

アレルギー対応ガイドライン作成検討会（第2回）

- 1 日 時 平成22年11月30日（火）16:00～18:00
- 2 場 所 厚生労働省6階 共用第8会議室
- 3 議 題 (1) 保育所におけるアレルギー対応ガイドラインについて
(2) ガイドラインの活用について
- 4 配付資料
資 料 1 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン（案）
資 料 2 「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン（案）」試行作業について

参考資料 1 保育所における与薬の取扱いについて
参考資料 2 アレルギー対応ガイドライン作成検討会（第1回）議事要旨

アレルギー対応ガイドライン作成検討会（第2回）	資料1
平成22年11月30日	

保育所におけるアレルギー対応ガイドライン (案)

目 次

第1章 総論

アレルギー疾患とは

第2章 保育所におけるアレルギー疾患（実態）

- 1 保育所でのアレルギー疾患への対応の現状と課題
- 2 生活管理指導表とその活用について

第3章 アレルギー疾患各論（生活管理表の活用）

- 1 気管支喘息
- 2 アトピー性皮膚炎
- 3 アレルギー性結膜炎
- 4 食物アレルギー・アナフィラキシー
- 5 アレルギー性鼻炎

第4章 食物アレルギーへの対応

- 1 保育所での食物アレルギー対応に関する現状及び問題点
- 2 食物アレルギーへの対応の原則（除去食等の考え方等）
- 3 食物アレルギーの症状
- 4 食物アレルギーの種類のみとめ
- 5 誤食について
- 6 アナフィラキシーが起こったときの対応（エピペンの使用について）

第5章 アレルギー疾患の共通理解と役割

- 1 保育所におけるアレルギー性疾患への対応
- 2 保護者・保育者・保育所・園医等地域の役割
- 3 市町村・都道府県・国の役割
- 4 研修体制のあり方

関係法令等

第1章 総論

1 アレルギー疾患とは

アレルギーという言葉自体は一般用語として広まっているが、その理解は曖昧である。アレルギー疾患を分かりやすい言葉に置き換えて言えば、本来なら反応しなくてもよい無害なものに対する過剰な免疫（めんえき）反応と捉えることができる。

免疫反応は本来、体の中を外敵から守る働きである。体の外には細菌やカビ、ウイルスなどの「敵」がたくさんいるので、放っておくと体の中に入ってきて病気を起こしてしまう、それに対して体を守る働きの重要なものが免疫反応である。相手が本物の「悪者」であればそれを攻撃するのは正しい反応となるが、そうではなく無害な相手に対してまで過剰に免疫反応を起こしてしまうことがある、それがアレルギー疾患の本質とも表現できる。

<体の防御反応が過剰に働く>

例えば、アレルギー症状を引き起こすアレルゲンで最も有名なのはチリダニである。チリダニは生き物なので、生きたまま体の中に入ってきて卵を産んで増えるのであれば、やっつけなくてはいけないので、これは正しい免疫反応といえる。ところがアレルギー疾患で問題になるのはダニの糞やダニが死んだ後の粉、つまり生き物としては悪さをしないものへの反応である。それが人間の体の粘膜に付く、または入ってくると、本来、無害なので放っておけばいいのに、アレルギーの人はそれに対して過剰な免疫反応を起こして逆に体に不利益な状態になってしまう、即ちアレルギー反応を起こす。

~~アレルギー性の鼻炎・花粉症も同様である。外から入ってくる花粉は邪魔者なので、それを排除しようと、まずはくしゃみをして出そうとし、そして鼻水の中にも取り込んで鼻水として出す、あるいは鼻づまりという形で花粉が入ってこないようにする。即ち、くしゃみ、鼻水、鼻づまりは体にとって目的のある有益な反応である。ところがほんの少しの花粉、なんの問題もない量の花粉にも過敏に反応して大量の鼻水を出し、くしゃみ、鼻閉を起こす人がアレルギー性鼻炎患者となる。~~

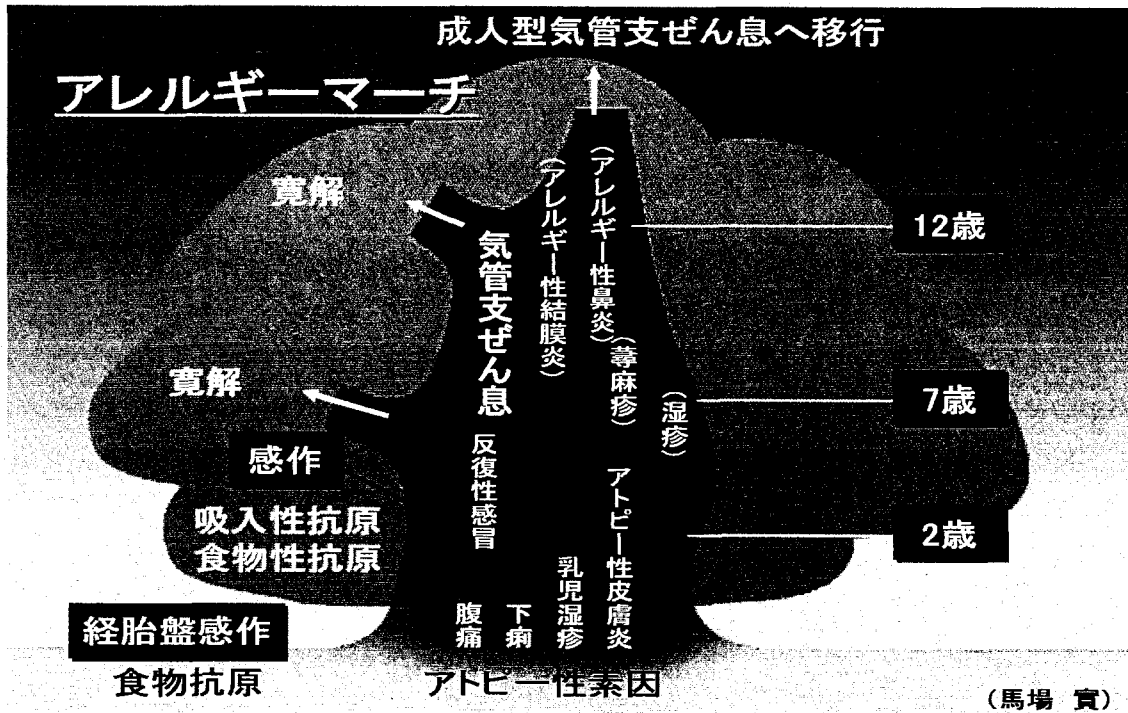
<一人がいろいろなアレルギー疾患を発症>

代表的なアレルギー疾患には、気管支ぜん息、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、アトピー性皮膚炎、加えて最近、特に問題になってきている食物アレルギー、アナフィラキシーなどがある（表1）。また、アレルギー疾患は全身疾患であることが特徴で、小児の場合は、アレルギー疾患をどれか一つだけ発症するケースは少なく、副鼻腔炎、結膜炎、鼻炎、さらに気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎を合併していることが多い。

表1 代表的アレルギー疾患
1. 気管支ぜん息
2. アレルギー性鼻炎(花粉症)
3. アレルギー性結膜炎(花粉症)
4. アトピー性皮膚炎
5. 蕁麻疹(じんましん)
6. (食物アレルギー)
7. (アナフィラキシー)

※6,7は原因抗原(アレルゲン)、症状から分類したもので、1~5の分類とは若干異なる。

「アレルギーマーチ(アレルギーの行進)」というイメージがある(図)。「アレルギーマーチ」とは遺伝的にアレルギーになりやすい素質(アトピー素因)のある人に年齢を経るごとにアレルギー性疾患が次から次へと発症してくる様子を表した言葉である。例えば、父母や兄弟にアレルギーがあるようなアトピー素因がある場合、生まれて、最初に出るアレルギー症状はアトピー性皮膚炎や食物アレルギーが多い。しかしこうした子も1歳半から3歳になるころには、かなり良くなっていく。



ところが今度は「ゼーゼー、ヒューヒュー」という喘鳴^{ぜんめい}を伴った呼吸困難が起き、ぜん息が始まる。食物アレルギーがあって、アトピー性皮膚炎がある乳児の半数程度はぜん息を発症するとも言われている。したがって、アトピー性皮膚炎が軽くなる頃に「ゼーゼー、ヒューヒュー」といった呼吸困難が始まり、「ぜん息ではないか」と診断されることになる。

そしてぜん息の子どもも中学を卒業するころには半分以上が症状が消失するか軽くなる。逆に今度はアレルギー性鼻炎や結膜炎の症状が表に出てくる。

このように、アレルギーの症状が年齢によって変化し、次から次へと発症していくのである。

<関東で増えるスギ・ヒノキ花粉症>

~~最近の特徴として、特に関東ではスギ・ヒノキ花粉症が増えている。戦後から積極的に植林したスギ・ヒノキが成長してきたため、春先に多くの雄花をつけ、乾燥した時に大量のスギ・ヒノキ花粉が飛んでいる。かつてアレルギー性鼻炎や結膜炎はチリダニによるものだったのが、最近はそのだけでなく花粉によって発症する、花粉症としてのアレルギー性鼻炎、結膜炎が増えており、低年齢児でも発症している。~~

~~アレルギー疾患は良くなることも多いが再発することもある。「アレルギーマーチ」とは前述したように行進して別れていってまた途中で合流して進んでいく様子を例えて、アレルギー疾患の発症、軽快の様子を表しており、世界的にも「アレルギーマーチ」と表現されている。もちろん全員がそうなるわけではなく、鼻炎だけの人もいるし、アトピー性皮膚炎だけ、ぜん息だけの人もいるが、典型的にアレルギーをたくさんもっている人は、多くの場合、こうした経過をたどる。~~

<鼻炎、ぜん息、皮膚炎を高率で合併>

それならどれくらいの率で合併しているのか。低年齢の子どもに関するデータは少ないが、国立病院機構相模原病院の海老澤らが、相模原市の3歳と5歳の子どもたち3千人を調査した結果によると、アトピー性皮膚炎、ぜん息、スギ花粉症つまり鼻炎・結膜炎、そして食物アレルギーが低年齢の子どもに多いことが分かっている。

乳幼児のアレルギー疾患でとくに問題になるのは、ぜん息では低年齢発症が多くなり、その診断治療が難しいことであり、アトピー性皮膚炎では食物アレルギーの関与が深いことはわかっているものの、そのメカニズムが未だに解明されていないことである。また、食物アレルギーでの問題は、確実な診断方法が負荷試験（原因と疑われる食物を食べさせて反応をみる試験）しかないこと、多種食物アレルギーでは除去食に多大のエネルギーを要すること、過敏な子は少量の摂取でもアナフィラキシーショックを起こすことがあることである。

このように、乳幼児期のアレルギー疾患は診断、治療が難しく、また、成長とともに大きく変化していくことから十分な知識と、細やかな観察・対応能力を持つことが、乳幼児保育に携わるものには望まれる。

第2章 保育所におけるアレルギー疾患（実態）

1. 保育所でのアレルギー疾患への対応の現状と課題

(1) 保育所でのアレルギー疾患の現状

保育園児がかかる主なアレルギー疾患には、乳児期から問題になるアトピー性皮膚炎、食物アレルギー、さらに幼児期から次第に増えるアレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎および気管支ぜん息などがある

これらのアレルギー疾患の中でも、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎および気管支ぜん息は、主治医の保育所生活における注意や指示が明確に示されれば、その指示に従って保育所生活を送ることには大きな問題は起こってこない。

一方、食物アレルギーおよびアトピー性皮膚炎の子どもたちに関しては、「保育所におけるアレルギー対応にかかわる調査研究」（財団法人こども未来財団 平成21年度児童関連サービス調査研究等事業報告書 主任研究者：鴨下重彦）によると誤食の事故が、平成20年度1年間に29%の保育所で発生していた。なお、この食物アレルギーの10%程度がアナフィラキシーショックを引き起こす危険性があり、乳幼児の生命を守る観点からも慎重な対応が急がれる。

この調査の中で平成21年度に日本保育園保健協議会が保育所における食物アレルギーに関する全国調査（953保育所、園児105,853人を対象に調査）を行い、年齢別有病率や原因食物などを明らかにし、上記誤食事故の経験例なども集計した。

また、「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」（平成19年 文部科学省アレルギー疾患に関する調査研究委員会）によると、平成16年の小学生の食物アレルギー有病率が2.8%とされているが、保育所では4.9%と高率で、3歳以下では小学生の2倍で、1歳では3倍以上にもなっていた。なお、0歳で7.7%となっているが、0歳児の食物アレルギーは確定診断に至っている児が少なく、問題となる園児は1歳児より多いのが現状である（図1、図2）。

図1.食物アレルギーの有病率（年齢別）

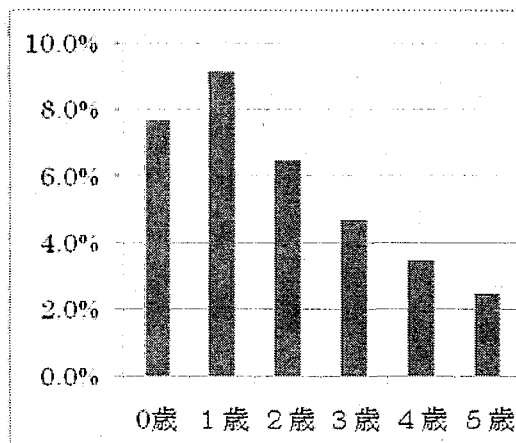
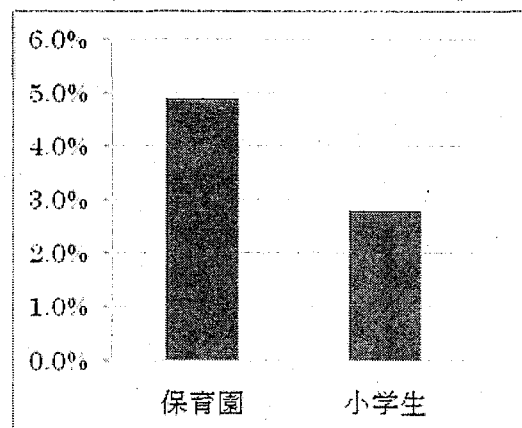
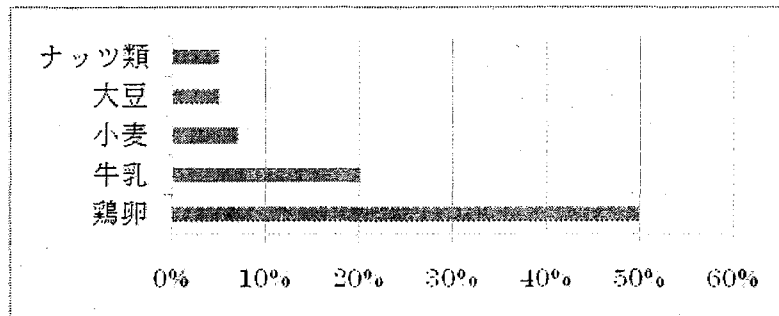


図2.食物アレルギーの有病率の比較



原因食では圧倒的に鶏卵が多くほぼ50%を占め、つづいて牛乳20%、小麦7%、大豆およびナッツ類5%の順となっていた。(図3)

図3.保育園における食物アレルギーの原因食



(2) 保育所でのアレルギー疾患の課題

- ① アレルギー疾患の乳幼児が保育所にたくさんいる。
- ② アレルギー疾患は専門性の高い分野であり、かつ考え方や治療が近年急速に発達し、変化している。
 - 1) 医療現場でのアレルギー疾患に対する理解度に大きな差がある。
 - ・同一患児であっても、医師によって診断や指導方法が異なり、保育の現場で混乱する原因となる。またそれを、保育所現場で調整することはできない。
 - 2) 全ての嘱託医がアレルギー疾患に必ずしも詳しいわけではない。
- ③ なかでも、食物アレルギーは特殊かつ医療現場や地域での考え方の差が大きい
 - 1) 医師によって診断が異なったり、乳児期には診断が確定しなかったりすることが多く、除去食物の種類が増える傾向がある。
 - 対応困難あるいは問題例は、市町村の委員会等で検討し、より安全な対応策を模索する。
 - 2) 診断は負荷試験が基本であるが、実施医療施設に限りがある。
 - 専門医のネットワーク等で専門医の紹介を行ったり、地域における診断の確定に関する手順など専門委員会で検討したりする。
 - 3) 食物アレルギー症状の約10%がアナフィラキシーショックを起こす。
 - エピペンの取り扱いを含めて、市町村の委員会等で地域特性を勘案した緊急時の対応マニュアルを策定し、その中にエピペンの取り扱いについても、地域での統一見解を掲載する。

いずれにしても、市町村における保育所での健康安全に関わる協議会等（園児の健

康および安全を考える場) を設け、その中にアレルギーの専門委員会を設置し、嘱託医及び主治医を対象とした研修会の企画、および保護者に対する啓発などを検討する。また、個々の保育所での対応困難事例なども指導・支援して安全に対応できるように管理する。

2 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表の活用

このような課題から、保育所と保護者、嘱託医等が共通理解の下に、一人ひとりの症状等を正しく把握し、アレルギー疾患の乳幼児に対する取り組みを進めるために、このガイドラインでは、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」(以下、管理指導表という)を提示する。

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(案)(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎)				提出日 平成__年__月__日	
名前		男・女 平成__年__月__日生(歳 __ヶ月)		組	
気管支喘息 (あり・なし)	病型・治療 A. 重症度分類(治療内容を考慮した) C. 急性発作治療薬 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B. 長期管理薬 1. ステロイド吸入薬 薬形: 投与量(日): 2. ロイコトリン受容体拮抗薬 3. DSGC吸入薬 4. ベータ2刺激薬 内服 貼付薬 5. その他()	保育所での生活上の留意点 A. 薬具に関する留意点 1. とくになし(通常管理のみ) 2. 保護者と相談し決定 3. 保護者と相談 B. 食物に関する留意点 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理指導表参照 C. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物への反応が強い場合のみ可 動物名() D. 外遊び、運動に対する配慮 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定	A 保護者 電話: B 医師 所属機関: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関		
	病型・治療 A. 重症度のみやす(厚生労働科学研究費) 1. 軽症 面頬に問わず、軽度の皮疹のみみられる 2. 中等症 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる 3. 重症 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる 4. 重症度 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる ※軽度の皮疹 軽度の炎症、乾燥、丘疹、ひびく、掻癢、苔癬化などを伴う病変 ※強い炎症を伴う皮疹 紅腫、丘疹、ひびく、掻癢、苔癬化などを伴う病変 B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏(プロピピク) 3. 保湿剤 4. その他() B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他() C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	保育所での生活上の留意点 A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での浴 C. 発汗後 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物のアレルギーが強い場合のみ可 動物名() D. 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		
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療 A. 病型 1. 過剰性アレルギー性接触炎 2. 多形性アレルギー性接触炎(花柳瘡) 3. 尋常性接触炎 4. アトピー性接触炎 5. その他() B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他()	保育所での生活上の留意点 A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. 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		
	病型・治療 A. 病型 1. 過剰性アレルギー性接触炎 2. 多形性アレルギー性接触炎(花柳瘡) 3. 尋常性接触炎 4. アトピー性接触炎 5. その他() B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他()	保育所での生活上の留意点 A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. 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		

