

② 乳児の窒息事故の予防対策

- 乳児を寝かせる時は、仰向けにします。
- 吐乳しやすい乳児には、授乳後確実に排気をさせ、背中にタオルなどをあて右下側臥位で寝かせます。
- 咳嗽とともに吐乳しやすい時は、一回の哺乳量を減らして回数を増やすなど分割哺乳を考慮します。
- 喉につかえやすい食べ物（唾液ですぐに溶けないようなおやつやリンゴ片など）は、離乳期から1～2歳児には避けます。
- 気管内に誤嚥しやすいおもちゃ（ビー玉、コイン、おはじきほか）などを、子どもの手の届く場所に置きません。

③ 緊急時に必要なバックアップ体制

1) 緊急時に備えた日常からの準備

- 保育者は心肺蘇生法の実技講習および事故やSIDSについての理解を確実にするために研修を繰り返し受けましょう。
- 保育環境の点検や緊急対応の手順書を作成し、定期的に確認します。
- 緊急時の手順、連絡先を明記します（救急隊、警察、医療機関等；図6）。
- 子どもの名前、住所・連絡先の記入に漏れがないか常に確認し、すぐ利用できるよう保管場所を決めておきます。

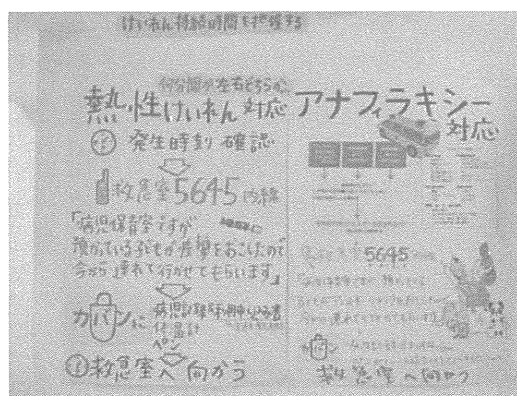


図6. 救急室と取り決めた緊急時対応の室内掲示例

病児・病後児保育施設での緊急対応のポイント

病児・病後児保育施設は、診療所併設型、病院併設型、保育所併設型、単独型等と様々ですが、地域の実情に応じて、いざという時の緊急対応の体制をどうするか、医療機関と連携して事前に決めておくことが大切です。

2) インシデント・アクシデントレポートの作成

事故や緊急事態は、日常から備えていてもヒューマンエラー、子どもの状況や環境、その時の状況変化など、さまざまな要因が関与します。重大事故などアクシデントを防止するためには、日常の保育場面で遭遇しているインシデント（事故に至る可能性のある潜在的なできごと）を記録し、未然の対応策を立てることが必要です。なお、レポートの活用にあたっては、担当者個人を責めるのではなく、組織として問題を解決するという共通認識を持つことが前提となります。

※ レポート作成の要点

- 時系列で記述します。
- 事実のみを漏れなく客観的に記述します。

- ・ 「報告者（関与者）」と「他の関与者」が協力してレポートを作成します。
- ・ レポートにより潜在的な事故要因を把握します。
- ・ レポートにより次の事故の発生を防止します。

(6) 子どもの一次救命処置法

① 子どもの心肺停止の原因

- ・ 呼吸停止に引き続いて心肺停止となること（呼吸原性心肺停止）が多いです。一旦、心肺停止になった小児・乳児の転帰は不良ですが、呼吸停止だけの状態で発見され、心停止に至る前に治療が開始された場合の救命率は70%以上であり、心肺停止に直結する呼吸障害とショックに早期に気づいて速やかに心肺蘇生をすることが重要です。
- ・ 保育現場での呼吸停止の原因は、窒息事故【34 ページ】や乳幼児突然死症候群（SIDS）【28～29 ページ】などです。

② 子どもの心肺蘇生法

1) 心停止の判断

- ・ 肩を軽くたたきながら大声で呼びかけても、何らかの反応や目的をもった仕草が認められなければ、「反応なし」とみなします。乳児の場合には、足底を刺激して顔をしかめたり泣いたりするかで評価する方法もあります。

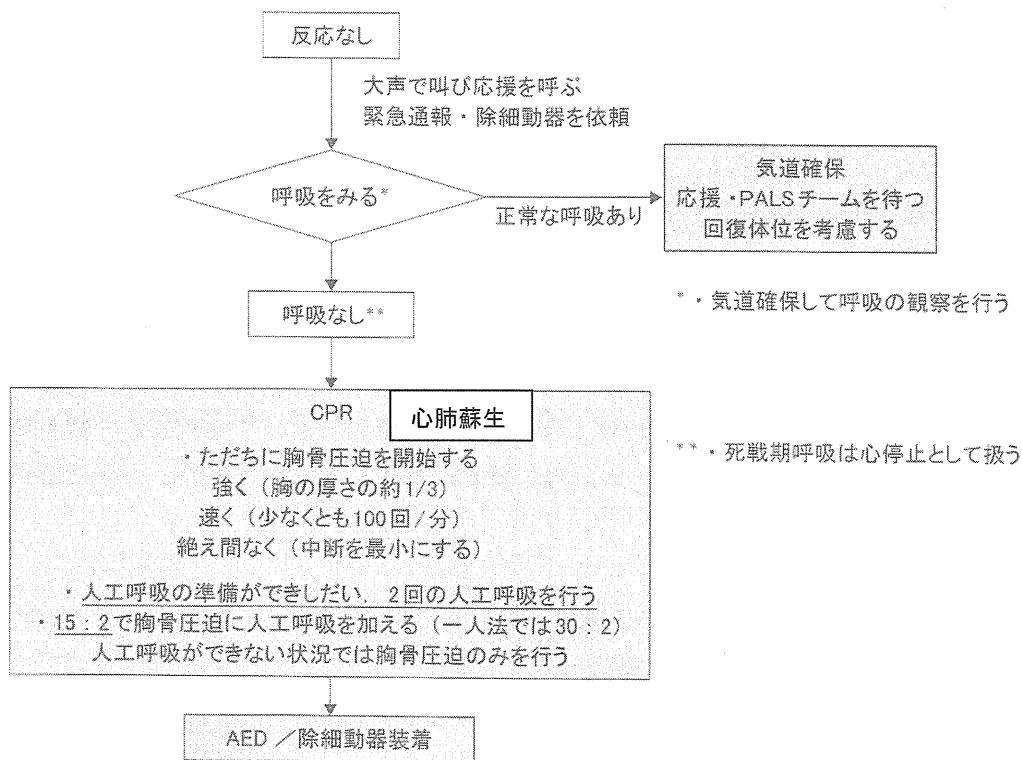


図7. 小児の1次救命処置アルゴリズム
(日本救急医療財団 JRC ガイドライン 2010 より)

- ・ 反応がなければ、その場で大声で叫び周囲の注意を喚起します。周囲の人に緊急通報（119番通報）を依頼します（119番通報時に通信指令員は通報内容から心停止を疑

った時点で、直ちに救急車の手配を行うことになっています)。病院併設型施設は、病院の救急室に連絡します。

- 反応がなく、呼吸がなければ、心停止と判断し、速やかに心肺蘇生を開始します。呼吸の確認は 10 秒以内に済ませるようにします。呼吸があっても、しゃくりあげるような不規則な呼吸 (=死戦期呼吸) や 10 回/分以下の遅い呼吸 (=徐呼吸) は「呼吸がない」と判断します。
- 脈の確認・触知は、判定が難しいことなどから、心肺蘇生開始の判断の基準として必須ではありません。

心停止と判断した場合、直ちに胸骨圧迫 (C) を開始し、人工呼吸の準備が整い次第、気道確保 (A) と人工呼吸 (B) を行います (C→A→B ; 図 7)。

2) 胸骨圧迫 (C)

