

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

平成23年 3月

はじめに

現在、保育所は全国に約 23,000 所あり、215 万人を超える乳幼児が生活をしています。入所する子ども達にとって、子どもの最善の利益を守り心身ともに健やかに育つための「もっともふさわしい生活の場」としての環境をつくるのが保育所の役割、責任です。

平成 21 年 4 月に施行された「保育所保育指針」（平成 20 年厚生労働省告示第 141 号）の第 5 章「健康及び安全」の冒頭では、「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。」としています。また、同章の「4 健康及び安全の実施体制等」では、施設長の責任の下、全職員が子どもの健康及び安全に関する共通認識を深め、保護者や地域の関係機関との協力、連携を図りながら組織的に取り組んでいくことを求めています。

また、保育所保育指針の告示と同時に策定された「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」（以下、「アクションプログラム」という。）では、保健・衛生面の対応の明確化として保健・衛生面の対応に関するガイドラインを作成することになっており、平成 21 年 8 月には「保育所における感染症ガイドライン」を作成しました。

このアクションプログラムを受け、アレルギー疾患を有する子どもが年々増加傾向にあり、保育所での対応に苦慮していることから、平成 21 年度児童関連サービス調査研究等事業として、財団法人こども未来財団に保育所におけるアレルギーの調査、研究に取り組んでいただき、この調査研究の報告書を基に、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するとともに、保護者も含め、保育所を取り巻く関係機関が連携をしながら組織的に取り組むことができるよう、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」を作成しました。

本ガイドラインが、保育所や保護者、医療・保健機関と連携の向上の一翼を担い、全国の子どもたちの心身の健やかな育ちが保障されることを願っています。

平成 23 年 3 月

厚生労働省 雇用均等・児童家庭局保育課長
今 里 譲

目 次

第1章 総論	1
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）	4
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（生活管理指導表の活用）	9
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	54
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関係者の役割	62
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・保育所等の役割	
3 行政の役割	
4 研修体制のあり方	
参考様式、関係法令等	66

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が、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、退治し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、無害なのにも関わらず、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。

疾患を例にとると、花粉症がわかりやすい。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。

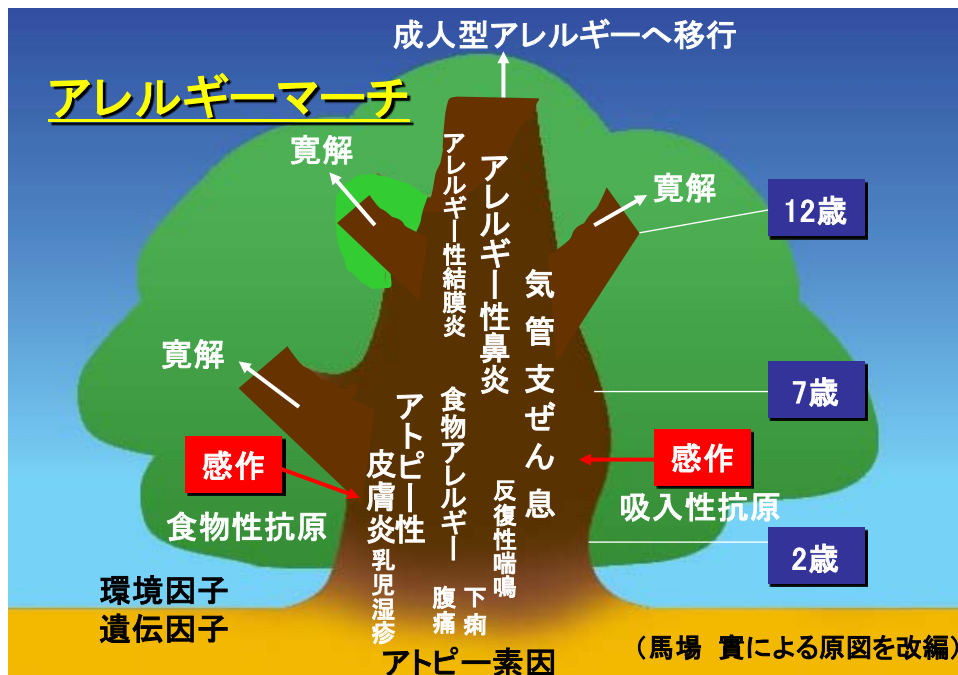
<一人がいろいろなアレルギー疾患を発症>

代表的なアレルギー疾患には、気管支喘息、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、さらに気管支喘息、アトピー性皮膚炎を合併していることが多い。

