

第3章 健康及び安全

I 子どもの健康支援

1. 心身の状態の把握の意義

子どもの健康状態や発育及び発達状態を的確に把握することは、心身の状態に即して適切な関わりや配慮を行うために欠かすことができない。また、定期的・継続的に把握することによって、慢性疾患や障がい、不適切な養育等の早期発見につながることもある。乳幼児期の子ども同士が集団の中で生活を共にする保育所においては、一人一人の健康状態を把握することによって、保育所全体の子どもの疾病の発生状況も把握することができ、早期に疾病予防策を立てることに役立つ。

2. 健康状態の把握

子どもの健康状態の把握は、嘱託医と嘱託歯科医による定期的な健康診断に加え、保育士等による日々の子どもの心身の状態の観察、更に保護者からの子どもの状態に関する情報提供によって、総合的に行う必要がある。保育士等による日々の健康観察では、子どもの心身の状態をきめ細かに確認し、平常とは異なった状態を速やかに見つけ出すことが重要である。観察すべき事項としては、機嫌、食欲、顔色、活動性等のどの子どもにも共通した項目と、一人一人の子ども特有の疾病等に伴う状態がある。また、同じ子どもでも発達過程により症状の現れ方が異なることがあり、子どもの心身の状態を日頃から把握しておくことが必要である。なお、一人一人の子どもの生育歴に関する情報を把握するに当たっては、母子健康手帳等の活用が有効である。活用の際は、保護者の了解を求めるとともに、その情報の取扱いに当たっては、秘密保持義務があることに留意しなければならない。

3. 発育及び発達状態の把握

乳幼児期の最も大きな特徴は、発育、発達が顕著であることである。発育や発達は、出生後からの連続した現象であり、定期的・継続的に、又は必要に応じて随時、把握することが必要であり、それらを踏まえて保育を行わなくてはならない。発育、発達の状態の把握は、健康状態の見極めだけでなく、家庭は保育所での生活の振り返りにも有効である。発育状態の把握の方法としては、定期的に身長や体重等を計測し、前回の計測結果と比較する方法が最も容易で効果的である。あわせて、肥満ややせの状態も調べることが大切である。この結果を、個別に記録するとともに、各家庭にも連絡することで、家庭での子育てに役立てられる。

発達状態については、子ども日常の言動や生活等の状態の丁寧な観察を通して把握する。心身の機能の発達は、脳神経系の成熟度合や疾病、異常に加えて、出生前及び出生時の健康状態や発育及び発達状態、生育環境等の影響もあり、更に個人差も大きいことから、容易に予測や判断をすることは慎むべきである。保育中の子どもの心身の状態については、日々、必要に応じて保護者に報告するとともに、留意事項などについても必要に応じて助言する。保育中に発熱などの異常が認められた場合、また傷害が発生した場合には、保護者に連絡をするとともに、状況に応じて、嘱託医やかかりつけ医等の指示を受け、適切に対応する必要がある。長期の観察によって、疾病や傷害の疑いが生じた時には、保護者に伝えるとともに、嘱託医や専門機関と連携しつつ、対応について話し合い、それを支援していくことが必要である。また、疾病や傷害発生時、虐待などの不適切な養育が疑われる時など、それぞれの状況に活用できるマニュアルを作成するなどして基本的な対応の手順や内容等を明確に

し、職員全員がこれらを共有して適切に実践できるようにしておくことが必要である。この際、嘱託医や看護師、栄養士等の専門的機能が発揮されることが望ましい。

4. 疾病等への対応

保育所における子どもの疾病等への対応は、保育中の体調不良のみならず、慢性疾患に罹患している子ども等を含めて、子どもの生命保持と健やかな発育、発達を確保していく上で極めて重要である。看護師等が配置されている場合には、その専門性を生かした対応を図ることが必要である。

(1) 保育中に体調不良や傷害が発生した場合

保護者に子どもの状況等を連絡するとともに、適宜、嘱託医やかかりつけ医と相談するなどの対応が必要である。特に、高熱、脱水症、呼吸困難、痙攣^{けいれん}といった子どもの症状の急変や、事故など救急対応が必要な場合には、嘱託医やかかりつけ医又は適切な医療機関に指示を求めたり、受診したりする。また、必要な場合は救急車の出動を要請するなど、状況に応じて迅速に対応する。そのために、子どもの症状に対して、全職員が正しい理解をもち、基本的な対応等について熟知することが求められる。なお、平時から保護者の就労状況や家庭の事情などを踏まえ、あらかじめ連絡体制を確認しておくなど、様々な家庭の状況に配慮して適切に対応することも必要である。

(2) 感染症の集団発生予防

保育所は、乳幼児期の子どもたちが毎日長時間にわたり集団生活をする場所であり、午睡や食事、遊びなど、子ども同士が濃厚に接触する機会が多い。抵抗力が弱く、身体の機能が未熟である乳幼児の特性等を踏まえ、感染症に対する正しい知識や情報に基づく感染予防のための適切な対応が求められる。

*保健年間計画の様式は資料編を参照 (P135)

(3) 保育士が知っておかなければならない病名と症状

病名	おもな症状
気管支炎	急性と慢性がある。風邪・百日咳などの合併症として起きる。発熱と咳で始まり、咳は乾性である。分泌が多くなると湿性になる。食欲不振・下痢・嘔吐を伴う。乳幼児では肺炎に移行しやすい。
扁桃炎	風邪の時に起こることが多い。溶連菌感染症・はしか・ジフテリアの時はげしい扁桃炎が起こる。高熱でのどが痛く、頭痛・吐き気があり下痢することもある。赤くはれるのがカタル性で、米粒位の白点が散らばっているのが腺窩性扁桃炎である。
口内炎	カタル性の場合、口腔内粘膜が赤くはれる。アフター性の場合、赤くはれるだけでなく、舌・唇の内側の粘膜や口蓋に、砂粒大の白色あるいは薄茶色の斑点ができる。発熱や口腔内の痛みのため食事ができないこともある。疲れた時に起きやすい。
腸重積症	腸の一部が上位の腸壁にさし込む状態である。激しい腹痛・嘔吐が突然起こる。腹痛は発作的に繰り返し、顔面は真青になる。発熱は普通みられない。浣腸すると血便が出る。一刻を争うので、早く医者診断を受ける。
小児ストロフルス	手足の外側や身体に、先端に水をもった赤い小さな発疹が出る。体質的なものでかゆみが強く、かきむしって化膿することが多い。毎年夏から秋にかけておきやすい。
中耳炎	風邪・扁桃腺に引き続いて起こる場合が多く、高熱が出て耳を痛がる。不機嫌でしきりに耳のところに手をやって泣く。
じんま疹	急に赤くはれあがった発疹が表れ、不規則な地図状になる。かゆみが強い。原因はいろいろあるが、手当を受けると数時間で治ることが多い。体質も関係する。
自家中毒症	神経質な小児に起こりやすく、風邪や疲労が誘因になる。脈が早くなり、嘔吐がありぐったりする。尿にアセトンが多く排出され、呼気もアセトン臭がする。(リンゴの腐敗したような臭い) 発熱が無く、便秘のことが多い。
赤痢	下痢で始まる。発熱・腹痛を伴う粘血便が特徴。
日本脳炎	急に高熱・頭痛・嘔吐があり、2～3日遅れて意識が混濁、けいれんなどが起こる。
てんかん	全身のけいれんが起こり、手足をつっぱって意識不明になる。ひきつけがおさまった後ぐっすり眠る。発熱を伴わないひきつけには要注意。脳波の検査で診断できる。
熱性けいれん	風邪などで急に熱があがる途中で起きる。2～3分でひきつけが治まる。あわてず衣服をゆるめて、横向きに寝かせ、嘔吐物がのどに入らないように気をつける。後遺症などの心配はないが、繰り返すときは受診してもらう。
アトピー性皮膚炎	顔、額、頭、ひじ、ひざの後ろなどに、かゆみを伴う湿疹で、小さなブツブツや乾いたカサカサ皮膚の状態。※1歳ごろまでは、ほかの湿疹と見分けがつかない。

