保育所における感染症対策ガイドライン (2018 年改訂版) (案)

2018年3月14日

目 次

| 1. | 感染症に関する基本的事項 ・・・・・・・・・・1 |
|------------|---|
| | (1) 感染症とその三大要因 ・・・・・・・・・・・・・・1 |
| | (2)保育所における感染症対策 ・・・・・・・・・・・・・1 |
| | (3) 学校における感染症対策 ・・・・・・・・・・・3 |
| | |
| 2 . | 感染症の予防 ・・・・・・・・・・・・・・7 |
| | (1) 感染予防 ・・・・・・・・・・・・・・・・・7 |
| | ア) 感染源対策 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7 |
| | イ)感染経路別対策 ・・・・・・・・・・・・・・8 |
| | ウ) 感受性対策(予防接種等)・・・・・・・・・・16 |
| | エ)健康教育・・・・・・・・・・・・・・・・20 |
| | (2) 衛生管理 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・24 |
| | ア)施設内外の衛生管理・・・・・・・・・・・・・24イ)職員の衛生管理・・・・・・・・・・・・・・・・・・27 |
| | イ) 職員の開生官理 ・・・・・・・・・・・・・・・ 21 |
| 3. | 感染症の疑い時・発生時の対応 ・・・・・・・・ 28 |
| Ο. | |
| | (1) 感染症の疑いのある子どもへの対応・・・・・・・・・28 |
| | (2) 感染症発生時の対応 ・・・・・・・・・・・29 (2) 関東然したスパナが関ウス際の対応 |
| | (3)罹患後した子どもが登園する際の対応・・・・・・・・・30 |
| 4. | 感染症対策の実施体制 ・・・・・・・・・・・ 31 |
| | (1) 記録の重要性・・・・・・・・・・・・・・・・31 |
| | (2) 医療関係者の役割等・・・・・・・・・・・・・・・31 |
| | ア) 嘱託医の役割と連携・・・・・・・・・・・・・32 |
| | イ) 看護師等の役割と責務・・・・・・・・・・・・・・・32 |
| | |
| | |
| | (3) 関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・・32 (4) 関連情報の共有と活用・・・・・・・・・・・・・・34 |
| | (3) 関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・32 |
| (另 | (3)関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・32(4)関連情報の共有と活用・・・・・・・・・・・・・・・34(5)子どもの健康支援の充実・・・・・・・・・・・・・・34 |
| | (3) 関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ |
| 另 | (3)関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・32(4)関連情報の共有と活用・・・・・・・・・・・・・・・34(5)子どもの健康支援の充実・・・・・・・・・・・・・・34 |
| 另另 | (3) 関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ |

1. 感染症に関する基本的事項

(1) 感染症とその三大要因

- 感染症が発生するためには、以下の三つの要因が必要である。
 - 病原体を排出する「感染源」
 - 病原体が人や動物などに伝播する(伝わり、広まる)ための「感染経路」
 - 病原体に対する「感受性」が存在する宿主

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。 潜伏期間は病原体の種類によって異なるため、乳幼児がかかりやすい主な感染症について、それぞれの潜伏期間を知っておくことが必要です。

また、感染症が発生するためには、病原体を排出する「感染源」、その病原体が宿主に伝播する(伝わり、広まる)ための「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。「感染源」、「感染経路」及び「感受性が存在する宿主」の3つ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は、全職員が感染症成立のための三大要因と主な 感染症の潜伏期間や症状、予防方法について知っておくことが重要です。また、乳幼児期の 子どもの特性や一人一人の子どもの特性に即した適切な対応がなされるよう、保育士等が嘱 託医や医療・保健機関等の協力を得て、保育所における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対策

- 〇 乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育所では、一人一人の子どもと集団全体の両方について、健康と安全を確保する必要がある。
- 保育所では、乳幼児の生活や行動の特徴、生理的特性を踏まえ、感染症に対する 正しい知識や情報に基づいた感染症対策を行うことが重要である。

(感染症対策において理解すべき乳幼児の特徴)

保育所において、子どもの健康増進や疾病等への対応と予防は、保育所保育指針に基づき 行われています。また、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だけではなく、集団全体の健康と安全を確保しなければなりません。 特に感染症対策については、次のことをよく理解した上で、最大限の感染拡大予防に努める ことが必要です。

【保育所における乳幼児の生活と行動の特徴】

- 集団での午睡や食事、遊びなどでは子ども同士が濃厚に接触することが多いため、飛沫感染や接触感染が生じやすいということに留意が必要である。
- 特に乳児は、床をはい、また、手に触れるものを何でも舐めるといった行動上 の特徴があるため、接触感染には十分に留意する。
- 乳幼児が自ら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を十分に行うことは難しいため、大人の援助や配慮が必要である。

【乳児の生理的特性】

母親から胎盤を通して受け取っていた免疫(移行抗体)が、生後数か月以降 に減少し始める。

● 呼吸困難になりやすい

成人と比べると鼻道や後鼻孔が狭く、気道も細いため、風邪などで粘膜が少 し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ると、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。このため、発熱、嘔吐、下痢などによって体内の水分を失ったり、咳、鼻水等の呼吸器症状のために哺乳量や水分補給が減少したりすることで、脱水症になりやすい。

(保育所における感染症対策の基本)

保育所における感染症対策では、抵抗力が弱く、身体の機能が未熟であるという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き、適切に対応することが求められます。また、日々感染予防の努力を続けていても、保育所内への様々な感染症の侵入・流行を完全に阻止することは不可能です。このことを理解した上で、感染症が発生した場合には、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することが重要です。

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感染症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、ほぼ症状が消失した状態となった後でも患 者がウイルスを排出していることがあります。このため、罹患児が症状改善後すぐに登園す ることにより、病原体が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、それぞれの感染症の特性(別添1「具体的な感染症と主な対策(特に注意す べき感染症)」参照)を考慮した上で、症状が回復して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を行うことが重要です。

また、典型的な症状を呈し、感染症に罹患していると医師から診断された子どもだけではなく、その他の子どもや保育所に勤務する職員の中に、感染していても全く症状のない不顕性感染(感染しているにも関わらず、明らかな症状が見られない状態)例や、症状が軽微であるため、医療機関受診にまでは至らない軽症例が少なからず存在している可能性があるため、このことを理解した上で感染症対策に取り組んでいくことが重要となります。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、侵入・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。このような状況下で保育所は、

- ・児童福祉施設として社会機能の維持に重要な役割を担うことが求められるとともに、
- ・乳幼児の集団生活施設として子どもたちの健康と安全の維持を図るという重要な役割を 担う

ことになります。保健・医療機関や行政との連絡や連携を密にとりながら、侵入・流行している感染症に関する正確な情報の把握と共有に努め、子どもたちの健康被害を最小限に食い止めるためにどうするべきかを考え、実行する必要があります。

(3) 学校における感染症対策

- 学校における感染症対策は、学校保健安全法関係法令(学校において予防すべき 感染症の種類、出席停止、臨時休業について規定)に基づき実施されている。
- 〇 保育所における健康診断及び保健的な対応は、学校保健安全法関係法令に準拠して実施されている。

(学校保健安全法と保育所における感染症対策)

学校は児童生徒等が集団生活を営む場所であるため、感染症が発生した場合には感染が拡大しやすく、教育活動にも大きな影響が生じます。学校保健安全法(昭和33年法律第56号) 関係法令では、感染症の流行を予防することが重要であるとの考え方の下、学校において予防すべき感染症の種類や出席停止、臨時休業等について定められています。

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います。また、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実施する上で参考になるもので す。

さらに、「1 (2) 保育所における感染症対策」に記載のとおり、乳幼児は児童・生徒等と比較して抵抗力が弱く、手洗いなどが十分に行えないといった特性を持っているため、保育所においてはこうした乳幼児の特性を踏まえた対応が必要となります。

(学校において予防すべき感染症の種類)

学校において予防すべき感染症の種類には、第一種、第二種及び第三種の感染症があります (表 1)。第一種の感染症には、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。以下「感染症法」という。)の一類感染症と、結核を除く二類感染症が該当します。第二種の感染症には、空気感染又は飛沫感染する感染症で、児童生徒等の罹患が多く、学校において流行を広げる可能性が高い感染症が該当します。第三種の感染症には、学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性がある感染症が該当します。なお、第一種又は第二種以外の感染症について、学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合には、その感染拡大を防ぐため、必要があるときに限り、校長が学校医の意見を聞き、第三種の感染症として緊急的に措置をとることが可能です。第三種の感染症として出席停止の指示をするかどうかは、各地域での状況等を考慮して判断する必要があります。

なお、平成27年1月に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、学校において予防すべき感染症の種類が追加されました。

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28年文部科学省令第4号)

| 第一種の 感染症 | 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(病原体がベータコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る。)、中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属 MERS コロナウイルスであるものに限る。)及び特定鳥インフルエンザ(感染症法第6条第3項第6号に規定する特定鳥インフルエンザをいう。) ※ 上記に加え、感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、及び同条第9項に規定する新感染症は、第一種の感染症とみなされます。 |
|-------------|---|
| 第二種の 感染症 | インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く)、百日咳、麻しん、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核及び髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 第三種の 感染症 | 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 |

(出席停止と臨時休業)

学校保健安全法には、出席停止や臨時休業に関する規定があり、校長は、学校において予防すべき感染症にかかっている児童生徒、かかっている疑いがある児童生徒、かかるおそれのある児童生徒等に対して、出席を停止することができます。この際、各学校においては、児童生徒等に対する出席停止の措置等によって差別や偏見が生じることのないように十分に配慮する必要があります。

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

※ 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

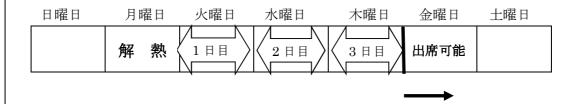
- 第一種の感染症:治癒するまで
- 第二種の感染症(結核及び髄膜炎菌性髄膜炎を除く): 次の期間(ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認め たときは、この限りでない。)
 - インフルエンザ (特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)
 - ……発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日(幼児にあっては3日) を経過するまで
 - ・ 百 日 嘘……特有の嘘が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による 治療が終了するまで
 - 麻 し ん……解熱した後3日を経過するまで
 - ・ 流行性耳下腺炎……耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ 全身状態が良好になるまで
 - 風 し ん……発しんが消失するまで
 - ・ 水 痘……すべての発しんが痂皮化するまで
 - ・ 咽頭 結膜 熱……主要症状が消退した後2日を経過するまで
- 結核及び髄膜炎菌性髄膜炎並びに第三種の感染症: 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

※「出席停止の期間」の算定について

出席停止期間の算定では、解熱等の現象が見られた日は算定せず、その翌日を1日目と します。

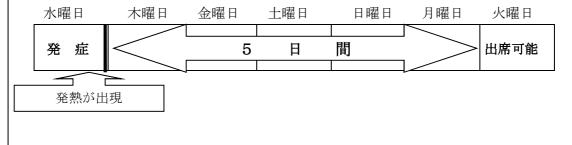
「解熱した後3日を経過するまで」の場合、例えば、解熱を確認した日が月曜日であった場合には、その日は期間には算定せず、火曜日(1日目)、水曜日(2日目)及び木曜日(3日目)の3日間を休み、金曜日から登園許可(出席可能)ということになります($\underline{\mathbf{Z}}$ 1)。

図1 「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」という時の「発症」とは、一般的には「発熱」のことを指します。日数の数え方は上記と同様に、発症した日(発熱が始まった日)は含まず、その翌日から1日目と数えます(図2)。「発熱」がないにもかかわらずインフルエンザと診断された場合は、インフルエンザに見られるような何らかの症状が見られた日を「発症」した日と考えて判断します。

図2 インフルエンザに関する出席停止期間の考え方



2. 感染症の予防

(1) 感染予防

感染症を防ぐには、感染症成立の三大要因である感染源、感染経路、感受性への対策が重要です。病原体の付着や増殖を防ぐこと、感染経路を断つこと、予防接種を受けて感受性のある状態(免疫を持っていない状態)をできる限り早く解消することなどが大切です。

保育所の各職員は、これらのこと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すことが必要です。また、保護者に対して、口頭での説明、保健だより等の文書での説明、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、保育所内で感染症が発症した場合は、早期診断・早期治療・感染拡大防止に繋げるため、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。

ア) 感染源対策

- 発症している「患者」は大量の病原体を周囲に排泄しているので、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が重要である。
- 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、他の子ども、職員の中にも「患者」と認識されないまま存在している。このことを常に意識して感染症対策を実施することが重要である。

感染源対策としては、「感染源としての患者が病原体をどこから排泄するのか」、「病原体をいつからいつまで排泄するのか」、「排泄された病原体がどのような経路をたどって他の人へ到達するのか」について理解を深めることが重要です。

周囲も認識するほど、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泄しているため、医務室等の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登園を控えてもらうことが重要です。

発症している患者には注意が払われますが、感染症によっては、潜伏期間中にすでに病原体が体外に排泄されている場合があり、また、症状が認められなくなった後も長期間に渡って病原体が体外に排泄されている場合があります。その上、保育所内には、同じように感染していても全く症状のない不顕性感染(感染しているにも関わらず、明らかな症状が見られない状態)例や、典型的な症状を示さずに軽い症状のみを示す軽症例が存在していることが少なくありません。

特に保育所の職員は成人であるため、子どもたちと比べてはるかに高い体力・免疫力を保有しています。このため、子どもたちが感染した場合には、その多くが発症する一方、職員が感染した場合には、不顕性感染や、ごく軽い症状で済むことで、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。

「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、他の子ども、職員の中にも「患者」と認識されないまま存在している」ということを、常に意識しながら、日常の保育に取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、

各職員が当該感染症の感染経路別の対策を理解し、実行するよう努めましょう。

食材保管に際しては、適切な温度管理を実施し、加熱可能なものは十分に加熱するなどの対策を実施し、病原性のある細菌、ウイルス等を含む食品を提供しないように心掛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する細菌 (例えば、カメ等の「は虫類」が所有するサルモネラ菌) 等が人に感染することもあるため、保育所内で飼育している動物か否かにかかわらず、動物に触れた後や、動物を飼育している場所を清掃した後には、石けんを用いた流水での手洗いを徹底することが重要です。

イ)感染経路別対策

- 保育所で特に注意すべき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、血液媒介感染、蚊媒介感染などがあり、それぞれに応じた対策をとることが重要である。
- 病原体の種類によっては、複数の感染経路をとるものがあることに留意する。

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、病原体が含まれた小さな水滴(飛沫)が口から飛び、これを近くにいる人が吸い込むことで感染します。飛沫が飛び散る範囲は $1\sim 2\,\mathrm{m}$ です。

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、子どもの中には、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)者が 多く存在します。これらのため、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 器感染症の流行が、保育所等の乳幼児の集団生活施設を中心に多く見られます。

飛沫感染は、飛沫を浴びないようにすることで、多くの場合防ぐことができます。感染している者から2m以上離れること、感染者がしっかりとマスクを装着することが保育所での呼吸器感染症の集団発生の予防に有効となります。

<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 等

ウイルス:インフルエンザウイルス(※)、RS 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、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 等

※インフルエンザ

インフルエンザの主な感染経路は飛沫感染ですが、接触感染することもあります。現行のインフルエンザワクチンは、接種すればインフルエンザに絶対にかからないというものではありませんが、インフルエンザの発病を予防することや、発病後の重症化や死亡を予防することに対して、一定の効果があるとされています。

保育所内でインフルエンザが疑われる事例が発生した場合には、速やかに医務室等の別室で保育するなど、他の子どもから隔離します。飛沫感染対策として、職員全員がマスクを着用するとともに、マスクが装着できる年齢の子どもに対して、インフルエンザ流行期間中のマスク着用を働きかけることが重要です。また、接触感染対策として、流行期間中は手洗いなどの手指衛生を励行することが重要です。(詳細は、別添1(2)インフルエンザ参照)

※RS ウイルス感染症

RS ウイルス感染症は RS ウイルスの感染による呼吸器感染症で、飛沫感染、接触感染で感染が拡大します。乳幼児期に初感染した場合には症状が重くなりやすく、特に生後 6 か月未満の乳児では重症呼吸器感染症を引き起こし、入院管理が必要になる場合も少なくありません。また、ワクチン等はまだ実用化されていません。

流行期、保育所では0歳児と1歳以上のクラスを互いに接触しないよう離しておき、互いの交流を制限します。特に、呼吸器症状がある年長児が乳児に接触することを避ける必要があります。(詳細は、別添1(19) RS ウイルス感染症参照)

(保育所における具体的な対策)

- ・飛沫感染対策の基本は、病原体を含む飛沫を吸い込まないようにすることです。
- ・はっきりとした感染症の症状が認められる子ども(発症者)については、登園を控えても らい、保育所内で急に発病した場合には医務室等の別室で保育します。
 - ※ 但し、感染していても症状のない不顕性感染例や、軽い症状のみで発症しているとは気が付かない 軽症例が多いインフルエンザのような感染症の場合には、発症者のみ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。
- ・不顕性感染例や軽症例を含めて、全ての「感染者」を隔離することや、皆が2mの距離を とって生活することは現実的ではないため、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。流行を最小限に食い止めるためには、日常的に全員 が竣工チケット(※)を実施することが大切です。
- ・保育所等の子どもの集団生活施設では、職員が感染しており、知らない間に感染源となる ということがあるため、職員の体調管理にも気を配ります。

※竣工チケット

- ① マスクを着用する(口・鼻を覆う)
- ② マスクがないときには、ティッシュ・ハンカチで口・鼻を覆う
 - ・マスクがなくてで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。
- ③ とっさの時は、袖で口・鼻を覆う。
 - ・マスクやティッシュ・ハンカチが使えない時は、長袖や上着の内側で口・鼻を覆う。

(参照:厚生労働省 HP「竣エチケット」)

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

3つの咳エチケット 電車や職場、学校など人が集まるところでやろう



①マスクを着用する (ロ・鼻を覆う)

鼻から顔までを覆い、隙間がないように つけましょう



②ティッシュ・ハンカチで ロ・鼻を覆う

ティッシュ:使ったらすぐにゴミ箱に捨てましょう。 ハンカチ:使ったらなるべく早く洗いましょう。



③袖で口・鼻を覆う

マスクやティッシュ・ハンカチが使えない時は、袖や上着の内側でロ・鼻を覆いましょう。

こまめに手を洗うことでも病原体が拡がらないようにすることができます。

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、それを吸い込むことで感染します。飛沫感染の感染範囲は飛沫が飛び散る2m以内に限られていますが、空気感染は、室内などの密閉された空間内で起こるものであり、その感染範囲は空調が共通の部屋間なども含めた空間内の全域に及びます。

<空気感染する主な病原体>

細菌:結核菌等

ウイルス:麻しんウイルス(※)、水痘・帯状疱疹ウイルス 等

※麻しん

麻しんは飛沫感染、空気感染(飛沫核感染)、接触感染により感染します。感染力が非常に強いことが特徴です。発症者の隔離などのみで感染拡大を防止することは困難で、ワクチンが極めて有効な予防手段となります。

万一保育所内で麻しんが発生した場合、保健所と連携して感染拡大防止のための対策を 講じることが必要となります。(詳細は、別添1(1)麻しん(はしか)参照)

(保育所における具体的な対策)

- ・空気感染する感染症のうち、保育所で日常的に注意すべきものは、「麻しん」、「水痘」 及び「結核」です。
- ・空気感染対策の基本は「発症者の隔離」と「部屋の換気」です。
- ・「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、「麻しん」 や「水痘」の感染力は非常に強く、発症している患者と同じ部屋に居た者は、たとえ一緒 に居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。
- ・「麻しん」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ないため、ワクチンが極めて有効な予防手段です。

