

長寿医療研究開発費 2025年度 総括研究報告

誤嚥性肺炎の治療と予防に関するガイドライン開発研究（25－29）

主任研究者 神崎 恒一 杏林大学 教授

研究要旨

誤嚥性肺炎は高齢者の死因の上位にあるが、通常の肺炎とは病態がことなり、“誤嚥性”と言っても必ずしも“誤嚥”していることが証明されないことが多い。また、“誤嚥”という言葉のため食事を止めてしまうと摂食・嚥下機能が低下し、それに伴って栄養状態、ADLが低下することが多い。そこで、本研究では誤嚥性肺炎を見直し、フレイルの先の虚弱な状態”で起こる肺炎と位置付け、①診断について、②薬物治療について、③嚥下・栄養ケアについて、④多職種連携によるケアと意思決定支援についての4領域についてCQを設定し、文献検索、SR、推奨決定、ガイドライン作成を行うこととした。

2025年度は、まず研究班のほか、誤嚥性肺炎にかかわる学会、医療関係者、市民（当事者）などのステークホルダーを研究協力者として組織した。第1回班会議で研究概要の説明と研究の進め方の確認を行った。その方針にしたがって、流れ図を作成し、9つの領域についてQuestionを立てた。なお、エビデンスが少ない領域についてはCQではなく、BQ、GPQ、FRQを設定することとした。

議論する中で、誤嚥性肺炎には明確な定義や臨床的コンセンサスがないため、誤嚥性肺炎とは別の「虚弱関連肺炎（Frailty-associated pneumonia：FAP）」という名称を提案することにした。FAPとは“フレイルの先の虚弱な状態”で起こる肺炎であり、患者の状態に基づく呼称である。この名称について日本老年医学会内、続いて研究協力者を交えた全体会で議論を行い、最終的に条件付きで使用するもののコンセンサスを得るに至った。

今後はCQの設定、文献検索、システマティックレビューを進める予定である。

主任研究者

神崎 恒一 杏林大学 教授

分担研究者

前田 圭介 国立長寿医療研究センター 老年内科部 客員研究員

荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長

加賀谷 齊 国立長寿医療研究センター リハビリテーション科部 部長
佐竹 昭介 国立長寿医療研究センター 老年内科部 部長
海老原 覚 東北大学 教授
千田 一嘉 金城学院大学 教授
百崎 良 三重大学 教授
井上 達朗 新潟医療福祉大学 准教授
秋下 雅弘 東京都健康長寿医療センター 理事長

A. 研究目的

2020 年の厚生労働省の統計によれば、誤嚥性肺炎は高齢者の死因の第 7 位であり、これは“肺炎（第 5 位）”とは異なる死因として扱われている。その理由は、誤嚥性肺炎は通常の肺炎（市中肺炎）と発症機序、起炎菌、リスクが異なり、誤嚥性肺炎では多くの場合、患者は ADL が不良で、摂食・嚥下に障害があり、低栄養状態、免疫能の低下が背景にあるため、難治性で、軽快しても摂食・嚥下、栄養状態が治療前より悪化し、繰り返すのが特徴だからである。すなわち、誤嚥性肺炎は老年症候群に起因して起こり、老年症候群を生み出す“虚弱な状態”で起こる疾患ということができる。市中肺炎では起炎菌に感受性のある抗菌薬を用いて治療すれば、それほど時間がかからず治療でき、食事を止める必要もない。一方、誤嚥性肺炎では多くの場合、食事を止めることで、摂食・嚥下機能は大きく低下し、肺炎が改善しても摂食できなくなることが多く、それに伴って栄養状態、ADL は低下し、自立した生活ができなくなることが多い。欧米では、食事が摂れなくなったら自然な最期を迎えることがコンセンサスになっているが、日本にはそのような考え方はなく、代替栄養手段を選択し延命を図ることが多い。しかしながら、そこにはコンセンサスは存在しない。

そこで本研究では、誤嚥性肺炎を“フレイルの先の虚弱な状態”で起こる肺炎と位置付け、どのようなリスクを背景として起こるのか？抗菌薬療法の選択性と継続は？抗菌薬治療以外の支持療法の有効性は？摂食・嚥下再開の目安は？栄養療法をどうするか？経口摂取ができない場合の代替栄養手段をどうするか？医師を含む多職種での支援方法は？再発防止は可能か？ACP の実施方法は？などの臨床的疑問（CQ）を掲げ、誤嚥性肺炎の治療と予防に関して、複数の専門家を集めてシステマティックレビューを行い、わが国の誤嚥性肺炎に関する一定のガイドラインを作成することを目標とする。

