スパイロメトリー判読フロー｜2026年版

検査の質 → FEV1/FVC → FVC → 症状・追加評価

01｜検査の質

最大吸気、呼出開始、最初の1秒の咳、呼気終了、曲線、再現性を確認。	6歳超：最大値と次点のFEV1・FVCの差がそれぞれ150mL以内を再現性の目安とする。	品質が不十分なら解釈の確実性を下げ、検査コメントを併記。

02｜FEV1/FVC

適切な基準式の正常下限（LLN）と比較する。	LLN未満（zスコア約−1.645未満）なら気流閉塞を示唆。	COPD診断の気管支拡張薬後FEV1/FVC＜0.70は別の診断基準。

03｜FVC

FEV1/FVCを確認したうえで、FVCがLLN未満かを判定。	比が正常＋FVC低下：拘束性を疑うが未確定。比とFVCの両方低下：混合性の可能性。	拘束性の確定にはTLC低下の確認が必要。air trappingや努力不足も鑑別。

04｜症状・追加評価

呼吸困難、SpO2、運動耐容能、循環反応、検査条件と照合する。	数値と症状が一致しない場合、心疾患・貧血・廃用なども含め評価を広げる。	肺機能の数値だけで運動負荷量や実施可否を決めない。

判断境界と安全確認

低FVC	FVC低下だけでは拘束性換気障害を確定できない。	TLC低下で拘束性を確認。TLCが正常の場合にnon-specific patternなどを検討。
混合性疑い	FEV1/FVCとFVCの両方が低くても混合性確定ではない。	TLCで拘束性成分の有無を確認し、air trappingと区別。
BDR（ERS/ATS 2022）	FEV1またはFVCの増加量が予測値の10%超。	前値に対する%変化と混同しない。喘息診断の基準とは用途が異なる。
安全確認	最近の心筋梗塞、不安定な循環器疾患、気胸、術後、活動性感染症などは相対的禁忌。	検査の必要性とリスクを評価。疼痛、失神前症状、強い胸部症状などは中止・相談。

参考：ATS/ERS 2019 DOI: 10.1164/rccm.201908-1590ST ／ ERS/ATS 2022 DOI: 10.1183/13993003.01499-2021

rehabilikunblog.com｜臨床確認用・診断の代替ではありません｜2026年10月作成