②接触感染

感染源に直接触れることで伝播がおこる感染(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、接触感染は、体の表面に病原体が付着しただけでは感染は成立しませんが、病原体が体内に侵入することで感染が成立します。病原体の付着した手で口、鼻、眼をさわること、病原体の付着した遊具等を舐めることなどによって病原体が体内に侵入します。また、傷のある皮膚からは病原体が侵入する場合もあります。

<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: ノロウイルス (※)、ロタウイルス、RS ウイルス、エンテロウイルス、アデノウイルス、風しんウイルス、ムンプスウイルス、麻しんウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス、インフルエンザウイルス、伝染性軟属腫ウイルス 等

ダニ:ヒゼンダニ等昆虫:アタマジラミ等

真 菌:カンジダ菌、白癬菌 等

- * 接触感染によって拡がりやすいものとして保育所で特に注意する必要がある病原体は、
 - ・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であるエンテロウイルス
 - ・伝染性膿痂疹(とびひ)の原因である黄色ブドウ球菌
 - ・咽頭炎などの原因である溶血性レンサ球菌

です。これらの病原体は身近な生活環境の下でも長く生存することが可能な病原体です。

* 腸管出血性大腸菌感染症は、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ます。感染後の重症化率が高く、注意が必要な感染症です。

※ノロウイルス感染症

ノロウイルス感染症は、嘔吐と下痢が主症状であり、脱水を合併することがあります。 経口感染、飛沫感染、接触感染によって感染が拡大します。現在使用可能なワクチンはな ありません。 流水での手洗いを徹底するとともに、嘔吐・下痢を認めた時の処理手順を職員間で共有することで、迅速に対応することができる体制を整えることが大切です。(嘔吐・下痢の場合の処理に関しては、別添3の⑥を参照。ノロウイルス感染症についての詳細は別添1(17)①ウイルス性胃腸炎(ノロウイルス感染症)参照)

(保育所における具体的な対策)

- ・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。
- ・遊具を直接なめるなどの例外もありますが、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が成立します。
- ・最も重要な対策は手洗い等により手指を清潔に保つことです。適切な手洗いの手順に従って、丁寧に手洗い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、常に実施する必要があります。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。また、保育所などの乳幼児の集団生活施設においては、子どもの年齢に応じて、手洗いの介助を行うことや適切な手洗いの方法を指導することが大切です。
- ・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。ペーパータオルの常用が困難な場合でも、感染対策の一環として、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認められている期間中は、ペーパータオルを使用することが推奨されます。
- ・ 固形石けんは、1回ずつ個別に使用できる液体石けんと比較して、保管時に不潔になりや すいということに注意が必要です。
- ・消毒には適切な「医薬品」を使います。嘔吐物、下痢便、患者の血液等の体液が付着している箇所については、それらを丁寧に取り除き適切に処理した後に、消毒を行います。嘔吐物等が残っていると、その後の消毒効果が低下します。また、消毒は患者が直接触った物を中心に適切に行います。

(参照:「別添2 保育所における消毒の種類と方法」)

・健康な皮膚は強固なバリアとして機能しますが、皮膚に傷などがある場合には、そこから 侵入し感染する場合もあります。このため、皮膚に傷などがある場合は、その部位を覆う ことなどが対策の一つとなります。

※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 両指を組み、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 手首を洗い、よくすすぎ、その後、よく乾燥させます。
 - * 年齢の低い子どもには手洗いが難しいので、保護者、保育士、年上の子ども等が一緒に洗う、手本を示すなどして、少しずつ手洗いを覚えさせていきましょう。

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する





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

病原体を含んだ食物や水分を口にすることによって、病原体が消化管に達して感染が成立 します。食事の提供や食品の取り扱いに関する通知、ガイドライン等を踏まえ、適切に衛生 管理を行うことが重要です。

<経口感染する主な病原体>

菌:腸管出血性大腸菌(※)、黄色ブドウ球菌、サルモネラ菌、カンピロバクター、

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 等

※腸管出血性大腸菌感染症(0157、026、0111等)

腸管出血性大腸菌感染症は、菌に汚染された生肉や加熱が不十分な肉、菌が付着した飲 食物が原因となり、経口感染又は接触感染によって感染します。手洗い等の一般的な予防 法を励行するとともに、食品の取扱い時に注意を徹底すること、プールの水を適切な濃度 で塩素消毒することが重要です。なお、ワクチンは開発されていません。

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とともに、 保健所と連携して感染拡大防止のための対策を講じる必要があります。(詳細は、別添1 (10) 腸管出血性大腸菌感染症(0157、026、0111等)参照)

(保育所における具体的な対策)

- ・経口感染対策としては、食材を衛生的に取り扱うこと、適切な温度管理を行うこと、及び 病原微生物が付着・汚染している可能性のある食材を十分に加熱することが重要です。
- ・保育所では、通常、生肉や生魚、生卵が食事に提供されることはないと考えられますが、 魚貝類、鶏肉、牛肉等には、ノロウイルス、カンピロバクター、サルモネラ菌、腸管出血 性大腸菌等が付着・汚染している場合があり、生や加熱不十分な状態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。
- ・また、サラダやパンなど、調理の過程で加熱することが少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があります。そ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。
- ・調理器具の洗浄・消毒を適切に行うことが大切です。また、生肉等を取り扱った後の調理 器具で、その後の食材を調理しないことが大切です。このことは、家庭でも同様に大切な ことであるため、家庭でも実践していただくことが重要です。
- ・ノロウイルスや腸管出血性大腸菌などでは、不顕性感染している感染者が気付かずに病原体を排泄している場合があるため、調理従事者の手指の衛生管理や体調管理を行うことが 重要です。

⑤血液媒介感染

血液を介して感染する感染症です。血液には病原体が潜んでいることがあり、血液が傷ついた皮膚や粘膜につくと、そこから病原体が体内に侵入することで感染が成立する場合があります。

<血液媒介感染する主な病原体>

ウイルス:B型肝炎ウイルス(HBV)、C型肝炎ウイルス(HCV)、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)等

(保育所における具体的な対策)

- ・日々の保育の中で、子どもが転んだり、怪我をしたりすることはしばしば見られ、また、 ひっかき傷、噛み傷、すり傷、鼻からの出血が日常的に見られます。このため、血液や傷 口からの滲出液に周りにいる人がさらされる機会も多くあります。皮膚の傷を通して、 病原体が侵入する可能性もあります。子どもや職員の皮膚に傷ができたら、できるだけ早 く傷の手当てを行い、他の人の血液や体液が傷口に触れることがないようにしましょう。
- ・ひっかき傷などは、流水できれいに洗い、絆創膏やガーゼできちんと覆うようにしましょ う。また、子どもの使用するコップやタオルなどには、唾液などの体液が付着する可能性 があるため、共有しないことが大切です。
- ・子どもが自分で血液を適切に処理することは困難であるため、その処理は職員の手に委ねられることになります。保育所の職員は子どもたちの年齢に応じた行動の特徴などを理解し、感染症対策として血液及び体液の取扱いに十分に注意して、手袋の装着や適切な消毒等で対応します。
- ・本人には全く症状がないにも関わらず、血液や体液(唾液・尿など)にウイルスや細菌が 含まれていることがあります。このため、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に注意することが必要です。

※ 血液についての知識と標準予防策

血液に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、これまで、保育所では血液に注意するという習慣が、あまり確立されていませんでした。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。血液にも便や尿のように病原体が潜んでいる可能性を考え、素手で扱わないことにすることや、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、工夫することが必要です。

このように、ヒトの血液、喀痰(かくたん)、尿、糞便等に感染性があるとみなして対応する取り扱う方法を「標準予防策」といいます。これは医療施設で実践されているものであり、医療施設では、血液や体液に十分な注意を払い、素手で触れることのないよう、必ず使い捨て手袋を着用する、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、時に廃棄したりするなど、その取扱いに厳重な注意がなされています。これらは保育所でも可能な限り実践すべき方法であり、同様に全ての人の血液や体液の取扱いに十分に注意を払って対応してください。

⑥ 蚊媒介感染

病原体をもった蚊に刺されることで感染する感染症です。蚊媒介感染の主な病原体である 日本脳炎ウイルスは、国内では西日本から東日本にかけて広い地域で毎年活発に活動してい ます。また、南東アジアの国々には、日本脳炎が大規模に流行している国があります。

<蚊媒介感染する主な病原体>

ウイルス:日本脳炎ウイルス、デングウイルス、チクングニアウイルス 等

原 虫:マラリア 等

(保育所における具体的な対策)

- ・日本脳炎は、日本では主にコガタアカイエカが媒介します。コガタアカイエカは主に大きな水たまり(水田や池、沼など)を好んで産卵します。
- ・また、デングウイルス等を主に媒介するヒトスジシマカは小さな水たまり(植木鉢の水受け皿や古タイヤなど)に産卵します。
- ・溝の掃除をして水の流れをよくして、水たまりを作らないようにすること、植木鉢の水受 け皿や古タイヤを置かないように工夫することが蚊媒介感染の一つの対策となります。
- ・緑の多い木陰ややぶなど、蚊の発生しやすい場所に立ち入る際には、長袖、長ズボンなど を着用し、肌を露出しないようにしましょう。

ウ) 感受性対策(予防接種等)

- 感染症の予防にはワクチンの接種が効果的であり、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ある。
- 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重要である。
- 〇 子どもの予防接種の状況を把握し、定期の予防接種として接種可能なワクチンを 保護者に周知することが重要である。
- 〇 職員のこれまでの予防接種の状況を把握し、罹患歴・予防接種歴がともにない又は不明な場合には、嘱託医等に相談した上で、当該職員に対し、予防接種を受けることが感染症対策に資することを説明することが重要である。

感染が成立し感染症を発症するとき、宿主にその病原体に対する感受性があるといいます。感受性対策としては、ワクチンの接種により、あらかじめ免疫を与えることが重要です。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一時的に免疫成分(抗体)を投与する受動免疫があります。

予防接種は、ワクチンの接種により、あらかじめその病気に対する免疫を獲得させ、感染症が発生しても罹患する可能性を減らしたり、重症化しにくくしたりするものであり、病気を防ぐ強力な予防方法のひとつです。 保育所入所前に、定期の予防接種として接種可能な予防接種を、できるだけ標準的な接種期間内に接種することが重要です。また、入所する子どもの予防接種の状況を把握し、保護者に対し、定期の予防接種として接種可能なワクチンを周知することが重要です。

また、子どもと職員自身の双方を守る観点から、職員のこれまでの予防接種状況を把握し、罹患歴・予防接種歴がともにない、又は不明な場合には、嘱託医等に相談した上で、 当該職員に対し、予防接種を受けることが感染症対策に資することを説明します。

「罹患した」あるいは「予防接種を受けた」という記憶は当てにならない場合が多いので、予防接種の接種歴については母子健康手帳の記録を確認します。麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎(おたふく風邪)、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。麻しん、風しん、水痘等の発症予防には、1歳以上で2回の予防接種歴があることが重要と考えられています。

① 保育所における予防接種に関する取組

感染症対策で最も重要となるのが予防接種です。具体的には以下の取組が必要となります。

- ・保育所においては、チェックリストを作成するなどして、子どもの予防接種歴や罹患歴 を把握します。
- ・健康診断の機会等を活用して、接種の必要な予防接種の接種状況を確認し、未接種者の 保護者に対して予防接種の重要性等を周知することが重要です。
- ・保護者に対して、未接種ワクチンがあることに気が付いたときには、小児科医に相談するよう、伝えてください。

(標準的な接種スケジュールを逃した場合の対応について、日本小児科学会が接種方法等を示しています。http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/catch_up_schedule.pdf)

- ・職員の予防接種歴の確認も重要です。入職時には、健康状態の確認に加えて、各種予防 接種歴、感染症の罹患歴も確認します。また、短期間の保育実習生の場合にも、同様に 確認します。
- ・職員が麻しん・風しん・水痘・流行性耳下腺炎(おたふく風邪)等などにかかったことがなく、予防接種の記録が1歳以上で2回ない場合には、子どもと職員自身の双方を守る観点から、予防接種が感染症対策に資することを説明します。
- ・職員に対して、毎年のインフルエンザの予防接種も、感染症対策や重症化予防に資する ことを伝えます。

② 小児期に接種可能なワクチン

国内で接種可能なワクチンが増え、特に $0\sim1$ 歳児の接種スケジュールが過密になっています (図3)。2016年10月1日現在、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和 35年法律第 145 号)に基づく承認を受けており、日本小児科学会が接種を推奨する主なワクチンを表2に示します。

③ 定期接種と任意接種

わが国の予防接種の制度は、大きく分けると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。

また、「定期接種」の対象疾病にはA類疾病とB類疾病がありますが、A類疾病は市区町村が予防接種を受けるよう積極的に勧奨し、保護者は自分の子どもに予防接種を受けさせるよう努める義務があります。子どもたちが受ける予防接種はすべてA類疾病の予防接種です。

一方「任意接種」のワクチンの中には、流行性耳下腺炎(おたふく風邪)ワクチン、ロタウイルスワクチン、インフルエンザワクチンなどがあります(**表2**)。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。任意接種のワクチンは原則自己負担ですが、接種費用の一部を助成している自治体があります。

④ 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、その種類、実施内容とともに、接種の推奨時期が定められています。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2)。

日本では、生ワクチンの接種後に別の生ワクチンを接種する場合には、中 27 日以上(4週

間)空ける必要があり、不活化ワクチン・トキソイドの接種後に別の種類のワクチンを接種する場合には中6日以上(1週間)空ける必要があります。ただし、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ため、これを踏まえて、接種スケジュールを立てる必要があります。このことを保護者に伝えることが大切です。

子どもは急に体調を崩すこともあり、予定していた標準的なスケジュールに従って予防接種を受けることが難しい場合もあるため、接種可能なワクチンをできる限り入所前に接種すること、また、入所後においても、体調が良いときになるべく早めに接種することが大切です。予防接種のために仕事を休むことが難しい保護者に対しては、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、予防接種を受けることを促すことなども工夫の一つと考えられます。

⑤ 保育所の子どもたちの予防接種

保育所の子どもたちにとって、定期接種のインフルエンザ菌 b型 (Hib:ヒブ) ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、B型肝炎ワクチン、DPT-IPV (四種混合) ワクチン、BCG ワクチン、麻しん風しん混合 (MR) ワクチン、水痘ワクチン、日本脳炎ワクチンの予防接種が重要であることはもちろんですが、定期接種に含まれていない、流行性耳下腺炎 (おたふく風邪) ワクチンの予防接種についても、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になります。また、ロタウイルスワクチンやインフルエンザワクチンの予防接種も重症化予防に効果があります。各種予防接種については、行政や医療機関からも保護者に対して周知されていますが、、保育所からも以下のことを周知しましょう。

(保育所から保護者への周知が必要なワクチン接種について)

- ・生後2か月では定期接種としてHib(ヒブ)ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、B型 肝炎ワクチンの予防接種が、任意接種としてロタウイルスワクチンの予防接種を受けることが可能です。
- ・乳児の百日酸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-IPV (四種混合) ワクチンの予防接種をを受けることができます。
- ・生後5か月になったらBCGワクチンの予防接種を受けることができます。
- ・麻しん(はしか)については、2015 年 3 月にWHOが日本では排除状態にあること(国内由来の感染がないこと)を認定しています。一方で、麻しんは肺炎や中耳炎、脳炎等の合併もあるなど、重症度の高い疾患であり、また、国外にはまだ麻しんが流行している国があります。また、風しんについては 2013 年に大きな流行がありました。これらのことを踏まえ、1 歳になったら、なるべく早めに麻しん風しん混合(MR)ワクチンんの予防接種を受けることができます。
- ・ 5歳児クラス(年長組)になったら、卒園までに MR ワクチンの 2 回目の予防接種を受ける ことができます。
- ・水痘の予防接種については、2014 年 10 月から定期接種に導入されました。 1 歳になったら 3 か月以上の間隔を空けて(標準的には 6 ~12 か月の間隔を空けて)、計 2 回接種することが可能です。

- ・日本脳炎ワクチンの予防接種については、標準的には3歳で2回、4歳で1回接種という 接種スケジュールですが、生後6か月以降であれば、定期接種として接種することが可能 です
- ・流行性耳下腺炎(おたふく風邪)、ロタウイルスは、保育所で流行を繰り返していますが、 発症する前にワクチンで予防することができる感染症です。

予防接種を受けることは、受けた本人のみならず、周りにいる家族や友人など、周囲の方をその感染症から守ることにもつながります。保護者には、予防接種の効果や接種後の副反応の情報だけでなく、その病気にかかった時の重症度や合併症のリスク、周りにいる大切な人々に与える影響についても情報提供し、予防方法を伝えていくことが必要です。 (参照:「別添1 具体的な感染症と主な対策 (特に注意すべき感染症)」)

⑥ 保育所職員(保育実習の学生を含む)の予防接種

子どもの病気と考えられがちであった麻しん、風しん、水痘及び流行性耳下腺炎(おたふく風邪)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、保育所職員についても、当該感染症に未罹患で、かつ該当するワクチンを未接種である場合には、1歳以上の必要回数である計2回のワクチン接種を受け、自分自身を感染から守るとともに、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、保育所の職員は、子どもの出血を伴うけがの処置等を行う機会があります。そのため、B型肝炎ワクチンも大切なワクチンとなります。

その他、国内における破傷風を含むDPTワクチンの予防接種については、1968 年から始まったものであり、これ以前に生まれた職員は当該予防接種を受けていないことが多いため、破傷風の予防接種を受けることなども考慮することが必要です。

さらに、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
「「核は典型的な症状が見られない場合も多く、知らない間に子どもへの感染源になっていることがあります。このため、呼吸器症状が見られる職員についてはマスクを装着することが重要であり、また、特に 0歳児の保育を担当する職員については症状が見られる期間中の勤務態勢を見直すことなどを検討することも必要です。この他、インフルエンザの流行期には、感染した際の重症化予防として、任意接種のインフルエンザワクチンがあります。

保育所で保育実習を行う学生も、自分自身を感染から守るとともに、学生を受け入れる保育所等に入所する乳幼児等が感染症に感染しないよう、配慮することが重要です。保育所で保育実習を行う学生の麻しん及び風しんの予防接種の実施については、「指定保育士養成施設の保育実習における麻しん及び風しんの予防接種の実施について」(平成27年4月17日付け雇児保発0417第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知)を参照してください。

※「指定保育士養成施設の保育実習における麻しん及び風しんの予防接種の実施について」 (平成 27 年 4 月 17 日付け雇児保発 0417 第 1 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知)

(主な内容)

- ・指定保育士養成施設の保育士養成課程において行われる保育実習の実施に当たっては、 学生を受け入れる保育所等に入所する乳幼児等が感染症に感染しないよう、配慮することが重要である。
- ・特に、感染力が強く、また、罹患すると重症化するおそれのある「麻しん」や、感染予防に十分な抗体を保有していない妊娠 20 週頃までの妊婦が感染すると、先天性風しん症候群の子どもが生まれる可能性がある「風しん」については、、その発生の予防を行うことが最も有効であり、未罹患、かつ、麻しん及び風しんの予防接種を1歳以上で2回接種していない学生に対しては、予防接種の推奨を行うことが有効である。
- ・具体的には、学生に対して麻しんの罹患歴及び予防接種歴の確認を行い、過去に罹患したことがない者であって、それぞれの予防接種が未接種あるいは1回接種又は接種歴不明であるものについては、抗体検査を受けさせることが望ましい。
- ・抗体検査を受け、抗体が確認できなかった場合は、当該者に予防接種を受けさせること が望ましい。

⑦ 予防接種歴・罹患歴記録の重要性

保育所での感染症対策として、職員及び子どもたちの予防接種歴・罹患歴を把握し、記録を保管することが重要です。入所時に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保護者に確認し、記録を更新しておく仕組みを作っておくことで、感染症発生時に迅速な対応を行うことが可能となります。「罹患した」あるいは「予防接種を受けた」という記憶は当てにならない場合が多いので、予防接種の接種歴については母子健康手帳の記録を確認することが重要です。

