



2017年1月25日放送

「終末期医療の中での肺炎診療」

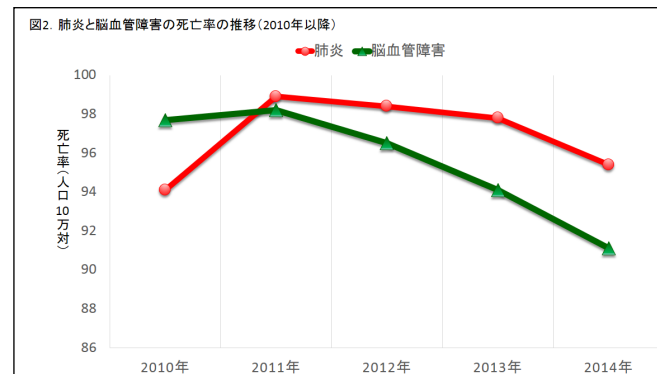
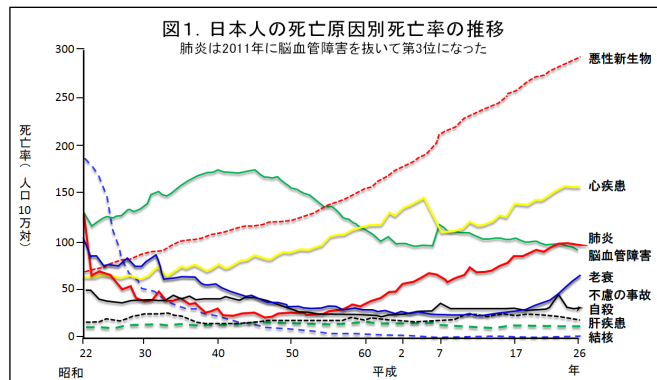
大阪大学 感染制御部教授
朝野 和典

はじめに

最近、障害のある方や高齢の患者さんが施設や医療機関で犠牲になる悲惨な事件が起こっています。人間が生きることの尊さがないがしろにされている、そのような風潮を感じています。一方で、「よりよく生きる権利」と共に、個人には「よりよい死を迎える権利」もできるだけ尊重されなければなりません。そしてこの「よりよい死を迎える権利」は、決して他人が決定するものではなく、あくまでも自分自身である個人が決定するという原則は絶対に揺るがせにはできない前提であることを最初に述べて、今日のお話を始めます。

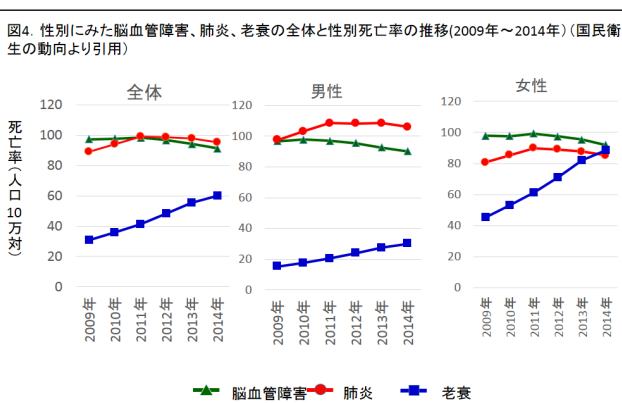
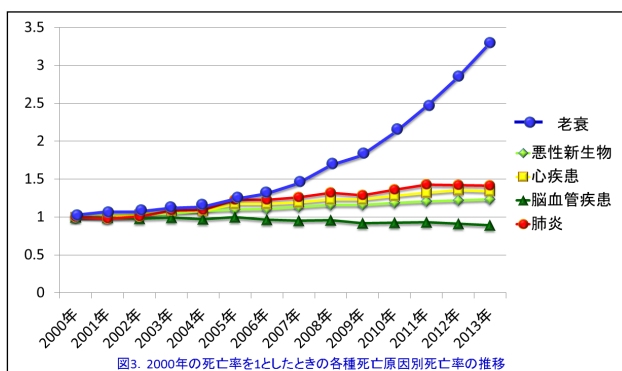
肺炎の疫学から観る日本の医療現場の変化

