

用語の操作的定義: ここでの『施設職員』とは、対象者が入居していた施設の介護福祉士、及び無資格者も含む介護に関わる職員を指す。

2. 方法

2.1 研究デザイン

本研究は、誤嚥性肺炎で G 病院 (地域包括ケア病床のベッド数 20 を含む総ベッド数 60 の病院) に入院し、治療後 G 病院近隣の高齢者施設、小規模多機能居宅介護施設 (以下 K 施設)、特別養護老人ホーム 2 か所 (以下 T 施設と R 施設)

¹ 石川県立看護大学 ² 公立穴水総合病院
[§] 責任著者

へそれぞれ退院した高齢者3名(A氏, B氏, C氏)を対象とした事例研究である。

2.2 調査方法

調査期間は、2018年8月～2019年3月で、対象者1名に対してG病院入院後2～3週間から施設へ入所後3～4週間(計約6週間)追跡し調査した。データ収集は、G病院の電子カルテより対象者の年齢、性別、主疾患、既往歴、入院前(外来)と入院中の経過、看護経過記録、摂食機能および食事状況、看護計画の内容、看護サマリーの内容、多職種カンファレンスの記録、退院先の施設においても同様にそれぞれの施設の介護日誌より経過記録、ケアプランの内容などについて情報収集した。

摂食嚥下機能の評価については、調査者2名あるいは1名で昼食時の食事の様子を観察した。調査者のうち1名は看護学生であったため、看護教員の指導のもとでA氏の観察を行い、B氏とC氏については同じ看護教員が行った。その観察記録をもとに退院直前、退院2週間後と4週間後の計3回「KT バランスチャート」⁵⁾を使用し評価した。このチャートは、患者の摂食嚥下機能や栄養状態13項目を1～5点で評価し、その変化をレーダーチャートで一目で確認することができるうえに、特別な測定用具は必要ないため簡便に使用することができる。項目は、①食べる意欲、②

全身状態、③呼吸状態、④口腔状態、⑤認知機能(食事中)、⑥咀嚼・送り込み、⑦嚥下、⑧姿勢・耐久性、⑨食事動作、⑩活動、⑪摂食状況レベル、⑫食物形態、⑬栄養、である。

2.3 倫理的配慮

研究の同意は研究対象者本人と家族に対して口頭で研究の趣旨、協力内容を説明し、口頭と書面の両方で同意を得た。また研究参加の有無によって入院中および退院後の療養生活に影響がないことを保証した。すべてのデータは、ID番号を使用して入力し、個人名が特定できない形とした。紙媒体は鍵のかかる場所に保管し、電子データはパスワードをつけてUSBメモリーに保存し紙媒体と同様に鍵の付いている場所に厳重に保管した。本研究は石川県立看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。(看大第264号)

3. 事例紹介

今回の対象者3名についての基本情報(年齢、性別、主疾患、退院先、内服薬)については、表1に示した。

3.1 事例1(A氏)の入院数か月前から退院後4週間の経過

<入院までの経過>

A氏は80歳代前半の女性で認知症を伴うパー

表1 対象者の基本情報

事例/施設	A氏/K施設	B氏/T施設	C氏/R施設
年齢	80歳代前半	70歳代後半	80歳代前半
性別	女性	男性	男性
主疾患	パーキンソン病	ラクナ梗塞, 右不全麻痺	アルツハイマー型認知症
退院先	小規模多機能型居宅介護施設	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム付き施設でショートステイ
内服薬	入院前	①リスペリドン [®] 1mg 1T (4か月前; 3T) ②デパケン R [®] 100mg 4T ③メモリー [®] 5mg 1T ④クエン酸鉄 Na [®] 50mg 1T	①レミニール [®] 4mg 2T ②バルソムラ [®] 10mg 1T
	退院時	①ドパコール L [®] 100mg 3T ②～⑥は継続	①③は中止 ②パルプロ酸 Na [®] 200mg 2Tへ変更 ④継続

キンソン病があり2年前より小規模多機能居宅介護施設（以下 K 施設）でデイサービスと宿泊を利用しながら生活していた。入院前は、食事は刻み食を自力摂取しており、排泄はポータブルトイレを使用し、歩行は歩行器を使用し概ね日常生活動作（Activities of Daily Living：以下 ADL）は自立できていた。家族構成は、夫と息子夫婦の4人暮らしで、夫も A 氏とともに K 施設を利用していた。

