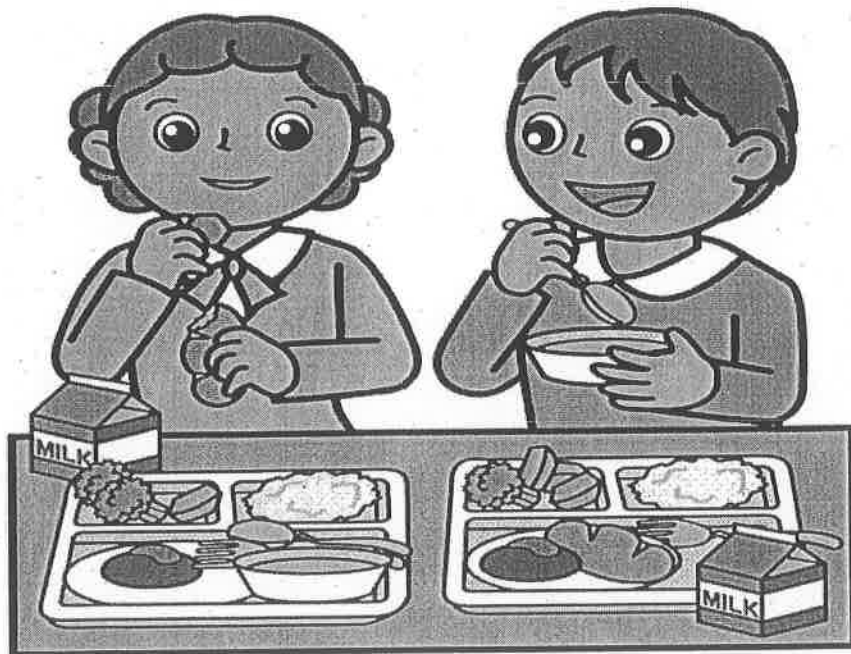


学校における 食物アレルギー対応の手引き

～安全・安心な学校給食～



始良市教育委員会

目 次

1 食物アレルギー対応における基本的な考え方	1
2 「個別支援計画」作成の流れ	1
(1) 作成の体制	1
(2) 作成に必要な書式	2
3 学校での各職員の役割	3
4 学校給食における食物アレルギー対応の流れ	4
5 各様式	
○ 様式1 「基本調査」	5
○ 様式2 「学校生活管理指導表」	6～7
○ 様式3 「個別支援計画」 サンプル	8
○ 様式3 「個別支援計画」	9
○ 様式4 「対応通知」	10
○ 様式5 「教育委員会への報告」	11



食物アレルギーのある児童生徒への対応

1 食物アレルギー対応における基本的な考え方

学校において食物アレルギーのある児童生徒への対応を理解し推進するにあたっては、まず、食物アレルギーやアナフィラキシーに関して正しい知識をもつことが前提であり、食物アレルギー(特にアナフィラキシー)の対応は、原因となっている食品を除去することが基本である。

しかし、除去食を行う場合は、栄養の偏りや不足を生じることがあり、主治医の指導を受けながら進めることが望ましいこと、原因となる食品やアレルギー症状の程度はひとりひとり異なっていることなどから、主治医からの管理指導表等に基づき学校での対応を保護者と話し合うことが必要である。主治医の指示に基づいた支援を行うことにより、成長期にある児童生徒の健全な発育・発達を促していきたいと考える。

そこで、本市における食物アレルギーのある児童生徒の対応の柱として、

- 教職員等への食物アレルギーやアナフィラキシーに関して正しい知識の普及
- 管理指導表(医学的根拠)に基づいた個別支援計画の作成

を今後の対応の基軸として取り組んでいきたい。



2 「個別支援計画」作成の流れ

学校における給食や食物・食材を扱う活動、宿泊を伴う活動については、食物アレルギーのある児童生徒へ配慮・管理が必要となる。

具体的に配慮・管理すべきことを明らかにし、確実に実施していくために、各々の児童生徒に対して「食物アレルギー個別支援計画」(以下「個別支援計画」という。)を作成することが必要となる。

(1) 作成の体制

「食物アレルギー校内対応委員会」(職員会議などの活用も可)を設置し、「個別支援計画」を作成する。同委員会は、各職員の役割を明確にするとともに、作成した「個別支援計画」を全職員に周知し、組織をあげて「個別支援計画」に取り組む。

食物アレルギー校内対応委員会メンバー(例)

校長(教頭)、学級担任、養護教諭、栄養教諭、給食センター職員、保健主任、学校給食担当者(必要に応じて調理員)