保育所（園）でみられる主な感染症と登園のめやす

病名	感染しやすい期間	登園のめやす	園での注意事項
麻疹(はしか)	発熱出現 1～2 日前から発疹出現後の 4 日後まで	解熱後 3 日を経過してから（症状により感染力が強いと認められたときは長期に及ぶこともある）	①感染力が強く(空気感染)、免疫がない場合、患児と同じ部屋にいただけで感染する。②入所前の健康状況調査において、麻疹ワクチン接種歴、麻疹既往歴(かかったことがあるかどうか)を母子健康手帳で確認し、ワクチン未接種、はしかにかかったことがない児にはワクチン接種を勧める。保育所職員も免疫がない場合、あらかじめワクチン接種をおこなう③患者発生時、ワクチン未接種ではしかにかかったことがない接触者には、ワクチン接種可能な状態であれば 72 時間以内に接種。接種できなければγ-グロブリン投与で発症予防が期待できるので、早急に主治医に相談するよう勧める④はしかにかかった後は抵抗力が落ちるため、肺炎などの二次感染に注意が必要である。
風疹	発疹出現前後の 7 日	発疹が消失してから	①妊婦が風疹にかかると胎児に異常を認めるため(先天性風疹症候群)、1 人でも風疹の子が発生した場合は、風疹の抗体がない、または抗体の有無が不明な妊婦は園に来ないように勧める。②保育所職員は、感染リスクが高いためあらかじめワクチンで免疫をつけておく。
水痘(みずぼうそう)	発疹出現 1～2 日からすべての発疹が痂皮(かさぶた)化するまで	すべての発疹が痂皮(かさぶた)化するまで	①空気感染であり患児と同室に居るだけで感染する可能性があり、発疹の早期発見が大事である。②接触後 72 時間以内であればワクチンによる予防が可能。
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	発症 3 日前から耳下腫脹(腫れ)後 4 日間は特に感染力が強いが、ウイルスは耳下腺腫脹前 7 日から腫脹後 9 日まで唾液から検出する	耳下腺、顎下腺または、舌下腺の腫脹(腫れ)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	合併症で難聴をみとめることがあり、呼びかけに応じない等の症状があれば医療機関の早期受診をすすめる。
インフルエンザ	発症前 24 時間から発病後 3 日程度までが最も感染力が強い。	発症後最低 5 日間かつ解熱した後 3 日を経過するまで(学校保健法では、解熱した後 2 日を経過するまで出席停止)	①手洗い、うがいの励行を指導する。②加湿器等を用いて室内の湿度を高めに保つ。③集団生活復帰後も可能な限りマスクを着用してもらう。

病名	感染しやすい期間	登園のめやす	園での注意事項
咽頭結膜熱 (プール熱)	急性期の最初の数日が最も感染性あり	発熱・咽頭発赤・眼の充血が消失してから2日を経過するまで	①手袋や手洗い等の接触感染予防、タオルの共用は避ける。②プールの塩素消毒と目の洗浄③プールでのみ感染するものではないが、状況によってはプールを一時的に閉鎖する。④感染者は気道、便、目の結膜等からウイルスを排泄しているため、便の中にウイルスが長期間排出されるため、おむつの取り扱いに注意する。
百日咳	咳が出現してから2週間以内が最も強い(抗生物質開始後7日で感染力はなくなる)	特異な咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療を終了するまで	①咳が出ている子にはマスクの着用を促す。②生後6か月以内、特に早産児とワクチン未接種者の百日咳は重症になる可能性があるため特に注意する。③成人の長引く咳の一部が百日咳である。小児のような特徴的な咳発作がないので注意する。
結核	喀痰の塗抹検査が陽性の間	医師により感染のおそれがないことが認められていること	①成人結核患者(家人が多い)から感染する危険性が高い。1人でも発生したら保健所、嘱託医等と協議する。②排菌がなければ集団生活を制限する必要はない。
腸管出血性大腸菌感染症(O-157など)	便中に菌を排出している期間	下痢などの症状が治まり、かつ抗生薬による治療が終了し、48時間あけて連続2回の便の検査で、いずれも菌の陰性が確認されたもの	①プールで集団発生が起こることがあるので、低年齢児の簡易プールを使用する際は、塩素消毒基準を厳守する。②患者発生時には、保健所の指示に従い消毒を徹底する。
流行性角結膜炎 (はやり目)	発症後2週間	結膜炎の症状が消失してから(眼科医の診察を受ける事が望ましい)	手洗い励行、洗面具やタオルの共用禁止

病名	感染しやすい期間	登園のめやす	園での注意事項
带状疱疹	すべての発疹が痂皮化（かさぶた）するまで	すべての発疹が痂皮化（かさぶた）すること	水痘に対して免疫がない児が带状疱疹の患者と接触すると、水痘を発症するので注意が必要
溶連菌感染症	急性期から適切な抗生物質開始後 24 時間まで	抗生薬の内服後 24~48 時間以上経過し、熱が下がって元気なとき	①抗生物質を決められた期間服用すること。②通常の手指衛生などに加えて、治療開始後 24 時間までは、鼻汁や咳やくしゃみのしぶきによる感染(飛沫感染)に注意する。
感染性胃腸炎 (ロタウイルス感染症、ノロウイルス感染症)	症状の有る期間が主なウイルス排出期間	下痢や嘔吐などの症状が治まり、普段の食事が取れること。過去 24 時間以内に 2 回以上の嘔吐がある場合には、登園をみあわせたほうがよい。	おむつ交換時の手消毒、手洗い、嘔吐の際の吐物の処理など園内での感染予防に注意する。
RS ウイルス感染症	通常 3-8 日間(乳児では 3-4 週)	重篤な呼吸器症状が消失し、全身状態がよいこと	①生後 6 か月未満、基礎疾患がある児は重症化しやすい。②咳やくしゃみのしぶきによる飛沫感染だけでなく、鼻汁など分泌物による接触感染にも注意する。
A 型肝炎	発症 1-2 週間前から、発症後 1 週間(便にウイルスが排出される)	発症後 1 週間経過し、全身状態が良好で肝機能が正常なとき	おむつ交換時の手指消毒、手洗いなど園内での感染予防に注意する。

病名	感染しやすい期間	登園のめやす	園での注意事項
B型肝炎	血液中にウイルスがいる間、血液や体液を介して感染する。	肝臓の働きが正常になったとき、黄疸がないとき。キャリア、慢性肝炎の場合は登園に制限はない。	①B型肝炎、C型肝炎は、血液・体液を介して感染するため、患児に怪我などによる出血をみとめた時は、直接触れないように注意する。②とびひからB型肝炎が園内に感染した例もある。
マイコプラズマ肺炎	臨床症状発現時がピークで、その後、4～6週間続く。	激しい咳や発熱などの症状がよくなり、元気なとき（症状が改善し、全身状態が良い）	①一般的にマイコプラズマ肺炎の咳は3～4週間続くといわれているので、完全に咳が消失するまで登校・登園を禁止することは現実的ではない。②症状が軽減すれば標準予防策（手洗いが重要）に加えて飛沫感染予防策（患者にマスクをつける）が推奨される。
手足口病	唾液へのウイルスの排泄は通常1週間未満 糞便への排泄は発症から数週間持続する。	解熱して、口腔内の水疱、潰瘍の影響がなく普通の食事がとれ、全身状態が良好なとき	①便中にはウイルスが約1ヶ月は排泄されるため、おむつ交換時の手指消毒、手洗いなど園内での感染予防に注意する。②下痢がひどい時は、改善するまで登園を見合わせる（おむつで処理できないような大量な下痢）。③発疹だけを理由に登園を控えることは有効性が低い。
ヘルパンギーナ	唾液へのウイルスの排泄は通常1週間未満 糞便への排泄は発症から数週間持続する。	発熱がなく（解熱後1日以上経過し）、普通の食事ができること	①便中にはウイルスが約1ヶ月は排泄されるため、おむつ交換時の手指消毒、手洗いなど園内での感染予防に注意する。②下痢がひどい時は、改善するまで登園を見合わせる（おむつで処理できないような大量な下痢）。
伝染性紅斑（りんご病）	かぜ症状発現から顔に発疹が出現するまで	発疹が出現した頃にはすでに感染力は消失しているので、全身状態が良いこと	日光にあると皮膚症状が悪くなることがある。接触者に妊娠の可能性がある場合は産科に相談する。マスク装着

