

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等克服研究事業
（難治性疾患等実用化研究事業（免疫アレルギー疾患等実用化研究事業
免疫アレルギー疾患実用化研究分野）））

気管支喘息に対する喘息死の予防や 自己管理手法の普及に関する研究

平成24～26年度 総合総括・分担研究報告書

研究代表者 大田 健

平成27（2015）年5月

<目次>

I. 総括研究報告

気管支喘息に対する喘息死の予防や自己管理手法の普及に関する研究

大田 健 1

II. 分担研究報告

1. 成人アトピー型喘息治療管理における

環境アレルゲンモニタリングに基づく環境整備の有用性についての研究

釣木澤尚美 15

2. 呼気一酸化窒素 (FeNO) を用いた気管支喘息管理手法の確立

棟方 充 40

3. 高齢者喘息の病態解明と治療・管理法の確立に関する研究

東田 有智 46

4. クラスタ解析を用いた喘息病態の多様性の解明に向けた研究

檜澤 伸之 53

5. 乳幼児喘息の病態解明と治療法の確立に関する研究

近藤 直実 60

6. 日本における小児期発症気管支喘息のフェノタイプに関する研究

下条 直樹 66

7. 気管支喘息における気道炎症指標を含めた重症度別クラスタ解析

—多施設共同研究の結果から—

長瀬 洋之 69

8. 喘息重症度と IgE の経年的変化に関する前向き研究

(黄色ブドウ球菌エンテロトキシン特異的 IgE 抗体と喘息の関係)

田中 明彦 77

9. 気管支喘息に関する医療連携システムの活用に関する研究

井上 博雅 83

10. 乳幼児気管支喘息の非侵襲的診断方法に関する研究

—尿中ロイコトリエン E4 について、ならびに乳幼児の喘息予知テスト—

森川 明廣 90

11. 『喘息死ゼロ作戦』の軌跡とその成果に関する研究 『喘息死ゼロ』達成の基盤としての 薬剤師による患者吸入指導体制の確立に関する研究 大林 浩幸	96
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	102
IV. 主な研究成果物	103

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等克服研究事業（難治性疾患等実用化研究事業（免疫アレルギー疾患等実用化研究事業 免疫アレルギー疾患実用化研究分野）））
総合総括研究報告書

気管支喘息に対する喘息死の予防や自己管理手法の普及に関する研究

研究代表者	大田 健	独立行政法人国立病院機構東京病院 院長
研究分担者	秋山一男	独) 国立病院機構相模原病院臨床研究センター センター院長
	釣木澤尚実	独) 国立病院機構相模原病院アレルギー科 医師
	棟方 充	福島県立医科大学呼吸器内科学講座 教授
	東田有智	近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内科 教授
	檜澤伸之	筑波大学大学院人間総合科学研究科呼吸器病態医学分野 教授
	近藤直実	岐阜大学大学院医学系研究科小児病態学 教授
	下条直樹	千葉大学大学院医学系研究院小児病態学 教授
	長瀬洋之	帝京大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー学 准教授
	田中明彦	昭和大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー内科 講師
	井上博雅	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科呼吸器内科学 教授
	森川昭廣	社会福祉法人希望の家附属北関東アレルギーセンター 所長
	大林浩幸	東濃中央クリニック 院長
	中村裕之	金沢大学医薬保健研究域医学系環境生態医学・公衆衛生学 教授

研究要旨

気管支喘息は、5～10%の国民が罹患し苦しんでいるアレルギー性呼吸器疾患である。喘息の病態解明と治療に関する進歩は、喘息が慢性の気道炎症を伴い、長期管理を必要とし、抗炎症薬として吸入ステロイドが有効であるということを示した。そして適切な治療の普及と実行をめざす喘息予防・管理ガイドライン(JGL)が1993年以来改訂を重ねながら発刊されている。厚生労働省ではプロジェクト研究という位置付けで、平成18年度から「喘息死ゼロ作戦」の展開に着手し、本研究の申請者は「喘息死ゼロ作戦の実行に関する指針」を作成し具体的な戦略を提示した。疫学調査によると喘息死は1995年をピークに年次毎に減少している。とくに「喘息死ゼロ作戦」の取り組みが開始されたと考えられる2006年には前年の3198人から2778人へと減少し、最新の2013年は1728人まで減少している。しかし、喘息死をさらにゼロに近づけ喘息の予後を改善するためには、より有効な対策が必要である。そこで本研究では、気管支喘息に対する喘息死の予防や自己管理法の普及に資する成果を目指して研究を進め、2年目の成果として以下のような結果を得ている。1) 最新の喘息ガイドライン、JGL2012に続いて発刊されたアレルギー疾患ガイドライン、JAGL2013の内容も含めて「JGLのミニマムエッセンス」を作成する計画に変更し、作成方針を策定している。現在のところ薬物療法とは別に新たに加える項目として、ダニ抗原の環境からの除去的介入が喘息のコントロールを改善することから、環境整備介入を積極的に推奨する予定である。2) 喘息死の90%近くが65歳以上の高齢者であることから、高齢者を含む成人喘息の実態調査を行っている。抑うつ程度が服薬アドヒアランスや喘息コントロールに影響を及ぼすこと、コントロール不良喘息患者は安定喘息患者や健常者と比べてFeNOの日内・週内変動が有意に大きいこと、黄色ブドウ球菌エンテロトキシン(SA)特異的IgE抗体陽性群は喘息重症度との関連性を認めないことなどが示され、FEV₁、ACT、FeNO、IgEなどが実態調査の指標として重要であることが示された。3) 小児気管支喘息については、呼気性喘鳴1回エピソードでもアレルギー家族歴がある場合は早期

診断できる可能性が示唆され、実態調査の質問票に反映される結果が得られている。さらに尿中ロイコトリエン E4 の測定を行ったところ、非RAウイルス感染喘鳴群が対照群と比較して高値を示し、さらに鑑別診断における有用性が示唆された。4) 治療アドヒアランスの改善策の検討では、ほぼ全ての薬剤師が、患者吸入指導は重要と回答したが、薬剤師自身が正しい吸入方法の仕方の指導を受ける機会は少なく、その指導方法にも統一性が無く、自信を持って患者に吸入指導が行えている薬剤師は少数であり、改めて医薬連携体制の整備と強化の必要性が認識された。5) 各種フェノタイプを想定したクラスター解析(k-means 法)では、アトピーの分類による4群(A群:ダニ・動物抗原感作群、B群:イネ科・樹木など多重抗原感作群、C群:スギ抗原のみ感作群、D群:低感作群)が臨床的に特徴的な4つの喘息フェノタイプに対応することが明らかになった。さらに、小児期発症気管支喘息患者の検討では、気管支喘息発症年齢、末梢血好酸球数、ヤケヒョウヒダニ特異的IgE、コナヒョウヒダニ特異的IgE値、スギ特異的IgE値を用いてクラスター分析(Ward法)を行い、7個のクラスターが得られている。成人と小児それぞれについて、さらに多施設でバイオマーカーを含む共通の指標を選択してデータを集積し、クラスター解析を開始しているが、成人喘息による予備検討では発症年齢、血清総IgE、末梢血好酸球、ACTスコア、%FEV₁、吸入ステロイドと経口ステロイド投与量を指標から3つのクラスターが得られた(Ward法)。本研究班全体で協力して、最終年度にはより詳細に解析し、我が国のデータを示すことが可能となっている。

最終的な成果としては、「JGLのミニマムエッセンス」「自己管理法を含む喘息死ゼロ作戦の実行に関する指針」、「治療アドヒアランスの改善のための指針」「日本人喘息患者における喘息のフェノタイプとクラスター」などの文書化を目指している。患者からの検体収集は三省合同「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、患者の採血は倫理規定に基づいて文書で同意を得た上で実行する。

A. 研究目的

気管支喘息は、5～10%の国民が罹患し苦しんでいるアレルギー性呼吸器疾患である。喘息の病態解明と治療に関する進歩は、喘息が慢性の気道炎症を伴い、長期管理を必要とし、抗炎症薬として吸入ステロイドが有効であるということを示した。そして適切な治療の普及と実行をめざす喘息予防・管理ガイドライン(JGL)が1993年以来改訂を重ねながら発刊されている。厚生労働省ではプロジェクト研究という位置付けで、平成18年度から「喘息死ゼロ作戦」の展開に着手し、本研究の申請者は「喘息死ゼロ作戦の実行に関する指針」を作成し具体的な戦略を提示した。疫学調査によると喘息死は1995年をピークに年次毎に減少している。とくに「喘息死ゼロ作戦」の取り組みが開始されたと考えられる2006年には前年の3198人から2778人へと減少し最新の2013年は1728人まで減少しており、7年間で1050人の減少をみている。しかし、さらに喘息死をゼロに近づけ喘息の予後を改善するためには、より有効な対策が

