

厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

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

研究代表者 細矢 光亮

平成 29 年 3 月

序 文

保育所においては、一人一人の子どもの健康と安全の確保とともに、集団の健康と安全を保障する必要があります。感染症対策も個人と集団の健康・安全対策の一つです。保育所は乳幼児が長時間にわたり集団で生活する場であり、遊びや食事、午睡などの濃厚な接触の機会も多く、感染症が伝播しやすい環境にあります。さらに、乳幼児は手に触れたものを舂めてしまう、適切な手洗いやマスク着用が出来ないなど、十分な衛生対策がとれず、子どもは常に感染するリスクにさらされています。このため、保育所における感染症対策は容易ではありません。

保育の実際においては、子どもたちの健康と安全を確保しつつ、保育の制限を最小にとどめることが求められます。その様な観点から「保育所における感染症対策のガイドライン」が作成されています。最も新しいものは「2012年改訂版 保育所における感染症対策ガイドライン」ですが、近年保育所で問題にされているB型肝炎やC型肝炎、HIV感染症、疥癬等について、その対応・対策の記載がありませんでした。保育所の現場では、感染児に対し入園や保育拒否等の誤った対応がなされたケースもあり、これら感染症に対する対応を含めたガイドラインへの早急の改訂が求められています。これは保育所だけではなく認定こども園等の施設においても同様です。そこで、これらの特定の感染症に対する対応策を加え、さらに日常の保育において感染拡大を出来る限り抑えるための具体的方策を盛り込んだ「2017年改訂版 保育所における感染症対策ガイドライン」への改定を目指し、厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成期版 研究事業による「保育所等における感染症対策に関する研究」を行いました。本報告書はその研究結果です。

保育所職員、行政職員、医療従事者等の関係者が、保育所の感染症対策にあたり参考にさせていただければ幸いです。

なお、出来る限り保育制限を少なくし、かつ保育所における安全を確保できるようにとの観点で検討しましたが、保育所における感染症対策は大変難しく、まだまだ課題が残されていると思います。皆さまの忌憚のないご意見をお待ちしております。

平成 29 年 3 月

研究代表者 細矢 光亮

目 次

1	感染症とは	
(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	2
2	感染経路	
(1)	飛沫感染	6
(2)	空気感染(飛沫核感染)	6
(3)	接触感染	6
(4)	経口感染	6
(5)	血液媒介感染 コラム	7
(6)	蚊媒介感染	8
(7)	経母乳感染	8
(8)	胎内感染・産道感染	9
3	感染症対策	
(1)	感染源対策	10
(2)	感染経路別対策	10
(3)	感受性対策	14
(4)	予防接種	15
(5)	健康教育	19
4	衛生管理	
(1)	保育室	20
(2)	手洗い	20
(3)	食事・おやつ	20
(4)	調乳・冷凍母乳	20
(5)	歯ブラシ	21
(6)	おもちゃ	21
(7)	寝具	21
(8)	おむつ交換	21
(9)	トイレ	21

(1 0) 砂場	-----	21
(1 1) 庭園	-----	21
(1 2) プール	-----	22
(1 3) 職員の衛生管理	-----	22
(1 4) 消毒薬の種類と使い方	-----	22
5 感染症発生時の対応と罹患後における登園時の対応		
(1) 感染症の疑いのある子どもへの対応	-----	23
(2) 感染症発生時の対応	-----	23
(3) 罹患後における登園時の対応	-----	24
6 感染症対策の実施体制と子どもの健康支援		
(1) 記録の重要性	-----	25
(2) 嘱託医の役割と連携	-----	25
(3) 登園のめやす	-----	25
(4) ワクチン接種率向上のために	-----	26
(5) 看護師等の役割と責務	-----	26
(6) 子どもの健康支援の充実に向けて	-----	27
7 保育所で問題となる主な感染症とその対策		
(1) 麻疹	-----	28
(2) 風疹	-----	29
(3) 水痘	-----	30
(4) 流行性耳下腺炎	-----	31
(5) 伝染性紅斑	-----	32
(6) 突発性発疹	-----	33
(7) インフルエンザ [インフルエンザ Q & A]	-----	34
(8) RS ウイルス感染症 [RS ウイルス感染症 Q & A]	-----	36
(9) ヒトメタニューモウイルス感染症	-----	38
(1 0) アデノウイルス感染症 [アデノウイルス感染症 Q & A]	-----	39
(1 1) 手足口病	-----	41
(1 2) ヘルパンギーナ	-----	42
(1 3) ロタウイルス感染症 [ロタウイルス感染症 Q & A]	-----	43
(1 4) ノロウイルス感染症 [ノロウイルス感染症 Q & A]	-----	45
(1 5) 日本脳炎	-----	47
(1 6) デング熱	-----	48

(1 7)	ジカウイルス感染症	-----	49
(1 8)	マイコプラズマ感染症	-----	50
(1 9)	溶連菌感染症 [溶連菌感染症 Q & A]	-----	51
(2 0)	百日咳 [百日咳 Q & A]	-----	53
(2 1)	肺炎球菌感染症	-----	55
(2 2)	インフルエンザ菌感染症	-----	56
(2 3)	腸管出血性大腸菌感染症 [腸管出血性大腸菌感染症 Q & A]	-----	57
(2 4)	サルモネラ感染症	-----	59
(2 5)	カンピロバクター感染症	-----	60
(2 6)	破傷風	-----	61
(2 7)	結核	-----	62
(2 8)	伝染性膿痂疹	-----	63
(2 9)	アタマジラミ症 [アタマジラミ症 Q & A]	-----	64
(3 0)	疥癬 [疥癬 Q & A , 保育園での疥癬集団感染事例]	-----	66
(3 1)	伝染性軟属腫	-----	69
(3 2)	带状疱疹	-----	70
(3 3)	B 型肝炎 [B 型肝炎 Q & A , 保育園での B 型肝炎集団感染事例]	-----	71
(3 4)	C 型肝炎 [C 型肝炎 Q & A]	-----	75
(3 5)	HIV 感染症 [HIV 感染症 Q & A]	-----	76
別添 1	保育所における消毒薬の種類と使い方	-----	78
別添 2	子どもの病気 ~ 症状に合わせた対応 ~	-----	80
別添 3	医師の意見書及び保護者の登園届	-----	86
別添 4	主な感染症の一覧	-----	88
別添 5	予防接種調査票	-----	94

1 感染症とは

(1) 感染症とその三大要因

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

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

子どもの命と健康を守る保育所において、全職員が感染症成立の三大要因及び潜伏期間や症状について熟知しておくことが必要です。また、乳幼児期の特徴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、**嘱託医や医療・保健機関等の協力を得て、それぞれの保育所で感染症対策を立てておくことが重要**です。

(2) 保育所における感染症対策

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

- ・保育所は毎日長時間にわたり集団生活をする場所で、午睡や食事、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多く、飛沫感染や接触感染への対応が非常に困難である。
- ・乳児は床を這う、手に触れるものを何でも舐める。
- ・正しいマスクの装着・適切な手洗いの実施・物品の衛生的な取扱などの基本的な衛生対策が十分にできない年齢である。

また、特に**0歳児の生理学的特性**として、以下のことがあげられます。

- ・感染症に罹り易い：母親から胎盤をとおしてもらっていた免疫（移行抗体）が生後数か月以降に減り始めるので、乳児は感染症をおこしやすい。
- ・呼吸困難に陥り易い：成人と比べると鼻道や後鼻孔が狭く、気道も細いため、風邪などで粘膜が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て、体内の水分量が多く1日に必要とする体重あたりの水分量も多い。このような状態で発熱、嘔吐、下痢などによって体内の水分を失ったり、咳や鼻水等の呼吸器症状のために哺乳量や水分補給が減少すると脱水症になりやすい。

このように、保育所の感染症対策については、抵抗力が弱く、身体の機能が未熟である乳幼児の特性等を踏まえ、感染症に対する正しい知識や情報に基づく感染予防のための適切な対応が求められます。例えば、保育所ではインフルエンザウイルスやノロウイルスなどの集団感染がしばしば発生しますが、これらの感染症においては、患者自身はほぼ症状が消失した状態となった後でもウイルスを排出していることがあるため、罹患児が症状改善後すぐに登園した場合、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、**各感染症の特性を考慮（「7. 保育所で問題となる主な感染症とその対策」と別添4「主な感染症一覧」を参照）し、症状が回復し感染力が大幅に減少するまで罹患児の登園を避けるよう保護者に依頼する**などの対応が必要です。

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

日々、感染防止の努力を続けていても、**園内への様々な感染症の侵入と流行を完全に阻止することは不可能である**ということを理解し、**その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します。

これまで発生したことがない新しい感染症が国内に侵入・流行した場合、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は、保育所は児童福祉施設として社会機能の維持にとって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は子どもたちの健康と安全の維持を図ることを最優先しなければなりません。保健・医療機関や行政との連絡・連携を密にとりながら、当該の感染症に関する正確な情報の把握と共有に努め、保育所として子どもたちの健康被害を最小限に食い止めるためにはどうするべきかを考え、実行する必要があります。

(3) 学校における感染症対策

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

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

表 1： 学校保健安全法施行規則（昭和 33 年文部省令第 18 号）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	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（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第六条第三項第六号に規定する特定鳥インフルエンザをいう。）
第二種	インフルエンザ（ 特定鳥インフルエンザを除く ）、百日咳、麻疹、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	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎その他の感染症
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第六条第七項から第九項までに規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症は、 前項の規定にかかわらず 、第一種の感染症とみなす

学校保健安全法施行規則第 19 条における出席停止の期間の基準について

第一種.....治癒するまで

第二種（結核、髄膜炎菌性髄膜炎を除く）.....次の期間。ただし、**病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるときは、この限りでない。**

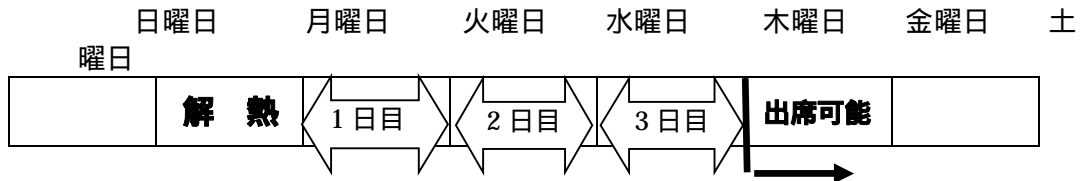
- ・ インフルエンザ
（**特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く**）
.....発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日（幼児にあっては 3 日）を経過するまで。
 - ・ 百 日 咳.....特有の咳が消失するまで又は 5 日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで。
 - ・ 麻 し ん.....解熱した後 3 日を経過するまで。
 - ・ 流行性耳下腺炎.....耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現した後 5 日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで。
 - ・ 風 し ん.....発しんが消失するまで。
 - ・ 水 痘.....すべての発しんが痂皮化するまで。
 - ・ 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、髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種の感染症.....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。

出席停止の日数の数え方について

日数の数え方は、その現象が見られた日は算定せず、その翌日を第1日とします。

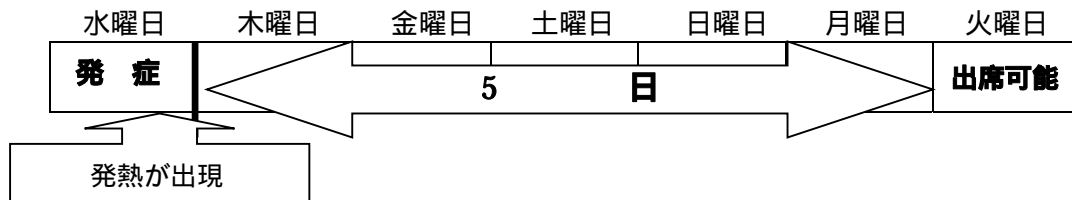
「解熱した後3日を経過するまで」の場合、例えば、解熱を確認した日が月曜日であった場合には、その日は日数には数えず、火曜（1日）、水曜（2日）、木曜（3日）の3日間を休み、金曜日から登園許可ということになります（図）。

図「出席停止期間：解熱した後3日を経過するまで」の考え方







また、インフルエンザにおいて「発症した後5日」という時の、「発症」とは、「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、翌日から1日目と数えます。







2 感染経路

保育所の子どもたちに関係する主な感染症の感染経路には、飛沫感染、空気感染（飛沫核感染）、接触感染、経口感染、血液媒介感染、蚊媒介感染、母乳感染、胎内感染・産道感染などがあります。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ります。

要約（主な感染経路と病原体 その1）			
空気感染 	飛沫感染 	接触感染 	経口感染 
空気中に漂っている病原体を吸い込む	咳やくしゃみ、会話などによって短い距離（1～2m程度）に飛び散った病原体を吸い込む	病原体が接触した皮膚や粘膜から入る	食品や便の中にある病原体が口から侵入
麻疹ウイルス（はしか） 水痘-帯状疱疹ウイルス（みずぼうそう） 結核菌 など	風疹ウイルス インフルエンザウイルス RSウイルス、ライノウイルス ムンプスウイルス（おたふくかぜ） コクサッキーウイルス エンテロウイルス アデノウイルス（咽頭結膜熱） 百日咳菌、肺炎マイコプラズマ A群溶血性レンサ球菌 インフルエンザ菌、肺炎球菌 など	アデノウイルス（流行性角結膜炎） 伝染性軟属腫ウイルス（水いぼ） 黄色ブドウ球菌など（とびひ） アタマジラミ ヒゼンダニ（疥癬） など	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 A型肝炎ウイルス E型肝炎ウイルス 黄色ブドウ球菌 腸管出血性大腸菌 サルモネラ菌 カンピロバクタ など

画像：いらすとや より

要約（主な感染経路と病原体 その2）			
血液媒介感染 	蚊媒介感染 	経母乳感染 	胎内感染・産道感染 
血液中の病原体による感染	病原体を持っている蚊にさされて感染	母乳に含まれている病原体による感染	お母さんの胎内あるいは、出産時に産道で、母から児に感染
B型肝炎ウイルス C型肝炎ウイルス ヒト免疫不全ウイルス（HIV） HTLV-1（成人型T細胞白血病） 梅毒スピロヘータ など	日本脳炎ウイルス デングウイルス ジカウイルス チクングニアウイルス マラリア原虫 など	ヒトサイトメガロウイルス HTLV-1 HIV など	風疹ウイルス、ジカウイルス ヒトサイトメガロウイルス ムンプスウイルス、麻疹ウイルス 水痘-帯状疱疹ウイルス バルボウイルスB19（りんご病） B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス HIV、HTLV-1 単純ヘルペスウイルス1型・2型 トキソプラズマ原虫、梅毒スピロヘータ リステリア菌、クラミジアトラコマティス B群溶血性連鎖球菌 など

画像：いらすとや より

(1) 飛沫感染

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

飛沫感染する主な病原体

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

(2) 空気感染(飛沫核感染)

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

空気感染する主な病原体

細菌	結核菌 等
ウイルス	麻疹ウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス 等

(3) 接触感染

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

接触感染する主な病原体

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

(4) 経口感染

病原体を含んだ食物や水分を経口で摂取することによって、病原体が消化管に達して起こる感染経路です。

食事の提供や食品の取り扱いに関する通知等を踏まえた適切な衛生管理が必要です。

経口感染する主な病原体

細菌 黄色ブドウ球菌、腸管出血性大腸菌、サルモネラ菌、カンピロバクター、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

(5) 血液媒介感染

血液を介して感染するものです。血液には病原体が潜んでいることがあります。このような血液が、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し感染が成立することがあります。

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

コラム

血液についての知識

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

健康な皮膚の役割

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

B型肝炎ワクチンについて

母親が B 型肝炎ウイルスを保有している場合、母子感染の予防として生後すぐの HB グロブリンと、生後すぐ (生後 12 時間以内が望ましい)、1 か月、6 か月の B 型肝炎ワクチンは健康保険で受けることが可能であるため、受け忘れがないようにすることが必要です。また近年は、母親からの垂直感染予防のみならず、父子感染や集団生活での水平感染予防を目的に B 型肝炎ワクチンの接種を希望する乳幼児が増えているという現状もあります。B 型肝炎ワクチンについては、平成 28 年 10 月から、平成 28 年 4 月以降に生まれた 0 歳児を対象に、定期接種に導入されました。なお、B 型肝炎ワクチンを母子感染予防で受ける場合は、これまで通り健康保険での接種となり、定期接種の対象にはなりません。

B型肝炎から子どもを守るために

私たちのからだにはさまざまなウイルスや細菌がすみついています。

B 型肝炎は B 型肝炎ウイルスが肝臓に感染、増殖して起こる病気です。免疫機能が未熟な新生児期～乳幼児期に感染するとウイルスを排除できないために肝臓にすみつき、慢性化する場合があります。増殖したウイルスはおもに血液の中に出ます。ウイルス量の多い場合には唾液や涙、尿、汗などにも含まれる場合があることが 2012 年に我が国から報告さ

れています。

現在の日本では、B型肝炎ウイルスに感染している子どもは0.02%以下とごく少数です。感染していても症状はありません。血液や体液（唾液・涙・尿・汗など）には、全く症状がないのにB型肝炎ウイルスやその他のさまざまなウイルスや細菌が含まれていることがあります。ですから、どのお子さんがどんなウイルスや細菌を持っているかを知ることができません。

では保育所の子どもたちを感染症からどうやって守ればよいのでしょうか。

大切なのは、「血液や体液はきれい」という認識を改め、「血液や体液にはウイルスや細菌がいる」と考えて対処することと、ワクチンによる予防が可能な病気はワクチン接種を行っておくことです。

傷のない皮膚から体内にウイルスや細菌が入ることはありません。子どもや職員の皮膚に傷ができたなら、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。引っ掻き傷、噛まれ傷、擦り傷などは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、唾液や体液が付着するものは共有しないことも大切です。

B型肝炎ウイルスが日常生活の場でも感染する可能性がある病気であることは2012年に報告され、それを受けて2016年10月からB型肝炎ワクチンは0歳児を対象に定期接種化されました。2016年3月31日以前に生まれたお子さんや保育所の職員は定期接種の対象とはなっていませんが、任意接種として受けることは可能です。

ワクチンで予防できる病気については、すべての子どもと保護者、職員が病気についての理解を深め、定期接種、任意接種にかかわらず、ワクチンを受けておくことで、感染症から守ってあげましょう。

（6）蚊媒介感染

病原体をもった蚊に刺されて感染するものです。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注意が必要です。長い間国内では流行が見られなかったデング熱が2014年には国内で流行し、2016年には中南米を中心として、アジアの国々や北米でもジカウイルス感染症の流行が問題になっています。

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、ジカウイルス、チクングニアウイルス等

原虫 マラリア原虫 等

（7）経母乳感染

母乳中に含まれている病原体（ウイルスなど）が授乳により母から児に感染する場合があります。現在、母乳から感染する可能性がある成人T細胞白血病の原因となるHTLV-1やヒト免疫不全ウイルス（HIV）については、妊婦健診で検査が行われています。もしこれらのウイルスを体の中に持っていることがわかった場合は、出産までに医療機関と母乳保育についてよく相談しておくことが大切です。また、保育所では母乳を預かる場合があります。母乳は母から児への大切な栄養源です。**他の母親の母乳を間違えて与えないように、記名を確実にして取り違えがないように注意**しましょう。

母乳感染する主な病原体

ウイルス ヒトサイトメガロウイルス、成人型T細胞白血病ウイルス（HTLV-1）、ヒ

ト免疫不全ウイルス（HIV）等

（８）胎内感染・産道感染

妊娠中に母親の胎内で母親から胎児に病原体が感染する場合があります。時に流産や早産に繋がったり、妊娠中の感染時期によっては、児の先天的な障害に繋がる場合があります。また出産時に産道で母から児に感染する場合があります。感染する頻度や感染した場合の症状、予防法や治療法について妊娠中に主治医からよく説明を受けておきましょう。

予防可能な感染症（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）については、非妊娠期に子どもの頃を含めて必要回数である２回（１歳と小学校入学前１年間：定期接種）のワクチンを受けておきましょう。母親がＢ型肝炎ウイルスのキャリアの場合は、生後すぐからの母子感染予防を忘れないようにしましょう。

胎内感染・産道感染する主な病原体

ウイルス	風疹ウイルス、ジカウイルス、ヒトサイトメガロウイルス、Ｂ型肝炎ウイルス、パルボウイルス B19、水痘・帯状疱疹ウイルス、麻疹ウイルス、ムンプスウイルス（流行性耳下腺炎）、単純ヘルペスウイルス 1 型・2 型、成人型 T 細胞白血病ウイルス（HTLV-1）、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）、C 型肝炎ウイルス 等
原 虫	トキソプラズマ原虫 等
スピロヘータ	梅毒スピロヘータ 等
クラミジア	クラミジアトラコマティス 等
細 菌	B 群溶血性レンサ球菌、リステリア菌 等

3 感染症対策

感染症を防ぐには、感染源、感染経路、感受性（感染症成立の三大要因）への対策が重要です。病原体を付着させないようにすることや増やさないようにすること、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。

保育所職員は、これらについて十分に理解するとともに、保育所における日々の衛生管理等に活かしていくことが必要です。また、保護者に対して、口頭で、又は保健だよりや掲示等を通じてわかりやすく伝えることが求められます。

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

（１）感染源対策

感染源としての患者が病原体をどこから排泄し、いつからいつまで排泄するのか、排泄された病原体はどのような経路をたどって他の人へ到達するのかを知ることが必要です。発症している患者には注意が払われますが、病原体によっては潜伏期間中にすでに体外に排泄されている場合があります。また、疾患によっては、症状が認められなくなった後も長期間、病原体が体外に排泄されている場合があります。その上、同じように感染していても、全く症状のない不顕性感染例や、典型的な症状を示さずに軽い症状のみの軽症例も保育所内に多数存在していることが少なくありません。

特に保育所の職員は、正常な免疫力を持った成人であり、園児たちと比べて保有する体力・免疫力ははるかに高いです。従って園児たちが感染した場合はその多くが発症し、場合によっては重症になってしまうような感染症であっても、職員は不顕性感染やあるいはごく軽い症状で済んでしまい、自分が感染しているとは全く気付かないままに感染源となってしまう可能性があります。周囲もそう認識するほどはっきりと発症している「患者」は大量の病原体を周囲に排泄していますから、医務室等別室で保育することや、症状が軽減して一定の条件を満たすまでは登園を控えてもらうことは感染源対策として重要です。その一方で、**感染源となり得る感染者は「患者」と認識されている者だけではなく、他の園児、職員の中にも「患者」と認識されずに存在していることを常に考慮しながら日常保育に取り組む**必要があります。「患者」以外に誰が感染しているのかを特定することはできないので、感染症の流行期間中は、互いに感染源や感染者とならないように皆が当該感染症の**感染経路別対策を理解し、実行する**ように努めます。

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

（２）感染経路別対策

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

飛沫感染対策：

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 以上離れるか感染者がしっかりとマスクを装着していれば、保育所での呼**

吸器感染症の集団発生はかなり減少する可能性があります。しかし、保育所では特に子ども同士や職員との距離が近く、日頃から親しく会話を交わしたり、集団で遊んだり、歌を歌ったりする等の環境にあります。また、様々な感染症に感受性が高い（予防するための免疫が弱く、感染した場合に発症しやすい）者の割合が多いことから、飛沫感染を主な感染経路とするインフルエンザ等の吸器感染症は保育所等の乳幼児の集団生活施設を中心に多く流行します。

保育所での飛沫感染対策の考え方

- ・ 飛沫感染対策の基本は病原体を含む飛沫を浴びて吸い込まないようにすることです。
- ・ 不顕性感染例や軽症例を含めて、全ての「感染者」を隔離することは不可能です。
- ・ 保育所で皆が2mの距離をとって生活することは不可能です。
- ・ 保育所等の子どもの集団生活施設では、職員も感染していて、知らない間に感染源となる可能性があるため、職員の体調管理にも気を配ります。
ただし、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。

飛沫感染への具体策

- ・ はっきりとした感染症の症状を認めるもの（発症者）は登園を控えてもらいますが、園内での急な発病の場合は医務室等別室で保育をします。
- ・ 飛沫感染する感染症が保育所内で流行することを防ぐことは容易ではありませんが、その流行を最小限に食い止めるためには、日常的に全員が咳エチケットを実施することが大切です。

咳エチケット：飛沫感染で感染を広げないために守るべき項目

- ・ 咳やくしゃみを人に向けて発しないようにする。
- ・ 咳が出るときはできるだけマスクをする。
- ・ マスクがなくて咳やくしゃみが出そうになった場合はハンカチ、ティッシュ、タオル等で口を覆う。あるいは上肢・腕を曲げて、長袖でおおってくしゃみをする。
- ・ 素手のほか、ハンカチ、ティッシュ、タオル等で咳・くしゃみを受け止めた場合もすぐに手を洗う。

（参照）厚生労働省ホームページ

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

空気感染（飛沫核感染）対策：

飛沫感染の感染範囲は飛沫が飛び散る2m以内に限定されていますが、空気感染の感染範囲は部屋全体、空調が共通の部屋間に及びます。以下に空気感染対策の考え方について挙げます。