心肺蘇生をする人の「手」が子どもの心臓の代わりになり、子どもの全身に血液を送るいわゆる「心臓マッサージ」のことを「胸骨圧迫」と言います。胸骨圧迫は、[1]強く、[2]速く、[3]絶え間なく、[4]戻しをしっかりと (圧迫後に胸壁を圧迫前の位置まで戻す) の 4 ポイントを常に意識しながら行うことが重要です。

- [1] 強さ : 胸の厚みの約 1/3 の深さまでしっかりと胸骨に圧迫を加えます。
- [2] 速く : 少なくとも 1 分間あたり 100 回以上のペースで行います (メトロノームなどで、速さを体感しておきましょう)。
- [3] 絶え間なく : 中断時間はできる限り短くするよう心がけます。
- [4] 圧迫解除 : 完全に解除されるように意識するが、そのために圧迫が浅くならないように注意します。また、圧迫と解除の時間的比率は 1 : 1 が望ましく、ごく短時間の圧迫とならないように意識します。

※ 質の高い胸骨圧迫により、心臓に酸素を供給する冠動脈に血液が流れ、心臓の動きが一旦止まっても、心拍が再開する可能性があがります。疲労によって胸骨圧迫の質が低下しないように、可能であれば、1~2 分毎を目安に交代します。この際、交代に要する時間は最小限にするべきです。

- **小児** 胸骨下半分に片手か両手を重ねて置き、手のひらの付け根部分で胸骨を圧迫します (図 8-a)。
- **乳児** 1 人で救助にあたる場合は 2 本指圧迫法で行います。胸の真ん中 (両乳頭を結ぶ線より少し足側) に 2 本指を当て胸骨を圧迫します (図 8-b)。

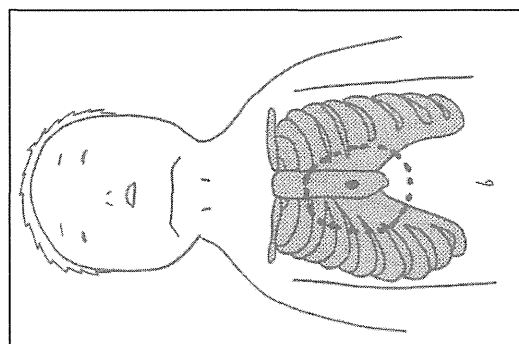


図 8-a. 胸骨圧迫の位置 (小児)

子どもの一次救命処置を学んだ救助者 2 人以上で行う場合は、胸郭包み込み両母指圧迫法（図 8-c）を行います。乳児の胸部に両手を当て、指を広げて胸郭を包み、両母指を胸の真ん中に当て胸骨を圧迫します。

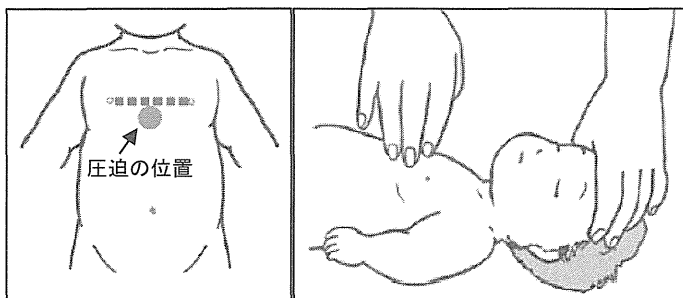


図 8-b. 2 本指圧迫法
救急蘇生法の指針 2010(市民用・解説編)より

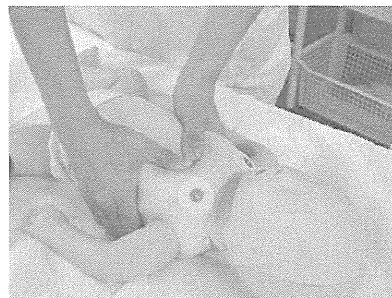


図 8-c. 胸郭包み込み両母指圧迫法

3) 気道確保 (A) と人工呼吸 (B)

- 口から気管までをまっすぐにして、空気がスムーズに気管に入っていけるように気道確保を行います（図 9-a,b）。小児、とくに乳児は頭部が大きいので、通常の臥位では頭部が前屈し気道が閉塞しやすいので、肩の下にタオルを入れるなどの工夫をして、頭部後屈—あご先挙上を行います。
- 人工呼吸の準備ができしだい、気道確保して 2 回の人工呼吸を行います。すぐに人工呼吸ができない場合には、ただちに胸骨圧迫を開始し、準備ができしだい、気道確保ののち 2 回の人工呼吸を行います。
- フェイスシールドやポケットマスクなどの器具を使用する方法と器具がない場合には口対口（乳児の場合は口対口鼻）で行う方法があります。
- 約 1 秒かけて吹き込み、送気する量（1 回換気量）の目安は傷病者の胸が上がることを確認できる程度とします（息を吹き込みながら目で胸があがることを確かめます；図 9-c）。
- 小児の心肺停止では呼吸原性である可能性が高いので、できるだけすみやかに気道確保と人工呼吸を開始することが重要です。
- 救助者が 1 人の場合は、胸骨圧迫と人工呼吸の比は 30 : 2、救助者が 2 人の場合は、胸骨圧迫と人工呼吸の比は 15 : 2 で行います。

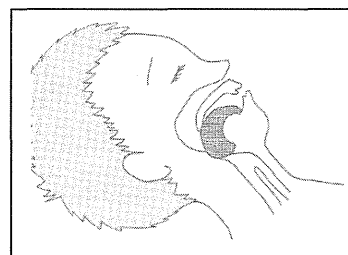


図 9-a. 舌根沈下による気道閉塞

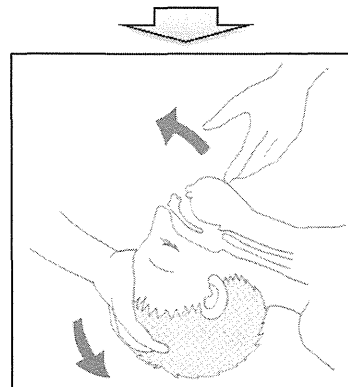


図 9-b. 気道の確保

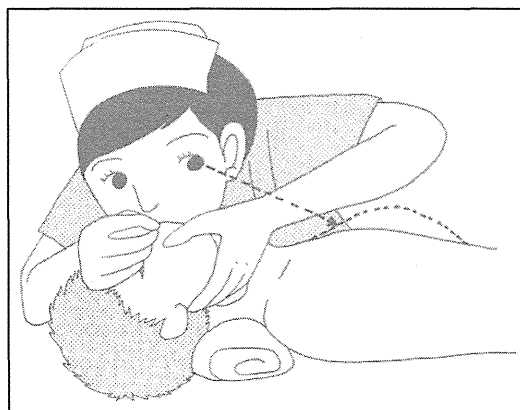


図 9-c. 人工呼吸

4) 自動体外式徐細動器 (AED : Automated External Defibrillator)

- 今まで元気だった子どもが突然の失神などで心肺停止に至った場合には、心臓の不整脈などが原因の心停止（心原性心停止）が疑われます。このような場合には AED を使用することが特に重要です。電源ボタンを押した後は、音声メッセージに従って操作するだけです。
- 乳児も AED の適応です。
- 小学生以上は成人用パッド、乳幼児（6歳まで）は小児用パッドが基本です。
- パッドは心臓を挟むように装着し（前胸部と側胸部、または前胸部と背面）、パッドが重ならないように注意します（約 3cm 以上離れていれば安全です）。