必要である。多数の喘息患者は非専門医であるかかりつけ医の診療を受けている。しかもかかりつけ医にとっては、JGLは実用性に欠けており、その重要な部分をコンパクトにまとめたものが所望されている。そこで本研究では、「JGLのミニマムエッセンス」を作成し、JGLをかかりつけ医が実行しやすくなるようにする。さらに、喘息死の90%近くが65歳以上の高齢者であること、小児での喘息死は一桁まで減少しているがその多くは入院率の改善に乏しい乳幼児であることを背景に、高齢者喘息と乳幼児喘息の実態に関する調査、高齢者喘息の予後改善の鍵と考えられるCOPD併存例への対策、小児を含む重症化・難治化のフェノタイプを決定する因子の探索とクラスター解析などの研究を行う。また長期管理の実行に関するアドヒアランスの向上に資する方策を提示する。このように、喘息の予後を一層改善する上で必要なことが十分に分析・探索され、実行すべきことを明確にすることこそ、実際の医療現場で求められていることであり、本研究は臨床に直結する成

果が得られると期待される。

B. 研究方法

日本アレルギー学会作成の喘息管理・予防ガイドライン(JGL)は、EBMに基づく喘息の治療の指針であり、「喘息死ゼロ作戦」で実行を推奨する治療内容である。しかし多忙な診療の中で非専門であるかかりつけ医にとっては、JGL そのものは実用性に欠けており、JGL の重要な部分をコンパクトにまとめたものが所望されている。そこで、最新版のJGL の内容をかかりつけ医が実行できるように、必須項目を必要最小限にまとめた「JGL のミニマムエッセンス」を作成する(大田、長瀬)。また、喘息死の中で 65 歳以上の高齢者が 90%近くを占めるという事実を踏まえて、高齢者を含む喘息の実態を調査するための調査表を作成し、クラスター解析に資する内容で集積する(本研究班の全内科医)。同様に 6 歳以上の小児喘息患者を対象に小児気管支喘息の実態を調査するための調査表を成人喘息との共通性も保ちながら作成し、クラスター解析に資する内容で集積する(近藤、下条、森川)。また、成人アトピー型喘息治療管理における環境アレルゲンモニタリングに基づく環境整備の有用性についての検討から、薬物療法とともに環境整備の有用性についても、Der 1 量を高感度蛍光 ELISA 法を用いて測定して防ダニシートと布団用掃除機ノズルの使用による環境整備をモニターして検討した(釣木澤、秋山)。さらに、小児での喘息死は一桁まで減少しているが、その多くは入院率の改善に乏しい乳幼児であることを考慮して、乳幼児喘息の早期診断のための質問票の作成、および乳幼児喘息そのものの軽快、治癒を目指した治療法の確立につき試案を作成し、その治療法を実践して評価する(近藤)。調査に際しては遺伝的な検索を視野に入れ、文書で同意が得られれば三省合同「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」に沿って、成人、小児にかかわらず採血して DNA を分離し保存する(班員全員)。作成する調査表には、呼気 NO (FeNO)は成人と小児の両方で施行し、成人では強制オキシレーション試験(FOT)も原則として加える(長瀬、秋山、東

田、田中、檜澤、棟方、大田)。実態調査の結果をみるまでもなく、高齢者では治療アドヒアランスの改善策が重要であることから、吸入手技の評価や疾患・薬剤に関する認識度、処方率、その臨床的指標として身体活動量と QOL などを評価する(東田)。そして調査結果を踏まえて、治療アドヒアランスを改善する方策とその実行計画について立案する(田中、長瀬、秋山、東田、大田)。また得られた成人と小児の実態調査結果を用いて、小児を含む重症化・難治化のフェノタイプを決定する因子の探索とクラスター解析を行う(長瀬、下条、檜澤、棟方、近藤、大田)。

(倫理面への配慮)

本研究はヘルシンキ宣言を遵守して遂行し、各施設の倫理委員会の承認を得て実行する。研究対象者に対する不利益、危険性を排除し、研究対象者からは同意を得た。遺伝的な検索においては、三省合同「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」に沿って、成人、小児にかかわらず文書で同意を得て採血して DNA を分離し実行する。

C. 研究結果

1) 「JGL のミニマムエッセンス」の作成に向けた研究

平成 24 年 11 月 29 日に発刊された新しい JGL2012 における改訂および 2013 年作成の「アレルギー総合ガイドライン」(JAGL2013)の要点を踏まえて、JGL2009 ですでに作成されている「JGL のミニマムエッセンス」を高い実用性を念頭にして改訂している(大田、長瀬)。

2) 高齢者を含む成人喘息の実態調査に関する研究

FEV₁の低下には 70 ml 以下(急速進行型)もしくは 30 ml 以上(通常型)の 2 種類が認められるが、年齢による影響は認められずコントロール状態に依存していた。そして、抑うつ状態が高齢者喘息の服薬アドヒアランスや喘息コントロールに影響を及ぼすという結果が得られた。疾患・薬剤に関する認識度調査の結果は、「疾患について」分かる:44%、「薬剤名・薬効について」分かる:14%、「吸入薬の用法・用量について」分かる:84%、

継続治療の必要性について」分かる：96%で、疾患や薬剤への理解は不十分であるが、治療の継続の理解度は高かった。吸入手技を評価すると、「吸入前の息吐き」ができていない患者は、DPI 製剤使用者で 52%、pMDI 製剤使用者で 55%と高かった。「DPI 製剤を強く深くスーッと吸う」の出来ていない患者は 24%、「pMDI 製剤を深くゆっくり吸う」の出来ていない患者は 35%であった。さらに、「吸入後の息止め」の出来ていない患者は、DPI 製剤使用者で 32%、pMDI 製剤使用者で 55%であった。吸入後のうがいは、ほぼ 90%以上の患者でできていた。服薬率は、約半数の患者が 80%以上であった。吸入手技すべてのチェック項目の出来不出来を点数化し、各指標との相関関係を検討したところ、服薬率と身体活動量には相関関係が示唆されたが、QOL 評価とは、有意な相関を認めなかった(東田)。

呼気一酸化窒素濃度 (FeNO) の測定に関しては、喘息コントロールテスト (ACT)による喘息評価がよくても (ACT \geq 20) FeNO が高値 (FeNO \geq 40) だと過去 1 年間の喘息頻度が多いことがわかった。また、治療終了または自己中断直前の FeNO 値が高いとその後の再受診率が高いことが判明した。したがって、治療により自覚症状が改善しても気道炎症が残存している患者は、将来喘息発作を起こす可能性が高いことが示唆された。ハンディーな小型 FeNO 測定器 (NObreath®) を用いて昨年度に続き在宅で測定したところ、FeNO 値にも PEF 値と同様に日内変動があり、健常者でも朝の FeNO がより高いという日内変動があり、喘息患者の日内変動は治療 2 週間後に小さくなる傾向を示し (p=0.05)、FeNO 日内変動は喘息コントロール指標として有用である可能性が示唆された (棟方)。

患者背景因子の中で重症度と関連性が認められたのは女性とペット飼育であった。また、スギ花粉症のない患者とペットを飼育している患者では、経時的な IgE 値の変化 (Δ IgE) が対象群と比較し有意に高い傾向を示した。さらに黄色ブドウ球菌エンテロトキシン特異的 IgE 抗体 (SE-IgE) を測定すると SEA-IgE 陽性の喘息患者群は陰性患者群と比較して重症度が高い可能性を示した(田中)。

アレルギー性鼻炎は我が国の全国調査で成人喘息の 67.5%に合併し、しかも喘息の悪化因子であることが報告されていることから、アレルギー性鼻炎合併例におけるペリオスチンの測定値を解析し、鼻閉を有する鼻炎合併喘息で高値を示すことから、ペリオスチンの上下気道双方の病態への関与が示唆された(長瀬)。

以上の結果から、FeNO、IgE、SEA-IgE、ペリオスチンなどが実態調査に加える指標として有用であることが示された。

さらに成人アトピー型喘息治療管理における環境アレルゲンモニタリングに基づく環境整備には、防ダニシーツの使用が寝具、寝室の Der 1 量を減少させるためには必須であることが確認され、寝具への掃除機掛け、水拭きを含めた環境整備の継続には患者教育が重要であることが示された。そして、成人喘息においてダニアレルゲンモニタリングは喘息管理を良好にすることが示された (釣木澤、秋山)。

3) 小児気管支喘息の実態調査に関する研究

乳幼児喘息の早期診断のためには、“かぜでゼーゼー”、“運動でゼーゼー”および“家族の喘息歴”が重要項目であった (近藤)。間欠型喘息群では、尿中ロイコトリエン量が Iepisode-A 群 (β 刺激薬非改善群、で 1 回の喘鳴のエピソードがあり、RS ウイルス陰性かつ家族歴で喘息・アトピー性皮膚炎、花粉症またはアレルギー性鼻炎がある患者)や対照群に比して有意に低値であった。喘息予知テスト (性別、年齢、最近 12 ヶ月での風邪をひかない状態での喘鳴および喘鳴回数と日常生活への影響、息切れ、咳き込み、アレルゲンとの接触による喘鳴や咳の誘発、湿疹、両親の既往歴などを含む)で得られる喘息予測点数を喘息発症と非発症群で比較すると喘息発症群で点数が優位に高値を示し、喘息を発症することを予知する上で有用であることが示唆された (森川)。

