

2 保育者が知っておきたい感染症

園や学校では集団生活を行っている
ので、子どもが感染症に罹患した場合は、感染を拡大しないよう適切な措置
がとられなければなりません。学校保
健全法では、「学校において予防す
べき感染症」として学校感染症を規定
し、症状の重篤性等によって第一種、
第二種、第三種に分類しています。学
校および幼稚園等では、子どもが学校
感染症に罹患した際、この学校保健安
全法に基づいて出席停止や臨時休業等
の措置をとります。保育所は児童福祉
施設ですが、学校保健安全法に準拠し
て同様の措置がとられています。と同
時に、2009年には、より保育所の特
性をふまえた感染症対策ガイドライン
が厚生労働省により作成され、2012

年には、学校保健安全法施行規則の改正に伴い、「2012年改訂版 保育所における感
染症ガイドライン」が作成されました。保育所での感染症予防に活用されています。

以下に学校保健安全施行規則における学校感染症と出席停止期間の基準等について
解説します。学校感染症に罹患した場合は、治癒した後、医師が登園を許可する登園
許可証等を園に提出します。

図5-4 登園許可証

登 園 許 可 証 (例)	
園長 殿	
園名 _____	
園 児 名 _____ (_____ 組)	
病 名	
1. 百日咳	2. 麻 疹
3. 流行性耳下腺炎	4. 風 疹
5. 水 痘	6. 咽頭結膜熱
7. 結 核	8. 感染性胃腸炎
9. 流行性角結膜炎	10. 急性出血性結膜炎
11. 手足口病	12. 溶連菌感染症
13. 伝染性膿痂疹	14. 伝染性紅斑
15. マイコプラズマ肺炎	16. ヘルパンギーナ
17. 腸管出血性大腸菌感染症	18. 急性結膜炎
初診年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
上記の者は _____ 月 _____ 日より登園を許可します。	
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
住 所	印
医師名	

(1) 第一種感染症

表5-2 第一種感染症

出席停止期間の基準は、治癒するまで

- エボラ出血熱 ●クリミア・コンゴ出血熱 ●痘そう（天然痘） ●南米出血熱
- ペスト ●マールブルグ病 ●ラッサ熱 ●急性灰白髄炎（ポリオ） ●ジフテリア
- 重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）
- 中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る）
- 特定鳥インフルエンザ ●新型インフルエンザ等感染症 ●指定感染症 ●新感染症

第一種感染症の出席停止期間の基準は、すべて治癒するまでです。これらは重篤な感染症ですが、一部を除き日本国内ではほとんどみられなくなっています。以下に、予防接種（定期接種）でよく耳にする急性灰白髄炎（ポリオ）とジフテリアについて解説します。

急性灰白髄炎（ポリオ） (poliomyelitis)



ポリオウイルスによる感染症で、潜伏期間は7～21日（無症候性や非まひ性髄膜炎の場合は3～6日）です。便や唾液などを介した経口感染や、接触感染により感染します。

日本では1980年以降、野生株のポリオによる感染の報告はありません。軽症の場合は風邪のような症状や胃腸症状が出ますが、急性の弛緩性まひが現れて死亡することもあります。また後遺症として手足にまひが残ることがあります。急性期の症状が治癒するまでを出席停止とします。なお、まひが残る慢性期については出席停止の必要はありません。

園や家庭での対応

乳幼児期に四種混合ワクチン（DPT-IPV）（D：ジフテリア、P：百日せき、T：破傷風、IPV：不活化ポリオワクチン）の定期予防接種を行います。日本では、経口生ポリオワクチン（OPV）を用いた定期接種を行ってきましたが、2012（平成24）年9月に、より安全な不活化ポリオワクチン（IPV）が導入され、さらに同年11月からは、この不活化ポリオワクチン（IPV）と従来の三種混合ワクチン（DPT）との四種混合ワクチン（DPT-IPV）が導入されました。

ジフテリア (diphtheria)



ジフテリア菌による感染症で、潜伏期間は通常2～7日ですが、長期の場合もあります。飛沫感染により感染します。日本国内での発病はほとんどありません。

発熱、のどの痛みや飲み込むときの痛み、頭痛、だるさなどの症状で始まります。その後、鼻づまり、鼻出血、声がれなどの症状が出るようになり、呼吸困難、心不全、呼吸筋まひなどに至ります。

園や家庭での対応

予防が最も大切であり、**四種混合ワクチン（DPT-IPV）**を、初回接種3回（生後3～12か月の間に3回接種）＋追加接種1回（1年～1年半後に1回追加接種）の合計4回接種します。なお、2012（平成24）年11月の四種混合ワクチン導入の前に、既に三種混合ワクチン（DPT）の接種を開始している場合は、三種混合ワクチン（DPT）の定期予防接種を継続します（その場合は、単独の不活化ポリオワクチンも、接種することになります）。

（2）第二種感染症

表5－3 第二種感染症

出席停止期間は以下の解説のとおり。ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めたときは、この限りでない。

- インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く） ●百日咳 ●麻疹
- 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ●風しん ●水痘（水ぼうそう）
- 咽頭結膜熱（プール熱） ●結核 ●髄膜炎菌性髄膜炎

第二種感染症は感染力が強く、それぞれの感染症ごとに**出席停止期間**が定められています（詳細はp.129 表5－5に示してあります）。ただし、**病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めたときは、この限りではない**とされています。

インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く） (Influenza : the Flu)



発熱



咳



鼻水



任意接種
インフルエンザ

インフルエンザウイルスによる感染症で、**潜伏期間は1～4日**です。基本的には**飛沫感染**ですが**接触感染**によっても感染します。感染期間は発熱1日前から3日目ピークとし、7日目頃までですが、低年齢の子どもでは長引く傾向があります。

悪寒^{おかん}や頭痛、高熱（39～40℃）で発病します。そのほか筋肉痛や腰痛、咳、鼻水、鼻づまりがみられ、嘔吐、下痢、腹痛がみられることもあります。脳症を併発するとけいれんや意識障害をおこして死に至ることもあり、救命できても後遺症を残すことがあるので注意を要します。その他の合併症としては、肺炎、中耳炎などが挙げられます。

