

< 研修報告 >

専門課程 I

保健福祉行政管理分野

宮崎県における高齢者結核の早期発見と重症化予防のための 多職種間連携システムの検討

上谷かおり

Building a multidisciplinary cooperation system for the early detection and prevention from the severity of elderly tuberculosis in Miyazaki Prefecture

Kaori Uetani

抄録

全国的に高齢者結核患者の割合が年々増加しており、その特徴から発見が遅れ、重症化し、死に至ることもあるため、重要な健康課題となっている。本県における2017年の高齢化率は31%、高齢者結核は78.3%といずれも全国を上回っている状況であり、そのうち結核死、結核に関連した死は全体の22%を占めていた。2017年度宮崎県結核登録票の二次利用分析で、記載項目から早期発見と重症化に関してすべての項目を検討した結果、診断の遅れと重症化には痩せ、発熱、心疾患の有無、介護サービスの有無、診断時の住まいに関連性がみられ、医療機関、高齢者施設への質問紙調査結果から、患者の結核情報や、地域の感染症情報を共有する枠組みの必要性が明らかとなった。そのため、現在作成中の地域包括ケアの一環である医療と介護福祉の連携シートに結核の既往歴、家族歴、検診の受診歴を追加することで、診療医における結核疑症例の注意喚起や医療、介護、福祉関係者への結核の意識向上、検診の受診勧奨に繋がり、早期発見、重症化予防になることが期待される。

キーワード：高齢者結核、早期発見、重症化予防、地域包括ケア、連携シート

I. 背景と目的

高齢者結核はその特徴から受診や診断が遅れ、重症化し、死に至ることもある。また、施設や入院中の高齢者も多く、感染拡大の面からも早急に対策を取る必要がある。宮崎県でも高齢者結核の割合は年々増えており、高齢者結核の早期発見と重症化予防が地域の重要な保健課題であると考えられた。結核の根絶のためには行政、医療、介護、福祉など多職種間連携が不可欠であるが、現在、本県では高齢者結核の早期発見や重症化予防のための多職種間のシステムは確立していない。本研究で宮崎県の高齢者結核の現状を把握し、医療機関や高齢者施設の感染対策担当者への質問紙調査により具体的な問題点を抽出し、高齢者結核の早期発見・重症化予防のための多職種間のシステム作成に寄与する情報を提示することを目的とする。

II. 方法

(i)宮崎県高千穂保健所の結核対策事業として調査した宮崎県の9保健所(宮崎市、延岡、日向、高鍋、中央、日南、小林、都城、高千穂)でH29年に登録された65歳以上新結核登録患者(潜在性結核感染症は除く)90人(男性56人、女性34人)に関する「結核登録票」の情報(①性別②年齢階級③BMI④喫煙歴⑤飲酒歴⑥結核の既往歴⑦結核の家族歴⑧検診の受診歴⑨受診のきっかけ⑩X線病型⑪菌所見⑫呼吸器症状⑬発熱⑭基礎疾患の有無⑮糖尿病⑯悪性新生物⑰呼吸器疾患⑱消化器疾患⑲心疾患⑳脳血管障害㉑認知症㉒診断時の住まい㉓世帯の状況㉔社会参加の有無㉕介護サービスの有無㉖症状発現から診断までの期間㉗重症化)

(ii)宮崎県高千穂保健所で医療介護連携・結核対策事業として2018年に行った「高齢者結核の早期発見・重症化予防のための多職種連携システムについての質問紙調

指導教官：高橋秀人(統括研究官(保健・医療・福祉サービス研究分野))

宮崎県における高齢者結核の早期発見と重症化予防のための多職種連携システムの検討

査」の結果 (①性別②年齢階級③職種④所属施設⑤結核既往歴・家族歴の確認⑥入所前の胸部X線の実施⑦定期的な胸部X線の実施⑧検診受診歴の確認⑨結核対策について定期的な研修の実施⑩結核対策マニュアルの有無⑪症状発現から病院受診勧奨の期間、結核の早期発見、重症化予防のための多職種連携に関する意見)