※ 心肺蘇生法は、子どもに十分な循環が回復する（正常な呼吸や目的のある仕草が出現）か、救急隊に引き継ぐまで続けます。

③ 気道異物による窒息

小児の異物誤飲・誤嚥による死亡者の約 60%が 1 歳未満の乳児であり、5 歳未満が 90% 以上を占めます。トイレットペーパーの芯を通過する大きさのもの全てが小児の異物誤飲・誤嚥の原因となり得ることを認識した予防が重要です。万が一、気道異物による気道閉塞を起こした場合は、応援を呼び、救急通報を依頼した後に、以下の速やかな対応が必要です。

1) 意識がある場合

- 咳をしている：咳き込みではき出すことが期待されるので、咳を促しつつ注意深く見守ります。
- 有効な咳がでない：背部叩打（図 10-a）、腹部突き上げ（図 10-b）、胸部突き上げ（図 10-c）のいずれかを実施して、異物除去を試みます。なお、乳児は、頭部を下げての背部叩打と胸部突き上げを行います（乳児には腹部臓器損傷の危険があるため、腹部突き上げは実施してはいけません）。これらの一連の手技は異物がとれるか反応がなくなる（反応がなくなった場合は 2）へ）まで、すばやく繰り返し行います。

※ 子どもが混乱して暴れると異物除去が困難となりやすいため、意思疎通が可能な子どもには「のどに詰めたものをとってあげる」と説明して実施します。



図 10-a. 背部叩打法



図 10-b. 腹部突き上げ法

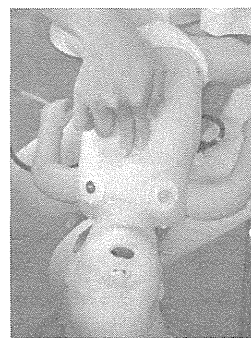


図 10-c. 胸部突き上げ法

2) 意識がない、または途中から意識がなくなった場合

気道異物による窒息により反応がなくなった場合には、ただちに心肺蘇生【31～34 ペー

ジ)を開始します。通常の心肺蘇生の手技に加えて、蘇生中、気道確保の際に口腔内を観察し、異物が存在する場合は指でつまんで取り出します。

【参考資料】 **動画** (A:B=A分B秒)

- 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン 平成23年3月 厚生労働省
<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/bunya/kodomo/pdf/hoiku04.pdf>
- **動画** 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン
前半(28:58) <https://www.youtube.com/watch?v=pJOAM8dE7WU&feature=plcp>
後半(17:23) <https://www.youtube.com/watch?v=axFou4QgB-4&feature=plcp>
- 乳幼児突然死症候群(SIDS)診断ガイドライン 第2版 平成24年10月 厚生労働省 SIDS研究班
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/sids_guideline.html
- 日本救急医療財団 JRC(日本版) ガイドライン 2010(確定版): 小児の蘇生
http://www.qqzaidan.jp/pdf_5/guideline3_PED_kakutei.pdf
- 救急蘇生法の指針改訂4版(市民用・解説編) 日本救急医療財団心肺蘇生法委員会監修 平成24年 へるす出版
- **動画**【日本赤十字社】乳児に対する心肺蘇生のやり方(2:29)、幼児に対する心肺蘇生のやり方(2:41)、乳幼児に対するAEDの使い方(3:39)、乳児の気道異物を除去する方法(1:44)、幼児の気道異物を除去する方法(1:46) <http://.nanapi.jp/79532>

5. 病児・病後児保育における感染症対策

- 病児・病後児は感染症罹患児であることが多く、個々の状態に対応した適切な保育・看護の実践とともに、施設内で感染を周囲に拡げないようにする対策が必要です。
- 病児・病後児保育に従事する保育士・看護師等は、自分自身を感染から守るとともに、自分自身が施設内感染の感染源にならないように心がける必要があります。
- 様々な感染症がありますが、感染経路を理解した上での基本的な対策(手洗い、マスクの着用、嘔吐物・下痢便の処理、適切な消毒など)を実践しましょう。
- 地域の感染症の流行状況を常に把握し、注意すべき感染症について正しい知識をスタッフ間で共有していきましょう。

「感染」とは人に対して病原性をもったウイルスや細菌、真菌等の「病原微生物(病原体ともいいます)」が人の体内に侵入して「増殖」した状態を指します。「病原微生物」がヒトの体内に侵入しただけで、増えなければ「感染」ではありません。

「感染症」とは、「病原微生物」が人の体内に侵入して「増殖」し、それによって人に有害な影響を及ぼすかまたは人の生体の防御反応が起こり、人に対して好ましくない反応を引き起こされた状態、すなわち「発症」した状態を指します。したがって感染症は、病原微生物に感染し、その上で発症した状態を意味します。以上のことから明らかなように、「感染」＝「感染症」ではありません。インフルエンザウイルスやノロウイルス、RSウイルスなどの病原微生物が人の体内に侵入・増殖し、感染した場合、全員が発症し、感染症を引き起こすものではありません。中には全く症状を示さない不顕性感染者も存在しますし、インフルエンザなどで

は高熱をきたさず、いわゆる感冒様症状で終わり、インフルエンザに罹患したとは周囲も、本人も思わない軽症例も少なくありません。

病児・病後児保育施設では、病児・病後児の保育・看護を行う保育士・看護師等は病児由来の病原微生物が感染する可能性が高く、感染しても乳幼児ほど発症する率は高くはないために自分が感染しているとは気付いていない場合が多いと推察されます。このことを正しく理解した上で、病児保育における感染対策を実施していく必要があります。

主な感染症別の感染経路と登校・登園の目安を表 10 に示します。登校・登園の目安を満たしていない病児・病後児は感染性がある（＝周囲に感染させる可能性がある）と考え、環境調整を含めて適切に対応する必要があります。

表 10. 主な感染症別の潜伏期間、感染経路、登園・登校の目安

| 感染症名 | 潜伏期間 | 主な感染経路 | 登園・登校の目安 |
|------------|----------|----------------|---|
| インフルエンザ | 1-4 日 | 飛沫感染、接触感染 | 発熱した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 2 日（幼児においては 3 日）を経過するまで出席停止 |
| 百日咳 | 5-12 日 | 飛沫感染、接触感染 | 特有な咳が消失するまで、または 5 日間の適正な抗菌薬による治療が終了するまで出席停止 |
| 麻疹 | 7-18 日 | 空気感染、飛沫感染、接触感染 | 解熱後 3 日を経過するまで出席停止 |
| 流行性耳下腺炎 | 12-25 日 | 飛沫感染、接触感染 | 耳下腺、顎下腺また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出席停止 |
| 風疹 | 14-23 日 | 飛沫感染、接触感染 | 発疹が消失するまで出席停止 |
| 水痘 | 10-21 日 | 空気感染、飛沫感染、接触感染 | すべての発疹が痂皮化するまで出席停止 |
| 咽頭結膜熱 | 2-14 日 | 接触感染、飛沫感染 | 主な症状が消失して 2 日経過後 |
| 流行性角結膜炎 | 2-14 日 | 接触感染、飛沫感染 | 感染のおそれがないと認められた後 |
| 溶連菌感染症 | 2-10 日 | 飛沫感染、接触感染 | 適切な抗菌薬による治療開始後 24 時間以降 |
| 手足口病 | 3-6 日 | 飛沫感染、接触感染 | 発熱がなく、普段の食事がとれる |
| ヘルパンギーナ | 3-6 日 | 飛沫感染、接触感染 | 発熱がなく、普段の食事がとれる |
| 伝染性紅斑 | 4-21 日 | 飛沫感染 | 全身状態が安定していれば |
| ロタウイルス感染症 | 1-3 日 | 接触感染、飛沫感染、経口感染 | 下痢、嘔吐が消失した後 |
| ノロウイルス感染症 | 12-48 時間 | 接触感染、飛沫感染、経口感染 | 下痢、嘔吐が消失した後 |
| マイコプラズマ感染症 | 1-4 週 | 飛沫感染 | 発熱や激しい咳が治まった後 |
| RS ウイルス感染症 | 2-8 日 | 飛沫感染、接触感染 | 呼吸器症状が消失し、全身状態が良い |
| 伝染性膿痂疹 | 2-10 日 | 接触感染 | 皮疹が乾燥しているか、湿潤部が被覆できる程度のものである |

