

視 座

国策としてのCOPD対策

宮城県医師会理事

米 谷 則 美

以前より「肺気腫」や「慢性気管支炎」と呼び慣わされてきた「COPD」（慢性閉塞性肺疾患）は、明らかに診断不足の疾患である。2004年に報告されたCOPDの大規模疫学調査であるNICEスタディによれば、COPDの推定患者数は22.3万人。一方、診断されずにいる水面下の患者数は500万人以上であるとされており、見えているのはまさに氷山の一角であると言える。

COPDでは適切な予防・治療がなされないと呼吸機能は加速度的に低下し、日常生活に支障をきたすということはよく知られているが、さらにその経過中に肺がんや心筋梗塞、脳卒中の発症リスクを高めることも報告されており、次第に全身疾患としての側面がクローズアップされつつある。

WHO2013によれば、世界の疾病負荷（経済的コスト、死亡率、疾病率で計算される特定の健康問題の指標）において、2004年にはCOPDは第13位であったが、2030年には第3位に上昇すると予測されており、実際2008年には既に世界の死因の第4位にランクされている。

しかしながら我が国における外来患者数疾病別順位を見ると、1位は本態性高血圧症、2位は脊椎障害、3位が関節症、4位慢性腎不全、5位高脂血症、6位喘息、7位インスリン非依存性糖尿病、8位脳梗塞、9位椎間板障害、10位その他の糖尿病と続き、COPDはずっと下の第38位にランクされているにすぎない（厚生労働省平成20年度患者調査による）。一方、平成17年厚生労働省健康局生活習慣病対策室資料によれば、患者千人あたりの医療コストは、糖尿病が4億7,089万円、高血圧症が2億3,750円、心疾患は4億3,028万円、そしてCOPDは7億7,723万円であり、COPDの医療コストの高さが際立っている。

さて、2013年4月1日より施行された「改訂高年齢者雇用安定法第9条」により、全ての企業では、希望する労働者が65歳まで安定して働ける環境を整備することが義務づけられた。これは厚生年金の支給年齢が段階的に引き上げられることに伴って、無年金・無収入という事態を防ぐための方策であるが、世界でも類を見ない速度で迫り来る超高齢社会を前に、健康年齢の延伸は我が国喫緊の課題である。

企業側もこの法律改訂を嫌っている訳ではなく、2013年6月の時点で中小企業を中心に、すでに全体の66.5%の企業が65歳までの雇用対策を取っており、むしろ少子化の中で貴重な労働力としての高齢者の労働環境を整えようという動きが見て取れる。

このような状況の中で、厚生労働省は米国の国民的健康政策「Healthy People」に倣って、平成12年から国民健康づくり運動「健康日本21」という10年計画を打ち出し、現在、「健康日本21」は平成25年から平成34年までの第二次計画に入っている。この「健康日本21第二次計画」では、発症予防・重症化予防すべき生活習慣病として、従来掲げられてきた「がん」、「循環器疾患」、「糖尿病」の他に、今回

新たに「COPD」が並び加えられ、平成23年現在で未だ25%とされるCOPDの認知度を、平成34年度までに80%に高めることが目標とされている。また、「死亡原因として急速に増加すると予測されるCOPDへの対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である」とも明記されている。

COPDはかつて「タバコ病」と呼ばれた様に、喫煙が関係していることは明白であり、「COPD診断と治療のガイドライン第4版」でも外因的危険因子として第一に取り上げられている。平成22年6月18日に閣議決定された「新成長戦略」の中では、2020年（平成32年）までの目標として、受動喫煙のない職場の実現を打ち出しており、これを受けて厚生労働省では「第12次労働災害防止計画（平成25年～平成29年）」の中で、平成29年までに職場で受動喫煙を受けている労働者の割合を15%以下とすることを目標とした。また、平成23年労働災害防止対策等、重点調査」の中では、企業における受動喫煙に注目、「喫煙対策に対する事項を調査し、規模の小さな事業所ほど喫煙対策が充分に取られていないとの結果を報告している。具体的には、何らかの喫煙対策が講じられている事業所の率は、従業員数10～29人では17.1%、30～49人では25.3%、50～99人では33.8%、100～299人では48.3%、300～499人では56.9%、500～999人では60.5%という結果であった。この問題の解決策として、厚生労働省では受動喫煙防止対策助成金を設け、一定の条件を満たしている場合、助成率2分の1、上限額200万円で助成金を支給しており、本年度からは対象業種を全ての業種の中小企業へと拡大している。

我が国の高齢者人口は、いわゆる団塊の世代が65歳以上となる2015年（平成27年）には3千万人に、そして団塊の世代が75歳以上となる2025年（平成37年）には3千5百万人というピークに達すると見込まれている。このような傾向を見据えて、今まさに国をあげての様々なCOPD対策が講じられつつある。ところが、ここで一番のネックとなっているのが、冒頭に掲げたCOPDの診断不足である。COPD診断と治療のためのガイドライン第4版によれば、COPDの診断基準は「気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーで1秒率（FEV1/FVC）が70%未満であって、他の気流閉塞をきたし得る疾患を除外すること」とあり、当然ながら診断にはスパイロメーターが不可欠である。

しかるに東北地区の内科・呼吸器科・循環器科を標榜する開業医2,884施設での調査によれば、スパイロメーターを設置している施設は51%、さらに積極的に活用している施設となると27%に過ぎないとされている。国民の健康寿命の伸延を我々医療機関側が足を引っ張る様では甚だ申し訳が立たない。スパイロメーターの普及率の低さの理由としては、手技が面倒、時間がない、機械が高価、保険点数が低い、等があげられている（呼吸ケアフォーラム in 仙台：スパイロメーターに関する調査2009）。しかし小生の診療所での調査によれば、スパイロメトリーの所要時間は平均130秒、心電図検査は平均257秒で、スパイロメトリーは心電図の約半分の所要時間である。また、定価ベースでの価格の比較では、スパイロメーターは平均33万8,500円、心電計は平均296万5,375円で、スパイロメーターは心電計の約10分の1の価格、さらに保険点数の比較では、スパイロメトリーは2012年の診療報酬点数改訂で30点増額されて、肺気量分画とフローボリュームカーブと判断料込みで330点、一方心電図検査は130点であり、保険点数は心電図検査の2.5倍である。このように普及率の低さの理由としてはいずれも妥当とは言えず、スパイロメーターはそれほど敬遠されなくても良い医療機器ではなかろうかと思われる。

会員御諸兄におかれましては、COPDの診断に不可欠であり、かつ経済的にも負担の少ないスパイロメーターの設置と、その積極的なご活用により、COPDへの早期の介入にご協力いただきますようお願いを申し上げ、国策としての一連のCOPD対策と相まって、10年後、20年後の我が国が健康な高齢者で満ち溢れますことを切望いたします。

