

度中には改訂版の内容と患者からの意見を取り入れたものが完成する予定である。また、コメディカルを対象とするガイドラインも今年度を目処に作成しており、ガイドラインと種々の対象者に向けたテキストの作成という点では、1年目の目標がすべて達成される見込みである。さらに、喘息ガイドライン解説集の作成とネットでの公開という目標に関しても、解説集の校正作業を終え、公開間近の最終的な段階にある。この作業内容は、今回作成するガイドラインと各種テキストをネット上で公開するために十分に生かされることが期待される。以上のテキストが活用されてガイドラインの普及活動に寄与するかどうか、また治療効果に反映されるかどうかを評価することが、次年度において実行可能であるという状態にすることができた。

2) QOL の評価に用いる評価表(AHQ-JAPAN)の validation を実施したところ頭痛、脱力感、家族の不理解などの項目が不適当であることが明らかとなり、完成版では除去した。そして、結論としてはQOL の評価に高い信頼度で用いることが可能であることが明らかとなった (表2)。

以上のように、本分担研究の初年度の計画は十分に達成されている。

D. 考察

次年度に向けた準備の段階であるが、目標をほぼ達成し、計画に沿って各種テキストを活用しながらガイドラインの啓発活動を実施することが可能になった。啓発活動の対象に合わせて、最新の喘息ガイドラインをベースに作成された各種テキストを用いることにより、理解しやすく効率の良い啓発が実行できると考えられる。その効果を実証するためには、何らかの客観的な評価が必要となる。啓発活動の受け手からのフィードバックを得るためのアンケート調

査だけでなく、治療への恩恵の有無についても臨床的指標により評価することが必要である。その点からも、今年度の研究期間中に AHQ-JAPAN の有用性が確認されたことは大きな成果である。

啓発活動の手段としては、講演会の開催だけでは明らかに限界があり、インターネットの利用を実行することが重要と考えられる。「EBM に基づいた喘息治療ガイドライン 2004」がネット上で医師から患者まで幅広くかつ多くの人に読まれている事実は、IT を用いる啓発活動の有効性の高さを強く支持するものである。したがって、次年度においては、講演会の企画、聴衆からのフィードバック、指定地域でのテキストによる啓発活動とその評価、ガイドラインと各種テキストのネット公開の実行とその評価最終目標達成のために必要だと考えられる。

E. 結論

ガイドラインを普及させること、そして、その効果について QOL-JAPAN を用いて QOL を含めて評価することが可能となった。普及活動の効果をみるには、異なる立場の対象者ごとに分かりやすく適切な教材を準備することが必須であり、本研究の成否の鍵となるものと考えられる。また、IT の活用により効率よく普及活動が行われることが期待される。啓発活動を実施する上で、モデル地域を選定し普及活動の戦略を具体化することが急務である。

表1 喘息予防・管理ガイドライン 2006

1. 喘息の管理目標, 定義, 診断, 病型, 重症度 (大田, 森川)
2. 喘息の疫学 (秋山)
3. 喘息の危険因子 (田村)
4. 病態生理 (大田, 足立)
5. 予防 (秋山)
6. 患者教育, 医師と患者のパートナーシップ (高橋, 西牟田)
7. 薬物によるコントロール (大田, 足立, 田村, 高橋, 鈴木)
8. QOL (秋山, 有岡)
9. 種々の側面 (秋山, 高橋, 足立, 田村)

表2 AHQ-Japan

- ・項目抽出の段階から日本人喘息患者 62 名がふくまれている。
- ・所要時間 10 分以内、回答率は 95%以上、不適格な回答例もきわめて少なく、回答しやすい形式の質問票であるといえる。
- ・喘息特異的質問票は再テスト信頼性、内的整合性、感度はいずれも高い評価を得られた。
- ・因子妥当性の検討を含む総合的な判断の結果 4 項目が脱落し、計 33 項目となった。
- ・基準関連妥当性の検討では QOL 点数はピークフロー値よりも自覚症状との間に有意な相関を認めた。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 若林宏海(帝京大学医学部附属病院 薬剤部), 山岡桂子, 西澤悟, 森山菜緒, 岡泰子, 安藤崇仁, 中野純一, 山下直美, 大田健: ピークフローメーターの使用感についてのアンケート調査(原著論文)Journal of Japanese Society of Hospital Pharmacists(1341-8815)41 巻 6 号 Page723-725(2005.06)
- 2) 足立満(昭和大学 医学部第一内科), 大田健, 佐野靖之, 谷口博之, 石原享介, 相澤久道, 中島光好: 成人喘息患者におけるサルメテロール/プロピオン酸フルチカゾン配合剤とテオフィリン徐放製剤及びプロピオン酸フルチカゾンの併用療法の臨床的比較(原著論文)アレルギー・免疫(1344-6932)12 巻 6 号 Page922-36(2005.05)
- 3) 大田健: 【これだけは知っておきたい呼吸器薬の使い方】 気管支喘息と慢性閉塞性肺疾患(COPD)治療のポイント 抗コリン薬の効果と使用上の注意 喘息と COPD の治療における位置付け、Medicina(0025-7699)42 巻 10 号 Page1759-1762(2005.10) (解説/特集)
- 4) 大田健: 医学のあゆみ アレルギー疾患研究の最前線 アレルギー疾患治療法の近未来 抗 IgE 抗体療法 臨床効果と今後の動向(解説/特集)医学のあゆみ(0039-2359)別冊アレルギー疾患研究最前線 Page95-99(2005.04)
- 5) 大田健: 喘息治療の今後の方向性 成人喘息治療・管理ガイドラインの今後(解説/特集)喘息(0914-7683)18 巻 1 号 Page22-28(2005.01)
- 6) 大田健: 気管支喘息 分子情報に基づく細分類の可能性 臨床情報による診断と分類 IgE 依存性喘息と IgE 非依存性喘息(解説/特集)カレントセラピー(0287-8445)23 巻 4 号 Page341-345(2005.03)
- 7) 大田健: アレルギー疾患のガイドライン最新動向 成人気管支喘息 急性発作(解説/特集)アレルギーの臨床(0285-6379)25 巻 4 号 Page277-282(2005.04)
- 8) 大田健: 症例と Q&A で学ぶガイドラインに基づく喘息診療 Q&A 喘息のガイドライン(解説/特集)今月の治療(0918-614X)13 巻 3 号 Page324-331(2005.02)
- 9) 大田健: アレルギー・アトピー性疾患 アレルギー・アトピー性疾患と遺伝子気道のリモデリングと遺伝子多型(会議録)日本医師会雑誌(0021-4493)133 巻 4 号 Page491(2005.02)
- 10) 大田健: 気管支喘息の治療 最近の進歩 最新の喘息治療ガイドライン;成人(解説/特集)救急医学(0385-8162)29 巻 2 号 Page127-132(2005.02)

