

名(12%)、「どちらでもない」を含めると 14 名(56%)ということから JPGL2005 はアレルギー非専門医には分かりにくく、読みにくいものであると考えられる。

また、アンケートの記載はなかったが、直接筆者に対しての自由意見として、ガイドラインといわれるものが感染症・アトピー性皮膚炎・中耳炎・高血圧等々と種々存在し全てのガイドラインを熟読して実行に移すには非常に労力が必要であるため、臨床の現場では厚いガイドラインでは活用できないという意見もあった。JPGL2005 に対して自由な意見をとの問いに対して「JPGL2005 がより症例に則して実践的であるように改訂して欲しい」という意見もみられた。以上から今後のガイドラインの改訂時には簡略化したより実践的な、症例に即して使用できるガイドラインが作成されることがよりガイドラインを普及させる方策であると考えられる。

E. 結論

この地域では年に何回も小児気管支喘息に関する大人数の講演会は行われているが、JPGL2005 の理解には余り役に立っていないようである。臨床現場の喘息診療に JPGL2005 が活用されるには、JPGL2005 をより簡潔にしわかりやすくした上で、少人数の実技指導を含めた Face to face の勉強会を推進していく必要があると考えられた。また、アレルギー非専門医の開業医に対して本研究班で進めるような方法で喘息患者の QOL 調査の協力を仰ぐことは現状では難しく、調査方法などで異なったアプローチが必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Nakashima K, Hirota T, Suzuki Y, Akahoshi M, Shimizu M, Jodo A, Doi S, Fujita K, Ebisawa M, Yoshihara S, Enomoto T, Shirakawa T, Kishi F, Nakamura Y, Tamari M. : Association of the RIP2 gene with childhood atopic asthma, *Allergol Int.* 2006 ; 55(1) : 77-83
- 2) Nakashima K, Hirota T, Obara K, Shimizu M,

Doi S, Fujita K, Shirakawa T, Enomoto T, Yoshihara S, Ebisawa M, Matsumoto K, Saito H, Suzuki Y, Nakamura Y, Tamari M. : A functional polymorphism in MMP-9 is associated with childhood atopic asthma, *Biochem Biophys Res Commun.* 2006 ; 344(1):300-7

2. 学会発表

- 1) Ebisawa M., Ogata M., Komata T., Imai T., Tomikawa M., Shukuya A., Tachimoto H. : Leukotriene Receptor Antagonist May Prevent the Progression of Preschool Children Asthma, AAAAI 62nd annual meeting. Miami Beach, Florida. 2006. 3
- 2) 緒方美佳, 小俣貴嗣, 今井孝成, 富川盛光, 田知本寛, 海老澤元宏 : 気管支喘息の長期管理薬と患者 QOL の変化 (2001 年と 2005 年の比較), 第 18 回日本アレルギー学会春季臨床大会. 東京. 2006. 5
- 3) 須甲松信, 大田健, 長谷川真紀, 大久保公裕, 海老澤元宏, 朝比奈昭彦 : 実地以下向けアレルギー研修会における「アレルギー診療のガイドライン」の認知度と利用度に関する実態調査, 第 56 回日本アレルギー学会秋季学術大会. 東京. 2006. 11
- 4) 渡辺博子, 小嶋なみ子, 明石真幸, 大矢幸弘, 赤澤晃, 海老澤元宏, 小田嶋博, 藤澤隆夫, 平野幸子 : 小児気管支喘息予後調査～登録終了後半年経過報告～, 第 43 回日本小児アレルギー学会. 千葉市. 2006. 11
- 5) 杉崎千鶴子, 今井孝成, 田知本寛, 海老澤元宏 : 3 才時の喘息発症に関わる危険因子の検討 (相模原コホート研究第 5 報), 第 43 回日本小児アレルギー学会. 千葉市. 2006. 11

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

厚生労働科学研究費補助金(免疫アレルギー予防疾患・治療研究事業)
分担研究報告書

アトピー性皮膚炎のガイドライン実践プログラム導入に関する研究

分担研究者 朝比奈 昭彦 国立病院機構相模原病院皮膚科医長
研究協力者 江藤 隆史 東京通信病院皮膚科部長
研究協力者 藤田 英樹 国立病院機構相模原病院皮膚科

研究要旨 今回作成したアトピー性皮膚炎の治療ガイドラインに沿って専門医が患者を治療し、治療前後の患者 QOL を DLQI 質問票によってスコア化し検証した。治療後の皮疹の改善に伴って、DLQI スコアは著明に低下し、患者 QOL が実際に改善することと、その改善を DLQI スコアで客観的に評価できることが示された。また、今後の非専門医によるアトピー性皮膚炎治療の目安となるように、ガイドラインに掲載する臨床写真を選定した。

A 研究目的

プライマリーケアを担う非専門医にもわかりやすいアトピー性皮膚炎の治療のガイドラインを提供し、治療方法を標準化することは、医療現場における治療の混乱を収束させ、非専門医と専門医との連携を高め、患者 QOL の向上につながるものである。今回、QOL 評価に用いる質問票がアトピー性皮膚炎患者にも有用であることと、ガイドラインに基づくアトピー性皮膚炎の治療により QOL スコアが実際に改善することを検証した。その一方で、今後の非専門医による外用療法をガイドするために、目安となる臨床写真の提示が不可欠と考えた。

B 研究方法

アトピー性皮膚炎患者の QOL 評価には、世界的に用いられている DLQI (Dermatology Life Quality Index) 質問票の日本語版を用いた。対象は、二施設(相模原病院皮膚科、東京通信病院皮膚科)に通院する 16 歳以上の成人アトピー性皮膚炎に限定した。初診時に病歴の問診を行い、医師が皮疹の重症度を部位別に評価するとともに、患者自身による DLQI 質問票のチェックを行なった。ガイドラインに基づく治療後にも同様の評価をして、その結果を解析した。これと並行して、アトピー性皮膚炎患者の臨床写真を撮影し、選定する作業も行なった。

C 結果

現在、アトピー性皮膚炎患者の専門医による治療前後の解析を継続している。治療後の評価を終えた 23 名の患者では、治療前の DLQI スコアが平均 13.6

であったが、治療後には 4.8 と低下しており、顕著な QOL の改善が確認できた。また、患者の治療前の皮疹の状態と、QOL スコアとの相関は、意外なことに大きくなかったが、皮疹の改善度と QOL スコアの改善度とは、おおむね正の相関が見られた。なお、非専門医向けの臨床写真については、重症度を 4 つのレベルに分けた上で、部位別に選定した。

D 考察

今回の検討により、ガイドラインに沿ったアトピー性皮膚炎の治療によって、患者の QOL が顕著に改善することと、その改善を、DLQI スコアによって、客観的に評価できることが示された。また、QOL は個人差が大きく、必ずしもアトピー性皮膚炎の皮疹の重症度との相関がないこともわかった。今後は、今回選定した臨床写真も参考にしながら、非専門医に同様の治療をしてもらうことを計画する。

E 結論

アトピー性皮膚炎の治療は、ガイドラインに沿って行なわれる限り、患者の QOL を向上させるということを、客観的に示すことが出来た。

F 健康危険情報

G 研究発表

該当なし

H 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

該当なし

アトピー性皮膚炎 診療ガイドライン実践プログラム 概要

本プログラムに関するお問い合わせ先

東京芸術大学保健管理センター内

厚生労働省科学研究事業（免疫アレルギー疾患予防・治療研究）

「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」班

住所：〒110-8714 東京都台東区上野公園 12-8

TEL：050-5525-2457 FAX：050-5525-2534

E-MAIL：office1@guideline.jp

電話問い合わせ受付時間： 月、木 10:00~17:00

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

厚生労働省科学研究事業（免疫アレルギー疾患予防・治療研究）

「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」班
主任研究者 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。

このなかでも、「かかりつけ医」を中心とした医療体制の確立、即ちアレルギー患者が初期治療、安定期には身近な「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体制を築くことを重要政策に挙げています。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を確立することが期待されています。

