

さくら

NPO 法人相模原アレルギーの会
 〒252-0303 相模原市南区相模大野 3-3-2bono
 相模大野サウスモール 3 階ユニコムプラザ
 さがみはら シェアードオフィス 1
 TEL : 042-745-8801 FAX042-745-8821
 メール : allergy-kai@sagamihara-allergy.org
 H P : <https://sagamihara-allergy.org>

成人ぜんそく吸入薬

3 剤合剤をご存じですか？

長谷川 眞紀先生 (はせがわ まき)



この号には

1 頁：成人ぜんそく吸入薬 3 剤合剤

をご存じですか？

7 頁：医師のつぶやき 最終回

8 頁：報告

もではないがこのような目標を立てることができず
 せんでした。目標を狙えることができるようになった
 のは薬の進歩です。

図 1-1 もアレルギー学会からです。ぜんそくの概念
 として一番根底にあるのが気道炎症です。世界中のア
 レルギー専門医が認めていることです。気道炎症を基
 礎にして気道のリモデリング (慢性的な気道炎症) 過
 敏性の更新が起こり、気道狭窄が起き症状がでてくる。

今日は成人ぜんそく吸入薬特に 3 剤合剤 Single
 Inhaler Triple Therapy 略して SITT の話をしていきます。

ぜんそく治療約というのはここ 30 年あまり非常に
 進歩いたしました。大きくぜんそくのコントロールを
 改善しております。図 6-6 ぜんそくの状態の評価は日
 本アレルギー学会のガイドライン最新版です。この中
 のコントロール良好全ての項目が該当する。という
 項目かというぜんそく症状が無い。増悪治療が無い。
 運動活動制限が無い。呼吸機能が予測値あるいは自己
 最良値が 80% を保っている。PEF (ピークフロー) の
 日内変動が 20% 内で増悪が無い。いわばぜんそくがあ
 っても普通に生活できる、30 年前、40 年前ではとて

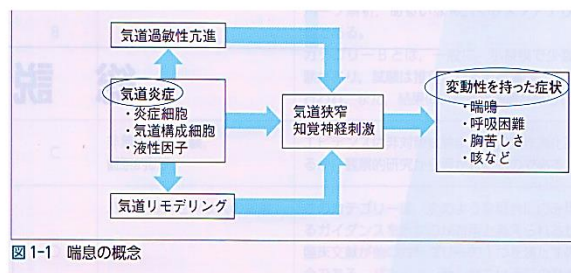


図 1-1 喘息の概念

気道炎症に対する治療：長期管理薬

変動性を持った症状に対する治療：増悪治療薬

症状とはぜんそく呼吸困難、胸苦しさなどです。40 年前
 であれば変動性を持った症状を目標にして治療して
 いました。息が苦しい上手く空気が通らない、最初
 に使われたのが気管支拡張薬です。吸入薬も
 たくさんありました。ところがこの症状の根底
 には気道炎症があるということが解ってから治
 療の主体が炎症に対する治療になりました。気
 道炎症に対する治療を長期管理薬と言っていま
 す。治療をしても症状がでることがあります。増
 悪治療薬を使う。基本はこちらになります。長期
 管理薬をきちんと使って気道の炎症を抑えこん
 でしまうということです。

そういう方針をはっきり打ち出しのが、1991

ぜん息治療の進歩

ここ 30 年余りでぜん息治療は大きく改善しました。

表 6-6 喘息コントロール状態の評価

	コントロール良好 (すべての項目が該当)	コントロール不十分 (いずれかの項目が該当)	コントロール不良
喘息症状 (日中および夜間)	なし	週 1 回以上	コントロール不十分 の項目が 3 つ以上当 てはまる
増悪治療薬の使用	なし	週 1 回以上	
運動を含む活動制限	なし	あり	
呼吸機能 (FEV ₁ および PEF)	予測値あるいは 自己最良値の 80% 以上	予測値あるいは 自己最良値の 80% 未満	月に 1 回以上*
PEF の日 (週) 内変動	20% 未満*	20% 以上	
増悪 (予定外受診、救 急受診、入院)	なし	年に 1 回以上	月に 1 回以上*