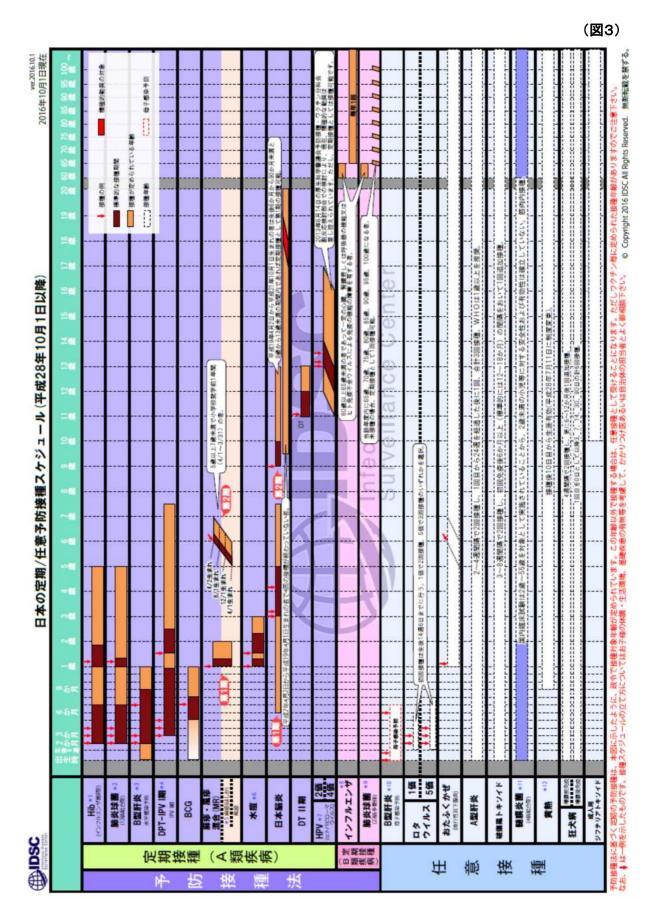
麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎(おたふく風邪)、B型肝炎等については、血液検査で抗体の有無を調べることも可能です。麻しん、風しん、水痘等の発症予防には、1歳以上で2回の予防接種歴があることが重要と考えられています。定期接種の標準的な接種対象期間に予防接種を受けていない子どもについては、嘱託医と相談し、保護者に対し、個別に予防接種の重要性について説明しましょう。

エ)健康教育

- 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できるよう、 発達に応じた健康教育を計画的に実施することが重要である。
- 実際には低年齢児が自己管理することは難しいため、保護者に対して家庭での感染予防法等に関する具体的な情報を情報提供するとともに、感染症に対する共通理解を求め、家庭と連携しながら健康教育を進めていくことが重要である。

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、 十分な睡眠と休息等の生活習慣が身に付くよう、毎日の生活を通して、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を計画的に実施することが重要となります。

実際には、低年齢児が自己管理することは非常に難しいため、保護者が子どもや家族全員の健康に注意し、家庭での感染予防・病気の早期発見などができるよう、保護者に対して具体的な情報を提供するとともに、感染症に対する共通理解を求め、家庭と連携しながら健康教育を進めていくことが重要です。



※この図は今後更新されることが予想されます。最新の情報は下記の URL でご確認ください。 http://www.nih.go.jp/niid/ja/vaccine-j/2525-v-schedule.html

表2 日本小児科学会が推奨するワクチン (2016 年 10 月 1 日現在)

| 【定期接種】 | 生ワクチン |
|----------------|-----------------------------------|
| (対象年齢は政令で規定) | ■BCG |
| | ■麻しん・風しん混合(MR) |
| | ■麻しん(はしか) |
| | ■風しん |
| | ■水 痘 |
| | |
| | 不活化ワクチン・トキソイド |
| | ロインフルエンザ菌b型(Hib) |
| | □肺炎球菌(13 価結合型) |
| | □DPT-sIPV(ジフテリア・破傷風・百日咳・不活化ポリオ(セー |
| | ビン株由来)混合) |
| | □DPT-cIPV(ジフテリア・破傷風・百日咳・不活化ポリオ(ソー |
| | クワクチン)混合) |
| | ロ不活化ポリオ(IPV) |
| | □日本脳炎 |
| | ロジフテリア・破傷風混合トキソイド(DT) |
| | ロヒトパピローマウイルス(HPV):2 価 |
| | ロヒトパピローマウイルス(HPV):4 価 |
| | □B 型肝炎 |
| Florida Identi | |
| 【任意接種】 | 生ワクチン |
| | ■流行性耳下腺炎(おたふく風邪) |
| | ■ロタウイルス:1 価 |
| | ■ロタウイルス:5 価 |
| | |
| | 不活化ワクチン・トキソイド |
| | ロインフルエンザ |

(2) 衛生管理

ア)施設内外の衛生管理

- 〇 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準に基づき、日頃からの清掃や衛生管理 を心掛けることが重要である。
- 消毒薬の種類と適正な使い方を把握するとともに、その管理を徹底することが重要である。

保育所は、多くの子どもたちが一緒に生活する場です。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。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を心掛けましょう。

また、消毒薬の種類と適正な使い方を把握するとともに、子どもの手の届かない場所に 管理するなど消毒薬の管理を徹底し、安全の確保を図ることが重要です。(参照:「別添2 保育所における消毒の種類と方法」)

施設内外の衛生管理として考えられる主な事項を以下に記載します。

〇保育室

- □日々の清掃で、清潔に保つ。ドアノブ、手すり、照明のスイッチ(押しボタン)などは、 水拭きした後、アルコール等による消毒を行うと良い。
- □季節に合わせた適切な室温・湿度を保ち、換気を行う。加湿器使用時には、水を毎日交換する。また、エアコンも定期的に清掃する。

【保育室環境のめやす】室温:夏 26~28℃,冬 20~23℃、湿度:60%

〇手洗い (13 ページ参照)

- □食事の前、調乳前、トイレの後、配膳前、おむつ交換後、嘔吐物処理後などには、石けんを用いて流水でしっかりと手洗いを行う。
- □手を拭く際には、個人持参のタオルかペーパータオルを用い、タオルの共用は避ける。 個人持参のタオルをタオル掛けに掛ける際には、タオル同士が密着しないように間隔を 空ける。
- ・固形石けんは、液体石けんと比較して、保管時に不潔になりやすいことに注意する。また、液体石けんの中身を詰め替える際は、残った石けんを使い切り、容器をよく洗い乾燥させてから、新しい石けん液を詰める。

Oおもちゃ

- ・直接口に触れる乳児の遊具については、遊具を用いた都度、湯等で洗い流し、干す。
- ・午前・午後とで遊具の交換を行う。
- ・適宜、水(湯)洗いや水(湯)拭きを行う。

〇食事・おやつ

- □テーブルは、清潔な台布巾で水(湯)拭きをして、衛生的な配膳・下膳を心掛ける。
- □スプーン、コップなどの食器は共用しない。
- □食後は、テーブル・椅子・床などの食べこぼしを清掃する。
 - 【参考】・「保育所における食事の提供ガイドライン」(「保育所における食事の提供ガイドライン」について(平成24年3月30日付け雇児保発0330第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知別添)

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/shokujiguide.pdf

・「大量調理施設衛生管理マニュアル」(「大規模食中毒対策等について」(平成9年3月24日付け衛食第65号厚生省生活衛生局長通知別添))

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzenbu/0000168026.pdf

〇調乳 · 冷凍母乳

- □調乳室は清潔に保ち、調乳時には清潔なエプロン等を着用する。
- □哺乳瓶や乳首などの調乳器具は、適切な消毒を行い、衛生的に保管する。
- □ミルク(乳児用調製粉乳)は、使用開始日を記入し、衛生的に保管する。
- □乳児用調製粉乳は、70℃以上のお湯で調乳する。また、調乳後 2 時間以内に使用しなかったミルクは廃棄する。
- □下記ガイドラインを参考に調乳マニュアルを作成し、実行する。

【参考】「児童福祉施設における食事の提供ガイド」(平成22年3月 厚生労働省) http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0331-10a-015.pdf

□冷凍母乳などを取り扱う場合は、手洗いや備品の消毒を行う等、衛生管理を十分徹底するとともに、名前を明記して、他の子どもに誤って飲ませることが無いように十分注意する。

〇歯ブラシ

- □歯ブラシは個人専用とし、他の子どものものと接触させたり、他の子どものものを誤って使用させたりしないようにする。
- □使用後は、個別に水で十分にすすぎ、ブラシを上にして清潔な場所で乾燥させ、個別に 保管する。

〇寝具

- ・衛生的な寝具を使用する。
- ・個別の寝具にはふとんカバーをかけて使用する。
- ・ふとんカバーを定期的に洗濯する。
- ・定期的にふとん乾燥を行う。
- ・尿、糞便、嘔吐物等で汚れた場合には、消毒(熱消毒等)を行う。

〇おむつ交換

- ・ 糞便処理の手順を職員間で徹底する。
- □おむつ交換は、手洗い場があり食事をする場所などと交差しない一定の場所で実施する。
- □おむつの排便処理の際には、使い捨て手袋を着用する。
- □下痢便時には、周囲への汚染を避けるため、使い捨てのおむつ交換シートなどを敷いて、 おむつ交換をする。
- □おむつ交換後、特に便処理後は、石けんを用いてしっかりと流水で手洗いを行う。
- □排便処理後のおむつは、ビニール袋に密閉した後に、蓋つき容器などに保管する。
- ・保管場所の消毒を行う。

Oトイレ

- □日々の清掃・消毒で、清潔に保つ。(便器、汚物槽、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、手すり、照明のスイッチ(押しボタン)などは、水拭き後、アルコール等による消毒を行うと良い。ただし、ノロウイルスが流行している場合には塩素系消毒薬を使用するなど、流行している感染症によっては、その病原体に応じた清掃を行う必要がある。

〇砂場

- □砂場は猫の糞便などにより、寄生虫や大腸菌などで汚染されることがあるので、衛生管理が重要である。
- □砂場で遊んだ後は、しっかりと手洗いを行う。
- □砂場に猫などができるだけ入らないような構造とする。また、夜間はシートで覆うなど の対策を考慮する。
- □動物の糞便・尿などがある場合は、速やかに除去する。
- □砂場を定期的に掘り起こして、砂全体を日光により消毒する。

○園庭

- ・安全点検表の活用等による安全・衛生管理を徹底する。
- ・動物の糞、尿等は速やかに除去する。
- ・樹木、雑草は適切に管理し、害虫、水溜り等の駆除や消毒を行う。
- ・水溜まりを作らないよう、屋外に、おもちゃやじょうろなどを放置せず、使用後は片付ける。
- ・小動物の飼育施設は清潔に管理し、飼育後の手洗いを徹底する。

Oプール

- □「遊泳用プールの衛生基準」(「遊泳用プールの衛生基準」(平成 19 年 5 月 28 日付け 健発第 0528003 号厚生労働省健康局長通知別添))に従い、遊離残留塩素濃度が 0.4 mg /L から 1.0 mg/L に保たれるよう、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。
- □低年齢児が利用することの多い簡易ミニプール (ビニールプール等) も、塩素消毒が必要である。
- ・排泄が自立していない乳幼児には、個別のタライなどを用いてプール遊びを行い、他者 と水を共有しないよう配慮をする。
- □プール遊びの前後には、シャワーを用いて、汗などの汚れを落とす。排泄が自立していない乳幼児には、プール遊びの前に流水でのお尻洗いも行う。

イ)職員の衛生管理

〇 保育所において、衛生管理を行うに当たっては、施設内外の環境の維持に努める とともに、職員が清潔を保つこと、職員の衛生知識の向上に努めることが重要であ る。

- ・清潔な服装と頭髪を保つ。
- ・爪は短く切る。
- ・日々の体調管理を心がける。
- ・保育中及び保育前後に手洗いを徹底する。
- ・
 繁等の呼吸器症状が見られる場合にはマスクを着用する。
- ・発熱、 で、下痢、 嘔吐がある場合には 医療機関へ速やかに 受診する。 また、 周りへの 感染対策を 実施する。 (でエチケットについては、 8ページ 参照)
- ・感染源となり得る物(尿、糞便、吐物、血液等)の安全な処理方法を徹底する。
- ・下痢、嘔吐の症状がある、又は化膿創がある職員については、食物を直接取り扱うこと を禁止する。
- ・職員の予防接種歴、罹患歴を把握する(感受性者かどうかを確認する。)。

3. 感染症の疑い時・発生時の対応

(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、感染拡大を予防する上で重要である。
 - 登園時から保育中、退園時まで、子どもとの関わりや観察を通して、子どもの 体調を把握する。
 - 子どもの体調が悪く、いつもと違う症状等が見られる場合には、これらを的確に把握し、体調の変化等について記録する。

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、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、一人一人の子どもの健康管理という視点と集団生活における感染予防としての視点をもち、感染症対策について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、適切に対応することは、病気の重症化や合併症を防ぐことにつながります。このためには、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、活動性等について、子どもとの関わりや観察を通して把握することが必要となります。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掛けます。また、子どもの症状等を的確に把握し、体調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に気付いたときには、医務室などの別室に移動させ、体温測定などにより子どもの症状等を的確に把握し、体調の変化等について記録を 行います。
- □保護者に連絡をとり、記録をもとに症状や経過を正確に伝えるとともに、適宜、嘱託医 や看護師等に相談して指示を受けます。
- □子どもは感染症による発熱や下痢、嘔吐、咳、発しんなどの症状により不快感や不安感を抱きやすいので、「別添3 子どもの病気 ~症状に合わせた対応~」を参考にして、子どもに安心感を与えるように適切に対応します。
- □保護者に対して、地域や保育所内での感染症の発生状況等について情報提供します。また、保護者から、医療機関での受診結果を速やかに伝えてもらいます。

(2) 感染症発生時の対応

- O 感染症が発生した場合には、嘱託医等へ相談し、関係機関へ報告するとともに、 保護者への情報提供を適切に行うことが重要である。
 - 嘱託医等へ相談し、関係機関へ報告するとともに、保護者への情報提供を適切 に行う。
 - 感染拡大を防止するため、手洗いや排泄物・嘔吐物の適切な処理を徹底するとと もに、施設内を適切に消毒する。
 - 施設長の責任の下に感染症の発生状況を記録する。この際には、入所している 子どもに関する事項だけではなく、職員の健康状態についても記録する。

子どもや職員が感染症に罹患していることが判明した際には、嘱託医等へ相談し、感染症法、 自治体の条例等に定められた感染症の種類や程度に応じて、市区町村、保健所等に対して速や かに報告します。また、嘱託医、看護師等の指示を受け、保護者に対して、感染症の発症状況、 その症状・予防方法等を説明します。さらに、施設長の責任の下、子どもや職員の健康状態を 把握し、記録するとともに、二次感染予防について保健所等に関係機関に協力を依頼します。 保育所内での感染拡大防止の観点から、手洗いや排泄物・嘔吐物の適切な処理を徹底すると ともに、施設内を適切に消毒することも重要です。

- □予防接種で予防可能な感染症が発生した場合には、子どもや職員の予防接種歴・罹患歴を速やかに確認します。予防接種を必要回数受けていない子どもについては、嘱託医や 看護師等の指示を受けて、保護者に対し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説明します。
- ・麻しんや水痘のように、発生(接触)後速やかに(72時間以内に)予防接種を受けることで、発症の予防が期待できる感染症も存在します。このため、予防接種を受けていない、又は罹患したことがないなど、感受性が高いと予想される子どもについては、かかりつけ医と相談するよう、保護者に促します。
- □感染拡大防止のため、手洗い、排泄物・嘔吐物の適切な処理を徹底します。また、感染症の発生状況に対応して消毒の頻度を増やすなど、施設内を適切に消毒します。食中毒が発生した場合には、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。 この際には、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)別に記録するようにしま す。また、入所している子どもに関する事項だけでなく、職員の健康状態についても記 録することが求められます。

(3) 罹患した子どもが登園する際の対応

- 保育所では、乳幼児が長時間にわたり集団で生活する環境であることを踏まえ、 周囲への感染拡大を防止することが重要である。
- 〇 子どもの病状が回復し、保育所における集団生活に支障がないと医師により判断 されたことを、保護者を通じて確認し、登園を再開することが重要である。

保育所では、感染症に罹患した子どもができるだけ速やかに体調が回復するよう、体調不良時の迅速で適切な対応に務めるとともに、乳幼児が長時間にわたり集団で生活するため、周囲への感染拡大を防止するという観点から、学校保健安全法施行規則の出席停止の期間の基準(4ページ参照)に準じて、あらかじめ登園のめやすを確認しておく必要があります。

子どもの病状が回復し、集団生活に支障がないという診断は、身体症状やその他の検査結果等を総合的に勘案し、診察に当たった医師が医学的知見に基づいて行うものです。子どもが登園を再開する際に、このことを確認するための方法として、疾患の種類に応じて、「意見書(医師が作成)」又は「登園届(保護者が作成)」を保護者から保育所に提出することが考えられます。(参照:「別添4 医師の意見書及び保護者の登園届(参考様式)」)なお、「意見書」及び「登園届」については、一律に必要となるものではありません。これらの取扱いについては、個々の保育所で決めるのではなく、子どもの負担や医療機関の状況も考慮して、市区町村の支援の下、地域の医療機関、地区医師会・都道府県医師会、学校等と協議して決めることが大切になります。協議の結果、「意見書」及び「登園届」の提出を求めることとなった場合には、事前に保護者に十分周知することが重要です。

- □感染症に罹患した子どもが登園する際には、
 - ①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まで回復している
 - ②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 について確認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、勤務を停止すること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、施設長等と十分に相談して、従事する職務に配慮するなど適切な対応をとる必要があります。

4. 感染症対策の実施体制

保育所における感染症の予防と対策には、①子どもの年齢と予防接種の状況、②子どもの抗菌薬使用状況、③環境衛生、④食品管理、⑤施設の物理的空間と機能性、⑥子どもと職員の人数(割合)、⑦職員それぞれの衛生管理と予防接種の状況など、あらゆるものが関与します。

保育所における感染症対策の実施に当たっては、施設長のリーダーシップの下に全職員が連携・協力することが不可欠です。保育士、看護師、栄養士、調理員等の各職種の専門性を活かして、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む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とともに、保護者へ事前説明を行うことが求められます。

さらに、各保育所において、保健計画等に基づき体系的、計画的に研修を実施し、職員の感染予防に関する知識の向上及び共有に努めることが重要です。

(1) 記録の重要性

- 〇 感染予防や拡大防止の対策を迅速に講じるために、子どもの体調や症状及びその変化等を的確に記録し、園内での感染発生状況を把握することが重要である。
- 〇 家庭や地域の関係者(近隣の保育所、学校、嘱託医、設置者、行政担当者等)と連携し、記録に基づく情報を活用、共有することが重要である。

子どもの体調や症状の変化等を的確に記録し、園内での感染発生状況を速やかに把握することが重要です。この際には、発症した日の状態ばかりでなく、数日間の体調や症状の変化にも着目し、それらの記録を感染症の早期発見や病状の把握等に活用します。また、保育所における感染予防や拡大防止の対策を迅速に講じるためには、記録を整理し、有病者や罹患率のグラフを作成することや、近隣の保育所や学校の状況について情報収集し、また、嘱託医、設置者、行政の担当者等と連携をとることで、地域における感染症の発生状況を速やかに把握することも重要となります。さらに、これらの情報を、保護者に伝え子どもの健康管理等について協力を求めることや、嘱託医と共有して感染予防のための連携を図ることも重要です。

