

オール山口で取り組む COPD 対策研修会

と き 令和6年11月2日(土) 14:00～16:10

ところ 山口県医師会6階会議室

(Zoom「ウェビナー」を使用したWeb方式併用)

[報告:理事 國近 尚美]

山口県医師会ではCOPDの啓発普及活動を行うことを目的に令和6年度にワーキンググループを設置したが、その活動の一環として、このたび、COPDの発症予防、早期発見・治療介入、重症化予防に関する医療従事者向けの研修会を山口県医師会の岡 紳爾 常任理事の司会進行により開催したので、内容を報告する。

講演

1. COPD 対策推進事業について

山口県医師会 COPD 対策推進ワーキンググループ委員長／

山口大学医学部附属病院院長 松永 和人

COPDは喫煙などの影響で生じる代表的な慢性肺疾患で、気道が狭くなったり肺の動きが悪くなることによって進行性の息切れや活動制限を示す病気である。慢性(Chronic)閉塞性(Obstructive)肺(Pulmonary)疾患(Disease)の英語のスペルの頭文字を取ってCOPDと呼ばれている。従来、私たちが知っている肺気腫と慢性気管支炎を併せたような疾患とご理解いただければと思う。

COPDは進行性の疾患で呼吸機能を喪失し、生活の質(QOL)が低下して予後が悪化していく疾患であり、「健康日本21(第二次)」(2013年施行)において、がん、循環器疾患、糖尿病と並んで対策を必要とする主要な生活習慣病と位置づけられ、このたびの「健康日本21(第三次)」においても継続して対策を必要とする生活習慣病として位置づけられている。これまではCOPDを知ってもらうことが目標になっていたが、今回の第三次からさらなる高みを目指していくために取り組みが強化された。COPDの発症予防、早期発見・治療介入、重症化予防など総合的に対策を講じていくことが必要と明記されており、その中で具体的な数値目標として現在のCOPDの人口10万人あたりの死亡率13.3を25%減少させて10.0まで

抑制していくことが示されている。

このような死亡率の抑制を含めた目標の達成のために日本呼吸器学会も足並みを揃えて2032年までに死亡率10.0を達成するため、何をしていたかなければならないのかということで「木洩れ陽2032」プロジェクトとして、Step1は早期受診の促進、Step2は診断率の向上と適切な治療介入(禁煙・薬物/非薬物療法(リハビリテーションや栄養指導、吸入指導)による治療介入)によって目標を達成していくことを提唱している。

喫煙歴があっても普段、坂道や階段で息切れを感じていなかった方が息切れを感じるようになれば「COPD-PS™」などの質問票を使用してCOPDの疑いをできるだけ早期発見して、それを受診・治療介入に繋げていきたい。COPDが治療されなければ、いずれ筋力の低下や身体活動性の低下があり、杖や車椅子の使用といったフレイル・要介護の状態に繋がり、それによって健康寿命が短縮していくだけでなく、生命予後も悪化してしまうということが生じている。そこで早期発見・早期診断を行って治療介入することによって健康寿命の延伸や死亡率の減少に繋げていくというプロセスが日本呼吸器学会から提案されている。

では、まず何をしなければいけないのかということだが、これは間違いなくCOPDの早期発見である。日本における生活習慣病の推定患者数と受診患者数をみると、高血圧の患者は1,564万人であるが、そのうちの63.5%にあたる993.7万人は診断され、治療介入が行われている。COPDの患者は530万人であるが診断治療に至っている患者はわずか4.2%であることから多くのCOPD患者が未診断・未治療の状態で潜在していることが想像される。

まず、県民の皆様にCOPDの早期発見のために、どのようなメッセージを発信していくかが、

COPDが疑われるリスク患者とは喫煙歴があって40歳以上の成人である（性別は関係ない）。徐々に進行する活動時の息切れや咳・痰という呼吸器症状がある方や、生活習慣病、特に高血圧や心臓病を有していて診断・治療されている方もリスク因子を有すると言える。一方、咳・痰・息切れといった症状が年齢によるものとして見過ごされている場合も多く、息切れを避けるために無意識のうちに自ら生活行動を制限しており普段は息切れを深刻に感じていない場合もあることを理解し、情報発信していく必要がある。