2. 学会発表

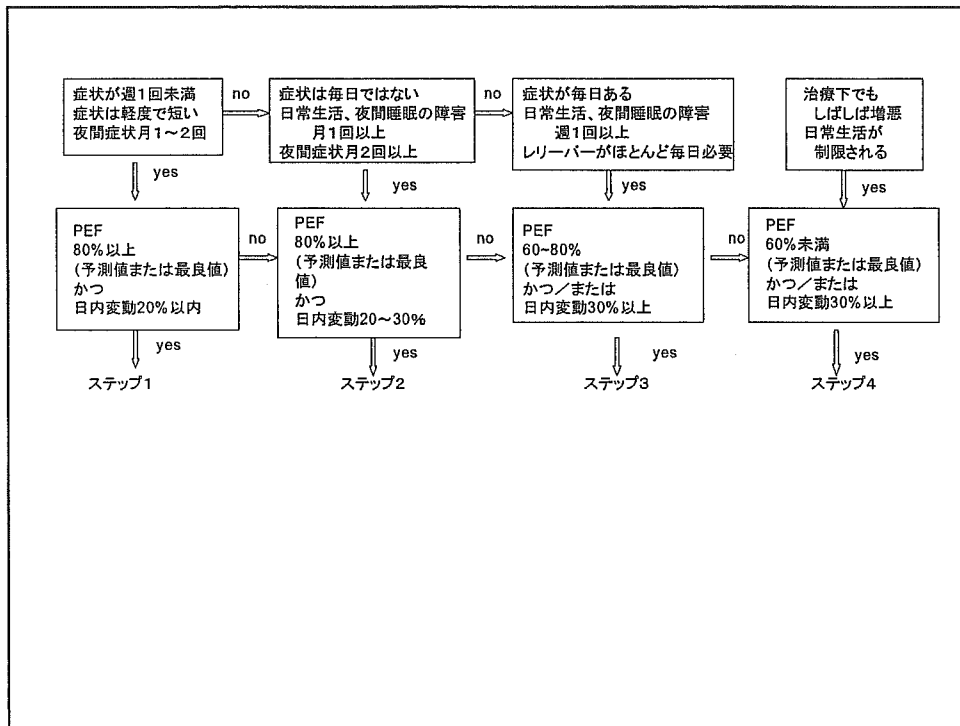
- 1) Nagase H, Hirai K, Adachi T, Nakano J, Yamamoto K, Yamashita N, Ohta K:
2) Effect of Toll-like receptor ligands on survival of human bronchial epithelial cells (poster session). 62nd American Academy of Allergy Asthma & Immunology Annual Meeting, March 2005, San Antonio, USA
- 3) 大田 健: 将来の吸入ステロイド療法の展望、座長、第 45 回日本呼吸器学会、千葉、2005.4
- 4) 大田 健: 気管支喘息の克服にむけてー基礎から臨床へー、シンポジウム、第 45 回日本呼吸器学会、千葉、2005.4
- 5) 山下直美、大田 健: アレルギー炎症とその制御、シンポジウム、第 45 回日本呼吸器学会、千葉、2005.4
- 6) 山下直美、大田 健: 成人気管支喘息患者におけるコンプライアンス向上のための患者教育、第 17 回春季アレルギー学会、岡山、2005.6
- 7) 関谷 剛、山口正雄、大田 健、他 16 名: アレルギー疾患における TARC SNP と臨床パラメーターとの関連、第 17 回春季アレルギー学会、岡山、2005.6
- 8) 大田 健: アレルギー疾患ガイドラインの現状とその問題点、座長、第 17 回春季アレルギー学会、岡山、2005.6
- 9) 長瀬洋之、平井浩一、大田 健: 細胞表面の受容体を標的とする治療戦略、第 55 回秋季アレルギー学会、盛岡、2005.6
- 10) 田下浩之、新井秀宣、大田 健、他 4 名: マウスモデルを用いた気管支喘息の病態解析、第 55 回秋季アレルギー学会、盛岡、2005.10
- 11) 中野純一、大田 健: 喘息治療における末梢気道病変の重要性-テオフィリン-、第 55 回秋季アレルギー学会、盛岡、2005.10
- 12) 足立哲也、花香里子、長瀬洋之、大田 健: TAT 融合タンパクの作製とその応用ーPTEN を標的にしてー、第 55 回秋季アレルギー学会、盛岡、2005.10
- 13) 大田 健、石原享介、足立 満: 喘息患者におけるサルメテロール/プロピオン酸フルチカゾン配合剤 (SFC) の長期投与、第 55 回秋季アレルギー学会、盛岡、2005.10
- 14) 大林王司、中野純一、大田 健、他 5 名: 喘息患者における夜間 PSG および呼吸機能検査による検討、第 55 回秋季アレルギー学会、盛岡、2005.10
- 15) 長瀬洋之、山下直美、足立哲也、中野純一、大田 健: TLR3 リガンド poly I:C がアレルギー性気道炎症に及ぼす影響、第 55 回秋季アレルギー学会、盛岡、2005.10
- 16) 鈴川真穂、山口正雄、大田 健、他 8 名: IgE-FcεRI を介したヒト好塩基球遊走、第 55 回秋季アレルギー学会、盛岡、2005.10
- 17) 足立 満、大田 健、他 5 名: サルメテロール/プロピオン酸フルチカゾン配合剤 (EP) 配合剤とテオフィリン徐放剤及び FP の併用療法の臨床的比較、第 55 回秋季アレルギー学会、盛岡、2005.10

ガイドライン普及のための対策とそれに伴うQOLの向上に関する研究

分担研究者 長谷川 眞紀 独立行政法人国立病院機構相模原病院 統括診療部長

研究要旨 気管支喘息が炎症疾患であるとの認識は、そのガイドラインの普及と共にアレルギーを専門とする医師の間では共通のものとなった。ガイドラインの推奨するステップ分けに基づいてコントローラーとレリーバーを適切に使うことにより、喘息患者のコントロールは格段に良くなり、気管支喘息は外来で治療する疾患となった。しかし、全人口の3~4%と推定される気管支喘息患者がすべて専門医に受診できるわけではないので、これからの課題は喘息を専門としない医師に如何に広くガイドラインを普及していくかということである。そしてガイドラインの普及に伴って患者のQOLが向上するかどうかを検証することである。忙しい医師でも簡単にガイドラインに沿った診療が出来るように、気管支喘息患者の評価のフローチャートを作成してみた。

