

保育現場で生かせる「発熱対応」に関する保健の知識の協同構築：

保育者が発熱の対応で苦慮した事例の検討から

大 西 薫

Construction of Knowledge on Respond to Fever in Early Childhood Education and Care :

Case Study Where Childcare Workers were Struggling with Response to Fever

Kaoru OHNISHI

要 旨

保育現場で保育者が生かせる発熱の知識を構築することを目的に、保育者が発熱の対応で苦慮した事例の検討を行った。保育者だからこそ求められる発熱児への対応は、医学的知識だけでは不十分であり、保護者対応や子どもの育ちを見守り支えていくといった側面が保育現場においては不可欠であることが研究者と保育者（実践者）とのインタラクションによって明らかになった。保育現場の声を丁寧に拾い上げていく（ボトムアップ）ことで、医学的知識としての発熱を、さらに保育現場で生かせる知識として生成することの重要性が示唆された。

キーワード：発熱 保育現場で生かす保健の知識 知識の協同構築 ボトムアップ 研究者と実践者のインタラクション

1. 問題と目的

本研究の目的は、一般論としての保健の知識を、保育現場における対応の困難さを考慮した上でどのように活用すべきか明らかにすることである。

保育者にとって、発熱した子どもへの対応は苦慮するものの1つである。保育所で発熱した乳幼児の保護者との対応の際の保育者の困難を調査した小代・高野・山内（2014）¹⁾は、その困難として3つのカテゴリを抽出している。1つ目は【保護者の態度への困難】であり保護者の感染症流行に対する認識の低さ（例えば、感染症であるのに登園させる、熱があるが園に預けてもよいと聞かれるなど）、発熱の判断の難しさと苦情対応（例えば、早退したが家に帰ってからは熱がなかった、熱の測りかたを疑われるなど）や、緊急時の連絡がつかないなどが示されている。2つ目は【保護者が仕事を優先する状況への困惑】であった。発熱を連絡しても仕事を理由に迎えに来ないことや、発熱している子どもの保育の依頼（例えば、元気があるならば早く園で看てもらえないか、預かってほしい）、発病した時の受診代行の要望（緊急を要する高熱時にはまず病院に連れて行ってほしいなど）があった。3つ目は【発熱児の体調管理への指導や対応への困難】であり、病気に対する相談に回答できない（例えば、病院に受診したほうがいいですか、どうして発熱が頻繁するのだろうか、何の病気ですかなど）、病児への薬物使用の要望（熱性けいれんのある子どもの対処や坐薬のお願い）、子どもの発熱を重要視する姿勢がみられない保護

者に対して指導できない（熱があるまま、検温もしないで連れてくる、発熱や嘔吐を繰り返すことを電話で伝えても重要と思ってくれないなど）が挙げられている。このように、子どもの発熱に対して保育者は困難を感じているとともに、子どもが発熱しても保育所に登園させる保護者の対応にも苦慮していることが明らかにされている。

筆者は、平成25年度より、現職教員を対象とした教員免許更新講習において「子どもの病気、けがへの対応」という講義を毎年行っている。その中で、保育現場において、子どもの発熱という症状が頻繁に起こるということ、小代ら（2014）と同様に、保育者が発熱時の対応に困難さを持っていることが保育者とのディスカッションを通じて明らかになった。また、実習巡回等で園を訪問した際に、保育士や幼稚園教諭からしばしば、保育士や幼稚園教諭は医療者ではないため、病気や医学に関する知識や判断において保護者からの信頼度が低く、説得が困難であるということ伝えられた経験もある。

保育者に向けた指導書には、発熱について次のように定義されている。松本（2009）によると、一般に体温が37.5℃以上の時に発熱とみなす。体温は乳児から幼児へと成長するにつれて平熱が下がる傾向があり、また平熱には個人差があるので、普段より安静時の体温をチェックしておく必要がある²⁾としている。また、永井（2010）や田村（2007）は、子どもの平熱を把握しておき、普段よりも1℃以上高いときには、発熱していると考え^{3) 4)}、としている。しかし、単に熱だけではなく、全身状態の観察が必要不可欠であり、熱の高さだけで判断せず、他の症状と合わせて確認することが大切⁵⁾ともされている。