それぞれの項目を記述統計により図表化し、順序・分類尺度については分割表解析、 χ^2 検定により解析し、(ii)は単純集計のみとした。(表1, 2)

表1 結核登録票に基づく対象者の現況

	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
性別	男性 56 62.2%	女性 34 37.8%	
年齢階級	65~74歳 12 13.3%	75歳以上 78 86.7%	
BMI	18.5未満 27 30.0%	18.5未満 46 51.1%	不明 17 18.9%
喫煙歴	あり 21 23.3%	なし 65 72.2%	不明 4 4.4%
飲酒歴	あり 26 28.9%	なし 59 65.6%	不明 5 5.6%
結核既往歴	あり 18 20.0%	なし 67 74.4%	不明 5 5.6%
結核家族歴	あり 25 27.8%	なし 60 66.7%	不明 5 5.6%
結核検診歴	あり 13 14.4%	なし 14 15.6%	不明 69 76.0%
検診のきっかけ	空調あり 3 3.3%	病院なし 84 93.3%	不明 9 9.9%
X線病変	粟粒結核 24 26.7%	空洞なし 63 70.0%	不明 3 3.3%
菌所見	1以下 52 57.8%	2+以上 33 36.7%	不明 5 5.6%
呼吸器症状	あり 54 60.0%	なし 36 40.0%	不明 0 0.0%
発熱	あり 39 43.3%	なし 51 56.7%	不明 0 0.0%
基礎疾患	あり 67 73.8%	なし 18 20.0%	不明 0 0.0%
糖尿病	あり 16 17.8%	なし 70 77.8%	不明 4 4.4%
悪性新生物	あり 19 21.1%	なし 70 77.8%	不明 1 1.1%
呼吸器疾患	あり 18 20.0%	なし 71 78.9%	不明 1 1.1%
消化器疾患	あり 26 28.9%	なし 63 70.0%	不明 1 1.1%
心疾患	あり 22 24.4%	なし 67 74.4%	不明 1 1.1%
脳血管疾患	あり 12 13.3%	なし 77 85.8%	不明 1 1.1%
認知症	あり 27 30.0%	なし 61 67.8%	不明 2 2.2%
診断時の住まい	自宅 41 45.6%	病院・施設 49 54.4%	
世帯の状況	単身 17 18.8%	同居 54 60.0%	施設 19 21.1%
社会参加	あり 56 62.2%	なし 23 25.6%	不明 11 12.2%
介護サービス	あり 28 31.1%	なし 59 65.6%	不明 5 5.6%
症状発現から診断まで	2週間以内 22 24.4%	2週間以上 68 75.6%	
重症化	なし~中等度 65 72.2%	重症~死亡 25 27.8%	

表2 各項目と「症状発現から診断まで」「重症化」との関連

項目	総数 (人)	症状発現から診断まで			重症化			
		2週間以内	2週間以上	P値	中等症以下	重症~死亡	P値	
性別	90	男性	11	45	0.174	40	16	0.829
		女性	11	23		25	9	
年齢階級	90	75歳以下	2	10	0.501	10	2	0.356
		75歳以上	20	58		55	23	
BMI	73	18.5未満	8	19	0.591	17	10	0.033
		18.5以上	11	35		39	7	
喫煙歴	86	あり	5	16	0.945	15	6	0.718
		なし	15	50		49	16	
飲酒歴	85	あり	3	23	0.112	20	6	0.695
		なし	16	43		43	16	
結核既往歴	85	あり	7	11	0.156	13	5	0.836
		なし	15	52		50	17	
結核家族歴	85	あり	6	19	0.798	17	8	0.406
		なし	16	44		46	14	
健診受診歴	27	あり	5	8	0.333	11	2	0.686
		なし	3	11		11	3	
項目	総数 (人)	症状発現から診断まで			重症化			
		2週間以内	2週間以上	P値	中等症以下	重症~死亡	P値	
受診のきっかけ	87	健診	1	2	0.744	3	0	0.277
		病院	21	63		60	24	
X線病変	87	空洞あり	7	17	0.398	17	7	0.839
		空洞なし	13	50		46	17	
菌所見	85	1+以下	13	39	0.816	40	12	0.662
		2+以上	9	24		24	9	
呼吸器症状	90	あり	15	39	0.367	38	16	0.631
		なし	7	29		27	9	
発熱	90	あり	11	28	0.468	20	19	<0.001
		なし	11	40		45	6	
基礎疾患	85	あり	20	47	0.107	47	20	0.107
		なし	2	16		16	2	
糖尿病	67	あり	2	14	0.424	12	4	0.861
		なし	11	40		51	19	
悪性新生物	89	あり	6	13	0.434	13	6	0.609
		なし	16	54		52	18	