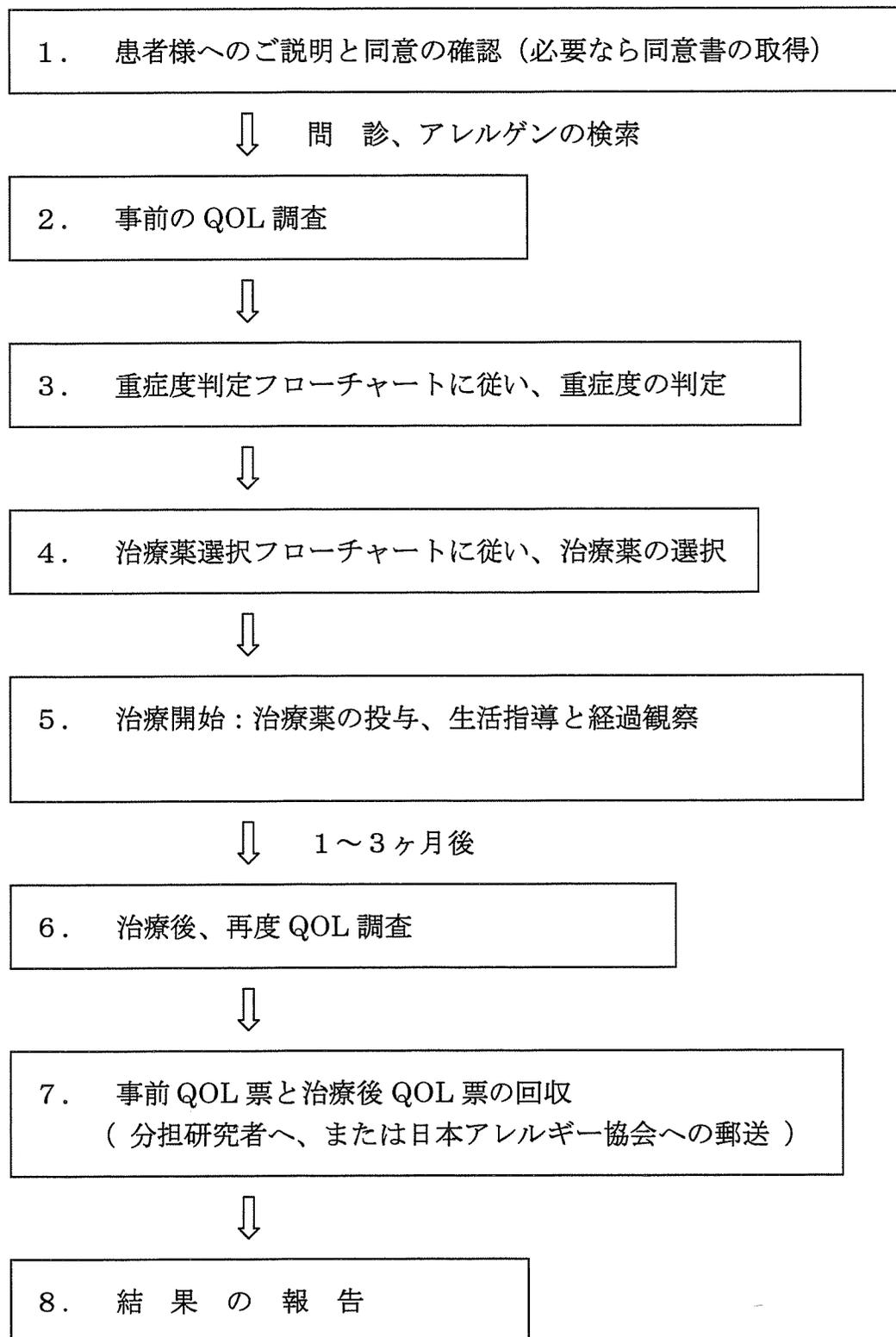
厚生労働省科学アレルギー研究事業「ガイドライン普及のための対策とそれに伴う QOL 向上に関する研究」班は、アレルギー非専門の先生方が診療の場で、実際にアレルギー患者様にガイドラインに即した診療をして頂けるように支援する「ガイドライン実践プログラム」を作成いたしました。このプログラムは、成人喘息、小児喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患に対応して以下の要点から成っております。

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**長期管理と QOL 調査**。
2. 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となっております。このプログラムにご参加いただくことにより、診療ガイドラインが体験的に学習され、一層ご理解が深まるものと考えております。

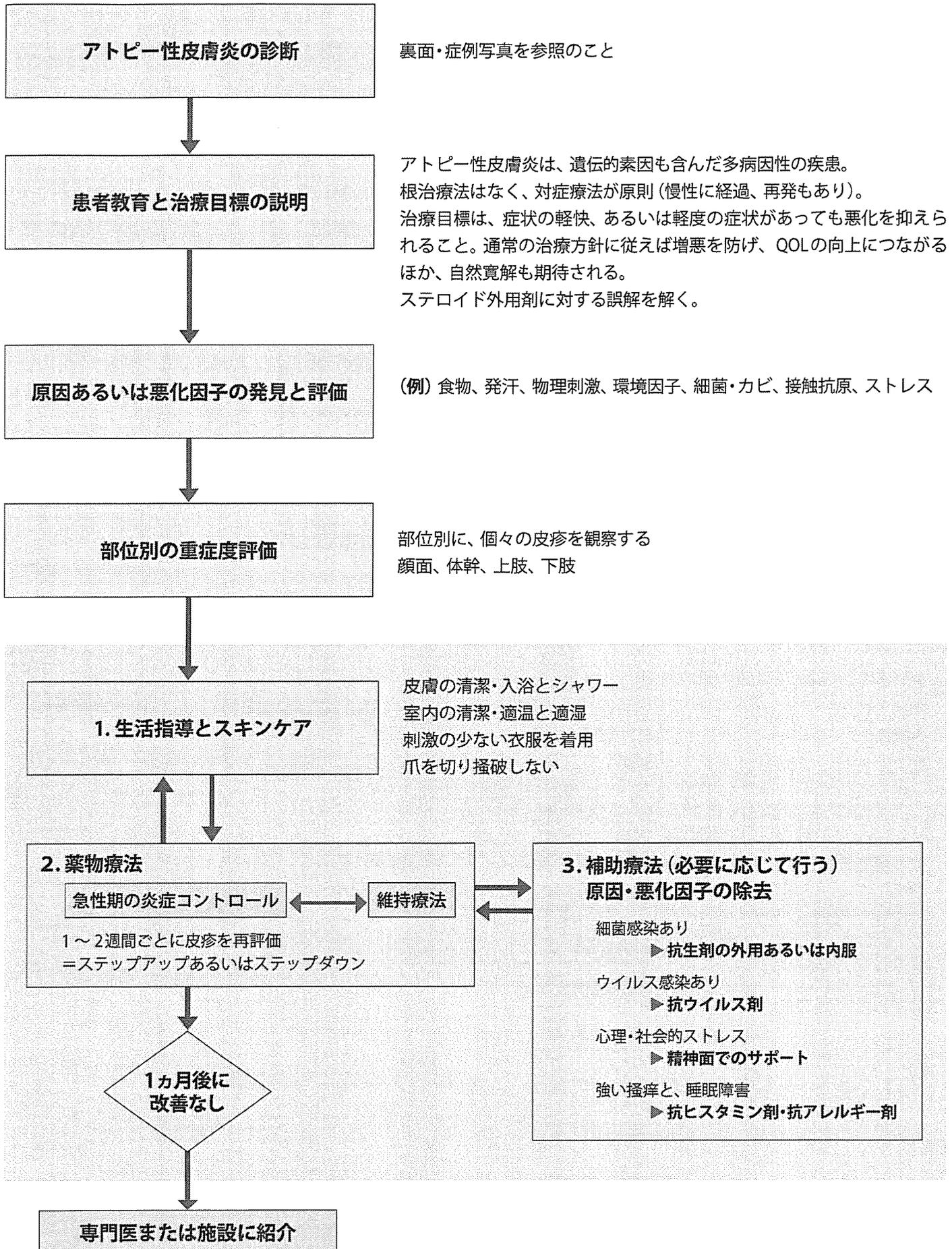
つきましては、是非、この「ガイドライン実践プログラム」へのご参加をお願いいたします。調査結果につきましては、ご協力頂いた先生方、地区医師会様および厚生労働省にご報告いたします。

