

# アレルギー対応マニュアル



社会福祉法人 すくすくどろんこの会

## 目 次

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| 1.アレルギー疾患とは             | …P2      |
| 2.園におけるアレルギー疾患          | …P2      |
| 3.アレルギー疾患別対応            | …P3～4    |
| 4.法人内の食物アレルギーへの対応       | …P5      |
| 5.生活管理指導表の活用について        | …P6～7    |
| 6. アレルギーへの対応の種類         | …P8      |
| 7. 食物アレルギー児への給食提供の際のルール | …P9～14   |
| 8. 宗教上の理由で除去対応が必要なとき    | …P14     |
| 9. 乳糖不耐症の児の対応について       | …P14     |
| 10. 除去解除になったときの対応       | …P15     |
| 11. エピペンの預かりについて        | …P16     |
| 12. 食物・食材を扱う活動          | …P17     |
| 13. 災害時への備え             | …P18     |
| 14. アレルギー症状への対応         | …P19     |
| ※アレルギーに関する書類関係          | …P20～P26 |
| アレルギー面談シート              | …P22     |
| 当法人の食物アレルギーへの対応について     | …P23     |
| 食物除去申請書                 | …P24     |
| エピペン・抗ヒスタミン・ステロイド薬預かり書  | …P25     |
| 除去解除申請書                 | …P26     |
| 参考文献                    | …P27     |

# 1. アレルギー疾患とは

アレルギーという言葉自体は一般用語として広まっているが、その理解は曖昧である。アレルギー疾患は、本来なら反応しなくてもよい無害なものに対する過剰な免疫反応と捉えることができる。

<代表的なアレルギー疾患>

- 1) 気管支喘息
- 2) アトピー性皮膚炎
- 3) アレルギー性結膜炎(鼻炎)
- 4) 食物アレルギー・アナフィラキシー(新生児・乳児消化管アレルギー、口腔アレルギー症候群、食物依存性運動誘発アナフィラキシーも含む)
- 5) 蕁麻疹

## 2. 園におけるアレルギー疾患

### 1) 園でのアレルギー疾患の実態

園児がかかるアレルギー疾患には、乳児期から問題になるアトピー性皮膚炎、食物アレルギー、さらに乳児期から次第に増えるアレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎および気管支喘息などがある。

これらのアレルギー疾患の中にも、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎および気管支喘息は、主治医の園生活における注意や指示が明確に示されれば、その指示に従って園生活を送る事には大きな問題は起こってこない。

一方、食物アレルギーの子ども達に関しては、誤食事故が発生する可能性があり、乳幼児の生命を守る観点からも慎重な対応が急がれる。

### 2) 園でのアレルギー疾患の課題

- ・アレルギー疾患の乳幼児が、園にはたくさんいる。
- ・アレルギー疾患は専門性の高い分野であり、かつ考え方や治療が近年急速に発達し変化しているが、医療現場や保育現場でのアレルギー疾患に対する理解度に大きな差があり、混乱を招く原因となっている。
- ・診断には負荷試験が基本であるが、実施医療施設に限りがある。
- ・食物アレルギー症状の約10%がアナフィラキシーショックを起こす。

これらの課題に対応するために、研修会の参加や保護者に対する啓発などを検討することが望ましい。また、個々の保育園での対応困難事例なども振り返り、安全に対応できるように管理することが求められる。

### 3. アレルギー疾患別対応

#### 1) 気管支喘息

吸入薬や内服薬でコントロールが図れ、園での日常生活において支障をきたすことがなければ、生活管理指導表の提出は不要とする。

#### 2) アトピー性皮膚炎

自宅での薬物療法でコントロールが図れている場合、または、園生活で何らかの対応が必要な場合を除き、生活管理指導表の提出は不要とする。

ただし、園生活中に継続的に外用軟膏や内服薬の指示がある場合や、プール遊びや外遊びに対しての制限やケアが必要な場合は、生活管理指導表を提出してもらい、表に基づき面談を行い、対応を決定する。詳しくは、「生活管理指導表の活用」を参照とする。

#### 3) アレルギー性結膜炎(鼻炎)

自宅での薬物療法でコントロールが図れている場合、または、園生活で何らかの対応が必要な場合を除き、生活管理指導表の提出は不要とする。

ただし、園生活中に継続的に点眼薬や外用軟膏の指示がある場合や、プール遊びや外遊びに対しての制限やケアが必要な場合は、生活管理指導表を提出してもらい、表に基づき面談を行い、対応を決定する。詳しくは、「生活管理指導表の活用」を参照とする。

#### 4) 食物アレルギー・アナフィラキシーショック(新生児・乳児消化管アレルギー、口腔アレルギー症候群、食物依存性運動誘発アナフィラキシー)

食物アレルギーがある場合、もしくは、疑わしき症状が認められる場合は受診をしてもらうことを最低条件とする。受診以降の対応は、「生活管理指導表の活用」を参照とする。

**食材は、ご家庭で最低 2 回、できれば 3 回以上摂取してからの提供とする。**

・アナフィラキシーショック: アナフィラキシーとは、アレルギー症状が複数の臓器において、同時かつ急激に出現した状態。ショック症状を伴うものをアナフィラキシーショックという。他の症状を伴わずにいきなりショック症状を起こすこともある。乳幼児期で起こるアナフィラキシーの原因のほとんどは食物アレルギーであり、過去にアナフィラキシーを起こしたことのある乳幼児について、その病型を知り、原因を除去し、緊急時の対応を保護者と取り決めておくことが大切となる。

・新生児・乳児消化管アレルギー: 新生児から乳児期において主に牛乳が原因で嘔吐、血便、下痢などの消化器症状により発症する。

・口腔アレルギー症候群:野菜や果物が口腔粘膜に接触すると、その直後から数分以内に口腔、咽頭、口唇粘膜の刺激感、かゆみなどが誘発される。多くの症状は口腔内に限局し自然に消退するが、時に消化器症状が誘発されたり、大豆(特に豆乳)やセロリ、スパイスではアナフィラキシーショックなど重篤な全身症状を呈したりすることがある。

