

保育所におけるアレルギー対応ガイドライン  
(2019 年改訂版)  
(素案)

2019 年 2 月 6 日

# 目 次

本ガイドラインの活用に当たって . . . . . 2

## 第Ⅰ部：基本編

### 1. 保育所におけるアレルギー対応の基本

(1) アレルギー疾患とは . . . . . 4

(2) 保育所における基本的なアレルギー対応

ア) 基本原則 . . . . . 6

イ) 生活管理指導表の活用（参照：参考様式「生活管理指導表」） . . . . . 7

ウ) 主な疾患の特徴と保育所における対応の基本 . . . . . 9

① 食物アレルギー・アナフィラキシー ② 気管支ぜん息

③ アトピー性皮膚炎 ④ アレルギー性結膜炎 ⑤ アレルギー性鼻炎

(3) 緊急時の対応（アナフィラキシーが起こったとき（「エピペン®」の使用）） . . 11  
（参照：参考様式「緊急時個別対応票」）

### 2. アレルギー対策の実施体制

(1) 保育所における各職員の役割 . . . . . 14

ア) 施設長（管理者） イ) 保育士 ウ) 調理担当者 エ) 看護師 オ) 栄養士

(2) 医療関係者及び行政の役割と関係機関との連携 . . . . . 17

ア) 医療関係者の役割 イ) 行政の役割と関係機関との連携

### 3. 食物アレルギーへの対応

(1) 保育所における食事の提供に当たっての原則（除去食の考え方等） . . . . . 19

(2) 誤食の防止 . . . . . 20

## 第Ⅱ部：実践編

### （生活管理指導表に基づく対応）

(1) 食物アレルギー・アナフィラキシー . . . . . 22  
（参照：参考様式「除去解除申請書」）

※ 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） . . . . . 29

(2) 気管支ぜん息 . . . . . 39

(3) アトピー性皮膚炎 . . . . . 48

(4) アレルギー性結膜炎 . . . . . 55

(5) アレルギー性鼻炎 . . . . . 59

## 関連資料

参考様式（「生活管理指導表」、「緊急時個別対応票」、「除去解除申請書」） . . . . . ○○

参考情報（「アレルギー疾患対策に資する公表情報」等） . . . . . ○○

関係法令等 . . . . . ○○

## 本ガイドラインの活用に当たって

※ 本ガイドラインの構成は、以下のとおりです。各項目の主な内容を理解した上で、各保育所や地域における実情等に応じて、本ガイドラインをご活用下さい。

### 第Ⅰ部：基本編

#### 1. 保育所におけるアレルギー対応の基本

- アレルギー疾患に関する基本的な知識と、保育所における対応の基本原則について記載しています。本ガイドラインの総則的な位置づけとなります。
- 具体的な対応に当たっては、他の章の記載内容を参照するとともに、参考様式や参考情報を活用してください。

#### 2. アレルギー対策の実施体制

- 各保育所において、組織的にアレルギー対応を行うにあたり、保育所及び各関係者の役割や連携して行う取組について、記載しています。
- ガイドラインに基づく対応の体制構築に当たっては、必ず参照してください。

#### 3. 食物アレルギーへの対応

- 保育所における食物アレルギー対応に関する基本的な考え方及び取組の原則について記載しています。食物アレルギー対応を行う際には、必ず参照してください。

### 第Ⅱ部：実践編

#### (生活管理指導表に基づく対応)

- 「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」の各欄の記載に基づく対応を行うに際して、各疾患と欄ごとの記載内容についての解説を記載しています。
- 受け取った生活管理指導表の内容を確認する際や、各疾患についてより詳しく理解する際に参照してください。

### 関連資料

参考様式・・・本ガイドラインに基づく対応を行うための様式を示しています。  
参考情報・・・アレルギー疾患対策に資する公表情報等を記載しています。  
関係法令等・・・本ガイドラインに係る関係法令等の該当部分を記載しています。

# 第 I 部：基本編

# 1. 保育所におけるアレルギー対応の基本

## (1) アレルギー疾患とは

- アレルギー疾患とは、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ます。
- 保育所において対応が求められる、乳幼児がかかりやすい代表的なアレルギー疾患には、食物アレルギー、アナフィラキシー、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎などがあります。
- 遺伝的にアレルギーになりやすい素質の人が、年齢を経るごとに次から次へとアレルギー疾患を発症する様子を“アレルギーマーチ”と表します。

### (体の過剰な防御反応)

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ますが、その理解は十分ではありません。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ます。

免疫反応は、本来、体の中を外敵から守る働きです。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いますが、それに対して体を守る働きの重要なものが免疫反応です。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りますが、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ります。それがアレルギー疾患の本質と言えます。

### (アレルギーマーチ)

保育所において対応が求められる、乳幼児がかかりやすい代表的なアレルギー疾患には、食物アレルギー、アナフィラキシー、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎などがあります。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、複数の疾患を合併していることが多くみられます。

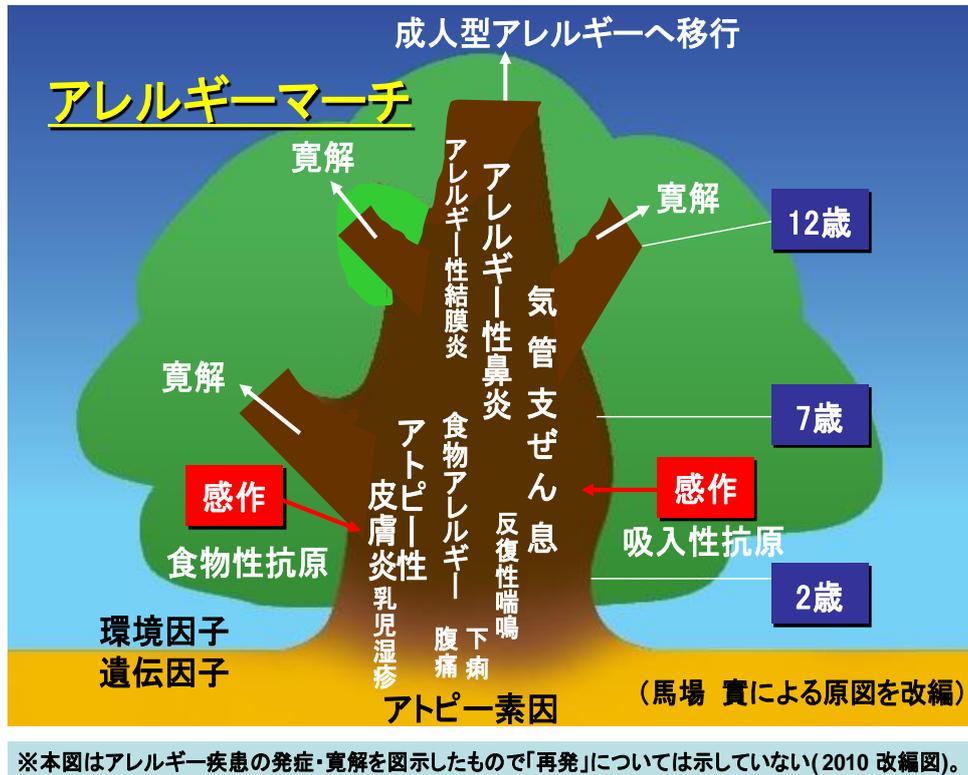
アレルギー疾患の発症の様子は“アレルギーマーチ”という言葉で表現されますが（次ページ図）、これは遺伝的にアレルギーになりやすい素質（アトピー素因※）のある人が、年齢を経るごとにアレルギー性疾患を次から次へと発症してくる様子を表したものです。もちろん全員がそうなるわけではなく、一つの疾患だけの人もありますが、多くの場合、こうした経過をたどります。

#### ※アトピー素因

アレルギーの原因となる要因に対しての IgE 抗体を産生しやすい、本人もしくは親兄弟に気管支ぜん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。

\*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値を示す。

## アレルギーマーチのイメージ



## 各アレルギー疾患と関連の深い保育所での生活場面

生活の場面	食物アレルギー・アナフィラキシー	気管支ぜん息	アトピー性皮膚炎	アレルギー性結膜炎	アレルギー性鼻炎
給食	○		△		
食物等を扱う活動	○		△		
午睡		○	△	△	△
花粉・埃の舞う環境		○	○	○	○
長時間の屋外活動		○	○	○	○
プール	△	△	○	△	
動物との接触		○	○	○	○

## (2) 保育所における基本的なアレルギー対応

### ア) 基本原則

保育所は、アレルギー疾患を有する子どもに対して、その子どもの最善の利益を考慮し、教育的及び福祉的な配慮を十分に行うよう努める責務があり、その保育に当たっては、医師の診断及び指示に基づいて行う必要があります。以下に、その対応についての基本原則を示します。

#### 【保育所におけるアレルギー対応の基本原則】

##### ○ 全職員を含めた関係者の共通理解の下で、組織的に対応する

- ・アレルギー対応委員会の設置により組織的に対応
- ・アレルギー疾患対応のマニュアルの作成と、これに基づいた役割分担
- ・記録に基づく取組の充実や緊急時・災害時等様々な状況を想定した対策

##### ○ 医師の診断指示に基づき、保護者と連携し、適切に対応する

- ・生活管理指導表（8頁）に基づく対応が必要

##### ○ 地域の専門的な支援、関係機関との連携の下で対応の充実を図る

- ・自治体の支援の下、地域のアレルギー専門医や医療機関、所在地域内の消防機関等との連携

##### ○ 食物アレルギー対応においては安全・安心の確保を優先する

- ・完全除去対応（提供するか、しないか）
- ・家庭で食べたことのない食物は、基本的に保育所では提供しない

こうした原則に基づいた対応を行うため、保育所の職員は対応の内容に習熟することが求められます。そのために、職員はその責務と役割に応じて、施設内外の研修に定期的に参加し、個々の知識と技術を高めることが重要です。

また、施設長や保育所の設置者はこうした対応を進めるとともに、国及び地方自治体が行うアレルギー疾患対策について、啓発及び知識の普及に協力するよう努めることが求められます。

