



予防と管理

1 アレルゲン免疫療法

- ▶ アナフィラキシー予防策としてのハチ刺傷に対する免疫療法は有効性が高く、国際的には標準的治療となっているが、日本では本ガイドライン執筆時点において昆虫毒に対する免疫療法の保険適応は認められていない。
- ▶ 食物アレルギー患者に対する経口免疫療法(oral immunotherapy; OIT)は脱感作によるアナフィラキシー対策や耐性獲得を目的として行う研究段階の治療法である。
- ▶ 治療効果が高い症例やリスクが高い症例の事前予測、より安全な方法の開発、目標量の設定など未解決の問題が多く、現時点ではOITを一般診療として推奨しない。

2 職業性アナフィラキシー

- ▶ 職場における原因物質への曝露により発症あるいは増悪するアナフィラキシーを指す。
- ▶ ハチ毒アレルギーとラテックスアレルギーが多い。
- ▶ スズメバチ・アシナガバチ毒アレルギーは林業・農業従事者、ゴルフ場従事者、建設業、造園業の順に多く、ミツバチ毒アレルギーはイチゴ農家、養蜂業者に多い。
福田健 編：総合アレルギー学 改訂2版. 南山堂 2010. p.607-17.
- ▶ 療養・休業・障害・遺族補償や労災の対象として、一定の原因(曝露条件)や症状などが行政的に規定され、業務上の疾病とみなされる。

3 保育所(園)・幼稚園・学校などでの社会的対応

- ▶ 過去にアナフィラキシーを起こしたことのある児童生徒については、その病型を知り、学校生活における原因を除去することが不可欠である。
- ▶ アナフィラキシー児童生徒の有無にかかわらず、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。
- ▶ 緊急時の教職員の役割分担(観察、管理監督、連絡、準備、他児への対応、救急車の誘導など)を決めておく必要がある。

■ 一般向けエピペン[®]の適応(日本小児アレルギー学会)

エピペン[®]が処方されている患者でアナフィラキシーショックを疑う場合、

下記の症状が一つでもあれば使用すべきである。

消化器の症状	呼吸器の症状	全身の症状
<ul style="list-style-type: none">• 繰り返し吐き続ける• 持続する強い(我慢できない)腹痛	<ul style="list-style-type: none">• のどや胸が締めつけられる• 声がかすれる• 犬が吠えるような咳• 持続する強い咳込み• ゼーゼーする呼吸• 息がしにくい	<ul style="list-style-type: none">• 脣や爪が青白い• 脈を触れにくい・不規則• 意識がもうろうとしている• ぐったりしている• 尿や便を漏らす

エピペン[®]適応の患者・保護者への説明、今後作成される保育所(園)・幼稚園・学校などのアレルギー・アナフィラキシー対応のガイドライン、マニュアルはすべてこれに準拠することを基本とする。

4 生活管理指導表(アレルギー疾患用)

生活管理指導表は、アレルギー疾患と診断された児が、保育所(園)、幼稚園、学校の生活において特別な配慮や管理が必要な場合に限って作成する。

保育所

www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku03_005.pdf

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____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って作成するものです。

食物アレルギー(あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		★連絡医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		
	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)		A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定				
	1. 食物アレルギーの陽性子供(乳児アレルギー性皮炎)		B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当するものに○をし、又は()内に記入 ①明らかな症状の既往 ②食物食物試験陽性 ③食物食物試験陰性				
	2. 即時型		3. その他 (新生児肥厚性鼻炎・アレルギー性皮炎等)				
	3. その他 (新生児肥厚性鼻炎・アレルギー性皮炎等)		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 ()		1. 給食 ()				
	2. 牛乳・乳製品 ()		2. 半乳・乳製品 ()				
	3. 小麦 ()		3. 水 ()				
	4. ソバ ()		4. ビーフラップ ()				
	5. ピーナッツ ()		5. 大豆 ()				
6. ごぼう ()		6. そば ()					
7. とうもろこし ()		7. ナット類 ()					
8. 甲殻類 ()		8. ナット類 ()					
9. 甲殻類 ()		9. 甲殻類 ()					
10. 菓子類・貝類 ()		10. 菓子類・貝類 ()					
11. 魚類 ()		11. 魚類 ()					
12. 肉類 ()		12. 肉類 ()					
13. 内臓 ()		13. 内臓 ()					
14. 基物類 ()		14. 基物類 ()					
15. その他 ()		15. その他 ()					
【*括弧()中の該当する項目に○を打るか具体的に記載すること】							
D. 緊急時に備えた処方箋		E. その他の記載・管理事項					
1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)		F. その他の記載・管理事項(自由記載)					
2. アドレナリン自己注射薬(エピペン®0.15mg)							
3. その他()							
アレルギー性鼻炎(あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		★連絡医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		
	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		A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定				
	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()		B. その他の記載・管理事項(自由記載)				
	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。						

幼稚園・学校

<http://www.gakkohoken.jp/book/bo0002.html>

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)	名前 男・女 平成__年__月__日生 (____歳)		学校 年 月 日		★連絡医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		
	A. 病型・治療		学校生活上の留意点				
	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)		A. 給食				
	1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定				
	B. アナフィラキシーや病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)		B. 食物・食材を扱う授業・活動				
	1. 食物 (原因)		1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定				
	2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		C. 運動(体育・部活動等)				
	3. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服)		1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定				
	4. 鼻噴霧用ステロイド薬		D. 宿泊を伴う校外活動				
	5. その他()		1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要				
C. 病因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に診断根拠を記載		E. その他の記載・管理事項(自由記載)					
1. 鶏卵 ()		F. その他の記載・管理事項(自由記載)					
2. 牛乳・乳製品 ()							
3. 小麦 ()							
4. ソバ ()							
5. ピーナッツ ()							
6. 植物性・木の実類 () ()							
7. 甲殻類(エビ・カニ) ()							
8. 果物類 () ()							
9. 魚類 () ()							
10. 肉類 () ()							
11. その他1 () ()							
12. その他2 () ()							
D. 緊急時に備えた処方箋		E. その他の記載・管理事項(自由記載)					
1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)		F. その他の記載・管理事項(自由記載)					
2. アドレナリン自己注射薬(エピペン®)							
3. その他()							
アレルギー性鼻炎(あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		
	A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期: 春、夏、秋、冬		A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定				
	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()		B. その他の記載・管理事項(自由記載)				
	この学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。						
	1. 同意する 2. 同意しない 保護者署名: _____						