A 氏は、抗パーキンソン病薬の一つであるレボドパを含む製剤ドパコール配合錠 L[®]（一般名：レボドパ・カルビドパ配合）を長期服用しており、wearing off 現象あるいは on-off 現象が現れるようになった。そのため K 施設スタッフはドパコール配合錠 L[®] の長期服用について医師に情報提供したところ、医師は減量によってパーキンソン病症状が増悪する可能性について説明した上で1日量のドパコール配合錠 L[®]250mg から 100mg へと減量していった。その後、A 氏は、徐々に覚醒状態が悪くなり食事摂取量も減少し、減量して3か月後にはむせなどの症状が現れるようになった。

そして減量してから4か月後、A 氏が自宅で転倒しているところを K 施設スタッフが発見し、D クリニックに受診し、脳室内血腫が確認された。特に入院治療の必要はないと D クリニックの医師によって診断されたため K 施設に戻ったが、覚醒状態が悪く、食事時のムセも続いていたことから K 施設スタッフが G 病院の地域連携部門の看護師に相談をし、転倒した次の日に A 氏は G 病院に受診し入院となった。K 施設からは、D クリニックの医師からの紹介状と K 施設スタッフ（ケアマネージャー）が書いた生活状況などを記載した入院時情報提供書が渡されたが、ドパコール配合錠 L[®] を減量していった経緯についての記載は見当たらなかった。

<入院中の経過>

入院時、胸部 CT 検査（胸部コンピューター断層撮影法による検査）にて誤嚥性肺炎と診断されて ST による摂食嚥下機能訓練が開始された。絶飲食のためすべての内服薬が中止となり、レボドパ製剤は注射で投与されたが、入院中 A 氏の覚醒状況は悪く閉眼していることが多かった。入院7日目の嚥下内視鏡検査（videoendoscopic examination of swallowing：以下 VE）では、検査食の咽頭残留があり、複数回嚥下を必要としていること、見守りのもとペースト状の食形態であれば摂取可能であると評価され、ブレンダー食

ーフ（ペースト状のものを舌でつぶせる程度に固めた食事で、ーフとは定量の半分量）が開始された。

食事は、ベッド上でギヤジアップ約 45～60°の姿勢で食事介助をされることが多かった。覚醒状態が悪いためにスプーンを持って口まで自力で運ぶことができなかった。また姿勢の保持も困難で首が後屈し身体が右側に傾いてしまうので、クッションを使って何度も姿勢を整えながら食事をしていった。また、口に食べ物を入れたまま眠ってしまうこともあったので介助者が A 氏を覚醒させるために声を掛けたり、頬を軽く指で刺激を与えながらなんとか半分程度を摂取していた。内服薬も再開となり、注射で投与されていたレボドパ製剤は、内服の量と調整させながら減量し中止となったが、ドパコール配合錠 L[®] は退院時には1日 300mg となり、入院前より増量となっていた。その後入院 28 日目に K 施設に退院となったが、薬の増量についての説明や ST や看護師による摂食嚥下機能訓練、リハビリテーションなどの詳細な内容の記載は看護サマリーにはなかった。

<退院後4週間の経過>

A 氏が K 施設に退院してから、施設スタッフが食事と移動動作を中心に介入したことが、ケアプランの内容や介護日誌の記録から読み取ることができた。3週間後、A 氏の ADL は G 病院に入院する前と同じ状態（食事摂取は自立し、ポータブルトイレで排泄できる）まで戻っていた。K 施設の食事は、施設スタッフの手作りであるため、A 氏の食事も他の利用者と同じメニューをミキサーにかけトロミ剤を混ぜてペースト状にしたものを提供していた。また、スプーンは A 氏の手の機能に合わせて柄に滑り止めを巻いて使いやすく施されており、一般のダイニングテーブルセッ



図1 A 氏の KT バランスチャート

トの椅子に座ってほぼ自力で全量摂取していた。図1の『KT バランスチャート』の⑤認知機能(食事中)、⑧姿勢・耐久性、⑨食事動作は、G病院入院中に比べ大きく改善がみられた。しかし、ドパコール配合錠[®]が増量になったことで副作用のジスキネジアの症状(首振りや口唇の不随意運動)が入院前よりも強く現れるようになっていた。

