

「アレルギーセンター」

日時：令和4年7月14日(木)18時～ 場所：第8会議室(総合研究棟1階)

司会・まとめ

アレルギーセンター
耳鼻咽喉科・頭頸部外科

センター長
医長

寺田 哲也

出席者

アレルギーセンター
皮膚科

副センター長
医長

福永 淳

呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科

医長

中村 敬彦

小児科

医長

大関 ゆか

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

菊岡 祐介

中央検査部

技師長

田中 恵美子

病院看護部

看護副師長
(小児看護専門看護師)

水島 道代
(敬称略)



手前左より福永先生、寺田先生、大関先生、奥左より中村先生、菊岡先生、田中技師、水島看護師。



寺田 哲也先生

寺田 アレルギーセンターの立ち上げは、アレルギー学会に新専門医制度が導入されるという話に端を発します。大阪医科薬科大学はどう動いていくかを検討する上で、当学では指導医の私と専門医である小児科の大関先生と岡本先生、内科の池田先生というメンバーで集まり、相談を始めました。その際、新制度に対応する組織作りとして、アレルギーセンターを立ち上げてはどうかという案が出たんです。最初が今年の9月初旬だったと思います。それを病院長の南先生に相談したところ、たちまち次の会議にこれを提出、次にあれを提出というような指示をいただき、わずか二ヶ月後の11月1日にはアレルギーセンターが設立されるという、すさまじい勢いで進んだというわけです。

みなさんご存知だと思いますが、新専門医制度の概念は“トータルアラジストの育成”。その意味は一人の医師が全身疾患としてのアレルギーをしっかりと診られるようにしようということです。その言葉から考えると、アレルギーセンター設立の意味合いというのは2種類あって、各診療科での横断的な診療体系を作り、組織としてのトータルアラジストの役割を担うということと、トータルアラジストの育成を行うとういことがあると考えます。各先生からのご意見をお聞きしていきたいと思いますが、私の勝手なイメージでは、今、各診療科で一番トータルアラジストに近い仕事をしているのは小児科だと思うんです。子どもという対象で色々なアレルギー疾患を診てくださっている。トータルアラジストに一番近い小児科の大関先生にお話をお聞きしたいのです

が、子どもという対象で上気道も下気道も消化器も、全部を診るということが実際にできているか、できていないかというところからご意見をいただきたいと思います。耳鼻科でのアレルギー性鼻炎ひとつとってみても、小児科の先生が鼻の重症度や下鼻甲介の所見をとり、それに基づく適切な薬剤を選ぶということは、そう簡単なことではないと思うんです。やはり限界もあると思うのですが、いかがですか。

▶ トータルアラジストに一番近い 小児科

大関 鼻炎に関しては、鼻鏡で鼻の中を覗いていますが、蒼白なのか、発赤があるのか分かりにくい状況では、臨床症状と血液検査の数値とを兼ね合わせ、アレルギー性鼻炎ではないかと治療を試み、良くなったことからアレルギー性鼻炎だったんだと判断しているのが現状です。センター化によって、耳鼻科の先生に鼻炎の評価をきっちりしていただける繋がりができたことは、非常にありがたいことです。その他の喘息、アトピー性皮膚炎、食物アレルギーと、全身を診ているつもりですが、しっかり全身を診ることができているのかと問われると、自信がなくなっています。

全員 笑い

寺田 小児科でアレルギーを診ている先生方の中でも上気道が中心とか、下気道が中心とか、もしくは膠原病関係が中心とか、皮膚関係が中心とか、細分化というのはあるのですか。

大関 小児科の中でも、施設によっては得意、不得意はあるかもしれませんね。

寺田 ちなみに大関先生はいかがですか。

大関 一応アレルギー性疾患全てを診ていますが、どうしてもニーズが多いのは食物アレルギーです。喘息、アトピー性皮膚炎も多いですが、

大学病院なのでどちらかというと重症な方が多いです。

寺田 先生はトータルアラジストですかと問われて、イエスカノーかという、もちろんイエスですね。素晴らしいです。

では、看護師の立場で小児を対象に患者指導をすることが多いと思われる水島さん、色々なアレルギー疾患があって、しかもその疾患は根治が困難な場合も多く、患者指導は他の病気よりもかなり重要だと思うのですが。トータルアラジスト的看護師という認識で大関先生への質問と同じ質問になりますが、トータルでの指導というのはできていますでしょうか。

水島 私はアレルギーに特化しているわけではないですが、小児の専門看護師ですから、全ての病気を持つ子どもたちが健やかに成長、発達することを支援するスペシャリストというか、高度実践ナースなので、疾患だけではなく、家族であったり、地域であったり、疾患を持つ子どもを取り巻く環境がどういうものかということから査定をしていきます。アレルギーを持つ患者さんが治療、療養していく中で親の療育態度、療育能力がどの程度なのか、治療と合っているか、合っていなければ家族と話をしたり、必要であれば家族の了承をとって、保育施設の先生方に話を聞いたりもします。全く様子がわからない家族もいらっしゃるんで、そういう場合は、3歳児検診や就学前検診等で追跡するために、保健所に問い合わせたり、高槻市でしたらカン



