

も検討の参考とした。

Ⅲ. 結果及び考察

1. 乳幼児健康支援一時預かり事業に関する調査結果

1) 調査方法

都道府県・指定都市担当者を通して、各自治体内の乳幼児健康支援一時預かり事業を実施している保育所2カ所選定し、厚生労働省母子保健課より郵送で行った。(全国120カ所が対象保育所となっている。)調査期間は平成17年8月15日～9月5日で実施した。

2) 回収状況

4市34都道府県の65施設より回答(回収率54.2%)があった。回答施設は、A型施設(35.4%)、B型33施設(50.8%)、C型8施設(12.3%)、無回答1施設(1.5%)であった。

3) 調査結果

① 対象となる症状及び疾患

「感冒・感冒症候群」(95.4%)、「気管支喘息」(89.2%)、「発熱」(86.2%)の順で多く、東京都調査¹⁾の①感冒・感冒様症候群、②気管支炎、③喘息・喘息様気管支炎、④発熱とほぼ同様の結果であった。

② 受け入れられない症状及び疾患

受け入れられない症状及び疾患としては、「急性伝染病」(53.8%)、「ぜんそく等の慢性疾患」(21.5%)で「その他」(35.4%)にも具体的疾病を挙げての感染症や、医師の判断が不可の時を挙げているものが多い。平成15年度の全国病児保育協議会調査においては、「麻疹」、「インフルエンザ」、「水痘」等の感染症を入室不可としている病児保育室が多いという実態が明らかになっている。

③ マニュアルの整備状況

病後児保育に関するマニュアルの有無については、「ある」が58.5%、「ない」が41.5%で半数以上はマニュアルが整備されているが、まだ4割が整備されていない状況にある。

④ 協力医療機関の選定方法

協力医療機関は「保育所と契約している嘱託医に依頼」(66.2%)、「地区の医師会へ依頼」(29.2%)、「保育所周辺の医療機関に依頼」(27.7%)といった方法で選定されていた。

⑤ 子どもが病気になった場合や症状が強くなった場合の対応について

「保護者に連絡し引き取りに来てもらう」(58.5%)、「一定の基準に該当した場合、保護者に引き取りに来てもらう」(56.9%)が半数以上であり、嘱託医、協力医、かかりつけ医等の医師の診断の上で判断するところは合わせて41.5%あった。

⑥ 病児を受け入れることについての考え

「一定の条件があれば可能」回答している施設が31施設(47.7%)ある一方、「ニーズは高いが受け入れについては検討が必要」(22施設33.8%)、「ニーズは高いが、受け入れは困難」(11施設16.9%)と回答した施設も合わせて50.7%あった。

<参考文献>

1) 東京都、病後児保育に関するアンケート

(調査対象:平成15年度補助金交付対象29区市)

2. ガイドライン(案)の作成

研究班会議での検討の結果を『保育所型病児保育ガイドライン(案)』としてまとめた。以下に概要を示す。

1) 基本的な考え方

病気の子どもは、健康な時にもまして、保護者による家庭看護を必要としており、本来は保護者が子どもの世話をすることが大原則であるが、現在の保護者のおかれている状況を鑑みると、親子にとって最善のサービスが必要な時に選択できることによって、保護者が育児への意欲を回復することができれば、サービスの提供も必要ではないかと考える。しかし、大前提としては子どもの安全、安心の体制が整えられた上でのサービス提供であることはいままでのない。

2) 病後児保育の現状と課題

現在、保育所併設の病後児保育室では「病気の回復期」にある児童を対象としており、定員2名に対し、看護職員1名のみ医療的には薄い配置となっているため、医療的なサポート体制が必要となる。医療機関が実施施設の場合には、未だ病気の「回復期に至らない場合」も含めて差し支えない、としていることから、急性期の子どもも保育の対象となる。

一方、一般保育の現状として、朝、健康な状

態で登園してきた子どもが発熱などした場合、保護者の引き取りがあるまでは保育を継続しなければならず、実態として病後児保育の対象よりも症状の強い子どもを保育しなければならない状況もある。

3) 「保育所型病児」の保育

現状の病気の子どもの保育に関する課題や子育て家庭のニーズなどから、病後児保育を実施している保育所であって、かつ、受け入れに必要な要件を満たす場合に限り、これまでの病後児よりも広げた範囲の子どもを受け入れることができるようにするための諸条件を明記した。

本ガイドラインでは「従来の病後児に加え、病初期を含めて病状が軽く、あまり急変の危険性が認められず、かかりつけ医より入室許可が出された児」を「保育所型病児」と定義している。

主な条件には、人員配置は、定員4名に対し常勤看護師1名、保育士1名の複数配置を最低基準とした。医療体制として、入室児のかかりつけ医からの連絡票を確認し、入室児の医療的な指導を行う「指導医」を選定することとした。症状変化時の体制として、対応マニュアルを作成し、協力医療機関との契約など具体的な対応を検討しておくこととした。また、「保育所型病児」の受け入れ範囲として、具体的な症状を明記した。受け入れ可能な症状と保護者への引き取りを必要とする状態を「発熱」、「嘔吐」、「下痢」、「咳嗽、喘鳴」の4点について明記し、さらに予測される症状への対応方法を記載した。

さらに、利用にあたっては必ず保護者がかかりつけ医を受診し、入室連絡票を記載してもらってからの入室とする。通常の保育を行っていた場合においても、この手続きは同様である。

保育の質を保つために、職員の資質向上を図ることや第三者も交えた運営協議会などを開催し、体制や保育看護の質の向上を図る仕組みが必要である。

今後の検討事項として、「園内方式による保育所型病（後）児保育室の検討」、「小児科診療所の保護観察室の利用」、「保育サービス評価の必要性」の3点について提起した。現在「乳幼児健康支援一時預かり事業」として、「病気の回復期」にある子ども（病後児）の保育が保育所や医療機関などに併設された保育室で実施されて

いるが、実施か所数は平成16年度で507か所に止まっている。「子ども・子育て応援プラン」では平成21年度までに1,500か所まで増やす目標を立てているが、補助金が廃止され、交付金化された状況下にあっては新たな方策を検討していかないとこのプランの目標を達成することは非常に難しいと考えられる。今後、さらに実施箇所数を増やすための具体的な方策について検討されることが望まれる。

IV. まとめ

現在「乳幼児健康支援一時預かり事業」として、「病気の回復期」にある子ども（病後児）の保育が保育所や医療機関などに併設された保育室で実施されているが、さらなる育児支援サービスの充実の観点から保育所併設の病後児保育室での対象範囲の拡大について検討をおこない「保育所型病児保育」とい範囲を設定し、保育可能な要件などを明記した「保育所型病児保育ガイドライン(案)」を作成した。親子が安心して預けられる、安全な保育看護が行われるよう、本ガイドライン(案)を活用されたい。

<参考文献>

1. 全国病児保育協議会、必携・新病児保育マニュアル、2005.
2. 東京都福祉保健局、東京都病後児保育事業マニュアル、2005.