長期管理「ガイドライン実践プログラム」の手順



アトピー性皮膚炎 診療フローチャート

平成17～18年度厚生労働省免疫アレルギー疾患予防・治療研究推進事業



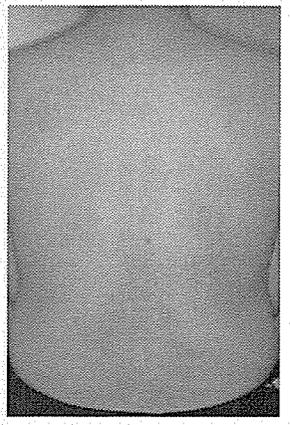
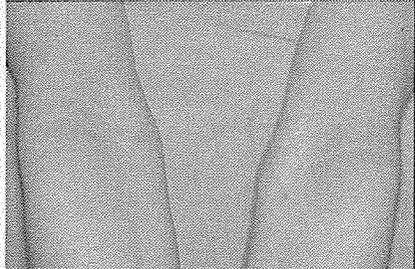
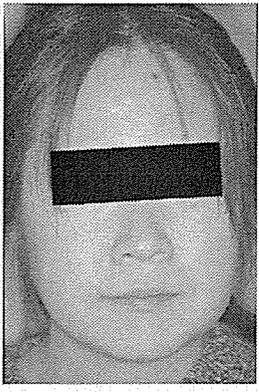
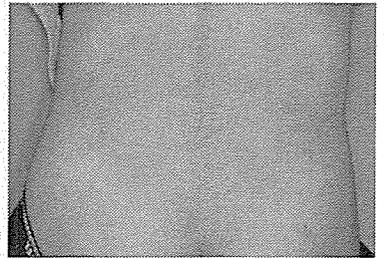
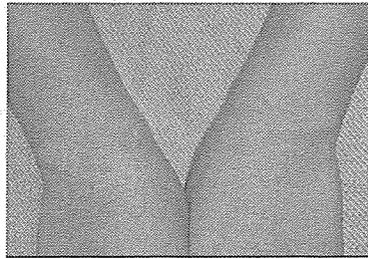
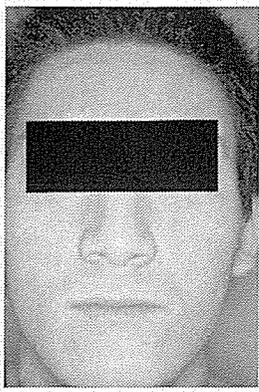
アトピー性皮膚炎 薬物療法について

■薬剤の選択については、以下を参考にする。

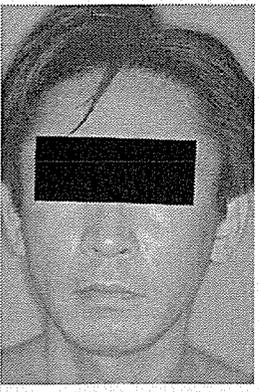
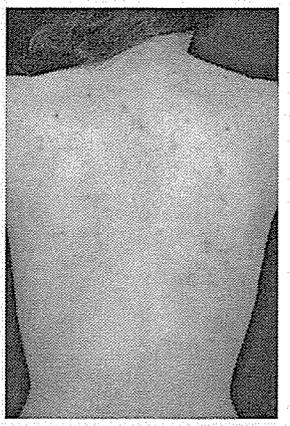
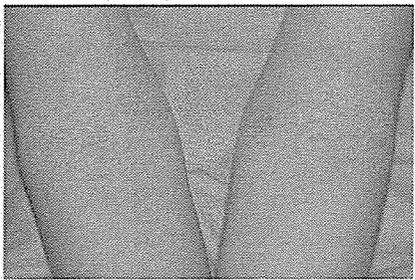
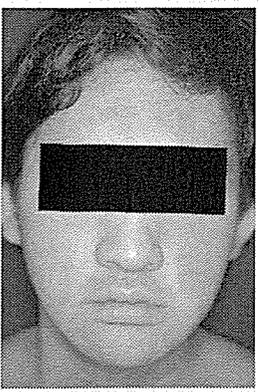
	2歳未満	2～12歳未満	13歳以上
重症度 1	ステロイドを含まない外用薬・保湿剤 (必要に応じてマイルド以下のステロイド外用薬)		
重症度 2	マイルド以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はウィーク～) マイルドが主	ストロング以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はウィーク～) マイルドが主	ベリーストロング以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はマイルド～) ストロングが主
重症度 3	ストロング以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はマイルドが主)	ベリーストロング以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はマイルド～) ストロングが主	ベリーストロング以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はストロング～) ベリーストロングが主
重症度 4	ストロング以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はマイルド～) ストロングが主	ベリーストロング以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はストロング～) ベリーストロングが主 <small>(必要に応じて一時的にストロングのステロイド外用薬、あるいはステロイド内服など)</small>	ベリーストロング以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢は ベリーストロングが主)

- 外用は、当初は1日2回からはじめる。
- 非ステロイド系消炎剤外用剤の抗炎症作用はきわめて弱いうえ、接触性皮膚炎を起こすこともあるため、注意が必要である。
- 顔面や外陰部に対するステロイド外用剤の使用は、原則マイルド以下に留め、1日2回の外用は1週間程度にする。
- ステップアップとステップダウンの基準：
 - ステップアップ: 皮疹が改善しない、あるいは増悪する、頻繁に再燃するとき
 - ステップダウン: 皮疹が改善、あるいはコントロールできるとき
- 維持療法として、ステロイド外用薬を間欠的に使用してもよい。
急激なステロイド外用薬の中止は、外用剤の副作用が生じた場合以外では避ける。
- タクロリムス外用薬は、2～16歳未満では0.03%、16歳以上では0.1%を用いる。
ストロングのステロイド外用剤と同等とされ、顔面や頸部ではよい適応になるほか、維持療法にも使われる。使用の際にはその使用方法を熟知する必要がある。

重症度 1

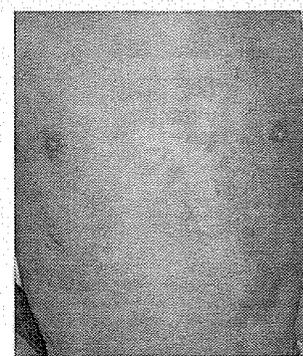
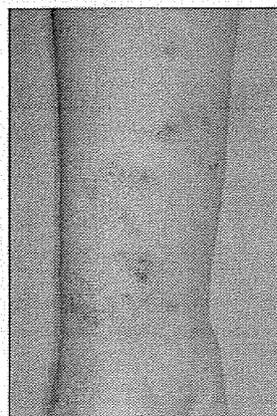
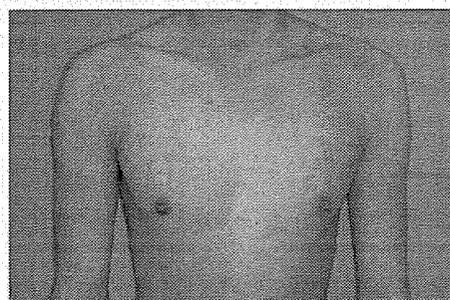
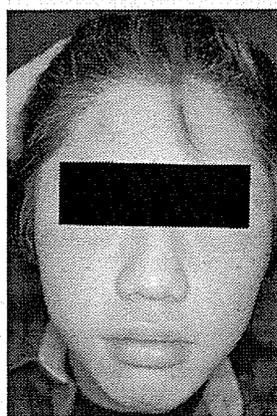
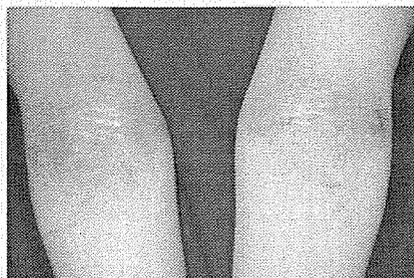
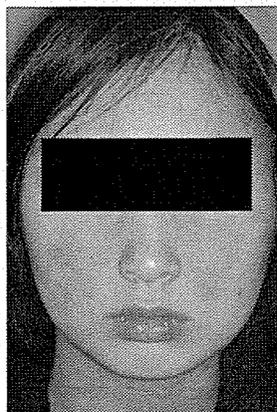


