



2017年6月21日放送

「新しい成人肺炎診療ガイドラインについて」

長崎大学 副学長
河野 茂

はじめに

今年4月、成人の肺炎診療ガイドラインが新しく生まれ変わりました。今日はその概要についてお話したいと思います。

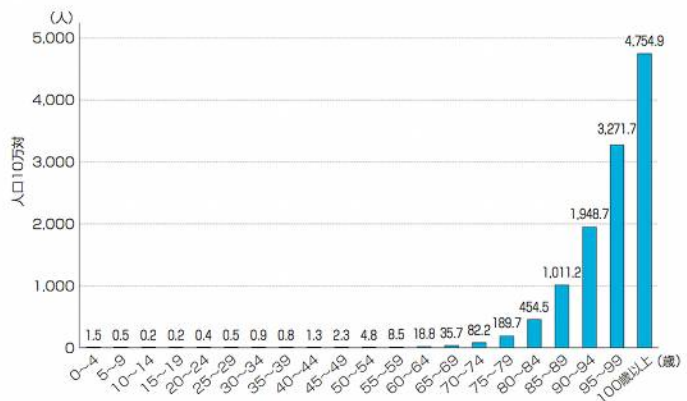
肺炎は、現在、日本人の死因の第三位を占める重要な病気ですが、肺炎診療の質を高めるため、日本呼吸器学会では2000年から肺炎診療ガイドラインを作成し、今日では大変多くの医師やコメディカルの方々に利用されています。

一言で肺炎と言っても、状況によって治療の方針や考え方は大きく異なってきます。大きな分類としては、重篤な持病がなく、通常の家生活を送っている方に発症する「市中肺炎」、何らかの病気、例えば、癌の治療とか脳卒中中の治療などで入院中の患者さんに発症する「院内肺炎」、そして、介護施設に入所中であつたり、

日本人の死因の推移



肺炎の年齢階級別死亡率



自宅には居るものの寝たきりで介護が必要な方、定期的な人工透析が必要な方などに発症する「医療・介護関連肺炎」の3つのタイプがあります。

これまでは、この3つのタイプについて、それぞれ診療ガイドラインが作られていましたが、3つに分かれていることできめ細やかな対応が出来るというメリットがあったものの、呼吸器や感染症が専門ではない方や若い医師にとっては分かりにくい、使いにくいというデメリットもありました。そこで今回は、より使いやすく、そしてガイドライン同士の統一性を図るために、3つのガイドラインを1つにまとめ上げることとなり、2013年からガイドライン作成に着手しました。

ガイドライン作成のポイントと内容

新しい肺炎診療ガイドラインを作成するにあたっては、いくつかの重要なポイントがありました。

まず一つ目は、ガイドラインの作成方法です。これまでのガイドラインは肺炎の専門家を集めて、それぞれが得意とする分野について標準的な診断や治療方針を推奨していました。もちろん、そのような方法でもやり方としては間違っていないのですが、個人の能力には限界があり全ての医学的情報を網羅することは困難ですし、無意識のうちに個人の好みが増強の内容に影響を与えることがあります。そこで今回は、日本医療機能評価機構が作成した『Minds 診療ガイドライン作成マニュアル』という診療ガイドライン作成の手引きに準拠してガイドライン作りをすすめました。このマニュアルは、世界的に確立してきた最新のガイドライン作成方法を参考にして作られたものであり、このマニュアルに沿ったガイドライン作りを行ったことで、世界にも通用するガイドラインを作成することが出来たと思います。

ガイドラインの内容は大きく2つのパートに分かれており、前半は肺炎診療の流れについて、フローチャートに示して誰でも簡単に治療方針が決められるようにしています。後半は肺炎診療を行う上での重要な疑問点、これをクリニカルクエスチョンと呼びますが、例えば、肺炎に対してAという薬を使ったほうがよいのか、そうでないかとか、Bという検査をおこなったほうがよいのか、そうでないかとか、そのような疑問がクリニカルクエスチョンとなります。このようなクリニカルクエスチョンに答えを出すには、臨床研究の結果などの医学的な根拠が必要となります。日本呼吸器学会ではこの医学的な根拠を調べるための専任チームを別に結成し、そのチームに膨大な数の論文を調べてもらい、現時点で最も信頼性の高い医学的な根拠を収集しました。しかし、医学的に信頼性が高いからといって、患者さん自身や社会にとって最善の選択とは言えない場合もあります。そこで、医学的根拠に加えて、患者さんの好みや、コスト等も考慮しながら、作成委員の無記名投票によって推奨する診療方針を決めていきました。クリニカルクエスチョンは全部で25あり、その全てを本日ご紹介することは出来ませんが、一般の方々にも関係する内容としては、例えば、肺炎予防のためのワクチン接種を行うべきかどうか