早期診断とともに乳幼児喘息の軽快、治癒を目指して、抗炎症薬等に加えて Th1/Th2 バランスを是正するとされる Th2 サイトカイン阻害薬を使用するプロトコールを作成して検討した。その結果、Th1/Th2 バランス

を是正するとされる Th2 サイトカイン阻害薬によって、制御性 T 細胞 (regulatory T cells; Treg) の重要な指標である Treg の比率と Th1/Th2 比率が増加傾向をした。Treg の比率は、アレルゲン免疫療法による生体の免疫系の改善の一つの重要な指標とされていることから、今回の成績は重要な意味を持つ。Th1/Th2 バランスの是正が示されると共に、アレルギー改善への方向が示唆された (近藤)。

4) 治療アドヒアランスへの改善策の検討

一部専門医療機関と薬剤師との間で運用してきた「吸入薬に関する『服薬情報提供書』」は情報共有、教育の実効性向上に有用であることを報告してきた。従来、このシステムの中での「服薬情報提供書」は[処方医(専門医)→薬剤師→処方医]の往復書簡として運用してきたが、これを[薬剤師→処方医(非専門医)]に向けて発信することで、喘息治療に関する情報、教育を非専門一般医に拡大することを目指した。今年度、一部の協力薬剤師から試験的に開始されたこのシステムを発信した薬剤師、受信した処方医それぞれの立場から評価した。薬剤師からの評価では指導ツールおよび情報提供ツールとして4高評価が得られた。また、服薬指導時間は92%が2~10分の範囲にあり「提供書」の使用により半数が「時間が長くなった」と回答したが、おおむね好意的に受け入れられていた。処方医からの評価では、「提供書」を確認した処方医は半数を超え、提供された情報の評価は「診療の参考になる」、「処方変更の同期になる」など概ね良好な評価であった。ただし、吸入手技やアドヒアランスに関して更なる情報が求められており、積極的な広報活動が求められていた。医療連携の拡大に非専門医、薬剤師間の情報共有が有用である可能性がある(井上、大田)。

5) 各種フェノタイプを想定したクラスター解析に関する研究

対象は、当研究班に参加している成人喘息診療施設の外来患者657例で、患者背景、併存症、呼吸機能検査、治療内容、喘息コントロールテスト(ACT)、気道炎症指標、強制オシレーション法を検討した。患者背景(平

均値について記載する)は、年齢58.1才、男性/女性:62/38%、喫煙歴(Never/Ex/Current):59.7/34.7/5.6%、アトピー型/非アトピー型:55.1/44.9%、BMI:23.5、発症様態(小児発症持越/小児発症再燃/成人発症):11.3/11.7/77.0%、罹患年数:18.2年、併存症:アレルギー性鼻炎68.2%、胃食道逆流34.7%、副鼻腔炎32.4%、アスピリン過敏症7.5%、COPD6.2%、精神疾患6.5%、睡眠時無呼吸1.7%。治療については、治療ステップ(1/2/3/4):5.3/22.0/44.0/28.7%、吸入ステロイド用量:552 μ g/日(FP相当)、コントロール状態は、FEV₁/FVC:72.3%、%FEV₁:89.4%、ACT22.0点、ACT20点未満/20~24点/25点:18.8/46.3/34.9%、治療下での重症度は、軽症間欠型/軽症持続型/中等症持続型/重症持続型:5.4/16.4/36.0/42.3%。炎症の指標は、FeNO33.4ppb、総IgE値491.2IU/ml、ペリオスチン100.3pg/ml、TGF- β 39.0ng/ml、末梢血好酸球比率4.56%、末梢血好酸球数290.1/ μ l。治療下での重症持続型の特徴をまとめると、%FEV₁低値(88.2%)、R5高値(気道抵抗:7.72)、X5低値(リアクタンス:-0.95)であり、背景として罹患年数長期(20.7年)、BMI高値(24.2)、IgE高値(563IU/ml)という特徴があった(長瀬、秋山、東田、田中、檜澤、棟方、大田)。

FOTで計測される4項目(呼吸抵抗R5、R20、共振周波数までのリアクタンスの積分ALX、共振周波数Fres)を用いた72名でのクラスター解析(Ward法)では、呼吸器システムの弾力性や慣性に関わる指標の呼吸リアクタンス(Xrs)と粘性抵抗の和である呼吸抵抗(Rrs)のそれぞれの高低により4つの喘息群に分類された(A群:高Xrs、低Rrs、B群:低Xrs、高Rrs、C群:低Xrs、低Rrs、D群:高Xrs、高Rrs)。Xrs、Rrsのいずれもが高値を示すクラスターD群は最も呼吸機能が低下し、さらに末梢気道の換気不均等を反映するとされるR5-R20値が最も高い値を示した。一方、特にXrsが高く、Rrsが正常のクラスターA群においても1秒率低下、高い重症度、非アトピー、小さい気道可逆性などの重症喘息としての特徴が認められた。Xrsが正常、

Rrsが高いクラスターB群では1秒率が正常、低い重症度、大きい可逆性、若年発症アトピー型や肥満といった特徴が認められた。罹病期間はA群で平均27.5年、B群で15年と有意にA群で長かった。FOTによって得られたRrsとXrsを用いることにより、喘息は肺機能や重症度、アトピーの頻度が異なる4つのクラスターに分類された。喘息分子病態の多様性がFOTに反映されている可能性がある(檜澤)。

6才以上の小児期発症気管支喘息患者67名(男性46名、女性21名、年齢6才-21才)を対象に、年齢、性別、家族歴、肥満の有無、ペットの飼育歴、他のアレルギー疾患の合併、末梢血好酸球数、血清総IgE、15項目の吸入抗原特異的IgE、呼吸機能、FeNO、治療ステップ、治療コントロール状態などおよそ60項目の調査データを用いたクラスター分析(Ward法)を行い2つのクラスターを得た。クラスター2はクラスター1と比較して、有意に男児が多くアトピー性皮膚炎の合併が多く、家族歴では父親の気管支喘息およびアトピー性皮膚炎が多かった。また、末梢血好酸球数も多く、血清総IgE値、吸入抗原特異的IgE、呼気NO濃度が高かった。一方、クラスター間で年齢、発症年齢、肥満の有無、呼吸機能、治療ステップ、治療コントロール状態に差は認めなかった。クラスターの判別は、男児では血清総IgE値が1080以上の場合は100%がクラスター2であり、血清総IgE値が1080未満の場合は76%がクラスター1であった。一方、女児では血清総IgE値が2125以上の場合は100%がクラスター2であり、血清総IgE値が2125未満の場合は94%がクラスター1であった(下条)。

D. 考察

「JGLのミニマムエッセンス」の作成に向けた研究では、JGL2012とJAGL2013の内容を踏まえて、JGL2009ですでに作成されている「JGLのミニマムエッセンス」を改訂し発刊する。配布は日本医師会の協力で行いたいと考えており、その評価は発刊後の次年度に行う。高齢喘息患者は、喘息という疾患がある程度認識し、薬剤名や薬効は分からない

が、吸入ステロイド薬の用法用量を守り、継続する必要性を理解しているという実態が判明した。しかしながら、患者にデモ器を用いて吸入手技を実演してもらったところ、「吸入前の息吐き」、「DPI製剤で強く深くスーッと吸う」、「pMDI製剤で深くゆっくり吸う」、「吸入後の息止め」の出来ていない患者の割合が多かった。過去に吸入指導を受けていても正しい方法で吸入薬を使用していない患者がいるため、日常診療においては、ときどき患者の吸入手技を確認し、もし出来ていなければ再指導することが必要であると考えられた。治療により自覚症状が改善してもFeNOが高値($\text{FeNO} \geq 40$)で気道炎症が残存する患者は、将来喘息発作を起こす可能性が高いことが示唆された。健常者のFeNO値にも日内変動があることがわかったことは新規性にとんだ結果であった。未治療喘息患者において治療介入前後におけるFeNO値とPEF値(実測値・日内変動)の変化を検討した結果、FeNOに関しては実測値よりも日内変動が、PEFに関しては日内変動よりも実測値の方がより治療効果を反映する指標であることが示された。今後、どの程度の変動が良好な喘息コントロールを得るためのcutoff値であるか検討することで、その有用性について検証することが課題となる。IgEに関しては、ペットの飼育が ΔIgE を上昇させることが証明された。ペット飼育は重症度とも関連性が示されており、IgEと喘息重症度を考える上で重要な因子であると考えられる。SE-IgEを有する患者群では、男性、アトピー性皮膚炎に罹患している患者、ペットの保有者が多く認められ、これらより、SE-IgEの存在は環境因子特にアトピーを誘導するダニ抗原に強く影響を受ける可能性が示唆された。本研究では、SEA-IgEが喘息のコントロールに影響を及ぼすことが証明された。これはSEB-IgEがコントロールに影響を及ぼすアトピー性皮膚炎と異なる点であり、喘息においては世界で初めての報告となった。ペリオスチンは、鼻閉を有する鼻炎合併喘息で高値であり、上下気道双方の病態への関与が示唆された。昨年度の検討では、鼻閉を有する鼻炎合併喘息では喘息症状が重いことから、鼻閉喘息例に

