

---

---

## 《座談会》

# 肺炎を中心とした呼吸器感染症 診療ガイドラインの今後の展望

—より質の高い診療ガイドライン作成を目指して—

長谷川好規 (司会)

名古屋大学大学院医学系研究科呼吸器内科学 教授

河野 茂

長崎大学病院 病院長

朝野和典

大阪大学医学部附属病院感染制御部 教授

吉田雅博

国際医療福祉大学臨床医学研究センター 教授

公益財団法人日本医療機能評価機構EBM医療情報部  
(Minds) 部長

---

---

2011年8月、日本呼吸器学会より「医療・介護関連肺炎（NHCAP）診療ガイドライン」が発行された。市中肺炎（CAP）および院内肺炎（HAP）ガイドラインは、既に2007年と2008年に改訂版も発行されているが、CAPとHAPの中間的な存在となる介護施設などで発症する肺炎を対象として、我が国独自の保険形態にマッチしたガイドラインとしてNHCAPガイドラインが策定された。この策定により、本邦での肺炎の定義を見直すことで、ガイドラインが目指す「診療の質の向上を図り、国民の健康を増進すること」へ、さらに近づいたものと考えられる。一方、ガイドラインは近年、エビデンスはもとより、その検索方法や、対象および利用者の明確化など様々な点から「質の高さ」が求められている。そこで本座談会では、肺炎を中心とした「呼吸器感染症診療ガイドライン」がさらに広く有効利用されるために、日本呼吸器学会ガイドライン施行管理委員会の前委員長である名古屋大学 長谷川先生、日本呼吸器学会にて作成

した各種感染症診療ガイドラインの作成委員長である長崎大学 河野先生，同作成委員である大阪大学 朝野先生，日本医療機能評価機構 EBМ 医療情報部 Minds 医療情報サービスガイドライン主幹担当者である国際医療福祉大学 吉田先生より，現状のガイドラインにおける課題および将来展望等について討議いただいた。



長谷川好規 博士

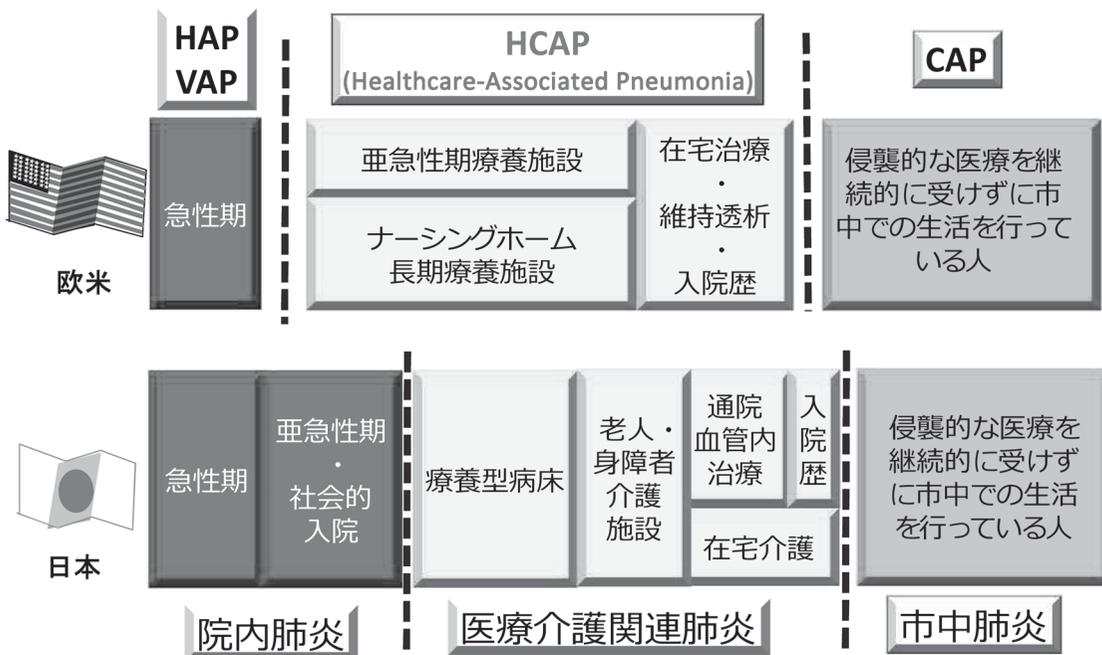
■ 米国とは異なる日本の医療制度を背景に、肺炎概念の統一を目指したNHCAPガイドライン

【長谷川 (司会)】私は2012年4月までの4年間，日本呼吸器学会ガイドライン施行管理委員会の委員長を務めてまいりましたが，この間にガイドラインの与える影響はますます大きくなり，“社会的”な指針となってきました。そのため，昨今ではガイドラインの質をいかに担保するかが大きな課題となってきています。

学会としては，ガイドライン作成のための手順を明確化し，整備してきたわけですが，そのような状況の中，NHCAPガイドラインが新たに策定されました。まずは，このNHCAPガイドラインに着目し，ガイドライン作成の経緯について，実際に手腕を振るわれた朝野先生よりお話を伺いたいと思います。

【朝野】従来肺炎は，大きく分けてCAPとHAPの2種類に分類され，それぞれ治療戦略が立てられてきました。しかし，米国においてCAPの中に「死亡率や薬剤耐性菌の頻度が高い群」の存在が指摘され，2005年に米国胸部疾患学会と米国感染症学会の合同委員会 (ATS/IDSA) によって「医

