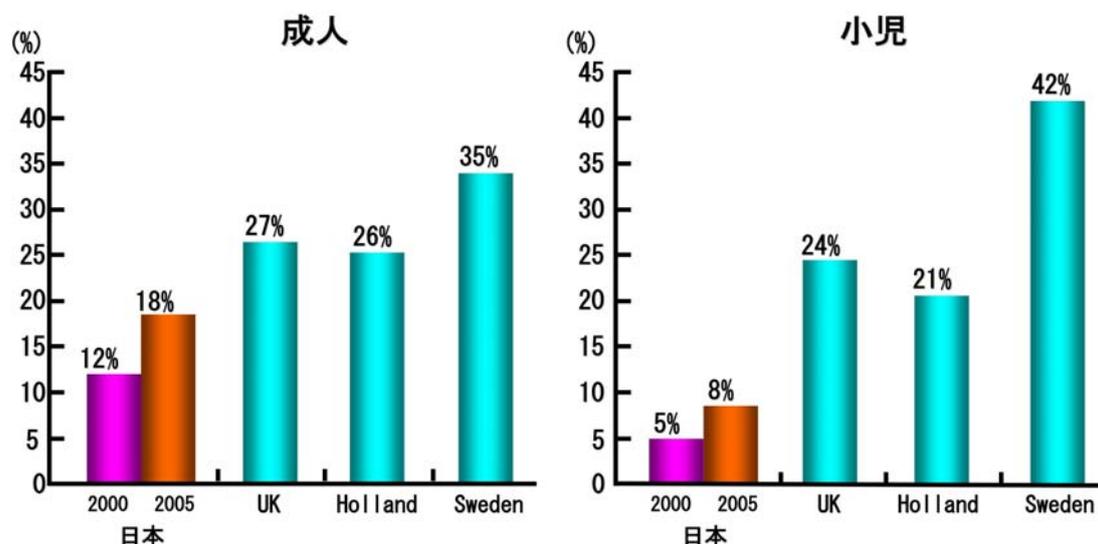


c) 課題

i) 喘息の臨床に関する実態

我が国での喘息の実態調査として、国際的に共通の質問表を用いた電話による疫学調査が、2000年(AIRJ2000)と2005年(AIRJ2005)に実施された。その結果によると、成人におけるICSの使用頻度は、2000年は12%、2005年は18%で、これは2000年の英国(27%)、オランダ(26%)、スウェーデン(35%)と比べていずれも低値であった(図12)。すなわち、ICSを第一選択薬として推奨している喘息治療のガイドラインが十分に実行されていないことを示唆する結果であった。また小児では一層低頻度であることも示された。

図12 吸入ステロイド薬の使用頻度

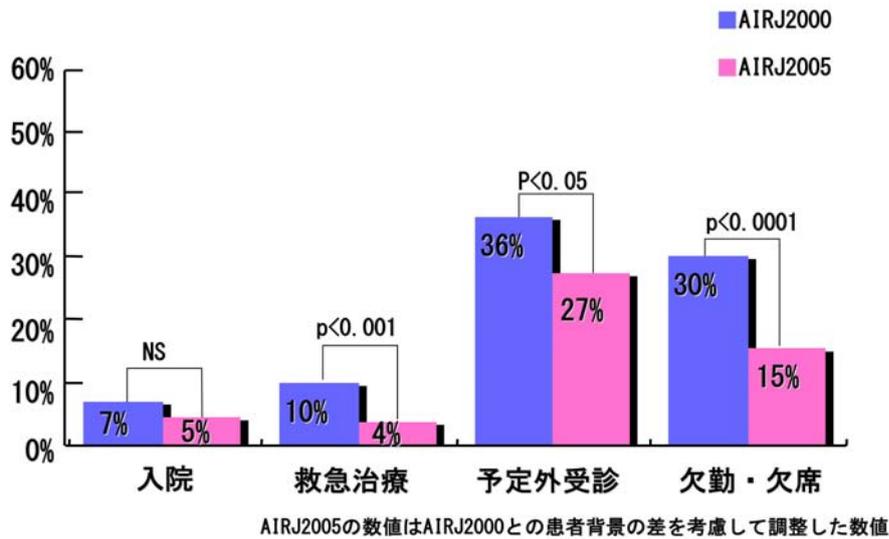


足立 満ほか：アレルギー 2002:51:411-420 (一部改変)

