

市中肺炎の 重症度判定の考え方



黒田浩一（神戸市立医療センター中央市民病院感染症科医長）

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は<https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/>をご参照ください。

▶ 登録手続

Introduction	p2
はじめに	p4
1. 市中肺炎の診断の概要	p6
2. 市中肺炎の重症度判定ツール	p6
3. 重症度判定ツールの基本的な使い方	p14
4. それぞれの重症度判定ツールの使い分け	p14
5. 重症度判定ツール使用時の注意点	p15
6. 「重症度」以外に入院を考慮すべき状況	p20
7. 入院適応の決定	p20
8. 入院病棟の決定 (ICU入室の適応)	p21
おわりに	p22

▶ 販売サイトはこちら

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

Introduction

1. 市中肺炎の診断の概要

- ・症状（発熱・気道症状など）と身体所見（バイタルサイン・呼吸音の異常）から市中肺炎の可能性を考える。
- ・バイタルサインの異常の数が多いほど，肺炎の可能性が高い。
- ・バイタルサインの異常または呼吸音の異常がある場合に，胸部単純X線写真を撮影する。

2. 市中肺炎の重症度判定ツール

- ・市中肺炎の重症度判定ツールは，もともと予後予測のためのツールとして検討されたものである。
- ・重症度判定ツールによって予後を予測し，入院適応判断の参考にする。
- ・Pneumonia Severity Index (PSI)，CURB-65，CRB-65，A-DROPのいずれかを使用する。
- ・どの重症度判定ツールも，バイタルサイン（意識状態，血圧，呼吸数），年齢，脱水の有無を重視している。

3. 重症度判定ツールの基本的な使い方

- ・重症度判定ツールの最も重要な役割は，外来で治療できる患者の「候補」を抽出し，不要な入院を減らすことである。
- ・「死亡リスクが低い状況」と判断された場合，必ずしも「外来」治療でよい（「入院」は不要）とは限らない。
- ・死亡リスクが低いと判定されても，入院治療のほうが確実かつ安全に治療できるのであれば，入院治療を検討する。

4. それぞれの重症度判定ツールの使い分け

- ・各重症度判定ツールの精度に大きな差はないと報告されており，それぞれ

の医療環境に合ったツールを選択すればよい。

5. 重症度判定ツール使用時の注意点

- ・PSIを用いて重症度判定をする場合「年齢」による影響が大きいいため、特に80歳以上の高齢者や若年者で、正しく重症度を評価できないことがある。
- ・一時点のバイタルサインや検査値を使用しているため、正しく重症度を反映しないことがある。
- ・基礎疾患やその病態の悪化を考慮していない。
- ・肺炎の合併症（膿胸・肺化膿症・肺嚢胞感染・肺炎随伴性胸水）の考慮が不十分である。

6. 「重症度」以外に入院を考慮すべき状況

- ・服薬アドヒアランスが期待できない状況や内服薬の吸収が期待できない状況では、軽症（死亡リスクが低い）であっても、入院を検討する。

7. 入院適応の決定

- ・市中肺炎の入院適応は、①重症度判定ツールによる重症度判定・予後予測、②予測されるバイタルサインの推移、③基礎疾患の状態、④肺炎合併症の有無、⑤予想される服薬アドヒアランス、⑥安全に在宅で治療できる環境かどうか（社会的なサポートの有無など）、の6点を検討した上で決定する。

8. 入院病棟の決定（ICU入室の適応）

- ・重症度判定ツールは、「外来治療か入院治療か」の判断に用いるものであり、「重症肺炎」（ICU入室の必要性）の判断に使用すべきではない。
- ・現時点では、感度・特異度が比較的高いIDSA/ATS criteriaの使用が推奨されている。

はじめに

市中肺炎は、生命予後、生活の質、社会に与える影響が大きい重要な感染症のひとつである¹⁾。日本全体の市中発症肺炎(市中肺炎と医療ケア関連肺炎を合わせた肺炎)の発生数は、2011~13年に行われた疫学調査から推定値が発表されている²⁾。15歳以上の市中発症肺炎の患者数は年間188万人で、そのうち70%が65歳以上の高齢者であり、全患者の70%が入院し、7万4000人が病院で死亡していると推定された。また、この研究では85歳以上の高齢者の肺炎罹患率は、15~64歳の成人と比較して10倍以上であることも示された。そのため、高齢者人口が増加している2023年現在の日本では、市中肺炎に罹患し、入院が必要となる患者数は増加しており、また、今後さらに増え続けていくことが予想される。

このように、市中肺炎は発生頻度が高い感染症であり、診療所から3次医療機関まで、どの医療機関でも対応が必要な感染症であるが、重症度によって致命率の幅が大きいことが知られている。重症度別に予後を評価した研究では、軽症肺炎の致命率は1%未満である一方、重症肺炎の致命率は30~40%程度であった³⁾⁴⁾。そのため、市中肺炎の診断後、適切に重症度判定を行うことは、適切な治療場所と治療方法を選択する上で非常に重要である。

本稿では、市中肺炎の重症度判定と入院適応の考え方について解説する。

補足：肺炎の分類

肺炎は、大きく以下の3つに分類される。

①市中肺炎 (community-acquired pneumonia : CAP)

市中(院外)で発症した肺炎であるが、入院48時間以内に発症した肺

炎も含む概念

②院内肺炎 (hospital-acquired pneumonia : HAP)

入院後 48 時間以上経過してから発症した肺炎

③人工呼吸器関連肺炎 (ventilator-associated pneumonia : VAP) ¹⁾

気管挿管・人工呼吸器管理開始後 48 時間以降に発症した肺炎

以前は、CAPとHAPの中間的存在である医療ケア関連肺炎 (health-care-associated pneumonia : HCAP) という概念が使用されており⁵⁾、日本でも、日本の疫学と社会的実情に合ったHCAPのガイドラインが2011年に作成された⁶⁾。その際、日本と欧米の疫学と医療環境の違いから、HCAPではなく、医療・介護関連肺炎 (nursing and healthcare-associated pneumonia : NHCAP) という名称が用いられた。しかし、その後の複数の研究で、HCAPと分類することによって、過剰な広域抗菌薬使用につながることを示され、臨床的に有用な概念ではないと考えられるようになった。そのため、それぞれ2016年と2017年に発表された米国・欧州の院内肺炎・人工呼吸器関連肺炎診療ガイドラインで、HCAPという概念は廃止され、CAPに含まれることになった⁷⁾⁸⁾。

日本の「成人肺炎診療ガイドライン2017」¹⁾にはNHCAPの記載は残っており、HAPと同じ扱いとなっているが、その根拠は十分には示されていない¹⁾。2023年以降に発表される予定である本邦の新しい成人肺炎診療ガイドラインで、どのような位置づけとなるか注目される。