* 1 : 1 日 2 回測定による日内変動の正常上限は 8% である。
 * 2 : 増悪が月に 1 回以上あれば他の項目が該当しなくてもコントロール不良と評価する。

ぜん息コントロールにおいて「コントロール良好」が狙えるようになったのです。

年 NIH からでたガイドラインです。

気道炎症が気道過敏性の主要な要素であるので、ぜんそくに見られる異常を（気道炎症）防止する薬剤が first-line の治療である。

先ほどの NIH のガイドライン受けまして 1993 年日本アレルギー学会がアレルギー疾患ガイドライン初版をだしました。これは当時独協医科大学教授であられた牧野荘平先生がアレルギー学会第 3 回春季臨床大会の中でシンポジウムの内容をまとめたのが、ガイドラインであります。ガイドラインでも同じように気道炎症をまず治療いたしましようということ強調しております。ぜんそく薬の進歩というのは長期管理薬の進歩です。長期管理薬はこの 30 年間で進歩してきておりこの中ででてきた長期管理薬の中に抗アレルギー薬ロイコトリエン拮抗薬（オノン、キプレス、シングレア）、インタールというお薬もありました。大人の場合はロイコトリエン拮抗薬の方を使うことが多いです。吸入ステロイド薬を中心にした進歩です。最初に出てきたのは吸入ステロイド薬単剤ですね。ペコ

ボコをならしてしまふ。ぜんそくのコントロールを整えることで非常に強力な薬がでてきたなと感じました。ところがそれに飽き足らず 3 番目に吸入ステロイド薬プラス長時間作用性β刺激薬プラス、長時間作用性抗コリン薬という薬が最近でてきました。先ほどの例えにプラスすればターボ付きエンジンといったところです。さらに生物的製剤が最近使えるようになりました。抗アレルギーはインタールをのぞいて大体は飲み薬です。生物学的製剤は注射です。なぜ吸入薬なのかということをお話します。病巣は気管支であります。如何にしてそこに薬剤をとどけるか。ドラッグデリバリーシステム DDS といいます。DDS を考えると吸入が一番効率がよい。飲み薬は腸管から吸収されて血管の中に入り全身を回った一部が気管支に届きません。注射した部位から血管に入り全身の回った一部が気管支届きます。それに比べて吸入薬は直接吸入するので全体のお薬の中で効率が良いことになります。そうなりますと全体のお薬を使う量が減ります。同じ量のお薬を届けされるのに直接吸入してしまえばかなり

吸入ステロイド薬 (inhaled corticosteroid-ICS)



タイド、アルデシンの名前をご存じに方もいらっしゃるかと思います。ベクロメタゾンとい吸入ステロイド薬です。定期的に使用し気道の炎症を抑え込むという事を目的にしています。その次に出てきたのは吸入ステロイド薬プラス長時間作用性β刺激薬です。吸入ステロイド薬を **ICS** と約します。長時間作用β刺激薬を **LABA** (ラバ) と言っています。ICS/LABA の合剤です。これが出てきたときに。私の印象ですがまるでブルドーザーだと思った訳です。ぜんそくの症状のデコ

りの薬が病変部に届く訳です。使う薬の量を減らせるので副作用も減らせます。ただし欠点があります。飲み薬を間違える人はいませんが。吸入薬を上手く据える人と吸えない人がいます。人によっては効果がまったく違います。下手すると全く効果がでないこともあります。ステロイドということで気にされる方もいます。ステロイドの副作用ですね。先ほども言いましたまず使うステロイ



モメタゾン/インダカテロール

ドが飲み薬に比べると少ない。吸入に使われているステロイドは、局所作用は強いですが全身作用はそんなにはありません。吸入しても全身に吸収されない訳ではなく気管支粘膜から吸収される。ただ吸収されたステロイド薬は最初に肝臓を通ったとき不活化されます。つまりステロイド薬の活性がなくなる。全体に少ないということと直ぐに不活化される。全身副作用はないとはいえませんが少ないということが期待されます。ただ吸入の仕方が悪いと効果がありません。