図1. 肺炎の分類の世界標準への再編成



療ケア関連肺炎 (HCAP: Healthcare-Associated Pneumonia)」という概念が新たに提唱されました<sup>1)</sup>。これを受けて、日本でもCAPとHAPの間に存在する肺炎について検討を始めたのですが、そもそも日本では社会的入院や療養型病床などのベッド数および入院患者が多いことなど医療背景が根本から異なるため、米国とはCAPとHAPに含まれる患者群が異なっている点が問題となりました。そこで、日本における肺炎の分類を世界的な概念に揃えるのか、それとも日本独自の実態に合わせるのかについて、河野先生を中心とするガイドライン委員会などで様々な議論を行いました。結果として、まずは概念の統一を目指し、そこから実臨床との整合性を図っていくこととなりました。例えば、従来はCAPに分類されてきた在宅介護患者や、HAPの療養型病床患者に発症する肺炎をNHCAPに含めることで、いわば肺炎分類の世界標準への再編成が行われたものと考えます (図1)。このように現状のCAPおよびHAPの一部をNHCAPとして定義したため (図2)、CAPとHAPのガイドラインを改訂する必要も出てきま

したが、改訂によりそれぞれのガイドラインに含まれていたヘテロな患者群が対象から除かれ、ガイドラインが一層使いやすいものになるでしょう。

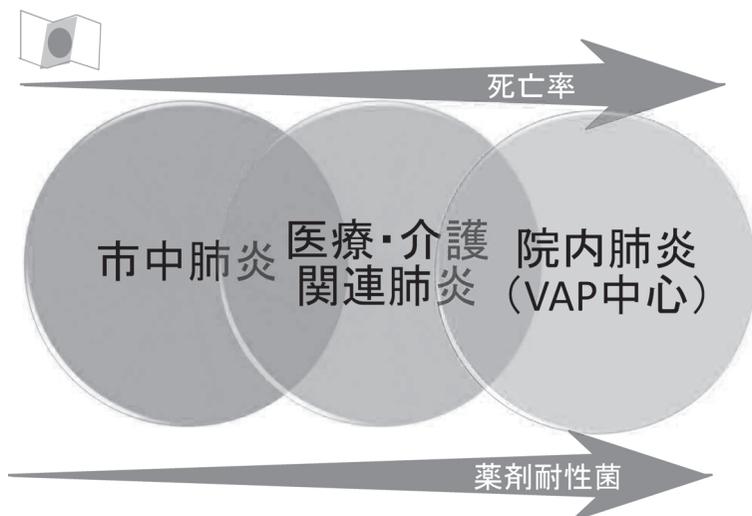


朝野和典 博士

## ■ NHCAPガイドラインは、医療倫理や生命倫理の観点が組み込まれた

【朝野】NHCAPガイドラインを策定する上で、もう一つ課題となったのが、対象の多くを占める高齢者の予後についてです (表1)。肺炎によって死亡するのは、ほとんどが高齢者ですが (図3)、その原因の一つとして「不適切な抗菌薬治療」が挙げられています<sup>2)</sup>。このため、ガイドラインの目的である肺炎の予後改善のために、リスクの高い集団をNHCAPとして抽出し、「初期から広域抗菌薬を投与し、短期で投与を終了するなど、適正な抗菌薬治療を行う」ことの重要性を含んでいます。この考えは当然ながら多くのエビデンスを

図2. JRS NHCAPガイドラインの根本概念



基に作り上げられていますが、はたして「高齢者の診療をエビデンスのみに基づき方向づけて良いのか」という点が議論の対象となりました。このため、従来のCAPおよびHAPガイドラインでは触れられていない医療倫理や生命倫理の観点、NHCAPガイドラインでは初めて組み込んでいま

す。具体的には、NHCAPガイドラインでは従来の重症度では無く、それを含む「治療区分」を設定しましたが(図4)、治療区分の決定について、Summaryに「患者家族や関係者とよく話し合っ治療目的の共有を図る」と記載しています。すなわち現場の主観的な判断を重要視し、エビデンス

表1.

### NHCAPガイドラインの目的⇒高齢者肺炎診療の質の向上⇒予後の改善

- 肺炎で亡くなるのはほとんど高齢者である。
- 本ガイドラインは、高齢者の肺炎の予後を改善することを目的とする。
- 高齢者の肺炎が予後が悪くなるのは、薬剤耐性菌の分離率が多くなるためである。
- そのため、不適切な抗菌薬治療が行われ、予後が不良となる。
- 薬剤耐性菌による肺炎の確率の高い集団を特定し(NHCAP)、初期から広域抗菌薬を投与することで適正な抗菌薬治療を行い、予後を改善する。

図3. 人口10万人対肺炎死亡率(平成19年度)