疾患	感染しやすい期間	登園のめやす	園での注意事項
単純ヘルペス感染症	水疱を形成している間	発熱がなく、よだれが止まり、普通の食事ができること	①免疫不全の児、重症湿疹のある児との接触は避ける。②玩具は個人別にする。
突発性発疹	感染力は弱いですが、発熱中は感染力がある。	解熱後1日以上経過し、全身状態が良好なとき。	①生後6か月～24か月の児が、かかることが多い。②施設内で通常流行することはない。
とびひ	効果的治療開始後24時間まで	皮疹が乾燥しているか、湿潤部位がガーゼなどでおおえる程度のものであること	①爪は短く切り、かきこわしによる感染の拡大を防ぐ、また手指を介して原因菌が周囲に拡大するため、十分に手を洗う習慣をつける。②じくじくした部位はガーゼでおおい、他の児が接触しないようにする。③皮膚の接触が多い集団保育では、滲出液(しる、膿など)の多い時期には出席をひかえる方が望ましい。④市販の絆創膏は滲出液の吸収が不十分な上に、同部位の皮膚にかゆみを生じ、感染を拡大することがある。⑤治癒するまでプールは禁止する。
アタマジラミ	産卵から最初の若虫が孵化するまでの期間は10～14日である。	駆除を開始していること	①保育施設では頭を近づけて遊ぶことが多く、伝搬の機会が多い②家族内でも伝搬するので、同時に駆除することが重要③タオル、くしなど共用を避け、衣類、シーツ、枕カバー、帽子などを熱湯で洗う(50℃、5分で死滅)④駆除剤(スミスリンパウダー)は卵には効果が弱いため、孵化期間を考慮して3～4日おきに3～4回繰り返す。
伝染性軟属腫(みずいぼ)	不明	登校・登園を禁止する必要はないが、掻きこしわし傷から滲出液(しる)が出ているときは接触しないように覆うこと	①プールや浴槽内の水を介して感染はしないが、ビート板や浮き輪、タオルなどの共用は避け、プールの後はシャワーでよく流す②自然消失を待つか、あるいは摘除を行うか議論が残る③摘除は最も確実に簡便な方法であるが、子どもには疼痛を伴う。

(4) 感染経路と保育現場における予防対策

飛沫感染	<p>感染した人の咳やくしゃみ、会話の際に飛ぶだ液や鼻汁等（1～2m程度）に病原体が含まれ、それを吸い込んだりして感染する。</p>
<p>対応策：マスクの着用（咳の出る人、感染したくない人）、手洗いも忘れずに行う。食事の時は静かにし、できれば隣の児と2mあける。</p>	<p>注）3歳以上の児には、かなり徹底できるが、3歳未満児への対応は難しく、流行ごとに対応を検討する必要がある。</p>
<p>空気感染 （飛沫核感染）</p>	<p>病原体（飛沫核）が感染性を保ったまま空気の流れによって感染し、それを吸い込むことによって感染する。空調が共通の部屋と部屋の間等も含めて、感染者と同じ部屋（空間）にいた人全員に感染する恐れがある。</p>
<p>対応策：保育現場での対応は「発症者の隔離」と「部屋の換気」であり、予防策としては早めの予防接種が有効である。</p>	
接触感染	<p>多くは感染源へ、直接接触（握手、だっこ、キス、取っ組み合い等）ことによって伝播がおこる感染と、汚染されたドアノブ、おもちゃ、遊具等を介して間接触により感染することもある。これら汚染された手や遊具等をなめたり、引っかいたり、こすったりして口、鼻、眼あるいは傷ついた皮膚、粘膜から身体へ侵入して感染する。</p>
<p>対応策：衛生教育を徹底する。多くの場合は病原体の付着した手で口、鼻または目をさわることによって、体内に病原体が侵入して感染する。</p>	<p>最も重要な対策は手洗いの励行（乳幼児は介助をして手洗いを徹底する）である。環境を清潔にする（とくにドアノブ、遊具、おもちゃ等の消毒）。手ぬぐい、固形石鹸等の共用は避ける。感染源となる傷の露出は避ける（その部位を覆う）。水遊びの時にはとくに注意が必要である。</p>
経口感染	<p>飲食により病原体が口から入り、消化管に達し感染する。</p>
<p>対応策：衛生教育の徹底。手洗いの励行に尽きる。清潔な環境で、飲食物の汚染を避ける。食品は必ず加熱処理をする。</p>	<p>職員の健康管理を徹底する。とくに胃腸炎の感染者は食事関係の業務から外す。</p>
血液媒介感染	<p>血液に病原体となるウイルスを含んでいることがあり、傷ついた皮膚や粘膜に病原体が付くと、そこから体内に侵入し、感染する。</p>
<p>対応策：けがや鼻出血等で血液を処理する（触れる）時には、必ず使い捨ての手袋等の防護をして対応する。すべての血液や体液には病原体を含んでいることがあると考える。</p>	<p>注）手に傷が無くても、湿疹や肌荒れでも感染することがある。</p>
蚊媒介感染	<p>病原体を持った蚊に刺されることによって感染する感染症。</p>
<p>対応策：蚊を発生させない。 水たまりを放置しない（植木鉢等にも注意をする）。 環境衛生に気を配る。園児を蚊から守る。</p>	<p>注）外出時の道筋のチェックをし、緑の多い木陰ややぶ等、蚊の発生しやすい場所に立ち入る際には、長袖、長ズボン等の適切な服装（肌の露出を少なくする）を心がける。</p>

【感染症の疑いのある子どもへの対応】

保育中に感染症の疑いのある子に気付いた場合の対応マニュアル

- 他の園児がいる部屋から場所を移し、医務室等で状態を観察する（感染の拡大防止のため）。経過観察・記録表（所定のもの）に気づいた症状、時刻等を記録する。
- 施設長・保護者に連絡、状態を報告し、必要があれば嘱託医・看護職および主治医等に相談し指示を受ける。
- 発症した園児には、医務室等で看護職員ないしは保育士等が看護に当たり、その間の状況を記録して保護者の迎えを待つ。
- 保護者が園に到達したら、これまでの経過を、記録をもとに説明し、医療機関への受診を勧奨する。その際、今回の経過記録と現在の園内の感染症の流行状況等もあわせて情報提供する。
- 保護者から受診後の報告を受け、その結果を今回の経過記録に記載して、園内の感染症情報にも記録する。

（５）定期予防接種の種類

【予防接種の勧奨】

予防接種は、感染症予防にとって非常に重要なものである。特に保育所においては、嘱託医やかかりつけ医の指導の下に、年齢に応じた計画的な接種についての情報提供を行うことが重要である。

こどもの予防接種 （2019年度現在）

ワクチン名	対象年齢	望ましい期間	回数（間隔）
B型肝炎 （不活化ワクチン）	1歳未満	生後2月～開始	3回（2回目：4週以上の間隔） （3回目：1回目から20週以上の間隔）
ヒブ （不活化ワクチン）	生後2月～4歳	生後2～6月開始	初回：3回（4週以上の間隔） 追加：1回（初回終了後7月以上の間隔）
小児用肺炎球菌 （不活化ワクチン）	生後2月～4歳	生後2～6月開始 （追加：生後12～14月）	初回：3回（4週以上の間隔） 追加：1歳以降1回（初回終了後60日以上の間隔）
BCG （生ワクチン）	1歳未満	生後5～7月	1回
四種混合 [ジフテリア(D)・百日咳(P)・破傷風(T)・ポリオ(IPV)] （不活化ワクチン）	1期：生後3月～7歳5か月	初回：生後3～11月 追加：初回終了後12～17月	3回（3週以上の間隔） 1回（初回終了後6月以上の間隔）
二種混合 [ジフテリア(D)破傷風(T)] （不活化ワクチン）	2期：11～12歳	11歳	1回
MR [麻しん・風しん] （生ワクチン）	1期：1歳 2期：小学校入学前1年間（年長児）	1歳すぎたらなるべく早く	1回 1回
水痘（みずぼうそう） （生ワクチン）	1～2歳	1回目：生後12～15月 2回目：1回目接種後6～12月	1回 1回（1回目接種後3月以上の間隔）

日本脳炎 (不活化ワクチン)	1期：生後6月 ～7歳5か月 2期：9～12歳	初回：3歳 追加：4歳 (初回終了後おおむね1 年の間隔) 9歳	2回(1週以上の間隔) 1回(初回終了後6月以上の間隔) 1回
-------------------	-------------------------------	--	---

【予防接種歴、感染症歴の把握】

保育所に入所する際には、母子健康手帳等を参考に、一人一人の子どもの予防接種歴や感染症の罹患歴を把握し、その後、新たに接種を受けた場合や感染症に罹患した場合には、保護者から保育所に報告してもらい、情報を共有することが大切である。

II 児童虐待への対応

1. 虐待の把握

保育所では、子どもの心身の状態や家庭での生活、養育の状態等の把握に加え、送迎の機会等を通じて保護者の状況などの把握ができる。そのため保護者からの相談を受け、支援を行うことが可能である。そうした取り組みは虐待の発生予防、早期発見、早期対応にもつながる。虐待等の早期発見に関しては、子どもの身体、情緒面や行動、家庭における養育等の状態について、普段からきめ細かに観察するとともに、保護者や家族の日常の生活や言動等の状態を見守ることが必要である。それらを通して気付いた事実を記録に残すことが、その後の適切な対応へとつながることもある。子どもの身体の状態を把握するための視点としては、低体重、低身長などの発育の遅れや栄養不良、不自然な傷やあざ、骨折、火傷、虫歯の多さ又は急な増加等があげられる。