における病態マーカーや治療標的としてのペリオスチンの位置づけを追求する意義があると考えられる。今年度の研究結果から FeNO、IgE に加えて SEA-IgE やペリオスチンなどが喘息を評価する臨床的指標として有用であることが示された。臨床的指標についての検討は、喘息患者におけるコントロール状態と増悪の予知に有用な指標を明らかにし、自己管理の方法確立に寄与するものである。

小児気管支喘息に関する研究では、乳幼児喘息の早期診断のためには、“かぜでゼーゼー”、“運動でゼーゼー”および“家族の喘息歴”が重要項目であったが、さらに喘息予知テストと尿中ロイコトリエン量を加えることにより早期診断の精度が一層上がる可能性が示唆される結果であり、今後の検討により確証が得られるものと考えられる。これら成人および乳幼児を対象とする臨床研究の成果の集約は、喘息患者の実態調査における適切な調査指標を選択する上で重要な資料となるだけでなく、フェノタイプおよびクラスター解析に関連する基礎資料としても有用であり、将来にわたってさらにデータを集積することが必要である。

本研究班では、吸入療法を中心に問題点の分析とその解決策について検討を重ねている。これまでの結果、薬剤師との医薬連携を介した治療への介入が有効であることが示唆されており、その具体策として「服薬情報提供書」を利用した「喘息/COPD 医薬連携教育プログラム」が提案され「吸入薬に関する『服薬情報提供書』」は情報共有、教育の実効性向上に有用であることが明らかになった。従来、このシステムの中での「服薬情報提供書」は[処方医(専門医)→薬剤師→処方医]の往復書簡として運用してきたが、これを[薬剤師→処方医(非専門医)]に向けて発信することで、喘息治療に関する情報、教育を非専門一般医に拡大することを目指した。その結果、医療連携のさらなる拡大に非専門医、薬剤師間の情報共有が有用であることが示され、今後さらに連携システムを普及させることがアドヒアランスの改善に資するものと考えられる。

本研究の創造性を担保する各種フェノタイプを想定したクラスター解析に関する研究は、

倫理的な手続きを終えて参加施設全体で症例の集積が終了し、全体としてのクラスター解析が進められている。対象症例全例で炎症の指標として、FeNO、総 IgE 値、ペリオスチン、TGF- β 、末梢血好酸球比率、末梢血好酸球数を取り上げ、呼吸機能の項目に FOT を含めている点はこれまでの海外を含めた研究ではみられておらず、独創的であり新たな知見を得ることが期待される。個別には、FOT に焦点を絞った解析結果として、呼吸器システムの弾力性や慣性に関わる指標の呼吸リアクタンス (Xrs) と粘性抵抗の和である呼吸抵抗 (Rrs) のそれぞれの高低により 4 つの喘息群が得られ、さらに対象症例数を増やして得られた 4 群の喘息の臨床的特徴や病態の違いをより明確にすることで、FOT 測定の臨床的意義を明らかにできると考えられる。可能性が示された。また小児では、治療コントロール状態と呼吸機能に違いを認めないにも関わらず、呼気 NO 濃度に違いを認める 2 つのクラスターが得られ、コントロール状態や呼吸機能などの表現型は同一だが、アトピー素因や気道の好酸球性炎症などの病態が異なる 2 つのエンドタイプがあることが示唆された。班全体で得られた症例のクラスター解析の結果も含めて、本研究班の成果は、我が国の喘息に関するフェノタイプおよびエンドタイプの研究分野に大きく貢献することが期待される。

E. 結論

1) 達成度について

3年間の成果は、班全体としては計画通りに「JGLのミニマムエッセンス」「自己管理法を含む喘息死ゼロ作戦の実行に関する指針」、「治療アドヒアランスの改善のための指針」「日本人喘息患者における喘息のフェノタイプとクラスター」という文書の作成により集大成され、計画のほぼ100%に到達していると考えられる。

2) 研究成果の学術的・国際的・社会的意義について

学術的には、重症喘息の個別化治療につながる病態解明とクラスター解析として、我が国ではじめて行われた横断的な試験として

位置付けられる。また国際的には、対象症例全例で炎症の指標として、FeNO、総IgE値、ペリオスチン、TGF- β 、末梢血好酸球比率、末梢血好酸球数を取り上げ、呼吸機能の項目にFOTを含めている点はこれまでの海外を含めた研究ではみられておらず、独創的であり新たな知見を得ることが期待される。我が国で中心的な役割を演じている喘息の専門家から構成される研究班の成果は、通常の施設では得られないものであり、

我が国における気管支喘息に対する喘息死の予防や自己管理手法の普及に大いに貢献することが期待できる。

3) 今後の展望について

クラスター解析の結果により重症喘息のフェノタイプを規定する因子が提示されるが、その結果を臨床に反映させるためには、個別化治療という概念を導入した治療に関する探索が課題となる。すなわち本研究班の成果は、さらにtranslational researchの側面からの研究として寄与するための研究課題が新たに明らかとなっている。そして、同時に喘息の診療で引き続き問題となる重症喘息に対してより良い治療戦略を確立するための研究を進める段階に到達していると考えられる。

4) 研究内容の効率性について

症例の集積により研究を進めていくためには十分な時間を要するが、研究班の構成が喘息患者を専門的に診察している施設からなっていることから、効率性は良好であったと考えられる。研究費の総額を考慮しても、各施設の設備が十分出ることから、研究費が研究そのものに有効に使用され、高レベルの内容の研究が実行できていると考えられる。

5) 総括

喘息死は2012年に1874人、そして2013年には1728人まで減少しているが、さらに喘息死をゼロに近づけるためには、より有効な対策が必要である。これまでの喘息死の減少には喘息のガイドライン(JGL)の普及と実行が役割を演じていることに疑いはなく、本研究班の役割も反映されているものと推察される。本研究では、最新のJGLに沿った治療をかかりつけ医が実行しやすくなるように「JGLのミニマムエッセンス」を作成してい

る。さらに、喘息死の90%近くが65歳以上の高齢者であること、小児では乳幼児の予後が不良であることを考慮し、高齢者喘息と乳幼児喘息を含めて、喘息患者の実態に関する調査、高齢者喘息のCOPD併存例への対策、小児を含む重症化・難治化のフェノタイプを決定する因子の探索とクラスター解析などの研究を計画し実行してきた。最終年度となる3年目の平成26年度としては、研究計画の遂行に向けて、各研究分担者がこれまでの研究の経歴と実績を生かしながら昨年度に続いて成果を上げつつある状況にある。とくに初年度から計画しながら実行に時間を要する内容であった、小児を含む重症化・難治化のフェノタイプを決定する因子の探索とクラスター解析の研究が、種々の指標を揃えた症例の集積が完了し、研究期間内に解析結果が得られる状態になっていることは、本研究班の成功を意味するものであり大きな成果であることを強調したい。ただし、さらに本研究班の目指すことを完成するにはさらに検討を要することも事実である。

最終的には、「JGLのミニマムエッセンス」

「自己管理法を含む喘息死ゼロ作戦の実行に関する指針」、「治療アドヒアランスの改善のための指針」「日本人喘息患者における喘息のフェノタイプとクラスター」などを文書化し本研究班の成果とする。これら一連の成果は、JGLに基づく治療の普及と実行に貢献し、自己管理法の確立、喘息死ゼロ作戦の推進、フェノタイプによる個別化医療の実現などを通じて、個人の負担のみでなく国の負担をも軽減し、現在の医療行政に求められている医療経済の視点からも満足できる喘息の医療体制の確立に資することが期待できる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Tanaka Y, Nakase Y, Yamaguchi M, Sugimoto N, Ohara K, Nagase H, Ohta

