

委員提出資料

岡村 宣 委員 提出資料	．．．．．	P 1
木戸 啓子委員 提出資料	．．．．．	P 5
清水 益治委員 提出資料	．．．．．	P 7
鈴木みゆき委員 提出資料	．．．．．	P 11
堤 ちはる委員 提出資料	．．．．．	P 15
松井 剛太委員 提出資料	．．．．．	P 27
三代川紀子委員 提出資料	．．．．．	P 33
村松 幹子委員 提出資料	．．．．．	P 53
和田 紀之委員 提出資料	．．．．．	P 55

第3回 保育専門委員会 意見

認定こども園ポプラの木 岡村 宣

1. 乳児期における重大事故発生防止について

平成26年6月30日開催の、第16回子ども・子育て会議において、特定教育・保育施設等の重大事故発生・再発防止について行政の取り組みのあり方を検討すべきとされ、これを受けて、同年9月8日、内閣府・文部科学省・厚生労働省により「特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」が設置され、①重大事故の情報の集約のあり方、②集約した情報の分析、フィードバック、公表のあり方、③事故の発生、再発防止のための支援、指導監督のあり方の3つの柱によって検討され、先般、12月21日に最終取りまとめが公表されました。これにより、今後は、重大事故発生防止予防のためのガイドラインの作成、事故発生対応マニュアルの作成、事故再発防止のための事後的な検証における地方自治体と国の取り組み、事故発生再発防止のための指導監督のあり方などの取り組みが進められることとなります。

本日、特に乳児保育を中心に議論を進めるということで、保育指針において触れるべき内容がここにもあるとの思いを持ちます。

2010年1月、福島県郡山市の認可外保育所で、1歳の子どもが泣き止まないことを理由にうつぶせ寝にされ、1時間後に心肺停止状態で発見されました。子どもの頭には、4つ折りにした大人用の毛布がかぶせられ、その上に、重石のように、枕ふたつがのせられていました。発見当時は顔を真下に向けており、口の周りには吐しゃ物がついていました。医師の死体検案書には死亡原因として、「乳幼児突然死症候群の疑い」と書かれ、警察は病気で終わらせる様子だったとのことでした。両親は納得できず、認可外保育施設の理事長、園長、保育士3名を業務上過失致死罪で掲示告訴、規制権限を適正に行使しなかった郡山市などを相手に提訴もしました。この子どもの弟が私の法人が運営する認定こども園のひとつに入園しておられます。認可外保育施設に子どもを預ける親の状況、子どもを預かる認可外保育施設の状況などを考えなければなりません。

「保育事故を繰り返さないために」（武田さち子著）によると、1961年度から2008年度までの保育施設における死亡例、なんと240件もあるのですが、これらを調査した結果が記されています。調査結果として、①認可外保育所での死亡事故が圧倒的に多い、②うつぶせ寝での死亡事故が約半数を占める、③乳児の周囲に全く保育者がいないなかでの長時間放置、④うつぶせ寝には不適切な寝具、衣服での、ルール無視の安易な放置、⑤異常発見時の救急対応の遅れで、ほとんどが死体で発見されている、⑥職員の育児・養育能力の不足、怠慢、放棄の状況下での事故が多いなどとまとめています。

郡山での死亡事故もそうであるように、乳幼児突然死症候群の疑いという死亡検案書で、いわば人的過失による事故ではなく、病死として処理されている場合も少なくないということも考えられます。

重大事故の多くで、例えば、布団とシーツの間にビニールのシートを挟む場合が見受けられ、その上に、タオルなどを数枚乗せてうつ伏せ寝をさせる状況があるようです。ビニールシートにより空気の循環がなく、タオルの中に二酸化炭素が滞留してしまうこととなります。また、子どもは吐いたものをのどにつまらせるということも容易に起こってしまいます。認可保育所では、うつぶせ寝はしないことと共に、5分ごとに呼吸の有無をチェックするなどの対応が当たり前ですが、このことがまだまだ理解されていない場所があります。

前回、検討される保育指針は、保育所においてのみならず、これまで認可外保育施設とされてきた施設、現在は、地域型保育施設と認可外保育施設になるかと思いますが、法的な意味での「保育」を行うすべての場所における保育の指針としていただきたいというご意見がありましたが、一方で、新制度の枠に入ることを選択せず、これまで通り認可外保育施設として歩む施設もあり、そこでは十分は人的配置が難しい状況が続きます。そのような場所でも重く用いられる指針となることや、ひとつひとつの家庭においても用いることができるように配慮をお願いしたいと思います。

新保育指針が、うつ伏せ寝を含めて、乳児の生活の中で、特定教育・保育施設や地域型保育施設、そして家庭においても、乳児のまだ成熟していない身体能力への理解や、特に注意すべき事柄への理解と取り組みを促すものとなってほしいと願います。特に、例えば、指針本文あるいは解説書において乳児期におけるうつぶせ寝を禁止すること、その意味や注意事項を書き込むなど、重要な事柄として認識されるような書きぶりをお願いしたいと思います。このことについては、専門に研究を進めておられる委員の先生からもご意見をいただければ幸いに存じます。

2. アタッチメントが危機的な状況

前回、家庭でのアタッチメントの形成が危機的な状況であることを述べました。保育指針が家庭にも豊かに響きわたることが重要だということになります。

また、乳児から就学前の生活において、応答的なかかわりの中で、養護と教育が豊かになされることが大切で、その内容は、現在の保育指針にも十分に書き込まれていると思います。特に、月齢、年齢が小さいほど、1対1のかかわりの中で、愛着形成がなされ、「この人がいれば僕は大丈夫・・・」という自己肯定感が育ち、環境に働きかけていく能動的な事柄としてのいわゆる「教育」が豊かになされていきます。

例えば、最低基準は3対1に拘らず、離乳期に入った子どもの食事は、1対1でとれるように。1歳を過ぎても6対1ではなく、2対1から3対1、4対1へ、そしていくつかのグループの連携の中で順番に食べていくというあり方が必要です。3対1だから3人一緒に食べるということではないですし、その保育室の子どもが必ず一緒に食事をするということでもないのです。

3. 3歳以上の生活へのアプローチ（連続性）

0～2歳と3歳以上の生活を分けて考えがちですが、子どもの育ちは連続しています。個別の計画から集団の計画の中で個を見ていく生活へと変化しますが、あくまでも大人の側の都合です。この営みが子どもの育ちに寄り添ったものになっているかどうか的大事です。

認定こども園ポプラの木では、2歳の高月齢の子どもたちは、2歳の保育室に限定して生活するのではなく、次第に3歳以上の子どもたちの生活に触れながら、時にその中に入ることも経験しながら、3歳への進級を迎えていくように、連続性を無理なく実現するよう配慮しています。

食事においても、2歳の保育室からランチルームに移動する時期があります。すぐ近くにいる3歳以上の子どもたちの様子を見ながら、6対1で保育者と共に食事をする姿があります。3歳以上の子どもたちは、11時15分から12時30分の間に自由にランチルームに来て食事をするビュッフェスタイルを用いています。自分が食べる量を自分で決めてとっていき、おかわりも自由です。汁物を時にはこぼしながら好きな席に着き、時に好きな友達と、時には異年齢の子どもと一緒に食事をします。嫌いなものも少しはとるように促されながら、「自分で考えて自分で決める」ことを大切にしています。

2歳の子どもたちはそういう姿を見ながら、僕もやってみたいという思いを持ちを持ち、自分のテーブルの中で自分でとることから始まり、この時期には、月齢の高いグループからビュッフェ形式にチャレンジするようになります。

響き合う関係が子どもの心情、意欲、態度を豊かに導いてくれます。

健康及び安全に関する論点について

倉敷市立短期大学 木戸啓子

1 食育の推進について

現行の保育所保育指針では、第3章（保育の内容）・第4章（保育の計画及び評価）・第5章の3「食育の推進」の中で、食育に関する記述がある。解説書では、「特に保育の養護的側面と教育的側面の内容に、食育の視点が盛り込まれています。」と示されている。

食育については、貧困や孤食などの食に関する課題から、領域「健康」の内容③「健康な生活のリズムを身に付け、楽しんで食事する。」習慣を子ども自らが身に付けていく力を育むことが大切である。

2 事故防止及び安全対策について

(1) 避難訓練

現行の保育所保育指針解説では、「近隣の地域住民、そして家庭との連携の下に行うことが必要です。また、災害時に保育所が地域の避難所となることもあり、地域との連携はたいへん重要です。」と示されている。ここで示されている地域の意味づけとして、幼稚園や認定こども園、小学校、中学校などの小学校区または中学校区合同での避難訓練などの実施を推進したい。災害時の地域力が問われており、保育所単独ではなく、近隣の地域との連携の例を示すことで、具体的に実践がしやすいと考える。

(2) 危険箇所の点検

自然との関わりについては、以下のように広範囲に示されている。

・発達過程（6）おおむね4歳

自然など身近な環境に積極的に関わり、様々な物の特性を知り、それらとの関わり方や遊び方を体得していく。

・領域「環境」内容⑤

季節により自然や人間の生活に変化のあることに気付く。

・3歳以上児の配慮事項

ウ 様々な遊びの中で、全身を動かして意欲的に活動することにより、体の諸機能の発達が促されることに留意し、子どもの興味や関心が戸外にも向くようにすること

カ 自然との触れ合いにより、子どもの豊かな感性や認識力、思考力及び表現力が培われることを踏まえ、自然との関わりを深めることができるように工夫すること。

しかし、自然体験の中で草花に触れることで、皮膚のかぶれやアレルギー反応を起こす場合がある。したがって、危険箇所の安全点検については、園内の安全点検と、「子どもが日常的に利用する散歩経路や公園等についても、異常や危険性がないか、その情報を全職員で共有」することだけでなく、長ズボンをはくなどの予防に対する感覚を身に付けていくことへの意識をもつことが必要である。

1. 努力義務→実施義務

(一) 環境及び衛生管理

ア 施設の温度、湿度、換気、採光、音などの環境を常に適切な状態に保持するとともに、施設内外の設備、用具等の衛生管理を行うこと。

イ 子ども及び職員が、手洗い等により清潔を保つとともに、施設内外の保健的環境の維持、かつその向上に努めること。

(二) 事故防止及び安全対策

ア 保育中の事故防止のために、子どもの心身の状態等を踏まえつつ、保育所内外の安全点検を実施すること。安全対策のために職員の共通理解や体制作りを行うこと。また、家庭や地域の諸機関の協力の下に安全指導を行うこと。

イ 様々な災害や事故の発生に備え、子どもへの指導や職員の研修に関する計画を策定し、実施すること。その際、具体的なマニュアルを作成すること。また、危険箇所の点検や避難訓練を実施すること。さらに、外部からの不審者等の侵入防止のための措置や訓練など、不測の事態に備えて必要な対応を図ること。いずれの場合も、子どもの精神保健面における対応に留意すること。

<災害に関する根拠 清水・千葉, 2016>

表2. 関係するサイトを見た経験 (%)

災害等	サイト	幼稚園	保育所	認定こども園等	備考
地震	気象庁の震度データベース	52.2	45.9	39.1	
津波	国土交通省の津波ハザードマップ	41.9	37.7	23.9	認定こども園が少ない傾向あり
豪雨(土砂崩れを含む)	国土交通省の土砂災害ハザードマップ	33.9	27.3	18.6	幼稚園が多い傾向あり
洪水	国土交通省の洪水ハザードマップ	32.3	30.5	24.4	
急な大雨・雷・竜巻	気象庁の防災啓発ビデオ	23.5	19.9	33.3	
総務省・消防庁	e-カレッジ 防災・危機管理	23.8	19.7	24.4	

表3. マニュアル作成に直結するサイトや資料を見た経験 (%)

災害等	サイト	幼稚園	保育所	認定こども園等	備考
文部科学省	地域子ども教室推進事業安全管理マニュアル	62.0	26.4	46.7	幼稚園は多く、保育所は少ない
文部科学省	学校防災マニュアル作成の手引き	85.6	24.8	70.5	幼稚園と認定こども園は多く、保育所は少ない
各地方自治体等	防災マニュアル作成の手引きなど	63.4	63.1	65.9	

表4. マニュアルがある割合 (%)

	幼稚園	保育所	認定こども園等	平均
地震	77.3	82.5	78.3	79.4
豪雨	26.3	32.9	29.6	29.6
洪水	29.6	36.1	28.6	31.4
暴風	29.1	38.1	37.2	34.8
津波	36.6	32.5	20.0	29.7
平均	39.8	44.4	38.7	41.0

表5. 地震に対する災害マニュアルの対応状況 (%)

	幼稚園	保育所	認定こども園等	備考
ア. 朝夕など職員の人数に対応したマニュアル	30.8	36.9	22.2	
イ. 登園、園外活動(散歩)、午睡など保育の場面に対応したマニュアル	49.3	61.2	55.6	保育所が多く、幼稚園が少ない傾向あり
ウ. 子どもが様々な場所で、別々の活動をしている場合に対応したマニュアル	61.0	53.7	52.8	
エ. 配慮を要する子どもに対応したマニュアル	11.6	16.8	16.7	
オ. 地震災害の規模や程度にあわせたマニュアル	39.7	43.3	30.6	
カ. 地震発生から保護者への引き渡しまでを見通したマニュアル	78.8	63.4	63.9	幼稚園が多く、保育所が少ない
キ. 地震災害から園再開までを見通したマニュアル	10.3	14.9	13.9	

表6. 地震に対する災害マニュアルに含まれる内容

		幼稚園	保育所	認定こども園等	備考
災害発生前	ア. 災害発生前の施設設備の安全点検	69.9	73.5	61.1	
	イ. 備蓄物資	38.4	67.5	61.1	保育所が多く、幼稚園が少ない
	ウ. 非常持出品	56.9	80.6	72.2	保育所が多く、幼稚園が少ない
	エ. 避難場所・防災マップ	69.9	79.1	63.9	保育所が多い
	オ. 避難経路図	65.1	81.0	77.8	保育所が多く、幼稚園が少ない
	カ. 避難訓練	88.4	92.9	86.1	
発生時	キ. 避難場所への誘導方法	85.6	86.2	77.8	
	ク. 災害発生中の子どもへの関わり方	61.6	63.8	58.3	
	ケ. 災害時の職員の役割	84.3	86.6	80.6	
	コ. 園長不在時の園の体制	42.5	53.7	44.4	保育所が多く、幼稚園が少ない傾向
発生後	サ. 保護者に対する連絡方法	79.5	82.5	80.6	
	シ. 保護者に連絡がつかない場合の対応方法	58.9	51.1	55.6	
	ス. 災害時の子どもの引き渡しの方法	79.5	72.4	63.9	
	セ. 自治体等の担当者との連携・協力体制	30.1	47.8	41.7	保育所が多く、幼稚園が少ない
	ソ. 避難している間の過ごし方	25.3	26.1	27.8	
	タ. 災害後の子どもの心のケア	20.6	17.9	25.0	
	チ. その他	0.7	1.5	0.0	

表7. サイトなどを見た経験とマニュアルの有無、対応状況、含まれる内容の関係 (%)

		気象庁の 震度データベース		文部科学省の 安全管理マニュアル		文部科学省の学校防災マニ ュアル作成の手引き		各地方自治体の防災マニ ュアル作成の手引きなど		
		ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	
マニュアルの有無		84.6	74.5					87.6	68.0	
マ ニ ュ ア ル の 対 応 状 況	ア. 朝夕など職員の数に対応したマニ ュアル									
	イ. 登園、園外活動(散歩)、午睡など保育 の場面に 対応したマニュアル					51.6	61.4			
	ウ. 子どもが様々な場所で、別々の活動 を している場合に対応したマニュアル			62.8	50.8					
	エ. 配慮を要する子どもに対応したマニ ュアル	19.1	11.8					17.8	8.8	
	オ. 地震災害の規模や程度にあわせたマ ニュアル									
	カ. 地震発生から保護者への引き渡しまで を見通したマニュアル	73.6	63.3	74.9	63.7	74.4	61.9			
	キ. 地震災害から園再開までを見通したマ ニュアル							15.5	8.1	
マ ニ ュ ア ル に 含 ま れ る 内 容	災 害 発 生 前	ア. 災害発生前の施設設備の安全点 検	75.5	67.0				75.2	62.5	
		イ. 備蓄物資	63.2	52.0					60.4	50.0
		ウ. 非常持出品					66.8	78.1		
		エ. 避難場所・防災マップ							77.9	67.6
		オ. 避難経路図								
		カ. 避難訓練							93.4	85.3
	発 生 時	キ. 避難場所への誘導方法			90.2	82.0			87.8	79.4
		ク. 災害発生中の子どもへの関わり方								
		ケ. 災害時の職員の役割							89.4	76.5
		コ. 園長不在時の園の体制							53.1	40.4
	発 生 後	サ. 保護者に対する連絡方法	85.5	76.9	87.4	76.5			84.1	75.0
		シ. 保護者に連絡がつかない場合の 対応方法	59.5	48.0	60.7	49.2				
		ス. 災害時の子どもの引き渡しの方法	80.0	67.9	80.9	69.5				
		セ. 自治体等の担当者との連携・協力 体制							46.5	30.1
		ソ. 避難している間の過ごし方	30.9	20.8	31.7	21.1				
		タ. 災害後の子どもの心のケア	24.5	14.0	28.4	12.9				
		チ. その他								

2. 学校保健安全法を準用できないか

幼稚園や認定こども園との関係・・・安心感+小学校への接続

(学校安全に関する学校の設置者の責務)

第二十六条 学校の設置者は、児童生徒等の安全の確保を図るため、その設置する学校において、事故、加害行為、災害等（以下この条及び第二十九条第三項において「事故等」という。）により児童生徒等に生ずる危険を防止し、及び事故等により児童生徒等に危険又は危害が現に生じた場合（同条第一項及び第二項において「危険等発生時」という。）において適切に対処することができるよう、当該学校の施設及び設備並びに管理運営体制の整備充実その他の必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

(学校安全計画の策定等)

第二十七条 学校においては、児童生徒等の安全の確保を図るため、当該学校の施設及び設備の安全点検、児童生徒等に対する通学を含めた学校生活その他の日常生活における安全に関する指導、職員の研修その他学校における安全に関する事項について計画を策定し、これを実施しなければならない。

(学校環境の安全の確保)

第二十八条 校長は、当該学校の施設又は設備について、児童生徒等の安全の確保を図る上で支障となる事項があると認めた場合には、遅滞なく、その改善を図るために必要な措置を講じ、又は当該措置を講ずることができないときは、当該学校の設置者に対し、その旨を申し出るものとする。

(危険等発生時対処要領の作成等)

第二十九条 学校においては、児童生徒等の安全の確保を図るため、当該学校の実情に応じて、危険等発生時において当該学校の職員がとるべき措置の具体的内容及び手順を定めた対処要領（次項において「危険等発生時対処要領」という。）を作成するものとする。

2 校長は、危険等発生時対処要領の職員に対する周知、訓練の実施その他の危険等発生時において職員が適切に対処するために必要な措置を講ずるものとする。

3 学校においては、事故等により児童生徒等に危害が生じた場合において、当該児童生徒等及び当該事故等により心理的外傷その他の心身の健康に対する影響を受けた児童生徒等その他の関係者の心身の健康を回復させるため、これらの者に対して必要な支援を行うものとする。この場合においては、第十条の規定を準用する。

(地域の関係機関等との連携)

第三十条 学校においては、児童生徒等の安全の確保を図るため、児童生徒等の保護者との連携を図るとともに、当該学校が所在する地域の実情に応じて、当該地域を管轄する警察署その他の関係機関、地域の安全を確保するための活動を行う団体その他の関係団体、当該地域の住民その他の関係者との連携を図るよう努めるものとする。

<文献>

清水益治・千葉武夫 2016 幼稚園・保育所・認定こども園における災害マニュアルの実態 帝塚山大学現代生活学部紀要, 12, 75-84.

保育専門委員会 参考資料 子どもの生活習慣（睡眠）について

和洋女子大学 鈴木みゆき

1. 日本の子どもは遅寝！改善されつつあるが・・・世界の中では「非常識」

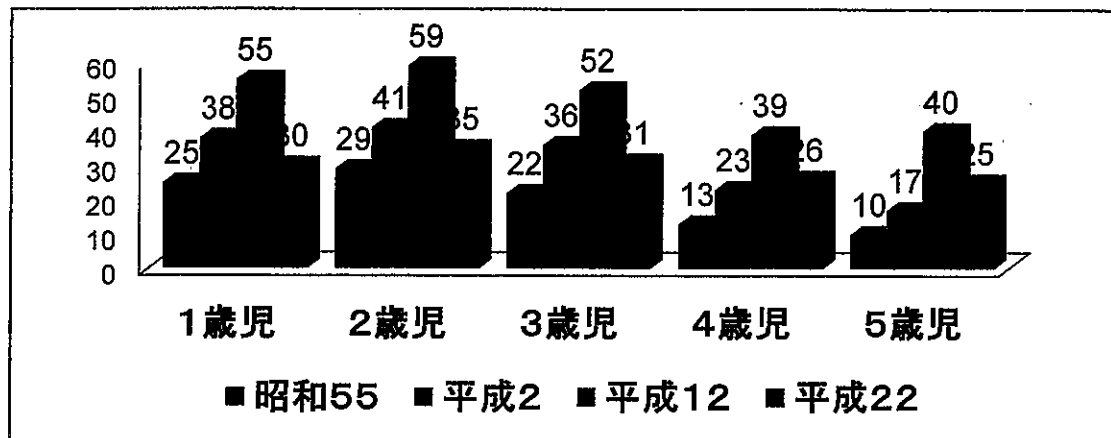


図1 夜10時以降に寝る幼児の割合（％）

平成22年度幼児健康度調査 速報版：小児保健研究，Vol. 70, NO. 3. 2011. pp448-pp457 より作成

*ベネッセ他の調査でも改善されてきているが、二極分化の傾向がみられる。

日本では、赤ちゃんも就寝時間が遅い

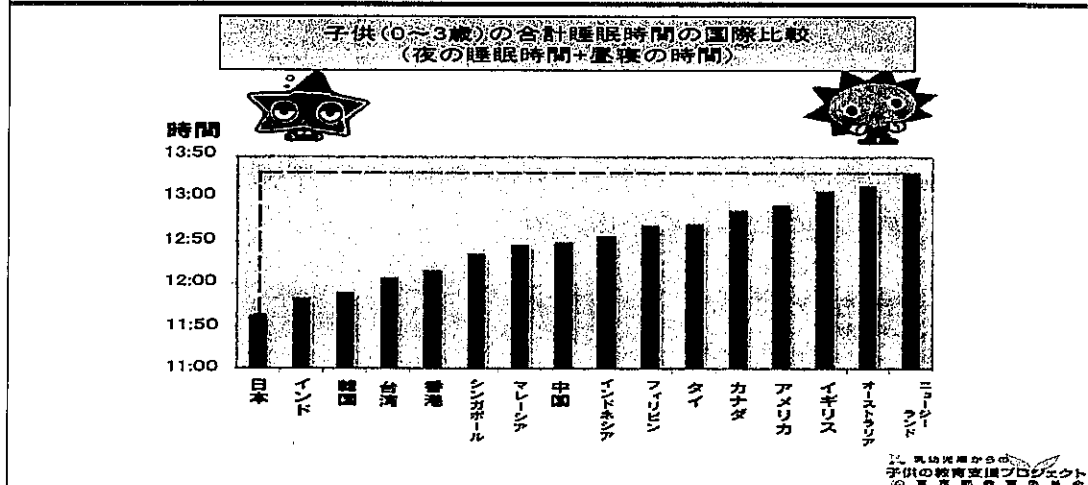


図2 Cross-cultural differences in infant and toddler sleep

J. Mindell et al.

Sleep medicine, Vol.11, 2010

* Mindell が 2013 年に発表した結果ではインドが最下位で日本が下から 2 番目になった。

**睡眠不足による影響として「肥満」や「情緒不安定」，「認知—記憶障害」，「初潮の前傾現象」などが懸念されている。

必要と考えられている人間の年齢別の睡眠時間

年齢	必要な睡眠時間 (時間)		
新生児 (0~3ヶ月)	(11-13)	14~17	(18-19)
乳児 (4~11ヶ月)	(10-11)	12~15	(16-18)
幼児 (1~2歳)	(9-10)	11~14	(15-16)
幼児期 (3~5歳)	(8-9)	10~13	(14)
学童期 (6~13歳)	(7-8)	9~11	(12)
ティーンエイジャー (14~17歳)	(7)	8~10	(11)
大人 (18~25歳)	(6)	7~9	(10-11)
大人 (26~64歳)	(6)	7~9	(10)
高齢者 (65歳~)	(5-6)	7~8	(9)