子どもの情緒面や行動の状態を把握するための視点としては、おびえた表情、表情の乏しさ、笑顔や笑いの少なさ、極端な落ち着きのなさ、激しい癩癩^{かんしゃく}、泣きやすさ、言葉の少なさ、多動、不活発、攻撃的行動、衣類の着脱を嫌う様子、食欲不振、極端な偏食、拒食・過食等があげられる。子どもの養育状態を把握するための視点としては、不潔な服装や体で登所する、不十分な歯磨きしかなされていない、予防接種や医療を受けていない状態等があげられる。保護者や家族の状態を把握するための視点としては、子どものことを話したがる様子や子どもの心身について説明しようとしめない態度が見られること、子どもに対する拒否的態度、過度に厳しいしつけや、叱ることが多いこと、理由のない欠席や早退、不規則な登所時刻等があげられる。

2. 虐待等が疑われる場合や気になるケースを発見した時の対応

保育所では、保護者が何らかの困難を抱え、そのために養育を特に支援する必要があると思われる場合に、速やかに市町村等の関係機関と連携を図ることが必要である。特に、保護者による児童虐待のケースについては、まずは児童相談所及び市町村へ通告する義務がある。

児童虐待の定義

身体的虐待	<ul style="list-style-type: none"> ・打撲傷、アザ（内出血）、骨折、外傷、たばこによる火傷など外見的に明らかな傷害を生じさせる行為。 ・首を絞める、殴る、蹴る、熱湯をかける、冬に戸外に閉め出すなど。 	性的虐待	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもへの性交、性的暴行、性的行為の強要・教唆など。 ・性器や性交を見せる。 ・ポルノグラフィーの被写体などに子どもを強要する。
心理的虐待	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉で脅し、脅迫する。 ・子どもを無視し、拒否的態度を示す。 ・子どもの心を傷つけるようなことを繰り返し言う。 ・子どもの自尊心を傷つけるような言動など。 ・他の兄弟とは著しく差別的な扱いをする。 	保護の怠慢・拒否 (ネグレクト)	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの健康・安全への配慮を怠っている（車内に放置、病院に連れて行かないなど）。 ・継続的に無視し続けるなど、子どもにとって必要な情緒的な要求に応えていない。 ・食事、衣服、住居などが極端に不適切で、子どもが健康を損なうほどの無関心、怠慢など。

子ども虐待チェックリスト～虐待を見逃さないために～

以下のチェックリストの項目は、虐待が強く疑われるサインおよび虐待のリスク要因を示しています。虐待のサインに気づくためのガイドとして利用してください。

「チェックがあること」＝「虐待」ではありませんが、少しでも虐待が疑われる場合は、家庭子ども相談課、児童相談所に相談・通告してください。リストになくても、気になることがあれば、ご連絡ください。

<子どもの様子>

身体所見	通常的生活ではできないことのない部位への受傷
	骨折や火傷などを繰り返す
	不自然な打撲傷、新旧混在するあざがある
	性器への外傷がある
	脱水症状、栄養障害がみられる
	全身に湿疹・かぶれがある
	特別な病気がないのに身長・体重の伸びが悪い
生活・行動面	外傷に対する説明が不自然であったり、説明を嫌がったりする
	ケガや病気にもかかわらず受診していない
	おびえや警戒心が強く集団に入れない
	家に帰りがたらない、家出放浪を繰り返す
	身体接触を嫌がり、ささいな刺激で身を硬くする
	性器を痛がったり、かゆがたりする
	年齢不相応な性的言葉や性的行動が見られる
	衣服や体がいつも不潔である（入浴していない）
	おやつや食事をががつ食べる、盗み食いする
	極端に遅刻や欠席が多く、理由もなく保育所・幼稚園を休む
	親を怖がり、萎縮している
	安心して親の前で遊べない
	保護者と平気ではなれる、誰にでもまとわりついてあまえる
	職員を試したり、独占しようとまとわりついて離れない
空想にとらわれたり、きれやすかったり、したことを覚えていない	
リスク要因 (虐待の結果生じること もあり悪循環につながる)	発達障害や知的障害がある
	情緒行動障害がある(反抗的、多動・衝動性、無表情で反応に乏しい等の育てにくさ)
	人や生き物に対して攻撃的・残忍な態度をとる、盗みや嘘などを反復する

<保護者の様子>

子どもへの態度	子どもへの攻撃的・強迫的な態度を示す
	子どもへのケガや病気についての説明に一貫性がなく、不自然である
	行きすぎたしつけ、体罰を容認する
	子どもに年齢・発達上不適切な期待をする
	子どもを無視したり、子どもの人格を否定するような関わりをする
	子どもの世話をしようとししない
	健診未受診、子どもの疾患への放置がある
生活状況	育児知識・養育技術が不足している
	育児に疲れ、いらいらしている
	地域や実家から孤立している状況がある
	夫婦の不和や配偶者間暴力がある
	理由もなく子どもを登園させない
	訪問しても居留守を使ったりする
	保育士が話しかけても避ける態度をとったり、サポートを拒んだりする

- 久留米市家庭子ども相談課（月～金曜日：8時30分～17時15分）
0942-30-9208
- 福岡県久留米児童相談所（月～金曜日：8時30分～17時15分）
0942-32-4458（夜間・休日は電話相談員が対応）

傷・あざがあるときは、
午前中のうちに
家庭子ども相談課、児童相談所へ、**相談・通告**を!!