- K. Allergy to Formaldehyde: Basophil Histamine-Release Test Is Useful for Diagnosis, *Int Arch Allergy Immunol* 2014; 164: 27-29
- 2) Nakase Y, Yamaguchi M, Sugimoto N, Nagase H, Ohta K. Suppression of human basophil desensitization by acetylsalicylic acid. *Allergol Int* 2014; 63(1): 127-128
- 3) 大田健. 新規気管支喘息治療薬 レルベア® エリプタ®. 診断と治療 2014; 102(9): 1421-1426
- 4) 大田健. 特集 高齢者の気管支喘息—若年・高齢者発症との違い— 気管支喘息. *日本胸部臨床* 2014; 73(8): 886-896
- 5) 小泉佑太, 新井秀宜, 長瀬洋之, 加納誠也, 立澤直子, 佐川俊世, 山口正雄, 大田健. パンに含まれる亜麻の実を原因としてアナフィラキシーを発症した 1 例. *アレルギー* 2014; 63(7): 945-950
- 6) 大田健. 喘息に影響する種々の側面とその課題をめぐって. *PROGRESS IN MEDICINE* 2014; 34(6): 7-8
- 7) 大田健. 気管支喘息を合併した COPD にどう対処するか. *Medical Practice* 2014; 31(4): 589-594
- 8) 大田健. 気管支喘息の natural history. 呼吸と循環 2014; 62(4): 356-362
- 9) 大田健. ガイドラインに沿った実地診療のポイントとテクニック 『気管支喘息を合併した COPD にどう対処するか』. *Medical Practice* 2014; 31(4): 589-594
- 10) 吉村千恵, 百瀬泰行, 堀江健夫, 駒瀬裕子, 新実彰男, 土橋邦生, 藤本圭作, 東田有智, 大田健, 足立満. 吸入療法における病診・病薬連携の現状 ~全国病院調査から~. *アレルギー* 2014; 63(2): 178-186
- 11) 大田健. 治療の進歩 3 —分子標的治療薬— *日本呼吸器学会誌* 2014; 3(2): 179-185
- 12) 大田健. 重症喘息の定義、診断、疫学. *アレルギーの臨床*. 2014; 34: 18-21
- 13) 大田健. 難治性喘息に対する生物学的製剤治療 抗 IgE 抗体の有用性と新約展望. *Medical Tribune* 2014; 47(28): 8
- 14) Koketsu R, Yamaguchi M, Suzukawa M, Tanaka Y, Tashimo H, Arai H, Nagase H, Matsumoto K, Saito H, Ra C, Yamamoto K, Ohta K. Pretreatment with Low Levels of FcεRI-Crosslinking Stimulation Enhances Basophil Mediator Release. *Int Arch Allergy Immunol*. 2013; 161(12): 23-31
- 15) Okamoto T, Miyazaki Y, Ogura T, Chida K, Kohno N, Kohno S, Taniguchi H, Akagawa S, Mochizuki Y, Yamauchi K, Takahashi H, Johkoh T, Homma S, Kishi K, Ikushima S, Konno S, Mishima M, Ohta K, Nishioka Y, Yoshimura N, Munakata M, Watanabe K, Miyashita Y, Inase N. A nationwide epidemiological survey of chronic hypersensitivity pneumonitis in Japan. *Respir Invest*. 2013; 51: 191-199
- 16) Ohta K, Jean Bousquet P, Akiyama K, Adachi M, Ichinose M, Ebisawa M, Tamura G, Nagai A, Nishima S, Fukuda T, Morikawa A, Okamoto Y, Kohno Y, Saito H, Takenaka H, Grouse L, Bousquet J. Visual analog scale as a predictor of GINA-defined asthma control. The SACRA study in Japan *J Asthma* 2013; 50: 514-521
- 17) Sugimoto N, Yamaguchi M, Tanaka Y, Nakase Y, nagase H, Akiyama H, Ohta K. The basophil activation test identified carminic acid as an allergen inducing anaphylaxis *J Allergy Clin Immunol: In Practice* 2013; 20(4): 197-199
- Nagase H, Ohta K. Adherence to asthma treatment. Cezmi A. Akdis, Ioana Agache. *Global atlas of asthma*. European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Switzerland. 2013. 115-117

- 18)大田健. 最新の成人喘息ガイドライン JGL2012. アレルギー 2013; 42: 5-10
- 19)大田健、東田有智、足立満. 日本人成人気管支喘息に対するホルモテロール用量設定試験—第Ⅱ相プラセボ対照並群間比較試験—. アレルギー・免疫 2013; 20 (11): 105-118
- 20)大田健、東田有智、足立満. 日本人成人気管支喘息患者を対象としたフルチカゾン/ホルモテロール配合剤(フルティフォームエアゾール)の有効性及び安全性の検討—フルチカゾン単剤を対照とした第Ⅲ相比較試験—. アレルギー・免疫 2013; 20 (11): 119-133
- 21)大田健、東田有智、足立満. 日本人成人気管支喘息患者を対象としたフルチカゾン/ホルモテロール配合剤(フルティフォームエアゾール)の長期投与時における安全性及び有効性の検討—第Ⅲ相長期投与試験—. アレルギー・免疫 2013; 20(11): 134-151
- 22)足立満、大田健、東田有智、堀口高彦. 喘息の長期管理における今後の展望—ICS/LABA 配合剤の選択基準を考える—. アレルギー・免疫 2013; 20(11): 153-162
- 23)井上恵理、妹尾真実、長山直弘、益田公彦、松井弘稔、田村厚久、永井英明、赤川志のぶ、豊田恵美子、大田健. 肺 *Mycobacterium Kansasii* 症と肺結核症における「拡がり 1」の画像の比較・検討. 結核. 2013; 88(8): 619-623
- 24)大田健. COPD 研究の Milestone 喘息と COPD の関連. 呼吸 2013; 32(7): 21-22
- 25)長瀬洋之、大田健. 分子標的治療をめぐって. アレルギー・免疫 2013; 20(7): 76-82
- 26)大田健. 治療法—現況と最近の進歩 2 気管支喘息治療薬の最新の進歩. 別冊・医学のあゆみ 呼吸器疾患—state of arts. 2013; 6: 103-106
- 27)大田健. 喘息病態の修飾因子・難治化因子 総説 呼吸と循環 2013; 6 (6):509-51
- 28)大田健. 特集気管支喘息: 診断と治療の進歩 1. 概念 2. 日本と世界のガイドライン. 日本内科学会雑誌 2013; 102(6): 1333-1342
- 29)大田健. 成人気管支ぜんそくの難治化要因とその対策 I 総論～難治性喘息のフェノタイプとエンドタイプ～. アレルギー・免疫 2013; 20(4): 12-17
- 30)大田健. 特集Ⅱ重症喘息の背景因子と治療戦略 抗ヒト IgE 抗体療法の臨床評価. 臨床免疫・アレルギー科 2013; 59(3): 354-360
- 31)長瀬洋之、大田健. 抗体療法をめぐる現状と動向 Vita 2013; 30(2): 32-373
- 32)大田健. 「喘息予防・管理ガイドライン 2012」のワンポイント解説(成人). アレルギー 2013; 62(2): 139-143
- 33)大田健. 『喘息予防・管理ガイドライン 2012』改訂のポイント International Review of Asthma & COPD 2013; 15(1): 34-38
- 34)大田健. アレルギー性疾患、免疫不全症. 内科学書 改訂第 8 版. 2013; 12: 252-285
- 35)大田健. 好酸球性肺炎 気管支肺胞洗浄 [BAL]法の手引き第 1 版第 3 刷 2013: 78-81. 克誠堂出版株式会社. 東京
- 36)職業性アレルギー疾患診療ガイドライン 2013」作成委員(大田健、秋山一男、足立満、他) 職業性アレルギー疾患診療ガイドライン 2013. 協和企画. 東京. 2013
- 37)大田健. 気管支喘息. 浦部晶夫、大田健、川合眞一、島田和幸、菅野健太郎. 今日の処方改訂第 5 版. 南江堂. 東京. 2013. 194-204
- 38)大田健. 好酸球性肺炎. 浦部晶夫、大田健、川合眞一、島田和幸、菅野健太郎. 今日の処方改訂第 5 版. 南江堂. 東京. 2013. 228-231
- 39)大田健. 血清病. 浦部晶夫、大田健、川合眞一、島田和幸、菅野健太郎. 今日の処方改訂第 5 版. 南江堂. 東京. 2013. 651-652
- 40)大田健. 好酸球性肺炎. 日本呼吸器学会びまん性肺疾患学術部会、厚生労働省難治性