3.2 事例2 (B氏) の入院4か月前から退院後4週間の経過

<入院までの経過>

B氏は、70歳代後半男性で知的に障害はあったが、G病院に入院する4か月ほど前までは一人暮らしをしていた。自宅で倒れていたところを救急搬送され、ラクナ梗塞の診断を受けそのままS病院に入院となった。入院中、大声で叫ぶなどの不穏行動があったために抗精神病薬(リスペリドン[®])と抗てんかん薬(デパケン[®])、認知症治療薬(メマリー[®])が処方された。2か月後S病院を退院し、特別養護老人ホームT施設に入所となった。不穏は落ち着き抗精神病薬の投与量は減量(リスペリドン[®] 1日3mgから1mg)となったが、与薬は継続していた。B氏は徐々に傾眠がちとなり、T施設入所後2か月後には食事中むせることも多くなっていった。G病院に入院する1か月ほど前よりしばしば微熱が出ており、今回38.7℃の発熱と意識レベルの低下もあり、G病院に受診し誤嚥性肺炎で入院となった。

<入院中の経過>

抗生剤治療により肺炎による発熱が落ち着き、VEで嚥下機能が確認されてからブレンダー食が開始となった。リハビリテーションも実施されていたが、B氏は日中刺激がなければウトウトしており自ら動くことはほとんどなかった。食事中も眠ってしまうため介助者は、声を掛けて覚醒させたり、口に食べ物を入れても飲み込まないため、頬を軽く指で刺激して嚥下を促しながら食事介助を行っていた。B氏は右麻痺があったため、左手にスプーンを握らせて自力摂取を促していたが、自らすくって摂取することはほとんどなかった。むせることは度々あったが、介助でほしい全量摂取することはできていた。しかしB氏の大好物であるとろみ付きの甘いカフェオレ(家族からの差し入れ)を摂取するときは、はっきりと覚醒しむせることなくスムーズに嚥下することができていた。G病院入院45日目にT施設へ退院となった。

入院時のT施設の看護師からの入所中の情報

提供用紙には、抗精神病薬や抗てんかん薬、認知症治療薬がいつ、なぜ開始されたのかについての記載は見当たらなかったが、G病院入院後は不穏がなかったため抗精神病薬と認知症治療薬は中止となった。G病院退院時のT施設への看護サマリーにも薬剤の変更について説明した記載はなかった。摂食嚥下について看護サマリーには、唾液腺マッサージ、主食と副食の交互嚥下で小スプーンの使用、毎食後の口腔ケアの実施と書かれていたが、具体的にどのように行っていたのかについての記載はされていなかった。

<退院後4週間の経過>

食事は全粥、ペースト食となり、昼食前に他の入居者らと集団で嚥下機能を高める体操にリクライニングチェアに座って参加していたが、B氏が体操をするそぶりは見られなかった。食事の仕方も最初の2~3口ぐらいは自力で摂取するが、途中で手を止めてしまいウトウトし始めるため、G病院入院中と変わらずほぼ全介助で摂取していた。摂取量は8~9割だが、口腔期から嚥下するまでに時間がかかりむせることも多くなっていった。図2の『KT バランスチャート』では、痰のからみがあったため、③呼吸状態の点数は低下となった。また、体重がG病院退院時46.7kgから退院後4週間後には45.5kgに減量したので、⑬栄養状態の点数も低下となった。

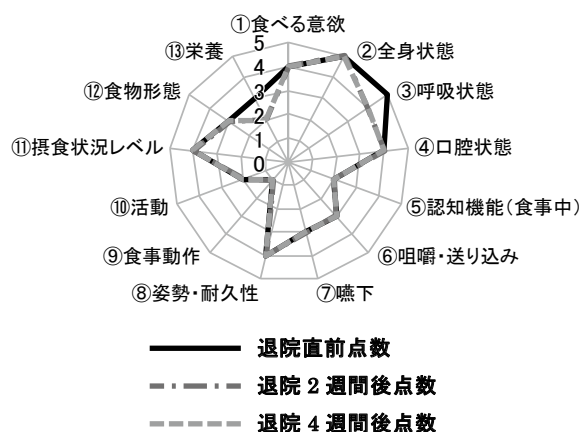


図2 B氏のKT バランスチャート

3.3 事例3 (C氏) の入院1か月前から退院後4週間の経過

<入院までの経過>

C氏は、80歳代前半男性で重度のアルツハイマー型認知症のため、ADLは全介助、移動は車椅子を利用していた。妻と2人暮らしで特別養護老人ホーム(以下特養)のあるR施設のデイサー