*潜伏期間＝感染してから症状がでるまでの期間

（実際の登園・登校判断は主治医の指示によります）

(1) 感染経路を理解したうえでの対策

人が感染症を発症するためには、まず病原微生物に感染しなければなりません。感染症の原因は病原微生物に感染することであり、感染するためには「感染経路」が存在します。感染対策を行うためには、様々な感染症についての「感染経路」を正しく理解しておく必要があります。

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

① 飛沫感染

呼吸器系の感染症（鼻炎、咽頭・喉頭炎、気管支炎、肺炎など）では、咳やくしゃみが主要な症状となります。人は咳やくしゃみを発した時に、口から大量の水滴を放出しますが、この水滴を医学用語では「飛沫」と呼びます。飛沫のうち直径が0.1～0.2mm以上のものは数秒以内に床に落ちますが、この飛沫の中には大量の病原微生物が含まれていて、床に落ちる前にこの飛沫を浴び、吸い込むことによって起こる感染が飛沫感染です。飛沫感染は、感染者の咳やくしゃみ、会話をした際に飛び散る飛沫を浴びて吸い込まないようにすれば防ぐことが



図 11-a. カーテンによる仕切り（飛沫感染予防）
仕切りを透明にすることで、各病児・病後児へ複数の保育者の目が届きます。

できます。理論的には、病児・病後児保育においても、周囲の保育者・児童が呼吸器症状のある病児・病後児から 2m 以上離れて、その病児・病後児がしっかりとマスクを着用していればかなり周囲への感染は防ぐことができると思われます。けれども、病児・病後児が終日しっかりとマスクを着用していることを期待して感染対策を考えるべきではありません。また、保育者が常時、病児・病後児との距離を 2m あけていては、適切な保育看護は行えません。

病児・病後児保育における飛沫感染対策の実践ポイント

- 複数の病児・病後児間で飛沫感染のリスクがある場合は、別室で保育を行うことが望まれます。同室で行う場合は、飛沫を浴びて吸い込まないように 2m 以上距離をとるか、ついでにカーテンで仕切ることが望まれます（図 11-a）。
- 咳症状などがあり、4・5 歳以上でマスクを着用できる児童には、小児用マスクを着用してもらいます。
- マスクを着用できない呼吸器症状のある乳幼児と同室とならざるをえない 4・5 歳以上でマスクを着用できる児童には、小児用マスクを着用してもらいます。
- 保育者は病児からの感染の可能性を少しでも下げ、他の保育対象の児へ感染を予防するために、終日マスクを着用しましょう。

② 空気感染（飛沫核感染）

咳やくしゃみをした場合に発せられる飛沫のうち、直径が0.1～0.2mm以下の小さなものは、口から発せられた後、落ちる前に水分が全て蒸発してしまい、中で核となる病原微生物などの固形物（飛沫核；5μm未満）が空気中に漂い出すとされています。この飛沫核を吸い込むことによって起こる感染経路を空気感染（飛沫核感染）と呼びます。飛沫感染の感染範囲は飛沫が落ちる2m以内に限定されていますが、空気感染の感染範囲は部屋全体に及びます。日常的に空気感染を起こす感染症は麻疹、水痘、結核の3疾患です。



図 11-b. 陰圧換気の隔離室
隔離室との間も、クリアパネルや強化ガラスにすることにより、お互いの状況がわかります。

麻疹【46～48 ページ】：麻疹は感染力が非常に強く、重症化しやすく入院が必要になることが多い感染症なので、病児・病後児保育施設での対応は困難です。

結核：結核は排菌者と相当長時間空間を共有しないと感染しません。結核菌を排菌している場合は入院加療の対象となるため、感染性のある児童を病児・病後児保育施設でみることはありません。

病児・病後児保育における空気感染対策の実践ポイント

- 空気感染対策の基本は「発病者の隔離」と「部屋の換気」です。
- 空気感染を防止するには、入口が別で、室内の空気が外に出ないような工夫をした個室（陰圧個室；図 11-b）または独立空調の建物が必要です。空調が共有している部屋の場合は、別の部屋にいても感染します。

③ 接触感染

接触感染とは、文字通り接触することによって生じる感染経路を指します。接触には、感染している人との**直接接触**と、ウイルスがついている手指や物品（ドアノブ、手すり、スイッチ、トイレの便座、おもちゃなど）を介した**間接接触**があります。どちらも、接触によって体に病原微生物が付着しただけでは、通常感染は起こりません。最終的には、手に病原微生物が付着し、その手で鼻や口を触ることによって、病原微生物が鼻やのど、気管支等の呼吸器系の粘膜に付着したり、あるいは飲み込まれて腸管に達してその粘膜に付着し、そこで増殖を開始して初めて感染が成立することとなります。

※ 手洗い

- 手洗いには液体せっけんを用いましょう（泡せっけんでも可。固形せっけんは雑菌の温床となりやすく、せっけんを介した感染の危険性があるので不可）。
- 濡れた手を拭くためにはペーパータオルを用いましょう。
- 水道は自動水栓かもしくは足や肘を用いて開栓する形式のものが良いです。

- 通常は速乾性アルコール手指消毒剤を用いた手指衛生でも構いませんが、児童がノロウイルス【42～44 ページ】やロタウイルス、アデノウイルス等のアルコールによる消毒効果が低いウイルスに感染している可能性が高い場合や、手指に目に見える汚れがある場合は、必ず手洗いを行いましょう。



※アルコールは、ノロウイルスの不活化にはあまり効果がないといわれています。

図 12. 基本の手洗い手順
(公益社団法人 日本食品衛生協会)

http://www.n-shokuei.jp/food_safety_information_shokuei2/food_poisoning/pdf/handwash_manual.pdf

病児・病後児保育における接触感染対策のポイント

- 最も重要で基本となる対策は、流水・石鹸による手洗いや速乾性アルコール手指消毒剤による「手指衛生」です。
- 特に保育者は、自分を守り、他の児童を守るために1処置1手洗いを心がけます。
- 接触感染を感染経路とした感染力の強い感染症（ノロウイルス感染症、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱など）が想定される場合は、病児が触れる遊び道具や絵本などの物品は個人使用とし、共用は避けます。
- 保育者の身体の前面を覆うエプロンを着用し、病児毎に替えることが望ましいです。
- 複数の病児が共通のトイレを使用している場合、使用後は、その直後に塩素系消毒剤による消毒を行います。

(2) 病児・病後児保育における感染対策の実践ポイント

① 手洗いは感染対策の基本

調乳の前、昼食の前、おやつの前、おむつ交換の後、トイレの後、嘔吐物や便処理後などは、流水と液体せっけんあるいは泡せっけんで30秒以上の手洗いをします（図12）。

② 下痢便おむつの処理方法

使い捨て手袋、ビニール袋、使い捨ておむつ交換シート、おしりふきを準備しておき、適切に処理を行います。

- 処理者は必ず使い捨て手袋を着用し、使い捨ておむつ交換シートを使用し、おむつ処理を行います。水様下痢便の場合は、使い捨てマスクと使い捨てエプロンも着用します。
- 下痢便は皮膚への刺激が強いので、おむつはこまめに取り換えておしりは清潔にします。
- おむつや処理に使用したおしりふきは、ビニール袋に入れ密閉し廃棄します。
- 処理後は、しっかりと手洗いをします。