- 疾患克服研究事業びまん性肺疾患調査研究班. 気管支肺胞洗浄[BAL]法の手引き 第1版第3刷. 克誠堂出版. 東京. 2013. 78-81
- 41)大田健. アレルギー性疾患、免疫不全症. 小川聡、他. 内科学書改訂第8版 中山書店. 東京. 2013. 2: 252-285
- 42)大田健. アレルギー性疾患の薬物療法. 矢崎義雄. 内科学 第10版. 朝倉書店. 東京. 2013; 1344-1345
- 43)足立満、大田健、東田有智、森川昭廣、西間三馨、向井功. 日本における喘息患者実態電話調査 2011—Asthma Insights and Reality in Japan 2011: AIRJ 2011. アレルギー・免疫 2012; 19(10): 60-68
- 44)大田健. ガイドラインとその活用のしかた. Medical Practice 2012; 29: 543-550
- 45)大田健. 国際ガイドライン(GINA)アップデート. 最新医学 2012; 6: 1225-1228
- 46)鈴川真穂、大田健. レプチンと好塩基球機能. 臨床免疫・アレルギー科 2012; 58(1): 99-104
- 47)大田健. GINA 改訂のポイント. International Review of Asthma & COPD 2012; 14(2): 34-37
- 2.学会発表
- 1)大田健. 喘息治療の変遷と未来～喘息治療のガイドラインを踏まえて～. 第19回東京吸入療法研究会. 2014.10. 東京
- 2)大田健. 最新のガイドラインに沿った喘息の治療戦略. 第14回岐阜呼吸フォーラム 2014.10. 岐阜県
- 3)大田健. 鼻炎合併喘息のメカニズムと疫学調査(SACRA Study)より. 予防医療プレスセミナー. 2014.9. 東京
- 4)大田健. 喘息 COPD オーバーラップ症候群(ACOS)をめぐる. 第8回相模原臨床アレルギーセミナー. 2014.8. 相模原市
- 5)大田健. 喘息治療の最前線. 第52回全国大学保健管理協会 関東甲信越地方部会研究会. 2014.8. 東京都
- 6)大田健. COPD 診断治療における最近の話題. 南東北COPDトータルマネジメント講習会. 2014. 宮城県
- 7)大田健. GINA2012-重症喘息への対応について. GINA World Asthma Day 2014. 2014. Japan
- 8)Ohta K. Once-Daily Tiotropium Respimat Is Well Tolerated And Efficacious Over 52 Weeks In Japanese Patients With Symptomatic Asthma Receiving Inhaled Corticosteroids (ICS) ±Long-Acting β 2-Agonist (LABA) : A Randomized, Double -Blind, Placebo-Controlled Study. American Thoracic Society International Conference 2014.5 San Diego, USA
- 9)Ohta K. The Relationship Between The Type And Numbers Of Rhinitis Symptoms And Asthma Control. American Thoracic Society International Conference 2014.5 San Diego, USA
- 10)大田健. 生物学的製剤がもたらした喘息の新たな治療戦略. 第26回日本アレルギー学会春季臨床大会. 2014.5. 京都
- 11)大田健. ホルマリンを原因として歯根治療後に発疹を生じた1例. 第26回日本アレルギー学会春季臨床大会. 2014.5. 京都
- 12)大田健. 染毛剤によりアナフィラキシーショックを呈した1例. 第26回日本アレルギー学会春季臨床大会. 2014.5. 京都
- 13)大田健. 平成24年度以降に検査を行ったアナフィラキシー等の成人130症例のまとめ. 第26回日本アレルギー学会春季臨床大会. 2014.5. 京都
- 14)大田健. アレルギー疾患の新しい治療 気管支喘息の吸入療法第20回アレルギー週間記念企画中央講演会. 2014.5. 東京
- 15)長瀬洋之、杉本直也、高橋美圭、小泉佑太、田中祐輔、中瀬裕子、田宮浩之、小島康弘、吉原久直、倉持美知雄、新井秀宜、

- 山口正雄、横山直之、大田健. 強制オシレーション指標と動脈硬化指標との関連. 第 54 回日本呼吸器学会学術講演会. 2014.4. 大阪
- 16)山口正雄、田中祐輔、中瀬裕子、杉本直也、高橋美圭、小泉佑太、田宮浩之、小島康弘、吉原久直、鈴川真穂、倉持美知雄、新井秀宜、長瀬洋之、大田健. 低分子抗原によるヒト好塩基球活性化に対して、抗原の蛋白結合性が及ぼす影響の解析. 第 54 回日本呼吸器学会学術講演会. 2014.4. 大阪
- 17)赤司俊介、松井弘稔、斎藤美奈子、赤羽朋博、小林宏一、門田宰、大島信治、廣瀬敬、赤川志のぶ、大田健. 陳旧性肺結核患者における強制オシレーション法の有用性について. 第 54 回日本呼吸器学会学術講演会. 2014.4. 大阪
- 18)大田健. Total allergist としての成人喘息治療第 63 回日本アレルギー学会秋季学術大会. 2013. 東京
- 19)大田健. アレルギー疾患ガイドライン第 63 回日本アレルギー学会秋季学術大会. 2013. 東京
- 20)大田健. 喘息治療のベストアンサーを考える第 63 回日本アレルギー学会秋季学術大会. 2013. 東京
- 21)Ohta K. Interim analysis of post-marketing surveillance of omalizumab in Japan. European respiratory society annual congress 2013. 2013.9. Barcelona, Spain
- 22)大田健. 最新のガイドライン JGL2012 に沿った喘息の治療戦略. 第 7 回相模原臨床アレルギーセミナーランチョンセミナー. 2013.8. 神奈川
- 23)鈴川真穂、田下浩之、大田健. omalizumab による好塩基球感作抑制を利用した in vitro での IgE 関与の証明. 第 43 回日本職業・アレルギー学会総会・学術大会. 2013.7. 神奈川
- 24)大田健. One airway one disease からみた職業アレルギー. 第 43 回日本職業・アレルギー学会総会・学術大会. 2013.7. 神奈川
- 19)田下浩之、大田健. 喘息 COPD 合併疑い例における肺拡散能の解析. 第 23 回国際喘息学会日本・北アジア部会. 2013.6. 東京
- 25)田下浩之、大田健. 鼻炎関連症状の症例数・種類と喘息症状との関連. 第 23 回国際喘息学会日本・北アジア部会. 2013.6. 東京
- 26)鈴川真穂、田下浩之、大田健. I 型アレルギーにおける omalizumab を用いた in vitro での IgE 関与の証明. 第 23 回国際喘息学会日本・北アジア部会. 2013.6. 東京
- 27)大田健. Risk factors for viral respiratory infections and asthma. 第 23 回国際喘息学会日本・北アジア部会. 2013.6. 東京
- 28)Ohta K, Tashimo H. Relationship Between Respiratory Reactance and CT Honeycombing Score In International Lung Diseases, Evaluated By Colored 3-Dimensional Analyses. American Thoracic Society 2013 International Conference. 2013.5. Pennsylvania, USA
- 29)Koyama K, Ohshima N, Oshitani Y, Kawashima M, Kobayashi K, Akagawa S, Matsui H, Nagai H, Tamura A, Ohta K. Clinical Impact Of Emphysema In Patients With Mycobacterium Tuberculosis Infection. American Thoracic Society 2013 International Conference. 2013.5. Pennsylvania, USA
- 30)Akatsuka S, Matsui H, Okuda K, Ishida M, Yoshida K, Akagawa S, Ohta K. Efficacy And Safety Of Dexmedetomidine For Sedating Patients With Acute Exacerbation Of Chronic Respiratory Failure During And After Non-Invasive Ventilation. American Thoracic Society 2013 International Conference. 2013.5.

- Pennsylvania, USA
- 31) Ohta K. Anti-IL-6 Receptor Antibody Attenuates Neutrophilic Airway Inflammation In ROR γ t-overexpressing Mice. American Thoracic Society 2013 International Conference. 2013.5. Pennsylvania, USA
- 32) 大田健. 最新のガイドライン JGL2012 に沿った喘息治療戦略. 第 53 回日本呼吸器学会. 2013.4. 東京
- 33) 田下浩之、大田健. 低分子抗原によるヒト好塩基球活性化に対して、抗原の蛋白結合性が及ぼす影響の解析. 第 53 回日本呼吸器学会. 2013.4. 東京
- 34) 田下浩之、大田健. 間質性肺疾患におけるインパルスオシレーション所見と画像所見の対比. 第 53 回日本呼吸器学会. 2013.4. 東京
- 35) 大田健. 喫煙衝動および禁断症状の時間経過を用いた禁煙治療成功の予測. 第 53 回日本呼吸器学会. 2013.4. 東京
- 36) 大田健. 高齢化社会の COPD 治療. 第 53 回日本呼吸器学会. 2013.4. 東京
- 37) 大田健. 喘息予防・管理ガイドライン 2012 の変更点と今後の展望. 第 53 回日本呼吸器学会. 2013.4. 東京
- 38) 大田健. Syndrome としての喘息病態. 第 53 回日本呼吸器学会. 2013.4. 東京
- 39) 大田健. 鼻炎関連症状の症状数・種類と喘息症状との関連. 第 25 回日本アレルギー学会春季臨床大会. 2013.4. 横浜
- 40) 大田健. 成人喘息とウィルス感染. 第 25 回日本アレルギー学会春季臨床大会. 2013.4. 横浜
- 41) 大田健. 重症喘息の病態と治療戦略: 抗 IgE 抗体療法 Update. 第 25 回日本アレルギー学会春季臨床大会. 2013.4. 横浜
- 42) 大田健. GINA2012 –改訂のエッセンス. GINA 世界喘息デー/日本 2013. 2013. 石川
- 43) 大田健. 喘息ガイドラインの将来像. GINA 世界喘息デー/日本 2013. 2013. 石川
- 44) 大田健. 喘息吸入療法の今後について—新規 ICS/LABA と LAMA の将来展望— 喘息吸入療法研究会. 2013
- 45) 大田健. 最新の喘息予防・管理ガイドライン JGL2012 に沿った喘息の治療戦略. 第 121 回日本結核病学会東海地方会・第 103 回日本呼吸器学会東海地方会. 2013. 名古屋
- 46) 大田健. 最新のガイドライン JGL2012 に沿った成人喘息の治療戦略. 気管支喘息シンポジウム 2013. 2013.3. 北海道
- 47) 大田健. 最新のガイドライン JGL2012 に沿った喘息治療. 小平医師会講演会. 2013.3. 東京
- 48) 大田健. トップアスリートの呼吸機能の経年的変化は一般人より大きいのか? 第 23 回日本臨床スポーツ医学会学術集会 2012.11. 神奈川
- 49) 長瀬洋之、大田健. The clinical and genetic factors for predicting the response to inhaled corticosteroids. 2012.10. Sweden
- 50) 大田健. 喘息の診断と治療における新しい潮流—現状と将来展望—. 第 125 回薬事エキスパート研修会. 2012.10. 東京
- 51) 大田健. ガイドライン企画—最新の喘息予防・管理ガイドライン (JGL2012) —改訂のポイント. 第 62 回日本アレルギー学会秋季学術大会 2012.10. 大阪
- 52) 中瀬裕子、長瀬洋之、杉本直也、田中祐輔、小島康弘、吉原久直、倉持美知雄、田下浩之、新井秀、山口正雄、大田健. 病院と薬局の双方向からの吸入手技・指導の実態調査 (1) 薬局側. 第 62 回日本アレルギー学会秋季学術大会 2012.10. 大阪
- 53) 長瀬洋之、中瀬裕子、杉本直也、田中祐輔、小島康弘、吉原久直、倉持美知雄、田下浩之、新井秀、山口正雄、大田健. 病院と薬局の双方向からの吸入手技・指導の実態調査 (1) 薬局側. 第 62 回日本アレルギー学会秋季学術大会 2012.10. 大阪