大関 ゆか先生

ガルーの森(子育て総合支援センター)に問い合わせたりもします。家族構成から入って、療養がきちんとできていないのは、どのあたりに問題があるのかということも見極め、戦略を立てていきます。

寺田 子どもを取り巻く環境も含めて支援する、完治だけのためではない指導ということですね。

水島 そうです。疾患を見るだけでなく、疾患が良くなる原因はどこにあるのか、複雑困難な問題があるのか、ということを確認しながら、家族への指導についてもステップアップしながらですね。この家族には難しいことを100%求めても無理ですから、地域との関わりを少しずつ増やしていきながら、患者さん家族に10%、支援側に90%やってもらって、段階を踏みながら50%になったり、80%と20%になったり…と考えながらやっていくので時間はかかってきますね。

寺田 アレルギーという疾患と命に直結する悪性腫瘍のような疾患と両方に携わっていらっしゃるんですね。慢性疾患のアレルギーの患者さんと悪性腫瘍の患者さんとはアプローチの仕方はずいぶん異なるのでしょうか。

水島 アプローチの仕方は、やはり家族の療育能力ということにかかっていると思います。悪性疾患の場合は衝撃が強いのですが、家族の持つ力が大きかったりしますので、そこを査定するのであれば、家族に少し任せながらもできるんですが、命に直結しないアレルギー等の場合であっても、家族に全く力がない場合は危機的な状況になるわけですし、その時のカバーを誰がどのようにするかというのを考えながら対応しています。

寺田 ありがとうございます。我々の上気道や下気道は、どちらかというと専門特化しているわけですが、皮膚科の場合は、小児科について

トータルアラジストという立ち位置ではないかという印象を今は持っているのですが、そのあたり福永先生のお考えはいかがですか。

福永 それは、たぶん人によりますね(笑)。正直、どれくらい興味があるかということが一番だと思います。当然皮膚科ですから、基本は皮膚なんです。我々もアレルギー学会に入って色々な活動をしていて、そこでもアレルギーロジストとかアラジストという話は出ていますので、皮膚科に特化せず、もう少し幅広くアレルギーのことは全般的に診ていこうかなあと、10年位前から思っていたんです。皮膚科と食物アレルギーは結構関係が深いので。特に私は蕁麻疹を診ていますので、食物アレルギーはいけるかと思えます。

▶ 食物アレルギーとは関係が深い皮膚科

寺田 素人的な質問ですみませんが、食物アレルギーと皮膚科が近いというのは、どういうところがでしょうか。

福永 蕁麻疹が出るからです。食物アレルギーの表現形が蕁麻疹なので、実は皮膚科なんです。

菊岡 なるほど、そういうことなんですね。

福永 アトピーが悪くなる食物アレルギーというようなことも言いますが、あれは成人ではまやかしいと思いますか…、私はほとんどないと思っています。

菊岡 なぜ15歳を越えると皮膚科に行くのだろう、内科ではないのかと思っていました。なるほど！蕁麻疹なんですね。

福永 蕁麻疹の原因は、山ほどあるんです。我々はその原因の中のひとつに食物アレルギーがあると捉え、その延長線上にアナフィラキシーがあるということです。



福永 淳先生

寺田 ちなみに蕁麻疹の原因疾患のワンツースリーには何があるんですか。

福永 救急センターに運ばれる原因不明の急性蕁麻疹。救急に運ばれた時に、蕁麻疹が出ている、たまにアナフィラキシーも起こしかけているという状態。誰しもが、生きていれば3人～5人に1人は必ずかかると言われている急性蕁麻疹が1位です。それが6週間以上続いて、最近では自己免疫性が関係しているだろうと言われている慢性蕁麻疹が2位。これも細胞に対する自己抗体、膠原病みたいなもので、まだ原因不明です。もうひとつが食物アレルギーで、第3位だと思います。ここは小児科との絡みで、どの年代だったらどっちが診るかという話になってくると思うのですが。

寺田 そこは各病院の永遠の課題だと思います。小児期を過ぎた食物アレルギーの人、たとえば20歳、30歳の人を小児科で診続けるのか、皮膚科で診るのかというのは、病院によって全然違うと思いますが、ちなみに大関先生、当院ではどうですか。

大関 当院では小児科が新規でとる患者さんは中学3年生までです。今までずっと当院にかかってきて、高校生になるけれど、かかりつけ病院がすぐに見つからない、当院に通えるという患者さんは高校3年生まで診ています。大学生になると地方に行かれたりする場合もあるので、その時は紹介状を書いてご紹介という形に

なります。

寺田 どの診療科に紹介するのですか。

大関 それが難しくて…。

寺田 難民が生じちゃいますよね。

菊岡 アレルギー拠点を含めた病院が多数ある都会だったらまだいいですが、辺鄙なところへ行ってしまうと受診難民が生じそうですね…。

福永 何科に紹介するかは難しいですね。

大関 ほんとにそうなんです。食物アレルギーをちゃんと診てほしいという患者さんに関しては、大阪はびきの医療センターや市立伊丹病院の内科の先生に紹介していました。エピペンだけ処方してくれたらいいですという患者さんに関しては、近隣の皮膚科、耳鼻科、内科をご紹介します。