「保育所型病児保育」ガイドライン（案）

2006年3月

「保育所型病児保育」ガイドライン（案）

目 次

- I 基本的な考え方 3（帆足暁子）
 - 1 子育て支援から「病気の子どもを保育すること」を考える
 - 2 子ども立場から「病気の子どもの保育」を考える

- II 病後児保育の現状と課題 5（島田美喜）
 - 1 実施施設別の保育室の役割と特徴
 - 2 保育所における病後児保育の課題

- III 「保育所型病児」の保育
 - 1 「保育所型病児」とは 7（島田美喜）
 - 2 「保育所型病児」の受け入れに必要な条件 8（島田美喜）
 - 1) 人員配置
 - 2) 施設設備
 - 3) 委託契約や予算について
 - 3 地域医療機関との連携体制 9（遠藤郁夫）
 - 1) 地域医療機関との連携
 - 2) 症状変化時の体制
 - 4 「保育所型病児」の受け入れ範囲 11（帆足英一）
 - 1) 受け入れ可能な症状の範囲と受け入れが困難な症状について
 - 2) 症状の観察と対応
 - 3) 症状が変化した場合の対応と留意すべき事項
 - 5 利用手続きの流れ 25（島田美喜）
 - 6 運営上の留意点 27（山田静子）
 - 7 職員の資質向上 28（島田美喜）
 - 8 運営協議会の設置 29（森田倫代）
 - 1) 市区町村レベルでの関係者
 - 2) 「保育所型病児」保育室の運営に関わる関係者

- IV 今後の検討事項
 - 1 園内方式による保育所型病（後）児保育室の検討 29（帆足暁子）
 - 2 小児科診療所の観察室の利用 30（遠藤郁夫）
 - 3 第三者評価の必要性 31（帆足英一）

I 基本的な考え方—病気の子どもを保育ということ

子どもは、病気であっても常に成長し続ける存在である。その前提のもとに、入院治療を必要とする疾病や病状の場合にも、小児科病棟に保育士を導入（療養環境整備加算）し、病気の子どもを保育することが勧められている。しかし、入院を必要とせず、医師の診察後に帰宅できる子どもの場合、つまり、この研究の対象である「病気の子ども」を保育することについては、依然として保護者（とりわけ「母親」）がみるべきという思想が根強い。もちろん、病気の子どもは、健康なときにもまして、保護者による家庭看護を必要としている。したがって本来は、保護者が子どもの世話をすることは大原則である。しかし、今の日本の社会は、複雑かつストレスフルな状況にある。保護者、子どもの置かれている状況や精神状態などをきちんと把握した上で、親子にとって最善の対応が選択できるようなサービスが提供されることが重要である。病後児保育施策は、平成6年から始まった子育て支援としてのエンゼルプランから本事業化されている。この研究の基本的な理念として、病気の子どもを保育することについて、まずは、子育て支援の視点から、次いで子どもの視点から考え、日本の現状における意義について明確にしたい。

1 子育て支援から「病気の子どもを保育すること」を考える

子どもの看護休暇が年間60日（1～3歳まで）認められるハンガリーのように、子育て施策が整備されている国はともかく、現在の日本においては、子どもの看護休暇制度が導入されている企業においても実質的に利用されることはほとんどない。国としての経済状態は回復傾向にあるといわれているが、子育て世代の実感とはかけ離れており、経済格差という言葉が普及しだした所以でもある。男女雇用機会均等法が施行されても、子どもが病気の時に休むのは圧倒的に母親である。祖父母の協力を得ようとしても、近隣にいない、現役世代として就労している、場合によっては高年齢出産の影響で祖父母の年齢も高く、要介護状態に陥っていることがあるなど、困難な状況がある。

また、3組に1組という離婚率に象徴されるように単親家庭が急増している。その場合には、子どもの病気のために仕事を休むという状況は、雇用の不安定さの要因となる。共働き家庭においても、常勤職員よりも派遣・契約職員を増員するという経済回復の裏にある雇用制度の変化を考えると、子どもの病気のために仕事を休むことによる雇用の不安定さは、単親家庭と同様である。

仕事を休めないために、風邪で39度の発熱をしている子どもをタクシーに同乗させて営業まわりを続けて悪化させてしまった親や、登園前に下熱剤を使用して保育園に通園させ、熱が上がったのでというお迎えの連絡に対しては無視するしかない親もいる。また、子どもは病気で保育園を休んでいたが、親はクリーニングの自営の仕事で忙しく、気づいた時には子どもがシーツにアイロンをかける業務用のローラーの機械に腕を挟まれていたという事故など、仕事と子育ての両立がいかに厳しい状況にあるかは明白である。

一方、各種調査からは、専業主婦の方が共働き世帯の妻よりも子育てに対する負担を

感じている人が多いという結果が出ている。夫や家族から支援を得られず、子どもと2人だけで向き合う生活が、心身両面から孤立感と疲労感を呼び、子育てに前向きになれない母の苦悩が浮かび上がった結果であると思われる。このように、「病気の子どもを保育する」事業に、専業主婦への対応も視野におかなければならないことが示唆される。

