



福岡県医第2360号(地)
平成25年 1月 8日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

「保育所における感染症対策ガイドライン」の改訂について

平成21年8月17日に厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課が、子どもの健康と安全の向上に資するよう作成した「保育所における感染症対策ガイドライン」が、平成24年4月の学校保健安全法施行規則(昭和33年文部省令第18号)の一部改正を受け、厚生労働省に「保育所における感染症対策ガイドライン見直し検討委員会」が設置され、最新の知見も踏まえてガイドラインの見直しが行われた結果、別添のとおり改訂された旨、日本医師会より通知がありましたので、ご連絡申し上げます。

なお、本ガイドラインは、厚労省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/hoiku.html>)に掲載されております。

小郡三井医師会より

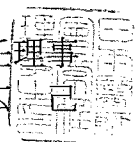
感染症対策担当理事 白石恒明
学校保健担当理事 松行眞門
会長 蒲池 壽

(地Ⅲ163)

平成24年12月12日

都道府県医師会担当理事 殿

日本医師会常任理事
石川 広巳



「保育所における感染症対策ガイドライン」の改訂について

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、平成21年8月17日に厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課では、子どもの健康と安全の向上に資するよう「保育所における感染症対策ガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)が作成され、本会より各都道府県医師会宛てに周知方依頼をしてきたところであります。

この度、平成24年4月の学校保健安全法施行規則(昭和33年文部省令第18号)の一部改正を受け、厚生労働省に「保育所における感染症対策ガイドライン見直し検討委員会」(本会から小職が委員として参加)が設置され、最新の知見も踏まえてガイドラインの見直しを検討してまいりました。その結果、今般添付の通り改訂され、厚生労働省から各都道府県宛に通知されましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、ガイドラインを1部お送りいたしますので、よろしくご査収の上、ご活用の程お願い申し上げます。

なお、本ガイドラインは、厚生労のホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/hoiku.html>)に掲載されておりますので、貴会管下の郡市区医師会に周知いただきたく併せてお願い申し上げます。



「保育所における感染症対策ガイドライン」改訂の概要

- 保育所保育指針の改定・告示(平成20年3月)
- 保育所における質の向上のためのアクションプログラムの策定(平成20年3月)
- (2)子どもの健康及び安全の確保 ①保健衛生面の対応の明確化
- 保育所における保健予防対策についての調査研究(平成20年5月～平成21年3月)

「保育所における感染症対策ガイドライン」策定(平成21年8月)



2012年改訂版「保育所における感染症対策ガイドライン」

改訂の主なポイント

- 学校保健安全法施行規則の一部改正(平成24年4月1日施行)における「学校で予防すべき感染症およびその出席停止期間」に準じて、内容、登園のめやすを修正
 - ・出席停止の日数の数え方について記載
- 乳幼児期の特性に応じた感染症対策について、最新の知見から修正・加筆
 - ・インフルエンザの登園のめやすのエビデンス、
 - ・「保育所で問題となる主な感染症とその対策」にRSウイルスを追加
- 感染経路別に対策を詳細に記載・・・咳エチケットや手洗いの方法など
- 感受性対策として予防接種の重要性を記載(子ども・職員)
- 感染防止の重要性を踏まえ、消毒の方法など衛生管理の詳細について加筆
- 保育所職員の健康管理、予防接種の重要性について、より詳細に記載

雇児保発1130第3号

平成24年11月30日

都道府県

各 指定都市 民生主管部（局）長 殿

中 核 市

厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長



「保育所における感染症対策ガイドライン」の改訂について（送付）

平成21年4月に施行された「保育所保育指針」（平成20年厚生労働省告示第141号）では、第5章「健康及び安全」の冒頭で、「子どもの健康及び安全は、子どもの生命の保持と健やかな生活の基本であり、保育所においては、一人一人の子どもの健康の保持及び増進並びに安全の確保とともに、保育所の子ども集団全体の健康及び安全の確保に努めなければならない」としたところである。

平成21年8月17日に厚生労働省では、子どもの健康と安全の向上に資するよう「保育所における感染症対策ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）を作成し、保育所等の関係者に周知してきたところである。

この度、平成24年4月に学校保健安全法施行規則（昭和33年文部省令第18号）の一部が改正されたこと及びガイドライン発出から3年を経過したことから、最新の知見を踏まえて、ガイドラインを改訂したので、別添のとおり送付する。

ついては本ガイドラインを厚生労働省のホームページに掲載するので、貴管内の保育所で広く活用されるよう、周知を図らたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項に規定する技術的な助言として発出するものであることを申し添える。

2012 年改訂版

保育所における感染症対策ガイドライン



厚 生 労 働 省

平成 24 年 11 月

は じ め に

子どもたちの健康と安全を守り、心身共に健やかな成長を支えていくことは保育所の役割であり、責任です。

平成 21 年 4 月に施行された「保育所保育指針」（平成 20 年厚生労働省告示第 141 号）の第 5 章「健康及び安全」において、「子どもの健康及び安全は、子どもの生命の保持と健やかな生活の基本であり、保育所においては、一人一人の子どもの健康の保持及び増進並びに安全の確保とともに、保育所の子ども集団全体の健康及び安全の確保に努めなければならない」としています。また、同章の「4 健康及び安全の実施体制等」では、施設長の責任の下、全職員が子どもの健康及び安全に関する共通認識を深め、保護者や地域の関係機関との協力・連携を図りながら組織的に取り組んでいくことを求めています。

「保育所における感染症対策ガイドライン」は、平成 20 年度児童関連サービス調査研究委託研究等事業として、医師や看護師、保育所の施設長等で構成される研究チームにより作成された「保育園における感染症の手引き」に基づき、平成 21 年 8 月に厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知として発出され、乳幼児期の特性を踏まえた感染症対策の基本を示すことにより、各保育所において活用されてきました。

この度、平成 24 年 4 月 1 日付で学校保健安全法施行規則（昭和 33 年文部省令第 18 号）が一部改正されたこと、「保育所における感染症対策ガイドライン」についても発出から 3 年を経過したことから、「保育所における感染症対策ガイドライン見直し検討委員会」で検討いただき、最新の知見を踏まえ、修正・加筆を行いました。

本ガイドラインが、全国の保育所及び保護者や医療・保健機関等の関係者に浸透し、十分に活用され、子どもの健やかな育ちが保障されることを期待しています。

平成 24 年 11 月

厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長
橋本 泰宏

目 次

はじめに

1	感染症とは	1
(1)	感染症とその三大要因	
(2)	保育所における感染症	
(3)	学校における感染症への対応	
	※出席停止の日数の考え方について	
2	感染経路	5
(1)	飛沫感染	
(2)	空気感染（飛沫核感染）	
(3)	接触感染	
(4)	経口感染	
	コラム 血液媒介感染	
3	感染症対策	8
(1)	感染源対策	
(2)	感染経路別対策	
(3)	感受性対策	
(4)	健康教育	
4	衛生管理	17
(1)	施設内外の衛生管理	
(2)	職員の衛生管理	
(3)	保育所における消毒	
5	感染症発生時の対応と罹患後における登園時の対応	20
(1)	感染症の疑いのある子どもへの対応	
	コラム 保育園サーベイランスを使った感染症対策	
(2)	感染症発生時の対応	
(3)	罹患後における登園時の対応	
6	保育所で問題となる主な感染症とその対策	23
(1)	麻疹	
(2)	インフルエンザ	
	コラム 新型インフルエンザについて	
(3)	腸管出血性大腸菌感染症	
(4)	ノロウイルス感染症	
(5)	RS ウイルス感染症	

7 感染症対策の実施体制と子どもの健康支援	32
(1) 記録の重要性	
(2) 嘱託医の役割と連携	
(3) 看護師の役割と責務	
(4) 子どもの健康支援の充実に向けて	
別添 1 保育所における消毒薬の種類と使い方	34
別添 2 子どもの病気 ～症状に合わせた対応～	36
別添 3 医師の意見書及び保護者の登園届	42
別添 4 主な感染症一覧	44
関係法令等	58

1 感染症とは

(1) 感染症とその三大要因

ウイルスや細菌などの病原体が宿主（人や動物など）の体内に侵入し、発育又は増殖することを「感染」といい、その結果、何らかの臨床症状が現れた状態を「感染症」といいます。病原体が体内に侵入してから症状が現れるまでにはある一定の期間があり、これを「潜伏期間」といいます。潜伏期間は病原体によって異なり、乳幼児がかかりやすい感染症の潜伏期間を知っておくことが必要です。

感染症が発生するためには、その原因となる病原体、その病原体が宿主に伝播される（伝わり、広まる）感染経路、そして病原体の伝播を受けた宿主に感受性が存在する（予防するための免疫が弱く、感染した場合に発症する）ことが必要です。病原体、感染経路、感受性宿主の三者を、感染症成立のための三大要因といいます。乳幼児期の感染症の場合は、これらに加えて宿主である乳幼児の年齢等の要因が病態に大きな影響を与えます。

子どもの命と健康を守る保育所において、全職員が感染症成立の三大要因及び潜伏期間や症状について熟知することが必要です。また、一人一人の子ども及び乳幼児期の特性に即した適切な対応がなされるよう嘱託医や医療・保健機関等の協力を得て保育所の感染症対策を推進することが重要です。

(2) 保育所における感染症

保育所において、子どもの健康増進と疾病等への対応とその予防は、保育所保育指針（平成 20 年厚生労働省令第 141 号）に基づき行われています。乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育所では、一人一人の子どもの健康と安全の確保はもとより、集団の健康と安全を保障しなければなりません。特に感染症対策については、学童・生徒等と比較し、以下の乳幼児の特徴をよく理解することが必要です。

- 保育所は毎日長時間にわたり集団生活をする場所で、午睡や食事、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多く、飛沫感染や接触感染への対応が非常に困難である。
- 乳児は床を這う、手に触れるものを何でも舐める。
- 正しいマスクの装着・適切な手洗いの実施・物品の衛生的な取扱いなどの基本的な衛生対策が、まだ十分にできない年齢である。

また、特に乳児（1 歳未満）の生理学的特性として、以下があげられます。

- 感染症にかかり易い：母親から胎盤をとってもらっていた免疫（移行抗体）が生後数ヶ月以降に減り始めるので、乳児は感染症にかかりやすい。
- 呼吸困難に陥り易い：成人と比べると鼻道や後鼻孔が狭く、気道も細いため、風邪などで粘膜が腫れると息苦しくなりやすい。
- 脱水症をおこしやすい：乳児は、年長児や成人と比べて、体内の水分量が多く 1 日に必要とする体重あたりの水分量も多い。発熱、嘔吐、下痢などによって体内の水分を失ったり、咳や鼻水等の呼吸器症状のために哺乳量や水分補給が低下すると脱水症になりやすい。

保育所の感染症対策については、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ます。例えば、保育所ではインフルエンザウイルスやノロウイルスなどの集団感染がしばしば発生しますが、これらの感染症においては、患者自身はほぼ症状が消失した状態となった後でもウイルス

を排出していることがあるため、罹患患者が症状回復後すぐに登園した場合、周囲に伝播してしまう可能性があります。保育所内での感染を防止するためには、各感染症の特性を考慮し（別添4「主な感染症一覧」中、「感染期間」「登園のめやす」参照）、感染力が大幅に減少するまで罹患児の登園を避けるよう保護者に依頼するなどの対応が必要です。

また、保育所で流行する多くの感染症は、典型的な症状を呈して医師から感染症と診断された場合のみならず、たとえ感染していても全く症状のない不顕性感染例や、症状が軽微であるために医療機関受診にまでは至らない軽症例も少なからず存在している可能性が高いことを理解した上で感染対策に取り組んでいくことが重要となります。それは、園児だけではなく職員も同様です。

日々、感染防止の努力を続けていても、園内への様々な感染症の侵入と流行を完全に阻止することは不可能であるということを認識し、保護者へも理解を求め、更にもその上で感染症が発症した場合には、その流行の規模を最小限にすることを目標として対策を実行します。

これまで発生したことがない新しい感染症が国内に侵入・流行した場合、感染症が流行している地域では少なからず社会的な混乱が生じることが予想されます。社会機能を維持するため、保育所は一定の役割を担うことが求められる一方、乳幼児の集団生活施設としては子どもたちの健康と安全の維持を最優先しなければなりません。保健・医療機関や行政との連絡・連携を密にとりながら、当該感染症に関する正確な情報の把握と共有に努め、保育所として子どもたちの健康被害を最小限に食い止めるためにはどうすべきかを考え、実行していく必要があります。

(3) 学校における感染症への対応

「学校保健安全法」（昭和33年法律第56号）では、学校において予防すべき感染症を規定し、症状の重篤性（重さ）等により第一種、第二種、第三種に分類しています（表1参照）。そして、児童・生徒等が、これらの感染症に罹患した（かかった）場合、出席停止、臨時休業等の対応を講じ、感染症の拡大防止に努めます。学校保健安全法における出席停止の考え方は、他の児童・生徒等に容易に感染させる可能性がある間は集団生活に戻ることを避けることなどにあります。

保育所は児童福祉施設ではありますが、子どもの健康診断及び保健的対応については学校保健安全法に準拠して行われてきました。学校保健安全法に規定された、学校において予防すべき感染症への対策は、保育所における感染症対策を検討する上で参考になるものです。平成24年4月より学校保健安全法施行規則（昭和33年文部省令第18号）が改正されました。このガイドラインは、この省令の改正内容に準拠しています。さらに、「(2) 保育所における感染症」で述べたとおり、乳幼児は児童・生徒等と比較して抵抗力が弱いこと、手洗いなどが十分に行えないなどの特性を踏まえた対応が必要となります。

表1 学校保健安全法施行規則第18条における感染症の種類について

(最終改正：平成24年文部科学省令第11号)

第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、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、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清型がH5N1であるものに限る）
第二種	インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎
第三種	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、その他の感染症
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第7項から第9項までに規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、及び新感染症は、第一種の感染症とみなす

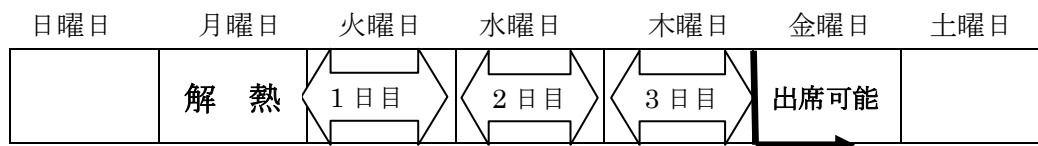
※ 学校保健安全法施行規則第19条における出席停止の期間の基準について

- 第一種……治癒するまで
- 第二種（結核、髄膜炎菌性髄膜炎を除く）……次の期間（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（鳥インフルエンザ（H5N1）及び新型インフルエンザ等感染症を除く）……発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過するまで
 - ・ 百日咳……特有の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が終了するまで
 - ・ 麻疹……解熱した後3日を経過するまで
 - ・ 流行性耳下腺炎……耳下腺、顎下腺、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
 - ・ 風疹……発疹が消失するまで
 - ・ 水痘……すべての発疹が痂皮化するまで
 - ・ 咽頭結膜熱……主要症状が消退した後2日を経過するまで
- 結核、髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種……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るまで

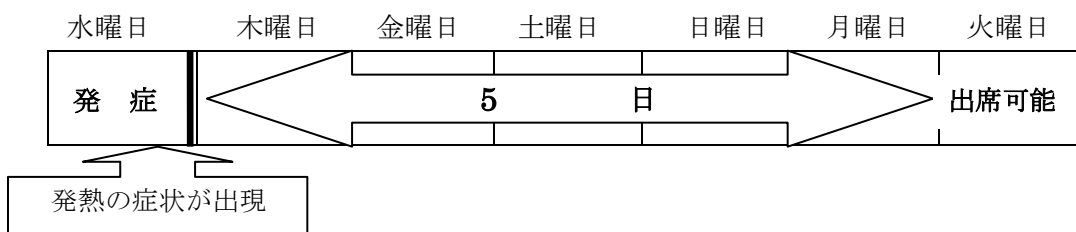
※出席停止の日数の数え方について

日数の数え方は、その現象が見られた日は算定せず、その翌日を第1日とします。
「解熱した後3日を経過するまで」の場合、例えば、解熱を確認した日が月曜日であった場合には、その日は日数には数えず、火曜（1日）、水曜（2日）、木曜（3日）の3日間を休み、金曜日から登園許可ということになります（図）。

図 「出席停止期間：解熱した後3日を経過するまで」の考え方



また、インフルエンザにおいて「発症した後5日」の場合の「発症」とは、「発熱」の症状が現れたことを指します。日数を数える際は、発症した日（発熱が始まった日）は含まず、翌日を第1日と数えます。



2 感染経路

保育所で問題となる主な感染症の感染経路には、飛沫感染、空気感染（飛沫核感染）、接触感染、経口感染などがあります。感染症の種類によっては複数の感染経路をとるものがあります。

(1) 飛沫感染

感染している人が咳やくしゃみ、会話をした際に、口から飛ぶ病原体が含まれた小さな水滴（飛沫）を近くにいる人が浴びて吸い込むことで感染します。飛沫が飛び散る範囲は1～2mです。

○ 飛沫感染する主な病原体

細菌	A群溶血性レンサ球菌、百日咳菌、インフルエンザ菌、肺炎球菌、肺炎マイコプラズマ
ウイルス	インフルエンザウイルス、アデノウイルス、風しんウイルス、ムンプスウイルス、RSウイルス、エンテロウイルス、麻しんウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス

(2) 空気感染（飛沫核感染）

感染している人が咳やくしゃみ、会話をした際に、口から飛び出した小さな飛沫が乾燥し、その芯となっている病原体（飛沫核）が感染性を保ったまま空気の流れによって拡散し、近くの人だけでなく、遠くにいる人もそれを吸い込んで感染します。空気感染は、室内などの密閉された空間内で起こる感染経路であり、空調が共通の部屋なども含め、その感染範囲は空間内の全域になります。

○ 空気感染する主な病原体

細菌	結核菌
ウイルス	麻しんウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス

(3) 接触感染

感染源である人に触れることで伝播がおこる直接接触による感染（握手、だっこ、キス等）と汚染された物を介して伝播がおこる間接接触による感染（ドアノブ、手すり、遊具等）があります。通常、体の表面に病原体が付着しただけでは感染は成立せず、体内に侵入する必要があります。殆どの場合、病原体の体内への侵入の窓口は鼻や口、あるいは眼です。従って接触感染の場合、最終的には病原体の付着した手で口、鼻、眼をさわったり、あるいは病原体の付着した遊具等を舐めることによって病原体が体内に侵入して感染します。

○ 接触感染する主な病原体

細菌	黄色ブドウ球菌、インフルエンザ菌、肺炎球菌、百日咳菌、腸管出血性大腸菌
ウイルス	RSウイルス、エンテロウイルス、アデノウイルス、ロタウイルス、ノロウイルス、風しんウイルス、ムンプスウイルス、麻しんウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス

(4) 経口感染

病原体を含んだ食物や水分を経口で摂取することによって、病原体が消化管に達して感染が起きます。

食事の提供や食品の取扱いに関する通知等を踏まえた適切な衛生管理が必要です。

○ 経口感染する主な病原体

細菌 黄色ブドウ球菌、腸管出血性大腸菌、サルモネラ菌、カンピロバクタ、赤痢菌、コレラ菌等

ウイルス ロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルス、エンテロウイルス

コラム 血液媒介感染

保育所の子どもたちの特徴

保育所の子どもたちは、日々の生活や遊びをとおして運動機能を獲得していきます。転倒や怪我によるひっかき傷やすり傷、鼻出血は日常的にみられます。その際に血液や傷口からの滲出液に曝露される（さらされる）機会も多くなります。保育所の職員は子どもたちの特徴を理解し、感染症対策として血液、体液の取扱いについての知識を習得する必要があります。

