

令和4年1月28日

会員各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰
医療安全担当理事 高室 暁

医療事故情報収集等事業 第67回報告書の公表について

神奈川県医師会を通じて、通知がまいりましたのでお知らせいたします。

神奈川県医師会
会長 菊岡 正和
(公印省略)

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故情報収集等事業 第67回報告書の公表について

時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、今般、日本医療機能評価機構より標記報告書が公表され、厚生労働省より、日本医師会を通じて会員への周知依頼が参りました。

つきましては、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のため、貴会におかれましても、本件についてご存知いただくとともに、貴会会員への周知をお願い申し上げます。

なお、報告書は、次の同機構ホームページからダウンロードし、ご覧くださいますようお願いいたします。

- ・日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書のURL

<https://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>



問合せ先

医療安全対策課 平林

電話：045-241-7000

医療事故情報収集等事業 第67回報告書のご案内

1. 集計報告（対象：2021年7月～9月）

(1) 医療事故情報収集・分析・提供事業

表1 報告件数及び報告医療機関数

	2021年			合計
	7月	8月	9月	
報告義務対象医療機関による報告件数	319	336	403	1,058
参加登録申請医療機関による報告件数	65	45	60	170
報告義務対象医療機関数	274	274	274	—
参加登録申請医療機関数	853	854	853	—

(第67回報告書 14頁参照)

表2 事故の概要

事故の概要	2021年7月～9月	
	件数	%
薬剤	70	6.6
輸血	3	0.3
治療・処置	368	34.8
医療機器等	23	2.2
ドレーン・チューブ	82	7.8
検査	54	5.1
療養上の世話	342	32.3
その他	116	11.0
合計	1,058	100.0

(第67報告書 15頁参照)

(2) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

1) 参加医療機関数 1,294 (事例情報報告参加医療機関数 676施設を含む)

2) 報告件数 (第67回報告書 18頁参照)

①発生件数情報報告件数：254,155件

②事例情報報告件数：6,755件

2. 事例の分析

今回、「分析テーマ」で取り上げたテーマは下記の通りです。

(1) 外来化学療法室で行う抗がん剤治療に関連した事例

【22～45頁参照】

(2) 医療関連機器圧迫創傷 (MDRPU) に関連した事例

【46～70頁参照】

3. 再発・類似事例の分析

これまでに、「分析テーマ」や「医療安全情報」として取り上げた内容の中から再発・類似事例が報告されたテーマを取りまとめています。今回取り上げた再発・類似事例の分析のテーマは下記の通りです。

(1) アレルギーのある食物の提供 (医療安全情報 No.69)

【75～83頁参照】

*詳細につきましては、本事業ホームページ (<https://www.med-safe.jp/>) をご覧ください。

IV 再発・類似事例の分析

本事業では、報告書において分析対象となるテーマを設定し、そのテーマに関連する事例をまとめて分析、検討を行っている。また、これまでに報告書で分析テーマとして取り上げた事例の中から、特に周知すべき情報を「医療安全情報」として提供している。ここでは、提供した「医療安全情報」の再発・類似事例の報告件数について取りまとめた。

本報告書の分析対象期間に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例のタイトルは45あり、件数は84件であった。このうち、類似の事例が複数報告されたのは、「No.47：抜歯部位の取り違い」が7件、「No.63：画像診断報告書の確認不足およびNo.138：画像診断報告書の確認不足（第2報）」、「No.80：膀胱留置カテーテルによる尿道損傷およびNo.142：膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）」がそれぞれ6件、「No.54：体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去」が5件などであった。

