# 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン

《令和元年度改訂》

公益財団法人 日本学校保健会

監修 | 文部科学省初等中等教育局
健康教育・食育課

# 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン

## 第１章　総論

## ～「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づく取組～


**1.　すべての児童生徒等が安心して学校生活を送ることのできる環境作り …… 3**

**2.　アレルギー疾患とその取組 …… 4**

2-1　アレルギー疾患とは …… 4

2-2　アレルギー疾患の特徴を踏まえた取組 …… 7

**3.　学校生活で求められる配慮・管理 …… 8**

3-1　各アレルギー疾患と関連の深い学校での活動 …… 8

3-2　他の児童生徒等への説明 …… 8

3-3　外来受診の際の配慮 …… 9

3-4　災害時の対応 …… 9

**4.　「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づく取組 …… 10**

4-1　「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」とは …… 10

4-2　取組実践までのながれ …… 14

4-3　保護者、主治医、教職員への説明 …… 15

4-4　管理指導表の取り扱い …… 16

**5.　アレルギー疾患の対応推進体制 …… 18**

5-1　教育委員会の役割 …… 18

5-2　学校の役割 …… 19

**6.　緊急時の対応 …… 20**

6-1　学校内での役割分担 …… 20

6-2　緊急時対応のながれ …… 21

6-3　事故が起こった時の対応 …… 23

**7.　研修 …… 24**

7-1　教育委員会等 …… 24

7-2　学校等 …… 24

## 第２章　疾患各論


**1.　食物アレルギー・アナフィラキシー …… 27**

1-1　「病型・治療」欄の読み方 …… 29

1-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方 …… 39

**2.　気管支ぜん息 …… 49**

2-1　「病型・治療」欄の読み方 …… 50

2-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方 …… 56

**3.　アトピー性皮膚炎 …… 61**

3-1　「病型・治療」欄の読み方 …… 62

3-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方 …… 68

**4.　アレルギー性結膜炎 …… 71**

4-1　「病型・治療」欄の読み方 …… 72

4-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方 …… 76

**5.　アレルギー性鼻炎 …… 79**

5-1　「病型・治療」欄の読み方 …… 80

5-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方 …… 83

**資料（アレルギー疾患対策基本法ほか） …… 85**


○本ガイドラインで記載する学校とは、幼稚園、幼保連携型認定こども園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校、高等学校、特別支援学校、大学等のことをいいます。また、児童生徒等とは、幼児、児童、生徒及び学生を指します。教職員には、常勤職員、非常勤職員が含まれます。

なお、乳児が在園している施設においては、必要に応じて厚生労働省が作成している保育所におけるアレルギー対応ガイドライン（2019年改訂版）も参考にしてください。

# はじめに

学校におけるアレルギー疾患の対応は、文部科学省監修の下、平成20年に作成された「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン（以下、ガイドライン）」に基づき対応をすることとされています。

また、アレルギー疾患対応をめぐる国の動きとしては、平成26年にアレルギー疾患対策基本法が成立し、平成29年にアレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針（以下、基本指針）が策定されました。

基本指針の中でも、アレルギー疾患対策の推進に関する重要事項として、国は、財団法人日本学校保健会（当時）が作成した「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」及び文部科学省が作成した「学校給食における食物アレルギー対応指針」等を周知し、実践を促すとともに、学校の教職員等に対するアレルギー疾患の正しい知識の習得や実践的な研修の機会の確保等について、教育委員会等に対して必要に応じて適切な助言及び指導を行うこと、また、教職員等に対するアレルギー疾患の正しい知識の習得や実践的な研修の機会の確保、アレルギー疾患の正しい知識の啓発に努めることなどが示されました。

このような背景から、今般、作成から10年が経過したガイドラインを改訂することとなりました。

アレルギー疾患のある児童生徒等の学校生活を安心・安全なものにするためには、学校と保護者の間で正しい知識に基づいた円滑な意思疎通を行うことが大前提です。その一つの手段として本書を活用していただければ幸いです。

末尾となりましたが、本ガイドラインの作成にあたって、御尽力いただきました皆様方に心から感謝申し上げます。

令和2年3月

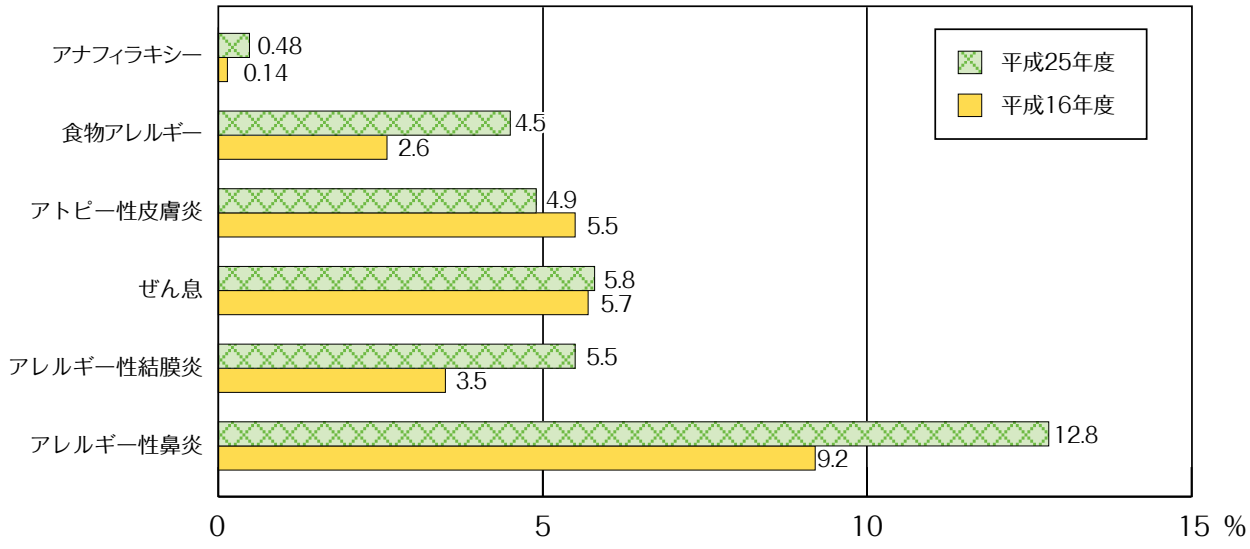
公益財団法人 日本学校保健会

会　長　**横　倉　義　武**

# 第１章　総論

～「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づく取組～

# 1 すべての児童生徒等が安心して学校生活を送ることのできる環境作り




文部科学省委託事業「学校生活における健康管理に関する調査」（平成25年度）

このグラフは、平成25年度に全国の公立小学校・中学校・高等学校・中等教育学校に在籍する児童生徒を対象に文部科学省が日本学校保健会に委託をして行った「学校生活における健康管理に関する調査」の結果です。この調査におけるアレルギー疾患の罹患者は、「アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）」が12.8%、「ぜん息」が5.8%、「アトピー性皮膚炎」が4.9%、「アレルギー性結膜炎（花粉症を含む）」が5.5%、「食物アレルギー」が4.5%、「アナフィラキシー」が0.48%でした。平成16年度と比較すると、「アナフィラキシー」「食物アレルギー」「アレルギー性結膜炎」「アレルギー性鼻炎」は増加し、「ぜん息」は横ばい、「アトピー性皮膚炎」は減少しています。

食物アレルギーについては、これまで全く症状が見られなかったり、前兆がなくても突然起こる場合もありますので、全ての学校で、アレルギー疾患の理解といざというときの対応を整えておく必要があります。

全ての児童生徒等が、安心して学校生活を送るための取組は、全ての学校で必要です。

# 2 アレルギー疾患とその取組

## 2-1 アレルギー疾患とは

アレルギーとは、本来人間の体にとって有益な反応である免疫反応が、逆に体にとって好ましくない反応を引き起こすことです。

最も頻度が多いのがIgE抗体（免疫グロブリンの一種）によるアレルギー反応です。いわゆる「アレルギー体質」の人は、花粉や食べ物など本来無害なもの（これらがアレルギーの原因になるときアレルゲンと呼ばれます）に対してIgE抗体を作ってしまいます。そして、そのアレルゲンが体の中に入ってくると、皮膚や粘膜にあるマスト細胞というアレルギーを起こす細胞の上にくっついているIgE抗体と反応して、マスト細胞から体にとって有害な症状をもたらすヒスタミンなどの物質が出て、じんましんやかゆみ、くしゃみや鼻水などのアレルギー反応を起こしてしまうのです。

児童生徒等のアレルギー疾患は食物アレルギー、アナフィラキシー、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎などがありますが、病気のメカニズムとしては共通な部分が多く、反応の起きている場所の違いが疾患の違いになっていると考えることもできます。メカニズムが共通であることから、いくつかのアレルギー疾患を一緒にもっている（合併）児童生徒等が多いことにも気をつけなければなりません。たとえば、ほとんどのぜん息児はアレルギー性鼻炎も合併しており、アレルギー性鼻炎の児童生徒等はぜん息にもなりやすいことがわかっています。

アレルゲンは空中に浮遊して、吸い込んだり、粘膜についたりする吸入性アレルゲンと、食物アレルギーを起こす食物アレルゲンに分けられます。吸入性アレルゲンはぜん息やアレルギー性鼻炎の原因となります。以下に例を示します。

**花粉：スギ・ヒノキなどのヒノキ科花粉、カモガヤなどのイネ科花粉、シラカバ・ハンノキなどのカバノキ科花粉など**
**家のホコリの中のチリダニ：ヤケヒョウヒダニやコナヒョウヒダニなど**
**動物の毛・フケ：ネコ、イヌ、ハムスターなど**

アレルギー疾患になりやすいかどうかは、主にIgEをたくさんつくりやすい体質であるかと、免疫反応がしばしば引き起こされるようなアレルゲンの曝露の多い生活環境や生活習慣があるかが関係しています。ですから、親や兄弟姉妹がアレルギー疾患の場合には、体質が似ていて生活環境・習慣も共通していますので、本人もアレルギー疾患になりやすいと考えるのが自然です。

アレルギー疾患はそのような体質が症状として現れているものですから、簡単に体質が変わることはなく、症状が軽快・消失しても、それは"治った"のではなく、"よくなった"と考える必要があります。現在の医療レベルをもってすれば、適切な治療を受けることにより、アレルギー疾患の児童生徒等のほとんどがアレルギーのない児童生徒等と同じような生活を送れるように症状をコントロールすることができます。このため、治療・管理ガイドラインに沿った適切な治療を受けるようにすることが重要です。

## 【花粉の例】

スギ



ヒノキ



カモガヤ



シラカバ



ハンノキ



ブタクサ



写真提供： NPO花粉情報協会　佐橋紀男氏

（出典：花粉症環境保健マニュアル2019　環境省　2019　12月改訂版）

### コラム　花粉症について

いわゆる花粉症というのは、花粉（写真参照）をアレルゲンとして起こる季節性のアレルギー性鼻炎、結膜炎などの総称です。例えばスギ花粉が原因となる花粉症はスギ花粉症、ブタクサが原因となる花粉症はブタクサ花粉症と言われます。

主な症状はくしゃみ、鼻水、鼻づまり、目のかゆみ、涙目、といった鼻と目の症状です。皮膚の症状（皮膚のかゆみや赤み）、のどの症状（咳やイガイガした感じ）、耳の症状（耳のかゆみや塞がった感じ）、胃腸の症状（下痢や腹痛）、あるいは体のだるさといった全身的な症状も現れることがあります。花粉症は発症の低年齢化が問題となっており、近年児童生徒等でも罹患者が増えています（80ページグラフ参照）。

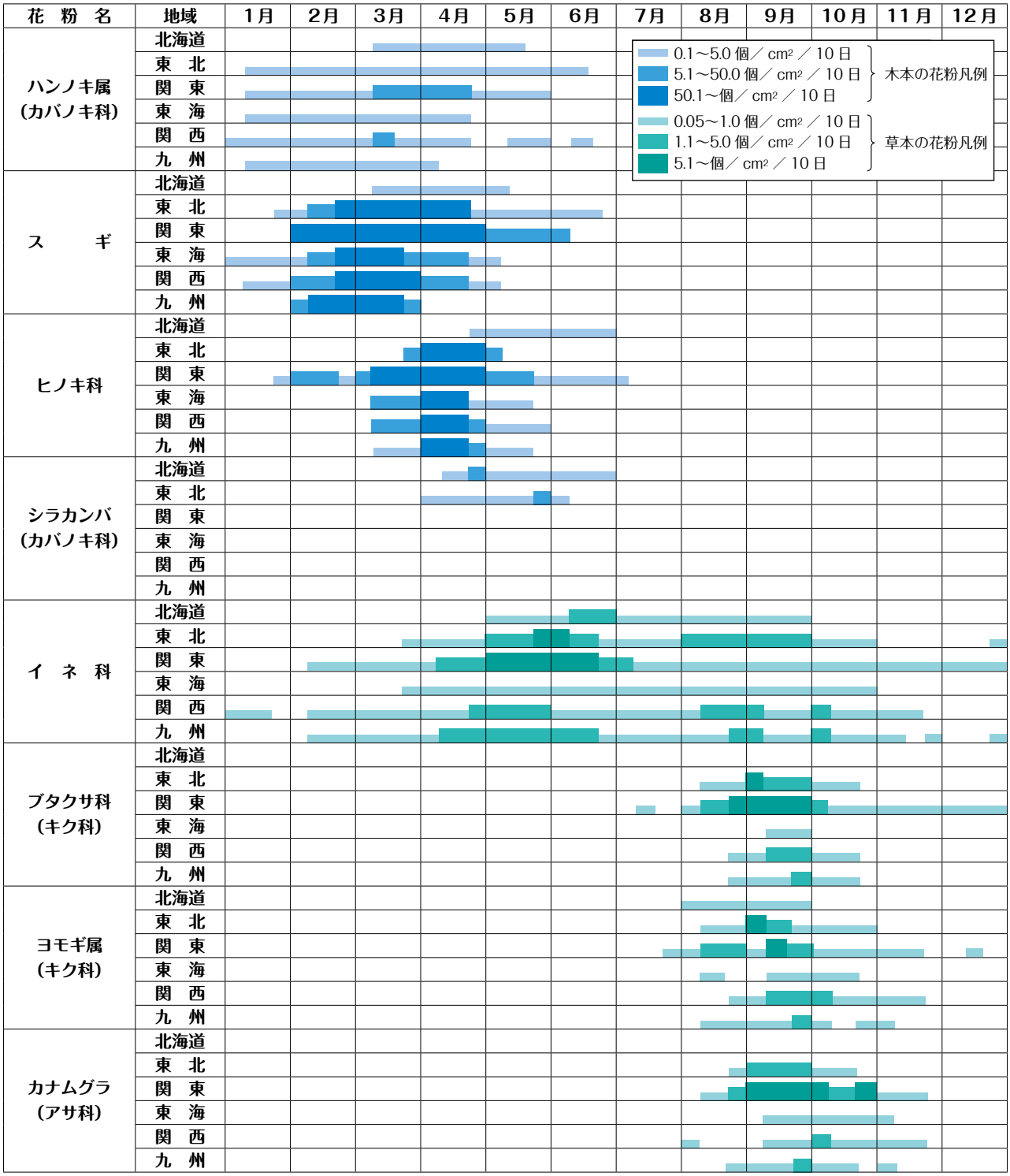
6ページの花粉の時期に合わせて発症するのが特徴です。花粉症を発症させない一番の方法は、花粉を吸わないことです。したがって、生活する地域でどの種類の花粉がいつ頃飛ぶか、知っておくことが望まれます。

また、さまざまな症状が起こり、学校生活の質が低下するため、症状に合わせた治療が必要となります。一方で、治療薬の中には眠気や集中力の低下を引き起こすものもあり、注意が必要です。

治療法も選択肢が増えているため、花粉症で苦しんでいる児童生徒等がいる場合には是非専門医への相談を勧めてください。根治的でぜん息への移行を防ぐ効果が期待できる舌下免疫療法は、スギ花粉症に関しては児童生徒等でも施行が可能です。

疾患の詳細はアレルギー性結膜炎（71ページ）、アレルギー性鼻炎（79ページ）をご覧ください。

## 【主な花粉症原因植物の開花期】




図は札幌市、相模原市、和歌山市、福岡市におけるわが国の重要抗原花粉の飛散期間を示した。秋のわずかなスギ花粉も抗原として無視できなくなった。しかし、秋に飛散するイネ科花粉は起因抗原としての意義は低い（厚生省花粉症研究班　日本列島空中花粉調査データ集（2000 年）、および 1998 年 7 月から 2004 年までの各地のデータを追加して 18 年間の重力法による結果や平均したもの。北海道は札幌市わがつまクリニック 1994 ～ 1996 年調査）。スギ花粉症に関しては、現在リアルタイムモニターやバーカード型の体積法によるスギ花粉調査のほか、Cry j 1 抗原量測定など新手の調査方法が出現している。

（出典；花粉症環境保健マニュアル2019　環境省　2019年12月　改訂版
〈鼻アレルギー診療ガイドライン2016年版〉より　一部改変）

## 2-2 アレルギー疾患の特徴を踏まえた取組

本書では、アレルギー疾患として、食物アレルギー・アナフィラキシー、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎を取り上げます。

アレルギー疾患という分類は、アレルギー反応に起因するという病態に着目した分類であり、その症状は疾患によって異なります。

学校がアレルギー疾患への取組を行うにあたっては、個々の疾患の特徴を知り、それを踏まえたものであることが重要です。本書では、第２章「疾患各論」において、各疾患の特徴に基づいた取組を説明しています。

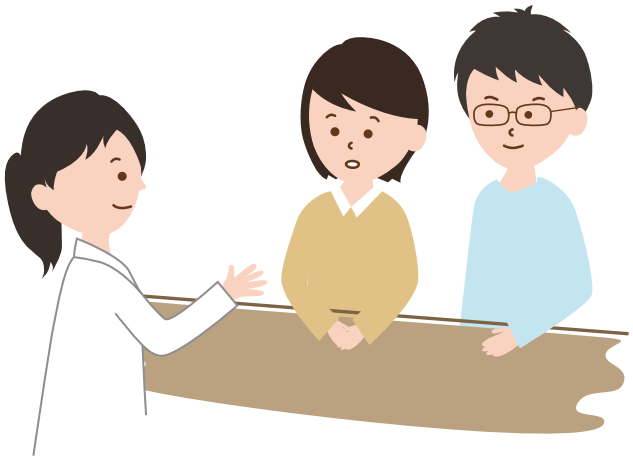
また、アレルギー疾患のもう一つの特徴として、同じ疾患の児童生徒等であっても個々の児童生徒等で症状が大きく異なるという点です。その違いは、疾患の病型や原因、重症度として表されます。

さらに、疾患によっては、その症状の変化がとても速いことも特徴です。例えば、食物アレルギーでは、原因食物の摂取後、症状は急速に進行することがあります。また、気管支ぜん息でも、児童生徒等が、運動をきっかけに急に急性増悪（発作）を起こすことがしばしば経験されます。このように、食物アレルギー・アナフィラキシーや気管支ぜん息の症状は特に急速に悪化しうるものですので、そのことを理解し日頃から緊急時の対応への準備をしておく必要があります（20～23ページ「緊急時の対応」参照）。

**重要**

### アレルギー疾患に対する取組のポイント

**○各疾患の特徴をよく知ること**
**○個々の児童生徒等の症状等の特徴を把握すること**
**○症状が急速に変化しうることを理解し、日頃から緊急時の対応への準備を行っておくこと**



# 3 学校生活で求められる配慮・管理

学校生活において特に配慮・管理が求められる活動には各アレルギー疾患に共通した特徴があります。これらの活動は、一般的にアレルギー症状を引き起こしやすい原因と密接に関係するため注意が必要です。

## 3-1 各アレルギー疾患と関連の深い学校での活動

| 学校での活動 | 食物アレルギー・アナフィラキシー | 気管支ぜん息 | アトピー性皮膚炎 | アレルギー性結膜炎 | アレルギー性鼻炎 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1．動物との接触を伴う活動 | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2．ダニ・ホコリの舞う環境での活動 | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3．花粉の舞う環境での活動 | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4．長時間の屋外活動 | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5．運動（体育・クラブ活動等） | △ | ○ | ○ | △ | △ |
| 6．プール | △ | △ | ○ | ○ | △ |
| 7．給食 | ○ | | △ | | |
| 8．食物・食材を扱う授業・活動 | ○ | | △ | | |
| 9．宿泊を伴う校外活動 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

○；注意を要する活動　　△；時に注意を要する活動

## 3-2 他の児童生徒等への説明

アレルギー疾患の児童生徒等への取組を進めるにあたっては、他の児童生徒等からの理解を得ながら進めていくことが重要です。

その際、他の児童生徒等に対してどのような説明をするかは、他の児童生徒等の発達段階などを総合的に判断し、当事者である児童生徒等及び保護者の意向も踏まえて決定してください。

※アレルギー疾患についての様々な啓発資料

「アレルギーポータル アレルギーの本棚」　日本アレルギー学会／厚生労働省

（https://allergyportal.jp/bookend/public/）参照

## 3-3 外来受診の際の配慮

アレルギー疾患は、定期的に主治医の診察を受け、長期的に管理していく必要があります。症状が安定していれば約３ヶ月に１度という受診頻度ですむ場合もありますが、症状が不安定なときには毎週受診する必要がある場合もあります。受診に際して、遅刻や早退をすることがありますので、他の児童生徒等の理解を得るとともに、授業内容のフォローを行うなどの配慮をしてください。

## 3-4 災害時の対応

災害などの非常時に備えて、日頃から必要なものを準備して、体制を整えておくことが重要です。
以下の資料などを参考にしてください。

○災害時のこどものアレルギー疾患対応パンフレット　日本小児アレルギー学会、平成29年11月改訂
（https://www.jspaci.jp/assets/documents/saigai_pamphlet.pdf）

○「アレルギー疾患のこどものための『災害の備え』パンフレット」日本小児臨床アレルギー学会（平成30年７月）（http://jspca.kenkyuukai.jp/images/sys/information/20190906134801-7E6E139D9C6E28F611D579D48632483F3A27DE2CC113DEAC6EC5979A2F3B4532.pdf）

# 4 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づく取組

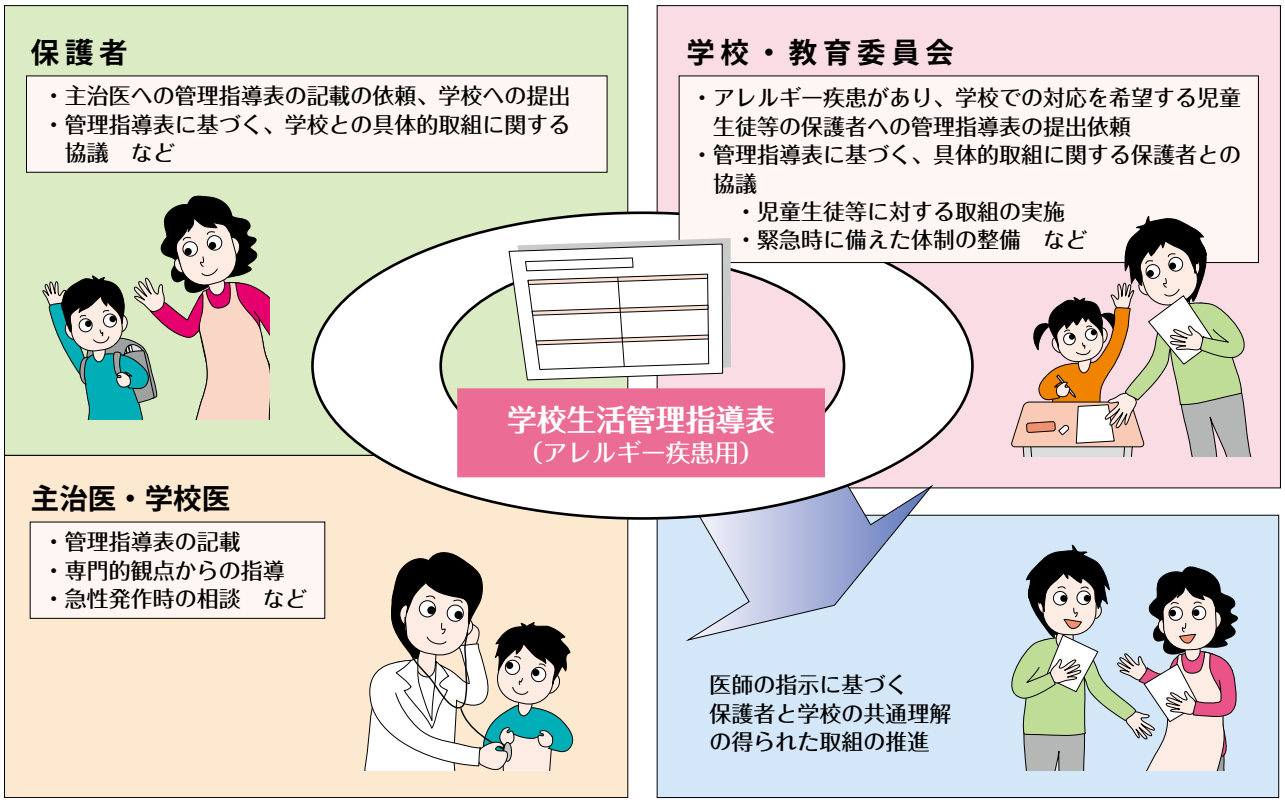
## 4-1 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」とは

アレルギー疾患の児童生徒等に対する取組を進めるためには、個々の児童生徒等について症状等の特徴を正しく把握することが前提となります。

その一つの手段として、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（以下、管理指導表といいます）を用いて学校で対応が必要な情報を把握し、実際の取組につなげていくながれを説明します。

管理指導表は個々の児童生徒等についてのアレルギー疾患に関する情報を、主治医・学校医に記載してもらい、保護者を通じて学校に提出されるものです。

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を用いた情報のながれ



## 重要　管理指導表活用のポイント

管理指導表は、学校における配慮や管理が必要だと思われる場合に使用されるものであり、次のように活用されることを想定し作成されています。

① 学校・教育委員会は、アレルギー疾患のある児童生徒等を把握し、学校での取組を希望する保護者に対して、管理指導表の提出を求める。

② 保護者は、主治医・学校医等に管理指導表を記載してもらい、学校に提出する。

③ 主なアレルギー疾患が１枚（表・裏）に記載できるようになっており、原則として一人の児童生徒等について１枚提出される。

④ 学校は、管理指導表に基づき、保護者と協議し取組を実施する。

⑤ 学校は提出された管理指導表を、緊急時に教職員誰もが閲覧できる状態で一括して管理するとともに、個人情報の取り扱いに留意する。

⑥ 管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出を求める。記載する医師には、病状・治療内容や学校生活上の配慮する事柄などの指示が変化しうる場合、向こう１年間を通じて考えられる内容を記載してもらう。なお、大きな病状の変化があった場合はこの限りではない。

⑦ 食物アレルギーの児童生徒等に対する給食での取組など必要な場合には、保護者に対しさらに詳細な情報や面談を求め、総合して活用する。血液検査の結果を求めることは適当ではない。

# 表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　＿＿＿年＿＿月＿＿日生　　＿＿年＿＿組　　提出日＿＿＿年＿＿月＿＿日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

## アナフィラキシー（あり・なし）／食物アレルギー（あり・なし）

### 病型・治療

**A 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載）**
1．即時型
2．口腔アレルギー症候群
3．食物依存性運動誘発アナフィラキシー

**B アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）**
1．食物（原因　　）
2．食物依存性運動誘発アナフィラキシー
3．運動誘発アナフィラキシー
4．昆虫　（　　）
5．医薬品（　　）
6．その他（　　）

**C 原因食物・除去根拠**　該当する食品の番号に○をし、かつ《　》内に除去根拠を記載

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1．鶏卵 | 《　》 | | |
| 2．牛乳・乳製品 | 《　》 | | |
| 3．小麦 | 《　》 | | |
| 4．ソバ | 《　》 | | |
| 5．ピーナッツ | 《　》 | | |
| 6．甲殻類 | 《　》 | （　すべて・エビ・カニ | ） |
| 7．木の実類 | 《　》 | （　すべて・クルミ・カシュー・アーモンド | ） |
| 8．果物類 | 《　》 | （　　） | |
| 9．魚類 | 《　》 | （　　） | |
| 10．肉類 | 《　》 | （　　） | |
| 11．その他１ | 《　》 | （　　） | |
| 12．その他２ | 《　》 | （　　） | |

**[除去根拠]** 該当するもの全てを《　》内に記載
① 明らかな症状の既往　② 食物経口負荷試験陽性
③ IgE抗体等検査結果陽性　④ 未摂取

（　）に具体的な食品名を記載

**D 緊急時に備えた処方薬**
1．内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
2．アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）
3．その他（　　）

### 学校生活上の留意点

**A 給食**
1．管理不要　　2．管理必要

**B 食物・食材を扱う授業・活動**
1．管理不要　　2．管理必要

**C 運動（体育・部活動等）**
1．管理不要　　2．管理必要

**D 宿泊を伴う校外活動**
1．管理不要　　2．管理必要

**E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの**

※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。

鶏卵：卵殻カルシウム
牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム
小麦：醤油・酢・味噌
大豆：大豆油・醤油・味噌
ゴマ：ゴマ油
魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤
肉類：エキス