●吸入単剤の表であいうえお順です。

現在日本で使える薬です。アズマネックス吸入ステロイド薬の一般名はモメタゾンです。アニュイテイはフランカルボン酸オルベスコはシクレソニドという薬剤を使っています。キューバールベクロメタゾン、パルミコートにはブデソニドを使っています。フルタイドは二つ薬剤形態があります。エアゾールと粉末です。吸入薬プラス長期作用β刺激薬 (ICS/LABA)

アテキュラは、モメタゾン/インダカテロール合剤でモメタゾンの方が吸入ステロイド薬、インダカテロールというのが長期作用β刺激薬です。アドエア、これはフルチカゾンにサルメテロール (β刺激薬) が加わっています。

ブデソニド/ホルモテロールのシムビコート。フル



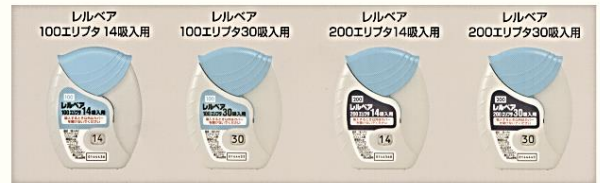
フルチカゾン (プロピオン酸) /サルメテロール

ティフォームはフルチカゾン (プロピオン酸) /ホルモテロールが加わったもの。次はレルベアはフルチカゾン (フランカルボン酸) /ピランテロールβ刺激薬が加



フルチカゾン (プロピオン酸)/ホルモテロール

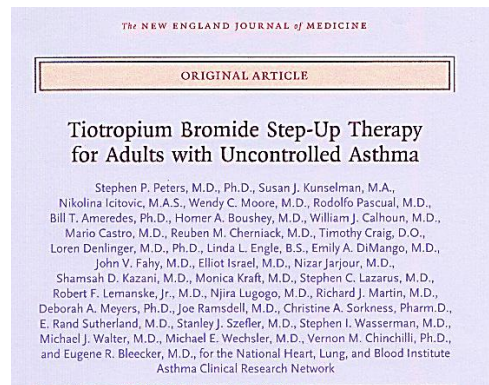
ブデソニド/ホルモテロール



フルチカゾン (フランカルボン酸)/ピランテロール

わっています。アテキュラを以外は 1 回処方されると 2 週間ないし 1 ヶ月間この容器が使える。定期的にする方には便利です。アテキュラはブリーズヘラーを使い一回一回カプセルをこの中に入れて穴を空けて吸います。使う方からみると使いづらい。1 週間だけ試しに使用したいという方にはこちらの方が便利です。1 週間使用してみれば薬の効果がでるかわかりますね。効けばそのまま使えばよいし、駄目なら 1 週間で止められる。他のもので試しますとアドエアで試すと 1 個で 14 日、30 日使用できます。効果がなければ残った薬剤を破棄するしかない。

ブルドーザーがでてきたのになぜトリプル製剤が出てきたのか? という話になります。2010 年に The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE という権威ある雑誌にコントロールできていない成人の患者にチオトロピウム (抗コリン薬) 加えたらどうなるか臨床研究の発表であります。



吸入ステロイド薬を使用しているにもかかわらずコントロール不良の成人患者にチオトロピウム (抗コリン薬) を加えると症状および呼吸器能の改善がみられたという研究結果がでました。その効果はサルメテロールと同様である。

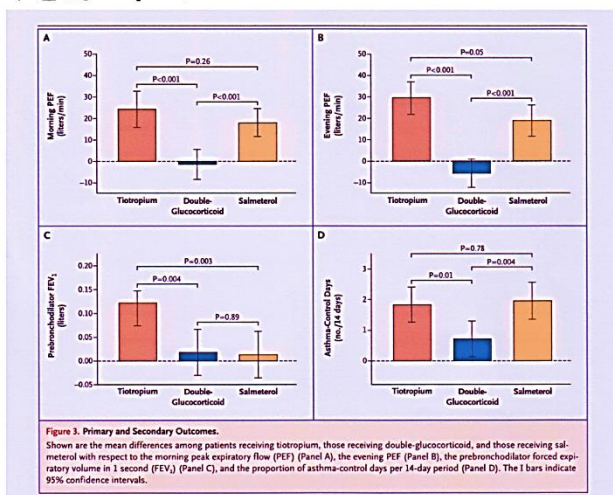
(最初はこの文章を読んで信じられないと思いました。)