※ ノロウイルス感染症では、回復後も便中に3週間以上ノロウイルスが排泄されることもあります。下痢便でなくても、便のおむつ処理後は、しっかりと手洗いをすることが重要です。

③ 適切な嘔吐物の処理方法

使い捨て手袋、使い捨てエプロンかガウン、使い捨てマスク、ビニール袋、次亜塩素酸ナトリウム消毒液を準備しておき、迅速かつ確実に処理を行います。

- 他児が同室の場合は、迅速に別室に移動させます。
- 処理者は必ず使い捨て手袋、マスク、エプロン（ガウン）を着用し、部屋の換気を行い、以下の処理を行います。
- 0.1%（1000ppm）次亜塩素酸ナトリウム【作り方：表11】を含ませた使い捨ての雑巾等で吐物を飛び散らないように外側から静かに覆い拭き取ります。
- 使用した使い捨ての布やペーパータオル等は、すぐにビニール袋に入れ密閉します。
- 吐物が付着していた床とその周囲は200～1000ppm次亜塩素酸ナトリウムをしみ込ませた布やペーパータオルで拭き、その後水拭きします。

- 処理後は使い捨て手袋、マスク、エプロン（ガウン）をはずし、ビニール袋に密閉し廃棄します。
- 処理後は、しっかりと手洗いをします。
- 汚染された児童の衣類は施設内で洗わず、ビニール袋に二重に密閉したうえで、保護者に渡し、取扱い・消毒方法を伝えます【下記⑤保護者への伝え方参照】。

表 11. 次亜塩素酸ナトリウム消毒・処理液の作り方

| 製品の濃度 | 嘔吐物の処理・廃棄 (1000ppm 濃度) | | おもちゃ・物品の消毒 (200ppm 濃度) | |
|---------------|---------------------------|-----|---------------------------|-----|
| | 液の量 | 水の量 | 液の量 | 水の量 |
| 12% (一般的な業務用) | 25 ml | 3 L | 5 ml | 3 L |
| 6% (一般的な家庭用) | 50 ml | 3 L | 10 ml | 3 L |
| 1% | 300 ml | 3 L | 60 ml | 3 L |

※ 次亜塩素酸ナトリウムは濃度によって効果が異なります。製品の濃度表示を確認して、正しく作りましょう。また、次亜塩素酸ナトリウムは使用期限内のものを使用してください。

※ 保育室内で、嘔吐物や下痢便で汚染した衣類や雑巾を洗ったり、部屋の中に干すことは、感染を拡げることになるので、絶対にしてはいけません。

④ 保育終了後の手が触れる場所や物品の消毒

- 0.02% (200ppm) 次亜塩素酸ナトリウム【作り方：表 11】またはアルコールで清拭しましょう（ノロウイルス感染症流行期は次亜塩素酸ナトリウム）。
- 木製やプラスチック製のおもちゃは、石けん水で洗った後、0.02%次亜塩素酸ナトリウムに 10 分以上浸け、その後、水ですすいで乾燥させてください。

⑤ ノロウイルスなどによる感染性胃腸炎が疑われる場合の汚れた衣類・リネン類の扱い

(保護者への伝え方例)

- 嘔吐・下痢により汚れた衣類・リネンは密封して、そのままお返しします。捨てられないものについては、以下に注意しながら消毒・洗濯をお願いします。
- 使い捨て手袋をし、汚物を取り除いた後に消毒して下さい。
- 塩素系消毒剤に 10 分以上浸します。ノロウイルスの場合、逆性石鹼やアルコールでは消毒効果は期待できません。
- 次亜塩素酸ナトリウムが使えない場合は、85℃以上で 1 分間以上の熱湯消毒をしてください。
- 消毒後、他の物と分けて、最後に洗濯してください。

(3) 注意が必要な主な感染症とその対策

① インフルエンザ

毎年12月頃から翌年3月頃にかけて流行します。合併症として、肺炎、脳症、中耳炎、心

筋炎、筋炎などがあり、特に乳幼児は重症化することがあるので注意が必要です。

病原体：A型インフルエンザウイルス（A香港型、A(H1N1) pdm09）、

B型インフルエンザウイルス

※ 診断には、鼻咽頭ぬぐい液を用いた迅速抗原検査キットがあり、発症時間にもよりますが、発症した翌日の方が検出率が高い場合が多いです。偽陰性を示すことは少なくないため、臨床診断が優先される場合があります。

- 1) 感染経路： 主な感染経路は飛沫感染であり、他に接触感染もあります。
1人の患者から免疫のない2～3人に感染させると言われています
(この数字を基本再生産数 (R_0) と呼びます)。
- 2) 潜伏期間： 1～4日 (平均2日)
- 3) 症状： 悪寒、頭痛、高熱 (39-40℃) で発病します。頭痛とともに咳、鼻汁で始まる場合もあります。全身症状は、倦怠感、頭痛、腰痛、筋肉痛、関節痛などです。呼吸器症状は咽頭痛、鼻汁、鼻づまりがみられます。消化器症状は、嘔吐、下痢、腹痛がみられます。脳症を併発した場合は、けいれんや意識障害を来し、死に至る場合もあります。
- 4) 予防方法： 流行期前のインフルエンザワクチンの接種、
咳エチケット (呼吸器症状がある人はマスクを着用)
- 5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント
 - ・ インフルエンザウイルスに感染して発症している人の呼吸器官の粘膜には、大量のインフルエンザウイルスが存在していて、発症者のくしゃみや咳によって口から発せられる飛沫には大量のインフルエンザウイルスが含まれています。咳、くしゃみ、会話により、周囲の児童や保育者が、飛沫を吸い込まないようにすることが必要です【37ページ：飛沫感染対策参照】。
 - ・ 病児保育に携わる保育者は、インフルエンザウイルスの感染リスクは高いものの、過去の感染経験や免疫力等によって、既に感染していても軽い症状のみで、気付かないままに保育中の児に感染させてしまう可能性があります。
 - ・ 病児保育に従事する保育者は、1～3月にかけての日本国内でインフルエンザが本格的に流行している期間中は自分自身がインフルエンザウイルスに感染している可能性を考え、児童への感染伝播を避けるために常にマスクを装着して日常の保育業務に携わることが大切です。
 - ・ 保育者の手洗いの徹底は、他の児へのインフルエンザウイルス伝播の予防となり、自身の感染する可能性を減らします。
 - ・ インフルエンザウイルスは通常的环境中では数時間で感染力を失うので、消毒に関してはそれ程厳重にする必要はありませんが、明らかに患児の体液が付着している物品に対しては、消毒用アルコールや塩素系消毒剤で消毒しておきます。

② ノロウイルス感染症

冬季を中心に秋季から春季に流行する感染性胃腸炎です。便中に多くのウイルスが排出され、嘔吐物からの感染力も強く、保育施設等で集団感染が発生しやすいので注意が必要です。

- 1) 感染経路： 経口感染、接触感染、飛沫感染、塵埃(じんあい)感染
- 2) 潜伏期間： 12-48 時間
- 3) 症状： 嘔吐と下痢が主症状で、多くは 1-3 日で回復しますが、脱水症状を合併しやすいです。急性期の感染力が最も強いですが、回復後も便中に 3 週間以上ノロウイルスが排泄されることもあり感染源となるので便の処理には注意が必要です。
- 4) 予防方法： ノロウイルスのワクチンはまだ実用化されていません。食前・配膳前の手洗いの励行や、突然の嘔吐を認めた場合は、周りにいる子どもを別の部屋に移動させて感染を予防するなど、迅速な対応が求められます。
- 5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント

秋から冬にかけて小児を中心に急増する感染性胃腸炎の多くはノロウイルスによる感染症が原因であると推定されています。感染力が強く、集団発生しやすいため、保育所では迅速な対応が求められる感染症です。「ウイルス性の胃腸炎」、「急性胃腸炎」、「お腹の風邪」と診断され、病児・病後児保育施設を利用される場合も多いと思われます。また、ノロウイルス感染症に罹患後、病児・病後児保育施設で保育をすることになった児童の多くは、急性期を過ぎているものと推察されますが、それでも嘔吐や下痢をきたす可能性があり、また感染後 1 週間以上はウイルスが便中に継続的に排泄されることをふまえて以下の感染対策を行いましょう。

A. ノロウイルスの接触感染対策【38～40 ページ：接触感染対策参照】

接触感染は、ノロウイルスのヒト・ヒト間の感染では中心的役割を果たしています。ノロウイルスは環境中で何日間も感染力を保ち、逆性石鹼やアルコール等の消毒薬に抵抗性を示し、またごくわずかなウイルスが体内に入っただけで感染発症してしまうので、直接接触だけでなく、トイレの便座、おもちゃ、テーブル、机、椅子、ドアノブ、階段の手すり、スイッチ等の物品を介した間接触でも感染伝播してしまいます。

- アルコールの消毒効果は不十分なので、手指衛生として流水・石鹼による手洗いは接触感染対策として最重要となります。保育者がしっかりと手洗いをを行うことが大切です。特に、ノロウイルスに感染発症した可能性のある病児のケアをした後で他の児と接触する前には厳重な手洗いを心がけます。
- 保育者は身体の前面を覆うエプロンを着用し、病児ごとに替えることが望ましいです。
- やむをえずトイレを共用する場合は、病児が直接接触した便座は使用直後に塩素系の消毒剤で消毒することが必要です。
- 児童が頻回に触れたおもちゃやテーブル、椅子等の物品は、保育終了後に消毒します。ノロウイルスは環境中でも数日間は感染性を保っているため、しっかりと消毒をします。

B. ノロウイルスの飛沫感染対策

ノロウイルスの飛沫感染は、インフルエンザなどの呼吸器系の感染症での咳やくしゃみによって飛び散った飛沫による飛沫感染ではなく、嘔吐の際に嘔吐物が飛び散って生じた飛沫を浴びることによる飛沫感染です。病児・病後児保育において、症状が緩和した状態であっても嘔吐が予想される場合は、別室で保育看護を行うことが望まれます。やむをえず同室で

行う場合は、ついでにカーテンで仕切りを行い、お互いの飛沫を浴びないようにする対策が必要です。

C. ノロウイルスの塵埃(じんあい)感染対策

嘔吐物や下痢便の処理・消毒が適切に行われず、大量のノロウイルスが残存したまま乾燥すると、ウイルスが空気の流れとともに舞い上がり、そのウイルスを吸い込んだ人が感染する場合があります。これを「塵埃(じんあい)感染」と呼んでいます。塵埃感染は空気感染の一種であり、ごくわずかのウイルスを吸い込んでも感染してしまうノロウイルスならではの感染経路です。この場合は、嘔吐場所や下痢便が存在していた場所が感染源となって、感染範囲は部屋全体に及ぶ可能性があります。しっかりと消毒されなかった場合、ノロウイルスは何日間も同じ場所にあって感染性を保っており、翌日、翌々日に同じ部屋を利用した者にも感染することがあります。したがって、病児保育室においても、嘔吐物や下痢便の適切な処理は極めて重要です【40～41 ページ】。特に複数の病児を同じ部屋で保育している場合は即座に処理を実行しなければなりません。

③ RS ウイルス感染症

RSウイルス感染症は、秋から冬にかけて毎年流行する呼吸器感染症です。夏に発症する場合があります。0歳児と1歳児が初感染した場合は細気管支炎・肺炎といった重篤な症状を引き起こすことがあり、乳幼児の重症呼吸器感染症の原因として注意が必要です。特に生後6か月未満の乳児では、重症化しやすく入院管理が必要となることも少なくありません。

※ 0～1歳の乳幼児への注意事項

RSウイルス感染症は2歳以上の児童や成人がかかっても、咳、鼻水のみで、RSウイルス感染症と気付かれていない場合があります。従って、咳等の呼吸器症状を認める2歳以上の児童や成人は、可能な限り0歳児と1歳児との接触を避けることが乳幼児の発症予防につながります。また、0歳児と1歳児に日常的に接する人は、RSウイルス感染症の流行時期はもちろんのこと、流行時期でなくても、咳などの呼吸器症状がある場合は飛沫感染対策としてマスクを着用して0歳児、1歳児に接することが大切です。

1) 感染経路： 飛沫感染、接触感染。非常に感染力が強く施設内感染に注意が必要です。

2) 潜伏期間： 主に4～6日（2～8日）

3) 症状

A. 初感染：発熱、咳、鼻水などで発症し、初感染乳幼児の約7割は1週間程度で回復しますが、約3割が発症から2～3日のうちに咳がひどくなり、喘鳴・呼吸困難症状が出現し、細気管支炎や肺炎に進展することがあります。特に3か月未満児では高率に重症化し、呼吸管理が必要となる場合があります。なお、現状では、保育所へ通う児童は1歳までにほとんどが初感染を経験するといわれています。

B. 再感染：2歳以上では再感染のことが多く、同様に発熱、咳、鼻水などで発症しますが症状は軽く、1週間程度で回復することが多いです。RSウイルス感染症には1度かかっても十分な免疫が得られず、何度もかかることがあります。再感染や再々感染時には初感染時ほど重い症状にならないといわれています。

4) 予防方法： 現在、RS ウイルスに対するワクチンはありません。予防方法として、RS ウイルスの初感染により重症化しやすい以下の乳幼児に対して遺伝子組み換え技術を用いて作成されたモノクローナル抗体製剤であるパリビズマブの投与があります（健康保険適用）。RS ウイルス感染症の流行初期に投与し始めて流行期も引き続き1か月毎に筋肉注射することにより、重篤な下気道炎症状の発症の抑制が期待できます。

- 在胎期間28週以下の早産で、12か月齢以下の新生児及び乳児
- 在胎期間29～35週の早産で、6か月齢以下の新生児及び乳児
- 過去6か月以内に気管支肺異形成症の治療を受けた24か月齢以下の新生児、乳児及び幼児
- 24か月齢以下の血行動態に異常のある先天性心疾患の新生児、乳児及び幼児
- 24か月齢以下の免疫不全を伴う新生児、乳児および幼児
- 24か月齢以下のダウン症候群の新生児、乳児および幼児

5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント

- 発熱・咳で入室した0～1歳の乳幼児は、特に流行期は、RSウイルス感染症と診断されていなくても、その可能性があること、初感染の約3割は重症化をきたしうることを十分認識し、医療機関と連携のもとに適切に対応することが必要です。
 - 周囲の児童、特に0～1歳の乳幼児には感染させないように以下の接触感染・飛沫感染対策を心がけましょう（咳・鼻水のみ2歳以上の児童は本人が元気で、周囲の0～1歳の乳幼児に感染させないように配慮することが大切です）。
- ※ おもちゃの共有は避け、使用後、触れたりなめたりしたおもちゃや環境・物品などはアルコールや塩素系の消毒剤等で消毒します【41ページ】。洗濯が可能なおもちゃは、洗濯をします。
- ※ 飛沫感染対策・接触感染対策参照【37～40ページ】