**F その他の配慮・管理事項(自由記述)**

### 【緊急時連絡先】

**★保護者**
電話：

**★連絡医療機関**
医療機関名：
電話：

記載日
年　月　日

医師名　㊞

医療機関名

## 気管支ぜん息（あり・なし）

### 病型・治療

**A 症状のコントロール状態**
1．良好　　2．比較的良好　　3．不良

**B-1 長期管理薬（吸入）**

| | 薬剤名 | 投与量／日 |
|---|---|---|
| 1．ステロイド吸入薬 | （　　） | （　　） |
| 2．ステロイド吸入薬／長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 | （　　） | （　　） |
| 3．その他 | （　　） | （　　） |

**B-2 長期管理薬（内服）**

| | 薬剤名 |
|---|---|
| 1．ロイコトリエン受容体拮抗薬 | （　　） |
| 2．その他 | （　　） |

**B-3 長期管理薬（注射）**

| | 薬剤名 |
|---|---|
| 1．生物学的製剤 | （　　） |

**C 発作時の対応**

| | 薬剤名 | 投与量／日 |
|---|---|---|
| 1．ベータ刺激薬吸入 | （　　） | （　　） |
| 2．ベータ刺激薬内服 | （　　） | （　　） |

### 学校生活上の留意点

**A 運動（体育・部活動等）**
1．管理不要　　2．管理必要

**B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動**
1．管理不要　　2．管理必要

**C 宿泊を伴う校外活動**
1．管理不要　　2．管理必要

**D その他の配慮・管理事項(自由記述)**

### 【緊急時連絡先】

**★保護者**
電話：

**★連絡医療機関**
医療機関名：
電話：

記載日
年　月　日

医師名　㊞

医療機関名

## 裏 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　＿＿＿年＿＿月＿＿日生　　＿＿年＿＿組　　提出日＿＿＿年＿＿月＿＿日

### アトピー性皮膚炎（あり・なし）

**病型・治療**

**A 重症度のめやす（厚生労働科学研究班）**
1．軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。
2．中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。
3．重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。
4．最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。
＊軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変
＊強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変

**B-1　常用する外用薬**
1．ステロイド軟膏
2．タクロリムス軟膏
（「プロトピック®」）
3．保湿剤
4．その他（　　）

**B-2　常用する内服薬**
1．抗ヒスタミン薬
2．その他
（　　）

**B-3　常用する注射薬**
1．生物学的製剤

**学校生活上の留意点**

**A プール指導及び長時間の紫外線下での活動**
1．管理不要　　2．管理必要

**B 動物との接触**
1．管理不要　　2．管理必要

**C 発汗後**
1．管理不要　　2．管理必要

**D その他の配慮・管理事項(自由記述)**

記載日
年　月　日
医師名　㊞
医療機関名

### アレルギー性結膜炎（あり・なし）

**病型・治療**

**A 病型**
1．通年性アレルギー性結膜炎
2．季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）
3．春季カタル
4．アトピー性角結膜炎
5．その他（　　）

**B 治療**
1．抗アレルギー点眼薬
2．ステロイド点眼薬
3．免疫抑制点眼薬
4．その他（　　）

**学校生活上の留意点**

**A プール指導**
1．管理不要　　2．管理必要

**B 屋外活動**
1．管理不要　　2．管理必要

**C その他の配慮・管理事項（自由記載）**

記載日
年　月　日
医師名　㊞
医療機関名

### アレルギー性鼻炎（あり・なし）

**病型・治療**

**A 病型**
1．通年性アレルギー性鼻炎
2．季節性アレルギー性鼻炎（花粉症）
主な症状の時期：　春　、　夏　、　秋　、　冬

**B 治療**
1．抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）
2．鼻噴霧用ステロイド薬
3．舌下免疫療法（ダニ・スギ）
4．その他（　　）

**学校生活上の留意点**

**A 屋外活動**
1．管理不要　　2．管理必要

**B その他の配慮・管理事項（自由記載）**

記載日
年　月　日
医師名　㊞
医療機関名

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（公財）日本学校保健会 作成

# 4-2 取組実践までのながれ

管理指導表に基づいて、個々の児童生徒等に対する取組を実践するまでのながれ（モデル例）を、小学校に入学する場合を例に提示します。モデル例を参考に、教育委員会作成の資料や各学校の実状に合わせて実際の取組を進めてください。

アレルギー疾患の多くは、乳幼児期に発症し、小学校入学時には診断がついていて家庭等での管理がすでに行われていますので、一般的には、就学時の健康診断や入学説明会などの機会が出発点となります。

しかしながら、在学中に新たに発症する場合や配慮・管理が必要になる場合もありますから、状況に応じて適切に対応してください。

## 取組実施までのながれ（モデル例）：小学校入学を契機とした場合

| | | |
|---|---|---|
| 1 | **アレルギー疾患を有し、配慮・管理の必要な児童の把握** | 11月～３月・４月 |
| | ⒜ 就学時の健康診断及び入学説明会の機会に、アレルギー疾患に対する配慮・管理を要すると思われる場合は申し出るよう促す。<br>⒝ アレルギー疾患の児童に対する取組について相談を受け付ける旨の保護者通知を配布する。 | |
| 2 | **対象となる児童の保護者への管理指導表の配布** | 11月～３月・４月 |
| | ○⒜により申し出があった場合には、教育委員会等から保護者に管理指導表を配布し、入学予定校への提出を要請する。保護者からのヒアリングにおいて医師が学校での取組を必要としない場合や家庭での管理を行っていない場合は提出の対象外となる。<br>○⒝により相談の申し出があり、学校での配慮・管理を実施する必要があると判断された場合には、学校が保護者に管理指導表を配布し、学校への提出を要請する。 | |
| | ①　主治医による管理指導表の記載<br>②　保護者が入学予定校（在籍校）に管理指導表を提出<br>③　必要に応じて、学校からさらに詳細な資料の提出を依頼<br>④　③の依頼を受けた保護者からの資料の提出 | |
| 3 | **管理指導表に基づく校内での取組の検討・具体的な準備** | １月～３月・４月 |
| | ○校長、教頭、学級担任（学年主任）、養護教諭、栄養教諭／学校栄養職員等が管理指導表に基づき、学校としての取組を検討し、「取組プラン（案）」を作成する。<br>○養護教諭、栄養教諭／学校栄養職員等が中心となり、取組の実践にむけた準備を行う。<br>①　個々の児童の病型・症状等に応じた緊急体制の確認（医療機関・保護者との連携）<br>②　アレルギー取組対象児童の一覧表の作成（以後、個々の「取組プラン」とともに保管）　など | |
| 4 | **保護者との面談** | ２月～３月・４月 |
| | ○「取組プラン（案）」について、保護者と協議し「取組プラン」を決定する。 | |
| 5 | **校内「アレルギー疾患に対する取組報告会」における教職員の共通理解** | ２月～３月・４月 |
| | 教職員全員が個々の児童の「取組プラン」の内容を理解する。 | |
| | 「取組プラン」に基づく取組の実施（この間、取組の実践とともに、必要に応じ保護者との意見交換の場を設ける。） | |
| 6 | **校内「アレルギー疾患に対する取組報告会」での中間報告** | ８月～12月 |
| | 「取組プラン」に基づくこれまでの取組を振り返り、改善すべき点等を検討する。この際必要に応じ、保護者と連絡を取りながら「取組プラン」を修正する。 | |
| | 取組の継続実施 | |
| 7 | **来年度に活用する管理指導表の配布等** | ２月～３月 |
| | 配慮・管理を継続する児童の保護者に対し、次年度に活用する管理指導表を配布する。 | |

＊「アレルギー疾患に対する取組報告会」は、必ずしも新たな組織を立ち上げる必要はなく、取組に関係する可能性のある教職員全員が会する場をもって充てることも可能。

## 取組プランとは

「取組プラン」は、個々の児童生徒等に対して必要な取組を学校の実状に即して行うために、学校が立案し保護者と協議し決定するもので、以下の内容が含まれるものと考えられます。

（1）アレルギー疾患のある児童生徒等への取組に対する学校の考え方

（2）取組実践までのながれ

（3）緊急時の対応体制

（4）個人情報の管理及び教職員の役割分担

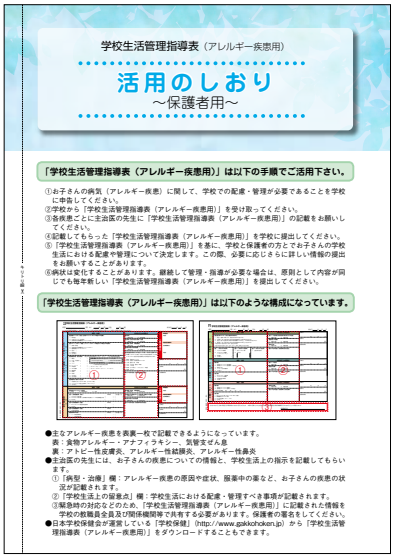
（5）具体的取組内容（個々の児童生徒等で異なる内容）

上記の（1）～（4）は学校ごとに決定される内容、（5）は管理指導表に基づき個々の児童生徒等ごとに作成される内容です。「取組プラン」はガイドラインに基づき各学校の実状に合わせて作成してください。

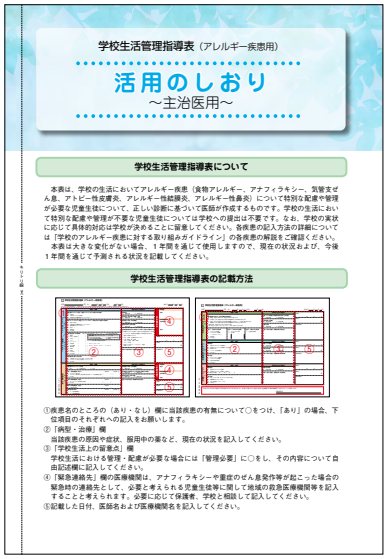
# 4-3 保護者、主治医、教職員への説明

管理指導表が円滑に利用されるためには、保護者や児童生徒等本人、主治医、学校医などの関係者に、その活用方法などを正しく理解してもらうことが必要となります。

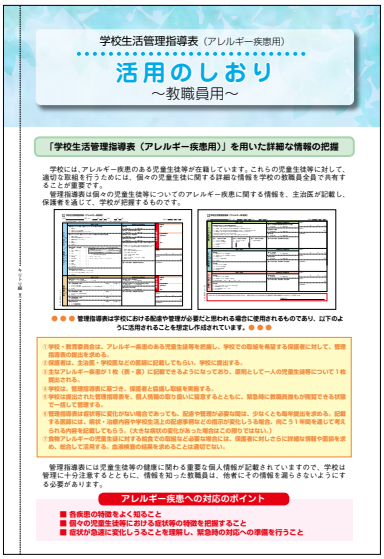
（公財）日本学校保健会が運営している「学校保健」（http://www.gakkohoken.jp）からは、保護者及び主治医、教職員に向けて管理指導表の活用方法を説明した資料をダウンロードすることができます。




（保護者用）




（主治医用）




（教職員用）

# 4-4 管理指導表の取り扱い

管理指導表には児童生徒等の健康に関わる重要な個人情報が記載されていますので、学校での管理には十分注意する必要があります。同時に、いつ、どのような状況で緊急の対応を要する事態が発生するかを予測することはできませんので、教職員全員がその情報を共有しておくことも重要です。

学校は、以下の事項について保護者または児童生徒等本人に書面で説明し、事前に同意を得ておきましょう。

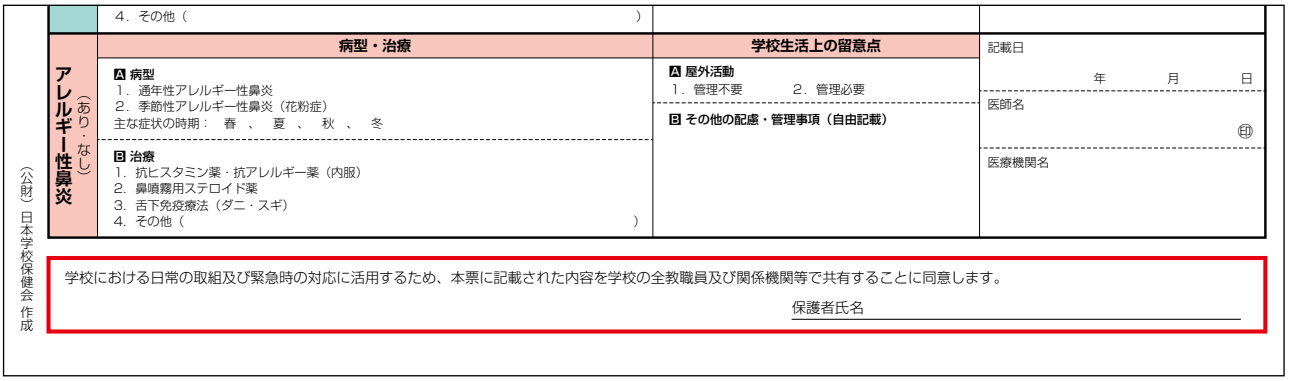
**①　管理指導表による保護者からの情報提供の目的が、該当する児童生徒等への日常の取組及び緊急時の対応に役立てることであること。**

**②　提供された情報を全教職員及び関係機関等で共有すること。**

①、②とあわせて管理指導表を各学校がどのように管理するのかを説明することも重要です。

## 【保護者の同意欄について】

管理指導表の裏面には、**「学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。」**という欄が設けられていますので、本欄を用いて、保護者の意思を確認してください。



4．その他（　　）

| アレルギー性鼻炎（あり・なし） | 病型・治療 | 学校生活上の留意点 | 記載日<br>年　月　日 |
|---|---|---|---|
| | A 病型<br>1．通年性アレルギー性鼻炎<br>2．季節性アレルギー性鼻炎（花粉症）<br>主な症状の時期：　春　、　夏　、　秋　、　冬<br><br>B 治療<br>1．抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）<br>2．鼻噴霧用ステロイド薬<br>3．舌下免疫療法（ダニ・スギ）<br>4．その他（　　） | A 屋外活動<br>1．管理不要　　2．管理必要<br><br>B その他の配慮・管理事項（自由記載） | 医師名<br>㊞<br><br>医療機関名 |

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（公財）日本学校保健会 作成



## 【緊急時連絡先について】




食物アレルギー・アナフィラキシー、気管支ぜん息が「あり」の場合、緊急の対応が必要になることもあるため、必要と考えられる児童生徒等に関して「緊急時連絡先」欄の医療機関部分に医師が連絡先を記入します。

「緊急時連絡先」欄の医療機関は、アナフィラキシーや重症のぜん息発作等が起こった場合の緊急時の連絡先として、地域の救急医療機関等を記入することを考えます。

医師が記入する際、必要に応じて保護者、または学校と相談し記入します。

### ワンポイント 緊急時の個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）では「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」には、あらかじめ本人の同意を得ないでも、当該本人の個人情報を取り扱うことが認められています。具体的には、児童生徒等が急病になったり、大ケガを負った際に、治療の必要上、血液型やアレルギー情報、家族の連絡先等の情報を学校から医療機関に提供する場合等が該当します。独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律にも同旨の記載があります。なお、地方公共団体が設置した学校が保有する個人情報につきましては、各地方公共団体の条例に基づいて取り扱うこととなるため、各地方公共団体における個人情報保護条例を確認してください。

# 5 アレルギー疾患の対応推進体制

## 5-1 教育委員会の役割

### ア　アレルギー対応委員会の設置

適切な対応推進のために、対応委員会を設置し、以下の点などに関して活動します。

① 学校単位で連携しにくい機関（医師会、消防機関等）との広域的な対応の取りまとめや支援を行う。
② 関係者の定期的な協議の場を設け、連携体制の構築等に努める。
③ 研修会等の実施・支援を行う。
④ 食物アレルギー対応状況を把握し、必要に応じて指導及び支援を個別に行う。
⑤ すべての事故及びヒヤリハット事例について情報を集約し、改善策とともに所管内に周知を図り、事故防止に努める。

### イ　地域の状況を考慮した基本的なアレルギー対応の方針の策定

学校の独自の判断に任せるのではなく、地域の状況を考慮し、関係機関との連携体制の中で、基本的な対応の方針を示します。

### ウ　各学校の対応状況の把握及び環境整備や指導

学校での対応が適切な対応であるか確認するとともに、対応の指導を行います。環境整備には、安全に対応できるように、施設の整備や必要な物品と人材の配置などがあります。

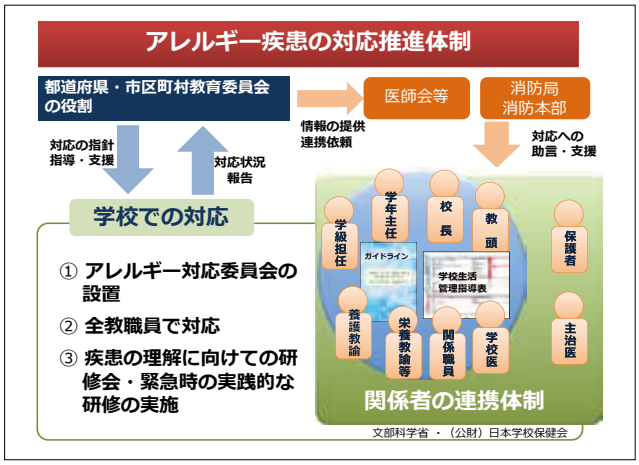
### エ　教職員のアレルギー対応研修会の充実

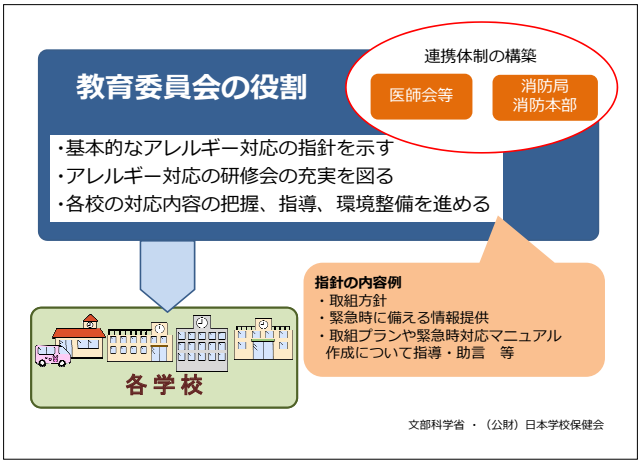
学校での対応をより適切に安全に行うためには、一定の質を保ちつつ、全教職員等が継続的に学ぶ研修会を設定したり、校内研修の実施を働きかけたりします。

さらに、緊急時に備えて医療機関や消防機関との定期的な協議の場と連携体制の構築を行います。

### オ　医師会、消防機関等との広域的な対応の取りまとめと支援

関係機関とガイドラインや管理指導表の運用について共通理解を図り、定期的に協議の場を設置し、連携を円滑に行えるよう体制を整えます。



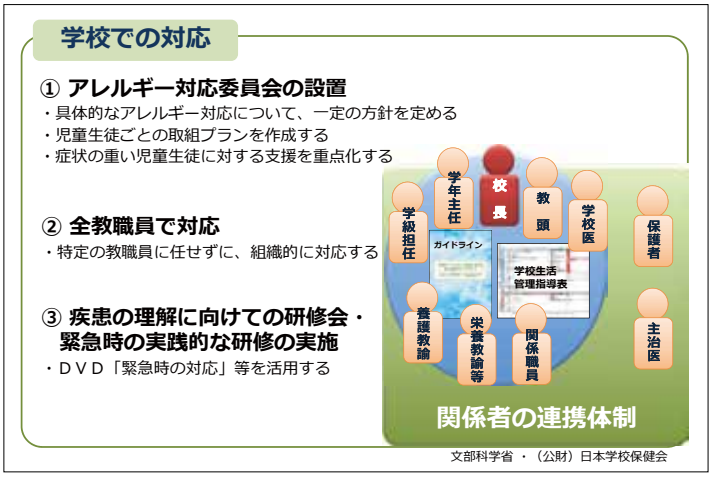



# 5-2 学校の役割

## ア　アレルギー対応委員会の設置と学校全体の組織的な取組

校長を責任者とし、関係者で組織するアレルギー対応委員会を校内に設置します。対応委員会では、校内の児童生徒等のアレルギー疾患に関する情報を把握し、日常の取組と事故予防、緊急時の対応について協議し情報を共有します。取組プランや緊急時のマニュアルを作成する際には、医師が作成した管理指導表に基づき本書を参考に話し合いを進めます。

※アレルギー疾患の対応では学校、保護者、医師が連携して取り組むことが重要であり、そのためには管理指導表の活用は不可欠です。




**【委員構成例と主たる役割例】**

◎委員長　校長（対応の総括責任者）

○委員

・副校長・教頭（校長補佐、指示伝達、外部対応）※校長不在時には代行
・教務主任・主幹教諭（教頭補佐、校内連絡、指示伝達、外部対応）
・養護教諭（実態把握、主治医や学校医と連携、事故防止）
・栄養教諭・学校栄養職員（給食調理・運営の安全管理、事故防止）
・保健主事（教務主任・主幹教諭・養護教諭・栄養教諭等の補佐）
・給食主任（栄養教諭等の補佐、各学級における給食時間の共通指導徹底）
・関係学級担任・学年主任（安全な給食運営、保護者連携、事故防止）

※各委員は相互に緊密な情報交換並びに連携を図ります。
※必要に応じて、委員会に、共同調理場長、教育委員会の担当者、学校医、調理員の代表、関係保護者、主治医等を加えます。

「学校における食物アレルギー対応指針」（文部科学省）

## イ　緊急時対応体制の整備

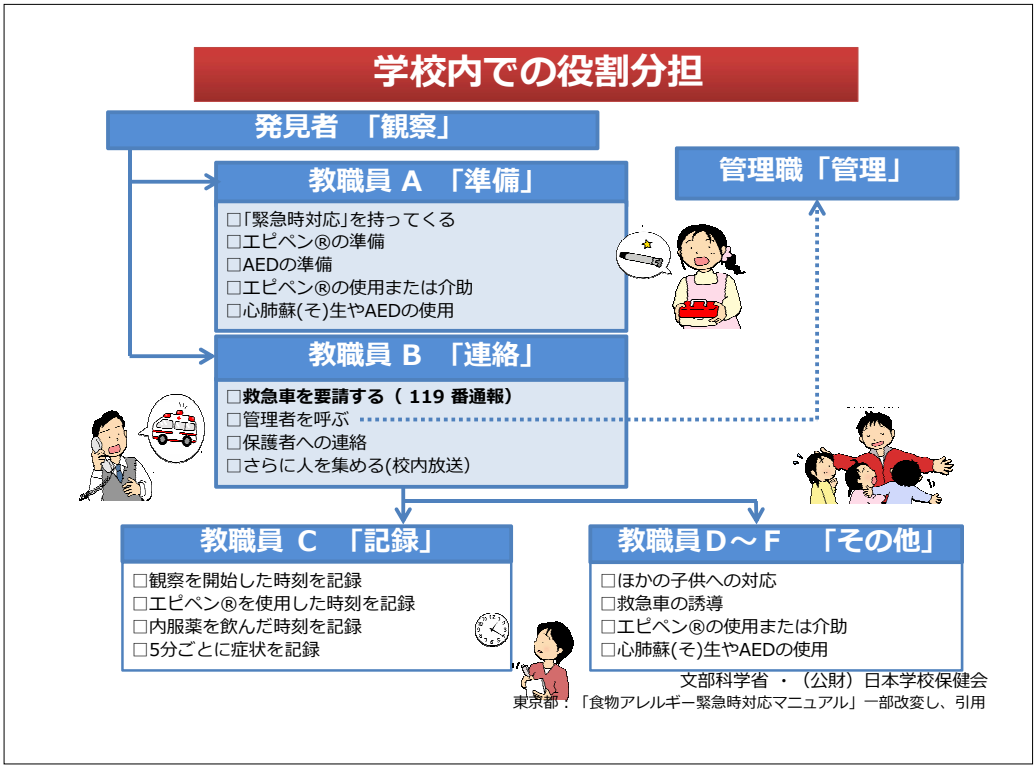
緊急時の対応の充実をはかるためには、事前に学校医 、主治医、地域の消防機関等との体制づくりが重要です。さらに、緊急時に教職員が組織的に対応できるように、全教職員がアレルギーを理解し情報共有するとともに、実践的な訓練を定期的に行う必要があります。

# 6 緊急時の対応

アレルギー疾患の緊急時に適切な対応をするためには、日頃からの準備と緊急時に適切に行動できるようにするための訓練が必要です。日頃からの準備は、アレルギー対応委員会の中で行います。緊急時に適切な行動ができるようにするため、緊急時対応マニュアルの整備をすること、緊急時にしなければいけないことを予め整理をし、役割分担ができるように全教職員が理解すること、行動ができるように定期的に訓練することが必要です。

## 6-1 学校内での役割分担

役割分担には、発見者、準備係、連絡係、管理係、記録係、その他の役割があります。発見者は、担任がなることが多いですが、誰でもなり得ることを想定しておきます。発見者は、児童生徒等から離れず観察しながら、人を集めます。学校によって大声で呼ぶ、非常ベル・無線機器・携帯電話などの活用を検討し、適切な方法で訓練します。発見者は、集まった人に的確に役割を指示します。




※エピペン® の使い方については37ページを参照してください。

管理職は現場に急行し、発見者に代わり、それぞれの役割の確認及びその場の指揮をとります。

準備係は、緊急時対応マニュアル、エピペン® 、ＡＥＤ等を準備します。

連絡係は、119番通報をし、管理職等、その他の協力者を呼んだり保護者や関係機関との連絡がスムーズに行えるようにします。

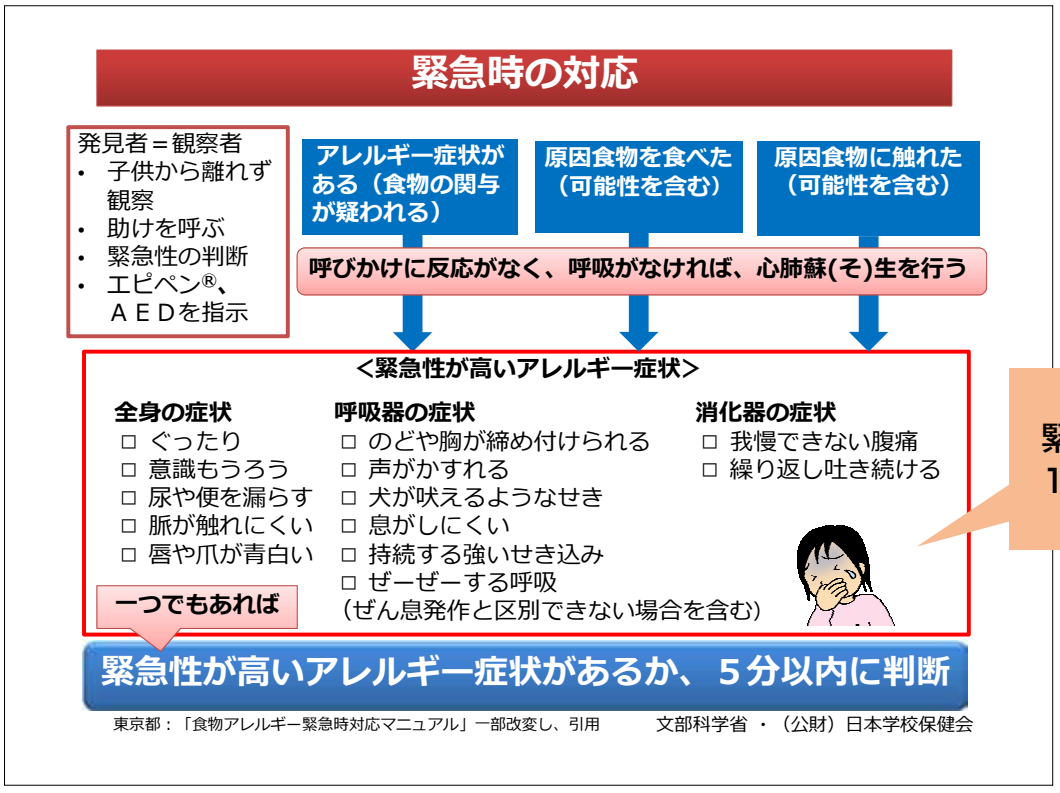
記録係は、時系列で処置を記録します。また、5分ごとに症状を記録します。

その他にも、他の児童生徒等への対応や救急車の現場への誘導などの役割があります。

## 6-2 緊急時対応のながれ

アレルギー症状を認めたり、原因食物を食べてしまった等の場合には、発見者は、児童生徒等から目を離さないで、助けを呼び、人を集めます。集まった人にエピペン® とＡＥＤ等を持ってくるように指示をします。ここで学校内での役割分担を全教職員が知っていると速やかに行動できます。

緊急性の高いアレルギー症状があるかどうかの判断を５分以内に行います。緊急性が高いアレルギー症状として13の症状があります（下図）。いずれかのうち一つでも症状があれば、緊急性が高いアレルギー症状があると判断します。



緊急性が高いアレルギー症状があると判断した場合の対応は、以下の３点です。

- ただちにエピペン® を使用する。
- 救急車を要請する。
- その場で安静にする。

これらのことが同時進行で実施できるようにします。人が集まれば、役割分担をして準備係、連絡係としてそれぞれの作業を進めます。もちろん人が集まらなければ一人で進めなければなりません。

