日医発第934号(地Ⅲ174)
平成２２年１２月２４日

都道府県医師会
会長　殿

日本医師会
会長　原　中　勝　征

日本ＣＯＰＤ対策推進会議の設立について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）につきましては、現在、わが国では約２１万人の方が治療を受けており、推定患者数は約５３０万人とされております。また、ＣＯＰＤは喫煙を主たる原因とする生活習慣病であり、予防可能な疾患であるにも関わらず、国民の関心はまだまだ高いとは言えません。

このような状況を踏まえ、今般、日本医師会では、日本呼吸器学会、結核予防会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会とともに、ＣＯＰＤの発症予防、合併症防止等の対策をより一層推進し、国民の健康の増進と福祉の向上を図ることを目的に、かねてより鋭利検討してまいりました、「日本ＣＯＰＤ対策推進会議」を設立いたしました。

また、その活動の一環として、日本ＣＯＰＤ対策推進会議では、日常の診療において、ＣＯＰＤの早期診断、適切な治療に活用いただけるよう、「ＣＯＰＤ診療のエッセンス」を作成し、日本医師会雑誌平成２３年１月号に同封のうえ、全会員へ配付することとしております。なお、本書につきましては、日本医師会ホームページ（http://www.med.or.jp/nosmoke/index.html）に掲載することとしておりますことを申し添えます。

併せて、今般、本会より担当の今村聡常任理事が構成員として参画いたしました、厚生労働省「慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の予防・早期発見に関する検討会」において、報告書が取りまとめられましたので、お送り申し上げます。なかでも、ＣＯＰＤ対策推進会議への積極的な支援について謳われております。なお、本書につきましては、厚生労働省ホームページ（http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000z9eb.html）に掲載されておりますことを申し添えます。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただき、地域におけるＣＯＰＤ対策の推進についてご協力いただきますとともに、貴会管下郡市区医師会への周知、協力方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

日本ＣＯＰＤ対策推進会議規約

平成22年12月16日制定

（目　的）

第１条　日本ＣＯＰＤ対策推進会議（以下「推進会議」という。）は、ＣＯＰＤの発症予防、合併症防止等のＣＯＰＤ対策をより一層推進し、国民の健康の増進と福祉の向上を図ることを目的とする。

（構　成）

第２条　推進会議は、前条の目的に賛同する別紙団体をもって構成する。

なお、構成団体の賛同のもと協力団体を置くことができるものとする。また、都道府県、及び市区町村においても、ＣＯＰＤ対策推進会議を設置することができるものとする。

（組　織）

第３条　推進会議に会議運営の企画・調整を行う幹事会を置く。

（役　員）

第４条　推進会議に会長、副会長、及び幹事を置く。

2. 会長及び副会長は、構成団体の互選による。
3. 幹事は構成団体からの推薦による。
4. 役員の任期は２年とし、再選を妨げない。

（会　議）

第５条　幹事会は必要に応じ随時開催するものとする。

（細　則）

第６条　本規約に定めるものの他、推進会議の運営に関し必要な事項は、幹事会の議を経て別に定めることができる。

（庶　務）

第７条　推進会議の庶務は、会長に選任された団体の事務局が担当する。

日本ＣＯＰＤ対策推進会議構成団体

日本医師会

日本呼吸器学会

結核予防会

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

日本ＣＯＰＤ対策推進会議
役員

会　長　原中　勝征（社団法人日本医師会会長）

副会長　永井　厚志（社団法人日本呼吸器学会理事長）

工藤　翔二（公益財団法人結核予防会理事）

木田　厚瑞（日本呼吸ケア・リハビリテーション学会理事長）

羽生田　俊（社団法人日本医師会副会長）

幹　事　相澤　久道（社団法人日本呼吸器学会常務理事）

山下　武子（公益財団法人結核予防会事業部顧問）

福地義之助（日本呼吸ケア・リハビリテーション学会名誉会員
／ＧＯＬＤ日本委員会委員長）

今村　　聡（社団法人日本医師会常任理事）

COPD診療のエッセンス

日本COPD対策推進会議（日本医師会、日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、結核予防会）編

COPD（慢性閉塞性肺疾患：慢性気管支炎、肺気腫）は多くの疾患と併存することが明らかにされている。内科だけでなく各科にまたがる生活習慣病として早期診断、適切な治療の実施を推進していくことが必要である。

