医療介護関連肺炎（NHCAP）

筑波大学ひたちなか社会連携教育研究センター教授
寺　本　信　嗣
（聞き手　池田志孝）

NHCAP（nursing and healthcare-associated pneumonia、医療介護関連肺炎）について以下の点をご指導ください。

1．日本呼吸器学会がガイドラインを策定したと聞くがその経緯。
2．CAP（community-acquired pneumonia）、HAP（hospital-acquired pneumonia）との関連。
3．主に高齢者肺炎と考えてよいか。
4．ガイドラインで記されている「治療区分」の意味。
5．日本の高齢者医療の中でどうとらえるべきか。

＜岡山県開業医＞

池田　まず初めに、community-acquired pneumonia、あるいはhospital-acquired pneumoniaといった言葉がありますけれども、それらとNHCAPとどのような位置関係にあるか。逆にいいますと、なぜNHCAPという考え方、概念が起こったのか、その辺からお話をうかがいたいと思います。

寺本　今まで肺炎については、主に起因菌ですとか重症度の違いを規定するために、どこで肺炎が起こったかということについて、市中肺炎、外来で診るような肺炎（CAP）と、入院してから起こる肺炎、院内肺炎（HAP）という２つに分けて考えてきました。ただ、医療のほうが高齢化とともに進歩しながら、制度も変わってきたというバックグラウンドがあって、例えば介護施設に入っているお年寄りが外来に来た場合、その方を、今までの分類でいうと、CAPという扱いになるのですけれども、もうすでに医療を受けられていたのに、外来に来たらCAPというのは少し違和感があるというふうに皆さん思っていたわけです。

もう一つ、日本には療養型病床群と

いう特殊な形態がありますので、そこに入院されている方々が例えば肺炎になった場合は、それは市中肺炎ではなくて、HAPになってしまう。それぞれについて、皆さん少しずつ疑問を持っていて、典型的なCAPでも、典型的なHAPでもないというふうに感じていました。

そこで、2005年にアメリカの胸部疾患学会（ATS）と感染症学会（IDSA）のほうで、HCAP（healthcare associated pneumonia)、医療ケア関連肺炎という概念が出まして、すでに医療を受けておられる方が肺炎になられた場合は、CAPでもHAPでもなく、その中間ぐらいの扱いで、重症度も予後も違うということを提案されたのです。そういうバックグラウンドをもとに、日本の医療事情に合った分類、定義がいるのではないかというところから、医療介護関連肺炎（NHCAP）という新しい定義が生まれることになりました。

池田　質問にありますけれども、主に高齢者肺炎を中心とした概念ということになるのでしょうか。

寺本　おっしゃるとおりでして、肺炎が死亡原因の第４位なのですけれども、90歳以上でいうと第１位になるのです。これらの高齢者のほとんどは、全く元気にいるという方々ばかりではなくて、すでに何らかの医療資源を受けておられる介護施設におられる方々が多くを占めます。こういう方々の肺炎をCAPとかHAPとかに分けることに対する違和感に対して、日本呼吸器学会のほうが新たな定義として医療介護関連肺炎（NHCAP）というふうに決めたわけです。そうすると、実はそのグループのほとんどが高齢者肺炎ということに結果的になったということになります。

池田　日本呼吸器学会がNHCAPに関してガイドラインを策定したとうかがっていますけれども、その経緯はどのようなものでしょうか。

寺本　先ほどのアメリカのHCAPという、実際にはガイドラインというわけではなくて、HAPのガイドラインの中にそういうステートメントが出ているわけですけれども、それをもとに、日本の最も長寿社会を実現した社会において、高齢者の誤嚥性肺炎を中心とするグループを新たにNHCAPとして定義し直して、治療の方針、あるいはどういう薬剤を使うかという選択についてまで踏み込んだという意味で、日本呼吸器学会がそういう分類を新たにつくったということになります。

池田　今のお話にありましたけれども、ガイドラインの概略と、特に特徴といいますか、その辺をお聞かせいただけますでしょうか。

寺本　NHCAPは主に３つぐらい定義がありまして、すでに介護を受けておられる方々の肺炎、それからいわゆる身障者の方々の肺炎、それから血管

内治療という新しい言葉をつくったのですが、在宅で点滴を受けていたりとか、抗がん剤の治療を受けていたり、あるいは透析を受けておられる方々が肺炎になった場合に、それはCAPでもHAPでもなく、NHCAPという新しい定義に入れるということにしました。

治療上の大きな違いとして、これまでは肺炎自体の重症度によって治療薬を選択して治療しなさいということがガイドラインに記載されていたわけですけれども、今回は重症度ではなくて、治療区分という新しい言葉をつくりました。何度も何度も誤嚥性肺炎を繰り返すようなお年寄りもいらっしゃるわけで、そういう方々について一律に、ただ単に重症度で治療するのではなくて、患者さんの家族、ご本人、あるいはその主治医と、新たに治療する側とが合意形成を図って、腫瘍性疾患ではないのですけれども、どのくらいまで治療しますかということを考えながら治療すべきだということをガイドラインに記載いたしました。