- A. **目的** 気管支喘息診療ガイドラインを、喘息を専門としない医師に普及させること。
- B. **方法** 日本アレルギー学会による喘息予防・治療ガイドラインの内容を、喘息を専門としない医師にも分かり易いようにフローチャートとした。
- C. **結果** 下に本研究班班長である須甲松信博士に提出したフローチャートの原案を示す。
- D. **結論** 多数の気管支喘息患者の診療に当たる非専門医のための簡明なガイドラインの普及版の作成が必要である。



成人喘息 診療ガイドライン実践プログラム

2005 年

日本アレルギー協会

本プログラムに関するお問い合わせ先
財団法人日本アレルギー協会事務局
アレルギー診療ガイドライン実践プログラム担当
〒102-0074 東京都千代田区九段南 4-5-11 富士ビル 4 階
電話：03-3222-3437 Fax：03-3222-3438
mail：staff@jaanet.org
電話問い合わせ受付時間： 月、木 9:00~16:00
お問い合わせはなるべくメールでお願いします。

「ガイドライン実践プログラム」へのご協力のお願い

日本アレルギー協会
アレルギー研修会担当理事
富岡 玖夫
主任研究者：JAANet 編集委員長
須甲 松信

近年、アレルギー疾患患者は増加の一途を辿り、医療を超えて社会的、経済的にも大きな問題となっております。この事態に対して、厚生労働省は今後の基本的対策として次のような目標を定めています。

- (1) 患者家族への自己管理手法の普及と相談体制の確保、
- (2) アレルギー診療ガイドラインの制定とその普及、
- (3) 「かかりつけ医」を中心とした医療体制の確立、
- (4) 学会認定のアレルギー専門医の育成と専門医療機関の確保、
- (5) 看護師・薬剤師・管理栄養士などの医療関係者の教育、
- (6) 適格なアレルギー情報の収集と提供など。

そして、その実現のためには患者団体、日本医師会、日本アレルギー学会等関係団体および関係省庁と連携してアレルギー対策を推進することが必要であるとも強調しております。これらの目標のうち注目すべき点は、アレルギー診療体制における「かかりつけ医」の位置づけを明確にしていることです。すなわち、アレルギー患者が安定期にある時には身近な「かかりつけ医」が診療し、重症難治例や著しい増悪時には専門医療機関が対応するという内容です。そのためには「かかりつけ医」の先生方にアレルギー診療にも精通していただき、専門医療機関との病診連携体制を確立することが期待されています。

厚生労働省管轄の財団法人である日本アレルギー協会は、昭和 42 年の設立以来、わが国のアレルギー疾患に関する多くの啓発事業を展開し、平成 11 年からは「かかりつけ医」を担われる実地医家の先生方を対象に、全国各地において日本医師会のご協力を得て生涯教育の一環となる「アレルギー研修会」を開催して、アレルギーの診療ガイドラインの啓発・普及に力を入れてまいりました。

今年度からは「アレルギー研修会」をより充実した内容にするため、ご出席頂いた実地医家の先生方が診療の場に戻られて、実際にアレルギー患者様にガイドラインに即した診療をして頂けるように支援する「ガイドライン実践プログラム」を作成いたしました。このプログラムは、成人喘息、小児喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患に対応して以下の要点から成っております。

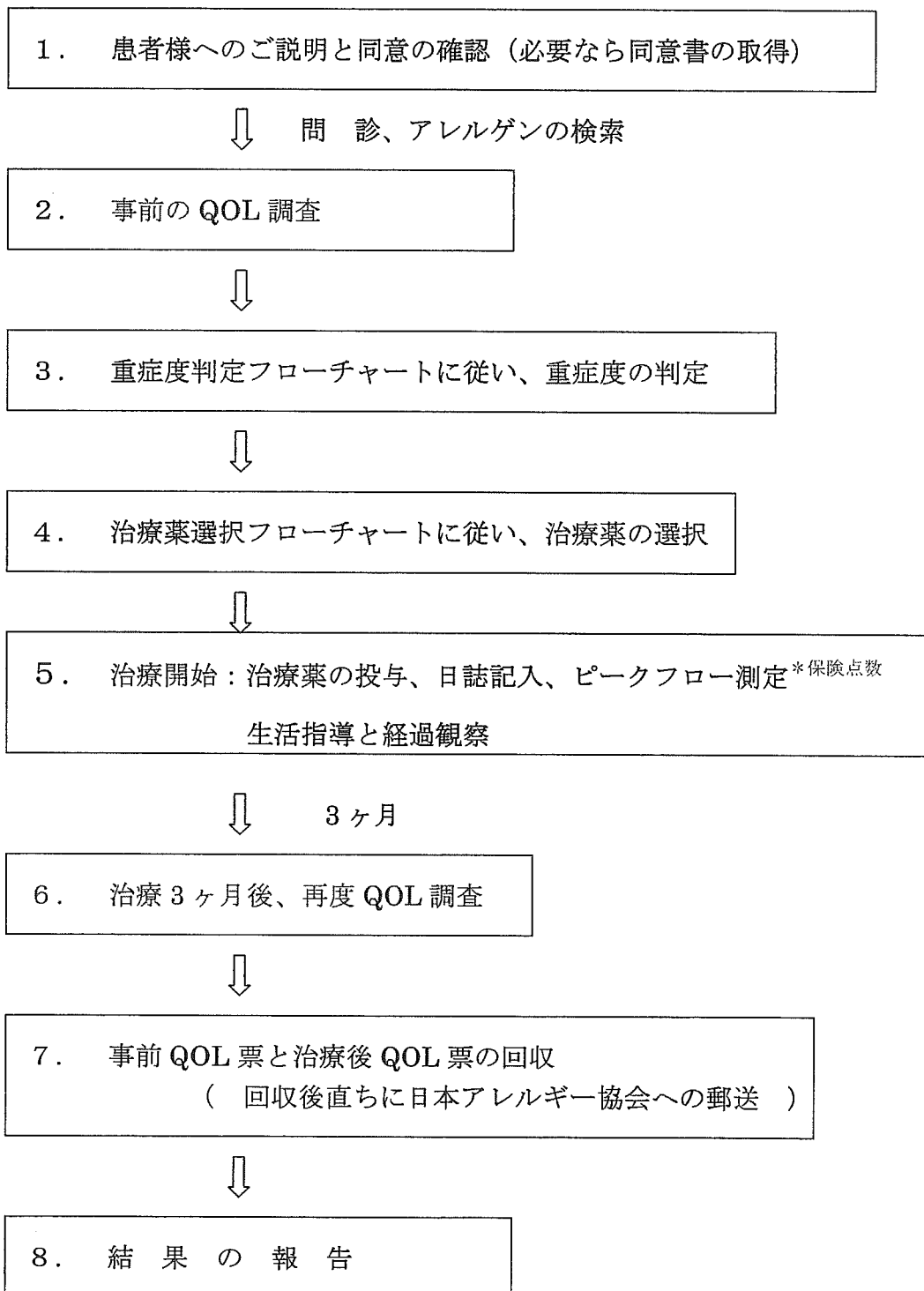
1. 診療ガイドラインの重症度判定フローチャートおよび治療選択フローチャートを利用した患者様の長期管理。
2. 定期的な患者様 QOL 調査。
3. ガイドラインおよび実践プログラムに関するアンケート調査。