感染症に関する様々な情報の共有と活用については、以下に記載する「4 (4)関連情報の 共有と活用」を参照してください。

(2) 医療関係者の役割等

- 保育所の感染症対策には、嘱託医の積極的な参画・協力が不可欠である。
- 〇 地域の医療・保健機関と連携し、地域全体で子どもの健康と安全を守るための体制を整備することが必要である。
- 看護師が配置されている場合には、感染予防や拡大防止に当たって、子どもの回復に向けた支援や保護者への連絡・助言など、その専門性を生かした対応が図られることが重要である。

ア) 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こととされています。

保育所の感染症対策には、嘱託医の積極的な参画・協力が不可欠となります。嘱託医は、年2回以上の子ども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も総合的に指導・助言することが求められます。保育所は、嘱託医に対し、日頃の保育所での感染症対策の取組について情報提供し、また、嘱託医との間で感染症の発生やその対策について情報交換し、助言を得ます。その際、嘱託医の勤務状況等に配慮し、保育所において作成された記録を活用して的確かつ簡潔に情報提供することが大切です。また、発病者が増加した場合等には、即時に情報共有し、早期の対応につなげます。

また、保育所の感染症対策には、地域の医療・保健機関と連携して、保育所の子どもだけではなく地域全体の子どもの健康と安全を視野に入れた対策を講じることも求められます。 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も視野に入れ、スーパーバイザーとして助言を求めるなど、地域全体で子どもの健康と安全を守るための体制を整備することが必要となります。

イ) 看護師等の役割と責務

保育所保育指針(平成 29 年厚生労働省告示第 117 号)では、保育所に看護師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とされています。看護師の役割として、子どもや職員の健康管理及び保健計画を策定すること、保育における保健面での評価を行うこと、保護者からの情報を得ながら子どもの健康状態を観察評価すること、疾病等の発生時には救急的な処置等の対応を行うことが求められます。また、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、保健意識の向上に努めるとともに、保護者への連絡や助言等を行うことが望まれます。

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必要がありますが、この際に保育所の看護師がその専門性を活かして、嘱託医や地域の専門家等の意見、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、これらを保育所全体の共通認識にすることが重要です。

感染症が保育所内又は地域内で発生した場合には、看護師は、保護者に予防方法や看護方法に関する情報提供や助言を行い、発症した子どもの回復に向けて支援を行います。また、保護者に対して、登園のめやすの重要性を知らせ、守ってもらうよう説明し、感染のまん延を防ぎます。

(3) 関係機関との連携

〇 感染予防や拡大防止に関する取組、報告等については、市区町村や保健所等、地域の関係機関と連携を図ることが重要。

保育所保育指針では、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とされています。

(感染症の予防に当たっての連携)

保育所は、感染症の発生を防止するための措置等について、適宜、所管の保健所の助言、 指導を求めるとともに、密接な連携を保つことが求められまる。また、保健所と密に連絡を とり、地域における感染症の発生及び流行状況を早急に把握するよう努める必要があります。

(感染症が発生した場合の連携)

感染症が発生した場合には、嘱託医などの指示に従い、必要に応じて、市区町村、保健所等に連絡し、予防や感染拡大防止のために講じる措置について、その指示に従うことが求められます。

また、保育所や地域の感染症の発生状況等から、嘱託医が、感染症の予防上必要があり、臨時に保育所の全部又は一部を休業することが望ましいと判断した場合にも、同様に、市区町村、保健所等に連絡し、情報共有を行いながら、密接に連携し対応することが必要となります。

(感染症発生時の報告)

以下のような場合、施設長は、市区町村に対して感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を迅速に報告するとともに、保健所に報告して指示を求めるなどの措置を講ずることが求められています。(「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日付け健発第0222002号・薬食発第0222001・雇児発第0222001号・社援発第0222002号・老発第0222001号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・老健局長連名通知)参照)

- ① 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名(※)以上発生した場合
- ② 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が 10 名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- ③ 上記①及び②に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生 が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合
 - ※ 麻しん、風しんに関しては、1名でも発生した場合 風しんに関する特定感染症予防指針(平成26年厚生労働省告示第122号) 麻しんに関する特定感染症予防指針(平成19年厚生労働省告示第442号)

また、この報告を行った保育所は、その原因の究明に資するため、嘱託医や当該子どものかかりつけ医等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するよう努めること求められています。

(4) 関連情報の共有と活用

○ 感染症対策の取組を進めていく上で、国や自治体等が公表する感染症発生動向等 の情報も有用であり、これらの情報を関係者間で共有、活用することが重要。

(感染症発生動向調査(サーベイランス)等による情報の共有と活用)

厚生労働省は、昭和56年より、感染症発生動向調査(サーベイランス)を実施しています。本調査は、感染症の発生情報の正確な把握と分析、その結果の国民や医療機関への迅速な提供・公開により、感染症に対する有効かつ的確な予防・診断・治療に関する対策を図り、多様な感染症の発生及びまん延を防止することを目的としており、平成11年4月に感染症法が施行されたことに伴い、同法に基づく施策として位置付けられています。

具体的には、国立感染症研究所に設置された感染症疫学センターにおいて、感染症法第 16 条に基づき、患者情報及び病原体情報を集計し、分析評価を加えた全国情報について、週報及び月報等として作成し、都道府県等の本庁に提供するとともに、国立感染症研究所のホームページを通じて一般に公表しています。

また、各都道府県(政令市・特別区等を含む)においても、それぞれのエリアにおける、 これらの情報を適切な方法により積極的に公表していくこととされており、地域における感 染症の発生や拡大の予防に資する情報を、関係機関等の間で広く共有するための取組が進め られています。

現在、web 上で公表されている感染症対策に資する情報を、参考資料として巻末に紹介ています (参考「感染症対策に資する公表情報 (URL 等)」参照)。こうした様々な情報を必要に応じて収集し、感染症対策に活用することが重要です。

<厚生労働省ホームページ「感染症発生動向調査について」>

URL: http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115283.html

<国立感染症研究所ホームページ「感染症発生動向調査 週報 (IDWR)」>

URL : https://www.niid.go.jp/niid/ja/

(5) 子どもの健康支援の充実

〇 保育所においては、子どもの健康支援や家庭・地域との連携を促進する観点から、 感染症予防をはじめとする子どもの健康問題への対応や保健的対応を充実・向上す るよう努めることが求められる。

保育所には、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、保育所保育指針に基づき、施設長の責務の下、それぞれの職員の専門性を生かして様々な対策が講じることが求められます。日常の保育において、子どもの発達過程に即して養護と教育の両面から子どもの健康支援を行うとともに、保健計画等に沿って感染症予防をはじめとする子どもの健康管理や健康増進に関する対応の手順などを適宜作成します。さらに、こうした取組が家庭での子どもの健康管理や健康増進につながるよう、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大切です。

子どもが生涯にわたり心身ともに健康な生活を送るための基盤は、乳幼児期に形成される

ということを踏まえ、保育実践をより充実したものとしていくためには、職員全体が専門的知識・技術を習得することや組織として関係機関と連携することが重要です。子どもの健康問題への対応や保健的対応の充実・向上は、児童福祉施設としての保育所の責務であるといえます。

感染症の予防についても、常に様々な知見や情報を収集し、適切に対応するとともに、本 ガイドラインの内容を十分に理解し活用していくことが求められます。

別添1 具体的な感染症と主な対策(特に注意すべき感染症)

<目次>

- 1 医師が意見書を記載することが望ましい感染症
- (1) 麻しん(はしか)
- (2) インフルエンザ
- (3) 風しん
- (4) 水痘(水ぼうそう)
- (5) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ、ムンプス)
- (6) 結核
- (7) 咽頭結膜熱
- (8) 流行性角結膜炎
- (9) 百日咳
- (10) 腸管出血性大腸菌感染症(O157、O26、O111等)
- (11) 急性出血性結膜炎
- (12) 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)
- 2 医師の診断を受け、保護者による登園届の記載が望ましい感染症
- (13) 溶連菌感染症
- (14) マイコプラズマ肺炎
- (15) 手足口病
- (16) 伝染性紅斑 (リンゴ病)
- (17) ①ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス感染症) ②ウイルス性胃腸炎 (ロタウイルス感染症)
- (18) ヘルパンギーナ
- (19) RS ウイルス感染症
- (20) 帯状疱疹
- (21) 突発性発しん
- 3 上記1・2の他、保育所において特に適切な対応が求められる感染症
- (22) アタマジラミ症
- (23)疥癬
- (24) 伝染性軟属腫(水いぼ)
- (25) 伝染性膿痂疹(とびひ)
- (26) B型肝炎

1 医師が意見書を記載することが望ましい感染症

(1) 麻しん(はしか)

| 病原体 | 麻しんウイルス |
|-------|---|
| 潜伏期間 | 主に8-12日 |
| 症状・特徴 | 発症初期に、高熱、咳、鼻水、結膜充血、目やに等の症状がみられる。 |
| | 発熱は一時期下降傾向を示すが、再び上昇し、この頃に顔や頸部から発 |
| | しんが出現する。発しんは赤みが強く、やや盛り上がっており、徐々に |
| | 融合するが健康皮膚面を残す。やがて解熱し、発しんは色素沈着を残し |
| | て消える。肺炎、中耳炎、熱性けいれん、脳炎などを合併することがあ |
| | るため、注意が必要である。特に、肺炎と脳炎は重症である。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染、空気感染(飛沫核感染)。感染力は非常に強く、 |
| | 免疫がない場合はほぼ 100%の人が感染し、発症する。 |
| 流行状況 | 近年まで土着性の麻しんウイルス伝播により国内で年間数万一数十万 |
| | の発生数があったが、麻しん含有ワクチンの 2 回接種が定着し、最近で |
| | は海外からの輸入例に関連した小規模な集団発生のみとなり、年間発生 |
| | 数は 100-200 例程度である。 |
| | 2015 年 3 月、世界保健機関(WHO)西太平洋地域事務局により、日 |
| | 本から国内に由来する麻しんが排除されたことが認められた。しかし、 |
| | 海外ではまだ麻しんが流行している国は多い。 |
| 予防・ | 麻しん含有ワクチン接種が発症予防には極めて有効であり、定期接種 |
| 治療方法 | として、1歳と、小学校就学前1年間の間の合計2回、麻しん風しん混 |
| | 合(MR)ワクチンの接種が行われている。 |
| | 麻しん未罹患者が麻しん患者と接触した場合、接触後72時間以内に緊 |
| | 急ワクチン接種をすれば、発症を予防できる可能性がある。 |
| | 麻しんに対する有効な治療法はない。 |
| 留意すべき | 麻しんウイルスは空気感染するため、発症者の隔離などのみによる感 ************************************ |
| ح کے | 染拡大防止は困難で、ワクチンが極めて有効な予防手段である。 |
| (感染拡大 | まず、入園前に麻しん含有ワクチン接種歴を母子健康手帳で確認する。 |
| 防止策等) | 入園時にワクチン接種がすんでいるよう、1歳以上で未接種・未罹患者 |
| | には、保護者に対し、保育所に入園する前に、定期接種について周知する。 |
| | る。1歳になったらすぐに定期接種について周知する。小学校就学前1 |
| | 年の幼児には、MRワクチンの第2期接種を周知する。 |
| | 万一保育所内で麻しんが発生した場合、保健所と連携して感染拡大防力のなめの対策な謙びスースドナカトが戦号へ号のる関連策長の |
| | 止のための対策を講じる。子どもおよび職員全員の予防接種歴、罹患歴 |
| | を確認し、ワクチン未接種・未罹患者がいる場合は、嘱託医に速やかにおいる場合は、嘱託医に速やかにおいる場合は、嘱託医に速やかにおいる場合は、原発性は、原発性は、原発性は、原発性は、原発性は、原発性は、原発性は、原発性 |
| | 相談し、ワクチン緊急接種を検討するなど適切な緊急対応を取る。罹患 した子どもは、解熱した後 3 日を経過するまで登園を控えるよう保護者 |
| | |
| | に指導する。 |

(2) インフルエンザ

| インフルエンザウイルス |
|--|
| 主に 1-4 日 |
| 突然の高熱が出現し、3-4日続く。倦怠感、食欲不振、関節痛、筋肉 |
| 痛などの全身症状や、咽頭痛、鼻汁、咳などの気道症状を伴う。 |
| 通常、1 週間程度で回復するが、気管支炎、肺炎、中耳炎、熱性けい |
| れん、急性脳症などの合併症が起こることもある。 |
| 主な感染経路は飛沫感染であるが、接触感染することもある。 |
| インフルエンザウイルスは小さな変異を繰り返すため、以前にインフルエ |
| ンザに罹患したり、ワクチンを接種したりして免疫のある人でも、ウイルス |
| に変異が蓄積すると罹患する。このため、毎年冬になると、地域や学校など |
| で流行する。 |
| 予防には不活化ワクチンが使用されている。現行のインフルエンザワ |
| クチンは、接種すればインフルエンザに絶対にかからない、というもの |
| ではない。しかし、インフルエンザの発病を予防することや、発病後の |
| 重症化や死亡を予防することに関しては、一定の効果があるとされてい |
| る。 |
| インフルエンザの治療にはノイラミニダーゼ阻害剤を中心とする抗イ |
| ンフルエンザ薬が使用される。発症早期に使用した場合に、症状の早期 |
| 改善が期待される。 |
| 発病の予防や発病後の重症化の予防にあたり、大人の場合は、インフ |
| ルエンザの流行期に入る前にインフルエンザワクチンを 1 回接種してお |
| くことで一定の効果があることを職員に周知する。13歳未満の子どもは、 |
| 1 回接種よりも 2 回接種の方がより高い抗体価の上昇が得られることか |
| ら、乳幼児の場合は、流行期に入る前に、2-4週間(できるだけ 4週間) |
| の間隔をあけて 2 回の接種を済ませておくことが重要であることを保護 |
| 者等に周知する。 保育所内でインフルエンザ疑い例が発生した場合は、速やかに隔離す |
| る。同時に、全員が飛沫感染対策、接触感染対策を行う。 |
| る。 回時に、主負が飛杯窓来対象、接触窓来対象を行う。 明らかな症状のない非典型的なインフルエンザウイルス感染もあるの |
| で、インフルエンザが保育所内で流行している期間中、飛沫感染対策と |
| して、職員は全員がマスクを着用する。マスクが装着できる年齢の子ど |
| もには、インフルエンザ流行期間中のマスク着用を働きかける。 |
| 接触感染対策として、流行期間中は手洗いなどの手指衛生を励行する。 |
| 患者の唾液、痰、鼻汁などが付着した場合は、アルコールなどで消毒す |
| 5. |
| 罹患した乳幼児の登園のめやすは、「発症した後5日を経過し、かつ解 |
| 熱した後3日を経過していること」とされる。 |
| |

(3) 風しん

| 病原体 | 風しんウイルス |
|--------------------|---|
| 潜伏期間 | 主に 16-18 日 |
| 症状・特徴 | 融合傾向の少ない紅斑が、顔面、頚部から出現し、体幹、四肢へと拡 |
| | 大する。色素沈着や落屑(角質の脱落)はなく、約3日間で消えて治る。 |
| | 発熱、リンパ節腫脹を伴うことが多く、悪寒や倦怠感、眼球結膜充血な |
| | どを伴うこともある。合併症として、関節痛・関節炎、血小板減少性紫 |
| | 斑病、脳炎、溶血性貧血、肝機能障害、心筋炎などがある。感染しても |
| | 無症状であること(不顕性感染)が 30%程度ある。 |
| | 風しんについて特に知っておくべき重要なこととして、先天性風しん |
| | 症候群がある。妊娠 20 週頃までに母体が風しんウイルスに感染すると、 |
| | 胎児に感染して先天性風しん症候群を発症し、低出生体重児、白内障、 |
| | 先天性心疾患、聴力障害、小頭症、精神発達遅滞などをきたすことがあ |
| | る。 |
| 感染経路 | 主に飛沫感染。接触感染することもある。 |
| 流行状況 | 2008 年に全数届出疾患となってから大流行は起きていなかったが、 |
| | 2012年-2013年に1万人を超える全国的な大流行が発生し、45名の先 |
| | 天性風しん症候群の発生が報告された。2014年以降は大規模な流行は見 |
| | られておらず、近年の年間発生数は 200 例を下回っているが、地域的な |
| | 流行は散発的に起こっている。 |
| 予防• | 風しん含有ワクチンが有効な予防手段である。定期接種として、1歳 |
| 治療方法 | と、小学校就学前1年間の間の合計2回、麻しん風しん混合(MR)ワク |
| | チンの接種が行われている。 |
| | 風しん含有ワクチンの2回の接種による抗体の獲得率は99%とされて |
| | おり、免疫原性、安全性ともに優れている。 |
| हिंग चंद्र ी- ७ के | 風しんは通常軽症であり、自然に治る。有効な治療法はない。 |
| 留意すべき | 入園前に風しん含有ワクチン接種歴を母子健康手帳で確認する。入園 |
| こと | 時にワクチン接種がすんでいるよう、1歳以上で未接種・未罹患者には、 |
| (感染拡大 防止策等) | 保護者に対し、保育所に入園する前に、定期接種について周知する。1 歳になったらすぐに定期接種について周知する。小学校就学前 1 年の幼 |
| | 「 |
| | |
| | 発生した場合には、保健所と連携し感染拡大防止のための対策を講じ |
| | る。 風しん未罹患者やワクチン未接種者が風しん患者と接触した場合のワ |
| | |
| | クラン系高接種の予例効果は小催失 C めるが、恩果孤人的正のために美 施されることがある。 |
| | 施されることがある。 先天性風しん症候群の発生を防止するため、特に妊婦への感染防止が |
| | 重要であり、保育所などで発症があった場合は、保護者に発生を知らせ、 |
| | \pm 女、 ω //、 μ |

送迎時等の感染防止対策を保健所・嘱託医等と検討する必要がある。風 しん抗体のない妊娠中の職員に対しては、流行が終息するまで勤務形態 について考慮するなどの配慮が望まれる。

(4) 水痘(水ぼうそう)

| 病原体 | 水痘・帯状疱疹ウイルス |
|-----------|--|
| 潜伏期間 | 主に 14-16 日 |
| 症状・特徴 | 皮しんが顔面や頭部に現れ、やがて全身に拡がる。皮しんは、おおよ |
| | そ 1 週間の間に、紅斑、丘しん、水疱、膿疱、痂皮(かさぶた)の順に |
| | 変化する。これら各段階の皮しんが混在するのが特徴で、全ての皮しん |
| | が痂皮化すれば感染性はないと考えられる。 |
| | 合併症には、皮しん部分からの細菌二次感染、脳炎、小脳失調症、肺 |
| | 炎、肝炎などがある。 |
| 感染経路 | 主に気道から排泄されたウイルスの飛沫感染あるいは空気感染であ |
| | る。感染力が強く、免疫のない人はほぼ 100%が感染し、発症する。 |
| 流行状況 | 幼児期から学童前期にかけて、夏に一旦減少するが、ほぼ通年性に発 |
| | 生していた。2014年 10 月より水痘ワクチンが定期接種として使用され |
| | ており、乳幼児の患者数は減少している。 |
| 予防・ | 予防には水痘ワクチンがあり、標準的には、1回目の注射は生後 12月 |
| 治療方法 | から生後15月に達するまで、2回目の注射は、1回目の注射終了後6月 |
| | から 12 月までの間隔をあけて接種が行われている。 |
| | 水痘未罹患者が水痘患者と接触した場合、接触後72時間以内に緊急ワ |
| | クチン接種をすれば、発症を予防できる可能性がある。 |
| | 一般には予後良好な疾患であり、基礎疾患がない小児では、特に治療 |
| | しなくとも自然に治る。治療薬として抗ウイルス薬があり、重症化の可 |
| | 能性がある場合に投与される。発症後早期に治療を開始すると、臨床症 |
| 四本上 》4. | 状の早期の改善が期待される。 |
| 留意すべき | 水痘は空気感染し、感染力も非常に強く、発症者の隔離や治療などに |
| こと | よる感染拡大防止は困難である。 |
| (感染拡大 | ワクチンによる予防が有効である。入園前に水痘罹患歴やワクチン接 |
| 防止策等) | 種歴を母子健康手帳で確認する。入園時にワクチン接種がすんでいるよ う、1 歳以上で未接種・未罹患者には、保護者に対し、保育所に入園す |
| | フ、I 成以上で不接種・不惟思有には、床邊有に対し、床肓所に八園 |
| | る前に、足効接種に ラグ・C 同知する。 T 級になりたらす 、 にファブラ と 種を周知する。 |
| | 個で向加する。 保育所内で水痘が発生した場合には、在籍している子どもたちの予防 |
| | 接種歴や罹患歴を確認し、ワクチン未接種・未罹患者がいる場合は、速 |
| | やかに嘱託医に相談する。妊婦への感染の防止も重要であるため、保護 |
| | 者に発生を知らせ、送迎時等の感染防止対策を講じる。 |
| <u> </u> | 2. VIII 2. VII |