血液についての知識

血液には病原体が潜んでいる可能性があることは一般にはあまり知られていないため、保育所では血液に注意するという習慣はあまり確立されていません。おむつの取り替え時には手袋を装着しても、血液は素手で扱うという対応も見られます。血液も便や尿のように病原体が潜んでいる可能性を考え、素手で扱わない習慣や、血液や傷口からの滲出液、体液に防護なく直接触れてしまうことがないように工夫する必要があります。医療機関では血液や体液には十分な注意を払い、素手で触れることのないよう、また、血液や体液が付着した器具等は洗浄後に適切な消毒をして使用したり、時に廃棄するなど、その取扱いには厳重な注意がなされています。すべての人の血液に注意することが重要であり、保育所でも血液の取扱いには十分な注意が必要となります。

健康な皮膚の役割

健康な皮膚は病原体の侵入を予防するためのバリアの役目を果たしますが、様々な種類の皮膚炎、外傷など、皮膚に傷があるということは、病原体の侵入経路になり得ることを理解しておくことも重要です。

血液媒介感染症について

主な血液媒介感染症には、表 2 に挙げる疾患がありますが、この中でワクチンが開発されていて、国内で接種可能なのは B 型肝炎ワクチンのみです。そのため、医療従事者は実習や勤務の前に B 型肝炎ワクチンを受けることが一般的です。その他の疾患は、ワクチンがないため、血液あるいは体液の取扱には十分に注意し、手袋の装着や適切な消毒等で対応しています。すべての血液や体液には病原体が含まれていると考え、防護なく触れることがないような注意が保育所でも必要です。

表 2 主な血液媒介感染症の種類

疾患名	病原体名
B 型肝炎	B 型肝炎ウイルス (HBV)
C 型肝炎	C 型肝炎ウイルス (HCV)
後天性免疫不全症候群 (エイズ)	ヒト免疫不全ウイルス (HIV)
成人 T 細胞白血病、HTLV-1 関連 脊椎症	ヒト T 細胞白血病ウイルス (HTLV-1)
梅毒	梅毒トレポネーマ

B型肝炎ワクチンについて

母親が B 型肝炎ウイルスを保有している場合、母子感染の予防として生後すぐの HB グロブリンと、生後 2、3、5 か月の B 型肝炎ワクチンは健康保険で受けることが可能であるため、受け忘れないようにすることが必要です。また近年は、母親からの垂直感染予防のみならず、父子感染や集団生活での水平感染予防を目的に B 型肝炎ワクチンの接種を希望する乳幼児が増えているという現状もあります。B 型肝炎ワクチンについては、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会でも広く接種を促進することが望ましいとしており、定期接種化の必要性が提言されています。

3 感染症対策

感染症を防ぐには、感染源、感染経路、感受性（感染症成立の三大要因）への対策が重要です。保育所職員は、これらについて十分に理解するとともに、保育所における日々の衛生管理等に活かしていくことが必要です。また、保護者に対して、口頭で、又は保健だよりや掲示等を通じてわかりやすく伝えることが求められます。

また、早期診断・早期治療・感染拡大防止に繋げるため、感染症が発症した場合は全職員が情報を共有し、速やかに保護者に感染症名を伝えるなど感染拡大防止策を講じることが大切です。

(1) 感染源対策

感染源としての患者が病原体をどこから排泄し、いつからいつまで排泄するのか、排泄された病原体はどのような経路をたどって他の人へ到達するのかを知ることが必要です。発症している患者には注意が払われますが、病原体によっては潜伏期間中にすでに体外に排泄されている場合があります。その上同じように感染していても、全く症状のない不顕性感染例や、典型的な症状を示さずに軽い症状のみの軽症例も保育所内に多数存在していることも少なくないと思われます。特に保育所の職員は、正常な免疫力を持った成人であり、園児たちと比べて保有する体力・免疫力ははるかに高いです。従って園児たちが感染した場合はその多くが発症し、場合によっては重症になってしまうような感染症であっても、職員は不顕性感染やあるいはごく軽い症状で済んでしまい、自分が感染しているとは全く気付かないままに感染源となってしまう可能性があります。周囲もそう認識するほどはっきりと発症している「患者」は大量の病原体を周囲に排出していますから、医務室等別室で保育することや、症状が軽減して一定の条件を満たすまでは登園を控えてもらうことは感染源対策として重要です。その一方で、感染源となり得る感染者は「患者」と認識されている者だけではなく、他の園児、職員も含めて存在していることを常に考慮しながら日常保育に取り組む必要があります。「患者」以外に誰が感染しているのかを特定することはできないので、感染症の流行期間中は、互いに感染源や感染者とならないように皆が当該感染症の感染経路別対策を理解し、実行するように努めます。

食材保管に際しては、適切な温度管理を実施し、加熱できるものは十分に加熱するなど病原性のある細菌やウイルス等を含む食品を提供しないよう心がけることが大切です。また、保育所内で飼育している動物が保有している細菌等（カメ等のは虫類が持つサルモネラ菌など）が人に感染することもあるので、動物とのふれあい後の手洗いを徹底するなど配慮が必要になります。

(2) 感染経路別対策

以下に飛沫感染対策、空気感染（飛沫核感染）対策、接触感染対策、経口感染対策について記述します。

① 飛沫感染対策

飛沫感染は、飛沫を浴びないようにすれば防ぐことができます。感染している者から 2m 以上離れて、しかも感染者がしっかりとマスクを装着していれば、保育所での呼吸器感染症の集団発生はかなり減少する可能性があります。しかし、保育所では特に子ども同士や職員との距離が近く、日頃から親しく会話を交わしたり、集団で遊んだり、歌を歌ったりする等の環境にあります。また、様々な感染症に感受性が高い（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）

者の割合が多いことから、飛沫感染を主な感染経路とするインフルエンザ等の呼吸器系感染症は保育所等の乳幼児の集団生活施設を中心に多く流行します。

保育所での飛沫感染対策の考え方は以下のとおりです。

- ア) 飛沫感染対策の基本は病原体を含む飛沫を浴びて吸い込まないようにすることです。
- イ) 感染していても症状のない「不顕性感染例」や軽い症状でのみで発症していると気付かない「軽症例」を含めて、全ての「感染者」を隔離することは困難です。また、「不顕性感染例」や「軽症例」が多いインフルエンザのような感染症の場合は、発症者を隔離するだけでは完全ではない場合があるので注意が必要です。
- ウ) 保育所で皆が 2m の距離をとって生活することは不可能です。
- エ) 保育所等の子どもの集団生活施設では、職員も感染していて、知らない間に感染源となる可能性があるので、職員の体調管理にも気を配ります。
- オ) はっきりとした感染症の症状を認める乳幼児は医務室等別室で保育をします。
- カ) 飛沫感染する感染症が保育所内で流行することを防ぐことは容易ではありませんが、その流行を最小限に食い止めるためには、日常的に全員が以下の「咳エチケット」を実施することが大切です。

※咳エチケット：飛沫感染で感染を広げないために守るべき項目

- ・咳やくしゃみを人に向けて発しないようにする。
- ・咳が出るときはできるだけマスクをする。
- ・マスクがなくて咳やくしゃみが出そうになった場合はハンカチ、ティッシュ、タオル等で口を覆う。
- ・素手で咳・くしゃみを受け止めた場合はすぐに手を洗う。

(参考) 厚生労働省ホームページ

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/dl/leaflet20110208_01.pdf)

② 空気感染（飛沫核感染）対策

飛沫感染の感染範囲は飛沫が飛び散る 2m 以内に限定されていますが、空気感染の感染範囲は部屋全体、空調が共通の部屋に及びます。空気感染対策の考え方は以下のとおりです。

- ア) 空気感染する感染症として保育所で日常的に注意すべきなのは「麻疹」、「水痘」、「結核」です。
- イ) 空気感染対策の基本は「発病者の隔離」と「部屋の換気」です。
- ウ) 「結核」は排菌している患者と相当長時間空間を共有しないと感染しませんが、「麻疹」や「水痘」を発症している患者と同じ部屋にいた者は、たとえ一緒にいた時間が短時間であっても既に感染している可能性が高いと考えられます。「麻疹」や「水痘」では、感染源となる発病者と同じ空間を共有しながら感染を防ぐことのできる有効な物理的対策はありません。
- エ) 「麻疹」「水痘」「乳幼児の重症結核：結核性髄膜炎や粟粒結核等」への有効な対策は事前にワクチンの接種を受けておくことです。

③ 接触感染対策

前述したように、接触によって体の表面に病原体が付着しただけでは感染は起こりません。遊具を直接舐めるなどの例外もありますが、接触感染では多くの場合は病原体の付着した手で体内への侵入窓口である口、鼻、眼をさわることによって、病原体が侵入して感染します。従って、接触感染対策にとって最も重要で基本となる対策は「手洗い」などの手指衛生です。なお、健康な皮膚は強固なバリアですが、皮膚に傷がある場合はそこから侵入し感染する病原体もあります。皮膚に病変がある場合はその部位を覆うなどが対策の一助になります。接触感染対策の考え方は以下のとおりです。

- ア) 保育所で接触感染によって拡がりやすいものとして特に注意する必要があるのは、感染性胃腸炎の原因であるノロウイルスやロタウイルス、咽頭結膜熱や流行性角結膜炎の原因ウイルスであるアデノウイルス、手足口病やヘルパンギーナの原因のエンテロウイルス、伝染性膿痂疹（とびひ）の原因である黄色ブドウ球菌や咽頭炎などの原因となる溶血性レンサ球菌です。これらは環境中でも長く生存することが可能な病原体です。また、毎年国内の複数の保育所で接触感染による集団発生がみられる腸管出血性大腸菌感染症は感染後の重症化率が高く、注意が必要な感染症です。
- イ) 最も重要な対策は手洗い等の手指衛生です。適切な手洗いの手順に従い丁寧に手洗いをすることが接触感染対策の基本であり、そのためには、全ての職員が正しい手洗いの方法を身につける必要があります（「※正しい手洗いの方法」参照）。忙しいことを理由に手洗いが不十分になることは避けなければなりません。その上で、子どもの年齢に応じて手洗いの介助を行ったり適切な手洗いの方法を指導したりすることが大切です。
- ウ) タオルの共用は絶対にしないようにします。手洗い時にはペーパータオルを使用することが理想的ですが、常用は無理な場合でも、ノロウイルスやロタウイルス等による感染性胃腸炎が保育所内で流行している期間中は感染対策の一環としてのペーパータオルの使用が推奨されます。
- エ) 石けんは保管時に不潔になりやすい固形石けんよりも1回ずつ個別に使用できる液体石けんが推奨されます。
- オ) 消毒は適切な「消毒薬」（別添 1 参照）を使います。嘔吐物や下痢便、あるいは患者の血液や体液が付着していた箇所については、まずそれを丁寧に取り除き適切に処理してから消毒を行います。これらが残っているとその後の消毒効果が低下します。また患者が直接触った物を中心に適切な消毒を行います。

※正しい手洗いの方法（30 秒以上、流水で行う）

- ①液体石けんを泡立て、手のひらをよくこすります。
- ②手の甲を伸ばすようにこすります。
- ③指先、つめの間を念入りにこすります。
- ④両指を合体し、指の間を洗います。
- ⑤親指を反対の手でにぎり、ねじり洗いをします。
- ⑥手首も洗った後で、最後によくすすぎ、その後よく乾燥させます。

手洗いの順序



1. 手のひらを合わせ、よく洗う



2. 手の甲を伸ばすように洗う



3. 指先、爪の間をよく洗う



4. 指の間を十分に洗う



5. 親指と手掌をねじり洗います



6. 手首も洗う



7. 水道の栓を止めるときは、手首か肘で止める。できないときは、ペーパータオルを使用して止める



出典：高齢者介護施設における感染対策マニュアル

④ 経口感染

経口感染対策としては、食材を衛生的に取り扱い、適切な温度管理の下で保管し、病原微生物が侵入している可能性のある食材はしっかりと加熱することが重要です。保育所では、生肉や生魚、生卵が食事に提供されることはありませんが、日本では、魚貝類に留まらず、鶏肉、牛肉、卵等を生で食べる習慣があり、ノロウイルス、カンピロバクタ、サルモネラ菌、腸管出血性大腸菌等が付着したままで食することによる食中毒が少なからず認められています。サラダやパンなどのその後加熱することがない食材にノロウイルス等の病原微生物が付着することもあり、これを多数の人が摂取することによって集団食中毒が発生した例も多くあります。また、ノロウイルスや腸管出血性大腸菌など、不顕性感染したまま本人が気付かずに病原体を排泄している場合があるため、調理従事者の手指衛生や体調管理も必要です。家庭でも、調理器具の洗浄・消毒、生肉を取り扱った後の調理器具でその後の食材を調理することのないよう、指導することが大切です。

<標準予防策>

人の血液、汗を除く体液（^{かくたん}喀痰、尿、糞便等）など、すべての湿性生体物質は感染性があるとみなして対応する方法です。医療施設で実践されている対策ですが、保育所でも可能なものは実践すべき重要な感染症対策といえます（コラム「血液媒介感染」参照）。湿性生体物質に触れる時は、必ず使い捨て手袋を着用します。手袋を外した後は、必ず流水・石けんによる手洗いを行います。血液等が床にこぼれたら手袋等を着用し、拭き取った後に次亜塩素酸ナトリウムで消毒して処理します。

(3) 感受性対策

感染が成立し感染症を発症するとき、宿主はその病原体に対して感受性があるといえます。感受性がある者に対して、あらかじめ免疫を与え、未然に感染症を防ぐことが重要です。免疫の付与には、ワクチン等により生体に免疫能を与える能動免疫と、ガンマグロブリン投与や RS ウイルス感染症の重症化予防のために用いられているヒト型単クローン抗体製剤（パリビズマブ）等のように一時的に免疫成分（抗体）を投与する受動免疫があります。

ワクチンを接種すること（予防接種）により、あらかじめその病気に対する免疫を獲得し、感染症が発生しても罹患する可能性を減らしたり、重症化しにくくするものです。感染症を防ぐ強力な予防方法のひとつです。 保育所入所前に受けられる予防接種はできるだけ済ませておくことが必要ですが、保育所では入所児童の予防接種状況を把握し、年齢に応じた計画的な接種を保護者に勧奨します。

対象年齢になっているにもかかわらず、まだ受けていない予防接種がある場合は、接種を受けることのできない基礎疾患（持病）を持っている場合を除いて、保護者に病気にかかったときの症状や重症化の頻度等を説明し、まずはかかりつけ医によく相談し、予防接種を受けるよう丁寧に説明します。

また、保育所においては、職員についても、これまでの予防接種状況を把握し、罹患歴・予防接種歴ともにない感染症がある場合は嘱託医等に相談し、予防接種を受けるよう説明します。

なお、予防接種については、保護者や本人の記憶に頼り切りにせず、母子健康手帳の記録の有無について確認をします。麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、B型肝炎等については血液検査で抗体の有無を調べることも可能です。（④保育所職員の予防接種の項を参照）

国内で接種可能なワクチンの種類（平成 24 年 11 月 1 日現在）

国内で接種可能なワクチンが増え、特に乳児期の接種スケジュールが過密になっています（図 1 参照）。2012 年 11 月現在、薬事法で承認されわが国で受けることができるワクチンは 27 種類あります。

① 定期接種と任意接種

わが国の予防接種の制度は、大きく分けて、予防接種法に基づき市区町村が実施する定期接種と、予防接種法に基づかず対象者の希望により行う任意接種があります。両方とも子どもたちにとって大切なワクチンであることを知っておく必要があります。

定期接種のワクチンには一類疾病と二類疾病がありますが、一類疾病は国が受けるよう積極的に勧奨し、保護者は自分の子どもにワクチンを受けさせるよう努める義務（努力義務）があります。一方、二類疾病は国の積極的な勧奨等がないワクチンで、2012 年現在、65 歳以上の者および 60～64 歳で特定の基礎疾患を有する人を対象としたインフルエンザワクチンのみが該当します。

任意接種のワクチンとしては、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業（以下、緊急促進事業）で実施されている 3 ワクチン（4 種類）と、それ以外の任意接種として 12 ワクチン（13 種類）があります（表 3 参照）。

定期接種と任意接種では、保護者（あるいは本人）が負担する接種費用の額と、万が一接種後に健康被害が発生した場合の救済制度に違いがあります。

② 予防接種を受ける時期

市区町村が実施している予防接種は、予防接種の種類、実施内容とともに接種の推奨時期についても定められています。

ワクチンの種類には、生ワクチンと不活化ワクチン・トキソイドがあります（表3参照）。日本では、別の種類のワクチンを受ける場合、生ワクチンの接種後は中27日以上（4週間）空ける必要があり、不活化ワクチンの接種後は中6日以上（1週間）空ける必要があるので注意が必要です。医師が特に必要と認めた場合は、複数のワクチンを同時に接種することが可能です。同じワクチンを複数回接種する場合は、免疫を獲得するのに一番効果的な時期が標準的な接種間隔として定められているので、それを考えて接種スケジュールをたてる必要があります。

③ 保育所の子どもたちの予防接種

予防接種の標準的なスケジュールに従って、体調が良い時に予防接種を受けるのは、保育所の子どもたちにとっては難しい場合も多いため、できる限り入所前に受けられるワクチンは受けておくこと、体調の良いときになるべく早めに受けておくことが大切です。予防接種のために仕事を休むことが難しいという声を保護者から聞くことも多いので、保護者会等で仕事を休んだ日の帰り道にかかりつけの医療機関を受診して、ワクチンを受けるなども工夫の一つと考えられます。

保育所の子どもたちにとって、定期接種のDPTワクチン、不活化ポリオワクチン(IPV)、DPT-IPVワクチン、BCGワクチン、麻しん風しん混合(MR)ワクチン、日本脳炎ワクチンが重要であるのはもちろんのこと、定期接種に含まれていない水痘ワクチン、おたふくかぜワクチン、B型肝炎ワクチン、Hib(ヒブ)ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンなども発症や重症化を予防し、保育所での感染伝播を予防するという意味で大切なワクチンです。インフルエンザワクチン、ロタウイルスワクチンも重症化予防に効果があります。

特に乳児の百日咳は感染力が強い上に、重症の疾患であり、生後3か月になったらなるべく早めにDPTワクチン(あるいはDPT-IPVワクチン)を受けること、麻しん(はしか)は肺炎や中耳炎、脳炎等の合併もあり極めて重症の疾患であることから、1歳になったらなるべく早めにMRワクチンを受けること、5歳児クラスになったら卒園までにMRワクチンの2回目を受けることなど、未接種者の保護者には行政や医療機関のみならず、保育所からも接種を個別に勧めていくことが大切です。また、水痘や流行性耳下腺炎も、保育所では頻繁に流行を繰り返しており、発症する前にワクチンで予防しておきたい感染症です。

保護者には、接種後の副反応の情報のみならず、その病気にかかった時の重症度や合併症のリスク、周りにいる友達、家族、保育所の職員等に与える影響についても、同時に情報提供し、予防方法を伝えていくことが必要です。(別添4参照)

また、妊娠中の女性は、妊婦本人の重症化のみならず胎児に影響が起きることがあります。妊娠期間中は受けたくても受けられないワクチンがあり、日頃から自らが感染予防に努めることに加えて、周りにいる家族や友人、同僚が感染症を発症しないように予防し、社会での流行を抑制することが大切です。

④ 保育所職員の予防接種

小児の病気と考えられがちであった麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎に成人が罹患することも稀ではなくなってきたことから、保育所職員も、ワクチン未接種で未罹患の場合は、必要回数の2回、ワクチンを受けて自分自身を感染から守り、子どもたちへの感染伝播を予防するこ

