令和 8年度

第２回 徳島県医師会認定学校医研修会

日 時 令和8年11月17日(火)
午後7時30分～午後9時

場 所 徳島県医師会館 4F

令和8年度
第2回 徳島県医師会認定学校医研修会　次第

19:30～19:40

いじめ･不登校の現状について

徳島県教育委員会いじめ不登校対策課
不登校支援担当係長兼指導主事
重本浩輔

19:40～20:00

その失神、本当に迷走神経反射ですか？

徳島大学病院　小児科　小野朱美

20:00～20:20

アナフィラキシーの対応uptodate

徳島大学病院　小児科　苛原　誠

20:20～20:40

栄養教諭が行う　「個別的な相談指導」

徳島県栄養士会　仲野康子

20:40～21：00

ヘッドホン･イヤホン難聴を予防しよう！

せきね耳鼻咽喉科　島田亜紀

「いじめ・不登校の現状について」

2026.11.17(火)

徳島県教育委員会
いじめ・不登校対策課
不登校支援担当　重本　浩輔

【内容】

1　いじめの現状
2　不登校の現状
3　県の取組

1　いじめの現状

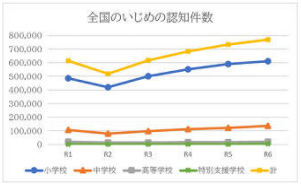
いじめの認知件数について

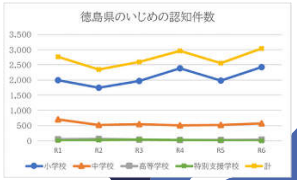
※認知されたいじめ
(国公私立小・中・高・特)

	小学校	中学校	高等学校	特別支援学校	合　計
全　国	610,612件	135,865件	18,891件	3,654件	769,022件
徳島県	2,423件	574件	35件	3件	3,035件

○いじめの認知(発生)件数の推移【全国と徳島県】

８８．４％が解消





令和6年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」より

いじめの態様について

※認知されたいじめ
(国公私立小・中・高・特)

1　冷やかしやからかい、悪口や脅し文句、嫌なことを言われる
　450,177件【58.5%】
2　軽くぶつかられたり、遊ぶふりをして叩かれたり、蹴られたりする
　172,258件【22.4%】
3　仲間はずれ、集団による無視をされる
　89,081件【11.6%】
4　嫌なことや恥ずかしいこと、危険なことをされたりさせられたりする
　86,448件【11.2%】

※パソコンや携帯電話で、誹謗・中傷や嫌なことをされる（増加傾向）
　27,365件【3.6%】

令和6年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」より

いじめの重大事態の発生件数

※認知されたいじめ
(国公私立小・中・高・特)

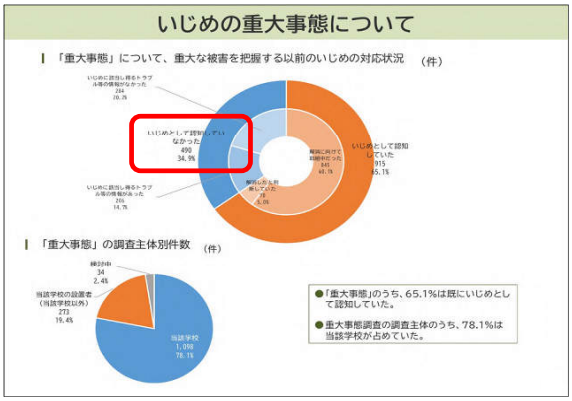
○全国の推移

	R2	R3	R4	R5	R6
発生件数	512	705	919	1,306	1,404
1号(生命心身財産)	238	350	445	648	768
2号(不登校)	345	428	616	864	896

○徳島県の推移

	R2	R3	R4	R5	R6
発生件数	0	0	3	5	5
1号(生命心身財産)	0	0	1	0	3
2号(不登校)	0	0	3	5	3

令和6年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」より



令和6年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」より

いじめ対策

- 積極的認知と組織的対応
- いじめ重大事態への適切な対処
- 未然防止・早期対応

2 不登校の現状

不登校児童生徒数

※国公私立小・中・高

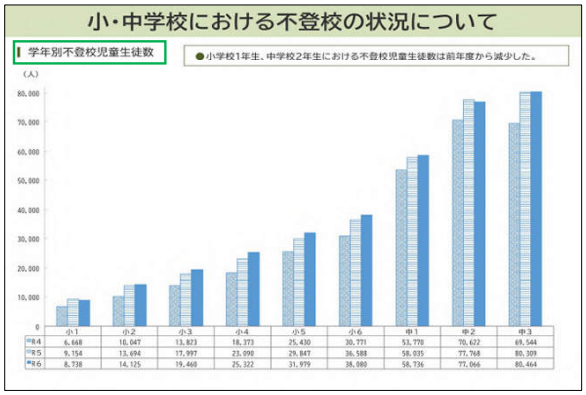
○全国の推移

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
小学校	44,841	63,350	81,498	105,112	130,370	137,704
中学校	127,922	132,777	163,442	193,936	216,112	216,266
高等学校	50,100	43,051	50,985	60,575	68,770	67,782
計	222,863	239,178	295,925	359,623	415,252	421,752

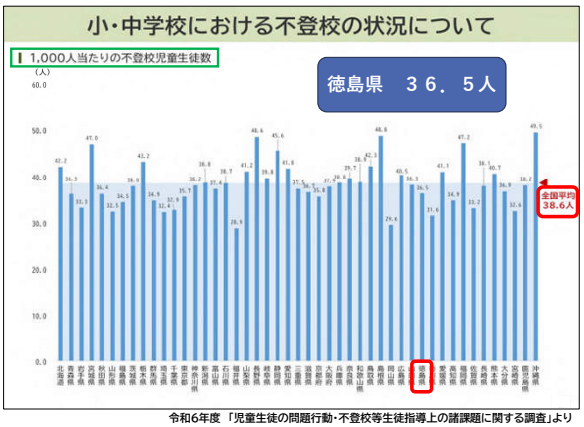
○徳島県の推移

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
小学校	274	321	374	477	553	573
中学校	667	693	953	1,088	1,209	1,241
高等学校	112	160	147	171	188	222
計	1,053	1,174	1,474	1,736	1,950	2,036

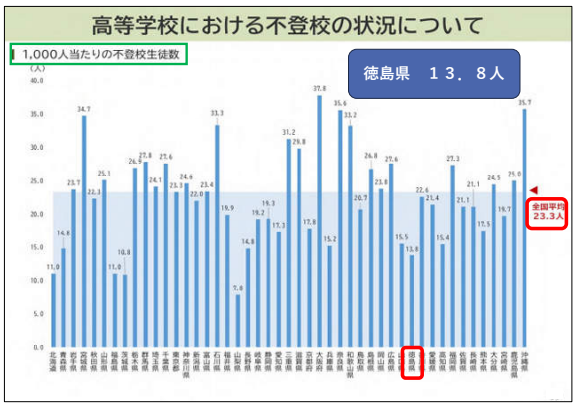
令和6年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」より



令和6年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」より



令和6年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」より



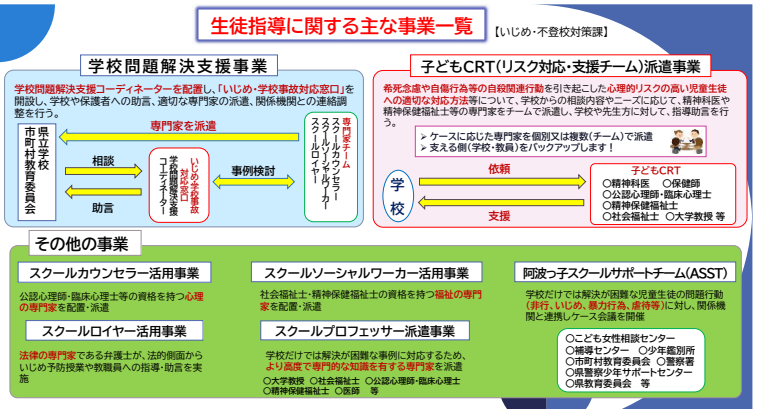
令和6年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」より

不登校支援

- 不登校児童生徒への多様な学びの場の確保
- 「チーム学校」での支援
- 教育相談体制の充実



3 当課の取組



子どもCRT派遣事業



「いじめ防止一斉学習」



阿波市立土成小学校の様子



鳴門高等学校の様子

「とくしま いじめ問題子どもサミット2026」

令和8年度は対面開催
県内の小・中・高合わせて３０校、９１名が参加

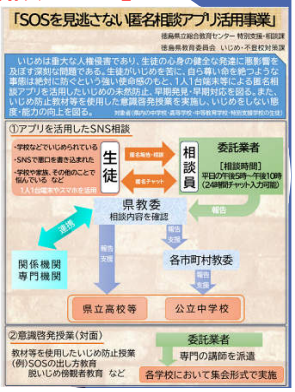


「SOSを見逃さない匿名相談アプリ」

【対 象】
県内の公立中学校・高等学校・中等教育学校・特別支援学校の生徒、約33,000人

【概 要】
１人１台端末等を活用し、匿名でのチャット相談ができることで、生徒のSOSを見逃さず、いじめの未然防止、早期発見・早期対応を図る。
また、SOSの出し方教育や脱いじめ傍観者教育などの意識啓発授業を対面で実施することで、いじめをしない態度・能力の向上を図る。