COPD つまり慢性閉塞性肺疾患には気管支拡張薬と抗コリン薬とずっとと言われていました。確かにβ刺激薬より抗コリン薬の方が患者さんの症状が良くなる。だけどぜんそくに対して抗コリン薬が効

果あるという研究がそれまでありませんでした。長期時間作用でない抗コリン薬はいくつもでていました。アトロベントみたいな。そういったものをぜんそく患者さんに使わせても効果があるように思えませんでした。研究によって、抗コリン薬がぜんそくに対して使えるのではないかなった訳です。これがその結果です。患者さんを選択してきてラインピリオドを 2 週間みて 3 群にわけます。★チオトロピウムを使う群、▲吸入ステロイド薬を倍に増やす群、●サルメテロールβ刺激薬を使う群の 3 群。一定期間使う。ウォッシュアウトをしてから★チオトロピウムの群を●サルメテロールの群に変える。▲吸入ステロイド倍増にした群は★チオトロピウム群にする。●サルメテロールを使った群は▲吸入ステロイドを倍にする。更に一定期間おこなった。ウォッシュアウト期間を設けてまた治療方を変えます。全員がこの 3 群の治療を受けるスタディデザインになっています。

結果は、これは朝の PEF (ピークフロー) ★チオトロピウムを加えた群。▲吸入ステロイドを倍増にした群。●サルメテロールの群夕方の PEF もチオトロピウムの群、ステロイド倍増の群、サルメテ

何故長時間作用性抗コリン薬が加わったか？ 4



ロールの群になります。気管支拡張薬を使う前の 1 秒量チオトロピウム、吸入ステロイド倍増、サルメテロールの群。これをみますとチオトロピウムだけが改善しています。

アズマコントロールデイ (ぜんそくがコントロールされていた日) これもチオトロピウムもサルメテロール

は同等で吸入ステロイド薬を倍増にした群が落ちています。実際におこなってみるとチオトロピウム、抗コリン薬がサルメテロールに劣らない効果が期待できると提示しています。

気管支ぜんそくにおける ICS ステロイド薬 LABA というのが長期作用性β刺激薬、LAMA が長期抗コリン薬、それぞれどういう働きをしているか。好酸球性気道炎症の抑制。気道炎症を抑制するのは吸入ステロイド。気管支収縮の抑制として働くのは気管支拡張薬の LAMA, LABA。ところが LAMA というのは気道炎症の分泌への影響がある。分泌を押さえます。痰が非常に多い方。あるいは吸入ステロイド薬とβ刺激薬の合剤を使用してもなおかつ咳が残る方に LAMA を加えるのが非常に良い方法だという訳であります。M3 受容体というのは抗コリン薬アセチル受容体の一つですが M3 受容体が活性化されると気道平滑筋の収縮がひき起こされる。これを抗コリン薬でブロックすれば収縮をおこしにくくなる。気道粘膜下腺、気道上の M3 が活性化されると粘液の分泌 (痰) 杯細胞の増生が引き起こされる。痰は杯細胞から分泌されます。杯細胞が増生するということは分泌物 (痰) が多くなる、それを抑制する。免疫受容体の M3 受容体が活性化されると炎症が引き起こされる。炎症を促進するこれも抗コリン薬を使うことで抑制されます。長時間作用性抗コリン薬を LAMA のぜんそく治療薬の役割。一つはアセチルコリンによる平滑筋収縮の抑制をする。一つは気道分泌の調節作用つまり痰を減らす。アセチルコリン M3 受容体結合は気道分泌を亢進する。それをブロックする。選択的 M3 受容体拮抗作用を有する LAMA の研究では気道炎症の抑制作用や気道リモデリング抑制作用が示されています。ということでチオトロ



