

保健安全衛生対策科目 研修 memo

保健… からだ 心 健康○安全… けが 病気 窒息 事故○衛生… 食中毒 感染症 対策
(対応)

こどもたちは園で“生活（保育）” あそび“を中心に、
育っている 計画を立てて保育現場を動かしている、季節感
発達 成長 興味関心 体調 ご家庭の様子（連携）ご要望
インクルーシブ保育（しょうがいをもっている子どもも定型発達の子も）
睡眠不足・噛む力、虫歯は改善されている一方体力低下、目の脆弱性（近視の進み）
経済的視点（社会お財布に厳しい）、スマホ育児

あそびをどのように工夫して、どんな狙いをもって、あそびを構成しているのか。うちの園
ではこの時期こんなことに注意してあそびを保育で組んでいますよ。ご家庭にこんな協力
こんな注意を促していますよ・・・

保健・安全・衛生を柱において、
どのように工夫して、どんな狙いをもって、
食べる・寝るを環境構成しているのか。
うちの園ではこの時期こんなことに注意して
食べる・寝るを保育で組んでいますよ。
ご家庭にも食べる・寝るをこんな協力を
こんな注意を促していますよ・・・

好事例・悩んでる…（←GWで問題課題解決）

感染症は「生活行動」で成立する

感染源（病原体がある） 感染経路（口・鼻・手等から入る） 宿主（こども）の感受性（抵抗力）↓

病原体（ウイルス・細菌等）がからだに入った時に、感染しやすい状態にあるかどうか、を指している専門用語です。

経口感染（ノロウイルス・ロタウイルス）

接触感染（手足口病・アデノウイルス）

食前後の手指→口・鼻（インフルエンザ）

“感染症” 保健・安全・衛生を柱において、
どのように工夫して、どんな狙いをもって、
食べる・寝る・あそぶを環境構成しているのか。

うちの園ではこの時期こんなことに注意して
食べる・寝る・あそぶを保育で組んでいますよ。
ご家庭にも食べる・寝る・あそぶを含めてこんな協力を
こんな注意を促していますよ・・・

保育現場で実践するうえで、保健・衛生・安全 0～5 歳児の発達段階に配慮しながら、特に「耳にやさしい（音刺激が強すぎない）」ことを重視した遊び といったように、視点をしばって年齢別・ねらい別に具体例をイメージしながら考えてみましょう

① 「耳にやさしい遊び」とは（保健衛生の観点）

耳にやさしい遊びとは、

- ・大きな音・突然の音を出さない
- ・連続的・反復的な騒音を避ける
- ・子どもが自分で音量を調整できる といった点を満たす活動です。

特に乳幼児は聴覚が未熟なため、大音量の楽器・拡声された音楽・一斉に鳴らす活動は注意が必要

② 年齢別 | 耳・心・体にやさしい遊びの具体例

【0 歳児】（安心感・静かな刺激）

① 布あそび（ガーゼ・スカーフ）

- ・内容：布をひらひら揺らす、顔の前でゆっくり動かす
- ・安全・衛生配慮
- ・軽い素材のみ使用
- ・顔にかける時間は短く、必ず保育者が見守る

耳への配慮：音を出さず、声かけも穏やかに

② ふれあい遊び（歌なし・語りかけ）

内容：膝の上でゆっくり揺れる、背中をなでる

ポイント：歌う場合も小さな声・一定の音量

【1 歳児】（探索・安心・音の調整）

③ 風船ころころ

- ・内容：風船を転がす・軽く触る
- ・安全配慮：割れにくい風船／誤飲防止
- ・耳への配慮：破裂音を避けるため、空気は少なめ

④ 木・布素材のおもちゃあそび

- ・内容：積む・並べる
- ・ポイント：プラスチック製の大きな音が出る玩具を避ける

【2歳児】（模倣・感触・静と動のバランス）

⑤ 新聞あそび（静かな設定）

- ・内容：ちぎる・丸める
- ・工夫：投げる活動はせず、机上で行う
- ・耳への配慮：一斉にバリバリ破らせない

⑥ まねっこ動物あそび（声なし）

- ・内容：うさぎ歩き、ねこ伸び
- ・声掛けは保育者のみ

【3歳児】（集団でも静かに楽しめる）

⑦ サイレントゲーム（無言あそび）

- ・内容：ジェスチャーで伝える
- ・効果：聴覚疲労の軽減、集中力向上

⑧ 絵本＋指さし対話

- ・内容：読み聞かせ後、子どもが指で答える
- ・耳への配慮：読み聞かせは一定の音量

【4～5歳児】（自己調整・協調）

⑨ 影あそび

- ・内容：影で動物や形を作る
- ・音を使わず、想像力を育てる

⑩ 自然物あそび（木の実・葉）

- ・内容：並べる・見立てる
- ・衛生配慮：使用前後の手洗い徹底

③ 共通の保健・衛生・安全ポイント

- ・音の出る玩具は人数を制限
- ・一斉活動より少人数・コーナー遊び
- ・興奮が高まる前に「静」の遊びを挟む

- 子どもの耳をふさぐ・嫌がる様子が出たら中止

④ 現場ですぐ使える視点（監査・指導対応にも有効）

- 「聴覚過敏・疲労への配慮」
- 「子どもの自己調整を促す環境設定」
- 「静と動の活動バランス」

これらは、保健・安全配慮として説明しやすく、巡回・監査時にも評価されやすい視点です。

乳幼児0～5歳のこどもが保育園で感染リスクに関係する「食べる」「寝る」が具体的にどんな風に関係しているか、エビデンス、研究含めて考えてみましょう…

0～5歳児の保育園“**集団**”生活における「食べる」「寝る」が感染リスクとどのように深く関係しているでしょうか※公的ガイドライン・研究に基づいて考えてみましょう

