
〔子どもへの接し方〕

- 1) 結果や評価が気になるので自分らしさが発揮できるように共感します
- 2) 一つ一つ大切に子どもが理解できる範囲できちんと応えます
- 3) 子どもと一緒に考え、子ども自身の力で実現できるように励まします
- 4) 遊びを見て、遊具や用具の使い方を工夫できるようにします
- 5) 甘えたい気持ちをしっかりと受け止めます

⑥ 5 歳児

〔子どもの姿〕

- 1) 大きくなることに誇りをもちます
- 2) 見通しをもって行動するようになります
- 3) 色々なことにチャレンジします
- 4) 仲間意識が育ってきます
- 5) 競い合う気持ちが育ちます
- 6) 知識欲が増ってきます

〔子どもへの接し方〕

- 1) 大きくなったという誇りを認めます
- 2) 子どもが自分で判断したことを尊重していきます
- 3) 様々なことが体験できる環境を整えます
- 4) 仲間同士の関わりに気を配り、適切な介入をします
- 5) 一人一人が達成感や満足感を味わい、自信がもてるようにします
- 6) 様々な体験を通して、知識・好奇心を満たしていきます

(2) 病気の子どもの心理

子どもが病気になると、健康な時とは違って、病気からくる辛さ、不快感、不安な気持ち、楽しい気持ちになりにくいなど、生き生きとした子ども本来の心理状態とは異なってきます。病児保育事業に携わる保育士・看護師等は、そのような病気からくる子どものところに寄り添うことが求められます。

- 病気による痛み・辛さなどによる耐性の弱さ
- 病気からくる不安感
- 病気になったことから起こる自信喪失
- 病気になったのは自分が悪いという罪悪感

子どもが病気になると我慢する力が弱くなり、そのいらいらした思いを人にぶつけやすくなります。不快感や苦痛が欲求不満耐性（我慢することに耐える力）を弱くするからです。また、不安が強い分、自分に目を向け、手をかけて欲しがります。

子どもは病気の理解も難しく、このまま治らないのではないかという不安をもちます。健康状態の子どもは、万能感（何でもできるという感覚）を保持していますが、その思いも崩れてしまいやすくなります。病気になったことで自分は駄目だと思い、自信がなくなること

もあります。また、周りの大人から「ちゃんと食べないからよ」「手を洗わないからよ」等と言われることにより、「病気になったのは、自分が悪かったからだ」という罪悪感をもってしまう子どももいます。

(3) 病気の子どもに安心感を与える保育・看護

子どもが病気になるということは、不安になったり、抑うつ的になったりすることです。その不安が強い分、子どもが安心できる環境を設定し、適切な保育・看護を子どもに提供することが必要です。特に、病児保育事業で、子どもの保育等を行う場合には、病気であることの心細さに加え、馴染みのない人や場所という要素も加わります。子どもは安心することで、病気の状態が安定したり、病気回復への気持ちを強くもつことにも繋がります。病児・病後児保育に携わるスタッフは、子どもに「安心感を与える」ことに細心の注意をはらって子どもに対応しましょう。

① 病気や病状によって不安な子どもに安心感を与える保育・看護

発熱からくる熱さやだるさ、痛み等からくる辛さは、子どもに理解できない不安や治らないのではないかと不安を感じさせます。このような不安を抱えた子どもに安心を与えるためには、子どもの年齢に合わせた病気の説明や、ケアをする場合に予測がもてるように、子どもに一つ一つ説明することにより、子どもに心構えができ、安心することができます。病気の説明等には、絵本の活用も効果的です。

また、発熱でつらい時に氷枕を頭の下に入れてもらったり、水分補給等で体が楽になったり、下痢で下着を汚した時などに優しく臀部清拭をする適切なケアにより、子どもは徐々に安心することができるようになります。

② 馴染みのない場所や人においても安心できる保育・看護

病気の時は、どの子どもも親と一緒にいて欲しいと思います。その子どもの心に寄り添い、少しでも子どもに安心して欲しいという保育士・看護師等の願いが、子どもの安心感を形成します。初対面やその日の出会い等で、子どもに穏やかで優しく温かい対応を心がけるだけでなく、保護者からの申し送り等における場で、保護者と笑顔で応対している様子は、子どもに安心感を与えます。辛くて泣き続けたり、いらいらして感情を爆発させる子どもの「感情の嵐」に、スタッフが巻き込まれずに一貫して温かく対応することでも、子どもは安心することができます。

また、普段は保育所に通所しているような子どもの場合は、保育所での環境に類似した壁面装飾等を取り入れることにより、安心できることもあります(図4)。

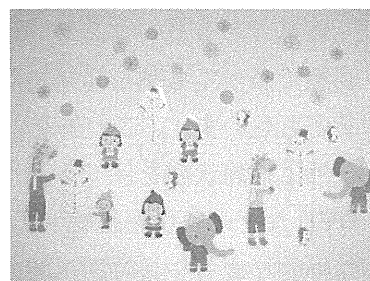


図4. 病児保育室内の壁面装飾

③ 子どもに安心感を与える愛着関係を形成する保育・看護

愛着関係が形成できると、子どもの不安が静められ、子どもに安心感をもたらすことはよく知られています。病児保育事業においても、病気であるという状況が子どもの不安感を強めることを考えますと、より愛着関係を意識した保育・看護が求められます。愛着関

係を形成するには、2つの方向性があります。1つは、子どもの甘えを受け入れる方向性であり、もう1つは子どもの泣きやぐずりをなだめようとする方向性です。

甘えを受け入れる方向性においては、ふだんの子どもの生活習慣の自立状況に拘らず、子どもから「やって」という要求が出た時には、その子どもの甘えを受け入れることも含みます。この2つの系列を意識して、子どもに対応することで愛着関係を形成することができます。

④ 集団・異年齢における安心できる保育・看護

病児保育事業において、子どもと保育者の関係が個別対応である場合には、比較的安心できる保育は実現しやすいと考えられます。しかし、1人の保育者が複数の子どもの保育・看護にあたる場合には、病気の種類や病状、年齢等により、複数の関わりが求められることになり、個別対応の基本が疎かになりがちです。子ども一人一人が不安を抱えている現状を認識し、個別対応の基本に則った保育・看護の実現を目指します。子どもは自分への対応ばかりではなく、他児への保育者の対応をよく見えています。すべての子どもに一人一人丁寧に関わるのが、すべての子どもの安心感を支えます。