2021年7月から9月に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例の報告件数

No.	タイトル	件数	提供年月
No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	1	2007年 2月
No.4	薬剤の取り違い	2	2007年 3月
No.68	薬剤の取り違い（第2報）		2012年 7月
No.6	インスリン単位の誤解	1	2007年 5月
No.131	インスリン単位の誤解（第2報）		2017年 10月
No.7	小児の輸液の血管外漏出	1	2007年 6月
No.8	手術部位の左右の取り違い	2	2007年 7月
No.50	手術部位の左右の取り違い（第2報）		2011年 1月
No.10	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み	4	2007年 9月
No.94	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報）		2014年 9月
No.24	人工呼吸器の回路接続間違い	2	2008年 11月
No.27	口頭指示による薬剤量間違い	1	2009年 2月
No.37	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ	1	2009年 12月
No.135	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ（第2報）		2018年 2月
No.39	持参薬の不十分な確認	1	2010年 2月
No.47	抜歯部位の取り違い	7	2010年 10月
No.48	酸素残量の未確認	3	2010年 11月
No.146	酸素残量の確認不足（第2報）		2019年 1月
No.53	病理診断時の検体取り違い	1	2011年 4月
No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	5	2011年 5月
No.57	PTPシートの誤飲	3	2011年 8月
No.82	PTPシートの誤飲（第2報）		2013年 9月
No.177	PTPシートの誤飲（第3報）		2021年 8月
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	1	2011年 9月
No.61	併用禁忌の薬剤の投与	1	2011年 12月
No.129	併用禁忌の薬剤の投与（第2報）		2017年 8月

No.	タイトル	件数	提供年月
No.63	画像診断報告書の確認不足	6	2012年 2月
No.138	画像診断報告書の確認不足 (第2報)		2018年 5月
No.69	アレルギーのある食物の提供	1	2012年 8月
No.75	輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い	1	2013年 2月
No.78	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い	2	2013年 5月
No.80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	6	2013年 7月
No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷 (第2報)		2018年 9月
No.83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り	1	2013年 10月
No.90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	1	2014年 5月
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	2	2015年 2月
No.101	薬剤の投与経路間違い	1	2015年 4月
No.106	小児の薬剤の調製間違い	1	2015年 9月
No.116	与薬時の患者取り違い	1	2016年 7月
No.117	他施設からの食種情報の確認不足	2	2016年 8月
No.121	経鼻栄養チューブの誤挿入	1	2016年 12月
No.133	胸腔ドレーンの大気への開放	1	2017年 12月
No.137	ホットパック使用時の熱傷	1	2018年 4月
No.141	検査台からの転落	1	2018年 8月
No.144	病理検体の未提出	2	2018年 11月
No.150	病理診断報告書の確認忘れー上部消化管内視鏡検査ー	1	2019年 5月
No.152	手術時のガーゼの残存①ーガーゼカウントー	2	2019年 7月
No.153	手術時のガーゼの残存②ーX線画像の確認ー	1	2019年 8月
No.154	電子カルテ使用時の患者間違い	1	2019年 9月
No.155	小児用ベッドからの転落	1	2019年 10月
No.162	ベッドへの移乗時の転落	1	2020年 5月
No.164	中心静脈カテーテルのガイドワイヤーの残存	2	2020年 7月
No.168	酸素ポンプの開栓の未確認	1	2020年 11月
No.169	持参薬の処方内容を継続する際の処方・指示漏れ	2	2020年 12月
No.171	免疫抑制・化学療法によるB型肝炎ウイルスの再活性化	1	2021年 2月
No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	3	2021年 7月

本報告書では、分析対象期間に報告された再発・類似事例のうち、医療安全情報No.69で取り上げた「アレルギーのある食物の提供」に関連した事例について事例の詳細を紹介する。

【1】アレルギーのある食物の提供 (医療安全情報No.69)

(1) 報告状況

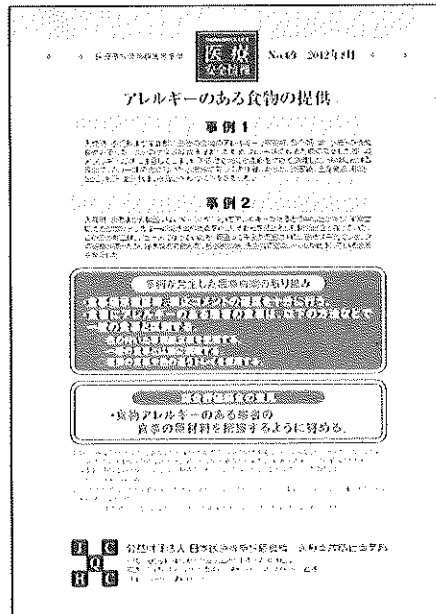
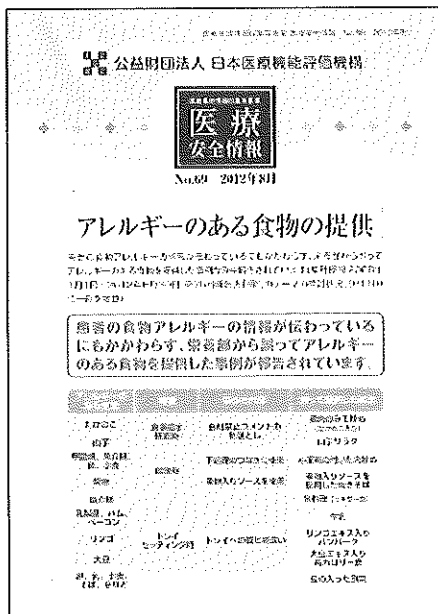
第25回報告書(2011年6月公表)の個別のテーマの検討状況「食事に関連した医療事故」で、患者に誤ってアレルギーのある食材を提供した事例を取り上げた。その後、医療安全情報No.69「アレルギーのある食物の提供」(2012年8月提供)で、患者の食物アレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例について注意喚起を行った。さらに、第46回報告書(2016年9月公表)では、分析対象期間に類似の事例が報告されたことから、再発・類似事例の発生状況で取り上げた。

