

## 保健衛生・安全対策分野 講師質問コース 回答

この度は、本研修をご受講いただきありがとうございました。  
受講期間中に「令和5年度保育士等キャリアアップ研修 保健衛生・安全対策 講師への質問受付コース」にて、ご質問いただいた内容について、担当講師からの回答を共有いたします。今後の実践に活かしていただくと幸いです。

なお、質問を多数いただいたため、多くあった質問を中心に回答しております。ご了承のほどよろしくお願いいたします。

※講師回答時期：令和6年2月中旬

Q ……全国で本研修を受講された受講者からの質問内容

A ……質問に対しての講師からの回答

(担当講師：長野県立大学 健康発達学部 こども学科 准教授 春高 裕美 氏)

A ……質問に対しての講師からの回答

(担当講師：BLSくまもと 代表 岩永 留美 氏)

Q 講習ありがとうございました。一応、准看護師の免許を持ってるのですが、流行感染が流行りだしたときに、疑いの園児がいた場合、先生達に判断を求められた時があり、答えなかった時に、嫌な顔をされた時があったんですが、そのような時は、どういう風に先生方に伝えたらいいですか？

A 私が保育所看護師をしていると仮定してお答えしますね。感染症が疑われる時は、「保育所等感染症ガイドライン」の後ろの方のページに各症状別の対応が掲載されていますので、それに沿って判断をし、主任もしくは主任保育士に判断した内容を伝え、それから先の判断（降園や園内経過観察）は責任ある立場の方に委ねます。先生がおひとりで責任感を強く感じる必要はありません。大切なことは、その判断に科学的根拠があるか、ないか、だと私は考えています。感染症以外の病気であれば、「Q助（消防庁,全国版救急受診アプリ）」や「くう・ねる・あそぶ」も参考にします。乳児で月齢が低ければ、大泉門を触ります。熱中症のシーズンであれば「頭痛」をひとつの目安としています。お答えになりましたでしょうか？これからも頑張ってくださいね。同じ看護師として応援しております。

Q 次亜塩素酸の噴霧について「絶対にやめてください」と講師の方よりお話があった件について質問です。ZIACOという薬剤を使用して消毒を行っているのですが、それは噴霧による空気の除菌・玩具消毒時は「除菌バスター」というミスト状に噴霧できるスプレー機器を使うことで水拭きも不要で、その後子どもが口に触れても大丈夫という代物なのですがそちらも控えたほうが良いのでしょうか？公式サイトを見てみても安全としか出てこず、このまま使用していいものなのか悩んでいます。

A 噴霧消毒は、やめたほうが良いと思います。われわれ講師が参加する研修会でも、噴霧はダメだということが繰り返しアナウンスされております。理由は、目の粘膜、呼吸器系の粘膜への健康に影響するからです。噴霧を使用する場合には、誰もいない部屋で使用してください。

CDC（米国疾病予防管理センター）、WHO（世界保健機関）、厚生労働省の3者ともに、消毒剤の空間噴霧はおススメしないといっていますので、私自身もしなくていいと思います。（余談ですがいつも研修会で対面でのご回答では、「CDCもWHOも厚生労働省も勧めないものを、いち保育園で使用するんですか？」というみなさん一様にはっとした表情をなさいます。）空気の除菌は、換気が一番有効ですので、換気をおすすめしています。また、このような研修会の席では、個別の商品に対する回答は、差し控えさせていただきます。

Q

熱についていつも迷うことがあります。検温したとき左右に誤差があったり、自宅に帰ったら熱がなかったと言われたり、機嫌や食欲はあり熱のみだけがある子がいます。15分おきに検温したり水分補給をしたりをしながら様子を見ていますが、正確に測るため水銀体温計を使用したほうがよろしいでしょうか？どれぐらい様子をみてからの連絡がよろしいでしょうか？よろしくをお願いします。

A

ご質問ありがとうございます。まず初めに、水銀体温計は現在には使用しないほうが良いです。その有害性から園で所持されているのであれば、自治体に連絡し適切に手放した方が良いかもしれません。（園長先生にご相談ください）

ご質問の「園では熱があるのに、帰宅すると下がる事象」は、本当によくあることです。どの研修会場でも質問されますし、X（旧ツイッター）でも、保護者側、保育士側どちらも沢山投稿があります。解決策はいくつかあります。長文になります。

