

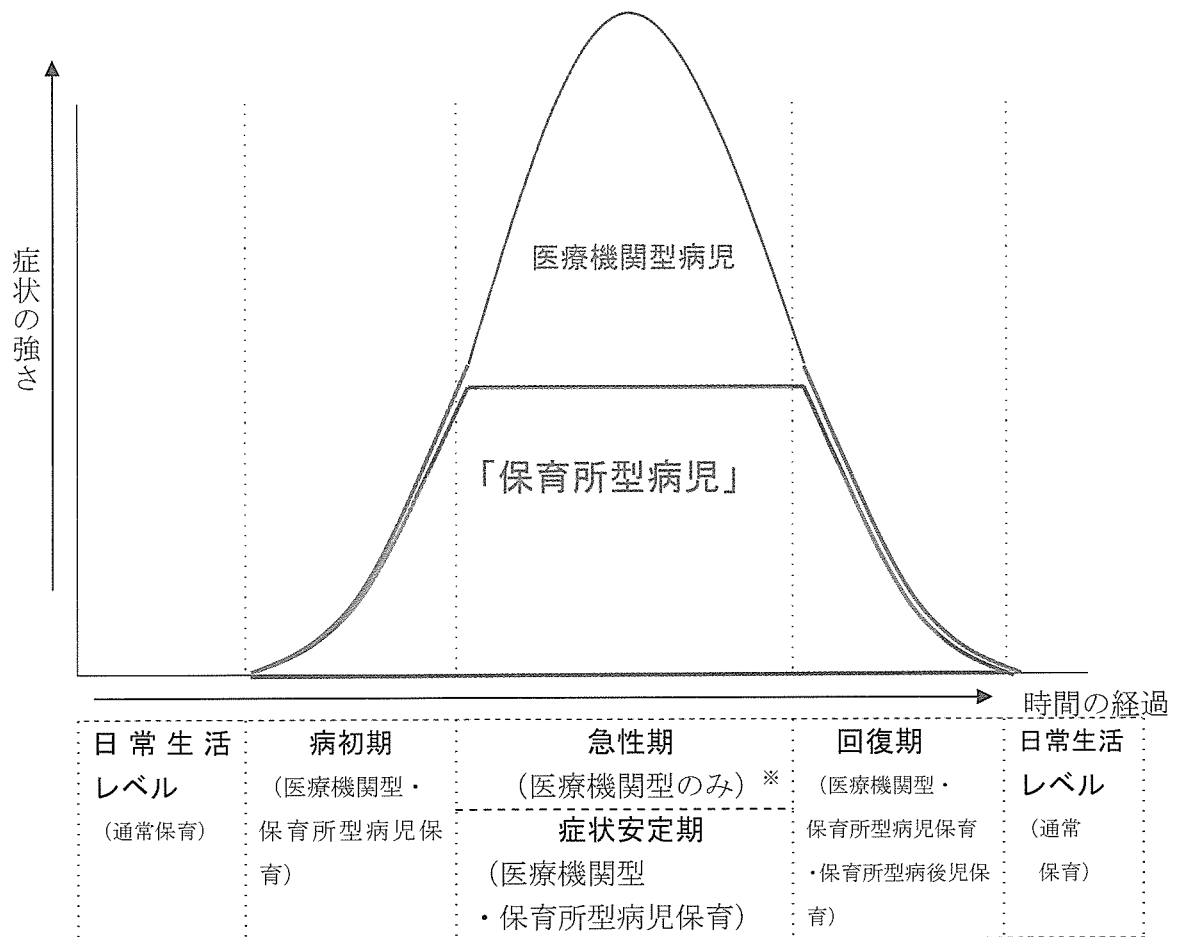
Ⅲ 「保育所型病児」の保育

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



















※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。

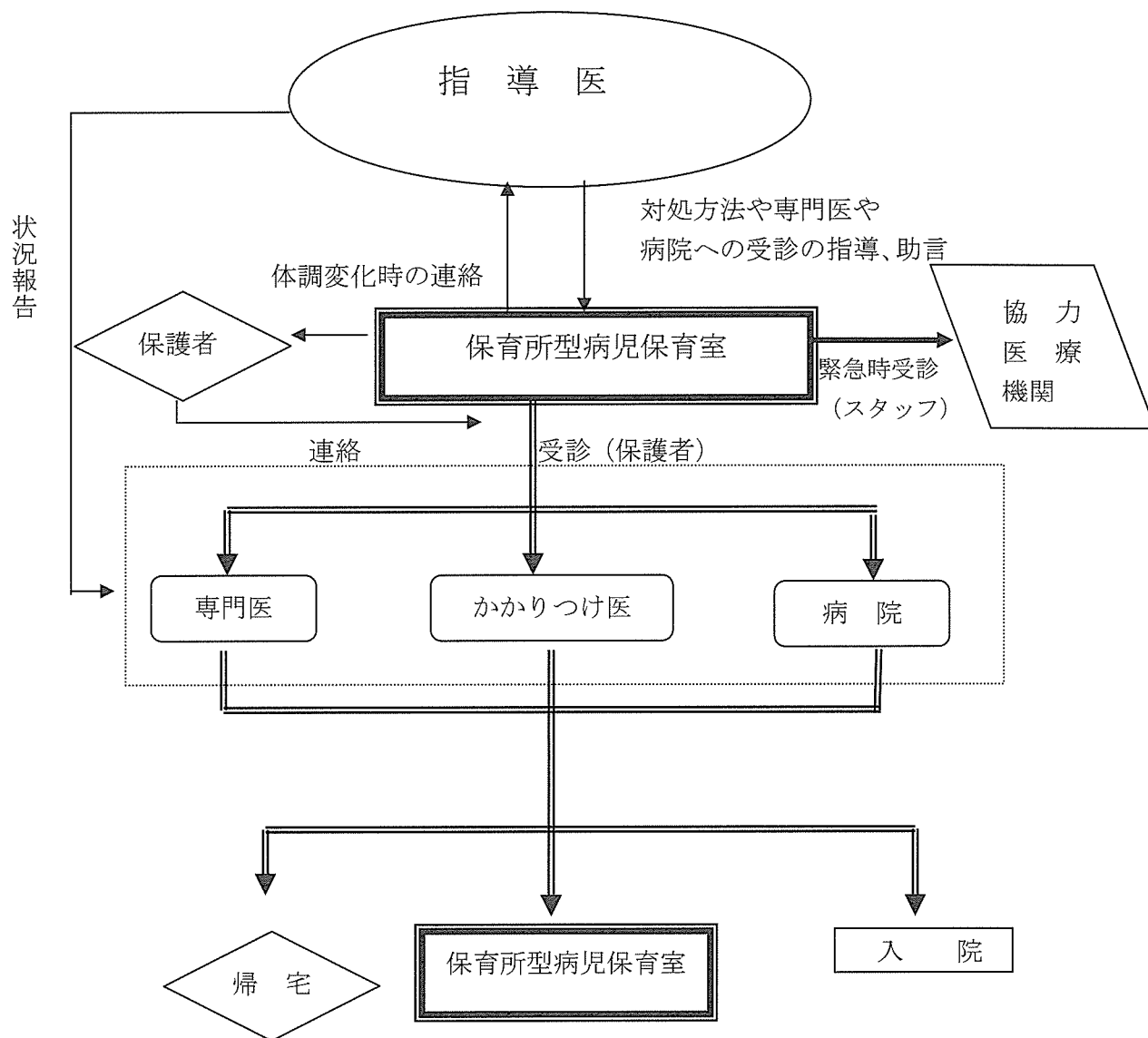
の3点である。「指導医」は、可能な限り複数名を各保育室担当とし、複数の場合は代表者を決め、実務は週交代制など地域に合った方法で実施する。指導医の選定にあたっては、地域の医師会と相談し、決定する。

「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℃以下の場合には、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）があって、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。従って、嘔吐を生じる場合には、真っ先に脱水症状（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（ぐったりとしている）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のみられた場合には、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る。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

吐を合併しているかどうかなど、これらの随伴症状の有無を観察しておくことが必要となる。

◆脱水症状（後述）の有無

下痢、とくに頻回の水様便の場合は体液を喪失していくため、脱水症状に陥りやすい。したがって、脱水症状の有無（後述）について常時観察することが必要となる。

[対応]

