

アナフィラキシー：診断と治療

診断のための臨床判断基準（臨床クライテリア）


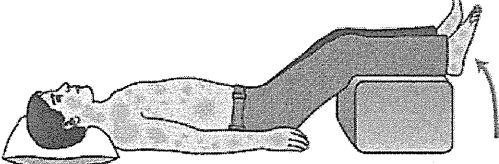
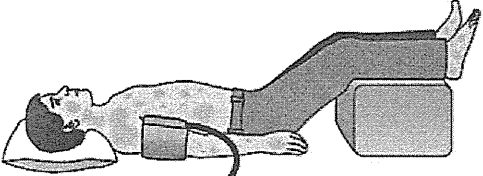


以下の三つの基準のうち、一つ以上を満たす場合、アナフィラキシーである確率が非常に高い

<p>1 突然（数分～数時間）起こる皮膚・粘膜のいずれかまたは両方に及ぶ（全身性の蕁麻疹・瘙痒感・紅斑、口唇・舌・口蓋垂の腫脹）病変に加え、</p>			
<p>さらに少なくとも次の1つを伴う場合</p>	<p>突然の呼吸器症状または予兆（息切れ、咳嗽、喘鳴、低酸素血症）</p>	<p>突然の血圧低下や末梢循環不全（低血圧、虚脱、失禁）</p>	
<p>または</p> <p>2 抗原と疑われるものや、その他の要因*に患者が接触してから数分～数時間の後に、下記2つ以上の項目が突然に発症した場合。</p>			
<p>突然の皮膚・粘膜症状または予兆（全身性の蕁麻疹・瘙痒感・紅斑、口唇・舌・口蓋垂の腫脹）</p>	<p>突然の呼吸器症状または予兆（息切れ、咳嗽、喘鳴、低酸素血症）</p>	<p>患者にとって既知の抗原**に暴露されてから数分～数時間の後に血圧低下が起きた場合。</p>	<p>突然の消化器症状（痙攣発作、嘔吐）</p>
<p>または</p> <p>3 患者にとって既知の抗原**に暴露されてから数分～数時間の後に血圧低下が起きた場合。</p>			
<p>乳幼児・小児の場合：収縮期血圧の低下（年齢に応じた）または平常時血圧の30%を超えて血圧が低下***する場合。</p>	<p>成人：収縮期血圧が90mmHgを下回る、または患者の平常時の血圧の30%を超えて低下する場合。</p>		
<p>* 例) IgEが関与しない免疫学的機序、または非免疫学的なもの（マスト細胞を直接活性化する場合）</p> <p>** 例) 昆虫に刺された後などは血圧低下が唯一のアナフィラキシーの予兆となりうる。また、免疫療法後の全身性蕁麻疹はアナフィラキシーの最初の予兆となりうる。</p> <p>*** 小児の血圧低下は、生後1か月～1歳までは70mmHg未満、1歳～10歳までは(70mmHg+(2X年齢))未満、11歳～17歳までは90mmHg未満とする。正常心拍数は、1歳～2歳は80-140回/分、3歳は80-120回/分、4歳以上は70-115回/分とする。幼児や小児では、血圧低下やショックより呼吸困難が起こりやすく、ショックの前兆として血圧低下に伴う頻脈が起こりやすい。</p>			

図 1-1. WAO アナフィラキシーガイドライン（日本語版）。

初期治療

1	アナフィラキシーを認識し治療するための文書化された緊急時用プロトコルを携帯し習熟する	
2	暴露要因があれば取り除く。例) 症状を誘発していると思われる治療薬・検査薬を静脈投与している場合中止する	
3		循環、気道、呼吸、意識状態、皮膚、体重を評価する。 STEP 4,5,6を速やかに並行して行う。
4		助けを呼ぶ; 可能なら蘇生チーム (院内) または救急隊 (地域)。
5		大腿部中央の前外側に0.1%エピネフリン(アドレナリン 1:1,000; 1mg/ml) 0.01mg/kgを筋注する。(最大量; 成人0.5mg、小児0.3mg) 投与時刻を記録し、必要に応じて5-15分毎に再投与する。多くの患者は1-2回の投与で反応する。
6		患者を仰臥位にする、または嘔吐や呼吸障害がある場合は楽な体位にする。下肢を挙上させる。突然立ち上がったたり座ったりした場合、数分で急変する場合がある。
7		必要な場合、フェイスマスクか経鼻エアウェイで高流量 (6-8L/分) の酸素投与を行う。
8		血管針またはカテーテル (内径14-16G) を用いて静脈路を確保する。必要に応じて、0.9% (等張) 食塩水を1-2リットル投与する。(例; 最初の5-10分間で成人なら5-10ml/kg、小児なら10ml/kg)
9		必要ならいかなる時でも胸部圧迫法で心肺蘇生を行う。
10		それらに加えて、 頻回かつ定期的に患者の血圧、脈拍、呼吸状態、酸素化 (可能なら継続的にモニタリング) を評価する。

References: Simons FER et al, for the WAO. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127:587-93.e22 and *WAO Journal* 2011;4:13-36
 Illustrator: J Schaffer Translator: M.Ebisawa, H. Saito, K. Ogura Disclaimer: In no event shall WAO be liable for any damages arising out of any use of or reliance on this material (see www.worldallergy.org for full disclaimer). Not for commercial use.

図 1-2. WAO アナフィラキシーガイドライン (日本語版)。

表1 アナフィラキシーショックによる死亡数
(厚生労働省人口動態統計：1996～2001年の6年間)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	合計
総数	46	46	51	55	61	58	368
ハチ刺傷	33	30	31	27	34	26	181
食物	2	2	4	3	1	3	15
医薬品	8	10	12	18	19	17	84
血清	0	0	1	0	1	0	2
詳細不明	3	4	3	7	6	12	35

表2 アナフィラキシーショックによる死亡数
(厚生労働省人口動態統計：2006～2011年の6年間)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	合計
総数	66	66	48	51	51	71	353
ハチ刺傷	20	19	15	13	20	16	103
食物	5	5	4	4	4	5	27
医薬品	34	29	19	26	21	32	161
血清	1	1	0	1	0	0	3
詳細不明	6	12	10	7	6	18	59

表3 食物アレルギーによる死亡例の詳細（1999～2004年）

	症例1	症例2	症例3	症例4
年齢/性別	4歳/男	23歳/女	56歳/女	62歳/男
原因食品	チョコレート	甘エビ	ソバ	マグロの刺身
到着時心肺停止	あり	あり	あり	あり
摂取～発症	10分	1時間	直後	2時間
発症～搬送	32分	67分	25分	25分
発症～アドレナリン投与	35分	82分	45分	38分
原因食品の診断	あり	あり(カニ)	なし	あり
喘息の合併	あり	あり	なし	なし
死亡年	2001年	2004年	2002年	2001年

状態であり、プレホスピタルケア、特にアドレナリン（エピネフリン）の使用の重要性が示唆された。また、誤食が4例中3例を占め、原因診断がなされていても除去を完全に行うことが困難であることを示している。さらに喘息の合併は半数の症例で認められ、アナフィラキシーを合併している喘息患者の症状のコントロールもアナフィラキシー対策として重要であることが示唆された。この4例のうち人口動態統計に挙げられていたのは

半数の2例であったことも特筆すべきことである。表1・表2で示したデータに入ってきていない死亡症例も存在するという他にない。米国においても食物による致死性アナフィラキシー32例を検討した結果、①思春期あるいは若年成人が多い、②原因食品の90%以上がピーナッツやナッツ類、③病歴が確実な21例中20例に喘息合併、④アドレナリン（エピネフリン）の非使用例が大部分、などが示されている⁶⁾。国の事情が異