ビスとショートステイを利用しながら、要介護5ではあるが自宅で療養生活をしていた。

G病院入院の1か月程前にも誤嚥性肺炎でW病院に入院し退院したばかりであった。W病院退院後、ずっと活気がなく日中の覚醒状況は不良であったが、食事は続けられていた。そしてデイサービス利用中に発熱したためG病院に受診し、再び誤嚥性肺炎で入院となった。

＜入院中の経過＞

入院した当日は絶食であったが、VEは行われず翌日より1日1食（昼食）のブレンダー食が開始された。STが介入し、摂食嚥下機能訓練も行われ、むせがみられなかったため入院5日目より1日3食となった。しかし日中の覚醒状況が悪いため、多職種カンファレンスで睡眠薬（ベルソムラ[®]）を中止した。睡眠薬中止後も食事中にウトウトしていることはあったが、著明な誤嚥症状はなく入院から2週間後にR施設のショートステイに入所した。R施設への看護サマリーには、睡眠薬が中止となった理由、汁物につけるトロミの程度（はちみつ状）、口腔ケアは歯ブラシとスポンジブラシを使用していたことなどが記載されていた。

＜退院後4週間の経過＞

食事中、後半になるとウトウトすることはあるが、G病院入院前より覚醒はよいとのことであった。観察日の昼食にカレーが出された時は、覚醒もよく嚥下もスムーズで途中眠ってしまうこともなく、普段の所要時間の半分以下で食べ終わることができていた。後日別のメニューで確認した際、カレーの時ほどではなかったが、食事中の居眠りは少なくなった。図3の『KT バランスチャート』の評価では、①食べる意欲、②全身状態、③呼吸状態、④口腔状態、⑤認知機能（食事中）、⑥咀嚼・送り込み、⑦嚥下、⑧姿勢・耐久性、⑨食事動作、⑩活動、⑪摂食状況レベル、⑫食物形態、⑬栄養



図3 C氏のKT バランスチャート

4. 考察

G病院と施設間の情報共有は、お互いの情報提供用紙のみで行われていた。今回観察してきた3名の対象者は退院後4週間、誤嚥性肺炎を再発することはなく、A氏とC氏については摂食嚥下機能の改善も確認できた。どのようなケアが再発防止につながったのかを検討していく。

4.1 G病院で行われた摂食機能改善のための取り組みについて

G病院では誤嚥性肺炎で入院してきた患者に、肺炎治療だけでなくSTによる摂食嚥下機能訓練を早期から行い、VEによる嚥下機能評価や食形態の変更で誤嚥予防のためのケアを積極的に取り組んでいた。リハビリテーションスタッフと看護師がチームとなってそれぞれの役割を果たすことで肺炎を重症化させず、食事摂取も可能となって退院へと導くことができたと考える。しかし、看護サマリーには入院中に行っていた嚥下体操や唾液腺マッサージなどのケア方法が書かれていなかったためか施設に戻った後は、食事に関する対応と口腔ケア以外は引き継がれていなかった。嚥下体操や唾液腺マッサージは、STや看護師がいなくても実践可能なケアである。今回、病院を退院してから、施設入所後4週間で誤嚥性肺炎の再発はなかったが、さらに長期的に経口摂取機能の維持と誤嚥性肺炎の再発予防のために、これらの有効なケア^{6,8)}は継続されるべきであろう。

今後は、紙面による情報提供だけでなく、G病院の多職種チームが積極的に施設側の介護スタッフへ摂食嚥下機能向上のケア手順などを直接伝えていくことで、誤嚥性肺炎予防および再発予防がより確実に行われていくと考える。