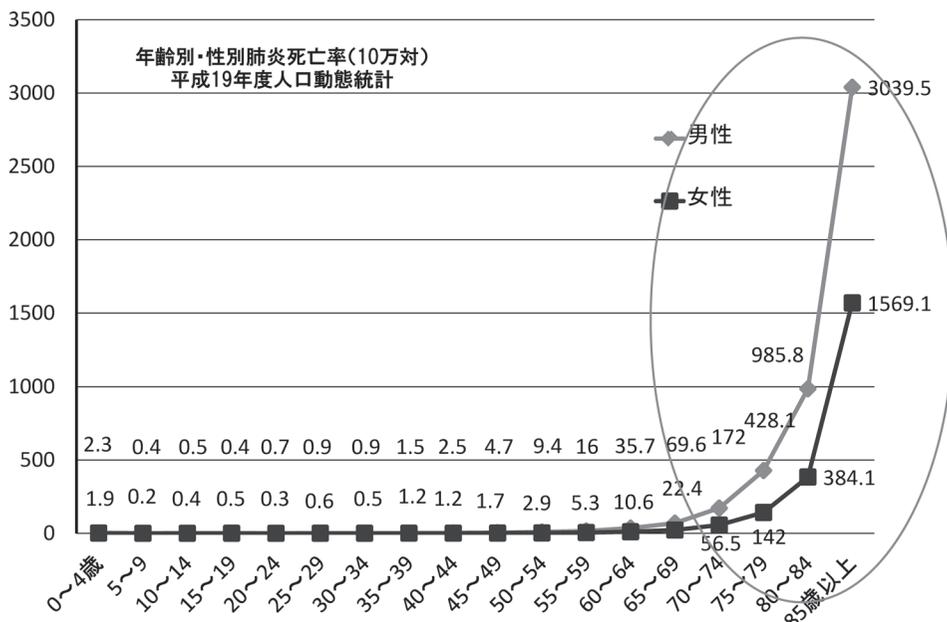
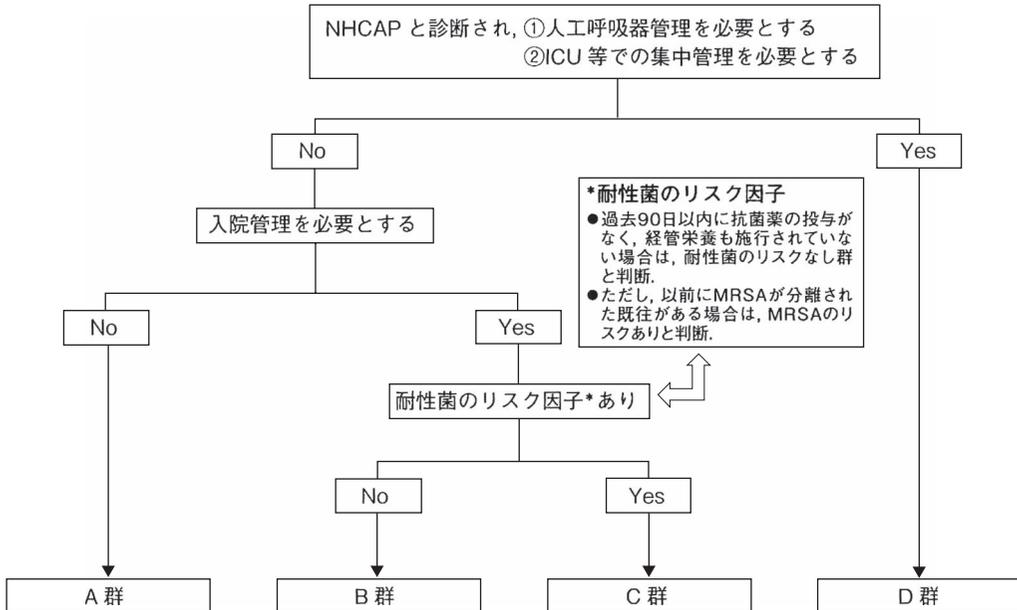


