

特別対談

COPD患者さんの健康寿命を 実現するために

ーガイドラインの改訂を踏まえ
人參養栄湯の位置づけを考えるー

昭和医科大学病院 病院長／
昭和医科大学医学部内科学講座
呼吸器・アレルギー内科学部門 特任教授
相良 博典 先生

福島県立医科大学
医学部呼吸器内科学講座 主任教授
柴田 陽光 先生

慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：COPD）は、世界的に主要な死亡原因の一つであり、本邦においても2024年のCOPDによる死亡者数は16,629人、死亡率は13.8（人口10万人当たり）であった。近年のCOPD治療薬の開発には目覚ましいものがあり、新たに生物学的製剤も登場し、疾患の良好なコントロールも可能となってきている。

一方で未診断・未治療の状態で放置されている潜在患者が多いことや、フレイルなど併存症を抱える患者の高齢化が進んでいる現在、適切な診断と最善な治療の選択が重要な課題となっている。

そこで、「COPD患者さんの健康寿命を実現するために」をテーマに、『COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン2026〔第7版〕』の編集委員（副委員長）である福島県立医科大学の柴田陽光先生と、本領域の第一人者として活躍されている昭和医科大学の相良博典先生にご討論いただいた。

I COPD診療の現状と課題

COPDの新たな疫学調査結果（CORE Study）

相良 柴田先生とは2022年に「COPD診療の現状と課題を考える」をテーマに本誌で討論いたしました（phil漢方 No.91）。その後、「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン2026〔第7版〕」¹⁾（以下、ガイドライン）が公表され、新たな知見も報告されていることから、改めてCOPD診療について考えたいと思います。

まず、COPDの疫学について触れたいと思います。わが国の代表的な疫学研究であるNICE studyでは、40歳以上の10.9%が気流閉塞を有し、COPDの有病率は8.6%、COPDの診断率は9.4%と報告されました²⁾。しかし、調査が実施されてから20年以上が経過しており、高齢化の進展や喫煙率の変化など、COPDを取り巻く状況が大きく変化していることから、新たな調査が必要と考えてCORE Study(the Japan COPD real-world data epidemiological study)を実施しました³⁾。

本研究は、レセプト情報と健康診断情報からなる大規模なデータベースを用いてCOPDの診断率を明らかにすること

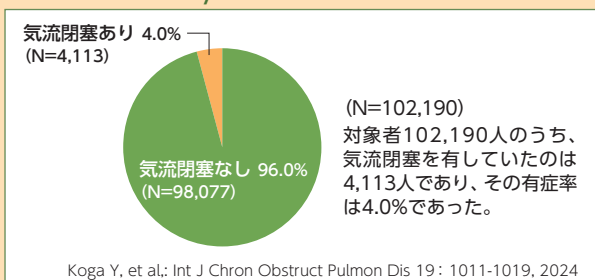


柴田 陽光 先生

1991年 山形大学医学部 卒業
 1995年 山形大学大学院医学研究科 修了
 1999年 シンシナティ子供病院医学センター
 Research Fellow
 2001年 山形大学医学部附属病院 助教
 2006年 山形大学医学部附属病院 講師
 2010年 山形大学医学部附属病院 病院教授 兼任
 2017年 福島県立医科大学医学部
 呼吸器内科学講座 主任教授

を目的としています。その結果、調査対象者102,190人における気流閉塞の有症率は4.0%(図1)、気流閉塞者におけるCOPD診断率は8.4%であり(図2)、健康診断受診者においてもCOPD診断率は極めて低いことが明らかになりました。

図1 CORE Study – 主要評価項目：気流閉塞の有症率 –



柴田 さらに、「COPD診断なし」(3,767人)のCOPD病期分類の結果を見ると、軽症だけでなく中等症以降の方も非常に多いことが示されています(図3)。この結果からも、多くの患者さんがCOPDを見逃されていることが示唆されました。

