鹿児島市立病院だより

・病院長挨拶
・看護外来（健康教室）
・新任あいさつ
　酒瀬川呼吸器外科部長
・災害訓練
・医療フォーラム
・高度救急隊活動報告
・鹿児島市立病院ＯＢ会
・皮膚・排泄ケア認定看護師の活動
・花粉 - 食物アレルギー症候群

病院広報・医療連携誌
平成３０年３月　第２６号

ご　挨　拶

鹿児島市立病院長
坪　内　博　仁

平成２９年度も残り少なくなりましたが、地域の医療機関の皆様方には、平素、大変お世話になっております。本当にありがとうございます。

平成２９年度は、領域別に医療連携講演会を開催し、医療連携の推進に取り組むとともに、ＰＥＴ－ＣＴをはじめ、乳房断層撮影装置、超音波結石破砕装置、最新の腹腔鏡や内視鏡システムの導入など機器整備に取り組んだ1年でもありました。当院の平成２９年度の診療実績について、簡単にご紹介したいと思います。平成２９年度決算見込みの新入院患者数は約１４，６００人、平均在院医数は１１．６日、入院診療単価は約７３，０００円、延外来患者延数は約１７８，０００人、外来診療単価は約２１，５００円で、紹介率は約７０％、逆紹介率は約８４％となっています。私が院長に就任した平成２５年と比べると、平均在院日数は３．３日短縮、新入院患者数は約４６％増加、診療単価も大幅に増加しました。平均在院日数の短縮に、いくつかの医療機関との連携が具体的な形で進んできたことも理由の一つだと考えています。また、昨年度導入した選定療養費制度により、延べ外来患者数はやや減少したものの、診療単価の増により外来の収益は大幅に増加しました。結果的に平成２８年度に策定した経営計画をほぼ達成できたことは、当院との医療連携を進めていただいた皆様方のお蔭だと心より感謝しています。

平成３０年度は医療・介護の診療報酬改定の年で、医療機関にとっては現在の最大の関心事だと思います。基本的方針として，１．地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進、２．新しいニーズに対応できる質の高い医療の実現・充実、３．医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進、４．効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上があげられ、すでに医療報酬の改定は本体＋０．５５％、医科＋０．６４％、薬価－１．６５％と決まっています。今後、その内容の詳細が明らかになるものと思いますが、国が引き続いて基本方針1．に力を入れていることは間違いなく、今後も医療連携の推進、病院の機能分化・強化に取り組む必要があると痛感しています。とくに、当院は地域医療支援病院の基準を満たしたことから来年度からの承認を鹿児島県に申請しました。承認されれば、地域医療支援病院としての取り組みをさらに進めていきたいと考えています。平成３０年度もどうかよろしくお願い申し上げます。

「健康教室」を開催して

看護部　外来
副看護師長　村　橋　周　子

鹿児島市立病院看護部の理念は「心のこもった安心安全な質の高い看護を提供する」です。平成２９年１１月より、患者家族の健康予防の指導と健康管理の情報提供を行うことを目的に健康教室を始めました。テーマは、季節に応じた内容を中心に企画しています。

第１回目と２回目は冬季であり、感染管理認定看護師が中心となり「冬季に流行するウィルス疾患の予防について」をテーマとして①インフルエンザのお話②ノロウィルス感染症のお話③手洗いの正しい方法④マスクの正しいつけ方・外し方について実施しました。感染管理認定看護師は来院者からの相談に応じたり、グリッターパグを使用しての手洗い演習などを行いました。

手洗い演習では、小児から高齢者まで多くの方に参加して頂き「普段きちんと洗っていると思っていたのに洗えていないのに驚いた」などの声も聞かれました。

第3回目は歯科衛生士が中心となり「お口の健康相談」をテーマに①放射線治療・化学療法中のお口のケア方法②正しい歯磨きの方法③入れ歯の取扱いやお手入れ④お口の乾燥、歯周病について相談に応じました。

健康教室に参加した方から「待ち時間にこの様な事をして頂くとありがたい」「健康教室を行っている事を初めて知りました。毎月来ているので是非参加したい」と感想をもらいました。