児童生徒等が呼びかけに反応がなく、呼吸がなければ心肺蘇生法を行います。ＡＥＤの操作とセットで普段から練習を行っておくことが必要です。

その場で安静にする場合の体位の基本は、仰向けに寝かせて足の下にランドセルやかばんなどを入れて高くします。これは血圧低下への対応です。また、ショック状態から急な体位変換（抱き起こしたり、おんぶしたり、起き上がったり）は、心停止を誘発する可能性が報告されています。ショックまたはそれに準ずる状態の時は体位変換をしないで、その場から移動させず安静を保ち対応することが重要です。

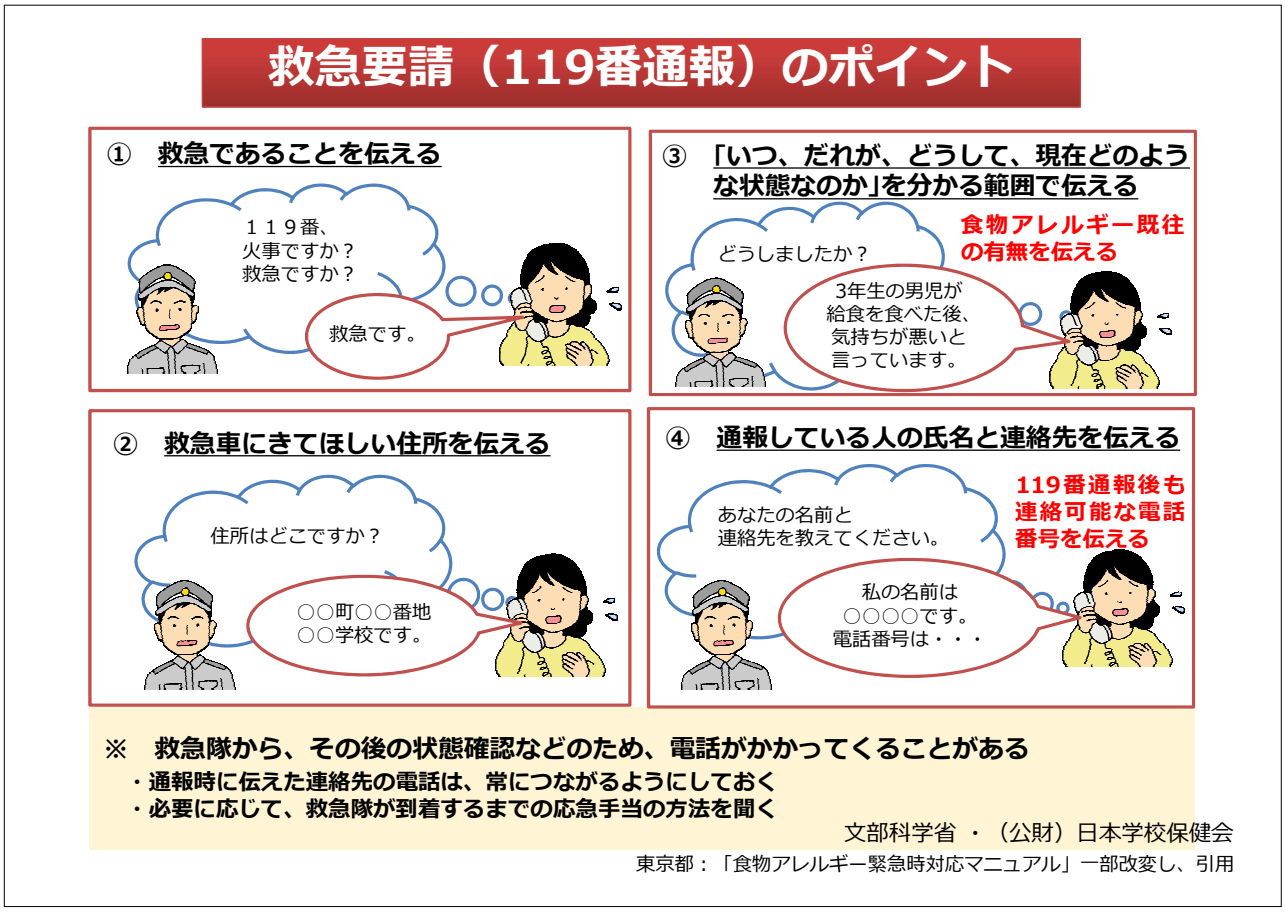
緊急性の高いアレルギー症状がない場合のみ、保健室または安静にできる場所に移動して、経過をみます。




文部科学省 ・（公財）日本学校保健会
東京都：「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」一部改変し、引用

＜救急要請のポイント＞

救急であること、住所、連絡先をあわてず、ゆっくり、正確に伝えられるように、予めマニュアル等に記載しておきます。




## 6-3 事故が起こった時の対応

学校の管理下において事故等が発生した際、学校及び学校の設置者は、児童生徒等の生命と健康を最優先に迅速かつ適切な対応を行うとともに、発生原因の究明やこれまでの安全対策の検証はもとより、児童生徒等に対する心のケアや保護者への十分な説明、再発防止などの取組が求められます。学校事故対応の在り方については、学校事故対応に関する指針（平成28年３月 文部科学省）を参考にし、事故対応に関する共通理解と体制整備の促進を図ります。

すべての事故及びヒヤリハット事例について、学校は、状況や問題となった原因、改善方法について管理職に報告し、情報を共有し、アレルギー対応委員会で対策を検討して事故予防の徹底に努めることが重要です。また、その内容を校長は教育委員会へ報告します。

教育委員会は、その詳細と改善策の報告を各学校に求め、集約し、改善策と共に所管内に周知を図り、事故防止に努めることが重要です。

# 7 研修

## 7-1 教育委員会等

教育委員会等が研修会を開催したり、校内研修の実施や研修の受講機会について、管理職（校長）に働きかけたりすることも必要です。

研修会は、医療機関と連携して専門的な指導、消防機関と連携して緊急時における実践的な指導を取り入れることが勧められます。一定の質を保ちつつ、全教職員が継続的に学ぶ機会を持つことが大切です。

## 7-2 学校等

全教職員がアレルギー疾患やアナフィラキシーの正しい知識を持ち、緊急時に備えて、校内全体で定期的な研修と訓練を継続して行います。

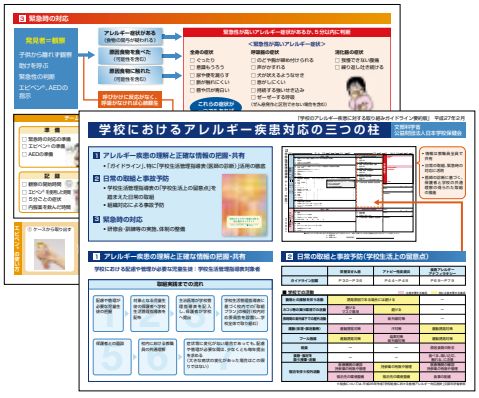
研修には全教職員が参加して対応可能な知識と技術の習得を目指します。

緊急時のアドレナリン自己注射薬である「エピペン®」の使用の徹底、心肺蘇生法・AED等の適切な救急処置の実施に向け、より実践的な訓練が必要になります。

なお、研修を行うに当たっては、文部科学省が作成した「アレルギー疾患対応資料（DVD）映像資料及び研修資料」などを活用することが考えられます。

（https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1355828.htm）




※アナフィラキシー緊急対応の模擬訓練に有用なアクションカードなど、工夫した研修方法等も、（公財）日本学校保健会「学校保健ポータルサイト」で紹介しています。

【参考】（公財）日本学校保健会「学校保健ポータルサイト」

（https://www.gakkohoken.jp/themes/archives/101）

# 第2章　疾患各論

# 1 食物アレルギー・アナフィラキシー

## 食物アレルギーとは

**定　義**

一般的には特定の食物を摂取することによって、皮膚・呼吸器・消化器あるいは全身性に生じるアレルギー反応のことをいいます。

**頻　度**

平成25年の文部科学省調査では食物アレルギーの有病率は小学生4.5%、中学生4.7%、高校生4.0%でした。

**原　因**

原因食物は学童期では多岐にわたりますが、平成23年即時型食物アレルギー全国モニタリング調査（消費者庁「食物アレルギーに関連する食品表示に関する調査研究事業」）では学童～高校生までの新規発症では甲殻類、果物が多く、誤食による原因食物は鶏卵、牛乳、落花生、小麦、甲殻類の順に多くなっています。

**症　状**

皮膚症状が最も多く、次いで呼吸器症状、粘膜症状、消化器症状、中にはショック症状と多岐にわたります。

**治　療**

管理は「正しい診断に基づく必要最小限の除去」です。食物経口負荷試験により診断を正確に行い、必要最小限の除去を実施することが大切です。

誤食などにより食物アレルギーの症状が出現した場合には、速やかに適切な対処を行うことが重要です。じんましんなどの軽い症状に対しては抗ヒスタミン薬の内服や経過観察により回復することもありますが、ゼーゼー・呼吸困難・嘔吐・ショックなどの中等症から重症の症状には、アナフィラキシーに準じた対処が必要です（28ページ　アナフィラキシーとはを参照）。

## アナフィラキシーとは

### 定　義

アレルギー反応により、じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、ゼーゼー、呼吸困難などの呼吸器症状が、複数同時にかつ急激に出現した状態をアナフィラキシーと言います。その中でも、血圧が低下して意識の低下や脱力を来すような場合を、特にアナフィラキシーショックと呼び、直ちに対応しないと生命にかかわる重篤な状態であることを意味します。

また、アナフィラキシーには、アレルギー反応によらず運動や身体的な要因（低温/高温など）によって起こる場合があることも知られています。

### 頻　度

平成25年の文部科学省調査ではアナフィラキシーの既往を有する児童生徒等の割合は、小学生0.6%、中学生0.4%、高校生0.3%でした。エピペン®保持者は小学生0.4%、中学生0.2%、高校生0.1%でした。

### 原　因

児童生徒等に起きるアナフィラキシーの原因のほとんどは食物ですが、それ以外に昆虫刺傷、医薬品、ラテックス（天然ゴム）などが問題となります。中にはまれに運動だけでも起きることがあります。

### 症　状

皮膚が赤くなったり、息苦しくなったり、激しい嘔吐などの症状が複数同時にかつ急激に見られますが、もっとも注意すべき症状は、血圧が下がり意識の低下が見られるなどのアナフィラキシーショックの状態です。迅速に対応しないと命にかかわることがあります。

### 治　療

具体的な治療は重症度によって異なりますが、意識の障害などが見られる重症の場合には、まず適切な場所に足を頭より高く上げた体位で寝かせ、嘔吐に備え、顔を横向きにします。そして、意識状態や呼吸、心拍の状態、皮膚色の状態を確認しながら必要に応じ一次救命措置を行い、救急車で医療機関への搬送を急ぎます。

アドレナリン自己注射薬である「エピペン®」を携行している場合には、緊急性が高いアレルギー症状（21ページ）があると判断したタイミングでショックに陥る前に注射することが効果的です。

# 1-1 「病型・治療」欄の読み方

**病型・治療**

**A 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載）**
1．即時型
2．口腔アレルギー症候群
3．食物依存性運動誘発アナフィラキシー

**B アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）**
1．食物（原因　　）
2．食物依存性運動誘発アナフィラキシー
3．運動誘発アナフィラキシー
4．昆虫　（　　）
5．医薬品（　　）
6．その他（　　）

**C 原因食物・除去根拠**　該当する食品の番号に○をし、かつ《　》内に除去根拠を記載

[除去根拠] 該当するもの全てを《　》内に記載
① 明らかな症状の既往　② 食物経口負荷試験陽性
③ IgE抗体等検査結果陽性　④ 未摂取

（　）に具体的な食品名を記載

1．鶏卵　《　》
2．牛乳・乳製品　《　》
3．小麦　《　》
4．ソバ　《　》
5．ピーナッツ　《　》
6．甲殻類　《　》（　すべて・エビ・カニ　）
7．木の実類　《　》（　すべて・クルミ・カシュー・アーモンド　）
8．果物類　《　》（　　）
9．魚類　《　》（　　）
10．肉類　《　》（　　）
11．その他1　《　》（　　）
12．その他2　《　》（　　）

**D 緊急時に備えた処方薬**
1．内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
2．アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）
3．その他（　　）

## A 「食物アレルギー病型」欄の読み方

**▶ POINT**

**児童生徒等に見られる食物アレルギーは大きく３つの病型に分類されます。食物アレルギーの病型を知ることにより、万一の時に、どのような症状を示すかをある程度予測することが出来ます。**

### 食物アレルギーの各病型の特徴

**１．即時型**

食物アレルギーの最も典型的な病型です。原因食物を食べて２時間以内に症状が出現し、その症状はじんましんのような軽い症状から、生命の危険も伴うアナフィラキシーショックに進行するものまでさまざまです。ほとんどはIgE抗体が関係します。

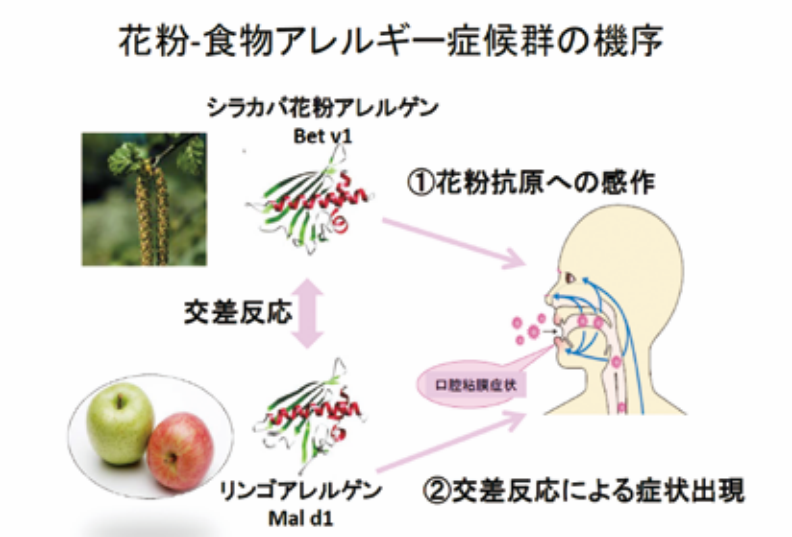
**２．口腔アレルギー症候群**

口腔アレルギー症候群はIgE抗体が関係する口腔粘膜のみのアレルギー症状を指しますが、花粉―食物アレルギー症候群のことがほとんどです。シラカバやハンノキやブタクサなどの花粉のアレルギーがある児童生徒等がそれらの花粉抗原と構造が似た物質を含む生の果物や野菜を食べたときに、食後５分以内に口腔内（口の中）の症状（のどのかゆみ、ヒリヒリする、イガイガする、腫れぼったいなど）が誘発されます（交差反応といいます）。多くは局所の症状だけで治療も不要ですが、全身的な症状の初期症状として口腔内の症状が出ている場合も紛れ込んでいることがあるため注意が必要です。焼きリンゴやジャムなど加熱された果物では反応しないことがほとんどです。

主な花粉と交差反応性が証明されている果物・野菜など

| 花粉 | 果物・野菜など |
|---|---|
| カバノキ科<br>シラカバ<br>ハンノキ<br>オオバヤシャブシ | バラ科（リンゴ、西洋ナシ、サクランボ、モモ、スモモ、アンズ、アーモンド）、セリ科（セロリ、ニンジン）、ナス科（ジャガイモ）、マメ科（大豆、ピーナッツ）、マタタビ科（キウイフルーツ）、カバノキ科（ヘーゼルナッツ）、ウルシ科（マンゴー）、シシトウガラシ など |
| イネ科　カモガヤ<br>チガヤ | ウリ科（メロン、スイカ）、ナス科（トマト、ジャガイモ）、マタタビ科（キウイフルーツ）、ミカン科（オレンジ）、マメ科（ピーナッツ）など |
| キク科　ヨモギ | セリ科（セロリ、ニンジン）、ウルシ科（マンゴー）、スパイス など |
| キク科　ブタクサ | ウリ科（メロン、スイカ、カンタロープ、ズッキーニ、キュウリ）、バショウ科（バナナ）など |

食物アレルギー診療ガイドライン 2016 より（一部改変）




### ３．食物依存性運動誘発アナフィラキシー

特定の食物を食べた後に運動することによってアナフィラキシーが誘発される病型です。IgE抗体が関係します。原因食物としては小麦、甲殻類が多く、このような症状を経験する頻度は2012年と2013年の横浜市での調査では小学校で21,000人に1人、中学生で6,000人に１人程度とまれです。しかし、発症した場合には、じんましんからはじまり、呼吸困難やショック症状のような重篤な症状に至ることがあり、注意が必要です。原因食物の摂取と運動の組み合わせで発症するため、食べただけ、運動しただけでは症状は起きません。何度も同じ症状を繰り返しながら原因の食物の診断が難しい例も見られます。

## B 「アナフィラキシー病型」欄の読み方

**▶ POINT**

**アナフィラキシーの対策は原因の除去に尽きます。児童生徒等に起きるアナフィラキシーの原因としては食物アレルギーが最多であることを知った上で、過去にアナフィラキシーを起こしたことのある児童生徒等については、その病型を知り、学校生活における原因を除去することが不可欠です。**

**また学校生活の中で、初めてアナフィラキシーを起こすこともまれではありません。アナフィラキシーを過去に起こしたことのある児童生徒等が在籍していない学校でも、アナフィラキシーに関する基礎知識、対処法などに習熟しておく必要があります。**

### アナフィラキシー病型

1．食物によるアナフィラキシー

「食物アレルギー病型」欄の読み方の項を参照

2．食物依存性運動誘発アナフィラキシー

「食物アレルギー病型」欄の読み方の項を参照

3．運動誘発アナフィラキシー

特定もしくは不特定の運動を行うことで誘発されるアナフィラキシー症状です。食物依存性運動誘発アナフィラキシーと違って食事との関連はありません。非常にまれです。

4．昆虫

蚊やハチ、ゴキブリ、ガ、チョウなどがアレルギーの原因となりますが、アナフィラキシーの原因となりやすいのはハチによるものです。人を刺すスズメバチ科のスズメバチ亜科とアシナガバチ亜科、そしてミツバチ科が問題となります。８月や９月の発症が多いので、校内の蜂の巣の駆除はこまめに行ってください。

5．医薬品

抗生物質や非ステロイド系の抗炎症薬、抗てんかん薬などが原因になります。発症の頻度は決して多いわけではありませんが、学校で医薬品を使用している児童生徒等については、このことも念頭においておく必要があります。

6．その他

教材に使われているラテックス（天然ゴム）＊の接触や粉末の吸入などその原因はさまざまです。頻度は少ないものの、該当する児童生徒等が在籍する場合には素材を変更するなど学校は厳重な取組が求められます。

＊注意を要する具体例：輪ゴム、ゴム手袋、ゴムを素材としたボール（ドッジボール用、バスケット、テニスなど）、ゴム風船など

## C 「原因食物・除去根拠」欄の読み方

**▶ POINT**

**食物アレルギー及びそれによるアナフィラキシーの原因となる食物を知ることは、学校での取組を進める上で欠かせません。**

**学校での食物アレルギーに対する取組としては、“学校内でのアレルギー発症をなくすこと”が第一目標ですが、同時に児童生徒等の健全な成長の観点から、不要な食事制限をなくすことも重要です。学校は、本欄の「除去根拠」を参考に、個々の児童生徒等の食物アレルギーの診断が適切かどうかを判断し、実際の対応の決定に生かしてください。**

### ■原因食物

“原因食物の除去”が唯一の管理方法ですから個々の児童生徒等のアレルギーの原因となる食物を学校が把握することが取組の前提となります。

食物アレルギーはあらゆる食物が原因となりますが、平成23年即時型食物アレルギー全国モニタリング調査では学童～高校生までの新規発症では甲殻類、果物が多く、誤食による原因食物は鶏卵、牛乳、落花生、小麦、甲殻類の順に多くなっています。木の実類（クルミ・カシュー・アーモンドなど）も最近増えており、アーモンドが令和元年に加工食品のアレルギーの推奨表示の項目に新たに加わりました。

### ■除去根拠

一般に食物アレルギーを血液検査や皮膚テストの結果だけで診断することはできません。実際に起きた症状や食物経口負荷試験の結果などを組み合わせて医師が総合的に診断します。

食物の除去が必要な児童生徒等であっても、その多くは除去品目数が数品目以内にとどまります。あまりに除去品目数が多い場合には、不必要な除去を行っている可能性が高いとも考えられます。除去品目数が多いと食物アレルギー対策が大変になるだけでなく、成長発達の著しい時期に栄養のバランスが偏ることにもなるので、そのような場合には「除去根拠」欄を参考に、保護者や主治医・学校医等とも相談しながら、正しい診断を促していくことが必要です。

#### ①　明らかな症状の既往

過去に、原因食物の摂取により明らかなアレルギー症状が起きているので、除去根拠として高い位置付けになります。

ただし、鶏卵、牛乳、小麦などの主な原因食物は年齢を経るごとに耐性獲得（食べられるようになること）することが知られています。実際に乳幼児早期に発症する食物アレルギーの子供のおよそ９割は就学前に耐性獲得するので、直近の数年以上症状が出ていない場合には、“明らかな症状の既往”は除去根拠としての意味合いを失っている可能性もあります。主な原因食物に対するアレルギーがあって、幼児期以降に食物経口負荷試験などの耐性獲得の検証が行われていない場合には、既に食べられるようになっている可能性も十分に考えられるので、改めて主治医に相談する必要があります。ただ、上記の主な原因食物以外の原因食物（ピーナッツ、ソバ、甲殻類、魚類など）の耐性獲得率はあまり高くないことが知られています。

### ② 食物経口負荷試験陽性

食物経口負荷試験は、原因と考えられる食物を試験的に摂取して、それに伴う症状が現れるかどうかをみる試験です。この試験の結果は①に準じており、医療機関で確認されているため、除去根拠として最も高い位置付けになります。ただし、①の場合と同様に主な原因食物について数年前の負荷試験の結果は信頼性が高いとは言えませんので、再度食べられるかどうか定期的に検討する必要があります。

食物経口負荷試験は専門の医師の十分な観察のもと、これまで除去していた原因食物を食べてみて、症状の有無を確認します。統一した負荷試験方法は現在のところありませんが、多くの施設では単回で食べるか負荷総量を分割して20～60分おきに60分ほどかけて少しずつ増量していく方法がとられています。診断のときと同様に、耐性獲得も血液や皮膚検査だけから判断することはできません。このため、耐性獲得の診断にも食物経口負荷試験が必須といえます。

### ③ IgE抗体などの検査陽性

原因食物に対するIgE抗体価がよほど高値の場合には、③だけを根拠に診断する場合もあります。しかし、一般的には血液や皮膚の検査結果だけで、食物アレルギーを正しく診断することはできません。検査が陽性であっても、実際はその食品を食べられる子供の方が多いのも事実です。血液検査の正確な解釈には専門的な知識を要するため、学校で保護者に血液検査結果の提出を求めることは適切ではありません。

**IgE抗体価検査結果表の例**

| アレルゲン名 | 測定結果 UA/mL | クラス | クラス 0 1 2 3 4 5 6 |
|---|---|---|---|
| 卵白 | 18.40 * | 4 | |
| ミルク | 8.70 * | 3 | |
| カゼイン | 6.42 * | 3 | |
| α－ラクトアルブミン | 3.32 * | 2 | |
| 卵黄 | 2.30 * | 2 | |
| β－ラクトグロブリン | 1.77 * | 2 | |
| オボムコイド | 0.10未満 | 0 | |




一般的な食物アレルギーの場合、除去しなければならない品目数は数種類にとどまります。このため、除去品目数が多く、①や②という根拠がなく、③だけが根拠の場合には、保護者を通じて主治医に除去の必要性について再度問い合わせをする必要がある場合があります。しばらく耐性獲得の検証が行なわれていないのであれば、食物経口負荷試験の実施を検討してもらいましょう。

### ④　未摂取

小学校入学前までにクルミやカシューなどの木の実類などは食べたことがない児童もおり、食べたことがない食品を給食で提供することにより新規発症が起こることもありますので注意が必要です。

しかし、単に食べたことがないものをすべて未摂取として記述する必要はなく、アレルギーの関与が疑われる未摂取のものに関して、除去根拠④未摂取として記載すべきです。

未摂取のものが家で食べられるようになった場合や、食物経口負荷試験を行って症状が出ないことが確認され摂取可能になった食品については、原則として医師による解除の指示書は不要です。保護者からの書面の申請により除去解除を行う場合の書式の雛形を用意しました。（91ページ）

#### ワンポイント　過去の症状の把握

これまでに児童生徒等が経験した食物アレルギーやアナフィラキシーについて、原因だけでなく具体的な症状や時期についても知っておくことが管理する上で役立ちます。特に、アナフィラキシーの既往のある児童生徒等については、原因物質に対する過敏性が高く、微量でも強く反応する危険性を示唆していますので、貴重な情報になります。

管理指導表から得られる情報で児童生徒等の症状誘発リスクやアナフィラキシーのリスクを評価すると発症可能性が高い順に、アナフィラキシーの既往あり＞食物経口負荷試験陽性＞明らかな症状の既往＞検査結果陽性＞未摂取です。また、食物ごとにアナフィラキシーの頻度は異なり、鶏卵はアナフィラキシーを起こしにくい一方、小麦、牛乳、ソバは症状が出たときにアナフィラキシーを含む重篤な症状を起こしやすいことが分かっています。

**【経口免疫療法に関して】**

学童期まで遷延した鶏卵、牛乳、小麦やピーナッツアレルギーなどに対して研究段階の治療として自宅で原因食物を少しずつ摂らせていくことをしている児童生徒等がいます。症状がでない状態になっていても体調不良や運動などにより症状が誘発されることがあります。保護者および治療を受けている医療機関と情報共有をはかることが大切です。

**【消化管アレルギーに関して】**

多くは幼児期に治癒することが多いのですが、まれに学童期まで長引くことがあります。即時型食物アレルギーとは異なり、IgE抗体が陰性でも嘔吐などの消化器症状を呈します。

## D 「緊急時に備えた処方薬」欄の読み方

**▶ POINT**

**児童生徒等が食物アレルギー及びアナフィラキシーを発症した場合、その症状に応じた適切な対応をとることが求められます。発症に備えて医薬品が処方されている場合には、その使用を含めた対応を考えてください。**

**緊急時に備え処方される医薬品としては、皮膚症状等の軽症症状に対する内服薬とアナフィラキシーに対して用いられるアドレナリンの自己注射薬である「エピペン®」があります。アナフィラキシーに対しては、早期のアドレナリンの投与が有効で、医療機関外では同薬のみが有効と言えます。**

### ■緊急時に備えた処方薬

#### ① 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）

内服薬としては、多くの場合、抗ヒスタミン薬やステロイド薬を処方されています。しかし、これらの薬は、内服してから効果が現れるまでに30分以上かかるため、アナフィラキシーなどの緊急を要する重篤な症状に対して効果を期待することはできません。誤食時に備えて処方されることが多い医薬品ですが、軽い皮膚症状などに対して使用するものと考えてください。アナフィラキシーやアナフィラキシーショックなどの重篤な症状には、内服薬よりもアドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）をすぐに注射する必要があります。

**ワンポイント アナフィラキシーに備え処方される内服薬の特徴**

**＜抗ヒスタミン薬＞**

アナフィラキシー症状はヒスタミンという物質などによって引き起こされます。抗ヒスタミン薬はこのヒスタミンの作用を抑える効果があります。しかし、その効果は限定的で、過度の期待はできません。

**＜ステロイド薬＞**

アナフィラキシー症状は時に２相性反応（一度おさまった症状が数時間後に再び出現する）を示します。ステロイド薬は急性期の症状を抑える効果はなく、２相目の反応を抑える効果が期待されています。

#### ② アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）

「エピペン®」は、アナフィラキシーを起こす危険性が高く、万一の場合に直ちに医療機関での治療が受けられない状況下にいる者に対し、事前に医師が処方する自己注射薬です。

医療機関での救急蘇生に用いられるアドレナリンという成分が充填されており、患者自らが注射できるように作られています。このため、患者が正しく使用できるように処方に際して十分な患者教育が行われることと、それぞれに判別番号が付され、使用した場合の報告など厳重に管理されていることが特徴です。

「エピペン®」は医療機関外での一時的な緊急補助治療薬ですから、万一、「エピペン®」が必要な状態になり使用した後は速やかに医療機関を受診しなければなりません。

## ワンポイント「エピペン®」について

1）開発の経緯

血圧が下がり、意識障害などが見られるいわゆる「ショック」の状態にある患者の救命率は、アドレナリンを30分以内に投与できるか否かで大きく異なります。アナフィラキシーショックは屋外などでの発症が多く、速やかに医療機関を受診することができないことが多いため、アドレナリン自己注射薬「エピペン®」が開発されました。

2）アドレナリンの作用

アドレナリンはもともと人の副腎から分泌されるホルモンで、主に心臓の働きを強めたり、末梢の血管を収縮させたりして血圧を上げる作用があります。エピペン®はこのアドレナリンを注射の形で投与できるようにしたものです。

3）副作用

副作用としては効果の裏返しとして血圧上昇や心拍数増加に伴う症状（動悸、頭痛、振せん、高血圧）が考えられます。動脈硬化や高血圧が進行している高齢者などでは脳血管障害や心筋梗塞などの副作用も起こりえますが、一般的な小児では副作用は軽微であると考えられます。

4）「エピペン®」の使用について

「エピペン®」は本人もしくは保護者が自ら注射する目的で作られたもので、注射の方法や投与のタイミングは医師から処方される際に十分な指導を受けています。

投与のタイミングとしては、アナフィラキシーショック症状が進行する前の初期症状（呼吸困難などの呼吸器の症状が出現したとき）のうちに注射するのが効果的であるとされています。