(National Sleep Foundation in USA)2015

赤字: 推奨時間 (Recommended Range)
()内: 限界範囲 (Maybe Appropriate)

2. 午睡はいつまで必要か？

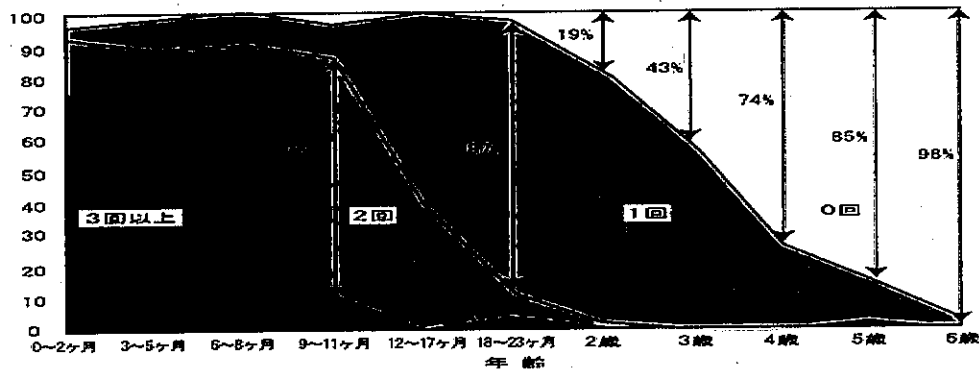


図3 乳幼児期の日中の睡眠の発達 Sleep in America Poll. 2004

*4歳以上の午睡に関しては「一律にしない」が望ましく、生活の連続性の中でとらえるべき。

3. 睡眠時間 (量) とともにリズムが大切

様々な概日リズム
(睡眠・覚醒、
体温、ホルモン)
の相互関係

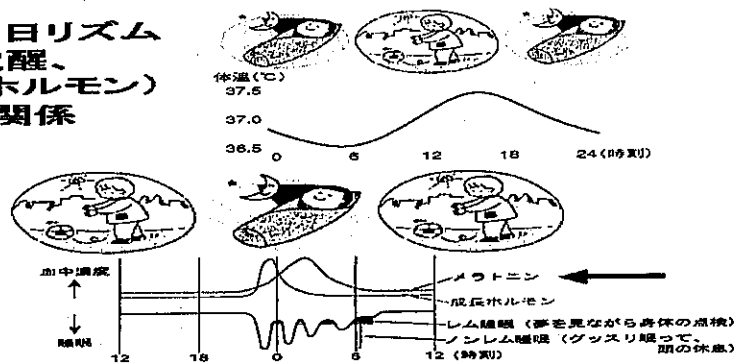


図4 概日リズム「子どもの睡眠-眠りは脳と心の栄養」神山潤 2003より

* 時間の確保とともにリズムの問題も重要。「学校がある日とない日で起床時刻が2時間以上ずれると『学校がある日の午前中、授業中にもかかわらず眠くて仕方ないことがある』割合が高い。(「睡眠を中心とした生活習慣と子供の自立等との関係性に関する調査」文科省 2015)

4. 非認知的能力とも関連か？

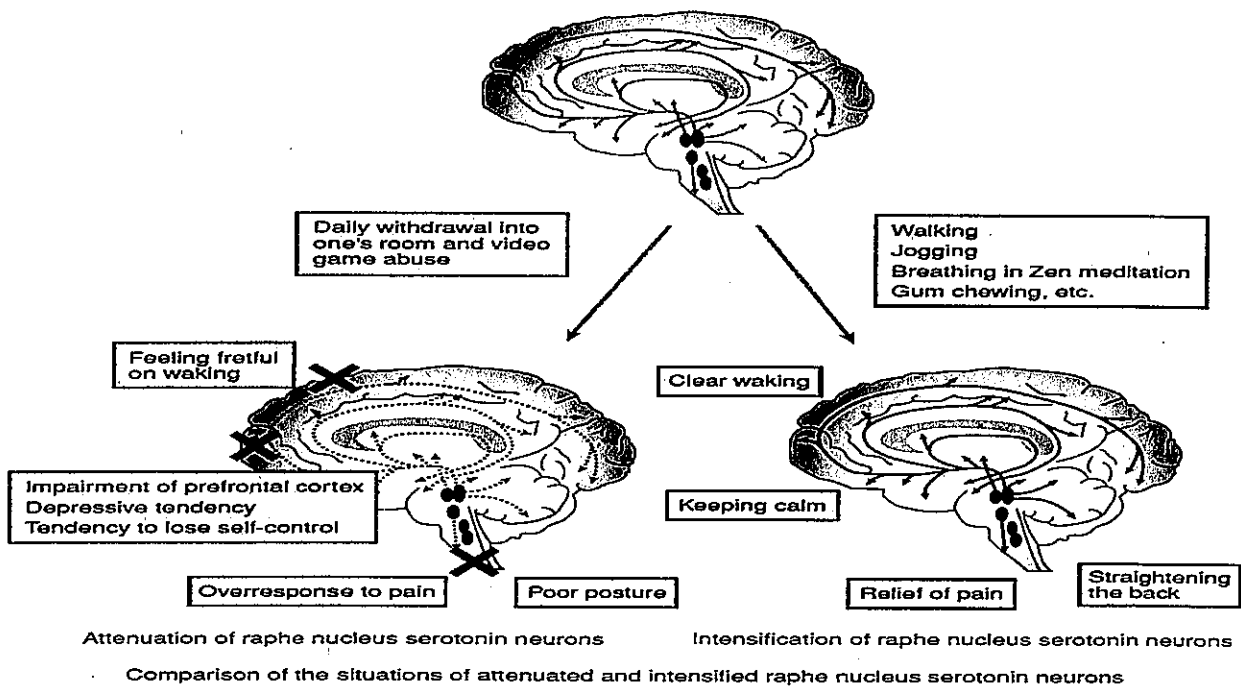
1) Neural basis of brain dysfunction caused by early sleep problems

Abstract: There is a wealth of evidence that disrupted sleep and circadian rhythms, which are common in modern society even during the early stages of life, have unfavorable effects on brain function. Altered brain function can cause problem behaviors later in life, such as truancy from or dropping out of school, quitting employment, and committing suicide. In this review, we discuss findings from several large cohort studies together with recent results of a cohort study using the marshmallow test, which was first introduced in the 1960s. This test assessed the ability of four-year-olds to delay gratification and showed how this ability correlated with success later in life. The role of the serotonergic system in sleep and how this role changes with age are also discussed. The serotonergic system is involved in reward processing and interactions with the dorsal striatum, ventral striatum, and the prefrontal cortex are thought to comprise the neural basis for behavioral patterns that are affected by the quantity, quality, and timing of sleep early in life.

Keywords: sleep; serotonin; striatum; prefrontal cortex; cohort; marshmallow test

Jun Kohyama *Brain Sci.* : 1-11, 2015

2) Brain mechanisms of poor anger management



Hdeho Arita

JMAJ 52 (3) :184-190, 2009

社会保障審議会児童部会保育専門委員会

食育の分野

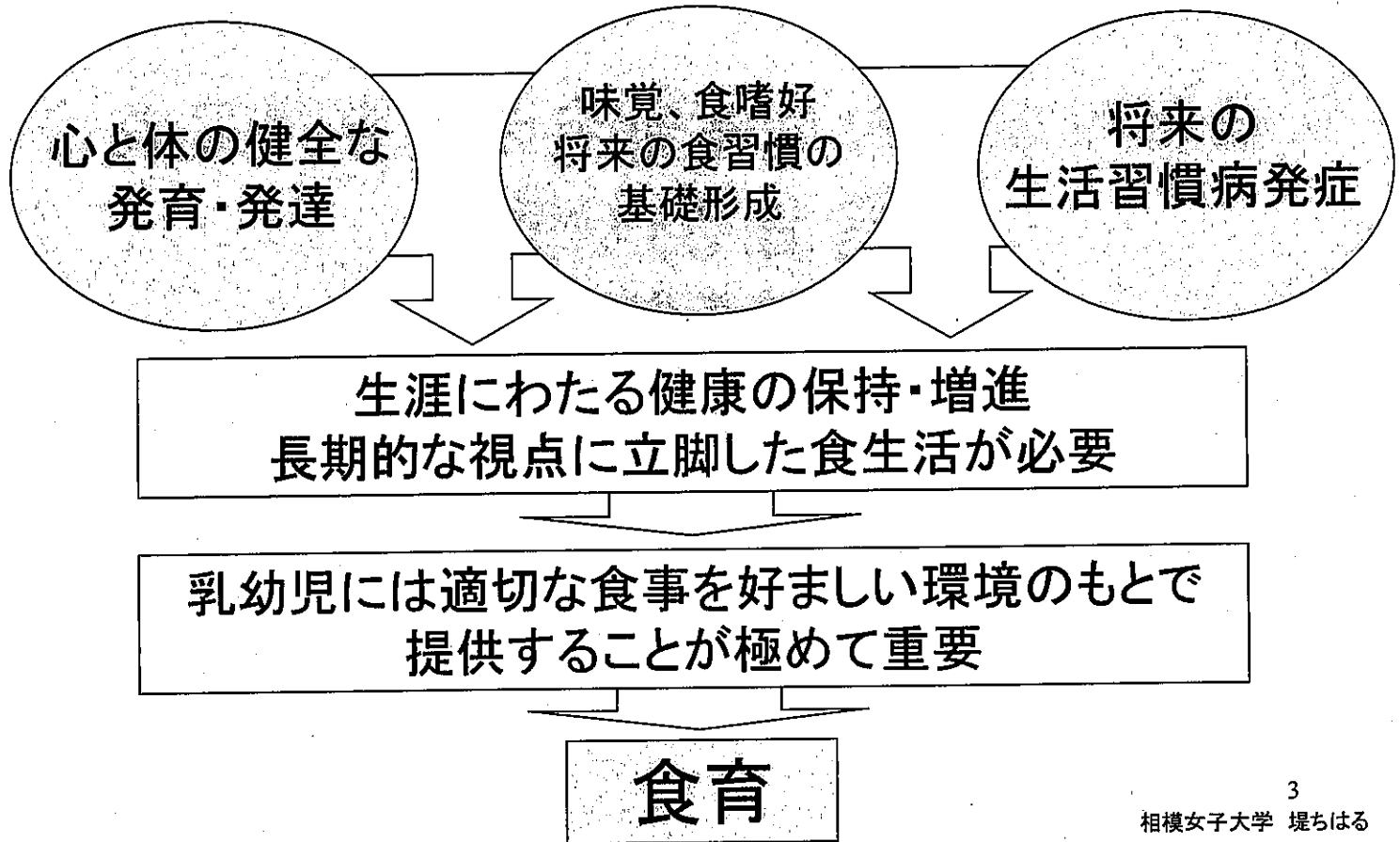
参考資料

厚生労働省
社会保障審議会児童部会保育専門委員会
中央合同庁舎第5号館専用第22会議室
平成28年2月16日
相模女子大学 栄養科学部 健康栄養学科
堤 ちはる

目次

- ・乳幼児の食生活について
- ・食事の心配事と育児の自信、子育て困難感
- ・保育所の食育でめざすもの
- ・調理員、栄養士の役割
- ・食事の提供を通して育まれるもの

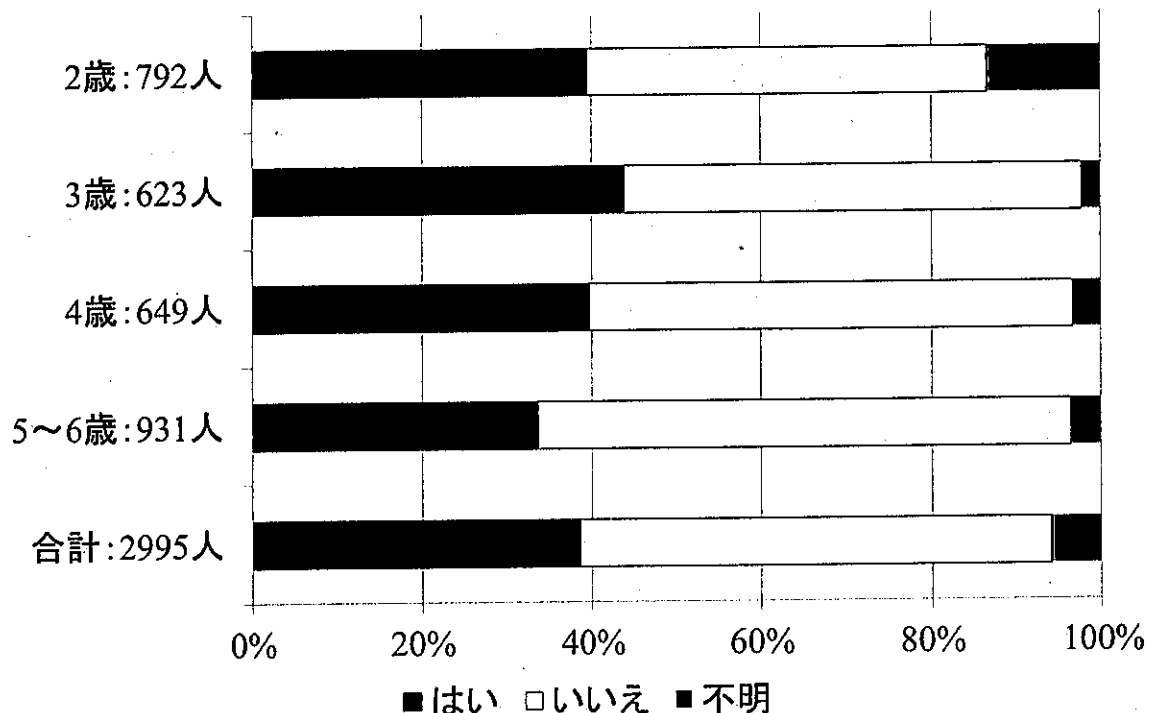
乳幼児の食生活



3

相模女子大学 堤ちはる

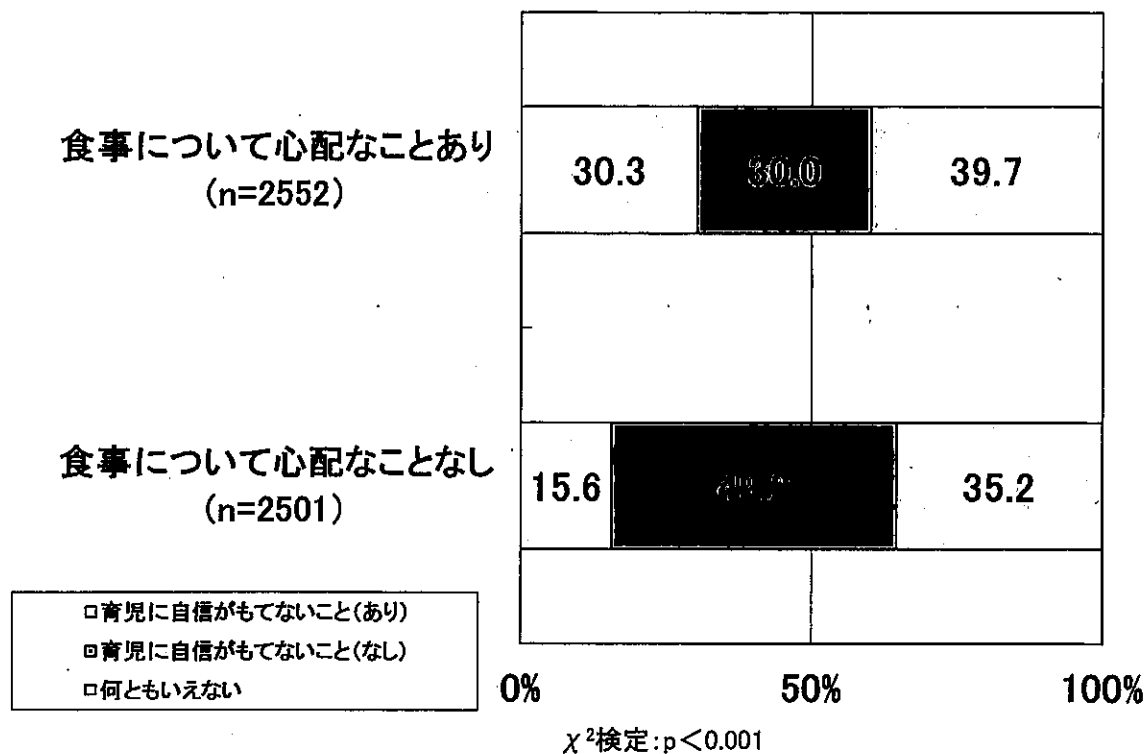
偏食・少食・食べ過ぎなどで困っている割合 (2歳以上、平成22年)



幼児健康度に関する継続的比較研究、平成22年度厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（平成23年3月）、研究代表者衛藤隆より作成

相模女子大学 堤ちはる

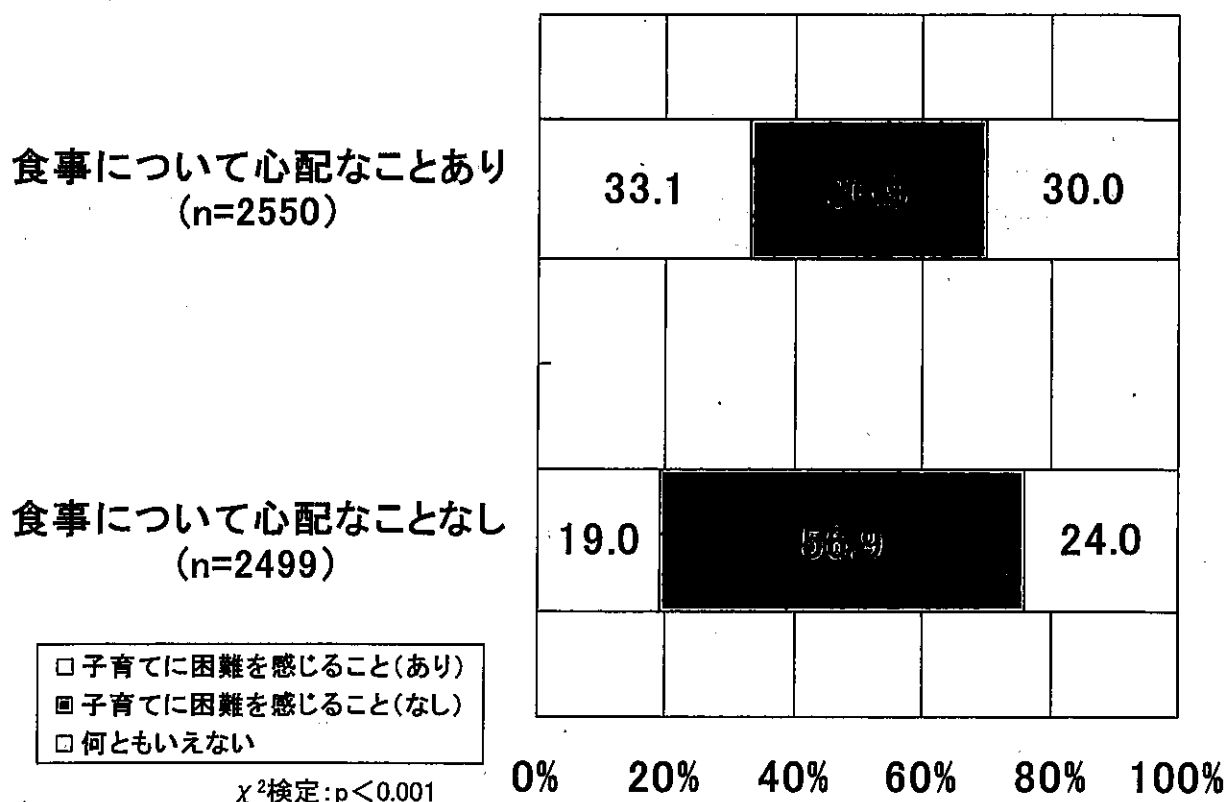
食事の心配事と育児の自信の関係



幼児健康度に関する継続的比較研究、平成22年度厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(平成23年3月)、研究代表者衛藤隆より作成

相模女子大学 堤ちはる

食事の心配事と子育ての困難感の関係



幼児健康度に関する継続的比較研究、平成22年度厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(平成23年3月)、研究代表者衛藤隆より作成

相模女子大学 堤ちはる

保育所の食育でめざすもの

(小規模保育事業、家庭的保育事業等も含む)



1. 成長・発達を保障すること

2. 食を営む力の基礎を培うこと

**3. 人間(親子)関係を含めた生活の質
(Quality of Life :QOL)の向上**

子どもの心とからだの
健全な育ちのために

7

相模女子大学 堤ちはる

子どもの歯の萌出時期と咀嚼機能

生後 6～8か月頃	・乳歯が生え始める
1歳頃	・上下の前歯4本ずつ生え、前歯で食べ物を噛みとり、一口量の調節を覚えていく。 ・奥歯はまだ生えず、歯茎のふくらみが出てくる程度。 ⇒奥歯で噛む、すり潰す必要のある食材や調理形態によっては、食べ物を上手に処理できないと、そのまま口から出したり、口にためて飲み込まなかったり、丸呑みなどようになる
1歳過ぎ	・第一乳臼歯(最初の奥歯)が生え始める
1歳6か月頃	・第一乳臼歯が上下で噛み合うようになる。 ・しかし、第一乳臼歯は、噛む面が小さいために、噛み潰せてもすり潰しはうまくできない⇒食べにくい食品が多い
2歳過ぎ	・第二乳臼歯が生え始める
3歳頃	・奥歯での噛み合わせが安定し、こすり合わせてつぶす臼磨ができるようになり、大人の食事に近い食物の摂取が可能となる

堤ちはる: 乳幼児栄養の基本と栄養指導、小児科臨床、62巻12号、2571-2583、2009. より引用.

8

1～2歳児の食べにくい(処理しにくい)食品例

食品の特徴	主な食品	調理の留意点
弾力性の強いもの	かまぼこ、こんにやく、いか、たこ	この時期には与えない
皮が口に残るもの	豆、トマト	皮をむく
口中でまとまりにくいもの	ひき肉、ブロッコリー	とろみをつける
ぺらぺらしたもの	わかめ、レタス	加熱して刻む
唾液を吸うもの	パン、ゆで卵、さつまいも	水分を加える
誤嚥しやすいもの	餅、こんにやくゼリー	この時期には与えない
噛み潰せないで、 口にいつまでも残るもの	薄切り(スライス)肉 しゃぶしゃぶ用の肉は 食べやすい	たたいたり切ったりする

堤ちはる: 乳幼児栄養の基本と栄養指導、小児科臨床、62巻12号、2571-2583、2009. を一部改編.