4.2 対象者の誤嚥性肺炎発症の原因について

今回、G病院に誤嚥性肺炎で入院した対象者は、3事例とも覚醒に影響を及ぼすような薬剤を入院前まで服用し、食事中の覚醒が非常に悪かったことが共通していた。誤嚥性肺炎を繰り返さないためにも、対象者の症状の変化と投与薬剤とその量を経過において関連付け、病態の悪化や誤嚥のリスクを早期にアセスメントする必要がある。

A氏の場合は、ドパコール配合錠[®]の減量から体内のドーパミンが不足し、摂食嚥下に関する協調運動が障害されて、誤嚥性肺炎発症の一因となったと考えられる。Marieseら⁹⁾は、パーキンソン病患者の死因の25%は肺炎で、病気の進

行により肺炎につながる嚥下障害が一つの原因と考えられると述べている。つまり一定のドーパミン濃度が保たれなければ、口腔周囲や咽頭筋肉の固縮によって食べ物がうまく食道へ送り込むことができず、誤嚥を繰り返させてしまう可能性がある。また、A氏はレボドパを含む薬剤を長期に服用しているためレボドパが効いている時間が短くなるwearing-off現象をおこし、意識レベルが低下したと考えられる。このようにパーキンソン病の症状、薬の長期服用による影響、症状と服用に関する相談方法について、看護師は入院中に家族や施設スタッフに直接教育しておく必要があったと考える。そして退院先のA施設の介護スタッフと家族にレボドパを含む薬剤の服薬の情報提供を退院前に直接説明するか、あるいは退院時の看護サマリーに詳しい説明を書いておくことで、内服の重要性を伝えることができたのではないだろうか。さらに今後も適切な服薬管理が続けられるように、薬剤師も介入し家族とK施設スタッフと連携していくことが誤嚥性肺炎予防の一助となると考える。

B氏は、ラクナ梗塞、認知機能の低下があるうえに、抗精神病薬と抗てんかん薬、認知症治療薬の併用を4か月間服薬し続けており、誤嚥性肺炎を起こす危険因子（脳梗塞、認知症、長期間の抗精神病薬と認知症治療薬の服用と併用）を複数抱えていた。脳梗塞と抗精神病薬（リスペリドン）は、ドーパミンの産生を減少させ、気管の粘膜から放出されるサブスタンスPの量も減少させてしまうために嚥下反射や咳嗽反射を鈍らせてしまう¹⁰⁻¹¹⁾。そのため、不顕性誤嚥を繰り返し、誤嚥性肺炎を発症させたと考えられる。またB氏は入院した時に内服薬が一旦すべて中止されたことで薬剤を見直すきっかけとなり、抗てんかん薬以外は中止となったが、施設に戻っても覚醒は悪く、摂食嚥下機能の向上はみられなかった。今回の入院では詳細な検査はされなかったが、脳梗塞による偽性球麻痺の影響や認知症の進行による先行期の摂食機能の低下が嚥下機能の改善を困難にさせた可能性も考えられる。看護師は、日頃より基礎疾患の症状の進行や薬剤による副作用などが患者の摂食嚥下に悪影響を及ぼしていることはないかをモニターすることが求められる。

C氏は、重度の認知症と長年睡眠薬を内服してきたことで、徐々に摂食嚥下機能が低下していったと考えられる。C氏の場合は、G病院で行われた多職種カンファレンスで睡眠薬を中止する方向

で意見がまとまり、看護サマリーにもそのことが記載されていた。R施設職員からも「(G病院)入院直前の頃よりも(覚醒が)よくなっている気がする」との発言が聞かれたことから、施設職員も睡眠薬が日中の覚醒を悪くさせ、それが摂食嚥下機能にも影響を及ぼすことが関連づけられたと思われる。しかし、C氏は前回のW病院の退院から短期間で誤嚥性肺炎を再発していたので、覚醒状況だけでなく、低栄養や廃用症候群による易感染状態が誤嚥性肺炎を再発させた可能性についても検討するが必要であったのではないかと思われる。

5. まとめ

3事例の患者に対して早期から摂食嚥下機能訓練が開始されていた。退院時の看護サマリーにその訓練内容の記載はなく施設に訓練が継続することはなかったが、各施設への転院後4週間、誤嚥性肺炎の再発はなかった。また、3事例とも覚醒に影響を及ぼす薬物の長期服用が摂食嚥下機能を低下させ、誤嚥性肺炎を招いた可能性が示唆された。今後、長期的な誤嚥性肺炎の再発防止のためには施設を移行しても訓練の継続や覚醒に影響を及ぼす薬剤知識の教育が患者の支援者に対しても必要であろう。