◆水分の補給（アクアライトなど）

下痢の場合には、脱水症状の予防がまず必要となる。そのためには、十分な水分の補給が必要である。水様便が頻回に見られる場合には、体に必要な電解質も多量に失われるために、乳幼児用の水分（アクアライト等）を飲ませるのがよい。ポカリスエット等の成人用の水分は、電解質が少なく、乳幼児には適切でない。

嘔吐を伴う場合には、1回に飲ませる水分量を少なめにし、頻回に与えるということに配慮し、嘔吐の誘発を防止することも大切である。

◆食事療法（でんぷん：お粥・うどん・パン）

下痢の場合には、腸管の蠕動運動が亢進しており、しかも腸粘膜が炎症を起こしているため、腸管を安静に保つことが必要となる。したがって消化吸收のよいでんぷん質の食品による食事療法が必要となる。

頻回の水様便がはじまった場合には、一旦哺乳や離乳食等を中止し、水分の補給のみを行って、腸管の安静を保つのが望ましい。翌日には、でんぷん質（お粥、うどんの煮込んだもの、パン粥など）と野菜スープを少量ずつ与える。蛋白質や脂肪類は消化吸收が悪いため、下痢がおさまるまでは控える方がよい。

下痢が改善した場合には、離乳食のステップのようなつもりで、段階的に通常の食事に戻していく。

◆臀部湿疹の予防、処置

下痢便の場合には、その刺激によって臀部の湿疹、糜爛（びらん）を生じやすくなる。水様便の場合には、布おむつよりも紙おむつの方がスキンケアの観点でよい。紙おむつは、高分子ポリマーによって水分が吸収され、不織布によって臀部皮膚が保護されるためである。

入浴が困難な乳幼児に対しては、臀部浴を行い、臀部の清潔を保ち、循環等をよくすることが臀部湿疹を予防するうえで大切である。

臀部糜爛（びらん）を生じた場合には、リント布にボチなどの軟膏を塗布して、皮膚の保護、再生を促す必要がある。臀部を掃拭する場合には、皮膚を傷つけないようにそっと丁寧に行う配慮を忘れないようにする。

◆流水によるブラッシング（手洗い）の励行

乳幼児の下痢の場合には、ウイルスや細菌などの病原体が多数存在していることが多い。したがって、おむつ交換後の手洗いを励行する必要がある。逆性せっけん液を用いることも殺菌効果が多少あるのでよいが、何よりも蛇口からの流水でブラッシング（ブラシで洗い流す）の方法が効果的である。できれば、タッチ・センサーを蛇口にとりつけ、自動的に流水の調節ができれば、蛇口の開け閉めに伴い不潔となる栓の部分

が感染源とならない。

◆医師を受診または指示を受ける

下痢の場合には、通常は止痢剤や整腸剤が投与されることが多い。最近ではロペミンという粉末の止痢剤が用いられることが多くなったが、乳児の場合には効きすぎて腹満（おなかが張る状態）となる場合があり、注意して観察する必要がある。このような場合は、直ちに医師を受診する。

細菌性下痢症を疑われる場合には、抗生物質の内服が必要となる。嘔吐や咳、鼻汁などの随伴症状を伴う場合には、対症療法として薬が必要となる。

（４）脱水症状

[観察に当たっての留意点]

脱水症状の兆候は、次の症状で判断する。これらの観察項目は、保育看護の常識として、保育士・看護師の区別なく、すべての保育者が常に念頭におきながら状態をチェックすることが必要とされる。

◆尿回数と尿量（おむつの濡れ方）

・尿回数の変化

・尿量の測定

—おむつの濡れ方から判断：少・普通・多い

—おむつ尿測：〔濡れたおむつの重さ〕—〔使用前の重さ〕

◆皮膚の乾燥・口唇の乾燥

◆流涎（よだれ）の減少

◆眼窩の陥凹（目がくぼむ）

◆体重の減少

発症前の体重と比較して10%以上の体重減少をみた場合には、重症の脱水症と考えた方がよく、医師の診察を受け、必要な場合は輸液（点滴）治療を受けた方がよい。

◆意識状態

傾眠状態（うつらうつらして声をかけると目をあける状態）は、かなり重症である。嗜眠状態（声がけをしても反応がないくらいの意識障害と考えてよい）の場合は、最も重症で、そのまま放置しておく、まもなく痙攣を生じて死亡することもある。一刻も早く病院を受診しなければならない。