まだ実施回数は少ないですが、参加者から意見をもらい継続した取り組みが必要であると考えています。今後は定期的な開催を予定しており、理学療法士や栄養士、薬剤師など連携を図りながら市民の皆様のニーズに応えられるような内容を企画し実施していきたいと思います。

就任のご挨拶

呼吸器外科
部　長　**酒瀬川　浩　一**

２０１４年１月に鹿児島市立病院呼吸器外科の新設に伴い部長として赴任された柳正和先生が２０１８年１月１日から鹿児島大学病院へ赴任する事となりました。患者満足度No.1をかかげ日々の診療に当たり、忙しい日々を過ごしておられ様々な軌跡を残しておられます。ありがとうございました。後任として酒瀬川浩一が赴任する事になりました。卒後２年目に研修医として１年６か月間勤務して以来、２５年ぶりの市立病院となります。宜しくお願い致します。

何もかもが新しくなっている市立病院に困惑しつつ、まずは頭と体を慣らすべく、職域を問わず多方面の皆様に助けていただきながら日々の臨床に悪戦苦闘している日々が続いております。不慣れな点も多く、ご迷惑をおかけします。

私は鹿児島大学の旧第二外科に入局し外科のイロハを学びました。２０１０年に鹿児島大学呼吸器外科講座の開設に伴い、同教室に移り現在に至っております。第二外科在局中に、東海大学病院呼吸器外科へ国内留学の機会を頂き1年間胸腔鏡手術を学びました。呼吸器外科医局に移ってからも虎ノ門病院呼吸器外科で1年間の胸腔鏡手術を学ぶ機会を頂きました。医局や地域の枠組みを超えて、さまざまな呼吸器外科の先生方の手術をともに経験した事が自身の診療の礎となっています。

市立病院の呼吸器外科診療は、肺癌を中心とし気胸や縦隔腫瘍、外傷など多岐にわたっています。胸腔鏡を使用した低侵襲手術への取り組みや、難易度の高い局所進行癌に対しても臆する事なく臨み更なる内容の充実を図るべく、他科の先生方や連携医療機関の皆様方のお力をお借りして、様々な患者様に満足のいく医療を提供できるように努力してまいります。

どうぞ、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

平成３０年度　病院災害訓練を終えて

訓練運営スタッフ　**高　間　辰　雄**

東日本大震災以降、厚生労働省は、災害拠点病院に対して、被災しても速やかに機能を回復し診療を続けるための事業継続計画（Business continuity planning：BCP）を策定する様に働きかけていたが、その整備は進まなかった。そのような状況の中で平成２８年４月に発生した熊本地震では、熊本県内の計１４病院が診療継続困難となり、入院患者１２４３人を転院させざるを得なくなった。病院機能低下による災害関連死症例も発生し、BCPの整備は急務とされ、平成31年3月31日までに全国の災害拠点病院では、BCPの策定が義務づけられた。更に、BCPに基づく訓練の実施もその指定要件に追加された。

今回、当院では、平成２９年４月よりBCPの策定を開始し、平成３０年２月４日に「新病院の事業継続計画（Business continuity planning, BCP）を検証する」と題した災害訓練を行うこととした。本訓練を行うにあたり、大きく5つの特徴を持った訓練を計画した。

第1の特徴は、BCPに基づき、災害対策本部・各部門を実災害同様、各階に展開する事である。実際

の動線や連絡方法等を、実際に訓練で確認し、机上で作成されたBCPに不備が無いかを確認することとした。

第２の特徴は、実災害で発生する「帰宅困難者の問題」「行政各機関との連携」「マスコミ対応」「医療従事者の過重労働問題」などの様々な問題を各部門に付与したことである。シナリオに記載されていない負荷を作成し、当院のBCPが想定外の負荷に対応できるかを検証した。

第３の特徴は、よりリアルな医療従事者目線を訓練に盛り込んだことである。「BCP＝事業継続計画」は「事業を継続する医療従事者」がその能力をフルに発揮することで実行することが出来る。そのため災害時に医療従事者に降りかかる「食糧の問題」「家族の問題」「過重労働の問題」の解決を迫る内容とした。