とが重要です。

また、保育所職員は血液に曝露される機会が多いことから、B型肝炎ワクチンも大切なワクチンとなります。さらに、破傷風を含むDPTワクチンが国内で始まったのが1968年であるため、それより前に生まれた職員は破傷風トキソイドを受けていないことが多いことから、破傷風の予防接種を受けることなども考慮します。また成人の百日咳患者の増加を受けて、第2期（11～12歳）のジフテリア破傷風混合（DT）トキソイドをDPTワクチンに変える検討が国内でも始まっています。大人の百日咳は典型的な症状を認めない場合も多く、知らない間に乳幼児への感染源になっていることがあるため、呼吸器症状を認める職員はマスクを装着し、特に乳児保育を担当する職員は症状を認める期間は勤務態勢を見直すなどの検討も必要です。

⑤ 予防接種歴・罹患歴記録の重要性

保育所での感染症対策を考える上で最も重要な点として、職員と子どもたちの予防接種歴・罹患歴の把握と記録の保管があります。入所時は母子健康手帳を確認して予防接種歴・罹患歴を記録し、入所後は毎月新たに受けたワクチンがないかどうかを保護者に確認して、記録を更新する仕組みを作っておくことが平常時の感染症対策として極めて重要であり、これにより、感染症発生時には迅速な対応に繋げることが可能となります。

接種対象年齢になっても受けていないワクチンがある場合は、嘱託医と相談し、受けるよう個別に保護者に説明することが重要です。

（4）健康教育

感染症を防ぐためには、子どもが自分の体や健康に関心を持ち、身体機能を高めていくことが大切です。特に、手洗いやうがい、歯磨き、衣服の調節、バランスのとれた食事、睡眠と休息を十分にとる等の生活習慣が身に付くよう、毎日の生活をとおして丁寧に繰り返し伝え、子ども自らが気付いて行えるよう援助します。そのためには、子どもの年齢や発達過程に応じた健康教育の計画的な実施が重要となります。

しかし低年齢児における自己管理は非常に難しいので、保護者に働きかけ、子どもや家族全員に健康に注意し、家庭での感染予防、病気の早期発見などが出来るよう具体的な情報を提供するとともに、保護者の共通理解を求め、連携をしながら進めていきます。

日本の定期/任意予防接種スケジュール(20歳未満)(平成24年11月1日以降)

[illegible]

①D-ジブテリア、α-萘酚、I-核保護、IPV：不活性化ポリオを要す。IPVは2012年9月1日から定期接種に導入、回数は4回接種ですが、OPVを1回接種している場合は、IPVをあと3回接種します。OPV生ポリオワクチンは2012年9月1日より定期接種としては使用できなくなりまし

2012年11月1日からDPI4W混合ワクチンが定額接種に導入されます。DPI4Wで接種を開始した場合は、それぞれ原則として同じワクチンで接種を完了します。

つて原則としてMRワクチンを接種。なお、同じ期限内でMRワクチンまたはMRワクチンのいずれか一方を受けた者、あるいは特にMRワクチンの接種を希望する者は単価MRワクチンを接種。

・「国民食料問題」(日本食料の定額の予約増補について)の一部改正(健食0228第2号、第4頁第0228第1号)をご確認ください。

*4 2008年12月19日から国内での接種開始。生後2か月以上と検体の間にある者が1人が、標準として生後2か月以上1か月未満で接種を開始すること。接種方法は、通常、4〜6週間の期間で1回皮下接種。医師が必要と認めた場合には、調整期間で接種可能。3回目の接種後

おおむね1年の期間をおいて、(回復下投種 接種開始が生後7か月以上12か月未満の場合は、通常、4～8週間の間隔で2回皮下接種(接種が必要と認めた場合には3週間間隔で接種可能)、2回目の接種後おおむね1年の期間をおいて、回復下投種 接種開始が生後1歳以上5歳未満の場合、通常、1回皮下接種、2次接種し、翌7か月以降緊急の必要の計数。

の報告、調査、回収が完了。各団体の「等々」の展開型型型型型型の開発。

生徒7ヵ月以上12ヵ月末までの場合：27日以上登校で2回免除したのち、60日以上の欠席で2回免除する。1歳以上の児童が1歳以下：1回免除。子育給付も特ダクシン優遇制度対象事業の対象。

※6. 宇宮昭仁等ワクチノ保護観察受進事業の対象。左記事業の対象年齢は、13歳になる年度から15歳になる年度の者）

[illegible]

※ロタウイルスワクチンは初回接種を1歳で始めた場合は11歳の2回接種、5歳で始めた場合は5歳の2回接種となります。

© Copyright 2012 IDSC All Rights Reserved. 無断転載・改題を禁ずる。

<http://www.nih.gov/nid/ja/component/content/article/320-infectious-diseases/vaccine/2525-v-schedule.html>

※この表は今後更新されるものとが予想されます。最新の情報はこのアドレスでご確認ください。

表3 日本で接種可能なワクチンの種類(2012年11月現在) 27種類(4種追加)種類(痘そうワクチン、A/H5N1亜型(インフルエンザワクチン))

接種の制度	ワクチンの種類	接種回数	注意事項
【定期接種(接種の対象年齢は政令で規定)	生ワクチン		
	BCG	1回	
	麻疹風しん混合(MR)	2回	
	麻疹	2回	MRで受けない場合
	風しん	2回	
	不活化ワクチン・トキソイド		
	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ混合(DPT-IPV)	4回	
	ジフテリア・百日せき・破傷風混合(DPT)	4回	DPT-IPVで受けない場合
	不活化ポリオ(IPV)	4回	
	ジフテリア・破傷風混合(DT)	1回	
	日本脳炎(乾燥細胞培養)	4回	
	インフルエンザ(65歳以上の者、60～64歳で定められた基礎疾患を有する者)	1回	13歳未満は2回
	不活化ワクチン		
	肺炎球菌(7価結合型)	4回	接種開始の月齢によって回数異なる
【子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業】(任意接種)	インフルエンザ菌b型(Hib)	4回	接種開始の月齢によって回数異なる
	ヒトパピローマウイルス(2価・4価)	3回	
	生ワクチン		
	ポリオ(OPV)	2回	流行国に渡航する場合は、3回以上
【任意接種】	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	2回	
	水痘	2回	
	黄熱	1回	接種10日後～10年間有効
	ロタウイルス(1価・5価)	1価:2回、5価:3回	
	不活化ワクチン・トキソイド		
	B型肝炎	3回	
	破傷風トキソイド	3回	
	成人用ジフテリアトキソイド	1回	10歳以上
	A型肝炎	3回	16歳以上
	狂犬病	曝露前3回、曝露後6回	
	肺炎球菌(23価多糖体)	1回	2009年10月から再接種可能になる
	ワイル病状やみ	2回	少なくとも5年に1回追加
	定期接種あるいは子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の対象ワクチンを定められた年齢以外で受ける		

4 衛生管理

保育所における衛生管理については、児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和 23 年厚生省令第 63 号）第 10 条に示されています。また、食事の提供や衛生管理に関する様々な通知等も出されています。

感染症の広がりを防ぎ、安全で快適な保育環境を保つために日頃からの清掃や衛生管理が重要です。点検表等を作成・活用し、担当者が責任をもって行い、職員間で情報を共有します。

(1) 施設内外の衛生管理

○ 保育室

- ・ 季節に合わせ適切な室温（夏期 26～28℃・冬期 20～23℃）、湿度（約 60%）の保持と換気
- ・ 冷暖房器、加湿器、除湿器等の清掃の実施
- ・ 床、棚、窓、テラスの清掃
- ・ 蛇口、水切り籠や排水口の清掃
- ・ 歯ブラシの適切な消毒（熱湯、日光、薬液）と保管（歯ブラシが接触しないよう、個別に保管する）
- ・ 歯ブラシやタオル、コップなどの日用品は個人用とし、貸し借りのないようにする
- ・ 遊具等の衛生管理
（直接口に触れる乳児の遊具は、その都度湯等で洗い流し、干す。また、午前・午後と遊具の交換を行う。その他の遊具は適宜、水（湯）洗いや水（湯）拭きを行う）
- ・ ドアノブや手すり、照明のスイッチ（押しボタン）等は水拭きの後、アルコール消毒を行うと良い

○ 食事、おやつ

- ・ 給食室の衛生管理の徹底
- ・ 衛生的な配膳、下膳
- ・ 手洗いの励行（個別タオル又はペーパータオルで手を拭く）（P10 参照）
- ・ テーブル等の衛生管理
（清潔な台布巾で水（湯）拭きをする。必要に応じて消毒液で拭く）
- ・ 食後のテーブル、床等の清掃の徹底
- ・ スプーン、コップなどの食器を共用しないようにする

○ 調乳室

- ・ 調乳マニュアルの作成と実行
- ・ 室内の清掃
- ・ 入室時の白衣（エプロン）の着用及び手洗い
- ・ 調乳器具の消毒と保管
- ・ ミルクの衛生的な保管と使用開始日の記入
（参考）「児童福祉施設における食事の提供ガイド」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0331-10a.html>

○ おむつ交換

- ・ 糞便処理の手順の徹底
- ・ 交換場所の特定（手洗い場がある場所を設定し、食事の場等との交差を避ける）
- ・ 交換後の手洗いの徹底
- ・ 使用後のおむつの衛生管理（蓋つきの容器に保管）及び保管場所の消毒

○ トイレ

- ・ 毎日の清掃と消毒
（便器、ドア、ドアノブ、蛇口や水まわり、床、窓、棚、トイレ用サンダル等）
- ・ ドアノブや手すり、照明のスイッチ（押しボタン）等は水拭きの後、アルコール消毒を行うと良い
- ・ トイレ使用後の手拭きは、個別タオル又はペーパータオルを使用
- ・ 汚物槽の清掃及び消毒

○ 寝具

- ・ 衛生的な寝具の使用
- ・ 個別の寝具にふとんカバーをかけて使用
- ・ ふとんカバーの定期的な洗濯
- ・ 定期的なふとん乾燥
- ・ 尿、糞便、嘔吐物等で汚れた場合の消毒（熱消毒等を行う）

○ 園庭

- ・ 安全点検表の活用等による安全・衛生管理の徹底
- ・ 動物の糞、尿等の速やかな除去
- ・ 砂場の衛生管理（日光消毒、消毒、ゴミや異物の除去等）
- ・ 樹木、雑草、害虫、水溜り等の駆除や消毒
- ・ 小動物の飼育施設の清潔管理及び飼育後の手洗いの徹底

○ プール

- ・ 年少児が利用することの多い簡易用ミニプールも含めて、水質管理の徹底
（遊離残留塩素濃度が 0.4 mg/L から 1.0 mg/L に保てるように毎時間水質検査を行い、濃度が低下している場合は消毒剤を追加するなど、適切に消毒する）
- ・ プール遊びの前のシャワーとお尻洗いの徹底
- ・ 排泄が自立していない乳幼児には、個別のたらいを用意する（共用しない）などのプール遊びへの配慮
- ・ プール遊び後のうがい、シャワーの徹底

(2) 職員の衛生管理

- ・ 清潔な服装と頭髮
- ・ 爪は短く切る

- ・ 日々の体調管理
- ・ 発熱、咳、下痢、嘔吐がある場合の医療機関への速やかな受診と周りへの感染対策（咳エチケットについては P9 参照）
- ・ 保育中及び保育前後の手洗いの徹底
- ・ 感染源となりうる物（尿、糞便、吐物、血液等）の安全な処理方法の徹底
- ・ 下痢、嘔吐の症状があったり、化膿創がある職員が食物を直接取り扱うことを禁止
- ・ 咳等の呼吸器症状を認める場合のマスク着用
- ・ 予防接種歴、罹患歴の把握（感受性者かどうかの確認）

(3) 保育所における消毒薬の種類と使い方*

- ・ 消毒液の種類や用途に応じた正しい使用方法の把握
 - ・ 消毒液の保管、安全管理の徹底
- * 別添 1「保育所における消毒薬の種類と使い方」参照

5 感染症発生時の対応と罹患後における登園時の対応

(1) 感染症の疑いのある子どもへの対応

子どもの病気の早期発見と迅速な対応は、本人の体調管理ということに加えて、周りの人への感染拡大を予防するという意味においても重要です。また、保育所においては、一人一人の子どもという視点と集団生活としての視点を持ち、きめ細やかに対応することが求められます。子ども一人一人の体調の変化に早く気づき、適切なケアをすることは、病気の重症化や合併症を防ぐことにつながります。そのためにも、登園時の子どもの体調や家庭での様子を把握するとともに、保育中の子どもの体温、機嫌、食欲、顔色、活動の様子等について、子どもとの関わりや観察をとおして把握することが必要です。

子どもの体調が悪く、いつもと違う症状等がある場合には、子どもの心身の状態に配慮した対応を心がけます。また、子どもの症状等を的確に把握し、容態の変化等について記録することが大切です。

保育中に感染症の疑いのある子どもを発見したときには、嘱託医や看護師等に相談して指示を受け、なるべく早く医務室等別室での保育や症状の観察、体温測定などを行います。また、保護者と連絡を密にとり、前述の記録をもとに、症状や経過を正確に伝えます。さらに、保護者に対し、地域や保育所内での感染症の発生状況等について、サーベイランスの結果等を踏まえて情報提供するとともに、保護者からは、医療機関での受診結果を速やかに伝えてもらいます。

別添2「子どもの病気 ～症状に合わせた対応～」を参考に、子どもの発熱や下痢、嘔吐、咳、発しんに対して適切かつ丁寧に対応します。

コラム 「保育園サーベイランス」を使った感染症対策

保育園サーベイランスとは

保育所（園）は、感染経験が少なく、免疫力・体力共にまだまだ十分ではない乳幼児が毎日集団生活を送っているため、様々な感染症が日常的に発生し、流行を繰り返しています。感染症対策は健康危機管理の1つであり、早期対応が重要です。そのためには日常からの備えが必要です。その1つが保育園サーベイランスです。

サーベイランスとは、感染症の記録をとって動向を把握することで、日々の変化に着目して流行などの早期発見をすることを目的としています。流行や集団発生の際には、直ちに関係者と連携をとって対策ができ、またその兆しを捉えた時には、早期対応が可能になります。また自施設で感染症の発生がなかったとしても、地域や近隣の状況を把握することが大切で、その情報を保護者、職員など対策をする人々に情報提供をします。そのためにも、保育所全体、クラス単位での感染症の記録をサーベイランスシステムに活用しやいように整理しておくことが大切です。

感染症の集団発生が起こった後で慌てても、その対応には多大の労力が必要となり、既に感染し潜伏期間にある子どもたちの発症を防ぐことはできません。

2010年4月、国立感染症研究所感染症情報センターでは、感染症による子どもたちの健康被害を軽減することを目的として、「保育園欠席者・発症者情報収集システム（保育園サーベイランス）」を開発しました。2012年9月現在、およそ4800園で導入されており、市町村単位、県単位での導入が進んでいます。

参照ホームページ <http://www.syndromic-surveillance.net/hoikuen/>

サーベイランスの内容（グラフと地図が自動作成される）

保育所ではクラス毎に、感染症と診断された園児、及び診断はされていないものの発症して欠席した園児の人数と、園内で発症した園児の数を日々、インターネットの専用サイトに登録します。すると、クラス単位、職員、保育所全体での表やグラフが自動作成されます。

そして、保育所での入力内容をシステムが集約して、地域の情報として整理されます。地域の状況は地図で示されます。この情報は保育主管課（市区町村の保育主管課、以下同じ）、保健所、嘱託医、臨床医等の関係者間でリアルタイムに共有することができます。

集団発生時には、迅速で適切な対応が求められるため、保育所は保健所、保育主管課等に報告をしなければなりません。報告しようと思っていっても、子どもたちの状態のことが気になり、うっかり後回しになってしまうこともあります。保育園サーベイランスでは、こうした連携がとりやすくなっています。例えば、園が行った登録により、10名以上の発症者が出た際の報告（「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」平成17年2月22日厚生労働省健康局長・医薬食品局長・雇用均等・児童家庭局長・社会・援護局長・老健局長通知参照）がメールで自動的に保育主管課と保健所に送付される仕組みとなっています。もちろん、電話や訪問による補完的な情報も必要ですが、うっかり忘れを防ぐことができます。さらに、保育園サーベイランスでは、それぞれの保育所毎の欠席や発症のデータが解析されるので、通常を少し上回る欠席があった場合には、アラートを出し、その施設にマーカーが表示され保健所と保育主管課では参照しやすくなっています。また、1例でも対応が必要な麻疹、風疹、腸管出血性大腸菌感染症、結核では関係者に自動的にメールが送信されます。

これまでは、保育所からの報告をもって流行発生後の対策が開始されていましたが、報告が後回しになって、感染が広がってから対策を始める、ということがあったようです。もっと迅速に情報を共有できていれば、という課題が残りました。しかし現在、保育園サーベイランスを使っている地域では、こうした後回しになることがないので安心です。

保育園サーベイランスによって期待される効果

こうした登録によって、自施設の情報を迅速に客観的に把握できるようになるのはもちろん、地域の最新の感染症の状況を共有することによって、保育所で次にどんな感染症が流行するか予想して準備でき、園児が発症した場合も即時にこのガイドラインにある適切な対応がとれます。職員や保護者へも正確で適切な情報を提供でき、嘱託医も状況を把握できます。

また、市区町村単位、県単位で導入が始まると、地域内の全ての園児の状況を把握できます。罹患率や流行曲線といった指標も自動作成されます。

2009年から学校欠席者情報収集システム（学校サーベイランス）が開始されています。学校サーベイランスが稼働している地域で、保育園サーベイランスを実施すると、その日から、学校の情報も入手できます。例えば保育所でインフルエンザが発生していない時でも、近隣の学校で発生があれば、地域での流行が始まっており、いずれは自施設にも流行がくる、と心構えができます。

国立感染症研究所感染症情報センター

(2) 感染症発生時の対応

子どもや職員の感染症への罹患が確定された際には、必要に応じて関係機関（市区町村及び保健所等）に対して連絡を速やかに行うとともに、嘱託医や看護師等の指示を受け、保護者に発症状況やその症状・予防方法等について説明します。また、子どもや職員の健康状態の把握をしたり、二次感染予防について関係機関に協力を依頼します。

特に、予防接種で予防可能な感染症が発生した場合は、子どもや職員の予防接種歴・罹患歴を速やかに確認し、必要回数の予防接種を受けていない者には嘱託医や看護師等の指示を受けて適切な予防方法を伝えるとともに、予防接種を受ける時期についてかかりつけ医に相談するように説明します。麻疹や水痘のように、発生（接触）後速やかに予防接種を受けることで、発症を予防したり、重症化を予防することが期待できる感染症があるので、予防接種を受けていなかったり、罹患していないなど感受性が高いと予想される子どもについては、保護者にかかりつけ医と相談するよう促します。

感染拡大防止のため、保育所における手洗い、排泄物・嘔吐物の処理方法を徹底して実行します。さらに、消毒の頻度を増やすなど、発生時に対応した施設内消毒を実施します。食中毒が発生した場合は、特に保健所の指示に従い、適切に対応します。

感染症の発生について、施設長の責任の下、しっかりと記録に留めることが重要です。その際、①欠席している子どもの人数と欠席理由の把握、②受診状況、診断名、検査結果及び治療内容、③回復し、登園した子どもの健康状態の把握と回復までの期間、④感染症終息までの推移等について、日時別、クラス（年齢）別に記録することが必要です。また、入所児童だけでなく、職員の健康状態を同様に記録しておくことが求められます。

(3) 罹患後における登園時の対応

感染症に罹患した子どもの速やかな体調の回復とともに、保育所では、周囲への感染拡大防止の観点から、学校保健安全法施行規則の出席停止の期間の基準に準じて登園のめやすを決めておく必要があります。

別添 3 に、医師の意見書及び保護者が記入する登園届の様式の例について示します。しかし、登園についての判断は、診察に当たった医師が身体症状やその他の検査結果等を総合し、医学的知見に基づいて行うものであり、登園するにあたっては一律に届出書を提出する必要はありません。

これらの届出の要否については、個々の保育所で決めるのではなく市区町村の支援の下に地域の医療機関や学校等と十分に検討して、決めることが大切になります。医師からの意見書や保護者が記入する登園届が必要な場合には、保護者に十分に周知して提出を求めます。（別添 3 参照）