また、子育て世代に、子どもの看病についての知識や技術をもたない親が増えている。「子どもの熱の測り方がわからない」「悪寒を訴えているのに、発熱しているからと子どもを冷やす」「下痢の子どもに、好物だからと唐揚げを食べさせる」など、本来、世代間伝達のひとつとして受け継がれてきていた「子どもの看病の方法」さえも、伝達されない現状がある。さらに、急病でもないのに仕事を休むことはできないとか、受診のタイミングが判断できないなどの理由から、夜間救急に連れて行き、救急外来は走り回る子どもで一杯になり、そして小児科医は消耗しきって病院を辞め、小児科医が足りないという悪循環さえおきているのである。

このような現状においては、病気の子どもに専門的な看護と保育の両面からケアをしてくれる「病気の子どもの保育」が必要とされる。「病気の子どもの保育」には、子どもを保育室に預け、ひとときでも保護者（特に母親）が心身両面から自分を取り戻す時間を確保することで、改めて子どもを看ていこうという気力を取り戻していく役割もある。あるいは、病児保育室に出向き、看護師や保育士から正しいケアを学び、よりよい看病ができるような教育的役割もある。

2 子どもの立場から「病気の子どもの保育」を考える

既述したように子どもは病気であっても常に成長している。子どもの体調に合わせた保育を提供することは、子どもの最善の利益を保障することに通じる。

親が仕事を休めずに保育園に通所し、途中で体調が悪くなった場合には、当然保育園から親にお迎えの連絡が入る。しかし、すぐに迎えに行かれる親は少ない。体調が悪い子どもは、保育園の一室やホールの片隅で寝かされていることが多い。保育所は、集団保育が前提であり、個別に子どもの体調に合わせた保育を行うことは難しい。また、集団であるために、子どもの体調の変化に気づきにくく、重症化する可能性もある。病気であるために活動に参加できず、集団の中で他児の活動を眺めていることは、特に幼児期後期の子どもにおいては、自尊感情が阻害されることも考えられる。このような環境で子どもが通常の保育園で1日を過ごすよりも、病児保育施設において保育者1人に子ども2人という手厚い個別的保育の中で、体調・精神状態・発達状態等に合わせた専門的な保育を受けることが望ましい。

また、病気の子どもを親が看護をする場合においても、看病の方法の伝達がなされていない世代の増加と、子どもの病気に直面した際に、親の就労の不安定さや精神的な未熟さから子どもへの虐待の契機となっていることを考えると、子どもの看護休暇制度の実現によって全てが解決されるわけではないことが示唆される。必ずしも家庭において親に看病してもらうことが子どもにとって幸せな体験とはなりえないという状況が現れてきているのである。病気のとくに、子どもは痛みやしんどさ等から万能感が崩れ、病気の自分に対する不安感や疎外感をもちやすい。そのような子どもの心理をよく理解

した専門職員が、子どものところに寄り添うことによって、子どもに病気を回復する活力を与えることが可能となる。そして、病児保育室において、子どもの体調にあわせた水分補給や食事の提供、クーリング、発達年齢に適した保育活動が提供されることで、子どもが安心して病気を回復する状態をつくりだす。

このように、日本社会の現状を鑑みると、子どもの立場から考えても病気の子どもの保育は必要とされる。

以上、子育て支援と子どもの立場両面から「病気の子どもの保育」の意義について考えた。今の日本社会においては、「病気の子どもの保育」は、子育て世代及び育つ子ども自身にとっても、必要とされていると結論づけられる。

II 病後児保育の現状と課題

1 実施施設型別保育室の特徴と受け入れ範囲の現状（表1）

現在の「乳幼児健康支援一時預かり事業」の実施施設は、保育所等の児童福祉施設、または病院もしくは診療所に併設された施設、あるいは本事業のための専用施設とされており、それぞれ実施施設ごとに特徴がある。（本ガイドラインでは、保育所に併設された保育室を「保育所型」とし、以下、病院・診療所に併設された「医療機関併設型」、保育所以外の児童福祉施設に併設された「児童福祉施設型」、専用施設を「単独型」とする。なお、「派遣型」については本ガイドラインでは扱わない。）

1) 医療機関併設型

「乳幼児健康一時預かり事業」の実施要綱では、「実施施設が病院、診療所の場合には、「病気回復期」にまだまだ病気の「回復期」に至らない場合も含めて差し支えない」としていることから、医療機関併設型病後児保育室においては「急性期」の子どもの保育も可能としている。医療機関併設型は、医師が子どもの症状変化や急変時に、即座に対応できるという前提をもって急性期の子どもの預かることができ、医師が不在の場合の支援体制が整えられていることが不可欠である。

2) 保育所型

保育所型では「病期の回復期の児童」（病後児）が対象となる。医療機関併設型と比較して、医師が配置されておらず、定員2名の場合には看護職員1名のみ配置となり、医療面での管理体制が希薄である。併設の保育所に看護職員が配置されていない場合も多く、地域の医療機関や嘱託医などと医療面でのサポート体制を整えておくことが必要である。また、病後児を預かることから、保育士には病気の理解が、看護師等には保育の理解が必要とされる。

3) 児童福祉施設型

乳児院や児童養護施設に併設されている病後児保育室である。乳児院には看護職が配置されており、日常的に嘱託医との連携はとれているため、保育看護の専門性は高いと考えられる。しかし、医師は常駐していないため、回復期の子どもが対象となり、急性

期の子どもは原則として受け入れていない。また、児童養護施設では看護職は必置ではないため、乳児院よりも保育看護の専門性は高くないと考えられ、回復期の子どもが対象となる。

4) 単独型

病児保育のみを専門として設立された病児保育施設である。一般的には急性期の病児は預からないとされているが、なかには、地域の医師会や保育園医会、あるいは近隣の医療機関の協力によって医師の管理下にある病児保育室もある。この場合は、急性期の子どもの預かりも可能である。

表1 実施施設別保育室の特徴と受け入れの範囲の現状

	実施施設型	特 徴	受け入れ可能な子どもの病状範囲	
			急性期	病後(回復期)
実施施設型	医療機関併設型	入院治療の必要のない「急性期」の子どもの預かりも可能	○	○
	保育所型	病気の回復期の子どもが対象	×	○
	単独型	病児保育のみを専門に行う	△※	○
	児童福祉施設型	病気の回復期の子どもが対象	×	○