第４の特徴であるが、火山県である当県では，地震のみならず噴火災害が発生する可能性がある。特に人口６０万都市から数km先に桜島という活火山を抱えた鹿児島市の中核病院である当院のBCPは地震災害のみならず噴火災害にも対応出来なくてはならない。特に訓練の２週間前に群馬県本白根山の噴火災害があり、本訓練においても噴火災害を想定したシナリオを組み込んだ。

最後に、第５の特徴であるが、「皆が楽しみ、また参加したい、と思われる訓練」を目指した。災害訓練が「楽しい」とはいささか不謹慎であったが、「訓練に出て良かった」と思って頂き、災害医療の仲間を増やしていきたい、という運営側の狙いがあった。そのため、一人も「所在なげ」な参加者を生まない様、緻密な計画・想定付与が求められた。今回の５つの特徴のうち、この5番目の特徴を出すことが一番苦労し、また一番楽しい作業であった。

訓練の準備は２０１７年１２月末より開始し、策定中のBCPに基づいて訓練計画が立てられた。準備期間がやや短かったものの、看護部の強力なバックアップがあり、また、各部門（薬剤部・臨床検査部・放射線部・事務局）からの昨年の訓練を踏まえた改善点をいくつも提示して頂き、リアリティの高い訓練を準備することができた。特に昨年、鹿児島県DMATを取得された看護師長さん達により、訓練の細かい部分まで災害医療の概念が注入され、訓練としての精度が格段に高くなった。また２月２日の最終ミーティングでは、坪内病院長から激励の言葉を頂き、運営スタッフのモチベーションが一気に高まった。

訓練当日は朝から小雪のちらつく寒い日であったが、病院始まって以来、初めての休日開催にも関わらず、各部門のプレイヤー、運営スタッフ、模擬患者役の看護学生さん、市内の各病院からの応援スタッフ、総勢２４６名に参加して頂き、メディアも数社来院する盛況であった。今回の訓練では、実災害と同じ様にプレイヤー、運営スタッフともに各階、各部署に展開したため、訓練全体がどのように進行し、どのような問題点があり、我々の掲げた4つの特徴がしっかりと反映されていたかどうか、本稿を書いている２月９日現在、我々運営スタッフとしても把握出来ていない。

しかしながら、５番目の特徴である「皆が楽しみ、また参加したい、と思われる訓練」に関してはある程度達成出来たのではないかと自負している。演技が上手くできずに悔しがっていた看護学生さん、「来年は同じ場所でリベンジしたい」と言ってくれた方々、終わったと同時に、「来年の訓練はああしよう、こうしよう」と話かけてくれた運営スタッフ、口々に「疲れたー」と言いながら帰って行く参加者の方々。是非来年も参加して頂ければ幸いである。

本年度の訓練はこれで終了では無く、参加者皆さんの反省点や、明らかになった問題点を抽出・解析し、次回の訓練やBCPの改定に向けての提言をする作業が残っている。準備の段階で坪内病院長より頂いた「次回は、細かい枝葉の部分をしっかりと訓練してから、全体訓練を行った方が良い」とのアドバイスを頂いたが、来年度は各部門のみの訓練を個別に行い、更に練度の高い全体訓練を行いたい。また、日本ではほとんど前例の無い、しかし当院は必ず行わなければならない「降灰災害訓練」を是非来年は実施したい。

ご参加下さった皆様、本当に有り難うございました。来年の訓練も宜しく御願いいたします。

第4回　市民のための医療フォーラム

2017年11月25日土曜日、一般の方を対象に、「がんをきちんと診断して、優しく治そう」をテーマに４名の先生方による医療フォーラムが当院の多目的ホールで開催されました。その中から２名の先生の講演内容を紹介させていただきます。

「内視鏡下に切って、つないで、取り出す、おなかの手術」

消化器外科 科長　**柳　　政　行**

昨今の日本では、死亡原因の第一位、全体の約３０％は悪性新生物です。部位別がん死亡数をみると、男女ともに消化器のがんが約半数を占めています。また罹患数の多い順では、胃、大腸、肺の順となります。そこで、今回は、内視鏡外科手術についてのお話、特に胃、大腸の腹腔鏡手術について述べさせていただきました。また、どうやって切って、つないで、取り出しているのか、なかなかイメージがわかない方も多くいらっしゃると思い、やや専門的な話にはなりますが、胃、大腸の実際のつなぎ方なども解説いたしました。