ピウム商品名スピリーバーがぜんそく治療に保険適用になりました。

スピリーバーのレスピマツトそれまでは COPD (慢性閉塞性肺疾患) に使われていました。ただし問題が一つありまして LAMA 単剤長時間作用性抗コリン薬の単剤でぜんそくに、保険上使えるのはレスピマツトしかありません。慢性閉塞性肺疾患に対する LAMA 単剤は幾つもありました。そちらの方は保険上使え

チオトロピウムは喘息への使用が認められたが……



デバイスが独特であり、ICSあるいはICS/LABAとの併用は煩雑で手間がかかる。

ません。レスピマツトというデバイスですが。デバイス自体非常に使いやすいお薬です。ですが独特でこれしかない。このスピリーバー、もう一つは LAMA 長時間作用性 β 刺激薬 LABA 長時間作用性抗コリン薬の合剤であるスピオルトしかありません。他の吸入ステロイド薬長時間作用性 β 刺激薬の合剤とこのスピリーバーを使うとすると少なくともデバイスが2つになり、それぞれまったく違うデバイスで ICS あるいは ICS/LABA との併用は煩雑で手間がかかります。特に年配になると2種類のデバイスをきちんと使えているかという大抵どちらかが失敗かあるいは両方失敗しています。

●3 剤合剤

1つのデバイスで3つともカバーしようというのが当然でできました。それがこの二つです。エナジア、これはブリーズヘラーという先ほどのアテキラという ICS/LABA と同じデバイスを使います。テルリジー

SITT (single Inhaler Triple Therapy)
三剤合剤 (ICS/LABA/LAMA) の登場

といいこのデバイスも独特でエリプタと言っています。これをつかって3剤を同時に吸入しようというお



薬になります。

同時に吸入しますと吸入ステロイドと長時間作用性 β 刺激薬と長時間作用性抗コリン薬この3つのお薬が同じ気管支の部位につきます。互いに効果を高めることが期待されています。3剤別々に吸入して他の場所に沈着するよりは3剤同時の方が期待できます。3剤合剤のもう一つビレーズトリがあります。まだぜんそく治療薬としては承認されていません。慢性閉塞性肺疾患だけの薬ですがいずれ承認されると思います。前者は粉(薬)を吸入することになりますがビレ



モメタゾン/インダカテロール/グリコピロニウム フルチカゾン (フランカルボン酸) /ビランテロール/ウメクリジニウム
ートリはエアゾールの形になります。

実際に3剤合剤 SITT (ICA/LAMA/LABA) を使うと臨床上どうなのかというのはこれです。キャプテンスタディといいます。テルリジーとレルベアを比べたものですね。選択基準の患者さんを選ぶのは18歳以上の気管支ぜんそくと診断された患者で ICS/LABA 吸入ステロイドと長時間作用性 β 刺激薬の合剤を中容量、または高容量投与しているがコントロール不良の患者さんで過去12ヶ月の間にぜんそく治療で医療機関を受診した患者という基準で選んで。アドエア 250 μ g 3週間投与レルベア 100 μ g を2週間使い。4組に分けて比べています。

- テルリジー 200 μ g
- レルベア 200 μ g
- テルリジー 100 μ g
- レルベア 100 μ g

この期間は全体で52週ですので1年です。200、一番悪いのが2剤合剤の100です。ICS、LABAに更にLAMAを加えるともっと改善するということです。テルリジー200は起床時においてレルベア200に対し1週目から8週まで有意に呼吸機能1秒量が改善いたしました。