(5)流行性耳下腺炎(おたふくかぜ、ムンプス)

| 病原体 | ムンプスウイルス |
|-------------------------------|--|
| 潜伏期間 | 主に 16-18 日 |
| 症状・特徴 | 主な症状は、発熱と耳下腺・顎下腺・舌下腺の腫脹(はれ)・疼痛(いたみ)である。発熱は1-6日間続く。唾液腺腫脹は、まず片側が腫脹し、数日して反対側が腫脹することが多い。発症後1-3日にピークとなり、3-7日で消える。腫脹部位に疼痛があり、唾液の分泌により痛みが増す。発熱や耳下腺腫脹・疼痛はないこともあり、明らかな症状のない不顕性感染例が約30%存在する。不顕性感染の割合は乳児で多く、年齢とともに低下する。中枢神経系、膵臓、生殖腺(精巣や卵巣)などにも感染する。このため、無菌性髄膜炎、難聴、脳炎・脳症、精巣炎・卵巣炎などの重い合併症をきたすことがある。 |
| 感染経路 | 発症前から感染者の唾液中にウイルスが排泄され、唾液を介した飛沫 や接触により、感染する。 不顕性感染でも唾液中にウイルスが排泄されており、感染源になる。 |
| 流行状況 | 数年おきに流行を繰り返している。 |
| 予防・ 治療方法 | 日本では、生ワクチンが、乳児に対する任意予防接種として接種可能である。 流行性耳下腺炎に特異的な治療法はなく、解熱鎮痛剤や患部の冷却などの対症療法を行う。通常は 1-2 週間で治る。 |
| 留意すべき こと (感染拡大 防止策等) | 不顕性感染でも唾液中にウイルスが排泄されており、感染源になる。 したがって、発症した子どもの隔離のみでは流行性耳下腺炎の完全な拡 大防止は困難である。 保育所などの集団生活が始まる前に、罹患歴やワクチン接種歴を確認 しておくことが大切で、1歳以上の未接種・未罹患者には、集団生活開 始までに、接種可能なワクチンがあることを伝える。保育所等で流行が 発生した場合は、ワクチン未接種・未罹患者には自宅で待機してもらう ことも考慮する。 |

(6) 結核

| 病原体 | 結核菌 |
|-------|-------------------------------------|
| 潜伏期間 | 3か月-数十年。発病する場合は、感染後2年以内、特に6か月以内 |
| | に多い。 |
| 症状・特徴 | 全身の感染症だが、特に肺に病変をおこすことが多い。慢性的な発熱 |
| | (微熱)、咳、疲れやすさ、食欲不振、顔色の悪さなどが主な症状である。 |
| | 進行して菌が血液を介し全身に散布されると、呼吸困難、チアノーゼ |
| | などが認められることがある。また、髄膜炎を併発すると、高熱、頭痛、 |
| | 嘔吐、意識障害、けいれんなどがみられる。 |
| 感染経路 | 主に空気感染によって感染する。 |
| 流行状況 | 過去の感染症と思われがちであるが、日本では毎年新たに約 1.8 万人 |
| | の患者が発生している。 |
| 予防· | 生後 12 か月未満の子どもを対象に、BCG ワクチンの定期接種が実施 |
| 治療方法 | されている。標準的には、生後5月に達した時から生後8月に達するま |
| | での期間に接種が行われている。 |
| | 結核患者との接触があり、検査等を行った上で感染が疑われる場合は、 |
| | 発病を予防するために抗結核薬が投与されることがある。 |
| | 発症した場合、抗結核薬で少なくとも 6 か月間治療する。 |
| 留意すべき | 結核は空気感染するため、同じ空間にいる人は、結核菌に感染する可 |
| こと | 能性がある。 |
| (感染拡大 | 1 人でも発生したら直ちに保健所に届出を行い、保健所、嘱託医等と |
| 防止策等) | 協議しての感染拡大防止策が必要となる。 |
| | 診断された場合、登園のめやすは、「病状により嘱託医その他の医師に |
| | おいて感染のおそれがないと認められること」とされる。医師により感 |
| | 染のおそれがないと認められて以降は、抗結核薬による治療中であって |
| | も、登園は可能である。 |

(7) 咽頭結膜熱

| 病原体 | アデノウイルス |
|-------|-----------------------------------|
| 潜伏期間 | 2-14 日 |
| 症状・特徴 | 高熱、扁桃腺炎、結膜炎を主な症状とする。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染により感染が拡大する。プール熱と呼ばれること |
| | があるが、塩素消毒の不十分なプールの水を介して感染することはある |
| | ものの、むしろ接触感染が多い。 |
| 流行状況 | 発生は年間を通じてあるが、夏季に流行がみられる。幼児から学童に |
| | 好発する。 |
| 予防· | ワクチン及び有効な治療法はなく、対症療法が行われる。飛沫感染、 |
| 治療方法 | 接触感染への対策として、手洗いの励行などの一般的な予防法が大切で |
| | ある。治癒後も長時間、便中にウイルスが排泄されているため、排便後あ |
| | るいはおむつを取り替えた後の手洗いは流水、石けんで丁寧に行う。多 |
| | くは自然経過で治癒する。 |
| 留意すべき | 感染力が強いため、タオルなどの共有は厳禁である。ドアノブやスイ |
| こと | ッチなど、複数の人が触れる場所の消毒を励行する。また、アデノウイ |
| (感染拡大 | ルスは乾燥にも強いことから、保育所での流行状況にあわせて、遊具の |
| 防止策等) | 消毒が求められる。プールは塩素消毒を徹底し、発生時には、プールに |
| | 入る前におしりの洗浄を行う。 |
| | 罹患した乳幼児の登園のめやすは、「発熱等の主要症状が消失した後2 |
| | 日を経過してから」とされる。 |

(8)流行性角結膜炎

| () / // / / / | 工戶和庆久 |
|----------------|----------------------------------|
| 病原体 | アデノウイルス |
| 潜伏期間 | 2-14 日 |
| 症状・特徴 | 目が充血し、目やにが出て、幼児では目に膜が張ることもある。片側 |
| | で発症し、他側にうつることがある。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染。塩素消毒の不十分なプールの水や、タオルなど |
| | を介して感染することもある。 |
| 流行状況 | 発生は年間を通じてあるが、夏季に流行がみられる。 |
| 予防・ | ワクチン及び有効な治療法はなく、対症療法が行われる。飛沫感染、 |
| 治療方法 | 接触感染への対策として、手洗いの励行などの一般的な予防法が大切で |
| | ある。多くは自然経過で治癒する。 |
| 留意すべき | 感染力が強いため、タオルなどの共有は厳禁である。ドアノブやスイ |
| こと | ッチなど、複数の人が触れる場所の消毒を励行する。また、アデノウイ |
| (感染拡大 | ルスは乾燥にも強いことから、保育所での流行状況にあわせて、遊具の |
| 防止策等) | 消毒が求められる。プールは塩素消毒を徹底し、発生時には、プールに |
| | 入る前におしりの洗浄を行う。 |
| | 罹患した乳幼児の登園のめやすは、「医師において感染のおそれがない |
| | と認められること」とされる。 |

(9)百日咳

| 病原体 | 百日咳菌 |
|-------|--|
| 潜伏期間 | 主に 7-10 日 |
| 症状・特徴 | コンコンと咳き込んだ後、ヒューという笛を吹くような音を立てて息 |
| | を吸う、特有な咳が特徴で、連続性・発作性の咳が、長期に続く。夜間眠 |
| | れないほどの咳がみられることや、咳とともに嘔吐することもある。 |
| | 生後3か月未満の乳児では、呼吸ができなくなる発作(無呼吸発作)、 |
| | 肺炎、中耳炎、脳症などの合併症も起こりやすく、突然死の一因とも考 |
| | えられている。 |
| | 年長児以降では、咳の長引くかぜと思われることも少なくない。思春 |
| | 期、成人の発症も多く、感染源となる。 |
| | 多くは適切な抗菌薬による治療によって排菌は抑えられるが、咳だけ bx E ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## # |
| | は長期間続く。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染によって感染が拡大する。 |
| 流行状況 | 1年を通じてみられるが、春から夏に多い傾向がある。 |
| 予防· | 定期接種として、生後3月から90月に至るまでの間に沈降精製百日咳 |
| 治療方法 | ジフテリア破傷風不活化ポリオ混合(DPT-IPV)ワクチン(4 種混合ワ |
| | クチン)の4回接種が行われている。標準的には、生後3月から12月に、 |
| | 20 日から 56 日までの間隔をおいて 3 回の接種が行われ、3 回目の接種 |
| | から12月から18月までの間隔をおいて1回の追加接種が行われている。 |
| | 飛沫感染、接触感染への対策として、一般的な予防法の励行が大切で、 |
| | 呼吸器症状のある年長児や成人は、0歳児と接触しないようにする。 |
| F-1 | 発症した場合は抗菌薬を投与する。 |
| 留意すべき | 咳が出ている子どもには、マスクの着用を促す。その他、飛沫感染へ |
| | の対策として、周囲の子どもや保育士等にも手洗いや咳エチケットの励 |
| (感染拡大 | 行を促す。 |
| 防止策等) | 診断された場合、特有な咳が消失したら、または5日間の適正な抗菌 変による治療が終了したら、発展が可能である |
| | 薬による治療が終了したら、登園が可能である。 |
| | |

(10) 腸管出血性大腸菌感染症 (0157、026、0111等)

| 病原体 | ベロ毒素を産生する大腸菌(O157、O26、O111 等) |
|-------|---|
| 潜伏期間 | ほとんどの大腸菌が主に 10 時間-6 日。O157 は主に 3-4 日。 |
| 症状・特徴 | 無症状の場合もあるが、多くは水様下痢便、腹痛、血便を来す。一部 |
| | に、尿量が減り、出血しやすくなり、意識障害を来す溶血性尿毒症症候 |
| | 群を合併し、重症化する場合がある。 |
| 感染経路 | 菌に汚染された生肉や加熱が不十分な肉、菌が付着した飲食物からの |
| | 経口感染、接触感染によって感染する。 |
| 流行状況 | 毎年 3,000-4,000 人の報告がある。夏に多発する。日本では、1997 |
| | 年に学童を中心とした集団感染がみられ、死亡例も出た。また、2011年 |
| | に生レバーによる感染、2012年には菌に汚染された漬物による感染、 |
| | 2014年には菌に汚染された野菜による感染が報告された。保育所では毎 |
| | 年、複数の集団発生が報告されている。 |
| 予防· | ワクチンは開発されていない。経口感染、接触感染するため、肉類は |
| 治療方法 | 十分に加熱すること、肉類と調理した調理器具で生食の食品を扱わない |
| | こと、手洗いを徹底することなどが大切である。 |
| | 発症した場合、下痢、腹痛、脱水に対しては水分補給、補液(点滴) |
| | などを行う。抗菌薬は時に症状を悪化させることもあり、慎重に使うな |
| | どの方針が決められている。 |
| 留意すべき | 患者発生時には速やかに保健所に届け、指示に従い消毒を徹底すると |
| こと | ともに、連携して感染拡大防止のための対策を講じる。 |
| (感染拡大 | 発症した場合、医師において感染のおそれがないと認められるまで登 |
| 防止策等) | 園を控える。5 歳未満の子どもでは、 2 回以上連続で便から菌が検出さ |
| | れなければ登園可能である。 |
| | 無症状の病原体保有者の場合、トイレでの排泄習慣が確立している 5 |
| | 歳以上の子どもは登園を控える必要はない。5歳未満の子どもでは、2回 |
| | 以上連続で便から菌が検出されなくなり、全身状態が良好であれば、登 |
| | 園可能である。 |
| | 手洗い等の一般的な予防法の励行とプールの水の適切な濃度での塩素 |
| | 消毒、食品の取扱いの注意を徹底する。 |

(11)急性出血性結膜炎

| 病原体 | エンテロウイルス |
|-------|------------------------------------|
| 潜伏期間 | ウイルスの種類によって、平均24時間、2-3日と期間に差がある。 |
| 症状・特徴 | 強い目の痛み、目の結膜(白眼の部分)の充血、結膜下出血が生じる。 |
| | 目やに、角膜の混濁などがみられる。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染により感染する。ウイルスは咳や鼻汁から 1-2 週 |
| | 間排出される。 |
| 予防· | ワクチンは開発されていない。目やに、分泌物に触れないことと手洗 |
| 治療方法 | いの励行により、接触感染を予防する。洗面具やタオル等の共用はしな |
| | ٧٠° |
| | 発症した場合、有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。 |
| 留意すべき | |
| こと | 目の症状が軽減してからも感染力の残る場合があり、登園のめやすは |
| (感染拡大 | 「医師により感染の恐れがないと認められること」とされる。登園を再 |
| 防止策等) | 開した後も、手洗いを励行する。 |
| | |

(12) 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)

| 病原体 | 髄膜炎菌 |
|-------|---|
| 潜伏期間 | 主に4日以内 |
| 症状・特徴 | 発熱、頭痛、嘔吐を主な症状とし、時に急速に重症化する。劇症例は |
| | 紫斑を伴いショックに陥り、致命率は10%、回復した場合でも10-20% |
| | に難聴、まひ、てんかんなどの後遺症が残る。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染により感染する。有効な治療を開始して 24 時間経 |
| | 過するまでは感染源となる。 |
| 流行状況 | アフリカ諸国では流行的に、先進国でも散発的に発生する。2011年に |
| | は日本でも高校生の寮で集団発生し、1 人が死亡した。乳幼児期、思春 |
| | 期に好発する。 |
| 予防· | 2015年から、国内でも2歳以上で任意接種として髄膜炎菌ワクチン(4 |
| 治療方法 | 価:A/C/Y/W 群)が使用可能となった。 |
| | 患者と接触したり、歯ブラシや食事用具の共有等による唾液の接触が |
| | あったりした人や、同じ住居でしばしば寝食を共にした人は、患者が診 |
| | 断を受けた 24 時間以内に抗菌薬の予防投与を受けることが推奨される。 |
| | 治療方法としては、抗菌薬を用いる。 |
| 留意すべき | |
| こと | │ │ 登園のめやすは、「症状により、嘱託医その他の医師において感染の恐 |
| (感染拡大 | れがないと認められること」とされる。 |
| 防止策等) | 4 0 M 1 名 V 1 C PIC W 1 0 A 0 C C C C A 0 O O O |
| | |

2 医師の診断を受け、保護者による登園届の記載が望ましい感染症

(13) 溶連菌感染症

| 病原体 | A 群溶血性レンサ球菌 |
|-------|--------------------------------------|
| 潜伏期間 | 2-5日。膿痂疹(とびひ)では $7-10$ 日。 |
| 症状・特徴 | 扁桃炎、伝染性膿痂疹(とびひ)、中耳炎、肺炎、化膿性関節炎、骨髄 |
| | 炎、髄膜炎など、様々な症状を呈する。 |
| | 扁桃炎では、発熱、のどの痛みや腫れ、化膿、リンパ節炎が生じる。 |
| | 舌が苺状に赤く腫れ、全身に鮮紅色の発しんが出て、それがおさまった |
| | 後、指の皮がむけることがある (落屑)。 伝染性膿痂疹は水疱から始まり、 |
| | 化膿したり、かさぶたを作ったりする。 |
| | 適切に治療すれば後遺症なく治癒するが、治療が不十分な場合は、発 |
| | 症数週間後にリウマチ熱、腎炎などを合併することがある。まれながら、 |
| | ショックにいたる劇症型もある。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染によって感染が拡大する。食品を介する経口感染 |
| | もある。 |
| 流行状況 | 毎年、冬および春から初夏にかけて2 つの発症ピークがある。健康保 |
| | 菌者が 15-30%いると報告されているが、健康保菌者からの感染はまれ |
| | と考えられている。 |
| 予防• | ワクチンは開発されていない。飛沫感染、接触感染の予防として、一 |
| 治療方法 | 般的な予防法の励行が大切である。 |
| | 適切な抗菌薬によって多くが後遺症なく治癒する。ただし、症状が治 |
| | まっても、合併症予防のため、決められた期間、抗菌薬を飲み続けるこ |
| | とが必要である。 |
| 留意すべき | |
| ے کے | 適切な抗菌薬による治療開始後 24 時間以内に感染力はなくなるため、 |
| (感染拡大 | それ以降、登園は可能である。 |
| 防止策等) | 20.55444 <u>me</u> rice 300 00 |
| | |

(14) マイコプラズマ肺炎

| 病原体 | 肺炎マイコプラズマ |
|-------|-----------------------------------|
| 潜伏期間 | 2-3 週 |
| 症状・特徴 | 咳を主症状とし、肺炎をおこす感染症である。学童期以降に多いが、 |
| | 幼児にもみられる。 |
| | 咳、発熱、頭痛などのかぜ症状がゆっくり進行する。特に咳は徐々に |
| | 激しくなり、数週間におよぶこともある。中耳炎や発しんなどを伴うこ |
| | ともあり、重症化することもある。 |
| 感染経路 | 飛沫感染によって感染が拡大する。家族内感染や再感染も多くみられ |
| | る。 |
| 流行状況 | 夏から秋に多い傾向がある。日本では、従来4年周期でオリンピック |
| | のある年に流行を繰り返してきたが、近年この傾向は崩れつつあり、毎 |
| | 年、一定の発生がみられている。 |
| 予防· | ワクチンは開発されていない。飛沫感染の予防として、一般的な予防 |
| 治療方法 | 法の励行が大切である。 |
| | 発症した場合、抗菌薬を投与する。近年、耐性菌が増えており、症状 |
| | が長引くこともあるが、多くは治療によって、もしくは自然経過で治る。 |
| 留意すべき | |
| こと | 咳が出ている子どもには、マスクの着用を促す。その他、飛沫感染の |
| (感染拡大 | 予防としての一般的な予防法として、手洗いを励行する。 |
| 防止策等) | 症状が改善し、全身状態がよい場合は登園可能である。 |
| | |