【体温計について】

色んなメーカーさんから電子体温計が販売されていますので、いくつかのメーカーの60秒計～90秒計を準備しましょう。（15秒計、赤外線、耳式これらは、この場合はさげましょう）

【測り方】

しっかりと保育者の膝にのせて、後ろから子どもを抱きかかえ、前方下から電子体温計を挿入しましょう。その際、脇の下はしっかりと拭きましょう。

【注意する子】

肉付きの良い子、極端に痩せている子は、電子体温計先端がわきの下（えきか）に到達せず計測値は低く出ます。

【発熱しているのかうつ熱なのかの判断】

発熱しているとき、体温以外の体の変化があります。体温が上昇中の時、手足は冷たく、皮膚色（顔色）が悪い（毛細血管が収縮しているのです）。上昇中であるため、20～30分ではこの状態は改善しません。手足を触って、温くなっている時は、熱の放散が始まっています。毛細血管は拡張し、熱を下げるように体が働いています。うつ熱の時、測定値は38.0℃前後が多く（37.7℃とか）、環境温度調整や衣服調整で、スーと下がってくると思います。機嫌も良く、おそらく遊びまわっていると思います。

【お迎えの連絡について】

仮に、38℃降園基準の園で、38℃ジャストで、症状は熱だけ。食う・寝る・あそぶも全部できて、元気も良いという場合を想定します。手足を触って、顔色をみて、1枚脱がせて15～20分おいて、もう一度検温し、それでも38℃あれば、保護者に連絡します。

【（このお熱の件で）よくトラブルになる子（家庭）の場合】

家庭での測り方を確認し、場合によっては園の体温計の貸出等も検討します。上記の正しい測り方をお伝えします。降園時に保護者の目の前で、今一度計測するのもありかと思えます。

【トラブルにはならないが、よくこのパターンの発熱をする子】

小児科医の世界では、乳幼児期の精神的（心理的）発熱は「ありえない」と結論付けていますが、保育臨床にいる私たちからすると、「精神的発熱はあるよね」という意見をもつ保育士・保育所看護師は多いです。このケースの場合は、アプローチは全く違い、担任と（保護者と）しっかり時間をとって個人面談をすることをおススメします。「発熱の件で面談」は口実で、家庭に何か深刻な心配事が隠れていないか、育児の困り事はないか、保護者は気づいていないけど隠れた慢性疾患の症状がないか、話の中から見つけられることがあります。

【その他】

二段階連絡法を採用している園もあります。（37.5℃を超えた時点でお知らせの電話を、38.0℃を超えたらお迎えの連絡を入れる。）新入園児説明会にて予め、体温の測り方などしっかりと伝えておく。また体温だけでなく「全身状態の悪い時は、迎えに来ていただく」ことを最初に説明しておくことが大事だと思います。

Q

食器に吐物がかかった時の対応ですが、消毒に使った次亜塩素酸ナトリウム溶液はトイレに流すとありますが、その後流したトイレはすぐに通常通り使っていいのでしょうか。

A

できればトイレではなく汚物処理槽に流してください。汚物処理槽がない場合には、トイレでも構いません。理論上は濃い濃度の次亜塩素酸ナトリウムで死滅させていますので大丈夫ですが、トイレが2つ以上あり、使用を分けられるのなら、分けてもらっていいと思います。

Q

発達障害のある園児に対して…3歳になる園児ですが言葉が話すことができず、本人がしたいと思うことをこちらがくみ取るようにし、一緒に園で生活しています。しかし、自分が思っていることと異なると気持ちを抑えることができず、頭を壁、床にぶつけたり、泣いて、大声を出して走ったり、そのまま壁にぶつかったりします。今回の研修で個別保健計画を改めて学習し今後に生かしたいと考えていますが、このような園児に対して有効な働きかけがありましたら教えてほしいです。

A

ご質問ありがとうございます。障害が何の障害かにもよるとは思いますが、言語だけに問題があるのか、知的にも問題があるのか、、、診断がついていて、病院や療育と連携が取れそうであるのなら、ケース会議を開き、対応策について話し合う、具体的な方法を聞く、のもひとつだと思います。ケース会議までは・・・無理な場合には、保護者を通じて対応策を聞いてもらう、のもひとつだと思います。一般的な発達障害への対応は、ご存知だと思います。ですので、私がここで意見できるとすれば、「こうなったら私たちは楽なものにな」に解決策のヒントが隠れていますので、先生達だけの会議で、どんな発言をしても大丈夫な環境で、「こうだったらいいのにな」を一度洗いざらい、先生方が吐き出してみると、必ずヒントが隠れていると思います。