出席停止期間は、2012（平成24）年4月の学校保健安全法施行規則の一部改正によって、**発症後5日を経過し、かつ解熱後2日間（幼児にあっては、3日）を経過するまで**となりました。これは、抗インフルエンザ薬（リレンザ[®]、イナビル[®]、タミフル[®]

など）等を服用することで解熱は早まりますが、ウイルスの排泄は続くため、解熱しても感染力が残っている子どもが登園・登校してしまうケースが増えているためです。発症して5日を過ぎると、ウイルスはほとんど検出されなくなるという研究報告をもとに、**発症後5日を経過**という条件が加えられました。

園や家庭での対応

手洗いや**うがい**をしっかりとし、**マスク**を着用します。出席停止期間を経て登園しても、できるだけマスクを着用してもらいます。園では加湿器等を用いて室内の湿度を高めに保ちます。またインフルエンザが流行する前に**予防接種**（任意接種）を受けるよう勧めます。生後6か月から接種可能で、13歳未満は2回接種するとよいとされています。インフルエンザの予防接種は、感染予防効果はあまり高くありませんが、重症化するのを防ぐ効果は期待できるといわれています。

ひやくにちぜき
百日咳

(Whooping cough : pertussis)



咳



定期接種
DPT-IPV

百日咳菌による感染症で、**潜伏期間は7～10日**です。**飛沫感染**、**接触感染**により感染します。感染期間は、咳が出始めてから4週目頃までで、抗菌薬を飲み始めると7日程度で感染力は弱くなります。

連続したコンコンコンという短い咳の後、ヒューと笛を吹くような音を立てながら息を吸う**レブリーゼ**という咳をするのが特徴です。この特有の咳が2～3週間から数か月にわたって続くこともあります。乳児期早期では典型的な症状が現れず、無呼吸発作からチアノーゼ、けいれん、呼吸停止になることがあるので注意を要します。

出席停止期間は特有の咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまでです。

園や家庭での対応

咳が出ている子どもには**マスク**を着用してもらいます。**予防接種**（定期接種）である**四種混合ワクチン**（DPT-IPV）（ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオワクチン）を受けていない人には、受けるように勧めます。

麻疹（はしか） (measles)



発熱



発疹



咳



目の充血



コプリック斑

定期接種
MR

麻疹ウイルスによる感染症で、潜伏期間は8～12日です。空気感染や飛沫感染により感染します。発疹前の咳の出始めの頃が最も感染力が強いと言われています。感染期間は発熱する1～2日前から発疹出現後4日目頃までです。

発熱、咳、くしゃみなどの症状のほか、目の充血や目やになどもみられます。口の中の粘膜にコプリック斑という白い斑点がみられることで、早期に診断がつきます。最初38℃前後の高熱が出ますが、いったんやや下がり、再び高熱が出るときに赤い発疹が生じます。発疹は赤みが強く体全体に広がります。赤い発疹は消えた後に褐色の色素沈着が残ります。通常7～9日ほどで回復しますが、重症になることもあり、脳炎や肺炎を合併すると死に至ることもあります。また後遺症が残ることもあります。

出席停止期間は解熱した後3日を経過するまでです。

なお、2015（平成27）年3月に、日本は麻疹の排除状態（日本にもともといる麻疹の株による感染が3年間確認されない状態）にあることが認定されました。

園や家庭での対応

有効な治療薬はなく、対症療法を行うしかいないため、予防接種（定期接種）をしておくことが大切です。1歳になったらなるべく早く麻疹風しん（MR）混合ワクチンを接種します。小学校就学前の1年間に2回目の接種を行います。

園では入園前に麻疹ワクチンの接種歴があるか、または麻疹の既往歴があるかを確認し、未接種や未罹患である場合は、入園前にワクチンを接種しておいてもらうよう勧めます。

また麻疹は感染力が非常に強いので、園内で一人でも発症したら、すぐに他の園児の予防接種歴や罹患歴を確認します。未接種や未罹患の場合は、麻疹患者との接触後72時間以内であればワクチンを緊急接種することで、発症の予防や症状の軽減が期待できます（生後9か月以上）。接触後4日以上6日以内であればガンマグロブリンを投与する方法もあります。

りゅうこうせいじ か せんえん
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
(mumps)



発熱



耳下腺の腫れ

任意接種
おたふくかぜ

ムンプスウイルスによる感染症で、潜伏期間は16～18日です。飛沫感染や接触感染により感染します。感染期間は耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹（腫れること）の1～2日前から腫脹5日目頃までです。

耳下腺や、顎下腺、舌下腺が腫れます。痛みを伴い、酸っぱいものを食べると痛みを増します。合併症としては無菌性髄膜炎が多く、難聴になることもあります。大人になってから罹患すると、精巣炎や卵巣炎などを合併することがあり、不妊の原因となる可能性があります。

出席停止期間は、耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまでです。

園や家庭での対応

有効な治療薬がなく、対症療法を行うしかいないため、予防接種（任意接種）をしておくといでしょう。また不顕性感染（感染していても症状が現れない状態）していることもあるため、単に患者を隔離するだけでは流行を阻止することは難しいといわれています。

ふう
風しん（三日ばしか）
(rubella)



発熱



発疹



リンパ節の腫れ

定期接種
MR

風しんウイルスによる感染症で、潜伏期間は16～18日です。飛沫感染や接触感染により感染します。感染期間は発疹が出始める7日前から発疹出現後14日目頃までです。

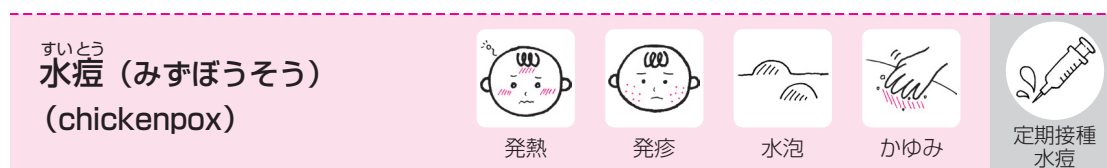
発熱のほか、ピンク色の発疹があり、リンパ節が腫れて痛みを訴えます。合併症としては脳炎や関節炎をおこすことがあります。特に妊娠初期の妊婦がかかると、先天性風疹症候群（胎児に、脳、耳、眼、心臓の異常や精神運動発達遅滞がみられる先天異常）を発症することがあります。

