学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン

財団法人 日本学校保健会

監修 文部科学省スポーツ・青少年局
学校健康教育課

ま え が き

平成19年４月、文部科学省が「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」を発表しました。

この報告書では、学校やクラスに、アレルギー疾患の子どもたちがいるという前提に立った学校の取り組みが必要であるとの認識が示されました。また、アレルギー疾患の子どもに対して、学校が、医師の指示に基づき必要な教育上の配慮を行うことができるような仕組み作りについての提言もなされました。

平成20年１月には、中央教育審議会答申「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」においても、アレルギー疾患などの子どもの現代的健康課題に対応するという視点が、今後の学校保健のあり方を考える上で重要な視点として示されました。

本会は、報告書の提言を踏まえ、アレルギー疾患を専門とする医師の方々や学識者の方、学校で子どもの指導に当たる方々、また保護者の立場の方にお集まりいただいた「学校のアレルギー疾患に対する取組推進検討委員会」を平成19年５月に設置させていただき、アレルギー疾患の子どもが「安全・安心」に学校生活を送ることが出来るよう、検討を進めて参りました。

その成果としてこのたび、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」と「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をお示しすることが出来る運びとなりました。

学校のアレルギー疾患対策に携わる皆様に活用いただければ、委員の皆様が心血注いで取り組んでこられたこの成果が実り、アレルギー疾患の子どもの送る学校生活がより一層「安全・安心」なものとなることと自負しております。

終わりに、委員長の衞藤 隆 先生をはじめ委員の皆様方のほか作成に御協力いただきました皆様に厚く御礼申し上げます。

平成20年３月

財団法人 日本学校保健会
会　長　**唐　澤　祥　人**

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）」に基づく取り組み～

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

2．アレルギー疾患とその取り組み…… 4

2-1　アレルギー疾患とは …… 4

2-2　緊急時の対応 …… 7

2-3　学校生活で求められる配慮・管理 …… 8

3．「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づく取り組み…… 10

3-1　アレルギー疾患の特徴を踏まえた取り組み …… 10

3-2　「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」とは …… 11

3-3　取り組み実践までのながれ …… 14

3-4　保護者や主治医への説明 …… 16

3-5　管理指導表の取り扱い …… 17

第２章　疾患各論

1．気管支ぜん息…… 21

1-1　「病型・治療」欄の読み方…… 22

1-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方…… 30

2．アトピー性皮膚炎…… 37

2-1　「病型・治療」欄の読み方…… 38

2-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方…… 44

3．アレルギー性結膜炎…… 51

3-1　「病型・治療」欄の読み方…… 52

3-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方…… 56

4．食物アレルギー ・アナフィラキシー …… 59

4-1　「病型・治療」欄の読み方…… 61

4-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方…… 69

5．アレルギー性鼻炎…… 81

5-1　「病型・治療」欄の読み方…… 82

5-2　「学校生活上の留意点」欄の読み方…… 85

※本ガイドラインで記載する学校とは学校教育法における学校を意味し、幼稚園、小学校、中学校、中等教育学校、高等学校、特別支援学校、大学等のことをいう。また、児童生徒とは、幼児、児童、生徒及び学生を指す。教職員には、常勤職員、非常勤職員が含まれる。

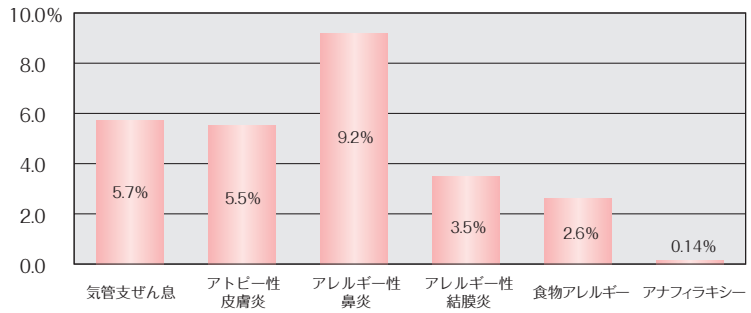
第１章　総論

～「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づく取り組み～

1 すべての児童生徒が安心して学校生活を送ることのできる環境作りをめざして

平成19年４月に文部科学省が発表した「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」（以下「報告書」）には、平成16年６月末時点で、公立の小、中、高等学校に所属する児童生徒のアレルギー疾患の有病率は、気管支ぜん息5.7％、アトピー性皮膚炎5.5％、アレルギー性鼻炎9.2％、アレルギー性結膜炎3.5％、食物アレルギー2.6％、アナフィラキシー0.14％であることが示されています。

児童生徒全体のアレルギー疾患有病率



このような現状を受け、「報告書」では「アレルギー疾患はまれな疾患ではなく、学校保健を考える上で、既に、学校に、クラスに、各種のアレルギー疾患の子どもたちが多数在籍しているということを前提としなければならない状況になっている。」との認識が示されました。

学校がアレルギー疾患の児童生徒に対する取り組みを進めていくためには、学校生活での配慮や管理に生かすことのできる個々の児童生徒の詳細な情報を把握していく必要があります。その方策として、主治医によって記載され、保護者を通じて学校に届けられるアレルギー版の学校生活管理指導表を用いた仕組みが提言されました。

この提言を受けて、平成19年５月、㈶日本学校保健会に「学校のアレルギー疾患に対する取組推進検討委員会」（以下「本委員会」）が設置されました。本書は、「報告書」での提言を具体化した「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」が円滑に利用されることを目的に、文部科学省の監修のもと本委員会で作成した学校向けのアレルギー疾患取り組みガイドラインです。

本書は、一般的なケースを想定して記載したものであり、全てのケースにそのまま当てはめられるものではありません。また、本書は現時点での最新の知見に基づき作成したものですが、アレルギー疾患の診断や治療は日々進歩しており、常に最新の情報に基づいた取り組みを行う必要もあります。

アレルギー疾患のある児童生徒の学校生活を安心・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。

平成20年３月

財団法人 日本学校保健会
「学校のアレルギー疾患に対する取組推進検討委員会」
委員長　**衛　藤　　隆**

2 アレルギー疾患とその取り組み

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ときに用いられる言葉です。

分かりやすくアレルギー性鼻炎を例に説明します。アレルギー性鼻炎ではない人の場合、花粉やホコリ（ダニ）が鼻に入ってきても、せいぜい大量に入ってきたときにくしゃみをするくらいで、大きな症状は生じません。ところが、アレルギー性鼻炎の人の場合は、入ってくる花粉やダニが微量でも、くしゃみ、鼻水、鼻づまりが起きます。そもそも、くしゃみは異物を鼻の外に吹き飛ばし、鼻水は鼻の内部についた異物を鼻の外に流し出し、鼻づまりは異物を鼻の中に入りにくくするという合目的的な反応なのですが、アレルギー性鼻炎の人ではその反応が免疫反応により必要以上に強く起きてしまうため、くしゃみが頻回に出、しょっちゅう鼻水が出るため鼻をかみ、鼻づまりにより息がしにくくなるという日常生活に支障をきたすような状態、つまり病気になってしまいます。

アレルギーによる子どもの代表的な疾患としてはアレルギー性鼻炎のほかに、アレルギー性結膜炎、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎などがあります。これらの疾患には共通して免疫反応が関与しており、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。

そして、疾患のメカニズムに共通している部分が多いため、いくつかのアレルギー疾患を合併する子どもが多いことも事実です。とくに気管支ぜん息とアレルギー性鼻炎の合併頻度は高く、気管支ぜん息の子どもの多くは程度の差こそあれ、鼻にもアレルギー反応が認められます。

最初に、アレルギーとは体にとって好ましくない免疫反応であるといいましたが、この免疫反応には主にIgEと呼ばれる血液中の抗体（免疫グロブリン）が関与しています。それぞれのIgEは、何に対して免疫反応を起こすかが決まっていて、その対象がアレルゲン（抗原）と呼ばれます。

一般的には、アレルギー性鼻炎やアレルギー性結膜炎の子どもは花粉や家のホコリの中のチリダニ、動物の毛・フケに対するIgEを、気管支ぜん息の子どもはチリダニに対するIgEを、乳幼児のアトピー性皮膚炎や食物アレルギーの子どもは卵白、牛乳、小麦に対するIgEを多くもっていることが知られています。

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

動物の毛・フケ：ネコ、イヌ、ハムスターの毛やフケ

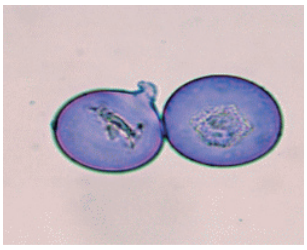
アレルギー疾患になりやすいかどうかは、主にIgEをたくさん作りやすい体質であるかと、免疫反応がしばしば引き起こされるようなアレルゲンの曝露の多い生活環境や生活習慣があるかが関係しています。ですから、親や兄弟姉妹がアレルギー疾患の場合には、体質が似ていて生活環境・習慣も共通していますので、本人もアレルギー疾患になりやすいと考えるのが自然です。

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わけはなく、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、アレルギー疾患の子どものほとんどがアレルギーのない子ども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。

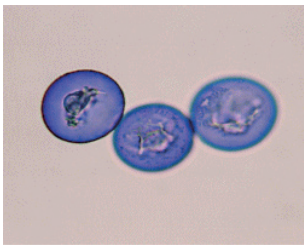
主な季節性アレルゲン

■季節性アレルゲンの例

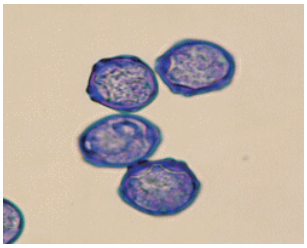
スギ



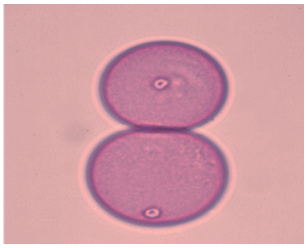
ヒノキ



ハンノキ

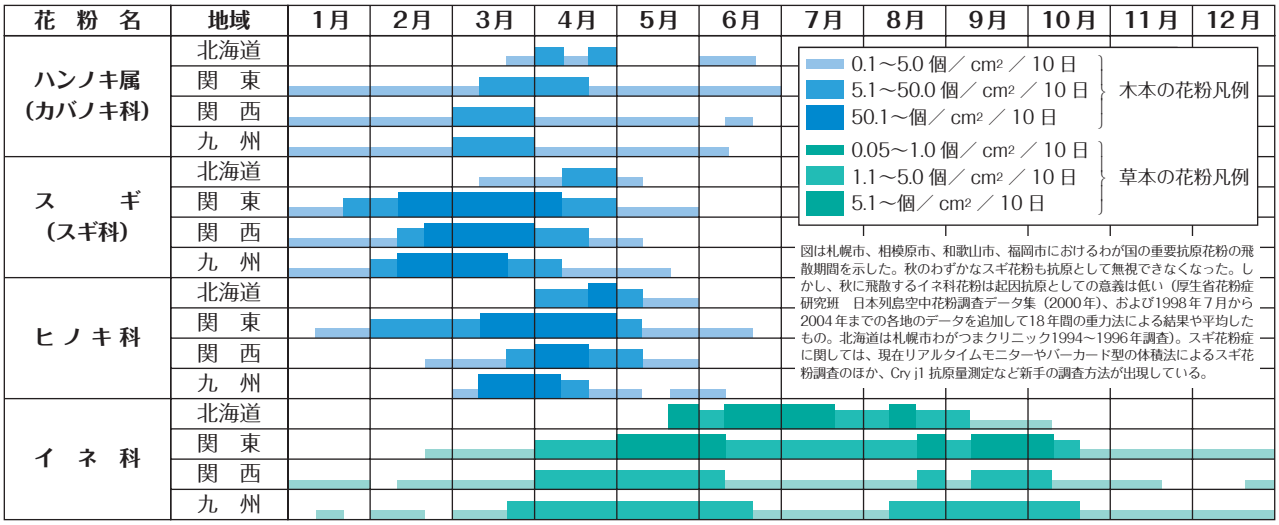


カモガヤ



（出典；環境省花粉観測システム「花粉ライブラリー」）

■主な花粉症原因植物の開花期



（出典：鼻アレルギー診療ガイドライン2005年版」より一部改変）

アレルギーがあっても
元気に
暮らそう

2－2 緊急時の対応

アレルギー疾患には、気管支ぜん息や食物アレルギー・アナフィラキシーのように緊急の対応を要する疾患があります。特に、アナフィラキシーは非常に短時間のうちに重篤な状態に至ることがありますので、ここでは主にアナフィラキシーの発症を例に緊急時の対応のながれを示します。

緊急時に備えてアドレナリンの自己注射薬である「エピペン®」（商品名）※1、※2や内服薬等が処方されていることがありますので、教職員の誰が発見者になった場合でも適切な対応がとれるように教職員全員が情報を共有し、常に準備をしておく必要があります。

アナフィラキシー症状をきたした児童生徒を発見したときの対応（モデル図）

異変に気づく
（発見者）

＜異常を示す症状＞
皮膚・粘膜症状：じんましん、かゆみ、目の充血
呼吸器症状：せき、ゼーゼー・ヒューヒュー、呼吸困難
消化器症状：吐き気、嘔吐、腹痛
アナフィラキシーショック：血圧低下、頻脈、意識障害・消失

（管理指導表；学校生活管理指導表（アレルギー疾患用））

◆大声で応援を呼ぶ
（近くの児童生徒に他の教職員を呼ぶように伝える。）

発見者（及び応援にかけつけた養護教諭などの教職員）

周囲の安全の確認

反応があるか？
- **あり** → 応急処置（プレホスピタルケア）
- **なし** ↓

・「エピペン®」の注射（可能な場合）

※2　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に代わって、「エピペン®」を注射することは医師法違反には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え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ものと考えられます。（詳細は食物アレルギー・アナフィラキシー参照）

・119番通報
・AEDの準備、実施

一次救命処置
・気道確保
自発呼吸がない場合
・胸骨圧迫
・人工呼吸
・AED 装置　　など

応急処置（プレホスピタルケア）

①状態の把握
・意識状態、呼吸、心拍等の把握
・症状・経過の把握
・基礎情報の確認（管理指導表の確認）
症状は分単位で急速に進行することが多く、観察者は最低１時間は目を離さないようにする。