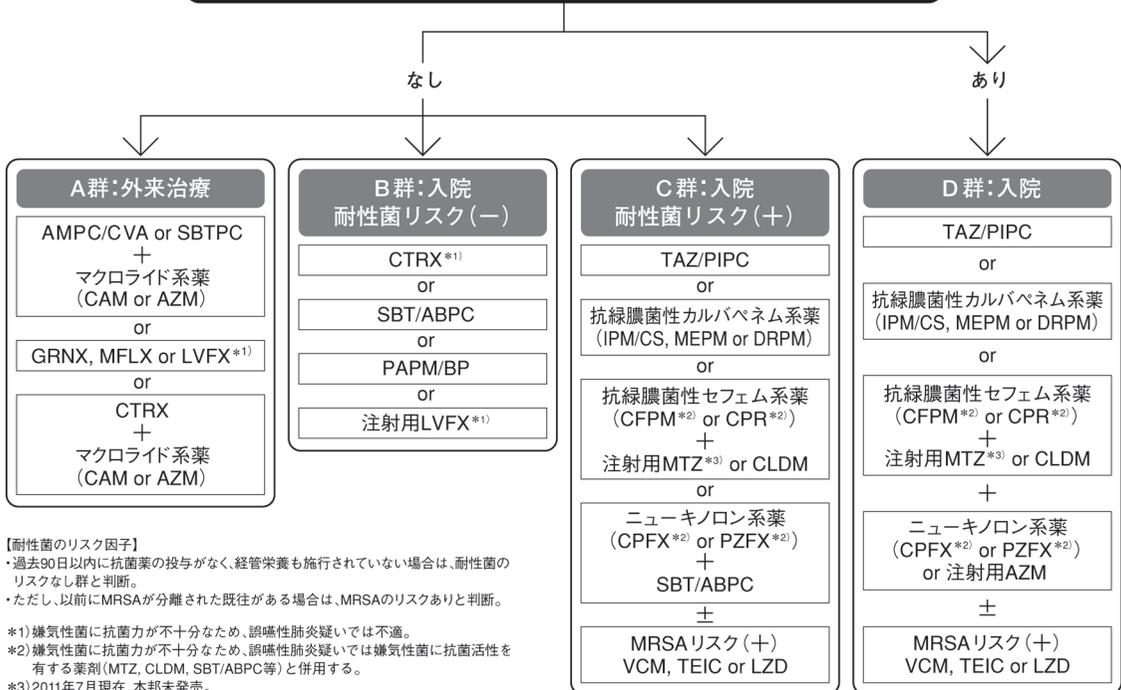
図4. 治療区分アルゴリズム



日本呼吸器学会：医療・介護関連肺炎診療ガイドライン，2011，p.9

図5. 抗菌薬選択の実際

重症で、人工呼吸器装着などの集中治療を考慮する状況



日本呼吸器学会：医療・介護関連肺炎診療ガイドライン，2011，p.23



河野 茂 博士

を超えた形で、患者本人や家族、介護者の意思を尊重しつつ治療内容を決定する方針を示したことが、NHCAPガイドラインの大きな特徴となっています。治療区分が決定された後の治療

内容については、エビデンスを基にシステムティックに決定されますが(図5)、一方で患者本人、あるいは患者の家族が治療を希望しない場合には、区分に該当する治療を行わないといった自由意思に基づいた決定をするなど、治療を実施しないといった判断をするケースも認められるものと考えられます。

## ■ 最初の呼吸器感染症診療ガイドラインは、“教育”を強く意識して策定された

【長谷川】近年、呼吸器感染症そのものに対する考え方が変化し、その中でガイドラインのあり方も大きく変わってきている印象を強く受けますが、これまでのガイドラインの歴史を切り開いてこられた河野先生はどのようにお考えですか。

【河野】川崎医科大学名誉教授の松島敏春先生が中心となり、2000年に市中肺炎、2002年に院内肺炎、2003年に慢性気道感染症のガイドラインが策定されました。松島先生はガイドライン作成にあたり、教育面を非常に重視されていました。例えば市中肺炎ガイドラインの作成においては、当時欧米では鑑別不能と考えられていた細菌性肺炎と非定型肺炎を、日本では区別して考えることをご提案されました。このように教育に対する思いはその後のガイドライン作成・改訂時にも踏襲されてきました。

ここ10年の経過を見ますと、ガイドライン作成においてはグローバルスタンダードを念頭に置

きながら、わが国独自の考え方を生かすという方法でガイドライン作成は進んできました。また、このように作成されたガイドラインを全国レベルで速やかに検証することにより、呼吸器学会でも感染症に対する関心がより一層高まり、それと同時に日本独自のエビデンスが数多く蓄積されることとなりました。この点は、松島先生も誇りにされていました。CAPおよびHAPのガイドラインは、このように作られたエビデンスを基に改訂され、「原因微生物の推定」と「重症度」の両輪から非常に論理的に構築されたガイドラインであると考えます。一方、先ほど朝野先生が解説されたように、NHCAPガイドラインでは、日本独自の介護医療の実態や、高齢者患者群の多様性から初診時の重症度判定が困難な部分もあり、治療区分と倫理的な概念の導入に至りました。

## ■ 医療情報サービス (Minds) におけるガイドライン評価のポイント ～作成方法が中立的且つ公平であるかどうか～

【長谷川】呼吸器感染症ガイドラインの歴史、また作成時の信念といった部分を河野先生より解説いただきましたが、大変興味深かったのは、最初のガイドライン策定時に教育を重要視されて、その後臨床現場からのフィードバックや、世界との整合性、新たなエビデンスの組み込み方、日本独自の医療制度や倫理面など、様々な要素を考慮しつつガイドラインが進化している点です。これらガイドライン全体の在り方について、日本医療機能評価機構において、各種ガイドラインの評価や普及活動に携わっておられる吉田先生よりお話を伺いたと思います。

【吉田】本日私は、医療情報サービス“Minds”の一員としての立場から、話をしていきたいと考えます。Mindsとは、質の高い医療の実現を目指

図6. 医療情報サービス “Minds” (マインズ) の概要

Minds(Medical Information Network Distribution Service)は、公益財団法人日本医療機能評価機構が運営する事業であり、厚生労働科学研究費補助金を受けて平成16年5月から一般公開を開始した。平成23年度からは、厚生労働省委託事業:EBM(根拠に基づく医療)普及推進事業として継続している。



目的

質の高い医療の実現を目指して、患者と医療者の双方を支援するために、診療ガイドラインと関連情報を提供する。具体的には、患者と医療者が、充分に科学的合理性が高いと考えられる診療方法の選択肢について情報を共有し、患者の希望・信条や、医療者としての倫理性、社会的な制約条件等も考慮して、患者と医療者の合意の上で、最善の診療方法を選択できるように、情報面からの支援を行う。

情報提供の基本方針

- 可能な限り科学的根拠を明示すること
- 医療における実践面を重視し、科学的根拠のみでは判断困難な状況もあることを十分に考慮すること
- 患者と医療者の双方への情報提供によって合意形成を支援すること
- 診療ガイドラインの作成等を担当する専門家を情報面で支援すること

公益財団法人 日本医療機能評価機構: <http://minds.jcqh.or.jp/n/top.php> より引用

して、患者と医療者の双方を支援するために、診療ガイドラインと関連情報を提供する厚生労働省委託事業です(図6)。具体的には、日本で作成、公開されているすべての診療ガイドラインを対象として、可能な限り広く情報を収集しガイドラインを評価する指標となる「AGREE II\* (表2)」などのシステムを用いて、ガイドラインを評価する体制を構築し、ガイドラインの質の向上のためのフィードバックとともにより良い診療に役立つよう情報提供を行うことを目的としています。もちろんNHCAPガイドラインに対しても評価が行わ