1 COPDの診断

COPDを疑うとき　問診票を参考にするが、日本人における有効性は検証されていない。
問診の要点は以下の3点である。
- ●40歳以上
- ●10年以上の喫煙歴あり
- ●右の症状あり：坂道などで呼吸困難、3週間以上続く咳・痰・喘鳴、頻回に起こる風邪症状

↓

スパイロメトリーの実施（気管支拡張薬吸入後）
$FEV_1/FVC<0.7$

↓

COPDの可能性が高い

（喘息、肺結核、気管支拡張症などを否定）

↓

検査追加

- ・胸部単純X線
- ・心電図
- ・血液・生化学
- ・パルスオキシメータ

↓

COPDの確定

軽　症：坂道や階段のみで息切れがある
中等症：平地を100m歩くだけで息切れがある
重　症：衣服の着脱や軽度の日常労作も困難である

治療は息切れの改善を重視する

喘息との鑑別のポイント

- ・両者の合併は50%以上という報告がある
- ・合併例では経過中の増悪を反復し治療が難しいことが多い
- ・明らかな合併では喘息の治療を優先する

	COPD	喘息
喫煙歴	ほぼ全例あり	ありうる
40歳未満の場合	稀	多い
呼吸困難	進行性・持続性	発作性・症例により異なる
夜間の咳込み、覚醒	少ない	多い
症状の変動	少ない	多い

↓

治療を行っても症状が改善しない場合、あるいは他疾患（間質性肺炎など）の可能性がある場合

↓

専門医を紹介

かかりつけ医の対応

1. スパイロメトリーが実施できる場合：	原則としてかかりつけ医が診断と治療を行う。
2. スパイロメトリーが実施できない場合：	軽症以外で症状の変動が大きく、また増悪を反復する場合の治療方針は専門医に相談して決める。継続治療はかかりつけ医が実施する。

COPD問診票

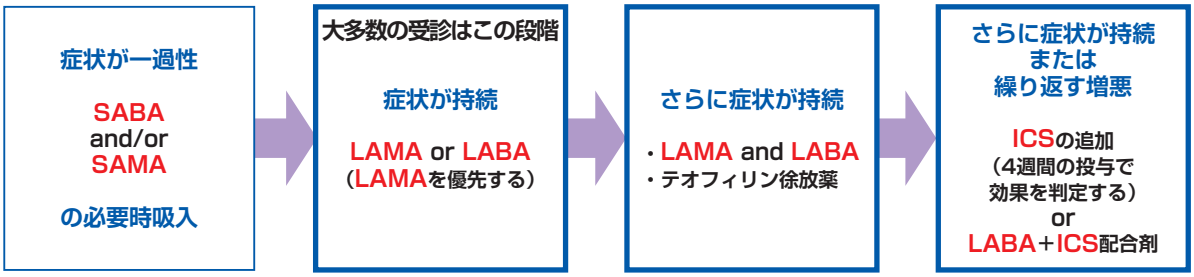
17ポイント以上：COPDの可能性あり
16ポイント以下：COPDの可能性は低い

質　問	選　択　肢	ポイント
1．あなたの年齢はいくつですか？	40～49歳	0
	50～59歳	4
	60～69歳	8
	70歳以上	10
2．1日に何本くらいタバコを吸いますか？（もし今は禁煙しているならば、以前は何本くらい吸っていましたか？）今まで、合計で何年間くらいタバコを吸っていましたか？（1日の本数×年数）	0～299	0
	300～499	2
	500～999	3
	1000以上	7
3．あなたの体重は何キログラムですか？あなたの身長は何センチメートルですか？〔BMI＝体重(kg)／身長(m)^2〕	BMI＜25.4	5
	BMI 25.4～29.7	1
	BMI＞29.7	0
4．天候により、咳がひどくなることがありますか？	はい、天候によりひどくなることがあります	3
	いいえ、天候は関係ありません	0
	咳は出ません	0
5．風邪をひいていないのに痰がからむことがありますか？	はい	3
	いいえ	0
6．朝起きてすぐに痰がからむことがよくありますか？	はい	0
	いいえ	3
7．喘鳴（ゼイゼイ、ヒューヒュー）がよくありますか？	いいえ、ありません	0
	時々、もしくはよくあります	4
8．今現在（もしくは今まで）アレルギーの症状はありますか？	はい	0
	いいえ	3