項目	総数 (人)	症状発現から診断まで			重症化			
		2週間以内	2週間以上	P値	中等症以下	重症~死亡	P値	
呼吸器疾患	90	あり	15	39	0.367	13	5	0.931
		なし	7	29		52	19	
消化器疾患	89	あり	7	19	0.757	19	7	0.995
		なし	15	48		46	17	
心疾患	89	あり	9	13	0.042	15	7	0.555
		なし	13	54		50	17	
脳血管疾患	89	あり	3	9	0.981	7	5	0.217
		なし	19	58		58	19	
認知症	88	あり	9	18	0.230	17	10	0.122
		なし	13	48		48	13	
診断時の住まい	90	自宅	8	33	0.319	37	4	<0.001
		病院・施設	14	35		28	21	
社会参加	79	あり	4	19	0.299	19	4	0.299
		なし	16	40		40	16	
介護サービス	85	あり	10	16	0.051	19	7	0.884
		なし	11	48		44	15	

III. 結果

(i)結核登録票から、「症状発現から診断までの期間 (診断の遅れ、早期発見の有無)」と「心疾患あり」、「重症化」と「BMI<18.5」、「発熱あり」、「診断時の住まいが病院・施設であること」に統計的有意差があった。また、有意差はなかったが、傾向があると認められたのが、「症状発現から診断までの期間 (診断の遅れ、早期発見の有無)」と「介護サービスなし」、であった。

(ii)医療機関・高齢者施設に対する質問紙調査票から結核の既往歴や家族歴、検診の受診歴を医療機関、高齢者施設とも確認をしていない例が多かった。多くの高齢者施設で入所 (利用) 前や定期的な胸部X線検査および定期的な結核対策の研修をしておらず、またマニュアルも整備されていない状況であった。自由記載項目では、高齢者施設と医療機関の共通項目である結核の早期発見・重症化予防のための多職種間連携に関する意見各関係機関で早期に患者情報が共有できるシステムが必要であるなどの意見が最も多かった。

IV. 考察

結核登録票と質問紙調査票の結果から、結核対策や患者情報共有の方策として既存の会議やツールなどを活用することを考えた。管内で月1, 2回開催されている地域ケア会議には行政、医療機関、介護福祉施設、リハビリ、栄養士、薬剤師など多職種が参加しているため、地域の感染症情報や結核対策、マニュアルについて保健所から情報を提供することできる。かつ、現在、管内で作成中の地域包括ケアの一環である医療介護福祉の連携シートに結核の既往歴、家族歴、健診の受診歴を加えることで、診療医における結核疑症例の注意喚起や医療、介護、福祉関係者の結核に対する意識の向上、健診の受診勧奨に繋げることが期待される。地域の高齢者結核の重症化予防については地域包括ケアの中のフレイル、サルコペニア対策と同様に栄養士による栄養指導や配食サービスの利用促進、地域ケア会議を通して運動療法、口腔機能の維持、社会参加の促進などを考える事が重要なポイントと考えられる。