- ・ 空気感染する感染症として保育所で日常的に注意すべきなのは「麻疹」、「水痘」、「結核」です。
- ・ 空気感染対策の基本は「発病者の隔離」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、「麻疹」や「水痘」を発症している患者と同じ部屋にいた者は、例え一緒にいた時間が短時間であっても既に感染している可能性が高いと考えられます。「麻疹」や「水痘」では、感染源となる発病者と同じ空間を共有しながら感染を防ぐことのできる有効な物理的対策はありません。
- ・ 「麻疹」「水痘」「乳幼児の重症結核：結核性髄膜炎や粟粒結核等」への有効な対策は**事前にワクチンの接種をうけておくことです。定期接種対象年齢になったら速やかに**

受けて予防しておくことが大切です。

- ・ BCGは0歳（標準的には生後5～8か月）で1回、麻疹と風疹を予防する麻しん風しん混合（MR）ワクチンは1歳になったらすぐと5歳児クラス（年長組）の2回接種、水痘は1歳になったらすぐと3か月以上あけて（標準的には6～12か月あけて）1回の2回接種が定期接種のスケジュールです。

接触感染対策：

前述したように、接触によって体の表面に病原体が付着しただけでは感染は起こりません。遊具を直接なめるなどの例外もありますが、接触感染では多くの場合は病原体の付着した手で体内への侵入窓口である口、鼻、眼をさわることによって、病原体が侵入して感染が成立します。従って、接触感染対策にとって**最も重要で基本となる対策は「手洗い」などの手指衛生です**。なお健康な皮膚は強固なバリアですが、皮膚に傷がある場合はそこから侵入し感染する病原体もあります。**皮膚に病変がある場合はその部位を覆う**などが対策の一助になります。以下に接触感染対策の注意点と具体的な方法について挙げます。

- ・ 保育所で接触感染によって拡がりやすいものとして特に注意する必要があるのは、感染性胃腸炎の原因であるノロウイルスやロタウイルス、咽頭結膜熱や流行性角結膜炎の原因ウイルスであるアデノウイルス、手足口病やヘルパンギーナの原因のエンテロウイルス、伝染性膿か疹（とびひ）の原因である黄色ブドウ球菌や咽頭炎などの原因となる溶血性レンサ球菌です。これらは環境中でも長く生存することが可能な病原体です。
- ・ 毎年国内の複数の保育所で接触感染による集団発生がみられる**腸管出血性大腸菌感染症は感染後の重症化率が高く、注意が必要な感染症**です。
- ・ **最も重要な対策は手洗い等の手指衛生**です。適切な手洗いの手順に従い丁寧に手洗いが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、維持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。その上で、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が、常用は無理な場合でも、ノロウイルスやロタウイルス等による感染性胃腸炎が保育所内で認められている期間中は感染対策の一環としてのペーパータオルの使用が推奨されます。
- ・ 石鹸は保管時に不潔になりやすい固形よりも1回ずつ個別に使用できる**液体石鹸が推奨**されます。
- ・ **消毒は適切な「消毒剤」（別添1参照）を使います**。嘔吐物や下痢便、あるいは患者の血液等の体液が付着していた箇所については、まずそれを丁寧に取り除き適切に処理してから消毒を行います。これらが残っているとその後の消毒効果が低下します。また患者が直接触った物を中心に適切な消毒を行います。

正しい手洗いの方法（30秒以上、流水で行う）

液体石けんを泡立て、手のひらをよくこすります。

手の甲を伸ばすようにこすります。

指先、つめの間を念入りにこすります。 両指を合体し、指の間を洗います。

親指を反対の手でにぎり、ねじり洗いをします。

手首も洗った後で、最後によくすすぎ、その後よく乾燥させます。

* 小さな子どもには手洗いが難しいので、保護者、保育士、兄弟たちが一緒に洗う手本を見せたりして、少しずつ覚えていきましょう。

手洗いの順序



出典：高齢者介護施設における感染対策マニュアル

経口感染対策：

経口感染対策としては、**食材の衛生的な取り扱い、適切な温度管理がなされた食材の保管また病原微生物が侵入している可能性のある食材はしっかりと加熱することが重要**です。保育所では、生肉や生魚、生卵が食事に提供されることはありませんが、我が国では、魚貝類に留まらず、鶏肉、牛肉、卵等を生食する習慣があり、これにノロウイルス、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あるいは侵入したままで食することによる食中毒が少なからず認められています。また、ノロウイルスや腸管出血性大腸菌など、不顕性感染したまま本人が気付かずに病原体を排泄している場合がありますので、**調理従事者の手指衛生や体調管理も必要**です。**調理器具の洗浄・消毒、生肉を取り扱った後の調理器具でその後の食材の調理をしない**などは、家庭でも注意するよう指導することが大切です。サラダやパンなどのように、その後加熱することがない食材にノロウイルス等の病原微生物が付着することがあります。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。

血液媒介感染対策：

血液中に含まれる病原体が、日々の保育の中で粘膜や傷口から感染する場合があります。転んだり、怪我をすることはしばしば見られ、ひっかき傷やすり傷、鼻出血は日常的にみられます。その際に血液や傷口からの滲出液に周りにいる人が曝露（さらされる）される機会も多くなります。

しかし、自分で血液を適切に処理することは困難で、職員の手になんか委ねられることとなります。保育所の職員は子どもたちの特徴を理解し、感染症対策として**血液あるいは体液の**

取扱には十分に注意し、手袋の装着や適切な消毒等で対応します。すべての血液や体液には病原体が含まれていると考え、防護無く触れることがないように注意が保育所でも必要です。

なお、個人情報の取り扱いには十分注意をしてください。

<標準予防策>

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

蚊媒介感染対策：

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。デング熱やジカウイルス感染症はネッタイシマカとヒトスジシマカが媒介しますが、日本にはネッタイシマカは生息しないので、ヒトスジシマカが媒介蚊になります。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が、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。保育所では、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や、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も蚊対策の一つになります。

(3) 感受性対策

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

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

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

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

罹ったあるいは予防接種を受けたという記憶はあてにならない場合が多いので、予防接種については母子健康手帳に記録があるかどうかについて確認をします。麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、B型肝炎等については血液検査で抗体の有無を調べることも可能です。麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜについては、1歳以上で2回の予防接種歴があることが発

症予防には重要と考えられています。抗体検査を受けずに予防接種を受けるという方法もあります。保育実習前の麻疹及び風疹の予防接種の実施については、平成 27 年 4 月 17 日雇児保発 0417 第 1 号「指定保育士養成施設の保育実習における麻疹及び風疹の予防接種の実施について」の厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知をご参照ください。
((4) 予防接種 保育所職員の予防接種の項を参照)

(4) 予防接種

小児期に接種が推奨されるワクチン (2017 年 2 月 28 日現在)

国内で接種可能なワクチンが増え、特に 0 ~ 1 歳児の接種スケジュールが過密になっています (図 1)。2016 年 10 月現在、医薬品医療機器法 (旧薬事法) で承認されわが国で受けることが推奨されるワクチンを表 2 に示します。

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。両方とも子どもたちにとって大切なワクチンであることを知っておく必要があります。

定期接種のワクチンには A 一類疾病と B 二類疾病がありますが、A 一類疾病は国が受けるよう積極的に勧奨し、保護者は自分の子どもにワクチンを受けさせるよう努める義務(努力義務)があります。子どもたちが受けるワクチンは多くが定期接種 A 類疾病のワクチンで、2016 年 10 月 1 日から、2016 年 4 月 1 日以降に生まれた 0 歳児を対象に、B 型肝炎ワクチンが定期接種に導入されました。

任意接種のワクチンの中には、おたふくかぜワクチン、ロタウイルス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。**

予防接種を受ける時期

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

ワクチンの種類には、生ワクチンと不活化ワクチン・トキソイドがあります。(表 2 参照) 日本では、**別の種類のワクチンを受ける場合、生ワクチンの接種後は中 27 日以上 (4 週間) あける必要があります、不活化ワクチンの接種後は中 6 日以上 (1 週間) あける必要があるので注意が必要です。**近年、接種可能なワクチンの種類が増えたことから、特に 0 ~ 1 歳児の予防接種のスケジュールが過密になっています。**医師が特に必要と認めた場合は、複数のワクチンを同時に接種することが可能であり、同時接種で受ける子ども数が増えています。**同じワクチンを複数回接種する場合は、免疫を獲得するのに一番効果的な時期が標準的な接種間隔として定められているので、それを考えて接種スケジュールがたてられています。

保育所の子どものための予防接種

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

保育所の子どものために、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、日本脳炎ワクチンが重要であるのはもちろんのこと、定期接種に含まれていないおたふくかぜワクチンも発症や重症化を予防し、保育所での感染伝播を予防するという意味で大切なワクチンです。インフルエンザワクチン、ロタウイルスワクチンも重症化予防に効果があります。

保護者には行政や医療機関のみならず、保育所からも個別に以下のワクチン接種を勧めましょう。

- ・ **生後2か月になったら定期接種、任意接種を区別せずに、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、ロタウイルスワクチンの接種から開始するお子さんが増えています。**
- ・ 乳児の百日咳は感染力が強い上に、重症の疾患であり、生後3か月になったらなるべく早めに **DPT-IPV（四種混合）ワクチン**を受けましょう。
- ・ **麻疹（はしか）**は2015年3月にわが国からの排除が認定されたとはいえ、肺炎や中耳炎、脳炎等の合併もありきわめて重症の疾患であること、海外にはまだ麻疹が流行している国があること、また**風疹**については2013年には大きな流行があり、先天性風疹症候群が多発したことから、**1歳になったらなるべく早めに麻しん風しん混合（MR）ワクチンを受けましょう。**
- ・ これまで保育所で大規模な流行を繰り返してきた**水痘**に対しては**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か月以上の間隔をあけて2回受けましょう。
- ・ **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**を受けましょう。
- ・ **流行性耳下腺炎**も、保育所では頻繁に流行を繰り返しており、発症する前にワクチンで予防しておきたい感染症です。

予防接種を受けることは、受けた本人のみならず、周りにいる大切な友達、家族、職員と一緒にその感染症から守っていることも情報提供として重要となります。最近定期接種になった**水痘やB型肝炎はワクチンを受けていない保育園児が多くいます。任意接種にはなりますが、是非かかりつけ医と相談して、なるべく早めに受けておくのが良いでしょう。**

保護者には、接種後の副反応の情報のみならず、その病気に罹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、同時に情報提供し、予防方法を伝えていくことが必要です。（7．保育所で問題となる主な感染症とその対策）

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

保育所職員（保育実習の学生を含む）の予防接種

小児の病気と考えられがちであった**麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）**に成人が罹患することも稀ではなくなってきたことから、**保育所職員も、ワクチン未接種で未罹患の場合は、1歳以上で必要回数2回のワクチンをうけて自分自身を感染から守り、子どもたちへの感染伝播を予防することが重要です。**

また、保育所職員は血液に曝露される機会が多いことから、**B型肝炎ワクチンも大切なワクチンとなります。**

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

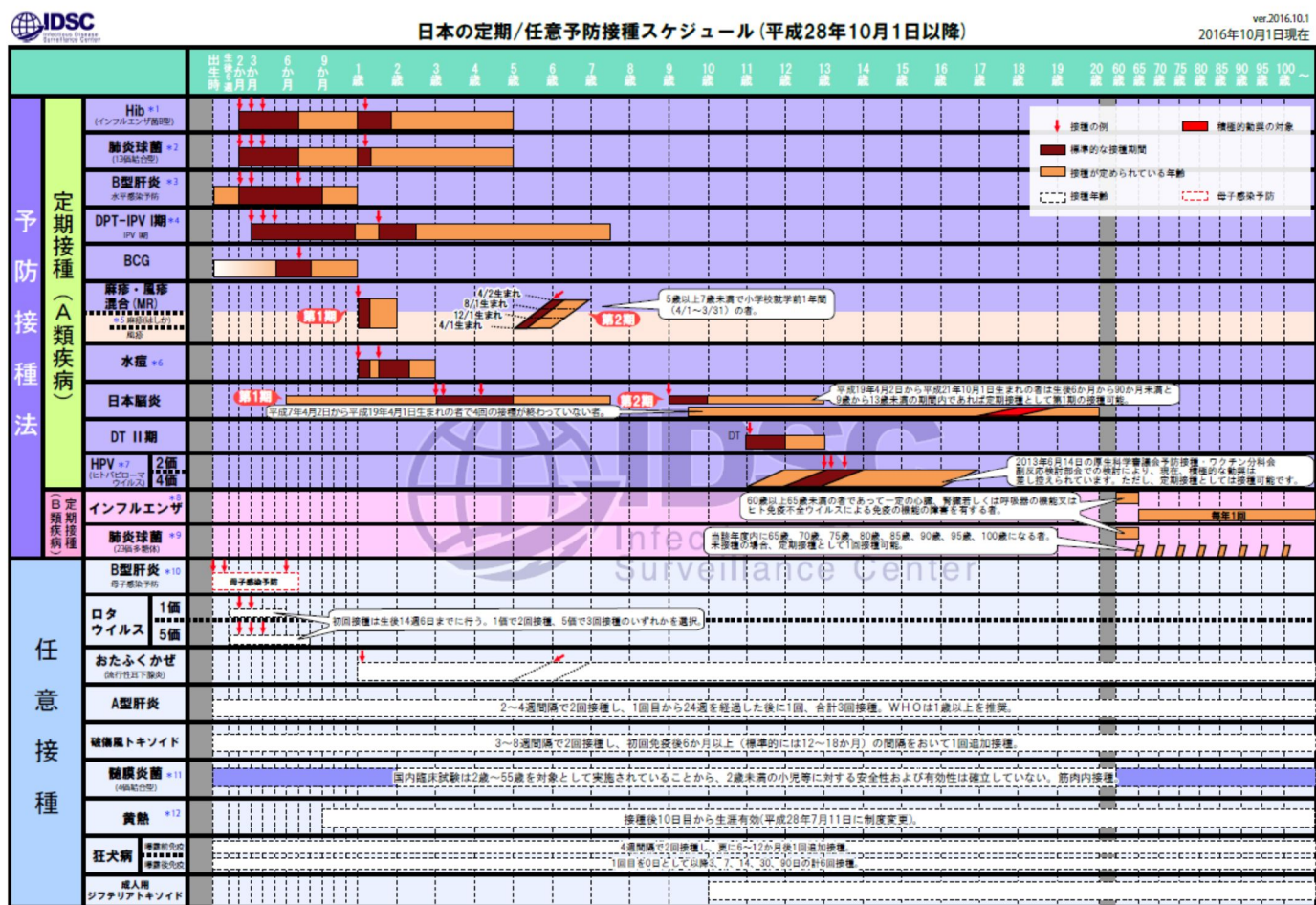
す。

予防接種歴・罹患歴記録の重要性

保育所での感染症対策を考える上で最も重要な点として、**職員と子どもたちの予防接種歴・罹患歴の把握と記録の保管**があります。入所時は**母子健康手帳を確認して予防接種歴・罹患歴を記録し、入所後は毎月新たに受けたワクチンがないかどうかを保護者に確認して、記録を更新しておく仕組みを作っておくことが平常時の感染症対策として極めて重要**であり、感染症発生時には迅速な対応に繋げることが可能となります。**記憶はあてにならないため、記録で確認することが重要です。**(別添5「0歳～6歳までの予防接種調査票」参照)

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

図 1



予防接種法に基づく定期の予防接種は、本図に示したように、政令で接種対象年齢が定められています。この年齢以外で接種する場合は、任意接種として受けることになります。ただしワクチン等に定められた接種年齢がありますのでご注意ください。
 なお、↓は一例を示したものです。接種スケジュールの立て方についてはお子様の体調・生活環境・基礎疾患の有無等を考慮して、かかりつけ医あるいは自治体の担当者によく御相談下さい。 © Copyright 2016 IDSC All Rights Reserved. 無断転載を禁じます。

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 日本で小児期に接種が推奨されるワクチン (2017年2月28日現在)

<p>【定期接種】 (対象年齢は政令で規定)</p>	<p>生ワクチン</p> <p>BCG 麻しん・風しん混合(MR) 麻しん(はしか) 風しん 水痘</p> <p>不活化ワクチン・トキソイド</p> <p>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(セーピン株由来)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) 不活化ポリオ(IPV) 日本脳炎 ジフテリア・破傷風混合トキソイド(DT) ヒトパピローマウイルス(HPV):2価 ヒトパピローマウイルス(HPV):4価 B型肝炎</p>
<p>【任意接種】</p>	<p>生ワクチン</p> <p>流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ロタウイルス:1価 ロタウイルス:5価</p> <p>不活化ワクチン・トキソイド</p> <p>インフルエンザ</p>

(5) 健康教育

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

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

4 衛生管理

保育所等は、子ども達と一緒に生活する場です。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がけましょう。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第 10 条に示されています。

(1) 保育室

- 日々の清掃で、清潔に保ちましょう。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、アルコール消毒が望まれます。ただし、ノロウイルスの場合は塩素系消毒剤を使用するなど、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ります。
- 季節に合わせ適切な室温・湿度を保ち、換気を行います。加湿器使用時には、水を毎日交換しましょう。また、エアコンも定期的に清掃しましょう。

【保育室環境の目安】室温：夏 26～28、冬 20～23、湿度：60%

(2) 手洗い（12～13 ページ参照）

- 食事の前、調乳前、トイレの後、おむつ交換後、嘔吐物処理後など、しっかりと流水と石けんによる手洗いをします。
- 手を拭くのは、個人持ちタオルかペーパータオルを用い、タオルの共用は避けます。個人持ちタオルは、タオル同士がくっつかないように間隔をあけて掛けましょう。
- 石けんは保管時に不潔になりやすい固形石けんよりも液体石けんが推奨されます。なお、液体石けんの中身を詰め替える際は、残った石けんは使い切り、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ようにします。

(3) 食事・おやつ

- 「大量調理施設衛生管理マニュアル」（平成 9 年 3 月 24 日 衛食第 85 号 厚生省生活衛生局長通知別添）に基づいた衛生管理体制を徹底します。
【参考】「保育所における食事の提供ガイドライン」（平成 24 年 3 月 厚生労働省）
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/shokujiguide.pdf>
- 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・下膳を心がけましょう。
- スプーン、コップなどの食器は共用しないようにします。
- 食後は、テーブル・椅子・床などの食べこぼしを清掃します。

(4) 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します。
- 哺乳瓶や乳首などの調乳器具は、適切な消毒を行い、衛生的に管理します。
- ミルク（乳児用調製粉乳）は衛生的に保管し、使用開始日を記入します。
- 乳児用調製粉乳は、70 以上のお湯で調乳します。また、調乳後 2 時間以内に使用しなかったミルクは破棄します。
- 下記ガイドラインを参考に調乳マニュアルを作成し、実行します。
- 冷凍母乳は、衛生面に十分配慮し、保護者には滅菌済みの冷凍母乳保存袋を利用してもらいます。また、施設内でも、冷凍母乳の受け取り後の扱い、保存方法、解凍の仕方等についての手順を定め、衛生的な取り扱いについての体制を整えます。
- 冷凍母乳は、飲む子どもの母親のものであることを確認します。感染防止のため、間違えないようにします。

【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>

「乳児用調整粉乳の安全な調乳、保存及び取扱いに関するガイドライン」

(5) 歯ブラシ

- 歯ブラシは個人持ちとし、他児のものと接触したり、他児のものを誤って使ったりしないようにします。
- 使用後、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、個別に保管します。

(6) おもちゃ

- 乳児がなめたり、よだれがついたりしたおもちゃは、洗浄して乾燥させます。
- その他のおもちゃは、定期的に、水(湯)洗いや水(湯)拭きをします。

(7) 寝具

- 衛生的な寝具の使用を心がけましょう。個人持ちの寝具にふとんカバーをかけて使用し、ふとんカバーは定期的に洗濯をし、ふとんは定期的に乾燥(日干しなど)させます。汚れた場合は、適切に洗濯や消毒を行います。

(8) おむつ交換

- 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行います。
- おむつの排便処理の際には、使い捨て手袋を着用することが望まれます。
- 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します。
- おむつ交換後、特に便処理後はしっかりと手洗いをします。
- 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します。

(9) トイレ

- 日々の清掃・消毒で、清潔に保ちましょう(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、アルコール消毒が望まれます。ただし、ノロウイルスの場合は塩素系消毒剤を使用するなど、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ります。

(10) 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、衛生管理が必要です。
- 砂場で遊んだ後は、しっかりと手洗いをします。
- 砂場に猫などができるだけ入らないような構造や夜間シートで覆うなどの対策を考慮しましょう。
- 動物の糞便・尿などがある場合は、速やかに除去します。
- 砂場の消毒方法としては下記があげられます。
 - ほりおこして砂全体を日光消毒する。
 - 次亜塩素酸ナトリウム 100~200ppm 溶液(83 ページ参照)をじょうろのようなもので十分に浸みるように散布し1~2 日程度出入り禁止にして放置する。

(11) 園庭

- 樹木・雑草は適切に管理し、害虫などは駆除します。

- 小動物を飼育している場合は衛生管理を心がけ、小動物に触れた後は手洗いをしましょう。
- 蚊の発生を防ぐためには、小さな水たまりを作らないことが大切です。屋外におもちやじょうろなどを放置せず、使用後は片づけましょう。

(12) プール

- 「遊泳用プールの衛生基準」(平成19年5月28日 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0.4mg/Lから1.0mg/Lに保てるように毎時間水質検査を行い、濃度が低下している場合は消毒剤を追加するなど、適切に消毒します。
- 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)での塩素消毒をしていないプール水を介しての腸管出血性大腸菌の集団感染も報告されており、小さなプールでも塩素消毒が必要です。また、排泄が自立していない乳幼児には、個別のタライなどで水を共有しない配慮をしましょう。
- プール遊びの前はシャワーで、汗などの汚れを落とします。排泄が自立していない乳幼児には、流水でのお尻洗いもしましょう。
- プール遊び後にもシャワーをして、感染予防に努めましょう。

(13) 職員の衛生管理

- 清潔な服装と頭髪にして、爪は短くしておきます。
- 自身の体調管理を心がけ、発熱、咳、下痢、嘔吐などがある場合は速やかに医療機関を受診し、自らが感染源にならないように適切に対処することが必要です。咳などのかぜ症状がある場合は、必ずマスクをしましょう。
- 傷のある場合は、傷口を絆創膏などで完全に覆うようにします。

(14) 消毒薬の種類と使い方

- 消毒薬の種類と適正な使い方(別添 1「保育所における消毒薬の種類と使い方」)を把握し、消毒薬は子どもの手の届かない場所に管理し、安全の徹底を図ります。

5 感染症発生時の対応と罹患後における登園時の対応

(1) 感染症の疑いのある子どもへの対応

子どもの病気の早期発見と迅速な対応は、本人の体調管理ということに加えて、周りの人への感染拡大を予防するという意味においても重要です。また、保育所においては、一人一人の子どもという視点と集団生活としての視点を持ち、きめ細やかに対応することが求められます。子ども一人一人の体調の変化に早く気づき、適切なケアをすることは、病気の重症化や合併症を防ぐことにつながります。そのためにも、登園時の子どもの体調や家庭での様子を把握するとともに、保育中の子どもの体温、機嫌、食欲、顔色、活動性等について、子どもとの関わりや観察をとおして把握することが必要です。子どもの体調が悪く、いつもと違う症状等がある場合には、子どもの心身の状態に配慮した対応を心がけます。また、子どもの症状等を的確に把握し、容態の変化等について記録することが大切です。

- 保育中に感染症の疑いのある子どもに気付いたときには、体温測定などを行い、周囲の子ども達への感染拡大を防ぐために、医務室などの別室に移動し状態の観察を行います。
- 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、適宜、嘱託医や看護師等に相談して指示を受けます。
- 感染症による発熱や下痢、嘔吐、咳、発疹などの症状により、子どもは不快感や不安感を抱きやすいので、「子どもの病気 ～症状に合わせた対応～」(別添 2)を参考に、適切かつ子どもに安心感を与えるように対応します。
- 保護者に対しては、地域や保育所内での感染症の発生状況等について、サーベイランスの結果等を踏まえて情報提供するとともに、保護者からは、医療機関での受診結果を速やかに伝えてもらいます。

(2) 感染症発生時の対応

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

- 予防接種で予防可能な感染症が発生した場合は、子どもや職員の予防接種歴・罹患歴を速やかに確認し、必要回数の予防接種を受けていない者には嘱託医や看護師等の指示を受けて適切な予防方法を伝えるとともに、予防接種を受ける時期についてかかりつけ医に相談するよう説明します。麻疹や水痘のように、発生(接触)後速やかに(72時間以内に)予防接種をうけることで、発症の予防が期待できる感染症があるので、予防接種を受けていなかったり、罹患していないなど感受性が高いと予想される子どもについては、保護者にかかりつけ医と相談するよう促します。
- 感染拡大防止のため、保育所における手洗い、排泄物・嘔吐物の適切な処理方法を徹底して実行します。さらに、消毒の頻度を増やすなど、発生時に対応した施設内消毒を実施します。食中毒が発生した場合は、特に保健所の指示に従い、適切に対応します。
- 感染症の発生について、施設長の責任の下、しっかりと記録に留めることが重要です。その際、欠席している子どもの人数と欠席理由の把握、受診状況、診断名、検査結果及び治療内容、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、感染症終息までの推移等について、日時別、クラス(年齢)別に記録することが必要です。また、入所児童だけでなく、職員の健康状態を同様に記録しておくことが求められます。