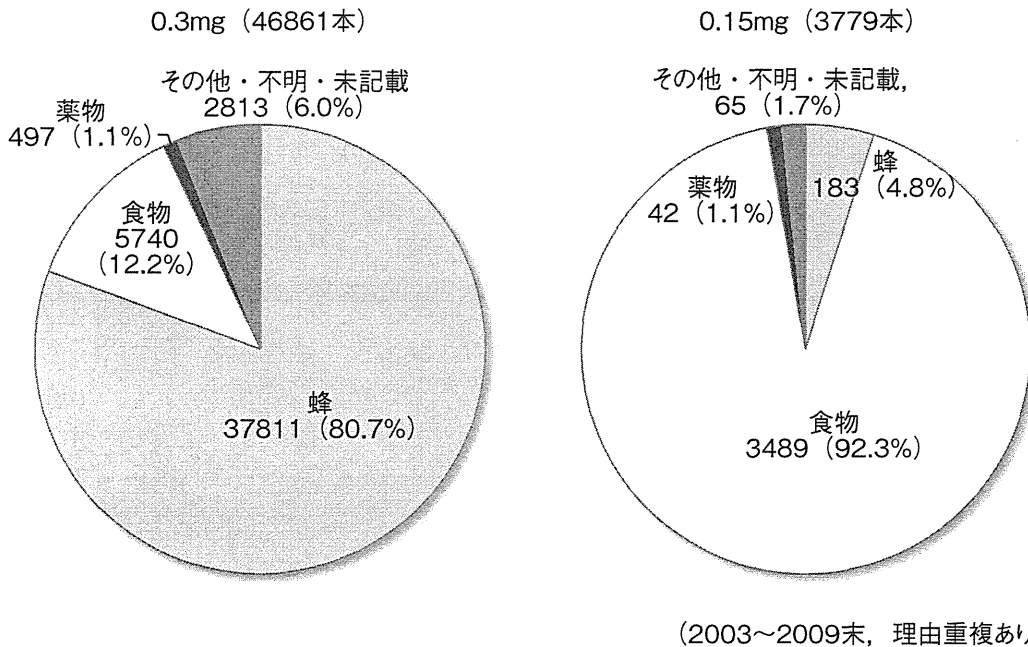


図2. 適応別処方内容内訳.

なれば原因食物が異なるのは当たり前であるが、喘息の合併、アドレナリン（エピネフリン）の非使用などが死亡症例の危険因子であるのは日米共通である。

エピペン®について

エピペン®はわが国では当初はメルク社、その後マイラン製薬、2012年の11月からはファイザー製薬により輸入販売されており、円筒の中に0.1%のアドレナリン（エピネフリン）のアンプル（2ml）と注射針が内蔵され使用時にバネの力により注射針が出て0.3ml（0.3mg）、0.15ml（0.15mg）を筋肉注射することが可能になる自己注射用の製剤である。非使用時には安全キャップが作動を止めており、使用時に安全キャップを取り外し大腿外側に針が出る側（安全キャップの反対側）を圧迫することにより衣類などの上からでも筋肉注射が可能である。エピペン®は1回限りの使い捨ての自己注射製剤であり再度使用はできない。2012年4月以降剤型が改良され、使用後にカバーにより針が収納されるようになった。わが国では2003年年8月よりエピペン®0.3mgがハチ毒に対して承認され、さらに2005年4月より薬物・食物によるア

ナフィラキシーに対しても、また剤型の追加としてエピペン®0.15mgが承認され小児を含め処方可能となった。当初は自費での購入であったが、2011年9月から保険収載されている。

エピペン®の使用症例の総括

エピペン®は日本国内で新たな治験を行うことなく承認されたため、厚生労働省は承認条件として、2003年から2009年までの一定期間での使用成績調査を義務付けた。厚生労働省に報告されたデータは膨大であるが、今回、使用調査成績の一部を解析したので、今後のアナフィラキシー対策に活用してもらいたい。

図2に示すようにエピペン®注射液の処方数は2003年～2009年の累積で合計51447本（0.3mg：46861本、0.15mg：3779本、不明：807本）であり、0.3mg製剤の処方が全体の90%以上を占めていた。0.3mg製剤では「蜂アレルギー」に対する処方が最も多く約8割を占め、0.15mg製剤では「食物アレルギー（食物依存性運動誘発性アナフィラキシーを含む）」に対する処方が9割を超えていた。2009年末までに使用されかつ調査票が回収できて安全性の解析対象となったのは449例であった

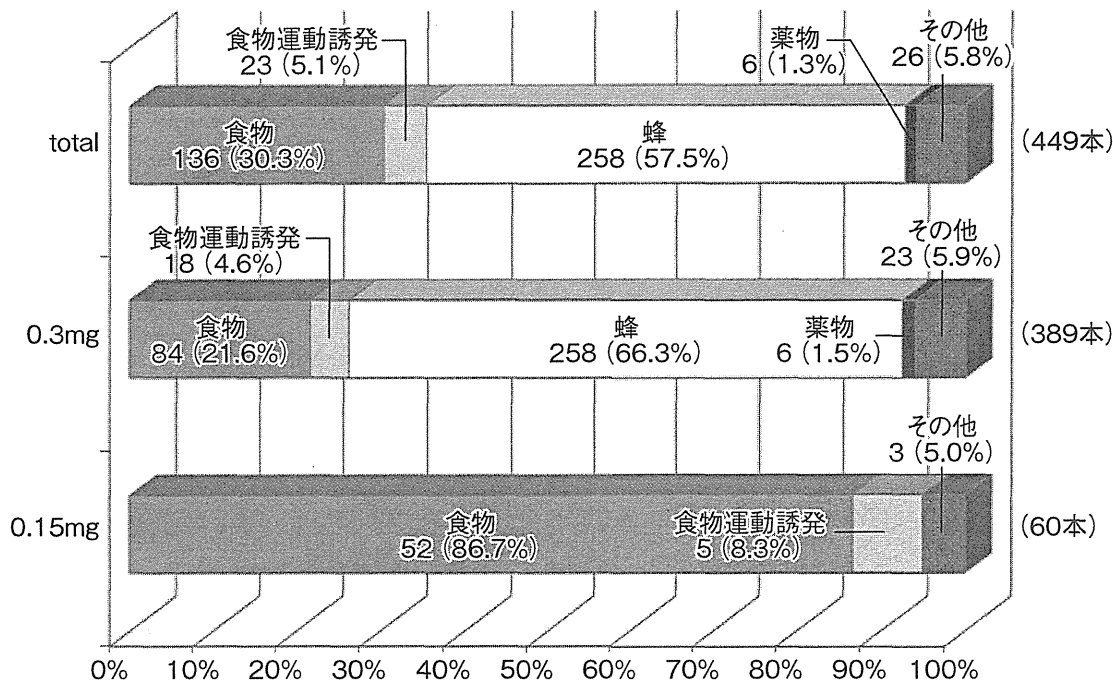


図3. エピペン®注射液の疾患別使用内訳。

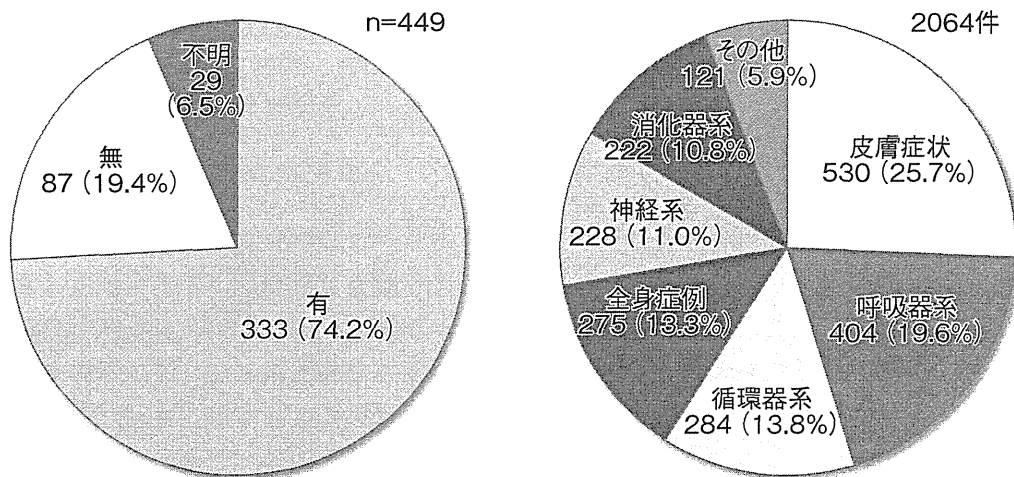


図4. アナフィラキシー症状の発現状況とその内訳。

(図3). エピペン®の使用率は1%前後であった。使用理由の内訳は全体では蜂アレルギーが最も多く(57.5%),次いで食物(30.3%),そして食物依存性運動誘発アナフィラキシー(5.1%)の順であった。0.3mg製剤では「蜂アレルギー」に対する使用が最も多く(66.3%),0.15mg製剤では「食物アレルギー(食物依存性運動誘発性アナフィラキシーを含む)」が使用理由の9割を超えていた。