結核対策を感染予防という医学的な観点からだけで見

るのではなく、地域包括ケアシステムを通じて、行政、医療、介護、福祉が一体となった横断的な対応を取ることが重要である。

文献

- [1] 赤川志のぶ. 高齢者結核の現状と治療の実際. 日本老年医学会誌. 2010;47(3):165-173.
Akagawa S. [Koreisha kekkaku no genjo to chiryo no jissai.] Nippon Ronen Igakukai Zasshi. 2010;47(3):165-173. (in Japanese)
- [2] 豊田恵美子. 高齢者の結核. 日本老年医学会誌. 2010;47(6):554-557.
Toyoda E. [Tuberculosis in the elderly.] Nippon Ronen Igakukai Zasshi. 2010;47(6):554-557. (in Japanese)
- [3] 豊田恵美子, 町田和子, ほか. 高齢者結核の臨床的検討. 結核. 2010;85(8):655-660.
Toyoda E, Machida K, et al. [Clinical investigation among elderly patients with tuberculosis.] Kekkaku. 2010;85(8):655-660. (in Japanese)

<研修報告>

専門課程 I

保健福祉行政管理分野

高齢者介護施設への感染対策支援事業における 実践評価と取り組み改善に関する研究

中嶋裕

Study of evaluation and improvement of infection control support project for elderly care facilities

Hiroshi Nakajima

抄録

目的：山口県では感染症制御支援事業の一環で高齢者介護施設への研修会や訪問ラウンドを実施している。相談を受けても訪問ラウンドに繋がらない、施設と医療機関の感染対策の違いに戸惑うなど具体的な課題があった。事業をふり返り、施設に効果的な感染対策の提案を目的とする。

方法：対象は保健所管内高齢者介護施設（35施設）とした。訪問ラウンド経験施設の感染対策担当職員（3施設、5名）に半構造化面接を実施して現状の課題を抽出し、さらに同意を得た15施設の職員に感染対策の知識、態度、意識への質問票調査を実施し、施設での集団感染の経験、職種など関連する要因で分析した。

結果：感染対策担当者は訪問ラウンドに好意的だが、施設内での情報共有の困難さを抱えていた。郵送質問票調査445名の分析結果から、集団感染の経験は感染性腸炎の知識、手洗いの態度、嘔吐時の対応と負の関連が示唆された。職種では施設看護師とその他の職員での知識に差を認めたが、態度、意識に差は少なかった。

考察：集団感染経験がある施設へは、手洗い、嘔吐時対応について丁寧なフォローアップが必要、研修会を看護師が行う場合は職種ごとの知識の差に配慮し適切な指導が重要である。

キーワード：高齢者介護施設、感染対策、訪問ラウンド、集団感染経験、多職種

I. 背景と目的

山口県では高齢者介護施設への感染症対策支援事業を実施しているが、感染管理認定看護師による施設への訪問ラウンドは1割以下と活動は限られていた。本調査の目的は、訪問ラウンドを受けた施設の支援事業をふり返り、施設に効果的な感染対策を提案することである。

II. 研究デザインと方法

1. 調査対象と調査方法

山口県周南健康福祉センター管内（周南市、下松市、光市）の高齢者介護施設（35施設）を対象に、施設感染担当者に対するインタビュー調査（半構造化面接）と施設職員に感染対策の知識・態度・意識に関する質問票調

査を実施した。

半構造化面接では、施設における感染症対策の困難さ、施設訪問ラウンドの認識・希望・困難さなどの項目を事前に作成した。質問票調査は、高齢者介護施設における感染対策マニュアル[1]およびインタビュー調査結果を参考に自己記入式質問票調査を作成した。

インタビュー調査は施設管理者に依頼し、推薦された施設感染対策管理担当者に行った。質問票調査は、同様に管理者に協力を依頼し、了解のあった施設に調査票を郵送した。施設内での配布、回収は施設に一任し、回答は返信用封筒に入れて施設でまとめて担当者から返信してもらった。

