

# 学会名：日本小児アレルギー学会

## アンケート 1

1. アンケート 2 に回答される予定の疾患名（1～数疾患）をお答えください。

- (1) 気管支喘息
- (2) アトピー性皮膚炎
- (3) アレルギー性鼻炎
- (4) 食物アレルギー

2. 移行期医療に取り組むしくみ

一応あり：移行期医療として議論するような確立した委員会はない。

ただし、理事会から小児慢性特定疾患（移行期医療）に関する委員は選出され、理事会で議論は実施している。学会のシンポジウムや教育講演などでは、思春期喘息の問題点など以前から議論が十分になされている。

3. 成人期医療を扱う学会との間の協力体制

カウンターパートの学会名：主にアレルギー学会

協力の内容：各疾患の治療・管理ガイドラインを小児科および成人科（内科、皮膚科、耳鼻科）で共同して作成している。

4. 参考資料、文献

- 1) 喘息予防・管理ガイドライン 2015
- 2) アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2015
- 3) 食物アレルギー診療ガイドライン 2012

## アンケート 2

### 疾患名：気管支喘息

#### 1. 日本における有病率、成人期以降の患者数（推計）

成人での有病率は 6～10%、2008 年 10 月の調査日現在において継続して医療を受けている患者数は推計 89 万人

#### 2. 小児期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

主な臨床症状は、喘鳴や咳嗽、呼吸延長を伴う呼吸困難を反復することで、薬物療法（吸入ステロイド、ロイコトリエン受容体拮抗薬、長時間作用性  $\beta$  刺激薬など）と環境整備による治療を行う。症状増悪時には、日常生活の障害（幼稚園や学校の欠席、運動や遊びの制限を含む）、更なる増悪により救急外来受診や入院治療を要することもある。

#### 3. 成人期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

主要症状は、変動性を持った気道狭窄（喘鳴、呼吸困難）や咳を呈し、薬物療法（吸入ステロイド、ロイコトリエン受容体拮抗薬、長時間作用性  $\beta$  刺激薬、テオフィリン徐放性製剤、長時間作用性抗コリン薬、生物学的製剤など）と環境整備による治療を行う。症状増悪時には、就業の欠勤、救急外来受診や入院加療を要することもある。

#### 4. 経過と予後

大多数の小児喘息は 3 歳までに発症し、学童期になるに従い軽症化して約半数は寛解に至る。成人では、小児期から継続する患者、寛解した後に再燃する患者が存在する一方、中高年で発症する患者が多い。喘息死は年々減少しているが、特に小児期では顕著で 10 名以内となっている。成人では、高齢者の死亡が多い。

#### 5. 成人期の診療にかかわる（べき）診療科

呼吸器内科、一般内科、アレルギー科

#### 6. 成人期に達した患者の診療の理想

a. 成人診療科（診療科名：呼吸器内科、アレルギー科）に全面的に移行

7. 成人期に達した患者の診療の現実

- b. 小児科と成人診療科（診療科名：呼吸器内科、一般内科）の併診

8. 理想(6)と現実(7)の乖離の理由

- b. 小児科側が患者を手放さない・手放せない
- c. 患者（・家族）が自立しない

9. 成人期に達しても移行が進まない場合の問題

妊娠出産期の管理

成人期に発症してくる疾患（がん、その他疾患など）の見落とし

10. 解決のためにすべき努力

- b. 患者・家族を対象に自立に向けた働きかけ

コメント

内科、小児科、皮膚科、耳鼻科などからなるアレルギー科を標榜する施設が増えることが望まれる。

11. 移行に関するガイドブック等

- f. その他

喘息予防・管理ガイドライン 2015

本疾患の内科への移行としての記述はないが、ガイドラインには小児期と成人期の本疾患の診断、治療と管理に関して一つのガイドラインに記載している。

## 疾患名：アトピー性皮膚炎

### 1. 日本における有病率、成人期以降の患者数（推計）

平成 12 年～20 年度厚生労働科学研究では、年代別有症率は 20 歳代が 10.2%、30 歳代が 8.3%、40 歳代が 4.1%、50+60 歳代は 2.5%である。