※実施主体が医療機関で医師の管理下にある保育室は可能

2 保育所における病後児保育の課題

現状の「乳幼児健康支援一時預かり事業」では、対象を病気の「回復期」の児童としている。しかし、病初期と急性期、また、急性期と回復期は、発病してからの日数や一般的な病状の経過で明確に分けられるものではなく、回復期であっても、症状の急変や悪化によって急性期と同様の対応が必要となる場合もある。

一方、通常の保育所においても、乳幼児が急に発熱した場合であっても、保護者の引き取りがあるまでは保育を行わざるを得ない。比較的軽い発熱であっても、保育所型病後児保育室で入室を断られ、やむを得ずではあるが、一般の保育所で保育されているという矛盾した現状もある。そのような場合に備えて、保育士の病気に対する理解を深めることや、嘱託医や協力医療機関との連携が密にとれる体制となっていることが重要であるが、園によって体制整備には大きな開きがある。

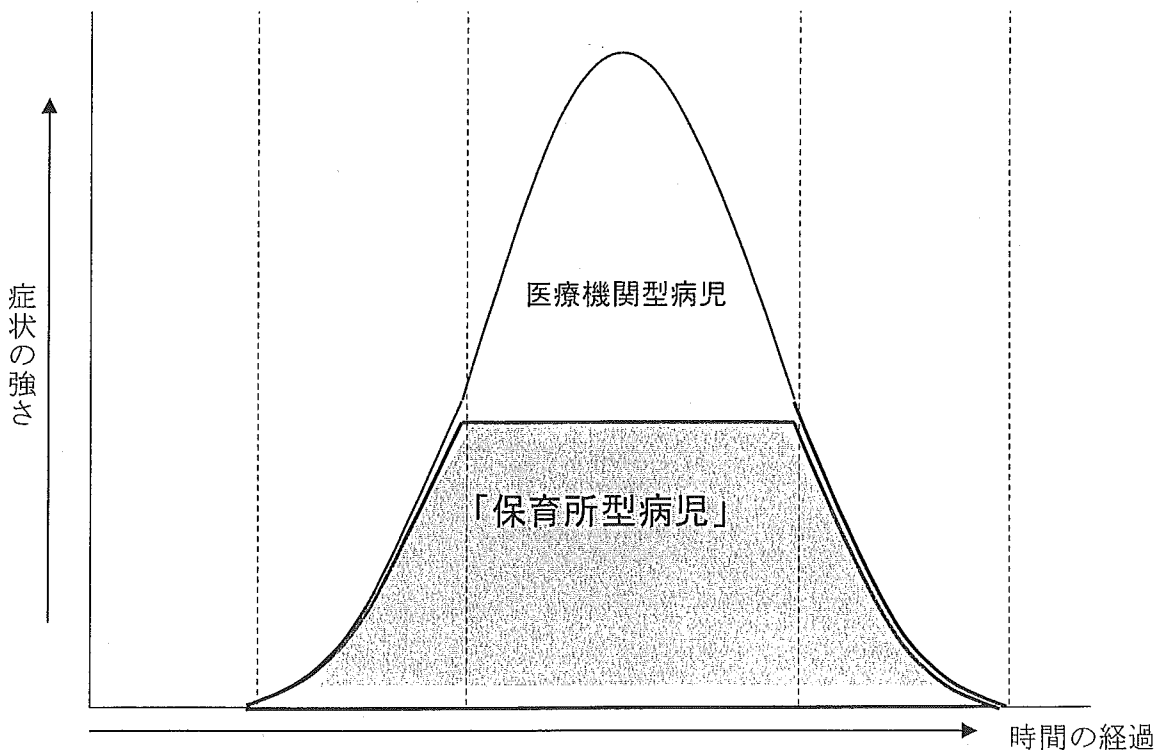
Ⅲ 「保育所型病児」の保育

病気の子どもの保育に関する現状や課題、子育て家庭のニーズなどから、病後児保育を実施している保育所であって、かつ、以下に示す受け入れに必要な要件を満たす場合に限り、これまでの病後児よりも広げた範囲の子どもを受け入れることができるようにするための諸条件を明記する。

1 「保育所型病児」とは（図1）

本ガイドラインでは「従来の病後児に加え、病初期を含めて病状が軽く、あまり急変の危険性が認められず、かかりつけ医より入室許可が出された児」を「保育所型病児」と定義する。

図1 「保育所型病児」の範囲



日常生活 レベル (通常保育)	病初期 (医療機関型・ 保育所型病児保 育)	急性期 (医療機関型のみ) ※ 症状安定期 (医療機関型 ・保育所型病児保育)	回復期 (医療機関型・ 保育所型病児保 育)	日常生活 レベル (通常 保育)
-----------------------	---------------------------------	---	---------------------------------	---------------------------

















※単独型の一部（医師が常駐している施設）においては、医療機関型と同様の範囲となる

2 「保育所型病児」の受け入れに必要な条件

1) 人員配置 (表2)

小児疾患に対応できるとともに、病気の子どものこころを支える保育が行われることが「保育所型病児保育」には必要、不可欠である。また緊急時への対応が発生することを常に想定した人員配置が必要である。こうした要件を踏まえると、常に複数名の職員配置があり、子どもの症状変化を見逃さない体制を整えることが必要である。入室児1名であっても、看護師1名(常勤)および保育士1名の2名の職員配置が必要となる。したがって、他園の子どもも預かるセンター方式では、定員4名に対し、看護師1名(常勤)および保育士1名の2名体制が標準的な職員配置となる。職員は専任とするが、入室児がない場合には、併設の保育所での勤務も可能とする。

表2 定員別人員配置数

定員	看護師等(常勤)	保育士(常勤・非常勤)
2人		
4人		
6人		 
8人		  
10人		   

2) 施設設備

感染予防の観点から基本的には個室管理が望まれるが、少なくとも複数の個室を整備することが望ましい。同時に、感染性がなく、症状も安定している子どものために遊びのスペースも必要である。保育室、隔離室、隣接したトイレ・洗面所および簡単なキッチン等の乳児保育に準じた設備整備とする。一般保育が同一建物内で行われている場合には、感染予防を念頭においた動線に配慮した設備整備・配置が必要である。