出席停止期間は発疹が消失するまでです。

園や家庭での対応

麻疹風しん（MR）混合ワクチンを接種してあるかどうかを確認し、未接種の場合は接種するよう勧めます。

また園に送迎する保護者が妊娠している場合もあるため、一人でも発生したときは、先天性風疹症候群に関する知識を伝えて注意を促します。保育者も感染するリスクが高いので、ワクチンを接種しておきましょう。



水痘・帯状疱疹ウイルスによる感染症で、**潜伏期間は14～16日**ですが、10日未満や21日程度になる場合もあります。**空気感染**や**飛沫感染**で感染しますが、水泡や膿疱（水泡の中に膿をもった状態）の中にはウイルスがあるので、**接触感染**もします。非常に感染力が強いという特徴があります。感染期間は発疹が出始める1～2日前からすべての発疹が**痂皮化**（かさぶたになること）するまでです。

始めは紅斑（赤い発疹）が体から首のあたり、顔などにあらわれます。それが丘疹、水泡、膿疱、黒いかさぶたと変わります（p.102 表5－1 発疹の種類 参照）。強いかゆみを伴います。**水痘・帯状疱疹ウイルス**は、初めて感染すると**水痘**となりますが、治ったあとにもウイルスは神経節に潜んでおり、免疫が低下したときに神経に沿って小さな水泡が出る**帯状疱疹**をおこすことがあります。妊婦が感染すると出生児に**先天性水痘症候群**という先天異常が生じることがあります。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。

出席停止期間はすべての発疹が痂皮化するまでです。

園や家庭での対応

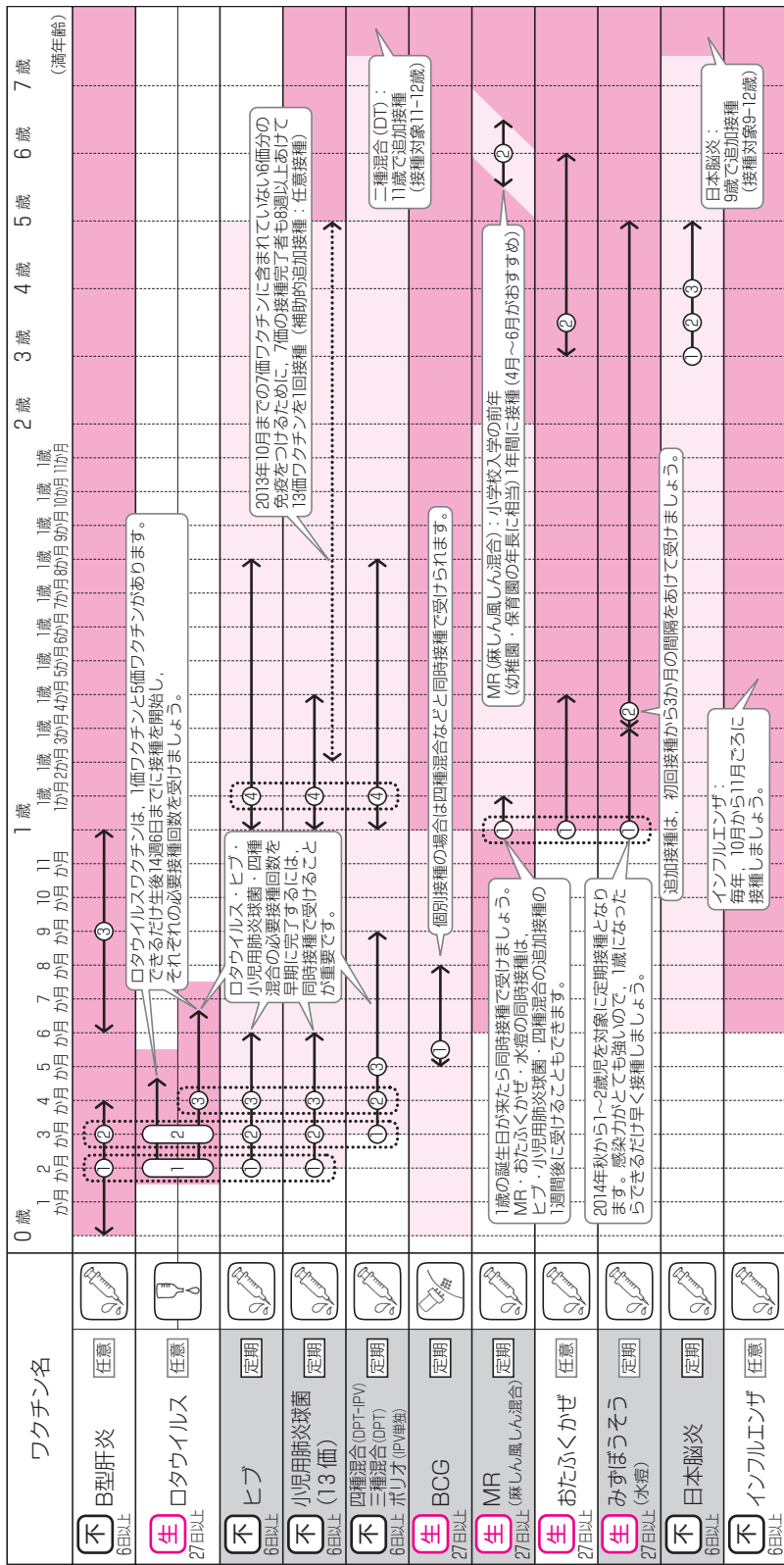
予防接種があり、2014（平成26）年10月より、定期接種化されました。水痘は非常に感染力が強いので、集団感染をおこすことがあります。園内で一人でも発症したら、他の園児の予防接種歴や罹患歴を確認します。未接種や未罹患の場合は、水痘患者との接触後72時間以内であればワクチンを緊急接種することで、発症の予防や症状の軽減が期待できます。