(3) 罹患後における登園時の対応

感染症に罹患した子どもの速やかな体調の回復とともに、保育所では、周囲への感染拡大防止の観点から、学校保健安全法施行規則の出席停止の期間の基準(3 ページ 表 1)が定められていますので、これを登園のめやすとしてください。別添 3 に、医師の意見書及び保護者が記入する登園届の参考様式を示します。しかし、診断においては、診察に当たった医師が身体症状やその他の検査結果等を総合し、医学的知見に基づいて行うものであり、**登園するにあたっては一律に届出書を提出する必要はありません**。これらの届出については、個々の保育所で決めるのではなく市区町村の支援の下に地域の医療機関、地区医師会・都道府県医師会、学校等と十分に検討して決めることが大切になります。医師からの意見書や保護者が記入する登園届が必要な場合には、保護者に十分に周知して提出を求めます。

- 感染症に罹患した子どもの登園に際しては、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、子どもの健康(全身)状態が保育所での集団生活に適応できる状態に回復していることに留意することが必要です。
- 職員についても、周囲への感染拡大防止の観点から勤務の停止が必要になる場合があります。勤務復帰の時期等については、嘱託医の指示を受け、施設長と十分に相談して、適切な対応をとる必要があります。

6 感染症対策の実施体制と子どもの健康支援

集団で保育される乳幼児は、特定の感染症に罹患するリスクや薬剤耐性菌に感染するリスクが高くなります。保育施設における感染の予防と制御には、保育職員それぞれの衛生管理と予防接種状況、環境衛生、食品管理、保育児の年齢と予防接種状況、保育児と保育職員の人数の割合、施設の物理的空間と機能性、保育児の抗菌薬使用状況などあらゆるものが関与します。

保育所における子どもの感染症対策に関する具体的な実践においては、施設長のリーダーシップの下に全職員の連携・協力が不可欠です。保育士、看護師、栄養士や調理員等の各職種の専門性をいかして、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共に保護者への事前説明も必要です。

(1) 記録の重要性

子どもの体調の変化や症状等を的確に記録し、サーベイランスを実施することが重要です。その際、その日の状態ばかりでなく、数日間の症状の変化にも着目し、それを感染症の早期発見や病状の把握等に活用することが大切です。また、保育所全体のデータとして活用するために、有病者や罹患率のグラフを作成する等記録を整理したり、近隣の保育所や学校の状況についても情報収集し、嘱託医、設置者、行政の担当者等と連携をとり、感染症の発生状況を速やかに把握し活用します。更に対応や対策について、職員は自己評価します。それらを保護者に伝え、子どもの健康管理等について協力を求めたり、嘱託医との連携を図る上でも活用し、情報を共有します。

(2) 嘱託医の役割と連携

児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和23年12月29日厚生省令第63号）第33条第1項には、保育所には、嘱託医を置かなければならないとしています。

嘱託医は、年2回以上の健康診断を行うばかりでなく、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、日頃の保育所での取組について情報提供をしたり、感染症の発生やその対策について情報交換をしたり、助言を得ることが大切です。その際、保育所での記録を活用し、嘱託医の勤務状況にも配慮して的確かつ簡潔に伝えることが必要です。特に、発病者が増加した場合等、即時に情報を共有して早期の対応策につなげます。

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

(3) 登園のめやす

登園は、本人の身体の保養と回復のためだけでなく、感染を拡大させないために必要な対応であり、登園基準の徹底は重要な感染対策です。ガイドラインによる登園基準の前提には、感染力が低下して、登園しても集団発生などにつながらない、子どもの状態が、毎日の集団生活に支障がないところまで回復していることの2つがあげられます。すなわち、**登園基準とは、登園可能となった保育児から他の保育児へ感染を100%防ぐための基準ではなく、感染させる危険がかなり低いと判断される場合であり、職員および家族の双方が納得できると思われる基準**です。

登園の許可については、感染症の種類によって、感染力の強い時期や潜伏期間などが異なるので、感染症の特性や患者それぞれの状態毎に、出席停止期間を決める必要があります。

す。感染症の種別によっては医師の診断に基づいた登園許可書の提出を徹底させる必要があります。

(4) ワクチン接種率向上のために

感染症対策で最も重要なのがワクチン接種による予防です。健康診断の機会等を活用して、必要とされるワクチン接種の確認を行う、保護者に予防接種の必要性を説明し、理解を求め、未接種者には特別の理由がない限りワクチン接種を勧めます。

さらに保育所においてはチェックリストを作成し、予防接種歴や罹患歴をそれぞれチェックします。また、職員の予防接種歴の確認も重要で、入職時には、健康状態の確認に加えて各種予防接種歴、感染症の罹患歴も必ず確認します。麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎等などに罹ったことがない職員には予防接種を勧奨し、毎年のインフルエンザの予防接種も毎年積極的に接種するよう指導します。短期間の教育実習生の場合にも、同様に確認します。

我が国では、予防接種を定期および任意に分けており、任意接種とされたワクチンは、国が勧めている定期接種に比べれば認知度が低く、ともすれば「接種しなくてもよい予防接種」と誤った認識がなされています。

集団免疫効果を得るためには高い接種率が必要不可欠です。社会構造の変化により、共働き家庭が増え、集団保育の開始年齢がどんどん下がってきている現状では、乳児期早期からワクチン接種を行い、集団保育の開始前にできるだけ多くのワクチンを完了しておくことが、集団免疫効果を得る意味でも望ましいことです。

予防接種の接種状況を把握するために、日本小児科学会が推奨する接種スケジュールを基に作成した「0歳～6歳までの予防接種調査票」(添付5)を活用します。例え未接種ワクチンがあっても接種していないことに対する負い目を感じさせるような話は決してせず、気づいた時がベストな接種タイミングと理解させ、次の2点をしっかり伝えるようにします。

- ・ うっかり受け忘れたり、体調不良などで予定を過ぎてしまっても、決して遅くはありません。
- ・ 気が付いたときに、小児科の先生に相談して、早く接種しましょう。

(5) 看護師等の役割と責務

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

保育所における子どもの感染症対策を実施する上では、嘱託医や地域の医療・保健機関等と連携した対応を図る必要があります。その際に保育所における看護師の専門性をいかした最も重要な役割として、嘱託医や地域の専門家等の意見、さらには学術的な最新の知識を職員や保護者に正しく、かつわかりやすく伝え、園全体の共通認識にすることです。

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

- ・ 感染症の予防のために、日々の保育室内外の衛生管理に努めます。
- ・ 子ども・保護者・職員への健康教育や保健指導を積極的に行い保健意識向上に努めます。
- ・ 日々の子どもの健康状態を把握し、体調不良・欠席の場合はその理由を確認し、予防接種歴及び感染症罹患歴を把握し、未接種の場合は嘱託医やかかりつけ医と相談して予防接種を受けるよう勧めるなど、感染症やその他の疾病の発生予防に努めます。

- ・ 感染症の発生や疑いがある場合には、全職員に速やかに連絡し、保護者にも協力を求めます。必要に応じ嘱託医、市区町村、保健所等に連絡し、その指示に従い対応します。
- ・ 感染症の疑いがある場合には、医務室等で個別に保育し、他児との接触がないよう配慮します。
- ・ 感染症の発生が保育所内又は地域内で認められた場合には、保護者に予防方法・看護方法について情報提供するとともに助言を行い、発症した園児に対しては回復への支援とともに、登園のめやすの重要性を知らせて守ってもらうように保護者に説明し感染の蔓延を防ぎます。

(6) 子どもの健康支援の充実に向けて

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

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

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

7 保育所で問題となる主な感染症とその対策

(1) 麻疹

1. どのような病気ですか？

- 麻疹は麻疹ウイルスによる感染症です。
- 感染後、主に8～12日の潜伏期間をおいて、高熱、咳、鼻水、結膜充血、眼脂等の症状で発症します。発熱は一時期下降傾向を示しますが、再び上昇し、この頃に顔や頸部から発疹が出現します。赤みが強く、やや盛り上がり、徐々に融合しますが健康皮膚面を残します。やがて解熱し、発疹は色素沈着を残して消褪します。
- 肺炎、中耳炎、熱性痙攣、脳炎などを合併することがありますので注意が必要です。特に、肺炎と脳炎は重症です。

2. 感染経路・流行状況は？

- 麻疹は感染したヒトからヒトにうつります。飛沫感染、接触感染のほか、空気感染（飛沫核感染）するのが特徴です。
- 感染力は非常に強く、免疫がない場合はほぼ100%が感染し、発症します。
- 近年まで土着する麻疹ウイルスにより国内で年間数万～数十万の発生がありました。麻しんワクチンの2回接種が定着し、最近では海外からの輸入麻疹ウイルスによる小流行のみとなり、年間発生数は1,000を切っています。
- 2015年に日本から麻疹が排除されたことが世界保健機関（WHO）より認められました。

3. 予防・治療方法は？

- 麻疹に対し有効な治療法はありません。
- 麻しんワクチン接種が発症予防には極めて有効であり、2006年以降は原則として麻しん風しん混合（MR）ワクチンの2回接種が勧奨されています。

4. 感染拡大防止策は？

- 麻疹ウイルスは空気感染し、感染力も非常に強く、発症者の隔離などによる感染拡大防止は困難で、ワクチンが最も有効な予防手段です。
- まず、入所（園）前に麻しんワクチン接種歴を母子健康手帳で確認します。1歳以上で未接種・未罹患患者にはワクチンの接種を強く勧め、入所（園）時にワクチン接種がすすんでいることを確認してください。0歳児には、1歳になったら直にワクチン接種を勧めます。小学校就学前1年の幼児には、MRワクチンの第2期接種を勧めて下さい。
- 万一保育所内で麻疹が発生した場合、入所（園）児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、囑託医に速やかに相談し、適切な緊急対応を取ります。
- 感染児は解熱した後3日を経過するまで登園しないよう保護者に指導します。

(2) 風 疹

1. どのような病気ですか？

- 風疹は風疹ウイルスの初感染により生じる急性発疹性疾患で、通常は比較的軽症です。
- 風疹ウイルス感染 16～18 日後に融合傾向の少ない紅斑が、顔面、頸部から出現し、体幹、四肢へと拡大します。約 3 日間で色素沈着や落屑することなく消褪します。発熱、リンパ節腫脹、悪寒や倦怠感、眼球結膜充血などを伴うこともあります。
- 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、心筋炎などがあります。最も重要なのは先天性風疹症候群で、妊娠 20 週頃までに母体が風疹ウイルスに感染すると、胎児に感染し、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します。

2. 感染経路・流行状況は？

- 経気道的に飛沫感染します。不顕性感染があり、発症率は感染者のおおよそ 70% です。
- 2005 年以降は小児科定点からの年間報告数が千を下回っていましたが、地域的な流行は続いており、成人での発症者が相当数存在し、毎年数名の先天性風疹症状群児の出生が報告されていました。2008 年から全数届出疾患となり、2013 年には 1 万人を超える全国的な大流行となり、40 名を超える先天性風疹症候群の報告があります。
- 風疹対策には、定期接種の麻しん風しん混合 (MR) ワクチン接種率を向上し、新たな感受性を増やさないことと、未接種・未罹患者にワクチン接種を推奨し、成人の感受性を減少させることが重要です。

3. 予防・治療方法は？

- 風疹は通常軽症であり、自然に治ります。有効な治療法はありません。
- 風しん生ワクチンは有効な予防手段であり、抗体陽転率は 98% 以上と高く、免疫原性、安全性ともに優れています。
- 風疹未罹患者が風疹患者と接触した場合のワクチン緊急接種の予防効果は不確実です。

4. 感染拡大防止策は？

- 入所 (園) 前に風しんワクチン接種歴を母子健康手帳で確認します。1 歳以上で未接種・未罹患者にはワクチンの接種を強く勧め、入所 (園) 時にワクチン接種がすすんでいることを確認してください。0 歳児には、1 歳になったらすぐにワクチン接種を勧めます。小学校就学前 1 年の幼児には、MR ワクチンの第 2 期接種を勧めて下さい。
- 妊婦への感染防止が重要です。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る必要があります。免疫のない妊娠している職員は流行が終息するまで休ませる配慮が望まれます。

(3) 水痘

1. どのような病気ですか？

- 水痘・带状疱疹ウイルスの初感染像が水痘（水ぼうそう）です。
- 感染後約 14 日で皮疹が顔面や頭部に現れ、やがて全身に広がります。皮疹（かさぶた）は、始めは紅斑で、丘疹から水疱化し、次第に膿疱となり、おおよそ 1 週間で痂皮となります。これら新旧の皮疹が混在するのが特徴で、全ての皮疹が痂皮化すれば感染性はないと考えられます。
- 合併症には、皮疹部の細菌二次感染、脳炎、小脳失調症、肺炎、肝炎などがあります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 感染経路は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す。感染力が強く、免疫のない人はほぼ 100% が感染し、発症します。
- 幼児～学童前期にかけて、夏に一旦減少しますがほぼ通年性に発生していました。2015 年 10 月に水痘ワクチンが定期接種化され、ワクチン接種率の向上に伴い、水痘の発生が減少し、季節変動がみられなくなっています。

3. 予防・治療方法は？

- 水痘は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ります。
- 水痘の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ます。発症後早期に治療を開始すると、臨床症状の早期の改善が期待されます。
- 水痘の予防には水痘ワクチンがあります。副反応の少ない優れたワクチンですが、1 回の接種では確実に予防することができませんので、3 か月以上の間隔をあけて（標準的には 6～12 か月あけて）必ず 2 回接種します。

4. 感染拡大防止策は？

- 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よる感染拡大防止は困難です。
- ワクチンによる予防が有効です。入所（園）前に水痘罹患歴やワクチン接種歴を母子健康手帳で確認します。1 歳以上で未接種・未罹患にはワクチンの接種を強く勧め、入所（園）時に 2 回のワクチン接種がすすんでいることを確認してください。0 歳児には、1 歳になったらすぐにワクチン接種を勧めます。
- 万一保育所内で水痘が発生した場合、入所（園）児の予防接種歴や罹患歴を確認し、ワクチン未接種・未罹患がいる場合は、速やかに囑託医に相談してください。妊婦への感染の防止も重要ですので、保護者に発生を知らせます。

(4) 流行性耳下腺炎

1. どのような病気ですか？

- 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ、ムンプス）は、ムンプスウイルスによる感染症です。
- ムンプスウイルスの主な感染病巣は耳下腺や顎下腺を含む腺組織であり、主症状は、発熱と耳下腺・顎下腺・舌下腺の腫脹・疼痛です。発熱は1～6日間続きます。唾液腺腫脹はまず片側が腫脹し、数日して対側が腫脹することが多いです。発症後1～3日にピークとなり、3～7日で消退します。腫脹部位に疼痛があり、唾液分泌により増強します。
- 発熱や耳下腺腫脹・疼痛は必発症状ではなく、明らかな症状のない不顕性感染例が約30%に存在します。不顕性感染の割合は乳児で多く、年齢とともに低下します。
- 中枢神経系、脾臓、生殖腺などにも感染します。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ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 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ヒト-ヒト感染します。
- 不顕性感染でも唾液中にウイルスが排泄されており、感染源になります。
- 流行性耳下腺炎はワクチンにより予防できますが、日本では定期接種に含まれていないため接種率は高くなく、数年おきに流行を繰り返しています。

3. 治療・予防方法は？

- 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います。通常は1～2週間で治りますが、無菌性髄膜炎や脳炎・脳症などの合併症を併発した場合には、入院して治療する必要があります。
- 流行を阻止するにはワクチンによる予防が必須です。効果的なワクチンを高い接種率で接種すると、流行性耳下腺炎発症者数が激減します。ムンプスウイルスを含むワクチンを2回定期接種している国では99%減少しています。日本小児科学会はおたふくかぜワクチンの2回接種を推奨しています。

4. 感染拡大防止策は？

- 不顕性感染でも唾液中にウイルスが排泄されており、感染源になります。したがって、発症したこ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す。
- 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ワクチン接種を済ませておくことを勧めます。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します。

(5) 伝染性紅斑

1. どのような病気ですか？

- ヒトパルボウイルス B19 の感染により発症します。ウイルスの標的細胞はヒト赤芽球系細胞で、自然宿主はヒトのみです。
- ウイルス感染後 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ます。その後、両側頬部に孤立性淡紅色斑丘疹が現われ、3～4 日のうちに融合して蝶型紅斑あるいは平手打ち様紅斑となるため、俗にりんご病と呼ばれます。四肢の発疹は、典型的には破れレース様あるいは大理石紋様と称されます。発疹は 1～2 週間続きます。
- 関節痛はよく成人感染例に合併します。その他、心筋炎、急性脳炎・脳症、先天性溶血性疾患での無形成発作などの重篤な合併症を伴うことがあります。
- 母体が妊娠初期（妊娠 20 週以前）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し、赤芽球系細胞で増殖してこれを破壊します。胎児は約 10% が流産や死産となり、約 20% が全身に浮腫をきたす胎児水腫になります。
- 顕性感染率は小児期には 80～90% ですが、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ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 主な感染経路は、飛沫感染による経気道感染です。
- 伝染性紅斑は秋季から春季にかけて流行しますが、最近では夏季にも散発しています。流行の周期は、かつては 7～10 年間隔の大流行でしたが、現在は地域ごとに約 5 年周期の小流行がみられます。

3. 予防・治療方法は？

- 伝染性紅斑に対する特異的な治療はありません。基本的には自然に治る予後良好な疾患です。有効なワクチンも開発されていません。

4. 感染拡大防止策は？

- 発疹が出現する前はウイルス血症を起こしている時期であり、最も感染性が強く、発疹が出現する時期には抗体が産生されており、感染の危険性はありません。したがって、発疹出現後に隔離しても、感染拡大を防止出来ません。
- 妊婦への感染防止が重要です。わが国における成人の抗体保有率は 20～50% であり、妊婦の半数以上は感受性があり、感染する危険性があります。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る必要があります。妊娠している職員は流行が終息するまで休ませる配慮が必要です。

(6) 突発性発疹

1. どのような病気ですか？

- ヒトヘルペスウイルス 6B の初感染で発症します。
- 生後 6 か月～2 歳に好発します。3 日間程度の高熱の後、解熱とともに紅斑が出現し、数日で消褪するという特徴的な経過から臨床診断されます。
- 自然に治癒する比較的軽症の疾患ですが、熱性痙攣、脳炎・脳症、肝炎などを合併することがあります。
- ヒトヘルペスウイルス 7 の初感染でも突発性発疹の臨床経過を呈することがありますが、この場合は生後 2～4 歳頃に多いとされています。

2. 感染経路・流行状況は？

- ウイルスは、多くの小児・成人の唾液等に常時排泄されていますので、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ます。
- 乳児から乳児への感染は少ないので、地域的・季節的な流行は見られず、年間を通してほぼ同様な発生があります。

3. 予防・治療方法は？

- 有効なワクチンは開発されていません。
- 通常は自然に治る疾患で、特異的な治療薬を必要としません。

4. 感染拡大防止策は？

- 多くは乳幼児期に感染し、発熱で気付かれます。その前後の気道分泌物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考えられます。通常は保護者や同胞等の唾液等から感染しますが、感受性のある乳幼児が感染した児の分泌物に接触した場合には感染する可能性があります。
- 乳幼児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います。
- 解熱し発疹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りますので、全身状態が良好であれば、登園が可能です。

(7) インフルエンザ

1. どのような病気ですか？

- インフルエンザウイルスによって起こる気道感染症です。ウイルス感染 1～4 日後に、突然の高熱が出現し、3～4 日間続きます。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います。
- 通常、1 週間程度で回復しますが、気管支炎、肺炎、中耳炎、熱性痙攣、急性脳症などの合併症が起こることもあります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 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。
- 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してしまいます。このため、毎年冬になると、地域や学校などで流行します。

3. 予防・治療方法は？

- 予防には不活化ワクチンが使用されています。インフルエンザワクチンの効果は十分ではありませんが、入院率を低下させるなどの重症化を低減する効果が期待されます。小児には重症化のリスクがありますので、ワクチン接種が望まれます。
- 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ます。発症早期に使用した場合に、症状の早期改善が期待されます。

4. 感染拡大防止策は？

- インフルエンザの流行シーズンに入る前に、インフルエンザワクチンを 2 回接種しておきます。
- 保育所内でインフルエンザ疑い例が発生した場合は、速やかに隔離します。同時に、全員が飛沫感染対策、接触感染対策を行います。
- 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、インフルエンザが園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します。園児にも、マスクが装着できる年齢の場合は、インフルエンザ流行期間中のマスク着用を働きかけます。
- 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します。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します。
- 罹患した乳幼児の登園の基準は、「発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 3 日を経過するまで」とされています。

インフルエンザ Q&A

1. インフルエンザワクチンは接種した方が良いですか？

インフルエンザワクチンはインフルエンザウイルスの感染を防ぐことは出来ませんが、感染後の発症率と発症後の重症化率を下げることが期待されます。職員は、シーズン前に1回接種しておきましょう。乳幼児におけるインフルエンザワクチンの有効性は、成人よりも低いと言われていしますので、毎年流行期に入る前に、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望まれます。

2. インフルエンザに罹った場合、抗インフルエンザ薬は有効ですか？

インフルエンザに罹患すると、通常高熱が3~4日持続します。抗インフルエンザ薬を使用すると、発熱期間が約1日短縮されるなど、早期に症状が緩和します。インフルエンザは自然治癒する疾患ですので抗インフルエンザ薬の投与は必須ではありませんが、時に様々な合併症をきたすことがありますので、重症化のリスクが高い場合には投与が勧められます。小児に抗インフルエンザ薬を投与した場合、早期に解熱が得られますが、発症後約5日程度は咽頭や鼻腔から感染性のあるウイルスが排泄されます。解熱後も3日間は集団生活を控え、咳や鼻汁が残る場合はマスクを着用するなど、周囲に感染を拡大させないような配慮が必要です。抗インフルエンザ薬の効果は限定的ですので、インフルエンザシーズンを迎える前に、まずインフルエンザワクチンを接種し、可能な限り予防に努めることが重要です。

3. 登校（登園）基準について教えてください。

学校保健安全法施行規則による登校（登園）基準は、「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過するまで」とされています。インフルエンザ患者からのウイルス排泄は自然経過では7日間程度です。抗インフルエンザ薬の投与により解熱は1日程度早まりますが、ウイルス排泄は発症後5日間程度持続します。また、特に3歳以下の乳幼児では、ウイルス排泄期間がさらに長くなる可能性が指摘されています。このため、インフルエンザを発症した乳幼児は、発症した日を0日目として発症から5日間が経過し、かつ解熱した日を0日目として解熱後3日間が経過するまでは保育所を休んでもらうようにします。微熱や二峰性発熱など、発症日がはっきりしない場合は医師の判断に委ねる。

「発症した後5日を経過するまで」の考え方

	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
発症		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	登園可

「解熱した後3日を経過するまで」の考え方

	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
発熱		発熱	解熱	1日目	2日目	3日目	登園可

(8) RSウイルス感染症

1. どのような病気ですか？

- RSウイルスは、呼吸器感染症を引き起こすウイルスです。
- 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ありません。
- 一度かかっても十分な免疫が得られず何度もかかりますが、再感染や再々感染では徐々に症状が軽くなります。通常、大人では鼻炎程度の軽い感冒症状を呈します。

2. 感染経路・流行状況は？

- 飛沫および接触感染で感染が拡大します。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すので、保育所に普通に通っている場合があります。その場合、感染源となっており、周囲に感染を拡大させてしまいます。
- 保護者や職員が感染患者よりうつされることもありますし、感染してしまうと逆に感染源にもなります。
- 毎年、主に秋から冬にかけて流行します。しかし、最近では夏季にも小流行があり、注意が必要です。

3. 予防・治療方法は？

- ワクチンや抗ウイルス薬の開発がすすめられています。まだ実用化されていません。
- 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ーナル抗体（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ます。

4. 感染拡大防止策は？

- ワクチンや特異的な治療法は確立されていません。
- 流行状況を常に把握しておくことが重要です。
- 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う離しておき、互いの交流は制限します。特に、呼吸器症状がある年長児が乳児に接触するのは避けましょう。
- 飛沫感染対策に、咳エチケットを徹底します。
- 接触感染対策の基本である手洗いを励行し、手指の衛生を図ります。
- 保育環境を清潔に保ちます。

RS ウイルス感染症 Q&A

1. **現在、保育所に通っている幼児についてです。7 日前より発熱、咳と鼻汁があり、RSウイルス感染症と診断されました。今は軽度の咳と鼻汁がありますが、発熱もなく、元気です。保育所に登園しても良いのでしょうか？**