3) 委託契約や予算について

入室児の症状急変などに備えて医療体制を整えておく必要があり、責任の所在を明らかにするためにも、契約書や手当などをもって、指導医や嘱託医との連携関係を明確にしておく必要がある。このために契約料などの予算立てが必要となる。

さらに運営に必要なものとしては、設備整備費や玩具、室内の環境整備費、日用雑貨、補修費などの運営費、事務費、教材費、研修費などが挙げられる。

運営にあたっての必要な予算については、事前に市区町村との打ち合わせを綿密に行

い、どの程度市区町村からの財政支援が行われるかの調整が必要である。次世代育成交付金化により、各市区町村事業として、責任感を持って事業の推進を図らなければならない。保護者が安心して利用し、子どもたちが家庭的な環境のなかで、多少の体調不良はありながら、楽しく過ごせるようにするために、過不足ない人的配置と予算配分が必要である。

3 地域医療機関との連携体制

1) 指導医および協力医療機関の選定

「保育所型病児」は、体調の変化や急変することが予測されるが、保育所には医師は常駐しておらず、医療体制が万全とはいえない。したがって医療面での支援を行う役割として「指導医」の選定が考えられる。「指導医」は、「保育室と同じ医療圏（中学校区程度）にある小児を中心に診療している医師で、病児保育室と業務契約を締結している医師」とする。その主な役割は、

- ① 入室児の連絡表（Ⅲ－5「利用手続きの流れ」参照）を確認し、当日の子どもの医療的な指導を入室チェック表を用いて行う。
- ② 保育室より症状変化時などの相談に対応する。
- ③ 保育室の運営協議会に参加する。

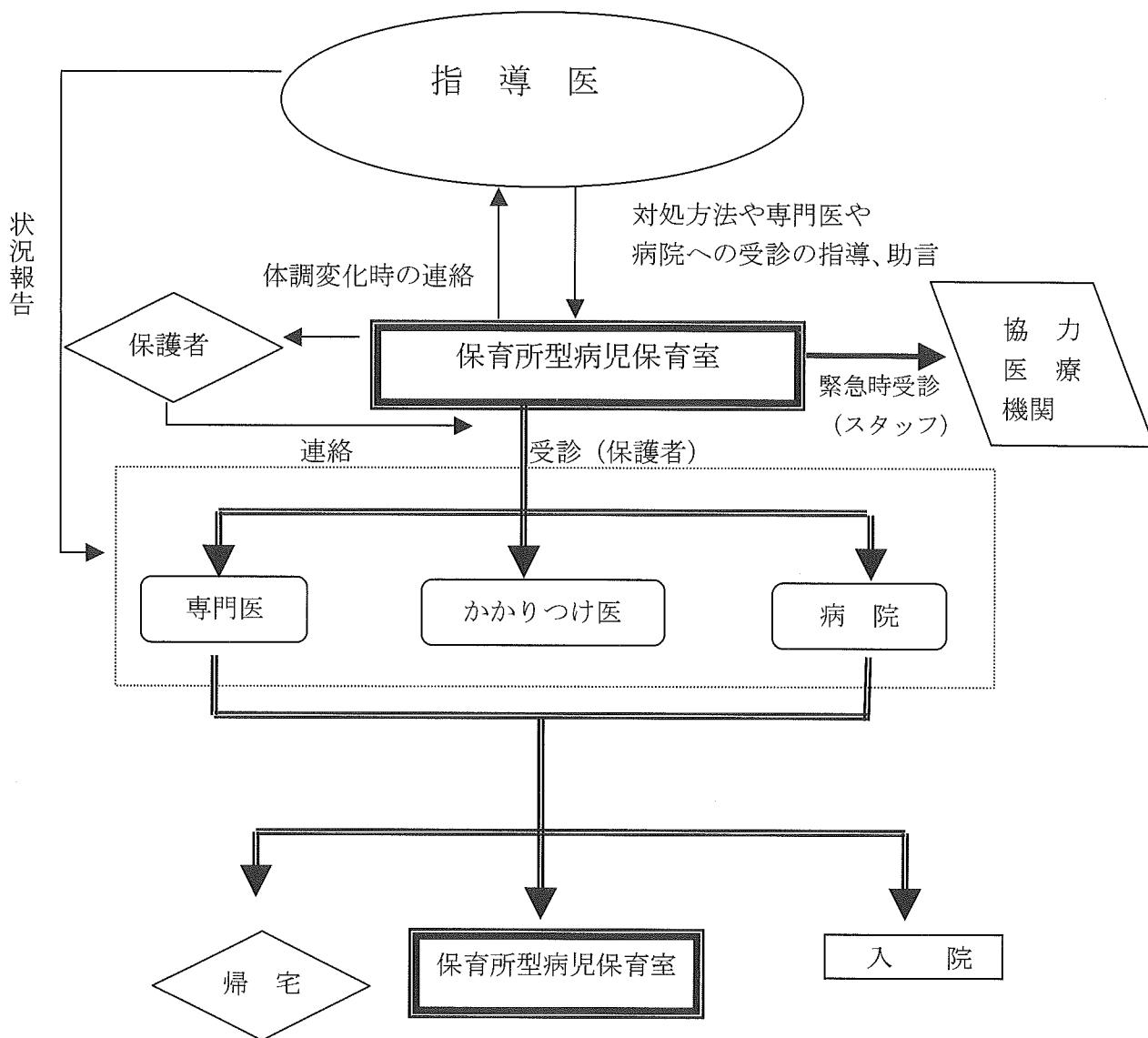
の3点である。「指導医」は、可能な限り複数名を各保育室担当とし、複数の場合は代表者を決め、実務は交代交代など地域に合った方法で実施する。指導医の選定にあたっては、地域の医師会と相談し、決定する。

「協力医療機関」は、緊急時に受け入れてもらうための医療機関で、保育室の周辺にあり、保育室の運営に理解があり、協力を承諾した医療機関があたる。小児科だけでなく、入室児のおきやすい疾患に対応できる医療機関を選定する。

