



2019年4月24日放送

## 「高齢者肺炎の在宅医療」

いきいき在宅クリニック 院長 中島 一光

### はじめに

今日私が頂いたテーマは「高齢者肺炎の在宅医療」です。

皆さんもご存じのとおり、日本ではこれまで諸外国に例をみないスピードで高齢化が進んでいます。65歳以上の人口の割合、いわゆる<高齢化率>が21%、すなわち5人に1人を超えると 超高齢社会 とよびます。日本は今から12年前にその超高齢社会に突入しました。そしてその僅か6年後には4人に1人の25%を超え、このまま高齢化が続くことで、将来、令和17年(2035年)には、3人に1人が高齢者になると予測されています。

### 急速に進む高齢化

◆ 超高齢社会の日本

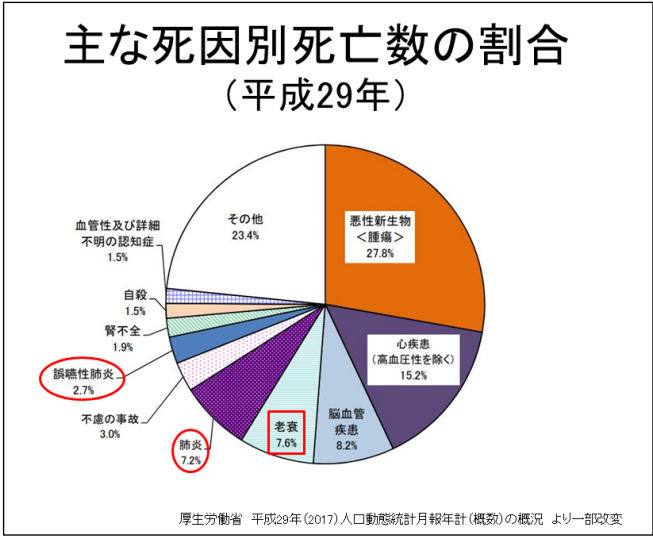
65歳以上の高齢者人口(老年人口)が  
総人口に占める割合を“高齢化率”という

- ・ 高齢化社会 高齢化率 7-14%
- ・ 高齢社会 高齢化率 14-21%
- ・ 超高齢社会 高齢化率 21% 以上

このような急速な人口の高齢化に連れて、当然亡くなる人の数も増加しています。

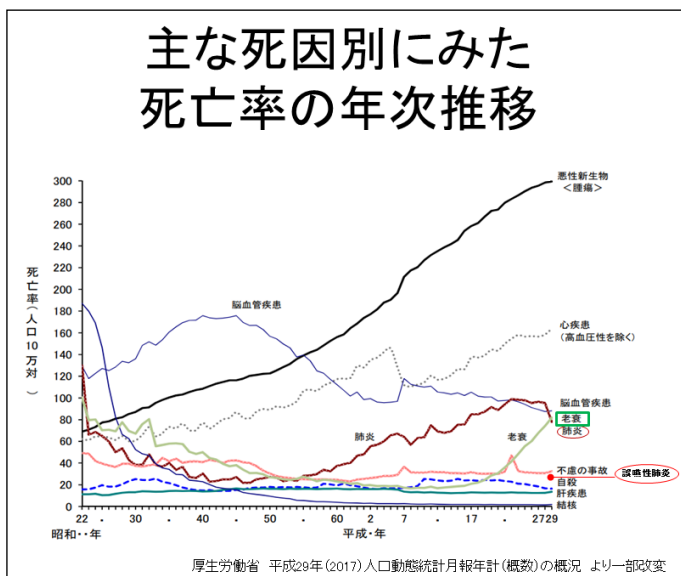
2016年の年間死亡数はおおよそ130万人で、死因別にみると、第1位が悪性新生物、第2位は心疾患、そして第3位が今日お話しする肺炎です。

なお、昨年から、死因の分類項目に「誤嚥性肺炎」が追加されました。それに伴って肺炎は第5位に後退し、誤嚥性肺炎が第7位となって



いますが、両者を合わせるとやはり肺炎は依然として第3位の座を守っています。

ちなみに、第4位は老衰ですが、ここ数年急速にその順位を上げてきました。この”老衰の増加と誤嚥性肺炎の登場はあとで述べる肺炎のガイドラインにもとても大きな影響を与えています。



## ACP

高齢者の肺炎はなかなか治らないし、治ってもすぐに再発して結局命取りになることが多いため、果たして何処まで治す医療を追求するのか、何がその人にとっての最善なのかを、医学的判断だけではなく、本人の希望を中心に据えた話し合いが大切になってきました。

国民ひとりひとりが自分の人生の最終段階について、何処でどのように過ごし、どのような最期を迎えたいのかについて、あらかじめ家族などの近い人たちとともに話し合い、自分の希望について意思表示しておく取り組みを、アドバンス・ケア・プランニングと呼んでいます。