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(案)(アレルギー性鼻炎・食物アレルギー・アナフィラキシー)				提出日 平成__年__月__日	
名前		男・女 平成__年__月__日生(歳 __ヶ月)		組	
食物アレルギー (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. 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) 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 (薬物・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. ビーナッツ 《 》 5. 大豆 《 》 6. コマ 《 》 7. ナッツ類 《 》 (すべて・クルミ・アーモンド) 8. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ) 9. 軟体類・貝類 《 》 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 10. 魚卵 《 》 (すべて・イクラ・タラコ) 11. 魚類 《 》 (すべて・サケ・サケ) 12. 肉類 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉) 13. 果物類 《 》 (キウイ・バナナ) 14. その他 《 》 *...類などは括弧内の該当するものに○を付けるか具体的に記載 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0.15mg) 3. その他()	保育所での生活上の留意点 A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は括弧内に記載 ミルフィーユ・ニューMA-1・MA-100・ペパティエ エレメンタルフォーミュラ その他() C. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 除去食品で摂取可能なもの 病型・治療のCで除去の標に摂取可能なものに○ 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・酢・麦茶 4. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 5. コマ: コマ油 6. ナッツ類: かつおだし・いりこだし 7. 魚卵: エキス 8. 魚類: エキス 9. 肉類: エキス 10. 果物類: エキス E. 自由記載欄	A 保護者 電話: B 医師 所属機関: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関		
	病型・治療 A. 病型 1. 過剰性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 3. 全年性アレルギー性鼻炎 4. 非アレルギー性鼻炎 5. その他() 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. 屋外活動 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	記載日 年 月 日 医師名 医療機関		

<生活管理指導表の活用について>

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。以下に、生活管理指導表の活用の流れを示す。

アレルギー疾患を持つこどもの把握

- ・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、申し出てもらう。
- ・健康診断や保護者からの申請により、子どもの状況を把握する。

保護者へ生活管理指導表の配付

- ・アレルギー疾患と診断された場合、保護者からの申し出により、配付する。

医師による生活管理指導表の記入

- ・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う。
(保護者は保育所の状況を医師に説明する)
- ・保護者は、必要であれば、その他資料等を保育所に提出する。

保護者との面談

- ・保育所での生活や食事の具体的な取り組みについて、園長や囑託医、看護師、栄養士、調理員等と保護者が協議して対応を決める。

保育所内職員による共通理解

- ・実施計画書等を作成し、子どもの状況、保育所での対応（緊急時等）について職員が共通理解する。
- ・保育所内で定期的に取り組みにおける状況報告等を行う。

生活管理表の見直し

- ・1年に1回、見直しを行う

第3章 アレルギー疾患各論（生活管理表の活用）

1 気管支ぜんそく

定義

小児の気管支喘息は、発作性に笛声喘鳴*を伴う呼吸困難を繰り返す疾患であり、呼吸困難は自然ないし治療により軽快、治癒するが、ごく稀には死に至ることもある。その病理像は、気道の可逆性の狭窄性病変と、持続性炎症*および気道リモデリング*と称する組織変化からなるものと考えられている。

*喘鳴：呼吸をするときに、ゼーゼーとかヒューヒューという雑音がきかれることがあり、それを喘鳴という。気管支喘息のときに重要視されるのは、息を吐くときに聴こえるもので、とくにヒューヒューという高音性のものは笛性喘鳴と言って、気道の収縮状態を示す。

*炎症：体の組織を観察する場合、障害を受けた組織に様々な白血球が集合してきている時、炎症がおきているという。集合してきた白血球が、その局所でまた刺激されて、自らいろいろな活性物質を放出することで、組織の障害がひどくなることもある。いわゆる悪循環に陥るため、ステロイドを代表とする抗炎症薬を用いることになる。

*リモデリング：空気の通り道である気管支でアレルギー反応に基づく炎症が起きると、気管支の粘膜が障害されて、粘膜そのものがむくんだり、さらには気管支周囲の平滑筋という筋肉が収縮する現象が起きて気道が狭くなるという呼吸困難発作の状態になる。そのような状態を繰り返すと、組織の障害を治そうとする作用も始まり、あたかも擦りむいた場所にかさぶたができるようなイメージが当てはまるが、組織が分厚くなって柔らかさを失う。気管支では、粘膜の下に基底膜という薄い膜状の構造があるが、それが分厚くなり、さらに周囲の平滑筋も増生して厚くなる。そのような変化は結局気道の内径を狭くさせ、広がりにくくさせてしまう。その結果、どれだけ速い速度で空気を吐き出せるかという呼吸の能力の低下につながる。そして、これらの変化は一度起きると元に戻らない可能性も考えられている。このような、炎症の結果起きてくる組織の変化をリモデリングという。

頻度

平成6年の厚生省の調査によると、乳幼児では、喘息が調査時点であるものは4.2%、過去にあったものは0.9%、合わせると5.1%であった。小児では、喘息が調査時点であるものは4.0%、過去にあったものは2.4%、合わせると6.4%であった。

原因

小児気管支喘息は、90%以上でアトピー素因が認められる。アトピー素因とは、IgE*を産生しやすい、環境中の抗原に対して特異IgE抗体を産生しやすい、本人もしくは親兄弟に気管支喘息やアトピー性皮膚炎、あるいはアレルギー性鼻炎などの疾患が見られることを言う。従って殆どの小児気管支喘息ではこのアトピー素因に基づく即時型*のアレルギー反応が症状の出発点となっていると考えられる。そして成人の気管支喘息と同様に小児でも、気管支喘息の本態は気道の慢性炎症である。乳幼児では検査ができないため解析が不十分であるが、気道のリモデリングと呼ばれる元に戻りにくい組織変化が起こり、気管支が過敏になったり呼吸困難が起きたりすると考えられている。アレルギー反応における抗原として重要なものは、室内塵中のヒョウヒダニ（チリダニ）である。

* IgE: 免疫グロブリンというタンパク質の1種である。IgEは、血液中にごく微量しか存在しないが、アトピー素因のある気管支喘息患児の場合は、室内塵中のヒョウヒダニ（チリダニ）に対する特異IgE抗体を作ってしまう、ダニの抗原と特異IgE抗体との反応は、呼吸困難発作の引き金として重要な役割を持っている。

* 即時型: アレルギー反応の一つのかたちであるが、特異IgE抗体が関与する反応である。IgEは、組織中のマスト細胞という特殊な細胞と結合をしていて、その状態で抗原と結びつくとマスト細胞からヒスタミンやロイコトリエンを代表とする多くの物質が放出される。気管支でその反応が起きると、気管支平滑筋の収縮、粘膜からの分泌物が増え、また粘膜も腫れて気道が狭くなり、呼吸困難発作となる。これらの反応は、抗原を吸入してから速やかに起こるため、即時型と言われる。

症状

典型的には、発作性にヒューヒューという笛性喘鳴を伴った呼吸困難が起きる。息をはくときが特に苦しい。気道が過敏になっているため、その時の耐えられる範囲を超えた運動負荷、乾燥した冷たい空気を吸い込むなどの刺激によって気道収縮をきたし、呼吸困難発作となる。

治療

急性期、即ち呼吸困難発作に対する治療と、背景にある慢性炎症に対する治療に分けられる。気管支喘息の治療においては、この慢性炎症に対する治療が重要で、長期にわたって継続しなければならない。呼吸困難発作に対する治療は、気管支拡張薬である β_2 刺激薬（ベータ刺激薬とあらかず）の吸入が主体となるが、発作強度が強い場合（重症発作）に対しては全身的なステロイドの投与が必要となる。慢性炎症に対しては、小児でも、吸入ステロイドの使用が第一選択になるが、軽症の場合は、アレルギー反応の場で問題となるロイコトリエンという物質の作用を抑制するロイコトリエン受容体拮抗薬を用いることも多い。

生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方

病型・治療	
A. 重症度分類(治療内容を考慮した)	C. 急性発作治療薬
1. 間欠型	1. ベータ刺激薬吸入
2. 軽症持続型	2. ベータ刺激薬内服
3. 中等症持続型	3. その他
4. 重症持続型	D. 急性発作時の対応(自由記載)
B. 長期管理薬	
1. ステロイド吸入薬	
剤形:	
投与量(日):	
2. ロイコトリエン受容体拮抗薬	
3. DSCG吸入薬	
4. ベータ刺激薬	
内服	
貼付薬	
5. その他	
()	

A 重症度分類

乳幼児でも、年長小児と同様にその患者における気管支喘息の重症度を適切に把握して治療の計画を立てていかなければならない。重症度という用語からは、発作のときの重さを連想し勝ちであるが、それは発作強度という言葉で表しここで言う重症度という言葉は、呼吸困難発作の回数とそれ自体の重さ、呼吸困難があるようには見えないが、咳が出る、ゼーゼーするという症状の回数も考慮することと、それらの症状によってどの程度日常生活に支障が出るのかということの意味する。重症度には、「見かけの重症度」と、行っている治療の内容を加味した「真の重症度」とがある。まず、見かけの重症度、即ち症状の程度と頻度のみによる重症度を説明し、それが治療内容と関連して真の意味での重症度が評価される過程を説明する。

本格的な治療を開始する前の臨床症状に基づく重症度を表に示す。

表 1: 治療前の臨床症状に基づく小児気管支喘息の重症度分類 (小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2008 より)

重症度	症状程度ならびに頻度
間欠型	<ul style="list-style-type: none"> ・年に数回、季節性に咳嗽、軽度喘鳴が出現する。 ・時に呼吸困難を伴うこともあるが、β₂刺激薬の頓用で短期間で症状は改善し、持続しない。
軽症持続型	<ul style="list-style-type: none"> ・咳嗽、軽度喘鳴が1回/月以上、1回/週末未満。 ・時に呼吸困難を伴うが、持続は短く、日常生活が障害されることは少ない。
中等症持続型	<ul style="list-style-type: none"> ・咳嗽、軽度喘鳴が1回/週以上。毎日は持続しない。 ・時に中・大発作となり日常生活が障害されることがある。
重症持続型	<ul style="list-style-type: none"> ・咳嗽、軽度喘鳴が毎日持続する。 ・週に1~2回、中・大発作となり日常生活や睡眠が障害される。
最重症持続型	<ul style="list-style-type: none"> ・重症持続型に相当する治療を行っていても症状が持続する。 ・しばしば夜間の中・大発作で時間外受診し、入退院を繰り返し、日常生活が制限される。

間欠型は、もっとも軽い状態にあるが、呼吸困難があるのかどうかよくわからないような咳が出る、軽くゼーゼーヒューヒューする状態が年に数回、それも季節によってみられる。呼吸困難があっても、気管支を拡げるベータ刺激薬の吸入とか内服で改善して、長続きしない。間欠型は、症状の無いときにはおそらく気管支の組織の変化も無いであろうと思われる。

間欠型以外はすべて持続型となり、症状の重さ（発作強度）や頻度によってさらに分類される。軽症持続型は、症状が月に1回以上あるが毎週あるというほどではないものを言う。小児気管支喘息治療・管理ガイドラインによる分類で成人のものとは違う点は、この軽症持続型である。これは成人では間欠型に分類される。息が苦しいという症状を十分に自分で表現できない小児では、そもそも症状の頻度を適確に知ることが難しい。必要な治療を受ける機会を失ってしまう可能性をできるだけ少なくし、見た目には症状がないときでも治療が必要であるという気管支喘息の特性を強調するため、軽症持続型というように持続性に注目をした。そして慢性の炎症（気管支喘息の本態）に対する治療を行うことで初めて治すことができるという現在の治療の考え方を実践するためである。そして慢性の炎症（気管支喘息の本態）に対する治療を行うことで初めて治すことができるという現在の治療の考え方を実践するためである。

継続的な治療（後述）を開始するためには、現在の症状と頻度を参考にして、表1に示した重症度より、治療の程度（ステップ）が決定される。ステップはその治療の強さに応じて1～4に分けられるが、治療開始後は、症状の改善に伴って、重症度も変化していく。そこで、治療内容を加味したかたちでの重症度の再評価が必要となる。生活管理指導表に記載されている重症度とは、その治療内容を考慮した上での判定に基づく。たとえば、見かけの重症度が間欠型であっても、治療内容がステップ3であれば、その患児の真の重症度は中等症持続型になる。つまり、ステップ3の治療を継続することによって、現在の症状が間欠型に抑えられていると解釈すべきであり、次の目標はステップ2の治療を継続しても間欠型を維持するか、次いで、ステップ1の治療でも間欠型が維持され得るのかどうか、というように考える。表2にそのような見方による重症度を示す。

表 2: 現在の治療ステップを考慮した小児気管支喘息の重症度の判断 (小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2008 より)

治療ステップ 症状のみによる 重症度(見かけ上の重症度)	現在の治療ステップを考慮した重症度(真の重症度)			
	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4
間欠型 ・年に数回、季節性に咳嗽、軽度喘鳴が出現する。 ・時に呼吸困難を伴うが、 β_2 刺激薬頓用で短期間で症状が改善し、持続しない。	間欠型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型
軽症持続型 ・咳嗽、軽度喘鳴が1回/月以上、1回/週未満。 ・時に呼吸困難を伴うが、持続は短く、日常生活が障害されることは少ない。	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型
中等症持続型 ・咳嗽、軽度喘鳴が1回/週以上。毎日は持続しない。 ・時に中・大発作となり日常生活や睡眠が障害されることがある。	中等症持続型	重症持続型	重症持続型	最重症持続型
重症持続型 ・咳嗽、喘鳴が毎日持続する。 ・週に1~2回、中・大発作となり日常生活や睡眠が障害される。	重症持続型	重症持続型	重症持続型	最重症持続型

B 長期管理薬

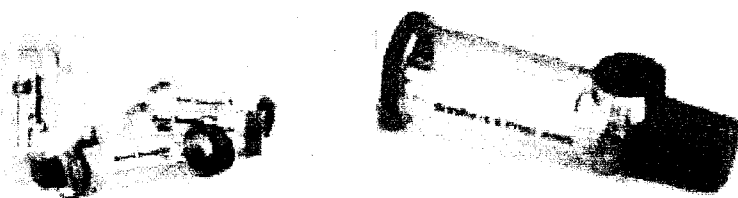
長期管理とは、気管支喘息の根底にある気道の慢性炎症を押さえ込み、リモデリングを起こさせないために、乳幼児に対しても、持続的な薬物療法を行う必要性があることを意味する。

1. ステロイド吸入薬

炎症を強力に抑える効果がある。気管支ぜん息は気道の炎症が主病態なので、ステロイド吸入薬がその中心となる。ステロイド薬は注射や内服で全身に投与すると、副作用が問題になることがあるが、ステロイド吸入薬は気道に直接投与することができるため、投与量は少量ですみ、安全かつ効果的に使用できる。

吸入ステロイド薬にはベクロメサゾン、フルチカゾン、ブデソニドの3種類が小児に用い

られる。これらの薬物を吸入するための剤形も複数ある。まず、ブデソニド懸濁液は、通常のジェット式ネブライザーを用いて吸入する。乳幼児でも容易に吸入できる。ベクロメサゾンとフルチカゾンには、加圧式定量噴霧吸入器（pMDI）と言って小さなボンベ内で加圧された状態に入っている薬物が、器具を押すことで一定の圧力を持って一定量噴霧される。患児が息を吸うときに操作をしなければならない技術的な困難さがある。しかし、スプレーという容器にまず噴霧し、そのスプレーから自然な呼吸に合わせて吸入することも可能であり、乳児からも用いることができる。年長児を対象にした、自分の吸う力によって薬物が細かな粉状となってでてくるものもある（ドライパウダー吸入；フルチカゾン、ブデソニド）。このように吸入ステロイドも多種類が市販されているため、管理指導表には、その剤形あるいは商品名を記入し、用いている一日量を書く必要がある。ステロイド吸入薬は、普通朝と夜の1日2回用いられるので、保育所に置いておいて与薬をするような対象にはならない。有効性が確認された代表的スプレーの写真（小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2008より引用）



このような容器の中にまず薬物を噴射して、一方の口から普通の呼吸法で中の薬物を吸入する。

2. ロイコトリエン受容体拮抗薬

ロイコトリエンは強力な気管支収縮物質であり、この作用を抑える効果が本薬（プラナルカスト：商品名オノンなど、モンテルカスト：商品名シングレア、キプレス）にはある。両薬剤ともに年少小児に対しても用いることができるが、プラナルカストは朝と夜、モンテルカストは夜に内服するので、通常は保育所における与薬の対象にはならない。

3. DSCG 吸入薬

DSCG は、disodium chromoglycate の省略形で、クロモグリク酸ナトリウムという薬物でアレルギー反応の予防に用いられる。これも剤形は、複数種あるが、主として液剤をネブライザーによる吸入で用いられる。ネブライザーによる吸入のため呼吸を同調させる必要がなく、乳児でも用いることが可能である。これも普通は家庭で吸入をさせるため、保育所における与薬の対象ではない。

4. ベータ刺激薬

ベータ刺激薬は気管支拡張作用がある薬である。近年、長時間作用が持続するものが現れ、長期管理薬としての役割もあるとされている。特にわが国で開発された貼付薬が好んで用いられるが、基本的には単独で用いるのではなく、他の抗炎症薬と同時に用いるべきである。

5. その他

テオフィリン徐放製剤や漢方製剤などが該当する。去痰薬を併用している場合も該当する。テオフィリン徐放製剤は、けいれんを誘発する可能性が指摘されるので、けいれん素因*がある小児に対しては用いない。また、明らかな素因がなくても、発熱時には原則として中断するなどの注意が必要である。

*けいれん素因：これまでに熱性けいれんを起こしたことのある場合、医師からてんかんの診断を受けている場合などをいう。

(長期管理薬を用いた治療の実際については、日本小児アレルギー学会による、小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2008 (協和企画発行) を参照するとよい。)

C. 急性発作治療薬

急性発作に対する治療は、気管支拡張薬の使用が中心である。効果の発現が短時間であるベータ刺激薬 (プロカテロール：商品名メプチン、サルブタモール：商品名ベネトリン) の吸入が主となる。

吸入方法としては、ネブライザー (モーター吸入) と pMDI の二通りある。ネブライザーは薬液を霧化して噴霧する器械であり、メプチン吸入液、ベネトリン吸入液を用いることになる。pMDI (メプチンキッドエアー、サルタノールインヘラー) を直接吸入しようとする、薬物の噴射に合わせて児が息を吸わなければならないため、小児には困難である。このため、年齢を問わずスパーサー (吸入補助器) を用いて吸入する必要がある。このためスパーサーを用いた吸入手技を保育所職員は習熟しておく必要がある。

ベータ刺激薬の内服は、効果発現まで 30 分以上要するが、保育所において内服薬の管理と投与を可能としていれば、急性発作時に、親との連絡の下で 1 回分の内服を行うことで、よりいっそうの悪化を防ぐことも可能である。投与を考えるときは保護者や囑託医などに相談するとよい。

その他の急性発作治療薬は、主治医の記載があればそれを理解する必要がある。不明な点は主治医に問い合わせるとよい。実際のところベータ刺激薬以外の急性発作治療薬は、乳幼児に対してはあまり用いられない (入院してからの治療は、ここではふれない)。