謝辞

本研究を実施するにあたり、多大なご協力をいただきました病院、施設の責任者の皆様とスタッフの方々、そして調査対象となっていたいただいた高齢者とご家族の皆様にご心から感謝いたします。

利益相反

なし

引用文献

- 1) Teramoto S, Fukuchi Y, Sasaki H, et al : High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients: a multicenter, prospective study in Japan., Journal of the American Geriatrics Society, 56, 577-579, 2008.
- 2) 厚生労働省医政局地域医療計画課, 第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ: 高齢化に伴い増加する疾患への対応について, 平成28年9月2日 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000135467.pdf>

- (accessed 2019/9/10)
- 3)医療の質の評価・公表等推進事業 一般26 誤嚥性肺炎再入院率：全国自治体病院協議会, https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20161017/i_26.pdf (accessed 2019/9/10)
 - 4)池田一夫, 石川貴敏: 人口動態統計からみた日本における肺炎による死亡, 東京都健康安全研究センター年報, 69, 271-277, 2018.
 - 5)小山珠美: 口から食べる幸せをサポートする包括的スキル KTバランスチャートの活用と支援第2版, 医学書院, 16-19, 2018.
 - 6)穴井めぐみ, 松岡緑, 西田真寿美: 摂食・嚥下機能からみた高齢者における嚥下体操の有効性, 老年看護学, 6(1), 67-74, 2001.
 - 7)Sugiyama Tetsuya, Ohkubo Mai, Honda Yasutoshi, et al : Effect of swallowing exercises in independent elderly, The Bulletin of Tokyo Dental College, 54 (2), 109-115, 2013.
 - 8)阿志賀大和, 藤本沙織, 水野智仁 ほか; 高齢の維持期脳血管障害患者に対し継続して行った嚥下体操の効果, 明倫短期大学紀要, 17(1), 19-21, 2014.
 - 9)Hely MA, Reid WG, Adena MA, Halliday GM, et al: The Sydney multicenter study of Parkinson's disease: the inevitability of dementia at 20 years, Movement Disorders, 23(6), 837-844, 2008.
 - 10)Ohru T : Preventive strategies for aspiration pneumonia in elderly disabled persons. Tohoku Journal of Experimental Medicine, 207, 3-12, 2005.
 - 11)佐々木雄啓, 町田加純, 池本雅章, ほか; ドパミンD₂受容体遮断薬服用患者における誤嚥性肺炎に影響を与えるリスク因子の検討, 日本病院薬剤師会議誌, 52 (8), 1008-1012, 2016.

Evaluation of Swallowing Function in Elderly Patients with Aspiration Pneumonia and Practice of Post-discharge Care for Preventing Recurrence.

~ A case report of 3 elderly patients during hospitalization and for 4 weeks after readmission to their nursing facilities ~

Mitsue ISO, Yuji SUMITA, Kazuyo KAWASHIMA

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the swallowing function of the 3 elderly patients with aspiration pneumonia during hospitalization and for 4 weeks after readmission to their nursing facilities, and to clarify how the post-discharge care for preventing recurrence was continued in each of their facilities. The result was that at a G hospital where the subjects were hospitalized, a speech therapist (ST) intervened and started swallowing function training from the time of admission. For 4 weeks after readmission to each of facilities, the subjects did not have a marked decline in swallowing function and had no recurrence of aspiration pneumonia. However, at the time of discharge, the nurses did not provide any information on the contents of the swallowing function training to each facility, so the training was not continued. In addition, it was suggested that all subjects took a long-term drug that affected arousal, which reduced their swallowing function and caused aspiration pneumonia. We conclude that, in order to prevent recurrence of aspiration pneumonia in the long term in the future, the supporters of the elderly patients should be able to continue their swallowing training and have knowledge of drugs that affect arousal even after the elderly patients are transferred to nursing facilities.

Keywords elderly, swallowing dysfunction, aspiration pneumonia, medical / care cooperation