本研究は企業の職域健診受診者が主な対象ですから、高齢者が少ないというlimitationがあります。高齢者を含めると有病率はより高くなることが予想されます。

相良 “隠れCOPD”が多くいらっしゃるということですね。

柴田 NICE studyの結果と単純比較はできませんが、未診断数が多いことは共通していると思います。

COPDの全身併存症

相良 COPDは肺固有の疾患であると同時に様々な併存症を呈することが知られています。

柴田 COPDの全身併存症には、数多くの疾患が指摘さ

図3 CORE Study – 副次評価項目：気流閉塞者のCOPD病期分類 –

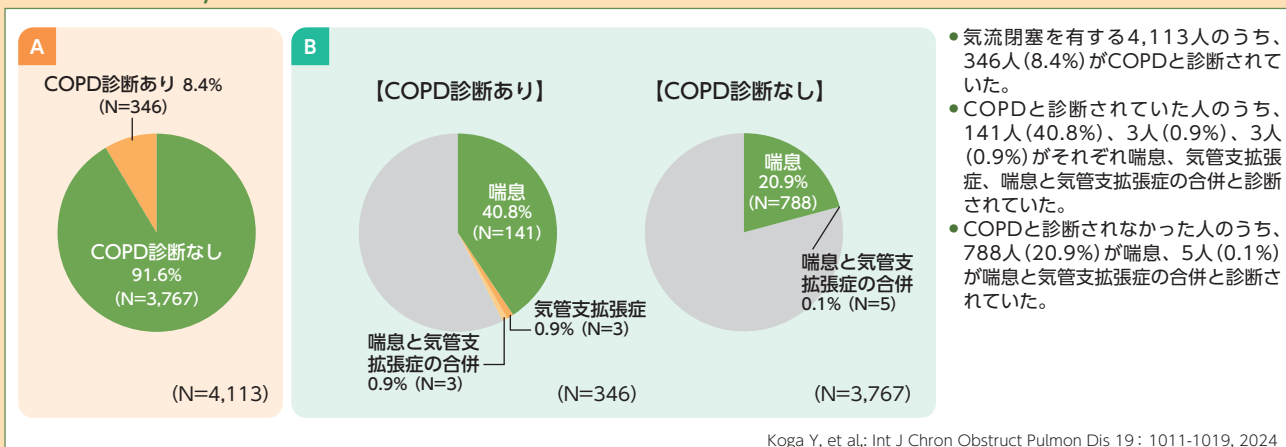
	COPD診断なし	COPD診断あり
	N=3,767	N=346
	n (%)	n (%)
GOLD 1	1,632 (43.3)	107 (30.9)
GOLD 2	1,802 (47.8)	192 (55.5)
GOLD 3	105 (2.8)	28 (8.1)
GOLD 4	6 (0.2)	3 (0.9)
評価不能	222 (5.9)	16 (4.6)

GOLD : Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

- COPD診断あり群では、気流閉塞が強い傾向を示した($p < 0.0001$, χ^2 検定)。
- 気流閉塞者の病期分類毎のCOPD診断率は、GOLD1で6.2%、GOLD2で9.6%、GOLD3とGOLD4で21.8%であった。

Koga Y, et al.; Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 19: 1011-1019, 2024

図2 CORE Study – 副次評価項目：気流閉塞者のCOPD診断率 –



- 気流閉塞を有する4,113人のうち、346人(8.4%)がCOPDと診断されていた。
- COPDと診断されていた人のうち、141人(40.8%)、3人(0.9%)、3人(0.9%)がそれぞれ喘息、気管支拡張症、喘息と気管支拡張症の合併と診断されていた。
- COPDと診断されなかった人のうち、788人(20.9%)が喘息、5人(0.1%)が喘息と気管支拡張症の合併と診断されていた。

れており(図4)、特に心血管疾患はCOPD患者さんの生命予後に大きく影響することが報告されています⁴⁾。

また、骨格筋機能障害のフレイル、サルコペニアはその他の併存症に対しても強く影響を与えることが明らかにされています。COPDとフレイルとの関係に関するメタ解析の報告によると、COPD患者さんにおける頻度は、プレフレイル 56%、フレイル 19%であることが示されています⁵⁾。しかも、フレイル・プレフレイルの併存は、余命の短縮と関連していることが報告されています⁶⁾。