2. 解析方法

インタビュー調査は、逐語録を作成し、逐語録からテ

クストを作成，カテゴリー化し，概念生成を行った。質問票調査は，知識に関する項目は正答率をカイ二乗検定，態度・意識に関する項目は10段階スケールを連続変数とみなしt検定を用いた。P=0.05未満を有意差ありとした。

3. 倫理的配慮

本研究は国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

III. 結果

特別養護老人ホーム2施設，デイサービス1施設の感染症対策担当者，計5名に半構造化面接を行った。生成された概念は図1のとおりである。

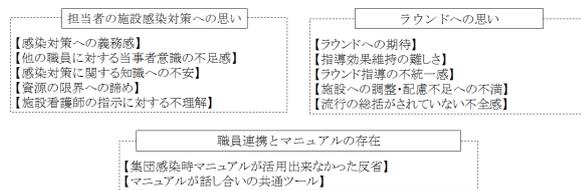


図1 インタビュー調査から生成された概念

質問票調査は15施設から回答を得た（施設回答率42.8%）。回答者は445名で，性別は男性114名，女性327名，無回答4名であった。年齢は10代1名，20代59名，30代84名，40代136名，50代95名，60代60名，70代9名，無回答1名であった。職種は，介護福祉士207名，看護師70名，介護支援員51名，事務職員26名，その他88名，無回答3名であった。

【集団発生の経験による比較解析】

集団感染の経験あり施設6（N=150），ない施設9（N=295）であった。経験あり施設は，若い世代（30代以下）が多く，看護師が少なかった，性別の差はなかった。知識は「（ノロウイルス感染症など）感染性腸炎」の正答率が集団感染の経験がある群で低かった。態度は，経験がある群で「一人の処置を終了し，次の人に処置を行う前には手を洗う」「排泄介助には手袋を着用する」「利用者の手洗が難しい場合，利用者の手を（消毒効果のある）ウェットティッシュなどで目に見える汚れを拭き取る」「嘔吐処置にはエプロンを着用する」で実施していると回答した割合が低かった。意識については，有意差を認めなかった。

【看護師とそれ以外の職種】

高齢者介護施設の回答のうち看護師はN=70名（15.8%），それ以外の職種はN=372名（84.2%），職種未回答N=3名であった。看護師は40代・50代で多く，女性が多かった。知識では，「MRSA」「多剤耐性菌」「感染症の既往によるサービス提供を拒否」「同病者の集団

隔離」「特殊な空調を設置する必要性」「空気感染におけるN95マスクを着用する必要性」で看護師の正答率が高かった。態度では「一人の処置を終了し，次の人に処置を行う前には手を洗う」が看護師で頻度が高く，意識では有意差を認めなかった。

IV. 考察

本研究により，高齢者介護施設において感染症集団発生の経験は，「感染性腸炎の知識」「手洗いの態度」「嘔吐時の対応」と負の関連が示唆された。感染対策担当者へのインタビューでは集団発生の経験が意識の向上また施設全体の取り組みに繋がった可能性が伺えたものの，実際に全職員の知識・態度までの改善には至っていなかった。職員配置や施設形態，および入所者の背景の違いが影響した可能性も考えられる。

看護師とその他の職員は，知識に差を認めたが，態度・意識の差は少なかった。知識の差は，養成課程の違いが一つの要因として考えられる。感染症対策の訪問ラウンドや施設内の研修会などを実施する場合，職種間で持っている知識が違う背景を考慮する必要がある。

なお本調査では協力施設に調査結果をフィードバックすることにより，施設内の感染対策における調査結果の活用を促したいと考えている。

また，半構造化面接から，施設内の感染対策担当者への相談しやすい関係性や感染対策マニュアルの重要性の認識などにも注目した。高齢者施設における感染対策への意識は高く，施設内での関係性が良いことなどが関係している可能性がある。