※食物アレルギー校内検討委員会のメンバーは、校長が適切な人選を行う。

- ① 食物アレルギーについては、養護教諭や栄養教諭・学校栄養職員等が中心となって検討する。
- ② アナフィラキシー発症時の対応等については、担任教諭や保健体育科担当教諭、養護教諭などが中心となって検討する。

(2) 作成に必要な書式

<p>様式1 [基本調査]</p>	<p>全保護者へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 学校は、全児童生徒を対象に、食物アレルギーに関する基本調査を行い、アレルギーをもつ児童生徒を把握する。
<p>様式2 [学校生活管理指導表]</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>学校生活管理指導表は、日本学校保健会が作成した様式であり、医師の診断書も兼ねている。</p> </div>	<p>学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は、主治医（専門医）の診断及び検査結果等、医学的根拠により、記入されるものである。また、この管理指導表に基づいて、学校と保護者が緊急時の対応等について確認する。 ○ 管理指導表の記入にあたっては、文書料がかかる場合がある。 ○ 本市では、管理指導表の提出は、原則として新規、新小4年、新中1年、変更希望者とする。但し、上記以外に診断書が必要な場合又は不必要な場合については、校長の判断とする。 <p>※学校生活管理指導表は始良地区医師会の了解を得ている。</p>
<p>様式3 [個別支援計画]</p>	<p>全職員で共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 学校において、食物アレルギーのある児童生徒に対して、学校において配慮・管理すべきことをまとめた必須の様式。 ○ 校内対応委員会で作成・決定し、全職員で共有する。
<p>様式4 [対応内容の通知]</p>	<p>該当保護者の方へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 学校で協議した対応について、個別支援計画を添えて保護者へ通知する。
<p>様式5 [教育委員会へ報告]</p>	<p>教育委員会へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 学校は、食物アレルギーを有する児童生徒について教育委員会へ報告する。



3 学校での各職員の役割

食物アレルギー対応が必要な児童生徒のために、校長の指導のもと、それぞれの職務に応じて、関係職員で「食物アレルギー校内対応委員会」等を組織し、学校全体で対応していく。食物アレルギー対応について、日頃からの校内の共通理解を図っていくとともに積極的に連携・協力していくことが大切である。

学校の実態や実情に合わせ役割を分担することが望ましい。

担 当	役 割	具体的な役割分担
管理職 (校長、教頭)	総括責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「食物アレルギー校内対応委員会」の設置 ・ 「個別支援計画」の最終決定 ・ 保護者との面談の際、基本的な考え方等を説明 ・ 全教職員への「個別支援計画」の周知徹底 ・ 事故発生時の迅速かつ適切な対応
担任・学年主任	学校生活における配慮	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「個別支援計画」案（学校生活における配慮について）の作成 ・ 保護者との面談 ・ 児童生徒が安全に学校生活を送れるよう配慮 ・ 他の児童生徒への食物アレルギーの正しい知識・理解の指導 ・ 対象児童欠席時の給食室への連絡 ・ 事故発生時の迅速かつ適切な対応
養護教諭	児童生徒の健康状況の把握と集約、 学校医や主治医との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食物アレルギーのある児童生徒の調査、把握 ・ 「個別支援計画」（疾患、病型、持参薬、緊急時対応）の作成 ・ 保護者との面談 ・ 主治医や学校医と連携し、緊急時対応を事前確認 ・ 緊急時薬の管理 ・ 事故発生時の迅速かつ適切な対応 ・ 他の児童生徒への食物アレルギーの正しい知識・理解の指導
栄養教諭 調理員 給食指導係 等	安全な給食の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「個別支援計画」（給食での配慮）の作成 ・ 保護者との面談 ・ 給食対応 <ul style="list-style-type: none"> a 詳細な献立表の作成 b 混入事故のない調理の管理 c 調理員等との連携や教育 d 保護者との定期的な面談

学校給食における食物アレルギー対応の流れ

始良市教育委員会

1 アレルギー把握

新小1年 入学説明会時
在校生 1月下旬
(小1～中2)