アナフィラキシーの進行は一般的に急速であり、「エピペン®」が手元にありながら症状によっては児童生徒等が自己注射できない場合も考えられます。「エピペン®」の注射は法的には「医行為」にあたり、医師でない者（本人と家族以外の者である第３者）が「医行為」を反復継続する意図をもって行えば医師法（昭和23年法律第201号）第17条に違反することになります。しかし、アナフィラキシーの救命の現場に居合わせた教職員が、「エピペン®」を自ら注射できない状況にある児童生徒等に代わって注射することは、緊急やむを得ない措置として行われるものであり、医師法違反にならないと考えられます。また、医師法以外の刑事・民事の責任についても、人命救助の観点からやむを得ず行った行為であると認められる場合には、関係法令の規定によりその責任が問われないと考えられます。



## 【 エピペン®のしくみ】




## 【 エピペン®の使い方 ―アナフィラキシーがあらわれたら―】

### STEP 1 準備

携帯用ケースのカバーキャップを指で開け、エピペン®を取り出します。オレンジ色のニードル(針)カバーを下に向けて、エピペン®のまん中を利き手でしっかりと握り、もう片方の手で青色の安全キャップを外し、ロックを解除します。




### STEP 2 注射

エピペン®を太ももの前外側に垂直になるようにし、オレンジ色のニードル(針)カバーの先端を「カチッ」と音がするまで強く押し付けます。太ももに押し付けたまま数秒間待ちます。エピペン®を太ももから抜き取ります。



### STEP 3 確認

注射後、オレンジ色のニードル(針)カバーが伸びているかどうかを確認します。ニードル(針)カバーが伸びていれば注射は完了です(針はニードルカバー内にあります)。




### STEP 4 片付け

使用済みのエピペン®は、オレンジ色のニードル(針)カバー側から携帯用ケースに戻します。





### ★誤注射を避けるための正しい持ち方

- オレンジ色のニードル(針)カバーの先端に指などを押し当てると、針が出て危険です。
  絶対に行わないでください。
- 危険ですので絶対に分解しないでください。
- もしも、誤ったところにエピペン®を使用してしまったら、直ちに最寄りの医療機関を受診してください。




マイランEPD合同会社　エピペンサイトからの引用

## ■教職員全員の共通理解

児童生徒等が「エピペン®」の処方を受けている場合には、「エピペン®」に関する一般的知識や処方を受けている児童生徒等についての情報を教職員全員が共有しておく必要があります。これは、予期せぬ場面で起きたアナフィラキシーに対して、教職員誰もが適切な対応をとるためには不可欠なことです。

## ■「エピペン®」の管理

児童生徒等がアナフィラキシーに陥った時に「エピペン®」を迅速に注射するためには、児童生徒等本人が携帯・管理することが基本です。しかし、それができない状況にあり対応を必要とする場合は、児童生徒等が安心して学校生活を送ることができるよう、「エピペン®」の管理について、学校・教育委員会は、保護者・本人、主治医・学校医、学校薬剤師等と十分な協議を行っておく必要があります。

児童生徒等の在校中に、学校が代わって「エピペン®」の管理を行う場合には、学校の実状に即して、主治医・学校医・学校薬剤師等の指導の下、保護者と十分に協議して、その方法を決定してください。方法の決定にあたっては、以下の事柄を関係者が確認しておくことが重要です。

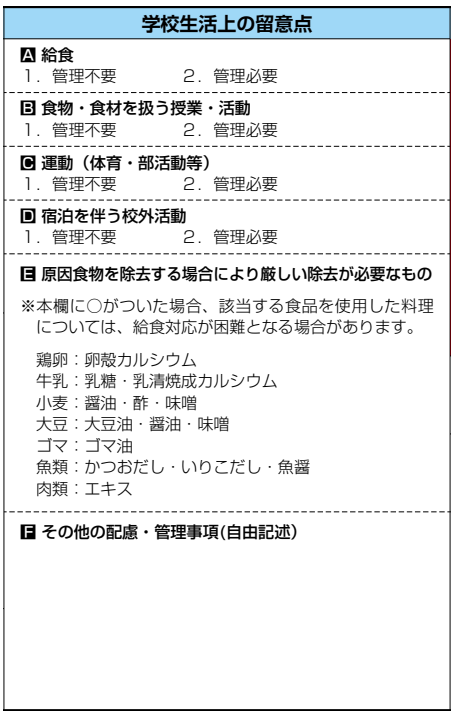
- **学校が対応可能な事柄**
- **学校における管理体制**
- **保護者が行うべき事柄（有効期限、破損の有無等の確認）など**

その他、学校は保管中に破損等が生じないよう十分に注意するが、破損等が生じた場合の責任は負いかねることなどについて、保護者の理解を求めることも重要です。

「エピペン®」は含有成分の性質上、以下のような保管が求められています。

- 光で分解しやすいため、携帯用ケースに収められた状態で保管し、使用するまで取り出すべきではない。
- 15℃－30℃で保存することが望ましく、冷所または日光のあたる高温下等に放置すべきではない。

# 1-2 「学校生活上の留意点」欄の読み方



**学校生活上の留意点**

**A 給食**
1．管理不要　　2．管理必要

**B 食物・食材を扱う授業・活動**
1．管理不要　　2．管理必要

**C 運動（体育・部活動等）**
1．管理不要　　2．管理必要

**D 宿泊を伴う校外活動**
1．管理不要　　2．管理必要

**E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの**

※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。

鶏卵：卵殻カルシウム
牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム
小麦：醤油・酢・味噌
大豆：大豆油・醤油・味噌
ゴマ：ゴマ油
魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤
肉類：エキス

**F その他の配慮・管理事項（自由記述）**

## A 「給食」欄の読み方

**▶ POINT**

**食物アレルギーの児童生徒等は、原因食物を摂取することで何らかのアレルギー反応を起こします。したがって、食物アレルギーの児童生徒等に対しては、基本的に学校給食において原因となる食物を考慮した取組が望まれます。**

### ■学校給食での対応の基本的方向

全国の小学校のほぼ100%で学校給食が実施されています。学校給食は、必要な栄養を摂る手段であるばかりでなく、児童生徒等が「食の大切さ」、「食事の楽しさ」を理解するための教材としての役割も担っています。このことは食物アレルギーのある児童生徒等にとっても変わりはありませんので、食物アレルギーの児童生徒等が他の児童生徒等と同じように給食を楽しめることを目指すことが重要です。

学校給食が原因となるアレルギー症状を発症させないことを前提として、各学校、調理場の能力や環境に応じて食物アレルギーの児童生徒等の視点に立ったアレルギー対応給食を提供することを目指して学校給食における食物アレルギー対応を推進することが望まれます。

### ワンポイント　給食における食物アレルギー対応の課題

不必要な食事制限は、児童生徒等の健全な成長発達の妨げになるばかりでなく、給食にかかわる限られた資源（人員、設備）を本当に対応が必要な児童生徒等に集中させる意味からも防がなければなりません。

一般的には、乳幼児期発症の食物アレルギーの子供の約90%は、６歳までに除去食の解除ができることが知られています。しかしながら、食物アレルギーの診断・管理方法が未だ十分に普及しておらず、現在も不必要な食事制限が行われているケースも多く見られます。学校給食における食物アレルギー対応を効果的に進めていくためには、まずは学校が食物アレルギーに対する認識を深め、管理指導表の「除去根拠」の欄などを参考にしながら保護者・主治医とともに正しい診断に基づく適切な対応を探っていく姿勢が求められます。

## ■食物アレルギーの発症及び重症化防止の対策

平成26（2014）年度に全国学校栄養士協議会が全国の学校栄養士を対象として行った調査によると、学校給食で発症した食物アレルギー症状の33.6%が新規の発症でした。小学生以降に初めて食物アレルギーを発症することはまれではなく、学校給食における食物アレルギーの発症を100%防ぐことはできません。このため、万が一、発症した場合の体制を整えておくことが重要です。

また、平成14・15年度に全国の学校栄養士を対象として行われた調査によると、児童生徒等の食物アレルギー症状の第一発見者（本人以外）は、学級担任が最多（39.5%）であり、それに対する対応者としては養護教諭が最多（53.8%）であったと示されています。養護教諭のみならず学級担任も、食物アレルギーやアナフィラキシーに対する日頃からの心構えが必要です。

学校での食物アレルギーの発症を予防し、発症した場合の重症化を防止するためには、以下の事項を教育委員会のリーダーシップの下、各学校で徹底することが重要です。

**① 児童生徒等の食物アレルギーに関する正確な情報の把握**
**② 教職員全員の食物アレルギーに関する基礎知識の充実**
**③ 食物アレルギー発症時にとる対応の事前確認（必要に応じて訓練の実施）**
**④ 学校給食提供環境の整備（人員及び施設設備）**
**⑤ 新規発症の原因となりやすい食物（ピーナッツ、種実、木の実類やキウイフルーツなど）を給食で提供する際の危機意識の共有及び発症に備えた十分な体制整備**

## ■学校給食における食物アレルギー対応の大原則

●食物アレルギーを有する児童生徒等にも、給食を提供する。そのためにも、安全性を最優先とする。
●食物アレルギー対応委員会等により組織的に行う。
●「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づき、医師の診断による「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出を必須とする。
●安全性確保のため、原因食物の完全除去対応（提供するかしないか）を原則とする。
●学校及び調理場※1の施設設備、人員等を鑑み、無理な（過度に複雑な）対応は行わない。
●教育委員会等※2は食物アレルギー対応について一定の方針を示すとともに、各学校の取組を支援する。

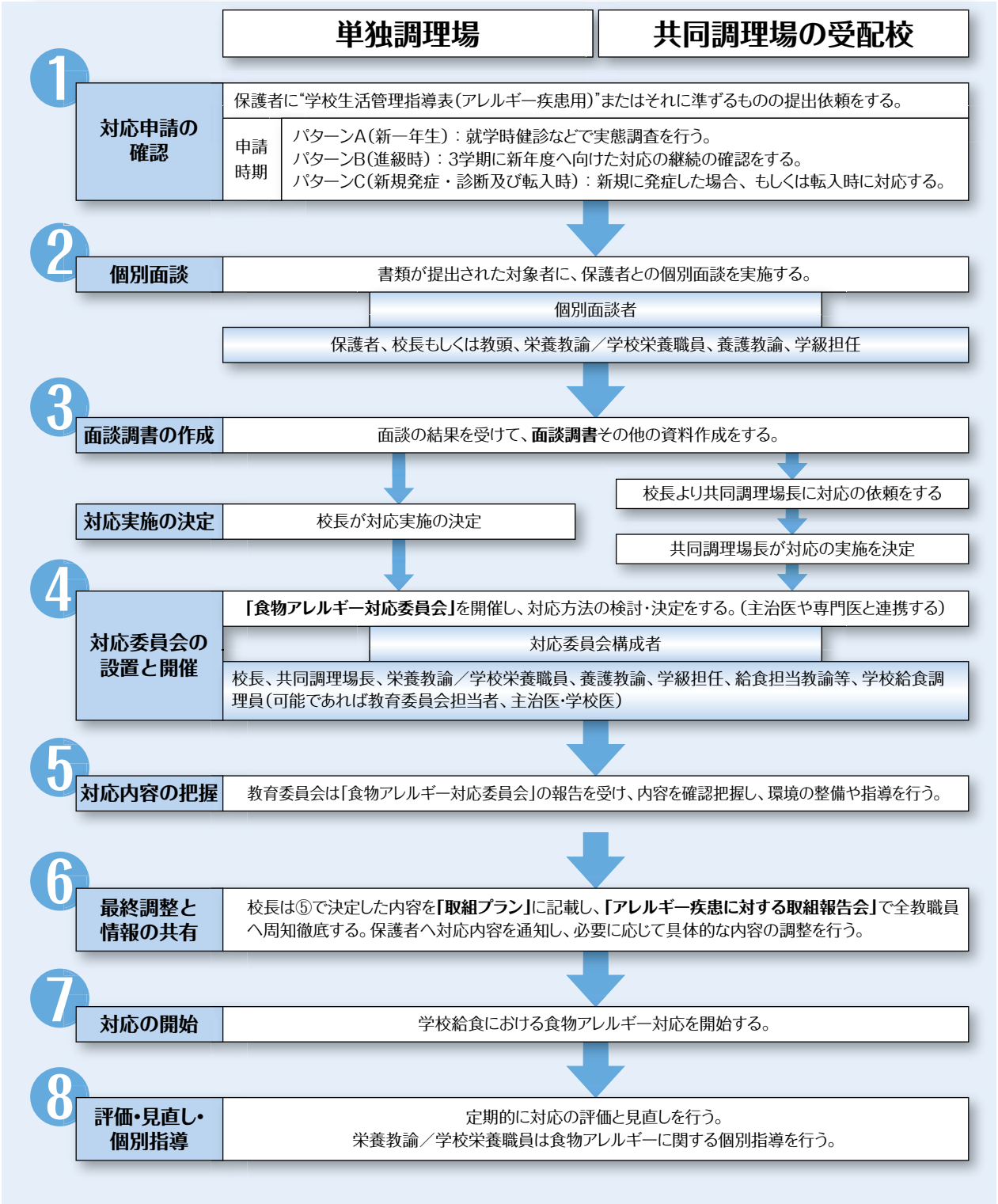
※１　「調理場」とは、特段の区分がない限り、単独校調理場・共同調理場等を含む、学校給食調理施設全体を指す。
※２　「教育委員会等」とは、公立学校における教育委員会のほか、国立大学附属学校における国立大学法人、私立学校における学校法人等、学校の設置者を指す。

## ＜学校給食における対応フローチャート＞

### 教育委員会の役割

食物アレルギー対応に学校給食の実施者として主体的に取組、基本的な対応方針を示す。
対応の過程や対応委員会の決定を把握し、指導する。

### 調理場別の対応の流れ




給食対応に関する詳細は文部科学省「学校給食における食物アレルギー対応指針」を参照してください。

## ■食物アレルギー対応の段階的目標・作業整備

給食での対応レベルは、以下の４つとなります。学校給食では、適切な対応レベルを組み合わせて実施することが求められます。

教育委員会は、各種の対応方法やルールのマニュアル化を支援し、学校で適切な実施が徹底されるように指導します。また、必要であれば改善が図られるよう指導します。

### 【給食での対応レベルと作業整備・留意点】

| 【レベル１】詳細な献立表対応 | |
|---|---|
| 給食の原材料を詳細に記した献立表を事前に配布し、それをもとに保護者や担任などの指示または児童生徒自身の判断で、給食から原因食物を除いて食べる対応。 | |
| 作業整備 | ○児童生徒等の情報を把握する。<br>○使用食材の原材料配合表やアレルギー食品に関する資料を準備・確認する。<br>○資料をもとに、除去すべき原因食物が分かる詳細な献立表を作成し、保護者と学級担任等に配布する。<br>○安全な給食提供のため、原因食物が使用されていることが明確な料理名にするなど、献立表や料理名を工夫する。 |
| 留意点 | ○詳細な献立表の作成と配布はアレルギー対応の基本であり、レベル２以上の対応でもあわせて提供する。<br>○最も誤食事故が起きやすい対応のため、毎日必ず原因食物の有無を確認する。<br>○教育委員会等は学校で適切な実施が徹底されるよう指導する。 |

| 【レベル２】弁当対応 | |
|---|---|
| **（１）　一部弁当対応**<br>除去または代替食対応において、該当献立が給食の中心的献立、かつその代替提供が給食で困難な場合、その献立に対してのみ部分的に弁当を持参する。<br>**（２）　完全弁当対応**<br>食物アレルギー対応が困難なため、すべて弁当持参する。 | |
| 作業整備 | ○児童生徒等の情報を把握する。<br>○保護者と連携し、レベル１の詳細な献立表をもとに弁当対応の内容を決定する。<br>○持参した弁当を安全で衛生的に管理する。 |
| 留意点 | ○保護者と密に連携し、学級での指導状況や該当児童生徒等の意向等を十分に考慮した上で、具体的な対応を決定する。<br>○特に一部弁当対応の場合は、保護者との連携、給食提供に係る全ての職員が給食内容や対応弁当を把握、確認し誤食を防止する。<br>○教育委員会等は学校で適切な実施が徹底されるよう指導する。 |

<table>
<tr><td colspan="3">【レベル３】除去食対応</td></tr>
<tr><td colspan="3">本来の除去食は、調理過程で特定の原材料を除いた給食を提供することを指す（例：かき玉汁に卵を入れない等）。なお、広義の除去食は、原因食物を給食から除いて提供することを指し、調理の有無は問わない（例：飲用牛乳や単品の果物を提供しない等）。</td></tr>
<tr><td colspan="3">【レベル４】代替食対応</td></tr>
<tr><td colspan="3">広義の代替食は、除去した食物に対して何らかの食材を代替して提供する給食を指し、除去した食材や献立の栄養価等の考慮の有無は問わない。<br>本来の代替食は、除去した食材や献立の栄養量を考慮し、それを代替して１食分の完全な給食を提供することを指す。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">作業整備</td><td>対応体制<br>（調理場）</td><td>○原因食物の使用における方針に基づいて、食品の選定及び調達を行う。<br>○普通食を基本に除去献立、代替献立を作成する。<br>○アレルギー対応作業も明記した調理指示書・作業工程表、作業動線図を作成する。１枚で普通食・対応食に係る作業両方が確認できるようにする。<br>○確実に原因食物が除去されるよう、事前に栄養教諭/学校栄養職員、全調理員で綿密な打ち合わせを行う。<br>○対応担当者は、他の調理員と違う色のエプロンを着用するなどした上で、区別化を意識して作業する。<br>○検収時、調理時、配食時の確認方法やタイミングをマニュアル化する。<br>○やむを得ず、急な献立変更を行う場合の連絡方法をマニュアル化する。</td></tr>
<tr><td>施設設備<br>（調理場）</td><td>○原因食物が混入するのを防止するため、区画された部屋や専用スペースにおいて調理する。調理場の専用スペースは、対応する人数に応じて十分な広さを確保することが望ましい。移動調理台にIH調理器等を設置して対応することもできる。<br>○アレルギー対応専用の機器（シンク、調理台、配膳台、冷凍冷蔵庫、オーブンレンジ、加熱機器等）、調理器具（まな板、包丁、ザル、計量カップ、鍋、フライパン、杓子、中心温度計等）を準備することが望ましい。<br>○個人容器は、学年・組・名前を明記した料理別の耐熱容器を使用することが望ましい。</td></tr>
<tr><td>対応体制<br>（学校・教室）</td><td>○対応食の受け取り方法をマニュアル化する。<br>○誤食防止のためのルールをマニュアル化する（献立内容の確認、給食当番の役割の確認、配膳時の注意、おかわり等を含む喫食時の注意、片付け時の注意、その他交流給食などの注意等）。</td></tr>
<tr><td>留意点</td><td colspan="2">○教育委員会等は調理場の施設設備の整備や必要な人員の配置等に努める。</td></tr>
</table>

## ■対応の実際

学校における食物アレルギー対応としては【レベル１】～【レベル４】まで段階があり、それぞれの学校や調理場（人員や設備の充実度、作業ゾーン等）、児童生徒等の重症度によって適切な対応レベルを決定し、現状で行うことのできる最良の対応を行うことが大切です。

学校における食物アレルギー対応は、医師の記述した管理指導表の情報にもとづき、学校のアレルギー対応委員会等で決定するものです。保護者の求めるままに実情に合わない無理な対応を行ったり、家庭での対応以上の対応を行ったりする必要はありません。

学校給食で最優先されるべきは“安全性”です。従来の栄養価の充足やおいしさ、彩り、そして保護者や児童生徒等の希望は、安全性が十分に確保される方法で検討します。

“安全性”確保のために、従来の多段階の除去食や代替食提供は行わず、原因食物を「提供するかしないかの二者択一」を原則的な対応とすることが望ましいです。詳しくは学校給食における食物アレルギー対応指針に記述されているので参照してください。

## ■除去していたものを解除するときの注意

除去していたものを解除するときには、以下の２つのパターンがあります。

a）　未摂取なものを除去していて解除するとき

b）　食物経口負荷試験などの結果で解除するとき

未摂取で除去していた食物は、元々食べても症状がでなかった可能性があるので、そのリスクは決して高くはありません。

しかし、負荷試験などの結果で解除する場合は、食べられるという医師からの診断があっても、家庭において、複数回、学校での最大摂取量を食べても症状が誘発されないことを確認した上で、解除をすすめるべきです。

なお、解除は口頭のやりとりのみで済ますことはせず、必ず保護者と学校の間で、所定の書類を作成して対応することが必要です。（参考様式「除去解除申請書」91ページ）

## B 「食物・食材を扱う授業・活動」欄の読み方

**▶ POINT**

**ごく少量の原因物質に触れるだけでもアレルギー症状を起こす児童生徒等がいます。このような児童生徒等は、原因物質を“食べる”だけでなく、“吸い込む”ことや“触れる”ことも発症の原因となるので、個々の児童生徒等に応じたきめこまかい配慮が必要です。具体的には、管理指導表に記載された主治医からの指示を参考に、保護者と十分な協議を行い、個別の対応をとってください。**

### ■微量の摂取・接触により発症する児童生徒等に対する配慮

#### ① 調理実習

家庭科の授業で鶏卵、牛乳、小麦などを使った調理実習が行われる際にそれらの食物アレルギーを有する児童生徒等に対する配慮が必要になります。

#### ② 卵の殻を使った授業

卵の殻自体には鶏卵タンパクは含まれておらず、触っても問題ありませんが、割った直後には生の鶏卵タンパクが付着しており、卵白が付着した殻への接触により顔面の腫脹など症状を起こす可能性があります。

#### ③ 牛乳パックの洗浄

リサイクルを体験する目的で、児童生徒等が給食後に牛乳パックの解体、洗浄、回収する学校が増えています。この作業により、牛乳が周囲に飛び散ります。微量の牛乳が皮膚に接触するだけで全身症状を来す最重症の児童生徒等にとっては、周囲で行われるだけでも大変危険ですので、十分な配慮が必要です。

牛乳パック洗浄の様子



#### ④ ソバ打ち体験授業

ソバ打ちは、そば粉と小麦粉をふるいにかけて練るところから始まります。ふるいにかける時に、そば粉が宙を舞って吸い込んだり、練るときに皮膚に触れたりするため、ソバアレルギーの児童生徒等にとっては注意が必要です。

#### ⑤ うどん打ち体験授業

ソバアレルギーの児童生徒等のソバ打ち体験と同様、うどん打ち体験授業も小麦アレルギー児にとって問題になることがあります。

#### ⑥ 小麦粘土を使った図工授業

小麦粘土で遊んだり造形をしたりする時、粘土に含まれる小麦が皮膚に接触することによりアレルギー症状を来す児童生徒等がいます。小麦アレルギーの児童生徒等が在籍する場合には、粘土の原料にも留意してください。

## C 「運動（体育・部活動等）」欄の読み方

**▶ POINT**

**アナフィラキシーの誘因や悪化要因として「運動」は重要です。アナフィラキシーの既往のある児童生徒等について、運動がリスクとなるのかどうかを把握し、運動する機会が多い学校生活を安全に管理する必要があります。**

### ■運動に関連したアレルギー

運動に関連したアレルギー疾患としては、１．運動誘発アナフィラキシー、２．食物依存性運動誘発アナフィラキシーと３．運動誘発ぜん息があります。単に食物アレルギーだけの場合には、原則として運動を制限する必要はありませんが、運動誘発アナフィラキシーや食物依存性運動誘発アナフィラキシーと診断された場合には管理が必要です。

**①　運動誘発アナフィラキシー**

運動で誘発されるアナフィラキシー症状です。出現する症状は、他の原因によるアナフィラキシーと違いはありません。

**②　食物依存性運動誘発アナフィラキシー**

運動と原因食物の組み合わせにより、はじめて症状が誘発され、運動だけや食事だけでは症状は誘発されません。運動をする予定があれば、原因食物を４時間以内*に摂取しないようにし、逆に原因食物を食べる場合には食べてから４時間は運動しなければ問題ありません。

＊多くの場合は原因食物の摂取後、２時間以内の運動で発症するとされていますが、確実に症状を起こさない間隔ということでここでは4時間としています。

**③　運動誘発ぜん息**

「気管支ぜん息」の項を参照

## D 「宿泊を伴う校外活動」欄の読み方

**▶ POINT**

**宿泊を伴う校外活動の注意点、配慮すべきことを知ることで、校外での不測の事態を避けるとともに、万が一発症した場合にも迅速に対応できるようになります。宿泊を伴う校外活動は、全ての児童生徒等にとって貴重な体験であり、食物アレルギーの児童生徒等もできるだけ参加できるよう配慮してください。**

### ■食事の配慮

宿泊を伴う校外活動での配慮の中心は、宿泊先での食事です。学校は事前に旅行事業者や宿泊先、立ち寄り先と連絡をとり、その児童生徒等の重症度に合わせた最大限の配慮を依頼します。保護者、宿泊先などを交えて十分に情報を交換し、どこまでの対応が必要で、どこまでの対応が可能なのかを、事前に確認してください。対応に慣れていない宿泊先では思わぬ事故が発生する傾向があります。

### ■万一の発症に備えた準備

校外活動では、普段の授業に比べて教職員の目が行き届きにくい傾向があります。どのような状況で症状を起こすかを事前に予測することは困難ですから、参加する教職員全員が、どの児童生徒等にどのような食物アレルギーがあるかを知っておく必要があります。

また、宿泊先で、重篤な症状が出現した場合を想定し、搬送する医療機関などを事前に調査しておく必要もあります。具体的には、主治医に紹介してもらったり、日本アレルギー学会のHPで探すことも可能です。救急で受診する際に円滑な治療を受けるため、主治医からの紹介状を用意してもらうとよいでしょう。

さらに、「エピペン®」などの救急治療薬を含めた持参薬の有無や管理方法、万一発症した場合の対応を事前に保護者・本人・主治医・学校医と十分に話し合ってください。

### ■海外渡航をする場合

修学旅行等が海外の場合は、旅行業者とも連携し、事前に宿泊先と連絡をとり、その児童生徒等の重症度に合わせた最大限の配慮を依頼・調整することが重要です。

この調整や確認には主治医、保護者等を交えて十分に情報を交換し、対応を検討しましょう。

※英文の参考資料を学校保健ポータルサイトに掲載しています。

https://www.gakkohoken.jp/books/archives/226

## E 「原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの」欄の読み方

この欄には食物アレルギーの原因食物に関連するものであっても症状誘発の原因となりにくく、ほとんどの児童生徒等で除去が不要な食品が示されています。これらのものまでも除去が必要であると給食の提供が難しくなります。医師に管理指導表を記載して貰う際には摂取不可能な場合にのみ記載してもらってください。

当該欄の調味料等への対応が必要な児童生徒等は、当該原因食物に対する重篤なアレルギーがあることを意味するため、安全な給食提供が困難な場合には、［レベル２］弁当対応を考慮します。当該欄の調味料等については基本的に除去の必要はありませんが、表に記載のないものについては完全除去を基本とします。ただし、対応の決定にあたっては、保護者と相談の上、医師に改めて確認をとってください。

# 2 気管支ぜん息

## 気管支ぜん息とは

**定　義**

気管支ぜん息は、気道の慢性的な炎症により、発作性にせきやぜん鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）を伴う呼吸困難を繰り返す疾患です。

**頻　度**

平成25年の文部科学省調査では、気管支ぜん息の有病率は小学生6.8%、中学生5.3%、高校生3.8%でした。

**原　因**

ダニ、ホコリ、動物のフケや毛などのアレルゲンに対するアレルギー反応が気道で慢性的に起きることが原因です。慢性的な炎症により気道が過敏になっているため、さらなるアレルゲンへの曝露のほか、風邪やインフルエンザなどの呼吸器感染症や運動、受動喫煙、時に精神的な情動などでも発作が起きやすくなっています。

**症　状**

症状は軽いせきからぜん鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）そして、呼吸困難（陥没呼吸、肩呼吸など）と多彩で、重症な発作の場合は死に至ることもあります。

**治　療**

気管支ぜん息の治療は、「発作を起こさないようにする予防」と、「発作が起きてしまった時に重症にならないようにする対処や治療」に分けて理解することが重要です。適切な治療を行うことで、多くの児童生徒等は、他の児童生徒等と同じような学校生活を送ることができるようになります。

## 発作のメカニズム

### 発作がないときの気管支



気道の慢性的な炎症によって、気道過敏性は高まっている。気道が刺激に対し敏感な状態になっているところへ、発作を引き起こす刺激（増悪因子）が加わると、発作が起きる。

### 発作のときの気管支




| 症状 | 特徴 |
|---|---|
| ぜん鳴<br>止まらないせき<br>息切れの増加<br>タンの増加 | 増悪因子によって気管支のまわりの筋肉が収縮し、気道がせまくなり発作が起こるが、発作治療薬などの使用によって気道はもとの状態にもどる。 |