今回、本報告書の分析対象期間(2021年7月~9月)に類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることとした。第46回報告書の分析対象期間後の2016年7月以降に報告された再発・類似事例は9件であった(図表IV-1-1)。

図表IV-1-1 「アレルギーのある食物の提供」の報告件数

	1~3月	4~6月	7~9月	10~12月	合計
2016年			0	0	0
2017年	0	0	0	0	0
2018年	0	0	1	0	1
2019年	1	0	3	2	6
2020年	0	0	1	0	1
2021年	0	0	1	0	1

図表IV-1-2 医療安全情報No.69「アレルギーのある食物の提供」



（2）事例の概要

本テーマでは、再発・類似事例9件のうち、同一事例について栄養士と調理師・調理従事者からそれぞれ報告された2件は1件として扱い、8件の事例を対象として分析を行った。

1) 当事者職種

当事者職種を示す。当事者は、栄養部の職員や、病棟で食事を配膳する看護師などであった。

図表Ⅳ－1－3 当事者職種

当事者職種	件数
栄養士	4
調理師・調理従事者	3
管理栄養士	2
看護師	2
児童指導員	1

※当事者は複数回答が可能である。

2) 患者の年齢

患者の年齢を示す。報告された事例はすべて小児であった。

図表Ⅳ－1－4 患者の年齢

患者の年齢	件数
0歳	1
1歳	1
3歳	1
6歳	4
12歳	1
合計	8

3) 発生段階

アレルギーのある食物を提供する発端となった段階を示す。「調理・調乳」の事例が6件あった。「食事をトレイに載せる」の事例は、乳アレルギーのある患者のトレイに既製品の牛乳を準備した事例であった。参考として、アレルギー情報の入手後、献立作成から食事を提供するまでの流れの一例を示す。また、第46回報告書（168頁）ではアレルギー情報の入手から食事を提供するまでの業務工程図の一例を紹介している。

図表Ⅳ－1－5 発生段階

発生段階	件数
献立作成	1
調理・調乳	6
食事をトレイに載せる	1
合計	8

<参考>アレルギー情報の入手後、献立作成から食事を提供するまでの流れの一例

場所	担当者	主な流れ	内容
栄養部	栄養士・ 管理栄養士等	献立作成	食事指示を確認し、献立と調理指示を作成する
		食札作成	献立に合わせた食札を作成する
	調理師・ 調理従事者等	調理・調乳	指定された食材で調理または調乳する
		食事をトレイに載せる	調理した食事をトレイに載せる
病棟	看護師・ 看護補助者等	配膳	栄養部から届いた食事を患者に配膳する

4) 誤って提供した食事

事例に記載された内容から、登録されていたアレルギー情報と誤って提供した食事を示す。アレルギーの原因となった食材を目視で確認できる食事もあったが、多くは食事や加工品の中に含まれており、目視による確認は難しい状況であったと推察される。

