

## 成人喘息の疫学

国際医療福祉大学臨床医学研究センター教授／山王病院アレルギー内科

足立 満

（聞き手 大西 真）

**大西** 足立先生、成人喘息の疫学についてうかがいたいと思います。

まず、成人喘息の有症率というものごどのように推移しているのかを教えてくださいいただけますか。

**足立** 1960年代、わが国の成人喘息の有症率は1%程度といわれたのですが、それが2003年ぐらいいは6.0～9.7%、2006～2007年が9.3～10.1%というように増加傾向にあるのです。1960年代から2000年ぐらいいまでの40年の間に6倍以上に増えていて非常に劇的な変化だと思います。

**大西** 増えた背景には何かあるのでしょうか。

**足立** いろいろ考えられると思うのですが、一つは生活様式の変化です。密閉性の高い住居に住んでいることや、その中で、室内塵ですとかヒョウヒダニ等が増えて感作が成立しているといったことや、エアコンなどにおける室内塵やカビといった問題など、生活様式や食生活の変化というものも大きな影響があると思うのです。ただ、それ

だけではなかなか説明が付きません。一つの考え方として衛生化説があります。開発途上国に少なくて先進国に多いというのは、清潔すぎてアレルギーが増えるといったような現象で、都会の人たちにアレルギーが多く、地方で、特に酪農などで豚や牛を飼っている農家の方には明らかにアレルギーが少ないといった報告もあります。複数の要因が重なってこれだけアレルギーが増えた、ひいては喘息も増えてきたと考えられます。

**大西** そうしますと、地域差もけっこうあるのでしょうか。

**足立** 地域差はけっこう大きくて、一般的には西高東低だといわれています。ちょっと逆のように思うのですが、寒冷地に少なくて、温暖地に多い。それから都市部で多くて、地方で少ないといった報告もあります。

**大西** 性別による差はいかがでしょうか。

**足立** 若年齢では男性のほうが多いのですが、思春期以降は女性が多くな

ってきます。高齢者では女性の比率が非常に高くなっているため、一般高齢者人口に占める男性の割合が低下しているとも考えられますが、ごく一般的にいうと、若いうちは男性が優位で、思春期以降は女性が多いと考えます。

**大西** 発症年齢も問題になるかと思いますが、どうでしょうか。

**足立** 喘息は子どもの病気だと思われがちなのですが、確かに小児の発症も多く、かつ小児では乳児期の発症がほとんどですけれども、成人の場合には中高年、40～60歳に発症の山があるのです。この辺が大きな違いで、全体的な患者さんの数からいいますと、圧倒的に成人喘息が多いということになります。

**大西** 家族歴も濃厚な方が多いのですか。

**足立** 喘息自体は遺伝的な要因と環境要因が互いに作用して発症すると考えられています。一般的にいうと、アレルギー性鼻炎なども含めて、アレルギー疾患の家族歴を持つ患者さんが比較的多くて、特に両親のどちらかに喘息が存在するときには発症のリスクは数倍上がると報告されています。

**大西** そうしますと、受診患者さん、患者数の動向はどのような状況でしょうか。

**足立** 2011年の厚生労働省の統計によると、継続して治療を受けている喘息患者さん、これは入院患者数に初診

外来患者数、それに再診外来患者数を足したものですけれども、これがだいたい104万5,000人ぐらいです。若干減少傾向にありますが、実際の患者数はもっと多いと思います。喘息は変動性疾患で軽症例が多いため、前の年には症状があったけれども、今年はないということになるのです。ですから受診患者数は若干減っているかもしれませんが、日本全体の総人口が減っているということを考えると、有症率は増加傾向にあるといえるのです。

**大西** 今後ますます高齢社会が進むと思いますけれども、高齢の方の喘息というのは今後どういう動向になりそうでしょうか。

**足立** 一番問題なのは、喘息死です。喘息で亡くなる方は65歳以上の方が90%を占めているのです。ですから、どうしたら喘息死を防げるか、それから60歳以上の方では特にCOPDとの合併、ACOSと呼ばれていますけれども、重症化しやすく、しっかりした喘息のコントロール、COPDのコントロールが求められると思います。

**大西** 今お話があった喘息死の数はどのような状況なのですか。少し増えているのでしょうか。

**足立** 吸入ステロイドならびにわが国のガイドラインによる治療の普及が進んできて、これも厚生労働省のデータですけれども、1950～1975年までは順調に減少していました。1975～

1995年まではだいたい年間に喘息で亡くなる方が6,000人前後と横ばいだったのですけれども、1995年にインフルエンザの流行などがあって、高齢者の喘息死が一過性に増加しました。その後は先ほど申し上げました吸入ステロイド、あるいは吸入ステロイド+長時間作用性β刺激薬の配合剤の普及とガイドラインの普及とが相まって喘息死が減少してきました。2012年には1,874人と初めて2,000人を下回って、2014年には1,547人、2015年には1,511名と、少しずつですけれども、現在でも減少しています。

**大西** 特に高齢の方は注意しなければいけないということですね。

**足立** そうですね。

**大西** 最初に国際比較のことが出ましたけれども、もう少し詳しく教えていただけますか。

**足立** 世界的に見ても喘息の有症率自体は増加傾向にあり、先進国に多くて、開発途上国に少ないと申し上げましたが、小児を対象に行った有症率の調査では、アジアでわが国が最も多く、世界水準で見ると中くらいの頻度であるということですから、だいたい成人もそれに似たような頻度であろうと考えられます。

**大西** 冒頭、増加した背景についていろいろお話がありましたけれども、単純に考えると、大気汚染とか、そういったことも影響があるかと思うので

すが、いかがでしょうか。

**足立** 十分あると思います。私はアレルギーの側面だけから申し上げましたが、大気汚染、工場から出る汚染物質だけではなく、車の排気ガスも大きな問題です。車の排気ガスと大気汚染が相まって、アレルギーの発症率、あるいはその増悪があるというデータもあります。

**大西** 病型がいろいろあるかと思うのですけれども、そのあたりを教えてくださいいただけますか。

**足立** 簡単な分類としては、いわゆる原因アレルゲンがはっきりしているアトピー型と、原因アレルゲンが見つからない非アトピー型に分類されますが、小児の90%以上がアトピー型であるのに対し、成人喘息ではアトピー型と非アトピー型がだいたい半分半分だと考えられています。

**大西** 何といっても重要なのは、先ほどお話があった喘息死を防ぐことではないかと思えますけれども、今後、それを極力防ぐにはどのような対策、予防、治療が必要だとお考えでしょうか。

**足立** まず一つは、正しい喘息の診断がなされて、吸入ステロイドを中心として、そのほかの長時間作用性β刺激薬、抗コリン薬、ロイコトリエン受容体拮抗薬、そういったものをしっかり併用することと、なおかつ、高齢者では適切な薬剤量と適切な吸入の仕方、

吸入指導が十分になされているかどうか  
が非常に重要です。特に高齢者の場  
合には繰り返し吸入ステロイドの吸入

指導が必要だということがわかってい  
ます。

**大西** ありがとうございます。