表1 代表的なアレルギー疾患
1. 気管支喘息
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（下図）。「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）のある人が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。



※本図はアレルギー疾患の発症・寛解を図示したもので「再発」については示していない(2010 改編図)。

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、喘息が始まる。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喘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、「喘息ではないか」と診断されることになる。

そして喘息の子どもも、中学を卒業するころには半分以上で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。そして、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行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「アレルギーマーチあるいはアトピーマーチ」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、喘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、喘息、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、喘息、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、喘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喘息などがある

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喘息は、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。

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2.6%とされているが、平成21年に日本保育園保健協議会が実施した、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）によると、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ない場合もあるため、問題となる園児は1歳児より多いと推定される（図1、図2）。

図1.食物アレルギーの有病率（年齢別）

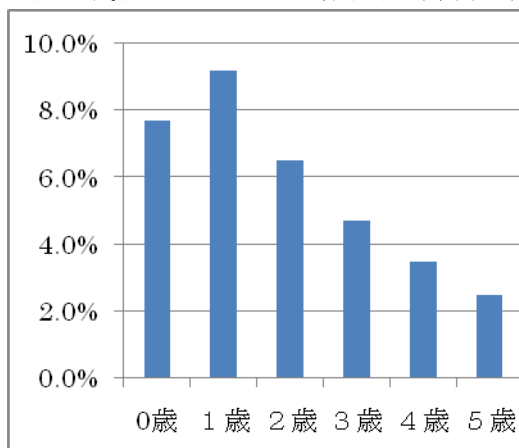
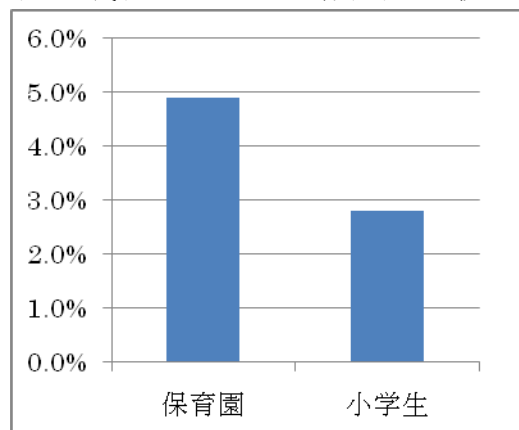
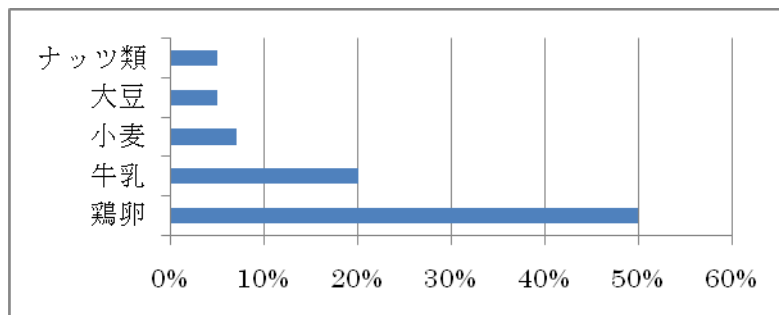


図2. 食物アレルギーの有病率の比較



また、同調査によると、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.保育所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できていないことも多く、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必要がある。

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。

→日本アレルギー学会 (<http://www.jsaweb.jp/>) の専門医を紹介したり、負荷試験実施施設(食物アレルギー研究会ホームページ参照 <http://www.foodallergy.jp/>) を紹介する。または、地域における診断の確定に関する手順などを検討する専門委員会等を設ける。

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。

(厚生労働省科学研究班「食物アレルギーの診療の手引き 2008」より)

→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必要がある。

これらの課題に対応するために、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ことが望ましい。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ことが求められる。

2 生活管理指導表とその活用について

このような課題に対し、地域独自の取り組みが行われているところもあるが、一方、十分な取り組みが行われていない地域もある。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、本ガイドラインでは、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」（以下、生活管理指導表という）を参考様式として、提示する。なお、この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや、保育・医療現場の意見を踏まえ、改善していくこととする。