図表Ⅳ-1-6 誤って提供した食事

登録されていたアレルギー情報	誤って提供した食事		目視で確認できた、または確認できた可能性があった食材
	内容	アレルギーの原因となった食材	
献立作成			
乳製品(微量不可)、ピーナッツ	フランクフルトソーセージ	カゼインNa(乳由来)	
調理・調乳			
乳・卵	レギュラーミルク	乳	
乳製品	パンプキンサラダ	乳成分	
乳・小麦	乳・小麦入りの離乳食	乳・小麦	
卵	パン	卵	
卵	炒り卵入りサラダ	卵	○
ピーナッツ	ほうれん草のピーナッツ和え	ピーナッツ	○
トレイに載せる			
牛乳・卵・小麦粉	牛乳	牛乳	○

※事例に記載された内容を掲載した。

5) 誤った内容

事例に記載された内容から、「献立作成」、「調理・調乳」の発生段階で誤った主な内容を示す。食材を確認しなかった、または確認したが見落とししたり見間違えたりした事例であった。

図表Ⅳ－1－7 誤った内容

発生段階	誤った内容
献立作成	・アレルギーに対応した献立の作成時に給食システムの食品マスタを見て原材料を確認したが、登録されている食品の添加物と実際に使用している添加物が異なっていた。
調理・調乳	<ul style="list-style-type: none"> ・水曜日の献立には小麦・乳アレルギー食品は含まれていなかったが、調理担当者は小麦・乳が含まれる木曜日の献立と見間違えて調理した。 ・調理前に使用食材の確認をせず、調理を開始した。 ・朝食の調理担当者が禁止コメント一覧表で禁止食品を確認した時に見落としした。 ・栄養士は卵アレルギーと記載された伝票を確認していたが、盛り付けの際に失念した。 ・トレイに載せ、チェックする際、調理従事者は成分表の原本ではなく、成分表を書き写した自作のノートを見たが、原材料の記載漏れがあった。

6) 患者への影響と対応

事例に記載された内容から、患者への影響と対応を示す。アレルギー症状の出現に対して、薬剤が投与されていた。

図表Ⅳ－1－8 影響と対応

影響	対応
アナフィラキシー症状出現	抗ヒスタミン剤の投与、経過観察、退院の延期
流涙、鼻汁、体温37.4℃、顔に膨隆疹、アナフィラキシー症状出現	ステロイド製剤の投与、抗アレルギー剤の内服
SpO ₂ 79%、喘鳴、発疹出現	アドレナリン・ステロイド製剤の投与、吸入
咽頭不快から始まり次第に呼吸促迫、全身発赤、嘔吐、アナフィラキシー症状出現	アドレナリン・ステロイド製剤の投与、抗ヒスタミン剤の内服
口の横に紅斑、体幹にも皮疹出現	抗ヒスタミン剤の内服