表5-5 学校、幼稚園、保育所で予防すべき感染症の解説：抜粋表

	感染症名	潜伏期間	主な感染経路	登校（園）基準
第一種感染症	ポリオ	3-21日	経口感染	急性期の症状が治癒後
	ジフテリア	2-7日	飛沫感染	治癒後
	重症急性呼吸器症候群	2-10日	飛沫感染	治癒後
	特定鳥インフルエンザ	1-10日	飛沫感染	治癒後
第二種感染症	インフルエンザ	1-4日	飛沫感染	発症から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過した後。幼児においては、発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過した後
	百日咳	5-21日	飛沫感染	特有の咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌薬による治療が終了した後
	麻疹	7-18日	空気感染、接触感染	解熱後3日経過した後
	流行性耳下腺炎	12-25日	飛沫感染	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好となった後
	風疹	14-23日	飛沫感染、母児感染	発疹の消失後
	水痘	10-21日	空気感染、接触感染	すべての発疹が痂皮化した後
	咽頭結膜熱	2-14日	接触感染、飛沫感染	主要症状が消失して2日経過後
	結核	2年以内	空気感染	感染のおそれがないと認められた後
	髄膜炎菌性髄膜炎	2-4日	飛沫感染	感染のおそれがないと認められた後
第三種感染症（その他の感染症）	コレラ	数時間-5日	経口感染	治癒後
	細菌性赤痢	1-7日	経口感染	治癒後
	腸管出血性大腸菌	10時間-8日	経口感染	感染のおそれがないと認められた後
	腸チフス、パラチフス	3-60日	経口感染	治癒後
	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
	急性出血性結膜炎	1-3日	経口感染、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	適切な抗菌薬による治療開始後24時間以降
	A型肝炎	15-50日	経口感染	肝機能が正常化した後
	B型肝炎	45-160日	血液、体液を介した感染、母児感染	急性肝炎の極期でない限り
	手足口症	3-6日	経口感染、飛沫感染	全身状態が安定していれば
	ヘルパンギーナ	3-6日	経口感染、飛沫感染	全身状態が安定していれば
	伝染性紅斑	4-21日	飛沫感染、母子感染	全身状態が安定していれば
	ロタウイルス感染症	1-3日	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	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
	サルモネラ感染症	6-72時間	経口感染	下痢、嘔吐が消失した後
	カンピロバクター感染症	1-7日	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	症状が安定した後
	インフルエンザ菌b型感染症	不明	飛沫感染	症状が安定した後
	肺炎球菌感染症	1-3日	飛沫感染	症状が安定した後
	RSウイルス感染症	2-8日	接触感染	症状が安定した後
	EBウイルス感染症	30-50日	唾液を介した感染	症状が安定した後
	サイトメガロウイルス感染症	不明	唾液を介した感染、母児感染	症状が安定した後
	単純ヘルペス感染症	2日-2週	接触感染	歯肉口内炎のみであればマスクをして可
	日本脳炎	2-15日	力を介した感染	症状が安定した後
	アタマジラミ	孵化まで10-14日	接触感染	制限はない
	伝染性軟属腫	2週-6か月	接触感染	制限はない
	伝染性膿痂疹	2-10日	接触感染	制限はない

出所：日本小児科学会 予防接種・感染症対策委員会『学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説 2015年7月改訂版』、2015年、学校、幼稚園、保育所で予防すべき感染症の解説：抜粋表より。

図5-6 予防接種スケジュール (2014 (平成26) 年10月)



定期予防接種の対象年齢

定期予防接種を受ける場合は原則として無料 (公費負担)。

不活化ワクチン

多くは有料 (自己負担)。ワクチンによっては公費助成があります。

生ワクチン

任意接種ワクチンの必要性は定期接種ワクチンと変わりません。

任意接種の接種できる年齢

任意接種の接種できる年齢

同時接種：同時に複数のワクチンを接種することができます。安全性は単独でワクチンを接種した場合と変わりません。国や日本小児科学会は乳幼児の接種部位として大腿外側部も推進しています。くわしくはかかりつけ医に相談しましょう。

出所：VPD (ワクチンで防げる病気) を知って、子どもを守るうの会HP、を参照し筆者改変。

3 子どもと薬

1 園での薬の扱い方

本来、子どもの薬は保護者が与えるものですが、慢性疾患の場合や病気の回復期には、園での与薬が必要な場合もあります。保護者が登園して薬を与えることが望ましいのですが、やむを得ない場合は保育者が与薬を行うこともあります。保育者が園で与薬する際は、保護者に**与薬依頼票**を提出してもらいます。園で与薬できる薬は、**医師から処方されたものに限定**し、市販の薬は預からないようにします。園では原則として薬を預からないことを保護者に理解してもらい、受診の際、医師になるべく保育時間を避けて処方してもらうよう保護者に伝えましょう。

園で薬を扱う場合には、次のようなことに留意しましょう。

- 与薬依頼票は、医療機関名または医師名、薬の種類、内服方法を記入してもらいます。
- 預かる際に、薬の袋や容器に記名がしてあるかを確認し、1日分のみ預かります。
- 預かった薬は、施錠ができる薬品棚など、子どもの手の届かないところに保管します。薬の保管場所や薬を取り扱うときの決まりなどは、職員全体で周知しておきます。
- 与薬するときには、重複与薬、人違い、与薬量の間違い、与薬忘れ等がないように、複数の保育者で確認します。
- やむを得ず保育者が坐薬を扱う場合は、医師の指示に基づき慎重に取り扱います。
- 園では与薬管理表などを作

図5-7 与薬依頼票（連絡票）

連絡票 (保護者記載用)		平成 年 月 日 記
依頼先	保育園名 宛	
依頼者	保護者氏名 ④ 連絡先 電話 子ども氏名 (男・女) 歳 カ月 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 室温・冷蔵庫・その他 () (3) くすりの錠型 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 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 薬剤情報提供書(あり・なし)		
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		

