

アレルギー疾患に関する調査研究報告書

アレルギー疾患に関する調査研究委員会（平成 19 年 3 月）

アレルギー疾患に関する調査研究報告書

目次

序

第 部 調査研究の概要

- 1 実態調査の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
 - (1) 調査対象
 - (2) 調査事項
 - (3) 調査方法等

- 2 児童生徒のアレルギー疾患の実態・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
 - (1) ぜん息
 - (2) アトピー性皮膚炎
 - (3) アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎
 - (4) 食物アレルギー
 - (5) アナフィラキシー

- 3 疾患ごとの学校における取組の現状及び課題・・・・・・・・・・・・ 5
 - (1) ぜん息
 - (2) アトピー性皮膚炎
 - (3) アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎
 - (4) 食物アレルギー
 - (5) アナフィラキシー

- 4 学校におけるアレルギー疾患に対する取組の推進に向けて・・・・・・・・ 1 0
 - (1) アレルギー疾患対応の「学校生活管理指導表」を中心とした仕組みづくり
 - (2) 各疾患に対応した取組の実施方法等に関する先進的事例の収集・分析に基づく検討

第 部 疾患ごとの調査結果の分析・評価

- 1 ぜん息・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 4
 - (1) 有病者数、有病率について
 - (2) 学校における取組について

- 2 アトピー性皮膚炎・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 7
 - (1) 有病者数、有病率について
 - (2) 学校における取組について

- 3 アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・・・・・・・・ 3 9
 - (1) 有病者数、有病率について
 - (2) 学校における取組について

- 4 食物アレルギー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 7
 - (1) 有病者数、有病率について
 - (2) 学校における取組について

- 5 アナフィラキシー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5 6
 - (1) 有病者数、有病率について
 - (2) 学校における取組について

第 部 調査研究の総括

- 1 アレルギー疾患対応の「学校生活管理指導表」を中心とした仕組みづくり・・・ 6 3

- 2 各疾患に対応した取組の実施方法等に関する先進的事例の収集・分析に基づく検討
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 5

- 3 学校におけるアレルギー疾患に対する取組の推進に向けて・・・・・・・・ 6 7

資料編

序

近年、児童生徒を取り巻く生活環境の変化や疾病構造の変化などに伴い、児童生徒におけるアレルギー疾患の増加が指摘されている。

アレルギー疾患には、気管支喘息（以下「ぜん息」という。）、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎・結膜炎、食物アレルギー、アナフィラキシーなど多様な疾患が含まれる。これらの疾患は、長期にわたり管理を要する側面があるとともに、場合によっては生命に関わるという側面もあり、学校における教育指導に当たって、細心の注意を払いながら取り組むことが求められる。そのためには、各教職員がこれらの疾患の特性についての正しい知識をもつとともに、教育指導の上で留意すべき点を認識しておく必要がある。

これまでも、文部科学省では、関係省庁や関係団体の協力を得て、教職員などの学校関係者がアレルギー疾患について正しい知識をもって児童生徒に対応することができるよう、平成 11 年にはアトピー性皮膚炎、平成 15 年にはぜん息に関するパンフレットを作成し、各学校に配布してきたところであるが、アレルギー疾患を有する児童生徒に対して、学校における教育指導の一層の充実を図る観点から、児童生徒のアレルギー疾患の実態及び学校における取組の現状を把握した上で、有効な対応方策を検討することが重要な課題となった。

このため、文部科学省においては、平成 16 年 10 月から、有識者からなる「アレルギー疾患に関する調査研究委員会」（以下、「本委員会」という。）において、児童生徒におけるアレルギー疾患についての総合的な調査を実施することとし、平成 16 年から平成 17 年にかけて全国的な実態調査を実施した。

本委員会においては、実態調査の結果を踏まえ、平成 18 年度に疾患ごとのワーキンググループ（WG）を設置し、調査結果の分析・評価及びそれに基づく今後の方策についての検討を行った（なお、アレルギー性鼻炎・結膜炎についてはWGを設けず、本委員会で検討した。）。

本報告書は、第 部で調査研究の概要をまとめ、第 部において、疾患ごとの児童生徒の実態及び学校における取組の現状についての詳細な調査結果及び分析・評価を記載した。第 部として、これらの調査研究の結論としての総括を行っている。また、当委員会の設置要項、委員会開催状況、実態調査の結果等については資料編に掲載した。

第 部 調査研究の概要

1. 実態調査の概要

(1) 調査対象

全国の公立の小学校・中学校・高等学校・中等教育学校

対象学校総数：36,830 校

(平成 16 年 5 月 1 日現在、本校のみとし、高等学校においては定時制及び通信制は除く)

うち、有効回答が得られた学校数 36,061 校 (有効回答率 97.9%)

有効回答が得られた学校に在籍する児童生徒数：12,773,554 人 (平成 16 年 5 月 1 日現在)

(2) 調査事項

児童生徒のアレルギー疾患の実態

調査対象疾患 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

食物アレルギー

アナフィラキシーショック*

* アナフィラキシーショックとは、摂取した食物等に対するアレルギー反応が 2 臓器以上 (例 ; 発疹 (皮膚) と呼吸困難 (気管支) など) に出現したアナフィラキシー状態のうち、さらに血圧の低下や意識の消失にまで至った状態をいう。

疾患ごとの学校における取組の現状

(3) 調査方法等

調査の手順等

平成 16 年 12 月に調査票 (巻末資料 3) を各学校に配布し、保健調査、定期健康診断、保護者からの申し出等により、平成 16 年 6 月末時点で養護教諭など各学校の教職員が把握している情報に基づき回答するよう依頼した。

平成 17 年 2 月に調査票を回収し、有効回答率は約 97.9% であった。

「児童生徒のアレルギー疾患の実態」調査に関する留意点

各学校に対しては、児童生徒のアレルギー疾患の実態に関する事項の回答に当たって、以下の点に留意するよう求めた。

- ・ 複数のアレルギー疾患をもつ児童生徒は、各々を罹患者（有症者）として数えること。
- ・ アレルギー性鼻炎・結膜炎に関しては、「花粉症によるものも含む」こと。
- ・ アナフィラキシーショックについては、「これまでに、特定の物質や食品に対して、アナフィラキシーショックを起こしたことがあるもの」とすること。

「疾患ごとの学校における取組の現状」調査に関する留意点

学校における取組の現状に関する事項の回答に当たっては、以下の点に留意するよう求めた。

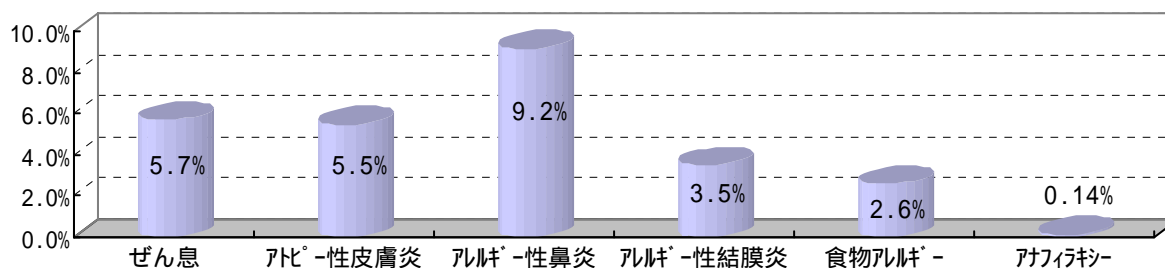
- ・ 当該学校に該当する疾患をもつ児童生徒が在籍する場合のみ、回答すること。
（例えば、A小学校に食物アレルギーをもつ児童がいなかった場合、A小学校からは食物アレルギーに関連する事項（問2-4）の回答はなされない。）
- ・ 調査票に示された疾患ごとの各取組については、該当するものすべてに をつけること（複数回答）。
- ・ 実際に取組を実施している場合に と回答するとともに、「児童生徒の症状や状態から、現在必要がないために行っていない」場合にも と回答すること。

2. 児童生徒のアレルギー疾患の実態

児童生徒全体のアレルギー疾患有病率は、図1-1に示すように、ぜん息5.7%、アトピー性皮膚炎5.5%、アレルギー性鼻炎9.2%、アレルギー性結膜炎3.5%、食物アレルギー2.6%、アナフィラキシー0.14%であった。本有病率は有効回答に係る児童生徒数を母数とした。

注）各学校に配布した調査票では、罹患者（有症者）の数を調査したが、本委員会での検討において、「罹患者」、「有症者」、その他の概念としての「有病者」について用語の定義を行った上で「罹患者（有症者）数」を「有病者数」と置き換えることとしている（第 部参照）。

図1-1 児童生徒全体のアレルギー疾患有病率



疾患ごとの実態調査の結果の特徴は下記のとおりである。

(1) ぜん息

児童生徒のぜん息の有病者数は730,466人で、有病率は5.7%であった。

男女別にみると、男子6.8%、女子4.6%であり、男子は女子の約1.5倍の割合であった。

都道府県別にみると、小学生では山梨県4.0%と鳥取県9.3%との間で約2.3倍の開きがあり、中学生では山梨県2.9%と東京都7.1%との間で約2.5倍、高校生では山梨県・富山県1.6%と大分県5.3%との間で約3.3倍の開きがあった。

(2) アトピー性皮膚炎

児童生徒のアトピー性皮膚炎の有病者数は699,086人で、有病率は5.5%であった。

男女別にみると、男子5.6%、女子5.4%であった。

都道府県別にみると、小学生から高校生までを通じて沖縄県が最も低く、小学生3.0%、中学生2.0%、高校生1.9%であった。一方、有病率の高い都道府県は、小学生では鳥取県10.8%、島根県9.3%、宮城県9.2%、中学生では宮城県7.2%、愛知県7.2%、奈良県7.0%、高校生では岡山県7.0%、北海道6.2%であった。

(3) アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎

児童生徒のアレルギー性鼻炎の有病者数は1,180,749人で、有病率は9.2%であった。

男女別にみると、男子10.8%、女子7.6%であり、男子は女子の約1.4倍の割合であった。

児童生徒のアレルギー性結膜炎の有病者数は442,419人で、有病率は3.5%であった。

男女別にみると、男子3.7%、女子3.2%であった。

(4) 食物アレルギー

児童生徒の食物アレルギーの有病者数は329,423人で、有病率は2.6%であった。

男女別にみると、男子2.7%、女子2.5%であった。

都道府県別にみると、小学生では、北海道4.1%、岐阜県3.7%、兵庫県3.7%で有病率が高く、茨城県1.7%、新潟県1.8%、山梨県1.9%で低く、その間で2倍以上の差を認めた。また、中学生でも、有病率の高い都道府県は北海道4.2%、岐阜県3.6%、兵庫県3.6%で、低い県は茨城県1.4%、佐賀県1.5%、高知県1.6%であった。高校生についても北海道3.3%、京都府2.6%、兵庫県2.5%が高く、茨城県1.0%、新潟県1.0%、和歌山県1.0%で低かった。

(5) アナフィラキシー

本調査では「アナフィラキシーショックを起こしたことがある者」として調査を行ったが、ここでは「アナフィラキシー」として考察する(第 部を参照。)。

児童生徒のアナフィラキシーの有病者数は18,323人で、有病率は0.14%であった。

男女別にみると、男子0.17%、女子0.12%であり、男子は女子の約1.4倍の割合であった。

都道府県別にみると、小学生では、栃木県0.33%、神奈川県0.32%、三重県0.30%で有病率が高く、佐賀県0.03%、沖縄県0.05%、山梨県0.05%で低かった。中学生では、和歌山県0.39%、広島県0.36%、埼玉県・長崎県0.31%が高く、佐賀県0.02%、鳥取県0.04%が低かった。なお、アナフィラキシーは有病者の絶対数が少ないため、これら都道府県別の有病率の違いが有意であるかどうかについては十分な検討を要する。

3. 疾患ごとの学校における取組状況の実態及び課題

(1) ぜん息

各学校における実態把握の状況としては、「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルギーの特定等を含むぜん息の児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校は、小学校96.1%、中学校95.9%、高等学校96.3%、全体96.1%であった。

緊急時の対応について、「発作などの緊急時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校61.1%（現在必要ないために行っていない15.0%）、中学校55.3%（同18.0%）、高等学校47.3%（同15.7%）、全体58.0%（同15.9%）であった。

体育の授業等での配慮について、「体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている」と回答した学校は、小学校69.1%（現在必要ないために行っていない18.0%）、中学校67.3%（同18.6%）、高等学校85.0%（同6.6%）、全体70.3%（同16.9%）であった。

ぜん息治療薬等の扱いについて、「学校への持参薬の確認をしている」と回答した学校は、小学校38.4%（現在必要ないために行っていない29.9%）、中学校34.3%（同28.7%）、高等学校32.9%（同20.0%）、全体36.7%（同28.5%）であった。また、「薬（吸入薬等）の保管場所を提供している」と回答した学校は、小学校14.6%（現在必要ないために行っていない45.0%）、中学校10.6%（同44.1%）、高等学校6.9%（同36.2%）、全体12.6%（同43.8%）であった。

実態把握の取組は概ねなされているが、今後は、ぜん息をもっているか否かだけでなく、具体的には、医薬品の使用に関する情報、体育の授業等で留意すべき事項に関する情報など、実際の配慮や対応に生かせるさらに詳細な情報が学校に確実に伝達され、生かされることが重要である。

緊急時の対応については、現状では十分であるとは言い難く、重症のぜん息発作が起きた場合を念頭においた、発作を起こした児童生徒への応急処置の方法、救急車要請の手順の確認等を事

前に共通理解しておく必要がある。

体育の授業等での配慮については、教職員が、ぜん息は症状の変化が速いことや、負荷が強い持続性の運動（持久走等）ではぜん息をもつ児童生徒がハンディキャップを負っていることを認識し、主治医等の医師からの指示を踏まえた適切な対応をとることが重要である。

また、ぜん息治療薬等の扱いについては、学校内における児童生徒の治療薬の誤使用による事故の防止や健康状態の把握の観点から、学校への医薬品の持参及び使用についての情報を学校と保護者とで共有することは重要である。児童生徒が日常的又は発作時に学校で医薬品を使用する場合には、事前にその情報を提供してもらい、特に気管支拡張薬を吸入した場合にはそのことを学校側に確実に知らせてもらうよう、保護者や児童生徒の理解を求めていく必要がある。

（２）アトピー性皮膚炎

各学校における実態把握の状況としては、「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルギーの特定等を含むアトピー性皮膚炎の児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校は、小学校 95.5%、中学校 95.5%、高等学校 96.0%、全体 95.6%であった。

体育の授業等での配慮については、「体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 42.9%（現在必要がないために行っていない 25.7%）、中学校 46.6%（同 23.6%）、高等学校 64.3%（同 11.9%）、全体 46.2%（同 23.6%）であった。

温水シャワー浴については、「温水シャワー等の設備の充実を図っている」と回答した学校は、小学校 20.0%（現在必要がないために行っていない 20.7%）、中学校 7.4%（同 25.6%）、高等学校 4.3%（同 21.3%）、全体 14.8%（同 22.1%）であった。

日常的な学校生活での配慮については、「掃除当番（飼育当番）等について配慮をしている」と回答した学校は、小学校 28.0%（現在必要がないために行っていない 32.4%）、中学校 8.1%（同 39.7%）、高等学校 3.9%（同 32.0%）、全体 19.8%（同 34.4%）であった。

実態把握の取組は概ねなされているが、今後は、実際の児童生徒への配慮等につながる情報の収集等が重要な課題である。現在、学校は、主に保健調査等での保護者からの報告と就学時及び定期健康診断によって児童生徒の健康情報を入手している。今後は、より具体的で詳細な情報が学校にもたらされ、学校での取組に生かしていくことが求められる。

体育の授業等での配慮については、運動（体育や運動会）での汗や紫外線、プールの消毒薬等が、アトピー性皮膚炎の悪化の原因として知られており、これらを踏まえた具体的取組として、

運動会での待機場所を日陰（テント内）とすること、医薬品やスキンケア用品の外用・内服に関する配慮、水泳指導におけるプール使用後のシャワー浴の徹底及びプールサイドの日陰場所の設置、基準服の素材等に関する配慮等が知られている。各教職員に対して、これらの事項

の周知がなされることが重要である。

温水シャワー浴については、現在設置されていない学校が多かった。小学校における昼休み・大休憩の時間に体表を温水で洗い流す温水シャワー浴のアトピー性皮膚炎に対する効果は確認されており、その効果が学校側に十分認識されていないとの指摘もあることから、温水シャワー浴の効果に関する医学的知見の周知を図ることが重要である。また、既に施設を有する学校においても、医師の指示も含めた対象者の選定、プライバシーの保護、養護教諭の関与の仕方等、実際に実施する場合の方法について、先進的事例の収集や分析を行い、その結果を周知していくことが重要である。

日常的な学校生活の配慮については、重症アトピー性皮膚炎をもつ児童生徒にとっては、掃除や動物の飼育が悪化の原因となることも知られており、該当する児童が掃除当番や飼育当番を行う場合には、主治医等の医師からの指示や保護者との意見交換を踏まえ、必要に応じて、チリやホコリの舞わない環境での作業を担当させることや飼育当番は避けて他の係を担当させること等の配慮が必要である。

(3) アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎

各学校における実態把握の状況としては、「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルゲンの特定等を含むアレルギー性鼻炎・結膜炎の児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校は、小学校 77.7% (現在必要がないために行っていない 0.9%)、中学校 80.0% (同 0.9%)、高等学校 83.2% (同 0.6%)、全体 78.9% (同 0.8%) であった。

学校生活における配慮については、「掃除当番(飼育当番)等について配慮をしている」と回答した学校は、小学校 21.4% (現在必要ないために行っていない 24.2%)、中学校 5.5% (同 31.1%)、高等学校 3.5% (同 26.0%)、全体 15.0% (同 26.3%) であった。また、「特に花粉の飛散時期やホコリの多い日等の体育の授業、運動会や屋外活動への参加の際に配慮している」と回答した学校は、小学校 31.8% (現在必要ないために行っていない 17.9%)、中学校 26.7% (同 20.2%)、高等学校 23.1% (同 15.9%)、全体 29.4% (同 18.3%) であった。

実態把握の取組、様々な場面での配慮など、アレルギー性鼻炎・結膜炎については、十分な取組がなされているとは言い難い。実態把握の取組については、今回調査した有病率が、これまでの医学的知見からかけ離れていたことから、今後、実態把握の方法も含めて取組を進めていく必要がある。

アレルギー性鼻炎・結膜炎は、アナフィラキシーやぜん息とは異なり、生命に関わる疾患ではないが、生活の質に関わる疾患であるとともに、その多くは成人以降も自ら管理を継続していく必要のある疾患である。

これらの疾患に対する取組は、日常の学校生活や授業を受ける機会を極力制限することなく、疾患の原因や症状が出たときの対処法や予防法等に関して、児童生徒が自ら管理できるように、教職員に対する正しい知識の啓発から進める必要がある。

同時に、アレルギー性結膜炎の中には、アトピー性角結膜炎や春季カタルといった視力障害等を生じる恐れのある疾患もあることを周知し、これらの疾患をもつ児童生徒については、正しい情報が学校側に伝えられ、主治医等の医師の指示に沿った学校生活を送られるよう配慮する必要がある。

(4) 食物アレルギー

各学校における実態把握の状況としては、「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、症状誘発の原因となる食品の特定等を含む食物アレルギーの児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校は、小学校 98.5% (現在必要ないために行っていない 0.3%)、中学校 98.2% (同 0.3%)、高等学校 97.5% (同 0.3%)、全体 98.3% (同 0.3%) であった。

緊急時の対応等について、「症状誘発時等の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校 56.5% (現在必要ないために行っていない 12.5%)、中学校 48.3% (同 15.0%)、高等学校 36.0% (同 13.2%)、全体 51.9% (同 2.9%) であった。また、「食物アレルギーのある児童生徒の周知や症状誘発予防・誘発時の対応について、教職員の共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校 70.8% (現在必要ないために行っていない 8.0%)、中学校 70.4% (同 9.0%)、高等学校 49.2% (同 10.3%)、全体 68.3% (同 8.5%) であった。

学校給食における食物アレルギーへの対応については、完全給食を実施している学校に限ると、「学校給食について、医師の診断等に基づき配慮している」と回答した学校は、小学校 84.1% (現在必要ないために行っていない 7.1%)、中学校 72.2% (同 11.2%)、全体 80.9% (同 8.2%) であった。

校外学習における配慮について、「校外学習(日帰り)への参加の際、外出先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 47.6% (現在必要ないために行っていない 18.4%)、中学校 51.3% (同 15.7%)、高等学校 32.7% (同 14.7%)、全体 47.0% (同 17.2%) であった。

また、「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 73.0% (現在必要ないために行っていない 13.1%)、中学校 82.3% (7.9%)、高等学校 86.8% (同 4.5%)、全体 77.2% (同 10.6%) であった。

食物アレルギーは生命に関わる疾患であり、実態把握の取組は概ねなされていた。

緊急時の対応等については、連絡体制の整備や教職員間の共通理解が、必ずしも十分になされているとは言い難く、食物アレルギーの実態、原因、症状、対処法等の基礎情報を共有した上で、発作を起こした児童生徒への対応、救急車要請の手順など、具体的なケースを想定した事前の準備が必要である。

学校給食と食物アレルギーを考えた時、最も重要なことは給食によるアレルギー症状を予防することである。そのためには、食物の除去の必要性等の医師による判断に応じて、学校の現状に応じた代替食等の学校給食での取組が進められることが望ましい。

児童生徒にとって、宿泊行事等への参加は大変貴重な体験であり、食物アレルギーをもつ児童生徒からも「参加したい」という声が強い。これらの対応については、必ずしもすべての学校が経験していることではなく、先進的な学校や教育委員会での成功事例の収集・分析を進める意義は大きい。

なお、小児期に起こるアナフィラキシーの多くは、食物アレルギーを基礎にしていると言われている。緊急時の対応等に関しても、食物アレルギーとアナフィラキシーを結びつけた上で、起こりうるシナリオを想定した対応が学校全体で徹底されることが重要である。

(5) アナフィラキシー

各学校における実態把握の状況としては、「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アナフィラキシーの原因（食品、薬、ハチ刺され等）を含むアナフィラキシーの児童生徒の実態把握に努めている」との回答は、小学校 97.6%（現在必要がないため行っていない 0.3%）、中学校 96.9%（同 0.7%）、高等学校 97.5%（同 0.1%）、全体 97.4%（同 0.4%）であった。

緊急時の対応等については、「アナフィラキシー時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医、主治医等で共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校 71.1%（現在必要ないために行っていない 6.9%）、中学校 59.8%（同 9.8%）、高等学校 50.7%（同 9.4%）、全体 65.2%（同 8.1%）であった。「アナフィラキシーのある児童生徒の周知やアナフィラキシー予防・アナフィラキシー時の対応について、教職員の共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校 73.2%（現在必要ないために行っていない 6.1%）、中学校 70.3%（同 7.6%）、高等学校 57.7%（同 7.8%）、全体 70.2%（同 6.7%）であった。

校外学習等における配慮については、「校外学習（日帰り）への参加の際、外出先の環境や食事、アナフィラキシー時の対応等に配慮している」と回答した学校は、小学校 58.0%（現在必要ないために行っていない 12.5%）、中学校 58.8%（同 11.6%）、高等学校 42.2%（同 10.7%）、全体 55.9%（同 12.0%）であった。また、「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境や食事、アナフィラキシー時の対応等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 63.2%（現在必要ないために行っていない 16.7%）、中学校 76.1%（同 8.4%）、高等学校 79.6%（同 5.2%）、

全体 69.0% (同 12.8%) であった。

医薬品等の使用に関する事項については、「学校への持参薬の確認をしている」と回答した学校は、小学校 27.8% (現在必要ないために行っていない 26.2%)、中学校 16.7% (同 28.1%)、高等学校 12.2% (同 21.7%)、全体 22.7% (同 26.0%) であった。また、「薬の保管場所を提供している」と回答した学校は、小学校 17.3% (現在必要ないために行っていない 30.8%)、中学校 7.3% (同 33.8%)、高等学校 4.7% (同 28.3%)、全体 12.8% (同 31.2%) であった。

アナフィラキシーは非常にまれではあるが、起きた場合には生命に関わる重篤な疾患である。

実態把握の取組については概ねなされていた。今後は、日頃どのような配慮や注意が必要であるのかといったより詳細な情報を学校側が入手していくよう努めることが重要である。

緊急時の対応等については、既往を有する児童生徒が在籍している場合はもちろんのこと、食物依存性運動誘発アナフィラキシーのように、給食後、すぐに運動したりすることのある学校生活の中で特に発症しやすく、中学生になって初めて発症する例が認められることも踏まえ、アナフィラキシーの原因や症状等に関する情報や発症時の応急処置の方法等について、事前にすべての学校で教職員の共通理解を図っておく必要がある。

児童生徒が学校で使用する医薬品には種々のものが考えられるが、アナフィラキシーの既往をもつ児童生徒に対し医師からエピネフリン自己注射薬等が処方されている場合がある。この場合、アナフィラキシーの前駆症状を自覚した際、児童生徒自らが注射等をするよう事前に医師から指導されている。「薬の保管場所の提供」や「学校における薬剤の預かり」は、アナフィラキシーの既往を有し、救急治療薬を処方されている児童生徒やその保護者にとって有益な取組である。この取組を安全に進めるためには、学校で預かる医薬品の対象の選定及びその管理方法や管理体制のほか、課外活動等の対応可能な範囲等、保護者と事前に話し合うべき事項等を整理することが欠かせない。各学校で「救急治療薬の学校における預かり」を進めていくためには、先進的な取組を実践している学校の事例を収集・分析し、保護者との協議事項の整理等を行って安全で確実な実施を行うための方法論を精査していくことが効果的である。

4. 学校におけるアレルギー疾患に対する取組の推進に向けて

(1) アレルギー疾患対応の「学校生活管理指導表」を中心とした仕組みづくり

学校におけるアレルギー疾患に対する取組を推進するためには、アレルギー疾患に関する基本的な知識や対処方法等について、養護教諭のみならず各教職員が認識を深め、的確な対応ができる能力を高めることが求められる。そのためには、各教職員の自覚を促すということだけではなく、医療機関との連携を一層強化し、医学的な根拠に基づく取組が各学校においてなされるよう

な仕組みを作る必要がある。このことは、これまでに疾患ごとについて述べた個別の課題の解決に向けて、共通する方策となり得る。

現在、主に運動制限を要する疾患（心臓疾患、腎臓疾患等）に対しては、運動制限に関する医師の指示が確実に学校に伝わることを目的に、「学校生活管理指導表」という媒体を通じた対応がなされ、効果を上げている。これは、昭和50年頃から改訂を加えつつ用いられているものである。

この仕組みを参考として、アレルギー疾患についても、医師の指示が確実に学校に伝わり、学校での取組の実践に生かされることを目的に、アレルギー疾患及びそれに対する取組の特徴に基づいたアレルギー疾患に対応した「学校生活管理指導表」を作成し、これを用いた仕組みの構築を目指す。

具体的には、現在用いられている「学校生活管理指導表」は、運動活動に特化したものであるに対し、運動だけでなく学校生活の多様な場面を想定し、アレルギー疾患の特徴に即したアレルギー版「学校生活管理指導表」を作成・周知し、全国で使用されるよう働きかけるとともに、この媒体を通じた仕組みの運用に際し、学校、保護者、医師の各々が留意する事項や学校が実際の取組を行う際の具体的な方法等を示した運用の「手引き」を作成・周知する必要がある。

学校生活管理指導表

(平成14年度版)

学校生活管理指導表 (中学・高校生用)

平成 年 月 日

氏名 _____ 男・女 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才) _____ 中学校 _____ 高等学校 _____ 年 _____ 組

診断名(所見名)	指導区分 要管理 : A・B・C・D・E 管理不要	運動部活動 ()部 ()年()か月後 可(但し、)・兼	次回受診 ()年()か月後 または異常があるとき	医療機関 _____ 医師 _____ 印
----------	---------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------

【指導区分 : A...在宅医療・入院が必要 B...登校はできるが運動は不可 C...軽い運動は可 D...中等度の運動も可 E...強い運動も可】

運動強度		軽い運動 (C・D・E は "可")	中等度の運動 (D・E は "可")	強い運動 (Eのみ "可")	
運動	体づくり運動	体ほぐしの運動 体力を高める運動	体の柔らかさ及び巧みな動きを高める運動、力強い動きを高める運動、動きを持続する能力を高める運動	最大限の持久運動、最大限のスピードでの運動、最大筋力での運動	
	器械運動 (マット、鉄棒、平均台、跳び箱)	いろいろな手軽な運動、リズムカルな運動、基本の運動 (運動遊び) (投げる、打つ、推る、蹴る、跳ぶ)	簡単な技の練習、ランニングからの支持、ジャンプ・回転などの技	演技、競技会、連続的な技	
	陸上競技 (競走、跳躍、投てき)	体操運動、簡単なマット運動、バランス運動、簡単な跳躍、回転系の技	立ち幅跳び、負荷の少ない投てき、基本動作、軽いジャンピング	ジョギング、短い助走での跳躍	長距離走、短距離走の競走、競技、タイムレース
	水泳 (クロール、平泳ぎ、背泳ぎ、バタフライ、横泳ぎ)	水慣れ、浮く、伏し浮き、け伸びなど	ゆっくりな泳ぎ	競泳、競技、タイムレース、飛び込み	
	球技	バスケットボール	ランニング	バス、シュート、ドリブル、フェイント	ドリブルシュート、連携プレー (攻撃・防御)
		ハンドボール	パス、サービス、レシーブ、フェイント	パス、シュート、ドリブル	ドリブルシュート、連携プレー (攻撃・防御)
		バレーボール	ドリブル、シュート、リフティング、パス、フェイント、トラッピング、スローイング	スパイク、ブロック、連携プレー (攻撃・防御)	ドリブル・ヘディングシュート、ボレーシュート、連携プレー (攻撃・防御)
		サッカー	グラウンドストローク、サービス、ロビング、ボレー、サーブ・レシーブ	スマッシュ、力強いサーブ、レシーブ、乱打	ゴールキーピング
		テニス	パス、キッキング、ハンドリング	パス、キッキング、ハンドリング	ゴールキーピング、タックル
		ラグビー	フォア・バックハンド、サーブ、レシーブ	フォア・バックハンド、サーブ、レシーブ	ラック、モール、スクラム、ラインアウト、タックル
卓球		サーブ、レシーブ、フライング	サーブ、レシーブ、フライング		
バドミントン	スローイング、キャッチング、パッティング	走塁、連携プレー、ランニングキャッチ			
ソフトボール	投球、捕球、打撃	走塁、連携プレー、ランニングキャッチ			
野球	グリップ、スイング、スタンス	簡易ゴルフ (グランドゴルフなど)			
ゴルフ					
武道	柔道、剣道、(相撲、弓道、なぎなた、レスリング)	礼儀作法、基本動作、受け身、素振り	簡単な技・形の練習	応用練習、試合	
ダンス	創作ダンス、フォークダンス、現代的なリズムのダンス	即興表現、手振り、ステップ	リズムカルな動きを伴うダンス (ロックやサンバを除く)、日本の民謡の踊りなど	リズムダンス、創作ダンス、ダンス発表会	
雪遊び、水遊び	スキー、スケート、キャンプ、登山、遠泳	水・雪・水遊び	スキー・スケートの歩行やゆっくりな滑走	通常の野外活動	
野外活動			平地歩きのハイキング、水に浸かり遊ぶ	登山、遠泳、潜水	
文化的活動	体力が必要な長時間の活動を除く文化的活動	右の強い活動を除くほとんどの文化的活動	サーフィン、ワインドサーフィン	スキー・ボード、スクーバー・ダイビング	
学校行事、その他の活動	体育祭、運動会、球技大会、スポーツテストなど上記の運動強度に準ずる。 指導区分 "E" 以外の生徒の遠足、林間学校、臨海学校、宿泊学習などへの参加について不明な場合は学校医・主治医と相談する。				

(2) 各疾患に対する取組の実施方法等に関する先進的事例の収集・分析に基づく検討

アレルギー版の「学校生活管理指導表」を中心とした仕組みの構築により、学校側が入手する児童生徒のアレルギーに関する情報はより詳細なものとなることが推測されるが、一方で、学校で実施される各取組が、医学的根拠に基づく方法で実施され、また、安全・確実に効率的な方法で実施されていくようにすることも重要である。

アレルギー疾患に対する取組には、「実態把握」や「緊急時の対応」、「体育の授業等での配慮」など、これまでの医学的知見に基づく情報を、教職員に周知していくことで対応が進むと考えられる取組と、「アトピー性皮膚炎をもつ児童生徒に対する温水シャワー浴」、「学校における救急治療薬の預かり」、「学校給食における食物アレルギー対応」のように、取組の方法そのものを医学的観点等から見直し、先進的な事例の収集・分析を行うことによって、安全・確実に効率的な実施方法を検討していく必要のある取組とがある。

いずれの取組についても、(1) で触れた運用の「手引き」を通じて、学校、保護者、医師のそれぞれの立場で必要な内容を周知していくこととするが、とりわけ、後者に該当する取組については、先進的な事例を収集し、その情報を医学的観点、学校の現状の観点からさらに分析し、広く全国で行われる際の具体的実施方法について検討を行うことが必要である。

第 部 疾患ごとの調査結果の分析・評価

各WG（鼻炎・結膜炎については本委員会）において調査結果を分析評価するに当たっては、次の点に留意することとした。

児童生徒のアレルギー疾患の実態について

罹患者（有症者）数の調査について、調査票では各学校における該当する疾患の「罹患者（有症者）数」の記入を求めた。本委員会における調査結果の分析・評価において、「罹患者」、「有症者」、その他の概念としての「有病者」について、以下に示す用語の定義を行った上で、本調査における「罹患者（有症者）数」を「有病者数」と置き換えることとした。ただし、必ずしも医師による診断を確認したものではなく、保護者からの申し出等に基づいたものが含まれる点、

アナフィラキシーについては、過去の既往を有するものを調査対象としている点などに留意する必要があるとのことで意見は一致した。

罹患者（罹患者率）；一定期間に発生した特定の疾病の新患者（調査対象総数を分母としたその割合）

有症者（有症率）；ある時点で、特定の症状を認めた者（調査対象総数を分母としたその割合）

有病者（有病率）；ある時点で、特定の疾病に罹っている状態である者（調査対象総数を分母としたその割合）

学校における取組の現状について

該当する疾患をもつ児童生徒が在籍している学校のみが調査対象となっているため、取組の実施の比率を評価する場合もその点に留意する必要がある。

また、学校から「児童生徒の症状や状態から、現在必要がないために行っていない」（ ）との回答がなされた背景には、当該疾患の児童生徒は在籍しているが、「学校側の理由により実施されていない」場合のほか、「現在のところ、当該取組を実施する必要のある重症度の児童生徒は在籍していない」場合や、「学校に対して当該取組を求める要望がなされていない」場合等があることが推測されることに留意する必要がある。