(3) 事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅳ-1-9 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
献立作成			
1	<p>患児には、乳製品アレルギー（微量不可）やピーナッツアレルギー等があり、入院時よりアレルギー食材を除去した特別献立で対応していた。10時30分頃、患児が朝食のフランクフルトソーセージとケチャップを摂取後、アレルギー症状が出現した。13時30分頃、担当看護師は、朝食にアレルギー食材の使用はないか栄養部に問い合わせた。栄養部では、特別献立の作成時に原材料の確認は行っていたが、再度給食システムの食品マスタを確認し、アレルギー食材の使用はないと回答した。16時頃、管理栄養士が、患者に提供したフランクフルトソーセージの包装を確認したところ、「カゼインNa（乳由来）」の記載があり、アレルギー食材が含まれていることが判明した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 給食システムの食品マスタに登録されている情報と実際に使用した食品の情報と一致していなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 給食システム会社に食品マスタを早急に見直すように指示し、見直しが行われた。
調理・調乳			
2	<p>離乳食中期で、乳・小麦アレルギーの患児がアナフィラキシーを起こしていると病棟より栄養部に連絡が入った。栄養部で献立表を確認したところ、水曜日の献立ではなく木曜日の献立が提供されており、小麦・乳入りの離乳食を提供していたことが分かった。患児に抗ヒスタミン剤を投与し、経過観察のため退院を1日延期した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 離乳食の数は少なく、入院期間も短いことから、献立を曜日ごとに作成している。 離乳食のアレルギー食については、離乳食の基本献立からアレルギー食品を除去した献立を栄養士が作成し、調理担当者に除去食を提供するよう指示している。 アレルギー食については、ホワイトボードに注意喚起がされており、調理担当者はアレルギー食品ごとに患者情報を確認している。本来であれば、水曜日の献立が提供されるはずであり、それには小麦・乳アレルギー食品は含まれていないため、除去食で対応する指示はなかった。 調理担当者は水曜日と木曜日の献立を見間違えており、ホワイトボードに注意喚起の記載もなかったため、除去食が必要であるという認識はなく小麦・乳入りの離乳食を患児に提供した。 調理担当者は1名で対応しており、チェック体制はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 献立表の文字を大きくし、確認しやすくする。 チェックリストを作成し、調理前に複数名でチェックする。 食材倉庫にアレルギー専用棚を設け、他の食材と分けて保存する。 既製品の離乳食を使用する際は、容器にアレルゲンが表示されているため、容器のまま配膳するなど内容の確認ができる方法を検討する。 アレルギーコメントを自動で抽出し、代替食を設定することで献立を自動変換する栄養管理システムはあるが、離乳食には非対応のため今後設定できるよう検討する。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
3	<p>栄養部で、卵アレルギーの患児に炒り卵入りのサラダを調理した。児童指導員は、食札に卵アレルギーと記載されていたが、食事に卵が入っていないか確認せずに、患者氏名のみ確認し食事の介助をした。食後30～40分して、患児は食べたものをほとんど嘔吐した。患児は涙、鼻汁が出ており、体温37.4℃であり、看護師は担当医に報告した。患児の顔には膨隆疹があり、アレルギーの症状に似ていた。児童指導員が提供された食事に黄色いものがあったのを思い出し、栄養管理室に確認し、卵の入ったサラダを提供したことが分かった。すぐに小児科を受診したところ、アナフィラキシーを起こしており、点滴を開始した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 調理担当者は卵アレルギーがあることを指示されて、アレルギーが記載された伝票を確認して盛り付け作業を行ったが、卵を盛り付けた。 その後、2回の確認作業ができていなかった。 経験の浅い職員がおり、アレルギーに関する知識が乏しく、業務に慣れておらず、焦って確認を怠った。 食札のアレルギーの文字は赤で表示があるが細字であった。 厨房の業務は委託職員が行っており、アレルギーの最終確認を当院職員が行うシステムがなかった。 児童指導員は配膳された食事の患者氏名を確認したが、アレルギーを確認しなかった。 食物アレルギーに関する知識が不足していた。 	<ul style="list-style-type: none"> 栄養部で本来確認する業務を確実に行う。 栄養部から配膳車で搬送する前に当院の栄養士がアレルギー食材について委託職員とダブルチェックする。 食札のアレルギー表示の字体を太くし、前後に★印をつける。 業務マニュアルの整備と再指導・食物アレルギーに関する勉強会を行う。 アレルギーを含めた患児の情報共有を職員に徹底する。

(4) 事例の背景・要因

事例の主な背景・要因を、アレルギー情報の入手から食事を提供するまでの段階別に整理して示す。

図表Ⅳ-1-10 主な背景・要因

<p>献立作成</p> <p>○情報の不備</p> <ul style="list-style-type: none"> 献立作成時に原材料の確認を行ったが、給食システムの食品マスタに登録されている添加物と実際に使用している添加物の情報が一致していなかった。
<p>調理・調乳</p> <p>○確認不足</p> <ul style="list-style-type: none"> 調理前に使用食材を確認しなかった。 調理担当者が禁止コメント一覧表で禁止食品を確認し調理することになっているが、記載を見落とし、ピーナッツ禁止の患者がいることを把握していなかった。 盛り付け担当者が、成分詳細表の原材料の欄ではなく、コンタミネーションの欄を見て、アレルギー食材はないと判断した。 食事をトレイに載せチェックする際に、成分表の原本ではなく成分表を書き写した自作のノートを見て行ったが、記載漏れがあったことに気付かなかった。
<p>○知識不足</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員は経験が浅く、アレルギーに関する知識が乏しく業務に慣れていなかった。
<p>○献立の見間違い</p> <ul style="list-style-type: none"> 調理担当者は水曜日と木曜日の献立を見間違えており、ホワイトボードにアレルギー食の注意喚起が記載されていなかったため、除去食はないと認識し、小麦・乳入りの離乳食を患児に提供した。