④ 水痘

水痘（水ぼうそう）は、水痘・帯状疱疹ウイルスの初感染によって発生する急性感染症です。ときに肺炎、脳炎、肝炎、ライ症候群（急性脳症）などを合併することもあります。空気感染、飛沫感染、接触感染を感染経路とし、極めて感染力の強い感染症として知られています。水痘は乳幼児での発症が主ですが、免疫がなければ大人も感染します。大人がかかる場合と重症で、入院が必要となる場合が多く、成人の致死率は小児より高いと言われています。近年の統計によると、日本では年間約100万人が水痘にかかり、約4,000人が重症化から入院し、約20人が死亡していると言われています。また、水痘に罹患して治癒した後も脊髄後根神経節に水痘・帯状疱疹ウイルスは潜伏感染し続け、免疫抑制状態や加齢等により、再活性化して帯状疱疹を発症することは珍しくありません。将来の帯状疱疹の発症を考慮しても、水痘は発症して治癒すればよいという感染症ではなく、感染を予防したい疾患です。

1) 感染経路： 空気感染、飛沫感染、接触感染。

1人の患者から免疫のない8～10人に感染させると言われています。

2) 潜伏期間： 主に14～16日（10～21日）。

- 3) 症状： 発疹は体と首のあたりから顔面に生じやすく、発熱しない例もあります。発疹は紅斑、水疱、膿疱、かさぶたの順に変化しますが、これらが混在していることが特徴です。かゆみを訴えることが多くあります。
- 4) 予防方法： 有効な予防策は、水痘ワクチンを接種することです。2014年10月から水痘ワクチンは生後12～36か月未満の月齢児に2回の接種を行うことが定期接種となりました。1歳になったらすぐに1回目を接種し、3か月以上の間隔をあけて、標準的には1回目の接種から6～12か月後に2回目を接種します。2015年3月31日までは、3～4歳児に対しても定期接種で接種が可能ですが、この場合定期接種で受けられるのは1回のみです。既に小児科からの患者報告数は減少しており、今後、国内の水痘罹患者数は大きく減少していくことが予想されます。
- 5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント
 - 水痘・帯状疱疹ウイルスは空気感染するので、同じ空間を共有しながら行い得る有効な感染対策はありません【38 ページ：空気感染参照】。また、病児保育室で水痘罹患者児に対応する保育者は、水痘に対する免疫を有している人に限ります。
 - 細菌の二次感染（敗血症を含む）、髄膜脳炎、小脳失調、肺炎、肝炎などの合併症があり、水痘罹患者には将来の帯状疱疹発生リスクもあります。2014年10月から水痘ワクチンが生後12～36か月未満の児童に対する定期接種となりました。これを機会に、病児・病後児保育施設が感染拡大の場とならないように、適切な対応が望まれます。

⑤ 麻疹（はしか）

麻疹の感染力は非常に強く、1人発生したらすぐ対応を行う必要がある感染症です。麻疹は感染力の強さに加えて、医療が発達した先進国であっても肺炎や脳炎を併発して1,000人に1人は死亡することがある重症の病気で、入院が必要となることが多い感染症です。そのため、麻疹と診断された場合は、病児・病後児保育での対応は困難です。ここでは、保育をした後に麻疹と診断される場合があることから、対策方法を記載します。

- 1) 感染経路： 空気感染、飛沫感染、接触感染
1人の患者から、免疫のない12～18人に感染させると言われており、インフルエンザ（2～3人）の数倍高い数字となっています。
- 2) 潜伏期間： 主に8～12日（7～18日）。
- 3) 初発症状： 麻疹の初発症状は発熱、咳、鼻水、眼の充血・眼やになどが中心のため、発疹が出たり、麻疹に特徴的とされる口の中の粘膜に出現する白いブツブツ（コプリック斑）が出現するまでは麻疹と気づかずに保育を行っている場合があります。
- 4) 予防方法： 1歳になったらすぐの麻疹風疹混合ワクチン（以下、MRワクチン）の接種が重要です。1回の接種では約5%は免疫がついていないことがあるので、5歳児クラス（小学校入学前一年間）での2回目のMRワクチンも極めて重要です。
- 5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント
 - A. 平常時からの対応
 - 麻疹に対する免疫を十分に持っていれば何も心配はいりません。事前登録時に、既往

歴・現病歴とともに、母子健康手帳の予防接種の記録ページから正確に転記した予防接種歴（接種年月日を含む）を提出してもらい、把握しておくことが大切です。また、適宜、接種済みの予防接種を確認するようにしておくこと緊急時に役立ちます。

- 事前登録や体調が回復したときなどに、未接種のワクチンは受けておくように保護者に声かけをしておくことも大切です（ただし、発熱を認める場合や、重症の急性疾患に罹っている場合、免疫不全の持病を持っている場合、免疫を抑制する治療を受けている場合、ワクチンの成分でアナフィラキシーという重症のアレルギー反応を認めたことがある場合等、接種不適合者に該当する人は受けることができませんので、かかりつけ医とよく相談が必要です）。
- 合計2回の予防接種を記録で確認しておくことが大切ですが、0歳での接種は接種回数に含めません。また、接種記録が残っていない場合は、受けていないと考えます。

B. 緊急時の対応

もし、保育をしていた児が後で麻疹と診断された場合、麻疹の感染拡大を防ぐために大至急の対応が必要になります。発熱出現の前日から感染力があると考え、麻疹と診断されるまでの間に同じ空間で保育していた児童、送り迎えなどで来室していた保護者、職員（実習生等を含む）を感染のリスクがある者としてリストアップします。次にリストアップ者の予防接種記録からMRワクチンあるいは麻疹ワクチンの接種回数を確認します。この時に平常時の対応（予防接種記録）が力を発揮し、迅速に以下の判断ができます。

【リストアップ者が1歳以上の場合】

- 1) 1歳以上で2回の麻疹含有ワクチン（MRワクチンあるいは麻疹ワクチン）の予防接種記録がある場合：緊急対応は不要です。
- 2) 1歳以上で1回のみ麻疹含有ワクチンの予防接種記録がある場合：

95%程度は発症予防可能ですが、約5%は免疫がついていないこと、発症予防には不十分な免疫しかついていた場合がまれながらあるので、その場合は、麻疹患児と一緒にいた日から72時間以内に緊急のMRワクチン接種をすることで発症を予防できる可能性があります。ただし、1回目の接種から最低1か月以上空いている必要があり、小学校入学前1年間の児（第2期の定期接種として受けられます）でなければ、任意接種として受けることになります。

発熱を認める場合や、重症の急性疾患に罹っている場合、免疫不全の持病を持っている場合、免疫を抑制する治療を受けている場合、ワクチンの成分でアナフィラキシーという重症のアレルギー反応を認めたことがある場合、妊娠している場合、妊娠している可能性がある場合等、接種不適合者に該当する人は受けることができませんので、かかりつけ医とよく相談が必要です。
- 3) 1歳以上で麻疹含有ワクチンの予防接種記録が1回もない場合：

麻疹患児と一緒にいた日から72時間以内に緊急ワクチン接種をすることで発症を予防できる可能性があります。ただし、上記と同様に、ワクチンの接種不適合者に該当する場合は接種することができませんので、接種の可否については、かかりつけ医と速やかに相談する必要があります。
- 4) 麻疹含有ワクチンの接種不適合者に該当する場合：
 - 麻疹患児と一緒にいた日から6日以内の場合：