2) 症状変化時の体制（図2）

まずは指導医と相談して「緊急対応マニュアル」を作成し、保育室における体制を検討する。症状の段階に応じて、指導医の判断を仰ぐレベルや、緊急で協力医療機関に直接連絡を取り受診するレベルなどを具体的に想定しておく必要がある。緊急時（急変時）などは、スタッフが付き添って受診する場合もあるが、原則として症状が変化し、受け入れが困難な状態になることが予測される場合は、保護者に早期の引き取りをお願いし、保護者が付き添って受診をしてもらう。

図2 症状変化時の体制



4 「保育所型病児」の受け入れ範囲

前項で述べた「保育所型病児」保育室における人員配置や施設整備、そして後述する地域医療機関との連携や研修等職員の資質向上が図られていくことを前提として、「体調不良児」に対する受け入れ体制について検討した結果を以下に述べる。

なお、「保育所型病児」の受け入れ範囲を従来の保育所型病後児保育室での対応よりも拡大するにあたって、「保育所型病児」保育室に従事する保育者（看護師・保育士）は、全国病児保育協議会による「必携・新病児保育マニュアル」を熟読し、保育看護の専門性をより高めていくことが望まれる。

1) 受け入れ可能な症状の範囲と受け入れが困難な症状について

すでに述べてきたように、乳幼児をはじめとする子どもの病状は、急性期から回復期に向けて連続的な変化を示しており、病児と病後児を明確に区別することは困難である。一方、病児保育の現場においては、急性期・回復期、あるいは病児・病後児といった観念的な用語ではとても具体的に対応していくことは困難なのが実情である。

そこで、ここでは、新たな「保育所型病児」保育室で、具体的に受け入れ可能な症状の範囲と受け入れ困難な症状、そして受け入れた後に、病状がどのように悪化した際に保護者に連絡して迎えにきてもらうかについて、発熱、嘔吐、下痢、咳嗽・喘鳴といった利用頻度の高い具体的な症状をもとに検討した結果について述べる。[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]については、入室した際には元気にしていたのが、時間経過とともに下記のいずれかの症状を認めた場合には、保護者に連絡をして、速やかに迎えにきてもらうようにする。また、症状が重い場合には、指導医に連絡し、医療機関を受診すべきかどうか等、適切な指導・助言を受けることが望ましい。

これらの症状の程度については、入室予約や入室時の面接の際に確認すると共に、医師連絡票での記載内容でも確認することが求められる。

「保育所型病児」保育室で入室できる条件と、保護者への引き取り連絡を行う症状の概略について、表3に示す。

(1) 発熱

[入室の条件]

乳幼児の体温（平熱）は、年齢、月齢が低いほど高い傾向にあり、しかも個人差が大きい。そのことを前提としつつ、入室時の体温が38.5℃以下の場合は、原則として受け入れることにする。

但し、以下のいずれかの症状がみられた場合には、受け入れることが出来ないものとする。

イ. 咳嗽や喘鳴がひどく呼吸困難（後述）を認める

ロ. 水様の下痢を頻回（24時間以内に5回以上）にしたり、嘔吐を数回繰り返したりして、脱水症状（後述）を認める

- ハ. 倦怠感（ぐったりしている）があつて、活気に欠け、元気がない
- ニ. 麻疹や水痘などの感染力の強い発疹性疾患である

[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]

- イ. 39℃以上の高熱となっている。
- ロ. 倦怠感（ぐったりとしている）を認める
- ハ. 咳嗽や喘鳴がひどくなり、呼吸困難（後述）を認める
- ニ. 熱性けいれん（後述）を生じた
- ホ. 水様の下痢を頻回に認め、あるいは繰り返す嘔吐等によって、脱水症状（後述）を認める
- ヘ. 食欲がなく、水分や食事を摂取しない

(2) 嘔吐

[入室の条件]

発熱、嘔吐、下痢は、乳幼児の脱水症状をきたす3大要因といわれている。従つて、嘔吐を生じる場合には、真つ先に脱水症状（後述）の有無を確認することが極めて重要となる。

嘔吐がみられても脱水症状がなく、水分等も摂取でき、元気にしておれば、原則として入室を受け入れる。

但し、以下のいずれかの症状がみられた場合には受け入れることが出来ないものとする。

- イ. 倦怠感（ぐったりとしている）があり、元気がない。
- ロ. 38.5℃以上の発熱がある。
- ハ. 水様の下痢が頻回（24時間以内に5回以上）にあり、脱水症状（後述）を認める。
- ニ. 咳嗽や喘鳴がつよく、呼吸困難（後述）を認める

[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]

- イ. 倦怠感（ぐったりしている）を認める
- ロ. 脱水症状（後述）が強くなっている
- ハ. 39℃以上の高熱となっている
- ニ. 咳嗽や喘鳴がひどく、呼吸困難（後述）がある
- ホ. 水様便が頻回となった
- ヘ. 嘔吐を頻回に認め、脱水症状を認める
- ト. 嘔気や嘔吐のために、水分や食事を摂取できない

(3) 下痢

[入室の条件]

発熱、嘔吐、下痢は、乳幼児の脱水症状をきたす3大要因といわれている。従って、下痢を生じる場合には、まっさきに脱水症状（後述）の有無を確認することが極めて重要となる。

下痢がみられても脱水症状がなく、水分等も摂取でき、元気にしておれば、原則として入室を認める。

但し、以下のいずれかの症状がみられた場合には受け入れることが出来ないものとする。

- イ. 倦怠感（ぐったりとしている）があり、元気がない。
- ロ. 38.5℃以上の発熱がある。
- ハ. 水様便が頻回（24時間以内に5回以上）にあり、脱水症状（後述）を認める。
- ニ. 嘔吐を頻回に認め、脱水症状（後述）を認める
- ホ. 咳嗽や喘鳴がつよく、呼吸困難（後述）を認める

[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]