実際、治療しても治らないのなら、病院へ行かず、このまま最期まで家で過ごしたい、と在宅医療を希望する高齢者が着実に増えてきました。

### アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

#### ◆ ACP “人生会議”

人生の最終段階における医療・ケアについて  
本人が家族等や医療・ケアチームと  
繰り返し話し合う取り組みのこと

- ▶ 厚生労働省は、2007年「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」を策定した。
- ▶ それを受けて、本人の意思を尊重する意思決定支援が求められるようになった。
- ▶ 2018年、ガイドラインを“医療・ケアの決定プロセス”として一部を改定した。
- ▶ ACPの愛称を「人生会議」と決め、普及啓発につとめている。

## 成人肺炎診療ガイドライン2017

さて、このような社会的な状況を背景として、2017年に、日本呼吸器学会から「成人肺炎診療ガイドライン2017」が発表されました。

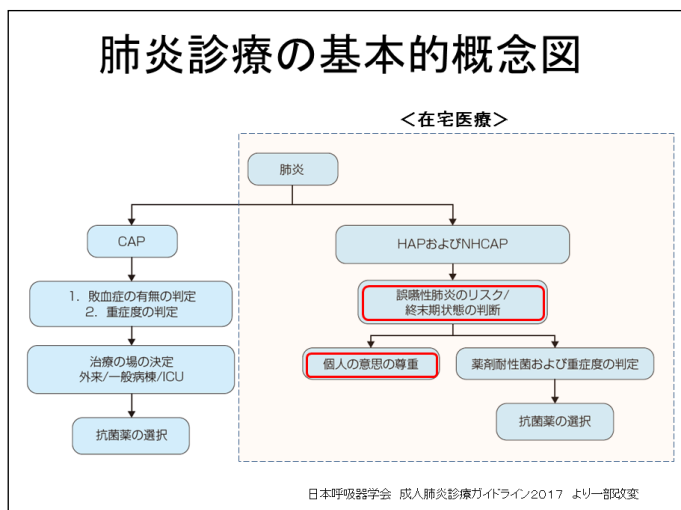
このガイドラインの最も大きな特色の一つは、外部評価委員として高齢者医療の専門家や、在宅医療を担う開業医を入れて、その意見を反映させていることです。

在宅医療を受けている患者の肺炎治療に関しては、まず初めに患者背景のアセスメントを行い、誤嚥性肺炎のリスクに加えて、疾患末期や老衰状態かどうかを判断します。その結果、もし”終末期の肺炎”と判断されれば、治癒を目指した薬物治療ではなく、

患者本人や家族とよく相談したうえで、個人の意思や QOL を尊重した治療・ケアを行うことを推奨しているのです。

実際に在宅医療を受けている患者の多くは、自分で外来通院出来ない状態であり、終末期の患者が多く含まれています。そのような患者を一つの診療群としてとらえ、基礎疾患が無いか、あっても軽微な人たちの市中肺炎とは分けて論じているのです。

ただし、本人が望む場合や、本人の意思が確認出来ない場合には、通常の治療を進めます。また、治療中も継続的に患者や家族の意思を確認し、いつでも診療方針の変更が可能であることを説明し、その機会を保証すること、とされています。



### 誤嚥性肺炎、終末期状態の判断

ここで、1つ気になるのが、誤嚥性肺炎や終末期などの定義です。

ガイドラインでは誤嚥性肺炎を；高齢者の食事摂取に関連して発症すると説明していますが、夜間に多く発生する、唾液や逆流した胃液などによる不顕性誤嚥、との区別も明らかではありませんし、必ずしも誤嚥イコール肺炎とは限りません。

また、終末期を急性型、亜急性型、慢性型の3つに分けて説明していますが、現段階ではそれを判断する医学的エビデンスが不足していることを理解しなければなりません。さらに「終末期の判断には、複数の専門の知識を有する医師による一致した診断が必要である」としていますが、それでは在宅医療に一人で取り組んでおり、患者のことを一番良くわかっている”かかりつけ医”には、終末期の判断が出来ないことになってしまいます。実際の在宅医療の現状からかけ離れており、今後の大きな課題と言わざるをえません。

### 誤嚥性肺炎、終末期状態の判断

◆ **誤嚥性肺炎**

ADLや全身機能の低下、特に脳血管障害を有する場合に認められやすい嚥下機能障害を背景に起きる肺炎で、高齢者の食事摂取に関連して発症する。  
*Mirik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. N Engl J Med. 2001*

◆ **終末期**

- ・ 亜急性型: 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
- ・ 慢性型: 病状が不可逆かつ進行性で、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の状態

日本呼吸器学会 成人肺炎診療ガイドライン2017 より

## エスカレーション/デ・エスカレーション治療

さて、患者背景のアセスメントで”終末期の肺炎”と判断されなかった場合、次のステップは1. 敗血症の有無、2. 重症度の判定、3. 耐性菌リスクの3つを判断して治療方針を決定します。しかし、在宅医療には治療の限界があり、このまま在宅医療を続けるのか、あるいは病院での治療に切り替えるのかを常に適切に判断する必要があります。