(15) 手足口病

| , | |
|---------------|--|
| 病原体 | コクサッキーウイルス A16、A10、A6、エンテロウイルス 71 等(原因 |
| | ウイルスは複数あるため、何度でもかかる) |
| 潜伏期間 | 3-6 日 |
| 症状・特徴 | 口腔粘膜と手足の末端に水疱性発しんを生じる。発熱とのどの痛みを |
| | 伴う水疱が口腔内にでき、唾液が増え、手・足末端やおしりなどに水疱 |
| | がみられるのが特徴である。コクサッキーウイルス A6 による手足口病で |
| | は、水痘と間違えられるほどの発しんが出たり、爪がはがれたりするこ |
| | ともある。 |
| | 無菌性髄膜炎を合併することがあり、発熱、頭痛、嘔吐を認める。ま |
| | れながら脳炎を合併して、けいれんや意識障害をおこすこともある。 |
| | 多くは、3-7日の自然経過で治る。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染、経口感染によって感染が拡大する。ウイルスは |
| | 飛沫や鼻汁から 1-2 週間、便からは数週-数か月間、排泄される。 |
| 流行状況 | 春から夏に流行する。 |
| 予防・ | ワクチンは開発されていない。飛沫感染、接触感染、経口感染への対 |
| 治療方法 | 策として、一般的な予防法の励行が大切である。 |
| | 有効な治療法はないが、多くは自然経過で治る。 |
| 留意すべき | 流行阻止を目的として登園を控えることは有効性が低く、またウイル |
| こと | ス排出期間が長いことからも現実的ではない。発熱やのどの痛み、下痢 |
| (感染拡大 | のある場合や食べ物が食べられない場合は登園を控えてもらい、本人の |
| 防止策等) | 全身状態が安定してから登園を再開する。ただし、その後も排便後やお |
| | むつ交換後は手洗いを徹底する。 |

(16) 伝染性紅斑 (リンゴ病)

| | 未注礼班(リノコ柄) |
|-------|--------------------------------------|
| 病原体 | ヒトパルボウイルス B19 |
| 潜伏期間 | 主に 4-14 日 |
| 症状・特徴 | 感染後 5-10 日に数日間のウイルス血症を生じ、この時期に発熱、倦 |
| | 怠感、頭痛、筋肉痛などの軽微な症状がみられる。その後、両側頬部に |
| | 孤立性淡紅色斑丘しんが現われ、3-4日のうちに融合して蝶翼状の紅斑 |
| | となるため、俗にりんご病と呼ばれる。四肢の発しんは、典型的には網 |
| | 目状、レース様あるいは大理石紋様と称される。発しんは 1-2 週間続く。 |
| | 成人の場合、合併症として関節痛を伴うことが多い。その他、心筋炎、 |
| | 急性脳炎・脳症、先天性溶血性疾患(遺伝性球状赤血球症など)での無 |
| | 形成発作(重症の貧血発作に伴い、血小板や白血球なども一緒に減少す |
| | る)などの重篤な合併症を伴うことがある。 |
| | 母体が妊娠中(特に胎児造血が盛んな妊娠前半期に多い)にヒトパル |
| | ボウイルス B19 に感染すると、ウイルスは胎盤を経て胎児に感染する。 |
| | 胎児は約10%が流産や死産となり、約20%が重症の貧血状態となり、全 |
| | 身に浮腫をきたす胎児水腫になる。 |
| | 顕性感染率は小児期には80-90%だが、成人では40%程度に低下する |
| | ため、感染に気付かれていない場合がある。 |
| 感染経路 | 主に飛沫感染。 |
| 流行状況 | 秋から春にかけて流行するが、最近は夏にも散発している。流行の周 |
| | 期は、かつては 7-10 年間隔の大流行であったが、現在は地域ごとに約 |
| | 5年周期の小流行がみられる。 |
| 予防・ | ワクチンは開発されていない。伝染性紅斑に対する特異的な治療はな |
| 治療方法 | い。基本的には自然に治る予後良好な疾患である。 |
| 留意すべき | 発しんが出現する前は、ウイルス血症(ウイルスが血液中に存在して |
| こと | いる状態)を起こしている時期であり、最も感染力が強い。発しんが出 |
| (感染拡大 | 現する時期には抗体が産生されており、感染の危険性はない。したがっ |
| 防止策等) | て、発しん出現後に隔離しても、感染拡大を防止できない。 |
| | 妊婦への感染防止が重要である。わが国における成人の抗体保有率は |
| | 20-50%であり、妊婦の半数以上は免疫を持たないため、感染する危険 |
| | 性がある。保育所などで発症があった場合は、保護者に発生を知らせ、 |
| | 送迎時等の感染防止の対策を講じる必要がある。妊娠している職員は流 |
| | 行が終息するまで休ませるなどの配慮が必要である。 |
| L. | |

(17) ①ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス感染症)

| 病原体 | ノロウイルス |
|-------|---------------------------------------|
| 潜伏期間 | 12-48 時間 |
| 症状・特徴 | 流行性嘔吐下痢症の原因となる感染症である。嘔吐と下痢が主症状で |
| | あり、脱水を合併することがある。乳幼児のみならず、学童、成人にも |
| | 多くみられ、再感染もまれではない。多くは1-3日で治る。 |
| 感染経路 | 経口感染、飛沫感染、接触感染によって感染が拡大する。 |
| | 不十分な汚物処理で容易に集団感染を引き起こす。ウイルスに感染し |
| | た調理者を介して食品が汚染されたことによる食中毒が多く起きてい |
| | る。 |
| | 便中に多くのウイルスが排出されている。嘔吐物の中にも多量のウイ |
| | ルスが含まれている。感染力が強く、乾燥してエアロゾル化した嘔吐物 |
| | からは空気感染(塵埃(じんあい)感染)も発生しうる。 |
| 流行状況 | 一年を通じ発生するが、特に秋から冬に流行する。感染力が強く、100 |
| | 個以下という少量のウイルスでも、人に感染し発病する。患者の嘔吐物 |
| | や糞便には 1 グラムあたり 100 万-10 億個ものウイルスが含まれて |
| | いると言われている。 |
| 予防・ | ワクチンの開発は行われているが、現在使用可能なものはない。経口 |
| 治療方法 | 感染、接触感染、空気感染(塵埃感染)対策の励行と迅速な対応が必要 |
| | である。 |
| | 特異的な治療法はなく、下痢、腹痛、脱水に対して水分補給、補液な |
| | どを行う。 |
| 留意すべき | ウイルスが含まれた水や食物、手を介して、または処理をしていない |
| こと | 嘔吐物などが乾燥して空気中に舞い上がり感染することもあるため、流 |
| (感染拡大 | 水での手洗いを徹底するとともに嘔吐・下痢を認めた時の処理手順を職 |
| 防止策等) | 員間で共有し、迅速に予防のための対応をとることが大切である(嘔吐・ |
| | 下痢の際の処理に関しては別添3の⑥を参照)。 |
| | 加熱が必要な食品は、中心部までしっかり加熱する。 |
| | 流行期は、前日に嘔吐していた子どもの登園は控えてもらうように保 |
| | 護者に伝える。下痢、嘔吐症状が消失した後、全身状態のよい者は登園 |
| | 可能であるが、ウイルスは便中に3週間以上排出されることがあるため、 |
| | 排便後やおむつ交換後は手洗いを徹底する。 |

(17)②ウイルス性胃腸炎(ロタウイルス感染症)

| 病原体 | ロタウイルス |
|-------|-------------------------------------|
| 潜伏期間 | 1-3 日 |
| 症状・特徴 | 流行性嘔吐下痢症をおこす感染症である。5 歳までの間にほぼ全ての |
| | 子どもが感染する。 |
| | 嘔吐と下痢が主症状であり、しばしば白色便となる。脱水がひどくな |
| | ったり、けいれんを認めたりして入院を要することがしばしばある。ま |
| | れながら脳症を合併して、けいれんや意識障害を来すこともある。多く |
| | は 2-7 日で治癒する。 |
| 感染経路 | 経口感染、接触感染、飛沫感染によって感染が拡大する。患者の便に |
| | は多量のウイルスが含まれており、10-100 個程度の少ないウイルス量 |
| | でも感染する。たとえ十分に手洗いをしても、手や爪に多数のウイルス |
| | が残っていることがある。 |
| 流行状況 | 冬から春に流行する。日本の患者数は年間 80 万人ぐらいで、そのうち |
| | 2-8万人が入院し、10人前後が死亡している。何度でも罹患するが、初 |
| | 感染の時が最も重症化しやすい。 |
| 予防· | 日本では、経口生ワクチンが、乳児に対する任意予防接種として接種 |
| 治療方法 | 可能である。 |
| | 経口感染、接触感染、飛沫感染の対策として、一般的な予防法の励行 |
| | が大切である。 |
| | 特異的な治療法はなく、下痢、腹痛、脱水に対して水分補給、補液(点 |
| | 滴)などを行う。 |
| 留意すべき | 非常に感染力が強いため、保育所内で患者が発生した場合は、便の感 |
| こと | 染予防処理、石鹸を用いた流水での手洗いを徹底する。 |
| (感染拡大 | 下痢、嘔吐症状が消失した後、全身状態のよい者は登園可能であるが、 |
| 防止策等) | ウイルスは便に 3 週間以上排泄されることがあるため、排便後やおむつ |
| | 交換後には手洗いを徹底する。 |

(18) ヘルパンギーナ

| 病原体 | 主としてコクサッキーウイルス(原因ウイルスは複数あるため、何度 |
|-------|-----------------------------------|
| | もかかる) |
| 潜伏期間 | 3-6 日 |
| 症状・特徴 | 高熱、のどの痛みから始まる。咽頭に赤い粘膜しんがみられ、次に水 |
| | 疱となり、間もなく潰瘍となる。高熱は数日続く。熱性けいれんを合併 |
| | することがある。 |
| | 無菌性髄膜炎を合併することがあり、発熱、頭痛、嘔吐を認める。ま |
| | れながら脳炎を合併して、けいれんや意識障害をおこすこともある。 |
| | 多くは2-4日の自然経過で解熱し、治癒する。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染、経口感染によって感染が拡大する。ウイルスは |
| | 飛沫や鼻汁から 1-2 週間、便からは数週-数か月間、排泄される。 |
| 流行状況 | 春から夏に流行する。 |
| 予防・ | ワクチンは開発されていない。飛沫感染、接触感染、経口感染の対策 |
| 治療方法 | として、一般的な予防法の励行が大切である。 |
| | 有効な治療法はないが、多くは自然経過で治癒する。 |
| 留意すべき | 流行阻止を目的として登園を控えることは有効性が低く、またウイル |
| こと | ス排泄期間が長いことからも現実的ではない。発熱やのどの痛み、下痢 |
| (感染拡大 | のある期間は登園を控えてもらい、本人の全身状態が安定してから登園 |
| 防止策等) | を再開する。ただし、その後も排便後やおむつ交換後は手洗いを徹底す |
| | る。 |

(19) RS ウイルス感染症

| 病原体 | RS ウイルス |
|--------|-----------------------------------|
| 潜伏期間 | 主に 4-6 日 |
| 症状・特徴 | 呼吸器感染症で、乳幼児期に初感染した場合の症状が重く、特に生後6 |
| | か月未満の乳児では重症呼吸器感染症をおこし、入院管理が必要になる |
| | 場合も少なくない。 |
| | 一度かかっても十分な免疫が得られず何度もかかるが、再感染や再々 |
| | 感染では徐々に症状が軽くなる。通常、大人では鼻炎程度の軽い感冒症 |
| | 状を呈する。 |
| 感染経路 | 飛沫感染、接触感染で感染が拡大する。2 歳以上で再罹患、再々罹患 |
| | した場合には軽い咳や鼻汁程度であり、保育所に平常時と変わらず通っ |
| | ている場合がある。また、保護者や職員が感染することもある。そうし |
| | た場合、これらの人が感染源となって、周囲に感染を拡大させることも |
| | ある。 |
| 流行状況 | 毎年、主に秋から冬にかけて流行する。しかし、最近では夏季にも小 |
| | 流行があり、注意が必要である。 |
| 予防• | ワクチンや抗ウイルス薬の開発がすすめられているが、まだ実用化さ |
| 治療方法 | れていない。 |
| | 遺伝子組み換え技術を用いた RS ウイルスに対するモノクロナール抗 |
| | 体(パリビズマブ)には感染予防効果があり、早産児、新生児慢性肺疾 |
| | 患、先天性心疾患、免疫不全等の基礎疾患を有する乳幼児等に対し、RS |
| | ウイルス感染症の流行期に毎月筋肉内投与される。 |
| | 特異的な治療法は確立されていない。 |
| 留意すべき | 流行状況を常に把握しておくことが重要である。 |
| ے ک | 流行期、保育所では0歳児と1歳以上のクラスは互いに接触しないよ |
| (感染拡大 | う離しておき、互いの交流は制限する。特に、呼吸器症状がある年長児 |
| 防止策等) | が乳児に接触するのは避ける。 |
| | 飛沫感染対策として、咳エチケットを徹底する。接触感染対策の基本 |
| | である手洗いを励行し、手指の衛生を図る。保育環境を清潔に保つ。 |

(20)帯状疱疹

| 病原体 | 水痘・帯状疱疹ウイルス(VZV) |
|-------|--------------------------------------|
| 潜伏期間 | 不定 |
| 症状・特徴 | 水痘に感染した患者は、神経節(脊髄後根神経節や脳神経節)にウイ |
| | ルスが潜伏感染していて、免疫能の低下やストレス、加齢などをきっか |
| | けとして、神経の支配領域にそった形で片側性(正中を越えない)に発 |
| | 症することがある。 |
| | 数日の軽度の痛みや違和感(子どもの場合ははっきりしない)、そして |
| | 場合によっては痒みがあり、その後、紅斑上に多数の水疱が集まる。日 |
| | が経つと膿疱や血疱、びらんになることもある。発熱はほとんどない。 |
| | 通常 1 週間で痂疲(かさぶた)化して治癒する。子どもの場合、痛み |
| | は大人ほどではなく、多くは痛み止めの内服は不要である。皮しん部に |
| | 跡が残ることがある。 |
| 感染経路 | 母体が妊娠 20 週ー分娩の 21 日前までに水痘に罹患すると、子どもが |
| | 帯状疱疹を発症することがある。 |
| | 一度水痘になった子どもは、ウイルスを神経節に持っているので、帯 |
| | 状疱疹を発症する可能性がある。水痘ワクチン接種後に発病することも |
| | あるが、頻度は低い。ワクチン接種の前後に気が付かないうちに自然感 |
| | 染していて、その後、発病する場合がある。 |
| 予防・ | 内服薬と外用薬がある。痛みがある場合、患部を温めると痛みが和ら |
| 治療方法 | ं. |
| 留意すべき | 水痘ワクチン未接種で水痘罹患歴のない人が帯状疱疹の患者に接触す |
| こと | ると水痘にかかる可能性があるため、まわりの子どもや保護者、保育士 |
| (感染拡大 | などに周知する。 |
| 防止策等) | 皮しんが痂疲(かさぶた)になると、感染の可能性は無くなるので、 |
| | 登園可能である。 |
| | 妊婦はなるべく患児に近づかないようにする。 |
| | シャワーは可能である。かさぶたになったら入浴も可能である。 |
| | 保育士や保育所職員が水痘や帯状疱疹に罹患した場合は、全ての皮し |
| | んがかさぶたになるまで保育を控えることが重要である。なお、日本小 |
| | 児科学会では、こうした場合、水痘未感染や水痘ワクチン未接種の子ど |
| | もについては早期(72時間以内)に水痘ワクチン接種をすることを勧め |
| | ている。 |

(21) 突発性発しん

| 病原体 | ヒトヘルペスウイルス 6B、ヒトヘルペスウイルス 7 |
|-------|-----------------------------------|
| 潜伏期間 | 9-10 日 |
| 症状・特徴 | 生後6か月-2歳に好発する。3日間程度の高熱の後、解熱とともに紅 |
| | 斑が出現し、数日で消えてなくなるという特徴的な経過から臨床診断さ |
| | れる。 |
| | 自然に治癒する比較的軽症の疾患であるが、熱性けいれん、脳炎・脳 |
| | 症、肝炎などを合併することがある。 |
| | ヒトヘルペスウイルス 7 の初感染でも突発性発しんの臨床経過を呈す |
| | ることがあるが、この場合は生後2-4歳頃に多いとされている。 |
| 感染経路 | ウイルスは、多くの子ども・成人の唾液等に常時排泄されているため、 |
| | 母親から移行した抗体が消失する乳児期後半以降に、保護者や同胞等の |
| | 唾液等から感染すると考えられている。 |
| 流行状況 | 乳児同士の間での感染は少ない。地域的・季節的な流行は見られず、 |
| | 年間を通してほぼ同じような発生がある。 |
| 予防• | ワクチンは開発されていない。通常は自然に治る疾患で、特異的な治 |
| 治療方法 | 療薬を必要としない。 |
| 留意すべき | 多くは乳幼児期に感染し、発熱で気付かれる。その前後の気道分泌物 |
| こと | 中にウイルスが含まれるので、飛沫、鼻汁、唾液等には感染性があると |
| (感染拡大 | 考えられる。通常は保護者や同胞等の唾液等から感染するが、免疫のな |
| 防止策等) | い子どもが感染した子どもの分泌物に接触した場合には、感染する可能 |
| | 性がある。 |
| | 子どもに高熱がある場合は、発熱のある間、通常の標準的感染予防策 |
| | と接触感染予防策を行う。 |
| | 解熱し発しんが出現して診断がつくころにはウイルスの排泄はなくな |
| | るため、全身状態が良好であれば登園が可能である。 |

3 上記1・2の他、保育所において特に適切な対応が求められる感染症

(22)アタマジラミ症

| 病原体 | アタマジラミ (2-4mm の少し透けた灰色の細長い3対の足をもつ。約 |
|----------|---|
| | 4週間生きている。卵は 0.5 mmの大きさで乳白色。約 7 日で孵化する。) |
| 潜伏期間 | 10-30 日。卵は約7日で孵化 |
| 症状・特徴 | 卵は頭髪の根元近くにあり、毛に固く付着して白くみえる。フケのよ |
| | うにも見えるが、卵の場合は指でつまんでも容易には動かない。成虫は |
| | 頭髪の根元近くで活動している。 |
| | 雌雄の成虫、幼虫が1日2回以上頭皮から吸血する。毎日の吸血によ |
| | って3-4週間後に頭皮に痒みがでてくる。時に引っかくことによって二 |
| | 次感染もおきる。 |
| 感染経路 | 頭髪の直接的な接触、体や頭の寄せ合いにより感染する。その他寝具、 |
| | タオル、マフラー、帽子、水泳帽、クシ、ブラシ、ヘアゴム、体育マッ |
| | ト、ロッカー共用などでの感染がある。集団での就寝、添い寝、混雑し |
| | たバス・電車なども注意を要する。 |
| | スイミングスクールなどの習い事、銭湯などの公共施設での感染があ |
| | る。 |
| 予防・ | 感染が確認された場合、昼寝は子どもの頭と頭が接しないように、布 |
| 治療方法 | 団を離したり、頭を交互にしたりするなど工夫する。 |
| | 一般に、薬局で市販されている薬として、フェノトリン(スミスリン®) |
| | シャンプーあるいはフェノトリンパウダーがある。フェノトリン以外に |
| | |
| | 日本ではアタマジラミ症に効果のある薬はないが、地域によってはほと |
| | んどのシラミがフェノトリン抵抗性(耐性)になっている。 |
| | んどのシラミがフェノトリン抵抗性(耐性)になっている。 目の細かいクシで毎日丁寧に頭髪の根元からすいて、シラミや卵を取 |
| | んどのシラミがフェノトリン抵抗性(耐性)になっている。 目の細かいクシで毎日丁寧に頭髪の根元からすいて、シラミや卵を取り除く。毎日シャンプーをする。卵はクシをこまめに使うことで取れて |
| | んどのシラミがフェノトリン抵抗性(耐性)になっている。 目の細かいクシで毎日丁寧に頭髪の根元からすいて、シラミや卵を取り除く。毎日シャンプーをする。卵はクシをこまめに使うことで取れてくる。クシで頭髪の根元から頻繁に丁寧にすくことが大切である。頭髪 |
| | んどのシラミがフェノトリン抵抗性(耐性)になっている。 目の細かいクシで毎日丁寧に頭髪の根元からすいて、シラミや卵を取り除く。毎日シャンプーをする。卵はクシをこまめに使うことで取れて |
| 留意すべき | んどのシラミがフェノトリン抵抗性(耐性)になっている。 目の細かいクシで毎日丁寧に頭髪の根元からすいて、シラミや卵を取り除く。毎日シャンプーをする。卵はクシをこまめに使うことで取れてくる。クシで頭髪の根元から頻繁に丁寧にすくことが大切である。頭髪を短くしたりする必要はない。 |
| こと | んどのシラミがフェノトリン抵抗性(耐性)になっている。 目の細かいクシで毎日丁寧に頭髪の根元からすいて、シラミや卵を取り除く。毎日シャンプーをする。卵はクシをこまめに使うことで取れてくる。クシで頭髪の根元から頻繁に丁寧にすくことが大切である。頭髪を短くしたりする必要はない。 周囲の感染者を一斉に治療することが勧められる。 |
| こと (感染拡大 | んどのシラミがフェノトリン抵抗性(耐性)になっている。 目の細かいクシで毎日丁寧に頭髪の根元からすいて、シラミや卵を取り除く。毎日シャンプーをする。卵はクシをこまめに使うことで取れてくる。クシで頭髪の根元から頻繁に丁寧にすくことが大切である。頭髪を短くしたりする必要はない。 周囲の感染者を一斉に治療することが勧められる。 流行状況を常に把握しておくことが重要である。 |
| こと | んどのシラミがフェノトリン抵抗性(耐性)になっている。 目の細かいクシで毎日丁寧に頭髪の根元からすいて、シラミや卵を取り除く。毎日シャンプーをする。卵はクシをこまめに使うことで取れてくる。クシで頭髪の根元から頻繁に丁寧にすくことが大切である。頭髪を短くしたりする必要はない。 周囲の感染者を一斉に治療することが勧められる。 |