かというクリニカルクエスチョンがあります。このクエスチョンに対するガイドラインの推奨は、インフルエンザワクチンと、肺炎球菌ワクチンの接種を行うことを、強く推奨するとなっていますので、是非参考にして下さい。

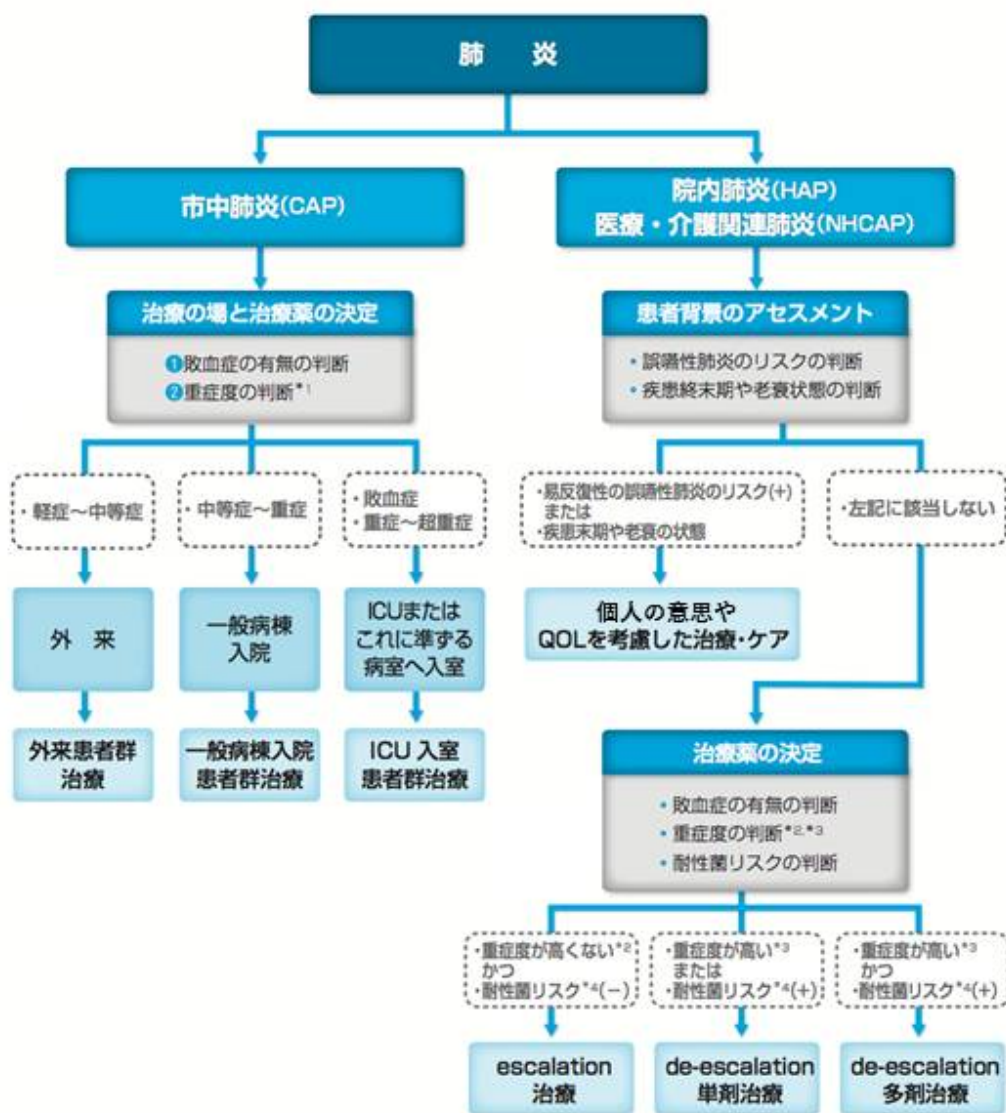
肺炎診療の流れ

ここから話を「肺炎診療の流れ」に戻したいと思います。現在の日本における肺炎診療で特に問題となっているのは、高齢者肺炎です。現在肺炎が日本人の死因の第三位になったのも、高齢者肺炎の増加が原因と考えられています。高齢になると体力や免疫能が低下し、様々な病気にかかる機会も増えるため、肺炎が治りにくくなります。特に、誤嚥性肺炎は高齢者にとって大変危険な肺炎です。誤嚥性肺炎は嚥下機能、すなわち物を飲み込む力が低下した状態で起こりやすくなります。年齢を重ねるごとに自然と嚥下機能は低下しますが、脳卒中やパーキンソン病、認知症などの病気になると更に嚥下機能は低下し、誤嚥を起こしやすくなります。誤嚥性肺炎の原因となる嚥下障害は現在の医学では元のように改善させることが困難であるため、誤嚥性肺炎を何度も繰り返して徐々に体力や免疫力が失われ、更に肺炎を起こしやすくなる悪循環に陥ってしまいます。このように治療が難しい反復性の誤嚥性肺炎や、癌などにより終末期にある状態での肺炎、老衰状態での肺炎患者さんは、治療で一時的に病状が改善してもいずれまた肺炎を起こします。このように、治療をしても、本人の人生をより豊かにできず、かえって辛い時期をもたらすだけだと考えられる場合には、「緩和ケア」を主体とした治療を行うことを、日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」では推奨しており、肺炎診療ガイドラインでもこの方針を採用することとしました。もちろん、単純に誤嚥性肺炎を繰り返しているからとか、終末期だからという理由だけで治療をしなくていいというわけではありません。必要な治療は行うべきであり、厚生労働省から出されている「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に則り、複数の医師や看護師などから構成されるチームを作り、本人や家族への十分なインフォームドコンセントの上で、医学的妥当性と適切性を基に慎重に治療方針を判断することとしています。