さらに注目されることは、ICSの使用頻度が2000年から2005年にかけて6%増加した結果、救急治療、予定外受診、欠勤・欠席の経験率が有意に減少し(図13)、吸入ステロイドを用いることの臨床効果を表しており、JGL2006に沿ったICSによる長期管理の有効性を強く支持している。

また、AIRJ2000の結果から、患者の自己管理を評価する上で重視されているピークフローメーターの使用が、理想とは程遠く、週1回以上使用している成人患者がわずか6%に過ぎないことが明らかとなった(図8、9頁)。すなわち、喘息の状態を客観的に評価するために、より簡便な方法を考えることの必要性が示された。

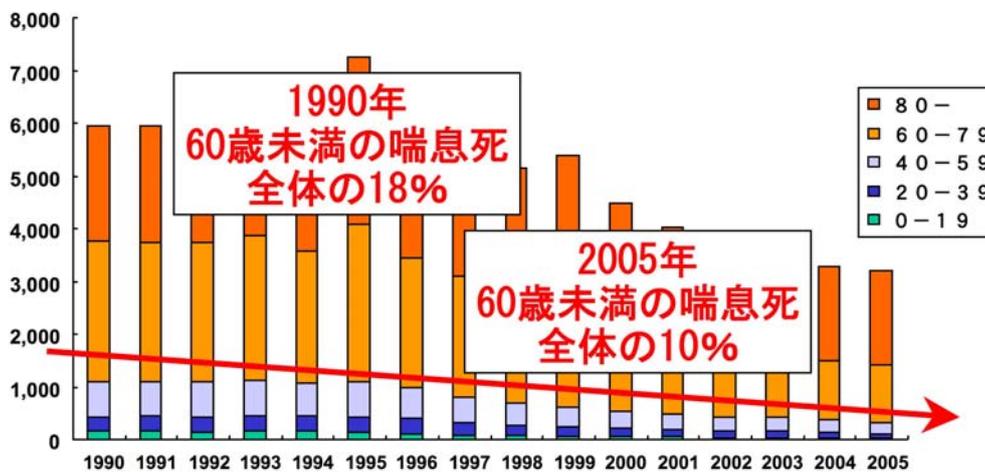
図13 最近1年間の
入院、救急治療、予定外受診、欠勤・欠席の経験率



ii) 高齢者への対応

喘息死の年齢分布を見ると喘息死の90%以上が60歳以上であることが明らかとなっている(図14)。

図14 年齢別喘息死数の推移



厚生労働省人口動態統計

この事実から、JGL2006 を実行するにあたり高齢者への対応をとくに意識することが必要である。高齢者では、喫煙者であれば COPD を合併していることが稀ではない。そして COPD の合併例では、COPD に対する治療も考慮する。

禁煙は喘息では ICS の効果が喫煙により抑制されることを阻止するが、COPD では治療においてさらに重要であり、これまでのところ疾患の進行を抑制する唯一の方法といっても過言ではない。したがって禁煙の実行が一層重要となる。

薬物療法では、抗コリン薬を含む複数の気管支拡張薬の使用が COPD の閉塞性換気障害に有効である。発作時には表 3 の鑑別すべき診断により注意を払い、また喘息に加えてこれらの疾患を併発している可能性もあることを忘れずに対応することが必要となる。さらに、薬剤の代謝も加齢や併用薬により変化するので、その点についても注意が必要である。

喘息死ゼロ作戦においては、いかに高齢者の喘息への対応を適切に行なえるようにするかが重要な課題として位置付けられると考えられる。

iii) JGL2006 の普及と実行に関する方策

JGL2006 の普及を妨げることであり、ガイドラインが複雑すぎるものが挙げられている。表 2-8 にまとめられた内容を完全に記憶して日常の臨床で実行するのは、非専門医に限らずたとえ専門医であっても困難であると考えられる。また ICS を基本薬として用いる長期管理を実行するには、まず喘息の病態に長期管理を必要とする気道の慢性炎症が重要な役割を演じていることへの理解を深め、炎症に対して ICS が最も有効で、しかも ICS は長年にわたる臨床的な検討の結果、安全性が極めて高いことへの理解を広めることが必須であると考えられる。したがって、ゼロ作戦の戦略には、喘息の理解を深める教材、ガイドラインの実行を可能にする簡便なプログラム、治療効果として患者の状態を客観的にかつ簡便に評価するための方法などの道具立てが必要と考えられる。