ガイドラインを公表することで、各医療機関や施設で治療や対処方法がまちまちである誤嚥性肺炎に対して、一定の基準を示すことができると考えている。これは今後超高齢社会が進むわが国において重要なテーマであり、急務でもある。誤嚥性肺炎はこれまで NHCAP と並べて扱われてきたが、新しい名称を提唱することも考えている。本ガイドライン策定研究は、これまでより広いエンドオブライフの観点を含めた新しい見解を示す

ことを目指している。

B. 研究方法

(1) 3年間での計画方法の概略

高齢者誤嚥性肺炎の治療および予防に関する老年医学的視点に立ったガイドラインを作成する。Minds診療ガイドライン作成マニュアル2020則った組織を作り、システマティックレビューを行い、結果に基づいて治療およびケア介入に関する推奨、GRADE手法に準じたBest Practice Statementの合意形成を行う。誤嚥性肺炎に関する、①診断について、②薬物治療について、③嚥下・栄養ケアについて、④多職種連携によるケアと意思決定支援についての4領域を網羅し、高齢者医療および高齢者ケアの現場に浸透することを念頭に置いたClinical Questionを設定し、エビデンスを示しつつ情報を整理する。その上で、「高齢者誤嚥性肺炎の治療と予防に関するガイドライン（仮称）」として成果をまとめ、発表する。

(2) 令和7年度研究方法

・研究代表者及び分担研究者（班員）、関連学会推薦の委員その他 COI が関連する者を研究協力者としてリクルートし（図）、「ガイドライン統括委員会」、「ガイドライン作成グループ」、「SR 班」の3つに役割分類した（Minds の方法に準拠）。

・ガイドライン統括委員会において、

本ガイドラインの SCOPE および COI 管理方針、作成スケジュールと役割等の方針を策定した。

・クリニカルクエスション（CQ）の作成：ガイドライン作成グループ員ならびに研究協力者で構成するパネル会議において、①診断について、②薬物治療について、③嚥下・栄養ケアについて、④多職種連携によるケアと意思決定支援についてという4領域におけるCQ案を作成した。また、これに基づき検索式を設定することとした。

（倫理面への配慮）

文献検索に基づくガイドライン作成作業については、倫理委員会承認等は不要であるが、外部査読やパブリックコメントで一般有識者の意見を反映する機会を設ける。

C. 研究結果

令和7年度は5月2日に第1回班会議を開き、研究概要の説明、①診断、②薬物治療、③嚥下・栄養ケア、④多職種連携によるケアと意思決定支援の4領域について、(1)

関連学会推薦の委員（研究協力者）

全老健 大河内 二郎（常務理事）
日本栄養療法協議会 山田 祐一郎（関西電力病院）
日本摂食嚥下リハビリテーション学会 加賀谷 斉
日本リハビリテーション栄養学会 前田圭介
日本慢性期医療協会 橋本 康子 会長
日本呼吸器学会 迎 寛（長崎大学）
日本感染症学会 迎 寛（長崎大学）
日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 香取 幸夫（東北大学）
日本老年看護学会 深堀 浩樹（慶応大学）
日本老年歯科学会 吉田 光由（藤田大学）
日本老年社会科学会 推薦者なし
日本ケアマネジメント学会 白木 裕子（株式会社フジケア）
日本在宅医療連合学会 井上 登太（みえ呼吸嚥下リハビリクリニック）
病院総合診療医学会 森川 暢（市立奈良病院総合診療科）、新村 健
PC連合学会 森川 暢（市立奈良病院 総合診療科）
吉松 由貴（ロンドン ガイズ病院）
介護経験当事者（早田雅美 ハート・リング運動 口の健康と食べる力を支える会）
町亞聖 <https://studio.persol-group.co.jp/nama/250220-1>

Minds の手法に則って SR に基づいた治療およびケア介入に関する推奨、(2)GRADE 手法に準じた Good Practice Statement の合意形成を行う方針を確認した。

10 月 10 日に行った第 2 回班会議では、CQ の設定の仕方について議論した。その際、CQ (Minds, GRADE が主に議論している介入の是非に関する Question) もしくは BQ (Background Question; 介入の是非ではなく、診断・有病率・手法の種類などスコoping レビューで取り扱うような Question)、GPQ (Good Practice Question) もしくは FRQ (Future Research question) (診療上の重要度の高い医療行為について、SR を行わずとも明確な理論的根拠や正味の益があると判断する医療行為をステートメントとして提示するための Question) の設定について議論を行った。Question の設定を分かり易くするために、流れ図 (Question map) を作成し、9 つの領域について Question を立てる方針とした。その際、診断、薬物治療以外はエビデンスが少ないことが想定され、摂食開始決定基準、嚥下・栄養ケア、多職種連携介入、意思決定支援、ACP/SDM、エンドオブライフについては BQ、GPQ、FRQ を設定することとした。