IPAG診断・治療ハンドブック日本語版 慢性気道疾患プライマリケア医用ガイド2005より改変

2 COPDの治療

1．完全禁煙（ニコチン貼付薬、バレニクリン錠（チャンピックス®）は禁煙外来の開設で保険適用）
2．薬物治療



SABA（Short-acting β2-agonist）：短時間作用性β2刺激薬
SAMA（Short-acting muscarinic antagonist）：短時間作用性抗コリン薬
LAMA（Long-acting muscarinic antagonist）：長時間作用性抗コリン薬
LABA（Long-acting β2-agonist）：長時間作用性β2刺激薬
ICS（Inhaled corticosteroids）：吸入ステロイド

3．栄養指導－重症COPDでは、るいそうが多いので、適正なBMI維持を目標とする
4．運動療法－散歩など日常的な規則正しい運動
5．予防接種－インフルエンザワクチン・肺炎球菌ワクチン（初回接種から5年以降の再接種可）
6．息切れが高度の場合には呼吸リハビリテーションを専門医療機関に依頼
7．慢性呼吸不全では在宅酸素療法／在宅人工呼吸療法

3 併存症

COPDは全身性疾患といわれるほど併存症が多い。COPDは他疾患に隠れているという認識が重要。

虚血性心疾患	喫煙歴のあるCOPDでは心疾患、高血圧の合併が多い
肺がん	経過中に発症することが多い。早期発見が重要
骨粗鬆症	身体の疼痛管理が不十分なときにCOPDの増悪を起こすことがある
呼吸器感染症	COPDの増悪の主原因、多くはウイルス感染。ワクチン接種が大切
睡眠障害	安易な睡眠薬の投与は呼吸抑制を起こし、低酸素血症を悪化させる
糖尿病	COPDの治療により息切れなどの症状を改善させ運動療法を容易にし、コントロール改善を図る
うつ病	呼吸抑制のない薬剤を選ぶ

4 増悪の早期発見・治療

増悪のサイン

（48時間以内の治療開始が望ましい）

- 呼吸困難の増悪
- 痰の色の変化（膿性痰）
- 痰の量の増加
- 風邪症状

かかりつけ医での治療

- 気管支拡張薬の吸入（主にSABA）
- 抗菌薬の投与
  （肺炎球菌、インフルエンザ菌、モラクセラ・カタラーリスの感染が多い）
- プレドニゾロン（プレドニン®）の経口投与
  20～30mgを7～10日

外来治療のポイント

- 経口ステロイド投与開始
- 膿性痰があれば抗菌薬を投与
- 3日間、治療して改善がみられない場合、あるいは呼吸不全（SpO_2<90%）が認められる場合は専門医に紹介する

在宅で治療を継続するか

- 症状が改善しているか（発熱、食欲、睡眠）
- 酸素飽和度の低下がないか（SpO_2>93%が目安）

SpO_2: パルスオキシメータによる酸素飽和度

外来・在宅で治療するか、入院治療とするか

	入院を推奨	外来・在宅を推奨
呼吸困難	高度	軽度
全身状態	不良	良
チアノーゼ	（＋）	（－）
意識障害	（＋）	（－）
重篤な併存症	（＋）	（－）
介護者	なし	あり
ADL（日常生活動作）	不良	良
浮腫	（＋）	（－）
HOT（在宅酸素療法）	（＋）	（－）
発症が急速	（＋）	（－）
SpO_2<90%	（＋）	（－）

（黄色部分を重視して判断する）

5 医療連携の基本的な考え方

専門医に紹介する場合

- 治療方針の決定が難しい
- 診断の確定、他疾患との鑑別
- 禁煙指導、適切な治療法の導入
- 重症例に対する在宅酸素療法、在宅人工呼吸療法、呼吸リハビリテーションの導入
- 増悪時の入院治療