肺炎は、平成23年に脳血管障害を抜いて、悪性新生物、心疾患に次いで日本人の死亡原因の第3位となりました（図1）。肺炎で亡くなる人の96%は60歳以上の高齢者です。したがって肺炎の死亡率が右肩上がりには上昇するのは、高齢化による相対的な上昇が主な原因です。ところが、詳細にその後の動態を観察すると、肺炎の死亡率は同じく平成23年以降減少傾向に転じています

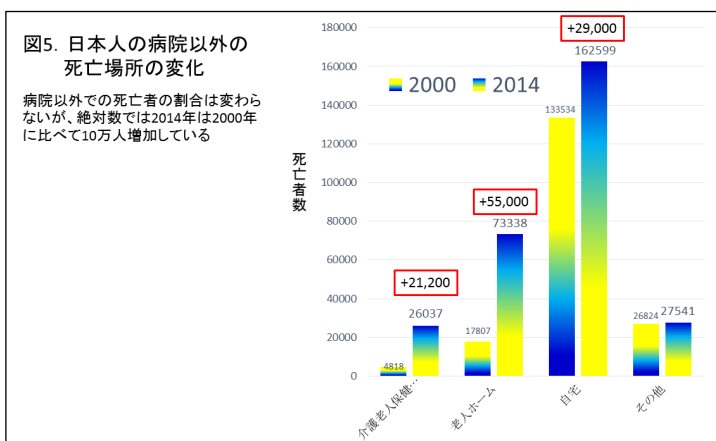


(図2)。その背景には、老衰の急激な増加が起こっており(図3)、女性ではすでに老衰の方が肺炎よりも多い死亡原因となってきたのです(図4)。

この現象は、肺炎の特徴をよく表していると考えます。老衰の終末期には嚥下力の低下などで誤嚥が起こり易く、肺炎を合併することが多くなります。そのような場合、臨床的な診断を肺炎とするのか、老衰とするのかは迷う所です。しかし、在宅や施設にいる高齢者が終末期に病院に搬送されれば、それまでの経過を知らない医師ならば、老衰と診断することは困難で、肺炎と診断することになります。なぜならば老衰はその時点だけの診断ではなく、経過を加味した診断となるからです。しかしながら、現在



死因としての老衰の急激な増加と、肺炎の増加の鈍化、減少傾向への転化は、日本の医療現場の在り様を考察するうえで興味深い現象だと思えます。死亡の場所としての病院と、病院以外の割合は変わらないものの、施設における看取りや在宅による死亡が、実数として増加してきており、多死社会の今後の動向を予想させる現象ではないでしょうか(図5)。



疾患末期あるいは老衰などの終末期における肺炎の考え方

細菌性肺炎そのものは、一般に、抗菌薬によって病因根治的な治療が可能であり、治療すれば大きな後遺症を残すことなく病前の状態に復帰する良性疾患です。一方、不可逆的な進行性の死の過程、すなわちがんなどの疾患末期状態や老衰の過程などの終末期にある人に起こった肺炎は、死亡の契機となったり、病状が改善したとしても病前の状態に復帰できず、むしろ耐え難い苦痛や不快感が持続する、あるいは繰り返す可能性が

あります。このことは研究でも明らかにされています 2)。

このため、治療によって病前の状態に回復する肺炎と、疾患末期や老衰の過程において死に至る進行を早める肺炎とを分けて考えることが必要になります。後者のような患者の肺炎に対しては我が国でも、近年、学会の指針等で、終末期における医療の決定プロセスについて、適切な情報の提供と説明に基づく個人の意思の尊重が示されるようになってきています。

疾患末期・老衰状態の判断

終末期は、救急医療等の急性型、がん等の亜急性型、および高齢者、植物状態、認知症などの慢性型に分類されます 3)。このうち、肺炎の診療において考慮すべきは、亜急性型と慢性型の終末期の患者に併発した場合です。亜急性型とは「病状が進行して、生命予後が半年あるいは半年以内と考えられる時期」と定義され、慢性型は「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義されます。しかし、いずれの定義もそれを判断する医学的エビデンスが不足している現状です。その上で、終末期状態の判断は、複数の専門的知識を有する医師による一致した診断が必要であり、診断結果はその過程も含めて診療録に記録すべきとされています 3)。