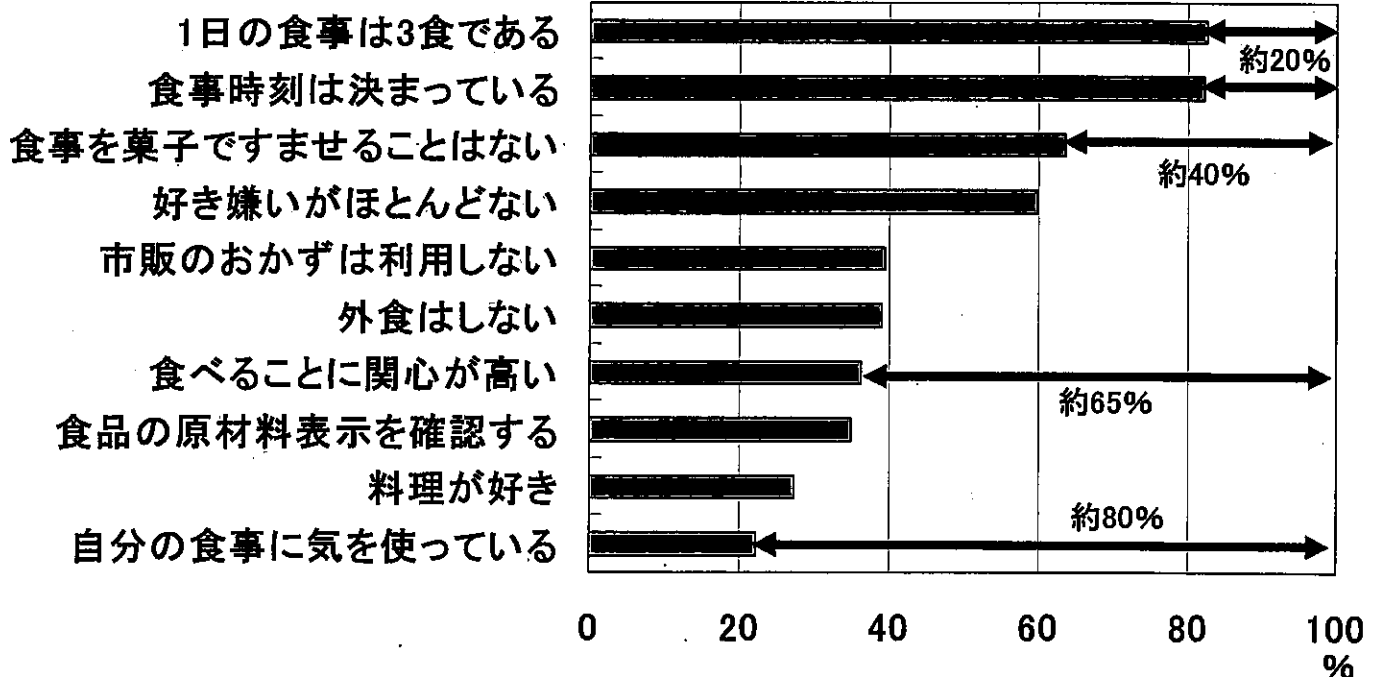
これらのことは保育園では既に配慮している

しかし、この配慮をどれだけ家庭に伝えているのか

9

相模女子大学 堤ちはる

幼児の母親の食生活にあてはまるもの

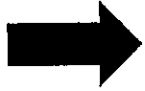


堤ちはる他: 幼稚園・保育所の幼児と保護者の食生活に関する実態調査、平成22年度こども未来財団「児童関連サービス調査研究等事業」、幼児期の食の指針策定のための枠組みに関する調査研究、9-38、2011年3月。
調査対象: 保育所・幼稚園の年中・年長児の母親4187名。

保育所の食育でめざすもの

(小規模保育事業、家庭的保育事業等も含む)

1. 成長・発達を保障すること



2. 食を営む力の基礎を培うこと

3. 人間(親子)関係を含めた生活の質
(Quality of Life :QOL)の向上

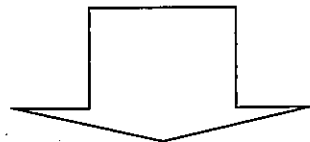
子どもの心とからだの
健全な育ちのために

11

相模女子大学 堤ちはる

どのような活動が食育になるのか？

調理、栽培活動、三色分類の栄養指導などの
取り組みが強調される傾向にあり、
これらのイベント(限定)的な取り組みを行ってさえ
いれば食育になる、と考えている場合も見られる。



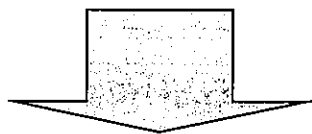
これでよいのか？

12

相模女子大学 堤ちはる

食育に取り組む目的を明確に

調理、栽培活動などのイベント(限定)的な取り組み

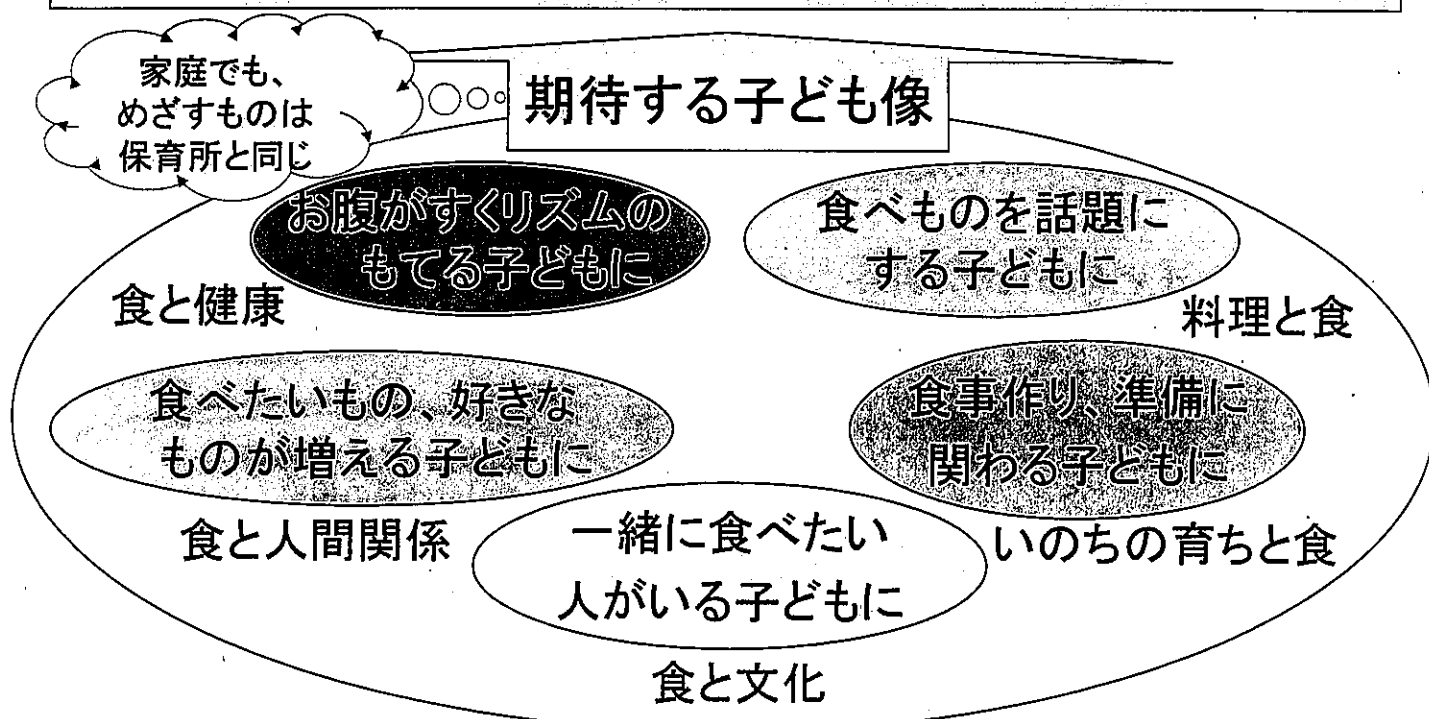


これらは、食育基本法にある「様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を修得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てること」を達成するための手段の一つであり、最終目的ではない

相模女子大学 堤ちはる

「保育所における食育に関する指針」の目標と内容

現在を最もよく生き、かつ生涯にわたって健康で質の高い生活を送る基本としての「食を営む力」の育成に向け、その基礎を培うこと



食育は保育の内容の一部

保育所の食育目標は「食を営む力」の基礎を培うこと

期待する子ども像

- ・お腹がすくりズムのもてる子ども
- ・食べたいもの、好きなものが増える子ども
- ・一緒に食べたい人がいる子ども
- ・食事作り、準備に関わる子ども
- ・食べものを話題にする子ども

生活全体を通して
保育所の全職種と
保護者が連携した
食育の必要性

これらは食事時間中の関わりを充実させるだけでは
実現できない。また、調理保育など
限定的な取組みだけで育つものでもない

日常生活の遊び、食事、睡眠などを通して、
家庭との連続性のなかで習慣化され、定着が図られることが必要

食育を生活の一部として位置づけることが重要

相模女子大学 堤ちはる

保育と連動した調理員の役割

・調理員は食育のための人的環境

- ・自らが調理した食事を子どもと共に食べ、
食事の楽しさ、おいしさを共感し合う
- ・子どもが愛情のこもった食事であると実感できるよう、
調理に込めた思いを伝えるなど

感謝の気持ちを
育てる役割を担う

- ・食事中、子どもからの料理や食材の質問

専門的立場から回答

- ・子どもの食べている様子を直接、把握

調理法(献立)の改善、
盛り付け量の調整、
子どもの食への関心度の把握

- ・食事時間以外にも子どもと会話したり、
子どもの様子を直接、把握

保育と連動した栄養士の役割

- ・ 保育所に栄養士の必置義務はないが、質の高い食事の提供、食育の推進のために、栄養士の存在が必要

・「保育所保育指針」の解説書にある栄養士の役割

- ・ 食育の計画・実践・評価
- ・ 授乳、離乳食を含めた食事・間食の提供と栄養管理
- ・ 子どもの栄養状態、食生活の状況の観察及び保護者からの栄養・食生活に関する相談・助言
- ・ 地域の子育て家庭からの栄養・食生活に関する相談・助言
- ・ 病児・病後児保育、障害のある子ども、食物アレルギーの子どもの保育における食事の提供及び食生活に関する指導・相談
- ・ 食事の提供及び食育の実践における職員への栄養学的助言 等

- ・ 栄養士は、こうした多様な役割を担いつつ、その存在感を高めていく
- ・ 施設長や他の職員は、栄養士の役割を明確にし、食育推進のための協力体制を構築する必要あり

相模女子大学 堤ちはる

保育所の食育でめざすもの

(小規模保育事業、家庭的保育事業等も含む)

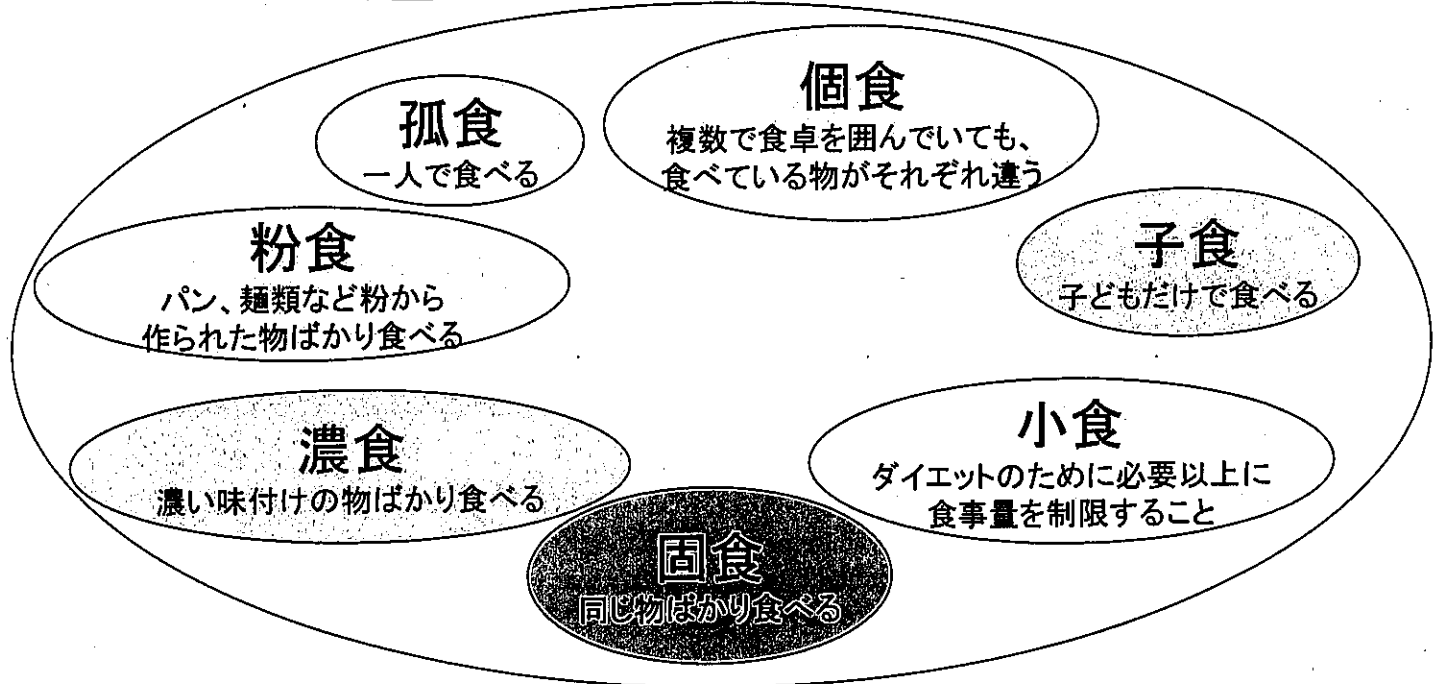
1. 成長・発達を保障すること

2. 食を営む力の基礎を培うこと

**3. 人間(親子)関係を含めた生活の質
(Quality of Life :QOL)の向上**

子どもの心とからだの
健全な育ちのために

避けたい7つの「こ食」



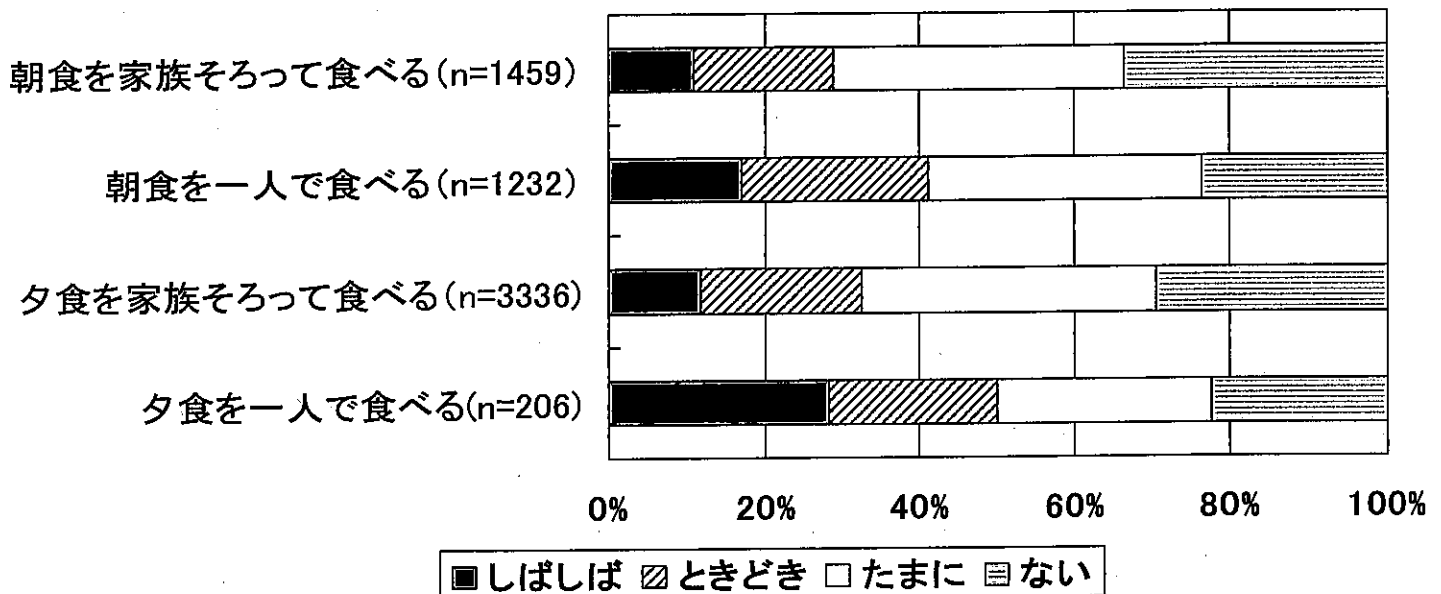
食事は、エネルギーや栄養素の補給の場、家族や友人等とのコミュニケーションの場、マナーを身に付ける教育の場でもある。

日本子ども家庭総合研究所 堤ちはる(2011年)

保育所における食事の提供ガイドライン(厚生労働省)2012年、3頁

相模女子大学 堤ちはる

「食事の共食状況」と「イライラする」の関係



独立行政法人日本スポーツ振興センター「平成19年度児童生徒の食生活等実態調査(対象:小学校5年生、中学校2年生)」

食事は、家族や友人等とのコミュニケーションの場でもある。

「食育」の実践

通常的生活(保育)や
食事の提供の中での
取り組み

調理、栽培活動等の
イベント(限定)的な取り組み

車の両輪のように両方共に大切

相模女子大学 堤ちはる

「食育」を意識すること

- ・朝寝坊しないで、朝食を食べるようにしよう
 - ・好き嫌いしないで、野菜も食べよう
 - ・食事中、ひじをつかないようにしよう
 - ・皆と一緒に、楽しく食べよう
- などを子どもに話し、実践していくことは「食育」

これらは、「食育」と意識しなくても既に実施している、という人は多い

しかし、意識しない人は実施していない、では困る

これらを「食育」と意識して、
家庭との連続性の中で実施することが必要

食事の提供を通して乳幼児に育まれるもの

個々人に合った栄養補給量、
形態の食事を摂ること

成長・発達を促し、
望ましい食習慣の基礎作り

食物を見、匂いを感じ、手で触り、
口中で感じ、味わう体験

食べる行為そのものを獲得

経験の幅を広げること

受容できる食物を増やす
(新奇性の恐怖による食わず嫌いの解消)

食事中の姿勢、食具の扱い方などの
継続的な体験

発達を促し、
望ましい食習慣の基礎作り

食事を通じ、味覚体験の幅を広げること、
季節(旬)を感じることを、行事食を通じ日本
(外国)文化にふれることなど

食べ物の恵みに
感謝する気持ちを育むなど

保育所や家庭で提供する食事は食育の生きた教材

食べることへの意欲や関心を高め、
将来につながる望ましい食習慣を形成

相模女子大学 堤ちはる

子どもの遊び場におけるリスクの効用に関する調査研究

RESEARCH ON RISK BENEFITS ON CHILDREN'S PLAY AREA

大坪龍太*1、遠藤幹子*2、川上正倫*3、仙田 考*4、中津秀之*5、丸山智正*6、八藤後猛*7、仙田 満*8

Ryuta OTSUBO*1, Mikiko ENDO*2, Masamichi KAWAKAMI*3, Ko SENDA*4, Hideyuki NAKATSU*5,
Tomomasa MARUYAMA*6, Takeshi YATOGO*7 and Mitsuru SENDA*8

In recent years, risk on play is more considered as important in western countries, and Japan as well. However, there are very few researches to identify the risk benefits so far, therefore, this it is aimed to discuss on effectiveness through children's challenges to risks in playgrounds by verification experiments of children's using 'challenging play structure (climbing slope of 35, 45, 55 degree)' and questionnaire survey to parents at nursery schools. Two hypothesis are tested. Hypothesis I is 'children who has ability of achievement on challenge to risk on play, are developed on ability of risk aversion.' Hypothesis II is 'if parents recognize children's challenge on risk as play value, that is, children are accepted risks on play, rate of achievement on risk on play is high'. The survey results show that children of school with more risky play environment (school A) achieved more than children of school with less risky environment (school B). Moreover, more parents of school A accept risk on play as play value and the connection between parents' acceptance and children's achievement on risk is also clarified.

Keywords: Children's playground, Risk on play, Parents' evaluation

こどもの遊び場、遊びにおけるリスク、保護者の評価

1. 調査研究の背景

欧米では、1980年代後半から2000年頃にかけて、遊具の安全基準の導入に伴い、遊び場における事故防止と称した、過度な「ハザード」対策によって、子どもがチャレンジするべき、「遊びの価値」としての「リスク」までも取り除いてしまった苦い経験を持つ。そこで、遊びで「リスク」にチャレンジして、怪我をすることがあっても、それは大きな事故や新たな危険を避けるための学習機会、それによって自らの安全に対する判断力、行動力としての「安全力」が身に付く（「リスク」へのチャレンジには「遊びの価値」がある）という考え方が主流になっている¹⁾。

米国の教育学者F. ウーレック博士も「子どもが遊びを通して自らの限界や『リスク』にチャレンジしながら、その過程で成功と失敗を繰り返しながら、様々な能力を体得するも

ので、子どもは遊具の使用を誤るのでも、酷使するのでもなく、様々な方法にチャレンジすることで、遊びの価値を高め、遊びを通して学ぶ機会を探索している。」と述べている²⁾。また、英国でもJリンデン博士は、「Too Safe」と題する幼児教育書で、安全すぎる過保護な生育環境で育った子どもは、危険を判断する「安全力」が発達しにくいので、大人になるプロセスとして、子ども時代に生の「リスク」に触れることの重要性を説いている³⁾。

さらに、英国では政府、民間を問わず遊び場に関わる団体が集結して、2002年に「遊び場安全憲章」を制定⁴⁾し、遊び環境に「リスク」を提供することの重要性を認識しようという取り組みが欧州全体にまで広まっている。憲章では、「遊び場で『リスク』にさらされることは実際に有益であり、基本的な人間のニーズを満たし、子どもが『リスク』へ挑戦す

*1 ブレイグラウンド・セイフティ・ネットワーク代表, MA (レジャー教育学修士)

*2 office mikiko 一級建築士事務所代表, 修士 (美術)

*3 東京工業大学大学院・研究員, 博士 (工学)

*4 環境デザイン研究所, Ph.D.

*5 関東学院大学・准教授, MLA (ランドスケープ学修士)

*6 丸山製作所代表, 修士 (工学)

*7 日本大学・准教授, 博士 (工学)

*8 放送大学・教授, 工学博士

*1 Playground Safety Network, Director, MA

*2 office mikiko architect & associates, representative, MA

*3 Tokyo Institute of Technology Researcher, Dr (Eng.)

*4 Environment Design Institute, Ph.D.

*5 Kanto Gakuin University, Assoc. Prof., MLA

*6 Maruyama Co., Ltd., Director, M.Eng.

*7 Nihon University, Assoc. Prof., Dr (Eng.).

*8 Open University of Japan, Prof., Dr (Eng.)