## イ) 生活管理指導表の活用 (参照: 参考様式「生活管理指導表」(〇〇頁))

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、アレルギー疾患を有する子どもに対する取組を進めるために、本ガイドラインでは、医師が作成する「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します (次ページ参照)。

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園児に限って作成します。

### <生活管理指導表の活用の流れ>

#### 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、保護者から申し出してもらう。
- ・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

- ・かかりつけ医に生活管理指導表の記載を依頼する。(保護者は、保育所における園児の状況を医師に説明する)  
※医師には、必要に応じ、本ガイドラインの該当ページを参照してもらう。
- ・保護者は、必要に応じて、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組について、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、子どもの状況をふまえた保育所での対応(緊急時等)について、職員が共通理解を持つ。
- ・保育所内で定期的に取組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回以上、必要に応じて、見直しを行う

保育所において対応が求められるアレルギー疾患の、主な特徴と生活管理指導表を活用した対応の基本について、次項で示します。

なお、生活管理指導表に記載の各欄の解説や求められる具体的な対応については、第II部で説明します。

## 「生活管理指導表」(表面)

<参考様式>		<b>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)</b>		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。				
(あり・なし) 気管支喘息	A. 重症度分類(治療内容を考慮した)	C. 急性発作治療薬	保育所での生活上の留意点	
	B. 長期管理薬	D. 急性発作時の対応(自由記載)	A. 器具に関する留意点	
			B. 食物に関する留意点	
(あり・なし) アトピー性皮膚炎	A. 重症度のめやす(厚生労働省研究班)	B-1. 常用する外用薬	保育所での生活上の留意点	
	B-2. 常用する内服薬	C. 食物アレルギーの合併	A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動	
			B. 動物との接触	
(あり・なし) アレルギー性結膜炎	A. 病型	保育所での生活上の留意点		緊急連絡先 ★保護者 電話: ★連絡先医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	B. 治療	A. プール指導		
			B. 屋外活動	

※ガイドライン本文の改訂に合わせて、上記様式を変更する可能性あり

## 「生活管理指導表」(裏面)

<参考様式>		<b>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)</b>		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。				
(あり・なし) アナフィラキシー	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)		保育所での生活上の留意点	
	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)		A. 給食・離乳食	
	C. 原因食物・除去根拠		B. アレルギー用調整粉乳	
(あり・なし) アレルギー性鼻炎	A. 病型		保育所での生活上の留意点	
	B. 治療		A. 屋外活動	
			B. その他の配慮・管理事項(自由記載)	

※ガイドライン本文の改訂に合わせて、上記様式を変更する可能性あり

## ウ) 主な疾患の特徴と保育所における対応の基本

### ① 食物アレルギー・アナフィラキシー

食物アレルギーは、特定の食物を摂取した後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います。そのほとんどは食物に含まれるタンパク質が原因で生じます。

また、アナフィラキシーは、アレルギー反応により、じん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指します。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るような場合を、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です。

なお、アナフィラキシーを起こす要因は様々ではありますが、乳幼児期に起こるアナフィラキシーは食物アレルギーに起因するものが多いです。

#### (保育所における「食物アレルギー・アナフィラキシー」対応の基本)

- ・保育所における給食は、子どもの発育・発達段階、安全への配慮、必要な栄養の確保とともに、食育の観点も重要である。しかし、食物アレルギーを有する子どもへの食対応については、安全への配慮を重視し、できるだけ単純化し、「完全除去」か「解除」の両極で対応を開始することが望ましい。
- ・基本的に、保育所で「初めて食べる」食物がないように保護者と連携する。

### ② 気管支ぜん息

気管支ぜん息は、発作性にゼーゼーまたはヒューヒューという音（喘鳴<sup>ぜんめい</sup>）を伴う呼吸困難を繰り返す疾患です。一般的には、発作治療薬により症状は改善しますが、まれに生命にかかわることもあるため、注意が必要です。

こうした喘鳴<sup>ぜんめい</sup>は、チリダニや動物の毛などのアレルゲンに対するアレルギー反応により、気道（空気の通り道）での炎症が生じた結果、気道が狭くなることで起こりやすくなります。また、治療はこの炎症を抑えるように行われますが、不十分であると症状を繰り返し、運動などの刺激により運動誘発ぜん息と呼ばれる症状を起こす場合があります。

#### (保育所における「気管支ぜん息」対応の基本)

- ・気管支ぜん息症状の予防には、アレルゲンを減らすための、環境整備が極めて重要である。そのため、保育所での生活環境は、室内清掃だけでなく、特に寝具の使用に関して留意する必要がある。
- ・保護者との連携により、気管支ぜん息の治療状況を把握し、運動等の保育所生活について、事前に相談する必要がある。

### ③ アトピー性皮膚炎

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す。乳幼児では、顔、首、肘の内側、膝の裏側などによく現れますが、ひどくなると全身に広がります。悪化因子としては、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、さまざまであり個々に異なります。多くの場合、適切なスキンケアや治療によって症状のコントロールは可能で、基本的には、他の子どもと同じ生活を送ることができます。

#### (保育所における「アトピー性皮膚炎」対応の基本)

- ・アトピー性皮膚炎の子どもの皮膚は刺激に敏感であり、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。
- ・悪化因子は、個々により異なるが、室内の環境整備だけでなく、場合によっては外遊び、プール時に対応が必要となることがあり、保護者との連携が必要である。

### ④ アレルギー性結膜炎

アレルギー性結膜疾患とは、目の粘膜、特に結膜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す。原因となる主なアレルゲンとしては、ハウスダストやダニ、動物の毛に加え、季節性に症状を起こすスギ、カモガヤ、ブタクサなどの花粉があります。

#### (保育所における「アレルギー性結膜炎」対応の基本)

- ・プールの水質管理のための消毒に用いる塩素は、角結膜炎がある場合には悪化要因となるため、症状の程度に応じて配慮が必要である。
- ・季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）の場合、花粉飛散の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ことに留意する。
- ・通年性アレルギー性結膜炎等の場合、屋外での活動後に、土ぼこりの影響で症状の悪化が見られることもあるため、必要に応じて、顔を拭くこと等が望まれる。

### ⑤ アレルギー性鼻炎

アレルギー性鼻炎は、鼻の粘膜にアレルギー反応による炎症が起こり、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す。原因となるアレルゲンは、上記「④アレルギー性結膜炎」とほぼ同じです。

#### (保育所における「アレルギー性鼻炎」対応の基本)

- ・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が悪化することがある事に留意する（屋外活動ができないことはまれである）。

### (3) 緊急時の対応（アナフィラキシーが起こったとき（「エピペン®」の使用））

アナフィラキシーは多彩な症状を示し、全身のあらゆる症状が出現する可能性があります。その中で、症状が出現する部位別の頻度には差があり、皮膚症状が最も多く90%程度の患者に認められます。以下、粘膜、呼吸器、消化器の順で症状を起こしやすい傾向があります。

#### ＜保育所における「エピペン®」の管理運用におけるポイント＞

保育所における職員全員が、以下の3点を知っていることが重要です。

- ◆ 「エピペン®」の保管場所
- ◆ 「エピペン®」の注射するタイミングと方法
- ◆ 「エピペン®」や緊急時対応に必要な書類一式の保管場所

#### (保育所における「エピペン®」使用時の注意点)

保育所において、アナフィラキシーに対応するため、「エピペン®」（参照：30 頁）を預かっている場合、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すが、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す。

しかし、そうした救急処置が間に合わない場合等の緊急時には、その場にいる保育士等が注射することが必要な場合（下表に示す症状が一つでもある場合）もあり、緊急の際は保育士等が注射することも想定の上、保育所職員全員の理解を得て、保護者、嘱託医との十分な協議を行った上で、連携体制を整えてください。

<b>消化器の症状</b>	・繰り返し吐き続ける	・持続する強い(がまんできない)おなかの痛み
<b>呼吸器の症状</b>	・のどや胸が締め付けられる ・持続する強い咳込み	・声がかすれる ・ゼーゼーする呼吸 ・犬が吠えるような咳 ・息がしにくい
<b>全身の症状</b>	・唇や爪が青白い ・意識がもうろうとしている	・脈を触れにくい・不規則 ・ぐったりしている ・尿や便を漏らす

「一般向けエピペン®の適応」日本小児アレルギー学会（2014年）より

また、子どもや保護者が持参した「エピペン®」を保育所で一時的に預かる場合、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、「緊急時個別対応票」（36 頁に参考様式を記載）を作成し、その内容についても定期的に確認してください。

（参照：参考様式「緊急時個別対応票」（〇〇頁））

なお、「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ります。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場所に保存します。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ります。安全性という観点から、子どもの出入りの多い場所で管理する場合には、子どもの手が届かないところに保管します。

## 「エピペン®」接種の実際

### ●エピペン®の使い方

いざという時に正しくエピペン®を使用するためには、日頃からの練習が不可欠です。

**トレーナーではなく本物であることを確認する**

<本物> <トレーナー>



ラベル、ニードルカバーの違いを確認しましょう

**投与部位になにもないことを確認する**

投与部位に重なってしまうポケットの中を確認しましょう

**投与する前には、必ず子どもに声をかける**

**エピペン®は振り下ろさない**

振り下ろしている間に子どもが動いてしまえば正しく打てない恐れがあるので、強く押し当てた状態から、押しつけましょう

投与した薬剤が速やかに吸収され速く効果が現れるようにするために、投与部位をもちます。

#### ◆それぞれの動作を声に出し、確認しながら行う

① ケースから取り出す

ケースのカバーキャップを開け、エピペン®を取り出す



② しっかり握る

オレンジ色のニードルカバーを下に向け、利き手で持つ

“グー”で握る!



③ 安全キャップを外す

青い安全キャップを外す



④ 太ももに注射する

太ももの外側に、エピペン®の先端(オレンジ色の部分)を軽くあて、“カチッ”と音がするまで強く押しあててそのまま5秒数える

注射した後すぐに抜かない!  
押しつけたまま5秒数える!