<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(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 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って作成するものです。

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
気管支喘息 (あり・なし)	A. 重症度分類(治療内容を考慮した) 1. 軽度型 2. 軽度持続型 3. 中等度持続型 4. 重症持続型 B. 重症管理薬 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. 吸入型吸入薬 4. ベータ2刺激薬 内服 剤形: _____ 5. その他 ()	A. 器具に関する留意点 1. ぶくばく(通常管理のみ) 2. 防ダニシート等の使用 3. 保護者と相談 B. 食物に関する留意点 1. ぶくばく 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不可 動物名() D. 外遊び、運動に対する配慮 1. ぶくばく 2. 保護者と相談し決定	医師名 _____ 医療機関名 _____ 緊急連絡先: _____ 電話番号: _____
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A. 重症度の目安(厚生労働省指針参照) 1. 軽度: 全身に1箇所、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等度: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重度: 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: 軽度の紅斑、乾燥、落屑、隆起主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹: 紅斑、丘疹、丘疹、水疱、苔癬化などを伴う病変 B-1. 外用する外用薬 1. ステロイド剤 2. タクリムス軟膏(プロトピック) 3. 保湿剤 4. その他 () B-2. 外用する内服薬 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	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 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場合不可 動物名() C. 海外旅行 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シーズン前(施設で可能な場合) D. その他の配慮・管理事項(自由記載)	医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	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. 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. 海外旅行 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)	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。

<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って作成するものです。

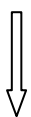
アレルギー疾患	病型・治療	保育所での生活上の留意点	緊急連絡先
食物アレルギー (あり・なし)	A. 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 (新生児消化器症状・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他) () B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因: _____) 2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・ _____) C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、3ヶ月以内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 (除去根拠) 該当するものを全て()内に番号を記載 ①明らかな症状の誘発 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体検査結果陽性 ④未採取 2. 牛乳・乳製品 《 》 () 3. 小麦 《 》 () (すべて・グルテン・アーモンド) 4. ソバ 《 》 () (すべて・エビ・カニ) 5. ビーナッツ 《 》 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 6. 大豆 《 》 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 7. ゴマ 《 》 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 8. ナッツ類 《 》 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 9. 甲殻類 《 》 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 10. 軟体類・貝類 《 》 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 11. 魚卵 《 》 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 12. 魚類 《 》 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 13. 肉類 《 》 () (鶏肉・牛肉・豚肉) 14. 果物類 《 》 () (キウイ・バナナ) 15. その他 () D. 緊急時に備えた処置 1. 内服薬 (エピネフリン、ステロイド) 2. アドレナリン自己注射薬(エピペン®0.15mg) 3. その他 ()	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. アレルギー用調製粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当シリアル○、又は()内に記入 ①アスター・デュームMA+1・MA-mil・ベプディエクト 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. 除去食品で摂取不可能なもの 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・麦芽 4. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 5. ゴマ: ゴマ油 6. ナッツ類: かつおだし・いりこだし 7. 魚卵: エキス 8. 魚類: _____ 9. 肉類: _____ 10. その他: _____ E. その他の配慮・管理事項	医師名 _____ 医療機関名 _____ 緊急連絡先: _____ 電話番号: _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	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. 海外旅行 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)	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。

<生活管理指導表の活用について>

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。**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子どもの把握



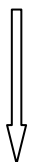
- ・入園面接時に、アレルギーについて保育所での配慮が必要な場合、申し出てもらう。
- ・健康診断や保護者からの申請により、子どもの状況を把握する。

保護者へ生活管理指導表の配付



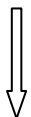
- ・アレルギー疾患により、保育所で配慮が必要な場合に保護者からの申し出により、配付する。

医師による生活管理指導表の記入



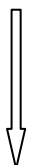
- ・主治医、アレルギー専門医に生活管理指導表を記載してもらう。
(保護者は保育所の状況を医師に説明する)
- ・保護者は、必要であれば、その他資料等を保育所に提出する。

保護者との面談



- ・生活管理指導表を基に、保育所での生活や食事の具体的な取り組みについて、施設長や嘱託医、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。