ることの現実的な結果（達成感や小さな怪我）を学ぶ機会を与えている。それゆえ、遊び場で打ち身、擦り傷、捻挫のように軽度の傷害への『リスク』は受容可能なこと考えたい。」と宣言している。

こうした状況を受け、日本でもプレイグラウンド・セイフティ・ネットワーク（PSN）が、遊具の安全性の調査を実施し、2001年に遊び場の安全性のためのガイドラインを提示したが、特にその中で「ハザード」と「リスク」を判別する必要性を提唱している。また、都市公園を所管する国土交通省も、公園の遊具による重大事故が後を絶たないことから、2002年3月に公園管理者のための「都市公園の遊具の安全確保に関する指針」を策定し⁵⁾、「遊びの価値としてリスク」を位置づける一方で、「大きな事故の原因となるハザード」を除去することの重要性を基本理念として説いている。また、「子どもはさまざまな遊び方を思いつくものであり、遊具を本来の目的とは異なる遊びに用いることもある」と従来の遊び方が悪いとする考え方から、リスクを求め大人の想像を越えた応用的な遊び方を「遊びの価値」のひとつとして尊重した安全観を示しており、欧米の遊び場づくりの歴史を見据えた指針になっている。

欧米を含め日本では、遊具の安全基準の整備を背景に、子どもの遊び環境における「遊びの価値」として「リスク」の重要性が指摘され始めていることは、これまで述べてきた通りである。前述の「遊び場安全憲章」⁴⁾でも『「リスク」にチャレンジすることは、すべての環境で見られる本質的な特徴であり、すべての子どもは幼い段階から、初期の遊びの体験を通じ自らの限界を探求し、新しい体験にチャレンジし、能力を開発するために『「リスク」にチャレンジするニーズと欲求を持っている。』と宣言している。しかしながら、実際には「リスク」を導入することは容易ではない。何故なら、「ハザード」による傷害は、事故として目に見える形で結果となって現れるものの、「リスク」によるさまざまな効用に関しては、なかなか可視化して目に見える形で現わすことが難しいからである。

そこで、具体的な導入の方法に関して、欧州の安全指針や、「遊び場安全憲章」ではリスクアセスメントして、受容可能な「リスク」のレベルを判断する方法論を提唱している。そして、英国のPlay Englandは、Managing Risk in Play Provision⁶⁾と題する、「リスク」の効用をアセスメントするためのガイドブックを出版した。このように、「リスク」の提供は、遊び場を作る上で重要であると言う理念が、欧州を中心に確立されつつある。こうした背景にあって、日本でも遊び場における「リスク」の効用を検証するべく、こども環境学会のリスク研究会メンバーが中心になって、「リスク」の効用に関する調査研究が開始された。

2. 調査研究の目的

調査研究の背景で述べたように、遊び場で「リスク」が保

証されるためには、まず、保護者を含む遊び場の関係者に「リスク」の効用や重要性に対する理解がなされることが前提条件になるであろう。すでに、米国では「リスク」の教育学的意味に関する研究論文も出されており⁷⁾、「リスク」が体験できるような遊び場の構造になっていると、子どもが自分自身で「リスク」にチャレンジするかどうかを判断するが、そうした「リスク」を判断するプロセスが、子どもにとって大変に重要な意味を持っていることも報告されている。

そして、英国でも前述の「Too Safe」³⁾は、安全すぎる子どもの環境の危険性を訴えており、子どもの心身の成長・発達段階において、「リスク」を体験しそれを克服するプロセスが必要不可欠であり、危険と思われるものは何でも排除する昨今の安全すぎる環境で子どもが育てられることの危険性が指摘されている。

さらに、「遊び場安全憲章」でも、「子どもは様々な身体的な才能と能力（スキル）を持っており、これには大人が過小評価する『リスクを評価・管理する能力』も含まれる。しかし、子どもはあそびや活動のなかで出会う様々な『ハザード』を自ら評価する経験や能力が乏しいため、『リスク』について学び経験できる適切な環境を与えることは大変に重要である。』⁴⁾と言及している。

実際に「リスク」を十分に体験、体感できる手作り遊具が設置されている日本の冒険遊び場では、子どもは全身全霊で遊びに集中しており、事故の発生数は極端に少ない事が報告されている。また、そうした事例を裏付けるかのように、米国のM.クリスチャンセン教授は、「子どもが熱中して『リスク』にチャレンジしながら遊ぶ場合は、集中力も高まり、事故に遭う確率は低減されるが、逆に『リスク』であることも認識・判断できずに、注意散漫に遊んでいる場合は、事故に遭う確立が高まる。そこで、遊び場を安全にするためには、子どもにとって楽しく、『遊びの価値』を高めることが一番大切である」と報告している⁸⁾。

一方、日本でも最も身近な遊び場である、公園を管轄する国土交通省は、平成14年に出した安全指針⁵⁾の中で、「遊び場におけるリスクとハザード」と題して「子どもは、遊びを通して冒険や挑戦をし、心身の能力を高めていくものであり、それは遊びの価値のひとつであるが、冒険や挑戦には危険性も内在している。子どもの遊びにおける安全確保にあたっては、子どもの遊びに内在する危険性が遊びの価値のひとつでもあることから、事故の回避能力を育む危険性あるいは子どもが判断可能な危険性であるリスクと、事故につながる危険性あるいは子どもに判断不可能な危険性であるハザードに区分するものとする。」として、子どもが判断可能な危険性を「リスク」とし、「遊びの価値」であるとしている。

しかしながら、これまで日本のみならず欧米でも「リスク」の効用そのものに関する調査研究は殆ど行われておらず、その事実関係を検証してみるために、「リスク」の効用の実証を目的とした調査研究が求められていた。そこで、こども環

境学会では、「子どもが遊び場で『リスク』にチャレンジすることの効用」を実証するため、リスク研究プロジェクトを立ち上げ、チャレンジ遊具による子どもの検証実験と保護者へのアンケートを実施した。

3. 調査研究の実施方法

本研究の実施方法として、まず、(1)「リスク」の効用を実証するための仮説を設定した。次に、(2)仮説検証実験を行うために、子どもが「リスク」にチャレンジできるチャレンジ遊具を開発し、保護者の「リスク」に対する意識を調べるために調査用紙を作成した。さらに、(3)予備実験を文京区内の公園において実験遊具を持ち込み実施し、実験計画を立てた。そして、(4)リスクにチャレンジすることをコンセプトにしている幼児施設と、既製遊具中心の幼児施設の協力を得て、子どものチャレンジ実験と、保護者へのアンケート調査を同時に実施した。(5)実験により得られた、子どもの「リスク」へのチャレンジ実験のデータと保護者のアンケート調査の結果を分析した。以下、詳細を述べる。

(1) 実験仮説の設定

子どもが遊び場で「『リスク』にチャレンジすることの効用」を実証するための仮説設定を、遊び場における子どもの行動観察、研究メンバーによるブレインストーミング、および、海外などの文献調査を通して行ったが、先行研究は、海外を含め殆ど存在しないため、仮説の設定は大変に困難な作業であった。

子どもの観察を通して、遊び場では「ゆれる」「登る」「ジャンプする」などのさまざまな行為において、チャレンジは常に行われているが、チャレンジの機会が多いと、成功や失敗を繰り返すことで、「リスク」へのチャレンジによる判断力(=危険回避能力)が高まると一般的に言われている。そこで、「『リスク』へのチャレンジにおいてその達成能力が高い子ども(=チャレンジ達成率の高い子ども)は、危険を回避する能力も発達している。」という仮説Ⅰを立てた。この仮説を検証することが出来れば、「リスク」にチャレンジすることの効用のひとつとして、危険回避能力の発達を上げることができる。

この実験における、危険を回避する能力とは、チャレンジスロープにおいて、角度が急になる(=チャレンジ度が難しくなった)時に、危険と判断してチャレンジを回避するかどうかを、判断できる能力と定義した。具体的には、「危険」から「かなり危険」な角度に変更した時の、子どもの回避率を実験では調べた。

更に、一般的に、幼児期に子どもは自分で自の遊ぶ環境を選択することは難しく、多くの場合、保護者が子どもの遊環境を選択している。そこで、「保護者が『リスク』へのチャレンジを遊びの価値の一部として認めている、換言すれば、『リスク』を受容している場合は、『リスク』へのチャレンジ達成

率が高くなる」とする仮説Ⅱを設定した。仮説Ⅱが検証できれば、保護者の「リスク」を受容する態度が、子どものチャレンジ達成率を高め、ひいては危険回避能力も高めることが検証される。

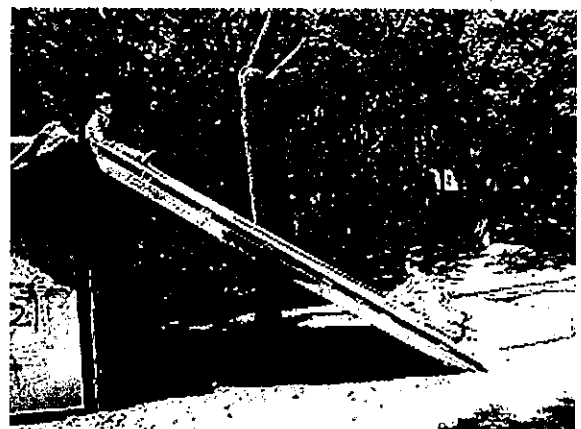
(2) 実験調査の準備

①オリジナル実験遊具の製作

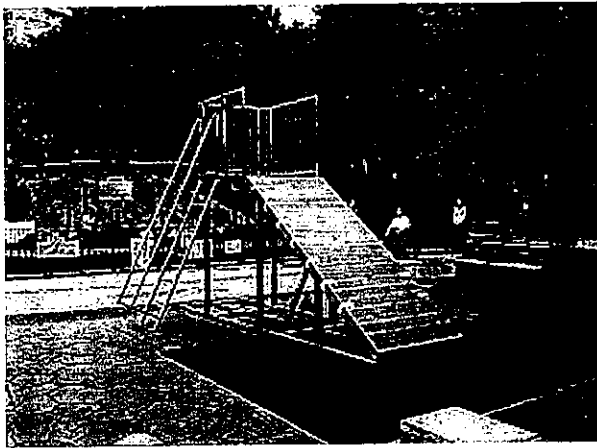
実験によって、遊びにおける子どものチャレンジ意欲と、その達成度を測定するため、冒険遊び場において、子どもたちに人気のある登攀スロープ(写真①②)を参考に、角度を変えることのできるスロープを持つ登攀スロープを実験遊具として製作した。そして、角度を変化させながら、子どもがチャレンジして登る際の達成率を、実験で調べることにした。

チャレンジ度は、「普通」のすべり台のスロープの35度(写真③)、冒険遊び場等で登攀スロープとしてチャレンジ度があり「危険」な45度(写真④)、さらにチャレンジの限界を見るため「かなり危険」な55度(写真⑤)と3段階にスロープの角度を設定した。

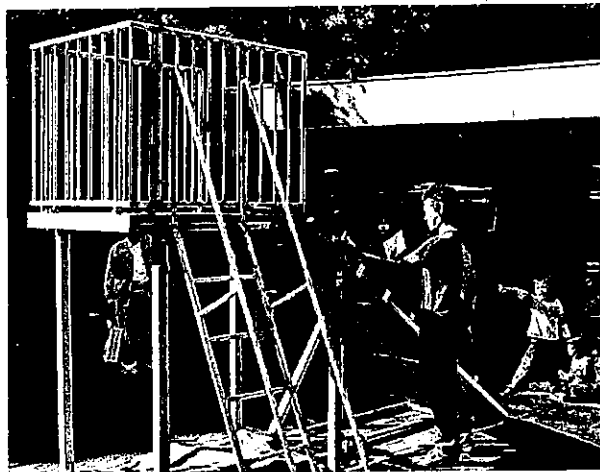
そして、スロープの角度を、急な角度へと段階的に変えて行くことで、子どものチャレンジ意欲の変化を観察し、角度を急にして「危ないと判断して、チャレンジを断念した場合に、危険を回避する判断能力(危険回避能力)が観察される」と定義し、実験では危険回避能力の有無を観察した。



写真①②登攀スロープ
(上；世田谷プレーパーク、下；羽根木プレーパーク)



写真③チャレンジ度「普通(35度)」のスロープ



写真④チャレンジ度「危険(45度)」のスロープ



写真⑤チャレンジ度「かなり危険(55度)」のスロープ

②保護者の意識調査用アンケートの作成

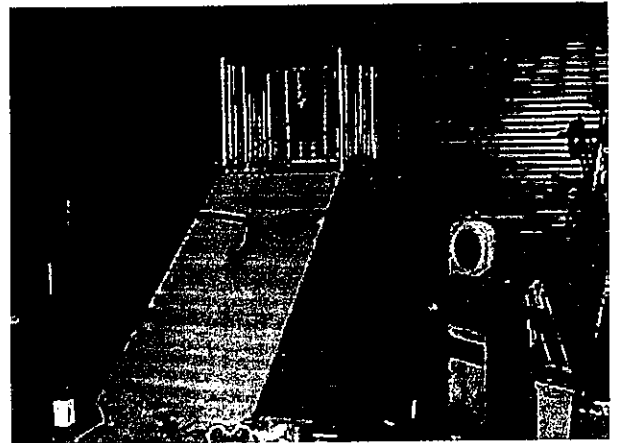
子どものチャレンジ達成率と保護者の「リスク」に対する考え方などの相関関係調べるため、保護者向けにアンケート用紙を作成した。アンケート用紙はAからDまで4つのパートに分かれ、A.子どもの属性、B.子どもの遊び場と遊び、C.子どもの事故、けが、D.保護者の姿勢、考え方について設問が設けられた。

特にBにおいては、被験者は日頃どのような遊び環境において、どのような遊びをしているか、また、どのような遊びが好きかなど、多面的に遊びの実態を把握できるような設問を設けた。さらに、Cでは、子どもの事故の経歴と親のけがや事故に対する意識を、自由記述で求めた。また、親の遊びでの事故経歴なども調べる事によって、子ども時代の経験が、育児にどのように投影されているかを調査した。最後にDでは、保護者の遊びに対する意識や理念を調べることで、多面的に子どもと保護者の遊びにおける「リスク」に対する状況を調べることを目的とした。

(3)予備実験の実施と実験計画の見直し

実験遊具は、製作過程において、製作元の丸山製作所において、被験者を用いた改良作業を何度か実施して完成を見た(写真⑥)。完成した実験遊具を東京都文京区の協力のもと、文京区内の街区公園に持ち込み、公園で遊ぶ幼児連れの親子を対象に、予備実験に加えアンケートも数回実施した(写真⑦)。実験実施に際しては安全面に配慮し、周囲にゴムマットを敷設し、実験中も大人が傍で見守りながら行った。

この予備実験によって、チャレンジ達成の基準などを確立した。また、アンケート用紙の改良も行われた。



写真⑥作成中の実験遊具(丸山製作所)



写真⑦文京区の公園での予備実験の様子(45度)

(4) 検証実験とアンケート調査の実施

①平成18年12月；関東圏内の幼児施設A園でチャレンジ遊具による検証実験を実施した(写真⑧)。被験者は4歳児29名、5歳児37名、6歳児32名であった。天候は曇り。アンケート用紙も園から保護者に配布し、後日130部を回収して、集計を行った。

②平成19年11月；関東圏内の幼児施設B園でチャレンジ遊具による比較検証実験を実施した(写真⑨)。被験者は4歳児20名、5歳児30名、6歳児29名であった。天候は晴れ。アンケート調査用紙も園から保護者に配布し、後日126部を回収し、集計を行った。



写真⑧ A園(左)、B園(右)での実験風景(55度)

(5) 調査実験の結果と分析

①チャレンジ度別に見るチャレンジ達成率

チャレンジ遊具による子どもの検証実験では、子どものチャレンジ度(普通・危険・かなり危険)別に、被験者郡のチャレンジ達成率を園別・年齢別で表にしたものが表1である。

「普通」では、B4歳児郡の30%以外は50%以上の達成率となっている。「危険」ではA6歳児郡のみ62%であるが、その他は30%以下の達成率であった。「かなり危険」なチャレンジでは、A6歳児郡のみで達成しており、他の園児郡で達成者はいない。

表1. チャレンジ度別に見るチャレンジ達成率

被験者郡	普通	危険	かなり危険
A4歳児	66%	27%	0%
B4歳児	30%	0%	0%
A5歳児	87%	22%	0%
B5歳児	53%	5%	0%
A6歳児	100%	62%	43%
B6歳児	76%	13%	0%

②チャレンジ度「かなり危険」での危険回避率

検証実験で、チャレンジ度を「危険」から「かなり危険」にした時に、チャレンジした園児の人数を園別・年齢別で表に

したものが表2である。「危険」から「かなり危険」になった時に、「リスク」へのチャレンジを断念することを、危険性を判断して危険を回避したとみなし、「危険」にチャレンジした園児数を100%として、「かなり危険」にチャレンジしなかった回避者の割合を回避率とした。A園児童合計での平均回避率は61%で、B園児童合計の平均回避率は35%で、A園児の方が約2倍も危険回避率が高い結果が出た。

表2. 「危険」から「かなり危険」での危険回避率

被験者郡	普通	危険	かなり危険	危険回避率
A4歳児	29	11(100%)	1(9%)	91%
A5歳児	37	18(100%)	6(33%)	67%
A6歳児	32	42(100%)	21(50%)	50%
A児童合計	98	71(100%)	28(39%)	61%
B4歳児	20	8(100%)	0(0%)	100%
B5歳児	30	20(100%)	10(50%)	50%
B6歳児	29	24(100%)	24(100%)	0%
B児童合計	79	52(100%)	34(65%)	35%

③保護者の「リスク」に対する意識

アンケート調査により、子どものリスクにチャレンジすることによってケガすることを、保護者が積極的に受容する「受容派」、ある程度は受容する「中間派」、受容しない「否定派」、および「無回答」の4つのカテゴリーに分類して、集計した結果が表3である。「受容派」は、ある程度のケガはやむを得ない、子どもの遊びにケガはつきもの、ケガを通して学ぶ等の積極的な意見が見られた。中間派は、ある程度のケガは止むを得ない、出来れば大きなケガはしないで欲しい等の意見であり。否定派は、ケガがさせたくない。ケガはして欲しくないなどの意見である。

表3. 「リスク」へのチャレンジでケガをする事に対する保護者の考え方や態度

	受容派	中間	否定派	無回答	合計
A園保護者	76 (58%)	27 (21%)	3 (2%)	24 (18%)	130 (100%)
B園保護者	24 (19%)	60 (48%)	12 (10%)	30 (24%)	126 (100%)

4. 仮説検証と考察

①から③の実験・調査結果を踏まえ、仮説ⅠとⅡの検証を試みた。まず、「遊び場での『リスク』へのチャレンジ達成率が高い子どもは、危険回避能力も発達している」という仮説については、①の分析結果から、B園児郡とA園児郡を同年齢で比較すると、A園児郡のチャレンジ達成率が高いことが分かる。そこで、A園児郡の危険回避能力が発達しているかを、②の分析結果から回避率を比較すると、A園児郡の平

均回避率は61%で、B園児郡の平均回避率35%に比べ約2倍もの割合で回避していることから、「かなり危険」を認知して、危険を回避する行動を取ったと考えられる。よって、「チャレンジ達成率が高い子どもは、回避能力も発達している」とする仮説Ⅰは、今回の調査実験から検証された。

また、「親が『リスク』を受容している場合、(遊びにおいて生じる多少のケガも積極的に受容していることから)子どもが『リスク』に接する機会も増えるため、子どものチャレンジ達成率が高まる。」とする仮説Ⅱに関しては、③の分析結果から、B園では約半数(48%)の保護者が、「中間派」で、一方、A園の保護者は4分の3以上が「リスク受容派」であり、明らかに積極的に「リスク」を受容していると判断でき、保護者が「リスク」へのチャレンジを「遊びの価値」として認めていると思われる。更に、①の結果から、A園児童郡のチャレンジ達成率は、B園の同年齢の児童郡に比べ達成率が高いことは明らかであり、アンケートの調査結果との相関関係を分析すると、「リスク」を受容している保護者の子どもは、「リスク」を「普通」に受容している保護者の子どもに比べ、チャレンジ達成率も高いことは明らかで、仮説Ⅱが検証された。

5. 今後の課題

今回の実験により、これまで明らかにされることの無かった「子どもが遊び場で『リスク』にチャレンジすることの効用」の一つが、危険回避能力の発達という形で、ある程度実証することが出来たと言える。さらに保護者の「リスク」を受容する態度により、子どもの「リスク」達成率も高まるため、ひいては、危険回避能力も高められることが本調査によって明らかになった。よって、今後の課題はこうした「リスク」の効用を、いかにして保護者を含む遊び場の関係者に啓発するかということであろう。

一方、「リスク」に接することによって高められるとした「危険回避能力」に関しては、効用は危険の回避能力に止まらないため、その他の効用についても、引き続き検証等の研究が進められなければならない。また、「危険回避能力」の測定方法に関しても、今回の実験方法以外にも、さまざまな方法が考えられるため、「危険回避能力」を判断する指標の確立も、今後の課題である。

さらに、今回の結果を広く一般に問うためには、その課題として、さらなる多くの幼児施設や児童施設における調査や、「リスク」を受容しないなどの意見を持つ親子のサンプルに基づく実験・調査を実施して、結果比較を試みなければならないだろうと思われる。

いずれにしても、「リスク」の効用を実験によって検証しようとした今回の試みは、国内のみならず、子どもの遊環境の向上に向け、安全だけでなく「リスク」を取り入れることの重要性を提起したと言えるが、更なる調査研究が国内外で実施されることを期待したい。

【注】

本論文は、こども環境学会子どもの遊び場のリスク研究会(代表研究者:仙田 満)による三菱財団社会福祉助成採択事業として実施した調査報告書、Ⅰ 仙田 満(2007)子どもの遊び場におけるリスクの効用に関する調査研究(中間報告)、三菱財団研究事業成果報告書、Ⅱ 仙田 満(2010)子どもの遊び場におけるリスクの効用に関する調査研究②、三菱財団研究事業成果報告書2009.の報告書に加筆・修正したものである。

【謝辞】

本研究の調査遂行にあたり、文京区内の公園(事前調査)およびA園、B園の幼児に実験調査、保護者の方々にアンケート調査にご協力頂きました。また、三菱財団から研究助成を頂きました。ご協力頂きました皆様に深く感謝の意を表します。

引用文献

- 1) 大坪龍太・仙田 考(2005)子どもの遊び場におけるリスクの効用に関する調査研究のための基礎的整理。こども環境学研究、Vol.1 No.2, 52-55.
- 2) Wallech, F. (1995) Playground Safety, Proceedings of the 1995 International Conference, 175-178. Penn State Univ.
- 3) Lindon, J. (1999) Too Safe for Their Own Good?: Helping Children Learn about Risk and Life skills. The National Early Years Network.
- 4) Play Safety Forum. (2002) Managing risk in play provision: a position statement. Available from Children's Play Council.
- 5) 国土交通省(2002)都市公園における遊具の安全確保に関する指針。国土交通省
- 6) Play England (2008) Managing Risk in Play Provision; Implementation guide.
- 7) Smith, S.J. (1998) RISK AND Our Pedagogical Relation to Children on THE Playground AND Beyond. State University of New York Press.
- 8) Christiansen, M.L. (2004) 遊び場安全国際シンポジウム基調講演(浜松:2004年9月)

2010/12/10投稿受付、2011/03/01採用決定

平成28年2月16日

健康管理において、保護者との連携・連続性について

三代川 紀子

1 子どもの健康支援

24時間体制で、子どもの健康を支援していくために

- ・ 個人ノートの活用
- ・ 引き継ぎノートの活用
- ・ 感染症発症の早期周知
- ・ 虐待防止対策

健康支援の具体策

- ・ 月1回の身体測定、園医による健康診断
- ・ 年に1度は、予防接種の状況確認
- ・ 看護師による保健だよりの作成
- ・ 園児一人ひとりについて在園期間中における健康面の記載
- ・ 与薬の対応

2 環境及び衛生管理並びに安全管理

感染拡大を防ぐ

- ・ 感染予防の周知徹底

事故や怪我発生時の検証

- ・ ヒヤリ・ハット

3 食育の推進

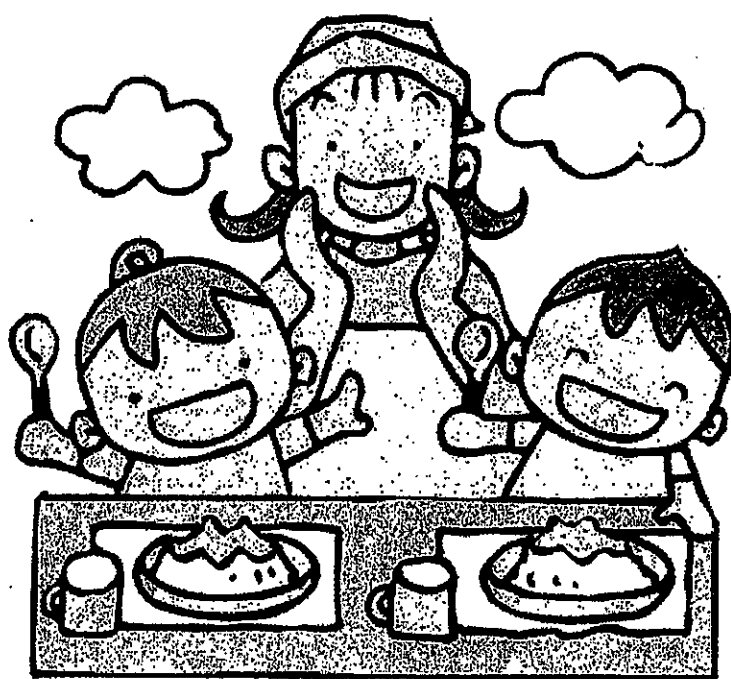
食育計画の立案と実践

- ・ 実践例 さんまの会

アレルギー児や障がいのある児に対してのきめ細やかな対応

誤嚥・窒息事故防止マニュアル

～安全に食べるためには～



浦安市立保育園

平成26年4月

目 次

はじめに	1
1 食品による窒息事故の実態について	2
2 窒息事故の多い食品	2
3 窒息事故の要因について	2
(1) 食品以外の要因について	
(2) 食品側の要因について	
4 安全に食べるための嚥下のしくみ	3
(1) 気管と食道のしくみ	
(2) 嚥下のしくみ	
(3) 誤嚥とは	
(4) 歯の生え方	
5 窒息事故を防ぐための安全な食べさせ方	4
(1) 0歳児	
(2) 1, 2歳児	
(3) 3, 4, 5歳児	
(4) 時間外おやつ	
(5) 職員間の連携	
(6) 食事提供などのポイント	
6 食材&調理の仕方について	8
(1) 歯と咀嚼について	
(2) 誤嚥・窒息につながりやすい食べ物の形状や性質	
(3) 誤嚥・窒息につながりやすい食べ物の調理について	
7 窒息時の対応について	12
8 緊急時の役割分担	13
参考資料	14
プロジェクトメンバー、おわりに	15