- 学校は、全児童生徒を対象に、食物アレルギーに関する基本調査(様式1)を行い、アレルギーをもつ児童生徒を把握する。



2 調査票の提出

2月中旬配布
3月上旬提出

- 基本調査から、学校給食での食物アレルギー対応食を希望している保護者へ学校生活管理指導表(様式2)を配布し、保護者からは「学校生活管理指導表」の提出を求める。

※学校生活管理指導表とは、日本学校保健会が示した様式であり医師の診断書も兼ねている。

- 学校生活管理指導票は原則、「新規、新小4年、新中1年、変更希望者」とする。
但し、上記以外に診断書が必要な場合又は不必要な場合については、校長の判断とする。

- 学校給食センター受配校の学校は、「学校生活管理指導表」及び「食物アレルギー調査票」を学校給食センターへ写しを提出する。



3 面談等の実施

3月中

- 面談等を実施する。(面談、家庭訪問、電話連絡など)
[対応食については、詳細を確実に把握すること。]

【面談のメンバー例】

校長(教頭)、学級担任、養護教諭、栄養教諭、保護者
(必要に応じて調理員)



4 対応委員会

面談等終了後
(3月下旬)

- 保護者との面談終了後、対応内容を検討し決定する。
- 個別支援計画(様式3)を作成する。

【対応委員会のメンバー例】

校長(教頭)、学級担任、養護教諭、栄養教諭、センター職員
保健主任、学校給食担当者(必要に応じて調理員)



5 対応の通知

4月上旬

- 保護者へ対応食の内容等について通知(様式4)する。
- 全教職員で対応内容の共有化を図る。
- 食物アレルギーを有する児童生徒について教育委員会へ報告する。(様式5)



6 対応の開始

- 学校給食における対応を開始する。
- 定期的に対応の見直しを図りながら、栄養教諭等は食物アレルギーに関する個別指導等を行う。

保護者各位

始良市立〇〇〇学校長

食物アレルギーに関する基本調査について（お願い）

時下、保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。さて、食物アレルギーをもつ児童生徒の実態や今後の学校給食対応などについて、正しく把握することを目的に食物アレルギーに関する基本調査を実施します。つきましては、下記により必要事項を記入し、〇月〇日までに学校へ提出して下さるようお願いいたします。

【留意点】

- 1. 食物に関するアレルギーがある場合や食物アレルギー対応食を希望する場合は、あらかじめ必要な関係書類を配布します。
- 2. 食物アレルギー対応食を希望する場合は、医療機関でのアレルギー検査結果及び学校生活管理指導表（医師の診断書）等をもとに、個別対応のための面談等を実施します。
- 3. 診断書等の提出は、新規、新小4年、新中1年、変更希望時に提出する必要があります。

記

----- 切り取り線 -----

_____ 学校（園）__ 年 __ 組 氏名 _____

保護者氏名 _____

該当する項目に○又は記入をお願いします。

1 食物に関してアレルギー症状を起こすことがありますか。

ア ある イ ない

※「ある」と答えた子どもについては、以下の質問に答えてください。

2 アレルギー症状を起こす原因食品等は何ですか。
(当てはまる項目に○をし、<>内には具体的に原因食品を記入してください。)

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	その他	<	>

3 食物アレルギー対応食を希望しますか。 **学校生活管理指導表（医師の診断書）が必要です。**

ア 希望する イ 希望しない

4 その他（連絡事項等あれば記入してください。）

病型・治療		学校生活上の留意点	
重症度分類 (発作型) A. 間欠型 1. 軽症持続型 2. 中等症持続型 3. 重症持続型 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 4. その他 (「インタール®」) B-2. 長期管理薬 (貼付薬) (内服薬・貼付薬) 1. テオファイリン徐放錠剤 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いため不可 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)	大保護者 電話: _____ 大連絡医機関 医療機関名: _____ 電話: _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
病型・治療 A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症: 面積に問わず、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、発熱、発腫主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹: 紅斑、丘疹、びらん、潰瘍、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 3. ([プロトピック®]) 4. 保湿剤 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校外線下での活動 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 _____	
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 _____	

気管支ぜん息 (あり・なし)

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)

アレルギー性結膜炎 (あり・なし)