○確認システムの不備

- ・厨房の業務は委託職員が行っており、アレルギー食材が含まれていないかの最終確認を当院の職員が行うシステムがなかった。

○その他

- ・調理者は提供したパンに卵が含まれていることを知らなかった。

配膳

○確認不足

- ・児童指導員は栄養部から届いた食事の患者氏名を確認したが、アレルギー情報は確認しなかった。
- ・食札に卵アレルギーとあったが、児童指導員は卵が入っていないか確認せずに、患者氏名を確認しそのまま食事の介助をした。

○食札の視認性

- ・食札のアレルギーの文字は赤で表示されているが細字であった。

(5) 医療機関から報告された改善策

医療機関から報告された主な改善策を、アレルギー情報の入手から食事を提供するまでの段階別に整理して示す。

図表Ⅳ-1-11 医療機関から報告された改善策

献立作成

- ・給食システム会社に、食品マスタに登録されている情報と実際に使用している食品の情報を早急に見直すように指示した。
- ・アレルギーコメントを自動で抽出し、代替食を設定することで献立を自動変換する栄養管理システムはあるが、離乳食には対応していないため、今後設定できるよう検討する。

食札作成

- ・食札のアレルギー表示の字体を太くし、前後に★印をつける。

調理・調乳

○確認

- ・盛り付け及び確認の際には、成分表を見て作業を行う。
- ・使用食材の成分表を献立番号ごとにファイリングし、必要な情報を確認できるようにする。
- ・食物アレルギーの成分詳細をノートに書き写して厨房でチェックしていたが、食品・商品の変更や書き損じ等も考えられるため、成分詳細表をラミネートして厨房での確認に使用する。

○確認のシステム

- ・チェックリストを作成し、調理前に複数名でチェックする。
- ・栄養部から配膳車で搬送する前に当院の栄養士がアレルギー食材について委託職員とダブルチェックする。
- ・栄養士は、委託職員とのミーティングを毎日行い、禁止食品の確認方法もチェックする。

○教育

- ・業務マニュアルの整備と再指導を行う。
- ・食物アレルギーに関する勉強会を行う。
- ・委託会社は、委託職員にアレルギーについての教育と研修を実施する。
- ・成分詳細表の原材料の欄とコンタミネーションの欄をどちらも必ず確認するように周知する。

○その他

- ・献立表の文字を大きくし、確認しやすくする。
- ・食材倉庫にアレルギー専用棚を設け、他の食材と分けて保存する。
- ・既製品の離乳食を使用する際は、容器にアレルゲンが表示されているため、容器のまま配膳するなど内容の確認ができる方法を検討する。

トレイに載せる

- ・アレルギー食はトレイの色を黄色に変更する。
- ・栄養部での食事のセット時にダブルチェックを徹底する。

配膳

- ・配膳時、食札とワークシートのアレルギー欄の確認を徹底する。
- ・禁止食材の入った食事などが病棟に届いた場合は、速やかに患児から離れた場所で保管する。

その他

- ・栄養部の食事管理室にアレルギーの成分詳細表を置き、電話対応の際、すぐに確認できるようにする。
 - ・ベッドサイドに食物アレルギーがあることが分かるように札をかける。
-

(6) まとめ

「アレルギーのある食物の提供」（医療安全情報No.69）について、第46回報告書の分析対象期間後の2016年7月以降に報告された再発・類似事例を分析した。事例の概要では、発生段階や誤って提供した食事、アレルギーのある食材が提供されたことに気付いた契機などを示した。また、主な事例を紹介し、背景・要因、医療機関から報告された改善策を整理して示した。

「調理・調乳」の事例の背景・要因では、アレルギーの原因となる食材が入っていないかの確認や患者が食物にアレルギーを持っていないかの確認が不足していたこと、また、病棟に食事を搬送する前の最終的な確認システムがなかったことが挙げられていた。栄養部で誤ってアレルギーの原因となる食材を含んだ食事を準備すると、その後の工程でその食材が含まれているか目視で確認することは難しく、食事が病棟に運ばれた後、配膳時に気が付くことはさらに難しい。特に小児の患者の場合は自分で判断できないことが多く、気付かずに配膳するとアレルギーの原因となる食材を摂取してしまう可能性が高い。アレルギーのある食材の摂取はアナフィラキシーなど重大な影響を及ぼすおそれがあるため、「献立作成」の段階でアレルギーの原因となる食材を把握して作成し、「調理・調乳」の際は使用する食材にそれらが含まれていないことを改めて確認してから実施することが重要である。