「SOSを見逃さない匿名相談アプリ」

STANDBY

臨床心理士や公認心理師等の資格をもった専門の講師が、チャットで生徒からの相談に対応

相談件数 ８０９件（R7）

主な相談内容
- ✓落ち込み・不安・悩み
- ✓学校関連
- ✓家庭環境
- ✓希死念慮に関わる事案
- ✓他者への攻撃　など

校内教育支援センター（SSR）設置

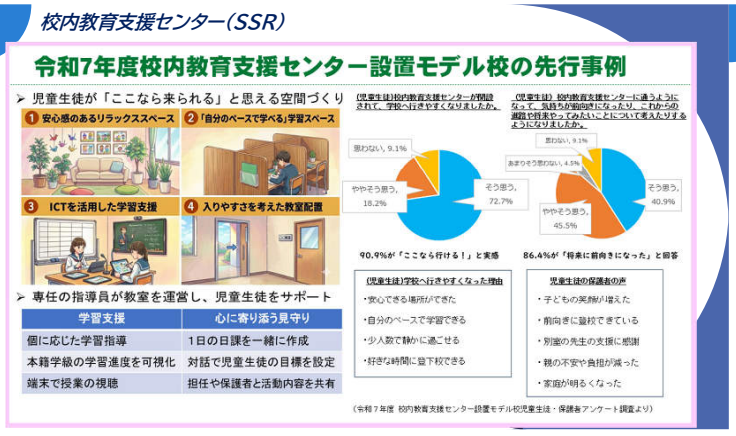
徳島県教育委員会

学校の中に、「新たな空間」を。

「校内教育支援センター（SSR）」は、児童生徒が自分にあったペースで学習・生活できる環境です。

学校内の「居場所」
不登校の未然防止
不登校児童生徒への学びの保障

校内教育支援センター（SSR）



こどもステーションとくしま



オンライン相談

徳島県教育委員会のオンライン相談

徳島県スクールカウンセラーに相談できます。



ご利用の流れ

Step１ 申込フォームに入力

Step２ 開催日時の連絡

※学校を通じて連絡します。

Step３ オンライン相談実施

コチラから

相談できる内容

自分のこと、対人関係のこと、将来のこと　など

対　象

徳島県内の公立小学生（５・６年）、中学生・高校生、保護者

相談時間

毎週火・木・金曜日　10：00～14：00
（相談は１回につき３０分以内）

「徳島県立潮彩中学校（学びの多様化学校）」令和９年４月開校

◇鳴門教育大学敷地内に県立中学校（受入れ可能人数各学年20名、計60名程度）として設置

◇「学びたいけれど学校にいけない」不登校児童生徒の学びの場、安心して過ごせる居場所

◇県内の不登校対策の拠点であり、「学びの多様化学校」を推進していくロールモデルとしての役割





ご清聴ありがとうございました

令和8年度　第2回　徳島県医師会認定学校医研修会

その失神、本当に迷走神経反射ですか？

―小児の心原生失神を見逃さない―

徳島大学病院　小児循環器　小野朱美



突然ですが…

こんな患者さんが受診したら？

［症例］中学1年生、女子

夏の暑い日、体育の授業中、突然、前兆なく顔色不良となり倒れた。
先生や周囲の友人が急いで声をかけたところ、
30秒程度で意識は回復した。
その後は、動悸や胸痛などなく、普段通りとなった。

1か月前にも、
体育の授業中に倒れたエピソードあり。

既往歴：小学１年の心臓検診でVPC指摘
単発であり管理不要に

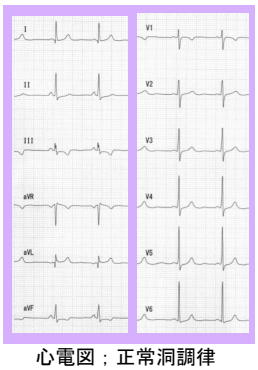


［症例］　中学1年生、女子

受診時　意識声明で独歩で受診　元気
HR:60bpm,整　BP:105/60mmHg　SpO2:98%
呼吸音：清　　心音：不整なし、心雑音なし
下腿浮腫もなし

［検査］
レントゲン：異常なし
12誘導心電図：正常洞調律
血液検査：異常なし





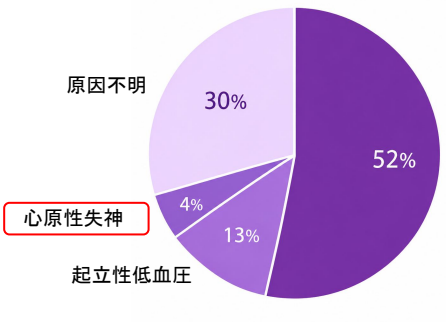
心電図；正常洞調律

➡さて、この症例どうしますか？



小児・思春期の失神

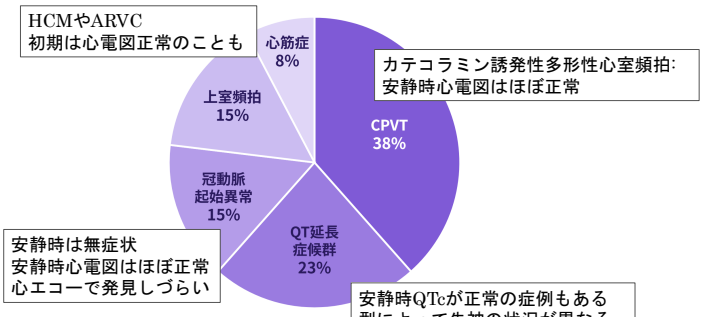




ほとんどが良性の失神の中で心原生失神を見逃さないように
しなければならない！

Rennette Zavala ,et al. Pediatric Syncope: A Systematic Review.　Pediatr Emerg Care. 2020 Sep 1;36(9):442–445.

小児・思春期の心原生失神



頻度が少ない上に、診断が難しい！

World Journal of Pediatrics (2024) 20:983–1002

小児の心原生失神を見逃さないために

［1］　どんな疾患があるかを知る！



［2］　問診で疑う！　（どんな症例に心臓の検査が必要？）

［3］　心電図(安静時➡負荷)で検索を！　（どんな心電図にさらなる精査が必要？）

［4］　心エコーや造影検査、遺伝子検査などの精査　（最終診断をつけていく）

小児の心原生失神を見逃さないために

［1］　どんな疾患があるかを知る！



不整脈　or　心筋症/先天性心疾患

失神を来す不整脈疾患

1）遺伝性不整脈
・QT延長症候群
・カテコラミン誘発多形性心室頻拍：CPVT
・Brugada症候群　　など

2）心室頻拍（特発性/器質性疾患由来）
WPW症候群に伴う頻拍

3）洞不全・房室ブロック等の徐脈性不整脈

小児の心原生失神を見逃さないために

［1］　どんな疾患があるかを知る！



不整脈　or　心筋症/先天性心疾患

失神を来す心疾患

1）心筋症
・肥大型心筋症
・不整脈原性右室心筋症：ARVC　　など

2）冠動脈奇形
冠動脈入口部閉鎖症
冠動脈対側冠動脈洞起始：AAOCA
➡特に、左冠動脈右冠動脈洞起始：AAOLCA

3）先天性心疾患（術後も含む）

小児の心原生失神を見逃さないために

［2］ 問診で疑う！

何をしていて失神した？

長時間立っていた

試合の応援していて興奮

ランニング中

目覚ましでドキっ！

嫌いな採血中

便秘で排便中

水泳中

お化け屋敷でびっくり

運動中や情動が高まる時に注意！

Julian M. Stewart et.al European Journal of Pediatrics (2023) 182:4771–4780

小児の心原生失神を見逃さないために

［2］ 問診で疑う！

何か前兆はあった？

冷や汗をかいた

視野がせまくなってきた

何にもなかった

耳鳴り

動悸でドキドキした

胸痛があった

胸痛・動悸に加え
前兆なしは注意！

Julian M. Stewart et.al European Journal of Pediatrics (2023) 182:4771–4780

小児の心原生失神を見逃さないために

［2］ 問診で疑う！

今回の失神以外の歴は？

片頭痛もち

母もOD体質

もともと朝が弱い

家族に突然死あり

車酔いをする

心電図検診で
引 が多い

家族歴はとても大切！

Julian M. Stewart et.al European Journal of Pediatrics (2023) 182:4771–4780

小児の心原生失神を見逃さないために

［3］ 心電図(安静時➡負荷)で検索を！

問診で心原生失神を疑う症例では積極的に負荷心電図やHolter心電図を！

疾患	安静時心電図	負荷心電図・Holter心電図
QT延長症候群	QTc延長(正常のことも)	運動負荷後4分でQT延長が顕在化 カテコラミン負荷でQT延長・型も判明
CPVT	ほぼ正常	運動負荷で多源性心室性期外収縮・ 心室頻拍
徐脈性不整脈	日中は正常 （徐気味だが正常下限）	Holterで夜間入眠時に2秒以上のpause
冠動脈起始異常	正常のことが多い	運動負荷でST-T変化、VPC/VT出現