0.15mg製剤では蜂アレルギーに対する使用はなかった。自己注射を行ったのは患者本人356名(79.3%),家族が61名(13.6%),医師17名(3.8%),同僚6名(1.3%),看護師5名(1.1%),その他4名(0.9%)であった。0.3mg製剤の投与者は本人が88%であったのに対して0.15mg製剤の投与者は家族が75%であった。図4に使用症例のアナフィラキシー症状の発現状況とその内

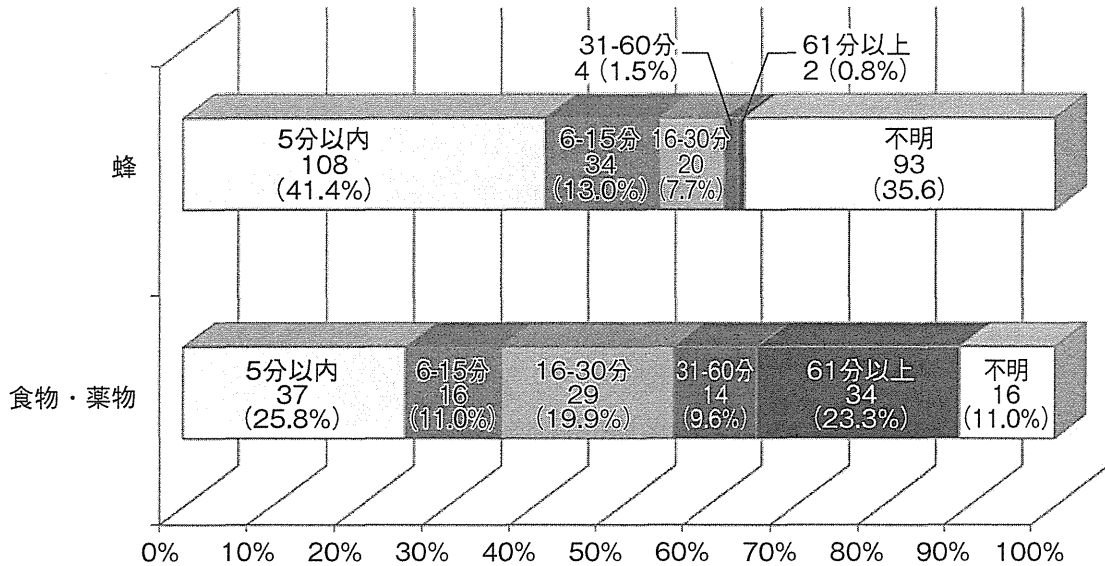


図5. アレルゲン曝露から症状発現までの時間.

訳を示す。449例のうちアナフィラキシー症状が出現して使用した例が74.2%で、症状がなくて使用されていたのは19.4%であった。症状がなくて使用されていた理由としては蜂アレルギー症例では過去に重篤なアナフィラキシー症状を経験している例で刺された直後に使用した例などが存在したためである。発現症状の内訳として2064件の症状が重複回答として上がってきている。皮膚、呼吸器、消化器、循環器、神経、全身など複数箇所に症状が出現している状況で使用に至った状況が明らかになっている。図5にアレルゲンの曝露から症状出現までの時間を蜂アレルギーと食物・薬物アレルギーでまとめた。食物等に比べ蜂アレルギーでは曝露から症状の出現までが早く、その結果蜂アレルギーに使用される例が多かった。0.3mg製剤の8割が抗原曝露から10分以内に使用されていた。図6に年齢別の使用症例の分布を示す。蜂アレルギーでは50～70歳台にピークが認められるのに対して、食物アレルギーでは0～9歳、10歳台に使用症例のピークが認められた。このデータからもこの年齢の子供達が在籍する保育所、幼稚園、学校などでアナフィラキシー発症時にエピペン®の使用が認められ推奨されることは当然のことである。表4にエピペン®使用に至ったアナフィラキシーの原因をまとめた。蜂アレルギーで

はスズメバチ類、アシナガバチ類が過半数を占めていたが、不明も2割以上存在した。食物アレルギーでは小麦が最も多く、乳製品、鶏卵、ピーナッツと続いたが、その他も38.6%、不明も23.6%に上った。図7に有効性と安全性に関してまとめた。エピペン®を使用した症例の転帰は回復・軽快を合わせると94.9%に上り、有効性の評価においては改善が82.2%に達していた。エピペン®が症状の発現を認めずに使用されていた例も存在し正確な有効率は算定できなかったが、アナフィラキシー発現時の初期治療補助薬として、80%以上の使用例で症状の改善が認められたことから、エピペン®のアナフィラキシー対策としての有効性が確認できたと言える。有害事象としては使用症例の3.7%の17例に認められたが、表5に示したようにアドレナリン（エピネフリン）自体の作用によるものと針による外傷によるものと大きく分類でき、いずれも転帰としては回復しており、医学的に問題となる重篤な副作用は認めなかった。

日本では、2008年の「学校のアレルギー疾患取り組みガイドライン」⁷⁾や2011年の「保育所におけるアレルギー対応の手引き」⁸⁾⁹⁾において園・学校における緊急時のエピペン®の使用も推奨され、2009年から救命救急士の業務としてエピペン®処方者に対するメディカルコントロール下でアナ

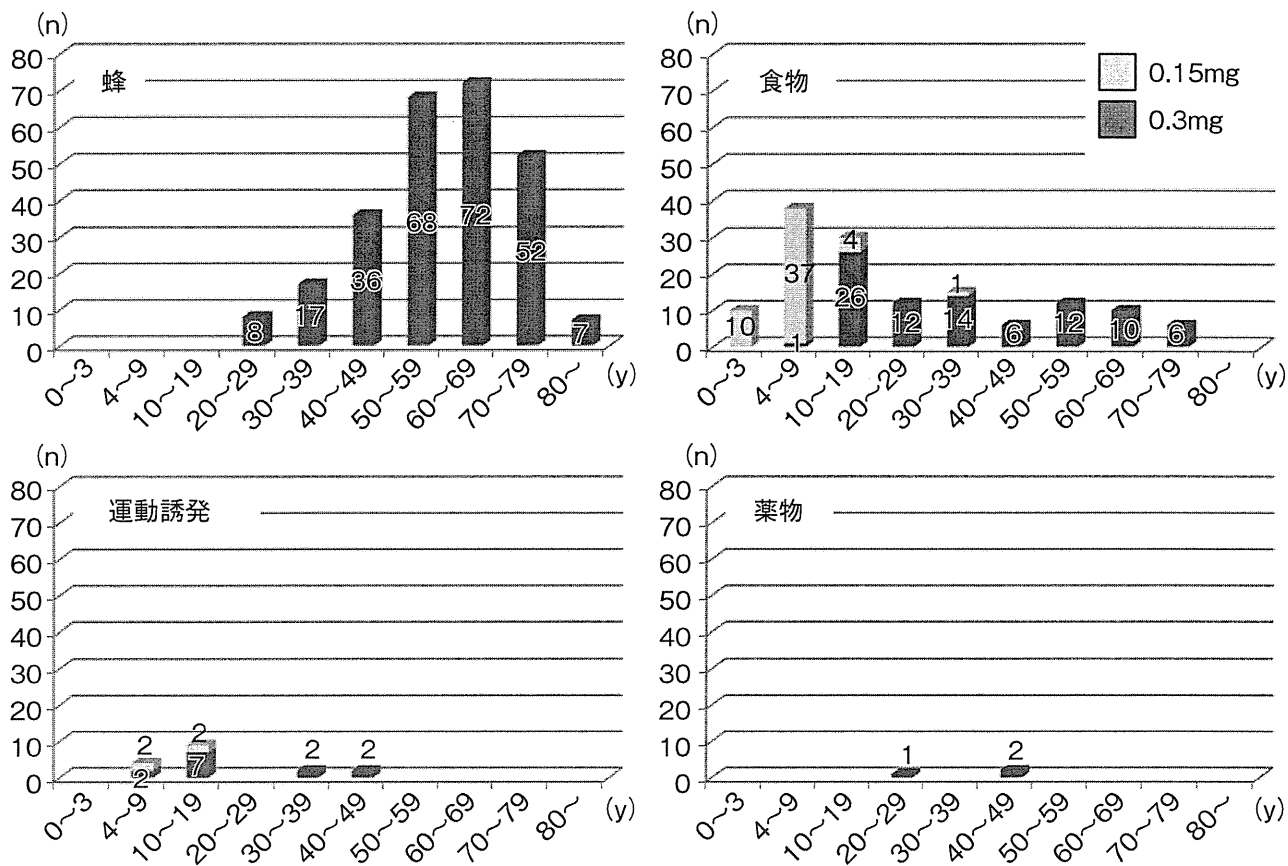


図6. 年齢別使用症例数.