(23)疥癬

| 病原体 | ヒゼンダニ(雌成虫は 0.4mm。皮膚の一番浅い所(角層)に寄生する。 |
|-------|-------------------------------------|
| | 低温や乾燥に弱く、ヒトの体を離れると弱る。拡大鏡などで確認するこ |
| | ともできる) |
| 潜伏期間 | 約1か月(感染してから皮しん、痒みが出現するまでの期間) |
| 症状・特徴 | 痒みの強い発しん(丘しん、水疱、膿疱、結節(しこり)など)がで |
| | きる。手足などには線状の隆起した皮しん(疥癬トンネル)もみられる。 |
| | 男児では陰部に結節(しこり)ができることがある。体などには丘しん |
| | ができる。痒みは夜間に強くなる。疥癬はアトピー性皮膚炎や他の湿し |
| | んなどとの区別が難しいことがある。 |
| 感染経路 | ヒトからヒトに感染する。リネン類や布団の共用(午睡時、寝具が隙 |
| | 間なく敷き詰められている)などでうつることもある。 |
| | 一緒に寝たり、授乳、抱っこ、手をつなぐなど直接的な接触が比較的 |
| | 長時間あった場合にうつることがある。 |
| 予防· | 疥癬の子どもと接触してもうつる可能性は高くないが、強い痒みのあ |
| 治療方法 | る発しんがでたら皮膚科を受診する。その際、保護者から、子どもの通 |
| | っている保育所で疥癬がはやっていることを伝えてもらうとよい。 |
| | 外用薬・内服薬により治療する。 |
| 留意すべき | 流行状況を常に把握し、情報を保育所と保護者が共有しておくことが |
| こと | |
| (感染拡大 | 重要である。手に比較的多くのヒゼンダニがおり、手を介して感染する |
| 防止策等) | こともあるので、手洗いの励行をする。下着などは毎日交換する。 |
| | 治療を開始していれば、プールに入ってもかまわない。 |

(24) 伝染性軟属腫(水いぼ)

| | (24)伝染性軟属腫(水いは) | |
|-------|--------------------------------------|--|
| 病原体 | 伝染性軟属腫ウイルス(ポックス ウイルスの一種) | |
| 潜伏期間 | 2-7週 | |
| 症状・特徴 | 水様光沢のある通常 1-5mm(まれに 1cm 程度)の常色-白-淡紅色 | |
| | の丘しん、小結節(しこり)で、表面はつやがあって、一見水疱にも見 | |
| | える。大き目の結節では中心が凹になっている。数個-数十個が集まっ | |
| | ていることが多くある。 | |
| | 四肢・体幹などによくみられるが、顔・首・陰部などどこにでもでき | |
| | る。水いぼを左右から圧すると中央から白色の粥(かゆ)状の物質が排 | |
| | 出される。この中にウイルスが含まれていて感染が拡大する。 | |
| | 軽度の痒みがあり、掻いてつぶれたり、掻かなくても個々のものは数 | |
| | か月から時に半年もの長期間かけて自然に治癒することがある。 | |
| 感染経路 | プールの水ではうつらないので、プールは入って構わない。皮膚と皮 | |
| | 膚の直接接触でうつるが、タオルや浮輪、ビート板などを介した感染も | |
| | ある。接触後に症状が出るまで2-7週間かかるといわれ、いつ感染した | |
| | かの特定は難しい。 | |
| 予防· | 放っておいても自然に治ることもあるが、数か月かかることもある。 | |
| 治療方法 | 保育所においては、周囲の子どもに感染することを考慮し、嘱託医と相 | |
| | 談して対応する。 | |
| | 治療には、専用のピンセットでの摘除法(痛みと少量の出血があるた | |
| | め、局所麻酔薬テープを事前に貼ることがある)、外用療法、内服療法、 | |
| | 冷凍凝固療法などがある。 | |
| | 皮膚バリア機能の未熟な乳幼児、アトピー性皮膚炎患者などでは、引 | |
| | っかいた手で触った別の個所にもうつり、広い範囲に水いぼが新生(自 | |
| | 家接種)をして感染しやすいので、皮膚の清潔を保ち、保湿剤などでバ | |
| | リア機能を改善する。 | |
| 留意すべき | 集団生活、水遊び、浴場などでは、接触により周囲の子どもに感染さ | |
| こと | せる可能性がある。水いぼを衣類や包帯、耐水性ばんそうこうなどで覆 | |
| (感染拡大 | い、他の子どもへの感染を防ぐ。 | |
| 防止策等) | プール後は皮膚表面のバリア機能が低下しやすいので、皮膚の保湿を | |
| | 保つ。 | |
| | 接触感染対策の基本である手洗いを励行し、手指の衛生を図る。 | |
| | | |

(25) 伝染性膿痂疹(とびひ)

| 病原体 | 多くは黄色ブドウ球菌であるが、溶血性レンサ球菌も原因菌になる。 |
|-------------|---|
| | 前者については耐性菌 (MRSA) が増加 (10-50%) している。 |
| 潜伏期間 | 2-10日 (長期の場合もある) |
| 症状・特徴 | 水疱(水ぶくれ)やびらん、痂皮(かさぶた)などがみられ、それら |
| | の浸出液に原因菌が含まれている。 |
| | 部位は鼻周囲、体幹、四肢など、全身にみられる。引っかいたりする |
| | ことで数日から 10 日位で隣接する皮膚や離れた皮膚にも新たに病変を |
| | 作る。 |
| 感染経路 | ひっかいたり、かきむしったりした病変皮膚の浸出液や水疱内容物な |
| | どから感染し (接触感染)、湿しんや虫刺され部位などの小さなキズから |
| | 原因菌が感染する。集団感染をおこすことがある。 |
| 流行状況 | 夏に多い病気であるが、他の季節でも起こる。 |
| 予防· | 皮膚を清潔にすることが大事である。1 日 1 回以上は全身をシャワー |
| 治療方法 | でよく洗浄して、患部も含めた皮膚の清潔を保つ。石けんは泡立てて、 |
| | そっと洗い、よくすすぐ。 |
| | 爪は短く切る。 |
| | 虫刺されやアトピー性皮膚炎の引っかいた部位などに菌が付着しやす |
| | いので、それらの治療を早期に行い、皮膚バリア機能を改善する。 |
| | 病巣が広がると外用薬、さらにひどい場合は内服や点滴による抗菌薬 |
| | 投与を必要とすることがある。 |
| 留意すべき | 流行状況を常に把握しておくことが重要である。 |
| <u>ح</u> کے | 接触感染対策の基本である手洗いを励行し、手指の衛生を図る。 |
| (感染拡大 | 病変部を外用薬で処置し、ガーゼなどで覆ってあれば、通園できる。 |
| 防止策等) | 浸出液がしみ出ないようにガーゼなどで覆う。子ども同士でタオルや寝 |
| | 具は共用せず、別々にする。 |
| | プールの水を介してはうつらないが、プールに入るとかき壊して病変 |
| | が悪化したり、他の人と触れたりすることがあるので、プールでの水遊びの水流は対象ではである。 |
| | びや水泳は治るまでやめておく。 |

(26)B型肝炎

| 病原体 | B 型肝炎ウイルス(HBV) |
|--|---|
| 潜伏期間 | 急性感染では 45-160 日(平均 90 日) |
| 症状・特徴 | ウイルスが肝臓に感染し、炎症を起こす病気である。急性肝炎と慢性 |
| | 肝炎がある。 |
| | 0 歳児が感染した場合、約 9 割が HBV キャリア*となる。キャリア化 |
| | の割合は年長児では低下するが、5歳児でも約1割がキャリア化する。 |
| | キャリア化しても、85-90%は治療を必要としないが、残りは思春期 |
| | 以降に慢性肝炎を発症し、その一部は肝硬変や肝がんに進展する可能性 |
| | がある。 |
| | キャリアでは、自覚症状はなく、肝機能も正常だが、子どもであって |
| | も慢性肝炎の状態になったり、まれに肝硬変や肝がんになったりするこ |
| | とがあるので、定期的な検査を受けておくことが大切である。 |
| 感染経路 | 血液の中にウイルスが含まれている。血液が付着しただけでは、感染 |
| | はまず成立しない。感染者の血液が他人の皮膚・粘膜にできた傷から体 |
| | 内に入ることで、感染が起こりうる。唾液・涙・汗・尿などにもウイル |
| | スが存在し、感染源となりうる。 |
| | 感染者がアトピー性皮膚炎・水ぼうそう・とびひなどの皮膚病にかか |
| | っている場合は、症状のある皮膚から出る血液・体液にウイルスが含ま |
| | れるため、感染源となりうる。 |
| | 子どもの感染者率は、0.02-0.03%以下と推定されている。その多くが |
| | 家族内、集団生活内での水平感染**と推定されている。 |
| 流行状況 | 小児 (0-15 歳) の HBs 抗原陽性率は 0.025% と報告されているが、新 |
| → m1. | 規感染については不明である。 |
| 予防・ | B型肝炎ワクチン (HBワクチン) は、安全で効果の高いワクチンであ |
| 治療方法 | る。3回の接種により、ほとんどの人がウイルス(HBV)に対する免疫 |
| | を獲得することが可能である。 |
| | HB ワクチンは、2016 年 4 月 1 日以降に出生した 1 歳未満児を対象に、 |
| | 2016年10月より定期接種として実施されている。標準的には、生後2日に至った時から生後0月に至るまでの期間に、27月以上の問題で3月 |
| | 月に至った時から生後9月に至るまでの期間に、27日以上の間隔で2回 按無した後、第1回日の接種から120日以上の問題を置いて1回(2回 |
| | 接種した後、第1回目の接種から139日以上の間隔を置いて1回(3回目)の接種が行われている***。一部の自治体では、定期接種の対象とな |
| | らない子どもに対しても補助が行われている。 |
| | B型肝炎の治療には、現在インターフェロンと核酸アナログが用いら |
| | れる。これらの治療により肝炎をコントロールすることが可能であるが、 |
| | ウイルスの排除は困難である。 |
| 留意すべき | 最も効果的な感染拡大防止策は HB ワクチンの接種である。 |
| ر الله الله الله الله الله الله الله الل | 保護者に対し、保育所に入園する前に、定期接種について周知する。 |

防止策等)

(感染拡大 また、定期接種の対象でない子どもについても、HB ワクチンの接種を 済ませておくことが重要であることを周知する。集団感染事例の中には、 子どもだけではなく職員も含まれるため、職員も HBs 抗原、HBs 抗体 の検査を受け、両者とも陰性の場合、任意接種として HB ワクチンの接 種を受けることが重要であることを説明する。

> HBV への感染の有無に関わらず、血液や体液で感染する病気の予防の ために、誰のものであっても血液や体液に他の園児や職員が直接接触し ないような注意(標準予防策)が望まれる。

> HBV に感染した子どもが他の子どもと一緒にプールに入ってもウイ ルスの伝播は起きない。傷がある場合は耐水性絆創膏できちんと覆って おく。

- * HBV キャリアとは、HBV の持続感染者のことで、一般的には HBs 抗原が 陽性の人のことをいう。
- ** HBV キャリアの母親から子どもへの感染を"次の世代への感染"という意 味で"垂直感染"と呼ぶ。それ以外の感染を"水平感染"と呼ぶ。
- *** 母親の HBs 抗原が陽性(母親が HBV キャリア)の場合は、母子感染予防 として生後すぐに HB グロブリンを接種した上で、生後すぐ、生後 1 か月、 生後 6 か月に HB ワクチンの接種を行う。この場合の HB ワクチンは定期接 種の対象とはならないが、健康保険が適用される。1歳以上の子どもは定期接 種の対象にならないが、集団生活に入る前には、任意接種として HB ワクチ ンの接種を受けることが重要であることを説明する。既に集団生活に入って いる子どもに対しても同様である。

別添2 保育所における消毒の種類と方法

① 消毒薬 (医薬品) の種類と用途

| | 母朱(広米印)の性規で用処 | 1 | |
|-------------------------|--|--|--|
| 薬品名 | 次亜塩素酸ナトリウム | 塩化ベンザルコニウム | エタノール (消毒用エタノール等) |
| 消毒を する 場所・ もの | 乳瓶など) ・室内環境 (トイレの便座・ ドアノブなど) | ・室内環境、家具等(浴槽・ 沐浴槽・トイレのドアノ ブなど)・用具類(足浴バケツなど) | ・手指 |
| 消毒の 濃度 | や浸け置き | ・0.1%液での拭き取り ・食器の漬け置き:0.02%液 | |
| 留意点 | 汚れ(有機物)で消毒効果が低下する。嘔吐物等を十分な拭き取り後に消毒する。哺乳瓶は十分な洗浄後に消毒を行う脱色(漂白)作用がある | に注意 ・一般の石けんと同時に使 うと効果がなくなる | ・刺激性があるので、傷や手荒れがある手指には用いない ・引火性に注意 ・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エットティッシュで拭き自然乾燥させる |
| 有効な 病原体 | ス等) | | 一般細菌 (MRSAなど)、結核 菌、真菌、ウイルス (HIVを 含む) 等 |
| 消毒抵 抗性が 高い病 原体 | | 結核菌、 大部分のウイルス 等 | ノロウイルス、ロタウイルス 等 |
| その他 | ・糞便・汚物で汚れたら、良く拭き取り、0.02% (200ppm) ~0.1% (1,000ppm) 液で拭く・直射日光の当たらない涼しいところに保管 | | |

^{*} 通常の衛生管理における消毒については、上記消毒薬を用いる。ただし、糞便を扱う場合や血液を拭き取る場合等については、消毒用エタノール等を用いて消毒を行うことが適当でないことから、次亜塩素酸ナトリウムを用いる。

② 次亜塩素酸ナトリウムの希釈方法

| と 久里温泉散ノーノノムの印がのム | | |
|--------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| ○ 次亜塩素酸ナトリウムは、すべての微 | 生物に有効 | |
| 次亜塩素酸ナトリウムの希釈方法〈製品濃度が約6%の場合〉 | | |
| 消毒対象 | 調整する濃度 (希釈倍率) | 希釈法 |
| 糞便や嘔吐物が付着した床 衣類等の浸け置き | 0.1% (1000ppm) | 水1Lに対して20mL (例:水10Lに対して200mL) |
| 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) | 水1Lに対して4mL (例:水10Lに対して40mL)) |

^{*} 使用する製品の濃度を確認の上、用法・用量に従って使用すること。

③ 遊具等の消毒

| <u> </u> | · 111 | |
|---------------|-------------------|----------------------------|
| | 普段の取扱のめやす | 消毒方法 |
| ぬいぐるみ | 定期的に洗濯 | 糞便、嘔吐物で汚れたら、汚れを落とし、 |
| 布類 | 陽に干す(週1回程度) | 0.02% (200ppm) の次亜塩素酸ナトリウム |
| | 汚れたら随時洗濯 | 液に十分浸し、水洗いする |
| | | 色、柄物には消毒用エタノールを使用 |
| | | ※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、陽に干す | 嘔吐物で汚れたものは、0.02% (200ppm) |
| | ・乳児がなめたりするものは、毎日 | の次亜塩素酸ナトリウム液に浸し、陽に干 |
| | 洗う | す |
| | ・ 乳児クラス週1回程度 | 色、柄物には消毒用エタノールを使用 |
| | ・ 幼児クラス3か月に1回程度 | |
| 洗えないも | 定期的に湯拭き又は陽に干す | 嘔吐物で汚れたら、よく拭き取り 0.02% |
| \mathcal{O} | ・ 乳児がなめたりするものは、毎日 | (200ppm) の次亜塩素酸ナトリウム液で拭 |
| | 拭く | き、陽に干す |
| | ・ 乳児クラス週1回程度 | |
| | ・ 幼児クラス3か月に1回程度 | |
| 砂場 | 砂場に猫などがはいらないようにす | 掘り起こして砂全体を陽に干す |
| | 3 | |
| | 動物の糞便・尿は速やかに除去する | |
| | 砂場で遊んだ後はしっかり手洗いす | |
| | る | |

^{* 0.02%}の次亜塩素酸ナトリウム消毒薬の希釈液の作成方法は②を参照

④ 手指衛生

| 通 | 常 | 流水、石けんで十分手洗いする |
|------|---|---------------------------------|
| 下桩 | | 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 |
| 1 7介 | | リウムは適さない。(糞便処理時は、使い捨て手袋を使用) |
| 備 | | 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 |
| | | (速乾性手指消毒液を使用すると便利) |
| | | 血液は使い捨て手袋を着用して処理をする |

⑤ 消毒薬の管理、使用上の注意点

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

- ・消毒薬は子どもの手の届かないところに保管します。
- ・消毒薬は使用時に希釈し、毎日交換します。
- ・希釈するものについては、濃度、消毒時間を守り使用します。
- ・ペットボトルを利用して希釈するときは、特に誤飲に気を付けましょう。
- ・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、手袋を使用します。
- ・使用時には換気を十分に行います。
- ・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、消毒を行います。
- ◎次亜塩素酸ナトリウムの希釈液
- ・製品濃度を確認しましょう。
- ・時間が経つにつれ有効濃度が減少します。冷暗所に保管の指示がある製品は、冷所保管 が必要です。
- ◎消毒薬を間違えて使用しないように、容器を色分けするなど工夫しましょう。

•白色便

○ 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
- 普段より食欲がない

○ 今までなかった発疹に気がついたら・・・

- 他の子どもたちとは別室へ移しましょう
- 発疹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
- クラスや兄弟姉妹、一緒に遊んだ子どもの中に、感染症が疑われる症状を呈している子がいないか、確認をしましょう

69

- 血尿

② 発熱時の対応

○ 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。(子ども一人一人の元気な時の『平熱』を知っておくことが重要)

《 保育中の対応について 》

| _ | " PITTS 1 377 378 1 2 2 7 | |
|---|--|--|
| | 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 |
| | * 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 ・食欲なく水分が摂れない | *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 ・頻回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 |
| | * 熱性けいれんの既往児が37.5℃以上の発 熱があるときは医師の指示に従う | ・けいれんが起きたとき *3か月未満児で38℃以上の発熱があるとき |