6 COPDおよび関連の治療で用いられる薬物

（略称）	薬品名	商品名	使い方（成人）		注意点
短時間作用性β2刺激薬（SABA）	サルブタモール	サルタノールインヘラー®	1回（200μg）2吸入	労作時の息切れ回避・改善に1-2吸入頓用	過量投与にならないように注意
		アイロミールエアゾール®			
	プロカテロール	メプチンエアー®（MDI）	1回（20μg）2吸入		
		メプチンクリックヘラー®（DPI）			
短時間作用性抗コリン薬（SAMA）	オキシトロピウム	テルシガンエロゾル®	1回（100-200μg）1-2吸入×3回/日		副作用：口渇、前立腺肥大で排尿困難
	イプラトロピウム	アトロベントエロゾル®	1回（20-40μg）1-2吸入×3-4回/日		
長時間作用性抗コリン薬（LAMA）	チオトロピウム	スピリーバハンディヘラー®	1回（18μg）1吸入×1回/日		LAMAが第1選択薬 副作用：口渇、前立腺肥大で排尿困難
		スピリーバレスピマット®	1回（5μg）2吸入×1回/日		
長時間作用性β2刺激薬（LABA）	サルメテロール	セレベント®ロタディスク® セレベント®ディスカス®	1回（50μg）1吸入×2回		喘息の合併例では吸入ステロイドと併用 貼付剤は高齢者で吸入が困難なときに用いる
	ツロブテロール塩酸塩貼付剤	ホクナリンテープ®	1日（1-2mg）1枚貼付		
長時間作用性β2刺激薬（LABA）/吸入ステロイド（ICS）配合剤	サルメテロール/フルチカゾン配合剤	アドエアディスカス®250（DPI）	1回1吸入×2回/日		配合剤は吸入コンプライアンスを向上させる
		アドエアエアゾール® 125（MDI）	1回2吸入×2回/日		
吸入ステロイド（グルココルチコイド）（ICS）					ICS単剤でCOPD適応のものはない
テオフィリン徐放薬	テオフィリン	テオドール®錠	1回100-200mg×2回/日		血中濃度をモニタリングする
		テオロング®錠、顆粒	1回100-200mg×2回/日		
		ユニフィル®LA錠	1回200-400mg×1回/日		
喀痰調整薬	ブロムヘキシン	ビソルボン®シロップ、吸入液、細粒、錠	1回4mg×3回/日		痰の喀出が困難なときに用いる 気管支拡張薬との併用が原則
	カルボシステイン	ムコダイン®DS、錠、細粒	1回500mg×3回/日		
	フドステイン	クリアナール®錠、内用液	1回400mg×3回/日		
	アンブロキソール	ムコソルバン®DS、内用液、錠	1回15mg×3回/日		
		ムコソルバン®Lカプセル	1回45mg×1回/日		

COPD診療のエッセンス作成ワーキンググループ （五十音順）

青柴　和徹（東京女子医科大学大学院呼吸病態制御学教授）
天木　　聡（天木診療所院長）
今村　　聡（日本医師会常任理事）
桂　　秀樹（東京女子医科大学八千代医療センター呼吸器内科准教授）
木田　厚瑞（日本医科大学内科学講座呼吸器・感染・腫瘍部門教授）※座長
野村浩一郎（東京都立広尾病院呼吸器科医長）
萩原　照久（萩原医院院長）
茂木　　孝（日本医科大学内科学講座呼吸器・感染・腫瘍部門病院講師）

2010年12月発行

健発１２２２第１号
平成２２年１２月２２日

社団法人日本医師会
会長　原中　勝征　殿

厚生労働省健康局長

今後の慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の予防・早期発見のあり方について

我が国における健康づくりの取組においては、人口構造や疾病構造の変化により、慢性疾患を対象とする対策の重要性が高まっている。平成２１年８月にとりまとめられた「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」検討概要において、今後取組を推進すべき課題の一つとして、これまでの縦断的な疾患別対策とは別に、症状に着目した横断的な対策として「慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）」に対する取組の必要性が指摘された。

この指摘を踏まえ、平成２２年６月から計５回「慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の予防・早期発見に関する検討会」を開催し、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）（以下「ＣＯＰＤ」という。）の予防から早期発見、適切な医療提供までの一連の施策について検討を行い、今般、別添のとおり「今後の慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の予防・早期発見のあり方について」（報告書）を取りまとめたところである。