例えば、「頭を床にぶつけたとき、全面がスポンジできていて小部屋で、誰かが見守るだけで良かったらいいのにな」が本音だったとするなら、すぐには難しいかもしれませんが、そのようなふわふわテントとプラスαの人員で、「気持ちが落ち着く時間の確保」が解決策になりますし、「注射で少し鎮静させてくれたらいいのにな」が本音だとするなら、医療へのアプローチが解決策かもしれません。関東地方の保育園では、保育園と主治医のZoomでの面談をしているところもあるようです。投薬量が増える可能性もありますね。お医者さん方も、保護者からの情報しかないもので、実情がわからないこともあるかもしれません。「診断はついているけど、療育には繋がっていない場合」には、早急に療育へ繋げる必要がありますね。

状態（症状）が悪くなる時に、しっかり観察することも大切だと言われています。実は別の事情が隠れていたりすることもあるようです。

Q

プールに入る前に二つのたらいに子供が入り、一つ目は水だけ足の砂をとり、二つ目はお尻までつかってオスバン入りの水に消毒してプールに入っています。お尻のたらいの水の中にはオスバン（塩化ベンザルコニュウム）を少しいれています。全員同じものにはいってプールに入ります。果たして消毒になるのか違和感を感じたので質問させていただきます。私は病院勤務の看護師を11年、保育園は2年目で保育園のことはあまりわかりません。

A

お尻洗いに関しては、現在は「プールの前後に流水で体を洗う、流水を用いたお尻洗い」となっています（保育所等感染症ガイドライン）。また、多くの文献を確認しましたが、消毒に関しては塩素一択のようです。逆性せっけんを用いた消毒は見当たりませんでした。また、逆性せっけんは、経口毒性がありますので、口に入る恐れのある使用では、おススメしておりません。

Q

口拭きタオルについて確認させてください。当園では個人のタオルを使用し、使用後にエプロンと共に一つの洗い桶に入れて水洗いした後各家庭に持ち帰り洗濯してもらっています感染管理上問題はないでしょうか？また適切な対応等のアドバイスが有ればお願いします。

A

当園では個人のタオルを使用し→OK  
使用後にエプロンと共に一つの洗い桶に入れて→この子の分だけですか？それともクラスの何人か分ですか？  
水洗いした後各家庭に持ち帰り洗濯してもらっています →OK  
※洗い桶を使用せずに、そのまま空中？で水道の流水（お湯）で、洗い、そのまま各個人の汚れ物袋に入れていいと思います。  
濡れてしまうので、ビニール袋→汚れ物袋でもいいと思います。

Q

勤務している園に保健室(医務室)が無く、発熱等ある子は職員室で簡易のベッドや布団で休んだりしています。講義の中でみなしの保健ルームでも良いと話がありましたが、みなしの保健ルームの作り方や注意点等、具体的に知りたいです。宜しくお願いします。

A

職員室の簡易ベットでいいと思います。その簡易ベットの周辺を、職員用の事務デスクやパーテーションを利用して、半隔離のような空間にしていかがでしょうか？半隔離とはいっても、先生方の観察(看護)を妨げないようにしてください。ここで大切なことは、「健康な子と、病気の子を分けて保育する」ことです。小規模園等で、ワンルームしかない場合の「みなし保健室」の作り方は、床にビニルテープなどで、区切りをつけ、発病者が出た場合には、「この線より西側(東側・北側・南側)」で保育する、と決め、必要な備品は西側にそろえておく、などの処置でいいと思います。  
※必要な備品・・・アルコール手指消毒、小型空気清浄機、加湿器、お布団(もしくは簡易ベット)、不織布シーツ、看護者の手袋や使い捨てエプロンなど

Q

○チャプター6(p26):心のバケツの話のなかで、愛着障害が疑われる子どもの場合には、まず愛着形成から始める、というお話がありました。年齢に関係なくそうでしょうか。年長児のある子どもに、その可能性があると感じていますが、年長児においても、ある特定の保育者が1対1で関わるところからやり直した方が有効か、お聞きしたいです。  
○調乳について(p52):70度以上のお湯でミルクを溶かした後に、白湯(その日の朝一旦沸かして冷ましたもの)で温度を調整することはだめでしょうか。

