

佐世保市立学校給食における食物アレルギー対応について

～ 保護者の皆様へ ～

令和4年5月



はじめに

佐世保市教育委員会では、全ての子どもたちに安全安心に学校生活を送ることができる環境をつくるため、平成27年12月に、「学校給食を中心とした食物アレルギーに関する基本方針」を策定しました。

その取組の一つとして、全ての子ども達が安心して食べられる給食にするため、平成28年1月に「学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」を改訂しました。

食物アレルギー対応は、学校だけが行うものではなく、医師の診断に基づき、保護者と学校、給食センターなどが情報を共有し、共通理解の上で行うことが基本となります。

保護者の皆様におかれましては、趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようお願い申し上げます。なお、この食物アレルギー対応については、平成28年4月からの適用となります。

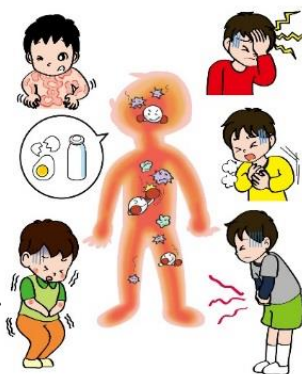
食物アレルギーとは

【日本学校保健会「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」抜粋】

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に生じるアレルギー反応のことをいいます。

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%（平成13・14年度及び平成17年度 全国疫学調査）がアナフィラキシーショックにまで進んでいる点だといわれています。



アナフィラキシーとは

【日本学校保健会「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」抜粋】

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。



学校で食物アレルギー対応をするためには、医師の診断が必要です

医師から食物アレルギーと診断され、原因食材が特定されている方で、家庭でも医師の指示による食事管理（原因食材の除去など）を行っている方が対象となります。

学校で適切な対応を行うため、必ず主治医の診断書である「生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をご提出いただくこととなります。

※ 参考として、「学校生活管理指導表の記入例」も掲載しております。

佐世保市の学校給食における対応

各学校では、ご提出いただいた「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」及び保護者の皆様との面談を基に、安全性確保のため、**原因食物の完全除去（提供するかしないか）**を原則とした個人ごとの対応プランを作成し、毎日の給食提供に備えます。

対応の種類は、おおまかに以下の4通りとなります。



○ 詳細な献立表の提供

アレルギー原因食物の含有情報を提供します。

食物アレルギー対応を行う全ての保護者へお渡ししますので、保護者におかれましても、ご確認をお願いします。

これらの情報に基づき、アレルギー対応を判断していただくこととなります。

○ 除去食の提供

アレルギーの原因食物を除去した給食を提供します。ただし、原因食物の種類が多い、ごく微量でも重篤なアレルギー症状を引き起こす可能性がある など、学校での施設設備等では対応できない恐れがある場合、弁当持参をお願いすることとなります。

○ 代替食の提供

専用のアレルギー食調理室を備えた施設（現段階では、佐世保市学校給食センターのみ）でのみ提供します。

原因食物を除去す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た給食です。

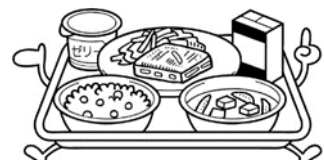
ただし、施設側で対応できる原因食物以外の場合や、ごく微量でも重篤なアレルギー症状を引き起こす可能性がある場合、弁当持参をお願いすることとなります。

○ 弁当持参

原因食物の種類が多い、ごく微量でも重篤なアレルギー症状を起こす恐れがあり、給食を提供することが困難（危険）である場合、弁当の持参を認めております。

献立により食べられる日と食べられない日がある場合（一部弁当持参）、学校給食を全く食べることができない場合（完全弁当持参）により対応することとなります。

※ ただし、食中毒の発生等の危険もあるため、持参した弁当の衛生管理に注意が必要となります。



アレルギー対応の手順

食物アレルギー調査

学校から、食物アレルギーの調査票を配布します。

アレルギー無

通常の給食

- 小学校入学前 …… 保護者説明会の際に配布し、当日又は後日回収します。
- 在校生 …… 全ての児童生徒に配布します。
 - * 既に、学校給食における食物アレルギー対応を行っている場合でも、学校生活管理指導表をご提出いただくこととなります。