これは、フローチャートに従い患者様の重症度に合わせて治療（薬）を選択していただき、それが患者様の QOL の向上に役立ったかどうかをご評価いただく内容になっております。このプログラムにご参加いただくと、診療ガイドラインが実践され、一層ご理解が深まるものと確信いたしております。

つきましては、この「ガイドライン実践プログラム」へのご参加のご協力を切にお願いするものであります。

なお、集計結果についてはご協力を頂いた先生方、地区医師会様に還元いたすとともに関連学会、厚生労働省に報告する予定であります。

喘息・長期管理「ガイドライン実践プログラム」の手順



*ピークフローを用いて、計画的な医療管理を行いますと、喘息治療管理料が算定されます。
1月目(初回治療管理)：75点 2月目：25点

成人喘息の診断の目安

症 状 : 呼吸困難、慢性咳嗽、喘鳴、



問 診 : 現病歴・既往歴・家族歴・職業歴・日常生活歴



原因／誘因の推定：

風邪、運動、気象（寒冷、雨、台風）、大気汚染、煙（たばこ）、
におい、過労、心理ストレス、月経、薬物（鎮痛薬を含む）、
食事、アルコール



アレルギー検査： IgE、RAST、呼吸機能、胸部 X 線、
好酸球数など

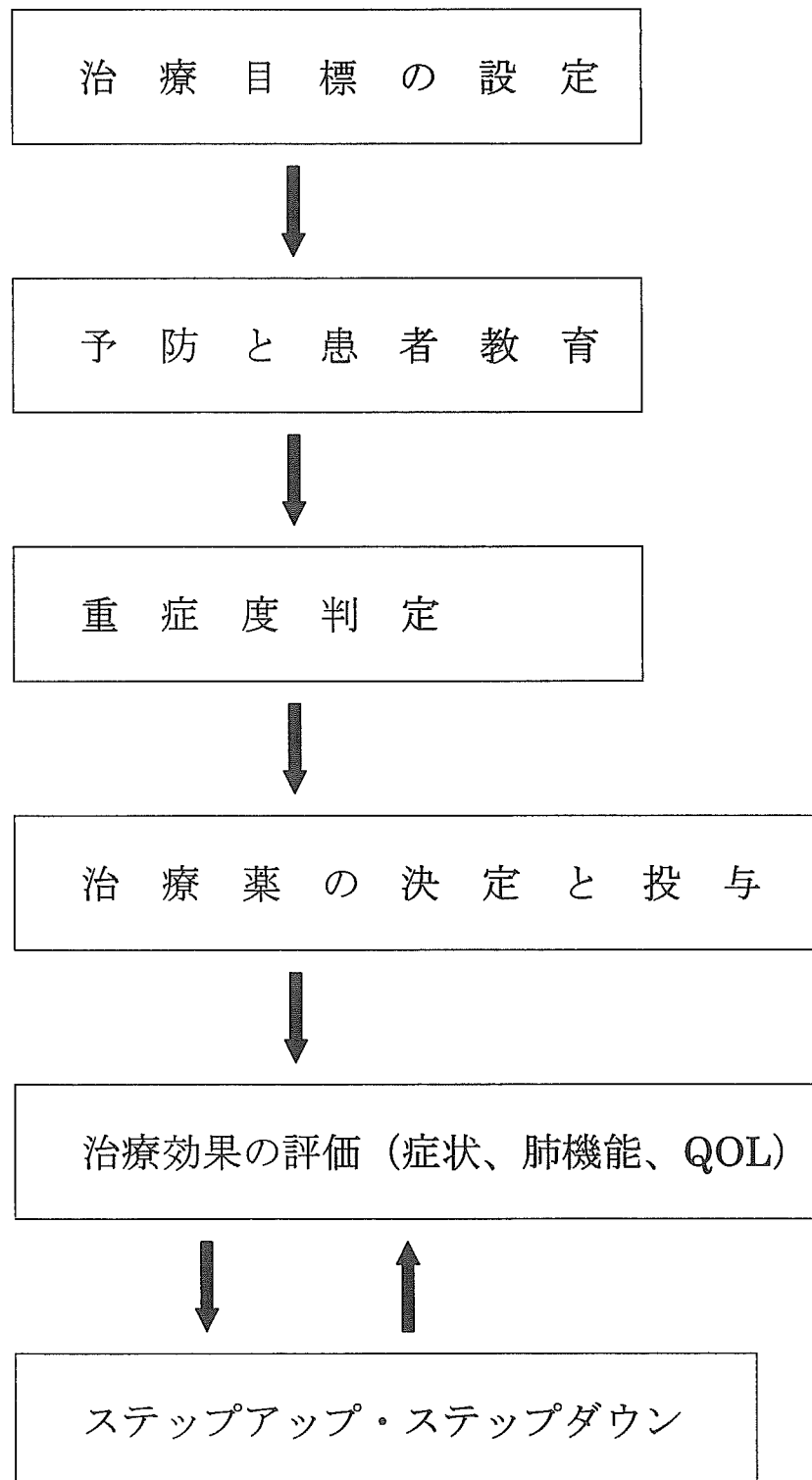
鑑別疾患の除外

自然気胸、COPD、DPB、過敏性肺炎、肺線維症
サルコイドーシス、ABPA、AGA、肺水腫、肺血栓
気道内腫瘍・異物、声帯機能不全、
薬物性咳、心因性咳、迷走神経刺激など