免疫グロブリン製剤の投与で発症（あるいは重症化）予防の可能性があります。筋肉注射で接種する製剤の場合、健康保険が使えます。ただし、接種量が多いため接種時の疼痛が強く、血液製剤であることから未知の感染症のリスクはゼロではありません。

また、間に合わず発病する場合、通常麻疹の潜伏期（約10～12日）より長い潜伏期を経たから発病することがあるので、3週間くらい（通常、潜伏期の2倍の期間を見ることが多い）は麻疹の免疫を持っていない人との接触を避けるなど、十分な注意が必要です。
 - 麻疹患児と一緒にいた日から7日以上が経過してしまっている場合：

この場合は、発症予防法がないため、一緒にいた日から3週間くらいは、発症する可能性を考えて対応する必要があります。この期間は、麻疹に対する免疫のない人との接触を避け、集団保育は避ける必要があります。

【リストアップ者が0歳の場合】

1) 生後0～6か月未満の場合：

- 母親が麻疹に対する免疫を持っている場合：
移行抗体が残っている可能性があり、その場合は、発病が予防される可能性が高いです。
- 母親が麻疹に対する免疫を十分持っていない場合：
この月齢であっても移行抗体を持っていない可能性があり、速やかにかかりつけ医への相談が必要です。免疫グロブリン製剤の投与を検討することがあります。

2) 生後6か月以上12か月未満の場合：

- 麻疹患児と一緒にいた日から72時間以内の場合：
接種不適合者に該当しなければ、緊急避難的に麻疹ワクチンの接種を考慮する場合があります。なおこの場合は、任意接種として受けることになります。さらに、1歳になったらすぐのMRワクチンと小学校入学1年前での第2期接種を忘れないようにすることが重要です。
- 麻疹患児と一緒にいた日から72時間以上6日以内の場合：
免疫グロブリン製剤の投与を検討することになります。
- 麻疹患児と一緒にいた日から7日以上経っている場合：
麻疹患児と一緒にいた日から3週間を過ぎる頃までは、発症する可能性を考えて対応する必要があります。この期間は、麻疹に対する免疫のない人との接触を避け、集団保育は避ける必要があります。

⑥ 風 疹

風疹は風疹ウイルスによる急性の感染症で、基本的には軽症の感染症ですが、脳炎や血小板減少性紫斑病（血液の成分である血小板が減少して、血が出やすくなったり血が止まりにくくなったり、紫斑が皮膚に現れる病気）などを合併して、入院が必要になる場合があります。また妊娠20週頃までの妊婦が風疹ウイルスに感染すると、胎児にも感染して、赤ちゃんの心臓や、眼、耳に生まれつきの障がいを持つ先天性風疹症候群を発病する場合があります。2012～2013年の14,000人を超える大規模な風疹の国内流行により、45人の赤ちゃんが先天性風疹症候群と診断されました。

1) 感染経路： 飛沫感染、接触感染

1人の患者から、免疫のない5～7人に感染させると言われています。

2) 潜伏期間： 主に14～21日（14～23日、平均16～18日）。

3) 症状： 風疹の症状は発熱、発疹、耳の後ろや首の周りのリンパ節の腫れですが、すべての症状がそろわないことも多く、不顕性感染（感染しても症状が現れない）が約15～30%程度存在しますので、対応が難しい疾患です。

4) 予防方法： 1歳になったらすぐのMRワクチンの接種が重要です。1回の接種では約5%は免疫がついていないことがあるので、5歳児クラス（小学校入学前1年間）での2回目のMRワクチンも極めて重要です。

5) 病児・病後児保育施設における感染対策ポイント

A. 平常時からの対応

- 風疹に対する免疫を十分に持っていれば何も心配はありません。事前登録時に、既往歴・現病歴とともに、母子健康手帳の予防接種の記録ページから正確に転記した予防接種歴（接種年月日を含む）を提出してもらい、把握しておくことが大切です。また、適宜、接種済みの予防接種を確認するようにしておくこと緊急時に役立ちます。
 - 事前登録や体調が回復したときなどに、未接種のワクチンは受けておくように保護者に声かけをしておくことも大切です（ただし、ワクチンの接種が不適切な人（麻疹と
-

同じです)は受けることができませんので、接種医とよく相談が必要です)。

- 合計2回の接種を記録で確認しておくことが重要ですが、0歳での接種は接種回数に含めません。また、接種記録が残っていない場合は、受けていないと考えます。

B. 緊急時の対応

もし保育をしていた児が後で風疹と診断された場合、発疹出現前後1週間に一緒に保育していた児童と職員をリストアップします。さらに、児童の家族、職員に妊婦がいないかどうかを大至急確認する必要があります。もし妊婦がいた場合は、速やかに情報を共有して、妊婦の風疹に対する免疫の有無を確認し、かかりつけの産婦人科医とその後の対応を相談してもらう必要があります。

「平常時からの対応」に記載していた予防接種記録からMRワクチンあるいは風疹ワクチンの接種回数を確認します。また、風疹を発病する前後1週間の児童と接触した場合は、接触から3週間程度は発病する可能性を考えて、風疹に対する免疫を持っていない人との接触を避ける必要があります。特に妊婦との接触を避けることが重要です。

【リストアップ者が1歳以上の場合】

- 1) 1歳以上で2回の風疹含有ワクチン(MRワクチンあるいは風疹ワクチン)の予防接種記録がある場合：緊急対応は不要です。

- 1歳以上で1回のみ風疹含有ワクチンの予防接種記録がある場合：

多くは発症予防可能ですが、約5%は免疫がついていないこと、発症予防には不十分な免疫しかついていた場合がまれながらあるので、その場合は、潜伏期の2~3週間を経て発病してくることがあります。

麻疹のように緊急ワクチン接種で発症予防できるというエビデンスはありませんが、感染していなかった可能性を考えて、将来的な予防も含めて急ぎMRワクチンをもう一度受けておくという選択肢があります。

ただし、発熱を認める場合、急性の疾患に罹患している場合、免疫を抑制する治療を受けている場合、ワクチンの成分でアナフィラキシーという重症のアレルギー反応を認めたことがある場合、妊娠している場合、妊娠している可能性がある場合等、ワクチンの接種不適合者に該当する場合は接種することができませんので、接種の可否については、かかりつけ医と速やかに相談する必要があります。

- 1歳以上で風疹含有ワクチンの予防接種記録がない場合：

風疹発症前後1週間の患者との接触後に緊急対応可能な方法は示されていませんが、感染していなかった可能性を考えて、将来的な予防も含めて急ぎMRワクチンを受けておくという選択肢があります。ただし、上記と同様に、ワクチンの接種不適合者に該当する場合は接種することができませんので、接種の可否については、かかりつけ医と速やかに相談する必要があります。

【リストアップ者が0歳の場合】

- 1) 生後0~6か月未満の場合：

- 母親が風疹に対する免疫を持っている場合：

移行抗体が残っている可能性があり、その場合は、発症予防可能です。

- 母親が風疹に対する免疫を十分持っていない場合：

この月齢であっても移行抗体を持っていない可能性があります。風疹発症前後1週間の患者との接触から3週間程度は発症する可能性を考えて対応する必要があります。この期間は、風疹に対する免疫のない人との接触を避け、特に妊婦との接触を避ける必要があります。

- 2) 生後6か月以上12か月未満の場合：

風疹発症前後1週間の患者との接触から3週間程度、発症する可能性を考えて対応する必要があります。この期間は、風疹に対する免疫のない人との接触を避け、特に妊婦との接触を避ける必要があります。

(4) 予防接種

事前登録時に、既往歴・現病歴とともに、母子健康手帳の予防接種の記録ページから正確