安静時の1回の心電図では分からない事も！

小児の心原生失神を見逃さないために

［4］ 心エコーや造影検査、遺伝子検査などの精査

確定診断をつけることは、今後の治療はもちろん・生活指導に重要！

疾患	失神の特徴	生活・運動指導
QT延長症候群	運動・水泳、突然の音、安静・睡眠中 （型で異なる）	型によって誘因に注意 QT延長薬剤に注意
CPVT	運動・情動（怒られる）で誘発される	運動制限 ストレス回避
WPW症候群	動悸、心房細動時の高頻度伝導	動悸時注意、屯用薬剤
心筋症 （HCM・ARVC等）	運動中の失神	運動制限
冠動脈起始異常	運動中の胸痛➡失神	運動制限

[症例] 中学1年生、女子

夏の暑い日、体育の授業中、突然、前兆なく顔色不良となり倒れた。
先生や周囲の友 をかけた
30秒程度で意識は回復した。
その後は、動悸や胸痛などなく、普段通りとなった。

運動中

前兆なし

1か月前にも、
体育の授業中に倒れたエピソードあり。

反復

既往歴：小学１年の心臓検診でVPC＋
単発であり管理不

検診異常

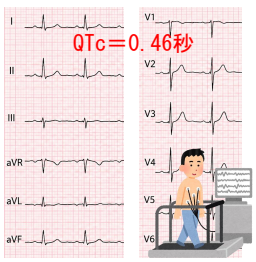


➡問診で心原生失神を疑う！

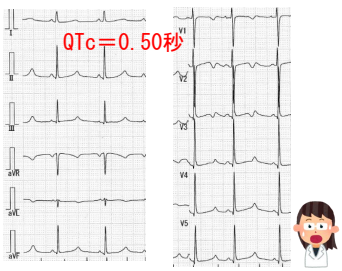
[症例] 中学1年生、女子

採血・心エコー・Xp：異常なし

安静時心電図



運動負荷 （負荷後4分）

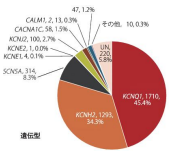


遺伝子検査：KCNQ1遺伝子変異

診断：QT延長症候群(LQT１)

先天性QT延長症候群

心電図 QT間隔の延長を来し、運動やストレスなどを契機に
Torsades de Pointes(TdP)やVFを生じ，失神や突然死を引き起こす。



	LQT1	LQT2	LQT3
原因遺伝子	KCNQ1	KCNH2	SCN5A
好発年齢・性差	10歳代	思春期以降 女>男	なし
誘因	運動・水泳 （とくに持続的運動）	音刺激、驚愕、産褥期、安静、睡眠	安静、睡眠
T波の特徴	幅広いT波	平低ノッチ型T波	遅発性T波

=90%

表4 LQTSスコア (Schwartz スコア)

	基準項目		点数
心電図所見	QT 間隔の延長 (QTc) *1	≥ 480 ms	3
		460 ～ 479 ms	2
		450 ～ 459 ms (男性)	1
	運動負荷後 4 分の QTc	≥ 480 ms	1
	TdP *2		2
	視覚可能な T 波オルタナンス		1
	Notched T 波 (3 誘導以上)		1
	年齢不相応の徐脈 *3		0.5
臨床症状	失神 *4	ストレス時	2
		非ストレス時	1
	先天性難聴		0.5
家族歴 *5	確実な先天性 LQTS *6 の家族歴		1
	30 歳未満での突然死の家族歴		0.5

各数の合計により、≥ 3.5 点：診断確実、1.5 ～ 3 点：疑診、≤ 1 点：可能性が低い、に

TdP,VFの誘発：
LQT1：運動・水泳
LQT2：音刺激・驚愕・産褥期
LQT3：安静時・入眠時

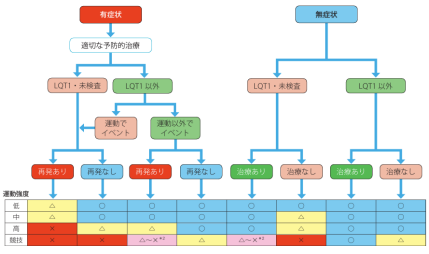
初発年齢：学童～思春期に多い。

JCS/JHRS 2026 Guideline on Diagnosis and Management of Inherited Arrhythmias
日本小児循環器学会雑誌 第39巻 第3号

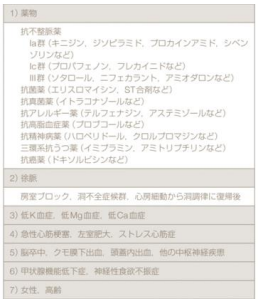
先天性QT延長症候群

治療：β遮断薬やNaチャネル遮断薬、ICDでの予防
生活指導：型による（運動制限や驚愕の回避など）
＋QTを延長させる薬剤の回避

◆先天性LQTS患者の運動または競技スポーツ参加の目安



◆二次性LQTの原因



JCS/JHRS 2026 Guideline on Diagnosis and Management of Inherited Arrhythmias
日本小児循環器学会雑誌　第39巻　第3号

色んな場面での「失神」を主訴に受診







[症例2] 小学4年生、男子

自宅で母に叱られている最中に、顔色不良となって意識消失。
四肢の強直を伴い、1分以内に自然に意識回復。
前医でてんかんを疑われ、脳波検査、頭部MRIを施行も異常なし
その後も同様のエピソードを反復し、抗てんかん薬を開始したが、
今月になって頻度が増加し当院受診。

家族歴：父方叔父が20代で突然死

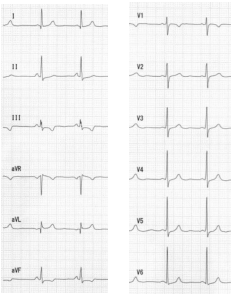
内服歴：レベチラセタム　40mg/kg内服中



[症例] 小学4年生、男子

受診時はバイタル安定、意識声明、元気
採血・心エコー・Xp：異常なし

12誘導心電図



運動負荷



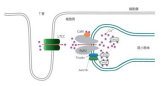
遺伝子検査：RyR2遺伝子変異　カテコラミン誘発多形性心室頻拍：CPVT

日本小児循環器学会雑誌　第33巻　第1号

カテコラミン誘発多形性心室頻拍：CPVT

器質的心異常を伴わない遺伝性不整脈症候群。

筋小胞体に存在するリアノジン受容体から
異常なCaイオンの放出が生じる。



誘発：運動や感情の高まり

初発年齢：7～9歳。
※心停止が初発症状である症例も多い。

遺伝子	遺伝形式	機能変化	保有率（%）
RYR2	AD	SR 上にある RyR2 からの過剰な Ca^{2+} 放出	60～70
CASQ2	AR/AD	RyR2 不安定化による SR からの過剰な Ca^{2+} 放出	5
CALM1	AD	変異カルモジュリンによる RyR2 への結合能上昇にともなう RyR2 からの過剰な Ca^{2+} 放出	<1
CALM2	AD		<1
CALM3	AD		<1
TECRL	AR	脂質代謝系の異常による Ca^{2+} 動態の変化	<1
TRDN	AR	発現低下にともなう Ca^{2+} 動態の変化	<1

特徴的心電図：
※安静時は正常心電図
※運動・驚愕負荷で一拍ごとにQRSの軸が180°変化する二方向性心室頻拍

治療：β遮断薬やフレカイニド、
生活指導：運動制限、情動・ストレスの回避
AED、家族スクリーニング

JPN. J. ELECTROCARDIOLOGY Vol. 34 No. 3 2014
日本小児循環器学会雑誌　第33巻　第1号
JCS/JHRS 2026 Guideline on Diagnosis and Management of Inherited Arrhythmias

[症例3] 高校1年生、女子

深夜にトイレへ起きた際、廊下で突然ふらついて倒れた。
家族が駆けつけたときは顔面蒼白で呼びかけに反応せず。
約30秒で自然に意識回復した。

家族歴：母方祖父が60歳代でペースメーカー植込み

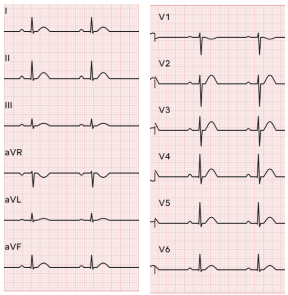
既往歴：
特記なし
最近、起床時にふらつき、倦怠感あり。



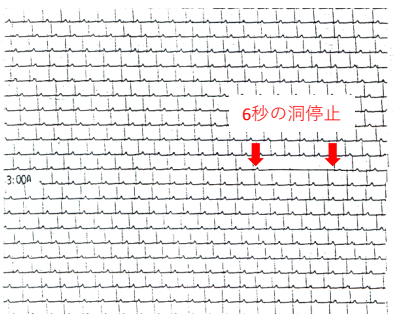
[症例3] 高校1年生、女子

受診時：バイタル安定、血圧も正常
採血・心エコー・Xp：異常なし

安静時心電図



HR＝56bpmやや徐脈



洞不全症候群

Takao kato ら. medicina 20巻7号

洞不全症候群

洞不全症候群(SSS)は老年者に多く、小児では稀。
小児SSSは心臓基礎疾患を伴うものが多い。
基礎疾患としては、先天性心疾患の術後、未施行例や心筋炎などもある。