②応急処置
＊管理指導表の指示に基づいて行う。
＊緊急時の処方がなされている場合には使用する環境を整える。（**「エピペン®」の注射**など）
※1「エピペン®」はアナフィラキシーの補助治療薬であり、呼吸困難などの呼吸器系の症状が出現してきたら、すぐに使用すべきである。

連絡

校長・教頭 等
緊急時の対応の実施
1．対応者への指示
2．救急車要請など各種判断
3．必要に応じて主治医等への相談
4．保護者への連絡（学級担任が行う）　など

指示

応援

周囲の教職員（応援にかけつけた教職員）
1．観察者ととも応急処置に参加
2．管理指導表の確認
3．症状の記録
4．周囲の児童生徒の管理
5．救急隊の誘導　　など

救急車要請の目安
・アナフィラキシーの兆候が見られる場合
・食物アレルギーでの呼吸器症状の疑いがある場合
・管理指導表で指示がある場合
・「エピペン®」を使用した場合
・主治医、学校医等または保護者から要請がある場合　　など

救急隊へのバトンタッチ

2－3 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。

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

そのほか、次の点にも配慮が必要です。

■他の児童生徒への説明

アレルギー疾患の児童生徒への取り組みを進めるにあたっては、他の児童生徒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、他の児童生徒に対してどのような説明をするかは、他の児童生徒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及び保護者の意向も踏まえて決定してください。

㈶日本学校保健会では、アレルギー疾患の児童生徒の保護者の会などの協力を得て、児童生徒を対象としたアレルギー疾患についての様々な啓発資料などを紹介しています。（「学校保健」http://www.gakkohoken.jp）

啓発資料の一例

■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。

アレルギー疾患に関するさらなる情報の入手先

近年、アレルギー疾患に対する診断・治療は、厚生労働省の補助を受けたガイドラインが作成されるなど急速に進歩しています。

学校が、保護者または児童生徒本人からアレルギー疾患に関する詳しい情報を尋ねられたり、アレルギー疾患の診療を行っている医師・医療機関に関する情報を尋ねられたりした場合、以下の情報を参考にすることができます。（平成20年３月現在）

- 厚生労働省リウマチ・アレルギー情報
- ㈳日本アレルギー学会
- ㈳日本皮膚科学会（Ｑ＆Ａアトピー性皮膚炎）
- ㈶日本アレルギー協会
- 日本小児アレルギー学会
- ㈱環境再生保全機構／ぜん息などの情報館
- 「医療と健康のシンポジウム」（㈶日本予防医学協会）
- 「アトピー性皮膚炎についていっしょに考えましょう」（九州大学医学部皮膚科学教室）

3 「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」に基づく取り組み

3－1 アレルギー疾患の特徴を踏まえた取り組み

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

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り組み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り組みを説明しています。

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であっても個々の児童生徒で症状が大きく異なるということがあります。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、気管支ぜん息では、発作のなかった児童生徒が、運動をきっかけに急に発作を起こすことがしばしば経験されます。食物アレルギーでも、原因食物の摂取後、症状が急速に進行することがまれではありません。このように、気管支ぜん息や食物アレルギー・アナフィラキシーの症状は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（２－２「緊急時の対応」参照）。

重要　アレルギー疾患に対する取り組みのポイント

○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

ワンポイント　アレルギー疾患の治療・管理の目標

2007年に㈳日本アレルギー学会から出版された『アレルギー疾患　診断・治療ガイドライン2007』によると、アレルギー疾患の治療・管理の目標は以下のように設定されています。

1. 健康人と変わらない日常生活を送れること。小児では、正常な発育が保たれていること。
2. 正常に近い肺機能、組織、粘膜の状態を維持し、不可逆性の変化を防ぐこと。
3. 気道、皮膚、粘膜症状がなく、十分な夜間睡眠が可能なこと。
4. 急性増悪を起こさないこと。
5. 他の合併症を引き起こさないこと。
6. 治療薬による副作用がないこと。

アレルギー疾患のある児童生徒は、このような目標をもって治療を受けていることを知ってください。

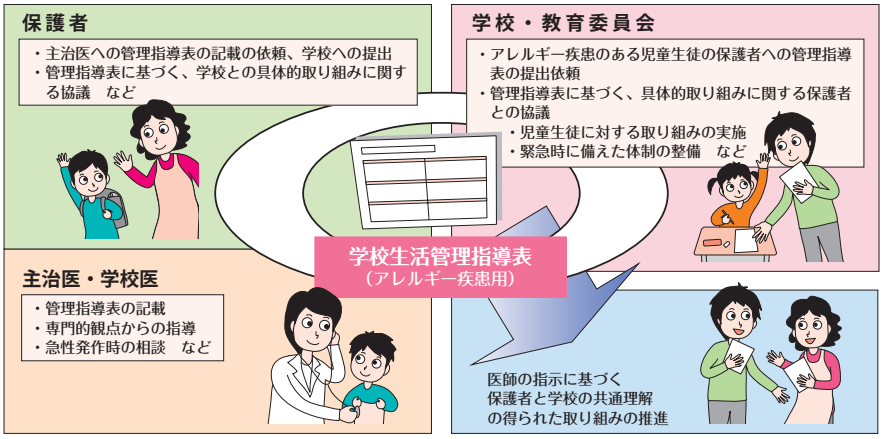
3－2「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」とは

アレルギー疾患の児童生徒に対する取り組みを進めるためには、個々の児童生徒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本書では、**「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）という一定のフォーマットを提示し、これを用いて学校が必要な情報を把握し、実際の取り組み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、原則として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を把握し、学校での取り組み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、学校の求めに応じ、主治医・学校医に記載してもらい、学校に提出する。

③学校は、管理指導表に基づき、保護者と協議し取り組みを実施する。

④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について１枚提出される。

⑤学校は提出された管理指導表を、個人情報の取り扱いに留意するとともに、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。

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。（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に対する給食での取り組みなど必要な場合には、保護者に対しさらに詳細な情報の提出を求め、総合して活用する。

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

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

気管支ぜん息（あり・なし）

病型・治療

A．重症度分類（発作型）
1．間欠型
2．軽症持続型
3．中等症持続型
4．重症持続型

B-1．長期管理薬（吸入薬）
1．ステロイド吸入薬
2．長時間作用性吸入ベータ刺激薬
3．吸入抗アレルギー薬
（「インタール®」）
4．その他
（　　）

B-2．長期管理薬（内服薬・貼付薬）
1．テオフィリン徐放製剤
2．ロイコトリエン受容体拮抗薬
3．ベータ刺激内服薬・貼付薬
4．その他
（　　）

C．急性発作治療薬
1．ベータ刺激薬吸入
2．ベータ刺激薬内服

D．急性発作時の対応（自由記載）

学校生活上の留意点

A．運動（体育・部活動等）
1．管理不要
2．保護者と相談し決定
3．強い運動は不可

B．動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動
1．配慮不要
2．保護者と相談し決定
3．動物へのアレルギーが強いため不可
動物名（　　）

C．宿泊を伴う校外活動
1．配慮不要
2．保護者と相談し決定

D．その他の配慮・管理事項（自由記載）

【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

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、軽度の皮疹のみみられる。
2．中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。
3．重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。
4．最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。
＊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
（　　）

C．食物アレルギーの合併
1．あり
2．なし

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．保護者と相談し決定

B．動物との接触
1．配慮不要
2．保護者と相談し決定
3．動物へのアレルギーが強いため不可
動物名（　　）

C．発汗後
1．配慮不要
2．保護者と相談し決定
3．（学校施設で可能な場合）夏季シャワー浴

D．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．保護者と相談し決定
3．プールへの入水不可

B．屋外活動
1．管理不要
2．保護者と相談し決定

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

㈶日本学校保健会 作成

裏

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

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

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・診断根拠　該当する食品の番号に○をし、かつ《　》内に診断根拠を記載
1．鶏卵　《　　》
2．牛乳・乳製品《　　》
3．小麦　《　　》
4．ソバ　《　　》
5．ピーナッツ　《　　》
6．種実類・木の実類　《　　》（　　）
7．甲殻類（エビ・カニ）《　　》
8．果物類　《　　》（　　）
9．魚類　《　　》（　　）
10．肉類　《　　》（　　）
11．その他１　《　　》（　　）
12．その他２　《　　》（　　）

［診断根拠］該当するもの全てを《　》内に記載
① 明らかな症状の既往
② 食物負荷試験陽性
③ IgE抗体等検査結果陽性

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．保護者と相談し決定

B．食物・食材を扱う授業・活動
1．配慮不要
2．保護者と相談し決定

C．運動（体育・部活動等）
1．管理不要
2．保護者と相談し決定

D．宿泊を伴う校外活動
1．配慮不要
2．食事やイベントの際に配慮が必要

E．その他の配慮・管理事項（自由記載）

【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

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．その他（　　）

学校生活上の留意点

A．屋外活動
1．管理不要
2．保護者と相談し決定

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り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。

1．同意する
2．同意しない　　保護者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

㈶日本学校保健会 作成

３－３ 取り組み実践までのながれ

管理指導表に基づいて、個々の児童生徒に対する取り組み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り組みを進めてください。

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、状況に応じて柔軟に対応してください。

取り組み実施までのながれ（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。 Ⓑ 入学後、アレルギー疾患の児童生徒に対する取り組み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り組み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原則提出の対象外となる。 ○Ⓑ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 ②　保護者が入学予定校（在籍校）に管理指導表を提出 ③　必要に応じて、さらに詳細な資料の提出を依頼 ④　③の依頼を受けた保護者からの資料の提出 （③④の過程を②と同時に実施すると効率化を図ることができる）	
3	**管理指導表に基づく校内での取り組みの検討・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、学校としての取り組みを検討し、「取り組みプラン（案）」を作成する。 ○養護教諭、栄養教諭／学校栄養職員等が中心となり、取り組みの実践にむけた準備を行う。 ①個々の児童生徒の病型・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） ②アレルギー取り組み対象児童生徒の一覧表の作成（以後、個々の「取り組みプラン」とともに保管）　など	
4	**保護者との面談**	２月～３月・４月
	○「取り組みプラン（案）」について、保護者と協議し「取り組みプラン」を決定する。	
5	**校内「アレルギー疾患に対する取り組み報告会」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生徒の「取り組みプラン」の内容を理解する。	
	「取り組みプラン」に基づく取り組みの実施（この間、取り組みの実践とともに、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り組み報告会」での中間報告**	８月～12月
	「取り組みプラン」に基づくこれまでの取り組みを振り返り、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「取り組みプラン」を修正する。	
	取り組みの継続実施	
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生徒の保護者に対し、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り組み報告会」は、必ずしも新たな組織を立ち上げる必要はなく、取り組み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。

取り組みプランとは

「取り組みプラン」は、個々の児童生徒に対して必要な取り組み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への取り組みに対する学校の考え方

（2）取り組み実践までのながれ

（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

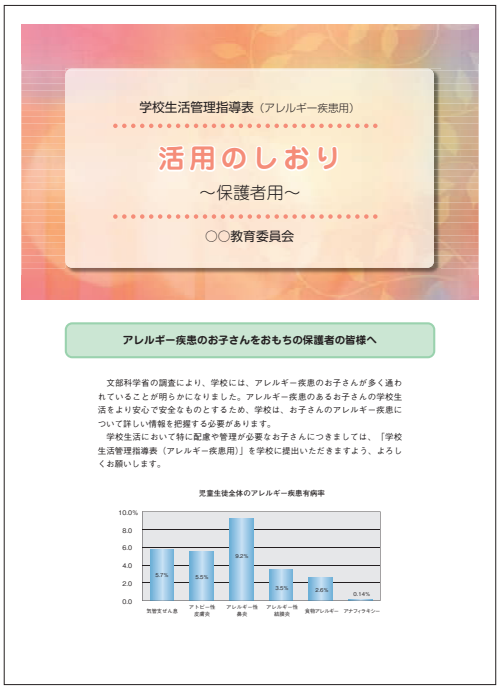
（5）具体的取り組み内容（個々の児童生徒で異なる内容）

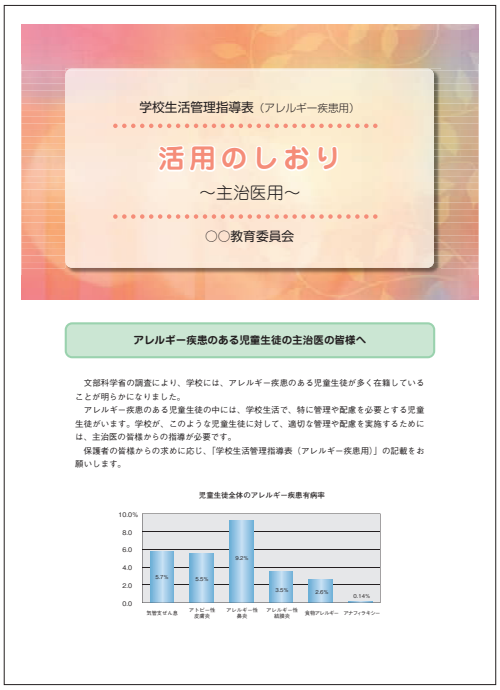
上記の（1）～（4）は学校ごとに決定される内容、（5）は管理指導表に基づき個々の児童生徒ごとに作成される内容です。「取り組みプラン」は各学校の実状に合わせて作成してください。

３－４ 保護者や主治医への説明

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。

㈶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。





活用のしおり（保護者用、主治医用の表紙）

3－5 管理指導表の取り扱い

管理指導表には児童生徒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完全に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又は児童生徒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、該当する児童生徒への日常の取り組み及び緊急時の対応に役立てることであること。

②提供された情報を教職員全員で共有すること。

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。

管理指導表の裏面には、**「学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。」**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。

	3．その他（　　）		
アレルギー性鼻炎（あり・なし）	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日　年　月　日
	A．病型 1．通年性アレルギー性鼻炎 2．季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の時期；　春　、　夏　、　秋　、　冬	A．屋外活動 1．管理不要 2．保護者と相談し決定 B．その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名　㊞ 医療機関名
	B．治療 1．抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2．鼻噴霧用ステロイド薬 3．その他（　　）		