気 管 支 喘 息 の 診 断

気管支喘息の治療・管理ガイドライン

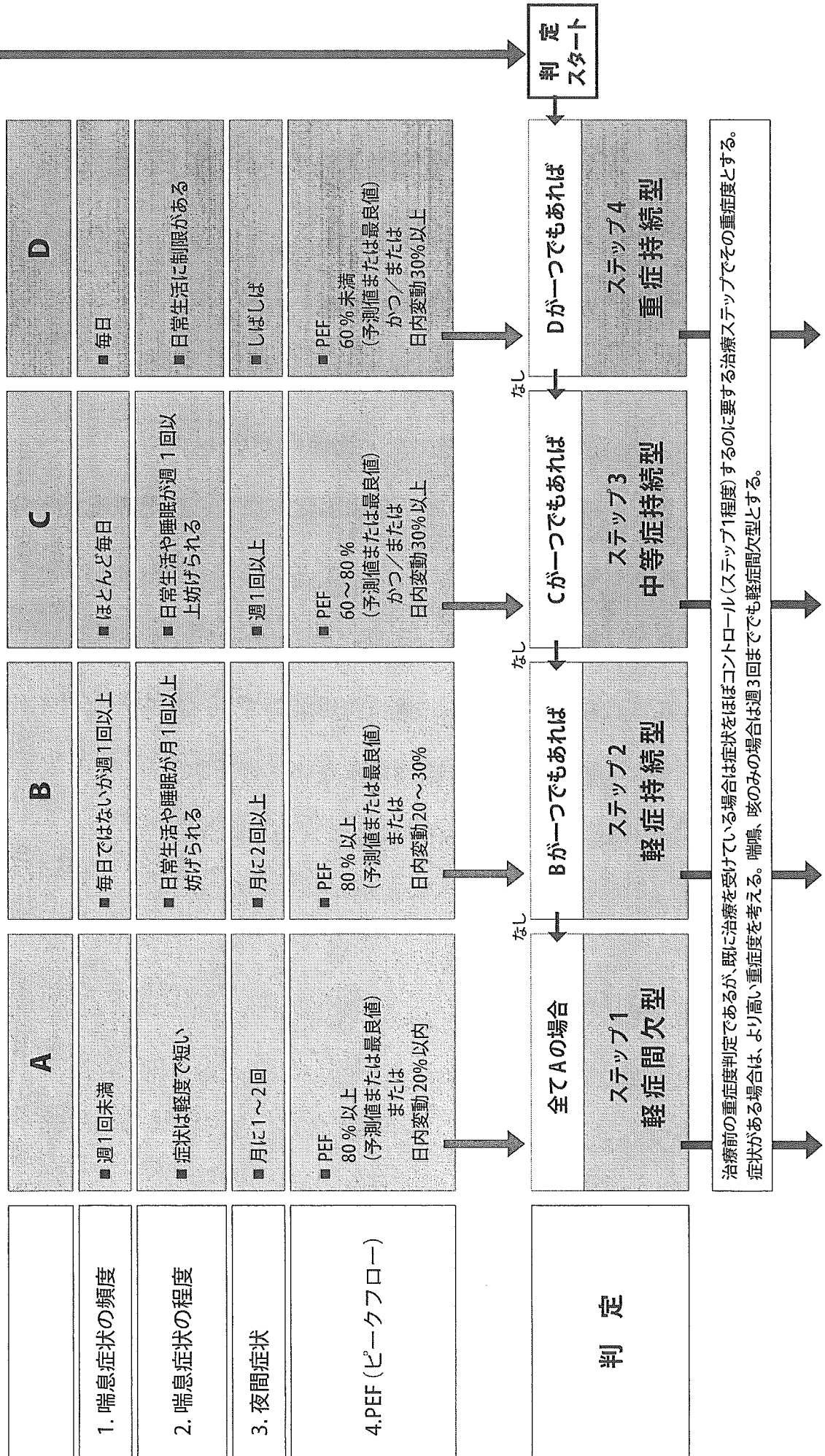


成人喘息の治療目標

1. 運動を含め、健常人と変わらない日常生活をできること。
2. 正常に近い肺機能を維持すること。
ピークフローの変動が予測値の 10%以内
ピークフローが予測値の 80%以上
3. 夜間や早朝の咳や呼吸困難がなく、夜間睡眠が十分可能なこと。
4. 喘息発作が起こらないこと。
5. 喘息死の回避。
6. 経口ステロイド薬の使用がわずか（出来るだけ不使用）。
7. 治療薬による副作用がないこと。

成人喘息重症度判定表(長期管理フローチャート)

該当する症状、PEF値をチェックし、一番右側のチェックボックスから順に判定してください。(D→C→B→A)



治療薬選定

| 長期管理薬(コントローラー) | 軽症間欠型 | 軽症持続型 | 中等症持続型 | 重症持続型 |
|---|---|--|--|--|
| 吸入ステロイド薬 BDP-HFA: キュバール FP : フルタイド (エアードライパウダー) BUD : パルミコート | 最小量を考慮 (μg/日) BDP-HFA: ~100 FP : ~100 BUD : ~200 | 低用量を運用 (μg/日) BDP-HFA: 100~200 FP : 100~200 BUD : 200~400 | 中用量を運用 (μg/日) BDP-HFA: 200~400 FP : 200~400 BUD : 400~800 | 高用量を運用 (μg/日) BDP-HFA: 400~800 FP : 400~800 BUD : 800~1600 |
| 併用薬 (オプシオン) | 吸入ステロイド薬かまたは以下のいずれか一つを考慮 ・テオフィリン徐放製剤 ・ロイコトリエン拮抗薬 ・抗アレルギー薬 | 吸入ステロイド薬かまたは以下のいずれかを併用、運用 ・テオフィリン徐放製剤 ・長時間作用性β ₂ 刺激薬 ・ロイコトリエン拮抗薬 ・抗アレルギー薬 | 吸入ステロイド薬かまたは以下のいずれか、複数を併用 ・テオフィリン徐放製剤 ・長時間作用性β ₂ 刺激薬 ・ロイコトリエン拮抗薬 併用を考慮 ・Th2サイトカイン阻害薬 | 複数を併用 ・テオフィリン徐放製剤 ・長時間作用性β ₂ 刺激薬 ・ロイコトリエン拮抗薬 併用を考慮 ・Th2サイトカイン阻害薬 上記でもコントロール不良 ・経口ステロイド薬を追加 |