2 剤合剤より 3 剤合剤の方が効果あると結果が示しています。

有害実像ですが殆どの項目では差がありません。

ロール不十分であれば中容量の ICS ではなく高容量の ICS にしましょう。それでもコントロール不十分なら専門医に紹介してください。

表 6-7 喘息治療ステップ

		治療ステップ 1	治療ステップ 2	治療ステップ 3	治療ステップ 4
基本治療	ICS (低用量)	ICS (低~中用量)	ICS (中~高用量)	ICS (高用量)	
	上記が使用できない場合、以下のいずれかを用いる	上記で十分な場合に以下のいずれか1剤を併用	上記に下記のいずれか1剤、あるいは複数を用いる	上記に下記の複数を用いる	
追加治療	LTRA テオフィリン徐放錠剤 ※症状が稀なら必要なし	LABA (配合剤使用可*) LAMA (配合剤使用可*) LTRA テオフィリン徐放錠剤	LABA (配合剤使用可*) LAMA (配合剤使用可*) LTRA テオフィリン徐放錠剤 抗IL-4/5抗体*7,8,10	LABA (配合剤使用可*) LAMA (配合剤使用可*) LABA/LAMA (配合剤使用可*) LTRA テオフィリン徐放錠剤 抗IgE抗体*5,7,8 抗IL-5抗体*7,8 抗IL-4/5抗体*7,8 経口ステロイド薬*5,7 気管支熱形成術*5,9	
	増悪治療**	SABA	SABA**	SABA**	SABA

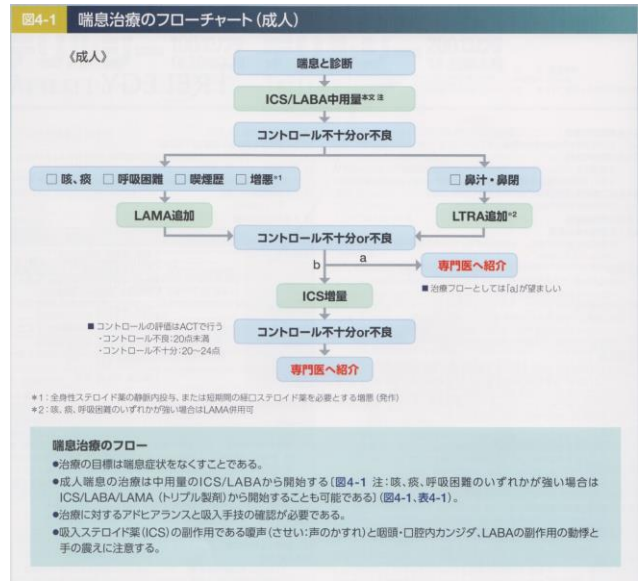
アレルギー免疫療法*1 (LTRA以外の抗アレルギー薬)

ICS: 吸入ステロイド薬, LABA: 長時間作用性β2刺激薬, LAMA: 長時間作用性抗コリン薬, LTRA: ロイコトリエン受容体拮抗薬, SABA: 短時間作用性吸入β2刺激薬, 抗IL-5抗体: 抗IL-5受容体α鎖抗体, 抗IL-4/5抗体: 抗IL-4受容体α鎖抗体

※1: グラニレスキーで特にアレルギー性鼻炎合併例で、安定期%FEV1≧70の場合にはアレルギー免疫療法を考慮する。
 ※2: 過剰吸入アレルギーに対して慢性かつ血清型IgE値が30~1500IU/mLの場合に適用となる。
 ※3: 経口ステロイド薬は短期間の間欠投与を原則とする。短期間の間欠投与でもコントロールが得られない場合は必要最小量を維持薬として生物学的製剤の使用を考慮する。
 ※4: 軽度増悪までの対応を示し、それ以上の増悪については「急性増悪(発作)への対応(成人)」の項を参照。
 ※5: プラズマド/ホルモテロール配合剤で長期管理を行っている場合は同剤を増悪治療にも用いることができる(本文参照)。
 ※6: ICS/LABA/LAMAの配合剤(トリプル製剤)
 ※7: LABA, LTRAなどをICSに加えてもコントロール不良の場合に用いる。
 ※8: 成人および12歳以上の小児に高反応がある。
 ※9: 対象は18歳以上の重症増悪患者であり、重症患者の選定の詳細は本文参照。
 ※10: 中容量ICSとの併用は医師によりICSを高容量に増量することが副作用などにより困難であると判断された場合に限る。