感染成立の仕組み

国内外のガイドライン・研究（エビデンス）

保育現場の**行動**に直結する形

1. 前提：感染症は「**生活行動**」で成立する

こども家庭庁・厚労省の保育所感染症対策ガイドラインでは、感染成立には

①感染源／②感染経路／③宿主の感受性

の3要素が必要とされています。

→「**食べる**」「**寝る**」は、

- 感染経路を増やし
- 宿主（子ども）の抵抗力（感受性）にも影響する
極めて重要な生活場面です。

2. 「食べる」と感染リスクの関係（エビデンス）

① 食事は「経口感染・接触感染」の中心場面

保育園では、

同じ空間で

口・手・テーブル・食器を使い

乳幼児は自分で十分な衛生管理ができない

という特徴があり、**食事場面は感染が成立しやすい**とされています。

特に関係する感染症

ノロウイルス・ロタウイルス（経口感染）

手足口病・アデノウイルス（接触感染）
インフルエンザ等（食前後の手指→口・鼻）

② 食事行動そのものがリスクを高める理由（研究・報告）

乳幼児の行動特性

- 手づかみ食べ
- 口・舌・唾液の接触
- こぼした食物を触る → 口に戻す

これらは、病原体が「手→口」へ侵入する経路を作ります。

③ 栄養状態は「感染にかかりやすさ」に直結する

エビデンス

- 乳幼児期は免疫機能が未成熟
- 栄養不足（特にたんぱく質・鉄・ビタミンA/C）は
粘膜防御・免疫細胞機能を低下させる

これは、厚労省の

「幼児期の健やかな発育のための栄養・食生活支援ガイド」

で明示されています。

→「食べられない」「偏食」「体調不良時の摂取低下」＝感染に弱い状態

付：地図状舌は、原因が不明確ですが、そういった子どもも規則正しい食生活は基本です

3. 「寝る」と感染リスクの関係（エビデンス）

① 睡眠は免疫の「回復・調整時間」

睡眠中には、

- 免疫細胞（T細胞・NK細胞）が活性化
- 炎症反応が調整される

ことが分かっており、睡眠不足は感染リスクを上げると報告されています。

② 午睡・集団睡眠は「感染経路」が密集する場面

保育園特有のリスクとして、

- 集団で近い距離で横になる
- 距離が近い
- 咳・鼻水・呼気が拡散しやすい

ため、飛沫・接触感染が起こりやすいと明記されています。

③ 寝具・環境が感染媒介になる

ガイドラインの指摘

- ・敷布・掛け布・タオルの共用
- ・十分に洗濯・乾燥されていない寝具

は、接触感染の媒介になる可能性があります。

④ 睡眠不足・質の低下 → 感染に「かかりやすく・治りにくい」

厚労科研・睡眠研究では、

- ・ **睡眠不足の子どもは**
発熱・呼吸器感染を繰り返しやすい
- ・ **回復が遅れ、登園再開後に再燃しやすい**

ことが指摘されています。

4. 「食べる × 寝る（睡眠）」が重なると感染リスクはさらに上がる

典型的な悪循環（研究・現場より）

1. 食欲低下 → 栄養不足
2. 免疫力低下
3. 感染しやすい
4. 発熱・鼻水 → 睡眠の質低下
5. 回復遅延 → 再感染

この連鎖は、保育所感染症対策ガイドラインでも

「生活リズム全体の調整が重要」と強調されています。

監査・指導計画も意識して…

指導計画・保健 欄の記載例（要約）

乳幼児の感染症予防においては、手洗い等の衛生管理に加え、

食事および睡眠という日常生活行動が、感染経路および宿主の感受性に大きく影響する。集

団での食事や午睡は、接触・飛沫感染の機会が増える場面であるため、環境整備と個別配慮

を行い、免疫機能の維持に必要な栄養摂取および十分な休息を保障する。

宿主の感受性（しゅくしゅ・やどぬし どちらの言い方もされます、のかんじゅせい）とは何か

宿主の感受性とは、

➡ 病原体（ウイルス・細菌など）が体に入ったときに、感染・発症しやすい状態にあるかどうかを指す専門用語です。

感染症は次の3つがそろったときに成立します。

1. 感染源（病原体がある）
2. 感染経路（口・鼻・手などから入る）

3. 感受性のある宿主（＝抵抗力が十分でない人）

この3つ目が「宿主の感受性」です。

もう少しかみ砕くと

同じウイルスに触れても、

- すぐ感染・発症する子
- 感染しても軽くすむ子
- ほとんど症状が出ない子

がいるのは、宿主の感受性が違うからです。

宿主の感受性を高める（＝感染しやすくする）要因

公的ガイドラインや感染症の基礎知識では、次のような要因が明確に示されています。

① 年齢（乳幼児は感受性が高い）

- 乳幼児は免疫が未熟
- 母体由来の免疫が生後数か月以降に低下
→ 感染しやすく、発症しやすい

② 栄養状態

- 食事量が少ない
- 偏食・体調不良で栄養が不足
→ 免疫細胞・粘膜防御が弱くなる

③ 睡眠・休養不足

- 睡眠不足
- 疲労の蓄積
→ 免疫機能の回復ができず、感染リスク上昇

④ 予防接種を受けていない

- ワクチン未接種＝免疫を持っていない状態
→ 感受性が「高い」状態のまま

「宿主の感受性」

保育所における感染症対策ガイドラインでは、

次のように整理されています。

病原体の伝播を受けた宿主に、

予防するための免疫が弱く、感染した場合に発症しやすい状態

があることを「感受性がある」とする。

つまり保育園では、

- 乳幼児という年齢

- 食事・睡眠が生活リズムに左右されやすい
- 体調変動が大きい

という理由から、子どもは基本的に「感受性が高い宿主」と考えて対応する必要があります。

感受性対策とは何をすることか

ガイドラインでは、宿主の感受性への対策として次を挙げています。

- 予防接種
- 栄養・食事の確保
- 十分な睡眠・休養
- 健康状態の把握と早期対応

これらはすべて「感染経路を断つ前に、子ども自身を守る対策」です。

ひとことでまとめると

宿主の感受性とは

「その人（子ども）が、病原体に対してどれくらい弱い状態にあるか」

保育園では

「乳幼児は感受性が高いことを前提に、生活（食べる・寝る・休む）を整える」という考え方になります。

保育園で園児が発熱し解熱した後、どのタイミングで登園してよいのか、ルール化、根拠のある決まり、ガイドラインや通知等、具体的に、自治体ごとにどのような決まりになっている、園ではどのような「決めごと」になっていますか、確認できていますか？

全国共通の「法律で一律に決められた登園再開ルール」はありません

…が、

- ✓ 国（こども家庭庁／旧厚労省）のガイドライン
- ✓ それを根拠にした自治体の運用通知・Q&A
- ✓ 各園が定める園内ルール

という三層構造で整理していくのが通常です

園では①全国共通の根拠 → ②自治体の具体例 → ③ルール化するときの実務的ポイントの順で、具体的に整理して、保護者とも共有しておくことが大事です。

① 全国共通の根拠（いちばん大元）

根拠資料（必須）

こども家庭庁

「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版・令和5年一部改訂）」

このガイドラインが、全国すべての自治体・保育園の共通ベースです。

ガイドラインに書かれている「発熱後の登園目安（重要部分）」

発熱後の登園について、明確に次の考え方が示されています。

登園を控えるのが望ましい状態

- 24時間以内に 38℃以上の発熱があった
- 24時間以内に 解熱剤を使用している
- 発熱とともに元気がない、食事・水分が取れない 等

登園可能の目安

- 24時間以内に 38℃以上の発熱がない
- 解熱剤を使っていない
- 体温がおおむね 37.5℃以下
- 元気があり、食事・水分が摂れている

→ガイドライン上、

「解熱していても、発熱後 24 時間は自宅で様子を見る」

という考え方が明記されています。

重要な注意書き

- 体温はあくまで目安
- 平熱+1℃程度を一つの判断材料とする
- 年齢（特に 0～1 歳）や全身状態を考慮する

つまり

👉 「解熱した=翌日 OK」ではない

👉 「24 時間ルール」が基本

というのが国の公式スタンスです。

② 自治体ごとの具体的な決まり（代表例）

自治体はこのガイドラインをほぼそのまま踏襲していますが、

✓ 表現

✓ 書類の要否

✓ 園への求め方

に違いがあります。

【東京都】

東京都は、国ガイドラインをそのまま準拠と明記しています。

- 登園判断は

「保育所における感染症対策ガイドライン」に基づく

- 発熱後は
24 時間以内に 38°C以上の発熱がないこと
解熱剤を使用していないこと
を基本とする
👉 東京都独自の「緩和」や「短縮」はありません。

少し、丁寧にみてください…（或る園の一例 A 園）

- 発熱の判断は
「平熱+1~1.5°C」を目安
- 解熱後すぐの登園は勧めない
- 原則
発熱後 24 時間は自宅で様子を見る

→ 医師意見書・登園届の運用を市として統一しているのが特徴。

（或る園の一例 B 園）

基本は国ガイドライン準拠。

- 発熱後の登園目安は
24 時間以内に 38°C以上の発熱がないこと
- 感染症別に
「登園のめやす」資料を作成し、園→保護者説明用に活用
→保護者向け説明資料が非常に充実させる

多くの自治体・園で、以下の文言がそのまま使われています。

- 「発熱期間と同日の回復期間が必要」
- 「解熱後、少なくとも翌日は自宅で様子を見る」

→これはガイドラインの表現をそのまま転用しています。

③ 園で「ルール化」するときの現実的な書き方（監査・保護者説明対応等）
実務上、いちばんトラブルが少ない書き方はどうでしょう…

【例】発熱後の登園再開ルール

園児が発熱した場合は、原則として登園を控えていただきます。
解熱後であっても、24 時間以内に 38°C以上の発熱がないこと、
解熱剤を使用していないこと、

食事・水分が摂れ、普段どおりの生活が可能な状態であることを確認したうえで登園してください。

なお、本基準は「保育所における感染症対策ガイドライン」に基づいています。

→国ガイドライン準拠と書くのが最大の防御策です。

④ まとめ

- 法的根拠：こども家庭庁「保育所における感染症対策ガイドライン」
- 全国共通の考え方：解熱後 24 時間ルール
- 自治体差：表現・運用の違いのみ（中身はほぼ同じ）
- 「翌日すぐ登園 OK」は公式には推奨されていない

感染症を防ぐために保育園で給食の残渣等の取り扱い（例えばバケツに蓋をする）で留意したほうが良いことなどを、エビデンスや事例に即して理由根拠を踏まえながら、園でどのくらい決まりが徹底されていますか？

ココは、とても重要な視点です。

給食の残渣（食べ残し・残菜・汁物残り等）の取扱いは、保育園における感染症対策の中でも「見落とされやすいが、実はリスクの高いポイント」です。以下では、エビデンス（国のガイドライン・自治体マニュアル・感染症事例）に基づいて、「なぜバケツに蓋をするのか」「どこに注意すべきか」を理由と根拠を明確にして整理しておきましょう。

1. 給食残渣が感染源になり得る科学的根拠はどんなことにある？（総論）

感染症成立の 3 要素から見る残渣の位置づけ

保育所感染症対策ガイドラインでは、感染症成立には

①感染源 ②感染経路 ③感受性の高い宿主（乳幼児）

が必要とされています。

給食残渣はこのうち

- 感染源（病原体が付着・増殖しうる）
- 感染経路の媒介（手指・器具・飛散）

の両方に関与します。

なぜ園内で使用の「バケツに蓋をする」必要があるのか（根拠別に整理）

① 飛散・二次汚染防止（ノロウイルス等）

ノロウイルスは、

- 極めて少量（10～100 個）で感染成立
- 食品や器具・手指を介した二次汚染が主経路 とされています

残渣を開放したままにすると

- 盛り付け・下膳時の動作で飛沫・飛散
- 手袋・エプロン・床 → 手指 → 口への再汚染

という経路が成立します。

※ 蓋をすることの意味

→ 「感染源を封じ、感染経路を遮断する」一次対策
(これは HACCP の「一般衛生管理」に該当)