はじめに

消費者庁の調べでは、日本人の不慮の事故による死因をみますと、2010年は「窒息」が9,727人で、「交通事故」の7,144人を超えています。

また、窒息事故による死亡者の大半は、65歳以上の高齢者が占めていますが、0歳から4歳の乳幼児の死亡も年間20～30人発生しています。

平成24年度には、栃木市や東京都あきる野市等の保育園でも窒息事故が起きています。

食べ物による窒息事故のリスクを低減させるために、保育園職員が事故の実態やその要因を正しく理解し、万が一事故が発生した時には迅速に対応できるよう緊急時の対応を整え、応急処置の方法を知っておくことも大切です。

また、安全な食べ方を園児が身につけるためには、保育園職員の摂食指導はもちろん、家庭への働きかけや関係機関との連携も不可欠です。

幸い、浦安市では、重篤な事故は起きていませんが、今後も「重篤な事故は起きない」という保証はどこにもありません。

このマニュアルが、自分たちの保育や子どもたちの食習慣を今一度見直すきっかけとなり、また組織編成の点検、事故防止や緊急時の対応等の参考として、保育園職員一人一人の危機管理意識を高める一助となれば幸いです。



1. 食品による窒息事故の実態について

食品による窒息事故の背景には、誤嚥又は嚥下困難となる事例が日常的に発生しており厚生労働省の統計によれば、食べ物による窒息の死亡者数は毎年4千名を超え年々増加の傾向にある。年代的に乳幼児、高齢者に窒息が起こりやすい。

*誤嚥・・・飲食物が食道ではなく気管に入ってしまうこと

*嚥下・・・飲み込むこと

2. 窒息事故の多い食品

原因食品として餅、米飯及びパン等の穀物類の頻度が高い。食品安全委員会によるリスク評価によると、一口当たり窒息事故頻度（注1）は餅が最も高く、次いでミニカップゼリー、あめ類、パン、肉類、魚介類、果実類、米飯類となっている。

注1

【一口あたり窒息事故死亡症例数】

【平均一日摂取量】÷【一口量】×【人口】

一口あたり窒息事故頻度の数値は、仮に日本全国で一億人の人がその食品を一口、口に入れるとして、その一億口あたりで窒息事故がおこる頻度を意味する。

3. 窒息事故の要因について

（1）食品以外の要因について

高齢者では、加齢による咀嚼力の低下、歯の欠損、脳血管障害等の疾患、嚥下機能障害等が、窒息事故につながる。

小児では、歯の発育、摂食機能の発達の程度、あわてて食べるなどの行動が関連する。乳幼児では、臼歯（奥歯）がなく食べ物を噛んですりつぶすことができないため窒息が起こりやすいが、食べる時に遊んだり泣いたりすることも窒息の要因と指摘されている。また、保護者や職員の窒息危険性の認識、応急処置の知識の有無、食事の介助方法なども事故に関わる要因と推測される。

（2）食品側の要因について

食品表面の滑らかさ、弾力性、固さ、噛み切りにくさといった食感や、大きさ、形状などが窒息事故に関連すると推測される。窒息事例で最も多かった餅の物性は口に入る時の50～60℃では軟らかく、付着性が小さい（伸びやすい）が、餅の温度が体温に近い40℃程度に低下すると固くなり、付着性も増加する特性が窒息原因になりやすい。

こんにゃく入りミニカップゼリーは、上を向いたり吸い込んで食べたりすると気道に吸い込まれやすくなる。また、冷やすとさらに固さを増すため、十分に噛み切れないまま飲み込もうとして気道を塞ぐことがある。水分の少ない部分に張り付くと、はがれにくく壊れにくいことなどから、いったん気道につまるとなかなか吐き出しにくいものとなる。

4. 安全に食べるための嚥下のしくみ

食事をおいしく安全に食べるには、歯・嚥下のしくみを理解し、健康な食生活を支援することが大切である。

(1) 気管と食道のしくみ

気管は鼻と口から吸った空気の通り道であり、食道は食べ物・飲み物の通り道である。両者はのど部分で交差している。

(2) 嚥下のしくみ

嚥下とは、食べ物を口から胃へ送るための一連の運動をいう。食べ物を飲み込む際は、喉頭蓋が下向きになり気管の門が閉じて食道が開き、食べ物が食道から胃へと入っていく。

(3) 誤嚥とは

誤嚥とは、食べ物が食道へ送り込まれず、誤って気管から肺に入ること。乳幼児の気管の径は1cm未満、大人は2cm程度のため、これより大きいと気管の入り口を塞ぎ、窒息の原因となる。

(参考) 誤飲：食物以外の物を誤って口から摂取することを誤飲といい、誤嚥と区別する。

(4) 歯の生え方

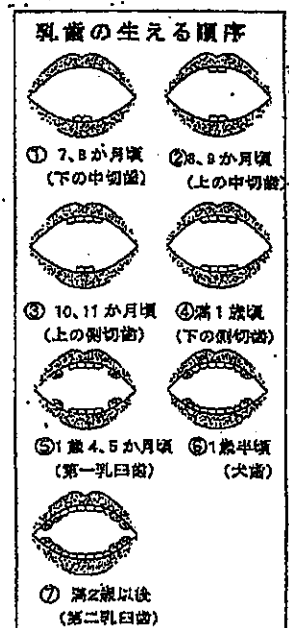
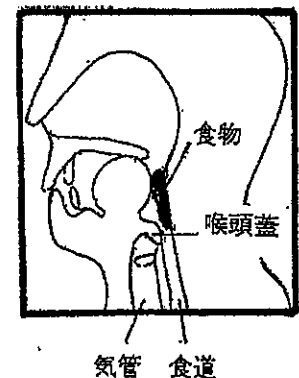
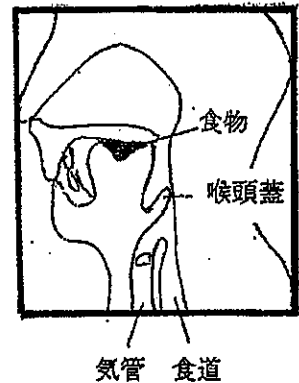
新生児の口は哺乳に適した形になっている。

7、8か月ごろ乳歯が生え始める。9～11か月頃、乳前歯が上下4本ずつ8本の歯が生えそろう。

1歳前後に前歯が8本生えそろうようになる。1歳～1歳6か月頃、第一乳臼歯（一番初めに生える乳歯の奥歯）が生え始める。3歳6か月頃までには乳歯（20本）が生えそろう。

5～6歳頃から乳歯より大きな永久歯が生えてくるのに備え、顎が成長する。歯並びが良くなるようにすき間ができる。

6歳前後になると乳歯の一番奥に第一大臼歯（一番初めに生える永久歯の奥歯）が生えてくる。



5. 窒息事故を防ぐための安全な食べさせ方

(1) 0歳児

チェックポイント

- 子どもの正面に座り、「あーん」「おいしいね」「もぐもぐ」などと声をかけ、口の動きを促す。
- 目を離さず、一人一人の嚥下の様子をしっかりと見ていく。
- 食事の途中で、眠くなってしまったら無理に食べさせない。
- 腰がしっかりと安定するように、椅子の工夫をしていく。

離乳期の区分	形態	特徴	子どもの姿	配慮
離乳開始前	液状の物	・母乳やミルク以外の物に慣れる。	・大人の食べる様子を見て欲しがらる。 ・手にした物をなめたり、指しやぶりをしたりする。	・初めての食材は、家庭で試してもらう。 ・家庭での様子を把握していく。 ・栄養士、担任、保護者と連携をとりながら進めていく。
5～6か月頃	なめらかにすりつぶした状態	・唇を閉じてごっくんと飲み込める。	・スプーンから食べ物を唇で取り込む。 ・「お口あーん」と声をかけられると自分で口を開ける。	・スプーンは浅く、口角の1/2～2/3の大きさとする。 ・口に入る量は、スプーン半分を目安とする。 ・開いた口の舌先にスプーンを置き、口が閉じるのを待ちスプーンを抜く。
7～8か月頃	舌でつぶせる固さ	・舌と上あごで食べ物をすりつぶして食べられるようになる。	・舌の使い方が上手になり、唇を閉じて口の中に食べ物を送ろうとする。 ・肉や魚など、舌ですりつぶしにくい物は口の中に残ったり出したりする。	・唇を閉じたら水平にスプーンを抜く。 ・飲み込めず口の中に残っている時は口から出す。 ・次の食べ物を口に入れる時には量を加減する。
9～11か月頃	歯茎でつぶせる固さ	・舌で食べ物を片側に寄せ、奥の歯茎で噛む動作ができるようになる。	・形ある食べ物を歯茎の方に送り、上下の歯茎でつぶす。 ・手づかみで食べる。 ・手のひらで押し込む。 ・コップを使って飲もうとする。	・「もぐもぐ、ごっくん」など声かけをしながらつめずぎや、まる飲みしないようにする。 ・のどを潤しながら食事をする。 ・別皿を使うなどして、手づかみ食べをしやすくする。 ・コップの使い始めは量を加減し、そばで見守る。
12～18か月頃	歯茎で噛める固さ	・前歯を使って食べ物を噛み切ったり奥歯で噛んだりするようになる。	・前歯でかじり、舌を上下左右に動かして移動させる。 ・歯の生えていない奥の方の歯茎でつぶして食べる。 ・スプーンやフォークを使って食べようとする。 ・食べる量や好き嫌いなど、個人差が出てくる。	・固い食材はしっかりと噛んでいるか確認する。 ・スプーンやフォークで食べられる物を取り入れていく。 (子ども用と介助用スプーンを用意する。) ・大ききさや量を調節したり、「おいしいね」などの声かけをしたりすることで楽しい雰囲気をつくる。

(2) 1・2歳児

チェックポイント

- 食の自立とともに、窒息事故が起こりやすくなることを把握しておく。
- 保育者は、子どもの食べ方や様子が見えるようそばにつき、できるだけ立ち上らず、落ち着いて安全に食べられるよう見守る。

特 徴	子どもの姿	配 慮
・歯の生え方や咀嚼力には個人差がある。 ・一口で食べられる適量がわかるようになり、食べ物の大きさや固さに適した食べ方が身に付いてくる。 ・唇を閉じたまま咀嚼するようになる。	・「いただきます」の挨拶をする。 ・スプーンやフォークを使って食べる。 ・手の機能が未発達のため、上手くすくえず、かき込んで食べてしまう。 ・嘔まずに飲み込もうとする。 ・苦手な物や食べにくい食材を口の中のため込む。 ・おしやべりや遊び食べをする。 ・食事中眠くなる。 ・「ごちそうさま」の挨拶をする。	・挨拶をすることで、食べ始めと食べ終わりの区切りをつけ、落ち着いて食事ができる環境をつくる。 ・一口の適量を知らせていく。 ・のどを潤しながら食事をする。 ・口の中の食べ物がないことを確認してから、次の食べ物を口に入れる。 ・スプーンにのせる量や口の奥まで入れすぎないように、注意していく。 ・器の中が少なくなるとスプーンですくいづらくなり、かき込みやすくなるので保育者がスプーンにのせる等、配慮をする。 ・食べやすい大きさにして、「もぐもぐ」「かみかみ」などとし、声かけをし、よく噛んで食べることを知らせる。 ・飲み込みにくい様子が見られた時には、一度口の中から取り出す。 ・口の中に食べ物がある時は誤嚥の危険性が高くなるので、おしやべりなどしないよう声かけをする。 ・食事を終わりにする時は、口の中に物が入っていないか確認する。 ・麦茶を飲んだりタオルで口を拭いたりした後、口の中に物が入っていないことを確認する。 ・年齢、発達によりブクブクうがいをして口の中を綺麗にすることを促す。

(3) 3・4・5歳児

チェックポイント

- 保育者は子どもの状況が把握できる位置につき、安全な食べ方をしているが確認する。(姿勢、口に入れる量、水分など)
- 食事に集中できる環境をつくる。
(テーブルに座る人数、食事後の過ごし方など)
- ゆとりある時間を確保する。

特 徴	子どもの姿	配 慮
・乳歯が生えそろい固さ、大きさ、粘度等に合わせしつかり噛んで食べることができ。 ・安全な食べ方の基礎が身に付いてくる。	・食べ物をかき込んだり、急いで食べたりする。 ・前歯や奥歯を使い分け、固い食材も食べられるようになる。 ・食べ物を口に入れた状態で話をしたり、立ち歩いたりする。 ・一品食べをする。	・ゆとりある時間を確保する。 ・早食いにならないように、集中してよく噛む時間をつくる。 ・前歯が抜けている時は、小さくちぎり奥歯でしつかり噛むように声をかけていく。 ・食べ物が急に気管に入ってしまうことがあるので、その都度危険につながることを伝えていく。 ・のどにつまりやすいので、食べ物と水分(汁物)がバランスよくとれるように声をかけていく。

(4) 時間外おやつ

保護者の出入りの多い時間ではあるが、安全に食べているか
しつかり見守る。

※水分をとっているか？

※つめ込みすぎでないか？

※職員は子どもの表情が見える位置にいるか？

(5) 職員間の連携

※子どものそばを離れる時は、近くの職員に声をかけてから離れる。

※担任以外の職員が食べさせる時は、子どもの食べ方の特徴を伝える。

(つめ込みすぎ、早食い、噛まずに飲み込むなど)

☆窒息事故を防ぐための安全な食べさせ方(1)～(3)各年齢参照

(6) 食事提供などのポイント

本マニュアルの4ページ～6ページでは、乳児期、幼児期の発達段階に合わせ安全な食べ方を明記したが、ここでは、食事中的見守りや安全に食べるための環境づくりについてのポイントを紹介する。

① 姿勢のポイント

＊5、6か月(嚥下を促す姿勢)

- ・介助しながら摂食・嚥下機能を上手に獲得させていく。
- ・子どもの発育・発達には個人差があるので、子どもの様子をよく見ながら離乳食を進めていき、食べる姿勢に配慮していく。



(嚥下を促す摂食指導)

開口時に、舌が床に平行程度の頸部の角度にする。

＊7、8か月～幼児期(顎や舌に力が入る姿勢)

- ・椅子の場合は、足の裏が床につく高さにして深く座る。
- ・テーブルに向かってまっすぐに座り、肘がつく高さにする。



・背もたれは、お風呂マットに、カバーを掛けるなどの工夫をする。
・足元はお風呂マットを切ったりくりぬいたりして工夫する。

② 見守りポイント

- ・子どもの食べ方の特徴を理解し、年齢発達や個人差に合った食事指導をしているか?
- ・安全に食べているか、子どもの表情が見える位置にいるか?
- ・常に食事中的見守りを怠らないようにする。
- ・食べ方に注意が必要な食材は、食べる前に説明をする。

③ 安全な「食べ方」のポイント

＊安全な「食べ方」を身に付けて、窒息事故を予防する。

- ・食べることに集中する。
- ・姿勢を整える。
- ・水分を取ってのどを潤してから食べる。
- ・遊びながら食べない。
- ・食べやすい大きさにする。
- ・つめ込みすぎない。
- ・口の中に食べ物がある時は、話をしない。
- ・よく噛んで食べる。(※参照)

※「よく噛んで食べる」

乳幼児期から学童期は、食べ方を育てる時期となる。
口腔機能が発達し歯の生え変わる時期でもある。
また、五感を育て咀嚼習慣を育成する大切な時期となる。

「よく噛むことのメリット」

- ・食べ物が栄養分として消化吸收されやすくなる。
- ・素材の味や歯ごたえ、噛む音等五感を使って楽しむことができる。
- ・唾液がたくさん出て、口の中がきれいになる。
- ・満腹感を得ることができる。

6. 食材&調理の仕方について

(1) 歯と咀嚼について

咀嚼機能の発達には、子どもの歯の生える時期が深くかかわっている。1歳頃には奥歯が生える前段階として歯茎の膨隆がでてくるため、奥の歯茎で食べ物をつぶすことができるようになる。歯茎で食べ物をつぶすためには舌と顎の連動が必要となり、咀嚼の基本的な動きが獲得されてくる。歯茎でつぶせるようになると、やや固さのあるものも食べられるようになり、乳前歯が上下4本ずつ生えそろって噛み切ることが可能になる。

1歳8か月頃には、上下の第一乳臼歯が生えそろい、噛み合わせができあがって、噛みつぶしも上達するが、まだうまくはできない。その後、第二乳臼歯が生え始め、2歳半過ぎには上下が噛み合って、食べ物のすりつぶしが可能になるとともに、咀嚼力も増大する。

そこで、第二乳臼歯が生えそろう前の0、1歳児クラスと2～5歳児クラスとを区別して、食材の提供をすることとした。

(2) 誤嚥・窒息につながりやすい食べ物の形状や性質

どんな食べ物でも誤嚥、窒息の可能性はあるが、特に誤嚥、窒息につながりやすい食材は以下のようなものである。

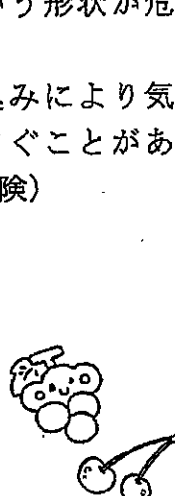
- | | | |
|-------------|---|-------------------|
| ① 弾力があるもの | → | こんにやく、きのこ、練り製品 など |
| ② なめらかなもの | → | 熟れた柿やメロン、豆類 など |
| ③ 球形のもの | → | プチトマト、乾いた豆類 など |
| ④ 粘着性が高いもの | → | 餅、白玉団子、ごはん など |
| ⑤ 固いもの | → | かたまり肉、えび、いか など |
| ⑥ 唾液を吸うもの | → | パン、ゆで卵、さつま芋 など |
| ⑦ 口の中でばらばらに | | |

なりやすいもの → ブロッコリー、ひき肉 など

また、大きさとしては、球形の場合は直径4.5cm以下、球形でない場合は直径3.8cm以下の食物が危険とされている。しかし大きさが1cm程度のものであっても、臼歯の状態によって、十分に食品をすりつぶすことができない年齢においては危険が大きく、注意が必要である。

(3) 誤嚥・窒息につながりやすい食べ物の調理について

① 給食での使用を避ける食材

食品の形態、特性	食材	備考
球形という形状が危険な食材 (吸い込みにより気道をふさぐことがあるので危険) 	プチトマト	四等分すれば提供可であるが、保育園では他のものに代替え
	乾いたナッツ、豆類(節分の鬼打ち豆)	
	うずらの卵	
	あめ類、ラムネ	
	球形の個装チーズ	加熱すれば使用可
	ぶどう、さくらんぼ	球形というだけでなく皮も口に残るので危険
粘着性が高い食材 (含まれるでんぷん質が唾液と混ざることによって粘着性が高まるので危険)	餅	
	白玉団子	つるつるしているため、噛む前に誤嚥してしまう危険が高い
固すぎる食材 (噛み切れずそのまま気道に入ることがあるので危険)	いか	小さく切って加熱すると固くなってしまう

② 0、1歳児クラスは提供を避ける食材（咀嚼機能が未熟なため）

食品の形態、特性	食材	備考
固く噛み切れない食材	えび、貝類 	除いて別に調理する。 例、クラムチャウダーの時は、0、1歳児クラスはツナシチューにする
噛みちぎりにくい食材	おにぎりの焼き海苔	きざみのりをつける 

③ 調理や切り方を工夫する食材

食品の形態、特性	食材	備考
弾力性や繊維が固い食材 	糸こんにゃく、白滝	1 cmに切る (こんにゃくはすべて糸こんにゃくにする)
	ソーセージ	縦半分に切って使用
	えのき、しめじ、まいたけ	1 cmに切る
	エリンギ	繊維に逆らい、1 cmに切る
	水菜	1 cmから1.5 cmに切る
	わかめ	細かく切る
唾液を吸収して飲み込みづらい食材	鶏ひき肉のそぼろ煮	豚肉との合いびきで使用する または片栗粉でとろみをつける
	ゆで卵	細かくし、なにかと混ぜて使用する
	煮魚 	味をしみ込ませ、やわらかくしっかり煮込む
	のりごはん (きざみのり)	きざみのりを、かける前にもみほぐし細かくする

④ 食べさせる時に特に配慮が必要な食材

食品の形態、特性	食材	備考
特に配慮が必要な食材 (粘着性が高く、唾液を吸収して飲み込みづらい食材)	ごはん 	水分を取ってのどを潤してから食べること
	パン類	つめ込みすぎないこと 
	ふかし芋、焼き芋	よく噛むことなど (P7、②と③参照)
	カステラ 	

⑤ 果物について

食品の形態、特性	食材	備考
咀嚼により細かくなつたとしても食塊の固さ、切り方によってはつまりやすい食材	りんご 	完了期までは加熱して提供する
	梨	完了期までは加熱して提供する
	柿	完了期まではりんごで代用する