生活管理指導表の見直し

- ・1年に1回、見直しを行う

第3章 アレルギー疾患各論（生活管理指導表の活用）

1 気管支喘息

定義

小児の気管支喘息は、発作性に^{てきせいぜんめい}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声喘鳴と言って、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、粘液（痰）の分泌が増え、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。

また、平成21年に実施された、東京都内の3歳児健康診査受診対象者及びその保護者を対象とした調査では、喘息の診断ありと回答したのは9.3%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。従ってほとん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一種である。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。息を吐くときに特に苦しい。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) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他
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 ()	D. 急性発作時の対応(自由記載)

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がちであるが、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1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、β_2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いう。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。

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。	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。気管支喘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、シクレソニドの4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またはメッシュ式吸入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、フルチカゾン、シクレソニドには、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、生活管理指導表には、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 cromoglycate** 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、下記を参照するとよい。)

- 「家族と専門医が一緒に作った小児ぜんそくハンドブック 2008」

(監修日本小児アレルギー学会、協和企画発行)

- 「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2008」

(日本小児アレルギー学会作成、協和企画発行)

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息を吸わなければならないため、子どもには困難である。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。このことから、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ことが望ましい。

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。

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ときは、直前の行動を中断して休ませ、衣服を緩めて呼吸運動に対する圧迫がないようにし、水分を適宜とらせる、などの記載が考えられる。ベータ刺激薬の吸入や内服薬の与薬を依頼される場合があるかもしれないが、個別に、主治医と十分に相談をしていく必要がある。

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、小動物を保育所で飼育している場合の飼育係の問題等、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。治療が不十分で喘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、運動制限の必要がない状態になることも可能である。

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。生活管理指導表は主治医が記載するものであるが、保育者の方が子どもの状態を良く把握していることもあると思われる。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、保育者と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*）を持っている。

*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*が高い。

*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、皮膚が乾燥してい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、他の子ども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. 重症度のめやす(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。

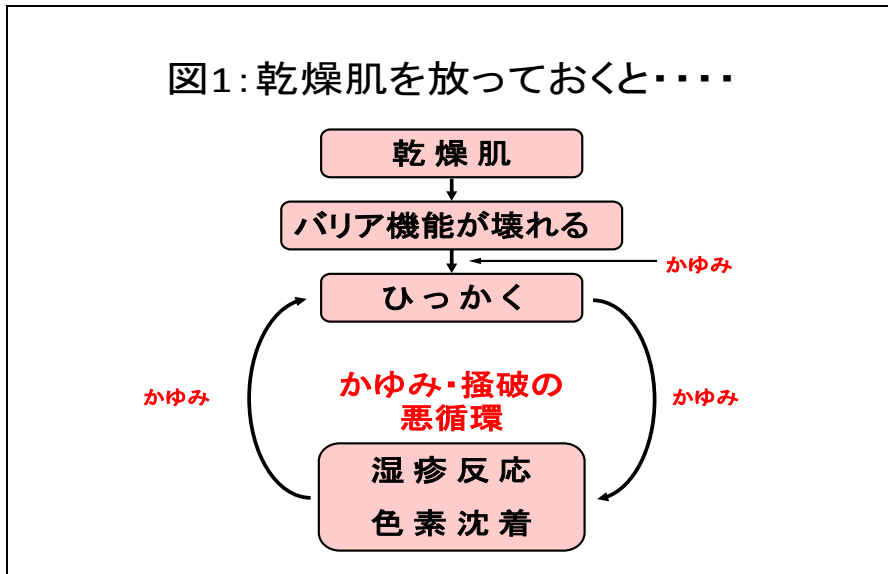
A. 重症度のめやす

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、個々の子ども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・搔破の悪循環(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……



