

NHCAP (医療介護関連肺炎) とは？

～ガイドライン及びマクロライド系注射薬の役割～

東北大学加齢医学研究所
抗感染症薬開発研究部門・教授

渡辺 彰

はじめに

わが国の死因統計で長い間第4位にあった肺炎が2011年、脳血管疾患を抜いて第3位になった。肺炎は、その死亡の95%以上を65歳以上が占めており、高齢社会が進行しつつあるわが国で肺炎死亡が増加するのは当然ではあるものの、その対応は以前にも増して重要である。2000年以降、肺炎を発症の場別に市中肺炎と院内肺炎とに分けて対処する動きが盛んとなり、日本呼吸器学会からそれぞれの診療ガイドラインが発行されるようになった。11年8月には、新たにNHCAP (Nursing and healthcare associated pneumonia；医療介護関連肺炎) のガイドラインが出されたが、本稿ではガイドライン作成委員の立場からこれを概説し、併せてマクロライド系注射薬の位置づけについて述べる。なお、3つに増えた肺炎診療ガイドラインを実地に応用するには、受診した肺炎患者が、後ほど述べるNHCAPの定義に合致するか否かを最初に検討すればよい。合致すればNHCAPであり、合致しなければ市中発症か？ 院内発症か？ で分けられるので、対処は容易である。

NHCAPとは？

NHCAP (医療介護関連肺炎) という概念の原型は05年に米国で最初に提唱された。ATS (American Thoracic Society；米国胸部学会) と IDSA (Infectious Diseases Society of America；米国感染症学会) との共同の院内肺炎ガイドラインの中で、市中肺

炎と院内肺炎との狭間にありながら薬剤耐性菌の関与が高く、かつ予後が不良で救急外来から入院することも多い一群の肺炎を、市中肺炎や院内肺炎とは区別して独立のものとして対処すべき、としてHCAP (Healthcare associated pneumonia；医療ケア関連肺炎) の概念が提案されたのである。すなわち、高齢者で介護を受けていたり、種々の基礎疾患や合併症を抱えながら外来で種々の医療ケアを受けていたりする一群がそれに該当する。ただ、わが国では独自の介護制度があり、医療制度や医療保険のシステムが異なることから、わが国の実情に対応したものとしてNHCAP (医療介護関連肺炎) という概念が提唱され、11年8月に日本呼吸器学会からその診療ガイドラインが発行された。

NHCAPの定義

わが国のNHCAPガイドラインでは図1に示すように、その定義を、① 長期療養型病床群もしくは介護施設に入所している、② 90日以内に病院を退院した、③ 介護*を必要とする高齢者、身障者、④ 通院にて継続的に血管内治療 (透析、抗菌薬、化学療法、免疫抑制薬等による治療) を受けている、のいずれかに該当するものとし、①には精神病床をも含み、また、介護の基準としては、PS3 (限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす) 以上を目安とすることとしている。①と③は高齢者の重症肺炎の側面が強く、②と④は薬剤耐性菌肺炎の

側面が強いが、これらが複雑に絡み合った多様な集団がわが国のNHCAPでもある。また、発症病態としては高齢者の誤嚥性肺炎が圧倒的に多く、反復しやすく予後不良な肺炎でもある。

NHCAPの原因菌と薬剤耐性のリスク

わが国のNHCAPにおける解析から判明している薬剤耐性菌の危険因子は、①過去90日以内に2日以上抗菌薬使用歴がある、②経管栄養をしている、の2つであるが、MRSAが分離された既往がある場合はMRSA 感染の危険あり、と判断すべきである。こうしたリスクがない場合の原因菌として多いのは、肺炎球菌、MSSA、グラム陰性腸内細菌 (クレブシエラ属、大腸菌など)、インフルエンザ菌、口腔内連鎖球菌、非定型病原体 (とくにクラミドフィラ属) が多く、リスクがある場合には上記の菌種に加え、緑膿菌、MRSA、アシネトバクター属、ESBL産生腸内細菌を考慮すべきである。ただし、これらの危険因子による耐性菌検出の予測については、感度と陰性的中率は高いが、特異度と陽性的中率が低いことに留意すべきである。

重症度ではなく治療区分で対処する

前々項で見たようにわが国のNHCAPは多様な集団であるから、市中肺炎や院内肺炎のように単純な重症度区分によって抗菌薬を選択することはできない。肺炎そのものの重症度以外に薬剤耐性菌の関与を常に念頭に置くと共に、その患者にどのような治療が最適なのかを患者家族や関係者とよく話し合いながら治療目標を共有し合うことが求められる。

具体的には図2に示すように、担当医師が肺炎患者を診察し、

定義に該当するNHCAPであると診断した後、ICUでの集中治療または人工呼吸器管理のいずれか、あるいは双方が必要な重症例であると判断した場合、これを「D群」に区分するが、ここではそのような集中治療が必要かどうかを患者の身体的な状況だけでなく、社会的な状況をも勘案して判断することが求められる。次に、入院治療が相当であると考えられる群ではあっても、薬剤耐性菌関与のリスクがないものを「B群」、そのリスクがあるものを「C群」に区分することとし、外来治療が相当である例を「A群」とする。なお、ここでも入院が必要かどうかは、患者の身体的な状況だけでなく、社会的な状況をも勘案して判断することが同様に求められる。

図2に示した具体的な選択薬は、市中肺炎及び院内肺炎のガイドラインの選択肢とほぼ同じである。すなわち、A群は市中肺炎ガイドラインの外来治療群とほぼ同じであり、B、C、D群はそれぞれ院内肺炎ガイドラインのA、B、C群とほぼ同様である。このことから、将来的にはガイドラインを一本化すべきことが理解されよう。

マクロライド系薬の位置づけ

わが国ではマクロライド系薬の使用はようやく増加してきたが、その注射薬の使用は海外に比べてまだ少ない。海外では軽症から重症まで広く使用されているが、重症例ではβ-ラクタム系薬との併用により死亡率の有意な減少が得られるという報告が多い。しかし、わが国ではそのようなエビデンスがまだなく、びまん性汎細気管支炎の長期予後を有意に改善させ得るマクロライド系薬の少量長期投与療法などを世界に発信してきたわが国の研究の今後一層の発展が望まれる。

図1. 医療・介護関連肺炎 (NHCAP) の定義

- ① 長期療養型病床群もしくは介護施設に入所している。
- ② 90日以内に病院を退院した。
- ③ 介護*を必要とする高齢者、身障者。
- ④ 通院にて継続的に血管内治療 (透析、抗菌薬、化学療法、免疫抑制薬等による治療) を受けている。

* 介護の基準としては、PS3 (限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす) 以上を目安とする。
①には精神病床も含む。

【しかも大きく2つの型がある】

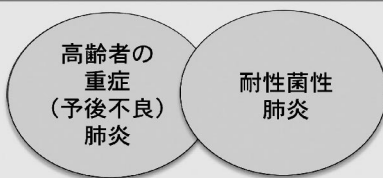


図2. 医療・介護関連肺炎 (NHCAP) の治療区分と抗菌薬の選択