出所：日本保育保健協議会HP「連絡票」。

食物アレルギー



湿疹・じんま疹



下痢



嘔吐

アレルギーの原因となる食品を食べた時に、じんま疹などの皮膚の症状、呼吸が苦しくなるなどの呼吸器症状、便がゆるくなったりする消化器症状などがみられます。

食物アレルギーでは**アナフィラキシー**によるショック症状に注意が必要です。アナフィラキシーとはアレルギー反応により皮膚、消化器、呼吸器の症状が複数同時にかつ急激に出現した状態です。食物の他、運動やハチに刺された場合、ラテックス（輪ゴム、ゴム風船などに使われる天然ゴムの成分）の接触が原因でアナフィラキシーを発症することがあります。アナフィラキシーの症状の中でも呼吸困難や血圧低下、意識障害などをおこした場合を**アナフィラキシーショック**といい、ただちに対応しないと命にかかります。ショック状態になる前に使用する自己注射薬（**エピペン®**）が処方されていることもあります。主治医、保護者と十分に話し合い、園での緊急時に使用する可能性の高い保育者が使用法を知っておくことが重要です。

園や家庭での対応

- 園での食事は保護者や主治医と相談したうえで安全を最優先にした**除去食**（アレルギーの原因となる食品を使わない食事）を基本とします。食物アレルギーに対応した給食としては、**献立表対応**（メニューごとの原材料を献立表に記載したものを事前にチェック）、**弁当対応**（自宅からすべて、または一部弁当を持参する）、**除去食**（安全性を最優先とし、完全除去が望ましいとされている。ただし、安全面が確保できる環境であれば保護者と相談の上、除去段階を決定することもある）、**代替食**（除去した食材の代わりに別の食材を加える）があります。
- 食事の際には他の子どもとおかずを交換したりして、アレルゲンとなる食品を含むものを食べてしまうことのないように注意します。
- その食品に触れただけでも症状が出る場合もあります。そのような場合は、他の子どもの手などについた食品がアレルゲンである場合もあるため、昼食後にも手洗いをしようクラスの子どもに説明し指導するようにします。
- 園でアレルギー症状が出た場合は、保護者に連絡します。
- アナフィラキシーをおこした場合は、救急車を要請します。

図5-9 喘息発作の程度による症状のちがい



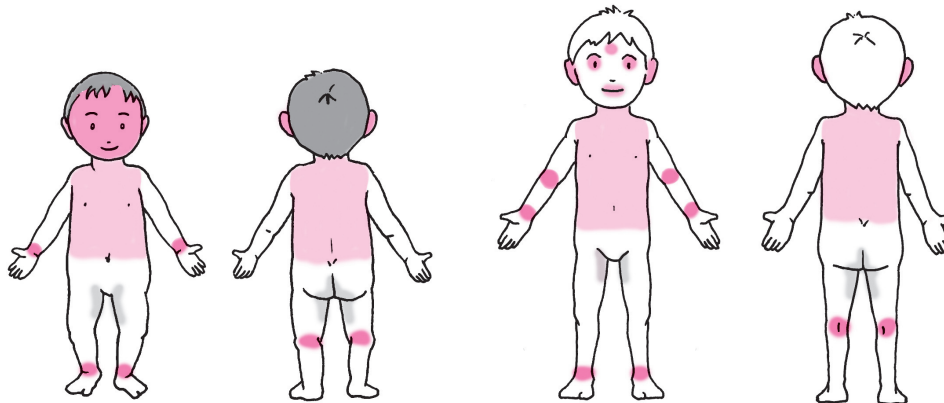
アトピー性皮膚炎 (atopic dermatitis)



かゆみを伴う慢性的な皮膚炎です。家庭で塗り薬を塗ったり、服薬してから園に来ている場合でも、園でかゆみが出てしまう場合があります。かゆみがひどいと落ち着きがなくなったり、遊びや活動に集中できないなどの様子がみられます。また患部を掻きこわしたりすると、皮膚を傷つけ、そこから細菌やウイルスに感染し症状が悪化します。症状がひどい場合には保護者と相談のうえ、園生活においてもきちんとケアをすることが大切です。

日本アレルギー協会は2015年に「アトピー性皮膚炎治療のガイドライン2015」を発表しています。シャワーや入浴で汗の成分を洗い流すことが症状改善につながるこ

図5-10 アトピーが出やすい部位



となどが述べられています。一方、発汗を促すことも重要であるため、活動して汗をかいたら、洗い流すということを心がけたいものです。基本の治療としては、ステロイド薬などを正しく使って炎症を抑えるとともに、スキンケアをきちんと行います。皮膚がもともとつバリア機能を働かせることにより、外部からアトピー性皮膚炎を悪化させる要因（ダニ、ほこり、汗など）の侵入を防ぐことができます。

肌のバリア機能を修復するスキンケアのポイント

- 患部を洗う場合には、刺激の少ない石けんを使います。きめ細かい泡を作り、手でやさしく洗います。
- 入浴後やシャワーの後はタオルでこすらないようにし、体が乾く前に保湿剤を塗ります。

園や家庭での対応

- 皮膚の清潔保持に気をつけ、汗をかいたときなどはシャワーで流します。
- 保湿剤を預かっている場合は、皮膚が乾燥する前に保湿剤を塗布します。
- かゆみがある時は、患部を濡らしたタオルや保冷剤で冷やして様子をみます。園にあるかゆみ止め等の薬は、肌に合わない場合があるので塗らないようにします。かゆみがおさまらない場合には保護者に連絡します。

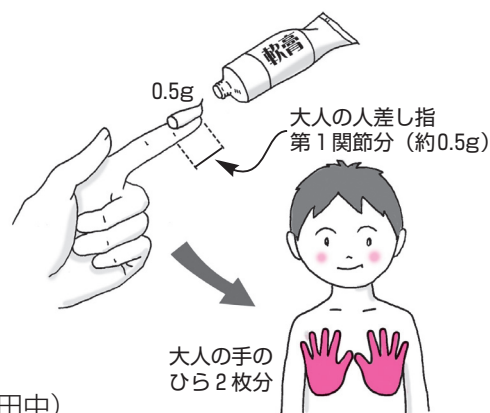
覚えておこう！

ステロイド薬（塗り薬）について

アトピー性皮膚炎の治療には、ステロイド薬が処方されます。ステロイド薬は皮膚の炎症を抑える薬です。副作用が心配される場合が多いですが、**正しく使えば副作用の心配も少なく、高い治療効果があります**。医師の指示に従い、皮膚がきれいな状態に戻るまで塗布します。保育者はステロイド薬の正しい知識、使用方法を知っておくことが大切です。ステロイド薬や保湿剤を預かる場合には、誤ってつけてしまうことのないようにしましょう。