まず、内視鏡外科手術（腹腔鏡手術）のメリット（手術痕が小さい、痛みが少ない、術後の回復が早い、癒着が少ない等）、デメリット（術部の触感が少ない、出血の際のモニター画面での把握が困難、手術時間が長くなる傾向、専門医の数・養成の問題など）を説明しました。専門医養成ですが、日本内視鏡外科学会では手術ビデオ審査による技術認定制度を制定し（合格率３０％程）、指導者の育成、内視鏡外科の健全な普及と進歩を促しています。当科には２名の技術認定取得者がおります。

また、腹腔鏡をはじめとした内視鏡外科手術の普及には、道具の進歩が欠かせません。「血を出さずに切る」「血を止める」「つなぐ（吻合）」の道具も超音波凝固切開装置、自動縫合器、自動吻合器などの改良が進み、より高性能なものが普及してきています。特に電動化の開発が進んだ自動縫合器は、１０ｍｍのポートから入る直線型機器で、主に腸管を切るとか肺を切るなどに使用します。最近ではこれを用いて食道・胃・腸管の吻合を行います。以前の胃の手術の吻合は、約３ｃｍの太さのために４ｃｍ以上の小開腹の追加が必要な自動吻合器で行っていましたが、今は自動縫合器のみで行う手技が開発され、胃切除術のキズの大きさは、完全腹腔鏡下：５－６個の穴のみへと変遷がみられていることを図解で示しました。

さて、消化器外科における腹腔鏡手術ですが、同科が扱うすべての臓器に対して内視鏡外科手術が行われていると言っても過言ではありません。胃、大腸はもちろんですが、術式によって保険適応や施設基準・学会登録等の制限があるものの、腹腔鏡下肝切除術、腹腔鏡下膵切除術なども行われるようになってきています。内視鏡外科手術は体に優しいですが、メリットとデメリット、疾患・進行度の適応があります。担当の医師とよく話し合い、十分に納得したうえで、それぞれの患者さんの病状や希望に合った治療を選択することが大切です。

「最新 PET-CT によるがん診断」

放射線科 部長　**中別府　良　昭**

２０１７年１１中旬より当院でもPET−CTが稼働いたしました。これで当院の癌の診断と治療の環境が、今までより格段によくなりました。

がんの診療では、PETはFDGというブドウ糖に似た放射線物質を使用します。このFDGはガンマ線と呼ばれる放射線を発しておりPET装置はこのガンマ線を検出します。一般にがん細胞はFDGを取り込む性格がありますので、がんの場所を知ることができるようになり、CTと組み合わせることにより、その光の強さと場所をさらに正確に知ることができるようになります。CTは体の外からX線と呼ばれる放射線、MRIは磁場の中に体をおいて外から電磁波をあてて体の内部の状態を調べることができる検査です。例えれば、CTとMRIは体の外からサーチライトをあてて体の中と調べるのに対して、PETは体の中にホタルを放ち、ホタルが砂糖（ブドウ糖）に集まって光る場所を探すイメージです。CT、MRIは正常とは表面が異なる（例：ごつごつしている）がんの場所を探すのですが、PETはがん自身が光って自分の場所を知らせてくれるので、がんの場所がわかりやすくなります。当院で導入した新しいPET-CTはシーメンス社のBiograph　Horizonという機種でTOFとよばれる新しい技術を導入しており、従来機器よりより精度の高い検査を行うことができます。鹿児島県には２０１８年1月時点で、計6台のPET-CTがありますが、当院のPET-CTを含め2台が新世代のPET−CTです。

PET−CTはがん（癌・肉腫など悪性疾患）と診断された場合にのみ保険適応となり、がんの疑いでは保険適応となりません。検診についての問い合わせがいくつかありましたが、当院は現時点では検診目的でのPET検査は行っておりません。