れております。今後さらに優れたガイドラインを作成していただくために、作成グループが希望すれば自身のガイドラインの評価結果は作成グループである先生方へ、フィードバックされる運びとなっています。

ガイドラインの評価というのは、実は先生方が最もエネルギーを注がれた“具体的な診療内容”については、あまり踏み込んでいません。評価のポイントは、作成方法が理にかなっているか、すなわち、質が高く、中立的で、公平な内容かどうか重要となっています。

\*: AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) IIとは、ガイドラインに関する国際的な研究組織である“AGREE共同計画”によって作成され、診療ガイドライン作成に用いられるエビデンスの質と推奨の質を様々な点から評価するチェックリストである。その本来の目的は、評価や順位付けではなく、診療ガイドラインを作成するためのポイントを示し、より質の高い臨床で役立つガイドラインを作成していただくことにある。2001年にAGREEが発表され、2010年にその改訂版であるAGREE IIが発表された。

表2. AGREE IIの評価項目  
各項目について7段階で評価

1 Strongly Disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly Agree
------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

①対象と目的

- 項目1. ガイドライン全体の目的が具体的に記載されている。  
 項目2. ガイドラインで取り扱う臨床上の問題が具体的に記載されている。  
 項目3. どのような患者を対象としたガイドラインであるかが具体的に記載されている。

②利害関係者の参加

- 項目4. ガイドライン作成グループには、関係するすべての専門家グループの代表者が加わっている。  
 項目5. 患者の価値観や好みが十分に考慮されている。  
 項目6. ガイドラインの利用者が明確に定義されている。

③作成の厳密さ

- 項目7. エビデンスを検索するために系統的な方法が用いられている。  
 項目8. エビデンスの選択基準が明確に記載されている。  
 項目9. 根拠全体の強さと限界が明確に記載されている。  
 項目10. 推奨を決定する方法が明確に記載されている。  
 項目11. 推奨の決定にあたって、健康上の利益、副作用、リスクが考慮されている。  
 項目12. 推奨とそれを支持するエビデンスとの対応関係が明確である。  
 項目13. ガイドラインの公表に先立って、外部審査がなされている。  
 項目14. ガイドラインの改訂手続きが明示されている。

④提示の明確さ

- 項目15. 推奨が具体的であり、曖昧でない。  
 項目16. 患者の状態に応じて、可能な他の選択肢が明確に示されている。  
 項目17. どれが重要な推奨が容易に見分けられる。  
 項目18. 利用のためのツールが用意されている。

⑤適用可能性

- 項目19. 推奨の適用にあたって予想される制度・組織上の障害が論じられている。  
 項目20. 推奨の適用に伴う付加的な費用(資源)が考慮されている。  
 項目21. ガイドラインにモニタリング・監査のための主要な基準が示されている。

⑥編集の独立性

- 項目22. ガイドラインは特定の資金源に頼ることなく作成された。  
 項目23. ガイドライン作成グループの利益相反が記載されている。

全般評価

1. ガイドライン全般の評価。

1 Lowest possible quality	2	3	4	5	6	7 Highest possible quality
---------------------------------	---	---	---	---	---	----------------------------------

2. ガイドラインを推奨できるか。

Yes	
Yes, with modifications	
No	

## ■ ガイドライン中に患者の意思の尊重をどこまで記載すべきか

【吉田】今回、NHCAPガイドライン策定の経緯を伺って「患者の意思を反映する」ことについて、非常に活発な議論がなされた上でこのガイドラインが完成した点に感動しています。ただし、議論について記載があることが、ガイドラインを評価する上で重要なポイントとされていますが、実際のディスカッションに比べ記載された内容が若干少ない印象があります。

【長谷川】おそらく作成委員の先生方も、倫理的な側面が強い患者の希望について、ガイドラインにどこまでディスカッション内容を記載すべきか躊躇された部分もあろうかと思えます。

【河野】例えば、「治療方針は“自立尊重”の観点から、患者およびその家族と個人の生活歴、家族歴を最もよく理解している主治医が患者およびその家族の意思を尊重し、判断する」とガイドラインに記載されていますが、この記載では不十分なのでしょうか。

【吉田】ここはAGREE IIにおける項目5として評価される部分ですが、推奨される書き方として、患者や家族からどのような方法で意見や情報の収集を試みたか、また収集した内容をいかにガイドラインの中に反映したかということについての記載が必要です。NHCAPガイドラインは、患者の好みや価値観について十分に考慮された上で作成されていますので一定の評価は得られますが、意見収集の具体的な方法や患者が、ある治療を希望した場合の具体的な対応などの記載があれば評価はより高くなります。さらに患者がエビデンスに乏しい治療を希望する際には、「十分なインフォームド・コンセントを得るように努力すべき」との旨も記載された方が良いとされます。

【朝野】日本では、例えばDNR (Do Not Resuscitate) といった蘇生や集中治療を行わないという

意思表示が未だ一般的ではありませんが、一方で英国においては半数以上のHCAP患者が集中治療を受けないと既に意思表示をしているとされます。仮に日本でも、将来的に同様の意思表示が事前になされることになれば、ガイドラインへの記載も容易なのですが。



