

社会保険旬報

2019

3/21

No.2742

動向

厚労省が医政関係主管課長会議を開催

論評

誤嚥性肺炎は治る病気…石井暎禧

論評

在宅医療・介護連携の質の評価のための研究

…松田晋哉・藤本賢治・藤野善久

潮流

在宅医療の患者数が過去最高に

NEWS

医師の働き方改革検討会が報告書案の議論を開始

誤嚥性肺炎は治る病気

『成人肺炎診療ガイドライン』への現場からの問題提起

社会医療法人財団石心会 理事長 石井 暎禧

要約：『成人肺炎診療ガイドライン2017』（一般社団法人日本呼吸器学会）発表以降、「高齢者の肺炎は治らない」「治さない」等の言説が強まっている。これの妥当性を検証するために、筆者が理事長を務める首都圏の社会医療法人財団石心会の2つの急性期病院（川崎幸病院および埼玉石心会病院。いずれもDPC特定病院、地域医療支援病院）のデータを分析し、以下の結果を得た。

- ①肺炎患者も誤嚥性肺炎患者も95%以上は高齢患者だが、そのうち約80%は回復する。
- ②誤嚥性肺炎に限っても、施設から入院した患者の死亡率が特に高いわけではない。
- ③誤嚥性肺炎の再発率（誤嚥性肺炎再入院率）もそれほど高くはない。

はじめに：ガイドラインの問題と現場の問題意識

一昨年、呼吸器学会から『成人肺炎診療ガイドライン2017』（以下、ガイドラインと記す）が発表され、反響を呼びました。これを取り上げた『週刊ポスト』（2017年6月30日号）では、「死因3位となった『国民病』との向き合い方」高齢者の肺炎は治療しない、学会が発表した衝撃的提言の覚悟、そして、『日経メディカル』（2017年6月号）のキーパーソンインタビューでは、「高齢者肺炎にも緩和ケアの概念を」

が報じられた。高齢者の肺炎は結局、治らないのだから、最初から「治さない」ことを家族と相談して決めようと学会が「提言」したからです。

『日経メディカル』の表紙には、大きく「その肺炎 治す？ 治さない？」とタイトルが躍っています。「治せない」ではなく、治しても「治さない」との「提言」で、医学界が特定の疾患に対して、「消極的安楽死」の選択を提言したと理解できます。

『日経メディカル』でのガイドライン作成委員長（河野茂、長崎大学理事、副学長）等の解説を読むと、高齢者の誤嚥性肺炎等は初めから家族の承諾があれば、治さなくてもよいと提言しているように読めます。

筆者は長年の経験から、「高齢

者の肺炎は治らない」との事実認識や「治さない」との提言に強い疑問を持ちました。

そこで筆者が理事長を務める社会医療法人財団石心会の首都圏の2つの急性期病院（川崎幸病院と埼玉石心会病院）のデータを分析し、河野氏等の解説とは異なる結果を得たので報告します。なお、データは原則として、2014～2016年度の3年間のもので、断りのない限り石心会の2病院的合計です。

高齢者の肺炎のガイドライン等の事実認識

『日経メディカル』で、ガイドライン作成委員長の河野氏は、高齢者の肺炎について次のように語っています。

「医者の中にも『肺炎は治療す

れば治る病気』と考えている人が多いと思うのですが、高齢者の肺炎については違ふと？」という記者の質問に対して、河野氏は「違います。肺炎死者の96%が65歳以上の高齢者です。高齢者の肺炎は治療しても治らないことが多い。だから死因の3位になっている。高齢の肺炎でも肺炎に変わりが無いのだから、薬で治るはずだ

という認識もある意味では、事実です。高齢者の肺炎であっても治療には反応しますから。しかし、再び肺炎を起こします」と答えています。

そして、「何度も何度も。そのたびに本人は苦しさを我慢しながら……その間、医療者側はあらゆる手を尽くし治療します。患者はきついだけ、苦しいだけ。そして多くの人が、治療の痛みなく、病室でなくなりまう」と答えています。

こうした発言には、次のような問題があります。

一つは、「高齢者の肺炎は治療すれば（しても）、治る病気ではない」「多くの方が、病室でなくなりまう」という言葉は、少なくとも治らない人が治る人より多いという意味だと素人は考え、高齢者の肺炎患者の死亡率が極めて高いと考えてしまいます。