子どもの一般状態が良好（発熱なく、食欲あり、元気）であれば、登園することは可能です。しかし、乳幼児では発症後 2～3 週間もウイルスの排泄が続いているとの報告があり、他の人への感染源になりますので、注意が必要です。鼻汁などの分泌物の処理に気を付け、手洗いをこまめにする必要があります。幼児では、可能であればマスクを着用し、重篤化するリスクが高い 0 歳児には接触しないようにしてください。もし、発症した児が 0 歳児の場合、同じクラスの子どもたちは皆リスクが高いため、咳や鼻汁の症状が軽くなるまで、登園を控えてもらうのが良いでしょう。

2. **職員が咳をしている場合、どのようにしたら良いのでしょうか？**

呼吸器疾患を認める場合、流行期であれば成人でも RS ウイルス感染症の可能性があります。このような場合は「咳エチケット」を実施してください。1) 咳やくしゃみを人に向けて発しない、2) 咳がでる時はできるだけマスクをしておく、3) マスクがなくて咳やくしゃみが出そうになったらハンカチやティッシュ等で口を覆う、4) 少量であっても飛沫やくしゃみを素手で受け止めた場合はすぐに手を洗う、の 4 点です。これらにより、流行を完全に防ぐことはできませんが、流行を最小限に食い止めることができます。

3. **職員に鼻汁と咳があります。検査を受け、RS ウイルス陰性を確認すべきでしょうか？**

乳幼児の初感染で気管支炎や肺炎を発症している「患者」は大量のウイルスを排泄していますので、その間は登園を控えてもらった方が良いでしょう。その一方で、再感染、再々感染などで軽症である、あるいは全く症状を呈さない場合にも少量のウイルスを排泄している可能性があります。感染症の流行期間は感染源となる感染者を見つけ出すことにとらわれることなく、皆が感染症対策を理解して、実行するよう努めることが重要です。職員に軽い鼻炎症状の自覚がある場合は、その鼻汁や飛沫中に RS ウイルスが含まれている可能性を考え、マスクを着用し、鼻汁や飛沫の付着したティッシュなどはこどもが触れることがないように処分し、その後には必ず手洗いすることが大切です。

(9) ヒトメタニューモウイルス感染症

1. どのような病気ですか？

- ヒトメタニューモウイルスは全ての年齢層に呼吸器感染症を引き起こすウイルスで、RSウイルスと似た症状をきたします。
- 発症は乳幼児が中心で、多くは発熱、咳、鼻汁などの軽度～中等度の症状を呈する程度ですが、一部では気管支炎や肺炎となり、喘鳴や呼吸困難をきたし、入院治療が必要になります。
- 生涯を通して感染を繰り返しますが、成人では一般に症状が軽度で、感染しても全く症状がないこともあります。

2. 感染経路・流行状況は？

- ヒトからヒトに感染します。正確な感染様式は不明ですが、感染者の分泌物への直接的あるいは間接的な接触により感染します。
- 感染者は、発症後1～2週間ウイルスを排泄します。軽い咳や鼻汁程度の症状のため、保育所に通常に通っていることがあります。その場合、感染源となって周囲に感染を拡大させ、保育所などの施設内で伝播、流行がおこります。
- また、保護者や職員が感染者よりうつされることもありますし、感染すると無症状であっても感染源になります。
- 年間を通して発症が見られますが、日本では毎年3～6月頃に流行がみられます。

3. 予防・治療方法は？

- ワクチンは開発されていません。
- 有効な治療薬もありません。

4. 感染拡大防止策は？

- 特異的な治療法は確立されていません。
- 流行状況を把握しておくことが重要です。
- 飛沫感染対策に、咳エチケットを徹底します。
- 接触感染対策の基本である手洗いを励行し、手指の衛生を図ります。
- 保育環境を清潔に保ちます。

(10) アデノウイルス感染症

1. どのような病気ですか？

- 呼吸器感染症、咽頭結膜熱（プール熱）、流行性角結膜炎、出血性膀胱炎、胃腸炎を来す感染症です。
- 呼吸器感染症では、重症の肺炎をおこすことがあります。長引く発熱、咳、呼吸障害など重症になることがあります。
- 咽頭結膜熱は、高熱、扁桃腺炎、結膜炎がみられます。
- 流行性角結膜炎は、目が充血し、目やにが出て、目に膜が張ることもあります。
- 出血性膀胱炎では、排尿時の痛みと血尿がでることがあります。
- 胃腸炎では、下痢、腹痛などが生じます。
- ウイルスには複数の種類がありますので、何度もかかります。
- 多くは、自然経過で治ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 飛沫感染、接触感染によって感染が拡大します。プール熱と呼ばれることもあるため、プールで感染すると思われがちですが、プール水での感染はまれで、むしろ、接触感染が多いです。

3. 予防・治療方法は？

- 飛沫感染、接触感染として、一般的な予防法の励行が大切です。
- ワクチンは開発されていません。
- 有効な治療法はありませんが、多くは自然経過で治癒します。

4. 感染拡大防止策は？

- 飛沫感染、接触感染対策としての手洗いを励行します。
- タオルなどの共有は厳禁です。
- ドアノブやスイッチなど、複数の人が触れる場所の消毒を励行してください。
- プールは塩素消毒を徹底してください。
- プールに入る前には、おしりを洗淨しましょう。
- 咽頭結膜熱では、発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消失した後 2 日を経過するまで出席停止となります。
- その他の疾患では、医師において感染のおそれがないと認められたら登園は可能です。
- ただし、アデノウイルスは便中に数か月程度排泄されますので、排便後やおむつ処理後は手洗いを徹底しましょう。

アデノウイルス感染症 Q&A

- 1. 咽頭結膜熱にかかった子どもは、どれくらいの期間、プールを禁止したらよいでしょうか？**

プール水での感染はまれです。むしろ、タオルなどの共有や、プール外のドアノブやスイッチなどから接触感染することが多いですので、これらからの感染対策を行ってください。
- 2. 職員が咽頭結膜熱を発症しました。どうしたらよいのでしょうか？**

子どもと同じように、発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消失した後 2 日を経過するまでは仕事を休ませる配慮が必要です。また、その復帰後も手洗い等を励行してください。
- 3. 職員が流行性角結膜炎を発症しました。どうしたらよいのでしょうか？**

咽頭結膜熱と同様に、感染力が強い期間は、仕事を休ませる配慮が必要です。また、その復帰後も手洗い等を励行してください。

(11) 手足口病

1. どのような病気ですか？

- コクサッキーウイルスやエンテロウイルスによる感染症で、手足口病をおこすウイルスには複数の種類がありますので、何度もかかります。
- 口腔粘膜と手足の末端に水疱性発疹を生じる疾患です。
- 発熱と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す。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疹が出たり、爪がはがれることもあります。
- 無菌性髄膜炎を合併することがあり、発熱、頭痛、嘔吐を認めます。
- 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ります。
- 多くは3～7日の自然経過で治ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 経口感染、飛沫感染、接触感染によって感染が拡大します。
- 夏かぜとして、春から夏に流行します。
- 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、排泄されます。

3. 予防・治療方法は？

- 経口感染、飛沫感染、接触感染として、一般的な予防法の励行が大切です。
- ワクチンは開発されていません。
- 有効な治療法はありませんが、多くは自然経過で治ります。

4. 感染拡大防止策は？

- 流行阻止を目的とした登園停止は有効性が低く、またウイルス排出期間が長いことから現実的ではありません。発熱やどの痛み、下痢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を再開してください。ただし、その後も排便後やおむつ交換後は手洗いを徹底してください。

(12) ヘルパンギーナ

1. どのような病気ですか？

- 主にコクサッキーウイルスの感染症ですが、原因ウイルスは複数ありますので、何度もかかります。
- 高熱、のどの痛みから始まります。咽頭に赤い粘膜疹がみられ、次に水疱となり、間もなく潰瘍となります。高熱は数日続きます。
- 無菌性髄膜炎を合併することがあり、発熱、頭痛、嘔吐を認めます。
- 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ります。
- 多くは2～4日の自然経過で解熱し、治癒します。

2. 感染経路・流行状況は？

- 経口感染、飛沫感染、接触感染によって感染が拡大します。
- 夏かぜとして、春から夏に流行します。
- 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、排泄されます。

3. 予防・治療方法は？

- 経口感染、飛沫感染、接触感染として、一般的な予防法の励行が大切です。
- ワクチンは開発されていません。
- 有効な治療法はありませんが、多くは自然経過で治癒します。

4. 感染拡大防止策は？

- 流行阻止を目的とした登園停止は有効性が低く、またウイルス排泄期間が長いことから現実的ではありません。発熱やのどの痛み、下痢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を再開してください。ただし、その後も排便後やおむつ交換後は手洗いを徹底してください。

(13) ロタウイルス感染症

1. どのような病気ですか？

- 流行性嘔吐下痢症をおこす感染症です。
- 5歳までの間にほぼ全ての子どもが感染します。
- 嘔吐と下痢が主症状であり、しばしば白色便となります。
- 脱水がひどくなったり、けいれんを認めて入院を要することがしばしばあります。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ります。
- 多くは2~7日で治癒します。

2. 感染経路・流行状況は？

- 経口感染、接触感染、飛沫感染によって感染が拡大します。
- 冬から春に流行します。
- 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します。たとえ十分に手洗いをして、手や爪に多数のウイルスが残っていることがあります。
- 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ます。
- 何度でも罹患しますが、初感染の時が最も重症化しやすいです。

3. 予防・治療方法は？

- 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可能です。
- 経口感染、接触感染、飛沫感染として、一般的な予防法の励行が大切です。
- 特異的な治療法はなく、下痢、腹痛、脱水に対して水分補給、補液などを行います。

4. 感染拡大防止策は？

- 非常に感染力が強いため、保育所内で患者発生した場合は、手洗いを徹底してください。
- 速乾性すり込み式手指消毒剤やアルコール消毒は効きにくいいため、流水下に石鹸で手洗いを徹底してください。
- 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すが、ウイルスは便に3週間以上排泄されることがありますので、排便後やおむつ交換後には手洗いを徹底してください。

ロタウイルス感染症 Q&A

1. **3日前にロタウイルスワクチンを接種(内服)した子どもが、保育所で下痢をしました。他の子どもに感染する可能性はあるのでしょうか？**

ワクチンを接種した子どもの便には数週間、ロタウイルスが排泄されますが、そこから他の子どもに感染することはまれです。ただし、ワクチンを接種した、接種しないにかかわらず、下痢の処理の際は、一般的な感染予防をしてください。

2. **保育所でロタウイルス感染症の子どもが複数発生しました。他の子どもや職員にワクチンを勧めた方がよいのでしょうか？**

集団発生後のワクチンの効果は不明です。また、ワクチンは生後15週までに初回投与を開始することが推奨されています。また、種類によって異なりますが決められた週数(生後24週もしくは32週)までに完了する必要がありますので、それ以降の接種はできません。ロタウイルス感染症は、保育所などでの集団感染の原因となるものですので、任意接種ですが、入園前に接種を済ませておくことを日本小児科学会は推奨しています。

3. **冬に、子どもが保育所で嘔吐や下痢をした場合、どうしたらよいのでしょうか？**

速やかに周りにいる子どもたちを別室に移動させ、部屋の窓をあけて換気してください。嘔吐物や下痢便の処理と消毒は速やかに行う必要がありますが、処理をした職員が感染しないように、マスク、手袋、エプロンを装着して、汚染物の処理を行ってください。そのため、汚染物の処理をするための消毒剤やバケツ、手袋、マスク、エプロン、使い捨ての雑巾やペーパータオル等は、ひとまとめにしてあらかじめ準備し、いつでもすぐに使えるようにしておいてください。嘔吐物や下痢便を拭き取った雑巾やペーパータオルは廃棄してください。

嘔吐物や下痢便で汚染した洋服は、感染の拡大を防ぐため、園で洗うことはせずに、ビニール袋に入れて保護者に持ち帰ってもらうようにしてください。家庭で衣類を破棄しない場合は塩素系の消毒剤で消毒してから洗濯するかあるいは熱水による消毒をして、他の家族が感染しないように処理する方法を保護者に説明してください。

また、ロタウイルス感染症を発症している子どもは、複数回の嘔吐や下痢をすることが多いので、流行期に、発症が疑われる場合には十分に体調を観察しながら、バケツや洗面器、タオル等を準備して個別に保育し、保護者に連絡して早めにお迎えに来てもらってください。

(14) ノロウイルス感染症

1. どのような病気ですか？

- 流行性嘔吐下痢症の原因となる感染症です。
- 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。
- 乳幼児のみならず、学童、成人にも多くみられ、再感染もまれではありません。
- 多くは1～3日で治ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 経口感染、接触感染、塵埃感染によって感染が拡大します。
- 秋から冬に流行します。
- 感染力が強く、100個以下という少量のウイルスでも、人に感染し発病します。患者の嘔吐物や糞便には1グラムあたり100万～10億個ものウイルスが含まれていると言われています。
- 不十分な汚物処理で容易に集団感染を引き起こします。氷、二枚貝、サラダ、パンなどの食品を介しての感染例もあります。
- 便中に多くのウイルスが排出されています。嘔吐物の中にも多量のウイルスが含まれています。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（塵埃感染）も発生しえます。

3. 予防・治療方法は？

- 経口感染、接触感染、塵埃感染予防の励行と迅速な対応が必要です。
- 開発は行われていますが、現在使用可能なワクチンはありません。
- 特異的な治療法はなく、下痢、腹痛、脱水に対して水分補給、補液を行います。

4. 感染拡大防止策は？

- 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嘔吐物などが乾燥して空气中に舞い上がって感染することもあるので、手洗いの徹底と嘔吐・下痢を認めた時の迅速な対応が大切です。
- 速乾性すり込み式手指消毒剤やアルコール消毒は無効なため、流水下に石鹸で手洗いをしてください。
- 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てください。
- 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すが、ウイルスは便中に3週間以上排出されることがありますので、排便後やおむつ交換後は手洗いを徹底してください。

ノロウイルス感染症 Q&A

1. ノロウイルス感染を予防するために食器や食品はどう扱えばよいでしょうか？

食器などは、85℃で1分以上の加熱または次亜塩素酸ナトリウムによる消毒が有効です。次亜塩素酸ナトリウムの濃度は、有機物の少ないときは0.02%、嘔吐物や下痢便では0.1%が必要です。次亜塩素酸ナトリウムには金属腐食性があるため、金属を消毒する際は使用を避け、加熱消毒にしてください。また、次亜塩素酸ナトリウムは、揮発性で、塩素ガスが発生するため、窓を開けて換気してください。また、ノロウイルスの汚染のおそれのある二枚貝などの食品の場合は、中心部が85～90℃になるようにした上で90秒以上の加熱をしてください。

2. ノロウイルス感染症が疑われる子どもの嘔吐物などの処理はどうしたらよいでしょうか？

嘔吐物や下痢便の処理の際には、他の子どもたちを別室に移動させて、窓を開けるなどまず換気をしながら行ってください。床等に飛び散った患者の嘔吐物や下痢便を処理するときには、使い捨てのガウン（エプロン）、マスクと手袋を着用し、汚物中のウイルスが飛び散らないように、ペーパータオル等で静かに拭き取ってください。拭き取った後は、0.02%の次亜塩素酸ナトリウムで浸すように床を拭き取り、その後、水拭きをしてください。そのため、汚染物の処理をするための消毒剤やバケツ、手袋、マスク、エプロン、使い捨ての雑巾やペーパータオル等は、ひとまとめにしてあらかじめ準備し、いつでもすぐに使えるようにしておいてください。嘔吐物や下痢便を拭き取った雑巾やペーパータオルはビニール袋に入れて0.1%次亜塩素酸ナトリウムに浸して密封し、廃棄してください。

ふとんや絨毯などが嘔吐物等で汚染された場合は、嘔吐物を静かにかつ丁寧に拭き取った後、スチームアイロンなどで加熱し、ウイルスを十分に不活化してください。

嘔吐物や下痢便で汚染した洋服は、感染の拡大を防ぐため、園で洗うことはせずに、ビニール袋に入れて密封し保護者に持ち帰ってもらうようにしてください。家庭で衣類を破棄しない場合は塩素系の消毒剤で消毒してから洗濯するか、あるいは熱水による消毒をして、他の家族が感染しないように処理する方法を保護者に説明してください。

また、ノロウイルス感染症を発症している子どもは、複数回の嘔吐や下痢をすることが多いので、流行期に、発症が疑われる場合には十分に体調を観察しながら、バケツや洗面器、タオル等を準備して個別に保育し、保護者に連絡して早めにお迎えにきてもらってください。

(15) 日本脳炎

1. どのような病気ですか？

- 日本脳炎ウイルスによる感染症です。日本脳炎ウイルスに感染しても、日本脳炎を発病するのは 100～1,000 人に 1 人程度で、脊髄炎や髄膜炎を起こすこともあります。多くは無症状です。
- ウイルスに感染してから発病までの潜伏期間は 6～16 日間とされています。
- 高熱、頭痛、嘔吐などの後、急激に頂部（首）の硬直、光線過敏、意識障害があらわれ、筋肉が強直して、不随意運動や、振戦（ふるえ）、麻痺（まひ）などがみられます。
- けいれんは小児では多くみられますが、成人では 10% 以下です。
- 発病すると致死率は 20～40% と高く、治っても 45～70% に後遺症が残ります。小児では特に重度の障害を残すことが多く、けいれん、麻痺、発達の遅れなどが残ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 日本脳炎ウイルスは、日本では主にイエカ属のコガタアカイエカによって媒介されます。
- ブタ等の日本脳炎ウイルス増幅動物（妊娠中のブタが日本脳炎ウイルスに感染すると流産に至る場合がありますが、通常ブタは日本脳炎ウイルスに感染しても症状は見られず、体内で多量の日本脳炎ウイルスが増えて、ウイルス血症の状態となります。）の体内で増えた日本脳炎ウイルスを蚊が吸血することでウイルスを保有するようになり、その蚊がヒトを刺した時にヒトは感染します。

3. 予防・治療方法は？

- ひとたび発病すると、日本脳炎ウイルスに対する特異的な治療法はなく、症状を和らげる治療（対症療法）のみとなります。
- 日本脳炎ワクチンを受けておくことが予防には最も効果的です。
 - 第 1 期：生後 6 か月～90 か月未満に 6 日以上の間隔をあけて 2 回接種し、2 回目接種から 6 か月以上あけておおむね 12～18 か月後に 1 回追加接種します。標準的には 3 歳で 2 回、4 歳で 1 回ですが、特に近年患者発生があったり、ブタの抗体保有率が高い地域などでは、生後 6 か月以降であれば、定期接種として受けられることを知っておきましょう。
 - 第 2 期：9～13 歳未満に 1 回追加接種します。
 - 平成 7 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの人で、定期接種の 4 回を受けていない場合、20 歳未満であれば定期接種として受けられます。
 - 平成 19 年 4 月 2 日～平成 21 年 10 月 1 日生まれの人は、生後 6～90 か月未満のみならず 9～13 歳未満でも第 1 期の接種を受けることができます。
- コガタアカイエカは水田や沼、池など大きな水たまりに産卵し、日没頃から活発に活動しますので、虫除け剤（ディート＜DEET＞、ピカリジン等）を使用するなど、蚊にさされないようにします。ヒトからヒトへの感染はありません。

(16) デング熱

1. どのような病気ですか？

- デングウイルスによる感染症です。デングウイルスには1-4型があり、1型にかけると1型には終生免疫を持ちますが、その他の型には感染します。2度目に感染するときに重症化する確率が高いと言われています。
- 3~7日の潜伏期間を経て、突然の発熱で発病します。二峰性の発熱を示します。デングウイルスに感染しても症状がないことが50~80%程度あると言われています。
- 頭痛、眼窩痛、筋肉痛、関節痛が多く見られ、発病から3~4日すると、体に赤い発疹が出現して、顔や四肢へと広がりますが、通常は後遺症なく1週間程度で治ります。
- ただし、一部は、デング出血熱という重篤な病態になることがあります。デング熱が治りかけた頃に発症してくるのが特徴です。不安・興奮状態、発汗、四肢冷汗、胸水、腹水、血小板減少、鼻出血、消化管出血、循環血液量の不足からショックになることがあります。

2. 感染経路・流行状況は？

- デングウイルスは、ヤブカ属のネッタイシマカや、ヒトスジシマカによって媒介されます。日本にはネッタイシマカはいませんが、ヒトスジシマカは生息しています。
- ヒト 蚊 ヒトで感染環を形成しています。

3. 予防・治療方法は？

- デングウイルスに特異的な治療法はないので、症状を和らげる治療（対症療法）のみとなります。
- デング出血熱の場合には点滴による輸液が重要です。
- デング熱が流行している国に渡航する場合は、長袖・長ズボンの着用や虫除け剤（ディート<DEET>、ピカリジン等）を使用するなど、日中に蚊に刺されないように工夫する以外に特異的なものはありません。ヒトスジシマカは日中、屋外で活動性が高く、公園などの茂みに潜んでいます。

4. 感染症拡大防止策は？

- 媒介蚊となるヒトスジシマカは小さな水たまりに産卵しますので、植木鉢の水受け皿に水をためないようにするとか、古タイヤなどの小さな水たまりを保育所内に作らないようにして、蚊を増やさないようにすることが大切です。
- 登園停止の感染症ではありませんが、発症時は蚊に刺されないようにすることが大切です。

(17) ジカウイルス感染症

1. どのような病気ですか？

- 症状はデング熱に似ていますが、デング熱よりは軽いとされています。
- 潜伏期間は 3～12 日で、発熱（38.5 を超えない程度）、発疹、関節痛、結膜充血、筋肉痛、頭痛、後眼窩痛、めまい、下痢、腹痛、嘔吐、便秘、食欲不振などが見られますが、約 80% は感染しても症状がでません（不顕性感染）。
- 妊婦がジカウイルスに感染すると、児が小頭症等の先天異常を発症することがあります。

2. 感染経路・流行状況は？

- ジカウイルスは、ヤブカ属のネッタイシマカや、ヒトスジシマカによって媒介されます。日本にはネッタイシマカはいませんが、ヒトスジシマカは生息しています。ヒトスジシマカは日中、屋外で活動性が高く、公園などの茂みに潜んでいます。
- 性行為によっても感染します。

3. 予防・治療方法は？

- ジカウイルスに特異的な治療法はないので、発症しても症状を和らげる治療（対症療法）のみとなります。
- 流行地に渡航した場合は、長袖・長ズボンの着用や虫除け剤（ディート＜DEET＞、ピカリジン等）を使用するなど、日中に蚊に刺されないようにします。
- 妊娠中に感染すると、胎児にも感染して、児が先天性ジカウイルス感染症を発病することがあります。妊婦あるいは妊娠の可能性のある女性はジカウイルス感染症の流行地域への渡航を避けましょう。世界保健機関（WHO）は、2016 年 3 月 8 日、妊婦は流行地域への渡航をすべきでないと勧告しています。
- 感染者との性行為によっても感染しますので、妊婦あるいは妊娠の可能性のある女性は注意が必要です。

4. 感染症拡大防止策は？

- 流行地域からの帰国者は、症状の有無にかかわらず、少なくとも 2 週間程度虫よけ剤の使用など蚊に刺されないための対策を行うことが推奨されます。

(18) マイコプラズマ感染症

1. どのような病気ですか？

- 咳を主症状とし、肺炎をおこす感染症です。
- 学童期以降の肺炎として最も多いですが、幼児にもみられます。
- 咳、発熱、頭痛などのかぜ症状がゆっくり進行します。とくに咳は徐々に激しくなり、数週間におよぶこともあります。中耳炎・鼓膜炎や発疹などを伴うこともあり、重症例では胸水がたまり呼吸困難を訴えることもあります。
- 多くは治療によって、もしくは自然経過で治ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 飛沫感染によって感染が拡大します。家族内感染や再感染も多くみられ、夏から秋に多い傾向があります。
- 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ましたが、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ます。

3. 予防・治療方法は？

- 飛沫感染として、一般的な予防法の励行が大切です。
- ワクチンは開発されていません。
- 発症した場合、抗菌薬を投与します。近年、耐性菌が増えており、症状が遷延することもあります。自然経過で治ります。

4. 感染拡大防止策は？

- 咳が出ている子にはマスクの着用を促します。その他、飛沫感染としての一般的な予防法として手洗いを励行してください。
- 症状が改善し、全身状態のよい者は登園可能です。

(19) 溶連菌感染症

1. どのような病気ですか？

- 保育所などで流行するのは A 群溶連菌による感染症です。
- 扁桃炎、伝染性膿痂疹（とびひ）、中耳炎、肺炎、化膿性関節炎、骨髓炎、髄膜炎など、様々な症状を呈します。
- 扁桃炎では、発熱、のどの痛みや腫れ、化膿、リンパ節炎が生じます。舌が莓状に赤く腫れ、全身に鮮紅色の発疹が出て、それがおさまった後、指の皮がむけることがあります（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します。
- 適切に治療すれば後遺症なく治癒しますが、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ります。
- まれながら、ショックにいたる劇症型もあります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 飛沫感染、接触感染によって感染が拡大します。食品を介する経口感染もあります。
- ヒトとヒトとの接触の機会が増加するときに発生しやすく、家庭での兄弟間や、保育所などの小児の集団生活施設内での感染が多い特徴があります。
- 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ります。
- 健康保菌者が 15～30%いると報告されていますが、健康保菌者からの感染はまれと考えられています。また、健康保菌者に対する治療の必要はありません。