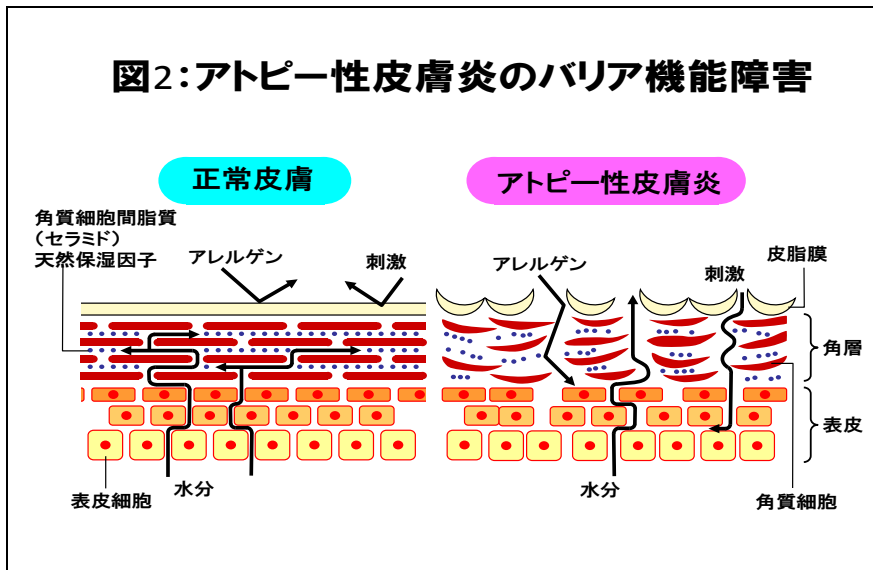
<バリア機能障害>

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まもり、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、いわば屋根瓦のような存在である。

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たんぱく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」より）。

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かゆ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。

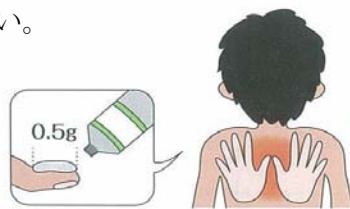
3. 保湿薬剤

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、とびひがあったりした場合は、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。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。



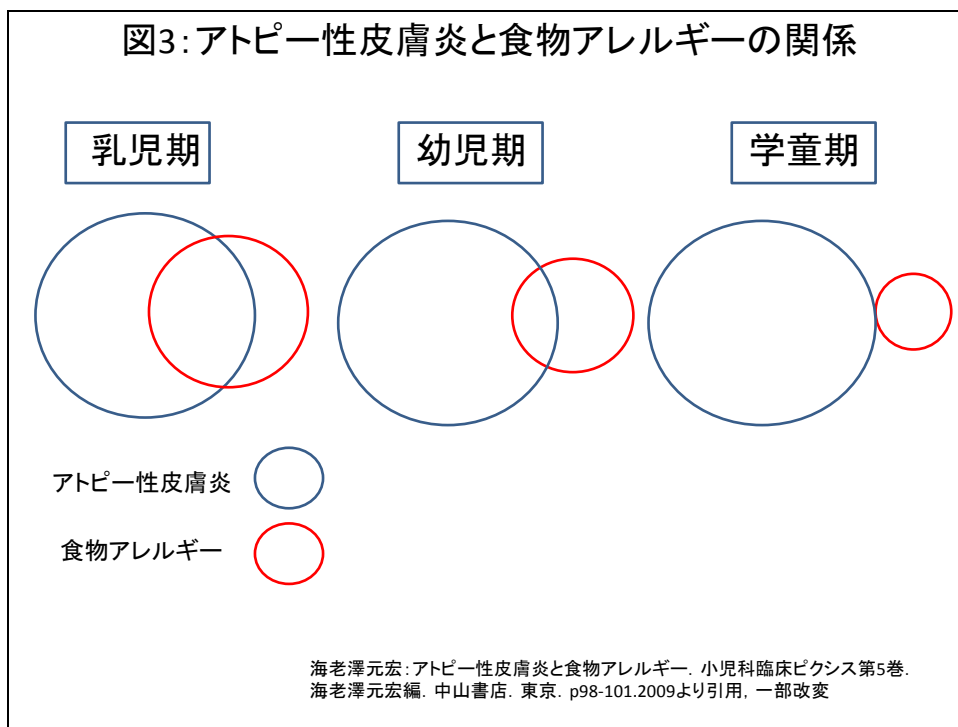
大人の人差し指第一関節分(約0.5g)の軟膏を大人の手2枚分くらいの広さの患部に。

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。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。



<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ため、重症な子どもや塩素に過敏な子ども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、塗るべき持参薬を生活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、全身が赤くなってい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、蕁麻疹が現れたり、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子どもには、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、管理指導表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子どもがいたら、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、羞明しゅうめいのため、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。生活管理指導表には、記載時の処方が書かれているが、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、まれに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、なるべく目に入らないように、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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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レルギ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と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