ステロイド薬の塗り方

- 人差し指の先から第一関節までの量（約0.5g）で、大人の手のひら2枚分の面積を塗ります。
- すりこまないで、のせるように塗ります。（田中）



先天性股関節脱臼の子どもへの配慮

- 下肢の動きを妨げないようにできるだけ薄いおむつ、おむつかバーを使用する
- おむつ交換は膝を曲げ、股を開いた姿勢で行い、股関節の動きを妨げないあて方にする
- 紙おむつを使う場合は股関節を締め付けないように少し大きめにする
- 衣服は股関節の動きを妨げないようなデザインのものにする
- 下肢の動きが制限されるので、よこ抱きはできるだけしない
- おんぶは股関節を開いて背中のカーブにぴったりとおさまるようにする
- 哺乳時は赤ちゃんを膝にまたがるように座らせる

4 発達障害児への対応

発達障害は、2005（平成17）年に施行された**発達障害者支援法**により「**自閉症**、**アスペルガー症候群**その他の**広汎性発達障害**、**学習障害**、**注意欠陥多動性障害**その他これに類する脳機能の障害」と定められています。ここではこれらの発達障害を中心に解説します。なお、2013年5月に米国精神医学会の診断基準が改訂され（DSM-V）、それを受けて日本精神神経学会はこれまで広汎性発達障害等と細分化していたものを**自閉スペクトラム症**と一括しました。しかし、これまでの病名で公的文書が作成されることもあるため、保育者は、これまでの病名についても理解しておく必要があります。

乳幼児期では診断までに至らなかつたり、発達の過程で状態が変化したりすることもあります。診断の有無に関わらず、**子どもができることを伸ばすためのサポート**を保育者が実践していくことが大切です。

（1）発達障害の概要

自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害

※2013年5月の米国精神医学会の診断基準改訂（DSM-5）を受け、従来の**広汎性発達障害**等を「自閉スペクトラム症」とすることを、日本精神神経学会が発表しました。

自閉スペクトラム症には、これまでの**自閉症**や、**アスペルガー症候群**などが含まれています。ここでは、これまでよく使われていた病名である**自閉症**、**アスペルガー症候群**について解説します。

●自閉症

自閉症の特徴として、以下の3つの行動特性がみられます。

① 社会性の障害

母親があやしても無反応で視線があわない、だっこを嫌がる、親がいなくても後追いしない、**他の人と感情を共有することが難しい**、人にあわせて行動することが苦手、など

② コミュニケーションの障害

言葉の発達の遅れがある、他の人との会話を続けることが苦手、相手の言った言葉をそのまま返す「オウム返し」がみられる、など

③ 想像力の障害

想像することが苦手なため、ごっこ遊びができない、常に同じであることを好み、こだわりが強い、同じ行為を繰り返す**常同行動^{じょうどうこうどう}**がみられる、など

その他、音や光、温度などの感じ方に独特の感覚をもっていることがあります。またなんらかの理由で自分の感情がコントロールしきれなくなり、パニックをおこすこともあります。

自閉症では、全体の約8割が知的障害を伴います（IQ70未満）。残り2割の知的遅れが目立たない（IQ70以上）自閉症を**高機能自閉症**と呼んでいました。ここでいう**高機能**とは、脳の知的機能が高いということを意味しています。

●アスペルガー症候群（アスペルガー障害）

自閉症と似ていますが、言葉の発達の遅れなどの顕著なコミュニケーションの障害がみられないものです。また知的な遅れがみられないという特徴もあります。顕著な言葉の発達の遅れがみられないものの、場面や相手の気持ちを推し量ることが苦手、自分が関心あることを一方的に話したり、相手が不快に思うことを口にしてしまったりと、言葉をコミュニケーションの手段として上手く使うことができません。

中には知能が通常よりも高い場合もあり、文字や数字、記号などに強い関心をもっていることで、専門的な学問を修める人もいます。

覚えておこう！

自閉症スペクトラム

自閉症やアスペルガー症候群は、非常に似た特性があります。さらにこうした自閉性障害にはさまざまなタイプがあり、その特性の現れ方や症状の重さには幅があります。そこで、これらの状態を診断名で分類するのではなく、もっと広く自閉性障害すべてをまとめて一つの連続体としてとらえる、**自閉症スペクトラム**という考え方が広がってきています。自閉症スペクトラムという概念のメリットは、個々の障害を区別しないことで、子どもの今の状態を的確にとらえ、その子どもが抱えている困難を把握し、それに対して支援していくことができるという点にあります。つまり**障害名にこだわらず、その子どもが必要としている支援をそのつど見直しながら対処していく**ことができるのです。

一人ひとりの子どもを個別に理解するために、自閉症スペクトラムという概念は重要であるといえます。

日本でも、2013年5月の米国精神医学会の診断基準の改訂（DSM-5）を受け、日本精神神経学会では、これまでの自閉症やアスペルガー症候群などを、日本語の病名として**自閉スペクトラム症**と発表しました。（鈴木）

園や家庭での対応

●「しかる」より「ほめる」

うまくいかないことがあると、周囲から理解されていないことで、本人も困ったり悩んだりしています。そのようなときは、課題設定を見直して達成できるようにします。そして、ひどくしからない代わりに、少しでもできたところを大いに褒めるようにします。このとき、足りなかった点を指摘したりせず、「先生もうれしいよ」と、喜びの気持ちを表現しながら褒めるようにするとよいでしょう。また子どもが好ましくない行動をとったときは、しかるのではなく、「その行動を認めません」というサインとして子どもの相手をしないようにします。そうすることで、その行動は「やってはいけない」ということを伝えていきます。