相良 COPDは非常に多くの疾患を合併しています。そのような疾患で受診されている患者さんの中にCOPDが隠れている可能性がありますから、気流制限も含めた総合的な診療が必要です。

柴田 COPDの診断にはスパイロメトリーの施行が必須ですが、院内で検査することが難しいとおっしゃるプライマリケアの先生がいらっしゃいます。そのような場合には、まずはCOPD-Qなどの問診票を活用していただき、COPDの可能性がある患者さんは呼吸器内科専門の先生にご紹介いただくことも良いと思います。

相良 やはり、多くの患者さんが未診断で、適切に管理されていないことが大きな課題ですね。

柴田 患者さんにもCOPDを知っていただくことが必要ですが、COPDの認知度は最近の調査でも34.6%と報告されており⁷⁾、十分に認知されているとは言えません。COPDは患者さんご自身が病気であることに気付きにくい傾向があることが大きな問題です。徐々に症状が悪化する



るので慣れてしまっているため、問診での拾い上げは難しい面があります。しかし、そのような患者さんの中にはCOPD診断前の5年間に受診しているのですが、COPDと診断されていないという報告や(図5)⁸⁾、COPD診断前に患者さんは増悪を体験しているという報告もあります⁹⁾。

相良 咳、痰、息切れがちょっとでも悪くなればそれが増悪ですから、さほど難しいことではないことを知っていただく必要があります。

Ⅱ 健康日本21(第三次)と木洩れ陽 2032

相良 2024年度にスタートした「健康日本21(第三次)」における生活習慣病の発症予防・重症化予防に関する目標において、COPDの死亡率の減少が目標として掲げられました(図6：次頁参照)。「COPDの死亡率(人口10万人当たり)」が現状では13.3ですが、これを2032年度に10.0にしようということです。

日本呼吸器学会の取り組みとして「木洩れ陽 2032」がガイドラインで紹介されていますね。

柴田 健康日本21(第三次)の目標を達成するために、日本呼吸器学会では閉塞性肺疾患学術部会を中心にワーキンググループを立ち上げました。この活動は“Project for COPD MOrtality REduction BY 2032(COMORE-By 2032、日本呼吸器学会 COPD 死亡率減少プロジェクト

図4 COPDの全身併存症

- 全身性炎症
- 骨粗鬆症
- フレイル(体重減少)・サルコペニア・骨格筋機能障害
- 心血管疾患(高血圧症、心筋梗塞、狭心症、不整脈、脳血管疾患)
- 消化器疾患(胃食道逆流症、嚥下障害)
- 精神疾患(不安、抑うつ、認知症)
- 代謝性疾患(糖尿病、メタボリックシンドローム)
- 閉塞性睡眠時無呼吸
- 貧血

COPD 診断と治療のためのガイドライン2026 [第7版] (より作図)

図5 COPD診断前のヘルスケアシステム使用の増加
Canada Registry-based longitudinal study

- COPD診断前の5年間
医療ケア関係者との接触機会
薬剤師 14.0 visits/year
GP 10.3 visits/year
専門医 8.1 visits/year

- COPD診断前の2年間
72%が呼吸器に関連したGPの訪問はあるが、COPD診断に結び付かなかった。

Johnson KM, et al.: Thorax. 75 (2): 108-115, 2020 (作図)

COPD患者さんの健康寿命を実現するために

—ガイドラインの改訂を踏まえ人參養榮湯の位置づけを考える—

ト・通称 木洩れ陽 2032)”と命名され、目標達成のためにさまざまな活動を担っていくことになりました。

そのための働きかけとして、Step1：早期受診の促進、

Step2：専門医による診断率の向上と適切な治療介入によってCOPDの死亡率の減少に結びつけようというものです(図7)。

「早期受診の促進」では、40歳以上の比較的若い方から早くCOPDを発見して受診していただきます。適切な治療介入を受けることによって、最終的には健康寿命の延伸、死亡率の減少にもつながります。そのためには、冒頭のお話にもありましたように、疾患の啓発が重要になりますし、プライマリケアの諸先生にも受診されている患者さんにCOPDが隠れていないかを見つけ出していただくことも重要です。