感染症に罹患した子どもの登園に際しては、①保育所内での感染症の集団発生や流行につながらないこと、②子どもの健康（全身）状態が保育所での集団生活に適応できる状態に回復していることに留意することが必要です。

職員についても、周囲への感染拡大防止の観点から勤務の停止が必要になる場合があります。勤務復帰の時期等については、嘱託医の指示を受け、施設長と十分に相談して、適切な対応をとる必要があります。

6 保育所で問題となる主な感染症とその対策

感染症対策を講ずるには、感染症の感染力、感染経路、症状、合併症、予防法、治療法等について、十分に理解する必要があります。別添4に、保育所における「主な感染症一覧」を示しています。

特に、保育所において集団発生が起こりやすい麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、RSウイルス感染症、百日咳、A群溶血性レンサ球菌感染症、マイコプラズマ感染症、咽頭結膜熱、流行性角結膜炎、ヘルパンギーナ、手足口病、伝染性紅斑（りんご病）、腸管出血性大腸菌感染症、ノロウイルス感染症、ロタウイルス感染症、伝染性膿痂疹（とびひ）、アタマジラミ、ウイルス性肝炎については、十分な配慮と感染症対策が必要です。

保育所は学校とは異なり、生後すぐの乳児から小学校入学直前の6歳児まで幅広い年齢層の子どもが、長期間濃厚に接触しながら生活をしています。年長児ではそれほど重症にならない感染症であっても、低年齢児では時に脳炎など生命に関わる重症感染症に発展する場合があります。また、様々な感染症に対して学校の児童生徒よりも高い割合の感受性者が生活している場であることを忘れてはなりません。

この章では、麻疹、インフルエンザ、腸管出血性大腸菌感染症、ノロウイルス感染症、RSウイルス感染症について説明します。また、別添4では保育所に多い感染症一覧を掲載していますが、その他の感染症については以下を参考にしてください。

（参考）その他の感染症について

○「学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説」（日本小児科学会）

http://www.jpeds.or.jp/saisin/saisin_1101181.pdf

○学校において予防すべき感染症の解説（文部科学省）

(1) 麻疹

① 感染経路

麻疹は空気感染（飛沫核感染）する代表的な感染症であり、他に飛沫感染、接触感染も感染経路となります。麻疹の感染力は非常に強く、1名の患者から多数の人が感染し、その感染者が麻疹に対して免疫がない場合はほぼ100%発病するといわれています。

② 感染後、発病した時の症状（麻疹に免疫がない者が感染した場合の潜伏期間は、8～12日）

- a. カタル期：38℃以上の高熱、咳、鼻汁、結膜充血、目やにがみられます。熱が一時下がる頃、コプリック斑と呼ばれる小斑点が頬粘膜に出現します。感染力が最も強いのはこの時期です。
- b. 発しん期：一時下降した熱が再び高くなり、耳後部から発しんが現れて下方に広がります。発しんは赤みが強く、少し盛り上がっています。融合傾向がありますが、健康皮膚面を残します。
- c. 回復期：解熱し、発しんは出現した順に色素沈着を残して消退します。

なお、肺炎、中耳炎、熱性けいれん、脳炎を併発する可能性があるため、注意が必要です。特に、肺炎と脳炎は麻疹の2大死因といわれています。また、麻疹を発症した約100万人に一人とまれな頻度ではありますが、麻疹が治癒してから数年～10年程度経過後に発症

し、極めて重篤な予後不良の脳炎である亜急性硬化性全脳炎（SSPE）を発症する場合があります。

③ 予防方法

麻しん含有ワクチン（麻しんワクチンあるいは麻しん風しん混合（MR）ワクチン）の接種が有効です。2006 年度以降、原則として麻しん風しん混合ワクチンによる 2 回接種が勧奨されています。

なお、1 歳になったらなるべく早く麻しん風しん混合ワクチンを接種します。小学校就学前の 1 年間（5 歳児クラス）に 2 回目の接種を行います。（どちらも定期接種）

④ 保育所における具体的な感染拡大防止策

- 入所前の健康状況調査において、麻しん含有ワクチン接種歴、麻しん既往歴を母子健康手帳で確認し、1 歳以上で未接種かつ未罹患の子どもには麻しんの重症度（肺炎や脳炎の併発等）を正確に伝え、ワクチン接種を積極的に勧奨します。入園後にワクチン接種状況を再度確認し、未接種であれば、ワクチン接種を再度勧奨します。
- 1 人でも発症した場合には、麻しんの感染力は非常に強いいため、すぐに他の入所児童及び職員の予防接種歴、罹患歴を確認し、ワクチン未接種かつ未罹患の子ども、1 回のみのワクチン接種の場合には、主治医と速やかに相談し、適切な緊急対応をとるよう指導します。
- 感染していない可能性も考慮し、1 歳児は 1 回目の麻しん風しん混合ワクチンの定期接種（第 1 期）の対象であることを速やかに伝え、主治医と相談して接種を受けるよう指導します。

0 歳児は定期接種対象年齢に至っていないため、母親からの移行抗体が残存している乳児期前半の児を除いて、全員が感受性者となります。特に生後 6 ヶ月以上の場合は、緊急避難的に麻しんワクチンの接種が考慮される場合がありますので、速やかに主治医に相談するよう指導します。2 歳以上で 4 歳児クラスまでの子どもは多くが 1 回の予防接種を受けていると考えられます。1 回接種で 95% 以上の人が発症予防可能な免疫を獲得していますが、まれながら免疫が獲得できていない場合があるので、発症者の状況によっては嘱託医あるいは主治医に相談し、2 回目のワクチンが薦められる場合があります。小学校入学前 1 年間の 5 歳児クラスの子どもの 2 回目の麻しん風しん混合ワクチンの接種（第 2 期）を受けていない場合は、2 回目の定期接種の対象であることを速やかに伝え、受けるよう勧めます。

- 接触後 72 時間以内にワクチンを接種することで発症の予防、症状の軽減が期待できます（対象は 6 か月以上の子どものみに限る）。また、接触後 5 日以内にガンマグロブリン製剤を投与することで発症の予防、症状の軽減ができる場合がありますが、ガンマグロブリン製剤は血液製剤であること、投与に際しては強い痛みを伴うことなどの情報提供も必要であり、いずれにしても主治医に相談するよう指導します。
- 解熱した後、3 日を経過するまでの登園を避けるよう保護者に依頼します。

(2) インフルエンザ

① 感染経路

保育所で感染伝播する場合の主な感染経路は飛沫感染であり、他に接触感染でも感染します。

② 感染したときの症状

典型的な発症例では、感染後 1～4 日間（平均 2 日間）の潜伏期間を経て突然の高熱が出現し、3～4 日間続きます。全身症状（全身倦怠感、関節痛、筋肉痛、頭痛）を伴い、呼吸器症状（咽頭痛、鼻汁、^{がいそう}咳嗽（咳））がありますが、約 1 週間の経過で軽快します。合併症として肺炎、中耳炎、熱性けいれん、脳症を併発する可能性があるため、注意が必要です。

なお、保育所でインフルエンザが流行している場合、実際には感染しているのに全く症状のない不顕性感染例や、本人も周囲も単なる風邪としか認識していない軽症例も存在しており、特に成人である職員ではその割合は園児たちよりも高いと考えられます。

③ 予防方法

インフルエンザの予防の基本はワクチンの接種です。インフルエンザワクチンを接種しても、インフルエンザウイルスの感染を防ぐことはできませんが、感染後の発症率と発症後の重症化率を下げるのが期待できます。乳幼児ではインフルエンザワクチンの有効性は、成人よりも低いといわれているので、流行の前にはしっかりと 2～4 週間の間隔をあけて 2 回の接種を行うことが望まれます。免疫の獲得を考えると、できれば 4 週間あけた方が良いとされています。

また大量のウイルスを排出していると考えられる典型的な症状を呈している者を速やかに隔離することはもちろんですが、保育所内で患者が発生しているときは、感染していても症状が典型的ではない場合もあるので、全員が飛沫感染対策、接触感染対策を行うべきです。

④ 保育所における具体的な感染拡大防止策

- インフルエンザの飛沫感染対策として、可能な者は全員が咳エチケットを実行します。職員は、自分が感染しているとの自覚がないまま、園児たちと密着することが考えられるので、保育所内でインフルエンザ患者が発生している期間中は全員が勤務中はマスクを装着するよう心がけます。特に 0 歳児クラス、1 歳児クラスを担当する職員は必ずマスクを装着します。園児にもマスクを装着できる年齢の場合は、保育所内でインフルエンザが流行している期間中はマスクを装着するように働きかけます。この場合、友達のマスクが可愛いと園児同士で交換することがないように注意します。また、普段から咳やくしゃみの際には、飛沫を人に浴びせてはいけないということを指導します。
- インフルエンザウイルスは、アデノウイルスやノロウイルス、ロタウイルスなどのように環境中で何日間も感染性を保っていることはなく、体外に出たら数時間で死滅してしまいます。アルコールによる消毒効果も高いです。インフルエンザの接触感染対策として実行することは、ア) 流行期間中は、手洗い等の手指衛生を励行する、イ) 消毒をする場合は、患者の体液（唾液、痰、鼻汁等呼吸器からの排泄物）が付着したものを中心に行う、以上の 2 点です。
- インフルエンザの感染に備えて、体調を整えておくために、バランスのとれた食事、適切な睡眠をとることを心がけるよう保護者の方に伝えましょう。保育所内では、園児たちにとって適切な湿度、室温を保ち、過ごしやすい環境を整えます。

- インフルエンザを発症した園児は、発熱した日を0日目として発症から5日間が経過し、かつ解熱した日を0日目として解熱後3日間が経過するまでは保育所を休んでもらうようにします。(P4 参照)
- 保護者等の送迎者がインフルエンザを発症している疑いがある場合等は、送迎を控えてもらいます。やむを得ない場合は、必ずマスクを着用し、また保育所内には入らないようにしてもらいます。

⑤「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過するまで」の考え方について

平成24年4月1日付で学校保健安全法施行規則が一部改正され、インフルエンザの出席停止期間について、「解熱した後2日を経過するまで」から、「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過するまで」と変更されました。保育所の場合は幼児は乳幼児と考えます。

「発症日から5日を経過」とされた理由は、現在、インフルエンザと診断されると抗インフルエンザウイルス薬が処方されることが多く、感染力が消失していない時期でも解熱してしまい、解熱を基準にすると出席が早まり、感染が拡大することが懸念されたためです。

インフルエンザ患者からのウイルス排出は自然経過で7日間程度、抗インフルエンザウイルス薬の効果で解熱は1日程度早くなりますが、ウイルスは5日間程度分離されたという報告(三田村敬子、菅谷憲夫：インフルエンザの診断と治療(臨床症例のウイルス排泄からの考察). ウイルス. 56(1):109-116, 2006)や、また、抗インフルエンザウイルス薬(オセルタミビル)を投与した4日目に、90%の患者が解熱していたにもかかわらず、50%以上の患者からウイルスが検出されたという報告 (Tamura D et al: Frequency of drug-resistant viruses and virus shedding in pediatric influenza patients treated with neuraminidase inhibitors. Clin Infect Dis. 2011 15;52(4):432-7.) などがあることから、発症後5日まではウイルスの感染力が残っていると考えられます。

また、「幼児にあっては、(解熱後)3日」とされた理由は、15歳以下、特に3歳以下ではウイルス残存率が高いという報告があり (Sato M, et.al: Viral shedding in children with influenza virus infections treated with neuraminidase inhibitors. Pediatr Infect Dis J. 2005 ;24(10):931-2.)、幼若年齢層、特に3歳以下の場合、生まれて初めて罹患した可能性が高く、抗体を保有しない場合が多いため、ウイルス排泄期間が長くなる可能性が指摘されているからです。

また、解熱したということだけでは患者自身の体調・体力が十分に回復したとはいえず、特に乳幼児期においては、いったん解熱しても再度発熱する(二峰性発熱)こともあり、他の子どもへの感染の拡大防止に加え、子どもの健康を守るという観点から、従来より1日長い日数が設定されました。

コラム 新型インフルエンザについて

新型インフルエンザとは、季節性インフルエンザと抗原性が大きく異なるインフルエンザであって、一般に国民が免疫を獲得していないことから、全国的かつ急速なまん延により国民の生命および健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいいます。

(厚生労働省ホームページ 新型インフルエンザに関する Q&A 参照
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/02.html>)

インフルエンザウイルスの元々の宿主はカモやアヒルなどの水禽ですが、このインフルエンザウイルスの中でも特に A 型のウイルスにはたくさんの種類があり、他の鳥類や哺乳類の間で感染伝播するものに变化し、その一部がヒトの間で流行するインフルエンザとなっています。2009 年に発生したインフルエンザ (H1N1) 2009 の出現と世界的流行は記憶に新しいところです。ブタの体内でブタ、トリ、ヒトそれぞれの種の中で流行していたインフルエンザウイルスが混ざり合って全く新しいブタインフルエンザウイルスが北米で発生し、その後でヒトの間で伝播するように变化したものです。

2010 年、日本では 2009 年に発生したインフルエンザ (H1N1) 2009 (当時は新型インフルエンザと呼ばれていた) の流行に対する総括会議が開催され、厚生労働省に対し、①これまでの新型インフルエンザに対する行動計画、ガイドラインは高病原性鳥インフルエンザ A (H5N1) が新型インフルエンザとなった場合を想定したものであったこと、②突然大規模な集団発生が起こる状況に対する具体的な知見が乏しかったこと、③短期間に大量のワクチンの供給ができなかったことに加え、臨時にワクチン接種を行う法的枠組みが整備されていなかったこと、等の様々な指摘がなされました。これらを踏まえて、2011 年に新たな行動計画が策定されましたが、新型インフルエンザ対策の実効性を確保するため、各種対策の法的根拠の明確化等の法的整備の必要性についての検討が行われ、2012 年には新型インフルエンザ等対策特別措置法 (平成 24 年法律第 31 号) が新たに制定され、2013 年春からの施行に向けて現在準備が進められています。

新型インフルエンザ対策の目的は、①国内での感染の拡大を可能な限り抑制し、健康被害の発生を最小限に留めること、②流行の拡大によって、医療体制を含めた社会の機能や経済の活動を破綻させないことの 2 点であることは当初から現在に至るまで一貫して変わっていません。保育所は、新型インフルエンザが国内に侵入、発生した際には、集団感染の場となる可能性が高く、臨時休業等の措置の検討の対象となると考えられます。一方、保育所は地域の労働力の確保の面から平常時には重要な役割を担っており、新型インフルエンザが日本国内で発生した場合、当該の地域での医療体制の確保や社会機能・経済活動の維持に果たすべきとして期待される役割は決して小さくないと思われます。このように、新型インフルエンザ対策の 2 つの目的に対して保育所が行うべき対応は相反するものとなる可能性が高く、おそらくこれは保育所の新型インフルエンザ対策にとって、今後とも大きな課題となってくるものと予想されます。実際に 2009 年の新型インフルエンザの流行時には、保育所の対応は地域によって異なっていましたし、保育の現場では混乱した印象を持った方々も少なくなかったと思われます。保育所は学校とは違って、感染症の流行に伴って臨時休業を行う法的根拠は元々なく、季節性インフルエンザが集団発生した場合でも保育所を休園することはありませんでした。一方、この新型インフルエンザ等対策特別措置法が施行されることによって、地域の自治体の判断によっては法的根拠をもった保育所の臨時休業が行われることになるかもしれません。しかし、新型インフルエンザ対策の根幹である 2 つの目的のいずれを優先するのか、その判断は一律に決定できるものではありません。発生した新型インフルエンザの病原性、感染伝播力、地域での患者の発生状況等を勘案して決定されていくべきでありまたその決定も状況に応じて適宜、的確に変更されていくべきであると思われます。

新型インフルエンザもインフルエンザであり、対策の根幹は通常の季節性インフルエンザの対策と同じです。すなわちインフルエンザ対策としての飛沫感染対策、接触感染対策をしっかりと行うこと、新型インフルエンザ対策用のワクチンが接種可能となった場合には速やかに接種を行うことが基本となります。平常時に季節性インフルエンザの対策を怠っているのに新型インフル

エンザが発生した時だけ適切な対策が実行できるものではありません。保育現場では本ガイドラインを参考にして、平常時から季節性インフルエンザの対策に努めるとともに、実際に新型インフルエンザが発生した時には、保育課や保健所等の地域内の関係機関と連携しながら、子どもたちや職員の健康を守ることを最優先に対策に取り組んで欲しいと思います。

(3) 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）

① 感染経路

腸管出血性大腸菌の感染経路は、飲食物を介した経口感染と感染者からのヒト－ヒト感染である接触感染、他に腸管出血性大腸菌を保菌している動物に触れることによる感染があります。

② 感染した時の症状

激しい腹痛とともに、頻回の水様便や血便の症状があります。発熱は軽度です。

血便は初期では少量の血液の混入で始まりますが、次第に血液の量が増加し、典型例では血液そのものといった状態になります。

発症者の6～7%において、下痢などの初発症状発現の数日から2週間以内に、溶血性尿毒症症候群（Hemolytic Uremic Syndrome、HUS）がみられます。また、脳症などの重篤な合併症が発症することもあります。HUSを発症した患者の致死率は1～5%とされています。腸管出血性大腸菌に感染しても、症状のない不顕性感染例も少なくありませんが、乳幼児と高齢者は感染後の発症率、発症後の重症化率が健康成人と比べて非常に高いので保育所では特に注意すべき感染症です。

③ 予防方法

経口感染対策として食材を十分に加熱処理することは普段から実施されている対策ですが、最近では保育所に搬入する前に加工済みの食品がすでに汚染されて集団発生を招いたケースもみられています。また、保育所内での集団発生例は、毎年複数例が報告されており、その多くが経口感染ではなく、ヒト－ヒト間の接触感染による集団発生です。従って保育所では接触感染対策が極めて重要です。

④ 保育所における具体的な感染拡大防止策

- 食材の衛生的な取扱い、適切な温度で食材を保管すること、十分な加熱調理はいうまでもありませんが、加工食品や既に調理された食材を保育所に搬入して使用する場合は、その食品が衛生的に調理・管理されているのかをしっかりと確認する必要があります。
- 接触感染対策として最も重要な対策は手洗いの励行です。普段からしっかりと手洗いが実行されるように心がけましょう。
- プール遊びを介して集団発生が起こることがあります。特に、低年齢児がよく使用する簡易プールが塩素消毒されていなかったために、そのプール遊びが原因となって保育所内で集団発生がみられたことはこれまでに何度も報告されています。複数の園児が使用する場合は、簡易プールも含めて、塩素消毒基準の厳守が求められます。患者発生時には速やかに保健所に届け、保健所の指示に従い消毒を徹底します。
- 症状がある場合には、医師において感染のおそれがないと認められるまで登園を避けるよ

う保護者に依頼します。無症状病原体保有者の場合にはトイレでの排泄習慣が確立している 5 歳児以上は登園可能ですが、5 歳未満の子どもでは 2 回以上連続で便培養が陰性になれば登園が可能となります。

(4) ノロウイルス感染症

ノロウイルスは、乳幼児から高齢者にいたる幅広い年齢層の急性胃腸炎の病原ウイルスで、特に秋から春先にかけて流行します。ノロウイルスは非常に感染力が強く、100 個以下という少量のウイルスでも、人に感染し発病します。患者の嘔吐物や糞便には 1 グラムあたり 100 万から 10 億個ものウイルスが含まれていると言われ、不十分な汚物処理で容易に集団感染を引き起こします。