しかし、石心会2病院でみても、「肺炎死者の97%が65歳以上の高齢者」ですが、同時に「肺炎で治る人の91%は65歳以上の高齢者」です。肺炎の患者（治る人も死ぬ人も）は、高齢者に多いと

いう意味でしかありません。

二つ目は、「肺炎はすぐに何ども何度も再発する」と強調されていることです。そして、高齢者肺炎はほとんど誤嚥性肺炎だと考えているようです。これも本当でしようか。

以上の二点で、私の認識とは大きな差があるように感じられたので、私たちの埼玉石心会病院と川崎幸病院の2014～2016年度のデータをもとにガイドラインの問題点を考えました。

誤嚥性肺炎の死亡率はどのくらいか

石心会の病院だけでなく、全国のDPC病院（559病院）の誤嚥性肺炎死亡率（グローバルヘルス・コンサルティングから提供）を調べると、病院間に大きな差があります（平均値は16%です（図表1））。

そしてDPC病院の誤嚥性肺炎死亡率データを高い方から順番に並べると、埼玉石心会病院の誤嚥性肺炎入院死亡率は上位4分の1に入り、川崎幸病院入院死亡率は下位4分の1に属しますが、石心

会2病院の全症例を一体として見ると、誤嚥性肺炎の入院死亡率（死亡患者数÷入院件数）は約16%となり、DPC病院の平均とほぼ同じです（図表3）。

そこで以下の分析では、石心会病院一括データで、話を進めます。

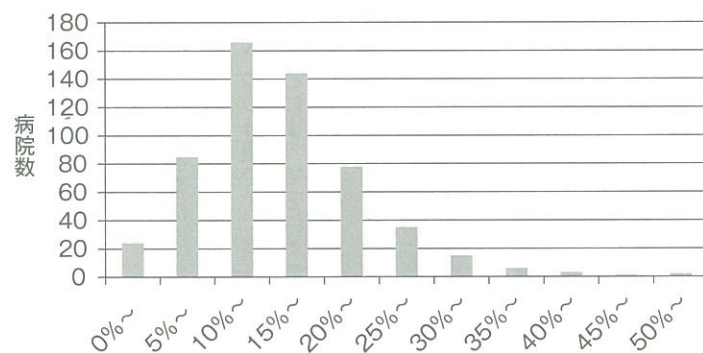
肺炎の分類と死亡率・再発率

ガイドラインでは、肺炎を入院経路等（入院前の身体状況によって対応を変えるため）によって分類し、「肺炎を3つのカテゴリー（CAP・HAP・NHCAP）に分けて作成」しています。これが国際的な分類法であると考えているからです。

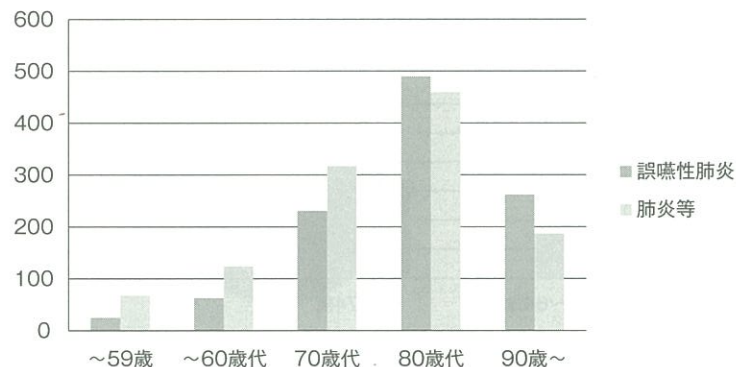
CAPとは市中肺炎、NHCAPとは医療・介護関連肺炎（療養病床・高齢者施設入居者・最近医療ケアを受けた高齢者）、HAPは院内肺炎の略称で、死亡率はCAP6.3%、NHCAP15.5%、HAP30.4%とグラフ上でのみ示されています。