・食物依存性運動誘発アナフィラキシー:食べただけでは症状は起こさず、食後2～4 時間以内に運動が加わることによってアナフィラキシーが起こる。運動によって腸での消化や吸収に変化が起き、アレルギー性を残したタンパク質が吸収され起こると考えられている。原因食物は小麦、甲殻類と果物が多い。

## 5) 蕁麻疹

自宅での投薬でコントロールが図れている場合のみ、生活管理指導表の提出は不要とする。ただし、園生活中に継続的に軟膏や内服薬の指示がある場合は、生活管理指導表を提出してもらい表に基づき面談を行い、対応を決定する。詳しくは、「生活管理指導表の活用」を参照とする。



## 4. 法人内の食物アレルギーへの対応

- 1) 同一工場で調理(コンタミネーション)部分の表記は、アレルギー対応に含まない。
- 2) 調味料やエキ스는除去対応としない。より厳しい除去が必要な場合は、生活管理指導表に記入があった場合のみ対応する(各園で対応方法を保護者と相談し決定していく)。
- 3) 生活管理指導表記載の原因食材  
鶏卵、牛乳・乳製品、小麦、ソバ、ピーナッツ、大豆、ゴマ、ナッツ類、甲殻類、軟体類・貝類、魚卵、魚類、肉類、果物類
- 4) 特例として、素材そのものの混入は除去とする。  
例)えび除去・・・桜えびやしらすも除去(エビ・カニが混入しているから)

表1:法人でのアレルギー対応一覧

|         |                                                                     |                     |                               |
|---------|---------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| アレルギー食材 | 鶏卵、牛乳・乳製品、小麦、大豆、ゴマ、甲殻類、魚類、肉類、果物類(キウイを除く)                            | 長いも・貝類              | ソバ、魚卵、ピーナッツ、ナッツ類、軟体類、キウイ      |
| 献立      | 毎月配布                                                                | 除去のある場合のみ<br>* ほぼない | 食材使用しないため<br>配布なし             |
| テーブル    | 別                                                                   |                     | 通常<br>* 弁当日は状況に応じて<br>別テーブル対応 |
| 食器      | アレルギー食器                                                             |                     | 通常                            |
| 配膳      | * 一品ずつラップをして<br>漏れのないようにしたうえで<br>別配膳<br>* 給食⇔保育士<br>保育士⇔配膳時 ダブルチェック |                     | 通常                            |
| 書類      | 年2回                                                                 | 年1回                 | 年1回                           |

\*その他表以外のアレルギーは園内、法人本部と要相談。

## 5.生活管理指導表の活用について

生活管理指導表は、アレルギー疾患と診断された園児が、園で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限って作成する。以下、生活管理指導表の活用の流れを示す。

園と保護者、委託医等が共通理解の下に、一人一人の症状等を把握し、アレルギー疾患の乳幼児に対する取り組みを進めるために、厚生労働省から出されている「保育所におけるアレルギー対応マニュアル」では、生活管理指導表が提示されている。

### アレルギー疾患を持つ子どもの把握

- ・入園面接時に、アレルギーについて園での配慮が必要な場合、申し出てもらう。
- ・健康診断や保護者からの申請により、子どもの状況を把握する。

### 保護者へ生活管理指導表の配布

- ・アレルギー疾患により、園で配慮が必要な場合に保護者からの申し出により、配布する。
- ・生活管理指導表は、アレルギー疾患と診断された園児が、園で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限って医師へ記入してもらい、作成する。以下、生活管理指導表の活用の流れを示す。

### 医師による生活管理指導表の記入

- ・できる限り小児アレルギー専門医を受診し、記載してもらう。
- ・難しい場合は、小児専門医がいる病院を受診できるよう説明をする。

### 保護者との面談

- ・生活管理指導表を基に、園での生活や食事の具体的な取り組みについて、担任、看護師、栄養士等と保護者が協議して対応を決める。
- ※承諾書については原本を園でお預かりし食物アレルギー面談シートに沿って聞き取り、法人のアレルギー対応について説明し、承諾書に保護者の署名をいただきコピーを保護者に渡す。
- ・アレルギー症状出現時に内服する薬の管理を希望する保護者には「エピペン・抗ヒスタミン・ステロイド薬預かり書」を記載していただき、内服薬 1 回分、薬剤情報提供書のコピーとともに個別で保管する。

### 園内職員による共通理解

- ・会議等で、子どもの状況、園内での緊急時対応について職員が共通理解する。アレルギー対応児表などを用いて、確認の徹底を図る。
- ・園内で定期的に取り組みににおける状況報告等を行う。

## 生活管理指導表の見直し

- ・年に2回(3月、9月頃)、生活管理指導表と検査結果の提出をしてもらう。  
ただし症状に応じて、年1回の対応でも可とする。(P5 表1を参照)
- ・初回と対応変更時には、担任、栄養士、看護師らとアレルギー面談シートを使用して面談を実施する。
- ※アレルギーの記録を記入する。
- ・除去対応が解除になる場合は、除去解除申請書を保護者に記入してもらい、提出の翌日から除去解除となる。
- ・「エピペン・抗ヒスタミン・ステロイド薬預かり書」、薬の説明書と一緒に、1回分の内服薬を預かる。

## ※内服薬・エピペン：事務室で保管場所を固定し、全職員に周知する

(参考様式) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)