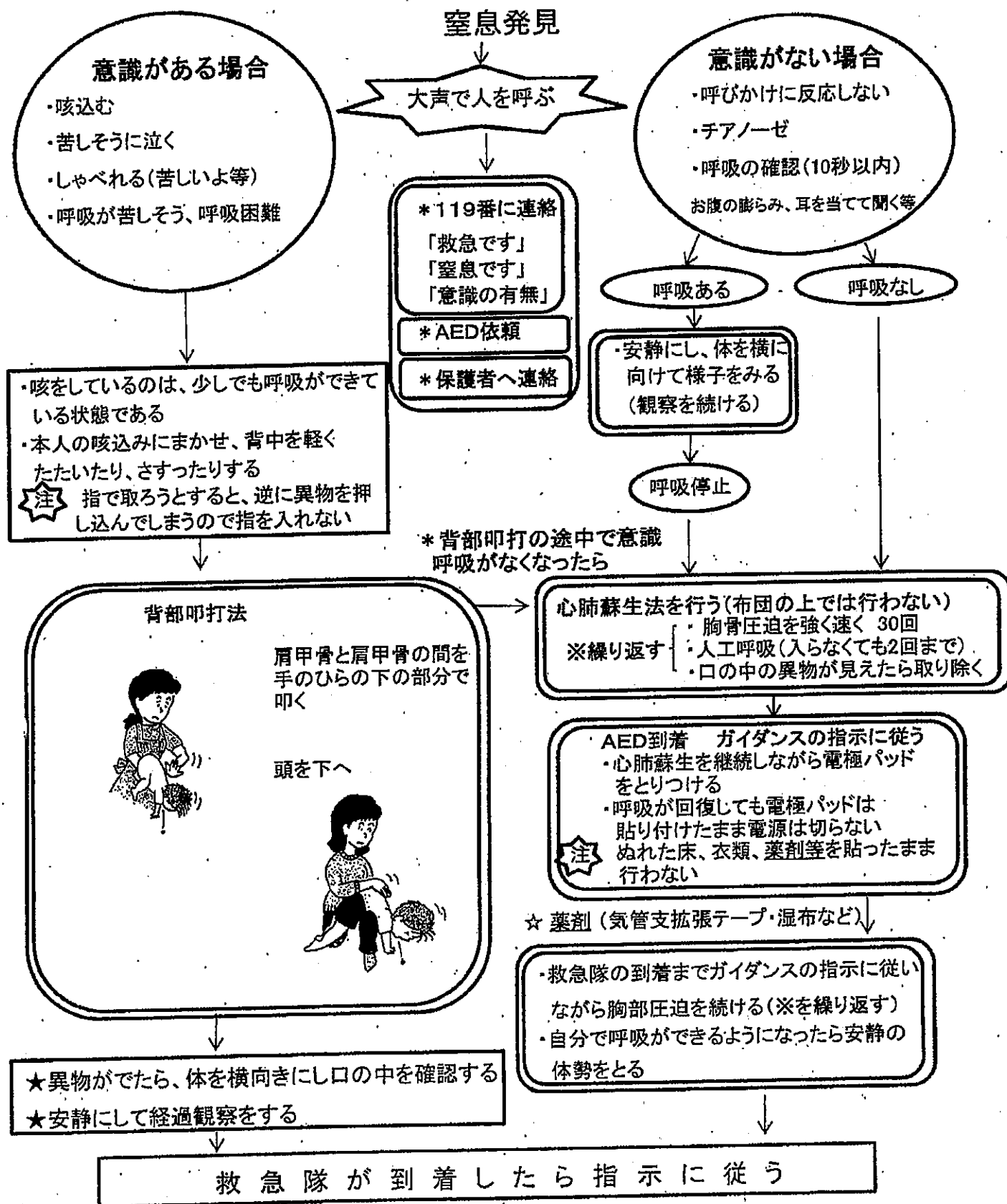
《家庭へのよびかけ》

プチトマト、カップゼリー、ぶどう等は、誤嚥を防ぐために保育園給食で使用していないことを家庭へも伝えていく。配慮が必要であることは家庭でも同じであるので、危険性について情報提供をしていく必要がある。

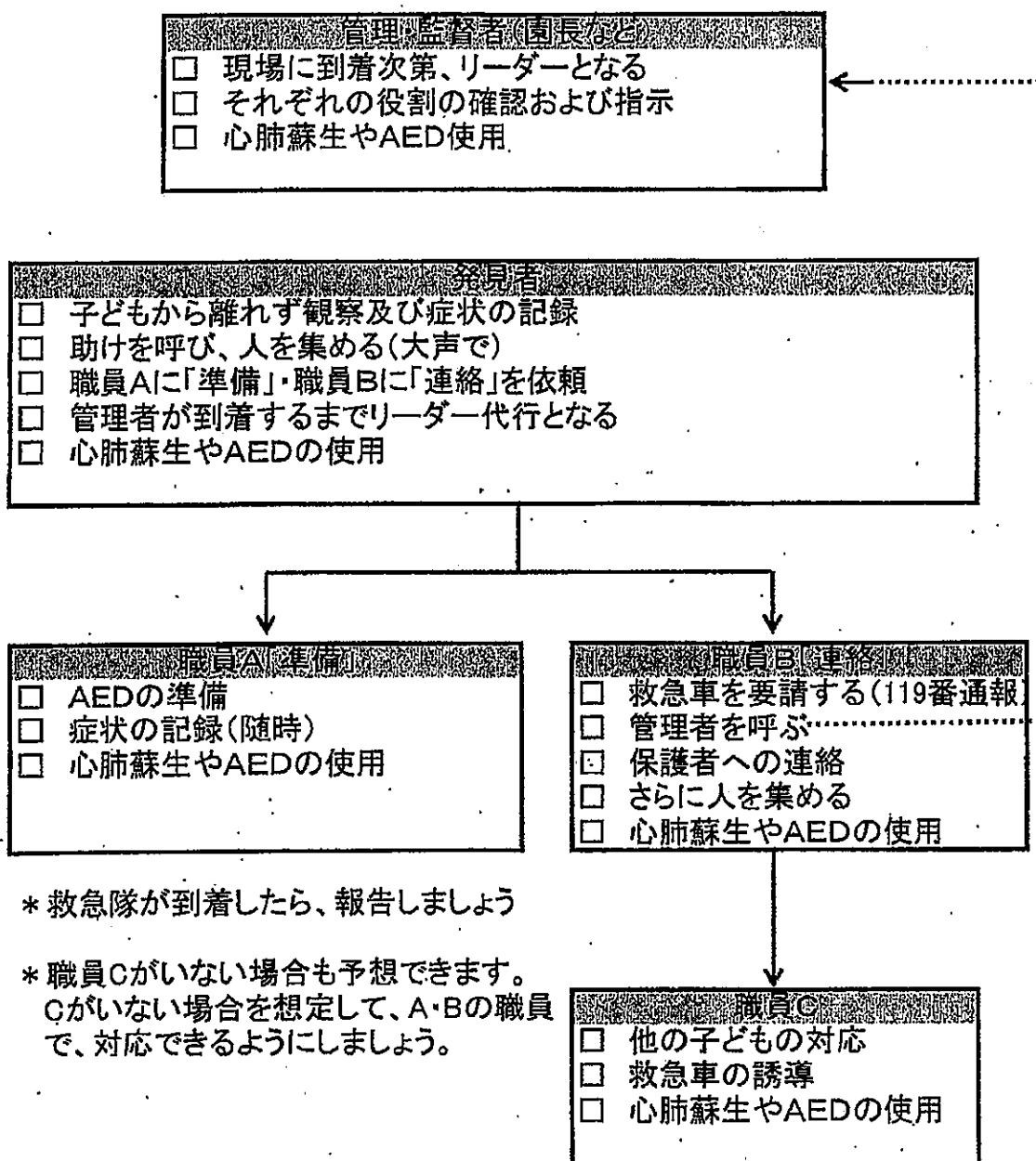
遠足時のお弁当持参の時に配慮してほしいことを、クラスだよりや給食だよりで伝えていくことが、重要である。

7. 窒息時の対応について

○・・・症状 □・・・観察 ◻・・・処置



8. 緊急時の役割分担



* 各々の役割分担を確認し、

年2～3回は訓練しましょう！！

参考資料

- 安全に食べるための実施指針 墨田区
- 子どもの事故防止ノート 日本小児看護学会
- 歯からみた幼児食の進め方 小児科と小児歯科の保健検討委員会
- 小児の食物誤嚥による窒息事故死の現状と予防策について

慶応義塾大学医学部総合医科学研究センター

- 「子どもの誤嚥、事故（やけど・転落など）を防ぐーこれでお母さんも安心ー」

緑園こどもクリニック院長 山中龍宏小児科医

- 「たまひよ新・基本シリーズ」 ベネッセ
- 幼児の食べ方の指導 千葉県歯科医師会
- 発達がわかれば子どもが見える ぎょうせい
- 食品による窒息死が増加 消費者庁が注意喚起

日本生活習慣病予防学会

プロジェクトメンバー

(所属は平成25年10月現在)

所属	職種	氏名
日の出保育園	園長	◎鹿野 米子
高洲保育園	園長	○小川 理枝子
東野保育園	副園長	★河口 智恵美
当代島保育園	副園長	★小林 令子
日の出保育園	主任保育士	佐藤 文子
高洲保育園	主任保育士	大越 良子
猫実保育園	主任保育士	久田 有希子
富岡保育園	主任保育士	荒木 美香子
東野保育園	主任保育士	末永 ゆず香
入船保育園	主任保育士	大野 麻奈美
当代島保育園	主任保育士	阿部 春香
入船保育園	主任栄養士	★角頼 浩美
富岡保育園	主任栄養士	鶴巻 あさ子
入船保育園	主任給食員	太田 玲子
高洲保育園	主任給食員	関口 政子
猫実保育園	看護師	高橋 三代子
東野保育園	看護師	小林 市子
保育幼稚園課 保育係	副主幹	大塚 久美子
保育幼稚園課 保育係	主任保育士	三代川 紀子

◎委員長 ○副委員長 ★チームリーダー

おわりに

本マニュアルの作成にあたり、園長副園長を中心に、保育士、栄養士、給食員、看護師と多職種にわたり構成されたプロジェクトチームが結成されました。

それぞれ毎日多忙な業務を行いながら、並行してマニュアル作成に取りかかりました。資料集めから始まり、話し合いも回数を重ねていくうちに、一つの目的に向かってみんなで取り組み、少しずつ出来上がっていくマニュアル作成が楽しみなものとなりました。

最後には、各園で全職員にも確認をしていただく時間が取れたことも、このマニュアルがまさに浦安市立保育園全体で作成できたものとして、誇れるものとなりました。これからは、それぞれの園で有効に活用していただければ幸いです。

社会保障審議会児童部会保育専門委員会（第3回）

平成28年2月16日

保育所保育指針改定に向けた検討課題（例）に関する意見

村松 幹子

健康および安全について、今回の改定に反映すべき事項は次のとおりです。
以下の点を十分制度に反映することが必要と考えます。

【健康および安全】

- (1) 子ども自身が安全に関する知識を身につけ、危険を察知し自らを守るすべを学ぶことを明記する。
- (2) 食育については、保育士と調理員・栄養士等職員全体が連携・協働して行う保育であることを明記する。
- (3) 食物アレルギーがある子どもへの対応については、発症時の対応等危機管理体制を整えることの必要性を明記する。

※なお、本保育所保育指針改定にともない作成されることが予定されている解説書には、除去食等の対応を保護者の同意を得て行うことや、アナフィラキシー発症の際の対応等具体的な内容を明記する。

全国保育士会 食育推進ビジョン

【前文】

「食育」は、身近な大人や他の子どもたちとの関わりの中で食事をおいしく楽しく食べることを通じて、子どもたちが生涯にわたって健康でいきいきとした生活を送る基礎となる「食を営む力」を育むことを目的としています。

全国保育士会では、全国保育士会倫理綱領と保育所保育指針にのっとり、会員が中心となり保育所保育に携わる全ての職員が「食育」に関する共通理解のもと一体的に推進するための指標として、ここに「全国保育士会 食育推進ビジョン」を策定し、さらなる「食育」をすすめます。

1. 保育実践と一体となった食育の推進に取り組みます。

食育は子どもたちの成長・発達を育むなかで必要不可欠なものであり、保育所における日々の生活の中で保育と一体的に取り組みます。

2. 子どもの育ちを保障する食事の提供体制・環境を堅持した食育を推進していきます。

子どもたちにとって身近な存在である職員が、一人ひとりの状態に合わせた食事を提供し、子どもたちが作り手の顔を思い浮かべながら、おいしく楽しく食べることができる環境を守ります。また、子どもたちの食への関心が高まるよう、五感を通じて食とふれ合える機会をもてるよう努めます。

3. 食育の推進は家庭との協働によりすすめます。

子どもたちの生活や食事に関する情報を家庭と共有し、相談に応じるなど望ましい食生活について共に考え、家庭における食育を支援します。

4. 保育所全体で連携し、食育の推進に取り組みます。

保育所保育に携わる全ての職員が、保育所で行う食育について共通の理解をもち、年齢に合わせた計画の目標を共有し、互いの専門性を活かしながら連携・協力して取り組みます。

5. 地域の子育て家庭への理解をすすめ、関係機関と連携・協力をして食育の推進に取り組みます。

在宅の子育て家庭の乳幼児の食に関する相談に応じるなど、専門性を活かした助言や支援を行います。また、地域の保健医療機関等と必要な情報を共有し、地域全体で連携して食育に取り組みます。

保育所における保育の質の向上 に向けた検討について

平成28年2月16日

和田小児科医院
和田 紀之

1 保育所における保育の基本的な在り方 (目標、方法及び目指すべき方向)

※ 小規模保育事業、家庭的保育事業等における保育の在り方を含む。

1) 小規模保育事業等や家庭的保育事業における保育のあり方としては、複数職員の構成にて適切な員数の乳幼児の保育を実施すべきであり、保育者(保育士や看護師)が一人で複数以上の乳幼児の保育を行うことは避けるべきである。

子どもが怪我をしたり、突然に子どもの様態が急変した際に、複数の専門職員がいなければ、適切かつ冷静な対応は困難となる。その観点では、職員1に対して乳幼児1～複数名の対応をすることを最低職員配置数とすることが必要となる。

子どもが育まれるどのような場においても、子どもの成長・発達を支援し、環境を通して子どもの最善の利益を保障する保育であることを目標とする。

愛着形成、個別性(個性)、順序性(成長過程)、相互性(環境、ヒトとの関係)、連続性(保育期間全体をとうしての対応)

小規模保育では保育者一人での対応は制限すること。安全性を担保するためには保育者はどんな規模でも2人以上で開始すること。

2. 乳児保育の在り方

1) 乳児保育における延長保育、長時間保育は乳幼児の健全な発達にとって望ましくない。

母児間のアタッチメント等が極めて重要な乳児保育においては、母親の労働時間、同時に保育時間の短縮等、母親がゆとりをもってわが子とのアタッチメントを形成するように配慮が重要である。

この観点から、乳児保育における延長保育や長時間保育は、子育て支援の観点からも望ましくなく、過剰な乳幼児保育サービスは、乳幼児の健全な発達を損なう可能性があることを踏まえて一定の歯止めを行うべきである。

2. 乳児保育の在り方

2) 乳児保育において、慣らし保育は極めて重要である

保育サービスの向上の観点から、慣らし保育の短縮化の傾向にある。しかし、家庭において母親による静かな母子関係が、保育所に入ると一転して、80db(ガード下の騒音に匹敵)ともいわれる保育環境における騒音、そして安定した母親との個別的育児環境から複数の保育者との関わりへと急変し、乳児の被るストレスは絶大なものがある。その象徴的な出来事が保育所における乳児の死亡例が4～5月に最も多いという事実であろう。

従って家庭保育から保育所保育への切替えに当たっては、当該乳児への生理的負担を軽減する目的で、短時間保育から徐々に1ヶ月をかけて保育時間を長くしていくといった慣らし保育を丁寧にしつかりと実施することが重要である。

2. 乳児保育の在り方

虐待、保護者の疾病、貧困など多くの問題を抱える保育環境を考えると乳児保育での保育所の役割は重大である。生命の維持、情緒の安定、愛着形成と人見知り等が形成される環境の提供が重要である。特定の大人との親密な関係にて育まれる信頼関係を提供する。すなわち担当制の重視が必要。自己肯定間の育み。

延長保育、長時間保育は母親との愛着形成に支障を来す可能性があり一定の歯止めをかけることも必要。乳児保育開始時の慎重な保育(慣らし保育)

3. 健康及び安全の確保方策

1) 総論 看護師の全園への配置が不可欠

事故予防・安全対策の上では、看護師の果たす役割は大きく、保育士の人員代替えではなく、加配としての看護師配置が不可欠である。保育士の代替えとすると保育士が不足し、保育体制が不十分となり、それを避けるために看護師の配置に抑制的となる現場のニーズにも配慮すべてである。その上で保育士と看護師が共に協力して、「保育看護」という保育保健の専門性の向上を図っていくことが極めて重要である。特に、看護師の導入によって、必然的に保育士の保育保健に対する専門性が向上していくことに配慮する必要がある。

看護師の加配、保育士の人員代替えはしない。研修制度の確立、園児の危険回避能力の育成

3. 健康及び安全の確保方策

2) 事故予防・安全対策に関わる研修会への保育所保育士・看護師等の参加が不可欠となっているが、事故予防・安全対策システムへの参加費等、システムの充実(各園に事故予防・安全システムパソコン導入、インターネット接続環境の整備等)に関わる研修費等の予算化が求められている。

保育所における事故予防・安全対策については、日本保育協会や日本保育園保健協議会等が全国の研修会等を実践しており、これらへのより積極的な支援についても必要と考えられる。

また、事故予防・安全対策の研修会に参加する保育所スタッフの参加費用等への予算措置を各園に行うことが必要とされている。

3. 健康及び安全の確保方策

幼児期の健康や安全という項目で、慢性疾患を有する乳幼児に関する提案

小児慢性特定疾患(小児がん、心疾患、呼吸器疾患、腎疾患、内分泌疾患、膠原病、糖尿病、先天性代謝疾患、血液・免疫疾患、神経・筋疾患、慢性消化器疾患)に登録されている子どもたちは、8万人を超え、かつては長期の入院治療を必要とした子どもたちも、現在では治療の多くの期間が通院によるもので行われるようになってきています。そのような状況で、慢性疾患を持った乳幼児も幼稚園や保育園(以下、園)へ通園し、時には多くの時間をそこで費やすことも増加してきております。園関係者や園医は、主治医と連携して慢性疾患を持つ子どもたちへの時代に応じた対応を行うことが必要となってきています。

運動面においては、小学生以上では学習指導要領に運動種目やその強度が決められており、それに基づいて作成された学校生活管理指導表により主治医からの管理指導区分が学校関係者や学校医に伝えられ、それにしたがって学校生活を送るという連携がされ、慢性疾患を有する児童・生徒の管理指導体制が確立しつつありますが、園児については、まだ十分な体制が確立しているとは言えません。

その理由に、小学生以上の学習指導要領に相当するような運動に関する一定基準がないことも管理指導を行う上で混乱している原因と思われます。運動については幼児期以降に特に問題となってきますが、この年齢の園児に対して園での運動に関する指針あるいは目安を策定し、その運動強度を評価したうえで慢性疾患を有する園児については、主治医が学校生活管理指導表に準ずるような方法により管理指導区分を決定し、それを受ける園や園医と連携をとり、適切な運動強度のもとで園生活を送ることが、本人の健康や安全を有益なことと思われます。

4. 保護者に対する支援の在り方

※ 地域との連携や、支援強化に伴う職員の負担軽減方策を含む。

保護者並びに地域との連携や支援軽減が求められ、その事業に対応するスタッフの配置等、予算上の措置が求められている。

保護者に対する支援の強化が望まれ、並行して地域との連携や支援強化に向けて、職員を加配する等、職員の負担軽減を積極的に図っていく予算措置を行うべきである。

保護者対応が保育士等の負担増となっている。職員の負担軽減対策を行うこと。

ソーシャルワーカー、臨床心理士、キンダーカウンセラーなどの加配、常設。

5. 職員の資質向上を図るための方策

研修会に参加するのが、古参の保育者や中堅ばかりであったり、若手の参加者が少なかったりすることがみられる。バランスよく職員の資質向上を図ることを軸に、園長や主任、研修担当者は公平に研修の機会を提供するべく配慮しなければならない。

研修会等へ職員全体が等しく参加できるように配慮。職員の意識向上の為、専門職として確立(専門職給与、社会評価の向上)をはかる。自己評価基準を明確にする。

6. 小学校との接続の在り方

※ 幼稚園と共通する部分は除き、保育所独自に考慮すべき事項があるか否か。

保育所と圏内の小学校との連携はとても重要と思われる。小学校1年生担当教諭と保育園年長組担当者、それぞれの主任や校長、園長等との合同会議等を設定することも重要と思われる。

地域小学校との合同検討会の開催。

養護の連続性に関する配慮

7. 多様な保育(特別支援、休日・夜間保育、病児保育等)の在り方

ストレスにさらされている乳幼児の保育であることを認識する。

保育所等における与薬について

与薬に係る通達及び現状の 与薬依頼票・指示書 これからの申込書のあり方

<与薬(依頼票・書、連絡票、指示書)に係る通達等>

1. 改訂保育所保育指針Q & A50(改訂保育所保育指針研修会資料)

Q29: 与薬依頼書について知りたい。

A: 保育所における薬の服用については、本来、保護者が行うものであることが前提ですが、現状において、保護者が日中、服薬することは困難であることから、保育指針解説書において、「与薬依頼票」に基づく与薬について記載しました。
与薬については平成17年7月の医政局長通知(医政発第0726005号)に基づき、慎重に対応します。

2. 各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長(医政発第0726005号)平成17年7月26日

「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(通知)」

上記の免許を有さない者による医業は、禁止されている。

ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を反復継続する意思をもって行うことであると解している。

医行為か否かは、個々の行為の態様に応じ個別具体的判断する必要がある。
中略・・・このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考にされたい。・・・当然、現場において安全に行われるべきものである。

- ① 体温計測
- ② 自動血圧測定器による測定
- ③ 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、パルスオキシメーターを装着すること
- ④ 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断、技術を要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)
- ⑤ 前略・・・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または家族に伝えている場合に、事前の本人また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、医師等の処方およ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、皮膚への軟膏塗布(褥瘡処置を除く)、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)、肛門からの坐薬挿入または鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

具体的には、皮膚への軟膏塗布(褥瘡処置を除く)、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)、肛門からの坐薬挿入または鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

これには下記3条件を満たしていることを確認する。

- 1) 患者が入院・入所して治療する必要がなく安定していること
- 2) 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師また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、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用方法そのものについて専門的な配慮が必要でないこと

3. 保育所保育指針解説書

(平成20年4月、厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課)

P157 ④与薬への留意点

保育所において薬を与える場合は、医師の指示に基づいた薬に限定します。その際には、保護者に医師名、薬の種類、内服方法等を具体的に記載した与薬依頼票を持参してもらいます。

○ 保護者から預かった薬については、他の子どもが誤って内服することのないように施錠のできる場所に保管するなど、管理を徹底しなければなりません。

○ 与薬に当たっては、複数の保育士等で、重複与薬、人違い、与薬量の誤認、与薬忘れ等がないよう確認します。

○ 坐薬を使用する場合には、かかりつけ医の具体的な指示書に基づき、慎重に取り扱う必要があります。

保育園保健協議会の与薬連絡票ひな形

保育園保健協議会 HP 連絡票雛形

連 絡 票

(保護者記載用)

記載料は発生しない

依頼先	保育園名	宛
依頼者	保護者氏名 子ども氏名	④ 連絡先 電話 (男・女) 歳 月 日
主治医	電話 (病院・医院) FAX	
病 名 (又は症状)		
(該当するものに○、または明記)		
(1) 持参したくすりは 平成 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分		
(2) 保管は 常温・冷蔵庫・その他 ()		
(3) くすりの剤型 粉・液 (シロップ)・外用薬・その他 ()		
(4) くすりの内容 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 () (調剤内容)		
(5) 使用する日時 平成 年 月 日～ 月 日 午前・午後 時 分 又は 食事 (おやつ) の 分前・分あと その他具体的に ()		
(6) 外用薬などの使用法		
(7) その他の注意事項		
薬剤情報提供者 (あり・なし)		

問題点

- ・保護者記載の依頼書形式 (依頼先と依頼者を明記)
- ・医師の指示した薬に限定
- ・医師名
- ・薬の種類
- ・内服方法

保育園記載	
受領者サイン	
保管時サイン	月 日 時 分
投与者サイン	投与時刻 月 日 午前・午後 時 分
実施状況など	

依頼先と保護者名記載欄がない医師記載指示書

与薬指示書（医師記載）

記載料が発生

問題点

- ・保護者記載の依頼書形式（依頼先と依頼者を明記）
- ・医師の指示した薬に限定
- ・医師名
- ・薬の種類
- ・内服方法

薬剤情報提供書では？

※

保護者にも連絡すべき内容

病名		
薬名		
薬の効用	副作用（ ）	
種類と1回分の量	散薬 水薬 錠薬 外用薬 その他	包 ml 錠（mg）
保管方法	常温・冷蔵・その他（ ）	
与薬時間	朝食前 朝食後 その他（ ）	
期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで ※最長3月31日まで	
特記事項 ※服用後の嘔吐、腹痛、入浴の制限など規定量を与えられなかった時の対応 他		
医師機関名	平成 年 月 日	
住所		
医師名	印	電話（ ）