3. 予防・治療方法は？

- ワクチンは開発されていません。
- 飛沫感染、接触感染として、一般的な予防法の励行が大切です。
- 適切な抗菌薬によって多くが後遺症なく治癒します。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す。

4. 感染拡大防止策は？

- 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、それ以降、登園は可能です。

溶連菌感染症 Q&A

- 1. 現在、保育所に通っている子どもが溶連菌感染症にかかりました。接触のあった他の子どもも、病院で溶連菌の検査をしてもらった方がよいでしょうか？**

接触者であっても、無症状の場合は検査も治療も不要です。ただし、接触者が発熱した場合は、病院を受診してもらうことを勧めます。その際に、保育所で溶連菌に感染した子どもと接触があったことを医師に伝えることも大切です。
- 2. 溶連菌感染症にかかった子どもが、解熱したために登園を再開しています。保育所で観察するうえで、注意すべきことはありますか？**

解熱後に登園を再開した場合、隔離の必要はありません。ただし、処方されている抗菌薬を内服すること、1~2 か月は血尿やおしっこの回数が極端に減っていないか、関節の痛みを訴えないか（腎炎やリウマチ熱を合併することがあります）などの観察をお願いします。
- 3. 何度も溶連菌感染症にかかる子どもがいます。定期的に病院で溶連菌の検査をしてもらったほうがよいでしょうか？**

抗菌薬にて十分に除菌できずに菌を保有してしまうこともあります。無症状の場合、他の子どもに感染させることはまれですので、定期的な検査は必要ありません。
- 4. 職員が溶連菌感染症にかかりました。どうしたらよいでしょうか？**

成人も子どもと同じく適切な抗菌薬によって 24 時間以内に感染力は失いますので、それ以降の勤務再開は可能です。また、子どもと同じく合併症予防のために抗菌薬は指示された日数分、飲みきることを推奨します。
- 5. 保育所で溶連菌感染症の流行があった後、発熱しなかった子どもの手の皮が、しばらくしてむけてしまいました。病院を受診させた方がよいでしょうか？**

感染していた可能性がありますので、一度医師の診察を受けてください。溶連菌感染症であった場合、すでに治癒していることが予想されますが、血尿の有無や排尿回数減少がないか、観察が必要になります。

(20) 百日咳

1. どのような病気ですか？

- 百日咳菌による感染症です。
- 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、長期に続きます。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ります。
- 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ます。
- 年長児以降では咳のしつこいかぜと思われることも少なくなく、思春期、成人の発症も増えていて、感染源となります。
- 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ますが、咳だけは長期間続きます。

2. 感染経路・流行状況は？

- 飛沫感染、接触感染によって感染が拡大します。1年を通じてみられますが、春から夏に多い傾向があります。

3. 予防・治療方法は？

- 定期予防接種によって、生後3か月～90か月未満に沈降精製百日せき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)を4回接種します。標準的には生後3か月～12か月に3回接種し、1年から1年半後に1回追加接種します。
- 飛沫感染、接触感染として、一般的な予防法の励行が大切で、0歳児と接触しないようにします。
- 発症した場合は抗菌薬を投与します。

4. 感染拡大防止策は？

- 咳が出ている子にはマスクの着用を促します。その他、飛沫感染としての一般的な手洗い、うがいをしてください。
- 診断された場合、特有な咳が消失したら、または5日間の適正な抗菌薬による治療が終了したら登園は可能です。
- 米国小児科学会では、発症者の家族や濃厚接触者には抗菌薬の予防投与を推奨している。ただし、日本では健康保険の適応はありません。

百日咳 Q&A

1. 百日咳の予防接種をしていない職員がいます。保育所での感染予防として、どうしたらよいでしょうか？

百日咳を含む DP ワクチンが国内で始まったのは 1958 年ですので、それ以前に生まれた職員は予防接種をしていません。また、それ以降に生まれた職員も接種していない場合もあります。なお、2016 年現在成人が接種可能なワクチンが国内にないため、咳が続く場合は、早目に医療機関を受診して、早期診断、早期治療を受けてください。

2. 百日咳の治療を受けて登園を再開した後も、咳き込みが続いている子がいます。どうしたらよいでしょうか？

治療によって他の子どもに感染させなくなっても咳は続きます。また、他の感染症を合併している場合や、アレルギーがあって咳が長引いている場合もありますので、医師の指示を仰いでください。

(21) 肺炎球菌感染症

1. どのような病気ですか？

- 肺炎球菌は、細菌性髄膜炎、敗血症、肺炎、中耳炎などをおこします。
- ワクチン導入前の日本での肺炎球菌髄膜炎の発症は年間約 200 人で、約 6～7%が死亡、約 30%が脳障害や聴力障害などの後遺症を残していましたが、定期予防接種開始後は減少しています。
- 多くは抗菌薬による治療によって治癒しますが、髄膜炎などは重症で、しばしば後遺症を残します。

2. 感染経路・流行状況は？

- 主に飛沫感染で感染しますが、ワクチン導入前の健康 1 歳児の 30～50%が鼻腔に保菌しており、保育施設の入園後 1～2 か月でその保菌率は 80%以上に上昇していました。

3. 予防・治療方法は？

- 乳幼児に定期予防接種が実施されています。保育所に入園後、保菌者が増える傾向がありますので、入園前に予防接種を済ませておくことが大切です。
- 発症した場合、抗菌薬で治療します。しかし、発症初期はかぜとの区別が困難にもかかわらず、急変しやすい特徴があります。また、抗菌薬の効きにくい菌（耐性菌）もあります。

4. 感染拡大防止策は？

- 発熱、咳などの症状が軽快し、全身状態の良い者は登園可能です。

(22) インフルエンザ菌 b 型 (ヒブ) 感染症

1. どのような病気ですか？

- インフルエンザ菌 b 型 (ヒブ) による感染症で細菌性髄膜炎、敗血症、肺炎、喉頭蓋炎などをおこします。
- ワクチン導入前の日本でのヒブ髄膜炎の発症は年間約 600 人で、約 2~3%が死亡、約 15%が脳障害や聴力障害などの後遺症を残していましたが、定期予防接種開始後は激減しています。
- 多くは抗菌薬による治療によって治癒しますが、髄膜炎などは重症で、後遺症を残すことがあります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 主に飛沫感染で感染しますが、ワクチン導入前の健康小児の鼻腔内の保菌率は 1~5%程度であり、保菌状態から発症するとされています。

3. 予防・治療方法は？

- 乳幼児に定期予防接種が実施されています。保育所に入園後、保菌者が増える傾向がありますので、入園前に予防接種を済ませておくことが大切です。
- 発症した場合、抗菌薬で治療します。しかし、発症初期はかぜとの区別が困難にもかかわらず、急変しやすい特徴があります。また、抗菌薬の効きにくい菌 (耐性菌) もあります。

4. 感染拡大防止策は？

- 発熱、咳などの症状が軽快し、全身状態の良い者は登園可能です。

(23) 腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O-26、O-111 等)

1. どのような病気ですか？

- ペロ毒素を産生する大腸菌の感染症です。
- 無症状の場合もありますが、多くは水様下痢便、腹痛、血便を来します。
- 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ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 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します。
- 夏に多発します。
- 日本では、1997年に学童を中心とした、集団感染がみられ、死亡例もできました。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報告がありました。

3. 予防・治療方法は？

- 経口感染、接触感染しますので、肉類は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、手洗いを徹底するなどが大切です。
- ワクチンは開発されていません。
- 発症した場合、下痢、腹痛、脱水に対しては水分補給、補液などを行います。
- 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ます。

4. 感染拡大防止策は？

- 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してください。
- 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出席停止となります。5歳未満の小児では2回以上連続で便培養が陰性になれば登園可能です。
- 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歳以上の幼児は出席停止の必要はありません。5歳未満の幼児では2回以上連続で便培養が陰性になり全身状態が良好であれば登園可能です。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します。

腸管出血性大腸菌感染症 Q&A

1. 腸管出血性大腸菌感染症を予防するために、給食や調理で気を付けることは何でしょうか？

子どもに生肉・生レバーを食べさせることは絶対に避けてください（ブタとウシのレバーが禁止されています）。また、肉などを食べさせる場合は、中まで火が通り肉汁が透き通るまで調理してください。加熱前の生肉などを調理したあとは、必ず手をよく洗ってください。生肉などの調理に使用したまな板や包丁は、そのまま生で食べる食材（野菜など）の調理に使用しないようにしてください。調理に使用した箸は、そのまま食べるときに使用しないでください。食材の衛生的な取扱い、適切な温度で食材を保管すること、十分な加熱調理は言うまでもありませんが、加工食品や既に調理された食材を保育所に搬入して使用する場合は、その食品が衛生的に調理・管理されているのかをしっかりと確認する必要があります。

2. 腸管出血性大腸菌感染症を予防するために、プールで気を付けることは何でしょうか？

プール遊びを介して集団発生が起こることがあります。特に、幼児がよく使用する簡易プールが塩素消毒されていなかったために、そのプール遊びが原因となって保育所内で集団発生がみられたことはこれまでも度々報告されています。複数の子どもが使用する場合は、簡易プールも含めて、塩素消毒基準を遵守してください。

3. 腸管出血性大腸菌の検査中で診断が確定していない場合や、ペロ毒素非産生性であったため、登園が再開された子どもに対して注意することは何でしょうか？

診断が確定されるまでは登園は控えていただくことを推奨します。また、ペロ毒素非産生大腸菌と確定して登園が再開された場合も、排便後やおむつ交換後は手洗いを徹底しましょう。

4. 職員の子どもが腸管出血性大腸菌感染症にかかりました。仕事は休んでもらったほうがよいでしょうか？

保健所により発症者と同じ飲食物を摂取した家族に便検査が実施されます。無症状でも保菌が確認された場合は、仕事を休む必要はありませんが、除菌されるまで飲食物の調理、配膳、製造や飲食物に直接接触する業務はできません。

(24) サルモネラ感染症

1. どのような病気ですか？

- サルモネラ菌による感染症で急性細菌性腸炎などをおこします。
- 下痢、血便、嘔吐、発熱などを認めます。

2. 感染経路・流行状況は？

- ミドリガメ等の爬虫類やペット、鳥類、両生類、汚染された生卵やその加工品、食肉（牛レバー刺し、鶏肉）などから経口感染します。

3. 予防・治療方法は？

- 調理者の手洗い、調理器具の洗浄、食品の加熱（中心部が75℃、1分以上）などを励行してください。
- 発症した場合は、安静にして、米、パン、うどん、豆腐、脂肪の少ない肉や魚、ヨーグルト、バナナ、すりおろしリンゴ、野菜など、消化の良いものを食べさせます。脱水予防に経口補水液は有効ですが、糖分の多い飲料は下痢を長引かせる原因となるので勧めません。母乳は継続してよく、ミルクは薄める必要はありません。水分摂取が困難で、排尿が減る、活気がなくなるなど、脱水徴候があれば医療機関を受診してください。
- 重症化が予想される場合には抗菌薬が投与されることもあります。

4. 感染拡大防止策は？

- 下痢が治まれば登園可能ですが、便中に数週間以上、菌が排泄されますので、園児および職員は、排便後やおむつ交換後は手洗いを徹底してください。

(25) カンピロバクター感染症

1. どのような病気ですか？

- カンピロバクターによる感染症で急性細菌性腸炎などをおこします。
- 下痢、血便、嘔吐、発熱などを認めます。
- 発症数週間後にギラン・バレー症候群という手足のしびれやまひが生じたり、目や顔の筋肉の動きが悪くなる病気を併発することもあります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 汚染された鶏レバーやささみなどの刺身、鶏肉のタタキ、鶏わさなどの半生製品、加熱不足の調理品などから経口感染します。

3. 予防・治療方法は？

- 調理者の手洗い、調理器具の洗浄、食品の加熱（中心部が75℃、1分以上）などを励行してください。
- 発症した場合は、安静にして、米、パン、うどん、豆腐、脂肪の少ない肉や魚、ヨーグルト、バナナ、すりおろしリンゴ、野菜など、消化の良いものを食べさせます。脱水予防に経口補水液は有効ですが、糖分の多い飲料は下痢を長引かせる原因となるので勧めません。母乳は継続してよく、ミルクは薄める必要はありません。水分摂取が困難で、排尿が減る、活気がなくなるなど、脱水徴候があれば医療機関を受診してください。
- 通常、抗菌薬が投与されます。

4. 感染拡大防止策は？

- 下痢が治まれば登園可能ですが、便中に数週間以上、菌が排泄されますので、園児および職員は、排便後やおむつ交換後は手洗いを徹底してください。

(2 6) 破傷風

1 . どのような病気ですか？

- 破傷風菌の毒素により、脳など中枢神経症状をおこす疾患です。
- 受傷部位の違和感、舌のもつれ、口が開きにくくなるなどの症状から、飲みこみや発語がしにくくなる、歩けなくなる、顔面筋が緊張する、けいれんする、弓なり体位などが生じるなど進行していきます。
- 致死率は約 40%です。

2 . 感染経路・流行状況は？

- 泥、土などで汚染された傷の中で嫌気的な状態で菌が増殖し、毒素を生産して生じます。
- ヒトからヒトへの感染はありません。
- 日本では毎年約 100 人程度が発症しています。

3 . 予防・治療方法は？

- 破傷風トキソイドは 4 種混合(DPT-IPV)ワクチンとして乳幼児期に定期接種され、11 ~ 12 歳で DT ワクチントキソイドとして追加接種されます。
- ワクチン未接種の場合や、5 年以上経過した人で、泥、土などで汚染された傷ができた場合は、適切に洗浄し、大きな組織の壊死があれば除去する必要があります。抗菌薬投与とともに、ヒト破傷風免疫グロブリンや破傷風トキソイドの接種が必要となる場合があります。
- 動物に咬まれた時も上記と同様の対応が必要です。

4 . 感染拡大防止策は？

- 最後の破傷風トキソイド接種から 10 年以上経過しており、かつ泥、土などで汚染されることが多い場合は、追加接種することが望ましいです。

(27) 結核

1. どのような病気ですか？

- 結核菌による感染症です。
- 全身の感染症で、特に肺に病変をおこすことが多いです。
- 症状は発熱、咳、疲れやすい、食欲不振、顔色が悪いなどです。
- 進行して菌が血液を介して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ます。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ます。

2. 感染経路・流行状況は？

- 主に空気感染によって感染が拡大します。飛沫感染、接触感染、経胎盤感染もあります。
- 過去の感染症と思われるが、日本では毎年新たに約2万人の患者が発生しており、先進国のなかでも依然として結核中蔓延国です。

3. 予防・治療方法は？

- BCG ワクチンは、0歳児の結核の発症予防、重症化予防になるため、12か月未満（標準的には生後5か月から8か月未満）での定期接種が実施されています。
- 結核患者との濃厚接触があった場合は、検査の後抗結核薬の予防投与がされることがあります。
- 発症した場合、抗結核薬を投与しますが、近年、耐性菌が増えています。

4. 感染拡大防止策は？

- 咳が出ている子にはマスクの着用を促しますが、結核は空気感染するので、同じ空間にいる人は、結核菌に感染する可能性があります。
- 1人でも発生したら保健所、嘱託医等と協議しての感染拡大防止策が必要です。
- 診断された場合、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まで出席停止とします。それ以降は、抗結核薬による治療中であっても登園は可能です。

(28) 伝染性膿痂疹(でんせんせいのうかしん) とびひ

1. どのような病気ですか？

- 多くは黄色ブドウ球菌ですが、溶血性レンサ球菌も原因菌になります。前者については耐性菌(MRSA)が増加(10~50%)しています。
- 水疱(水ぶくれ)やびらん、痂皮(かさぶた)などがみられ、それらの浸出液に細菌が含まれています。
- 部位は鼻周囲、体幹、四肢など、全身にみられます。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ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- 引っかいたり、かきむしった病変皮膚の浸出液や水疱内容物などからうつり(接触感染) 湿疹や虫刺され部位などの小さなキズに細菌が付着します。集団感染をおこすことがあります。
- プールの水を介してはうつりませんが、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、プールや水泳は治るまでやめましょう。
- 夏に多い病気ですが、他の季節でも起こります。

3. 予防・治療方法は？

- 1日1回以上は全身をシャワーでよく洗浄して、患部も含めた皮膚の清潔を保ちましょう。石鹸は泡立てて、そっと洗い、よくすすぎましょう。
- 爪は短く切りましょう。
- 虫刺されやアトピー性皮膚炎のひ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しましょう。
- 軽症の場合は外用薬治療も可能ですが、内服の抗菌薬が有効です。

4. 感染拡大防止策は？

- 病変部を外用処置して、ガーゼなどで覆ってあれば通園できます。
- 浸出液がしみ出ない様にガーゼなどで覆いましょう。
- 兄弟姉妹間でもタオルや寝具は別々にしましょう。
- 流行状況を常に把握しておくことが重要です。
- 接触感染対策の基本である手洗いを励行し、手指の衛生を図りましょう。

(29) アタマジラミ症

1. どのような病気ですか？

- 原因虫のアタマジラミは2～4mmの少し透けた灰色の細長い3対の足をもっています。約4週間生きています。卵は0.5mmの大きさで乳白色です。約7日で孵化します。
- 卵は頭髪の根元近くにあり、毛に固く付着して白くみえます。ヘアキャスト（フケ類似）も白くみえますが、これを指でつまむと容易に動きます。しかし、卵は容易には動きません。成虫は頭髪の根元近くで活動しています。
- 雌雄の成虫、幼虫が1日2回以上頭皮から吸血します。
- 毎日の吸血によって3～4週間後に頭皮に痒みがでてきます。時に引っかくことによって二次感染もおきます。

2. 感染経路・流行状況は？

- 頭髪の直接的な接触、体や頭の寄せ合い。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ります。集団での就寝、添い寝、混雑したバス・電車なども注意してください。
- 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ります。

3. 予防・治療方法は？

- 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、布団を離すなどしましょう。
- 医療機関で「アタマジラミ症」の診断を受けたら、薬局でフェノトリン（スミスリン®）シャンプーあるいはフェノトリンパウダーを購入して治療します。
- 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ありませんが、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）になっています。
- 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きます。毎日シャンプーをしましょう。卵はクシをこまめに使うことで取れてきます。クシで頭髪の根元から頻繁に丁寧にすくことが大切です。
- 頭髪を短くしたりする必要はありません。

4. 感染拡大防止策は？

- 周囲の感染者を一斉に治療することがすすめられます。
- 流行状況を常に把握しておくことが重要です。
- 治療開始していれば登園可能です。プールでは水泳帽、クシ、タオル、ロッカーの共用はしないようにしましょう。

アタマジラミ症 Q&A

1. **現在、保育所に通っている子どもについてです。「アタマジラミ症」と診断され、薬局で薬を買って治療を開始しました。登園しても良いのでしょうか。保育園にはどのように説明すれば良いですか？**

治療を開始していれば登園して良いです。家族も含めてアタマジラミ症のある周囲の人も同時に治療しましょう。なお、毎日クシで頭髪をすくこととシャンプーをしてください。

不潔のため感染したのではありません。誰でも感染することはありますので、すぐに保育所に知らせて、集団感染の予防と、診断された人には治療をお願いしましょう。

2. **フェノトリン（スミスリン®）シャンプーを指示通り使っても治りません。どうしたらよいのでしょうか？**

もう一度説明書を読んで指示通り治療しているかチェックして下さい。シャンプーの場合、ぬるま湯であらかじめ頭髪を濡らす。頭髪のすべての生え際に十分液をいきわたらせる。5分間してから洗い流す。 - を3日に1度ずつ（2日おき）に3~4回繰り返します。保護者は、子どもたちが規定通りきちんと洗髪しているかチェックし、子どもたちに任せず、場合によっては保護者が洗髪しましょう。さらに添付されている専用のクシを用いて頭髪の根元から頻繁にすいて下さい。以上の方法でも治らない場合、皮膚科医に相談して下さい。フェノトリン抵抗性（耐性）のアタマジラミの可能性がります。

3. **頭髪の手入れを教えてください。**

はじめに目の粗いクシを用いて頭髪の根元からすいて、スムーズにします。次に目の細かいクシを用います。フェノトリン（スミスリン®）シャンプーに付いているクシで構いません。ペット用のクシ（ネコノミ用など）を購入する方法もあります。このようなクシでもう一度根元からすきましょう。虫や卵は頭髪の根元近くにいるので、根元から何度もすきましょう。シャンプーやクシの使用法についてはホームページから「感染研 アタマジラミ対応マニュアル」を検索してください。

4. **新しい薬はないのでしょうか？**

現在新しい薬が使えるように努力しています。もうしばらくお待ちください。

(30) 疥癬(かいせん)

1. どのような病気ですか？

- ヒゼンダニ(0.4mm)というダニの一種が皮膚の一番浅い所(角層)に寄生する病気です。このダニは低温や乾燥に弱く、ヒトの体を離れると弱ってしまいます。
- ダニは拡大鏡などで確認することもできます。
- 痒みの強い発疹(丘疹、水疱、膿疱、結節(しこり)など)ができます。手足などには線状の隆起した皮疹(疥癬トンネル)もみられます。男児では陰部に結節(しこり)ができることがあります。体などには丘疹ができます。痒みは夜間に強くなります。
- 疥癬はアトピー性皮膚炎や他の湿疹などとの区別が難しいことがあります。

2. 感染経路・流行状況は？

- ヒトからヒトに感染します。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ります。
- 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ります。

3. 予防・治療方法は？

- フェノトリノローションは小児への使用経験はありませんが、海外では同等の外用薬が使用されているので、保護者に十分に説明して外用します。皮疹が無い部位も含め全身に塗ります。
- 体重15kg以上の子どもにはイベルメクチン内服薬も使用できます。
- ステロイド外用薬を塗布していると、いったんは皮疹が軽快したようにみえますが、その後発疹は拡大し悪化します。
- 疥癬の子どもと接触してもうつる可能性は高くありませんが、強い痒みのある発疹がでたら皮膚科を受診して下さい。その際、通っている保育所で疥癬がはまっていることを伝えて下さい。

4. 感染拡大防止策は？

- 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重要です。
- 手に比較的多くのヒゼンダニがいることと、手を介して感染することもあるので、手洗いの励行をしましょう。
- 下着などは毎日交換しましょう。
- 治療開始していればプールに入ってもかまいません。

疥癬 Q&A

1. 現在、保育所に通っている子どもについてです。疥癬と診断されました。登園させても良いでしょうか？

皮膚科医に検査も含めて診断していただきましょう。外用薬は皮疹が無い部位も含め、頭から足まで全身に塗りましょう。内服薬の場合はきちんと飲んでください。外用・内服ともに皮膚の角層中の濃度が高くなる時間を考慮すると治療開始 2 日後にはダニはほとんど死んでいると考えられます。ただし多くの場合 1 週後に 2 回目の治療が行われますので、皮膚科主治医に登園を判断していただきましょう。なお家族内に疥癬患者がいる場合、痒がっている人がいる場合は皮膚科を受診してください。

2. 職員が疥癬の場合、どのようにしたら良いでしょうか？

幼児の場合と同じ対応です。

3. 疥癬には潜伏期間があるって本当ですか？

本当です。疥癬の患者さんと接触・感染してから、約 1 か月位、無症状の潜伏期があります。潜伏期はヒゼンダニが増数している期間です。潜伏期間にはダニがいても少数なので、感染力はほとんどないと考えられています。症状が出てからすみやかに診断・治療すれば周囲に感染を広げる心配はありません。

疥癬にかかった方の家族などで、感染の可能性がかなり高い場合には、無症状でも予防的に治療することがあるので、主治医に相談してください。

4. 疥癬には重症型もあるのですか？

角化型疥癬という重症型があり、皮膚が牡蠣殻様になり、非常に多数のダニがいます。しかし幼児では重症になることは稀です。疥癬の診断は皮膚科医にお願いしましょう。

5. 掃除や洗濯はどうしたら良いでしょうか？

ヒトから離れたダニは短時間で感染力を失います。布団乾燥や掃除、洗濯は普段通りでかまいません。

保育所での疥癬集団感染事例

1. 園児 180 人（0 歳～就学前）の保育所。子ども 9 人、保護者 3 人が発症。園内検診 1 回。0 歳児と 1 歳児（同室）その兄（3 歳児）その保護者が罹患。午睡での布団の間隔ない状態、散歩での 30 分間の手つなぎなどが感染機会の可能性。外用は患部のみでなく全身くまなく塗ることが大切である。（皮膚科の臨床 51: 1843-1846, 2009.）
2. 園児 120 人（0 歳～5 歳）の保育所（職員 22 人）。4 歳児が手に角化型疥癬（アトピー性皮膚炎でステロイド外用治療していた）弟（2 歳）家族全員と祖父母も疥癬。園内検診 2 回と、職員と保護者対象の講話 1 回。
3 歳児を中心に 18 人の子ども（1 歳児：1 人、2 歳児：3 人、3 歳児：12 人、4 歳児：1 人、5 歳児：1 人）と、3 人の職員、7 人の保護者が感染。0 歳児（6 人）には発症者がいなかった。また、再発者が 10 人いた。土曜保育（年齢別をはずした保育）で拡大した可能性がある。角化型疥癬を完全に治癒できなかった（家族内での繰り返し感染あり）ことで、終息までに 18 か月を要した。情報共有、保護者・職員の共通認識、地元医師会、市担当部の協力などで、パニックにならず終息した。（臨床皮膚科 67: 942-947, 2013.）
3. フェノトリンローションが使用可能後の事例：園児 41 人（0 歳～5 歳）の保育所（職員：保育士 7 人、その他 12 人）。1 歳児担当保育士に皮疹が出現し、ステロイド外用治療中、3 か月後に角化型疥癬と診断。1 歳児 3 人の確定例、3 人の疑い例、保護者・家族 3 人の確定例、5 人の疑い例。3 回の全園児と職員の検診。2 か月半後に終息。
検診による早期発見、早期治療（フェノトリンローションを主体）保護者への適切な対応が患者発生抑制、早期終息につながった。また職員の健康チェックも重要である。（病原微生物検出情報（IASR）36: 27-29, 2015.）