このように指導書には発熱についての医学的知識が記述されており、保育者養成段階において必ず学んでいるはずであるが、実際の保育現場においては苦慮する症状の1つとなっている。その理由として、現場の保育者が有している発熱に対する適切な知識が不足していることや、学生時代に学んだ情報がアップデートされていないことが可能性として考えられる。さらに、前述した保護者への関わりも含めた「発熱対応」を求められるという現場の状況を踏まえると、そもそも医学的知識としての発熱だけでは保育現場においては十分な対応ができない可能性も考えられる。

実際に保育現場で出会う子どもたちは、治療を希望している者や罹患疑いが明確で検査を受けにくる者など、医療現場で出会う子どもたちとは本質的に異なる。保育者は、罹患の疑いを積極的に検出し、医療につないだり、保護者に対応したりすることが求められ、言わば病気の「最前線」に立たされているといっても過言ではない。それにもかかわらず医療者ではないために医療についての専門性という“権威”がない。このような保育者の置かれている状況も、彼らが困難を抱える要因かもしれない。

以上のように保育現場では、発熱についての医学的知識のみならず保護者への対応も含めたより包括的で実践的な知識が必要とされていることが示唆される。しかしながら、従来の研究においてこの点について詳細な検討を加えているものは見当たらない。発熱について医学的知識を単に研究者（筆者）が伝えるだけでなく、保育現場に生かすことのできる「発熱対応」に関する知識を保育現場の視点からボトムアップで協同構築していくことは、対応に苦慮する事例の多さを鑑みると極めて重要なことであると考えられる。

そこで、本研究では、免許状更新講習において保育者が子どもの発熱の対応に戸惑ったり、困難があったりした事例を取り上げ、保育者に求められる保健の知識を参加者とのディスカッション及び参加者の振り返りシートの記述の分析を通じてボトムアップ的に考える。これを通じて、保育者の「気づき」と保健の知識を生かす保育のあり方を検討する。

2. 方法

2. 1. 保育者の属性

参加者は平成26年度教員免許状更新講習（岐阜市）「子どもの病気、けがへの対応」の受講者53名である。講習は2014年8月に実施した。参加者は保育園の他、幼稚園、認定こども園、支援教室、小学校などに所属しており、主任もしくは指導的立場にある人たちであった。

2. 2. 内容と手続き

（1）講義，（2）グループディスカッション，（3）全体での共有，（4）振り返りレポート課題の順に行った。

（1）講義

子どもの健康と病気について講義を行った。その中で、体温に関する生理学的機能について理解を促し、熱が出る仕組み（発熱）について参加者に最新の知識を提供した。発熱に関する講義時間は1時間であった。

（2）グループディスカッション

講義を通じて体温と発熱に関する正確な医学的知識を得たうえで、現場の保育者同士で「病気やけがの対応で困ったときの事例」について、グループディスカッションを行った。1グループ9名～10名をランダムに選出し、5グループに分けた。ディスカッションを始める前に、1人1回は必ず発言することを伝えた以外、各グループで自由にディスカッションをしてもらった。筆者はディスカッション中、グループの周りを巡回し、保育者が行った対応や病気に関する質問に答えた。グループディスカッションの時間は30分であった。しかし、時間が足りなかったのか、その後の休憩時間にも話し合っている姿が確認された。

（3）全体での共有

グループディスカッション後、グループ内で検討し合った内容を各グループの代表者が参加者全員に向けて報告し、内容を全員で共有した。全体での共有時間は45分であった。本研究では、その中の発熱に関する事柄について報告する。

（4）振り返り

全体での共有の後、自己の保育を振り返る機会として、講習で得た発熱の知識をまとめたうえで、子どもの発熱時にどのような関わりや援助をするべきか、400字程度でまとめるレポート課題を設定した。また、今後の保育に生かしたいことや、改めて分かったことについては自由に記述してもらった。振り返りの時間は1時間であった。

2. 3. 倫理的配慮

ディスカッションの内容やレポート課題の内容は、保育者養成教育の中で現場の実情として話すことがあること、研究として報告することを参加者に伝えた。発言や記述を拒否することによって受講者の不利益にはならないこと、事例に対する匿名性を確保するために、地域名・施設名は公表しないことも同時に口頭で伝えた。