がんのPET診断の役割は、がん病変の広がりと活動性を知るために行われます。がんは原発部（肺癌であれば肺、大腸癌であれば大腸）以外にリンパ節やその他臓器にも広がりやすい性格がありますので、PET−CTは広い範囲でこれをより正確に評価することができます。がん治療はがんの広がりを知ることで、初めて治療方針を立てることができるようなります。がんは一般に再発する場合が多いですので、癌の治療後も血液検査やその他の治療で再発が確認された場合にもPET−CTで再発場所を確認して、その広がりと活動性を知ることで治療方針がより正確に立てられます。

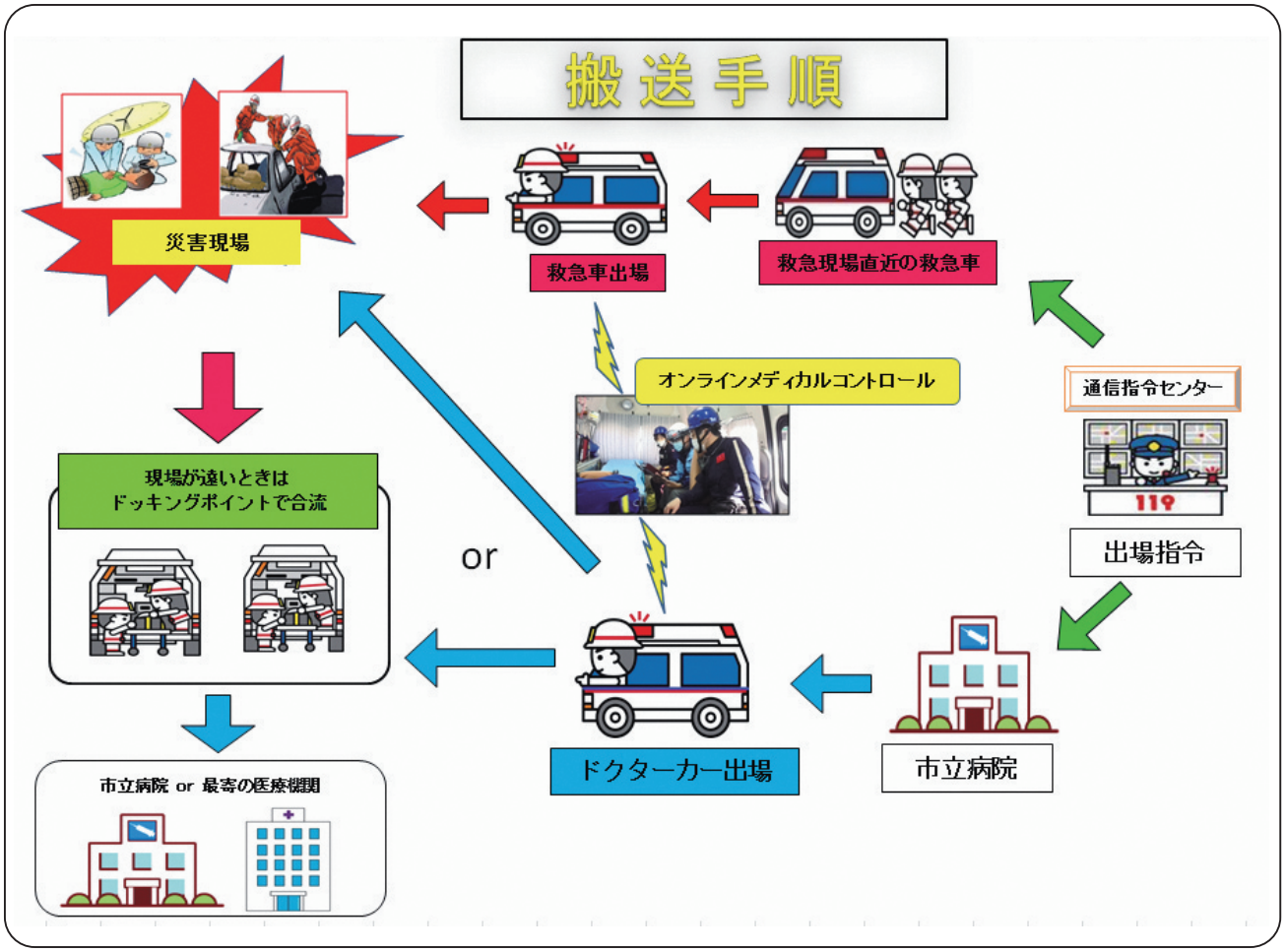
現在PETによる保険適応検査はFDGという薬品のみです。FDGはブドウ糖によく似た性格がありますので、検査前の、特に絶食が大事になります。最低5時間の絶食が必要ですが、水分摂取はとくに問題ありません。しかし、くれぐれも糖類が含まれていない水分を飲むことに注意してください。最近ではいろいろな飲料水が販売されておりますが、一部糖が含まれている場合がありますので、記載されている成分にはくれぐれも注意をお願いします。これが守られないと検査精度が極めて低下します。また、糖尿病のかたも当然絶食が必要ですが、それ以外に検査前には糖尿病の薬は飲まないようにお願いします。インシュリンを自己注射されている方もPET検査前は注射しないでください。これらの薬の使用もPET検査の精度を低下させます。