注： フェノトリンローションが 2014 年に健康保険適用になり、小児の疥癬治療が容易になりました。フェノトリンローションは小児への使用経験は少ないですが、症例報告では安全に使用できています。そして同効の外用薬（ペルメトリン）が海外では小児に使用されています。フェノトリンローションの小児への使用については、主治医から保護者への丁寧な説明が必要です。また外用薬は皮疹のない部位も含め、全身に 1 週間隔で 2 回外用します。特に指間、手、足、陰部などを塗り残さないようにしましょう。誤ってなめても健康上大きな問題はありますが、指なめの恐れがある場合には手袋などをつけましょう。体重 15kg 以上の子どもには、イベルメクチン内服薬の治療もあります。

(31) 伝染性軟属腫(でんせんせいなんぞくしゅ) みずいぼ

1. どのような病気ですか？

- 伝染性軟属腫ウイルス(ポックスウイルスの一種)による感染症です。
- 水様光沢のある通常1~5mm(まれに1cm程度)の常色~白~淡紅色の丘疹、小結節(しこり)で、表面はつやがあって、一見水疱にも見えます。大き目の結節では中心が凹になっています(中心臍窩)。数個~数十個が集簇することが多くあります。
- 四肢・体幹などによくみられますが、顔・首・陰部などどこにでもできます。
- みずいぼを左右から圧すると中央から白色の粥状の物質が排出されます(軟属腫小体)。この中にウイルスが含まれていて感染が拡大します。
- 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ります。

2. 感染経路・流行状況は？

- プールの水ではうつりませんのでプールは入って構いません。
- 皮膚と皮膚の直接接触でうつりますが、タオルや浮輪、ビート板などを介した感染もあります。
- 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です。

3. 予防・治療方法は？

- 治療は不要という意見と、必要であるとの意見があり、主治医と相談して決めて下さい。放っておいても自然に治ることもありますが、数か月かかることもあります。周囲の子どもに感染することを考慮して治療しましょう。
- 皮膚バリア機能の未熟な乳幼児、アトピー性皮膚炎患者、引っかいている子どもなどでは、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しましょう。
- 治療には専用のピンセットでの摘除法(痛みと少量の出血あるため、局所麻酔薬テープを事前に貼ることあり)外用療法、内服療法、冷凍凝固療法などがありますが、主治医と相談して行って下さい。

4. 感染拡大防止策は？

- 集団生活、水遊び、浴場などでは周囲の子どもに感染させる可能性があります。みずいぼを衣類や包帯、耐水性ばんそうこうなどで覆い、他の子どもへの感染を防ぎましょう。
- プール後では皮膚表面のバリア機能が低下しやすいので、皮膚の保湿を保ちましょう。
- 接触感染対策の基本である手洗いを励行し、手指の衛生を図ります。

(32) 帯状疱疹(たいじょうほうしん)

1. どのような病気ですか？

- 水痘(水ぼうそう)と同じヒトヘルペスウイルスの仲間の水痘・帯状疱疹ウイルス(VZV)が原因です。
- 水痘に感染した患者は、神経節にVZVが潜伏感染していて、何かのきっかけ(免疫能の低下やストレスなど)で神経の支配領域にそった形で片側性(正中を越えない)に発症します。
- 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、その後に紅斑上に多数の水疱が集簇します。日が経つと膿疱や血疱、びらんになることもあります。発熱はほとんどありません。
- 通常1週間で痂皮(かさぶた)化して治癒します。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す。皮疹部に「跡」が残ることがあります。
- 水疱の一部をピンセットで採取する検査(Tzanck試験)は外来で迅速にでき、診断に有用です。

2. 感染経路・流行状況は？

- お母さんが妊娠20週～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ります。
- 一度水痘になった児、水痘ワクチン接種後に水痘様の水疱ができた子どもはVZV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ります。

3. 予防・治療方法は？

- 内服薬と外用薬があります。
- 痛みがある場合、患部を冷やさないようにすると痛みが和らぎます。

4. 感染拡大防止策は？

- 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さんに接触すると水痘にかかる可能性があります。まわりの子どもや保護者、保育士などに周知しましょう。
- 皮疹が痂皮(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す。
- 妊婦さんはなるべく患児に近づかないようにしましょう。
- シャワーは可能です。かさぶたになったら入浴も可能です。
- 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、全ての皮疹がかさぶたになるまで保育を控えます。その際、水痘未感染や水痘ワクチン未接種の子どもについては、日本小児科学会が早期(72時間以内)に水痘ワクチン接種をすることを勧めています。

(33) B型肝炎

1. どのような病気ですか？

- B型肝炎はB型肝炎ウイルス(HBV)が肝臓に感染し、炎症を起こす病気です。
- 0歳児が感染した場合、約9割がHBVキャリア*となります。キャリア化の割合は年長児では低下しますが、5歳児でも約1割がキャリア化します。
- キャリア化した場合、約5%が肝硬変・肝がんなど進行した病気に至ります。
- 子どもでは黄疸のような自覚症状を示すことはほとんどありません。肝機能も正常なことが多いのですが、子どもであっても慢性肝炎の状態になったり、まれに肝硬変になったり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す。
- ウイルスが自然に血中から消失することもあります。その多くは50歳以降に起こります。

* “キャリア”とは、ウイルスの感染が持続している人のことを言います。“HBVキャリア”の肝臓ではB型肝炎ウイルスが増殖しています。炎症を伴う場合は“慢性肝炎”と呼ばれます。

2. 感染経路・流行状況は？

- 血液の中にウイルスが含まれています。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によって感染が起こります。
- 感染者の血液中に存在するウイルス量が多い場合(30歳未満の人の多くが該当します)は、唾液・涙・汗・尿などにもウイルスが存在し、感染源となり得ます。
- 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いたんだ皮膚から出る血液・体液にウイルスが含まれるため、感染源となり得ます。
- 感染者が噛みついた場合、唾液に含まれるウイルスにより他者への感染が起こり得ます。
- 国内における新しい感染者は年間5,000人から10,000人と推計されています。
- 子どもの感染率は0.02~0.03%以下と推定されています。その半数以上が家族内、集団生活内での水平感染**と推定されています。

** B型肝炎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”と呼びます。それ以外の感染を“水平感染”と呼びます。

3. 予防・治療方法は？

- 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す。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す。
- HBワクチンは2016年10月から定期接種になりました。2016年4月以降に生まれた子どもが対象です。生後2か月、3か月、7~8か月の3回接種を行います***。
- 2016年3月以前に生まれた子どもは定期接種の対象ではありませんが、保育所に入る場合、家族にHBVキャリアがいる場合などはワクチンを接種することが推奨されます。一部の自治体では定期接種の対象とならないお子さんに対しても補助が行われています。
- 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ます。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すが、ウイルスの排除は困難です。

***平成28年4月1日以降に生まれた0歳児であれば定期接種の対象です。ただし、2回目は1回目から27日以上あけること、3回目は1回目から139日以上あけることが定められています。一方、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B

B型肝炎ワクチンの接種を行います。この場合のB型肝炎ワクチンは定期接種の対象とはなりません。健康保険が適用されます。平成28年3月31日以前に生まれたお子さんの場合は、定期接種の対象になりませんが、集団生活に入る前には、任意接種としてB型肝炎ワクチンの接種を受けることを強く勧めます。既に集団生活に入られているお子さんに対しても同様です。

4. 感染拡大防止策は？

- 最も効果的な感染拡大防止策はHBワクチンの接種です。HBVに対する免疫が獲得されればその後B型肝炎を発症することはありません。
- 保護者に対し、保育所に入園する前には定期接種の対象であるかどうかにかかわらず、すべてのお子さんがHBワクチンの接種を済ませておくことを強く勧めます。
- B型肝炎に限らず、血液や体液で感染する病気がうつることを防ぐために、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触れないような注意（標準予防策）が望まれます。
- B型肝炎ウイルスへの感染の有無にかかわらず、園児の皮膚や粘膜に傷がある場合、傷を絆創膏やガーゼできちんと覆って登園することを保護者に徹底する必要があります。園児が園内で出血した場合は速やかに手当する必要があります。手当の際は使い捨て手袋を使い、手当の際に使った物品はビニール袋に包んで捨てるようにします。
- B型肝炎ウイルスに感染したお子さんが他のお子さんとプールに入ってもウイルスの伝播は起きません。傷がある場合は絆創膏やガーゼできちんと覆っておきます。
- 集団感染事例の中には園児だけではなく職員も含まれます。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B型肝炎ワクチンの接種を受けることが望まれます。

B型肝炎 Q&A

1. **現在、保育所に通っている幼児についてです。これまでB型肝炎の検査を受けたことはなかったそうですが、体調を崩して他の病院にかかった際にB型肝炎ウイルスキャリアであることがわかったと母親から言われました。保育所に登園する場合どのようなことに注意すべきでしょうか？**

1) まず、このお子さんから他のお子さんへの感染が起こらないように注意することが必要です。具体的にはこのお子さんが怪我をした時、鼻血を出している時などにできるだけ早く手当をする必要があります。手当は手袋をつけて行う必要があります。2) このお子さんの健康状態について親権者に確認することが大切です。また、登園前には傷の手当をすることを徹底してもらうことが必要です。3) 保育に当たる職員はB型肝炎に対する免疫を持っていること) ワクチン接種により血液中の HBs 抗体 が陽性となっていること) が強く望まれます。すべての園児も入園前に HB ワクチンの接種を済ませ、ウイルスに対する免疫をつけておくことが強く推奨されます。4) このお子さんの保育を担当する職員が B型肝炎に対する免疫を持っているかどうかを調べる必要があります。具体的には職員の HBs 抗原、HBs 抗体を調べ、両者陰性の場合には職員に HB ワクチンを接種することが必要です。これは職員、さらには他の園児を感染から守るためです。両者陰性の職員は HBs 抗体陽性となるまでこのお子さんの保育を担当しないことが望まれます。HBs 抗体陽性となる前に保育に当たらざるをえない場合は、このお子さんの血液、体液を介した感染に十分に注意する必要があります。また、職員の中に HBs 抗原陽性者がいる場合は専門医の受診が必要です。5) このお子さんと同じクラスの園児には HB ワクチンを接種することが望まれますが、このお子さんのプライバシー保護には細心の注意を払う必要があります。

2. **保育所にB型肝炎ウイルスキャリアの子がいます。おもちゃなどの取り扱いで注意すべき点を教えてください。**

園児がなめた玩具、よだれがついた玩具についてはその都度洗浄し乾燥させます。B型肝炎ウイルスキャリアの園児のだ液のついた玩具は、50~60倍希釈の塩素系消毒剤に10分程度つけてから水で洗浄し十分乾燥させます。洗浄できないものは水拭きしたあと上記の塩素系消毒剤をしみこませた布で拭き、さらに水拭きを数回してから十分乾燥させておきます。

3. **B型肝炎ウイルスキャリアの子と他の園児を一緒にプールに入れても良いでしょうか。**

感染者の唾液や汗にもウイルスは存在しますが、プールの水で十分に薄められますので、他の園児への感染の可能性は極めて低いと考えられます。ただし、園児の体表にできている傷は絆創膏などで覆う必要があります。

4. **B型肝炎ウイルスキャリアの子の使った食器はどのようにすれば良いでしょうか。**

B型肝炎ウイルスキャリアの子の唾液の中にはウイルスが含まれていますので、食器は十分に水洗いして表面についている唾液を十分洗い流し、その後乾燥させる必要があります。園で貸し出し用には乳瓶や乳首を保管する場合は、熱湯消毒あるいは塩素を含んだ洗剤による消毒を行う必要があります。可能であれば十分な配慮のもと、食器は個人専用とすることが望まれます。

5. **園児がB型肝炎のキャリアであることを保護者から伝えられました。キャリアの園児とご家族、周りにいる園児とご家族にとって最善の対応をとりたいのですが、どうすればよいでしょうか？**

B 型肝炎ウイルスキャリア（HB キャリア）のお子さんには通常症状がありません。従ってこの保護者が伝えなければお子さんが HB キャリアだということはわかりません。保護者は他のお子さんや保育所の職員のことを思い、善意で話されています。その気持ちを大切にしてお対応する必要があります。

現在の健康状態が気になりますので、まず HB キャリア園児の状態を確認してください。医療機関に通院しているか、そこではどのように説明を受けているか、治療の必要はないと言われているかどうか、日常生活上の注意を受けていないかなどを確認します。医療機関に通院していないようであれば嘱託医に相談されるとよいでしょう。

保育園での注意点は、Q&A の 1~4 の通りです。通園している他のお子さんの中には、B 型肝炎キャリアであることを知らないでいる園児もおられるかもしれません。また、血液や体液で感染する B 型肝炎以外の病原体をお持ちの園児もいます。B 型肝炎キャリアであることを告げられたお子さんを特別に扱うのではなく、園児や職員の全ての血液や体液には病原体が含まれているとみなし、血液や体液に園児や職員が直接接触しないような注意（標準予防策）が大切です。

保育所での B 型肝炎集団感染事例

1. 通園中の子ども一人が B 型肝炎にかかったため、園児・職員など 270 名に対する調査が行われ、園児 19 名、職員 6 名が保育所内で B 型肝炎ウイルスに感染した疑いがあると考えられた。感染源は、HBV キャリアである元職員から検出されたウイルスの塩基配列が他のウイルス陽性者 9 名と一致していることと疫学調査の結果から、元職員がもともとの感染源であると推定されたが、特定には至らなかった。血液や滲出液を伴う皮膚疾患を介して感染した可能性があることが示唆されている。
(保育所における B 型肝炎集団発生調査報告書について

<http://www.kansen.pref.saga.jp/kisya/kisya/hb/houkoku160805.htm>)

(34) C型肝炎

1. どのような病気ですか？

- C型肝炎はC型肝炎ウイルスが肝臓に感染し、炎症を起こす病気です。
- 自覚症状を伴う肝炎を起こすことはまれです。
- 慢性化した後でもウイルスが小児期に自然消失することがあります。
- 大人の場合、慢性化した患者の20～30%が肝硬変・肝がんになるとされています。

2. 感染経路・流行状況は？

- 血液の中にウイルスが含まれています。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によって感染が起こります。
- B型肝炎と異なり、唾液・涙・汗・尿などにウイルスが含まれることはまれとされています。
- 国内における新しい感染者は年間数百人前後と推計されています。
- 子どもの感染者の多くは母子垂直感染によるものです。

3. 予防・治療方法は？

- B型肝炎と異なりワクチンがありません。従って予防は血液への接触を防ぐこと(標準予防策)です。
- 子どもに対する標準療法はペグ・インターフェロンとリバビリンの併用です。成人で行われている経口薬のみによる治療は、現在海外で臨床試験が行われています。

4. 感染拡大防止策は？

- 血液への接触を防ぐ(標準予防策)ことが最も大切です。
- 血液に他の園児や職員が直接触れないような注意が望めます。
- 園児が出血した場合は速やかに手当する必要があります。手当の際には使い捨て手袋を使い、手当の際に使った物品はビニール袋に包んで捨てるようにします。
- 血中のウイルス(HCV RNA)が陽性であっても登園は可能ですが、皮膚や粘膜に傷がある場合、傷を絆創膏やガーゼできちんと覆って登園することを保護者に徹底する必要があります。

C型肝炎 Q&A

1. C型肝炎ウイルスに感染した園児を保育所で受け入れる場合どのようなことに注意すべきでしょうか？

- 1) まず、このお子さんから他のお子さんへの感染が起こらないように注意が必要です。具体的にはこのお子さんが怪我をした時、鼻血を出している時などにできるだけ早く手当をする必要があります。手当は使い捨て手袋をつけて行う必要があります。
- 2) このお子さんの健康状態について保護者に確認することが大切です。また、登園前には傷の手当をすることを徹底してもらうことが必要です。
- 3) B型肝炎と異なり、血液以外の体液には基本的に感染性はありません。おもちゃなどの取り扱いはB型肝炎と同じ方法で十分です。

(35) HIV 感染症

1. どのような病気ですか？

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）が人の免疫をコントロールする細胞に感染することで徐々に免疫機能が低下する病気です。

免疫が低下すると元気な時はほとんど問題とならない病原体によって重症の感染症を発症します。この状態が後天性免疫不全症候群（エイズ）です。

母子感染による HIV 感染症は、乳幼児期にウイルスや細菌による反復感染症、体重増加不良、発達の遅れ、神経障害などから診断されることがある一方、思春期まで無症状のことがあります。

2. 感染経路・流行状況は？

母子感染では母親の血液と母乳に多く含まれる HIV が、口や腸の粘膜、あるいは血管に達するような深い傷から侵入して感染します。

子どもの主な感染経路は母子感染です。HIV 感染妊婦に母子感染対策がなされない場合は胎盤から 5～10%、産道から 10～15%、母乳から 5～20%、合計で 30～40% が感染します。

日本国内でこれまでに報告された HIV 感染児は累計で 60 人未満です。

3. 予防・治療方法は？

有効なワクチンがありません。従って予防は妊婦健診で早期に発見し、母子感染対策と血液への接触を防ぐこと（標準予防策：13 ページ参照）です。

異なるタイプの抗ウイルス薬を複数同時に服用することで HIV の増殖を抑制し、免疫低下と他人への感染拡大を防ぐことができます。

4. 感染拡大防止策は？

HIV 感染妊婦が抗ウイルス薬治療を受け、陣痛発来までの予定帝王切開、新生児への抗ウイルス薬治療、人工乳栄養の全てを実行すると母子感染率は 0.5% まで低下します。

未診断の HIV 感染児が B 型肝炎、C 型肝炎の感染児と同様、周囲にいる可能性があります。標準予防策で感染拡大が防げます。

HIV 感染症 Q&A

1. HIV 感染児であっても登園可能ですか？

治療等によって免疫状態に問題がなければ登園および行事参加が可能です。

2. 保育所のプールで HIV が感染することがありますか？

HIV は唾液、尿には含まれていません。HIV 感染児がいても日常のオムツケアやプールなどで他人に感染することはありません。

3. 現在、HIV 感染情報がある園児が鼻出血や怪我で血を流しています。どのような事に注意して手当をすべきでしょうか？

出血している保育園児に対する手当である通常の標準予防策を行ってください。鼻孔や切創、擦り傷その他の皮膚損傷部位は、直接素手で触らないようにして、使い捨て手袋とペーパータオルなどは使い捨て・吸水性のよいものを利用して、止血や傷口の手当を行います。手袋等の予防具がないときは清潔なタオル等で代用します。

損傷部位は流水と石けんで洗浄し、絆創膏やガーゼで覆います。

血液のついたものを捨てる時は、他の人に触れないようにビニール袋に入れて、口をしぼって捨てましょう。

手袋を外したらすぐに流水と石けんで手洗いするか擦式アルコールで消毒します。

4. 現在、B 型肝炎・C 型肝炎・HIV 等に関して感染症情報が無い保育園児が鼻出血や怪我で血を流しています。どのような事に注意して手当をすべきでしょうか？

これらのウイルスは母子感染しても無症状で経過することがあり、保護者自身が感染の事実を知らないこともあります。したがって全ての人の体液（特に血液）は感染性があると考えて 3.と同じように対応（標準予防策）を行う必要があります。

保育所管理者などの大人が常に標準予防策を子どもの前で実践することによって、子どもは感染が不明な子どもの血液も感染がわかっている子どもの血液と同様に危険である事が理解できるようになります。

保育園児の保護者にも全ての感染者を特定できないし、感染対策の目的に特定する必要もないため、感染のリスクと伝播様式について知らせ、標準予防策について学んでもらいましょう。

別添 1 保育所における消毒薬の種類と使い方

消毒薬の種類と用途

薬品名	次亜塩素酸ナトリウム	逆性石けん	消毒用エタノール
適応対策	<ul style="list-style-type: none"> ・「食」関連機材（調理器具・歯ブラシ・哺乳瓶） ・環境（トイレの便座・ドアノブ・衣類・遊具） ・リネン（シーツ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・手指 ・環境（浴槽・沐浴槽・トイレのドアノブ） ・機材（足浴バケツ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・手指、遊具 ・環境（便座・トイレのドアノブ）
消毒の濃度	<ul style="list-style-type: none"> ・0.2%（200ppm）～0.1%（1,000ppm）液での拭き取りや浸け置き 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常は0.1%液での拭き取り ・食器：0.02%液への浸け置き 	<ul style="list-style-type: none"> ・原液（70～80%）（アルコールと水分のバランスが良い70～80%の濃度が最も殺菌効果が高い）
留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・酸性物質（トイレ用洗剤など）と混合すると有毒な塩素ガスが発生するので注意！ ・金属腐食性が強く、錆びが発生しやすいので、金属には使えない ・汚れ（有機物）で効果が低下しやすいので、哺乳瓶などの消毒では、前もっての十分な洗浄が必要である ・脱色（漂白）作用がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・経口毒性が高いため誤飲に注意 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	すべての微生物	一般細菌（MRSAなど）、真菌（酵母）	一般細菌（MRSA など）、結核菌、真菌、エンベロープの有るウイルス
無効な病原体		結核菌・芽胞を形成する細菌、真菌（糸状菌）、大部分のウイルス	芽胞を形成する細菌、エンベロープの無いウイルス
その他	糞便・汚物で汚れたら、良く拭き取り、0.2%（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	逆性石けん液は、毎日作りかえる	

註：

芽胞を形成する細菌 炭疽菌・破傷風菌・ボツリヌス菌

ウイルスにはエンベロープという膜が有るものと無いものがあります。エンベロープが無いウイルスはアルコール系の消毒薬にやや抵抗を示します。

有り インフルエンザウイルス、麻疹ウイルス、ムンプスウイルス、HIV 等

無し ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス、ポリオウイルス等

基本はアルコール消毒ですが、糞便を扱うときや血液を拭き取るときは次亜塩素酸ナトリウムが第 1 選択消毒薬です。

遊具等の消毒

	普段の取扱	消毒方法
ぬいぐるみ 布類	定期的に洗濯 陽に干す（週 1 回程度） 汚れたら随時洗濯	糞便、嘔吐物で汚れたら、汚れを落とし、0.02%（200ppm）の次亜塩素酸ナトリウム液に十分浸し、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 ・ 乳児がなめたりするものは、毎日洗う ・ 乳児クラス週1回程度 ・ 幼児クラス3か月に1回程度	嘔吐物で汚れたものは、0.02% (200ppm) の次亜塩素酸ナトリウム液に浸し、陽に干す 色、柄物には消毒用エタノールを使用
洗えないもの	定期的に湯拭き又は陽に干す ・ 乳児がなめたりするものは、毎日拭く ・ 乳児クラス週1回程度 ・ 幼児クラス3か月に1回程度	嘔吐物で汚れたら、良く拭き取り 0.02% (200ppm) の次亜塩素酸ナトリウム液で拭き、陽に干す
砂場	砂場に猫などがはいらないようにする 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	次亜塩素酸ナトリウム液 0.02% (200ppm) を十分しみ込ませるように散布し、1~2日放置する ほりおこして砂全体を陽に干す

* 0.02%の次亜塩素酸ナトリウム消毒液の作成方法は を参照

手指の消毒

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

次亜塩素酸ナトリウムの希釈方法

次亜塩素酸ナトリウムは、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		
調整する濃度	製品濃度 (%)	希 釈 法
0.01% (100ppm)	1~1.1%	水1Lに対して10mL (例: 水10Lに対して100mL)
	5~6%	水1Lに対して2mL (例: 水10Lに対して20mL)
	10%	水1Lに対して1mL (例: 水10Lに対して10mL)
0.02% (200ppm)	1~1.1%	水1Lに対して20mL (例: 水10Lに対して200mL)
	5~6%	水1Lに対して4mL (例: 水10Lに対して40mL)
	10%	水1Lに対して2mL (例: 水10Lに対して20mL)
0.1% (1,000ppm)	1~1.1%	水1Lに対して100mL (例: 水10Lに対して100mL)
	5~6%	水1Lに対して20mL (例: 水10Lに対して200mL)
	10%	水1Lに対して10mL (例: 水10Lに対して100mL)