- イ. 倦怠感（ぐったりしている）を認める
- ロ. 脱水症状（後述）が強くなっている
- ハ. 39℃以上の高熱となっている
- ニ. 咳嗽や喘鳴がひどく、呼吸困難（後述）を認める
- ホ. 水様便が頻回となって、脱水症状（後述）を認める
- ヘ. 嘔吐を頻回に認め、脱水症状（後述）を認める
- ト. 水分や食事を摂取できない

(4) 咳嗽・喘鳴

[入室の条件]

咳嗽や喘鳴を認めても、呼吸困難（後述）がなければ、原則として入室を認める
但し、以下のいずれかの症状がみられた場合には受け入れることが出来ないものとする。

- イ. 倦怠感（ぐったりしている）を認め、元気がない
- ロ. 努力呼吸や陥没呼吸などの呼吸困難（後述）を認める
- ハ. 38.5℃以上の発熱がある
- ニ. 咳嗽や喘鳴がひどく、水分を摂取できない
- ホ. 咳嗽がひどく、水分や食事を摂取しても嘔吐してしまう。

[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]

- イ. 倦怠感（ぐったりしている）を認め、元気がなくなった
- ロ. 努力呼吸や陥没呼吸などの呼吸困難（後述）を認める
- ハ. 39℃以上の高熱となっている
- ニ. 咳嗽や喘鳴がひどくなり、水分を摂取できない
- ホ. 咳嗽がひどく、水分や食事を摂取しても嘔吐してしまう。

表3 保育所型病後児保育室における入室条件

病状(症状)例	入室できる条件	保護者への引き取り連絡
発熱	<p>入室時38.5℃以下</p> <p>但し、以下の症状があれば入室できない</p> <ul style="list-style-type: none"> ①呼吸困難がある ②水様便の下痢・嘔吐等による脱水症状がある ③倦怠感(ぐったりしている)があり元気がない ④麻疹・水痘等の感染力の強い発疹性疾患である 	<p>以下のいずれかの症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ①39℃以上の高熱となっている ②倦怠感(ぐったりしている)を認める ③咳嗽や喘鳴がひどくなり、呼吸困難がある ④熱性けいれんを生じた ⑤頻回の水様便・嘔吐等による脱水症状を認める ⑥食欲がなく水分や食事を摂取しない
嘔吐	<p>嘔吐がみられても脱水症状がなく、水分等を摂取できる</p> <p>但し、以下の症状があれば入室できない</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)があり、元気がない ②38.5℃以上の発熱がある ③水様便が頻回(24時間以内に5回以上)にある ④咳嗽や喘鳴がひどく呼吸困難がある 	<p>以下のいずれかの症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)を認める ②脱水症状が強くなっている ③39℃以上の高熱となっている ④咳嗽や喘鳴が強く呼吸困難がある ⑤水様便が頻回となり、脱水症状を認める ⑥嘔吐を頻回に認め、脱水症状を認める ⑦嘔気・嘔吐や咳嗽のために、水分や食事を摂取しない
下痢	<p>下痢がみられても脱水症状がなく、水分等を摂取できる</p> <p>但し、以下の症状があれば入室できない</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)があり、元気がない ②38.5℃以上の発熱がある ③水様便が頻回(24時間以内に5回以上)にある ④嘔吐を頻回に認める ⑤咳嗽や喘鳴がひどく、呼吸困難がある 	<p>以下のいずれかの症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)を認める ②脱水症状が強くなっている ③39℃以上の高熱となっている ④咳嗽や喘鳴がひどく、呼吸困難がある ⑤水様便が頻回となった ⑥嘔吐を頻回に認める ⑦嘔気・嘔吐や咳嗽のために、水分を摂取しない

病状(症状) 例	入室できる条件	保護者への引き取り連絡
咳 嗽・ 喘 鳴	<p>咳嗽や喘鳴がみられても呼吸困難がない</p> <p>但し、以下の症状があれば入室できない</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感（ぐったりしている）があり、元気がない ②努力呼吸や陥没呼吸などの呼吸困難がある ③38.5℃以上の発熱がある ④咳嗽や喘鳴がひどく、水分等が摂取できない ⑤咳嗽がひどく、水分を摂取しても嘔吐してしまう 	<p>以下のいずれかの症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感（ぐったりしている）を認める ②努力呼吸や陥没呼吸などの呼吸困難がある ③39℃以上の高熱となっている ④咳嗽や喘鳴がひどく、水分が摂取できない ⑤咳嗽がひどく、水分食事を摂しても嘔吐してしまう

2) 症状の観察と対応

(1) 発熱

[観察に当たっての留意点]

◆体温測定（平熱との比較）

新生児、乳児、幼児と成長するにつれて、平熱（安静時の体温）は下降していく。また、平熱には個人差が大きく、その子どもにとって微熱（平熱と比較して1℃以内の体温上昇）なのか、高熱（平熱と比較して1℃以上の発熱）なのかを判断する必要がある。保育園では、38℃以上の発熱があった場合には登園をさせないでくださいという場合も少なくないが、このような考え方は適切ではないともいえよう。

◆発熱の持続期間

通常の感染症（咽頭炎、感冒等）による発熱は、3～5日にて下熱する。したがってその期間を越えて発熱状態が持続する場合は、慎重な対応が必要とされる。例えば、1週間以上にわたり高熱がつづけば、川崎病等の特殊な疾患も考慮しなければならない。

◆解熱剤による解熱なのか、自然の解熱なのか

発熱している児が下熱した場合、解熱剤を用いている場合には、化学的作用による強制的な下熱でありことが多く、元来の病気が治癒したわけではない。最後に解熱剤を用いて24時間以上経過した上での下熱状態の持続は、治癒に向かっていると考えてよい。解熱剤を用いずに下熱した場合には、感染症の治癒に伴う自然の下熱とみてよい。

◆耳漏（耳だれ）の有無と疼痛、臭気

乳幼児の発熱の原因として、中耳炎、外耳炎が多く、当然耳漏の有無や臭気についても観察する必要がある。

◆尿の濃さ（色）と排尿回数

尿の色が黄色く濃縮し、あるいは回数が減少した場合は、発熱の持続による二次的な脱水症状（後述）の兆候として重要な指標となる。一方、頻回に排尿を訴えたり、排尿の際にぐずるなど疼痛を訴えたりした場合には、尿路感染症（膀胱炎）を疑う必要がある。まして血尿がみられた場合には、出血性膀胱炎ということも考慮する必要がある。