A

年長さんにおいても、1対1からの関わりが良いと思います。(これは成人してもです)日々の業務のなかで、1対1は困難だと思います。担任の先生を中心に、補助やローテーションで入る先生を業務に支障ない範囲で固定すると良いかもしれません。

調乳については、厚労省をご参照ください。(出典:厚生労働省 2019年3月「授乳・離乳の支援ガイド」改定に関する研究会授乳・離乳の支援ガイド<https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/000496257.pdf>)  
70°C以上で、沸かしたお湯は30分以上の放置はいけないようです。

Q

子どもが保育園で病気をしまい、保護者に連絡を入れるときの適切な対応(絶対に言ってはいけないこと)などをもっと詳しく知りたいです。

A

あんまり言いたくないのですが、令和の時代はいつも訴訟を踏まえて発言しないといけないかな、と思います。発熱の呼び出しなどは、はっきりと「迎えに来てください」と言っていいます。迎えに来るか来ないかの最終判断は保護者にあるので。そのトラブルを避けるためにも、新入園児説明会は非常に大事です。伝える際に、根拠を添えて伝えると良いと思います。ただ単に「38°Cですから迎えにきてください」よりも、「くう・ねる・あそぶ」の「これ」ができていない、手足が冷たくまだまだ熱が上昇中であることが考えられる、などです。  
保育現場において「言ってはいけない言葉」は、医師の診断に関わることではないでしょうか？例えば「手足口病だ」と決めつけたり、「嘔吐下痢症だ」と決めつけることだと思います。

Q

他の研修で、心肺蘇生法実施の際、意識確認、呼吸の有無の確認のあとに頸動脈等で脈が触れるか確認と習ったのですが、今研修では意識と呼吸が確認できなければ心肺蘇生法をされると言われていました。脈の確認はせず、意識と呼吸がなければ心臓はとまっていると判断して心肺蘇生法を行って大丈夫でしょうか？

A

心肺蘇生法等の救急処置は5年ごとに国際蘇生連絡委員会という会議において、エビデンス(科学的根拠)も含め、その手順が検討、改訂されています。結論から申し上げますと、一般市民においては、脈拍の確認は必要ありません。つまり、①反応(意識)と、②呼吸がみられるか、このふたつで判断してください。もし目の前の子どもが脈拍がない状況(心臓がしっかり動いていない)で、脈拍の有無を確認をしたとしましょう。そもそも脈拍がない場合は触れないのです。『触れるような気がするけどはっきりしない』『自分の脈を感じ取っているような気がする』緊張が高まる場面で、脈を探すことは医療従事者でも難しく時間も要します。『触れる』という、人によって異なるスキルより、目で見てわかりやすいスキルで判断し、実行しましょうという、教育的観点から蘇生教育には必要なことではないかと考えます。



Q

傷口を流水で洗い流す際に、石鹸を使用してもよいと言うことですが、最近の石鹸には、殺菌作用のある物もあります。消毒薬ほどの効果はないと思うので、使用に関して、あまり気にしなくても良いと思うのですが、実際のところはいかがでしょうか？負傷の際、消毒をしなくてよいとの事でしたが、救急セットに準備しておけば間違えないという、準備物を教えて頂きたいです。

A

石鹸について、使用するしなは特にエビデンス(科学的根拠)はありませんので、使用しなくても構いません。ご存じの通り、流水で傷口に砂、土、石、付着物を取り除かれることが重要です。救急箱に入れておくともので、洗淨綿(個包装)は目に砂が入った時などに役立ちます。

Q

研修の事例ではないですが、緊急時訓練を行った時の職員から出た質問事項です。一歳児、午睡中にけいれんが起これ、その後意識がなくなったため、心肺蘇生法を開始する。その際、布団の上で寝ている状態です。このまま、布団の上で胸骨圧迫を行ってよいのか、抱き上げ布団をよけて固い場所に寝かせてさせてから胸骨圧迫を行うべきかどうかの質問がありました。このときは、けいれんが起きたとの設定だったので動かさずに実施しましたが、正しい所見をご教示いただきたいです。