1. ぜん息

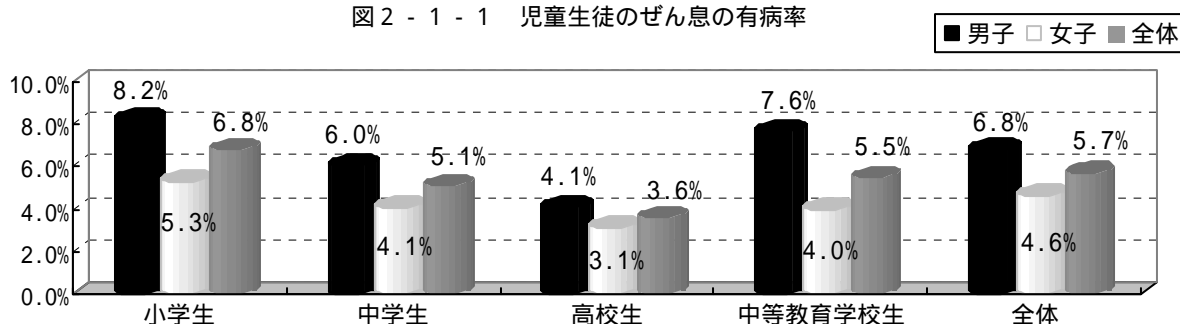
(1) 有病者数、有病率について

実態調査結果について

我が国における児童生徒のぜん息の有病者数は730,466人で、有病率は小学生6.8%(男子8.2%、女子5.3%)、中学生5.1%(男子6.0%、女子4.1%)、高校生3.6%(男子4.1%、女子3.1%)、中等教育学校生5.5%(男子7.6%、女子4.0%)、児童生徒全体では5.7%(男子6.8%、女子4.6%)であった。また、その性比(男:女)は、小学生1.53:1、中学生1.49:1、高校生1.32:1、中等教育学校生1.91:1、全体では1.50:1であった。

都道府県別にみると、小学生男子は山梨県4.8%と鳥取県11.0%との間で2.3倍、小学生女子は山梨県3.1%と鳥取県7.4%との間で2.4倍、小学生全体では山梨県4.0%と鳥取県9.3%との間で2.3倍の開きがあった。中学生男子においては、山梨県3.5%と東京都8.5%との間で2.4倍、中学生女子では山梨県2.2%と大分県5.9%との間で2.7倍、中学生全体では、山梨県2.9%と東京都7.1%との間で2.5倍、高校生男子では山梨県1.7%と大分県6.2%との間で3.6倍、高校生女子では富山県1.4%と大分県及び東京都4.5%との間で3.2倍、高校生全体では山梨県及び富山県1.6%と大分県5.3%との間で3.3倍の開きがあった。

図2-1-1 児童生徒のぜん息の有病率



実態調査結果に対する評価について

本実態調査で判明した児童生徒のぜん息の有病率を、これまでに報告されている疫学調査と比較する。これまでの知見は、主に有症率に関するものであり、有病率と単純に比較することは困難であることとともに、有症率の調査であっても、保護者または児童生徒本人に配布する調査票の様式等によりその結果が異なることがありうることに十分な注意を要する。

〔1〕各種調査の概要

・2002年の西日本11県での小学生調査

我が国で、これまでに行われた児童生徒を対象とした疫学調査で信頼性の高いものの一つとし

て、西日本 11 県の小学 1 年～6 年生の児童(81 小学校)を対象として、ATS-DLD(American Thoracic Society - Division of Lung Disease) 日本版の改訂版を用いて行った有症率調査がある (*2-1-)。

この調査は 1982 年に開始され、同一地区、同一手法で 1992 年、2002 年と継続して行われているものである。2002 年の調査結果は 37,938 人(解析対象 36,228 人、回収率 95.5%)を対象に行われ、以下の報告がなされている。

なお、有症率調査は症状をベースにしているため、「ぜん息」のあるなしではなく、どのような症状を有するものを気管支喘息と定義するかという症状に基づく定義づけが行われることに留意する必要がある。

< 調査内容 >

以下の ~ のすべてを満たすものを気管支喘息群と判定し、 ~ は満たすが を満たさないものを気管支喘息寛解群(かつては気管支喘息であったが、近年は症状がない群)とする。

「これまで胸がゼ`ゼ`-とか、ヒュ`ヒュ`-して、急に息が苦しくなる発作を起こしたことがある」

「そのような発作は、いままで 2 回以上ある」

「医師に喘息、喘息性気管支炎または小児喘息といわれたことがある」

「そのとき、息をするとゼ`ゼ`-とか、ヒュ`ヒュ`-という音がした」

「そのとき、ゼ`ゼ`-とかヒュ`ヒュ`-といって息が苦しくなった」

「この 2 年間に発作(症状)を起こしたことがあるか、喘息、喘息性気管支炎、または小児喘息で治療を受けたことがある」

また、以下の ~ のすべてを認め、気管支喘息群及び寛解群に該当しないものを喘鳴群ぜんめいとする。

息をする時、ゼ`ゼ`-とかヒュ`ヒュ`-という音がすることがある

それは、カゼをひいたときである

この 2 年間に、ゼ`ゼ`-とかヒュ`ヒュ`-することが 2 回以上ある

< 調査結果 >

気管支喘息群の割合	1992 年	男子 5.6%	女子 3.6%	合計 4.6%
	2002 年	男子 8.1%	女子 5.0%	合計 6.5%
気管支喘息寛解群の割合	1992 年	男子 1.9%	女子 1.4%	合計 1.6%
	2002 年	男子 2.7%	女子 2.2%	合計 2.4%
<small>ぜんめい</small> 喘鳴群の割合	1992 年	男子 5.8%	女子 4.6%	合計 5.2%
	2002 年	男子 5.8%	女子 4.7%	合計 5.3%

この2002年の調査では、気管支喘息群の割合は、小学生男子8.1%、同女子5.0%、全体6.5%、性比(男:女)は1.6であり、1982年の調査での小学生全体3.2%、1992年の調査での小学生全体4.6%と比較して年々増加する傾向にあると結論付けている。また、「ぜん息」に類似した症状を呈するが、かぜ等の感染症によるもので「ぜん息」によるものではない喘鳴群の割合は横ばいであったとしている。

・1995年の福岡市における調査(ISAAC調査)

別の有症率の調査方法としては、ISAAC(International Study of Asthma and Allergies in Childhood;喘息とアレルギー疾患の国際共同疫学調査)での調査に用いられる方法(以下、「ISAAC調査」という。)がある。

1995年には、その第 相試験として、福岡市の36小学校の6~7歳の児童2,901人と14中学校の13~14歳中学2年生の生徒2,831人を対象に有症率調査が実施されている(*2-1-)。

このISAAC調査票を用いて調査は、その結果を以下のように報告している。

<調査内容>

「あなた(のお子さん)は最近12ヶ月間で胸がゼ`ゼ`イ、またはヒューヒューしたことがありますか」

「あなた(のお子さん)は最近12ヶ月間にゼ`ゼ`-という発作が何回ありましたか」

「最近12ヶ月間にあなた(お子さん)は喘鳴(呼吸をするときにゼ`ゼ`-とかヒューヒューと音がする)のための睡眠障害が平均どのくらいありましたか?」

「最近12ヶ月間に1回の呼吸の間に1こと2ことしか会話ができないほどの重症な喘鳴ぜんめいがありましたか?」

<調査結果>

の回答 「はい」の割合 [6-7歳] 17.3%、[13-14歳] 13.4%

の回答 「1~3回」の割合 [6-7歳] 11.9%、[13-14歳] 8.0%

「4~12回」の割合 [6-7歳] 3.6%、[13-14歳] 3.0%

「13回以上」の割合 [6-7歳] 1.8%、[13-14歳] 1.2%

の回答 「1週間に一晩未満」の割合 [6-7歳] 4.3%、[13-14歳] 2.7%

「1週間に一晩、又はそれ以上」の割合 [6-7歳] 1.2%、[13-14歳] 0.6%

の回答 「はい」の割合 [6-7歳] 1.8%、[13-14歳] 2.1%

・2004年の厚生労働科学研究による全国調査（ISAAC調査）

同様に、ISAAC調査票を用いて、2004年度から厚生労働科学研究費補助金によって全国的な有症率調査が実施されている（*2-1- ）。

この調査では、2005年の6月から7月にかけて、全国47都道府県の小学1-2年生（64,424人/512校）、中学2-3年生（70,008人/289校）を対象にISAAC調査用紙を用いた調査を行い、6-7歳（47,050人）及び13-14歳（44,135人）の結果を以下のように中間報告にまとめている。

<調査内容>

「あなた（のお子さま）は最近12ヶ月のあいだに、胸がゼンゼンまたはヒューヒューしたことがありますか」

「あなた（のお子さま）は最近12ヶ月のあいだに、何回ゼンゼンする発作がありましたか」

「最近12ヶ月のあいだに、ゼンゼンしたために、平均してどのくらいの頻度であなた（のお子さま）の睡眠は妨げられましたか？」

「最近12ヶ月あいだに、あなた（のお子さま）は、呼吸の合間（あいま）にひと言かふた言しか話せないほどひどくゼンゼンすることがありましたか？」

<調査結果>

の回答 「はい」；〔6-7歳〕13.9%、〔13-14歳〕8.8%

の回答 「1～3回」；〔6-7歳〕9.3%、〔13-14歳〕5.5%

「4～12回」；〔6-7歳〕2.6%、〔13-14歳〕1.8%

「13回以上」；〔6-7歳〕0.6%、〔13-14歳〕0.8%

の回答 「1週間に1晩より少ない」；〔6-7歳〕5.2%、〔13-14歳〕2.6%

「1週間に1晩かそれ以上」；〔6-7歳〕1.8%、〔13-14歳〕0.8%

の回答 「はい」；〔6-7歳〕1.4%、〔13-14歳〕1.6%

とに掲げた、ともにISAAC調査票を用いた有症率調査では、「ゼンゼン」や「ヒューヒュー」等のぜん息のような症状を起こしたことがある比率が小学生で1割以上、中学生でも1割程度に上っているが、「1年間の発作回数が4回以上」ということに限定すると、6-7歳では1995年の調査で5.4%、2005年の調査では3.2%、13-14歳では1995年の調査で4.2%、2005年の調査では2.6%と総体的に見てかなり低いことが分かる。ただし、1995年の調査と2005年の調査は、同様の調査票は用いているが、対象等が異なるため、経年的な推移をみるには更なる検討が必要である。

・学校保健統計調査

文部科学省では、児童、生徒及び幼児の発育及び健康状態を明らかにすることを目的として、全国の小学校、中学校、高等学校、中等教育学校及び幼稚園のうち、あらかじめ指定する学校（調査実施校）に在籍する満5歳から17歳までの児童、生徒及び幼児の一部を対象に、毎年、4月1日～6月30日に実施される学校保健法に基づく健康診断の結果の調査を行っている。

平成18年度の調査は以下を対象に行われ、「ぜん息」の者の割合は、小学生3.79%、中学生2.96%、高校生1.67%であった。

表2-1-1

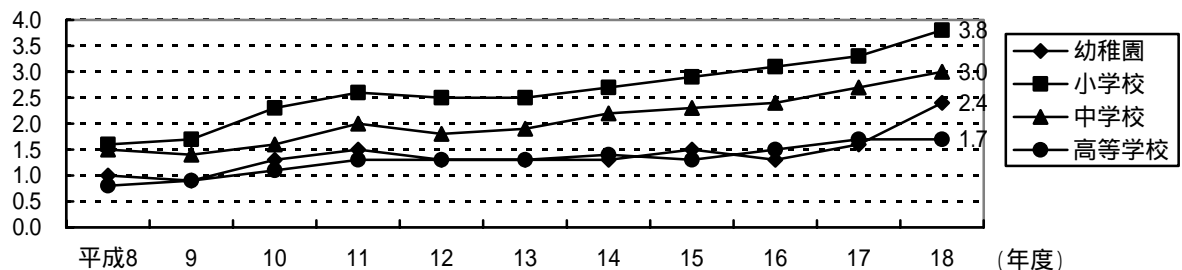
調 査 対 象 者 数

区分	調査実施校数	調査対象者数	
		発育状態	健康状態
小学校	2,820 (校)	270,720 (人)	1,343,375 (人)
中学校	1,880	225,600	852,654
高等学校	1,410	126,900	1,058,276
幼稚園	1,645	72,380	102,495
計	7,755	695,600	3,356,800
抽出率		全児童、生徒及び幼児の4.6%を抽出	全児童、生徒及び幼児の23.3%を抽出

(注) 1. 発育状態の調査は、調査実施校に在籍する児童、生徒及び幼児のうちから年齢別男女別に抽出された者を対象とし、健康状態の調査は、調査実施校の在学者全員を対象としている。
2. 中学校には中等教育学校の前期課程を、高等学校には中等教育学校の後期課程をそれぞれ含む。

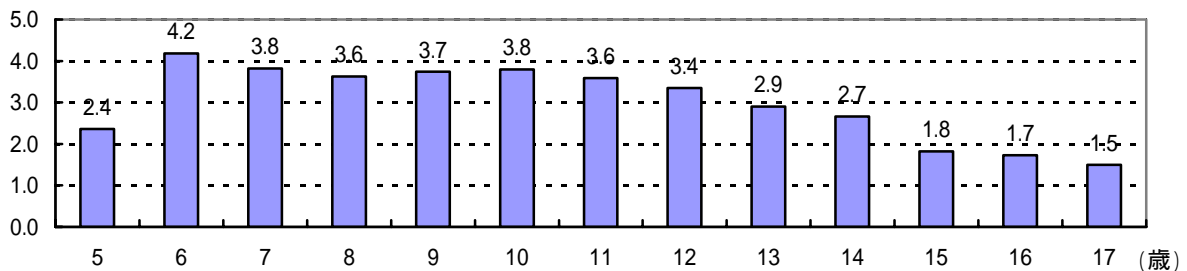
近年の学校保健統計調査における「ぜん息」の者の割合の推移は、図2-1-2に示す通り（平成18年度は速報値を採用）。また、平成18年度速報値における年齢別の「ぜん息」の者の割合は図2-1-3に示す通りであった。

(%) 図2-1-2 学校種別 ぜん息の者の推移



(%)

図2-1-3 年齢別 ぜん息の者の割合



学校保健統計調査は、学校の健康診断の結果を根拠としており、ここに示された実態は、主に以下の2つに基づき健康診断票に記載された内容と考えることができる。

- ・ 健康診断の事前実施される保健調査（保護者及び本人向けの問診）
- ・ 学校医による健康診断での所見

〔2〕本実態調査と各種調査との比較

有症率調査はその方法により得られた結果が大きく異なり、その結果を健康診断の結果に基づく調査結果との比較に用いる場合には注意深い検討を要する。

また、どの程度の重症度の児童生徒までを「ぜん息」と考えるかという問題があるが、これまでの疫学調査での知見等を踏まえると、今回の全国調査で得られた小中学生の有病率（小学生6.8%、中学生5.1%）は、学校での対応が求められる重症度という観点からは、妥当な結果であると考えられる。

高校生については、比較する適当なデータがないが、我が国の成人での有病率が3~4%と推測されていることからみると、高校生全体での有病率3.6%は妥当な結果と考えられる（*2-1-、2-1-）。

地域による違いに関しては、西日本11県で行われた2002年の疫学調査を参考に、本実態調査での有病率と比較すると、沖縄県4.9%（2002年疫学調査4.8%）、鹿児島県8.3%（同・6.8%）、宮崎県8.0%（同・7.7%）、大分県8.3%（同・6.7%）、熊本県6.2%（同・6.7%）、長崎県7.2%（同・6.7%）、佐賀県6.9%（同・6.3%）、福岡県7.6%（同・6.7%）であり、おおむね同様の傾向を示していることが分かった。

また、文部科学省の保健統計調査と今回の実態調査を比較してみると、今回の実態調査の結果は保健統計調査による結果をすべての学校段階で上回っていることが分かる。その理由としては、今回の実態調査が、保健統計調査が対象としている健康診断による情報のほか、健康診断とは別の機会に寄せられた保護者等からの申し出等による情報も対象としているために、健康診断時に

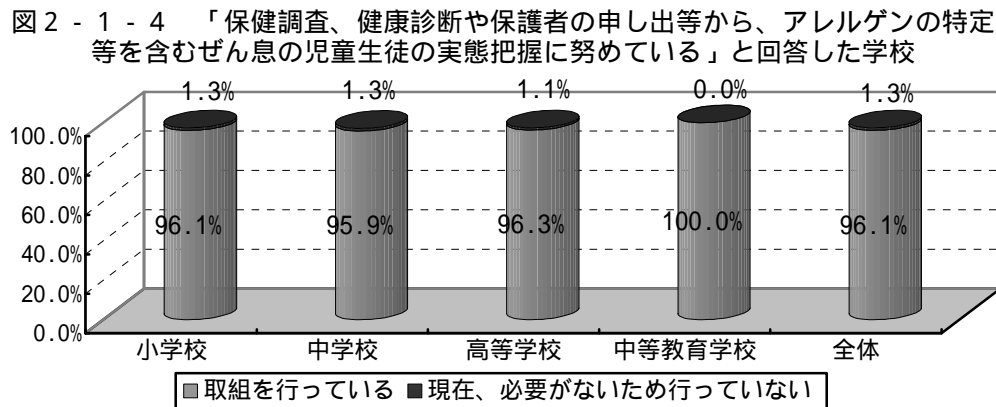
把握されていなかったものが追加されたと推測される。

全体的にみても、今回の実態調査における児童生徒のぜん息の有病率は、これまでの医学的知見と矛盾するものではなく、その傾向も小学生 > 中学生 > 高校生、男 > 女、西日本 > 東日本、都市部 > 非都市部、沖縄は低率であること等、これまでの医学会における平均的な認識とほぼ一致するものであった。

(2) 学校における取組について

実態の把握について

「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルギーの特定等を含むぜん息の児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校は、小学校 96.1%、中学校 95.9%、高等学校 96.3%、中等教育学校 100.0%、全体 96.1%であった。

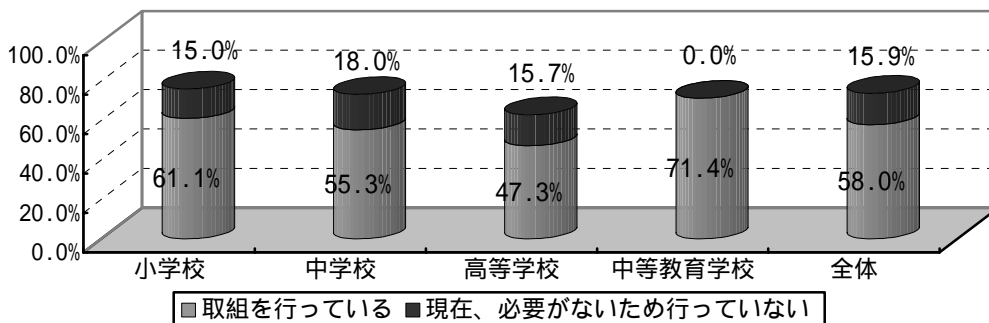


実態把握に関する取組はおおむねなされていると考えられるが、今後、学校にとっては、どのような情報をどのように入手し、実際の配慮や対応に生かしていけるかが課題となる。例えば、医薬品の使用に関する情報、学校生活における留意事項等、保護者や医師からの情報や指示が、確実に学校に伝達されるような仕組み作りを進めていくことが重要である。

緊急時の対応について

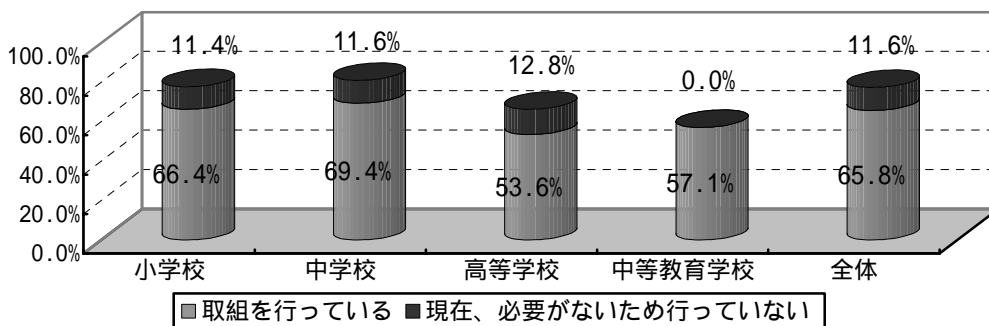
緊急時の対応について、「発作などの緊急時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校 61.1%（現在必要ないために行っていない 15.0%）、中学校 55.3%（同 18.0%）、高等学校 47.3%（同 15.7%）、中等教育学校 71.4%（同 0%）、全体 58.0%（同 15.9%）であった。

図2-1-5 「発作などの緊急時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている」と回答した学校



「ぜん息のある児童生徒の周知や発作の予防・発作時の対応について、教職員の共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校66.4%（現在必要がないため行っていない11.4%）、中学校69.4%（同11.6%）、高等学校53.6%（同12.8%）、中等教育学校57.1%（同0%）、全体65.8%（同11.6%）であった。

図2-1-6 「ぜん息のある児童生徒の周知や発作の予防・発作時の対応について、教職員の共通理解を図っている」と回答した学校



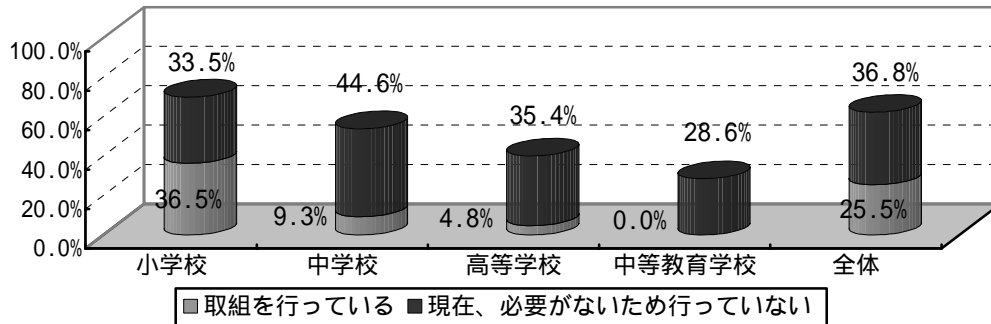
緊急時の対応については、取組の割合が50～60%にとどまっていた。多くの学校では、一般的な緊急時の連絡体制等についてのマニュアル等は用意されていると考えられるが、学校医や主治医への連絡体制までは準備していないことや、特にぜん息を想定した準備ではなかったことなどが、このような結果となった理由として考えられた。しかしながら、このような背景を考慮しても、現状の取組が十分であるとは言い難く、重症のぜん息発作が起きた場合を具体的に想定した緊急時の対応に関するマニュアルの準備や救急車要請に関する連絡体制の確認のほか、保健室の外線電話の設置等の体制整備を行うことが重要である。

学校生活における配慮について

学校での日常生活における取組としては、「掃除当番（飼育当番）等について配慮をしている」と回答した学校は、小学校36.5%（現在必要がないため行っていない33.5%）、中学校9.3%

(同 44.6%)、高等学校 4.8% (同 35.4%)、中等教育学校 0%(同 28.6%)、全体 25.5% (同 36.8%) であった。

図 2 - 1 - 7 「掃除当番(飼育当番)等について配慮をしている」と回答した学校



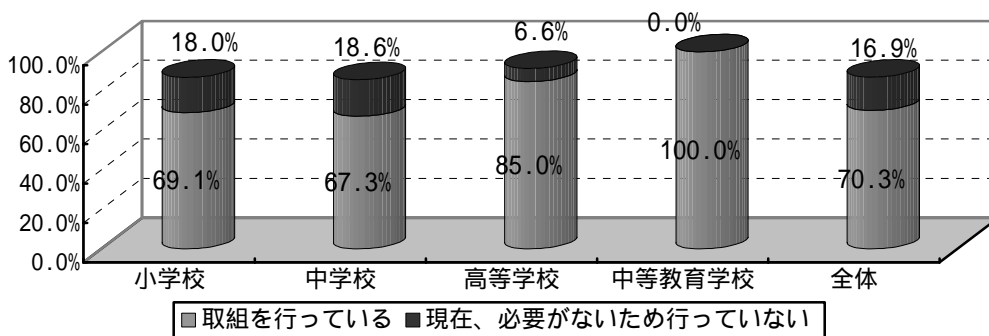
小学校に比べ、中学校、高等学校及び中等教育学校での実施率が低くなっているが、その原因としては、中学校や高等学校等では動物の飼育を行っているケースそのものが少ないこと、中学生以上では本人の自己管理能力が高く、学校に対して配慮を要望してくるケースが少ないこと等が考えられる。

ぜん息の児童生徒の多くは、ホコリや動物の毛・フケの吸入をきっかけとして発作を起こすことが知られており、教職員はこれらの危険性を認識し、主治医等の医師の指示や保護者の日常的観察による情報提供を踏まえ、掃除当番(特に飼育当番)を行わせるかどうかの判断をすることが望ましい。

体育の授業等での配慮について

体育の授業等での配慮について、「体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 69.1% (現在必要ないために行っていない 18.0%)、中学校 67.3% (同 18.6%)、高等学校 85.0% (同 6.6%)、中等教育学校 100.0%、全体 70.3% (同 16.9%) であった。

図 2 - 1 - 8 「体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている」と回答した学校



ぜん息をもつ児童生徒の 10%～20%は明らかな運動誘発ぜん息を有しており、ぜん息をもつ児童生徒の半数以上にとって 3～4 分以上の強度の強い運動（ランニング、マラソンや縄跳び等の強い運動）は発作の危険因子となることが分かっている（*2-1-2）。

教職員は、ぜん息をもつ児童生徒について、ひとたび発作が起きた場合は早めに運動を中止する等の迅速な対処が欠かせないこと、強度が強い持続的運動に関する運動能力の点でもハンディキャップ*を背負っていること等を理解する必要がある。冬場に行われることが多い持久走が発作を誘発しやすいことや、武道の場合に夢中になって、自分で運動量をコントロールできず発作が悪化することが多いことにも注意が必要である。

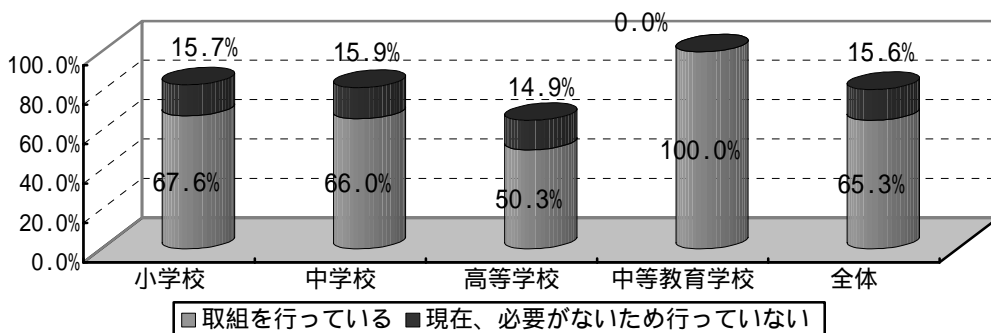
一方で、ぜん息をもつ児童生徒が非発作時には高い運動能力を示すことがあることは知られており、病気がコントロールできていれば、健常児と同様の生活を送らせるよう努めることも重要である。そのためにも、ぜん息の症状は一日の間でも大きく変化するものであり、その変化のスピードも極めて速いということの理解とともに、保護者、医師との密な連携が欠かせない。

また、体調がおもわしくなく体育を見学する場合等には、例えば計時係として参加する等、他の児童生徒から理解が得られるような配慮をすることも大切である。

校外学習等における配慮について

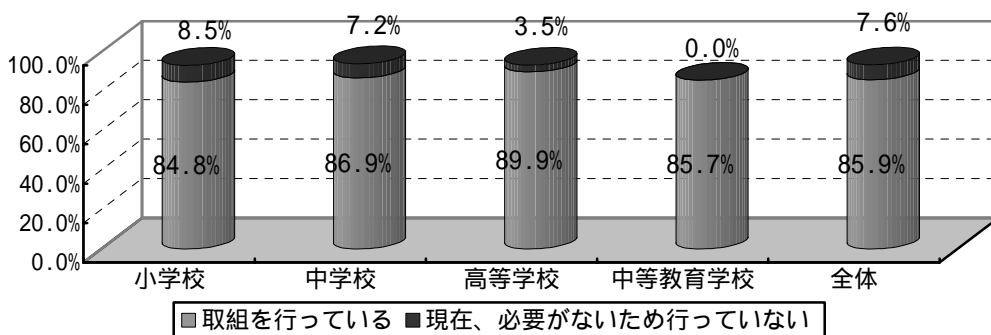
校外学習について、「校外学習（日帰り）への参加の際、学習内容、外出先の環境や発作時の対応等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 67.6%（現在必要ないために行っていない 15.7%）、中学校 66.0%（同 15.9%）、高等学校 50.3%（同 14.9%）、中等教育学校 100.0%、全体 65.3%（同 15.6%）であった。

図2-1-9 「校外学習（日帰り）への参加の際、学習内容、外出先の環境や発作時の対応等に配慮をしている」と回答した学校



宿泊行事について、「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境、発作時の対応等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 84.8%（現在必要ないため行っていない 8.5%）、中学校 86.9%（同 7.2%）、高等学校 89.9%（同 3.5%）、中等教育学校 85.7%（同 0.0%）、全体 85.9%（7.6%）であった。

図2-1-10 「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境、発作時の対応等に配慮をしている」と回答した学校

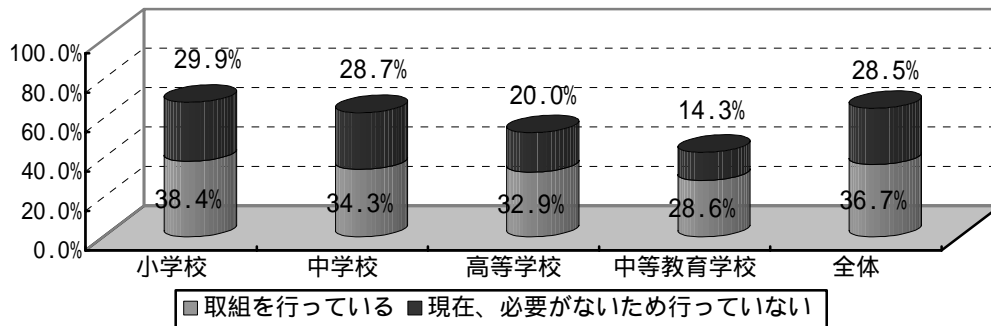


これらの校外学習や宿泊行事は、児童生徒にとって貴重な体験活動であり、保護者からの配慮を求める要望も多い。教職員がぜん息に関する正しい知識をもち、医師からの指示を踏まえた保護者との共通理解を前提として、ぜん息をもつ児童生徒ができる限り参加できるような配慮がなされることが望まれる。そのためには、先進的な成功事例をもっている学校での取組などの情報を収集・分析し、広く周知していく必要がある。

学校への医薬品の持参・使用について

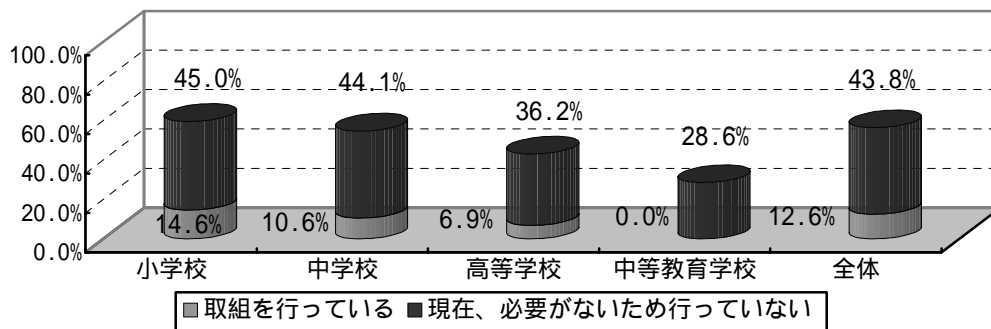
ぜん息治療薬等の扱いについて、「学校への持参薬の確認をしている」と回答した学校は、小学校 38.4%（現在必要ないため行っていない 29.9%）、中学校 34.3%（同 28.7%）、高等学校 32.9%（同 20.0%）、中等教育学校 28.6%（同 14.3%）、全体 36.7%（28.5%）であった。

図 2 - 1 - 1 1 「学校への持参薬の確認をしている」と回答した学校



また、「薬（吸入薬等）の保管場所を提供している」と回答した学校は、小学校 14.6%（現在必要ないために行っていない 45.0%）、中学校 10.6%（同 44.1%）、高等学校 6.9%（同 36.2%）、中等教育学校 0%（同 28.6%）、全体 43.8%（同 12.6%）であった。

図 2 - 1 - 1 2 「薬（吸入薬等）の保管場所を提供している」と回答した学校



学校内での治療薬の誤使用による事故の防止や児童生徒の健康状態の把握の観点から、児童生徒の学校への医薬品の持参及び使用についての情報を学校と保護者とで共有することは重要である。

特に、ぜん息の治療薬は過度の使用等による危険も大きいいため、児童生徒が日常的又は発作時に学校で医薬品を使用する場合には、事前にその情報を提供してもらい、特に気管支拡張剤を吸入した場合には、そのことを学校側に確実に知らせてもらうよう保護者及び児童生徒の理解を求めていく必要がある。

医薬品の保管場所の提供については、保護者からの要望を受け、各学校が可能な範囲で対応している現状がある。保管場所を提供するに当たっては、人材配置・施設整備とともに、事前に学校と保護者との間で十分に共通理解が図られることが前提となる。

- 参考文献 -

- <2-1- > 「西日本小学児童におけるアレルギー疾患有症率調査 1992 年と 2002 年の比較」日小ア誌 17：255～268，2003（西日本小児アレルギー研究会・有症率調査研究班 西間三馨ほか）
- <2-1- > 「ISAAC（International Study of Asthma and Allergies in Childhood）第相試験における小児アレルギー疾患の有症率」日小ア誌 16：207～220，2002（西間三馨ほか）
- <2-1- > 厚生労働科学研究費補助金・免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業「気管支喘息の有病率・罹患率及び QOL に関する全年齢階級別全国調査に関する研究」（赤澤晃ほか）
- <2-1- > 「静岡県藤枝市における成人気管支喘息の有症率調査」日胸疾会誌 1987；25：873-9（中川武正 ほか）
- <2-1- > 「成人気管支喘息の易学調査 - 静岡県藤枝市における喘息有症率の経年的変動に関する検討」アレルギー 1999；48：1043（中野純一ほか）