表4 アナフィラキシーの原因

蜂		食物		内訳	
				0.3mg	0.15mg
スズメバチ類	94 (36.0%)	小麦	23 (16.4%)	14	9
アシナガバチ類	65 (24.9%)	乳製品	17 (12.1%)	3	14
ミツバチ類	23 (8.8%)	卵	8 (5.7%)	1	7
その他	22 (8.4%)	ピーナッツ	4 (2.9%)	2	2
不明	57 (21.8%)	そば	1 (0.7%)	0	1
		その他	54 (38.6%)	44	10
		不明	33 (23.6%)	24	9
合計	261	合計	140	88	52

フィラキシー発現時の使用も解禁された。しかし、医師をはじめとしてコメディカル、保育士、養護教諭、園・学校関係者にアナフィラキシーへのアドレナリン（エピネフリン）製剤の使用に関する

嫌悪感や恐怖心はまだまだ根強く残っている。今回のエピペン®の使用例の解析によりそれが少しでも緩和することを望むとともに我が国のアナフィラキシー対策をより一層進めていくことを関係各

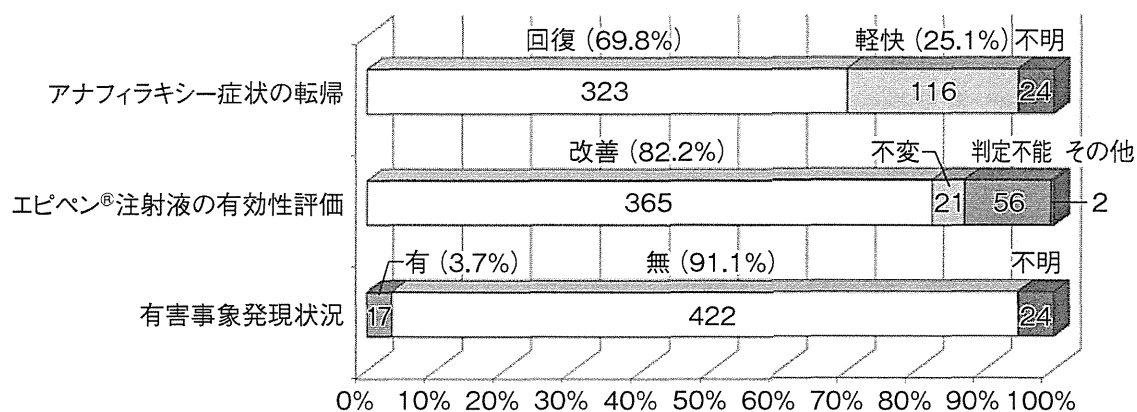


図7. 有効性と安全性について.

表5 有害事象発現概要

有害事象	件数	処置	転帰
アドレナリン自体の作用によるもの			
エピネフリン副反応	1	無	回復
局所冷感	1	有	回復
血圧上昇	1	無	回復
心悸亢進	1	無	回復
頻脈	1	不明	回復
手足のしびれ感	1	不明	回復
膝の辺りの痛み (注射側)	1	不明	回復
動悸	1	不明	回復
	1	無	回復
嘔気, 嘔吐	1	不明	回復
振戦	1	不明	回復
針による外傷			
接種部の切創	1	有	回復
投与部位の出血	1	無	回復
疼痛	1	無	回復

所が協力して進めていくべきである。

まとめ

WAOのアナフィラキシーのガイドラインを紹介するとともにエピペン®発売前後でのアナフィラキシーによる死亡者数のデータの変動, 2003

年から2009年末までに我が国で処方され使用されたエピペン®の有効性並びに安全性に関して検討を加えた。この総説が我が国の今後のアナフィラキシー対策のスタートになることを望むものである。

謝 辞

エピペン®の処方・使用症例のデータの蓄積を貢献された全国のエピペン®処方医の先生方に深謝するとともに、データの蓄積の継続したメルク社、それを引き継いだマイラン製薬の関係各位のご尽力に感謝します。この論文の作成にあたり国立病院機構相模原病院の杉崎千鶴子氏のサポートに深謝します。

利益相反 (conflict of interest) に関する開示：著者全員は本論文の研究内容について他者との利害関係を有しません。

文 献

- 1) Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al; World Allergy Organization. World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J* 2011; 4: 13-37.
- 2) Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al; World Allergy Organization. World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 127: 587-93.
- 3) Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF Jr, Bock SA, Branum A, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117: 391-7.
- 4) 佐々木真爾, 齊藤幾久次郎, 臼田 誠, 広澤三和子. 蜂毒アレルギーによるアナフィラキシーの予防と治療—林野庁における対応：エピペンの利用—。アレルギー・免疫 2003; 10: 1154-68.
- 5) 玉置淳子, 島崎修次, 海老澤元宏. 食物によるアナフィラキシーの関与が推測された死亡例の国内調査. 日本救急医学会雑誌 2005; 16: 564-6.
- 6) Bock SA, Munoz-Furlong A, Sampson HA. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 107: 191-3.
- 7) 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン. (財)日本学校保健会; 2008年5月.
- 8) 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン. 厚生労働省; 2011年.
- 9) 保育園におけるアレルギー対応の手引き 2011. 日本保育園保健協議会; 2011年3月.

保育所（園）・学校における食物アレルギー対応

国立病院機構相模原病院臨床研究センターアレルギー研究部

海老澤元宏

Key words: anaphylaxis — epipen — food allergy — nursery school — school

はじめに

食物アレルギーがわが国を含めた先進国を中心に小児で世界的な大問題になっている。2013年4月8日～14日まで世界アレルギー機構（World Allergy Organization：WAO）が主催したWORLD ALLERGY WEEK 2013（<http://www.worldallergy.org/worldallergyweek/>）でもメインテーマ（Food Allergy—A Rising Global Health Problem）として取り上げられた。小児では年齢とともに寛解する例は多いが¹、小児の社会生活、保育所（園）・学校における給食や活動にも影響することなので、それぞれの場で適切な対応が求められる。学校でのアレルギー対応としては2008年に日本学校保健会から“学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン”¹⁾が発行され、2011年には厚生労働省より“保育所におけるアレルギー対応ガイドライン”²⁾³⁾が発行されている。それぞれのガイドラインは管轄する省、アレルギー専門医、現場の関係者が時間をかけて作成したものであるが、普及/啓発が遅々として進まないのが大きな問題である。

背景

食物アレルギー/アナフィラキシーへの対応は表1に示したように過去10年間に様々な取り組みが進められてきた。食物アレルギーの診断法と

して最も重要な食物経口負荷試験の保険診療点数化やガイドライン等による診療の適正化も進められてきた。社会的対応として、①アレルギー物質を含む食品表示、②食物によるアナフィラキシーに対するエピペン®の適応拡大、③“学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン”の発行、④“保育所（園）におけるアレルギーガイドライン”の発行、が最も重要な施策であったと考えている。

保育所での食物アレルギー対応の実際

保育所で預かる乳児、幼児は学童に比べて食物アレルギーの頻度が高く（図1）、保育所ごとに食物アレルギーの対応が異なっている。現場では対応に関して著しい混乱があり、誤食事故も頻発している現状がある。そこで、保育所職員が保育所での具体的な対応方法や取り組みを共通理解し、保護者や保育所を取り巻く関係機関と連携をしながら取り組むことを目的として2011年に「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」²⁾、「保育園におけるアレルギー対応の手引き2011」が作成された³⁾。

保育所で預かる乳・幼児期の食物アレルギーの特徴としては、乳幼児の食物アレルギーの多くが乳児アトピー性皮膚炎を合併して発症していること、“食物アレルギーの関与するアトピー性皮膚炎”から“即時型”への移行があること、成長に

COUNTERMEASURES FOR FOOD ALLERGY IN NURSERY AND SCHOOL

Motohiro Ebisawa

Department of Allergy, Clinical Research Center for Allergology and Rheumatology, Sagami National Hospital