依頼先と保護者名記載欄がない医師記載指示書

外用薬・内服薬に対する指示書

記載料が発生

問題点

- ・保護者記載の依頼書形式（依頼先と依頼者を明記）
- ・医師の指示した薬に限定
- ・医師名
- ・薬の種類
- ・内服方法

薬剤情報提供書では？

※

保護者にも連絡すべき内容

園児名 男・女 平成 年 月 日生	平成 年 月 日生
医療機関名 主治医名 児の診断名	印
1、外用薬（ぬり薬）について 薬品名（ ） 効用（ ） 指示の回数と部位・1日 回 塗布する部位・全身 局所（ ）	
2、外用薬（貼薬）について 薬品名（ ） 効用（ ） 使用にあたっての指示（例・37.5℃以上、1枚使用 等） （ ）	
3、内服薬について 薬品名（ ） 効用（ ） 指示の回数・1日 回	
4、日常生活で気をつけること （ ）	
その他、必要な注意事項やご意見等、ございましたらご記入下さい。	

ご協力ありがとうございました

公衆衛生委員会作成ひな形案Ⅰ（保護者記載）

与薬申込書（保護者記載）

私（ ）は貴保育園において保育時間内に子どもに与薬をしていただきたいので申込みます。
よろしく願いいたします。

私（保護者名記載）による与薬申込み

申込先： 園 園長様 申込日：西暦 年 月 日

宛先は園長

園児名	男・女	
生年月日	西暦 年 月 日	歳 か月
保護者氏名	◎	
※ 連絡先 (TEL)		

※ いつでも確実に連絡できる場所、連絡方法を記載してください。

確実な連絡先・方法の記載

与薬内容	
病名	
薬の名前	
薬の作用	抗生物質・抗けいれん薬・抗アレルギー薬・かゆみ止め、その他（ ）
種類や量	散薬（粉薬） 水薬（シロップ）
与薬時間	1回に 包 経食前・経食後 1回に 目薬 経食前・経食後
坐薬	1回に 錠 発熱時（℃）で 1日 回 シャワー後・プール後
期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日 最長6か月まで
処方日	西暦 年 月 日 に処方されました
処方医師	先生 医院・病院
特記事項	

＜与薬にあたっての約束事項＞

- ・この与薬申込書は必ず保護者が記載してください
- ・事前に医師と相談し、保育時間内の与薬がどうしても必要になった場合に限り申し込んでください（処方の際、通園していることを伝え、可能な限り家庭での与薬となるよう相談してください）
- ・与薬は医師が処方した薬に限ります（市販薬不可） 薬剤情報提供書を添えて提出してください
また、家庭で1回以上服用させて、副作用などの問題がないことを確認してから持参してください
- ・薬は1回ずつに分けて、お子さんの名前、薬品名、日付・与薬時間を記載し、1日分のみ持参してください
- ・この与薬申込書と併せては医師の診断書も提出していただきます

薬剤情報提供書 添付

医師の診断書 添付

公衆衛生委員会作成ひな形案Ⅱ（保護者記載）

与薬申込書（保護者記載）

下記のため貴保育園において保育時間内に子どもへの与薬が必要になりました。
つきましては、保護者の責任のもとに与薬を行っていただきたいので申込みます。

保護者の与薬申込みであることを強調

申込先： 園 園長様 申込日：西暦 年 月 日

宛先は園長

園児名	男・女	
生年月日	西暦 年 月 日	歳 か月
保護者氏名	◎	
※ 連絡先 (TEL)		

※ いつでも確実に連絡できる場所、連絡方法を記載してください。

確実な連絡先・方法の記載

与薬内容	
病名	
薬の名前	
薬の作用	抗生物質・抗けいれん薬・抗アレルギー薬・かゆみ止め、その他（ ）
種類や量	散薬（粉薬） 水薬（シロップ）
与薬時間	1回に 包 経食前・経食後 1回に 目薬 経食前・経食後
坐薬	1回に 錠 発熱時（℃）で 1日 回 シャワー後・プール後
期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日 最長6か月まで
処方日	西暦 年 月 日 に処方されました
処方医師	先生 医院・病院
特記事項	

＜与薬にあたっての約束事項＞

- ・この与薬申込書は必ず保護者が記載してください
- ・事前に医師と相談し、保育時間内の与薬がどうしても必要になった場合に限り申し込んでください（処方の際、通園していることを伝え、可能な限り家庭での与薬となるよう相談してください）
- ・与薬は医師が処方した薬に限ります（市販薬不可） 薬剤情報提供書を添えて提出してください
また、家庭で1回以上服用させて、副作用などの問題がないことを確認してから持参してください
- ・薬は1回ずつに分けて、お子さんの名前、薬品名、日付・与薬時間を記載し、1日分のみ持参してください
- ・この与薬申込書および必要があれば医師の診断書を提出していただきます

薬剤情報提供書 添付

必要に応じて医師の診断書 添付

まとめ

- ・ 通常の保育所では、原則として薬の預かり・与薬はしない
- ・ 一方、長時間保育等に伴い保育時間内の与薬が必要なこともあると想定される
- ・ 医師は、患児およびその保護者に対して処方している
保育所保育指針によれば与薬が必要な場合、保護者が
具体的内容(医師名、薬の種類、内服方法)を記載し依頼
することになっている
- ・ 薬剤情報提供書を最大限に活用するべきと考える
- ・ 病状や病態に応じて医師は診断書を記載する必要がある

園医、地域医療機関との連携が重要

子供たちの健全な発育と安全な保育環境を担保するため、乳幼児のこころと身体が発育、感染対策、事故対応などについて、必要十分な知識を有し、園長や保育士、看護師に適切な助言、指導を行える嘱託医が必要である。

また、嘱託医は、自らの研鑽と必要十分な研修によって、常に新しい知識と技能を保たねばならない。

心疾患やアレルギー疾患など慢性疾患を有する子供たちの保育には、高度な医学的専門知識が要求されるが、このため、かかりつけ医や地域医療機関との綿密な連携が必要である。

就学前教育の充実

就学前教育がその後の学習成果に与える影響が大きいこと。

また、親の就労や経済的理由によって、児の教育を受ける権利が、いささかも差別されることがあってはならないこと。

以上の観点から、保育指針の改定に際しては、従来より一層、教育的要素を盛り込むべきと考える。

将来を担う子供たちが受ける就学前教育に、保育園と幼稚園、こども園の差があってはならない。

感染症の集団発生予防 【予防接種の勧奨】

2) 感染症の集団発生予防

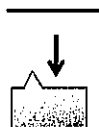
【予防接種の勧奨】

園児の感染症予防において「予防接種で防ぐことのできる病気」は、その接種により防ぐことが基本である。

予防接種は、園児の感染症予防にとって欠くことのできないものである。幼保連携型認定こども園においては、学校医やかかりつけ医の指導の下に、計画的に接種することを奨励することが重要である。

定期の予防接種ばかりでなく、任意の予防接種についても適切な接種年齢や時期に留意して、計画的な接種を奨励することが重要である。

→  に変更しては？



に変更しては？

感染症の集団発生予防 【出席停止期間】

学校感染症

【出席停止期間】

罹患した園児の登園再開の時期については、

学校伝染病として定められた感染症に罹患した園児が登園を再開する時期については、その出席停止期間を守らなければならない。

感染症が発生した場合には、学校医等の指示に従うとともに、必要に応じて市町村、保健所等に連絡し、その指示に従う。なお、出席停止が行われた場合には、保健所に連絡するとともに、その旨を学校の設置者に報告しなければならない。

○学校保健安全法
(臨時休業)

第二十条 学校の設置者は、感染症の予防上必要があるときは、臨時に、学校の全部又は一部の休業を行うことができる。

○学校保健安全法施行令
(出席停止の報告)

第七条 校長は、前条第一項の規定による指示をしたときは、文部科学省令で定めるところにより、その旨を学校の設置者に報告しなければならない。

学級閉鎖のこと
ですか？要確認

感染症集団発生の予防

【感染症の疑いのある園児等を発見したときの対応】

{内は、学校保健安全法第19条の出席停止

園長は、感染症にかかっており、かかっている疑いがあり、又はかかるおそれのある園児がいるときは、出席を停止させることができる。また、学校医の指導の下、他の保護者にも連絡を取り、感染の有無、経過観察等について理解を求めることが大切である。

理解と協力

続けて

感染症に罹患した園児については、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）に沿って学校医やかかりつけ医の指示に従うように保護者に協力を求めることが重要である。

に変更しては？

さらに流行時期には感染拡大を防ぐ目的で園内行事の中止、または延期も考慮するべきである。

を入れては

理由：こども園は休園措置を取りづらいので、流行期には集会・イベント等保護者参加型の行事を控えるなど臨機応変な判断も要します。

前記と重複するので省いては？

与薬への留意点

に変更しては？

医師の診断及び処方

4) 与薬への留意点

幼保連携型認定こども園において薬を与える場合は、医師の指示に基づいた薬に限定する。その際には、保護者に医師名、薬の種類、内服方法等を具体的に記載した与薬依頼票を持参させる。

保護者から預かった薬については、他の園児が誤って内服することのないように施錠のできる場所に保管する等、管理を徹底することが重要である。

与薬に当たっては、複数の保育教諭等で、重複与薬、人違い、与薬量の誤認、与薬忘れ等がないよう確認することが重要である。

診断及び指示

座薬を使用する場合には、かかりつけ医の具体的な指示書に基づき、

意見 慎重に取り扱う。

指示または指示書は表現が曖昧です。すでに与薬依頼書や指示書など様々な書式があり、保育現場及び診察医師の一部は混乱しています。

医師は診断と処方のみで、与薬依頼票は保護者が記載しますが、子ども園は、「園児の病状や経過に応じて保護者に医師の診断書の提出を求めることができる。」といった柔軟的対応が取れる記載を加えるのはいかががでしょうか？

個別的な配慮を要する園児への対応 【慢性疾患を持つ児への対応】

【慢性疾患を持つ園児への対応】

慢性疾患を持つ園児への対応は、そのかかりつけ医及び保護者との連絡を密にし、病状の変化や教育及び保育の内容の制限等について保育教諭等が共通理解を持つことが必要である。また、対象となる園児の扱いが特別なものにならないように配慮し、他の園児又は保護者に対しても、病気を正しく理解できるように留意することが大切である。

この間に下記文章を挿入

必要に応じて医師の診断と処方及び保護者からの与薬依頼票に基づいて保育時間内での与薬を行い、可能な限り他の園児同様の生活ができるように努めるとともに、

個別的な配慮を要する園児への対応 【アトピー性皮膚炎等への対応】

【アトピー性皮膚炎等への対応】

アトピー性皮膚炎が疑われる場合には、保護者にかかりつけ医等の指示を受けるよう助言することが大切である。

また、誤食に伴う急性の発疹^{しん}の際は、必要な場合は救急車の出動を要請するなど直ちに専門医に救急受診することが大切である。

急性のアレルギー症状を疑わせる発疹が出現した場合には、必要に応じて

続けて下記を加える

さらに食物アレルギーによるアナフィラキシーなど重篤な症状を起こす園児もいるので、保育教諭等を始め全職員が講習会に参加し、緊急時のエピペンの使用法について熟知しておく必要がある。

個別的な配慮を要する園児への対応 【救急蘇生法について】

【救急蘇生法等について】

救急蘇生を効果的に行うためには、園児の急変を早期に発見することが重要であり、日常的な保健管理の在り方が大きな意味を持つ。保育教諭等を始め全職員は、各種研修会等の機会を活用して、救急蘇生法や応急処置について熟知しておく必要がある。

AEDの操作を含めた救急蘇生法や応急処置について熟知しておく必要がある。

個別的な配慮を要する園児への対応 【病児保育事業を実施する場合の配慮】

【病児保育事業を実施する場合の配慮】

幼保連携型認定こども園に併設して病児保育事業を実施する場合には、専従の看護師等を配置し、学校医、連携医療機関と密接な連携を図る。また、他の園児への感染予防のため、通常の保育室とは分離された専用室（保健室・通常使用しない保育室等）を整備することが必要である。保育中に急性期の病状が見られた場合には、保護者に連絡し、早期にかかりつけ医を受診するように助言するなどの対応も必要である。

病児保育に関しては別に規定がありますのでここではこの園併設型の病後児保育事業でよろしいと思います。
園併設型では定められているには病後児保育であり、病児保育ではないかと思います

食中毒発生時の対応

3) 食中毒発生時の対応

食中毒が疑われる場合に、対象となる症状が認められる園児は別室に隔離し、保護者に連絡するとともに医療機関への受診が必要である。また、学校医や保健所などの関係機関と連携し迅速な対応が重要である。園長、栄養教諭、栄養士、養護教諭や看護師等は、園児・園児の家族・職員の健康状態を確認し、症状が疑われる場合は医療機関への受診を勧めることが大切である。また、食中毒発生に関するマニュアルの作成と全職員への周知も大切である。

嘔吐物・便などは迅速かつ的確に処理・消毒を行い、二次感染の予防に努めることが重要である。その際、マスクや使い捨て手袋などを用いることが必要である。また、手指などの消毒を徹底することが重要である。

マスクや使い捨て手袋、ペーパータオルや使い捨ての雑巾などを

理由と出典 <学校において予防すべき感染症の解説 文部科学省 平成25年3月>

吐物は、ゴム手袋をして、できればマスク、ゴーグルを着用し、ペーパータオルや使い捨ての雑巾で拭き取る。外側から内側へ、周囲に拡大させないようにして拭き取る。拭き取ったものはビニール袋に二重に入れて密封して破棄する。便や吐物の付着した箇所は塩素系消毒液 200ppm 程度（市販の塩素濃度 5~6% の漂白剤を約 200 倍に希釈）で消毒する。消毒剤の噴霧は効果が薄く、逆に病原体が舞い上がり、感染の機会を増やしてしまうため行わない。処理後、スタッフは石鹼、流水で必ず手を洗う。なお、塩素系消毒液 200ppm 程度の目安は、1L のペットボトル水 1 本に、塩素系消毒液 4ml（ペットボトルのキャップ 1 杯）程度である。

塩素系消毒液については、添付文書を熟読の上、正しく取り扱うことが重要である。

職員の衛生知識の向上と手順の周知徹底①

5) 職員の衛生知識の向上と手順の周知徹底

嘔吐物や便等の処理に当たっては、手洗いの徹底、マスクや使い捨て手袋の使用など、感染防止のための処理方法を周知徹底することが重要である。また、感染防止の観点から、身に付けていた衣服は着替えることが重要である。

嘔吐物や便等の処理に当たっては、マスクや使い捨て手袋、ペーパータオルや使い捨ての雑巾を使用し、嘔吐物や便の付着した場所の消毒は、原則として塩素系消毒薬を使用する。処理後、職員は石鹼と流水で必ず手を洗うことが重要である。なお、塩素系消毒薬の使用と取扱いについては添付文書を熟読し、正しく取り扱う。

理由と出典 <学校において予防すべき感染症の解説 文部科学省 平成25年3月>

吐物は、ゴム手袋をして、できればマスク、ゴーグルを着用し、ペーパータオルや使い捨ての雑巾で拭き取る。外側から内側へ、周囲に拡大させないようにして拭き取る。拭き取ったものはビニール袋に二重に入れて密封して破棄する。便や吐物の付着した箇所は塩素系消毒液 200ppm 程度（市販の塩素濃度 5~6% の漂白剤を約 200 倍に希釈）で消毒する。消毒剤の噴霧は効果が薄く、逆に病原体が舞い上がり、感染の機会を増やしてしまうため行わない。処理後、スタッフは石鹼、流水で必ず手を洗う。なお、塩素系消毒液 200ppm 程度の目安は、1L のペットボトル水 1 本に、塩素系消毒液 4ml（ペットボトルのキャップ 1 杯）程度である。

塩素系消毒液については、添付文書を熟読の上、正しく取り扱うことが重要である。

職員の衛生知識の向上と手順の周知徹底②

職員は2) 衛生管理に記載されている事項を十分に踏まえ、自己の健康管理に十分に留意し、特に感染症が疑われる場合には速やかに園長に報告し、自らが感染源とならないように適切に対処することが必要である。

続けて下記を追加してはどうでしょうか

なお、園児に限らず職員も「予防接種で防ぐことのできる病気」は、その接種により防いでおくことが基本である。

麻疹・風疹、おたふくかぜ(ムンプス)、水痘、B型肝炎に対する予防接種はもとより、インフルエンザについても積極的に接種を勧奨する環境を整えることが重要である。

理由と出典

＜学校において予防すべき感染症の解説 文部科学省 平成25年3月＞はじめに
ちろんのこと、ワクチンで予防可能な疾患も多いため、必要な予防接種については、その接種推奨が望まれる。感染症によっては、児童生徒等に限らず、教職員の予防接種も重要な課題であるため、教職員も含めて、必要な予防接種を受ける環境を整えていただきたい。

幼稚園・保育園における感染症対策

和田 紀之

小児感染免疫 第23巻 第1号 別刷

(2011年4月)

日本小児感染症学会

第 42 回日本小児感染症学会緊急提言

幼稚園・保育園における感染症対策

和田 紀之¹⁾

はじめに

2009 年 4 月より施行された保育所保育方針では、保育保健のさらなる質の向上のために新たな提言が加わった。とりわけ、健康・安全対策に関しては、保育園全体で組織的に取り組み、しかも地域ぐるみの密接な連携の下に運営する方向で動き始めた。

2009 年 8 月に「保育所における感染症対策ガイドライン」が発表され、具体的に各保育園では健康安全対策の組織を作り、さらに地域における支援体制の整備が望まれている。

集団保育の場において子どもを預ける親の関心事は、子どもの安全と健康が保障されているということである。乳幼児期は、母親から受け継いだ免疫が薄れる一方で、活動範囲も広がってくるため、さまざまな感染症にかかりやすい時期といえる。しかも、多数の乳幼児が集団で生活する場では、万が一、小児感染症が起こった場合には集団感染の危険性があることは否めない。

今回、われわれが実施した保育園に対するアンケート調査結果、保育園児の耐性菌動向調査などから幼稚園・保育園における感染症対策の実態と課題を明確にし、登園基準の考え方、予防接種の推奨、サーベイランス情報の重要性について、医療、行政がどのようにかかわっていくのか、私見を交えながら提言する。

I. 保育園における感染症対策の考え方

1. 日本における保育園利用率

2010 年 4 月の保育園の定員は 2,158,000 人で、この 1 年の増加数は 26,000 人であった。保育園を利用する児童の割合は 3 歳未満児で 22.8% (前年比 1.1%増)、3 歳以上では 41.7% (前年比 0.8%増) となっている。また、待機児童数も 26,275 人で 3 年連続の増加となっている¹⁾。

2. 保育園における感染症対策

集団で保育される乳幼児は、特定の感染症に罹患する頻度が高く、また、薬剤耐性菌に感染するリスクも高い。保育園における感染の予防と制御には、①保育職員の個人的な衛生管理と予防接種状況、②環境衛生、③食品管理、④保育児の年齢と予防接種状況、⑤保育児と保育職員の人数の割合、⑥施設の物理的空間と機能性、⑦保育児への抗菌薬投与状況、などあらゆる項目が関与してくる。

保育園における細菌、ウイルス、寄生虫、真菌の伝播様式を理解することも重要である。病原体の伝播の要因には、病原体の感染経路・感染を起こす病原体数・環境中での生存度などの病原体の特徴、不顕性感染またはキャリアの頻度、個々の病原体に対する免疫などがあげられる。

感染を受けた保育児は、保育児集団だけでなく、さらにその家族や地域でも病原体を伝播する。発症または感染した保育児の管理と感染の蔓延防止のための方法としては、適切な手洗いによる手指

1) 和田小児科医院 Noriyuki Wada
〔〒121-0812 東京都足立区西保木間 2-15-23〕

衛生の保持、抗菌薬による治療または予防投与、適切な時期の予防接種、発症または感染した保育児の施設への出席停止、別の場所での保育（隔離あるいはコホーティング）などがあげられる。施設のすべての保育児と職員が年齢に応じた予防接種と定期的健康診断を受けられる保育プログラムを作成する必要がある。

II. 保育園における感染症の現状と対策についてのアンケート調査

平成 22 年度調査研究事業として日本保育園保健協議会にて、全国の市町村保育担当課経由で、傘下の保育園へ感染症対策への取り組みの現状についてアンケート調査を実施した。回答はファックスにて日本保育園保健協議会・事務局で回収した。

全国の確定保育園数 22,933 施設（2009 年 3 月）に対して、回答数 6,931 件、回収率は 30.2%であった。全国 47 都道府県すべてから回答が得られており、最多は東京都 570 件、最小は佐賀県 46 件であった。

1. 保育保健の専門職

嘱託医（園医）の診療科目は、内科・小児科のいずれかがいる園は 73.9%で、小児科医は 51.3%であった。また、何らかのかたちで看護師が保育園へ関与している園（巡回などを含む）は 37.2%で、看護師の関与がない保育園がいまだに 62.8%も存在していた。また、保健師の関与する園は 10.3%であり、何らかのかたちで看護師、保健師が保育園へ関与している園は合わせて 47.0%にとどまった。

2. 感染症対策に対する取り組みについて

感染症対策ガイドラインの活用状況については、「活用したことがある」と回答した園は 84.3%で、「活用していない」園が 15.7%であった。「感染症対策ガイドラインを知らない」と回答した園も 2.6%存在した。

組織的な取り組みについては、「すでに組織的に積極的に取り組んでいる」園が 33.0%、「現在組織的な取り組みを検討中」と答えた園が 67.0%であった。組織の名称は「感染症（対策）委員会」が圧倒的に多く、一方、「特に名称なし」との回答

もかなり多かった。

組織構成員として、園長は 100%であったが、保護者（利用者）が入っている組織は少なかった。

3. 平成 22 年度都道府県医師会におけるアンケート調査

47 都道府県の医師会に対してアンケート調査を行い、すべての医師会からの回答を得た。保育園医部会の組織率について、都道府県のなかに保育園医部会が組織されているのは 7 医師会（14.9%）で、21 の医師会（44.7%）では学校医の組織のなかで保育園医の問題を扱っていた。保育園保健を取り巻く地域連携システムについては、41 医師会（87.2%）が「ほとんど整っていない」と回答した。

III. 日本保育園保健協議会調査研究事業結果における課題

1. 嘱託医について

嘱託医の診療科目は小児科医が 51.3%であり、これまでの調査と比較し最も多い結果であった。保育園の嘱託医には小児科医が最も適していると考えられているが、これからの時代、保育園に快く出向き、子どもたちの健康や安全について真剣に考えてくれる保育保健の専門家を養成し、嘱託医として契約する時代ともいえよう。

2. 看護師の勤務形態

理想としては、すべての保育園に保育保健の専門職として看護師・保健師などが常勤し、健康安全委員会などを組織して運用されるべきである。

3. 感染症対策ガイドラインの活用

2009 年 8 月に発表された「保育所における感染症対策ガイドライン」は保育園の感染症対策は学校保健安全法では対処できず、保育園独自の対策ができないものかと、待望されて作成されたガイドラインである。すべての保育園でガイドラインの内容についてしっかり研修され、活用されなければならない。

4. 感染症対策への組織的取り組み

感染症対策に対する組織的な取り組みはほとんど整っていない。特に、嘱託医の多くは健診医であって、感染症対策のリーダーとしての機能は發揮されていない現状にある。

表 保育園の健康管理担当者の職種～保育園長へのアンケート調査（足立区 2010 年度調査）～

職種	施設数 (構成比%)	区立施設数 (構成比)	私立施設数 (構成比)	公設民営施設数 (構成比)	2003 年 (足立区)
看護・保健師	52 (57.1%)	25 (47.2%)	20 (55.6%)	7 (70.0%)	37 (50.0%)
保育士	40 (44.0%)	27 (50.9%)	11 (30.6%)	2 (20.0%)	36 (48.6%)
栄養士	1 (1.1%)	0	1 (2.8%)	0	0
事務職	2 (2.2%)	0	2 (5.6%)	0	0
その他	4 (4.4%)	1 (1.9%)	2 (5.6%)	1 (10.0%)	1 (1.4%)