② 害虫・害獣 (ハエ・ゴキブリ等) 媒介対策

多くの自治体給食衛生マニュアルでは、

残菜・廃棄物は速やかに、密閉容器で管理すると明記されています

害虫は

- 残渣 → 調理台・器具 → 食品
という機械的媒介を起こします。

👉 蓋なし=誘引源

→ 特に夏季・湿潤環境ではリスク増大

③ 温度帯による細菌増殖リスク

細菌は

20~50°Cで増殖しやすい

(大量調理施設衛生管理マニュアル)。

残渣は

- 水分・栄養が豊富
- 常温放置されやすい

👉 蓋をせず長時間放置

=細菌増殖+臭気+害虫誘引の三重リスク

実際のマニュアル・事例に基づく具体的留意点

① 残渣容器 (バケツ) の管理

自治体マニュアルに共通する要点:

- 必ず蓋付き容器を使用
- 一時保管でも開放禁止
- 調理区域・非汚染区域を分ける

② 触れた後の手指衛生

所沢市・三原市のマニュアルでは

「残菜・ゴミに触れた後は必ず手洗い」

と明記されています。

👉 残渣は「汚染作業」に該当

→ 次の作業に移る前の手洗いが必須

③ 嘔吐・下痢流行期（特にノロ）

ノロウイルス Q&A では、

- 患者の便・吐物には大量のウイルス
- 周囲環境を介した二次感染が多い とされています。

👉 流行期の追加配慮：

- 残渣容器は即時密閉
- 使用後は洗浄・消毒
- 床・取っ手等の環境消毒強化

現場・監査対応などでしっかり言語化できることが大事です

「給食残渣は、ノロウイルス等の感染源になり得るため、

飛散・二次汚染・害虫媒介を防ぐ目的で、一時保管であっても必ず蓋付き容器で管理しています。これは保育所感染症対策ガイドラインおよび自治体給食衛生マニュアルに基づく対応です。」

好事例・悩んでる…（←GWで問題課題解決）

オンデマンド動画の補足

爪ブラシを保育園の保育士職員等が使用することの是非について、様々な論があるが、最新の論文や最新情報エビデンスから、保育園等の施設で保育室で爪ブラシを使うことは推奨か非推奨か（皮膚に傷がつく等）、関連するガイドライン等様々な視点から、補足を行います。

「爪ブラシを保育園の保育者が保育室で使うべきか」について

「保育室で“ルーチンで使用する”ことの爪ブラシ”は推奨しにくい」／ただし“場面限定”なら合理性あり

保育園等の給食室での「爪を短く清潔に切り調える」ことがとても難しい場合が少なくないと、感じています。爪を短く切って常に清潔を調べられたら良いが… そして、手洗いの頻度が少なくなりがちという保育園等の給食室での課題も残ります。医療機関に比べて保育園の給食室での爪を手指を“常に”清潔に保つ習慣・チェック体制・調理員等の意識等の状態

が完璧に行かないというお悩みが残る場合は、
爪ブラシがあることで、爪を短く常態として保つこと、手を入念に頻繁に洗うことの意識が高まるのではないかと？例えば、毎回の手洗いに使用せずとも、汚染が強いと感じられる場合には爪ブラシを使用する等は、必要ではないかと、園によって、自治体によって、置かれている環境にはたらきかけるための視点として、爪ブラシの使用（専用の爪ブラシが必須／くつつかないように感覚が保てる管理環境も必須）を視野に入れていることも少なくない。

一方で、

（実務的な見解として）

“保育室（保育者が日常保育の中で行う手洗い）”で、毎回・日常的に爪ブラシを使う運用は、一般には“推奨しにくい”とされます。

理由は、①手荒れ・皮膚障害（手指のバリア低下）が起きると手指衛生の継続性が落ちやすいこと、②ブラシ自体が共有・保管・乾燥不十分だと汚染源になり得ること、③そもそも多くの手指衛生の基本は「爪を短く＋石けんと流水で摩擦洗浄」で成立するためです。皮膚状態を良好に保つ重要性は、様々な分野で繰り返し強調されています。一方で、“汚れが強い場面”に限定（泥遊び・園庭作業・嘔吐物/便処理後の爪周りに明らかな付着がある等）し、使い捨てのネイルクリーナー/個人専用で衛生管理されたブラシを併用するのは合理性があります。一般向けですが、CDCは爪の下は石けんと水で（または爪ブラシで）洗うことを日常の爪衛生として述べています。

爪ブラシが話題に出る場合、ほぼ必ず「**手指衛生 (Hand Hygiene)**」の話とセットです。CDCは、以下のような点について**科学的根拠 (エビデンス) に基づいた指針**を出しています。

- ・爪の下は汚れや病原体が残りやすい部位である
 - ・爪は短く保つことが重要
 - ・手洗い時に**爪の裏を石けんと水で洗う**こと
 - ・状況によっては**爪ブラシを用いて洗浄**することが有効
 - ・人工爪（ジェル・アクリル等）は感染リスクを高めるため医療現場では原則禁止
- これらは「**医療現場における手指衛生のための CDC ガイドライン**」などに明記されています。

また、給食室・調理従事者という文脈では、自治体の衛生ハンドブック等で「個人専用爪ブラシを備え、消毒・乾燥」まで含めた運用が書かれているケースがあります。

つまり、“保育室でのルーチン使用”と“給食室や汚れ強い場面での限定使用”は分けて考えるのが現実的と言えます。

給食室（調理）

「給食室に入る際、爪ブラシで爪の中まで入念に洗浄」という運用をしている保育園の給食室は現在もあります。

これは、文脈上も食中毒予防・調理従事者の衛生管理（手袋穿孔、装飾爪、指輪等の衛生リスク）として書かれており、“保育室での保育者の一般的手洗い”とは目的・リスク構造が異なる点が重要です。

「最新エビデンス／ガイドライン」は爪ブラシをどう扱う？（直接・間接の整理）

国際/医療系のガイダンスが強調するのは「爪の管理」と「皮膚を守ること」

手指衛生の実装でしばしば問題になるのは、頻回の手洗いによる皮膚トラブル（乾燥・刺激・手荒れ）で、CDCの医療者向け解説でも「皮膚を健康に保つこと」が課題として触れられています。

AORN（周術期領域の手指衛生要点）も、健康な皮膚状態を保ち、手荒れ（皮膚炎）を防ぐことを推奨し、繰り返しの刺激（例：熱い湯など）で皮膚が荒れる可能性に触れています。

ここから読み取れる実務的含意

「追加の摩擦刺激を増やす爪ブラシ運用は、メリット（爪下の清掃）と同時にデメリット（皮膚刺激→手荒れ→手指衛生の質/回数低下）を生みやすい」ため、“必要場面に絞る”設計が合理的、という方向になります。

「爪の下の清掃」自体は推奨され得るが、“手段”は状況次第

CDCの一般向け爪衛生では「手洗いのたびに爪の下を石けんと水（または爪ブラシ）で洗う」と書かれており、爪下が汚れの温床になり得る点を踏まえた助言です。

一方で、これは保育室の運用（共有物・保管環境・忙しさ・頻回手洗い）まで踏み込んで設計された記載ではありません。したがって、保育園実務では次項の「運用上のリスク」を織り込む必要があります。

（ブラシは“衛生管理できる前提”なら場面によっては採用される（給食室など）

自治体の衛生ハンドブック例では、手洗い設備に「石鹼、個人専用爪ブラシ、アルコール」を備える、さらにブラシは終業後に煮沸消毒・乾燥/塩素消毒といった、かなり具体的な維持管理が書かれているものもあります。

ここがポイント：

爪ブラシ採用の是非は「効果」だけでなく、「ブラシが汚染源にならない運用（個人専用・消毒・乾燥・保管）が確実に回るか」で判断が分かります。

“単回使い捨て”の考え方：手術領域では「単回ブラシ/ピック」が言及される

WHOの手術部位感染予防（Surgical hand preparationのレビュー付属資料）では、爪を清潔にするために単回使用のブラシやピックを用いる考え方が示されています（少なくとも

「単回使用で爪を清潔に」という方向性が書かれている)。
この発想は、保育園でも「共有ブラシを置きっぱなし」ではなく、必要時は単回/個人専用”
に。

保育室で爪ブラシ運用を入れる時に起きやすい「実務上の落とし穴」

保育室は、

- ・手洗い回数が多い（おむつ・食事介助・鼻汁/唾液・遊び等）
- ・時間がタイト
- ・共有物が増えると管理コストが跳ね上がる

という性質があります。ここで爪ブラシを“毎回”にすると、

- (1)皮膚刺激が増える（手荒れ→手指衛生の質が落ちる）
- (2)ブラシの保管・乾燥・消毒が甘いと逆に汚染源（特に共有運用だと危険）
- (3)手洗い手順が複雑化し、結果的に“洗うべきタイミングで十分に洗えない”