重症度 2

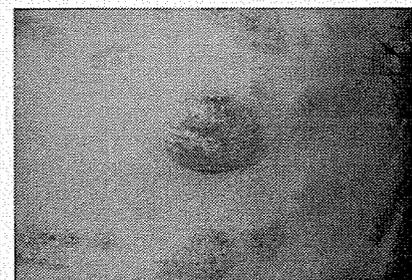
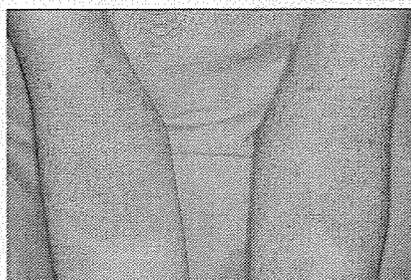
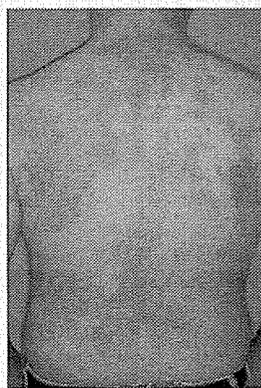
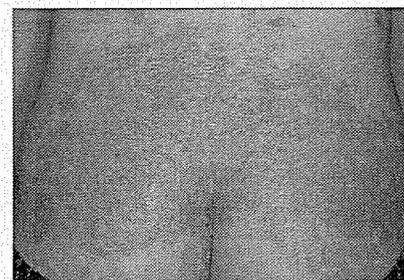
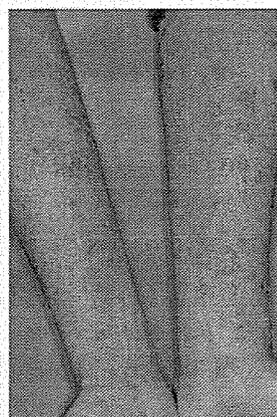
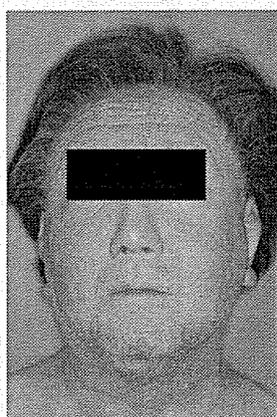


症例写真(成人)

重症度 3

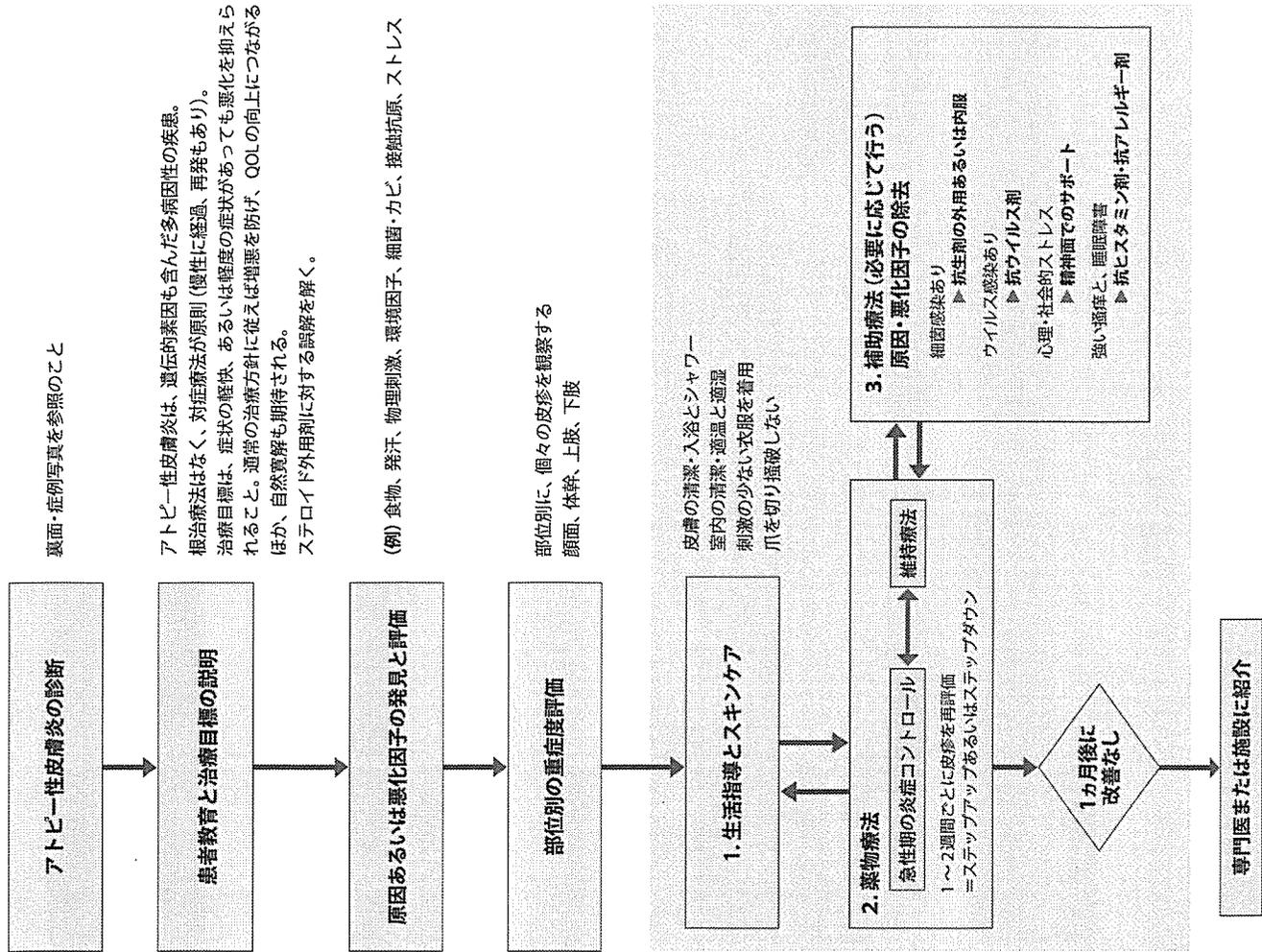


重症度 4



アトピー性皮膚炎 診療フローチャート

平成17～18年度厚生労働省免疫アレルギー疾患予防・治療研究推進事業



アトピー性皮膚炎 薬物療法について

薬剤の選択については、以下を参考にす。

重症度	2歳未満	2～12歳未満	13歳以上
重症度 4	ステロイド外用薬 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はマイルド～) (ステップアップが主)	ペリステロイド外用薬 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はステップアップが主) <small>(必要に応じて一時的にステップアップのステロイド外用薬、あるいはステロイド外用薬など)</small>	ペリステロイド外用薬 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はペリステロイド外用薬が主)
重症度 3	ステロイド外用薬 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はマイルドが主)	ペリステロイド外用薬 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はマイルド～) (ステップアップが主)	ペリステロイド外用薬 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はステップアップが主)
重症度 2	マイルド以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はウィーク～) (マイルドが主)	ステップアップ以下 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はマイルド～) (マイルドが主)	ペリステロイド外用薬 ステロイド外用薬 (体幹・四肢はマイルド～) (ステップアップが主)
重症度 1			

ステロイドを含まない外用薬・保湿剤
(必要に応じてマイルド以下のステロイド外用薬)