D. 急性発作時の対応 (自由記載)

この欄は、自由記載であるので、主治医の考えによる。一般的に、呼吸困難発作を認めた

個別対応ができるかは、勿論現場の状況次第であるが、内容的に保護者の要求を把握するためには、保育所側から主治医への相談も必要になる。

B. 食物に関する留意点

1. とくになし

食物アレルギーを合併していない場合には、この項が選択される。

2. 食物アレルギー管理指導表参照

食物アレルギーを合併している場合には、保育所での生活を行っていく上で、食物アレルギーに関しても日常生活管理指導表の提出をしてもらう。食物アレルギーの一症状として気道症状がある場合には、それが気管支喘息発作であるのか、区別は困難なこともある。しかし、少なくとも食物に関連して起こる気道症状については、食物アレルギー管理指導表の指示を優先する。

C. 動物との接触

1. 配慮不要

配慮不要であっても、保育所で動物と接触することで咳やゼーゼーするなど何らかの症状を認めた場合には、保護者にその旨を報告するとよい。

2. 保護者と相談し決定

イヌ、ネコ、ハムスター、ウサギなど何らかの動物との接触歴があり、接触時にくしゃみ、鼻水、咳などの気道症状があり、さらには気管支喘息発作を経験している例では、保育所で、それらの動物との接触が日常的に継続されることは好ましくない（次項参照）。対応は保護者と相談のうえ、個別に対応していくとよい。

保育内容と子どもの発達とのかかわりを理解した上での接触回避の要望があれば、具体的な事柄について細かな対応を考慮する必要がある。移動動物園を体験するような場合、遠足で動物園へ行く場合、小動物を園で飼育している場合の飼育係の問題、等々、個別対応を検討する必要がある。

3. 動物への反応が強いため不可

保育所で飼育している小動物の世話係など直接的な接触は避けるのはもちろんのこと、単発的な行事の際に原因動物との接触が予想される場合の回避も配慮する。

D. 外遊び、運動に対する配慮

運動誘発喘息は、運動、外遊びなどで、一定の運動量を超えることを急にした時に発生しやすい。治療が不十分でぜん息のコントロールがよくない場合にはしばしば運動誘発喘息を経験する。

1. とくになし

間欠型のように軽症の場合は、運動に対して格別の注意を払うことなく、外遊び、運動に参加できる。薬物療法で長期管理をしている場合でも、多くの場合は安定化を図ることが可能であり、十分な抗炎症療法を用いて、運動制限も必要がない状態へと至らしめることができる。

2. 保護者と相談し決定

残念ながら症状のコントロールがまだ不十分な場合、幼児でも運動誘発喘息のために、走ると咳が頻発する、喘鳴が聞かれる、すぐ休みたがる、などの症状を呈する。理想は、そのような気道の不安定さが無い状態まで十分な治療を行うことであるが、その過程で一定の配慮が必要となることが多い。運動誘発性の気道収縮の存在に、親も気がついていないこともある。管理指導表は主治医が記載するものであるが、保育者の方が児の状態を良く把握していることもあろう。運動会のような行事に際しては、保護者の要望をよく把握しつつ、保育者としての観察内容を逆に伝える良い機会ともなる。運動負荷によってある程度の呼吸困難が生じていても、子どもはそれを意識せずに動き、明らかな発作状態に陥ってしまう可能性を考慮することである。またその日の体調によっても運動誘発喘息の程度の差があるため、より細やかな、保育者・保護者の連携が必要となる。

2 アトピー性皮膚炎

定義

アトピー性皮膚炎は、皮膚にかゆみのある湿疹が出たり治ったりを繰り返す疾患で、多くの人は遺伝的になりやすい素質（アトピー素因^{※1}）を持っている。

※1 アトピー素因：家族または本人に、気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎のいずれかがある。または、血液検査でIgE抗体^{※2}が高い。

※2 IgE抗体：ダニ、ホコリ、食物、花粉などが微量でも人体に入ってきたときに、それらを異物と認識して排除するために免疫反応がおこり、血液中にIg(免疫グロブリン)E抗体が作られる。アレルギーの程度が強いほど血液中で高価を示す。

頻度

厚生労働科学研究「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」によると、年齢別アトピー性皮膚炎の有病率は、4か月で2.8%、1歳6か月で9.8%、3歳で13.2%、小学1年生で11.8%であった。また、2007年の皮膚科受診患者の多施設横断全国調査では、0～5歳における受診患者に占めるアトピー性皮膚炎の割合は25.7%でどの年齢層よりも高かった。

原因

生まれながらの体質に、さまざまな環境条件が重なってアトピー性皮膚炎を発症する。生まれながらの体質には、皮膚が乾燥しやすく、外界からの刺激から皮膚を守るバリア機能が弱く、さまざまな刺激に敏感であることと、アレルギーを生じやすいことの2点が重要である。環境条件としては、ダニやホコリ、食物、動物の毛、汗、シャンプーや洗剤、プールの塩素、生活リズムの乱れや風邪などの感染症など、さまざまな悪化因子があり個々に異なる。

症状

皮膚炎は、顔、首、肘の内側、膝の裏側などによく現れるが、ひどくなると全身に広がる。軽症では、皮膚が乾燥してかゆがるだけの症状のこともあるが、掻き壊して悪化すると皮膚がむけてジュクジュクしたり、慢性化すると硬く厚い皮膚となり色素沈着を伴ったりすることもある。かゆみが強く、軽快したり悪化したりを繰り返すが、適切な治療やスキンケアによって症状のコントロールは可能で、他の児童と同じ生活を送ることができる。

治療

アトピー性皮膚炎に対する治療には以下の重要な3本の柱がある。

- ① 原因・悪化因子を取り除くこと：室内の清掃・換気・食物の除去など（個々に異なる）
- ② スキンケア：皮膚の清潔と保湿、適切なシャワー・入浴など
- ③ 薬物療法：患部への外用薬の塗布、かゆみに対する内服薬など

これらに配慮した対処を行うことが重要である。

生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方

病型・治療		
A. 重症度のみやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		
B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏(「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他()	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他()	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし

【用語の解説】

- ・落屑:皮膚の表面の薄い皮が剥がれかかっている状態。あるいは次々と薄皮が剥がれてくる状態。「落屑主体」とは、皮膚表面が乾燥して薄皮が剥がれてくる状態が主にみられるということ。
- ・丘疹:皮膚の表面からドーム状に盛り上がっている状態。多くは赤みを伴う。一般には「ブツブツ」、「ボツボツ」と表現される。
- ・浸潤:触ってみると硬く触れる状態。皮膚の深いところまで炎症が及んでいることを示す。
- ・苔癬化:皮膚の炎症が長く続き、「苔(コケ)」のように皮膚が厚くなってくることを示す。

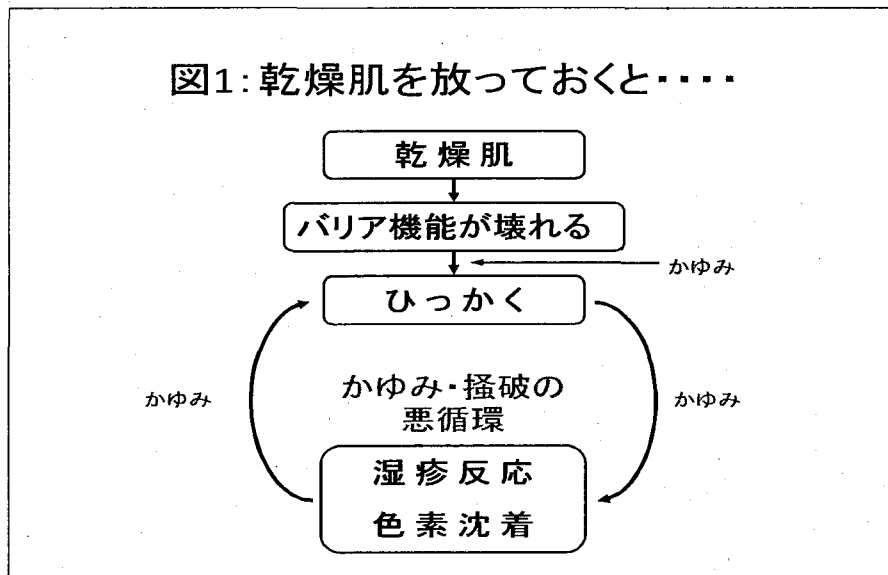
A. 重症度のみやす

アトピー性皮膚炎は、皮膚症状の程度と範囲によって重症度の分類がなされている。重症であればあるほど、保育所での取り組みを進める必要があるため、個々の児童の重症度を把握しておくことが大切である。

<アトピー性皮膚炎の病態>

アトピー性皮膚炎は、皮膚が乾燥しかゆみを生じやすいことが特徴である。皮膚が乾燥していると、皮膚からの水分が蒸発しやすいだけでなく、外部からのさまざまな刺激を受けやすくなり、健康な皮膚に比べて刺激に敏感になることで、ちょっとしたことでもかゆみを感じてしまう。そのため、この乾燥状態を放置したまましていると、かゆみを我慢できず引っかく→皮膚が剥がれたり赤くなったりして炎症がおきる→さらにかゆみが増して引っかく→皮膚炎が悪化し赤みが増して面積も広がり、引っかき傷が目立ち、さらにゴワゴワと硬くなったり色素沈着をきたす。このようにして乾燥からはじまっただけでも、かゆみ・掻破の悪循環(図1)に陥り、皮膚炎は悪化の一途をたどることがある。

図1: 乾燥肌を放っておくと……



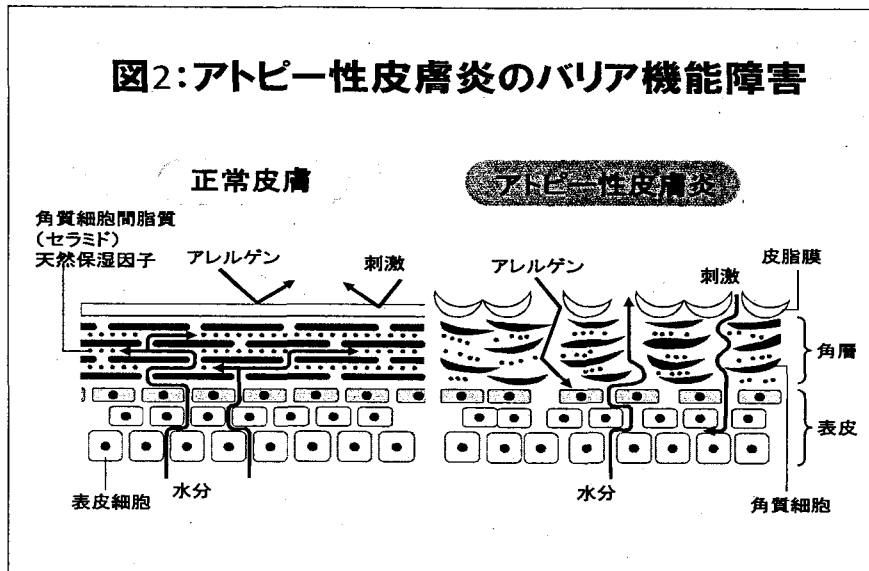
<バリア機能障害>

皮膚は人体の最外層にあり、さまざまな刺激や有害物質の侵入から体の内部を護り、また体内の水分が蒸散することを防いでいる。この働きをバリア機能と呼び、皮膚の一番外側でバリア機能を担っているのが角層と呼ばれている、いわば屋根瓦の様な存在である。

アトピー性皮膚炎の人の皮膚は、このバリア機能が低下している(図2)。皮膚炎があるところだけでなく、一見正常に見えるところでも健康な人の皮膚に比べて皮膚表面の水分量が少なく、角層が乾燥して剥がれやすく、隙間も多いために物質が透過しやすくなっている。このことは、アトピー性皮膚炎の人がちょっとした刺激でも皮膚炎を生じやすく、また一度生じた皮膚炎がなかなか治りにくいことと深く関係すると考えられている。最近では、アトピー性皮膚炎の人の中には、角層の細胞同士をつなぐ蛋白質の遺伝子に異常がある人がいることも明らかになってきた。

つまり、アトピー性皮膚炎は生まれつきアレルギー反応を生じやすく、また皮膚のバリア機能が低下しているところに、さまざまな刺激やアレルゲンが加わって皮膚炎を生じ、さらに掻破やさまざまな悪化因子が加わり皮膚炎が悪化するという悪循環を繰り返していると考えられている。

図2:アトピー性皮膚炎のバリア機能障害



<重症度分類>

アトピー性皮膚炎の重症度は、皮膚炎の状態や程度と、その症状が現れている範囲とによって評価される。強い炎症を伴う部位が体表面積の30%以上にみられる場合は最重症、30%未満10%以上にみられる場合は重症、10%未満にみられる場合は中等症、どこにも軽度の皮疹しかみられない場合は軽症としている。つまり重症度が増すにつれて、強いかゆみがより広い範囲にみられ、夜間にかゆみのために眠れなくなり、昼間もかゆくて機嫌が悪くなり他の子どもたちと同じように行動できなくなることにもつながり、家庭だけでなく保育所での対策やケアが必要になる。一方、軽症の場合は、家庭でのしっかりした治療がなされていれば、保育所での特別なケアは必要ないことも多い。

B. 常用する外用薬、内服薬

薬物療法は、アトピー性皮膚炎の治療にとって最も大切な3本柱の1つに位置づけられる。

B-1. 常用する外用薬

1. ステロイド軟膏

ステロイド軟膏はもともと副腎で作られる副腎皮質ホルモンと同じ作用の物質を含んでおり、炎症を抑えかゆみを軽減するのに最も効果的な外用薬であり、アトピー性皮膚炎の薬物治療の中心的役割を果たしている（日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン）。

ステロイド軟膏には多くの種類があり、効力の強さにより5段階に分類され、炎症の強さと塗る部位、年齢によって使い分けている。強い炎症がある部位には強い作用のステロイド軟膏を塗り、症状が落ち着けば徐々に作用の弱いものに切り替える。顔や頸、腋窩や陰部など、皮膚の薄いところ、また乳幼児でまだ皮膚が薄い場合には、弱めのステロイド軟膏を、頭皮にはローション剤を選択する。

ステロイド外用薬による副作用は内服薬と違って、医師の指示通り用法や用量を守っていればめったに現れるものではない。よく、ステロイド外用薬を塗ると副作用で色素沈着を起こ

すと誤解されている場合があるが、色素沈着はアトピー性皮膚炎の炎症に伴うものであり、ステロイド外用薬によるものではない。むしろ、ステロイド外用薬を塗らずに炎症を抑えないまま長く放置するほど、後で皮膚が黒くなりやすい。

2. タクロリムス軟膏

ステロイド軟膏と並んでアトピー性皮膚炎の炎症と痒みを抑える主要な外用薬である。強いステロイド軟膏に比べると効力は弱いですが、皮膚が薄くてステロイド軟膏の副作用が現れやすい部位（顔や首など）に塗るのに適している。2歳未満の乳幼児では今のところ使われていない。粘膜やびらん面には、吸収されやすくなるため塗らない。

また、タクロリムス軟膏を塗った直後に長く日光に当たらないようにした方がいいとされているので、遠足や運動会、プールなどの長時間紫外線の影響を受けるような日は、朝は塗らないようにする。

3. 保湿剤

アトピー性皮膚炎の人の皮膚は、一見正常に見える部位でも乾燥しやすくバリア機能が弱くなっているため、外部からの刺激に対して過敏になっていることを述べたが、これを改善するために保湿剤を塗る。炎症やかゆみのある部位にはステロイドやタクロリムスを塗り、それ以外の乾燥のみの部位には保湿剤を塗る。またステロイドなどで一旦炎症を抑えて、治ったかに見える部位に保湿剤を塗ることによって、再び皮膚炎が現れるのを防ぐためにも使われる。入浴で皮膚を清潔にした後、余分に落ち過ぎた皮脂を補い乾燥を防ぐために保湿剤をきちんと塗ることは、治療の3本柱の1つであるスキンケアの中心であり、すべてのアトピー性皮膚炎にとって必要である。

Point 外用薬の塗布方法

1日1~3回、患部を清潔にした後、軟膏を必要量塗り伸ばす。ジュクジュクしていたり、とびひがあつたりした場合は、皮膚をガーゼや包帯で覆う必要がある。通常は朝夕2回、家庭でしっかり外用治療ができていれば基本的には保育所で塗りなおす必要はないが、重症な患児でかゆみが強く出てきたとき、活発に運動した後やプールや水遊びの後、食後の口の周り、外遊びの後に手足を洗った後などに、保護者からの要望があれば塗りなおす必要性がでてくる。

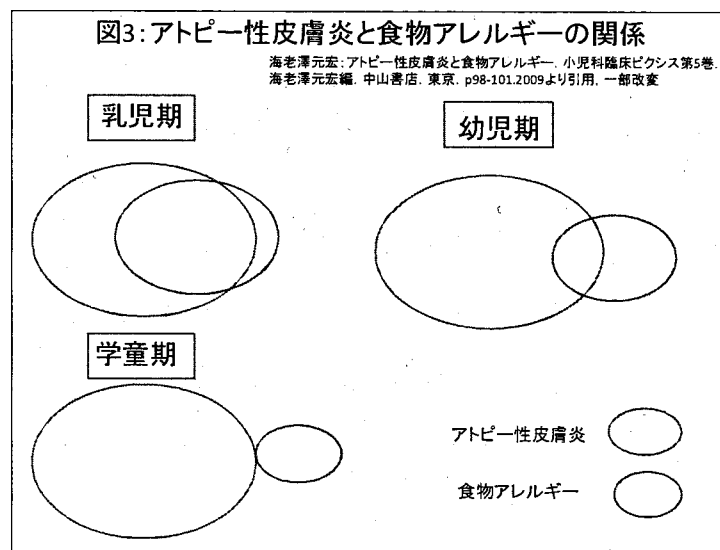
塗る量のめやすは、大人の人差し指の先端から第1関節まで1直線にチューブから出した量で、これを大人の手ひら2枚分の面積に塗るのが適量とされている。塗った部位が少しテカテカ光るくらいがちょうどよい。

B-2. 常用する内服薬

かゆみを軽減させる補助的な治療薬として、抗ヒスタミン薬や抗アレルギー薬が処方される。1日1~2回の内服であり、通常は保育所で飲ませることはないと思われる。これらの薬には副作用として強い眠気を生じたり、集中力を低下させるものもあるため、患児が日常的に朝から眠そうにしていたり、ぼーっとしている場合がよくある時には、保護者に報告した方がよい。アトピー性皮膚炎のかゆみのために睡眠が十分取れずに日中眠そうにしていることもあり、症状の程度を見ながら、その場合は逆に抗ヒスタミン薬の処方が必要な場合もある。

C. 食物アレルギーの合併

すべてのアトピー性皮膚炎に食物アレルギーが合併しているわけではない。しかし、年齢が低いほど合併率は高く、保育所に通う年齢では食物の関与するアトピー性皮膚炎がまだ多い時期と考えてよい(図3)。詳しくは次項「4 食物アレルギー・アナフィラキシー」を参照されたい。



保育所での生活上の留意点

保育所での生活上の留意点	
A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合)
B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名()	D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)