まずは患者さん自ら気づいてもらうために「COPD集団スクリーニング質問票（COPD-PS™）」があるが、十分に普及していない。これを医療現場で医師が使うだけでなく、県民の皆様から自ら使っていただくことを進めていきたいと思う。県がこのたび改定したパンフレット「COPDを知ろう」という県民の皆さまへの啓発資料の中に「COPD-PS™」を入れていただいている。この質問票は5つしか項目がないので患者さんも簡単に回答することができる。この資料を用いて県民の皆様から気づいていただき、早期受診に繋がってほしいと思う。

プライマリケアの先生方がCOPDの患者さんへ疾患について説明し、それを受け入れていただき、治療を継続していくことは決して簡単ではないことが想像される。患者さんにCOPDと向き合って治療を継続していただくためにお伝えしていただきたいことを2つご紹介したい。

一つは、COPDが健康寿命を短縮する原因疾患として非常に重要だということである。日常生活行動による息切れを感じてそれを避けるために生活行動を患者さん自ら制限してしまうことによって筋力や身体活動量の低下に繋がって、フレイルが進行していきながら最終的には入院・死亡リスクが上昇し、心疾患などの合併症が増えていくという疾患であることを先生方から患者さんにしっかり伝えていただきたい。もう一つはCOPDが生活習慣病と高率に合併しており互いに悪影響を及ぼし合うという点である。COPDの合併は心不全の死亡リスクを4倍、心筋梗塞・脳卒中の発症リスクを2倍上げることがわかっている。例えば高血圧の患者さんが脳卒中や心筋梗塞が怖い

から血圧の薬を飲み続ける場合、COPDがなければそれだけで十分かもしれないが、COPDを併せ持っている方は血圧だけを下げても脳卒中や心筋梗塞を防げないということが明らかになっている。患者の予後が改善するためには、心血管疾患とCOPDの両方を適切に治療していくことが極めて大切であるというメッセージをプライマリケアの先生方から患者さんにお伝えいただくことが重要だと考えている。

都道府県別にみたCOPD死亡率（人口10万対）であるが、山口県は18.8となっており、全国的にみても残念ながら下位に甘んじているという現状である。しかしながら、この18.8という数字を県内の他の疾患の数字と比較してみると、急性心筋梗塞22.8、間質性肺疾患20.3、大動脈瘤乖離18.8ということで、死亡リスクが高いと当たり前のように受け止めている疾患と同じくらいの高い死亡率が山口県内ではCOPDにもみられている。日本の中でも高齢化が進んでいる山口県ではCOPD対策の推進は急務といっても過言ではないと思う。

COPDの早期受診、診断率の向上、治療介入の推進を目指してオール山口で取り組むということで山口県医師会はCOPD対策ワーキンググループを令和6年度に立ち上げており、本日の研修会を参考にしていただきながら本県のCOPD対策が着実に前進していくことを心から願っている。

2. 山口県におけるCOPD対策

山口県医師会 COPD対策推進ワーキンググループ委員／
山口県健康増進課課長 小林 聖子

山口県の現状として、COPDの死亡率は、人口10万人あたり18.8（2022年 全国2位）と高い一方、この病気についての県民の認知度は約40%と低い状態である。

県民の健康寿命の延伸を図るためには、本県の高齢化の進行に伴い、増加が見込まれるCOPD患者への適切な対応が重要であることから、県においては、令和6年3月に策定した保健医療計画と健康やまぐち21計画に、新たな取組みとして「COPD対策」を追加し、認知度の向上に加え、発症・重症化予防、早期発見・早期治療に総合的に取り組むこととしている。

とりわけ、COPDの認知度の向上により早期発見・早期治療につなげることは、県の役割として重要と考えており、5月の世界禁煙デーや、11月の世界COPDデーに合わせ、ライトアップやイベント等を開催し、広く県民に啓発している。

令和6年度は、県民向けのCOPDリーフレット(図)を改定し、疾病についてわかりやすい説明と、スクリーニング質問票による自己チェックができるようにし、ハイリスク者の受診勧奨に活用できるようにした。このリーフレットは、市町や健診機関、医療機関等に配布するとともに、県のホームページにも掲載し、自由にダウンロードできるようにしているので、多くの方に活用していただくようお願いする。

