

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	定期的な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 食事前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)

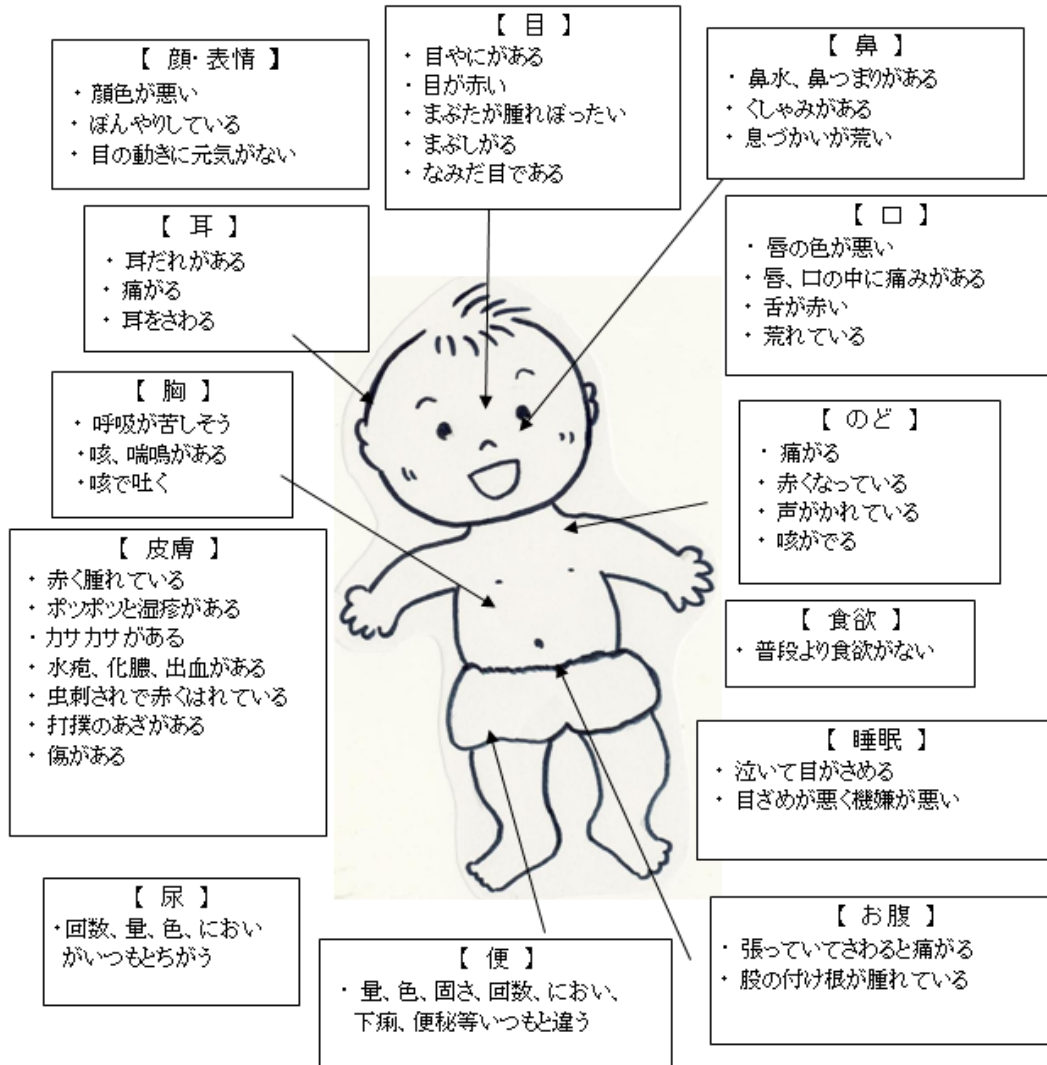
⑤ 消毒液の管理、使用上の注意点

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
<p>* 発熱期間と同日の回復期間が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>* 1歳以下の乳児の場合（上記にプラスして）</p> <ul style="list-style-type: none"> 平熱より1℃以上高いとき（38℃以上あるとき） 	<p>* 前日38℃を超える熱がでていない</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>* 38℃以上の発熱がある</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>※ 熱性痙攣の既往児は医師の指示に従う</p>	<p>* 38℃以上の発熱の有無に関わらず</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 》