「木洩れ陽 2032」のホームページでは、プライマリケアの先生が活用できる様々な資料をご用意していますので、それらも活用していただきながら一人でも多くの患者さんを拾い上げていただき、ひいては患者さんの生命予後を改善したいと思っています¹⁰⁾。

相良 目標を達成するためには、行政との連携も重要です。柴田先生は福島県で精力的に活動されていると伺っています。

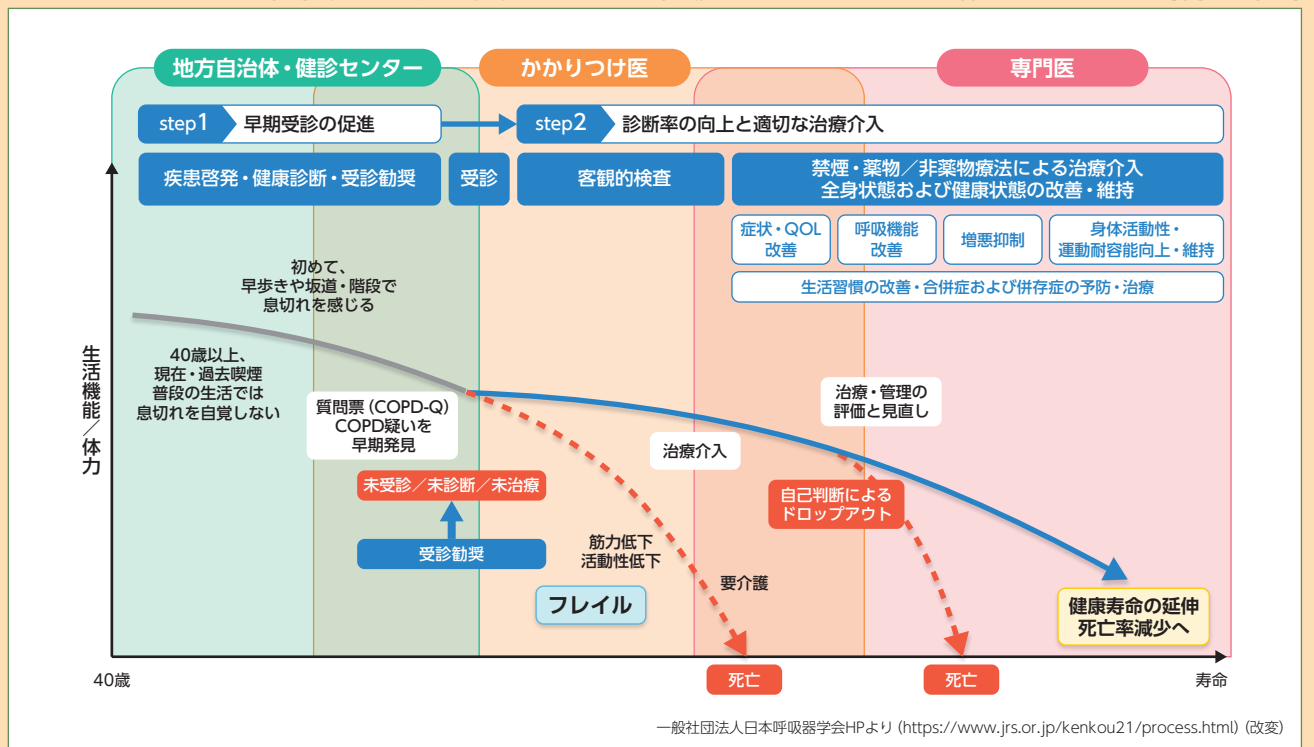
柴田 Step1(早期受診の促進)においては、自治体・健診センターの役割は非常に大きいと思います。疾患の啓発はもちろんですが、健康診断などで何らかのスクリーニングツールを用いてCOPDを早期に発見することが非常に重要な作業となります(図7、8)。