IV. 保育園長へのアンケート調査（足立区 2010 年度調査）

2010 年 8 月東京都足立区内の保育園園長に対し、感染症対策の状況などと 2009 年度の感染症発症状況についてアンケート調査を行い、2003 年度に東京都区内の保育園にて実施したアンケート調査結果と比較検討を行った。アンケートを送付した 91 施設すべての保育園から回答を得た。保育園の形態は、区立が 52 施設 (57.1%)、私立が 31 施設 (34.1%)、公設民営が 8 施設 (8.8%) であった。園児の年齢別の児童数は 0～2 歳児で 43.2% を占め、2003 年東京都の調査データとほぼ同等の分布であった。

1. 健康管理担当者

園児の健康管理担当者の職種は、看護・保健師が 57.1% と半数以上を占め、2003 年調査時より若干増えた。保育園の形態別には区立では看護・保健師の割合が 47.2% と最も低かった (表)。

2. 感染症マニュアルの整備

約 9 割の施設で感染症マニュアルが準備されており、全施設が登園許可・禁止の措置は徹底していると回答した。

予防接種記録表についても約 9 割の施設が作成していると回答したが、2003 年調査より減少していた。

3. 予防接種

麻疹ワクチンの接種率年齢別の接種率はどの年齢層でも 2003 年度より高くなっており、2 歳児では 95% と高い接種率であった (図 1)。

なお、予防接種をしていない保育児の保護者への予防接種の推奨については、定期予防接種については 95.6% の施設で「勧めている」と回答したが、水痘、おたふくかぜなど任意接種のワクチンを「勧めている」としたのは 67.0% であり、2003 年時より若干増えているが、ほぼ同様の傾向であった (図 2)。

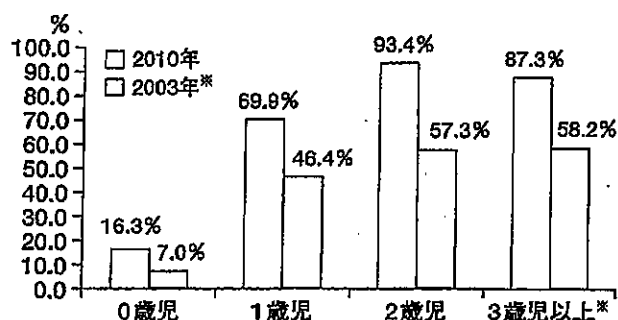
職員へのワクチン接種の推奨については、麻疹の予防接種を「勧めている」と回答した施設が 67.0%、インフルエンザワクチンの毎年接種を「勧めている」と回答した施設は 75.8% であった。2009 年の職員の感染症罹患状況は 74% の施設で職員が感染症を発症したと回答しており、最も多いのがインフルエンザで 62 施設 (68.1%) であった。

4. 情報の活用について

ガイドラインもサーベイランスも「知らない」と回答した施設はなかった。ガイドラインを「活用している」と回答した施設は 83.5% で、サーベイランスデータは 95.6% の施設が「活用している」と回答した。

V. 東京小児科医会サーベイランス（肺炎球菌・インフルエンザ菌の耐性動向）

小児の呼吸器感染症患者において主治医が起炎菌と判断した肺炎球菌およびインフルエンザ菌の耐性度を検討した。分離同定は各施設で契約している検査会社にて行い、薬剤感受性サーベイランス研究会（会長 中浜力）において微量液体希釈法にて MIC を測定した。測定薬剤および耐性度区分



*2003年データは足立区データのみを抽出

2010年度	6～12カ月	～1歳6カ月	～2歳	2歳児	3歳児	4歳児
接種者数	27	246	631	1,379	1,428	1,461
全体数	166	444	810	1,477	1,659	1,649
接種率	16.3%	55.4%	77.9%	93.4%	86.1%	88.6%

図1 年齢別麻疹ワクチン接種状況：保育園長へのアンケート調査（足立区2010年度調査）

については同研究会のプロトコールに準じて実施、解析を行った²⁾。

1. 耐性率の年次変化

肺炎球菌のペニシリン感受性株（penicillin-susceptible *Streptococcus pneumoniae* (PSSP), PCG ≤ 0.06 μg/ml）は16.7%であり、2009年17.9%、2008年30.6%から大きく減少し、中等度耐性株（penicillin-intermediate *S. pneumoniae* (PISP), 0.06 < PCG < 2 μg/ml）54.9%、耐性株（penicillin-resistant *S. pneumoniae* (PRSP), PCG ≥ 2 μg/ml）が28.4%と、2009年10.7%と2008年の10.2%から大幅に増加した（図3）。

インフルエンザ菌では、2008～2009年には感受性株（β-lactamase negative ABPC-susceptible *Haemophilus influenzae* (BLNAS), ABPC ≤ 1 μg/ml）は51.9%から50.0%と変化はなかったが、2010年には30.4%と大きく減少し、βラクタマーゼ非産生 ABPC 耐性インフルエンザ菌（β-lactamase negative ABPC-resistant *H. influenzae* (BLNAR), ABPC ≥ 4 μg/ml）は年々増加傾向にあり、2010年は41.4%を占めた（図3）。

年齢別における耐性度は、いずれの菌も低年齢層でより耐性度が高い傾向にあった（図4）。

2. 保育園への通園との関係

2008～2009年に分離された肺炎球菌とインフルエンザ菌の耐性度を保育園への通園の有無との

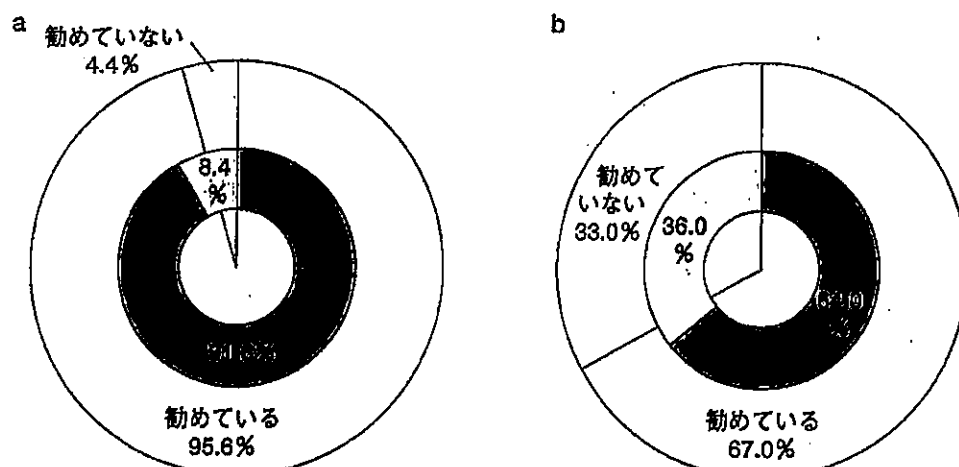


図2 保護者へのワクチン接種の推奨：保育園長へのアンケート調査（足立区2010年度調査）

a: 定期接種ワクチン b: 任意接種ワクチン

相関を検討したところ、いずれも通園ありで高い耐性率を示したが、統計的な有意差は認められなかった (図 5)。

武内らは保育児について経時的に上咽頭培養を行い、肺炎球菌およびインフルエンザ菌の保菌状況とその耐性度を検討した結果、入園直後には50%の保育児から菌が検出されず、入園2カ月後にはすべての園児が両菌あるいは単独に菌を保有

しており、半年後には90%以上が両菌を保有していたと報告している⁵⁾。

そこで、われわれも2010年4月に保育園に入園した0歳児において、肺炎球菌、インフルエンザ菌の耐性動向を経時的に検討することとした。本調査に同意の得られた都内保育園4施設で、2010年5~7月、8~10月の3カ月の間にそれぞれ検診を行った24名の園児の鼻腔の肺炎球菌と

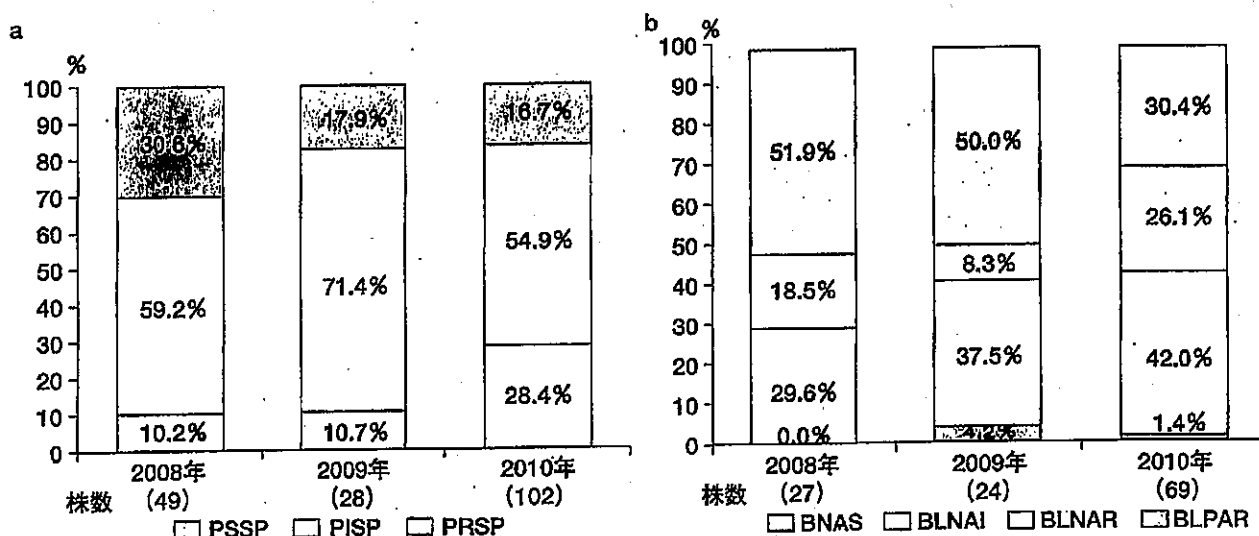


図 3 耐性度年次推移：東京小児科医会サーベイランス

a: 肺炎球菌 b: インフルエンザ菌

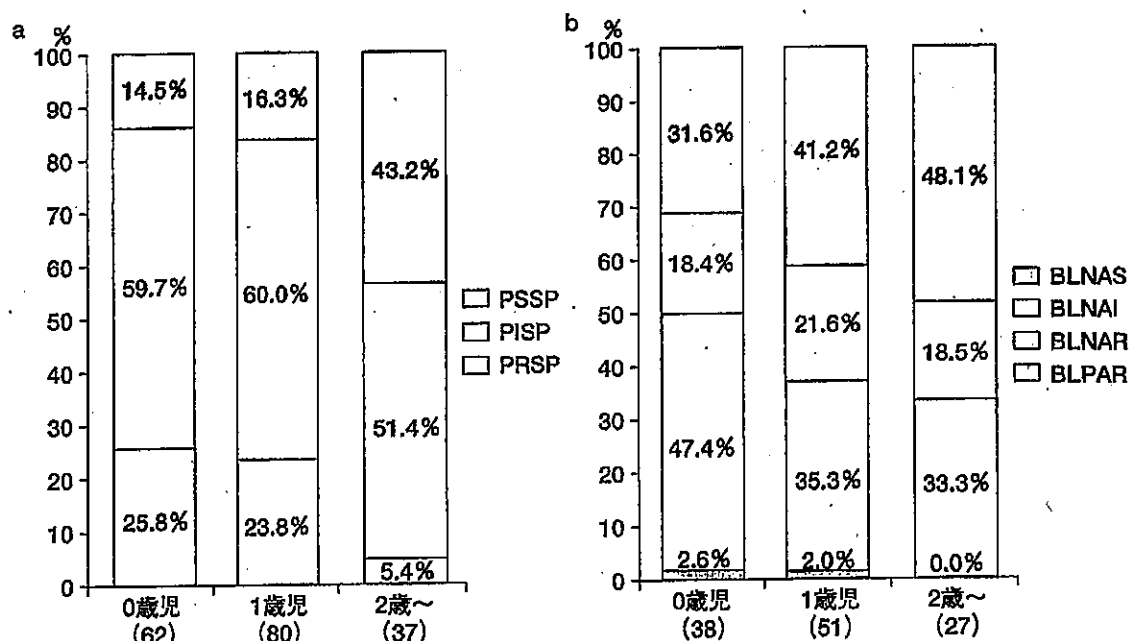


図 4 肺炎球菌・インフルエンザ菌の年齢別耐性度：東京小児科医会サーベイランス

a: 肺炎球菌 b: インフルエンザ菌

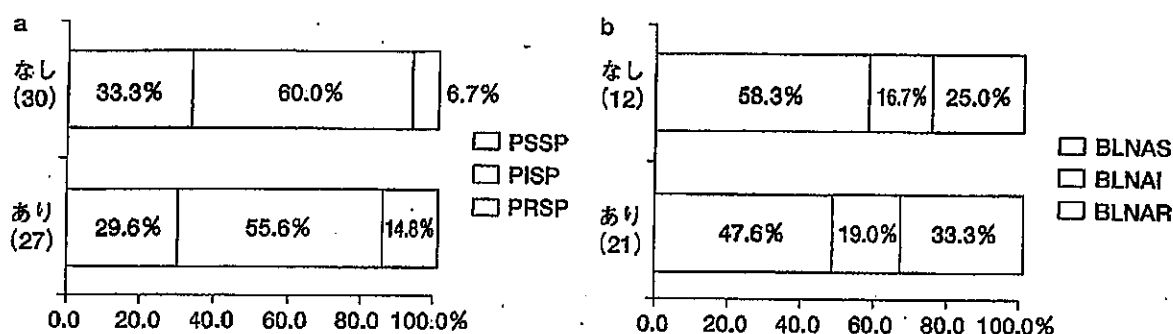


図 5 耐性度と保育園への通園の有無の関係：東京小児科医会サーベイランス 2008～2009 年
a：肺炎球菌 b：インフルエンザ菌（文献 4）より引用

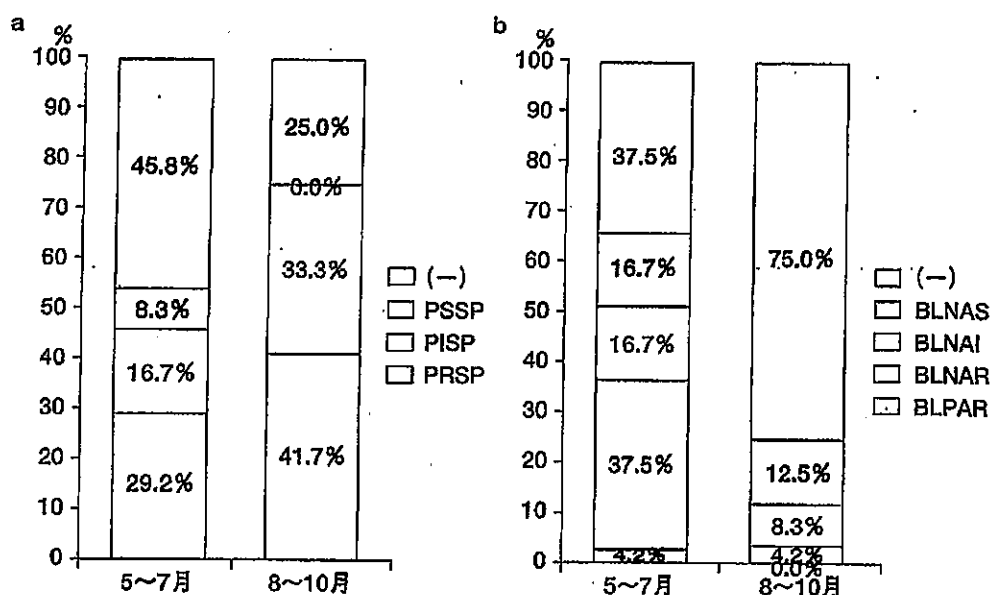


図 6 保育園 0 歳児の菌保有率と耐性度の推移：東京小児科医会サーベイランス 2010 年
a：肺炎球菌 b：インフルエンザ菌

インフルエンザ菌の保菌状態と耐性度の推移を検討した。肺炎球菌は耐性度が進んでいたが、インフルエンザ菌は保菌率も耐性度も改善していた（図 6）。

入園前あるいは入園直後の 4 月に検討できなかったため比較はできないが、5 月健診の段階ですでに鼻腔への保菌が多いという結果であった。

また、検査時にすでに抗生物質が投与されている園児が 15 例（62.5%）を占め、系統別にはセフェム系が 42%と最も高く、次いでマクロライド系が 31%であった。これらが耐性度に影響を与えているかについて、薬剤投与時期と菌分離時期などを精査して継続し検討したい。

VI. 提言 I 「ガイドラインの活用について」

1. 保育園におけるガイドライン作成の背景

保育園における感染症対策ガイドラインは、2006 年に足立区医師会保育園部と足立区保育課において「足立区保育園登園基準」を作成したことに始まる。これを元に、財団法人こども未来財団にて 2007 年「保育園における感染症の手引き」が作成され、厚生労働省保育課からも 2009 年「保育所における感染症対策ガイドライン」が発表された。日本保育園保健協議会で「保育園における感染症の手引き Ver 2」が 2010 年に発表され、今後も 3 年ごとの改訂が予定されている。

これまでは、保育園での感染症対策も学校保健安全法に準じた登園基準で対応してきた。しかし、保育児は学童に比べて抵抗力が弱く、予防接種も未完了な乳幼児がおり、集団で過ごす時間が長い、などの特徴があることから、独自のきめ細かい感染症対策の指針が望まれ、保育園独自のガイドラインが作成された。ガイドラインを作成する目的は、感染症に対する正しい知識を保育所関係者にもってもらうこと、そのうえで保育所における感染症対策を徹底することにある。

ガイドラインを受けて保育園が対応すべきこととしては、①保育所内の感染症対策委員会の設置（看護師の設置の推奨）、②市町村感染症対策委員会の設置、③保護者向け感染症対策手帳の作製・配布、④医療機関向け感染症対策のしおりの作製・配布、⑤感染症サーベイランスの設置など感染症対策を推進する環境作りと保護者、職員などへの教育・意識を高める啓発活動などがあげられる。

2. 登園基準

登園禁止の措置は、本人の身体の保護のためだけでなく、感染を拡大させないために必要な措置であり、登園基準を徹底することは重要な感染対策である。ガイドラインにおける登園するための2大前提として、①感染力が低下して、登園しても集団発生などにつながらない、②子どもの状態が、毎日の集団生活に支障がないところまで回復している、があげられる。すなわち、登園基準とは、登園可能となった保育児から他の保育児へ感染を100%防ぐための基準ではなく、感染させる危険がかなり少ないと判断される場合であり、職員、家族が納得できると思われる基準でなければならない。

登園・登校の許可については、感染症の種類によって、感染力の強い時期や潜伏期間などが異なり、感染症の特性や患者それぞれの状態ごとに、出席停止期間を決める必要がある。感染症の種類によっては医師の診断に基づいた登園許可書の提出を徹底させるべきである。足立区では登園基準を徹底させるために、区医師会・自治体などが中心となって、登園許可証の統一化と書類作成の無料化を図っている。

また、登園基準を徹底する一方で、それに伴う就業保護者の看護のための休職による経済的、社会的問題などについても配慮が必要であろう。

VII. 提言Ⅱ「予防接種の接種率向上」

ウイルスに有効な薬はわずかであり、ワクチン接種による予防は最も重要な感染症対策である。健康診断などを活用して、必要とされているワクチンの予防接種の確認を行い、保護者に対して予防接種の必要性を説明し、理解を求め、未接種者には特別の理由がない限りワクチン接種を勧める。

特に保育園においてはチェックリストを作成し、予防接種歴や感染歴の管理することが望ましい。職員の予防接種歴の確認も重要である。職員の採用時には、健康状態の確認とともに各種予防接種歴、感染症の罹患歴も必ず確認する。麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎などに罹ったことがない職員には予防接種を受けることを勧め、インフルエンザの予防接種も毎年積極的に接種するよう指導する。短期間の教育実習生も、各種予防接種歴と感染症の罹患歴を必ず確認する。

わが国の制度では、予防接種は定期予防接種と任意予防接種に分けられており、任意予防接種は、国が勧めている予防接種（定期接種）に比べれば病気としての程度はやや軽く、社会的な重要性もやや低く、国として広く接種を勧めていないものである。そのため認知度も低く、ともすれば「接種しなくてもよい予防接種」との間違った認識がなされている。

しかし、WHOでは、B型肝炎、Hib、小児用肺炎球菌ワクチンについては罹患した時の重症度から、どんなに貧しい国でも「国の定期接種に入れて、国民を守るべき」と勧告しており、先進国においては、流行性耳下腺炎と水痘もこれに準ずるとされている。

日本は欧米に比べてワクチンの恩恵を受けておらず、先進国のなかにあつて「ワクチン後進国」とも揶揄されている。

任意予防接種の接種費用が自己負担であることも、接種率の低下につながっていると思われる。予防接種率を向上するため、任意予防接種の定期

接種化あるいは保険適用など、行政をも巻き込んだ制度改革が必要と思われる。

海外ではルーチンに行われている同時接種も、日本においては消極的であるが、今後、接種率を向上させるためには同時接種を勧めていく必要があると思われる。その一方で、同時接種を勧めるにあたっては、その効果と安全性を検証しなければならない。東京小児科医会では「乳幼児早期予防接種の安全性に関する調査研究」として、乳幼児に接種するワクチン（DPT、BCG、ポリオ、ヒブ、肺炎球菌ワクチン）について、同時接種時を含めたその安全性を調査する予定である。

VIII. 提言Ⅲ「サーベイランスの活用」

乳幼児や小児が集団で生活する保育園では、インフルエンザ、麻疹や水痘などの小児感染症が起きやすい。保育園は感染症の感染増幅機関となり得るため、そこから社会へと拡大する可能性もある。感染症が広がれば、多数の園児が感染症に罹患し本人の健康に影響が及ぶばかりでなく、欠席者が増える事態を招く。そうなれば子どもたちの最善の利益を守り、子どもたちを心身ともに健やかに育てるという保育園の責任を果たすことが困難になる。さらに、園内のスタッフや園児家族に感染が移り、社会活動にも影響が及ぶことも考えられる。これらの施設における感染症の流行状況を把握し、対策をたてることが極めて重要である。

感染症の発症動向を迅速かつ正確に情報を把握することが重要であり、特に大規模な流行が危惧される感染症については、集団的な発生を迅速に把握する必要がある。情報の多くは保健所や公的機関、地区医師会などのホームページ上で公開されているので活用すべきである。

2010年国立感染症研究所感染情報センターにおいて保育園サーベイランスを立ち上げた。保育園欠席者や発熱・頭痛など、症状別に発症者の情報を収集するシステムであり、記録・連携・早期

探知を一元化した新しいリアルタイムサーベイランスとして注目されている。今後も、さらに活用しやすく、参加しやすい、継続しやすいサーベイランスの構築が望まれる。

ま と め

以上3点について提言した。第一にガイドラインの活用について、保育園において感染症ガイドラインはほぼ整備されているが、その実行性をあげる工夫が必要であり、具体的には、①保育施設に看護師を導入するなど環境を整備する、②登園基準の明確化と厳守のための仕組みを作ること、を提言した。次に、予防接種の強化として、保護者・職員の意識の向上と任意接種の定期接種化など行政を巻き込んだ対応をあげた。第3に、活用しやすく、参加しやすいサーベイランスシステムの構築について取り上げた。この他にも、抗菌薬の適正使用、すなわち、不必要な抗菌薬の排除と有効な抗菌薬のガイドラインに基づいた使用（高用量・短期間治療）についても考えていかなければならない。

子どもたちが毎日集団で生活をしている保育園において、感染症対策は最重要課題であり、感染症対策抜きでは安全な生活は保障されない。園児たちがより健康で安全な保育園生活を過ごせるよう今後も普及・啓発活動を続けたい。

文 献

- 1) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課：保育所関連状況取りまとめ（平成22年4月1日）、2010年
- 2) 日本保育園保健協議会：保育園における感染症の手引き Ver 2, 2010
- 3) 厚生労働省：保育所における感染症対策ガイドライン, 2009
- 4) 和田紀之, 他：東京小児科医会報 29 (1) : 61, 2010
- 5) 武内 一：小児感染免疫 19 (4) : 399-403, 2007

* * *