吉田雅博 博士

【吉田】この点については是非ともNHCAPガイドラインに記載していただければと考えます。すなわち、「患者の希望に関する日本の現況について情報収集を行ったが、日本ではDNRなどの地盤が確立されていないため、情報を十分蓄積することは困難であり、この点は将来的な課題である。」として記載すべきではないでしょうか。ガイドラインの評価は記載されている情報のみで行われます。様々な情報収集の努力や議論の集積が存在したにもかかわらず、そのことについて触られていないのは、非常に惜しいことだと感じます。

【朝野】今回治療区分を採用した背景に、例えばエビデンスに基づいた重症度を指標にして入院が必要と判定される状態でも、在宅診療を希望される患者さんであれば、それを尊重すべきという意図が含まれていますが、具体的にそこまで記載していません。

【吉田】AGREE IIでは、項目16に「患者の状態に応じて、可能な他の選択肢が明確に示されている。」とありますが、「治療を受けない」という選択肢についても記載したガイドラインが望ましいとされます。

【河野】本来ならば治療の差し控えについても記載したかったのですが、今回は倫理的な面を入れるに留め、そこまで踏み込めなかったというのが実状です。

【吉田】確かに今の日本では、治療を行わない

選択肢が記載されているガイドラインは極めて稀です。また、患者の意向を反映するといった記載も、やはり稀です。本来、EBMは「エビデンス」・「患者の意向」・「医療者の専門性」の3つより構成されているものなので、これらを常に意識しなければならないのですが、しばしばエビデンスのみが強調されてしまい、エビデンスに基づいていない内容は記載すべきではないと誤解されているのではないかと考えています。

## ■ ガイドラインが客観的に作成されているか、“読み取れる形式をつくる”ことが重要

【長谷川】ガイドラインの作成にあたってはエビデンスに基づいて客観的に、という思いが強すぎる傾向は確かにあるかもしれません。例えばエビデンスの収集や選択方法についてご指摘はありますか。

【吉田】エビデンスについては、網羅的・系統的で偏りがなく中立的に論文を探して採択したかという点が重要となります。AGREE IIでは項目7と8になりますが、論文の検索について、どのようなデータベースを用いて、検索期間はいつからいつまでで、どのようなキーワードで検索したか、ということについての記載が求められます。論文の採択についても、システムティック・レビューなどエビデンスレベルの高い順番に採択したという記載があることが望ましいです。採択すべき論文がなかった場合には、その旨記載することも必要です。また、エビデンスから導かれることが多い推奨度については、決してエビデンスレベルが推奨度に直結するものではないと強調したいと思います。日本の現状、エビデンスの有無、保険適用問題や患者意見など様々な要素について「すべてを勘案して推奨度を決定した」との記載が望まれます。また、公聴会やパブリックコメン

トなど外部からの意見に関する記載も重要となります。一方、NHCAPガイドラインでは、将来計画として基本的に5年間隔で日本呼吸器学会が学会員の意見や国際的なガイドラインなどを基に改訂すると、大変具体的に記載されていますので、この部分は高評価になると思われます。

【長谷川】日本のガイドラインの場合、専門家が客観的な立場で十分注意して作成していますので、内容的な問題は少ないと考えますが、それを読む立場から、実際に客観的に作成されているか“読み取れる形式をつくる”ことが、重要ということですね。

## ■ ガイドラインは、ひとたび発行されれば、訴訟における資料として用いられる可能性を含む

【吉田】その他の点としては、近年、資金源や利益相反が重要な課題になりつつありますが、NHCAPガイドライン作成に当たっては呼吸器学会が全額制作費を負担したのでしょうか。

【長谷川】その通りです。他団体から資金を受け取っておりません。資金源について記載していません。

【吉田】その場合は、日本呼吸器学会が制作費を全額負担した点と、どこからもサポートを受けていないという2点の具体的な記載が必要と考えます。一方、海外では一般的ですが、例えば製薬企業などからの資金提供により制作されたガイドラインであっても、それは決して望まれないのではなく、産学連携の一環として協力の上作成されたと考えるべきです。しかし、読む方がそれを判断できる明確な記載をガイドラインに盛り込むことが強く求められます。

【河野】ガイドラインを策定する際に、読者対象の設定について議論になりますが、例えばNHCAPガイドラインでは、専門医よりむしろ一

般医師を対象としており、介護老人保健施設の医師は除くべきかといった部分が判断に悩む点です。

**【吉田】** 通常、河野先生のお考えの通り、ガイドラインは専門医以外のプライマリーケアなどの医師に向けて作成される場合が多く、実際のニーズも高いと推察されます。もちろん、専門医向けのガイドラインも作成可能ですが、いずれにしろ対象を明確に設定する点が極めて重要となります。

**【河野】** 対象の設定と無関係ではないと思われませんが、各種疾患のガイドラインが盛んに作成され始めた当初、ガイドラインが裁判の資料として用いられることに対する危惧がありました。ガイドライン通りの治療を行わなかった際に、訴えられてしまうリスクに関して、最近の動向はいかがでしょうか。

**【吉田】** ガイドラインが発行されている以上、裁判の資料として提出されることは覚悟しなければならぬと考えられます。多くのガイドラインに「裁判で用いられることは本意ではない」と記載されていますが、その記載はあまり効力をもたないようです。ただし現在は、法曹界関係者もガイドラインを相当勉強されており、診療ガイドラインの内容に則っていないから訴えるというケースは稀だとされています。現状では裁判においてガイドラインは重要な資料ではあるものの、実際の判例では、インフォームド・コンセントなど主治医と患者とのやり取りが重要視されています。