寺田 耳鼻科にもですか。

大関 ええ、ほんとにエピペンの処方だけになります。

福永 私もひとつ言っておきたいことがあります。神戸からこちらに移って来て感じている、この地域の文化についてなのですが。私の得意とするその他の疾患、汗アレルギーや遺伝性血管性浮腫については地域からの患者さんの紹介があるのですが、なぜか蕁麻疹や食物アレルギーの検査紹介が全然無いんです。

寺田 異常に少ないということですか。

福永 いやもう、異常です。神戸大学では一番紹介されていたものなんです。私が高い関心を持っているのは誘発型の蕁麻疹なんです。患者さんを入院させて、点滴をとってエピネフリンを置いて、食べて、運動させてと、食物依存性をみたり、プリックテストをしたりして、確実に

原因をみつけてあげる。こういうようなことを兵庫県ではけっこう言っていたのかもしれませんが。兵庫県下では私以外にも蕁麻疹の原因精査が得意な皮膚科の先生がおられたり、小児科でもそういう検査を行っている先生がおられたので、蕁麻疹の原因精査の紹介が多かったのですが、このあたりの地域にはそういう文化がないのかなあと感じています。特に大人に関してはアナフィラキシーで運ばれても、その後、原因を調べるという文化がなさそうな気がします。そこは救急の先生とも連携を取っていった方がよいかと考えています。

寺田 その場で診療が終わってしまっている症例が多いのでしょうか。とりあえず処置して、元気になったからもういいよ、というような情報の発信と教育が重要なのでしょうか。

福永 そうですね。とりあえずエピネフリンを打って、元気になったからよいということでしょうね。食物アレルギーはその場でしか出ませんから。原因が有るか無いかはわからないが、アナフィラキシーや蕁麻疹の原因精査をするという文化の受け皿に、このアレルギーセンターがなれたらいいなあというのが、ここに来て3ヶ月経つ今、思うことなんです。

寺田 大関先生はどのように思われますか。

大関 他の病院の診察にも行っているのですが、その内科の先生から小児科の私に大人の



菊岡 祐介先生

食物アレルギーを診てくれないかと相談されたこともありました。本当にアレルギー難民がいるんだなあと思います。福永先生がこられたのは患者さんにとって福音だと思います。

アレルギーセンターの検査枠獲得へ 取り組みを始める中央検査部

寺田 では、診療科を横断的にということ、検査部の方へ。少し無茶ぶりになるかもしれませんが、私のイメージでは中央検査部では、当然色々な検査をするわけですから、循環器が関わり、呼吸器が関わり…と、多くの関わりがありますよね。こういうアレルギーという一つの分野だけれども、色々な診療科の情報を得た上で上気道、下気道、その他諸々の検査をする今と、そのような情報がないそれ以前とではどうでしょう。何か変わったことはありますか。

田中 中央検査部は、基本的に呼吸器系の検査がメインになります。それと採血です。喘息の方の呼吸器系の検査は多いです、吸入負荷の検査などもしています。

寺田 モストグラフとかはどうですか。

田中 モストグラフも中央検査部でやっていますね。あと、大関先生から何度か運動負荷後のアレルギーの検査をしたいとご相談を受けて、トレッドミル検査も2、3例ありましたね。

菊岡 中央検査部でトレッドミル検査もできるんですか。

大関・田中 できますけど…。

菊岡 声が揃いましたね(笑)。

福永 トレッドミル検査を行えるのは、私にとっては強力な武器になりますけど。

中村 医師の同伴が必要ですね。

田中 先日の検査の時は、呼吸機能検査は大関先生にお任せしていたんですが、やはり機械の操作は、ままたらないということがあるので…。アレルギーセンターとして食物アレルギーの負荷試験を実施するという方針であれば、中央検査部としても、技師を立ち合わせ、検査として確立させていくことは今後必要かと思います。

菊岡 これまでは呼吸機能検査の操作を含めて大関先生がされていたということですか。

大関 はい…。使い方を事前に聞いて、トレッドミル検査もですね。

寺田 医師がそこにいる理由は、急変時対応のためで、機械の操作をするためではないと思いますが。

田中 そうなのですが、検査枠もなく、技師数も限られており、また、このような検査の意義を理解していなかったので、先生にお願いしました。しかし、アレルギーセンターができて、このような検査をしていかなければならないということが明確になりましたので、中央検査部としては取り組んでいかなければならないと思います。

福永 それはありがたいですね。

大関 あとは循環器内科との交渉が必要にもなりますね。



田中 恵美子技師

田中 トレッドミル検査の枠を決めないといけません。

寺田 部屋取りというか、トレッドミル検査に関しては循環器の方が使用優先順位が高いということでしょうか。

田中 循環器内科は月曜日と金曜日で週に2回です。小児科の枠は木曜日ですので、水曜日の午後はアレルギー外来枠にできると思います。

福永 実は食物アレルギー以外にも、トレッドミルは我々も使うことがあるんです。コリン性蕁麻疹という、私の得意な病気なのですが、汗をかいて出る誘発型の蕁麻疹です。誘発に使うのがトレッドミル負荷なんです。トレッドミルで走るだけで蕁麻疹が出るんです。