◆脱水症状観察記録をつける

脱水症状観察記録をつけて、時系列で飲水量、尿量、水様便や嘔吐の有無、その他脱水症状の観察項目をチェックし、脱水症状の進行、改善等を判断していくことが必要となる。

[対応]

◆水分補給（アクアライトなど）

脱水症状を改善させるためには、失われた水分や電解質を補給するために、乳幼児用の水分（アクアライト等）を補給することがまず必要となる。嘔吐を伴う場合には、

鎮吐剤による治療を行わないと、飲ませた水分をまた嘔吐してしまうことになる。1回に与える水分は、通常の半分を目安にし、1～2時間毎にこまめに与えて、一日の必要水分量以上を補っていくことが必要である。

既述したように、いつもと同じように排尿（回数ならびに量）がみられるようになった場合には、脱水症状は改善に向かっていると考えてよい。

◆随伴症状への対応

下痢、発熱、鼻汁、咳嗽といった随伴症状がある場合には、それに対する治療や対応も必要とされる。

◆傾眠状態の場合は、直ちに医師を受診

嘔吐等によって経口的に水分摂取が困難な場合には、脱水が進行し、傾眠状態といった意識障害（既述）を生じる。このような場合には、直ちに医師を受診して補液（点滴）を受ける必要がある。

（5）咳嗽・喘鳴と呼吸困難

[観察に当たっての留意点]

◆咳の頻度・性状（ゼイゼイ・ヒューヒューか、ゼロゼロか）

咳の頻度、犬が吠えるような犬吠性の咳嗽（仮性クループ）か、痰がからむ湿性のものか、入眠直後や明け方といった夜間の咳か（室温と体温との差で生じた刺激性の咳嗽）といった咳の種類や頻度を知ることが大切である。

また喘鳴については、のどの入口でのゼロゼロか、喘息や喘息様気管支炎による気管支のゼイゼイ・ヒューヒューなのかの区別も必要となる。これは、聴診器でききわけることが簡単にできるが、保育士であってもその区別ができるようにしていくことが、保育看護の素養として望まれる。

◆呼吸困難の程度の見分け方（鼻翼呼吸・努力呼吸・陥没呼吸）

呼吸困難の有無並びに程度は、以下の症状の有無によって判断する。
軽度の呼吸困難は、鼻翼をピクピクさせるだけの鼻翼呼吸である。
強度の呼吸困難は、肋間が動く努力呼吸、喉やみぞおちの部分が呼吸のたびに陥没する、陥没呼吸である。この場合は、酸素吸入が必要な段階にあり、直ちに医療機関への受診が必要な状態と考えなければならない。

◆チアノーゼの有無

呼吸困難に伴って、血液中の酸素濃度が低下する結果、口唇や指先、顔面のチアノーゼを生じる。口唇の色が黒ずみ紫色となっていた場合には、明らかに呼吸困難が強度になっていると判断される。一刻も早く医療機関における酸素吸入を必要としていると考えるべきである。

◆異物の気管内誤嚥かどうか

異物を気管内に誤嚥しても呼吸困難に陥る。突然の咳き込みを生じ、仮性クループや喘息等でない場合には、異物の気管内誤嚥を考慮する必要がある。食品、周囲の環境等をチェックした上で、直ちに医療機関を受診する。

[対 応]

◆呼吸困難が強ければ直ちに医師受診（酸素吸入の必要性）

呼吸困難がみられた場合には、直ちに医師を受診し、その原因を明確化し、治療を受ける必要がある。とくに陥没呼吸が認められ、あるいはチアノーゼを生じた場合には、救急車で酸素吸入を受けながら医療機関を受診する必要がある。

◆喘息で吸入療法の指示がある場合には、吸入を行う

喘息発作と断定できた場合には、医師の指示により吸入療法を行う必要もある。

◆仮性クループは直ちに医師受診

犬吠様咳嗽がみられる仮性クループを疑われる場合は、呼吸困難がそれほどでなくとも、いつなごとき重度の呼吸困難に陥るかわからないので、医師を受診、吸入療法等を受けた方がよい。クループ様の咳の発作が出た場合は、湿度の高い暖かい浴室でしばらく過ごすと、湿気を自然に吸入して喉頭部の炎症が軽減して楽になることもある。ともかく、喉を使わないようにするために、泣かせないことが第一である。