A. プール・水遊びおよび長時間の紫外線下での活動

アトピー性皮膚炎の子どもの皮膚は刺激に敏感で、長時間強い紫外線を浴びることやプールに含まれる塩素の刺激により、かゆみが強くなることがある。皮膚の状態が悪い場合には、皮膚への負担を少なくする配慮が必要である。

<紫外線に対して>

紫外線による刺激がアトピー性皮膚炎を悪化させる場合がある。これは人によって違うが、紫外線により症状が悪化すると保護者が申し出た子どもには、紫外線の強い季節（5～9月）に行う長時間の屋外活動では、衣服、帽子、日焼け止めクリーム（※）などで直射日光が当たる量を少なくし、テントや室内でこまめに休憩をとらせるなど、管理指導表の指示に従って配慮する。

運動後は体が温まって、非常にかゆみが増すことがある。そのような場合は、保冷剤やビニールに入れた氷をタオルにくるんで皮膚に当てて冷やす、エアコンのきいた涼しい部屋で休ませる、緊急用のかゆみ止め外用薬を預かっていれば塗るなどにより対処する。

※日焼け止めクリームについて：日焼け止めクリームは、SPF(sun protection factor:UVB 防御指数)と PA(protection glade of UVA:UVA 防御指数)によって効果の強さや持続時間が現わされてる。SPF の数字が高いほど、PA の+が多いほど紫外線を遮断する力が強いが、実際には塗り方で効果が異なる。均一にむらなく、顔全体で真珠2個分の量を塗った場合に測定したものが SPF の数値であるが、実際にはそれより薄く塗っていたり、汗や水で流れてしまったりするので、期待したほど効果は持続しない。SPF が極端に高いものは皮膚への負担が大きいかぶれやすくなるので、子どもでは SPF20 前後、PA++程度のを推奨する。また、1歳未満では日焼け止めクリームに対する安全性は確立されていないため、1歳以上で湿疹などのない皮膚にのみ塗ることとする。

<プール・水遊びに対して>

屋外でのプールや水遊びの際には、肌の露出が大きいので紫外線を浴びる量が多くなる。水着の上から T シャツやズボンを着せたり、露出部に日焼け止めクリームを事前に塗ったり

するなどの配慮が必要なこともある。また、プールに塩素が添加されているようであれば、皮膚炎を悪化させる可能性があるので、重症な子どもや塩素に過敏な子はプールを禁止するか短時間にとどめる、また、プール後はシャワーで丹念に塩素を洗い落とすなどの配慮が必要である。プール・水遊び後は、外用薬がすべて取れてしまうため、そのままにしているとかゆみが出て皮膚炎が悪化する。このため、シャワー後になるべく時間をあけずに、塗るべき持参薬を管理指導表の指示に従って塗る。

プール・水遊びを控えるべき状態は、ジュクジュクした部位がある場合、全身が赤くなってひどくかゆがっている場合、眼やその周囲が赤く腫れている場合、とびひを合併している場合などである。保護者からの申し出がなくても、このような症状がみられたら、連絡してプール・水遊びは禁止する。

B. 動物との接触

アトピー性皮膚炎の人の中には、動物の毛やフケに対するアレルギーがあることがある。直接接触することはもちろん、触れないで近くで見ているだけでも、毛やフケが空気中にただよっていて皮膚についたり、吸い込んだりして、急にかゆくなったり、じんましんが現れたり、後で皮膚炎が悪化したりすることもある。動物のアレルギーがあるとの申し出があった児童には、飼育当番などを免除し、近くに寄せ付けないようにする。

また、保育所の室内でインコ、ハムスターなど羽や毛の生えた動物を飼うことは、同じ理由から避けるべきである。

C. 発汗後

アトピー性皮膚炎でない人でも、汗をかいたところがかゆくなることがあるが、アトピー性皮膚炎の人の多くは汗による刺激で痒みが強くなり皮膚炎が悪化する。また、アトピー性皮膚炎は汗の溜まりやすい部位である首、耳の周り、肘の内側、膝の裏側などに症状が出やすいという特徴がある。汗の成分に対するアレルギー反応が関与していることが明らかにされた研究もある。

保育所の子どもたちは、外遊びだけでなく、室内でも活発に動きまわり、大量の汗をかく。汗をかいた後は皮膚に汗と汚れが付いており、また体温も上がっているため、そのままにしておくとかゆみが強くなり皮膚炎が悪化する。子ども専用のタオルを置いておき、汗をかいたらすぐに拭く、水で顔や手足をあらう、着替えるなどの習慣を身につけさせることが大切である。また、体温が上がるとかゆくなることから、運動後は涼しい室内で静かに過ごし、保冷剤や冷やした濡れタオルでほてりをさますことも有用である。重症な子どもでは、設備があればシャワーを浴びせて、汗を流すことができれば一番よい。シャワーを浴びることが無理なら濡れタオルで汗や汚れをふき取ってから、持参の外用薬を塗るとよく、管理指導票に従って個別対応にて行う

D. その他

アトピー性皮膚炎では引っ掻くことによる皮膚炎の悪化が大きな問題点となる。爪が長いと引っ掻いた時のダメージが大きくなるので、もし爪が長く伸びたままの患児がいたら、短

く切ることを保護者に勧める。

3 アレルギー性結膜炎

定義

アレルギー性結膜疾患とは、目に飛び込んだアレルゲンによって、目の粘膜、結膜（しろめ）にアレルギー反応による炎症（結膜炎）が起こり、目のかゆみ、なみだ目、異物感（ごろごろする感じ）、目やになどの特徴的な症状をおこす疾患である。アレルギー性結膜疾患は、その病気の性質の違いにより、「アレルギー性結膜炎」、「春季カタル」、「アトピー性角結膜炎」、「巨大乳頭結膜炎」に分けられる。「アレルギー性結膜炎」は、症状がでる時期の違いにより、1年を通して症状がでる「通年性アレルギー性結膜炎」と毎年同じころに症状が表れる、「季節性アレルギー性結膜炎」とに分けられる。アレルギー性結膜炎と春季カタルが小児に多い。

頻度

平成16年度の文部科学省の調査では、アレルギー性結膜炎の有病率は小学生 3.5%、中学生 3.8%、高校生 2.9%であったが、これまで、他の方法で実施された調査では、少なく見積もっても10%前後の有病率が示されており、保育園児のアレルギー性結膜炎の有病率もこの値に近いものと考えられている。

原因

通年性アレルギー性結膜炎は、ハウスダスト、ダニの成分のほか、ペット（猫や犬）のフケや毛など年間を通じて身の回りにあるものがアレルゲンとなる。一方、季節性アレルギー性結膜炎の原因はスギ、カモガヤ、ブタクサなどの花粉が主である。春季カタルの主なアレルゲンはハウスダストだが、そのほかにも花粉などたくさんのアレルゲンが関与している。アトピー性角結膜炎では、眼周囲や顔面のアトピー性皮膚炎を伴っており、眼の回りをこすることや、たたくことが眼病変の悪化につながる。

症状

アレルギー性結膜炎の主な自覚症状は、目のかゆみ、充血、目やに、異物感、なみだ目、まぶしい、などである。春季カタルでは、これらの症状に加え、まぶたの裏側がでこぼこに腫れたり、角膜（黒目）近くの結膜に盛り上がった部分がみられたりする。角膜障害を伴うと眼が開けられないくらい眼が痛くなり、視力も低下する。

治療

治療は、主に点眼薬による薬物療法である。春季カタルなどの重症例では、外科的治療が行われることもある。スギやハウスダストなどアレルギー反応の原因となるアレルゲンの除去や回避もセルフケアとして大切である。

生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方

病型・治療	
A. 病型	
1. 通年性アレルギー性結膜炎	
2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症)	
3. 春季カタル	
4. アトピー性角結膜炎	
5. その他()	
B. 治療	
1. 抗アレルギー点眼薬	
2. ステロイド点眼薬	
3. 免疫抑制点眼薬	
4. その他()	

A. 病型

1. 通年性アレルギー性結膜炎

季節に関わらず、1年を通して症状が出現する。ハウスダストをアレルゲンとする場合が多く、病態は季節性アレルギー性結膜炎とほぼ同様である。

2. 季節性アレルギー性結膜炎

樹木や草花の花粉などがアレルゲンとなり、毎年きまった季節に症状がみられる。花粉飛散状況の違いにより地域によって症状が発現する時期が異なる。

3. 春季カタル

激しい目のかゆみや充血、白っぽい糸をひくような目やにを伴う重症な結膜炎で、角膜障害を伴うと、異物感、眼痛、羞明のため、目が開けられない場合や、視力低下を伴うこともある。男児に多い。症状は1年中みられるが、春先や秋口の季節の変わり目に悪化することが多い。

4. アトピー性角結膜炎

顔面(特に目の周囲)にアトピー性皮膚炎を伴う患児におこる慢性のアレルギー性結膜炎で、目のまわりの皮膚炎の悪化に伴い、目の症状も悪化する。

B. 治療

アレルギー性結膜疾患に対する治療は、点眼薬による薬物療法が中心である。重症度に応じて主治医が治療薬を選択し、症状の変化に伴い治療薬の種類や点眼回数を変更する。いずれのアレルギー性結膜疾患も慢性、再発性であり、点眼薬の継続が治療を行っていく上で大切なことが多い。管理指導表には、記載時の処方書かれているが、治療薬の種類や点眼回数の変更や、保育所で点眼を行う必要がでてくる場合もあるため、現在どのような治療がおこなわれているかについては、適宜、保護者と情報を共有していくことが大切である。

1. 抗アレルギー点眼薬

抗アレルギー点眼薬は、アレルギー反応を抑える点眼薬で、目のかゆみや充血を引き起こ

すヒスタミンの作用を阻害し、症状を抑える抗ヒスタミン点眼薬などがある。抗ヒスタミン点眼薬は内服とは異なり、眠気を催すことはない。

2. ステロイド点眼薬

抗アレルギー点眼薬だけでは症状がおさまらない中等症から重症では、ステロイド点眼薬を併用する。ステロイド点眼薬は重症度に応じて点眼薬の種類や点眼回数が決まるので、医師の指示通り点眼することが大切である。まれに眼圧上昇という副作用があり、成人に比べ小児に多い副作用であり、ステロイド点眼使用中は、眼科での定期検査が必要である。

3. 免疫抑制点眼薬

結膜や角膜でおきている過剰な免疫反応を抑え、症状を和らげる点眼薬である。春季カタルの治療に用いられるが、良好な状態を保つためには、点眼回数を守り、医師の指示通り継続する必要がある。

4. その他

・ステロイド内服

春季カタルの重症型で角膜の障害が強いときには、少量のステロイド内服を行うことがある。

・眼瞼へのステロイド眼軟膏塗布

アトピー性角結膜炎に伴う眼瞼炎の治療として、低濃度ステロイド軟膏（眼軟膏）を眼瞼に塗布することがある。塗布の方法として、手を洗い、指先に少量のばし、なるべく目にはいらないように、炎症のある部分にうっすらと塗る。

・アレルギー性結膜疾患のセルフケア

人工涙液による洗眼。眼表面のアレルゲンを洗い流し、角膜上皮障害に関連した眼脂中の好酸球やその顆粒蛋白を除去するために、人工涙液による洗眼をセルフケアとして推奨している。

保育所での生活上の留意点

保育所での生活上の留意点	
A. プール指導	1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可
B. 屋外活動	1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定
C. その他の配慮・管理事項(自由記載)	

A. プール指導

プール水の消毒のために含まれている塩素は結膜や角膜に刺激となり、角結膜炎がある場

合には悪化要因となる。特に重症な春季カタルやアトピー性角結膜炎の場合には、配慮が必要である。プールの時期の前に保護者が主治医に相談し、プールの可否を聞いておく適切な対応がしやすい。

症状が悪化している時には、プールへの入水が不可となる場合もある。春季カタルの場合でも症状が寛解し、角膜障害が少なく、普段目が開けていられる状態であれば、プールに入るのは可能である。ただし、その場合、プールに消毒薬としてはいつている塩素から角結膜の粘膜を保護するためには、ゴーグルをつける。プールからあがったら水道水で洗顔し、その後、防腐剤無添加人工涙液での洗眼が薦められる。

水道水にも低濃度塩素は含有されており、プールサイドに設置されている噴水式の洗眼用器具は積極的な洗眼としては好ましくない。

- B. 屋外活動
- C. その他

4 食物アレルギー・アナフィラキシー

(1) 食物アレルギー

定義

特定の食物を摂取した後にアレルギー反応を介して皮膚・呼吸器・消化器あるいは全身性に生じる症状のことをいう。そのほとんどは食物に含まれるタンパク質が原因で起こる。食物に含まれる物質そのものによる反応や症状は食物アレルギーには含めない。

頻度

平成 21 年度の日本保育園保健協議会での全国調査(953 施設、105,853 人を対象)によると、食物アレルギーの有病率は約 4.9%であった。年齢別では 0 歳が 7.7%、1 歳が 9.2%、2 歳が 6.5%、3 歳が 4.7%、4 歳が 3.5%、5 歳が 2.5%という結果であった。

原因

原因食物は多岐にわたるが、保育所で除去されている食物は鶏卵が最も多く、次いで乳製品である。その他の原因食物としては小麦、ピーナッツ、大豆製品、そば、ゴマ、甲殻類(エビ、カニ)などである。

症状

食物アレルギーの症状は多岐にわたる。皮膚・粘膜、消化器、呼吸器、さらに全身性に認められることがあるが、最も多い症状は皮膚・粘膜症状である。複数の臓器に症状が出現する状態をアナフィラキシーと呼び、呼吸器症状の出現はさらにアナフィラキシーショックへ進展するリスクが高まり注意が必要である。保育所での調査によるとほとんどの保育所で誤食事故が起きており、医療機関の受診が必要になっているケースも多い。

治療

「原因となる食物を摂取しないこと」が治療の基本である。

そして、万一症状が出現した場合には、速やかに適切な対処を行うことが重要である。じんましんなどの軽い症状に対しては抗ヒスタミン薬の内服や経過観察により回復することもあるが、ゼーゼー・呼吸困難・嘔吐・ショックなどの中等症から重症の症状には、アナフィラキシーに準じた対処が必要である(アナフィラキシーを参照)。

(2) アナフィラキシー

定義

アレルギー反応により、じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、ゼーゼー、息苦しさなどの呼吸器症状が、複数同時にかつ急激に出現した状態をアナフィラキシーという。その中でも、血圧が低下し意識レベルの低下や脱力を来すような場合を、特にアナフィラキシーショックと呼び、直ちに対応しないと生命にかかわる重篤な状態を意味する。

また、アナフィラキシーには、アレルギー反応によらず運動や物理的な刺激などによって起こる場合があることも知られている。

頻度

我が国のアナフィラキシーの有病率調査としては平成16年の文部科学省の調査がある。アナフィラキシーの既往を有する児童・生徒の割合は、小学生0.15%、中学生0.15%、高校生0.11%、全体では0.14%という結果であった。保育所に入所する乳児や幼児では食物アレルギーの有病率が学童期より高いので、アナフィラキシーを起こすリスクは高い可能性がある。

原因

保育所に入所する乳幼児のアナフィラキシーの原因のほとんどは食物であるが、それ以外にも医薬品、食物依存性運動誘発アナフィラキシー、ラテックス（天然ゴム）、昆虫刺傷などがアナフィラキシーの原因となりうる。

症状

皮膚が赤くなったり、息苦しくなったり、激しい嘔吐などの症状が複数同時にかつ急激にみられるが、もっとも注意すべき症状は、血圧が下がり、意識が低下するなどのアナフィラキシーショックの状態である。迅速に対応しないと命にかかわることがある。

治療

具体的な治療は重症度によって異なるが、意識障害などがみられる児に対しては、まず適切な場所に足を頭より高く上げた体位で寝かせ、嘔吐に備え、顔を横向きにする。そして、意識状態や呼吸、心拍の状態、皮膚色の状態を確認しながら必要に応じて一次救命措置を行い、医療機関への搬送を急ぐ。アドレナリン自己注射薬である「エピペン®0.15mg」（商品名）の処方を受けて保育所に預かっている場合には、適切なタイミングで注射することが効果的である。

生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方

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 (薬物・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 《 》	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>[除去根拠] 該当するものを《 》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> </div>
2. 牛乳・乳製品 《 》	
3. 小麦 《 》	
4. ピーナッツ 《 》	
5. 大豆 《 》	
6. ゴマ 《 》	
7. ナッツ類 《 》 (すべて・クルミ・アーモンド・)	
8. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ・)	
9. 軟体類・貝類 《 》 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・)	
10. 魚卵 《 》 (すべて・イクラ・タラコ・)	
11. 魚類 《 》 (すべて・サバ・サケ・)	
12. 肉類 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉・)	
13. 果物類 《 》 (キウイ・バナナ・)	
14. その他 《 》 ()	
*・・・類などでは括弧内の該当するものに○をするか具体的に記載	
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「エピペン0.15mg」	
3. その他()	
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

生活管理指導表

食物アレルギー・アナフィラキシーの生活管理指導表の運用は保育所生活上の留意点において特別な配慮を必要とする場合に基本的には入所時、診断時、以降は年に1回提出するものとする。例えば給食で食物除去の申請を保育所に依頼する時に提出するものである

A. 食物アレルギー病型 (P61 第4章 4 “食物アレルギーの種類のみ”を参照)

1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎

乳幼児期の食物アレルギーの発症の約9割は乳児期であり、その多くは乳児のアトピー性皮膚炎(多くは顔面から始まり2か月以上続く痒みを伴う湿疹)に合併して見つかることが多い。乳児期のアトピー性皮膚炎の約5割～7割程度に食物アレルギーが関与していると報告されている。離乳食を開始後は次に述べる即時型症状に移行していく例が多い。アトピー

性皮膚炎をコントロールし、年齢が進むに連れてその多くは寛解していく。年長児のアトピー性皮膚炎では食物アレルギーが原因として関与することはほとんど無くなっていく（アトピー性皮膚炎の項を参照）。

2. 即時型

いわゆる典型的な食物アレルギーであり、原因食物を食べて2時間以内に症状が出現するものを指し、その症状としてじんましん、持続する咳、ゼーゼー、嘔吐などやアナフィラキシーショックに進行するものまで様々である（P60 第4章 3 “食物アレルギーの症状” 参照）。乳児期に発症した“食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎”からの移行例や即時型の原因は鶏卵が最も多く、牛乳、小麦と続く。原因食物にもよるが、乳幼児期発症例のほとんどは3歳までに約半数、小学校入学前までに約9割が治っていく。

3. その他

上記の2タイプに比べると頻度は低いが、保育所に入所する乳児や幼児に見られるものとして下記の疾患が挙げられる。

・ 新生児消化器症状

新生児期および乳児期早期に育児用粉乳および母乳に対して血便、嘔吐、下痢などの症状が現れる。まれに生後3か月以降にも認められることがある。

・ 口腔アレルギー症候群

幼児期には口の中の症状を訴えることが上手くできないので、果物や野菜に対するアレルギーに多い病型で、食後5分以内に口唇・口腔内（口の中、のどなど）の症状（ヒリヒリするイガイガする、腫れぼったいなど）が比較的まれであるが、出現する。多くは粘膜局所の症状だけで回復に向かうが、キウイやモモなどでは全身性の症状を伴うことがある。

・ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

原因となる食物を摂取して2時間以内に激しく運動をすることによりアナフィラキシー症状を起こす。幼児期は通常運動の強度が低いので学童期に比べるとまれにしか認められない。我が国では原因食物としては小麦、甲殻類が多く、運動量が増加する中学生に最も多く見られる。それでも頻度としては中学生で6000人に1人程度とまれだが、発症した場合は呼吸困難やショック症状のような重篤な症状にいたるので注意が必要である。原因食物の摂取と運動の組み合わせで発症するため、食べただけ、運動しただけでは症状はおきず、気がつかずに発症を繰り返す例もある。

B. アナフィラキシー病型

アナフィラキシーとはアレルギー症状が複数同時かつ急激に出現した状態をいう。ショッ

ク症状を伴うものをアナフィラキシーショックといい、適切に対応しないと命に関わることもある。中には他の症状を伴わずにいきなりショック症状を呈することもあるので注意が必要である。乳幼児期で起こるアナフィラキシーの原因のほとんどは食物アレルギーであり、過去にアナフィラキシーを起こしたことがある乳幼児について、その病型を知り、原因を除去し、緊急時の対応を保護者と取り決めておくことが大切である。

また、保育所生活の中で、初めてのアナフィラキシーを起こすことも稀ではない。アナフィラキシーを過去に起こしたことがある児が在籍していない保育所でも、アナフィラキシーに関する基礎知識、対処法などに習熟しておく必要がある。

1. 食物によるアナフィラキシー： 即時型食物アレルギーの最重症なタイプである。すべての即時型がアナフィラキシーに進展するわけではないが、通常は皮膚・消化器症状などに呼吸器症状を伴うものを指すことが多い。呼吸器症状の出現はアナフィラキシーショックへ進展する可能性が高まるので注意が必要である。

2. その他

・医薬品

抗生物質、抗てんかん薬、非ステロイド系の抗炎症薬などが原因になる。発症の頻度は決して多くはないが、医薬品を服用している児について、その実態を把握しておく必要がある。

・食物依存性運動誘発アナフィラキシー：食物アレルギーの項を参照。

・ラテックスアレルギー

ラテックス（天然ゴム）への接触や粉末の吸入などその原因はさまざま、頻度は少ないものの、該当する児が在籍する場合には、確実な対応を行う必要がある。

・昆虫

小児では多くはないがハチ毒によって起こるものが最も注意が必要である。

・動物のフケや毛

動物との接触でもフケや毛などが原因となってアレルギー症状が引き起こされ、中にはアナフィラキシーに至る例もある。

C. 原因食物・除去根拠

保育所では最も早く産休明け（8週）から預ける場合があり、食物アレルギー未発症あるいは診断が確定していない例も多い。「食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎」ではIgE抗体が陽性というだけで除去している場合多く、診断根拠を書けない場合（未確定）も乳児期から幼児期早期には認められる。したがって本ガイドラインでは“診断根拠”とせずに“除去根拠”とした。

食物アレルギー及びそれによるアナフィラキシーの原因食物を知ることは、保育所での対応を進める上で欠かせない情報である。

保育所での食物アレルギー対応では、“保育所内でのアレルギー発症をなくすこと”が第一目標であるが、同時に、乳幼児の健全な発育発達の観点から、不要な食事制限もなくしていかなければならない。保育所として、本欄の「除去根拠」を参考に、個々の乳幼児の食物アレルギーの診断の確からしさを判断し、実際の対応の決定に生かして欲しい。

<原因食物>

食物アレルギーはあらゆる食物が原因となり、頻度は年齢によって異なる。乳幼児期では鶏卵、乳製品、小麦が三大アレルゲンであり多くを占める。このほか、ピーナッツ、そば、大豆、魚卵など様々である。最近では幼児のいくらやピーナッツアレルギーなどが増えてきている。

<除去根拠>

食物アレルギーを血液検査だけで診断することはできない。実際に起きた症状と食物負荷試験などの専門的な検査結果を組み合わせ、医師が総合的に診断する。したがって、保育所の食物アレルギーの生活管理指導表にはアレルギー検査のデータ等は記載する必要はない。

食物の除去が必要な児であっても、その多くは除去品目が数品目以内にとどまる。あまりに除去品目数が多い場合には、不必要な除去を行っている可能性が高いとも考えられる。過度に除去品目数が多いと保育所での食物除去の対応が大変になるだけでなく、成長発達の著しい時期に栄養のバランスが偏ることにもなるので、そのような場合には「除去根拠」欄を参考に、保護者や主治医等とも相談しながら適切な対応を促していくことが必要である。

① 明らかな症状の既往

過去に、原因食物の摂取により明らかなアレルギー症状が起きているので、除去根拠としては高い位置付けになる。

ただし、鶏卵、牛乳、小麦、大豆などの主な原因食物は年齢を経るごとに耐性化（食べられるようになること）することが知られている。実際に乳幼児期早期に発症する子どもの食物アレルギーの約9割は就学前に耐性化するので、直近の1～2年以上症状が出ていない場合には、その診断根拠は薄れてくる。耐性化の検証（食物経口負荷試験など）がしばらく行われていなければ、既に食べられるようになっている可能性も考えられるため主治医に相談する必要がある。

② 食物負荷試験陽性

食物負荷試験は、原因と考えられる食物を試験的に摂取して、それに伴う症状が現れるかどうかをみる試験である。この試験の結果は①に準じたと考えられるため、診断根拠としては高い位置付けになる。ただし、主な原因食物の1年以上前の負荷試験の結果は信頼性が高いとはいえないため、①の場合と同様に再度食べられるかどうか検討する必要がある。

また、アナフィラキシー症状を起こす危険が高い場合や、直近の明らかな陽性症状、血液検査などの結果などによっては負荷試験の実施を省略して診断することもある。

③ IgE抗体等検査結果陽性（血液検査／皮膚テスト）

食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎ではIgE抗体の感作だけで除去している場合が多い。まだ食物負荷試験も行えないような状況では③が診断根拠とならざるを得ない。幼児期に鶏卵や牛乳などに対するIgE抗体価がよほど高値の場合には、③だけを根拠に診断する場合もあるが、一般的には血液や皮膚の検査結果だけで食物アレルギーを正しく診断することはできない。IgE抗体検査が陽性であっても、実際はその食品を食べられる児が多いのも事実である。したがって、生活管理指導表においてIgE抗体検査の結果を記載することは意味がないので記載を求めない。多くの食物アレルギー児の場合、除去しなければならない品目数は数種類にとどまる。このため、年齢が進んでも除去品目数が多く、①や②という根拠なしに、③だけが根拠の場合には、保護者と面談し状況を確認することも必要である。

④ 未摂取

低年齢児ではまだ与えないような食物に対しては診断根拠を書けない場合（未確定）も乳児期から幼児期早期には想定される。それらの児に対して離乳食等を進めていく場合に未摂食のものに関して除去根拠は未摂食として記載する。

※未摂取のものが家で取れる食べられるようになった場合や、食物経口負荷試験を行って症状が出ないことが確認され摂取可能になったのであれば、保護者からの書面の申請により除去食品の解除を行うものとする。

D. 緊急時に備えた処方薬

緊急時に備え処方される医薬品としては、皮膚症状等の軽い症状に対する内服薬とアナフィラキシーショック等に対して用いられるアドレナリンの自己注射薬である「エピペン®0.15mg」（商品名）がある。アナフィラキシーショックに対しては、適切なタイミングでのアドレナリンの投与が非常に有効で、重篤な症状への対処という意味では作用する時間（5分以内）を考えると同薬のみが有効と言える。

1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）

内服薬としては、多くの場合、抗ヒスタミン薬やステロイド薬が処方されている。しかし、これらの薬は、内服してから効果が現れるまでに時間がかかるため（抗ヒスタミン薬：30分～1時間、ステロイド薬：数時間）、アナフィラキシーショックなどの緊急を要する重篤な症状に対しては、その効果を期待することはできない。誤食時に備えて処方されることが多い医薬品だが、症状出現早期には軽い皮膚症状などに対してのみ効果が期待できる。ショックなどの症状には、これらの内服薬よりもアドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」を適切なタイミングでためらわずに注射する必要がある。

・抗ヒスタミン薬

アナフィラキシーを含むアレルギー症状はヒスタミンなどの物質によって引き起こされる。抗ヒスタミン薬はこのヒスタミンの作用を抑える効果がある。しかしその効果は皮膚症状など限定的で、過度の期待はできない。

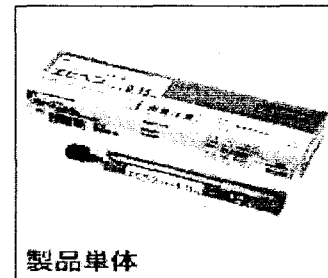
・ステロイド薬

アナフィラキシー症状は時に相性反応(一度おさまった症状が数時間後に再び出現する)を示すことがある。ステロイド薬は急性期の症状を抑える効果はなく、相性の反応を抑える効果を期待して通常は投与される。

2. アドレナリン自己注射薬 (商品名「エピペン®0.15mg」)

「エピペン®0.15mg」は、アナフィラキシーを起こす危険が高く、万一の場合に直ちに医療機関での治療が受けられない状況下にいる者に対し、事前に医師が処方する自己注射薬である。医療機関でのアナフィラキシーショックの治療や救急蘇生に用いられるアドレナリンという成分が充填されており、患者自らまたは保護者が注射できるように作られている。このため、患者や保護者が正しく使用できるように処方の際に十分な患者教育が行われることと、それぞれに判別番号が付され、使用した場合の報告など厳重に管理されていることが特徴である。

食物による重篤なアナフィラキシーショック症状に対して30分以内にアドレナリンを投与することが患者の生死を分けるとも言われており、救急搬送時間を考慮すると保育所で投与が必要となる場合もあり得る。ただし、アドレナリンを投与しても再び血圧低下など重篤な症状に陥ることがあるため、「エピペン®0.15mg」が必要な状態になり使用した後は速やかに救急搬送し医療機関を受診する必要がある。(P61～第6章 6 アナフィラキシーが起こったときの対応(エピペンの使用) 参照)



製品単体

エピペン® 0.15mg (体重15Kg以上30Kg未満)

保育所での生活上の留意点

保育所での生活上の留意点	
A. 給食・離乳食	
1. 管理不要	
2. 保護者と相談し決定	
B. アレルギー用調整粉乳	
1. 不要	
2. 必要 下記該当ミルクに○、又は括弧内に記入 ミルフイー ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ペプディエット エレメンタルフォーミュラ その他()	
C. 食物・食材を扱う活動	
1. 管理不要	
2. 保護者と相談し決定	
D. 除去食品で摂取可能なもの 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○	
1. 鶏卵:	卵殻カルシウム
2. 牛乳・乳製品:	乳糖
3. 小麦:	醤油・酢・麦茶
5. 大豆:	大豆油・醤油・味噌
6. ゴマ:	ゴマ油
11. 魚類:	かつおだし・いりこだし
12. 肉類:	エキス
E. 自由記載欄	

A. 給食・離乳食

保育所における給食は、児の発育発達段階を考慮し、安心・安全に、栄養面が確保されるだけでなく、美味しく、楽しく食べられるようにするべきである。このために保育所特有の工夫や注意点がある。特にアレルギー食対応は出来るだけ単純化し、“完全除去”か“解除”の両極で対応を開始するとよい。

離乳食は、『授乳・離乳の支援ガイド』（厚生労働省 平成19年3月14日）を参考に、また保育所で“初めて食べる”食物を基本的に避けるように保護者と連携する。

I. 保育所給食の特徴と対応のポイント

- ① 食数は少ないが、食種や提供回数が多い
- ② 対象年齢幅が広く、事故予防管理や栄養管理がより重要
- ③ 経過中に耐性の獲得（食物の除去の解除）がすすむ
- ④ 経過中に新規の発症がある
- ⑤ 保護者の問題

II. 保育所の給食・離乳食の工夫・注意点

- ① 献立を作成するうえで
 - 1) 主要原因食物の少ない献立 除去を意識した献立
 - 2) 新規に症状を誘発するリスクの高い食物の少ない献立
 - 3) 調理室における調理作業を意識した献立
- ② 保育所で“初めて食べる”ことを避ける
- ③ アレルギー食対応の単純化
- ④ 加工食品の原材料表示をよく確認
- ⑤ 調理室において効率的で混入（コンタミネーション）のない調理と搬送
- ⑥ 保育所職員による誤食予防の体制作り（知識の習熟、意識改革、役割分担と連携など）
- ⑦ 食材を使用するイベントの管理
- ⑧ 保護者と連携
- ⑨ 除去していたものを解除するときの注意

I. 保育所給食の特徴と対応のポイント

- ① 食数は少ないが、食種や提供回数が多い

学校給食に比べて一回あたりの食数は少ないが、年間給食提供日が300日程度と多い。また、食種は離乳食から幼児食と幅広く、一日に提供する食事（午前のおやつ、昼食、午後のおやつ、補食など）の回数も多い。
- ② 対象年齢幅が広く、事故予防管理や栄養管理がより重要

対象が0～6歳児であり、アレルギーや除去について理解できないことがほとんどである。このため誤食事故予防のために、周囲の管理者の配慮や監視、環境整備が必須である。また保育時間が長いことから、給食の給与栄養目標量は食事摂取基準に対して占める比率が高く、もともと発達発育著しい保育所在籍児たちの栄養素が不足しないように栄養管理が重要である。
- ③ 経過中に耐性の獲得（原因食物除去の解除）がすすむ

主要原因食物である鶏卵、牛乳、小麦は年齢を経るうちに食べられるようになる児が多く、3歳までに約5割、6歳までに約8～9割に解除がすすむ。このため園児たちは定期的（6～12か月毎）に医療機関を受診し、負荷試験を実施するなかで、解除が可能か確認してもらうこととなる。

保育所では園児たちの除去食生活の変化を逐次追って、施設での対応も変化させていく必要がある。
- ④ 経過中に新規の発症が多い

食物アレルギーの発症は乳児が最も多く、その後2歳までに全食物アレルギー患者の80%が発症してくる。このため、保育所給食は症状発症の場になりやすい傾向がある。

⑤ 保護者の問題

食物アレルギー児の保護者は、少子化、核家族化などの社会的背景や、食物アレルギーの情報不足や不適切な診断などから、もともとの育児不安がさらに増強される傾向にある。誤った食物アレルギーに関する考えから、施設は除去や代替など個別性の高い対応や難題を求められることも少なくない。保育所ではそうした背景を理解し、食物アレルギー児に対して施設でできる最善の対応を努力し、トラブルを避ける。

II. 保育所の給食・離乳食の工夫・注意点

保育所の給食・離乳食については、以下の工夫や注意点があげられるが、調理室の環境が整備されていたり、対応人員に余裕がある、また栄養士・調理員の能力が高ければ、個別に対応することを本ガイドラインによって、制限するものではない。

① 献立を作成する上で

1) 主要原因食物の少ない献立 除去を意識した献立

主要原因食物である鶏卵、牛乳、小麦は安価で重要な栄養源であるため、給食で利用しやすく、ついつい献立に組み込まれる傾向がある。しかしこれらの使用を絞り込むことで除去などの対応が少なくなる。また特に鶏卵アレルギーが非常に多いため、鶏卵焼きなど鶏卵が主体となる献立はなるべく避ける。また主菜として献立を立てる時は、除去を必要とする児童がいる場合はと代替献立食品の意識し、納品や調理が可能であるかを検討した上で取り入れるとよい。

2) 新規に症状を誘発するリスクの高い食物の少ない献立

そば、ピーナッツは誘発症状が重篤になる傾向があり、エビ・カニ、キウイ、バナナは幼児期以降に新規発症する傾向があり注意を要する。これら食物は主要原因食物と違い、献立として他のものに代替可能な場合が多く、敢えて給食で利用しないことも症状誘発の予防対策の一つである。

3) 調理場室における調理作業を意識した献立

一般的に施設保育所の調理室は小規模であり、衛生区分ごとの部屋分けは難しい。調理作業や配膳スペースも狭いため、混入（コンタミネーション）を避けるための作業動線や作業工程の工夫を献立の時点で考慮する。またアレルギー食を全く別献立で作るよりも、一般食の調理過程で流用できるような献立にしたほうが作業効率は良い。

② 施設保育所で“初めて食べる”ことを避ける

施設保育所において食物アレルギー症状の誘発を最小限に抑制するためには、原因となる食品の除去に加え、新規に食物アレルギー症状を誘発させない工夫が求められる。

この考えのもとに保育所特有の対策として、施設保育所においては“初めて食べる”こ

とを避けることが重要である。新規の食物にアレルギー反応が起きるか否かは食べてみないと分からないためにことから、このことは既に診断を受けている食物アレルギー児ばかりでなく、そうでない全ての施設児に共通して適応して考える必要がある。

具体的には、家庭において可能であれば2回以上、保育所で提供する量程度もしくはそれ以上の量を食べて何ら症状が誘発されないことを確認した上で、その食物を給食で食べることが理想的である。特に給食に使用している高リスク食品については必ず確認する。

このため保護者と事前に連携し、全施設児のこれまでの家庭における代表的な個々の食物の摂食状況を調査把握することが前提である。また施設は事前に献立を提供し、これまで食べたことのない食物が給食に無いか家庭でもチェックしてもらうよう依頼し、事故を未然に防ぐ工夫をする。保護者に過度の負担をかけないためにも、施設の給食献立では年齢相応の食材を選択し、奇をてらうことのないようにする。

③ アレルギー食対応の単純化

原因食物の除去といっても、その除去のレベルは患者によって様々である。例えば牛乳アレルギー一つとっても、“完全除去”指導から、“混入程度はよい”、“25ml までならよい”、“100ml までならよい”などと千差万別である。摂取上限量が決まっていればまだしも、“パン程度の使用ならよい”などと曖昧な指示しかないこともよくある。こうした個々の自宅での対応レベルをそのまま給食に適応しようとする、調理や管理が煩雑となるだけでなく、誤食事故の遠因にもなる。また即時型の食物アレルギーが治っていく過程において感冒・胃腸炎などの体調の変化などでも普段は食べられている量でも症状が誘発されることはしばしば認められる。このため、保育所における食物アレルギー対応の基本は、安全に保育所生活を児がおくるという観点から“完全除去”か“解除”の両極で対応を進めるべきである。つまり、保育所においては一つずつの原因食物に関して完全に治ってから除去していた食物の解除を進めるということである。また食物アレルギーの診断を正しく受けていない乳幼児（例えば年長児でもアトピー性皮膚炎に食物アレルギーが関わっていると信じている、あるいは指導されているような場合）では中途半端な煩雑な除去が指示されていることも良くよく認められる。

もちろん、調理場の環境が良く、対応人員に余裕があり、また栄養士・調理師の能力が高ければ、個別に対応することをこのガイドラインによって制限するものではない。

④ 加工食品の原材料表示をよく確認する

加工食品を使用する際は、主要原因食物の含有量になるべく少なく、味、価格が妥当なものを検討する。原材料の確認の取れないとれないものは使用するべきではない。

製造業者、納品業者に対して食物アレルギーの啓発を行い、各個の納品に対してアレルギー物質に関する詳細報告を求め、書類で保管する。この情報は症状誘発時にも有用である。納品物の原材料が変更される際は、それぞれに改めて原材料を記載した書類を提出させて