### 発作にかかわる増悪因子

**●アレルゲン**

○吸入アレルゲン

ダニ（死骸やフン）、ハウスダスト（ダニの死骸やフンを含んだほこり）、ペットの毛やフケ、カビ、花粉など

**●アレルゲン以外**

激しいスポーツ
かぜやインフルエンザなどの感染症
季節の変わり目や天候不順
温度変化（春や秋、梅雨や台風、冷たい空気）
強い臭いや煙
ストレス、過労

# 2-1 「病型・治療」欄の読み方

| 病型・治療 | | |
|---|---|---|
| **A 症状のコントロール状態** | | |
| 1．良好　　2．比較的良好　　3．不良 | | |
| **B-1 長期管理薬（吸入）** | 薬剤名 | 投与量／日 |
| 1．ステロイド吸入薬 | （　　） | （　　） |
| 2．ステロイド吸入薬／長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 | （　　） | （　　） |
| 3．その他 | （　　） | （　　） |
| **B-2 長期管理薬（内服）** | 薬剤名 | |
| 1．ロイコトリエン受容体拮抗薬 | （　　） | |
| 2．その他 | （　　） | |
| **B-3 長期管理薬（注射）** | 薬剤名 | |
| 1．生物学的製剤 | （　　） | |
| **C 発作時の対応** | 薬剤名 | 投与量／日 |
| 1．ベータ刺激薬吸入 | （　　） | （　　） |
| 2．ベータ刺激薬内服 | （　　） | （　　） |

## A 「症状のコントロール状態」欄の読み方

**▶ POINT**

**児童生徒等それぞれのコントロール状態を把握することは、学校生活を安全に管理する上でとても重要です。もしコントロール状態が“不良”であれば、ぜん息は不安定で悪化しやすく、日ごろから慎重な管理が必要です。また急性増悪（発作）した時には、より迅速な対応が求められます。一方、コントロール状態が“良好”であればできるだけ学校生活上の制限を設けることなく、他の児童生徒等と同じように学校生活を送らせるようにしましょう。**

### ■症状のコントロール状態

ぜん息の軽い症状の有無、明らかな発作、日常生活の制限、発作止め薬の使用状況からコントロール状態が評価されます（表）。

| 評価項目 | コントロール状態（最近１か月程度） | | |
|---|---|---|---|
| | 良好（すべての項目が該当） | 比較的良好 | 不良（いずれかの項目が該当） |
| 軽い症状※１ | なし | 週１回未満、月１回以上 | 週１回以上 |
| 明らかな発作※２ | なし | なし | 月１回以上 |
| 日常生活の制限 | なし | なし（あっても軽い） | 月１回以上 |
| 発作止め薬の使用 | なし | 週１回未満、月１回以上 | 週１回以上 |

※１　軽い症状：①運動や大笑い、大泣きの後や起床時などに一過性が認められるがすぐに消失する咳やぜん鳴
②短時間で起きてしまうことのない夜間の咳込みなど、見落とされがちな症状

※２　明らかな発作：咳き込みやぜん鳴が昼夜にわたって続くまたは繰り返し、呼吸困難を伴ういわゆるぜん息症状を指す

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2017 より

**① 良好**

すべての項目がいずれも良好に該当する状態であり、ぜん息の管理が安定しています。学校における管理も安心して見ていられる状態です。しかし後述する長期管理薬の治療ステップが高い場合は、強い治療によって"良好"な状態にあると理解する必要があり、一定の注意を要します。

**② 比較的良好**

いずれかの項目が一つでも比較的良好に該当した場合に判定されます。一見するとぜん息の管理が良い状態にみえますが、少なくとも現在の治療を継続して、コントロール良好を目指すことが求められます。また前記したように、長期管理薬の治療ステップが高い場合は、注意を要します。

**③ 不良**

いずれかの項目が一つでも不良に該当した場合に判定されます。繰り返しぜん息症状を認めている状況です。医療機関において症状の改善に努めるとともに、学校においても厳重な管理が必要となります。

## B 「長期管理薬」欄の読み方

**▶ POINT**

**ぜん息は、急性増悪（発作）によって気道の炎症が増悪、気道が過敏となって、再び急性増悪（発作）しやすくなるという悪循環に陥ります。このためその治療は、急性増悪（発作）を予防することが重要で、ぜん息の児童生徒等の多くは予防のための長期管理薬を使用しています。**

**長期管理薬は重症度に合わせて段階的に処方されるので、児童生徒等がどのような医薬品を処方されているのかを学校が把握することで、児童生徒等の重症度をおおよそ理解することもでき、また重要です。**

### ■ぜん息に対する治療

ぜん息の治療は、「急性増悪（発作）を起こさないように予防する」と、「急性増悪（発作）が起きた時に重症にならないようにする対処や治療する」に分けて理解することが重要です。

**急性増悪（発作）を起こさないように予防するために**

取組は大きく３つに分類されます。すなわち① 薬物療法、② 危険因子への対応（環境整備など）、③ 患者教育・パートナーシップです。このうち学校での取組は① 薬物療法、② 危険因子への対応が中心となります。

**① 薬物療法（長期管理薬）**

（指導表B-1. 長期管理薬（吸入）、B-2.長期管理薬（内服）、B-3.長期管理薬（注射））

長期管理薬とは、ぜん息の急性増悪（発作）が起きないように、気道の炎症を抑えることを目的に長期間にわたって使用する医薬品です。投与方法としては、吸入、内服、注射の方法があります。長期管理薬は急性増悪（発作）の予防のために重要な医薬品ですが、急性増悪（発作）をすぐに抑える作用はないので、注意が必要です。

長期管理薬は表のように児童生徒等の重症度に応じて以下の医薬品が組み合わせて用いられます。重症度が高いと治療ステップが上がっていきます。

〈治療ステップとステップごとの基本治療〉

| 治療ステップ | ステップ１ | ステップ２ | ステップ３ | ステップ４ |
|---|---|---|---|---|
| 基本治療 | 発作強度に応じた治療 | 以下のいずれか<br>▶低用量 ICS<br>▶ LTRA | 以下のいずれか<br>▶中用量 ICS<br>▶低用量 SFC | 以下のいずれか<br>▶高用量 ICS<br>▶中用量 SFC |

ICS：ステロイド吸入薬、SFC:ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤、
LTRA：ロイコトリエン受容体拮抗薬

## ①-1　吸入薬（B-1.）

### ①-1-1　ステロイド吸入薬

ぜん息の根本的な病態である「気管支の炎症」を和らげる作用があり、軽症～重症（治療ステップ２～４）まで処方される長期管理薬の主役です。ステロイド吸入薬は投与される量によって低用量、中用量、高用量に分類されます。一般的にフルタイド®、キュバール®、オルベスコ®、パルミコート®などが処方されます。

**吸入ステロイド薬**




**ワンポイント　長期管理薬の段階的使用**

ステロイド吸入薬の登場によりぜん息の児童生徒等の生活の質は大きく改善しました。

投与量は重症度に応じて投与されるため、投与量を把握することでぜん息の重症度がおおよそ分かります。 中用量や高用量が投与されている児童生徒等は、症状のコントロール状態が“良好”や“比較的良好”であっても、それは強い治療が行われている結果であり、軽い治療をされている児童生徒等に比べて注意を必要とします。

| | 低用量（μg / 日） | 中用量（μg / 日） | 高用量（μg / 日） |
|---|---|---|---|
| フルタイド®、キュバール®、オルベスコ® | ～ 100 | ～ 200 | ～ 400 |
| パルミコート® | ～ 200 | ～ 400 | ～ 800 |
| パルミコート吸入液® | ～ 250 | ～ 500 | ～ 1,000 |

※アドエア®はステロイド吸入薬と長時間作用性ベータ刺激薬配合剤であり、ステロイド吸入薬にはフルタイド®と同じ成分が含まれています。

### ①-1-2　長時間作用性吸入ベータ刺激薬

ベータ刺激薬は、狭くなった気管支を拡げる効果があります。短時間作用性のベータ刺激薬は急性増悪（発作）止めとして広く使用されていますが、本剤は作用時間が長く、急性増悪（発作）止めとしてではなく長期管理薬として使用されます。通常はステロイド吸入薬と合剤になっています（アドエア®など）。ぜん息が中等症以上（ステップ３以上）で処方されるので、処方されている児童生徒等は管理上要注意です。

### ①-1-3　その他

クロモグリク酸ナトリウム（インタール® ）が軽症の場合投与されることがあります。



### ①-2　内服薬（B-2.）

### ①-2-1　ロイコトリエン受容体拮抗薬

「ロイコトリエン」という物質は、急性増悪（発作）の原因となります。この作用を妨害する作用をもつ薬がロイコトリエン受容体拮抗薬です。シングレア® 、キプレス® 、オノン® 、モンテルカスト® 、プランルカスト® などが処方されます。長期管理薬なので、急性増悪（発作）を抑える作用はありません。

### ①-2-2　その他

テオフィリン徐放性剤（テオドール® 、テオロング® 、ユニフィル® 等）が中等症から重症の場合投与されることがあります。またステロイド薬（プレドニン® 、リンデロン® 、デカドロン® 等）が、治療ステップ４の基本治療でもコントロールがつかない場合に投与されることがあります。ステロイド薬を内服している場合は、最重症のぜん息であると判断します。

※貼付薬（貼り薬）

ベータ刺激薬の貼付薬（ホクナリンテープ® など）が処方されることがありますが、これは急性増悪（発作）時の短期追加治療として使用されます。このため、貼付薬を日常的に使用している場合は、ぜん息のコントロールが良くないことを意味します。

### ①-3　注射（B-3.）

**生物学的製剤**

急性増悪（発作）が起こるメカニズムを根本的に抑える効果があります。最重症のぜん息患者に対して使用されるので、学校での管理はステロイド薬の内服児と同様に重点的に行われる必要があります。

### ②　危険因子への対応（環境整備など）

急性増悪（発作）を誘発する危険因子を減らします。学校では主に環境整備（ホコリを減らす掃除、室内で小動物を飼わないなど）の実施が求められます。

## C 「急性増悪（発作）時の対応」欄の読み方

**▶ POINT**

**急性増悪（発作）時に備え、治療薬が処方されている場合があります。この「C. 急性増悪（発作）治療薬」欄で、治療薬の処方がある場合、その医薬品を児童生徒等が学校へ持参しているのかを保護者に確認し、児童生徒等が学校で使用する必要がある場合には、以下の事項について学校と本人・保護者との間で話し合いを行います。**

**●急性増悪（発作）で治療薬を服用する場所の提供**

**●急性増悪（発作）で治療薬を使用する場合、教職員に知らせることの確認**

### ■急性増悪（発作）治療薬

急性増悪（発作）治療薬として主に使用されるのは、ベータ刺激薬です。本剤は細くなった気管支を広げ、呼吸困難等の症状を短時間に緩和する作用があります。ベータ刺激薬には、吸入や内服、貼付の剤型がありますが、特に吸入薬は即効性があり、急性増悪（発作）時によく使われます。

注意すべきは、急性増悪（発作）治療薬であっても必ず症状が抑えられるわけではなく、投与後に症状の改善傾向が見られなければ、速やかに医療機関を受診する必要があることです。このため医師の指示を守った使用と、その後の注意深い観察を徹底します。

急性増悪（発作）時にベータ刺激薬を使用するかどうかは、主に児童生徒等本人が判断することになりますが、学校側も事前に保護者・本人とどのような状態で使用するのか、その際どのような環境整備を行うかを話し合っておきましょう。

ベータ刺激薬の副作用として、動悸や手や指の振戦（小刻みな震え）、しびれ感、倦怠感などがありますがどれも軽度なものです。

なお長期管理薬である長時間作用性吸入ベータ刺激薬には、急性増悪（発作）を緩和する作用はありません。また貼付薬も効果出現まで数時間を要するので、急性増悪（発作）を緩和することを目的には使用しません。





### ■急性増悪（発作）に対する対応

急性増悪（発作）の程度に合った適切な対応を迅速に行う必要があります。急性増悪（発作）は急速に進行し、短期間に重篤な状態に至ることもあるので注意が必要です。適切なタイミングで保護者への連絡や管理指導表に記載された主治医への相談を行い、以下の表に示す症状が見られたら救急要請を迅速に行います。特に、日頃から長期管理として強い治療（ステップ４の治療（生物学的製剤やステロイド薬内服、ステロイド吸入薬高用量、中用量ステロイド吸入薬／長時間作用性吸入ベータ刺激薬合剤など））を行っている児童生徒等が急性増悪（発作）を起こした場合には、発作の程度に関わらず医療機関への受診を積極的に検討しましょう。

### 小児の「強いぜん息発作のサイン」

- ・唇や爪の色が白っぽい、もしくは青～紫色
- ・息を吸うときに、胸がベコベコへこむ
- ・苦しくて話せない
- ・歩けない
- ・ボーッとしている（意識がはっきりしない）
- ・息を吸うときに、小鼻が開く
- ・脈がとても速い
- ・息を吐くほうが吸うよりも明らかに時間がかかる
- ・横になれない、眠れない
- ・過度に興奮する、暴れる

**①　「強いぜん息発作のサイン」がある場合の対応**

大発作と呼ばれ、入院加療を緊急に要するレベルです。すみやかに救急要請を行います。姿勢は坐位（座った状態）として、急性増悪（発作）対応薬があれば、救急搬送までの時間に投与します。

呼吸不全になるとグッタリしてぜん鳴が聞こえにくくなるため、一見すると呼吸困難が改善して落ち着いてきたように見えることがあります。この誤認は対応の遅れにつながるので細心の注意を要します。他方、興奮状態になることもあります。心肺停止の状態に陥った場合には、躊躇することなく一次救命処置を行ってください。

**②　「強いぜん息発作のサイン」がないが呼吸困難があり、日常生活に支障がある場合の対応**

中発作と呼ばれ、場合によっては入院加療を要する可能性があるレベルです。ぜん鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）が聞こえることが多く、また児童生徒等は呼吸困難を訴えることが多いです。学校生活においては、授業に集中できない、体育や休み時間など運動することが辛いまたはしたがらない、給食が進まないなどの支障がある場合に注意を要します。

学校では、急性増悪（発作）治療薬があれば優先して投与しつつ、保護者に連絡をとって医療機関受診を基本とします。呼吸は寝かせるよりも座らせた方が楽になります。

**③　「強いぜん息発作のサイン」がなく、呼吸困難がないかあっても軽い場合の対応**

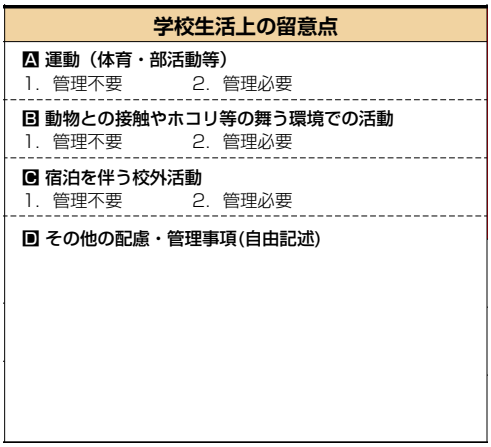
小発作と呼ばれ、ぜん鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）は聞こえたり、聞こえなかったりして、外見上は注意しないと急性増悪（発作）が起きていることも分からないレベルです。

学校では経過を観察してよい状態ですが、運動を避け安静を保ち、急性増悪（発作）治療薬があれば投与します。ゆっくりと腹式呼吸をして、痰（たん）が出るようであれば、水を飲んで痰を吐き出しやすくします。経過を観察するなかで、状態が悪くなっていく様子があれば速やかに医療機関受診を促します。

**ワンポイント　児童生徒等のぜん息による死亡について**

我が国の小児のぜん息による死亡は順調に減少し、近年ついに年間死亡者数が０人となりました。しかし、未だにぜん息は命を落とす危険のある疾患であることに変わりはありません。死亡は急死が多いのが特徴で、重症な児童生徒等ほど長期管理薬で日頃からしっかり治療し、急性増悪（発作）の際の早目の対応と、強い急性増悪（発作）の際には躊躇なく救急搬送を行うことが重要です。日常的には症状が安定していても、強い治療を行っている児童生徒等の急性増悪（発作）には十分注意が必要です。

# 2-2 「学校生活上の留意点」欄の読み方


学校生活上の留意点

A 運動（体育・部活動等）
1．管理不要　　2．管理必要

B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動
1．管理不要　　2．管理必要

C 宿泊を伴う校外活動
1．管理不要　　2．管理必要

D その他の配慮・管理事項(自由記述)

## A 「運動（体育・部活動等）」欄の読み方

**▶ POINT**

**ぜん息の主な原因は、ダニやホコリ、動物のフケや毛などですが、多くの児童生徒等にとって運動も急性増悪（発作）の誘発原因となります（運動誘発ぜん息）。運動とぜん息の関係及び適切な予防法を知ることで、学校生活において急性増悪（発作）を悪化させず、ひいては急性増悪（発作）自体を起こさないようにすることも可能です。**

### ■運動の種類

水泳が急性増悪（発作）を誘発しにくい反面、長距離走は急性増悪（発作）を誘発しやすい運動です。特に、冬季の激しい運動は、それ以外の季節に比べて乾燥した冷気による気管支への刺激で急性増悪（発作）を誘発しやすい傾向があります。このため冬季に長距離走を行う際には十分に観察してください。その他、柔道や剣道などの武道は、途中で苦しくなっても自制が効きにくいため、同じく注意が必要です。

### ■運動に関する管理

**①　「管理不要」とされた場合**

基本的には特段の配慮の必要はありません。児童生徒等にとって、運動は心肺機能を高め、積極性を育むなど、心と体の成長のために重要な意味を持っています。このためぜん息があっても、むしろ一律な運動制限をしないことも重要です。しかし「管理不要」と指示されていても、本人の訴えや症状によっては対応する必要がありますので、急性増悪（発作）が誘発されやすい運動時（冬季の長距離走、強度の強い運動）には注意が必要です。

**②　「管理必要」とされた場合**

運動誘発ぜん息の予防には、運動前の十分なウォーミングアップに効果があります。また薬剤を事前に吸入や内服することで予防できる場合があります。

もし、運動中に急性増悪（発作）が出現した場合は、速やかに運動を止め、急性増悪（発作）の程度に応じた対応が必要です。このため児童生徒等には苦しくなったら担任に申し出るよう指導してください。安静等により急性増悪（発作）が治まれば、軽い運動であれば再開しても構いません。また、軽い急性増悪（発作）で体育を見学する場合に、周囲から「さぼっている」と思われることがあります。このため、記録係や審判など運動以外で体育に参加させるとともに、他の児童生徒等の理解を得る担任からの「理解ある一言」が重要です。

学校での取組を具体的に行うため、さらに詳細な情報が必要になります。そこで、以下のような追加調査票を通じて、関係する教職員と保護者・本人との間で急性増悪（発作）が起こりやすい状況や体育見学の基準などについて確認しておきましょう。

一般的に急性増悪（発作）は強い運動で誘発されるため、運動強度によって参加できる運動と参加できない運動がある場合があります。具体的にどのような運動を避けるかを話し合っておきましょう。

また、この場合、体育の見学が多くなりますので、見学時の学習内容を検討するとともに、評価に対する配慮も必要です。さらに、運動などでしばしば急性増悪（発作）を起こす、いつまでも体育に参加ができない児童生徒等は、適切な治療を受けていない可能性があります。治療の見直しなどを保護者に促すことも検討してください。

## ■追加調査票の例

**① 急性増悪（発作）が起こりやすい運動はありますか？**

**② 急性増悪（発作）の起こりやすい季節・天候がありますか？**

**③ 見学の判断基準は？**

**□特定の運動は見学（例 長距離走、マット運動）**

**□授業前の本人の申告で判断**

**□日々の急性増悪（発作）の状況で判断**

**④ 急性増悪（発作）予防で使用している薬はありますか？**

**はい（　　）、いいえ**

**⑤ 運動中、急性増悪（発作）が起きた時の対処法**

（　　）

## ワンポイント ぜん息児の管理

平成29年学校保健会調査では、過去1年の間にぜん息を理由に体育などの授業を１回以上見学した割合は、小学1・2年生が25.3%、小学3・4年生が24.7%、小学5・6年生が29.5%、中学生が25.9%、高校生が17.5%でした。近年、ぜん息の管理は格段に良好になりましたが、学校におけるぜん息管理にはまだまだ注意が必要な状況が続いています。特に学校では運動時に症状が誘発される傾向があるので注意が必要です。

## B「動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動」欄の読み方

**▶ POINT**

**ぜん息の児童生徒等に対して、動物との接触やホコリの舞う環境での活動について配慮が必要なのは、それらが急性増悪（発作）の誘発原因となるからです。アレルゲンの曝露などを避けることで学校での急性増悪（発作）を減らすことができます。**

### ■動物との接触

イヌ、ネコ、ハムスターをはじめ、毛、羽のある動物との接触は、一般的にぜん息の急性増悪（発作）の誘因となるため、全般的に避ける必要があります。しかし、動物との関わりは、児童生徒等の教育上有意義ですので、管理指導表で動物種を指定された時には、その動物種との接触だけを避ければよいでしょう。医師から指示があった場合は、飼育当番を免除する必要があります。その場合、飼育当番の代わりになる係を担当し、教室の中で自らの役割を果たしていることを実感できるようにするとともに、他の児童生徒等からの理解も得られるよう配慮してください。また、校外の活動時（社会見学、遠足など）でも動物と接触する機会があるので、配慮が必要です。低学年の場合は、動物に対する興味から、つい触れてしまうことがあるので、注意が必要です。

### ■ホコリの舞う環境

ホコリを吸引することは、一般的にぜん息の急性増悪（発作）の誘因となるため、ホコリが舞う環境を避けるよう配慮してください。

ホコリは教室など清掃時に舞うので、必要に応じてマスクを着用させます。掃除当番は、ホコリの少ない洗面所の清掃や、掃除機やほうきで掃いた後の机拭きや窓ガラス拭きなどを担当するとよいでしょう。重症の場合には、掃除当番を免除したり、掃除の際に別室で待機させたりするなどの配慮が必要なこともあります。学校内にはホコリっぽい環境（体育館や倉庫、マット運動、カーペット敷きの教室、普段使われていない教室等）が存在します。またチョークの粉や避難訓練の発煙筒、校外活動時の飯盒炊飯やキャンプファイヤー、花火などにも注意が必要です。



## C「宿泊を伴う校外活動」欄の読み方

**▶ POINT**

**宿泊を伴う校外活動は、全ての児童生徒等にとって貴重な体験となるので、可能な限り参加できるよう配慮します。しかし宿泊を伴う校外活動は、児童生徒等が興奮したり、疲れたり、また宿泊地の気温、気圧の変化などにより、日常に比べ急性増悪（発作）が起きやすい状況にあります。さらに、慣れない土地で、緊急時の対応がスムーズに行われにくい環境にあるので、十分な配慮と事前の対策が重要です。**

### ■急性増悪（発作）に備えた準備

宿泊先で、重症の急性増悪（発作）が起きた場合を想定して、搬送する医療機関などを事前に調査しておく必要があります。具体的には、主治医に紹介してもらったり、日本アレルギー学会（https://www.jsaweb.jp/）の専門医検索などを参考にして知ることができます。

また、宿泊先での受診に際して円滑な治療を受けられるようにするため、主治医からの紹介状を用意しておくことも検討してください。さらに、宿泊中に急性増悪（発作）が起きないよう、宿泊前から特別に服薬を開始する方法もありますので、宿泊行事への参加に向け、学校と保護者、主治医で相談しながら進めることが重要です。

長期管理薬を日常的に使用している児童生徒等は、宿泊地でも吸入や内服が続けられる環境を作り、必要に応じて服薬の確認をしてください。また、児童生徒等が持参している急性増悪（発作）治療薬に関する情報を同行している教職員全員で共有し、その使用について把握することも重要です。

### ■宿泊中の配慮事項

重症な急性増悪（発作）も、最初は軽い症状から始まることが多いです。このため宿泊中には少しでも悪化の兆候があったら早めに教職員に伝えるよう児童生徒等に指導しておきます。児童生徒等によっては友達の前では言い出しにくいこともあるので、健康カードなどを用いるなどして、症状を伝えやすい環境を作ってください。

また布団の上げ下ろしだけでも室内のホコリは増加するので、配慮が必要です。枕投げや布団を敷いたあとに暴れるなどの行為はぜん息を増悪させる因子となるため、部屋での過ごし方についても他の児童生徒等の理解を得ながら、配慮してください。

### ■海外渡航をする場合

修学旅行等が海外の場合は、旅行業者とも連携し、事前に宿泊先と連絡をとり、その児童生徒等の重症度に合わせた最大限の配慮を依頼・調整することが重要です。

この調整や確認には主治医、保護者等を交えて十分に情報を交換し、対応を検討します。

## 校外活動でのチェックリスト

### ●日帰り校外行事

**事前に保護者と相談しておくこと ―**

□行事の当日までの児童生徒等の様子や長期管理薬及び急性増悪（発作）治療薬の使用状況などを連絡帳などに記入し、事前に提出してもらう。

□具合が悪くなった場合の保護者の連絡先、受診先をあらかじめ決めておく。

### ●宿泊行事

上記の日帰り校外行事の留意点に加えて以下を行う。

**事前に保護者と相談しておくこと ―**

□保護者を通じ、事前に主治医に参加可能な状態かどうかと注意点を確認する。

**旅行先の下見で確認しておくこと ―**

□室内環境が悪い（畳部屋、じゅうたん部屋、喫煙可の部屋等）場合、急性増悪（発作）が誘発されやすいため、宿泊先の選定にあたっては十分に下見と打ち合わせを行う。またソバガラ枕、羽毛枕や布団の使用がないか、寝具についても確認する。

□宿泊先近辺の適切な医療機関を調べておく。

**旅行中 ―**

□室内で枕投げや暴れたりすることなどで、ホコリを吸いこみ急性増悪（発作）を起こす可能性があるので、事前に患児を含めて全員に指導する。

□旅行中の薬の服用や吸入が必要な場合には、引率する教員の部屋で行わせるなどの配慮をする。

□引率者は喫煙しない。

# 3 アトピー性皮膚炎

## アトピー性皮膚炎とは

**定　義**

アトピー性皮膚炎は、かゆみのある湿疹がからだの広い範囲に現れ、良くなったり悪くなったりしながら長く続く病気です。

**頻　度**

平成25年の文部科学省調査ではアトピー性皮膚炎の有病率は小学生5.5%、中学生4.6%、高校生3.8%でした（ただし、報告書にはこの数字は軽症例が含まれず主に中等度～重症例の頻度を示すものとの見解が述べられています）。

**原　因**

生まれながらの体質に、様々な環境条件が重なってアトピー性皮膚炎を発症します。アトピー性皮膚炎の人の皮膚は、乾燥しやすく、刺激に対し敏感に反応しやすいのが特徴です。汗、シャンプーや洗剤のすすぎ残し、衣服との摩擦、皮膚を引っ掻く刺激のほか、ダニやカビ、動物の毛、食物などに対するアレルギー、生活のリズムの乱れや心理的ストレスなども皮膚炎（＝湿疹）を悪化させる原因になることがあります。

**症　状**

湿疹は、顔、首、肘の内側、膝の裏側などによく現れますが、全身に広がることもあります。軽症では、皮膚がカサカサと乾燥していることが多く、悪化するとジュクジュクしたり、硬く厚くなったりします。湿疹や皮膚の乾燥は痒みを伴います。良くなったり悪くなったりすることを繰り返しますが、適切な治療によって症状のコントロールは可能で、他の児童生徒等と同じような学校生活を送ることができます。

**治　療**

アトピー性皮膚炎に対する治療には以下の３つの柱があります。

①薬物療法：患部への塗り薬（外用薬）の塗布、かゆみを和らげる内服薬の服用など

②スキンケア：皮膚の清潔と保湿、運動後に水道水やシャワーで汗を流すなど

③悪化因子への対策：室内の乾燥を防ぐ、チクチクする素材の衣服を避けるなど

# 3-1 「病型・治療」欄の読み方

| 病型・治療 | | |
|---|---|---|
| **A 重症度のめやす（厚生労働科学研究班）**<br>1．軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。<br>2．中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。<br>3．重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。<br>4．最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。<br>＊軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変<br>＊強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 | | |
| **B-1　常用する外用薬**<br>1．ステロイド軟膏<br>2．タクロリムス軟膏<br>（「プロトピック®」）<br>3．保湿剤<br>4．その他（　　） | **B-2　常用する内服薬**<br>1．抗ヒスタミン薬<br>2．その他<br>（　　） | **B-3　常用する注射薬**<br>1．生物学的製剤 |

## A 「重症度のめやす（厚生労働科学研究班）」欄の読み方

**▶ POINT**

**アトピー性皮膚炎は、皮膚症状の範囲と程度によって重症度の分類がなされます。重症であればあるほど、学校の取組を進める必要がありますので、個々の児童生徒等の重症度を把握しておくことが重要です。**

### ■アトピー性皮膚炎の病態

アトピー性皮膚炎は、皮膚が乾燥することが特徴です。乾燥した皮膚は、皮膚の表面（角層）から水分が蒸発しやすいだけでなく、外部からの刺激に対して健康な皮膚よりも敏感に反応して皮膚炎（＝湿疹）になりやすくなっています。また皮膚の乾燥はかゆみを生じます。かゆみのために皮膚を引っ掻くとその刺激で皮膚炎がますます悪化します（図１）。適切な治療とスキンケアを行わないと、次第に皮膚炎が強くなり、皮膚が赤くなったり、ゴワゴワしたり、湿疹が長引くと黒ずんでくることもあります。このように強い炎症を伴っている部位では、かゆみも強いために、引っ掻き傷が目立ちます（図２）。