**【長谷川】** EBMでは、エビデンスと医師の臨床的技能を踏まえた上で、患者さんの価値を統合して診療するというのが、最も重要な根幹であり、ガイドラインもそのような理念の産物ではないでしょうか。それゆえ、ガイドラインが訴訟時の主たる根拠になることはないだろうと、私は考えているのですが。

**【吉田】** 専門医の場合、ガイドラインの内容を十分理解して患者に治療内容を説明し、仮に患者

の希望が自分の能力を超えていけば、より専門性の高い施設に紹介することが求められます。一方、日々多様な患者を診療する開業医に対しては、そこまでガイドラインの内容を把握する必要はないのではないかという意見も聞かれます。施設によって、時代によって、医師の診療する立場によって、ガイドラインの位置づけは変化すると考えるべきでしょう。しかしながらその存在は大きいいため、例えば2011年にこのNHCAPガイドラインが発行された以上、介護施設でMRSAが分離されたらバンコマイシン (VCM) などの抗MRSA薬を使用するとか、緑膿菌が関与していれば、抗緑膿菌活性を有する例えばメロペネム (MEPM) のような推奨された薬剤を用いるとか、基本的にNHCAPガイドラインの推奨診療を考慮した上で治療を実施しないと不利な状況に陥る可能性が生じるということです。それは、このガイドラインの責任でもありますし、併せて担当医の勉強を押し進める教育的な部分も求められることとなります。

## ■高齢者における肺炎死亡の背景に、PEG造設の存在も

**【長谷川】** ガイドラインは、必然的に社会的な要素を伴ってきたと考える必要があります。現在では、患者本人や家族が治療決定する際の一つの支援ツールとしての役割も担い始めているようですが、朝野先生が悩んでおられた点もその辺りにあるのではないのでしょうか。

**【朝野】** 患者さんの意思の問題、そして肺炎で死ぬとはどういうことかについて、ガイドラインに採択されたエビデンスから少し乖離する可能性もありますが、もう一度見直してみる必要があると思います。現在、日本の人口は約1億3,000万人で、高齢化の進行により、肺炎の死亡率は増加傾向にあり、2011年に脳血管障害を抜いて第3位に

なりました(表3)。そして、年間12万人の方が肺炎で亡くなっているわけですが、実はその背景には「胃瘻(PEG)造設患者」が、非常に多く含まれています。我々の試算では、年間6万人、すなわち肺炎死亡者の約半数はPEG造設患者と推察されます(図7)。欧米の学会においてPEG造設は決して推奨されておらず、例えば高度の痴呆や意識状態の非常に悪い脳血管障害の方へのPEG造設は望ましくないとされていますが、日本ではむしろ認知症の高齢者に対するPEG造設が多いと言われています<sup>3)</sup>。

NHCAPガイドラインでは介護施設患者を対象

表3. 日本の高齢者肺炎の現状

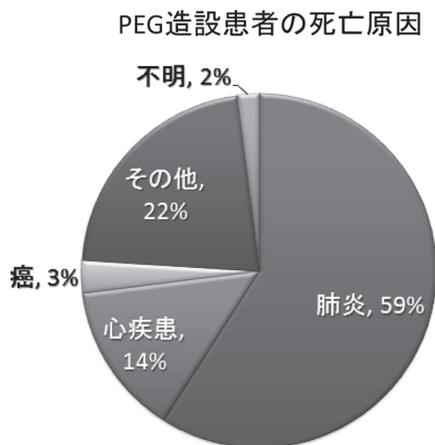
- 日本の人口 1億2805万人(2010年)
- 日本の高齢化率(65歳以上人口)23.1%(2958万人)(2010年)
- 日本の肺炎死亡率は増加傾向にあり、2011年に脳血管障害を抜いて第3位になった。
- 全人口の肺炎死亡率は約10万対100
- 65歳以上高齢者の肺炎死亡率は10万対400
- 高齢者の肺炎死亡数/年  
 $2958万 \div 10万 \times 400 \div 100 = 120,000人$

に含めていますので、果たしてPEG造設患者に広域抗菌薬を投与しても良いのかという問題も、エビデンスではなく、倫理、あるいは医療のあり方としての課題かと感じます。今回、我々は米国のHCAPガイドラインと概念をある程度統一する目的も含めてNHCAPガイドラインを作成しましたが、それらを側面から見ると、実はQOLや生命倫理の観点が全く異なる点が浮かび上がります(図8)。今後は、日本においても、ガイドライン上で「治療を差し控える」という選択肢も、社会医学的なアプローチを含めて、記載すべきではないでしょうか。

【河野】「治療を差し控える」というのは、安楽死にまでつながりますので、高齢化社会の中で、肺炎という領域でどこまで議論すべきかは、難しい課題と思われます。ただ、今回のNHCAPガイドラインにおいて、生命倫理の観点を組み込んだことは、大きな第一歩になったものと捉えています。