海老澤元宏：国立病院機構相模原病院臨床研究センターアレルギー研究部（〒252-0392 神奈川県相模原市南区桜台18-1）

E-mail: m-ebisawa@sagamihara-hosp.gr.jp

表1 食物アレルギー・アナフィラキシーの社会的対応の歩み

2002年	アレルギー物質を含む食品表示開始	厚生労働省
2005年	エピペン®の食物アレルギー・小児への適応拡大 「食物アレルギーの診療の手引き 2005」 「食物アレルギー診療ガイドライン 2005」	厚生労働省 厚生労働省研究班 日本小児アレルギー学会
2006年	食物アレルギー関連（入院での食物負荷試験・栄養指導）の診療報酬化	厚生労働省
2007年	アレルギー疾患への対応の現状報告 （食物アレルギー有病率 2.6%, アナフィラキシー 0.14%との報告）	文部科学省
2008年	学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン 外来での食物負荷試験の診療報酬化 「診療の手引き 2008」改訂, 「栄養指導の手引き 2008」	日本学校保健会 厚生労働省 厚生労働省研究班
2009年	「食物経口負荷試験ガイドライン 2009」 業務としての救急救命士へのエピペン®の使用解禁 食物負荷試験実施施設調査・公開	日本小児アレルギー学会 厚生労働省・総務省 厚生労働省研究班・食物アレルギー研究会
2011年	保育所におけるアレルギー対応 ガイドライン エピペン保険収載 「食物アレルギーガイドライン 2012」 「診療の手引き 2011」「栄養指導の手引き 2011」改訂	厚生労働省 厚生労働省 日本小児アレルギー学会 厚生労働省研究班

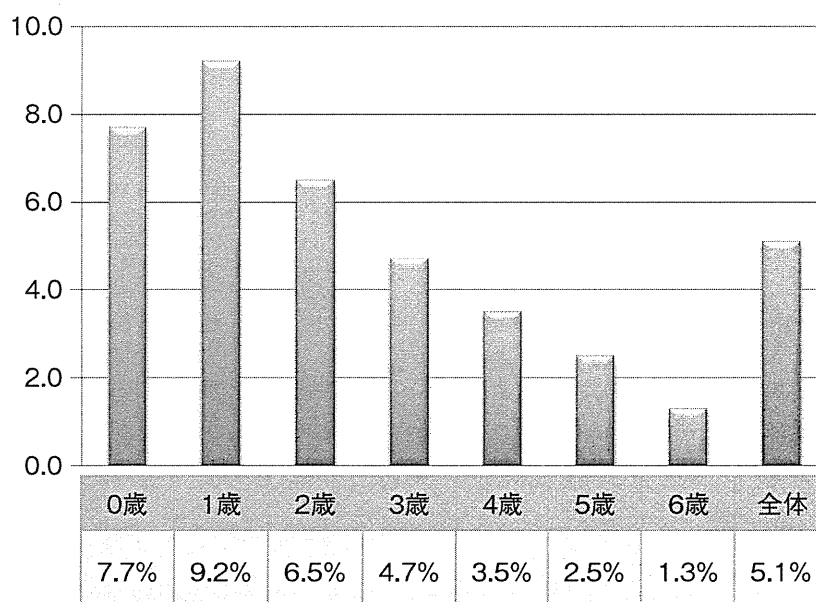


図1. 食物アレルギーの有病率（年齢別）。

保育所（園）におけるアレルギー疾患対応についての調査票・集計結果
 総所（園）数 892 園 対象園児数 101,322 名

つれて食物アレルギーの寛解（耐性化）も多いことなどが挙げられる。小児期の食物アレルギーの

中で最も多い「食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎」ではそのほとんどが乳児期に発

症し、3歳までに約5割^{4)~6)}、小学校入学までに約8~9割が寛解する⁷⁾⁸⁾。また、食物アレルギーの標準的な診断や治療を受けていない子どもも多く、保育所の近隣の開業医、施設長、保育士、栄養士の食物アレルギーに関する知識が最新の情報でない場合もあり保育所での対応の混乱の原因となっている。乳児期は離乳食を進めていく時期であるので、試したことのない食物も多くIgE抗体の感作陽性だけを理由に食物除去の指示を受けている場合も多い。また、乳幼児期の子どもは食べるものを自己管理できないため誤食事故も発生しうる。このように保育所では食物アレルギーの対応を難しくさせる要因が多い。

1) 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表の運用 (表2)

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表は、アレルギー疾患と診断された園児が、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限って作成する。入所面接時にアレルギーについて保育所での配慮が必要な場合に保護者から申し出てもらい、保育所は生活管理指導表を保護者に配付する。保護者は主治医、アレルギー専門医に生活管理指導表を記載してもらい、それをもとに保育所での生活や食事の具体的な取り組みについて施設長、嘱託医、看護師、栄養士、調理師などと保護者が協議して対応を決めることになる。保育所内では、子供の状況、保育所での対応(緊急時など)について職員が共通理解をしておき、定期的に状況報告などを行う。生活管理指導表は1年に1回見直しを行うこととなっている。

2) 食物アレルギーへの対応

前述のような乳・幼児期の現状や問題点を踏まえ、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」では保育所における食物アレルギー対応の原則を次のように示している。

- ①食物アレルギーのない子どもと変わらない安全・安心な保育所での生活を送ることができる。
- ②アナフィラキシー症状が発生したとき、全職員が迅速、かつ適切に対応できる。
- ③職員、保護者、主治医・緊急対応医療機関が十分に連携する。

④食物除去の申請には医師の診断に基づいた生活管理指導表が必要である(診断時+年1回の更新)。まだ診断が確定できていない児もいるため保育所(園)では“診断根拠”ではなく“除去根拠”を選択するようになっている。

⑤食物除去は完全除去を基本とする。

⑥鶏卵アレルギーでの卵殻カルシウム、牛乳での乳糖、小麦での醤油・酢・麦茶、大豆での大豆油・醤油・味噌、ゴマでのゴマ油、魚でのかつおだし・いりこだし、肉類でのエキスなどは除去の必要がないことが多いので、摂取不可能な場合のみ申請する。

⑦除去していた食物を解除する場合は親からの書面申請で可とする。(食べられるものを増やしていく際には医療機関からの書面申請は不要とした。)

⑧家で摂ったことがない食物は基本的に保育所では与えない。

⑨共通献立メニューにするなど食物アレルギーに対するリスクを考えた取り組みを行う。

⑩常に食物アレルギーに関する最新で、正しい知識を職員全員が共有し、記録を残す。

⑤に記載してあるように本物の食物アレルギーに対しては誤食防止の観点から食物除去を単純にすべきであるが、寛解途上にある児に対して人的に余力もあり、細かい対応ができていた保育所のきめ細やかな対応を妨げる指針ではない。

学校での食物アレルギー対応の実際

2004年度の文部科学省アレルギー疾患に関する調査研究委員会による全国の小中高生約1200万人の各種アレルギー性疾患の有症率が報告されている。図2に示すように気管支喘息5.7%、アトピー性皮膚炎5.5%、食物アレルギー2.6%、アナフィラキシー0.14%、アレルギー性鼻炎9.2%、アレルギー性結膜炎3.5%という結果であった。この有病率の解釈においてアトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎・結膜炎では軽症例が把握できていないと推定されるが、何らかのアレルギー性疾患を有する生徒は各疾患のオーバーラップを考慮しても20%以上になるとと思われる。アレルギー疾患

表2 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表

<参考様式>

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー・アレルギー性鼻炎) 提出日 平成__年__月__日

名前 _____ 男・女 平成__年__月__日生(__歳__ヶ月) _____ 組

この生活管理指導表は保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限り作成するものです。

アレルギー疾患	病型・治療	保育所での生活上の留意点	緊急連絡先	記載日
	食物アレルギー (あり・なし)	<p>A. 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載)</p> <p>1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎</p> <p>2. 即時型</p> <p>3. その他 (新生児消化器症状・口唇アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他)</p> <p>B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)</p> <p>1. 食物 (原因)</p> <p>2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー)</p> <p>C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に除去根拠を記載</p> <p>1. 鶏卵 ()</p> <p>2. 牛乳・乳製品 ()</p> <p>3. 小麦 ()</p> <p>4. ソバ ()</p> <p>5. ビーナッツ ()</p> <p>6. 大豆 ()</p> <p>7. ゴマ ()</p> <p>8. ナッツ類* () (すべて・クルミ・アーモンド)</p> <p>9. 甲殻類* () (すべて・エビ・カニ)</p> <p>10. 軟体類・貝類* () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ)</p> <p>11. 魚卵 () (すべて・イクラ・タラコ)</p> <p>12. 魚類* () (すべて・サバ・サケ)</p> <p>13. 肉類* () (鶏肉・牛肉・豚肉)</p> <p>14. 果物類* () (キウイ・バナナ)</p> <p>15. その他 ()</p> <p>【除去根拠】 該当するものを全て()内に番号を記載</p> <p>①明らかな症状の既往</p> <p>②食物負荷試験陽性</p> <p>③IgE抗体等検査結果陽性</p> <p>④未摂取</p> <p>D. 緊急時に備えた処方箋</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬「エピペン30.15mg」</p> <p>3. その他 ()</p>		
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	<p>A. 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性鼻炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性鼻炎</p> <p>主な症状の時期: 春・夏・秋・冬</p> <p>B. 治療</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服)</p> <p>2. 鼻噴霧用ステロイド薬</p> <p>3. その他</p>	<p>A. 屋外活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>	記載日	年 月 日