寺田 負荷の量の定量をしなければならないからですか。足踏みするだけではダメということでしょうか。

福永 足踏みでもいいんですが、トレッドミルの方が負荷量がしっかりかかるので、アレルギーで検査枠が取れるなら、そしてアレルギーの一部に蕁麻疹を加えてもらえるなら嬉しいですね。神戸大学では医師が同伴して、リハビリの部屋を使っていました。たまにコリン性蕁麻疹も、アナフィラキシーを起こすんです。汗をかくだけで蕁麻疹が出て、アナフィラキシーを起こす病気もあるので、トレッドミル検査の需要はあるんです。

寺田 神戸大学ではどういう検査システムだったのですか。定期的に皮膚科でのトレッドミル検査を行っていたのですか。

福永 いえ、リハビリ室にトレッドミルがあって、そこもほとんど空いていたので、リハビリ室に交渉して使わせてもらっていました。今回、検査部でアレルギーセンターの枠までとってもらって検査を行えるということになると、素晴らしいと思います。



寺田 トレッドミルの台数と必要件数のプラスマイナスを考えると、全体的にはどんな状況でしょうか。

田中 トレッドミルは循環器内科が定期的使用される以外は、空いています。時々、循環器の先生が運動負荷心臓エコー検査をされる時に使用されることもあります。新棟移転に伴い、トレッドミルを新調したので使っていただけたら良いですね。

菊岡 新棟になって生理検査室が新しくなりましたが、新しいところはトレッドミル専用の部屋ができていますね。それらが空いていれば、いつでも使えますね。

田中 そうなんです。呼吸機能の装置も2台あって、1台は精密検査用でルーチン検査として使用していますが、もう1台は簡易検査用ですので、大関先生が以前に検査をされた時のように、VCやFVCなら検査できます。

トレッドミル検査室にこの装置を入れて、先生と技師で検査することは可能です。今までは先生をお願いしてやっていた状態でしたが、アレルギーセンターからの要望として出されるならば考えていきます。

寺田 呼吸器内科の中村先生にとって中央検査部というのは欠かせない部所だと思うんですが、アレルギーセンターを介して今後改善していきたいことや問題点、田中さんに言いたいこと(笑)等はありませんか。

中村 可逆性試験がマニュアル化されていて、お願いしたら技師さんが全てやってくれます。当院では可逆性試験を検査部が行ってくれるんですが、他の病院でこれをやってくれるところは少ないです。

寺田 多少のリスクはあるけれど、医師は同伴を求められないということですか。

中村 あったとして動悸とか、手のしびれとか、SABA、 $\beta 2$ の副作用が出るかなあというくらいです。

リスクが高いのは過敏性試験です。前任の医師からの引き継ぎはありましたが、よくわからない…というような状況がありまして、しかもメサコリン負荷の場合は医師が立ち会わなければならないということもあって…。今はレジテントの先生も増えてきましたが、7年ほど入局者がいない時代がありましたので、人間的にも我々にはできないと判断し、過敏性試験は行わないことになりました。中央検査部が可逆性試験をきっちりやってくれているので、可逆性試験でしっかり診断をつけていこうということになっていたのです。

ただ、可逆性試験も、機械の台数と技師の人数の問題で、タイムリーに検査ができないんです。患者さんを紹介された時にその検査を行いたいのですが、枠が埋まっていて検査を行えないこともあります。今回センター化するにあたってVC、FVC、可逆性試験は行ってもらえるというのは心強いです。目の前で症状を起こしている喘息疑いの患者さんが来ると、治療介入しなければならない場合がありますが、そうすると今はお薬の性能がいいので、可逆性が証明しにくくなるんです。ですから、リアルタイムに無治療の段階で検査できるというのは、非常にありがたいです。

寺田 治療介入してから一週間、二週間後に検査予約をしても、いいデータではないということですね。

中村 そうなんです。最近、喘息学会というのが新たにできて、その喘息実践診療ガイドラインというのもできました。そのガイドラインでは喘息を疑った場合は治療介入して、呼吸器の検査を行い、可逆性試験と同じ基準+200cc、+12%というのを満たしていれば喘息と診断できると載っています。それにしても治療開始前のコントロールは絶対必要なんです。可逆性試験を行わないにしても、とりあえず検査が行えて、無治療の状態での呼吸機能が評価できるようになるというのは非常に大きいことです。

田中 当日の追加検査は受けています。基本的に当日追加は受けるように受付や技師には伝えてありますので、大丈夫です。

寺田 中村先生にかなり直球の質問なんですけど、喘息ってアレルギー分野の横綱的疾患だと思うのですが。当院の喘息チームのマンパワーは少なくないですか。

中村 めちゃくちゃ少ないです。

寺田 もっと喘息分野の診療をがんばってほしいんですが、なぜ専門とする医師が増えないのでしょうか。

中村 私自身が喘息をやろうと思ったのが医師になって8年目位の時です。実際に当直している時に、当院に喘息でかかっている患者さんが救急搬送されてきたんですが、治療の内容を



中村 敬彦先生

見て疑問を感じる点がありました。吸入ステロイドは中用量であるにも関わらず、内服のステロイドと免疫抑制剤が入っていたんです。患者さんに聞くと「これは全部が喘息の薬だ。」と言うんです。昔の先輩医師の処方そのままだって、誰もその治療に疑問を持たなかったようなんです。それで、当院の喘息診療はどうなっているんだ。改善しなければならなかったのがきっかけで、そこから喘息を始め今に至るわけですが、とにかく自分がなんとか勉強しなければならなかったのが、後輩を教えるというような余裕はありませんでした。今リクルート中です。後輩も色々、入局してきているので10年後まで待ってください。喘息に興味をもってくれる医師が出てくると思います。