が起りやすくなります。皮膚状態を守りつつ、確実に回る手指衛生が優先される、という整理が妥当です。

最終提案：保育園での「現実的な見解（おすすめ運用）」— 3段階

① 基本（保育室・日常）＝爪ブラシは“原則使わない”

- ・爪は短く（これが最重要）
- ・手洗いは石けん＋流水＋摩擦で爪先まで（指先・爪周りを意識）
- ・手荒れを防ぐ（保湿・刺激の強い運用を増やし過ぎない）

→ “毎回ブラシ”はこの基本を崩しやすいので、原則 OFF が安全側。

② 例外（汚れが明らかに強い時）＝“単回 or 個人専用”で限定使用

- ・園庭での泥・砂遊び後、爪の中に明らかな汚れが残る
- ・便/嘔吐物等の処理後に爪周りに付着が疑われる

→ この時だけ、使い捨てのネイルピック/単回ブラシまたは個人専用で衛生管理されたブラシを補助的に使い、その後に通常の手洗い。

③ 給食室（調理・配膳）＝園内ルール/自治体マニュアル（自治体により種々）に従い“個人専用＋消毒”なら採用余地

- ・自治体例でも「個人専用爪ブラシ＋消毒・乾燥」が前提です。

→ つまり、給食室は“別ルール”として成立しやすい領域です。

「使う/使わない」で迷う園向け：判断フレーム（短く）

- ・ブラシを共有しない運用にできるか？（個人専用 or 使い捨て）
- ・消毒・乾燥・保管が“確実に回る”か？（回らないなら導入しない）

- ・手荒れが増えていないか？（増えるなら中止/限定へ）
- ・保育室と給食室を混同していないか？（目的が違う）

園によって、或いは保育室・給食室等によって、実務に落とせる形にすることが望ましいのではないか。「保育室は原則ブラシなし、汚れ強い時のみ単回」＋「給食室は個人専用＋消毒」という園内ルールに整えて共有することも良いのではないか。

園内で使っている手洗い手順や設備（個人専用ブラシの有無、消毒方法の現実）を前提に、矛盾が出ないように、各園で整えることがのぞまれます。

爪ブラシを保育園の保育士職員等が使用することの適否について
厚生労働省の通知や論文や最新の知見等から…

「保育園において**保育士等保育室の職員が**爪ブラシを使用することの適否」について、
厚生労働省（現：こども家庭庁）関係通知・ガイドライン、国内外の論文・ガイドライン
（WHO・CDC 等）、最新の実務的知見を区別して整理したうえでの総合的見解です。

1. 厚生労働省（こども家庭庁）の通知・ガイドライン上の位置づけ

(1) 「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）

本ガイドラインでは、職員の手指衛生として「石けんと流水による手洗い」および「手指消毒」が基本とされています。

・爪については「短く切る」「装飾をしない」ことが明記されており、爪の長さ管理が最重要事項とされています。

・（給食室でない保育室に）「爪ブラシの使用」を一般的・日常的に推奨する記載はありません。

手洗い方法の説明においても、爪ブラシの常用は前提とされていません。

行政ガイドライン上は

「保育室での通常の手洗い＝爪ブラシを使わない方法」が標準化してきています

保育所保健衛生関係通知・指針（保育所保育指針等）

保育所保育指針および関連通知でも、

爪を短く清潔に保つこと

手洗いの徹底 が重視され、

爪ブラシの使用は想定されていません。

厚労省系通知では「爪ブラシは必須でも推奨でもない」というのが公式な位置づけです。

医学・感染管理分野の論文・国際ガイドラインの知見

(1) WHO「手指衛生ガイドライン」

WHO は、医療・ケア現場において

- ・爪を短く保つ
- ・皮膚のバリア機能を保つ（手荒れを防ぐ）ことを強く重視しています。

繰り返しの強い摩擦（ブラシ等）は、

皮膚微小損傷

手荒れ・皮膚炎

結果として手指衛生遵守率の低下につながる可能性があるとされています。

- ・爪ブラシは、手術前の外科的手洗いなど「限定された場面」で、単回使用を前提に使われるものと整理されています。

(2) CDC（米国疾病対策センター）の見解

CDC は爪衛生として、

爪を短く

石けんと流水で爪周囲まで洗う

ことを基本としています。

一般的衛生の文脈では「爪ブラシに言及」はありますが、

- ・頻回に用いること
- ・共有して使うことについては、皮膚障害や交差汚染のリスクを考慮すべきとされます。

(3) 近年の論文・感染管理レビュー（2021-2024）

周術期・医療従事者を対象とした研究では、

- ・ブラシ使用は細菌数を減らす一方、皮膚損傷を増やす

手荒れがある職員ほど手指衛生の実施頻度が下がる

という報告が複数あります。

そのため、最新の感染管理では

「日常ケアではブラシを使わず、爪管理+摩擦洗浄を徹底」

が主流です。

給食室・調理従事者との「混同」に注意

自治体により異なりますが、自治体マニュアルでは、

給食室・調理従事者については

個人専用爪ブラシ

使用後の消毒・乾燥

を前提として爪ブラシを使用する運用が記載されているケースもあります。

これは、

- ・食中毒対策（ノロウイルス等）
- ・非加熱食品の取扱い

というリスク構造が異なる業務であるためです。

保育室の保育士と、給食室の調理従事者は分けて考える必要があります。

総合的見解

保育園の保育士等が、保育室において日常的に爪ブラシを使用することは、厚生労働省（こども家庭庁）のガイドライン上も、最新の医学的知見からも、「推奨されていない」ととるのが妥当な見解です。

理由（整理用）

1. 厚労省ガイドラインに明示的推奨がない
2. 爪ブラシは皮膚損傷・手荒れのリスクがある
3. 手荒れは手指衛生の質・頻度を低下させる
4. 共有物としての爪ブラシは交差汚染リスクがある
5. 爪は「短く切る」ことで十分にリスク管理可能

例外的に許容される場面

- ・泥・便・嘔吐物等が明らかに爪内に残存している場合
- ・単回使用（使い捨て）または完全に個人専用で管理できる場合

実務向け

保育室における保育士等の手指衛生は、爪を短く清潔に保ったうえで、石けんと流水による摩擦洗浄を基本とする。爪ブラシの常用は、皮膚障害や交差汚染のリスクがあるため行わない。

0～5歳の未就学児乳幼児の睡眠不足が子どもに与える影響を、

最新の研究や論文等最新の情報から、一緒に考えてみましょう。

保育園等では具体的に子どもの睡眠について、どのような留意・工夫をすることが出来るか、

保護者との連携をどうしていけばよいのか等
についても、考えてみましょう。

このことは、とても重要で、現場にも保護者支援にも直結する
保健安全衛生対策上のテーマです

○0～5歳未就学児の睡眠不足が子どもに与える影響は？

○保育園等でできる具体的な留意点・工夫は？

○保護者との連携の実践的な方法は？

研究エビデンスに基づいて考えてみましょう。

○0～5歳未就学児の睡眠不足が子どもに与える影響

脳・神経発達への影響（認知・言語・実行機能）

乳幼児期の睡眠は、**神経ネットワーク形成**・シナプスの刈り込み・
記憶の定着に不可欠

○日本の縦断研究では、就寝時刻が遅い乳児（**22時以降**）ほど、
2歳までの神経発達（運動・言語・視覚受容）の伸びが有意に低い
ことが示されています 早く眠るより“深く眠る”

（大阪大学 奥村明美ら）

2024年の最新研究では、睡眠時間の**不規則さ**・短さが、
社会性・コミュニケーション力・脳波活動の変化と関連することが、
脳波・視線計測という客観指標で示されました