V. まとめ

より効果的な事業を展開するため，集団感染経験がある施設へは，手洗い・嘔吐時対応に丁寧なフォローアップが必要で，研修会を看護師が行う場合，職種ごとの知識の差に配慮して適切な指導を行うなど集団感染経験の有無や職種を意識した指導などを提案したい。

文献

- [1] 厚生労働省. 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成25年3月）」の公表について. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1> (accessed 2019-03-31)
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Koreisha kaigo shisetsu ni okeru kansen taisaku manual (heisei 25 nen 3 gatsu) no kohyo nit suite.] (in Japanese) <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1> (accessed 2019-03-31)

<研修報告>

平成30年度専門課程 I 保健福祉行政管理分野

アレルギー性疾患を有する小児における災害に対する自助の備えの現状

奥田祐亮

Preparation for self-help in disasters among children with allergic diseases

Yusuke Okuda

Abstract

Objective: To indicate a direction for future countermeasures with regard to the provision and instigation of self-help in disaster conditions among children with allergic diseases.

Methods: A questionnaire survey was performed among the parents and guardians of children with allergies who were receiving pediatric care at a hospital located in the jurisdiction of Tanabe Health Center.

Results: The recovery rate was 76.9% (n = 60). Although 83.3% of respondents had talked about disaster with their families, the necessary drugs were only readily available for 35%, and allergy-relevant diets were stored among 44.4%. The average volume of storage was 3.1 days' worth, and the minimum amount was secured. There were no significant associations between these preparations for disaster and residential areas. It also appeared that for many people, storing the allergy-relevant diet is voluntary.

Conclusion: In the future, positive enlightenment should be pursued through such routes as hospitals, schools, municipalities, and other organizations.

keywords: natural disaster, self-help, allergy, children, stockpiles

supervisors: Akira Ushiyama, Hiroko Okuda

I. 目的

過去の災害時には、喘息等のアレルギー性疾患が悪化した事例や、食物アレルギーを有する患者向けの食料が十分でない事例などが報告されており、平時から対策を立てておくことの必要性が指摘されている[1]。しかし、アレルギー性疾患の症状や必要なケア、アレルギーの原因食品などは、個人によって多彩な面があり、公助による発災後早期からの十分な対応は難しい場合も考えられる。

そのような中、災害時の自助の備えとして、アレルギー性疾患を有する患者が、薬剤の持ち出し準備や、アレルギー対応食を1週間分以上備蓄することなどが推奨されている[2]が、実際にどれほどの人がこのような防災行動をとっているかといった情報は限られている。

そこで、アレルギー性疾患を有する患者の地域保健対策の観点から、公助としての避難所での発災後対応や、自治体のアレルギー対応食の備蓄等の対策のあり方を考

える上で、患者側が行っている自助の備えの状況を把握することにより、今後の対策への示唆を得るために実態調査を行った。

II. 研究デザインと方法

1. 調査対象

平成30年9月～10月に和歌山県田辺保健所管内に位置する小児アレルギー性疾患の専門外来である国立病院機構南和歌山医療センター小児アレルギー科外来を受診した患者の保護者を対象とした。

2. 調査方法

外来受付に、調査目的等を記載した説明文書とともに無記名自記式質問紙調査票を設置し、自由意思により手に入る形で配布とし、同場所に設置した回収箱により回収した。

指導教官：牛山明（生活環境研究部）、奥田博子（健康危機管理研究部）

3. 調査内容

(1)回答者である保護者の年齢・性別・居住地、回答者からみた児との関係、児の年齢、一般的な防災意識、身近な被災経験の有無、処方中の薬剤、薬剤等の持出準備の有無及びその契機、その他の災害への備え。(2)食物アレルギーを有する場合は、(1)に加えて、原因食品、アレルギー対応食の備蓄の有無及び備蓄量とその契機、重篤な食物アレルギー症状の既往、エピネフリン自己注射の処方、災害時のアレルギー対応食の想定入手先もたずねた。