これまでの診療とは異なる 総合診としてのアレルギーセンター

寺田 なるほど、期待しています。では次のテーマに。

アレルギーの総合診ということで、水曜日の午後アレルギー関係で複数の診療科で診るべき患者さんを集めるということと、センター化して横の繋がりを強化しようというのが今の動きですが、各科で困った症例を各科にコンサルトするという、これまでのありがちなタイプの診療と、センター化しての横のつながりを密にしたトータルアラジスト的な総合診をセンターで行うということとが、どう違うかということをお互いに聞きたいんです。

意地悪く言えば、「結局今までと同じように他科コンサルトして、お互い自分の専門分野で診合って、お互いの意見を投げかけるに過ぎないでしょ」と言われるかもしれない。我々としてはそれではいけない、そうであってほしくないと思って活動しているわけです。具体的な質問としてこれまでのコンサルテーションシステムと、今のアレルギーセンターのシステムとではどう変わりましたか。どう良くなったと考えますか。

菊岡 すごく難しいですし、寺田先生と私とは

少し意見が違うかもしれませんが。

耳鼻科というのは、おそらく耳鼻科スタートでどうこうというよりは、たぶん喘息とか、小児科や皮膚科の疾患などに合併する耳鼻科領域の症状に対してスムーズに対応することができる点だと思います。「とりあえず鼻、診てくれへん？」が言いやすくなったということです。もちろん耳鼻科疾患で他を診てほしいと、こちらから投げかけることもあります。受け身に徹しても耳鼻科は潤滑油として何かができるだろうと思っています。まだ数が少ないので、そんなに潤滑油になれていないですが、センター化はそれが良かったと思っています。

福永 アトピーや蕁麻疹が我々の専門ですが、ここ最近、皮膚科で思っていたのは、高額なバイオ製剤をけっこう色々な疾患に使うようになってきて、実はそれが喘息でも使う薬であったり、実は耳鼻科でも使う薬になってきたりということで、やっぱりお友達だったんだと今になってわかったり、逆に先生方が喘息に使われてきている薬が実は蕁麻疹にも効いていたということも経験してきましたので、お互いがお互いの専門とする病気のことをもっと知らなければならぬと思いました。やはり正直なところ、よく知らないんですね。喘息ではこういう検査を行うと、おぼろげながらわかってはいましたが、今日のお話聞いてやっぱりそうだったなとわかったり、耳鼻科の先生方と一緒にセンターの活動をしてきて、そうか、好酸球性副鼻腔炎ってこんな病気だったんだとわかったり。我々では合併していてもスルーしていた疾患も結構あったのではないかと思います。

まずアレルギーという分野の全般的な知識レベルを全体的に上げる。たとえば、今日私が話した蕁麻疹に食物アレルギーがあるんだという、我々にとっては当たり前のことが、実はお互いに当たり前ではないということ等、みんなのレベルアップのためにも、アレルギーセンターは活躍していこうと思っています。検査部の方も看護部の方も薬剤部の方も、どこまでがアレルギー疾患で、どこまでが何の検査なのか、わかって

いるようで、たぶんわからないのではないのでしょうか。レベルアップは、最終的には患者さんのためにフィードバックされるだろうと思いますし、アレルギーセンターの重要性は広く知られるようになっていくと思います。

寺田 なるほど。我々の共通認識を院内の先生方にも広めていく活動も同時に行っていかなければなりませんね。我々だけが身内で納得し合うだけではだめですね。

福永 アレルギーセンターには色々アレルギーを持っていなければ紹介できないというのではなく、アレルギーの周辺の病気まで受け皿を広くして、色々調べていたら他の科にも関わっていたというようなことはけっこうあるような気がするので、アレルギーセンターのシステムを有効に活用するためにも、もう少し門戸を広げる方がいいんじゃないかと思います。

寺田 そのあたり、みなさんはどう思いますか。アレルギー総合外来というものを立ち上げようかという話をした時は、けっこう賛否両論でしたね。まずは、基本理念に基づいて走り出すということになりましたが、これまでに総合診に来た患者さんがまだ6名程です。決して今の総合診のシステムを固定するつもりはなくて、まず今のシステムでスタートして、門戸を広げるというパターンもあるし、色々アレンジしていこうと考えていますが、中村先生と福永先生は今の議論に対してどう思われますか。総合診の意義、もしくは過去のコンサルテーションの体制と今の体制の差異についてお聞かせください。

アレルギーセンターにおける総合診の意義とこれまでとの差異

中村 たとえば上気道、下気道に関してはOne Airway One diseaseと言われていて、お互いを意識するというのは通常から多かったと思うのですが、今回センターで皮膚科の先生と一緒になるということで…、蕁麻疹の話なん