（Sleep Medicine 誌掲載）

ポイント

「何時間寝たか」だけでなく

■**就寝時刻の遅さ**・日ごとのばらつきが大ききリスク要因

鍵！深く眠れる環境づくり

○情緒・行動面への影響（イライラ・多動・自己制御）

- ・睡眠不足・睡眠の質低下は
- ・情緒不安定
- ・衝動性・多動傾向
- ・集中力低下
- ・朝の機嫌の悪さ

と強く関連

○夜間覚醒が多い乳幼児ほど、

幼児期の自己制御機能・実行機能が低下しやすいこと

が縦断研究で示唆

○身体・健康面への影響

- ・成長ホルモン分泌低下 → 身体発育への影響
- ・免疫力低下 → 感染症にかかりやすい
- ・幼児期の短睡眠は、将来的な肥満リスク上昇とも関連

○保育園でできる「睡眠」に関する具体的な留意・工夫

★午睡の考え方（年齢・個人差への配慮）

研究・全国調査から分かっていること

- ・3～5歳では自然に午睡が減少・消失していく発達過程

- ・一律の午睡は、

夜間の就床時刻後退

朝の機嫌の悪化

登園渋り

を助長する可能性

園での具体策

- ・「眠る／眠らない」を二択にしない
- ・横になって休息する・静かな活動を選べる環境づくり
- ・年齢だけでなく

■家庭での就寝時刻

■夜間睡眠の状況

を踏まえて調整

2. 午睡環境の整備（質を高める）

多くの研究・実態調査で有効とされる工夫：

- ・室温・湿度・照度の調整
- ・騒音の最小化
- ・同じ流れ（ルーティン）で午睡に入る

実践例

- ・午睡前は「静→動」ではなく「動→静」への切り替え
- ・読み聞かせ・同じ音楽・声かけの統一

睡眠記録の活用

- ・「寝た・寝ない」ではなく

- ・入眠までの様子
- ・途中覚醒
- ・目覚め後の機嫌

を記録

※家庭との共有により、夜の睡眠調整につながる

○保護者との連携：伝え方・支援のポイント

「早く寝かせてください」では伝わらない

研究を考察して言えるのは

- ・問題は「親の努力不足」ではないことが多く…

社会構造・生活リズムのズレ

保護者支援で大切な視点

- ・責めない
- ・数値より「子どもの姿」を共有
- ・「園と家庭は同じチーム」という姿勢

○保護者に伝えやすいエビデンス例

「夜〇時以降の就寝が続くと、脳の発達の伸びに影響が出る可能性が示されています」

「睡眠時間より、毎日のばらつきを小さくすることが大切です」

○実践的な連携ツール

- ・睡眠リズムチェック表（就床・起床・夜間覚醒）
- ・園だよりでのミニコラム
- ・個別面談での「午睡 × 夜の睡眠」フィードバック

まとめ（現場で…）

- ・0～5歳の睡眠不足は

▣脳・情緒・行動・健康すべてに影響

特に重要なのは

就寝時刻

規則性

個人差への配慮

保育園は

▣「眠らせる場所」ではなく

▣生活リズムを整える拠点

※保護者との関係性は、指導ではなく「伴走」

近視は小学生からではなく、3～6歳ですでに始まっている

近視の新規発症が3～8歳で増加している

保育園の年長児では、1年で近視が4～5倍に増えた

未就学児こそ、「予防の最後のチャンス」

屋外の活動時間を増やすと近視が有意に減ることが確認されています（京都大学）木陰のレベルでOK（1000ルクス位で）効果あり

スクリーンタイムの影響は、年齢が低いほど大きい

しゃぼんだま 遠近 追視に有効なあそび（園だけでなく公園や家庭でも手軽に取り入れやすい）但し目や皮膚への刺激等への配慮も必須。

子どもの安全

（お散歩・遊び・お迎え時・食事中・睡眠中…）について、

枝豆・トマトの栽培はやめた 洋服を七分袖にした

木の遊び道具は2歳までは使用しなくなった…

あそび

心とからだを強くしなやかに

やさしさも育つ

～現事情を考慮して～

目に優しいあそび・筋力低下を補うあそび～

背筋をよくする遊び…稲かり、大根抜き 泥遊び（本格的に）砂の種

類サラサラの土はピカピカになる

親が着用した抱っこひもから赤ちゃんが落下する事故が後を絶たない。安全な使い方を園内・保護者に向けて…… 共有できているでしょうか。

国民生活センターが全国約30か所の医療機関を通して集計したところ、2019年度から5年10か月の間に発生した落下事故は138件。9割は0歳児で、その中でも3か月以下の赤ちゃんが半数を占めた。138件のうち15件は骨折、22件は頭蓋内損傷という重いけがだった。園ではとくにいろいろな特性・体格の子どもを抱っこするので、

「抱っこひもが赤ちゃんの体格に合っているかどうかを確認することが大切。赤ちゃんとお親、抱っこひもの間に隙間ができないように着用出来ているか等」毎回第三者の目で確認が必要。

乳幼児が保育園でけいれんを起こした場合、保育者が取るべき具体的な対応は？

日本小児神経学会や保育現場向けマニュアル等に基づいた標準的な手順をもとに考えてみましょう。

けいれん発生時の基本対応手順

1. 時刻の確認と記録

けいれんが始まった時刻を確認し、止まった時刻も記録します。

可能なら動画や詳細な様子（左右差、発熱、嘔吐など）を記録します。

2. 安全確保

子どもを床に直接寝かせ、周囲の危険物を取り除きます。

首周りの衣服を緩め、呼吸しやすい状態にします。

3. 体位の調整

嘔吐による誤嚥を防ぐため、顔を横に向けて横向きに寝かせます。

頭を少し後ろにそらし、気道を確保します。

4. 観察

けいれんの様子（手足の動き、目の状態、顔色）を観察し続けます。

けいれんが止まった後も、意識と呼吸が回復するまで見守ります。

救急車を呼ぶべきケース

けいれんが5分以上続く場合。

けいれん後も意識が戻らない場合。

初めてのけいれん、または1歳未満で発生した場合。

体の片側だけがけいれんしている、熱がないのに起こった場合。

✕ やってはいけないこと

口に指やおもちゃやペン、タオルなどを入れる（窒息や外傷の危険）。

強く揺さぶる、押さえつける。

無理に水や薬を飲ませる。

📞 保護者への連絡

救急要請後、保護者に連絡します。

事前に「緊急時は保護者の判断を待たず救急要請する」ことを同意しておくことが重要です。

追加ポイント

けいれんが止まっても必ず医師の診察を受ける。

けいれん対応マニュアルを園内で共有し、定期的な研修を実施する。

最近電化製品による発火事故が増えています

保育園でも例外ではなくさまざまな電化製品を使っているところが少なくないでしょう

発火事故につながる電化製品の事例は、日常的に使う家電からモバイル機器まで幅広く報告されています。午睡の布団等燃えやすいものの傍で充電を平時から行っていませんか？

東京都の発火事故に関する注意喚起

東京都消防庁による公式メッセージ

東京都消防庁は、リチウムイオン電池搭載製品の発火事故について、公式サイトで詳細な注意喚起を行っています。

発火原因：

誤った充電方法（純正品以外の充電器使用）

外部からの衝撃や分解

製品の欠陥による突然の発火

発火しやすい製品例：

モバイルバッテリー（最多）

スマートフォン

電動アシスト自転車

コードレス掃除機

ポータブル電源、ドローン用バッテリーなど

発火時の状況：

約半数が充電中に発火（49.1%）

ネット通販で購入した製品が多く含まれる

入手から1年未満の製品でも発火事例あり

[🔗 東京都消防庁公式ページ](#)

代表的な発火事例と原因：

エアコン：電源コードのねじれ接続、洗浄液によるトラッキング現象

扇風機：長期使用による部品劣化

ドライヤー：コードの断線

こたつ：温風ダクトの過熱

電子レンジ：庫内の汚れや過加熱

リチウムイオン電池搭載製品の火災リスク

モバイルバッテリー、スマートフォン、電動アシスト自転車など

令和5年には167件の火災が報告されている

特に充電中の発火が多く、ネット通販で購入された製品が多い

発火事故を防ぐためのポイント

定期点検：異臭・異音・動作不良があれば即使用中止

正しい充電：純正品の充電器を使用し、過充電を避ける

保管方法：高温・湿気・直射日光を避ける

購入時の確認：PSEマークの有無、信頼できる販売元かどうか

PSEマークとは？

PSEマーク（Product Safety Electrical Appliance & Material）は、電気製品が日本の法律「電気用品安全法（DENAN法）」に基づく安全基準を満たしていることを示すマークです。義務表示：対象製品にはPSEマークの表示が義務付けられています。

対象製品：ACアダプター、延長コード、電気ストーブ、電動工具、モバイルバッテリーなど457品目（令和5年12月現在）

表示内容：PSEマークとともに、製造・輸入事業者名の表示も必要です。

東京都の注意喚起

東京都の消費生活情報誌「東京くらしねっと」では、PSEマークに関する注意喚起が掲載されています。

購入時の確認ポイント：

製品に PSE マークが表示されているか
製造・輸入事業者名が明記されているか

ネット通販の注意点：

「PSE 認証済み」と広告されていても、実際にはマークが表示されていない製品もある
海外事業者からの個人輸入品は、日本の安全基準が適用されないため注意が必要

 [東京都 消費生活総合サイト「東京くらしねっと」](#)

保育現場での対応の重要性

保育施設では、電化製品の使用機会が増えているため、**安全管理の徹底**が求められます。資料では、保育者向けの啓発資料やチェックリストの整備も推奨されています

園内「電化製品安全チェックリスト」や「保護者向け注意喚起ポスター」などを必要に応じて用意されると良いでしょう

乳幼児の窒息リスクは、身体的な未熟さと行動特性、そして食品や環境の要因が複雑に絡み合って生じます。以下、最新の知見をもとに整理しました。

なぜ乳幼児は窒息しやすいのか？

子ども側の要因【5歳以下が9割を占める】

出典：[日本小児科学会](#)