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。

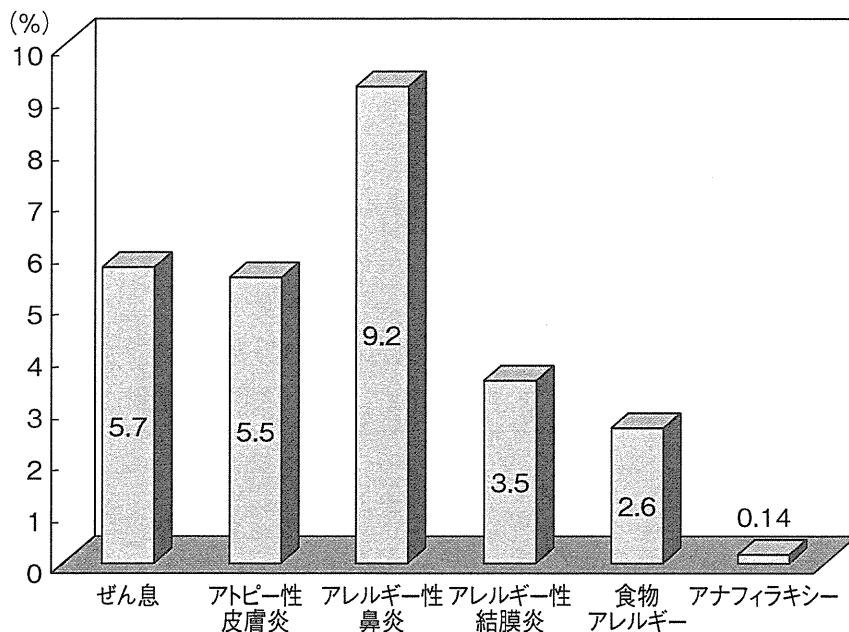


図2. 児童生徒全体のアレルギー疾患有病率.

平成16年6月末の実態を調査票により調査（文部科学省アレルギー性疾患に関する調査研究委員会）

の児童は各クラスに必ず存在すると思われるが、アレルギー疾患に対する学校での正しい理解や適切な対応は十分に行われているとは言えない状況である。2008年に日本学校保健会から刊行され全国の公立の小中学校向けに「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」と「管理指導表（アレルギー疾患用）」が配布された¹⁾。

1) 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の運用（表3）

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）はアレルギー疾患を有し、かつ学校での特別な配慮が必要な場合に、患者および保護者が学校側と対応について話し合うために医療機関から医療情報を提供してもらうことが主目的である。アレルギー疾患があっても、学校生活で問題になるようなことがなければ提出する必要はない。患者側からの申告だけでは過剰な要求や間違った対応となってしまう可能性もあるので、管理表は入学時、進級時に学校側から提出を促し、保護者と対応を話し合う際の基本情報とする。管理指導表が提出され、学校側が取り組みガイドラインを読んで対応していくことにより、確実にアレルギー疾患に対する

知識のレベルアップにつながっていくことが期待される。食物アレルギー対応、アナフィラキシー対応が最も重要なので以下にそのポイントを解説する。

2) 食物アレルギーへの対応

学童期の食物アレルギーは基本的には即時型の食物アレルギーが中心となり、病型としては即時型、口腔アレルギー症候群、食物依存性運動誘発アナフィラキシーの3つに分類される。学童期には食物アレルギーがアトピー性皮膚炎の悪化に繋がるということはほとんど認められなくなる。原因としては牛乳、鶏卵、小麦などが多いが、ソバ、ピーナッツ、甲殻類、果物など多岐にわたる。学童期の食物アレルギーは客観的な症状や食物負荷試験によって診断されているべきであり、IgE抗体陽性というだけで除去の指導が行われるべきではない。このことは医療従事者の食物アレルギーへの適切な対応や保護者の正しい理解が必須である。診断根拠を記入する欄も設けているのはそのような理由からである。

学校生活上、最も問題になることは学校給食である。食物アレルギーへの個別対応が行われてい

表3 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

表
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ 男・女 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生（ ____ 歳） _____ 学校 ____ 年 ____ 組 提出日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点	緊急時連絡先	
アナフィラキシー（あり・なし） 食物アレルギー（あり・なし）	A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	☆保護者 電話：	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 1. 食物（原因） _____) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー _____) 3. 運動誘発アナフィラキシー _____) 4. 昆虫 _____) 5. 医薬品 _____) 6. その他（ _____)	B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	☆連絡医療機関 医療機関名：	
	C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ〈 〉内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 〈 _____ 〉 2. 牛乳・乳製品 〈 _____ 〉 3. 小麦 〈 _____ 〉 4. ソバ 〈 _____ 〉 5. ピーナッツ 〈 _____ 〉 6. 種実類・木の实類 〈 _____ 〉 (_____) 7. 甲殻類(エビ・カニ) 〈 _____ 〉 (_____) 8. 果物類 〈 _____ 〉 (_____) 9. 魚類 〈 _____ 〉 (_____) 10. 肉類 〈 _____ 〉 (_____) 11. その他1 〈 _____ 〉 (_____) 12. その他2 〈 _____ 〉 (_____)	C. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	電話：	
	D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） 2. アドレナリン自己注射薬（「エビペン®」） 3. その他（ _____)	D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要	電話：	
[診断根拠] 該当するものを全てを〈 〉内に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性		E. その他の配慮・管理事項（自由記載）		
アレルギー性鼻炎（あり・なし）	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日	
	A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の時期： 春、夏、秋、冬	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	医師名 _____	
	B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他（ _____)	B. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医療機関名 _____	

●学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。

1. 同意する
2. 同意しない

保護者署名： _____

るかどうかは都道府県や市町村ごとに異なっている。食育ということを教育目標に掲げているのであるから、本来であればすべての生徒達に対して給食が提供されるべきである。食物アレルギーへの対応の充実の基本はまず学校関係者に正しい知識を持ってもらうことから始めるべきで、その上で各給食センターや調理場の実態に合わせて対応できる範囲を保護者と相談し定めていくべきである。学校給食においても全国で毎日のように健康被害が起きていることも事実である。家庭科で食物を取り扱う実習や牛乳パックの回収など食物アレルギー児にとって健康被害が引き起こされるような場面も学校生活では認められる。一生に一度の修学旅行などに食物アレルギーが原因で参加できないようなケースも存在する。このように多くの課題を抱えているが、食物アレルギーの診療レベルの改善、保護者と学校関係者への正しい知識の普及により事態の改善が図られることを期待している。

アナフィラキシーへの対応

アナフィラキシーはアレルギー反応の最重症な症状として時には命に関わることもある緊急の対応を必要とする。アナフィラキシーの原因として最も多いのは食物アレルギーであるが、そのほかにもハチ刺傷、運動、食物＋運動（食物依存性運動誘発アナフィラキシー）などが原因としてあげられる。学童期の有病率は0.14%であるので、各保育所や学校に必ずそのような児童が存在しうると考えられる。アナフィラキシーの症状として最も危険なのは呼吸器系の症状として呼吸困難（喉頭浮腫、喘鳴など）を呈する場合である。保育所や学校関係者としてまず行うべきは症状の把握であり、重症度の適切な評価である。症状が出現した際には抗ヒスタミン薬やステロイド内服も必要だが、多臓器の症状を伴うアナフィラキシーではショックに陥り命に関わることもあるので緊急の対応が必要になる⁹⁾。2005年4月からわが国でも食物や薬物によるアナフィラキシーに対して自己注射用アドレナリン製剤（エピペン[®]）が成人と小児に対して承認された¹⁰⁾。今までは患者自身が