そして、ガイドラインの「フローチャート」を見ると、一般の肺炎（CAP）と分けて、NHCAPに属する「誤嚥性肺炎」は、「疾

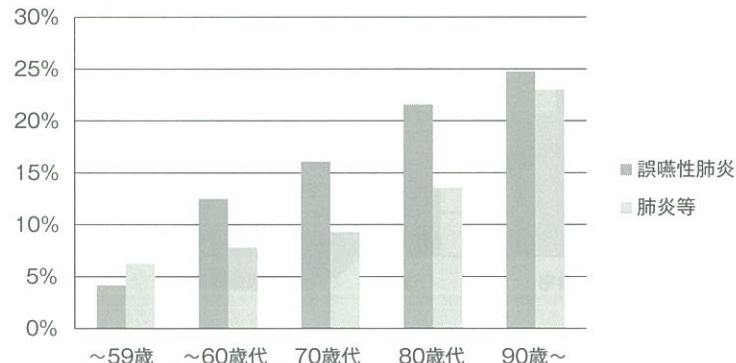
図表1 DPC病院別 誤嚥性肺炎死亡率の分布



図表5 肺炎患者数



図表6 肺炎死亡率



図表7 肺炎患者数

	誤嚥性肺炎	肺炎等
~40歳代	10	63
50歳代	14	36
60歳代	56	115
70歳代	199	290
80歳代	403	405
90歳代	201	145
100歳代	9	7
総計	892	1061

しかし、3年間の肺炎での各患者の入院回数を見ると、肺炎患者総数1953人中複数回入院した人は、215人（11%）で少数です。その人たちが、平均2.3回の入院回数です（図表2）。確かに誤嚥性肺炎の場合は、複数回再入院する人がいます。しかし2014年度に誤嚥性肺炎で治って退院した患者（605人）のうち、2014～2016年度

「肺炎は治る病気ではない」「治らない人が多い」と語るだけでなく、治る場合も「何度も、何度も」「すぐに再発」と語り、そのため実質的な死亡率が一層高いという印象を与えています。確かに、死亡率は低くても、再発が多く、再発までの間隔が短ければ、実質的な死亡率は高まります。一定期間内の再発回数が問題です。

高年齢者の肺炎は繰り返すのか
—その再発頻度—
河野氏は、インタビューの中で、「肺炎は治る病気ではない」「治らない人が多い」と語るだけでなく、治る場合も「何度も、何度も」「すぐに再発」と語り、そのため実質的な死亡率が一層高いという印象を与えています。

入院経路と肺炎の種別・死亡率
ガイドラインでは、入院経路別分類が基本ですので、日本の入院経路分類と比べて見てみます。入院回数で見ると、他医療機関からの入院は少数であるので検討を省きます。

このように誤嚥性肺炎の平均入院死亡率は、石心会病院、DPC559病院、ガイドラインのいずれでも、ほぼ同率の16%前後であることになり、異常に高いとは思われません。

ただし、再発リスクについては、「誤嚥による肺炎のリスク因子を列挙するにとどめた」として、再発率を明らかにしていません。他方、河野氏は、NHCAP死亡率を無視し、誤嚥性肺炎はほ

ほとんど治らないと考え、頻回の再発を強調しています。石心会病院における年齢区分等肺炎死亡率は、3年間で2384件です。そのうち、間質性肺炎は死亡率が高い種類の肺炎ですが、症例数で6%（150件）と少数であり、病気の性格がやや異なるので、以下の話では除きます（ガイドラインでも、「感染症以外の肺炎・肺臓炎等とはとりあつかわない」とされ、除かれています）。以下、肺炎と記すのは、誤嚥性肺炎と肺炎等を合わせたもの（2234件）です（図表2）。

その上で概括すると、石心会病院の肺炎データでは、いずれの肺炎も高齢になるほど患者数は増え、死亡率も高くなります（図表5、6）

図表2 肺炎入院患者、入院件数

肺炎入院回数	死亡数	患者数	入院件数
1回	263	1738	1738
2回	38	171	342
3回	3	32	96
4回	3	9	36
6回	1	1	6
8回	1	2	16
総計	309	1953	2234

図表3 誤嚥性肺炎入院回数と死亡数

入院回数	死亡患者数	生存患者数	患者数	入院件数
1回	144	597	741	741
2回	28	86	114	228
3回	2	23	25	75
4回	3	6	9	36
6回	1	1	2	6
8回	1	1	2	16
合計	179	713	892	1102