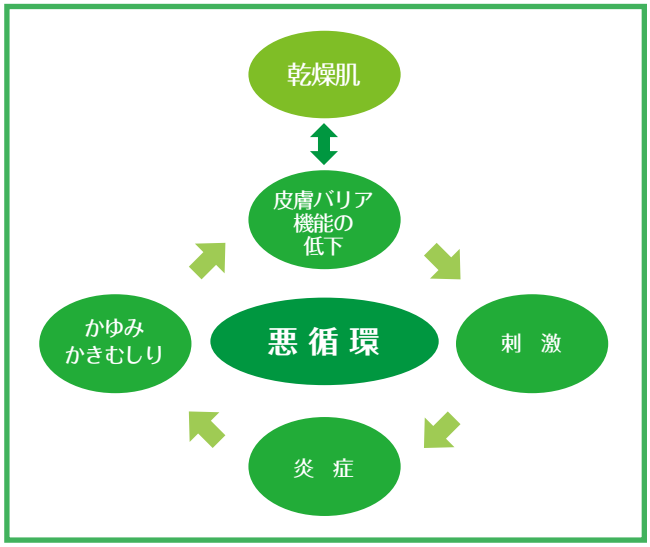
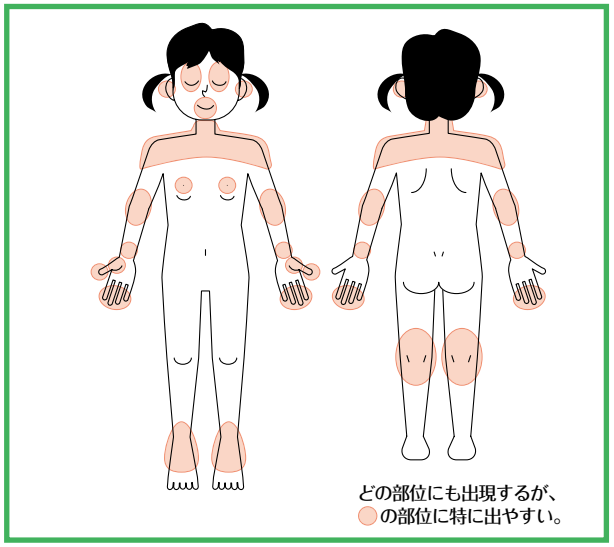



図１：乾燥肌を放置すると




出典：九州大学皮膚科学教室ホームページより改編

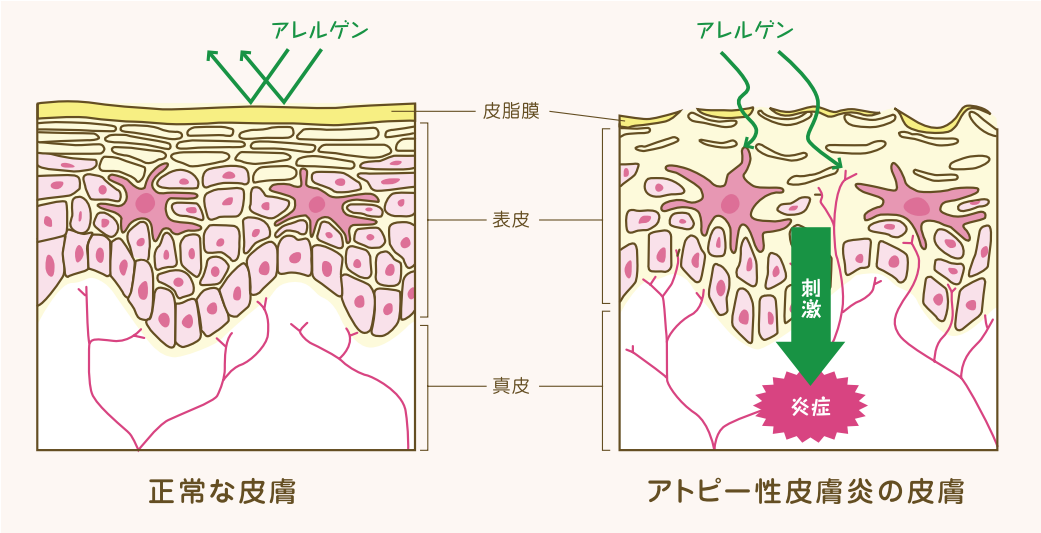
図２：皮膚症状が現れやすい場所

## ■バリア機能の低下

皮膚は体の一番表層にあり、様々な刺激や物質の侵入から体の内部をまもり、また体内の水分が蒸散することを防いでいます。その一番外側で働いているのが角層と呼ばれる部分で、その働きはバリア機能と呼ばれます（図3）。

アトピー性皮膚炎の人の皮膚は、このバリア機能が低下しています。つまり湿疹があるところだけでなく、一見正常に見えるところでも健康な人の皮膚に比べて皮膚表層の水分量が少なく、また物質が透過しやすくなっています。このことは、アトピー性皮膚炎の人がちょっとした刺激でも湿疹を生じやすく、また一度生じた皮膚炎がなかなか治りにくいことと深く関係すると考えられています。また、バリア機能が低下すると、食物やダニなどのアレルゲンも皮膚の中に浸透してアレルギー反応を起こしやすいことが分かってきました。

このように、アトピー性皮膚炎では、皮膚のバリア機能が低下しているところに様々な刺激やアレルゲンが加わって湿疹を生じます。そして、湿疹を起こした皮膚のバリア機能はさらに低下してますます敏感になり、物質が浸透しやすくなります。また、かゆみのために皮膚を引っ掻くと、その刺激でも湿疹が悪化します。このような悪循環が起こると、湿疹がなかなかよくならず、次第に重症化し治りにくくなっていきます。つまり、アトピー性皮膚炎では、湿疹があることが最大のアトピー性皮膚炎の悪化因子の一つであり、この悪循環を止めるのが薬物療法の大きな目的になります。




出典：（独立行政法人環境再生保全機構「ぜん息悪化予防のための小児アトピー性皮膚炎ハンドブック」（平成21年7月）より

**図3：アトピー性皮膚炎のバリア機能の低下**

## ■重症度分類

アトピー性皮膚炎を簡便に分類する方法として強い炎症を伴う部位が体表面積の10%以上に見られる場合は重症、30%以上に見られる場合は最重症と分類されます（重症度のめやす；厚生労働科学研究班）

軽症、中等症、重症、最重症となるにつれて、強いかゆみがより広い範囲に見られることになります。

重症、最重症では、かゆみのために熟睡できず、学業への集中力は低下しがちになります。一方、軽症の場合には、皮膚の乾燥のために鳥肌のように見えても、赤い盛り上がりやブツブツ、ジュクジュク、かさぶたなど湿疹の症状はほとんど見られず、家庭での薬物療法やスキンケアは必要なものの、学校生活における特別な対策は必要ないことが多くあります。

**重症度のめやす；厚生労働科学研究班**

**軽　症**：面積にかかわらず、軽度の皮疹のみ見られる。
**中等症**：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。
**重　症**：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。
**最重症**：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。

### ワンポイント　アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの関係（図4）

アトピー性皮膚炎の児童生徒等は、他の児童生徒等に比べると様々なアレルギー疾患を合併しやすく、その中には食物アレルギーも含まれます。食物アレルギーを合併している場合、特定の食物を摂ることにより皮膚の発赤、膨らみ（じんましん）、吐き気、嘔吐などの症状から、重症の場合には、血圧低下から意識消失などに至ることもあるので細心の注意が必要です（詳細は食物アレルギー・アナフィラキシーの項参照）。

しかし、食物アレルギーの原因の多くを占める鶏卵や牛乳のアレルギーは、乳幼児から３歳児くらいまでに多く、小学１年生以降ではかなり減少します。また、学童期以降では、食物アレルギーを合併していても、原因食品の摂取が直接アトピー性皮膚炎の悪化を招くことはほとんどありません。このように、アトピー性皮膚炎と食物アレルギーとは、合併することはありますが、基本的には別の疾患と考えてください。

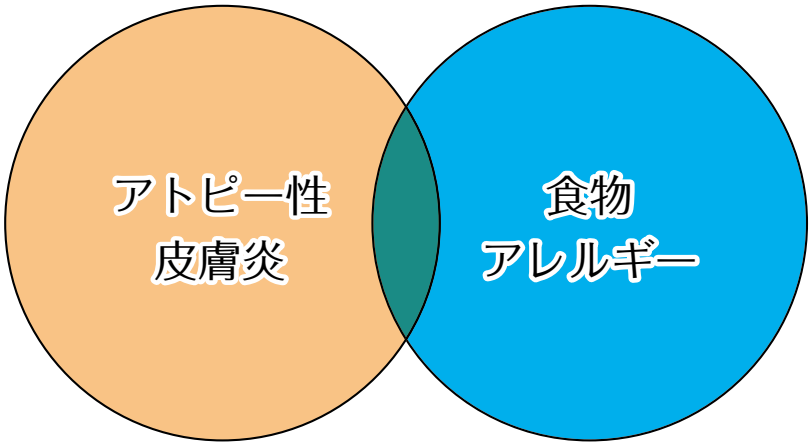



**図４：アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの関係**

## B 「常用する外用薬・内服薬」欄の読み方

**▶ POINT**

**アトピー性皮膚炎の治療において薬物療法は３本柱の一つです。治療薬の特徴を理解し、医薬品を使用しながら学校生活を送る児童生徒等に対する配慮などに生かしてください。**

### アトピー性皮膚炎の治療の３本柱

**薬物療法はアトピー性皮膚炎の治療の３本柱の１つに位置付けられます。**

**①薬物療法：患部への塗り薬（外用薬）の塗布、かゆみを和らげる内服薬の服用など**

**②スキンケア：皮膚の清潔と保湿、運動後に水道水やシャワーで汗を流すなど**

**③悪化因子への対策：室内の乾燥を防ぐ、チクチクする素材の衣服を避けるなど**

### ■薬物療法

#### ① 外用薬

アトピー性皮膚炎の薬物療法は外用（塗り薬）が中心です。外用薬としては、炎症を抑えかゆみを軽減させる作用を持つものが用いられます。具体的には、ステロイド外用薬とステロイドではないタクロリムス軟膏（プロトピック®など）が最も一般的です。

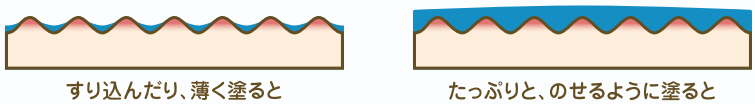
ステロイド外用薬とタクロリムス軟膏は、いずれも皮膚の炎症を抑える作用をもちます。ステロイド外用薬には多くの種類があり、炎症の強さと塗る部位により作用の強さと薬の形が使い分けられます。強い炎症のある部位には強い作用を持つステロイド外用薬をしっかり使い、症状が治まってくれば塗る回数を減らすか、段階的に作用の弱いステロイド外用薬に切り替えます。頭には液状のローション剤が、乾燥の強い部位には油性の軟膏が、顔面や首は薬が吸収されやすいので他の部位より作用の弱い薬が使われるのが一般的です。

一方、タクロリムス軟膏は、強いランクのステロイド外用薬に比べると炎症に対する効果は弱く、使用に際しては後述するような注意が必要ですが、ステロイド外用薬にはないいくつもの優れた性質があります。特に顔や首には効果的で、体や手足の比較的程度の軽い皮膚炎にも使われます。いずれの薬も毎日１～２回程度、湿疹のある部分に塗布します。

#### ② 外用薬塗布の方法

１日１回～２回、患部を清潔にした後に外用薬を必要量すりこまずに塗り伸ばします（下図）。浸出液が出てジュクジュクしていたり、とびひなどの細菌感染症を起こしている場合は、表面をガーゼや包帯で覆う必要があります。重要なことは、外用薬を必要な量と期間、しっかり使うことです。

治療内容が家庭での外用薬塗布だけであれば学校での治療は必要ありませんが、重症の場合などで、学校にいる間



にも外用薬や保湿剤を塗布した方がよい場合もあります。保護者の申し出により、休み時間に使用する必要がある場合には、児童生徒等がしっかりとそれを実行できるように指導するとともに、周囲を気にすることなく塗ることができるように、保健室などの場所を確保するよう配慮してください。

ステロイド外用薬の使用については、学校生活での特別な注意は必要ありません。ただ、タクロリムス軟膏は、塗った後にひりひりしたりほてったりすることがあり、また外用した日は強い紫外線照射を避ける必要がありますので、長時間の屋外活動では帽子や長袖・長ズボンを着用したり、木陰で見学をさせるなどの配慮をしてください。

なお、ステロイド外用薬などの塗り薬を塗ると皮膚が黒ずんでしまうと言われることがありますが、それは誤った情報です。皮膚の炎症によって黒ずむ場合のほか、炎症が改善する過程で色素沈着が起きている場合もあります。皮膚の炎症に対しては、適切な外用薬をしっかり使って炎症が軽いうちに抑える方が、そして早く炎症を抑えた方が、色素沈着は少なくて済みます。

#### ③　かゆみを軽減する内服薬

かゆみを軽減させる可能性がある補助的な治療薬として、ときに抗ヒスタミン薬が内服薬として処方されます。最近は処方される頻度が少なくなりましたが、抗ヒスタミン薬の中には強い眠気を生じたり、集中力や作業効率を低下させるものがあります。これらの副作用の現れ方は個人差が大きく、また本人や家族にも自覚されていないことがあります。また、日中の眠気には、抗ヒスタミン薬によるもののほか夜間のかゆみが原因で十分な睡眠がとれていないこともありますので、アトピー性皮膚炎の児童生徒等で日中の眠気が目立つ場合には眠くならない薬に代えるなど主治医に相談するよう保護者に促してください。

#### ④　生物学的製剤（注射薬）

ステロイド外用薬やタクロリムス軟膏による治療では十分によくならない15歳以上の中等症以上のアトピー性皮膚炎に対して、デュピルマブ（デュピクセント®）という生物学的製剤（炎症にはたらく物質に対する抗体）の注射薬が用いられることがあります。ただし、これらの治療によって症状が改善したとしても、スキンケアを続けることは大切です。

### ■スキンケア

スキンケアとは、皮膚を清潔に保ち、また保湿をすることで皮膚のバリア機能を補正するための日常の皮膚に対するケアを意味します。アトピー性皮膚炎では、汗や皮膚の汚れ、ブドウ球菌などが湿疹の悪化要因になるため、入浴やシャワーによる皮膚の洗浄が必要です。また、皮膚の乾燥に対して、保湿剤によって保湿・保護することでバリア機能を回復させます。アトピー性皮膚炎では治療によって湿疹を改善させた後も、スキンケアを継続することで皮膚を健常な状態に維持することが重要です。

#### ①　保湿剤

アトピー性皮膚炎の乾燥して刺激に対して敏感になっている皮膚に保湿剤を塗ることで、乾燥による皮膚の敏感さを和らげて湿疹を起こしにくくする作用が期待されます。また、乾燥による皮膚のかゆみにも有効です。

多くの場合、炎症を抑えるためのステロイド外用薬やタクロリムス軟膏の塗布は１日１～２回で十分で

すが、夏季はプールやシャワー浴の後など、冬季は空気が乾燥するため適宜、何度も保湿剤を塗って皮膚の乾燥を防ぐことが大切です。

保湿剤は季節によって使い分けることもあります。夏期などは、汗をかきやすく、熱もこもりやすいためローションやクリームタイプの保湿を中心としたものがよく用いられ、冬期等、皮膚の乾燥が強い場合などは、ワセリンなどの保護作用のある軟膏タイプのものが用いられることがあります。

すべてのアトピー性皮膚炎に対し、保湿剤やスキンケアはある程度有効であり、薬物療法とともにアトピー性皮膚炎の治療の柱ですが、これだけでは炎症を抑えることはできません。湿疹が続いている間はもちろん、症状が軽減して保湿剤のみを使っている場合でも、症状が悪くなった場合は医師の指示に基づき必要な強さのステロイド外用薬やタクロリムス軟膏を塗ることが大切です。

### ワンポイント 外用薬の塗布量

大人の人差し指の先端から第１関節まで外用薬チューブから押し出した薬の量で、大人の手のひら２枚分の面積に塗るのが適量の目安です（図5)。乾燥した皮膚には保湿剤を塗ります。乾燥は全身におよぶことも多いので、まず保湿剤を全身に塗り、塗るときの肌触りがザラザラしている湿疹の部位にステロイド外用薬やタクロリムス軟膏を重ね塗りする方法が一般的です。ステロイド外用薬は、塗る量が少なくなりがちですが、症状をよくするためには、適切な量を塗ることが大切です

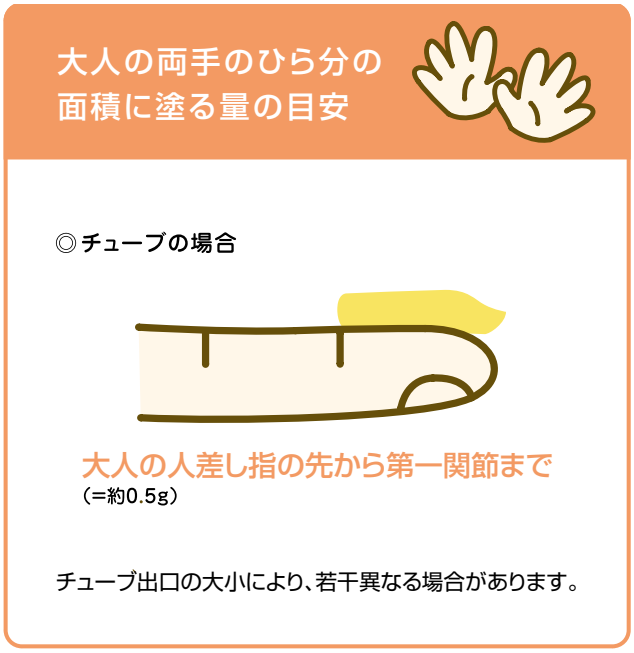



**図5　外用薬塗布の目安**

## ■悪化因子への対策

アトピー性皮膚炎では、汗や髪の毛の刺激、衣類などの摩擦、紫外線などの刺激で悪化することがあります。また、ダニやホコリ、動物や花粉などのアレルギー物質も悪化させる要因になることがあります。学校生活では運動による汗やプール指導、動物の飼育など、アトピー性皮膚炎の悪化要因となりえる留意点があるので、悪化要因を知っておく必要があります。（「学校生活上の留意点」を参照）

# 3-2 「学校生活上の留意点」欄の読み方

| 学校生活上の留意点 |
| --- |
| A プール指導及び長時間の紫外線下での活動<br>1．管理不要　　2．管理必要 |
| B 動物との接触<br>1．管理不要　　2．管理必要 |
| C 発汗後<br>1．管理不要　　2．管理必要 |
| D その他の配慮・管理事項(自由記述) |

## A 「プール指導及び長時間の紫外線下での活動」欄の読み方

### ■紫外線について

過度の太陽光への曝露はアトピー性皮膚炎の皮疹の悪化因子の一つになることがあります。

紫外線により症状が悪化する児童生徒等に対しては、紫外線の強い時期に行う長時間の屋外活動では、衣服（長袖・長ズボン）や日よけ帽子等で皮膚の露出を避けたり、休憩時間等の待機場所をテントの中にするなど、管理指導表の指示に沿った配慮をしてください。

**ワンポイント　紫外線とかゆみ**

適度な紫外線照射にはアトピー性皮膚炎によるかゆみや炎症を抑える作用があるとの報告もなされています。通常の体育の授業の範囲であれば問題ないこともありますので、具体的な取組は、保護者・本人と十分に話し合って決めてください。

### ■プールでの水泳指導の際の紫外線対策

屋外プールでの水泳指導で紫外線を全身に浴びることにより、湿疹が急激に悪化し重症化することがあります。このようなことを防ぐため、見学の際や休憩時間は日陰に待機させたり、日焼け止めクリーム（サンスクリーン、ＵＶカット）の塗布、ラッシュガード等の使用を許可するなど、管理指導表の指示に沿った管理・配慮が必要です。

**ワンポイント　どのような日焼け止めが効果的？**

日焼け止めクリームは、SPFという数字が高いほど紫外線を遮断する力が強くなりますが、その効果は塗り方で違ってきます。我が国の通常の環境では、SPFは30位、PAなら++まであればこと足りますが、十分な効果を得るには一日数回、繰り返し塗布することが推奨されています。小学校低学年では、塗布を介助することも必要です。

### ■プールでの塩素対策

プールに関しては、紫外線とともにプール水の消毒に用いる塩素も悪化要因として重要です。「学校環境衛生の基準」では、プール内での感染防止の観点から「遊離残留塩素の濃度はどの部分でも0.4mg/ℓ以上保持されていること。また、1.0mg/ℓ以下が望ましい。」とあり、1.0mg/ℓ以下であることを遵守することが重要です。

一部の学校では、プールへの入水前に、さらに塩素濃度の高い腰洗い槽への浸漬が行われていますが、これもアトピー性皮膚炎の悪化の原因となります。保護者からの申し出があった場合には、シャワーを十分に浴びるなどして、腰洗い槽への浸漬は避けてください。

アトピー性皮膚炎は高い頻度で目のまわりに症状が出現し、アトピー性角結膜炎と呼ばれる目の病気を合併することは珍しくありません。この場合には、プールでのゴーグルの着用が必要となることがあります（詳細はアレルギー性結膜炎の項を参照）。

また、プール後には、皮膚に付着した塩素をシャワーでよく落とすように指導してください。目の周りも水でよく洗浄することが重要です。そして、シャワー後に、持参の外用薬や保湿剤を塗布することもありますので、管理指導表に記載された治療内容を把握した上で、塗布する場所や時間の確保をしてください。

**ワンポイント　プールへの入水を控える必要がある場合**

皮膚に皮膚炎による小さな傷があるだけであればプールへの入水に問題はありませんが、浸出液を伴う症状がある場合には入水を控えてください。

## B「動物との接触」欄の読み方

**▶ POINT**

**アトピー性皮膚炎のない人でも動物の毛に触れるとかゆくなることがありますが、アトピー性皮膚炎の皮膚は、かゆみを感じやすいことが多いため、動物の毛に触れたときにかゆみを強く感じてしまう場合があります。また、動物の毛やフケなどにアレルギーがある場合には、直接動物に触れなくても、飼育当番などで動物の毛やフケのある環境にいるだけで、かゆくなることや湿疹が悪化することもあります。管理指導表で個々の児童生徒等にとって配慮すべき事項を把握した上で、取組を進めてください。**

### ■飼育当番

管理・配慮の具体例としては、動物の飼育当番の免除が挙げられます。医師から何らかの管理・配慮が指示された場合には、保護者・本人と相談の上で、動物の飼育当番を免除する必要があります。その場合、他の児童生徒等からの理解が得られるよう担任からも説明を行い、飼育当番の代わりにできる係を担当するなどの配慮をしてください。



### ■教室での動物の飼育

日常、児童生徒等が学校生活をおくる場である教室において羽や毛のある動物を飼うことは、アトピー性皮膚炎だけでなくその他のアレルギー疾患のある児童生徒等にとって症状を引き起こす原因となることがありますので、該当する児童生徒等がいる場合には避けてください。

## C「発汗後」欄の読み方

### ■汗対策

児童生徒等は体育や休み時間の運動によってたくさんの汗をかきます。学校にタオルやハンカチを持ってきて、「汗をかいたら拭く」という習慣を身に付けることが大切です。

なかでもアトピー性皮膚炎の児童生徒等にとっては、かいた汗に対するケアが大切ですので、体育の授業後には、シャワーを浴びる、水道の流水で流す、湿ったおしぼりで拭く、体操服を着替えるよう指導するなど、効果的な汗対策を行ってください。

重症のアトピー性皮膚炎の場合、夏場あるいは全身に大量の汗をかいた時にシャワーを浴びて汗を洗い流すことは症状緩和に効果的です。温水シャワーの設備がある学校では、授業に支障がないよう休み時間等を利用しシャワー浴をさせることが理想です。また、温水シャワー設備のない学校においても、保健室等でぬれたタオルで体を拭いたり保冷剤で皮膚を冷やすことは効果的です。

### ■衣服の配慮など

制服や体操服などの素材が皮膚に合わず、アトピー性皮膚炎を悪化させている児童生徒等がいます。その原因としては、吸湿性の低さや擦れて刺激になるなどの物理的な原因のほか、ゴムや金属に対するアレルギーが原因となることもあります。管理指導表により、医師から既制服等の素材変更の指示があった場合には、他の素材のものを許可するなど、柔軟に対応してください。

その他、椅子に接する太ももの裏やお尻の部分に汗がたまることで、皮膚炎が悪化することもあります。そのような場合には、吸湿性のある座布団の使用を許可してください。

#### ワンポイント　どうしてもかゆいときの緊急処置

現時点で、強いかゆみを瞬時に鎮める特効薬はありません。かゆみを減らすには、適切な治療によって湿疹そのものをよくすることが何より大切ですが、緊急避難的には、かゆみを生じた部位を冷やすことで、ある程度症状を和らげることができます。ぬれタオル、保冷剤などを保健室の冷蔵庫に保管しておき、休憩時間などに取り出して患部に当てて使うことは有用です。保冷剤をタオル地などで包んで首に巻くことが有効な場合もあります。

# 4 アレルギー性結膜炎

## アレルギー性結膜炎とは

**定　義**

アレルギー性結膜炎は、目に飛び込んだアレルゲンに対するアレルギー反応によって起きる、目のかゆみ、異物感、なみだ目、充血、眼脂（めやに）などの症状を特徴とする疾患です。重症度や臨床所見が異なるいくつかのタイプがあり、医学的にはアレルギー性結膜疾患と総称されます。アレルギー性結膜炎は正確には、その一つの病型と位置づけられていますが、一般的にアレルギー性結膜疾患をアレルギー性結膜炎と呼称することが多いため、本書でもアレルギー性結膜炎という表現を用いています。

**頻　度**

平成25年の文部科学省調査では、全国小・中・高・中等教育学校全体におけるアレルギー性結膜炎（花粉症含む）の有病率は５.5%でした。しかしながら、これまで他の方法で実施された調査では、少なく見積もっても10%前後の有症率が示されており、児童生徒等のアレルギー性結膜炎の有病率もこの値に近いものと考えられています。

**原　因**

通年性アレルギー性結膜炎は、ハウスダスト、ダニのほか、動物（猫や犬など）のフケや毛なども原因となります。一方、季節性アレルギー性結膜炎の原因は主としてスギ、カモガヤ、ブタクサなどの花粉です。その他、春季カタルの主な原因はハウスダストですが、花粉などたくさんのアレルゲンが関与しています。アトピー性角結膜炎では、目の周囲をこすることや、たたくことが悪化につながります。

**症　状**

主な症状は、目のかゆみ、異物感、充血、なみだ目、眼脂（めやに）です。春季カタルなど重症例で角膜障害を伴うと、眼痛、視力低下を伴います。

**予防・治療**

スギやハウスダストなどアレルギー反応の原因となるアレルゲンの除去や回避が原則です。治療の中心は点眼薬による薬物療法ですが、春季カタルなどの重症例では、外科的治療が行われることもあります。

# 4-1 「病型・治療」欄の読み方

| 病型・治療 |
| --- |
| **A 病型**<br>1．通年性アレルギー性結膜炎<br>2．季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）<br>3．春季カタル<br>4．アトピー性角結膜炎<br>5．その他（　　） |
| **B 治療**<br>1．抗アレルギー点眼薬<br>2．ステロイド点眼薬<br>3．免疫抑制点眼薬<br>4．その他（　　） |

## A 「病型」欄の読み方

**▶ POINT**

**アレルギー性結膜炎は病型によって重症度が異なります。春季カタルやアトピー性角結膜炎は学校生活に支障を来すこともある重症型ですので、当然、学校での配慮・管理も厳重に実施する必要があります。**

### アレルギー性結膜炎の病型

**1．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します。ハウスダストをアレルゲンとする場合が多く、病態は次の季節性アレルギー性結膜炎とほぼ同様です。

**2．季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）**

主に、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アレルゲンとなり、毎年決まった季節に症状が見られます。花粉飛散状況の違いにより地域によって症状が発現する時期が異なります。

**3．春季カタル**

激しい目のかゆみや眼脂（めやに）、充血を特徴とする重症のアレルギー性結膜炎で、男子に多く見られます。角膜に病変が及ぶと目の痛みや視力障害をもたらします。１年中症状は見られますが、春先や秋口など季節の変わり目に悪化することが多いです。

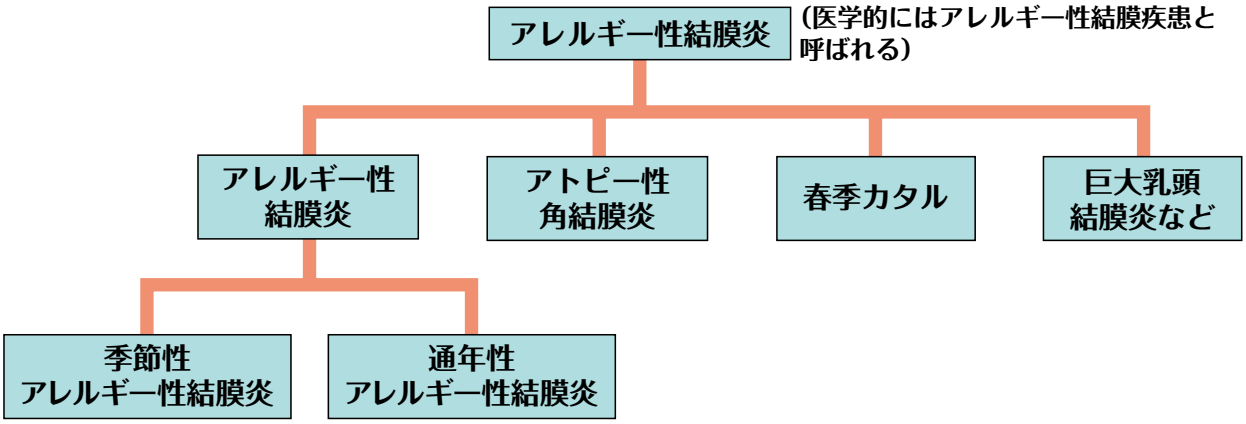
**4．アトピー性角結膜炎**

顔面（特に目の周囲）にアトピー性皮膚炎を伴う患者に起こる慢性のアレルギー性結膜炎です。目の周りのアトピー性皮膚炎が悪化すると結膜炎の症状も悪化する場合が多く、目をこすることで症状が悪化します。