保管する。同じ製品であっても途中で使用材料が変わる場合もあるので、納入のたびに確認する。

⑤ 調理場室において効率的でコンタミネーションのない調理と搬送

アレルギー対応食の作業スペースと専任の調理師調理員が確保できることが理想であるが、一般的に施設保育所の調理室は小規模であり、人員も不足していることが少なくない。しかしそのため混入（コンタミネーション）による事故予防のために、作業動線や作業工程の工夫や声出し確認が求められる。また、調理器具や食品の収納保管場所の確保を工夫する必要がある。

調理がすんだされたアレルギー食の混入予防や保育室へ搬送するまでの間に誤配がないように食事に目印を付けたり、声出し確認を調理師調理員間、調理師員-栄養士間、栄養士-保育士間など繰り返し行うことを怠らない。

⑥ 施設保育所職員による誤食予防の体制作り（知識の習熟、意識改革、役割分担と連携など）

事故予防の見地から、最も重要なことは施設長をはじめとして保育士、看護師、栄養士、調理員、用務員、臨時職員等も含めた職員全体の食物アレルギー及びアナフィラキシーに対する知識の啓発と習熟、当事者意識の向上と維持、そして患児の状況把握である。それぞれのスタッフ・職員で役割分担を行ない、効率的に対応漏れのないように注意し、またスタッフ・職員間での連携を密にする。

さらに施設全体で日々の情報共有と対応をマニュアル化、パターン化することである。保育所は開所日が多く開所時間も長いため、職員の勤務体制は振替休日・時間差出勤などでスタッフ・職員の入れ替わりが多く体制が頻繁に変化する。このため職員間の連絡調整の不備から、配膳や喫食時の取り違えなどの誤食事故に繋がりがやすいので、施設全体で日々の情報共有と対応マニュアル化、パターン化することが必要である。

⑦ 食事以外での食材使用時や、イベント時の管理

給食時は注意を払えるが、食事以外での食材を使用する時（豆まき、おやつ作りなど）は注意を忘れる傾向がある。また誤食事故は、非日常的なイベント時（遠足、運動会など）に起こる傾向がある。職員がイベントの準備や手順に追われ、つい食物アレルギーに関する手順を抜いたり、忘れてたり、間違えたりして事故が起こる例が多く注意が必要である。

⑧ 保護者と連携と援助

乳幼児の生活の基本は本来家庭にある。あくまでも家庭における食生活が主体であり、その延長線上に保育所の給食があるようにする。

また一般的に食物アレルギーの保護者は育児不安になることも多く、加えて日々の生活

の質の低下が顕著であり日常的に複数の問題を抱えている。共働き家庭の多い保育所ではさらにその傾向は助長される。施設保育所では繰り返し面談等を実施し、日頃から保護者の声に耳を傾けるよう、最大限の配慮と援助を家庭と二人三脚で務める必要がある。

⑨ 除去していたものを解除するときの注意

保育所に在籍する乳幼児が除去していたものを解除するときには2つのパターンがある。それはa)未摂取なものを除去して解除するときと、b)食べて症状を経験したために除去していたものを食物経口負荷試験などの結果で解除するときである。a)の施設保育所での解除については、除去していた食物は元々食べても症状がでなかった可能性があるため、そのリスクは決して高くはない。ところがb)の場合、施設保育所での解除に注意を要する。食物アレルギーは用量依存性に反応したりしなかったりするもので、例えば牛乳アレルギー児が牛乳25mlを飲んでも、それは200mlも飲めることを示唆するものではない。さらに鶏卵は加熱することで低アレルゲン化（食べられやすくなる）することが知られており、鶏卵1/4個食べられたとしても、加熱の程度によって同量であっても症状は誘発される可能性がある。このため、b)の場合の解除においては特に、“③アレルギー食対応の単純化”でも記述したように、原因食物の部分解除は推奨せず、“完全除去”か“解除”の両極で対応すべきである。また負荷試験の結果食べられるという医師からの診断があっても、家庭において複数回食べて症状が誘発されないことを確認した上で、施設保育所での解除をすすめるべきである。

尚、ガイドラインにおいて解除指示は管理指導表や医師の診断書の提出を求めないことになっている。が、しかし、保護者と施設保育所において解除指示が口頭で取り交わされることがあってはならない。必ず保護者と施設保育所の間で所定の書類を作成しておくことは必須である（以下の定形①および②を参考例として提示する）。

<参考例>

<p style="text-align: center;">除去解除申請書（定形①）</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>保育園 組</p> <p>氏名： _____</p> <p>本児は管理指導表で“未摂取”のため除去していた（食物名： _____） に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回食べて症状が誘発されていないので、園における完全解除をお願いします。</p> <p style="text-align: right;">保護者名： _____ 印</p>	<p style="text-align: center;">除去解除申請書（定形②）</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>保育園 組</p> <p>氏名： _____</p> <p>本児は管理指導表で“未摂取”以外を理由に除去していた（食物名： _____） に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回食べて症状が誘発されていないので、園における完全解除をお願いします。</p> <p style="text-align: right;">保護者名： _____ 印</p>
---	--

B. アレルギー用調整粉乳

牛乳アレルギー児向けにアレルギー用調製粉乳があり、完全母乳栄養でない乳幼児の多くは保育所においてアレルギー用調製粉乳を授乳させることになる。牛乳は豊富にカルシウムを含むため、牛乳除去を行うとカルシウム摂取不足に陥る傾向がある。このため、断乳後離乳が完了した後も乳製品の位置づけで引き続きアレルギー用調製粉乳を利用していくことも必要である。

アレルギー用調整粉乳には幾つか種類があるが、重症な牛乳アレルギーでなければどのアレルギー用調製粉乳を使っても問題はない。このため施設で特定のアレルギー用調製粉乳を統一して使うことも可能である。しかし逆にどうしても特定のアレルギー用調製粉乳しか利用できない乳幼児がおり、この場合には各個別に対応していく必要がある。

アレルギー用調製粉乳

	ミルフィーHP (明治)	MA-mi (森永乳業)	ペプディエット (ビーンスタークスノー)	ニューMA-1 (森永乳業)	エレメンタル フォーミュラ (明治)	
最大分子 (MW)	3,500 以下	2,000 以下	1,500 以下	1,000 以下	—	
組成	タンパク質	乳清タンパク質 分解物	カゼイン分解物 乳清タンパク質 分解物	カゼイン分解物	カゼイン分解物	アミノ酸混合物
	乳糖	含まない	極微量含む	含まない	含まない	含まない
	大豆油	含まない	含まない	含まない ※	含まない	含まない
カルシウム (mg) /調整 100ml	54 (14.5%調乳)	56 (14%調乳)	56 (14%調乳)	60 (15%調乳)	64.6 (17%調乳)	
味 / におい	のみやすい	←—————→			のみにくい	

※ 但し、含有されるレシチンが大豆由来

C. 食物・食材を扱う活動

稀ではあるが、ごく少量の原因物質に触れるだけでもアレルギー症状を起こす児がいる。このような児は、原因物質を“食べる”だけでなく、“吸い込む”ことや“触れる”ことも発症の原因となるため、個々の児に応じた配慮が必要である。具体的には、指導管理表に記載

された主治医からの指示を参考に、保護者と十分な協議をして個別の対応をとる必要がある。

重症の食物アレルギー児にとって危険な場面 事例紹介

(1) 小麦粘土を使った図工授業

小麦が含まれた粘土を触ることにより、アレルギー症状が出る子どもがいる。小麦が含まれていない粘土を使用する方が望ましい。

(2) 調理体験（おやつ作りなど）

用いる食材に対してアレルギーを持っていないかどうかの確認が必要である。

(3) 豆まき

大豆は加熱処理してもアレルゲン性は低くならず、発酵（みそ、しょうゆ等）によってアレルゲン性が低くなると知られている。節分などの豆まきの際は大豆アレルギーの子どもが誤食しないよう、見守りなど配慮が必要である。また、豆まきは大豆のほかにピーナッツを使用することもある。ピーナッツは、アナフィラキシーを起こす児もいるため使用は控えた方が無難であるよい。

D. 除去食品で摂取不可能なもの

※番号は 生活管理指導表「病型・治療」欄のC. 原因食物・除去根拠（P37参照）に一致している

Point

ある原因食物の除去が必要であっても、少量であれば摂取できることがよくある。施設において、個々のバラバラな摂取量上限にそれぞれに対応していくことは実質不可能であり、施設における対応の基本は完全除去とするべきである。

しかし、調味料や油脂などに極少量含まれているだけの場合、それらが給食で利用出来るか否かは、調理上における負担の増大もしくは軽減に大きく関与する。下記の項目は特に重要なものであり、個別に対応することで施設の負担の軽減につながる。

1 鶏卵：卵殻カルシウム

卵殻カルシウムは、卵殻を主原料とするもので、その成分は酸化カルシウムである。焼成（高熱で焼くこと）でも未焼成であっても鶏卵タンパクの混入はほぼなく、アレルギー児にとって除去する必要は基本的にない。

2 牛乳・乳製品：乳糖

乳糖（ラクトース）は牛乳に限らず、哺乳類の乳汁に含まれる糖類である。乳という漢

字が使われているが、牛乳との直接的な関連はなく、牛乳アレルギーであっても摂取できる。しかし「食品衛生法」において、アレルギー物質を含む食品の表示については、乳糖の表記は代替表記として認められており、その加工食品に乳タンパクが含有されていることを示唆するので注意が必要である。

3 小麦：醤油・酢・麦茶

・醤油は原材料に小麦が使用されているが、醤油が生成される発酵過程で小麦タンパクは完全に分解される。このため基本的に小麦アレルギーであっても醤油を摂取することは出来る。

・酢は正確には食酢、このうちの醸造酢（米酢、大麦黒酢を除く）に小麦が使用されている可能性がある。単に酢だけでは小麦が含まれているか否かはわからない。ただ、酢に含まれるタンパク量は非常に少なく(0.1g/100ml)、また一回摂取量も非常に少ないため、基本的には摂取することが出来る。

・麦茶は大麦の種子を煎じて作った飲み物であり、小麦と直接関係はない。しかし小麦アレルギーのなかに麦類全般に除去指導されている場合があり、この場合に麦茶の除去が必要な場合がある。

5. 大豆：大豆油・醤油・味噌

・大豆油に関して、そもそも食物アレルギーは原因食物の特定のタンパク質によって誘発されるものであり油脂成分が原因とは基本的にはならない。大豆油中のタンパク質は0g/100mlであり、除去する必要はないことがほとんどである。

・醤油における大豆タンパクも生成の発酵過程で、小麦タンパクと同じ様に分解が進む。醤油のタンパク質含有量は7.7g/100mlであるが、調理に利用する量は少ないこともあり、重症な大豆アレルギーでなければ醤油は利用出来ることが多い。

・味噌は本来その生成過程で小麦は使用しないため、純粋な製品には小麦の表記はなく、小麦アレルギーでも使用できる。大豆タンパクに関しても醤油と同様に考えることが出来る。尚、味噌のタンパク質含有量は9.7-12.5g/100gである。

6. ゴマ：ゴマ油

ゴマ油も大豆油と同様に除去する必要がないことが多い。しかし大豆油と違って精製度の低いゴマ油はゴマタンパクが混入している可能性があり、除去の対象となることがあり注意を要する。

11. 魚類：かつおだし・いりこだし

魚類の出汁（だし）に含まれるタンパク質量は、かつおだしで0.5g/100ml、いりこだし

で0.1g/100mlと極少量である。このためほとんどの魚類アレルギーは出汁を摂取することができる。

12. 肉類：エキス

肉エキスとは肉から熱水で抽出された抽出液を濃縮したもので通常調味料として用いられる。一般的に加工食品に使用される量は非常に少量であるので、肉エキスは摂取できる。

※食品成分に関しては、「五訂増補日本食品標準成分表（文部科学省）」による。

5 アレルギー性鼻炎

定義

アレルギー性鼻炎は、鼻に入ってくるアレルゲンに対しアレルギー反応を起こし、発作性で反復性のくしゃみ、鼻水、鼻づまりなどの症状を引き起こす疾患である。

頻度

「鼻アレルギー診療ガイドライン 2009 年版」(鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会)によると、アレルギー性鼻炎の有病率は、通年性アレルギー性鼻炎が 0~4 歳で 4%、5~9 歳で 22.5%であり、スギ花粉症が 0~4 歳で 1.1%、5~9 歳で 13.7%、またスギ以外の花粉症が 0~4 歳で 0.6%、5~9 歳で 8.3%という結果が報告されている。

原因

通年性アレルギー性鼻炎は主にハウスダストやダニが原因で生じるが、動物(猫や犬など)のフケや毛なども原因となる。季節性アレルギー性鼻炎の原因は主としてスギ、カモガヤ、ブタクサなどの花粉である。

症状

発作性反復性のくしゃみ、鼻水、鼻づまり、ときに目のかゆみ(アレルギー性結膜炎)も伴う。

治療

原因となるアレルゲンの除去や回避が基本となる。薬物治療としては内服薬や点鼻薬があり、症状が強い場合には、これらいくつかの医薬品を組み合わせで使用することもある。

生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方

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

A. 病型

アレルギー性鼻炎の病型は以下のように分類できる。保育所が取り組みを行うにあたっては、その病型を理解した上で対応する。

1. 通年性アレルギー性鼻炎

通年性アレルギー性鼻炎は、その名の通り、一年中発作性反復性のくしゃみ、鼻水、鼻づまりがみられる。原因のアレルゲンとしてはハウスダスト、ダニが有名である。

2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症）

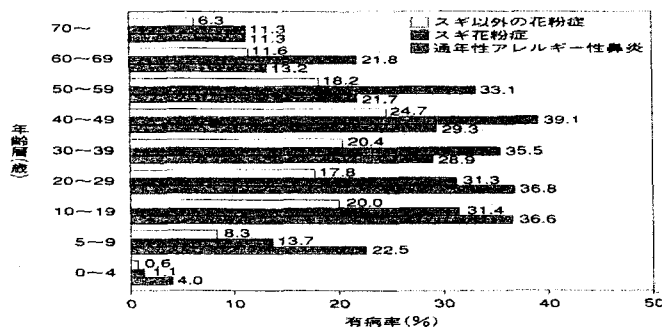
花粉のように病因となるアレルゲンが飛散する時期にのみ症状が現れるものを季節性アレルギー性鼻炎といい、一般的には花粉症と呼ばれる。代表的なアレルゲンはスギ、カモガヤ、ブタクサなどである。

Point 幼少児における花粉症の増加

幼小児の花粉症は年々増加している。鼻アレルギー診療ガイドライン（鼻アレルギーガイドライン作成委員会）のアレルギー性鼻炎の年齢層別有病率の全国調査結果を比較すると、1998年の全国調査（「鼻アレルギー診療ガイドライン 2005」）では、通年性アレルギー性鼻炎は10～19歳にピークを認め、スギ花粉症のピークは30～40歳代に認められていた。この時も0～4歳の1.7%、5～9歳の7.5%にスギ花粉症が認められていたが、当時、幼小児ではスギ花粉症は相対的に少ないと考えられていた。しかし、2008年の全国調査（「鼻アレルギー診療ガイドライン 2009」）では、スギ花粉症は0～4歳では1.1%と1998年の調査と同程度だったものの、5～9歳では13.7%と増加していた

このことは幼小児の花粉症が増えていることを示唆していると考えられる。この理由としてはスギ花粉の増加、都市化と生活環境の変化、感染症の減少や感染症遷延化の減少などが指摘されている。

アレルギー性鼻炎の年齢層別有病率（2008年の全国調査）



（「鼻アレルギー診療ガイドライン 2009」鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会）

B. 治療

幼小児のアレルギー性鼻炎に用いられる治療薬は大きく内服薬と点鼻薬とに分けられる。

1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）

アレルギー症状（くしゃみや鼻水）の原因になるヒスタミンという物質の作用を阻害し、症状を抑える。近年、この種の医薬品の改良が進み、かつて問題となった眠気や口渇などの副作用が比較的軽減され、くしゃみや鼻水だけでなく鼻づまりへの効果も増した医薬品が開発されている。一般的に、乳幼児では眠気を訴えることはほとんどありません。小児においては、年齢が高くなるにつれて眠気を催す副作用を訴えることがあるので、そのことを知っておく必要がある。

2. 鼻噴霧用ステロイド薬

抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬とともに、点鼻薬として使用されることがある。現在、5歳以上の小児に使用できる小児用点鼻薬が使用されていますが、比較的長期に連用できる。特徴は、①効果は強い、②効果発現はやや早い、③副作用は少ない、④アレルギー性鼻炎の3症状（くしゃみ、鼻水、鼻づまり）に等しく効果があることなどである。

保育所での生活上の留意点

保育所での生活上の留意点	
A. 屋外活動	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)	

A. 屋外活動

アレルギー性鼻炎（特に季節性アレルギー性鼻炎）の幼小児は花粉症飛散時期の屋外活動により、症状の悪化をきたすことがある。このことにより、屋外活動ができないということはまれであるが、管理指導表で、配慮の指示が出された場合には、保護者と相談して対応を決定する。

また、症状を緩和するために医薬品を使用している場合もあるので、併せて保護者への確認など配慮が必要である。

B. その他の保育所生活上の配慮・管理事項

幼小児では症状を正確に把握できないことが多いので、一般に保護者に保育所生活上の送る際の問題点などの情報を詳細にたずねて、保護者と情報を共有することが必要である。

治療薬を使用している場合は、その治療薬の使用や管理について、保護者と相談することや保育所内での対応を整備する必要がある。

第4章 食物アレルギーへの対応

1 保育所での食物アレルギー対応に関する現状及び問題点

<現状>

- (1) 保育所で預かる子どもは乳児・幼児であり、学童に比べて食物アレルギーの頻度は高い。
- (2) 保育所ごとに食物アレルギーの対応が異なっており、現場では著しい混乱がある。
- (3) 給食対応は様々であり、誤食事故も頻発している。
- (4) 乳幼児の食物アレルギーの9割は乳児アトピー性皮膚炎に合併して発症している。
- (5) 乳幼児期のアトピー性皮膚炎では食物抗原特異的IgE抗体の偽陽性が多い。
- (6) 学童期に比べるとアトピー性皮膚炎との関連も乳児期・幼児早期は認められる。
- (7) “食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎”から“即時型”への移行も多いある。
- (8) 乳幼児期には食物アレルギーの寛解（耐性化）も多く、変化が早い。
- (9) 標準的な診断・治療を受けていない児も多くみられる。
- (10) 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アップデートされていない。
- (11) 病診連携（開業医と専門医の連携）が不十分で正しい指導を受けていない例や食物経口負荷試験未実施例も多い。

<問題点>

【乳児】

- ・ 最も早くて産休明け（8週）から預ける場合がある。
- ・ 乳児期には顔面に湿疹が出現する乳児は約3割存在し、その半数程度が慢性に経過するかゆみのある湿疹である。
- ・ 慢性に経過するかゆみのある湿疹の中から食物アレルギーが関与している湿疹を見極める必要がある。
- ・ 保育所に在籍する乳児はアトピー性皮膚炎未発症あるいは診断が確定していない例も多い。
- ・ 乳児では育児用粉乳として予防用ミルク、加水分解乳・アミノ酸乳が使われている場合がある。
- ・ 乳児では診断を確定していく時期であるのでIgE抗体の感作陽性だけで除去を指示されている場合も多い。
- ・ 離乳食を進める時期なので未摂食のものも多く初めて食べ発疹が出るとアレルギーを