図表4 肺炎等入院回数と死亡数

入院回数	死亡患者数	生存患者数	患者数	入院件数
1回	119	878	997	997
2回	10	47	57	114
3回	1	6	7	21
合計	130	931	1061	1132

別がむずかしいため、複数回の入院例の中に、誤嚥性肺炎と肺炎等が再入院で別の肺炎病名となっている少数の患者がいるからです。しかし、1回目の入院が肺炎等で2回目からの病名が誤嚥性肺炎となつてくるのがほとんどです。で、死亡率・再発頻度が大きく変わるわけはありませんが、この論文では、これらの患者を誤嚥性肺炎としてデータを修正して検討します。

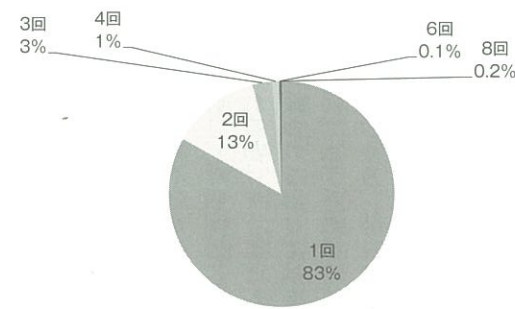
平均で見ると、誤嚥性肺炎入院死亡率16%、肺炎等入院死亡率11%で、肺炎全体の死亡率は14%です。そして、患者数で見ると（期間内死亡率）、この3年間で誤嚥性肺炎患者の20%が死亡し、肺炎等患者の12%が死亡しています（図表3、4）。

病終末期「老衰」と並んで、「個人の意思を尊重」と記して最初から治さないという選択があると明示しています。

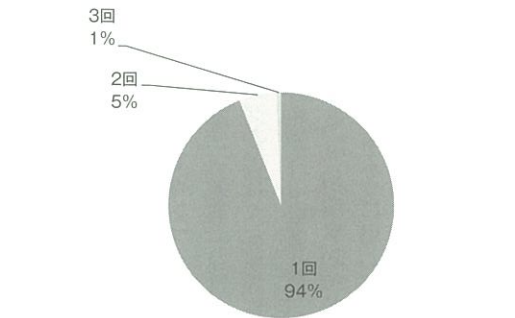
しかし、我が国の臨床医が通常、治療上で肺炎分類として意識するのはDPCの分類です。病名・治療方法などによって8桁英数字に細分類されています。それによって診療報酬も変わります。肺炎は中分類である6桁分類で間質性肺炎・誤嚥性肺炎・肺炎等の3に分けられています。

そして、NHCAPの部分の執筆担当者は、病院・介護施設の機能が、日本とは違うので、対応させるのに苦労しているようですが、臨床実務的にCAP（市中肺炎）を肺炎等とみなし、誤嚥性肺炎はNHCAP（医療・介護関連肺炎）に属すると考え、実質的に誤嚥性肺炎の死亡率を明示していると思われ

図表 12 誤嚥性肺炎入院回数別患者割合



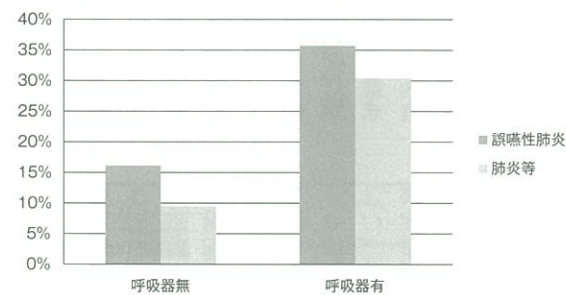
図表 13 肺炎等・入院回数別患者数割合



図表 14 誤嚥性肺炎における胃瘻造設件数

誤嚥性肺炎	死亡	生存	総計	死亡率
胃瘻造設	5	43	48	10%
胃瘻造設なし	172	818	990	17%
総計	177	861	1038	17%
胃瘻造設率	3%	5%	5%	