A

胸骨圧迫は、床または硬い場所に仰向けで実施することが基本です。なぜなら背面が硬い方が、上から胸骨を押すことで内部の心臓からの血流をより押し出し、またより戻りやすくなるからです。最近使用されている、床から浮いている午睡コットの場合は、移動させて行うほうがよいと考えます。本ケースですが、布団の下は床であること、またけいれんを伴っていたということで、再びけいれんを起こす可能性も鑑み、そのまま動かさず行ったのは判断として正しいです。大事なことは、小児の胸骨圧迫では、胸の厚みの少なくとも3分の1が沈む程度、強く押すことが質が高い、つまり救命につながるということです。

Q

動画内で、熱性けいれんの子どもの先生が仰向けのままで見守っていましたが、もし、嘔吐やよだれ等あった場合は横にむけて大丈夫でしょうか？横向きだと半分が下になってしまうので、全身の状態がわからなかったりするかもしれませんが、他に方法などはありますか？

A

そうですね、けいれん時に嘔吐がみられた場合、速やかに横向きにさせてください。仰向けのままで、吐物で気道を塞ぐことは避けたいですね。けいれんの症状より横向きにし、口の中の吐物を流し出すことを優先させてください。

Q

窒息解除法を試みて異物を取り除けていない状態で、心肺蘇生を行う場合、人工呼吸で異物がさらに奥にいったりしないのか疑問に感じました。人工呼吸の重要性が高いのでそのようにするということだろうと思いましたが、確認のために質問させていただきました。

A

お考えの通りです。確かに人工呼吸を行うことでさらに奥にという考えも理解できます。だからこそ、日本の地域性を考慮し5年ごとに検討、改訂されている「JRC蘇生ガイドライン2020」に基づいた内容を知っておくことが大切だと感じます。研修ではこのガイドラインを採用しています。また、窒息解除法は知っていても、反応がなくなったらどうしたらよいかという部分について、保育現場ではまだまだ周知されていないようにも感じます。本ガイドラインでは、『窒息時に反応(意識)がなくなった場合は、心肺蘇生の手順を開始します。』と記載があります。人工呼吸の重要性が高いと共に、胸骨圧迫でも異物が移動し除去できることもあります。何より、背部叩打法や腹部突き上げ法で除去できず、反応がなくなると諦めるのではなく、次に可能性として行える方法を認識しておくことが実は重要なのではないかと考えています。

Q

熱性けいれんについて質問です。熱性けいれん時の対応の動画の中で、5分以上痙攣がある場合は救急車を要請する、というところがあったかと思いますが、救急車は要請してから到着までに8～10分かかると言われていますが、そうなるとけいれんが続いている場合15分くらい痙攣していることになってしまいます。実際に園内で熱性けいれんの子の対応があった際に、職員の話し合いの中でそのような話になったことがあります。問題はないのでしょうか。

A

説明不足であったかもしれませんが、“けいれんの持続時間が5分以上となった場合に、救急要請を・・・”というのは、『うちの場合は、これまでに医師より熱性けいれんと診断されており、救急要請の必要はない』と保護者との話し合いが事前に持たれている場合となります。そのような話があったとしても、けいれんが5分以上続いていれば、遅くとも救急要請の必要性があることを強調するためのものです。当然、基本的には早めの救急要請を行った方がよいと考えます。

Q

子どもの鼻血の対応をする際に、手元やすぐ近くに手袋がない場合、準備するまでの間は子ども（本人）が出来るのであれば鼻をつまんでおいてもらうのか、どのように対応するのが良いのでしょうか。

A

鼻血は、前ぶれなく起こることが多いものですよね。職員はポケットの中にジップロックなどの袋に、使い捨て手袋を入れておくのもよいですね。準備ができるまでは、月齢にもよりますが、自分で鼻を押さえてもらいましょう。

Q

園児に重度の身体障害者の子どもがいます。てんかんの軽度のけいれんが保育園でもありました。保護者とは面談を行い、動画と保護者への連絡、救急搬送などの話はしています。もし保育園で心肺蘇生法を行ったほうが良い場合、同じ方法でよいのでしょうか？

A

心肺蘇生法を実施したほうがよい状況は、①反応(意識)がない、②呼吸がみられない、このふたつのが揃った時です。またその状況に気づいた場合、できるだけ早く着手することが回復のカギとなります。つまり、持病があるないにかかわらず、同じ方法でよいと言えます。しかし、現場では同じ方法でよいのかと職員間で躊躇することがあるかもしれません。その場合、救急通報の司令官に尋ねると口頭指導をしてくれます。