⑤ 確認する

エピペン®を太ももから離しオレンジ色のニードルカバーが伸びているか確認する

伸びていない場合は「④に戻る」



⑥ マッサージする

打った部位を10秒間、マッサージする



図のように、足の付け根と膝の同方の関節を押さえることで、しっかり固定できるだけでなく、押さえている手を目印に正しい部位に投与することができます。

**介助者がいる場合**



介助者は、子どもの太ももの付け根と膝をしっかり押さえ、動かないように固定する

**注射する部位**

- 衣類の上から、打つことができる
- 太ももの外側の筋肉に注射する(真ん中(⊗)よりも外側で、かつ太ももの付け根と膝の間の部分)

**あおむけの場合**



**座位の場合**



※独立行政法人環境再生保全機構「ぜんそく予防のためのよくわかる食物アレルギー対応ガイドブック」

(2017年10月)より引用

■ 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	<b>【意識レベルの低下】</b> がある場合、速やかに <b>呼吸・心拍の確認</b> をし、応じて <b>心肺蘇生</b> を行いながら速やかに <b>救急搬送</b> する。応じて <b>エピペン</b> 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 → 眼を流水で洗う → 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旨
  3. どん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旨
  2. 応じて医療機関へ連絡すること、救急搬送することなどの了承を得る
  3. 応じてエピペンの使用することの了承を得る
  4. 保護者が園や病院に来られるか確認する
  5. 応じて搬送先を伝え、搬送先に保護者が来られるか確認する

保護者連絡先	名前・名称	続柄	連絡先
管理状況	内服薬	有・無	
	エピペン	保管場所( )	
指定救急機関	救急	119	
	所轄消防署	名称	Tel ( )
	主治医	医師名	Tel ( )
	園医	医師名	Tel ( )
	搬送医療機関	病院名	Tel ( )
園内内線	園長室		
	職員室		

※ガイドライン本文の改訂に合わせて、上記様式を変更する可能性あり

■緊急時個別対応票(表)		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	
	【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	
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	
		中等症	強い唇や喉(まぶた)、顔全体の腫れ、飲み込み辛さ、	
		重症	声枯れ、声が出ない、や胸が強く締めつけられる感覚	
	【呼吸器】	軽症	鼻みず、鼻づまり、潤く連続しない咳	
		中等症	時々連続する咳、吹き込み	
		重症	強い吹き込み、ぜん喘(ゼーゼー、ヒューヒュー)、呼吸困難	
5. 症状経過	【全身】	軽症	やや元気がない	
		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	ぐったり、血圧低下、意識レベル低下~消失、失禁	
	【消化器】	軽症	軽い腹痛、単回の嘔吐・下痢	
		中等症	明らかな腹痛、複数回の嘔吐・下痢	
		重症	強い腹痛、繰り返す嘔吐・下痢	
		時間	症状	血圧(mmHg)
				脈拍(回/分)
			呼吸数(回/分)	
			体温(℃)	
			備考欄	

平成19年度緊急対応マニュアル事業「文京区・小平市緊急対応カード」より引用 一部改変

※ガイドライン本文の改訂に合わせて、上記様式を変更する可能性あり

## 2. アレルギー対策の実施体制

### (1) 保育所における各職員の役割

- 保育所は、施設長のリーダーシップの下、各職員の役割を明確にし、組織的なアレルギー対策を行うための体制づくりを行うことが重要です。(対応委員会の設置、マニュアルの策定等)
- 保育所において、アレルギー対応に組織的に取り組むに当たっては、日々の確認や記録をとることや、火災や自然災害などが発生した場合を想定した準備も重要です。
- 看護師や栄養士が配置されている場合には、地域の医療関係者との連携や食物アレルギー対応等において、その専門性を生かした対応が図られることが重要です。

保育所においては、第1章に示したアレルギー対応の基本原則に基づき、施設長をはじめとして、保育士、調理担当者、看護師、栄養士等の全職員が次頁以降に記載の各々の役割を理解し、組織的に対応するための体制を構築していくことが求められます。

また、その取組に当たっては、共通理解に基づく対応の基本となる記録の重要性を認識すること、通常環境のみならず、災害発生時も含めた体制の整備を行うことが重要です。

#### (記録の重要性 (事故防止の取組))

保育所において、アレルギー対応を組織的に取り組むに当たっては、アレルギー対策実施状況を日々確認・記録し、事故の有無などと共にアレルギー情報としてまとめ、共通理解を深めていくことが重要です。

アレルギーに関する事故などが発生したときには、速やかに保護者への連絡を行うとともに、職員間での情報共有を行います。また、地域における取り決めに応じて、自治体や関係機関等への報告を行います。

事故防止のための適切な対策を講じるために、事故の情報とともに、配膳時や喫食時の確認漏れ等、あと一歩で事故になるところであったという、ヒヤリ・ハット報告の情報についても、収集及び要因分析を行うなどして、事故が発生する危険性の低減化に努めることも重要です。

#### (災害への備え)

火災や自然災害などが発生した場合には、通常とは異なる環境、体制の下で保育を継続して行うことについても想定する必要があります。例えば、一時的に避難を余儀なくされた場合、アレルギーを有している子どもについての情報を保育士等がすぐには伝えられない、食物アレルギー対応が必要な子どもに提供するための食材を持ち出せないといった、日常使用しているマニュアルに基づいた対応ができない事態について、施設内だけでなく、避難所にいるような状況においても、全職員が対応できるようにすることが求められます。

こうした事態を想定した取組は各保育所が単独で行うだけでなく、自治体の支援の下、地域の保育所、学校、消防、警察、医療機関、自治会等が連携して行うことが重要です。

## ア) 施設長（管理者）

施設長または管理者は、保育所内にアレルギー対応に関する担当者及び対応委員会を設置し、保育所内のアレルギー疾患対応マニュアル作成や、職員間での情報の共有といった取組を進めるための体制を整備します。

それぞれの子どもの対応について、保護者との面談（入所時の面接、生活管理指導表に基づく対応を協議するための面談等）を行うにあたっては、必要に応じて関係者を招集します。

こうした組織的な対応を行う上で、全職員がそれぞれの役割に応じた知識と技術を高めるために、保育所内外の研修に定期的に参加できるよう研修計画を策定します。「エピペン®」については、子どもの生命を守る観点から、全職員が取り扱えるようにします。

一連の取組を進める上で、市区町村の支援の下、地域の医療機関や嘱託医、所在地域内の消防機関等と連携を深め、対応の充実を図ることが重要です。

また、国及び地方自治体が行うアレルギー疾患対策に関する啓発や知識の普及に協力するよう努めることが求められます。

### 保育所内のアレルギー疾患対応マニュアルの内容（例）

- \*生活管理指導表の取扱い（対応の原則、体制、手順、役割分担等）
- \*アレルギーに関する情報の管理（対応状況、ヒヤリ・ハット及び事故の発生状況等）
- \*緊急時の対応（「エピペン®」の使用に関すること等を含む）
- \*災害への備え
- \*研修
- \*地域の関係機関との連携

## イ) 保育士

本ガイドラインに示すアレルギー対応の基本原則を理解した上で、各保育所におけるアレルギー疾患対応マニュアルに即して各々が役割を分担し、対応の内容に習熟することが求められます。特に担当する子どもがアレルギー疾患を有する場合には、保護者との情報共有を円滑に進めるとともに、日々の子どもの健康観察を行う中で体調不良等が疑われる場合には、速やかに施設長をはじめ関係職員と情報を共有し、対応について協議します。

## ウ) 調理担当者

給食提供に当たっては、除去食品の誤配や誤食などの事故防止及び事故対策において、安全を最優先として、保育士と連携し、安全な給食提供環境の整備を行います。

## エ) 看護師

保育所保育指針（平成 29 年厚生労働省告示第 117 号）では、保育所に看護師が配置されている場合には、その専門性を活かして対応することとされています。看護師には、各保育所における保健計画の策定に当たり、アレルギー対応についても十分考慮すること、保護者からの情報を得ながらアレルギーを有する子どもの健康状態を観察評価すること等が求められます。

また、保育所におけるアレルギー対応の取組に当たっては、嘱託医、子どものかかりつけ医、地域の医療機関と連携した対応を図る必要がありますが、この際に保育所の看護師が、その専門性を活かして、こうした医療関係者等の意見やアレルギー疾患の治療に関する最新の知見を、他の職員や保護者に正しく、かつわかりやすく伝え、保護者を含めた保育所全体の共通認識としていくことが重要です。

## オ) 栄養士

看護師と同様、保育所保育指針（平成 29 年厚生労働省告示第 117 号）では、保育所に栄養士が配置されている場合には、その専門性を活かして対応することとされています。

特に保育所における食物アレルギー対応に関して、栄養士には食育計画の策定に当たって食物アレルギーについても十分考慮することや、本ガイドラインに示す食物アレルギー対応の原則に基づいて献立を作成することが求められます。

また、食物アレルギーを有する子ども及びその保護者への栄養指導を行うことや、地域の子どもとその保護者も含めた食育の取組を通じて食物アレルギーに対する理解の促進を図ることも、重要な役割です。

## (2) 医療関係者及び行政の役割と関係機関との連携

- 保育所におけるアレルギー対応においては、嘱託医の積極的な参画・協力とともに、地域の関係者と連携して取組を推進することが重要です。
- 地域の関係機関との連携体制の構築や取組の促進に当たっては、自治体による積極的な支援が不可欠です。

保育所におけるアレルギー対応に当たっては、以下に示すように、保育所が地域の医療関係者及び行政と連携しながら取組を推進することが必要です。

### ア) 医療関係者の役割

#### (嘱託医)

児童福祉施設の設備及び運営に関する基準第 33 条第 1 項において、保育所には嘱託医を置かなければならないとされています。

保育所におけるアレルギー疾患を有する子どもの保育に当たっては、嘱託医の積極的な参画・協力が不可欠となります。嘱託医は、年 2 回以上の子どもの健康診断を行うだけでなく、保育所全体の保健的対応や健康管理についても総合的に指導・助言することが求められます。