### 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (食物アレルギー)

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳 _____ 月) _____ 組<br>提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ★保護者<br>電話: _____<br>★連絡医療機関<br>医療機関名: _____<br>電話: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                 |
| ※この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限り、医師が作成するものです。                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                 |
| <b>食物アレルギー (あり・なし)</b><br>アナフィラキシー (あり・なし)                                                      | <b>病型・治療</b><br>A. 食物アレルギー病型<br>1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎<br>2. 即時型<br>3. その他 (新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他: _____)<br>B. アナフィラキシー病型<br>1. 食物 (原因: _____)<br>2. その他 (医薬品、食物依存性運動誘発アナフィラキシー、ラテックスアレルギー、昆虫・動物のフケ等)<br>C. 原因食品・除去根拠<br>該当する食品の番号に○をし、かつ( )内に除去根拠を記載<br>1. 鶏卵 ( )<br>2. 牛乳・乳製品 ( )<br>3. 小麦 ( )<br>4. ソバ ( )<br>5. ビーナズ ( )<br>6. 大豆 ( )<br>7. ゴマ ( )<br>8. ナッツ類 ( )<br>9. 甲殻類 ( )<br>10. 軟体類・貝類 ( )<br>11. 魚類 ( )<br>12. 肉類 ( )<br>13. 肉類 ( )<br>14. 果物類 ( )<br>15. その他 ( )<br>『※は( )の中該当する項目に○をするか具体的に記載すること』<br>D. 緊急時に備えた処方箋<br>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)<br>2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」<br>3. その他 ( ) | <b>保育所での生活上の留意点</b><br>A. 給食・離乳食<br>1. 管理不要<br>2. 管理必要 (管理内容については、病型・治療のC、欄及び下記C、E欄を参照)<br>B. アレルギー調整粉乳<br>1. 不要<br>2. 必要 下記該当ミルクに○、又は( )内に記入<br>ミルフィーHP・ニューMA-1・MA-mi・ベプディエント・エレメンタルフォーミュラ<br>その他 ( )<br>C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの<br>病型・治療のC、欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものに○をつける<br>※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。<br>1. 鶏卵: 卵殻カルシウム<br>2. 牛乳・乳製品: 乳糖<br>3. 小麦: 醤油・酢・麦茶<br>4. 大豆: 大豆油・醤油・味噌<br>5. ゴマ: ゴマ油<br>6. 大豆: 大豆油・醤油・味噌<br>7. ゴマ: ゴマ油<br>8. ナッツ類: かつおだし・いりこだし<br>9. 魚類: エキス<br>10. 肉類: _____<br>D. 食物・食材を扱う活動<br>1. 管理不要<br>2. 原因食材を教材とする活動の制限 ( )<br>3. 調理活動時の制限 ( )<br>4. その他 ( ) | <b>記載日</b> _____ 年 _____ 月 _____ 日<br><b>医師名</b> _____<br><b>医療機関名</b> _____<br><b>電話</b> _____ |
|                                                                                                 | <b>病型・治療</b><br>A. 症状のコントロール状態<br>1. 良好<br>2. 比較的良好<br>3. 不良<br>B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む)<br>1. ステロイド吸入薬<br>剤形: _____<br>投与量(日): _____<br>2. ロイコトリエン受容体拮抗薬<br>3. DSG吸入薬<br>4. ベータ刺激薬(内服・貼付薬)<br>5. その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>保育所での生活上の留意点</b><br>A. 寝具に関して<br>1. 管理不要<br>2. 防ダニシート等の使用<br>3. その他の管理が必要 ( )<br>B. 動物との接触<br>1. 管理不要<br>2. 動物への反応が強い場合不可<br>動物名 ( )<br>3. 飼育活動等の制限 ( )<br>C. 外遊び・運動に対する配慮<br>1. 管理不要<br>2. 管理必要 (管理内容: _____)<br>D. 特記事項<br>(その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>記載日</b> _____ 年 _____ 月 _____ 日<br><b>医師名</b> _____<br><b>医療機関名</b> _____<br><b>電話</b> _____ |

● 保育所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保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・ 同意する
- ・ 同意しない

保護者氏名 \_\_\_\_\_

\* 食育に関する指示は「D.食物・食材を扱う活動」への記載を確認すること。

## 6. 食物アレルギーへの対応の種類

- 1) **献立表対応**: アレルギー対応児は、前の月の月末までに栄養士が専用の献立表を作成し、配布する。配布時の保護者サインは不要。給食提供までに保護者に献立を確認してもらう。一般の市販品と異なる加工品(ハム、ウィンナー、ベーコン)は、除去対象でない場合には、配布献立にその旨記載する。

加工食品や調味料などを使用する際には必ず配合表を取り寄せる。

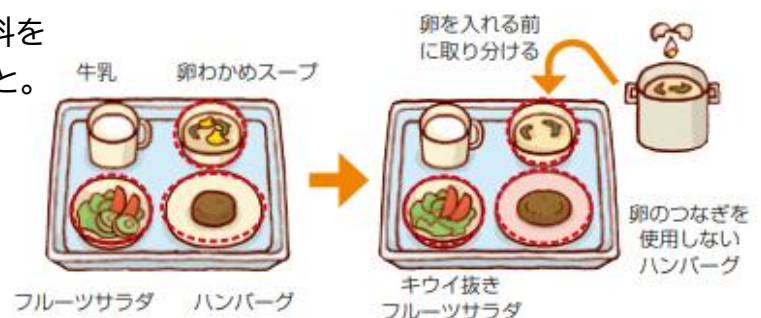
| 令和3年 2月 アレルギー児献立表 すくすくどろんこの会 |    |                |                             |        |            |                  |       |
|------------------------------|----|----------------|-----------------------------|--------|------------|------------------|-------|
| 卵                            |    |                |                             |        |            |                  |       |
| 組                            |    |                |                             | くん ちゃん |            |                  |       |
| 日                            | 曜日 | 昼食             | アレルギー対応                     | 確認サイン  | おやつ        | アレルギー対応          | 確認サイン |
| 1                            | 月  | きゅうりの華風サラダ     | ⇒ ハム除去                      |        |            |                  |       |
| 2                            | 火  | 切干大根のサラダ       | ⇒ ハム除去、マヨドレ対応               |        | おからキッシュ    | ⇒ 卵不使用菓子         |       |
| 5                            | 金  | ブロッコリーとコーンのソテー | ⇒ ウィンナー除去                   |        |            |                  |       |
| 8                            | 月  | 白菜のミルクスープ      | ⇒ ベーコン除去                    |        | のりじゃこトースト  | ⇒ 卵不使用のパン、マヨドレ対応 |       |
|                              |    | フレンチサラダ        | ⇒ ハム除去、ドレッシング原材料確認を(マヨドレ対応) |        |            |                  |       |
| 9                            | 火  |                |                             |        | プリンアラモード   | ⇒ ゼリーに変更         |       |
| 10                           | 水  | パンサンスー         | ⇒ ハム・卵除去                    |        | すくすくいがりボール | ⇒ ハム除去           |       |