疑うことがある。

【幼児】

- ・ 幼児期の食物アレルギーは時々刻々変化する（治る例も多い）ので、常に見直しが必要である。
- ・ 保育所での幼児食の食物除去の対応が細分化されていて煩雑であり、誤食の誘因となっている。
- ・ 保育所に在籍する児が自己管理できないことにより誤食事故が発生しうる。
- ・ 間違った知識や指示に基づいて過剰な食物除去をしていることも多い。

2 保育所における食物アレルギー対応の原則（除去食の考え方等）

- (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、施設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診断書が必要である。（診断時十年1回の更新）
- (5) 食物除去はシンプルに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。
- (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リスクマネージメントの考えを取り入れる。
- (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するし、記録を残す。

3 食物アレルギーの症状

(1) 皮膚粘膜症状

皮膚症状：かゆみ、蕁麻疹（じんましん）、むくみ、赤み、湿疹

眼症状：白目の充血、ゼリー状の水ぶくれ、かゆみ、涙、まぶたのむくみ

口腔咽喉頭症状：口の中・くちびる・舌の違和感・腫れ、

喉のつまり・かゆみ・イガイガ感、息苦しい、しわがれ声

(2) 消化器症状

腹痛、気持ちが悪くなる、嘔吐、下痢、血便

(3) 呼吸器症状

上気道症状：くしゃみ、鼻水、鼻づまり

下気道症状：息がしにくい、せき、呼吸時に「ゼーゼー」「ヒューヒュー」と音がする。

(4) 全身性症状

アナフィラキシー：皮膚・呼吸器・消化器などのいくつかの症状が重なる

アナフィラキシーショック：脈が速い、ぐったり・意識がない、血圧低下

4 食物アレルギーの種類のみとめ

各病型に関する解説は生活管理指導表の「病型・治療」A.「食物アレルギー病型」解説 (P37～P38) を参照。

臨床型	発症年齢	頻度の高い食物	耐性の獲得(寛解)	アナフィラキシーショックの可能性	食物アレルギーの機序	
新生児消化器症状	新生児期	牛乳(育児用粉乳)	(+)	(±)	主にIgE非依存型	
食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎*	乳児期	鶏卵、牛乳、小麦、大豆など	多くは(+)	(+)	主にIgE依存型	
即時型症状(じんましん、アナフィラキシーなど)	乳児期～成人期	乳児～幼児： 鶏卵、牛乳、小麦、そば、魚類など 学童～成人： 甲殻類、魚類、小麦、果物類、そば、ピーナッツなど	鶏卵、牛乳、小麦、大豆など (+) その他の多く (±)	(++)	IgE依存型	
特殊型	食物依存性運動誘発アナフィラキシー(FEIA/FDEIA)	学童期～成人期	小麦、エビ、イカなど	(±)	(+++)	IgE依存型
	口腔アレルギー症候群(OAS)	幼児期～成人期	果物・野菜など	(±)	(+)	IgE依存型

*慢性の下痢などの消化器症状、低タンパク血症を合併する例もある。全ての乳児アトピー性皮膚炎に食物が関与しているわけではない。

5 誤食について(「保育所での生活上の注意点」A 給食・離乳食 (P43～49) を参照)

誤食事故は保育所では給食やおやつ提供の時に起こることが大多数である。保育園保健協議会による調査でも保育所でしばしば起きており、医療機関の受診を必要とする場合もかなりあるようである。

誤食事故の発生要因として

- ① 人的エラー(いわゆる配膳ミスなど)
- ② ①を誘発する因子として煩雑な細分化された食物除去の対応
- ③ 保育所に在籍する児が幼少のために自己管理できないことが考えられる。

人的エラーの対策としては食事内容を記載した配膳カードを作成し食物アレルギー児の調理、配膳、食事の提供までの間に2重、3重のチェック体制をとること、食物アレルギー児の食器の色などを変えて注意喚起することなどが上げられる。

煩雑な細分化されすぎた食物除去の対応は給食のところで述べているように誤食の誘因となるので、できるだけ単純化された対応（完全除去か解除）を基本とする。食物アレルギー児への食事の提供の際には十分な人員の配置と管理が必要である。

6 アナフィラキシーが起こったときの対応（エピペンの使用）

アナフィラキシー症状は非常に多彩であり、全身のあらゆる症状が出現する可能性がある。しかし、頻度には差があり、皮膚症状が最も多く90%程度の患者さんに認められる。以下、粘膜、呼吸器、消化器症状の順で合併しやすい傾向がある。

アナフィラキシーの重症度は、その症状によって大きく3段階（下記グレード分類）に分け、その段階に併せて対応を考えると良い。

【グレード1】 各症状はいずれも部分的で軽い症状で、慌てる必要はない。症状の進行に注意を払いつつ、安静にして経過を追う。誤食したとき用の処方薬がある場合は内服させる。

【グレード2】 全身性の皮膚および強い粘膜症状に加え、呼吸器症状や消化器症状が増悪してくる。医療機関を受診する必要がある、必要に応じて児に処方された「エピペン®」があれば、接種を考慮する。

【グレード3】 強いアナフィラキシー症状といえる。プレショック状態（ショック状態の一手手前）もしくはショック状態と考え、緊急に医療機関を受診する必要がある。救急の現場に児に処方された「エピペン®」があれば速やかに接種する必要がある。

Grade		1	2	3
皮膚症状	かゆみ、赤み、じんましん	部分的	全身性、強いかゆみ	←
粘膜症状	口びる、まぶた	部分的	顔全体の腫れ	←
	口やのどの違和感	口のかゆみ、違和感	のどのかゆみ、違和感、	締め付けられる感覚 声枯れ、飲み込みづらさ
消化器症状	腹痛、嘔吐、下痢	腹痛、嘔気、嘔吐	←	繰り返す嘔吐、下痢
呼吸器症状	鼻汁、鼻閉、くしゃみ	認める	←	←
	せき	連続しない	連続する	犬の遠吠え、 オットセイの鳴き声様
	ぜん鳴、呼吸困難	/		ぜん鳴、呼吸困難、 チアノーゼ、呼吸停止
循環器症状	脈拍、血圧	/		頻脈(+15回/分)、蒼白 不整脈、血圧低下、 重度徐脈、心停止
神経症状	意識状態	元気がない	←	ぐったり、不穏、恐怖感、 失禁、意識喪失
治療	抗ヒスタミン薬	(○)	○	○
	気管支拡張剤吸入	(○)	(○)	(○)
	ステロイド	(○)	○	○
	エピペン	/		○
受診		受診不要	基本的には受診	必ず受診 (必要なら救急車)

ワンポイント 「エピペン®」

① アドレナリンとはどういう薬剤なのか？

アドレナリンはもともと人の副腎髄質から分泌されるホルモンで、主に心臓の働きを強めたり、末梢血管を収縮させたりして血圧を上げる作用がある。また気管・気管支など気道（肺への空気の通り道）を拡張する作用もある。「エピペン®0.15mg」はこのアドレナリンを注射の形で投与できるようにしたものである。

② 副作用

副作用としては効果の裏返しとしての血圧上昇や心拍数増加に伴う症状（動悸、頭痛、振戦、高血圧）が考えられる。動脈硬化や高血圧が進行している高齢者などでは脳血管障害や心筋梗塞などの副作用も起こるが、一般的な小児では副作用は軽微であると考えられる。

③ 保管上の留意点

「エピペン®0.15mg」の成分は、光により分解されやすいため、携帯用ケースに収められた状態で保管し、使用するまで取り出すべきではない。また15℃～30℃で保存することが望ましいので、冷所または日光のあたる高温下等に放置すべきでもない。

④ 保育所における「エピペン®0.15mg」の使用について

「エピペン®0.15mg」は本人もしくは保護者が自己注射する目的で作られたもので、自己注射の方法や投与のタイミングは医師から処方される際に指導を受けている。「エピペン®0.15mg」は体重15kg以上の児が対象として処方されている。保育所においてはアナフィラキシー等の重篤な反応が起きた場合に速やかに医療機関に救急搬送することが基本である。しかし重篤な症状が出現し時間的猶予がないような場合には緊急避難として保育所の職員が「エピペン®0.15mg」を注射することも想定される。投与のタイミングは、ショック症状に陥ってからではなく、その前段階（プレショック症状）で投与できた方が効果的である。具体的には、呼吸器症状として頻発する咳、喘鳴（ゼーゼー）や呼吸困難（呼吸がしにくいような状態）などが該当する。

⑤ 「エピペン®」接種の実際

Step1 準備 カバーキャップを回しながら外して、エピペンを取り出します。黒い先端を下に向けて片手でしっかりと握り、もう片方の手で灰色の安全キャップを外します。

●使用時まで安全キャップを取り外さないでください。
●安全キャップを外した後は、取り扱いに十分注意してください。

Step2 注射 太ももの前外側に垂直になるように、黒い先端を強く押し付けます。そのまま数秒間待った後、針の出したエピペンを抜き取り、注射したところを数秒間もみます。

●太ももの前外側以外には注射しないでください。

Step3 確認 黒い先端から針が出ていることを確認します。

●注射後、薬液の大部分(約1.7mL)が注射器内に残っていても、再度注射することはできません。

Step4 片づけ 使用済みの注射器は針先側から携帯用ケースに戻し、カバーキャップを回しながら押し込みます。

●針先がゴムを突き抜け曲がり、容器から抜けなくなりますが、カバーキャップを外して強く振ると抜けることがあるので注意してください。

●危険な持ち方

●緊急の場合は、衣服の上からでも注射できます。

●針が出ていない場合は、注射は完了していないので、もう一度、Step1~3を繰り返します。

●使用済みのエピペンと灰色の安全キャップは、医療機関等へ提出してください。

マイラン製薬株式会社「エピペン®をお使いになる患者さんへの説明資料」より引用

【保育所における「エピペン®」の使用について】

<経緯>

- 救急救命処置の範囲等について一部改正され、厚生労働省医政局指導課長通知（平成21年3月2日付医政指発第0302001号）により、アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある傷病者が、あらかじめ「エピペン®」を処方されている場合、救命救急士は「エピペン®」を使用することが可能となった。
- 平成21年7月6日 文部科学省スポーツ・青少年学校健康教育課長より医政局医事課長宛の「医師法第17条の解釈について」の照会により「その場に居合わせた教職員が、本人が注射できない場合、本人に代わって注射することは、反復継続する意図がないと認められるため医師法違反にならない」との見解。

<保育所における「エピペン®」使用の際の注意点>

- 子どもや保護者自らが「エピペン®」を管理、接種することが基本であるが、保育所においては低年齢の子どもが自ら管理、接種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。
- ショック状態に陥ったしかし、そうして救急処置が間に合わない場合等の緊急時には、

その場にいる保育者が接種することが必要な場合もあり、緊急の際は保育者が接種することも想定の上、保育所職員全員の理解と保護者、嘱託医との十分な協議、連携の元に「エピペン®」の保管等の体制を整える。

- 「エピペン®」を保育所で管理する場合、保護者との面接時に、緊急時の対応について十分に確認し合い、緊急時個別対応カード等（下記に参考例を記載）を作成し、その内容についても定期的に確認する。

【保育所での「エピペン®」の管理運用におけるポイント】

職員全員が

- 「エピペン®」の保管場所を知っていること。
- 「エピペン®」の接種するタイミングと方法を知っていること。
- 「エピペン®」や緊急時対応に必要な書類一式の保管場所を知っていること。

「エピペン®」の保管を考えると、その利便性と安全性を考慮する必要がある。利便性という観点から、万が一のアナフィラキシー症状発現時に備えて、「エピペン®」はすぐに取り出せるところに保存されるべきである。保育所で保管する場合は、事前にエピペンがどこに保管されているかを職員全員が知っておく必要がある。安全性という観点から、子ども達の出入りの多い場所で管理する場合には、容易に手に届くところで管理することは避ける必要がある。

第5章 アレルギー疾患の共通理解と役割

1 保育所におけるアレルギー疾患への対応

第2章でも述べたように、アレルギー疾患への知識や理解に差があり、保育所におけるアレルギー児への対応は、様々で混乱を生じやすい。アレルギー児や保護者が安心し、保育所が安全に保育を実施するために、それぞれが役割を認識し、組織的に対応することが重要である。

(1) 共通認識をもって対応する

- ①保育所において対応が問題となるアレルギー疾患は、アトピー性皮膚炎と食物アレルギーで、その中でも“食物の除去”に関する管理が最大のものである。
- ②食物アレルギーは、いろいろな症状を現すが、その中の約10%は緊急対応が必要なアナフィラキシー・ショックに至る危険性がある。

したがって、食物アレルギーについて以下のことに注意が必要である。

- 1) 食物アレルギーは乳幼児に多く、早期には診断が確定していないことが多い。
 - ・確定診断がつくまでは、医師からの管理指導表は不要。
 - ・時々刻々変化する。(次第に治る例が多い)
 - ・家庭で食べていない食品は、基本的には保育所では与えない。
 - ・確定診断が出たら、除去食品は完全除去する。(誤食事故が多いので単純に行う)
- 2) 保育所における緊急対応マニュアルの確認(エピペンの取り扱いを含む)
- 3) 食物アレルギーに関する研究は、非常に速い速度で進んでおり、積極的な研修が必要である。

(2) 組織的に対応する

アレルギー対策は緊急を要することも多く、保育所内で健康安全に関する担当者を設置し、施設長のリーダーシップの下に組織的に対応できるようにする。誰が見てもすぐ判断できるような、対応マニュアルの作成や保健計画などと共に年間計画の中で、管理・運営を行う。

また、園長、保護者、保育士、栄養士、調理員、嘱託医、看護師など園の全ての関係者に、対応策などが徹底できるようにし、意識向上のための研修、講座等も実施する必要がある。

(3) 地域の専門的な支援・連携のもとで安全に対応する

乳幼児のアレルギーに関する研究、特に食物アレルギー関連分野の研究は現在著しく進歩しており、医学的にも専門性が高くなっている。したがって、一人の園医の指導による、各保育所の対応にも限界があり、地域における専門家を含んだ支援組織の整備が不可欠である。

2 保護者・保育者・保育所等の役割

学校においては、学校保健としての保健管理や保健教育について、組織的な取組が行われている。保育所においても、「保育所保育指針 第5章4健康及び安全の実施体制」の中で保育所における健康及び安全の実施体制の整備に努めなければならないとしている。

以下は、学校保健に準じて、組織的な対応ができるようそれぞれの役割を示す。

(1) 保護者

- ① 保育所入所前にこれまでのアレルギーに関する問題を整理し、園に伝える
 - ・医師の診断
 - ・現在の家庭での生活、特に食生活および服薬に関しては具体的に伝える
- ② かかりつけ医、かかりつけ薬局を持ち、アレルギー疾患が疑われる時には、どの医療機関を受診するかなど、具体的に検討してアレルギー疾患に関する主治医を決めておく。

保育所生活で特に注意が必要なアレルギー疾患がある場合、

- ・保育所生活における留意点に関し、保育所の関係者と十分検討する。
- ・基本的には家庭で行っていないことは保育所では行わない。
- ・実際の保育所での生活を何回か見て確認し、対策を検討する。

(2) 保育所の職員

- ・「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」をしっかりと理解する。
- ・日頃から保育所での健康・安全対策には、専門性を生かし積極的に協力する。
- ・健康・安全に関する地域の委員会等にも積極的に参加する。
- ・アレルギー情報（保育所や地域から出される）には常に気をつけ、保育所および生活圏で問題点をしっかりと認識し対応策を検討する。
- ・アレルギー関連の研修会などに積極的に参加し、常に新しい知識を習得する。

(3) 保育所

- ・保育所全体として組織的に対応する体制をつくる。
保育所内に健康・安全に関する担当者を設置、または保育所内に職員、嘱託医、保護者等を構成員とした委員会を設置する。その中で、アレルギー対策等について共通理解を図る。
- ・アレルギー対策実施状況を日々確認し、事故の有無などと共にアレルギー情報としてまとめる
- ・園の日々のアレルギー対策実施情報を正確に捉えておく
アレルギーに関する事故などが発生したときには、保護者、全職員および関係機関などへ知らせる。
- ・地域の保育所、医師会、行政など多くの関連する組織などと連携して対応する。
地域（市町村）として広域で対応しなければならない自園のアレルギー対策の情

報提供をする。

(4) 嘱託医

- ・「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」をしっかりと理解し、保育所の関係者および保護者に共通認識として普及させる。
- ・常に新しい保育保健の知識を吸収し、保育保健の専門家としての資質を高める。
- ・保育所における健康・安全委員会には、リーダーとして積極的に参加し、園内のアレルギー疾患対応マニュアルを作成する。

園内のアレルギー疾患対応マニュアルの内容

- *生活管理指導表の取り扱い
- *アレルギーに関する情報の管理
- *緊急時対応（エピペンの使用に関すること等を含む）
- *研修および教育
- *地域連携

- ・地域におけるアレルギーを含めた健康・安全の情報を共有できるような仕組みをつくる。
- ・市町村における保育所の健康・安全を協議する場等の運営には全面的に協力し、自園における対策で対応に必要な支援などは要請する。

3 行政の役割

保育所におけるアレルギー児への対応は、近年、増加傾向にある。保護者からの要求等も多い中、各保育所による個々の対応を行うのではなく、地域における新しい情報の発信と体制づくりの強化が求められる。今回このガイドラインを保育者、保護者、嘱託医（地域）とともに共通理解をし、地域の中で周知・共有できるよう、都道府県・市町村の支援の下に、健康・安全に関する協議会等の立ち上げや定期的な研修、教育の機会を企画する必要がある。また、関係機関との連携により、子どもへのアレルギー対応が速やかに行われるよう調整する。

4 研修体制のあり方等

アレルギー疾患への対応は、アレルギーの問題が医学的にも専門性が高く、関係者が共通認識のもとに機能するためには、それぞれが努力し、研修する必要がある。

また、保育所において新しいアレルギーへの対応や知識、質の向上を目指し、行政は、関係機関と連携し嘱託医や保育所に対し、保健分野の研修を計画的に実施することが課題である。

特に、エピペンの使用に関しては、地域でしっかりと検討をし、より安全な「地域としての緊急対応」を目指す。

また、アレルギーに関する研究は著しく進んでいることから、ガイドラインについても適宜見直しを行うこととする。

関係法令等

○児童福祉施設最低基準（抄）（昭和23年12月29日厚生省令第63号）

（衛生管理等）

第十条

1～3（略）

4 児童福祉施設には、必要な医薬品その他の医療品を備えるとともに、それらの管理を適正に行わなければならない。

（食事）

第十一条

1～2（略）

3 食事は、前項の規定によるほか、食品の種類及び調理方法について栄養並びに入所している者の身体的状況及び嗜好を考慮したものでなければならない。

4（略）

○保育所保育指針（抄）（平成20年3月28日厚生労働省告示第141号）

第五章 健康及び安全

子どもの健康及び安全は、子どもの生命の保持と健やかな生活の基本であり、保育所においては、一人一人の子どもの健康の保持及び増進並びに安全の確保とともに、保育所の子ども集団全体の健康及び安全の確保に努めなければならない。また、子どもが、自らの体や健康に関心を持ち、心身の機能を高めていくことが大切である。このため、保育所は、第一章（総則）、第三章（保育の内容）等の関連する事項に留意し、次に示す事項を踏まえ、保育しなければならない。