ですが、実は、患者さんで慢性副鼻腔炎、喘息、好酸球性肺炎もあって、けっこうアレルギーだらけという患者さんがいたんです。抗体製剤を使い始めて調子が良くなった頃に、「蕁麻疹が消えたんです」と患者さんが言うんです。「蕁麻疹、あったんですか?(聞いてない…)」というようなことがあったり。胸の音は聴きますが、シャツの上から聴く場合もあるので、皮膚って診ているようで実はあまり診ていなかったりします。こういう時、皮膚科の先生に診てもらったら何かわかったりするんだろうなと思います。

福永 我々は皮膚を診ますからね。薬疹というのがあるので、皮膚科はお薬手帳をよくチェックする科なんです。皮膚科に来た患者さんが、実は喘息や鼻炎の病院にも行っていて、薬をもらっているということは山ほどあります。「あれ?もう飲んでますね」みたいな、モンテルカストと抗ヒスタミン剤が入っているのに蕁麻疹が出ますというようなことは、けっこうあります。

寺田 ちなみに福永先生は聴診はされますか。

福永 しません(笑)。

寺田 聴診はした方がいいかなあ。耳鼻科も皮膚科も…。我々でも聴診でひっかけることができると思いますか。それとも専門に任せろと思いますか。

菊岡 恥ずかしい話ですが、耳鼻科として診療していると聴診に自信がないですね。耳鼻科や皮膚科の聴診なんかあてにならないと思われていませんか(笑)。

福永 聴診はしなくても、患者さんがヒューヒューいってたら、さすがに他科に送りますよ。

大関 でも、喘息は、その時にはヒューヒューいってないこともありますからね。

中村 そうなんです。病院に来た時には無症

状というね。

福永 それは蕁麻疹も一緒なんです。病院に来た時には症状がない。目に見えない病気なので。蕁麻疹は明け方が悪いというように、喘息とは似た性状もあるんですよ。

中村 アレルギー総合診というのはタイムリーに横に繋げるということで、大いに価値があると思います。

寺田 患者さんのニーズがあれば、水曜日の午後に各科の診療と検査も含めて行うというコンセプトで走り出して約2ヶ月ですが、どうですか。たとえば受ける側の検査部としては、急に検査が来て困ったとか…。

田中 今のところ待ち時間はありますが、コロナで術前のVC、FVC検査が減っていますのでなんとか対応できています。ただ、呼吸器内科や膠原病内科の二次検査の予約がある場合は、時間がかかりますし、ましてや吸入負荷となると、もっと時間がかかります。予約検査の合間に追加の検査をしないといけないので時間の調整が難しくなるんですね。

寺田 先日、耳鼻科に来た患者さんで、当日至急呼吸器内科へ、その後すぐ検査ということがあったのを記憶しているんですが、田中技師長が不在でも問題なく進みましたね。

田中 水曜日の午後はアレルギー外来があっ



て、急に検査が来るということはみんなに伝えてあります。受けられる範囲で受けることにしていますし、待ち時間があってもOKなら、いくらでも対応します。

全員 ありがとうございます！

寺田 大関先生はどう思われますか。

大関 小児科はトータルアラジストなので(笑)。差異を聞かれても、あまり…。

寺田 そうでしたね(笑)。それに、アレルギー総合診で小児科が絡んでいる症例は今のところありませんね。たとえば小児疾患を持っていて、皮膚炎も持っている子どもだとしたら、トータルアラジストの大関先生は当然皮膚炎も診られますが、どこで線引きをして、どのタイミングでより専門家に送るか。こういう場合、今後はどうしますか？

大関 今でも難治のアトピー性皮膚炎で、標準的なステロイド外用療法を行ってもスッキリしない患者さんについては、皮膚科に一度ご相談させていただいて、一緒に診ていただいています。

寺田 その垣根は、低ければ低いほどが良いような気はするんです。皮膚科へ行って、「先生の治療で、どうぞ続けてください」と言われる結果でも良いと思うんです。

福永 はい、良いですね。非常に良いです。

大関 これまでは紹介先の先生の顔がわからないまま、患者さんを紹介していましたが、今は、福永先生の顔を思い浮かべながら、こちらへ行ってくださいと紹介できるので、そこは、今までと違うと言えます。

福永 それは大事ですよ。紹介する時にどの科の何の先生かわからないより、センターの

委員の先生だったら、ちゃんと知っているわけですから、信用が全然違いますよね。

中村 “顔が見える関係”ですよ！

大関 耳鼻科、眼科もそうですし、呼吸器内科の中村先生にも重症喘息の小児の方を相談させてもらったりしています。今までトータルアラジストとう肩書きで小児科だけでやっていたところを、相談できる仲間ができたというのがすごくありがたい環境だと思います。

▶ 新部門設立の可能性 必要とされるCAIの活躍の場

寺田 次のテーマのCAI(アレルギー疾患療養指導士)で思うことがあるんですが。今回、当院で受験して、認定を受けたのが5~6名。耳鼻科の看護師2人、薬剤師でも1人か2人、栄養部でも1人か2人いるわけですよ。今後、認定を取っていただいた看護師、薬剤師、栄養士の活躍の場を作らなければなりませんから、こういう活躍の場があるかを考えていきたいと思っています。CAIの専門性を活かした患者指導とか、ホームページのコラムで色々な情報発信をすとか、そういうのが一番近いことかと思うのですが、CAIを取った人の活躍の場はどういうところに作っていったらよいと思いますか。