●スモールステップで「できた」と実感させる

できないことがあるときに、いきなり最終目標を達成させようとする、子どもに負担がかかりすぎるかもしれません。少しずつ最終目標に近づけていく**スモールステップ**の考え方で取り組んでみましょう。例えば、トイレの自立が遅れていたり、着替えがスムーズにできなかったり、といった場合などは、すべてを一人でやらせようとするのではなく、できるところまでを自分でやってもらい、その続きは保育者が手伝

注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : AD/HD)

注意欠如・多動症の特徴として、以下の3つの行動特性が挙げられます。

- ① 注意力障害
注意力が不足し、興味がひかれたことを次々に行う、など
- ② 多動性
落ち着きがなく、じっと座っていることなどができない、など
- ③ 衝動性
相手が話し終わっていないのに話し出す、順番が待てない、など

またAD／HDは、行動特性の現れ方の違いにより、以下の3つのタイプに分けられます。

●不注意型

不注意の特性が強く、多動性や衝動性は目立たない。物忘れが多く、集中力に欠ける。女の子に多い。

●多動性・衝動性型

多動性や衝動性が強く、落ち着きがなく、些^さ細^{さい}なことで友だちと衝突しやすい。男の子に多い。

●混合型

不注意、多動性、衝動性のすべての特性がみられ、AD／HD全体の8割を占めるといわれている。

園や家庭での対応

●短い言葉でストレートに伝える

長い言葉で説明されても要点が理解できず、結果として行動できないことがあります。例えば、おやつを早く食べ終わってほしいときは「おやつを食べてね」とだけ伝えます。「お散歩に行かなくなるから、早くおやつを食べてね」といったフレーズで伝えと、2つ以上の情報が混ざってしまい、どちらに着目すればいいかわからなくなってしまう。

●絵カードを使って伝える

聴覚で反応しにくい場合は、視覚情報（絵カードなどを見せるなど）を用いると、スムーズに伝えることができます。できれば園でも家庭でも同じ絵カードを使うようにすると混乱しにくくなります。

図5-13 対応の工夫



学習症／学習障害

(Learning Disabilities : LD)

学習障害とは、1999（平成11）年に文部省（現在の文部科学省）が定めた定義では「知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する、または推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す状態」となっています。

LDの約8割は、読むことと書くことに障害がある**ディスレクシア**（**読字障害**または**読み書き障害**）です。これは知的な障害もなく、日常会話も支障ないのですが、文字で書かれた文章を読むと上手に読めなかったり、文字を書くとき鏡文字（左右逆に書いた字）になってしまったりする障害です。

園（学校）や家庭での対応

●苦手なことを強要しない

音読や漢字書き取りなどを繰り返すことで上達するわけではないため、練習を

状況が把握しやすい環境にあります。虐待発見における園の役割はますます期待されていくことでしょう。ただし、虐待の事例に関わる際は、要保護児童対策地域協議会等のネットワークを活用し、園や保育者だけで抱え込むことのないよう十分に注意します。多くの人や機関が関わることで、何かあった際に迅速に対応することができ、子どもの安全を守ることにつながります。

参考文献

- 赤澤 晃『正しく知ろう 子どものアトピー性皮膚炎』，2011年。
- 稲毛康司『これだけは知っておきたい子どもの病気と薬の知識』株式会社法研，2007年。
- 内山登紀夫監修『特別支援教育をすすめる本1 こんなとき、どうする？ 発達障害のある子への支援 幼稚園・保育園』ミネルヴァ書房，2009年。
- 兼松百合子編著『新訂小児保健実習』同文書院，2010年。
- 河野陽一・山本昇壯監修『アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2008』，厚生労働科学研究，2008年。
- 環境省『熱中症環境保健マニュアル（2011改訂版）』，2011年。
- 群馬県保険医協会HP『小児の虫垂炎』，2007年。
- 厚生労働省『小児のライ症候群等に関するジクロフェナムナトリウムの使用上の注意の改定について』，2001年。
- 厚生労働省『2012年改訂版 保育所における感染症対策ガイドライン 平成24年11月』，2012年。
- 厚生労働省『保育所におけるアレルギー対応ガイドライン』，2009年。
- 荻野悟郎監修『最新保育保健の基礎知識』日本小児医事出版社，2011年。
- 国立感染症研究所『感染症情報センター〔医療従事者向け〕インフルエンザQ & A 2008版』，2008年。
- 榊原洋一『発達障害を考える 心をつなぐ 図解よくわかる発達障害の子どもたち』ナツメ社，2011年。
- 佐藤益子編著『改定小児保健実習』ななみ書房，2009年。
- 佐藤益子編著『子どもの保健II』ななみ書房，2012年。
- 汐見稔幸・小西行郎・榊原洋一編著『乳児保育の基本』フレーベル館，2007年。
- 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所編『子ども虐待対応の手引き 平成21年3月31日厚生労働省の改正通知』有斐閣，2009年。
- 白野幸子『子どもの保健II 演習』医歯薬出版，2011年。
- 鈴木美枝子編著『これだけはおさえたい！ 保育者のための子どもの保健I 第3版』創成社，2015年。
- 高野 陽・柳川 洋・中林正雄・加藤忠明編集『母子保健マニュアル』南山堂，2010年。
- 竹内義博・大矢紀昭編『よくわかる子どもの保健』ミネルヴァ書房，2012年。
- 武隈孝治監修『最新0～6歳 赤ちゃん子どもの病気辞典』ナツメ社，2009年。
- 東京都福祉保険局『保育園・幼稚園・学校における食物アレルギー日常生活・緊急対応ガイドブック』，2010年。
- 東京都福祉局『アレルギー疾患に関する児童施設調査』，2010年。
- 東京都福祉保健局『防ごう！ ノロウイルス感染』，2007年。