① 感染経路

ノロウイルスで汚染された飲料水や食物（生カキ、ウイルスに汚染された生野菜等）からの感染があり、ウイルス性食中毒の集団発生の原因となります。また、感染者との直接・間接の接触による接触感染、嘔吐物や下痢便が付着したものを介した感染もあります。また、患者の嘔吐物等に対して適切な処理が行われず、大量のノロウイルスが嘔吐場所に残存したまま乾燥すると、ウイルスが空気の流れとともに舞い上がり、そのウイルスを吸い込んだ人が感染する場合があります（これをもう 1 つの空気感染として塵埃（じんあい）感染と呼んでいます）。
（国立感染症研究所感染症情報センターホームページ <http://idsc.nih.go.jp/disease/norovirus/0702keiro.html> 参照）

感染後、嘔吐、下痢等の症状が治まった後も、ウイルスは 10 日間程度、糞便中に排泄されていることがあるので、流行時には糞便やおむつの取扱いには特に注意が必要です。

② 感染した時の症状

潜伏期間は 12～48 時間で、嘔吐、下痢、腹痛、発熱等の症状が出ます。通常 3 日以内に回復します。嘔吐、下痢が頻繁の場合、脱水症状を起こすことがあるので尿が出ているかどうかの確認が必要です。

③ 消毒方法

ノロウイルスは、熱や薬品への抵抗性が非常に強いことが予防を困難にしています。逆性石けんやアルコールの消毒効果は十分ではなく、85℃で 1 分間以上の加熱又は次亜塩素酸ナトリウムによる消毒が有効です。次亜塩素酸ナトリウムの濃度は、有機物の少ないときは 0.02%、嘔吐物や糞便では 0.1%以上が必要です。次亜塩素酸ナトリウムには金属腐食性があるため、金属を消毒する際は使用を避け、加熱消毒にします。また、次亜塩素酸ナトリウムは、揮発性で、塩素ガスが発生するため、窓を開けて換気します。ふとんや絨毯などが嘔吐物等で汚染された場合で、消毒剤による消毒効果があまり期待できない場合などは、嘔吐物を静かにかつ丁寧に取り除いた後、スチームアイロンなどで加熱し、ウイルスを十分に不活化することが重要です。

④ 保育所における具体的な感染拡大防止策

- ノロウイルスの流行期（晩秋から初春にかけて）に嘔吐、下痢を呈した場合は、ノロウイルス感染症を疑う必要があります。
- 上記のような症状の子どもがいた場合は、速やかに周りにいる子どもたちを別室に移動させ、部屋の窓をあけて換気します。嘔吐物や下痢便の処理と消毒は速やかに行う必要がありますが、処理をした職員が感染しないように、マスク、手袋、エプロンを装着して、汚染物の処理を行います。そのため、汚染物の処理をするための消毒剤やバケツ、手袋、マスク、エプロン、使い捨ての雑巾やペーパータオル等は、ひとまとめにしてあらかじめ準備し、いつでもすぐに使えるようにしておきます。嘔吐物や下痢便を拭き取った雑巾やペーパータオルは廃棄します。
- 嘔吐物や下痢便で汚染された衣類を保育所内で洗うと、洗った場所はノロウイルスに汚染されます。また、水洗いではなく洗剤を使用しても、衣服にはノロウイルスが付着したままです。だからといって、次亜塩素酸ナトリウムを用いて衣類を消毒することは、その衣類が漂白される可能性があることなどから、嘔吐物や下痢便で汚染した洋服は、ビニール袋に入れて保護者に持ち帰ってもらうようにします。家庭では衣類を破棄しない場合は塩素系の消毒剤で消毒してから洗濯するかあるいは熱水による消毒をして、他の家族が感染しないように処理する方法を保護者に説明します。

部屋の中で、嘔吐物や下痢便で汚染した衣類や雑巾を洗ったり、部屋の中に干しておくことは絶対にしないようにします。
- ノロウイルス感染症を発症している子どもは、複数回の嘔吐や下痢をすることが多いので、発症が疑われる場合には十分に体調を観察しながら、バケツや洗面器、タオル等を準備して個別に保育し、保護者に連絡して早めにお迎えにきてもらいます。
- 嘔吐物や下痢便の処理の際には、子どもたちを別室に移動させるなどしてから行います。
- 嘔吐・下痢等の症状が治まり、普段の食事ができるまで登園を避けるよう保護者に依頼します。症状回復後も感染力を有していることや、回復に時間を要する感染症であることにも十分留意することが必要です。これに加えて、前日に嘔吐していた子どもの登園は、ノロウイルスの流行期間中は控えてもらうように保護者に伝えます。

(5) RS ウイルス感染症

RS ウイルス感染症は秋から冬にかけて毎年流行する呼吸器感染症です。しかし最近では他の季節（夏季）でも小流行があり注意が必要です。この感染症には1度かかっても十分な免疫が得られず、何度もかかることがあります、保護者も職員もよくかかります。ただし、0歳児や1歳児が初感染した場合は症状が重くなることが多く、乳幼児の重症呼吸器感染症の代表的なものです。特に生後2～5ヶ月の乳児では、入院管理が必要となる場合も少なくありません。一方、再感染や再々感染時には初感染時ほど重い症状とならない場合が多いです。

① 感染経路

飛沫および接触感染によって感染が広がります。RS ウイルス感染症は2歳以上の園児がかかると、咳、鼻水が続く程度で元気に保育所へ通っている場合があります。その場合 RS ウイルス感染症と気付かず急速に感染が拡大してしまうことがあります。年長児には咳エチケットを徹底させます。

② 感染した時の症状と治療

- 初感染時：4～6 日の潜伏期の後に発熱、咳、鼻水などで発症し、多くは 1 週間程度で回復します。保育所へ通う園児たちは 1 歳までにほとんどが初感染を経験します。

その初感染乳児の 30%程度で発症から 2～3 日のうちに咳がひどくなり食欲がなくなり、喘鳴、呼吸困難症状が出現し、細気管支炎や肺炎に陥る例があります。特に 3 か月未満児では高率に重症化をきたし、特別な治療法がないことから、呼吸管理が必要となり入院する場合があります。

- 再感染時：2 歳以上では、再感染のことが多く多くは発熱、咳、鼻水などで発症し 1 週間程度で回復する場合が多いとされています。家族内で 1 人でも発症すれば、他の人も全員かかっていると考え、咳エチケットを守り乳児への接触を避け、感染機会を極力減らすようにします。

③ 予防方法

現在、ワクチンはありません。その他の方法としては、遺伝子組み換え技術を用いて作成されたモノクローナル抗体製剤であるパリーブズマブ（Palivizumab）の投与があります。RS ウイルス感染症の流行初期に投与し始めて流行期も引き続き 1 か月毎に筋肉注射することにより、重篤な下気道炎症状の発症の抑制が期待できます。投与対象患者となっているのは以下の方です。

- ・ 在胎期間 28 週以下の早産で、12 か月齢以下の新生児及び乳児
- ・ 在胎期間 29～35 週の早産で、6 か月齢以下の新生児及び乳児
- ・ 過去 6 か月以内に気管支肺異形成症の治療を受けた 24 か月齢以下の新生児、乳児及び幼児
- ・ 24 か月齢以下の血行動態に異常のある先天性心疾患の新生児、乳児及び幼児

④ 保育所における具体的な感染拡大防止策

- RS ウイルス感染症について正しい知識を普及させます。
- 感染症情報には絶えず注意を怠らず、流行状況を把握しておくようにします。
- 2 歳未満児と 2 歳以上児のクラスは構造的に分離（隔離）出来るようにしておき、お互いの交流は制限できるようにしておき、RS ウイルス感染症の流行期には交流を遮断します。
- 飛沫感染対策として咳エチケットを徹底します。（職員、特に 0・1 歳児担当職員や保護者にも徹底します）
- 接触感染対策の基本である手洗い等の手指衛生を図ります。
- 保育環境を清潔に保ちます。
（環境や物品の消毒には塩素系消毒剤やアルコールを用いる）
- 3 か月未満で保育所へ通うことは、RS ウイルス感染症のハイリスク群であり、今後医学的な知見から対応について検討することが必要です。

7 感染症対策の実施体制と子どもの健康支援

保育所における子どもの感染症対策に関する具体的な実践においては、施設長のリーダーシップの下に全職員の連携・協力が不可欠です。保育士、看護師、栄養士や調理員等の職種の専門性をいかしながら、保育所全体で保健計画等に基づき見通しを持って取り組んでいくことが求められます。そのためには、マニュアルを作成し緊急時の体制や役割を明確にしておくことと共に保護者への事前説明などが重要になります。

(1) 記録の重要性

子どもの体調の変化や症状等について、的確に記録し、サーベイランスを実施することが重要です。その際、その日の状態のみを見るのではなく、数日間の症状の変化に着目し、それを感染症の早期発見や病状の把握等に活用していくことが大切です。また、保育所全体のデータとして活用できるよう有病者や罹患率のグラフを作成する等記録を整理したり、近隣の保育所や学校の状況について情報収集をし、嘱託医、設置者、行政の担当者等と連携をとって、感染症の発生状況の速やかな把握に活用します。更に対応や対策について、職員は自己評価することが求められます。それらを保護者に伝え、子どもの健康管理等について協力を求めたり、嘱託医との連携を図る上で活用し、情報共有することが重要です。その具体的な方法については、コラム「保育所サーベイランス」を参照してください。

(2) 嘱託医の役割と連携

児童福祉施設の設備及び運営に関する基準第33条第1項では、保育所には、嘱託医を置かなければならないとされています。

嘱託医には、年2回以上の健康診断を行うだけでなく、保育所全体の保健的対応や健康管理について総合的に指導・助言することが求められています。保育所は、嘱託医に対し、日頃から保育所での取組について情報提供をしたり、感染症の発生やその対策について情報交換をしたり、助言を得ることが大切です。その際、保育所での記録を活用し、的確かつ簡潔に伝えることや、嘱託医の勤務状況等に配慮して行うことが必要です。特に、発病者が増加した場合等即時に情報を共有して早期の対応策につなげます。

保育所の感染症対策には、嘱託医の積極的な参画・協力が不可欠であり、さらには、保育所の子ども及び地域全体の子どもの健康と安全を視野に入れた対策や医療・保健機関との連携も求められます。とくに嘱託医が小児医療の専門家でない場合には、地域の小児科医との連携を視野に入れ、スーパーバイザーとしての助言をしてもらうなど地域ぐるみで子どもの健康と安全を守るための体制の整備が必要です。

(3) 看護師等の役割と責務

2009年4月施行の保育所保育指針やその解説書では、子どもや職員の健康管理及び保健計画の策定と保育における保健面での評価、保護者からの情報を得ながら子どもの健康状態を観察し評価するとともに、疾病等の発生時に救急的な処置等の対応を行うこと、また、子どもの健康教育、職員への保健指導、保護者への連絡や助言等が保育所における看護師の役割としています。

保育所における子どもの感染症対策を実施する上では、嘱託医や地域の医療・保健機関等

と連携した対応を図ることが必要です。その際に保育所における看護師の専門性をいかした最も重要な役割として、嘱託医や地域の専門家等の意見、さらには学術的な最新の知識を職員や保護者に正しく、かつわかりやすく伝え、園全体の共通認識にすることです。

保育所内の感染症の蔓延を防ぐためには、一人一人の子どもとその家族、職員も含めた保育所全体、また地域の人々の健康情報をも考慮した以下のような対応が求められます。

- 感染症の予防のために、日々の保育室内外の衛生管理に日々努めます。
- 子ども・保護者・職員への健康教育や保健指導を積極的に行い保健意識向上に努めます。
- 日々の子どもの健康状態を把握し、体調不良・欠席の場合はその理由を確認し、予防接種歴及び感染症罹患歴を把握し、未接種の場合は嘱託医やかかりつけ医と相談して予防接種を受けるよう勧めるなど、感染症やその他の疾病の発生予防に努めます。
- 感染症の発生や疑いがある場合には、全職員に速やかに連絡し、保護者にも協力を求めます。必要に応じ嘱託医、市区町村、保健所等に連絡し、その指示に従い対応します。
- 感染症の疑いがある場合には、医務室等別室で個別に保育し、他児との接触がないよう配慮します。
- 感染症の発生が保育所内又は地域内で認められた場合には、保護者に予防方法・看護方法について情報提供するとともに助言を行い、発症した園児に対しては回復への支援とともに、登園のめやすの重要性を知らせて守ってもらうように保護者に説明し感染の蔓延を防ぎます。

(4) 子どもの健康支援の充実に向けて

子どもの健康と安全を守り、その健やかな成長を支えるために、保育所においては、保育所保育指針に基づき、様々な対策が講じられています。保育課程を踏まえ、子どもの発達過程に沿って、養護と教育の両面から子どもの健康支援に関する保育が実践されたり、保健計画等に沿って対応の手順などが適宜作成されています。さらに、今後は、その取組の評価や保護者等への説明をより丁寧に行っていくことが必要であり、家庭での子どもの健康管理や健康増進につなげていくことが大切です。

子どもが生涯にわたり心身共に健康な生活をおくるための基盤は、乳幼児期に形成されることを認識し、その生命の保持と情緒の安定のための保育所の養護的関わりや保育実践を充実させていくことが求められます。このため、知識・技術の修得や関係機関との連携が重要であり、子どもの健康問題への対応や保健的対応の充実とその向上は、児童福祉施設としての責務であるといえます。

感染症の予防とその対策についても、これまでの知見や新たな情報の収集により、適切に対応するとともに、本ガイドラインの内容を理解し、十分に活用していくことが求められます。

別添 1 保育所における消毒の種類と使い方

① 消毒薬の種類と用途

薬品名	次亜塩素酸ナトリウム	逆性石けん	消毒用アルコール
適応対策	衣類、歯ブラシ、 遊具、哺乳瓶	手指、 トイレのドアノブ	手指、遊具、便器、 トイレのドアノブ
消毒の濃度	・塩素濃度6%の薬液が一般に市販されており、通常、それを200～300倍に希釈（薄めて）して使用 ・汚れをよく落とした後、薬液に10分浸し、水洗いする	通常 100～300 倍希釈液	・原液（70～80%）
留意点	・漂白作用がある ・金属には使えない	・一般の石けんと同時に使うと効果がなくなる	・手あれに注意 ・ゴム製品・合成樹脂等は、変質するので長時間浸さない ・手洗い後、アルコールを含ませた脱脂綿やウェットティッシュで拭き自然乾燥させる
有効な病原体	多くの細菌、真菌、ウイルス（HIV・B型肝炎ウイルス含む）、MRSA	多くの細菌、真菌	多くの細菌、真菌、ウイルス（HIVを含む）、結核菌、MRSA
無効な病原体	結核菌、一部の真菌	結核菌、 大部分のウイルス	ノロウイルス B型肝炎ウイルス
その他	糞便・汚物で汚れたら、良く拭き取り、300 倍希釈液で拭く	逆性石けん液は、毎日作りかえる	

② 遊具の消毒

	普段の取扱い	消毒方法
ぬいぐるみ 布類	定期的に洗濯 日光消毒（週 1 回程度） 汚れたら随時洗濯	糞便、嘔吐物で汚れたら、汚れを落とし、塩素濃度 6%の次亜塩素酸ナトリウム系消毒薬を 300 倍希釈した液に 10 分浸し、水洗いする ※汚れがひどい場合には処分する

洗えるもの	定期的に流水で洗い日光消毒 ・ 乳児がなめたりするものは、毎日洗う ・ 乳児クラス週 1 回程度 ・ 幼児クラス3か月に1回程度	嘔吐物で汚れたものは、塩素濃度6%の次亜塩素酸ナトリウム系消毒薬を300倍希釈した液に浸し日光消毒する
洗えないもの	定期的に湯拭き又は日光消毒 ・ 乳児がなめたりするものは、毎日拭く ・ 乳児クラス週 1 回程度 ・ 幼児クラス3か月に1回程度	嘔吐物で汚れたら、良く拭き取り塩素濃度6%の次亜塩素酸ナトリウム系消毒薬を300倍に希釈した液で拭き、日光消毒する ○ 塩素分やアルコール分は揮発する

＊ 300倍希釈液＝原液濃度6%の市販の次亜塩素酸ナトリウムを300倍希釈した消毒液＝0.02%の次亜塩素酸ナトリウム消毒液

③ 手指の消毒

通 常	流水、石けんで十分手洗いする
下痢・感染症発生時	流水、石けんで十分手を洗った後に消毒する。手指に次亜塩素酸ナトリウム系消毒薬を使用してはいけない。（糞便処理時は、ゴム手袋を使用）
備 考	毎日清潔な個別タオル又はペーパータオルを使う 食事用のタオルとトイレ用のタオルを区別する （手指専用消毒液を使用すると便利） 血液は手袋を着用して処理をする

④ 次亜塩素酸ナトリウムの希釈方法

○ 次亜塩素酸ナトリウムは、多くの細菌・ウイルスに有効（結核菌や一部の真菌では無効）		
次亜塩素酸ナトリウム〈市販の漂白剤 塩素濃度約6%の場合〉の希釈方法		
消毒対象	濃度 (希釈倍率)	希釈方法
糞便や嘔吐物が付着した床 衣類等の浸け置き	0.1% (1000ppm)	1Lのペットボトル1本の水に20ml (ペットボトルのキャップ4杯)
食器等の浸け置き トイレの便座やドアノブ、手すり、床等	0.02% (200ppm)	1Lのペットボトル1本の水に4ml (ペットボトルのキャップ1杯)

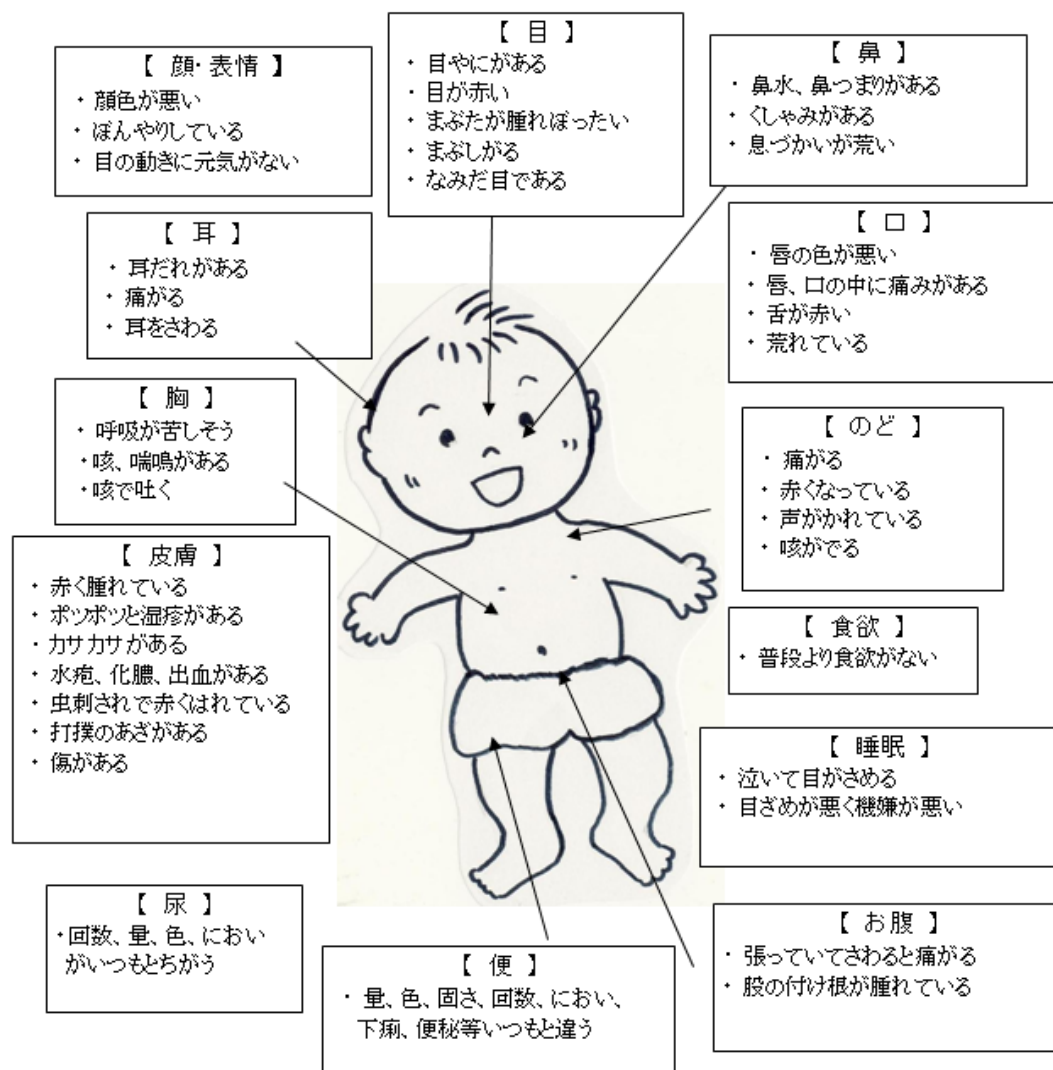
⑤ 消毒液の管理、使用上の注意点

消毒液は、感染症予防に効果がありますが、使用方法を誤ると有害になることもあります。消毒液の種類に合わせて、用途や希釈等正しい使用方法を守ります。

- ・ 消毒剤は子どもの手の届かないところに保管する（直射日光を避ける）。
- ・ 消毒液は使用時に希釈し、毎日交換する。
- ・ 消毒を行うときは子どもを別室に移動させ、消毒を行う者はマスク、手袋を使用する。
- ・ 希釈するものについては、濃度、消毒時間を守り使用する。
- ・ 血液や嘔吐物、下痢便等の有機物は汚れを十分に取り除いてから、消毒を行う。
- ・ 使用時には換気を十分に行う。

