

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いの基本情報とする。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

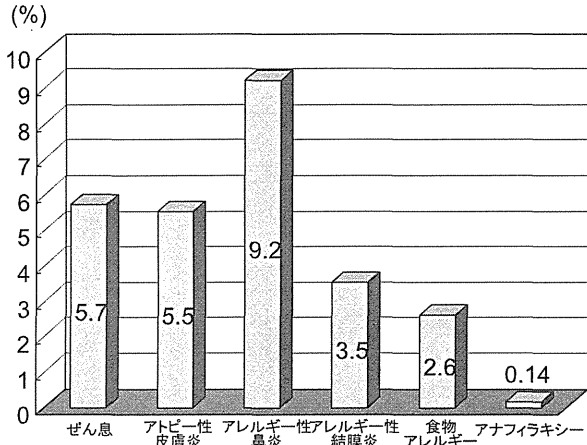


図 2 児童生徒全体のアレルギー疾患有病率
平成 16 年 6 月末の実態を調査票により調査（文部科学省アレルギー性疾患に関する調査研究委員会）

表 3 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			
食物アレルギー アナフィラキシー 「あり・なし」	病型・治療 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 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. 理由 5. 医薬品 6. その他 { } C. 屋内食物・診断結果 該当する食品の番号に○をし、かつ { } 内に診断結果を記載 1. 鶏卵 { } 2. 牛乳・乳製品 { } 3. 小麦 { } 4. ソバ { } 5. ビーナッツ { } 6. 蕎麦類・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 { } D. 緊急時に備えた処方箋 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J」） 3. その他 { }			学校生活上の留意点 A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材や扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動（体育・部活動等） 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊研修や校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項（自由記載）			大保護者 電話： 大運動医療機関 医療機関名： 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		
	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（花粉症） 主な症状の時期： 春、夏、秋、冬 D. 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 { }			学校生活上の留意点 A. 校外活動 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		

●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： _____

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

陥り生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のポイントで、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閉塞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、嘱託医または医療機関への搬送により、救急処置ができる体制をつくっておく必要がある。また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”の総説を参考にしてもらいたい¹⁰⁾。有効性と安全性に関して概説すると2009年までのエピペン[®]使用例449例で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、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。

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国の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いただきたい。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した。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

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概念を理解しないのでは全く意味が無い。保育士/教師が食物アレルギーやアナフィラキシーを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。

日本小児科学会の定める利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン。日本学校保健会, 2008.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 池松かおり, 田知本寛, 杉崎千鶴子, 他. 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—150.
- 5) 井口正道, 宿谷明紀, 小俣貴嗣, 他. 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). 日本小児科学会雑誌 2006; 110: 1534—1539.
- 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, 他. 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—541.
- 8) 井口正道, 宿谷明紀, 小俣貴嗣, 他. 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). 日本小児科学会雑誌 2006; 110: 1540—1544.
- 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. 日本救急医学会雑誌 2005; 16: 564—566.
- 10) 海老澤元宏, 西間三馨, 秋山一男, 他. アナフィラキシー対策とエビペン®. アレルギー 2013; 62: 144—154.

Countermeasures for Food Allergy in Nursery and School

Motohiro Ebisawa

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

Food allergy becomes a major problem among children in most of developed countries including Japan. Although most of food allergy dissolves with aging, it requires social countermeasures such as providing lunch box and emergency management of food allergy symptoms in nurseries, kindergartens, and schools. Food allergy labeling system was established since 2002 in Japan, and prescription of EPIPEN for pediatric food allergy patients became available since 2005. In 2008, a guideline for the management allergic diseases in schools was released from Japanese Society of School Health by supervision of the Ministry of Education, Culture, Sports Science and Technology. In 2011, a guideline for the management of allergic diseases in nursery schools was also published from the Ministry of Health, Labour and Welfare. Although those guidelines had been published for a few to several years, dissemination and understanding has not met to sufficient level. Local collaboration between organizations to control nursery schools, kindergartens and schools and doctors' association is essential to meet the requirement. In recent a few years, fatal cases by food induced anaphylaxis were recognized in a school and a child care house. It is hoped that local organizations to supervise nurseries, kindergartens, and schools together with medical association establish a policy based on those guidelines to warrant food allergy patients to have safe and pleasant lives socially.

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金
難治性疾患等克服研究事業
(免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業 免疫アレルギー研究分野)

「アレルギー疾患の全年齢にわたる継続的疫学調査体制の
確立とそれによるアレルギーマーチの発症・悪化要因の
コホート分析に関する研究」 研究報告書

発行 平成 26 年 3 月 31 日
発行者 東京都立小児総合医療センター アレルギー科
赤澤 晃

〒183-8561 東京都府中市武蔵台 2-8-29