貴職におかれては、今後ともＣＯＰＤの適切な普及啓発が行われ、国民に広くＣＯＰＤに関する正しい知識が広まり、患者や患者を支える周囲の方々が、主体的に正しい知識や動機付けを持って行動できること、また、ＣＯＰＤに関し、予防から早期発見、適切な医療提供まで一連のＣＯＰＤ対策に取り組まれるよう、本報告書を御了知頂くとともに、管下関係団体等への周知に協力を賜るよう、特段の御配慮をよろしくお願いする。

今後の慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の予防・早期発見のあり方について

平成２２年１２月２２日
慢性閉塞性肺疾患（COPD）の予防・早期発見に関する検討会

はじめに

我が国の疾病構造については、感染症などの急性疾患から、がん、循環器病、糖尿病などの生活習慣病をはじめとする慢性疾患へと大きく変化してきており、日常生活における健康管理を始め、病状の様々な段階に応じた総合的な対策を図ることが求められている。

昨年度「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」において示された検討概要（平成21年８月）において、「慢性疾患の中でも、系統的な取り組みがなされていない筋･骨格系及び結合組織の疾患、慢性閉塞性肺疾患（以下「ＣＯＰＤ」）などについては、ＱＯＬ向上に向けた支援などを求める患者ニーズにいかに応えていくかといった視点から、施策のあり方を検討していくことが重要」とされた。「ＣＯＰＤ」については、主な原因が喫煙であることが多く、たばこ煙吸入の防止により予防が可能であるため生活習慣病としての性格が少なからずある。

こうした背景・問題意識のもと、厚生労働省健康局において「慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の予防・早期発見に関する検討会」が設置された。「ＣＯＰＤ」については、たばこ対策による予防や早期発見・治療を行うことで、リスクと負担を大幅に軽減することが可能な疾患であることから、その予防・早期発見に主眼をおいた具体的な対策について検討を行い、提言を取りまとめ、厚生労働省健康局に報告することとした。

１　「ＣＯＰＤ」に関する現状

「ＣＯＰＤ」とは有毒な粒子やガスの吸入による進行性の疾患であり、運動時の呼吸困難や慢性の咳・痰等を伴う。主な原因は喫煙であり、他に粉塵や化学物質などがある。

「ＣＯＰＤ」による死亡者数は日本において、約15000人／年（H20年人口動態統計）、推定患者数は500万人以上（NICE スタディ 2001）と試算されており、「気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患」にかかる医療費（一般診療医療費）は、年間約1550億円（平成19年度国民医療費）となっている。また、世界では約2億1000万人の患者がいると推計され、「ＣＯＰＤ」による死亡は、リスク（特にたばこの煙）を低減させるための介入がなされない場合、次の10年間で30%以上増加すると予測されている。（WHO報告書2009年）

２　「ＣＯＰＤ」対策における現状と課題

（１）「ＣＯＰＤ」の啓発について

「ＣＯＰＤ」については、医師や看護師等の医療従事者のなかでも、必ずしも理解が十分ではない。したがって、さまざまなツールを用いて、まず医療機関等の医療従事者全体（医師、歯科医師、薬剤師、看護師など）にＣＯＰＤの患者の負担の理解、ＣＯＰＤが予防可能な疾患であることの理解の浸透を図ることが必要である。それとともに、保健師、栄養士、健康運動士、フィットネスインストラクターなど、健康に関わっている多種多様な関係者に知識を普及していく必要がある。

国民に対しては、「ＣＯＰＤ」という病気の発見を促すことの動機付けを起こしていく必要がある。また、「ＣＯＰＤ」だけでなく肺癌や心血管疾患などの危険因子となる喫煙習慣からの離脱（禁煙）や受動喫煙の回避の動機付けと、密接に結びつけてゆくことが重要である。

「ＣＯＰＤ」という概念を広く普及させるためには①ネーミング、②主たる啓発対象（ターゲット）、③広報全体のプランニング、④啓発に賛同する協力者の獲得、がポイントである。

（２）「ＣＯＰＤ」の早期発見方法について

（ア）医療機関等

かかりつけ医がＣＯＰＤの疑いのある者を早期に発見し、呼吸器の専門医が確定診断するのが理想的であり、一連の医療連携システムを作っていくことは重要である。しかし、地域によっては専門医が近隣にいない場合もあり、スパイロメトリーがかかりつけ医にも広く普及することが望ましい。そのためには、従事者、スペース、時間などを確保するとともに、機器の使い方をかかりつけ医に普及してゆくことが課題である。