水島 主な役割として思い当たるのは2つあります。先生方の治療への情報として、患者さんから患者さんの療養を聞き出してもらう役割。先生方の治療を家で遂行してもらうために、療養指導をしていく役割。この2つです。ただこれらを行うには時間と場所が必要です。

中村 場所はすごく大事。必要ですね。

水島 療養指導管理料というのは30分以上の指導時間が必要となります。同時にプライバシーの保持された部屋で行うことが条件にあります。今は看護外来で行っているのですが、な

かなか場所がなくて、出前で行ってるという状況です。成人のところだと、糖尿病や呼吸器疾患の看護外来にはきっちりとした部屋があって、そこで行われていますので、望めるのであればそういう部屋がほしいです。そこでアレルギーの指導とか、聞き取りができれば、患者さんの生活の質が上がっていくと思います。

寺田 ニーズはどれくらいあるんでしょう。そういう部屋を作ったとして、たとえば週に何人くらいですか。

水島 小児科で、ですか。

福永 全部の科にニーズはあると思います。神戸大学の皮膚科では療養指導料をとっていました。バイオ注射の指導です。

水島 小児科はバイオ注射、成長ホルモン注射、あと療養指導、在宅で人工呼吸器をつけている患者さんなど、全てを指導しているんですが、医師からのオーダーがあれば行くという進め方でした。外来にいた時は毎日1人~多い時は3人くらい。内科にもいましたが、糖尿病の指導は、毎日5人ずつといった状態で、部屋が全部埋まっていました。アレルギー分野でのニーズは高いと思います。生活の中で、どのように共存していくか。患者さんが困られていることも沢山あると思うので、そこを聞きながら一緒に考えていくのなら時間がかかりますし、毎日使える部屋がほしいですね。それにプラス各科からのオーダーをどうするかですね。

菊岡 オーダー枠を作ってもらって対応するということですね。

寺田 今はオーダー枠がないということですか。

水島 アレルギー疾患の枠はないですね。今回CAIを取った看護師は耳鼻科外来の看護師です。外来の業務が大変な中で、その人達をどう指導の役割に持っていくかとなると、耳鼻科

外来に他の看護師をもって行って業務を行って
もらわなければなりません。まずCAIを
取った看護師の実績を作る方が話は早いと思う
のですが、実績を作るということがまだ難し
いですね。

寺田 耳鼻科にCAIを取った看護師が二人で
きたわけですね。たとえば当センターで、アレ
ルギー関係で少しリスクを伴うような患者さん、
もしくは今後も診ていく疾患だとしたら、アレ
ルギー性鼻炎に対する免疫療法というのが中心と
なりますね。今は免疫療法は舌下ですので、病
院でやるわけではないですが、服薬コンプライア
ンスの問題とか、副作用が起こったときの対応
等はCAIを取った看護師たちに対応してもら
うようにすれば、他科からの応援ではなく、
耳鼻科内の業務になるわけですから、そんなに
今までの業務とは範疇は変わらないじゃないで
すか。実績を作るということでは、その二人の
看護師が鼻のアレルギーの免疫療法に特化して、
これだけの患者数を指導していますと示せませ
し、範疇を広げれば、もっと需要が高いんです、
という流れになりそうではないでしょうか。

水島 そうですね。看護師だけではなく、一
度、今回認定を受けた方達に集まっていたい
で、どういう形が望ましいのか。それぞれの仕
事量もあるでしょうし、その中で折り合いをつ
けていくにはどうしていくのが良いか、話し合
う場を持ちたいですね。



水島 道代看護師

寺田 なるほど。その方達を集めて話をするに
は、コーディネーターとかイニシエーターと
いうか、どういう立ち位置で、誰がいいでしょ
うか。

水島 CAIを取った方達はまだ活動をされて
いませんし、組織的にどのように動いたらいい
かがわからないので、それであれば、一緒に協
力しながら私が担当してもいいかなと思います。
ただ、その方達は認定を取ったばかりなので、
指導はできても、地域と繋ぐという面では学習
が必要だと思います。そのあたりの知識の構築
も必要になってくると思っているのですが、その
機会をいつ、どういうふうに作っていくかが難
しいと思います。

寺田 アレルギーセンターの中の一部署として
CAI部門というのを作らせてもらって、その指
導者に水島さんになっていただいて、毎年認定
を受けた人たちがそこにどんどん加わってきて、
2、3ヶ月に一回でもいいのでそこに集まるとい
うような、ね。

水島 そうですね。先生方の後押しがあると、
かなり進めやすいです。

寺田 では、そうしてみましよう。全面的に後
押しします。よろしくお願いします。

福永 良いと思います。

寺田 わかりました。ありがとうございます。
では、最後にショートコメントを一人ずつにお願
いしたいんですが。今後のアレルギーセンターに
望むことで一言ずつお願いします。

福永 私は神戸大学からこちらに移ってきて、
いきなりアレルギーセンターに関わらせていた
きました。前の病院でこういうことができないか
なあと、ずっと私自身の夢でもありましたし、私
自身は非常にアレルギーは好きですし、ずっと
関わっていきたくて思っているの、検査部、