県としては、県医師会をはじめとする関係団体の皆様や市町等と連携して、早期発見、早期治療、重症化予防の取組みを推進していくので引き続きよろしくお願いいたします。

※県健康増進課 HP リーフレットダウンロード URL

<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/uploaded/attachment/196087.pdf>



図

3. 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の基礎知識

山口県医師会 COPD 対策推進ワーキンググループ委員／
総合病院山口赤十字病院院長補佐・

呼吸器内科部長 國近 尚美

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は、以前から長らく慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれており、COPDという病名としては認知率が低く、わが国の2023年のCOPD認知率は約33%であった。

わが国のCOPD推定患者数は530万人であるが、実際に治療を受けている患者は約36.2万人とわずか6.2%である。他疾患で通院している患者の中に潜在している可能性があるため、オール山口で取り組み、症状が軽いうちに早期発見し早期治療を開始し、重症化を予防することが重要である。

COPDは、主にタバコ煙や有害物質の長期間の吸入によって引き起こされる肺疾患である。呼吸機能検査にて気流閉塞を認める。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に関与する(図1)。臨床的には徐々に進行する労作時の呼吸困難や慢性的な咳や咳嗽を示すが、それらの症状に乏しいこともある。

主な原因は喫煙であるが、その他の化学物質や粉じん吸入も影響する。最近では肺の発育障害も影響していると報告されている。

1) COPDの症状

- ・咳、痰
- ・坂道や階段を上るときの息切れ
- ・ヒューヒュー・ゼーゼーなど喘鳴
- ・長引く風邪のような症状

2) COPDの身体特徴

- ・ビア樽状胸郭
- ・呼気延長、口すばめ呼吸
- ・胸鎖乳突筋の肥大
- ・チアノーゼ

3) COPDの診断基準

- ・長期の喫煙歴などの曝露因子があること。
- ・気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーでFEV1/FVC(1秒率)が70%未満である。
- ・他の気流の閉塞(気管支結核、腫瘍や異物など)を来しうる疾患を除外すること。

4) COPDの診断手順

- ・まずはCOPDを疑うことが大切である。(喫

1. 抗菌薬 (Antibiotics)
2. 気管支拡張薬 (Bronchodilator)
3. 副腎皮質ステロイド (Corticosteroids)
プレドニゾロン換算 30 ～ 40mg/ 日を
5 ～ 7 日間 (主に入院時)
4. 気道分泌物の除去
体位ドレナージ、ハフィングなど

8) 公的支援の活用

身体障害者福祉法に基づき、身体障害者手帳を申請し、基準を満たせば医療費の助成を受けることができる。

9) COPD の終末期

COPD は慢性の経過をたどりながら、増悪をきっかけに致命的な状態に陥ることもある。普段から増悪時の救急救命処置や人工呼吸器の使用なども含め、家族やかかりつけ医とアドバンス・ケア・プランニング (ACP) などの相談をしておくことが大切である。

10) COPD のチーム医療

かかりつけ医、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床工学技士、栄養士、ソーシャルワーカー、臨床心理士などで医療チームを構成する。チーム医療として多職種が連携・協働し、患者をサポートすることが重要である。

現在、COPD 死亡率全国第 2 位の山口県の実況 (図 3) を改善すべく、オール山口で取り組み、COPD の発症予防、早期発見・治療介入、重症化予防を進めていきたいと考え、今回の企画を行った。

4. 薬物療法:「COPD における吸入薬の使い方」

総合病院山口赤十字病院薬剤師 末永 泰子

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の安定期管理として薬物療法、非薬物療法とあるが、積極的な薬物治療の介入は疾患進行の抑制及び生命予後の改善が期待できるとされている。そして、薬物療法の中心となるのが吸入薬である。患者ごとに適切な吸入手技や継続が可能と考えられる薬剤、デバイス、吸入方法を選択する必要がある。

安定期管理の薬物治療として初期導入には長時間作用型抗コリン薬 (LAMA) を選択し、LAMA によりコントロール不良や副作用が懸念される場合に長時間作用型 β 受容体刺激薬 (LABA) への



図 3

変更を考慮する。これらの単独療法でコントロールが不良な場合には LAMA、LABA の併用療法を行う。ただし、症状が強い場合や、身体活動性が損なわれている場合には、初期導入から LAMA と LABA の併用が許容される。