身を守る方法は医療機関に駆け込むしかなかったのだが、患者や保護者がショック時に緊急避難的に用いる防衛手段を手に入れたのである。ペン型のバネ仕掛けの注射器で0.3mgと0.15mgの製剤があり、素人でも簡単に太腿の外側にズボンの上からでも注射できる。食物によるアナフィラキシーの場合には発症後30分以内に注射できるかどうかポイントで、特に医療機関にアクセスの悪いところでアナフィラキシーを起こした場合に威力を発揮する。使用するタイミングとしては喉頭浮腫や下気道の狭窄による呼吸困難等が出現した時が適応である。2013年12月に発生した調布の女児死亡事故のように心肺停止状態に陥ってから使用しても効果は得られない。保育所や学校においては緊急時の対応（搬送先の確保、保護者との連絡など）は保護者との間で取り決めておくべきであるが、すべてのケースでそのようなことが行われていないのが現状である。呼吸器症状が出現した際などのアナフィラキシー症状に対して患者自身と保護者が使用することは認められているが、保育所や学校においては低年齢の子どもが自ら管理、注射することは困難なため、アナフィラキシーが起こった場合、保育士・教職員がエピペン[®]を打ち、救急処置ができる体制をつくっておく必要がある。生命に関わるような場合には保育所、学校においては薬剤の保管や緊急避難として保育所・学校関係者がエピペン[®]を使用することも取り組みガイドラインにおいて推奨されている。平成21年からは救急救命士が業務としてエピペンを使用することも可能となっており、食物によるアナフィラキシー等の社会的な対応が進んできている。エピペンの有効性と安全性に関してはアレルギー（本誌）の総説を参考にしてもらいたい¹⁰⁾。

アレルギー専門医に求められる役割

地域において保育所を管轄する保育課、学校を管轄する教育委員会、そして医師会と協力し、食物アレルギー/アナフィラキシーの正しい知識に基づいたガイドラインに準拠した対応を推進していくことは、日本アレルギー学会専門医（主として小児科）の責務である。全国どこでも保育所（園）

や学校において食物アレルギー/アナフィラキシーに対して同じ対応が取られるようになる日を実現するために積極的に頑張っていたきたい。地域の対応を推進していくのにアレルギー専門医の役割は大きい。一例を挙げれば、神奈川県相模原市では公立学校に続いて、2013年4月から公立保育所への対応をガイドラインに準拠させた。また、保育所用、学校用の管理指導表のコストもすべて相模原市がサポートしてくれている。

今後の課題

いろいろなガイドラインの常であるが、ガイドラインを作った後の普及/啓発が最も重要な点である。特にこれら保育所(園)、学校におけるアレルギーガイドラインは官庁が主導し医師向けではなく現場に向けて作成されたものである。地域において保育所/学校を所管する組織が医師会と連携して対応をガイドラインに準拠することを推進をしていく必要がある。管理指導表とガイドラインはセットで運用されていくことが基本であり、管理指導表を単に診断書/指示書の代わりと思って運用されその理念を理解しないのでは全く意味が無い。保育士/教員が食物アレルギーやアナフィラキシーの勉強をする場は保育/教育現場に出るまで全く無いと言っても過言ではない。管理指導表とガイドラインをセットで運用し(管理指導表とガイドラインは該当する疾患が色分けされている)、繰り返し経験してもらうことでその意義を正しく理解し、関係各所がアレルギーを持つ子供達の健全な成長発育を支えていきたいものである。

謝 辞

この論文の作成にあたり国立病院機構相模原病院

の杉崎千鶴子氏のサポートに深謝します。

利益相反 (conflict of interest) に関する開示: 著者は本論文の研究内容について他者との利害関係を有しません。

文 献

- 1) (財)日本学校保健会. 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン. 2008.
- 2) 厚生労働省. 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン. 2011.
- 3) 日本保育園保健協議会. 保育園におけるアレルギー対応の手引き 2011. 2011.
- 4) 池松かおり, 田知本寛, 杉崎千鶴子, 宿谷明紀, 海老澤元宏. 乳児期発症食物アレルギーに関する検討 (第1報) —乳児アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの関係—. アレルギー 2006; 55: 140-50.
- 5) 井口正道, 宿谷明紀, 小俣貴嗣, 田知本寛, 海老澤元宏. 入院加療した食物アレルギー合併乳児重症アトピー性皮膚炎患者に関する検討 (第1報). 日小児会誌 2006; 110: 1534-9.
- 6) 海老澤元宏編. 食物アレルギー (小児アレルギーシリーズ). 診断と治療社; 2007.
- 7) 池松かおり, 田知本寛, 杉崎千鶴子, 宿谷明紀, 海老澤元宏. 乳児期発症食物アレルギーに関する検討 (第2報) —卵・牛乳・小麦・大豆アレルギーの3歳までの経年的変化—. アレルギー 2006; 55: 533-41.
- 8) 井口正道, 宿谷明紀, 小俣貴嗣, 田知本寛, 海老澤元宏. 入院加療した食物アレルギー合併乳児重症アトピー性皮膚炎患者に関する検討 (第2報). 日小児会誌 2006; 110: 1540-4.
- 9) 玉置淳子, 島崎修次, 海老澤元宏. 食物によるアナフィラキシーの関与が推測された死亡例の国内調査. 日救急医学会誌 2005; 16: 564-6.
- 10) 海老澤元宏, 西間三馨, 秋山一男, ルビー・パワンカール. アナフィラキシー対策とエピペン®. アレルギー 2013; 62: 144-54.

日本小児アレルギー学会推薦総説

保育所（園）・学校における食物アレルギー対応

国立病院機構相模原病院臨床研究センターアレルギー研究部

海老澤 元 宏

要 旨

食物アレルギーが我が国をも含めた先進国を中心に小児で大きな問題になっている。年齢とともに寛解する例は多いが、保育園・幼稚園・学校での給食や管理にも影響することなので社会的な対応も求められる。食物アレルギーの社会的対応として2002年にアレルギー物質を含む食品表示が始まり、小児の食物によるアナフィラキシーに対して自己注射用アドレナリン(エピペン®)も2005年から処方可能となっている。2008年には文部科学省の指導で日本学校保健会から“学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン”が発行され、2011年には厚生労働省から“保育所におけるアレルギー対応ガイドライン”も発行された。ガイドラインは保育所や学校を対象に作成されているが、普及啓発がまだ十分に進んでいるとは言えない。また、地域の医師の認識、協力も不可欠である。ここ数年で児童相談所や学校において提供された食物によるアナフィラキシーショックの死亡事故も発生している。全国どこでも同じような対応が可能になり、アレルギーを持つ児が安心して安全な生活を送れるように、保育所、幼稚園、学校を管轄する市町村と医療現場が協力してガイドラインに基づいた対応を推進していく必要がある。

キーワード：Food allergy, Anaphylaxis, Epipen, Nursery school, school

はじめに

食物アレルギーがわが国を含めた先進国を中心に小児で世界的な大問題になっている。2013年4月8日～14日まで世界アレルギー機構（World Allergy Organization：WAO）が主催したWORLD ALLERGY WEEK 2013 (<http://www.worldallergy.org/worldallergyweek/>)でもメインテーマ（Food Allergy—A Rising Global Health Problem）として取り上げられた。小児では年齢とともに寛解する例は多いが、小児の社会生活、保育所（園）・学校における給食や活動にも影響することなので、それぞれの場で適切な対応が求められる。学校でのアレルギー対応としては2008年に日本学校保健会から“学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン”¹⁾が発行され、2011年には厚生労働省より“保育所におけるアレルギー対応ガイドライン”²⁾³⁾が発行されている。それぞれのガイ

ドラインは管轄する省、アレルギー専門医、現場の関係者が時間をかけて作成したものであるが、普及/啓発が遅々として進まないのが大きな問題である。

背 景

食物アレルギー/アナフィラキシーへの対応は表1に示したように過去10年間に様々な取り組みが進められてきた。食物アレルギーの診断法として最も重要な食物経口負荷試験の保険診療点数化やガイドライン等による診療の適正化も進められてきた。社会的対応として、①アレルギー物質を含む食品表示、②食物によるアナフィラキシーに対するエピペン®の適応拡大、③“学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン”の発行、④“保育所（園）におけるアレルギーガイドライン”の発行、が最も重要な施策であったと考えている。