ステップアップとステップダウンの基準

↑: ステップアップ 皮疹が改善しない、あるいは増悪する、頻繁に再燃するとき

↓: ステップダウン 皮疹が改善、あるいはコントロールできるとき

急激なステロイド外用薬の中止は、外用剤の副作用が生じた場合以外では避ける。

● 外用は、当初は1日2回からはじめる。

● 非ステロイド系消炎剤外用剤の消炎作用はきわめて弱い。接触性皮膚炎を起こすこともあるため、注意が必要である。

● 顔面や外陰部に対するステロイド外用剤の使用は、原則マイルド以下に留め、1日2回の外用は1週間程度にする。

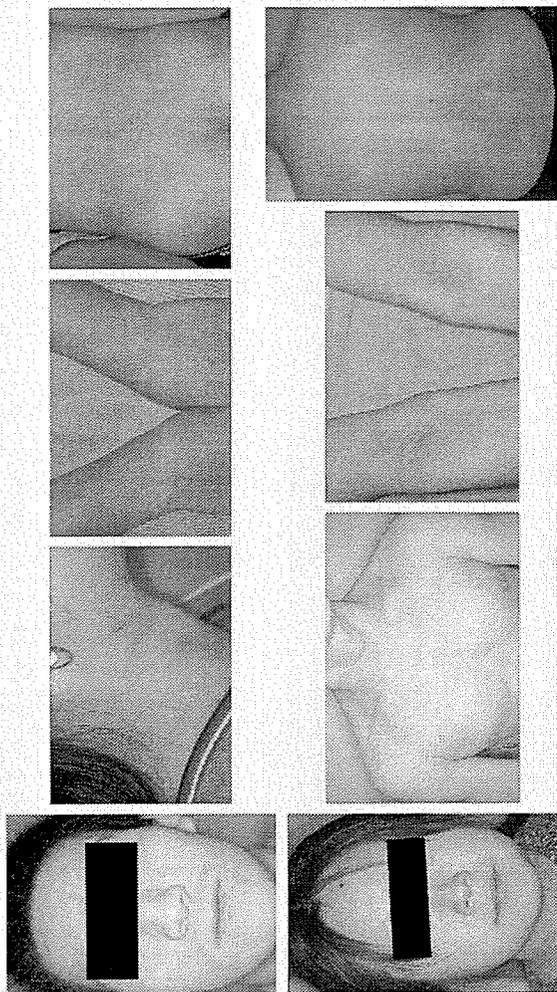
● 維持療法として、ステロイド外用薬を間欠的に使用してもよい。

● タクロリムス外用薬は、2～16歳未満では0.03%、16歳以上では0.1%を用いる。

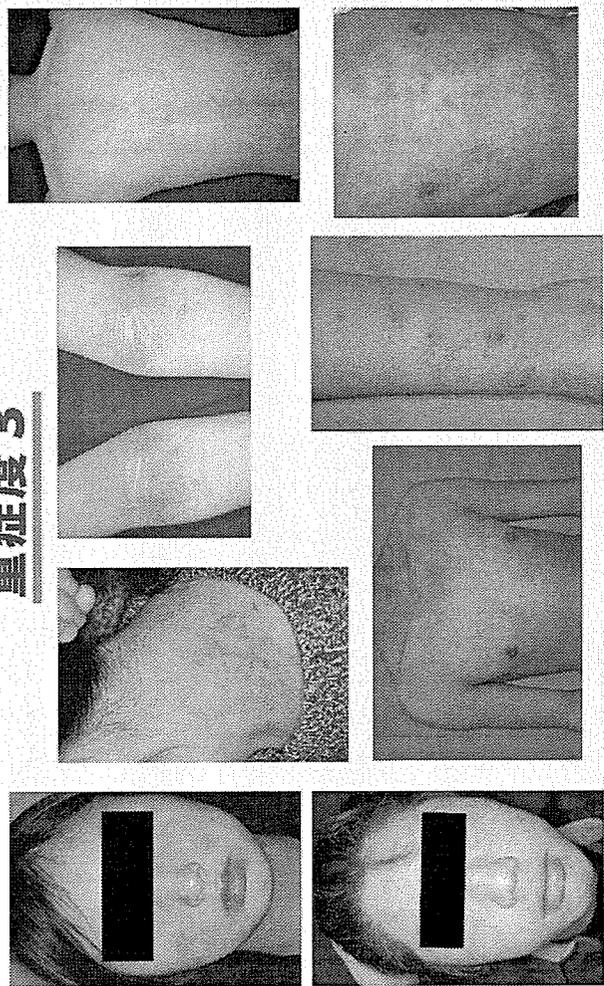
マイルド～ステップアップのステロイド外用剤と同等とされ、顔面や頭部ではよい適応になるほか、維持療法にも使われる。使用の際にはその使用方法を熟知する必要がある。

アトピー性皮膚炎 症例写真 (成人)

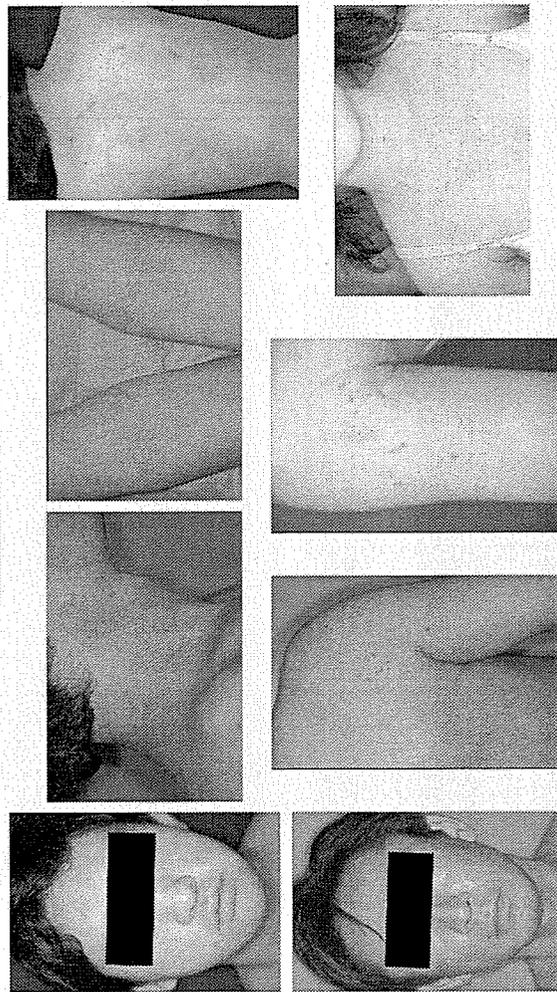
重症度 1



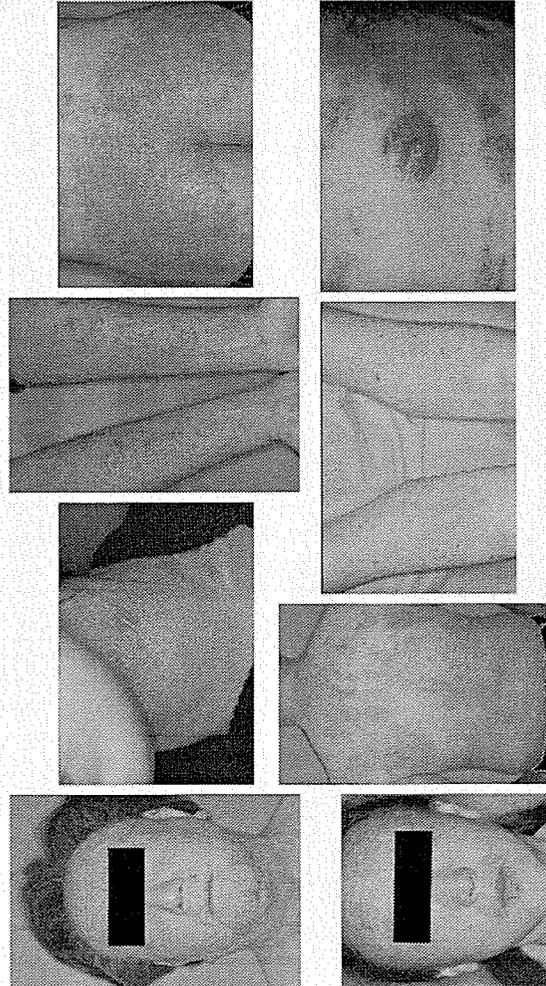
重症度 3



重症度 2



重症度 4



救急診療における喘息治療ガイドラインの普及と有用性の検討

分担研究者 岩本逸夫

国保旭中央病院アレルギー・リウマチセンター センター長

研究協力者 伊良部徳次（国保旭中央病院救命救急センター）

芹沢智行（国保旭中央病院アレルギー・リウマチセンター）

研究要旨

本研究は、急性発作治療後の経口ステロイド投与が発作再発の予防に有用か否かを明らかにすることを目的とする。急性発作で当院救命救急センターを受診した成人喘息患者を対象として、急性発作の治療後 PSL 20-30mg/日（分2）、5日間服用させ、その後の再発作による救急受診回数を検討した。その結果、1）急性発作治療後の経口 PSL 投与なしでは、33%が2週以内に発作再発による再受診をした。2）急性発作治療後の経口 PSL 20-30mg/日 5日間服用ではそれが5%まで減少し、2週以内の発作再発による再受診を95%抑制した（ $p<0.001$ ）。3）平均 PSL 投与量 24.4mg/日、投与期間 4.4日であった。以上から、急性発作の治療は、救急外来での高用量ステロイド治療だけでは不十分で、急性発作治療後の経口 PSL 20-30mg/日（0.5mg/kg/日）5日間服用は、再発作の抑制に有用である。