季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）の場合、花粉が飛散する時期の屋外活動では、結膜炎の症状が悪化することがある。花粉の飛散時期で、特に、風の強い晴れた日には、花粉の飛散量が増えるため注意する。症状が強くなければ屋外活動が可能だが、主治医から処方された点眼薬は継続し、できればゴーグル型の眼鏡を装着し、時々、人工涙液での洗眼を行う。

通年性アレルギー性結膜炎や春季カタルでは、季節に関わらず、屋外活動や園庭で遊んだあとに、土ぼこりの影響で症状が悪化することがある。外から戻ってきたら顔を拭いたり、人工涙液による洗眼を行いたい。

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。蕁麻疹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、蕁麻疹などの皮膚症状、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子どもに対しては、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で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

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 《 》	[除去根拠] 該当するもの全てを《 》内に番号を記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取	
2. 牛乳・乳製品 《 》		
3. 小麦 《 》		
4. ピーナッツ 《 》		
5. ソバ 《 》		
6. 大豆 《 》		
7. ゴマ 《 》		
8. ナッツ類* 《 》		(すべて・クルミ・アーモンド・)
9. 甲殻類* 《 》		(すべて・エビ・カニ・)
10. 軟体類・貝類* 《 》		(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・)
11. 魚卵 《 》		(すべて・イクラ・タラコ・)
12. 魚類* 《 》		(すべて・サバ・サケ・)
13. 肉類* 《 》		(鶏肉・牛肉・豚肉・)
14. 果物類* 《 》		(キウイ・バナナ・)
15. その他 《 》		()
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 ()		

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 (P56 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か月以上続くかゆみを伴う湿疹)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、その症状として蕁麻疹、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（P55、P56 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、気がつかずに誘発症状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子ども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子どもについて、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、該当する子ども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て産休明け（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が多く、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、実際の対応の決定に生かすことが望ましい。

<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子どもであっても、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子ども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少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。それらの子ども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2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



エピペン® 0.15mg (体重15Kg以上30Kg未満)

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（P57～第4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）。

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 ミルフィー ・ 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. 除去食品で摂取不可能なもの	
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、子ども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（原因食物除去の解除）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) 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する
- 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 保護者との連携
- 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、発育著しい保育園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子どもが多く、3歳までに約5割、6歳までに約8～9割で解除がすすむ。このため子どもたちは定期的（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。
保育所では子ども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ある
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、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、保育所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。しかし、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) 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、献立に組み込まれる傾向がある。主菜として献立を立てる時は、除去を必要とする子どもがいる場合は代替献立を意識し、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) 調理室における調理作業を意識した献立

一般的に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 保育所で“初めて食べる”ことを避ける

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、保育所においては食物アレルギー児に“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ことから、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、全入所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。また保育所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な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。

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をとっても、“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が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、子どもが安全に保育所生活を送るという観点から“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）では煩雑な除去が指示されていることもよく認められる。

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

アレルギー対応食の作業スペースと専任の調理員が確保できることが理想であるが、一般的に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。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、声出し確認を調理員間、調理員-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ようにする。

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）

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、また職員間での連携を密にする。

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のマニュアル化、パターン化することが必要である。

⑦ 食材を使用するイベントの管理

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 保護者との連携

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、保育所では面談等を実施し、日頃から保護者の声に耳を傾けるよう努める必要がある。

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いて解除するときと、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、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、保育所での解除をすすめるべきである。

なお、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。しかし、保護者と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>除去解除申請書（定形①）</p> <p>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>保護者名： _____ 印</p>	<p>除去解除申請書（定形②）</p> <p>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>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、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。

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) 小麦粘土を使った遊び・製作

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時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子どももいるため使用は控えた方がよい。

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（P34 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。保育所において、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、保育所における対応の基本は完全除去とすべきである。

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保育所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できる。

- ・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できる。

- ・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できる。なお、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で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る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」より）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」より）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ない。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るが、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）の乳幼児は原因花粉の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、生活管理指導表で、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) 保育所で預かる乳児・幼児は、学童に比べて食物アレルギーの頻度が高い。
- (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を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子どもも多くみられる。
- (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最新の情報ではない。
- (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。
- ・ 保育所に在籍する子ども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、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）
- (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。