ギー学会秋季学術大会 2012.10. 大阪

- 54) 田中祐輔、中瀬裕子、杉本直也、戸田貴子、小島康弘、神山麻恵、吉原久直、倉持美知雄、田下浩之、新井秀宜、川上綾子、穂山浩、長瀬洋之、山口正雄、大田健. 市販の飲料を原因としてアナフィラキシーを発症し好塩基球活性化試験 (BAT) が原因特定に有用であった 1 例. 第 62 回日本アレルギー学会秋季学術大会 2012.10. 大阪
- 55) 庄司俊輔・橋本充恵・大島信治・檜垣直子・川島正裕・大田健. 気管支平滑筋細胞由来因子による気道上皮細胞の遊走. 第 62 回日本アレルギー学会秋季学術大会 2012.10. 大阪
- 56) 杉本直也、長瀬洋之、中瀬裕子、田中祐輔、小島康弘、吉原久直、倉持美知雄、田下浩之、新井秀、山口正雄、大田健. 喘息・COPD 合併疑い例における肺拡散能の解析. 第 62 回日本アレルギー学会秋季学術大会 2012.10. 大阪
- 57) 大田健、庄司俊輔. 喘息患者におけるカルボシステインの増悪抑制効果 (GAIA Study). 第 62 回日本アレルギー学会秋季学術大会 2012.10. 大阪
- 58) 大田健. 喘息死ゼロに向けた新たなアプローチ. 筑豊 SYM 講演会. 2012.9. 福岡
- 59) 大田健. シンポジウム 2 「成人喘息の治療」. 第 22 回国際喘息学会日本・北アジア部会. 2012.7. 福岡
- 60) セッション I での特別発言及びセッション II での特別講演「喘息死ゼロに向けた新たなアプローチ」. 第 13 回南大阪呼吸器フォーラム 2012.6. 大阪
- 61) 大田健. 喘息とその修飾因子 SACRA Study から学んだ事. 沖縄喘息治療フォーラム 2012.6. 沖縄
- 62) 大田健. 喘息とその修飾因子 SACRA Study から学んだ事. 広島内科医会学術講演 2012.5. 広島
- 63) 大田健. 教育講演 成人の喘息予防治療ガイドラインの改訂に向けて. 第 24 回日

本アレルギー学会春季臨床大会 2012.5. 大阪

- 64) 大田健. GINA 世界喘息デー2012/日本ガイドラインの活用術. 第 24 回日本アレルギー学会春季臨床大会 2012.5. 大阪
- 65) 大田健. シンポジウム 1 気管支喘息とアレルギー性鼻炎. 第 24 回日本アレルギー学会春季臨床大会 2012.5. 大阪
- 66) 大田健. 気管支喘息と関連疾患. 第 24 回日本アレルギー学会春季臨床大会 2012.5. 大阪
- 67) 大田健. 特別講演 気管支喘息一病態の解明と治療の変遷. 第 52 回日本呼吸器学会総会 2012.4. 兵庫

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等克服研究事業（難治性疾患等実用化研究事業
（免疫アレルギー疾患等実用化研究事業 免疫アレルギー疾患実用化研究分野）））
総合分担研究報告書

成人アトピー型喘息治療管理における環境アレルゲンモニタリングに基づく
環境整備の有用性についての研究

研究分担者 釣木澤尚実 独立行政法人国立病院機構相模原病院アレルギー科
研究協力者 齋藤明美、押方智也子、中澤卓也、安枝 浩、秋山一男
独立行政法人国立病院機構相模原病院臨床研究センター

研究要旨

成人アトピー型喘息の原因抗原の多くはダニアレルゲンであり、成人喘息の治療・管理についてはICSを含めた薬物治療介入が重要ではあるが、環境中アレルゲンの回避はその前提として考慮すべき問題である。当センターではこれまでの基礎研究からダニアレルゲン（Der 1）定量について比色法を蛍光法に改良し、二次抗体をマウスモノクローナル抗体からウサギポリクローナル抗体に変更することでDer 1量が1pg/mlまで測定可能な高感度蛍光ELISA法を確立した。また従来の掃除機法による室内塵採取を、テープ法を用いた皮膚・寝具表面の抗原採集や室内空気中の浮遊堆積塵を採集するシャーレ法によるサンプリングに変更しその有用性を立証した（齋藤明美、他。アレルギー2012;61:1657-64）。本研究ではこの測定法を臨床応用し成人ダニ感作喘息において環境中アレルゲンのモニタリングが喘息管理に有用であるかについて検討した。研究1・2009年エントリー症例を対象として無作為環境調整・整備介入試験によるDer 1量と臨床症状の変化について検討し、超極細繊維敷フトン・枕カバー（マイクロガード®；防ダニシート）使用および7項目による環境整備指導を行う介入群では翌秋の寝具、寝室（床）のDer 1量は減少したが、非介入群では変化しないこと、介入群では喘息症状点数が減少し、%PEF値が有意に増加したことを報告した（Tsurikisawa N, et al. Allergy Asthma Clin Immunol 2013;9:44-53）。研究2・2009-2011年エントリー症例を対象とし環境整備介入方法の違いにより、介入1、2年後のDer 1量の変化と実際に実施した環境整備内容を解析すると、寝具への直接の掃除機掛けや掃除機掛け前の水拭きを施行していない症例ではシート介入1年後の翌秋のDer 1量は減少するが介入2年後にはDer 1量は増加し、介入前と変わらなくなることが明らかになった。研究3・有効性の高い環境整備方法に関する検討では、冬季の寝室の湿度管理を50%以下にすること、秋季だけではなく、冬季においても環境整備を十分に行うことが重要であること、寝室Der 1量が減少するために有効な室内環境整備内容についての多変量解析では①週1回以上の寝具への掃除機かけを行う、②床がフローリングである、③掃除機をかける前に床の水拭きをする、④床の乾拭きをする、の順に重要であることが明らかとなった。研究4・防ダニシート使用+環境整備指導を行い、翌秋の寝具Der 1量 <20 ng/m²かつ寝室Der 1量 <100 ng/m²/weekを満たし、さらに重症度が中等症以下で無症状期間が6か月以上有する症例においてはICSのStepdownを試みる事が可能である。研究5・環境整備に関する患者意識調査では当研究に参加している成人喘息患者さんの多くは環境整備の重要性を十分理解している症例が多いことが明らかとなったが成人では生活様式の多様性から環境整備の継続が難しい場合があること、また環境整備の実施の継続に影響を及ぼす自我状態についての検証では環境整備後Der 1量が減少、リバウンドせず減少状態が持続する症例ではエゴグラムの「大人の自我状態」、「自由な子供の自我状態」の点数が高値であった。

研究・6以上の結果をもとに室内環境整備の教育プログラムとしての手引きを作成した。成

人アトピー型喘息においてもダニアレルゲンモニタリングにより喘息管理が良好になることが明らかとなった。しかし、成人では生活様式の多様性から環境整備の継続が難しい場合があるが、個人の特性に合わせた環境整備指導を行うことより将来のテーラーメイド医療に貢献し、成人アトピー型喘息の予後を改善させる可能性が示唆された。