各保育所におけるアレルギー対応については、対応委員会やアレルギー疾患対応マニュアル作成への参画及助言・指導が求められます。

また、アレルギー疾患を有する子どもの保育に関する取組や子どもの状況について、保育所と情報を共有し、適切な助言・指導を行います。

こうした役割を果たすために、嘱託医は、常に新しいアレルギー疾患対策の知識を吸収するとともに、地域のアレルギーの専門医・医療機関との連携体制の構築に積極的に参画することも重要です。

#### (かかりつけ医)

保育所におけるアレルギー疾患を有する子どもの保育については、かかりつけ医が記入した生活管理指導表により、保育所と保護者等の間で医師の診断及び指示について情報の共有を行い、対応を行っていきます。かかりつけ医は、本ガイドラインの内容を理解した上で、生活管理指導表を記入することが重要です。また、保育所は、かかりつけ医が生活管理指導表の記入に当たり保育所の状況を踏まえる必要がある場合、必要に応じて、保護者を通じてかかりつけ医に対して情報提供を行います。

#### (地域のアレルギー専門医療機関)

乳幼児のアレルギー疾患対策は、医学的に専門性が高い領域であり、必要に応じて、地域のアレルギー専門医・医療機関と連携し、支援を求めることも重要です。

## イ) 行政の役割と関係機関との連携

保育所におけるアレルギー疾患を有する子どもの保育については、各保育所で対応を行うだけでなく、それぞれの保育所だけでは対応が困難な課題も踏まえ、地域におけるアレルギー疾患対策に関する正確な情報の把握や取組の共有、地域全体としての取組体制の構築が求められます。

このため、各自治体は、地域の関係者の連携体制の整備や、地域の特性を考慮したアレルギー対応（緊急時の対応含む）マニュアルの策定、研修の実施、災害発生時の連携体制の構築などを通じ、積極的に各保育所におけるアレルギー疾患対策への支援を行うことが求められます。

### （地域の関係者による情報共有・協議等）

都道府県及び市区町村は、互いに連携しながら、保育所におけるアレルギー対応に関して、本ガイドラインの内容や正確な情報が共有されるよう、地域の実情に応じて、情報の発信、関係機関との調整、地域の関係者が一堂に会する協議会の設置・運営、定期的な研修の機会の提供等を進めていくことが求められます。また、アレルギー疾患医療に携わる地域の拠点となる病院と連携して、専門的な情報提供や研修の充実、助言・支援を受ける体制づくり等の取組を行っていくことも重要です。

### （緊急時対応のための連携）

特に、各保育所のアレルギー疾患を有する子どもがアナフィラキシーショックを引き起こした際に、適切な医療が受けられるよう、市区町村の支援の下で、保護者の同意を得た上で、生活管理指導表や「エピペン®」の保有等の情報について、地域の関係者による協議の下、地域の医療機関、消防機関等と、平時から共有する等の取組を進めることが重要です。

### （研修体制の構築）

アレルギー疾患を有する子どもへの対応については、関係者が共通認識のもとに組織的に取り組んでいく上で、研修の実施による知識及び技能の向上が重要となります。

自治体は、各保育所におけるアレルギー対応に関する取組の支援を行うとともに、関係機関と連携して、保育所や嘱託医に対し、本ガイドラインの内容の周知やエピペン®の取扱いなど、各保育所のアレルギー対応に関する研修を計画的に実施することが求められます。また、各保育所におけるヒヤリ・ハット事例及び事故情報の収集・共有を通じて事故防止の取組を進める等、地域におけるアレルギー疾患対策の質の向上を図ることも重要です。

### （自治体間における連携）

各自治体は、組織内の役割分担や人員体制などの実状に応じて、所管の保育所におけるアレルギー対応への支援を十分に行うことができるよう、保育担当、保健・衛生関係担当、教育委員会、消防機関等の関係部署間で連携して取組を行うことが重要です。

### 3. 食物アレルギーへの対応

#### (1) 保育所における食事の提供に当たっての原則（除去食の考え方等）

- 保育所における食物アレルギー対応に当たっては、生活管理指導表を活用し、組織的に対応することが必要です。
- 保育所の食物アレルギー対応における食物除去は、完全除去を基本として下さい。
- 子どもが初めて食べる食品は、家庭で安全に食べられることを確認してから、保育所での提供を行うことが重要です。

保育所における食物アレルギーの対応においては、「保育所内でのアレルギー発症をなくす」ことが第一目標ですが、成長が著しい子どもの健全な発育・発達の観点から、不必要な食物除去がなされることがないよう、医師の診断及び指示に基づいて、生活管理指導表を用いた完全除去を基本とします。食物アレルギーの有症率は、乳幼児期が最も高いですが、成長とともに治癒することが多いことから、除去については、定期的な見直しが必要になります。

#### (生活管理指導表を活用した組織的対応)

- ・アナフィラキシー症状が発生したとき、全職員が迅速、かつ適切に対応する。
- ・職員、保護者、かかりつけ医・緊急対応医療機関が十分に連携する。
- ・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。(入所時又は診断時及び年1回以上、必要に応じての更新)
- ・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。

#### (安全を最優先した完全除去による対応)

- ・食物除去は、安全な食事提供の観点から、完全除去を基本とする。
- ・原因食物が調味料や油脂などに極少量含まれているだけの場合、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。
- ・除去していた食物を解除する場合は、医師の指示に基づき、保護者と保育所の間で書面申請をもって対応する。

#### (安全に配慮した食事の提供)

- ・食物アレルギーのない子どもと変わらない、安全・安心な生活を送ることができる環境を整備する。
- ・子どもが初めて食べる食品は、家庭で安全に食べられることを確認してから、保育所で提供を開始することを基本とする。
- ・食物アレルギーの診断がされていない子どもが、保育所で初めて食物アレルギーを発症することもあるため、その可能性も踏まえて、体制を整備しておく。
- ・食物アレルギー症状を誘発するリスクの高い食物が、少ない又はそうした食物を使わない共通献立メニューを取り入れるなど、食物アレルギーに対するリスクを考えた取組を工夫する。

## (2) 誤食の防止（参照：第Ⅱ部（1）A. 給食・離乳食（31頁～36頁））

- 誤食の主な発生要因となる人的エラーを防ぐために、職員全員で認識を共有し、対策を行うことが必要です。
- 保育所における食育は、子どもが成長していく上で非常に重要であるが、誤食は様々な場面で起こりうることを認識し、体制を整えることが必要です。

### （誤食）

保育所における子どもの誤食は、食事だけでなく、遊びの場面においても発生するので、職員全体で発生要因を認識し、誤食リスクを減らすことが重要です。

#### 誤食の主な発生要因

- ① 人的エラー（いわゆる配膳ミス（誤配）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 など

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ます。

煩雑な細分化されすぎた食物除去の対応は誤食の誘因となります。このため、安全な保育所生活を送る観点から、できるだけ単純化された対応（完全除去か解除）を行うことを基本とします。また、食物アレルギー児への食事の提供の際には、誤食・誤配が起こらないよう、安全確保に必要な人員を配置し、管理を行うことが必要です。

### （食育活動）

保育所における食育は、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上で、非常に重要ですが、誤食は、食物を扱う様々な場面において起こりうることから、安全性を最優先するとともに、事故が起こらない環境及び体制を整えることが必要です。ただし、誤食を恐れるあまり、食物アレルギーのある子どもに対する過剰な対応をすることがないよう、正しい知識をもって行うことも重要です。

# 第Ⅱ部：実践編

(生活管理指導表に基づく対応)

## (1) 食物アレルギー・アナフィラキシー

### <食物アレルギー>

#### <特徴>

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。食物アレルギーを有する子どもの割合は4.0%であり、年齢別では、0歳が6.4%、1歳が7.1%、2歳が5.1%、3歳が3.6%、4歳が2.8%、5歳が2.3%、6歳が0.8%である※。

#### <原因>

原因食物は、鶏卵39%、牛乳21.8%、小麦11.7%であり、以下、ピーナッツ5.1%、果物4%、魚卵3.7%と続く。また、新規発症の原因食物0歳児で鶏卵57.6%、牛乳24.3%、小麦12.7%、1歳児で、鶏卵39.1%、魚卵12.9%、牛乳10.1%、ピーナッツ7.9%、果物6.0%、2、3歳児は魚卵20.2%、鶏卵13.9%、ピーナッツ11.6%、ナッツ類11.0%、果物8.7%であった※※。

#### <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。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）。

※平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「保育所入所児童のアレルギー疾患罹患状況と保育所におけるアレルギー対策に関する実態調査」報告書（東京慈恵会医科大学）

※※今井孝成、杉崎千鶴子、海老澤元宏．消費者庁「食物アレルギーに関連する食品表示に関する調査研究事業」平成23年 即時型食物アレルギー全国モニタリング調査結果報告．アレルギー．2016：69：1008-25

## ＜アナフィラキシー＞

### ＜特徴＞

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、息苦しきなどの呼吸器症状等が、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等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、稀ではあるが、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。なお、アナフィラキシーを有する児童・生徒の割合は、小学生で 0.6%、中学生で 0.4%であり※、保育所に入所する乳幼児では食物アレルギーの有病率が学童期より高い事から、アナフィラキシーを起こすリスクも高い可能性がある。

### ＜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、循環の状態、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®」（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。

※平成 25 年度「学校生活における健康管理に関する調査」事業報告書（日本学校保健会）

生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方【食物アレルギー・アナフィラキシー】

病型・治療	
<b>A. 食物アレルギー病型</b> (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>B. アナフィラキシー病型</b> (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)	
1. 食物によるアナフィラキシー (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・昆虫・動物のフケや毛)	
<b>C. 原因食物・除去根拠</b> 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] 該当するもの全てを《 》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> <p>④未摂取</p> </div>
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 《 》 ( )	
<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b>	
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®」)	
3. その他 ( )	