図6 健康日本21(第三次)における生活習慣病の発症予防・重症化予防に関する目標

指標 COPDの死亡率(人口10万人当たり)	
COPDの目標	現状値 13.3(2021年)
	目標値 10.0(2032年度)
生活習慣病の発症予防・重症化予防	がん
	① がんの年齢調整罹患率の減少 ② がんの年齢調整死亡率の減少 ③ がん検診の受診率の向上
	循環器病
	① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少 ② 高血圧の改善 ③ 脂質(LDLコレステロール)高値の者の減少 ④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑤ 特定健康診査の実施率の向上 ⑥ 特定保健指導の実施率の向上
生活習慣病の発症予防・重症化予防	糖尿病
	① 糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少 ② 治療継続者の増加 ③ 血糖コントロール不良者の減少 ④ 糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少(再掲) ⑥ 特定健康診査の実施率の向上(再掲) ⑦ 特定保健指導の実施率の向上(再掲)
	COPD
	① COPDの死亡率の減少

厚生労働省:健康日本21(第三次)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_jiryou/kenkou/kenkounippon21_00006.html
 ①国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針
 ②健康日本21(第三次)の推進のための説明資料

図7 COPDの自然歴と早期受診・診断・治療介入による死亡率減少までのプロセスと自治体・かかりつけ医・専門医の役割



福島県では県として活発にご活動いただいております、県のホームページにはCOPDの解説を掲載していますし、保健福祉部健康づくり推進課と共同で作成した啓発用のパンフレットは検診会場にも置いています。パンフレットの裏側にはCOPD-Qを掲載しており、4点以上なら受診していただくことをお勧めしています。さらに、地域の医師会にご協力をいただきながらCOPD対策協力医療機関に受診を誘導するような取り組みも進めています。

必ずしもすべての自治体でこのような活動は展開できないかもしれませんが、1つのモデルとして提示させていただきます。

相良 今後、COPDの診断率の向上や死亡率の低下につながることを期待されます。結果を楽しみにしたいと思います。

Ⅲ

フレイル診療における漢方治療の実際 - 人參養榮湯を中心に -

柴田 ガイドラインでは、初めて漢方薬が記載されたことも注目したいと思います(図9)¹⁾。COPD患者さんのフレイルに対する人參養榮湯の有効性については、すでに相良先生もご検討されています。

相良 データの詳細についてはすでにご紹介しています

図8 目標達成のために求められる取り組み

自治体・健診センター	かかりつけ医	専門医
● タバコフリー社会の構築 ● 疾患の啓発 ● 高リスク患者のスクリーニング(早期発見) ● 受診の勧奨(早期治療介入)	● 要肺精査患者への対応(診断、治療開始) ● かかりつけ患者の中における高リスク患者の特定とCOPD診断 ● 禁煙指導などによる曝露物質からの回避 ● ワクチンの接種 ● ガイドラインに準じた治療の開始(作業診断での治療開始も許可) ● 併存症の治療・管理 ● 重症や治療方針未決定症例の専門医へのコンサルト	● 患者教育 ● 年次の病態評価(呼吸機能検査と肺画像の年次評価) ● 併存症の評価 ● 適切な薬物療法の設定とかかりつけ医への逆紹介 ● 増悪への対応 ● 呼吸リハビリテーションを中心とした非薬物療法 ● アドバンスケアプランニング

木洩れ陽プロジェクトの目標達成には、自治体、健診センター、かかりつけ医を巻き込んで、プロジェクトを展開する必要があります

巻き込んでゆくためには、やはりCOPDという病気の認知を高めてゆくということが必須であろうと考えられる。口コミ・メタボのようなcatchyな病名が望ましい?