COPD に対して吸入ステロイドの単独療法は有効性に乏しく推奨はされていないため、喘息を伴う場合にのみ LAMA や LABA と併用する。

これらの薬剤を吸入で用いる場合にドライパウダー式吸入器 (DPI)、加圧式定量噴霧式吸入器 (pMDI)、ソフトミスト定量吸入器 (SMI) のデバイス種類が存在し、それぞれの特徴を理解し、患者に適したデバイスを選択する必要がある。これらの特徴として、DPI は粒子径が $2.5 \sim 5.5 \mu m$ と他に比べると大きい粉であり、自身の力で吸い込むことが必要である。一定の吸入流速が必要な点については欠点と言え、吸入の力が弱い患者に対しては不向きなデバイスである。噴霧の作業がないため、吸気との同調は不要であり、刺激性添加物を含まないことから吸入時の気道刺激感は軽減されることは利点である。pMDI は粒子径 $0.9 \sim 5 \mu m$ であり、噴霧されるデバイスであるため吸入との同調は必要とされるが、吸入流速が比較的弱くとも使用が可能なデバイスである。しかし、ボンベを押し込み使用するため、ある程度の握力が必要である。噴霧剤や添加物による気道刺激感を生じる可能性もあるデバイスである。SMI は粒子径 $0.5 \sim 4.5 \mu m$ であり、ミストとして噴霧される。やはり噴霧と吸入の同調が必要であり、pMDI に比べると噴霧速度が遅く、1 回の噴霧時間が長いのは欠点である。吸入ガスが使用されていないために刺激感は軽減されており、肺内吸着率は高いとされている。これらの欠点を補うため

の補助器具等も存在し、pMDIの噴霧と吸入の同調が困難な患者に対するエアロチャンバーやポンベのプッシュを補助するもの、SMIの充填操作を補助するものなどもある。

COPDの薬物治療の中心となるのが吸入療法であり、吸入が正しく行えているかどうかは治療効果に直結する。医療従事者は、吸入薬の特徴を理解した上で患者に適したデバイスを選択し、患者が正しく操作し吸入できるよう指導することが重要である。また、アドヒアランス向上のためには、吸入薬の使用開始前だけでなく、使用継続中も患者の吸入状況を継続的に確認し、適切な指導を行う必要がある。

5. 非薬物療法：「COPD患者の栄養・食事療法～栄養改善のポイント～」

山口県医師会 COPD 対策推進ワーキンググループ委員／
下関市立豊田中央病院管理栄養士 上村 朋子

COPD（慢性閉塞性肺疾患）では、多くの患者で体重減少を生じており、摂取エネルギーの減少と消費エネルギーの増加が栄養障害の原因となる。COPD患者は、食事の際の呼吸困難感や腹満感、消化器機能低下等による食欲の低下から、食事摂取量が減少することで体重の減少を生じる。それによる筋肉量低下から呼吸機能が低下することで、息切れや呼吸困難が増強し食事時の疲労感を生じる。併せて活動量も低下することで食欲の低下に繋がり、栄養障害がさらに進行することとなる。また、COPD患者で多く認められる全身性炎症が、消費エネルギーの増加と食欲低下による摂取栄養量の減少を惹起する。これら複数の要因が複合的に関与することで体重減少を生じる（図1）。COPDにおいては、栄養障害が増悪の発症リスクとなる。

患者の低栄養診断に用いられる栄養評価方法として、GLIM（Global Leadership Initiative on Malnutrition）基準がある（図2）。GLIM基準による低栄養の診断指標には、表現型基準3項目（意図しない体重減少、低BMI、筋肉量減少）と病因基準2項目（食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾患による負荷/炎症反応）があり、両基準からそれぞれ1つ以上の項目が該当する場合、低栄養と診断する。病因基準のうち疾病負荷には炎症