LAMA を加えたからと副作用が多くなったということは無かったということです。

日本アレルギー学会のぜんそく治療ガイドラインです。ぜんそく治療ステップです。LAMA 長時間作用性抗コリン薬ステップ2から使ってよいとなっています。かなり軽いうちから使用して良いということです。日本アレルギー学会のガイドラインは一応専門医向けですね。専門医外でも見られる日本ぜんそく学会のガイドラインもあります。アレルギー学会のガイドラインに比べますと基礎的なものを全部省いています。非常に実用的であります。ぜんそくと診断したらICS、LABA 吸入ステロイド薬と長時間作用性β刺激薬中容量から始めましょう。低容量、中容量、高容量とあるのは吸入ステロイド薬だけです。長時間作用性β刺激薬、長時間作用性抗コリン薬の量は一緒です。中容量のICS、LABA から始めます。コントロールが不十分あるいは不良であればLAMAを追加しましょう。咳や痰があったり呼吸困難があったり喫煙歴のある人。ICS.LABA を使っていても増悪する人にはLAMAを追加します。鼻汁とか鼻水があればLTRAロイコトリエン拮抗薬、シングレア、キブレス、オノンを追加しましょう。それでもコント



吸入薬は上手く吸えないと効果がありません。吸い方が悪い方が非常に多くいます。吸入薬が効かない何を考えるかということ、一つはぜんそくの診断が正しいかどうか、ぜんそくであるか？

もう一度確かめましょう。アレルギーがあるか、発作性の呼吸困難があるか、夜に増悪して起座呼吸になるのか。発作がある時に聴診してみればぜん鳴が聞こえるか。それらをきちんと確かめて専門医であれば気道の過敏性を診るとか。本当にぜんそくなのかを確かめます。ぜんそくと確定すれば次におこなうのはちゃんと薬が使えているか。

正しく吸入できているか。私は吸入薬をもってきてもらい目の前で吸入してもらいます。上手く吸入できているかをチェックします。

●エアゾールであれば、シューとした瞬間に息を止めてしまう人、●シューとした瞬間に慌てて吸ってしまう人。

★吸入は吸った後にしばらく息を止めてなくてははいけません。直ぐに息を吐き出してしまいます。

▲粉の吸入薬では上手くカチャカチャができて無いい人、吸う角度が違う人。

最近では院外薬局で指導はしますが、最初はできていてそのうちいい加減になる人が結構います。吸入が正しいか確かめなければいけません。特に専門医であれば必須であります。

どんな方に 3 剤合剤を使うのかというと 1 つは ICS/LABA (吸入ステロイド薬、長時間作用性 β 刺激薬)の合剤を使っているにもかかわらず症状があり特に咳が残存する人。ICS/LABA 吸入していても半数の患者さんに症状が残っています。昔より症状が良くなっているのが現状はよいと患者も医師も思っているが調べると症状が残っている人が多くいるという報告があります。医師から患者に丁寧に質問し症状が残っていれば ICS,LABA,LAMA に変える必要があります。

●また高容量で症状が改善されない方、

○気道分泌が多い方 (痰が多い)

MITT(Multi-Inhalers Triple Therapy)先ほど言いましたがぜんそくに使える抗コリン薬単剤はスピリーバーしかありません。スピリーバープラス ICS/LABA となると吸入種類の違うデバイスを 2 種類使わないといけなくなります。そういう場合は 1 回で吸入を終えましょうということで MITT は SITT に変えましょう。

もう一つは ACO つまりぜんそくと慢性閉塞性肺疾患の合併の方は 3 剤合剤が適応かと思えます。ただ ACO までいかなくても喫煙の既往があるぜんそく患者は 3 剤合剤からはじめてよいかと思えます。たばこを吸いますか?と聞くと吸いませんと答える方が多いのですが昔は吸いましたか?と聞くと吸いました。という方が多くいらっしゃいます。意外ですが小児ぜんそくで 1 回良くなってからたばこを吸う方が結構います。たばこは呼吸器、循環器にいいことはしません。以上になります。

ご清聴ありがとうございました (まとめ:荒川)



医師のつぶやき (26)