**A. 食物アレルギー病型**

**1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎**

乳児アトピー性皮膚炎に合併して認められる食物アレルギーを指します。食物に対するIgE抗体(※4頁参照)の感作(アレルゲンに曝されることにより、アレルギーが生じる状態)が先行し、食物が湿疹の増悪に関与している場合や、原因食物の摂取によって即時型症状を誘発することもあります。湿疹が管理された後には、即時型症状に移行することもあります。ただし、すべ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ありません。

**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す。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、小麦と続きます。原因食物にもよりますが、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割が治っていきます。

### **3. その他**

上記の2タイプに比べると頻度は低いですが、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ます。

#### **(新生児消化器症状)**

新生児期および乳児期早期に調整粉乳及び母乳に対して血便、嘔吐、下痢などの症状が現れます。まれに生後3か月以降にも認められることがあります。2歳までに9割は治ります。

#### **(口腔アレルギー症候群)**

果物や野菜に対するアレルギーに多い病型で、食後数分以内に口唇・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）が出現します。多くは粘膜の症状だけで回復に向かいますが、キウイやモモなどでは全身性の症状を伴うことがあります。幼児では比較的少なく、学童期以上で増えます。口の中の症状を訴えることができないので、気づかれにくいかもしれません。

#### **(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時間以内に運動をすることによりアナフィラキシー症状を起こします。一般的に、幼児期は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ません。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ます。それでも頻度としては中学生で6000人に1人程度とまれです。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ことも多く、注意が必要です。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ります。

## **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の臓器において、同時かつ急激に出現した状態をいいます。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ります。なかには他の症状を伴わずにいきなりショック症状を起こすこともあるので、注意が必要です。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す。

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ありません。過去にアナフィラキシーを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ります。

### **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す。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ありませんが、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です。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す。

## 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ります。発症の頻度は決して多くはありませんが、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ります。

### (食物依存性運動誘発アナフィラキシー)

食物アレルギー病型の項を参照。

### (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ります。

### (昆虫)

小児では多くはありませんが、ハチ毒によって起こるものが最も注意が必要です。

### (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ります。

## 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）から預かる場合があり、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くあります。“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（※4頁参照）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ます。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”としました。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す。保育所として、本欄の「除去根拠」を参考に、対応を決めていくことが望まれます。

### (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ります。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、その他、ピーナッツ、そば、大豆、魚卵など様々です。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います。

### (除去根拠)

食物アレルギーを血液検査だけで正しく診断することはできません。実際に起きた症状と食物経口負荷試験などの専門的な検査結果を組み合わせることで医師が総合的に診断します。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ありません。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ります。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ます。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、保護者やかかりつけ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す。

### **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場合は、除去根拠としては高い位置付けになります。

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ます。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きます。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かかりつけ医に相談する必要があります。

### **② 食物経口負荷試験陽性**

食物経口負荷試験は、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す。この試験の結果は①「明らかな症状の既往」に準じるため、診断根拠として高い位置付けになります。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ります。

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ります。

### **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（※4頁参照）の感作だけで除去している場合が多く見られます。まだ食物経口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ません。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がありますが、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ません。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す。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ません。多くの食物アレルギー児の場合、除去しなければならぬ品目数は数種類にとどまります。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す。

### **④ 未摂取**

乳児期から幼児期早期には、低年齢児ではまだ与えないような食物に対しては、診断が確定できず、診断根拠を書けない場合もあります。それらの子どもに対して離乳食等を進めていく場合に、アレルギーの関与が疑われる、未摂食のものに関しての除去根拠は未摂食として記載します。

※ 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します。

## **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®」(商品名)があります。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ます。

### **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ます。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ません。誤食時に備えて処方されることが多い医薬品ですが、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ます。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®」を適切なタイミングでためらわずに注射する必要があります。

#### **(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ます。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ります。しかしその効果は皮膚症状など限定的です。

#### **(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)を示すことがあります。ステロイド薬は急性期の症状を抑える効果はなく、2相性反応を抑える効果を期待して通常は投与されます。

### **2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)**

「エピペン®」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を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す。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ます。このため、患者や保護者が正しく使用できるように処方に際して十分な患者教育が行われることと、それぞれに製造番号が付され、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す。



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、できる限り早く、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ます。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®」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ります(11頁~第1章(3)緊急時の対応参照)。

## ※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）

アナフィラキシーは多彩な症状を示し、全身のあらゆる症状が出現する可能性があります。その中で、症状が出現する部位別の頻度には差があり、皮膚症状が最も多く 90%程度の患者に認められます。以下、粘膜、呼吸器、消化器の順で症状を起こしやすい傾向があります。

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ます。

- 【グレード1】各症状は、いずれも部分的で軽いため、症状の進行に注意を払いつつ、安静にして経過を追います。また、誤食したとき用の処方薬を預かっている場合は内服させます。
- 【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きます。医療機関を受診する必要があり、子どもに処方された「エピペン®」を預かっている場合は、注射することを考慮します。
- 【グレード3】強いアナフィラキシー症状といえます。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ります。子どもに処方された「エピペン®」を預かっている場合は、速やかに注射する必要があります。

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、脛(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)

## 「エピペン®」について

### ① 「エピペン®」とは？

アナフィラキシーショックの状態にある患者の救命には、アドレナリンを 30 分以内に投与できるか否かで大きく異なります。アナフィラキシーショックは、屋外などでの発症が多く、速やかに医療機関を受診することができないことが多いため、アドレナリンを自己注射することができる製剤として、「エピペン®」が開発されました。

### ② 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ります。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ります。「エピペン®」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す。

### ③ 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)が考えられます。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えますが、一般的な小児では副作用はあっても、軽微であると考えられます。

### ④ 保管上の留意点

「エピペン®」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ます（使用するまで取り出さない）。また 15℃～30℃で保存することが望ましいため、冷蔵庫等の冷所や、日光のあたる場所等の高温になる環境を避けて保管します。

### ⑤ 保育所における「エピペン®」の使用について

「エピペン®」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ます。「エピペン®」は体重 15kg 未満の子どもには処方されません。保育所において、アナフィラキシー等の重篤な反応が起きた場合には、速やかに医療機関に救急搬送することが基本です。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®」を注射すること（参照：12 頁）も想定されます。

### （参考）学校における「エピペン®」の使用について

学校現場等において、児童生徒がアナフィラキシーショックに陥り生命が危険な状態にある場合、居合わせた教職員が「エピペン®」を自ら注射できない本人に代わって注射する行為は、緊急やむを得ない措置として行われるもので、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（平成 20 年 3 月 31 日）において示している内容に即して、保育所の職員が注射を行うものであれば、医師法違反とはならない見解が示されています。

※「医師法第 17 条の解釈について」（回答）（平成 25 年 11 月 27 日 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長より厚生労働省医政局医事課長宛て照会に対する回答）

生活管理指導表「保育所での生活上の留意点」の読み方【食物アレルギー・アフィキシー】

<b>保育所での生活上の留意点</b>	
<b>A. 給食・離乳食</b>	
1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
<b>B. アレルギー用調整粉乳</b>	
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HP ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ペプディエツ エレメンタルフォーミュラ その他( )	
<b>C. 食物・食材を扱う活動</b>	
1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
<b>D. 除去食品で摂取不可能なもの</b>	
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
6. 大豆:	大豆油・醤油・味噌
7. ゴマ:	ゴマ油
12. 魚類:	かつおだし・いりこだし
13. 肉類:	エキス
<b>E. 自由記載欄</b>	

**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、安全・安心に、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必要があります。このために保育所特有の工夫や留意点があります。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”の両極で対応を進めるべきです。

**【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、提供回数や種類が多い
- 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）が進む
- ④ 保育所において新規の発症がある
- ⑤ 保護者との相互理解が必要

**①食数は少ないが、提供回数や種類が多い**

保育所は、学校に比べて給食一回あたりに提供する食数は少ない一方で、年間給食提供日が300日程度と多いことが特徴です。また、一日に提供する食事（午前のおやつ、昼食、午後のおやつ、補食等）の回数が多く、離乳食から幼児食まで種類が多くあります。

## **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す。このため誤食予防のために、周囲の管理者の配慮や監視、環境整備が必須です。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す。

## **③ 経過中に耐性の獲得（原因食物除去の解除）が進む**

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割で解除がすすみます。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ります。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ります。

## **④ 保育所において新規の発症がある**

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%が発症してきます。このため、保育所で提供される給食等において、食物アレルギーの経過中に新たな発症が起こりやすい傾向があります。

また、これまでに食物アレルギーの診断がなされていない子どもにおいても、保育所で初めて食物アレルギーの発症が起こることもあります。

## **⑤ 保護者との相互理解が必要**

保育所での食物アレルギー対応について、保護者から、家庭で行っている場合と同様に、個別性の高い除去や代替食対応を求められる場合もあります。保護者と連携したアレルギー対応を行うにあたっては、保護者の気持ちを受け止め、状況を理解するとともに、安全・安心を最優先にした保育所におけるアレルギー対応の基本原則について、保護者に対して丁寧に説明を行い、相互理解を図ることが重要です。

## 【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ます。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、制限するものではありません。離乳食は、『授乳・離乳の支援ガイド』（平成19年3月 厚生労働省）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します。

- ① 献立を作成する際の対応
  - 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

### ① 献立を作成する際の対応

#### 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ります。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でしょう。

#### 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、また、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、注意を要します。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す。

#### 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く、また、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します。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、作業効率は良いでしょう。

## **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ます。

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す。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す。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します。

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す。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します。ただし、これまで食物アレルギーの診断がされていない子どもが、保育所で初めて食物アレルギーを発症することもあることから、症状発現時に慌てることがないように、体制を整えておくことが必要です。

## **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す。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”などと千差万別です。さらに、“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あります。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用しようとすると、調理や管理が煩雑となるだけでなく、誤食発生の遠因にもなります。

また、即時型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ます。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す。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す。

## **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します。原材料の確認のとれないものは使用するべきではありません。

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、書類で保管します。この情報は症状誘発時にも有用です。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します。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、納入のたびに確認します。