主な薬剤名

- ・テオフィリン徐放製剤: テオドール、テオロング、スロービッド、ユニフィル、ユニコン
- ・長時間作用性β₂刺激薬: 吸入/セベント 貼付/ホクナリナーブ 経口/メブチン、スピロベント、ホクナリン、ベラチン、アトック、ブロンコリン
- ・ロイコトリエン拮抗薬: オノン、アコレート、シングレア、キプレス
- ・Th2サイトカイン阻害薬: アイピーデー
- ・抗アレルギー薬:
 - : メディエーター遊離抑制薬/インタール、リザベン、ソルファ、ロメット、ケタス、アレギサル、ペミラストン、タザノール、タザレスト、
 - : ヒスタミンH₁拮抗薬/ゼスラン、ニボラジン、ザジテン、セルテクト、アレジオン
 - : トロンボキササンA₂阻害薬/ベガ、ドメナン トロンボキササンA₂拮抗薬/プロニカ、バイナス
 - : プレドニン、ブレドニゾン、メドロール、リンデロン、レダコート、デカドロン、コルソン
- ・経口ステロイド薬

発作治療薬 (リリーバー)

| | | |
|---|---|---|
| ・短時間作用性β ₂ 刺激薬 吸入薬、経口薬 ・短時間作用性テオフィリン薬 ・上記で反応不良の場合、 経口ステロイド薬の短期投与 | ・短時間作用性β ₂ 刺激薬 吸入薬、経口薬 ・短時間作用性テオフィリン薬 ・上記で反応不良の場合、 経口ステロイド薬の短期投与 | ・短時間作用性β ₂ 刺激薬 吸入薬、経口薬 ・短時間作用性テオフィリン薬 ・上記で反応不良の場合、 経口ステロイド薬の短期投与 |
|---|---|---|

- ・短時間作用性β₂刺激薬/吸入薬: アイロミール、サルタノール、サルタノール、メブチンエアー、ペロテックエロゾル
- ・短時間作用性β₂刺激薬/経口薬: ベネトリン、アロテック、イノリン、エフェドリン、イソバール・P
- ・短時間作用性テオフィリン薬: ネオフィリン、テオコリン、モノフィリン、アストモリジンD/M、アストフィリン、アスファリン、アルピナ坐剤

ステップアップ

現在の治療でコントロールできない時は、次のステップに進む(PEFが60%未満では経口ステロイド薬の中・大量短期間投与後に後に行う)。

ステップダウン

治療の目的が達成されたら、少なくとも3ヶ月以上の安定を確認してから治療内容を減らしてもよい。以後もコントロール維持に必要な治療は続ける。

主なアレルギー治療薬一覧

| 古典的抗ヒスタミン薬 | |
|----------------|-------------|
| エタノールアミン系 | |
| レスタミン | 錠、軟膏 |
| レスタミンA | 散 |
| 強力レスタミンコーチゾン | 軟膏 |
| ベナ | 錠 |
| ベナバスタ | 軟膏 |
| ハイスタミン | 注 |
| ダンリッチ | カプセル |
| プロコン | 散、注 |
| タベジール | 錠、散、シロップ |
| ドラマミン | 錠 |
| マレイン酸クロルフェニラミン | 散、シロップ |
| フェノチアジン系 | |
| アレルギン | 散 |
| クロール・トリメトン | 注 |
| ネオレスタミン | 散 |
| ポララミン | 錠、散、シロップ、注 |
| レクリカ | 錠、シロップ |
| ベネン | 錠、シロップ |
| ピレチア | 錠、散 |
| ヒベルナ | 錠、注 |
| フェノチアジン系 | |
| アリメジン | 錠、散、シロップ |
| アンダントール | ゼリー |
| ピペラジン系 | |
| ホモクロミン | 錠 |
| アタラックス | 錠、注 |
| アタラックスP | カプセル、散、シロップ |
| ピペリジン系 | |
| ベリアクチン | 錠、散、シロップ |
| 第2世代抗ヒスタミン薬 | |
| エバステル | 錠 |
| ジルテック | 錠 |
| レミカット | カプセル |
| ダレン | カプセル |
| タリオン | 錠 |
| アレグラ | 錠 |
| アレロック | 錠 |
| クラリチン | 錠 |

| 抗アレルギー薬 | |
|--------------|-------------------------|
| メディエーター遊離抑制薬 | |
| インタール | カプセル、細粒、点眼、点鼻、吸入液、エアロゾル |
| リザベン | カプセル、細粒、シロップ |
| | 点眼 |
| ソルファ | 錠、点鼻 |
| ロメット | 錠、細粒 |
| ケタス | カプセル |
| アレギサール | 錠、シロップ、点眼 |
| ペミラストン | 錠、シロップ、点眼 |
| タザノール | カプセル |
| タザレスト | カプセル |
| 抗ヒスタミン薬系 | |
| ザジテン | カプセル、シロップ |
| | 点眼、点鼻 |
| アゼブチン | 錠、細粒 |
| セルテクト | 錠、シロップ |
| ゼスラン | 錠、細粒、シロップ |
| ニボラジン | 錠、細粒、シロップ |
| アレジオン | 錠、内服液 |
| 点鼻薬 | |
| リボスチン | 点鼻 |
| トロンボキサンA2阻害薬 | |
| ドメナン | 錠 |
| ベガ | 錠 |
| トロンボキサンA2拮抗薬 | |
| プロニカ | 錠、細粒 |
| バイナス | 錠 |
| ロイコトリエン拮抗薬 | |
| オノン | カプセル、シロップ |
| アコレート | 錠 |
| シングレア | 錠、チュアブル |
| キプレス | 錠、チュアブル |
| TH2サイトカイン阻害薬 | |
| アイピーディー | カプセル、シロップ |

| 副腎皮質ステロイド薬 | |
|-------------|----------------------|
| 経口、注射、塗布 | |
| コートン | 錠 |
| 水溶性ハイドロコートン | 錠、注 |
| コートリル | 錠 |
| ソルコーテフ | 注 |
| サクシゾン | 注 |
| プレドニゾン | 錠、散、 |
| プレドニン | 錠、水溶性、眼軟膏 |
| メドロール | 錠 |
| デポ・メドロール | 水懸性 |
| ソル・メドロール | 注 |
| レダコート | 錠、軟膏、注 |
| ケナコルト-A | 軟膏、注 |
| オルガドロン | 注、点眼、点耳 |
| デカドロン | 錠、注 |
| コルゾン | 錠 |
| リメタゾン | 注 |
| セレスタミン | 錠 |
| リンデロン | 錠、散、シロップ、注 坐剤、点眼、 |
| パラメゾン | 錠 |
| フロリネフ | 錠 |
| ハロアート | 注 |
| 吸入用ステロイド薬 | |
| キューバル | エアゾール |
| フルタイド | ロタディスク、ディスク |
| バルミコート | タービュヘラー |
| 鼻用ステロイド薬 | |
| リノコート | カプセル(パブライザー) |
| サルコート | カプセル(パブライザー) |
| シナクリン | 点鼻液 |
| フルナーゼ | 点鼻液 |