3. 結果と考察

免許状更新講習で行われた（2）から（4）のパートについて質的に分析を加える。

3. 1. グループディスカッション

3. 1. 1. 病気やけがの対応で困ったときの事例・発熱時の対応で困ったときの事例

病気やけがの対応で困ったことを発表する中で、すべてのグループで、子どもが園生活の中で

発熱した時、対応に悩む 6 事例が報告された。その内容は小代ら (2014)¹⁾ が行った調査と同様に、3 つのカテゴリに分けられた。事例内容を表 1 に示す。

表 1 発熱の対応で困った時のカテゴリ ^{注1} と事例内容		(6 項目)
カテゴリ	事例の内容	
【保護者の態度への困難】	園で子どもが発熱したため保護者に連絡し、迎えにきてもらったが、その時点で子どもは解熱していた場合、保護者にどのように対応するか困った。	
【保護者が仕事を優先する状況への困惑】	子どもが高熱なのに保護者がなかなか迎えに来てくれないので困った。	
【発熱児の体調管理への指導や対応への困難】	微熱が続く子どもに対して、保護者から「微熱ぐらいなら園で見て欲しい」と言われ困った。	
	熱性けいれんをおこした子どもを初めてみたので、救急車を呼ぶか判断に迷った。怖かった。	
	前日、発熱していた子どもが翌日登園し、また発熱をして、保護者に病気(子どもを休息させる必要性)を理解してもらうのに困った。	
	熱が上がりやすい子どもがいて、体調が悪いかどうかの見極めに困った。	

注1 カテゴリ分けは小代・高野・山内(2014)による

参加者が最も関心を持った発熱の対応で困った事例は、「微熱が続く子どもに対して、保護者から『微熱ぐらいなら園で見て欲しい』と言われ困った」であった。同じような発言を保護者に言われた保育者も多かったが、それだけではなく、この事例の保育者が行った保護者対応に、参加者は共感するとともに難しさを感じる、という発言もあった。

本論文では、この「微熱が続く子どもに対して、保護者から『微熱ぐらいなら園で見て欲しい』と言われ困った」事例を、先行研究¹⁾に従い【発熱児の体調管理への指導や対応への困難】としてカテゴリ化した。この事例を担当した保育者は、保護者は体調の悪い子どもを看ることに不安を持っている、と感じたという。子どもの体調を考えれば、家でゆっくり休んだ方が回復は早いと考えたが、その時は、保護者の持つ不安な気持ちを受け入れるほうを優先して、園で子どもを預かったという事例だった。担当した保育者は、常に同様の対応ができるとは限らない、と前置きした上で、この時に親の不安や思いを受け入れたことが、保護者との信頼関係の構築につながったのではないかと述べている。参加者からは、保育現場では、「子どものことを考えて保護者の思いに応じることもある」ことや、「その場の判断ではなく、先を考えて対応することもある」などの発言があった。

先行研究では、看護職の立場から、保護者に感染の流行予防に関する集団保育の重要性について指導・教育していくことが必要なこと、保護者が子どもの健康管理について自信をもち、責任をもって行えるように、教育指導していくことの必要性が述べられている¹⁾。勿論、そのことは大切である。しかし、これに対して本研究において明らかにされた保育者の発熱に対する取り組みは、保護者が安心して日々の子育てを行っていただけるための援助実践と考えられるもので、上述の取り組みとは方向性が異なる。上述のように保護者の持つ不安を受け入れることも状況によっては重要な対応と言える。このように、保育の場における発熱の援助には、医学的知識のみならず保護者への対応をも含めた、より包括的で実践的な知識が必要であると考えられる。そこには、保護者対応や子どもの育ちを見守り、支えていくために柔軟に対応を変えていくといった基本的姿勢が重要となろう。

3. 1. 2. ディスカッションの内容の全体共有

各グループが発熱の対応で困った時の事例を報告する際には、参加者はそれぞれ相槌を打ったり、「分かる、分かる」など同意の言葉を発したりしていた。このディスカッションを単に「困難さ」の共有で終わらせないために、筆者から参加者へ2つの問いを提示した。

1つ目は、「子どもが発熱したとき、保護者にお迎えをお願いする目安は何℃か？」である。グループディスカッションの中で、参加者は各施設で発熱への対応が異なることに驚いている様子だったため、全体においても再度確認した。具体的には「園の方針で、子どもの体温が37.5℃あったら、子どもが元気であっても、とりえず保護者に報告する」という施設もあれば、「子どもがどれだけ元気でも体温が37.5℃になれば保護者に報告し、迎えに来てもらう」と、同じ体温でも施設によって保護者への対応が異なること、また、「発熱だけの症状ならば、38.0℃までは子どもを園で預かっている」という施設もあった。