- 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
- 水分補給をする（湯ざまし・お茶等）
- 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
- 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
- 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
- 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見る
 - 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もある。
- 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、耳をよくさわるときは、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
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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、経口補水液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
<p>*前日に発熱がなくても</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<p>*前日38℃を超える熱はでていない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<p>*38℃以上の発熱がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<p>以下の場合、緊急受診が必要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>*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</p>

※ 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
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診の結果、感染のおそれがないと診断されたとき 	<p>*発しんが時間と共に増えたとき</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） <p>※食物アレルギーによるアナフィラキシー</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、あせも、カンジダ症
 疥癬、鵝口瘡（口腔内）
 エンテロウイルス感染症、薬疹など

別添 3 医師の意見書及び保護者の登園届

<医師用> (参考様式)

意 見 書	
保育所施設長殿	
入所児童氏名	
病名 「 _____ 」	
年 月 日から症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので登園可能と判断します。	
年 月 日	
医療機関	
医 師 名	印又はサイン

保育所は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、下記の感染症について意見書の提出をお願いします。

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となる状態となつてからの登園であるようご配慮ください。

○ 医師が記入した意見書が望ましい感染症

感染症名	感染しやすい期間	登園のめやす
麻疹（はしか）	発症1日前から発しん出現後の4日後まで	解熱後3日を経過してから
インフルエンザ	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（乳幼児）にあつては、3日を経過するまで）
風しん	発しん出現の前7日から後7日間くらい	発しんが消失してから
水痘（水ぼうそう）	発しん出現1～2日前から痂皮形成まで	すべての発しんが痂皮化してから
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	発症3日前から耳下腺腫脹後4日	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
結核		医師により感染の恐れがないと認めるまで
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等症状が出現した数日間	主な症状が消え2日経過してから
流行性角結膜炎	充血、目やに等症状が出現した数日間	感染力が非常に強いいため結膜炎の症状が消失してから
百日咳	抗菌薬を服用しない場合、咳出現後3週間を経過するまで	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を終了するまで
腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）		症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し、48時間をあけて連続2回の検便によって、いずれも菌陰性が確認されたもの
急性出血性結膜炎	ウイルスが呼吸器から1～2週間、便から数週間～数ヶ月排出される	医師により感染の恐れがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎		医師により感染の恐れがないと認めるまで

<保護者用> (参考様式)

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。)

登 園 届 (保護者記入)	
保育所施設長殿	
入所児童名 _____	
病名 「 _____ 」 と診断され、 年 月 日 医療機関名 「 _____ 」 において 病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので登園いたします。	
保護者名 _____	印又はサイン _____

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應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。

○ 医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が望ましい感染症

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 <small>かひよう</small> 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
(はしか) 麻疹	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）	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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、 ^{がいそつ} 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（幼児にあっては、3日を経過するまで）	<ul style="list-style-type: none"> ・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、解熱は早いですが、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
咽頭結膜熱 (プール熱)	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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 感染源はかぶたん 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がなくなると認められるまで（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）	<ul style="list-style-type: none"> 成人結核患者（家人が多い）から感染する場合は大半である。 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	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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、 ^{がいせう} 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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年冬季に流行する。9月頃から流行し、初春まで続くと言われてきたが、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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 (リンゴ病)	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、直射日光にあたりたり、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	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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ため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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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	感染力は弱いですが、発熱中は感染力がある。	解熱後1日以上経過し、全身状態が良いこと	<ul style="list-style-type: none"> ・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搔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。搔痒感を伴い、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	<ul style="list-style-type: none"> ・夏に好発する。 ・子どもの爪は短く切り、搔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 (スミスリンパウダー)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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	掻きこわし傷から滲出液が出ているときは被覆すること	<ul style="list-style-type: none"> ・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 最近は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型肝炎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。	<ul style="list-style-type: none"> 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、同様の対応を心掛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、感染症にかかっている、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るときは、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 麻しんにあつては、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るとき、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るとき、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、その付近において、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。