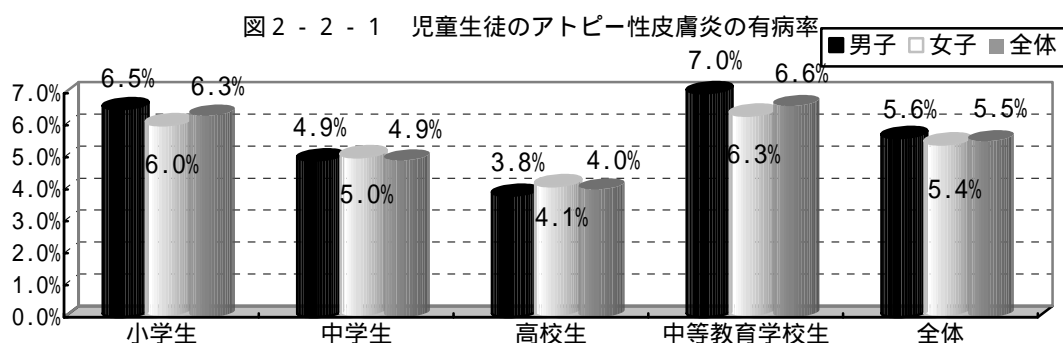
2. アトピー性皮膚炎

(1) 有病者数、有病率について

実態調査結果について

我が国における児童生徒のアトピー性皮膚炎の有病者数は699,086人で、有病率は小学生6.3%（男子6.5%、女子6.0%）、中学生4.9%（男子4.9%、女子5.0%）、高校生4.0%（男子3.8%、女子4.1%）、中等教育学校生6.6%（男子7.0%、女子6.3%）、児童生徒全体で5.5%（男子5.6%、女子5.4%）であった。また、その性比（男：女）は、小学生1.08：1、中学生0.98：1、高校生0.91：1、中等教育学校生1.12：1、全体では1.04：1であった。

都道府県別の有病率をみると、小学生から高校生までを通じ、沖縄県が最も低く小学生3.0%、中学生2.0%、高校生1.9%であった。その他、宮崎県、愛媛県等でも有病率は低かった。一方、有病率の高い都道府県としては、小学生では鳥取県10.8%、島根県9.3%、宮城県9.2%、中学生では宮城県7.5%、愛知県7.1%、福井県、奈良県6.6%、高校生では岡山県7.0%、北海道6.2%、鳥取県、石川県、高知県5.9%が挙げられる。沖縄県で特に低いことを始めとして、都道府県によって有病率に違いがあることが示された。



アトピー性皮膚炎の自然経過について

アトピー性皮膚炎は生下時には発疹をみることは極めてまれで、通常生後1~2ヶ月頃より発疹を認めるようになる。学童期以降は、学年が上がるにつれて軽快・治癒することが多いが、中には軽快せず徐々に重症化し成人に至る場合や、一時軽快したものの思春期になって皮疹が再発悪化する場合などがあり、その経過は個人差が大きい。アトピー性皮膚炎を発症する者のうち、1歳以下で発症するものが50~60%、5歳以下で発症するものはおよそ80%に上ると考えられている(*2-2- ,2-2- ,2-2-)。

小学1年生時にアトピー性皮膚炎と診断された181名のうち121名が小学6年生時に再び検診を受け、アトピー性皮膚炎が持続していたものは60名(49.6%)で、そのうち22名は症状が軽快していたとの報告(*2-2-)や、小学校入学時にアトピー性皮膚炎と診断されたもののうち約半

数は卒業するまでに自然軽快するとの報告もある(*2-2-)。

実態調査結果に対する評価について

〔 1 〕 各種調査の概要

我が国における児童生徒のアトピー性皮膚炎の有病率に関する報告は少ない。近年出された報告を表 2 - 2 - 2 「我が国におけるアトピー性皮膚炎の有病者数」にまとめた（その多くは検診によるデータである）。

・ 2002 年の西日本 11 県での小学生調査

児童生徒のアトピー性皮膚炎の実態をしらべた疫学調査としては、2002 年に、西日本 11 県の小学生 37,938 人（解析対象 36,228 人、回収率 95.5%）を対象に、ATS-DLD 日本語版に基づく調査用紙を用いて行われた有症率調査がある。この調査では、「医師に湿疹、アトピー性皮膚炎といわれたことがある」、「それは今もある」という質問に対し、ともに「はい」と回答したものをアトピー性皮膚炎群としている。

この 2002 年の調査における小学生全体のアトピー性皮膚炎群の割合は、男子 13.7%、女子 13.9%、合計 13.8%であったと報告がなされており、1992 年の同手法での調査では、男子 16.5%、女子 18.1%、合計 17.3%であったことから、1992 年と比較して、2002 年は低下傾向が見られるとされた。（*2-2- ）

・ 2000 ~ 2002 年の厚生労働科学研究による全国調査

2000 ~ 2002 年にかけて厚生労働科学研究の研究班によって行われた検診データを用いた大規模な全国調査（調査対象は全国 8 地区、4 ヶ月児 2,744 人、1 歳 6 ヶ月児 6,424 人、3 歳児 6,868 人、小学 1 年生 12,489 人、小学 6 年生 11,230 人、大学 1 年生 8,317 人 総対象人数 48,072 人）がある。この調査では、図 2-2-3 に示すとおり、アトピー性皮膚炎の有症率は 4 ヶ月児 12.8%、1 歳 6 ヶ月児 9.8%、3 歳児 13.2%、小学 1 年生 11.8%、小学 6 年生 10.6%、大学 1 年生 8.2%であったと報告している(*2-2-)。また、図 2-2-4 に示すように、症状の程度を軽症、中等症、重症、最重症の 4 段階に分け、ほとんどの患者が軽症であったとも報告している。

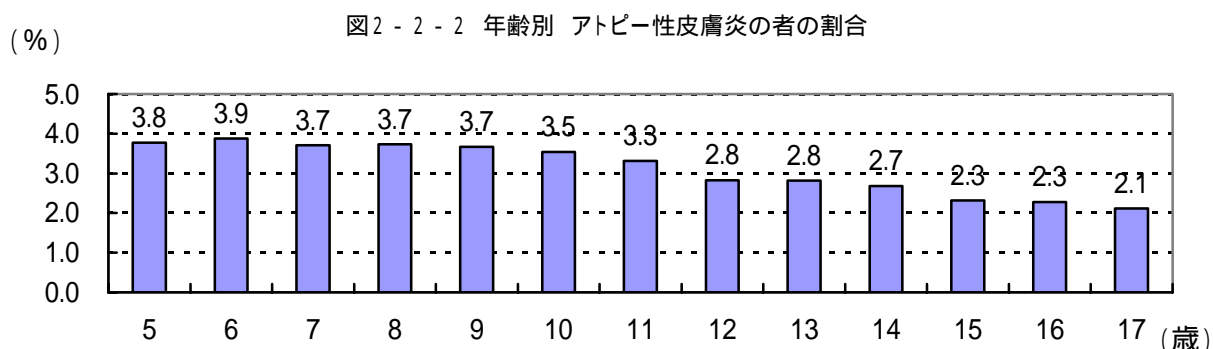
・ 1990 年の大阪府医師会学校医部会による調査

1990 年の大阪府医師会による大阪市内の小中学生 17,701 人を対象とした疫学調査がある。この調査は、ごく軽症例も含めたアトピー性皮膚炎の頻度は小・中学生全学年の平均で 25.5%であったが、実際に治療が必要であると考えられるものは、全学年平均で 4 ~ 5%であったと報告している。

アトピー性皮膚炎を対象とした検診による調査では軽症例も診断されるために、アンケートや全身的な健康診断に基づく調査よりも高い率を示すということに留意する必要があると考えられる。

・学校保健統計調査

毎年、文部科学省が行っている学校保健統計調査（詳細は「1 ぜん息」を参照）では、平成18年度より、調査項目として「アトピー性皮膚炎」が追加され、「アトピー性皮膚炎」の者の割合は小学生3.62%、中学生2.76%、高校生2.25%であり、年齢別の割合は、図2-2-2に示す通りであると初めて示された。



「ぜん息」に関する結果と重複するが、学校保健統計調査は、学校の健康診断の結果を根拠としており、ここに示された実態は、主に以下の事項に基づき健康診断票に記載された内容と考えることができる。

- ・ 健康診断の事前実施される保健調査（保護者及び本人向けの問診）
- ・ 学校医による健康診断での所見

〔2〕 本実態調査と各種調査との比較

今回の実態調査結果は、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校と就学児童生徒全体の実態を把握できる極めて大規模な調査であるため大変貴重なデータであると言える。

全体を通じ、今回の実態調査で得られた有病率は、表2-2-1に示す実際の検診による有症率よりも低かったが、その原因として軽症児が今回の調査では含まれていない可能性が高い。これはアトピー性皮膚炎を特に対象とした検診による疫学調査と、本調査のようにアトピー性皮膚炎だけでなく他の疾患全般を含んだ健康診断等の結果に基づく調査との違いと理解することができる。

また、保健統計調査と今回の実態調査結果を比較してみると、今回の実態調査結果は、保健統計調査による結果をすべての学校段階で上回っていた。その理由としては、今回の実態調査が、保健統計調査が対象としている健康診断による情報のほか、保護者の申し出等による情報も対象としているために、健康診断時把握されていなかったものが追加されたためと推測される。また、アトピー性皮膚炎については、平成 18 年度が調査開始年度であるため、今後の推移も含めて検討する必要がある。

表 2 - 2 - 1 我が国におけるアトピー性皮膚炎の有病者数

		小学低学年生	小学6年生あるいは	中学3年生
		(1~3年)	中学1年生	
1981-83年	愛知県	3.85%(小学校全体平均)		1.96%(中学生全体平均)
1990年	大阪府(アンケート)	19.0%	9.2%	9.0%
1992年	西日本(11県、アンケート)	17.3%(小学校全体平均)		
1993年	弘前市	9.0%	9.2%	
1993年	浜松市	24.3%	16.0%	
1995年	長崎市	8.5%		
1996年	茨城南部	7.6%	5.9%	
1992-97年	広島市安佐地区	13.6%		
2001年	広島市	10.9%	10.9%	
2001年	前橋市	9.9%	6.5%	
2002年	諫早市	10.1%		
2002年	西日本(11県、アンケート)	13.8%(小学校全体平均)		
2000-02年	全国8地区	11.8%	10.6%	

大阪府医師会学校医部会「アレルギー疾患アンケート調査報告書」1990年12月

阿南貞夫、山本憲嗣、アトピー性皮膚炎の自然寛解について、皮膚38(suppl 18):13-15、1996

上田 宏、皮膚科検診、専門医の手で、教育医事新聞1996年4月25日号

五十嵐俊弥 学校保健にかかわる専門相談医のあり方・皮膚科医の立場から、日医雑誌 130:553-558,2003

西日本小児アレルギー研究会・有症率調査研究班、西日本小児児童におけるアレルギー疾患有症率調査-1992年と2002年の比較-、日小アレルギー誌 17:255-268,2003

山本昇社、疫学調査でわかったこと、皮膚アレルギーフロンティア 1:85-90,2003

学年が上がるにつれてアトピー性皮膚炎は軽快する傾向にあることは既に述べた。本実態調査でも小学生、中学生、高校生となるにつれ、アトピー性皮膚炎の有病率は若干低下している。

しかし、1964年には、492例のアトピー性皮膚炎患者の20年後の治癒率は軽症で40%、重症で29%であり、学年が上がるにつれて重症者の割合が増加すると報告されている(*2-2-)。

また、厚生労働科学研究費補助金による研究班による検診結果を用いた研究も、小学1年生及び6年生よりも大学生の方が重症や最重症者の割合が増加していることを報告している(図2-2-4)(*2-2-)。

今回の実態調査では、重症度については対象としていないが、小学生、中学生、高校生とアトピー性皮膚炎の全体の頻度は成長と共にゆっくりと減少はしていく一方、逆に有病者に対する重

症者の占める割合は増加していることが推測される。

性差については、一般的に、幼稚園以下の低年齢層では男女差はないとされるが、大学生や社会人では女性に多くなる傾向があることが知られている（*2-2- ）。本調査においても、小学生では男子に多いが、中学生や高校生では女子に多い傾向を示していた。

地域差については、上田らによる検診結果に基づく検討では、アトピー性皮膚炎は都市部で最も多く、次いで郊外、田園地域では少ないと報告されている（*2-2- ，*2-2- ）が、厚生労働科学研究費補助金による研究班による検診結果を用いた研究では、8地域の結果は一定の傾向を有していないとの報告（*2-2- ）もあり、統一的な見解には達していないのが現状である。

本実態調査においても、都道府県別の有病率の違いに明確な説明を付与することは困難であるが、沖縄県ではアトピー性皮膚炎の有病率がそれ以外の都道府県に比べ少ないことが知られており（*2-2- ，*2-2- ）、本実態調査の結果もこれまでの知見を裏付けるものとなっている。

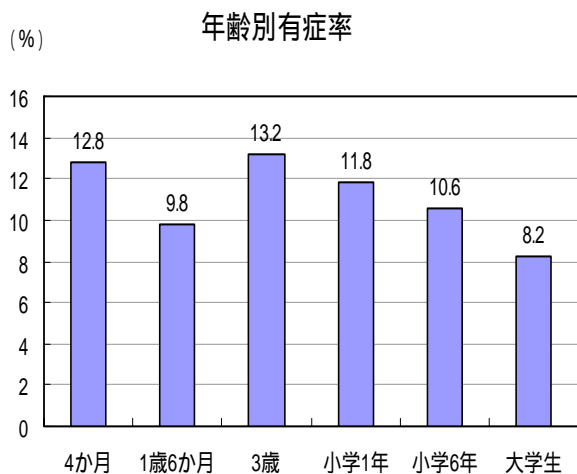
これらを総合すると、軽症例を含めた我が国の小学生のアトピー性皮膚炎の有病率は10%～13%程度で、学年が上がるにつれてゆるやかに減少しているものと推測できる。

一方で、学校の健康診断は、個別疾患を詳細に診断することが目的ではなく、治療等の措置や学校において取組をすべき異常が見つかることが目的であり、アトピー性皮膚炎に関して言えば、適切なスキンケアや治療が必要となるような中等症～重症例の発見がその役割となるであろう。

このような観点からは、本調査でのアトピー性皮膚炎の有病率（小学生6.3%、中学生4.9%、高校生4.0%）は妥当な結果と考えられる。

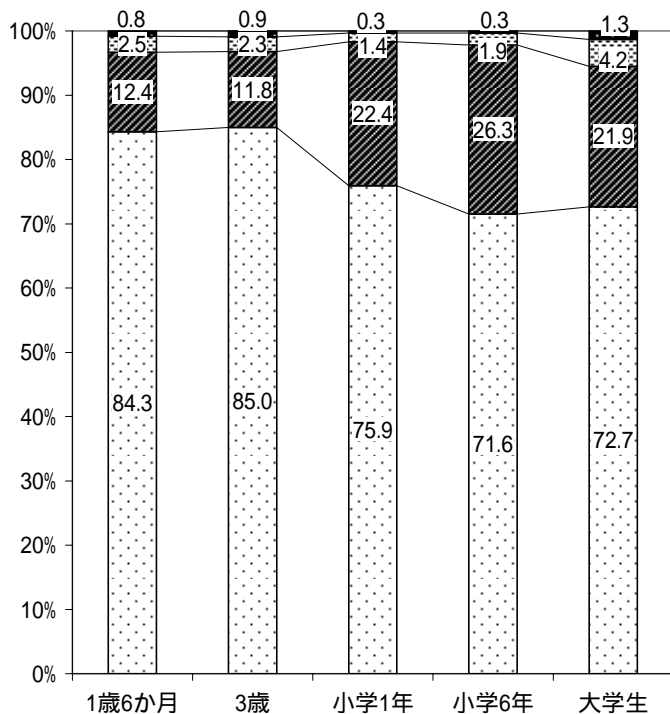
児童生徒においてアトピー性皮膚炎は、決してまれな疾患ではないことが分かった。「皆と一緒にやっていけるのだろうか?」、「学校の先生は、病気のことを理解してくれるだろうか?」、「友達は何?」、「いじめられないか?」、「困ることが起こりはしないだろうか?」などアトピー性皮膚炎をもつ児童生徒の保護者からは様々な声が寄せられている（*2-2- ）。様々な重症度の子どもたちがいることを理解した上で、これらの声に応えるようきめ細かい取組を進めていく必要がある。

図 2 - 2 - 3 我が国の本症有症率（全国 8 地区平均）



4か月
 北海道、関東、中部、近畿、中国、四国、九州の7地区
 1歳6か月、3歳、小学1年、小学6年
 北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州の8地区
 大学生
 東京大学、近畿大学、広島大学の3大学

図 2 - 2 - 4 重症度別割合



重症度は、本ガイドラインの「重傷度のめやす」による。
 平成12～14年度厚生労働科学研究費補助金免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業「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」より

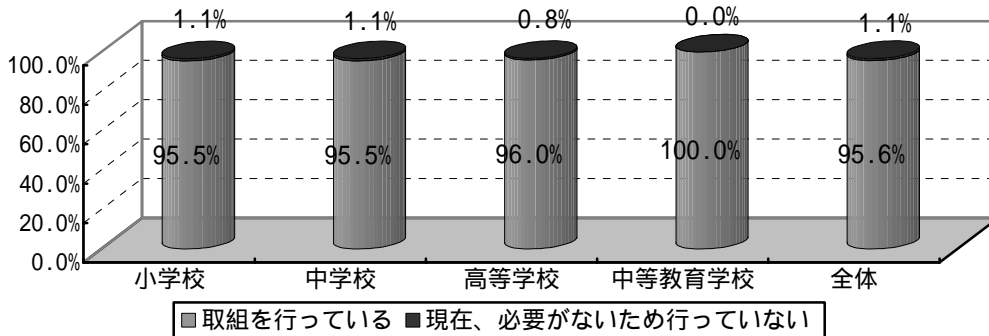
(2) 学校における取組について

実態の把握について

「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルゲンの特定等を含むアトピー性皮

膚炎の児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校は、小学校 95.5%、中学校 95.5%、高等学校 96.0%、中等教育学校 100.0%、全体 95.6%であった。

図 2 - 2 - 5 「保健調査、健康診断や保護者の申し出等から、アレルギーの特定等を含むアトピー性皮膚炎の児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校

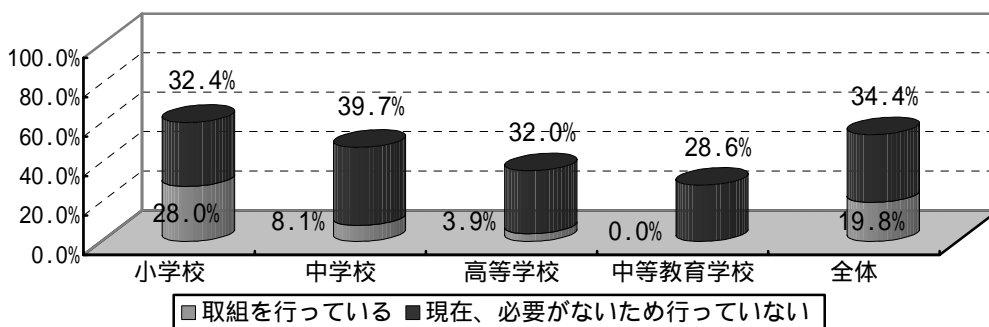


実態把握の取組はおおむね進められていると考えられる。現在、学校は、主に保健調査等での保護者からの申し出と就学時及び定期健康診断によって児童生徒の健康情報を入手している。今後は、より具体的で詳細な情報を入手し、学校での取組に生かしていくことが求められる。

学校生活での配慮について

「掃除当番（飼育当番）等について配慮をしている」と回答した学校は、小学校 28.0%（現在必要がないため行っていない 32.4%）、中学校 8.1%（同 39.7%）、高等学校 3.9%（同 32.0%）、中等教育学校 0%（同 28.6%）、全体 19.8%（同 34.4%）であった。

図 2 - 2 - 6 「掃除当番（飼育当番）等について配慮している」と回答した学校



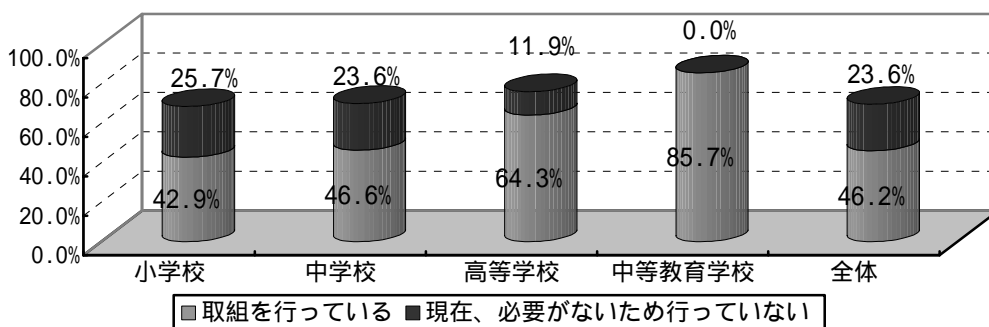
学校は、アトピー性皮膚炎をもつ児童生徒も、他の児童生徒と同様の学校生活を送ることができるよう努めることが原則であるが、明らかなアトピー性皮膚炎の悪化原因については、これを回避するような適切な取組が行われることが望ましい。

重症のアトピー性皮膚炎をもつ児童生徒にとって、掃除や動物の飼育が悪化原因となりうるということが知られている。該当する児童生徒が掃除当番や飼育当番を行う場合には、医師からの指示や保護者との意見交換を踏まえ、必要に応じてチリやホコリの舞わない環境での作業を担当させることや、飼育当番は避けて他の係を担当させる等の配慮が必要である。これらの配慮は、今回の実態調査の結果にも表れているが、自己管理能力がまだ不十分な小学生に対して特に求められるものである。

体育の授業等での配慮について

「体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 42.9%（現在必要がないために行っていない 25.7%）、中学校 46.6%（同 23.6%）、高等学校 64.3%（同 11.9%）、中等教育学校 85.7%（同 0%）、全体 46.2%（同 23.6%）であった。

図 2 - 2 - 7 「体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている」と回答した学校

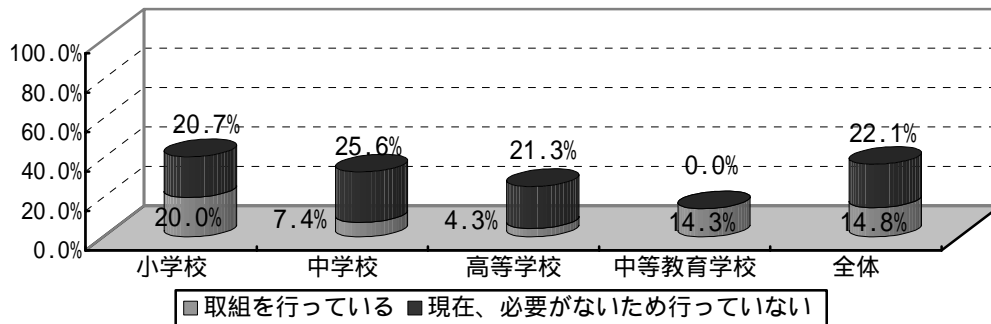


運動（体育や運動会）での汗や紫外線、プールの消毒薬等も、アトピー性皮膚炎の悪化原因となりうるということが知られている。これらに対する具体的取組としては、運動会での待機場所を日陰（テント内）とすること、医薬品やスキンケア用品の外用・内服に関する配慮、水泳指導におけるプール使用後のシャワー浴の徹底及びプールサイドの日陰場所の設置、基準服（体育着や制服等）に関する襟首のこすれ、素材、長袖の着用等への配慮等が挙げられる。このような取組が有効であること、また、その具体的方法について、周知されていくことが重要である。

温水シャワー浴について

「温水シャワー等の設備の充実を図っている」と回答した学校は、小学校 20.0%（現在必要がないために行っていない 20.7%）、中学校 7.4%（同 25.6%）、高等学校 4.3%（同 21.3%）、中等教育学校 14.3%（同 0%）、全体 14.8%（同 22.1%）であった。

図2 - 2 - 8 「温水シャワー等の設備の充実を図っている」と回答した学校



アトピー性皮膚炎のスキンケアの基本は皮膚の清潔と保湿・保護であり、「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン」においても毎日の入浴・シャワーが推奨されている。特に学校生活においては、夏季の体育やクラブ活動等で汗やホコリで皮膚が汚れやすく、それらをできるだけ速やかに取り除くことが大切である。

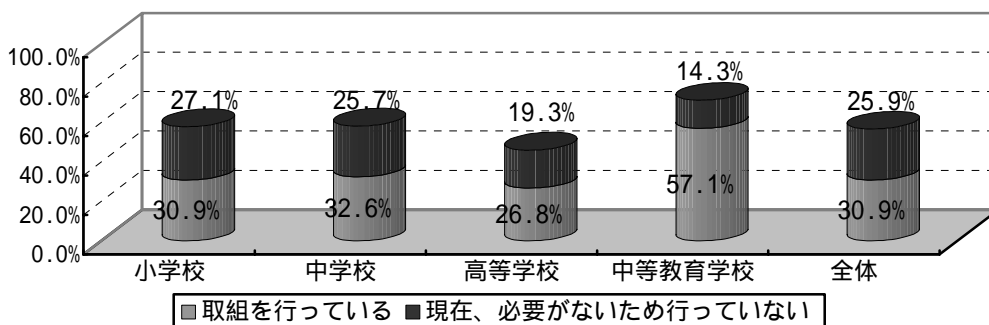
小学校では、昼休み・大休憩の時間に体表を温水で洗い流すだけの単純な温水シャワー浴の効果が確認されており、森川らによる長野県及び群馬県における報告がある（*2-2- ）。

温水シャワーの設置については、設置されていない学校が多かった。しかしながら、その効果についての学校側の認識も不十分であるとの指摘もあり、また、既に施設を有する学校でも、医師の指示も含めた対象者の選定、プライバシーの保護、養護教諭の関与の仕方等、シャワー浴を実施するために解決すべき課題は多い(*2-2-)。そのため、今後さらに温水シャワーの設置が進むようその効果に関する啓発を促進するとともに、既に施設を有する学校において、個々の学校の事情に合わせた取組が進むよう、成功事例の収集やその公表が進められることが重要である。

校外学習等における配慮について

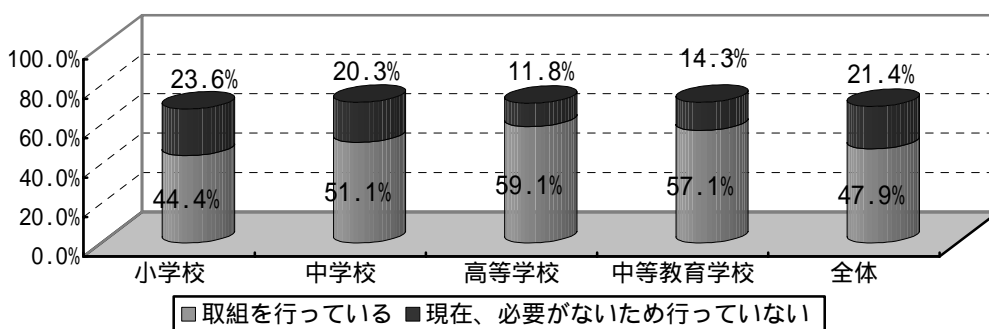
「校外学習（日帰り）への参加の際、外出先の環境等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 30.9%（現在必要ないために行っていない 27.1%）、中学校 32.6%（同 25.7%）、高等学校 26.8%（同 19.3%）、中等教育学校 57.1%（同 14.3%）、全体 30.9%（同 25.9%）であった。

図 2 - 2 - 9 「校外学習（日帰り）への参加の際、外出先の環境等に配慮をしている」と回答した学校



「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 44.4%（現在必要ないために行っていない 23.6%）、中学校 51.1%（同 20.3%）、高等学校 59.1%（同 11.8%）、中等教育学校 57.1%（同 14.3%）、全体 47.9%（同 21.4%）であった。

図 2 - 2 - 10 「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境等に配慮をしている」と回答した学校



具体的には、校外学習や宿泊行事における配慮としては、「医薬品等を使用する際の配慮」や「刺激性の低い衣類を着用する」等の衣類に関する配慮等が考えられる。このような具体的に実施されている取組を収集・分析し、アトピー性皮膚炎をもつ児童生徒が学校外活動に積極的に参加できるよう環境を整えることは有益である。

学校での医薬品等の使用に関する取組について

「学校への持参薬の確認をしている」と回答した学校は、小学校 27.9%（現在必要ないために行っていない 30.5%）、中学校 20.5%（同 30.4%）、高等学校 14.8%（同 23.2%）、中等教育学校 28.6%（同 14.3%）、全体 24.4%（同 29.7%）であった。また、「薬の保管やスキンケアの場所を提供している」と回答した学校は、小学校 20.8%（現在必要ないために行っていない 38.2%）、中学校 14.2%（同 38.6%）、高等学校 11.9%（同 30.4%）、中等教育学校 0%（同

28.6%)、全体 18.0% (同 37.4%) であった。

図 2 - 2 - 1 1 「学校への持参薬の確認をしている」と回答した学校

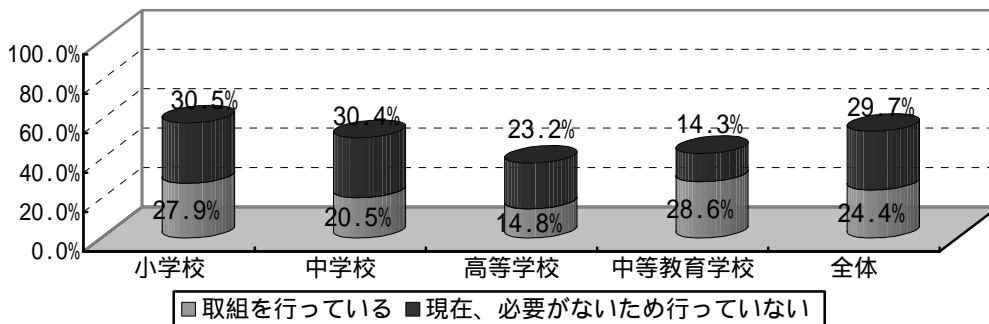
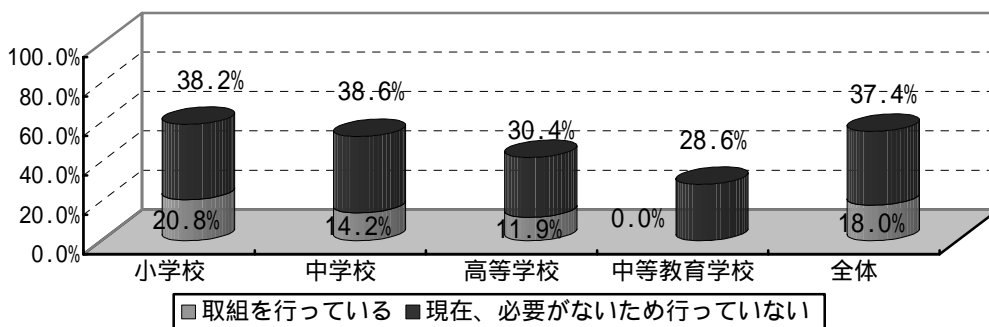


図 2 - 2 - 1 2 「薬の保管やスキンケアの場所を提供している」と回答した学校



学校における医薬品等の使用については、学校生活においても、アトピー性皮膚炎をもつ児童生徒の一部は医薬品の塗布を行う必要のあることを踏まえると、十分なものとは言い難い。

その中でも、小学校、中学校、高等学校の順に取組の実施の割合が低下しているが、これは、学年が上がるにつれて、自己管理能力が高まり学校に取組の要請を行わなくなっていること、医薬品等の使用について学校に知られたくないと考える割合が増えることが主な要因であると考えられる。

アトピー性皮膚炎は必ずしも緊急措置を要する疾患ではないが、医薬品等の使用に関して医師の指示に基づいて保護者からの要望があった場合には、医薬品使用の場所の提供等の配慮がなされる必要がある。

- 参考文献 -

- <2-2- >皮膚科 MOOK No.1「アトピー性皮膚炎の疫学」(今村貞夫ほか)
- <2-2- >日本皮膚科全書第3巻、I-II「アトピー性皮膚炎」(増田勉)
- <2-2- > Acta Derm Venereol 47:75-82,1967 “Clinical aspects of atopic dermatitis”
(Hellerstrom S, Rajka G.)
- <2-2- >「小学1年生の学童が有するアトピー性皮膚炎を含めた皮膚病変の5年後の予後調査：
広島県安佐地区での検討」日医雑誌 135: 97-103, 2006 (岡野伸二ほか)
- <2-2- >「西日本小学児童におけるアレルギー疾患有症率調査 1992年と2002年の比較」日小
アレルギー誌 17: 255~268, 2003 (西日本小児アレルギー研究会・有症率調査研究班
西間三馨ほか)
- <2-2- > 厚生労働科学研究費補助金・免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業「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」(山本昇壯
ほか)
- <2-2- >皮膚 38(suppl18)「アトピー性皮膚炎の自然寛解について」13-15、1996(阿南貞夫ほか)
- <2-2- > Arch Dermatol 89:209-214,1964 “The natural history of atopic dermatitis.” (Roth
HL, Kierland RR)
- <2-2- > J Dermatol 33: 817~819, 2006 “Prevalence of atopic dermatitis determined by
clinical examination in Japanese adults.” (Saeki H et al)
- <2-2- > J JOCD 75:44-53, 2003 「前橋市における小・中学校皮膚科定期健診、付 中学1年
生のアトピー性皮膚炎：健診後の追跡調査および疫学的調査成績」(五十嵐俊弥ほか)
- <2-2- > <http://www.lib.u-ryukyu.ac.jp/kiyou/medkiyou/95year/hifu.html>
- <2-2- > Eur J Dermatol 16:416-419, 2006 “Incidence of atopic dermatitis in nursery school
children - a follow-up study from 2001 to 2004, Kyushu University Ishigaki Atopic
Dermatitis Study (KIDS).” (Fukiwake N et al)
- <2-2- >小児科診療 69:1197-1202, 2006 「アトピー性皮膚炎の患者さんに「アラジーポット」
ができること、してきたこと」(栗山真理子(アラジーポット))
- <2-2- >望月博之、森川昭廣「アトピー性皮膚炎における小学校でのシャワー浴の効果について」
日皮ア会誌 13: 174-179, 2005
- <2-2- >秀道広、亀好良一、田中稔彦「アトピー性皮膚炎に対するシャワー浴の効果に関する調
査 - 予備調査報告結果 - 」広島医学 59: 987 - 991, 2006