### 2. 小児期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

乳児期では頬、額、頭の露出部に皮疹が生じ、その後、耳周囲や顔面全体に及ぶ。さらに、間擦部にも皮疹が出る。幼児期・学童期では、頸、腋、肘窩、膝窩、鼠径、手首、足首などの皮疹が典型的となる。増悪と寛解を繰り返す瘙痒のある湿疹を呈する。治療はステロイド・タクロリムス軟膏等の薬物療法、増悪因子の回避、スキンケアからなる。瘙痒による夜間の睡眠障害、重症例ではいじめ、不登校、精神的抑鬱などが生じる。

### 3. 成人期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

屈曲部、体幹、四肢に皮疹があり、顔面の皮疹も増加する。重症型では赤ら顔になり、全身に汎発化し、ほぼ全身あますところなく拡大する紅皮症に発展する症例もある。治療は小児期と同じであるが、薬物療法として、重症例ではシクロスポリン内服、紫外線療法なども適応となる。瘙痒による睡眠障害、就職差別、家庭内暴力、恋愛や結婚の問題など心理的、社会的な障害が重症例では強くなる。

### 4. 経過と予後

乳幼児期のアトピー性皮膚炎は、改善・消失して自然寛解する症例がいる一方で、新規に発症する症例も存在する。小学校 1 年生で見られたアトピー性皮膚炎の 3 / 4 は中学では寛解し、成人期では 20 歳代をピークに減少していく。

### 5. 成人期の診療にかかわる（べき）診療科

皮膚科、眼病変が関与する場合には眼科も併診。

### 6. 成人期に達した患者の診療の理想

- a. 成人診療科（診療科名：皮膚科）に全面的に移行

### 7. 成人期に達した患者の診療の現実

a. 成人診療科（診療科名：皮膚科）に全面的に移行

コメント

比較的スムーズに移行している症例が大半と思われるが、民間療法などに向かってしまう症例も一部存在する。

8. 理想(6)と現実(7)の乖離の理由

b. 小児科側が患者を手放さない・手放せない

c. 患者（・家族）が自立しない

9. 成人期に達しても移行が進まない場合の問題

成人まで持ち越す例は重症例が多いため、小児期の治療のまま治療不足に陥る可能性がある。外用薬の副作用や合併症の的確な判断が十分でないこともあり、重症化させてしまう。

10. 解決のためにすべき努力

d. 当該疾患に関する小児科と成人診療科の混成チームの結成

コメント

内科、小児科、皮膚科、耳鼻科などからなるアレルギー科を標榜する施設が増えることが望まれる。民間療法にのみ走って、急激な増悪がないように患者・家族を対象にした教育や啓発も重要と考える。

11. 移行に関するガイドブック等

a. すでに発表（出版）された

アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2015（乳幼児から成人期まで網羅した診療ガイドライン）

## 疾患名：アレルギー性鼻炎

### 1. 日本における有病率、成人期以降の患者数（推計）

2008年の全国調査でアレルギー性鼻炎全体では39.4%、通年性アレルギー性鼻炎は23.4%、スギ花粉症は26.5%である。

### 2. 小児期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

くしゃみ、鼻漏、鼻閉、鼻こすり、結膜浮腫、充血など。治療は抗原の除去と回避、抗ヒスタミン薬やステロイド点鼻薬などの薬物療法、スギ舌下免疫療法などがある。重症例になるほど頭痛、睡眠障害、学習障害などが見られる。

### 3. 成人期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

くしゃみ、鼻漏、鼻閉、嗅覚・味覚障害を呈する。治療は小児期と基本的には同様であるが、小児に適応がない薬物の使用、手術療法（下鼻甲介粘膜切除術など）が加わる。重症例ほど、仕事や家事の支障、記憶力の低下、運動や野外活動の制限、睡眠障害、憂鬱などが生じる。