誤嚥性肺炎や老衰等の問題がない場合は、肺炎の重症度や耐性菌リスクの有無により治療の場や抗菌薬の種類を決めていきます。従来のガイドラインでも重症度により治療方針を決めていましたが、今回は重症かどうかを判断する材料として敗血症の有無を取り入れることとしました。敗血症は感染症の中でも特に重症で、内臓機能が障害されている状態を意味しています。したがって、敗血症ではただ単に抗菌薬を投与するだけでなく、適切に臓器障害を評価し、ICUなどでの集中治療、全身管理を行うことが必要です。このような患者さんを見逃さない目的で敗血症の概念を肺炎のガイドラインにも取り入れることとしました。治療方針を決める上でもう一つの重要なファクターが耐性菌リスクの評価です。抗菌薬が効きにくい耐性菌に対しては広域抗菌薬を使用することが

一般的ですが、広域抗菌薬を使用しすぎると耐性菌が蔓延しやすいという問題があります。そこで、どのような患者さんで耐性菌を保有するリスクが高いかを調査し、そのリスクを有するかどうかを広域抗菌薬を使用する判断材料の一つとしました。このように、重症度判定、敗血症の有無の判断、耐性菌リスクの評価をすることで、より適切な抗菌薬の選択が出来るものと期待しています。

「成人肺炎診療ガイドライン2017」フローチャート



成人肺炎診療ガイドライン2017より引用

おわりに

以上が、今回改訂を行った新しい肺炎診療ガイドラインの概要です。肺炎以外にも診療ガイドラインは数多く存在しますが、高齢者医療についてここまで踏み込んだ内容は他のガイドラインにはまだあまり見られないものと思います。しかし、社会の高齢化が急速に進む日本では、2060年には65歳以上の人口割合が40%に達すると予想されており、高齢者肺炎は避けて通ることのできない重要な課題です。肺炎は高齢者のQOLを著しく低下させる疾患であり、まずはワクチンや口腔ケア等で肺炎の発症の抑制に努めます。それでも一旦肺炎を発症した場合には、有効性が高く、かつ、耐性菌を蔓延させないような抗菌薬の選択を行なうことが重要です。そして、老衰や終末期の肺炎では、ただ単純に強力な治療を進めていくのではなく、本当に患者さんにとってよい終末期が迎えられるような医療を提供することが求められる時代となっています。今回作成した肺炎診療ガイドラインが、肺炎に苦しむ患者さんや家族、そして肺炎診療に携わる多くの医療従事者にとって有用な手引となることを切に期待しています。