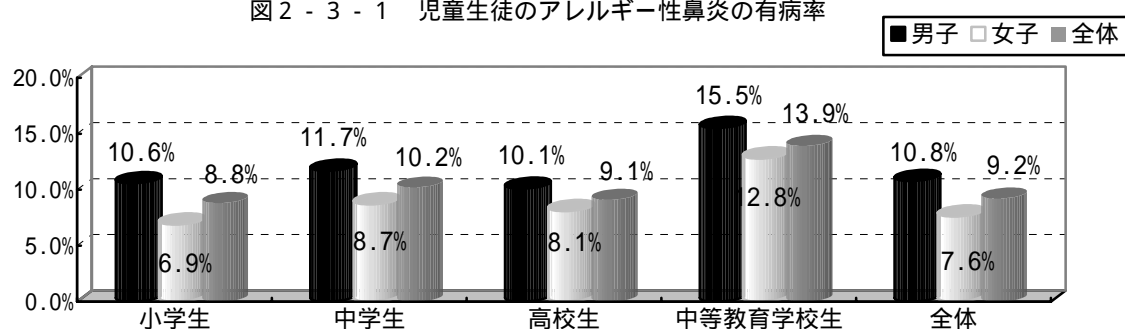
3. アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎

(1) 有病者数、有病率について

調査結果について

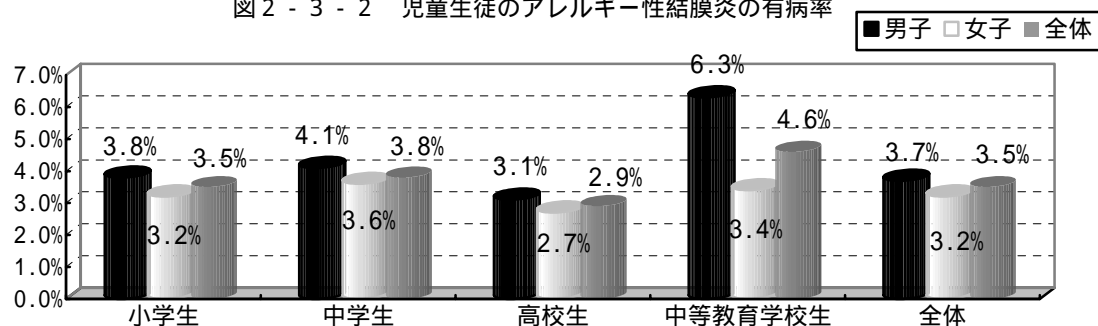
我が国における児童生徒のアレルギー性鼻炎の有病者数は1,180,749人で、有病率は小学生8.8%（男子10.6%女子6.9%）、中学生10.2%（男子11.7%、女子8.7%）、高校生9.1%（男子10.1%、女子8.1%）、中等教育学校生13.9%（男子15.5%、女子12.8%）、児童生徒全体で9.2%（男子10.8%、女子7.6%）であった。また、その性比（男：女）は小学生1.54：1、中学生1.34：1、高校生1.25：1、中等教育学校生全体1.21：1、全体では1.42：1であった。

図2-3-1 児童生徒のアレルギー性鼻炎の有病率



我が国における児童生徒のアレルギー性結膜炎の有病者数は442,419人で、有病率は小学生3.5%（男子3.8%、女子3.2%）、中学生3.8%（男子4.1%、女子3.6%）、高校生2.9%（男子3.1%、女子2.7%）、中等教育学校生4.6%（男子6.3%、女子3.4%）、児童生徒全体では3.5%（男子3.7%、女子3.2%）であった。また、その性比（男：女）は小学生1.21：1、中学生1.14：1、高校生1.13：1、中等教育学校生1.84：1、全体では1.18：1であった。

図2-3-2 児童生徒のアレルギー性結膜炎の有病率



実態調査結果に対する評価について

〔1〕アレルギー性鼻炎に関する各種調査の概要

アレルギー性鼻炎とは、鼻粘膜のⅠ型アレルギー性疾患*で、原則的には発作反復性のくしゃみ、水性鼻漏（鼻水）、鼻閉（鼻づまり）を兆候とする疾患で、鼻過敏症、鼻アレルギー、アレルギー性鼻炎等の病名が用いられている。本報告書においてはアレルギー性鼻炎とする。

*Ⅰ型アレルギー；即時型アレルギー、アナフィラキシー型とも呼ばれ、体内のIgE(Immuno-Globulin E;免疫グロブリンE)と呼ばれる抗体が主に関与し、皮膚反応としては15～30分という短時間での反応を示すものとされる。Ⅰ型アレルギー反応による代表的疾患には、アレルギー性鼻炎のほか、アトピー性皮膚炎、気管支喘息の一種、アナフィラキシーショック等が知られている。

アレルギー性鼻炎には、ダニや家の中のホコリを抗原として1年中症状のある通年性アレルギー性鼻炎と、スギ、ヒノキ、カモガヤ、ブタクサ等の植物の花粉を抗原として季節性をもって症状をおこす季節性アレルギー性鼻炎（花粉症）とがある。ただし、今回の調査では、この別についての調査は行っていない。

・1998年の全国の耳鼻咽喉科医およびその家族を対象とした疫学調査

成人も含めた我が国の全国的なアレルギー性鼻炎の疫学調査としては、1998年に全国の耳鼻咽喉科医師9,471名およびその家族を対象として質問紙を郵送し、回収するという形で行われた調査がある。この調査での回収率は42.8%で、回答は17,301名から寄せられている（*2-3- ）。

この疫学調査によると、人口分布調整を行った、スギ花粉症の有症率は17.3%で、全体に日本海側、瀬戸内地方に比べ、太平洋側、中部地方に高く、高緯度あるいは低緯度地域では有症率は低かった。年齢層別では、10歳代で急激に増加し、60歳代になると低下していた。スギ以外の花粉症の有症率は11.7%で、年齢および地域との関係はスギ花粉症とほぼ同様の結果であったとしている。通年性アレルギー性鼻炎の有症率は19.8%で、年齢層別では、5～9歳で急激な上昇がみられ、スギ花粉症より若年での発症が多く、また、スギ花粉症と異なり地域差はみられなかったとしている。。

・2002年の西日本11県での小学生調査

2002年に西日本11県の小学生37,938人（解析対象36,228人、回収率95.5%）を対象として行われたアレルギー性鼻炎に関する有症率調査がある（*2-3- ）。

この調査では、「アレルギー性鼻炎または、花粉症による鼻炎といわれたことがあるか」という質問に対し、「はい」と回答し、かつ「鼻炎症状（くしゃみ、鼻水、鼻づまり等）が今も続いている」または「その症状は特に2月～4月に強くでるか」のいずれかに「はい」と回答したも

のをアレルギー性鼻炎群と定義し、小学生全学年では男子 24.3%、女子 16.5%、合計 20.5%であったと報告している。

1992 年の同手法の調査では、男子 19.2%、女子 12.5%、合計 15.9%であったことから、1992 年に比べ 2002 年は増加傾向が見られるとしている。

・1995 年の福岡市における調査（ISAAC 調査）

国際比較可能な方法による調査としては、1995 年に、前述の ISAAC 調査票を用いて、ぜん息と同様に、福岡市の 36 小学校の 6-7 歳の児童 2,901 人、14 中学校の 13-14 歳の生徒 2,831 人を対象に行われた有症率調査がある。この中で、「鼻」について調査されており、以下のような結果であったと報告されている（*2-3- ）。

「最近 12 ヶ月間のあいだであなた（のお子さん）は、今までカゼやインフルエンザにかかっていないときに、くしゃみや鼻水、はなづまりで困ったことはありますか？」

「はい」 6-7 歳 25.6% 13-14 歳 41.0%

このほか、以前から小児での発症が多い通年性アレルギー性鼻炎に加えて、成人での発症が中心であったスギ花粉症の増加が指摘されている。また、小児におけるアレルギー性鼻炎の発症率が高くなるとともに、発症の低年齢化も認められている。さらに、近年、通年性と花粉症の合併や複数の抗原に対してアレルギー反応を起こす例が増えているとの報告がある。

〔 2 〕 アレルギー性鼻炎に関する本実態調査結果の評価について

今回の実態調査で得られた児童生徒におけるアレルギー性鼻炎の有病率は、これまでの各種調査と比較すると、かなり低いものであると考えられる。その原因としては、以下の事項が考えられた。

- A. 学校の定期健康診断では、当日に強い症状を呈していない限り、アレルギー性鼻炎の指摘がなされにくいこと。
- B. 定期健診のほか、保護者や本人からの学校への申し出も調査の対象としているが、鼻炎に罹患していても必ずしも学校に報告されていないケースが多いと思われること（アレルギー性鼻炎のみを対象とした調査と、種々の疾患の自由記載方式とでは、記載される確率が異なる。 ）。
- C. 保護者や本人に、アレルギー性鼻炎に罹患しているという認識が十分でないこと。
- D. 花粉症の発症や症状悪化に強く関与するスギ、ヒノキ花粉の飛散量が、平成 16 年には多くの人口を抱える都市圏で著しく少なかったこと。

一般的には、アレルギー性鼻炎全体としての有病率は小学生、中学生、高校生と学年が上がるにつれて増加するものと考えられるが、上記BやCの理由により、特に高校生に関しては本人からの学校への情報提供が十分になされていないのではないかとの意見が出された。

本調査結果を読むに当たっては、アレルギー性鼻炎のうち、過半を占める花粉症には好発時期があり、保健調査の時期（通常4月に実施）との関連も考慮する必要がある。

〔3〕 アレルギー性結膜炎に関する各種調査の概要

アレルギー性結膜炎は、アレルギー性鼻炎と同様、ダニやハウスダスト（カビ、動物の毛やフケ等）、花粉等の抗原（アレルゲン）が眼に入ることにより生じる眼掻痒感（かゆみ）、充血、流涙等を主症状とするⅠ型アレルギーによる結膜の炎症で、抗原の種類、症状の発現時期により、以下のように分けられる。

A. 通年性アレルギー性結膜炎

季節に関わらず、一年を通して症状が出現する。ハウスダストを抗原とする場合が多く、病態は花粉症とほぼ同様である。

B. 季節性アレルギー結膜炎（花粉症）

地域によって異なるが、春先に多いスギ・ヒノキ科、春過ぎから秋に多いカモガヤ等のイネ科、秋に多いブタクサ等のキク科の花粉等が抗原であり、毎年決まった季節に症状がみられる。花粉飛散状況の違いにより地域によって症状発現時期に特徴がある。

C. その他の疾患

アレルギー性結膜疾患には、A、Bの他に、アトピー性角結膜炎、春季カタルが含まれており、小児に多いため、今回の調査結果にも含まれると考えられるため併記する。これらは、AやBに比べ頻度は高くないものの、激しい眼掻痒感、眼脂、充血を伴う重症型のアレルギー性結膜炎で、ハウスダストを始め多くの抗原が関与している。症状の特徴は通年性、慢性、再発性であることである。アトピー性角結膜炎は顔面、特に眼周囲にアトピー性皮膚炎を合併し、結膜の増殖や角膜病変を伴うものもある。春季カタルは男児に多く、結膜の増殖性病変（眼瞼結膜の巨大乳頭、角膜周辺の結膜増殖）を特徴とし、角膜病変を伴うと、眼痛、視力障害を生じ、学校生活にも支障を来す。従来は、思春期過ぎに軽快することが多かったが、最近では、特にアトピー性皮膚炎合併例で20歳代でも症状の悪化が見られるようになってきた。

・1993年の厚生省アレルギー総合研究事業による疫学調査

1993年に厚生省アレルギー総合研究事業疫学調査班によってなされた調査では、両眼のかゆみをもつ者は、15歳未満の小児で16.1%、成人では21.1%、医師によりアレルギー性結膜炎と診断されたことがある者は、小児12.2%、成人14.8%であった。このことより、全人口の約15~20%がアレルギー性結膜疾患を有していると推定している(*2-3-)。

・2002年の西日本11県での小学生調査

児童生徒を対象とした有症率調査として、2002年に西日本11県の小学生37,938人(解析対象36,228人、回収率95.5%)を対象に行われた調査がある(*2-3-)。

この調査では、「アレルギー性結膜炎または、花粉症による結膜炎といわれたことがあるか」という質問に対し、「はい」と回答し、かつ「結膜炎の症状(眼のかゆみ、発赤、涙が多い等)が今も続いている」、または「その症状は2月~4月に強く出る」のいずれかに「はい」と回答したものをアレルギー性結膜炎群と定義している。小学生全学年でみると、男子10.8%、女子8.7%、合計で9.8%であったと報告されている。

1992年の同手法の調査では、男子7.7%、女子5.7%、合計6.7%であり、1992年に比べ2002年は増加傾向が見られるとしている。

また、学年間の比較では、2002年調査で、小学1年生全体7.0%から小学6年生全体で12.1%と、学年を経るに従い増加していることが分かった。

・1987~97年の大阪府医師会による調査

大阪府医師会は、1987年~97年の間、隔年で、府内公立小学校(平均1,008校、平均児童数544,203名)に対して、各市町村教育委員会を通じて、各学校に調査票を配布し、保護者に児童の自覚症状に関する質問に対して回答を得る形で調査(回答率95.5%)を行っている(*2-3-)。

この調査は、「毎年、ある季節になると眼がかゆくなることがある」と回答した割合は、10年間の平均が14.3%であり、調査年度で増減はあったが、87年は8.6%であったものが、97年には19.5%と10年間で2.3倍に増加していると報告されている。

・1993~95年の日本眼科医会による疫学調査

その他の全国的な疫学調査としては、1993年~95年にかけて行われた日本眼科医会アレルギー眼疾患調査研究班による疫学調査がある(*2-3-)。

この調査は、全国の大学病院、総合病院等の28施設を定点として、1993年1月から1995年12月までの3年間に、これらの医療機関を受診したアレルギー性結膜疾患患者全員に対して調査票を用いて行った調査である。このため、この調査は、アレルギー性結膜炎として受診した患者の

特徴を調査したものと言い換えることができる。

これによると、調査票の回収数は3年間で11,338例であり、年齢分布としては10代をピークに加齢に伴い減少し、性別は10歳以上の各年代では女性患者が男性患者よりも多く、20歳以上の各年代では女性患者数は男性患者数の2倍以上の数であった。診断名としては、通年性アレルギー性結膜炎が最も多く、季節性アレルギー性結膜炎のほぼ2倍であったと報告されている。

〔4〕アレルギー性結膜炎に関する実態調査結果の評価について

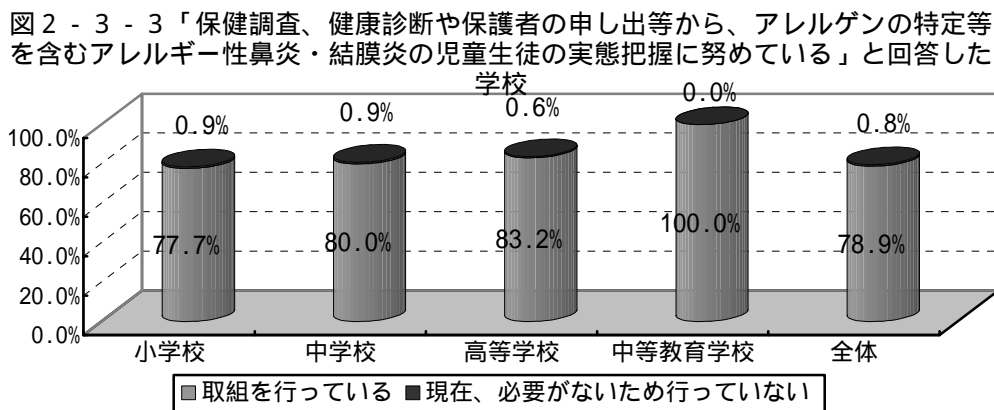
これまでに行われた各種の疫学調査は、調査方法等により結果が異なっているが、児童生徒のアレルギー性結膜炎の有症率は、少なく見積もっても10%前後で、学年が上がるにつれて増加傾向を示すことが推測される。

今回の実態調査で判明した児童生徒のアレルギー性結膜炎有病率は、これらの数値と大きくかけ離れて、低いものだった。その原因としては、アレルギー性鼻炎の場合と同様な事項が考えられるが、特に、調査の方法や季節性による影響が大きいものと推測された。今後は、実態把握の方法等を検討する必要がある。

（2）学校における取組について

実態の把握について

「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルゲンの特定等を含むアレルギー性鼻炎・結膜炎の児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校は、小学校77.7%（現在必要がないために行っていない0.9%）、中学校80.0%（同0.9%）、高等学校83.2%（同0.6%）、中等教育学校100.0%、全体78.9%（同0.8%）であった。



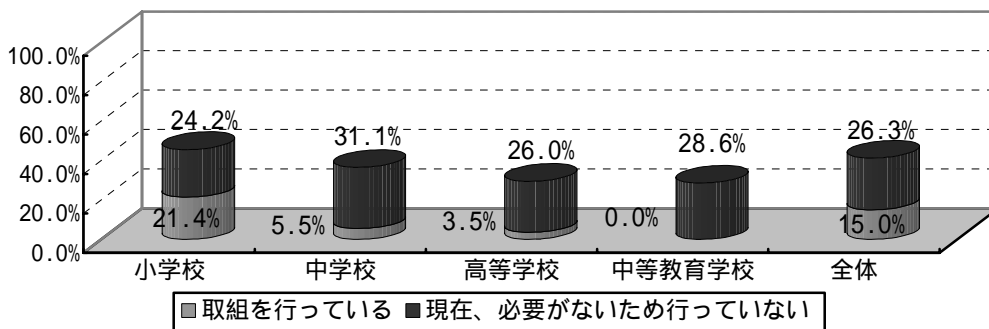
実態把握の取組は、80%程度と他の疾患と比較し、十分なものとは言えなかった。その結果、今回の実態調査による有病率は、これまでの種々の調査結果に比べて、かなり低い結果であり、調査年度の花粉飛散量等を考慮する必要はあるものの、実態把握の方法そのものが今後の検討課

題だと考えられる。

学校生活における配慮について

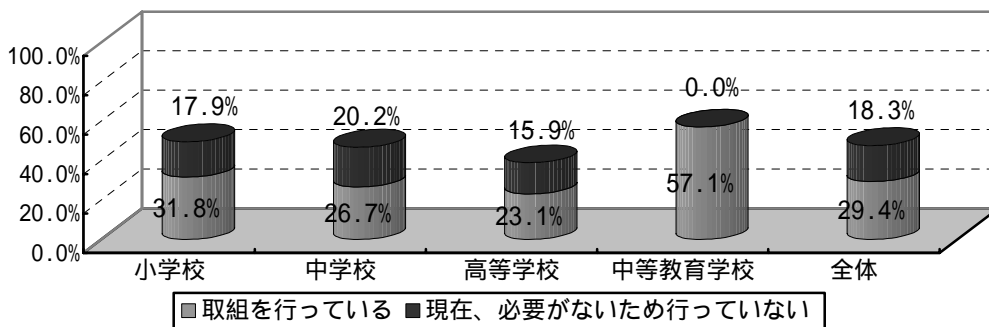
「掃除当番（飼育当番）等について配慮をしている」と回答した学校は、小学校 21.4%（現在必要ないために行っていない 24.2%）、中学校 5.5%（同 31.1%）、高等学校 3.5%（同 26.0%）、中等教育学校 0%（同 28.6%）、全体 15.0%（同 26.3%）であった。

図 2 - 3 - 4 「掃除当番（飼育当番）等について配慮をしている」と回答した学校



「特に花粉の飛散時期やホコリの多い日等の体育の授業、運動会や屋外活動への参加の際に配慮している」と回答した学校は、小学校 31.8%（現在必要ないために行っていない 17.9%）、中学校 26.7%（同 20.2%）、高等学校 23.1%（同 15.9%）、中等教育学校 57.1%（同 0%）、全体 29.4%（同 18.3%）であった。

図 2 - 3 - 5 「特に花粉の飛散時期やホコリの多い日等の体育の授業、運動会や屋外活動への参加の際に配慮している」と回答した学校



学校生活や体育の授業等における配慮は、他の疾患に比べても、進んでいない実態が明らかになった。

アレルギー性鼻炎・結膜炎は、アナフィラキシーやぜん息とは異なり、生命に関わる疾患では

ないが、生活の質に関わる疾患であるとともに、その多くは成人以降も自ら管理を継続していく必要のある疾患である。これらの疾患に対する取組は、日常の学校生活や授業を受ける機会を極力制限することなく、疾患の原因や症状が出たときの対処法や予防法等に関して、児童生徒が自ら管理できるようになるように、教職員に対する正しい知識の啓発から進める必要がある。

同時に、アレルギー性結膜炎の中には、アトピー性角結膜炎や春季カタルといった視力障害等を生じる恐れのある疾患があることを周知し、これらの疾患をもつ児童生徒については、正しい情報が学校側に伝えられ、主治医等の医師の指示に沿った学校生活を送られるよう配慮する必要がある。

- 参考文献 -

- <2-3- > 「アレルギー鼻炎の全国疫学調査 ～全国耳鼻咽喉科医および家族を対象にして～」日耳鼻会報 105:215～224,2002（中江公裕ほか）
- <2-3- > 「西日本小学児童におけるアレルギー疾患有症率調査 1992年と2002年の比較」日小ア誌 17：255～268,2003（西日本小児アレルギー研究会・有症率調査研究班 西間三馨ほか）
- <2-4- > 「ISAAC（International Study of Asthma and Allergies in Childhood）第相試験における小児アレルギー疾患の有症率」日小ア誌 16：207～220,2002（西間三馨ほか）
- <2-4- > 厚生省アレルギー総合研究事業疫学研究班「アレルギー諸疾患の疫学調査に関する研究」（班長 三河春樹）
- <2-4- > 「大阪府内における児童の眼アレルギー様症状の変遷」第31回全国学校保健・学校医大会 2000.11.11 大会誌（大阪府医師会学校医部会、大阪府眼科医会校医部 中川やよいほか）
- <2-4- > 「アレルギー性結膜疾患の疫学」日本眼科医会アレルギー眼疾患調査研究班

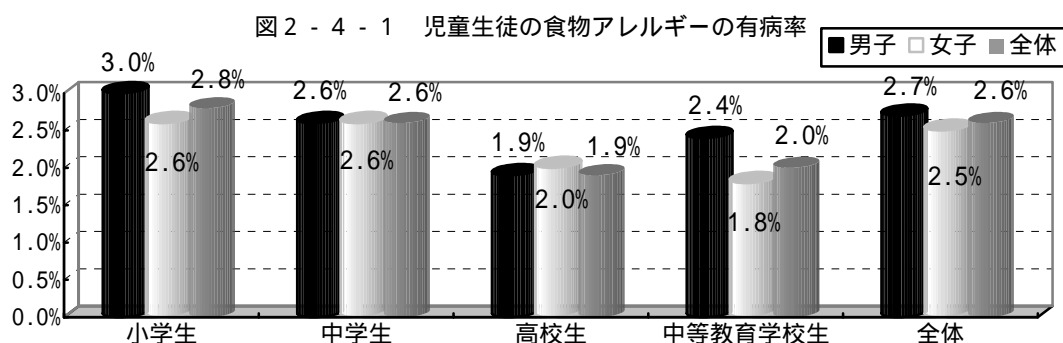
4. 食物アレルギー

(1) 有病者数、有病率について

調査結果について

我が国における児童生徒の食物アレルギーの有病者数は329,423人で、有病率は小学生2.8%（男子3.0%、女子2.6%）、中学生2.6%（男子2.6%、女子2.6%）、高校生1.9%（男子1.9%、女子2.0%）、中等教育学校生2.0%（男子2.4%、女子1.8%）、児童生徒全体で2.6%（男子2.7%、女子2.5%）であった。また、その性比（男：女）は、小学生1.15：1、中学生1.01：1、高校生0.94：1、中等教育学校生1.35：1、全体では1.09：1であった。

都道府県別にみると、小学校では、北海道4.1%、岐阜県3.7%、兵庫県3.7%で有病率が高く、茨城県1.7%、新潟県1.8%、山梨県1.9%で低く、その間で2倍以上の差を認めた。また、中学校でも、有病率の高い都道府県は北海道4.2%、沖縄県3.7%、岐阜県3.6%、兵庫県3.6%で、低い県は茨城県1.4%、佐賀県1.5%、高知県1.6%であった。高等学校についても同様に北海道3.3%、京都府2.6%、兵庫県2.5%が高く、茨城県1.0%、新潟県1.0%、和歌山県1.0%は低かった。全体を通じて、北海道における有病率の高さは特筆すべきものであった。



食物アレルギーの症状等について

「食物を摂取した後に免疫（外的から体を守る仕組みのひとつ）を介してじんましんや呼吸困難など体にとって不利益な症状が起こること」を食物アレルギーと言う（*2-4- ）。食物に含まれている化学物質（例えば、野菜に含まれるヒスタミン等）による作用や乳糖を体質的に分解できずに下痢を起こす乳糖不耐症等は食物アレルギーには含めない。

病態・原因

食物アレルギーのメカニズムとして良く知られているのは、I g E（Immuno-Globulin E；免疫グロブリンE）抗体という生体内の微量な蛋白質が介在して起こるものである。このI g E抗体が皮膚、腸粘膜、気管支粘膜、鼻粘膜、結膜等で、マスト細胞と呼ばれるある種の細胞と結合し

た状態で、食物抗原（抗原とはアレルギー反応を起こす I g E 抗体と結合する蛋白質）と出会うことにより、化学伝達物質の放出を招きアレルギー反応が引き起こされる。その結果、じんましん、湿疹、下痢、咳、喘鳴（ゼイゼイ）等の症状が誘発される。これらの仕組みで発症する食物アレルギーは、摂取した食物が消化管から吸収された後、血液を介して皮膚、気管支粘膜等に到達して反応が起きるので、食物の摂取から 2 時間以内くらいに発症することがほとんどである。

病型分類(*2-4-)

乳児期（特に授乳期）のアトピー性皮膚炎に食物が原因として関与することは多いが、幼児、学童と成長するにしたがい、食物アレルギーがアトピー性皮膚炎の原因として関与する例は少なくなっていく。食物アレルギーの中でも、乳児期にアトピー性皮膚炎を伴って発症し、年齢とともに治っていくタイプ（食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎）は、原因として卵、牛乳、小麦、大豆が多く認められ、小学校入学までに約 8 割で症状を見なくなる。

幼児期以降、成人にかけて新たに発症するタイプでは、主に即時型症状を呈し、原因としてはソバ、ピーナッツ、魚類、甲殻類、果物等が多く、治っていくことは乳児期発症例に比べて少ないと考えられている。

即時型のタイプの特殊型で、最近増えている食物アレルギーとして「口腔アレルギー」があり、これは、幼児期以降成人にかけて、果物（キウイ、バナナ、メロン、モモ、パイナップル、リンゴ等）や野菜等により口の中の粘膜や口周囲の皮膚に反応を起こすものである。この場合、スギ、シラカバ、ハンノキ等の花粉に含まれる蛋白質とある種の果物に含まれる蛋白質が類似していることによって、植物の生息状態等の環境によって、ある食物によるアレルギーが起こりやすいことも考えられる。

もうひとつの即時型食物アレルギーの特殊型として、特定の食物と運動の組み合わせにより、じんましんに始まり、時にショック症状に至ることもある「食物依存性運動誘発アナフィラキシー」がある。その我が国における原因としては小麦、エビ、イカが多く報告されている。

症状

食物アレルギーの症状は、皮膚・粘膜症状（じんましん、かゆみ、むくみ等）、呼吸器症状（くしゃみ、鼻水、喘鳴、呼吸困難等）、消化器症状（腹痛、下痢、嘔吐等）に分けられ、複数の臓器に症状が出現したものをアナフィラキシーという。

診断・治療

食物アレルギーの診断は、発症の経緯等に関する情報、I g E 抗体価等の血液検査による情報を参考にしながら、最終的には食物負荷試験によってなされるべきである。食物アレルギーに対

する薬物療法はあくまで補助的な位置づけであり、「正しい診断による必要最小限の食物除去」が食物アレルギーの唯一の治療といえる。

実態調査結果に対する評価について

〔1〕これまでの疫学調査

これまで、我が国の児童生徒の食物アレルギーの実態に関する調査が行われた例は少ないが、信頼性の高い調査としては、(社)全国学校栄養士協議会の協力により、全国の学校栄養職員を対象に行われた大規模な疫学調査がある(*2-4-)。この調査は、全国 10,190 の調理場を対象に、そこに 2002 年に寄せられた児童生徒の食物アレルギー申請の実態を、調理場ごとに集計したものである。

これによると、学校給食における食物アレルギー申請率は小学生 1.3%(67,349/5,202,829)、中学生 1.3%(25,042/1,884,766)、小中学生の合計で 1.3%(92,391/7,087,595)であった。申請食品としては、乳製品 25.3%、鶏卵 25.0%、甲殻類 8.5%、ソバ 8.2%、果物類 6.4%、魚類 6.3%が 5%を超え上位を占めた。甲殻類はそのほとんどがエビとカニで、果物類は過半をキウイが占めたと報告している。

〔2〕実態調査結果の評価について

本実態調査により判明した児童生徒の食物アレルギー有病率に比べると、上記の学校栄養職員を対象とした調査における食物アレルギー申請率は低かった。

食物アレルギーに関する有病率調査を、保護者に対して行うとその結果は実際の真なる有病率より高く出るという一般的な傾向があるが、本実態調査は、実質的には“医師による食物アレルギーの診断を受けている”人数を保護者からの申し出に基づく情報により調査したものと考えられる点で、その危惧は当たらないと考えられる。

一方で、上記の学校栄養職員を対象に行ったアレルギー申請に基づいた調査では、たとえ食物アレルギーがあっても学校側に申請をしない保護者がいることも推測されるため、実際の有病率より低く出たと考えることができる。

食物アレルギーは、その重症度が多岐にわたると共に、診断方法も一定ではないのが現実である。また、調査方法により結果に差が出ることも知られており、真の有病率を調査することは困難である。これまでの知見は十分なものではなく、本実態調査の結果を評価することは困難であるが、これまでの知見も併せて考えてみると、我が国の児童生徒の食物アレルギー有病率はおよそ 1~3%の範囲内にあると考えて良いであろう。

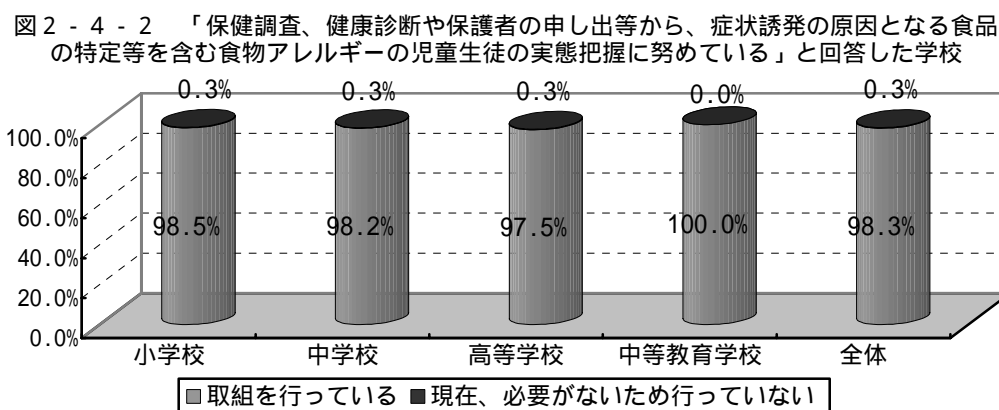
前述の学校給食における食物アレルギー申請に関する調査でも都道府県別の検討が行われている。その結果は、本実態調査と同様に北海道の申請率は高かった。これは北海道の生活環境（白樺花粉症が多く、白樺花粉と似た成分をもつりんご等の果物に対するアレルギーの頻度が高い）や食生活（魚介類の摂取量が多い）等の地域的特殊性が影響している可能性が指摘されている（*2-4-）。北海道以外では、岐阜県、兵庫県の申請率が高かったが、申請率の低い都道府県には茨城が入るだけで、必ずしも本実態調査結果と一致しなかった。

地域別の有病率の差は、北海道のように地域の生活環境や食生活の違いが影響することもあるが、それ以外に地域では、食物アレルギーに関する医療事情等が影響している可能性もあり、十分な説明を加えることは困難であった。

（２）学校における取組について

実態の把握について

「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、症状誘発の原因となる食品の特定等を含む食物アレルギーの児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校は、小学校 98.5%（現在必要ないために行っていない 0.3%）、中学校 98.2%（同 0.3%）、高等学校 97.5%（同 0.3%）、中等教育学校 100.0%、全体 98.3%（同 0.3%）であった。



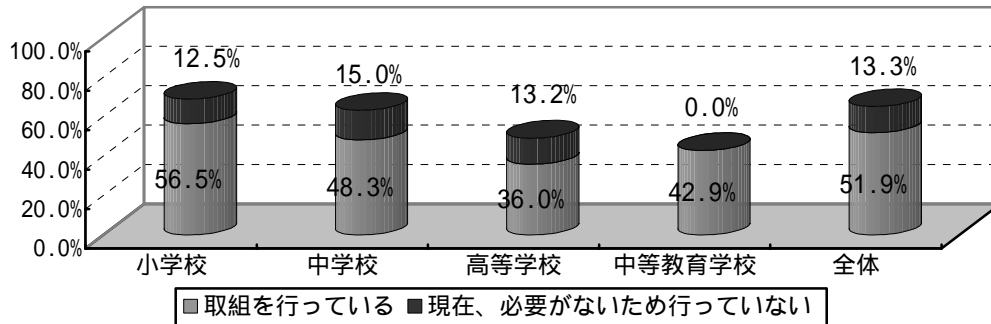
小学校における他のアレルギー疾患の把握の取組は、ぜん息が 96.1%、アトピー性皮膚炎が 95.5%、アレルギー性鼻炎・結膜炎が 77.7%であり、他の疾患と比較しても、学校現場の食物アレルギーへの意識は高く、実態把握への取組も進んでいると考えられる。今後は、具体的な取組の実施につながる質の高い情報の収集に努めていく必要がある。

緊急時の対応等について

緊急時の対応等について、「症状誘発時等の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校 56.5%（現在必要ないために行

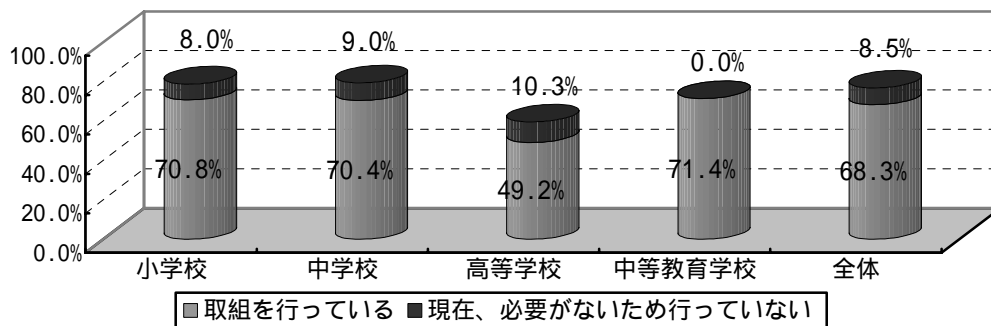
っていない12.5%)、中学校48.3%(同15.0%)、高等学校36.0%(同13.2%)、中等教育学校42.9%(同0%)、全体51.9%(同13.3%)であった。