2つ目は、「37.5℃は『高熱』なのか？」である。ディスカッション前の講義において、参加者は生理学的な体温の知識と発熱について学習している。この問いに対し、参加者から「そもそも子どもの平熱を保育者や保護者は把握していないのではないか」、「37.5℃は高熱なのか（いや、高熱とは言い切れない）」、「発熱は1つの防衛反応であり、合目的であるならば、すぐに熱を下げようとする行為は間違っているのではないか」などの発言があった。このような「気づき」に基づいて、参加者が対応に困った事例を再検討し、園の方針として一律に発熱の値が決められていることや、保育者としての援助は適切だったのかどうかを改めて考えることにつなげた。

3. 2. 振り返りレポート記述

3. 2. 1. 子どもの発熱時にどのような関わりや援助をするべきか

なぜ熱が出るのか、熱が出るメカニズムについては53名全員が正しく記述していた。発熱時の関わりを記述できたのは52名であった（1名は熱が出るメカニズムのみを書いて終了となった）。そこには講義で説明した「子どもの症状に合わせた関わり」「子どもが気持ちよいと思える援助」を行うことが保育の文脈に即して具体的に書かれていた。例えば、水分補給をしながら、子どもの訴えに合わせ、発熱時に暑がっていれば冷やすケアを、寒がっていれば保温をすること、子どもに安心感を与える関わりをする、平常時と異なる子どもの様子を観察する、安易に解熱剤を使用しない、などであった。

子どもの発熱時の対応について、保護者への連絡について言及した内容は23名にみられ、その内、状況の説明や保護者へのフォロー、お迎えまでの時間に行った援助を伝える、といった内容を11名が記述していた。また、今回の講義で得た発熱の知識を保護者にも伝える、具体的なケアを助言して保護者自身にも発熱の理解を深めてもらえるような関わりをしたいという記述は5名であった。

子どもの発熱時の対応について、職員との連携について言及した内容は15名にみられた。自分1人で判断しない、職員全員で把握し保護者に対応することが保護者への信頼にもつながる、という内容であった。本講習の参加者は、主任や責任のある立場の保育者・教員が多いことから、1人の対応が園全体の対応としてとらえ、職員の共通理解、職員同士助け合いながら対応することが大切、という記述もみられた。

これらの保育の文脈に即した「発熱対応」は、筆者のような研究者が想像を巡らせるだけでは明らかにすることが困難な多様なものであった。

3. 2. 2. 自由記述：今後の保育に生かしたいことや、改めて分かったこと

発熱に関して記述された内容を表2に示す。自由記述においても、保育現場における発熱対応の多様さを示唆する記述がみられた。筆者が提示した2つの問いを参加者が意識し、積極的に保育の場に生かそうとする内容も示されていた。講習で得られた知識を活用するために、現在行っている保育の修正・改善の必要性を実感し、保護者や保育スタッフとの関係づくり、得られた知識や情報の伝達や共有の大切さが記述されていた。また、参加者は今回の講習を通じて、他の施設で実施されている保育を学び、自己の保育を振り返ることができていた。記述された内容は、共感や不安、知識の構築といった内容であった。

表2 「発熱」に関する自由記述

記述内容
グループ討論をおこなうことにより、それぞれの園の様子や悩みを知ることができ、とてもよかった。共感できる部分や自分の園との違いを知ることができた。
園では発熱や怪我など日常的に起こる。すぐに保護者に迎えに来てもらったり、園医に診察してもらうので、大事に至ったことはないが、擦り傷ひとつの手当てでも「これでいいのか？」と不安を持ちながら対応をしている。
子どもが高熱を出したときは、元気があってもいついっ心配で坐薬を使用した。熱を出すということは、菌の増殖を抑制していることなので、安易に下げることばかりを考えてはいけないことを知った（同様の内容 他2名）。
今までは熱がでると熱性けいれんをおこすので、すぐに下げなければと思っていたが、間違いだと分かった。
保護者に対して、発熱時の対応（熱をむやみに下げない、水分補給など）を積極的に知らせたり、病気になることで免疫力がついていくこと、集団生活での感染は避けて通れないことを伝えていきたい。
保護者にも見通しを持って子どもをみてもらえるように、育児の様々な情報を発信したり、保護者との情報交換をしたい。
いろいろな先生方のお話を聞き、保護者対応の難しさを痛感した。しかし、保護者の立場も尊重しながら保育者側の要望ばかりをいうのではなく、共に子どものために必要なことを話し合っていきたいと思った。
子どものことを本当に思い、誠意をもって接していれば、そこに信頼関係が生まれ、保護者と保育者のよい関係が築けるという事例を聴くことができてよかった。自分の保育にも今後、生かしていきたい。
園で子どもの病気の対応をするとき、保護者とのやり取りで迷ったときは、チーム対処が大切で、独りよがりの判断で決める、時には園長に説明を依頼する態度が必要だと、ディスカッションを通じて改めて実感した。
普段の子どもたちをどれくらい観察しているか、見極める目を持つことが大切だと思った。周囲の先生たちと協力し合い、毎日の子どもたちの安全・健康に気をつけていきたい。そして、保護者と関係をつくり、家庭の様子、対応について協力し合える関係を築ることが子どものより良い生活につながっていくと考える。
私の園では、37.5℃を基準にお迎えを決めているが、講義を受けて、改めて職員と相談してみようと思った。
保護者から「園で病気ばかりもらってくる」と嫌そうに言われ、申し訳ない気持ちになることが多かったが、病気になりながら免疫をつけていく、その過程にあると習い、園で感染症に罹っている子どもがいることをもっと積極的にアピールし、保護者の目に届くところに「手足口病 3人（年少クラス）」と掲示し、保護者にも病気に対する「免疫」を付けてもらえるよう工夫したい。