1 子どもの健康支援

（一）子どもの健康状態並びに発育及び発達状態の把握

ア 子どもの心身の状態に応じて保育するために、子どもの健康状態並びに発育及び発達状態について、定期的、継続的に、また、必要に応じて随時、把握すること。

イ 保護者からの情報とともに、登所時及び保育中を通じて子どもの状態を観察し、何らかの疾病が疑われる状態や傷害が認められた場合には、保護者に連絡するとともに、嘱託医と相談するなど適切な対応を図ること。

ウ 子どもの心身の状態等を観察し、不適切な養育の兆候が見られる場合には、市町村や関係機関と連携し、児童福祉法第二十五条の二第一項に規定する要保護児童対策地域協議会（以下「要保護児童対策地域協議会」という。）で検討するなど適切な対応を図ること。また、虐待が疑われる場合には、速やかに市町村又は児童相談所に通告し、適切な対応を図ること。

（二）健康増進

ア 子どもの健康に関する保健計画を作成し、全職員がそのねらいや内容を明確にしなが
ら、一人一人の子どもの健康の保持及び増進に努めていくこと。

イ 子どもの心身の健康状態や疾病等の把握のために、嘱託医等により定期的に健康診
断を行い、その結果を記録し、保育に活用するとともに、保護者に連絡し、保護者が
子どもの状態を理解し、日常生活に活用できるようにすること。

(三) (略)

2 環境及び衛生管理並びに安全管理

(略)

3 食育の推進

保育所における食育は、健康な生活の基本としての「食を営む力」の育成に向け、その
基礎を培うことを目標として、次の事項に留意して実施しなければならない。

(一) 子どもが生活と遊びの中で、意欲を持って食に関わる体験を積み重ね、食べるこ
とを楽しみ、食事を楽しみ合う子どもに成長していくことを期待するものであること。

(二) 乳幼児期にふさわしい食生活が展開され、適切な援助が行われるよう、食事の提供
を含む食育の計画を作成し、保育の計画に位置付けるとともに、その評価及び改善に努
めること。

(三) 子どもが自らの感覚や体験を通して、自然の恵みとしての食材や調理する人への感
謝の気持ちが育つように、子どもと調理員との関わりや、調理室など食に関わる保育環
境に配慮すること。

(四) 体調不良、食物アレルギー、障害のある子どもなど、一人一人の子どもの心身の状
態等に応じ、嘱託医、かかりつけ医等の指示や協力の下に適切に対応すること。栄養士
が配置されている場合は、専門性を生かした対応を図ること。

4 健康及び安全の実施体制等

施設長は、入所する子どもの健康及び安全に最終的な責任を有することにかんがみ、こ
の章の1から3までに規定する事項が保育所において適切に実施されるように、次の事項に
留意し、保育所における健康及び安全の実施体制等の整備に努めなければならない。

(一) 全職員が健康及び安全に関する共通理解を深め、適切な分担と協力の下に年間を通
じて計画的に取り組むこと。

(二) 取組の方針や具体的な活動の企画立案及び保育所内外の連絡調整の業務について、
専門的職員が担当することが望ましいこと。栄養士及び看護師等が配置されている場合
には、その専門性を生かして業務に当たること。

(三) 保護者と常に密接な連携を図るとともに、保育所全体の方針や取組について、周知
するよう努めること。

(四) 市町村の支援の下に、地域の関係機関等との日常的な連携を図り、必要な協力が得
られるよう努めること。

○ 保育所における質の向上のためのアクションプログラム（抄）（平成20年3月28日
厚生労働省）

（2）子どもの健康及び安全の確保

① 保健・衛生面の対応の明確化

国は、保育所において感染症やその疑いが発生した場合の迅速な対応や、乳幼児の発達の特性に応じた健康診断の円滑な実施等の観点から、保育所における保健・衛生面の対応に関するガイドラインを作成する。

「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」作成検討会名簿

岩 田 力 東京家政大学家政学部児童学科 教授
海老澤 元 宏 国立病院機構相模原病院臨床研修センターアレルギー性疾患研究部長
遠 藤 郁 夫 日本保育園保健協議会・副会長
鴨 下 重 彦 日本保育園保健協議会・会長
洲 崎 春 海 昭和大学医学部耳鼻咽喉科 教授
高 村 悦 子 東京女子医科大学眼科 准教授
西 間 三 馨 国立病院機構福岡病院 名誉院長
馬 場 直 子 神奈川県立こども医療センター皮膚科 部長

(五十音順・敬称略)

<作成協力者>

今 井 孝 成 国立病院機構相模原病院 医師

アレルギー対応ガイドライン作成検討会（第2回）	資料2
平成22年11月30日	

「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン（案）」
試行に伴う対応について

実施期間：平成22年10月21日（木）～11月12日（金）

対象者：保育所施設長、保育所に勤務する保育士・栄養士・看護師、保育所の嘱託医

対象施設数：15園

＜本日の議論の中心とする課題＞

- ①与薬（薬の預かり範囲）について
 - …本ガイドラインにおいて、様々な薬の記載があることから、保育所保育指針の考え方との整合性を確認
- ②エピペンの考え方の確認
 - …試行作業において、エピペンについての意見が複数挙げられたことから（具体的な意見は下記＜エピペンについての意見参照）、改めて確認
- ③食物アレルギーについて
 - …未整理の部分が多いので、整理
- ④生活管理指導表について
 - …医師への研修、医師との共通理解等を整理

＜全体を通しての意見＞

- 施設長・保育士
- ・アレルギー児の薬預かりについて、常用・発作時・期間指定等、管理が難しいのではないか（ある程度の預かり条件が必要）。→上記①にて整理
 - ・現在使用している「食物アレルギー対応の手引き」をコンパクトにした感がある。公立保育所では、ほぼ同じような手引きを作成していると思われるので、管理指導表の内容は理解できると思う。また、ガイドラインに説明があり、分かりやすい。→参考意見
 - ・全体としては分かりやすいが、使用されている言葉が難しいので、説明文が必要。保育士の養成校では詳しく学んでいないので、アレルギーに対する知識が乏しいのが現状。→参考意見
 - ・当園では看護師がいないので、医療的ケアの難しさを感じる。→参考意見
 - ・全体的にボリュームが多く、活用しにくい印象が強い。また、医学用語が多く、医療従事者以外では理解が難しい。→医学用語については、解説等を加え、分かりやすく

修正しました。

○嘱託医・看護師

- ・専門用語の使用が多くあり、保育所職員には難解と感じた。→同上

<食物アレルギー・アナフィラキシーについての意見>→③にて整理

○施設長・保育士

- ・P41「未摂取の食物については、保護者からの書面の申請により除去食品の解除を行うものとする。」

→保護者からの判断でいつまでも食べさせない場合は、いつまでも未摂取で除去するのか？例えば、牛乳は飲ませたくないという場合、幼児になっても未摂取の場合がある。主治医から管理表が出たら保育所としては除去していく方向になる。保護者の判断でいつまでも除去食という子どもが増えないか？

- ・P46 ③“完全除去”か“解除”の両極で対応を進めるべきである。

→完全除去？段階をふまないと余計に危険ではないか？

- ・「完全除去か解除」という対応は、安全性は十分理解できるが、日々の除去対応者が増える、調理・配膳はかえって煩雑になる場合がある。
- ・完全除去の対応となると献立の幅がせまくなる。できれば一部除去の対応が可能になるような診断書の用紙がほしい

- ・P58食物アレルギー対応の原則について

年1回の更新→乳幼児では、変化が多いので6ヶ月毎を基本としてはどうか。

シンプルに完全除去→二極化はどうかと思う。誤食を防ぐ意味ではやむを得ないかと思うが、その園の一番多い子に合わせた内容で対応することもできる。

解除は親からの書面申請→医師が除去の指示を出しているの、医師からの指示は必須。親からであれば、親が勝手に記入し混乱する恐れがある。

<エピペンについての意見>→②にて整理

○施設長・保育士

- ・エピペンについて。保育所でのエピペン使用より、誤食後の観察及び救急搬送までとして方がよい。アレルギー対応の温度差が大きい中で、エピペンの使用は混乱を招く。実際、学校現場でもエピペン使用に当たっては、自己意思のある学童ですら苦慮していると聞いている。自己意思のない乳幼児では、その判断を職員がするのは、研修を受けたにせよ、問題が大きい。

- ・エピペンの使用についてが、最も焦点になるが、現在の記載では、保育所での使用に

ついて積極的なのか消極的なのか不明。理想的には1施設あたり最低1人はエピペン使用について講習を受けて、管理・使用できるよう体制整備を推進すべきである。先進諸国では、すでにそのような体制が取られており、問題が起きた場合には責任を問われる可能性も考えておかなければならない。

- ・エピペンについて、学校は文科省から見解が出ていると思うが、厚労省では救急救命までの使用可能となっているので、現段階では保育所は保管のみで、救急車を呼んで、救急救命士に打ってもらうのが良いのではと思います。それと同時に、厚労省に保育士の使用について確認を取っていかねばならないと思います。

<第5章 アレルギー疾患の共通理解と役割の意見>

○園長・保育士

- ・P64 「確定診断がつくまでは、医師からの管理指導表は不要」とあるが、除去食の対応にならないのでは。また、この書き方では今まで通り保護者の申し出でいつまでも除去が続くことになる。→3頁に整理

<生活管理指導表についての意見>

○園長・保育士

- ・食物アレルギー、その他のアレルギー（花粉症など）の子、全てに提出してもらうとなると、対象者が膨大になり、管理しにくい。→生活管理指導表については、保護者からの申し出により提出してもらうことと、ガイドラインにも記載しており、保護者と相談の上、管理することが前提である
- ・内容はほぼ理解できる。「保護者と相談」が最優先しますので、対応策も保育所で可能。もう少し、具体例の記載があると、なお一層分かりやすい。→参考意見

○嘱託医

- ・アレルギー疾患、特に食物アレルギーは乳幼児期に発症することが多く、除去食などの対応が必要である。しかし、給食の献立により、除去が困難な場合、弁当持参になる。

血液検査あるいは、ブリックテストなどで陽性と判定されると、当然保護者は除去または条件付きでの給食を希望するかもしれないが、摂取量や他の食物との組み合わせ、あるいは体調により発症する場合もあり、慎重に管理指導表にその旨を記入することになる。

以前から問題になっているが、記入した医師の責任と、記入する手間の料金が議論される。多くは、無料での記入となっているが、記名と捺印をせねばならないことから、一定の基準料金を設定して欲しい。また、緊急時の連絡などについては、24時間対応できる医療機関をあらかじめ契約しておく必要がある。

医師の責任について、訴訟になったときの対応もシュミレーションすべきである。→

④にて整理

以上の条件を全てクリアできる場合のみ、管理指導表に記名捺印すべきである。

○看護師

- ・医師に記入してもらえぬかが問題。学校現場でも書いてくれる医師がいない、煩雑で書けない、エピペン使用対象児童には記入している、とも聞いている。変化の大きい乳幼児では、煩雑であり医師の記入は難しいと感じた。現在現場で使用している除去食対応の医師意見書も、できるだけシンプルにしてほしいと医師からの要望がある。

→④にて整理

※その他、文言の修正等は直接ガイドラインに反映させております。

アレルギー対応ガイドライン 作成検討会（第2回）	参考資料1
平成22年11月30日	

保育所における与薬の取り扱いについて

<保育所保育指針より>

第5章 健康及び安全

1. 子どもの健康支援

(3) 疾病等への対応

ア 保育中に体調不良や傷害が発生した場合には、その子どもの状態等に応じて、保護者に連絡するとともに、適宜、嘱託医や子どものかかりつけ医等と相談し、適切な処置を行うこと。看護師等が配置されている場合には、その専門性を生かした対応を図ること。

イ (略)

ウ 子どもの疾病等の事態に備え、医務室等の環境を整え、救急用の薬品、材料等を常備し、適切な管理の下に全職員が対応できるようにしておくこと。

(保育所保育指針解説書より抜粋)

④与薬への留意点

保育所において薬を与える場合は、医師の指示に基づいた薬に限定します。その際には、保護者に医師名、薬の種類、内服方法等を具体的に記載した与薬依頼票を持参してもらいます。

- 保護者から預かった薬については、他の子どもが誤って内服することのないように施錠のできる場所に保管するなど、管理を徹底しなければなりません。
- 与薬に当たっては、複数の保育士等で、重複与薬、人違い、与薬量の誤認、与薬忘れ等がないよう確認します。
- 座薬を使用する場合には、かかりつけ医の具体的な指示書に基づき、慎重に取り扱う必要があります。

アレルギー対応ガイドライン作成検討会（第2回）	参考資料2
平成22年11月30日	

アレルギー対応ガイドライン作成検討会（第1回）

議事要旨

1. 日時：平成22年7月12日（月） 18:00～19:30

2. 場所：厚生労働省 共用第8会議室

3. 出席者：

委員

西間座長代理、海老澤委員、遠藤委員、洲崎委員、馬場委員

オブザーバー

十川係長(健康局疾病対策課アレルギー係)

事務局

今里保育課長、丸山保育指導専門官、清野栄養専門官、小林主査

4. 議題：

(1) 座長の選出について

(2) 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン作成について

5. 議事要旨（○は委員、●は事務局の発言）

《保育課長より挨拶》

昨年度1年間、「保育所におけるアレルギー対応ガイドラインにかかわる調査研究」を進めていただき、今年度はその研究結果に基にガイドラインを作成するという事で、皆様方にご協力をお願いするために、お集まりいただきました。

平成20年に保育所保育指針が改定され、保育所における質の向上を図るためアクションプログラムを策定し、本年度は「アレルギー対応」ということで形にしていきたいと思っている。

保育所全体を取り巻く話としては、幼保一体化といった動きもあるが、仮に新しい仕組みに変わったとしても、「アレルギー対応ガイドライン」はその中に引き継がれ、優良なものとして使うことができると考えている。

《事務局より委員の紹介、資料の確認》

《座長の選出について》

座長に鴨下委員が指名された。鴨下委員欠席のため、座長代理に西間委員が指名された。

《事務局より資料1、3について説明》

《遠藤委員より昨年度の調査研究について説明》

《事務局より資料4～7について説明》

●ガイドラインの作成を今年度中に行うことを目標にして、スケジュールについては本日執筆依頼を行い、出来上がった「アレルギー疾患生活管理指導表」について、日本保育園保健協議会の方に内容を検証していただく。その後、医師会や小児科医会への報告をし、年度内に通知の発出を考えている。「生活管理指導表」については各疾患ごとに解説を入れ、0～6歳の低年齢の子どもの対応ということで、保育所の特性を生かした内容にしたいと考えている。その他、「これからの課題」として支援体制の強化と研修体制のあり方についても明記していきたい。

○学校版のアレルギー対応ガイドライン作成の経験では、学校生活管理指導表と「取り組みガイドライン」がセットになって、それを一つの普及ツールとしての形で作り、改善させていこうというコンセプトで行った。そういうものがきちんと活用されてくると、その地域のアレルギー対応はしっかりしてくる。

○ガイドラインや生活管理指導表を作ったからといってアレルギー対応についてすぐに変えられるものではないということは十分認識している。生活管理指導表に沿った保育所での正しい対応の仕方や給食の提供の仕方などをきちんと筋道をつけて書いてあげると、保育所でも混乱なく対応できると思う。ガイドラインを作って、アレルギーに関する知識の普及・啓発と地域のレベルアップ、保育所での正しい対応の仕方をきちんと教えてあげる一つのツールとして活用できればよい、と思うので、これがスタートだと思う。

○学校版のアレルギー対応ガイドラインを作成した際は、普及という点で課題があった。保育所版では、そうした課題も踏まえて、書き込んでいく必要がある。また、配布方法については、学校版は教育委員会を通じて配ったが、保育所版はどのようなアプローチ方法を考えているか？

●保育所と学校とが大きく違う点は、小中学校は公立の学校がほとんどであるが、保育所は公立と私立が半々くらいということである。行政のルートで情報を流すことも大切だが、保育所については日本保育協会、全国私立保育園連盟、全国保育協議会という三つの団体があるので、研修や大会などそれらの団体を通じて、現場に周知を図るということになるかと思う。

もう一つ、地域の医師との連携ということで医師会を通じ小児科医会、日本小児科学会といったところにも、協力をお願いしていきたいと考えている。

○地域連携という点では、問題のある事例を検討するような専門委員会・検討委員会的なものが地域単位で必要である。日本医師会では学校保健についてはしっかりとやってきたが、保育所の問題はあまり取り上げられてなかった。日本医師会でも保育所についても検討会を持つという話になっているので、日本医師会に話を通せば、かなり全国の医師会にはうまく通じるようになると思う。

○保育所の低年齢層では、例えば食物アレルギーとアトピーのように、いろいろなアレルギー疾患間の相互の影響があるので、このガイドラインが縦割りではなく、ある程度横のつながりをもたせるような記載にした方がよい。

○ガイドライン作成後のアフターケアも非常に大事だ。生活管理指導表を実施した際の問題点や混乱に対して、いかに対応するのかということも「これからの課題」として記載した方がよい。

○普及に際しては、文科省で行ったような、より多くの機会研修等を実施して、成果物に触れるということが大切だ。

○ガイドラインを作ったときの著作権は何か設定するのか？

●内容については公的な文書となるので、誰でも自由に使える、制限がかかるようなものではないと考えている。

《事務局より資料8・エピペンについて説明》

●エピペンについては、平成21年3月2日医政局からの通知で、救急救命士のエピペンの使用が可能になった。また、学校のガイドライン作成の際に、文科省から医政局に照会し、その場に居合わせた教職員が、本人が注射できない場合について、本人に代わって注射することは、反復継続する意図がないと認められるため医師法違反には当たらないとの見解が示されている。これらを受けて学校のガイドラインや東京都のガイドブックが先に発出しているところである。

保育所においても、本来エピペンは子どもや保護者自らが管理・接種ということが基本であるが、低年齢の子どもが管理・接種というのは難しいので、保管は保育所ということになる。また接種についても、医療機関等との連携により救急処置ができるようにすることが大前提であるが、緊急時には保育士が注射することも想定の上、保育所と保護者、園医との十分な協議・連携のもと、保管や注射の体制を整えることを今回のガイドラインで明確にしていきたい。

○エピペンについて保育所と学校と違うところは、本人が絶対に打てないということなので、必ず周りの人が打たなければならないということが一つ。もう一つは管理も本人の管理というのはいりえないので、必ず保育所が管理するということになる。そのあたりをしっかりと踏まえて、ガイドラインを作成しなければならない。

○エピペンは自己注射が基本となっていると思うが、実際はどれくらいの年齢から処方されているのか？

○実際の最低年齢は3歳とか2歳も多分あると思う。

○この問題に関しても、地域の連携が大事であると思う。ある園だけエピペンを使うというのではなく、同一の地域は同一の対応が図れるよう、地域の連携の中で体制を整えるべきである。

●原稿については、メールでやり取りすることとし、また第2回の日程調整も後日連絡させていただく。

以上