- **気道が狭い**：気管の太さはストロー程度。少しの異物でも呼吸困難に。
- **咀嚼力が未熟**：白歯が生えそろうのは3歳以降。嚙まずに丸飲みしがち。
- **咳反射が弱い**：異物を押し戻す力が不十分。
- **食事中の行動**：歩きながら食べる、口に詰め込みすぎる、笑いながら食べるなど。

窒息を起こしやすい食品の例

| 食品の特徴 | 具体例 | リスク |
|---------|----------------------|---------------|
| 丸くてつるつる | ブドウ、ミニトマト、うずら卵、球形チーズ | 気道にぴったりはまりやすい |
| 粘着性が高い | 餅、ごはん、パン | 口内に貼り付き、気道を塞ぐ |
| 噛み切りにくい | 生のにんじん、リンゴ、イカ | 丸飲みされやすい |

対策：小さく切る（例：ブドウは1/4カット）、加熱して柔らかくする、食事中は座って集中して食べる等

乳幼児の安全を守るために必要な要素は、子どもの発達段階に応じた理解と、環境・行動・教育の3つの視点からの対策が重要です。

✿ 乳幼児の安全に必要な主要要素

1. 発達段階の理解と予測

- **身体的特徴**：頭が重く、転倒しやすい。気道が狭く、窒息しやすい。
- **行動特性**：好奇心旺盛で予測不能な動き。昨日できなかったことが急にできるようになる。
- **社会性の未熟さ**：危険を認識できず、事故に巻き込まれやすい。

2. 安全な環境整備

出典：[こども家庭庁 事故防止ハンドブック](#)

物理的環境：

転落防止：ベッド・ソファ・階段にガード設置

誤飲防止：小物・電池・薬品は手の届かない場所へ

やけど防止：ポット・コンロ・アイロンなどは使用后すぐ片付け

製品選び：

安全基準（PSC・STマーク）を満たすものを選ぶ

対象年齢に合った玩具・食器を使用

3. 教育と見守り

出典：[東京都福祉局 事故防止教育ハンドブック](#)

保護者・保育者への教育：

年齢別の事故リスクと予防法を学ぶ

応急手当（窒息・やけど・転倒など）の習得

子どもへの教育：

ごっこ遊びや絵本で安全行動を疑似体験

キャラクターや歌を使った安全啓発

年齢別の重点対策（例）

| 年齢 | 主なリスク | 対策例 |
|------|------------|-------------------------|
| 0歳 | 窒息・誤嚥・転落 | 仰向け寝、硬い寝具、吐乳対策、ベッドガード |
| 1歳 | 誤飲・転倒・熱傷 | 小物の管理、床の安全、ポットやライターの管理 |
| 2～3歳 | 飛び出し・水回り事故 | 外出時の手つなぎ、浴室の施錠、交通安全教育 |
| 4～5歳 | 自転車・火遊び | ヘルメット着用、火器の管理、安全な遊び方の指導 |

保育・家庭支援を視野に入れた、**保護者向けの安全啓発資料**や**職員研修用のチェックリスト**を活用することで、より実践的な安全対策が可能になります。そのほかにも年齢別の「事故予防ガイド」や「応急手当マニュアル」も園でご用意なさることをお勧めします

エピペン（アドレナリン自己注射製剤）は、**体重に応じて使用できる年齢や用量が決まって**

います。以下、国内での基準と注意点
エピペンの使用対象となる体重と年齢

| 製剤 | 対象体重 | 推奨年齢の目安 | 用量 |
|--------------|-----------------|-----------------|--------|
| エピペン® 0.15mg | 15kg 以上 30kg 未満 | おおよそ 3 歳～10 歳前後 | 0.15mg |
| エピペン® 0.3mg | 30kg 以上 | おおよそ 10 歳以上～成人 | 0.3mg |

体重 15kg 未満の乳幼児には？

原則として使用対象外です。

針の長さ（12.7mm）が骨に達する可能性があり、骨内投与のリスクがあるため。

ただし、生命の危機に直面している緊急時には、医師の判断で使用されることもあります。

海外では、体重 7.5kg～10kg 以上で処方される例もありますが、日本では慎重な対応が求められています。

医師との相談が重要

アナフィラキシーの既往がある場合や、重篤なリスクがある場合は、**体重 15kg 未満でも処方を検討することがあります。**

使用の可否は、主治医が症状・体格・リスクを総合的に判断します。

離乳食の開始時期は、一般的に生後 5～6 か月頃が目安とされています。ただし、乳児（赤ちゃん）の発達や体調によって個人差があるため、月齢だけでなく**準備が整っているかどうか**を見極めることが大切です。

離乳食開始の目安（生後 5 か月頃）

以下のようなサインが見られたら、離乳食を始める準備ができている**可能性**があります

離乳食開始のサイン

説明

首がすわっている

支えがあれば座れる

よだれが増えてきた

食べ物への興味が高まっている

大人の食事に興味を示す

食べ物を見て口を開ける、手を伸ばすなど

スプーンを口に入れても押し出さない

哺乳反射が弱まってきた証拠

生活リズムが整ってきた

授乳・睡眠・活動の時間が安定してきた

機嫌がよく、**体調が安定**している

初めての食事に挑戦するには大切な条件

初期の離乳食の進め方（5 か月）

スタートは「10 倍がゆ」から：米 1 に対して水 10 で炊き、すりつぶしてポタージュ状に。

初日はスプーン 1 さじから：量は少しずつ、赤ちゃんの様子を見ながら増やします。

少し ためる — 毎日 アレルゲン

1日1回、午前中に与えるのが基本：万が一アレルギー反応が出た場合、病院に行きやすい時間帯が安心。

母乳・ミルクは欲しがるだけ与える：離乳食は「食べる練習」が目的なので、栄養はまだ母乳・ミルク中心です。

離乳食開始に向けた準備

スプーンは赤ちゃんの口に合ったサイズ・素材を選ぶ（浅めで柔らかい素材が◎）

食材はアレルギーリスクが低く、消化しやすいものから（例：にんじん、かぼちゃ、玉ねぎなど）

初めての食材は**1種類ずつ、2～3日かけて様子を見る**

離乳食開始のチェックリストや**保護者向けの説明資料**があると安心ですね。月齢別の離乳食進行表やアレルギー対応の食材リストも保育園でご準備されることをお勧めします

離乳食の開始が遅れているケースでは、保護者の不安や生活状況、赤ちゃんの発達状況などが複雑に絡んでいることが多く、**責めるのではなく寄り添いながら具体的な支援をすることが大切です**。対応のポイントについて、考えてみましょう。

保護者への対応の基本姿勢

非難しない・安心感を与える：「遅れていても挽回できますよ」「今からでも大丈夫です」と伝える

生活背景を理解する：忙しさ、不安、情報不足、育児ストレスなどが背景にあることも

子どもの様子を確認する：体重の増加、発達の様子、食への興味などを一緒に見ていく遅れている場合の具体的なアドバイス

1. 離乳食は遅れても挽回できる

生後7～8か月からでもスタート可能

月齢に応じた食形態（例：舌でつぶせる固さ）から始める

初めての食材は1日1さじずつ、様子を見ながら

2. ミルクだけでは栄養が不足する可能性

特に**鉄分・亜鉛・ビタミンD**などが不足しやすい

離乳食は「栄養補給+食べる練習」の両方が目的

3. ベビーフードや冷凍ストックを活用

手作りにこだわらず、負担を減らす工夫を提案

「1品だけでも変えてみましょう」と小さなステップを促す

👉 保護者への伝え方の工夫

状況

効果的な声かけ例

不安が強い

「赤ちゃんのペースに合わせて大丈夫ですよ」

状況 効果的な声かけ例

忙しい・疲れている 「ベビーフードや冷凍ストックも立派な離乳食です」

食べないことに悩んでいる 「食べる練習なので、食べなくても OK。まずは慣れることから」

情報が不足している 「離乳食の進め方を一緒に確認しましょう。月齢に合った形態から始められます」

支援者としてできること

離乳食スタートチェックリストの提供

月齢別の食形態ガイド（写真付き）を共有

保護者向けミニ講座や相談会の案内

保育現場での食事支援の連携（家庭と園の食事のつながり）

保護者支援に深く関わるには、「離乳食が進まないときの対応マニュアル」や「食べる練習のステップ表」などを保育園独自で作成・活用することで、保護者の安心と実践力を高めることができます。