保育所での食物アレルギー対応の実態

保育所で預かる乳児、幼児は学童に比べて食物アレ

連絡先住所：〒252-0392 相模原市南区桜台18-1

国立病院機構相模原病院臨床研究センターア
レルギー研究部 海老澤元宏

表1 食物アレルギー・アナフィラキシーの社会的対応の歩み

2002年	アレルギー物質を含む食品表示開始	厚生労働省
2005年	エピペン®の食物アレルギー・小児への適応拡大 「食物アレルギーの診療の手引き 2005」 「食物アレルギー診療ガイドライン 2005」	厚生労働省 厚生労働省研究班 日本小児アレルギー学会
2006年	食物アレルギー関連（入院での食物負荷試験・栄養指導）の診療報酬化	厚生労働省
2007年	アレルギー疾患への対応の現状報告 （食物アレルギー有病率 2.6%, アナフィラキシー 0.1% との報告）	文部科学省
2008年	学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン 外来での食物負荷試験の診療報酬化 「診療の手引き 2008」改訂, 「栄養指導の手引き 2008」	日本学校保健会 厚生労働省 厚生労働省研究班
2009年	「食物経口負荷試験ガイドライン 2009」 業務としての救急救命士へのエピペン®の使用解禁 食物負荷試験実施施設調査・公開	日本小児アレルギー学会 厚生労働省・総務省 厚生労働省研究班・食物アレルギー研究会
2011年	保育所におけるアレルギー対応 ガイドライン エピペン保険収載 「食物アレルギーガイドライン 2012」 「診療の手引き 2011」「栄養指導の手引き 2011」改訂	厚生労働省 厚生労働省 日本小児アレルギー学会 厚生労働省研究班

保育所(園)におけるアレルギー疾患対応についての調査票・集計結果

総所(園)数 892 園 対象園児数 101,322 名

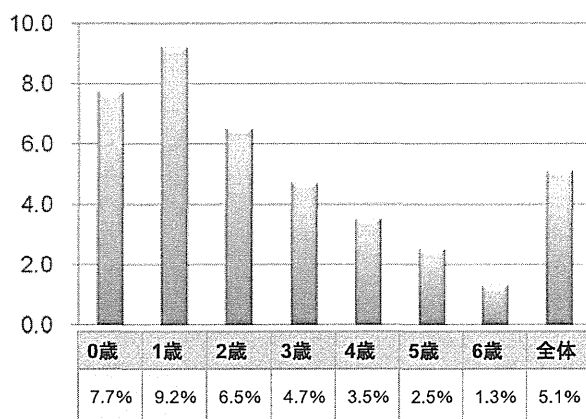


図1 食物アレルギーの有病率(年齢別)

アレルギーの頻度が高く(図1)、保育所ごとに食物アレルギーの対応が異なっている。現場では対応に関して著しい混乱があり、誤食事故も頻発している現状がある。そこで、保育所職員が保育所での具体的な対応方法や取り組みを共通理解し、保護者や保育所を取り巻く関係機関と連携をしながら取り組むことを目的として2011年に「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」²⁾、「保育園におけるアレルギー対応の手引き 2011」が作成された³⁾。

保育所で預かる乳・幼児期の食物アレルギーの特徴としては、乳幼児の食物アレルギーの多くが乳児アトピー性皮膚炎を合併して発症していること、“食物ア

レルギーの関与するアトピー性皮膚炎”から“即時型”への移行があること、成長につれて食物アレルギーの寛解(耐性化)も多いことなどが挙げられる。小児期の食物アレルギーの中で最も多い「食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎」ではそのほとんどが乳児期に発症し、3歳までに約5割^{4)~6)}、小学校入学までに約8~9割が寛解する⁷⁾⁸⁾。また、食物アレルギーの標準的な診断や治療を受けていない子どもも多く、保育所の近隣の開業医、施設長、保育士、栄養士の食物アレルギーに関する知識が最新の情報でない場合もあり保育所での対応の混乱の原因となっている。乳児期は離乳食を進めていく時期であるので、試したことのない食物も多くIgE抗体の感作陽性だけを理由に食物除去の指示をされている場合も多い。また、乳幼児期の子どもは食べるものを自己管理できないため誤食事故も発生しうる。このように保育所では食物アレルギーの対応を難しくさせる要因が多い。

①保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表の運用(表2)

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表は、アレルギー疾患と診断された園児が、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限り作成する。入園面接時にアレルギーについて保育所での配慮が必要な場合に保護者から申し出てもらい、保育所は生活管理指導表を保護者に配付する。保護者は主治医、アレルギー専門医に生活管理指導表を記載してもらい、それをもとに保育所での生活や食事の具体的な取り組みについて施設長、嘱託医、看護師、栄養

表2 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表

〔参考様式〕

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー・アレルギー性鼻炎) 提出日 平成 年 月 日

名前 _____ 男・女 平成 年 月 日生 (歳 月) _____ 組

この生活管理指導表は保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限り作成するものです。

アレルギー性疾患	病型・治療	保育所での生活上の留意点	緊急連絡先
	食物アレルギー(あり・なし) アナフィラキシー(あり・なし)	A. 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 (新生児消化器症状・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他: 食物依存性運動誘発アナフィラキシー)) B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因)) 2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー)) C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 () 2. 牛乳・乳製品 《 》 () 3. 小麦 《 》 () 4. ソバ 《 》 () 5. ビーナッツ 《 》 () 6. 大豆 《 》 () 7. ゴマ 《 》 () 8. ナッツ類* 《 》 () 9. 甲殻類* 《 》 () 10. 軟体類・貝類* 《 》 () 11. 魚卵 《 》 () 12. 魚類* 《 》 () 13. 肉類* 《 》 () 14. 果物類* 《 》 () 15. その他 《 》 () D. 緊急時に備えた処置 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.1mg」 3. その他 ()	
アレルギー性鼻炎(あり・なし)	病型・治療 A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他	保育所での生活上の留意点 A. 懸外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項(自由記載)	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。

士、調理師などと保護者が協議して対応を決めることになる。保育所内では、子供の状況、保育所での対応(緊急時など)について職員が共通理解をしておき、定期的に状況報告などを行う。生活管理指導表は1年に1回見直しを行うこととなっている。

②食物アレルギーへの対応

前述のような乳・幼児期の現状や問題点を踏まえ、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」では保育所における食物アレルギー対応の原則を次のように示している。

- 1) 食物アレルギーのない子どもと変わらない安全・安心な保育所での生活を送ることができる。
- 2) アナフィラキシー症状が発生したとき、全職員が迅速、かつ適切に対応できる。
- 3) 職員、保護者、主治医・緊急対応医療機関が十分に連携する。
- 4) 食物除去の申請には医師の診断に基づいた生活管理指導表が必要である(診断時+年1回の更新)。まだ診断が確定できていない児もいるため保育所(園)では“診断根拠”ではなく“除去根拠”を選択するようになっていく。
- 5) 食物除去対応は完全除去を基本とする。
- 6) 鶏卵アレルギーでの卵殻カルシウム、牛乳アレルギーでの乳糖、小麦での醤油・酢・麦茶、大豆での大

豆油・醤油・味噌、ゴマでのゴマ油、魚でのかつおだし・いりこだし、肉類でのエキスなどは除去の必要がないことが多いので、摂取不可能な場合のみ申請する。

7) 除去していた食物を解除する場合は親からの書面申請で可とする。(食べられるものを増やしていく際には医療機関からの書面申請は不要とした。)

8) 家で摂ったことがない食物は基本的に保育所では与えない。

9) 共通献立メニューにするなど食物アレルギーに対するリスクを考えた取り組みを行う。

10) 常に食物アレルギーに関する最新で、正しい知識を職員全員が共有し、記録を残す。

5)に記載してあるように本物の食物アレルギーに対しては食物除去を単純にすべきであるが、寛解途上にある児に対して人的に余力もあり、細かい対応ができていく保育所のきめ細やかな対応を妨げる指針ではない。

学校での食物アレルギー対応の実際

2004年度の文部科学省アレルギー疾患に関する調査研究委員会による全国の小中高生約1,200万人の各種アレルギー性疾患の有病率が報告された。図2に示すように気管支喘息5.7%、アトピー性皮膚炎5.5%、食