(財)日本学校保健会 作成

●学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。

1．同意する
2．同意しない　　保護者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ワンポイント 緊急時の個人情報の取り扱い

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、「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、血液型や健康診断の結果、家族の連絡先等に関する情報を医療機関等に提供する場合」が該当すると考えられます。

このような場合に該当する場合には、事前の同意が得られていない場合でも、医療機関等に個人情報を提供することができます。

（文部科学省「学校における生徒等に関する個人情報の適正な取扱いを確保するために事業者が講ずるべき措置に関する指針」解説より）

第２章　疾患各論

1 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16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5.1%、高校生3.6%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、多くの児童生徒は、他の児童生徒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 止まらないせき 息切れの増加 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
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
かぜやインフルエンザなどの感染症

１－１　「病型・治療」欄の読み方

病型・治療	
A．重症度分類（発作型） １．間欠型 ２．軽症持続型 ３．中等症持続型 ４．重症持続型	C．急性発作治療薬 １．ベータ刺激薬吸入 ２．ベータ刺激薬内服 D．急性発作時の対応（自由記載）
B-１．長期管理薬（吸入薬） １．ステロイド吸入薬 ２．長時間作用性吸入ベータ刺激薬 ３．吸入抗アレルギー薬 （「インタール®」） ４．その他 （　　）	
B-２．長期管理薬 （内服薬・貼付薬） １．テオフィリン徐放製剤 ２．ロイコトリエン受容体拮抗薬 ３．ベータ刺激内服薬・貼付薬 ４．その他 （　　）	

A「重症度分類（発作型）」欄の読み方

POINT

個々の児童生徒の重症度（発作型）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。重症であればあるほど、病状は不安定で悪化しやすく、学校での管理も慎重に行われる必要があります。そして発作が起きた時にも、より迅速な対応が求められます。一方、普段はほとんど発作を起こさない軽症の児童生徒に対しては、出来るだけ学校生活上の制限を設けることなく、他の児童生徒と同じように学校生活を送らせるようにしましょう。

■重症度（発作型）

気管支ぜん息発作の程度と頻度により、重症度（発作型）が決まります。

１．間欠型

年に数回、季節的にせきや軽いぜん鳴が現れます。ときに呼吸困難を伴いますが、急性発作治療薬の使用で短時間のうちに症状が改善し、持続しません。

２．軽症持続型

せきや軽いぜん鳴が月に１回以上現れますが、週に１回ほどは現れません。発作もときに呼吸困難を伴いますが、持続は短く、日常生活には支障ありません。

３．中等症持続型

せきや軽いぜん鳴が週に１回以上現れますが、毎日は持続しません。時に、呼吸が苦しく日常生活や睡眠が妨げられます。

４．重症持続型

せきやぜん鳴が毎日持続します。週に１～２回は、日常生活や睡眠が妨げられるような大きな発作を起こします。学校生活においても日常的に気管支ぜん息症状を認め、しばしば欠席することがあります。

B 「長期管理薬」欄の読み方

POINT

気管支ぜん息の治療の基本は、発作によって気道の炎症が増悪し、より気道が過敏な状態になり、さらに発作を起こしやすくするという悪循環を断ち切ることです。そのため発作を予防することが重要で、気管支ぜん息の児童生徒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ますので、児童生徒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し、児童生徒の重症度を理解することも重要です。

■気管支ぜん息に対する治療

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。

発作を起こさないようにする予防

- **発作を誘発する物質を環境から減らす**

  室内環境の整備（ホコリを減らす対策、室内の禁煙、ペットを飼わないなど）

- **長期管理薬の使用**

  長期管理薬とは、気管支ぜん息発作が起きないように（重症な場合は軽い発作で済むように）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、発作をすぐに止める作用はありません。

- **運動療法**

  発作のない時に水泳や球技などを行い、体力をつけることで発作を起こしにくくします。（長時間持続する激しい運動は逆に発作の誘因となりうるので注意が必要です。）

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

- **安静**

  一般的には、横にさせるよりも座らせた方が呼吸は楽になります。

- **理学療法（腹式呼吸、排痰）**

  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。

- **急性発作治療薬の吸入、内服**

  急性発作治療薬としては、**ベータ刺激薬**が一般的です。これは、長期管理薬と異なり、急性の発作に対して気道を広げて発作を和らげる目的で使用する医薬品で、通常長期的に連日使用することはありません。軽い発作は、急性発作治療薬により多くの場合速やかに改善しますが、その効果が持続するのは数時間であり、発作の程度が重い場合には医療機関搬送までの継ぎの治療であると位置付けられます。学校で急性発作治療薬を使用するかどうかは、児童生徒本人が判断することになりますが、学校としても、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、学校として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。

- **（重篤な場合）救急搬送、一次救命措置**

  まれではありますが、いまだに気管支ぜん息は死亡する危険性のある疾患です。重症度を正しく把握して、適切なタイミングで救急搬送をする必要があります。救急搬送するまでの間に、心肺停止の状態に陥

った場合には、躊躇することなく、一次救命処置を実施します。

■個々の長期管理薬の特徴

長期管理薬は発作の予防のために重要な医薬品です。個々の児童生徒の重症度に応じて、通常、以下の医薬品が組み合わせて用いられます。

吸入薬

１．ステロイド吸入薬

気管支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、現在の長期管理薬の主役と言えます。軽症～中等症以上の場合に処方されます。

２．長時間作用性吸入ベータ刺激薬

ベータ刺激薬は、交感神経という神経を刺激して、気管支を拡張する効果を持つ医薬品です。短時間作用性のベータ刺激薬は発作止めとして広く使用されていますが、本剤は、その吸入ベータ刺激薬より作用時間が長い医薬品で、急性の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。

３．吸入抗アレルギー薬（「インタール®吸入薬」）

かつての気管支ぜん息の中心的な医薬品で、「インタール®」という商品名の薬が現在も広く使用されています。

内服薬・貼付薬

１．テオフィリン徐放製剤

かつては気管支ぜん息の中心的な医薬品でした。気管支の炎症を和らげますが、ステロイド吸入薬（吸入薬１）の効果には及びません。

２．ロイコトリエン受容体拮抗薬

気管支ぜん息発作の原因の一つである「ロイコトリエン」という物質が気管支に作用しないように妨害する作用をもっています。

３．ベータ刺激内服薬・貼付薬

ベータ刺激薬が吸入ではなく内服又は貼付薬として用いられることがあります。貼付薬は、就眠前に皮膚に貼ると、成分が皮膚から血液中に吸収され、発作の起きやすい夜間・明け方の症状を和らげます。

ワンポイント　長期管理薬の段階的使用

現在、長期管理薬の主役はステロイド吸入薬です。ステロイド吸入薬の登場により気管支ぜん息の児童生徒の生活の質は大きく改善しました。

実際は、重症度に応じて段階的（ステップ）にいくつかの医薬品を組み合わせて用いられることがほとんどですので、次ページの治療ステップと児童生徒が処方されている医薬品を見比べて、どの程度の治療がなされているのかを把握しておきましょう。ステップ３や４の強い治療が行われている児童生徒は日ごろの症状が安定していても、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に比べて、より厳重な注意をする必要があります。

長期管理薬による治療プラン

	ステップ1 （間欠型）	ステップ2 （軽症持続型）	ステップ3 （中等症持続型）	ステップ4 （重症持続型）
基本治療	発作に応じた薬物療法	ステロイド吸入薬 （低用量）あるいは 抗アレルギー薬	ステロイド吸入薬 （中用量）	ステロイド吸入薬（高用量） 以下の１つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・テオフィリン徐放製剤 ・長時間作用性吸入ベータ刺激薬 ・吸入抗アレルギー薬（「インタール®」吸入薬） ・貼付ベータ刺激薬
追加治療	抗アレルギー薬	テオフィリン徐放製剤	以下の１つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・テオフィリン徐放製剤 ・長時間作用性吸入ベータ刺激薬 ・吸入抗アレルギー薬（「インタール®」吸入薬） ・貼付ベータ刺激薬	＜難治例＞ ステロイド内服薬 ・ 入院療法

C 「急性発作治療薬」欄の読み方

POINT

急性発作時に備え、急性発作治療薬を処方されていることがあります。この「C. 急性発作治療薬」欄で、急性発作治療薬の処方が確認された場合、その医薬品を児童生徒が学校へ持参しているのかどうかを保護者に確認し、児童生徒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う必要があります。

- 発作が起き、吸入や内服を行う際の場所の提供
- 急性発作治療薬を使用したことを教職員に知らせることの確認
- 日常の管理方法
- 早めに不調を訴えること　　など

■急性発作治療薬

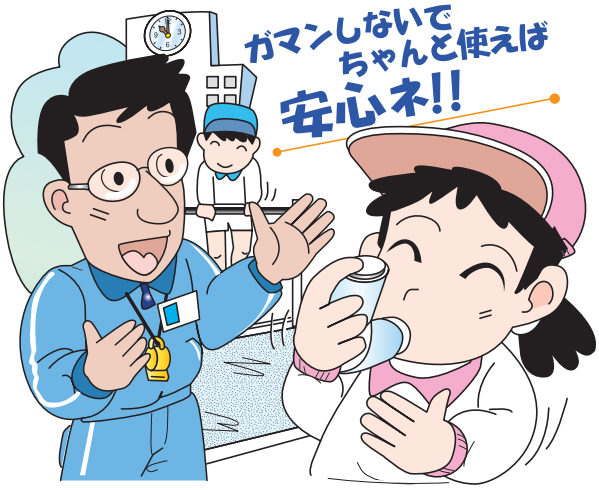
急性発作治療薬の中で最も多く使用されているのは、**ベータ刺激薬***です。これは、発作で細くなった気管支を広げ、発作を短時間で緩和する作用をもっています。ベータ刺激薬には、吸入や内服の剤型がありますが、特に吸入薬は即効性があり、急性発作が起きた際によく使われます。

注意すべきは、急性発作治療薬であっても必ずその発作を抑えられるわけではなく、吸入後も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ります。医師の指示を守った使用を徹底しましょう。

副作用として、動悸や手や指の振戦（小刻みな震え）、しびれ感などがありますがどれも通常は軽度なものです。

＊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発作を緩和する作用はありません。

ベータ刺激吸入薬の例



D 「急性発作時の対応」欄の読み方

POINT

児童生徒の急性発作時の対応について、主治医から日頃の家庭等での対処法などが指導されている場合に、その内容が記載されます。過去の発作の特徴等をふまえて個々の児童生徒に適した対処法が指示されている場合には、その指示に沿った対応を行うことが重要です。

■気管支ぜん息の急性発作とその対応について

気管支ぜん息発作は、ごく軽い小発作から死に至りかねない呼吸不全までその程度はさまざまですが、症状や呼吸苦による生活上での制約などから現在起きている発作の程度を推測することができます。発作の程度によって対応も異なりますので、発作を早期に発見することが大切です。参考として発作の程度の見分け方と対応の例を紹介します。

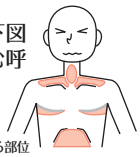
発作の程度の見分け方

	小発作	中発作	大発作	呼吸不全
基本的な発作の目安				
呼吸のしかた				
ぜん鳴	軽度	明らか	著明	弱い（呼吸不全を来した場合、ぜん鳴は弱くなるので要注意）
陥没呼吸	なし（あっても、のどの部分に軽度）	明らか	著明	著明
起座呼吸	なし	横になれる程度	あり	あり
チアノーゼ	なし	なし	あり	顕著 その他 ・尿便失禁 ・興奮（あばれる） ・意識低下など
日常生活の様子				
遊び	・ふつう	・ちょっとしか遊ばない	・遊べない	—
給食	・ふつう	・少し食べにくい	・食べられない	—
会話	・ふつう	・話しかけると返事はする	・話しかけても返事ができない	—
授業	・ふつう	・集中できない	・参加できない	—

キーワード

ぜん鳴（めい）
発作にともなって生じるゼーゼー・ヒューヒューという気管支ぜん息発作特有の気道音。

陥没呼吸（かんぼつ）
息を吸うときに下図の部位が引っ込む呼吸や状態。



※陥没呼吸が起こる部位

起座呼吸（きざ）
息苦しくて横になることができない呼吸や状態。

チアノーゼ
体内の酸素が不足した状態。くちびるやつめが青くなる。

■発作に対する対応

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。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、本人からの訴えや健康観察等により発作の徴候がみられた場合には、必要に応じて保護者への連絡や管理指導表に記載された医療機関への相談、救急車の要請などを迅速に行って下さい。特に、日頃から長期管理として強い治療を行っている児童生徒が発作を起こした場合には、ためらわずに救急車を要請することも重要です。

発作に対する対応としては、次の①～④が考えられます（「気管支ぜん息に対する治療」参照）

①安静

②理学療法（腹式呼吸、排痰）

③急性発作治療薬の吸入、内服

④(重篤な場合）救急搬送、一次救命処置

小発作への対応

中等度のせき～弱いぜん鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）が認められる程度で、外見上は注意しないと発作が起きていることも分からないレベルの発作です。小発作は学校で経過を観察していてよい唯一の発作レベルであり、運動を避け、①、②の対応をとることが適当です。

弱いぜん鳴が聞こえる場合には、③を早めに行う必要がある場合もありますので、その場合には、児童生徒が急性発作治療薬を使用しやすい環境を整えて下さい。また、経過を観察するなかで、発作が中発作へ進展していくような時には速やかに次の「中発作への対応」に移行します。

中発作への対応

場合によっては入院加療を要する可能性がある発作レベルです。学校における対応としては、まず③を優先させつつ、保護者に連絡をとって医療機関受診を促します。もちろん①、②も並行して実施する必要があります。

大発作への対応

入院加療を要する発作レベルです。すぐに③を行う環境を整えると同時に④「救急搬送」（救急車要請）を行います。発作時は坐位（座った姿勢）の方が臥位（寝た姿勢）より呼吸が楽にできるので、坐位を保持して、①、②を行いながら医療機関への搬送を待ちます。