**5．その他**

コンタクトレンズ等の汚れと機械的刺激とによりまぶたの裏の粘膜に隆起ができ、目のかゆみ、異物感、眼脂（めやに）などの症状が生じた巨大乳頭結膜炎などの疾患があります。

## アレルギー性結膜炎の分類




### ワンポイント「アレルギー性結膜炎」と「アトピー性皮膚炎」との関連

顔面、特にまぶたにアトピー性皮膚炎がある場合、アトピー性角結膜炎以外にも、白内障、網膜剥離、円錐角膜など眼にいろいろな合併症を起こすことがあります。白内障になると視力が低下し、日常生活に支障を来す場合には手術が必要になります。また、網膜剥離は、放置すれば失明に至る危険もあり、定期的な眼底検査が必要です。これらの合併症が起きる原因の一つに、まぶたや目のかゆみに対し、目をこする、叩く、といったことがあげられています。重篤な視力障害を起こさないためにも目の周囲のアトピー性皮膚炎に対して適切な治療を受けるとともに、学校でもできるだけ、目をこすらない、叩かないように工夫することが大切です。



## B 「治療」欄の読み方

**▶ POINT**

**アレルギー性結膜炎に対しては予防と治療が重要です。予防としてはダニや花粉などのアレルゲンからの回避が、治療としては点眼薬による薬物療法が主体となります。また、重症型のアレルギー性結膜炎である春季カタルの基礎にアトピー性皮膚炎がある場合には、特にまぶたのアトピー性皮膚炎の治療も同時に行っていく必要があります。**

### ■アレルギー性結膜炎の予防

原因となるアレルゲンによって予防策が異なります。

**通年性アレルゲン：**アレルゲンとしてはダニやカビ（真菌）が多くを占めますので、部屋の清掃や換気が重要です。

**季節性アレルゲン（花粉）：**原因植物の花粉飛散時期を知っておくと効果的な対策ができます。近年、インターネットを利用してこれらの情報を入手することができるようになっています。対処法としては、外出を控えたり、花粉防御用メガネを着用したり、人工涙液など*による洗眼などが有効です。

#### 【人工涙液】

目の中に飛び込んだ花粉やハウスダストなどのアレルゲンを洗い流すには、水道水より、涙に近い人工涙液が安全です。２、３滴点眼し、あふれた液はふきとります。洗眼の目的で何度も使用したい場合は、防腐剤の入っていないものがおすすめです。ただし、防腐剤の入っていない人工涙液の場合は、開栓後、残りの点眼液が汚染される場合があるので、10日以上たったものは捨てます。１回ずつ使い捨て容器に入ったものもあり、こちらは、キャップを切り取って使い、すぐに捨てます。１本で４～５滴でますので、両目の洗眼には充分使えます。

#### 【点眼型洗眼薬】

目の中に飛び込んだ花粉やハウスダストなどのアレルゲンを洗い流すのには上記の人工涙液の他にも点眼型洗眼薬というものがあります。これも水道水より涙に近い性質で、防腐剤無添加の低濃度ホウ酸水で安全なものです。点眼型洗眼薬は持ち運びも可能で、場所を選ばず必要時にいつでも使用できます。１回４～６滴を点眼し、あふれた液は拭き取ります。１日３～６回を目途に使用します。安全に使用するためにも、開封後は１か月で使い切り、それ以上たったものは捨てるようにします。

## ■アレルギー性結膜炎の治療

アレルギー性結膜炎に対する治療は、点眼薬による薬物療法が中心です。重症度に応じ、治療薬を選択しますが、基本的には症状の変化を見ながら主治医が適切な治療法を判断します。管理指導表には記載時の処方または記載時に考えられる処方が書かれます。点眼を学校で行う必要のある場合もありますので、現在どのような治療が行われているかについて適宜、保護者・本人と情報を共有してください。

### ①　抗アレルギー点眼薬

抗アレルギー点眼薬は、アレルギー反応を抑える点眼薬で、目のかゆみや充血を引き起こす代表的な物質であるヒスタミンの作用を阻害する抗ヒスタミン点眼薬などがあります。抗ヒスタミン点眼薬は内服薬と異なり、眠気を催すことはありません。

### ②　ステロイド点眼薬

抗アレルギー点眼薬だけでは症状がおさまらない中等症から重症のアレルギー性結膜炎に使います。適切に使うことで、症状は改善します。結膜炎の症状の強さに応じて点眼薬の種類や点眼回数が決まりますので、医師の指示どおり、きちんと点眼することが大切です。まれに眼圧上昇という副作用があるので、ステロイド点眼薬使用中は、眼科での定期検査が必要です。

### ③　免疫抑制点眼薬

角膜や結膜で起きている過剰な免疫反応を抑え、症状を和らげる点眼薬です。春季カタルの治療に用いられますが、良い状態を長く保つためには、点眼回数を守り、医師の指示通り継続する必要があります。

### ④　その他

- **ステロイド内服**

  春季カタルの重症型で角膜の障害が強いときには、少量のステロイド内服を行うことがあります。

- **眼瞼へのステロイド眼軟膏塗擦（塗布）**

  アトピー性角結膜炎に伴う眼瞼炎の治療として、低濃度ステロイドを少量塗布することがあります。手を洗い、指先に少量のばし、なるべく目の中に入らないように、皮膚炎のある場所に少量塗ります。



# 4-2 「学校生活上の留意点」欄の読み方

| 学校生活上の留意点 |
| --- |
| A プール指導<br>1．管理不要　　2．管理必要 |
| B 屋外活動<br>1．管理不要　　2．管理必要 |
| C その他の配慮・管理事項（自由記載） |

## A 「プール指導」欄の読み方

**▶ POINT**

**プール水に含まれる塩素は、結膜及び角膜に強い刺激を与え、結膜炎の悪化要因となります。春季カタルやアトピー性角結膜炎等の重症型の児童生徒等では、プールへの入水で病状が悪化することもありますので、厳重な配慮・管理が求められます。**

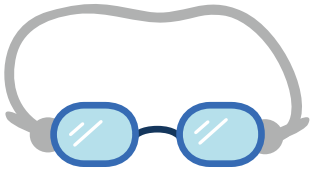
### ■プールの残留塩素管理

プール水に含まれる残留塩素は、アトピー性皮膚炎だけでなく、アレルギー性結膜炎の児童生徒等にとっても、悪化要因となります。このため、プールの残留塩素濃度は、「学校環境衛生の基準」の「プール水使用前及び使用中１時間に１回以上測定し、その濃度はどの部分でも0.4mg/ℓ以上保持されていること。また、1.0mg/ℓ以下が望ましい。」という規定に従い、1.0mg/ℓ以下に保つことが重要です。

#### プールへの入水について

重症型の場合や症状が強い場合などにプールへの入水が不可との指示が出される場合があります。その場合には保護者・本人と話し合った上で、対応を決めてください。

また、春季カタルの場合には、角膜障害が少なく痛みもなくプール内で目が開けていられる場合もあれば、ゴーグルを着用することによりプールに入ることができる場合も少なくありません。どういう状態であればゴーグルを着用しプールに入っても良いのか、主治医の指示に基づき、保護者と十分に話し合ってください。



## B 「屋外活動」欄の読み方

**▶ POINT**

**重症型のアレルギー性結膜炎の児童生徒等にとっては、屋外活動での花粉曝露や運動場のホコリが悪化要因となる場合があります。**

### ■屋外活動での配慮

季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）の場合、花粉が飛散する時期の屋外活動では、症状が悪化することがあり注意が必要です。たとえば、スギ花粉症の場合、２月から４月の花粉の飛散時期で、特に、風の強い晴れた日には花粉の飛ぶ量が増えるので、症状が悪化します。眼が開けられれば、屋外活動は可能ですが、（主治医から処方された）点眼治療を続け、できればメガネ（又はゴーグル）を装着し、ときどき人工涙液による洗眼を促してください。

通年性アレルギー性結膜炎や春季カタルでは、季節に関わらず、屋外活動やグラウンドでの試合のあと、ホコリにより症状が悪化することがあります。活動の種類によってはメガネの装着が難しいのですが、せめて、活動後には、洗顔とともに人工涙液や点眼型洗眼薬による洗眼を促してください。

# 5 アレルギー性鼻炎

## アレルギー性鼻炎とは

**定　義**

アレルギー性鼻炎は、鼻に入ってくるアレルゲンに対しアレルギー反応を起こし、発作性で反復性のくしゃみ、鼻水、鼻づまりなどの症状を引き起こす疾患です。

**頻　度**

平成25年度に行われた「学校生活における健康管理に関する調査」では、アレルギー性鼻炎の罹患率は、全国小・中・高・中等教育学校全体で12.8%となり、アレルギー疾患の中で最多でした。内訳は、小学校で11.9%、中学校で15.2%、高校で12.2%、中等教育学校で20.7%でした。

**原　因**

通年性アレルギー性鼻炎は主にハウスダストやダニが原因で生じますが、動物（猫や犬など）のフケや毛なども原因となります。季節性アレルギー性鼻炎の原因は主としてスギ・ヒノキ、ハンノキ、カモガヤ、ブタクサなどの花粉です。

**症　状**

発作性反復性のくしゃみ、鼻水、鼻づまりです。鼻のかゆみや、ときに目のかゆみ（アレルギー性結膜炎）も伴います。

**治　療**

原因となるアレルゲンの除去や回避が基本となります。薬物治療としては内服薬や点鼻薬があり、症状が強い場合には、これらいくつかの医薬品を組み合わせて使用することもあります。アレルギー体質を改善する治療法にアレルゲン免疫療法があり、ダニとスギ花粉が原因のアレルギー性鼻炎に対しては舌下免疫療法が行えるようになりました。

# 5-1 「病型・治療」欄の読み方

| 病型・治療 |
| --- |
| **A 病型**<br>1．通年性アレルギー性鼻炎<br>2．季節性アレルギー性鼻炎（花粉症）<br>主な症状の時期：　春　、　夏　、　秋　、　冬 |
| **B 治療**<br>1．抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）<br>2．鼻噴霧用ステロイド薬<br>3．舌下免疫療法（ダニ・スギ）<br>4．その他（　　） |

## A 「病型」欄の読み方

**▶ POINT**

**アレルギー性鼻炎の病型は以下のように分類できます。学校が取組を行うにあたっては、その病型を理解した上で対応してください。**

### ■アレルギー性鼻炎の病型

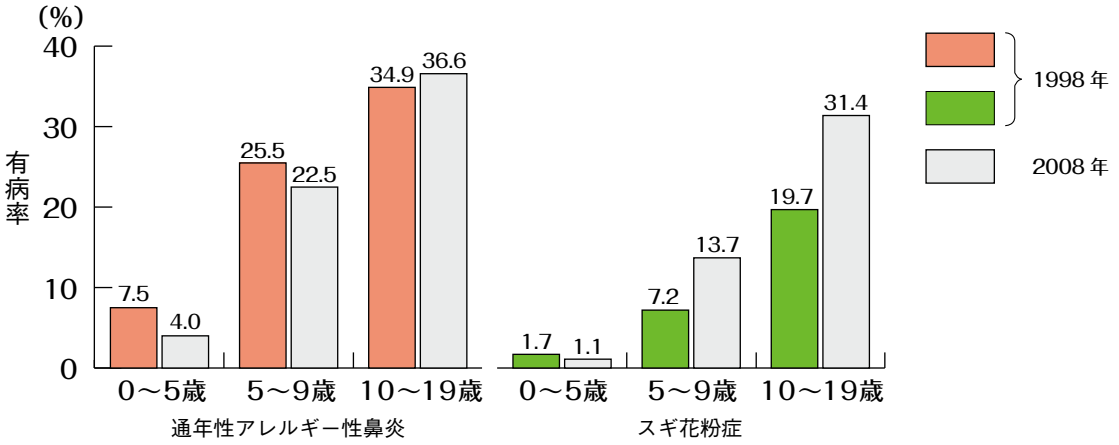
#### ①　通年性アレルギー性鼻炎

通年性アレルギー性鼻炎は、その名の通り、一年中発作性反復性のくしゃみ、鼻水、鼻づまりが見られます。原因のアレルゲンとしてはハウスダスト、ダニが有名です。

#### ②　季節性アレルギー性鼻炎（花粉症）

花粉のように病因となるアレルゲンが飛散する時期にのみ症状が現れるものを季節性アレルギー性鼻炎といい、一般的には花粉症と呼ばれます。代表的なアレルゲンはスギ・ヒノキ、ハンノキ、カモガヤ、ブタクサなどです。

アレルギー性鼻炎有病率の推移




（鼻アレルギー診療ガイドライン2016より作図）

## ワンポイント　小児における花粉症の増加

スギ花粉症では、患者数の増加と低年齢化が問題になっています。1998年に行われた、全国の耳鼻咽喉科医とその家族を対象とした全国調査では、5-9歳の7.2%、10-19歳の19.7%にスギ花粉症が見られました。さらに2008年に同一の手法で行われた調査では、5-9歳の13.7%、10-19歳の31.4%にスギ花粉症が見みられました。5-9歳では有病率（患者さんの割合）がほぼ倍増したことになります。スギ花粉症が増えてきた理由としてはスギ花粉の増加、都市化と生活環境の変化、感染症や微生物への曝露の減少などが指摘されています。

またスギ花粉症の患者さんの多くはヒノキ花粉にも反応することから、スギの花粉が飛び終わっても、ヒノキの花粉が飛び終わるまでは注意が必要です。そのため現在では、スギ花粉症はスギ・ヒノキ花粉症とも呼ばれます。



## B 「治療」欄の読み方

**▶ POINT**

**児童生徒等のアレルギー性鼻炎に用いられる治療法は、大きく薬物療法とアレルゲン免疫療法に分けられます。薬物療法は、大きく内服薬と点鼻薬に分けられます。**

### ■アレルギー性鼻炎のおもな治療法

#### ①　抗ヒスタミン薬・ロイコトリエン受容体拮抗薬などの内服薬

抗ヒスタミン薬は、アレルギー症状（くしゃみや鼻水）の原因となるヒスタミンという物質の作用をブロックし、症状を抑えます。近年、かつて問題となった眠気や口渇などの副作用が比較的軽減され、くしゃみや鼻水だけでなく鼻づまりへの効果も増した医薬品も開発されています。しかし、依然として抗ヒスタミン薬には眠気や集中力の低下を催す副作用があるので、注意する必要があります。

アレルギー性鼻炎の治療に用いられる内服薬にはいくつかの種類がありますが、児童生徒等によく用いられるのはロイコトリエン受容体拮抗薬で、特に鼻づまりに効果があります。

#### ②　鼻噴霧用ステロイド薬

抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬とともに、点鼻薬としては最もよく使用されています。現在使用されているものは体内に吸収されにくく、長期に連用しても全身的な副作用はほとんどありません。ただし、児童生徒等では鼻出血を来すことがあり、その場合は点鼻の仕方を工夫します。特徴は①効果は強い、②効果発現はやや早い、③副作用は少ない、④鼻アレルギーの３症状（くしゃみ、鼻水、鼻づまり）に等しく効果があることなどです。

#### ③　舌下免疫療法

アレルギー性鼻炎の体質を改善する治療法で、投与方法の違いで皮下免疫療法と舌下免疫療法があります。重い副作用や痛みが少ないのは舌下免疫療法で、自宅で投与できます。ダニとスギ花粉が原因のアレルギー性鼻炎に対しては舌下免疫療法が行えるようになりました。ただし、不安定なぜん息を合併する児童生徒等には行うことができません。口のかゆみや軽い腫れを生じることがあり、またまれに呼吸苦などを生じることがあります。

# 5-2 「学校生活上の留意点」欄の読み方

| 学校生活上の留意点 |
| --- |
| A 屋外活動<br>1．管理不要　　2．管理必要 |
| B その他の配慮・管理事項（自由記載） |

**▶ POINT**

**舌下免疫療法を行っている児童生徒等では、投与後２時間程度は激しい運動を避けます。**

## A 「屋外活動」欄の読み方

アレルギー性鼻炎（特に季節性アレルギー性鼻炎）の児童生徒等は花粉飛散時期の屋外活動により、症状の悪化を来すことがあります。このことにより、屋外活動ができないということはまれですが、管理指導表で、配慮の指示が出された場合には、本人・保護者と相談して対応を決定してください。

また、症状を緩和するために医薬品を使用している場合にも、併せて配慮が必要です。特に舌下免疫療法は、投与後２時間程度は激しい運動を避ける必要があるので、体育などがある日は投与した時間を確認します。

### ■その他の学校生活上の配慮

**① 授業中の居眠り・集中力の低下**

アレルギー性鼻炎に対する内服薬を服用していて、授業中の居眠りや集中力の低下が目立つ場合には、本人や保護者に対してアレルギー性鼻炎の治療薬が関係しているかどうかを主治医に相談するよう促してください。

同時に、授業中の居眠りは、アレルギー性鼻炎による症状のため、夜間、十分な睡眠がとれていない時にもしばしば見られますので、夜間眠れているか、本人に聞いてみるのもよいでしょう。



**② 自転車通学**

自転車などで通学をしている児童生徒等に対しては、主治医にその旨を伝え、内服しながら安全に運転できる医薬品を処方してもらうよう促してください。舌下免疫療法後に激しく自転車を漕ぐとアレルギー症状を来すことがあるので注意が必要です。

**③ 点鼻薬の使用**

アレルギー性鼻炎に対する点鼻薬を学校で使用する場合には、児童生徒等の希望に応じ、使用する際の場所の確保をしてください。

# －資　料－

アレルギー疾患対策基本法

除去解除申請書

平成二十六年法律第九十八号
アレルギー疾患対策基本法

第一章　総則
（目的）
第一条　この法律は、アレルギー疾患を有する者が多数存在すること、アレルギー疾患には急激な症状の悪化を繰り返し生じさせるものがあること、アレルギー疾患を有する者の生活の質が著しく損なわれる場合が多いこと等アレルギー疾患が国民生活に多大な影響を及ぼしている現状及びアレルギー疾患が生活環境に係る多様かつ複合的な要因によって発生し、かつ、重症化することに鑑み、アレルギー疾患対策の一層の充実を図るため、アレルギー疾患対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民、医師その他の医療関係者及び学校等の設置者又は管理者の責務を明らかにし、並びにアレルギー疾患対策の推進に関する指針の策定等について定めるとともに、アレルギー疾患対策の基本となる事項を定めることにより、アレルギー疾患対策を総合的に推進することを目的とする。
（定義）
第二条　この法律において「アレルギー疾患」とは、気管支ぜん息、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、花粉症、食物アレルギーその他アレルゲンに起因する免疫反応による人の生体に有害な局所的又は全身的反応に係る疾患であって政令で定めるものをいう。
（基本理念）
第三条　アレルギー疾患対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。
一　アレルギー疾患が生活環境に係る多様かつ複合的な要因によって発生し、かつ、重症化することに鑑み、アレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に資するため、第三章に定める基本的施策その他のアレルギー疾患対策に関する施策の総合的な実施により生活環境の改善を図ること。
二　アレルギー疾患を有する者が、その居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切なアレルギー疾患に係る医療（以下「アレルギー疾患医療」という。）を受けることができるようにすること。
三　国民が、アレルギー疾患に関し、適切な情報を入手することができるとともに、アレルギー疾患にかかった場合には、その状態及び置かれている環境に応じ、生活の質の維持向上のための支援を受けることができるよう体制の整備がなされること。
四　アレルギー疾患に関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、アレルギー疾患の重症化の予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させること。
（国の責務）
第四条　国は、前条の基本理念（次条において「基本理念」という。）にのっとり、アレルギー疾患対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。
（地方公共団体の責務）
第五条　地方公共団体は、基本理念にのっとり、アレルギー疾患対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施するよう努めなければならない。
（医療保険者の責務）
第六条　医療保険者（介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第七条第七項に規定する医療保険者をいう。）は、国及び地方公共団体が講ずるアレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよう努めなければならない。
（国民の責務）
第七条　国民は、アレルギー疾患に関する正しい知識を持ち、アレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に必要な注意を払うよう努めるとともに、アレルギー疾患を有する者について正しい理解を深めるよう努めなければならない。
（医師等の責務）
第八条　医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が講ずるアレルギー疾患対策に協力し、アレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に寄与するよう努めるとともに、アレルギー疾患を有する者の置かれている状況を深く



認識し、科学的知見に基づく良質かつ適切なアレルギー疾患医療を行うよう努めなければならない。
（学校等の設置者等の責務）
第九条　学校、児童福祉施設、老人福祉施設、障害者支援施設その他自ら十分に療養に関し必要な行為を行うことができない児童、高齢者又は障害者が居住し又は滞在する施設（以下「学校等」という。）の設置者又は管理者は、国及び地方公共団体が講ずるアレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよう努めるとともに、その設置し又は管理する学校等において、アレルギー疾患を有する児童、高齢者又は障害者に対し、適切な医療的、福祉的又は教育的配慮をするよう努めなければならない。
（法制上の措置等）
第十条　政府は、アレルギー疾患対策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講じなければならない。
第二章　アレルギー疾患対策基本指針等
（アレルギー疾患対策基本指針の策定等）
第十一条　厚生労働大臣は、アレルギー疾患対策の総合的な推進を図るため、アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針（以下「アレルギー疾患対策基本指針」という。）を策定しなければならない。
２　アレルギー疾患対策基本指針は、次に掲げる事項について定めるものとする。
一　アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な事項
二　アレルギー疾患に関する啓発及び知識の普及並びにアレルギー疾患の予防のための施策に関する事項
三　アレルギー疾患医療を提供する体制の確保に関する事項
四　アレルギー疾患に関する調査及び研究に関する事項
五　その他アレルギー疾患対策の推進に関する重要事項
３　厚生労働大臣は、アレルギー疾患対策基本指針を策定しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するとともに、アレルギー疾患対策推進協議会の意見を聴くものとする。
４　厚生労働大臣は、アレルギー疾患対策基本指針を策定したときは、遅滞なく、これをインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。
５　厚生労働大臣は、適時に、アレルギー疾患対策基本指針に基づくアレルギー疾患対策の効果に関する評価を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。
６　厚生労働大臣は、アレルギー疾患医療に関する状況、アレルギー疾患を有する者を取り巻く生活環境その他のアレルギー疾患に関する状況の変化を勘案し、及び前項の評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、アレルギー疾患対策基本指針に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない。
７　第三項及び第四項の規定は、アレルギー疾患対策基本指針の変更について準用する。
（関係行政機関への要請）
第十二条　厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、関係行政機関の長に対して、アレルギー疾患対策基本指針の策定のための資料の提出又はアレルギー疾患対策基本指針において定められた施策であって当該行政機関の所管に係るものの実施について、必要な要請をすることができる。
（都道府県におけるアレルギー疾患対策の推進に関する計画）
第十三条　都道府県は、アレルギー疾患対策基本指針に即するとともに、当該都道府県におけるアレルギー疾患を有する者に対するアレルギー疾患医療の提供の状況、生活の質の維持向上のための支援の状況等を踏まえ、当該都道府県におけるアレルギー疾患対策の推進に関する計画を策定することができる。
第三章　基本的施策
第一節　アレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減
（知識の普及等）
第十四条　国は、生活環境がアレルギー疾患に及ぼす影響に関する啓発及び知識の普及、学校教育及び社会教育におけるアレルギー疾患の療養に関し必要な事項その他のアレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減の適切な方法に関する教育の推進その他のアレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に関する国民の認識を深めるために必要な施策を講ずるものとする。

（生活環境の改善）
第十五条　国は、アレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に資するよう、大気汚染の防止、森林の適正な整備、アレルギー物質を含む食品に関する表示の充実、建築構造等の改善の推進その他の生活環境の改善を図るための措置を講ずるものとする。
第二節　アレルギー疾患医療の均てん化の促進等
（専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成）
第十六条　国は、アレルギー疾患に関する学会と連携協力し、アレルギー疾患医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。
（医療機関の整備等）
第十七条　国は、アレルギー疾患を有する者がその居住する地域にかかわらず等しくそのアレルギー疾患の状態に応じた適切なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、専門的なアレルギー疾患医療の提供等を行う医療機関の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。
２　国は、アレルギー疾患を有する者に対し適切なアレルギー疾患医療が提供されるよう、国立研究開発法人国立成育医療研究センター、独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣が定めるもの、前項の医療機関その他の医療機関等の間における連携協力体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。
第三節　アレルギー疾患を有する者の生活の質の維持向上
第十八条　国は、アレルギー疾患を有する者の生活の質の維持向上が図られるよう、アレルギー疾患を有する者に対する医療的又は福祉的援助に関する専門的な知識及び技能を有する保健師、助産師、管理栄養士、栄養士、調理師等の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。
２　国は、アレルギー疾患を有する者に対しアレルギー疾患医療を適切に提供するための学校等、職場等と医療機関等との連携協力体制を確保すること、学校等の教員又は職員、事業主等に対するアレルギー疾患を有する者への医療的、福祉的又は教育的援助に関する研修の機会を確保すること、アレルギー疾患を有する者及びその家族に対する相談体制を整備すること、アレルギー疾患を有する者についての正しい理解を深めるための教育を推進することその他のアレルギー疾患を有する者の生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。
第四節　研究の推進等
第十九条　国は、アレルギー疾患の本態解明、革新的なアレルギー疾患の予防、診断及び治療に関する方法の開発その他のアレルギー疾患の罹 患率の低下並びにアレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に資する事項についての疫学研究、基礎研究及び臨床研究が促進され、並びにその成果が活用されるよう必要な施策を講ずるものとする。
２　国は、アレルギー疾患医療を行う上で特に必要性が高い医薬品、医療機器及び再生医療等製品の早期の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）の規定による製造販売の承認に資するよう、その治験が迅速かつ確実に行われる環境の整備のために必要な施策を講ずるものとする。
第五節　地方公共団体が行う基本的施策
第二十条　地方公共団体は、国の施策と相まって、当該地域の実情に応じ、第十四条から第十八条までに規定する施策を講ずるように努めなければならない。
第四章　アレルギー疾患対策推進協議会
第二十一条　厚生労働省に、アレルギー疾患対策基本指針に関し、第十一条第三項（同条第七項において準用する場合を含む。）に規定する事項を処理するため、アレルギー疾患対策推進協議会（次条において「協議会」という。）を置く。
第二十二条　協議会の委員は、アレルギー疾患を有する者及びその家族を代表する者、アレルギー疾患医療に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。
２　協議会の委員は、非常勤とする。
３　前二項に定めるもののほか、協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。
附　則　抄
（施行期日）
第一条　この法律は、公布の日から起算して一年六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただ



し、附則第三条の規定は、独立行政法人通則法の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備に関する法律（平成二十六年法律第六十七号）の公布の日又はこの法律の公布の日のいずれか遅い日から施行する。
附　則　（平成二六年六月一三日法律第六七号）　抄
（施行期日）
第一条　この法律は、独立行政法人通則法の一部を改正する法律（平成二十六年法律第六十六号。以下「通則法改正法」という。）の施行の日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。
一　附則第十四条第二項、第十八条及び第三十条の規定　公布の日
（処分等の効力）
第二十八条　この法律の施行前にこの法律による改正前のそれぞれの法律（これに基づく命令を含む。）の規定によってした又はすべき処分、手続その他の行為であってこの法律による改正後のそれぞれの法律（これに基づく命令を含む。以下この条において「新法令」という。）に相当の規定があるものは、法律（これに基づく政令を含む。）に別段の定めのあるものを除き、新法令の相当の規定によってした又はすべき処分、手続その他の行為とみなす。
（その他の経過措置の政令等への委任）
第三十条　附則第三条から前条までに定めるもののほか、この法律の施行に関し必要な経過措置（罰則に関する経過措置を含む。）は、政令（人事院の所掌する事項については、人事院規則）で定める。

# アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針

平成 29 年 3 月 21 日策定

目次

**第１　アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な事項**
**第２　アレルギー疾患に関する啓発及び知識の普及並びにアレルギー疾患の予防のための施策に関する事項**
**第３　アレルギー疾患医療を提供する体制の確保に関する事項**
**第４　アレルギー疾患に関する調査及び研究に関する事項**
**第５　その他アレルギー疾患対策の推進に関する重要事項**

本指針におけるアレルギー疾患とは、アレルギー疾患対策基本法（平成 26 年法律第 98 号。以下「法」という。）に定められており、気管支ぜん息、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、花粉症、食物アレルギーその他アレルゲンに起因する免疫反応による人の生体に有害な局所的又は全身的反応に係る疾患であって政令で定めるものである。