◆発疹の有無と部位

発疹を認める場合には、発熱と共に出現したのか（風疹・三日はしか）、熱とともに出現したのか（突発性発疹症）、一旦、下熱した後に再発熱の際に出現したのか（麻疹）によって、発疹を伴う感染症が何であるかを推定することが可能となる。

◆脱水症状の有無

別項にて詳述する。

[対応]

◆水枕・氷枕の使用

物理的に冷却することによって体温を下げようとする方法である。軽度の発熱の場合は、これだけで平熱に戻ることも少なくない。

高熱の場合は、発熱に伴い体力を消耗し、循環系に負担がかかることが多いため、積極的に水枕、氷枕を行って体温を下げる必要がある。

- ◆肌着の交換（発汗に対して）
- ◆水分の補給（嘔吐の誘発を避けるために、1回量は少なめ、回数を多く与える）
- ◆ベッド上保育（落下防止に留意）や観察室隔離（他児への感染防止）
- ◆医師からの具体的な指示（文書あるいは保育者への直接的な口頭指示・電話を含む）がない限り、解熱剤座薬の挿入は行わない。

（２）嘔吐

[観察に当たっての留意点]

- ◆嘔吐のしかた（咳嗽に伴う嘔吐か、嘔気を伴う嘔吐か）

嘔吐がみられた場合には、それが咳嗽に伴って誘発された嘔吐なのか、嘔気を伴う消化器症状としての嘔吐なのかをまず区別する必要がある。

咳嗽で横隔膜が振動した結果生ずる嘔吐の場合には、まず咳嗽に対する治療や対応が必要となる。嘔気を伴う嘔吐の場合には、消化器症状に対する治療や対応が必要となる。

- ◆嘔吐の回数

頻回に嘔吐する場合には、そのまま脱水症状が進行するため、嘔吐の回数に対する認識が重要となる。嘔吐の回数が多ければ、体液が吐物と一緒に喪失するために電解質失調、脱水症になっていく。

- ◆吐物の内容と臭気

吐物の内容が未消化で食物残渣物の場合には、胃における消化機能が低下していることを示しているとみてよい。

一方、吐物にタバコの葉や洗剤の臭気が見られた場合には、誤飲事故に伴う嘔吐と考えなければならない。したがって、吐物の内容と臭気に留意し、不審に思われた場合には、吐物を医師に見せる必要がある。

- ◆発熱等感冒様症状の有無

感冒性嘔吐症、感冒性下痢嘔吐症等、乳幼児の嘔吐は、感冒症状が消化器系にまで移行した結果生じていることが多い。発熱、鼻汁、咳嗽、食欲低下、下痢、全身倦怠感の有無等についても確認することが必要となる。

- ◆脱水症状（後述）の有無

後述するように、嘔吐は二次的に脱水症状を生じやすい。したがって脱水症状の有無について十分に確認する必要がある。

[対応]

- ◆吐物の気管内誤嚥防止のため顔を横に向ける

嘔吐を生じる場合には、吐物を気管内に誤嚥して窒息事故を生じないように、顔を横に向け、あるいは側臥位にする必要がある。しかし、寝返りが自由に出来ない乳児の場合には、側臥位からうつぶせとなって窒息するおそれもあり、十分に観察をしなければならない。

◆咳嗽に伴う嘔吐の場合には、分割哺乳とする

咳嗽に伴う嘔吐の場合には、胃内のミルクや食物残渣物が咳嗽と共に嘔吐しないように、分割哺乳（1回の授乳量を減らし、回数を増やして、一日に必要な授乳量や水分量を補給する）に配慮する必要がある。

◆嘔気や下痢を伴う嘔吐の場合は、食事療法が必要

嘔気や下痢を伴う嘔吐の場合には、消化器系の疾患が疑われるため、胃腸を休めるために、まず通常の哺乳や食事を中止することが必要とされる。また、鎮吐剤（ナウゼリン座薬）を用いて嘔吐の誘発を抑制することも有用である。しかし、ナウゼリン座薬の使用は、具体的な指示文書があるか、直接的に口頭での医師からの指示（電話を含む）を受けた場合を除いて、使用すべきではない。そのうえで、乳幼児用の水分（アクアライトなど）を少量ずつ補給するとよい。嘔吐がとまっても、半日は食事成分を中止し、その後でんぷん質を中心とした消化のよいものを少量ずつ与える。

◆脱水防止のため、水分補給を行う

再三述べるように、嘔吐を頻回に繰り返すと脱水症状が進行していく。したがって乳幼児用の水分（アクアライト等）の補給が第一となる。排尿回数がいつもどおりで、おむつの濡れ方もよければ、脱水症状の心配はないと思ってよい。

◆医師を受診または指示を受ける

通常は嘔吐がみられる場合には、医師の診察を受け、鎮吐剤の座薬（ナウゼリン）を医師の指示にて用いることが多い。この座薬によって、嘔吐は早期におさまるようになっていく。嘔吐がひどく、脱水症状が進行する場合には、医療機関を受診して、補液（点滴）によって必要な水分や電解質等を補う必要がある。

（3）下痢

[観察に当たっての留意点]

◆便の性状と回数

便の性状と回数は、健康な乳児でも月齢に伴って変化していく。新生児は、泥状便で日に3回以上の排便だが、離乳食が開始される頃には、軟便あるいは有形便となり、回数も1～2回に減少する。離乳食が進行するにつれて、便性は有形便～硬便（固形便）となり、幼児期になると便の回数は1回前後となる。

しかも、これらの成長に伴う変化には、個人差が大きいことも理解する必要がある。したがって、一人一人の乳幼児の普段便の性状と回数を理解しておかないと、病的な下痢状態にあるかどうかの判断がつかなくなる。

◆発熱、咳嗽、嘔吐等感冒様症状の有無

乳幼児の下痢は、感冒性消化不良症に代表されるように、感昌症状、つまり発熱、鼻汁、咳嗽等の症状を合併しているかどうか、あるいは急性胃腸炎のように嘔気、嘔