アレルギー有の場合

学校から、学校生活管理指導表の提出依頼 があります。

- 学校給食で、何らかの配慮が必要だとお考えで、なおかつ医療機関未受診の方は、医療機関を受診のうえ、医師が記載する学校生活管理指導表をご準備ください。
- 学校生活管理指導表の提出があった場合のみ、学校給食での対応を行います。

個別面談の実施

対象：原則として、学校生活管理指導表提出者

- 提出された学校生活管理指導表をもとに面談を行い、原因食物の完全除去（提供するかしないか）を原則とした児童生徒ひとりひとりの対応プラン（案）を作成します。

食物アレルギー対応委員会による対応方針の決定

各学校に設置された食物アレルギー対応委員会により、対応方針を決定します。

- 安全安心を最優先しながら、対応方針を決定します。
- 決定後、保護者の方にお知らせいたしますので、ご理解いただきますようお願い申し上げます。

食物アレルギー対応開始

- 毎月、詳細な献立表をお渡しし、ご確認をお願いすることとなります。
- 体質の変化などにより、医師の指示に変更があった場合などは、随時面談を行い、対応内容を検討します。

学校給食以外の対応

食物アレルギー対応は、学校給食だけではなく様々な場面（修学旅行・野外活動など）で必要になることがあります。また、食物依存性運動誘発アナフィラキシー（食事後、運動を行った際に、アレルギー症状を発症）が全国的にも多数報告されており、その発症年齢のピークは10代から20代といわれています。

食物アレルギーは誰でも発症する可能性を持っており、原因となる食物も人それぞれです。食物アレルギーをもたない児童生徒や保護者にも正しい知識をお伝えし、連携・協力して対応してまいります。



学校生活管理指導表の記入例

※太枠破線部は、保護者の方が記入してください。その他の部分は、医師記入欄です。

記入もれがないか確認してください。

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。

病型・治療		学校生活上の留意点		
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	Ⅲ 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	Ⅲ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	★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	
	Ⅳ 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	Ⅳ 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 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		「緊急時連絡先」 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
	Ⅳ 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. 木の实類 () (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 ()	Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)		
Ⅳ 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				
気管支ぜん息 (あり・なし)	Ⅲ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	Ⅳ 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動	「緊急時連絡先」 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	
	Ⅳ-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 3. その他	Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)		
	Ⅳ-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 ()			
	Ⅳ-3 長期管理薬 (注射) 薬剤名 1. 生物学的製剤 ()			
	Ⅳ 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 () ()			

気管支ぜん息については、記入不要です。

保護者の緊急連絡先を記入してください。

主治医もしくは緊急の場合に連絡する医療機関名を記入してください。
 ※ただし一度は受診しておくことが必要です。
 (ここは医師記入欄です。)

コンタミネーションまで除去が必要な場合は記入してください。

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

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	Ⅲ 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		Ⅰ 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		年 月 日
			Ⅱ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名
			Ⅲ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要		医療機関名
			Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)		①
アトピー性皮膚炎	Ⅲ-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 ()	Ⅲ-2 常用する内服薬 1. 抗ヒス 2. その他 ()	Ⅲ-3 常用する注射薬 ()	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 については、記入不要です。	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	Ⅲ 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 ()				
アレルギー性結膜炎	Ⅲ 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 ()				
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	Ⅲ 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		Ⅲ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
アレルギー性鼻炎	Ⅲ 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 ()		Ⅲ その他の配慮・管理事項(自由記載)		医師名
				医療機関名	①

保護者同意欄に記入
 もれないようにご
 注意ください。

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 _____