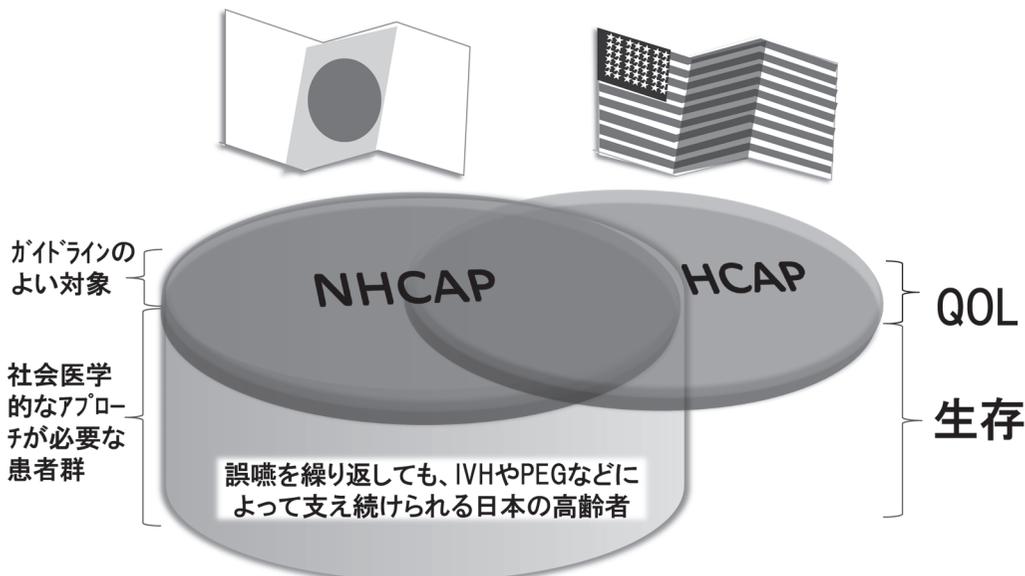
【吉田】次回のガイドライン改訂時に、仮に「治療の差し控え」という選択肢が入る場合、言葉が一人歩きする可能性がありますので、「十分な検討を要する」といった表現などを加え、かつ「推

図7. 胃瘻(PEG)に関する疫学データの検証



- PEG造設後1年目に34%、2年目には50%、約5年後に75%が死亡する。
- 過去5年間、年間14万件の新規PEGが造設され、5年以降は死亡者は0と仮定すると、1年間の死亡数は、PEG造設後(1年目+2年目+3年目+4年目+5年目)の死亡数の総計となる。すなわち、 $14万 \times 0.75 = 10.5万$ 人
- このうち肺炎による死亡は死亡原因の60%であるから、1年間のPEG造設患者の死亡数は  
 $10.5万人 \times 0.6 = 6.3万人$

図8. NHCAPとHCAP (社会学的な視点)



西洋における“いのち”とはQOLに基づく自己決定で絶対的。日本における“いのち”とは生物学的な生存であり、生と死の2つの選択肢のみ。しかし、個の確立していない日本では死を選択する自己決定権は普及していない。

奨度は設定できない」と明記する必要があるかと思えます。

【長谷川】ガイドラインの位置づけについては、「治療を行う」と意思決定がなされた場合に適用するツールと考え、その前提としての「治療を行うか、行わないか」については、医学的アプローチのみならず社会的な判断を必要とするのではないのでしょうか。

■ ガイドラインにおける抗菌薬の選択と、実臨床における狭間を埋めていくために

【朝野】PEGも含め、今回のNHCAPガイドラインにおいて最も議論の対象となるのは、抗菌薬の使用に関してかと推察されます。患者予後因子に関するエビデンスでは、抗菌薬の使用は正しい選択です。しかし、耐性の問題も含めて、やはりどこまで使用すべきかは大きな課題と考えます。

【吉田】例えば家族の強い希望によって、意識

のない透析患者の肺炎に対して、抗MRSA薬を用いるケースが考えられます。本人の意思が確認できない以上、家族の判断を最優先とすべきですが、今後も、その場、その場での十分な検討が必要と考えます。

【長谷川】最後に、肺炎に関するガイドラインのみならず、種々のガイドラインにおいて薬剤選択について記載する際に難点があると思いますが、ガイドラインを作成する上での留意点はございますか。

【河野】例えばほとんどのガイドラインに推奨薬として記載されているMEPMを例にとると、もともとこの抗菌薬は、抗菌活性が強く、重症患者を中心として幅広く用いられます。一方、CAPとHAPのガイドラインでは、重症度によって薬剤の使い分けを解説していますが、実臨床におけるガイドラインの参考度を検証してみると、ガイドライン通りの薬剤選択は、さほど遵守されていないのが現状です。その理由として、臨床医は中等症の肺炎であっても、どうしても抗菌活性が確

実に保証される、MEPM等の薬剤が選択されるのです。そうすると、ガイドラインの遵守率は下がります。臨床現場で効果が確実な治療薬を選択したい気持ちを全く理解できないわけではないだけに、非常に難しい点です。

【吉田】ガイドラインの目的の一つに教育があるというお話がありましたが、まさにそれに尽きると感じます。ガイドラインの着実な啓発活動が、抗菌薬の適性使用、すなわちガイドラインの理解に繋がると思います。

【長谷川】本日は先生方にお集まりいただきまして、大変素晴らしい討議となりました。今回、

ガイドラインの作成と評価をたどることで、倫理や医療の有り方など、様々な課題が抽出され、今後のより良いガイドライン作成に繋がる一助となったのではないのでしょうか。先生方、ありがとうございました。

## 文献

- 1) ATS/IDSA: Am. J. Respir. Crit. Care Med. 171 (4): 388~416, 2005
- 2) SHINDO, Y., *et al.*: Chest 135 (3): 633~640, 2009
- 3) 仲口路子: Core Ethics 8: 291~303, 2012



2012年5月12日 ヒルトン大阪にて開催

(左より朝野先生, 長谷川先生, 河野先生, 吉田先生)