SSSを疑う心拍数

3歳以下	＜100bpm
3-9歳	＜60bpm
9-12歳	＜50bpm
16歳以上	＜40bpm

診断にはホルター心電図でHRの変動を確認

新生児・乳児	睡眠中＜60bpm、覚醒時＜80bpm
2-6歳	＜60bpm
7-11歳	＜45bpm
12歳-	＜40bpm未満

迷走神経反射・起立性調節障害・てんかんと誤診されやすい
安静時心電図は少し徐脈気味程度のことも多い。
Holterを繰り返すことが大切

治療：PM植え込み
生活指導：迷走神経緊張を強める場面を避ける。
徐脈を来す薬剤を避ける。

JPN. J. ELECTROCARDIOLOGY Vol. 34 No. 3 2014
日本小児循環器学会雑誌　第33巻　第1号
JCS/JHRS 2026 Guideline on Diagnosis and Management of Inherited Arrhythmias

[症例4]　中学2年生、男子

サッカーの試合中に、胸痛を認めた。
一旦胸痛は改善したため、サッカーを継続したが、
再度胸痛が出現、そのまま意識消失し、心停止の状態となった。

家族歴：特記なし

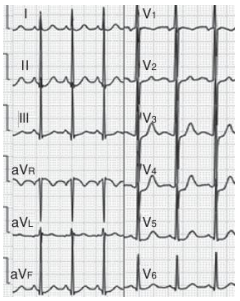
既往歴：
小学6年生時に運動中に失神歴あるも、
精査で異常なかった。



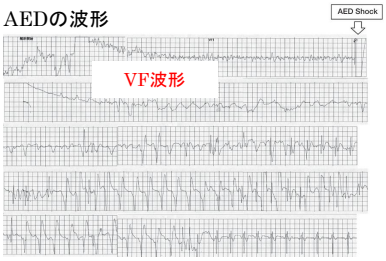
[症例4]　中学2年生、男子

直ちに心肺蘇生が開始され、AEDが使用された。
1回の作動で心拍再開となった。

安静時心電図



AEDの波形



左冠動脈入口部閉鎖

心臓　Vol.45　SUPPL.2（2013）

冠動脈起始異常

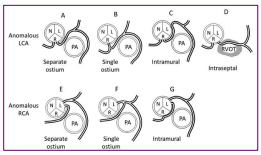
頻度は1%未満
良性の起始異常からハイリスクな起始異常まで様々。
若年アスリートの死因の19%は冠動脈異常によるとの報告もある

Maron BJ,et al American Heart Association. Circulation 1996; 94: 850856

◆冠動脈対側冠動脈洞起始(: AAOCA)

[1]AAOLCA:左冠動脈が右冠動脈洞から起始
大動脈と肺動脈の間を走行。
運動時に両血管が拡張して冠動脈が圧迫される。

[2]AAORCA:右冠動脈が左冠動脈洞から起始
リスクはAAOLCAより低い。



◆左冠動脈肺動脈起始(ALCAPA)
約30万人に1人
左冠動脈が肺動脈から起始し、進行性の虚血・心不全を来す。
無治療の症候性乳児では死亡率が90%超

◆その他
冠動脈瘻、冠動脈閉鎖

外科的手術が必要！
(術後は基本運動制限なく予後良好)

日本小児循環器学会雑誌　第32巻　第12
JCS/JHRS 2026 Guideline on Diagnosis and Management of Inherited Arrhythmias

最後に

小児・思春期の不整脈：学校心臓検診

学校心臓検診で発見される不整脈の頻度　約2.1%

吉永ら 厚労科研報告書（日本小児循環器学会）

徳島県：令和７年度学校心臓検診結果報告

	一次検診受診率（公立学校のみ；私立・高専は含まず）			二次検診受診率
小学１年生	4672人のうち	4664人	(99.8%)	97人（2.08%）
中学１年生	5415人のうち	5357人	(98.9%)	158人（2.96%）
高校１年生	5023人のうち	4999人	(99.5%)	125人（2.50%）
支援学校（心電図対象児童）	284人のうち	273人	(96.1%)	8人（2.93%）
合計	15394人のうち	15293人	(99.3%)	388人/15293人（2.53%）

徳島県医師会学校保健委員会心臓検診対策班

小児・思春期の不整脈：学校心臓検診

	小学校 131	中学校 185	高校 147	支援 2	その他 120	合計 585
洞性頻脈			2		2	2
洞性不整脈	5	6	2		3	14
洞性徐脈		5	5		1	11
不完全右脚ブロック	17	16	10		4	47
完全右脚ブロック	4	2	11		6	23
心室内伝導障害		3	3		3	9
内臓逆位	1					1
漏斗胸	1	2				3
WPW型心電図	4	8	5		3	20
心房性期外収縮			3		3	6
心室性期外収縮	7	20	27		12	66
Ⅰ度房室ブロック		3	2		1	6
Ⅱ度房室ブロック		2	1		2	5
完全房室ブロック						0
スポーツハート		2				2
左室肥大						
右室肥大						
左軸偏位	1					1
QT延長	3	5	1		3	12
QT短縮					1	1
ブルガダ型心電図		2	2			4
肥大型心筋症					1	1
大動脈弁狭窄		1			1	2
大動脈弁逆流			1			1
心房中隔欠損症	1				2	3
肥大型心筋症					1	1
拡張型心筋症（疑）		2			1	3

徳島県医師会学校保健委員会心臓検診対策班

まとめ

【１】小児・思春期の失神の多くは、反射性、起立性であり良性疾患である。
➡その中で頻度は低いが、心原生失神を見逃さないことが重要

【２】心原生失神は不整脈疾患・心筋疾患・冠動脈疾患がある。

【３】いずれも疑うには問診が重要。
失神のシチュエーション・失神の前兆・既往歴や家族歴などから疑う。

【４】重要・重症な疾患ほど安静時の心電図が正常なことも多い！
➡運動負荷、薬物負荷、ホルター心電図などを積極的に！

【５】遺伝子検査も含め確定診断を行うことで
治療はもちろん、生活指導など失神/心停止を予防できる可能性がある
また家族スクリーニングも可能となり無症状発見ができる

【６】学校心臓検診は無症状のうちにハイリスクを早期発見できる。



アナフィラキシーの対応 up to date

徳島大学医歯薬学研究部
小児科学分野
苛原　誠

2026年11月17日　令和8年度第2回徳島県医師会認定学校医研修会

アナフィラキシーガイドラインの改訂



2026年10月30日改訂版が発表

- 学校におけるアナフィラキシーの有病状況、即時型食物アレルギーの症状やショックの原因食物などについて、新たに得られたデータ
- アドレナリン自己点鼻液（ネフィー®）について、使用方法や注意点、国内臨床試験の結果など
- 周術期アナフィラキシーについて、国内外の研究結果を踏まえ、主な原因薬剤や医療材料に関する情報

本日の内容

- アナフィラキシーの診断・疫学・症状
- アナフィラキシー出現時の治療
- アドレナリン自己点鼻液（ネフィー®）について

アナフィラキシーの診断・疫学・症状

アナフィラキシーの診断基準①

<u>皮膚、粘膜、またはその両方の症状</u>
全身性のじんま疹、痒疹または紅潮、口唇・舌・口蓋垂の腫脹などが急速に（数分～数時間）発症した場合。



さらに、
少なくとも
右の１つを伴う


気道/呼吸：
重度の呼吸器症状


循環器：
血圧低下または臓器不全に伴う症状


その他：
重度の消化器症状

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022.

アナフィラキシーの診断基準②

<u>典型的な皮膚症状を伴わなくても、</u>
当該患者にとって既知のアレルゲンまたはアレルゲンの可能性がきわめて高いものに暴露された後、血圧低下または気管支攣縮または喉頭症状が急速に（数分～数時間）発症した場合。

血圧低下  or 気管支攣縮  or 喉頭症状 

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022.

アレルギー疾患罹患者数



表3 アレルギー疾患罹患者（有症者）数　（人）

	食物アレルギー	アナフィラキシー	エピペン®保持者
小学校	210,461 (4.5%)	28,280 (0.6%)	16,718 (0.4%)
中学校・中等教育校	114,404 (4.8%)	10,254 (0.4%)	5,092 (0.2%)
高等学校	67,519 (4.0%)	4,245 (0.3%)	1,112 (0.1%)
合計	453,962 (4.5%)	49,855 (0.5%)	27,312 (0.3%)

平成25 年8月現在
文部科学省 平成25年度 学校生活における健康管理に関する調査事業 報告書

表3 アレルギー疾患罹患者（有症者）数　（人）

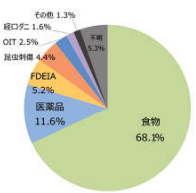
	食物アレルギー	アナフィラキシー	エピペン®保持者
小学校	270,354 (6.1%)	31,358 (0.7%)	25,609 (0.6%)
中学校	146,015 (6.7%)	11,946 (0.5%)	9,315 (0.4%)
高等学校	98,113 (6.6%)	7,320 (0.5%)	4,404 (0.3%)
合計	514,482 (6.3%)	50,624 (0.6%)	39,328 (0.5%)

日本学校保健会 令和4年度 アレルギー疾患に関する調査報告書

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022.