⑤ 安心できる環境構成

病児保育事業において、複数の子どもを対象とする場合には、感染を広げないために、子どもの病気や病状等により、隔離室や観察室の設置も必要となります。広いスペースであればコーナーの設置や、ついたてやカーテンの設置場所を工夫することでも、実現できる場合があります。このように室内感染対策に配慮した環境構成も、この事業には必須です【37ページ・図11-a】。

また、生来的に不安の強いような特別な配慮が必要な子どもの場合には、広いスペースでは安心できず、部屋の隅や目線の遮られたコーナー等で安心できる場合もあります。対象となる病気や病状、子どもの特徴をよくふまえて、環境構成をすることも求められています。

(4) 病気の子どもの安静を保ちながらできる遊び

病気であるということは、基本的には子どもの安静状態を保つことが必要です。しかし、高熱であっても割と元気に活動してしまう子どもや、活動に熱中すると興奮しすぎてしまう子どももいます。この事業に携わる保育者は、子どものこのような特徴をふまえ、子どもが自然に安静状態を保てるような「遊び」のメニューを豊富にもつことも必要です。テレビやDVDなどの映像を視聴することは、子どもの体の安静を保つ観点からは効果がありますが、精神的な疲労や長時間視聴の依存に陥りやすいので、できれば避けます。

また、病状により体を横にして過ごす等の安静状態が最も求められる「ベッド上保育」、体は横にしていなくてもよいけれど室内で安静に過ごすことが求められる「室内安静」、ほとんど通常の保育に戻れる段階の「室内保育」に分類されます。病状別保育と年齢を考慮すると以下の表2のようになります。

表 2. 病状別保育の分類と具体例

保育の方法 (安静度)	保育内容	乳児の保育	幼児の保育
ベッド上保育	安静が優先となる保育（体を横にして過ごす）	子どもの目を見てあやす ガラガラ等での遊び 歌を歌う お話 絵本や紙芝居の読み聞かせ ペープサート（紙人形劇） いないないばあ	絵本や紙芝居の読み聞かせ ペープサート（紙人形劇） しりとり、歌遊び 折り紙 制作遊び
室内安静	安静を優先とし、静的な遊びを取り入れながら安静を保つ	抱っこで室内散歩 子どもの目を見てお話する 保育士の歌をゆったり聞く 絵本を膝の上で見る 簡単な手遊び ペープサート（紙人形劇） 紙芝居	絵本や紙芝居の読み聞かせ ペープサート（紙人形劇） しりとり 歌遊び 折り紙 制作遊び パズル 粘土遊び
	室内での静的な遊び・受け身的な遊び	窓から外を眺める 子どもの目を見てお話する だっこしてゆらゆら 手あそび 井型ブロック 型はめブロック シール貼り マジックテープつきフェルトのおもちゃ	絵本や紙芝居の読み聞かせ 折り紙 お絵かき 粘土の製作 パズル 静かなゲーム遊び 人形遊び ままごと わらべうた
室内保育	保育所保育にやや近い保育（かなり回復した状態）	ハイハイ等で追いかけて遊び 動く車に乗る ボール遊び 音の出る玩具でダンス	簡単な工作 ごっこ遊び ゲーム遊び

【参考資料】

- 必携病児保育マニュアル 第6版 平成26年7月 全国病児保育協議会
- 実践保育学 平成26年3月 日本小児医事出版社

2. 病児・病後児保育を利用する子どもの主な症状と対応

事前診察や保育室での受け入れ後、病児・病後児の状態は変化します。子どもの症状を理解し、変化に応じて、適宜、病児・病後児に対して適切な対応ができるように、また、必要に応じて医師に相談できるように、気をつけるポイントを理解しておくことが大切です。

(1) 発熱

発熱は、生体の防御反応として、免疫機構が病原体と戦っているサインです。発熱が続くと、食欲が低下して水分も摂らなくなることがあります。不感蒸泄も盛んになって体の水分が奪われ、脱水に陥りやすくなります。少しでも楽になるように、クーリング、水分補給、適切な環境調整（表3）、適切な解熱剤の使用が大切です。

表3. 保育室内環境の目安

室温：(夏) 26～28℃ (冬) 20～23℃
湿度：60～70%
換気：1時間に1回
外気温との差：5℃以内

体温には日内変動があります。発熱時も朝は下がっていても、夕方から夜間に上がることはよくあります。体温を測定したら記録し熱型表をつけましょう。

なお、乳幼児は体温調節機能が未熟なために、外気温、室内の温度や湿度、厚着、水分不足等で影響を受けやすく、夏などの暑い時期は、水分補給を十分に行い涼しい環境にすることで熱が下がってくる場合があります。また、哺乳・食事の直後、泣いた後、体をよく動かした後などは、病気でなくても熱が高めになることもあります。

① 発熱時の対応・ケア

子どもの手足を触り、冷たいか熱いか、その時々状況にあった体温調整を適切に行うことが大切です。

- 生体は熱を上げるために血管を収縮させて、外部に熱が発散するのを防ぎ、体を小刻みに震わせて熱を産生させます。このため、体温が上がる前には、寒気がして、手足が冷たくなるので、温めてあげましょう。
- 一方、体温が上がってしまうと、生体は血管を拡張させて熱の発散を増やし、汗をかいて気化熱を奪うことによって体温を下げようとします。顔が赤くなって、手足が熱くなったら、薄着にしてあげましょう（厚着のままでは、熱がこもり発散を妨げてしまいます）。子どもが嫌がらなければ、高熱の時は、首のつけ根・わきの下・足の付け根などを冷やしてあげると心地よいでしょう。
- 汗をかいた時は拭き取って、湿った下着は着替えさせましょう。
- 発熱時には、体から多くの水分が奪われるので、脱水を予防するために十分な水分摂取が必要です。気分のよい時に、こまめに水分をあげてください。

② 発熱の観察・注意点

- 発熱以外に、咳、下痢、吐き気などの症状がないか注意しましょう。
- 機嫌が悪い、耳をよく触る時は、中耳炎の可能性があります。

- 0歳児では初めての発熱で機嫌もわりと良い場合は、突発性発しんの可能性があり、ときに熱性けいれん【26～27ページ】を起こすことがあります。
- 0歳児は予防接種が未完了の子どもが多いので、注意が必要です。
- 発熱とともに、意識障害、呼吸困難、強い頭痛や腹痛、けいれんを伴うときには、救急受診が必要です。