別添2 子どもの病気 ～症状に合わせた対応～

① 子どもの症状を見るポイント



子どもの元気な時の『平熱』を知っておくことが症状の変化に気づくめやすになります

○ いつもと違うこんな時は 子どもからのサインです！

- ・ 親から離れず機嫌が悪い（ぐずる）
- ・ 睡眠中に泣いて目が覚める
- ・ 元気がなく顔色が悪い
- ・ きっかけがないのに吐いた
- ・ 便がゆるい
- ・ いつもより食欲がない
- ・ 目やにがある。目が赤い

○ 今までなかった発しんに気がいたら・・・

- ・ 他のこどもたちとは別室へ移しましょう
- ・ 発しん以外の症状はないか？
- ・ 時間とともに増えていないか？
などの観察をしましょう
- ・ クラスやきょうだい、一緒に遊んだ友だちの中に、疑われる感染症はでていないか確認をしましょう

② 発熱時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
＊ 発熱期間と同日の回復期間が必要 - 朝から37.5℃を超えた熱とともに元気がなく機嫌が悪い - 食欲がなく朝食・水分が摂れていない 24時間以内に解熱剤を使用している 24時間以内に38℃以上の熱が出ていた ＊ 1歳以下の乳児の場合（上記にプラスして） - 平熱より1℃以上高いとき（38℃以上あるとき）	＊ 前日38℃を超える熱がでていない - 熱が37.5℃以下で元気があり機嫌がよい - 顔色がよい - 食事や水分が摂れている - 発熱を伴う発しんが出ていない - 排尿の回数が減っていない - 咳や鼻水を認めるが増悪していない 24時間以内に解熱剤を使っていない 24時間以内に38℃以上の熱はでていない	＊ 38℃以上の発熱がある - 元気がなく機嫌が悪い - 咳で眠れず目覚める - 排尿回数がいつもより減っている - 食欲なく水分がとれない ※ 熱性痙攣の既往児は医師の指示に従う	＊ 38℃以上の発熱の有無に関わらず - 顔色が悪く苦しそうなとき - 小鼻がピクピクして呼吸が速いとき - 意識がはっきりしないとき - 頻繁な嘔吐や下痢があるとき - 不機嫌でぐったりしているとき - けいれんが5分以上治まらないとき 3か月未満児で38℃以上の発熱があるとき

※ 発熱については、あくまでも目安であり、個々の平熱に応じて、個別に判断する。

《 発熱の対応・ケア 》

- ① 発しんや類似の感染症が発症している場合は、別室で保育する
- ② 水分補給をする（湯ざまし・お茶等）
- ③ 熱が上がって暑がるときは薄着にし、涼しくする。氷枕などをあてる。手足が冷たい時、寒気がある時は保温する
- ④ 微熱のときは、水分補給や静かに過ごし 30 分くらい様子を見てから再検温する
- ⑤ 保護者のお迎えまでの間
 - ・ 1 時間ごとに検温する
 - ・ 水分補給を促す（吐き気がなく発熱だけであれば、本人が飲みたいだけ与える）
 - ・ 汗をかいたらよく拭き、着替えさせる
- ⑥ 高熱があり嫌がらなければ、首のつけ根・わきの下・足の付け根を冷やす

- ＊ 熱性けいれん既往歴がある場合
 - ・ 入園時に保護者からけいれんが起こった時の状況や、前駆症状について聞いておく
 - ・ 解熱していても、発熱後 24 時間は自宅で様子をみる
 - ・ 発熱及びけいれん時の連絡・対応等を主治医から指導内容を確認する（例：37.5℃以上、保護者への連絡先、病院等）
- ・ 室温：（夏）26～28℃ （冬）20～23℃
- ・ 湿度：高め
- ・ 換気：1 時間に 1 回
- ・ 外気温との差：2～5℃

＊ 0～1 歳の乳児の特徴

- ・ 夏季熱：体温調節機能が未熟なために、外気温、室内の高い気温や湿度、厚着、水分不足等で影響を受けやすく、体温が簡単に上昇する。かぜ症状がなければ水分補給を十分に行ない涼しい環境に置くことで下がってくることがある。
- ・ 0 歳児では入園後はじめての発熱で機嫌もわりと良い場合は、突発性発しんの可能性がある。時に熱性けいれんをおこすことがある
- ・ 発熱、機嫌が悪い、耳をよくさわる時は、中耳炎の可能性がある
- ・ 0 歳児は予防接種未完了の子が多い、感染症情報には十分留意し園医や主治医と相談し対応する
- ・ 1 歳になったらなるべく早く麻しん風しん混合ワクチンの定期予防接種を勧める

③ 下痢の時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
・ 24時間以内に2回以上の水様便がある ・ 食事や水分を摂ると下痢がある（1日に4回以上の下痢） ・ 下痢に伴い、体温がいつもより高めである ・ 朝、排尿がない ・ 機嫌が悪く、元気がない ・ 顔色が悪くぐったりしている	・ 感染のおそれがないと診断されたとき ・ 24時間以内に2回以上の水様便がない ・ 食事、水分を摂っても下痢がない ・ 発熱が伴わない ・ 排尿がある	・ 食事や水分を摂ると刺激で下痢をする ・ 腹痛を伴う下痢がある ・ 水様便が2回以上みられる	・ 元気がなく、ぐったりしているとき ・ 下痢の他に機嫌が悪く食欲がなく発熱や嘔吐、腹痛を伴うとき ・ 脱水症状と思われるとき 下痢と一緒に嘔吐 水分が取れない 唇や舌が乾いている 尿が半日以上出ない（量が少なく、色が濃い） ・ 米のとき汁のような水様便が数回 ・ 血液や粘液、黒っぽい便のとき

※ 発熱については、あくまでも目安であり、個々の平熱に応じて、個別に判断する。

《 下痢の対応・ケア 》

- ① 感染予防の為に適切な便処理を行う。
- ② 繰り返す下痢・発熱、嘔吐等他の症状を伴う時は、別室で保育する
- ③ 嘔吐や吐き気がなければ下痢で水分が失われるので水分補給を十分行う
経口補水液等を少量ずつ頻回に与える
- ④ 食事の量を少なめにし、乳製品は控え消化の良い物にする
- ⑤ おしりがただれやすいので清潔にする
- ④ 診察を受けるときは、便の一部を持っていく（便のついた紙おむつでもよい）
受診時に伝えること：便の状態→量、回数、色、におい、血液・粘液の混入
子どもが食べた物やその日のできごと、家族やクラスで同症状の者の有無等

《 便の処理とおしりのケア 》

感染予防のため適切な便処理と手洗いをしっかりと行う（液体石けんで 30 秒以上）

- ＊ おむつ交換は決められた場所で行う
（激しい下痢の時は、保育室を避けるのが望ましい）
- ＊ 処理者は必ず手袋をする
- ＊ おむつ交換専用シート（使い捨て）を敷き一回ずつ取り替える
- ＊ 下痢便は刺激が強く、おしりがただれやすいので清潔にする
- ＊ お尻がただれやすいので清潔にする
- 入浴ができない場合は、おしりだけでもお湯で洗う。洗ったあとは、柔らかいタオルでそっと押さえながら拭く

- ＊ 沐浴槽等でのシャワーは控える
- ＊ 汚れ物はビニール袋に入れて処理する
- ＊ 処理後は手洗い、うがいをする

《 便の処理グッズ 》

- ・ 使い捨て手袋
- ・ ビニール袋
- ・ おむつ交換専用シート（使い捨て）
- ・ 激しい下痢の時にはマスク、エプロン着用

《 家庭へのアドバイス 》

- ＊ 消化吸収の良い、おかゆ、野菜スープ、煮込みうどん（短く刻む）等を少量ずつゆっくり食べさせる
- ＊ 適切な水分と経口補水液の補給（医師の指示により使用すること）
- ＊ 下痢の時に控えたい食べ物
 - 脂っこい料理や糖分を多く含む料理やお菓子
 - 香辛料の多い料理や食物繊維を多く含む食事
ジュース、アイスクリーム、牛乳、ヨーグルト、肉、脂肪分の多い魚 芋
ごぼう、海草、豆類、乾物、カステラ

④ 嘔吐の時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
・ 24時間以内に2回以上の嘔吐がある ・ 嘔吐に伴い、いつもより体温が高めである ・ 食欲がなく、水分もほしがらない ・ 機嫌が悪く、元気がない ・ 顔色が悪くぐったりしている	・ 感染のおそれがないと診断されたとき ・ 24時間以内に2回以上の嘔吐がない ・ 発熱がみられない ・ 水分摂取ができ食欲がある ・ 機嫌がよく元気である ・ 顔色が良い	・ 咳を伴わない嘔吐がある ・ 元気がなく機嫌、顔色が悪い ・ 2回以上の嘔吐があり、水を飲んでも吐く ・ 吐き気がとまらない ・ お腹を痛がる ・ 下痢を伴う	・ 嘔吐の回数が多く顔色が悪いとき ・ 元気がなく、ぐったりしているとき ・ 水分が摂取できない時 ・ 血液やコーヒーのかすの様な物を吐いた時 ・ 頻回の下痢や血液の混じった便が出たとき ・ 発熱、腹痛の症状があるとき ・ 脱水症状と思われるとき 尿が半日以上出ない 落ちくぼんで見える目 唇や舌が乾いている 張りのない皮膚や陰囊

《 嘔吐の対応・ケア 》

- ① 何をきっかけに吐いたのか（咳で吐いたか、吐き気があったか等）確認する
 - ② 感染症が疑われるときは、他の保育士を呼び他児を別の部屋に移動する
 - ③ 嘔吐物を覆い、嘔吐児の対応にあたる
 - ・ うがいのできる子どもはうがいをさせてきれいにする
 - ・ うがいのできない子どもは、口内に嘔吐物が残っている時は嘔吐の誘発をさせないよう程度に見えているものを丁寧に取りのぞく
 - ・ 次の嘔吐がないか様子を見る（嘔吐をくり返す場合は脱水症状に注意する）
 - ④ 別室で保育しながら、保護者の迎えを待つ
 - ⑤ 寝かせる場合は、嘔吐物が気管に入らないように体を横向きに寝かせる
 - ⑥ 30分程度後に吐き気がなければ、様子を見ながら、経口補水駅などの水分を少量ずつ摂らせる
- ＊ 頭を打った後に嘔吐を繰り返したり、意識がぼんやりしているときは横向きに寝かせて大至急脳外科のある病院へ受診する。強い衝撃が加わった場合は、頸椎保護も行う。

《 嘔吐物の処理方法 》

- ＊ 応援を呼び、他児を別の部屋に移動させる
- ＊ 嘔吐物を拭き取る
次亜塩素酸ナトリウム 50～60 倍希釈液を含ませた雑巾で嘔吐物を覆い拭き取る
- ＊ 嘔吐場所の消毒
- ＊ 換気をする
- ＊ 処理に使用した物はすべて破棄する
（マスク、エプロン、ゴム手袋、ぞうきん等）
- ＊ 処理後は手洗い、うがいの実施、状況により着替える
- ＊ 汚染された衣服は、二重のビニール袋に密閉して家庭に返却する（保育所では洗わない）
- ＊ 家庭での消毒方法等について保護者に伝える

《 嘔吐物の処理グッズ 》

- ・ 使い捨て手袋
- ・ 使い捨てマスク
- ・ 使い捨て袖付きエプロン
- ・ ビニール袋
- ・ 使い捨て雑巾
- ・ 消毒容器（バケツにまとめて置く）
（次亜塩素酸ナトリウム 50～60 倍希釈液）

⑤ 咳の時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
*前日に発熱がなくても ・ 夜間しばしば咳のために起きる ・ 喘鳴や呼吸困難がある ・ 呼吸が速い ・ 37.5℃以上の熱を伴っている ・ 元気がなく機嫌が悪い ・ 食欲がなく朝食・水分が摂れない ・ 少し動いただけで咳がでる	*前日38℃を超える熱はでていない ・ 喘鳴や呼吸困難がない ・ 続く咳がない ・ 呼吸が速くない ・ 37.5℃以上の熱を伴っていない ・ 機嫌がよく、元気がある ・ 朝食や水分が摂れている	*38℃以上の発熱がある ・ 咳があり眠れない ・ ゼイゼイ、ヒューヒュー音があり眠れない ・ 少し動いただけでも咳がでる ・ 咳とともに嘔吐が数回ある	以下の場合、緊急受診が必要です。 ・ ゼイゼイ、ヒューヒュー音がして苦しそうなとき ・ 犬の遠吠えのような咳がでる ・ 発熱を伴い（朝は無し）息づかいが荒くなったとき ・ 顔色が悪く、ぐったりしているとき ・ 水分が摂取できないとき *元気だった子どもが突然咳きこみ、呼吸が苦しようになったとき

※ 発熱については、あくまでも目安であり、個々の平熱に応じて、個別に判断する。

《 咳の対応・ケア 》

- * 発熱を伴う時、また類似の感染症が発症しているときは別室で保育をする
 - ① 水分補給をする（少量ずつ湯冷まし、お茶等頻回に。柑橘系はさける）
 - ② 咳込んだら前かがみの姿勢をとらせ背中をさすったり、軽いタッピングを行う
 - ③ 乳児は立て抱きにして背中をさするか軽いタッピングを行う
 - ④ 部屋の換気、湿度、温度の調整をする
（気候の急激な変化をさけ特に乾燥には注意する）
 - ⑤ 安静にし、呼吸を整えさせる
（状態が落ち着いたら、保育に参加させる）
 - ⑥ 午睡中は上半身を高くする
 - ⑦ 食事は消化の良い、刺激の少ないものをとらせる

※ 元気だった子どもが突然咳きこみ、呼吸困難になったときはのどに物がつまっているかどうか確認し、取りのぞく、119 番通報

※ 子どものいる部屋ではたばこは吸わないよう家庭に指導する

《 呼吸が苦しい時の観察ポイント 》

- ・ 呼吸が速い（多呼吸）
- ・ 肩を上下させる（肩呼吸）
- ・ 胸やのどが呼吸のたびに引っ込む（陥没呼吸）
- ・ 息苦しくて横になることができない（起坐呼吸）
- ・ 小鼻をピクピクさせる呼吸（鼻翼呼吸）
- ・ 吸気に比べて呼気が2倍近く長くなる（呼気の延長）
- ・ 呼吸のたびに喘鳴がある
- ・ 走ったり、動いたりするだけでも咳込む
- ・ 会話が減る、意識がもうろうとする

《 正常呼吸数（1分あたり） 》

- ・ 新生児 40～50
- ・ 乳 児 30～40
- ・ 幼 児 20～30

⑥ 発しんの時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保育中に症状の変化がある時には保護者に連絡し、 受診が必要と考えられる場合
- 発熱とともに発しんのあるとき - 今までになかった発しんが出て、感染症が疑われ、医師より登園を控えるよう指示されたとき - 口内炎のため食事や水分が取れないとき - とびひ 顔等で患部を覆えないとき 浸出液が多く他児への感染のおそれがあるとき かゆみが強く手で患部を掻いてしまうとき	受診の結果、感染のおそれがないと診断されたとき	＊発しんが時間と共に増えたとき - 発熱してから数日後に熱がやや下がるが、24時間以内に再び発熱し赤い発しんが全身に出てきた。熱は1週間くらい続く（麻疹） - 微熱程度の熱が出た後に、手の平、足の裏、口の中に水疱が出る。膝やおしりにも出ることもある（手足口病） 38℃以上の熱が3～4日続き下がった後、全身に赤い発しんが出てきた（突発性発しん） - 発熱と同時に発しんが出てきた（風しん、溶連菌感染症） - 微熱と両頬にりんごのような紅斑が出てきた（伝染性紅斑） - 水疱状の発しんがある。発熱やかゆみは個人差がある（水痘） ※食物アレルギーによるアナフィラキシー - 食物摂取後に発しんが出現し、その後消化器や呼吸器に症状が出現してきた場合は至急受診が必要

《 発しんの対応・ケア 》

＊発熱をとまなう時、また類似の感染症が発症している場合は別室で保育する

- ① 体温が高くなったり、汗をかくとかゆみが増すので部屋の環境や寝具に気をつける（暑いときは涼しくする）
室温：夏 26～28℃ 冬 20～23℃
湿度：高め
- ② 爪が伸びている場合は短く切り（ヤスリをかけて）皮膚を傷つけないようにする
- ③ 皮膚に刺激の少ない下着を着せる（木綿等の材質）
- ④ 口の中に水疱や潰瘍ができている時は痛みで食欲が落ちるので、おかゆ等の水分の多いものや薄味でのもど越しの良いものを与える
（プリン、ヨーグルト、ゼリー等）

《 発しんの観察 》

- 時間とともに増えていかないか
- 出ている場所は
（どこから出始めて、どうひろがったか）
- 発しんの形は（盛り上がっているか、どんな形か）
- かゆがるか
- 痛がるか
- 他の症状はないか

※その他の発しん等を伴う病気

麻疹^{じんま}、あせも、カンジダ症

疥癬^{かいせん}、鵝口瘡（口腔内）

エンテロウイルス感染症、薬疹など

＜医師用＞（参考様式）

感染力のある期間に配慮し、子どもの健康回復状態が集団での保育所生活が可能な状態となつてからの登園であるようご配慮ください。

42

登園の際には、下記の登園届の提出をお願いいたします。
(なお、登園のめやすは、子どもの全身状態が良好であることが基準となります。)

保育所は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことはもちろん、一人一人の子どもが一日快適に生活できることが大切です。

保育所入所児がよくかかる下記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけの医師の診断に従い、登園届の提出をお願いします。なお、保育所での集団生活に適応できる状態に回復してから登園するよう、ご配慮ください。

病 名	感染しやすい期間	登園のめやす
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日間	抗菌薬内服後24～48時間経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱・潰瘍 ^{かいよう} が発症した数日間	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑（リンゴ病）	発しん出現前の1週間	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎 （ノロ、ロタ、アデノウイルス等）	症状のある間と、症状消失後1週間（量は減少していくが数週間ウイルスを排泄しているので注意が必要）	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	急性期の数日間（便の中に1か月程度ウイルスを排泄しているので注意が必要）	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
RSウイルス感染症	呼吸器症状のある間	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹	水疱を形成している間	すべての発しんが痂皮化してから
突発性発しん		解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