《 登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について 》

※以下の表に該当する場合には、登園を控えるよう保護者に伝えるなどの対応が必要

登園を控えるのが望ましい場合

- * 24 時間以内に 38℃以上の熱が出た、又は解熱剤を使用している場合
- * 朝から37.5℃を超えた熱があって、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、などの全身状態が不良の場合

≪0~1歳の乳幼児の発熱に関する特徴≫

- ・体温調節機能が未熟なために、外気温や室温、湿度、厚着、水分不足等による影響を 受けやすく、体温が簡単に上昇する。
- ・咳や鼻水などの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、熱が下がることがある。
- 0 歳児では入園後はじめての発熱の場合は、突発性発疹の可能性もある。時に熱性け いれんをおこすこともある。
- ・発熱がある、機嫌が悪いなどの様子が見られるとともに、耳をよくさわる様子が見られる時は、中耳炎の可能性もある。

《 発熱が見られる場合の対応・ケア 》

- * 発疹や咳を伴う時、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
- * 水分補給をする (経口補水液・湯ざまし・お茶等により水分を補給する)
- * 熱が上がって暑がる時は薄着にし、涼しくしたり、氷枕などをあてたりする。手足が冷たい時、寒気がある時は保温する
- * 高熱がある場合、首のつけ根・わきの下・足の付け根を冷やす(ただし嫌がる場合 には行わないこと)
- * 微熱の時は、水分補給を行い安静にさせた後、30 分程度様子を見てから再検温す

※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ても 構わない)
- ・汗をかいていたらよく拭き、着替えさせる

※熱性けいれん既往歴がある場合

- ・発熱及びけいれん時の連絡・対応等について主治医からの指導内容を確認しておく
- ・入園時に保護者からけいれんが起こった時の状況や、けいれんの前ぶれの症状の 有無について確認しておく
- ・解熱していても、発熱後24時間は自宅で様子をみる
 - ★けいれんが起きたとき

あわてない、楽な姿勢で、口の中にスプーンやタオルを入れない、吐いた物をのどに詰まらせないようにする。けいれんが止まる気配がない場合、すぐに救急車を呼ぶ

※適切な室内環境のめやす

・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℃

③ 下痢の時の対応

《 保育中の対応について 》

| 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 |
|---|---|
| ・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 ・水様便が複数回みられる | ・元気がなく、ぐったりしている ・下痢の他に、機嫌が悪い、食欲がない、発熱がある、嘔吐する、腹痛があるなど諸症状が見られる・脱水症状がみられる(以下の症状に注意)下痢と一緒に嘔吐水分が摂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)・米のとぎ汁のような白色水様便が出る・血液や粘液、黒っぽい便が出るけいれんを起こした時 |

《 登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について 》

※以下の表に該当する場合には、登園を控えるよう保護者に伝えるなどの対応が必要

登園を控えるのが望ましい場合

- * 24 時間以内に複数回の水様便がある、食事や水分を摂ると下痢がある、下痢と同時に体温がいつもより高めである場合。
- * 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ような場合。

《 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を補給するよう促す。
- * 下痢の時に控えたい食べ物を伝える。
 - ・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料理 例)ジュース、乳製品(アイスクリーム、牛乳、ヨーグルト等)、肉、脂肪分の多い魚、 芋、ごぼう、 海草、豆類、乾物、カステラ
- * 入浴ができない場合は、お尻だけでもお湯で洗う。洗ったあとは、柔らかいタオルを用いて、そっと押さえながら拭く

《 下痢の対応・ケア 》

- * 感染予防の為の適切な便処理を行う。(激しい下痢の時にはマスク・エプロン着用)
- * 繰り返す下痢・発熱、嘔吐等の症状を伴う時は、別室で保育する。
- * 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。
- * 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
- * お尻がただれやすいので頻回に清拭する。
- * 診察を受けるときは、便を持っていく(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 (携帯で便の写真を写していくと便利)
 - ・子どもが食べた物やその目のできごと、家族やクラスで同症状の者の有無等

《 便の処理とお尻のケア 》

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

- * 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)
- * 処理者は必ず手袋をする。
- * 使い捨ておむつ交換専用シートを敷き、一回ずつ取り替える
- * お尻がただれやすいので頻回に清拭する。
- * 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。
- * 処理後は手洗いを十分にする。

《 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)
- * マスク、エプロン(激しい下痢の時の対応用)

④ 嘔吐の時の対応

《 保育中の対応について 》

| 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 |
|---|---|
| ・複数回の嘔吐があり、水を飲んでも吐く ・元気がなく機嫌、顔色が悪い ・吐き気がとまらない ・腹痛がある ・下痢を伴う | ・嘔吐の回数が多く顔色が悪い時 ・元気がなく、ぐったりしている時 ・血液やコーヒーのかすの様な物を吐いた時 ・嘔吐のほかに、 類回の下痢や血液の混じった便が出る、 発熱、腹痛など諸症状が見られる ・脱水症状と思われる時(以下の症状に注意) 下痢を伴う 水分が摂れない 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) 目が落ちくぼんで見える 張りのない皮膚 |
| | * 頭を打った後に嘔吐したり、意識がぼんやりしたりしている時は、横向きに寝かせて救 急車を要請し、その場から動かさない。 |

《 登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について 》 ※以下の表に該当する場合には、登園を控えるよう保護者に伝えるなどの対応が必要

登園を控えるのが望ましい場合

- * 24 時間以内に複数回の嘔吐がある、嘔吐と同時に、いつもより体温が高めである場合
- * 食欲がなく、水分も欲しがらない、機嫌が悪く元気がない、顔色が悪くぐったりしている場合。

《 嘔叶の対応・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 流行状況等から感染症が疑われるときは、他の保育士を呼び他児を別の 部屋に移動させる。
- ③ 嘔叶物を覆い、嘔吐児の対応に当たる
 - うがいのできる子どもの場合、うがいをさせる
 - ・うがいのできない子どもの場合、嘔吐を誘発させないよう口腔内に残っている嘔吐物を丁寧に取り除く。
 - ・繰り返し嘔吐がないか様子を見る。
- ④ 別室で保育しながら、安静にさせる。(脱水症状に注意する)
 - ・寝かせる場合は、嘔叶物が気管に入らないように体を横向きに寝かせる。
- ⑤ 嘔吐して30分-60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

《 嘔吐物の処理方法 》※処理の際は応援を呼び、他児を別室に移動させる

- * 嘔吐物を外側から内側に向かって静かに拭き取る。
- * 嘔吐した場所の消毒を行う。(別添1参照)
- * 換気を行う。
- * 処理に使用した物はビニール袋に密閉して、すべて破棄する。 (マスク、エプロン、使い捨て手袋、ぞうきん等)
- * 処理後は手洗い、また状況により処理時に着用していた衣類の着替えを行う。
- * 汚染された子どもの衣服は、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

《 嘔叶物の処理グッズ 》

- 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)

⑤ 咳の時の対応

《 保育中の対応について 》

| " PICT 1 | | |
|---|---|--|
| 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 | |
| ・咳があり眠れない・ゼイゼイ、ヒューヒュー音がある・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 | ・ゼイゼイ、ヒューヒュー音がして苦しそうな時 ・犬の遠吠えのような咳がでる ・保育中に発熱し、息づかいが荒くなった時 ・顔色が悪く、ぐったりしている ・水分が摂れない ・突然咳きこみ、呼吸が苦しそうになった時 | |

* 突然咳きこみ、呼吸困難になったときは異物誤嚥の可能性があります、異物を除去し、救 急車を要請します。

《 登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について 》

※以下の表に該当する場合には、登園を控えるよう保護者に伝えるなどの対応が必要

登園を控えるのが望ましい場合

* 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、少し動いただけで咳がでる、などの症状がみられる場合

《 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時は別室で保育をする
- * 水分補給をする(少量ずつ湯冷まし、お茶等頻回に。)
- * 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
- * 乳児は立て抱きし、背中をさするか軽いタッピングを行う
- * 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)

- * 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)
- * 午睡中は上半身を高くする
- * 食事は消化の良い、刺激の少ないものをとらせる
- * 呼吸が苦しそうなときは、背中をやさしく叩き、体を起こして抱きます。

《 呼吸が苦しい時の観察のポイント 》

- * 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)》※呼吸の様子が気になる時は、

- * 新生児 40~50回
- 下記回数をめやすにする
- * 乳 児 30~40回
- * 幼児 20~30回

⑥ 発疹の時の対応

《 保育中の対応について 》

保護者に連絡し、受診が必要と考えられる場合

- *発疹が時間とともに増えたとき(以下の感染症の可能性を念頭におく)
- ・ 感冒症状を伴う発熱後に一旦熱がやや下がるが、再度発熱し、赤い発疹が全 身に広がった(麻しん)
- ・ 微熱程度の熱が出た後に、手の平、足の裏、口の中に水疱が出てきた。(手足 口病) ※膝やおしりに出ることもある
- ・38℃以上の熱が3~4日続き下がった後、全身に赤い発疹がでた(突発性発疹)
- 発熱と同時に発疹(風しん、溶連菌感染症)
- ・ 微熱と両類にりんごのような紅斑が出てきた(伝染性紅斑)
- ・ 水疱状の発疹が出てきた(水痘)※発熱やかゆみは個人差がある
- *食物アレルギーによるアナフィラキシー
- ・食物摂取後に発疹が出現し、その後腹痛や嘔吐などの消化器症状や、息苦しさなどの呼吸器症状が出現してきた場合は、至急受診が必要

(参照:「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」

 $\underline{\text{http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku03.pdf}}$

「保育所におけるアレルギー対応ガイドラインQ&A」

http://www.mhlw.go.jp/bunva/kodomo/pdf/hoiku04.pdf)

《 登園前に保護者から相談を受けた場合の対応について 》

※以下の表に該当する場合には、登園を控えるよう保護者に伝えるなどの対応が必要

登園を控えるのが望ましい場合

- * 発熱とともに発疹のあるとき
- * 感染症による発疹が疑われ、医師より登園を控えるよう指示されたとき
- * 口内炎がひどく食事や水分が摂れないとき
- * 発疹が顔面等にあり、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

《 発疹の対応・ケア 》

- *発熱を伴う時、また類似の感染症が発症している場合は別室で保育する
- * 体温が高くなったり、汗をかいたりするとかゆみが増すので、部屋の環境や寝具に気をつける(室温が高い時は換気を行ったり空調等で調整を行ったりする) 室温: \bar{g} 26~28 $^{\circ}$ C、冬 20~23 $^{\circ}$ C 湿度:高め
- * 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
- * 皮膚に刺激の少ない下着を着せる(木綿等の材質)
- * 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ため、おかゆ等の水分の多いものやのど越しの良いもの(プリン、ヨーグルト、ゼリー等)を与える酸っぱいもの、辛いものなど刺激の強いものは避けて、薄味のものを与える。

《 発疹が出ている時の観察のポイント 》

- * 時間とともに増えていかないか
- * 出ている場所はどこか(どこから出始めて、どうひろがったか)
- * 発疹の形はどうなっていのか(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

《 発疹(はっしん、ほっしん)の種類 》

発疹は皮膚に見られる色や形の病的な変化で、以下のようなものがあります。

| | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | |
|-----|---------------------------------------|--|--|
| 1 | 紅 斑 (こうはん) | 盛り上がりの無い赤色のもの。血管が拡張して赤く見える。 | |
| 2 | 紫斑(しはん) | 盛り上がりの無い紫~赤紫色のもの。皮膚内で出血したため。 | |
| 3 | 白 斑 (はくはん) | 盛り上がりの無い白色のもの。色素の脱出のためです。 | |
| 4 | 丘 疹 (きゅうしん) | 5mm くらいまでの半球状に皮膚から盛り上がったもの(ぶつぶつ)。 | |
| (5) | 結 節 (けっせつ) | 丘疹より大きい皮膚から盛り上がったもの(しこり)。 | |
| 6 | 水 疱(すいほう) | 水様のものを含んで皮膚から盛り上がったもの(水ぶくれ)。 | |
| 7 | 膿疱(のうほう) | うみ様のものを含んで皮膚から盛り上がったもの(うみ)。 | |
| 8 | びらん | 皮膚が薄くはがれた状態。液が染み出て、表面が浸潤している (ただれ)。 | |
| 9 | 潰 瘍(かいよう) | びらんよりも深く皮膚が傷ついた状態。 | |
| 10 | 痂 疲 (かひ) | りた。 膿や皮膚が乾燥して固まったもの(かさぶた)。 | |

別添4 医師の意見書及び保護者の登園届

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、乳幼児が長時間にわたり集団で生活する特性を踏まえ、周囲への感染拡大防止が重要です。また、学校保健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ことが必要です。

登園を再開する際の参考として、「医師が記載した意見書が望ましい感染症」と「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」について、感染症名とあわせて感染しやすい期間、登園のめやすを示すとともに、意見書と登園届の様式を示します。

ただし、これらについて、保育所は、一律に求める必要はなく、子どもの負担や 医療機関の状況も考慮して、市区町村の支援の下、地域の医療機関等と協議して、 その取扱いを決めることが大切です。

なお、意見書や登園届が必要な場合には、事前に保護者への十分な周知が必要です。(※30ページ「罹患した子どもが登園する際の対応」参照)

(表1)

〇 医師による意見書が望ましい感染症

| 〇 区間による思見音が | 上のして心水ル | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 感染症名 | 感染しやすい期間 | 登園のめやす |
| 麻しん(はしか) | 発症1日前から発しん出現 | 解熱後3日を経過してから |
| | 後の4日後まで | |
| インフルエンザ | 症状が有る期間 (発症前24 | 発症した後5日を経過し、かつ |
| | 時間から発病後3日程度ま | 解熱した後2日を経過するまで |
| | でが最も感染力が強い) | (幼児(乳幼児)にあっては、 |
| | | 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 | 発しんが消失してから |
| | 日間くらい | |
| 水痘(水ぼうそう) | 発しん出現1~2日前から痂 | すべての発しんが痂皮化して |
| | 皮形成まで | から |
| 流行性耳下腺炎 | 発症3日前から耳下腺腫脹 | 耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹 |
| (おたふくかぜ) | 後4日 | 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 | 主な症状が消え2日経過してか |
| | た数日間 | <u>6</u> |
| 流行性角結膜炎 | 充血、目やに等症状が出現 | 感染力が非常に強いため結膜 |
| | した数日間 | 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、 | 特有の咳が消失するまで又は5 |
| | 咳出現後3週間を経過する | 日間の適正な抗菌性物質製剤 |
| | まで | による治療を終了するまで |
| 腸管出血性大腸菌感染症 | | 症状が治まり、かつ、抗菌薬投 |
| (O157、O26、O111等) | | 与を受けていた場合には、最終 抗菌薬投与から48時間をあけ |
| | | 元国衆投与から40時間 <i>をめい</i> 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 |
| | | Ø |
| 急性出血性結膜炎 | ウイルスが呼吸器から1~2 | 医師により感染の恐れがない |
| | 週間、便から数週間~数ヶ | と認めるまで |
| | 月排出される | |
| 侵襲性髄膜炎菌感染症 | | 医師により感染の恐れがない |
| (髄膜炎菌性髄膜炎) | | と認めるまで |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |

<医師用>(参考様式)

※かかりつけ医の皆さまへ

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記載をお願いします。

| 意見書(医師記入) | | |
|----------------------------|---|----------|
| 保育所施設長 <u>殿</u> | | |
| 入所児童氏名 | | |
| 年月 | 日 | <u>生</u> |
| (病名) (該当疾患に☑をお願いします) | 1 | |
| 麻しん(はしか) インフルエンザ | 1 | |
| 風しん | 1 | |
| 水痘(水ぼうそう) | | |
| 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | | |
| 結核 | | |
| 咽頭結膜熱 (プール熱)流行性角結膜炎 | | |
| 百日咳 | | |
| | | |
| 急性出血性結膜炎 | | |
| 侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎) | | |
| 症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。 | 2 | |
| 年月日から登園可能と判断します。 | 3 | |
| 年 | 月 | 日 |
| | | |
| 医療機関名 | | |
| 医師名 | | |

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に 支障がないと判断され、登園を再開する際には、かかりつけの医師が記載した「意 見書」を保育所に提出して下さい。

(表2)

〇 医師の診断を受け、保護者による登園届が望ましい感染症

| | 、休設日による金田田が至らして心木生 | |
|----------------------------------|--|------------------------------------|
| 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 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、 |
| ヘルパンギーナ | | 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 |

<保護者用>(参考様式)

※保護者の皆さまへ

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。

下記の感染症については、表2で示す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。

| 登 園 届 (保護者記入) |
|--|
| 保育所施設長 <u>殿</u> |
| <u>入所児童名</u> |
| <u> </u> |
| (病名) (該当疾患に☑をお願いします) 溶連菌感染症 マイコプラズマ肺炎 手足口病 伝染性紅斑(リンゴ病) ウイルス性胃腸炎(ノロ、ロタ、アデノウイルス等) ヘルパンギーナ RSウイルス感染症 帯状疱疹 突発性発しん |
| (医療機関名)(年 月 日受診)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 年 月 日より登園いたします。 |
| <u>保護者名</u> |

参考感染症対策に資する公表情報(URL等)

◆感染症全般

厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/index.html

国立感染症研究所: http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases.html
厚生労働省検疫所(FORTH): http://www.forth.go.jp/index.html

国立医薬品食品衛生研究所: http://www.nihs.go.jp/kanren/shokuhin.html

◆具体的な感染症に関する Q&A 等

<腸管出血性大腸菌感染症>

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177609.html <マイコプラズマ肺炎>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou30/index.html <RS ウイルス感染症>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/rs_qa.html <感染性胃腸炎(ノロウイルス)>

http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html <感染性胃腸炎(ロタウイルス)>

 $\frac{http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/Rotavirus/index.}{html}$

<手足口病>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/hfmd.html <咽頭結膜熱>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou17/01.html <インフルエンザ>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/qa.html <結核と BCG ワクチン>

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/bcg/

<ポリオとポリオワクチン>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/polio/qa.html

<日本脳炎>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou21/dl/nouen qa.pdf <風しん>

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/rubella/

<麻しん>

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/measles/index.html

<水痘>

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/varicella/index.html

<B型肝炎>

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000137 554.pdf

<デング熱>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dengue_fever_qa_.html

<動物由来感染症>

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou18/index.html

◆感染症発生動向

<国立感染症研究所ホームページ「感染症発生動向調査 週報 (IDWR)」> https://www.niid.go.jp/niid/ja/

<学校等欠席者・感染症情報システムについて(日本学校保健会)> http://www.gakkohoken.jp/system_info

◆感染症対策に関するお知らせ(ポスター等)

く咳エチケット>

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187997.html <インフルエンザ予防対策>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/keihatu.html <麻しん>

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/measles/dl/leaf_z.pdf

<風しん>

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/rubella/dl/poster09.pdf

<定期の予防接種(主に小学生までのお子さんが受けた方がよい予防接種) > http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkak u-kansenshou/keihatsu_tool/index.html

<予防接種スケジュール(国立感染症研究所)>

http://www.nih.go.jp/niid/ja/component/content/article/320-infectious-diseases/vaccine/2525-v-schedule.html

◆その他

<学校において予防すべき感染症の解説(文部科学省)> http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1334054.htm

<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/uploads/files/yobo_kansensho_20170528.pdf

<保育所等における感染症対策に関する研究(平成 28 年度研究報告書)> http://www.fmu.ac.jp/home/pediatrics/resources/%E4%BF%9D%E8%82%B2%E 6%89%80%E7%AD%89%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B% E6%84%9F%E6%9F%93%E7%97%87%E5%AF%BE%E7%AD%96.pdf