## **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すが、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ありません。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ます。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ります。

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します。

## **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す。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します。

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、体制が頻繁に変化します。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の発生に繋がりやすいので、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す。

## **⑦ 食材を使用するイベントの管理**

給食時は注意を払うことができますが、食事以外での食材を使用する時（豆まき、おやつ作りなど）は注意が散漫になる傾向があります。また誤食は、非日常的なイベント時（遠足、運動会など）に起こる傾向があります。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、注意が必要です。

## **⑧ 保護者との連携**

家庭における食生活は、乳幼児期の子どもにとって特に重要です。まずは、家庭における食生活があり、その延長線上に保育所の給食があるという認識のもとで、子どもの生活の連続性を考慮し、保護者との連携を図ることが求められます。

また、保護者は子どもの食物アレルギーの状況に関連して、育児に不安を抱くこともあります。面談等を通じて、日頃から保護者の声に耳を傾けるよう努める必要があります。

## **⑨ 除去していたものを解除するときの注意（参照：参考様式「除去解除申請書」（〇〇頁））**

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、以下の2つのパターンがあります。

- a) 未摂取なものを除去していて解除するとき
  - 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
- 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

能性があるので、そのリスクは決して高くはありません。

一方、b)の場合、保育所での解除に注意を要します。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ありません。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ります。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す。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す。

なお、本ガイドラインにおいて、解除指示は生活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ます。しかし、解除指示は口頭のやりとりのみで済ますことはせず、必ず保護者と保育所の間で、所定の書類を作成して対応することが必要です(以下に定形①及び②を参考例として提示します)。

### <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>
---	--

**※ガイドライン本文の改訂に合わせて、上記様式を変更する可能性あり**

## B. アレルギー用調製粉乳

牛乳アレルギー児向けにアレルギー用調製粉乳があり、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となります。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ります。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す。

アレルギー用調製粉乳にはいくつか種類がありますが、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ありません。このため保育所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す。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、この場合には個別に対応していく必要があります。

## C. 食物・食材を扱う活動

稀ではありますが、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子どもがいます。このような子どもは、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、個々の子どもに応じた配慮が必要です。具体的には、指導管理表に記載された、かかりつけ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ります。

### 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に触ることにより、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

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ります。保育所において、個々の摂取量上限に個別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す。

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できるか否かは、調理上における負担の増大もしくは軽減に大きく関与します。下記に示す食品は、当該アレルギーがあっても、摂取可能な場合が多いため、除去を必要とする場合には、「C. 原因食物・除去根拠（P26 参照）」の記載とは別に、本欄への記載により確認します。なお、それぞれの番号は、生活管理指導表「病型・治療」欄のC. 原因食物・除去根拠のものに対応しています。

### 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す。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、鶏卵アレルギー児にとって除去する必要は基本的にありません。

## **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す。乳という漢字が使われていますが、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ます。しかし「食品衛生法」及び「食品表示法」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す。

## **3. 小麦：醤油・酢・麦茶**

- ・醤油は原材料に小麦が使用されていますが、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、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ます。
- ・酢は、正確には食酢、このうちの穀物酢（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ります。単に酢だけでは小麦が含まれているか否かはわかりません。しかし、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ます。
- ・麦茶は、大麦の種子を煎じて作った飲み物であり、小麦と直接関係はありません。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、まれにあります。

## **6. 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りません。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す。
- ・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みます。醤油のタンパク質含有量は7.7g/100mlですが、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です。
- ・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ます。大豆タンパクに関して醤油と同様に考えることができます。なお、味噌のタンパク質含有量は9.7-12.5g/100gです。

## **7. ゴマ：ゴマ油**

ゴマ油も大豆油と同様除去の必要がないことが多いですが、大豆油と違って精製度の低いゴマ油はゴマタンパク混入の可能性があり、まれに除去対象となることがあります。

## **12. 魚類：かつおだし**

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です。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ます。

## **13. 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、一般的に加工食品に使用される量は非常に少量なので、肉エキスは摂取できます。

※ 食品成分に関しては、「日本食品標準成分表 2015 年版（七訂）（文部科学省）」によります。

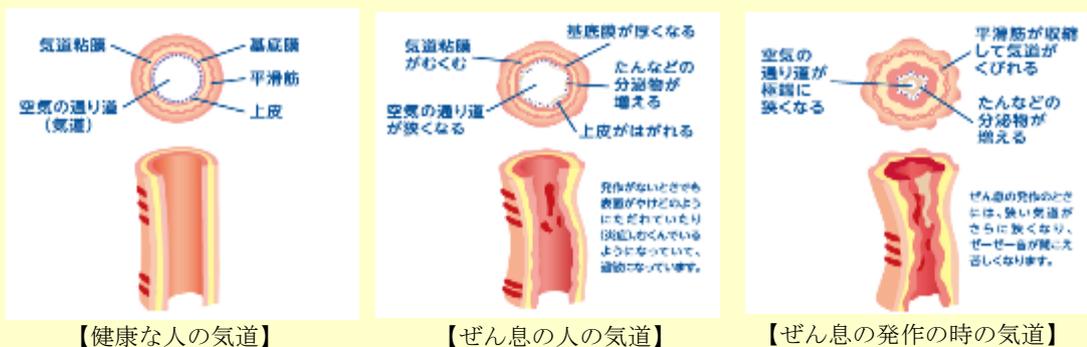
## (2) 気管支ぜん息

### <特徴>

小児の気管支ぜん息は、発作性にゼーゼー、ヒューヒューといった喘鳴<sup>ぜんめい</sup>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。ぜん息と診断されるのは、3歳児で8.5%との報告\*がある。

### <原因>

小児気管支ぜん息は、90%以上でアトピー素因が認められる。従ってほとんどの小児気管支ぜん息ではこのアトピー素因に基づくアレルギー反応により、気道の慢性炎症が発症及び増悪に強く関与していると考えられる。こうした気道の慢性炎症によって、空気の通り道が狭くなることで、気管支ぜん息が発症するとされている。アレルギー反応における抗原として特に重要なものは、室内塵中のヒョウヒダニ（チリダニ）である。



\*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、炎症が起きているという。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。

### <症状>

典型的には、発作性にゼーゼー、ヒューヒューという喘鳴<sup>ぜんめい</sup>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、運動、大泣きをする、低気圧や台風などの天候等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。気管支ぜん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（気管支を広げる作用を持つ）である $\beta_2$ 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。

※「アレルギー疾患に関する3歳児全都調査（平成26年度）」（東京都健康安全研究センター）

生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方【気管支ぜん息】

病型・治療	
<b>A. 重症度分類</b> (治療内容を考慮) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	<b>C. 急性発作治療薬</b> 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他
<b>B. 長期管理薬</b> 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 (                    )	<b>D. 急性発作時の対応</b> (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ぜん息の重症度を適切に把握する必要があり、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に示します。

表1：治療前の臨床症状に基づく小児気管支ぜん息の重症度分類

(小児気管支ぜん息治療・管理ガイドライン 2017 より)

重症度	症状程度ならびに頻度
間欠型	<ul style="list-style-type: none"> <li>年に数回、季節性に咳嗽、軽度喘鳴が出現する。</li> <li>時に呼吸困難を伴うこともあるが、β<sub>2</sub>刺激薬の頓用で短期間で症状は改善し、持続しない。</li> </ul>
軽症持続型	<ul style="list-style-type: none"> <li>咳嗽、軽度喘鳴が1回/月以上、1回/週末未満。</li> <li>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。</li> </ul>
中等症持続型	<ul style="list-style-type: none"> <li>咳嗽、軽度喘鳴が1回/週以上。毎日は持続しない。</li> <li>時に中・大発作となり日常生活が障害されることがある。</li> </ul>
重症持続型	<ul style="list-style-type: none"> <li>咳嗽、軽度喘鳴が毎日持続する。</li> <li>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。</li> </ul>
最重症持続型	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>

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）が決定されます。表2に、そのような見方による重症度を示します。

表 2：現在の治療ステップを考慮した小児気管支ぜん息の重症度の判断  
(小児気管支ぜん息治療・管理ガイドライン 2017 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
<b>間欠型</b> ・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、 $\beta_2$ 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
<b>軽症持続型</b> ・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
<b>中等症持続型</b> ・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
<b>重症持続型</b> ・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、気管支ぜん息の根底にある気道の慢性炎症を押さえ込むために、乳幼児に対しても、継続的に薬物療法を行う必要性がある場合を指します。

### 1. ステロイド吸入薬

気道の炎症を強力に抑える効果があります。気管支ぜん息は気道の炎症が主病態なので、本剤がその中心となります。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ります。ステロイド吸入薬は気道に直接投与することができ、血液中への移行が少ないことが明らかとなっています。

### 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、この作用を抑えることで、気管支収縮を抑制することができます。両薬剤ともに年少小児に対しても用いることができますが、内服の時間が朝または眠前であるため、通常は保育所における与薬の対象にはなりません。

### 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す。アレルギー反応の予防に用いられます。主として液剤をネブライザーによる吸入で用いられます。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ありません。

#### 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す。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ます。特にわが国で開発された貼付薬が好んで用いられますが、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ものです。

#### 5. その他

テオフィリン徐放製剤や漢方製剤などが該当します。去痰薬を併用している場合も該当します。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、けいれんの既往がある小児に対しては用いません。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す。

### 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す。効果の発現が短時間であるベータ刺激薬の吸入が主となります。吸入に当たってはスパーサー（吸入補助器）を用いて吸入する必要があることから、保育所職員は、この取扱いに習熟しておくことが望まれます。

#### 【主な気管支拡張薬】



また、ベータ刺激薬の内服は、効果発現まで 30 分以上要しますが、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す。投与を考えるときは、保護者や囑託医などに相談します。

その他の急性発作治療薬は、かかりつけ医の記載があればそれを理解する必要があります。不明な点はかかりつけ医に問い合わせます。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ることはありません。