<p>病型・治療</p> <p>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)</p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>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)</p> <p>1. 食物 (原因)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫</p> <p>5. 医薬品</p> <p>6. その他 ()</p> <p>C. 原因食物・診断根拠</p> <p>該当する食品の番号に○をし、かつ () 内に診断根拠を記載</p> <p>① 明らかかな症状の既往</p> <p>② 食物負荷試験陽性</p> <p>③ IgE抗体事後査結果陽性</p> <p>1. 鶏卵 < > ()</p> <p>2. 牛乳・乳製品 < > ()</p> <p>3. 小麦 < > ()</p> <p>4. ソバ < > ()</p> <p>5. ビーナッツ < > ()</p> <p>6. 種実類・木の实類 < > ()</p> <p>7. 甲殻類 (エビ・カニ) < > ()</p> <p>8. 果物類 < > ()</p> <p>9. 魚類 < > ()</p> <p>10. 肉類 < > ()</p> <p>11. その他1 < > ()</p> <p>12. その他2 < > ()</p> <p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬 (「エビペン®」)</p> <p>3. その他 ()</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話: _____</p> <p>★連絡医療機関 医療機関名: _____</p> <p>★電話: _____</p> <p>記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
<p>病型・治療</p> <p>A. 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性鼻炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症)</p> <p>主な症状の時期: 春、夏、秋、冬</p> <p>B. 治療</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服)</p> <p>2. 鼻噴霧用ステロイド薬</p> <p>3. その他 ()</p>		<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. 給食</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. 食物・食材を扱う授業・活動</p> <p>1. 配慮不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>C. 運動 (体育・部活動等)</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>D. 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 配慮不要</p> <p>2. 食事やイベントの際に配慮が必要</p> <p>E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</p>

● 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: _____

様式3：個別支援計画 サンプル

食物アレルギー個別支援計画

1 児童生徒氏名

学年	組	氏名	性別	生年月日
			男・女	平成 年 月 日 (歳)

2 食物アレルギーの病型（該当するものに○を記入）

即時型	口腔アレルギー症候群	食物依存型運動誘発アナフィラキシー

3 アナフィラキシー病型（該当するものに○を記入）

原因食物	食物依存型運動誘発 アナフィラキシー	運動誘発アナフィラキシー	昆虫	医薬品	その他
	原因食物 〔 〕		種類 〔 〕	原因薬品 〔 〕	

4 学校における配慮

項目	具体的な配慮と対応	緊急時の対応について
給食	対応食について記入	注意すべき症状
食物・食材を扱う活動・授業	・教材教具等への配慮 ・食に関する活動を行う場合に、影響がないか事前に検討する。	緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 主治医へ連絡する <input type="checkbox"/> 救急車を要請する <input type="checkbox"/> その他 ()
運動	・昼休みや体育の時間における配慮 特に、アナフィラキシー症状を誘発する運動に注意。	エピペン救急搬送システムの登録 有・無
宿泊を伴う活動	・宿泊先での食事の配慮とアナフィラキシー発症に備える。 ・宿泊先や保護者との協議。	緊急時に搬送できる医療機関 病院名： 主治医名： 連絡先： カルテID番号：
持参薬	・持参薬などを把握。使用する場合などの配慮。保護者との協議。	
エピペンの保管	・使用方法や管理については保護者と十分協議する。	
		保護者の緊急連絡先 ① ②

様式 3 : 個別支援計画

食物アレルギー個別支援計画

1 児童生徒氏名

学年	組	氏 名	性別	生年月日
			男・女	平成 年 月 日 (歳)

2 食物アレルギーの病型 (該当するものに○を記入)

即時型	口腔アレルギー症候群	食物依存型運動誘発アナフィラキシー

3 アナフィラキシー病型 (該当するものに○を記入)

原因食物	食物依存型運動誘発 アナフィラキシー	運動誘発アナフィラキシー	昆虫	医薬品	その他
	原因食物 []		種類 []	原因薬品 []	

4 学校における配慮

項 目	具体的な配慮と対応	緊急時の対応について
		注意すべき症状
		緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 主治医へ連絡する <input type="checkbox"/> 救急車を要請する <input type="checkbox"/> その他 ()
		エピペン救急搬送システムの登録 有・無
		緊急時に搬送できる医療機関 病院名： 主治医名： 連絡先： カルテ ID 番号：
		保護者の緊急連絡先 ① ②

平成 年 月 日

〇〇〇 〇〇様

始良市立〇〇〇学校長

学校給食における対応食について（通知）

時下、保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、標記の件につきましては、学校給食校内対応委員会におきまして、下記により決定しましたのでお知らせします。

記

1 対応食

ア 弁当対応 イ 除去食対応 ウ 代替食対応

別紙個別支援計画を参考にしてください。

様式5：教育委員会への報告

平成 年 月 日

始良市教育委員会教育長 殿

始良市立〇〇〇学校長

食物アレルギー疾患及び学校給食の対応について（報告）

このことについて、別紙のとおり報告します。

別紙

食物アレルギー疾患及び学校給食の対応について（報告）

学校名 _____

校長名 _____ 印

番号	学年	組	氏名	食物アレルギー アレルゲン	対 応 食			
					弁当	除去食	代替食	無