◆異物誤嚥の疑いがあれば、直ちに耳鼻科・外科受診

まず、逆さづりにして、背中をドンと叩いて反射的に異物を排出することを試みる。排出できなければ一刻を争って耳鼻科、外科を受診して気管内異物の除去を行わないと窒息死する可能性もある。

◆呼吸を楽にする気道確保の体位（姿勢）にする

喘息などで呼吸が苦しそうにしている場合には、丸めたタオルケットを肩に入れ、頭部を下げる気道確保の体位にすると気道の通りがよくなり、呼吸困難を多少なりとも改善する。

(6) けいれん

[観察に当たっての留意点]

けいれんを生じた場合には、次の項目を冷静に観察しつつ、対応することが大切である。とくに、けいれん状態を観察し、医師を受診した際にそれを伝えることは、けいれんの原因を究明、診断する上で貴重な情報となることを忘れてはならない。

◆けいれんの状態

- ・ 部位（全身性なのか局所性なのか）
- ・ 左右差（片側のけいれんなのか、両側なのか）
- ・ 眼球の位置（正面を向いているのか、片側を向いているのか）
- ・ 意識状態（呼びかけに反応しないのか、反応するのか）
- ・ 持続時間（けいれんがおさまるまでに何分を要したか）
- ・ けいれん後の回復状態（けいれん後に眠ってしまったのか、吐いたのか、意識が戻ったのか）

◆発熱の有無

発熱に伴うけいれんは、一般に熱性けいれんといわれている。しかし、けいれんによって一過性に体温が上昇することもあり、けいれんがおさまっても発熱状態が続いているのか（解熱剤を使用する前）についても留意しておく必要がある。

◆その他の症状

咳嗽、鼻汁などの感冒症状、下痢・嘔吐などの消化器症状、頭部打撲などの既往（脳内出血）、脱水症状の有無などについても留意する必要がある。

強く啼泣した際にけいれんが生じた場合は、憤怒けいれんといわれるが、それとの区別も大切である。

[対応]

◆唾液や吐物を気管内に誤嚥しないように、顔を横に向ける

けいれんで不幸にして死亡したといった場合には、けいれんの際に多量に分泌された唾液や吐物を気管内に誤嚥して窒息した場合に限られる。したがって、顔を横に向け、側臥位にすることが必要である。

万一、食事中にけいれんを生じた場合には、口内の食べ物を指でかきだすことが必要である。

◆無理におさえつけない

全身をガタガタと震わせるからといって、無理に押さえつけないことが大切である。無理をすると、子どもの関節や筋肉、腱を傷つけることになりかねない。

◆口の中に舌圧子などを入れない

舌や口唇を噛まないようにと、無理に口をこじあけて舌圧子や指を入れないようにする。かえって吐物や唾液の流出を妨げ、気管内誤嚥や窒息の原因となる。

◆直ちに医師を受診あるいは指示を受ける

けいれんを生じた場合には、原則として直ちに医師を受診すべきである。とくに10分以上を経過した場合には、救急車で医療機関を受診した方が安心である。幸いに10分以内におさまった場合には、ひと落ち着きしたのち、念のため医師を受診した方がよい。

医師より具体的な指示書があり、ダイアアップ座薬を用いる場合は、念のため医師に症状を話し、指示通りに座薬を挿入してよいかどうか確認することが望ましい。

3) 症状が急変した場合の対応として留意すべき事項

症状が変化した場合の対応を考えるに当たって、まず症状の変化に気づくことが不可欠である。そのためには、ただ、漫然と子どもの様子を見ることなく、これまで述べてきた様々な症状に対する理解と観察力が求められる。その上で、すでに述べた様々な症状に対する適切な対応をしていくことが望まれる。

具体的な個々の症状変化への対応については、既述しているので、症状が急変した場合のスムーズな対応を行う上での対応の原則についていくつか述べる。

(1) 指導医との連携と信頼関係を樹立する

「保育所型病児」保育室を担当する指導医に対しては、日頃から連携を密にし、日常的な信頼関係を樹立しておくことが不可欠である。

(2) 症状が急変した場合の医療機関との連携を密にする

症状が急変した場合に、どの医療機関を受診、あるいは相談すればよいかについて、

あらかじめ十分に把握し、また万一の場合に協力していただけるように「協力医療機関」としてあらかじめ依頼しておくことが必要となる。

例えば、病院小児科、小児科診療所、耳鼻科、眼科、外科等、「保育所型病児」保育室として連携しておく必要のある病院、診療所をリストアップしておくことが必要となる。

(3) 所轄の消防署救急隊との連携

あらかじめ所轄の消防署救急隊との連携を強化し、所在地を熟知してもらい、救急車を依頼した場合にスムーズに到達できるようにしておくことが必要である。出来れば、救急車の依頼をして通常ならば何分で到着できるかについても熟知しておくことが望ましい。

(4) 保護者に病状が変化した場合の連絡方法を確認

保護者によっては、仕事場に電話をすることを遠慮してくれという場合も少なくない。しかし、保護者の迎えを必要とする病状の変化の際には、職場、あるいは携帯電話に電話することについてあらかじめ了解をいただくことが望まれる。その了解が得られないならば、場合によってはお預かりできないこともあることに理解を求める必要もあろう。

(5) 救急蘇生法等について保育者は実技を含めて熟知しておく

「保育所型病児」保育室に勤務する保育者（保育士並びに看護師）は、万一の場合に備えて、救急蘇生法や止血法等について、日頃から実技を含めて熟知しておく必要がある。

(6) 実施主体である市区町村との連携

「保育所型病児」保育室は、乳幼児健康支援一時預かり事業の一つのタイプである。乳幼児健康支援一時預かり事業は、基本的には実施主体が市区町村であり、保育室は市区町村からの委託を受託した施設の立場である。従って、実施主体である市区町村に十分に本事業への理解を深めてもらえるように、日頃からの連携が重要となる。

最後に、全国病児保育協議会による「必携・新病児保育マニュアル」第2部 病児保育における保健管理を熟読され、十分にマスターし、日頃から「保育看護の専門性」をより高めていくことが望まれる。以下に第2部の各章を参考のため列記する。

第5章 「保育看護」の専門性とは

第6章 病児保育における保育

第7章 病気の子どもの心理

第8章 病児保育における保健管理

第9章 代表的な症状や疾患への対応

第10章 乳幼児突然死症候群（SIDS）・救急蘇生

第11章 病児保育とリスクマネジメント

註）本書は、全国病児保育協議会に申し込むと実費で入手することが可能である。

5 利用手続きの流れ（図3）

1) 事前登録

「保育所型病児保育」を利用するためには、保護者は市区町村窓口で事前登録を行う。利用する保育室が決まり、通常の保育で通っている保育所ではない場合には、子どもと保護者で実際に利用する室に出向き、場所の見学や職員との面接を行う。これは体調が悪い時には、自分はここに来るのだという子どもの理解を促し、安心して保育を受けられるようにするために重要である。保育者にとっても子どもの状況を事前に知っておくことで、看護面や保育面での対応をあらかじめ検討しておくことができる。子どもの身体に関することや症状変化時の連絡先、連絡方法、保護者の登録など、保育に関する情報を聞き取っておく。

2) 入室前診断

保育室を利用する時には、かかりつけ医を受診し、診断の上、入室連絡票にて入室の同意を得る。かかりつけ医からの指導と薬の指示は、入室連絡票（同意書）（表4）により行う。利用者の負担軽減のため、診療情報提供書として入室連絡票を利用するなどの工夫が必要である。

3) 指導医との連絡

保育室は、かかりつけ医からの入室連絡票を受け取り次第、FAX 等で指導医への情報提供を行い、入室に関する指導を受ける。指導医は入室時にはかかりつけ医よりの入室連絡表をチェックし、入室中の留意点があれば、チェック表（表5）に具体的に記載し、指導を行う。

4) 保育時間

体調不良の子どもを保育していることを踏まえ、最長6時間程度とし、延長保育は行わない。このことは事前に保護者に十分に理解してもらっておく必要がある。子どもの健康管理の観点からも通常の保育時間を越えるようなことがあってはならない。

5) 通常保育からの「保育所型病児保育」への移行

通常保育所での保育をしていて、症状が出てきた場合の受診は保護者が行う。ここでいう保護者は、親以外の祖父母なども含んだ広義の保護者を指す。祖父母等の広義の保護者は事前に登録しておき、登録された者か親から連絡があった者以外には子どもを引き渡さない。とくに受診して医師の質問に何も分かりませんというような、子どもの普段の様子が分からない者は、広義の保護者には該当しない。