図2-4-3 「症状誘発時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている」と回答した学校



また、「食物アレルギーのある児童生徒の周知や症状誘発予防・誘発時の対応について、教職員の共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校70.8%(現在必要ないために行っていない8.0%)、中学校70.4%(同9.0%)、高等学校49.2%(同10.3%)、中等教育学校71.4%(同0%)、全体68.3%(同8.5%)であった。

図2-4-4 「食物アレルギーのある児童生徒の周知や症状誘発予防・誘発時の対応について、教職員の共通理解を図っている」と回答した学校



緊急時の対応等については、十分な取組がなされているとは言い難い。

食物アレルギーの症状として重篤なものはアナフィラキシー及びアナフィラキシーショック(2-5.アナフィラキシーの項を参照)であり、緊急時の対応等に関しても、食物アレルギーとアナフィラキシーを結びつけた上で、起こりうるシナリオを想定した対応が学校全体で徹底されることが望ましい。

学校給食における食物アレルギーへの対応について

本実態調査による学校種別にみた学校給食実施状況は表2-4-1に示す通りであり、高等学校で

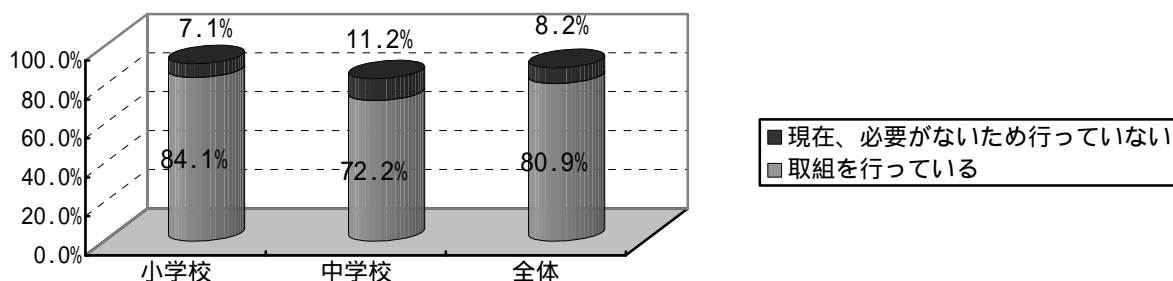
は給食を実施している割合が低く、また、中等教育学校は学校数が少ないため、以下の給食に関する考察からは除くこととした。

表 2 - 4 - 1 学校種別にみた学校給食実施状況

	学校数	完全給食		補食給食		ミルク給食		給食未実施		未回答	
		学校数	割合	学校数	割合	学校数	割合	学校数	割合	学校数	割合
小学校	22,186	21,080	95.0%	97	0.4%	223	1.0%	59	0.3%	727	3.3%
中学校	10,091	7,698	76.3%	73	0.7%	1,040	10.3%	846	8.4%	434	4.3%
高等学校	3,777	22	0.6%	9	0.2%	1	0.0%	3,213	85.1%	532	14.1%
中等教育学校	7	4	57.1%	0	0.0%	1	14.3%	2	28.6%	0	0.0%
計	36,061	28,804	79.9%	179	0.5%	1,265	3.5%	4,120	11.4%	1,693	4.7%

学校給食における食物アレルギー対応について、完全給食を実施している学校だけに限定してみると、「学校給食について、医師の診断等に基づき配慮している」と回答した学校は、小学校 84.1% (現在必要ないために行っていない 7.1%)、中学校 72.2% (同 11.2%)、全体 80.9% (同 8.2%) であった。

図 2 - 4 - 5 「学校給食について、医師の診断等に基づき配慮している」と回答した学校 (完全給食を実施している学校のみ)

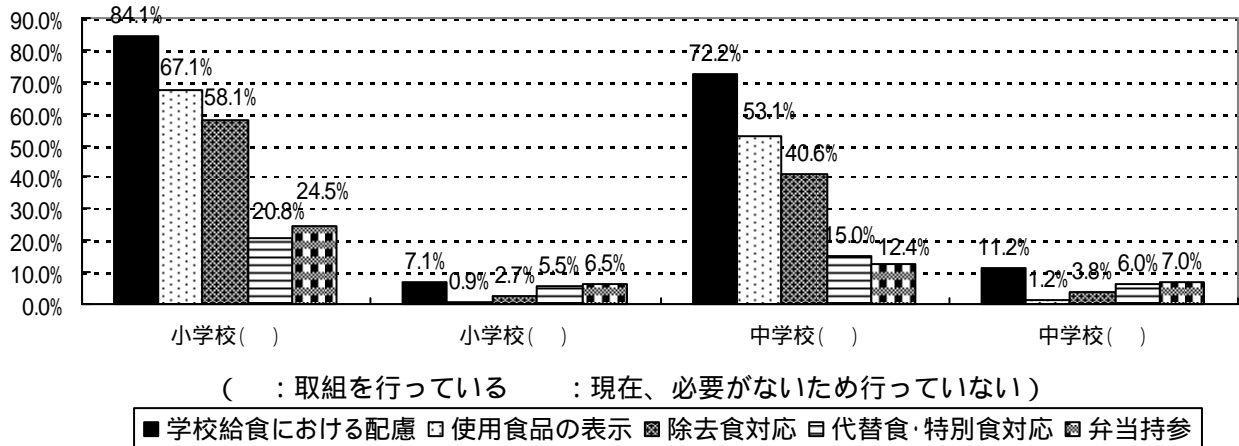


さらに、学校給食におけるアレルギーへの対応としてどのような取組を実施しているかについて、「献立表に使用食品等を表示」、「除去食対応」、「代替食・特別食対応」、「弁当持参」の選択肢から該当するものすべてに回答する方法での調査を行った。

個別の対応として、「献立表に使用食品等を表示」と回答した学校は、小学校 67.1% (現在必要ないために行っていない 0.9%)、中学校 53.1% (同 1.2%)、「除去食対応」と回答した学校は、小学校 58.1% (現在必要ないために行っていない 2.7%)、中学校 40.6% (同 3.8%)、「代替食・特別食対応」と回答した学校は、小学校 20.8% (現在必要ないために行っていない 5.5%)、中学校 15.0% (同 6.0%)、「弁当持参」と回答した学校は、小学校 24.5% (現在必

要ないために行っていない6.5%)、中学校12.4%(同7.0%)であった。なお、これらの数値は、完全給食を行っており、食物アレルギーの児童生徒が在籍している学校を分母としている。

図2-4-6 学校給食に関する取組状況(完全給食を実施している学校のみ)



今回の実態調査では、行っている取組を複数回答する方式であったため、対応率は合算すると100%を超える。例えば、該当校に食物アレルギーをもつ児童生徒が10人であり、9人には弁当対応であるが、一人だけに除去食で対応していれば、その学校は“除去食対応をしている”と“弁当持参”との回答となっていることには留意が必要である。

小学校と中学校を比較したときに、すべての取組で小学校の方が高い傾向が見られた。これは自己管理能力の高まり等によって学校側に配慮を求めなくなっていることのほか、完全給食実施学校における単独調理場方式と共同調理場方式の割合の違いも一因と考えられる。平成17年度学校給食実施状況等調査によると、小学校においては、単独調理場方式49.4%、共同調理場方式50.6%であるのに対し、中学校では、単独調理場方式34.7%、共同調理場方式65.3%と、中学校は単独調理を行っている割合が低くなっている。一般的に、単独調理場の方が、きめ細かい対応に適していると考えられており、このことが一因となっていると推測できる。

都道府県ごとの取組の違いに着目すると「学校給食について、医師の診断等に基づき配慮している」割合(学校給食の実施区分状況が、完全給食、補食給食、ミルク給食のいずれかの学校のみ)は、小学校では、東京都92.8%、大阪府92.6%、山口県92.5%が高く、青森県64.4%、秋田県66.8%、福島県68.0%が低かった。この間、約1.5倍弱の開きが見られた。

「代替食・特別食対応」を行っている割合の高い都道府県としては、長野県42.3%、高知県36.1%、佐賀県34.3%が挙げられるが、一方で、青森県5.9%、茨城県7.9%、愛知県8.9%などでは取組の割合が低く、都道府県によって大きな差異が見られた。

学校給食における食物アレルギー対応の内容の地域差は、都道府県レベルにとどまらず、市区

町村またはそれ以下の地域レベルでも大きな隔たりがあるのが現実である。公立学校の中で大きな割合を占める市区町村立学校の給食の実施主体は、設置者である市区町村であり、その方針の違いが食物アレルギー対応推進の程度をはじめ、人材配置や施設設備等に見える。

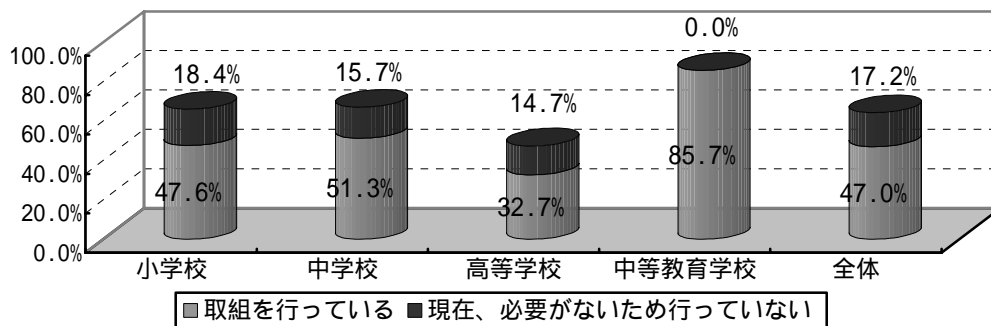
学校の給食におけるアレルギー対応のもう一つの側面として、保護者の思い込みや断片的なアレルギー検査結果に基づく、過剰あるいは不適切な対応が行われていることも少なくない。

学校給食における取組を推進させるためには、学校の設置者による“食物アレルギー対応を推進する”という方針を基礎に、学校の栄養職員・栄養教諭やその他の教職員、保護者との連携を充実させるとともに、正しい情報の共通理解に根ざした現状に即した建設的な方策を検討することが重要である。

校外学習等における配慮について

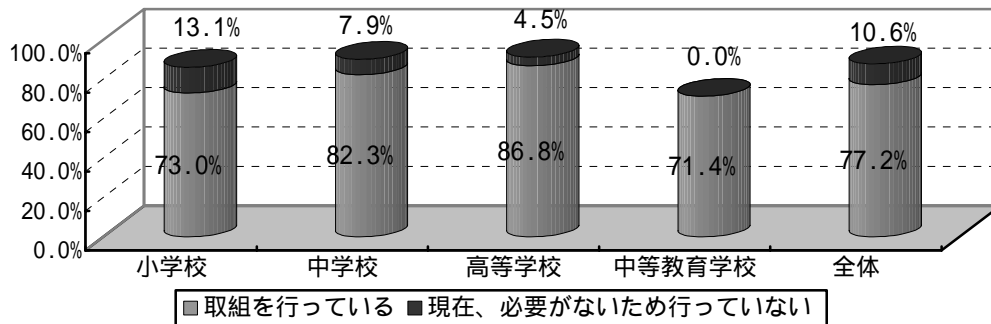
校外学習における配慮について、「校外学習（日帰り）への参加の際、外出先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 47.6%（現在必要ないために行っていない 18.4%）、中学校 51.3%（同 15.7%）、高等学校 32.7%（同 14.7%）、中等教育学校 85.7%（同 0.0%）、全体 47.0%（17.2%）であった。

図 2 - 4 - 7 「校外学習（日帰り）への参加の際、外出先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている」と回答した学校



「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 73.0%（現在必要ないために行っていない 13.1%）、中学校 82.3%（7.9%）、高等学校 86.8%（同 4.5%）、中等教育学校 71.4%（同 0%）、全体 77.2%（同 10.6%）であった。

図 2 - 4 - 8 「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている」と回答した学校



修学旅行等の宿泊行事は、児童生徒にとって生涯に一度の特別な意味をもつ体験活動であり、食物アレルギーを理由に参加できないといったような事例が極力起こらないよう、先進的な取組を行っている事例を収集・分析する等啓発の充実が求められる。

- 参考文献 -

- <2-4- > 「食物アレルギー委員会報告 第2報 食物アレルギーの定義と分類について」日小ア誌 2003、Vol.17, No5:558-559 (海老澤元宏ほか)
- <2-4- > 「食物アレルギーへの対応について 厚生労働科学研究班による「食物アレルギーの診療の手引き 2005」」アレルギー2006, 55(2):107-114 (海老澤元宏)
- <2-4- > 「学校給食における食物アレルギーの実態」日本小児科学会誌 109(9):1117-22、2005(今井孝成ほか)
- <2-4- > Ebner C et al: Identification of allergens in fruits and vegetables: IgE cross-reactivities with the important birch pollen allergens Bet v 1 and Bet v 2 (birch profilin). J Allergy Clin Immunol 1995 95:962-9.

5 . アナフィラキシー

(1) 有病者数、有病率について

アナフィラキシーとアナフィラキシーショックについて

医学的には、アナフィラキシーとはアレルギー症状が2臓器以上に出現した状態を言い、アナフィラキシーショックとは、その状態が更に血圧低下や意識消失にまで至った状態を言う。つまり、アナフィラキシーショックは生命に関わる状態と考えられる。アナフィラキシーが発症するか否かは、摂取した(暴露された)抗原の量、その時点の体調や運動量、環境、同時摂取したものの等々様々な要因により決定される。

本調査では「アナフィラキシーショックを起こしたことがある者」としての調査を行ったが、アナフィラキシーとアナフィラキシーショックの違いを判断することは必ずしも容易ではなく、ショックにまで至っていないアナフィラキシー状態となったものもこの回答の中には含まれると考えられるので、ここでは「アナフィラキシー」として考察することとした。

また、質問では、アナフィラキシーショックの既往を有する者の数を聞いており、厳密な意味では、現在の有病という概念とは異なるが、便宜的に、ここではアナフィラキシーの有病者(率)とすることとした。

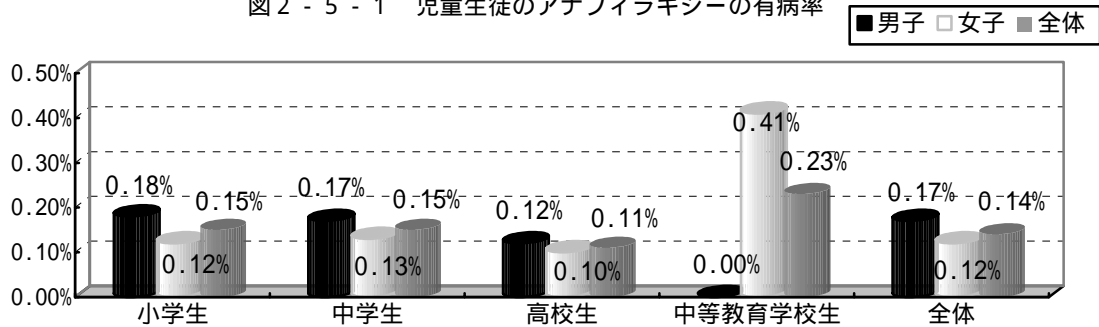
実態調査結果について

我が国における児童生徒のアナフィラキシー有病者数 18,323 人で、主なアレルギー疾患の中ではまれな疾患であると言える。有病率は小学生 0.15%(男子 0.18%、女子 0.12%)、中学生 0.15%(男子 0.17%、女子 0.13%)、高校生 0.11%(男子 0.12%、女子 0.10%)、中等教育学校生 0.23%(男子 0%、女子 0.41%)、児童生徒全体で 0.14%(男子 0.17%、女子 0.12%)であった。また、その性比は児童生徒全体で 1.42 : 1 であった。

都道府県別にみると、小学生では、宮崎県 0.41%、栃木県 0.33%、神奈川県 0.32%、三重県 0.30%で有病率が高く、佐賀県 0.03%、沖縄県 0.05%、山梨県 0.05%で低かった。中学生では、和歌山県 0.39%、広島県 0.36%、埼玉県・長崎県 0.31%が高く、佐賀県 0.02%、鳥取県 0.04%が低かった。

アナフィラキシーは有病者の絶対数が少なく、都道府県別の有病率の違いが有意なものであるかどうかについては十分検討を要する。

図2 - 5 - 1 児童生徒のアナフィラキシーの有病率



アナフィラキシーの原因等について

小児期のアナフィラキシーの多くは、食物アレルギーを基礎として幼児期に発症する。一方、学童期以降に発症するアナフィラキシーは主に4つに分類される。

- 食物アレルギー単独によるアナフィラキシー
- 食物依存性運動誘発アナフィラキシー（食物要因と運動要因）
- 運動誘発アナフィラキシー（ある一定以上の強度の運動を原因とするもの）
- ハチ毒等の虫刺によるもの、薬物によるもの等（小学生、中学生段階では極めてまれ）

約1～3%程度とされる食物アレルギーの児童生徒は、潜在的にアナフィラキシーを起こす危険があると考えられる。

近年、児童生徒において、アナフィラキシーを来す疾患として食物依存性運動誘発アナフィラキシーが注目されている。本疾患は、給食を食べた後の休み時間や体育の時間に強い運動をするという学校生活特有の環境で発症しやすく、特に注意が必要な疾患である。中学生での発症が多いとされているが、これは中学生では運動強度が強くなること等が要因と考えられる。

一度、アナフィラキシーを起こした場合には、通常、医療機関で継続的に管理される。食物アレルギーが基礎疾患であった場合、原因食品が判明するとその物質の除去の指導等を行われることが多い。この場合、経過を追って可能な時期に、注意深く負荷試験等を行い、陰性の結果を基にアレルゲン除去の解除が行われる。

実態調査結果に対する評価について

これまで、児童生徒におけるこれまでアナフィラキシーに関する研究が十分に行われてきたとは言えない。

相原らは、神奈川県内で運動誘発アナフィラキシー(EIAn)と食物依存性運動誘発アナフィラキシー(FEIAn)に関する疫学調査を行い、以下のように報告している(*2-5-)。

小学生(173,029人)	;EIAn 3人(0.0017%)、	FEIAn 8人(0.0046%)、	合計 11人(0.0064%)
中学生(76,247人)	;EIAn 24人(0.031%)、	FEIAn 13人(0.017%)、	合計 37人(0.049%)
高校生(104,701人)	;EIAn 17人(0.016%)、	FEIAn 9人(0.0086%)、	合計 26人(0.025%)

本調査でのアナフィラキシー有病率は児童生徒合計で0.14%であった。この調査結果については、比較をするこれまでの知見そのものが十分ではないため、その妥当性等を十分に評価することは困難であるが、逆に、我が国で初めて児童生徒のアナフィラキシーの実態を調査した貴重なデータであると言える。

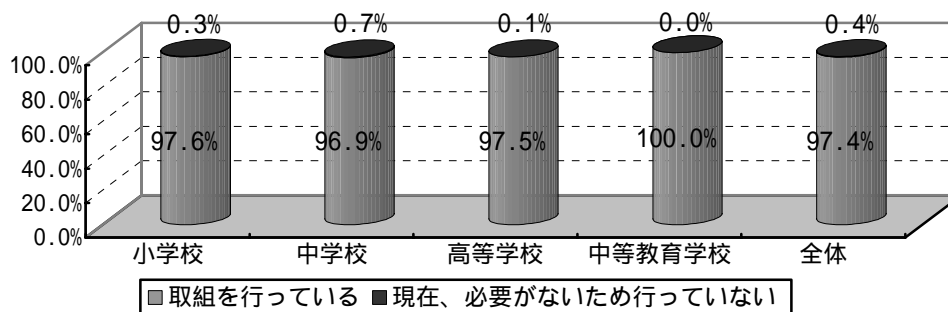
今回の調査結果では、高校生で有病率が低下していたが、その原因について、アナフィラキシーのエピソードから時間が経過しているために学校への情報提供に結びつかなかったこと、世代での有病率の違い等が推測されたが、真の原因は不明であった。

(2) 学校における取組について

実態の把握について

「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アナフィラキシーの原因(食品、薬、ハチ刺され等)を含むアナフィラキシーの児童生徒の実態把握に努めている」との回答は、小学校97.6%(現在必要がないため行っていない0.3%)、中学校96.9%(同0.7%)、高等学校97.5%(同0.1%)、中等教育学校100.0%、全体97.4%(同0.4%)であった。

図2-5-2 「保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アナフィラキシーの原因(食品、薬、ハチ刺され等)を含むアナフィラキシーの児童生徒の実態把握に努めている」と回答した学校

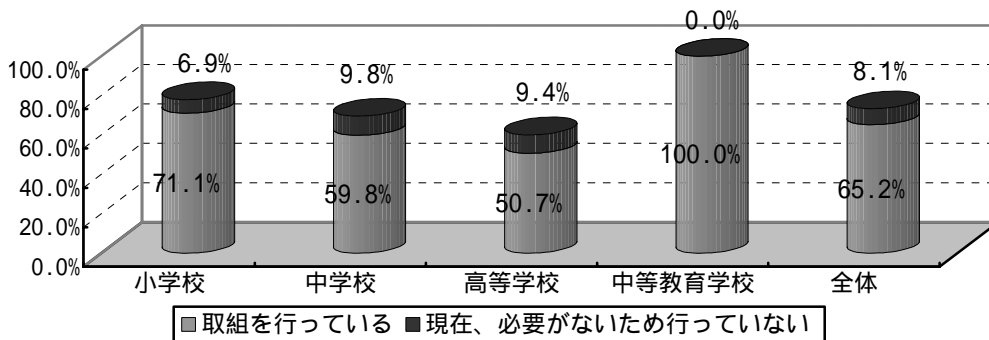


実態把握に関しては、おおむね取り組まれているものと考えられる。ただし、把握に際してどのような情報を収集しているかは調査対象となっておらず、特にアナフィラキシーはまれながら、生命に直結する疾患であるという認識をもって実態の把握に取り組まれることが望ましい。

緊急時の対応等について

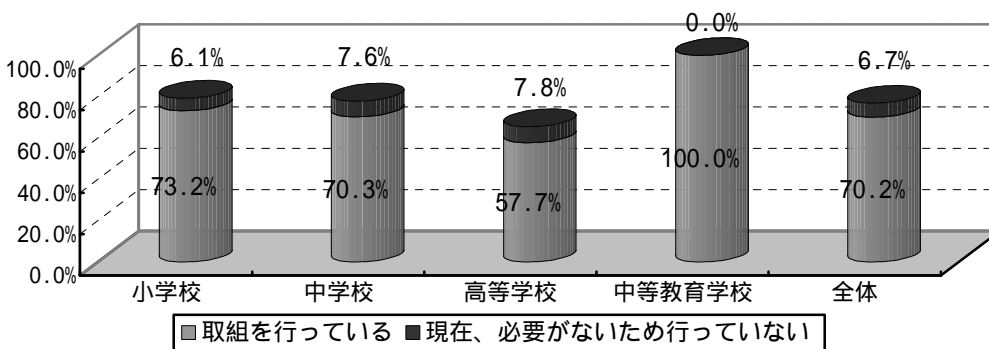
「アナフィラキシー時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校 71.1%（現在必要ないために行っていない 6.9%）、中学校 59.8%（同 9.8%）、高等学校 50.7%（同 9.4%）、中等教育学校 100.0%、全体 65.2%（同 8.1%）であった。

図 2 - 5 - 3 「アナフィラキシー時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている」と回答した学校



「アナフィラキシーのある児童生徒の周知やアナフィラキシー予防・アナフィラキシー時の対応について、教職員の共通理解を図っている」と回答した学校は、小学校 73.2%（現在必要ないために行っていない 6.1%）、中学校 70.3%（同 7.6%）、高等学校 57.7%（同 7.8%）、中等教育学校 100.0%、全体 70.2%（同 6.7%）であった。

図 2 - 5 - 4 「アナフィラキシーのある児童生徒の周知やアナフィラキシー予防・アナフィラキシー時の対応について、教職員の共通理解を図っている」と回答した学校



ほとんどの学校では、一般的な緊急時の対応や連絡体制等のマニュアル等が整備されているものと考えられるが、今回の調査では、特にアナフィラキシーを発症した児童生徒を想定してはいないということで、アナフィラキシーに対する緊急時の対応が十分な結果にならなかったと考えられる。ぜん息等、他のアレルギー疾患と同様であるが、具体的な疾患や場面を想定した準備が

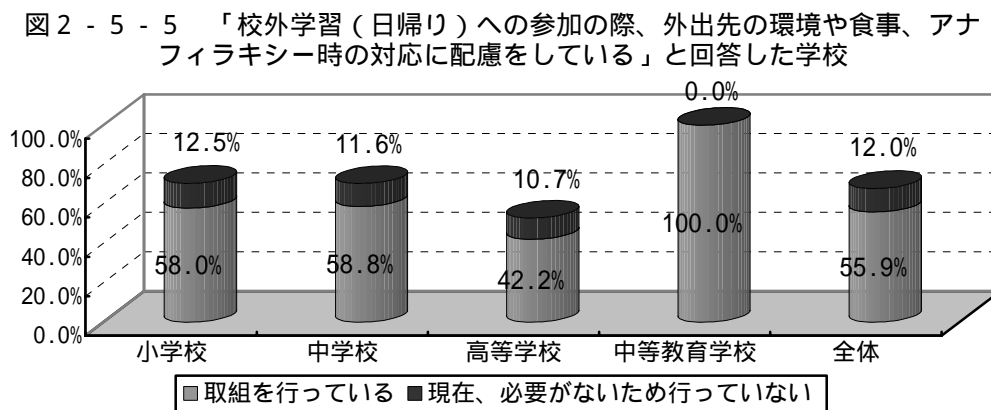
求められる。

アナフィラキシーはまれな疾患ではあるが、ひとたび発症した場合には、生命に関わる重篤な疾患である。既往を有する児童生徒が在籍する場合はもちろんのこと、食物依存性運動誘発アナフィラキシーのように、学校生活の中で発症しやすく、中学生になって初めて発症する例も認められる疾患があることを踏まえ、アナフィラキシーの原因や症状等に関する情報や発症時の応急処置の方法等について、事前にすべての学校で教職員の共通理解を図っておく必要がある。

その場合、アナフィラキシーを起こす原因として、最も頻度の高い疾患は食物アレルギーであり、その関連を含めた認識の強化が必要である。例えば、典型的な食物依存性運動誘発アナフィラキシーの経過を例に、給食後、運動中に発症するといった具体的な事例を想定した対処を教職員間で共通理解することが実効性をもった対策として重要である。

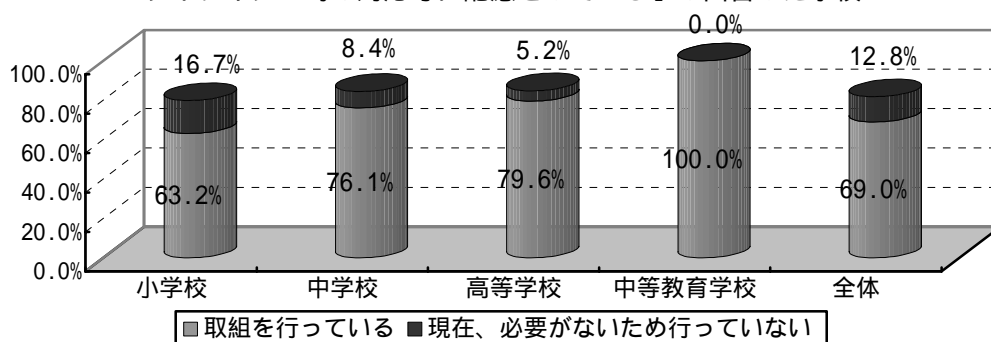
校外学習等における配慮について

「校外学習（日帰り）への参加の際、外出先の環境や食事、アナフィラキシー時の対応等に配慮している」と回答した学校は、小学校 58.0%（現在必要ないために行っていない 12.5%）、中学校 58.8%（同 11.6%）、高等学校 42.2%（同 10.7%）、中等教育学校 100.0%、全体 55.9%（同 12.0%）であった。



また、「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境や食事、アナフィラキシー時の対応等に配慮をしている」と回答した学校は、小学校 63.2%（現在必要ないために行っていない 16.7%）、中学校 76.1%（同 8.4%）、高等学校 79.6%（同 5.2%）、中等教育学校 100.0%、全体 69.0%（同 12.8%）であった。

図2 - 5 - 6 「修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境や食事、アナフィラキシー時の対応等に配慮をしている」と回答した学校

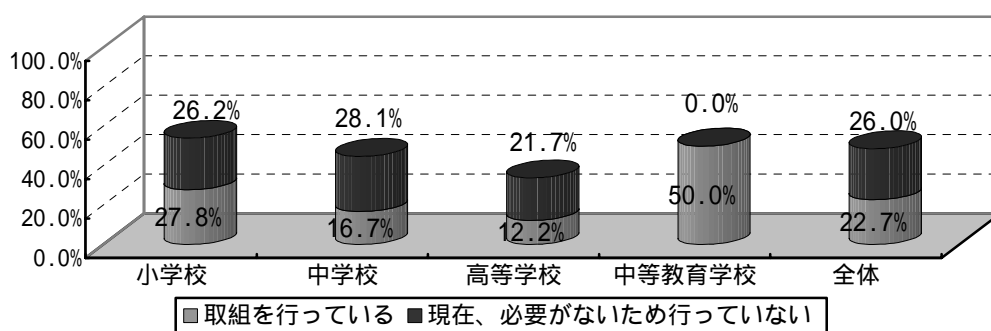


今回の調査では、実際にどのような配慮が行われているかについては調査をしていない。校外学習や宿泊行事の際には、事前に考えられうる十分な予防措置を講じるとともに、緊急時の対応方法等を教職員間で徹底することが重要であり、今後、先進的な取組事例の収集・分析を通じて、有効な取組を広げていく必要がある。

学校での医薬品等の使用に関する事項について

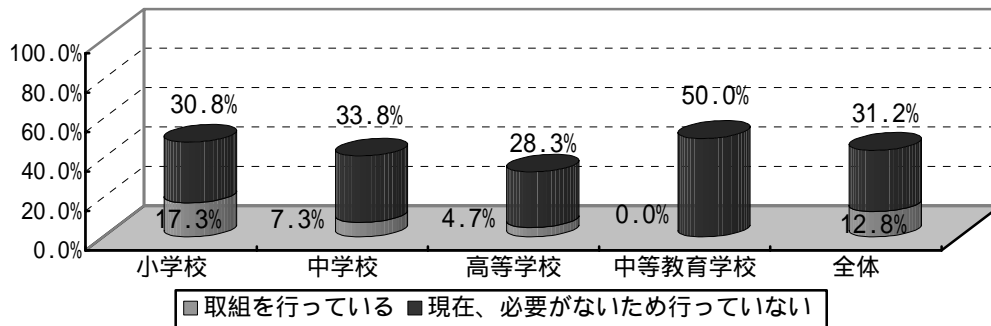
「学校への持参薬の確認をしている」と回答した学校は、小学校 27.8%（現在必要ないために行っていない 26.2%）、中学校 16.7%（同 28.1%）、高等学校 12.2%（同 21.7%）、中等教育学校 50.0%（同 0%）、全体 22.7%（同 26.0%）であった。

図2 - 5 - 7 「学校への持参薬の確認をしている」と回答した学校



また、「薬の保管場所を提供している」と回答した学校は、小学校 17.3%（現在必要ないために行っていない 30.8%）、中学校 7.3%（同 33.8%）、高等学校 4.7%（同 28.3%）、中等教育学校 0%（同 50.0%）、全体 12.8%（同 31.2%）であった。

図2-5-8 「薬の保管場所を提供している」と回答した学校



ハチ毒や食物、薬物等に起因するアナフィラキシー反応に対する緊急補助治療薬としてエピネフリンの自己注射薬が薬事承認されており、アナフィラキシーの既往等をもつハイリスク者に対して、医師の診断により処方されている場合がある。自己注射薬であるため、医療機関での処方は管理され、患者教育も十分に行われることが前提となっている。アナフィラキシーを起こした場合、初期対応が何より重要であり、医師から本注射薬を処方されている児童生徒については、学校においても特に配慮をする必要がある。

学校への持参薬の確認については、他のアレルギー疾患の場合と同様、小学校、中学校、高等学校と学年が上がるにつれて、実施率が低下している。その原因としては、自己管理能力の高まりや学校に知られたくないという意識が背景にあることが考えられるが、アナフィラキシーは生命に関わる疾患であり、学校側としても、児童生徒の健康状態の把握の観点から、児童生徒がどのような医薬品を持参しているか（特に学校において使用した場合）把握するよう努めるとともに、保護者や本人に対しても、その旨の理解を得られるよう働きかける必要がある。

「薬の保管場所の提供」やさらに「学校における薬剤の預かり」は、アナフィラキシーの既往を有する児童生徒にとって有益な取組である。このような取組を安全・確実に進めるためには、学校で預かる医薬品の対象の選定及びその管理方法や管理体制のほか、課外活動等の対応可能な範囲等、保護者との事前に話し合うべき事項等を整理することが欠かせない。具体的に「救急治療薬の学校における預かり」を進めていくためには、先進的な取組を実践している学校の事例を収集・分析し、保護者との協議事項の整理等を行うことが効果的であると考えられる。

- 参考文献 -

<2-5- > Aihara Y et al: "Frequency of food-dependent, exercise-induced anaphylaxis in Japanese junior-high-school students" J Allergy Clin Immunol 2001;108:1035-9

第 部 検討結果の総括

1. アレルギー疾患対応の「学校生活管理指導表」を中心とした仕組みづくり

本委員会では、アレルギー疾患に関する実態調査の結果及びその評価を踏まえた検討を行い、アレルギー疾患をもつ児童生徒に対する学校の取組を効果的に推進していくために、学校現場におけるアレルギー疾患に関する普及啓発を効果的に進めるとともに、学校において、医学的な根拠に基づく効率的な取組がなされるような仕組みづくりが重要であるとの結論に至った。

学校の運営は、設置者である地方自治体等の裁量によるところが大きく、その財政状況等の理由により、人材配置等（ソフト面）と施設整備等（ハード面）の両面において余裕がある状況とは言い難い場合が多い。このような状況の中で、アレルギー疾患に対する取組を推進していくためには、効率的な体制を築いていく必要がある。

現在、学校がアレルギーに関する児童生徒の健康情報を把握する手段としては、健康診断での学校医による診断及び指摘、主治医等の医師からの診断書等に基づいた保護者からの申し出等がある。今回、実態把握の取組については、おおむね実施されていることが分かったが、疾患の重症度や具体的にどのような配慮が必要かといった実際の取組につながる詳細な情報が把握されているかどうかについては不明であった。