手動式診断用スパイロメータ（商品名：ハイ･チェッカー。以下「ハイ・チェッカー」という。）は、米国呼吸器学会のスパイロメータの性能基準を満たしているため性能上の問題はないが、呼吸曲線の記録ができないため、実施者が正しく使用できたかの判定ができないという難点がある。「ハイ・チェッカー」をどのように活用するかについて、さらに検討を進める必要がある。

（イ）問診票関係等

簡単な問診票（IPAG 問診票等）を活用し、ある程度疑いのある者を見つけることは、スクリーニングの方法としてきわめて有用である。

（ウ）肺年齢関係等

肺年齢は「ＣＯＰＤ」のスクリーニングとして、また肺の健康増進を目的として、喫煙の有無にかかわらず国民に説明しやすい指標として考え出されたものであり、一秒間に吐ける息の量から、自分の呼吸機能が何歳に相当するかを知るための手法である。喫煙の有無に関わらず、誰でも自分の肺年齢は気になるので広く訴える用語として優れている。「ＣＯＰＤ」の認知度は低く他人事のように思われがちだが、「肺年齢」になると自分事となる。ただし、健常者であっても喫煙者では高い数値が出ることに留意が必要である。

「ＣＯＰＤ」のスクリーニングとして用いる場合、肺年齢が実年齢よりどのくらい高ければ異常とするかについて、正常限界を示す必要がある。

（エ）健診関係等

人間ドックなど任意型の健診は別として、健診受診者全員にスパイロメトリーを実施することは時間的にも現実的でなく、問診票等で対象者を絞り込むことは有用である。一般的に健診受診時の問診票には、年齢、喫煙歴、BMI など、「ＣＯＰＤ」のスクリーニングに

必要な項目が多く含まれており、これを活用すべきである。なお、問診票に受動喫煙（たばこ煙にさらされること）の項目がない場合は、新たに設けることが望ましい。

「ＣＯＰＤ」の早期発見を特定健診や肺がん検診など既存の健診の場を活用して行うことが効率的と考えられる。

（３）たばこ対策と「ＣＯＰＤ」について

たばこ対策の推進は、「ＣＯＰＤ」の予防につながるため重要である。禁煙指導は、「現在、喫煙しているかどうか」で行うが、過去の喫煙歴を含めて評価するパック・イヤー（1日の喫煙箱数×喫煙年数）は「ＣＯＰＤ」の診断の上で重要である。

また、「たばこ規制に関する世界保健機関枠組条約」に基づいた「たばこ対策」を進めていくことは重要である。

３　今後必要とされる対策

（１）　早期発見の手順の確立

かかりつけ医や健診において「ＣＯＰＤ」の疑いのある者を早期に発見し、専門医による精査の後、患者の様態レベルに応じた適切な治療を行うことが理想的であるが、地域の現状に応じて診断から治療までの一連の流れを作ることが必要である。

「ＣＯＰＤ」の疑いのある者の早期発見には、IPAG 問診票やハイ・チェッカー（「肺年齢」）の利用が考えられる。

問診票については､国際的に注目されているIPAG（International Primary Care Airways Group）のＣＯＰＤ問診票があり、和文訳等が日本呼吸器学会から紹介され、日本でもかなり検証が進んでいる。しかし、IPAG の問診票は欧米人を対象としたものであり、多数の日本人におけるスパイロメトリーとの比較検討等を進める必要がある。スクリーニングに非常に有用なツールであり、問診票の見直しの検討を早急に進めて、広く活用できるようにすべきである。なお、ＣＯＰＤの患者の年齢層などを考慮すると問診票等を用いたスクリーニングは 40 歳以上を対象とすべきである。また、問診票のスコアが低くても、喫煙者である場合には、禁煙指導を行うべきである。なお、問診票に受動喫煙の項目がない場合は、現在及び過去の受動喫煙の状況が分かる項目を設けることが望ましい。