敗血症ではなく、重症度も低い患者の場合には、在宅医療の対象となるでしょう。その場合「エスカレーション治療」が推奨されています。すなわち原因菌を想定して、まず”抗菌スペクトラムの狭い薬剤”を投与し、改善がみられない場合には、必要に応じてより広域スペクトラムの薬剤へ”エスカレーション”していくという治療です。

これに対して敗血症や重症度が高い場合、また耐性菌のリスクが高い場合には、「デ・エスカレーション治療」、すなわち、想定される原因菌をカバーする広域スペクトラムの薬剤から初期治療を開始し、原因菌が判明したり、全身状態の改善を確認できれば、抗菌スペクトラムの狭い薬剤へ”デ・エスカレーション”する治療を行います。

しかし通常このような重症患者の治療は、在宅治療の限界を超えており、本人と家族に説明してそのまま自宅で看取る覚悟があるのか、なければタイミングを逃さず、病院での入院治療をお勧めすることになるでしょう。

エンピリック治療での抗菌薬選択	
1. 敗血症(-)で 2. 重症度が低い かつ 3. 耐性菌リスク(-)の場合	<b>→ エスカレーション治療</b> まず狭域スペクトラムの抗菌薬を投与し、無効の場合に 広域スペクトラムの抗菌薬にエスカレーションさせる治療
1. 敗血症(+)または 2. 重症度が高く または/かつ 3. 耐性菌リスク(+)の場合	<b>→ デ・エスカレーション治療</b> 広域の薬剤で初期治療を開始し、可能であれば 狭域の薬剤への変更を考慮する治療

日本呼吸器学会 成人肺炎診療ガイドライン2017 より

## 高齢者肺炎の予防

さて、最後に肺炎の予防についてお話します。高齢者にとって一旦発症してしまうと命取りになるかもしれない肺炎ですから、何よりも予防が大切です。

まず誤嚥性肺炎の予防には、摂食・嚥下リハビリテーションによって誤嚥そのものの改善を目指します。しかしそれでも避けられない誤嚥に備えて、常に口腔内をきれいに保ち、気道に進入する細菌量を減らす努力を忘れてはなりません。実際に、食事するたびに誤嚥を繰り返しているにもかかわらず、口腔ケアを徹底することで、肺炎を起こさない患者が何人もいます。誤嚥イコール肺炎ではない、と驚かされます。歯磨きで虫歯が予防できるように、口腔ケアで肺炎が予防できるのです。

次に細菌感染による肺炎の予防ですが、これにはワクチンが有効です。インフルエンザウイルスなどの先行感染があると、気道上皮では 菌が結合できる受容体の発現が高まり、細菌性肺炎を合併する割合が高くなることから、インフルエンザワ

ワクチンも大切です。また在宅医療で検出される肺炎の起炎菌の多くが肺炎球菌であることから、肺炎球菌ワクチンとの併用接種が強く推奨されています。

現在、成人用の肺炎球菌ワクチンには、定期接種にも使われる 23 価の莢膜多糖体ワクチンと、最近使われるようになった 13 価の結合型ワクチンの 2 つがあります。

前者は、” 侵襲性 ” 肺炎球菌の約 8 割をカバーできますが、免疫記憶を確立しないため 5 年毎の追加接種が必要となります。それに比べて 13 価ワクチンは 6、7 割のカバー率ですが、結合型ワクチンとして T 細胞も活性化して高い免疫応答を示すとともに、免疫記憶も確立します。

呼吸器学会と感染症学会の合同委員会は、どちらか一方のワクチンではなく、接種間隔をあけて両方のワクチンを打つことを強く推奨しています。私は公費補助が受けられる定期接種対象者には、まず 23 価ワクチンを打ち、その 1 年後に一回 13 価ワクチンを打つようにしています。あとは初回から 5 年毎の 23 価ワクチンの追加接種を忘れないようにします。一方、公費補助対象ではない人には、まず 13 価ワクチンから接種を検討します。

患者に肺炎球菌ワクチンを勧める最善のタイミングは、インフルエンザワクチンを打つときです。この両者をセットで接種することが強く推奨されており、希望があれば右と左の上腕にそれぞれ 1 本ずつ、同日同時接種も可能です。なお 13 価ワクチンは高齢者の場合、筋肉内注射することとなっていますのでご注意下さい。

## 高齢者肺炎の予防

### ◆誤嚥性肺炎の予防

- 摂食・嚥下リハビリテーション
- 口腔ケア

### ◆細菌性肺炎の予防

- 先行感染の予防
  - インフルエンザワクチン
- 肺炎球菌ワクチン
  - 23 価莢膜多糖体ワクチン
    - 侵襲性菌型の約 8 割をカバーする
  - 13 価結合型ワクチン
    - 高い免疫応答、免疫記憶も確立する

以上、今日は「高齢者肺炎の在宅医療」についてお話をさせていただきました。