池田　私が受けるイメージとしまして、終末期医療ということなので、がん患者さんとか、あるいは胃瘻がある患者さんとか、そういった患者さんの最終的な意思決定に似ているような過程だと思うのですけれども、実際、高齢者の肺炎でどういったプロセスを経て終末期の判断を行うかということに関しては、日本呼吸器学会のガイドラインはどのように書かれているのでしょうか。

寺本　今回のガイドラインではそこまでは踏み込めなかったのですけれども、誤嚥性肺炎の方の中に外来での治療可能なグループから、どのように治療しても在宅に戻ることは難しい方々とか、かなりばらつきがあるのです。しかも、それが必ずしも肺炎の重症度だけでは判断できない部分がありますので、まず治療できる部分についてやらないということではなくて、治療はするのですけれども、そのときに、これまでの病歴であるとか、背景疾患であるとか、社会的な事情までちゃんと考慮して、例えば人工呼吸器を使ったような集中治療を行うのかどうか。どこまで闘いながら治すべき肺炎なのか、という判断について、最初の段階で本人あるいはご家族、主治医とちゃんと話し合っていこうというところまでを今回は述べさせていただいています。

池田　将来的にはもう少し踏み込んだかたちのディシジョン・メイキングという過程に関して、今ガイドラインの改訂はどのようなステップを踏む方向で進んでいるのでしょうか。

寺本　ガイドラインはまだできたところです。日本呼吸器学会のガイドラインは検証型と申しまして、一度発表したことについて、整合性、あるいは価値があるかということをもう１回検証することになっています。その段階

を踏んだところで、もしかしたら終末期肺炎という新たな問題に対してもある提言ができる日が来るかもしれないと考えています。

池田　このガイドラインに従って治療をして、また施設に復帰しなければならない人、そういったものも将来的には想定しながら治療の程度を決めるとか複雑な要素が多いので、逆にいいますと、今の日本の高齢者医療の中、いろいろ問題があります。そういった中で、がんと変性神経疾患、それから肺炎、そういったものが同じ見方をされるようになったと理解してよろしいのでしょうか。

寺本　今まで肺炎は、呼吸器の病気というか、肺の病気という認識だったわけですけれども、少なくとも高齢者肺炎は脳神経疾患をベースとした全身疾患の要素がかなりあります。そういう方々について、肺だけを取り出してきて治せばいいという時代ではなくなっていますので、今回のガイドラインを示したことによって、介護を受けておられる方はみんな肺炎のリスクを持っておられる。100年前にウィリアム・モスラー先生がおっしゃった「肺炎は老人の友だ」ということがまさに現実に起こっているということをガイドラインとして明文化できたのではないかと考えています。

それから、日本老年医学会が胃瘻の是非について、必ずしも胃瘻の適応があっても全例に施さなくてもいいという立場を表明していただいているのですけれども、同じように、肺炎についても、全症例について一律、同じ治療を最大限までするわけではないという一定の方向性だけは今回のガイドラインで示せたのではないかと考えています。

池田　先ほどガイドラインで記されている治療区分というお話が出ましたけれども、それに関してもう少し詳しくお話しいただけますでしょうか。

寺本　今申し上げましたように、NHCAPに当たる高齢者の肺炎というのは極めてバラエティに富んでいるのです。重症なものから、比較的外来で治療可能なものまで、かなり広範な肺炎が含まれてきます。ですから、肺炎だということが診断できたときに、これを外来で頑張って治療するグループとするのか、入院にするのかということでまず大きく分けます。

さらに、入院症例については、これまでに胃瘻もすでに受けているとか、あるいは何度も肺炎で入院されているという方々は、耐性菌、MRSAを中心とする耐性菌のリスクが増えてきますので、そういうグループかどうかというふうに、またさらに分けます。

さらにそのグループの中で、やはりこの方々については人工呼吸器も使って集中治療するのだというグループと、そこまでは頑張らないグループに分け

て治療戦略を考えてはどうかということが治療区分の大きな柱です。

池田　その治療区分のどのステップにいくかという意思決定はどのようになされるのでしょうか。

寺本　まず肺炎について医師が診断します。その段階で、外来でいけそうか、入院でやるべきかというところを判断すると思うのです。それについて、外来で頑張れそうだというときに、ご家族と、この方は外来で頑張れるので、外来でなるべく頑張りましょう。それが合意できれば外来で頑張りますし、その時点でご家族が「いや、ぜひ入院で」ということであれば、その意思を優先する。

さらに、人工呼吸器を使って集中治療まで行いますかということについて、ちゃんと合意を得て、そこを最初に決めておけば、どのくらいまでこの肺炎と闘うのかということが明確になって、お互い納得したうえで治療が進められるということになりますので、特に1度目の入院ではなくて、何度も肺炎を繰り返されているという方のときに、こういうことをあらかじめ決めておくということはとても大事なことではないかと思います。

池田　どうもありがとうございました。