教職員からは、学校における取組を進めるためには、「本当に配慮が必要な児童生徒に、本当に必要な取組を実施する必要がある」といった根拠に基づいた効率的な取組の必要性を訴える意見が多く出された。

例えば、現状では、健康診断に先立って行われる保健調査において、ある児童がぜん息に罹患していることを把握できた場合にも、その児童に対してどのような取組を実施するかという意味決定の過程に、医師の医学的見解が入っていない場合が多い。医学的根拠に基づかない取組を散発的に行うことが全体としての非効率につながっているとの指摘もある。

また、保護者の立場からも、例えば、「幼児期から食物アレルギーの診療を受けているが、小学校に入学するに当たって、どの機会に、どのように学校側に申請すれば、どのような取組をしてもらえるのかが分からない」という意見が出されている。

このような課題を克服するためには、学校と保護者のコミュニケーションを円滑にし、しかもそれが、医師による医学的判断を根拠としたものとなるような仕組み作りが必要である。

現在、主に心臓疾患や腎臓疾患等の運動制限を厳密に行う必要のある疾患をもつ児童生徒に対して、「学校生活管理指導表」という一定の書式に基づいた医師の指示に基づく学校生活の管理

が、広く全国で行われ、効果を上げている。

本委員会では、アレルギー疾患に関しても、従来の保健調査等に基づく実態把握を進めるほか、アレルギー疾患をもつ児童生徒に対して学校が取組を行う場合に、学校、保護者、医師の関係3者を結ぶ媒体として、「アレルギー版学校生活管理指導表（仮称）」（以下、「指導表（仮称）」という。）を作成し、医師による医学的判断を学校と保護者との間で共通理解し、効率的な取組を学校で実践していく仕組みの構築を提案する。

学校生活管理指導表（中学・高校生用）

（平成14年度版） 学 校 生 活 管 理 指 導 表（中学・高校生用） 平成 年 月 日

氏名 _____ 男・女 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（才） 中 学 校 _____ 年 _____ 組
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（才） 高 等 学 校 _____ 年 _____ 組

診断名(所見名)	指導区分 要管理：A・B・C・D・E 管理不要	運動部活動 ()部 ()年()か月後 可(但し、)・禁	次回受診 ()年()か月後 または異常があるとき	医療機関 _____
----------	-------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	------------

【指導区分： A...在宅医療・入院が必要 B...登校はできるが運動は不可 C...軽い運動は可 D...中等度の運動も可 E...強い運動も可】

体育活動		運動強度			
		軽い運動（C・D・Eは“可”）	中等度の運動（D・Eは“可”）	強い運動（Eのみ“可”）	
運 動 種 目	体づくり運動 （体力を高める運動）	いろいろな手軽な運動、リズムカルな運動、基本の運動（運動遊び） （投げる、打つ、推る、躍る、跳ぶ）	体の柔らかさ及び巧みな動きを高める運動、力強い動きを高める運動、動きを持続する能力を高める運動	最大限の持久運動、最大限のスピードでの運動、最大筋力での運動	
	器械運動 （マット、鉄棒、平均台、跳び箱）	体操運動、簡単なマット運動、バランス運動、簡単な跳躍、回転系の技	簡単な技の練習、ランニングからの支持、ジャンプ・回転系などの技	演技、競技会、連続的な技	
	陸上競技 （競走、跳躍、投てき）	立ち幅跳び、負荷の少ない投てき、基本動作、軽いジャンピング	ジョギング、短い助走での跳躍	長距離走、短距離走の競走、競技、タイムレース	
	水 泳	水慣れ、浮く、伏し浮き、け伸びなど	ゆっくりな泳ぎ	競泳、競技、タイムレース、飛び込み	
	球 技	バスケットボール	パス、シュート、ドリブル、フェイント	ドリブルシュート、連携プレー（攻撃・防御）	簡易タイムムレ・ゲーム ・応用 ・練習 ・
		ハンドボール	パス、シュート、ドリブル	ドリブルシュート、連携プレー（攻撃・防御）	
		バレーボール	パス、サービス、レシーブ、フェイント	スパイク、ブロック、連携プレー（攻撃・防御）	
		サッカー	ドリブル、シュート、リフティング、パス、フェイント、トラッピング、スローイング	ドリブル・ヘディングシュート、ボレーシュート、連携プレー（攻撃・防御）	
		テニス	ボレー、サーブ・レシーブ	スマッシュ、力強いサーブ、レシーブ、乱打	
		ラグビー	パス、キッキング、ハンドリング	パス、キッキング、ハンドリング	
卓球		フォア・バックハンド、サーブ、レシーブ	フォア・バックハンド、サーブ、レシーブ		
バドミントン		サーブ、レシーブ、フライト	ハイクリア、ドロップ、ドライブ、スマッシュ		
ソフトボール		スローイング、キャッチング、バッティング	走塁、連携プレー、ランニングキャッチ		
野球		投球、捕球、打撃	走塁、連携プレー、ランニングキャッチ		
ゴルフ	グリップ、スイング、スタンス	簡易ゴルフ（グランドゴルフなど）	ゴルフ		
武 道	柔道、剣道、（相撲、弓道、なぎなた、レスリング）	礼儀作法、基本動作、受け身、素振り	簡単な技・形の練習	応用練習、試合	
ダンス	創作ダンス、フォークダンス、現代的なリズムのダンス	即興表現、手振り、ステップ	リズムカルな動きを伴うダンス（ロックやサンバを除く）、日本の民謡の踊りなど	リズムダンス、創作ダンス、ダンス発表会	
野外活動	雪遊び、氷上遊び、スキー、スケート、キャンプ、登山、遠泳、水辺活動	水・雪・氷上遊び	スキー・スケートの歩行やゆっくりな滑走	通常の野外活動	
文 化 的 活 動	体力が必要な長時間の活動を除く文化的活動	右の強い活動を除くほとんどの文化的活動	平地歩きのハイキング、水に浸かり遊ぶサーフィン、ワインドサーフィン	登山、遠泳、潜水 カヌー、ボート、スクーバー・ダイビング 体力を相当使って吹く楽器（トランペット、トロンボーン、オーボエ、バスーン、ホルンなど）、リズムのかなり速い曲の演奏や指揮、行進を伴うマーチングバンドなど	
学校行事、その他の活動	体育祭、運動会、球技大会、スポーツテストなどは上記の運動強度に準ずる。 指導区分“E”以外の生徒の遠足、林間学校、臨海学校、宿泊学習などへの参加について不明な場合は学校医・主治医と相談する。				

この仕組みにより、児童生徒のアレルギーに関する情報の流れが整備され、学校現場で医学的判断に基づく適切な取組が進むという効果がもたらされるとともに、この仕組みの運用を通じて、教職員の理解の向上につながるという副次的効果も期待できると考える。

また、この仕組みは、幼児期よりアレルギー疾患に罹患し、就学を迎える児童の保護者や既に学校に通っている児童生徒及びその保護者にとっても、医師の指示に基づいて、学校での取組を学校と共に相談することができることとなるため、学校の誰に、どのように相談したらよいかといった不安を解消する一助となるものと考えられる。また、適切な対応を求められる養護教諭をはじめとする教職員にとっても、この仕組みは医学的根拠に基づいた効率的な取組の実施に資するものと考えられる。

「指導表（仮称）」を媒体とした仕組みにより、学校におけるアレルギーに関する取組は、基本的に医師による医学的判断に基づくものとなり、全体的な効率が高まるものと考えられるが、このような仕組みを効果的に機能させるためには、学校の教職員に対するアレルギー疾患に関する啓発を更に進めるとともに、保護者に学校の現状を理解してもらうことが欠かせない。また、学校医及び主治医等の児童生徒の健康に関わる医師に対しても、学校の現状を理解した上で、個々の児童生徒の状況に則した学校への指示が出されるよう、一定の指示の基準を示していく必要がある。

具体的には、心臓疾患や腎臓疾患の場合に倣った仕組み作りを検討するところではあるが、例えば、学校が対応すべき事項が学校生活全般（日常生活での注意、体育での注意、給食での注意等）にわたる反面、発作時等の特殊な場合を除いて、運動に関しては厳密な制限は要しないというようなアレルギー疾患特有の事情を踏まえた仕組みを専門的な見地を踏まえ形作っていく必要がある。

「指導表（仮称）」を中心とした仕組みづくりに当たっては、今後、「指導表（仮称）」の作成とともに、「指導表（仮称）」を学校、保護者、医師のそれぞれがどのような点に留意する必要があるかを示す、関係3者に向けた「手引き」を作成し、周知していく必要がある。

教職員に周知する事項としては、疾患ごとの症状の特徴や対処法等の一般的知識とともに、学校における取組の医学的根拠、その取組を実施する場合の具体的方法などが主体となる。これまでの啓発資料は教科書的な記載になりがちであったが、実際に起こった具体的事例の紹介等を通じたより実践的なものとする必要がある。

また、アレルギー疾患を有する児童生徒の保護者に対しては、疾患に関する一般的解説や家庭での留意事項のほか、学校に対して取組を要望する場合の手順や学校の体制によりどのような取組が可能であるかといった具体的な取組の実施に関する事項を周知する必要がある。

医師から「指導表（仮称）」を通じて学校にもたらされる指示も、医学的根拠に基づいた一定の基準によるものであることが望まれる。このため、学校医及び主治医等の児童生徒の健康に関係する医師に対しては、関係学会及び関係団体等の協力を得ながら、それぞれの取組を行う場合の学校側の体制等や具体的な取組に関する医学的知見等について理解を求め、周知を進めていく必要がある。

2. 各疾患に対する取組の実施方法等に関する先進的事例の収集・分析に基づく検討

学校において医学的根拠に基づいた効率的な取組を進めるためには、これまで述べてきたような「指導表（仮称）」に基づく「健康情報の流れの整理」とともに、実際の取組をどのように行うことが適切なのか、その際の体制や準備等の具体的方法論に関して全国の学校での理解を得て

いくことも重要である。

当然のことながら、学校によって人材配置や施設整備等は異なっており、どのような取組が実施できるかは個々の実情に応じて判断される必要があるが、その判断をする前提として、ある具体的な取組はどのように実施すると効率的に適切に実施できるのかといった情報は不可欠である。そのためには、取組を既に実施している先進的な事例を収集・分析し、取組の実施を行う際のエッセンスを抽出し、その内容を広く周知する必要がある。

周知の方法としては、「指導表（仮称）」を中心とした運用を行うために、教職員を対象とした「手引き」において、そこに具体的な事例をその医学的根拠と共に紹介することが有効であると考えられる。その中には、「アトピー性皮膚炎をもつ児童生徒に対する温水シャワー浴」、「学校における医薬品の預かり」、「学校給食における食物アレルギー対応」のように、どのような人材配置と施設整備をすれば安全にどこまでの取組が実施できるのかといった調査・研究を行った上での情報も含まれる。

例えば、「アトピー性皮膚炎をもつ児童生徒に対する温水シャワー浴」については、広島県においてシャワー浴を実施した学校担当者へのアンケートでは、実施 51 校中 26 校でその効果が感じられているとの回答が得られたと報告されている（*2-6- ）。

しかしながら、本実態調査結果にもあったように「温水シャワー等の設備の充実を図っている」と回答した学校は、小学校 20.0%（現在必要がないために行っていない 20.7%）、中学校 7.4%（同 25.6%）、高等学校 4.3%（同 21.3%）、中等教育学校 14.3%（同 0%）であり、施設・設備の整備が一番のハードルであることは明らかである。

一方、実施することが可能な施設・設備を有していても、その効果が認識されていないために取り組まれていないケースや、シャワー浴のための時間をどう確保したらよいか、介助につく職員の体制などのノウハウがないために取り組まれていないケースがあることも指摘されている。このように、アトピー性皮膚炎をもつ児童生徒に対する温水シャワー浴の医学的効果に関する情報を整理し、公表していくとともに、先進的に取組を進めている事例の収集・分析を通じて、安全で確実な実施方法の検討等を進めることが、当面取り組むべき事項であろう。

「学校における救急治療薬等の預かり」に関しては、アナフィラキシーに関する調査の中で、「薬の保管場所を提供している」と回答した学校が、小学校 17.3%（現在必要がないために行っていない 30.8%）、中学校 7.3%（同 33.8%）、高等学校 4.7%（同 28.3%）、中等教育学校 0%（同 50.0%）であるという現状が分かった。アナフィラキシーはまれな疾患ではあるが、生命に直結する疾患であり、その既往を有する児童生徒本人やその保護者からは、「医薬品の保管場所

の提供」とともに「救急治療薬を預かってほしい」という要望は強い。

「保管場所の提供」と「救急治療薬等の預かり」はともに、不十分な体制での実施は逆に、医薬品による事故を招いたり、いざという時に必要な薬が本人に渡らないといった危険を招いたりする恐れがある。

また、これらの取組の実施に際しては、学校及びその設置者と保護者（及び児童生徒）との間で、その対応について事前に十分な確認がなされることが必要であると考えられる。

どのような医薬品を対象とすべきか、また人材配置、施設整備や確認事項のあり方などについて、既に工夫して取り組んでいる事例を収集・分析し、課題等を明らかにすることが推進にとって不可欠である。

「学校給食における食物アレルギー対応」については、食物アレルギーに関する調査の中で、「学校給食について、医師の診断等に基づき配慮している」と回答した学校は、小学校 83.6%（現在必要がないために行っていない 7.3%）、中学校 65.9%（同 11.8%）、高等学校 50.0%（同 4.2%）、中等教育学校 80.0%（同 0%）であったが、その対応の内容は、「特別食・代替食の提供」から「弁当持参を認める」まで多岐にわたる。「学校給食における食物アレルギー対応」について、重要なことは、重篤なアレルギー症状を起こすことがないようにすることであることは論を待たないが、食物アレルギーをもつ児童生徒にとっては、他の児童生徒と同じく給食を楽しみたいという要望も強い。このような観点からは、各学校が自らのおかれた人的及び物的状況を適切に判断し、可能な対応から講じていくことこそが望ましい。

このような取組を進めるためには、給食提供類型や学校の人材配置や施設整備面での体制の違いによりどのような取組を行うことが可能なのか等についての知見を集積するとともに、先進的な取組み事例の収集や分析を通じて、設置者及び学校に対して安全で確実な取組の姿を具体的に示すことが有効であると考えられる。

3. 学校におけるアレルギー疾患に関する取組の推進に向けて

今回の実態調査で、児童生徒の 5.7% がぜん息を、5.5% がアトピー性皮膚炎を、10% 以上がアレルギー性鼻炎・結膜炎を、2.6% が食物アレルギーを、0.1% がアナフィラキシーをもち、これらの疾患がありながら学校生活を送っていることが明らかになった。アレルギー疾患はまれな疾患ではなく、学校保健を考える上では、既に、学校に、クラスに、各種のアレルギー疾患をもつ子どもたちがいるということは前提としなければならない状況になっている。

また、残念ながら、アレルギー疾患をもつ児童生徒本人や保護者の一部からは、アレルギー疾患であること、また、それに対して学校が行う配慮について、他の児童生徒に知られたくないという声が聞かれる。児童生徒のアレルギーに関する情報は高度な個人情報であり、その扱いにつ

いては学校側と児童生徒及び保護者との間で、十分に協議した上で決定されることが必要であるが、必要に応じ、他の児童生徒に対しても誤解のないよう情報が提供され、クラス及び学校全体でアレルギーをもつ児童生徒を支えていくという雰囲気を作っていくことが重要である。

学校における児童生徒のアレルギーの実態及び学校の取組の現状を踏まえ、本委員会としては、これまで述べたように、「アレルギー疾患対応の「学校生活管理指導表」を中心とした仕組みづくり」と「各疾患に対する取組の実施方法等に関する先進的事例の収集・分析に基づく検討」を車の両輪として進めていくことこそが、全体として、学校における取組を進めることにつながるとの結論に至った。

当然のことながら、これらの方策が、学校におけるアレルギー疾患への取組の推進につながっていくためには、関係する方々の理解と協力が欠かせない。極論をすると、これら関係の方々の「アレルギーをもつ子どもたちのために、何ができるだろうか」という積極的な意識こそが、学校における取組を進める原動力であろう。

本委員会での検討が、関係する方々の“児童生徒のアレルギー”に対する意識を高め、学校という場が、アレルギー疾患がありながら日常生活を送っている児童生徒にとってより過ごしやすい場となることにつながるよう願って止まない。

- 参考文献 -

<2-6- >秀道広ほか：広島医学 58（12）：800-12,2005

資料編

資料編目次

資料 1	アレルギー疾患に関する調査研究委員会設置要項	1
資料 2	アレルギー疾患に関する調査研究委員会開催状況	3
資料 3	アレルギー疾患に関する実態調査票	4
資料 4	アレルギー疾患に関する実態調査結果	8
	調査対象校	8
	児童生徒数	8
	各アレルギー疾患をもつ児童生徒が在籍する学校の割合	8
	各アレルギー疾患の有病者数・有病率	9
	各学校における取組	
	・ ぜん息	10
	・ アトピー性皮膚炎	12
	・ アレルギー性鼻炎・結膜炎	14
	・ 食物アレルギー	16
	・ アナフィラキシー	18
	都道府県別児童生徒数	20
	都道府県別アレルギー疾患の有病率	
	・ ぜん息	21
	・ アトピー性皮膚炎	22
	・ アレルギー性鼻炎	23
	・ アレルギー性結膜炎	24
	・ 食物アレルギー	25
	・ アナフィラキシー	26

アレルギー疾患に関する調査研究委員会設置要項

1. 趣旨

近年、児童生徒にぜん息をはじめ各種アレルギー疾患の増加が見られるところであり、アレルギー対策について検討することが極めて重要、かつ喫緊の課題になっている。

このため、児童生徒の各種アレルギー疾患の実態等について調査を行い、その調査結果の分析・研究を行うとともに、今後の学校におけるアレルギー対策のための支援方策の検討を行い、その対策の推進を図る。

2. 実施方法

- (1) 別紙の学識経験者等の協力を得て検討を行う。
- (2) 必要に応じて、別紙以外の者から協力を得るものとする。

3. 実施期間

平成16年10月22日～平成19年3月31日までとする。

4. その他

本件に関する庶務は、スポーツ・青少年局学校健康教育課において行う。

(別紙)

岩井	雅彦	(H16.10.22~H18.3.31)	岩井皮フ科院長
衛藤	隆		東京大学大学院教授
海老澤	元宏		国立病院機構相模原病院臨床研究センター アレルギー性疾患研究部長
栗山	真理子		特定非営利活動法人アレルギー児を支える全国ネット アラジーボット専務理事
清古	愛弓		東京都教育庁学務部学校健康推進課長
中嶋	恒子		塩尻市立広丘小学校栄養職員
西間	三馨		国立病院機構福岡病院長
服部	瑛	(H18.7.10~H19.3.31)	医療法人はっとり皮膚科医院理事長
秀	道広		広島大学医学部皮膚科教授
古江	増隆		九州大学医学部皮膚科教授
宮本	香代子		広島市立中筋小学校教頭
三好	きく江		千葉市立上の台小学校養護教諭
森川	昭廣		群馬大学医学部小児科教授

WG委員 (H18.7.25~H19.3.31)

青山	直己		栃木県教育委員会健康福利課副主幹
上田	直人		山梨県南アルプス市立八田中学校教諭
国吉	恵一		千葉県立船橋法典高等学校教諭
斉藤	史洋		神奈川県立上溝南高等学校教諭
白石	美智子	(H18.10.18~H19.3.31)	日本学校薬剤師会常務理事
高橋	恵美子		千葉県教育委員会学校保健課主査
高橋	慶子		群馬県教育委員会スポーツ健康課指導主事
鶴見	徹也		茨城県常総市立鬼怒中学校教諭
土橋	紀久子		山梨県甲府市立北西中学校養護教諭
白田	絹子		茨城県鉾田市立旭西小学校教頭
藤原	淳子		川崎市教育委員会健康教育課指導主事

(協力者)

今井	孝成		国立病院機構相模原病院小児科医師
洲崎	春海		昭和大学医学部耳鼻咽喉科学教授
高村	悦子		社団法人日本眼科医会理事

座長

アレルギー疾患に関する調査研究委員会 開催状況

平成16年10月22日 アレルギー疾患に関する調査研究委員会 設置

<平成16年度>

平成16年11月 9日 第1回委員会

<平成17年度>

平成17年 9月 1日 第2回委員会

平成18年 3月15日 第3回委員会

<平成18年度>

平成18年 6月20日 第4回委員会

平成18年 7月14日 第5回委員会

平成18年 8月15日 第1回アトピー性皮膚炎WG

平成18年 8月17日 第1回ぜん息WG

平成18年 8月30日 第1回アナフィラキシーWG

平成18年 8月31日 第1回食物アレルギーWG

平成18年10月13日 第6回委員会

平成18年10月13日 第2回アトピー性皮膚炎WG

平成18年10月19日 第2回食物アレルギー・アナフィラキシー合同WG

平成18年10月26日 第2回ぜん息WG

平成18年12月15日 第7回委員会

平成19年 2月20日 第8回委員会

アレルギー疾患に関する実態調査

< 共通事項 >

都道府県・政令指定都市				
学校種	小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校 ・ 中等教育学校			
児童生徒数 (5月1日現在)	男子	人	合計	人
	女子	人		

- ・ 貴校における学校給食の実施状況について、あてはまる項目に○を付けてください。
(完全給食 ・ 補食給食 ・ ミルク給食 ・ 給食未実施)

問1 貴校における下記疾患の罹患者(有症者)数をお答えください(平成16年6月末現在)

注1) 保健調査、定期健康診断、保護者からの申し出等により、6月末現在で把握している人数であり、転出者分は含まない

注2) いくつかの疾患について重複している児童生徒については、それぞれに記入してください

	男子	女子	合計
ぜん息	人	人	人
アトピー性皮膚炎	人	人	人
アレルギー性鼻炎(1)	人	人	人
アレルギー性結膜炎(1)	人	人	人
食物アレルギー	人	人	人
アナフィラキシーショック(2)	人	人	人

1: 花粉症によるものを含む

2: これまでに、特定の物質や食品に対して、アナフィラキシーショックを起こしたことがあるもの

問2 貴校でアレルギー疾患への対応やアレルギー疾患をもつ児童生徒に対して、特別に配慮や指導を行っている事項についてお聞きします。ぜん息等に罹患している児童生徒がいる場合、以下の質問項目について該当するもの全てに○をつけてください(複数回答可)。なお、児童生徒の症状や状態から、現在必要がないために行っていない場合は、 をつけてください。

1 ぜん息について

- ア() 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルギーの特定等を含むぜん息の児童生徒の実態把握に努めている
- イ() 掃除当番(飼育当番)等について配慮をしている
- ウ() 体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている
- エ() ピークフロー等によって児童生徒の状況を把握している

- オ() 校外学習(日帰り)への参加の際、学習内容、外出先の環境や発作時の対応等に配慮をしている
 - カ() 修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境、発作時の対応等に配慮をしている
 - キ() 学校への持参薬の確認をしている
 - ク() 薬(吸入薬等)の保管場所を提供している
 - ケ() 発作などの緊急時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている
 - コ() ぜん息のある児童生徒の周知や発作の予防・発作時の対応について、教職員の共通理解を図っている
 - サ() 他の児童生徒に対して、ぜん息予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や吸入等についての理解のための指導をしている
 - シ() 児童生徒本人に対して、ぜん息予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や吸入等についての理解のための指導をしている
 - ス() 空気清浄機等の設備の充実を図っている
 - セ() 特にしていない
 - ソ() その他
- (具体的に記入してください:)

2 アトピー性皮膚炎について

- ア() 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルギーの特定等を含むアトピー性皮膚炎の児童生徒の実態把握に努めている
 - イ() 掃除当番(飼育当番)等について配慮をしている
 - ウ() 体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている
 - エ() 校外学習(日帰り)への参加の際、外出先の環境等に配慮をしている
 - オ() 修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境等に配慮をしている
 - カ() 学校への持参薬の確認をしている
 - キ() 薬の保管やスキンケアの場所を提供している
 - ク() 症状増悪時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている
 - ケ() アトピー性皮膚炎のある児童生徒の周知や管理状況、心理について、教職員の共通理解を図っている
 - コ() 他の児童生徒に対して、アトピー性皮膚炎の症状増悪予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や薬の使用等についての理解のための指導をしている
 - サ() 児童生徒本人に対して、アトピー性皮膚炎の症状増悪予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や薬の使用等についての理解のための指導をしている
 - シ() 温水シャワー等の設備の充実を図っている
 - ス() 特にしていない
 - セ() その他
- (具体的に記入してください:)

3 アレルギー性鼻炎・結膜炎について

- ア() 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルゲンの特定等を含むアレルギー性鼻炎・結膜炎の児童生徒の実態把握に努めている
- イ() 掃除当番(飼育当番)等について配慮をしている
- ウ() 特に花粉の飛散時期やホコリの多い日等の体育の授業、運動会や屋外活動への参加の際に配慮をしている
- エ() 学校への持参薬の確認をしている
- オ() 薬の保管場所を提供している
- カ() 他の児童生徒に対して、アレルギー性鼻炎・結膜炎の症状誘発予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や薬の使用等についての理解のための指導をしている
- キ() 児童生徒本人に対して、アレルギー性鼻炎・結膜炎の症状誘発予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や薬の使用等についての理解のための指導をしている
- ク() 空気清浄機等の設備の充実を図っている
- ケ() 特にしていない
- コ() その他
(具体的に記入してください：)

4 食物アレルギーについて

- ア() 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、症状誘発の原因となる食品の特定等を含む食物アレルギーの児童生徒の実態把握に努めている
- イ() 学校給食について、医師の診断等に基づき配慮をしている
該当するものすべてに をつけて下さい
- a() 献立表に使用食品等を表示
- b() 除去食対応
- c() 代替食・特別食対応
- d() 弁当持参

注) 除去食：単なる食品の除去。例えば、牛乳、果物、ゆで卵等。

代替食：代替となるものを補って、同じ料理の形態とする。例えば、魚を肉に、魚の団子を肉の団子にする等。

特別食：見た目は同じであるが、調理を全く別にする。

- ウ() 校外学習(日帰り)への参加の際、外出先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている
- エ() 修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている
- オ() 症状誘発時等の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている
- カ() 食物アレルギーのある児童生徒の周知や症状誘発予防・誘発時の対応について、教職員の共通理解を図っている
- キ() 他の児童生徒に対して、食物アレルギー予防のための配慮(除去食や代替食など)についての理解のための指導をしている

ク() 児童生徒本人に対して、食物アレルギー予防のための配慮(除去食や代替食など)についての理解のための指導をしている

ケ() 特にしていない

コ() その他

(具体的に記入してください:)

5 アナフィラキシーについて

ア() 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アナフィラキシーの原因(食品、薬、ハチ刺され等)を含むアナフィラキシーの児童生徒の実態把握に努めている

イ() 学校給食について(除去食や代替食など)配慮をしている

ウ() 校外学習(日帰り)への参加の際、外出先の環境や食事、アナフィラキシー時の対応等に配慮をしている

エ() 修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境や食事、アナフィラキシー時の対応等に配慮をしている

オ() 学校への持参薬の確認をしている

カ() 薬の保管場所を提供している

キ() アナフィラキシー時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている

ク() アナフィラキシーのある児童生徒の周知やアナフィラキシー予防・アナフィラキシー時の対応について、教職員の共通理解を図っている

ケ() 他の児童生徒に対して、アナフィラキシー予防のための配慮(除去食や代替食、原因物質の回避、昼食後の激しい運動を避けるなど)についての理解のための指導をしている

コ() 児童生徒本人に対して、回避、昼食後の激しい運動を避けるなど)についての理解のための指導をしている

サ() 特にしていない

シ() その他

(具体的に記入してください:)

ありがとうございました。調査は以上です。

アレルギー疾患に関する実態調査結果

調査対象校：公立の小学校、中学校、高等学校及び中等教育学校

(校)

	小学校	中学校	高等学校	中等教育学校	計
対象学校数	22,729	10,241	3,853	7	36,830
調査票回収数	22,236	10,121	3,783	7	36,147
有効回答数	22,186	10,091	3,777	7	36,061

学校種ごとの男女別児童生徒数（有効回答が得られた学校のみ）

(人)

	小学校	中学校	高等学校	中等教育学校	合計
男子	3,581,576	1,721,781	1,210,686	543	6,514,586
女子	3,405,598	1,626,330	1,226,306	734	6,258,968
計	6,987,174	3,348,111	2,436,992	1,277	12,773,554

各アレルギー疾患をもつ児童生徒が在籍する学校の割合

(上段：校)

		小学校	中学校	高等学校	中等教育学校	計
ぜん息	学校数	21,164	9,562	3,738	7	34,471
	割合	95.4%	94.8%	99.0%	100.0%	95.6%
アトピー性皮膚炎	学校数	21,033	9,511	3,721	7	34,272
	割合	94.8%	94.3%	98.5%	100.0%	95.0%
アレルギー性鼻炎・結膜炎	学校数	21,167	9,754	3,725	7	34,653
	割合	95.4%	96.7%	98.6%	100.0%	96.1%
食物アレルギー	学校数	18,974	8,938	3,499	7	31,418
	割合	85.5%	88.6%	92.6%	100.0%	87.1%
アナフィラキシー	学校数	4,364	1,930	1,065	2	7,361
	割合	19.7%	19.1%	28.2%	28.6%	20.4%

各アレルギー疾患の有病者数・有病率

学校種別	児童生徒数		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		食物アレルギー		アトピー性	
			児童生徒数	割合	児童生徒数	割合	児童生徒数	割合	児童生徒数	割合	児童生徒数	割合	児童生徒数	割合
小学校	男子	3,581,576	291,925	8.2%	233,259	6.5%	380,412	10.6%	136,303	3.8%	106,613	3.0%	6,547	0.18%
	女子	3,405,598	181,123	5.3%	204,816	6.0%	235,517	6.9%	107,290	3.2%	87,832	2.6%	4,171	0.12%
	合計	6,987,174	473,048	6.8%	438,075	6.3%	615,929	8.8%	243,593	3.5%	194,445	2.8%	10,718	0.15%
中学校	男子	1,721,781	104,127	6.0%	83,807	4.9%	200,876	11.7%	70,556	4.1%	45,585	2.6%	2,957	0.17%
	女子	1,626,330	65,952	4.1%	80,504	5.0%	141,873	8.7%	58,310	3.6%	42,489	2.6%	2,063	0.13%
	合計	3,348,111	170,079	5.1%	164,311	4.9%	342,749	10.2%	128,866	3.8%	88,074	2.6%	5,020	0.15%
高等学校	男子	1,210,686	49,416	4.1%	45,737	3.8%	122,430	10.1%	36,930	3.1%	22,572	1.9%	1,413	0.12%
	女子	1,226,306	37,853	3.1%	50,879	4.1%	99,463	8.1%	32,971	2.7%	24,306	2.0%	1,169	0.10%
	合計	2,436,992	87,269	3.6%	96,616	4.0%	221,893	9.1%	69,901	2.9%	46,878	1.9%	2,582	0.11%
中等教育 学校	男子	543	41	7.6%	38	7.0%	84	15.5%	34	6.3%	13	2.4%	0	0.00%
	女子	734	29	4.0%	46	6.3%	94	12.8%	25	3.4%	13	1.8%	3	0.41%
	合計	1,277	70	5.5%	84	6.6%	178	13.9%	59	4.6%	26	2.0%	3	0.23%
男子児童生徒 合計数	6,514,586	445,509	6.8%	362,841	5.6%	703,802	10.8%	243,823	3.7%	174,783	2.7%	10,917	0.17%	
女子児童生徒 合計数	6,258,968	284,957	4.6%	336,245	5.4%	476,947	7.6%	198,596	3.2%	154,640	2.5%	7,406	0.12%	
児童生徒 合計数	12,773,554	730,466	5.7%	699,086	5.5%	1,180,749	9.2%	442,419	3.5%	329,423	2.6%	18,323	0.14%	

学校における取組

問2(1 ぜん息)

(: 行っている、 : 現在、必要がないために行っていない、 - : 行っていない)

		小 学 校		
				-
ア 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルギーの特定等を含むぜん息の児童生徒の実態把握に努めている	学校数	20,335	272	557
	割合	96.1%	1.3%	2.6%
イ 掃除当番(飼育当番)等について配慮をしている	学校数	7,717	7,096	6,351
	割合	36.5%	33.5%	30.0%
ウ 体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている	学校数	14,614	3,811	2,739
	割合	69.1%	18.0%	12.9%
エ ピークフロー等によって児童生徒の状況を把握している	学校数	956	6,611	13,597
	割合	4.5%	31.2%	64.2%
オ 校外学習(日帰り)への参加の際、学習内容、外出先の環境や発作時の対応等に配慮をしている	学校数	14,315	3,314	3,535
	割合	67.6%	15.7%	16.7%
カ 修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境、発作時の対応等に配慮をしている	学校数	17,950	1,796	1,418
	割合	84.8%	8.5%	6.7%
キ 学校への持参薬の確認をしている	学校数	8,128	6,323	6,713
	割合	38.4%	29.9%	31.7%
ク 薬(吸入薬等)の保管場所を提供している	学校数	3,087	9,534	8,543
	割合	14.6%	45.0%	40.4%
ケ 発作などの緊急時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている	学校数	12,939	3,181	5,044
	割合	61.1%	15.0%	23.8%
コ ぜん息のある児童生徒の周知や発作の予防・発作時の対応について、教職員の共通理解を図っている	学校数	14,049	2,410	4,705
	割合	66.4%	11.4%	22.2%
サ 他の児童生徒に対して、ぜん息予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や吸入等についての理解のための指導をしている	学校数	6,420	6,012	8,732
	割合	30.3%	28.4%	41.3%
シ 児童生徒本人に対して、ぜん息予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や吸入等についての理解のための指導をしている	学校数	8,693	5,029	7,442
	割合	41.1%	23.8%	35.2%
ス 空気清浄機等の設備の充実を図っている	学校数	353	6,410	14,401
	割合	1.7%	30.3%	68.0%
セ 特にしていない	学校数	49	768	20,347
	割合	0.2%	3.6%	96.1%
ソ その他	学校数	442	725	19,997
	割合	2.1%	3.4%	94.5%

(: 行っている、 : 現在、必要がないために行っていない、 - : 行っていない)