看護部、薬剤部、そして医師、色々な診療科を横断的に繋ぐ、こういうセンターが立ち上がったということを嬉しく思っています。北摂地域を中心としたエリアでは、どうも思ったよりもアレルギーのセンター的な役割を果たせる病院が無いようなので、この地域のアレルギーは大阪医科薬科大学だと言われるように熟成して、将来、何年後かにはそういうことが当たり前になるように、その規模まで、みんなががんばれたらいいなあと思っています。

菊岡 ショート“コント”ですか。難しいですね。頭の中にこればかり思い浮かんで…。言わなくては…と(笑)、すみません、すべりました。

センターはまだ有名無実。箱がなくて空想の中で動いているような感じで、これまでと何が違うのかと言われたら明確に答えられないなあと思う部分もありながら、なんとか産声を上げたと思います。大阪はびきの医療センターのようになりたいというのはもちろんですが、大阪の北部と羽曳野は全然違う場所なので、このカラーは何になるのかなあと、ちょっと楽しみにしながら、そのお手伝いをさせていただこうと思っています。

田中 呼吸機能検査は一次検査しかしたことがなく、心電図やエコーをメインにしていたので、今回こういうところに入れていただきましたから、アレルギーの勉強もしなければならぬと痛感しているところです。

水島 小児科は今まで閉鎖的というか、独立

したような感じになっていました。成人移行期支援というのもあり、成人科とのコラボはすごく大事だと勉強してきたものの、なかなか活動の場がありませんでした。今回アレルギーセンターという活動できる場ができましたので、すごく期待もしていますし、勉強もさせてもらおうと思っています。大阪府では小児科と成人科がコラボしているところはないので、小児科としても意味があると思っています。

大関 アレルギー疾患は本当に数も多くて需要も多いのに、ちゃんと診られる医師が少ない疾患でもあるので、ぜひこのアレルギーセンターでトータルアラジストを育てていき、みんなで正しい診療ができるようになっていければいいなと思っています。さらに自分が持っている知識を後輩に、またスタッフの方達にお伝えできたら、センターとしての価値が上がるのではないかと思います。

中村 私は喘息という病気から入っていったんですけれども、喘息という地盤があるので、いち呼吸器内科医としてアレルギーセンターと関わっていきたくて考えています。2型炎症、I型アレルギーの理解を深めると、やっぱり喘息もしっかりコントロールできますし、患者さんを診ていくうちに色々な併存疾患の存在に気づけるようにもなりましたので、アレルギーセンターを通して三島医療圏の喘息診療を大きく変えていけたらなという大きな野望を持っています。今は喘息と言え、誰もが特定の先生を思い浮かべるというようなイメージが私の中では強いので、三島医療圏で喘息と言え、大阪医科薬科大学でしょと、中村でしょと言われるようになりたいですね。

寺田 立ち上げにみんなの協力を得ながら、この半年ほど奔走してきましたが、今までの活動の中心は体制づくり、各講演会の企画とかでした。ただ患者さんに益すること、アレルギーセンター外来、総合外来に来ていただいて、患者さんにどう還元できるかということが我々の目

標です。それにはまだまだ道半ばで、体制づくりがちょっと進んだだけと見ます。この半年でまだ6名位しかアレルギー総合診で患者さんを診ておらず、決して現状に満足することなく、より良いアレルギーセンター化を進めていきたいと思うわけです。それは広い意味での地域への貢献だと思えます。地域というのは地域の患者さんもそうだし、地域のクリニックの先生方への啓蒙、情報発信もそうですから、今まで作ってきたような講演会の継続は、もちろん間違った方向ではないですが、講演会を開いたら我々の役割が終わりということでは決していないので、そこは間違えないようにしていきたいと思っています。もう一つは、大学からの活動資金はゼロです。活動面では死活問題なので、福永先生を中心に助成金獲得の活動を組織化して頂き、少額でもいいので毎年とり続けていかなければならないと思いますし、こういった活動が認められれば、将来、拠点病院認定の見直しの時期に、堂々と手を挙げられると思います。そのために実績を積んでおかなければならないと思っています。

ところで、みなさん、大阪の認定病院というと、どこかご存知ですか。

福永 大阪はびきの医療センターですか。

寺田 はい。大阪はびきの医療センター、関西医科大学附属病院、近畿大学病院、大阪赤十字病院です。当院も手を挙げたかったんですが、この分野でまだまだ未成熟だったので、できませんでした。いつ見直されるかというのは不定期で決まっていますが、その時期が来た時のために是非とも熟していきたくと思っています。

福永 兵庫は単独病院で拠点病院はないんです。神戸大学医学部附属病院、神戸市立医療センター中央市民病院、兵庫医科大学病院、兵庫県立こども病院の4つで…。

寺田 そういうのもありなんですか。

福永 これしかできなかったんです。神戸大学は、多数の診療科がアレルギーに関わっていません。実は、耳鼻科も専門的にはほとんどやっていないので、主に皮膚科と呼吸器だけなんです。ですから人数はわかりませんが、当センターの方が多彩な科が関わっているので、拠点病院を目指していけたらいいですね。

寺田 それぞれのご意見、ありがとうございます。時間になりましたので、本日の座談会を終えたいと思います。みなさん、これからもよろしくお願いたします。