現在は、本院に通院しておられる患者様を対象に検査を行っております。稼働が始まり3か月が経過しましたが、まだ検査枠には余裕があるものの検査数は増加しています。ここしばらく様子をみて、他施設より紹介患者様の検査受け入れが可能かどうか探っていくつもりです。

鹿児島市ドクターカーの紹介

鹿児島市消防局 警防課 高度救急隊
隊　長　肥　後　賢　志

鹿児島市では、救命率の向上と後遺障害の軽減を目的として、平成２６年１０月からドクターカーの運用を開始しました。ドクターカーは、鹿児島市立病院を基地病院とし、鹿児島市消防局を実施主体としています。現在の運用は、日曜祝日を含む全日の８時３０分から１７時１５分までですが、３６５日２４時間運用を目指しています。ドクターカーの搭乗員は、医師１名、看護師１名、救急隊員３名で構成されています。ドクターカーの出場基準はキーワード方式を採用しており、１１９番通報を受けた段階で、生命に危険を及ぼすような「意識がない」「呼吸をしていない」などの内容が聴取できた場合に出場しています。また、現場直近の救急車も同時に出場します。



搬送スキーム

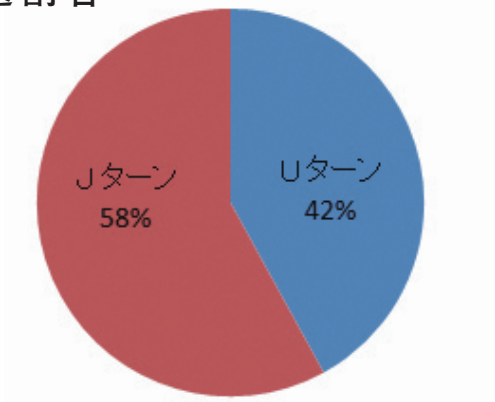
・Ｕターン　～　傷病者をドクターカーで鹿児島市立病院へ搬送
・Ｊターン　～　傷病者をドクターカーで鹿児島市立病院以外の医療機関へ搬送
・キャンセル～　症状等が安定しており、ドクターカーでなく先行救急隊のみで搬送

活 動 実 績

・出場件数　　３，３１１　件
・搬送件数　　２，１７５　件
（平成２６年10月1日～平成２９年12月31日）

搬送件数の内訳
・Ｕターン　　９０６件
・Ｊターン　　１，２６９件

搬送割合



（平成２６年10月～平成２９年12月まで）

【主な医療処置】

・静脈路確保	・薬剤投与	・血液ガス分析	・血糖値測定
・気管挿管	・気管切開	・１２誘導心電図検査	・エコー検査
・骨髄針	・胸腔ドレナージ	・心嚢穿刺	・開胸心マッサージ

● 早い医師接触

キーワード方式を採用することで、１１９番通報から医師接触まで平均１３分台となっています。

● オンラインメディカルコントロール

ドクターカーの活動では、先行している救急隊とスマートフォンの画像伝送アプリを使用することで、音声と映像を通していち早く傷病者の病態を把握することができ、必要な救命処置を先行の救急隊に指示することができます。