- 2) **弁当対応**: アレルギーで除去する食材が多く献立上対応が出来ないメニューの場合はお弁当の持参を依頼する。事前に保護者へ献立を配布するときに伝える。

(宗教上の理由で食べられない食材があり対応が困難な場合も弁当対応とする。)



- 3) **除去食**: 広義の除去食は単品の牛乳や果物を除いて提供する給食を含むが、本来の除去食は調理の過程で特定の原材料を加えない、または除いた給食を提供すること。



- 4) **代替食**: 除去した食材に対して、代わりの食材を加えたり、調理法を変えたりして完全な献立(栄養価を調整されたもの)を提供すること。



## 7. 食物アレルギー児への給食提供の際のルール

### 1) アレルギー食提供の流れ

#### 作業前

- ① 保育士は除去食提供が必要な児が登園しているか確認し、給食室へ伝える。
- ② 調理員は個人別献立を用いて、注意する食材と手順を複数名で確認する。

#### 食材

- ・はじめて使用する加工食品および調味料については配合表及び成分表を必ず取り寄せる。
  - ・配合表及び成分表はファイリングして、すぐに確認ができるように調理室内においておく。
- ① 納品時には発注した食材に相違がないかを確認する。
  - ② 加工食品などは食物アレルギーの原因食物が含まれていないことを内容表示で確認する。
  - ③ アレルギー対応用の食材は他の食材と区別して保管する。

#### 午前おやつ

- ① アレルギー児は黄色トレイに黄色いコップを2個用意し、1 個に牛乳(乳アレルギー児は豆乳)を入れ、2 個目にお茶をいれラップをかけて提供する(豆乳のコップにラップをして氏名・豆乳と記載する)。
- ② 配膳時は＊受け渡し時 参照
- ③ おかわり時は自分の水筒を飲むようにする。水筒内もなくなった場合は給食室で補充する。(給水機のある園は給水機にて補充する。)



## 調理時

- ・除去食はできるだけ最初に調理する。
- ・焼きもの・蒸しものなどスチコンを利用する調理は、アレルギー対応献立を先に調理を行う。
- ・基本は、他のものと同一調理を行わないこととする。
- ・焼き物などの調理を行う場合には、クッキングシートに明記してわかるようにする。
- ・揚げ物調理の場合は、常に新しい油で一番はじめに調理する。
- ・手袋は作業ごとに新しいものと交換する。

## 給食盛り付け時

- ① 黄色トレイに食札を置く。(アレルギー名、氏名、クラス)
- ② アレルギー用食器を使用する。
- ③ 黄色トレイに黄色コップ(お茶も入れて)、黄色カトラリーも載せた状態で提供する。
- ④ 盛り付け時に個人献立を確認し、一番初めに盛り付ける。
- ⑤ ほかの料理と混在しない場所で盛り付けを行う。
- ⑥ 1品ずつ盛り付けたらすぐにラップをして、除去食のある場合には氏名・アレルギー名を明記する。
- ⑦ 献立と合っているかを確認する。
- ⑧ 日々の流れ作業にならないように、献立表を見ながら指差し確認を行う。
- ⑨ 保存食をとる。

・アレルギー専用トレイ・アレルギー専用食器を使用し提供



※黄色トレイ・黄色の食器  
変更したメニューのラップにのみ  
氏名・アレルギー名を記入



※食札を用いて誤配膳の防止  
(調理部門で作成)

## アレルギー児用食具

- ・乳児は給食室で提供される黄色のカトラリー、黄色コップを使用する。
- ・幼児は 3 点セット(箸、フォーク、スプーン)、持参し使用する。コップは給食室で提供される黄色コップを使用する。

## 受け渡し時

- ① 提供時は保育士と給食職員とで除去メニューをダブルチェックし、アレルギー献立のサイン欄にサインをもらい、配膳する。(アレルギー児を先に配膳するか後に配膳するかは各園判断とする。)
  - ・同じアレルギー対応児のトレイは同じワゴンに乗せて配膳してもよいが、アレルギーが異なる場合は都度受け取りにいく(同じワゴンを使用しない)。
- ② 給食提供はアレルギー児を最初に提供し、次に普通食の提供をする。
  - アレルギー児への誤配膳を防止するため。

## おやつ

- ① 黄色トレイに食札を置く。(アレルギー名、氏名、クラス)
- ② アレルギー児は黄色トレイに黄色いコップを2個用意し、1 個に牛乳(乳アレルギー児は豆乳)を入れ、2 個目にお茶をいれラップをかけて提供する。豆乳のコップにラップをして氏名、豆乳と記入する。
- ③ 調理、盛り付け、受け渡しについては給食時と同様のため上記参照。



## 食事開始時

- ① 0～1歳児の食事介助に入る保育士は、基本1対1とする(アレルギー児を対応している職員は普通食の児の所はいかず、アレルギー児のみ対応する)。
- ② アレルギー児は専用のテーブルを使用し、他の給食と触れないように配置にする。
- ③ 配膳時は食札名、除去食品および代替え献立のラップに記載されている献立が献立表と合っているかダブルチェックで確認する。
- ④ 除去が目視で確認できる場合は確実に除去されていることを確認する。
- ⑤ 食べている様子を確認する。

保育士は個人献立表等でアレルギー対応食を把握し、誤配・食事中の誤食、接触に注意する。普段から緊急時の役割分担を行い、シュミレーションすることで、緊急時に備える。



基本的にはアレルギー児の給食はトレーから降ろさずにすべてそのまま提供する。

## 給食おかわり時

- ① 保育室から調理室に電話をする。
- ② アレルギー担当の保育士が調理室へ取りに行く。
- ③ 保育士と給食職員とで除去メニューをダブルチェックし、アレルギー献立のサイン欄にサインし、配膳する。