解熱剤使用の目安： 解熱剤の種類、子どもの年齢、体重などによって投与量が異なるので、必ず医師の指示通りに使ってください。

- 38.5℃以上の発熱かつ、不機嫌で、水分が摂れない、薬が内服できない、眠れないなどの場合。
- 解熱剤は感染症を根本的に治す薬剤ではなく、一時的に熱を下げ、その間に水分を摂ることで脱水を予防し、治すための薬を内服し、睡眠をとり体力を温存するために使用します（対症療法）。
- 発熱があっても、機嫌が良く、水分が摂れ、内服でき、眠れていれば使用する必要はありません。

(2) 咳嗽（がいそう）

咳は気道に異物が入り込んだ時や、炎症で増えた痰を排出しようとして反射的に起こる合目的な反応です。これを完全に止めてしまうと異物（気道の粘膜についた細菌やウイルス）や痰を排出できなくなることもあります。湿度が保たれた室内で、気道の分泌物を楽に排出できるように水分を十分に摂ることが大切です。また、原疾患に応じて、気管支を拡張する薬、痰を柔らかくする薬、吸入療法などがよく使われます。

① 咳への対応・ケア

- 側臥位や上体を起こすなど、子どもが楽な姿勢をとらせます。気管支喘息の場合は、上体を起こした体位で呼吸が楽になります。
- 咳がひどい場合は、前かがみの姿勢で背中をさすったり、トントンとやさしくたたきタッピングをしてあげます。乳児は、立て抱きにして背中をさするか、軽くタッピングしてあげます。
- 咳が落ち着いたら、痰や分泌物が楽に出るように水分を補給します。
- 4・5歳以上で可能であれば、咳エチケットとして小児用マスクを着用します。

② 咳の観察・注意点

- いつから
- どのような時（朝方、お昼寝前、お昼寝中、運動時、日中など）
- どのような咳（コンコン、ケンケン、ゼーゼー、ヒューヒューなど）
- 発熱の有無
- 呼吸困難やチアノーゼが出現した場合は、救急受診が必要です。

呼吸困難を示すサイン

- ・呼吸が速い（多呼吸）【参考：表 4. 正常な呼吸数】
- ・肩を上下させる（肩呼吸）
- ・胸やのどが呼吸のたびに引っ込む（陥没呼吸）
- ・息苦しくて横になることができない（起坐呼吸）
- ・小鼻をピクピクさせる呼吸（鼻翼呼吸）
- ・吸気に比べて呼気が 2 倍近く長くなる（呼気の延長）
- ・呼吸のたびに喘鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）がある
- ・動いたりするだけでも咳込みが強い

表 4. 正常な呼吸数

1 分間あたり	
乳児	30～40
幼児	20～30
学童	18～20

【咳の種類と主な病気】

- ・ 乾性咳嗽（乾いた咳）
 - 【例】「コンコン」：百日咳 マイコプラズマ感染症など
 - 「ケンケン」（犬吠様のせき）：急性喉頭蓋炎、クループ症候群など
 - 「ゼーゼー」「ヒューヒュー」：気管支喘息【23 ページ】、RS ウイルス感染症【44～45 ページ】など
- ・ 湿性咳嗽（たんがらみの湿った咳）
 - 「ゼロゼロ」：気道内に痰がからんでいたり、鼻水が喉の奥に流れたりすると、ゼロゼロとした湿った咳をしたり、咳払いなどをします。
- ・ 咳は、冷たい空気やほこりなどで気道が刺激された時にも出ます。

(3) 下痢

乳幼児の下痢は、ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスなどによる感染性胃腸炎が原因で起こることが多いです。下痢によって、異物であるウイルスや細菌が体外に排出されるので、乳幼児には下痢止めは使わないことが多いです。子どもは脱水症になりやすいので、水分と電解質を適切に補い、その後、回復度にあった適切な食事療法をしていくことが大切です。

※ 下痢便の処理方法は 40 ページ、ノロウイルス感染症は 42～44 ページ参照

① 下痢への対応・ケア

- ・ 繰り返す下痢や発熱、嘔吐等他の症状を伴う時は、他の児童に感染を拡げないために別室で保育します。
- ・ 嘔吐や吐き気がなければ、下痢で水分が失われるので経口補水液、湯冷まし、麦茶等を少量ずつ与え、水分補給を行います。
- ・ 食事の量は少なめにし、消化の良い食べ物にします。
 - 消化の良い食べ物：おかゆ、野菜スープ、煮込みうどん（短く刻む）、ゼリーなどを少量ずつゆっくりあげてください。
 - × 下痢の時に控えたいもの：牛乳、ヨーグルトなどの乳製品や柑橘系のジュース、

脂の多いもの、香辛料の多いもの、消化の悪い食べ物
お菓子は控えましょう。

② 下痢の観察・注意点

- 便の状態（量、回数、色、におい、血液・粘液の混入等）を記録します。
白色下痢はロタウイルス胃腸炎に特徴的です（白色でないこともあります）。
血便を伴う細菌性腸炎は重症化することがあるので、注意が必要です。
- 家族や保育所で同症状者の有無を聞いておきます。
- 食事や水分摂取量、尿の回数や量なども記録します。
- 下痢とともに嘔吐がある時は、脱水症になりやすいので注意します。

（４）嘔吐

子どもは、さまざまな原因で嘔吐します。一番多い疾患は感染性胃腸炎ですが、大声で泣いた時、咳込んだ時、食べ過ぎた時にも嘔吐がみられることがあります。一度だけの嘔吐で、その後顔色もよく元気にしていれば、心配ないことが多いです。一方、繰り返し嘔吐したり、一度だけの嘔吐でもその後ぐったりしていたり、腹痛を伴う場合、頭痛を伴う場合は医師の診察が必要です。

※ 嘔吐物の処理方法は 40～41 ページ、ノロウイルス感染症は 42～44 ページ参照

① 嘔吐への対応とケア

- 吐いた後、口の中や周りに吐物が残っていれば取り除きます。
- うがいができる場合は、うがいをさせます。
- 嘔吐後は、再び嘔吐しないか、注意して様子をみます。
- 寝かせるときは、吐いたものが気管に入らないように、体を横向きにします。
- 腹部を締め付けるような衣類は避けます。
- 30 分くらい吐き気がなければ、様子をみながら水分を少量ずつ飲ませてあげます。

※ 水分の与え方のポイント

水分（経口補水液、湯冷まし、麦茶等）を 2 歳まではひとさじずつ、3 歳以上ならコップで一口ずつ、30 分間に 3 回程度、少しずつ時間をかけて飲ませます。氷のかけらを 1 つずつ口に入れても良いです。その後に吐き気がなければ、少しずつ飲む量を増やします。

- 1 日あたりの水分摂取量の目安を表 5 に示します。
- 少しずつでも口から水分をとれず、嘔吐が続き、
脱水症状【18 ページ：脱水症のサイン】
がみられる場合は、医師の診察と点滴による水分補給が必要です。

表 5. 1 日水分摂取量の目安

体 重	1 日あたりの水分摂取量
0～9 kg	100 ml/kg
10～15 kg	1000～1200 ml.
15 kg 以上	1200～1500 ml

② 嘔吐の観察・注意点

- 何をきっかけに吐いたかを確認します（咳で吐いたのか、吐き気があったのか）。
- どのようなものをどのくらい吐いたかを観察します（食べたものは何か、飲んだものは何か、何回吐いたか）。
- 異物を飲み込んでしまったり、咳こんだりしたときなどに反射的に吐くこともあります。
- 乳児の場合、ミルクを飲んだ後やゲップで吐くこともありますが、吐いた後に普通に飲んだり食べたりすれば心配はいりません。
- 髄膜炎やインフルエンザ脳症の症状として嘔吐が出現することもあります。
- 頭部のけがや頭を打って嘔吐することもあります。

※ 子どもは脱水症になりやすいので、注意しましょう！

子どもは嘔吐を繰り返したり、下痢が続く時には脱水症を起こしやすく、特に発熱時は注意が必要です。脱水症のサインとして以下に注意しましょう。脱水症がひどくなると意識がなくなったり、けいれんを起こします。脱水症状を認める時は、救急受診が必要です。

脱水症のサイン

- ぐったりして元気がない
- 顔色が悪い
- 唇や舌が乾いている
- 泣いても涙がでない
- 尿が半日以上出ない（出ても量が少なく、色が濃く臭いが強い）
- 皮膚の張りが低下する

【参考資料】

- 子どもの病気とホームケア 平成 25 年 9 月 日本保育園保健協議会

3. 薬に関する知識

(1) 乳幼児の薬

薬による治療には、病気のため起きている発熱、咳など不快な症状を軽減するための薬（例：解熱剤、鎮咳剤など）による対症療法と病気の原因に対して有効な成分を与える薬（例：細菌感染症における抗生物質、インフルエンザにおける抗インフルエンザウイルス薬など）による原因療法があります。

てんかんや喘息などのアレルギー疾患などの慢性疾患の場合には、疾患のコントロールを行うため、症状の変化に合わせた長期間の投薬が行われることが多いです。

① 散 薬

粉末状の薬です。投与量の細かい設定や複数の薬剤の混合ができ、錠剤に比べて消化管からの吸収が早く、乳幼児でも利用しやすいです。ただし、苦みのあるものは服用しにくい欠点があります。

② 顆粒薬

顆粒状に造粒した薬です。製材加工により、臭いや苦みを抑えたり、甘味成分を表面にコーティングして味を良くすることができます。また薬が溶ける時間も調節できます。製剤によっては、ジュースや乳酸菌飲料などに混ぜることで、せつかくのコーティングが溶解し、苦みが増すことがあります。

③ シロップ薬

糖類または甘味剤を含む粘稠性のある液体の薬と、服用時に水を加えて懸濁して用いるドライシロップ剤もあります（そのまま粉薬としても服用できます）。多くは子ども用に味付けされており、飲みやすく、投与量の調整も容易、複数のシロップ剤を混合して用いることができます。

④ 坐薬

肛門に挿入して投与します。体温によって溶解し薬効が出る油脂性基剤で成型されているものと、分泌液に徐々に溶解し薬効が出る水溶性基剤で成型されているものがあります。解熱剤などに多く利用される油脂性基剤の坐剤は、体温程度で溶け出すため冷蔵庫での保存が必要です。

⑤ 皮膚外用薬

基剤の種類により使い分けます。

- **軟膏**：ワセリンなどの油脂成分が基剤で、保護・保湿性に優れ、びらんした皮膚にも使えますが、べたつき感が難点です。
- **クリーム**：水と脂肪を界面活性剤で混合した基剤に薬効成分を混ぜています。軟膏と比べて伸びがよく、べたつきがありません。皮膚への浸透性が良い反面、皮膚への刺激性がありびらん面には不向きです。
- **ローション**：水やアルコールを基剤としています。即効性に優れ、かゆみ止めや痛み止めに適しています。頭皮などにも塗りやすいです。

⑥ 点眼薬（目薬）

子どもによく使われる目薬には、目の充血や炎症を和らげるための抗菌薬や抗アレルギー薬などがあります。

⑦ 貼付薬

皮膚に貼る薬です。有効成分が皮膚から吸収されて、皮膚の下にある血管に入り、血液の流れで運ばれます。皮膚へ少しずつ放出されることでゆっくりと効果が持続します。

⑧ 吸入薬

吸入することで直接気管支に作用する薬です。気管支喘息に使われる薬には、発作の予防に使う薬と、発作を鎮める薬があります。

※ 病児・病後児保育利用に際しての薬の確認

- 保護者から薬を受け取る際に以下の内容を確認します。
子どもの名前、処方された日時、薬の名前・剤形、薬の量、与薬の時間、与薬方法（内服、その他）、保管方法（室温、冷蔵、遮光の必要性）、
内服薬：内服方法、皮膚外用薬：塗布部位・塗布方法、
解熱剤：投与の体温や状態の目安
- 薬は高温・多湿・直射日光を避け、子どもの手の届かない所に保管します。
- 与薬前に上記確認内容を再チェックした後に、薬を与えます。
- 与薬した時間・与薬者の名前は記録しておきます。

(2) 薬の与え方 ※ いずれの場合も保育者は与薬前後にしっかりと手洗いをします。

① 散薬・② 顆粒薬

- 乳児：少量の水でだんご状にして、口の中の頬や上あごの粘膜に付け、ミルク等を飲ませます（お腹が空いているミルクを飲む前の方がスムーズに内服できます）。
- 幼児：少量の水で溶きスプーン等で飲ませます。
- 主食（乳児ならミルクや離乳食）に混ぜるのは、避けます。
- 混ぜてよいもの：アイスクリーム、ジャム、チョコレートソースなど（内服薬の種類にもよるので、主治医の指示等に従いましょう）。
- 乳児ボツリヌス症を予防するため、ハチミツは薬の内服時にも満1歳まで与えてはいけません。

③ シロップ薬

- よく振ってから1回量を確認し、スポイトやスプーン、カップに取り分け、少しずつ飲ませます。
- 哺乳瓶の乳首をくわえさせ、その中に乳児が吸うリズムに合わせてスポイトで少しずつ水薬を入れて吸わせる方法もあります。

④ 坐薬

- 事前に、子どもの年齢に応じて、坐薬挿入の必要性を説明します。
- 冷蔵庫から出したばかりの坐薬は硬く挿入時痛いので、手掌で数秒握り温めます。
- 好きなおもちゃを持たせるなどして、声をかけ、緊張をとるようにします。
- 使い捨て手袋をして、仰向けで両膝を曲げ、足をおさえて薬を肛門にさっと入れ込みます。大人の指の第一関節まで入れます。
- おむつをしていない幼児は横向きで膝を曲げさせて挿入します。
- 挿入後は、坐薬が体温によって溶解し吸収されるまで、数秒肛門を押さえます。

⑤ 皮膚外用薬

- 事前に確認した塗布方法で塗布部位に薬を塗布します。

⑥ 点眼薬（目薬）

- 下まぶたを開いて目を開き、1滴落とします（まぶたやまつげに容器が付かないように注意します）。

- ・ 点眼後は少しの間上向きそのまま、溢れた液はティッシュでやさしく拭き取ります。

⑦ 貼付薬

- ・ 気管支拡張剤の貼付薬「ホクナリンテープ®」（商品名）は1日1回、皮膚（胸部か背中）に貼ることにより24時間作用する薬です。
- ・ 一般的に、1日1回の貼り替えは、夜、寝る前のタイミングに指示されるので、病児・病後児保育で貼付することはないと思われませんが、貼付している児童が病児・病後児保育を利用することは稀ではありません。

⑧ 吸入薬

- ・ 乳幼児は、医師等の指示に従い、電動ネブライザーを使用して吸入します。
- ・ 吸入の後には、うがいが必要です。

4. リスクマネジメント

(1) アレルギー

アレルギー疾患を分かりやすく言えば、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ます。免疫反応は本来、体の中を外敵から守る働きです。体の外には細菌やカビ、ウイルスなどの「敵」がたくさんいるので、放っておくと体の中に入ってきて病気を起こしてしまいますが、それに対して体を守る働きの重要なものが免疫反応です。相手が本物の「悪者」であればそれを攻撃するのは正しい反応ですが、そうではなく無害な相手に対してまで過剰に免疫反応を起こし、逆に体にとって不利益な状態になってしまうことが、アレルギー反応とされています。

病児・病後児保育施設でのアレルギー対応

- ・ 食物アレルギーによるアナフィラキシーは子どもの生命に関わります。
- ・ 事前登録や初回利用の際に、必ずアレルギーの有無や食物除去の状況を確認し「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」に従い、昼食・おやつ提供に際しては、アレルギーを引き起こす原因となる食べ物は提供しないチェック体制をとります。
- ・ 利用の間隔が空いた際は、利用毎に食物除去の状況・解除の状況を確認し、記録したうえで適切に対応していきます。
- ・ 病児・病後児保育施設においては、保育所と同様、原因となる食品の除去に加え、食物アレルギー児が「初めて食べる」ことも避けます。

① 食物アレルギー

原因食物を摂取した後に免疫学的機序を介して生体にとって不利益な症状（皮膚、粘膜、消化器、呼吸器、循環器、アナフィラキシーなど）が惹起される現象を食物アレルギーといいます。食物アレルギーの種類を表6に示します。

1) 食物アレルギーの症状

- 皮膚粘膜症状：

- 皮膚症状：かゆみ、蕁麻疹、むくみ、赤み、湿疹
- 眼症状：白目の充血、ゼリー状の水ぶくれ、かゆみ、涙、まぶたのむくみ
- 口腔咽喉頭症状：口の中・くちびる・舌の違和感・腫れ、
- 喉のつまり・かゆみ・イガイガ感、息苦しい、しわがれ声
- 消化器症状：腹痛、気持ちが悪くなる、嘔吐、下痢、血便
- 呼吸器症状
 - 上気道症状：くしゃみ、鼻水、鼻づまり
 - 下気道症状：息がしにくい、せき、呼吸時に「ゼーゼー」「ヒューヒュー」と音がする。
- 全身性症状【アナフィラキシー：25～26ページ】
 - アナフィラキシー：皮膚・呼吸器・消化器・循環器などのいくつかの症状が重なる
 - アナフィラキシーショック：脈が速い、ぐったり・意識がない、血圧低下

2) 食物アレルギーの治療

治療の基本は原因食物の除去ですが、栄養と症状のバランスを考慮した専門医の助言が必要です。原因食物を医師等の監視下で少量づつ摂取する経口負荷試験により、除去から離脱できる場合もあります。

表 6. 食物アレルギーの種類

臨床型	発症年齢	頻度の高い食物	耐性の獲得 (寛解)	アナフィラキシーショック の可能性	食物アレルギーの機序 ※	
新生児消化器症状	新生児期	牛乳(育児用粉乳)	(+)	(±)	主に IgE非依存型	
食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎*	乳児期	鶏卵、牛乳、小麦、大豆など	多くは(+)	(+)	主に IgE依存型	
即時型症状 (じんましん、アナフィラキシーなど)	乳児期～成人期	乳児～幼児： 鶏卵、牛乳、小麦、そば、魚類など 学童～成人： 甲殻類、魚類、小麦、果物類、そば、ピーナッツなど	鶏卵、牛乳、小麦、大豆など (+) その他の多く (±)	(++)	IgE依存型	
特殊型	食物依存性運動誘発アナフィラキシー (FEIA/FDEIA)	学童期～成人期	小麦、エビ、イカなど	(±)	(+++)	IgE依存型
	口腔アレルギー症候群 (OAS)	幼児期～成人期	果物・野菜など	(±)	(+)	IgE依存型

*慢性の下痢などの消化器症状、低タンパク血症を合併する例もある。
全ての乳児アトピー性皮膚炎に食物が関与しているわけではない。

※機序…仕組み、メカニズム

② アトピー性皮膚炎

悪化と軽快を繰り返す、かゆみのある湿疹を主体とする疾患。多くの子どもは、アトピー素因 (#1) を持ちます。

#1. アトピー素因：アレルギー疾患（気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、アトピー性皮膚炎のうちのいずれか、あるいは複数の疾患）の家族歴・既往歴の存在、または IgE 抗体を産生しやすい素因。