図表 15 人工呼吸器装着と肺炎死亡率



図表 16 誤嚥性肺炎における人工呼吸器装着者

生死	件数	平均装着日数	平均在院日数
死亡	10	6	19
生存	18	10	38
総計	28	9	31

治療前に「肺炎を治療しない」選択を患者に迫ることは可能か？
河野氏は、「高齢者の肺炎は即治療ではなく、本人の意思やQOLを優先して判断すべき」と語っ

ています。再発が必発であるかのよう解説しながら、再発予防に触れないのは適切ではないでしょう。最近では、高齢者の肺炎患者に対しては、歯科、口腔外科の協力を得て、治療に当たるのが、一般病院でも当たり前になっていると聞きます。

河野氏に「肺炎を治療しない」選択を患者に迫ることは可能か？
河野氏は、「高齢者の肺炎は即治療ではなく、本人の意思やQOLを優先して判断すべき」と語っ

肺炎における人工呼吸器の使用状況
2015年度の石心会病院グループのデータによると、全患者数1万8420人中の1312人(7%)が人工呼吸器を装着していますが、心臓の手術などの後に使われることが多く、手術なしで使われることは、使用例の4分の1に過ぎません。手術なし患者の

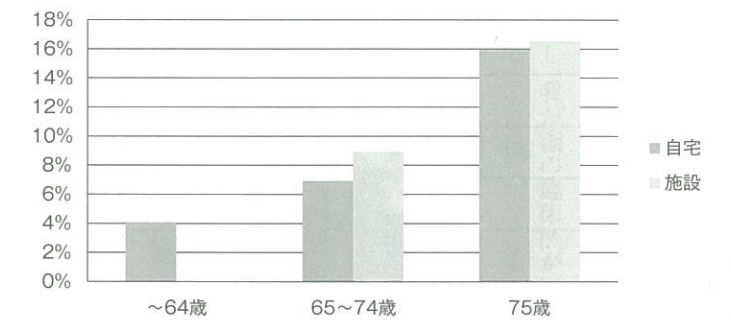
に再度誤嚥性肺炎で入院した人は93人(15%)です(図表11)
少数例の患者しか診ていない医師が、たまたま多数回の再入院患者に当たった場合、再発を過大に感じるのとはよくあることですが、この程度を必発と見なすことはできません。

誤嚥・口腔ケア・嚥下機能リハビリテーション・胃瘻の問題
胃瘻のうち26%は、誤嚥性肺炎で嚥下機能が衰えている場合に造られています。2014～16年度では誤嚥性肺炎中、わずか5%(48人)が胃瘻を造り、そのうち5人がそのまま死亡、胃瘻を付け

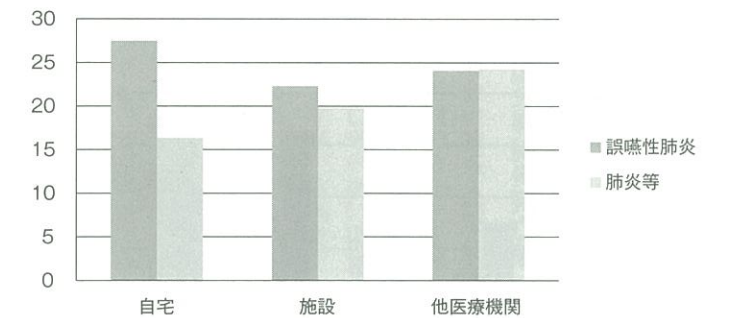
て生存退院した人は43人です。そのうちこの3年間に誤嚥性肺炎を再発し入院した人は1人だけで1回(生存)です(図表14)。