### 4. 経過と予後

鼻アレルギーの自然治癒は気管支喘息などに比して少ない。抗原除去と回避が有用である。薬物療法を継続する場合には、あらゆる年齢層でQOLを改善する。

### 5. 成人期の診療にかかわる（べき）診療科

耳鼻咽喉科、眼合併症がある場合は眼科

### 6. 成人期に達した患者の診療の理想

- a. 成人診療科（診療科名：耳鼻咽喉科）に全面的に移行

### 7. 成人期に達した患者の診療の現実

- a. 成人診療科（診療科名：耳鼻咽喉科）に全面的に移行

### 8. 理想(6)と現実(7)の乖離の理由

- b. 小児科側が患者を手放さない・手放せない
- c. 患者（・家族）が自立しない

9. 成人期に達しても移行が進まない場合の問題

重症例に対する治療選択の幅を狭める。また、慢性副鼻腔炎や好酸球性副鼻腔炎、アスピリン不耐症の見落としなど。

10. 解決のためにすべき努力

b. 患者・家族を対象に自立に向けた働きかけ

c. 小児科の医師を対象に成人期に入った患者の治療・管理に関する知識・技術の普及  
コメント

内科、小児科、皮膚科、耳鼻科などからなるアレルギー科を標榜する施設が増えることが望まれる。

11. 本疾患の移行に関するガイドブック等について

a. すでに発表（出版）された

鼻アレルギー診療ガイドライン ー通年性鼻炎と花粉症-2016年版

## 疾患名：食物アレルギー

### 1. 日本における有病率、成人期以降の患者数（推計）

わが国において大規模な成人の有病率調査はないが、学童期以降の耐性獲得が少ない点、新規の発症症例が少ない点から学童期の有病率と同様に1～2%と考えられる。欧州では、食物不耐症まで含めた調査では国によって4.6～19.1%と違いが認められる。

### 2. 小児期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

食物アレルギーが関与したアトピー性皮膚炎、アナフィラキシーを含む即時型過敏反応による症状、食物依存性運動誘発アナフィラキシーなどが見られる。治療としては、原則として当該食品の除去であるが、経口免疫療法も試みられている。アナフィラキシー型では、通常の食生活や学校給食の限定、誤食に対する不安と緊張、学校生活の制限（宿泊を伴う課外活動など）、代替食の経済的負担、いじめ、不登校なども見られる。

### 3. 成人期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

アナフィラキシーを含む即時型過敏反応による症状、口腔アレルギー症候群（口内違和感、嘔声等）などが見られる。治療としては、原則として当該食品の除去である。アナフィラキシー型では、通常の食生活の限定、誤食に対する不安と緊張、代替食の経済的負担、社会生活の限定、誤食時の救急受診などが見られる。

### 4. 経過と予後

乳幼児期有病率は5～10%、学童期有病率が1～2%と加齢とともに耐性を獲得し自然寛解するが、学童移行では寛解は減少し成人まで継続する。一方、花粉症に関連した口腔アレルギー症候群などの新規発症も認める。

### 5. 成人期の診療にかかわる（べき）診療科

皮膚科、耳鼻咽喉科、内科

### 6. 成人期に達した患者の診療の理想

e. その他：アレルギー科に移行

コメント

内科、小児科、耳鼻科、皮膚科が一緒になったアレルギー科による診療が理想と思わ

れる。

#### 7. 成人期に達した患者の診療の現実

- d. 小児科卒業後は、特にどこにもかからない。

##### コメント

食物アレルギーの原因食物が1~2（例えば、ソバ、甲殻類）に限定していれば、その食品を除去するのみでよいので受診しなくなることが多い。成人期に発症した口腔アレルギー症候群に関しては耳鼻科、アナフィラキシー型で蕁麻疹が主体の症例では皮膚科に受診している。呼吸器症状も出現する症例では、内科（呼吸器内科）にも受診している。

#### 8. 理想(6)と現実(7)の乖離の理由

- d. その他

##### コメント

アレルギー科を標榜している施設が極僅かであり、受診先が明確でなく困惑している患者さんも存在する。

#### 9. 成人期に達しても移行が進まない場合の問題

アナフィラキシーショックを生じる重症例が、誤食時に症状悪化してから救急対応する症例があり、時には生命の危険もありうる。緊急時への対応（エピペン処方など）を指導する診療科が必要である。

#### 10. 解決のためにすべき努力

- a. 成人診療科の医療者を対象に疾患についての教育・啓発
- d. 当該疾患に関する小児科と成人診療科の混成チームの結成

##### コメント

内科、小児科、皮膚科、耳鼻科などからなるアレルギー科を標榜する施設が増えることが望まれる。

#### 11. 移行に関するガイドブック等

- a. すでに発表（出版）された  
食物アレルギー診療ガイドライン 2012