| 気管支拡張薬 | |
|------------|----------------------|
| 交感神経β2刺激薬 | |
| ボスミン | 注、液 |
| エフェドリン | 錠、散、注 |
| メチエフ | 散、注 |
| フェナミン | 錠、散、注 |
| メジヘラー | エアゾール |
| ストメリンD | エアゾール |
| プロタノール-L | 注 |
| アスプール | 液 |
| イソパール・P | カプセル |
| アロテック | 錠、注、吸入液 |
| イノリン | 錠、散、シロップ、吸入液 |
| ベネトリン | 錠、シロップ、吸入液 |
| アイミロール | エアゾール |
| サルタノール | インヘラー |
| ブリカニール | 錠、シロップ、注 |
| ホクナリン | 錠、シロップ、テープ |
| ベラチン | 錠、シロップ |
| メブチン | 錠、ミニ錠、シロップ エア、吸入液 |
| ベロテック | 錠、シロップ、エロゾル |
| アトック | 錠、シロップ |
| スピロベント | 錠、細粒 |
| ブロンコリン | 錠 |
| セレベント | ロタディスク、ディスク |
| 副交感神経遮断薬 | |
| アトロベント | エロゾル |
| テルシガン | エロゾル |
| キサンチン誘導体 | |
| テオドール | 錠、顆粒、シロップ、 |
| テオロング | 錠、顆粒 |
| スロービッド | カプセル、顆粒 |
| ユニフィル | 錠 |
| ユニコン | 錠 |
| テオドリップ | 注 |
| コルフィリン | 注 |
| ネオフィリンM | 散、注 |
| モノフィリン | 錠、散、注 |
| ネオフィリン | 錠、散、注 |
| アルピナ | 坐剤 |
| テオコリン | 錠、散 |
| アストモリジンD/M | 錠合剤(腸溶/胃溶) |
| アストフィリン | 錠合剤 |

分担研究報告書

ガイドライン普及のための対策とそれに伴う QOL 向上に関する研究

分担研究者 海老澤 元宏 国立病院機構相模原病院臨床研究センターアレルギー性疾患研究部長
研究協力者 小俣 貴嗣 国立病院機構相模原病院小児科

研究要旨

小児喘息患者用ガイドライン実践プログラムの作成：小児喘息の治療が JPGL ガイドラインの重症度分類に沿って行われているかを検証するために、6才以上の喘息児に対するチャートを考案した。このチャートを用いて小児喘息患者用ガイドライン実践プログラム導入前後の治療および患者の QOL の変化に関して評価を行うことを計画中である。

ガイドライン(JPGL2002)が小児気管支喘息の長期管理と患者 QOL に及ぼした変化：JPGL2002 や吸入ステロイド薬(ICS)・ロイコトリエン受容体拮抗薬(LTRA)の普及などで大きく変化した小児気管支喘息の治療の実態を調査した。2005年5月～6月の2ヶ月間、当院外来フォロー中の小児気管支喘息児について患者の保護者を対象にアンケート調査を行い、2001年に行った調査結果と比較した。さらに2000年と2004年の当科における喘息発作による年齢群別の入院患者数の比較を行った結果、中等症以上の割合は劇的に減少し(80%→11%)、ほとんどの症例が軽症に分類されていた(20%→89%)。長期管理薬に関しては、6歳以上のICS使用率は25%から57%、LTRAの使用は34%から77%に増加していた。入院患者総数は2000年：384名に対して2004年270名と約30%の減少が認められた。

研究その1:小児喘息患者用ガイドライン実践プログラムの作成

A.研究目的

小児喘息の治療がJPGLのガイドラインに沿って行われているかを検証するためのチャートを6才以上の喘息児に対して作成した。

B.研究方法

成人喘息と共通のフォーマットでJPGLの重症度分類に沿って間欠型・軽症持続型・中等症持続型・重症持続型に関して喘息症状の頻度、日常生活の状態、呼吸困難の有無によって判断するチャートを考案した(添付図参照)。

C. 結果、D. 考察、E. 結論

アレルギー協会主催の教育セミナーなどで小児喘息患者用ガイドライン実践プログラムを用いて一般開業医を対象に喘息の治療の変化と患者のQOLの変化に関して導入前後で評価を行うことを計画中である。

研究その2:ガイドライン(JPGL2002)が小児気管

支喘息の長期管理と患者 QOL に及ぼした変化

A. 研究目的

小児気管支喘息の治療はJPGL2002 や吸入ステロイド薬(ICS)・ロイコトリエン受容体拮抗薬(LTRA)の普及などで大きく変化してきており、当科での最近4年間で小児気管支喘息の長期管理薬と患者 QOL の変化に関して調査した。

B. 方法

2005年5月～6月の2ヶ月間、当院にて外来フォロー中の小児気管支喘息児の家族歴・罹病期間等の患者背景、合併症や生活環境といった発作誘因・長期管理薬・発作状況などについて患者の保護者を対象にアンケート調査を行った。担当医師に対しては各患者の重症度・長期管理薬に関して調査した。ほぼ同様な2001年の同時期に行った調査結果と比較検討を加えた。さらに2000年と2004年の当科における喘息発作による年齢群別の入院患者数の比較を行った。

C. 結果

2001年は529例、2005年には688例の調査結果を得た。2001年に比べて夜間の覚醒、早朝の喘鳴については2005年は全年齢層で減少していた。両調査で比較するために日本小児アレルギー

一学会の発作型に基づく重症度分類で重症度の変化を検討したところ、中等症以上の割合は劇的に減少し(80%→11%)、ほとんどの症例が軽症に分類されていた(20%→89%)。長期管理薬に関しては、6歳以上ではICS使用率が25%から57%と増加していた。さらにLTRAの使用が、全体で34%から77%に増加しており、特に乳児と2-5歳の幼児で11%から100%及び36%から93%と著明な伸びを示していた。入院患者総数は2000年:384名に対して2004年270名と約30%の減少が認められた。年齢別の解析では6才以上で122名から61名に半減し、2歳-5歳でも226名から174名に23%の減少が認められた。

D. 考察、E. 結論

当院フォロー中の小児気管支喘息患者についての重症度は全年齢において顕著に軽症化し、入院患者数の減少が認められていた。治療薬として学童以上のICSの使用が、また乳幼児についてはLTRAの導入が著明に増加しており、重症度の軽減に長期管理薬の処方の変化が影響した可能性が示された。