柴田 陽光 先生 ご提供

ので、そちらをご参照いただくとよいと思います(phil漢方 No.91参照)^{11), 12)}。人參養榮湯はフレイルに陥っているCOPD患者さんに対する改善効果を有しており、QOLの向上に有用であることを報告しています。

われわれのデータでCOPD患者さんのフレイルに対して人參養榮湯が有用であることが示されましたので、さらに次のステップとして、人參養榮湯がCOPDの増悪を抑制するかということに関して、さらに見ていく必要があると考えています。

柴田 COPD患者さんは病気が進行すると、フレイルが進行していきます。そのような場合の介入手段としては、呼吸リハビリテーションが中心になります。呼吸運動は骨格筋を使うので、呼吸リハビリテーションが非常に有効です。人參養榮湯は筋肉の質を良くし、それを介してCOPDの患者さんの病態を改善する可能性があると考えています。よって、今後は人參養榮湯と呼吸リハビリテーションとの併用も視野に入れて検討する必要があります。

私は体が弱っているような患者さん、フレイルがあると感じている患者さんに人參養榮湯を使用しますが、そのような患者さんは呼吸筋力も落ちていることも考えられますので、何らかの後押しをするような効果が期待できるかもしれません。

相良 私が診ている患者さんの中には、人參養榮湯を長期間にわたって服用されている方が多くいらっしゃいますが、そのような患者さんを解析することも必要だと思っています。具体的には、COPDの増悪を抑えている可能性、病気の進行を抑制している可能性、また呼吸機能の低下が鈍化する可能性などを含め解析することも必要かもしれませんし、それが人參養榮湯のエビデンスの蓄積につながると思います。

柴田 その点で今回、ガイドラインに「漢方薬」が載ったことは非常に大きな一歩だと思います。

図9 COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン2026[第7版] 漢方薬に関する記載

G. 全身の併存症

3. フレイル、サルコペニア、骨格筋機能障害

フレイルは、加齢に伴う筋力や心身の活力が低下した前介護状態である。身体的フレイル、精神心理的フレイル、社会的フレイルの3つの因子は互いに影響し合い、COPD患者において増悪の負のスパイラル形成に密接に関係すると考えられている。

(中略)

リハビリテーションや栄養療法はサルコペニア対策に有効である。また、近年、漢方薬の有効性を示す報告がある¹⁴⁾。

14) Ohbayashi H, et al.: Int J Chron Obstruct Pulmon Dis: 19: 995-1010, 2024

COPD 診断と治療のためのガイドライン2026[第7版] (より作図)

相良 現在は、COPD患者さんのフレイル・プレフレイルの補完的な治療として捉えられている面もありますが、人參養栄湯はひょっとしたらもう少し早くから使うべき薬剤なのではないかと思っています。最終手段として使用するのではなく、より早期から使用する必要があるのではないかと、そこが今後の課題ではないかと思っています。

先ほど、柴田先生にご紹介いただいたように、COPD患者さんにプレフレイルが非常に多いことが報告されていますから、その段階から人參養栄湯を服用していただければフレイルの抑制につながるかもしれません。

柴田 人參養栄湯のresponder・non-responderということについて、先生はどのような感触をお持ちですか。

相良 非常に難しいところではあるのですが、人參養栄湯が有効な患者さんは早く効く印象がありますし、そのような方にresponderが多いように思います。人參養栄湯を服用することで食欲が湧いてきますし、抑うつ傾向の改善も比較的早期にみられます。

柴田 人參養栄湯を飲み続けられる人と飲み続けられない人がはっきり分かれてるような印象があります。飲み続けられる人にはresponderが多いのではないかと考えています。

また、著効する患者さんもいらっしゃいます。どのような方に効くのかは今後の検討が必要ですが、体力的に弱っている方には試してみても良いと思います。

相良 われわれのデータでは人參養栄湯の服用によって食欲も湧いて動けるようになり、抑うつ傾向も改善することをお示しましたが、それが治療に対する意欲の向上にもつながるのではないかと考えています。

柴田 おっしゃるように、抑うつ傾向が改善することで治療意欲につながり、ひいては治療効果につながるという好循環が期待できると思います。

IV

COPD患者さんを見逃さない
—「たかが咳、されど咳」—

相良 CORE Studyや他の疫学調査結果を見ても、COPDの認知度を向上させることが重要です。呼吸器のご専門でない先生方には、呼吸機能をはじめとした検査で airflow制限の有無をチェックいただきたいと思います。

COPDの診断がされないと治療が開始されませんし、適切な治療介入がないと残念ながらフレイルが進行してしまうことにも繋がりますから、まずは入り口のところをもう少し広げる必要があると思います。その点で、福島県の活動が広く他の地域でも進められることが求められ