アナフィラキシーの原因

2015年2月-2017年10月　767名（**中央値：6歳**）



食物	n=522
牛乳	112 (22%)
鶏卵	103 (20%)
小麦	65 (12%)
落花生	42 (8%)
クルミ	21 (4%)
魚	18 (3%)
魚卵	17 (3%)
果物	16 (3%)
ソバ	11 (2%)
大豆	11 (2%)
エビ	11 (2%)
カシューナッツ	8 (2%)
イカ	6 (1%)
マカダミアナッツ	5 (1%)
アーモンド	2 (0.4%)
大麦	2 (0.4%)
ふさのとう	2 (0.4%)
その他	5 (1%)
不明	65 (13%)

経口免疫療法	n=19
牛乳	10 (53%)
鶏卵	6 (32%)
小麦	3 (16%)

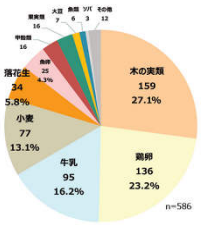
医薬品	n=89
診断用薬	29 (33%)
抗生物質製剤	14 (16%)
NSAIDs	14 (16%)
循環用薬	12 (14%)
血液製剤	3 (3%)
免疫療法	2 (2%)
ワクチン	2 (2%)
その他	9 (10%)
不明	4 (5%)

FDEIA	n=40
果物	11 (28%)
小麦	7 (18%)
牛乳	6 (15%)
鶏卵	2 (5%)
その他	3 (8%)
不明	11 (28%)

昆虫刺傷	n=34
アシナガバチ	14 (41%)
スズメバチ	5 (15%)
ミツバチ	2 (6%)
その他	3 (9%)
不明	10 (29%)

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022.

アナフィラキシーの原因としての食物

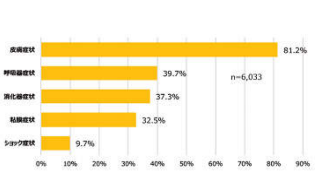


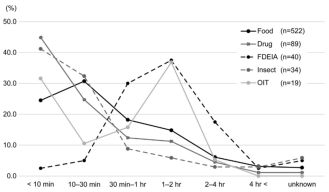
木の実類内訳		
クルミ	86	14.7%
カシューナッツ	37	6.3%
マカダミアナッツ	13	2.2%
ピスタチオ	7	1.2%
アーモンド	4	0.7%
ペカンナッツ	2	0.3%
松の実	2	0.3%
ヘーゼルナッツ	1	0.2%
ミックス・分類不明	7	1.2%
合計	159	27.1%

ショックを誘発した原因食物

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022.

アナフィラキシーの症状





抗原暴露からアナフィラキシー反応まで間の時間

杉崎千鶴子 他. アレルギー. 2025;74:167-72

Sato S, et al. Allergol Int. 2023;72(3):437-43.

二相性反応

- 小児の最大11%のアナフィラキシーに発生する。
  救急受診したアナフィラキシー小児患者の1.7%との報告も。
- 二相性反応の約半数は、最初の6-12時間以内。
- 二相性反応のリスク
  - アドレナリン投与の遅延（発症から60-90分以上）
  - 最初のアナフィラキシーが重症
  - 2回以上のアドレナリン投与が必要

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022.
Ikegawa K, et al. Acute Med Surg. 2021;8(1):e688.
Kraft M, et al. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. 2020;8(10):3388-95.e6.

アナフィラキシーの診断・疫学・症状

- アナフィラキシーには、皮膚症状を伴わない場合がある
- 原因としては、食物が多く、近年は木の実類の増加がみられる
- アナフィラキシーを疑った場合は、早期のアドレナリン投与が重要である。

アナフィラキシーの治療

アナフィラキシーの治療

第一選択
アドレナリン

体重1kgあたり0.01mg、最大総投与量0.5mg ：1mg/mL*のアドレナリン0.5mL相当	
体重10kg以下の乳幼児	0.01mg/kg = 1mg/mL 和0.01mL/kg
1～5歳の小児	0.15mg = 1mg/mL 和0.15mL
6～12歳の小児	0.3mg = 1mg/mL 和0.3mL
13歳以上および成人	0.3～0.5mg = 1mg/mL 和0.3～0.5mL

第二選択

薬剤	H1抗ヒスタミン薬 （クロルフェニラミンまたはジフェンヒドラミン*静脈投与、セチリジン経口投与など）	β2アドレナリン受容体刺激薬 （サルブタモール吸入投与など）	グルココルチコイド （ヒドロコルチゾンまたはメチルプレドニゾロン静脈投与、プレドニゾンまたはプレドニゾロン経口投与など）

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022.

アドレナリンの効果

- 全ての臓器症状に効果
  - 低血圧およびショックの防止と緩和
  - 上気道閉塞の軽減
  - じんま疹および血管性浮腫の軽減
  - 下気道閉塞の軽減
- 効果は筋注後10分程度で最高。40分程度で半減。
  （臨床的には数分で効果、15分程度で消失との報告も）

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022.
田中裕也. 小児アレルギーのトリセツ. p34

アドレナリンに絶対禁忌はない

- 以前、α遮断作用をもつ抗精神病薬内服中の患者への投与は禁忌とされたが、現在は禁忌から外されている。
- 小児でもβ遮断薬内服中の患者に対してアドレナリン投与の効果が減弱したとする報告が散見されるが、まずは使用が試みられる。

アドレナリンの使用頻度が少ない

医師による治療	患者数（767名）
抗ヒスタミン剤（内服/静注）	571（74%）
ステロイド（内服/静注）	513（67%）
輸液	465（61%）
アドレナリン筋注	**292（38%）**
1回のみ	248（85%）
2回以上	28 （10%）
不明	16 （5%）
β刺激薬の吸入	206（27%）
治療なし	42 （6%）

Sato S, et al. Allergol Int. 2023;72(3):437-43.

抗ヒスタミン薬の効果は？

- 使用薬剤：セチリジン経口やクロルフェニラミン静注（6ヶ月 0.5mg, 1歳 1mg, 3歳 1.5mg, 7歳 2.5mg）

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022
田中裕也. 小児アレルギーのトリセツ. p34

- 皮膚症状が持続する際に非鎮静性の経口抗ヒスタミン薬を推奨。

Whyte AF, et al. Clin Med (Lond). 2022 Jul;22(4):332-339..

- 掻痒感、紅潮、蕁麻疹、くしゃみ、鼻漏を軽減するが、**上気道閉塞や血圧低下/ショックを防止、改善できないため救命効果はない。**

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022.

β_2受容体刺激薬の効果は？

- サルブタモール吸入投与など
（ベネトリン0.3ml＋生食1.0-2.0ml）



- 喘鳴、咳嗽、息切れを軽減するが、**上気道閉塞や血圧低下/ショックを防止、改善できないため救命効果はない。**

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022
田中裕也. 小児アレルギーのトリセツ. p34

ステロイドの効果は？

PSL 1-2mg/kg　mPSL 2mg/kg　など
発症後最初の数時間は救命効果はなく、
遅延性または二相性のアナフィラキシーの防止、緩和に使用するが、臨床効果は確立していない。

日本アレルギー学会.アナフィラキシーガイドライン2022
田中裕也. 小児アレルギーのトリセツ. p34

Certainty assessment							Summary of findings				
							Study event rates (%)			Anticipated absolute effects	
No. of participants (studies) Follow-up	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Overall certainty of evidence	With no biphasic	With biphasic	Relative effect (95% CI)	Risk with no biphasic	Risk difference with biphasic
Glucocorticoids ≤18 y old											
1203 (7 observational studies)	Very serious*†‡	Not serious	Not serious	Serious¶	None	⊕◯◯◯ Very low	632 of 1089 (58.0%)	78 of 114 (68.4%)	OR 1.55 (1.01 to 2.38)	580 per 1000	102 more per 1000 (2 more to 187 more)

Shaker MS, et al. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2020;145(4):1082-123.

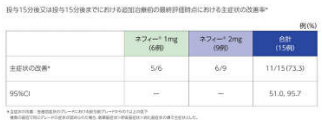
アナフィラキシーの治療

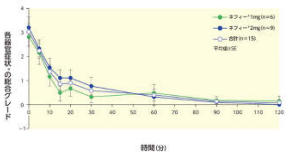
- アナフィラキシーの治療には、アドレナリンの筋注が第一選択。
- アドレナリンにおいては、絶対禁忌はないとされている。
- 第2選択の薬剤が複数あるが、救命についての効果における エビデンスは確立されていない。

ネフィーについて

ネフィーの効果

- アナフィラキシーに対して効果があることは示されている。
- エピペンと同じぐらい効果があるかはまだ分からない。





アルフレッサ ファーマ株式会社　ネフィー®サイト

ネフィーの副作用

- 主な副作用
鼻粘膜の赤み、鼻の不快感、鼻の痛み、咳、指や手などの震え、寒気、頻脈など

- 重大な副作用
まれに、呼吸をしにくい、脈拍数の増加、不整脈などの症状があらわれることがある。

ほとんどが軽微な副作用で、迷ったら使用するという考えはエピペンと同じ

アルフレッサ ファーマ株式会社　ネフィー®サイト

ネフィーの使用方法





ネフィーの使用タイミング

一般向けエピペン®の適応(日本小児アレルギー学会)

エピペン®が処方されている患者でアナフィラキシーショックを疑う場合、下記の症状が一つでもあれば使用すべきである。

消化器の症状	・繰り返し吐き続ける　・持続する強い(がまんできない)おなかの痛み
呼吸器の症状	・のどや胸が締め付けられる　・声がかすれる　・犬が吠えるような咳 ・持続する強い咳込み　・ゼーゼーする呼吸　・息がしにくい
全身の症状	・唇や爪が青白い　・脈を触れにくい・不規則 ・意識がもうろうとしている　・ぐったりしている　・尿や便を漏らす