※おかわりについては状況により園判断とする。また、おかわりを実施する場合には事前に職員全員で共有する。

## 食事終了時

- ・アレルギー児が普通食のお皿や残渣物に触れないよう食べ終わった食器は速やかに片付ける。
- ・普通食を食べたあとの場所の掃除は入念に行い、残渣物が床やテーブルに残らないよう注意する。
- ・アレルギー児専用のふきんを用意し、色を変えて表記するなどアレルギー用のふきんだと分かりやすくしておく。他のテーブルのふきんと混同しないよう、専用のかご等を使用し区別できるようにする。(洗濯は同じ洗濯機で可)



## 2)アレルギー児一覧表を作成する ※変更都度事務室と給食室内に掲示

| アレルギー児一覧 |     |             |
|----------|-----|-------------|
| ク ラ ス    | 名 前 | 除 去 食       |
| ひよこ      |     | 卵           |
| うさぎ      |     | キウイ(除去なし)   |
| うさぎ      |     | 卵           |
| こあら      |     | 卵           |
| こぐま      |     | キウイ(除去なし)   |
| こぐま      |     | 乳・乳製品       |
| きりん      |     | くるみ・カシューナッツ |
| ぱんだ      |     | キウイ(除去なし)   |

(看護師作成)

※給食提供時、アレルギー対応が必要→赤で表示

給食提供時、アレルギー対応が必要ない

(キウイ・そば・なまもの・落花生・アーモンド・カシューナッツ・クルミ)→黒で表示

### 3)ハム・ウィンナー・ベーコンについて

卵、乳が含まれないハム・ウィンナー・ベーコンを使用している園は、成分表示を確認の上、除去対応はせずに提供することが可能である。

提供する場合は、以下を徹底すること。

- ① 成分表の取り寄せを実施し、アレルゲン項目の確認をする。
- ② 通常使用する加工品と異なる場合には、発注書に業者の連絡先及び成分表の提出依頼を表記しておく。
- ③ アレルギー児の保護者へ説明する(メーカーにより、含まれる成分が異なるため)。
- ④ 職員への周知をする。



## 8.宗教上の理由で除去対応が必要なとき

- ① 「食物除去申請書」に、保護者に記入をしてもらい、提出する。
- ② アレルギー食器と食札を使用する。
- ③ テーブルは、普通食と同テーブルでも可とする。
- ④ 食事をとりに行った際のダブルチェックは、アレルギー児と同様に実施する。
- ⑤ おかわりも、食物アレルギー児と同様の対応とする。(P12 参照)

## 9.乳糖不耐症の児の対応について

- ・医師から乳糖不耐症の診断があり、乳アレルギー用のミルクの指定がある場合は「生活管理指導票」を医師に記入してもらい、提出していただく。
- ・ミルクの指定がない場合は「食物除去申請書」を保護者へ記入してもらい、提出していただく。
- ・定期的に受診をしてもらい、その都度乳糖不耐の対応が必要か確認してもらい、長期となる場合は乳アレルギーとして対応変更していく。



## 10. 除去解除になったときの対応

アレルギー除去解除になった場合は、「除去解除申請書」(P26 参照)を保護者に記載、提出してもらう。提出された日に対応変更するのは難しいため、翌日以降からの対応変更とする。

**\*全職員に周知する。**



# 11. エピペンの預かりについて

1)園で保管するか、毎日の受け取り・受け渡しとなる。

2)基本は事務室(職員室)管理とする。

光で分解されやすいため携帯ケースに入れて保管する。

3)使用期限の確認と室温管理(適正温度 15℃～30℃)を徹底する(冷所にはおかない)。

4)保護者に消防署への情報提供の同意を得る。

5)消防署に情報提供の書類を提出する。

## エピペン®の使い方

それぞれの動作を  
声に出し、  
確認しながら行う!



### ① ケースから取り出す

ケースのカバーキャップを開けエピペン®を取り出す

⚡ トレーナーではなく、  
本物であることを確認



### ② しっかり握る

オレンジ色のニードルカバーを下に向け、利き手で持つ  
“グー”で握る!



### ③ 安全キャップを外す

青い安全キャップを外す



### ④ 太ももに注射する

太ももの外側に、エピペン®の先端(オレンジ色の部分)を軽くあて、“カチッ”と音がするまで強く押しあて  
そのまま5つ数える

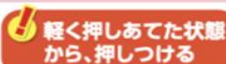
注射した後すぐに抜かない!  
押しつけたまま5つ数える!



⚡ 投与部分に重なる  
ポケットの中を確認



⚡ 投与前に必ず子ども  
に声をかける



⚡ 軽く押しあてた状態  
から、押しつける



### ⑤ 確認する

エピペン®を太ももから離しオレンジ色のニードル  
カバーが伸びているか確認する  
伸びていない場合は「④に戻る」

使用前 使用後



### ⑥ マッサージする

打った部位を10秒間、マッサージする

※薬が速やかに吸収され、速く効果が現れるようにするため。

### 介助者がいる場合



● 介助者は、子供の太ももの付け根と膝を  
しっかり押さえ、動かないように固定する  
※ここを押さえることで、動かないようにしっかり  
固定できるだけでなく、押さえている手を、  
打つ場所の目印にできる。

### 注射する部位

- 衣類の上から、打つことができる
- 太ももの外側の筋肉に注射する  
(真ん中(A)よりも外側で、かつ太も  
もの付け根と膝の間の部分)



## 12. 食物・食材を扱う活動

稀に、ごく少量の原因食物でもアレルギー反応が出る子どもがいる。このような子どもは、原因食物を“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ため、個々の子どもに応じた配慮が必要である。生活管理指導表の記載をもとに、保護者と十分に話し合い対応する。