1) アトピー性皮膚炎の症状

掻痒感（かゆみ）が症状の主体ですが、皮膚の乾燥や物理的に掻いたり擦れたりすることで、さまざまな特徴を持った湿疹を示します。その特徴は、紅斑や丘疹、長期に悪化した場合のザラザラした皮膚（苔癬化）、色素沈着などで、乳児期では頬、額、頭部から始まり、身体や手足、特に首や関節の屈曲部に広がります。

2) アトピー性皮膚炎の治療

治療は、まず、アレルギーの原因・増悪因子を取り除くことで、掻把、汗、食物アレルギー、ダニ、花粉などを回避します。スキンケアは、皮膚の清潔を保ち、保湿が中心となります。口の周りのよだれや食べこぼしなどをぬぐい、シャワーや入浴で体の汗や汚れを落とした後に保湿剤を使用します。薬物療法には、皮膚の炎症を抑えるステロイド等の外用剤を、医師の指示に従って、症状の程度、部位、年齢によって適切なランク別に使分けます。

③ 気管支喘息

気道の可逆性の狭窄性病変と、持続性炎症および気道リモデリング（#2）などの組織変化からなる病理像を示す疾患です。喘鳴を伴う呼吸困難は、通常は自然ないし治療により軽快、治癒しますが、適切な治療を受けない場合、ごく稀には死亡につながります。

#2. 気道リモデリング：慢性的な気管支の炎症によって気道に傷害が生じた場合に、もとの構造とは異なる構造に改築・修復（リモデリング）される結果、気道壁が肥厚し気管支の内腔が狭くなる現象。

1) 気管支喘息の症状

咳、喘鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）、呼吸困難【16 ページ】。なお、乳幼児期には、気道感染時に発熱、咳嗽や鼻汁に加えて、喘鳴を主たる症状とする「喘息性気管支炎」が起きる場合も少なくありません。

2) 気管支喘息の治療

急性発作に対する治療は、発作の治療に応じて、気管支拡張薬の吸入やステロイド薬の投与、酸素投与などが行われます。治療は発作時だけでなく、持続性気道炎症への長期的治療が重要です。年齢と喘息症状の程度や頻度から、間欠型、軽症、中等症、重症に分類して、内服薬や吸入薬の治療法を選択します。また、子どもの環境調整、日常生活に応じた環境因子の回避、運動や日常生活の指導が行われます。

※ アレルギーマーチ

乳児期にはアトピー性皮膚炎や食物アレルギーの症状を示し、成長に伴って、幼児から学童期には気管支喘息、その後アレルギー性鼻炎やアレルギー性結膜炎が主症状となるといったように発症、増悪、軽快を繰り返すことを「アレルギーマーチ」といいます。

.....

【参考】 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 平成 24 年 3 月）
第 4 章 食物アレルギーへの対応

1 保育所での食物アレルギー対応に関する現状及び問題点

<現状>

- (1) 保育所で預かる乳児・幼児は、学童に比べて食物アレルギーの頻度が高い。
- (2) 保育所ごとに食物アレルギーの対応が異なっており、現場では著しい混乱がある。
- (3) 給食対応は様々であり、誤食事故も頻発している。
- (4) 乳幼児の食物アレルギーの9割は乳児アトピー性皮膚炎を合併して発症している。
- (5) 乳幼児期のアトピー性皮膚炎では食物抗原特異的IgE抗体の偽陽性が多い。
- (6) 学童期に比べるとアトピー性皮膚炎との関連も乳児期・幼児早期は認められる。
- (7) “食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎”から“即時型”への移行もある。
- (8) 乳幼児期には食物アレルギーの寛解（耐性化）も多く、変化が早い。
- (9) 標準的な診断・治療を受けていない子どもも多くみられる。
- (10) 近隣の開業医、施設長・保育士・栄養士の食物アレルギーに関する知識が最新の情報ではない。
- (11) 病診連携（開業医と専門医の連携）が不十分で正しい指導を受けていない例や食物経口負荷試験未実施例も多い。

<問題点>

【乳児】

- ・ 最も早くて産休明け（8週）から預ける場合がある。
- ・ 乳児期には顔面に湿疹が出現する乳児は約3割存在し、その半数程度が慢性に経過するかゆみのある湿疹である。
- ・ 慢性に経過するかゆみのある湿疹の中から食物アレルギーが関与している湿疹を見極める必要がある。
- ・ 保育所に在籍する乳児はアトピー性皮膚炎未発症あるいは診断が確定していない例も多い。
- ・ 乳児では育児用粉乳として予防用ミルク、加水分解乳・アミノ酸乳が使われている場合がある。
- ・ 乳児では診断を確定していく時期であるのでIgE抗体の感作陽性だけで除去を指示されている場合も多い。
- ・ 離乳食を進める時期なので未摂食のものも多く、初めて食べ、発疹が出るとアレルギーを疑うことがある。

【幼児】

- ・ 幼児期の食物アレルギーは時々刻々変化する（治る例も多い）ので、常に見直しが必要である。
- ・ 保育所での幼児食の食物除去の対応が細分化されていて煩雑であり、誤食の誘因となっている。
- ・ 保育所に在籍する子どもが自己管理できないことにより誤食事故が発生しうる。
- ・ 間違った知識や指示に基づいて過剰な食物除去をしていることも多い。

2 保育所における食物アレルギー対応の原則（除去食の考え方等）

- (1) 食物アレルギーのない子どもと変わらない安全・安心な、保育所での生活を送ることができる。
- (2) アナフィラキシー症状が発生したとき、全職員が迅速、かつ適切に対応できる。
- (3) 職員、保護者、主治医・緊急対応医療機関が十分に連携する。
- (4) 食物除去の申請には医師の診断に基づいた生活管理指導表が必要である。（診断時＋年1回の更新）
- (5) 食物除去は完全除去を基本とする。
- (6) 鶏卵アレルギーでの卵殻カルシウム、牛乳アレルギーでの乳糖、小麦での醤油・酢・麦茶、

大豆での大豆油・醤油・味噌、ゴマでのゴマ油、魚でのかつおだし・いりこだし、肉類でのエキスなどは除去の必要がないことが多いので、摂取不可能な場合のみ申請する。

- (7) 除去していた食物を解除する場合は親からの書面申請で可とする。
- (8) 家で摂ったことがない食物は基本的に保育所では与えない。
- (9) 共通献立メニューにするなど食物アレルギーに対するリスクを考えた取り組みを行う。
- (10) 常に食物アレルギーに関する最新で、正しい知識を職員全員が共有し、記録を残す。

5 誤食について

誤食事故は保育所では給食やおやつ提供のときに起こることが大多数である。日本保育園保健協議会による調査でも保育所ではしばしば起きており、医療機関の受診を必要とする場合もかなりある。

誤食事故の発生要因として

- ① 人的エラー（いわゆる配膳ミスなど）
- ② ①を誘発する因子として煩雑な細分化された食物除去の対応
- ③ 保育所に在籍する子どもが幼少のために自己管理できないことが考えられる。

人的エラーの対策としては食事内容を記載した配膳カードを作成し食物アレルギー児の調理、配膳、食事の提供までの間に2重、3重のチェック体制をとること、食物アレルギー児の食器の色などを変えて注意喚起することなどが上げられる。

煩雑な細分化されすぎた食物除去の対応は給食のところで述べているように誤食の誘因となるので、できるだけ単純化された対応（完全除去か解除）を基本とする。食物アレルギー児への食事の提供の際には十分な人員の配置と管理が必要である。

.....

(2) アナフィラキシー

アレルギー反応により、蕁麻疹などの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、息苦しさなどの呼吸器症状が複数同時にかつ急激に出現した状態をアナフィラキシーといいます。その中でも、血圧が低下し、意識レベルの低下や脱力をきたすような場合をアナフィラキシーショックと呼び、直ちに対応しないと生命に関わるので救急対応が必要です。

① アナフィラキシーの原因

保育所に入所する乳幼児のアナフィラキシーの原因のほとんどは食物です。

② アナフィラキシーの症状

皮膚が赤くなったり、息苦しくなったり、激しい嘔吐などの症状が複数同時にかつ急激にみられますが、最も注意すべき症状は、血圧が下がり、意識が低下するなどのアナフィラキシーショックの状態です。迅速に対応しないと生命に関わります。

③ アナフィラキシーの治療

具体的な治療は重症度によって異なりますが、意識状態や呼吸、心拍の状態、皮膚色の状態を確認しながら必要に応じて一次救命処置を行い、医療機関への搬送を急ぎます。アドレナリン自己注射薬である「エピペン®注射液」（商品名）の処方を受けて保育室で預かっている場合には、適切なタイミングで注射することが効果的です。

※ アナフィラキシーが疑われる際の対応

- ・ 意識障害などがみられる子どもに対しては、まず適切な場所に足を頭より高く上げた体位で寝かせ、嘔吐に備え、顔を横向きにします。
- ・ 意識状態や呼吸、心拍の状態、皮膚色の状態を確認しながら、必要に応じて一次救命処置・救急搬送を行います。
- ・ エピペン®が処方されている子どもでアナフィラキシーショックを疑う場合、表7の症状が一つでもあれば使用すべきです。

表7. 一般向けエピペン®の適応

消化器症状	・ 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
呼吸器症状	・ のどや胸が締め付けられる	・ 声がかすれる
	・ 持続する強い咳き込み	・ ゼーゼーする呼吸
全身症状	・ 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

日本小児アレルギー学会 平成 25 年 7 月

病児・病後児保育施設でのアナフィラキシー対策のポイント

エピペン®を処方されている子どもが事前登録した際には、エピペン®研修を受け、実際に使用できるようにしておくことが重要です。

(3) 熱性けいれん

熱性けいれんは、発熱性疾患の発症 1～2 日目頃に、急激な体温上昇に伴って起きる全身のけいれん発作で、15 分以内に改善する「単純型」が多くを占めます。おおむね 1 歳から 2 歳頃に初めて起こすことが多く、日本の子どもでは 5%以上の子どもが経験し、親やきょうだいにも熱性けいれんの既往歴のあることが多いです。熱性けいれんは熱の上がり際に多く、突然意識がなくなり、白目を向いて、身体を反らせるように硬くしたり、手足をガクガク震わせる状態です。

① 熱性けいれん時の対応

- ・ チアノーゼ、呼吸抑制、意識消失があっても慌てず、落ち着いて対応しましょう。
- ・ けいれんが起こった際に、時計で時刻を確認し、記録しておきます。
- ・ 衣服を緩くし、特に首の周りを緩くします。
- ・ 顔を横に向け、吐いた物が気道に入らないようにします。
- ・ 吐物や分泌物が、口の周りや鼻孔にたまっていたら、ガーゼで拭き取ります。
- ・ 歯を食いしばっている時でも、口の中に物は入れません。
- ・ 体温を測定し、発作の長さ（持続時間）と特徴（左右差、眼球偏位など）を観察記録します。
- ・ 口から薬や飲み物は与えません。
- ・ 元の状態に戻るまでは、必ずそばにいきましょう。

- 抱っこなどで激しく揺すったり、大声で呼びかけたりして、大きな刺激は与えません。
- クーリングを施し、医師に指示されている場合には、坐薬を使用します。

熱性けいれん時に記録が必要な内容

けいれんが続いた時間、発作中の身体の様子、体温、
けいれんが終わってから意識が戻るまでの時間

② 熱性けいれんにおいて緊急に受診が必要な状況

- けいれんが 10 分以上続く場合（＝けいれん重積状態）
- ※ ただし、一般の家庭内で自分の子どもをみる場合と違い、病児保育や保育の現場ではリスク管理の観点からも考える必要があるので、熱性けいれんが「3分」あるいは「5分」持続する場合には、受診（状況に応じて救急搬送）が必要です。
- 初めてのけいれん
 - 1歳未満の乳児けいれん
 - 短い間隔で繰り返しけいれんが起これ、この間、意識障害が続くとき
 - 身体の一部のけいれん、または全身性であるが部分優位性のあるけいれん（部分発作）
 - 発熱と発作に加え他の神経症状（重度の昏睡状態や麻痺など）を伴うとき
 - けいれんの前後に頭痛や嘔吐、意識障害を伴う場合
 - けいれんが左右非対称な場合
 - けいれん後に麻痺が見られる場合

③ 熱性けいれんの予防

熱性けいれんは 3 人に 2 人は生涯に 1 度だけですが、3 人に 1 人は繰り返します。けいれんが長く続くと脳障害（知能障害や運動障害、後年のてんかん発症など）を残す可能性がありますので、熱性けいれんが長く続いたり、2～3 回以上起こした場合などに、熱性けいれんの予防をします。予防に使用する薬は、ジアゼパム坐薬「ダイアップ坐薬®」（商品名）で、熱性けいれんの再発を 3 分の 1 程度に抑えられます。熱性けいれんは体温が急激に上昇する時に発症しやすいため、一般的には 37.5 度以上の熱に気づいた時点で投薬し、8 時間後に熱が続いていたらもう 1 度使用します。この予防法は 2 年間、または 5 才頃まで行われます。なお、解熱剤（アセトアミノフェン坐薬：商品名アンヒバ®坐薬など）を使用する際には、ジアゼパムの吸収が阻害されるので、ジアゼパム坐薬の使用を優先し、アセトアミノフェン坐薬はジアゼパム坐薬投与後 30 分以上経過してから使用してください。

事前登録の際に、熱性けいれんの既往を確認しておきます。

熱性けいれんの既往がある場合は、

- 保護者から、けいれんが起こった時の状況を聞いておきます。
- 発熱及びけいれん時の対応等、医師からの指導内容を確認しておきます。

(4) 乳幼児突然死症候群 (SIDS : Sudden Infant Death Syndrome)

① SIDS の定義

SIDS とは、それまで元気にすくすくと育っていた赤ちゃんが、事故や窒息ではなく、眠っている間に突然死亡してしまう病気です。「それまでの健康状態および既往歴からその死亡が予測できず、しかも死亡状況調査および解剖検査によってもその原因が同定されない、原則として1歳未満の児に突然の死をもたらした症候群」と定義されています。

② 保育現場で起きる可能性があります

わが国での発症頻度は、おおよそ出生 6,000～7,000 人に 1 人と推定され、生後 2 か月から 6 か月に多く発生しますが、稀には 1 歳以上で発症することがあることから、0～2 歳児を預かる保育中に起きる可能性があります。

② SIDS の原因は完全にわかっていません

SIDS の原因は完全にわかっていませんが、図 5 のような病態が考えられています。乳児の呼吸は、一定間隔で安定して呼吸をするパターン (a. 安定した呼吸) だけでなく、10～20 秒程度の生理的な無呼吸を伴うパターンも繰り返しています (b. 生理的な無呼吸)。SIDS では、無呼吸時に起きる覚醒反応が何らかの理由で遅延するために病的な無呼吸が引き起こされると考えられています (c. 覚醒反応の遅延)。

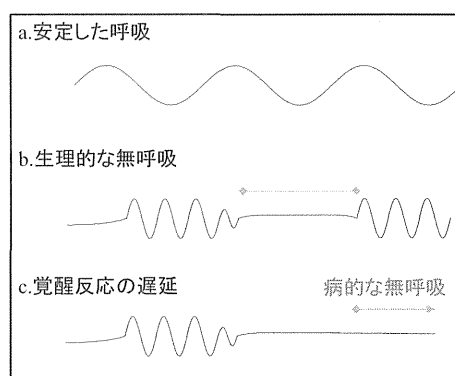


図 5. 乳児の呼吸パターン

④ SIDS は睡眠中に起こる突然死です

睡眠中の無呼吸と関連が強いため、乳児などの入眠中の観察が重要となります。入眠中には、バイタルサイン (表 8) や顔色、姿勢、寝具がまとわりついていないかなどの十分な観察と記録が必要となります。

表 8. 正常な子どものバイタルサイン

	脈拍数 (1 分間)	呼吸数 (1 分間)
乳 児	110～130	30～40
幼 児	90～120	20～30
学 童	80～90	18～20

病児・病後児保育施設での SIDS 対策

- 特別な理由以外は、うつ伏せ寝で寝かすことはやめます。
- 乳児が睡眠中には、間隔を決めて顔色や呼吸等の様子をチェックし記録します。
- 乳児の睡眠中の観察が、「今」十分であるか確認します。例えば、タオルなどが顔にかかっているか、ベッド柵は上がっているか等。
- 敷布団は硬めのもの、掛布団は軽いものを使用し、枕は使わないようにします。
- 保育者は、心肺蘇生法【31～34 ページ】ができるか、自己チェックをします。

※ SIDS の原因が完全に究明されていないため、発症を 100%防ぐことは困難です。しかし、危険因子が同定されているので、危険因子を軽減することが大切です。保育施設でも、乳児を寝かせる時は、仰向けにします。

SIDS の危険因子：①うつ伏せ寝 ②人工栄養児 ③両親の喫煙習慣

⑤ 万が一 SIDS が疑われた場合の対応

- ・ まず一次救命処置【31～34 ページ】を行い、救急隊に引き継いだ直後に、最優先で保護者に連絡します。
- ・ その後できるだけ早期に、それまでの記録を整理します。特に気づいた時の乳児の状況（姿勢や位置、吐物がなかったか）、布団やベッドの状態、その直前までの記録を整理し、記入漏れがあればその場で記入しておきます。担当保育者は、SIDS と最終的に判断されるまでは、医療従事者や警察等から質問を受ける立場となり、重大な罪責感と対象児への思慕の念から、通常の状態を保てなくなることもあります。管理者は、担当保育者の話を傾聴する必要があります。また、日頃から SIDS が起きたときの手順を、書面にして整理しておく必要があります。
- ・ 本当に辛いのは、子どもを亡くした家族です。多くは保育者側に対して猜疑感を持つこととなります。SIDS は事故ではなく、ある程度不可避な病気です。家族との日頃からの十分な信頼関係があれば、保育者が家族と悲しみを共有し、心理的なサポートを共有できる可能性もあります。

※ 乳幼児突発性危急事態（ALTE; Apparent Life Threatening Event）

健康だった乳幼児が無呼吸、チアノーゼなどの状態で発見され、救命された場合に診断され、「呼吸の異常、皮膚色の変化、筋緊張の異常、意識状態の変化のうちの 1 つ以上が突発発症し、児が死亡するのではないかと観察者に思わしめるエピソードで、回復のための刺激の手段・強弱の有無、および原因の有無を問わない徴候とする」と定義されています。ALTE は SIDS と別の病態と考えられています。

(5) 環境整備と緊急時体制

① 子どもの事故対策の基本

- ・ 子どもの監視のみで、完璧に事故を防ぐことはできません。
- ・ 万が一、事故が起きたとしても、死亡や重大な事故とならないための保育環境づくり（表 9）、日頃からの点検および緊急対応の準備を確実に行いましょう。

表 9. 保育現場での子どもの事故予防のポイント

誤飲	乳児：床にものを置かない。 幼児：きちんと片付ける、戸棚・引き出しに鍵をする。
衝突	机などの角のガード
転落	ベランダや窓の施錠。近くに足場となるものは置かない。 階段へのガード柵の設置。
熱傷	ファンヒーターなどのガード。火を使う作業は保育中には行わない。