A. 研究目的

近年の喘息研究の進歩に伴い ICS(inhaled corticosteroid)が抗炎症薬の第一選択薬であるという認識は一般的になり、ICS 治療が普及するにつれ成人喘息の治療・管理が比較的容易になった。しかし、成人アトピー型喘息の原因抗原の多くはダニアレルゲンであり、喘息の治療・管理は薬物治療だけではなく、環境中アレルゲンの回避も重要である。これまでに我々は早期治療介入のための指針の策定を目的とするとともに、薬物治療介入を前提とした上での環境調整・整備の指標として、環境中アレルゲンの曝露量をモニタリングする方法を検討している。従来の掃除機法は必ずしも個人曝露量を反映しているとは限らず、ダニアレルゲンは気道や皮膚を介して体内に入るので空気中や皮膚表面のアレルゲン量を測定する必要があり、そのためには ELISA の高感度化が必要である。我々は従来の ELISA 法において比色法を蛍光法に変更し、さらに二次抗体をマウスモノクローナル抗体からウサギポリクローナル抗体に変更することでダニアレルゲン (Der 1) 量を 1pg/ml まで測定することが可能な高感度蛍光 ELISA 法を確立した。また空気中のアレルゲンは床面や寝具から空気中に一度浮遊したアレルゲン粒子を堆積塵として採集する方法：シャーレ法 (Petri dish 法) を用いて採取し、Der 1 量を定量する方法を確立した (齋藤明美、他。アレルギー2012;61:1657-64)。ダニアレルゲン感作喘息、特に小児では環境中アレルゲンの回避が喘息症状、投薬内容、予後を改善させるという報告があるが成人では十分に検証された報告は少ない。また成人では掃除機法により室内塵を定量したものが多く、皮膚や寝具などの抗原の個人曝露量と対比させた研究は少ないため、環境中アレルゲンの回避が成人喘息の臨床症状や予後を改善させるかどうかについては明確にはされていない。

本研究ではこの測定法を臨床応用し成人ダニ感作喘息において環境中アレルゲンのモニタリ

ングが喘息管理に有用であるかについて研究
1・成人アトピー型喘息症例を対象とし無作為環境調整・整備介入試験による Der 1 量と臨床症状の変化について検討、研究 2・防ダニシート使用および環境整備指導を行い、実際に実施した整備内容と抗原量の変化を解析、研究 3・有効性の高い環境整備方法に関する検討、研究 4・防ダニシート使用+環境整備指導を行うことで ICS の減量が可能かについて、研究 5・環境整備に関する患者意識調査、自我状態の解析を行い、研究 6・室内環境整備の教育プログラムとしての手引きを作成した。

B. 研究方法

研究 1・2009 年エントリー症例による環境調整・整備の無作為介入試験；成人ダニ感作喘息患者 25 症例を対象とし、2009 年 8-10 月に皮膚、寝具、寝室の Der 1 量を測定した。25 症例は無作為に介入群、非介入群に分類した。介入群は超極細繊維敷フトン・枕カバー (マイクロガード®) を使用し、湿気対策、ダニの発生源を減らす、寝具全般の管理、効率よく合理的な掃除機など、合計 32 項目の室内環境整備指導 [各々の項目について、はい：2 点、いいえ：0 点、どちらともいえない：1 点、合計 64 点満点で評価 (表 1)] を行った。非介入群はこれらの環境整備、指導を行わず、自然経過を追跡した。翌年 2010 年 8-10 月の同一時期 (2009 年度測定時期と 1 ヶ月以内) に同様に検体を採取した。臨床所見の評価としてシャーレ設置期間中の PEF 測定値 (喘息日記より) の検討、オフライン法を用いて呼気 NO 測定を行った。臨床症状点数については咳嗽、喀痰、喘鳴、発作性呼吸困難、くしゃみ (埃の曝露によるもの)、鼻汁 (埃の曝露によるもの)、SABA 使用、予定外の外来受診、入院のそれぞれ (各 9 項目) について；なし→0 点、ときどきあり→1 点、頻回にあり→2 点 とし、合計点数 (0~18 点) で評価した。以上の評価項目と抗原曝露量の変化を比較検討した。寝具表面、皮膚表面アレルゲンはテ

ープ法を用いて、また寝室内のアレルゲンは床面や寝具から空気中に一度浮遊したアレルゲン粒子を堆積塵として採集するシャーレ法 (Petri dish 法) を用いて採取した。テープ法では起床時の頸部左右の皮膚および寝具表面 2 箇所にてガダーム TM を貼付し、BSA/PBST、室温、16 時間で抽出、シャーレ法では寝室の床面および床面から高さ約 1m にシャーレを 2 週間静置し、BSA/PBST、室温、2 時間で抽出、それぞれ高感度蛍光 ELISA 法で Der 1 量を測定した。

研究 2・環境整備介入方法の違いによる環境整備の有効性の検証；2009 年から 2011 年にエントリーした成人ダニアレルゲン感作喘息患者 68 症例を対象として、防ダニシーツ (超極細繊維フトン・枕カバー：マイクロガード®) を使用する 47 症例 (シーツ介入群) と布団用掃除機ノズル使用する 21 症例 (ノズル介入群) に無作為に分類し環境整備指導を実施、介入前、介入 1 年後、2 年後の秋季 (8-10 月) に Der 1 量を測定した。寝具への掃除機掛けと水拭きの施行別に、Der 1 量と臨床所見 (症状点数、%PEF、呼気 NO) の関係を比較検討した。

研究 3・環境整備における基礎検討

1・寝室の湿度管理；成人ダニアレルゲン感作喘息患者 61 症例を対象として、秋季 (8-10 月)、冬季 (12-翌年 2 月) に研究 1 と同様 Der 1 量を測定、同時期に寝室の温度・湿度を測定し、温湿度と抗原曝露量の関係を解析した。

2・冬季の環境整備の有用性；2009 年から 2012 年までの秋季と冬季 (12-2 月) に Der 1 量を測定することができた成人ダニアレルゲン感作喘息患者 77 例を対象とし、非介入時 Der 1 量を測定後、シーツ介入群、ノズル介入群に分類し、同様な環境整備指導を実施した。秋季から冬季への Der 1 量変化と秋季の Der 1 量の関係を解析して、効果的な環境整備について検証した。

3・環境整備チェックリストにおける多変量解析；成人ダニアレルゲン感作喘息患者 63 症例を対象として、防ダニシーツまたは布団用掃除機ノズルを使用し研究 1 同様環境整備指導を行った。介入前、介入 1 年後に研究 1 同様 Der 1 量を測定し、介入 1 年後の Der 1 量を介入前の Der 1 量で除した値が 1 以下 (1 年後/前 Der 1 量 < 1) を減少群、1 以上を増加群と定義し、Der

1 量が減少することに影響する環境整備チェックリストの 32 項目の優先順位について多変量解析を用いて解析した。

研究 4・環境整備介入により長期管理の抗炎症薬としての ICS の減量が可能かについての検討；成人ダニアレルゲン感作喘息患者 79 症例を対象として、防ダニシーツまたは布団用掃除機ノズルを使用、研究 1 同様環境整備指導を行った。無症状期間 6 ヶ月以上の症例は ICS を 1/2 量に減量 (ICS:FP200 \square g[換算]以下は中止) し、併用薬は継続して、1 年間の臨床経過を追跡した。臨床症状の悪化の基準は①臨床症状が週 1 回以上ある、②吸入 \square 刺激薬使用が週 1 回以上ある、③運動を含む活動制限がある、④%FEV または%PEF が 80%未満である、⑤%PEF 週内変動が 20%以上である、項目のうち 1 つ以上当てはまる症例と定義した。研究 1 と同様に介入前、介入 1 年後、ICS 減量または中止 1 年後に Der 1 量を測定して抗原曝露量と臨床所見の関係を比較検討した。

研究 5・環境整備に関する患者意識調査とモチベーション維持に関する検討

1・患者意識調査；防ダニシーツ・カバーを使用し環境整備介入を 1 年以上継続している 35 例を対象とし、2011 年春季に面談による 32 項目の環境整備指導と患者意識調査を実施した。モチベーションを持続するため 3 ヶ月毎 (雨季、秋季) に郵送や面談形式により同調査を実施し、環境整備点数や Der 1 量の変化との関係を解析した。環境整備指導の効果は「環境整備チェックリスト」(表 1) を用いて問診を行いその結果を点数化して評価した。また同時に患者意識調査アンケート (表 2) を行った。

2・環境整備の実施の継続に影響を及ぼす自己状態についての検証；患者自身が環境整備を実施し自己成長エゴグラム (Self Grow-up Egogram ; SGE) に回答した 57 症例を対象とした。シーツ介入またはノズル介入を行い、全症例に環境整備指導を行った。2010 年秋 (8-10 月) と 2011、2012 年の秋 (8-10 月) の同一時期 (1 ヶ月以内) に研究 1 同様に Der 1 量を測定した。2013 年春 (4-6 月) に SGE による調査を実施、Der 1 量の変化から介入 1 年後と介入 2 年後を比較し Der 1 量が継続して減少している群をリバウンドなし群、介入 2 年目に抗原