別添 4 主な感染症一覧

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
麻疹 (はしか)	麻疹ウイルス	8～12日 (7～18日)	空気感染 飛沫感染 接触感染	①カタル期：38℃以上の高熱、咳、鼻汁、結膜充血、目やにがみられる。熱が一時下がる頃、コプリック斑と呼ばれる小斑点が頬粘膜に出現する。感染力はこの時期が最も強い。 ②発しん期：一時下降した熱が再び高くなり、耳後部から発しんが現れて下方に広がる。発しんは赤みが強く、少し盛り上がっている。融合傾向があるが、健康皮膚面を残す。 ③回復期：解熱し、発しんは出現した順に色素沈着を残して消退する。 ＜合併症＞中耳炎、肺炎、熱性けいれん、脳炎	臨床診断後、抗体検査を行う。 更に診断確定のため、保健所をとおしてウイルス遺伝検査等を行う。	対症療法	麻疹風しん混合ワクチン（定期接種／緊急接種）、麻疹弱毒生ワクチン。 1歳になったらなるべく早く原則として麻疹風しん混合ワクチンを接種する。小学校就学前の1年間（5歳児クラス）に2回目の麻疹風しん混合ワクチン接種を行う。	発熱出現1～2日前から発しん出現後の4日間	解熱した後3日を経過するまで（病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）	- 入園前の健康状況調査において、麻疹ワクチン接種歴、麻疹既往歴を母子健康手帳で確認し、1歳以上の未接種、未罹患児にはワクチン接種を勧奨する。入園後にワクチン接種状況を再度確認し、未接種であれば、ワクチン接種を勧奨する。 - 麻疹の感染力は非常に強く1人でも発症したら、すぐに入所児童の予防接種歴、罹患歴を確認し、ワクチン未接種で、未罹患児には、主治医と相談するよう指導する。 - 接触後72時間以内にワクチンを接種することで発症の予防、症状の軽減が期待できる（緊急接種）。対象は6か月以上の子ども。 - 接触後4日以上経過し、6日以内であれば、筋注用ガンマグロブリン投与で発症予防する方法もある。 - 児童福祉施設等における麻疹対策については、「学校における麻疹対策ガイドライン」（国立感染症研究所感染症情報センター作成）を参考にする。 (http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/guideline/school_200803.pdf)

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
風しん (三日はしか)	風しんウイルス	16～18日 (通常14～23日)	飛沫感染 接触感染	発熱、発しん、リンパ節腫脹 発熱の程度は一般に軽い。発しんは淡紅色の斑状丘疹で、顔面から始まり、頭部、体幹、四肢へと拡がり、約3日で消える。リンパ節腫脹は有痛性で頸部、耳介後部、後頭部に出現する。 ＜合併症＞関節炎、まれに血小板減少性紫斑病、脳炎を合併する。	臨床的診断、ウイルス分離、血清学的診断	対症療法	麻しん風しん混合ワクチン（定期接種）、風しん弱毒生ワクチン。 1歳になったらなるべく早く原則として、麻しん風しん混合ワクチンを接種する。小学校就学前の1年間（5歳児クラス）に2回目の麻しん風しん混合ワクチンの接種を行う。	発しん出現前7日から発しん出現後7日間まで (ただし解熱すると急速に感染力は低下する。)	発しんが消失するまで	・妊娠前半期の妊婦が風しんにかかると、白内障、先天性心疾患、難聴等の先天異常の子どもが生まれる（先天性風しん症候群）可能性があるため、1人でも発生した場合は、送迎時に注意を促す。 ・保育所職員は、感染リスクが高いのであらかじめワクチンで免疫をつけておく。 ・平常時から麻しん風しん混合ワクチンを受けているか確認し、入所児童のワクチン接種率を上げておく。
水痘 (みずぼうそう)	水痘・帯状疱疹ウイルス	14～16日 (10～21日)	空気感染 飛沫感染 接触感染	発しんは体幹から全身に、頭髪部や口腔内にも出現する。紅斑から丘疹、水疱、痂皮の順に変化する。種々の段階の発しんが同時に混在する。発しんはかゆみが強い。 ＜合併症＞皮膚の細菌感染症、肺炎	臨床的診断、水疱中の水痘・帯状疱疹ウイルス抗原の検出、血清学的診断	アシクロビル等の抗ウイルス薬の内服	水痘弱毒生ワクチン（任意接種／緊急接種）	発しんが出現する1～2日前からすべての発しんが痂皮化するまで	すべての発しんが痂皮化するまで	・水痘の感染力は極めて強く集団感染をおこす。 ・免疫力が低下している児では重症化する。 ・接触後72時間以内にワクチンを接種することで発症の予防、症状の軽減が期待できる（緊急接種）。 ・妊婦の感染により、先天性水痘症候群という先天異常や分娩5日前～分娩2日後に母親が水痘を発症した場合、生まれた新生児は重症水痘で死亡することがある。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
流行性耳下腺炎 (ムンプス、おたふくかぜ)	ムンプスウイルス	16～18日 (12～25日)	飛沫感染 接触感染	発熱、片側ないし両側の唾液腺の痛性腫脹（耳下腺が最も多いが顎下腺もある） 耳下腺腫脹は一般に発症3日目頃が最大となり6～10日で消える。 乳児や年少児では感染しても症状が現れないことがある。	臨床的診断、ウイルス分離、血清学的診断	対症療法	おたふくかぜ弱毒生ワクチン（任意接種）	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 耳下腺の腫脹前3日から腫脹出現後4日間は感染力が強い。	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまで	・集団発生を起こす。好発年齢は2～7歳 ・合併症として無菌性髄膜炎、難聴（片側性が多いが時に両側性）、急性脳炎を起こすことがある
インフルエンザ	インフルエンザウイルス A/H1N1亜型 AH3N2亜型 B型	1～4日 平均2日	飛沫感染 接触感染	突然の高熱が出現し、3～4日間続く。全身症状（全身倦怠感、関節痛、筋肉痛、頭痛）を伴う。 呼吸器症状（咽頭痛、鼻汁、 がいそう 咳嗽） 約1週間の経過で軽快する。 ＜合併症＞肺炎、中耳炎、熱性けいれん、脳症	ウイルス臨床的診断、ウイルス抗原の検出（迅速診断キット）、ウイルス分離、血清学的診断	発症後48時間以内に抗ウイルス薬（オセルタミビル、ザナミビル等）の服用・吸入を開始すれば症状の軽減と罹病期間の短縮が期待できる。（対象は1歳以上） ウイルス	インフルエンザワクチン（任意接種） シーズン前に毎年接種する。 6か月以上13歳未満は2回接種ワクチンによる抗体上昇は、接種後2週間から5か月まで持続する。 ワクチンを接種したからといってインフルエンザに罹患しないということはない。 乳幼児の場合は、成人と比較してワクチンの効果は低い。	症状が有る期間（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）	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで（幼児にあつては、3日を経過するまで）	・日本では毎年冬季（12月上旬～翌年3月頃）に流行する。 ・飛沫感染対策として、流行期間中は、可能なものは全員が咳エチケットに務める。特に職員は厳守すること。 ・接触感染対策としての手洗いの励行を指導する。 ・消毒は発症者が直接触り、唾液や痰などの体液が付着しているものを中心に行う。 ・加湿器等を用いて室内の湿度・温度を園児たちが過ごしやすい環境に保つ。 ・送迎者が罹患している時は、送迎を控えてもらう。どうしても送迎せざるを得ない場合は、必ずマスクを着用してもらう。 ・咽頭拭い液や鼻汁からウイルス抗原を検出する（ただし発熱出現後約半日以上経過しないと正しく判定できないことが多い）。 ・抗ウイルス薬を服用した場合、解熱は早い、ウイルスの排泄は続く。 ・対症療法として用いる解熱剤は、アセトアミノフェンを使用する。 ・抗ウイルス薬の服用に際しては、服用後の見守りを丁寧に行う。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
プール熱 (咽頭結膜熱)	アデノウイルス3、4、7、11型	2～14日	飛沫感染 接触感染 プールでの目の結膜からの感染もある	39℃前後の発熱、咽頭痛、咽頭痛、食欲不振が3～7日続く。 眼症状として結膜炎（結膜充血）、涙が多くなる、まぶしがる、眼脂	臨床診断 迅速診断キット (アデノウイルス抗原)	対症療法	ワクチンなし	咽頭から2週間、糞便から数週間排泄される。（急性期の最初の数日が最も感染性あり）	主な症状 (発熱、咽頭痛、目の充血)が消失してから2日を経過するまで	- 発生は年間を通じてあるが、夏季に流行がみられる。 - 手袋や手洗い等の接触感染予防、タオルの共用は避ける。 - プールの塩素消毒とおしりの洗浄 - 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。 - 感染者は気道、糞便、結膜等からウイルスを排泄している。おむつの取扱いに注意（治った後も便の中にウイルスが30日間程度排出される） - 職員の手を介して感染が広がらないように、特におむつ交換後の流水・石けんによる手洗いは厳重に行う。
百日咳	百日咳菌	7～10日 (5～12日)	鼻咽頭や気道からの分泌物による飛沫感染、接触感染	感冒様症状からはじまる。次第に咳が強くなり、1～2週で特有な咳発作になる（コンコンと咳き込んだ後にヒューという笛を吹くような音を立て息を吸う）。咳は夜間に悪化する。合併症がない限り、発熱はない。 ＜合併症＞肺炎、脳症	臨床診断 確定のための血液での抗体検査は特にワクチン接種者の場合評価が難しい	除菌にはマクロライド系抗菌薬（エリスロマイシン14日間）	DPTワクチン（定期接種）生後3か月になったらDPTワクチンを開始する。 2012年11月1日以降は、DPT-不活化ポリオ（IPV）4種混合ワクチンが定期接種として使用開始。 発症者の家族や濃厚接触者にはエリスロマイシンの予防投与をする場合もある	感染力は感染初期（咳が出現してから2週間以内）が最も強い。抗菌薬を投与しないと約3週間排菌が続く。抗菌薬治療開始後7日で感染力はなくなる。	特有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	- 咳が出ている子にはマスクの着用を促す。 - 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合併症の発現率や致死率が高いので特に注意する。 - 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。 - 乳児期早期では典型的な症状は出現せず、無呼吸発作からチアノーゼ、けいれん、呼吸停止となることがある。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
結核	結核菌 (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	2年以内 特に6ヶ月以内に多い。 初期結核後、数十年後に症状が出現することもある。	空気感染 飛沫感染 経口、接触、経胎盤感染もある 感染源はかくだん喀痰のとまつ塗抹検査で結核菌陽性の肺結核患者	初期結核 粟粒結核 二次性肺結核 結核性髄膜炎 乳幼児では、重症結核の粟粒結核、結核性髄膜炎になる可能性がある。 粟粒結核 リンパ節などの病変が進行して菌が血液を介して散布されると、感染は全身に及び、肺では粟粒様の多数の小病変が生じる。症状は発熱、咳、呼吸困難、チアノーゼなど。結核性髄膜炎 結核菌が血行性に脳・脊髄を覆う髄膜に到達して発病する最重症型。高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、痙攣、死亡例もある。後遺症の恐れもある。。	喀痰（あるいは胃液）の塗抹、培養検査、ツベルクリン反応、インターフェロンγ放出試験（クオオンティフェロン検査）	抗結核薬	BCGワクチン	喀痰の塗抹検査が陽性の間	医師により感染のおそれなくなったと認められるまで（異なった日の喀痰の塗抹検査の結果が連続して3回陰性となるまで）	・成人結核患者（家人が多い）から感染する 경우가大半である。 ・1人でも発生したら保健所、嘱託医等と協議する。 ・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	腸管出血性大腸菌（ベロ毒素を産生する大腸菌）O157、O26等	3～4日 （1～8日）	経口感染 接触感染 生肉（特に牛肉）、水、生牛乳、野菜等を介して経口感染する。患者や保菌者の便からの二次感染もある。	激しい腹痛、頻回の水様便、さらに血便。発熱は軽度 ＜合併症＞溶血性尿毒症症候群、脳症（3歳以下での発症が多い。）	便培養	脱水の治療。（水分補給・補液） 抗菌薬療法（慎重に利用）	食品の十分な加熱、手洗いの徹底	便中に菌が排泄されている間	症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し、48時間あけて連続2回の検便によっていずれも菌陰性が確認されたもの	・衛生的な食材の取扱いと十分な加熱調理。 ・接触感染対策としての手洗いの励行。 ・プールで集団発生が起こることがある。低年齢児の簡易プールには十分注意する（塩素消毒基準を厳守する）。 ・乳幼児では重症化しやすい。 ・患者発生時には速やかに保健所に届け、保健所の指示に従い消毒を徹底する。 ・乏尿や出血傾向、意識障害は、溶血性尿毒症症候群の合併を示唆するので速やかに医療機関を受診する。 ・無症状病原体保有者の場合、排泄週間が確立している5歳以上の小児は出席停止の必要はない。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
流行性角結膜炎 (はやり目)	アデノウイルス8、19、37型	2～14日	接触感染 飛沫感染 (流涙や眼脂で汚染された指やタオルから感染することが多い)	流涙、結膜充血、眼脂、耳前リンパ節の腫脹と圧痛を認める。 角膜に傷が残ると、後遺症として視力障害を残す可能性がある。	迅速抗原検査ウイルス分離	対症療法	ワクチンはない	発症後2週間	医師において感染の恐れがないと認められるまで（結膜炎の症状が消失してから）	・集団発生することがある。 ・手洗い励行洗面具やタオルの共用をしない。 ・ウイルスは1ヶ月ほど排泄されるので、登園してからも手洗いを励行する。
急性出血性結膜炎	エンテロウイルス	1～3日	飛沫感染 接触感染 経口（糞口）感染	急性結膜炎で結膜出血が特徴	臨床診断	対症療法	眼脂、分泌物にふれない。	ウイルス排出は呼吸器から1～2週間、便からは数週間から数ヶ月	医師において感染の恐れがないと認められるまで	・洗面具やタオルの共用を避ける。 ・ウイルスは1ヶ月程度、便中に排出されるので登園しても手洗いを励行する。
带状疱疹	神経節に潜伏していた水痘・带状疱疹ウイルスの再活性化による。	不定	接触感染 水疱が形成されている間は感染力が強い	小水疱が神経の支配領域にそった形で片側性に現れる。正中を超えない。 神経痛、刺激感を訴える、小児では搔痒を訴える場合が多い。 小児期に带状疱疹になった子は、胎児期や1歳未満の低年齢での水痘罹患例が多い。	臨床的診断	抗ウイルス薬（アシクロビル等）	細胞性免疫を高める作用有り（水痘ワクチン） 带状疱疹の予防は効果作用に含まれていないため現在臨床治験中	すべての発しんが痂皮化するまで	すべての発しんが痂皮化するまで	・水痘に対して免疫のない児が带状疱疹の患者に接触すると、水痘を発症する。 ・保育所職員は発しんがすべて痂皮化するまで保育を控える。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
溶連菌感染症	A群溶血性レンサ球菌	2～5日 膿痂疹(とびひ)では7～10日	飛沫感染 接触感染	上気道感染では突然の発熱、咽頭痛を発症しばしば嘔吐を伴う。ときに掻痒感のある粟粒大の発しんが出現する。感染後数週間してリウマチ熱や急性糸球体腎炎を合併することがある。	抗原の検出、細菌培養、血清学的診断	抗菌薬の内服(ペニシリン等10日間)症状が治まっても決められた期間抗菌薬を飲み続ける。	発病していないヒトに予防的に抗菌薬を内服させることは推奨されない。	抗菌薬内服後24時間が経過するまで	抗菌薬内服後24～48時間経過していることただし、治療の継続は必要	・乳幼児では、咽頭に特異的な変化を認めることは少ない。 ・膿痂疹は水疱から始まり、膿疱、痂疱へとすすむ。子どもに多く見られるが成人に感染することもある。
感染性胃腸炎 (ロタウイルス感染症・ノロウイルス感染症)	ロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルス等	ロタウイルスは1～3日 ノロウイルスは12～48時間後	経口(糞口)感染、接触感染 食品媒介感染 吐物の感染力は高く、乾燥しエアロゾル化した吐物から空気感染もある	嘔気／嘔吐、下痢(乳幼児は、黄色より白色発熱、合併症として、脱水、けいれん、脳症、肝炎、)	ロタウイルスは便の迅速抗原検査、ノロウイルスは迅速抗原検査遺伝子検査	対症療法 脱水に対する治療(水分・電解質の補給)、制吐剤、整腸剤	ロタウイルスに対してはワクチンがある。	症状の有る時期が主なウイルス排泄期間	嘔吐・下痢等の症状が治まり、普段の食事ができること	・冬に流行する乳幼児の胃腸炎は殆どがウイルス性である。 ・ロタウイルスは3歳未満の乳幼児が中心で、ノロウイルスはすべての年齢層で患者がみられる。 ・ウイルス量が少量でも感染するので、集団発生に注意する。 ・症状が消失した後もウイルスの排泄は2～3週間ほど続くので、便とおむつの取扱いに注意する。 ・ノロウイルス感染症では嘔吐物にもウイルスが含まれる。嘔吐物の適切な処理が重要である。 ・食器等は、熱湯(1分以上)や0.05-0.1%次亜塩素酸ナトリウムを用いて洗浄。 ・食品は85度、1分以上の加熱が有効。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
RSウイルス感染症	RSウイルス	4～6日 (2～8日)	飛沫感染 接触感染 環境表面でかなり長い時間生存できる。	発熱、鼻汁、 がいそう 咳嗽、喘鳴、呼吸困難 ＜合併症＞乳児期早期では細気管支炎、肺炎で入院が必要となる場合が多い。 生涯にわたって感染と発病を繰り返す感染症であるが、特に乳児期の初感染では呼吸状態の悪化によって重症化することが少なくない。	抗原迅速診断キット 鼻汁中からRSウイルス抗原の検出	対症療法 重症例には酸素投与、補液、呼吸管理	ハイリスク児にはRSウイルスに対するモノクローナル抗体（パリビズマブ）を流行期に定期的に注射し、発症予防とあるいは軽症化を図る。	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良いこと	・毎年冬季に流行する。9月頃から流行し、初春まで続くと考えられてきたが、近年では夏季より流行が始まるようになってきている。 ・非常に感染力が強く、施設内感染に注意が必要。 ・生後6か月未満の児は重症化しやすい。 ・ハイリスク児（早産児、先天性心疾患、慢性肺疾患を有する児）では重症化する。 ・一度の感染では終生免疫を獲得できず再感染する。 ・年長児や成人の感染者は、症状は軽くても感染源となりうる。保育所職員もかぜ症状のある場合には、分泌物の処理に気を付け、手洗いをこまめに行う。 ・特に0・1歳児クラスでは、発症した園児から感染した職員が、自分が感染しているとの自覚がないままに他の園児に感染を広げてしまう可能性が高いと考えられるため、園内で患者が発生している場合は0歳児クラス、1歳児クラスの職員は勤務時間中はマスクの装着を厳守して咳エチケットに務め、また手洗い等の手指衛生を徹底する。
A型肝炎	A型肝炎ウイルス	15～50日 (平均28日)	糞口感染（家族・室内） 食品媒介感染（生の貝類等）	急激な発熱、全身倦怠感、食欲不振、悪心、嘔吐ではじまる。 数日後に解熱するが、3～4日後に黄疸が出現する。 完全に治癒するまでには1～2ヶ月を要することが多い	IgM型HAV抗体の検出	対症療法	A型肝炎ワクチン（16歳以上）濃厚接触者には免疫グロブリンやワクチンを予防的に投与	発症1～2週間前が最も排泄量が多い。	肝機能が正常であること	・集団発生しやすい。 ・低年齢の乳幼児では不顕性感染のまま糞便中にウイルスを排泄していることが多い。 ・黄疸発現後1週間を過ぎれば感染性は低下する。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
マイコプラズマ肺炎	肺炎マイコプラズマ	2～3週間 (1～4週間)	飛沫感染 症状がある間がピークだが保菌は数週間から数ヶ月持続する	咳、発熱、頭痛などの風邪症状がゆっくりと進行し、特に咳は徐々に激しくなる。しつこい咳が3～4週間持続する場合もある。 中耳炎、鼓膜炎、発疹を伴うこともあり重症例では呼吸困難になることもある。	血清学的診断マイコプラズマ特異的IgM抗体の検出等	抗菌薬療法。幼児にはマクロライド系が第1選択であるが、近年マクロライド系抗菌薬耐性のマイコプラズマが増加。	ワクチンはない	臨床症状発現時がピークで、その後4～6週間続く。	発熱や激しい咳が治まっていること (症状が改善し全身状態が良い)	・肺炎は、学童期、青年期に多いが、乳幼児では典型的な経過をとらない。
手足口病	エンテロウイルス71型、コクサッキーウイルスA16、A6、A10型等	3～6日	飛沫感染 糞口感染(経口) 接触感染	水疱性の発しんが口腔粘膜及び四肢末端(手掌、足底、足背)に現れる。水疱は痂皮形成せずに治癒する場合が多い。発熱は軽度である。口内炎がひどくて、食事がとれないことがある。	臨床的診断	対症療法	ワクチンはない	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)、普段の食事ができること 流行の阻止を狙っての登園停止はウイルスの排出期間も長く、現実的ではない。	・夏季(7月がピーク)に流行する。 ・回復後もウイルスは、呼吸器から1～2週間、糞便から2～4週間にわたって排泄されるので、おむつ等の排泄物の取扱いに注意する。 ・遊具は個人別にする。 ・手洗いを励行する。 ・エンテロウイルスは無菌性髄膜炎の原因の90%を占め、稀に脳炎を伴った重症になることがある。 ・コクサッキーA6型の手足口病では、爪が剥離する症状が後で見られることがある。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
ヘルパンギーナ	コクサッキーウイルスA群	3～6日	飛沫感染 接触感染 糞口感染（経口）	突然の高熱（1～3日続く）、咽頭痛、口蓋垂付近に水疱疹や潰瘍形成 咽頭痛がひどく食事、飲水ができないことがある。 ＜合併症＞熱性痙攣、脱水症	臨床的診断	対症療法	ワクチンはない	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）、普段の食事ができること	・1～4歳児に好発。 ・6～8月にかけて多発する。 ・回復後もウイルスは、呼吸器から1～2週間、糞便から2～4週間にわたって排泄されるので、おむつ等の排泄物の取扱いに注意する。
伝染性紅斑 (りんご病)	ヒトパルボウイルスB19	4～14日（～21日）	飛沫感染	軽いかぜ症状を示した後、頬が赤くなった り手足に網目状の紅斑が出現する。発しんが治っても、直射日光にあたったり、入浴すると発しんが再発することがある。稀に妊婦の罹患により流産や胎児水腫が起こることがある。 ＜合併症＞関節炎、溶血性貧血、紫斑病 ^{しはん}	臨床的診断 血清学的診断	対症療法	ワクチンはない	かぜ症状発現から顔に発しんが出現するまで	発しん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	・幼児、学童期に好発する。 ・保育所で流行中は、妊婦は送迎等をなるべく避けるか、マスクを装着する。 ・発症前にもっとも感染力が強いので対策が難しい疾患である。
単純ヘルペス感染症	単純ヘルペスウイルス	2日～2週間	接触感染（水疱内にあるウイルス）	歯肉口内炎、口周囲の水疱 歯肉が腫れ、出血しやすく、口内痛も強い。治癒後は潜伏感染し、体調が悪い時にウイルスの再活性化が起こり、口角、口唇の皮膚粘膜移行部に水疱を形成する（口唇ヘルペス）。	臨床的診断	アシクロビル等の内服、静注、軟膏	ワクチンはない	水疱を形成している間	発熱がなく、よだれが止まり、普段の食事ができること （歯肉口内炎のみであればマスク着用で登園可能）	・免疫不全の児、重症湿疹のある児との接触は避ける。 ・アトピー性皮膚炎などに単純ヘルペスウイルスが感染すると、カポジ水痘様発疹症を起こすことがある。これは。水痘とは全く別の疾患である。 ・遊具は個人別にする。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
突発性発しん	ヒトヘルペスウイルス6及び7型	約10日	飛沫感染 経口感染 接触感染	38℃以上の高熱（生まれて初めての高熱であることが多い）が3～4日間続いた後、解熱とともに体幹部を中心に鮮紅色の発しんが出現する。軟便になることがある。咳や鼻汁は少なく、発熱のわりに機嫌がよく、哺乳もできることが多い。 ＜合併症＞熱性けいれん、脳炎、肝炎、血小板減少性紫斑病等	臨床的診断	対症療法	驚異的な予防方法は確立されていない ワクチンはない	感染力は弱い、発熱中は感染力がある。	解熱後1日以上経過し、全身状態が良いこと	・生後6か月～24か月の児が罹患することが多い。 ・中には2回罹患する小児もいる。1回目はヒトヘルペスウイルス6、2回目はヒトヘルペスウイルス7が原因の突発性発しんが多い。 ・施設内で通常流行することはない。 ・既感染の人の唾液からウイルスが検出される
伝染性膿痂疹（とびひ）	黄色ブドウ球菌、A群溶血性レンサ球菌	2～10日 長期の場合もある	接触感染	湿疹や虫刺され痕を掻爬した部に細菌感染を起こし、びらんや水疱病変を形成する。掻痒感を伴い、病巣は擦過部に広がる。 アトピー性皮膚炎が有る場合には重症になることがある。	臨床的診断	経口抗菌薬と外用薬が処方されることがある。	皮膚の清潔保持	効果的治療開始後24時間まで	皮疹が乾燥しているか、湿潤部位が被覆できる程度のものであること	・夏に好発する。 ・子どもの爪は短く切り、掻爬による感染の拡大を防ぐ。 ・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。 ・湿潤部位はガーゼで被覆し、他の児が接触しないようにする。皮膚の接触が多い集団保育では、浸出液の多い時期には出席を控える方が望ましい。 ・市販の絆創膏は浸出液の吸収が不十分な上に同部の皮膚にかゆみを生じ、感染を拡大することがある。 ・治癒するまではプールは禁止する。 ・感染拡大予防法として、炎症症状の強い場合や化膿した部位が広い場合は傷に直接さわらないよう指導する。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
アタマジラミ	アタマジラミ	10～14日 成虫まで 2週間	接触感染 (頭髪から頭髪への直接接触衣服や帽子、櫛、寝具を介する感染)	小児では多くが無症状であるが、吸血部分にかゆみを訴えることがある。	頭髪の中に虫体を確認するか毛髪に付着している卵を見つける。卵はフケと間違われることもあるが、フケと違って容易には動かない。	駆除薬（スミリンパウダー）の使用駆除薬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。	シャンプーを使い毎日洗髪する。 タオル、くし、帽子などの共用を避け、衣類、シーツ、枕カバー、等を熱湯（55℃、10分間で死滅）で洗う、又は熱処理アイロン、クリーニング）	産卵から最初の若虫が孵化するまでの期間は10日から14日である。	駆除を開始していること	・保育施設では頭を近づけ遊ぶことが多く、午睡など伝播の機会が多い。 ・家族内でも伝播する。家族同時に駆除することが重要。
(ミズイボ) 伝染性軟属腫	伝染性軟属腫ウイルス (イボの白い内容物中にウイルスがいる。)	2～7週間 時に6ヶ月まで	接触感染 皮膚の接触やタオル等を介して感染。	直径1～3mmの半球状丘疹で、表面は平滑で中心臍窩を有する。四肢、体幹等に数個～数十個が集簇してみられることが多い。自然治癒もあるが、数カ月かかる場合がある。自然消失を待つ間に他へ伝播することが多い。アトピー性皮膚炎等、皮膚に病変があると感染しやすい。	臨床診断 特徴的な皮疹より診断可能	自然消失を待つかあるいは摘除を行うか議論が残る。摘除は最も確実で簡便な方法であるが、子どもには恐怖と疼痛を伴う。	直接接触を避ける。 ワクチンはない	不明	搔きこわし傷から滲出液が出ているときは被覆すること	・幼児期に好発する。 ・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、タオル等の共用は避ける。プールの後はシャワーで体をよく流す。 ・かき壊さないよう気をつける