※使用後必ず救急要請する

ネフィーが使用できる職種

使用者	エピペン	ネフィー
本人	使用可能	使用可能
保護者・家族	本人に代わって使用可能	本人に代わって使用可能
保育士	緊急時に使用可能	条件をみたせば使用可能
園・学校の看護師	使用可能	使用可能
園長・管理職などの施設職員	緊急時に使用可能	条件をみたせば使用可能
救急救命士	処方済みの本人の製剤は使用可能	救急救命士業務としての正式通知は未発出

※　ネフィーは、事前に医師・保護者・園で対応を共有していれば、緊急時には保育士などの園職員が本人に代わって使用できる。使用後は、症状が改善しても必ず119番通報し、医療機関へ搬送する。

医師法第１７条違反とはならない要件

①当該児童等及びその保護者が、事前に医師から、次の点に関して書面で指示を受けていること。

•学校等においてやむを得ずアドレナリン点鼻液を使用する必要性が認められる児童等であること

•アドレナリン点鼻液を使用する際の留意事項

②当該児童等及びその保護者が、学校等に対して、やむを得ない場合には当該児童等にアドレナリン点鼻液を使用することについて、具体的に依頼（医師から受けたアドレナリン点鼻液を使用する際の留意事項に関する書面を渡して説明しておくこと等を含む。）していること。

③当該児童等を担当する教職員等が、次の点に留意してアドレナリン点鼻液を使用すること。

•当該児童等がやむを得ずアドレナリン点鼻液を使用することが認められる児童等本人であることを改めて確認すること

•アドレナリン点鼻液を使用する際の留意事項に関する書面の記載事項を遵守すること

④当該児童等の保護者又は教職員等は、アドレナリン点鼻液を使用した後、当該児童等を必ず医療機関で受診させること。

ネフィーの保管方法



携帯用ケース



1-30°Cで保管し、凍結を避ける

使用における疑問点・注意点

- 1個で両方の鼻に入れる？
  A）どちらか片方の鼻に1個を噴霧。効果不十分な場合は、初回投与から10分以降に2回目の投与が可能。原則として同じ鼻孔への投与が望ましい
- 投与中、投与直後に鼻をすすってはいけない？
  A）鼻をすするとよくない。
- 鼻が詰まっている時にも使用できる？
  A）使用できる。つまっていない人とほぼ同じ効果。

まとめ

- アナフィラキシーは皮膚症状を伴わないことがある。
- アナフィラキシーの治療で大事なのは早期のアドレナリン投与である。
- アドレナリン点鼻薬（ネフィー®）の登場により医療機関外でのアドレナリン使用の選択肢が増えた。

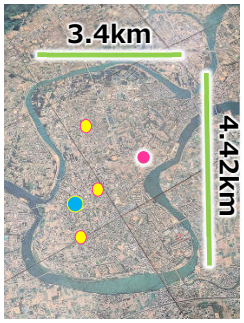
令和8年11月17日

学校における栄養管理の取組

栄養・食育・肥満

徳島県栄養士会
北島小学校　栄養教諭
仲野康子

北島町学校給食センター（徳島県）



提供食数（教職員含む）

- 幼稚園 3園 約　264食(13class)
- 小学校 3校 約 1512食(44class)
- 中学校 1校 約　723食(20class)

合計　約 2500食（77class）

栄養教諭　2名
町の管理栄養士　1名

1）　北島町　児童生徒の栄養状態

4月の発育測定より

肥満度 度数分布表　小学校

階級	人数	全体比
高度やせ　-30%以下	0	0.0%
軽度やせ -30%超 -20%以下	26	1.9%
普通　-20%超 -10%以下	231	
普通　-10%超　0%以下	537	88.3%
普通　0%超　10%未満	324	
普通　10%以上20%未満	138	88.3%
軽度肥満　20%以上30%未満	87	6.2%
中等度肥満30%以上40%未満	18	
中等度肥満40%以上50%未満	15	2.4%
高度肥満　50%以上	17	1.2%
n 合計	1,393	100.0%

肥満度 度数分布表　中学校

階級	人数	全体比
高度やせ　-30%以下	0	0.0%
軽度やせ -30%超 -20%以下	23	3.5%
普通　-20%超 -10%以下	122	
普通　-10%超　0%以下	215	83.7%
普通　0%超　10%未満	143	
普通　10%以上20%未満	76	83.7%
軽度肥満　20%以上30%未満	42	6.3%
中等度肥満30%以上40%未満	13	
中等度肥満40%以上50%未満	10	3.5%
高度肥満　50%以上	20	3.0%
n 合計	664	100.0%

（公社）日本栄養士会「EER算出表」より

肥満度 度数分布表		低学年		中学年		高学年		中学校	
階級		人数	全体比	人数	全体比	人数	全体比	人数	全体比
高度やせ	-30%以下	0	0	0	0	0	0	0	0
軽度やせ	-30%超 -20%以下	3	0.7%	5	1.1%	17	3.7%	23	3.5%
普通	-20%超 -10%以下	60	92.8%	82	88.3%	82	84.6%	122	83.7%
	-10%超　0%以下	205		167		150		215	
	0%超　10%未満	117		99		92		143	
	10%以上20%未満	30		37		60		76	
軽度肥満	20%以上30%未満	11	2.5%	22	5.0%	27	5.9%	42	6.3%
中等度肥満	30%以上40%未満	11	2.9%	15	4.6%	15	4.2%	13	3.5%
	40%以上50%未満	2	4.0%	5	5.5%	4	5.7%	10	6.5%
高度肥満	50%以上	5	1.1%	4	0.9%	7	1.5%	20	3.0%
n 合計	n 合計	444	100.0%	436	100.0%	454	100.0%	664	100.0%

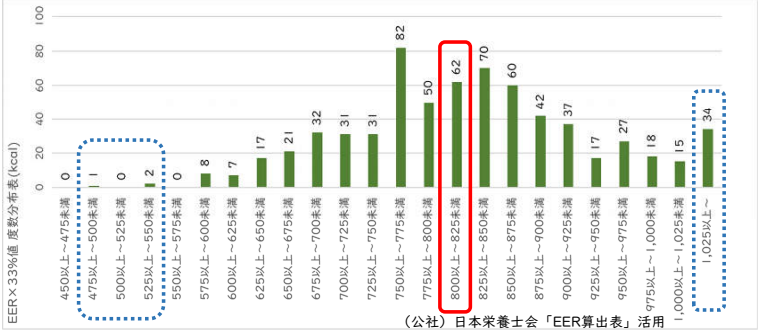
（公社）日本栄養士会「EER算出表」より

学校給食摂取基準（R3年2月12日改正）

区　分	児童6～7歳	児童8～9歳	児童10～11歳	生徒12～14歳
エネルギー	530kcal	650kcal	780kcal	83 33%
たんぱく質	摂取エネルギー全体の13～20%			
脂　質	摂取エネルギー全体の20～30%			
食塩相当量	1.5ｇ未満	2.0g未満	2.0g未満	2.5g 33%
カルシウム	290mg	350mg	360mg	450 50%
鉄	2mg	3mg	3.5mg	4.5 33%
食物繊維	4ｇ以上	4.5g以上	5ｇ以上	7ｇ 40%