### 1)小麦粉を使った遊び

小麦アレルギー児は、小麦粘土に触れたり、吸い込んだりすることによりアレルギー反応が出ることがある。小麦が含まれていない粘土を使用する。

### 2)牛乳パック等乳製品が入った容器を使用した工作

乳アレルギー児は、工作に使用する牛乳パックに微量の乳成分が残存していた場合に、それに触れることによりアレルギー反応が出ることがある。重篤な乳アレルギー児がいる場合には、活動内容の変更を検討する必要がある。

### 3)食育活動

高野豆腐などの乾物を水で戻したり、野菜を栽培したりするなどの食育活動は食物に触れることでアレルギー反応が出ることがある。使用する食材のアレルギー児がいる場合には、活動内容の変更を検討する必要がある。

### 4)園外活動

普段とは違う環境での活動は、通常行っているアレルギーの確認作業が手薄になりやすいため、遠足に持参する菓子や園児同士の弁当のやり取りなどにおいてはレジャーシートを個人持ちとし、間隔を空けるなどの配慮をし、誤食がないよう見守る必要がある。

## 13. 災害時への備え

### 1) 避難時には内服薬やエピペンを忘れずに携帯する

災害時は万が一の事態に備えて園で保管している内服薬やエピペンをもって避難するようにする。

### 2) アレルギー表記を確認する

災害備蓄食品はアレルギー対応ではないものもあるため、“鶏卵・牛乳・小麦・エビ・カニ・そば・落花生・クルミ”は使用されていれば必ず原材料に表示されるので、確認する。しかし、上記以外の食物は必ずしも表示されないため注意する。

### 3) 食物アレルギーがあることを周囲に知らせる

胸に「〇〇アレルギーあり」と書いたシールを貼ったり、避難リュックに名札を準備し、肩に斜め掛けしたりするなどして、周囲に伝えることで誤食事故を防ぐようにする。また、避難所へ行く際は行政の方にアレルギーがあることを伝え、支援が受けられるよう早めに相談する。

### 4) 食べ物をもらっても、相談してから食べるよう教える

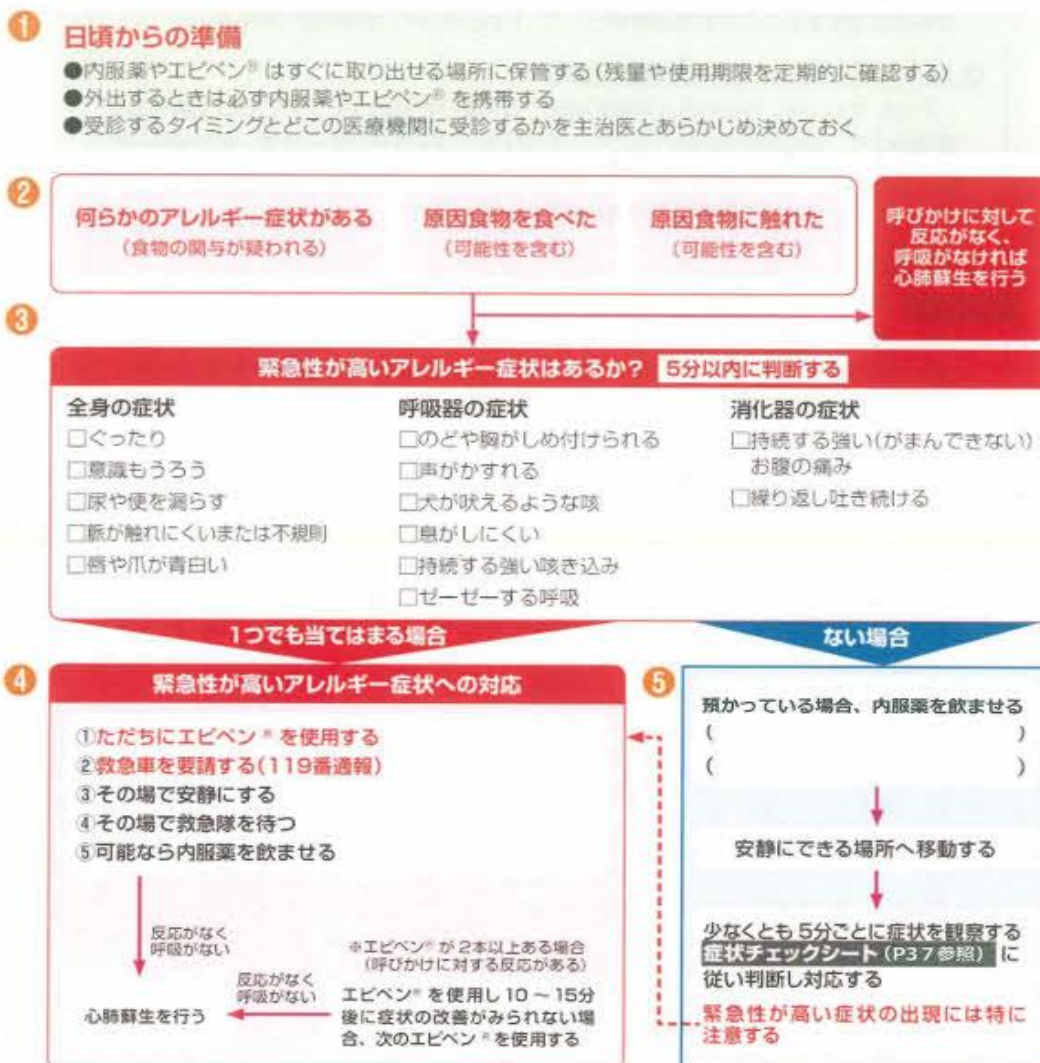
避難所へ移動するような災害の際は、善意で周囲の人から食べ物をもらう可能性もあるため、子どもに食べる前に確認するよう伝える。

## 14. アレルギー症状への対応

### 食物アレルギー症状への対応の手順

症状の緊急度により対応は異なります。まず、「緊急性の高い症状」（11 頁参照）の有無を判断します。緊急性の高い症状がみられれば、直ちに対応を開始します。緊急性の高い症状がみられなければ、さらに詳しく症状を観察し、その程度に基づいて対応を決定します。