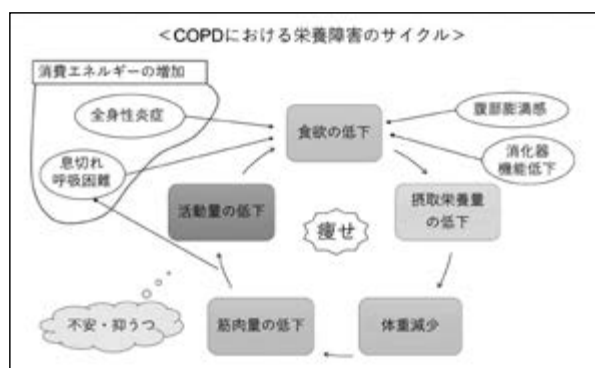


図1

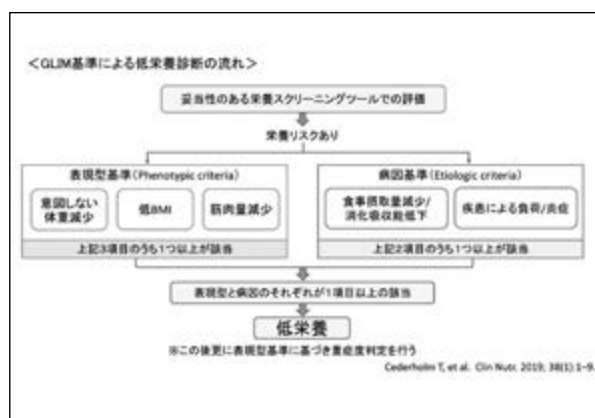


図2

を伴う急性及び慢性の疾患が含まれるが、COPDは中等度の急性炎症や慢性炎症を伴う疾患として挙げられており、COPDの罹患は低栄養として評価される要因の一つに該当する。

また、体重の減少も低栄養の評価基準項目である。6か月以内に5%より多くの体重減少や、6か月以上の間に10%より多くの意図しない体重減少（ダイエット等を除く）がみられた場合は低栄養とされる。例えば体重60kgの患者では、6か月で3kgの体重減少で該当するが、それは1食あたり38kcal（米飯24g分）の摂取エネルギー不足が続くことで引き起こされる。COPD患者においては、摂取エネルギーの減少に加えて、消費エネルギーの増大も生じることから、1日に必要な安静時エネルギー量は、健康な人の約1.2～1.4倍に亢進するとされる。これは健康な同世代の人と比べて、ランニング1時間以上のエネルギーをさらに必要とする状態に該当する。また、筋肉のタンパク量を保持するためには1～2g/kg/日程度のタンパク質摂取が必要であるが、COPD患者ではエネルギーとタンパク質双方の摂取不足が多くみられ、このことが呼吸リハビリテーション

の効果を減少させる負の要因となる。栄養療法は COPD の治療・管理における重要な要素である。

食事療法のポイントは、①規則正しい食習慣、②栄養バランスの良い食事の摂取、③必要エネルギーの摂取である。

食事内容の工夫としては、①生活リズムを整え、3食をきちんと摂る習慣をつける。分割食として1食あたりの食事量を少なくし、間食を取り入れる。②栄養バランスを整えるために、主食・主菜・副菜を揃えて食べる。1食あたりの食品の種類を増やすことも有効である。③高タンパク質、高エネルギーの食事を基本として、十分な栄養を摂取する。少量で高エネルギーの食事として、油脂を多く含む食品や料理を活用する。また、良質なタンパク質を含む食品を毎食必ず1品は取るように心がける。タンパク質の中でもBCAA（分岐鎖アミノ酸）は、筋肉の維持・増強作用があるとされており、BCAAの含有量が高いタンパク質食品（動物性タンパク質に多い）を積極的に摂る事も有効である。食事だけで十分なエネルギーや栄養素の摂取ができない場合は、少量高カロリー・高タンパク質の栄養補助食品を活用する。

COPD患者において効率的に体重増加を達成するには、体重の減少に注意し定期的な体重計測が大切である。必要栄養量の充足状況は体重の変化と合わせて確認し、体重減少前から栄養不足を生じないように食事摂取を心がける。ただし、糖尿病や脂質異常症などの慢性疾患を合併している患者においては、適正栄養量を考慮の上で栄養管理を行うことも重要である。

栄養療法と並行して運動療法を実施することで筋肉増加を伴う体重増加につながり、呼吸リハビリテーションがより有効となる。患者の栄養管理への意識を高めるためには、栄養指導を繰り返す行うことも必要であり、管理栄養士を含めたチーム医療による栄養療法が要となる。