「鹿児島市立病院ＯＢ会」及び「現職職員との交流会」

当院では、医療連携の一環として毎年、「鹿児島市立病院ＯＢ会」及び「現職職員との交流会」を開催しております。今年は１８回目となる平成２９年度の会を、去る１月３０日（火）に中央町にありますＫＵＷＡＨＡＲＡｋａｎで開催しました。当日は、ＯＢ、ＯＧから医師３３名と看護師３名の計３６名の方に、お忙しいなかご出席いただきました。また、現職からも医師・看護師・事務職員合わせて３８名が出席いたしました。

最初にＯＢ会が開催され、発会以来会長を務めていただいた海江田外科の海江田健会長、平林脳神経外科の平林和明副会長、当院嘱託医の鹿島直子副会長の退任が了承され、新しい会長に増田整形外科病院の新名清成先生、同じく副会長にのぼり病院の蔵屋一枝先生が選出されました。

次に、現職職員との交流会が開催されました。

最初に、坪内博仁病院長が現在の病院の状況を織り交ぜながらあいさつを行った後、ＯＢの中から、現在の当院の治療や方針を聞きたいという要望がありましたので、今回は東元一晃呼吸器内科部長が「呼吸器内科における最新治療について」というタイトルで講演を行いました。

続いて、新名清成ＯＢ会新会長による乾杯のご発声で交流会が始まりました。おいしい食事とお酒に舌鼓をうちながら、在院当時の懐かしい話や現在の当院の状況などについて、話が盛り上がっていました。

交流会の途中では、ＯＢを代表して、池ノ上克宮崎大学学長と上村裕一鹿児島大学教授から近況のご報告が行われ、在院時の思い出から、現在の状況まで、楽しい話を聞かせてもらいました。

最後は当院の濵田信男副院長の万歳三唱でお開きとなりました。

当院はこれからも、顔の見える連携作りの一環として、ＯＢ会を盛り上げていきたいと考えております。

（医事情報課）

連携を見据えた皮膚・排泄ケア認定看護師の活動

皮膚・排泄ケア認定看護師
医療安全管理室　主査
真　方　美　紀

皮膚・排泄ケア認定看護師
外来　主査
永　田　富美子

皮膚・排泄ケア認定看護師は、創傷（Wound）・ストーマ（Ostomy）・失禁（Continence）の領域で活動しています。活動目的は、熟練したWOC 領域の看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践を提供し、看護の質の向上をはかることです。院内では、褥瘡などの創傷ケアとストーマ・失禁の排泄ケアを２名で組織横断的に活動しています。院内活動は、主に看護師を対象とする実践・指導・相談に応じ、患者や家族の自己管理およびセルフケア支援を行っています。

私たちの活動において医療連携室は、患者や家族のWOCケアを継続支援するための重要な拠点です。平成２９年８月に医療連携室主催の第７回「看看連携会議」に関わりました。テーマは「皮膚・排泄ケア領域をつなぐために」でした。事前に褥瘡ケアやストーマケアに関するアンケートを行い、地域医療機関や訪問看護の方々が医療機能の変化に伴い様々な問題を抱える現状を把握できました。また会議では、グループに分かれ「病院から病院、病院から在宅への連携」について、討議しました。「問題が発生しても相談窓口がない」という意見を聞き、「私達は地域のためにどのような支援ができるのだろう？」と考え、鹿児島のWOCネットワーク構築の必要性を感じました。そしてこれからの活動は、地域を見据えなければならないと痛感しました。

看看連携会議以降の活動は、アンケートや会議内容を考慮した活動に変化しています。褥瘡ケアは退院前に連携先へケア内容を事前連絡するようソーシャルワーカーへ依頼し、可能な調整を入院中に行います。特に褥瘡の治療で完治した場合は、入院早期に他職種カンファレンスを開催して、退院後の生活を見据えた褥瘡再発予防に取り組んでいます。ストーマケアは入院前から介入して退院まで関わり、ストーマ外来で支援を行います。必要に応じて訪問看護師と連携を図り、電話の相談やメールの相談にも対応しています。