（参照：「症状チェックシート」（37 頁））



独立行政法人環境再生保全機構「ぜん息予防のためのよくわかる食物アレルギー対応ガイドブック 2014」（2016 年 10 月）を一部改変

(緊急時個別対応票)

## 症状チェック表

◎迷ったらエピペンを使用する

◎症状は急激に変化する可能性がある

◎少なくとも5分ごとに症状を観察する

◎      の症状が1つでも当てはまる場合、エピペン<sup>®</sup>を使用する

(内服薬を飲んだ後にエピペン<sup>®</sup>を使用しても問題ない)

◎症状のチェックは、緊急性が高い左の欄から行う

(      →      →      )

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 全身の<br>症状                                                                                        | <input type="checkbox"/> ぐったり<br><input type="checkbox"/> 意識もうろう<br><input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす<br><input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い<br><input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
| 呼吸器<br>の症状                                                                                       | <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる<br><input type="checkbox"/> 声がかすれる<br><input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳<br><input type="checkbox"/> 息がしにくい<br><input type="checkbox"/> 持続する強い咳こみ<br><input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 | <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
| 消化器<br>の症状                                                                                       | <input type="checkbox"/> 持続する強い(我慢できない)<br>お腹の痛み<br><input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み<br><input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐<br><input type="checkbox"/> 1～2回の下痢                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 軽い(我慢できる)<br>お腹の痛み<br><input type="checkbox"/> 吐き気                                         |
| 目・口・<br>鼻・顔<br>の症状                                                                               | <div style="background-color: #ff0000; color: white; text-align: center; padding: 10px;">           上記の症状が<br/>1つでも当てはまる場合         </div>                                                                                    | <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ<br><input type="checkbox"/> まぶたの腫れ                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血<br><input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ<br><input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 強いかゆみ<br><input type="checkbox"/> 全身に広がる蕁麻疹<br><input type="checkbox"/> 全身が真っ赤                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ、充血<br><input type="checkbox"/> 口の中の違和感<br><input type="checkbox"/> 部分的な赤み           |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              | 1つでも当てはまる場合                                                                                                                                                                                                        | 1つでも当てはまる場合                                                                                                         |
| ①ただちにエピペン <sup>®</sup> を使用<br>②救急車を要請(119番)<br>③その場で安静を保つ<br>④その場で救急隊を待つ<br>⑤可能なら内服薬を飲ませる<br>( ) |                                                                                                                                                                                                                              | ①内服薬を飲ませ、エピペン <sup>®</sup><br>を準備( )<br>②速やかに医療機関を受診<br>(救急車の要請も考慮)<br>③医療機関に到着するまで少<br>なくとも5分ごとに症状の<br>変化を観察。 <span style="background-color: #ffcccc;">    </span> の症状<br>が1つでも当てはまる場合、<br>エピペン <sup>®</sup> を使用。 |                                                                                                                     |
| ただちに救急車で<br>医療機関へ搬送                                                                              |                                                                                                                                                                                                                              | 速やかに<br>医療機関を受診                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              | ①内服薬を飲ませる<br>( )<br>( )<br>②少なくとも1時間は、5分<br>ごとに症状の変化を観察。症状<br>の改善がみられない場合は医<br>療機関を受診                                                                                                                              |                                                                                                                     |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              | 安静にし<br>注意深く経過観                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |

■緊急時個別対応表

経過記録表

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日( \_\_\_\_歳 \_\_\_\_か月) 体重 \_\_\_\_kg

|                  |       |                                     |     |
|------------------|-------|-------------------------------------|-----|
| 1. 飲食時間          |       |                                     |     |
| 2. 食べたもの         |       |                                     |     |
| 3. 食べた量          |       |                                     |     |
| 4. 保育所で<br>行った処理 | エビペン® | エビペン®の使用 あり・なし                      | 時 分 |
|                  | 内服薬   | 使用した薬( )                            | 時 分 |
|                  | その他   | ・口の中を取り除く・うがいをさせる・手を洗わせる・触れた部位を洗い流す |     |

5. 症状の経過 ※少なくとも5分ごとに注意深く観察

| 時間 | 症状 | 脈拍<br>(回/分) | 呼吸数<br>(回/分) | その他の症<br>状・<br>状態等把握<br>した事項 |
|----|----|-------------|--------------|------------------------------|
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |
| :  |    |             |              |                              |

6. 記録者名

|         |       |     |
|---------|-------|-----|
| 7. 医療機関 | 医療機関名 | 主治医 |
|         |       |     |
|         | 電話番号  | 備考  |
|         |       |     |

※ アレルギー症状発生時は緊急時個別対応表を作成し、個人ピンクファイルで  
管理する。

# 食物アレルギー面談シート

面談日 令和 年 月 日

面談職員名

クラス名

園児名

## 1. 既往の確認

- ・原因となる食物（ ）
- ・発症時年齢と発症状況（ ）
- ・主な症状（ ）
- ・摂取から発症までの時間（ ）

## 2. 通院状況

- ・医療機関名（ ）
- ・通院頻度（ ）
- ・治療内容（ ）
- ・現在の自宅での摂取量（ ）
- ・医師からの指導（ ）

## 3. 緊急時の対応

- ☐ 内服薬の預かり有無（ 有 ・ 無 ） 内服後は安静のためお迎えをお願いする事を伝える。
- ☐ エピペンの処方有無（ 有 ・ 無 ） 投与と同時に救急要請することを伝える。

## 4. 保育園での対応方法と伝えること

- ☐ 「当法人の食物アレルギーへの対応について」に沿って説明
- ☐ 別テーブル対応となる
- ☐ アレルギー食器の使用
- ☐ 食札（個人名記載）の使用
- ☐ 原則おかわりの禁止(各園判断)
- ☐ 生活管理指導表の食育の欄に記載があるか

## 5. その他（ ）

----- 以下保育園記入欄 -----

☐ 緊急時個別対応票の記入

☐ 全職員への周知

# 当法人の食物アレルギーへの対応について

当園では厚生労働省から出ている「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」に基づき、医師の指示のもと、お子様の体調・症状にあわせ対応していきます。