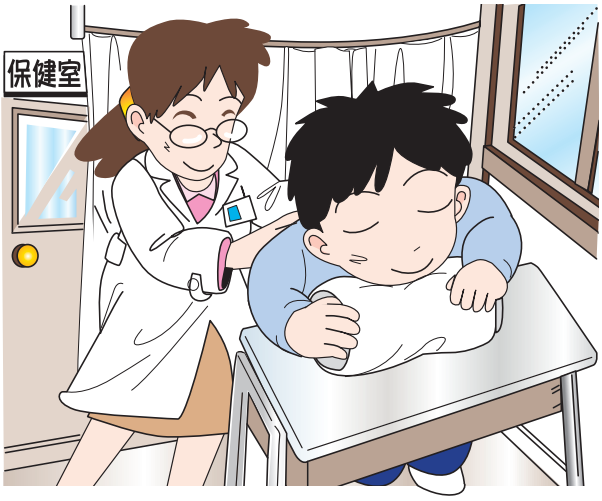
呼吸不全への対応

すぐに救急搬送をしなければ命を落とす危険もある発作レベルです。大発作から症状が増悪して呼吸不全になるとグッタリしてぜん鳴も聞こえにくくなるため、一見すると呼吸困難が改善し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も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。また、救急搬送を待つ間に、心肺停止の状態に陥った場合には、躊躇（ちゅうちょ）することなく一次救命処置を行ってください。

ワンポイント 児童生徒の気管支ぜん息による死亡について

我が国の小児の気管支ぜん息による死亡は、近年順調に減少しています。気管支ぜん息による死亡は５～34歳の年齢層で比較することになっていますが、絶対数でみると1965年：536人、1985年：276人、2005年：70人です。このうち、2005年の５～19歳の気管支ぜん息による死亡は９人ですから、小児の気管支ぜん息有症率がこの40年で増加していることをふまえると、一人の気管支ぜん息の児童生徒が気管支ぜん息により死亡する割合は、さらに低くなっているといえます。

しかし、未だに、気管支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、重症な児童生徒ほど長期管理薬で日頃からしっかり治療し、発作の際の早目の対応と、大発作の際には躊躇なく救急搬送を行うことが重要ですので、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の発作には十分注意が必要です。



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．運動（体育・部活動等） 1．管理不要 2．保護者と相談し決定 3．強い運動は不可
B．動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1．配慮不要 2．保護者と相談し決定 3．動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（　　）
C．宿泊を伴う校外活動 1．配慮不要 2．保護者と相談し決定
D．その他の配慮・管理事項（自由記載）

A「運動（体育・部活動等）」欄の読み方

POINT

気管支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、同時に、多くの児童生徒にとって運動も発作の誘発原因となります（運動誘発ぜん息）。運動と気管支ぜん息の関係及び適切な予防法を知ることで、学校生活において気管支ぜん息発作を悪化させず、ひいては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

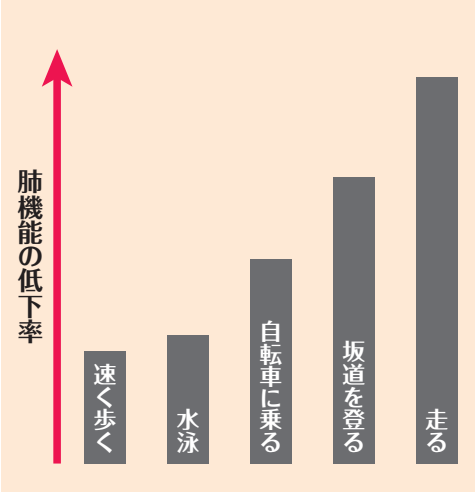
水泳が発作を誘発しにくい反面、長距離走は発作を誘発しやすい運動です。特に、冬季の激しい運動は、それ以外の季節に比べて乾燥した冷気による気管支への刺激で発作を誘発しやすい傾向がありますので、冬季に長距離走を行う際には十分に観察してください。その他、武道についても、途中で苦しくなっても自制が効きにくいため、同じく注意が必要です。

■運動に関する管理

運動誘発ぜん息は、運動前に予防薬を吸入することで予防できる場合があります。また運動前の準備体操には、発作を起こしにくくする効果もあります。

もし、運動中に発作が出現した時は速やかに運動を止め、発作の程度に応じた対応が必要です。安静等により、しばらくして発作が治まれば、軽い運動であれば様子をみながら再開しても構い

各種運動とそれによる発作の強さ



※肺機能の低下率が高くなるほど、運動誘発ぜん息が強く起こることを示している。

出典：『ぜん息をもつ児童生徒の健康管理マニュアル』（監修・環境省/文部科学省）一部改編

ません。児童生徒には苦しくなったら担当教諭に申し出るよう指導してください。

「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。発育期の児童生徒にとって、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おり、「管理不要」とされた場合には、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適切な対応をとる必要がある場合があります。特に寒い時期の長距離走は発作を誘発しやすい運動であり、３～４分間以上連続し、脈拍数がかなり上昇する強度の強い縄跳び、マット運動などにも注意が必要です。

また、普段は発作がなく活発に運動している「間欠型」に該当する児童生徒が、軽い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。このような場合には、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、他の児童生徒の理解を得る担当教諭からの「理解ある一言」が重要です。

「保護者と相談し決定」とされた場合

学校の取り組みを徹底するため、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。

■追加調査票の例

①発作が起こりやすい運動はありますか？（例　陸上競技　マラソン）

②発作の起こりやすい季節・天候がありますか？（例　冬空気が乾燥して冷たいとき）

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

□日々の発作の状況で判断

④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、発作が起きた時の対処法（　　）

「強い運動は不可」とされた場合

一般的に準備運動のような強度の弱い運動よりも、強い運動で発作が誘発されるため、こうした指示が出ることがあります。発作の起こしやすさという点から運動の強さを定義することは容易ではありませんが、個々の児童生徒にとって発作を起こしやすい運動が何かを聞き取り、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発作を起こす、いつまでも体育に参加が出来ない児童生徒は、必要な治療を受けていない可能性がありますので、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。

運動中に発作が起きた場合の対処法（モデル例）

運動中に発作が起きた場合の対処

① ただちに運動を休止。

②（管理指導表等にある場合）症状が強かったり改善しなければ
　急性発作治療薬（ベータ刺激薬）を使用させる。

③ 腹式呼吸などで呼吸を整える。

20～30 分くらいで

発作が治まれば

様子をみながら運動を再開してもよい
ただし、軽い運動にとどめる

発作が治まらなければ

保護者へ連絡
管理指導表等で指示のある場合には急性発作治療薬（ベータ刺激薬）を再度吸入させる。

症状が改善しない時は、医療機関の受診
（救急車の要請）

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

気管支ぜん息の児童生徒に対して、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、それらが発作の誘発原因となるからです。発作の誘発原因であるアレルゲンの曝露などを避けることで学校での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、一般的に気管支ぜん息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、児童生徒の教育上有意義ですので、管理指導表で医師から動物種を指定された時には、その動物種との接触を避ければよいでしょう。また、校外の活動時（社会見学、遠足など）にも動物と接触する機会があるので、そのような場合にも配慮が必要です。

また、医師から指示があった場合には、保護者、本人とも相談の上、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、他の児童生徒からの理解も得られるよう配慮してください。低学年の場合は、動物に対する興味から、つい友達につられて触れてしまうことがよくあるので、その点にも注意が必要です。

■ホコリの舞う環境

気管支ぜん息発作は、吸入されたアレルゲンが気管支でアレルギー反応を引き起こしたり、気管支を刺激することにより生じます。ホコリは、多くの気管支ぜん息の児童生徒にとっての発作誘発原因であり、ホコリが舞う環境を避けるよう配慮してください。

清掃時にはホコリが舞うので、必要に応じてマスクを着用させます。さらに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。

掃除当番以外にも、学校生活の中にはホコリの舞いやすい環境やその他の発作を引き起こしやすい環境が存在しますので、次ページの場面などには注意が必要です。

・マットや跳び箱を用いた運動やその準備
・エアコンの噴き出し口
・カーペット敷きの教室
・チョークの粉が舞う座席
・避難訓練の際の発炎筒
・野外活動での飯ごう炊さん、キャンプファイヤー、花火など

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、全ての児童生徒にとって貴重な体験となるので医師から参加を禁止されない限りできるだけ参加できるよう配慮してください。

宿泊を伴う校外活動時は、児童生徒も興奮したり、疲れていたり、また宿泊地の気温、気圧の変化などにより、日常に比べ発作が起きやすい状況にあります。さらに、事情が分からない土地で、緊急時の対応がスムーズに行われにくい危険性もあるので、十分な配慮と事前の対策が重要です。

■発作に備えた準備

宿泊先で、重症の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のHP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とよいでしょう。さらに、宿泊中に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。

■宿泊中の配慮事項

重症な発作も、最初は軽い発作から始まることが多く、宿泊中には少しでも発作の兆候があったら早めに教職員に伝えるよう指導しておくことが重要です。小学生の場合など、友達の前では言い出せないこともあるので、健康カードなどを用いるなど伝えやすい環境を作ってください。

また、宿泊地の気候や気圧の変化によって発作は起こりやすくなっていることに加えて、枕投げなどは運動量も多く、空気中のホコリも舞うので、さらに発作を起こしやすくなります。部屋での過ごし方についても他の児童生徒の理解を得ながら、配慮してください。また布団の上げ下ろしもホコリが立ちやすいので、同じく注意が必要です。

中等症以上の児童生徒の多くは長期管理薬を使用しています。宿泊地で吸入や内服が続けられる環境を作り、必要に応じて服薬をしているかどうかを確認してください。また、児童生徒が持参している急性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。

校外活動でのチェックリスト

●校外行事（日帰り）

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の様子や長期管理薬及び急性発作治療薬の使用状況などを連絡帳などに記入し、当日提出してもらう。

□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。

行事参加中に急に重い発作を起こした場合 ―

□気管支ぜん息の児童生徒が持参している急性発作治療薬（ベータ刺激薬）の使用を含め、発作の程度に応じた対応を行う。

●修学旅行などの宿泊行事

上記の校外行事（日帰り）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を確認する。

発作が起こりやすく全行程の参加が困難かもしれないと考えられる場合でも、事前に長期管理薬を用いることにより発作を起きにくくするようコントロールしたり、部分的にでも参加する場合にどのように参加するかを事前に主治医と相談し、工夫してできるだけ参加できる方向で調整する。

旅行先の事前の下見などで確認しておくこと ―

□宿泊先のたたみが古かったり、じゅうたん部屋では発作が誘発されやすく、前に喫煙がされていた部屋も同様であるため、宿泊先の選定にあたっては、十分に打ち合わせを行う。また、寝具についても確認する。（ソバガラ枕、羽毛の使用がないかなど）。

□旅行中に発作を起こした場合の対応について、あらかじめ、保護者と主治医、校長、引率する養護教諭や教員が相談し、事前に宿泊先近辺の適切な医療機関を調べておく。

□食物アレルギーがあり、主治医から食物除去を指導されている場合は、事前に宿泊先の担当者と食事メニューや対応を相談する。

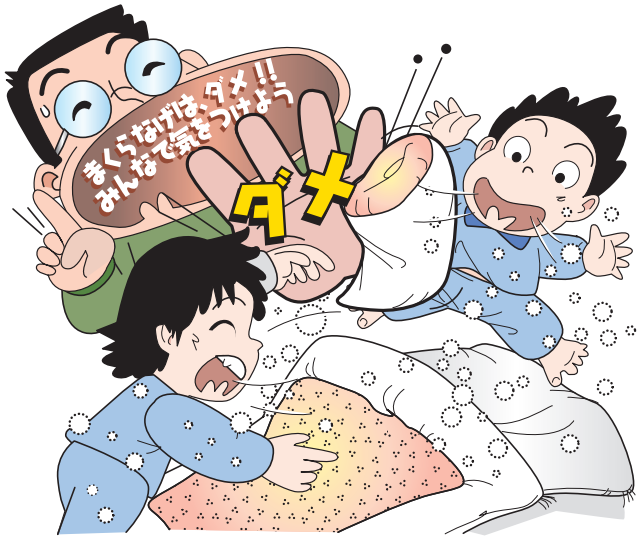
旅行中 ―

□気管支ぜん息児童生徒の場合、枕投げやプロレスごっこなどでのはしゃぎすぎや、ホコリを吸いこんだりして発作を起こすことがあるので、事前に指導する。

□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。

（どうしても喫煙する場合は、気管支ぜん息の児童生徒のいないところで吸う。）



2 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顔や関節などに多く現れ、長く続く病気です。

頻　度

平成16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6.3%、中学生4.9%、高校生4.0%でした。しかし、報告書には、この数字には軽症例が含まれず主に中等症～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、刺激に対し過敏で、乾燥しやすいのが特徴です。ダニやカビ、動物の毛や食物だけでなく、汗、プールの塩素、シャンプーや洗剤、生活のリズムの乱れや心理的ストレスなども皮膚炎を悪くする原因になります。

症　状

皮膚炎は、顔、首、肘の内側、膝の裏側などによく現れますが、ひどくなると全身に広がります。軽症では、皮膚ががさがさ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。かゆみを生じるとともに、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原因・悪化因子を除くこと；室内の清掃・換気など

②スキンケア；皮膚の清潔と保湿、運動後のシャワーなど

③薬物療法；患部への外用薬（軟膏）の塗布、かゆみに対する内服薬の服用など

2－1　「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） 1．軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2．中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10％未満にみられる。 3．重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10％以上、30％未満にみられる。 4．最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30％以上にみられる。 ＊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 （　　）	C．食物アレルギーの合併 1．あり 2．なし