図3 保育所型病児保育室の利用手続きの流れ

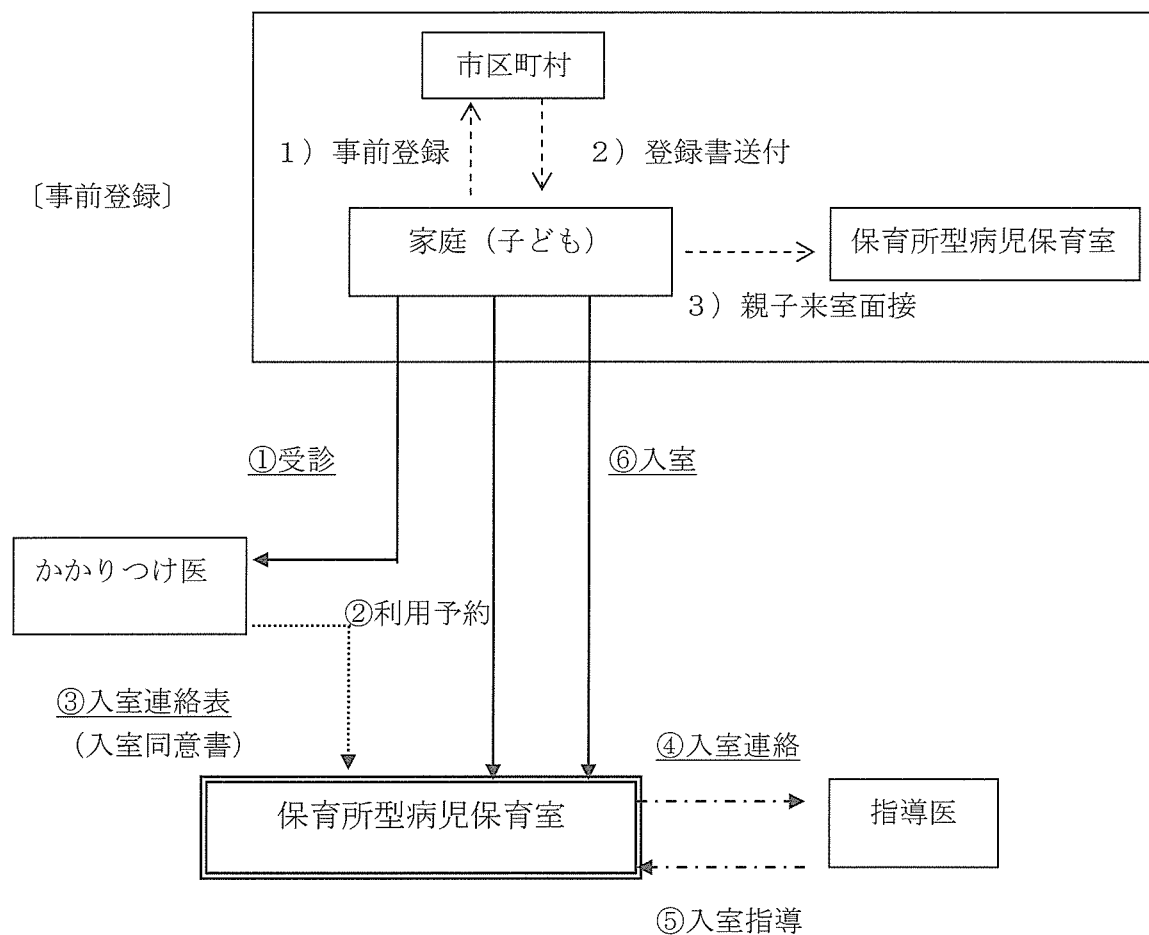


表4 入室連絡票

「保育所型病児」保育 入室連絡表	
個人情報(入室者)	
以下の条件で 月 日 入室することに同意いたします。	
診断した医療機関	医師 サイン
病名、症状など	
経過 検査 治療(処方内容)	
入室での留意点	
安静	ベット安静、特に制限なし
食べ物	絶食、特に制限なし、
保育の時間	6時間以内、なるべく短く、通常より短く
薬	処方の通り、特になし
その他	