また、議論する中で重要な課題として、そもそも誤嚥性肺炎には診断基準、明確な定義及び臨床的コンセンサスがないため、誤嚥性肺炎とは別の名称を班員で検討する必要があるのでは、という意見がでたため、班員で意見を挙げて検討を行った。

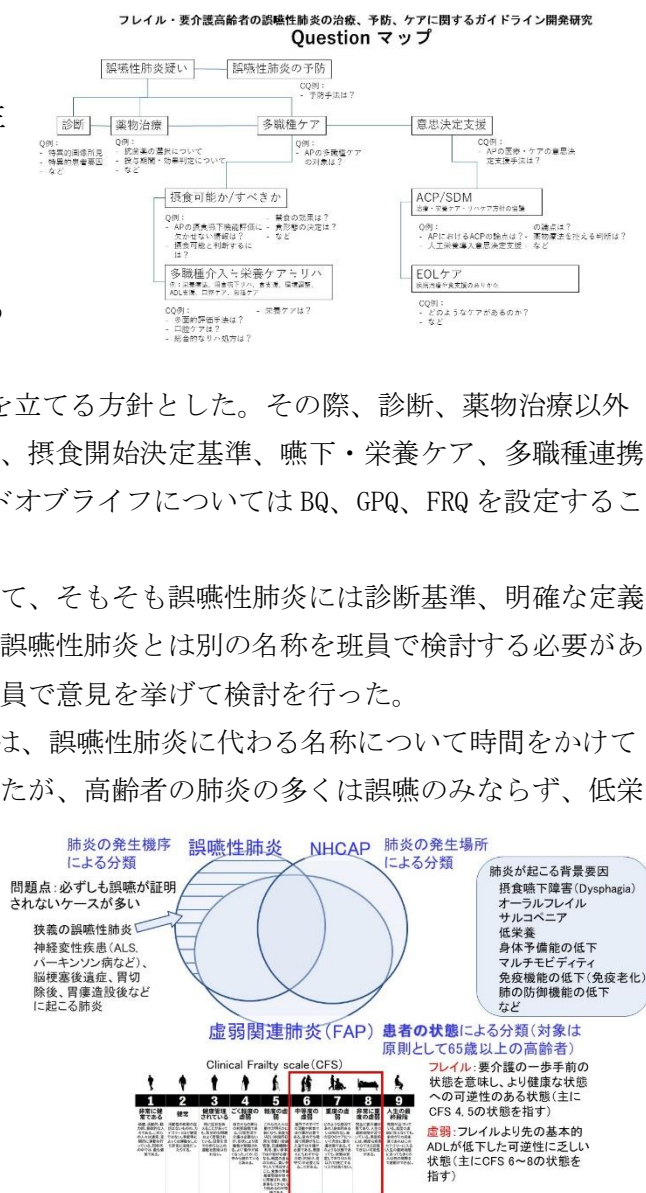
11 月 11 日に行った第 3 回班会議では、誤嚥性肺炎に代わる名称について時間をかけて議論した。さまざまな呼称が提案されたが、高齢者の肺炎の多くは誤嚥のみならず、低栄養、サルコペニア、免疫力の低下、マルチモビディティなど多面的な虚

弱要因が関与していることから、誤嚥性肺炎より包括的な概念として「虚弱関連肺炎 (Frailty-associated pneumonia : FAP)」と

いう名称を提案することとした

(図)。なお、FAP は臨床虚弱尺度

(CFS) 6~8 程度の高齢者に多くみられる肺炎を意識しての名称である。虚弱関連肺炎という名称を用いることについて、日本老年医学会内、続いて研究協力者を交えた全体会で議論を行い、最終的に虚弱関連肺炎の名称を用いることについてコンセンサスが得られた。



D. 考察と結論

誤嚥性肺炎は通常の肺炎（市中肺炎）とは発症機序、起炎菌、リスクが異なり、患者はADLが不良で、摂食・嚥下に障害があり、低栄養状態、免疫能の低下が背景にある。多くの場合、食事を止めてしまうため、摂食・嚥下機能は大きく低下し、肺炎は改善しても摂食できなくなり、それに伴って栄養状態、ADLは低下し、自立した生活ができなくなることが多い。これは誤嚥性肺炎の取り扱いにコンセンサスが存在しないためである。そこで本研究では、誤嚥性肺炎を“フレイルの先の虚弱な状態”で起こる疾患と位置付け、流れ図を作成して、①診断について、②薬物治療について、③嚥下・栄養ケアについて、④多職種連携によるケアと意思決定支援についての4領域についてClinical Question (CQ)を設定し、文献検索、システマティックレビュー (SR)、推奨決定、ガイドライン作成を行うこととした。