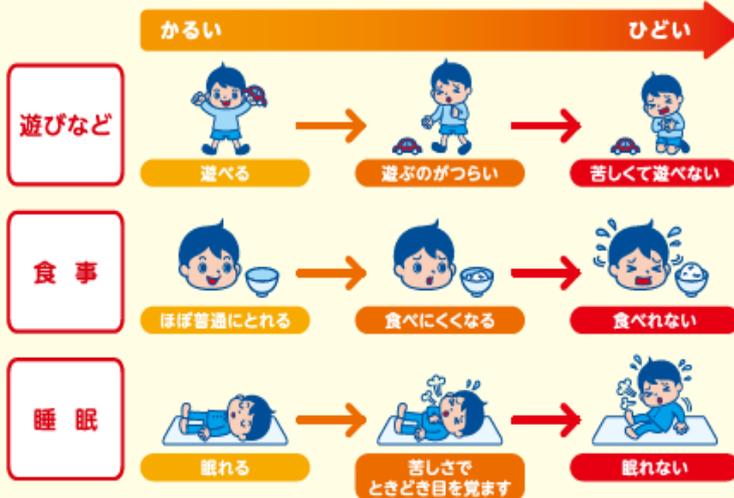
### D. 急性発作時の対応（自由記載）

この欄は、自由記載のため、かかりつけ医の考えによります。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ます。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ませんが、個別に、かかりつけ医と十分に相談をしていく必要があります

## 【ぜん息発作時の観察のポイント】

### ポイント 1 日常生活の様子を観察しましょう

食欲や遊び方、睡眠などは普段とくらべてどうですか？呼吸が苦しいと遊んだり、話したり、食べたりなどの動作はより呼吸に負担がかかります。また強い発作になると、座った姿勢を好むようになります。横になることも呼吸を苦しめますので、横になって眠ることが難しくなります。



### ポイント 2 呼吸の様子を観察しましょう

ゼーゼーや息苦しさはどうですか？発作が強くなるとヒューヒュー、ゼーゼーがしっかり聞かれるようになり呼吸の苦しさが強くなります。

胸の動きはどうですか？ぜん息発作のときには、のどもとやろっ骨の間が息をすうときにへこむ陥没呼吸が見られます。強い発作ではこの様子がより明らかになります。



独立行政法人環境再生保全機構「おしえて先生！子どものぜん息ハンドブック」（平成28年7月）より



## 生活管理指導表「保育所での生活上の留意点」の読み方【気管支ぜん息】

保育所での生活上の留意点	
<b>A. 寝具に関する留意点</b>	1. 管理不要(通常管理のみ) 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談し決定
<b>B. 食物に関する留意点</b>	1. 管理不要 2. 生活管理指導表(食物アレルギー)参照
<b>C. 動物との接触</b>	1. 管理不要 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( )
<b>D. 外遊び、運動に対する配慮</b>	1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定

### A. 寝具に関する留意点

#### 1. 管理不要(通常管理のみ)

保育所での生活環境は、家庭におけるものと多少の差があります。環境整備を、気管支ぜん息治療の大きな柱としている場合には、保育所における生活内容、とくに寝具の使用に関して、留意する必要があります。清潔な寝具を用いることは前提条件となりますが、その上で、個別の対応はとくに必要がないと考えられるときに、この項が選択されます。

#### 2. 防ダニシーツ等の使用

防ダニシーツとは、繊維や織り方の工夫で、ダニの通過を困難にさせたシーツです。保育所での午睡の時に用いられる寝具の中に繁殖したダニの抗原物質を吸い込むことによって、気道内でのアレルギー反応がおき、その結果気管支の収縮をきたし、急性発作につながります。それを予防するために、寝具内から外への抗原物質の散布を予防しようとするものです。市販のものにはいくつかありますが、それらがすべて100%ダニの移動を阻止したり、抗原物質の散布を防止するものでもないことに留意する必要があります。

防ダニシーツ以外に、例えば上げかけの布団カバーも防ダニ使用のものを用いるなど、寝具に関係する対策があります。

#### 3. 保護者と相談し決定

防ダニシーツを用いること以外にも、寝具に関わる対策はいろいろと考えられます。どこまで個別対応ができるかは、もちろん現場の状況次第ですが、内容的に保護者の要求を把握するためには、保育所側からかかりつけ医への相談も必要になります。

## **B. 食物に関する留意点**

### **1. 管理不要**

食物アレルギーを合併していない場合には、この項が選択されます。

### **2. 生活管理指導表（食物アレルギー）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います。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、それが気管支ぜん息発作であるのか、区別は困難なこともあります。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、食物アレルギーに関する生活管理指導表の指示を優先します。

## **C. 動物との接触**

### **1. 管理不要**

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します。

### **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、さらには気管支ぜん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ありません（次項参照）。対応は保護者と相談のうえ、個別に対応していきます。

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ります。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ります。

### **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します。

## **D. 外遊び、運動に対する配慮**

運動誘発ぜん息は、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く、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、しばしば経験します。

### **1. 管理不要**

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、運動に参加できます。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す。

### **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、幼児でも運動誘発ぜん息のために、走ると咳が頻発する、喘鳴が聞かれる、すぐ休みたがる、などの症状を呈します。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すが、その過程で一定の配慮が必要となることが多くあります。

運動誘発性の気道収縮の存在に、保護者が気づいていないこともあります。生活管理指導表はかかりつけ医が記載するものですが、日中の様子については、保育所の方が子どもの状態を良く把握している場合があります。運動会などの保護者も参加するような行事は、保護者の要望をよく把握しつつ、保育所としての観察内容を伝える良い機会ともなります。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が必要です。また、その日の体調によっても運動誘発ぜん息の程度の差があるため、より細やかな、保育所と保護者の連携が必要となります。

### (3) アトピー性皮膚炎

#### <特徴>

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。アトピー性皮膚炎を有する子どもの割合は、生後4か月で12.8%、1歳6か月で9.8%、3歳児で13.2%、小学1年生で11.8%である\*。

#### <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。

※平成14年度厚生労働科学研究費補助金「アトピー性皮膚炎の患者数の実態及び発症・悪化に及ぼす環境因子の調査に関する研究」（山本、2003年）

生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方【アトピー性皮膚炎】

病型・治療		
<b>A. 重症度のめやす</b> 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>B-1. 常用する外用薬</b> 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>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他( )	<b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし

【用語の解説】

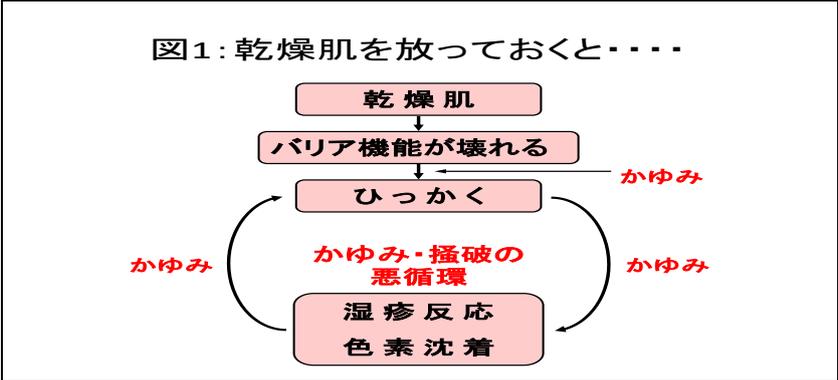
- ・落屑らくせつ:皮膚の表面の薄い皮が剥がれかかっている状態。あるいは次々と薄皮が剥がれてくる状態。「落屑主体」とは、皮膚表面が乾燥して薄皮が剥がれてくる状態が主にみられるということ。
- ・丘疹きゅうしん:皮膚の表面からドーム状に盛り上がっている状態。多くは赤みを伴う。一般には「ブツブツ」、「ボツボツ」と表現される。
- ・浸潤しんじゆん:触ってみると硬く触れる状態。皮膚の深いところまで炎症が及んでいることを示す。
- ・苔癬化たいせんか:皮膚の炎症が長く続き、「苔(コケ)」のように皮膚が厚くなってくる。

**A. 重症度のめやす**

アトピー性皮膚炎は、症状の程度と範囲の広さによって重症度の分類がなされています。重症であればあるほど、保育所での取り組みが必要となるため、個々の子どもの重症度を把握しておくことが大切です。

(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す。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います。そのため、この乾燥状態を放置したままですと、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、といったかゆみ・掻破の悪循環に陥ります(図1)。このようにして、乾燥からはじまっただけでも、皮膚炎は悪化の一途をたどることがあります。



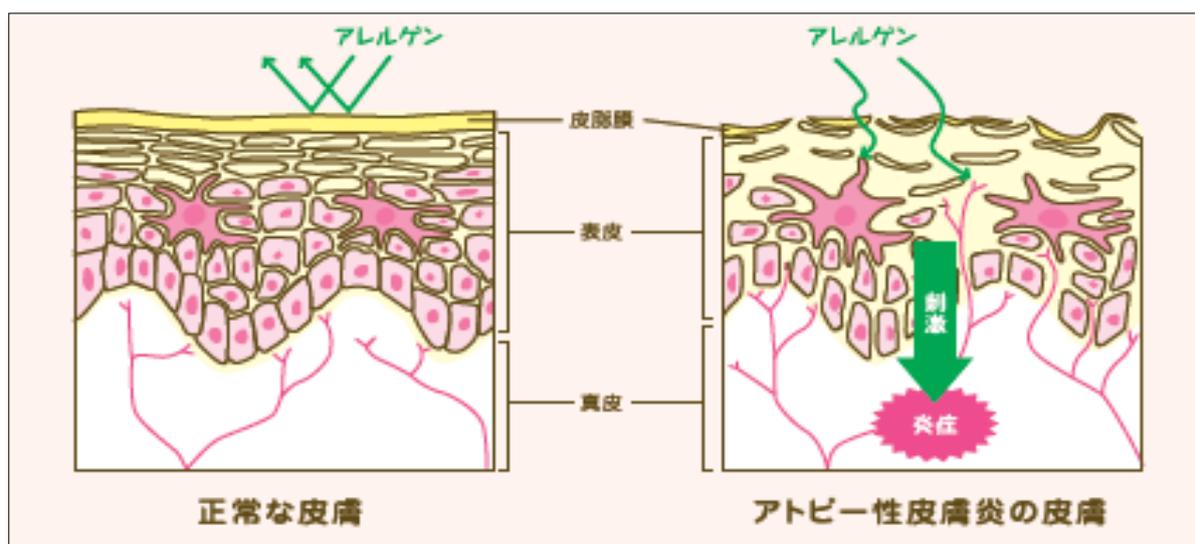
### (バリア機能障害)

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ます。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ます。いわば屋根瓦の様な存在です。

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状態です(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ます。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ます。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ています。

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、さらに搔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ます。

【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ます。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のみみられない場合は軽症としています。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ります。

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です。

## **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つに位置づけられます。

### **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、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ます。

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ます。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、弱い炎症では、弱めのステロイド軟膏で治療できます。大切なことは、炎症をきちんとコントロールすることで、副作用を心配して不十分な治療になってしまわないようにします。

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ありません。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りますが、色素沈着はアトピー性皮膚炎の炎症によるものであり、ステロイド外用薬によるものではありません。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と言えます。

#### **2. タクロリムス軟膏（「プロトピック」(商品名)）**

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す。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ます。2歳未満の乳幼児では今のところ使われていません。粘膜やびらん面には、吸収されやすくなるため塗りません。

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します。

#### **3. 保湿剤**

アトピー性皮膚炎の人の皮膚は、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ましたが、これを改善するために保湿剤を塗ります。保湿剤は外用の基本であり、いつも行います。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ます。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す。

## 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、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、これを大人の手のひら2枚分の面積に塗るのが適量とされている。すりこむのではなく、のせるような感じで、塗った部位が少しテカテカ光るくらいがちょうどよい。

### 外用薬の塗り方



## 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ます。1日1～2回(朝または夕)の内服であり、通常は保育所で飲ませることはありません。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でしょう。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ります。

## 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ありません。しかし、年齢が低いほど合併率は高くなります。詳しくは「(1)食物アレルギー・アナフィラキシー」を参照してください。

生活管理指導表「保育所での生活上の留意点」の読み方【アトピー性皮膚炎】

保育所での生活上の留意点	
<b>A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	<b>C. 発汗後</b> 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>B. 動物との接触</b> 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( )	<b>D. その他の配慮・管理事項</b> (自由記載)

**A. プール・水遊び及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ります。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す。

(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ります。これは人によって異なりますが、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あたる量を少なくし、テントや室内でこまめに休憩をとらせるなど、生活管理指導表の指示に従って配慮します。

運動後は体が温まって、非常にかゆみが増すことがあります。そのような場合は、ぬれたタオルなどで優しく拭き取り、保冷剤やビニールに入れた氷をタオルにくるみ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るならば塗るなどにより対処します。また、可能であれば、運動後はシャワーにより、汗やほこりなどを洗い落とすなどの配慮が必要です。そのあとは、保湿剤を塗ります。

**Point 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 grade of UVA:UVA 防御指数)によって効果の強さや持続時間が表わされている。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もなるので、子どもではSPF20前後、PA++程度のもを推奨する。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が望ましい。

### (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ります。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ります。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す。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します。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ります。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る、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などです。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・水遊びは禁止します。

### **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ります。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ります。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します。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す。

### **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場合がありますが、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します。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ります。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ります。

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、大量の汗をかきます。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ので、そのままにしておくとかゆみが強くなり皮膚炎が悪化します。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す。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す。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でしょう。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います。

### **D. その他の配慮・管理事項（自由記載）**

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ります。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ます。

## (4) アレルギー性結膜炎

### <特徴>

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（しるめ）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。

また、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、アレルギー性結膜炎と春季カタルが小児に多い。なお、アレルギー性結膜炎を有する子どもの割合に関する参考情報として、小学生 5.48%、中学生 6.27%、高校生 12.19%であるという報告\*がある。

### <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。

※平成 25 年度「学校生活における健康管理に関する調査」事業報告書（日本学校保健会）

## 生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方【アレルギー性結膜炎】

病型・治療	
<b>A. 病型</b>	
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>B. 治療</b>	
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します。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す。

#### 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症)

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ます。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ります。

#### 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<sup>しゅうめい</sup>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ります。男児に多く見られます。症状は1年中みられますが、春先や秋口の季節の変わり目に悪化することが多いです。

#### 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、目の症状も悪化します。

### 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す。重症度に応じてかかりつけ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します。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です。生活管理指導表には、記載時の処方が書かれていますが、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す。

## **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ります。抗ヒスタミン点眼薬は内服とは異なり、眠気を催すことはありません。

## **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します。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、副作用の観点からも、医師の指示通り点眼することが大切です。

## **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す。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ります。

## **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ります。

### **(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ます。

## 生活管理指導表「保育所での生活上の留意点」の読み方【アレルギー性結膜炎】

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

### 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ります。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、配慮が必要です。プールの時期の前に保護者がかかりつけ医に相談し、プールの可否を聞いておく適切な対応がしやすくなります。

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ります。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す。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、ゴーグルをつけます。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ます。

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ありません。

### 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ります。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します。症状が強くなければ屋外活動が可能ですが、かかりつけ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います。

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ります。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ましょう。

## (5) アレルギー性鼻炎

### <特徴>

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。

アレルギー性鼻炎の有する子どもの割合は、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こともある。

※「鼻アレルギー診療ガイドライン 2016 年版」（鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会 2016 年

生活管理指導表「病型・治療」欄の読み方【アレルギー性鼻炎】

病型・治療	
<b>A. 病型</b>	1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期：春・夏・秋・冬
<b>B. 治療</b>	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**

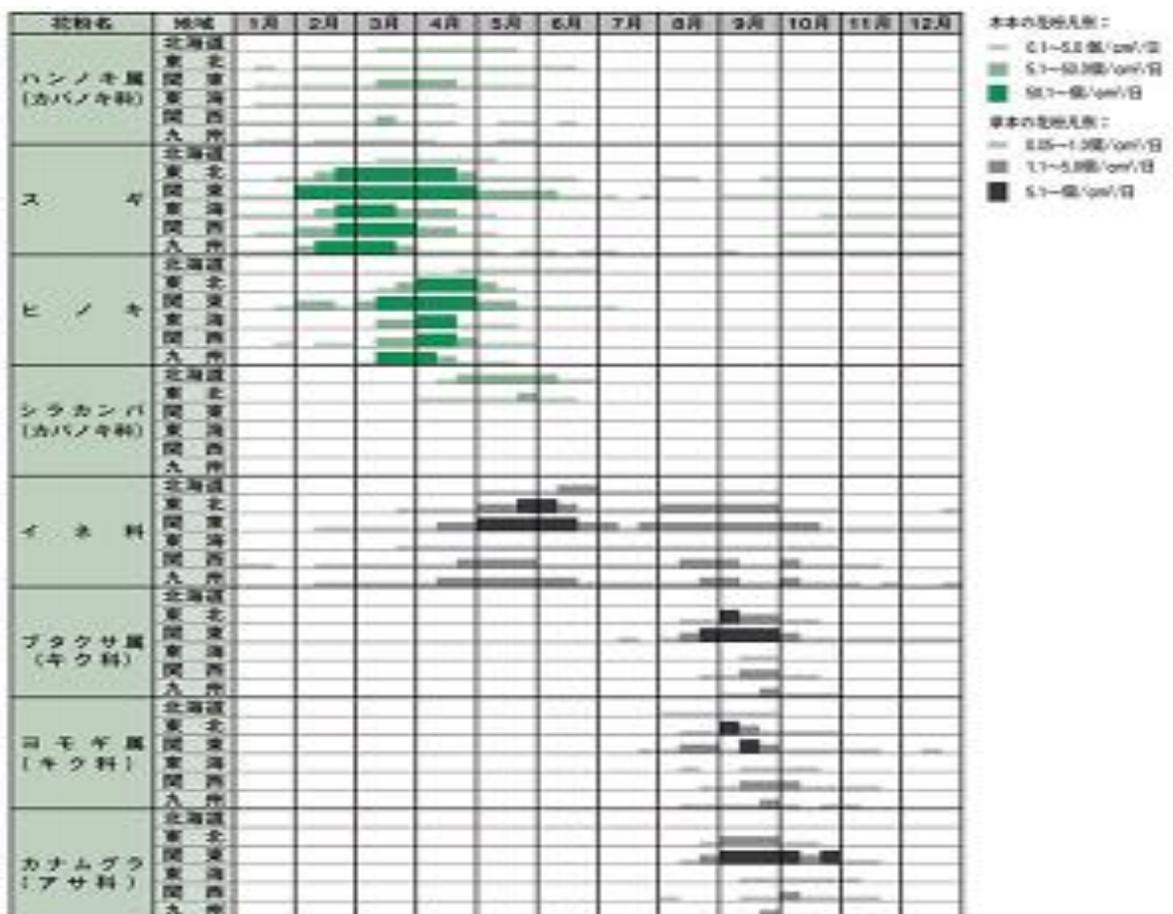
アレルギー性鼻炎の病型は以下のように分類できます。保育所が取り組みを行うにあたっては、その病型を理解した上で対応します。

**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、鼻づまりがみられます。原因のアレルゲンとしてはハウスダスト、ダニが有名です。

**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ます。代表的なアレルゲンはスギ、カモガヤ、ブタクサなどです。



出典：花粉症環境保健マニュアル 2014（環境省）

## 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ます。

### 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、症状を抑えます。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ます。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。

### 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ります。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ます。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す。

## 生活管理指導表「保育所での生活上の留意点」の読み方【アレルギー性鼻炎】

保育所での生活上の留意点	
<b>A. 屋外活動</b>	
1. 管理不要	
2. 保護者と相談し決定	
<b>B. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>	

### 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ります。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すが、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します。

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す。

### B. その他の配慮・管理事項（自由記載）

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す。

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ります。