A. 研究目的

気管支喘息は慢性のアレルギー性気道炎症であり、喘息治療ガイドラインの重症度による薬物療法が普及したことにより、喘息の治療コントロールは改善してきた。しかし、未だ急性発作により救急受診する患者も少なくない。そして救急外来での高用量ステロイドによる早期治療は、急性発作を抑制し、発作再発による救急再受診を減少させることが示されている。しかし、その後のステロイド治療が発作再発の予防の有用性を示すエビデンスは乏しく不明である。実際我が国のガイドライン（2006年版）では、急性発作治療後の経口ステロイド治療には一定の見解はないとされている。本研究は、急性発作治療後の経口ステロイド投与が発作再発の予防に有用か否かを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

平成16年4月から18年3月までの2年間に急性発作で当院救命救急センターを受診した成人喘息患者705人を対象とした。急性発作の治療はサルブタモール吸入及びテオフィリンとステロイド（主にメチル PSL 125mg）の点滴静注にて行った。その後の再発作による救急受診回数を検討した。平成17年9月からは帰宅後 PSL 20-30mg/日（分2朝、夜）、5日間服用させた。

C. 結果

1）急性発作で救急受診した成人喘息患者の重症度は、軽症持続21%、中等症45%、重症32%であった。吸入ステロイドは中等症の75%、重症の26%が未使用であった。受診時の発作強度は、喘鳴6%、小発作26%、中発作64%、大発作4%であった。そして75%の患者に高用量ステロイドの点滴静注による治

療が行われた。

2) 急性発作で救急受診した成人喘息患者の内、2回以上の再受診が35%であり、その中で、7日以内の再発作による受診が62%を占めた。

3) 平成17年9月から救急受診後経口PSL投与による介入を行った。急性発作治療後の経口PSL投与なしでは、33%が2週以内に発作再発による再受診をし、急性発作治療後の経口PSL 20-30mg/日5日間服用ではそれが5%まで減少し、2週以内の発作再発による再受診を95%抑制した ($p<0.001$)。平均PSL投与量24.4mg/日、投与期間4.4日であった。

帰宅時のステロイド処方と発作再受診

	PSL処方なし	PSL処方あり
再受診なし	146 (66.7%)	70 (94.6%)
再受診あり	73 (33.3%)	4 (5.4%) *

* $p<0.0001$

D.E. 考察、結論

急性発作の治療は、救急外来での高用量ステロイド治療だけでは不十分で、急性発作治療後の経口PSL 20-30mg/日 (0.5mg/kg/日) 5日間服用は、再発作の抑制に有用である。GINA2002では、成人の急性発作治療後のPSL投与の最短7-10日間が明記されており、我が国の喘息治療ガイドラインにおいても、本研究成果も含め検討されることが望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 岩本逸夫. 気管支喘息における免疫病態の新視点. アレルギー 2006; 55: 621-625.
2. 岩本逸夫. 制御性T細胞の喘息における役割. Annual Review 呼吸器 2007. 工藤翔二、土屋了介、金沢実編. p. 32-40. 中外医学社.

2. 学会発表

1. 岩本逸夫. アレルギー性気道炎症におけるサイトカインの役割. 第46回日本呼吸器学会、2006年6月.
2. 芹沢智行、伊良部徳次、吉田象二、岩本逸夫. 喘息急性発作に対する経ロステロイドの再発作抑制効果. 第56回日本アレルギー学会秋季学術大会 55:1101. 2006年11月.
3. 芹沢智行、小林康祐、宇田川秀雄、吉田象二、岩本逸夫. 喘息妊婦の薬物治療の有効性と安全性の検討. 第56回日本アレルギー学会秋季学術大会 55:1217. 2006年11月.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

「プライマリケア版 蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン」の作成とその普及に関する研究

分担研究者 秀 道広 広島大学大学院医歯薬学総合研究科皮膚科学 教授

研究要旨

2005年に日本皮膚科学会より策定された「蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン」の内容に基づき、非専門医がプライマリ・ケアを行うための診療ガイドラインとしてプライマリケア版の同ガイドラインを作成した。プライマリケア版では、オリジナル版の内容を大幅に圧縮し、蕁麻疹の診断から病型、重症度をふまえて治療終了または専門医への紹介に至るまでの手順を1枚のチャートとして要約した。また蕁麻疹患者のQOLを評価するため、我が国における蕁麻疹のためのQOL質問票の作成作業を行った。質問票の内容としてまず自由記載による障害項目を収集、整理し、246項目をリストアップした。

A. 研究目的

わが国における蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドラインは2005年に日本皮膚科学会により策定されたが、その内容はB5版の学会誌上12ページに及び、一般臨床医には難度が高く、そのままの形では普及しにくいと考えられる。また、蕁麻疹のQOLは、これまで疾患特異的質問内容による評価方法がなく、ガイドラインによる治療効果の特異的評価手段とはなっていない。そこで本研究では、主として非専門医を対象とした簡略版のガイドラインを作成するとともに、蕁麻疹のQOLを評価するための質問票を作成することを目的とした。またガイドラインに沿った治療が行われるための教育用資材として、蕁麻疹患者およびその関係者を主たる対象とした解説パンプレットの作成に取り組んだ。

B. 研究方法

皮膚科医(分担研究者および皮膚科診療所院長を含む)、内科医(研究代表者)、小児科医、耳鼻科医、眼科医より構成された委員会にて、上記ガイドラインの内容から非専門医に必要かつ有用性の高い内容を吟味、抽出した。また同様に患者およびその関係者向けのパンプレットの内容を検討した。パンプレットについては患者および非医療従事者からのフィードバックを受け、分かりやすさを追求した。QOL質問票については、広島大学を受診した蕁麻疹患者93名、および医療従事者19名を対象として自由記載形式によるアンケートを行い、質問項目の拾い上げを行った。

(倫理面への配慮)

アンケートについては、協力者の自由意思により協力することとし、患者の場合、医療上の不利益を得ることがないように、無記名、自由記載とした。

C. 研究結果

一般向け解説用パンフレットは、委員会で検討、作成したものを、さらに患者および非医療関係者による査読を受け、分かりにくいと指摘された箇所を修正して脱稿した。原稿には内容に即したイラストを加え、「蕁麻疹ってどんな病気？(平成17-18年度 厚生労働省免疫アレルギー疾患予防・治療研究推進事業)」として印刷し、関係機関に送付した。作成委員の医療機関での患者からの評価は概ね好評であった。

ガイドラインは、オリジナル版を単に簡略化するだけでは診療の質を低下させ、専門医、非専門医の役割を曖昧にするとともに安易な検査や治療を防ぐことが困難になるため、名称を簡略版ではなくプライマリケア版とした。その内容は、オリジナル版の考え方を踏襲しつつ、大幅に記載を短縮し、かつ新たに臨床写真を加えて一般医の診断支援機能を強化した。また非専門医が専門医に紹介すべき目安について検討し、診療アルゴリズムの中に盛り込んだ。「ヒスタミンH₁受容体拮抗薬」、「イントラネース」などの呼称については、他の診療ガイドラインとの整合性と、できるだけカタカナ表記を避ける視点から、各々「抗ヒスタミン薬(H₁受容体拮抗薬)」、「不耐症」として元のガイドラインの表現を修正した。その結果、