A「重症度のめやす（厚生労働科学研究班）」欄の読み方

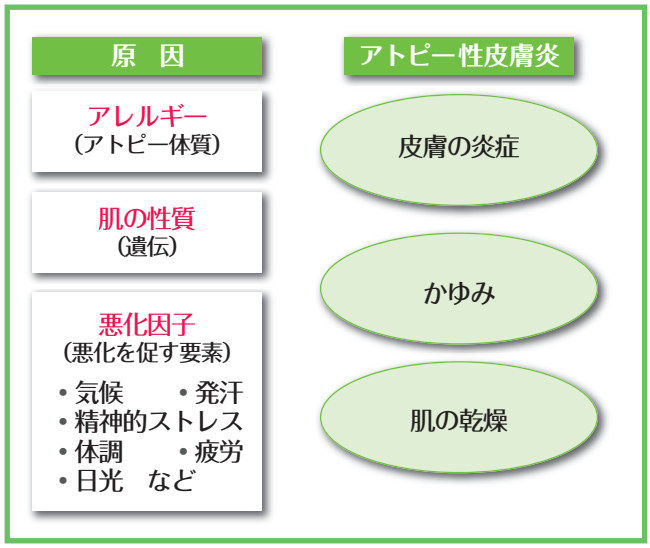
POINT

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、学校の取り組みを進める必要がありますので、個々の児童生徒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

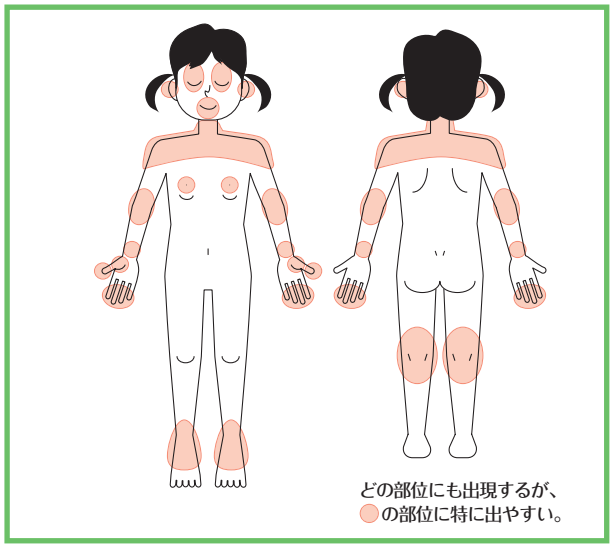
アトピー性皮膚炎は、皮膚が乾燥しかゆみを生じることが特徴です。乾燥した皮膚は、皮膚からの水分が蒸発しやすいだけでなく、外部からの刺激を受けやすくなり、健康な皮膚に比べて敏感になっています。そのため、適切な治療とスキンケアを行わないと、次第に炎症が強くなり、皮膚が赤くなったり、ゴワゴワしたり、時には黒ずんでくることもあります。このように強い炎症を伴っている部位では、かゆみも強いために、引っ掻き傷が目立ちます。

アトピー性皮膚炎の原因と症状



出典：九州大学皮膚科学教室ホームページより改編

皮膚症状があらわれやすい場所



出典：九州大学皮膚科学教室ホームページより改編

■バリア障害

皮膚は体の最外層にあり、様々な刺激や物質の侵入から体の内部を護り、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。

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。つまり皮膚炎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皮膚炎を生じやすく、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。最近では、アトピー性皮膚炎患者の中には、角層細胞を繋ぐ蛋白質の遺伝子に異常を持つ人がいることも明らかになってきました。つまり、アトピー性皮膚炎は生まれつきアレルギー反応を生じやすく、また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皮膚炎を生じ、さらに掻破や様々な悪化因子が加わり皮膚炎が悪化するという悪循環を繰り返していると考えられます。

■重症度分類

アトピー性皮膚炎の重症度は、専門的には症状の現れている範囲と局所における皮膚炎の状態や程度により評価されますが、簡便には、強い炎症を伴う部位が体表面積の10%以上にみられる場合は重症、30%以上にみ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みられることになります。

重症、最重症では、夜間のかゆみのために安眠できず、授業への集中力は低下しがちになります。一方、軽症の場合、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、かさぶたなどの症状はほとんど見られず、多くの場合家庭での皮膚の清潔や保湿といった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ありません。

重症度のめやす（厚生労働省科学研究班）

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

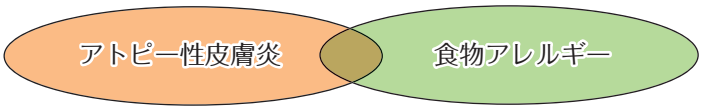
強い炎症を伴う皮疹の例
出典：厚生労働科学研究「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2005」

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

アトピー性皮膚炎の児童生徒は、他の児童生徒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年生以降では食物アレルギーの頻度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増悪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。

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つに位置づけられます。

○原因・悪化因子を除くこと；室内の清掃・換気など

○スキンケア、皮膚の清潔と保湿など

○薬物療法；患部への外用薬（軟膏）の塗布、かゆみに対する内服薬の服用など

■外用薬について

アトピー性皮膚炎の薬物療法は外用を中心に行われます。外用薬としては、炎症を抑えかゆみを軽減させる作用を有する軟膏が用いられます。具体的には、**ステロイド軟膏と**非ステロイドの**タクロリムス軟膏（プロトピック® 軟膏（商品名））**が最も一般的です。

■ステロイド軟膏とタクロリムス軟膏

ステロイドは、正しくは副腎皮質ホルモンまたは糖質ステロイドと呼ばれるもので、もともと副腎で作られるホルモンをもとに作られたものです。実際の治療にはこれを薬として合成したものが使われています。ステロイドにはその量や濃度に応じて様々な炎症を沈静化する作用がありますが、使い方を誤ると様々な副作用が現れます。ステロイドの副作用には、主として内服や注射によるものと外用によるものがありますが、重い副作用の多くは内服や注射によるものであり、一般的なアトピー性皮膚炎の治療に適切にステロイド外用薬（軟膏）を使用する限り、重篤な副作用が生じることはほとんどありません。歴史的にはアトピー性皮膚炎に対するステロイド軟膏に関する誤った情報が氾濫し、たくさんの人達が不適切な治療のために重い皮膚炎に苦しみました。しかし1999年には我が国のアトピー性皮膚炎の治療ガイドラインが発表され、現在アトピー性皮膚炎の薬物療法においてステロイド軟膏は中心的役割を果たしています。

ステロイド軟膏とタクロリムス軟膏は、いずれも皮膚の炎症を沈静化する作用をもちます。ステロイド軟膏には多くの種類があり、炎症の強さ、及び使用す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軟膏を使い、症状が沈静化してくれば段階的に作用の弱いステロイド軟膏に切り替えます。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、顔面や頸部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、タクロリムス軟膏としては、現在わが国では「プロトピック®」軟膏のみが使われています。強いランクのステロイド軟膏に比べ、タクロリムス軟膏の炎症を沈静化する作用は限られており、使用に際しては後述するような注意が必要ですが、ステロイド軟膏にはないいくつもの優れた性質があります。特に顔

面、頚部には有効で、躯幹、四肢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１～３回程度、皮膚炎のある部分に塗布します。

■保湿剤

アトピー性皮膚炎では皮膚が乾燥し、外部からの刺激を受けやすい状態になっています。そのためステロイド軟膏やタクロリムス軟膏とともにしばしば保湿剤が使われます。保湿剤は、主として強い皮膚炎が治まり、もはやステロイド軟膏やタクロリムス軟膏を使う必要が無くなってから、再び皮膚炎が現れることを防ぐために使われますが、皮膚の乾燥が強い場合に、ステロイド軟膏やタクロリムス軟膏を使用しながら保湿剤を併用することもあります。

多くの場合、炎症を抑えるためのステロイド軟膏やタクロリムス軟膏の塗布は１日１～３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。

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、これだけでは強い炎症を抑えることはできません。皮膚炎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軟膏またはタクロリムス軟膏を塗ることが重要です。

■外用薬塗布の方法

１日１回～３回、患部を清潔にした後、軟膏を必要量塗り伸ばします。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、軟膏を必要な量と期間、しっかり使うことです。

治療内容が家庭での軟膏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、学校にいる間にも軟膏や保湿剤を塗布した方が良いこともあります。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。

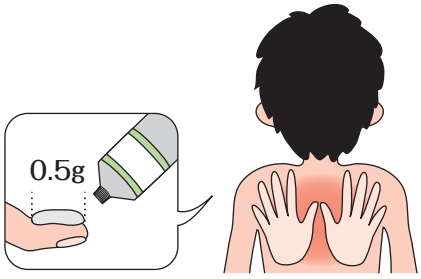
ステロイド外用薬と保湿剤の使用については、学校生活での特別な注意は必要ありません。ただ、タクロリムス軟膏は、塗った後にひりひりしたりほてったりすることがあり、また外用した日は強い紫外線照射を避ける必要がありますので、長時間の屋外活動では帽子を着用したり、木陰で見学をさせるなどの配慮をしてください。

なお、軟膏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。炎症により黒ずむ場合のほか、改善の過程で色素沈着が起きている場合もあります。

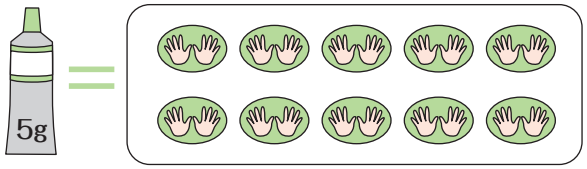
ワンポイント 外用薬の塗布量

大人の人差し指の先端から第１関節まで軟膏チューブから押し出した軟膏量で、大人の手のひら２枚分の面積に塗るのが適量です。乾燥肌には保湿剤を塗ります。乾燥は全身に及ぶことも多いので、まず保湿剤を全身に塗り、炎症の強い部位にステロイド軟膏やタクロリムス軟膏を重ね塗りする方法が一般的です。

ステロイド軟膏は、塗る量が少なくなりがちですが、症状をよくするために、外用薬は適切な量を塗ることが大切です。



大人の人差し指第一関節分（約0.5g）の軟膏を大人の手2枚分くらいの広さの患部に。



5gチューブ1本で大人の手20枚分の患部に塗るくらいが適量です。

■かゆみを軽減する内服薬

かゆみを軽減させる補助的な治療薬として、しばしば抗ヒスタミン薬や抗アレルギー薬が内服薬として処方されます。なお、これらの薬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、内服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で日中の眠気が目立つ場合には主治医に相談するよう保護者に促してください。

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．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．保護者と相談し決定	C．発汗後 1．配慮不要 2．保護者と相談し決定 3．（学校施設で可能な場合）夏季シャワー浴
B．動物との接触 1．配慮不要 2．保護者と相談し決定 3．動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（　　）	D．その他の配慮・管理事項（自由記載）

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

POINT

アトピー性皮膚炎の児童生徒の皮膚は、刺激にとても敏感で、長時間強い紫外線を浴びることやプール水に含まれる塩素の刺激により、かゆみが助長されることがあります。皮膚の状態が悪く過敏性が高い場合には、皮膚への負担を少なくする配慮が必要です。

■紫外線について

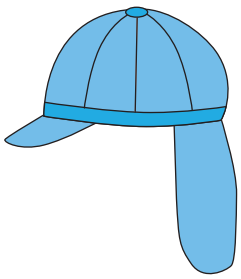
日光の紫外線による刺激がアトピー性皮膚炎の悪化要因となる場合があります。

紫外線により症状が悪化する児童生徒に対しては、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沈静化す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、具体的な取り組みは、保護者・本人と十分に話し合って決めてください。

日よけ帽子の例



■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、皮膚炎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、休憩時間は日陰に待機させたり、日焼け止めクリームの塗布を許可するなど、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。

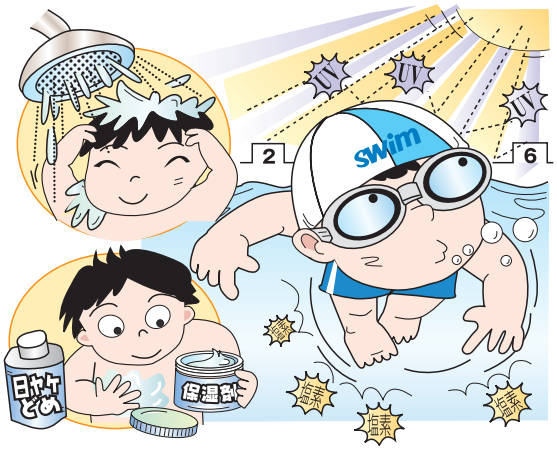
■プールでの塩素対策

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原因として重要です。「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「有利残留塩素は、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

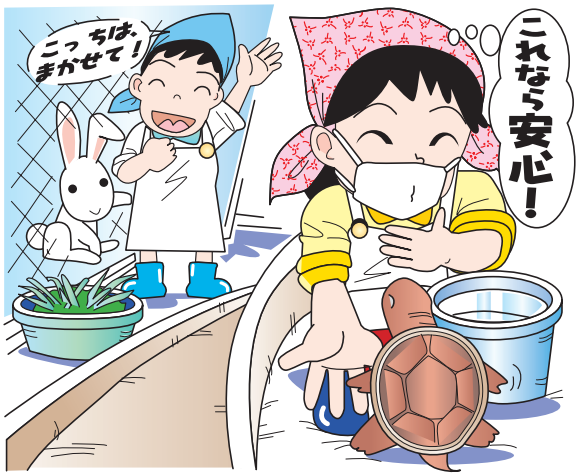
アトピー性皮膚炎のない人でも動物の毛に触れるとかゆくなることがありますが、アトピー性皮膚炎の児童生徒は、同じ刺激でもかゆみがひどくなる場合があります。また、動物の毛などにアレルギーがある場合には、直接動物に触れなくても、飼育当番などで動物の毛やフケの成分を吸い込むだけで、かゆみが現れたり皮膚炎が悪化することもあります。管理指導表で個々の児童生徒にとって配慮すべき事項を把握した上で、取り組みを進めてください。

■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、他の児童生徒からの理解が得られるよう担任教諭からも説明を行い、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、児童生徒が学校生活をおくる場である教室において羽や羽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にとって症状を引き起こす原因となりますので、該当する児童生徒がいる場合には避けてください。



C 「発汗後」欄の読み方

POINT

アトピー性皮膚炎のない人でも、汗をかいたところがかゆくなることがありますが、アトピー性皮膚炎の児童生徒の多くは汗による刺激でかゆみが悪化します。また、アトピー性皮膚炎は、汗のたまりやすいところ（首のしわ、耳のまわり、肘や膝のくぼみなど）に高頻度に出現するのが特徴です。最近の研究では、汗の成分に対するアレルギー反応が関与していることも示されています。