4. 総合考察

保育所保育指針第5章「健康及び安全」の項目では、子どもの生命と心の安定が保たれ、健やかな生活が確立されることは、日々の保育における基本であると述べられている。また、1人ひとりの子どもの健康状態、発育・発達状態に応じて、子どもの心身の健康の保持増進を図り、危険な状態の回避に努めることが求められている⁶⁾。保育とは健康と安全を欠いては成立しないことを、施設長の責務の下に全職員が共通して認識することが必要とされている。保育の現場では、発熱に対する知識は体温だけに囚われず、全身状態の観察といった他の症状と合わせて判断することが大切なにもかかわらず、「37.5℃を発熱とみなす」という言葉がまるで独り歩きをしているように、対応に苦慮している現場の様子がみられた（例えば、37.5℃あるけれど元気になっている。お迎えに来てもらう必要が本当にあるのかどうか、という内容の事例）。先行研究¹⁾と同様に、講習参加者は保護者の態度に申し訳なさを感じたり、なかなかお迎えに来てもらえず困ったり、どのように保護者に理解してもらうのか、といった事柄を苦慮している。

発熱した子どもに対する母親の認知と対処行動を1,089名の母親のデータからまとめた細野・岩元（2006）によると、92%の母親は39.0℃未満の low grade fever を高熱（40.5℃以上がハイリスクとされている）と同じように捉えて心配していること、また、およそ半数の母親（46.1%）は、38℃未満の発熱さえ恐怖感を抱いていることを報告している⁷⁾。また、小田（2005）は、発熱＝脳障害という誤った認識が多く存在し、不安に直結している⁸⁾と述べている。細野・岩元は（2006）、20数年前に行われた発熱に対する調査研究と比較し、現在に至るまでさまざまな健康教育が試みられたにもかかわらず、その頃よりもけいれんや脳障害に対して母親が感じる不安の割合は高くなっていることを踏まえたうえで、依然として誤った認識による発熱への過度の恐怖感を持つ母親が多い現状を指摘している⁹⁾。母親らの発熱に対する不安と保育者の思いは、保育者による発言と記述からも一致する面があることが本研究においても明らかになった。

松本（2009）は、医師の立場から37.5℃を発熱とみなしている。しかし、41℃以上の高体温以外の通常の発熱は生体防衛反応の1つであること、また熱が高くても、顔色もよく、元気がよさそうな時は急を要する状態ではないことを親に説明することを述べている²⁾。

この医学的知見をどのように保育現場で生かすべきかであろうか。本研究では、発熱についての講義を通して、保育者へは37.5℃は決して高熱ではないことの理解を促した。さらにグループディスカッションを通じて、子どもの発熱への対応は園によって様々であること、保護者の理解を得るための働きかけも含めた援助が重要であることへの「気づき」も得られた。それは、単に体温の測定値のみを指標として判断することにとどまらず、子どもの熱以外の状態を見ることや保護者の状態も踏まえた援助のあり方についても認識を深めることとなった。これらのことは、発熱という医学的知識やそれに基づいた保護者への教育・指導の必要性が強調されるが、保育現場にあってはそれだけでは十分とはいえないことを明確に示唆している。保護者の理解や協力を得るための具体的な方策を考えて実行しようとする記述からは、正しい医学的知識を得た上で、保育現場にその知見を生かすためのより踏み込んだ知識を、保育者の視点で構築していると考えられる。

