

目次

はじめに	2
総論	
1. 病児保育事業概要	
(1) 地域子ども・子育て支援事業としての病児保育事業	2
(2) 地域連携による子育て支援の必要性	4
2. 病児・病後児保育における保育士・看護師等研修	
(1) 研修実施体制	5
(2) 研修内容と対象	5
(3) 研修の実際	7
各論	
1. 病児・病後児の発達・心理を理解したうえでの遊び	
(1) 子どもの発達と発達段階をふまえた接し方	8
(2) 病気の子どもの心理	10
(3) 病気の子どもに安心感を与える保育・看護	11
(4) 病気の子どもの安静を保ちながらできる遊び	12
2. 病児・病後児保育を利用する子どもの主な症状と対応	
(1) 発熱	14
(2) 咳嗽	15
(3) 下痢	16
(4) 嘔吐	17
3. 薬に関する知識	
(1) 乳幼児の薬	18
(2) 薬の与え方	20
4. リスクマネジメント	
(1) アレルギー	21
(2) アナフィラキシー	25
(3) 熱性けいれん	26
(4) 乳幼児突然死症候群 (SIDS)	28
(5) 環境整備と緊急時体制	29
(6) 子どもの一次救命処置法	30
5. 病児・病後児保育における感染症対策	
(1) 感染経路を理解したうえでの対策	37
(2) 病児・病後児保育における感染対策の実践ポイント	40
(3) 注意が必要な主な感染症とその対策	41
(4) 予防接種	50
6. 子どもが病気の時の保護者支援	53
おわりに	54

【参考添付資料】事前登録票(例)

はじめに

平成 25 年度厚生労働科学研究「病児・病後児保育の実態把握と質向上に関する研究」班の全国調査の結果から、病児・病後児保育施設の多くが、従事する保育士・看護師等研修を必要としているが、実際には十分な研修がなされていない現状にあると認識していることが明らかとなりました。全国病児保育協議会加盟施設を中心に、都市部には既に複数存在する病児・病後児保育施設が連携体制のもとに、研修体制が構築されている地域もありますが、一部の地域に限られている現状があります。

病児・病後児に対して適切な保育・看護を実践するために、保育士には一般の保育にプラスして、小児の感染症や病態に関する知識を習得した上で、個々の状態に合わせた保育の実践が、看護師または保健師（以下、看護師等）には医療機関での看護とは異なる小児の発達心理等をふまえた専門性が求められ、一定の研修や実習による人材育成の推進が必要とされています。この度、病児・病後児保育施設において必要とされている研修が、全国各地で実施可能になることを目的として、病児・病後児保育における保育士・看護師等のためのハンドブックを作成いたしました。また、保育所においても、日常の保育のなかで、体調不良となった児童への適切な対応は重要であり、保育所の保育士・看護師等にも役立つ内容となっています。このハンドブックの活用により、地域全体の保育保健が向上することを願っております。

総論

1. 病児保育事業概要

(1) 地域子ども・子育て支援事業としての病児保育事業

核家族化や女性の社会進出により、低年齢から集団保育に入る児童が増加しています。集団保育に入ると特に最初の年は、入所児童は様々な感染症に罹患しやすいです。病気やけがをした子どもの看護等のために休暇を取ることができる子の看護休暇の充実に対する社会の理解が進むことが期待されます。一方、社会的責任を果たすために、子どもの急な発熱等に際し、親が急に休むことのできない場合もあります。病児保育事業は、子ども・子育て支援新制度(図 1-a)においては子ども・子育て支援法第 59 条に基づく地域子ども・子育て支援事業(図 1-b)の 1 事業として位置づけられています。子どもが病気の際および回復期で、親が休めない時に、保育士・看護師等が保護者に代わって子どもの状態に合わせた適切な保育・看護を行う場所が病児・病後児保育施設です。子どもがゆっくりと安心して過ごし回復を促す病児・病後児保育の存在は、いざという時の親子の安心につながる子育て支援です。

すべての子どもたちが、
笑顔で成長していくために。
すべての家庭が安心して子育てでき、
育てる喜びを感じられるために。
「子ども・子育て支援新制度」が
スタートします。



平成24年8月、日本の子ども・子育てをめぐる様々な課題を解決するために、「子ども・子育て支援法」という法律ができました。

この法律と、関連する法律に基づいて、幼児期の学校教育や保育、地域の子育て支援の量の拡充や質の向上を進めています

「子ども・子育て支援新制度」が、平成27年4月に本格スタートします。

この新制度の実施のために、消費税が10%になった際の増収分から、毎年7,000億円程度が充てられることになりました。

貴重な財源を子ども・子育て支援のために効果的に活用していきます。

こんな取組みを進めていきます！

- 1 幼稚園と保育所のいいところをひとつにした「認定こども園」の普及を図ります。
- 2 保育の場を増やし、待機児童を減らして、子育てしやすい、働きやすい社会にします。
- 3 幼児期の学校教育や保育、地域の様々な子育て支援の量の拡充や質の向上を進めます。
- 4 子どもが減ってきている地域の子育てもしっかり支援します。

●シンボルマーク(青組)について一罰制度の中心である子どもたちが、個性豊かに成長し活躍する姿により、豊かに育つ姿を子どもたちに伝えていくことを目指しています。

目次	新制度で増える教育・保育の場	05	認定に当たって	13
	地域の子育て支援の充実	07	利用費負担のイメージ	15
	新制度の利用の流れ	11	Q&A	17

図 1-a. 子ども・子育て支援新制度 (内閣府 <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/>)

地域の子育て支援の充実 ②

地域子育て支援拠点

- 地域の身近なところで、気軽に親子の交流や子育て相談ができる場所を増やしていきます。
- 公民館や保育園など、様々な場所で、行政やNPO法人などが担い手となって行います。

一時預かり

- 専ら用事や短時間のパートタイム勤務など、子育て家庭の様々なニーズに合わせて、一時預かりを利用しやすくしていきます。

※上記のほかにも利用方法があります。
 ● 保育園や幼稚園で実施される「一時預かり」
 ● 公民館・児童館などでの実施
 ● 児童館を対象とした一時預かり(種別保育)
 ● 保育園や認定こども園、幼稚園等での、空き定員を利用した一時預かり
 ● 幼稚園の一時預かり

病児保育

- 病気や養育の子どもも、保護者が家庭で保育できない場合に、病院・保育園などに付設されたスペースで預かります。
- 保育園などの施設によっては、保育中の休職不登園を、保護者の迎えまで変換に預かることもあります。

ファミリー・サポート・センター

- 乳幼児や小学生等の子育て中の保護者を会員として、子どもの預かり等の援助を受けることを希望する方と、援助を行うことを希望する方との相互に助け合う活動に関する連絡、調整を行います。

養育支援訪問

- 養育支援が特に必要に家庭を訪問し、養育に関する指導・助言等を行うことにより、ご家庭の適切な養育の実施を支援します。

乳児家庭全戸訪問

- 生後4か月までの乳児がいる全ての家庭を訪問し、子育て支援に関する情報提供や養育指導等の援助を行います。

妊婦健康診査

- 妊婦の健康保持及び産後を促すため、妊婦に対する健康診査として、①健康状態の把握、②検定検査、③保健指導を実施するとともに、妊婦期間中の適時に必要に応じた医学的検査を実施します。

新制度の取組みは、住民にもっとも身近な市町村が中心となって進めます。

- ・市町村は地域の子育て家庭の状況や、子育て支援へのニーズをしっかりと把握し、様々な施設・事業など支援のメニューの中から、地域のニーズに見合ったものを計画的に整備し、実施していきます。
- ・計画的な取組みを進めるため、市町村は新制度の開始(平成27年4月)から5年間の計画期間とする、「市町村子ども・子育て支援事業計画」をつくります。
- ・経連府県や国は、こうした市町村の取組みを制度面、財政面などで支えています。

※お住まいの地域で実際にどのような支援が提供されるかは、市町村におたずねください。

図 1-b. 地域子ども・子育て支援事業 (内閣府 <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/>)

(2) 地域連携による子育て支援の必要性

保護者にとっては、子どもが集団保育に入る前にかかりつけ医を持ち、接種できる予防接種を済ませ、子どもが病気の時にどう適切に対応するのが事前に準備しておくことも大切です。また、保育所での保育中に子どもが体調不良となることは、決して珍しいことではありません。保護者が迎えに来るまでの間、保育所は体調不良児への適切な対応とともに、感染を拡大させないための対応をとる必要があります。保育所には、地域の医療機関等と連携して保育所に入所した子ども達の健康を守っていくことが求められています。核家族化や地域のつながりの希薄化などで、孤立した子育てが増加傾向にあり、家庭での養育力や子どもの病気への対応力が低下している現状にあります。保育所、医療機関及び病児・病後児保育施設が連携することで、家庭や保育所において、子どもが体調不良となった際に早期からの適切な対応により回復を早め、保育所入所児童の健康管理が向上することが期待されます。

なお、本研究班は、保護者向けに、保育所に入所した子ども達の健康管理のポイント及び病児・病後児保育についての情報をわかりやすくまとめた「はたらくパパ・ママ 知ってる？病児・病後児保育～子どもの病気あわてないガイド～」(図2)を web で公開していますので、ご活用ください。



図2 . はたらくパパ・ママ 知ってる？病児・病後児保育～子どもの病気あわてないガイド～
http://www.kpu-m.ac.jp/doc2/guide_for_childrens_sick/FLASH/index.html

2. 病児・病後児保育における保育士・看護師等研修

(1) 研修実施体制

病児・病後児保育の質が向上するためには、各地域において、従事者研修が実施されることが望まれています。研修が各地域で実施されるためには、地域の状況や資源を把握している市町村（特別区を含む；以下、市町村とする）または都道府県が実施調整主体となることが適切であると考えられます。必要に応じて、病児・病後児保育施設、保健所、全国病児保育協議会への協力要請も検討しましょう。自治体等からの要請に応じ、全国病児保育協議会からは、研修等への講師派遣が可能となっています。地域に病児・病後児保育に精通した施設等が存在する場合は、地域研修を当該施設に委託することも可能と考えられます。

- ・ 病児保育事業の実施主体は市町村であり、各市町村に複数の病児・病後児保育施設が存在する場合は、市町村保育担当課が中心となり当該施設間および地元医師会や保育所等関係機関との連携体制を構築し、協議の場と研修体制を整備することが望まれます。
- ・ 病児・病後児保育施設が1施設のみである市町村などの場合は、2次医療圏や保健所管轄地域などの広域または都道府県での研修実施も必要と考えられます。

(2) 研修内容と対象

基礎研修内容は、地元医師会や保育所等の協力を得ることで各地域の人材で実施できる内容です（表1）。また、平成21年4月に施行された「保育所保育指針」（平成20年厚生労働省告示第141号）の第5章「健康及び安全」の冒頭では「子どもの健康及び安全は、子どもの生命の保持と健やかな生活の基本であり、保育所においては、一人一人の子どもの健康の保持及び増進並びに安全の確保とともに、保育所の子ども集団全体の健康及び安全の確保に努めなければならない」とあり、保育所の日常においても、子どもの体調不良が発生した場合の適切な対応が求められています。病児・病後児保育施設の保育士・看護師等を対象とした内容で作成したハンドブックですが、保育所の保育士・看護師等にも役立つ内容となっています。地域全体で保育関係の保育士・看護師等を対象とした研修を行うことで、その地域全体の保育保健の充実・強化さらには有用な連携体制（図3）につながることを期待されます。

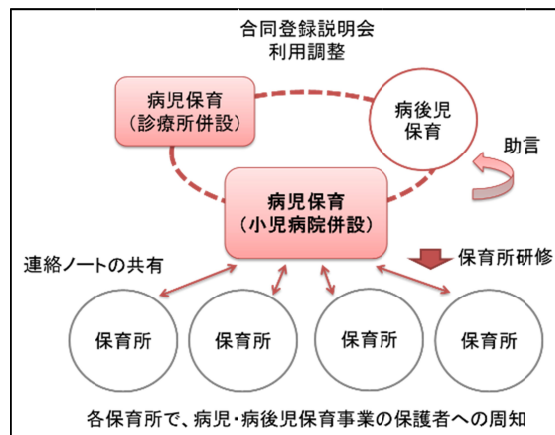


図3. 地域における保育所と病児・病後児保育施設の連携例（大阪市）

表 1．病児保育事業における保育士・看護師等対象基礎研修内容

内 容		研修時間の目安	研修担当職種
総論	1．病児保育事業概要	30分	市町村担当者
	(1) 地域子ども・子育て支援事業としての病児保育事業		
	(2) 地域連携による子育て支援の必要性		
	2．病児・病後児保育における保育士・看護師等研修		
	(1) 研修実施体制		
	(2) 研修内容と対象		
(3) 研修の実際			
各論	1．病児・病後児の発達・心理を理解したうえでの遊び	60分	保育士または臨床心理士、看護師・保健師等
	(1) 子どもの発達と発達段階をふまえた接し方		
	(2) 病気の子どもの心理		
	(3) 病気の子どもに安心感を与える保育・看護		
	(4) 病気の子どもの安静を保ちながらできる遊び		
	2．病児・病後児保育を利用する子どもの主な症状と対応	60分	小児科医または看護師等
	(1) 発熱		
	(2) 咳嗽		
	(3) 下痢		
	(4) 嘔吐		
	3．薬に関する知識	30分	*4-(6)子どもの一次救命処置法は、救命救急士(消防署)または幼児安全法指導員(日本赤十字社)も可
	(1) 乳幼児の薬		
	(2) 薬の与え方		
	4．リスクマネジメント	90分	
	(1) アレルギー		
	(2) アナフィラキシー		
	(3) 熱性けいれん		
	(4) 乳幼児突然死症候群(SIDS)		
	(5) 環境整備と緊急時体制		
	(6) 子どもの一次救命処置法*	90分	
	5．病児・病後児保育における感染症対策	90分	
(1) 感染経路を理解したうえでの対策			
(2) 病児・病後児保育における感染対策の実践ポイント			
(3) 注意が必要な主な感染症とその対策			
(4) 予防接種			
6．子どもが病気の時の保護者支援	30分	小児科医または看護師・保健師、保育士等	

- 研修時間の目安は合計8時間となります。
- 基礎研修は、本内容を基に、1~2日で企画されることが望めます。
- 基礎研修の最後に、総合演習として、履修した内容について振り返りグループ討議を行ったり、実際の病児・病後児保育見学実習を行うとより効果的です。

【参考】 保育所保育指針（抄）（平成 20 年 3 月 28 日 厚生労働省告示第 141 号）

第五章 健康及び安全

子どもの健康及び安全は、子どもの生命の保持と健やかな生活の基本であり、保育所においては、一人一人の子どもの健康の保持及び増進並びに安全の確保とともに、保育所の子ども集団全体の健康及び安全の確保に努めなければならない。

1 子どもの健康支援

（中略）

（3）疾病等への対応

ア 保育中に体調不良や傷害が発生した場合には、その子どもの状態等に応じて、保護者に連絡するとともに、適宜、嘱託医や子どものかかりつけ医等と相談し、適切な処置を行うこと。看護師等が配置されている場合には、その専門性を生かした対応を図ること。

イ 感染症やその他の疾病の発生予防に努め、その発生や疑いがある場合には、必要に応じて嘱託医、市町村、保健所等に連絡し、その指示に従うとともに、保護者や全職員に連絡し、協力を求めること。また、感染症に関する保育所の対応方法等について、あらかじめ関係機関の協力を得ておくこと。看護師等が配置されている場合には、その専門性を生かした対応を図ること。

ウ 子どもの疾病等の事態に備え、医務室等の環境を整え、救急用の薬品、材料等を常備し、適切な管理の下に全職員が対応できるようにしておくこと。

保育中に体調不良や傷害が発生した場合

子どもの状態等に応じて、保護者に連絡するとともに、適宜、嘱託医やかかりつけ医と相談するなどの対応が必要です。特に、高熱、脱水症、呼吸困難、痙攣といった子どもの症状が急変や事故など救急対応が必要な場合には、嘱託医・かかりつけ医または適切な医療機関に指示を求めたり、受診します。必要な場合は救急車の出動を要請するなど、迅速に対応する必要があります。

なお、このような子どもの症状に対して、全職員が正しい理解を持ち、基本的な対応等についても、熟知していることが望めます。

（3）研修の実際

基礎研修

保育士・看護師等が初めて病児・病後児保育施設に従事する際には、基礎研修が実施され、研修実施期間は地域の状況等に応じ、1～2日で調整されることが望めます。

フォローアップ研修

基礎研修後、1年に1回はフォローアップ研修を実施することが望めます。この際、病児・病後児保育施設における実践を振り返り、小児科医等から助言を得られるように工夫するとよいでしょう。

市町村、病児・病後児保育施設従事者、関係機関等により意見交換できる協議会を開催し、基礎研修後のフォローアップ研修の内容を協議し継続して実施していくことが望めます。地域関係機関との協力連携に基づく研修を実施することにより、孤立しがちな病児・病後児保育施設が、地域関係機関との連携を築く機会になるものと期待されます。

各 論

1. 病児・病後児の発達・心理を理解したうえでの遊び

子どもは、病気の中にあっても日々発達しています。そして、子どもの生活は、そのほとんどが遊びといっても過言ではありません。なぜなら、子どもは遊びを通して発達しているからです。このように、子どもの発達と遊びは密接な関係にあり、病児保育に携わるスタッフは、まず、そのことをふまえて、子どもの発達についての知識と、発達に合わせた遊びを子どもに提供できるような知識も求められます。

(1) 子どもの発達と発達段階をふまえた接し方

0 歳児

〔子どもの姿〕

- 1) 大人との関わりを求めます
- 2) 著しく心身が成長します
- 3) 睡眠時間や排泄の間隔、ミルクや離乳食の量等、個人差が大きいです
- 4) 身近な人に愛着をもちます
- 5) 探索心が育ちます
- 6) 五感が育ちます

〔子どもへの接し方〕

- 1) 子どものサインに感性豊かに気づいて対応します
- 2) 発達段階を適切に捉えて、必要な援助をします
- 3) 一人一人の生活リズムに合わせて保育します
- 4) 安定して過ごせるように一対一対応を心がけます
- 5) 探索行動が広がるような環境を設定します
- 6) 音楽や歌、木製やきれいな色彩の玩具等良い刺激となる環境を整えます

1 歳児

〔子どもの姿〕

- 1) 「自分」の思いを持ち始めます
- 2) 道具が使えるようになります
- 3) 片言の言葉で共感し合えるようになります
- 4) 「オンナジ」を楽しみます
- 5) 好き・嫌いをはっきり出すようになります

〔子どもへの接し方〕

- 1) 言葉にできない子どもの思いを大切に受け止めます
- 2) 様々な素材を用意して、いろいろな物と出会わせます
- 3) 「おいしいね」など体験と言葉が結びつくようにします
- 4) 同じことをして遊ぶ体験をつくります

5) 子どもの主張に丁寧につきあいます

2 歳児

〔子どもの姿〕

- 1) 何でも自分でやりたがります
- 2) 感情の揺れが大きくみられます
- 3) 何でもまねをしたがります
- 4) 友だちと一緒に楽しい!と思えるようになります
- 5) “みたて・つもり”遊びをします
- 6) 言葉をどんどん覚えます

〔子どもへの接し方〕

- 1) 「自分でやろう」という気持ちを励まします
- 2) 子どもの気持ちに振り回されず、甘えたい気持ちを受け止めます
- 3) 子どもの行動モデルとして適切な行動をします
- 4) 遊びが続くように子ども達の仲介をします
- 5) 子どもの言葉を大切に受け止め、話す楽しさを伝えます

3 歳児

〔子どもの姿〕

- 1) 基本的な運動機能が身につきます
- 2) 身の回りのことが出来るようになります
- 3) 言葉が著しく発達します
- 4) 友達を求めるようになります
- 5) ごっこ遊びが盛んになります
- 6) 決まりを守ろうとします

〔子どもへの接し方〕

- 1) 遊びながら、はさみの使い方など安全な使い方を知らせます
- 2) 痛かったり、つらい時など「甘えたい」気持ちを受け止めます
- 3) 子どものおしゃべりをゆったり楽しみます
- 4) 友達といると楽しいという体験を大切にします
- 5) イメージの世界で遊ぶ楽しさを広げます
- 6) みんなが気持ちよく生活するためにルールがあることを知らせます

4 歳児

〔子どもの姿〕

- 1) 自意識が強くなってきます
 - 2) 「なぜ?」「どうして?」と質問するようになります
 - 3) 気持ちをコントロールしようとします
 - 4) 活発な行動力が出てきます
 - 5) 時には甘えたいこともあります
-

〔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

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) 知識欲が増してきます

〔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という事です。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。

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いう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。

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、保護者と笑顔で対応している様子は、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

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。

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。

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ることがあります。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。

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。

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、中耳炎の可能性もあります。

- 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、気管支を拡げる薬、痰を柔らかくする薬、吸入療法などがよく使われます。

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せす。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。

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

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。

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

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

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。

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。

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、せっ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。

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。

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。

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。

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。

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。

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 ichever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。

散薬・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）。
- 乳児ポ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。

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。

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。

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。

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のみままで、溢れた液はティッシュでやさしく拭き取ります。

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。

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。

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ず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 (FEIAn/FDEIA)	学童期～成人期	小麦、エビ、イカなど	(±)	(+++)	IgE依存型
特殊型 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

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い分けます。

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

人的エラー（いわゆる配膳ミスなど）

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

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。

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。

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。

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	・ 犬が吠えるような咳
全身症状	・ 唇や爪が青白い	・ ゼーゼーする呼吸
	・ 意識がもうろうとしている	・ 脈を触れにくい・不規則
	・ ぐったりしている	・ 尿や便を漏らす

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。

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、必ずそばにいます。

- 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

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り、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

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)

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。

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。

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)。

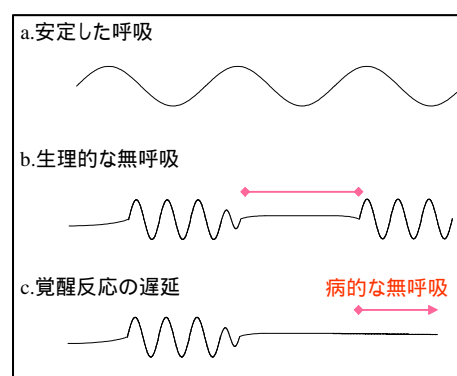


図 5 . 乳児の呼吸パターン

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： うつ伏せ寝 人工栄養児 両親の喫煙習慣

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、皮膚色の变化、筋緊張の異常、意識状態の変化のうちの 1 つ以上が突然発症し、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

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。

乳児の窒息事故の予防対策

- 乳児を寝かせる時は、仰向けにします。
- 吐乳しやすい乳児には、授乳後確実に排気をさせ、背中にタオルなどをあて右下側臥位で寝かせます。
- 咳嗽とともに吐乳しやすい時は、一回の哺乳量を減らして回数を増やすなど分割哺乳を考慮します。
- 喉につかえやすい食べ物（唾液ですぐに溶けないようなおやつやリンゴ片など）は、離乳期から1～2歳児には避けます。
- 気管内に誤嚥しやすいおもちゃ（ビー玉、コイン、おはじきほか）などを、子どもの手の届く場所に置きません。

緊急時に必要なバックアップ体制

1) 緊急時に備えた日常からの準備

- 保育者は心肺蘇生法の実技講習および事故やSIDSについての理解を確実にするために研修を繰り返し受けましょう。
- 保育環境の点検や緊急対応の手順書を作成し、定期的に確認します。
- 緊急時の手順、連絡先を明記します（救急隊、警察、医療機関等；図6）。
- 子どもの名前、住所・連絡先の記入に漏れがないか常に確認し、すぐ利用できるよう保管場所を決めておきます。

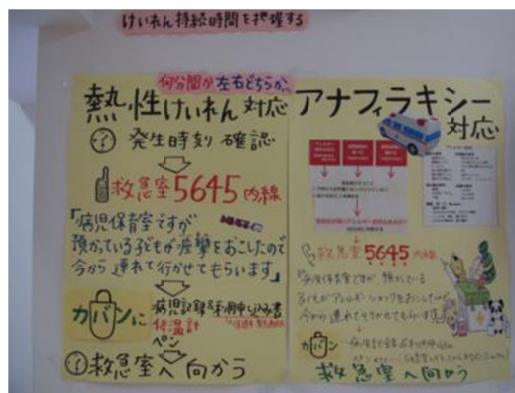


図6. 救急室と取り決めた緊急時対応の室内掲示例

病児・病後児保育施設での緊急対応のポイント

病児・病後児保育施設は、診療所併設型、病院併設型、保育所併設型、単独型等と様々ですが、地域の実情に応じて、いざという時の緊急対応の体制をどうするか、医療機関と連携して事前に決めておくことが大切です。

2) インシデント・アクシデントレポートの作成

事故や緊急事態は、日常から備えていてもヒューマンエラー、子どもの状況や環境、その時の状況変化など、さまざまな要因が関与します。重大事故などアクシデントを防止するためには、日常の保育場面で遭遇しているインシデント（事故に至る可能性のある潜在的なできごと）を記録し、未然の対応策を立てることが必要です。なお、レポートの活用にあたっては、担当者個人を責めるのではなく、組織として問題を解決するという共通認識を持つことが前提となります。

レポート作成の要点

- 時系列で記述します。
- 事実のみを漏れなく客観的に記述します。

- ・ 「報告者（関与者）」と「他の関与者」が協力してレポートを作成します。
- ・ レポートにより潜在的な事故要因を把握します。
- ・ レポートにより次の事故の発生を防止します。

(6) 子どもの一次救命処置法

子どもの心肺停止の原因

- ・ 呼吸停止に引き続いて心肺停止となること（呼吸原性心肺停止）が多いです。一旦、心肺停止になった小児・乳児の転帰は不良ですが、呼吸停止だけの状態で発見され、心停止に至る前に治療が開始された場合の救命率は70%以上であり、心肺停止に直結する呼吸障害とショックに早期に気づいて速やかに心肺蘇生をすることが重要です。
- ・ 保育現場での呼吸停止の原因は、窒息事故【34 ページ】や乳幼児突然死症候群（SIDS）【28～29 ページ】などです。

子どもの心肺蘇生法

1) 心停止の判断

- ・ 肩を軽くたたきながら大声で呼びかけても、何らかの反応や目的をもった仕草が認められなければ、「反応なし」とみなします。乳児の場合には、足底を刺激して顔をしかめたり泣いたりするかで評価する方法もあります。

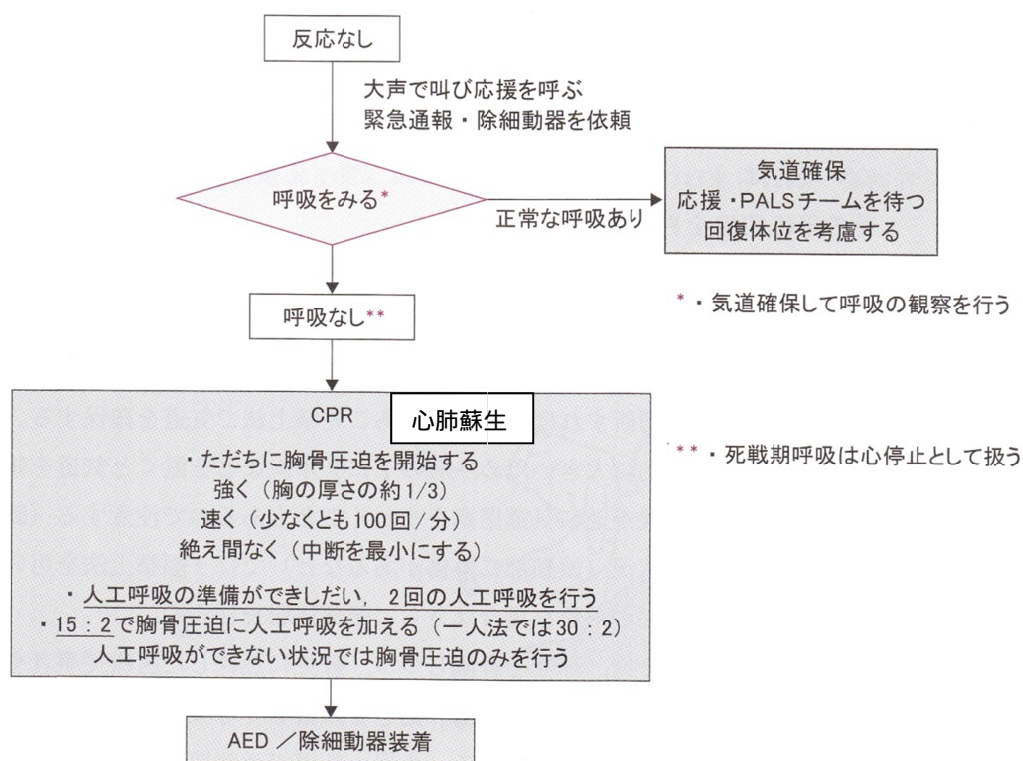


図7．小児の1次救命処置アルゴリズム
(日本救急医療財団 JRC ガイドライン 2010 より)

- ・ 反応がなければ、その場で大声で呼び周囲の注意を喚起します。周囲の人に緊急通報（119番通報）を依頼します（119番通報時に通信指令員は通報内容から心停止を疑

った時点で、直ちに救急車の手配を行うことになっています。病院併設型施設は、病院の救急室に連絡します。

- 反応がなく、呼吸がなければ、心停止と判断し、速やかに心肺蘇生を開始します。呼吸の確認は10秒以内に済ませるようにします。呼吸があっても、しゃくりあげるような不規則な呼吸（＝死戦期呼吸）や10回/分以下の遅い呼吸（＝徐呼吸）は「呼吸がない」と判断します。
- 脈の確認・触知は、判定が難しいことなどから、心肺蘇生開始の判断の基準として必須ではありません。

心停止と判断した場合、直ちに胸骨圧迫（C）を開始し、人工呼吸の準備が整い次第、気道確保（A）と人工呼吸（B）を行います（C A B；図7）。

2）胸骨圧迫（C）

心肺蘇生をする人の「手」が子どもの心臓の代わりになり、子どもの全身に血液を送るいわゆる「心臓マッサージ」のことを「胸骨圧迫」と言います。胸骨圧迫は、[1]強く、[2]速く、[3]絶え間なく、[4]戻しをしっかりと（圧迫後に胸壁を圧迫前の位置まで戻す）の4ポイントを常に意識しながら行うことが重要です。

- [1] 強さ：胸の厚みの約1/3の深さまでしっかりと胸骨に圧迫を加えます。
- [2] 速く：少なくとも1分間あたり100回以上のペースで行います（メトロノームなどで、速さを体感しておきましょう）。
- [3] 絶え間なく：中断時間はできる限り短くするよう心がけます。
- [4] 圧迫解除：完全に解除されるように意識するが、そのために圧迫が浅くならないように注意します。また、圧迫と解除の時間的比率は1：1が望ましく、ごく短時間の圧迫とならないように意識します。

質の高い胸骨圧迫により、心臓に酸素を供給する冠動脈に血液が流れ、心臓の動きが一旦止まっても、心拍が再開する可能性があがります。疲労によって胸骨圧迫の質が低下しないように、可能であれば、1～2分毎を目安に交代します。この際、交代に要する時間は最小限にするべきです。

- **小児** 胸骨下半分に片手か両手を重ねて置き、手のひらの付け根部分で胸骨を圧迫します（図8-a）。
- **乳児** 1人で救助にあたる場合は2本指圧迫法で行います。胸の真ん中（両乳頭を結ぶ線より少し足側）に2本指を当て胸骨を圧迫します（図8-b）。

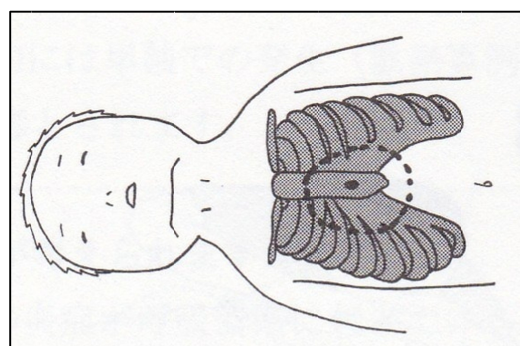


図8-a. 胸骨圧迫の位置（小児）

子どもの一次救命処置を学んだ救助者 2 人以上で行う場合は、胸郭包み込み両母指圧迫法（図 8-c）を行います。乳児の胸部に両手を当て、指を広げて胸郭を包み、両母指を胸の真ん中に当て胸骨を圧迫します。

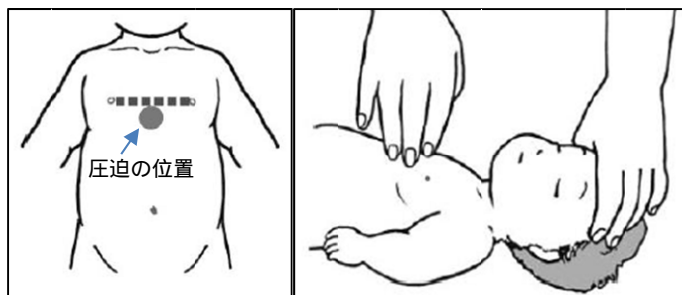


図 8 -b. 2 本指圧迫法
救急蘇生法の指針 2010(市民用・解説編)より



図 8 -c. 胸郭包み込み両母指圧迫法

3) 気道確保 (A) と人工呼吸 (B)

- 口から気管までをまっすぐにして、空気がスムーズに気管に入っていけるように気道確保を行います（図 9-a,b）。小児、とくに乳児は頭部が大きいので、通常の臥位では頭部が前屈し気道が閉塞しやすいので、肩の下にタオルを入れるなどの工夫をして、頭部後屈—あご先挙上を行います。
- 人工呼吸の準備ができしだい、気道確保して 2 回の人工呼吸を行います。すぐに人工呼吸ができない場合には、ただちに胸骨圧迫を開始し、準備ができしだい、気道確保ののち 2 回の人工呼吸を行います。
- フェイスシールドやポケットマスクなどの器具を使用する方法と器具がない場合には口対口（乳児の場合は口対口鼻）で行う方法があります。
- 約 1 秒かけて吹き込み、送気する量（1 回換気量）の目安は傷病者の胸が上がることを確認できる程度とします（息を吹き込みながら目で胸があがることを確かめます；図 9-c）。
- 小児の心肺停止では呼吸原性である可能性が高いので、できるだけすみやかに気道確保と人工呼吸を開始することが重要です。
- 救助者が 1 人の場合は、胸骨圧迫と人工呼吸の比は 30 : 2、救助者が 2 人の場合は、胸骨圧迫と人工呼吸の比は 15 : 2 で行います。

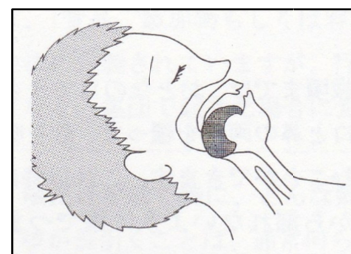


図 9 -a. 舌根沈下による気道閉塞

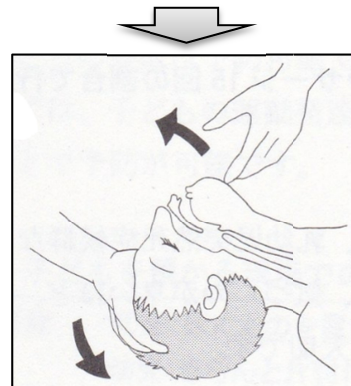


図 9 -b. 気道の確保

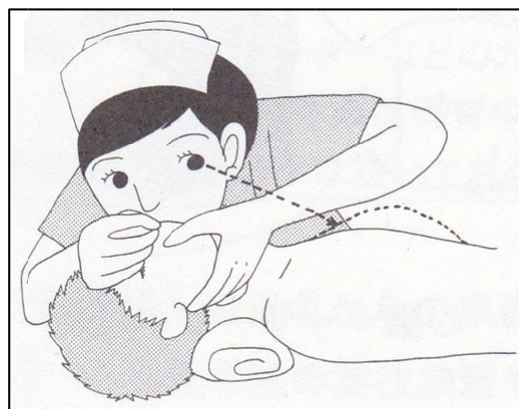


図 9 -c. 人工呼吸

4) 自動体外式徐細動器 (AED : Automated External Defibrillator)

- 今まで元気だった子どもが突然の失神などで心肺停止に至った場合には、心臓の不整脈などが原因の心停止 (心原性心停止) が疑われます。このような場合には AED を使用することが特に重要です。電源ボタンを押した後は、音声メッセージに従って操作するだけです。
- 乳児も AED の適応です。
- 小学生以上は成人用パッド、乳幼児 (6 歳まで) は小児用パッドが基本です。
- パッドは心臓を挟むように装着し (前胸部と側胸部、または前胸部と背面) パッドが重ならないように注意します (約 3cm 以上離れていれば安全です)。

心肺蘇生法は、子どもに十分な循環が回復する (正常な呼吸や目的のある仕草が出現) が、救急隊に引き継ぐまで続けます。

気道異物による窒息

小児の異物誤飲・誤嚥による死亡者の約 60%が 1 歳未満の乳児であり、5 歳未満が 90% 以上を占めます。トイレットペーパーの芯を通過する大きさのもの全てが小児の異物誤飲・誤嚥の原因となり得ることを認識した予防が重要です。万が一、気道異物による気道閉塞を起こした場合は、応援を呼び、救急通報を依頼した後に、以下の速やかな対応が必要です。

1) 意識がある場合

- 咳をしている : 咳き込みではき出すことが期待されるので、咳を促しつつ注意深く見守ります。
- 有効な咳がでない : 背部叩打 (図 10-a)、腹部突き上げ (図 10-b)、胸部突き上げ (図 10-c) のいずれかを実施して、異物除去を試みます。なお、乳児は、頭部を下げての背部叩打と胸部突き上げを行います (乳児には腹部臓器損傷の危険があるため、腹部突き上げは実施してはいけません)。これらの一連の手技は異物がとれるか反応がなくなる (反応がなくなった場合は 2)へ) まで、すばやく繰り返し行います。

子どもが混乱して暴れると異物除去が困難となりやすいため、意思疎通が可能な子どもには「のどに詰めたものをとってあげる」と説明して実施します。



図 10-a. 背部叩打法



図 10-b. 腹部突き上げ法



図 10-c. 胸部突き上げ法

2) 意識がない、または途中から意識がなくなった場合

気道異物による窒息により反応がなくなった場合には、ただちに心肺蘇生【31~34 ペー

ジ】を開始します。通常の心肺蘇生の手技に加えて、蘇生中、気道確保の際に口腔内を観察し、異物が存在する場合は指でつまんで取り出します。

【参考資料】 **動画** (A:B=A分B秒)

- 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン 平成23年3月 厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku03.pdf>
- 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン Q&A
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku04.pdf>
- **動画** 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン
前半(28:58) <https://www.youtube.com/watch?v=pJOAM8dE7WU&feature=plcp>
後半(17:23) <https://www.youtube.com/watch?v=axFou4QgB-4&feature=plcp>
- 乳幼児突然死症候群(SIDS)診断ガイドライン 第2版 平成24年10月 厚生労働省SIDS研究班
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/sids_guideline.html
- 日本救急医療財団JRC(日本版)ガイドライン2010(確定版):小児の蘇生
http://www.qqzaidan.jp/pdf_5/guideline3_PED_kakutei.pdf
- 救急蘇生法の指針改訂4版(市民用・解説編)日本救急医療財団心肺蘇生法委員会監修 平成24年 へるす出版
- **動画**【日本赤十字社】乳児に対する心肺蘇生のやり方(2:29)、幼児に対する心肺蘇生のやり方(2:41)、乳幼児に対するAEDの使い方(3:39)、乳児の気道異物を除去する方法(1:44)、幼児の気道異物を除去する方法(1:46) <http://.nanapi.jp/79532>

5. 病児・病後児保育における感染症対策

- 病児・病後児は感染症罹患児であることが多く、個々の状態に対応した適切な保育・看護の実践とともに、施設内で感染を周囲に拡げないようにする対策が必要です。
- 病児・病後児保育に従事する保育士・看護師等は、自分自身を感染から守るとともに、自分自身が施設内感染の感染源にならないように心がける必要があります。
- 様々な感染症がありますが、感染経路を理解した上での基本的な対策(手洗い、マスクの着用、嘔吐物・下痢便の処理、適切な消毒など)を実践しましょう。
- 地域の感染症の流行状況を常に把握し、注意すべき感染症について正しい知識をスタッフ間で共有していきましょう。

「感染」とは人に対して病原性をもったウイルスや細菌、真菌等の「病原微生物(病原体ともいいます)」が人の体内に侵入して「増殖」した状態を指します。「病原微生物」がヒトの体内に侵入しただけで、増えなければ「感染」ではありません。

「感染症」とは、「病原微生物」が人の体内に侵入して「増殖」し、それによって人に有害な影響を及ぼすかまたは人の生体の防御反応が起こり、人に対して好ましくない反応を引き起こされた状態、すなわち「発症」した状態を指します。したがって感染症は、病原微生物に感染し、その上で発症した状態を意味します。以上のことから明らかなように、「感染」=「感染症」ではありません。インフルエンザウイルスやノロウイルス、RSウイルスなどの病原微生物が人の体内に侵入・増殖し、感染した場合、全員が発症し、感染症を引き起こすものではありません。中には全く症状を示さない不顕性感染者も存在しますし、インフルエンザなどで

は高熱をきたさず、いわゆる感冒様症状で終わり、インフルエンザに罹患したとは周囲も、本人も思わない軽症例も少なくありません。

病児・病後児保育施設では、病児・病後児の保育・看護を行う保育士・看護師等は病児由来の病原微生物が感染する可能性が高く、感染しても乳幼児ほど発症する率は高くはないために自分が感染しているとは気付いていない場合が多いと推察されます。このことを正しく理解した上で、病児保育における感染対策を実施していく必要があります。

主な感染症別の感染経路と登校・登園の目安を表 10 に示します。登校・登園の目安を満たしていない病児・病後児は感染性がある（＝周囲に感染させる可能性がある）と考え、環境調整を含めて適切に対応する必要があります。

表 10 . 主な感染症別の潜伏期間、感染経路、登園・登校の目安

感染症名	潜伏期間	主な感染経路	登園・登校の目安
インフルエンザ	1-4 日	飛沫感染、接触感染	発熱した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 2 日（幼児においては 3 日）を経過するまで出席停止
百日咳	5-12 日	飛沫感染、接触感染	特有な咳が消失するまで、または 5 日間の適正な抗菌薬による治療が終了するまで出席停止
麻疹	7-18 日	空気感染、飛沫感染、接触感染	解熱後 3 日を経過するまで出席停止
流行性耳下腺炎	12-25 日	飛沫感染、接触感染	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫張が発現した後 5 日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで出席停止
風疹	14-23 日	飛沫感染、接触感染	発疹が消失するまで出席停止
水痘	10-21 日	空気感染、飛沫感染、接触感染	すべての発疹が痂皮化するまで出席停止
咽頭結膜熱	2-14 日	接触感染、飛沫感染	主な症状が消失して 2 日経過後
流行性角結膜炎	2-14 日	接触感染、飛沫感染	感染のおそれがないと認められた後
溶連菌感染症	2-10 日	飛沫感染、接触感染	適切な抗菌薬による治療開始後 24 時間以降
手足口病	3-6 日	飛沫感染、接触感染	発熱がなく、普段の食事がとれる
ヘルパンギーナ	3-6 日	飛沫感染、接触感染	発熱がなく、普段の食事がとれる
伝染性紅斑	4-21 日	飛沫感染	全身状態が安定していれば
ロタウイルス感染症	1-3 日	接触感染、飛沫感染、経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
ノロウイルス感染症	12-48 時間	接触感染、飛沫感染、経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
マイコプラズマ感染症	1-4 週	飛沫感染	発熱や激しい咳が治まった後
RS ウイルス感染症	2-8 日	飛沫感染、接触感染	呼吸器症状が消失し、全身状態が良い
伝染性膿痂疹	2-10 日	接触感染	皮疹が乾燥しているか、湿潤部が被覆できる程度のものである

*潜伏期間 = 感染してから症状がでるまでの期間

(実際の登園・登校判断は主治医の指示によります)

(1) 感染経路を理解したうえでの対策

人が感染症を発症するためには、まず病原微生物に感染しなければなりません。感染症の原因は病原微生物に感染することであり、感染するためには「感染経路」が存在します。感染対策を行うためには、様々な感染症についての「感染経路」を正しく理解しておく必要があります。

感染経路には、飛沫感染、空気感染（飛沫核感染）、接触感染、経口感染などがあり、感染症の種類によっては複数の感染経路をとるものがあります。

飛沫感染

呼吸器系の感染症（鼻炎、咽頭・喉頭炎、気管支炎、肺炎など）では、咳やくしゃみが主要な症状となります。人は咳やくしゃみを発した時に、口から大量の水 droplet を放出しますが、この水滴を医学用語では「飛沫」と呼びます。飛沫のうち直径が0.1～0.2mm以上のものは数秒以内に床に落ちますが、この飛沫の中には大量の病原微生物が含まれていて、床に落ちる前にこの飛沫を浴び、吸い込むことによって起こる感染が飛沫感染です。飛沫感染は、感染者の咳やくしゃみ、会話をした際に飛び散る飛沫を浴びて吸い込まないようにすれば防ぐことが



図 11-a. カーテンによる仕切り（飛沫感染予防）
仕切りを透明にすることで、各病児・病後児へ複数の保育者の目が届きます。

できます。理論的には、病児・病後児保育においても、周囲の保育者・児童が呼吸器症状のある病児・病後児から2m以上離れて、その病児・病後児がしっかりとマスクを着用していればかなり周囲への感染は防ぐことができると思われます。けれども、病児・病後児が終日しっかりとマスクを着用していることを期待して感染対策を考えるべきではありません。また、保育者が常時、病児・病後児との距離を2mあけていては、適切な保育看護は行えません。

病児・病後児保育における飛沫感染対策の実践ポイント

- 複数の病児・病後児間で飛沫感染のリスクがある場合は、別室で保育を行うことが望まれます。同室で行う場合は、飛沫を浴びて吸い込まないように2m以上距離をとるか、ついでにカーテンで仕切ることが望まれます（図 11-a）。
- 咳症状などがあり、4・5歳以上でマスクを着用できる児童には、小児用マスクを着用してもらいます。
- マスクを着用できない呼吸器症状のある乳幼児と同室とならざるをえない4・5歳以上でマスクを着用できる児童には、小児用マスクを着用してもらいます。
- 保育者は病児からの感染の可能性を少しでも下げ、他の保育対象の児へ感染を予防するために、終日マスクを着用しましょう。

空気感染（飛沫核感染）

咳やくしゃみをした場合に発せられる飛沫のうち、直径が 0.1～0.2mm 以下の小さなものは、口から発せられた後、落ちる前に水分が全て蒸発してしまい、中で核となる病原微生物などの固形物（飛沫核；5 μ m 未満）が空気中に漂いだすと言われています。この飛沫核を吸い込むことによって起こる感染経路を空気感染（飛沫核感染）と呼びます。飛沫感染の感染範囲は飛沫が落ちる 2m 以内に限定されていますが、空気感染の感染範囲は部屋全体に及びます。日常的に空気感染を起こす感染症は麻疹、水痘、結核の 3 疾患です。



図 11-b. 陰圧換気の隔離室
隔離室との間も、クリアパネルや強化ガラスにすることにより、お互いの状況がわかります。

麻疹【46～48 ページ】：麻疹は感染力が非常に強く、重症化しやすく入院が必要になることが多い感染症なので、病児・病後児保育施設での対応は困難です。

結核：結核は排菌者と相当長時間空間を共有しないと感染しません。結核菌を排菌している場合は入院加療の対象となるため、感染性のある児童を病児・病後児保育施設でみることはありません。

病児・病後児保育における空気感染対策の実践ポイント

- 空気感染対策の基本は「発病者の隔離」と「部屋の換気」です。
- 空気感染を防止するには、入口が別で、室内の空気が外に出ないような工夫をした個室（陰圧個室；図 11-b）または独立空調の建物が必要です。空調が共有している部屋の場合は、別の部屋にいても感染します。

接触感染

接触感染とは、文字通り接触することによって生じる感染経路を指します。接触には、感染している人との直接接触と、ウイルスがついている手指や物品（ドアノブ、手すり、スイッチ、トイレの便座、おもちゃなど）を介した間接接触があります。どちらも、接触によって体に病原微生物が付着しただけでは、通常感染は起こりません。最終的には、手に病原微生物が付着し、その手で鼻や口を触ることによって、病原微生物が鼻やのど、気管支等の呼吸器系の粘膜に付着したり、あるいは飲み込まれて腸管に達してその粘膜に付着し、そこで増殖を開始して初めて感染が成立することとなります。

手洗い

- 手洗いには液体せっけんを用いましょう（泡せっけんでも可。固形せっけんは雑菌の温床となりやすく、せっけんを介した感染の危険性があるので不可）。
- 濡れた手を拭くためにはペーパータオルを用いましょう。
- 水道は自動水栓かもしくは足や肘を用いて開栓する形式のものが良いです。

- 通常は速乾性アルコール手指消毒剤を用いた手指衛生でも構いませんが、児童がノロウイルス【42～44 ページ】やロタウイルス、アデノウイルス等のアルコールによる消毒効果が低いウイルスに感染している可能性が高い場合や、手指に目に見える汚れがある場合は、必ず手洗いを行いましょう。



図 12. 基本の手洗い手順
(公益社団法人 日本食品衛生協会)

http://www.n-shokuei.jp/food_safety_information_shokuei2/food_poisoning/pdf/handwash_manual.pdf

病児・病後児保育における接触感染対策のポイント

- 最も重要で基本となる対策は、流水・石鹸による手洗いや速乾性アルコール手指消毒剤による「手指衛生」です。
- 特に保育者は、自分を守り、他の児童を守るために1処置1手洗いを心がけます。
- 接触感染を感染経路とした感染力の強い感染症（ノロウイルス感染症、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱など）が想定される場合は、病児が触れる遊び道具や絵本などの物品は個人使用とし、共用は避けます。
- 保育者の身体の前面を覆うエプロンを着用し、病児毎に替えることが望ましいです。
- 複数の病児が共通のトイレを使用している場合、使用後は、その直後に塩素系消毒剤による消毒を行います。

(2) 病児・病後児保育における感染対策の実践ポイント

手洗いは感染対策の基本

調乳の前、昼食の前、おやつの前、おむつ交換の後、トイレの後、嘔吐物や便処理後などは、流水と液体せっけんあるいは泡せっけんで30秒以上の手洗いをします（図12）。

下痢便おむつの処理方法

使い捨て手袋、ビニール袋、使い捨ておむつ交換シート、おしりふきを準備しておき、適切に処理を行います。

- 処理者は必ず使い捨て手袋を着用し、使い捨ておむつ交換シートを使用し、おむつ処理を行います。水様下痢便の場合は、使い捨てマスクと使い捨てエプロンも着用します。
- 下痢便は皮膚への刺激が強いため、おむつはこまめに取り換えておしりは清潔にします。
- おむつや処理に使用したおしりふきは、ビニール袋に入れ密閉し廃棄します。
- 処理後は、しっかりと手洗いをします。

ノロウイルス感染症では、回復後も便中に3週間以上ノロウイルスが排泄されることもあります。下痢便でなくても、便のおむつ処理後は、しっかりと手洗いをすることが重要です。

適切な嘔吐物の処理方法

使い捨て手袋、使い捨てエプロンかガウン、使い捨てマスク、ビニール袋、次亜塩素酸ナトリウム消毒液を準備しておき、迅速かつ確実に処理を行います。

- 他児が同室の場合は、迅速に別室に移動させます。
- 処理者は必ず使い捨て手袋、マスク、エプロン（ガウン）を着用し、部屋の換気を行い、以下の処理を行います。
- 0.1%（1000ppm）次亜塩素酸ナトリウム【作り方：表11】を含ませた使い捨ての雑巾等で吐物を飛び散らないように外側から静かに覆い拭き取ります。
- 使用した使い捨ての布やペーパータオル等は、すぐにビニール袋に入れ密閉します。
- 吐物が付着していた床とその周囲は200～1000ppm次亜塩素酸ナトリウムをしみ込ませた布やペーパータオルで拭き、その後水拭きします。

- 処理後は使い捨て手袋、マスク、エプロン（ガウン）をはずし、ビニール袋に密閉し廃棄します。
- 処理後は、しっかりと手洗いをします。
- 汚染された児童の衣類は施設内で洗わず、ビニール袋に二重に密閉したうえで、保護者に渡し、取扱い・消毒方法を伝えます【下記 保護者への伝え方参照】。

表 11 . 次亜塩素酸ナトリウム消毒・処理液の作り方

製品の濃度	嘔吐物の処理・廃棄 (1000ppm 濃度)		おもちゃ・物品の消毒 (200ppm 濃度)	
	液の量	水の量	液の量	水の量
12% (一般的な業務用)	25 ml	3 L	5 ml	3 L
6% (一般的な家庭用)	50 ml	3 L	10 ml	3 L
1%	300 ml	3 L	60 ml	3 L

次亜塩素酸ナトリウムは濃度によって効果が異なります。製品の濃度表示を確認して、正しく作りましょう。また、次亜塩素酸ナトリウムは使用期限内のものを使用してください。

保育室内で、嘔吐物や下痢便で汚染した衣類や雑巾を洗ったり、部屋の中に干すことは、感染を拡げることになるので、絶対にはいけません。

保育終了後の手が触れる場所や物品の消毒

- 0.02% (200ppm) 次亜塩素酸ナトリウム【作り方：表 11】またはアルコールで清拭しましょう（ノロウイルス感染症流行期は次亜塩素酸ナトリウム）。
- 木製やプラスチック製のおもちゃは、石けん水で洗った後、0.02%次亜塩素酸ナトリウムに 10 分以上浸け、その後、水ですすいで乾燥させてください。

ノロウイルスなどによる感染性胃腸炎が疑われる場合の汚れた衣類・リネン類の扱い

(保護者への伝え方例)

- 嘔吐・下痢により汚れた衣類・リネンは密封して、そのままお返しします。捨てられないものについては、以下に注意しながら消毒・洗濯をお願いします。
- 使い捨て手袋をし、汚物を取り除いた後に消毒して下さい。
- 塩素系消毒剤に 10 分以上浸します。ノロウイルスの場合、逆性石鹼やアルコールでは消毒効果は期待できません。
- 次亜塩素酸ナトリウムが使えない場合は、85℃以上で 1 分間以上の熱湯消毒をしてください。
- 消毒後、他の物と分けて、最後に洗濯してください。

(3) 注意が必要な主な感染症とその対策

インフルエンザ

毎年12月頃から翌年3月頃にかけて流行します。合併症として、肺炎、脳症、中耳炎、心

筋炎、筋炎などがあり、特に乳幼児は重症化することがあるので注意が必要です。

病原体：A型インフルエンザウイルス（A香港型、A(H1N1) pdm09）、

B型インフルエンザウイルス

診断には、鼻咽頭ぬぐい液を用いた迅速抗原検査キットがあり、発症時間にもよりますが、発症した翌日の方が検出率が高い場合が多いです。偽陰性を示すことは少なくないため、臨床診断が優先される場合があります。

- 1) 感染経路： 主な感染経路は飛沫感染であり、他に接触感染もあります。
1人の患者から免疫のない2～3人に感染させると言われています
(この数字を基本再生産数(R_0)と呼びます)。
- 2) 潜伏期間： 1～4日(平均2日)
- 3) 症状： 悪寒、頭痛、高熱(39-40)で発病します。頭痛とともに咳、鼻汁で始まる場合もあります。全身症状は、倦怠感、頭痛、腰痛、筋肉痛、関節痛などです。呼吸器症状は咽頭痛、鼻汁、鼻づまりがみられます。消化器症状は、嘔吐、下痢、腹痛がみられます。脳症を併発した場合は、けいれんや意識障害を来し、死に至る場合もあります。
- 4) 予防方法： 流行期前のインフルエンザワクチンの接種、
咳エチケット(呼吸器症状がある人はマスクを着用)
- 5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント
 - インフルエンザウイルスに感染して発症している人の呼吸器の粘膜には、大量のインフルエンザウイルスが存在していて、発症者のくしゃみや咳によって口から発せられる飛沫には大量のインフルエンザウイルスが含まれています。咳、くしゃみ、会話により、周囲の児童や保育者が、飛沫を吸い込まないようにすることが必要です【37ページ：飛沫感染対策参照】。
 - 病児保育に携わる保育者は、インフルエンザウイルスの感染リスクは高いものの、過去の感染経験や免疫力等によって、既に感染していても軽い症状のみで、気付かないままに保育中の児に感染させてしまう可能性があります。
 - 病児保育に従事する保育者は、1～3月にかけての日本国内でインフルエンザが本格的に流行している期間中は自分自身がインフルエンザウイルスに感染している可能性を考え、児童への感染伝播を避けるために常にマスクを装着して日常の保育業務に携わることが大切です。
 - 保育者の手洗いの徹底は、他の児へのインフルエンザウイルス伝播の予防となり、自身の感染する可能性を減らします。
 - インフルエンザウイルスは通常的环境中では数時間で感染力を失うので、消毒に関してはそれ程厳重にする必要はありませんが、明らかに患児の体液が付着している物品に対しては、消毒用アルコールや塩素系消毒剤で消毒しておきます。

ノロウイルス感染症

冬季を中心に秋季から春季に流行する感染性胃腸炎です。便中に多くのウイルスが排出され、嘔吐物からの感染力も強く、保育施設等で集団感染が発生しやすいので注意が必要です。

1) 感染経路： 経口感染、接触感染、飛沫感染、塵埃(じんあい)感染

2) 潜伏期間： 12-48 時間

3) 症状： 嘔吐と下痢が主症状で、多くは 1-3 日で回復しますが、脱水症状を併発しやすいです。急性期の感染力が最も強いですが、回復後も便中に 3 週間以上ノロウイルスが排泄されることもあり感染源となるので便の処理には注意が必要です。

4) 予防方法： ノロウイルスのワクチンはまだ実用化されていません。食前・配膳前の手洗いの励行や、突然の嘔吐を認めた場合は、周りにいる子どもを別の部屋に移動させて感染を予防するなど、迅速な対応が求められます。

5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント

秋から冬にかけて小児を中心に急増する感染性胃腸炎の多くはノロウイルスによる感染症が原因であると推定されています。感染力が強く、集団発生しやすいため、保育所では迅速な対応が求められる感染症です。「ウイルス性の胃腸炎」、「急性胃腸炎」、「お腹の風邪」と診断され、病児・病後児保育施設を利用される場合も多いと思われます。また、ノロウイルス感染症に罹患後、病児・病後児保育施設で保育をすることになった児童の多くは、急性期を過ぎているものと推察されますが、それでも嘔吐や下痢をきたす可能性があり、また感染後 1 週間以上はウイルスが便中に継続的に排泄されることをふまえて以下の感染対策を行いましょう。

A. ノロウイルスの接触感染対策【38～40 ページ：接触感染対策参照】

接触感染は、ノロウイルスのヒト - ヒト間の感染では中心的役割を果たしています。ノロウイルスは環境中で何日間も感染力を保ち、逆性石鹼やアルコール等の消毒薬に抵抗性を示し、またごくわずかなウイルスが体内に入っただけで感染発症してしまうので、直接接触だけでなく、トイレの便座、おもちゃ、テーブル、机、椅子、ドアノブ、階段の手すり、スイッチ等の物品を介した間接接触でも感染伝播してしまいます。

- ・ アルコールの消毒効果は不十分なので、手指衛生として流水・石鹼による手洗いは接触感染対策として最重要となります。保育者がしっかりと手洗いを行うことが大切です。特に、ノロウイルスに感染発症した可能性のある病児のケアをした後で他の児と接触する前には厳重な手洗いを心がけます。
- ・ 保育者は身体の前面を覆うエプロンを着用し、病児ごとに替えることが望ましいです。
- ・ やむをえずトイレを共用する場合は、病児が直接接触した便座は使用直後に塩素系の消毒剤で消毒することが必要です。
- ・ 児童が頻回に触れたおもちゃやテーブル、椅子等の物品は、保育終了後に消毒します。ノロウイルスは環境中でも数日間は感染性を保っているため、しっかりと消毒をします。