最終回

聖マリアンナ医大横浜市西部病院
呼吸器内科主任医長

粒来 崇博 (つぶらい たかひろ)



相模原アレルギーの会は、故秋山一男先生が入院を繰り返す重症喘息の患者さんたちとともに立ち上げた会です。当時は吸入ステロイドがなく、治療薬が限られており発作の管理が大変で、長期入院する方もたくさんおられた時代です。川崎、四日市などの大気汚染による公害喘息の記憶も新しく、気管支喘息の対策には医療のみならず行政の対策が必須であり、環境の調整と周囲の理解が必要でした。



第 34 回講演会

故秋山一男先生

国立相模原病院はアレルギー政策医療の中核施設として整備され、重症アレルギーの治療を行うとともに、国の対策に協力してきました。患者さんたち同士が情報交換をし、また医療側が患者さんたちの要望をできるだけ集めて行政の対策に反映する、そうした社会的な要請が大きかった時代です。この会を通じて、生活上、治療上の知恵を持ち合い、また相模原病院を通じて行政側に要望を届ける、そういった機能を担っていました。現在では気管支喘息だけではなく食物アレルギーや薬剤アレルギー、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎などアレルギー全般に関して情報発信をしています。今、発足当時に比べて気管支喘息の治療は吸入ステロイドを中心として開発が進み、ほとんどの方で良好な状態を維持できるようになっています。公害についても、環境省を中心とした排気ガス等の管理で改善しつつあるのを疫学調査で実感しています。食物アレルギーについても徐々に体制が整いつつあります。私としては国立相模原病

院勤務時代に 14 年、その後「医師のつぶやき」で 7 年関わらせていただきましたが、この会はよく機能し、情報発信できてきたと感じています。活動停止のお知らせは残念ですが、この会が立ち上がった当時の目標を十分達成できてきており、世の中の環境も大きく変わってきたので役割としては十分果たしたのだと思います。これからも皆様の治療は続きますし、行政の対策は続きます。アレルギー対策基本法では国立病院機構相模原病院は中心施設として定められており、診療、情報交換を通じてよりよいアレルギー診療のために活動していく責務があります。これからもご協力をお願いします。ともかくも、会の皆様、お疲れさまでした。また、今後も元気でやっていけるようにご自愛ください。



NPO 法人相模原アレルギーの会

長い間ご愛読していただきまして誠にありがとうございました。当会は令和 6 年 3 月を持ちまして解散のはこびになりました。スタッフボランティアの高齢がすすみぜんそく以外の病気にも悩まされる日々になりました。そしてぜんそくの治療はここ数年で目覚ましく進みました。小児ぜんそく、食物アレルギー、大人のぜんそく、食物アレルギー、花粉症、など色々なテーマで講演会、講習会、HP, Facebook, instagram, twitter. などガイドラインに沿った情報発信をしてきました。会報さくらは 131 号になりスタッフの思いが詰まった会報です。今までご愛読していただき誠にありがとうございました。スタッフ一同感謝を申し上げます。また講演会、講習会とお世話になった諸先生方に感謝いたします。 スタッフ一同

★報告

アレルギー疾患及び呼吸器疾患患者の声を届ける会の活動報告



GSK グラクソ・スミスクライン株式会社

昨年（2023年）11月～12月にかけて、相模原アレルギーの会では他の患者会との協働事業として、「せき」に関するアンケート調査を実施しました。会員の皆様にもご協力いただきましたありがとうございます。2月には報告書としてまとめたいと思います。報告書は各団体のHPへ掲載の予定です。同時にご回答いただいた患者様へ「呼吸器疾患患者」告知バチ、キーホルダーの配布をいたしました。アンケート担当者 北島

★

昨年 12 月 18 日（月曜日）

環境再生保全機構連絡会にオンラインにて参加してきました。1 年の報告を写真付きで報告いたしました。

（荒川）

1 年振を返り

3 月成人食物アレルギーの最新情報

福富友馬先生



5 月成人食物アレルギーの最新情報

長谷川 眞紀先生



9 月親子で学ぼう！！食物アレルギーの基礎

柳田紀之先生、坂牧子先生