医学的にアレルギー疾患とは、粘膜や皮膚の慢性炎症を起こし、多くの患者でアレルゲンに対する特異的 IgE 抗体を有する、多様かつ複合的要因を有する疾患のこととされている。気管支ぜん息は、気道炎症を主な病態とし、繰り返し起こる咳嗽、喘鳴、呼吸困難等、可逆性の気道狭窄と気道過敏性の亢進に起因する症状を呈するとされている。アトピー性皮膚炎は、皮膚バリア機能の低下による易刺激性とアレルギー炎症が主な病態であり、瘙痒感を伴う湿疹を呈するとされている。アレルギー性鼻炎は、アレルゲン侵入後にくしゃみ、鼻漏、鼻閉等を呈するとされており、アレルギー性結膜炎は、流涙、目の瘙痒感と充血、眼瞼浮腫等を呈するとされている。花粉症は、アレルギー性鼻炎のうち花粉抗原による季節性アレルギー性鼻炎を指し、アレルギー性結膜炎を高頻度に合併するとされている。特にスギ花粉症の有病率は、アレルギー疾患の中で最も高く、全年齢層において増加の一途をたどっている。食物アレルギーでは、抗原食物の摂取等により、皮膚症状・呼吸器症状・消化器症状等が引き起こされ、時にアナフィラキシーと呼ばれる複数臓器に及ぶ全身性の重篤な過敏反応を起こすとされている。これらアレルギー疾患は、一度発症すると、複数のアレルギー疾患を合併し得ること、新たなアレルギー疾患を発症し得ること等の特徴（アレルギーマーチ）を有するため、これらの特徴を考慮した診療が必要になる。

我が国では、依然としてアレルギー疾患を有する者の増加が見られ、現在は乳幼児から高齢者まで国民の約二人に一人が何らかのアレルギー疾患を有していると言われている。アレルギー疾患を有する者は、しばしば発症、増悪、軽快、寛解、再燃を不定期に繰り返し、症状の悪化や治療のための通院や入院のため、休園、休学、休職等を余儀なくされ、時には成長の各段階で過ごす学校や職場等において、適切な理解、支援が得られず、長期にわたり生活の質を著しく損なうことがある。また、アレルギー疾患の中には、アナフィラキシーショックなど、突然症状が増悪することにより、致死的な転帰をたどる例もある。

近年、医療の進歩に伴い、科学的知見に基づく医療を受けることによる症状のコントロールがおおむね可能となってきているが、全ての患者がその恩恵を受けているわけではないという現状も指摘されており、診療・管理ガイドラインにのっとった医療のさらなる普及が望まれている。

このような状況を改善し、我が国のアレルギー疾患対策の一層の充実を図るため、平成 26 年 6 月に法が公布された。国、地方公共団体、アレルギー疾患を有する者やその家族及び関係者は、法に定められた基本理念や責務等にのっとり、共に連携しながらアレルギー疾患対策に主体的に参画し、突然症状が増悪することにより亡くなる等の事態を未然に防ぐとともに、アレルギー疾患を有する者の生活の質の維持向上に取り組むことが重要である。

アレルギー疾患対策は、生活の仕方や生活環境の改善、アレルギー疾患に係る医療（以下「アレルギー疾患医療」という。）の質の向上及び提供体制の整備、国民がアレルギー疾患に関し適切な情報を入手できる体制の整備、生活の質の維持向上のための支援を受けることができる体制の整備、アレルギー疾患に係る研究の推進並びに研究等の成果を普及し、活用し、発展させることを基本理念として行われなければならない。

本指針は、この基本理念に基づき、アレルギー疾患を有する者が安心して生活できる社会の構築を目指し、国、地方公共団体が取り組むべき方向性を示すことにより、アレルギー疾患対策の総合的な推進を図ることを目的として



法第 11 条第 1 項の規定に基づき策定するものである。

## 第１　アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な事項

（1）　基本的な考え方

ア　アレルギー疾患は、アレルゲンの曝露の量や頻度等の増減によって症状の程度に変化が生じるという特徴を有するため、アレルギー疾患を有する者の生活する環境、すなわち周囲の自然環境及び住居内の環境、そこでの生活の仕方並びに周囲の者の理解に基づく環境の管理等に大きく影響される。したがって、アレルギー疾患の発症や重症化を予防し、その症状を軽減するためには、アレルゲンに曝露しないようにすることが有効であり、アレルゲン回避のための措置を講ずることを念頭に、アレルギー疾患を有する者を取り巻く環境の改善を図ることが重要である。

イ　アレルギー疾患医療の提供体制は、アレルギー疾患を有する者が、その居住する地域に関わらず、科学的知見に基づく適切なアレルギー疾患医療を等しく受けられるよう、アレルギー疾患医療全体の質の向上及び科学的根拠に基づいたアレルギー疾患医療の提供体制の整備が必要である。

ウ　国民が、アレルギー疾患に関し、科学的知見に基づく適切な情報を入手できる体制を整備するとともに、アレルギー疾患に罹患した場合には、日常生活を送るに当たり、正しい知見に基づいた情報提供や相談支援等を通じ、生活の質の維持向上のための支援を受けることができる体制を整備することが必要である。

エ　アレルギー疾患に関する専門的、学際的又は総合的な研究を戦略的に推進するとともに、アレルギー疾患の発症及び重症化の予防、診断並びに治療等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させることが必要である。

（2）　国、地方公共団体、医療保険者、国民、医師その他の医療関係者及び学校等の設置者又は管理者の責務

ア　国は、基本的な考え方にのっとり、アレルギー疾患対策を総合的に策定及び実施する責務を有する。

イ　地方公共団体は、基本的な考え方にのっとり、アレルギー疾患対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定及び実施するよう努めなければならない。

ウ　医療保険者（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 7 条第 7 項に規定する医療保険者をいう。以下同じ。）は、国及び地方公共団体が講ずるアレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよう努めなければならない。

エ　国民は、アレルギー疾患に関する正しい知識を持ち、アレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に必要な注意を払うよう努めるとともに、アレルギー疾患を有する者について正しい理解を深めるよう努めなければならない。

オ　医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が講ずるアレルギー疾患対策に協力し、アレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に寄与するよう努めるとともに、アレルギー疾患を有する者の置かれている状況を深く認識し、科学的知見に基づく良質かつ適切なアレルギー疾患医療を行うよう努めなければならない。

カ　学校、児童福祉施設、老人福祉施設、障害者支援施設その他自ら十分に療養に関し必要な行為を行うことができない乳幼児、児童、生徒（以下「児童等」という。）、高齢者又は障害者が居住し又は滞在する施設の設置者又は管理者は、国及び地方公共団体が講ずるアレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよう努めるとともに、その設置又は管理する学校等において、アレルギー疾患を有する児童等、高齢者又は障害者に対して、適切な医療的、福祉的又は教育的配慮をするよう努めなければならない。

## 第２　アレルギー疾患に関する啓発及び知識の普及並びにアレルギー疾患の予防のための施策に関する事項

（1）　今後の取組の方針について

アレルギー疾患は、その有病率の高さゆえに、国民の生活に多大な影響を及ぼしているが、現時点においても本態解明は十分ではなく、また、生活環境に関わる多様で複合的な要因が発症及び重症化に関わっているため、その原因の特定が困難であることが多い。

一方、インターネット等にはアレルギー疾患の原因やその予防法、症状の軽減に関する膨大な情報があふれており、この中から、適切な情報を選択することは困難となっている。また、適切でない情報を選択したがゆえに、科学的知見に基づく治療から逸脱し、症状が再燃又は増悪する例が指摘されている。

このような現状を踏まえ、国は、国民がアレルゲンの除去や回避を含めた重症化予防の方法、症状の軽減の方法等、科学的根拠に基づいたアレルギー疾患医療に関する正しい知識を習得できるよう、国民に広く周知すること並びにアレルギー疾患の発症及び重症化に影響する様々な生活環境を改善するための取組を進める。

（2） 今後取組が必要な事項について

ア 国は、アレルギー疾患を有する児童等が他の児童等と分け隔てなく学校生活を送るため、必要に応じた適切な教育が受けられるよう、教育委員会等に対して適切な助言及び指導を行う。また、国は、児童福祉施設、放課後児童クラブ、老人福祉施設、障害者支援施設等を利用するアレルギー疾患を有する児童等、高齢者又は障害者に対する適切な啓発等について、地方公共団体に対して協力を求める。

イ 国は、国民がアレルギー疾患の正しい理解を得ることができるよう、地域の実情等に応じた社会教育の場を活用した啓発について、地方公共団体に対して協力を求める。

ウ 国は、地方公共団体に対して市町村保健センター等で実施する乳幼児健康診査等の母子保健事業の機会を捉え、乳幼児の保護者に対する適切な保健指導や医療機関への受診勧奨等、適切な情報提供を実施するよう求める。

エ 国及び地方公共団体は、医療保険者及び後期高齢者医療広域連合（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第48条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。）に対して、国及び地方公共団体が講ずるアレルギー疾患やアレルギー疾患の重症化予防、症状の軽減の適切な方法等に関する啓発及び知識の普及のための施策に協力するよう求める。

オ 国は、環境基本法（平成5年法律第91号）第16条第4項に規定する施策を講ずることにより、環境基準（同法同条第1項に規定する基準をいう。）が確保されるように努める。

カ 国は、花粉の飛散状況の把握等を行い、適切な情報提供を行うとともに、花粉の飛散の軽減に資するため、森林の適正な整備を図る。

キ 国は、地方公共団体と連携して受動喫煙の防止等を更に推進することを通じ、気管支ぜん息の発症及び重症化の予防を図る。

ク 国は、アレルギー疾患を有する者の食品の安全の確保のため、アレルギー物質を含む食品に関する表示等について科学的な検証を行う。また、国は、食物アレルギーの原因物質に関して定期的な調査を行い、食品表示法（平成25年法律第70号）に基づく義務表示又は推奨表示の充実に努めるとともに、外食等に関する食物アレルギー表示については、関係業界と連携し、外食事業者等が行う食物アレルギー表示の適切な情報提供の取組等を推進する。食品関連業者は、表示制度を遵守し、その理解を図るため従業員教育等を行う。さらに、地方公共団体は、表示の適正化を図るため、都道府県等食品衛生監視指導計画（食品衛生法（昭和22年法律第233号）第24条第1項に規定する計画をいう。）に基づき食品関連業者の監視等を実施する。

ケ 国は、関係学会等と連携し、アレルギー疾患の病態、診断に必要な検査、薬剤の使用方法、アレルゲン免疫療法（減感作療法）を含む適切な治療方法、重症化予防や症状の軽減の適切な方法並びにアレルギー疾患に配慮した居住環境及び生活の仕方といった生活環境がアレルギー疾患に与える影響等に係る最新の知見に基づいた正しい情報を提供するためのウェブサイトの整備等を通じ、情報提供の充実を図る。

**第3 アレルギー疾患医療を提供する体制の確保に関する事項**

（1） 今後の取組の方針について

国民がその居住する地域に関わらず、等しくそのアレルギーの状態に応じて適切なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、アレルギー疾患医療全体の質の向上を進めることが必要である。

具体的には、アレルギー疾患医療の専門的な知識及び技能を有する医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師その他の医療従事者の知識や技能の向上に資する施策を通じ、アレルギー疾患医療に携わる医療従事者全体の知識の普及及び技能の向上を図る。



また、アレルギー疾患医療は、診療科が内科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科等、多岐にわたることや、アレルギー疾患に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が偏在していることなどから、アレルギー疾患医療の提供体制に地域間格差が見られることが指摘されている。このような現状を踏まえ、アレルギー疾患医療の提供体制の在り方に関する検討を行い、アレルギー疾患医療全体の質の向上を図る。

（2） 今後取組が必要な事項について

ア 国は、アレルギー疾患医療に携わる医師に対して、最新の科学的知見に基づく適切な医療についての情報を提供するため、地方公共団体に対して、地域医師会等と協力し講習の機会を確保することを求める。また、関係学会に対して、アレルギー疾患に携わる専門的な知識及び技能を有する医師等を講習に派遣し、講習内容を充実させるための協力を求める。

イ 国は、医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師その他の医療従事者の育成を行う大学等の養成課程におけるアレルギー疾患に関する教育について、内容の充実を図るため関係学会と検討を行い、その検討結果に基づき教育を推進する。

ウ 国は、医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師その他の医療従事者の知識の普及及び技能の向上を図るため、これらの医療従事者が所属する関係学会等が有する医療従事者向け認定制度の取得等を通じた自己研鑽を促す施策等の検討を行う。

エ 国は、関係学会等がウェブサイトに掲載しているアレルギー疾患に携わる専門的な知識及び技術を有する医療従事者並びにアレルギー疾患医療に係る提供機関の情報について、ウェブサイト等を通じ、患者やその家族、医療従事者向けに提供する。

オ 国は、アレルギー疾患を有する者が居住する地域に関わらず、適切なアレルギー疾患医療や相談支援を受けられるよう、アレルギー疾患医療の提供体制の在り方に関する検討を行い、その検討結果に基づいた体制を整備する。

カ 国は、アレルギー疾患医療の提供体制の更なる充実を図るため、国立研究開発法人国立成育医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構相模原病院等アレルギー疾患医療の全国的な拠点となる医療機関及び地域の拠点となる医療機関のそれぞれの役割や機能並びにこれらの医療機関とかかりつけ医との間の連携協力体制に関する検討を行い、その検討結果に基づいた体制を整備する。

キ 国は、国立研究開発法人国立成育医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構相模原病院を中心とする医療機関の協力のもと、最新の科学的知見に基づく適切な医療に関する情報の提供、アレルギー疾患医療に関する研究及び専門的な知識と技術を有する医療従事者の育成等を推進する。

ク アレルギー症状を引き起こす原因物質の特定は困難なことが多く、容易に診断ができない場合がある。国は、正確な診断とそれに基づく適切な重症化予防や治療が行われるよう、原因物質の特定や専門的な医療機関と関係団体との連携による情報の共有を図るため、アレルギー症状を引き起こした可能性のある成分を適切かつ効率的に確保及び活用するための仕組みについて検討する。

**第4 アレルギー疾患に関する調査及び研究に関する事項**

（1） 今後の取組の方針について

アレルギー疾患に係る根治療法の開発及び普及が十分でないため、アレルギー疾患を有する者は、多くのアレルギー疾患以外の慢性疾患を有する者と同様に、長期にわたり生活の質が損なわれる場合がある。アレルギー疾患は、その有病率の高さ等により、社会全体に与える影響も大きいが、発症並びに重症化の要因、診療・管理ガイドラインの有効性及び薬剤の長期投与の効果並びに副作用等、未だに明らかになっていないことが多い。これら諸問題の解決に向け、疫学研究、基礎研究、治療開発（橋渡し研究の活性化を含む。）及び臨床研究の長期的かつ戦略的な推進が必要である。

アレルギー疾患は、最新の科学的知見に基づいた治療を行うことで、症状のコントロールがある程度可能であるが、診療科が、内科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科等、多岐にわたることや、アレルギー疾患に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の偏在等により、その周知、普及及び実践が進んでいない。最新の科

学的知見に基づくアレルギー疾患医療の周知、普及及び実践の程度について、適切な方法で継続的に現状を把握し、それに基づいた対策を行うことで、国民が享受するアレルギー疾患医療全体の質の向上を図る。

（2） 今後取組が必要な事項について

ア　アレルギー疾患の罹患率の低下並びにアレルギー疾患の重症化の予防及び症状の軽減を更に推進するためには、疫学研究によるアレルギー疾患の長期にわたる推移（自然史）の解明等良質なエビデンスの蓄積とそれに基づく定期的な診療・管理ガイドラインの改訂が必要であり、国は、関係学会等と連携し、既存の調査、研究を活用するとともに、アレルギー疾患の疫学研究を実施する。また、地方公共団体の取組や患者数、死亡者数の増減などを長期にわたり把握することで、基本指針に基づいて行われる国の取組の効果を客観的に評価し、国におけるより有効な取組の立案につなげる。

イ　国は、アレルギー疾患を有する者の生活の質の維持向上のみならず、アレルギー疾患に起因する死亡者数を減少させるため、アレルギー疾患の本態解明の研究を推進し、アレルゲン免疫療法（減感作療法）をはじめとする根治療法の発展及び新規開発を目指す。

ウ　国は、国立研究開発法人国立成育医療研究センター、独立行政法人国立病院機構相模原病院その他の専門的なアレルギー疾患医療の提供等を行う医療機関と臨床研究中核病院等関係機関との連携体制を整備し、速やかに質の高い臨床研究や治験を実施し、世界に先駆けた革新的なアレルギー疾患の予防、診断及び治療方法の開発等を行うとともに、これらに資するアレルギー疾患の病態の解明等に向けた研究を推進するよう努める。

エ　国は、疫学研究、基礎研究、治療開発及び臨床研究の中長期的な戦略の策定について検討を行う。

**第５　その他アレルギー疾患対策の推進に関する重要事項**

（1） アレルギー疾患を有する者の生活の質の維持向上のための施策に関する事項

ア　国は、アレルギー疾患を有する者への対応が求められることが多い保健師、助産師、管理栄養士、栄養士及び調理師等（以下「保健師等」という。）がアレルギー疾患への対応に関する適切な知見を得られるよう、地方公共団体に対して、関係学会等と連携し講習の機会を確保することを求める。

イ　国は、保健師等の育成を行う大学等の養成課程におけるアレルギー疾患に対する教育を推進する。

ウ　国は、保健師等のアレルギー疾患に係る知識及び技能の向上に資するため、これらの職種に関連する学会等が有する認定制度の取得等を通じた自己研鑽を促す施策等の検討を行う。

エ　国は、財団法人日本学校保健会が作成した「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」及び文部科学省が作成した「学校給食における食物アレルギー対応指針」等を周知し、実践を促すとともに、学校の教職員等に対するアレルギー疾患の正しい知識の習得や実践的な研修の機会の確保等について、教育委員会等に対して必要に応じて適切な助言及び指導を行う。児童福祉施設や放課後児童クラブにおいても、職員等に対して、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」（平成23年３月17日付け雇児保発0317第１号厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知）等既存のガイドラインを周知するとともに、職員等に対するアレルギー疾患の正しい知識の習得や実践的な研修の機会の確保等についても地方公共団体と協力して取り組む。また、老人福祉施設、障害者支援施設等においても、職員等に対するアレルギー疾患の正しい知識の啓発に努める。

オ　国は、アレルギー疾患を有する者がアナフィラキシーショックを引き起こした際に、適切な医療を受けられるよう、教育委員会等に対して、アレルギーを有する者、その家族及び学校等が共有している学校生活管理指導表等の情報について、医療機関、消防機関等とも平時から共有するよう促す。

カ　国は、アレルギー疾患を有する者がアナフィラキシーショックを引き起こした際に、必要となるアドレナリン自己注射薬の保有の必要性や注射のタイミング等の当該注射薬の使用方法について、医療従事者が、アレルギー疾患を有する者やその家族及び関係者に啓発するよう促す。

キ　国は、アレルギー疾患を有する者が適切なアレルギー疾患医療を受けながら就労を維持できる環境の整備等に関する施策を検討する。

ク　国は、関係学会等と連携し、アレルギー疾患を有する者やその家族の悩みや不安に対応し、生活の質の維持向上を図るため、相談事業の充実を進める。

ケ　国は、関係学会等と連携し、アレルギー疾患を有する者を含めた国民が、アレルギー疾患を有する者への正しい理解のための適切な情報にいつでも容易にアクセスできるようウェブサイト等の充実を行う。

（2） 地域の実情に応じたアレルギー疾患対策の推進

ア　地方公共団体は、アレルギー疾患対策に係る業務を統括する部署の設置又は担当する者の配置に努める。

イ　地方公共団体は、地域の実情を把握し、医療関係者、アレルギー疾患を有する者その他の関係者の意見を参考に、地域のアレルギー疾患対策の施策を策定し、及び実施するよう努める。

（3） 災害時の対応

ア　国及び地方公共団体は、平常時において、関係学会等と連携体制を構築し、様々な規模の災害を想定した対応の準備を行う。

イ　国は、災害時において、乳アレルギーに対応したミルク等の確実な集積と適切な分配に資するため、それらの確保及び輸送を行う。また、国は、地方公共団体に対して防災や備蓄集配等に関わる担当部署とアレルギー疾患対策を担当する部署が連携協力の上、食物アレルギーに対応した食品等の集積場所を速やかに設置し、物資の受け取りや適切なタイミングで必要な者へ提供できるよう支援する。

ウ　国及び地方公共団体は、災害時において、関係学会等と連携し、ウェブサイトやパンフレット等を用いた周知を行い、アナフィラキシー等の重症化の予防に努める。

エ　国及び地方公共団体は、災害時において、関係団体等と協力し、アレルギー疾患を有する者、その家族及び関係者並びに医療従事者向けの相談窓口の設置を速やかに行う。

（4） 必要な財政措置の実施と予算の効率化及び重点

国は、アレルギー疾患対策を推進するため、本指針にのっとった施策に取り組む必要があり、それに必要な予算を確保していくことが重要である。

その上で、アレルギー疾患対策を効率化し、成果を最大化するという視点も必要であり、関係省庁連絡会議等において、関係府省庁間の連携の強化及び施策の重点化を図る。

（5） アレルギー疾患対策基本指針の見直し及び定期報告

法第11条第６項において、「厚生労働大臣は、アレルギー疾患医療に関する状況、アレルギー疾患を有する者を取り巻く生活環境その他のアレルギー疾患に関する状況の変化を勘案し、及び前項の評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、アレルギー疾患対策基本指針に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない。」とされている。

本指針は、アレルギー疾患を巡る現状を踏まえ、アレルギー疾患対策を総合的に推進するために基本となる事項について定めたものである。国は、国及び地方公共団体等が実施する取組について定期的に調査及び評価を行い、アレルギー疾患に関する状況変化を的確に捉えた上で、厚生労働大臣が必要であると認める場合には、策定から五年を経過する前であっても、本指針について検討を加え、変更する。

なお、アレルギー疾患対策推進協議会については、関係府省庁を交え、引き続き定期的に開催するものとし、本指針に定められた取組の進捗の確認等、アレルギー疾患対策の更なる推進のための検討の場として機能させるものとする。

医政医発 1127 第 1 号
平成 25 年 11 月 27 日

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長　殿

厚生労働省医政局医事課長

医師法第１７条の解釈について（回答）

平成25年11月13日付け25ス学健第17号をもって照会のあった件について、下記のとおり回答いたします。

記

貴見のとおり。

２５ス学健第１７号
平成２５年１１月１３日

厚生労働省医政局医事課長　殿

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長
大　路　正　浩

医師法第１７条の解釈について（照会）

標記の件について、下記のとおり照会しますので、御回答くださるようお願い申し上げます。

記

学校現場等で児童生徒がアナフィラキシーショックに陥り生命が危険な状態である場合に、救命の現場に居合わせた教職員が自己注射薬（「エピペン®」）を自ら注射ができない本人に代わって注射する場合が想定されるが、当該行為は緊急やむを得ない措置として行われるものであり、公益財団法人日本学校保健会発行、文部科学省監修の「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（平成 20 年 3 月 31 日）において示している内容に即して教職員が注射を行うものであれば、医師法違反とはならないと解してよろしいか。

（担当）
文部科学省スポーツ・青少年局
学校健康教育課保健指導係
電　話：03-5253-4111（内線：2918）

# 除去解除申請書

年　　月　　日

（学校名）＿＿＿＿＿＿＿＿
（年組）＿＿＿＿＿＿＿＿
（児童生徒氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿

本児童生徒は学校生活管理指導表により除去していた（食品名：　　）について、医師の指導の元、これまでに複数回摂取して症状が誘発されていませんので、学校給食における除去解除をお願いします。

（保護者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿

本書は、文部科学省補助金による学校保健センター事業として、下記の財団法人日本学校保健会に設置した「学校におけるアレルギー疾患に対する取組推進検討委員会」で作成したものである。

## 学校におけるアレルギー疾患に対する取組推進検討委員会委員名簿（平成19年度）

| | | |
|---|---|---|
| 委員長 | 衞藤　隆 | 東京大学大学院教育学研究科　教授 |
| | 今井孝成 | 国立病院機構相模原病院小児科　医師 |
| | 海老澤元宏 | 国立病院機構相模原病院臨床研究センター<br>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<br>アレルギー児を支える全国ネット<br>アラジーポット　専務理事 |
| | 斉藤史洋 | 神奈川県立上溝南高等学校　教諭 |
| | 洲崎春海 | 昭和大学医学部耳鼻咽喉科　教授 |
| | 清古愛弓 | 千代田区保健福祉部健康推進　課長 |
| | 高橋慶子 | 群馬県教育委員会スポーツ健康課　指導主事（総括） |
| | 高村悦子 | 東京女子医大大学眼科　准教授<br>社団法人日本眼科医会　理事 |
| | 土橋紀久子 | 甲府市立北西中学校　養護教諭 |
| | 中嶋恒子 | 松本市西部学校給食センター　主幹 |
| | 西間三馨 | 国立病院機構福岡病院長 |
| | 服部瑛 | 医療法人はっとり皮膚科医院　理事長<br>日本臨床学皮膚科医会　常任理事 |
| | 秀道広 | 広島大学医学部皮膚科　教授 |
| | 藤原淳子 | 川崎市教育委員会学校教育部指導課　主査 |
| | 古江増隆 | 九州大学大学院皮膚科学　教授 |
| | 宮本香代子 | 広島市立東野小学校　校長 |
| | 森川昭廣 | 群馬大学大学院小児生体防御学　教授 |

この本の作成にご協力いただいた方

市　場　祥　子　社団法人全国学校栄養士協議会　会長
駒　場　啓　子　宇都宮市立姿川第二小学校　栄養教諭
住　井　久　子　愛知県江南市立北部学校給食センター
外　山　澄　子　霧島市立舞鶴中学校 栄養教諭
中　野　志女子　出雲市立長浜小学校 栄養教諭
西　川　智　子　長崎県教育庁義務教育課　指導主事
林　　美智子　厚真町学校給食センター　栄養教諭
於　保　和　子　神奈川県茅ヶ崎市浜之郷小学校　養護教諭

なお、本書の作成にあたり、

岡　田　就　将　文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課　専門官

のほか、下記の方々にご指導いただきました。

今　関　豊　一　文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課　教科調査官
田　中　延　子　文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課　学校給食調査官
北　垣　邦　彦　文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課　健康教育調査官
采　女　智津江　文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課　健康教育調査官
成　田　憲　隆　文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課　専門官
成　瀬　幸　宏　文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課　保健指導係長

本書は、文部科学省補助金（健康教育振興事業費補助金）により下記の公益財団法人日本学校保健会に設置した「学校におけるアレルギー疾患に対する取組ガイドライン改訂委員会」で作成したものである。

## 学校におけるアレルギー疾患に対する取組ガイドライン改訂委員会
### 委員名簿（平成30年度・令和元年度）50音順

| | | |
|---|---|---|
| | 今　井　孝　成 | 昭和大学医学部　小児科学講座　教授 |
| | 岩　澤　奈々子 | 川口市立戸塚西中学校　教頭 |
| | 海老澤　元　宏 | 国立病院機構相模原病院　臨床研究センター　副臨床研究センター長 |
| | 大　藪　由布子 | 公益社団法人日本眼科医会　理事 |
| | 岡　野　光　博 | 国際医療福祉大学医学部　耳鼻咽喉科学講座　教授 |
| | 加　藤　則　人 | 京都府立医科大学大学院 医学研究科　皮膚科学　教授 |
| | 園　部　まり子 | NPO 法人アレルギーを考える母の会　代表 |
| | 戸　塚　豊　子 | 静岡市立城内中学校　養護教諭 |
| | 廣　瀬　　郷 | 調布市教育委員会　教育部学務課　課長補佐 |
| 委員長 | 藤　澤　隆　夫 | 国立病院機構三重病院　院長 |
| | 藤　田　明　彦 | 大阪府堺市立竹城台東小学校　校長 |
| | 藤　谷　宏　子 | 公益社団法人日本小児科医会　業務執行理事 |
| | 道　永　麻　里 | 公益社団法人日本医師会　常任理事 |
| | 吉　原　重　美 | 獨協医科大学医学部　小児科学講座　主任教授 |
| | 萬　　かおり | 琴浦町立浦安小学校　栄養教諭 |

この本の作成にご協力いただいた方

| | |
|---|---|
| 柳　田　紀　之 | 国立病院機構相模原病院　小児科　医長 |

なお、本書の作成にあたり、

| | |
|---|---|
| 小　林　沙　織 | 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課　学校保健対策専門官 |
| 松　﨑　美　枝 | 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課　健康教育調査官 |

のほか、下記の方々並び各省庁・局課にご指導いただきました。

| | |
|---|---|
| 平　山　直　子 | 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課　課長 |
| 大　塚　和　明 | 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課　課長補佐 |
| 齊　藤　る　み | 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課　学校給食調査官 |

文部科学省初等中等教育局幼児教育課
厚生労働省健康局がん疾病対策課
厚生労働省子ども家庭局保育課
内閣府子ども・子育て本部認定こども園担当

# MEMO

# 学校のアレルギー疾患に対する
# 取り組みガイドライン

令和元年度改訂

初版　令和２年３月25日

監　修
**文部科学省初等中等教育局健康教育･食育課**

発行者
**公益財団法人　日本学校保健会**©
〒105-0001　東京都港区虎ノ門2-3-17
虎ノ門２丁目タワー６階
TEL　03(3501)0968
FAX　03(3592)3898
URL　http://www.hokenkai.or.jp/

印刷所
**株式会社アイネット**

本書の無断複写・複製・転載・デジタルデータ化を禁じます。