6. 非薬物療法:「自分らしく在宅で過ごす支援」

山口県医師会 COPD 対策推進ワーキンググループ委員／
下関市立豊田中央病院

慢性呼吸器疾患看護認定看護師 築地 純子

患者が自分らしく在宅で過ごすことができるよう支援を行った事例の紹介。

【患者紹介】

70歳代、女性、COPD、2007年C型肝炎による肝硬変と診断、2014年から低酸素血症を生じるようになり肝肺症候群による肺内シャントが原因と診断されHOT開始となった。20XX年ウイルス感染症による発熱で病状悪化し総合病院に救急搬送され、肝不全・心不全の状態であったが回復後、自宅退院の希望があり当院に転院となった。家族構成は夫（要介護3）と二人暮らし、子供は息子と娘が市内に在住である。

肝肺症候群は肝疾患において肺内微小静脈の拡張により引き起こされ、病変が肺底部により多く存在することから起坐位で増強する低酸素血症を引き起こすといわれている。

【入院中の経過】

入院時の血ガス結果は（経鼻オキシマイザーカニューレ酸素7ℓでSPO₂値82%）pH7.456、PO₂ 49.0、PCO₂ 41.6、HCO₃ 25.1、SaO₂ 84.0%であった。酸素はオキシマイザー7ℓで安静時SPO₂値96%台、会話時80%台に下がり、トイレなど労作時には70%台～60%台となるためオキシマイザーにリザーバーマスクで酸素15ℓを併用投与していた。しかし、入院時より息苦しさや呼吸困難感、倦怠感など自覚症状の訴えはなかった。食事は自力で全量摂取、排泄はポータブルトイレを使用していた。下肢筋力維持のためリハビリへは車椅子で移動できていた。ご本人は急変時のNPPVや挿管による人工換気の希望はなかった。

【退院にむけ看護介入の課題】

- ・自覚症状が無いため酸素をしないで行動することがあり、退院後は自宅で酸素をしない恐れがあった。
- ・高流量酸素をして退院するにあたり、環境を整える準備が必要である。
- ・労作時は著明にSpO₂が低下するため急変の可能性が考えられる。
- ・自宅退院希望であるが夫も要介護3のため在宅療養支援の調整が必要であった。

【患者の意向である自宅退院をめざす支援】

本人に常に酸素が必要な状態を知ってもらうため、酸素飽和度の値をいつも気にしてもらえようようにモニタリングを行い、体動による値の変化

を知ってもらうように声掛け説明を行った。退院調整で対応できる訪問看護を探し、介護サービスが充実するようにケアマネや担当訪問看護と相談し、本人と家族にも酸素濃縮器や救急時の対応を知ってもらう指導を行った。さらに、できる範囲での夫と家族の協力を得られるよう、多職種退院支援カンファレンスを開催した。参加者は患者、家族、主治医、担当看護師、退院調整看護師、PT、MSW、管理栄養士、慢性呼吸器疾患看護認定看護師、ケアマネージャー、訪問看護師、訪問介護入浴担当者であった。

【多職種カンファレンス】

多職種カンファレンスで、患者はどうしても自宅に帰りたい気持ちを話すことができた。家族も自宅に帰してあげたい、できる事はしてあげたいということを伝えることができた。退院後は訪問診療で診察を行い、特別指示書による訪問看護、退院後訪問指導を行い、その後に、24時間の訪問看護、訪問介護を利用する運びとなった。ヘルパーは夫の介護で利用していた。

また、退院前には大きな酸素を持参して自宅訪問を行い動作確認とオキシマイザーにリザーバーマスクで酸素併用するため7ℓ用の酸素濃縮器を3台準備するため環境調整を行った。

【自宅退院への支援】

- ・退院後訪問指導を行い、担当看護師・認定看護師が病態や症状、入院中の支援や指導など訪問看護師と直接話して患者情報を共有した。
- ・入院中に酸素濃縮器の取り扱い練習（加湿水の交換やフィルター掃除）酸素ポンベの取り扱い練習をした。
- ・退院後訪問指導を行い、訪問看護と連携を取りながら本人と家族に緊急時対応方法の指導と練習を行った。
- ・訪問看護が地元救急隊や酸素濃縮器業者とも連携し、急変や災害時対応の患者情報を共有した。