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、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 (P34～P35) 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 (FEIAn/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。

※機序…仕組み、メカニズム

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 (P40～45) 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。日本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。

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 保育所に在籍する子ども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®」の使用について）

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、その段階にあわ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、必要に応じて処方された「エピペン®」があれば、注射することを考慮する。

【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（ショック状態の一步手前）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。救急の現場に子どもに処方された「エピペン®」があれば速やかに注射する必要がある。

グレード		1	2	3
皮膚症状	赤み・じんま疹	部分的、散在性	全身性	
	かゆみ	軽度のかゆみ	強いかゆみ	
粘膜症状	口唇、目、顔の腫れ	口唇、脣（まぶた）の腫れ	顔全体の腫れ	
	口、喉の違和感	口、喉のかゆみ、違和感	飲み込みづらい	喉や胸が強く締めつけられる、声枯れ
消化器症状	腹痛	弱い腹痛（がまんできる）	明らかな腹痛	強い腹痛（がまんできない）
	嘔吐・下痢	嘔気、単回の嘔吐、下痢	複数回の嘔吐、下痢	繰り返す嘔吐、下痢
呼吸器症状	鼻みず、鼻づまり、くしゃみ	あり		
	咳（せき）	弱く連続しない咳	時々連続する咳、咳込み	強い咳き込み、犬の遠吠え様の咳
	喘鳴、呼吸困難		聴診器で聞こえる弱い喘鳴	明らかな喘鳴、呼吸困難、チアノーゼ
全身症状	血圧低下			あり
	意識状態	やや元気がない	明らかに元気がない、横になりたがる	ぐったり、意識低下～消失、失禁
対応	抗ヒスタミン薬	○	○	○
	ステロイド	△	△	△
	気管支拡張薬吸入	△	△	△
	エピペン	×	△	○
	医療機関受診	△	○（応じて救急車）	◎（救急車）

※ 上記対応は基本原則で最小限の方法である。状況に併せて現場で臨機応変に対応することが求められる。
 ※ 症状は一例であり、その他の症状で判断に迷う場合は中等症以上の対応をおこなう。

（ H. Sampson: Pediatrics. 2003; 111; 1601-8.を独立行政法人国立病院機構相模原病院改変）

Point 「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等の副作用も起こりうるが、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 以上の子どもを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



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「アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある児童生徒に対し、救命の場に居合わせた教職員が、アドレナリン自己注射薬を自ら注射できない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ものと認められるため医師法第17条によって禁止されている医師の免許を有しない者による医業に当たらず、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、注射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、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ことが必要である。

【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®」の注射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、こ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関係者の役割

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、いろいろな症状をあらわすが、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。

- ・確定診断がついていなくても、食物除去を保育所に要求する場合は、生活管理指導表が必要である。
- ・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。
- ・保育所での対応は家庭での食物除去よりも安全性を優先し、除去食品は完全除去を基本とする。(誤食事故が多いのでなるべく単純に行う)

2) 保育所における緊急対応マニュアルの確認をする(「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、非常に早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、施設長、保護者、保育士、栄養士、調理員、嘱託医、看護師など保育所の全ての関係者に、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、一人の嘱託医の指導によ

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、保育所に伝える。
 - ・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、保育所の担当者と十分検討する。
- ・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
- ・保育所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、保育所内のアレルギー疾患対応マニュアルを作成する。

保育所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。今回の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。

参考様式、関係法令等

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)

表面

<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 (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		
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。		
病型・治療 A. 重症度分類 (治療内容を考慮した) 1. 問宍型 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 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2刺激薬 内服 貼付薬 5. その他 () (あり・なし)	保育所での生活上の留意点 A. 寝具に関する留意点 1. とくになし (通気管理のみ) 2. ベータ2刺激薬内服 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書参照 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ため不可 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	★保護者 電話: ★連絡先 連絡先 医師名 医療機関名 配膳日 年 月 日
病型・治療 A. 重症度のみならず (厚生労働省研究費) 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: 痲疹、乾癬、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹: 疱疹、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 () (あり・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活動 1. 配慮不要 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. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 () C. 飛行機 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) D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	医師名 医療機関名 配膳日 年 月 日
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 () (あり・なし)	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)	医師名 医療機関名 配膳日 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。