F. 健康危険情報

総括研究報告書参照

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 西間三馨, 向山徳子, 赤澤晃, 海老澤元宏, 木村和弘, 伊藤浩明, 近藤直実, 藤沢隆夫, 田中勲, 池田政憲, 小谷信行, 小田嶋博, 三河春樹:乳幼児気管支喘息に対するブデソニド吸入用懸濁液(Budesonide Inhalation Suspension; BIS)の有効性と安全性の検討, 日本小児アレルギー学会誌. 2005;19(3):273-287
- 2) 小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2005 作成委員会(古庄巻史, 西間三馨, 赤坂徹, 赤澤晃, 五十嵐隆夫, 井上寿茂, 岩田力, 宇理須厚雄, 海老澤元宏, 小田嶋博, 栗原和幸, 河野陽一, 近藤直実, 佐々木聖, 勝呂宏, 西川清, 西牟田敏之, 馬場実, 濱崎雄平, 古川漸, 松井猛彦, 眞弓光文, 向山徳子, 森川昭廣):小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2005, 協和企画. 2005
- 3) 海老澤元宏:ROUND TABLE DISCUSSION 小児喘息の吸入ステロイド療法における安全性, International Review of Asthma Vol.7 No.1. 2005:8-28
- 4) 小俣貴嗣, 今井孝成, 富川盛光, 田知本寛, 宿谷明紀, 海老澤元宏:ライノウィルスと小児気

管支喘息, カレントセラピー Vol.23 No.4, 2005:57-61

- 5) 小俣貴嗣, 今井孝成, 富川盛光, 田知本寛, 宿谷明紀, 海老澤元宏:乳幼児喘息の悪化要因としてのウィルス感染, Asthma Frontier Vol.4. 2005:84-94

2. 学会発表

- 1) 海老澤元宏:ウィルス感染症と小児気管支喘息について, The 8th Guest Symposium on Asthma and Allergy. 大阪市. 2005.2
- 2) 海老澤元宏:小児気管支喘息の治療の至適化—乳児から学童まで—, 第5回大阪小児アレルギー疾患研究会(特別講演). 大阪市. 2005.4
- 3) 海老澤元宏:小児気管支喘息とライノウィルス感染症, 第3回気道疾患対策セミナー(特別講演). 仙台市. 2005.7
- 4) 海老澤元宏:小児気管支喘息患者実態調査結果報告~2002年ガイドライン改訂前後の比較~, 小児喘息フォーラム in Yokohama(特別講演). 横浜市. 2005.11
- 5) 井口正道, 海老澤元宏, 宿谷明紀, 田知本寛, 小俣貴嗣:気管支喘息発症高リスク群におけるアーリーインターベンションとしてのpranlukastの効果, 第42回日本小児アレルギー学会. 福井市. 2005.11
- 6) 富川盛光, 井口正道, 小俣貴嗣, 今井孝成, 田知本寛, 宿谷明紀, 海老澤元宏:細気管支炎に罹患した乳児に対するpranlukastの効果—第二報—, 第42回日本小児アレルギー学会. 福井市. 2005.11

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

小児喘息 診療ガイドライン実践プログラム

2005 年

日本アレルギー協会

本プログラムに関するお問い合わせ先
財団法人日本アレルギー協会事務局
アレルギー診療ガイドライン実践プログラム担当
〒102-0074 東京都千代田区九段南 4-5-11 富士ビル 4 階
電話：03-3222-3437 Fax：03-3222-3438
mail：staff@jaanet.org
電話問い合わせ受付時間： 月、木 9:00~16:00
お問い合わせはなるべくメールでお願いします。

「ガイドライン実践プログラム」へのご協力をお願い

日本アレルギー協会
アレルギー研修会担当理事
富岡 玖夫
主任研究者：JAANet 編集委員長
須甲 松信

近年、アレルギー疾患患者は増加の一途を辿り、医療を超えて社会的、経済的にも大きな問題となっております。この事態に対して、厚生労働省は今後の基本的対策として次のような目標を定めています。

- (1) 患者家族への自己管理手法の普及と相談体制の確保、
- (2) アレルギー診療ガイドラインの制定とその普及、
- (3) 「かかりつけ医」を中心とした医療体制の確立、
- (4) 学会認定のアレルギー専門医の育成と専門医療機関の確保、
- (5) 看護師・薬剤師・管理栄養士などの医療関係者の教育、
- (6) 適格なアレルギー情報の収集と提供など。

そして、その実現のためには患者団体、日本医師会、日本アレルギー学会等関係団体および関係省庁と連携してアレルギー対策を推進することが必要であるとも強調しております。これらの目標のうち注目すべき点は、アレルギー診療体制における「かかりつけ医」の位置づけを明確にしていることです。すなわち、アレルギー患者が安定期にある時には身近な「かかりつけ医」が診療し、重症難治例や著しい増悪時には専門医療機関が対応するという内容です。そのためには「かかりつけ医」の先生方にアレルギー診療にも精通していただき、専門医療機関との病診連携体制を確立することが期待されています。

厚生労働省管轄の財団法人である日本アレルギー協会は、昭和42年の設立以来、わが国のアレルギー疾患に関する多くの啓発事業を展開し、平成11年からは「かかりつけ医」を担われる実地医家の先生方を対象に、全国各地において日本医師会のご協力を得て生涯教育の一環となる「アレルギー研修会」を開催して、アレルギーの診療ガイドラインの啓発・普及に力を入れてまいりました。

今年度からは「アレルギー研修会」をより充実した内容にするため、ご出席頂いた実地医家の先生方が診療の場に戻られて、実際にアレルギー患者様にガイドラインに即した診療をして頂けるように支援する「ガイドライン実践プログラム」を作成いたしました。このプログラムは、成人喘息、小児喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患に対応して以下の要点から成っております。

1. 診療ガイドラインの重症度判定フローチャートおよび治療選択フローチャートを利用した患者様の長期管理。
2. 定期的な患者様 QOL 調査。
3. ガイドラインおよび実践プログラムに関するアンケート調査。

これは、フローチャートに従い患者様の重症度に合わせて治療（薬）を選択していただき、それが患者様の QOL の向上に役立ったかどうかをご評価いただく内容になっております。このプログラムにご参加いただくと、診療ガイドラインが実践され、一層ご理解が深まるものと確信しております。

つきましては、この「ガイドライン実践プログラム」へのご参加のご協力を切にお願いするものであります。

なお、集計結果についてはご協力を頂いた先生方、地区医師会様に還元いたすとともに関連学会、厚生労働省に報告する予定であります。