ハイ・チェッカーについては、今のところデータが必ずしも十分でなく、普及の点での課題もあるが、将来的に非常に有用なツールとなる可能性がある。今の段階では問診票を基本的に進めていくことが現実的である。また、問診票とハイ・チェッカーの両方を用いる場合、並列的に用いるのか、二段階として使うのか等、両者の位置づけを明確にする必要がある。

（２）必要とされる体制

「ＣＯＰＤ」の診断は、本来スパイロメータによる精密検査が必要である。それについ

ては、かかりつけ医と専門医との連携が重要である。専門機関としては、呼吸器内科の標榜施設、日本呼吸器学会の認定施設があげられる。また、日本呼吸器学会では、一般の人への情報提供としてホームページの充実を検討している。

地域によっては、呼吸器の専門医が非常に少ないことが懸念される。このような中、糖尿病については、学会、医師会などで糖尿病対策推進会議をつくり、専門医でない医師への啓発と診療の標準化を地域で連携して行っている。「ＣＯＰＤ」についても、日本医師会、日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、結核予防会により「日本ＣＯＰＤ対策推進会議」が発足した。国は、こうした「ＣＯＰＤ対策推進会議」などを積極的に支援しつつ、全国的に地域の実情に応じた連携体制がとれるような仕組みを構築していくべきであり、将来的には「ＣＯＰＤ」対策を医療計画の中に位置付けることも検討すべきである。

また、既存の健診などの場を活用するなど、多くの国民が、「ＣＯＰＤ」の早期発見のための問診等を受けられる枠組みを構築していく必要がある。

（３）予防・健康増進のあり方

ＣＯＰＤの早期発見と、疾病予防・健康増進の方向に向けていくために、健診等の場において禁煙指導を行うことが考えられる。集団検診等の場においては、十分な時間をとって禁煙指導を行うことは困難であるが、短時間の情報提供は可能であり、また、その中で禁煙を希望する方には保険による禁煙治療、薬局・薬店の禁煙補助剤の紹介など、禁煙ができる可能性を高めるような働きかけをすることが望ましい。また、禁煙指導は面談で行うことが重要であるが、健診結果については郵送・書面等でのみ対応している場合もあるなど課題も多いため、健診等の場をどのように活用していくか更なる検討が必要である。

（４）普及啓発

「ＣＯＰＤ」という言葉は、多くの人々に認知されていないが今後、早期発見につなげていくために、広く普及啓発していく必要がある。わかりにくい言葉ではあるが、学術的には確立された世界に共通した言葉であり、医療従事者をはじめとした健康に関わっている関係者には、「ＣＯＰＤ」という言葉を正しく理解してもらうべきである。なお、「肺たばこ病」等のわかりやすい通称を活用する場合には、肺がんなど、喫煙と関係のある他の疾患もあることを留意する必要がある。

一方、患者をはじめとした一般の方に対しては「肺年齢」という言葉を用いた普及を行っていく必要がある。「肺年齢」を若く保つためには、禁煙・受動喫煙防止のみならず、スポーツなど健康増進への意識を高めることが重要である。

啓発の方法としては、例えば、日本呼吸器学会、結核予防会、日本医師会が中心となり、毎年 5 月 9 日の呼吸の日の前後に、一般市民を対象として呼吸器疾患などに対する啓発活動を展開している。これを全国的にいろいろな関係団体や行政も一体となって、継続して

実施していくことも有用と考えられる。また、健康増進の立場で、スポーツイベントの場などを活用する方法も考えられる。

４　まとめ

これまで５回にわたり、「ＣＯＰＤ」に関する現状を踏まえ、課題を整理するとともに、求められる対策について検討を行ってきた。

「ＣＯＰＤ」については、主な原因が喫煙であり、禁煙により予防が可能であるため生活習慣病としての性格が少なからずあることから、他の慢性疾患と同様に、生活習慣の改善としての禁煙が何よりも重要であり、また、早期に発見、治療することで、リスクと負担を大幅に軽減することが可能な疾患である。

本検討会での提言を踏まえて、着手可能な分野より順次速やかに対応がなされ、国民に広く「ＣＯＰＤ」に関する正しい知識が広まり、患者や患者を支える周囲が、主体的に正しい知識や動機付けを持って行動できるような環境が整い、「ＣＯＰＤ」による社会的損失の軽減につながるようにしなければならない。