科学的エビデンスに基づく基本的な考え方

1. 離乳食の開始時期とアレルギー予防の関係

近年の研究では、アレルギーの原因となりやすい食材（卵・ピーナッツ・牛乳など）を早期に導入することが予防に有効であると示されています。

LEAP 研究（Du Toit ら, 2015）では、ピーナッツアレルギーのリスクが高い乳児に対し、生後 4～11 か月の間にピーナッツを摂取させたグループは、5 歳時点でのアレルギー発症率が 1.9%と、摂取を避けたグループ（13.7%）よりも大幅に低下

PETIT 研究（Natsume ら, 2017）では、湿疹のある乳児に対して加熱卵を段階的に導入した結果、1 歳時点での卵アレルギー発症率が有意に低下

2. 頻度と期間の重要性

単に「早く始める」だけでなく、**継続的に摂取する頻度と期間**が予防効果に大きく影響します。

災害時や緊急時における「アクションカード」の活用は、**混乱の中でも迅速かつ的確な対応を可能にする減災ツール**として、自治体や福祉施設、保育現場などで導入が進んでいますね。皆さんで考えてみましょう。

以下、具体的な取り組み事例と活用方法

アクションカードとは？

災害時に誰が何をすべきかを明確に示した行動指針カード

役割ごとに「やるべきこと」「確認事項」「連絡先」などを簡潔に記載

初動対応の混乱を防ぎ、限られた人員でも動けるようにする

活用事例①：札幌市西区の地域防災活動

構成

基本行動編：被害確認、要配慮者の安否確認など

避難所編：避難所開設・受付・誘導の手順

消火・救出・手当編：資機材の使い方、応急手当の流れ

活用方法

自主防災組織で「誰が・いつ・どうやって」行動するかを事前に話し合い

写真やイラスト中心で、誰でも理解しやすい設計

地域住民の防災訓練やワークショップで配布・実践

活用事例②：宮城県気仙沼保健福祉事務所

背景

若手職員が多く、災害対応の経験が乏しい

大規模災害時に限られた人員で初動対応が必要

取り組み

アクションカード+初動BOXを整備

初動BOXには地図、連絡先一覧、マニュアル、筆記具などをセット

管理職編・一般職編の研修を実施

実践的な演習で「動ける職員」を育成

アドリブ（避難者役、マスコミ対応など）を取り入れた訓練

成果

指揮系統の明確化

職員の役割認識と対応力向上

災害時の混乱を最小限に抑える体制づく

保育・教育現場での応用ポイント

子ども・職員・保護者の安全確保を目的とした役割別カード（例：避難誘導、安否確認、保護者連絡）

障害児支援の視点を加えた配慮事項（例：個別支援計画との連動）

食事・アレルギー対応の緊急手順（例：代替食の準備、誤食時の対応）

作成・導入のステップ

| ステップ | 内容 |
|--------------|---------------------|
| ① 現場の役割を洗い出す | 保育士、看護師、調理員、管理者など |
| ② 優先行動を整理 | 避難誘導、安否確認、連絡、応急手当など |
| ③ カード化する | 1枚に1アクション、簡潔な言葉と図解 |
| ④ 訓練で活用 | 実際に使ってみて改善点を洗い出す |
| ⑤ 定期的な見直し | 人員変更や施設改修に合わせて更新 |

保育・教育現場向けのアクションカードテンプレートや、障害児支援を含めた災害対応マニュアルなども用意しておくといよいでしょう。

ASD HSC

保育園の規模によって、保護者の家庭環境によって、いろいろ違いもあると思いますが、園内でも保護者とも共有したい安心安全な環境づくりについて「安心安全について とことん考え抜いたあそびの環境」「ヒヤリハット」「ケガ」「病気」「病院(療育)や保健・医療・福祉」やファミリーサポート等とのつながりをどのように進めていったらよいか)等 について、意見を出し合い、共有しましょう。

地域の保育園や幼稚園が主催する子育て支援の取り組みは、**保護者の孤立を防ぎ、子どもの健やかな育ちを地域全体で支える**ことを目的に、全国で多様に展開されています。

液体ミルクは、

災害時における乳幼児の栄養確保に非常に有効な手段として注目されています。

以下に、**最新の事情・動向・活用方法**を整理してご紹介します。

液体ミルクとは？

調乳不要でそのまま飲める乳児用ミルク

常温保存が可能（賞味期限は約9か月～1年半）

災害時の母乳代替食品として、**水・火・衛生環境が整っていない場面でも安全に使用可能**

出典：[東京都福祉局](#)

災害時に液体ミルクが有効な理由

ライフライン停止時でも使用可能（電気・水・ガス不要）

衛生的に授乳できる：密封されており、調乳ミスや雑菌混入のリスクが低い

誰でも授乳できる：祖父母や支援者でも簡単に扱える

母乳が出にくくなる状況に対応：避難生活のストレスや疲労で母乳分泌が減るケースに有効

保育所における保健安全衛生対策において健常児はもとより療育に通っている子どもたちの安全そして医療的ケア児などの安全障害児における安全それらの保健安全衛生対策に必要な視点

「保育所における保健安全衛生対策、健常児のほか、療育に通っている子どもたちや医療的ケア児、障害児の安全に関する視点」について

保育所における保健安全衛生対策の最新動向（2025年）

1. 保健計画と衛生管理の基本構造

保育所では、年間を通じた保健計画が策定され、以下のような領域で安全衛生対策が実施されています

健康管理：定期健康診断、園児の健康把握

環境衛生：食中毒対策害虫駆除、消毒

安全管理：遊具・園庭・保育室の点検

健康教育：保健だよりの発行、食育、安全教育

特に2025年は「保育DX（デジタルトランスフォーメーション）」の推進により、ICTを活用した業務改善と職員の負担軽減が図られています

医療的ケア児・障害児への対応と療育支援

2. 2025年度からの新方針と制度強化

政府は2025年度から「誰でも通える保育制度」や「インクルーシブ保育」の推進を掲げ、医療的ケア児や障害児の受け入れ体制の充実を柱としており、今後ますます健常児そして医療的ケア児障害児療育に通っている子どもたちへの保育の重要性が高まってまいります

専門的支援の確保：地域ニーズに応じた専門職の配置

ICT活用：保育DXによる支援体制の強化

災害時対応：障害児支援の強化と政策評価の明記（発達障害白書2025年版）

3. 実践的な支援と保護者支援

保育現場では、出ている子どもたち障害児や医療的ケア児に対して以下のような支援が行われています

個別指導計画の作成：安心して遊びに参加できるよう支援

保護者との連携：遊びの内容や環境構成を共有し、家庭との連携を深める

遊びの工夫：静かに一人で遊べる環境や挑戦できる環境の整備

また、保護者支援においては「支援」と「対策」の違いを明確にし、不安に寄り添いながら子どもの健やかな育ちを支える姿勢が重視されています

注目ポイントと今後の課題

インクルーシブ保育の深化：障害の有無に関わらず、すべての子どもが共に育つ環境づくりという視点から保健安全衛生対策を幅広く考えていく必要があります

療育に通っている子 障害児 医療的ケア児など最新の深い知識と行政事情に精通する必要があります

保護者支援の強化：心理的プロセスへの理解と支援体制の整備

保育所の役割拡大：地域の子育て支援拠点としての機能強化

療育に通っている園児を保育園で預かり保育する場合、保健安全衛生対策の視点から大事にしたいこと

療育と保育の両方が子どもにとって安心できる場となるような連携と配慮が重要です。

🔗 療育と保育は目的が異なるが、子どもの育ちを支えるという点で補完関係にある

両方にとって良い保育となるための具体的対策

1. 情報共有と連携体制の構築

個別支援計画（IEP）を共有：療育側と保育園で目標や支援方法をすり合わせる

連絡帳・面談・ケース会議の活用：家庭・療育・保育園の三者で定期的に情報交換

療育スタッフの巡回支援：保育園に訪問し、支援方法の助言や観察を行う

2. 保育園内での配慮と環境調整

加配保育士の配置：必要に応じて個別支援ができる体制を整える

視覚支援・構造化の工夫：スケジュール表、写真カード、ゾーニングなど

安心できる「居場所」づくり：静かに過ごせるスペース、好きな遊びの確保

3. 子ども同士の関係づくり

肯定的な関わりを促す：得意なことを活かして役割を持たせる

トラブル時の対応ルールを共有：他害・パニック時の対応を職員間で統一
保護者への説明と理解促進：他児の保護者にも配慮の背景を丁寧に伝える

「ゾーニング」とは、保育現場において空間を目的や衛生状態に応じて分けし、
子どもが安心して過ごせる環境を整える方法を指します。特に障害児保育や乳児保
育、感染症対策などで重要な考え方です

ゾーニングは、

保育・医療・衛生管理分野

- 保育園や病院などでは、感染症対策や安全管理のために、**清潔区域・汚染区域・中間区域**などに分けて管理することがあります。
- 例：調乳室・おむつ交換エリア・食事エリアなどを明確に分けることで、**交差汚染**を防止