児童虐待への対応マニュアル

1、児童虐待とは

虐待とは、親や親にかわる養育者が子どもの心身を傷つけ、健やかな成長や発達を損なう行為である。

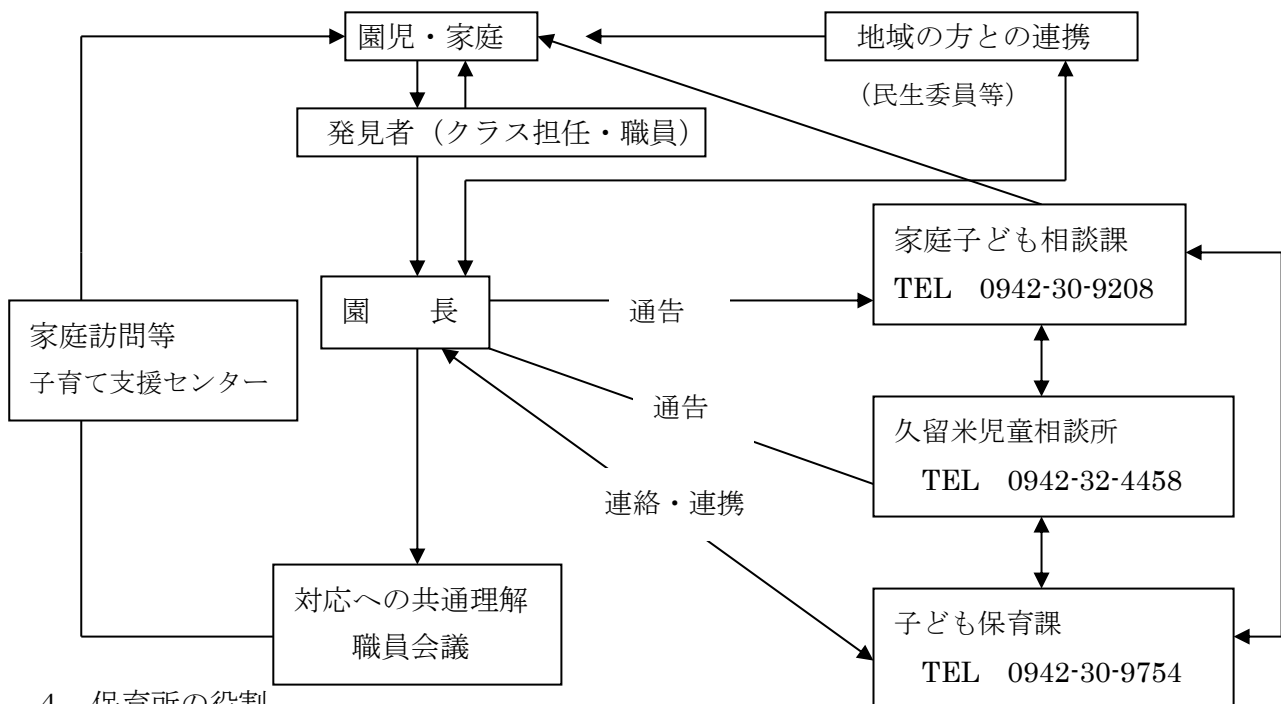
2、虐待の種類

- 身体的虐待 ○ 性的虐待 ○ ネグレクト（保護の怠慢・拒否） ○ 心理的虐待

3、虐待防止に対する基本的姿勢

- ① 職員は、職務上、虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、園生活のみならず、入所児の日常生活について十分な観察、注意を払いながら、虐待の早期発見・対応に努める必要がある。
- ② 職員等が協力して、日ごろから園児の状況把握に努めるとともに、保護者がいつでも相談できる雰囲気をつくる。
- ③ 虐待を受けている、または可能性がある園児を発見した場合は、家庭子ども相談課又は児童相談所に通告し、合わせて子ども保育課にも連絡する。なお虐待の疑いがある場合は、確証がない場合であっても早期発見の観点から、通告を行うこと。
- ④ 長期欠席の園児がいる場合には、職員が園児の状況に応じて家庭訪問を行うなどを通じて、その状況把握に努める。
- ⑤ 関係機関への通告または連絡を行った後においても、当機関と連携して当該園児への必要な支援をおこなう。また日頃から連絡、相談するなど連携を十分に行う。

<疑い・発見への対応>



4、保育所の役割

- 保育所が児童、家族に最も近い関係機関である事を認識することが重要である。
- 早期の発見と通告だけでなく、日常からリスクの要因がある家族への支援を図り予防的な取り組みにも努めていく。
- 加害者自身にも深刻な問題を抱えているケースが多く、家族そのものを支援する必要がある。
- 保育所を利用している家族に対しては、日頃の連絡帳などのやり取りに加え、送り迎えの際の些細な会話等を通じ、家庭の状況や様子を確認する。

Ⅲ アレルギー疾患への対応

1. アレルギー疾患

子どものアレルギー疾患は、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー、アナフィラキシー、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎等様々あり、保護者からその対応を求められることが非常に多い。なかでも食物アレルギーとアナフィラキシーに関しては、誤食等の事故などにより生命が危険に晒されるおそれがあるため、常に適切な対応を行うことが重要である。日頃の管理として、生活環境の整備（ダニ・ホコリの管理等）や与薬及び外用薬塗布管理、食物アレルギーであれば給食管理、緊急時対応策が求められる。

2. アレルギー対応における体制の構築の原則

保育所におけるアレルギー対応は、組織的に行う必要がある。施設長の下に対応委員会を組織し、マニュアルを作成し、全職員がそれぞれに役割を分担し、対応の内容に習熟する必要がある。そのためにも、全職員は施設内外の研修に定期的に参加し、個々の知識と技術を高めることが重要である。エビペンは、子どもの生命を守る観点から、全職員が取り扱えるようにする。また管理者は、地域医療機関や嘱託医、所在地域内の消防機関、市町村との連携を深め、対応の充実を図ることが重要である。アレルギー疾患をもつ子どもについては、医師の診断及び指示に基づいて、適切に対応する必要がある。対応に当たっては、生活管理指導表により、保育所と保護者等の間で情報を共有することが必須である。特に食物アレルギー対応は日々の食物管理が必要である。

主なアレルギー症状

部 位	症 状
全身	アナフィラキシーショック、血圧低下、意識低下など
皮膚	かゆみ、ただれ、湿疹、じんましんなど
粘膜	くしゃみや口の中のかゆみ、違和感など
消化器系	腹痛、下痢、吐き気、嘔吐など
呼吸器系	息が苦しい、ゼーゼー・ヒューヒューなどの喘鳴、犬がほえるような咳、のどが締めつけられる感じなど
循環器系	脈が速い・触れにくい・乱れる、手足が冷たい、血圧低下、唇や爪が青白いなど
神経系	元気がない、ぐったりする、尿や便をもらす、意識障害など

アレルゲンになる主な食材

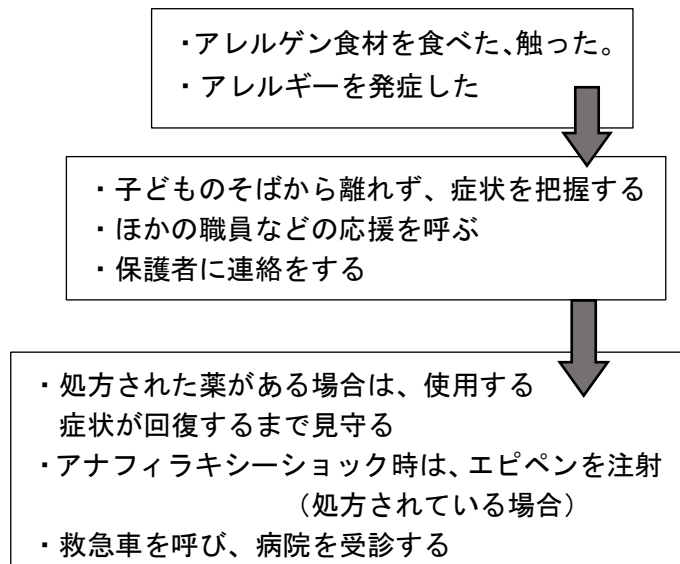
物 質	注 意 点
卵	主なアレルゲンは卵黄ではなく卵白です。魚卵で症状を起こすこともあります。
牛乳・ミルク	よく見られるのは、下痢や嘔吐など、消化器系の症状です。加熱をしてもアレルギーの起こりやすさはほとんど変わりません。
小麦	小麦はさまざまな食品に含まれています。パンや麺類だけでなく、カレーや菓子類、麩などにも注意が必要です。
そば	アナフィラキシーなど重篤な症状を引き起こしやすい食材です。そばのゆで汁や飛散したそば粉もアレルギーを引き起こす危険があります。
落花生 (ピーナッツ)	アナフィラキシーなど重篤な症状を引き起こしやすい食材です。おやつやあえ物、カレーなどにも含まれていることがあり、注意が必要です。
かに、えび	乳幼児期は比較的少なく、学童期になるとアレルギー反応を起こす子が増えてきます。
ごま	アナフィラキシーなど重篤な症状を引き起こすことがあります。
大豆	豆腐や豆乳、みそやしょうゆなどの調味料などにも注意しましょう。豆まきで大豆を使用する際は十分な配慮が必要です。

果物・野菜類	キウイフルーツ、バナナ、オレンジ、もも、トマト、くるみ、やまいもなどにアレルギーが出やすいです。
魚介類・肉類	そばやさけのアレルギーが代表的です。魚介類はアレルゲンになるものが多いとされています。肉類は、重篤なアレルギーを引き起こしにくいですが、特定原材料に準ずるものとして定められています。

3. 保護者や医療機関との連携

- ① アレルギーを持つ子を把握する。
- ② 生活管理表を保護者に配布する。
- ③ 生活管理指導表に医師が記入する
- ④ 保護者と面談を行う。
- ⑤ 園の職員と情報を共有する。
- ⑥ 生活管理表を1年ごとに見直す。

アレルギー発症への対応手順



緊急時

4. 安全な給食提供環境の整備

食物アレルギーのある子どもの誤食事故は、注意を払っていても、日常的に発生する可能性がある。食器の色を変える、座席を固定する、食事中に保育士等が個別的な対応を行うことができるようにする等の環境面における対策を行う。

(日頃の注意点)

① アレルゲンの食材の使用を避ける

重篤化しやすいそばやピーナッツ、新規に発症しやすいえび、かに、キウイフルーツ、バナナの使用を給食で避けることも予防のひとつです。小麦粘土の使用を避けるなど、経口摂取以外の危険にも注意する。

② チェック体制を強化する

職員同士の連携ミスは事故の原因になる。食事内容を記載した配膳カードを作成する、調理員・栄養士・保育者の間で声出し確認をする、対応などをマニュアル化するなどチェック体制を強化する。

③ 加工食品は原材料をよく確認する

加工食品は必ず原材料をチェックし、きちんと確認できたものだけを使用することを徹底する。製造業者・納品業者に対しても、アレルギー物質に関する詳細な報告を求め、書類として保管しておく。

④ 完全除去を行う

食物除去に関して園で細やかな対応を行うことは、かえって誤食などのミスを誘発することがある。除去が必要な食物に対しては完全除去を行う。除去を解除する際は、十分な量が食べられることを確認する。