参考様式（緊急時個別対応票）

表面

緊急時個別対応票（表）		
年組	名前	原因食物
年組		
初期対応		
<input type="checkbox"/> 意識状態の確認 <input type="checkbox"/> 呼吸、心拍の確認	《意識レベルの低下》がある場合、速やかに呼吸・心拍の確認をし、応じて心肺蘇生を行いながら速やかに救急搬送する。応じてエピペンを注射する。	
<input type="checkbox"/> 食物が皮膚に触れて症状がある <input type="checkbox"/> 眼症状がある <input type="checkbox"/> 食物が口の中にある	→ 触れた皮膚を流水で洗い流す → 目を流水で洗う → 食べ物を吐き出させて、十分にゆすぐ	
※ 医療機関、消防署への情報伝達 1. 年齢、性別ほか患者の基本情報 2. 食物アレルギーによるアナフィラキシー症状が現れていること 3. どのような症状がいつから現れて、これまでに行った処置、またその時間特に状態が悪い場合は、意識状態、顔色、心拍、呼吸数を伝えられると良い		
※ 保護者への情報伝達 1. 食物アレルギー症状が現れたこと 2. 応じて医療機関へ状況連絡し、救急搬送することなどの了承を得る 3. 応じてエピペンを使用することの了承を得る 4. 保護者が園や病室に來られるか確認する 5. 応じて搬送先を伝え、搬送先に保護者が來られるか確認する		
保護者連絡先	名前・名称	続柄
管理状況	内服薬	有・無
	保管場所()	
	エピペン	有・無
	保管場所()	
指定救急機関	救急	119
	所轄名称	()
	消防署Tel	()
	主治医Tel	()
	カルテ No.	
	園医Tel	()
	病院名Tel	()
	カルテ No.	
園内内線	園長室	
	職員室	

裏面

■緊急時個別対応票(裏)		経過記録票						
氏名 _____ 体重(_____ kg)		記録者: (_____) 生年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)歳						
1. 発症時間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日、 _____ 時 _____ 分							
2. 食べたものとその量	_____							
3. 処置ほか	【初期処置】	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 触れた部位を洗い流す						
	【内服など】	内服薬などの使用(内容 _____)				時 _____ 分 _____		
	【エピペン】	エピペンの使用 あり・なし				時 _____ 分 _____		
	【連絡確認】	<input type="checkbox"/> 保護者への連絡 <input type="checkbox"/> 主治医・学校医への連絡 <input type="checkbox"/> 管理者への連絡						
4. 症状	【皮膚】	軽症	部分的なじんましん、あかみ、かゆみ					
		中等症	広範囲のじんましん、あかみ、強いかゆみ					
	【粘膜】	軽症	唇や喉(まぶた)の腫れ、口や喉の違和感、かゆみ				軽症	やや元気がない
		中等症	強い唇や喉(まぶた)、顔全体の腫れ、飲み込み辛さ、				中等症	明らかに元気がない、立ってられない、横になりたがる
		重症	声枯れ、声が出ない、や胸が強く締めつけられる感覚				重症	ぐったり、血圧低下、意識レベル低下～消失、失禁
	【呼吸器】	軽症	鼻みず、鼻づまり、弱く連続しない咳				軽症	軽い腹痛、単回の嘔吐・下痢
		中等症	時々連続する咳、咳き込み				中等症	明らかな腹痛、複数回の嘔吐・下痢
		重症	強い咳き込み、ぜん膈(ぜーぜー、ヒューヒュー)、呼吸困難				重症	強い腹痛、繰り返す嘔吐・下痢
	5. 症状経過	時間	症状	血圧 (mmHg)	脈拍 (回/分)	呼吸数 (回/分)	体温 (°C)	備考欄

平成19年度緊急対応等モデル事業「文京区・小平市緊急児対応カード」より引用 一部改変

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) 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 感染症やその他の疾病の発生予防に努め、その発生や疑いがある場合には、必要に
応じて嘱託医、市町村、保健所等に連絡し、その指示に従うとともに、保護者や全職
員に連絡し、協力を求めること。また、感染症に関する保育所の対応方法等について、
あらかじめ関係機関の協力を得ておくこと。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。

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。

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