今のところ、汗をかくこと自体がアトピー性皮膚炎にとって良いか悪いかは明らかになっていませんが、かいた汗をそのままにすることがアトピー性皮膚炎の悪化につながることは、多くの患者により経験されています。

■汗対策

児童生徒は体育や休み時間の運動により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にとっては、汗に対するケアが大切ですので、体育の授業後には、体操服を必ず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。広島県における調査では、学校で温水シャワー浴を実施したことのある51校のうち、26校の教諭がアトピー性皮膚炎に対して効果があったと感じたと回答しています。また、９月初めから10月上旬にかけて、アトピー性皮膚炎の児童生徒に学校でのシャワー浴を実施したところ、明らかな症状の改善が認められたとの報告もあります。その効果は前半（９月初めから中旬）に大きく、また軽症・中等症よりも重症以上の場合により明らかでした。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。

ワンポイント　温水シャワー浴の実践報告　～神奈川県茅ヶ崎市立浜之郷小学校～

神奈川県茅ヶ崎市立浜之郷小学校は、平成10年に新設校として開校し、保健室内に温水シャワーの設備（室）が設置されました。保健室の広さは、シャワー室に隣接する洗濯機や汚物処理用排水、機材置き場やカウンセリングコーナーも含めて教室の約1.5個分になります。

本校では、アトピー性皮膚炎のある児童に対して温水シャワー浴を実施していますので、その一端をご紹介します。

〔ケース１〕

アトピー性皮膚炎の症状は重症で、季節を問わず、かゆみを訴えて頻繁に来室することがありました。着替え、タオル・保湿クリーム（身体用と顔用）を保健室で預かり、１年生の時から卒業するまで温水シャワー浴を行いました。

最初は保健室でのシャワー浴に抵抗があったようで、水で濡らしたタオルをかゆみの強い首周りや肘・体に巻きつけて冷やしていましたが、シャワーの方が短時間で同じような効果があることを児童本人が分かるとシャワーを使用するようになりました。シャワー浴の後は、養護教諭が保湿クリームを塗り、着替えて教室にもどっていました。また、運動会前の２時間続きの体育や水泳の授業終了後も、教室に戻る前に保健室に来て温水シャワーを浴びていました。

〔ケース２〕

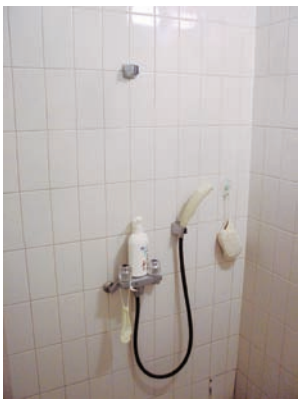
アトピー性皮膚炎の症状は軽度でしたが、主治医の指示に基づき、プールでの水泳授業の後、塩素を落とす目的で保健室でのシャワー浴を行いました。通常プールからあがった後にはプールサイドでシャワーを浴びますが、他の児童と一緒に一斉に行うシャワーだけでは完全に洗い流すことができなかったため、教室に戻る前に保健室に立ち寄り、持参した専用のボディーソープとスポンジでもう一度洗い流していました。

強いかゆみのためにつらい思いをしている児童に対して「少しでもかゆみをやわらげて楽になれば…」という思いで、タオルで冷やすよりも広範囲にわたって汗や砂埃を洗い流すことが出来る方法としてシャワーを使ってみようと考えたのが始まりです。

保健室でこのような取り組みを行っていくには、養護教諭が一人で対応するということではなく、教職員や保護者にその実情を理解してもらうことが大切だと思います。

本校の保健室は、校舎のほぼ真ん中に位置し、玄関の横にあります。保健室の出入り口は冬季以外は開いているので、来校した保護者にも保健室内の様子を知ってもらうことができます。また、職員室とも隣接しており、その仕切りドアを開けておくことで保健室の気配が職員室にも伝わるようにしています。そのため、気配を察して誰かしら「大丈夫ですか？」と声をかけてくれることもあります。養護教諭が一人で全てを抱えこもうとせず、保健室での話題を教職員全体に共有してもらうよう日頃から心掛けることも必要だと思います。

保健室内からシャワー室への入り口



シャワー室
（110cm×170cm）
（ガスの元栓は保健室湯沸かし器と共通のため、保健室内流しの横にある）

神奈川県茅ヶ崎市立浜之郷小学校養護教諭・於保和子

■衣服での配慮など

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がいます。その原因としては、吸湿性の乏し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、医師から規制服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、いすに接する大腿部後面や臀部（でんぶ）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。

椅子にかけたときに太ももの後ろに汗が溜まり、
湿疹が悪くなることがある。

ワンポイント どうしてもかゆいときの緊急処置

現在の医学では、強いかゆみを鎮める特効薬はありません。そのため、皮膚炎そのものを治療によりコントロール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。

3 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、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16年の文部科学省調査では、アレルギー性結膜炎の有病率は小学生3.5%、中学生3.8%、高校生2.9%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。

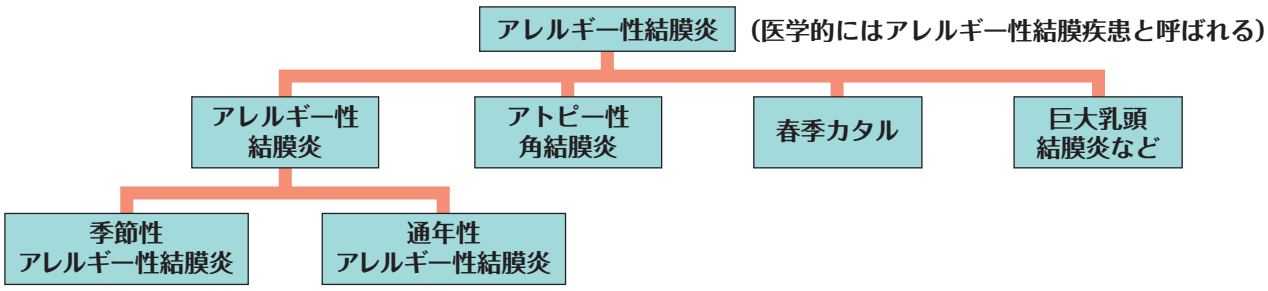
症　状

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。

アレルギー性結膜炎の分類



3－1　「病型・治療」欄の読み方

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（　　）

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きた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、男子に多くみられます。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年中症状はみられますが、春先や秋口など季節の変わり目に悪化することが多いようです。

4．アトピー性角結膜炎

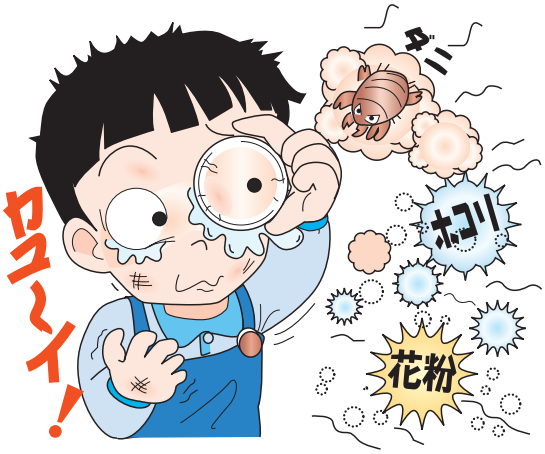
顔面（特に目の周囲）にアトピー性皮膚炎を伴う患者に起こる慢性のアレルギー性結膜炎です。目の周りのアトピー性皮膚炎が悪化すると結膜炎の症状も悪化する場合が多く、目をこすることで症状が悪化します。

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、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。

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、日常生活に支障をきた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（たたく）、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、たた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*による洗眼などが有効です。

＊人工涙液：
眼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回づ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。

■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。

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 1．管理不要 2．保護者と相談し決定 3．プールへの入水不可
B．屋外活動 1．管理不要 2．保護者と相談し決定
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にとっても、悪化原因となります。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。多くの場合はアトピー性皮膚炎を合併していますので、プール指導中の待機場所をテント内や教室とするなどの配慮も求められます。

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

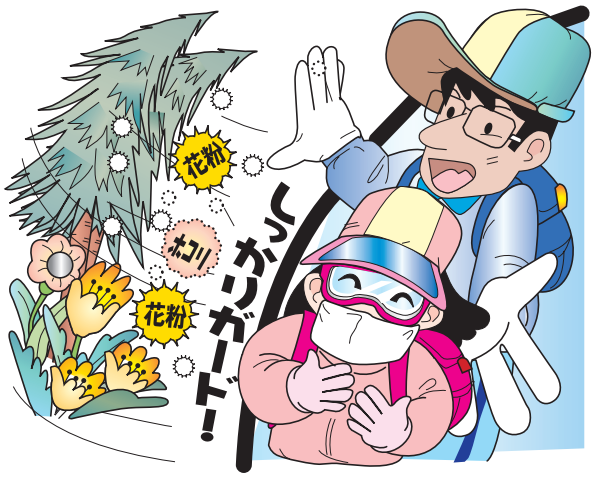
POINT

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原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による洗眼を促してください。



4 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16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2.8%、中学生2.6%、高校生1.9%でした。その他の調査結果を総合して、報告書では、児童生徒の食物アレルギー有病率は１～３%の範囲内にあるとの見解が示されています。

原　因

原因食物は多岐にわたり、学童期では鶏卵、乳製品だけで全体の約半数を占めますが、実際に学校給食で起きた食物アレルギー発症事例の原因食物は甲殻類（エビ、カニ）や果物類（特にキウイフルーツ）が多くなっています。

症　状

症状は多岐にわたります。じんましんのような軽い症状からアナフィラキシーショックのような命にかかわる重い症状までさまざまです。注意すべきは、食物アレルギーの約10%がアナフィラキシーショックにまで進んでいる点*です。

治　療

「原因となる食物を摂取しないこと」が唯一の治療（予防）法です。

そして、万一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（アナフィラキシーを参照）。

＊平成13・14年度及び平成17年度の厚生労働科学研究の全国疫学調査による

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物理的な刺激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16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の割合は、小学生0.15%、中学生0.15%、高校生0.11%でした。

原　因

児童生徒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みられますが、もっとも注意すべき症状は、血圧が下がり意識の低下がみ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、意識の障害などがみ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、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®」（商品名）を携行している場合には、出来るだけ早期に注射することが効果的です。

アナフィラキシー症状は急激に進行することが多く、最低１時間、理想的には４時間は経過を追う必要があります。経過を追う時は片時も目を離さず、症状の進展がなく改善している状態を確認しましょう。

4－1 「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・診断根拠　該当する食品の番号に○をし、かつ《　》内に診断根拠を記載 1．鶏卵　《　　》 2．牛乳・乳製品　《　　》 3．小麦　《　　》 4．ソバ　《　　》 5．ピーナッツ　《　　》 6．種実類・木の実類　《　　》（　　） 7．甲殻類（エビ・カニ）《　　》 8．果物類　《　　》（　　） 9．魚類　《　　》（　　） 10．肉類　《　　》（　　） 11．その他１　《　　》（　　） 12．その他２　《　　》（　　） ［診断根拠］該当するもの全てを《　》内に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性
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

児童生徒にみ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

食物アレルギーの児童生徒のほとんどはこの病型に分類されます。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。

２．口腔アレルギー症候群

果物や野菜、木の実類に対するアレルギーに多い病型で、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）が出現します。多くは局所の症状だけで回復に向かいますが、５％程度で全身的な症状に進むことがあるため注意が必要です。

３．食物依存性運動誘発アナフィラキシー

多くの場合、原因となる食物を摂取して２時間以内に一定量の運動（昼休みの遊び、体育や部活動など患

者によってさまざま）をすることによりアナフィラキシー症状を起こします。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中学生で6000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、高頻度で呼吸困難やショック症状のような重篤な症状に至るので注意が必要です。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、この疾患であると診断されていない例もみられます。

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、初めての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。

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、該当する児童生徒が在籍する場合には学校は厳重な取り組みが求められます。

＊注意を要する具体例；輪ゴム、ゴム手袋、テニスボール、ゴム風船など

C 「原因食物・診断根拠」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、学校での取り組み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り組みとしては、“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、同時に児童生徒の健全な発育発達の観点から、不要な食事制限をなくすことも重要です。学校は、本欄の「診断根拠」を参考に、個々の児童生徒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”が唯一の予防法ですから個々の児童生徒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り組みの前提となります。

食物アレルギーはあらゆる食物が原因となりますが、児童生徒の年代での原因食物としては、鶏卵、乳製品が約50%を占め、主要な上位10品目（以下甲殻類、ソバ、果物類、魚類、ピーナツ、軟体類、木の実類、大豆）で全体の88.8%を占めます。

■診断根拠

一般に食物アレルギーを血液検査だけで診断することはできません。実際に起きた症状と食物アレルギー負荷試験などの専門的な検査結果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「診断根拠」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、診断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、大豆などの主な原因食物は年齢を経るごとに耐性化（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どものおよそ９割は就学前に耐性化するので、直近の１～２年以上症状が出ていない場合には、“明らかな症状の既往”は診断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、幼児期以降に食物負荷試験などの耐性化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）の耐性化率はあまり高くないことが知られています。

②食物負荷試験陽性

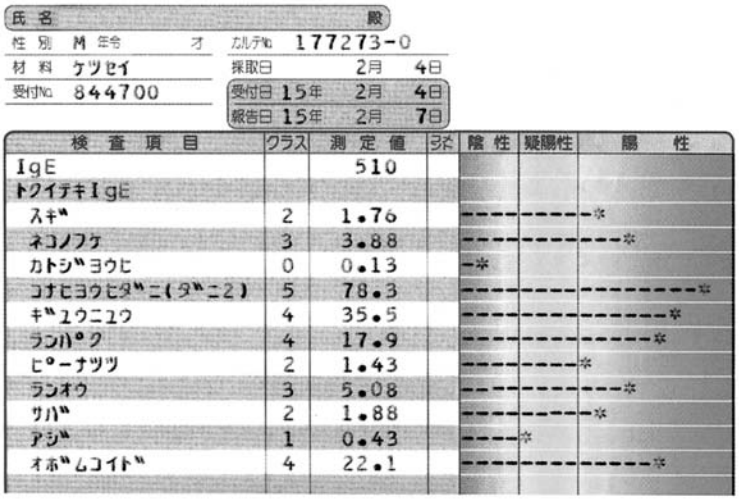
食物負荷試験は、原因と考えられる食物を試験的に摂取して、それに伴う症状が現れるかどうかをみる試験です。この試験の結果は①に準じたものと考えられるため、診断根拠として高い位置付けになります。ただし、①の場合と同様に主な原因食物についての１年以上前の負荷試験の結果は信頼性が高いとは言えませんので、再度食べられるかどうか検討する必要があります。