⑤ 食器やトレイの色を変える

アレルギー対応の子どもの食器やトレイは、配膳ミスを予防するため、名札をつけたり、色を変えたりする。

薬中の場合には、その薬剤の効能や副作用についても理解しておく必要があり、非常時に備えての予備薬等の預かりについても検討を行う必要がある。

【児童発達支援の必要な子ども】

児童発達支援が求められる子どもに対しては、保護者及び児童発達支援を行う医療機関や児童発達支援センター等と密接に連携し、支援及び配慮の内容や子どもの状況等について情報を共有することなどを通じて、保育所においても児童発達支援の課題に留意した保育を行うことが大切である。

【その他の医療的ケアを必要とする子どもへの対応】

医療技術の進歩等を背景として、新生児集中治療室（NICU：Neonatal Intensive Care Unit）等に長期入院した後に、様々な医療的ケアを日常的に必要とする子どもが増えている。保育所の体制等を十分検討した上で医療的ケアを必要とする子どもを受け入れる場合には、主治医や嘱託医、看護師等と十分に協議するとともに、救急対応が可能である協力医療機関とも密接な連携を図る必要がある。医療的ケアは、その子どもの特性に応じて、内容や頻度が大きく異なることから、受け入れる保育所において、必要となる体制を整備するとともに、保護者の十分な理解を得るようにすることが必要である。また、市町村から看護師等の専門職による支援を受けるなどの体制を整えることも重要である。

【乳幼児突然死症候群（SIDS）】

SIDSは、うつぶせ、仰向けのどちらでも発症するが、寝かせる際にうつぶせに寝かせた時の方がSIDSの発生率が高いということが研究者の調査から分かっており、子どもの顔が見える仰向けに寝かせることが重要である。また、睡眠時に子どもを一人にしないこと、寝かせ方に配慮を行うこと、安全な睡眠環境を整えることは、窒息事故を未然に防ぐことにつながる。

- ① 午睡中、必ず保育士は子どもの側において、一人一人の顔色、呼吸の有無、健康状態に十分注意する。
- ② SIDSは0歳だけに発症するものではない。どの年齢も午睡中は子どもから目を離さない。

V 給食及び食育の推進

1. 保育所（園）の給食目標

保育所では、子どもたちが心身ともにすこやかに育つよう配慮された保育が行われており、給食もその中で重要な役割を持っている。保育所の給食目標は次の通りである。

1. 子どもの健康を増進し、体力の向上をはかる。
2. 偏食をなおし、望ましい食嗜好の形成をはかる。
3. 食前食後のあいさつをする、正しい姿勢でよくかんで食べるなどの望ましい食事態度を養う。
4. 手洗いの励行などをおして、衛生的な習慣をつける。
5. 保育所での生活を楽しく豊かにし、明るい人間関係を養う。
6. 給食をおして、家庭および地域における健康・栄養・衛生に対する関心を高める。

保育所の給食は、厚生労働省の栄養基準に基づいて実施しており、栄養給与目標は次の通りです。

日本人の食事摂取基準に基づく保育所等における給与栄養量

1 食事摂取基準（2015年版）に基づく給与栄養量

年齢	性別	エネルギー kcal	たんぱく質 %エネルギー	脂質 %エネルギー	炭水化物 %エネルギー	カルシウム mg	鉄 mg	ビタミンA μgRE	ビタミンB1 mg	ビタミンB2 mg	ビタミンC mg	食物繊維 g	食塩相当量 g
1 ～ 2 歳	男	950	13～20	20～30	50～65	450	4.5	400	0.50	0.60	35	-	3.0未満
	女	900	13～20	20～30	50～65	400	4.5	350	0.50	0.50	35	-	3.5未満
	平均	925	13～20	20～30	50～65	425	4.5	375	0.50	0.55	35	-	3.25未満
3 ～ 5 歳	男	1300	13～20	20～30	50～65	600	5.5	500	0.70	0.80	40	-	4.0未満
	女	1250	13～20	20～30	50～65	550	5	400	0.70	0.80	40	-	4.5未満
	平均	1275	13～20	20～30	50～65	575	5.25	450	0.70	0.80	40	-	4.25未満

※上記の給与栄養量は1日あたりの算出値です。

※食事摂取基準は、主として健康な個人並びに集団を対象としたもので、当該園児において、疾患や障害を有するなどの身体状況や日常生活状況等に配慮すべき問題がない場合に使用します。

2（1）保育所等給食の給与栄養量

年齢 男女平均	エネルギー kcal	たんぱく質 %エネルギー	脂質 %エネルギー	炭水化物 %エネルギー	カルシウム mg	鉄 mg	ビタミンA μgRE	ビタミンB1 mg	ビタミンB2 mg	ビタミンC mg	食物繊維 g	食塩相当量 g
1 ～ 2 歳 平均	470	13～20	20～30	50～65	210	2.3	190	0.25	0.28	18	-	1.6未満
3 ～ 5 歳 平均	580	13～20	20～30	50～65	260	2.4	200	0.30	0.35	18	-	1.9未満

※1～2歳児は、10時のおやつ・昼食・3時のおやつで、1日の給与栄養量の約50%を給与します。

※3～5歳児は、昼食・3時のおやつで、1日の給与栄養量の約45%を給与します。

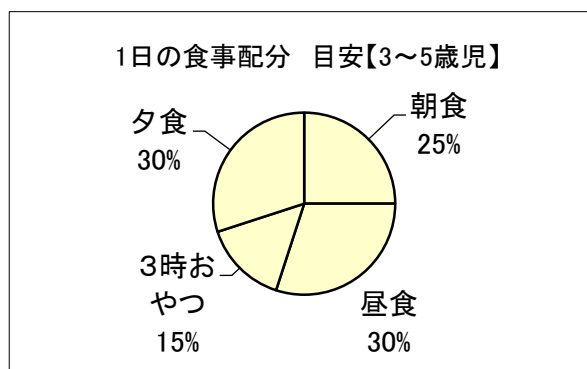
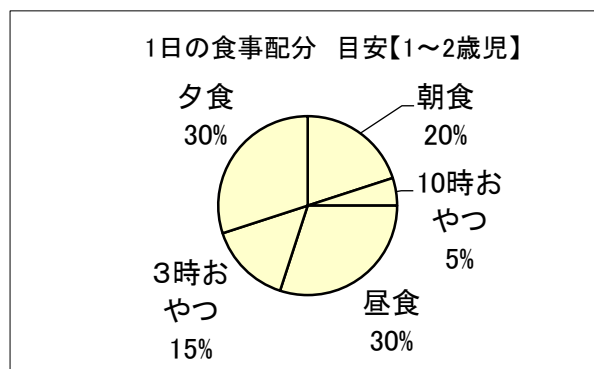
※たんぱく質および脂肪については、%エネルギーとして幅を考慮します。

（2）夜間保育所給食の給与栄養量

年齢 性別	エネルギー kcal	たんぱく質 %エネルギー	脂質 %エネルギー	炭水化物 %エネルギー	カルシウム mg	鉄 mg	ビタミンA μgRE	ビタミンB1 mg	ビタミンB2 mg	ビタミンC mg	食物繊維 g	食塩相当量 g
1 ～ 2 歳 平均	700	13～20	20～30	50～65	320	3.4	300	0.35	0.4	25	-	2.5未満
3 ～ 5 歳 平均	950	13～20	20～30	50～65	430	3.9	340	0.50	0.60	30	-	3.2未満

※1～2歳児及び3～5歳は、昼食・夕食及び3時おやつで1日の給与栄養量の75%を給与します。

※たんぱく質および脂肪については、%エネルギーとして幅を考慮します。



食品構成表

食品群 (詳細)		食品構成g			
		3～5歳		1～2歳	
魚介類	魚介類	15	17	11	12
	塩蔵・缶詰	2		1	
獣鳥肉類	獣鳥肉類	14	16	11	12
	その他の加工品	2		1	
乳類	牛乳	100	121	80	93
	脱脂粉乳	2(16)		1(8)	
	乳製品	5		5	
卵類	卵類	10		8	
野菜、果実類	淡色野菜	60		50	
	緑黄色野菜	40		30	
	海藻類	2		1.5	
	いも類	20		16	
	果実	45		40	
穀類	米	45	69	35	54
	その他の穀類	10		8	
	パン類	7		7	
	めん類	7		4	
豆類	大豆製品	14	20	12	17
	豆類	3		2.5	
	みそ類	3		2.5	
油脂類 調味料	油脂類	5		4	
	砂糖類	5		4	
	菓子類	3		8	
	調味料類	7		6	