わが国において強力な肺炎治療を差し控える根拠となるガイドライン等

老衰の経過中や原疾患末期の終末期に発症する肺炎の診療には、人生の最終段階における医療のプロセス決定についての十分な知識が必要です。

高齢化社会の不可避の医療問題として、厚生労働省は「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」4)を平成 19 年(27 年改訂)に出しています。これに加えて、がん末期などの亜急性型終末期に関しては平成 20 年に出された日本学術会議の「終末期医療の在り方について」3)を、また、老衰などの慢性型については、日本老年医学会の平成 24 年に出した「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」5)を参考として、医療ケアに当たるスタッフは患者個人の意思を十分に尊重し、医療チームとして診療プロセスの決定に当たるべきであるとされています。

個人の意志や QOL を考慮した治療・ケア

先に述べました諸種のガイドライン等に従った肺炎の診療は次のようになります。最善の治療を行っても死が避けられない、あるいはわずかに延命できたとしても「よい日々だった」といえる QOL が保持できないと複数の専門の医師によって判断される患者に起こった肺炎では、人工呼吸器による管理や広域の抗菌薬を用いた強力な肺炎の治療ではなく、緩和医療を優先して行う選択肢もありうることを提示し、本人の意思を確認し、あるいは本人の意思が確認できない場合には、本人の意思をよく知る家族による推定意

思を尊重し、肺炎治療の開始、不開始、選択する抗菌薬の種類を多職種によって構成される医療チームとして決定します。この場合でも、肺炎に伴う不快や苦痛を取り除く緩和的な治療は優先して行うべきです。終末期であっても、十分な情報を提示したうえで、患者本人、またはその意思を推定できる家族が肺炎の根治的な治療を望む場合には、診療ガイドラインの基準に従って、診療を行います。

終末期医療を実践するために必要な準備

これまで、がん末期や老衰における肺炎の診療についての最近の知見について述べてきましたが、このような考え方は、今後日本呼吸器学会の肺炎ガイドラインにも取り入れられる予定となっています。しかし、いままでお話ししたような終末期医療を実際に行うには、いくつかのハードルがあります。例えば、終末期であることを医学的、科学的に判断する複数の専門家による合意が必要です。また、終末期と判断されても、その後の診療方針について決定するためには、多職種によって構成された病院に承認された医療チームが組織され、そのチームが家族を含めて、十分な情報提供と、それに基づく患者の意思を尊重し、患者のQOLの保持を目指すための最善と思われる医療を行うための協議を常に行うことも求められます。今後このようなチームを構成するスタッフの倫理も含めた教育の機会の拡充、さらに、終末期と科学的に判断することの難しさもあり、終末期の病態に関する医学的なエビデンスの集積も必要です。

これらのプロセスは従来のパターンリズムに基づく日本の医療とは大きく異なる患者主体の医療であり、その公正な取り組みには、病院の組織の新たな構築が必要になります。しかし、このようなことは、将来の日本の医療にとって不可避の改革であり、すべての病院の日常臨床で遭遇する機会が多い肺炎の診療というひとつの変化を通して、医療現場が変化して行くことの一助となるものと期待しています。

- 1) 厚生労働省 人口動態統計, 2014 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>)
- 2) Givens JL, Givens JL, Jones RN, et al. Survival and comfort after treatment of pneumonia in advanced dementia. Arch Intern Med.12;170:1102-1107, 2010.
- 3) 日本学術会議 臨床医学委員会終末期医療分科会 終末期医療のあり方について、2008年
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>
- 4) 厚生労働省 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（平成19年発表、27年改訂）
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>
- 5) 日本老年医学会 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として 2012
http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_

番組ホームページは <http://medical.radionikkei.jp/kansenshotoday/> です。
感染症に関するコンテンツを数多くそろえております。