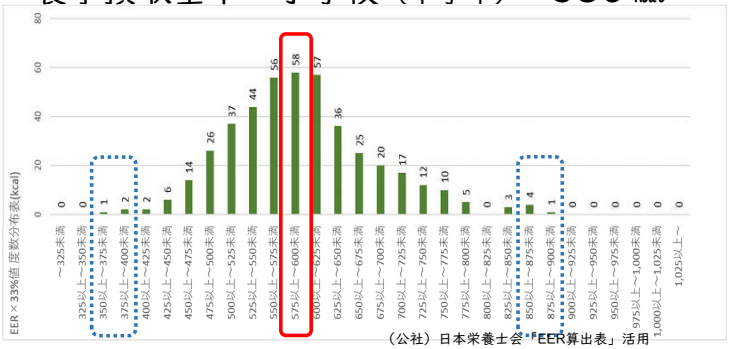
学校給食摂取基準より一部抜粋

食事摂取基準　中学校　810kcal



（公社）日本栄養士会「EER算出表」活用

食事摂取基準　小学校（中学年）　580 kcal



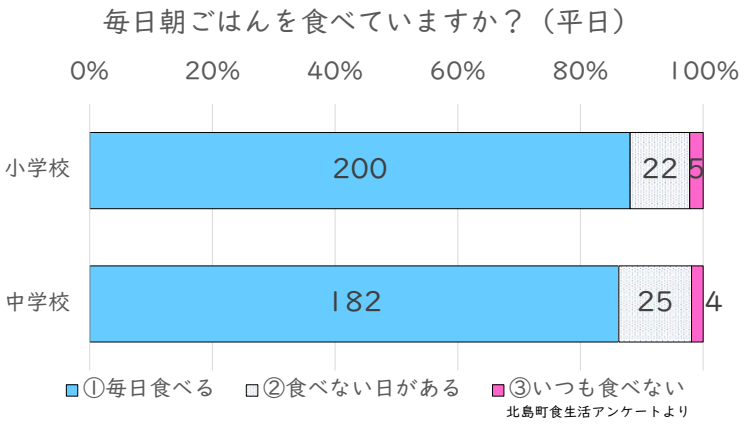
（公社）日本栄養士会「EER算出表」活用

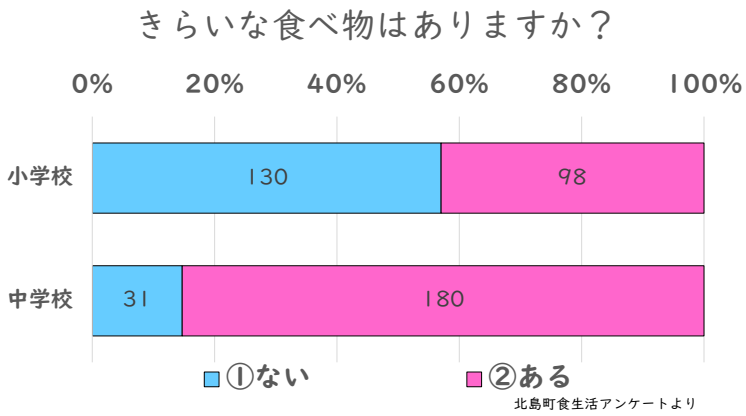
2）　食生活アンケートから

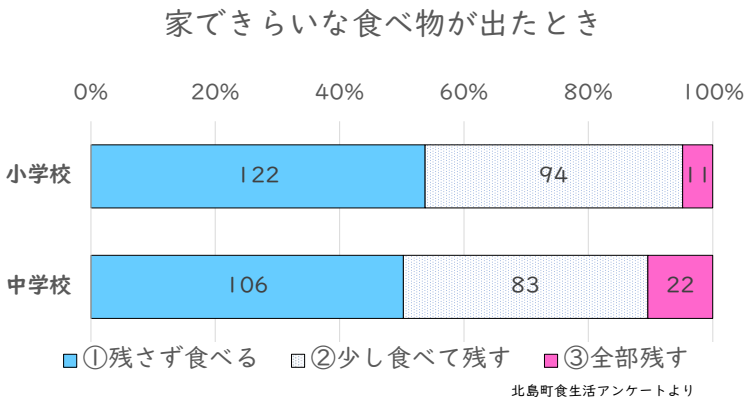
小学校5年生　227名

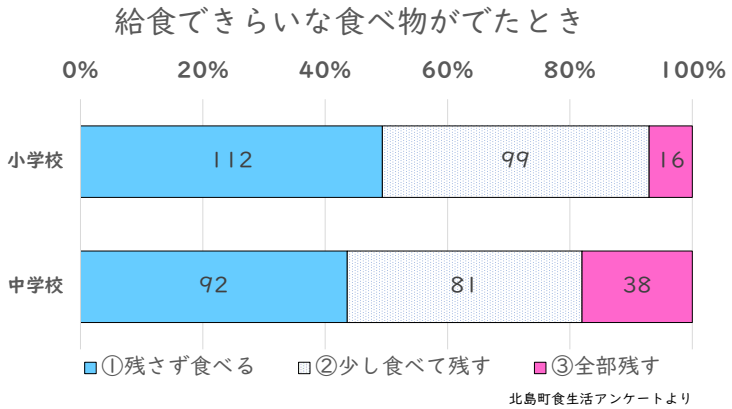
中学校2年生　211名

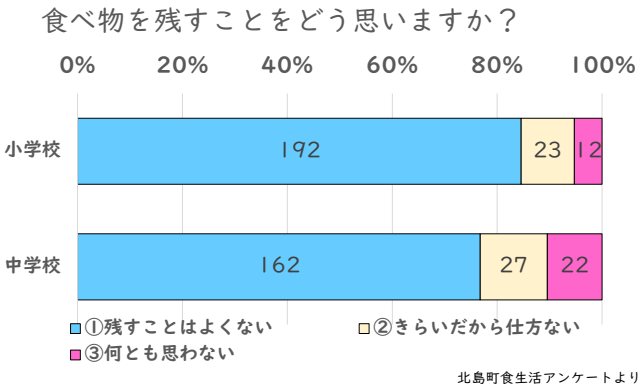
調査月　令和8年7月











先生方の困り事

・偏食
・家庭への食育啓発
・食が細い
・朝食欠食
・肥満児への指導
・食へのこだわり

3）　取組事例

北島町食生活アンケートより

食に関する指導内容の三体系



教科等における
食に関する指導



給食の時間における
食に関する指導

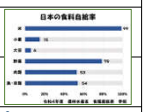


個別的な相談指導

教科等における食に関する指導　食育パワーアップ作戦



幼稚園	給食前	苦手な食べ物にチャレンジ
小4年	学級活動	どんなおやつを選ぶといいだろう
小5年	社会科	これからの食料生産
小6年	学級活動	野菜で元気
中1年	学級活動	中学生の食生活について考えよう
中3年	学級活動	受験期の食生活





個別指導

食に関する指導の手引き　p234～



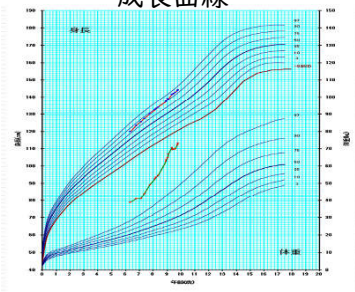
授業や学級活動の中などで全体指導では解決できない健康に関係した個別性の高い課題について改善を促すために実施

期間を決めて定期的、継続的に進め、行動変容を促し、良好な生活習慣の獲得

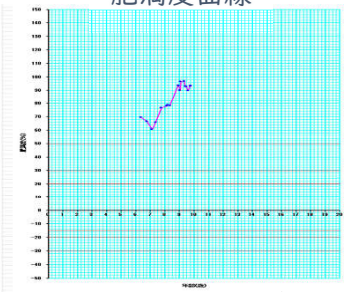
想定される個別的な相談指導
偏食、肥満・痩身、食物アレルギー、スポーツ、
食行動に問題、栄養や食が関係する疾患など

①　高度肥満児への食生活指導

成長曲線



肥満度曲線

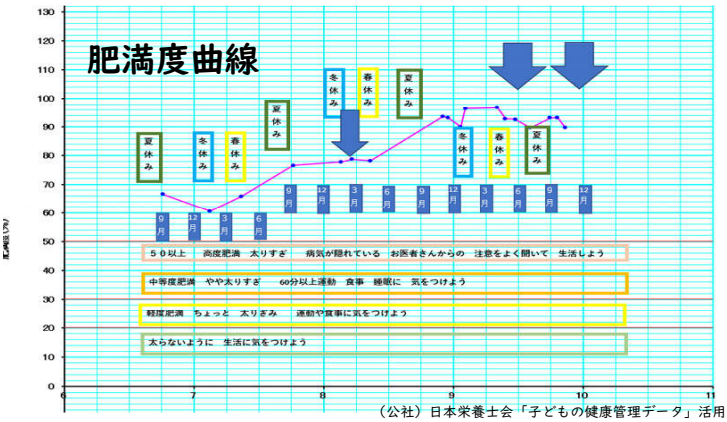


（公社）日本栄養士会「子どもの健康管理データ」活用

４年生になって行っている内容

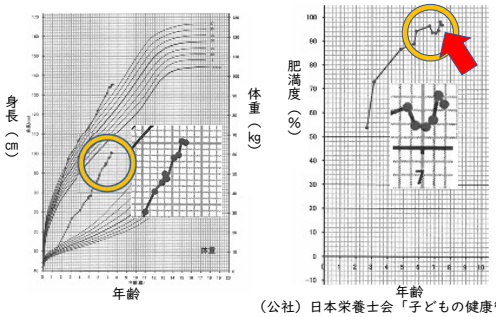


レプチンを助けるんだ	満腹を伝える情報屋は、生活習慣（運動・睡眠の状態など）が悪いと働かない。運動・睡眠・食事内容の目標をたて1週間取り組む
油のひみつ	油の働きを知り、食品の隠れた油に気付く
砂糖のひみつ	砂糖の働きやおやつでの1日量。食品表示の見方
運動のひみつ	運動のいいところを知り、夏休みに毎日できる運動目標をたてる
睡眠のひみつ	睡眠のよいところを知り、朝食内容・夕食・風呂のタイミングが関係



（公社）日本栄養士会「子どもの健康管理データ」活用

②　高度肥満児への偏食・咀嚼指導



（公社）日本栄養士会「子どもの健康管理データ」活用

③　スポーツをする児童・生徒への指導

高校男子バレー部（20名）

高校女子ラグビー部　（集団指導）

小学校市陸上競技会参加者（集団指導）

高校　男子バレー部

チームの目標　　春高出場

栄養サポート目標　増量
　　1kgの増量

期間　　1か月

指導内容

食事の基本形 講義 食事提供	主食・主菜・副菜2品・牛乳乳製品・果物 朝食の大切さ
捕食について 講義 捕食提供	練習前後の栄養補給 試合前後の栄誉補給 捕食の提供　水分補給
身体測定 分析結果	身長・体重・体脂肪率から基礎代謝量を算出 メッツ計算やJISS式を用いて推定エネルギー量算出 結果と食事アドバイス
遠征時	食事計画へのアドバイス、フードサンプル提供
朝食指導	寮の食事にプラス