中 学 校			高 等 学 校			中 等 教 育 学 校			全 体		
		-			-			-			-
9,173	127	262	3,599	41	98	7	0	0	33,114	440	917
95.9%	1.3%	2.7%	96.3%	1.1%	2.6%	100.0%	0.0%	0.0%	96.1%	1.3%	2.7%
886	4,261	4,415	179	1,325	2,234	0	2	5	8,782	12,684	13,005
9.3%	44.6%	46.2%	4.8%	35.4%	59.8%	0.0%	28.6%	71.4%	25.5%	36.8%	37.7%
6,439	1,782	1,341	3,176	247	315	7	0	0	24,236	5,840	4,395
67.3%	18.6%	14.0%	85.0%	6.6%	8.4%	100.0%	0.0%	0.0%	70.3%	16.9%	12.7%
346	2,914	6,302	123	917	2,698	0	1	6	1,425	10,443	22,603
3.6%	30.5%	65.9%	3.3%	24.5%	72.2%	0.0%	14.3%	85.7%	4.1%	30.3%	65.6%
6,307	1,522	1,733	1,881	557	1,300	7	0	0	22,510	5,393	6,568
66.0%	15.9%	18.1%	50.3%	14.9%	34.8%	100.0%	0.0%	0.0%	65.3%	15.6%	19.1%
8,308	687	567	3,359	129	250	6	0	1	29,623	2,612	2,236
86.9%	7.2%	5.9%	89.9%	3.5%	6.7%	85.7%	0.0%	14.3%	85.9%	7.6%	6.5%
3,284	2,741	3,537	1,230	747	1,761	2	1	4	12,644	9,812	12,015
34.3%	28.7%	37.0%	32.9%	20.0%	47.1%	28.6%	14.3%	57.1%	36.7%	28.5%	34.9%
1,014	4,221	4,327	259	1,355	2,124	0	2	5	4,360	15,112	14,999
10.6%	44.1%	45.3%	6.9%	36.2%	56.8%	0.0%	28.6%	71.4%	12.6%	43.8%	43.5%
5,288	1,719	2,555	1,769	587	1,382	5	0	2	20,001	5,487	8,983
55.3%	18.0%	26.7%	47.3%	15.7%	37.0%	71.4%	0.0%	28.6%	58.0%	15.9%	26.1%
6,632	1,110	1,820	2,004	480	1,254	4	0	3	22,689	4,000	7,782
69.4%	11.6%	19.0%	53.6%	12.8%	33.5%	57.1%	0.0%	42.9%	65.8%	11.6%	22.6%
1,557	3,191	4,814	271	971	2,496	0	2	5	8,248	10,176	16,047
16.3%	33.4%	50.4%	7.2%	26.0%	66.8%	0.0%	28.6%	71.4%	23.9%	29.5%	46.6%
3,222	2,557	3,783	1,544	609	1,585	3	1	3	13,462	8,196	12,813
33.7%	26.7%	39.6%	41.3%	16.3%	42.4%	42.9%	14.3%	42.9%	39.1%	23.8%	37.2%
137	2,941	6,484	94	868	2,776	0	1	6	584	10,220	23,667
1.4%	30.8%	67.8%	2.5%	23.2%	74.3%	0.0%	14.3%	85.7%	1.7%	29.6%	68.7%
28	390	9,144	10	1,063	3,625	0	0	7	87	2,221	33,123
0.3%	4.1%	95.6%	0.3%	28.4%	97.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.2%	6.3%	93.5%
193	370	8,999	90	87	3,561	0	0	7	725	1,182	32,564
2.0%	3.9%	94.1%	2.4%	2.3%	95.3%	0.0%	0.0%	100.0%	2.1%	3.4%	94.5%

学校における取組

問2(2 アトピー性皮膚炎)

(: 行っている、 : 現在、必要がないために行っていない、 - : 行っていない)

		小 学 校		
				-
ア 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルギーの特定等を含むアトピー性皮膚炎の児童生徒の実態把握に努めている	学校数	20,092	232	709
	割合	95.5%	1.1%	3.4%
イ 掃除当番(飼育当番)等について配慮をしている	学校数	5,888	6,811	8,334
	割合	28.0%	32.4%	39.6%
ウ 体育の授業や運動会への参加の際に配慮をしている	学校数	9,017	5,408	6,608
	割合	42.9%	25.7%	31.4%
エ 校外学習(日帰り)への参加の際、外出先の環境等に配慮をしている	学校数	6,498	5,709	8,826
	割合	30.9%	27.1%	42.0%
オ 修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境等に配慮をしている	学校数	9,340	4,958	6,735
	割合	44.4%	23.6%	32.0%
カ 学校への持参薬の確認をしている	学校数	5,863	6,409	8,761
	割合	27.9%	30.5%	41.7%
キ 薬の保管やスキンケアの場所を提供している	学校数	4,366	8,030	8,637
	割合	20.8%	38.2%	41.1%
ク 症状増悪時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている	学校数	7,667	4,615	8,751
	割合	36.5%	21.9%	41.6%
ケ アトピー性皮膚炎のある児童生徒の周知や管理状況、心理について、教職員の共通理解を図っている	学校数	11,537	2,871	6,625
	割合	54.9%	13.6%	31.5%
コ 他の児童生徒に対して、アトピー性皮膚炎の症状増悪予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や薬の使用等についての理解のための指導をしている	学校数	5,525	5,755	9,753
	割合	26.3%	27.4%	46.4%
サ 児童生徒本人に対して、アトピー性皮膚炎の症状増悪予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や薬の使用等についての理解のための指導をしている	学校数	7,658	4,840	8,535
	割合	36.4%	23.0%	40.6%
シ 温水シャワー等の設備の充実を図っている	学校数	4,204	4,364	12,465
	割合	20.0%	20.7%	59.3%
ス 特にしていない	学校数	162	743	20,128
	割合	0.8%	3.5%	95.7%
セ その他	学校数	705	707	19,621
	割合	3.4%	3.4%	93.3%

(:行っている、 :現在、必要がないために行っていない、 - :行っていない)

中 学 校			高 等 学 校			中 等 教 育 学 校			全 体		
		-			-			-			-
9,079	102	330	3,573	29	119	7	0	0	32,751	363	1,158
95.5%	1.1%	3.5%	96.0%	0.8%	3.2%	100.0%	0.0%	0.0%	95.6%	1.1%	3.4%
769	3,780	4,962	145	1,189	2,387	0	2	5	6,802	11,782	15,688
8.1%	39.7%	52.2%	3.9%	32.0%	64.1%	0.0%	28.6%	71.4%	19.8%	34.4%	45.8%
4,428	2,247	2,836	2,391	444	886	6	0	1	15,842	8,099	10,331
46.6%	23.6%	29.8%	64.3%	11.9%	23.8%	85.7%	0.0%	14.3%	46.2%	23.6%	30.1%
3,102	2,447	3,962	997	718	2,006	4	1	2	10,601	8,875	14,796
32.6%	25.7%	41.7%	26.8%	19.3%	53.9%	57.1%	14.3%	28.6%	30.9%	25.9%	43.2%
4,864	1,935	2,712	2,199	438	1,084	4	1	2	16,407	7,332	10,533
51.1%	20.3%	28.5%	59.1%	11.8%	29.1%	57.1%	14.3%	28.6%	47.9%	21.4%	30.7%
1,953	2,895	4,663	551	862	2,308	2	1	4	8,369	10,167	15,736
20.5%	30.4%	49.0%	14.8%	23.2%	62.0%	28.6%	14.3%	57.1%	24.4%	29.7%	45.9%
1,350	3,667	4,494	444	1,132	2,145	0	2	5	6,160	12,831	15,281
14.2%	38.6%	47.3%	11.9%	30.4%	57.6%	0.0%	28.6%	71.4%	18.0%	37.4%	44.6%
2,978	2,246	4,287	1,014	691	2,016	4	0	3	11,663	7,552	15,057
31.3%	23.6%	45.1%	27.3%	18.6%	54.2%	57.1%	0.0%	42.9%	34.0%	22.0%	43.9%
5,423	1,292	2,796	1,512	525	1,684	4	0	3	18,476	4,688	11,108
57.0%	13.6%	29.4%	40.6%	14.1%	45.3%	57.1%	0.0%	42.9%	53.9%	13.7%	32.4%
1,431	2,920	5,160	254	917	2,550	0	2	5	7,210	9,594	17,468
15.0%	30.7%	54.3%	6.8%	24.6%	68.5%	0.0%	28.6%	71.4%	21.0%	28.0%	51.0%
3,042	2,358	4,111	1,415	601	1,705	4	1	2	12,119	7,800	14,353
32.0%	24.8%	43.2%	38.0%	16.2%	45.8%	57.1%	14.3%	28.6%	35.4%	22.8%	41.9%
706	2,435	6,370	159	791	2,771	1	0	6	5,070	7,590	21,612
7.4%	25.6%	67.0%	4.3%	21.3%	74.5%	14.3%	0.0%	85.7%	14.8%	22.1%	63.1%
81	382	9,048	25	105	3,591	0	0	7	268	1,230	32,774
0.9%	4.0%	95.1%	0.7%	2.8%	96.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.8%	3.6%	95.6%
239	363	8,909	98	85	3,538	0	0	7	1,042	1,155	32,075
2.5%	3.8%	93.7%	2.6%	2.3%	95.1%	0.0%	0.0%	100.0%	3.0%	3.4%	93.6%

学校における取組

問2(3 アレルギー性鼻炎・結膜炎)

(:行っている、 :現在、必要がないために行っていない、 - :行っていない)

		小 学 校		
				-
ア 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アレルゲンの特定等を含むアレルギー性鼻炎・結膜炎の児童生徒の実態把握に努めている	学校数	16,437	181	4,549
	割合	77.7%	0.9%	21.5%
イ 掃除当番(飼育当番)等について配慮をしている	学校数	4,521	5,112	11,534
	割合	21.4%	24.2%	54.5%
ウ 特に花粉の飛散時期やホコリの多い日等の体育の授業、運動会や屋外活動への参加の際に配慮をしている	学校数	6,733	3,788	10,646
	割合	31.8%	17.9%	50.3%
エ 学校への持参薬の確認をしている	学校数	4,880	4,583	11,704
	割合	23.1%	21.7%	55.3%
オ 薬の保管場所を提供している	学校数	1,845	6,418	12,904
	割合	8.7%	30.3%	61.0%
カ 他の児童生徒に対して、アレルギー性鼻炎・結膜炎の症状誘発予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や薬の使用等についての理解のための指導をしている	学校数	3,607	4,559	13,001
	割合	17.0%	21.5%	61.4%
キ 児童生徒本人に対して、アレルギー性鼻炎・結膜炎の症状誘発予防のための体育見学、清掃の内容の配慮や薬の使用等についての理解のための指導をしている	学校数	5,545	3,881	11,741
	割合	26.2%	18.3%	55.5%
ク 空気清浄機等の設備の充実を図っている	学校数	246	4,556	16,365
	割合	1.2%	21.5%	77.3%
ケ 特にしていない	学校数	285	586	20,296
	割合	1.3%	2.8%	95.9%
コ その他	学校数	309	567	20,291
	割合	1.5%	2.7%	95.9%

(: 行っている、 : 現在、必要がないために行っていない、 - : 行っていない)

中 学 校			高 等 学 校			中 等 教 育 学 校			全 体		
		-			-			-			-
7,807	83	1,864	3,101	24	600	7	0	0	27,352	288	7,013
80.0%	0.9%	19.1%	83.2%	0.6%	16.1%	100.0%	0.0%	0.0%	78.9%	0.8%	20.2%
533	3,034	6,187	131	970	2,624	0	2	5	5,185	9,118	20,350
5.5%	31.1%	63.4%	3.5%	26.0%	70.4%	0.0%	28.6%	71.4%	15.0%	26.3%	58.7%
2,602	1,973	5,179	861	593	2,271	4	0	3	10,200	6,354	18,099
26.7%	20.2%	53.1%	23.1%	15.9%	61.0%	57.1%	0.0%	42.9%	29.4%	18.3%	52.2%
1,571	2,263	5,920	386	716	2,623	2	1	4	6,839	7,563	20,251
16.1%	23.2%	60.7%	10.4%	19.2%	70.4%	28.6%	14.3%	57.1%	19.7%	21.8%	58.4%
504	2,992	6,258	133	975	2,617	0	2	5	2,482	10,387	21,784
5.2%	30.7%	64.2%	3.6%	26.2%	70.3%	0.0%	28.6%	71.4%	7.2%	30.0%	62.9%
955	2,392	6,407	187	748	2,790	0	2	5	4,749	7,701	22,203
9.8%	24.5%	65.7%	5.0%	20.1%	74.9%	0.0%	28.6%	71.4%	13.7%	22.2%	64.1%
2,423	1,930	5,401	1,041	518	2,166	2	1	4	9,011	6,330	19,312
24.8%	19.8%	55.4%	27.9%	13.9%	58.1%	28.6%	14.3%	57.1%	26.0%	18.3%	55.7%
105	2,227	7,422	77	690	2,958	0	1	6	428	7,474	26,751
1.1%	22.8%	76.1%	2.1%	18.5%	79.4%	0.0%	14.3%	85.7%	1.2%	21.6%	77.2%
154	312	9,288	80	94	3,551	0	0	7	519	992	33,142
1.6%	3.2%	95.2%	2.1%	2.5%	95.3%	0.0%	0.0%	100.0%	1.5%	2.9%	95.6%
150	299	9,305	70	72	3,583	0	0	7	529	938	33,186
1.5%	3.1%	95.4%	1.9%	1.9%	96.2%	0.0%	0.0%	100.0%	1.5%	2.7%	95.8%

学校における取組

問2(4 食物アレルギー)

(: 行っている、 : 現在、必要がないために行っていない、 - : 行っていない)

		小 学 校		
				-
ア 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、症状誘発の原因となる食品の特定等を含む食物アレルギーの児童生徒の実態把握に努めている	学校数	18,684	62	228
	割合	98.5%	0.3%	1.2%
イ 学校給食について、医師の診断等に基づき配慮をしている()	学校数	15,204	1,278	1,595
	割合	84.1%	7.1%	8.8%
a 献立表に使用食品等を表示()	学校数	12,135	154	5,788
	割合	67.1%	0.9%	32.0%
b 除去食対応()	学校数	10,496	490	7,091
	割合	58.1%	2.7%	39.2%
c 代替食・特別食対応()	学校数	3,754	1,002	13,321
	割合	20.8%	5.5%	73.7%
d 弁当持参()	学校数	4,425	1,175	12,477
	割合	24.5%	6.5%	69.0%
ウ 校外学習(日帰り)への参加の際、外出先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている	学校数	9,032	3,484	6,458
	割合	47.6%	18.4%	34.0%
エ 修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の食事、症状誘発時の対応等に配慮をしている	学校数	13,845	2,478	2,651
	割合	73.0%	13.1%	14.0%
オ 症状誘発時等の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている	学校数	10,718	2,379	5,877
	割合	56.5%	12.5%	31.0%
カ 食物アレルギーのある児童生徒の周知や症状誘発予防・誘発時の対応について、教職員の共通理解を図っている	学校数	13,433	1,521	4,020
	割合	70.8%	8.0%	21.2%
キ 他の児童生徒に対して、食物アレルギー予防のための配慮(除去食や代替食など)についての理解のための指導をしている	学校数	10,512	2,719	5,743
	割合	55.4%	14.3%	30.3%
ク 児童生徒本人に対して、食物アレルギー予防のための配慮(除去食や代替食など)についての理解のための指導をしている	学校数	10,494	2,462	6,018
	割合	55.3%	13.0%	31.7%
ケ 特にしていない	学校数	20	596	18,358
	割合	0.1%	3.1%	96.8%
コ その他	学校数	411	564	17,999
	割合	2.2%	3.0%	94.9%

学校給食の実施区分状況が、完全給食の学校を分母とする。

(: 行っている、 : 現在、必要がないために行っていない、 - : 行っていない)

中 学 校			高 等 学 校			中 等 教 育 学 校			全 体		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8,777	29	132	3,410	11	78	7	0	0	30,878	102	438
98.2%	0.3%	1.5%	97.5%	0.3%	2.2%	100.0%	0.0%	0.0%	98.3%	0.3%	1.4%
4,902	760	1,124	12	1	5	4	0	0	20,122	2,039	2,724
72.2%	11.2%	16.6%	66.7%	5.6%	27.8%	100.0%	0.0%	0.0%	80.9%	8.2%	10.9%
3,605	81	3,100	6	0	12	2	0	2	15,748	235	8,902
53.1%	1.2%	45.7%	33.3%	0.0%	66.7%	50.0%	0.0%	50.0%	63.3%	0.9%	35.8%
2,755	257	3,774	7	1	10	2	0	2	13,260	748	10,877
40.6%	3.8%	55.6%	38.9%	5.6%	55.6%	50.0%	0.0%	50.0%	53.3%	3.0%	43.7%
1,020	409	5,357	3	2	13	2	1	1	4,779	1,414	18,692
15.0%	6.0%	78.9%	16.7%	11.1%	72.2%	50.0%	25.0%	25.0%	19.2%	5.7%	75.1%
842	4,785	5,469	1	3	14	0	1	3	5,268	5,964	17,963
7.6%	43.1%	49.3%	5.6%	16.7%	77.8%	0.0%	25.0%	75.0%	18.0%	20.4%	61.5%
4,588	1,402	2,948	1,144	516	1,839	6	0	1	14,770	5,402	11,246
51.3%	15.7%	33.0%	32.7%	14.7%	52.6%	85.7%	0.0%	14.3%	47.0%	17.2%	35.8%
7,355	705	878	3,038	157	304	5	0	2	24,243	3,340	3,835
82.3%	7.9%	9.8%	86.8%	4.5%	8.7%	71.4%	0.0%	28.6%	77.2%	10.6%	12.2%
4,318	1,345	3,275	1,259	462	1,778	3	0	4	16,298	4,186	10,934
48.3%	15.0%	36.6%	36.0%	13.2%	50.8%	42.9%	0.0%	57.1%	51.9%	13.3%	34.8%
6,296	803	1,839	1,720	360	1,419	5	0	2	21,454	2,684	7,280
70.4%	9.0%	20.6%	49.2%	10.3%	40.6%	71.4%	0.0%	28.6%	68.3%	8.5%	23.2%
2,401	2,061	4,476	179	797	2,523	0	2	5	13,092	5,579	12,747
26.9%	23.1%	50.1%	5.1%	22.8%	72.1%	0.0%	28.6%	71.4%	41.7%	17.8%	40.6%
3,541	1,676	3,721	1,147	521	1,831	4	0	3	15,186	4,659	11,573
39.6%	18.8%	41.6%	32.8%	14.9%	52.3%	57.1%	0.0%	42.9%	48.3%	14.8%	36.8%
12	363	8,563	13	91	3,395	0	0	7	45	1,050	30,323
0.1%	4.1%	95.8%	0.4%	2.6%	97.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.1%	3.3%	96.5%
183	333	8,422	63	72	3,364	0	0	7	657	969	29,792
2.0%	3.7%	94.2%	1.8%	2.1%	96.1%	0.0%	0.0%	100.0%	2.1%	3.1%	94.8%

学校における取組

問2 (5 アナフィラキシー)

(: 行っている、 : 現在、必要がないために行っていない、 - : 行っていない)

		小 学 校		
				-
ア 保健調査、健康診断や保護者からの申し出等から、アナフィラキシーの原因(食品、薬、ハチ刺され等)を含むアナフィラキシーの児童生徒の実態把握に努めている	学校数	4,260	15	89
	割合	97.6%	0.3%	2.0%
イ 学校給食について(除去食や代替食など)配慮をしている()	学校数	2,715	514	927
	割合	65.3%	12.4%	22.3%
ウ 校外学習(日帰り)への参加の際、外出先の環境や食事、アナフィラキシー時の対応等に配慮をしている	学校数	2,533	547	1,284
	割合	58.0%	12.5%	29.4%
エ 修学旅行等の宿泊行事への参加の際、宿泊先の環境や食事、アナフィラキシー時の対応等に配慮をしている	学校数	2,758	727	879
	割合	63.2%	16.7%	20.1%
オ 学校への持参薬の確認をしている	学校数	1,214	1,144	2,006
	割合	27.8%	26.2%	46.0%
カ 薬の保管場所を提供している	学校数	754	1,342	2,268
	割合	17.3%	30.8%	52.0%
キ アナフィラキシー時の対応や連絡体制について、学校、保護者、学校医や主治医等で共通理解を図っている	学校数	3,101	303	960
	割合	71.1%	6.9%	22.0%
ク アナフィラキシーのある児童生徒の周知やアナフィラキシー予防・アナフィラキシー時の対応について、教職員の共通理解を図っている	学校数	3,195	265	904
	割合	73.2%	6.1%	20.7%
ケ 他の児童生徒に対して、アナフィラキシー予防のための配慮(除去食や代替食、原因物質の回避、昼食後の激しい運動を避けるなど)についての理解のための指導をしている	学校数	2,068	586	1,710
	割合	47.4%	13.4%	39.2%
コ 児童生徒本人に対して、アナフィラキシー予防のための配慮(除去食や代替食、原因物質の回避、昼食後の激しい運動を避けるなど)についての理解のための指導をしている	学校数	2,565	460	1,339
	割合	58.8%	10.5%	30.7%
サ 特にしていない	学校数	10	130	4,224
	割合	0.2%	3.0%	96.8%
シ その他	学校数	123	136	4,105
	割合	2.8%	3.1%	94.1%

学校給食の実施区分状況が、完全給食の学校を分母とする。

(: 行っている、 : 現在、必要がないために行っていない、 - : 行って

中 学 校			高 等 学 校			中 等 教 育 学 校			全	
		-			-			-		
1,870	14	46	1,038	1	26	2	0	0	7,170	30
96.9%	0.7%	2.4%	97.5%	0.1%	2.4%	100.0%	0.0%	0.0%	97.4%	0.4%
588	306	548	0	1	0	0	1	0	3,303	822
40.8%	21.2%	38.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	59.0%	14.7%
1,134	224	572	449	114	502	2	0	0	4,118	885
58.8%	11.6%	29.6%	42.2%	10.7%	47.1%	100.0%	0.0%	0.0%	55.9%	12.0%
1,469	162	299	848	55	162	2	0	0	5,077	944
76.1%	8.4%	15.5%	79.6%	5.2%	15.2%	100.0%	0.0%	0.0%	69.0%	12.8%
323	542	1,065	130	231	704	1	0	1	1,668	1,917
16.7%	28.1%	55.2%	12.2%	21.7%	66.1%	50.0%	0.0%	50.0%	22.7%	26.0%
141	652	1,137	50	301	714	0	1	1	945	2,296
7.3%	33.8%	58.9%	4.7%	28.3%	67.0%	0.0%	50.0%	50.0%	12.8%	31.2%
1,155	190	585	540	100	425	2	0	0	4,798	593
59.8%	9.8%	30.3%	50.7%	9.4%	39.9%	100.0%	0.0%	0.0%	65.2%	8.1%
1,357	146	427	614	83	368	2	0	0	5,168	494
70.3%	7.6%	22.1%	57.7%	7.8%	34.6%	100.0%	0.0%	0.0%	70.2%	6.7%
420	426	1,084	76	225	764	0	0	2	2,564	1,237
21.8%	22.1%	56.2%	7.1%	21.1%	71.7%	0.0%	0.0%	100.0%	34.8%	16.8%
957	247	726	520	129	416	1	0	1	4,043	836
49.6%	12.8%	37.6%	48.8%	12.1%	39.1%	50.0%	0.0%	50.0%	54.9%	11.4%
9	73	1,848	4	25	1,036	0	0	2	23	228
0.5%	3.8%	95.8%	0.4%	2.3%	97.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.3%	3.1%
38	68	1,824	23	16	1,026	0	0	2	184	220
2.0%	3.5%	94.5%	2.2%	1.5%	96.3%	0.0%	0.0%	100.0%	2.5%	3.0%

都道府県別 児童生徒数

都道府県	小学校			中学校			高等学校			中等教育学校		
	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計
北海道	151,045	145,068	296,113	79,956	75,941	155,897	61,055	60,947	122,002	0	0	0
青森県	43,328	41,733	85,061	21,947	21,275	43,222	17,533	17,516	35,049	0	0	0
岩手県	40,176	38,271	78,447	22,074	21,159	43,233	18,438	17,686	36,124	0	0	0
宮城県	67,224	63,935	131,159	35,384	33,317	68,701	25,666	24,839	50,505	0	0	0
秋田県	31,318	29,838	61,156	17,001	16,277	33,278	14,966	13,819	28,785	0	0	0
山形県	35,893	34,189	70,082	18,755	18,419	37,174	13,475	14,593	28,068	0	0	0
福島県	64,752	61,953	126,705	35,369	33,287	68,656	29,136	27,659	56,795	0	0	0
茨城県	88,542	83,781	172,323	44,630	41,829	86,459	34,121	33,715	67,836	0	0	0
栃木県	58,879	56,330	115,209	30,779	29,275	60,054	22,126	23,065	45,191	0	0	0
群馬県	61,014	58,496	119,510	30,197	28,164	58,361	23,210	20,850	44,060	65	64	129
埼玉県	204,972	196,075	401,047	96,454	90,324	186,778	58,419	58,859	117,278	0	0	0
千葉県	168,087	160,597	328,684	78,009	73,972	151,981	51,658	55,014	106,672	0	0	0
東京都	271,695	254,292	525,987	108,854	99,018	207,872	62,187	64,260	126,447	0	0	0
神奈川県	234,300	220,473	454,773	97,239	89,367	186,606	55,351	56,905	112,256	0	0	0
新潟県	70,967	67,671	138,638	36,833	35,198	72,031	29,775	30,675	60,450	162	245	407
富山県	30,484	29,241	59,725	15,552	14,813	30,365	11,760	12,208	23,968	0	0	0
石川県	34,432	32,960	67,392	17,015	16,692	33,707	12,581	13,334	25,915	0	0	0
福井県	25,626	23,992	49,618	12,994	12,350	25,344	9,904	9,629	19,533	0	0	0
山梨県	27,479	26,015	53,494	13,474	12,583	26,057	10,910	9,654	20,564	0	0	0
長野県	65,688	62,573	128,261	32,565	31,434	63,999	27,246	25,023	52,269	0	0	0
岐阜県	63,879	61,532	125,411	32,310	30,643	62,953	24,111	23,886	47,997	0	0	0
静岡県	109,503	104,710	214,213	54,906	51,401	106,307	38,177	37,543	75,720	0	0	0
愛知県	217,385	207,051	424,436	99,675	95,014	194,689	64,963	66,494	131,457	0	0	0
三重県	55,169	52,306	107,475	27,205	25,351	52,556	20,353	20,034	40,387	0	0	0
滋賀県	43,317	41,175	84,492	21,288	20,308	41,596	17,439	17,349	34,788	0	0	0
京都府	69,162	65,714	134,876	31,936	29,845	61,781	21,180	21,298	42,478	0	0	0
大阪府	234,802	222,305	457,107	104,852	99,631	204,483	54,882	64,571	119,453	0	0	0
兵庫県	163,923	155,312	319,235	75,855	71,717	147,572	53,868	57,293	111,161	57	100	157
奈良県	41,947	39,598	81,545	18,993	18,191	37,184	14,770	15,205	29,975	0	0	0
和歌山県	30,466	29,026	59,492	15,413	14,665	30,078	13,864	13,311	27,175	0	0	0
鳥取県	17,137	16,709	33,846	9,628	9,126	18,754	7,324	7,846	15,170	0	0	0
島根県	21,100	20,199	41,299	11,475	10,950	22,425	9,441	9,648	19,089	0	0	0
岡山県	57,157	54,542	111,699	28,556	27,253	55,809	21,010	21,356	42,366	0	0	0
広島県	81,639	77,703	159,342	38,894	36,470	75,364	26,628	28,129	54,757	0	0	0
山口県	41,164	39,329	80,493	21,332	19,416	40,748	15,703	15,183	30,886	78	162	240
徳島県	22,192	21,051	43,243	11,714	11,132	22,846	10,568	11,312	21,880	0	0	0
香川県	28,380	27,265	55,645	13,945	13,314	27,259	11,233	11,810	23,043	0	0	0
愛媛県	37,384	35,219	72,603	21,862	21,377	43,239	17,475	17,878	35,353	0	0	0
高知県	21,600	20,342	41,942	9,089	8,414	17,503	8,326	8,247	16,573	0	0	0
福岡県	145,872	139,199	285,071	72,011	68,268	140,279	43,747	44,863	88,610	51	64	115
佐賀県	27,879	26,228	54,107	14,363	13,739	28,102	12,196	11,474	23,670	0	0	0
長崎県	46,110	44,232	90,342	24,544	23,259	47,803	18,518	17,393	35,911	0	0	0
熊本県	55,061	52,266	107,327	28,650	27,099	55,749	20,368	20,038	40,406	0	0	0
大分県	35,099	33,239	68,338	17,986	17,174	35,160	15,282	14,527	29,809	0	0	0
宮崎県	36,635	34,810	71,445	18,344	17,813	36,157	14,039	13,592	27,631	130	99	229
鹿児島県	51,367	49,346	100,713	27,477	26,753	54,230	21,456	21,350	42,806	0	0	0
沖縄県	50,346	47,707	98,053	24,397	23,313	47,710	24,248	24,426	48,674	0	0	0
全体	3,581,576	3,405,598	6,987,174	1,721,781	1,626,330	3,348,111	1,210,686	1,226,306	2,436,992	543	734	1,277

有効回答が得られた学校に在籍する児童生徒数である。

都道府県別 アレルギー疾患の有病率【ぜん息】

都道府県	小学校			中学校			高等学校			中等教育学校		
	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体
北海道	8.1%	5.2%	6.6%	6.1%	4.1%	5.2%	5.4%	4.1%	4.8%	-	-	-
青森県	6.6%	3.7%	5.2%	4.4%	3.1%	3.8%	2.3%	1.6%	2.0%	-	-	-
岩手県	8.1%	5.2%	6.7%	5.4%	3.7%	4.6%	3.0%	2.2%	2.6%	-	-	-
宮城県	10.3%	6.5%	8.4%	6.8%	4.5%	5.7%	4.0%	2.9%	3.5%	-	-	-
秋田県	8.1%	5.1%	6.6%	4.1%	2.6%	3.4%	2.7%	1.8%	2.3%	-	-	-
山形県	8.5%	5.3%	7.0%	5.3%	3.1%	4.2%	2.7%	2.0%	2.4%	-	-	-
福島県	9.5%	6.2%	7.9%	5.0%	3.6%	4.3%	4.4%	2.8%	3.6%	-	-	-
茨城県	7.2%	4.8%	6.0%	4.9%	3.4%	4.2%	3.5%	2.6%	3.0%	-	-	-
栃木県	9.2%	6.2%	7.7%	6.2%	4.1%	5.2%	3.4%	2.3%	2.8%	-	-	-
群馬県	8.2%	5.3%	6.8%	5.6%	3.6%	4.6%	3.2%	2.6%	2.9%	9.2%	1.6%	5.4%
埼玉県	7.5%	4.9%	6.2%	6.3%	4.1%	5.3%	4.7%	3.3%	4.0%	-	-	-
千葉県	10.1%	6.6%	8.4%	7.9%	5.2%	6.6%	5.3%	3.7%	4.5%	-	-	-
東京都	9.9%	6.4%	8.2%	8.5%	5.5%	7.1%	6.0%	4.5%	5.2%	-	-	-
神奈川県	9.8%	6.5%	8.2%	7.4%	4.9%	6.2%	5.2%	3.7%	4.4%	-	-	-
新潟県	9.9%	6.3%	8.1%	6.3%	4.4%	5.4%	4.2%	2.9%	3.5%	8.0%	2.4%	4.7%
富山県	5.7%	3.5%	4.6%	3.8%	2.3%	3.1%	1.9%	1.4%	1.6%	-	-	-
石川県	5.9%	3.8%	4.9%	4.1%	2.5%	3.3%	3.5%	2.5%	3.0%	-	-	-
福井県	5.8%	4.0%	5.0%	4.1%	2.7%	3.4%	2.5%	1.7%	2.1%	-	-	-
山梨県	4.8%	3.1%	4.0%	3.5%	2.2%	2.9%	1.7%	1.5%	1.6%	-	-	-
長野県	6.9%	4.3%	5.6%	5.2%	3.5%	4.4%	2.4%	1.8%	2.1%	-	-	-
岐阜県	6.1%	4.1%	5.2%	3.9%	2.7%	3.3%	3.0%	2.3%	2.7%	-	-	-
静岡県	8.4%	5.6%	7.0%	5.7%	4.0%	4.9%	3.9%	3.3%	3.6%	-	-	-
愛知県	6.2%	3.8%	5.0%	5.3%	3.4%	4.4%	2.8%	2.0%	2.4%	-	-	-
三重県	6.3%	3.7%	5.0%	4.3%	2.9%	3.6%	3.3%	2.7%	3.0%	-	-	-
滋賀県	6.1%	3.7%	5.0%	4.1%	2.6%	3.3%	3.0%	2.1%	2.6%	-	-	-
京都府	6.5%	4.3%	5.4%	4.9%	3.1%	4.0%	3.7%	2.8%	3.2%	-	-	-
大阪府	7.6%	5.1%	6.4%	6.2%	4.1%	5.2%	4.5%	3.4%	3.9%	-	-	-
兵庫県	7.5%	5.0%	6.3%	6.4%	4.3%	5.4%	4.4%	3.4%	3.8%	3.5%	8.0%	6.4%
奈良県	7.0%	4.4%	5.7%	4.9%	3.1%	4.0%	3.2%	2.5%	2.8%	-	-	-
和歌山県	6.9%	4.2%	5.6%	4.4%	3.0%	3.7%	2.9%	2.2%	2.6%	-	-	-
鳥取県	11.0%	7.4%	9.3%	6.1%	4.0%	5.1%	4.4%	3.4%	3.9%	-	-	-
島根県	8.5%	5.2%	6.9%	4.7%	3.4%	4.1%	4.5%	3.2%	3.9%	-	-	-
岡山県	9.2%	5.7%	7.5%	6.2%	4.1%	5.1%	4.4%	3.2%	3.8%	-	-	-
広島県	7.4%	4.8%	6.1%	5.5%	3.6%	4.6%	3.1%	2.5%	2.8%	-	-	-
山口県	9.3%	6.5%	7.9%	6.8%	4.4%	5.6%	4.0%	3.2%	3.6%	10.3%	5.6%	7.1%
徳島県	8.2%	5.6%	6.9%	5.2%	3.4%	4.3%	3.4%	3.6%	3.5%	-	-	-
香川県	8.2%	5.4%	6.8%	5.4%	3.5%	4.5%	3.5%	2.7%	3.1%	-	-	-
愛媛県	6.8%	4.7%	5.8%	5.0%	3.5%	4.3%	3.6%	2.8%	3.2%	-	-	-
高知県	7.1%	4.7%	5.9%	5.5%	3.6%	4.6%	4.4%	3.6%	4.0%	-	-	-
福岡県	9.0%	6.1%	7.6%	6.7%	4.8%	5.8%	5.3%	4.0%	4.6%	11.8%	3.1%	7.0%
佐賀県	8.3%	5.6%	6.9%	5.0%	3.5%	4.3%	3.6%	2.8%	3.2%	-	-	-
長崎県	8.6%	5.8%	7.2%	6.6%	4.9%	5.8%	5.2%	4.2%	4.7%	-	-	-
熊本県	7.3%	5.0%	6.2%	5.6%	4.1%	4.9%	4.1%	3.3%	3.7%	-	-	-
大分県	9.7%	6.8%	8.3%	8.0%	5.9%	6.9%	6.2%	4.5%	5.3%	-	-	-
宮崎県	9.4%	6.5%	8.0%	6.6%	5.0%	5.8%	4.2%	3.5%	3.8%	4.6%	3.0%	3.9%
鹿児島県	9.8%	6.7%	8.3%	6.8%	4.8%	5.9%	4.0%	3.5%	3.7%	-	-	-
沖縄県	5.7%	4.0%	4.9%	5.5%	4.3%	4.9%	3.4%	3.3%	3.3%	-	-	-
全体	8.2%	5.3%	6.8%	6.0%	4.1%	5.1%	4.1%	3.1%	3.6%	7.6%	4.0%	5.5%