誤嚥性肺炎の治療そのものは一般の肺炎(肺炎等)とあまり変わりませんが、嚥下障害の程度、口腔ケアが、治療・再発に大きく関係します。

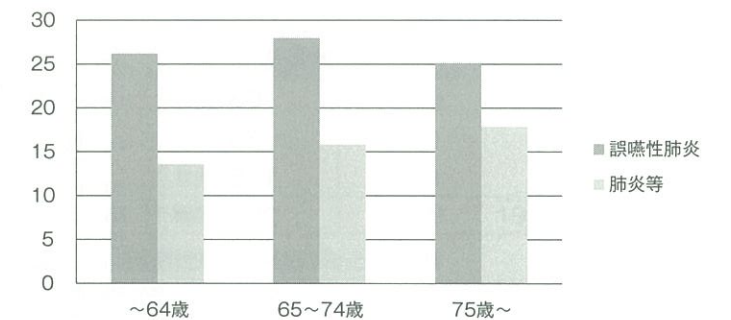
図表 8 入院経路別肺炎・死亡率



図表 9 入院経路別肺炎・平均在院日数



図表 10 年齢区分別肺炎・平均在院日数



図表 11 2014年度誤嚥性肺炎生存退院者の2014～16年度入院回数

誤嚥性肺炎入院回数	患者数
1回	512
2回	74
3回	13
4回	4
5回	1
7回	1
総計	605

誤嚥性肺炎の場合、食物の経口投与を中止して、治療・口腔ケアを開始し、その後、嚥下障害の有無・程度を調べ、経口投与の是非、嚥下機能のリハビリテーション、胃瘻などの検討をするのが一般のやり方だと思っています。

ところがガイドラインでは、口腔ケアを行うことはエビデンスがないから、「弱く推奨する」と軽視されています。

入院治療中で、経口投与中止期間中であっても、唾液の誤嚥はあらずです。口腔ケアは必要だと思えます。そして、リハビリテーションや胃瘻は主に肺炎治療後の問題であるためか、全く触れ

中で見ても、肺炎患者は24%に過ぎません。

人工呼吸器は、肺炎の場合、症状が重く呼吸困難になった、あるいはもともと呼吸不全がある患者に肺炎が加わり、呼吸困難になった時に使われるわけで、主として肺炎治療に使われるわけではありません。結局、人工呼吸器の使用が1312人のうち、肺炎はわずか84人(6%)の重症者に使われているに過ぎません。

誤嚥性肺炎の方が、もともと死亡率がやや高く、在院日数が長く重症です。誤嚥性肺炎のデータで呼吸器装着の状況を見ましよう(図表15、16)。

この年の誤嚥性肺炎363人中28人(8%)、肺炎等患者426人中46人(11%)が人工呼吸器を使用し、死亡率は人工呼吸器を使わなかった肺炎患者で13%、使った肺炎患者で32%です。

また、人工呼吸器装着日数は、死亡者平均5日間、生存者10日です。

おわりに…肺炎診療ガイドラインの課題

このように見てくると、誤嚥性肺炎を「治療しない」と主張する人は、死亡率、高齢化による影響、誤嚥の再発など様々な可能性について具体的データを示さないので、過大評価し、「治らない」ことを強調しているように思われます。治してもらいたい患者に対し、治せなかったときに備え、「治せないことが多い」と言いたくなる気持ちには分かります。そして、高齢者の肺炎について、疾患終末期や老衰状態、誤嚥性肺炎を繰り返すリスクがあると判断した場合、患者本人や家族とよく相談の上、個人の意思やQOLを尊重した患者中心の治療、ケアを推奨していることは理解できます。しかし、治療開始前に医師の治療責任を、「患者の意思決定」という名目に隠れて放棄し、患者に責任転嫁する提言は医師としてあるまじき行為だと思います。治療し、再発を起こさないようにするのが医師の任務です。

肺炎の死亡率については、病院

間の大きな格差がありますが、これは地域の健康格差の問題として議論されている問題でもあり、別の機会に議論したいと思います。また、緩和ケアあるいは、終末期ケアについて、河野氏らの理解は極めて浅薄と感じられますが、これも肺炎だけの問題ではなく、他の学会と共通する問題なので、別の機会に取り上げたいと考えます。

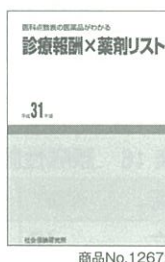
医科点数表の医薬品がわかる

診療報酬×薬剤リスト

平成31年版 4月発刊予定 定価 本体4,500円+税/B5判2色 約800頁

業界初!医科診療報酬点数表に関連する薬剤名(商品名)が引ける画期的な事典!

- 最新の薬剤情報をもとに作成。薬剤から診療報酬関連項目を検索できる逆引きも可能です。
- 医療保険の実務において薬剤単位での特定がより大事になる流れの中、現場で今必要とされる「商品名レベルの紐付け」に役立ちます。



株式会社

社会保険研究所

〒101-8522

東京都千代田区内神田 2-15-9 The Kanda 282

☎ (03)3252-7901 FAX (03)3252-7977