地域から求められる皮膚・排泄ケア認定看護師の役割は、医療機能の分化や連携の推進で変化してきています。診療報酬では、在宅患者訪問褥瘡管理指導料での訪問看護師との同行訪問や退院後訪問看護指導料でケア継続する仕組みがあります。しかし、地域医療機関へ転院する場合は、シームレス（切れ目のない）な連携体制を整えていかなければなりません。私達は皮膚・排泄ケア領域の地域のニーズにも対応し、技術向上の支援を担いたいと考えています。WOC支援の要請には、褥瘡ケアやストーマケアの橋渡し役として、他医療機関との研修や訪問を行い、地域の皆様に貢献できるよう努めてまいります。

花粉・食物アレルギー症候群 (Pollen-food allergy syndrome: PFAS)

皮膚科　医長　**馬　場　直　子**

花粉 - 食物アレルギー症候群（Pollen-food allergy syndrome: PFAS）とは花粉抗原に感作された患者、つまり花粉症の患者が、原因となる花粉抗原と類似の構造をもつタンパク質を有する果実や野菜に交差反応のためにアレルギーを生じる疾患です。

臨床症状として、原因食物摂取直後から1時間以内に、口唇、舌、口腔粘膜、咽頭のかゆみや刺激感、閉塞感を自覚します。口唇や口腔粘膜の腫脹、水疱や血疱など他覚的所見を認めることもあります。

さらに鼻症状（鼻腔のかゆみ、くしゃみ、鼻汁、鼻閉）、眼症状（流涙、眼球結膜の充血や腫脹）、耳のかゆみ、皮膚症状（眼瞼や顔面の浮腫、全身の蕁麻疹）、消化器症状（腹痛、嘔気、嘔吐、下痢）、呼吸器症状（呼吸苦、喘息発作、喉頭浮腫）を伴い、アナフィラキシーショックに陥ることもあります。特にカバノキ科花粉 - 豆乳の間の交差反応やヨモギ花粉 - スパイス（セリ科のセロリ、ニンジンやスパイス）の間の交差反応は重症化しやすく、アナフィラキシーに進展しやすいです。

PFASは①問診から疑われる植物性食品について、I型アレルギー検査が陽性であること、②原因食物と交差反応が疑われる花粉のＩ型アレルギー検査が陽性であること、そのうえで③食物抗原と花粉抗原の間に交差反応が証明されることで診断できます。

問診の際は摂取直後の口腔咽頭症状が有力な手掛かりになります。Ｉ型アレルギー検査には血液検査（特異的IgE抗体測定など）や皮膚テスト（プリックテストやスクラッチテストなど）があり、必要に応じて負荷試験（口含み試験）を実施します。PFASではアレルゲンエピトープの脆弱性から標準化抗原液を用いる血液検査や皮膚テストで偽陰性になりやすいため、診断には新鮮や食品を使用したプリック to プリックテストが推奨されています。

PFASの感作原因である花粉症も、誘発症状である食物アレルギーも、IgE依存性即時型アレルギーです。いずれもヒスタミンなどの化学伝達物質の遊離によって生じるため、PFASの症状が口腔咽頭粘膜の違和感のみである場合は抗ヒスタミン薬を内服した上で原因食物を摂取すると症状はかなり抑制できます。ただし、アナフィラキシーの既往がある場合は摂取制限が必要です。

飛散時期		花粉	花粉と関連性のある食物の一例
春	1~6月	ハンノキ シラカンバ	リンゴ モモ 大豆(豆乳)など
	2~5月	スギ ヒノキ	トマト
夏	4~10月	オオアワガエリ カモガヤ	メロン スイカ キウイなど
秋	7~11月	ヨモギ	セロリ・ニンジンなど
		ブタクサ	メロン・スイカなど

鹿児島市立病院だより　第２６号
発行日：平成３０年３月
発行者：〒890-8760　鹿児島市上荒田３７番１号
　　坪内　博仁　鹿児島市立病院長（事業管理者）
担当者：医療連携室
電　話：099-230-7100　FAX 099-230-7101
HP ： http://www.kch.kagoshima.jp/