治療についての解説は、1. 基本的な考え方、2. 急性蕁麻疹、3. 慢性蕁麻疹、4. それ以外の蕁麻疹、5. 妊婦に対する薬物治療、の5項目に整理し、診療手順については、1. 血圧低下、呼吸困難があるか、2. 耐え難いほどの広範囲の皮疹か、3. 明らかな誘因があるか、4. (H1受容体拮抗薬の内服により) 2週間以内に症状沈静化するか、の4項目を立てて網羅性を確保した。また検査についても、1. 全身状態把握のための検査、2. 病歴に応じて、病型診断およびI型アレルギーに必要な検査、3. 原因・悪化因子探索のための検査に分け、診療アルゴリズムの中で位置づけた。さらにこれらの内容を含めた診療全体を1枚のアルゴリズムとし、原稿を完成した。原稿はB5版10ページの小冊子とし、一般向けパンフレットと同様、関係機関に配布した。さらに平成19年2月以降

の各地での研修会でテキストまたは参考資料として配布を開始した。

QOL質問票については、蕁麻疹患者93名および医療従事者19名を対象としてQOL障害の内容について自由記載によるアンケートを行い、計341項目の回答を得た。蕁麻疹患者から得られた246項目についてはその内容にしたがって表1のごとく整理・分類した。内容としては、痒み・赤みなどの皮膚症状の直接的訴えの他、集中できない、イライラする、人目が気になる、不眠、不安といった感情面での障害、および運動、外出、仕事、食事の制限といった機能面での障害に集約された。各項目を症状、感情、機能の3つに分類すると、症状が55項目、機能が64項目に対し、感情は127項目であり、蕁麻疹患者では感情面においてQOLの低下があることが示唆された。なお、集められた多くの内容はおおよそ予想できるものであったが、中には(皮疹のために)夏でも半袖の服を着られないなど、これまで医療関係者間ではあまり気づかれていなかった障害についても明らかになった。

表1 蕁麻疹患者アンケート回答項目集計

分類	項目	頻度
症状	赤い・痒い・痛いなどの皮膚症状	33
症状	不眠	22
機能	通院・治療が面倒	13
機能	食事・お酒が制限される	12
機能	経済的に影響がある	8
機能	外出・行動が制限される	8
機能	服装が制限される	6
機能	疲れる	5
機能	入浴が制限される	4
機能	運動が制限される	4
機能	予定が立てられない・やりたいことができない	2
機能	眠たい	2
感情	仕事・家事・勉強が手に着かない・集中できない	28
感情	人目が気になる	25
感情	イライラする	24
感情	病気に対する不安	16
感情	落ち込む・気分がすっきりしない・嫌気がさす	8
感情	薬に対する不安	7
感情	周囲の人にわかってもらえない	6
感情	ストレス・ショックを感じる	4
感情	人との関わりたくない・会いたくない・喋りたくない	4
感情	周囲の人に迷惑をかける	3
感情	恥ずかしいと思う	1
感情	対人トラブル	1
合計		246

D. 考察

一般向けパンフレット案の予備的検討では、一般モニターにおいては概ね好評であり、またガイドライン作成委員(研究協力者)の所属する医療機関では広く患者およびその家族により読まれつつあり、今後より多くの医療機関に配布することが望まれる。

プライマリケア版のガイドラインでは、蕁麻疹・血管性浮腫の診療内容をアルゴリズムにしてA4用紙1枚に纏めたことで汎用性が高まり、発表後は広く医療現場で活用されることが期待される。この内容は引き続きホームページなどで公表するとともに、下敷きなどの形で診察室、救急処置室などに掲示することでプライマリケアにおける利用を支援することが有用と思われる。また、アレルギー協会主催の研修会などを通して一般医療従事者からのフィードバックを得て、内容、レイアウトの両面でさらに改良する作業を進める必要がある。

QOLの障害の内容については、今後さらに対象者数を増やしてQOLの障害の内容を収集、整理し、その結果に基づいて設問形式を設定し、調査票の査定を経て上記プライマリケア版ガイドラインによる治療内容の評価

に利用したい。

E. 結論

プライマリケア版蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン、およびその内容にもとづく一般向け解説書を作成した。また治療効果を評価するためのQOL質問票の質問項目を収集、整理した。次年度はこれらを用いて非専門医によるガイドラインにそった治療の普及活動に取り組む。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Nagata K., Hide M., Tanaka T., Ishii K., Izawa M., Sairenji T., Tomita K. and Shimizu E.. Anaphylactic Shock Caused by Exposure to Sea Anemones. *Allergy International* 55: 181-184, 2006
2. 秀 道広. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬. 治療薬Up-to-Date 2006, 矢崎義雄監修, メディカルレビュー社、大阪、東京、493-496, 2006
3. 秀 道広. 蕁麻疹—発症機序と治療の最新情報 先端医療シリーズ38 皮膚科 皮膚疾患の最新医療 斎田俊明他編 先端医療技術研究所 東京 p120-123, 2006
4. 亀好良一、秀 道広. 38. 蕁麻疹. 薬局 57(増刊): 425-436, 2006
5. 秀 道広. 2. 蕁麻疹 皮膚科学. 片山一朗、土田哲也、橋本 隆、古江増隆、渡辺晋一編集. 分光堂、東京、pp218-222, 2006
6. 秀 道広. 第3章 各疾患のかゆみとその治療, 2 蕁麻疹の痒み. 皮膚科診療最前線シリーズ かゆみ最前線 宮地良樹、生駒晃彦編 メディカルレビュー社 東京, pp 144-147, 2006
7. 秀 道広. 蕁麻疹 日皮会の蕁麻疹の診療ガイドラインとは. *Dermatology Year Book 2006-2007*, What's New in 皮膚科学 宮地良樹編, メディカルレビュー社 東京, pp22-23, 2006
8. 秀 道広. 血管性浮腫の落とし穴. 皮膚科診療のコツと落とし穴. 2 疾患I 西岡 清編 pp37-39, 中山書店 (東京) 2006
9. 秀 道広. 12-1 感覚器系疾患—皮膚科—II 主な疾病と診療 5 蕁麻疹. 臨床病態学3. pp241-245, 2006 北村 聖, 総編集, ヌーベルヒロカワ 東京
10. 秀 道広. 蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン. 皮膚疾患の最新の治療 2007-2008 巻頭トピックス. 滝川雅浩、渡辺晋一 編, 南江堂, 東京、pp1-5, 2006
11. 田中稔彦、亀好良一、秀 道広. 広島大学皮膚科外来での蕁麻疹の病型別患者数. *アレルギー* 55:134-139, 2006
12. 森本謙一、真田聖子、原 武、秀 道広. 症状の誘発が困難であった食物依存性運動誘発アナフィラキシーの2例. *アレルギー* 55(11): 1433-1436, 2006
13. 秀 道広. 蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン. *臨床皮膚科* 60: 119-124, 2006
14. 亀好良一、秀 道広. 蕁麻疹. 薬局 57(増刊号): 937-948, 2006
15. 田中稔彦、秀 道広. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬. (特集 アトピー性皮膚炎治療薬のEBM) *アレルギーの臨床* 26: 688-692, 2006
16. 秀 道広. 蕁麻疹の治療ガイドライン. *アレルギー科* 21: 633-640, 2006
17. 秀 道広. 小児の蕁麻疹と治療ガイドライン. 小児科臨床(増刊 小児アレルギー学の新しい展開 第2部 アレルギー診療の新しい展開 第4章 小児アレルギー関連領域 3. 小児の蕁麻疹と治療ガイドライン) 59: 1479-1486, 2006
18. 亀好良一、秀 道広. 蕁麻疹ガイドライン. *Topics in Atopy* 5: 19-24, 2006
19. 亀好良一、秀 道広. ガイドラインに基づく蕁麻疹診療. *日本医事新報* 4303, 57-62, 2006
20. 三原祥嗣、秀 道広 負荷試験の実際-2006年版: 免疫・アレルギー性機能検査 蕁麻疹誘発試験 *小児内科*38: 1433-1435, 2006
21. 田中稔彦 汗のI型アレルギー. *MEDICO* 37: 369-372, 2006
22. 秀 道広. 皮膚疾患 蕁麻疹. *メディチーナ* 43 (12増 Common Disease インストラクションマニュアル—患者に何をどう説明するか): 587-590, 2006
23. 高萩俊輔、秀 道広. 蕁麻疹のかゆみ. *アレルギーの臨床*26(12): 911-916, 2006
24. 秀 道広. 皮膚アレルギーとカンナビノイド受容体. *アレルギーと神経ペプチド* 2: 14-15, 2006
25. 秀 道広. 慢性蕁麻疹にステロイドは必要である. *ヴィジュアル・ダーマトロジー* 5: 498-499,