令和7年度はこの作業を行ううえで、そもそも誤嚥性肺炎には明確な定義がないこと、すなわち、診断方法、診断基準、治療方針に関する臨床的コンセンサスが非常に乏しいことを問題視した。図に示すように誤嚥性肺炎は、ALS、パーキンソン病などの神経変性疾患、脳梗塞後遺症、胃切除後、胃瘻造設後などを除き、誤嚥が必ずしも証明されないケースが多いこと、誤嚥性肺炎に類似する概念としてNHCPがあるが、これは肺炎が発生する場所による分類であり、誤嚥性肺炎は肺炎の発生機序による分類であること、実際に誤嚥性肺炎をおこす患者は摂食嚥下障害、オーラルフレイル、サルコペニア、低栄養、身体予備能の低下マルチモビディティ、免疫機能の低下（免疫老化）、肺の防御機能の低下などのリスクを有する**虚弱な**高齢者であり、機序や場所ではなく患者の状態で肺炎を表現するのが妥当であろうとの議論に帰結した。そこでわれわれの班が提唱するのが「**虚弱関連肺炎**

(Frailty-associated pneumonia : FAP)」である。虚弱関連肺炎は臨床虚弱尺度6～8 (beyond frail) に当てはまる虚弱高齢者に発症する肺炎と定義することにした。

この新しい呼称について日本老年医学会内、続いて研究協力者を交えた全体会で議論を行い、最終的に虚弱関連肺炎の名称を用いることについてコンセンサスが得ることができた。ただし、現場が混乱しないように誤嚥性肺炎と虚弱関連肺炎の関係をわかりやすく説明する必要があること、現場での理解を得るには時間が必要なこと、フレイルと虚弱の違いをできるだけ明確にする必要があることなどの注意点が挙げられた。この点は重要であると認識している。

令和7年度は虚弱関連肺炎の名称のコンセンサスを得ることに時間を費やしたため、令和8年度は急ぎ、CQの設定、文献検索、システマティックレビューを進める予定である。

E. 健康危険情報：なし

本研究は文献検索に基づくガイドライン策定研究であり、人を対象とする研究ではない

ため、健康被害を生む危険はない。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Katayose R, Tanaka S, Okura M, Arai H, Ogita M Impact of Severe Dyspnea on Mortality and Disability: A 9-Year Cohort Study of Older Adults in Japan *J Am Med Dir Assoc* 26(7):105609 2025
- 2) Vallet H, Arai H, Jacobs JM Bridging the gap: improving the long-term management of very old patients in intensive care *Eur Geriatr Med* 16(3):749-751 2025
- 3) Takagi S, Satake S, Sugimoto K, Kuzuya M, Akishita M, Arai H, Aprahamian I, Coats AJ, Klompenhouwer T, Anker SD, Wakabayashi H Comment on "Survey on the Knowledge and Practices in Anorexia of Aging Diagnosis and Management in Japan" by Takagi et al.-The Authors' Reply *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 16(2): e13770 2025
- 4) Chen LK, Hsiao FY, Akishita M, Assantachai P, Lee WJ, Lim WS, Muangpaisan W, Kim M, Merchant RA, Peng LN, Tan MP, Won CW, Yamada M, Woo J, Arai H A focus shift from sarcopenia to muscle health in the Asian Working Group for Sarcopenia 2025 Consensus Update *Nat Aging Online* 2025
- 5) Shin HE, Jang JY, Arai H, Lim WS, Chen LK, Kim M, Won CW Obesity indicators and risk of mortality and functional health outcomes in Asian community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis *Exp Gerontol Online* 2025
- 6) Maeshima S, Osawa A, Itoh N, Akatsu H, Arai H The Synergy of Cognitive Impairment and Physical Frailty on Fall Risk in Older Adults: A Memory Clinic-Based Study *Geriatr Gerontol Int* e70451 2026
- 7) Tan LF, Koh FH, Lim WS, Wang Y, Woo J, Arai H, Merchant RA Sarcopenia: Current evidence, advances in assessment, clinical implementation and future directions *Ann Acad Med Singap* 55(1):26-37 2026
- 8) Hashimoto K, Hirashiki A, Kawamura K, Ueda I, Yamazaki S, Tanioku S, Kamihara T, Kagaya H, Arai H, Shimizu A Prevalence, characteristics, and prognostic associations of sarcopenia in older adults with heart failure *Eur Geriatr Med Online* 2026
- 9) Kinoshita K, Otsuka R, Satake S, Nishita Y, Makizako H, Mizokami F, Kabayama M, Kamide K, Akatsu H, Arai H Concurrent and Predictive Validity of a New

Frailty Risk Index "FR-IC Index": A Follow-Up Study of Older Outpatients Geriatr
Gerontol Int 26(2):e70419 2026 なし

2. 学会発表

- 1) ACFS2025_Harnessing Technology to Combat Frailty and Sarcopenia: A New Era
of Prevention and Care
- 2) Vietnam national geriatric conference 2025_Frailty and sarcopenia research
update in Asia

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし