

# 園や学校での アレルギー疾患とその対応 ～園医・校医に求められる事～

もくぼ

空保小児科医院

平場一美

香川県小児科医会食物アレルギー対策委員会

病気を治す力 = 免疫



免疫が暴走

アレルギー

# 子どものアレルギー



気管支喘息



アレルギー性鼻炎

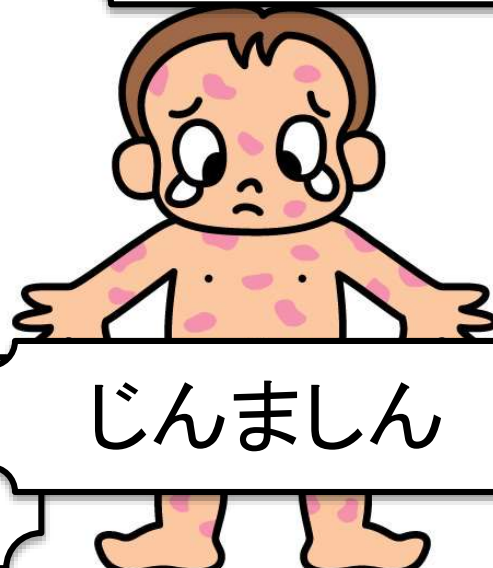
花粉症



アレルギー性結膜炎



アトピー性皮膚炎



じんましん



食物アレルギー

# 気管支喘息

ゼーゼー

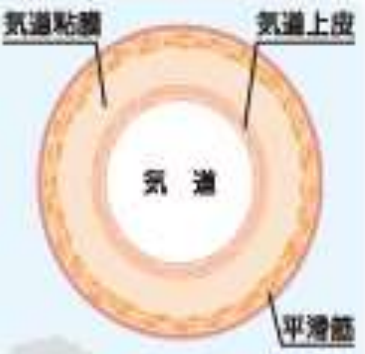
ヒューヒュー

気管の中・・・炎症

何度も繰り返す

風邪・アレルギー

ぜんそくでない子どもの気道



発作がないとき



はれて痰がたまり  
気道は少しせまくなっている



刺激

発作のとき



はれた気道は刺激により  
さらにせまくなっている

調子いい時  
に治療をす  
ることが大切



# アトピー性皮膚炎



かゆい！



スキンケア

食物アレルギー

原因の対策

治療：軟膏 etc



# 乳児湿疹



スキンケア  
(バリア強化)

頬の湿疹は食物アレルギーの原因になるかも

どうか治療をお願いします:軟膏



# じんましん



かゆい！

あたたまるとかゆい

(冷えると出るタイプもある)

食物アレルギー？

原因は分かりにくい

治療：飲み薬etc・・・



# アレルギー性鼻炎 & 結膜炎

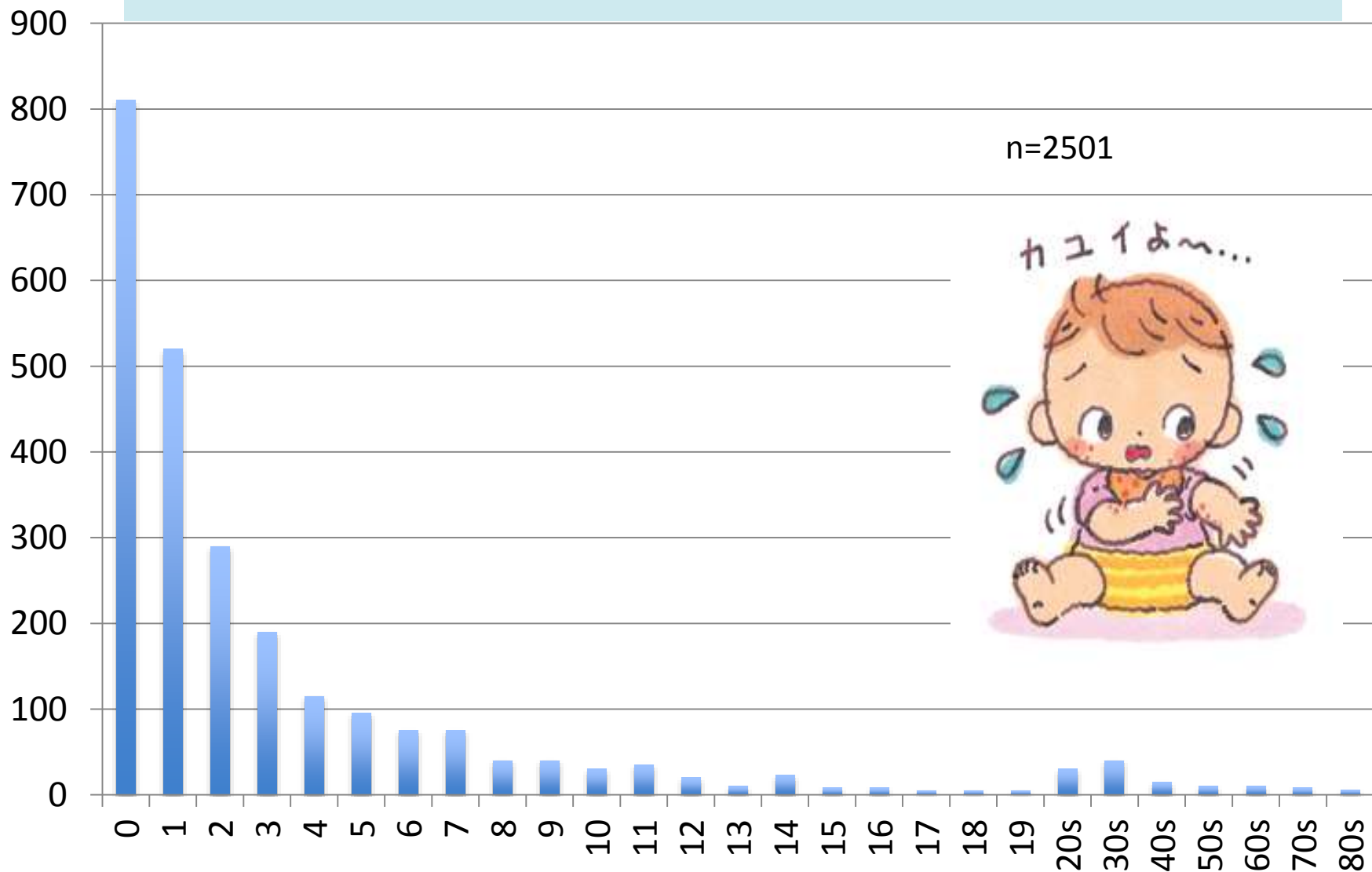


花粉症





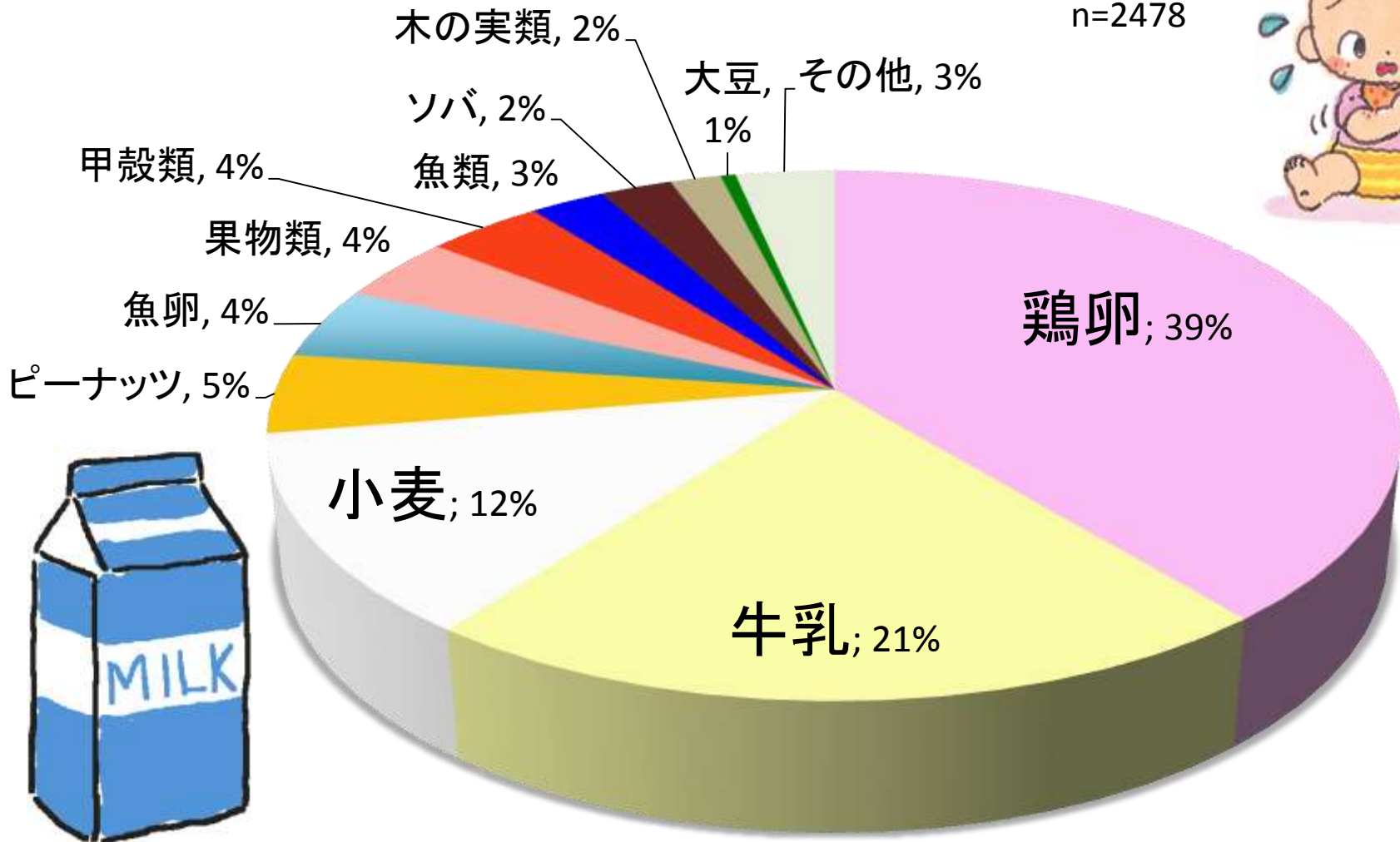
# 即時型食物アレルギーの年齢分布



# 即時型食物アレルギーの原因食品

(平成20年度厚生省食物アレルギー全国モニタリング調査)

n=2478



# 鶏卵・乳製品・小麦



乳児・幼児早期の即時型食物アレルギー  
の主な原因  
その後加齢とともに耐性を獲得する。



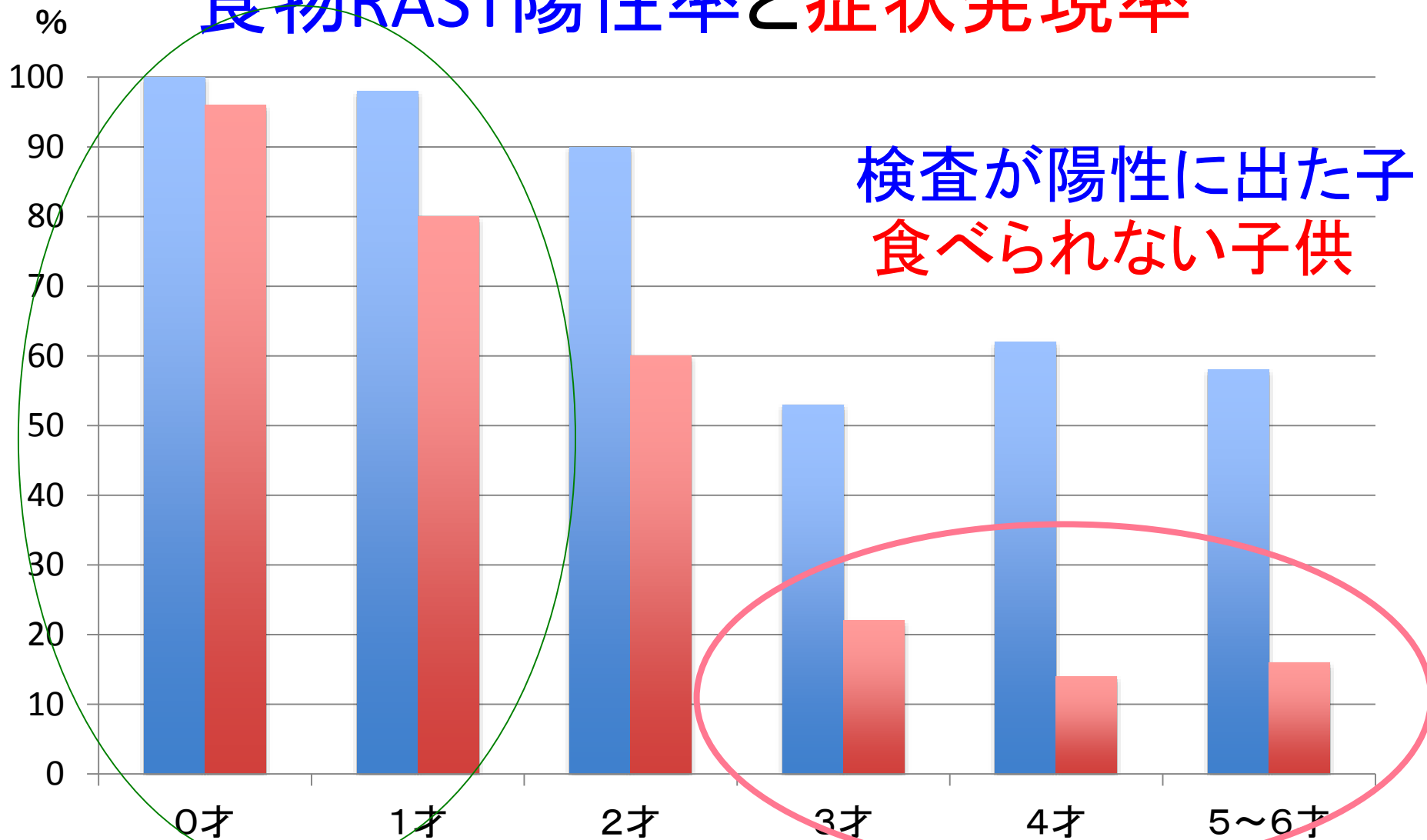
3歳までに  
学童までに

50%

80~90%

# アトピー性皮膚炎児における年齢別

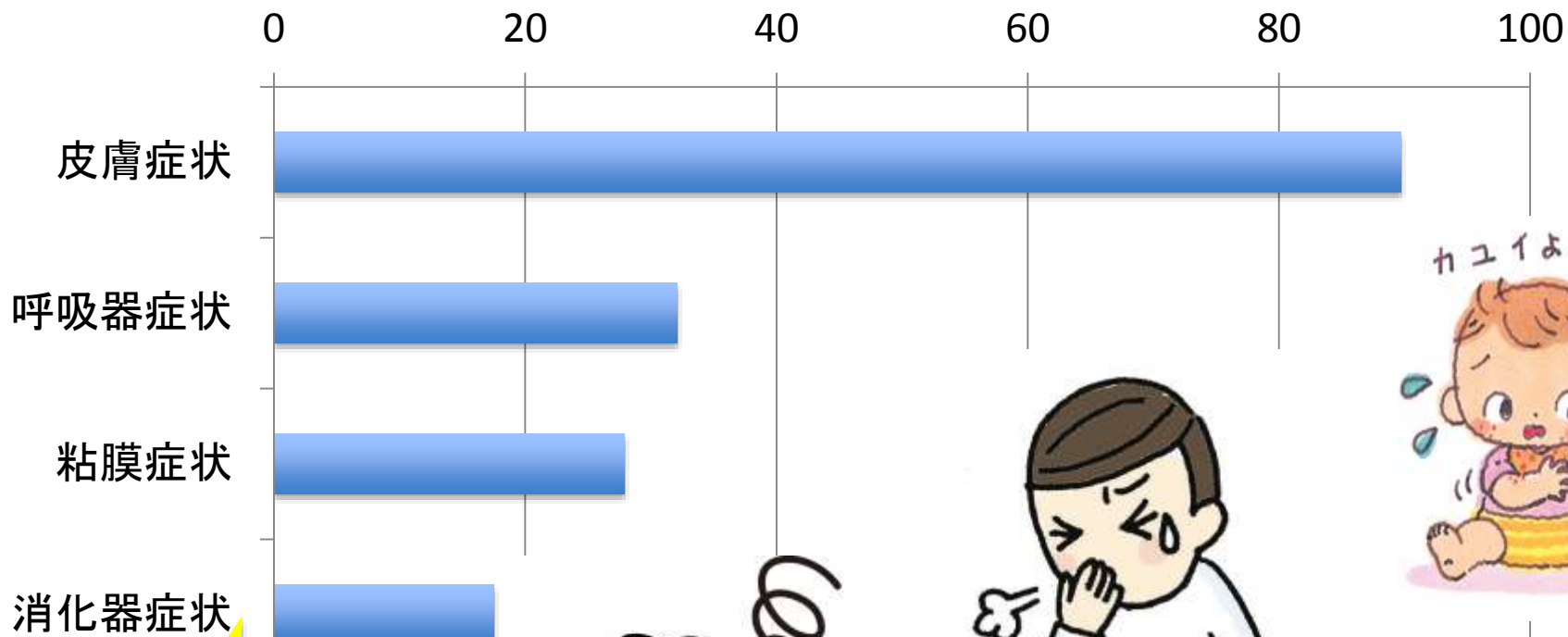
## 食物RAST陽性率と症状発現率





# 即時型 食物アレルギー 症状

(平成20年度厚生省食物アレルギー全国モニタリング調査)



# 食物アレルギーの症状

口腔アレルギー症候群

発現臓器	症状
消化器	口腔違和感・口唇浮腫・腹痛・悪心・嘔吐・下痢
呼吸器	くしゃみ・鼻汁・鼻閉・咳嗽・喘鳴・呼吸困難・胸部圧迫感・咽喉頭浮腫
眼	結膜充血・浮腫・眼瞼浮腫・流涙
皮膚	紅斑・蕁麻疹・血管浮腫・掻痒・灼熱感・水泡・湿疹
神経	頭痛
泌尿器	血尿・蛋白尿・夜尿
全身性	アナフィラキシー

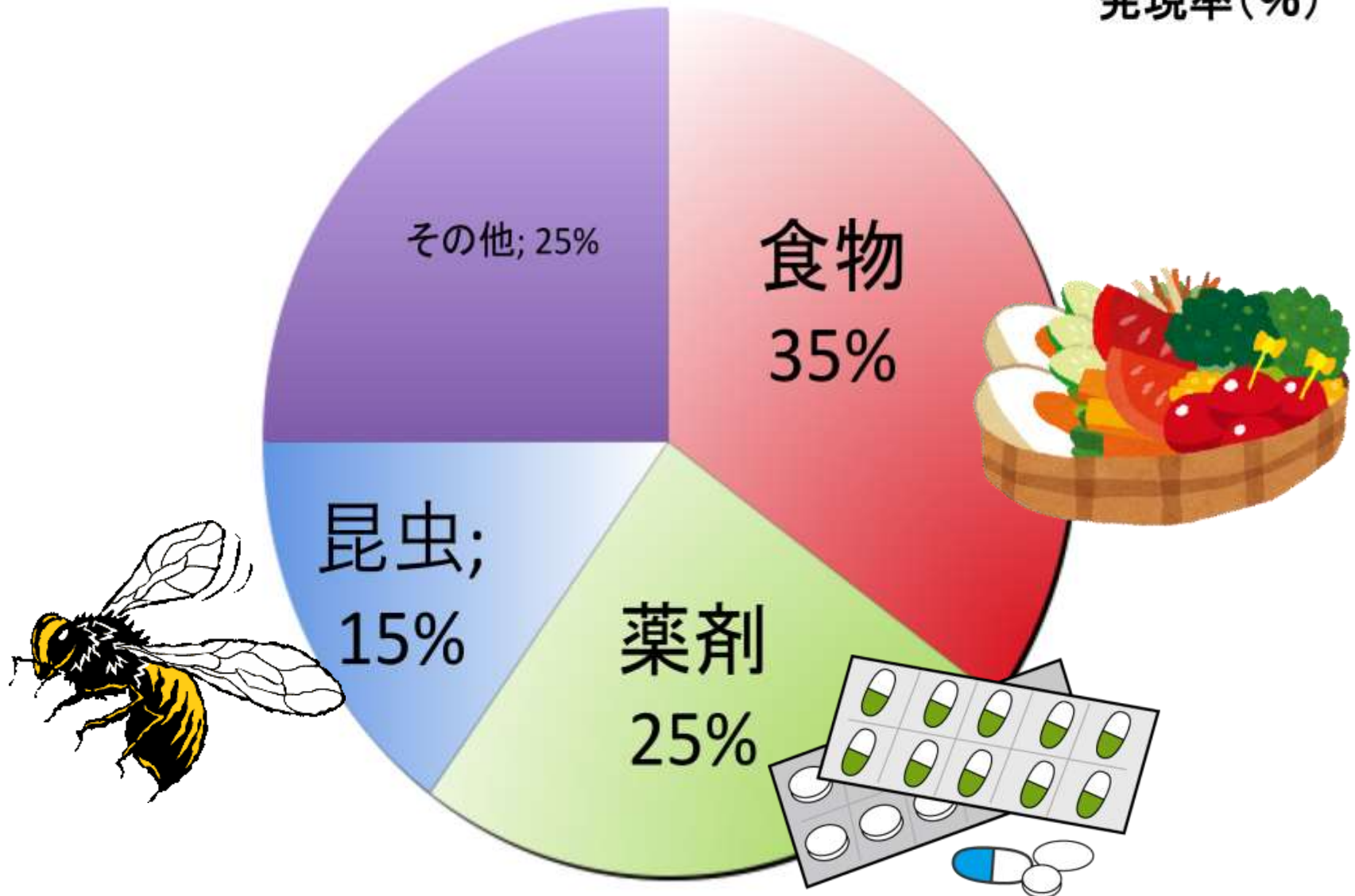
食物依存性運動誘発アナフィラキシー



アレルギーの侵入により  
複数臓器に全身性に  
アレルギー症状が惹起され、  
生命に危機を与え得る  
過敏反応を  
アナフィラキシーと呼ぶ

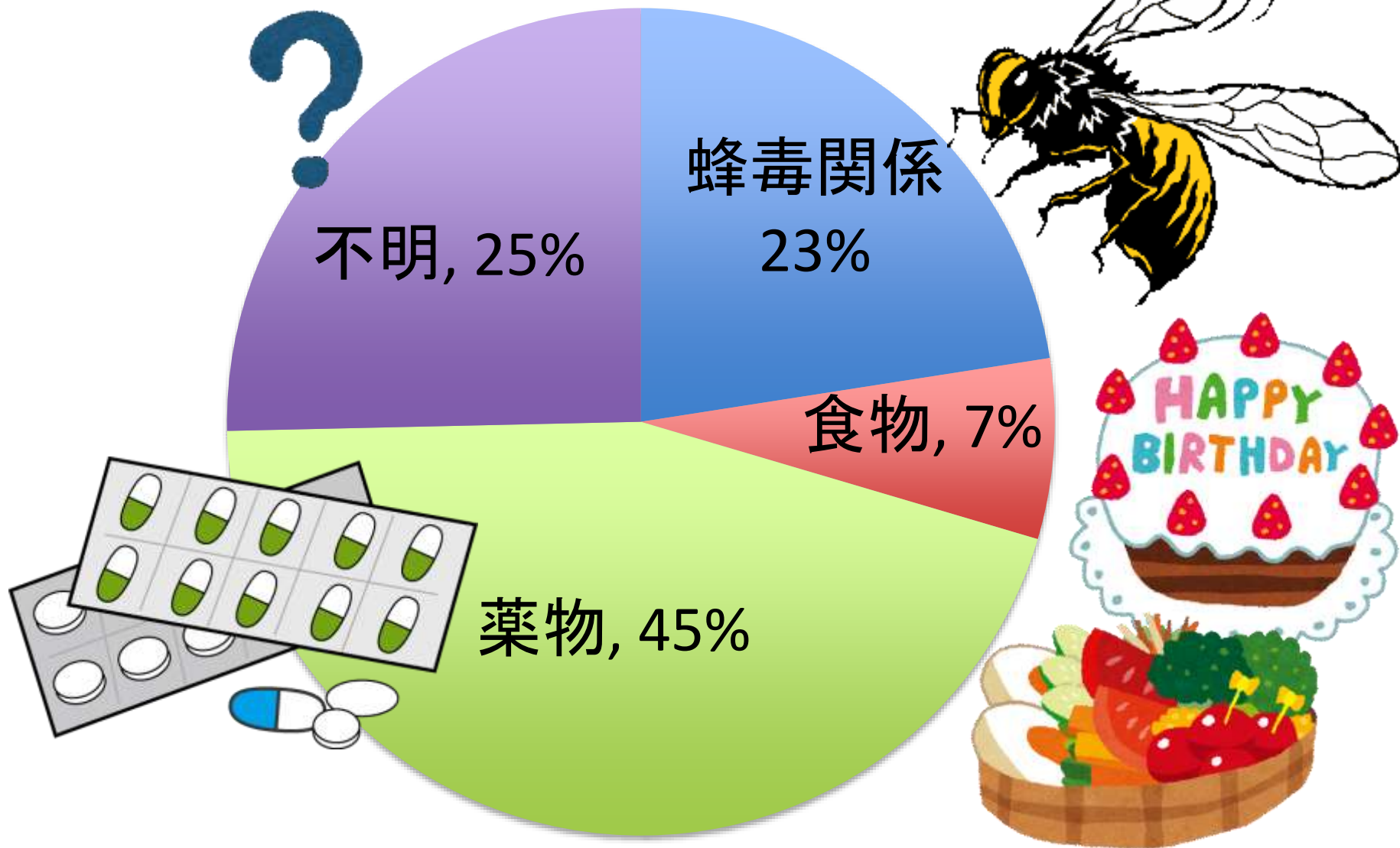
# アナフィラキシーの主な原因

発現率(%)





# 日本におけるアナフィラキシーショックによる死亡者



# 誤って食物アレルギーを摂取したり触った時に

## どう進み

＜前編＞

## 何ができるか

・アレルギーを含む食品を **口に入れた**とき

口腔内違和感は重要な症状

口から出し、  
口をすすぐ

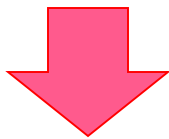
・**皮膚**についてとき

触った手で眼をこすらない！

洗い流す

・**眼**症状(痒み、充血、球結膜浮腫など)が出現したとき

洗眼後、  
抗アレルギー薬、  
点眼ステロイド薬



緊急常備薬(抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬、ステロイド薬など)を内服し、症状観察

# 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 ステロイド薬

安全

頓服薬



# 保育所におけるアレルギー対応 ガイドラインP57

え！書いてあるの!?

## アナフィラキシーが起こったときの対応

【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



# 保育所におけるアレルギー対応 ガイドラインQ&A

そうなの!?

<その他>

Q21 アレルギー児の薬の取り扱いについて

A21 保育所において薬を与える場合には、保育所保育指針の解説書にあるように、医師の指示に基づいた薬に限定しています。

本ガイドラインに記載のある薬についても、この原則に基づいて、扱っていただきたいと思います。

# 誤って食物アレルギーを摂取したり触った時に 行うこと <後編:エピローグ>

緊急常備薬(抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬、ステロイド薬など)を内服し、症状観察

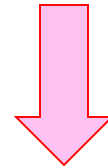


- ①皮膚・粘膜症状が拡大傾向のあるとき
- ②咳嗽・声が出にくい、呼吸困難、喘鳴、傾眠、意識障害、嘔吐・腹痛などの皮膚・粘膜以外の症状が出現したとき

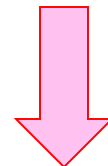


アドレナリンの自己注射を考慮

医療機関受診(救急車要請を考慮)



30分以内に症状の改善傾向がみられるとき



そのまま様子観察

# アナフィラキシーの主な症状

	自覚症状	他覚症状
全身症状	不安感、無力感	冷や汗
循環器症状	動悸、胸が苦しくなる	血圧低下、脈が弱くなる、チアノーゼ
呼吸器症状	鼻がつまる、喉や胸がしめつけられる	くしゃみ、咳発作、呼吸困難、ゼーゼーヒューヒュー
消化器症状	吐き気、腹痛、口の中に違和感を感じる、便意や尿意をもよおす、おなかがゴロゴロ	嘔吐、下痢、便や尿失禁、皮膚が白or赤くなる、じんましん
粘膜・皮膚症状	皮膚のかゆみ	まぶたの腫れ、口の中の腫れ
神経症状	くちびるのしびれ感、手足のしびれ感、耳鳴り、めまい、目の前が暗くなる	けいれん、意識障害

# アドレナリン自己注射

エピペン

2008.4.25 文部科学省『学校のアレルギー疾患に関する取り組みガイドライン』

アナフィラキシーショックに対応する自己注射を本人に代わって**教職員が人命救助の観点からやむをえず行った場合には、医師法及び刑事・民事の責任について責任が問われない**

# 保育所におけるアレルギー対応 ガイドラインQ&A

大丈夫なんだ～

エピペン

アナフィラキシーの救命の現場に居合わせた保育士が「エピペン」を自ら注射できない状況にある子ども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、医師法違反にならないと考えられます。また、人命救助の観点からも「緊急避難行為」として違法性は問われない

# エピペンの使い方

全部横に書いてあるから落ち着く  
針が出る方を確認する。



利き手で**グー**で握って反対の手で  
安全キャップを外す。

僕の手だよ  
忘れない  
で！





そ〜っと服の上からでいいので当てる。  
足の外前！お財布とか入ってない？

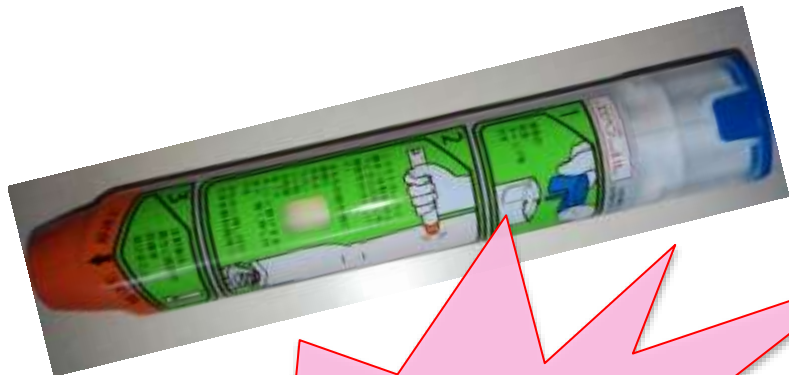
1・2・3数えて抜く



ぐーっと力を入れて押す

僕の手だよ  
忘れない  
で！





エピペンを使用した上で可能なら抗ヒスタミン薬・ステロイド薬・気管支拡張薬を使用

エピペンす  
みやかに  
使用





# アレルギー緊急時対応マニュアル

## 子どもに異変？

アレルギー症状かもしれないと考える  
(食物の関与にこだわらない)

### ★発見者(リーダー代行)

- 子どもから目を離さない
- 養護教諭または他の教職員を呼ぶ
- マニュアル・個別対応シートを準備
- 初回の緊急性の判断

原因・責任の追及  
よりもまず行動

「息が苦しい」  
「気持ち悪い」  
「のどがへん」  
「お腹が痛い」  
「かゆい」  
「ブツブツがでた」

## 緊急時の役割分担

★マークの3人は必要!

### ★リーダー(校長・園長)

- 現場到着後リーダーとなる
- すべてを把握する
- 当マニュアルに従い判断・指示
- 内服の指示/介助
- エピペン®使用/介助
- 心肺蘇生・AEDの使用/介助
- 保護者への状況説明

### ★観察係(発見者・養護教諭)

- 症状の観察と緊急性の判断
- 子どもに声をかけ続ける
- 症状チェックシート(別紙)に従い、処置の必要性を判断
- 内服させる
- エピペン®使用/介助
- 心肺蘇生・AEDの使用/介助

## 緊急性が高い症状はあるか？5分以内に判断する！

### 消化器の症状

- 持続する強いおなかの痛み(がまんできない)
- 繰り返し吐き続ける

### 呼吸器の症状

- のどや胸がしめつけられる
- 声がかすれる
- 犬が吠えるような咳
- 息がしにくい
- 持続する強い咳こみ
- ゼーゼーする呼吸

### 全身の症状

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便をもらす
- 脈を触れにくいまたは不規則
- 唇や爪が青白い

「なし」

どれかひとつでも

「あり」

- その場で内服薬あれば飲ませる
- 可能なら保健室へ移動
- 必ず同伴・できれば歩かせない
- 車いす・担架での移動も考慮
- エピペン®・緊急薬あれば持参
- 校長・園長に連絡
- 保護者に連絡

- 5分ごとに症状を観察
- 症状チェックシート記入
- 症状チェックシートに従い行動

「緊急性の高い症状はないか？」

どれかひとつでも「あり」

- 助けを呼び、人を集める(大声で、または他の子どもに呼びに行かせる)
- その場でただちにエピペン®使用
- 迷うときはエピペン®使用
- エピペン®使用の手順(裏面へ)
- 救急車要請(119番通報)・・・連絡係へ指示
- 救急車の要請で伝えること(裏面へ)
- ショック体位・嘔吐あれば横向き
- その場で安静・動かさない
- 可能であれば内服させる

反応がない・呼吸していない

心肺蘇生・AED → AED手順(裏面へ)

### リーダー

マニュアル



### 観察係



### 準備係

- 現場へ必要物品を運ぶ
- エピペン®・内服薬
- AED
- 当マニュアル
- 症状チェックシート など



### 誘導係・その他

- 救急車の誘導
- 他の子どもの対応など

### 記録係

- 症状の観察
- 症状チェックシート(別紙)記入
- 状況に応じて処置の介助 など

## 安静を保つ体位

### ショック体位

ぐったり・意識もうろうの場合  
血圧が低下している可能性がある  
仰向けにして足の下に枕などをいれ  
15~30cm高くする



### 呼吸困難が強く横になれない場合

上半身を起し  
椅子の背もたれなどに寄りかからせる



吐き気・おう吐がある場合  
吐物による窒息を防ぐため  
からだと顔を横に向ける



# アレルギー緊急時対応マニュアル

## エピペン®使用の手順（使うときは使う！）

□ 子どもに声をかけながら、できるだけ複数の教職員で対応する

### ① エピペン®を打ちやすい体勢をとる

- 仰向けにねかせる（必要時はショック体位に）
- エピペン®使用者は、子どもの脇に座る
- 介助者は、エピペン®使用者の反対側に座り、右のように、子どもの足の付け根と膝を抑える
- もうひとり介助者がいれば上半身を抑える



### ② エピペン®をケースから取り出して 利き手で「グー握り」する

- オレンジ色を下にして握る
- 握ったら持ちかえない



### ③ エピペン®を打つ位置（★）を確認 自分の位置と反対側の太もも前面外側 かつ 介助者の両手の中間

- 服の上から打ってよい
- ポケットの中を空にする



### ④ エピペン®を打つ

- 青い安全キャップを上へ引き抜く
- オレンジ色の先端を★に軽くあてる
- そのまま垂直にグッと押しつける
- 「パン！」と音がしたら、押しつけたまま3秒待つ
- エピペン®を太ももからゆっくり離す
- オレンジ色のニードルカバーが伸びていればOK
- ※ オレンジ部分が伸びていなければ④をはじめから行う



□ 子どもに声をかけてから打つ  
「エピペンをするよ！じっとしてね！」

### ⑤ その後

- 効果は数分で出現し約15分持続
- 注射部位を軽くもむ
- 救急車が来るまで症状の観察を続ける
- 使用済みエピペン®はケースに入れ、病院へ持参する
- (2本目のエピペン®がある場合) 10分後にも「緊急性の高い症状」があれば2本目のエピペン®を使用



## 心肺蘇生とAEDの手順

### 1 反応の確認

- 肩を叩いて大声で呼びかける

同時に

### 2 救急要請 119番

- AEDの手配
- 人を集める

反応がない

### 3 呼吸の確認

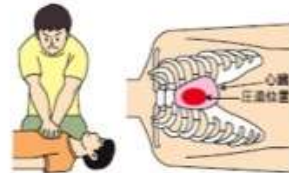
- 胸とお腹の動きを見る
- 10秒以内に判断

普段通りの呼吸をしていない

### 4 胸骨圧迫

必ず

- 胸の真ん中を両手で圧迫
- 強く（胸の厚さの約1/3）
- 速く100回/分
- 絶え間なく（中断は最小限に）



### 人工呼吸

可能なら

- 2人以上で対応できれば実施
- 胸骨圧迫30回+人工呼吸2回
- 鼻をつまんで、下顎挙上
- 約1秒で胸が上がる程度に吹き込む



### 5 AED

- 準備中も胸骨圧迫をできる限り止めない
- 電源を入れて音声ガイドに従う
- 電極パッドを貼る（右上前胸部、左側胸部）
- ショックの指示があったら、ショックボタンを押す
- 直ちに胸骨圧迫を再開



## 救急車の要請（119番通報）で伝えること

「アナフィラキシーでの救急要請です！」

### 学校名住所など記載

個別対応シート  
を見ながら連絡

- 子どもの名前、性別、年齢
- 現在の状況、原因わかれば伝える
- エピペンの有無、使用したかしていないか
- 私（通報者）の名前、携帯電話番号※
- ※ その後も救急隊とすぐ連絡が取れるようにしておく



# アレルギー緊急時対応マニュアル





# 個別対応シート

※アレルギー疾患指導管理票が提出・更新されたら作成しておきましょう

作成日: 年 月 日	作成者名:
年 組 子どもの名前:	担任の名前:
除去している食物	
学校名 _____ 住所 _____ Tel _____	消防署との情報共有: あり・なし 最寄の消防署: 救急車到着までの時間※: 約( )分

※もし救急車を要請した場合、どのくらいの時間がかかるのかを最寄の消防署に聞いておきましょう。

<b>エピベン®</b> あり・なし	( 0.15mg ・ 0.3mg ) 緑色 黄色	保管場所
-----------------------	-----------------------------	------

薬の種類	薬の名前	1回使用量※	保管場所
抗ヒスタミン薬	あり・なし		
ステロイド			
気管支拡張薬			

一目で対応が分かる！  
是非ご活用ください☆

緊急連絡先	保護者	氏名 _____	Tel _____ (携帯・自宅・職場)
		氏名 _____	(続柄 _____)
	病院	Tel _____ (病院代表・小児科受付)	主治医名 _____
		病院名 _____ 子どもの患者ID番号※ _____	
	Tel _____ (病院代表・小児科受付)	主治医名 _____	
	病院名 _____ 子どもの患者ID番号※ _____		

※保護者にきいて記載しておけば、学校から病院に連絡する場合に役に立ちます。

# 症状チェックシート

観察開始時間( : : )以降 5分ごとに症状チェック!

2回目以降の観察時間を記載

:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

全身症状	<input type="checkbox"/> ( : )ぐったり		(:)には時間を記入		
	<input type="checkbox"/> ( : )意識もうろう				
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> ( : )尿や便をもらす				
	<input type="checkbox"/> ( : )脈が触れにくい/不規則				
	<input type="checkbox"/> ( : )唇や爪が青白い				
	<input type="checkbox"/> ( : )のどや胸が締め付けられる			<input type="checkbox"/> ( : )数回の軽い咳	
	<input type="checkbox"/> ( : )声がかすれ				
	<input type="checkbox"/> ( : )犬がほえるような咳				
<input type="checkbox"/> ( : )息がしにくい					
<input type="checkbox"/> ( : )持続する強いせき込み					
<input type="checkbox"/> ( : )ゼーゼーする呼吸					
消化器症状	<input type="checkbox"/> ( : )持続する強いお腹の痛み (がまんできない)	<input type="checkbox"/> ( : )中等度のお腹の痛み	<input type="checkbox"/> ( : )軽いお腹の痛み (がまんできる)		
	<input type="checkbox"/> ( : )繰り返す吐き続ける			<input type="checkbox"/> ( : )1~2回の嘔吐	<input type="checkbox"/> ( : )吐き気
	<input type="checkbox"/> ( : )繰り返す吐き続ける			<input type="checkbox"/> ( : )1~2回の下痢	
	<input type="checkbox"/> ( : )顔全体のはれ	<input type="checkbox"/> ( : )目の痛み、充血	<input type="checkbox"/> ( : )口の中の違和感・唇のはれ		
	<input type="checkbox"/> ( : )まぶたのはれ			<input type="checkbox"/> ( : )くしゃみ、鼻水、鼻づまり	
	<input type="checkbox"/> ( : )強いかゆみ	<input type="checkbox"/> ( : )軽度のかゆみ	<input type="checkbox"/> ( : )数個のじんま疹		
	<input type="checkbox"/> ( : )全身に広がるじんま疹			<input type="checkbox"/> ( : )部分的な赤み	
	<input type="checkbox"/> ( : )全身が真っ赤				

ひとつでもあてはまる場合

ひとつでもあてはまる場合

- ただちにエピベン®使用 ( : ) (実施者)
- 救急車要請
- ショック体位・その場で安静
- 可能なら抗ヒスタミン薬・ステロイド内服 ( : )

反応呼吸なし

- 心肺蘇生・AED ( : )

- エピベン®準備
- 抗ヒスタミン薬・ステロイド内服 ( : )
- 咳がある場合、気管支拡張薬内服・吸入 ( : )
- 速やかに受診 (救急車要請可)

- 抗ヒスタミン薬内服 ( : )
- ステロイド内服可
- 保健室で1時間観察
- 1時間以内に症状の改善がなければ受診する

記録係( )




# マイカルテ



## アレルギーの情報一覧

アナフィラキシーについて  エピペン®使用  あり  なし

アナフィラキシーの原因物質	症状の出た年月日	運動誘発性(運動で引き起こされる)	解除
		あり	なし
		あり	なし
		あり	なし
		あり	なし
		あり	なし
		あり	なし

 アナフィラキシーの原因物質とは  
アナフィラキシー又はそれに近い症状となる原因物質(食べ物など)

- 気管支喘息  あり  なし
- アレルギー性鼻炎  あり  なし
- アレルギー性結膜炎  あり  なし
- アトピー性皮膚炎  あり  なし

### 花粉症など身の回りの原因によるアレルギー

原因物質	症状の出た年月日	鼻炎・結膜炎などの症状	解除

こどもの成長を記録し  
活用しましょう

香川県子育て支援課は平成26年度  
 新しい除去食確認シートを  
 作成しました。ご利用ください。

保育園用

除去食確認シート（初回）

検印	担当者印

主治医様

保育所給食を開始するにあたり、食物アレルギー、アトピー性皮膚炎などのため、除去食が必要であれば、食物に関わる内容をお手数ですが、下記にご記入ください。

※  保護者が記入した上で主治医にご提出ください

幼児名	(男・女)	保育所(園)名
生年月日 H . . ( 歳)	( 歳)	緊急連絡先
保護者名		

主治医記載（必要時、別紙に記載し添付してください）

傷病名	食物アレルギー、右あれば○（アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・気管支喘息・）					
症状	発赤・蕁麻疹、湿疹、咳・喘鳴、腹痛・嘔吐、その他（ ）					
原因食物	除去の程度			診断の根拠		
<input type="checkbox"/> 鶏卵	完全除去	加熱卵		生の加工品 卵黄可 (マヨネーズ・カスタード等)	生卵以外可	既往・負荷試験 血液検査・未摂取
		少量含む可 (餡子物・ハム・パン・中華麺等)	多く含む可 (ケーキ・フライの衣等)			
<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品	完全除去、乳少量含む可、乳多く含む可、牛乳飲・チーズ塊・ヨーグルト・脱脂粉乳飲 以外可 (食パン・調理バター等) (ハム・菓子パン等)			既往・負荷試験 血液検査・未摂取		
<input type="checkbox"/> 小麦	完全除去、_____まで可 他( )			既往・負荷試験 血液検査・未摂取		
<input type="checkbox"/>	完全除去、_____まで可 他( )			既往・負荷試験 血液検査・未摂取		
<input type="checkbox"/>	完全除去、_____まで可 他( )			既往・負荷試験 血液検査・未摂取		
アナフィラキシー既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→(現在おこす可能性 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有→下記へ詳細) (原因食物 / 症状 )					
緊急時の対応・処方薬	原因食品の摂取時には、保護者に連絡し対応してください <input type="checkbox"/> 緊急の対応が必要となる可能性は少ない <input type="checkbox"/> 緊急の場合には以下の対応が必要。薬名/飲ませるタイミング <input type="checkbox"/> 内服薬：抗ヒスタミン薬 ( / ) 経口ステロイド薬 ( / ) <input type="checkbox"/> エピペン *緊急時は医療機関に連絡し受診して下さい					
保育所での留意	給食・離乳食 : <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 食物・食材を扱う活動 (吸い込む、触れる) : <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 その他 ( )					
備考 (必要時別紙添付)						
次回見直し時期	<input type="checkbox"/> 3か月後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

記載日

平成 年 月 日

医療機関名

電話番号

主治医氏名

印

子どもの命を守るために・・・

子どもの笑顔のために・・・



香川県小児科医会食物アレルギー対策委員会