つきましては、ご理解とご協力のもと以下の方法で対応していきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

## 対応方法

- ◆食物アレルギーがある場合、疑わしき症状が認められる場合はすみやかに受診をお願いいたします。
- ◆受診する際は、できる限り小児アレルギー専門医がいる病院の受診をお願いいたします。小児アレルギー専門医がいる病院の受診が難しい場合は、小児専門医がいる病院を受診してください。
- ◆除去が必要な場合は、医師が記入した生活管理指導表の提出をお願いいたします。検査をされた方は、結果の提出もお願いいたします。
- ◆除去申請をしている方は、年に2回（3月・9月頃）生活管理指導表・検査結果を添えて提出をお願いいたします。初回と対応変更時には、担任・栄養士・看護師らと話し合う機会を設けます。
- ◆万が一アナフィラキシーが起こった際は、園判断で救急要請させていただきます。その際、保護者への連絡が救急搬送後となることもありますので、ご了承ください。
- ◆病院よりエピペン・抗ヒスタミン・ステロイド薬を処方されている場合は、園でもお預かりが可能です。その際はエピペン・抗ヒスタミン・ステロイド薬預かり書・薬剤情報提供書と共に提出をお願いいたします。
- ◆エピペン・抗ヒスタミン・ステロイド薬を使用する場合は、保護者に連絡し確認をとってから使用します。連絡が繋がらない場合は預かり書に基づき対応いたします。投薬する際は必ず職員2名で確認を行います。内服後は、安静にしてお迎えを待ちます。速やかにお迎えをお願いいたします。
- ◆給食提供については、日々の献立のうちからアレルゲンとなる食品を除去すること、もしくは代替食品としていますが、アレルゲンとなる食品が数種類の場合や園での調理が不可能と判断した際は、お弁当の持参となる場合があります。
- ◆加工食品においては、製造ラインでの混入（コンタミネーション）の表示は除去対象としません。また、調味料やエキスも除去対象としません。より厳しい除去が必要な場合は、生活管理指導表に記入があった場合のみ対応方法を相談させていただきます。
- ◆提供はアレルギー専用食器を使用し、給食の際は別テーブルで対応、食札に個人名・アレルギーを記載し誤配膳の防止に努めていきますので、ご了承ください。またおかわりについては、状況に応じて判断させていただきます。
- ◆園での対応は、園長をはじめ保育士・栄養士・看護師・調理員の一致した認識のもとで行ってまいります。

## 承諾書

上記について、園より説明を受け承諾いたします。

令和 年 月 日

園 児 名

保護者署名

社会福祉法人 すくすくどろんこの会  
平成30年 2月15日 作成  
令和7年 4月 1日 改訂

# 食物除去申請書

提出日 令和 年 月 日

施設名 すくすくどろんこの会 保育園・こども園

組 氏名

生年月日 年 月 日生 (   ) 歳

以下、医師記入欄

|                   |
|-------------------|
| 診断名：              |
| 医療機関名・医師名：        |
| 発症年齢： 歳 ヶ月頃から     |
| 食事療法開始時期： 歳 ヶ月頃から |
| 除去を必要とする食品：       |
| 症状：               |

以下、保護者記入欄

|           |
|-----------|
| 家庭での食事対応： |
|-----------|

以下、園記入欄

|          |
|----------|
| 園での食事対応： |
|----------|

薬物療法併用児について

|           |                       |
|-----------|-----------------------|
| 軟膏 <有・無>  | 使用方法 (常時使用 ・ 症状悪化時のみ) |
| 内服薬 <有・無> | 使用方法 (常時使用 ・ 症状悪化時のみ) |

# エピペン・抗ヒスタミン・ステロイド薬預かり書

令和 年 月 日

すくすくどろんこの会 \_\_\_\_\_ 保育園・こども園

|              |       |      |        |
|--------------|-------|------|--------|
| 保護者名         | 印     | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 園児名          | ( ) 組 | 性別   | 男 ・ 女  |
| 保護者緊急連絡先     | ☎     |      |        |
| 処方医療機関名      | 病院 ☎  |      |        |
| 医師名          | 先生    |      |        |
| 緊急搬送先        | 病院 ☎  |      |        |
| 原因物質         |       |      |        |
| 薬剤名・投与量      |       |      |        |
| 投与時指示(どんな時?) |       |      |        |

※記載してあることに変更が生じたときは、すみやかに再提出をお願いします。

※新年度になりましたら、変更点が無くても、再度記入し提出をお願いします。

その際、状況確認のため、看護師よりお声をかけさせていただきます。

※薬や容器には、明確にお子様の名前を記入してください。

※ご不明な点がありましたら、看護師または担任までお声かけください。

預かり許可サイン

| 園長 | 保育主任 | 担任 | 看護師 |
|----|------|----|-----|
|    |      |    |     |

|      |  |
|------|--|
| 保管場所 |  |
|------|--|

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 投与サイン | 投与日時 令和 年 月 日 時 分 |
|-------|-------------------|

提出日 令和 年 月 日

## 除去解除申請書

施設名 すくすくどろんこの会 保育園・こども園

組 氏名

本児は、\_\_\_\_\_病院にて診断され、生活管理指導表により除去していた下記の食物に関して、家庭で複数回（２～３回以上）食べて、症状が誘発されていないので、園における解除を申請いたします。

## 除去解除する食物

保護者氏名 印

## 参考文献

- 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン…厚生労働省
- 保育所におけるアレルギー対応研修会テキスト…日本保育協会
- ぜん息予防のためのよくわかる食物アレルギーガイドブック 2021 年改訂版  
…独立行政法人 環境再生保全機構
- 一般社団法人アレルギー学会ホームページ

平成30年 2月14日 作成  
令和 3年 3月 3日 改訂  
令和 3年 5月21日 改訂  
令和 3年10月 6日 改訂  
令和 3年12月17日 改訂  
令和 5年 9月 1日 改訂  
令和 7年 4月 1日 改訂