栄養サポート



麦ごはん
三食丼の具
あさりあえ
たまねぎのみそ汁
フルーツヨーグルト



推定エネルギー必要量の算出

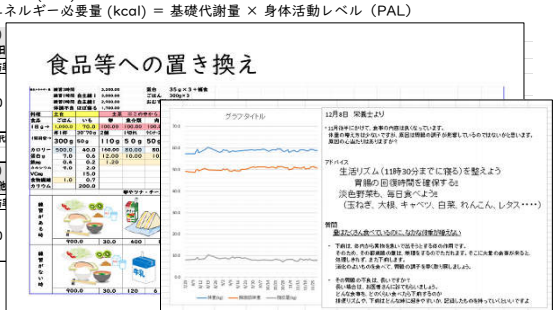
JISS式・METS（メッツ）の活用



基礎代謝量 (kcal) ＝ 28.5× 除脂肪体重
推定エネルギー必要量 (kcal) ＝ 基礎代謝量 × 身体活動レベル（PAL）

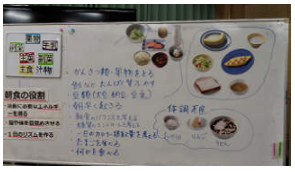
氏名				(例) 練習日
生年月日	年齢	身長	体重	体脂肪率
	18.0	178.0	66.10	0.10

氏名				(例) その他
生年月日	年齢	身長	体重	体脂肪率
	18.0	178.0	66.10	0.10



高校女子ラグビー部





陸上記録会参加者



まとめ





ヘッドホン・イヤホン難聴を予防しよう！



せきね耳鼻咽喉科医院
島田亜紀



2026年11月17日
令和8年度第4回徳島県医師会認定学校医研修会

Q1.大きな音が聞こえたあとに耳がキーンとなったり、聞こえにくく感じたことはありますか？

→A1.急性音響外傷



Q2.長期にわたり大きな音を聞き続けると、難聴が早期に発症することは知っていますか？
→A2.（職業性）騒音性難聴



大切な耳を騒音から守るために



85dB以上の騒音環境では、騒音レベルや作業状況に応じて聴覚保護具の使用などの対策が行われている

（3MとANAのホームページより）

若者11億人　難聴の危険

・若者（12~35歳）の約半数にあたる11億人が、難聴になるリスクにさらされている（WHO）
・日本でもここ10年で10～40歳代の聴力が低下傾向にあると報告。
・主な要因の一つは、スマホなどでヘッドホンやイヤホンを使って「大きな音を長時間、繰り返し聞く」ことによるヘッドホン・イヤホン難聴

なぜ、大きな音を長時間聞くと難聴になる？

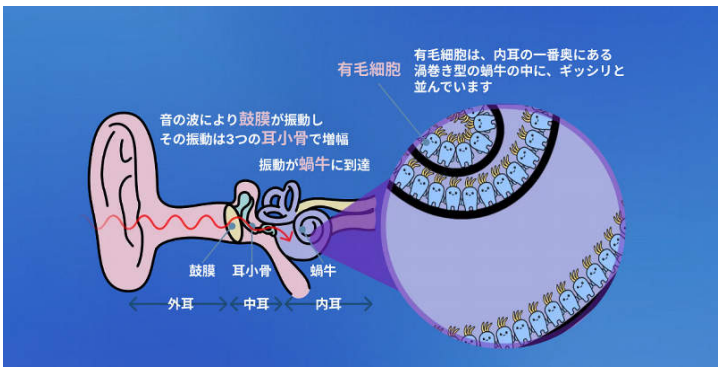
音とは、空気の振動

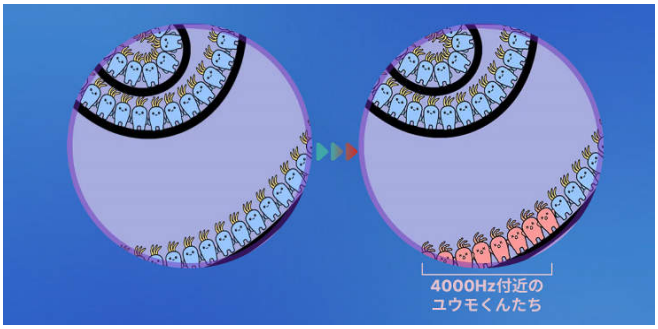
私たちが「聞こえる」と感じるのは、内耳の蝸牛にある「有毛細胞」が、毛先で振動をキャッチして電気信号に変換し、神経を経て脳に伝えている

有毛細胞は非常に繊細で、大きな音に長時間さらされると有毛細胞やその感覚毛が傷つき、音の振動を電気信号に変換する働きが障害される



出典：日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会



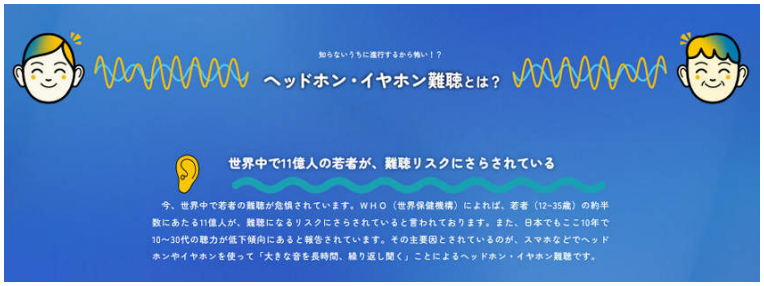


自覚がないまま、ゆっくり聞こえにくくなる！

ヘッドホン・イヤホン難聴は、気付かないうちに、少しずつ聴力が低下していくため予防が大切

こどもの時から、ヘッドホン・イヤホンの正しい使い方を学ぶ健康教育が大切！

子ども向け健康教育動画の作成（日耳鼻）
医師向け健康教育動画作成（日本医師会）



出典：日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 HP https://owned.jibika.or.jp/headphoneより



音声付き動画を健康教育に活用
学校全体でヘッドホン・イヤホン難聴について学ぶことができます。

パワーポイントをダウンロード可能
動画再生時間 20分 音声入り
▶動画供覧⏭
https://www.youtube.com/watch?v=zfyS4rfVNIA&t=34s

出典：日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 HP
https://owned.jibika.or.jp/headphoneより

自覚がないまま、ゆっくり聞こえにくくなる！

ヘッドホン・イヤホン難聴は、

大きな音を長時間聴くことで、何年もかけてゆっくりと聞こえにくくなる。

自分では自覚しにくく、「聞こえにくい」と感じたときには進行している！

慢性的な音響外傷で失われた聴力は回復が困難

慢性的なヘッドホン・イヤホン難聴は有効な治療法がないため、予防が最も重要

予防が大切
大きすぎる音はダメ
長時間聞くのはダメ

大人は 80dBA✕40時間/週
こどもは 75dBA✕40時間/週 が目安

ヘッドホン難聴の予防対策

- 音量を下げる
  音量を上げすぎない（最大音量の60%以下を目安に）
- 使用時間を制限
  スマホの利用制限のアプリの利用
- 使用機種は遮音性の高いもの/周りの音を低減するものを使用する
  ノイズキャンセリング機能を活用
- 疲労感があるときには使用を避ける 耳にも休憩が必要
  1時間使ったら10分程度は耳を休める

周囲に雑音があるときのヘッドホンイヤホンの音量

騒がしい場所では、音楽を聴き取ろうとして
無意識に音量を上げてしまう

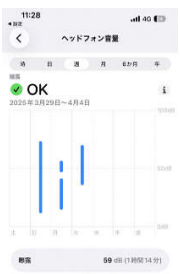


おやこで実践！こどものスマホにある設定機能 Apple iphoneのヘッドホン音量の確認と使用履歴

・『設定』→「サウンドと触覚」→「ヘッドフォンの安全性」の順に
画面を開き 「大きな音量を低減」

・『ヘルスケア』アプリで使用時間を確認





出典：Appleサポート：ヘッドフォン通知

使用しすぎを防ぐ難聴予防の通知機能

・『設定』→「サウンドと触覚」→「ヘッドフォンの安全性」
「ヘッドフォン通知」をオン

・『ヘルスケア』アプリで管理

世界保健機関(WHO)が推奨する
1週間の安全なリスニング許容量の上限に達した場合に通知
その後ヘッドホンを接続したときに音量が自動的に低く設定

出典：Appleサポート：ヘッドフォン通知

ヘッドホン難聴の予防の為の機種選び

ヘッドホンやイヤホンの性能：遮音性のある＋ノイズキャンセリング機能





カナルタイプ



オープンエアータイプ



インナーイヤータイプ

iPhoneについてくるイヤホン音漏れします

遮音性やノイズキャンセリング機能を活用し、
周囲の騒音にあわせて音量を上げすぎない工夫が大切



詳しくヘッドホンイヤホン難聴を知りたい医師の皆さんへ
日本医師会の動画より

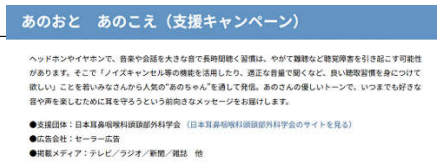






一般向け予防啓発キャンペーン

厚生労働省



ACジャパン

学校医・養護教諭の皆さんへ

- ヘッドホン・イヤホン難聴は、こどもの頃からの予防教育が重要
- 大音量・長時間の使用を避けるように指導を
- 学校での健康教育に、日耳鼻の啓発動画を活用して欲しい
- 耳鳴りや聞こえにくさを訴える児童生徒には、早めの耳鼻咽喉科受診を勧めて欲しい

**こどもたちが将来にわたって音楽や日常の音を楽しめるように、
今から耳を守る習慣を身につけましょう**