独立行政法人環境再生保全機構HP『喘息基礎知識』。

中根淳子・服部右子編『小児保健実習』みらい，2008年。

二宮英編著『わかりやすい薬の知識〔改訂版〕』新日本法規出版，2004年。

日本小児科学会 予防接種・感染症対策委員会編『学校，幼稚園，保育所において予防すべき感染症の解説 2015年7月改訂版』，2015年。

日本皮膚科学会HP (<http://www.dermatol.or.jp/qa/qa1/index.html>)。

日本保育園保健協議会HP『保育園とくすり』。

平岩幹男著『幼稚園・保育園での発達障害の考え方と対応 役に立つ実践編』少年写真新聞社，2010年。

細谷亮太監修『最新版0～6才 赤ちゃん・子ども 病気百科』主婦の友社，2008年。

前川喜平・落合幸勝編集『乳幼児健診における境界児 どう診てどう対応するか』診断と治療社，2011年。

松橋有子他編著『新保育ライブラリ 子どもを知る 精神保健 再版』北大路書房，2011年。

宮本信也編著『シードブック 保育にいかす 精神保健』建帛社，2010年。

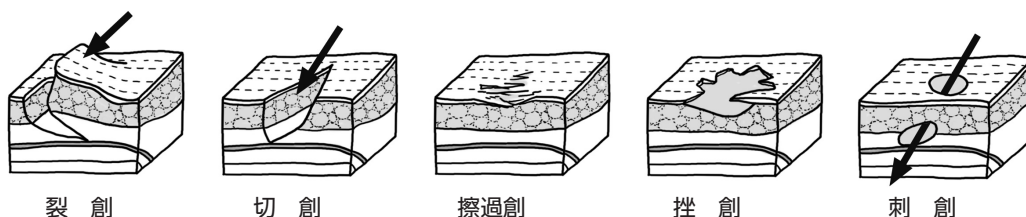
文部科学省スポーツ・青少年局 学校健康教育課監修『学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン』財団法人 日本学校保健会，2009年。

横井茂夫編著『みるみる小児看護第5版』医学評論社，2009年。

渡辺 博『わかりやすい予防接種 改訂第4版』診断と治療社，2011年。

- ^{れっそう}裂創－ぶつけたり、ねじったりして皮膚が裂けた状態
- ^{せっそう}切創（切り傷）－鋭利なものにより皮膚が切り裂かれた状態
- ^{さっかそう}擦過創（擦り傷）－転倒などにより皮膚の表面が擦れた状態
- ^{ざそう}挫創－ぶつけたり擦ったりして皮膚の表面に穴が開いた状態
- ^{しっそう}刺創（刺し傷）－細くて鋭利なもので皮膚が突き刺された状態

図6-1 創傷の種類



出所：郷木義子編集『職場・学校・家庭・地域での応急手当マニュアル』ふくろう出版，2009年，138頁。

園や家庭での対応

- ① 傷口が土などで汚れている場合は流水で洗い、傷口の大きさや深さを確認します。
 ※**とげ**が刺さったときは、とげの先が見えていれば毛抜きなどを使い、引っ張って抜きます。皮膚の中に入り込んでしまっているときは、熱消毒した針やピンセットで取り除きます。
- ② 出血している場合は傷口の上から清潔なガーゼをあてて止血します。
- ③ 血が止まったら、絆創膏などで傷口を保護します。
 出血が多いときは、傷口が心臓より高い位置にもち上げるようにします。

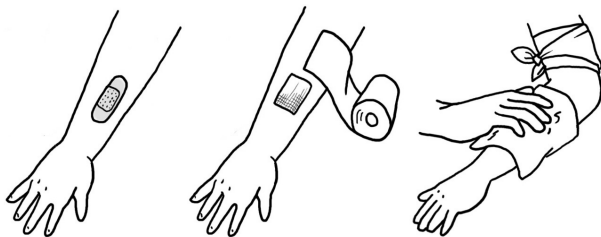
図6-2 傷の種類と手当

擦り傷



汚れを流水で洗い流し、ガーゼなどで保護する。

切り傷



小さな切り傷はよく洗って絆創膏を貼る。
出血が多い場合は、三角巾やガーゼなどで上から押さえる。

刺し傷



傷の奥までよく洗う。刺さったものが取れずに残っている場合は、無理に抜かずに清潔なガーゼなどで覆って医療機関を受診する。



こんなときは医療機関へ

- 出血がなかなか止まらないとき
- ガラスや釘が刺さったとき
- 頭や顔を大きく切ったとき
- 傷が乾かずに化膿してきたとき

覚えておこう！

止血法

ケガをした場合には傷口から出血がみられます。傷や部位によっては血が止まりにくい場合もあるため、正しい止血法を覚えておきましょう。子どもの場合は特に血を怖がったり、血がなかなか止まらなかったりすると不安に感じます。

また人の体の全血液量は体重 1 kg 当たり約 80ml といわれており、一度にその 1/3 以上を失うと命に危険をおよぼします。例えば、体重 19kg の子どもの場合、全血液量は約 1.5L となり、その 1/3 量は約 500ml（500ml のペットボトル 1 本分）となります。万が一、大出血がみられた場合にも迅速かつ確実に止血できるよう、いろいろな止血法を知っておくことは大切です。

なお止血をする際は、感染予防の観点から血液に直接触れないようビニール手袋などを使用します。また血液の付着したものを捨てる場合は、他の人が血液に触れてしまうことを防ぐために、ビニール袋などに入れて捨てます。

覚えておこう！

RICE

打撲・捻挫・脱臼・骨折などの応急手当の基本は、それぞれの手当の頭文字をとって「RICE」といいます。

Rest 安静にする

患部を無理に動かしたり、引っぱったりすると、痛みがひどくなるばかりでなく、傷の悪化を招きます。できるだけ安静を保つようにしましょう。



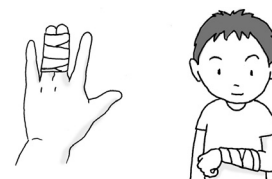
Icing 冷やす

患部を冷やすことにより、内出血や腫れを抑えます。氷嚢のうを使用するときは、氷の角を水で丸くし、中の空気を抜くと患部に密着しやすくなります。



Compression 圧迫・固定する

患部を包帯などで圧迫・固定することにより患部の安静を保ち、出血や痛み、腫れを防ぎます。患部が動いてしまうことによりできる新たな傷も防ぎます。



Elevation 高く上げる

患部を心臓より高く保つことで、腫れを抑えます。



捻挫だと思っていたら骨折していたというケースもあります。専門医に診てもらうようにしましょう。



(田中)