【退院までのまとめ】

高流量での酸素投与中のため自宅への退院は困難と思われたが、患者の意向に沿うため多職種で相談を重ね自宅退院を叶えることができた。

【自宅での経過】

自宅では自由に動き、自宅裏の畑に野菜を見に出かけていた。自室の窓の下に小さな畑を作り、

窓から水やりを行い、キュウリを育てることやキュウリを眺めながら日常生活に楽しみを見つけ生活することができてきた。入浴は訪問看護や入浴介護や定期的に家族の訪問のタイミングで支援で行った。トイレや活動後に体がきついことを自覚し休むことができていた。酸素を外していることもあったが夫の声掛けがあった。台所はオール電化で調理は夫がしていた。

【おわりに】

その人が生きてきた、生活してきた背景や病みの軌跡を知り、本人のしたいこと、その人らしく生きていく支援を行っていくことが大切である。病院では病院のルールに沿って生活しなければいけなかったが、在宅では本人の生活を中心に行うことを試行錯誤しながら、医療・看護を提供し支援していくことが大切である。

7. 非薬物療法：「呼吸リハビリテーションの基礎」

8. 非薬物療法：「呼吸リハビリテーションの臨床（実技）」

山口県医師会 COPD 対策推進ワーキンググループ委員／
国立病院機構関門医療センター

理学療法士 石光 雄太

【諸言】

慢性閉塞性肺疾患（chronic obstructive pulmonary disease: COPD）は世界保健機関（World Health Organization: WHO）の統計によると心血管疾患、脳血管疾患に次ぐ第3位の死因に位置付けられており、年間約323万人に上る。日本でも2022年の厚労省の統計によると全死因の15位（16,676人）に位置し、われわれの健康に影響を及ぼしていることが示されている¹⁾。

特に山口県では10万人あたりの死亡者数が47都道府県の中で第2位（18.8%）であり、その影響が色濃く出ている可能性が示唆され、高齢化率も第3位（35.3%）²⁾と高く、身体予備力が低下していることが予想される。上記からCOPDの早期発見・早期対策が重要な急務と考えられる。

ではCOPDの予後予測として何が最も強力な予測因子かという身体活動量であることが示されている³⁾。本稿では主に身体活動量を上げる支援について記す。

【身体活動とは】

健康づくりのための身体活動基準 2013⁴⁾において、身体活動とは「安静にしている状態より多くのエネルギーを消費する全ての動作のこと」と定義される。

身体活動の構成要素として①運動と②生活活動が挙げられる。①運動とは呼吸リハビリテーションの中核の1つを担う運動療法を始めとして「身体活動のうち、体力の維持・向上を目的として計画的・意図的に実施し、継続性のある活動」と定義される。②生活活動とは「日常生活における身体活動として労働・家事・通勤・通学など」と定義される。

上記から身体活動＝運動＋生活活動と定義することが可能であり、その構成比率は個人差が大きい領域でもある。

そのため、呼吸リハビリテーションを実施する上で運動療法は重要な構成要素であるものの、運動療法だけではなく、生活活動（日常生活動作：ADL）をどのように快適に活動性を維持していくかといった視点・支援が重要であり、われわれ理学療法士では運動の支援継続支援や日常生活動作で息切れをしない工夫などの紹介とセルフモニタリングの重要性（図）などで支援をすることが可能である。ただし、これだけでは十分な活動量改善に向けたアプローチにはいたらず、栄養士による栄養指導や薬剤師による吸入薬の指導を行うことで活動しやすい身体・状態を作りつつ、自覚症状などに伴う抑うつ・不安などは心理士による不安などの表出促進が重要である。さらには看護師による日々の生活の変化の聴取や評価を多職種へ共有し、それらを医師によるトータルマネジメントをすることが重要であると考えられ、包括的な視点で多職種で関わっていくことが重要と考える。

【結語】

呼吸リハビリテーションは決して理学療法士だけで行うものではなく、多職種で連携することでより良い効果・支援に導くことが可能である。



図

【参考文献】

- 1) 日本生活習慣病予防協会（2025年3月10日閲覧）<https://seikatsusyukanbyo.com/statistics/2024/010796.php>
- 2) 内閣府 HP（2025年3月10日閲覧）
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/html/zenbun/s1_1_4.html
- 3) Waschki B, Kirsten A, Holz O et al. Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD : a prospective cohort study. Chest2011 ; 140 : 331-42.
- 4) 厚労省：「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」について（2025年3月10日閲覧）<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xp1e.html>