消毒液の管理、使用上の注意点

消毒液は、感染症予防に効果があります。使用方法を誤ると有害になることもあります。

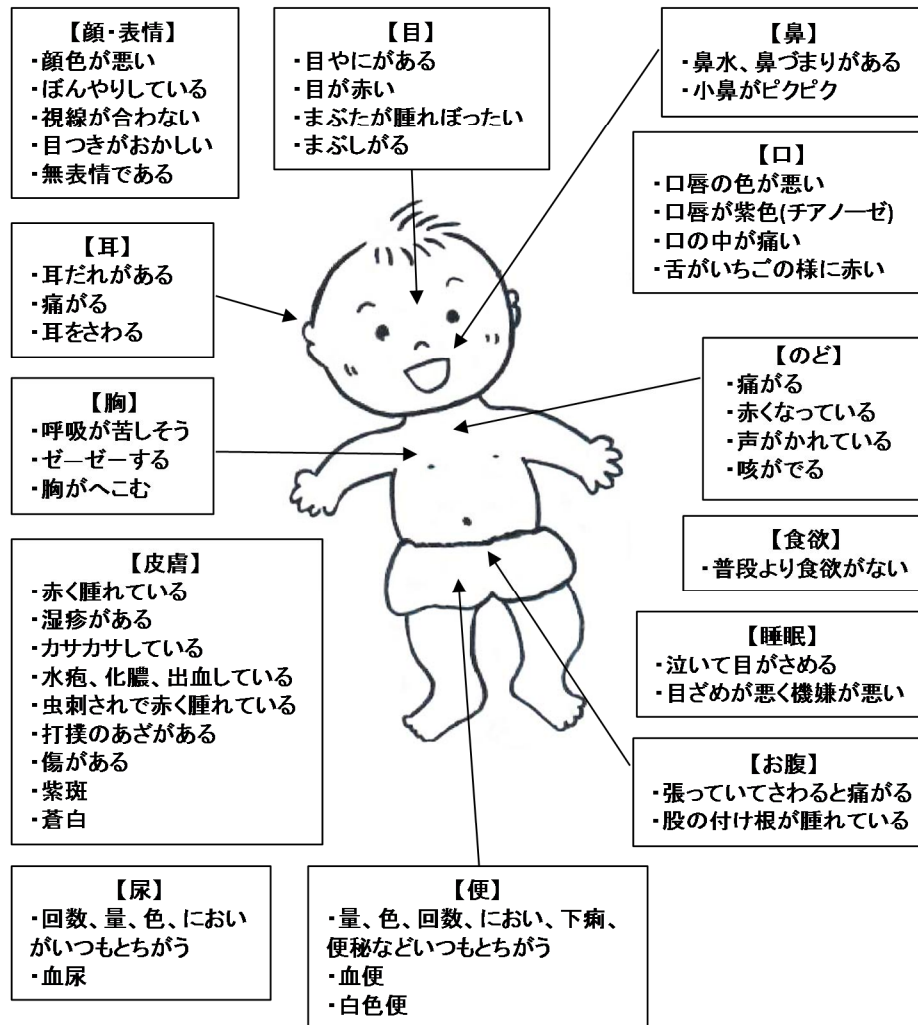
消毒液の種類に合わせて、用途や希釈等正しい使用方法を守ります。

- ・ 消毒剤は子どもの手の届かないところに保管します。
- ・ 消毒液は使用時に希釈し、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。また遮光して保管して下さい。
- ・ 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溶液
- ・ 確実な濃度での使用等の観点から「医薬品」を用いることが望ましいです。
- ・ 原液の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。
消毒液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。

別添2 子どもの病気 ~症状に合わせた対応~

子どもの症状を見るポイント

①子どもの症状を見るポイント



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

熱の高さと病気の重さは関係ありません。

微熱 37～37.9℃

中等度発熱 38～38.9℃

高熱 39℃以上

○いつもと違うこんな時は
子どもからのサインです！

普段と変わりがありませんでしたか？
「何となく元気がない」に注意しましょう！

- ・親から離れず機嫌が悪い(ぐずる)
- ・睡眠中に泣いて目が覚める
- ・元気がなく顔色が悪い
- ・きっかけがないのに吐いた
- ・便がゆるい
- ・いつもより食欲がない
- ・随伴する症状はありませんか？

○今までなかった発疹に気がいたら・・・

- ・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、一緒に遊んだ友だちの中に、
疑われる感染症は発生していないか確認をしましょう

【代表的な発疹性の病気】

○熱がある

水痘(水ぼうそう)、麻疹(はしか)、
風疹、伝染性紅斑(リンゴ病)、突発性発疹、
手足口病、溶連菌感染症、単純ヘルペスウイルス感染症

○熱はない

じんま疹、伝染性膿痂疹(とびひ)、
伝染性軟属腫(水いぼ)、薬疹、アトピー性皮膚炎、
虫刺され、帯状疱疹

発熱時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
<ul style="list-style-type: none"> 朝から37.5 を超えた熱があり、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全身状態が不良 24時間以内に38 以上の熱が出た、あるいは解熱剤を使用した 	<ul style="list-style-type: none"> * 38 を超える熱がでていない 元気があり機嫌がよい 顔色がよい 食事や水分が摂れている 発熱を伴う発疹が出ていない 排尿の回数が減っていない 咳や鼻水を認めるが増悪していない 24時間以内に解熱剤を使っていない 24時間以内に38 以上の熱はでていない 	<ul style="list-style-type: none"> * 38 以上の発熱がある 元気がなく機嫌が悪い 咳で眠れず目覚める 排尿回数がいつもより減っている 食欲なく水分がとれない <p>熱性痙攣の既往児が37.5 以上の発熱があるときは医師の指示に従う</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 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 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

発熱については、あくまでも目安であり、個々の平熱に応じて、個別に判断する。

《 発熱の対応・ケア 》

発疹や類似の感染症が発症している場合は、別室で保育する
水分補給をする（経口補水液・湯ざまし・お茶等）
熱が上がって暑がるときは薄着にし、涼しくする。氷枕などをあてる。手足が冷たい時、寒気がある時は保温する
微熱のときは、水分補給や静かに過ごし30分くらい様子を見てから再検温する
保護者のお迎えまでの間

- 1時間ごとに検温する
- 水分補給を促す（吐き気がなく発熱だけであれば、本人が飲みたいだけ与えても構わない）
- 汗をかいたらよく拭き、着替えさせる

高熱があり嫌がらなければ、首のつけ根・わきの下・足の付け根を冷やす

* 0～1歳の乳児の特徴

- 夏季熱：体温調節機能が未熟なために、外気温、室内の高い気温や湿度、厚着、水分不足等で影響を受けやすく、体温が簡単に上昇する。かぜ症状がなければ水分補給を十分に行ない涼しい環境に置くことで下がることがある。
- 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、機嫌が悪い、耳をよくさわる時は、中耳炎の可能性もある
- 0歳児は予防接種未完了の子が多いので、標準的接種月令のうちに接種が完了するように予防接種を勧める

* 熱性けいれん既往歴がある場合

- 入園時に保護者からけいれんが起きた時の状況や、前駆症状について聞いておく
 - 解熱していても、発熱後24時間は自宅で様子を見る
 - 発熱及びけいれん時の連絡・対応等について主治医からの指導内容を確認しておく
- ★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、止まる気配がないようならすぐ救急車を呼ぶ
- 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

下痢の時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間以内に複数回の水様便がある ・ 食事や水分を摂ると下痢がある ・ 下痢に伴い、体温がいつもより高めである ・ 朝、排尿がない ・ 機嫌が悪く、元気がない ・ 顔色が悪くぐったりしている ・ ノロウイルス・ロタウイルス感染症の流行期は下痢をしたら登園を控える 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師に感染のおそれがないと診断されたとき ・ 24時間以内に複数回の水様便がない ・ 食事、水分を摂っても下痢がない ・ 発熱を伴わない ・ 排尿がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事や水分を摂ると刺激で下痢をずる ・ 腹痛を伴う下痢がある ・ 水様便が複数回みられる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 元気がなく、ぐったりしているとき ・ 下痢の他に機嫌が悪く食欲がなく発熱や嘔吐、腹痛を伴うとき ・ 脱水症状と思われるとき 下痢と一緒に嘔吐 水分が摂れない 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 ・ 血液や粘液、黒っぽい便のとき けいれんを起こしたとき

《 下痢の対応・ケア 》

感染予防の為の適切な便処理を行う。

繰り返す下痢・発熱、嘔吐等他の症状を伴う時は、別室で保育する

嘔吐がなくても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

おしり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

子どもが食べた物やその日のできごと、家族やクラスで同症状の者の有無等

携帯で便の写真を写していくと便利

《 便の処理とおしりのケア 》

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

* おむつ交換は決められた場所で行う

（激しい下痢の時は、保育室を避けるのが望ましい）

* 処理者は必ず手袋をし、手洗いを十分にします。

* おむつ交換専用シート（使い捨て）を敷き一回ずつ取り替える

* 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、うがいをします

《 便の処理グッズ 》

・ 使い捨て手袋

・ ビニール袋

・ おむつ交換専用シート（使い捨て）

・ 激しい下痢の時にはマスク、エプロン着用

《 家庭へのアドバイス 》

* 消化吸収の良い、おかゆ、野菜スープ、煮込みうどん（短く刻む）等を少量ずつゆっくり食べさせる

* 適切な水分と経口補水液の補給

* 下痢の時に控えたい食べ物

脂っこい料理や糖分を多く含む料理やお菓子

香辛料の多い料理や食物繊維を多く含む食事

ジュース、アイスクリーム、牛乳、ヨーグルト、肉、脂肪分の多い魚、芋

ごぼう、海草、豆類、乾物、カステラ

入浴ができない場合は、おしりだけでもお湯で洗う。洗ったあとは、柔らかい

タオルでそっと押さえながら拭く

嘔吐の時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間以内に複数回の嘔吐がある ・ 嘔吐に伴い、いつもより体温が高めである ・ 食欲がなく、水分もほしがらない ・ 機嫌が悪く、元気がない ・ 顔色が悪くぐったりしている ・ ノロウイルス・ロタウイルス感染症の流行期は嘔吐したら登園は控える 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師に感染のおそれがないと診断されたとき ・ 24時間以内に複数回の嘔吐がない ・ 発熱がみられない ・ 水分摂取ができ食欲がある ・ 機嫌がよく元気である ・ 顔色が良い 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 咳を伴わない嘔吐がある ・ 元気がなく機嫌、顔色が悪い ・ 複数回の嘔吐があり、水を飲んでも吐く ・ 吐き気がとまらない ・ お腹を痛がる ・ 下痢を伴う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 嘔吐の回数が多く顔色が悪いとき ・ 元気がなく、ぐったりしているとき ・ 水分が摂取できない時 ・ 血液やコーヒーのかすの様な物を吐いた時 ・ 頻回の下痢や血液の混じった便が出たとき ・ 発熱、腹痛の症状があるとき ・ 脱水症状と思われるとき 尿が半日以上出ない 目が落ちくぼんで見える 唇や舌が乾いている 張りのない皮膚

《 嘔吐の対応・ケア 》

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
感染症が疑われるときは、他の保育士を呼び他児を別の部屋に移動する
嘔吐物を覆い、嘔吐児の対応にあたる

- ・ うがいのできる子どもはうがいをさせる
- ・ うがいのできない子どもは、嘔吐を誘発をさせないように口腔内に残っている嘔吐物を丁寧に取りのぞく
- ・ 繰り返し嘔吐がないか様子を見る（脱水症状に注意する）

別室で保育しながら、保護者の迎えを待つ

寝かせる場合は、嘔吐物が気管に入らないように体を横向きに寝かせる

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

- * 頭を打った後に嘔吐したり、意識がぼんやりしているときは横向きに寝かせて救急車を要請し、その場から動かさない。

《 嘔吐物の処理方法 》

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

《 嘔吐物の処理グッズ 》

- ・ 使い捨て手袋
- ・ 使い捨てマスク
- ・ 使い捨て袖付きエプロン
- ・ ビニール袋
- ・ 使い捨て雑巾
- ・ 消毒容器（バケツにまとめて置く）

咳の時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保護者への連絡が望ましい場合	至急受診が必要と考えられる場合
<ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間しばしば咳のために起きる ・ 喘鳴や呼吸困難がある ・ 呼吸が速い ・ 朝から37.5 以上の熱がある ・ 元気がなく機嫌が悪い ・ 食欲がなく朝食・水分が摂れない ・ 少し動いただけで咳がでる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喘鳴や呼吸困難がない ・ 続く咳がない ・ 呼吸が速くない ・ 37.5 以上の熱がない ・ 機嫌がよく、元気がある ・ 朝食や水分が摂れている 	<p>* 38 以上の発熱がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 咳があり眠れない ・ ゼイゼイ、ヒューヒュー音がある ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゼイゼイ、ヒューヒュー音がして苦しそうなとき ・ 犬の遠吠えのような咳がでる ・ 発熱を伴い（朝は無し）息づかいが荒くなったとき ・ 顔色が悪く、ぐったりしているとき ・ 水分が摂取できないとき <p>* 突然咳きこみ、呼吸が苦しそうなとき</p>

《 咳の対応・ケア 》

- * 発熱を伴う時、また類似の感染症が発症しているときは別室で保育をする
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
乳児は立て抱きにして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。
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、異物を除去し、119 番通報します。
受動喫煙でも咳は増強します。保護者は禁煙をしましょう！

《 呼吸が苦しい時の観察ポイント 》

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

《 正常呼吸数（1分あたり） 》

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

発疹の時の対応

登園を控えるのが望ましい場合	保育が可能な場合	保育中に症状の変化がある時には保護者に連絡し、 受診が必要と考えられる場合
<ul style="list-style-type: none"> 発熱とともに発疹のあるとき 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 伝染性膿痂疹（とびひ） 顔等で患部を覆えないとき 浸出液が多く他児への感染のおそれがあるとき かゆみが強く手で患部を掻いてしまうとき 	<ul style="list-style-type: none"> 医師に感染のおそれがないと診断されたとき 	<ul style="list-style-type: none"> * 発疹が時間と共に増えたとき 発熱してから数日後に熱がやや下がるが、24時間以内に再び発熱し赤い発疹が全身に出てきた。熱は1週間くらい続く（麻疹） 微熱程度の熱が出た後に、手の平、足の裏、口の中に水疱が出る。膝やおしりにも出ることもある（手足口病） 38 以上の熱が3～4日続き下がった後、全身に赤い発疹が出てきた（突発性発疹） 発熱と同時に発疹が出てきた（風疹、溶連菌感染症） 微熱と両頬にりんごのような紅斑が出てきた（伝染性紅斑） 水疱状の発疹がある。発熱やかゆみは個人差がある（水痘） <p>食物アレルギーによるアナフィラキシー</p> <ul style="list-style-type: none"> 食物摂取後に発疹が出現し、その後消化器や呼吸器に症状が出現してきた場合は、至急受診が必要です。

《 発疹の対応・ケア 》

* 発熱をとまなう時、また類似の感染症が発症している場合は別室で保育する

体温が高くなったり、汗をかくとかゆみが増すので部屋の環境や寝具に気をつける（暑いときは涼しくする）

室温：夏 26～28、冬 20～23 湿度：高め

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た時は痛みで食欲が落ちるので、おかゆ等の水分の多いものやのど越しの良い（プリン、ヨーグルト、ゼリー等）ものを与える
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。

《 発疹の観察 》

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

その他の発疹等を伴う病気

じんま疹、あせも、カンジダ症（お尻など）

がこうそつ 鵝口瘡（口の中のカンジダ症）、疥癬
エンテロウイルス感染症、薬疹など

< 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。

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ます。
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です。
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。
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）。
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）。
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）。
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）。
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）。
潰 瘍（かいよう）	びらんよりも深く皮膚が傷ついた状態。
痂 痂（かひ）	うみや皮膚が乾燥して固まったもの（かさぶた）。

別添3 医師の意見書及び保護者の登園届

< 医師用 > (参考様式)

意見書	
保育所施設長 殿	
入所児童氏名 _____	
_____ 年 _____ 月 _____ 日 生	
病名 _____	
_____ 年 _____ 月 _____ 日から症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので登園可能と判断します。	
_____ 年 _____ 月 _____ 日	
医療機関名 _____	
医師名 _____ 印またはサイン	

< 保護者用 > (参考様式)

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

保育所は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の様式を参考に医師の意見書または保護者の登園届の提出をお願いします。

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

医師が記入した意見書が望ましい感染症

感染症名	感染しやすい期間	登園のめやす
麻疹（はしか）	発症1日前から発しん出現後の4日後まで	解熱後3日を経過してから
インフルエンザ	症状が有る期間（発症前24時間から発病後3日程度までが最も感染力が強い）	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで（幼児（乳幼児）にあっては、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日間くらい	発しんが消失してから
水痘（水ぼうそう）	発しん出現1～2日前から痂皮形成まで	すべての発しんが痂皮化してから
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	発症3日前から耳下腺腫脹後4日	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまで
結核		医師により感染の恐れがないと認めるまで
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等症状が出現した数日間	主な症状が消え2日経過してから
流行性角結膜炎	充血、目やに等症状が出現した数日間	感染力が非常に強いいため結膜炎の症状が消失してから
百日咳	抗菌薬を服用しない場合、咳出現後3週間を経過するまで	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療を終了するまで
腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）		症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し、48時間をあけて連続2回の検便によって、いずれも菌陰性が確認されたもの
急性出血性結膜炎	ウイルスが呼吸器から1～2週間、便から数週間～数ヶ月排出される	医師により感染の恐れがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎		医師により感染の恐れがないと認めるまで