※脱脂粉乳は8.2倍で牛乳換算する

食品構成表【夜間保育所】

食品群 (詳細)		食品構成g			
		3～5歳		1～2歳	
魚介類	魚介類	30	35	24	28
	塩蔵・缶詰	5		4	
獣鳥肉類	獣鳥肉類	21	25	17	20
	その他の加工品	4		3	
乳類	牛乳	100	140	100	130
	脱脂粉乳	4(33)		3(24)	
	乳製品	7		6	
卵類	卵類	18		15	
野菜、果実類	淡色野菜	120		100	
	緑黄色野菜	60		50	
	海藻類	3		2.5	
	いも類	35		25	
	果実	50		45	
穀類	米	90	120	70	96
	その他の穀類	10		8	
	パン類	10		10	
	めん類	10		8	
豆類	大豆製品	25	37	20	29
	豆類	6		4.5	
	みそ類	6		4.5	
油脂類 調味料	油脂類	8		6	
	砂糖類	7		6	
	菓子類	3		3	
	調味料類	12		9	

※脱脂粉乳は8.2倍で牛乳換算する

2. 保育所（園）の特性を生かした食育

食は、子どもが豊かな人間性を育み、生きる力を身に付けていくために、また、子どもの健康増進のために重要である。各保育所は、保育の内容の一環として食育を位置付け、施設長の責任の下、保育士、調理員、栄養士、看護師等の職員が協力し、健康な生活の基本として食を営む力の育成に向けて、その基礎を培うために、各保育所において創意工夫を行いながら食育を推進していくことが求められる。

(1) 食育計画の作成と評価

保育所での食事の提供も食育の一部として食育計画に含める。また、食育計画が柔軟で発展的なものとなるように留意し、各年齢を通して一貫性のあるものにすることが大切である。さらに、食育計画を踏まえた保育実践の経過やそこでの子どもの姿を記録し、評価を行う。その結果に基づいて取組の内容を改善し、次の計画や実践へとつなげていく。食事内容を含め、こうした食育の取組を、保護者や地域に向けて発信することも大切である。

(2) 食事の提供に関する留意点

入所前の生育歴や入所後の記録などから、子どもの健康状態、発育及び発達の状態、栄養状態や生活状況などを把握し、それぞれに応じた必要な栄養量が確保できるようにする。さらに、子どもの咀嚼や嚥下機能等の発達に応じて食品の種類、量、大きさ、固さ、食具等を配慮し、食に関わる体験が広がるよう工夫する必要がある。また、離乳期においては、食べる意欲の基礎をつくることができるよう、家庭での生活を考慮し、一人一人の子どもの状況に応じ、時間、調理方法、量などを決める必要がある。

(3) 食育の環境の整備等

自然の恵みとしての食材について、様々な体験を通して意識し、生産から消費までの一連の食の循環や、食べ物を無駄にしないことについての配慮などに意識をもてるよう、様々な食材に触れる機会を計画的に保育に取り入れていくことが重要である。

① 生きる力を育む環境づくりへの配慮

例えば、野菜の栽培や収穫を通して、食べ物が自然の影響を受け育つこと、心を込めて育てること、野菜に匂があること、みんなで協働し収穫した時の実感、食べる喜び、これが生きる力を育む環境づくりとなる。このような体験の中で子どもは自らの感覚で食の環境を意識するようになり、地域で生産される食べ物を知り、育てる人、運搬する人、販売する人や、食事を作る人への感謝の気持ちや生命を大切にすることなどが育まれていく。

② コミュニケーション力を育む環境への配慮

例えば、保育者、栄養士、調理員、保護者、地域の人々などと食事をつくる機会や食事を一緒にいただく機会をつくり、子どもに人とかかわる力が育まれるような環境をつくることで、子どもは食べ物への好奇心からさまざまな質問をするようになる。子どもが疑問を解消できるように十分な食事時間を確保することにより周りの人とのコミュニケーションが図れ、子どもは情緒を安定させ、食への関心も高めることができるだろう。このように食事はコミュニケーション力を育むと同時に子どもとの言葉のやり取りや子どもの表現力を養い、豊かな人間関係を育んでいく。

③ 楽しく食べることのできる環境への配慮

情緒の安定のためにも、ゆとりある食事の時間を確保し、食事をする部屋が温かな親しみとくつろぎの場となるように、採光やテーブル、椅子、食器、スプーンや箸など食具等、環境の構成に配慮することが大切である。

このように、保育所の食育においては、食に関する人的及び物的な保育環境の構成に配慮することが重要だ。

④ 体調不良の子どもへの対応

食物アレルギーのある子どもへの対応の有無に関わらず、除去食品の誤配や誤食などの事故防止及び事故対策において、安全性を最優先として組織的に最善を尽くす必要があり、常に食物アレルギーに関する最新の正しい知識を全職員が共有していることが重要である。アナフィラキシーショックへの対応については、エピペン®の使用法を含めて理解し、身に付けておく必要がある。また、食物アレルギー症状を誘発するリスクの高い食物の少ない、又はそうした食物を使わない献立を作成するなど、様々な配慮や工夫を行うことが重要である。さらに、食物アレルギーのある子ども及びその保護者への栄養指導や、地域の子どもとその保護者も含めた食育の取組を通じて、食物アレルギーへの理解を深めていくことが求められる。

⑤ 障がいのある子どもへの対応

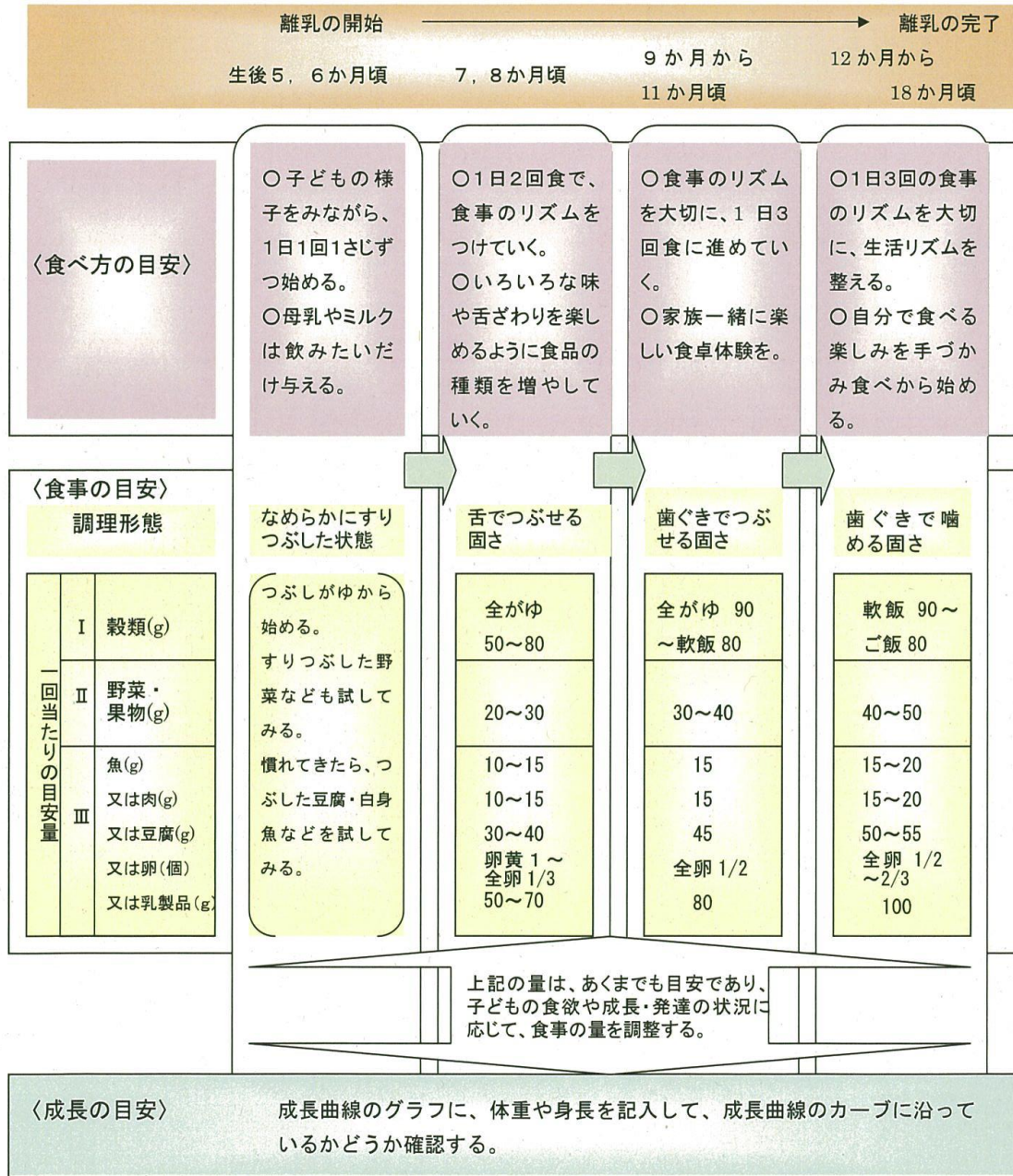
障がいのある子どもに対して、他の子どもと異なる食事を提供する場合がある。食事の摂取に際して介助が必要な場合には、児童発達支援センター等や医療機関の専門職による指導、指示を受けて、一人一人の子どもの心身の状態、特に、咀嚼や嚥下の摂食機能や手指の運動機能等の状態に応じた配慮が必要である。また、誤飲をはじめとする事故の防止にも留意しなければならない。さらに、他の子どもや保護者が、障がいのある子どもの食生活について理解できるような配慮が求められる。