4. 解析方法

各質問に対する回答の比較は、カイ2乗検定(度数が少ない場合はFisherの正確確率検定)によって行い、有意水準は5%未満とした。分析は、IBM SPSS Ver.22を用いた。

5. 倫理的配慮

本院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:NIPH-IBRA #12200)。

III. 結果

調査票は、78枚を配布し、そのうち60枚の回答が得られ、回収率は76.9%であった(有効回答率100%)。

薬剤等の持ち出し準備を行っている割合は35%、アレルギー対応食を備蓄している割合は44.4%であった。何をきっかけにその準備を進めたかについては、何れも、「その他」が最多で、「自発的」、「災害」との回答が多かった。備蓄を行っている場合の備蓄量の平均は、およそ3.1日分であった。

食物を摂取した後に、重篤な症状が出た経験がある割合は回答者の20%で、エピネフリン自己注射が処方されている割合は、回答者の19.5%であった。重篤な症状が出た経験がある場合及び、エピネフリン処方がある場合は、ない場合に比べ、アレルギー対応食を備蓄している割合が有意に高かった(表)。

IV. 考察

薬剤等の持ち出し準備、アレルギー対応食の備蓄割合は、それぞれ回答者のおよそ3分の1、半数に留まっており、そのきっかけは、「自発的」とした回答が多かった。医療機関や自治体へ聞き取りを行ったところ、アレルギー性疾患を有する患者の防災対策に関する情報提供は一部にとどまっていた。

今後は、医療機関や自治体の関係者と本調査の結果を共有し、医療機関における患者向けの指導や、学校における児童・生徒への情報提供、自治体における住民向けの広報など、複数のルートによる住民への啓発活動を通じて、自助への行動変容のきっかけを提供すべきと考える。備蓄については、重い症状の経験やエピネフリン処方がある場合は備蓄割合が有意に高く、当該家庭の危機意識を反映していると考えられた。また、備蓄量の平均は3.1日分であったが、アレルギー性疾患を有する場合は、長期化に備え1週間以上の備蓄が推奨されており[2]、併せて情報提供を行っていくことが必要である。

V. まとめ

薬剤等の持ち出し準備、アレルギー対応食の備蓄については、改善の余地があり、現状では、情報提供は十分でないと考えられた。今後は、関係者で調査結果を共有した上で、自助の備えに対して意識を高めるために、様々なルートから、積極的に啓発を行う必要があると考えられる。

文献

[1] 山岡明子, 阿部弘, 渡邊庸平, 角田文彦, 梅林宏明, 稲垣徹史, 他. 東日本大震災におけるアレルギー児の保護者へのアンケート調査. 日本小児アレルギー学会誌. 2011;25:801-809.
Yamaoka A, Abe H, Watanabe Y, Kakuta H, Umebayashi H, Inagaki T, et al. [The Questionnaire for caregivers of allergic children in the Great East Japan Earthquake] Nihon Shoni Arerugi Gakkaiishi. 2011;25:801-809. (in Japanese)

表 薬剤等持ち出し準備・アレルギー対応食品備蓄の有無と各要因の関連

項目	薬剤等持ち出し準備			アレルギー対応食品備蓄		
	あり	なし	p値	あり	なし	p値
重篤な症状	n=39			n=35		
	あり	3	5	6	0	0.022*
なし	10	21	13	16		
エピネフリン処方	n=40			n=38		
	あり	4	4	7	0	0.008†
なし	10	22	12	19		

Fisherの正確確率検定 * : p<0.05 † : p<0.01 n.s.: not significant

[2] 日本小児アレルギー学会. 災害時のこどものアレルギー疾患対応パンフレット (改訂版). <http://www.jspaci.jp> (accessed 2019-03-04)

Japanese Society for Pediatric Allergy and Clinical Immunology. [Saigaiji no kodomo no allergy shikkan taio pamphlet (kaiteiban).] (in Japanese)