保育園と療育併用のメリットと注意点

メリット

療育で専門的支援＋保育園で社会性の育成

健常児との交流で刺激を受ける

保護者の就労継続がしやすい

注意点

スケジュール管理が複雑（持ち物・送迎など）

方針の違いによる子どもの混乱（療育は構造化、保育園は自由活動中心など）

現場で活かせる支援アイデア

療育と保育園の連携マニュアル作成

職員向け「療育児対応ハンドブック」研修

保護者向け「併用支援ガイド」配布

園内での個別支援記録シートの導入

療育併用園児の保健安全衛生対策についても運用bookマニュアルなどを備えておくとよいでしょう

保育園でのおもちゃの消毒を「うまく回す」ためには、**感染予防の効果を保ちつつ、職員の負担を減らす仕組みづくり**がポイントです。以下に、実践的な方法と工夫をまとめました。

おもちゃの消毒方法：素材別の基本ルール

| 素材 | 方法 | 頻度 | 注意点 |
|---------------|----------------------------------|------------|----------------|
| 布製（ぬいぐるみ等） | 洗濯+乾燥（アイロンや乾燥機） | 週 1 回以上 | 色落ち・型崩れに注意 |
| プラスチック・木製 | アルコール（60%以上）で拭き取り／次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬 | 毎日または週 1 回 | 金属部品には不向き／乾燥必須 |
| 口に入れる可能性があるもの | 洗浄後、0.01%次亜塩素酸ナトリウム液に 60 分浸漬 | 毎日 | 完全に浸かるようにする |
| 洗えない大型遊具 | アルコールで拭き取り／紫外線殺菌（補助的） | 毎日 | 拭き残しに注意 |

うまく回すための運用アイデア

1. 消毒スケジュールの「見える化」

曜日ごとに素材別の消毒日を設定（例：月曜＝布製、火曜＝プラスチック）

クラスごとのローテーション表を作成（壁に掲示／デジタル共有）

2. 希釈液の「まとめ作り&使い切り」

朝にその日の分だけ希釈液を作成（ピューラックスなら 0.02%～0.1%が目安）

ペットボトルや計量カップで簡単に計量できるように準備

残液は翌日使わず廃棄するルールを徹底

3. 担当分担と「ながら消毒」

午睡中やお迎え前の時間に消毒タイムを設定

職員で「消毒係」を週替わりで担当

遊び終わったらすぐ拭く「ながら消毒」を習慣化

4. おもちゃの分類収納で効率化

「消毒済」「未消毒」ボックスを設置

素材別・使用頻度別に収納を分ける

布製は洗濯ネットに入れてまとめ洗い

現場に合わせた工夫例

口に入れるおもちゃは「赤いシール」で識別→毎日消毒対象に

保護者にも「家庭での消毒協力」をお願いするプリント配布

感染症流行期は「消毒強化週間」を設定し、職員間で意識共有

消毒スケジュール表のテンプレートや、職員向けの衛生管理マニュアルなどを独自で備えると良いですね

【参考資料】

[厚労省：保育所における消毒の種類と方法](#)

障害を持つ子どもの「障害を受け入れる」ということは、保護者にとって非常に深い心理的プロセスを伴うものです。

これは単なる理解や知識の問題ではなく、**感情・価値観・未来への見通し**が揺さぶられる体験でもあります。以下に、最新の知見をもとにその過程と支援のあり方を整理しました。

障害受容の心理的プロセス（段階説）

出典：[Senwisdoms](#) 障害受容の段階説

| 段階 | 内容 |
|----------|----------------------------------|
| ① ショック | 「まさかうちの子が…」という衝撃。現実を受け止めきれない |
| ② 否認 | 「診断ミスでは?」「成長すれば治るかも」と現実を否定 |
| ③ 怒り・悲しみ | なぜ我が子が?という理不尽さや悲しみが湧く |
| ④ 適応 | 少しずつ現実を受け入れ、支援を探し始める |
| ⑤ 再起 | 子どもの特性を理解し、前向きに支援や関わりを考えられるようになる |

佐々木正美氏はさらに細かく 11 段階に分けており、「笑いやユーモアの発見」「新しい価値観の獲得」など、**親としての成長の過程**として捉えています

○ 保護者の感情と葛藤

- 「自分の育て方が悪かったのでは」と**罪悪感を抱く**
- 周囲の無理解や偏見により**孤独感が深まる**
- 他の子と比べてしまい、**焦りや悲しみが募る**
- 将来への不安（進学・就職・自立）に押しつぶされそうになる

これらの感情は「自然なもの」であり、**否定せずに受け止めることが回復への第一歩**です
受容を支えるための具体的な支援

支援方法 **内容**

情報提供 障害特性・支援制度・療育の選択肢をわかりやすく伝える

共感的な対話 保護者の気持ちを否定せず、寄り添う姿勢を持つ

仲間づくり 同じ境遇の保護者との交流（ピアサポート）が心の支えに

専門家の関与 医師・心理士・相談支援専門員などによる継続的な支援

親自身のケア リフレッシュの時間確保、カウンセリングの活用など

現場で活かせる支援アイデア

保護者向け「障害受容のステップガイド」作成

園内での個別面談＋ピア交流会の定期開催

職員向け「保護者の気持ちに寄り添う支援研修」

保育と療育の連携支援マップの整備

障害を受け入れることは「一度きりの決断」ではなく、**子どもの成長や環境の変化に応じて何度も揺れ動くプロセス**です。そのたびに、支援者がそっと寄り添い、共に歩む姿勢が何よりの支えになります。

保護者支援のための保健安全衛生対策の目線にくっつけた「受容支援プログラム」や「園内支援体制づくりのマニュアル」などを保育園で備えるとよいでしょう

多言語対応で言葉の壁を乗り越える支援ツール

日本語ではない言語で保護者とやり取りをする時には

学校や保育施設から保護者への連絡を、定型文と多言語翻訳で支援する Web 連絡帳システムなどがあります 例えば

定型文を選ぶだけで、保護者の母語に自動翻訳される。

写真や図を添付でき、視覚的にもわかりやすい。

緊急時の連絡にも対応可能。

活用例：持ち物や行事案内、欠席連絡などを保護者の母語で伝達

AI によるリアルタイム翻訳チャットツールなども便利です。

PC やスマホ、タブレットで利用可能。

多言語に対応し、保護者と職員の双方向コミュニケーションが可能。

対面でも遠隔でも使用できる。

活用例：面談や保護者会での通訳代わりとして

その他携帯型の音声翻訳機。ボタンを押すだけで通訳のように会話が可能。

多言語に対応。保育現場や学校での即時対応に便利。

活用例：送迎時の挨拶や緊急時の対応

園内での掲示物や連絡帳に翻訳ツールを活用することで、外国語話者の保護者にも安心感を与えられます。

写真や図を添えることで、言語に頼らず伝える工夫ができます。

職員向け研修で、こうしたツールの使い方や多文化理解を深めることも効果的です。

午睡前の子どもの窒息をふせぐための留意点

午睡「前」の窒息予防は、特に 0～2 歳児の安全確保に直結するため、保育現場では細心の注意が求められます。以下に、午睡前のチェックポイントを「環境」「子どもの状態」「保育者の対応」の 3 つの視点から整理してみました。

環境面のチェックポイント

寝具の安全性

枕やクッションは基本的に使用しない（特に乳児）

掛け布団は軽くて通気性の良いものを使用し、顔にかからないように配置

敷布団は硬めで、沈み込みが少ないものを選ぶ

周囲の物品管理

おもちゃ、タオル、ぬいぐるみなどは寝具に持ち込まない

紐やコード類（カーテン、電気コードなど）が近くにはないか確認

寝る姿勢の確保

乳児は仰向けで寝かせる（うつ伏せ寝は窒息リスクが高まる）

寝返りを打てる月齢でも、寝始めは仰向けを基本とする

子どもの状態のチェックポイント

口腔内の確認

食べ物の口残りがいないか（午睡前の食事後は特に注意）

指しゃぶりや口に物を入れる癖がある子は、口元を確認

体調の把握

鼻づまりや咳がある場合は、呼吸状態を観察しながら寝かせる

発熱や嘔吐の兆候がある場合は、午睡を見合わせることも検討

衣類の調整

フード付き衣類や紐付き服は避ける

寝汗や寒さに対応できるように、通気性と保温性のバランスを考慮

保育者の対応と体制

午睡前の声かけと観察

「口の中に何も入ってないかな？」など、子ども自身にも確認を促す

一人ひとりの寝る姿勢を確認し、必要に応じて調整

午睡中の見守り体制

定期的な呼吸チェック（特に乳児は5～10分間隔が推奨されることも）

モニターやセンサーの活用も検討（自治体のガイドラインに準拠）

職員間の情報共有

午前中の様子や体調変化を記録し、午睡前に共有

特別な配慮が必要な子（障害や疾患のある子など）は個別対応を明確に