⑥ 食を通した保護者への支援

- ・連絡帳での食生活指導
- ・食育便りでの食生活指導
- ・給食サンプルの展示
- ・給食やおやつを試食会の実施
- ・給食懇談会の実施
- ・保護者の参加による調理実践行事の実施

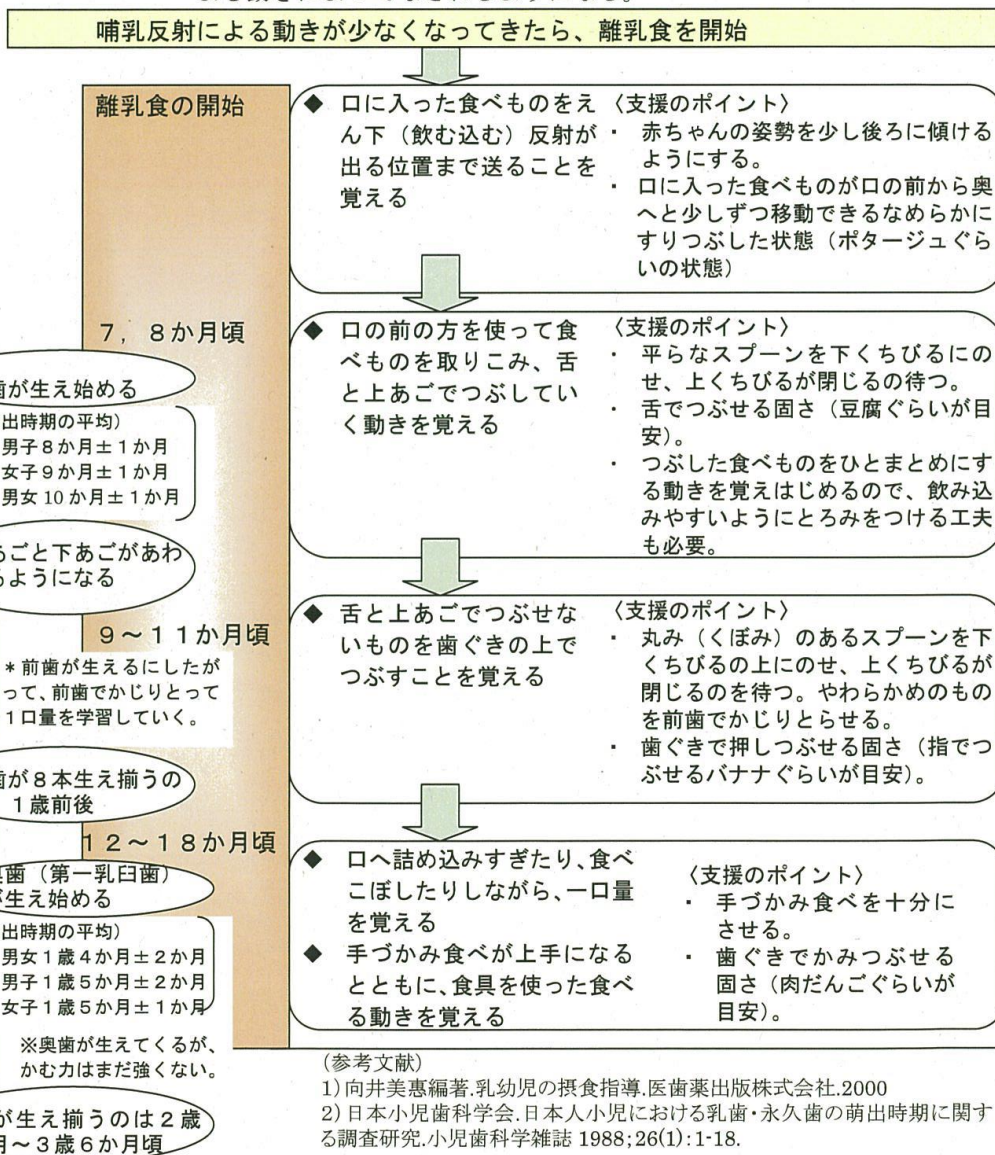
*食育計画表については資料編を参照 (P134)

離乳食の進め方の目安



〈参考2〉 咀嚼機能の発達の目安について

- 新生児期～ 哺乳反射*によって、乳汁を摂取する。
 *哺乳反射とは、意思とは関係ない反射的な動きで、口周辺に触れたものに対して口を開き、口に形のある物を入れようとすると舌で押し出し、奥まで入ってきたものに対してはチュチュと吸う動きが表出される。
- 5～7か月頃 哺乳反射は、生後4～5か月から少しずつ消え始め、生後6～7か月頃には乳汁摂取時の動きもほとんど乳児の意思(随意的)による動きによってなされるようになる。



3. クッキング保育

(1) クッキング保育の目的

- ① 子どもたちが調理を通して、“食”への関心を芽生えさせる。
- ② 望ましい食環境を育成する。
- ③ 調理を見たり、触れたり、作ったりすることは、食欲を育む。
- ④ 調理の準備や自分で作る体験を通して“食を営む力”の基礎を培う。

(2) クッキング保育をして育まれるもの

- ① “食”に対する関心が高まる。
- ② 親子で調理をすることで、家庭での食文化や親子の絆が育まれる。
- ③ いろいろな道具を何度も繰り返し使うことで、上手に丁寧に使いこなせるようになる。
- ④ 調理活動を通して、熱加工などで、素材の変化に気づく。
- ⑤ 見る・触る・匂いを嗅ぐ・野菜を切る音や鍋で煮る等の音を聴く・味わうことで味覚を育て、五感が育つ。

(3) クッキング保育の留意点

- ① 年齢・発育・発達に即した内容であり、作業であること。また、無理を強いることのないようにする。
- ② 衛生的である。……身支度、手洗い、調理器具・テーブルの消毒を徹底する。手洗いを十分に行い、完全に水分をふき取り、アルコール消毒をすること。
- ③ 危険を伴う作業はしない。……洗う・皮をむく・切るなどの準備をはじめ、調理作業は、危険を伴わない作業のみとし、個人の能力・性格などを十分理解して取り組む。また、いかなる場合も保育者は目を離すことなく見守り、緊急の場合を想定した心構えで臨む。また、かまどなど火を使う場合は、細かい配慮が必要である。
- ④ 年間を通して食中毒が発生しやすいので、クッキングでの食事づくりは、万全の注意を払う。
- ⑤ 食材にふれる・食材の切り口の様子を見る・においをかぐなどの経験ができるようにする。

(4) 年齢ごとのクッキング作業（例）

- ・ 1～2 歳児
まるめる（団子）・ちぎる（キャベツ・レタス）・つぶす（マッシュポテト・スイートポテト
むく（たまねぎ）
- ・ 3 歳児
まぜる（蒸しパン・スポンジケーキ・クッキー）・皮むき（そら豆・とうもろこし）
- ・ 4 歳児
皮むき（ピーラー使用）・スジ取り（いんげんまめ）
- ・ 5 歳児
調理する（カレーライス・みそ汁・だご汁・お好み焼き・芋まんじゅう）

※畑で子どもたちが育てた野菜を使うと“食”への関心が高まり、クッキングの取り組みが意欲的になる。

※1つのクッキングで、年齢の低いクラスは、材料を洗う・手で皮をむく・ちぎるなどの作業を行い、年齢の高いクラスは、包丁を使って切る、炒める、煮るなどの活動を工夫することにより、園全体で経験することができる。