医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が望ましい感染症

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

別添 4 主な感染症一覧

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症状	診断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
麻疹（はしか）	麻疹ウイルス	主に8～12日	空気感染 飛沫感染 接触感染	高熱、咳、鼻水、結膜充血。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疹が出現し徐々に融合する。やがて解熱し、発疹は色素沈着を残して消褪する。 肺炎、中耳炎、熱性痙攣、脳炎などを合併することがある。	臨床診断した場合、すぐに保健所に届け出る。 抗体検査 ウイルス分離 遺伝子検査	対症療法	麻しん風しん混合ワクチン(定期接種)。 1歳になったらなるべく早く接種する。 小学校就学前の1年間(5歳児クラス)に2回目のワクチン接種を行う。	発熱出現1～2日前から解熱後3日を経過するまで。	解熱した後3日を経過するまで。	・入所（園）前にワクチン接種歴を母子健康手帳で確認し、1歳以上で未接種・未罹患者にはワクチンの接種を勧める。 ・保育所内で麻疹が1人でも発生した場合、入所（園）児および職員全員の予防接種歴、罹患者を確認し、ワクチン未接種・未罹患者がいる場合は、囁託医に速やかに相談し、適切な緊急対応を取る。 ・未接種の場合、患者との接触後、72時間以内であればワクチンにて発症の阻止、あるいは症状の軽減が期待できる。乳児は予防接種の適応外であるが、生後6か月以上であれば、緊急避難的に麻疹ワクチンの接種を検討することも一案である。また、72時間を過ぎた場合、6日以内であればグロブリンにて、症状の軽減をはかることもできるが、血液製剤であることを考慮する必要がある。 ・「学校における麻しん対策ガイドライン」（国立感染症研究所感染症情報センター作成）を参考にする。 (http://idsc.nih.gov/jp/disease/measles/guideline/school_200803.pdf)
風疹	風疹ウイルス	主に16～18日	飛沫感染 接触感染 母子(胎内)感染	融合傾向の少ない紅斑が、顔面、頸部から出現し、体幹、四肢へと拡大する。約3日間で色素沈着や落屑することなく消褪する。 発熱、リンパ節腫脹、悪寒や倦怠感、眼球結膜充血などを伴うこともある。 多くが自然に治るが、合併症として、関節痛・関節炎、紫斑病、脳炎、溶血性貧血、肝機能障害、心筋炎などがある。 妊娠20週までに母体が罹患すると、先天性風疹症候群をきたしやすい。	主に臨床診断 臨床診断した場合、すぐに保健所に届け出る。 抗体検査 ウイルス分離 遺伝子検査	対症療法	麻しん風しん混合ワクチン(定期接種)。 1歳になったらなるべく早く接種する。 小学校就学前の1年間(5歳児クラス)に2回目のワクチン接種を行う。	発疹出現7日前から発疹出現7日後まで。	発疹が消失するまで。	・入所（園）前にワクチン接種歴を母子健康手帳で確認し、1歳以上で未接種・未罹患者にはワクチンの接種を勧める。 ・妊婦への感染防止が重要である。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る必要がある。免疫のない妊娠している職員は流行が終息するまで休ませる配慮が望まれる。
水痘（みずぼうそう）	水痘・帯状疱疹ウイルス	主に14～16日	空気感染 飛沫感染 接触感染 母子(胎内)感染	皮疹が顔面や頭部に現れ、やがて全身に広がる。皮疹は、始めは紅斑で、丘疹から水疱化し、次第に膿疱となり、おおそ1週間で痂皮（かさぶた）となる。 多くは自然に治るが、合併症に、皮疹部の細菌二次感染、脳炎、小脳失調症、肺炎、肝炎などがある。 白血病や免疫抑制治療を受けている児では、重症化して死に至ることもある。 妊婦の感染によって、児に先天性水痘症候群（低出生体重、四肢低形成、皮膚癒痕など）や、致死的な重症水痘が生じることもある。	主に臨床診断	抗ウイルス薬	水痘ワクチン(定期接種)。 2014年10月より、1歳以上3歳未満児に対して、2回の接種がなされている。	発疹が出現する1～2日前からすべてが痂皮化するまで。	すべての発疹が痂皮化するまで。	・入所（園）前にワクチン接種歴を母子健康手帳で確認し、1歳以上で未接種・未罹患者にはワクチンの接種を勧める。定期接種の対象年齢でない場合、任意接種となるが勧める。 ・万一保育所内で水痘が発生した場合、入所（園）児の予防接種歴や罹患者を確認し、ワクチン未接種・未罹患者がいる場合は、速やかに囁託医に相談し、適切な対応を取る。 ・患者との接触後、72時間以内であればワクチンにて発症の阻止、あるいは症状の軽減が期待できる。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症状	診断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
流行性耳下腺炎 (ムンプス、おたふくかぜ)	ムンプスウイルス	主に16～18日	飛沫感染 接触感染	発熱と耳下腺の腫脹・疼痛。発熱は1～6日間続く。耳下腺腫脹は発症後1～3日にピークとなり、3～7日で消退する。腫脹部位に疼痛がある。多くは自然治るが、合併症として、無菌性髄膜炎、難聴、脳炎・脳症、精巣炎・卵巣炎などがある。	主に臨床診断	対症療法	おたふくかぜワクチン(任意接種)。任意接種であるが日本小児科学会は2回の接種を推奨している。	耳下腺腫脹の1～2日前から腫脹5日ごろまでであるが、唾液中には腫脹7日前から腫脹後9日後までウイルスが検出される。	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまで。	・保育所などの集団生活が始まる際には、罹患歴やワクチン接種歴を確認しておくことが大切で、保育所等で流行が発生した場合は、感受性者には自宅待機してもらうことを考慮する。 ・未接種の場合は、集団生活の開始前にワクチン接種を済ませておくことを勧める。
伝染性紅斑(りんご病)	ヒトパルボウイルスB19	主に4～14日	飛沫感染 母子(胎内)感染	発熱、倦怠感、頭痛、筋肉痛などの症状がみられ、その後、両側頬部に斑丘疹が現われる。四肢にレース様発疹が生じる。多くは自然に治るが、合併症として関節痛、心筋炎、急性脳炎・脳症、先天性溶血性疾患での無形成発作などが生じることがある。妊娠初期に感染すると、流産、死産、胎児水腫になることがある。	主に臨床診断	対症療法	ワクチンはない。	発疹が出現する前まで。	発疹が出現した頃にはすでに感染力は消失しているのので、全身状態がよいこと。	・妊婦への感染防止が重要で、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配慮が望まれる。
突発性発疹	ヒトヘルペスウイルス6及び7型	9～10日	飛沫感染 経口感染 接触感染	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、数日で消褪する。多くは自然に治るが、合併症として、熱性痙攣、脳炎・脳症などがある。	主に臨床診断	対症療法	ワクチンはない。	発熱中は感染力がある。	症状が回復したら。	
インフルエンザウイルス	インフルエンザウイルス	主に1～4日	飛沫感染 接触感染	突然の高熱が出現し、3～4日間続く。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。多くは自然に治るが、合併症として、気管支炎、肺炎、中耳炎、熱性痙攣、急性脳症などがある。	鼻咽頭ぬぐい液を用いた抗原の迅速診断キットがあり、発症翌日が最も検出率に優れているが、それでも偽陰性を示すことは少なくないため、臨床診断を優先する場合があります。	抗ウイルス薬を使用すると、発熱期間が1日短縮されるなど、早期に症状が緩和するが、自然治癒する疾患なので投与は必須ではない。	インフルエンザワクチン(任意接種)。感染後の発症率と発症後の重症化率はウイルスが排泄される。	発熱1日前から3日目をピークとし、早期に解熱した場合も5日程度はウイルスが排泄される。	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過するまで。	・インフルエンザのシーズンに入る前に、ワクチンを2回接種しておく。 ・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。
RSウイルス感染症	RSウイルス	主に4～6日	飛沫感染 接触感染	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やすい。再感染や再々感染では徐々に症状が軽くなる。	乳児や入院患児等には抗原迅速診断キットを用いた検査が可能である。	対症療法	早産児、慢性肺疾患、先天性心疾患、免疫不全ダウン症候群を持つ乳幼児では、モノクロナール抗体を流行期に月1回筋注することによって発症予防と軽症化が期待できる。	通常3～8日間(乳児では3～4週)	咳などの症状が安定した後。	・毎年冬季に流行する。 ・流行期、1歳未満と1歳以上のクラスは互いに接触しないよう離しておき、互いの交流は制限する。
ヒトメタニューモウイルス感染症	ヒトメタニューモウイルス	3～5日	分泌物への直接的、間接的な接触感染	咳、鼻汁、発熱などのかぜ症状から、一部、気管支炎や肺炎を来すことがあり、乳児では細気管支炎の原因にもなる。	臨床診断されるが、抗原の迅速診断キットもある。	対症療法	ワクチンはない。	ウイルスは初期1～2週間に排泄される。	咳などの症状が安定した後、全身状態が良好になるまで。	・年間通じてみられるが、特に3～6月頃に流行する。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症状	診断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
咽頭結膜熱 (プール熱)	アデノウイルス	2~14日	飛沫感染 接触感染	高熱、扁桃腺炎、結膜炎。	臨床診断される が、抗原の迅速 診断キットもある。	対症療法	ワクチンはない。	ウイルス排出は初期 数日が多いが、その後、数か 月、排泄が続くこ ともある。	主な症状(発熱、 咽頭発赤、眼の充 血)が消失してか ら2日を経過する まで。	・発生は年間を通じてあるが、夏季に流行がみら れる。 ・プール以外にも飛沫感染、接触感染として感染 する。目を拭いたタオルなどの手洗い用具の共有 は厳禁。 ・プールは塩素消毒を徹底する。 ・プールに入る前には、おしりの洗浄を行う。 ・アデノウイルスは便中に数か月程度排泄され るので、手洗いを行う。
流行性角結膜炎	アデノウイルス	2~4-14日	飛沫感染 接触感染	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。	臨床診断される が、抗原の迅速 診断キットもある。	対症療法	ワクチンはない。	ウイルス排出は初期 数日が多いが、その後、数か 月、排泄が続くこ ともある。	医師において感染 の恐れがないと認 められるまで。	・発生は年間を通じてあるが、夏季に流行がみら れる。 ・プール以外にも飛沫感染、接触感染する。目を 拭いたタオルなどの手洗い用具の共有は避ける。 ・プールは塩素消毒を徹底する。 ・プールに入る前には、おしりの洗浄を行う。 ・片側で発症し、他側にうつることがある。
急性出血性結膜 炎	エンテロウイル ス	1~3日	経口感染 飛沫感染 接触感染	目の結膜の出血。	主に臨床診断	対症療法	ワクチンはない。	ウイルスは咳や鼻 汁から1~2週 間、便からは数週 間~数か月間、排 出される。	医師において感染 の恐れがないと認 められるまで。	・接触感染として、目やに、分泌物に触れないこ とと手洗いの励行。 ・洗面具、タオルなどの共用はしない。
手足口病	エンテロウイル ス コクサッキーウ イルス	3~6日	経口感染 飛沫感染 接触感染	発熱と口腔・咽頭粘膜に痛みを伴う水 疱ができ、唾液が増え、手・足末端 や臀部に水疱がみられる。	主に臨床診断	対症療法	ワクチンはない。	ウイルスは咳や鼻 汁から1~2週間、 便からは数週~数 か月間、排出され る。	発熱や咽頭痛、下 痢のある期間は登 園禁止とし、本人 の全身状態が安定 してから。	・夏季に流行する。
ヘルパンギーナ	コクサッキーウ イルス	3~6日	経口感染 飛沫感染 接触感染	高熱、咽頭痛から始まる。咽頭に赤 い粘膜疹がみられ、次に水疱とな り、間もなく潰瘍となる。	主に臨床診断	対症療法	ワクチンはない。	ウイルスは咳や鼻 汁から1~2週 間、便からは数週 ~数か月間、排 出される。	本人の全身状態が 安定しているこ と。	・夏季に流行する。
ロタウイルス感 染症	ロタウイルス	1~3日	経口感染 飛沫感染 接触感染	嘔吐と下痢が主症状であり、時に下 痢便が白くなることもある。 多くは2~7日で治るが、脱水がひ どくなると、まれにけいれんが群発 したり、脳症などを合併すること もある。	便の迅速、抗原 検査	水分補給、補液な ど。	ロタウイルスワ クチン(任意接 種)。	急性期が最も感染 力が強いが、便中 に3週間以上排泄 されることもある。	嘔吐・下痢等の症 状が治まり、普段 の食事ができるこ と。	・冬季に流行する。 ・ウイルスがついた水や食物、手を介して、また はそこから飛び散って感染するので、患者と接触 した場合は、手洗いを励行する。
ノロウイルス感 染症	ノロウイルス	12~48時間	経口感染 飛沫感染 接触感染 吐物から空気感 染もある	嘔吐と下痢が主症状であり、多くは1 ~3日で治るが、脱水を合併すること がある。	便を用いた抗原 迅速診断キット があるが、流行 等から臨床診断 する場合は多い。	水分補給、補液な ど。	ワクチンはない。	急性期が最も感染 力が強いが、便中 に3週間以上排泄 されることもある。	嘔吐・下痢等の症 状が治まり、普段 の食事ができるこ と。	・秋から冬に多く発生する。 ・ウイルスがついた水や食物、手を介して、また はそこから飛び散って感染するので、患者と接触 した場合は、手洗いを励行する。 ・速乾性すり込み式手指消毒剤やアルコール消毒 は無効なため、流水下に石鹸で手洗いを励行す る。アルコールは無効なため、食器等は、熱湯 (1分以上)や0.05~0.1%次亜塩素酸ナトリウム を用いて洗浄する。 ・食品は85℃、1分以上の加熱をする。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症状	診断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
日本脳炎	日本脳炎ウイルス	2～15日	感染したブタを吸血したコガタアカイエカに刺されることによる。	感染した100～1000人に1人が脳炎や脊髄炎、髄膜炎を起こす。高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれん。発病すると致死率は20～40%、治っても45～70%に後遺症が残る。	髄液検査や血液検査 抗体検査 ウイルスの検出	対症療法	日本脳炎ワクチン（定期接種）。	ヒトからヒトへは感染しない。	回復し、全身状態がよいこと。	・西日本を中心に多くのブタがウイルスを保有している。
デング熱	デングウイルス	3～14日	ネッタイシマカ、ヒトスジシマカに刺されることによる。	発熱、頭痛、眼窩痛、筋肉痛、関節痛、発疹など。多くは治るが、回復期にデング出血熱という重篤な病態となることがあり、血小板減少、出血、ショックにいたることがある。	血液検査 抗体検査 抗原検査	対症療法	ワクチンはない。	ヒトからヒトへは感染しない。	回復し、全身状態がよいこと。	・ウイルスは4つの型があるため、複数回感染する可能性があり、2回目以降の感染時は重症化する確率が高い。
ジカウイルス感染症	ジカウイルス	3～12日	ネッタイシマカ、ヒトスジシマカに刺されたことによる。性行為感染。	発熱、発疹、関節痛、結膜充血、筋肉痛、頭痛など。妊婦が感染すると、胎児が小頭症等の先天異常を発症することがある。	血液検査 抗体検査 ウイルス量検査	対症療法	ワクチンはない。	ヒトからヒトへは性行為以外には感染しない。	回復し、全身状態がよいこと。	流行地へ渡航した場合の予防方法は、厚生労働省のQ&Aを参考にする。 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000109899.html
マイコプラズマ肺炎	マイコプラズマ	2～3週	飛沫感染	咳、発熱、頭痛など。特に咳は数週間におよぶこともある。	抗原検査 遺伝子検査	抗菌薬	ワクチンはない。	症状のある間がピークであるが、保菌は数週、数か月間持続する。	熱、咳などの症状が軽快し、全身状態のよいこと。	・抗菌薬の耐性菌が増えているが、多くは治療によって、もしくは自然経過で治る。
溶連菌感染症	A群溶血性レンサ球菌	2～5日 膿痂疹（とびひ）では7～10日	飛沫感染 接触感染	扁桃炎、猩紅熱、伝染性膿痂疹、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。適切に治療すれば治るが、不十分な場合、感染後数週間してリウマチ熱や急性糸球体腎炎を合併することがある。	抗原の迅速診断キットや、細菌培養、抗体検査など。	抗菌薬 症状が治っても決められた期間抗菌薬を飲み続ける。	ワクチンはない。	抗菌薬内服後24時間が経過するまで	抗菌薬内服後24時間以上経過していること。	
百日咳	百日咳菌	主に7～10日	飛沫感染 接触感染	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。多くが治療によって治るが、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い。	主に臨床診断 細菌培養検査 遺伝子検査	抗菌薬	DPT-IPVワクチン（定期接種）	咳が出現してから、4週目ころまで。抗菌薬開始後は感染力が弱まる。	特有な咳が消失するまで又は5日間 の適正な抗菌薬による治療を終了するまで。	・入所（園）前にワクチン接種歴を母子健康手帳で確認し、未接種・未罹患者にはワクチンの接種を勧める。
肺炎球菌感染症	肺炎球菌	鼻腔内に保菌している場合がある。	飛沫感染	髄膜炎、肺炎など、重症化しやすい。	細菌培養検査	抗菌薬	肺炎球菌ワクチン（定期接種）。	保菌者からの感染はいつでもありうる。	発熱、咳などの症状が軽快し、全身状態のよいこと。	・入所（園）前にワクチン接種歴を母子健康手帳で確認し、未接種・未罹患者にはワクチンの接種を勧める。
インフルエンザ 菌b型感染症	インフルエンザ 菌b型	鼻腔内に保菌している場合がある。	飛沫感染	髄膜炎、肺炎など、重症化しやすい。	細菌培養検査	抗菌薬	ヒブワクチン（定期接種）。	保菌者からの感染はいつでもありうる。	発熱、咳などの症状が軽快し、全身状態のよいこと。	・入所（園）前にワクチン接種歴を母子健康手帳で確認し、未接種・未罹患者にはワクチンの接種を勧める。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症状	診断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
腸管出血性大腸菌感染症	腸管出血性大腸菌（ベロ毒素を産生する大腸菌）O-157、O-26、O-111等	ほとんどの大腸菌が主に10時間～6日。O-157は主に3～4日。	生肉などの飲食物からの経口感染 接触感染	無症状の場合もあるが、水様下痢便、腹痛、血便を来す。 一部に、乏尿や出血傾向、意識障害を伴う溶血性尿毒症候群を合併し、時に死にいたることもある。	細菌培養検査	水分補給、補液など。	ワクチンはない。食品の十分な加熱、手洗いの徹底。	便中に菌が排泄されている間。	医師において感染のおそれがないと認められるまで。	・手洗いの励行、消毒（トイレ等）、及び食品加熱と良く洗う。 ・患者発生時には速やかに保健所に届け、保健所の指示に従う。
サルモネラ感染症	サルモネラ菌	主に12～36時間	ペットや汚染された食品からの経口感染。	下痢、血便など。	細菌培養検査	水分補給や輸液。重症化が予想される場合は抗菌薬。	ワクチンはない。	便中には数週間以上、排菌される。	下痢などの症状が軽快し、全身状態の良いこと。	・食品は75℃、1分以上の加熱をする。
カンピロバクター感染症	カンピロバクター	主に1～7日	汚染された食品からの経口感染。	下痢、血便など。 時にギラン・バレー症候群という、まひを併発することもある。	細菌培養検査	水分補給、輸液。抗菌薬	ワクチンはない。	便中には数週間以上、排菌される。	下痢などの症状が軽快し、全身状態の良いこと。	・食品は75℃、1分以上の加熱をする。
破傷風	破傷風菌	3～21日	汚染された土壌と創傷による。	舌のもつれ、口が開けなくなるから重症化することがある。	細菌培養検査	抗菌薬とともに免疫グロブリン、トキソイドが必要となることもある。	DPT・IPVワクチン（定期接種）。	ヒトからヒトへの感染はない。	症状が軽快し、全身状態の良いこと。	・入所（園）前にワクチン接種歴を母子健康手帳で確認し、未接種・未罹患者にはワクチンの接種を勧める。
結核	結核菌	2年以内、特に6か月以内に多い。	空気感染 飛沫感染 経口、接触、経胎盤感染もある。	発熱、咳、疲れやすい、食欲不振など。 乳幼児では重症化しやすい。 多くは治療によって治るが、髄膜炎を合併すると頭痛、嘔吐、意識障害、けいれんなどがみられる。	喀痰あるいは胃液検査、ツベルクリン反応、血液検査で診断される。	抗結核薬	BCGワクチン（定期接種）。 乳児の結核の発症予防、重症化予防になる。	喀痰の塗抹検査が陽性の間。	医師により感染のおそれがなくなつたと認められるまで。	・成人結核患者（家人が多い）から感染する場合が大半である。 ・患者発生時には速やかに保健所に届け、保健所の指示に従う。
伝染性膿痂疹（とびひ）	黄色ブドウ球菌、溶血性レンサ球菌	2～10日（長期の場合もある。）	接触感染	湿疹や虫刺され部位の小さなキズに細菌感染を起こし、びらんや水疱を形成する。 アトピー性皮膚炎の子どもは、引っかいた部位などに菌が付着しやすい。	臨床的診断。時に原因菌の培養も必要。	軽度の場合は外用薬でも可能だが、内服抗菌薬が有効。	皮膚の清潔保持。けがや虫刺され、湿疹の早期治療。	黄色ブドウ球菌では乾燥するまで。溶連菌の場合は効果的治療開始後24時間まで。 水疱やびらん、浸出液がある間は他へ感染しうる。	皮疹が乾燥しているか、湿潤部位を覆うことができる程度のものであること。	・夏に好発する。 ・鼻はよくかみ、爪は短く切る。 ・手洗いの励行。 ・湿潤部位はガーゼで被覆し、他の児が接触しないようにする。皮膚の接触が多い集団保育では、浸出液の多い時期には出席を控える方が望ましい。 ・治療するまではプールは禁止する。
アタマジラミ症	アタマジラミ	10～30日 卵は約7日で孵化	接触感染（頭髮から頭髮への直接接触。衣類や帽子、クシ、寝具などを介する感染）。	子どもでは多くが無症状であるが、吸血部分にかゆみを訴えることがある。	頭髮の中に虫体を確認するか、頭髮に付着している卵を見つける。卵はフケと間違われることもあるが、フケと違って容易には動かない。	駆除薬（スミスリン®シャンプー/パウダー）の使用。駆除薬は卵には効果が弱い。ため、孵化期間を考慮して3日に1度（2日おき）に3～4回繰り返す。	シャンプーを使い毎日洗髪する。 タオル、クシ、帽子などの共用を避け、衣類、シーツ、枕カバー、等を定期的に洗濯。	幼虫から成虫までは約14日間。成虫は約4週間生存する。幼虫・成虫ともに1日2回以上吸血する。	駆除を開始していること。	・アタマジラミ症は不潔のために感染したのではないことを説明する。 ・保護者、子ども、職員の頭髮をチェックし、必要な場合は皮膚科へ受診する。 ・園内、家族内などで一斉に治療を行う。 ・プールでは水泳帽、クシ、タオル、ロッカーの共用はしない。

感染症名	病原体	潜伏期間	感染経路	症状	診断	治療方法	予防方法	感染期間	登園のめやす	保育所において留意すべき事項
疥癬	ヒゼンダニ	約1か月（感染してから皮疹、痒みが出現するまでの期間）	接触感染 手つなぎ、布団の共用、リネン類、家庭での添い寝など。	手足を中心に痒みの強い赤みのある丘疹、小さな水疱・膿疱、線状の隆起した皮疹（疥癬トンネル）。	拡大鏡などで疥癬トンネルの先端のヒゼンダニを確認。顕微鏡でヒゼンダニを確認。	フェノトリン（スミスリン®）ローションを皮疹の無い所も含め全身の皮膚に塗る。1週間後も同様に外用する。体重15kg以上の場合は外用以外にイベルメクチンを内服する方法もある。	・手つなぎ後の手洗い励行。 ・布団の共用をしない。 ・タオル、衣類、シーツなどを定期的に洗濯。	症状出現から治療後1日。	治療開始2日後にダニはほとんど死ぬが、1週後に2回目の治療が行われるので、皮膚科主治医に判断していただく。	・家族内で同じ症状の人は皮膚科受診を勧める。 ・布団の共用を行わない。 ・外遊び、散歩後は手洗い励行。
伝染性軟属腫（水いぼ）	伝染性軟属腫ウイルス（ボックスウイルス）	2～7週間	接触感染 皮膚の接触やタオル等を介して感染。	直径1～5mmの丘疹、小結節（しこり）で、表面はつやがあって、中心が凹んでいる。 四肢、体幹等に数個～数十個が集簇することが多い。 自然治癒もあるが、数か月かかる場合がある。自然消失を待つ間に他へ伝播することが多い。アトピー性皮膚炎等、皮膚に病変があると感染しやすい。	臨床診断 特徴的な皮疹より診断可能。	自然消失を待つか、あるいは摘除を行うか議論がある。 摘除は最も確実で簡単な方法であるが、痛みを伴う。事前に局所麻酔薬テープを貼って痛みを緩和する方法もある。	直接接触を避ける。 ワクチンはない。	不明	登校制限はなし。 病変が露出部にあったり、掻き壊し傷があるときはガーゼなどでおおう。	・幼児期に好発する。 ・プールや浴槽内の水を介して感染はしないが、ビート板や浮き輪、タオル等の共用は避ける。 プールの後はシャワーで体をよく流す。 ・かき壊さないよう気をつける。
帯状疱疹	水痘・帯状疱疹ウイルス	不定	接触感染 水疱が形成されている間は感染力が強い。	小水疱が神経の支配領域にそった形で片側に現れる。正中を越えない。 神経痛、違和感を訴える、小児では痒みを訴える場合もある。	主に臨床診断	抗ウイルス薬（内服薬と外用薬がある）	水痘ワクチンは帯状疱疹予防になる。（50歳以上で任意接種可能）	すべての発疹が痂皮（かさぶた）化するまで。	すべての発疹が痂皮化すること。	・水痘ワクチン未接種で、水痘罹患歴のない人は水痘を発症する可能性がある。 ・保育所職員が罹患した場合、発疹がすべて痂皮化するまで保育を控える。
B型肝炎	B型肝炎ウイルス	急性感染では45～160日（平均90日）	母子（胎内）感染 家庭や集団生活での血液・体液感染 性行為感染	乳幼児期の感染は、黄疸のような急性感染よりも、無症候性に経過することが多く、持続感染に移行しやすい（キャリア化）。 キャリア化した場合、約5%が肝硬変、肝がんなど進行する。 ウイルスが自然に消失することがあるが、その多くは50歳以降に起こる。	抗原・抗体検査 ウイルス量検査	急性肝炎には対症療法。 慢性肝炎にはインターフェロン療法など。	B型肝炎ワクチン（定期接種）。 キャリアの母から出生した新生児にはワクチンとグロブリンによる予防がされる（健康保険）。 血液・体液感染としての標準的予防策を実施する。	ウイルスが検出される期間。	急性肝炎の場合、症状が消失し、全身状態が良いこと。 キャリア、慢性肝炎の場合は、登園に制限はないが、皮膚や粘膜に傷がある場合、絆創膏やガーゼで覆う。	・入所（園）前にワクチン接種歴を母子健康手帳で確認し、未接種・未罹患者にはワクチンの接種を勧める。定期接種の対象年齢でない場合、任意接種となるが勧める。 ・感染者を特定するのではなく、標準的予防策を実施する。
C型肝炎	C型肝炎ウイルス	2週～6か月（平均6～7週）	母子感染 血液感染	自覚症状を伴う肝炎を起こすことは稀。 慢性化した後も小児期にウイルスが自然消失することもある。 成人の場合、慢性化した患者の20～30%が肝硬変、肝がんになる。	抗体検査 ウイルス量検査	インターフェロン療法、抗ウイルス薬	ワクチンはない。 血液感染としての標準的予防策を実施する。	ウイルスが検出される期間。	登園に制限はないが、皮膚や粘膜に傷がある場合、絆創膏やガーゼで覆う。	・感染者を特定するのではなく、標準的予防策を実施する。
ヒト免疫不全ウイルス感染症	HIVウイルス	母子感染では12～18か月、AIDSの発症までは無症候期が通常5年以上（近年、短縮傾向にある）。	性行為感染 母子（胎盤、母乳）感染 血液感染	AIDSを発症した場合、免疫不全により、重篤な感染症を惹起します。	抗原、抗体検査 ウイルス量検査	抗ウイルス薬	ワクチンはない。 血液感染としての標準的予防策を実施する。	ウイルスが検出される期間。	免疫状態に問題がなければ、登園に制限はないが、皮膚や粘膜に傷がある場合、絆創膏やガーゼで覆う。	・感染者を特定するのではなく、標準的予防策を実施する。

別添 5

0歳～6歳までの**予防接種調査票**

「 か月」は、日本小児科学会が推奨する接種月年齢です
 うっかり受け忘れたり、体調不良などで予定を過ぎてしまっても、決して遅くはありません
 気がついたときに、小児科の先生に相談して、早く接種しましょう！

注：不活化ワクチン接種後は中6日以上、生ワクチン接種後は中27日以上あけて次のワクチンを接種してください おなまえ：

定期 任意	ワクチンの呼び方・読み方	種類	第1回	第2回	第3回	第4回	いままでにかかった ことのある病気	
定期	インフルエンザ菌b型(Hib、ヒブ)	不活化	2か月	3か月	4か月	12～18か月	麻疹 (はしか)	
定期	小児用肺炎球菌 1	不活化	2か月	3か月	4か月	12～15か月		
定期	B型肝炎	不活化	2か月	3か月	7～8か月	との間は 20-24週の間隔	風しん	
任意	ロタウイルス 1価は2回、5価は3回の経口接種が必要	生	2か月	3か月	4か月(5価のみ)	は0-15歳未満を推奨 は生後24歳未満まで は接種後12歳未満まで		
定期	四種混合(DPT-IPV) (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	不活化	3か月	4か月	5か月	12～18か月	水痘 (みずぼうそう)	
定期	ポリオ(IPV、不活化ポリオ) 2 三種混合での接種の場合に、単独で接種	不活化	3か月	4か月	5か月	12～18か月		
定期	BCG	生	5～7か月	結核の発生頻度の高い地域では、早期の接種が必要			流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	
定期	MR(麻疹・風しん混合)	生	12～23か月	5歳児クラス (年長組)	は小学校入学前の1年間			
定期	水痘(みずぼうそう)	生	12～15か月	18～23か月	との間は3か月以上あけて、 は2歳未満に接種することが望ましい		百日咳 (ひやくにちぜき)	
任意	おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	生	12～15か月	5歳～6歳	はMRの第2期と同時期 (小学校入学前の1年間)			
定期	日本脳炎 生後6か月から可能	不活化	3歳	3歳	4歳	との間は 6-28日までの間隔 年 月 日	その他の感染症 疾病など	
任意	インフルエンザ	何組のとき接種? (組名を記載)	不活化	どの組のときに接種したか ← 黒点(●)を線で結んでください		1回目と2回目の間は4周(2.4週)あける		
						記入例		
						下段に か×を入れる		
						2か月 3か月		
						○ ×		

1 補助的追加接種：2013年10月までに7価のワクチン(PCV7)の接種を完了した、現在6歳未満のお子さんにに対する13価のワクチン(PCV13)の1回接種
 2 日本脳炎は、生後6か月から生後90か月(7.5歳)未満(第1期)、9歳以上13歳未満(第2期)が対象、 - の間は6日以上、 はより6か月以上の間隔をあける
 注：同じワクチン同士の接種の場合には定められた接種間隔を要します。 例) 小児用肺炎球菌ワクチン同士の場合、第1回目と2回目や第2回目と3回目は4週間(中27日)以上で接種します

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

「保育所等における感染症対策に関する研究」名簿

研究代表者	細矢 光亮（福島県立医科大学医学部小児科）
研究分担者	石井 則久（国立感染症研究所ハンセン病研究センター）
〃	是松 聖悟（大分大学医学部地域医療・小児科分野）
〃	多屋 馨子（国立感染症研究所感染症疫学センター）
〃	外川 正生（大阪市立総合医療センター）
〃	三浦 義孝（一般社団法人日本保育保健協議会）
〃	三沢あき子（京都府立医科大学小児科・京都府乙訓保健所）
〃	四柳 宏（東京大学医科学研究所附属病院感染免疫内科）
〃	和田 紀之（一般社団法人日本保育保健協議会）

（五十音順・敬称略）

研究協力者	尾家 重治（宇部フロンティア大学人間健康学部）
-------	-------------------------

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
ナシ							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
ナシ					