沼野（2011）は、正しい知識・情報だったとしても、保護者との間に信頼関係がなければ保育者の言葉は届かない。良かれと思って伝えたことでも、批判されていると受け取られかねない場合がある。それは日頃からの人間関係によるところが大きい⁹⁾と述べている。また、高内（2015）も、保育において、保育者と保護者との信頼関係は基本的に重要なものであり、特に子どもの健康上のトラブルが起こった時には、日常からの信頼関係が大きく影響を及ぼすことが多いことを指摘している¹⁰⁾。つまり、保育者が正しい医学的知識をもって子どもの発熱に対応をしていたとしても、保育者と保護者の間に信頼関係がなければ意味をなさない。保育現場では、保護者への対応を含めたより包括的な実践が求められているのである。

以上のように、講習において筆者と保育者とのインタラクションによって、子どもの発熱対応に関するより広範な知識が生成された。これらの保育の文脈に即した「発熱対応」は、筆者のような研究者が想像を巡らせるだけでは明らかにすることが困難な多様なものであり、また保育者の日々の保育実践の省察からだけでは創出することの困難な医学的専門性を含むものであった。この点において、本研究で行った研究者と保育者とのインタラクションによる新たな知識の協同構築の可能性を示唆しているものと考えられる。

5. 結論

本研究は、免許講習という場において、保育者が子どもの発熱への対応で苦慮した事例の検討を通して、保育現場で生かせる「発熱対応」に関する保健の知識の協同構築を目指した。保育者に対して発熱に関する医学的知識を提供するだけではなく、各自が行っている保育を振り返り、対応の修正・改善の必要性を促すことで、保育者は自らの保育現場の文脈に即した「発熱対応」の知識として、保護者対応も含めたより広範で多様な実践的知識へと昇華させていった。

6. 今後の課題

講習を通して、保育者自身も保護者と同じように39.0℃未満の low grade fever を高熱と同じように捉えて心配し、保育に携わっていることがうかがえた。これについて本論文では詳しく論じることができなかったが、子どもの「発熱対応」を考えるにあたり、保育者のもつ発熱への不安も検討していく必要がある。また、保育者のもつ発熱についての知識の内容の実態について、多数の保育者を対象に調査を行い明らかにしていく必要もある。さらに、発熱に関して苦慮した事例数を増やし、継続して研究を進めることでより多様な事例について検討する必要がある。受講した保育者の1人ひとりが、子どもの「病気やけがの対応」に困難さを感じているからこそ、この講義を受講したと思うのと同時に、現場の声をこれからも丁寧に拾い上げ、保育現場に即した保育のあり方を今後も検討していきたい。

引用文献

- 1) 小代仁美・高野政子・山内美奈子：保育所で発熱した乳幼児の保護者との対応の際の保育士の困難。看護科学研究，12；53-57，2014.
- 2) 松本寿通：第3章第2節（1）発熱時の対応。高野 陽・西村重稀編：体調の悪い子どもの保育。北大路書房，京都，74-76，2009.
- 3) 永井裕美：①熱が高い。鈴木 洋・鈴木みゆき監修：救急マニュアルⅡ 症状別の手当て・対応。ひかりのくに，大阪，98，2010.
- 4) 田村幸子：発熱。子どもの健康＋病気ハンドブック。学研，東京，8-9，2007.
- 5) 金澤 治：熱が出た。0～5歳児怪我と病気の予防・救急まるわかり安心BOOK。ナツメ社，東京，2-3，2012.
- 6) 厚生労働省：保育所保育指針解説書。フレーベル館，東京，2008.
- 7) 細野恵子・岩元純：発熱児に対する母親の認知と対処方法。小児保健研究，65；562-568，2006.
- 8) 小田 滋：小児救急医療：その実像と虚構一本質を見直す一。小児保健研究，64；660-668，2005.
- 9) 沼野みえ子：子どもの保健に関して保育者に求められること—新潟市内保育所・幼稚園の実態調査から—。人間生活学研究第2号，23-32，2011.
- 10) 高内正子：保育に必要な保健演習。高内正子編 改訂 子どもの保健演習ガイド，建帛社，東京，2-7，2015.