Q

心肺蘇生法についての質問です私は企業主導型保育園で働いている者ですが、保育室には常に床に厚さ1.5cm～2cmほどのマット、ジョイントマットを敷いています。もし、そのマットの上で園児が心配停止（意識、呼吸が無い）した場合、マットの上の状態での心肺蘇生法をしていいのか、もしくは取り除いて（心肺停止した園児を動かして）硬い床で蘇生法を行った方がいいのかを知りたいです。心肺停止した園児を動かすことはしてはいけないと思いますが、床に柔らかなマットが敷いてある場合、蘇生法の効果はどうか、マットの上でそのまま構わないのか気がなった部分です。よろしくお願ひ致します。

A

胸骨圧迫は、床または硬い場所に仰向けで実施することが基本です。なぜなら背面が硬い方が、上から胸骨を押すことで内部の心臓からの血流をより押し出し、またより戻りやすくなるからです。最近使用されている、床から浮いている午睡コットの場合は、移動させて行うほうがよいと考えます。本ケースの場合、ジョイントマット+布団を敷いてあるとのこと。現物を見ていないのではっきりと言えませんが、大事なことは、小児の胸骨圧迫では、胸の厚みの少なくとも3分の1が沈む程度、強く押すことが質が高い、つまり救命につながるということです。

Q

痙攣が治った後、そのまま寝てしまう子もいると聞きました。その時は意識がないのか、ただ寝ているだけなのか確認するにはどうしたらいいですか？

A

ご質問にもあるように、痙攣後はそのまま寝てしまう場合があります。眠っていても、刺激や声かけで開眼すれば意識はあります。また、呼吸があるかどうか、顔色が蒼白、唇が紫や青白いなど、研修で取り扱った3つの『い』の観察と合わせて判断されるとよいのではないのでしょうか。

Q

SIDSのチェックの際に、体は上を向いているが顔は横を向いて寝ている子が時々見られます。その際は、上向きのチェックがいいのか、横向きのチェックがいいのかそれぞれの職員で考え方が違います。SIDSを防止するためには、顔の向きも注意すべきでしょうか。

A

午睡時の観察については、うつぶせ寝を避けるという観点に基づいたものですから、ご質問として記録の仕方で迷っておられるのかなと考えます。そこについては、シンプルに園でマイルールを決めてもよいと思います。なお、顔の向きは口が塞がれるリスクから、ご承知の通り、うつぶせは注意すべきです。寝ている際に嘔吐した場合は、横向きにすることで、SIDSではなく、窒息を防ぐために有効な顔の向きとなります。

Q

体にペースメーカーやVNSなどの機械が埋め込まれている可能性がある場合や、AEDパットを貼る箇所に傷がある場合は何か配慮が要りますか？

A

ペースメーカーやてんかん治療などのVNSが埋め込まれている場合のAED使用における配慮は、日本救急医療財団心肺蘇生法委員会：救急蘇生法の指針 2020（市民用）P37によりますと、『ペースメーカーなどが埋め込まれてる傷病者では、胸に硬いコブのような出っ張りがあります。パットの貼り付け部位に出っ張りがある場合、その出っ張りを避けて貼り付けてください』と記載されています。これは出っ張りによりパッドが浮いてしまい、必要な電圧が得られにくくなるからだと考えます。つまり出っ張りを避けた箇所に貼ればよいという解釈となります。

Q

プールでAEDを使用する際や心肺蘇生法を実施するときに、真夏の場合、プールサイドの温度がかなり上がっていますよね？その時はテントの下などに移動させてから行っても良いのでしょうか？心配蘇生をする状況を考えると、動かさない方がよいと思うのですが・・・先生のお考えをお聞かせください。

A

その通りですね。心肺蘇生法やAEDは、いかに早く着手できるかが回復のカギとなります。1分着手が遅くなると、回復の可能性は10%ずつ下がります。そのため、危険が迫っていない限り現場で行うことが基本です。消防庁「令和4年版 救急救助の現況」によると、救急車の到着時間の平均は9.4分です。確かに夏のプールサイドは高温となり、衣服を身に付けていないことが想定されるため、移動して行うほうがいいのかと迷いが出やすいです。しかし移動に2分時間を要すれば、20%回復の可能性が下がることから、プール活動時には、事前にヨガマットのようなものを準備しておくといよいのではないのでしょうか。