ると思います。

プライマリの先生には、“隠れCOPD”が多く存在していることを念頭に、COPDがcommon diseaseであるという認識をお持ちいただきたいと思います。

柴田 COPDは積極的に疑っていかないとなかなか見つけられない疾患です。まずは、患者さんの喫煙歴に着目していただく必要があります。また、処方や経過を見ていただいて、しょっちゅう風邪をひく、ずっと去痰剤や鎮咳剤の処方を希望される人の中にはかなりCOPD患者さんがいらっしゃるはずですから、カルテを見直していただくことでもCOPDが見つかると思います。特に70歳を超えると、おそらく4人に一人は何らかの呼吸機能障害があると思いますので、ぜひ疑って診療していただきたいと思います。

咳や痰が出る人は何らかの呼吸器疾患を抱えていますし、さらに重喫煙歴があるとCOPDの可能性がより高くなると思いますので、その辺りを注意して診ていただくとよいと思います。

相良 非常に重要なご指摘です。特に咳は重要ですね。

柴田 咳が続くような患者さん、いつも鎮咳剤を求められる患者さんの中にCOPDが存在するはずですよ。

相良 「たかが咳、されど咳」ですね。

【参考文献】

- 1) 日本呼吸器学会COPDガイドライン第7版作成委員会 編集: COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン2026 [第7版], メディカルレビュー社
- 2) Fukuchi Y, et al.: COPD in Japan: the Nippon COPD Epidemiology study. *Respirology*. 2004 Nov;9(4):458-65. doi: 10.1111/j.1440-1843.2004.00637.x.
- 3) Koga Y, et al.: Underdiagnosis of COPD: The Japan COPD Real-World Data Epidemiological (CORE) Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2024 May 7;19:1011-1019. doi: 10.2147/COPD.S450270. eCollection 2024.
- 4) Agustí A, et al.: Treatable traits in the NOVELTY study. *Respirology*. 2022 Nov;27(11):929-940. doi: 10.1111/resp.14325. Epub 2022 Jul 21.
- 5) Marengoni A, et al.: The Relationship Between COPD and Frailty: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Chest*. 2018 Jul;154(1):21-40. doi: 10.1016/j.chest.2018.02.014. Epub 2018 Mar 1.
- 6) Liu C, et al.: Association of Physical Frailty With Incidence and Life Expectancy of COPD: A Population-Based Cohort Study. *Chest*. 2025 Oct;168(4):890-900. doi: 10.1016/j.chest.2025.03.032. Epub 2025 Apr 19.
- 7) 一般社団法人GOLD.COPD情報サイト. http://www.gold-jac.jp/copd_facts_in_japan/copd_degree_of_recognition.html.
- 8) Johnson KM, et al.: Healthcare system encounters before COPD diagnosis: a registry-based longitudinal cohort study. *Thorax*. 2020 Feb;75(2):108-115. doi: 10.1136/thoraxjnl-2019-213554. Epub 2019 Nov 8.
- 9) Halpin DM, et al.: Identification of key opportunities for optimising the management of high-risk COPD patients in the UK using the CONQUEST quality standards: an observational longitudinal study. *Lancet Reg Health Eur*. 2023 Apr 21;29:100619. doi: 10.1016/j.lanpe.2023.100619. eCollection 2023 Jun.
- 10) 一般社団法人日本呼吸器学会 <https://www.jrs.or.jp/comore-by2032/>
- 11) Hirai K, Sagara H, et al.: Usefulness of Ninjin'yoeito for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with Frailty. *J Altern Complement Med*. 2020 Aug;26(8):750-757. doi: 10.1089/acm.2020.0083. Epub 2020 Jun 17.
- 12) 相良博典, 柴田陽光: COPD診療の現状と課題を考える —COPD患者の身体活動性・QOL向上に果たす人參養栄湯の役割—. *phil漢方* 91: 3-8, 2022

取材：株式会社メディカルパブリッシャー 編集部 撮影：山下 裕之