都道府県別 アレルギー疾患の有病率【アトピー性皮膚炎】

都道府県	小学校			中学校			高等学校			中等教育学校		
	男子	女子	合計	男子	女子	合計	男子	女子	合計	男子	女子	合計
北海道	6.9%	6.5%	6.7%	4.9%	5.1%	5.0%	5.6%	6.8%	6.2%	-	-	-
青森県	6.8%	6.2%	6.5%	4.8%	4.5%	4.7%	2.5%	2.7%	2.6%	-	-	-
岩手県	8.0%	6.8%	7.4%	5.2%	4.8%	5.0%	2.7%	3.0%	2.9%	-	-	-
宮城県	9.7%	8.6%	9.2%	7.7%	7.2%	7.5%	4.0%	4.1%	4.0%	-	-	-
秋田県	8.0%	6.8%	7.4%	5.4%	5.0%	5.2%	3.8%	4.8%	4.3%	-	-	-
山形県	8.8%	7.8%	8.3%	4.8%	4.7%	4.8%	4.4%	4.5%	4.4%	-	-	-
福島県	7.5%	6.7%	7.1%	4.7%	4.3%	4.5%	5.0%	5.8%	5.4%	-	-	-
茨城県	5.2%	4.7%	5.0%	3.9%	3.7%	3.8%	2.2%	2.4%	2.3%	-	-	-
栃木県	6.0%	5.6%	5.8%	4.2%	4.0%	4.1%	2.9%	2.4%	2.7%	-	-	-
群馬県	5.2%	4.8%	5.0%	4.2%	4.1%	4.2%	3.1%	3.4%	3.2%	3.1%	6.3%	4.7%
埼玉県	5.7%	5.1%	5.4%	4.3%	4.1%	4.2%	2.4%	2.4%	2.4%	-	-	-
千葉県	5.9%	5.2%	5.5%	4.7%	4.7%	4.7%	2.5%	3.1%	2.8%	-	-	-
東京都	7.0%	6.4%	6.7%	5.6%	5.8%	5.7%	4.3%	4.1%	4.2%	-	-	-
神奈川県	6.1%	5.3%	5.7%	4.9%	4.9%	4.9%	3.9%	3.9%	3.9%	-	-	-
新潟県	8.9%	8.2%	8.6%	6.7%	6.3%	6.5%	4.1%	3.6%	3.9%	11.7%	9.0%	10.1%
富山県	5.9%	5.5%	5.7%	4.6%	4.0%	4.3%	3.7%	3.0%	3.3%	-	-	-
石川県	7.2%	6.7%	7.0%	3.8%	4.0%	3.9%	6.1%	5.7%	5.9%	-	-	-
福井県	8.8%	8.1%	8.4%	6.5%	6.6%	6.6%	5.1%	5.4%	5.3%	-	-	-
山梨県	5.8%	5.0%	5.4%	3.7%	3.2%	3.4%	2.3%	2.2%	2.3%	-	-	-
長野県	6.7%	5.8%	6.3%	4.7%	4.9%	4.8%	3.2%	3.2%	3.2%	-	-	-
岐阜県	7.0%	6.5%	6.7%	5.2%	5.7%	5.4%	5.2%	5.9%	5.6%	-	-	-
静岡県	7.0%	7.0%	7.0%	4.9%	5.3%	5.1%	3.8%	4.6%	4.2%	-	-	-
愛知県	8.1%	7.6%	7.9%	7.0%	7.2%	7.1%	4.9%	5.3%	5.1%	-	-	-
三重県	7.4%	6.9%	7.2%	5.4%	6.1%	5.7%	4.1%	3.9%	4.0%	-	-	-
滋賀県	6.8%	6.4%	6.6%	4.7%	5.2%	4.9%	4.4%	4.6%	4.5%	-	-	-
京都府	6.3%	6.0%	6.1%	3.9%	3.8%	3.9%	5.2%	5.5%	5.3%	-	-	-
大阪府	5.6%	5.0%	5.3%	4.4%	4.2%	4.3%	3.9%	4.5%	4.2%	-	-	-
兵庫県	6.8%	6.4%	6.6%	5.6%	5.6%	5.6%	3.9%	4.3%	4.1%	5.3%	4.0%	4.5%
奈良県	7.3%	6.9%	7.1%	6.3%	7.0%	6.6%	5.0%	5.3%	5.2%	-	-	-
和歌山県	5.8%	5.7%	5.8%	4.7%	5.3%	5.0%	3.1%	3.4%	3.3%	-	-	-
鳥取県	10.9%	10.6%	10.8%	6.4%	6.5%	6.5%	5.3%	6.4%	5.9%	-	-	-
島根県	9.3%	9.2%	9.3%	5.4%	5.9%	5.7%	4.4%	3.8%	4.1%	-	-	-
岡山県	6.6%	6.3%	6.4%	5.0%	5.2%	5.1%	6.4%	7.7%	7.0%	-	-	-
広島県	5.7%	5.3%	5.5%	4.3%	4.3%	4.3%	2.8%	2.3%	2.5%	-	-	-
山口県	5.5%	5.0%	5.2%	4.4%	4.8%	4.6%	3.4%	3.5%	3.4%	11.5%	4.9%	7.1%
徳島県	7.9%	7.1%	7.5%	4.8%	4.7%	4.8%	5.2%	6.3%	5.8%	-	-	-
香川県	8.3%	7.3%	7.8%	5.2%	5.9%	5.5%	4.3%	4.7%	4.5%	-	-	-
愛媛県	3.6%	3.7%	3.6%	3.0%	2.9%	2.9%	2.4%	2.9%	2.6%	-	-	-
高知県	5.8%	5.8%	5.8%	5.0%	5.0%	5.0%	5.7%	6.1%	5.9%	-	-	-
福岡県	4.8%	4.5%	4.7%	3.2%	3.6%	3.4%	2.5%	3.0%	2.8%	0.0%	3.1%	1.7%
佐賀県	6.7%	6.4%	6.6%	3.3%	3.5%	3.4%	3.4%	4.4%	3.9%	-	-	-
長崎県	7.2%	7.1%	7.1%	5.6%	6.5%	6.1%	4.6%	6.0%	5.3%	-	-	-
熊本県	4.7%	4.7%	4.7%	3.1%	3.6%	3.3%	2.6%	3.3%	2.9%	-	-	-
大分県	7.0%	7.1%	7.1%	4.6%	5.3%	4.9%	3.5%	4.3%	3.9%	-	-	-
宮崎県	3.5%	3.5%	3.5%	3.6%	3.7%	3.7%	2.2%	3.1%	2.7%	3.8%	6.1%	4.8%
鹿児島県	6.0%	5.8%	5.9%	4.9%	4.8%	4.8%	2.8%	3.4%	3.1%	-	-	-
沖縄県	3.0%	3.0%	3.0%	1.7%	2.3%	2.0%	1.4%	2.4%	1.9%	-	-	-
全体	6.5%	6.0%	6.3%	4.9%	5.0%	4.9%	3.8%	4.1%	4.0%	7.0%	6.3%	6.6%

都道府県別 アレルギー疾患の有病率【アレルギー性鼻炎】

都道府県	小学校			中学校			高等学校			中等教育学校		
	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体
北海道	7.4%	5.0%	6.2%	8.4%	6.1%	7.3%	9.6%	7.8%	8.7%	-	-	-
青森県	12.1%	7.4%	9.8%	13.4%	9.6%	11.5%	11.9%	10.3%	11.1%	-	-	-
岩手県	18.7%	12.5%	15.7%	17.0%	13.0%	15.0%	15.1%	14.0%	14.6%	-	-	-
宮城県	11.8%	8.0%	10.0%	13.6%	10.1%	11.9%	9.1%	7.1%	8.1%	-	-	-
秋田県	14.5%	9.1%	11.9%	14.3%	10.1%	12.2%	13.4%	11.0%	12.2%	-	-	-
山形県	14.2%	8.8%	11.5%	13.4%	9.1%	11.3%	13.4%	9.7%	11.5%	-	-	-
福島県	9.5%	6.8%	8.2%	11.5%	9.1%	10.4%	22.6%	19.8%	21.2%	-	-	-
茨城県	6.9%	4.7%	5.8%	7.7%	5.8%	6.8%	6.2%	4.8%	5.5%	-	-	-
栃木県	11.2%	8.0%	9.6%	11.4%	9.4%	10.4%	11.3%	9.0%	10.1%	-	-	-
群馬県	10.0%	6.8%	8.5%	11.4%	8.9%	10.2%	11.5%	8.0%	9.8%	16.9%	15.6%	16.3%
埼玉県	9.9%	6.4%	8.2%	10.2%	7.3%	8.8%	8.4%	6.8%	7.6%	-	-	-
千葉県	11.0%	7.3%	9.2%	12.1%	8.9%	10.5%	8.5%	6.9%	7.6%	-	-	-
東京都	11.0%	7.2%	9.1%	13.0%	9.9%	11.5%	10.1%	8.4%	9.3%	-	-	-
神奈川県	11.0%	7.3%	9.2%	14.5%	11.0%	12.8%	10.3%	8.3%	9.3%	-	-	-
新潟県	11.7%	7.1%	9.5%	11.7%	8.2%	10.0%	7.8%	5.7%	6.8%	16.7%	6.1%	10.3%
富山県	10.4%	6.2%	8.3%	10.2%	7.8%	9.0%	6.0%	6.0%	6.0%	-	-	-
石川県	6.9%	4.4%	5.7%	8.9%	6.1%	7.5%	14.3%	11.3%	12.7%	-	-	-
福井県	7.9%	5.4%	6.7%	8.7%	6.0%	7.4%	6.5%	4.6%	5.6%	-	-	-
山梨県	9.8%	6.8%	8.3%	8.6%	6.3%	7.5%	9.4%	8.3%	8.9%	-	-	-
長野県	9.5%	6.1%	7.9%	11.1%	8.7%	9.9%	10.6%	7.9%	9.3%	-	-	-
岐阜県	13.8%	9.4%	11.6%	13.7%	10.4%	12.1%	15.1%	13.3%	14.2%	-	-	-
静岡県	14.8%	10.6%	12.8%	15.3%	12.2%	13.8%	12.4%	10.2%	11.3%	-	-	-
愛知県	9.3%	6.2%	7.8%	12.2%	9.5%	10.9%	9.5%	8.0%	8.8%	-	-	-
三重県	12.5%	8.7%	10.6%	14.7%	11.4%	13.1%	11.7%	9.3%	10.5%	-	-	-
滋賀県	8.1%	5.0%	6.6%	8.8%	6.0%	7.5%	4.8%	3.0%	3.9%	-	-	-
京都府	10.2%	6.0%	8.2%	10.7%	7.7%	9.2%	10.5%	8.6%	9.5%	-	-	-
大阪府	7.6%	4.7%	6.2%	7.8%	5.7%	6.8%	5.9%	4.7%	5.3%	-	-	-
兵庫県	11.3%	7.1%	9.2%	11.1%	7.9%	9.6%	9.2%	7.2%	8.2%	24.6%	24.0%	24.2%
奈良県	10.5%	6.8%	8.7%	12.7%	10.2%	11.5%	5.6%	4.2%	4.9%	-	-	-
和歌山県	10.9%	7.3%	9.1%	12.2%	8.8%	10.6%	6.6%	4.8%	5.7%	-	-	-
鳥取県	15.1%	9.9%	12.5%	14.7%	11.6%	13.2%	8.9%	6.4%	7.6%	-	-	-
島根県	16.3%	10.0%	13.3%	15.2%	11.4%	13.3%	13.9%	8.4%	11.1%	-	-	-
岡山県	12.8%	7.6%	10.3%	12.1%	8.6%	10.4%	15.9%	11.8%	13.8%	-	-	-
広島県	11.8%	7.0%	9.4%	11.5%	8.0%	9.8%	7.7%	6.4%	7.0%	-	-	-
山口県	12.7%	7.9%	10.4%	14.5%	10.5%	12.6%	10.7%	7.5%	9.1%	19.2%	15.4%	16.7%
徳島県	15.0%	9.5%	12.3%	14.4%	10.5%	12.5%	16.7%	15.4%	16.0%	-	-	-
香川県	11.1%	6.8%	9.0%	11.6%	8.7%	10.2%	10.4%	9.2%	9.8%	-	-	-
愛媛県	10.4%	6.8%	8.6%	10.7%	7.8%	9.3%	7.1%	5.5%	6.3%	-	-	-
高知県	7.9%	5.3%	6.6%	10.7%	8.1%	9.4%	8.8%	7.0%	7.9%	-	-	-
福岡県	9.6%	6.0%	7.9%	10.8%	8.0%	9.4%	9.9%	7.7%	8.8%	5.9%	6.3%	6.1%
佐賀県	11.4%	6.4%	9.0%	9.8%	6.5%	8.2%	9.1%	7.9%	8.5%	-	-	-
長崎県	8.0%	5.5%	6.8%	10.9%	8.8%	9.9%	9.6%	7.7%	8.7%	-	-	-
熊本県	13.9%	9.5%	11.8%	14.5%	11.2%	12.9%	17.4%	13.5%	15.5%	-	-	-
大分県	12.0%	8.7%	10.4%	12.9%	10.5%	11.7%	8.5%	7.2%	7.9%	-	-	-
宮崎県	9.4%	5.7%	7.6%	11.4%	8.6%	10.0%	10.9%	9.5%	10.2%	10.8%	16.2%	13.1%
鹿児島県	13.2%	8.2%	10.7%	12.4%	9.2%	10.9%	8.9%	5.8%	7.3%	-	-	-
沖縄県	9.3%	6.0%	7.7%	10.9%	8.1%	9.5%	6.6%	6.3%	6.4%	-	-	-
全体	10.6%	6.9%	8.8%	11.7%	8.7%	10.2%	10.1%	8.1%	9.1%	15.5%	12.8%	13.9%

都道府県別 アレルギー疾患の有病率【アレルギー性結膜炎】

都道府県	小学校			中学校			高等学校			中等教育学校		
	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体
北海道	2.9%	2.6%	2.7%	3.2%	2.8%	3.0%	2.9%	3.0%	2.9%	-	-	-
青森県	3.4%	2.6%	3.0%	3.9%	3.0%	3.5%	2.8%	2.2%	2.5%	-	-	-
岩手県	6.2%	5.3%	5.7%	6.2%	5.0%	5.6%	5.4%	5.1%	5.3%	-	-	-
宮城県	5.2%	4.3%	4.8%	5.6%	4.9%	5.3%	3.1%	2.3%	2.7%	-	-	-
秋田県	5.1%	4.1%	4.6%	5.2%	4.9%	5.0%	5.3%	5.6%	5.5%	-	-	-
山形県	3.8%	3.3%	3.6%	4.1%	3.8%	3.9%	3.1%	2.4%	2.7%	-	-	-
福島県	4.1%	3.4%	3.8%	4.6%	4.4%	4.5%	5.2%	4.9%	5.0%	-	-	-
茨城県	2.4%	1.9%	2.2%	3.0%	2.6%	2.8%	2.3%	1.7%	2.0%	-	-	-
栃木県	4.5%	3.8%	4.2%	4.0%	3.7%	3.8%	2.7%	1.8%	2.2%	-	-	-
群馬県	4.5%	3.8%	4.2%	4.2%	3.4%	3.8%	3.9%	3.6%	3.7%	12.3%	10.9%	11.6%
埼玉県	3.4%	2.8%	3.1%	3.3%	2.8%	3.0%	2.5%	2.1%	2.3%	-	-	-
千葉県	4.3%	3.5%	3.9%	4.8%	4.3%	4.5%	2.9%	2.8%	2.8%	-	-	-
東京都	4.0%	3.4%	3.7%	4.6%	4.2%	4.4%	2.9%	2.5%	2.7%	-	-	-
神奈川県	3.9%	3.3%	3.6%	4.8%	4.2%	4.5%	3.7%	3.1%	3.4%	-	-	-
新潟県	2.7%	2.1%	2.4%	2.5%	2.0%	2.3%	1.6%	1.1%	1.4%	9.3%	5.7%	7.1%
富山県	3.9%	3.1%	3.5%	4.8%	3.9%	4.3%	2.9%	2.4%	2.7%	-	-	-
石川県	2.6%	2.3%	2.4%	3.2%	3.1%	3.1%	2.5%	2.5%	2.5%	-	-	-
福井県	2.1%	1.7%	1.9%	2.4%	2.2%	2.3%	1.3%	1.2%	1.2%	-	-	-
山梨県	5.3%	4.4%	4.8%	5.4%	4.1%	4.8%	2.6%	1.8%	2.2%	-	-	-
長野県	3.3%	2.7%	3.0%	4.1%	3.9%	4.0%	3.5%	2.8%	3.2%	-	-	-
岐阜県	4.6%	3.7%	4.1%	3.8%	3.5%	3.7%	4.4%	4.2%	4.3%	-	-	-
静岡県	4.2%	3.6%	3.9%	4.5%	4.0%	4.3%	3.3%	2.5%	2.9%	-	-	-
愛知県	3.9%	3.1%	3.5%	4.4%	3.8%	4.1%	3.2%	2.9%	3.1%	-	-	-
三重県	4.1%	3.4%	3.8%	4.1%	3.4%	3.8%	5.4%	4.0%	4.7%	-	-	-
滋賀県	2.9%	2.3%	2.6%	2.7%	2.4%	2.6%	1.0%	0.6%	0.8%	-	-	-
京都府	4.5%	3.8%	4.2%	4.3%	4.0%	4.2%	3.4%	2.5%	3.0%	-	-	-
大阪府	3.7%	3.2%	3.5%	4.0%	3.7%	3.8%	1.5%	1.8%	1.7%	-	-	-
兵庫県	3.5%	2.8%	3.1%	4.1%	3.4%	3.7%	3.3%	2.6%	2.9%	7.0%	0.0%	2.5%
奈良県	4.7%	3.9%	4.3%	5.1%	4.4%	4.7%	3.6%	2.4%	3.0%	-	-	-
和歌山県	4.9%	4.0%	4.5%	4.7%	4.7%	4.7%	2.3%	1.9%	2.1%	-	-	-
鳥取県	5.8%	5.0%	5.4%	4.4%	4.6%	4.5%	1.9%	1.7%	1.8%	-	-	-
島根県	4.4%	3.4%	3.9%	4.5%	3.9%	4.2%	3.3%	2.9%	3.1%	-	-	-
岡山県	4.2%	3.2%	3.7%	3.6%	3.3%	3.4%	4.6%	4.8%	4.7%	-	-	-
広島県	3.8%	3.2%	3.5%	3.5%	2.9%	3.2%	2.3%	1.7%	2.0%	-	-	-
山口県	3.6%	2.8%	3.2%	3.5%	3.1%	3.3%	1.6%	1.4%	1.5%	6.4%	1.2%	2.9%
徳島県	7.6%	6.1%	6.9%	7.7%	7.6%	7.7%	6.8%	7.1%	7.0%	-	-	-
香川県	3.2%	2.4%	2.8%	3.3%	2.7%	3.0%	2.9%	2.3%	2.6%	-	-	-
愛媛県	3.9%	3.4%	3.7%	4.1%	3.6%	3.8%	4.7%	4.7%	4.7%	-	-	-
高知県	1.3%	1.0%	1.2%	2.1%	1.6%	1.8%	0.7%	0.5%	0.6%	-	-	-
福岡県	3.3%	2.9%	3.1%	3.9%	3.4%	3.6%	3.3%	3.2%	3.2%	2.0%	0.0%	0.9%
佐賀県	3.0%	2.3%	2.7%	2.7%	1.9%	2.3%	2.6%	2.1%	2.3%	-	-	-
長崎県	2.5%	2.0%	2.2%	3.3%	2.7%	3.0%	2.0%	1.8%	1.9%	-	-	-
熊本県	4.4%	3.8%	4.1%	5.1%	4.5%	4.8%	5.2%	4.9%	5.0%	-	-	-
大分県	1.8%	1.4%	1.6%	2.8%	2.4%	2.6%	1.5%	1.7%	1.6%	-	-	-
宮崎県	5.0%	4.0%	4.5%	5.6%	4.8%	5.2%	3.2%	3.2%	3.2%	0.8%	2.0%	1.3%
鹿児島県	4.1%	3.3%	3.7%	4.2%	3.4%	3.8%	2.2%	1.8%	2.0%	-	-	-
沖縄県	2.7%	1.8%	2.3%	3.1%	2.0%	2.6%	0.9%	1.2%	1.0%	-	-	-
全体	3.8%	3.2%	3.5%	4.1%	3.6%	3.8%	3.1%	2.7%	2.9%	6.3%	3.4%	4.6%

都道府県別 アレルギー疾患の有病率【食物アレルギー】

都道府県	小学校			中学校			高等学校			中等教育学校		
	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体
北海道	4.3%	3.9%	4.1%	4.1%	4.2%	4.2%	3.2%	3.5%	3.3%	-	-	-
青森県	2.5%	2.1%	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	1.3%	1.4%	1.3%	-	-	-
岩手県	2.4%	2.2%	2.3%	2.0%	1.8%	1.9%	1.3%	1.4%	1.4%	-	-	-
宮城県	3.1%	2.8%	2.9%	2.7%	2.7%	2.7%	1.4%	1.6%	1.5%	-	-	-
秋田県	2.9%	2.3%	2.6%	2.5%	2.2%	2.4%	1.4%	1.4%	1.4%	-	-	-
山形県	2.3%	1.8%	2.1%	1.9%	1.7%	1.8%	1.0%	1.2%	1.1%	-	-	-
福島県	2.8%	2.6%	2.7%	2.0%	2.1%	2.0%	2.0%	2.2%	2.1%	-	-	-
茨城県	1.8%	1.5%	1.7%	1.3%	1.5%	1.4%	1.0%	1.1%	1.0%	-	-	-
栃木県	3.3%	3.0%	3.1%	3.5%	3.3%	3.4%	1.4%	1.6%	1.5%	-	-	-
群馬県	2.8%	2.4%	2.6%	2.2%	2.6%	2.4%	1.7%	2.0%	1.8%	1.5%	3.1%	2.3%
埼玉県	2.9%	2.5%	2.7%	2.5%	2.5%	2.5%	1.8%	2.1%	2.0%	-	-	-
千葉県	2.7%	2.3%	2.5%	2.5%	2.4%	2.5%	1.7%	1.8%	1.7%	-	-	-
東京都	3.0%	2.6%	2.8%	2.8%	2.7%	2.7%	2.0%	2.1%	2.0%	-	-	-
神奈川県	3.2%	2.7%	2.9%	2.3%	2.2%	2.3%	1.7%	1.9%	1.8%	-	-	-
新潟県	2.0%	1.6%	1.8%	1.9%	1.6%	1.8%	0.9%	1.0%	1.0%	1.9%	1.6%	1.7%
富山県	2.5%	2.2%	2.4%	2.0%	2.4%	2.2%	1.0%	1.3%	1.1%	-	-	-
石川県	2.1%	1.9%	2.0%	1.6%	1.7%	1.7%	1.3%	1.4%	1.4%	-	-	-
福井県	3.5%	3.1%	3.3%	3.2%	2.9%	3.1%	2.4%	2.0%	2.2%	-	-	-
山梨県	2.0%	1.8%	1.9%	2.3%	2.5%	2.4%	2.0%	2.8%	2.4%	-	-	-
長野県	3.1%	2.5%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	1.8%	1.8%	1.8%	-	-	-
岐阜県	4.0%	3.5%	3.7%	3.6%	3.6%	3.6%	2.3%	2.5%	2.4%	-	-	-
静岡県	3.0%	2.8%	2.9%	2.9%	2.9%	2.9%	1.8%	1.7%	1.8%	-	-	-
愛知県	3.4%	3.0%	3.2%	2.9%	2.9%	2.9%	1.8%	1.9%	1.8%	-	-	-
三重県	2.3%	2.0%	2.1%	2.1%	2.0%	2.1%	2.1%	2.2%	2.2%	-	-	-
滋賀県	3.2%	2.7%	3.0%	2.3%	2.0%	2.2%	2.3%	2.0%	2.1%	-	-	-
京都府	2.5%	2.0%	2.3%	2.4%	2.2%	2.3%	2.6%	2.5%	2.6%	-	-	-
大阪府	3.1%	2.5%	2.8%	3.1%	2.8%	2.9%	2.2%	2.2%	2.2%	-	-	-
兵庫県	4.0%	3.4%	3.7%	3.7%	3.5%	3.6%	2.4%	2.7%	2.5%	5.3%	3.0%	3.8%
奈良県	2.9%	2.4%	2.7%	2.1%	2.4%	2.2%	1.2%	1.2%	1.2%	-	-	-
和歌山県	2.5%	2.1%	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	1.1%	0.8%	1.0%	-	-	-
鳥取県	3.3%	2.7%	3.0%	2.2%	2.3%	2.3%	1.2%	1.1%	1.2%	-	-	-
島根県	2.7%	2.1%	2.4%	2.0%	1.8%	1.9%	1.4%	1.0%	1.2%	-	-	-
岡山県	2.9%	2.5%	2.7%	2.5%	2.2%	2.3%	2.1%	2.3%	2.2%	-	-	-
広島県	2.3%	2.1%	2.2%	2.0%	1.9%	2.0%	2.0%	1.9%	2.0%	-	-	-
山口県	2.9%	2.8%	2.9%	2.3%	2.1%	2.2%	1.9%	2.0%	2.0%	3.8%	1.9%	2.5%
徳島県	3.1%	2.7%	2.9%	2.2%	2.6%	2.4%	1.9%	2.4%	2.1%	-	-	-
香川県	3.4%	2.8%	3.1%	3.0%	3.1%	3.1%	2.3%	2.2%	2.3%	-	-	-
愛媛県	2.5%	2.1%	2.3%	2.9%	2.8%	2.8%	1.7%	1.9%	1.8%	-	-	-
高知県	2.3%	2.0%	2.1%	1.7%	1.5%	1.6%	1.7%	1.5%	1.6%	-	-	-
福岡県	3.0%	2.6%	2.8%	2.6%	2.8%	2.7%	2.0%	2.2%	2.1%	3.9%	1.6%	2.6%
佐賀県	2.5%	2.4%	2.4%	1.2%	1.8%	1.5%	1.8%	2.1%	1.9%	-	-	-
長崎県	2.8%	2.3%	2.6%	2.5%	2.9%	2.7%	1.6%	1.9%	1.7%	-	-	-
熊本県	2.3%	2.0%	2.1%	2.4%	2.5%	2.4%	2.0%	2.0%	2.0%	-	-	-
大分県	2.5%	2.8%	2.6%	3.1%	3.1%	3.1%	2.4%	2.3%	2.4%	-	-	-
宮崎県	2.5%	2.3%	2.4%	2.6%	2.6%	2.6%	1.7%	1.8%	1.7%	0.8%	0.0%	0.4%
鹿児島県	2.6%	2.3%	2.4%	2.6%	2.4%	2.5%	1.3%	1.1%	1.2%	-	-	-
沖縄県	2.8%	2.8%	2.8%	3.7%	3.7%	3.7%	2.0%	2.3%	2.1%	-	-	-
全体	3.0%	2.6%	2.8%	2.6%	2.6%	2.6%	1.9%	2.0%	1.9%	2.4%	1.8%	2.0%

都道府県別 アレルギー疾患の有病率【アナフィラキシー】

都道府県	小学校			中学校			高等学校			中等教育学校		
	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体	男子	女子	全体
北海道	0.20%	0.14%	0.17%	0.32%	0.25%	0.29%	0.27%	0.32%	0.29%	-	-	-
青森県	0.10%	0.08%	0.09%	0.21%	0.19%	0.20%	0.24%	0.11%	0.17%	-	-	-
岩手県	0.08%	0.07%	0.07%	0.10%	0.04%	0.07%	0.11%	0.11%	0.11%	-	-	-
宮城県	0.15%	0.11%	0.13%	0.19%	0.09%	0.14%	0.10%	0.08%	0.09%	-	-	-
秋田県	0.12%	0.06%	0.09%	0.07%	0.05%	0.06%	0.07%	0.06%	0.07%	-	-	-
山形県	0.09%	0.06%	0.07%	0.07%	0.05%	0.06%	0.11%	0.08%	0.10%	-	-	-
福島県	0.15%	0.09%	0.12%	0.12%	0.08%	0.10%	0.10%	0.05%	0.07%	-	-	-
茨城県	0.10%	0.06%	0.08%	0.08%	0.08%	0.08%	0.13%	0.09%	0.11%	-	-	-
栃木県	0.38%	0.28%	0.33%	0.32%	0.18%	0.25%	0.09%	0.07%	0.08%	-	-	-
群馬県	0.32%	0.24%	0.28%	0.21%	0.15%	0.18%	0.25%	0.15%	0.20%	-	-	-
埼玉県	0.15%	0.10%	0.13%	0.35%	0.26%	0.31%	0.06%	0.04%	0.05%	-	-	-
千葉県	0.13%	0.10%	0.12%	0.17%	0.13%	0.15%	0.10%	0.12%	0.11%	-	-	-
東京都	0.18%	0.12%	0.15%	0.13%	0.11%	0.12%	0.10%	0.08%	0.09%	-	-	-
神奈川県	0.38%	0.26%	0.32%	0.10%	0.08%	0.09%	0.08%	0.05%	0.07%	-	-	-
新潟県	0.08%	0.06%	0.07%	0.14%	0.08%	0.11%	0.09%	0.05%	0.07%	-	-	-
富山県	0.10%	0.04%	0.07%	0.08%	0.04%	0.06%	0.04%	0.03%	0.04%	-	-	-
石川県	0.16%	0.07%	0.12%	0.11%	0.05%	0.08%	0.08%	0.02%	0.05%	-	-	-
福井県	0.11%	0.08%	0.09%	0.18%	0.04%	0.11%	0.15%	0.15%	0.15%	-	-	-
山梨県	0.07%	0.03%	0.05%	0.12%	0.10%	0.11%	0.10%	0.08%	0.09%	-	-	-
長野県	0.29%	0.17%	0.23%	0.29%	0.18%	0.24%	0.19%	0.14%	0.17%	-	-	-
岐阜県	0.23%	0.13%	0.18%	0.20%	0.18%	0.19%	0.15%	0.10%	0.13%	-	-	-
静岡県	0.13%	0.06%	0.10%	0.13%	0.09%	0.11%	0.16%	0.15%	0.15%	-	-	-
愛知県	0.15%	0.13%	0.14%	0.17%	0.11%	0.14%	0.11%	0.10%	0.10%	-	-	-
三重県	0.35%	0.25%	0.30%	0.08%	0.04%	0.06%	0.10%	0.06%	0.08%	-	-	-
滋賀県	0.12%	0.07%	0.09%	0.09%	0.08%	0.09%	0.07%	0.06%	0.07%	-	-	-
京都府	0.25%	0.13%	0.19%	0.07%	0.07%	0.07%	0.18%	0.24%	0.21%	-	-	-
大阪府	0.17%	0.10%	0.13%	0.12%	0.11%	0.11%	0.11%	0.09%	0.10%	-	-	-
兵庫県	0.27%	0.16%	0.22%	0.18%	0.10%	0.14%	0.10%	0.09%	0.10%	-	-	-
奈良県	0.17%	0.11%	0.14%	0.09%	0.14%	0.12%	0.07%	0.05%	0.06%	-	-	-
和歌山県	0.17%	0.10%	0.14%	0.42%	0.37%	0.39%	0.35%	0.32%	0.33%	-	-	-
鳥取県	0.13%	0.05%	0.09%	0.03%	0.04%	0.04%	0.14%	0.04%	0.09%	-	-	-
島根県	0.14%	0.04%	0.09%	0.21%	0.11%	0.16%	0.10%	0.07%	0.08%	-	-	-
岡山県	0.13%	0.09%	0.11%	0.08%	0.04%	0.06%	0.09%	0.09%	0.09%	-	-	-
広島県	0.15%	0.08%	0.12%	0.42%	0.29%	0.36%	0.11%	0.05%	0.07%	-	-	-
山口県	0.09%	0.08%	0.09%	0.13%	0.08%	0.11%	0.22%	0.09%	0.16%	0.00%	1.23%	0.83%
徳島県	0.07%	0.06%	0.06%	0.08%	0.09%	0.08%	0.06%	0.03%	0.04%	-	-	-
香川県	0.14%	0.13%	0.14%	0.16%	0.14%	0.15%	0.11%	0.04%	0.07%	-	-	-
愛媛県	0.20%	0.18%	0.19%	0.08%	0.03%	0.06%	0.06%	0.05%	0.06%	-	-	-
高知県	0.14%	0.11%	0.12%	0.17%	0.04%	0.10%	0.14%	0.07%	0.11%	-	-	-
福岡県	0.16%	0.12%	0.14%	0.17%	0.11%	0.14%	0.05%	0.04%	0.05%	0.00%	1.56%	0.87%
佐賀県	0.04%	0.02%	0.03%	0.03%	0.01%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	-	-	-
長崎県	0.15%	0.07%	0.11%	0.27%	0.36%	0.31%	0.08%	0.06%	0.07%	-	-	-
熊本県	0.12%	0.06%	0.09%	0.11%	0.09%	0.10%	0.08%	0.04%	0.06%	-	-	-
大分県	0.19%	0.15%	0.17%	0.08%	0.06%	0.07%	0.12%	0.06%	0.09%	-	-	-
宮崎県	0.47%	0.34%	0.41%	0.16%	0.14%	0.15%	0.02%	0.06%	0.04%	-	-	-
鹿児島県	0.10%	0.06%	0.08%	0.12%	0.09%	0.11%	0.12%	0.12%	0.12%	-	-	-
沖縄県	0.04%	0.05%	0.05%	0.21%	0.24%	0.22%	0.06%	0.05%	0.05%	-	-	-
全体	0.18%	0.12%	0.15%	0.17%	0.13%	0.15%	0.12%	0.10%	0.11%	0.00%	0.41%	0.23%