食物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、多くの施設では負荷総量を分割して15～30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、耐性化（食べられるようになること）も血液や皮膚検査だけから判断することは出来ません。このため、耐性化の診断にも食物負荷試験が必須といえます。

③IgE抗体などの検査陽性

鶏卵や牛乳などの主な原因食物に対するIgE抗体値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どもが多いのも事実です。

IgE抗体値検査結果表の例



氏名　殿
性別　M　年令　オ　カルテNo.　177273-0
材料　ケツセイ　採取日　2月　4日
受付No.　844700　受付日　15年　2月　4日
報告日　15年　2月　7日

検査項目	クラス	測定値	ﾗｽﾄ	陰性	疑陽性	陽性
IgE		510				
トクイテキIgE						
スギ	2	1.76		----------	----------	----------
ネコノフケ	3	3.88		----------	----------	----------
カトシ゛ヨウヒ	0	0.13		----------		
コナヒヨウヒタ゛ニ(タ゛ニ2)	5	78.3		----------	----------	----------
キ゛ユウニユウ	4	35.5		----------	----------	----------
ランハ゜ク	4	17.9		----------	----------	----------
ヒ゜ーナツツ	2	1.43		----------	----------	----------
ランオウ	3	5.08		----------	----------	----------
サハ゛	2	1.88		----------	----------	----------
アシ゛	1	0.43		----------	----------	
オホ゛ムコイト゛	4	22.1		----------	----------	----------

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。しばらく耐性化の検証が行なわれていないのであれば、食物負荷試験の実施を検討してもらいましょう。

ワンポイント　過去の症状の把握

これまでに児童生徒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。

一方で過去に重篤な症状の経験がない児童生徒や、最後の症状から長期間が経過している場合であっても、次の反応でアナフィラキシー症状を起こすことがありうるため、過去の軽い症状を過信することも危険です。

D 「緊急時に備えた処方薬」欄の読み方

POINT

児童生徒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ショック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®」（商品名）があります。アナフィラキシーショックに対しては、早期のアドレナリンの投与が大変に有効でかつ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時間がかかるため、アナフィラキシーショック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。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（商品名「エピペン®」）を早期から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

①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。

②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を期待されています。

２．アドレナリン自己注射薬（商品名「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、患者自らが注射出来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、意識障害などがみられるいわゆる「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

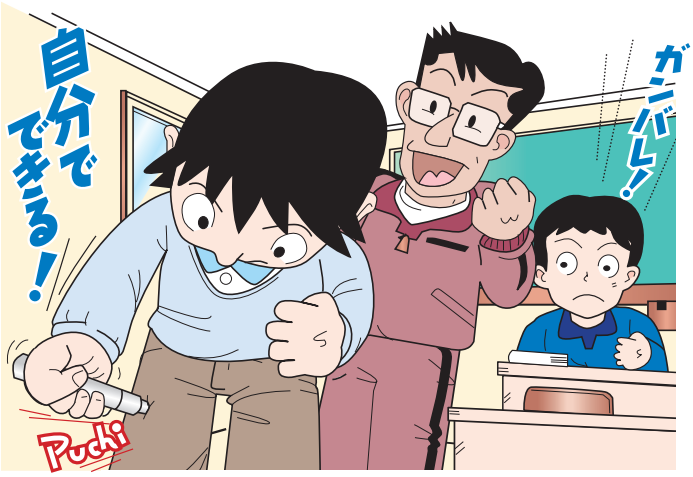
副作用としては効果の裏返しとして血圧上昇や心拍数増加に伴う症状（動悸、頭痛、振せん、高血圧）が考えられます。動脈硬化や高血圧が進行している高齢者などでは脳血管障害や心筋梗塞などの副作用も起こりえますが、一般的な小児では副作用は軽微であると考えられます。

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。

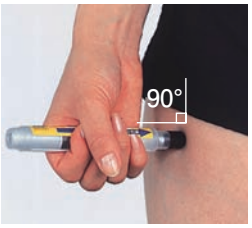
アナフィラキシーの進行は一般的に急速であり、「エピペン®」が手元にありながら症状によっては児童生徒が自己注射できない場合も考えられます。「エピペン®」の注射は法的には「医行為」にあたり、医師でない者（本人と家族以外の者である第３者）が「医行為」を反復継続する意図をもって行えば医師法（昭和23年法律第201号）第17条に違反することになります。しかし、アナフィラキシーの救命の現場に居合わせた教職員が、「エピペン®」を自ら注射できない状況にある児童生徒に代わって注射することは、反復継続する意図がないものと認められるため、医師法違反にならないと考えられます。また、医師法以外の刑事・民事の責任について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



「エピペン®」の使用手順

①黒い先端を下に向けてエピペン®を片手でしっかりと握る

②もう片方の手で灰色の安全キャップを外す



③太ももの前外側に垂直になるように黒い先端を強く押し付ける。押し付けたまま数秒間待つ

④緊急の場合は衣服の上からでも注射できる

■教職員全員の共通理解

児童生徒が「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。

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．給食 1．管理不要 2．保護者と相談し決定
B．食物・食材を扱う授業・活動 1．配慮不要 2．保護者と相談し決定
C．運動（体育・部活動等） 1．管理不要 2．保護者と相談し決定
D．宿泊を伴う校外活動 1．配慮不要 2．食事やイベントの際に配慮が必要
E．その他の配慮・管理事項（自由記載）

A 「給食」欄の読み方

POINT

食物アレルギーの児童生徒は、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り組みが望まれます。

■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が他の児童生徒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どもの約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みられます。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「診断の根拠」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、学校給食で発症した食物アレルギー症状の約60％は新規の発症でした。小学生以降に初めて食物アレルギーを発症することは稀ではなく、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、同調査では、児童生徒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

■学校給食での食物アレルギー対応

対応実施前の環境整備

1．環境整備における教育委員会の役割

食物アレルギー対応の推進のためには、学校の設置者であり、かつ学校給食の実施主体でもある教育委員会が各学校の状況を的確に把握し、主体的に対応することが望まれます。その上で体制を確立し、人的及び物理的環境の整備を図ることが大切であり、各学校は教育委員会が整えた環境の中で、最良の対応が実現出来るよう努力することが望まれます。

2．体制の確立

衛生及び危機管理体制を整えるために、教育委員会の役割が重要ですが、学校段階ではまず、食物アレルギー児童生徒に対応しうる学校職員全員の共通理解が必要です。特に校長のリーダーシップのもとに、アレルギー対応食を管理する栄養教諭／学校栄養職員、それを調理する学校給食調理員、事故の第一発見者となりやすい学級担任、日々の健康管理及び事故の対応者となる養護教諭は、研修などを通じて資質の向上を図ることが求められます。

3．人的環境の整備

安全で充実した食物アレルギー対応実現のためには、栄養教諭／学校栄養職員や学校給食調理員の人数の確保が重要な要素となります。

4．物理的環境の整備

物理的環境とは、アレルギー対応食を調理する環境、調理場の設備（作業ゾーン、調理器具、調理備品等）のことを指します。こうした環境整備には一定の予算が必要であることから、市区町村や教育委員会には、安全で充実した食物アレルギー対応に関し、広く住民や関係者の理解を得つつ、必要な予算を確保していくことが望まれます。

対応のながれ（対応フローチャート参照）

1．対応申請の確認

学校給食における食物アレルギー対応は医師の診断を基礎とします。このため対応には、まず、管理指導表及びそれに準ずる書類の提出を求めます。

申請の受付時期はA．新１年生、B．進級時、C．新規発症／診断時及び転入時の３つのパターンがあります。A及びBパターンの場合は４月に学校給食開始に間に合うように就学時健康診断の際や前年度３学期に申請を受け付けます。Cパターンの場合には、迅速に対応できるように対策を講じることが大切です。なお、対応の更新は基本的には年度毎に行なう必要があります。

また個別面談へ向けて、医師からの情報だけではなく、保護者からの事前調査票（家庭における対応の程度、過去の症状出現状況、学校での留意点、学校への要望、除去すべき食品の明細など）の提出を保護者に依頼します。新一年生の場合は、入学前の通園施設と連携をとる必要もあります。

2．個別面談

個別面談のねらいは、対象の児童生徒と保護者の情報を詳細に得ること、申請内容を正しく把握すること、そして保護者に学校給食の提供までのながれや学校及び調理場の現状を理解してもらうことです。面談は、面談者（対応フローチャート参照）の参加のもと、事前情報の不足分を詳細に聴取し補います。そして個別面談は、最終的な対応方針を理解してもらうために、良好な関係を築く場にもなります。

＜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り組み、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

	単独調理場	共同調理場の受配校
1 対応申請の確認	保護者に“学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）”またはそれに準ずるものの提出依頼をする。 申請時期：パターンA（新一年生）：就学時健診などで実態調査を行なう。 パターンB（進級時）：3学期に新年度へ向けた対応の継続の確認をする。 パターンC（新規発症・診断及び転入時）：新規に発症した場合、もしくは転入時に対応する。	
2 個別面談	書類が提出された対象者に、保護者との個別面談を実施する。 個別面談者：保護者、校長もしくは教頭、栄養教諭／学校栄養職員、養護教諭、学級担任	
3 面談調書の作成	面談の結果を受けて、**面談調書**その他の資料作成をする。	校長より共同調理場長に対応の依頼をする 共同調理場長が対応の実施を決定
対応実施の決定	校長が対応実施の決定	
4 対応委員会の設置と開催	**「食物アレルギー対応委員会」**を開催し、対応方法の検討・決定をする。（主治医や専門医と連携する） 対応委員会構成者：校長、共同調理場長、栄養教諭／学校栄養職員、養護教諭、学級担任、給食担当教諭等、学校給食調理員（可能であれば教育委員会担当者、主治医・学校医）	
5 対応内容の把握	教育委員会は「食物アレルギー対応委員会」の報告を受け、内容を確認把握し、環境の整備や指導を行なう。	
6 最終調整と情報の共有	校長は⑤で決定した内容を**「取り組みプラン」**に記載し、**「アレルギー疾患に対する取り組み報告会」**で全教職員へ周知徹底する。保護者へ対応内容を通知し、必要に応じて具体的な内容の調整を行なう。	
7 対応の開始	学校給食における食物アレルギー対応を開始する。	
8 評価・見直し・個別指導	定期的に対応の評価と見直しを行なう。 栄養教諭／学校栄養職員は食物アレルギーに関する個別指導を行なう。	

3．面談調書の作成・対応実施の決定

栄養教諭／学校栄養職員は、個別面談で得られた情報をまとめ、個別に**面談調書**を作成します。併せて学校及び調理場側の実態を分析し、その現状を踏まえた上で最大限に可能な対策を講じられるように、校長や教育委員会担当者及び調理場長と関係資料を作成します。これらの資料に基づき単独調理場では校長が、共同調理場の受配校では、校長からの依頼を受けた共同調理場長が対応の実施を決定します。

4．対応委員会の設置と開催

対応方法の検討を行うために、**「食物アレルギー対応委員会」**（構成者はフローチャートを参照）を設置します。対応委員会では、面談調書その他の資料に基づき、対象となる児童生徒ごとの対応を検討・決定します。なお、この検討に際しては、主治医・専門医との連携が大切です。

5．対応内容の把握

教育委員会は、対応委員会での決定事柄に関する報告を受け、速やかに環境の整備に取り組みます。

6．最終調整と情報の共有

決定事項をもとに、個別に**「取り組みプラン」**を作成し、校長はその内容を全教職員へ周知徹底し共通理解を図ります。特に栄養教諭／学校栄養職員、調理従事員に対応の徹底を指示します。

同時に保護者へ決定内容を通知し、対応の詳細について説明して了解を得ます。必要に応じて、更に保護者と具体的な確認、調整を行います。

7．対応の開始

調理場及び学校において安全に学校給食を提供できる体制を保護者とともに最終確認し、対応を開始します。栄養教諭／学校栄養職員は調理上の具体的な手順等を整理し、周知徹底を図り、コンタミネーション（混入）や誤食のないように万全の準備を日々心がけてください。

8．評価・見直し・個別指導

学級担任は食物アレルギー児童生徒が対応食を確実に食べたかを確認し、喫食や食べ残しの状況などを定期的に調理場にフィードバックしてください。また給食時には、栄養教諭／学校栄養職員は可能な限り、対象の児童生徒の学級を訪問して、実態把握や確認に努めてください。

栄養教諭／学校栄養職員は日ごろから保護者や対応関係者との連携を密にし、食物アレルギー児童生徒の最新の状況を聴取したり、学校給食に対する要望や評価を話し合ったりして、対応の充実に活かすことが大切です。また、保護者と児童生徒に対して個別指導も行い、学校以外の食生活の質の向上も促します。

学校給食の対応に関しては、基本的に毎年、管理指導表の提出を依頼します。経過による症状の軽症化によっては、医師と相談しながら対応の見直しを検討することが必要です。

対応の実際

対応としては【レベル１】詳細な献立表対応、【レベル２】一部弁当対応、【レベル３】除去食対応、【レベル４】代替食対応に大別されます。このうち【レベル３】と【レベル４】がアレルギー食対応といわれ、学校給食における食物アレルギー対応の望ましい形といえます。

対応を行うための学校及び調理場の状況（人員や設備の充実度、作業ゾーンなど）は千差万別であり、一律に対応を推進することはできません。学校及び調理場の状況と食物アレルギーの児童生徒の実態（重症度や除去品目数、人数など）を総合的に判断し、次の「階段的な対応の進め方」を参考にしながら、現状で行うことのできる最良の対応を検討することが大切です。