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症 状	診 断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
B型肝炎	B型肝炎ウイルス (HBV)	急性感染では45～160日 (平均90日)	母子など垂直感染 父子や集団生活での水平感染 歯ブラシ等の共用による水平感染 性行為感染 最近、成人になっても慢性化率の高い遺伝子型AのB型肝炎ウイルスが海外から入ってきて国内で広がっている。	乳幼児期の感染は無症候性に経過することが多いが、持続感染に移行しやすい。 急性肝炎の場合 全身倦怠感、発熱、食欲不振、黄疸など。 慢性肝炎では、自覚症状は少ない	血液中のHBs抗原・抗体とHBe抗原・抗体検査 ウイルスの定量検査	急性肝炎には対症療法 慢性肝炎にはインターフェロン療法 最近抗ウイルス剤の使用も行われる。	B型肝炎ワクチン 平成24年11月現在、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会では、任意接種のワクチンのうち、7つのワクチンは広く接種することが望ましいと提言を出しているが、B型肝炎ワクチンもこの7つの中に含まれている。 世界保健機構 (WHO) ではすべての子どもにワクチン接種を推奨している。	HBs抗原、HBe抗原陽性の期間を含めB型感染ウイルスが検出される期間	急性肝炎の場合、症状が消失し、全身状態が良いこと。 キャリア、慢性肝炎の場合は、登園に制限はない。	・新生児期を含め4歳頃までに感染を受けるとキャリア化する頻度が高い。(キャリアとはHBs抗原陽性の慢性HBV感染者のこと) ・HBV母子感染予防対策事業 (HBsヒト免疫グロブリンとB型肝炎ワクチン) が開始され母子感染による感染は激減した。 ・母子感染だけではなく、父子感染や集団生活での感染等、水平感染の報告もある。 ・入園してくる乳幼児がキャリアであるか否かを事前に知ることが困難である。 ・一般に、血液・滲出液が直接皮膚や粘膜に触れることは、感染症の感染リスクが高い。このため、血液・滲出液に触れるときには使い捨て手袋を着用し、血液・滲出液が目や口に入らないように気をつける。特に、職員が手に傷を負っている場合は、傷のある皮膚や粘膜で直接的な接触をしないよう、傷を覆うようにする。 ※体液 (尿、唾液など) に、傷のある皮膚で触れることで感染するリスクも考えられるので、同様の対応を心がけることが望ましい。 ※職員が手に傷を負っている場合は、自分の血液・滲出液が他の人に触れないよう配慮することも必要である。 - これらと併せて、すべての人に一般的な感染症対策を講じ、集団生活の場で他人のウイルスから感染し、あるいは感染させることのないよう配慮する。 ・キャリアの子どもが非常に攻撃的で、噛み付きや出血性疾患がある等、血液媒介感染を引き起こすリスクが高い場合は、主治医、施設長、保育者が個別にリスクを評価して対応する。

保育所における感染症対策ガイドライン見直し検討委員会名簿

氏 名	所 属
石 川 広 己	日本医師会 常任理事
◎ 遠 藤 郁 夫	日本保育園保健協議会 会長
菊 地 政 幸	船堀中央保育園 園長 日本保育園保健協議会 理事
工 藤 木綿子	世田谷区子ども部保育指導・育成係長
多 屋 馨 子	国立感染症研究所感染症情報センター第三室室長
藤 城 富美子	全国保育園保健師・看護師連絡会 杉並区立浜田山保育園 看護師 日本保育園保健協議会 理事
峯 真 人	日本小児科医会 理事
和 田 紀 之	和田小児科医院 院長 日本保育園保健協議会 理事
◎は座長	
オブザーバー	
梅 木 和 宣	厚生労働省健康局結核感染症課 課長補佐
知 念 希 和	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課学校保健対策専門官
三 平 元	厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課課長補佐 (五十音順・敬称略)
作成協力者	
安 井 良 則	国立感染症研究所感染症情報センター主任研究官
大 日 康 史	国立感染症研究所感染症情報センター主任研究官
菅 原 民 枝	国立感染症研究所感染症情報センター主任研究官

関係法令等

○ 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和23年12月29日厚生省令第63号）（抄） （衛生管理等）

第10条 児童福祉施設に入所している者の使用する設備、食器等又は飲用に供する水については、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

2 児童福祉施設は、当該児童福祉施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

3 （略）

4 児童福祉施設には、必要な医薬品その他の医療品を備えるとともに、それらの管理を適正に行わなければならない。

第33条 保育所には、保育士、嘱託医及び調理員を置かなければならない。ただし、調理業務の全部を委託する施設にあつては、調理員を置かないことができる。

2 保育士の数は、乳児おおむね3人につき1人以上、満1歳以上満3歳に満たない幼児おおむね6人につき1人以上、満3歳以上満4歳に満たない幼児おおむね20人につき1人以上（認定こども園である保育所（以下「認定保育所」という。）にあつては、幼稚園（学校教育法第1条に規定する幼稚園をいう。以下同じ。）と同様に1日に4時間程度利用する幼児（以下「短時間利用児」という。）おおむね35人につき1人以上、1日に8時間程度利用する幼児（以下「長時間利用児」という。）おおむね20人につき1人以上）、満4歳以上の幼児おおむね30人につき1人以上（認定保育所にあつては、短時間利用児おおむね35人につき1人以上、長時間利用児おおむね30人につき1人以上）とする。ただし、保育所一につき2人を下ることはできない。

○ 保育所保育指針（平成20年3月28日厚生労働省告示第141号）（抄）

第5章 健康及び安全

1 子どもの健康支援

（3） 疾病等への対応

ア 保育中に体調不良や傷害が発生した場合には、その子どもの状態等に応じて、保護者に連絡するとともに、適宜、嘱託医や子どものかかりつけ医等と相談し、適切な処置を行うこと。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。

イ 感染症やその他の疾病の発生予防に努め、その発生や疑いがある場合には、必要に応じて嘱託医、市町村、保健所等に連絡し、その指示に従うとともに、保護者や全職員に連絡し、協力を求めること。また、感染症に関する保育所の対応方法等について、あらかじめ関係機関の協力を得ておくこと。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。

ウ 子どもの疾病等の事態に備え、医務室等の環境を整え、救急用の薬品、材料等を常備し、適切な管理の下に全職員が対応できるようにしておくこと。

○ 学校保健安全法（昭和33年4月10日法律第56号）（抄）

第4節 感染症の予防

(出席停止)

第19条 校長は、感染症にかかっており、かかっている疑いがあり、又はかかるおそれのある児童生徒等があるときは、政令で定めるところにより、出席を停止させることができる。

(臨時休業)

第20条 学校の設置者は、感染症の予防上必要があるときは、臨時に、学校の全部又は一部の休業を行うことができる。

(文部科学省令への委任)

第21条 前2条(第19条の規定に基づく政令を含む。)及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)その他感染症の予防に関して規定する法律(これらの法律に基づく命令を含む。)に定めるもののほか、学校における感染症の予防に関し必要な事項は、文部科学省令で定める。

○ 学校保健安全法施行令(昭和33年6月10日政令第174号)(抄)

(出席停止の指示)

第6条 校長は、法第19条の規定により出席を停止させようとするときは、その理由及び期間を明らかにして、幼児、児童又は生徒(高等学校(中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部を含む。以下同じ。)の生徒を除く。)にあつてはその保護者に、高等学校の生徒又は学生にあつては当該生徒又は学生にこれを指示しなければならない。

2 出席停止の期間は、感染症の種類等に応じて、文部科学省令で定める基準による。

(出席停止の報告)

第7条 校長は、前条第1項の規定による指示をしたときは、文部科学省令で定めるところにより、その旨を学校の設置者に報告しなければならない。

○ 学校保健安全法施行規則(昭和33年6月13日文部省令第18号)(抄)

第3章 感染症の予防

(感染症の種類)

第18条 学校において予防すべき感染症の種類は、次のとおりとする。

- 一 第一種 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、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、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。)及び鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであつてその血清型がH5N1であるものに限る。次号及び第19条第1項第2号イにおいて「鳥インフルエンザ(H5N1)」という。)
- 二 第二種 インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く。)、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱、結核及び髄膜炎菌性髄膜炎
- 三 第三種 コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎その他の感染症

2 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）第 6 条第 7 項から第 9 項までに規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症は、前項の規定にかかわらず、第一種の感染症とみなす。

（出席停止の期間の基準）

第 19 条 令第 6 条第 2 項の出席停止の期間の基準は、前条の感染症の種類に従い、次のとおりとする。

- 一 第一種の感染症にかかった者については、治癒するまで。
- 二 第二種の感染症（結核及び髄膜炎菌性髄膜炎を除く。）にかかった者については、次の期間。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 インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）にあつては、発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日（幼児にあつては、3 日）を経過するまで。
 - ロ 百日咳にあつては、特有の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が終了するまで。
 - ハ 麻疹にあつては、解熱した後 3 日を経過するまで。
 - ニ 流行性耳下腺炎にあつては、耳下腺、顎下腺、又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。
 - ホ 風しんにあつては、発しんが消失するまで。
 - ヘ 水痘にあつては、すべての発しんが痂皮化するまで。
 - ト 咽頭結膜熱にあつては、主要症状が消退した後 2 日を経過するまで。
- 三 結核、髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種の感染症にかかった者については、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るまで。
- 四 第一種若しくは第二種の感染症患者のある家に居住する者又はこれらの感染症にかかっている疑いがある者については、予防処置の施行の状況その他の事情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るまで。
- 五 第一種又は第二種の感染症が発生した地域から通学する者については、その発生状況により必要と認めたとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間。
- 六 第一種又は第二種の感染症の流行地を旅行した者については、その状況により必要と認めたとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間。

（出席停止の報告事項）

第 20 条 令第 7 条の規定による報告は、次の事項を記載した書面をもつてするものとする。

- 一 学校の名称
- 二 出席を停止させた理由及び期間
- 三 出席停止を指示した年月日
- 四 出席を停止させた児童生徒等の学年別人員数
- 五 その他参考となる事項

(感染症の予防に関する細目)

第 21 条 校長は、学校内において、感染症にかかっている、又はかかっている疑いがある児童生徒等を発見した場合において、必要と認めるときは、学校医に診断させ、法第 19 条の規定による出席停止の指示をするほか、消毒その他適当な処置をするものとする。

2 校長は、学校内に、感染症のウイルスに汚染し、又は汚染した疑いがある物件があるときは、消毒その他適当な処置をするものとする。

3 学校においては、その附近において、第一種又は第二種の感染症が発生したときは、その状況により適当な清潔方法を行うものとする。

○ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 (平成10年10月2日法律第114号) (抄)

(定義)

第 6 条 (略)

7 この法律において「新型インフルエンザ等感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

一 新型インフルエンザ (新たに人から人に伝染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザであって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。)

二 再興型インフルエンザ (かつて世界的規模で流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているものとして厚生労働大臣が定めるものが再興したものであって、一般に現在の国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。)

8 この法律において「指定感染症」とは、既に知られている感染性の疾病 (一類感染症、二類感染症、三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症を除く。) であって、第 3 章から第 7 章までの規定の全部又は一部を準用しなければ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるものとして政令で定めるものをいう。

9 この法律において「新感染症」とは、人から人に伝染すると認められる疾病であって、既に知られている感染性の疾病とその病状又は治療の結果が明らかに異なるもので、当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。

10～23 (略)

○ 保育所における質の向上のためのアクションプログラム (平成 20 年 3 月 28 日厚生労働省) (抄)

(2) 子どもの健康及び安全の確保

① 保健・衛生面の対応の明確化

国は、保育所において感染症やその疑いが発生した場合の迅速な対応や、乳幼児の発たたちの特性に応じた健康診断の円滑な実施等の観点から、保育所における保健・衛生面の対応に関するガイドラインを作成する。