2006

26. 川島 眞、秀 道広、照井 正. 座談会 実地医科が診る蕁麻疹ーガイドラインに基づく薬剤の選択、使用法ー. Medical Tribune 2006年5月25日
27. 秀 道広. 第105回日本皮膚科学会総会ランチョンセミナー 治療に難渋した蕁麻疹の治療経験から見えてきたこと メディカルトリビューン 2006年7月27日 p24-25
28. 高萩俊輔、三原祥嗣、秀 道広. 皮膚アレルギー疾患におけるIgE抗体の関与. アレルギー・免疫14: 195-201, 2007
29. 秀 道広. 非アレルギー性機序による蕁麻疹の臨床と治療の実際. アレルギー・免疫14: 99-100, 2007
30. 秀 道広. 痒くてたまらないときの対処法は? Q&Aでわかるアレルギー疾患 3: 53-55, 2007
5. 秀 道広. 平成18年6月4日 第106回 日本皮膚科学会総会 モーニングセミナー7「血管性浮腫と非典型的な蕁麻疹への対応」
6. 秀 道広. 平成18年7月15日 第36回日本皮膚アレルギー学会総会・第31回日本接触皮膚炎学会総会ランチョンセミナー4 ー蕁麻疹2006 より質の高い治療を目指して「ガイドライン作成委員の立場から」
7. 秀 道広. 平成18年8月26日 第14回日本発汗学会ランチョンセミナー「汗に対するI型アレルギーとアトピー性皮膚炎」名古屋 メルパルクNAGOYA
8. 秀 道広. 平成18年11月2日 日本アレルギー学会総会 イブニングシンポジウム 4 難治性のアレルギー性皮膚疾患治療を考える 特発性蕁麻疹における過敏性と治療標的の考え方
9. 秀 道広. 平成19年2月17日 日本皮膚科学会東京支部総会 ランチョンセミナー「専門医のための蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドラインの使いこなし方」

2. 学会発表

1. 秀 道広. 平成18年5月20日 第22回 日臨皮総会ランチョンセミナー I 治らない蕁麻疹「抗ヒスタミン薬の効かない蕁麻疹」
2. 秀 道広. 平成18年5月31日 日本アレルギー学会春季臨床大会 教育講演09「蕁麻疹の治療ガイドライン」
3. 秀 道広. 平成18年6月2日 第106回 日本皮膚科学会総会 ランチョンセミナー「治療に難渋した蕁麻疹の治療経験から見えてきたこと」
4. 秀 道広. 平成18年6月2日 第106回 日本皮膚科学会総会 イブニングセミナー1 「蕁麻疹のプライマリ・ケアと抗ヒスタミン薬の使い方」

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当無し
2. 実用新案登録
該当無し
3. その他
該当無し

ガイドライン実践プログラムに関する研究

分担研究者 堀場通明 大垣市民病院呼吸器科

研究要旨

気管支喘息ガイドラインに沿った治療を行いQOLの向上を観察、統計する。

A. 研究目的

昨今、喘息治療は病態認識が進み慢性炎症としての理解のもとステロイド薬の使用が勧められている。この治療方針は「喘息予防・管理ガイドライン」に定められているものの、実地医家への浸透が少なく国内の喘息死は下げ止まりの傾向が見られる。この現状から実地医家へのガイドライン浸透を図るべく今回の研究が起こされた。

2006年11月

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

B. 研究方法

実地医家にてガイドラインに沿った喘息治療を行いQOLの向上を見る。

C. 研究結果

まだ本プログラムに乗った症例がありません。その原因として、開業医にとっては実施が難しいこと、および諸検査の費用が患者負担になることなどが挙げられます。この点に関し、再度西濃喘息研究会世話人会を開き実践の遂行をお願いしております。また、この作業を岐阜県全域に拡げるため6または7月に県全域の世話人会を開催し実践を諮る予定です。

E. 結論

実施症例がありませんので結論は控えさせていただきます。開業の先生方が取り組みやすいプログラムを考える余地があるのではないかと思います。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

堀場通明, 古井秀彦, 前田晃男: 年齢から見た喘息死の問題点と対策地域医療の観点から (内科)
第56回日本アレルギー学会秋季学術大会(東京)

関東地区における成人喘息QOL向上の研究

分担研究者 永田 真 埼玉医科大学呼吸器内科教授

研究協力者 佐藤 長人 埼玉医科大学呼吸器内科講師

研究要旨

「ガイドライン実践プログラム」を活用し、非専門医師へのアレルギー疾患管理・治療ガイドラインの普及と、ガイドラインを活用した診療にともない調査票上のQOLが改善するか否かを評価することを主な目的として、分担研究者は「成人気管支喘息」を担当し、本年度はこのプログラムのとくに非専門医における地域での協力体制の構築を試みた。埼玉医科大学病院と診療上の連携関係にある施設の医師を対象に、非専門医の協力体制を確立する目的で、2006年に3地区において連携施設との懇談の場を設けて、「ガイドライン実践プログラム」につき説明講義をおこなうとともに本プログラムへの参加を招請した。結果として、非専門医10名から「ガイドライン実践プログラム」参加の申し出を得、非専門医による実践プログラムへのエントリーが開始された。さらなる症例数の獲得が円滑に達成されるか、また実際にこのプログラム実践によりQOL改善が観察されるか否かについては今後の課題である。

A. 研究目的

アレルギー疾患が膨大に増加するなか、主任研究者等が作成した「ガイドライン実践プログラム」を活用し、アレルギー専門医を取得していない非専門医師への各種アレルギー疾患管理・治療ガイドラインの普及と、ガイドラインを活用した診療にともない調査票上のQOLが改善するか否かを評価することが主な目的である。またこれを専門医取得者においても一定期間の診療前・後でのQOLの変化につき情報を収集し、非専門医のそれと比較することとした。分担研究者は「成人気管支喘息」を担当し、本年度はこのプログラムのとくに非専門医における地域での協力体制の構築、ならびにパイロット的なサンプリングの開始が主目的であった。

B. 研究方法

(1) 非専門医の協力体制確保： 埼玉医科大学病院と診療上の連携関係にある

施設の医師を対象に、アレルギー専門医を取得していない非専門医の協力体制を確立する目的で、2006年6月23日に埼玉県所沢市において、7月1日に同飯能市において、7月26日に同熊谷市において、各々連携施設との懇談の場を設けて、「ガイドライン実践プログラム」につき説明講義をおこなうとともに本プログラムへの参加を招請した。

(2) 専門医によるデータ収集について： 埼玉医科大学病院アレルギー・喘息センター外来において外来診療を行っているアレルギー指導医（分担研究者）および専門医（研究協力者）各1名、計2名が、新患喘息患者受診時を中心に、ガイドラインに立脚した治療を行うとともに前後でのQOL調査を行うこととした。

C. 結果

2006年8月末の時点で、連携施設連絡会

議に出席した非専門医 10 名から「ガイドライン実践プログラム」参加の申し出を得た。本稿執筆時点で、非専門医による実践プログラムへのエントリーが 8 例、また埼玉医科大学病院における専門医によるエントリーが 20 例台に達している。

D. 考察

本研究のこのパートの最大の関門は非専門医による協力の確保にあると想定されたが、連携施設での懇話会的会合をもち協力を要請することにより、実際にエントリー例が得られた。一方で、大学病院における専門医での症例については症例蓄積は必ずしも円滑でない。

E. 結論

成人気管支喘息を主たる対象とした「ガイドライン実践プログラム」の非専門医におけるデータ収集のための協力体制の確立に着手し、データ収集の視点からは部分的に成功をおさめつつあるが、さらなる症例数の獲得が円滑に達成されるか、また実際にこのプログラム実践により QOL 改善が観察されるか否かについては次年度以降の課題である。

F. 健康危険情報

総括研究報告書参照

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし