

1 保育現場での医療行為について

疑問

保育士が行えるの医療行為はどのような行為ですか？

保育園等での与薬

保育園等では、保育士や幼稚園教諭は医療行為はできません（医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師法第31条）しかし一定の条件のもとで与薬は可能となっています。

一般に医療行為でないと考えられる主なものは下記の1～5の行為です。

1. 体温を測定すること
2. 自動血圧測定器による血圧を測定すること。
3. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）
4. 爪切りや市販の浣腸液を用いた浣腸。耳垢除去 日常的な口腔内の清拭など
5. 保育時間中に与薬が必要な場合については、下記の条件を満たす必要があります。

新・保育保健の基礎知識（保育保健協議会編集）より抜粋

患者の状態が以下の**3条件を満たしている**ことを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの「免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は**家族の具体的な依頼**に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。

具体的には、皮膚への**軟膏の塗布**（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への**湿布の貼付**、点眼薬の**点眼**、一包化された**内服薬の内服**（舌下錠の使用も含む）、肛門からの**座薬挿入**又は**鼻腔粘膜の薬剤噴霧を介助**すること。……原則として規制の対象ではない。

新・保育保健の基礎知識（保育保健協議会編集）より抜粋

3条件とは

- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
- ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要でないこと
- ③ 内服薬については誤嚥の可能性、座薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的を配慮が必要でないこと

(医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について： 厚生労働省医政局長通知 平成17年7月26日)
(医政発第0726005号) からの抜粋です。

新・保育保健の基礎知識 (保育保健協議会編集) より抜粋

くすりを取り扱う前に保育園等すべき事柄

(1) 健康安全委員会

園児の健康管理および安全対策などを検討・運営する委員会を設置するのが望ましい。

- ①保育士、看護師、栄養士、医師、薬剤師、歯科医師、保護者などで構成します。
- ②保護者から提出された与薬依頼票に基づき、保護者の了解のもと与薬を行います。
- ③ただし急性期の疾患など急を要する場合には、委員長の判断で実施できます。その場合は、委員会へ事後報告を行います。
- ④常備薬の内容や使用に関しても、定期的に委員会へ報告し承認を受けます。

(2) 与薬依頼票

あらかじめ書式などを決めておきます。資料の与薬依頼票（定期薬）、与薬依頼票（臨時薬）を参考にしてください。

与薬依頼票（臨時薬）

注意事項

- ① 内服薬（錠剤、粉剤、水剤など）は、1回分ずつ小分けにして持参してください
- ② お預かりする薬は登園時から帰園時までに必要な分を限度とします。
- ③ 翌日も与薬を希望される場合は、再度与薬依頼票の提出をお願いします。
- ④ 小分けした容器・袋には、必ずクラス・氏名を記入してください。
- ⑤ 与薬依頼票とお薬は必ずセットで保育士に手渡ししてください。
- ⑥ 子どもの状態により、与薬時間が前後する場合、与薬できない場合があります。

保護者記入

年 月 日

与薬依頼票に記載の通り、お薬の与薬をお願いします。

クラス名： _____ 園児名： _____

保護者名： _____

①与薬日時	____月____日 朝・昼・夕 / 食後・食前・食間 / _____ 時頃
②与薬の種類	飲み薬（錠剤／粉薬／水薬） / ぬり薬 / 吸入薬 / 目薬 / 貼り薬 / _____ その他（ _____ ）
③病名・症状	_____
④薬の内容	抗生物質 / 咳止め / 下痢止め / 解熱鎮痛薬 / かゆみ止め / 風邪薬 その他（ _____ ）
⑤薬の保管方法	常温 / 冷所 / 遮光 / その他（ _____ ）
⑥病院・医師名	_____
⑦薬局名	_____
⑧連絡事項	_____

注）④～⑦については、必要事項が記載されている薬剤情報・お薬手帳のコピーを添付することでも可能です。

保育園記入

受領者	確認事項	与薬者への連絡事項
_____	<input type="checkbox"/> 与薬依頼票 <input type="checkbox"/> 持参薬	_____

連絡帳に貼付

与薬者	与薬時間	保護者への連絡事項
_____	_____	_____

新・保育保健の基礎知識（保育保健協議会編集）より抜粋

1. 感染症対策

•保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版 / 2023年一部改訂）

- 内容: 登園停止の基準（登園のめやす）、手洗い・消毒の方法、嘔吐物の処理手順などが詳細に記されています。
- ポイント: 2023年の改訂では、新型コロナウイルス感染症の「5類」移行に伴う対応などが反映されています。

2. アレルギー対応

食物アレルギーを持つ子どもへの誤食防止や、緊急時の対応がまとめられています。

•保育所におけるアレルギー対応ガイドライン（2019年改訂版）

- 内容: 「生活管理指導表」の活用、除去食の提供ルール、アナフィラキシー発症時のエピペン使用法などが示されています。
- ポイント: 医師の診断に基づいた組織的な対応が強調されています。

3. 安全管理・事故防止

重大事故を防ぐための環境整備や、発生時の対応についてです。

•教育・保育施設等における事故防止及び事故が発生した場合の対応のためのガイドライン（2016年策定 / 逐次改正）

- 内容: 睡眠中の窒息事故（SIDS対策）、食事時の誤嚥、プール活動での注意点などが網羅されています。

4. 医療的ケア児への対応

医療的ケアが必要な子どもの受け入れ体制に関する指針です。

•保育所等における医療的ケア児の受入れに関するガイドライン（2022年策定）

- 内容: 看護師の配置、嘱託医との連携、保護者との合意形成の進め方などがまとめられています。

1. ガイドラインの良い点（メリット）

客観的な基準の明確化

園内での判断に迷う事象（例：登園停止の基準や、感染症流行時の対応）に対して、医学的根拠に基づいた一貫性のある基準を提供しています。これにより、保育士の経験則だけに頼らない平準化された保育環境が整います。

保護者への説明根拠になる

「熱があるからお迎えに来てほしい」「完治するまで登園を控えてほしい」といった依頼をする際、園独自のルールではなく、厚生労働省のガイドラインという公的な後ろ盾があることで、保護者の理解を得やすくなります。

多職種連携の指針

嘱託医、看護師、保育士、そして自治体がどのように連携すべきかが具体的に示されています。役割分担が明確になることで、緊急時の対応スピードや精度が向上します。

網羅的なリスク管理

アレルギー対応、SIDS（乳幼児突然死症候群）対策、事故防止、心の健康など、子どもの健康に関するトピックが幅広くカバーされており、安全管理のセーフティネットとして機能しています。

2. ガイドラインの悪い点（課題・難しさ）

現場の労働環境との乖離

ガイドラインが求める「理想的なケア」や「詳細な記録」は、保育現場にとって非常に重い負担となります。「ガイドラインに書かれていることは正しいが、実際実行するのは難しい」というジレンマが生じやすいです。

地域差や個別事情への対応不足

ガイドラインはあくまで全国共通の指針であるため、各自治体の条例や、園ごとの設備環境、園児一人ひとりの個別事情（体質や家庭環境）に合っているわけではありません。柔軟な運用には現場の判断力が求められます。

更新のタイムラグ

医学的知見や社会情勢は変化するため新型コロナウイルス流行時のように状況が刻々と変わる時では、現場が混乱するケースも見られます。

専門用語によるハードル

内容は非常に専門的で正確ですが、医療資格を持たない保育士にとっては内容が難解に感じられる部分も多いです。正しく理解し、実践するには研修や二次的なマニュアル作成が必要となります。

2 保育現場での事故、ケガについて

疑問

鉄棒にぶら下がって手が滑って落下したなど、20秒くらい失神してしまったお子さんがいます。受診の目安について教えてください。

保育所などの児童福祉施設で園児が意識を失った場合、**一分一秒を争う迅速な判断と組織的な対応**が求められます。

1. 意識と呼吸の確認（最優先）

まずは周囲の安全を確認し、園児の反応を確かめます。

● **意識の確認**： 肩をたたきながら大きな声で名前を呼びます。

反応がない → すぐに周囲に応援を求めます。

● **呼吸の確認**： 胸や腹部の動きを10秒以内で見ます。

普段通りの呼吸がない、または死戦期呼吸
（あえぐような途切れ途切れの呼吸）の場合

→ 緊急を要すると判断します。

2. 応援の要請と役割分担

一人の保育士がすべてを抱え込まず、周囲の職員と役割を分担します。

119番通報: 「意識がない」ことを明確に伝え、救急車を呼びます。

AEDの持参: 園内に設置されているAEDを至急現場へ持ってきます。

他の園児の誘導: 現場のパニックを防ぐため、他の園児を別室へ誘導し、不安を与えないよう配慮します。

保護者への連絡: 状況が落ち着き次第、速やかに連絡を入れます。



3. 救命処置（CPRとAED）

呼吸が止まっている、あるいは判断に迷う場合は、ただちに胸骨圧迫を開始してください。

手順	内 容
胸骨圧迫	胸の真ん中を、強く（胸の厚みの1/3程度）、速く（1分間に100～120回）絶え間なく押します。
AEDの使用	AEDが届いたらすぐに電源を入れ、音声ガイダンスに従います。未就学児用モード（または小児用パッド）がある場合はそれを使用します。

4. 救急隊到着後の対応

救急隊が到着するまで胸骨圧迫を継続し、到着後は以下の情報を伝えます。

- 1.いつから（何分前に発見したか）
- 2.どのような状態で（ひきつけ、嘔吐、顔色の変化など）
- 3.どのような処置をしたか（AEDの使用回数や胸骨圧迫の時間）
- 4.既往歴・アレルギー（あれば園児の保健調査票を準備）

疑問

頭（首から上）をぶつけた場合病院に行くのでしょうか？これは絶対ですか？

転んで頭を打った時の保護者への連絡と受診の目安を教えてください。

こども園（保育園・幼稚園）で子どもが頭を打った場合、外見上は元気そうに見えても後から症状が出ることもあるため、慎重な対応と経過観察が不可欠です。

1. 緊急性の確認（すぐ救急車を呼ぶレベル）

以下の症状が一つでも見られる場合は、ためらわずに119番通報（救急車）をし、同時に保護者へ連絡します。

- 激しく痙攣（けいれん）している
- 意識がない、朦朧（もうろう）としている、視線が合わない
- 何度も繰り返し吐く
- 頭蓋骨が凹んでいる、耳や鼻から血や透明な液体が出ている
- 激しい出血が止まらない
- 顔色が明らかに悪い、ぐったりして動かない

子どもは自覚症状を正確に表現できないため、担当医は画像診断に頼る傾向があります。しかし頭部CTは放射線被ばく量が比較的多い検査であり発がんのリスクが報告がされています。従って**不要な画像検査はできるだけ避けるべきである**とされています。日本小児神経学会では2009年に米国から発表された基準に基づいて2歳未満と以上で指針の区分をしています。

2. 園内での応急処置（意識があり元気な場合）

緊急性が高くない場合でも、速やかに以下の対応を行います。

安静と冷却

子どもを布団や座布団の上に横にさせ、安静にさせます。

打撲部位を**保冷剤や冷たいタオルで冷やします（目安：15～20分程度）**。

嫌がる場合は無理をせず、様子を見ながら冷やします。

傷口の処置

出血がある場合は、清潔なガーゼやタオルで傷口を**強く圧迫して止血します（圧迫止血）**。

泥などの汚れがついている場合は、流水で軽く洗い流してから圧迫します。

3. 保護者への連絡と共有

頭部の打撲は、**どれだけ軽症に見えても必ず保護者に報告**します。

•連絡のタイミング

- 大きなたんこぶができた、一時的に泣き叫んだなどの場合は、迎えを待たずに**すぐに電話で第一報**を入れます（受診の判断を仰ぐため）。
- かすり傷程度で本人がすぐに泣き止み、その後も普段通り元気な場合は、お迎え時に口頭で詳細を伝えます（ただし、園の規定や状況に応じて電話連絡が望ましいです）。

•伝えるべき内容

- いつ（時間）
- どこで、どのように（状況・原因）
- 頭のどの部分を打ったか（部位）
- 直後の様子と、その後の経過（処置内容、現在の状態）

4. 降園までの経過観察（チェックポイント）

頭部打撲の症状は、打ってから24～48時間以内に現れることがあります。園にいる間は、保育士が連携して以下のポイントを継続的に観察（ヒヤリハット・事故記録に記載）してください。

観察項目	チェックする内容
機嫌・様子	ぐずり続けていないか、やたらと眠そうにしていないか（傾眠傾向）
食事・水分	給食や水分を摂ったあとに吐き戻さないか
歩行・動作	歩くときにふらついたり、手足に力が入りにくそうにしていないか
言葉・視線	視線がしっかり合うか、言葉の出方がいつもと違わないか

 **注意：頭を揉んだり、お風呂に入れたりするのはNG**；血流が良くなり、内出血や腫れが悪化する原因になります。当日の入浴はシャワー程度にするか、控えるよう保護者に伝えます

保護者へ引き渡す際にも、「今夜から明日にかけては、念のためこれらの症状が出ないか注意して見てあげてください」と一言添えると安心です。

5. 事後の対応

・事故報告書の作成: 市町村の窓口や保健所へ報告するための詳細な記録を作成します。

・職員・園児のメンタルケア: 衝撃的な場面を目撃した職員や園児の心のケアが必要です。

注意: 意識がある場合でも、顔色が悪い、ぐったりしている、嘔吐を繰り返すなどの場合は、窒息に注意して「回復体位（横向きに寝かせる）」をとり、救急車の到着を待ってください。

3 熱中症対策について

疑問

熱中症についてどのように対策が必要かお聞きします。

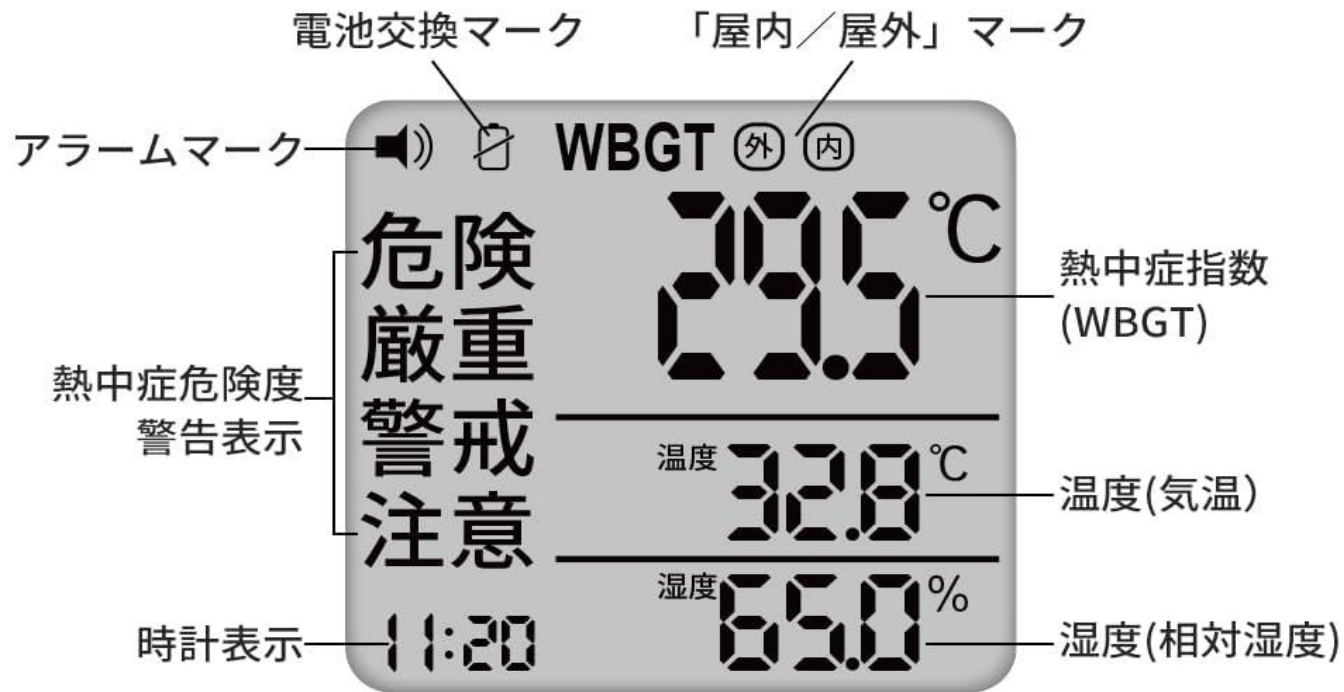
1. 熱中症対策の判断基準（暑さ指数：WBGT）

保育現場では、気温だけでなく**暑さ指数（WBGT）**を確認することが推奨されています。

暑さ指数 (WBGT)	段階	保育における対応の目安
31℃以上	危険	原則、外遊び・運動は中止。 室内で涼しく過ごす。
28～31℃	嚴重警戒	激しい運動は中止。外出時は頻繁に休憩し、水分補給を徹底。
25～28℃	警戒	適宜休憩を取り、無理な運動を避ける。

注意点: 乳幼児は照り返しの影響を受けやすいため、大人の高さで測った気温よりも2～3℃高い環境にいると考え、早め早めの判断が必要です。

表示部



2. 保育現場での具体的な注意点

衣服の調節と環境整備

- ◎ 服装：吸湿性・速乾性の良い素材を選び、熱がこもらないようにします。
- ◎ 遮光：園庭ではタープやよしずで日陰を作り、砂場や遊具が熱くなりすぎているか確認します。
- ◎ 室内環境：エアコンを活用し、室温だけでなく湿度（60%以下が目安）にも気を配ります。

こまめな健康観察

- ◎ 顔色と発汗：顔が赤くなっていないか、逆に汗が止まっていないか、ぼーっとしていないかを確認します。

水分補給：喉が渇く前に、時間を決めて（30分おきなど）少量の水分を摂らせるようにします。

3. 水遊び・プール遊びの判断

「水に入れば涼しい」と思われがちですが、実は水遊び中も熱中症のリスクがあります。

水遊びを中止すべき目安

- **暑さ指数（WBGT）が31℃以上の場合**：原則として、水遊びも控えるか、ごく短時間で切り上げる判断が必要です。
- **水温が高い場合**：水温が**30℃～33℃**を超えると、体温が下がりにくくなり、逆に熱中症のリスクが高まります。

安全に楽しむためのポイント

1. **日陰で行う**：プールの上に遮光ネットを張るなど、直射日光を避けます。
2. **時間の短縮**：長時間の入水は体力を消耗します。15～20分程度を目安に休憩を挟みましょう。
3. **前後の水分補給**：水遊びの前後には必ず水分を摂らせてください。
4. **監視体制**：子どもの様子に異変がないか、常に専任の監視者を配置します。

4. 救急時の対応

もし「熱中症かも？」と思ったら、すぐに以下の処置を行ってください。

- 冷却**: 涼しい場所に移動させ、太い血管がある**首の横、脇の下、足の付け根**を冷やします。
- 水分・塩分**: 意識がはっきりしていれば、経口補水液やスポーツドリンクを飲ませます。
- 医療機関へ**: 呼びかけに反応が鈍い、自力で水分が飲めない場合は、迷わず救急車を要請してください。

子どもたちは自分の体調の変化を言葉にするのが難しいため、大人が「数値(WBGT)」と「様子」の両面から守ってあげることが大切です。

園全体で取り組むべき労働環境管理のポイント

1. 暑さ指数（WBGT）に基づく客観的な運用ルール化

「まだ大丈夫そう」という主観に頼るのが一番危険です。環境省が発表する暑さ指数（WBGT）を基準に、一日の行動指針をルール化しよう。

•**WBGT 28度以上（嚴重警戒）**：屋外活動や長時間の散歩は原則中止、または涼しい時間帯への変更を検討する。

•**WBGT 31度以上（危険）**：屋外活動は一切中止。エアコンの効いた室内での活動に切り替える。

•**対策**：職員室や園庭にWBGT計測器を設置し、数値が基準を超えたら「誰の判断を仰ぐことなく、自動的に屋外活動を中止する」という明確なマニュアルを作っておくことが、保育士の心理的負担（「サボっていると思われないか」という不安）を減らします。

2. 勤務体制の工夫と「声かけ」の文化

保育士は配置基準（子どもの人数に対する保育士の数）があるため、現場を簡単に離れられないプレッシャーがあります。

- **定期的な交代制の導入**：特に夏のプール指導や園庭管理、お散歩の際は、時間を区切って（例：30分～1M時間ごと）ローテーションで室内業務と交代できる体制を作ります。
- **水分補給の「義務化」**：「子どもたちの前でお茶を飲むのは行儀が悪い」という古い価値観は捨ててください。保育士が水分を取る姿を見せることは、子どもへの食育・安全教育にもなります。園全体で「〇時になったら先生たちも全員一口水分補給」とルール化しよう。
- **お互いの体調チェック**：自分の体調不良には気づきにくいものです。「〇〇先生、顔が赤いよ」「一回休んで」と互いに声を掛け合える雰囲気管理職が率先して作ります。

3. 設備・環境の整備

ハード面からのアプローチで、働く環境の熱負荷を減らします。

対策エリア	具体的なアプローチ
園庭・屋外	遮光ネット（サンシェード）の設置、大型ミスト扇風機の導入。園庭全体の照り返しを防ぐ対策。
室内（保育室）	エアコンの適切な設定（26～28度目安）。サーキュレーターを併用して冷気を循環させ、適切な設定温度の冷えを確保する。
休憩スペース	保育室とは別に、エアコンがしっかり効いた「完全に頭と体を休められる休憩室」の確保。そこに冷えた麦茶や塩分タブレットを常備する。

4. 服装・持ち物の柔軟化

園の指定服がある場合でも、夏場は熱中症対策を最優先した服装を許可すべきです。

- 通気性と速乾性**：綿100%よりも、汗を素早く吸って乾くスポーツウェア素材のポロシャツやTシャツを推奨（または支給）する。
- 帽子の着用徹底**：屋外では、首の後ろまでガードできる日よけ付きの帽子の着用を認める。
- 冷却グッズの活用**：ネッククーラー（クールリング）や、衣服に吹き付ける冷却スプレーなどの使用を園として認める。

5. 万が一のための「緊急時マニュアル」の共有

どれだけ対策をしても、熱中症のリスクはゼロにはなりません。職員が「あ、おかしいな」となったときのフローを徹底しておきます。

現場で共有すべき初期対応

1. 保育士の意識がはっきりしているか確認（なければ即救急車）。
2. 涼しい場所へ移動させ、衣服を緩める。
3. 首、脇の下、太ももの付け根を保冷剤などで冷やす。
4. 水分・塩分を補給させる（自力で飲めない場合は無理に飲ませず医療機関へ）。
5. **最重要**：その保育士が抜けた穴（配置基準）をすぐにカバーできるバックアップ要員（フリーの先生や園長・主任）の動線を決めておく。

保育士の健康を守ることは、結果として子どもたちの命を守ることに直結します。「これくらい大丈夫」をなくし、組織全体で「休む・飲む・冷やす」を徹底できる環境を作っていきましょう。

4 SIDS対策について

疑問

SIDSの予防について、自らが寝返りをうつ場合には、仰向け寝に直さなくても良いですか。

保育所におけるSIDS（乳幼児突然死症候群）対策は、単なる「事故防止」に留まらず、職員全員が共通認識を持ってルーティン化することが最も重要です。

保育園におけるSIDS（乳幼児突然死症候群）のガイドラインでは、「1歳までの仰向け寝」「定期的な午睡チェック（0歳は5分毎、1～2歳は10分毎）」「布団やベッドは柔らかいものを避ける」「部屋を適温に保つ」ことが義務付けられています。特に窒息事故を防ぐため、うつ伏せ寝の防止と、呼吸・体位・顔色の確認が最重要です。

1. 睡眠中の「睡眠チェック」の徹底

SIDSは睡眠中に発生することが多いため、「目」と「手」によるダブルチェックが基本です。

・**チェックの間隔:** 0歳児: 5分に1回
1歳児以上: 10分～15分に1回 **確認内容:**

- ・ **顔色:** 唇の色や肌に赤みがあるか。
- ・ **呼吸:** 胸や腹部が動いているか（呼吸が止まっていないか）。
- ・ **体温・発汗:** 異常に熱くなっていないか。

・**記録の義務化:** 誰が、いつ確認したかを必ず「午睡チェック表」にリアルタイムで記入します。

2. 安全な睡眠環境の整備

ハード面での環境作りは、人的なミスをかバーするセーフティネットになります。

- **あお向け寝の徹底**: 医学的な理由（医師の指示）がない限り、**必ずあお向け**で寝かせます。寝返りをした場合は、その都度あお向けに戻します。
- **固い寝具の使用**: 窒息を防ぐため、沈み込みの少ない固綿マットや布団を使用します。体が沈込むような柔らかいマットレスや枕、クッションは、口や鼻を塞ぐ危険があるため避けてください。
- **顔周りのスッキリ化**: 枕は原則使用しない。ぬいぐるみ、タオル、よだれかけなどは顔にかかる恐れがあるため、布団の中に持たせない。
- **適切な温度・湿度管理**: 暑すぎるとSIDSのリスクが高まるとされています。衣類や掛け布団での調節、エアコンによる室温管理を徹底します。

3. 職員の意識向上と体制づくり

「いつも通り」という油断を防ぐための組織的な取り組みです。

- **「うつ熱」への配慮**: 風邪気味で発熱がある、または解熱直後の子どもはリスクが高まるため、通常よりも頻繁にチェックを行うなど、個別対応を検討します。
- **複数人での見守り**: 休憩回しなどで保育士が1人になる時間を極力減らし、相互に確認し合える体制を整えます。
- **緊急蘇生法の訓練**: 万が一に備え、AEDの使い方や乳幼児への胸骨圧迫などの救急蘇生訓練を定期的に（年1回以上）実施します。

4. 保護者との連携・情報共有

家庭での習慣が保育所に持ち込まれることもあるため、一貫した対応が必要です。

- **家庭での様子を確認**: 登園時に「昨夜の睡眠状況」や「体調」を細かくヒアリングをします。
- **啓発活動**: 「あお向け寝」の重要性について、園だよりなどを通じて家庭にも周知し、園と家庭で同じ安全基準を持つようにします。

重要な視点 SIDSは原因が完全には解明されていませんが、**「あお向けに寝かせる」「タバコをやめる」「できるだけ母乳で育てる」**という3つのポイントで発症率が下がることがデータで示されています。
保育所としては、特に「あお向け寝」と「睡眠環境の最適化」を組織の文化として定着させることが最大の予防策となります。

5 保育所等での熱性けいれんの対応について

疑問

「熱性けいれん（発作）・てんかん児の生活指導箋」について熱性けいれん・てんかん児のすべての児に必要ですか。与薬の指示書は別に必要ですか。

『熱性けいれん診療ガイドライン2023』の内容に基づき、保育士の方が現場で特に意識しておくべきポイントを整理しました。

保育現場では「診断」ではなく、

****「いかに落ち着いて観察し、安全を確保するか」**が重要**

1. けいれんが起きた時の「3つの即時アクション」

ガイドラインでも、発作時の迅速な対応と観察が推奨されています。

・**安全確保と体位**: * 周囲に物を置かず、平らな場所に寝かせます。

・ **吐物による窒息を防ぐため、体や顔を横に向けます（回復体位）。**

・ ***「何もしない」ことの徹底**: * 口の中にタオルや指を入れない（窒息やけがの恐れ）。

・ 体を揺さぶったり、大声で呼びかけ続けたりしない。

・**時間の計測**: * 「何時何分に始まり、何分間続いたか」を計ります。**5分以上続く場合は救急車の要請基準**となります。

2. 観察のポイント（医師への伝達事項）

けいれんが止まった後、受診時に保護者や医師へ伝えるべき情報は以下の通りです。

- **左右差の有無**: 右手だけ震えていたか、両手足か。
- **目の動き**: どこか一点を凝視していたか、視線が合わなかったか。
- **体温**: 発作の直後に検温します。
- **持続時間**: 5分未満で止まったかどうか。

3. ダイアップ（抗けいれん薬）の取り扱い

ガイドラインでは、再発予防として「ダイアップ坐剤」の使用基準が示されています。園で預かっている場合は以下の点に注意が必要です。

- **使用のタイミング**: 通常、**37.5℃～38.0℃以上の発熱時**に使用する指示が出ていることが多い。
- **投与間隔**: 1回目から8時間後に2回目を使用する「2回投与方法」が一般的ですが、園での対応範囲については、あらかじめ保護者・主治医との間で**「与薬依頼書」**に基づいた合意が必要です。
- 1回投与で受診するのが望ましい

4. 救急車を呼ぶ判断基準

ガイドラインの指針に沿った、一般的な緊急要請の目安です。

- 1.5分以上けいれんが続いている。
- けいれんが止まっても意識が戻らない。
- 短時間に繰り返す。
- 明らかに様子がおかしい。（顔色が極端に悪い、呼吸が苦しそう）

💡 保育現場での備え

ガイドライン2023では、熱性けいれん自体の予後は一般的に良好であるとされていますが、**「初めての発作」や「長時間の発作」**は、髄膜炎などの重篤な疾患との見極めが必要です。

園内で「熱性けいれんの既往がある子」を把握する際は、単に「ある・なし」だけでなく、**「前回は何分続いたか」「ダイアアップ持参の有無」**をセットで確認しておくこと、いざという時の初動がスムーズになります。最近では抗痙攣剤として点鼻薬や口腔溶液などが出ており、注意が必要である。

6 その他聞きたいこと:生活習慣について

疑問

子どものスマホ等の使用について、保護者にどう伝えたら良いでしょうか？

日本小児科医会の提言

1. 2歳までのテレビ・ビデオ視聴は控えましょう。
2. 授乳中、食事中のテレビ・ビデオの視聴は止めましょう。
3. すべてのメディアへ接触する総時間を制限することが重要です。1日2時間までを目安と考えます。テレビゲームは1日30分までを目安と考えます。
4. 子ども部屋にはテレビ、ビデオ、パーソナルコンピューターを置かないようにしましょう。
5. 保護者と子どもでメディアを上手に利用するルールをつくりましょう。

こども園という立場から保護者の方へ子供のスマホ使用についてアドバイスする際は、「禁止する」のではなく「親子のルールを作り、上手に付き合う」というスタンスを伝えるのが最も効果的です。

1. 伝えるべき「基本ルール」

保護者が家庭ですぐに実践できるように、まずはシンプルな基準を提示します。

【時間】 1日30分～1時間まで

世界保健機関（WHO）のガイドラインでは、2～4歳児の画面視聴は「1日1時間以内（少ないほどよい）」とされています。

「タイマーが鳴ったらおしまい」など、子供自身が納得しやすい工夫を勧めましょう。

【姿勢・場所】 明るい部屋で、離れて見る

画面との距離は**30cm以上**離すこと、寝転がって見ないことを約束します。視力低下の予防だけでなく、姿勢の崩れを防ぐためにも重要です。

【タイミング】 寝る前1時間は見ない

スマホのブルーライトは睡眠の質を下げ、脳を興奮させてしまいます。

「夜は絵本を読む時間にする」など、別の習慣への置き換えを提案するとスムーズです。

2. 「見せ方」へのアドバイス

「ただ動画を流しっぱなしにする」と「親が関わる」のとでは、子供の脳への影響が大きく変わります。

・「ほったらかし（預けっぱなし）」にしない

- ・ スマホを「親の身代わりのベビーシッター」にしないよう伝えます。できるだけ同じ空間で見守り、何を見ているか把握してもらうことが大切です。

・親子のコミュニケーションの道具にする

- ・ 「今のおもしろかったね」「あのお魚、なんて名前かな？」など、見ている内容について親から声をかけるよう勧めましょう。これにより、デジタル体験が言葉の発達や親子の会話につながります。

3. 保護者の「罪悪感」を和らげるフォロー

アドバイスをする際、最も重要なのは「スマホに頼る保護者を責めない」という姿勢です。言葉がけの例「夕方の忙しい時間や、公共交通機関での移動中など、スマホに頼りたくなる時は誰にでもあります。絶対にダメと禁止するのではなく、お互いが笑顔で過ごすための『お助けアイテム』として、賢くルールを決めて使っていきましょう」

このように、保護者の大変さに共感を示した上で、「これならできそう」と思える具体的なステップ（例：まずはご飯の時は消す、から始めましょうなど）を提案すると、アドバイスを受け入れてもらいやすくなります。

疑問

保育所での午睡時間について教えてください。

午睡を管理する上での重要な注意点

1. 「15時」には切り上げる

午睡が長すぎたり、遅い時間まで寝かせてしまったりすると、夜間に入眠障害や睡眠不足を引き起こし、逆効果になってしまいます。基本的には**15時（遅くとも15時15分）**までには起こすのが、夜の睡眠リズムを守るための鉄則です。


2. 無理に寝かせない（特に3歳以上）

眠くない子を無理に寝かしつけようとする、子どもにとってストレスになります。眠れない子には「静かに横になって目をつむるだけで、身体は休憩できるよ」と伝え、休憩の場として提供することが大切です。

3. SIDS（乳幼児突然死症候群）への対策と安全管理

安全な午睡のために、睡眠中の窒息や異変を防ぐ定期的な見守り（午睡チェック）が義務付けられています。

- 0歳児：5分に1回（仰向け寝の徹底、呼吸・顔色の確認）
- 1～2歳児：10分に1回
- 3歳児以上：15分に1回

 **まとめ** 午睡は単に「寝る時間」ではなく、午前中の活動の疲れを癒やし、夕方以降も子どもたちが笑顔で元気に過ごすための**「脳と身体の休息时间」**です。子どもの体力や家庭での夜間の睡眠状況に合わせて、個別に微調整してあげるのが理想的です。

年齢別の午睡時間の目安

年齢	適切な午睡時間の目安	特徴とポイント
0歳児	2時間～4時間 (午前・午後の複数回)	月齢や個人差が非常に大きいです。生後半年頃までは「午前・午後・夕方」など複数回に分け、体調や機嫌に合わせて臨機応変に対応します。
1歳児	1.5時間～2.5時間	1歳を過ぎる頃から午前寝がなくなり、午後1回にまとまってきます。体力を消耗しやすいため、昼食後すぐにしっかり睡眠を確保します。
2歳児	1.5時間～2時間	体力がついてきますが、まだ午後のお休みは必要です。睡眠リズムが確立してくる時期なので、毎日決まった時間に入眠できるような環境を整えます。
3歳児	1時間～1.5時間	体力に個人差が出始め、お昼寝を必要としない子も増えてきます。無理に寝かせず「横になって身体を休める(横臥)」時間にする園も多いです。
4・5歳児	なしまたは30分～1時間	5歳児(年長)になると、就学に向けて秋～冬頃から午睡をなくしていくのが一般的です。眠らない子は静かに絵本を読むなどして過ごします。

質問箱

ホーム > 会員の皆さまへ > 質問箱

(ホームページQRコード)



会員専用の質問箱です。

保育保健に関わるご質問を受け付けています。

小児科医・歯科医・保健師・看護師・管理栄養士・保育士などの専門家より回答させていただきます。
困りごとや悩みごと、保育に関する疑問などお気軽にご質問ください。

質問箱



(回答までに時間がかかる場合や、ご質問内容によっては回答できない場合もありますことご了承ください。)

(質問箱QRコード)