例えば、初めから全ての除去品目に対応するのではなく、患者数が多い「鶏卵、乳、小麦」や症状が重症になりやすい「そば、落花生」などのアレルギー表示義務食品から対応を開始することも考えられます。そして更に充実した対応に向けた努力を継続することが重要です。

一方で、保護者の求めるままに実状に合わない無理な対応を行うことは、かえって事故を招く危険性をはらんでいます。学校給食のアレルギー対応は、あくまでも医師の診断と指示に基づいて行うものであり、保護者の希望に沿ってのみ行うものではありません。家庭での対応以上の対応を学校給食で行う必要はないといえます。

■段階的な食物アレルギー対応の進め方

次ページの「食物アレルギー対応の段階的目標・作業整備」を参考にして、各施設設備の実状に応じた最良の対応を実施してください。またどのレベルの対応であっても、以下の事を確認することが重要です。

①（学校－調理場－家庭）三者の連携体制（対応に関する確認、誤食時の対応など）を強化します。

献立の内容を各家庭に事前に周知し、保護者に内容の確認を得てから学校での対応を実施するなど、三者が共通理解をしながら誤食事故を防止します。

②対応内容について、保護者の理解を得るとともに、学級において他の児童生徒が対応を不審に思ったり、いじめのきっかけになったりしないように十分に配慮する必要があります。

③教職員全員は食物アレルギーについて研修を積み、資質の向上に努めます。

④特に単独調理場で、栄養教諭／学校栄養職員が常時勤務できない兼務校においては、食材確認、調理指導、教職員全員への周知徹底などの確認体制をさらに強化、明確にする必要があります。

【用語解説】

①詳細な献立表対応：学校給食の原材料を詳細に記入した献立表を家庭に事前に配布し、それを元に保護者や担任などの指示もしくは児童生徒自身の判断で学校給食から原因食物を除外しながら食べる対策を指します。

②弁当対応：全ての学校給食に対して弁当を持参させる“完全弁当対応”と、普段除去食や代替食対応をしている中で、除去が困難で、どうしても対応が困難な料理において弁当を持参させる“一部弁当対応”があります。

③除 去 食：申請のあった原因食物を除いた学校給食を指します。

④代 替 食：申請のあった原因食物を学校給食から除き、除かれることによって失われる栄養価を別の食品を用いて補って提供される学校給食を指します。

※学校給食におけるアレルギー対応としては①から④に向かうに従って、より充実した望ましい方策といえます。しかしその対応には人的かつ物理的環境の整備が必要となってくることから、各自治体においては、現状で行える最良の方策を検討するとともに、より望ましい方策を取ることができるよう、関係者の共通理解を醸成しつつ、条件整備を図っていくことが望まれます。

食物アレルギー対応の段階的目標・作業整備

対応は最適な対応レベルの組み合わせを考えて、実施してください。

【レベル1】	※すべての対応の基本であり、レベル２以上でも詳細な献立表は提供してください		
詳細な献立表対応	目　　標	献立の詳細な内容を保護者と学級担任に提示し、児童生徒が各自で除去対応を行う	
	作業整備	１．業者に原材料配合表やアレルギー食品に関する資料の提供を依頼する	
		２．資料をもとに、児童生徒毎に詳細な献立表（食材・食品ごとに除去すべき原因食品が分かるようにする）を毎月作成し保護者と学級担任に配布する	
		３．最も誤食事故が起きやすい対応なので、特に学級担任は除去食物と給食内容を日々確認する	
【レベル2】	※レベル３及び４であっても、場合によってはレベル２対応をすることがあります		
一部弁当対応	目　　標	１．弁当を給食時間まで安全で衛生的に管理する	
		２．原因食品を除いた適切な給食を提供する	
	作業整備	１．学校の実状に応じて、持参した弁当の安全で衛生的な管理方法を決める	
		２．詳細な献立表をもとに保護者と連携し、事前に弁当で代用するものを決める	
		３．対応する献立について調理関係者や学級担任などへ食物アレルギー用献立表、作業工程表などの資料を作成し配布する	
		４．担当者（栄養教諭／学校栄養職員、学校給食調理員、学級担任など）は給食内容を把握し、誤食事故がおきないよう注意する	
【レベル3】	目　　標	原因食品を除いた給食を提供する	
除去食対応	作業整備	１．体制確立 ①普通食を基本に除去献立を作成し、作業分担取組、調理指示書や作業工程表・動線図を作成し危機管理体制の充実を図る ②的確に除去ができ、混入がないように、学校給食調理員と綿密な打合せを行い危機管理と衛生管理体制の充実を図る ③配食、配膳、配送についての点検や管理等、各部署との連携調整を確認する ④対応する献立について、食物アレルギー用献立表などの資料を作成し、保護者や学級担任などへ配布する ⑤最終的に学級担任が給食内容を確認し、誤食事故がないように注意する	
		２．人的措置 ①栄養教諭／学校栄養職員や調理従事員は食物アレルギー対応に取り組む為に研修を積み、資質の向上に努める ②除去食について、担当する栄養教諭／学校栄養職員や調理従事員を明確にする ③対応人数や対応食品が多い場合には、【レベル４】に準ずる整備が必要である	
		３．物理的措置	
		作業ゾーン	区画された調理場所が望ましいが、調理室の一角を専用スペースとしても良い（対応者が多くなければ90×180cm程度のスペースでも十分対応が可能である）
			移動調理台にIH調理器などを設置して対応する
		機　　器	シンク・冷蔵庫・電子レンジ・加熱機器（IH、ガスコンロなど）・調理台・配膳台などを必要に応じて用意する
		調理器具	鍋・フライパン・ボール・菜箸・汁杓子などが必要である
		その他	個人用容器は、学年組名前を明記した料理別の耐熱密閉容器が必要で、一般の食器具類と区別して保管する
			共同調理場では、学校別に配送用の個別容器を用意し、学校ではそれを置く専用のスペースを確保する
【レベル4】	※学校給食における対応としては最も望ましい対応		
代替食対応	目　　標	原因食品を除き、それに代わる食材を補い、栄養価を確保した学校給食を提供する	
	作業整備	１．体制確立 【レベル３】に加え、通常給食とは全く別に調理作業ができるよう、作業分担、調理指示書や作業工程表・動線図を作成し、危機管理と衛生管理体制を確立する	
		２．人的措置 対応人数や食品が多い場合には、食物アレルギーに対応する栄養教諭／学校栄養職員や調理従事員を確保することが必要となる	
		３．物理的措置	
		作業ゾーン	【レベル３】に加え、食材が絶対に混入しないように区画する
		機　　器	【レベル３】に加え、炊飯器・パン焼き器・オーブンレンジ・フードプロセッサー・冷凍冷蔵庫などが必要
		調理器具	【レベル３】に加え、中心温度計・まな板・包丁・ざる・計量カップ・計量スプーンなどが必要
		その他	【レベル３】に加え、移動調理台・専用の消毒保管庫・洗浄スペース・配食スペースを確保する

これで安心ネ！
4年1組
○○さん
茶

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がいます。このような児童生徒は、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に対する配慮

●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。しかし、この作業では牛乳が周囲に飛び散ることは避けられません。微量の牛乳が皮膚に接触するだけで症状をきたす最重症の児童生徒にとっては、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。

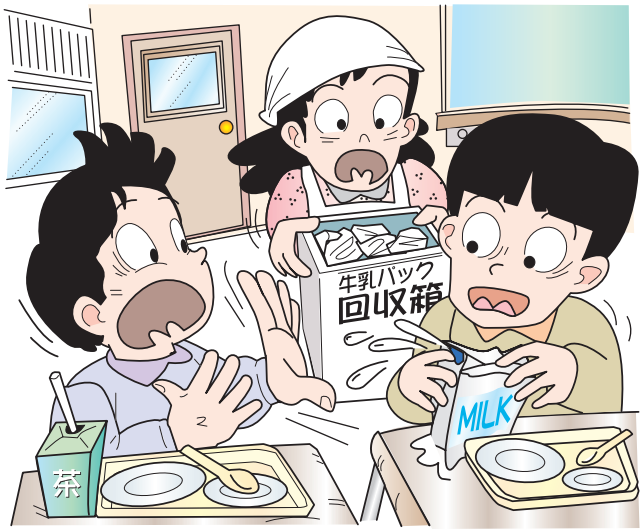
牛乳パックの洗浄の様子

●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、そば粉が宙を舞ったり、練るときに皮膚に触れるため、ソバアレルギーの児童生徒にとっては大変危険です。

●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きたす児童生徒がいます。小麦アレルギーの児童生徒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原因として「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が、症状を引き起こす運動の強さは個々で異なり、体調など種々の要因も影響します。保護者と相談し、日頃の家庭での制限を踏まえて運動制限の基準を決めてください。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ます。このため、運動前４時間*以内は原因食物の摂取を避け、食べた場合は以後４時間の運動を避ける必要があります。症状が誘発される運動の強さには個人差がありますので、保護者と相談して決める必要があります。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、全ての児童生徒にとって貴重な体験であり、食物アレルギーの児童生徒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。事前に宿泊先と連絡をとり、その児童生徒の重症度に合わせた最大限の配慮をお願いします。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おくとよいでしょう。

さらに、過去にアナフィラキシーショックを起こした児童生徒には「エピペン®」などの救急治療薬が処方されている場合がありますので、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。

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16年の文部科学省調査では、児童生徒のアレルギー性鼻炎の有病率は小学生8.8%、中学生10.2%、高校生9.1%でした。一方で「鼻アレルギー診療ガイドライン2005年度版」全国調査（平成10年）では通年性アレルギー性鼻炎は５～９歳で25.5%、10～19歳で34.9%、またスギ花粉症では５～９歳で7.5%、10～19歳で19.7%という結果が報告されており、アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）が日常的にみられる疾患であることが分かります。

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、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。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。

5－1　「病型・治療」欄の読み方

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．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。学校が取り組み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、鼻づまりがみられます。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、カモガヤ、ブタクサなどです。

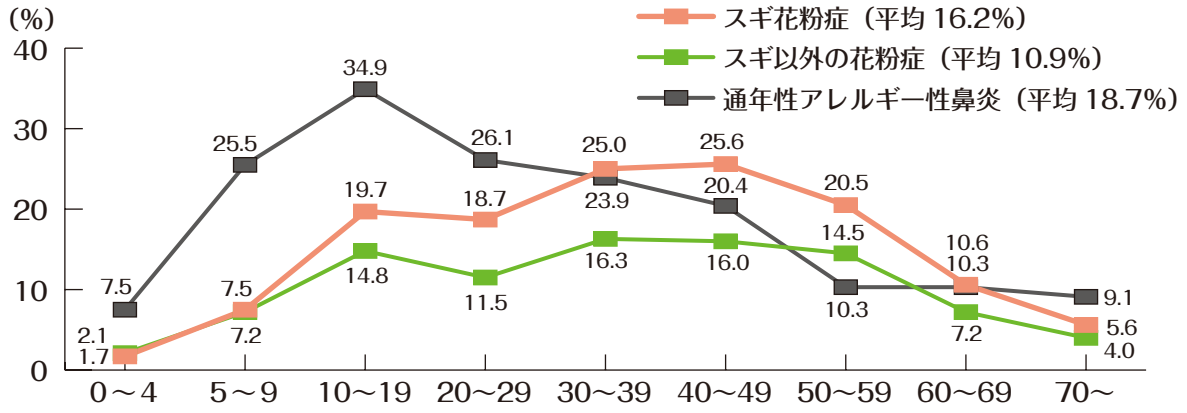
ワンポイント 小児における花粉症の増加

小児の花粉症は年々増加しています。1998年に行われた全国調査では、通年性アレルギー性鼻炎は10～19歳にピークを認め、スギ花粉症のピークは30～40歳代に認められていました。この時も５～９歳の7.5%にスギ花粉症が認められていましたが、当時、小児ではスギ花粉症は相対的に少ないと考えられていました。

しかし、2004年に別の調査でアレルギー性鼻炎の小児に対してスギ花粉の検査を行ったところ、1981年の陽性率は26%であったのに対し、2004年の陽性率は90%を超えていることが報告されました。

このことは小児の花粉症が増えてきていることを示唆していると考えられます。この理由としてはスギ花粉の増加、都市化と生活環境の変化、感染症の減少や感染症遷延化の減少などが指摘されています。

年齢層別アレルギー性鼻炎有病率



（鼻アレルギー診療ガイドライン2005年版）

B 「治療」欄の読み方

POINT

小児のアレルギー性鼻炎に用いられる治療薬は大きく内服薬と点鼻薬とに分けられます。

■アレルギー性鼻炎の薬物療法

１．抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）

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阻害し、症状を抑えます。近年、この種の医薬品の改良が進み、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を催す副作用があるので、そのことを知っておく必要があります。

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長期に連用しても副作用もほとんどありません。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。

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 1．管理不要 2．保護者と相談し決定
B．その他の配慮・管理事項（自由記載）

A 「屋外活動」欄の読み方

POINT

アレルギー性鼻炎（特に季節性アレルギー性鼻炎）の児童生徒は花粉飛散時期の屋外活動により、症状の悪化をきたすことがあります。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もありますので、併せて配慮が必要です。

■その他の学校生活上の配慮

• 授業中の居眠り

アレルギー性鼻炎に対する内服薬を服用していて、授業中の居眠りが目立つ場合には、叱るのではなく、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みられますので、夜間眠れているか、本人に聞いてみるのもよいでしょう。

• 自転車通学

自転車などで通学をしている児童生徒に対しては、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。

• 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、児童生徒の希望に応じ、使用する際の場所の確保をしてください。

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 アレルギー性疾患研究　部長
	栗　山　真理子	特定非営利活動法人 アレルギー児を支える全国ネット アラジーポット　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 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 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
釆　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

学校のアレルギー疾患に対する
取り組みガイドライン

初版　平成20年３月31日

監　修
文部科学省スポーツ・青少年局 学校健康教育課

発行者
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)3785・0968
FAX 03(3592)3898
URL http://www.hokenkai.or.jp/

印刷所
大東印刷工業株式会社

MEMO

MEMO

MEMO

PRINTED WITH SOY INK™
地球環境に配慮した大豆油インキを使用しています