B. ノロウイルスの飛沫感染対策

ノロウイルスの飛沫感染は、インフルエンザなどの呼吸器系の感染症での咳やくしゃみによって飛び散った飛沫による飛沫感染ではなく、嘔吐の際に嘔吐物が飛び散って生じた飛沫を浴びることによる飛沫感染です。病児・病後児保育において、症状が緩和した状態であっても嘔吐が予想される場合は、別室で保育看護を行うことが望まれます。やむをえず同室で

行う場合は、ついたてやカーテンで仕切りを行い、お互いの飛沫を浴びないようにする対策が必要です。

C. ノロウイルスの塵埃(じんあい)感染対策

嘔吐物や下痢便の処理・消毒が適切に行われず、大量のノロウイルスが残存したまま乾燥すると、ウイルスが空気の流れとともに舞い上がり、そのウイルスを吸い込んだ人が感染する場合があります。これを「塵埃(じんあい)感染」と呼んでいます。塵埃感染は空気感染の一種であり、ごくわずかのウイルスを吸い込んででも感染してしまうノロウイルスならではの感染経路です。この場合は、嘔吐場所や下痢便が存在していた場所が感染源となって、感染範囲は部屋全体に及ぶ可能性があります。しっかりと消毒されなかった場合、ノロウイルスは何日間も同じ場所にあって感染性を保っており、翌日、翌々日に同じ部屋を利用した者にも感染することがあります。したがって、病児保育室においても、嘔吐物や下痢便の適切な処理は極めて重要です【40～41 ページ】。特に複数の病児を同じ部屋で保育している場合は即座に処理を実行しなければなりません。

RS ウイルス感染症

RSウイルス感染症は、秋から冬にかけて毎年流行する呼吸器感染症です。夏に発症する場合もあります。0歳児と1歳児が初感染した場合は細気管支炎・肺炎といった重篤な症状を引き起こすことがあり、乳幼児の重症呼吸器感染症の原因として注意が必要です。特に生後6か月未満の乳児では、重症化しやすく入院管理が必要となることも少なくありません。

0～1歳の乳幼児への注意事項

RSウイルス感染症は2歳以上の児童や成人がかかっても、咳、鼻水のみで、RSウイルス感染症と気付かれていない場合があります。従って、咳等の呼吸器症状を認める2歳以上の児童や成人は、可能な限り0歳児と1歳児との接触を避けることが乳幼児の発症予防につながります。また、0歳児と1歳児に日常的に接する人は、RSウイルス感染症の流行時期はもちろんのこと、流行時期でなくても、咳などの呼吸器症状がある場合は飛沫感染対策としてマスクを着用して0歳児、1歳児に接することが大切です。

1) 感染経路： 飛沫感染、接触感染。非常に感染力が強く施設内感染に注意が必要です。

2) 潜伏期間： 主に4～6日（2～8日）

3) 症状

A. 初感染：発熱、咳、鼻水などで発症し、初感染乳幼児の約7割は1週間程度で回復しますが、約3割が発症から2～3日のうちに咳がひどくなり、喘鳴・呼吸困難症状が出現し、細気管支炎や肺炎に進展することがあります。特に3か月未満児では高率に重症化し、呼吸管理が必要となる場合があります。なお、現状では、保育所へ通う児童は1歳までにほとんどが初感染を経験するといわれています。

B. 再感染：2歳以上では再感染のことが多く、同様に発熱、咳、鼻水などで発症しますが症状は軽く、1週間程度で回復することが多いです。RSウイルス感染症には1度かかっても十分な免疫が得られず、何度もかかることがあります。再感染や再々感染時には初感染時ほど重い症状にならないといわれています。

4) 予防方法： 現在、RS ウイルスに対するワクチンはありません。予防方法として、RS ウイルスの初感染により重症化しやすい以下の乳幼児に対して遺伝子組み換え技術を用いて作成されたモノクローナル抗体製剤であるパリビズマブの投与があります（健康保険適用）。RS ウイルス感染症の流行初期に投与し始めて流行期も引き続き1か月毎に筋肉注射することにより、重篤な下気道炎症状の発症の抑制が期待できます。

- 在胎期間28週以下の早産で、12か月齢以下の新生児及び乳児
- 在胎期間29～35週の早産で、6か月齢以下の新生児及び乳児
- 過去6か月以内に気管支肺異形成症の治療を受けた24か月齢以下の新生児、乳児及び幼児
- 24か月齢以下の血行動態に異常のある先天性心疾患の新生児、乳児及び幼児
- 24か月齢以下の免疫不全を伴う新生児、乳児および幼児
- 24か月齢以下のダウン症候群の新生児、乳児および幼児

5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント

- 発熱・咳で入室した0～1歳の乳幼児は、特に流行期は、RSウイルス感染症と診断されていなくても、その可能性があること、初感染の約3割は重症化をきたしうることを十分認識し、医療機関と連携のもとに適切に対応することが必要です。
- 周囲の児童、特に0～1歳の乳幼児には感染させないように以下の接触感染・飛沫感染対策を心がけましょう（咳・鼻水のみ2歳以上の児童は本人が元気でも、周囲の0～1歳の乳幼児に感染させないように配慮することが大切です）。

おもちゃの共有は避け、使用后、触れたりなめたりしたおもちゃや環境・物品などはアルコールや塩素系の消毒剤等で消毒します【41ページ】。洗濯が可能なおもちゃは、洗濯をします。

飛沫感染対策・接触感染対策参照【37～40ページ】

水痘

水痘（水ぼうそう）は、水痘・帯状疱疹ウイルスの初感染によって発生する急性感染症です。ときに肺炎、脳炎、肝炎、ライ症候群（急性脳症）などを合併することもあります。空気感染、飛沫感染、接触感染を感染経路とし、極めて感染力の強い感染症として知られています。水痘は乳幼児での発症が主ですが、免疫がなければ大人も感染します。大人がかかると重症で、入院が必要となる場合が多く、成人の致命率は小児より高いと言われています。近年の統計によると、日本では年間約100万人が水痘にかかり、約4,000人が重症化から入院し、約20人が死亡していると言われています。また、水痘に罹患して治癒した後も脊髄後根神経節に水痘・帯状疱疹ウイルスは潜伏感染し続け、免疫抑制状態や加齢等により、再活性化して帯状疱疹を発症することは珍しくありません。将来の帯状疱疹の発症を考慮しても、水痘は発症して治癒すればよいという感染症ではなく、感染を予防したい疾患です。

1) 感染経路： 空気感染、飛沫感染、接触感染。

1人の患者から免疫のない8～10人に感染させると言われています。

2) 潜伏期間： 主に14～16日（10～21日）。

- 3) 症状： 発疹は体と首のあたりから顔面に生じやすく、発熱しない例もあります。発疹は紅斑、水疱、膿疱、かさぶたの順に変化しますが、これらが混在していることが特徴です。かゆみを訴えることが多くあります。
- 4) 予防方法： 有効な予防策は、水痘ワクチンを接種することです。2014年10月から水痘ワクチンは生後12～36か月未満の月齢児に2回の接種を行うことが定期接種となりました。1歳になったらすぐに1回目を接種し、3か月以上の間隔をあけて、標準的には1回目の接種から6～12か月後に2回目を接種します。2015年3月31日までは、3～4歳児に対しても定期接種で接種が可能ですが、この場合定期接種で受けられるのは1回のみです。既に小児科からの患者報告数は減少しており、今後、国内の水痘罹患者数は大きく減少していくことが予想されます。
- 5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント
 - 水痘・帯状疱疹ウイルスは空気感染するので、同じ空間を共有しながら行い得る有効な感染対策はありません【38ページ：空気感染参照】。また、病児保育室で水痘罹患者児に対応する保育者は、水痘に対する免疫を有している人に限ります。
 - 細菌の二次感染（敗血症を含む）、髄膜脳炎、小脳失調、肺炎、肝炎などの合併症があり、水痘罹患者には将来の帯状疱疹発生リスクもあります。2014年10月から水痘ワクチンが生後12～36か月未満の児童に対する定期接種となりました。これを機会に、病児・病後児保育施設が感染拡大の場とならないように、適切な対応が望まれます。

麻疹（はしか）

麻疹の感染力は非常に強く、1人発生したらすぐ対応を行う必要がある感染症です。麻疹は感染力の強さに加えて、医療が発達した先進国であっても肺炎や脳炎を併発して1,000人に1人は死亡することがある重症の病気で、入院が必要となることが多い感染症です。そのため、麻疹と診断された場合は、病児・病後児保育での対応は困難です。ここでは、保育をした後に麻疹と診断される場合があることから、対策方法を記載します。

- 1) 感染経路： 空気感染、飛沫感染、接触感染
1人の患者から、免疫のない12～18人に感染させると言われており、インフルエンザ（2～3人）の数倍高い数字となっています。
- 2) 潜伏期間： 主に8～12日（7～18日）。
- 3) 初発症状： 麻疹の初発症状は発熱、咳、鼻水、眼の充血・眼やになどが中心のため、発疹が出たり、麻疹に特徴的とされる口の中の粘膜に出現する白いブツブツ（コプリック斑）が出現するまでは麻疹と気づかずに保育を行っている場合があります。
- 4) 予防方法： 1歳になったらすぐの麻疹風疹混合ワクチン（以下、MRワクチン）の接種が重要です。1回の接種では約5%は免疫がついていないことがあるので、5歳児クラス（小学校入学前一年間）での2回目のMRワクチンも極めて重要です。
- 5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント
 - A. 平常時からの対応
 - 麻疹に対する免疫を十分に持っていれば何も心配はいりません。事前登録時に、既往

歴・現病歴とともに、母子健康手帳の予防接種の記録ページから正確に転記した予防接種歴(接種年月日を含む)を提出してもらい、把握しておくことが大切です。また、適宜、接種済みの予防接種を確認するようにしておくことと緊急時に役立ちます。

- ・ 事前登録や体調が回復したときなどに、未接種のワクチンは受けておくように保護者に声かけをしておくことも大切です(ただし、発熱を認める場合や、重症の急性疾患に罹っている場合、免疫不全の持病を持っている場合、免疫を抑制する治療を受けている場合、ワクチンの成分でアナフィラキシーという重症のアレルギー反応を認めたことがある場合等、接種不適合者に該当する人は受けることができませんので、かかりつけ医とよく相談が必要です)。
- ・ 合計2回の予防接種を記録で確認しておくことが大切ですが、0歳での接種は接種回数に含めません。また、接種記録が残っていない場合は、受けていないと考えます。

B. 緊急時の対応

もし、保育をしていた児が後で麻疹と診断された場合、麻疹の感染拡大を防ぐために大至急の対応が必要になります。発熱出現の前日から感染力があると考え、麻疹と診断されるまでの間に同じ空間で保育していた児童、送り迎えなどで来室していた保護者、職員(実習生等を含む)を感染のリスクがある者としてリストアップします。次にリストアップ者の予防接種記録からMRワクチンあるいは麻疹ワクチンの接種回数を確認します。この時に平常時の対応(予防接種記録)が力を発揮し、迅速に以下の判断ができます。

【リストアップ者が1歳以上の場合】

- 1) 1歳以上で2回の麻疹含有ワクチン(MRワクチンあるいは麻疹ワクチン)の予防接種記録がある場合：緊急対応は不要です。
- 2) 1歳以上で1回のみ麻疹含有ワクチンの予防接種記録がある場合：
95%程度は発症予防可能ですが、約5%は免疫がついていないこと、発症予防には不十分な免疫しかついていなかった場合がまれながらあるので、その場合は、麻疹患児と一緒にいた日から72時間以内に緊急のMRワクチン接種をすることで発症を予防できる可能性があります。ただし、1回目の接種から最低1か月以上空いている必要があり、小学校入学前1年間の児(第2期の定期接種として受けられます)でなければ、任意接種として受けることになります。
発熱を認める場合や、重症の急性疾患に罹っている場合、免疫不全の持病を持っている場合、免疫を抑制する治療を受けている場合、ワクチンの成分でアナフィラキシーという重症のアレルギー反応を認めたことがある場合、妊娠している場合、妊娠している可能性がある場合等、接種不適合者に該当する人は受けることができませんので、かかりつけ医とよく相談が必要です。
- 3) 1歳以上で麻疹含有ワクチンの予防接種記録が1回もない場合：
麻疹患児と一緒にいた日から72時間以内に緊急ワクチン接種をすることで発症を予防できる可能性があります。ただし、上記と同様に、ワクチンの接種不適合者に該当する場合は接種することができませんので、接種の可否については、かかりつけ医と速やかに相談する必要があります。
- 4) 麻疹含有ワクチンの接種不適合者に該当する場合：
麻疹患児と一緒にいた日から6日以内の場合：
免疫グロブリン製剤の投与で発症(あるいは重症化)予防の可能性があります。筋肉注射で接種する製剤の場合、健康保険が使えます。ただし、接種量が多いため接種時の疼痛が強く、血液製剤であることから未知の感染症のリスクはゼロではありません。
また、間に合わず発病する場合、通常の麻疹の潜伏期(約10~12日)より長い潜伏期を経てから発病することがあるので、3週間くらい(通常、潜伏期の2倍の期間)を見ることが多いです)は麻疹の免疫を持っていない人との接触を避けるなど、十分な注意が必要です。
麻疹患児と一緒にいた日から7日以上が経過してしまっている場合：
この場合は、発症予防法がないため、一緒にいた日から3週間くらいは、発症する可能性を考えて対応する必要があります。この期間は、麻疹に対する免疫のない人との接触を避け、集団保育は避ける必要があります。

【リストアップ者が0歳の場合】

1) 生後0~6か月未満の場合：

母親が麻疹に対する免疫を持っている場合：

移行抗体が残っている可能性があり、その場合は、発病が予防される可能性が高いです。

母親が麻疹に対する免疫を十分持っていない場合：

この月齢であっても移行抗体を持っていない可能性があり、速やかにかかりつけ医への相談が必要です。免疫グロブリン製剤の投与を検討することがあります。

2) 生後6か月以上12か月未満の場合：

麻疹患児と一緒にいた日から72時間以内の場合：

接種不適当者に該当しなければ、緊急避難的に麻疹ワクチンの接種を考慮する場合があります。なおこの場合は、任意接種として受けることになります。さらに、1歳になったらすぐのMRワクチンと小学校入学1年前での第2期接種を忘れないようにすることが重要です。

麻疹患児と一緒にいた日から72時間以上6日以内の場合：

免疫グロブリン製剤の投与を検討することになります。

麻疹患児と一緒にいた日から7日以上経っている場合：

麻疹患児と一緒にいた日から3週間を過ぎる頃までは、発症する可能性を考えて対応する必要があります。この期間は、麻疹に対する免疫のない人との接触を避け、集団保育は避ける必要があります。

風 疹

風疹は風疹ウイルスによる急性の感染症で、基本的には軽症の感染症ですが、脳炎や血小板減少性紫斑病(血液の成分である血小板が減少して、血が出やすくなったり血が止まりにくくなったり、紫斑が皮膚に現れる病気)などを合併して、入院が必要になる場合があります。また妊娠20週頃までの妊婦が風疹ウイルスに感染すると、胎児にも感染して、赤ちゃんの心臓や、眼、耳に生まれつきの障がいを持つ先天性風疹症候群を発病する場合があります。2012~2013年の14,000人を超える大規模な風疹の国内流行により、45人の赤ちゃんが先天性風疹症候群と診断されました。

1) 感染経路： 飛沫感染、接触感染

1人の患者から、免疫のない5~7人に感染させると言われています。

2) 潜伏期間： 主に14~21日(14~23日、平均16~18日)。

3) 症状： 風疹の症状は発熱、発疹、耳の後ろや首の周りのリンパ節の腫れですが、すべての症状がそろわないことも多く、不顕性感染(感染しても症状が現れない)が約15~30%程度存在しますので、対応が難しい疾患です。

4) 予防方法： 1歳になったらすぐのMRワクチンの接種が重要です。1回の接種では約5%は免疫がついていないことがあるので、5歳児クラス(小学校入学前1年間)での2回目のMRワクチンも極めて重要です。

5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント

A. 平常時からの対応

- 風疹に対する免疫を十分に持っていれば何も心配はありません。事前登録時に、既往歴・現病歴とともに、母子健康手帳の予防接種の記録ページから正確に転記した予防接種歴(接種年月日を含む)を提出してもらい、把握しておくことが大切です。また、適宜、接種済みの予防接種を確認するようにしておくこと緊急時に役立ちます。
- 事前登録や体調が回復したときなどに、未接種のワクチンは受けておくように保護者に声かけをしておくことも大切です(ただし、ワクチンの接種が不適当な人(麻疹と

同じです)は受けることができませんので、接種医とよく相談が必要です)。

- 合計2回の接種を記録で確認しておくことが重要ですが、0歳での接種は接種回数に含めません。また、接種記録が残っていない場合は、受けていないと考えます。

B. 緊急時の対応

もし保育をしていた児が後で風疹と診断された場合、発疹出現前後1週間に一緒に保育していた児童と職員をリストアップします。さらに、児童の家族、職員に妊婦がいないかどうかを大至急確認する必要があります。もし妊婦がいた場合は、速やかに情報を共有して、妊婦の風疹に対する免疫の有無を確認し、かかりつけの産婦人科医とその後の対応を相談してもらう必要があります。

「平常時からの対応」に記載していた予防接種記録からMRワクチンあるいは風疹ワクチンの接種回数を確認します。また、風疹を発病する前後1週間の児童と接触した場合は、接触から3週間程度は発病する可能性を考えて、風疹に対する免疫を持っていない人との接触を避ける必要があります。特に妊婦との接触を避けることが重要です。

【リストアップ者が1歳以上の場合】

- 1) 1歳以上で2回の風疹含有ワクチン(MRワクチンあるいは風疹ワクチン)の予防接種記録がある場合：緊急対応は不要です。

1歳以上で1回のみ風疹含有ワクチンの予防接種記録がある場合：

多くは発症予防可能ですが、約5%は免疫がついていないこと、発症予防には不十分な免疫しかついていなかった場合がまれながらあるので、その場合は、潜伏期の2~3週間を経て発病してくることがあります。

麻疹のように緊急ワクチン接種で発症予防できるというエビデンスはありませんが、感染していなかった可能性を考えて、将来的な予防も含めて急ぎMRワクチンをもう一度受けておくという選択肢があります。

ただし、発熱を認める場合、急性の疾患に罹患している場合、免疫を抑制する治療を受けている場合、ワクチンの成分でアナフィラキシーという重症のアレルギー反応を認めたことがある場合、妊娠している場合、妊娠している可能性がある場合等、ワクチンの接種不適合者に該当する場合は接種することができませんので、接種の可否については、かかりつけ医と速やかに相談する必要があります。

1歳以上で風疹含有ワクチンの予防接種記録がない場合：

風疹発症前後1週間の患者との接触後に緊急対応可能な方法は示されていませんが、感染していなかった可能性を考えて、将来的な予防も含めて急ぎMRワクチンを受けておくという選択肢があります。ただし、上記と同様に、ワクチンの接種不適合者に該当する場合は接種することができませんので、接種の可否については、かかりつけ医と速やかに相談する必要があります。

【リストアップ者が0歳の場合】

- 1) 生後0~6か月未満の場合：

母親が風疹に対する免疫を持っている場合：

移行抗体が残っている可能性があり、その場合は、発症予防可能です。

母親が風疹に対する免疫を十分持っていない場合：

この月齢であっても移行抗体を持っていない可能性があります。風疹発症前後1週間の患者との接触から3週間程度は発症する可能性を考えて対応する必要があります。この期間は、風疹に対する免疫のない人との接触を避け、特に妊婦との接触を避ける必要があります。

- 2) 生後6か月以上12か月未満の場合：

風疹発症前後1週間の患者との接触から3週間程度、発症する可能性を考えて対応する必要があります。この期間は、風疹に対する免疫のない人との接触を避け、特に妊婦との接触を避ける必要があります。

(4) 予防接種

事前登録時に、既往歴・現病歴とともに、母子健康手帳の予防接種の記録ページから正確

に転記した予防接種歴(接種年月日を含む)を提出してもらい、把握しておくことが大切です。また、適宜、接種済みの予防接種を確認するようにしておくこと緊急時に役立ちます。

事前登録や体調が回復したときなどに、未接種のワクチンは受けておくように保護者に声かけをしておくことも大切です。

接種のスケジュールは、かかりつけ医とよく相談して決めてもらいますが、国立感染症研究所感染症疫学センター作成の日本の定期/任意予防接種スケジュール(図 14)が参考になります。なお、平成 27 年 4 月 1 日以降の改定版は、国立感染症研究所 感染症疫学センターのホームページ <http://www.nih.go.jp/niid/ja/vaccine-j/2525-v-schedule.html> から入手可能です。

病児・病後児保育スタッフ(保育士・看護師等)に推奨される予防接種

病児・病後児保育スタッフ(保育士・看護師等)は、自分自身を感染症から守るとともに、施設内感染の感染源とならないように、以下の予防接種が推奨されます。接種方法や接種の考え方は、医療関係者のためのワクチン接種ガイドライン(図 13、表 12)が参考になります。なお、予防接種歴についての記憶は全くあてになりませんので、母子健康手帳等の記録が残っていない場合は受けていないと考えて対応してください。保育士・看護師等に関わらず、病児・病後児保育に関わる人は実習生等を含めて全員が対象になります。

麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘

麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘は、病児・病後児保育スタッフが発病することによる本人の重症化のリスクに加えて、周りに感染拡大した場合の影響が極めて大きいため、保育実習、看護実習までに免疫を獲得しておきたい感染症です。0 歳児や妊婦に感染拡大した場合、その対応は困難を極めます。保育関係者は 0 歳児や妊婦と頻繁に接触する職種であることから、この 4 疾患は極めて重要です。医療関係者と同等の対応が求められると言っても過言ではないと思います。

B 型肝炎

児童の鼻血などは日常的にみられるものであり、病児・病後児保育スタッフは、血液に触れる機会が多い職種と考えられます。急性 B 型肝炎を発症すると、そのうち一部は劇症肝炎を発症し、生命に関わる場合があること、近年、大人になってから感染しても慢性化率の高い遺伝子型 A の B 型肝炎ウイルスが海外から日本に持ち込まれ、その検出頻度が高くなっていることが注意点として挙げられます。慢性化すると、慢性肝炎、肝硬変、肝がんに進展する場合があります。B 型肝炎ワクチンはがん予防の側面を持つワクチンの一つです。

接種は 1 か月間隔で 2 回接種し、1 回目から 20~24 週の間隔で 3 回目を接種します(1 クール)。その後抗体測定をして陽性(10mIU/mL 以上)になっていなかった場合は、あと 1 クール(3 回接種)追加します。それでも陽性(10mIU/mL 以上)にならなかった場合は、その後の接種は行いませんが、専門医に相談します。

インフルエンザ

現在、国内で使われている不活化インフルエンザ HA ワクチンによる確実な発病予防は難しいとされていますが、毎年受けておくことで、重症化予防が期待されます。

破傷風

病児・病後児保育では、通常の保育と異なり、土との触れ合いは少ないと考えられますが、破傷風トキソイドは 1968 年から接種されているため、それ以前に生まれた人は破傷風の免疫を持っていません。日本では毎年 100 人を超える破傷風患者が報告されており、年齢は主に 40 代以上で高齢者が中心となっています。破傷風トキソイドの接種は 3 回で基礎免疫となりますので、小児期に百日咳ジフテリア破傷風混合ワクチン (DPT ワクチン) の接種を受けたことがない人は破傷風トキソイドによる予防を考慮してみてください。

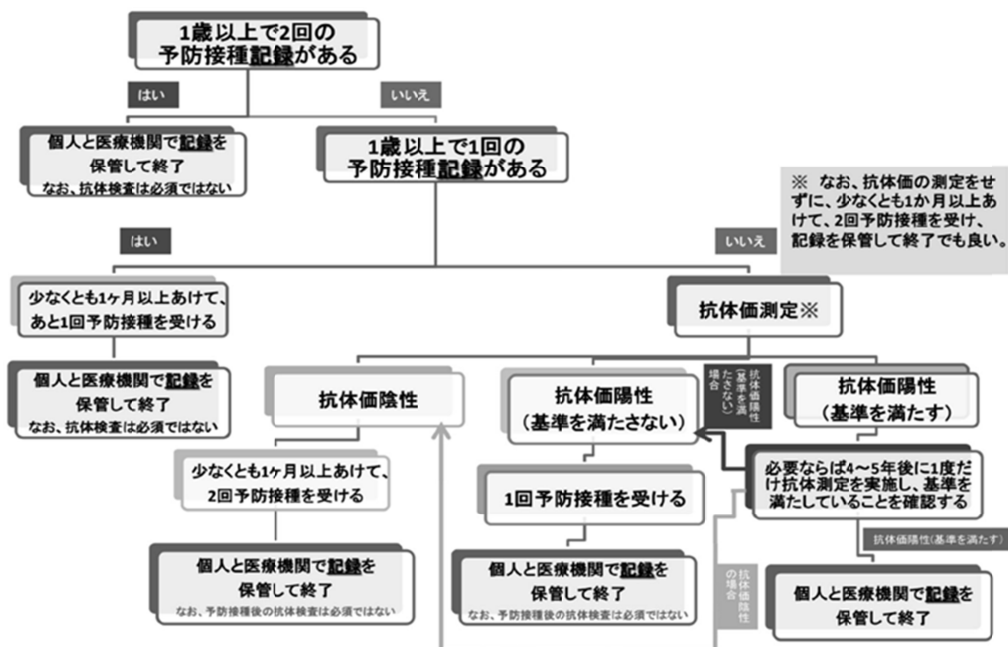


図 13. 麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘ワクチン接種のフローチャート

表 12. 抗体価の考え方

疾患名	抗体価陰性	抗体価陽性 (基準を満たさない)	抗体価陽性 (基準を満たす)
麻疹	EIA法(IgG): 陰性 あるいはPA法: <1:16 あるいは中和法: <1:4	EIA法(IgG): (±) ~ 16.0 あるいはPA法: 1:16, 32, 64, 128 あるいは中和法: 1:4	EIA法(IgG): 16.0以上 あるいはPA法: 1:256以上 あるいは中和法: 1:8以上
風疹	HI法: <1:8 あるいはEIA法(IgG): 陰性	HI法: 1:8, 16 あるいはEIA法(IgG): (±) ~ 8.0	HI法: 1:32以上 あるいはEIA法(IgG): 8.0以上
水痘	EIA法(IgG): <2.0※ あるいはIAHA法: <1:2※ あるいは中和法: <1:2※	EIA法(IgG): 2.0~4.0※ あるいはIAHA法: 1:2※ あるいは中和法: 1:2※	EIA法(IgG): 4.0以上※ あるいはIAHA法: 1:4以上※ あるいは中和法: 1:4以上※ あるいは水痘抗原皮内テストで陽性(5mm以上)
流行性耳下腺炎	EIA法(IgG): 陰性	EIA法(IgG): (±)	EIA法(IgG): 陽性

(4疾患とも補体結合反応(CF法)では測定しないこと)
 (麻疹と流行性耳下腺炎は赤血球凝集抑制法(HI法)では測定しないこと)
 (※ 水痘については、平成25年度厚生労働科学研究費補助金新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業「ワクチン戦略による麻疹および先天性風疹症候群の排除、およびワクチンで予防可能疾患の疫学並びにワクチンの有用性に関する基礎的臨床的研究(研究代表者:大石和徳)」麻原分担報告書より引用し、改定した。)

図 13・表 12: 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第2版より
 (平成 26 年 9 月: 日本環境感染学会)

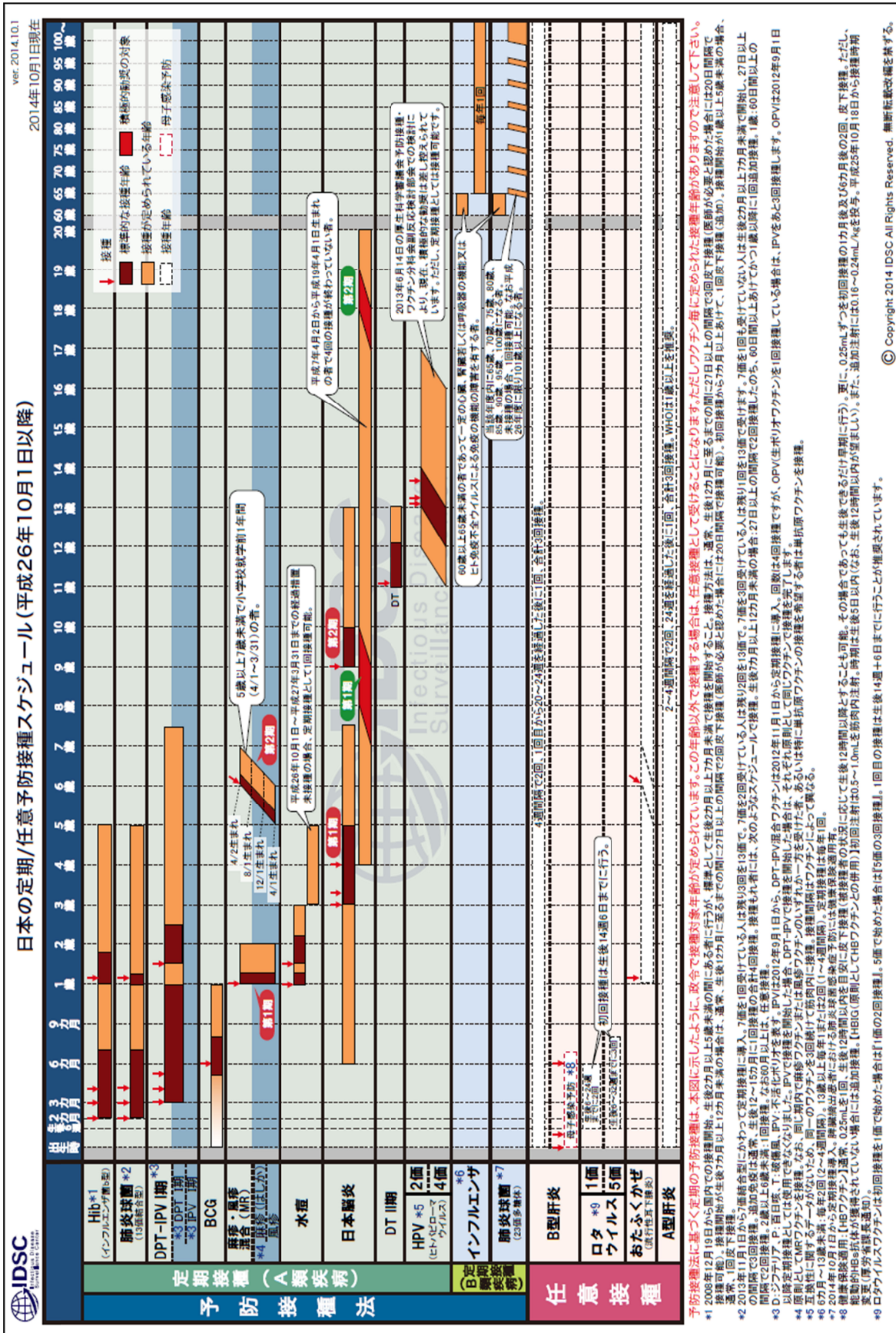


図 14. 予防接種スケジュール (国立感染症研究所)

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/component/content/article/320-infectious-diseases/vaccine/2525-v-schedule.html>

【参考資料】

- 保育所における感染症対策ガイドライン 平成 24 年 11 月 厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku02.pdf>
- 学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説 平成 25 年 9 月 日本小児科学会
予防接種・感染対策委員会 http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_1101181.pdf
- 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第 2 版 平成 26 年 9 月 日本環境感染学会
http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=106
- 保育保健における感染症の手引き 平成 25 年 4 月 日本保育園保健協議会
- 保育園における感染症対策 DVD 平成 24 年 全国保育園保健師看護師連絡会

6. 子どもが病気の時の保護者支援 ~適切な病児ケアを保護者へ伝えて支援する~

子どもが集団保育に入った当初は、度々、感染を繰り返しやすいです。核家族化が進み、子育ての支援者がなく孤立した子育て環境においては、特に第 1 子の場合、子どもが病気になった際の保護者の不安は大きく、病児・病後児保育施設がかかりつけ医等と連携し、家庭でも適切なケアができるよう助言・支援することは大切な役割であると考えられます。「社会全体そして地域みんなで子どもを育くむ」という観点から、親とともに病児・病後児保育施設が、子どもが病気の状態から回復することを促すことは、保護者の養育力を高めていくことにつながります。

保育所保育指針の「第 5 章 健康及び安全」においても、「疾病時の看護の方法や感染予防の対応などを伝える」と保護者との連携が示されています。保育所への看護師等の配置が限られている現状では、集団保育に入った当初の児童は感染症に罹患しやすいという知識のない保護者や、病気の子どもへ適切な対応をできない保護者への支援が必要とされています。

お迎えの際などに、病児・病後児保育施設での子どもの状態を分かりやすく保護者に伝え、家庭での適切なケアにつなげていくことが大切です。

【参考】 保育所保育指針（抄）（平成 20 年 3 月 28 日 厚生労働省告示第 141 号）

第五章 健康及び安全

1 子どもの健康支援

(2) 健康増進

(中略)

保健計画の作成と実践

【健康教育と生活習慣】

日々の保育の中で子どもたちが健康に関心を持ち、適切な行動がとれるよう、科学的根拠に基づいた健康教育を計画することが望まれます。発達過程に応じ、からだの働きや生命の大切さなどを伝え、手洗い、うがい、歯磨き、排泄後の始末などの基本的な清潔の習慣や健康な食生活が身に付くよう指導・援助をします。排泄の自立の援助は、その生理的機能の発達の個人差や情緒面での配慮がより重要であり、家庭と保育所との連携が望まれます。

体力づくり：一人一人の発育・発達状態や日々の健康状態に配慮しながら、日常的な遊びや運動遊びなどを通して体力づくりができるように考慮することが必要です。

保護者との連携：保護者に日々の健康状況や健康診断の結果などを報告したり、疾病時の看護の方法や感染予防の対応などを伝えたり、保護者会などの機会を通して健康への理解を深める働きかけをするなど、計画的に連携を図ることが大切です。

おわりに

ヒアリング調査等にご協力いただきました以下の方々に感謝申し上げます。

また、平成 25 年度の質問紙調査にご協力いただきました全国の病児・病後児保育施設の皆様に感謝申し上げます。

- 世田谷区子ども・若者部保育課/ 下北沢ひよこ園/ 直宮医院
- 葛飾病児・病後児保育協議会/ 砂原保育園/ 新小岩わんぱくクリニック
- 川西町教育委員会教育総務課子育て支援グループ/ 美女木げんき保育園/ きじまキッズクリニック
- 病児看護センターベアーズデイサービス/ 谷本こどもクリニック
- 練馬区医師会病児保育センターぱるむ光が丘
- 中野こども病院 病児保育室
- いなみ小児科 病児保育室
- 大川こども&内科クリニック 病児保育室

執筆担当者

- 三沢あき子 京都府立医科大学男女共同参画推進センター 副センター長（小児科学教室講師）
総括 総論
2．病児・病後児保育を利用する子どもの主な症状と対応
5．病児・病後児保育における感染症対策
6．子どもが病気の時の保護者支援
- 帆足 暁子 全国病児保育協議会 研修委員長（世田谷子どもクリニック臨床心理士・保育士）
1．病児・病後児の発達・心理を理解したうえでの遊び
- 宮崎 博子 全国保育園保健師看護師連絡会 理事（元みたか小鳥の森保育園看護師）
2．病児・病後児保育を利用する子どもの主な症状と対応
- 山崎 嘉久 あいち小児保健医療総合センター 保健センター長
3．薬に関する知識
4．リスクマネジメント
- 安井 良則 大阪府済生会中津病院 臨床教育部長
5．病児・病後児保育における感染症対策
- 多屋 馨子 国立感染症研究所 感染症疫学センター第三室 室長
5．病児・病後児保育における感染症対策

作成助言・協力者

- 遠藤 郁夫 日本保育園保健協議会 会長
- 稲見 誠 全国病児保育協議会 会長
- 大川 洋二 全国病児保育協議会 副会長（感染症対策委員会 委員長）
- 安 炳文 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学 助教